

右美托咪定联合腹横筋膜阻滞用于宫颈癌患者术后镇痛观察

郭阳阳¹ 王楠^{2*}

1 绍兴第二医院 312000 2 绍兴文理学院附属医院 312000

【摘要】目的 探讨右美托咪定联合腹横筋膜阻滞用于宫颈癌患者术后镇痛的效果。**方法** 选取于2016年10月至2018年12月来绍兴第二医院行宫颈癌根治术的宫颈癌患者128例,按照随机数表法将所有患者分为观察组和对照组,每组各64例。两组患者术后镇痛均使用右美托咪定,其中观察组患者术后联合腹横筋膜阻滞。在术后1h、术后6h、术后1d、术后2d时采用视觉模拟评分法(VAS)法对患者的疼痛程度进行对比分析,比较两组患者在各时间点心血管稳定性。**结果** 术后1h、术后6h、术后1d、术后2d时,观察组患者平均动脉压、心率均低于对照组。术后1h时,对照组患者与观察组患者VAS评分比较差异无统计学意义。术后6h、术后1d、术后2d时对照组患者VAS评分明显高于观察组患者。**结论** 右美托咪定联合腹横筋膜阻滞用于腹腔镜宫颈癌患者术后镇痛比单用右美托咪定镇痛的患者心血管反应更稳定、VAS评分更低。

【关键词】 腹横筋膜阻滞; 心血管稳定性; 右美托咪定; VAS评分**【中图分类号】** R614**【文献标识码】** A**【文章编号】** 2095-9753 (2019) 01-006-02

宫颈癌切除术在临床中是一类常见的手术,此类手术的特点为创伤大且手术范围广。近年来,我国行宫颈癌切除术的患者正逐年增加。宫颈癌根治术要求清扫患者子宫附件和盆腔淋巴结,因此患者术后疼痛剧烈,术后疼痛可能会对患者造成严重的不良反应,导致患者烦躁等不适,妨碍患者早期活动,延长康复时间。本研究拟评价右美托咪定联合TAP阻滞宫颈癌患者术后心血管的稳定性和镇痛效应。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取于2016年10月至2018年12月来绍兴第二医院行宫颈癌根治术的宫颈癌患者128例,年龄45~68岁,平均年龄(58.30±8.50)岁。病程8.6~12.9个月,平均病程(10.90±1.40)个月。按照随机数表法将所有患者分为观察组和对照组,每组各64例,观察组患者年龄44~69岁,平均年龄(56.8±8.40)岁;病程8.6~12.8个月,平均病程(11.20±1.60)个月。对照组患者46~67岁,平均年龄(56.8±8.80)岁,病程8.8~13.3个月,平均病程(12.10±1.30)个月。病例纳入标准:①经临床病例检查均确诊为宫颈癌的患者;②美国麻醉医师学会(ASA)分级Ⅰ级或Ⅱ级的患者。病例排除标准:①心脏传导阻滞的患者;②伴有肝肾功能明显异常的患者;③近期服用镇痛镇静药物的患者;④有精神病史和药物过敏史的患者。两组患者年龄、病程等一般资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有患者及家属均知情同意,均签署知情同意书。本次研究经本院医学伦理学委员会批准。

1.2 方法

所有患者均于术前12h开始禁食,进入手术室后,进行心率、血压、血氧饱和度、脉搏等常规监测。均采用气管插管和静脉给药的全身麻醉方法进行麻醉。术前30min常规使用阿托品0.5mg,苯巴比妥钠0.1g。术中静脉诱导采用舒芬太尼0.3ug/kg、丙泊酚1.5mg/kg、顺式阿曲库胺0.2mg/kg,3min后经口明视气管内插管,气管插管后行机械通气。两组患者术后镇痛均使用右美托咪定(11.0ug/kg/d)术后自控静脉镇痛(PCIA),其中,对观察组患者术后联合腹横筋膜阻

