

· 临床研究 ·

doi:10.3969/j.issn.1006-4931.2018.03.017

叙事干预模式在腹腔镜全身麻醉围术期用药中的应用探讨*

佟俊萍, 李建斌, 吕金, 李静, 王宁

(中国石油天然气集团公司中心医院, 河北霸州 065000)

摘要:目的 探讨叙事干预模式在腹腔镜全身麻醉围术期用药中的应用。方法 选取2016年1月至2017年6月在医院接受外科腹腔镜全身麻醉手术的患者98例,根据入院序号随机分为A组(33例)、B组(32例)、C组(33例)。A组患者麻醉诱导前1h口服加巴喷丁胶囊300mg, B组患者手术结束后静脉输注注射用盐酸雷莫司琼0.3mg, C组患者结合A组和B组治疗方法,且3组均采用常规结合叙事干预模式。结果 术后0~2h, 2~24h, 24~48h 3个时间段, C组患者无恶心感例数明显多于A组和B组($P < 0.05$), 完全缓解例数明显多于A组和B组($P < 0.05$); 3组患者术后48h内不良反应(头晕、头痛、困倦)无明显差异($P > 0.05$), 对干预的总满意度均高于90.00%。结论 加巴喷丁联合雷莫司琼预防外科腹腔镜全身麻醉手术后恶心呕吐应用效果优于单独用药, 患者对常规结合叙事干预模式的满意度较高。

关键词: 叙事干预; 腹腔镜; 全身麻醉; 加巴喷丁; 雷莫司琼; 应用价值

中图分类号: R969.4; R971*.2; R472

文献标识码: A

文章编号: 1006-4931(2018)03-0055-04

Application of Narrative Intervention Model in Medication During Preoperative Period of Laparoscopic General Anesthesia

Tong Junping, Li Jianbin, Lü Jin, Li Jing, Wang Ning

(CNPC Central Hospital, Bazhou, Hebei, China 065000)

Abstract: Objective To investigate the application of narrative intervention model in medication during preoperative period of laparoscopic general anesthesia. **Methods** Totally 98 patients undergoing laparoscopic general anesthesia in our hospital from January 2016 to June 2017 were selected and divided into group A (33 cases), group B (32 cases) and group C (33 cases) according to the admission number. 1 h before induction of anesthesia, the group A was treated with gabapentin 300 mg, after the operation, the group B was treated with intravenous injection of ramosetron 0.3 mg, and the group C was treated with gabapentin 300 mg combined with intravenous injection of ramosetron 0.3 mg. The 3 groups were given conventional and narrative intervention model. **Results** After 3 periods of 0-2 h, 2-24 h and 24-48 h, the patients with no nausea in the group C were more than those in group A and B ($P < 0.05$). The cases of complete remission in the group C were more than those in group A and group B ($P < 0.05$). There was no significant difference in the adverse reactions (dizziness, headache, sleepiness) in the three groups within 48 h after operation ($P > 0.05$), and the patients' total satisfaction with the intervention was higher than 90.00%. **Conclusion** For prevention of postoperative nausea and vomiting (PONV) of surgical laparoscopic general anesthesia, the effect of gabapentin and ramosetron is superior to single utilization of one of that, the patients were more satisfied with the conventional and narrative intervention model.

Key words: narrative intervention; laparoscopy; general anesthesia; gabapentin; ramosetron; application value

术后恶心呕吐是全身麻醉(简称全麻)术后最常见的并发症,总发生率为20%~30%,尽管其具有自限性,但仍会引起如脱水、胃内容物吸入、穿刺缝合裂开、食管破裂、皮下气肿或气胸等一系列并发症^[1]。未用预防性止吐药物时,腹腔镜全麻术后恶心呕吐的发生率高达80%^[2]。抗胆碱能药物、抗组胺药、异丙嗪、阿瑞匹坦、糖皮质激素、5-羟色胺(5-HT₃)受体拮抗剂等药物广泛用于预防和治疗腹腔镜全麻术后恶心呕吐^[3],但术后恶心呕吐的发生率约为40%,故越来越多的医学者建议用2种或2种以上不同作用机制的止吐药物预防恶心呕吐^[4]。此外,全麻患者除生理方面的不适外,还会出现不同程度的焦虑、恐惧等负面心理情绪,故对其实施叙事干预模式

