

地佐辛对颈部淋巴结核手术麻醉前给药的镇痛效果

于淑侠

南京中医药大学附属南京市中西医结合医院 江苏 南京 210014

【摘要】目的：探讨地佐辛对颈部淋巴结核手术麻醉前给药的镇痛效果。**方法：**随机抽取我院2020年1月—2020年12月收治的60例颈部淋巴结核手术治疗的患者开展研究，按照随机数字表法分为A组与B组，A组（30例）在麻醉前予以氟比洛芬酯，B组（30例）在麻醉前予以地佐辛。并对比两组镇痛效果、生命体征指标、生存质量、不良反应发生率。**结果：**B组镇痛效果高于A组，B组生命体征指标高于A组，B组生存质量高于A组，B组不良反应发生率低于A组， $P < 0.05$ ；**结论：**对行颈部淋巴结核手术治疗的 患者，在麻醉诱导前予以地佐辛治疗，可有效提高镇痛效果，减少不良反应，提高生存质量，效果理想，值得广泛应用。

【关键词】颈部淋巴结核手术；地佐辛；麻醉前给药；镇痛效果

【中图分类号】R614

【文献标识码】A

【文章编号】2096-1685(2021)44-70-03

颈部淋巴结核是一种常见的慢性感染性疾病。其主要是由分枝杆菌感染引发，进一步累及人体颈部淋巴组织，扁桃体、腺样体、咽淋巴环等，致使颈部淋巴组织的结构被破坏、发炎、坏死等，进而使患者出现颈部淋巴肿大等症状，且在患病初期无明显全身症状，且无压痛，而随着病情进一步发展。病情严重的患者还可并发溃疡，形成瘰或脓肿，部分患者可同时伴有盗汗、食欲不振、体重减轻等症状。故在对患者进行手术治疗时，选择合适的麻醉方案，在提高镇痛效果的同时，减少麻醉及手术对患者生命体征的影响，进一步减少不良反应，提高生存质量为临床首先解决问题之一，而研究表明^[1]，对行颈部淋巴结核手术患者，在麻醉前应用地佐辛，可使令镇痛效果显著提升，对患者生命体征产生的影响较小。现将具体实施方法和结果汇总如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选择我院2020年1月—2020年12月收治的60例颈部淋巴结核患者开展研究，根据随机数字表法将60例患者分为A组与B组。A组30例，男性12例，女性18例，年龄22~54岁，平均年龄 (35.17 ± 4.56) 岁；B组30例，男性13例，女性17例，年龄23~55岁，平均年龄 (36.21 ± 4.61) 岁。组间资料对比无差异性 $(P > 0.05)$ 。

纳入标准：（1）经医学检查确诊为颈部淋巴结核患者，且符合手术治疗标准；（2）无沟通交流障碍、认知障碍、精神病史的患者；（3）向患者和家属说明情况，并签署知情同意书。

排除标准：（1）伴有内脏疾病的患者，例如：心、肝、肾等；（2）伴有血液系统疾病的患者；（3）不能实施全麻的患者；（4）伴有恶性肿瘤的患者；（5）妊娠期、哺乳期女性；（6）不配合此次研究，中途退出者。

1.2 方法

两组患者均给予常规术前指导及术前准备。然后A组予以50mg 氟比洛芬酯（武汉大安制药，国药准字H20183054），B组予以地佐辛（扬子江药业，国药准字H20080329），在给药完

成后。两组均给予0.03mg/kg 咪唑安定（江苏恩华药业，国药准字H10980025）。2 μ g/kg 舒芬太尼（宜昌人福药业，国药准字H20054172），0.2mg/kg 顺苯磺酸阿曲库铵（江苏恒瑞医药，国药准字H20060869），0.3mg/kg 依托咪酯（江苏恩华药业，国药准字H20020511）等实施麻醉诱导，并同时实施气管插管，术前给予5 μ g/kg 舒芬太尼，术中给予七氟醚、丙泊酚、瑞芬太尼、顺苯磺酸阿曲库铵等维持麻醉。

