特耐超前镇痛在无痛肠镜息肉切除术中的应用

黄晶晶 廖燕凌 陈彦青

(福建省立医院麻醉科 福州 350001)

摘要:目的:探讨特耐超前镇痛在无痛肠镜息肉切除术中的应用效果。方法:选取我院 2015 年 3 月~2016 年 3 月行无痛肠镜息肉切除术患者 126 例,采取随机数字表法分为 A 组、B 组和 C 组,每组 42 例,三组分别采取不同的超前镇痛措施,观察其效果。结果:三组行无痛肠镜息肉切除术患者的手术时间、不良反应发生率对比差异不显著($P>0.05$)。C 组患者丙泊酚用量少于 A 组和 B 组,苏醒时间短于 A 组和 B 组,A 组患者丙泊酚用量少于 B 组,苏醒时间短于 B 组,差异明显($P<0.05$);C 组患者苏醒后即刻和苏醒后 30 min 的 VAS 评分明显低于 A 组和 B 组患者,A 组患者苏醒后即刻和苏醒后 30 min 的 VAS 评分明显低于 B 组患者($P<0.05$)。结论:在行无痛肠镜息肉切除术中,实施特耐进行超前镇痛具有较好的效果,能够减少丙泊酚用量,加速患者苏醒,且可减少患者疼痛,在此基础上与舒芬太尼联合应用于超前镇痛,能够进一步提高其应用效果,值得推广。

关键词:无痛肠镜息肉切除术;超前镇痛;特耐;应用效果

中图分类号:R614

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.07.015

通过在肠镜下实施息肉切除术,具有诸多优点,如损伤小、简便快捷且患者术后恢复快等。术中通常采取间断推注丙泊酚进行麻醉,但部分患者会出现体动和镇痛不足的现象,对此常采取加深麻醉深度进行解决,但加大麻醉深度后,易导致丙泊酚用量过大而对患者呼吸系统和心血管系统造成抑制^[1]。相关研究发现,超前镇痛能够对患者术前的伤害性加以阻滞,从而达到术后镇痛的目的^[2]。本研究以我院 126 例行无痛肠镜息肉切除术患者为研究对象,采取特耐进行超前镇痛,观察其效果。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 3 月~2016 年 3 月 126 例行无痛肠镜息肉切除术患者作为本次研究对象,ASA 分级 I~II 级。排除有消化道溃疡疾病史、酗酒史和滥用药物史患者;严重心肺功能异常患者;对研究药物过敏患者。将所有患者采取随机数字表法分为 A 组、B 组和 C 组,每组 42 例。A 组:男 23 例,女 19 例,年龄 19~62 岁,平均年龄(40.27 ± 1.37)岁,平均体重(54.98 ± 2.45) kg。B 组:男 22 例,女 20 例,年龄 20~62 岁,平均年龄(40.54 ± 1.61)岁,平均体重(54.34 ± 2.78) kg。C 组:男 21 例,女 21 例,年龄 19~63 岁,平均年龄(40.97 ± 1.86)岁,平均体重(54.56 ± 2.58) kg。三组行无痛肠镜息肉切除术患者的一般资料对比,均无明显差异($P>0.05$),可相互对比。

1.2 方法 所有患者均在术前 8 h 禁食禁饮,术前准备间开放上肢静脉。三组患者分别采取不同方式的超前镇痛措施,A 组患者在术前 30 min 给予 40 mg 特耐静脉推注,B 组患者在术前 5 min 给予 0.1 $\mu\text{g}/\text{kg}$ 舒芬太尼静脉推注,C 组患者在术前 30 min 静推 40 mg 特耐以及在术前 5 min 静推 0.1 $\mu\text{g}/\text{kg}$ 舒芬太尼。超前镇痛措施后,患者取左侧卧位,鼻导

管给氧(3 L/min),并常规监测心电图、脉搏血氧饱和度 and 无创血压。静推丙泊酚 1~2 mg/kg 进行麻醉诱导,直至患者意识消失,然后置入结肠镜进行检查。术中根据血流动力学改变及患者反应适当追加丙泊酚 0.5~1 mg/kg 维持麻醉深度,并在肠镜退出前停药。所有手术由同一操作熟练的消化内镜医生完成,所有麻醉由同一麻醉医生实施。