也尤为重要。本研究中探讨了叙事干预模式在腹腔镜全麻术前患者用药中的应用。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入标准:本研究内容经我院医学伦理委员会审批同意,所有患者均自愿参与并签署知情同意书。

排除标准:妊娠或哺乳期;心理或精神性疾病;术前24h内使用过止吐药物或全身性糖皮质激素;术前24h内出现呕吐症状;滥用酒精或药物;对本研究所用药物过敏或有相关禁忌证;病例资料不完整。

病例选择与分组:选取2016年1月至2017年6月在我院接受外科腹腔镜全麻手术的患者98例,均经美

*基金项目:2015年河北省廊坊市科学技术研究与发展计划自筹经费项目[2015013039]。

第一作者:佟俊萍,女,大学本科,主管护师,主要从事五官科相关疾病护理工作,(电话)0316-2075362(电子信箱)tjping0303@163.com。

国麻醉医师协会(ASA)分级为 I/II 级;年龄 21~60 岁。根据患者入院序号随机分成 A 组(33 例)、B 组(32 例)、C 组(33 例)。3 组患者的年龄、性别、身高、ASA 分级等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。详见表 1。

1.2 方法

1.2.1 用药方法

手术结束前约 30 min,患者均予枸橼酸芬太尼注射液(国药集团工业有限公司廊坊分公司,国药准字 H20123298,规格为每支 10 mL:0.5 mg)1 μ g/kg,行静脉患者自控镇痛(PCA)。其中,A 组患者在麻醉诱导前 1 h 口服加巴喷丁胶囊(江苏恒瑞医药股份有限公司,国药准字 H20050271,规格为每粒 0.3 g)300 mg;B 组患者手术结束后静脉输注注射用盐酸雷莫司琼(成都通德药业有限公司,国药准字 H20051182,规格为每支 0.3 mg)0.3 mg;C 组患者结合 A 组和 B 组方法。同时,术后 48 h 内所有患者静脉自控镇痛量 16~17 μ g/kg,0.9% 氯化钠注射液 100 mL,基础输注率 2 mL/h,单次剂量 0.5 mL,锁定时间 15 min。

1.2.2 用药宣教

3 组患者围术期均给予常规和叙事干预相结合的模式。术前向患者详细介绍腹腔镜手术的优点及可能出现的并发症,提示术前后给药干预、术后遵医嘱服药,营造舒适病房环境,帮助患者熟悉病房环境等;采用叙事干预模式,耐心倾听患者主诉,了解焦虑、顾虑、恐惧等不良心理情绪,进行针对性地心理疏导与鼓励,帮助患者远离负面心理情绪。

1.3 观察指标及疗效判定标准

分别观察与记录 3 个时间段(0~2 h,2~24 h,24~

48 h)全麻术后 48 h 内患者恶心呕吐发作情况、疼痛情况、镇痛药物需求及不良反应(头晕、头痛、困倦)情况。恶心呕吐发作情况主要包括完全缓解(无术后恶心呕吐、无需止吐治疗)、呕吐(干呕或呕吐)、重度恶心、急需止吐药物情况。采用 11 级口头数字量表(VNRS)来评估患者全麻术后恶心的严重程度,0~10 级评分;0 分为无恶心感,10 分为剧烈恶心,1 分 $\leq$ VNRS $\leq$ 3 分为轻度,4 分 $\leq$ VNRS $\leq$ 6 分为中度,7 分 $\leq$ VNRS $\leq$ 10 分为重度^[5]。采用 11 级 VNRS 量表评估患者术后疼痛情况,0~10 级评分,得分越高,疼痛感越强。采用我院自制的满意度调查问卷(分为非常满意、满意、一般、不满意)评估患者对医护人员的满意度,以非常满意和满意合计为总满意度。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据处理。计数资料以百分率表示,行 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{X} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

结果见表 2 至表 4。

3 讨论

目前有关术后恶心呕吐的病因尚未完全阐明,有研究表明,恶心呕吐的发生取决于多种风险因素,其中包括患者个体运动病史、易感性、麻醉或手术等相关因素^[6]。在多数情况下,挥发性麻醉药、一氧化二氮(笑气)、术中或术后阿片类药物(如芬太尼静脉 PCA)的使用等都被认为极有可能导致患者恶心呕吐。此外,腹腔镜手术、妇产科手术及胆囊切除术均被确定为是恶心呕吐发生的独立风险因素^[7]。该类患者除了因全麻术引起的生理方面的不适外,同时还会受焦虑、恐惧等不良心