1.3 观察指标

1.3.1 观察两组镇痛效果

主要包括疼痛程度及镇静效果。采用VAS视觉模拟评分法，对患者的疼痛程度进行评估，评判标准为：总分为10分，分值越高，患者的疼痛程度越严重。采用Ramsay镇静评分量表对患者的镇静效果进行评估，评分标准为：总分为6分，分值与镇静效果呈正相关。

1.3.2 观察两组生命体征

主要包括：呼吸、体温、脉搏、血压（收缩压、舒张压）。

1.3.3 观察两组生存质量

采用SF-36健康测量表^[2]，主要包括：躯体功能、生理功能、精神健康、社会功能、情感职能等5项，每项20分，分值越高，患者生存质量越高。

1.3.4 观察两组不良反应发生率

主要包括：恶心、呕吐、头痛、烦躁等。总发生率=（总发生例数/总例数） $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理

选择软件SPSS 25.0为工具，计量资料行 t 检验， $(\bar{x} \pm s)$ 表示，计数资料行 χ^2 检验， $n(\%)$ 表示。 $P < 0.05$ ，具有统计学意义。

2 结果

2.1 镇痛效果比较

B组患者术后6h，术后12h，术后24h的VAS评分、Ramsay评分低于A组，具有统计学意义 $(P < 0.05)$ 。

表1 镇痛效果 $[(\bar{x} \pm s)$ ，分]

组别	术后 6h		术后 12h		术后 24h	
	VAS 评分	Ramsay 评分	VAS 评分	Ramsay 评分	VAS 评分	Ramsay 评分
A 组 ($n=30$)	3.21 ± 1.45	3.57 ± 1.67	2.98 ± 1.36	3.02 ± 0.47	2.03 ± 1.67	2.45 ± 0.52
B 组 ($n=30$)	2.45 ± 0.82	2.48 ± 0.75	1.75 ± 0.52	2.34 ± 0.67	1.02 ± 0.59	1.65 ± 0.58
t 值	2.499	3.261	4.627	4.551	3.123	5.625
P 值	0.015	0.002	0.000	0.000	0.003	0.000

2.2 生命体征指标比较

麻醉前，两组患者呼吸、体温、脉搏、收缩压、舒张压等生

命体征指标均无明显差别，不具有统计学意义 $(P > 0.05)$ 。术后6h，术后12h，B组患者呼吸、体温、脉搏、收缩压、舒张压

等生命体征指标均高于 A 组，具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 生命体征指标 ($\bar{x} \pm s$)

时段	指标	A 组 (n=30)	B 组 (n=30)	t 值	P 值
麻醉前	呼吸 (次/分)	18.58 ± 1.17	18.45 ± 1.27	0.412	0.682
	体温 (°C)	36.51 ± 0.18	36.43 ± 0.23	1.500	0.139
	脉搏 (次/min)	82.41 ± 6.26	82.46 ± 6.37	0.031	0.976
	收缩压 (mmHg)	102.54 ± 5.29	102.28 ± 5.47	0.187	0.852
	舒张压 (mmHg)	81.26 ± 4.26	81.24 ± 4.25	0.018	0.986
术后 6h	呼吸 (次/分)	11.32 ± 2.54	14.57 ± 4.36	3.528	0.001
	体温 (°C)	32.25 ± 2.36	34.56 ± 2.48	3.696	0.000
	脉搏 (次/分)	56.56 ± 4.31	72.52 ± 2.59	17.385	0.000
	收缩压 (mmHg)	87.56 ± 3.26	93.74 ± 3.29	15.430	0.000
	舒张压 (mmHg)	65.23 ± 5.64	72.56 ± 4.21	12.417	0.000
术后 12h	呼吸 (次/分)	15.28 ± 2.78	19.56 ± 0.67	8.198	0.000
	体温 (°C)	34.27 ± 2.29	36.64 ± 0.72	5.408	0.000
	脉搏 (次/分)	95.26 ± 2.67	108.56 ± 4.57	13.763	0.000
	收缩压 (mmHg)	25.36 ± 2.54	27.69 ± 3.67	2.859	0.000
	舒张压 (mmHg)	73.25 ± 5.47	83.25 ± 4.17	7.693	0.000