1.3 观察指标 比较三组患者的丙泊酚用量、苏醒时间、手术时间、不良反应发生率,以及苏醒后即刻和苏醒后 30 min 的腹痛情况。苏醒标准:意识清楚,能睁眼抬头,能够准确反应指令,定向力得到恢复。腹痛情况采取 VAS 疼痛模拟评分进行对比,分值最高 10 分,最低 0 分,分值越高表示疼痛越严重。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计学软件进行处理,用%表示三组行无痛肠镜息肉切除术患者的不良反应发生率,采用 χ^2 检验;用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示三组行无痛肠镜息肉切除术患者的丙泊酚用量、手术时间、苏醒时间以及苏醒后不同时间的 VAS 评分,采用 t 检验; $P<0.05$ 表示数据差异显著。

2 结果

2.1 三组患者丙泊酚用量、苏醒时间及手术时间比较 C 组患者丙泊酚用量少于 A 组和 B 组,苏醒时间短于 A 组和 B 组,A 组患者丙泊酚用量少于 B 组,苏醒时间短于 B 组,差异明显($P<0.05$)。三组患者手术时间比较,无明显差异($P>0.05$)。见表 1。

表 1 三组患者丙泊酚用量、苏醒时间、手术时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	丙泊酚用量(mg)	苏醒时间(min)	手术时间(min)
A 组	42	141.51± 25.43	4.25± 1.83	20.23± 3.76
B 组	42	153.47± 25.18	5.37± 1.79	22.88± 2.35
C 组	42	122.37± 26.33	3.22± 1.42	19.86± 1.75

2.2 三组患者苏醒后即刻和苏醒后 30 min 的 VAS 评分比较 C 组患者苏醒后即刻和苏醒后 30 min 的 VAS 评分优于 A 组和 B 组,A 组苏醒后即刻和

苏醒后 30 min 的 VAS 评分优于 B 组, 差异显著 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 三组患者苏醒后不同时间的 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	苏醒后即刻	苏醒后 30min
A 组	42	2.87± 1.52	1.72± 1.26
B 组	42	4.28± 1.42	2.86± 1.43
C 组	42	1.08± 1.36	1.18± 0.15

2.3 三组不良反应发生情况比较 三组均未发现较为严重的不良反应。仅表现为呕吐、恶心, 其中 A 组 4 例(9.52%)、B 组 2 例(4.76%)、C 组 1 例(2.38%), 三组比较, 无明显差异 ($P > 0.05$)。

3 讨论

在肠镜下实施息肉切除术是一种微创治疗方式, 目前在结肠息肉患者的治疗中, 已成为较为重要的治疗方法^[9]。但是在肠镜下实施息肉切除术所需的时间较单纯肠镜检查长, 术后患者易出现腹胀、疼痛等不适现象, 而且在息肉切除过程中, 需要患者保持安静, 从而减少手术操作中的出血量, 降低并发症发生率, 因此在为患者行无痛肠镜下息肉切除术前, 为患者采取超前镇痛具有重要的作用^[4]。

特耐是一种新型的具有选择性的环氧化酶-2 (COX-2) 抑制剂, 通过单一给药能够对轻中度疼痛取得较好的镇痛作用。特耐与阿片类药物相比, 其选择性 COX-2 抑制剂的特性能够有效对外周和中枢 COX-2 产生抑制作用, 减少中枢以及外周前列腺素的合成, 从而抑制患者的痛觉, 达到缓解患者疼痛的目的, 产生效果较好的超前镇痛反应^[9]。特耐在临床应用中起效较快, 经过单次注射 40 mg 后, 7~13 min 时出现可感知的止痛作用, 23~39 min 时产生具有临床意义的止痛作用, 并于 2 h 内达到最大效果。因此在对患者实施麻醉前, 给予特耐静脉

(上接第 11 页)调节, 降低了西药安神类药物的使用量和使用时间, 降低了不良反应^[7]。同时, 穴位贴敷与中药汤剂、西药联合使用, 提高治疗效果, 对中枢神经系统的抑制作用增强, 营养神经元, 减少多巴胺的释放, 提高机体免疫力, 从而达到长效治愈的目的, 降低复发率。

本文通过观察发现, 结合组总有效率明显高于西药组, 结合组不良反应明显低于西药组, 说明中西医结合治疗睡眠障碍综合征的疗效明显优于单纯西药治疗, 可以迅速提高患者的睡眠质量, 减轻患者的疲乏感, 使患者心情愉悦舒畅。改善患者睡眠障碍相关症状, 提升患者的消化系统功能、生理功能, 让患者有充分的精力面对学习工作。因此, 对睡眠障

