

《现代医院》杂志栏目

[现代化纵论](#) [专业技术篇](#)[学科进展](#) [论著·论述](#)[实验与应用研究](#) [临床经验](#)[传统医学](#) [医技诊疗](#)[临床药学](#) [护理技术](#)[心理医学](#) [医改实践](#)[质量管理](#) [应急管理](#)[文化建设](#) [人力资源](#)[后勤支持](#) [信息服务](#)[社区卫生服务](#) [预防保健](#)[医师手记](#) [港澳台链接](#)[科技新知](#) [辞海查新](#)[院刊集锦](#) [医院采撷篇](#)

杂志社服务电话

020—83310901
83310902

历年期刊

[更多>>](#)

- 2010年9月第10卷第9期
- 2010年8月第10卷第8期
- 2010年7月第10卷第7期
- 2010年6月第10卷第6期
- 2010年5月第10卷第5期
- 2010年04月第10卷第4期



文章检索

布托啡诺减少全麻后导尿中老年男性患者苏醒期躁动

[作者: 张爽1 沈宁2 刘辉3] 来源: 本站原创 阅读数: 146

1广州现代医院药剂科 2中山大学附属三院麻醉科 3南方医科大学附属珠江医院麻醉科

摘要:【目的】观察布托啡诺对全麻后导尿中老年男性患者苏醒期躁动的影响。【方法】90例欲行肝脏手术中老年男性患者,年龄58~75岁,ASA I~II级。患者术前神志清醒,无精神病史,能配合各项操作,无其他严重心肺疾病,术后因各种原因需转往ICU者除外。患者随机分为三组:P组:患者在病房导尿后再进入手术室;R组:全身麻醉后留置导尿,但不使用布托啡诺;N组:全身麻醉后留置导尿,使用布托啡诺,每组30例,3组术前用药、麻醉诱导用药及方法相同,术中麻醉维持相同。麻醉期间常规监测IBP、ECG、HR、SpO₂、脑电双频指数BIS。观察苏醒躁动情况及拔管时间。【结果】R组躁动评分2分以上的例数最多,躁动率也最高,同时评为0分的例数最少,拔管时间亦最长,与另外两组相比均有统计学意义(P<0.05),P组和N组相比均无统计学意义。【结论】全身麻醉后留置尿管增加了中老年男性患者在苏醒期躁动发生率,延长了拔管时间,而复合应用布托啡诺则大大减少了这种躁动发生率,同时并不影响拔管时间。

【Abstract】Objective To observe the influence of butorphanol on the agitation during emergence from anaesthesia in aged patients who received urethral catheterization after inducement of general anaesthesia. Methods A total of 90 aged male patients undergoing general anaesthesia for liver operation were randomly allocated to three groups :group P was inserted urethral catheterization before inducement of general anaesthesia while group R received urethral catheterization after inducement of general anaesthesia ,and group N had the same performance compare with group R except the use of butorphanol.all the three groups had the same premedication and inducement of general anaesthesia. Furthermore the maintenance of anaesthesia were the same. The degrees of agitation in the awaking stage were compared by the delirium scales and the extubation time was also compared among three groups. Results It was found that group R had the highest delirium scales and longest extubation time than the other two groups(P<0.05). Conclusions urethral catheterization after inducement of general anaesthesia raises the rate of agitation during emergence from anaesthesia and prolongs the extubation time. But on the other hand ,use of butorphanol reduces the agitation remarkably and do not increase extubation time at the same time.

【Key words】 butorphanol ; general anaesthesia ; urethral catheterization ; emergence from anaesthesia

导尿术是全身麻醉患者术前准备的一项重要内容,是保证麻醉和手术顺利进行、减少麻醉和手术后并发症的必要条件,但中老年男性患者常因前列腺肥大或增生等原因导致导尿管置入困难甚至失败。由于导尿管带来的不适,加重了患者对麻醉和手术的焦虑和恐惧[1],随着现代医学的发展,对患者的人性化服务日益完善,对于需要术前留置导尿的患者,全身麻醉后进行留置尿管可减轻患者的痛苦和恐惧,但有报道称此种方法导致患者在苏醒期极

