

胃肠手术全麻患者中运用右美托咪定苏醒期恢复与血流动力学的影响情况分析

李文斌

文山市人民医院 663000

【摘要】目的 探讨胃肠手术全麻患者中运用右美托咪定苏醒期恢复与血流动力学的影响情况。**方法** 采集本院 2021 年 8 月至 2022 年 6 月期间接收的 42 例胃肠手术全麻患者, 随机分为对照组与观察组, 每组各 21 例, 对照组运用常规咪达唑仑静滴用药, 观察组运用右美托咪定泵注用药, 分析不同用药后患者血流动力学、苏醒期恢复情况。**结果** 在患者心率、血压、血氧饱和度、呼吸频率等指标上, 观察组手术过程的波动明显小于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$); 在患者拔管后各时间点的 RASS 评分、Ramsay 评分上, 两组差异明显, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。**结论** 胃肠手术全麻患者中运用右美托咪定, 可以有效地保持血流动力学的平稳性, 同时保持苏醒期更好的恢复, 整体安全性更好。

【关键词】 胃肠手术; 全麻; 右美托咪定; 苏醒期; 血流动力学; 影响

【中图分类号】 R614

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2025) 02-049-02

胃肠道肿瘤随着年龄的提升发病率不断攀升, 在 65 岁以上的老年群体中发病率达到 70%。同时由于老年患者年老体弱, 容易合并多种其他慢性疾病, 整体的器官功能处于退化状况, 在手术方面的麻醉药物反应也会相对强化, 因此胃肠道准备所导致的患者循环血量也会相对下滑, 进而导致患者围术期血流动力学缺乏稳定性。本文采集 42 例胃肠手术全麻患者, 分析运用右美托咪定麻醉后患者苏醒期恢复与血流动力学的影响情况, 具体内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2021 年 8 月至 2022 年 6 月期间接收的 42 例胃肠手术全麻患者, 随机分为对照组与观察组, 每组各 21 例。对照组中, 男 38 例, 女 31 例; 年龄从 35 岁至 68 岁, 平均 (54.72 ± 6.18) 岁; 体重为 57kg 至 82kg, 平均 (67.28 ± 4.19) kg; 观察组中, 男 25 例, 女 17 例; 年龄从 33 岁至 67 岁, 平均 (56.14 ± 5.29) 岁; 体重为 54kg 至 85kg, 平均 (68.54 ± 3.65) kg; 两组患者在基本年龄、性别、体重等信息上没有明显差异, 有对比研究意义。

1.2 方法

观察组运用右美托咪定泵注用药, 在麻醉诱导之前进行

1.0ug/kg 右美托咪定泵注, 对照组运用常规咪达唑仑静滴用药, 在麻醉诱导前进行 0.05mg/kg 静滴用药。两组后续的诱导用药一致, 在其意识丧失之后开展气管插管。右美托咪定组在进行诱导之后进行右美托咪定 0.2-0.7ug/kg·h 持续泵注用药, 对照组则进行丙泊酚 4-8mg/kg·h 的持续泵注用药。所有患者在缝合皮肤时停止泵注用药, 在诱导之后都进行七氟烷的吸入麻醉用药, 一直持续到手术结束之前的 15 分钟。

1.3 评估观察

分析不同用药后患者血流动力学、苏醒期恢复情况。苏醒期恢复情况主要观察 RASS 评分、Ramsay 评分。血流动力学主要观察患者心率、血压、血氧饱和度、呼吸频率等指标。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理, 计数资料使用 $n(\%)$ 表示, 采用卡方检验, 计量资料运用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验, $P<0.05$ 具备统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者血流动力学情况