滞镇痛。术后1h、术后6h、术后1d、术后2d时采用VAS法对患者的疼痛程度进行对比分析,比较两组患者在各时间点心血管稳定性。

1.3 观察指标

采用VAS评分法对患者的疼痛程度进行对比分析,0~10分,0分为无痛,10分为剧痛,分数越高表明患者疼痛程度越高。0分为无痛,1~3分为轻微疼痛,4~6分为患者疼痛影响睡眠,尚能忍受,7~10分为剧烈疼痛,患者无法忍受。

1.4 统计学方法

将数据录入SPSS19.0进行统计分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用独立样本t检验,以 $P<0.05$ 为差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者心血管稳定性比较

观察组患者术后6h、术后1d、术后2d各时间点平均动脉压明显低于对照组,差异有统计学意义(均 $P<0.01$)。观察组患者术后1h、术后6h、术后1d、术后2d各时间点心率明显低于对照组,差异有统计学意义(均 $P<0.01$)。2.2 两组患者VAS评分比较

术后1h时,对照组患者与观察组患者VAS评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。术后6h、术后1d、术后2d时对照组患者VAS评分明显高于观察组患者,差异有统计学意义(均 $P<0.01$),见表1。

表1: 两组患者VAS评分比较($\bar{x}\pm s$)

类别	对照组(n=64)	观察组(n=64)	t	P
术后1h	2.21±0.93	2.19±0.89	0.11	0.91
术后6h	2.01±0.67	1.21±0.53	5.16	<0.01
术后1d	1.16±0.55	0.71±0.37	3.09	<0.01
术后2d	0.82±0.53	0.34±0.23	4.3	<0.01

3 讨论

宫颈癌是世界范围内常见的妇科肿瘤类型之一,具有极长的潜伏期,早期无典型症状。手术是治疗宫颈癌的主要方法。本次研究结果证明,术后1h、术后6h、术后1d、术后2d时,观察组患者平均动脉压、心率均低于对照组,表明观察组患

(下转第8页)

* 通讯作者: 王楠

2.2 对比两组患者治疗前、后血气指标情况

治疗前, 两组患者的血气指标无较大差距 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组患者的 SaO_2 、 PaCO_2 、 PaO_2 、 PH 指标改善的优于对照组, 两组开展对比, 差距显著, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体表 2

2.3 对比两组患者治疗后不良反应发生率

观察组患者不良反应发生率 2.70% 比对照组的 13.51% 要低, 两组开展对比, 差距显著, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体见表 3

表 3: 对比两组患者并发症发生率 (n, %)

小组	例数	腹胀	口干	脸部受压充血	总发生率
对照组	74	4 (5.41)	3 (4.05)	3 (4.05)	13.51
观察组	74	1 (1.35)	1 (1.35)	0 (0)	2.70

3 讨论

重症肺炎是小儿患者高发疾病, 此疾病易反复发作, 而且会诱发一系列严重并发症, 威胁小儿患者的生命安全。急诊是救治此类患儿的前沿阵地, 对于此类患儿, 需要高效的急救措施, 帮助患儿提高恢复效率, 减少并发症的发生。需要注意的是, 以往此类患儿予以常规的急救措施, 缺乏针对性, 也没有细化的救治流程, 使得效率下降。这也说明, 对小儿重症肺炎合并呼吸衰竭患者实施急诊急救可调节其机体呼吸不畅情况, 确保其生命安全^[4]。

通过此次研究中, 实施急诊急救措施在基本治疗情况、血气指标以及治疗后不良反应发生率方面均有一定优势。而且实施急诊急救措施还可缩短患者治疗时间, 改善机体呼吸窘迫的情况, 从而降低死亡率^[5]。

综上所述: 将急诊急救措施应用于小儿重症肺炎合并呼吸衰竭患者中, 不仅可降低患者的死亡率, 还能改善患者临床不适症状, 确保预后效果, 从而获得患者与医师的认可与

满意, 值得在临床中大力推广应用。

参考文献:

