

氯诺昔康对拔管期麻醉效果分析

谭国芳(广东省深圳市光明新区人民医院 518106)

【摘要】 目的 对氯诺昔康应用在麻醉术毕前 30 min 镇痛效果的安全性及有效性进行评估。**方法** 选取 30 例行腹腔镜子宫全切术的患者作为研究对象,随机分为 2 组,每组 15 例。对照组患者术毕前 30 min 注射生理盐水 0.12 mg/kg,观察组患者术毕前注射等量的氯诺昔康,并记录患者平均动脉压(MAP)、血氧饱和度(SPO₂)、心率(HR)的值,并对患者拔管后的疼痛感做出评估。**结果** 观察组患者的 MAP、SPO₂、HR 值明显高于对照组($P<0.05$),对照组患者的疼痛感明显高于观察组患者($P<0.05$)。**结论** 在拔管期术毕前应用氯诺昔康可有效减少患者拔管而出现的应激反应,并可有效缓解患者的疼痛感。

【关键词】 氯诺昔康; 气管拔管; 麻醉
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.055 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)16-2157-02

氯诺昔康是具有镇痛作用的精神类药物,因其对患者的呼吸抑制作用、心血管系统、脑血流量及颅内压的影响较小,因此常被用于拔管期的麻醉。本文选取 2010 年 1 月至 2012 年 1 月 60 例腹腔镜子宫全切术患者,在术毕拔管前 30 min 单次剂量应用氯诺昔康,并对其产生应激反应及疼痛进行观察和评估,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 1 月至 2012 年 1 月 30 例因腹腔镜子宫全切术要患者作为研究对象,将患者进行随机分组,每组 15 人。其中对照组患者的年龄为 38~46 岁,平均(42.5±3.8)岁;观察组患者年龄为 34~46 岁,平均(46.5±3.2)岁。两组患者术前的肝肾功能指标、血常规及凝血功能均正常。

1.2 方法 术毕前 30 min 给予对照患者注射 0.12 mg/kg 的生理盐水,观察组患者注射等量的氯诺昔康。两组患者实行静吸复合麻醉后对其进行插管,并与呼吸机连接采用正压通气控制呼吸,采用多功能监护仪对平均动脉压(MAP)、血氧饱和度(SPO₂)及心率(HR)进行监测,术毕前 5 min 停用麻药,恢复

患者自主呼吸功能,吸痰拔管后观察患者的应激反应,持续观察 30 min,当患者生命体征正常后可以转移回病房监护^[1]。

1.3 指标观察 观察两组患者不同时期 MAP、SPO₂、HR 的变化情况。停用麻药时定为 T₁,手术结束定为 T₂,拔管期定为 T₃,拔管后 10 min 定为 T₄,拔管后 15 min 定为 T₅,观察这段时期内,两组患者出现的应激反应。

1.4 疼痛评估 患者的疼痛评估采用国际疼痛评估委员会的评分标准:0 分为满意;无疼痛感;1~3 分代表良好;为轻微疼痛感,感觉不明显,不影响患者的正常生活;4~8 分为基本满意;患者表现为较明显的疼痛感,感觉比较明显,运动受限,但疼痛基本在人可以忍受的限度内;9~10 分为效果差;患者疼痛感剧烈,难以忍受,需要使用镇痛药物来缓解痛楚^[2]。

2 结果

2.1 患者拔管过程应激反应比较 对照组患者在 T₃ 期的 MAP、SPO₂、HR 的水平与 T₁ 期相比,出现明显升高($P<0.05$),拔管后 T₄、T₅ 时期,患者的 MAP、SPO₂、HR 的值仍然高于 T₁ 期。观察组患者在 T₃、T₄ 及 T₅ 期的 MAP、SPO₂、HR 变化差异无统计学意义($P>0.05$),结果见表 1。

