

- (1) 张勇. 腰麻-硬膜外麻醉在老年患者股骨颈骨折手术中的应用观察[J]. 川北医学院学报, 2016, 31(4): 589-592.
- (2) 马燕, 苑贵敏, 章彦, 等. 硬膜外与硬腰联合麻醉在老年股骨颈骨折手术中的麻醉效果及对患者血液动力学的影响[J]. 实用老年医学, 2016, 11(4): 314-316.
- (3) 张高峰, 马志爽, 王彬, 等. 不同镇痛方式用于股骨颈骨折老年患者硬膜外麻醉穿刺时的作用[J]. 临床麻醉学杂志, 2017, 33(1): 29-32.
- (4) 闫莉, 王荣国, 崔健, 等. 老年股骨颈骨折患者行全髋关节置换术后麻醉恢复期躁动的影响因素[J]. 现代生物医学进展, 2016, 16(28): 5536-5538.
- (5) 秦艳. 静吸复合麻醉对老年股骨颈骨折患者术中血流动力学稳态及术后脑功能、Th1/Th2 免疫的影响[J]. 海南医学院学报, 2017, 23(23): 3234-3238.
- (6) 李庆. 右美托咪定复合亚麻醉剂量氯胺酮对老年股骨颈骨折手术后认知功能的影响[J]. 华西医学, 2017, 11(8): 1212-1216.
- (7) 刘建龙, 陈笑苗, 徐辉, 等. 探讨不同麻醉阻滞方式对股骨颈骨折患者椎管内麻醉前体位摆放时疼痛的影响[J]. 浙江医学, 2017, 39(20): 1806-1808.
- (8) 王远彬, 刘盼盼, 雷湘宁, 等. 超声引导股神经联合股外侧皮神经阻滞在老年股骨颈骨折病人手术中的应用[J]. 实用老年医学, 2017, 14(11): 1057-1060.
- (9) 杨少斌. 老年股骨颈骨折患者关节置换术后死亡的相关因素分析[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(9): 1263-1265.
- (10) 于素丽, 张智勇, 张立涛, 等. 后路腰丛-坐骨神经阻滞用于老年股骨颈骨折效果探讨[J]. 贵州医药, 2016, 40(3): 276-278.
- (11) 白涛, 王炜. 周围神经阻滞麻醉与全身麻醉对老年患者半髋关节置换手术结局的影响[J]. 临床骨科杂志, 2017, 20(1): 46-49.
- (12) 吴丽梅. 老年髋部骨折患者下肢深静脉血栓形成危险因素分析及其转归[J]. 中华全科医学, 2017, 15(4): 605-607.
- (13) 谷永浩, 陈晶, 齐杰, 等. 腰丛-坐骨神经阻滞、腰硬联合麻醉及全身麻醉用于股骨颈骨折的麻醉效果及安全性比较[J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(4): 136-138.
- (14) 李仁科, 马凤雷, 曹咏雁, 等. 空心钉微创法治股骨颈骨折麻醉分析[J]. 中国伤残医学, 2016, 24(12): 34-35.
- (15) 朱岩, 王传福. 比较腰硬联合麻醉与静吸复合麻醉对股骨颈骨折行人工股骨头置换后血栓弹力图的影响[J]. 系统医学, 2017, 2(1): 55-57.
- (16) 熊富有. 全麻与硬膜外麻醉在股骨颈骨折手术中的应用效果比较[J]. 河南医学研究, 2017, 26(14): 2578-2579.
- (17) 岳喜军, 唐雪彬, 曹贞国, 等. 全身麻醉和硬膜外麻醉对老年股骨颈骨折髋关节置换术的影响[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(5): 584-586.
- (18) 张付化. 腰麻联合硬膜外麻醉在老年股骨颈骨折患者手术中的应用[J]. 河南医学研究, 2016, 25(4): 735-736.
- (19) 王庆军. 不同麻醉方式在老年股骨颈骨折手术中的应用对比[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(5): 184-185.
- (20) 刘丽霞. 腰硬联合麻醉和全身麻醉在老年股骨颈骨折手术中的应用分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(37): 7327-7328.