如表 1 所示, 在患者心率、血压、血氧饱和度、呼吸频率等指标上, 观察组手术过程的波动明显小于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 1: 两组患者血流动力学对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	心率 (次/min)	平均动脉压 (mmHg)	血氧饱和度 (%)	呼吸频率 (次/min)
观察组	T1	82.56±11.53	82.56±8.76	98.17±0.94	14.98±3.14
	T2	68.29±13.02	74.62±11.49	99.54±0.91	12.09±1.65
	T3	70.04±11.56	73.97±10.65	99.26±0.86	12.47±1.87
	T4	82.67±24.15	88.72±7.10	99.54±0.79	14.96±1.96
	T5	79.65±15.74	82.51±7.61	99.22±0.28	15.78±1.82
	T6	81.97±14.65	82.14±8.66	99.61±0.43	15.37±1.45
对照组	T1	81.48±10.09	85.62±8.26	98.42±0.91	15.21±2.08
	T2	80.57±9.43	78.45±9.18	99.13±0.32	15.27±2.25
	T3	91.42±8.76	85.64±10.98	99.03±0.41	15.46±2.54
	T4	98.64±9.24	98.65±8.54	99.15±0.64	16.28±1.43
	T5	90.52±7.52	90.65±11.06	99.48±0.42	15.76±1.35
	T6	84.07±8.28	85.64±10.94	99.56±0.43	15.23±1.26

注: 两组用药前对比, $p>0.05$, 两组用药后对比, $p<0.05$ 。

2.2 两组患者用药前后苏醒期恢复质量情况

如表 2 所示, 在患者拔管后各时间点的 RASS 评分、

Ramsay 评分上, 两组差异明显, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 2: 两组患者用药前后苏醒期恢复质量对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	拔管后 10min	拔管后 20min	拔管后 30min
观察组	RASS 评分	$0.84 \pm 0.37^*$	$0.65 \pm 0.41^*$	$0.56 \pm 0.28^*$
	Ramsay 评分	$2.87 \pm 0.45^*$	$3.09 \pm 0.26^*$	2.15 ± 0.27
对照组	RASS 评分	2.81 ± 0.58	1.78 ± 0.52	0.67 ± 0.34
	Ramsay 评分	1.62 ± 0.14	1.73 ± 0.22	2.10 ± 0.21

注: 两组用药前对比, $p > 0.05$, 两组用药后对比, $*p < 0.05$ 。

3 讨论

胃肠手术全麻运用右美托咪定, 相较于其他常规用药而言, 麻醉药效有较好的镇静、镇痛、抗焦虑与交感神经活动抑制的功效, 其镇静作用尤其突出^[1-3]。一般在静脉注射用药后, 可以在 6 分钟时间内快速地分布到全身, 药物半衰期在 2h。该药物会促使血压降低与心率减缓, 因此可以达到手术过程中有关指标的稳定性。老年患者一般在全麻情况下, 药效会随着时间推移而不断减退, 术后疼痛与不适感则会导致心率加快与血压提升, 由此导致心脑血管等风险问题。本研究可以发现, 血流动力学在整个术中过程中相对平稳, 安全性好。同时术后苏醒恢复质量也相对有保障。

总而言之, 胃肠手术全麻患者中运用右美托咪定, 可以

有效地保持血流动力学的平稳性, 同时保持苏醒期更好的恢复, 整体安全性更好。

参考文献:

- [1] 龙诗樱, 余革, 陈敏玲, 等. 羟考酮联合右美托咪定对老年胃肠手术全麻患者术后苏醒期躁动及应激反应的影响[J]. 中外医学研究, 2021, 19(11):64-67.
- [2] 张帆, 夏黎. 右美托咪定不同剂量对腹腔镜胃肠手术全麻老年患者术后 POCD 发生的影响分析[J]. 系统医学, 2020, 5(9):142-144.
- [3] 黎新, 邓军荣, 彭张. 右美托咪定复合全麻对腹腔镜胃肠手术血流动力学的影响[J]. 当代医学, 2020, 26(2):125-127.