表 1 患者各期拔管指标比较

时间点	对照组			观察组		
	MAP(mm Hg)	HR(次/分)	SPO ₂ (%)	MAP(mm Hg)	HR(次/分)	SPO ₂ (%)
T ₁	90.1±5.2	65.5±9.2	98.5±0.27	81.5±12.1	72.5±12.8	101.2±0.2
T ₂	92.2±14.2	70.5±10.8	101.2±12.1	88.5±10.4	80.1±11.8	98.2±1.8
T ₃	104.2±11.8	97.5±11.6	108.7±11.7	90.2±10.7	81.2±10.8	97.8±11.6
T ₄	102.8±10.8	103.4±10.7	107.9±10.8	88.2±12.6	82.3±9.58	98.2±12.1
T ₅	102.2±9.5	102.8±12.1	106.4±10.2	88.6±11.4	82.9±9.48	98.7±12.4

2.2 患者疼痛评估 对照组患者疼痛评估中,患者出现明显的疼痛感 10 例(66.7%),而观察组患者明显 3 例(20%),两组之间存在统计学差异($P<0.05$),结果见表 2。

表 2 两组患者疼痛感评估对比[n(%)]

组别	满意	良好	基本满意	效果差
对照组	0(0.00)	0(0.00)	5(33.3)	10(66.7)
观察组	2(13.33)	4(26.67)	6(40.0)	3(20.0)

3 讨论

在临床上因气管拔管而引发的应激反应是比较常见的,患

者常常表现为 MAP、SPO₂ 以及 HR 升高。这些反应对于非心脑血管疾病患者影响并不大,但是对于患有心血管病的患者则会增加心脑血管疾病的意外率,严重时会有生命危险^[4]。因此,对于气管拔管过程中引起的应激反应,应给予足够重视,尤其是对腹腔镜子宫全切术患者进行气管拔管时更应该密切留意患者的反应^[5]。

对患者进行气管拔管过程应注意对呼吸分泌物较多的患者进行清洁,保证在洁净的条件下对患者进行拔管,防止拔管过程中由于异物的阻塞导致患者呼吸出现困难^[6]。对患者进行拔管时,操作时间不宜超过 10 s,因为时间过长会造成患者

出现呼吸不顺畅^[7]。拔管时应将呼吸管放入气管的导管内,并且要超过呼吸管,边拔管边给予氧气。拔管后,应立刻给患者带上氧气罩,保证患者呼吸顺畅、稳定后方能送回病房^[8]。

在气管拔管过程中产生的应激反应,不仅与体内儿茶酚胺的分泌有关,还与术毕麻醉效力减弱、导尿管刺激、疼痛影响有关。氯诺昔康是一种精神类麻醉药物,其诱导时间较其他麻药短,因此对心血管系统的影响较小,不会对患者颅内压及脑血管流量造成影响。本组实验患者术后的创伤大,因此对麻药的耐受性较差,所以不适合使用高剂量的麻药进行麻醉。采用氯诺昔康进行麻醉可以避免对脑部神经造成影响,降低药物不良反应的发生。

参考文献

[1] 林峰,张淑艳. 氯诺昔康用于老年患者术后镇痛的临床观察[J]. 中国老年学杂志, 2010, 30(20): 2994-2995.
[2] 焦相学,丛仔红. 氯诺昔康与氯诺昔康复合芬太尼及芬太尼各自术后静脉镇痛效果临床观察[J]. 中国社区医师, 2009, 11(21): 54-55.

[3] 陈广柱,张瑞芹. 氯诺昔康复合用药用于术后镇痛的效果[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2010, 31(1): 6-7.
[4] 杨伟琴,姚红伟,潘燕. 氯诺昔康复合芬太尼在骨科手术后镇痛中的应用[J]. 现代实用医学, 2010, 22(5): 558-559.
[5] 刘晖,屈军,刘锦. 曲马多用于预防全麻患者苏醒躁动临床分析[J]. 河北医学, 2010, 16(11): 1311-1314.
[6] 段立杰,高洁,卢春媛,等. 布托啡诺、舒芬太尼预防气管拔管应激反应的临床观察[J]. 武警医学院学报, 2009, 18(6): 515-517.
[7] 张锐. 曲马多减轻全麻围拔管期应激反应的临床观察[J]. 当代医学, 2010, 16(13): 83.
[8] 杨琼卉,马武华,沙雪帆,等. 氟比洛芬酯复合曲马多抑制全麻苏醒期不良反应的临床观察[J]. 广东医学, 2009, 30(11): 1704-1706.