右旋布洛芬栓治疗小儿呼吸道感染发热疗效观察

李 平(河南省周口市妇幼保健院(周口市儿童医院) 周口 466000)

摘要: **目的** 观察右旋布洛芬栓治疗小儿呼吸道感染发热的临床疗效。 **方法** 将确诊为上呼吸道感染发热的患儿分为观察组(应用右旋布洛芬栓退热) 和对照组(应用对乙酰氨基酚滴剂退热), 观察两组临床疗效和用药后 1~7h 内体温的变化和不良反应情况。 **结果** 观察组总有效率为 98.3%, 对照组总有效率为 80.0%, 两组总有效率比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 10.70, P < 0.05$), 观察组降温幅度, 降温持久时间上优于对照组, 不良反应发生率少于对照组, 差异有统计学意义。 **结论** 右旋布洛芬栓治疗小儿呼吸道感染发热临床疗效好, 作用时间持久且安全。

关键词: 右旋布洛芬栓; 发热; 疗效

中图分类号: R969.4 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3765(2018) 07-08164-0117-03

发热是小儿最常见的一种疾病症状, 又是机体抗感染的机制之一, 当机体受到外来病原性微生物的侵袭或者体内内源性致热源释放增加时产生发热效应, 体温调节中枢将体温调定点上移, 引起末端血管汗毛孔关闭等, 产热增加, 散热减少, 体温上升, 临床表现为发热、畏寒、四肢厥冷、寒颤等。因小儿处于生长发育阶段, 身体机能发育不完善, 免疫力低, 抵抗疾病能力较弱, 所以患儿一旦发热, 应给与积极有效的治疗, 以免因久热未退造成机体代谢与耗氧增加, 加重心脏负担, 轻者患儿体质下降重者引起颅脑神经损伤和变生各种疾

病等, 因此采取安全、快速、有效的降温是治疗小儿发热的关键。近年来直肠栓塞给药为患儿退热提供了给药新途径, 为探讨布洛芬栓治疗小儿呼吸道感染发热的效果, 我院采用右旋布洛芬栓和对乙酰氨基酚滴剂治疗 120 例小儿呼吸道感染发热进行疗效观察, 旨在为临床儿科选择安全、快速、有效、持久的退热药物提供参考, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院确诊的, 病情符合《实用儿科学》^[1] 第 7 版关于小儿发热的诊断标准的 120 例呼吸道感染

发热的患儿作为研究对象,按照随机数学表法将患儿分为观察组 60 例,对照组 60 例,观察组男 36 例,女 24 例,平均年龄(3.18 ± 1.95)岁,平均病程(1.21 ± 0.81)d,平均体温(39.09 ± 0.85)℃;对照组男 32 例,女 28 例,平均年龄(3.14 ± 2.09)岁,平均病程(1.51 ± 0.42)d,平均体温(38.98 ± 0.95)℃,两组患儿在病种、性别、年龄、病程、体温等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.1.1 病例纳入标准:①呼吸道感染引起的发热患儿,体温 ≥ 38.5 ℃(以腋温为准);②发热前未使用右旋布洛芬和对乙酰氨基酚类解热镇痛药物。

1.1.2 病例排除标准:①有活动性或复发性胃溃疡病史的;②肝、肾功能异常的;③对本实验药品过敏的。

1.2 方法 两组在抗菌、抗病毒、补充体液的等常规治疗基础上,观察组应用右旋布洛芬栓(商品名:同泽安,山西迈迪制药有限公司,规格:50mg/粒) < 3 岁,1次50mg; ≥ 3 岁,1次100mg,肛塞直肠2~3cm处退热;对照组应用对乙酰氨基酚滴剂(商品名:小罗曼,江苏汉晨药业有限公司,规格:40mL/瓶)1mL/10kg口服退热。

1.3 观察指标 观察用药后两组1~7h内体温的变化并作详细的记录,实验室指标观察两组用药前后肝、肾功能,血常规粒细胞的变化。

1.4 疗效的判定标准^[2] 根据用药前后体温下降的幅度将疗效分为显效、有效、无效。显效:用药4h后患儿体温下降 > 1 ℃;有效:用药4h后,体温下降 $0.5 \sim 1$ ℃之间;无效:用药4h后,体温下降或下降 < 0.5 ℃或下降后又升高。总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 不良反应监测 患儿入院前后均行血常规,肝肾功能检查,查看实验室指标有无变化,观察患儿用药后有恶心、呕吐等胃肠道反应症状,有无皮疹、大汗淋漓的情况。

1.6 统计学处理 应用SPSS 17.0软件进行实验数据分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,用 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组退热效果比较 观察组总有效率为98.3%,对照组总有效率为80.0%,两组总有效率比较差异有统计学意义($\chi^2 = 10.70, P < 0.05$)(见表1)。

表1 两组退热疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	60	49	10	1	98.3 ^a
对照组	60	33	15	12	80.0

注:与对照组相比,^a $P < 0.05, \chi^2 = 10.70$,差异有统计学意义

2.2 两组治疗前后体温变化 两组在用药2h内退热效果无明显差异($P > 0.05$),3h后观察组退热效果明显优于对照组,4h后对照组体温开始回升而观察组用药6h后仍然持续降温,统计学处理差异显著($P < 0.05$)有统计学意义(见表2)。

