

参考文献

[1]Iwabuchi S,Yokouchi T,Hayashi M,et al.Endovascular Treatment of Ruptured Cerebral Aneurysms Using Guglielmi Detachable Coils for Elderly Patients[J].Surgery for Cerebral Stroke,2005,33(1):45-49
[2]Webb A,Kolenda J,Martin K,et al.The effect of intraventricular administration of nicardipine on mean cerebral blood flow velocity measured by transcranial Doppler in the treatment of vasospasm following aneurysmal subarachnoid hemorrhage [J].Neurocrit Care, 2010,12(2):159-164
[3]Jarus-Dziedzic K,Bogucki J,Zub W.The influence of ruptured cerebral aneurysm localization on the blood flow velocity evaluated by transcranial Doppler ultrasonography [J].Neurological Research, 2001,23(1):23-28

[4]Molyneux AJ,Kerr RS,Birks J,et al.Risk of recurrent subarachnoid haemorrhage,death or dependence and standardised mortality ratios after clipping or coiling of an intracranial aneurysm in the International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT):long-term follow-up[J].Lancet Neurolgy,2009,8(5):427-433
[5]边立衡,赵性泉,王文娟,等.动脉瘤夹闭术可能缩短急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血相关脑血管痉挛持续时间 [J]. 中国卒中杂志, 2015,10(6):461-468
[6]张晓冬,吴海涛,孙晓川,等.夹闭和栓塞治疗颅内动脉瘤对蛛网膜下腔出血脑血管痉挛的影响[J].第三军医大学学报,2010,32(19): 2071-2074
[7]张志,李爱民,陈军,等.栓塞与夹闭对动脉瘤性蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛的影响[J].临床神经外科杂志,2012,9(3):170-171

(收稿日期: 2017-04-17)

三级镇痛模式在急诊创伤治疗中的临床分析

黄利明 祝启亮 林阳妹

(广东省东莞麻涌医院中医骨伤科 东莞 523100)

摘要:目的:探讨三级镇痛模式在急诊创伤患者中治疗效果及安全性。方法:选取 2016 年 1~12 月我院外科收治创伤患者 50 例作为研究对象,采用三级镇痛模式对患者进行镇痛治疗,比较镇痛前后患者血流动力学水平、部分分级患者镇痛疗效及不良反应发生情况。结果:镇痛 2 h 后患者收缩压、舒张压及心率水平平均低于镇痛前,比较有统计学意义($P<0.05$)。经 VAS 评估分级,Ⅰ级患者 15 例,Ⅱ级患者 23 例,Ⅲ级患者 12 例。三组患者镇痛总有效率分别为 93.33%、91.30%、100.00%,比较无统计学意义($P>0.05$)。治疗期间发生恶心呕吐 2 例,头痛头晕 2 例,低血压 1 例,药物不良反应总发生率为 10.00%。结论:三级镇痛模式在急诊创伤患者治疗中,根据患者不同疼痛程度给予针对性镇痛治疗,具有显著镇痛效果和镇痛安全性。

关键词:急诊;创伤;三级镇痛模式

中图分类号:R64

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.082

创伤为外科常见疾病类型之一,包括骨关节损伤、皮肤挫裂伤、软组织挫裂伤等,镇痛为治疗创伤主要措施,有效镇痛可减轻患者烦躁、恐惧等不良心理,维持患者生理平衡,提高患者舒适度^[1]。三级镇痛模式根据患者疼痛情况针对性予以不同类别镇痛药物,以达到合理使用镇痛药物、提高镇痛疗效和安全性目的。本研究在急诊创伤患者中采用三级镇痛模式进行治疗,获得显著疗效。具体报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1~12 月我院外科收治创伤患者 50 例作为研究对象,所有患者均急诊入院,根据患者外伤史、体征、临床表现,结合体格检查及相关辅助检查明确诊断为创伤。排除有生命体征不稳定、意识障碍患者;排除合并有中枢神经系统疾病、恶性肿瘤患者;排除有本次研究用药使用禁忌或过敏患者;排除妊娠期、哺乳期患者;排除不能独立完成本次研究所需评估量表患者。其中男 32 例,女 18 例;年龄 18~78 岁,平均(38.9±7.2)岁;创伤到就

诊时间 0.5~2 d,平均(3.1±1.1) h;外伤原因:车祸伤 18 例,摔伤 12 例,坠落伤 8 例,锐器损伤 7 例,打击伤 5 例;创伤类型:骨折 13 例,关节扭伤 8 例,皮肤挫裂伤 14 例,软组织挫裂伤 15 例。

1.2 方法 患者急诊入科后,密切监测生命体征,对患者创伤原因、创伤类型进行初步判定,排除危及患者生命损伤,如颅脑创伤、气胸、肝脾破裂、大血管损伤等,明确诊断后给予镇痛治疗。采用视觉模拟量表(VAS),由患者主观进行评定,将患者疼痛程度分为三级:Ⅰ级:1~3 分,疼痛能忍受;Ⅱ级:4~6 分,持续剧烈疼痛;Ⅲ级:7~10 分,合并植物神经功能紊乱^[2]。根据患者评定结果予以针对性治疗,Ⅰ级:给予洛索洛芬片(国药准字 H33020174)100 mg,口服;Ⅱ级:给予盐酸曲马多注射液(国药准字 H20023785)100 mg,肌注;Ⅲ级:给予盐酸吗啡注射(国药准字 H20013351)10 mg,皮下注射。镇痛药物给予 2~4 h 后评估患者疼痛缓解情况,如 4 h 后还未明显缓解,再采用 VAS 评估患者疼痛程度,并重