表 1 3 组患者一般资料比较

项目	A 组($n=33$)	B 组($n=32$)	C 组($n=33$)	t/χ^2 值	P
年龄($\bar{X} \pm s$,岁)	43.5 $\pm$ 9.5	43.2 $\pm$ 9.7	43.6 $\pm$ 9.4	2.87	>0.05
性别(男/女,例)	23/10	21/11	22/11	0.13	>0.05
身高($\bar{X} \pm s$,cm)	158.4 $\pm$ 5.7	159.3 $\pm$ 5.6	158.8 $\pm$ 5.9	5.62	>0.05
体质量($\bar{X} \pm s$,kg)	60.3 $\pm$ 8.5	59.8 $\pm$ 9.3	61.2 $\pm$ 8.1	4.31	>0.05
恶心呕吐史[例(%)]	3(9.09)	2(6.25)	2(6.06)	0.29	>0.05
运动病史[例(%)]	2(6.06)	3(9.38)	4(12.12)	0.73	>0.05
Apfel 风险评分[恶心呕吐,例(%)] 3 级	4(12.12)	8(25.00)	6(18.18)	1.80	>0.05
4 级	29(87.88)	24(75.00)	27(81.82)	1.80	>0.05
腹腔镜手术类型[例(%)] 胆囊切除术	12(36.36)	18(56.25)	18(54.55)	3.19	>0.05
腹腔镜阑尾切除术	14(42.42)	10(31.25)	9(27.27)	1.82	>0.05
腹腔镜小肠部分切除术	7(21.21)	4(12.50)	6(18.18)	0.88	>0.05
手术时间($\bar{X} \pm s$,min)	103.1 $\pm$ 57.6	102.9 $\pm$ 55.3	102.3 $\pm$ 57.9	4.17	>0.05
麻醉时间($\bar{X} \pm s$,min)	145.7 $\pm$ 61.4	143.7 $\pm$ 57.5	146.1 $\pm$ 56.0	3.52	>0.05
ASA 分级[例(%)] I 级	19(57.58)	20(62.50)	18(54.55)	0.43	>0.05
II 级	14(42.42)	12(37.50)	15(45.45)	0.43	>0.05

表2 3组患者术后48 h内恶心呕吐发作情况比较[例(%)]

指标	A组(n=33)			B组(n=32)			C组(n=33)			术后0~48 h合计		
	0~2 h	2~24 h	24~48 h	0~2 h	2~24 h	24~48 h	0~2 h	2~24 h	24~48 h	A组(n=33)	B组(n=32)	C组(n=33)
恶心程度 无恶心想	17(51.52)*	15(45.45)*	20(60.61)*	17(53.13)*	16(50.00)*	20(62.50)*	26(78.79)	25(75.78)	29(87.88)			
轻度	4(12.12)	5(15.15)	6(18.18)	7(21.88)	9(28.14)	7(21.88)	2(6.06)	3(9.09)	3(9.09)			
中度	9(27.27)*	6(18.18)	4(12.12)	3(9.38)	5(15.61)	3(9.38)	1(3.03)	4(12.12)	1(3.03)			
重度	3(9.09)	7(21.22)*	3(9.09)	5(15.61)	2(6.25)	2(6.25)	4(12.12)	1(3.03)	0(0)	12(36.36)*	9(28.14)*	3(9.09)
呕吐	3(9.09)	10(30.30)*	5(15.15)	4(12.50)	8(25.00)*	3(9.38)	4(12.12)	2(6.06)	1(3.03)	11(33.33)*	10(31.25)*	3(9.09)
急需止吐药	3(9.09)	4(12.12)	2(6.06)	3(9.38)	5(15.61)	2(6.25)	3(9.09)	3(9.09)	0(0)	9(27.27)*	8(25.00)*	2(6.06)
完全缓解										10(30.30)*	12(37.50)*	21(63.64)

