

帕瑞昔布钠对老年腹腔镜胆囊切除术后疼痛及影响

党燕¹ 张婷²

1. 西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710061;

2. 西安交通大学第二附属医院 陕西 西安 710000

【摘要】目的：研究分析帕瑞昔布钠对老年腹腔镜胆囊切除术后疼痛及影响。**方法：**研究对象为2020年1月至2021年2月入院的200例老年腹腔镜胆囊切除术后患者，并根据镇痛方法的不同，分为研究组（帕瑞昔布钠治疗）和对照组（常规镇痛），观察并比较两组患者的镇痛效果。**结果：**与对照组相比，研究组患者的术后不同时间疼痛评分、平均动脉压和心率指标均明显更好。组间对比差异显著（ $P < 0.05$ ）。**结论：**对老年腹腔镜胆囊切除术后患者实施帕瑞昔布钠镇痛可以有效缓解患者的术后疼痛，预防术后应激反应，保证老年患者生命体征平稳。

【关键词】帕瑞昔布钠；老年；腹腔镜胆囊切除术后；疼痛；影响

【中图分类号】R917

【文献标识码】B

【文章编号】1674-9321(2021)06-0090-02

因为手术治疗有创，所以会刺激机体术后出现应激反应，导致患者痛觉降低，出现痛觉过敏。有研究显示，采用阿片类药物或非甾体类药物进行超前镇痛可以有效缓解术后疼痛，使中枢神经敏感性降低，避免应激反应的发生^[1]。本文的研究内容即为帕瑞昔布钠对老年腹腔镜胆囊切除术后疼痛及影响。结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在这项研究中，我院选择了200例老年腹腔镜胆囊切除术后患者，全部患者中的男女比例为4:6，平均年龄为（67.9±5.2）岁。将其随机均分为2组，这样两组老年患者就不存在年龄和性别上的差异，所得到的研究结论才能具有可比性。全部入组患者疾病确诊，对本次研究知情并自愿参与其中，为免后续出现纠纷，双方签署知情同意书。本次研究在医院伦理委员会许可后才正式开始进行^[2]。

1.2 麻醉方法

全部患者均建立外周静脉通路，常规监测血压、心率等基础生命体征，麻醉诱导所用药物为0.05mg/kg咪达唑仑、0.6ug/kg舒芬太尼、1mg/kg丙泊酚、0.1mg/kg维库溴铵，诱导成功后气管插管进行机械通气，术中麻醉维持所用药物为0.3ug/(kg·min)瑞芬太尼、2~4mg/L丙泊酚、1~2ug/(kg·min)顺式阿曲库铵，手术结束时停药。研究组在麻醉前10min缓慢静脉注射40mg帕瑞昔布钠。术后将患者送至麻醉室进行观察，确认患者在自然苏醒且无异常后吸痰拔管。术后根据患者的疼痛严重程度肌肉注射1mg/kg哌替啶。

1.3 观察项目和指标

(1) 比较两组患者在术后4h、12h和24h的疼痛评分，通过VAS视觉评分法进行评价，分数越高代表疼痛程度越重。(2) 比较两组患者在手术前后MAP（中心静脉压）和HR（心率）的变化情况。

1.4 统计学方法

针对本次研究中涉及的数据信息均采用SPSS20.0统计学软件进行分析和处理。

2 结果

2.1 两组患者在术后不同时间疼痛评分上的比较

具体见表1。

表1 两组术后不同时间疼痛评分比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	术后4h	术后12h	术后24h
研究组(n=100)	2.48 ± 0.14	1.88 ± 0.56	1.32 ± 0.13
对照组(n=100)	3.45 ± 0.16	2.86 ± 0.62	2.57 ± 0.11
t	8.174	5.358	8.527
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 两组患者在MAP和HR上的比较

统计结果显示，术前两组患者的两项指标无显著差异（ $P > 0.05$ ），无统计学意义，经不同用药后，术后研究组两组指标较术前基本无波动，对照组波动较大，组间有显著差异（ $P < 0.05$ ），有统计学意义。具体见表2。

表2 两组MAP和HR比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	MAP (mmHg)	HR (次/min)
研究组(n=100)		
手术前	84.28 ± 9.81	77.08 ± 10.65
手术后	85.82 ± 11.14	81.63 ± 11.62
对照组(n=100)		
手术前	84.82 ± 10.71	77.39 ± 10.62
手术后	90.75 ± 12.53	88.45 ± 11.52

3 讨论

超前镇痛指的是在机体受到伤害性刺激前采取的预防措施，对中枢神经进行抑制，降低周围神经敏感化，以免术中或术后发生应激反应或炎性反应，缓解术后疼痛。老年腹腔镜胆囊切除术患者需要在术中建立气腹，这项操作会牵拉膈肌，从而对膈神经造成刺激，导致内脏出现一过性缺血，大量炎性细胞活化，对外周感受器进行刺激，并向中枢神经元反馈，使机体痛觉敏感，痛阈降低^[3]。