2.3 两组用药后不良反应比较 两组治疗前后肝、肾功能均无明显变化:观察组不良反应率为3.33%,对照组不良反应率为11.67%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)(见表3)。

表2 两组治疗前后体温的变化 ($\bar{x} \pm s, ^\circ\text{C}$)

时间点(h)	观察组	对照组	t	P
1	37.6 ± 0.31	37.7 ± 0.31	1.767	0.008
2	37.3 ± 0.35	37.4 ± 0.28	1.729	0.087
3	37.3 ± 0.32	37.5 ± 0.31	3.478	0.001
4	37.4 ± 0.31	37.8 ± 0.32	6.954	0.000
5	37.4 ± 0.34	37.9 ± 0.32	8.295	0.000
6	37.4 ± 0.35	38.2 ± 0.36	12.342	0.000
7	37.5 ± 0.30	38.5 ± 0.31	17.956	0.000

表3 两组患儿用药后不良反应比较 n(%)

组别	n	恶心呕吐	大汗淋漓	皮疹	粒细胞减少	不良反应率(%)
观察组	60	1	1	0	0	3.33
对照组	60	4	1	1	1	11.67

3 讨论

发热是病原微生物刺激免疫细胞产生的内源性致热源进入中枢神经系统激活环氧合酶,在下丘脑产生的前列腺素引起体温调节中枢反应,把体温调节到符合体温的新水平^[3],患儿发热时间过久,可引起机体代谢紊乱,容易出现胃肠道蠕动缓慢,食欲不振,便秘等现象。而且小儿神经系统尚未发育完全,发热更易引起惊厥等症状,进而造成神经系统的严重损害,因此及时准确地查明患儿的病因,选择安全、快速、有效的退热药是治疗的关键。

布洛芬属非甾体抗炎药,其分子中存在两个对映异构体,其活性成分为右旋布洛芬。现代医学研究表明^[4,5],右旋布洛芬通过抑制下丘脑前列腺素E的合成及抑制肿瘤坏死因子的释放,从而使温度调节点下移达到降低体温的目的,同时机体还产生内源性“致冷源”如黑色素刺激素和垂体后叶血管加压素。还有学者报道^[6],右旋布洛芬有良好而迅速的解热、消炎、镇痛、缓解全身症状的作用,可诱生内源性干扰素,抑制病毒的复制,抑制肥大细胞释放5-羟色胺,组胺等。本研究表明:右旋布洛芬栓的临床总有效率为98.3%,对乙酰氨基酚滴剂临床总有效率为80.0%差异有统计学意义($P < 0.05$)。右旋布洛芬栓3h后退热效果优于对乙酰氨基酚滴剂,对乙酰氨基酚滴剂4h后体温开始回升,而右旋布洛芬栓6h后仍持续降温。对乙酰氨基酚不良反应率大于右旋布洛芬栓,有研究表明也证实了这一点^[7]。对乙酰氨基酚滴剂是口服制剂,患儿发热后胃肠道功能紊乱,不思饮食,依从性差,服药对胃部有一定的刺激,这给临床用药带来了一定的困难,而右旋布洛芬栓则不同,采用肛塞的方式给药,用药时无明显痛苦,操作方便,患儿更容易接受,同时通过直肠给药的方式,药物吸收后不经肝脏代谢,没有首过效应,既避免了胃肠道刺激,又增加了生物利用度,降低了药物对肝脏的毒性,尤其适用于不愿口服药物或伴有呕吐症状的患儿。本研究还显示,在用药过程中,观察组未发现患儿出现严重的不良反应,表明右旋布洛芬栓治疗呼吸道感染发热,安全可靠。

综上所述,右旋布洛芬栓治疗小儿呼吸道感染发热,临床疗效确切,安全可靠,退热作用时间持久且给药方式患儿更容

易接受,不良反应少,为患儿提供了一个全新的给药退热途径,值得临床推广应用。

参考文献

- (1) 胡亚美,江载芳,褚福堂. 实用儿科学(M). 7版. 北京:人民卫生出版社,2002,1156-1157.
- (2) 王玉婷. 右旋布洛芬栓联合物理降温对高热患儿退热的疗效观察(J). 中国医药指南,2013,11(36):430-431.
- (3) 苏洽玉. 两种布洛芬剂型对儿童发热的疗效及安全性比较(J). 中国医药指南,2014,12(6):153-154.
- (4) 刘玉田,张双. 两种布洛芬制剂对儿童急性上呼吸道感染发热的疗效观察及评价(J). 中国社区医师,2012,14(14):36-47.
- (5) 张继兰,郭昭丽. 右旋布洛芬栓退高热的临床观察(J). 齐鲁药事,2011,11(30):673-674.
- (6) 张园海. 布洛芬混悬液与氨基比林治疗小儿发热疗效比较(J). 儿科科学杂志,2007,5(13):44-45.
- (7) 蓝顺. 布洛芬混悬液治疗急性小儿发热的效果观察(J). 当代医药论丛,2015,13(7):286-287.

