维普资讯 http://www.cqvip.com

曲马多预防硬膜外麻醉期间寒战反应的临床观察

Clinical observation on effect of shivering prevented by tramadol during epidural anesthesia

刘 刚,朱云章 (沈阳市骨科医院麻醉科,辽宁 沈阳 110044)

[关键词] 硬膜外阻滞麻醉;曲马多;寒战;预防
[中图分类号] R614.42 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)04-0260-02

曲马多是一种非麻醉性中枢性镇痛药。我院2004年至2006年在硬膜外阻滞麻醉前静脉注射曲马多,用于预防麻醉期间的寒战反应,并将临床效果与哌替啶作比较,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择硬膜外阻滞的ASA Ⅰ~Ⅱ级患者150例,数字分组法随机分为3组。Ⅰ组(曲马多组)50例,男32例,女18例,年龄(42.5±11.2)岁,体重(51.8±6.2)kg;Ⅱ组(哌替啶组)50例,男33例,女17例,年龄(40.6±12.0)岁,体重(52.3±7.5)kg;Ⅲ组(对照组)50例,男35例,女15例,年龄(41.3±10.5)岁,体重(51.3±7.0)kg。3组间性别、年龄、体重的差别均无显著性意义($P>0.05$)。全部病例均行下肢骨科手术。术前常规禁饮禁食,Ⅰ、Ⅲ组术前30 min肌注阿托品0.5 mg、苯巴比妥钠0.1 g,Ⅱ组术前30 min肌注阿托品0.5 mg、哌替啶1 mg/kg。

1.2 方法

硬膜外穿刺成功置管后,Ⅰ组先静脉注射曲马多(格兰泰公司产品)1 mg/kg,含氟哌利多0.5 mg/kg,5 min后硬膜外给药。Ⅱ、Ⅲ两组直接硬膜外给药。局麻药均为1.73%盐酸利多卡因。观察3组患者是否出现颜面部、上肢和腹部肌肉不自主颤动,若有则认定为寒战[1]。观察3组硬膜外给药前5 min(静注曲马多时)、给药即刻、给药后(5、10、30 min)、手术结束时的血氧饱和度(SpO_2)、平均动脉压(MAP)、心率(HR)的变化及术中辅助用药(氟芬合剂)的情况,术中有无嗜睡、恶心、呕吐、出汗等副作用发生。

1.3 统计学处理

测得的数据以($\bar{x}\pm s$)表示,用药前后的比较采用t检验。组间寒战及副作用发生率等情况的比较采用χ^2检验。

2 结果

2.1 各组寒战、辅助用药及副作用比较

从表1可见,曲马多组(Ⅰ组)与哌替啶组(Ⅱ组)相比,寒战发生率及术中辅助用药者的差别无显著性意义($P>0.05$),而嗜睡、恶心呕吐的差别则有显著性意义($P<0.05$)。曲马多组与对照组(Ⅲ组)相比,寒战发生率及辅助用药者的差别均有显著性意义($P<0.05$),而嗜睡、恶心呕吐、出汗的差别则无显著性意义($P>0.05$)。

表1 各组寒战、辅助用药及副作用情况[n(%)]

组别	寒战	辅助用药	嗜睡	恶心呕吐	出汗
Ⅰ组	1(2.0)	3(6.0)	1(2.0)	0	1(2.0)
Ⅱ组	2(4.0)	3(6.0)	26(52.0)#	4(8.0)#	0
Ⅲ组	15(30.0)*	14(28.0)*	0	0	0

*:与Ⅰ、Ⅱ组比较,$P<0.05$;#:与Ⅰ、Ⅲ组比较,$P<0.05$

2.2 对循环及呼吸系统的影响比较

3组患者的MAP、HR、SpO_2变化见表2。3组HR、SpO_2在给药前后无明显变化($P>0.05$),硬膜外给药10 min后MAP均有明显下降($P<0.05$)。

表2 各组病人用药前后MAP、HR及SpO_2的变化($\bar{x}\pm s$)

		给药前5 min	给药即刻	给药后			手术结束时
				5 min	10 min	30 min	
MAP(mmHg)	Ⅰ组	99.0±11.3	97.5±12.0	96.0±12.0	81.8±13.5*	80.3±15.0*	82.5±14.3*
	Ⅱ组	98.3±9.8	96.0±14.3	94.5±15.0	79.5±17.3*	78.8±15.8*	82.0±12.8*
	Ⅲ组	97.5±10.5	96.8±13.5	96.8±15.0	81.0±14.3*	81.8±12.8*	81.0±12.8*
HR(次/分)	Ⅰ组	87.0±11.0	88.0±10.0	89.0±9.0	90.0±8.0	89.0±14.0	89.0±10.0
	Ⅱ组	87.0±10.0	87.0±11.0	89.0±9.0	91.0±10.0	91.0±13.0	88.0±11.0
	Ⅲ组	88.0±9.0	89.6±12.0	87.0±14.0	90.0±13.0	87.0±14.0	90.0±13.0
SpO_2(%)	Ⅰ组	97.5±0.9	97.9±1.0	97.4±1.2	97.5±1.1	97.2±1.0	98.1±0.5
	Ⅱ组	97.6±0.7	98.1±0.7	97.4±1.1	96.5±1.3	96.8±1.2	97.6±0.7
	Ⅲ组	98.1±0.8	98.2±0.5	98.1±0.7	98.0±0.9	97.8±1.2	98.0±0.6