帕瑞昔布钠属于COX-2抑制剂，对超敏反应有抑制作用，使中枢和外周前列腺素合成和释放量减少，机体的痛阈提升，从而有效缓解疼痛。经静脉注射给药后，水解为丙酸和伐的昔布，镇痛作用显著^[4]。该药物比传统非甾体类抗炎药有更高的安全性，基本不会影响胃肠道和凝血功能，所以用药后患者不会出现严重的不良反应。超前镇痛的关键在于预防疼痛产生的生理变化，需要在机体受到创伤前采取措施预防创伤后可能发生的应激反应，而在创伤后用药的效果则十分有限^[5]。本次研究结果显示，接受帕瑞昔布钠镇痛的研究组患者的术后不同时间疼痛评分均显著低于未接受帕瑞昔布钠镇痛的对照组患者，组间差异显著（ $P < 0.05$ ），研究组手术前后MAP和HR的波动情况相对更加平稳，组间差异显著（ $P < 0.05$ ），证实了对老年腹腔镜胆囊切除术后患者实施帕瑞昔布钠镇痛可以取得预期的综合疗效。但这里有一点需要特别说明，因为这个研究是在小样本的基础上，所以得到的结论可能存在说服力不足的弱点。

综上所述：对老年腹腔镜胆囊切除术后患者实施帕瑞昔布钠镇痛可以有效缓解患者的术后疼痛，预防术后应激反应，保证老年患者生命体征平稳。

（下转94页）

尿病发病到一定程度产生的, 针对其治疗通常需将血糖加强控制。本文章对患者实施胰岛素治疗、胰岛素与阿卡波糖治疗^[1]。

甘精胰岛素是中性 pH 液溶解度低的人胰岛素类似物, 分子结构稳定, 其对糖尿病治疗具有较好效果。注射胰岛素之后, 患者血糖被长时间控制。为了将夜间以及清晨低血糖并发症发生的可能性降低, 需重视胰岛素剂量, 避免用药安全事故的出现^[4]。

阿卡波糖是临床常见 α-葡萄糖苷酶抑制剂, 属复杂低聚糖, 与结构与寡糖较为相似, 能够在患者的小肠上部细胞的刷状缘位置与寡糖竞争, 并与 α-葡萄糖苷酶结合, 此结合具有可逆性, 可将麦芽糖酶、异麦芽糖酶以及葡萄糖淀粉酶等 α-葡萄糖苷酶活性抑制, 使淀粉分解葡萄糖速度减缓, 并减慢肠道对葡萄糖吸收, 进而促使患者血糖水平降低。长时间服用可将糖化蛋白以及空腹血糖浓度最大范围降低^[5]。两种药物联合治疗 2 型糖尿病, 可促进患者血糖在短时间内恢复正常, 并改善血糖各项指标水平^[6]。

本研究中, 观察组血糖各项指标与对照组有明显差异, 可见胰岛素联合阿卡波糖治疗 2 型糖尿病可实现长效降糖。而观察血糖恢复正常时间明显短于对照组, 可知观察组的两组药物治疗可加速血糖水平降低, 对疾病治疗有一定促进效果。观察组 BMI 均比治疗前增加, 但差异不明显, 对照组患者 BMI 增幅相对增大,

可能是由于对照组治疗胰岛素用量增多的缘故。

综上所述, 2 型糖尿病治疗选择阿卡波糖联合胰岛素治疗方案, 可将患者的空腹血糖以及餐后血糖水平改善, 并促使其快速恢复正常, 为疾病治疗效果增强有一定辅助作用, 值得临床上广泛推荐。

参考文献

[1] 赵巧玲. 阿卡波糖联合胰岛素治疗 2 型糖尿病临床观察 [J]. 华夏医学, 2018, 19(1):52-52.
 [2] 曾维新, 颜文盛. 胰岛素联合阿卡波糖治疗 2 型糖尿病的疗效观察 [J]. 中国实用医学研究杂志, 2018, 2(3):280-281.
 [3] 田波, 付彩雯, 吴艳, 等. 观察甘精胰岛素, 阿卡波糖联合治疗对比门冬胰岛素 30 对 2 型糖尿病的临床治疗有效性, 安全性 [J]. 医药前沿, 2018, 8(22):104-104.
 [4] 甘爱芳, 吴璐, 陈开珍. 甘精胰岛素 + 阿卡波糖胶囊治疗老年糖尿病的临床分析 [J]. 糖尿病新世界, 2019, 22(12):77-78.
 [5] 王艳华, 胡文凤, 孙华英, 等. 短程胰岛素联合阿卡波糖胶囊强化糖尿病治疗与颈动脉内膜厚度的相关研究 [J]. 中国医药指南, 2018, 12(24):501-502.
 [6] 吴启东, 林伟丽. 甘精胰岛素联合阿卡波糖胶囊治疗老年糖尿病的疗效观察 [J]. 糖尿病新世界, 2018, 21(21):75-76.

