

小剂量纳洛酮用于无痛结肠镜检查 减轻术后恶心呕吐的研究

王树娟 孟浩南 贾文平

邢台医学高等专科学校第二附属医院 河北 邢台 054000

【摘要】目的: 观察小剂量纳洛酮用于丙泊酚联合纳布啡静脉麻醉下结肠镜检查术,对术后恶心、呕吐的预防、治疗作用。**方法:** 选择门诊无痛结肠镜检查手术的患者300例作为研究对象,给予丙泊酚1.5mg/kg,纳布啡0.1mg/kg,待患者睫毛反射消失后开始手术,手术中根据患者体动、血压变化等反应分次追加丙泊酚30~100mg,直至病人手术结束。手术结束后A组静脉单次注射纳洛酮0.004mg/kg后送至恢复室;B组不作特殊处理,直接送至恢复室。分别于术后24h访视患者,了解患者恶心、呕吐情况,并根据严重程度分别做出模拟评分。**结果:** A组患者术后恶心、呕吐发生率明显低于B组($P < 0.01$)。**结论:** 小剂量纳洛酮用于丙泊酚联合纳布啡静脉麻醉下结肠镜检查术可以明显降低术后恶心、呕吐发生率。

【关键词】 小剂量纳洛酮; 恶心; 呕吐; 纳布啡; 结肠镜

【中图分类号】 R614

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-1685(2021)46-26-02

近年来,随着人民生活水平日益提高,舒适化医疗已成为人们越来越追求的目标。这些患者手术的特点是历时短、数量大,而且大部分为门诊手术,条件有限。在这样的情况下,就要求麻醉诱导及苏醒有短、平、快的特点。丙泊酚联合阿片类镇痛药物可以满足这一临床要求,目前已成为指南性麻醉方案。但是患者离院后,恶心、呕吐率较高,一度达到5%左右。症状严重的患者会严重影响生活质量,这与原本追求的舒适化医疗主旨相悖。临床迫切需要一种方法或者药物降低患者术后恶心、呕吐发生率,提高患者的就医舒适度、满意度。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选择门诊无痛结肠镜检查手术的患者300例作为研究对象,年龄18~65岁,体重53至77kg,ASA I~II级,随机分为A、B两组。两组患者男女比例及年龄无明显差别(表1),手术时间在17~21min之间,手术过程均顺利。

1.2 麻醉方法

患者入室后,给予丙泊酚1.5mg/kg,纳布啡0.1mg/kg,待患者睫毛反射消失后开始手术。术中根据患者体动、血压、心率变化等反应分次追加丙泊酚30~100mg,直至病人手术结束。待手术结束,A组静脉单次注射纳洛酮0.004mg/kg后送至恢复室;B组术后直接送至恢复室。两组患者在恢复室均待steward评分6分后在家属陪同下离院。

1.3 观察项目

术后第二天通过电话随访,随访内容:术后24h内有无恶心、呕吐症状;有恶心、呕吐症状的患者根据自觉程度进行剧烈程度评分。评分采取视觉模拟评分法VAS,其中,<4分为轻度恶心、轻度呕吐;4~7分为中度恶心、中度呕吐;>7分为剧烈恶心、剧烈呕吐。

1.4 统计学分析

采用SPSS 12.0统计软件进行统计处理。计数资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用单因素方差分析。以 $P < 0.05$

为差异有显著性。

2 结果与结论

2.1 结果

A组患者于术后24h内呕吐VAS评分>7分者为2例,B组为7例,明显多于A组($P < 0.01$)。A组患者于术后24h内恶心VAS评分>7分者为3例,B组为12例,明显多于A组($P < 0.01$)。(表2)