*:与给药前及给药后5 min比较,$P<0.05$

[收稿日期] 2007-03-20 [修回日期] 2007-05-15

维普资讯 http://www.cqvip.com

3 讨论

寒战是硬膜外阻滞麻醉的常见并发症。寒战的发生使患者机体耗氧量增加,心肺负担也相应增加,对年迈体弱及患有心肺疾病的患者尤为不利。

非麻醉性中枢性镇痛药曲马多具有抑制脊髓中枢神经元及机体重摄取5-羟色胺(5-HT)和去甲肾上腺素(NE)的功能。实验证实,5-HT和NE均对体温的调节发挥了作用[2]。曲马多可能通过调节体温中枢来提高寒战阈而起到预防寒战的作用。

术前用哌替啶可预防硬膜外阻滞后寒战的发生,但引起的副作用(嗜睡及恶心呕吐)明显[1]。对于孕产妇、年老体弱或合并心肺疾病的患者,更应慎用此类药物[3]。如在无监护条件下使用,会增加麻醉的危险性。本文曲马多组应用曲马多11 mg/kg和氟哌利多0.05 mg/kg于硬膜外推药前5 min缓慢静注。寒战发生率明显低于对照组,与哌替啶组相仿,且无明显的副作用,并可减少术中辅助用药,这与曲马多的中枢性镇静镇痛作用有关。本文3组患者在硬膜外给药10 min后MAP有所下降,与硬膜外阻滞后外周血管扩张有关,尤以老年人明显。

本文结果表明,曲马多在硬膜外给药前缓慢静注确有预防寒战的作用,而且起效快,在监护下给药可提高安全性,减少术中辅助用药,无明显副作用,具有一定临床应用参考价值。

[参考文献]

[1] 王金珠,李玉梅.术前药用哌替啶预防硬膜外阻滞后寒战[J].临床麻醉学杂志,2000,16(9):471.
[2] 江伟航,程平瑞,黄政通.不同途径曲马多治疗硬膜外阻滞并发寒战的观察[J].广西医学,2003,25(9):1649-1650.
[3] 邹群飞.静注曲马多治疗硬膜外阻滞剖宫产中的寒战[J].海南医学,2001,12(7):14-15.

(编辑:余汇洋)

物理疗法治疗宫颈炎症前阴道准备的探讨

安玉波,王媛媛 (汤原县计划生育服务站,黑龙江 汤原 154700)

[关键词] 宫颈炎;淋病双球菌;物理疗法;阴道准备
[中图分类号] R711.32 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)04-0261-01

子宫颈炎症是育龄妇女的常见病,有急性、慢性两种,临床以慢性子宫颈炎多见,其中以子宫颈糜烂较多。微波治疗宫颈糜烂是效果较好且疗程最短的方法。治疗前一定要做好充分的阴道准备,除必要的滴虫、霉菌及白带清洁度检查外,还应常规检查淋病双球菌,宫颈糜烂在微波治疗后可出现阴道排液,即在治疗术后当日或次日,阴道排出黄色液体,持续10 d左右,因此改变了阴道酸性环境(pH值4.2~5.0),使淋菌易于繁殖而引起逆行感染。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者1例,女,25岁,因月经后第3天要求放置宫内节育器而就诊,置器时发现宫颈糜烂II度,阴道粘膜无充血,亦无异常分泌物,行微波治疗,治疗后1周,患者因腹痛、发烧再次就诊。

1.2 方法与结果

经全面检查,诊断为急性盆腔炎而行剖腹探查术,术中见盆腔内有中等量脓液,右侧输卵管高度充血肿胀,宫颈管内积脓,挤压伞端有脓液溢出,行右侧输卵管切除术及腹腔、盆腔清洗。术后青霉素、甲硝唑抗炎治疗,术后第7天拆线,痊愈出院。

2 讨论

淋菌性宫颈炎的全称是淋菌性子宫颈管内膜炎,淋病是由奈氏淋病双球菌引起,淋菌属革兰氏阴性双球菌,是一种致病力强、对环境脆弱的细菌。在干燥、热的环境中很快死亡,一般消毒剂也能很快将其杀死。淋菌的特点是侵犯泌尿道和生殖道粘膜的柱状上皮及移行上皮,而阴道粘膜和外阴皮肤为鳞状上皮一般不受侵犯,所以成年妇女罕见淋菌性阴道炎和外阴炎。多数妇女在感染淋病后并无症状,少数出现阴道分泌物增多,外阴瘙痒,有的合并尿道炎或前庭大腺炎时才出现较明显的症状,如尿频、尿痛和外阴肿痛。当病情发展为输卵管炎或盆腔炎时可出现急性下腹痛、畏寒发热、食欲不振和全身乏力等急腹症症状。体征上淋菌性宫颈炎常不明显,少数可见宫颈充血水肿,宫颈口脓性分泌物增多;合并尿道炎和前庭大腺炎时可见尿道口、阴道口充血发红等炎症反应。淋菌在正常的阴道环境中不易繁殖,但当阴道抵抗力降低时,淋菌得以繁殖,淋菌性宫颈炎进一步发展可以引起淋菌性子宫内膜炎、输卵管卵巢炎(附件炎)和盆腔腹膜炎,少见的还有淋菌性直肠炎,咽炎,眼炎以及淋菌性关节炎,心内膜炎等。女性淋病的最大危害是引起输卵管阻塞和不育,因此值得重视。所以物理疗法治疗宫颈炎前要进行阴道准备,经详细询问病史以及常规必要的淋菌检查后,再进行治疗。不论何种检测方法,取材技术应予重视,取材时应将细棉签插入宫颈管和尿道口上约2 cm,深处,停留10~15 s,待棉签湿润后,旋转3~5次,取出棉签做涂片或培养,取材后应立即送检,时间愈短愈好,这样可以提高诊断的准确性。

(编辑:朱志立)

[收稿日期] 2007-03-12 [修回日期] 2007-04-28