

羟考酮联合七氟烷对腹腔镜胃肠癌手术麻醉患者疼痛及躁动、不良反应的影响

谢加瑾

贺州广济医院 广西贺州 542800

〔摘要〕目的 探讨对腹腔镜胃肠癌患者实施羟考酮联合七氟烷麻醉对患者疼痛、躁动以及不良事件的影响。方法 选择 80 例胃肠癌患者，均来自 2022.01-2023.01 于我院进行腹腔镜手术治疗的患者，使用随机数字表分组，并分别实施七氟烷麻醉以及羟考酮联合七氟烷麻醉，将接受七氟烷麻醉的患者纳为对照组，接受羟考酮联合七氟烷麻醉的患者纳为实验组，观察患者疼痛情况、术后躁动情况以及有害反应发生占比。结果 介入前，两组疼痛评分无差异， $P > 0.05$ 。介入后，实验组术后 6h、12h 以及 24h 时疼痛评分与对照组相比均较低， $P < 0.05$ 。介入后，实验组躁动评分对比对照组均较低， $P < 0.05$ 。实验组有害反应发生占比对比对照组较低， $P > 0.05$ 。结论 对于行腹腔镜胃肠癌手术患者而言，接受羟考酮联合七氟烷进行麻醉可取得显著价值，可有效缓解患者疼痛以及躁动情况，且安全性高。

〔关键词〕羟考酮；七氟烷；胃肠癌；疼痛；躁动；不良反应

〔中图分类号〕R614 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2023) 07-006-02

胃肠癌腹腔镜手术过程中，由于长时间的麻醉，可导致患者出现一系列应激反应，如血压异常、躁动、呕吐等。严重时可对胃肠道的正常功能产生不利影响，继而延长患者恢复时间^[1]。因此，为保障手术顺利实施，促进患者恢复，对患者实施科学有效的药物麻醉不可或缺。七氟烷以及羟考酮作为常用的麻醉药物以及镇痛药物，在临床上应用广泛。但少有研究对两种药物联合应用于腹腔镜胃肠道手术效果进行报道。鉴于此，本院则选择 80 例行腹腔镜胃肠癌手术患者，对其实施不同麻醉方式，并对实施效果进行探讨分析，现将分析结果报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 80 例行腹腔镜胃肠癌手术患者，均来自我院 2022.01-2023.01 收治，按照随机数字表法分组，对照组对照组共有 40 例患者，其中男性患者有 21 例，女性患者有 19 例。年龄范围 35-65 岁，年龄均值为 (50.34 ± 3.52) 岁。实验组患者人数同对照组，其中有男性患者 18 例，女性患者 22 例，年龄范围 35-65 岁，年龄均值为 (50.54 ± 3.38) 岁。一般资料上，两组无差异， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

两组均在术前对患者进行全面的身体检查。术前 8-12 小时停止进食，术前 4 小时停止饮水。在患者进入手术室后，帮助患者摆放正确体位后，建立静脉通道，并对患者生命体征进行严密监测。对照组接受七氟烷（生产厂家：上海恒瑞医药有限公司生产 批准文号：国药准字 H20070172 规格：20ml）进行麻醉，在术前 20min，通过呼吸机将 120ml 的 8% 浓度的七氟烷向患者气管内送入，在手术结束前 10min。麻醉医生应调整麻醉浓度，以下调 1.5%-2.5% 浓度为佳，并在手术结束时立刻停止给予七氟烷吸入。实验组则在上述基础上加用羟考酮（生产厂家：以色列 Rafa Laboratories Limited 批准文号：国药准字 J20180002 规格：10mg/1ml）进行麻醉，在术前 5min，对羟考酮进行稀释，标准以 $1 \text{ mg} \cdot \text{mL}^{-1}$ 为最佳，后进行静脉推注，推注标准： $0.3 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$ 。二次静脉推注应

在手术结束前 15min 进行，推注标准： $0.1 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1}$ 。

1.3 观察指标

（1）使用视觉模拟评分法（Visual Analogue Scale/Score, VAS）来对比患者介入前、术后 6h、12h 以及 24h 疼痛程度，满分：10 分，得分越高代表患者疼痛感越强^[2]。（2）使用躁动-镇静评分量表（Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS）对比患者术后 30min、60min 以及出麻醉苏醒室时躁动情况，得分越高，躁动情况越严重^[3]。（3）对比有害反应占比。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 23.0 软件分析及处理数据，计数资料采用百分比表示，采用 χ^2 检验；计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验，以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 疼痛情况对比