2.3 生存质量比较

等生存质量高于 A 组，具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

B 组躯体功能、生理功能、精神健康、社会功能、情感职能

表 3 生存质量 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	躯体功能	生理功能	精神健康	社会功能	情感职能
A 组 (n=30)	16.58 ± 1.45	16.57 ± 1.67	16.57 ± 1.36	16.57 ± 1.47	16.39 ± 1.67
B 组 (n=30)	17.85 ± 1.82	17.86 ± 1.75	17.75 ± 1.52	17.74 ± 1.67	17.58 ± 1.59
t 值	2.989	2.921	3.169	2.880	2.827
P 值	0.004	0.005	0.002	0.006	0.006

2.4 不良反应发生率比较

20.00%，具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

B 组并发症发生率 3.33% 明显低于 A 组并发症发生率

表 4 不良反应发生率 [n (%)]

组别	恶心	呕吐	烦躁	头痛	并发症发生率
A 组 (n=30)	2 (6.66)	2 (6.66)	1 (3.33)	1 (3.33)	6 (20.00)
B 组 (n=30)	1 (3.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)
χ^2 值	-	-	-	-	4.043
P 值	-	-	-	-	0.044

3 讨论

颈部淋巴结在临床上主要通过药物及手术等方法进行治疗，但由于此类疾病的临床症状不明显，且影像学检查特异性较低，故在患病初期常常不得到患者重视，当患者去医院就医时，多病情较为严重，甚至错过了最佳治疗时机，此时单一进行药物治疗效果不理想，故对患者进行手术治疗，但在进行手术治疗前，患者仍需进行 3 个月的药物抑菌治疗，手术治疗通过将患者所累及的病灶进行全部清除，从而达到治疗目的。而麻醉是手术治疗的必要手段之一，且麻醉效果与手术治疗效果息息相关，并可对患者术后恢复情况产生影响，且对此类患者进行治疗时，多采用全麻，而麻醉对患者的身体造成的影响较大，且由于患者的免疫力较低，故可极易导致不良反应的发生，因此对患者的术后恢复产生不良影响，而随着大量医学研究的不断展开，有学者指出^[3]，对此类患者在进行麻醉诱导前，予以地佐辛，可有效降低麻醉对患者身体及生命体征造成的影响，并可减少不良反应，应用效果显著，因此为进一步探究其临床应用价值，我院开展本次研究。

在本次研究中，通过在麻醉前给予患者地佐辛，结果显示，与 A 组相比，B 组患者术后 6h，术后 12h，术后 24h 的 VAS 评分、

Ramsay 评分较低，B 组患者术后 6h，术后 12h 的呼吸、体温、脉搏、收缩压、舒张压等生命体征指标较高，B 组患者的躯体功能、生理功能、精神健康、社会功能、情感职能等生存质量高，B 组患者的不良反应发生率较低，临床应用效果显著，分析其原因为，临床常用的氟比洛芬酯，主要通过作用于患者的脊髓与外周，从而对环氧酶产生抑制，进一步减少前列腺素的合成，从而起到降低术后疼痛的作用，且此类药物具有起效迅速、作用持续时间长，不会对中枢神经产生抑制作用及患者麻醉苏醒产生影响等优势。但此类药物可导致不良反应的发生，进而不利于患者的术后恢复，从而降低患者的生存质量，而地佐辛作为一种新合成的阿片 κ 受体部分激动剂，其主要通过激活 κ 受体，且具有拮抗、激动作用等，进而达到止痛和镇静的目的，且此类药物与传统的阿片类药物相比，不良反应发生率较低，临床用药安全性较高，因此地佐辛与氟比洛芬酯相比，用药安全性更高，并可提高患者的耐受力，更有利于患者的术后恢复，对患者提高患者的临床手术治疗效果产生积极影响。