复用药。

1.3 观察指标 (1)统计并比较两组患者镇痛前、镇痛 2 h 后收缩压、舒张压、心率水平。(2)镇痛疗效:根据患者镇痛 4 h 后 VAS 评分改善情况进行评估。完善缓解:VAS 评分 0~1 分;部分缓解:VAS 评分较前减轻≥1 分,但 VAS 评分>1 分;未缓解:VAS 评分无改变或增加^[1]。(3)统计患者恶心呕吐、头痛头晕、心悸、低血压、呼吸困难等药物不良反应发生情况。

1.4 统计学方法 本次研究所有数据均用 SPSS22.0 软件包进行统计学分析,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,行 *t* 检验,计数资料采用率表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示具有统计学意义。

2 结果

2.1 镇痛前及镇痛后 2 h 患者收缩压、舒张压、心率水平比较 镇痛 2 h 后患者收缩压、舒张压及心率水平均低于镇痛前,比较有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 镇痛前及镇痛 2 h 患者收缩压、舒张压、心率水平比较($\bar{x} \pm s$)				
镇痛前后	<i>n</i>	收缩压(mm Hg)	舒张压(mm Hg)	心率(次/min)
镇痛前	50	156.8± 12.1	92.6± 10.8	96.5± 10.8
镇痛 2 h	50	124.8± 11.8	76.8± 9.7	75.5± 8.9
<i>t</i> 值		13.388 1	7.696 2	10.610 7
<i>P</i> 值		0.000 0	0.000 0	0.000 0

2.2 不同分级患者镇痛疗效比较 经 VAS 评估分级,Ⅰ级患者 15 例,Ⅱ级患者 23 例,Ⅲ级患者 12 例。三组患者镇痛总有效率分别为 93.33%、91.30%、100.00%,比较无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 不同分级患者镇痛疗效比较					
分级	<i>n</i>	完全缓解(例)	部分缓解(例)	未缓解(例)	总有效率(%)
Ⅰ级	15	10	4	1	93.33
Ⅱ级	23	16	5	2	91.30
Ⅲ级	12	10	2	0	100.00
χ^2 值					1.074 1
<i>P</i> 值					0.584 5

2.3 药物不良反应发生率比较 50 例患者镇痛治疗过程中,2 例患者出现恶心、呕吐,2 例患者出现头痛、头晕,1 例患者出现低血压,药物不良反应总发生率为 10.00%,其余患者未出现相关药物不良反应。

3 讨论

随着交通业、工业发展,创伤在临床中发生率呈逐年上升趋势,为急诊可常见疾病类型。根据患者创伤不同类型分为骨关节损伤、皮肤挫裂伤、软组织挫裂伤,疼痛为创伤主要临床症状之一。研究指出,

疼痛不仅给患者造成巨大痛苦,引起患者过分紧张、恐惧、焦虑,还能引起反射引起患者生理功能紊乱,引起相关严重并发症,加重疾病发生、发展^[4]。镇痛急诊治疗创伤患者主要环节,有效镇痛能提高患者舒适度,减轻不良情绪,并能维持患者正常生理平衡,维持生命体征稳定。

临床中镇痛药物种类较多,不同镇痛药物有不同镇痛效果和药物不良反应,常规急诊创伤患者给予镇痛药物选择尚无统一标准,一般经验性根据患者临床症状、疼痛程度及药物使用适应症进行选择^[5]。三级镇痛模式将镇痛药物分为非麻醉止痛剂、弱麻醉剂、强麻醉剂加非麻醉止痛剂三类,分别在轻、中、重度疼痛患者中使用,常在恶性肿瘤患者中规范使用。本次研究将三级镇痛模式引用到急诊创伤患者止痛治疗中,采用 VAS 对患者疼痛进行分级,分别给予布洛芬、曲马多及吗啡镇痛治疗,得出镇痛后患者血流动力学水平较镇痛前显著稳定,同时不同疼痛等级患者镇痛有效率均达到 90%以上。研究指出,疼痛能引起中枢神经兴奋,反射引起血压升高、心率增快,破坏患者正常血流动力学稳定,促进疾病发生、发展^[6]。三级镇痛根据患者不同疼痛程度给予不同镇痛类型药物,能有效减轻患者疼痛程度,具有较高镇痛疗效。同时本研究另得出,本研究 50 例患者在治疗期间 2 例患者出现恶心呕吐、2 例患者出现头痛头晕、1 例患者出现低血压,经对症治疗后均好转,表明三级镇痛模式具有较高用药安全性。综上所述,三级镇痛模式在急诊创伤患者中应用,根据患者疼痛程度针对性予以镇痛药物,能有效减轻患者疼痛,维持血流动力学稳定,具有显著临床疗效和较高治疗安全性。

参考文献

[1]张玉勤,葛宝兰,刘钰,等.急诊抢救室创伤患者疼痛控制现状及影响因素[J].现代中西医结合杂志,2013,22(2):198-201

[2]金梅,孙可,杨庆国,等.老年股骨近端骨折创伤早期髂筋膜间隙阻滞镇痛的临床效果[J].实用医学杂志,2013,29(4):584-586

[3]郭晓玲,张海波,陈文,等.不同镇痛方法结合激光多普勒血流灌注成像仪观察断指血运防治血管危象的临床研究[J].创伤外科杂志,2016,18(6):370-373

[4]宋斌,李晨,施永周,等.地佐辛在胸部创伤早期镇痛中的应用[J].中国医药,2013,8(10):1430-1432

[5]滕薇.河南省三级口腔医院疼痛管理知识现状分析[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(20):110-111

[6]许一吟,陈梦丽,陈杏丽,等.骨折患者疼痛及止痛相关认知的现状调查与分析[J].中国护理管理,2013,13(7):92-94

(收稿日期: 2017-01-15)