

# 右美托咪定在硬膜外麻醉后寒战治疗中的应用

邓伦童<sup>1</sup> 赖爱华<sup>2</sup>

(1 江西省南昌市中西医结合医院麻醉科 南昌 330003;  
2 南昌大学附属眼科医院麻醉科 江西南昌 330000)

**摘要:**目的:探讨右美托咪定治疗硬膜外麻醉后寒战的临床效果与安全性。方法:选择接受下肢内固定取出术并在硬膜外麻醉后出现寒战症状的患者 40 例,随机分为 A 组(右美托咪定组)和 B 组(生理盐水组),每组 20 例。行低位硬膜外麻醉,手术室温度保持 22~24℃。当患者出现寒战并持续 2 min 仍不能自行缓解时,A 组静脉给予右美托咪定 0.4 μg/kg,而 B 组给予相同剂量的生理盐水。结果:两组患者用药后 5 min 有明显差别,A 组有 95%得到改善,B 组寒战无明显改善;同时 A 组有 5 例用药后 HR 降至 50 次/min,但未做任何处理心率恢复正常。结论:右美托咪定用于硬膜外麻醉后的寒战效果确切,对生命体征影响小,值得推广。

**关键词:**硬膜外麻醉;寒战;右美托咪定

中图分类号:R614.42

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.02.031

围手术期发生寒战的主要原因有散热过度、交感兴奋、疼痛以及全身致热原的释放等<sup>[1]</sup>。硬膜外麻醉通过抑制血管收缩影响体温调节系统,使局部热量从下肢到外周重新分部,导致硬膜外麻患者产生寒战和低血压。寒战带来种种不良反应,如耗氧增加、乳酸中毒,使机体生产过多的 CO<sub>2</sub>,代谢率增加 300%等<sup>[2]</sup>。笔者应用右美托咪定对硬膜外麻醉后病人的寒战进行处理。现报告如下:

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究通过本院伦理委员会批准,并与患者和家属签署知情同意书。择期下肢内固定取出患者 40 例,其中男 26 例,女 14 例,年龄 24~50 岁,体重 40~75 kg,ASA I~II 级。无肝肾功能异常,无心血管疾病,未使用血管活性药物,无精神、神经疾病。所有病例均接受硬膜外麻醉,随机分为两组,A 组(右美托咪定组)和 B 组(生理盐水组)各 20 例。

**1.2 治疗方法** 术前常规禁食禁饮。入室后开放上肢静脉通道,以乳酸林格液维持,常规监护,监测 ECG、NIBP、HR、RR、SPO<sub>2</sub> 等。开放外周静脉,静滴复方乳酸钠 10 ml/kg,后行低位硬膜外麻醉,所有患者均使用 2%利多卡因,试验剂量 4 ml,首次剂量 10 ml,硬膜外穿刺置管均无异常。手术室温度保持 22~24℃。当患者出现寒战 3~4 级并持续 2 min 仍不能自行缓解时,A 组缓慢静脉注射右美托咪定(国药准字 H20090248)0.4 μg/kg,B 组给予相同剂量的生理盐水,当 SPO<sub>2</sub> 低于 95%时给予面罩吸氧。

**1.3 观察指标** 常规全程监测 ECG、MAP、HR、RR、SPO<sub>2</sub>,用药后 5 min 以 Wrench 寒战分级评定结果(0 分:无寒战;1 分:无肉眼可见寒战,毛发竖立或外周血管收缩;2 分:只有一组群肌肉活动;3 分:超

过一组群肌肉但非全身肌肉寒战;4 分:全身肌肉寒战),观察并记录用药前(0 min)及用药后 1、5、10、30 min 各时点患者 MAP、HR、SPO<sub>2</sub> 及恶心呕吐等不良反应发生率。

**1.4 疗效评价** 以用药后 5 min 寒战的控制效果评定疗效。优:寒战消失;良:寒战减;差:无明显效果。

**1.5 统计学分析** 采用 SPSS12.0 统计学分析软件包处理,计量数据以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,组间比较采用单因素分析差分析,计数资料用 *t* 检验,*P*<0.05 表示有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 两组患者围术期寒战评分比较** 两组患者用药后 5 min 有明显差别,两组寒战评分有显著性差异,*P*<0.05。见表 1。

| 表 1 两组患者围术期寒战评分比较(例) |          |     |     |     |     |     |
|----------------------|----------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 组别                   | <i>n</i> | 0 分 | 1 分 | 2 分 | 3 分 | 4 分 |
| A 组                  | 20       | 18  | 1   | 1   | 0   | 0   |
| B 组                  | 20       | 0   | 0   | 2   | 4   | 14  |

**2.2 两组患者生命体征比较** A 组有 5 例用药后 HR 降至 50 次/min,但未做任何处理心率恢复正常。两组 SPO<sub>2</sub> 均在 95%以上,生命体征平稳,两组比较无显著性差异,*P*>0.05。见表 2。

| 表 2 两组患者生命体征比较( $\bar{x} \pm s$ ) |              |              |                      |          |
|-----------------------------------|--------------|--------------|----------------------|----------|
| 组别                                | MAP(mm Hg)   | HR(次/min)    | SPO <sub>2</sub> (%) | 恶心/呕吐(例) |
| A 组                               | 89.13± 9.87  | 70.34± 12.56 | 98± 2                | 2        |
| B 组                               | 89.94± 10.14 | 70.11± 13.83 | 98± 2                | 2        |

