

• 药物研究 •

右美托咪定复合瑞芬太尼可唤醒麻醉在宫腔镜手术中的应用

杜铭琼

湖南省脑科医院麻醉手术室 湖南长沙 410007

【摘要】目的 探究宫腔镜手术中使用右美托咪定复合瑞芬太尼可唤醒麻醉的效果。**方法** 回顾分析宫腔镜病例资料，回顾时间 2018 年 12 月-2019 年 6 月，共 60 例，依据随机法区分为两组，行瑞芬太尼麻醉为对照组，行右美托咪定与瑞芬太尼复合可唤醒麻醉为研究组，经过对比观察两组用药效果。**结果** 术中药物追加、术中和术中镇静评分及苏醒时间经过两组间对比，差距明显且研究组更优 $P < 0.05$ ；且用药反应相对比而言，6.67% 低于 26.67%，可见研究组更优， $P < 0.05$ 。**结论** 宫腔镜手术中应用瑞芬太尼与右美托咪定复合麻醉，不仅实现了可唤醒麻醉的目的，而且药物反应少，适合临床推荐。

【关键词】 右美托咪定；瑞芬太尼；可唤醒麻醉；宫腔镜**【中图分类号】** R614**【文献标识码】** A**【文章编号】** 2095-7711 (2019) 11-096-02

手术期间可唤醒麻醉技术对患者术后尽快苏醒具有明显的促进作用，早期可唤醒技术被应用于外科手术，继而逐渐被引入其他手术，不仅有效提高病灶切除率，且最大限度提高患者的手术配合度，保证手术最佳效果^[1]。宫腔镜手术作为女性手术中常见的术式之一，可唤醒麻醉技术也是至关重要的存在。在以往的麻醉技术中瑞芬太尼与丙泊酚的复合效果虽然显著，但是仍然存在麻醉问题，比如：镇静过度、呼吸抑制等。右美托咪定是手术中常用的药物，其实高选择 α_2 肾上腺素受体激动剂，该药物的亲和力高，加之瑞芬太尼是阿片类药物，两者复合的作用比较显著，故文章主旨在于分析宫腔镜手术中右美托咪定与瑞芬太尼复合可唤醒麻醉的效果，报告如下。

1 资料和方法

1.1 基线资料

回顾病例资料，均为宫腔镜手术者，共 60 例，回顾时间 2018 年 12 月-2019 年 6 月，区分依据条件为随机法，分别 30 例，其中行瑞芬太尼麻醉的一组为对照组，年龄阶段 26-38 岁，平均年龄阶段 (32.08 ± 4.31) 岁，体重范围 46-60kg，平均体重范围 (53.08 ± 5.68) kg，手术时间 21-37min，平均手术时间范围 (29.06 ± 3.69) min；行瑞芬太尼复合右美托咪定可唤醒麻醉的一组为研究组，年龄阶段 27-38 岁，平均年龄阶段 (32.54 ± 4.36) 岁，体重范围 47-60kg，平均体重范围 (53.53 ± 5.72) kg，手术时间 22-37min，平均手术时间范围 (29.51 ± 3.73) min。两组基线资料经过计算机检验系统检验，数据差异小，可进行对比研究， $P > 0.05$ 。

入选标准：择期行宫腔镜手术者；焦虑程度均为 I、II 级者；对麻醉药物无禁忌症者；内分泌系统、血液功能、心脏、肺部等功能正常者；研究同意书内容均公开，并由本人签字；伦理委员会许可。

排除标准：脑部、心脏、肝肾等多项功能均伴有障碍者；精神认知能力异常；无法独立配合者；恶性肿瘤者。

1.2 方法

对照组：行瑞芬太尼麻醉，使用连续静脉注射微泵，用药方法术前 10min，坚持使用瑞芬太尼 $4\mu\text{g}/\text{kg} \cdot \text{h}$ ，为保持麻醉效果，在此之上，行丙泊酚静脉滴注， $1.5\text{mg}/\text{kg} \cdot \text{h}$ ，手术期间，瑞芬太尼与丙泊酚快速输液，剂量均为 1ml，为减少药物反应，手术期间协助患者适度调整头部位，并对他们的生命体征进行观察，另外当呼吸频率范围处于 20 次/min-40 次/min，行静脉滴注，5mg 阿托品。手术结束半小时内送至麻醉观察室，无异常后再转入病房。

研究组：瑞芬太尼复合右美托咪定可唤醒麻醉，用药方法：术前右美托咪定与氯化钠稀释，氯化钠浓度 0.9%，稀释至 $4\mu\text{g}/\text{ml}$ ，术前 10min，持续注射用速率泵，瑞芬太尼稀释，直至 50ml。术后右美托咪定给予，但是药物剂量调整，改变为 $0.4\mu\text{g}/$

$\text{kg} \cdot \text{h}$ ，同时在手术期间注意注射的速度，并适量加入 $20\mu\text{g}/\text{kg}$ 瑞芬太尼，如果出现呼吸抑制问题，及时采取抬起下颌，给予面罩吸氧。手术结束，送至麻醉观察室，观察半小时，无异常，病房送回^[2]。