2.2 结论

小剂量纳洛酮用于丙泊酚联合纳布啡静脉麻醉下门诊无痛内镜手术的麻醉有明显降低术后恶心、呕吐发生率的作用。

3 讨论

虽然大多数门诊内镜检查术的疼痛比较轻微,但可能有不适的感觉,而治疗性操作一般需要适当的镇静或镇痛。^[1]目前丙泊酚联合阿片类药物已成为门诊内镜手术的指南性治疗方案。^[2]而现实问题是,阿片类药物由于其有成瘾性及由此产生的政策性管控,使得在门诊应用有着诸多不便。作为应对方案,由此衍生出以丙泊酚为基础,联合纳布啡、喷他佐辛、曲马多等多种阿片类药物的方法,经过临床验证,都收到了良好的临床效果。但是,所联合药物无一例外均为麻醉性镇痛药物,均有程度不一的导致患者术后恶心、呕吐的副作用。发生恶心呕吐,住院患者可以根据病人反应程度采取一定的治疗措施,而门诊患者在离院后处理起来就变得非常棘手。某些PONV高危患者发生率高达70%~80%。术后恶心、呕吐主要发生在术后24~48h内,少数患者可持续3~5d。至今为止,虽然有抗胆碱类、抗组胺类、丁酰苯类、5-HT拮抗剂以及糖皮质激素药物综合治疗,但是临床效果都欠佳。几项前瞻性的研究表明,不同类型的手术后观察到的PONV发生率的不同在很大程度上反映了患者自身因素及门诊相关的危险因素与PONV高度相关,而非手术因素。门诊手术、检查的麻醉,方法、用药都比较单纯,导致恶心、呕吐的原因较少。除去内镜检查时,胃胀气充气等物理性原因外,在保证围麻醉期循环稳定的情况下,排除麻醉药物导致的术后恶心、呕吐就显得尤为重要。

表1 患者一般情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(男/女)	年龄(岁)	体重(kg)	手术时间(min)
A	75/75	47.0 ± 11.0	63.25 ± 9.27	15.00 ± 5.10
B	76/74	45.0 ± 12.0	65.17 ± 10.30	16.20 ± 1.00

表 2 两组 VAS 比较 [n (%)]

组别	例数	VAS (术后 24h 恶心)			VAS (术后 24h 呕吐)		
		< 4 分	4~7 分	> 7 分	< 4 分	4~7 分	> 7 分
A	150	17	15 [▲]	3 [●]	7	4 [△]	2 [#]
B	150	21	33	12	11	13	7

与 B 组比, [▲]*P* < 0.05, [●]*P* < 0.01, [△]*P* < 0.01, [#]*P* < 0.01。

分析本实验麻醉用药, 用药相对单一, 仅为镇静药丙泊酚和镇痛药纳布啡。术后由此引起的恶心呕吐, 应该是由这两种麻醉药物引起。而丙泊酚被普遍认为具有止吐作用。^[3] 纳布啡是结构与氢吗啡酮和纳洛酮相关的阿片类激动-拮抗剂, 能与 μ -受体、 κ -受体结合,^[4] 有使用后致患者恶心呕吐的副作用。这就使得如何减轻纳布啡的致吐作用成为解决 PONV 的焦点问题。

纳洛酮为纯粹的阿片受体拮抗药, 本身无内在活性。但能竞争性拮抗各类阿片受体, 对 μ 受体有很强的亲和力。它生效迅速, 拮抗作用强, 同时逆转阿片激动剂所有作用。另外其还具有与拮抗阿片受体不相关的回苏作用。可迅速逆转阿片镇痛药引起的呼吸抑制, 是目前临床应用最广的阿片受体拮抗药。主要用于: (1) 解救麻醉性镇痛药急性中毒, 拮抗这类药的呼吸抑制, 并使病人苏醒。(2) 拮抗麻醉性镇痛药的残余作用。新生儿受其母体中麻醉性镇痛药影响而致呼吸抑制, 可用本品拮抗。(3) 解救急性乙醇中毒, 可使患者清醒。(4) 对疑为麻醉性镇痛药成瘾者, 静推可激发戒断症状, 有诊断价值。(5) 促醒作用, 可能通过胆碱能作用而激活生理性觉醒系统使病人清醒, 用于全麻催醒及抗休克和某些昏迷病人。基于以上, 在无痛内镜检查结束后, 采用小剂量纳洛酮单次注射, 不仅可以缩短患者麻醉复苏时间, 使复苏更加完善, 还可以预防性治疗术后恶心呕吐的发生, 使静脉

麻醉后恶心、呕吐发生率大大下降, 满足了患者舒适医疗的需求, 也提高了社会满意度, 不失为一种可以临床推广的好的麻醉处理方法。

需要注意的是, 部分患者使用后可引起高度兴奋, 使心血管功能亢进, 会产生口干、恶心、呕吐、食欲缺乏的症状, 大部分可以自行恢复, 如果有纳洛酮中毒反应者应立即停药, 对症治疗^[5]。已知对纳洛酮药物过敏的患者绝对不能使用; 高血压、心功能不全及肾功能不全患者也要小心使用。