(上接 90 页)

参考文献

[1] 张雅玲. 帕瑞昔布钠超前镇痛对腹腔镜胆囊切除术后疼痛及全麻苏醒期躁动的影响 [J]. 中国乡村医药, 2016, (5):16-17.
 [2] 罗思佳, 李汉军. 羟考酮联合帕瑞昔布钠对腹腔镜胆囊切除术后减轻疼痛的作用 [J]. 中国现代普通外科进展, 2017, 20(10):814-815, 818.
 [3] 解翔彬, 邓立平. 帕瑞昔布钠对腹腔镜胆囊切除术后疼痛

的影响 [J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(34):82-83.
 [4] 李青, 付群, 茆庆洪, 等. 右美托咪定复合帕瑞昔布钠对腹腔镜胆囊切除术后疼痛的影响 [J]. 临床麻醉学杂志, 2014, 30(10):1015-1017.
 [5] 贾国. 帕瑞昔布钠联合羟考酮用于腹腔镜胆囊切除术后镇痛中的效果及安全性分析 [J]. 健康大视野, 2020, (5):71.

(上接 91 页)

组之间差异不明显 ($P > 0.05$), D 组相对于 C 组患儿的住院时间、喘息和咳嗽缓解时间、肺部哮鸣音和湿啰音的消失时间都较短,

且具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 四组患儿的临床症状改善和住院时间比较

组别	例数	住院时间	喘息缓解时间	咳嗽缓解时间	肺部哮鸣音消失时间	肺部湿啰音消失时间
A	200	7.21 ± 1.06	5.29 ± 1.01	5.54 ± 1.29	5.09 ± 1.21	5.09 ± 1.21
B	200	7.15 ± 1.15	5.24 ± 1.06	5.49 ± 1.06	5.05 ± 1.04	5.04 ± 1.04
C	200	6.79 ± 1.05	3.84 ± 0.69	4.01 ± 0.81	3.59 ± 0.76	4.61 ± 1.03
D	200	5.99 ± 1.01	2.21 ± 0.98	3.51 ± 1.19	3.49 ± 0.79	3.99 ± 0.97

2.3 各组不良反应发生率比较

A、B、C、D 四组患儿在治疗过程中均无患儿出现必须干预的不良反应情况, 分别有 1、1、2、3 名患儿在雾化吸入治疗过程中出现阵发性咳嗽, 各组之间差异不明显, $P > 0.05$ 。

3 讨论

毛细支气管炎是小儿最常见的下呼吸道感染, 它通常表现为咳嗽或喘息, 这主要是由病毒感染引起。随着病原体的检测水平的提高, 已经鉴定出越来越多的急性含量的支气管炎病原体, 最常见的是鼻病毒、副流感病毒、流感病毒、腺病毒、冠状病毒以及呼吸道病毒 (RSV), 这些都可一定程度上引起支气管炎^[1]。正常人的有效气道清除需要从气道表面排出一定量的水, 但是当机体感染病毒时, 会导致支气管黏液分泌增加, 黏液细胞坏死和脱落以及支气管周围细胞的浸润。纤维素阻塞, 气道壁肿胀, 气道痉挛^[2]。因此, 除了现有的对患儿支气管炎的对症和支持疗法外, 还必须采取措施改善黏膜下水肿, 改变黏液特性, 并通过补充气道表面液来促进黏液纤毛的恢复。长期以来, 该溶液一直用于引发痰液的形成, 因为高张氯化钠溶液会影响黏液与胶体之间的相互作用, 因此雾化吸入高张氯化钠溶液理论上可以恢复这些病理

生理变化。降低黏度, 减少黏液的排斥, 并形成致密的黏液聚合物^[3]。通过这种结构, 去除咳嗽黏液纤毛的功能更有效。在这个阶段, 超声雾化吸入布地奈德联合复方丙托溴铵是临床实践治疗小儿毛细支气管炎的常用给药途径^[4]。通过患儿的剧烈呼吸吸入, 这些药液分解成小的气雾剂。活性成分直接到达局部呼吸道黏膜, 达到控制炎症, 促进痰液排泄, 缓解器官痉挛, 黏膜肿胀的目的^[5]。

综上所述, 本研究表明, 在一定范围内增加氯化钠的含量会使超声雾化吸入治疗效果更加明显, 可用于临床应用中。

参考文献

[1] 顾忠月. 不同雾化吸入方式对治疗婴幼儿毛细支气管炎的效果比较 [J]. 齐鲁护理杂志, 2011.
 [2] 杨恩华, 左满凤, 钟新, 等. 雾化吸入 3% 氯化钠溶液治疗脑性瘫痪婴儿毛细支气管炎疗效观察 [J]. 临床肺科杂志, 2015.
 [3] 章成伟, 林瑾. 不同浓度 NaCl 溶液辅助三联雾化吸入方案治疗小儿轻中度毛细支气管炎的疗效及安全性 [J]. 现代实用医学, 2019, 31(12):1634-1635.