1.3 观察指标

经过不同麻醉方法的对比，观察术中药物追加、术中和术中镇静评分及苏醒时间，镇静评分采取 Ramsay 镇静评分，满值 6 分，以 2 分为界线，低于为烦躁情绪严重，等于 2 分清醒，3 分嗜睡，4 分浅眠，5 反应迟钝，6 分无反应，并记录药物反应（镇静过度、头晕、呼吸抑制）。

1.4 统计学分析

数据经过临床统计，数据检验版本使用计算机检验版本 SPSS22.0，变量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，检验用 t，定量资料用 (n) % 表示，检验用卡方，数据组间比较，差异 $P < 0.05$ ，可实施可比性研究且具有统计学价值。

2 结果

2.1 麻醉效果

术中药物追加、术中和术中镇静评分及苏醒时间比较，研究组更优， $P < 0.05$ ，见表 1。

表 1：麻醉效果分析 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	术中药物追加 (次)	术前镇静评分 (分)	术中镇静评分 (分)	苏醒时间 (min)
研究组	30	1.00 ± 1.00	2.63 ± 0.51	4.26 ± 0.30	1.40 ± 1.46
对照组	30	6.00 ± 2.00	3.49 ± 0.72	5.03 ± 0.46	4.68 ± 1.69
t	-	12.247	5.339	7.679	8.044
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 药物反应

经过药物麻醉，研究组出现头晕 1 例，呼吸抑制 1 例，发生率 6.67%，对照组出现镇静过度 2 例、头晕 3 例、呼吸抑制 3 例，发生率 26.67%，6.67% 低于 26.67%，研究组发生率， $\chi^2=4.320$ ， $P=0.038$ 。

3 讨论

就目前的符合疾病治疗情况来讲，大多数患者对手术存在恐惧、紧张等多种变化心理特征，甚至还会考虑到麻醉药物对他们身体的影响，进而影响预后效果。因此，为了有效改善预后效果，并改善麻醉效果，临床上保证安全的保证是十分必要的。本研究经过临床组间对比分析后，发现研究得到：研究与对照组两相对比而言， (1.00 ± 1.00) 次、 (2.63 ± 0.51) 分、 (4.26 ± 0.30) 分及 (1.40 ± 1.46) min，可见研究组数据更优，最大限度控制术中用药次数的同时，还有有效的改善术前、术中的镇静评分，避免镇静过度的发生，进而为缩短苏醒时间奠定条件。原因分析：

(下转第 98 页)

一,若不对其进行积极有效的血压控制,易增加心脑血管并发症,加重患者病情,降低患者生活与生存质量。临床上针对老年高血压患者治疗,主要以减轻血管阻力,减少对患者相应靶器官损害的药物治疗为主^[3]。

本次研究中,对我院老年高血压患者应用替米沙坦、小剂量氨氯地平联合用药治疗。替米沙坦为临床常用降压药物,为作用于肾素-血管紧张素系统的药物,经口服用药后,能快速发挥药效,为特异性血管紧张素 I 受体(AT1 型)拮抗剂,与血管紧张素 I 受体 AT₁ 亚型(已知的血管紧张素 I 作用位点)呈高亲和性结合,能有效降低患者血液中醛固酮含量,值得注意的是其对患者治疗时,一定程度上会引起患者红细胞指数降低与肾脏血液动力学改变,且患者易出现头晕头痛等不良反应,不利于患者疾病的恢复与预后,给患者带来诸多不适感。氨氯地平为新一代钙离子拮抗剂,其能扩张外周小动脉,使外周阻力(后负荷)降低,从而减少心肌耗能和氧需求,扩张正常和缺血区的冠状动脉及冠状小动脉,增加冠脉痉挛(变异型心绞痛)患者的心肌供血。其半衰期较长,为 35-50h,经口服后 6-12h 血药浓度能达到峰值,

起效快,药效作用时间较长,患者不良反应较少。当与其他降压药物联合使用时,使用较低剂量即可提升治疗效果,并且有效降低不良反应发生,提升患者舒适感,减轻患者的痛苦。

观察本次研究,两组患者的治疗效果、血压改善情况以及不良反应发生情况,使用小剂量氨氯地平联合用药治疗的观察组均优于对照组($P < 0.05$),治疗效果显著,血压改善情况更好,不良反应更少。

综上,对老年高血压患者应用小剂量氨氯地平联合用药治疗,能有效提高治疗效果,改善患者血压水平,减少不良反应的发生,具有一定的临床使用价值。

参考文献:

- [1] 王智慧.老年高血压病人的心理分型与护理[J].世界最新医学信息文摘,2015(17):231-232.
- [2] 宿玲.氨氯地平联合替米沙坦治疗老年高血压早期肾损害的效果观察[J].中国当代医药,2015,22(4):80-81.
- [3] 迟新栋,马丽,何佳,等.原发性高血压老年患者致病因素与靶器官损害状况研究[J].医学临床研究,2015,32(9):1750-1752.