综上所述：地佐辛可令患者的镇痛效果显著提升，并可减少

(下转第 75 页)

表 1 两组各项麻醉指标分析表 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时段	MAP (mmHg)	HR (次/min)	E (mmol/L)	Cor ($\mu\text{g/L}$)	BG (mmol/L)	NE (mmol/L)
艾司组	T ₀	88.14 ± 3.48	75.84 ± 2.96	0.32 ± 0.11	208.43 ± 18.29	4.49 ± 0.48	1.01 ± 0.34
	T ₁	81.02 ± 3.29*+	69.11 ± 2.84*+	0.59 ± 0.24*+	247.81 ± 19.43*+	6.13 ± 0.81*+	1.39 ± 0.42*+
	T ₂	76.89 ± 3.18*+	70.21 ± 2.49*+	0.70 ± 0.23*+	276.16 ± 18.46*+	6.51 ± 0.79*+	1.62 ± 0.51*+
	T ₃	75.61 ± 3.04*+	70.36 ± 2.31*+	0.69 ± 0.20*+	280.74 ± 17.59*+	6.24 ± 0.82*+	1.49 ± 0.47*+
盐水组	T ₀	86.84 ± 3.39	77.94 ± 3.24	0.34 ± 0.21	210.84 ± 18.42	4.98 ± 0.51	1.21 ± 0.52
	T ₁	99.14 ± 4.48*	87.16 ± 3.31*	0.79 ± 0.35*	306.91 ± 21.42*	6.71 ± 0.68*	2.38 ± 0.61*
	T ₂	100.09 ± 4.51*	89.69 ± 3.42*	0.89 ± 0.42*	344.81 ± 23.17*	7.19 ± 0.88*	3.01 ± 0.65*
	T ₃	99.37 ± 8.79*	89.73 ± 3.48*	0.91 ± 0.27*	349.72 ± 25.46*	7.31 ± 0.89*	2.81 ± 0.67*

注: *表示与同组 T₀ 时段对比, P < 0.05; +表示与盐水组相同时段各指标对比, P < 0.05。

3 讨论

需手术治疗的患者中, 上肢手术患者较为常见, 与高能量损失、高速度刺激有关, 临床建议手术治疗, 以促进肢体功能康复。但老年上肢手术患者受身体机能衰退影响, 麻醉耐受力较差, 手术期间麻醉风险较高。因此为保障老年患者手术安全性, 需在术前开展各项基础检查, 评估麻醉风险, 以保障手术期间, 患者血流动力学及生命体征稳定。相关文献报道, 臂丛麻醉可具有镇痛效果佳、神经阻滞完善等优点, 可减少局麻用药剂量^[2-5]。但臂丛神经阻滞不同于全麻, 手术期间患者意识清醒, 可能出现神经紧张情况, 进而引发严重应激反应, 影响手术疗效, 因此科学选取镇静剂, 在老年患者手术中具有重要意义。常规镇静药物难以把握镇静深度, 可引发术后嗜睡、呼吸抑制、恶心呕吐等麻醉不良反应, 因此科学选取镇静剂对稳定血流动力学、提升镇静效果而言极为重要。此外, 老年患者确定麻醉方案要求麻醉深度适宜^[6-9], 同时可快速苏醒、短时间内恢复行动能力。结合临床实践分析, 常规静脉麻醉药物丙泊酚, 用药剂量较大, 可影响患者循环功能, 甚至继发呼吸抑制, 用于老年患者麻醉中存在一定风险。氯胺酮属于广泛麻醉药物, 具有镇痛、镇静、麻醉特性, 进入人体后, 可抑制全身中枢神经系统, 还可抑制手术炎症, 有利于保护患者认知功能。本文选取艾司氯胺酮, 属于氯胺酮对应异构体, 与氯胺酮药理特性相同, 基于 NMDA 拮抗作用, 可有效预防术后谵妄。相关文献报道, 氯胺酮可阻滞细胞凋亡, 抑制血栓生成, 还可保护神经, 抑制炎症。结合本文数据分析, T₁-T₃ 时段中, 艾司组各时段 MAP、HR、E、Cor、BG、NE 等指标均低于盐水组, P < 0.05; 艾司组不良反应 3.57% 低于盐水组 21.43%, P < 0.05。提示艾司氯胺酮高效可行, 有利于维持老年患者生命体征稳定。分析原因, 氯胺酮在手术与炎性环境下, 可作为 NMDA 拮抗剂, 可减轻神经系统损伤, 作用机制与抑制 HCN1 受体密切相关, 而 HCN1 受体可通过介导过极化作用激活阳离子电流, 进而减轻老年患者应激反应, 保障手术顺利进行。