介入前，两组疼痛评分无差异， $P > 0.05$ 。术后，实验组低， $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 VAS 评分 (n=40, 分)

组别	介入前	术后 6h	术后 12h	术后 24h
对照组	5.22 ± 0.21	5.57 ± 0.95	4.52 ± 0.15	3.57 ± 0.75
实验组	5.23 ± 0.15	3.44 ± 0.52	2.51 ± 0.23	1.20 ± 0.27
t	0.240	13.023	45.295	19.598
P	0.811	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.2 躁动情况对比

术后，实验组躁动评分对比于对照组均较低， $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 躁动评分 (n=40, 分)

组别	术后 30min	术后 60min	出麻醉苏醒室时
对照组	1.15 ± 0.14	1.35 ± 0.15	1.47 ± 0.24
实验组	0.50 ± 0.02	0.51 ± 0.03	0.78 ± 0.02
t	24.500	35.143	18.120
P	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.3 有害反应对比

两组有害反应占比对比结果显示, 实验组低, $P < 0.05$ 。见表 3。

表 3 有害反应 (n=40, 例)

组别	眩晕	呼吸困难	血压异常	心跳异常	总发生占比
对照组	2	2	2	3	9 (22.50)
实验组	1	0	0	1	2 (5.00)
χ^2	-	-	-	-	5.165
P	-	-	-	-	0.023

3 讨论

麻醉药物的使用会对胃肠癌患者呼吸功能造成一定负面影响, 后续随着患者意识逐渐清醒, 患者疼痛感觉逐渐明显, 且时间持续较长^[4]。因此, 给予患者有效镇痛药物不仅可缓解患者不适, 对患者机体恢复亦有促进作用。

七氟烷是临床治疗中的常见麻醉药物, 而羟考酮则是临床中经常使用的强效镇痛药物, 尤其在内脏疼痛缓解方面效果显著^[5]。本文研究显示: 介入前, 两组疼痛评分无差异, $P > 0.05$ 。术后, 实验组低, $P < 0.05$ 。术后, 实验组躁动评分对比于对照组均较低, $P < 0.05$ 。两组有害反应占比对比结果显示, 实验组低, $P < 0.05$ 。这是因为羟考酮是一种强效的合成阿片类药物, 其机制主要是通过和中枢神经系统中的阿片受体结合, 发挥止痛作用。不同于自然产生的阿片物质, 羟考酮是半合成的, 可以精确地控制其效果和剂量。羟考酮主要作用于 μ -阿片受体, 而 μ -阿片受体在中枢神经系统中广泛分布, 包括脊髓、低丘脑、大脑皮层等部位。羟考酮与 μ -阿片受体的结合可以抑制神经元内 Ca^{2+} 的进入、阻断钾离子的离开, 使神经元膜的电位变为负电位, 从而抑制神经

元的兴奋性, 减少阿片类药物引起的因疼痛导致的细胞兴奋, 具有强大的止痛作用^[6]。羟考酮联合七氟烷, 一方面, 可避免只使用七氟烷单一麻醉药造成的躁动现象, 另一方面, 可减少七氟烷的应用, 继而减少患者由于麻醉药物产生的呼吸抑制, 进而降低有害反应发生占比。

综上, 羟考酮联合七氟烷对于腹腔镜胃肠癌手术患者效果显著, 可在临床大力推广应用。

[参考文献]

- [1] 曹东航, 丁进峰, 孙焕焕. 羟考酮联合七氟烷用于腹腔镜胃肠癌手术麻醉患者的临床研究 [J]. 中国临床药理学杂志, 2023, 39(6):791-794.
- [2] 邓国平, 黄桂琴, 牛金波. 羟考酮对腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者七氟烷麻醉苏醒期躁动影响研究 [J]. 中国妇幼保健, 2021, 36(16):3855-3858.
- [3] 陈红芽, 王古岩, 宋晓丽, 等. 不同剂量羟考酮预防七氟烷全身麻醉小儿术后躁动的效果比较 [J]. 临床药物治疗杂志, 2020, 18(5):70-73.
- [4] 李杰, 庄燕, 贾继娥. 羟考酮用于肥胖与正常体重患儿扁桃体切除术术后镇痛效果比较 [J]. 上海医学, 2020, 43(11):680-683.
- [5] 姜建华, 段君程, 史周鼎, 等. 2%丙泊酚复合七氟烷对妇科腔镜手术患者术后麻醉苏醒时间及 Ramsay 评分、BCS 评分的影响 [J]. 湖南师范大学学报 (医学版), 2022, 19(1):115-117.
- [6] 杨兴, 刘飞, 赵蕊, 等. 羟考酮预防性镇痛及麻醉维持在老年舌颌联合根治术中应用效果 [J]. 新疆医科大学学报, 2023, 46(4):495-499, 512.