(上接第 94 页)

慢性支气管炎急性加重期目前最常用的治疗方式是抗生素治疗,临床结果显示,治疗周期较长,长时间用药会使患者产生耐药性,耐药性一旦产生就会使患者治疗效果减退^[3-4]。而氨溴索的使用可以对患者治疗起到重要的医学作用,氨溴索对呼吸道的分泌细胞有靶向作用,减少痰液,方便痰液排除体内,效果极佳。本文通过两种不同方式对两组患者进行治疗,探究抗生素+氨溴索治疗慢性支气管炎急性加重期的临床效果,结果显示,抗生素+氨溴索治疗方法提高了治疗总有效率,改善了各项指标,同时可以减少不良反应的发生,具有一定的医学应用价值^[5]。

综上所述,抗生素+氨溴索治疗慢性支气管炎急性加重期的临床效果显著,可改善患者血气指标,提高治疗总有效率,降低

不良反应发生,值得推荐。

参考文献:

- [1] 徐锋,韩纪昌,张雅军等.盐酸氨溴索治疗慢性支气管炎急性加重期疗效观察[J].中国现代药物应用,2016,10(15):131-132.
- [2] 王玲.抗生素+氨溴索治疗慢性支气管炎急性加重期效果的临床研究[J].心理月刊,2019,14(18):204.
- [3] 张斌.氨溴索联合抗生素治疗慢性支气管炎急性加重期的有效性及安全性[J].中西医结合心血管病电子杂志,2014,2(8):98.
- [4] 张红梅.盐酸氨溴索联合抗生素用于慢性支气管炎的疗效评价[J].饮食保健,2018,5(34):72.
- [5] 陆清省.慢性支气管炎应用盐酸氨溴索联合抗生素治疗的临床分析[J].中国社区医师,2016,32(13):76-76,78.

(上接第 95 页)

断 Ang II,减轻肾小球内高压和高滤过,延缓肾小球硬化和肾间质纤维化,价值显著。

上述研究结果证实:研究组临床总有效率为 93.02%,显著高于对照组 72.10%,组间差异明显;治疗前,两组尿蛋白量无差异,治疗后研究组尿蛋白量显著低于对照组,差异有统计学意义,研究组不良反应发生率为 6.98%,对照组不良反应发生率为 11.63%,两组无差异,由此可见,将缬沙坦、福辛普利联合应用在 IgA 肾病中的效果显著,能够有效提高患者的治疗总有效率。

综上所述,IgA 肾病尿蛋白患者应用缬沙坦联合福辛普利片治疗的效果明显,能够改善患者的尿蛋白量,减少不良反应发生,值得临床应用探索。

参考文献:

- [1] 章慧.缬沙坦联合福辛普利治疗 IgA 肾病蛋白尿的临床疗效分析[J].中国卫生标准管理,2016(18).
- [2] 王云.福辛普利联合缬沙坦治疗 IgA 肾病蛋白尿的疗效及其对尿转化生长因子 $\beta 1$ 水平的影响[D].2015.
- [3] 于续芳,黄占东.福辛普利联合雷公藤多苷治疗中等量蛋白尿 IgA 肾病[J].中国中西医结合肾病杂志,2012(5):438-439.
- [4] 靳兰凤,张欣鑫,王傲然.福辛普利联合缬沙坦治疗 IgA 肾病 124 例临床观察[J].检验医学与临床,2013(24):3329-3330.
- [5] 于续芳,黄占东.激素联合环磷酰胺及福辛普利治疗重型 IgA 肾病临床分析[J].山西医药杂志,2014(22):2652-2654.
- [6] 王海涛,王寅,罗正茂,et al.小剂量尿激酶联合福辛普利和来氟米特治疗中重型 IgA 肾病的临床研究[J].中国综合临床,2012,28(5):455-458.

(上接第 96 页)

瑞芬太尼,其不仅是临床常用手术麻醉药物,而且该药物能够镇痛,经过静脉给药,药效迅速发挥,既具有短持续时间优势,又相对比吗啡作用更为有效,所以时常用于麻醉^[3]。新型高选择性 $\alpha 2$ 肾上腺素能右美托咪定,其自身肾上腺素能受体优势强,加之与可乐定相较之,亲和力更高,约 8 倍,而在半衰期方面消除方面,仅 1.8h,能够有效将体内物质进行生物转化,充分利用,有效减少以原始形式排出的尿液、粪便。

综上所述,在腹腔镜手术中使用右美托咪定复合瑞芬太尼可唤醒麻醉,复合麻醉比单一麻醉更优,适宜临床应用。

参考文献:

- [1] 付葵,杨镭镭,孙平.右美托咪定复合丙泊酚和瑞芬太尼靶控输注对老年脑功能区手术患者术中唤醒试验质量的影响[J].中国老年学杂志,2018(7):1636-1638.
- [2] 赵赢,费建平.右美托咪定复合瑞芬太尼可唤醒麻醉在腹腔镜手术中的应用[J].临床药物治疗杂志,2017,15(11):60-64.
- [3] 王琦,于红美,于红,等.右美托咪定或丙泊酚复合瑞芬太尼用于功能神经外科术中唤醒的比较[J].中国医学工程,2017(1):98-100.