七氟醚或丙泊酚复合瑞芬太尼麻醉在腹腔镜胆囊切除术患者中的应用

孙 丽,魏金聚(河南省郑州市第七人民医院麻醉科 郑州 450000)

摘要:目的 探讨在腹腔镜胆囊切除术患者麻醉中,七氟醚复合瑞芬太尼、丙泊酚复合瑞芬太尼的不同应用效果。方法 选择2015年5月~2017年5月本院接受腹腔镜胆囊切除术治疗的患者80例,将患者分为两组,实施不同麻醉处理,比较两组效果。结果 两组在各个时间点的呼吸频率、平均动脉压都无明显差异;七氟醚组术后自主呼吸、定向力、指令性反应时间均优于丙泊酚组。结论 七氟醚复合瑞芬太尼麻醉用于腹腔镜胆囊切除术中可以促进术后更快恢复,值得推广。

关键词:腹腔镜胆囊切除术;七氟醚;丙泊酚;瑞芬太尼

中图分类号: R969.4 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3765(2018) 07-08193-0119-02

七氟醚、丙泊酚、瑞芬太尼是临床麻醉中应用较多的麻醉药物,其优点包括能够实现迅速诱导、可以维持平稳、术后能够迅速苏醒^[1]。本研究具体分析七氟醚复合瑞芬太尼或者丙泊酚复合瑞芬太尼用于腹腔镜胆囊切除术患者麻醉中的效果。

1 资料与方法

1.1 基本资料 于2015年5月~2017年5月之间选取80例我院收治的接受腹腔镜胆囊切除术治疗的患者参与本次研究。随机平分后40例七氟醚组患者中包括男28例,女12例,平均年龄(38.2±6.3)岁,其中ASA I级有23例,II级有17例;40例丙泊酚组患者中包括男25例,女15例,平均年龄(38.5±6.1)岁,其中ASA I级有21例,II级有19例。两组基本资料中的性别、年龄各项内容相比较,存在良好一致性,能够对比研究($P>0.05$)。

1.2 麻醉 全部患者先选择5mL·kg⁻¹平衡盐液实施静脉滴注,诱导开始前15min选取阿托品5μg·mg⁻¹、咪达唑仑0.03mg·kg⁻¹给予。

七氟醚组选择0.5μg·kg⁻¹瑞芬太尼实施麻醉诱导,注入瑞芬太尼1min之后,继续选取0.2μg/(kg·min)瑞芬太尼实施静脉泵入,选取丙泊酚0.5mg·kg⁻¹实施缓慢静脉推注,等到患者进入睡眠状态后停止注射丙泊酚。诱导期间选择2%七氟醚给予持续吸入,等到患者没有睫毛反射后,静脉推注0.6mg·kg⁻¹的阿曲库铵。术选取2%七氟醚实施维持吸入。

丙泊酚组实施靶控输注麻醉,选择0.5μg·kg⁻¹瑞芬太尼实施麻醉诱导,注入瑞芬太尼1min之后,继续选取0.2μg/(kg·min)瑞芬太尼实施静脉泵入。在TCI输注系统中输入患者体重以及年龄,实施丙泊酚诱导时设置为Marsh药代动力学模型,控制血浆靶浓度5mg·L⁻¹,术中将血浆靶空度维持在3mg·L⁻¹,一直到维持到手术缝合。

两组患者实施气管插管之后,与麻醉机连接后对呼吸进行控制,设置潮气量90mL·kg⁻¹左右,呼吸频率控制在12次/min,手术过程中将PETCO₂维持在40mmHg左右。

1.3 观察指标 比较两组诱导时、插管时、插管后3min、气腹前、气腹后15min、手术结束不同时间点的平均动脉压(MAP)以及心率(HR)。

比较两组术后自主呼吸恢复时间、术后拔管时间、定向力恢复时间以及指令性反应时间。

1.4 统计方法 通过SPSS 19.0对研究结果进行分析, ($\bar{x} \pm s$)表示各项计量资料, t 检验, $P<0.05$ 证实结果对照有统计学差异。

2 结果

2.1 MAP、HR 两组在手术过程中平均动脉压以及呼吸频率均维持在相对稳定的水平,各个时间点MAP、HR结果差异不明显, $P>0.05$ (见表1)。

2.2 麻醉恢复情况 七氟醚组自主呼吸恢复时间、定向力恢复时间、指令性反应时间均和丙泊酚组有明显差异, $P<0.05$;两组术后拔管时间比较差异不明显, $P>0.05$ (见表2)。