(收稿日期:2013-01-18 修回日期:2013-04-01)

• 临床研究 •

重型颅脑损伤和 D-二聚体关系的临床研究

黄 鹏,左良成(广东省东莞市长安医院神经外科 523800)

【摘要】 目的 探讨血浆中 D-二聚体的含量对重型颅脑损伤患者防治脑梗死和评估预后的临床意义。**方法** 检测 152 例重型颅脑损伤患者血浆 D-二聚体含量,对手术组和保守治疗组、脑梗死组和非脑梗死组、预后良好组和预后不良组进行比较与分析。**结果** D-二聚体含量的最高值在手术组和保守治疗组、脑梗死组和非脑梗死组、预后良好组和预后不良组患者进行比较有统计学差异。**结论** 对重型颅脑损伤患者检测 D-二聚体,并动态观察其变化,对术后监测血液高凝状态、防治脑梗死及评估预后有重要的临床意义。

【关键词】 重型颅脑损伤; D-二聚体; 脑梗死; 预后
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.16.056 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)16-2158-03

重型颅脑损伤病情凶险,预后欠佳,并发脑梗死是影响患者病情和预后的重要因素。栓塞性疾病可导致 D-二聚体升高,有报道 D-二聚体在脑梗死急性期明显增高,并且 D-二聚体水平下降者,预后良好;持续上升者,预后不良^[1-2],李钢等^[3]报道 D-二聚体和患者预后呈正相关。本文对东莞市长安医院 2008 年 11 月至 2012 年 5 月收治的重型颅脑损伤患者 152 例进行血浆 D-二聚体动态检测,探讨血浆 D-二聚体监测的临床意义,以期对防治脑梗死及判断伤情和预后提供一定帮助。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 根据格拉斯哥昏迷评分(GCS)≤8 分为重型颅脑损伤^[4],选择本院 2008 年 11 月至 2012 年 5 月收治的 152 例患者,男 111 例,女 41 例,年龄 16~71 岁,平均 30.6 岁。车祸伤 115 例,打伤 17 例,高处坠落伤 20 例。幕上血肿 110 例,幕下血肿 35 例,颅内多发血肿 7 例。合并四肢、腰椎骨折 15 例,气胸 5 例,肝脾破裂 5 例,失血性休克 8 例。手术治疗 105 例,保守治疗 47 例。发生脑梗死 37 例。根据伤后 3 个月格拉斯哥结果分级(GOS)^[5],Ⅰ级(死亡)23 例,Ⅱ级(植物生存)19 例,Ⅲ级(重残)26 例,Ⅳ级(中残)40 例,Ⅴ级(良好)47 例。分为预后良好组(中残、良好)87 例和预后不良组 68 例。排除标准:排除继发性有脑血管意外、感染、肿瘤、血液系统疾病、

应用抗凝药物及影响纤溶活性药物等。各组年龄、性别比较无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 实验室检查 患者入院后给予常规检查,同时进行 D-二聚体含量检测,两周内每日检查。在各组进行比较入院即测及最高 D-二聚体值。应用 CA1500 全自动凝血分析仪,采用胶乳增强免疫比浊法定量测定,正常值范围:0~400 μg/L。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 16.0 统计软件进行统计。率的比较用 χ^2 检验,计量资料比较采用 t 检验。 $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 D-二聚体与手术与否的关系 开颅手术组和保守治疗组患者比较,入院即测 D-二聚体值无统计学差异($P>0.05$),最高值有统计学差异,手术组 D-二聚体明显高于保守治疗组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 手术组及保守治疗组血浆 D-D 值变化(μg/L)			
组别	<i>n</i>	D-二聚体 1	D-二聚体 2
手术组	105	221.15±37.25	525.28±105.21 ^a
保守治疗组	47	198.00±25.27	245.11±80.25

注:D-二聚体 1 为入院即测值,D-二聚体 2 为最大值;与保守治疗组比较,^a $P<0.05$ 。