通讯作者 刘辉 E-MAIL: mzk1h@hotmail.com

度躁动,难以控制,使得术后并发症增加[2-4]。为探寻适宜的方法以减轻这种躁动,我们选择90例欲行肝脏手术中老年男性患者进行了以下临床观察并进行分析。

1 资料和方法

1.1 病例选择与分组 2008年1月—2010年3月,选择肝胆外科90例欲行肝脏手术中老年男性患者,年龄58~75岁,ASA I~II级。患者术前神志清醒,无精神病史,能配合各项操作,无其他严重心肺疾病,术后因各种原因需转往ICU者除外。患者随机分为三组:P组:患者在病房导尿后再进入手术室;R组:全身麻醉后留置导尿,但不使用诺杨;N组:全身麻醉后留置导尿,使用诺杨,每组30例,一般情况无统计学差异(P>0.05),具有可比性,详见表1。

表1 三组患者一般资料比较(n=30)

指 标

P组

R组

N组

年龄(岁)

56. 5± 7. 2

58. 2± 6. 1

57. 9± 8. 6

体质量(千克)

66.2± 12. 8

64.8± 11. 3

67.3± 10. 5

手术时间(小时)

4.3± 0. 8

3.8± 1. 1

4.0± 0. 6

1.2麻醉与监测 三组均术前禁食6~8 h, 麻醉前0.5 h肌注苯巴比妥0.1 g和阿托品0.5 m g。入室后开放静脉, 麻醉诱导前局麻下完成桡动脉穿刺置管直接测压, 用AGILENT M1205A监护仪连续监测有创血压、心率及心电图, 同时常规连接Aspect- 1000脑电双频指

数(BIS) 监测仪。诱导药三组均相同: 咪唑安定0.05 m g / k g, 异丙酚0.5 m g / k g, 顺式阿曲库胺0.2 m g / k g, 芬太尼3μ g / k g。气管插管后接DATEXOHMEDA AESTIVA5型麻醉机行纯氧间歇正压控制通气。使用气体浓度监测仪(DATEXULTIMA)持续监测异氟醚浓度及呼气末二氧化碳(PETCO2), 调整通气参数使PETCO2保持在4.67~

5.33kpa(35~40 mm H g)。3组患者术中均以0.1~0.2mg/(kg· h)持续输注顺式阿曲库胺、瑞芬太尼0.2~1ug/(kg?mi n)及吸入0.5~1M A C异氟醚维持麻醉。三组均在开始关腹时停用顺式阿曲库胺, 缝合皮肤时停用异氟醚并开大氧流量, 手术结束时停瑞芬太尼, N组在关腹时同时静脉注射诺杨1mg。术中持续监测血压、心电图、脉搏、血氧饱和度(SPO2)、脑电双频指数(bispectral index, BIS), 维持患者生命体征平稳, BIS值在40~60之间。根据血压、HR 及BIS 值调整麻醉用药。

1.3 观察指标 苏醒期躁动评分 躁动评分: 0分: 基本无躁动; 1分: 轻度躁动, 遵医嘱可自行控制; 2分: 中度躁动, 需医护人员控制; 3分: 重度躁动, 医护人员难以控制。观察 3组患者麻醉苏醒期的躁动情况以及拔管时间, 本次研究均在患者常规脱管条件具备且躁动评分在0到1分的情况下拔管, 若患者躁动评分仍在2到3分, 即给予丙泊酚30至60mg静脉注射处理, 待之后躁动评分在0到1分的情况下再拔管。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 13.0 统计软件, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用单因素方差分析, 计数资料采用卡方检验, P<0.05认为差异有显著性。

2 结果

三组患者苏醒期的躁动评分及拔管时间见表 2。三组中, R组躁动评分2分以上的例数最多, 躁动率也最高, 同时评为0分的例数最少, 拔管时间亦最长, 与另外两组相比均有统计学意义 (P<0.05), P组和N组相比均无统计学意义。

表2 三组间苏醒期躁动评分及拔管时间比较

| 组别 | 例数 | 苏醒期躁动评分 | 躁动率 | 拔管时间 (mi n) |
|----|--------|---------|-----|-------------|
| 0分 | | | | |
| 1分 | | | | |
| 2分 | | | | |
| 3分 | | | | |
| P组 | 30 | | | |
| | 21 | | | |
| | 7 | | | |
| | 2 | | | |
| | 0 | | | |
| | 30% | | | |
| | 22± 6 | | | |
| R组 | 30 | | | |
| | 11* | | | |
| | 9 | | | |
| | 5* | | | |
| | 5* | | | |
| | 63%* | | | |
| | 33± 8* | | | |
| N组 | 30 | | | |
| | 18** | | | |
| | 10 | | | |
| | 1** | | | |
| | 1** | | | |