综上所述, 艾司氯胺酮预处理方案用于老年手术患者臂丛神经阻滞麻醉中, 高效可行, 可推广应用^[10]。

参考文献

[1] 陈竞, 吴穗平, 蔡宜良, 等. 神经刺激仪定位对老年桡骨骨

折患者行肌间沟臂丛神经阻滞麻醉的效果[J]. 中外医学研究, 2020, 18(35): 26-28.

[2] 马远忠, 刘莲红. 神经阻滞联合全麻在老年髋关节置换术中的麻醉效果及对患者应激反应的影响[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2020, 26(5): 858-863.

[3] 牟虹, 王光辉, 殷雁斌. 臂丛神经联合神经阻滞用于锁骨骨折内固定术的临床观察[J]. 实用医学杂志, 2007, 23(20): 3247-3248.

[4] Bell Josh D. In Vogue: Ketamine for Neuroprotection in Acute Neurologic Injury[J]. Anesthesia and Analgesia: Journal of the International Anesthesia Research Society, 2017, 124(4): 1237-1243.

[5] Linda Li, Phillip E Vlisides. Ketamine: 50 Years of Modulating the Mind[J]. Frontiers in Human Neuroscience, 2016, (Spec): 612.

[6] Kose E.A., Bakar B., Ayva S.K., et al. Neuroprotective effects of racemic ketamine and (S)-ketamine on spinal cord injury in rat[J]. Injury, 2012, 43(7): 1124-1130.

[7] Hudetz JA, Pagel PS. Neuroprotection by ketamine: a review of the experimental and clinical evidence.[J]. Journal of Cardiothoracic & Vascular Anesthesia, 2010, 24(1): 131-142.

[8] Chen X, Shu S, Bayliss DA. HCN1 channel subunits are a molecular substrate for hypnotic actions of ketamine.[J]. The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience, 2009, 29(3): 600-609.

[9] Hudetz AG, Patterson KM, Pagel PS, et al. Ketamine attenuates delirium after cardiac surgery with cardiopulmonary bypass.[J]. Journal of Cardiothoracic & Vascular Anesthesia, 2009, 23(5): 651-657.

[10] Di Leo G, Petaros P, Sarti A, et al. Deep sedation with propofol for upper gastrointestinal endoscopy in children, administered by specially trained pediatricians: a prospective case series with emphasis on side effects.[J]. Endoscopy: Journal for Clinical Use Biopsy & Technique, 2006, 38(4): 368-375.

(上接第 71 页)

不良反应发生率, 进一步提升患者的生存质量, 效果理想, 临床应用价值较高, 可推广。

参考文献

[1] 杨水波. 地佐辛注射液对全身麻醉苏醒后疼痛的影响研究[J]. 东方药膳, 2021(1): 103.

[2] 刘艳萍, 王斌. 地佐辛超前镇痛对臂丛神经阻滞麻醉患者术后疼痛及不良反应的影响[J]. 北方药学, 2018, 15(8): 140-141.

[3] 李国利, 王暉, 刘薇, 等. 地佐辛与芬太尼对健忘镇痛慢诱导麻醉气管插管应激反应的影响研究[J]. 重庆医学, 2015, 44(13): 1796-1798.