- [1] 刘新安. 经鼻持续气道正压通气治疗小儿重症肺炎合并呼吸衰竭临床疗效观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(12):2763-2764.
- [2] 王玉璞, 韩波, 高怡珍, 等. 早期 CPAP 对小儿重症肺炎并呼吸衰竭血气指标及预后的影响 [J]. 临床肺科杂志, 2016, 13(1):75-77, 78.
- [3] 董力杰, 张蕾, 芦菲, 等. 肺保护性通气策略联合一氧化氮吸入治疗小儿重症肺炎合并急性呼吸窘迫综合征 10 例报道 [J]. 中国小儿急救医学, 2014, 21(1):41-42.
- [4] 孙静. 经鼻持续气道正压通气治疗小儿重症肺炎合并呼吸衰竭的临床疗效 [J]. 中国疗养医学, 2016, 25(10):1073-1075.
- [5] 徐建洪, 岳晓明, 刘江, 等. 早期持续气道正压通气治疗小儿重症肺炎合并呼吸衰竭疗效分析 [J]. 齐齐哈尔医学院学报 2015, 13(3):358-359.

(上接第 5 页)

3.2.4 加强疾病健康宣传, 在换药过程中需要对患者进行健康宣教, 强化患者的自我保护意识, 并且向患者说明换药时间、换药次数等, 在换药过程中可以与患者进行交流, 分散患者的注意力, 以减轻患者的疼痛感受。在换药过程中, 患者可能因疼痛而产生恐惧、焦虑等情绪, 护理人员应及时对患者进行安慰、鼓励等, 减轻患者的负面情绪, 提高换药效率^[9]。

综上所述, 门诊外科是各类疾病患者汇集的地方, 也是病菌集中存在的地方, 是交叉感染与院内感染的高发科室, 做好门诊外科换药护理工作, 不仅是对患者的健康与安全负责, 也是对医务人员自身负责。因此, 门诊外科换药过程中, 应采取科学有效的护理措施对交叉感染进行控制, 还应加强与患者的沟通, 树立患者的防感染意识, 从而提升门诊外科换药的护理质量。

参考文献:

- [1] 李巧云. 门诊外科换药的护理及感染控制研究 [J]. 大

家健康 (学术版), 2015, 9(19):180-181.

- [2] 苏永利, 李惠锋. 门诊常见外科切口感染的换药方法及护理体会 [J]. 中国社区医师 (医学专业), 2010, 12(7):143-143.
- [3] 李翠萍. 门诊外科换药的护理及感染控制研究 [J]. 当代医药论丛, 2012, 10(12): 666.
- [4] 杨斌. 门诊外科换药的护理及感染控制研究 [J]. 大家健康 (学术版), 2014, 8(16):277-278.
- [5] 卢蕴玉. 门诊常见外科换药的护理及感染控制 [J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(31):204-206.
- [6] 徐素珍. 护理安全管理在降低外科换药室内感染中的应用 [J]. 饮食保健, 2016, 3(8):181-182.
- [7] 黄春霞, 曾萍, 陈萍红. 门诊换药室感染的相关因素分析与预防措施 [J]. 护理实践与研究, 2013, 10(3):91-93.
- [8] 叶美妹. 手术切口感染的相关因素及门诊换药的护理探析 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(36):4584-4585.
- [9] 郑瑞花. 门诊换药室严格控制医院感染的护理体会 [J]. 中国美容医学杂志, 2011, 20(s5):39-42.

(上接第 6 页)

者术后血流动力学比对照组患者更加稳定。同时, 术后 6h、术后 1d、术后 2d 时观察组患者 VAS 评分明显低于对照组患者 ($P < 0.01$)。这一结果表明右美托咪定联合腹横筋膜阻滞用于宫颈癌根治术后镇痛能够有效改善患者的心血管稳定性和 VAS 评分, 其镇痛效果明显优于单用右美托咪定的对照组, 能够有效改善患者的预后和病情。

综上所述, 右美托咪定联合腹横筋膜阻滞用于宫颈癌根治术后患者镇痛比单用右美托咪定镇痛的患者心血管反应更稳定、VAS 评分更低。

参考文献:

- [1] 田旻, 李宇, 张勤功. 不同剂量右美托咪定复合舒芬太尼在宫颈癌根治术后镇痛效果的比较 [J]. 山西医科大学学报, 2013, 44 (12): 997-999.