(上接第 47 页)

出结论, 在临床中应用奥拉西坦来治疗小儿神经系统损害完全是可行的, 在整个治疗过程中也不会出现较多的不良反应。不过在使用奥拉西坦治疗之时, 必须要注意不能在伴轻中度肾功能不全小儿患者中使用, 如果必须要使用也应该减少使用量。并且患者如果有精神兴奋以及睡眠紊乱状况问题也应该减少使用量。两组患者在治疗过程中均未见任何不良反应, 这就表示其治疗效果较好, 不良反应情况比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)^[6]。所以, 奥拉西坦治疗安全性比较高。

综上所述, 在常规治疗的基础上对小儿神经系统损害小儿患者给予奥拉西坦是一类完全可行的医疗措施, 能够有效帮助患者改善他们的神经功能缺损状况, 并且在整个治疗过程之中不良反应较少, 因此是完全值得被应用于临床之中的。

参考文献:

- [1] 王海利. 奥拉西坦注射液联合脑心通胶囊治疗脑出血患者的临床效果观察[J]. 中国医药科学, 2022, 06:35-37.
- [2] 辛凤志. 奥拉西坦在脑出血患者 52 例临床治疗中的作用及机制分析[J]. 中国医药指南, 2021, 03:191-192.
- [3] 邹伟辉, 吴梅泉, 黄国栋. 通心络联合尼莫地平及奥拉西坦对血管性认知障碍的疗效观察[J]. 中国当代医药, 2023, 15:78-80+83.
- [4] 孙炜, 李瑾. 奥拉西坦治疗老年脑出血后认知功能障碍的疗效及不良反应[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2021, 19:64-66.
- [5] 王东枝. 丁苯酞联合奥拉西坦治疗轻度血管性认知功能障碍的有效性和安全性[J]. 中国医药导报, 2023, 29:52-55.
- [6] 王廷伟. 奥拉西坦治疗血管性痴呆患者的临床疗效及其对血清 IL-6 水平的影响[J]. 临床医学, 2023, 03:75-77.

(上接第 48 页)

采用降尿酸、降脂降压的药物, 如非诺贝特、氯沙坦等治疗效果较为理想^[5]。而作为一种新研制的苯氧芳酸降血脂药物, 非诺贝特的作用在于: 能激活过氧化酶的有关受体, 加速分泌载脂蛋白以及脂蛋白酯酶, 且在后者基因表达的过程中也有所参与, 因此能够将血液中载脂蛋白 A-I、II 的浓度提升, 从而实现 TC、TG 水平的降低。而已有临床研究表明, 在降血脂的过程中, 非诺贝特还能治疗痛风性关节炎以及高尿酸症等, 且具有良好的排泄尿酸的作用。但是采用此种药物治疗患者的过程中, 还需严密监测患者肾脏, 以避免患者发生肾结石^[6]。本文的研究中, 治疗前, 两组各相关生化指标, 如 TG、TC、UA、SCR 等对比差异不显著, $P > 0.05$ 无统计学意义。而治疗后, 治疗组各相关生化指标均改善显著, 且优于治疗前以及常规组, $p < 0.05$ 具有统计学意义。而治疗后, 常规组的治疗效果明显高于对照组, 且组间对比差异 $P < 0.05$, 具有统计学意义。因此可以看出, 非诺贝特治疗难治性痛风具有十分重要的临床价值和意义。

综上所述, 非诺贝特治疗难治性痛风的临床效果显著, 且能显著改善甘油三酯、总胆固醇、尿酸、肌酐等指标, 并能提升患者的预后质量, 值得推广于临床应用。

参考文献:

- [1] 陈小红, 纪立伟, 邓冬梅. 1 例难治性痛风性关节炎伴肾功能不全患者的治疗与监护[J]. 临床药物治疗杂志, 2023, 02:90-92.
- [2] 郑红梅. 非诺贝特在难治性痛风治疗中的疗效及安全性观察[J]. 大家健康 (学术版), 2024, 02:119-120.
- [3] 王厚强. 非诺贝特对难治性痛风性关节炎临床研究[J]. 大家健康 (学术版), 2023, 09:6-7.
- [4] 佟金秋. 马宝东教授治疗慢性痛风性关节炎的经验总结[D]. 辽宁中医药大学, 2024.
- [5] 衣蕾. 吉海旺教授治疗类风湿性关节炎的学术经验研究[D]. 中国中医科学院, 2022.
- [6] 舒冰, 郑萍. 临床药师参与老年房颤患者难治性痛风药物治疗病例分析与干预[J]. 安徽医药, 2023, 17:1253-1255.