40%**

25±3**

与P组相比, *P<0.05, 与R组相比, **P<0.05

3 讨论

在全身麻醉苏醒期间,患者常因各种原因而出现躁动,易发生气管导管、引流管脱出、坠床、切口裂开等不良后果,严重者致心动过速和血压升高而发生心脑血管意外而危及生命[5-8]。在引起麻醉苏醒期躁动的诸多因素中,导尿管的置入在近几年受到越来越广泛地关注。全身麻醉的手术患者一般情况下均于手术日晨在病房行导尿管置入术,但是人的尿道有丰富的痛觉神经末梢,清醒状态下置入导尿管会导致尿道口的疼痛和膀胱痉挛,会引起患者强烈的应激反应,加重患者痛苦。

许多研究表明:在麻醉后留置尿管的患者在全麻苏醒期极易躁动,拔除尿管后,躁动情况明显减轻,从我们的研究也可以看出:全身麻醉前留置尿管的P组,其躁动发生情况明显好于全身麻醉后留置尿管的R组,原因可能由于全麻患者已无意识,对尿管的刺激无任何反应,不能产生耐受性。进入全麻苏醒期,患者意识尚未完全清醒,对导尿管刺激无耐受性,会出现不适感,易引起躁动不安。而在清醒状态下留置导尿管,虽有即时的疼痛和不适感,但可使患者提前适应应激源的刺激,待到手术结束早已处于良好的耐受状态,从而缓解全麻苏醒期的躁动。一些学者也建议对于需在全麻下手术且需留置尿管的男性患者,麻醉前清醒状态下留置导尿更可取,但这与我们提倡的以病人为中心的原则是相违背的,因此,有许多学者通过摸索一些方法来减轻这种术后躁动的发生,而从我们所做研究来看,使用布托啡诺的N组,其躁动发生情况亦明显好于R组,而与全身麻醉前留置尿管的P组差别无统计学意义,同时,在拔管时间上也明显短于R组,与P组无统计学意义差别。

总而言之,就本次临床研究结果来看,全身麻醉后留置尿管虽然减轻了患者的痛苦,但的确增加了患者在苏醒期躁动发生率,延长了拔管时间,而复合应用布托啡诺则大大减少了这种躁动发生率,同时并不影响拔管时间,值得在临床上推广。

参考文献

- [1] 刘艳杰,齐宏光,王传梅,等.择期手术留置导尿管的时机探索[J].中国全科医学,2003.9(6):726-727.
- [2] 秦承伟,张励才,宋蕾等.全麻诱导后留置尿管增加中老年患者麻醉苏醒期躁动[J].徐州医学院学报,2006,26(2):129-131.
- [3] 刘秋荣,陈莎莉,杜书明等.全麻后留置导尿对麻醉苏醒期影响的观察[J].实用诊断与治疗杂志,2006,20(1):72-73.
- [4] 朱国艳,刘淑静.麻醉后留置尿管对麻醉苏醒期躁动的影响中国误诊学杂志2008,8(14):3298-3299.
- [5] Dahmani S, Stany I, Brasher C, et al. Pharmacological prevention of sevoflurane- and desflurane-related emergence agitation in children: a meta-analysis of published studies. Br J Anaesth. 2010 Feb;104(2):216-23.
- [6] Silva LM, Braz LG, Mádolo NS, et al. Emergence agitation in pediatric anesthesia: current features. J Pediatr (Rio J). 2008 Mar-Apr;84(2):107-13.
- [7] Hatzakorzian R, Shan WL, C?té AV, et al. The management of severe emergence agitation using droperidol. Anaesthesia. 2006 Nov;61(11):1112-5.
- [8] Lepousé C, Lautner CA, Liu L, et al. Emergence delirium in adults in the post-anaesthesia care unit. Br J Anaesth. 2006 Jun;96(6):747-53.