**2.3 两组临床效果比较** 见表 3。右美托咪定用于硬膜外麻后寒战效果确切,总有效率达 95%,明显优于对照组。见表 3。

表 3 两组临床效果比较

| 组别  | n  | 优(例) | 良(例) | 差(例) | 总有效率(%) |
|-----|----|------|------|------|---------|
| A 组 | 20 | 18   | 1    | 1    | 95.00*  |
| B 组 | 20 | 0    | 4    | 16   | 20.00   |

注:与 B 组相比,\*P<0.05。

3 讨论

硬膜外麻醉后寒战发生率高,一般认为与多种因素相关,如室温过低、输入大量低温液体、局麻药温度、心理因素等,最重要的还是椎管内麻醉后深部温度的降低和未阻滞区域的血管收缩,阻滞区域内的血管舒张使体内的大量热量再分布到周围组织,加上术中输入低温液体、手术室温度较低,使得深部温度下降,触发寒战反应<sup>[2]</sup>。右美托咪定是一种  $\alpha 2$  肾上腺素能受体激动药,它作用于脑和脊髓的  $\alpha 2$

受体,产生镇静抗寒战等效应<sup>[3]</sup>。因此其抗寒战作用明显。本组研究结果显示,使用右美托咪定的患者无 1 例发生过度镇静,所有患者均能安静入睡,且可唤醒。两组相比生命体征平稳,差异无统计学意义,  $P>0.05$ 。综上所述,小剂量右美托咪定对硬膜外麻醉后产生寒战的患者有很好的作用,且呼吸抑制轻,值得临床推广。

参考文献

[1]张红,冯艺.全身麻醉术后寒战相关危险因素的研究[J].临床麻醉学杂志,2010,26(3):203-205  
[2]林琴,钱彬.右美托咪定和曲马多治疗术后寒战的比较[J].临床麻醉学杂志,2011,27(5):473-474  
[3]孟庆花,徐咏梅.椎管内麻醉后寒战的影响因素及治疗[J].重庆医学,2012,41(13):1335-1338

(收稿日期:2014-08-27)

剖宫产术后再次妊娠分娩方式的分析

莫晖 韦艳艳

(广东省肇庆市第二人民医院 肇庆 526060)

摘要:目的:探讨剖宫产术后再次妊娠的分娩方式。方法:对 2013 年 1 月~2014 年 3 月在我院产科住院分娩的 192 例剖宫产术后再次妊娠孕妇的分娩方式进行回顾性分析。结果:152 例选择再次剖宫产,40 例经阴道试产,其中 1 例阴道助产,试产成功 19 例,试产成功率 47.5%。结论:对有剖宫产病史的孕妇有阴道试产意愿,并有阴道试产条件者,应鼓励在严密监护下阴道试产,降低剖宫产率。

关键词:剖宫产;再次妊娠;分娩方式

中图分类号:R714.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.02.032

随着麻醉技术和剖宫技术的迅猛发展以及社会等因素的影响,剖宫产率高居不下,导致剖宫产史患者再次妊娠的发生率也逐年增加,而剖宫产术后再次妊娠及分娩加大了母婴安全的风险<sup>[1-2]</sup>,因此,剖宫产术后再次妊娠的分娩方式成为产科医生面临的突出问题。现对 2013 年 1 月~2014 年 3 月我院产科 192 例剖宫产术后再次妊娠孕妇的分娩方式进行回顾性分析,探讨剖宫产术后再次妊娠的合理分娩方式。

1 临床资料

1.1 一般资料 我院 2013 年 1 月~2014 年 3 月有剖宫产史再次妊娠分娩者 192 例,孕妇年龄 23~41 岁,孕周 35 周~40<sup>+</sup> 周,二次剖宫产史 10 例,上次分娩距本次分娩时间间隔 <2 年者 22 例,距前次剖宫产时间 2~10 年 170 例。前次剖宫产手术指征有胎位异常、巨大胎、羊水过少、胎儿窘迫、妊娠期高血压、前置胎盘等 183 例,骨盆狭窄 9 例,子宫下段剖宫产占绝大部分比例,而腹膜外剖宫产只有 1 例。

1.2 方法 所有患者入院后完善相关检查,对临产、宫颈评分大于 6 分,剖宫产术间隔超过 2 年以

上、超声提示疤痕厚度大于 3 mm、本人愿意承担风险且无阴道分娩禁忌证的孕妇进行阴道试产,在试产过程中要严密监测生命体征,产程中胎心监护仪全程监测胎心,一旦发生头盆不称、先兆子宫破裂及胎儿窘迫等影响母婴安全的情况,即行剖宫产结束分娩。不同意阴道试产及无阴道试产指征的患者则择期剖宫产。

1.3 结果 40 例剖宫产术后再次妊娠者进行阴道试产,其中 1 例阴道助产,结果试产成功 19 例,试产成功率 47.5%。试产失败 21 例,试产失败的原因有:胎儿窘迫 6 例,先兆子宫破裂 5 例,相对头盆不称 3 例,无明显剖宫产指征 7 例。先兆子宫破裂发生在试产过程中,子宫下段压痛 2 例,发现血尿 3 例,立即停止试产,改剖宫产术中未见破裂口,母婴均良好。本组无子宫破裂,无产妇及新生儿死亡,无产后出血,再次剖宫产中绝育达 80%。

2 讨论

2.1 剖宫产术后再次妊娠阴道试产的条件 (1)骨盆无畸形,无明显狭窄,无明显头盆不称。(2)前次剖宫产适应证这次不存在,且无新的剖宫产适应证