参考文献

- [1] 庄心良, 等. 现代麻醉学 [M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1653
- [2] 庄心良, 等. 现代麻醉学 [M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1655
- [3] Ronald D. Miller. 米勒麻醉学 [M]. 8 版. 北京: 北京大学医学出版社, 2016: 2670.
- [4] Ronald D. Miller. 米勒麻醉学 [M]. 8 版. 北京: 北京大学医学出版社, 2016: 819-820.
- [5] 张彧. 急性中毒 [M]. 西安: 第四军医大学出版社, 2008: 236-237.

(上接第 7 页)

观察组满意率 98.11% (52/53) (30 例非常满意、22 例满意), 对照组满意率 84.91% (45/53) (26 例非常满意、19 例满意), 组间对比差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。

3 讨论

急性脑梗死是我国临床上常见的脑血管疾病, 常见于老年群体, 随着我国社会老龄化加快, 该病症呈现出明显的增长趋势, 严重影响老年群体生活质量^[3]。我国脑梗死发病率处于递增阶段, 临床医务人员对脑梗死疾病已经具有全面的认识, 掌握了该疾病的治疗方法以及康复干预方法, 保证了患者的临床工作质量。该疾病包括多种类型, 根据患者发病情况分为心源性栓塞型及小动脉闭塞型、大脑动脉粥样硬化型。脑梗死是各种颅内因素引发的病变, 脑梗死分型标准存在差异, 但存在动脉粥样硬化及心源性栓塞等问题。急性脑梗死发生后, 患者发生阵发性感觉, 患者患病后易发生并发症, 如肢体障碍、吞咽障碍、偏瘫等, 造成不良的影响, 患者进食困难, 影响身体机能^[4]。通过合理的护理可有效提升其吞咽能力, 辅助患者进食, 提高自身的运动能力, 掌握饮食技巧, 促使患者早日康复, 缓解自身的症状^[5]。早期康复护理作为一种加速患者病情康复的方法, 该方法的价值在于提升患者对临床工作的满意度, 改善患者病症及神经功能, 恢复患者受损的神经元组织, 使患者具有肢体活动能力, 恢复患者生活自理能力。在临床早期护理中, 护理人员应当针对患者肢体功能情况选择有效的指导方法, 在护理过程中注意对患者的心理疏导, 避免患者产生严重的负面情绪, 对康复护理依从性产生巨大的影响^[6-7]。本次研究结果中, 护理后观察组患者生活质量评分明显高于对照

组, 观察组满意率 98.11%, 对照组满意率 84.91%, 组间对比差异有统计学意义 (*P* < 0.05), 提示干预效果显著。

综上所述, 对老年急性脑梗死并发吞咽功能障碍患者开展早期康复护理可以促使患者吞咽功能得到提升, 降低并发症发生率, 保证生活质量。

参考文献

- [1] 赵佩. 早期康复护理在老年急性脑梗塞后抑郁患者语言、肢体及心境康复中的应用 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(29): 118.
- [2] 刘本丽, 蔡萍. 对老年急性脑梗死并发吞咽功能障碍患者进行早期康复护理的效果探究 [J]. 当代医药论丛, 2019, 17(5): 219-220.
- [3] 张冰冰. 早期康复护理对颅脑外伤术后运动障碍患者功能恢复的影响 [J]. 中国医药指南, 2020, 18(34): 162-163.
- [4] 李杨波. 早期情志护理对老年脑梗死患者负性情绪和康复护理依从性的影响 [J]. 中国医药指南, 2020, 18(34): 200-201.
- [5] 刘素领, 余功兰. 早期康复护理在缺氧缺血性脑病新生儿中的应用效果 [J]. 中国民康医学, 2020, 32(23): 67-69.
- [6] 黄梁露, 赵玉琴. 探讨老年脑梗死吞咽障碍患者早期进行康复护理干预的效果 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(38): 14.
- [7] 吴海燕. 老年脑梗死吞咽障碍患者早期进行康复护理干预的效果观察 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(37): 116, 123.