(上接第 4 页)

能够根据患者的具体情况进行个体化的治疗。大型医院的就诊压力较大, 患者可能需要排队等待, 就诊时间较长。同时, 治疗费用较高, 对于一些经济条件较差的患者来说可能不太容易承担。基层医院就诊便捷, 患者可以更快地得到治疗。同时, 基层医院的医生对于中药治疗痔疮的经验也较为丰富, 能够提供有效的治疗方案。但是基层医院的医疗设备和技術相对较为有限, 可能无法提供一些高级的检查和治療手段。同时, 基层医院的医生数量和专业水平也有一定限制, 可能无法满足一些复杂病例的需求。

综上所述, 中药治疗痔疮相较于西药治疗具有综合調理、个体化治疗和较少副作用等优势。在大型医院和基层医院开展中药治疗痔疮, 大型医院具有更全面、专业的治疗方案和

经验丰富的医生, 但就诊压力和费用较高; 基层医院就诊便捷, 医生经验丰富, 但设备和技術有限。

总而言之, 中医治疗痔疮可以有效的提升治疗疗效, 同时减少复发率, 整体情况更好。

[参考文献]

- [1] 刘燕, 汪明, 舒子龙, 等. 中医外治法治疗产后痔疮临床研究进展 [J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(8):1463-1465.
- [2] 冯娇娇, 凡会霞, 杨会举. 痔疮的中医治疗进展 [J]. 光明中医, 2021, 36(23):3973-3977.
- [3] 杨天军. 中医治疗痔疮有哪些优势 [J]. 婚育与健康, 2021(4):79.
- [4] 孙亚峰, 朱素华, 常超. 中医结扎法治疗痔疮的效果观察 [J]. 中国实用医刊, 2021, 48(9):111-114.

(上接第 5 页)

势。主要的临床症状就是腹部疼痛和高热, 在诊断中采用影像技术能够快速的确证, 保守治疗有很高的复发率, 并且可能导致各类并发症, 所以临床中一般采用外科手术进行治疗, 也就是胆囊切除术。传统的开腹手术具有出血量大和耗費时间的缺点, 而且会对患者造成较大的创伤, 随着医疗技术的不断发展, 胆囊切除术已经从最早的开腹手术发展到了小切口胆囊切除术, 近几年又出现了腹腔镜胆囊切除术。腹腔镜的切口更小, 并且手术区域的视野非常清晰, 能够更快更直接的进行判断, 并且具有封闭式的优点, 能够降低并发症的发生率。通过以上的研究得出, 采用腹腔镜胆囊切除术的观察组在手术时间、术中出血量、术后排气时间和下床时间以及住院时间上均低于分析组, 而且并发症发生率仅为 3.85%, 远低于分

析组的 26.92%, 并且经验证具有统计学差异性, $P < 0.05$ 。与小切口胆囊切除术相比, 采用腹腔镜胆囊切除术治疗胆结石效果更优, 也能有效降低并发症, 可在临床中推广。

[参考文献]

- [1] 孙国胜. 腹腔镜胆囊切除术和小切口胆囊切除术治疗胆结石的临床疗效观察 [J]. 基层医学论坛, 2021, 34(26):3503-3504.
- [2] 雷海鸣, 王爱坤, 王立胜. 腹腔镜与小切口胆囊切除术治疗胆结石合并胆囊炎疗效对比 [J]. 临床研究, 2021, 24(12):178-179.

表二 两组患者的并发症发生率对比

组别	n	出血	感染	胆漏	胆管受损	黄疸	总发生率 (%)
观察组	26	1	0	0	0	0	1 (3.85)
分析组	26	2	2	1	1	1	7 (26.92)