注射, 可大幅度降低术中操作所导致的患者前列腺素的释放, 减少对患者的伤害, 从而有效保护疼痛感受系统^[9]。在无痛肠镜息肉切除术中, 当肠镜置入时, 开始发挥镇痛效果, 在为患者切除息肉时药效接近峰值, 能够有效缓解疼痛刺激, 减少患者术中发生体动, 创造良好的手术条件^[7]。

本研究结果显示, 三组行无痛肠镜息肉切除术患者手术时间无明显差异 ($P > 0.05$), C 组患者丙泊酚用量少于 A 组和 B 组, 苏醒时间短于 A 组和 B 组, A 组患者丙泊酚用量少于 B 组, 苏醒时间短于 B 组, 差异明显 ($P < 0.05$); C 组患者苏醒后即刻和苏醒后 30 min 的 VAS 评分明显低于 A 组和 B 组患者, A 组患者苏醒后即刻和苏醒后 30 min 的 VAS 评分明显低于 B 组患者 ($P < 0.05$)。三组患者的不良反应发生率比较, 无明显差异 ($P > 0.05$)。综上所述, 特耐超前镇痛应用于无痛肠镜息肉切除术中, 能够明显减少丙泊酚的用量, 加速患者术后苏醒, 而且能够有效缓解患者苏醒后的疼痛症状。在此基础上, 联合舒芬太尼进行超前镇痛, 能够进一步提高镇痛效果, 值得临床中广泛推广。

参考文献

- [1]张涛,狄华君,陈斌,等.帕瑞昔布钠超前镇痛在结肠镜下息肉切除术中的应用[J].现代实用医学,2013,25(2):142-143
- [2]张雪蓉,徐桂萍.瑞昔布钠超前镇痛用于支撑喉镜下声带息肉激光切除术患者的效果观察[J].新疆医科大学学报,2012,35(11):1532-1534
- [3]陈广柱,潘学武,孙宝文,等.帕瑞昔布钠超前镇痛对高龄患者罗哌卡因术后镇痛的影响[J].中国老年学杂志,2013,33(7):1538-1539
- [4]陈明慧,章小龙,傅舒昆,等.帕瑞昔布钠超前镇痛的有效性评价:meta 分析[J].中华麻醉学杂志,2013,33(3):279-281
- [5]郭宇峰,边步荣,高彦东,等.帕瑞昔布钠超前镇痛对老年人全身麻醉术后认知功能及炎症因子的影响[J].中国基层医药,2016,23(5):683-686
- [6]刘佩蓉,张瑜,刘奇,等.帕瑞昔布钠超前镇痛在胃肠道肿瘤患者手术中的应用[J].山东医药,2013,53(48):60-62
- [7]尹述洲,张莹.帕瑞昔布超前镇痛在腹部手术麻醉中的临床应用[J].山东医药,2011,51(29):91-92

(收稿日期: 2016-06-20)

碍综合征患者建议采用中西医结合方法治疗, 优化治疗效果, 达到彻底治愈的目的。

参考文献

- [1]赵冬云.舒适性护理干预改善急性冠脉综合症患者主观睡眠质量评分观察[J].中外医疗,2011,30(5):61-62
- [2]奎瑜,劳玲珠,李漾,等.畅气通络针法治疗卒中后睡眠障碍的疗效评价[J].广东医学,2014,35(4):601-603
- [3]叶青,周洁,袁灿兴.滋肾平颤汤治疗帕金森病伴抑郁及睡眠障碍的效果[J].广东医学,2014,35(14):2276-2279
- [4]杜忠德,刘勇,王莉莉,等.经颅磁刺激治疗仪治疗抑郁症睡眠障碍疗效观察[J].山东医药,2011,51(25):48-49
- [5]徐佩茹,艾比拜.儿童常见睡眠障碍性疾病诊治现状[J].中华实用儿科临床杂志,2014,29(4):241-245
- [6]黄海华,李明秋,江皋轩,等.不同光照时间全光谱治疗对阿尔茨海默病患者睡眠障碍临床疗效的影响[J].中华行为医学与脑科学杂志,2015,24(7):629-632
- [7]卜宪聪,刘诗翔.黛力新联合高压氧治疗脑卒中后睡眠障碍 30 例疗效观察[J].山东医药,2013,53(26):55-57

(收稿日期: 2016-05-24)