注:与C组比较,* $P < 0.05$ 。

表3 3组患者术后48 h内不良反应及疼痛情况比较

指标	A组(n=33)	B组(n=32)	C组(n=33)	t/χ^2 值	P
不良反应 头晕	4(12.12)	2(6.25)	3(9.09)	0.67	> 0.05
头痛	2(6.06)	1(3.13)	2(6.06)	0.38	> 0.05
困倦	1(3.03)	0(0)	1(3.03)	0.99	> 0.05
术后疼痛 VNRS 评分					
术后0~2 h	6.7 ± 2.3	7.1 ± 2.0	6.8 ± 2.1	4.36	> 0.05
($\bar{X} \pm s$, 分)					
术后2~24 h	4.1 ± 1.3	3.9 ± 1.5	4.2 ± 1.2	3.27	> 0.05
术后24~48 h	2.3 ± 1.2	1.9 ± 1.6	2.4 ± 1.3	3.59	> 0.05
镇痛药物需求情况					
术后0~2 h	6(18.18)	8(25.00)	7(21.21)	0.45	> 0.05
[例(%)]					
术后2~24 h	2(6.06)	1(3.13)	0(0)	2.04	> 0.05
术后24~48 h	1(3.03)	1(3.13)	1(3.03)	0.00	> 0.05

表4 3组患者医疗服务满意度比较[例(%)]

满意度	A组(n=33)	B组(n=32)	C组(n=33)
非常满意	21(63.64)	19(59.38)	21(63.64)
满意	10(30.30)	10(31.25)	9(27.27)
一般	2(6.06)	3(9.37)	3(9.09)
不满意	0(0)	0(0)	0(0)
总满意度	31(93.94)	29(90.63)	30(90.91)

理情绪困扰,因而抑制或预防恶心呕吐,给予优质的综合干预显得非常重要。

加巴喷丁最初作为抗惊厥药物应用,治疗神经性和慢性疼痛有一定疗效^[8]。Jahromi 等^[9]认为,术前口服加巴喷丁 300 mg 可有效减少颌面创伤外科手术患者恶心呕吐发作情况。Heidari 等^[10]也发现,中耳手术前口服加巴喷丁 300 mg 且术后静脉输注格拉司琼 3 mg 可减少恶心呕吐的发生率和严重程度。本研究结果也显示,术前口服加巴喷丁 300 mg 和术后静脉输入雷莫司琼 3 mg 的 C 组患者恶心呕吐的发生率显著低于 A 组和 B 组 ($P < 0.05$),且 3 组患者不良反应无明显差异 ($P > 0.05$)。术前使用加巴喷丁减少了兴奋性传入信号,缓和了速激肽神经递质活性,降低了围术期手术创伤部位出现炎症的可能性^[11-12],结合术后静脉输入雷莫司琼可有效阻断外周和中枢 5-TH 受体^[13],进而有效降低了恶心呕吐的发生率,效果较单一用药更明显。3 组患者的医疗服务满意度均在 90% 以上,表明患者对叙述干预模式接受度较

高,可增加患者的舒适度,促进患者的身心康复,提高优质干预治疗效果,建议在临床上进一步优化实施。

本研究也存在一定局限性,仅对一种剂量的加巴喷丁和雷莫司琼进行了分析评估,未来研究中应对不同剂量的 2 种药物预防恶心呕吐的疗效进行分析;深入研究患者术前是否使用影响恶心呕吐发生率的药物(如制酸药、胃肠动力药等)。

综上所述,加巴喷丁联合雷莫司琼预防外科腹腔镜全麻手术后恶心呕吐效果优于单独用药,且无额外不良反应出现;患者对常规结合叙事干预模式的满意度较高,可进一步优化实施方案,促进患者身心康复。

参考文献:

- [1] 刘学胜,曾因明,张健. 手术后恶心呕吐的研究进展[J]. 国外医学:国际麻醉学与复苏分册,2005,26(5): 286-288.
- [2] Apfel CC, Laara E, Koivuranta M, et al. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers[J]. Anesthesiology, 1999, 91(3): 693-700.
- [3] Ham SY, Shim YH, Kim EH, et al. Aprepitant for antiemesis after laparoscopic gynaecological surgery: a randomised controlled trial[J]. Eur J Anaesthesiol, 2016, 33(2): 90-95.
- [4] Kim SH, Shin YS, Oh YJ, et al. Risk assessment of postoperative nausea and vomiting in the intravenous patient-controlled analgesia environment: predictive values of the Apfel's simplified risk score for identification of high-risk patients[J]. Yonsei Med J, 2013,