

艾司氯胺酮联合苯磺酸瑞马唑仑静脉麻醉在内镜下胃息肉切除术中的应用研究

马浩杰

(河南省中医院(河南中医药大学第二附属医院) 郑州 450000)

摘要: 目的: 探讨分析艾司氯胺酮联合苯磺酸瑞马唑仑静脉麻醉在内镜下胃息肉切除术中的应用研究。方法: 所选择病例的规定时间段为2021年1月到2023年1月, 病例挑选准则基于所编辑电脑随机抽选程序, 最终挑选得到的研究对象为相应时间段内于我院接受内镜下胃息肉切除术治疗的患者, 总病例数共计96例, 不同组别的划分准则为所接受的干预方式差异性, 小组包括了对照组与观察组, 分别接受的干预方式为使用予瑞芬太尼联合丙泊酚麻醉和艾司氯胺酮联合苯磺酸瑞马唑仑静脉麻醉, 各含有48例患者, 比较最终所得结果。结果: 对于I级和II级麻醉效果的患者来说, 概率更高的为观察组($P < 0.05$), 而III级和IV级概率发生更高的为对照组($P < 0.05$)。麻醉前患者的各项血流动力学以及呼吸参数均未见差异性($P > 0.05$), 而在实施麻醉之后, 相应调查指标均有所降低, 其中相对更高的为观察组($P < 0.05$)。发生不良反应概率更高的为对照组($P < 0.05$)。结论: 对于接受内镜下胃息肉切除术治疗的患者, 为其施以艾司氯胺酮联合苯磺酸瑞马唑仑静脉麻醉, 能够让患者的呼吸以及血流动力学各项指标的水平波动降低, 让患者能够拥有更为理想的麻醉效果, 降低其出现不良反应现象的概率。

关键词: 艾司氯胺酮; 苯磺酸瑞马唑仑; 静脉麻醉; 内镜下胃息肉切除术

内镜下胃息肉切除术是临床上对于各种类型胃内早期疾病的诊断和治疗的最常规的手段, 通常情况下会在对患者实施静脉麻醉的基础上为患者施检查与疾病治疗, 通过这样的方式确保患者在治疗阶段拥有自主呼吸^[1]。目前临床所常规使用的麻醉方式均能够达到诊疗工作的目标, 但是手段在实施阶段不能够维持良好的血流动力学稳定, 患者的呼吸循环稳定状况也较差, 因此需要临床研究更加适合的麻醉方式为患者施以治疗和干预^[2]。本次研究主要是探讨在使用艾司氯胺酮联合苯磺酸瑞马唑仑静脉麻醉的作用下, 针对于临床接受内镜下胃息肉切除术的患者施以干预工作, 对最终的结果进行分析, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

所选择病例的规定时间段为2021年1月到2023年1月, 病例挑选准则基于所编辑电脑随机抽选程序, 最终挑选得到的研究对象为相应时间段内于我院接受内镜下胃息肉切除术治疗的患者, 总病例数共计96例, 不同组别的划分准则为所接受的干预方式差异性, 小组包括了对照组与观察组, 分别接受的干预方式为使用予瑞芬太尼联合丙泊酚麻醉和艾司氯胺酮联合苯磺酸瑞马唑仑静脉麻醉, 各含有48例患者; 对照组与观察组含有的男患者例数分别为25例和24例, 分别含有女患者例数为23例和24例; 最高年龄值对照组与观察组分别为65岁和64岁, 最低年龄值分别为29岁和28岁, 分别对应年龄均值为 (45.47 ± 5.25) 岁和 (45.28 ± 5.47) 岁; 使参与者的基线资料进行相互之间的比较与分析, 不具备差异性($P > 0.05$)。

纳入标准: (1) 同意该研究所规定的各项条件; (2) ASI 分级 I~II 级; (3) 临床并未发生任何不耐受症状。

排除标准: (1) 所接受临床治疗工作完整性较差; (2) 配合度与预期状态相差甚远; (3) 肝功能出现异常; (4) 具有全身性免疫性疾病。

1.2 方法

在手术开始前的12h进行禁食, 并在术前8h禁饮, 在手术前20min为参与本次研究的所有患者均施以剂量为0.5mg的戊乙奎醚静脉注射。该项内镜诊疗操作的完成需要由相同的医师团队实施。

麻醉过程: 当患者在进入到手术室之后需要为其进行监护仪的

连接, 并对患者的各项生命体征水平进行监测。通过为患者进行静脉通道的开放, 为其给予平衡盐溶液的静注, 速度应该控制在 $4 \text{ mL}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 。让患者保持于侧卧位, 为患者使用鼻导管开展吸氧操作。

诱导: 对于对照组的患者为其使用丙泊酚以及瑞芬太尼完成静脉注射, 所使用的剂量分别为 $2 \text{ mg}/\text{kg}$ 和 $1 \mu\text{g}/\text{kg}$ 。而观察组的患者在该操作过程之中通过为患者静脉注射艾司氯胺酮以及苯磺酸瑞马唑仑, 药物分别的使用剂量为 $0.25 \text{ mg}/\text{kg}$ 和 $0.1 \text{ mg}/\text{kg}$ 。

麻醉维持: 对照组需要使用剂量为 $4 \text{ mL}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 的丙泊酚以及剂量为 $0.02 \mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 的瑞芬太尼完成麻醉维持操作。而观察组的患者则需要使用剂量分别为 $0.25 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 和 $0.5 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 的艾司氯胺酮和苯磺酸瑞马唑仑完成麻醉维持操作。在手术实际开展的过程之中需要按照患者实际所表现出的体动反应以及生命体征的变化情况为患者进行药物使用剂量的调整。

1.3 观察指标

(1) **麻醉效果:** 对最终所拥有麻醉效果施以比较, 评估标准如下: 患者拥有稳定的生命体征水平, 没有出现任何的体动情况, 此为I级麻醉; 患者的各项生命体征水平均在稳定的范围内, 存在一定程度的体动情况, 但是对于实际所开展的各项手术操作并不会造成影响, 此为II级麻醉; 患者的生命体征出现了一定程度的波动, 并且出现了体动的情况, 需要暂时中止手术并为患者加深麻醉干预, 此为III级麻醉; 患者发生了呼吸抑制的现象, 其血氧饱和度相较于正常值偏低, 或者呼吸频率水平没有超过 $8 \text{ 次}/\text{min}$, 需要暂时中止手术操作为患者施以面罩给氧, 患者有着非常显著的体动情况, 要中止手术操作, 为其加深麻醉处理, 为患者给予氧气, 此为IV级麻醉。

(2) **血流动力学与呼吸参数:** 通过对不同时段的血流动力学以及呼吸频率进行测定, 对最终结果进行比较, 所涉及到的指标有心率、平均动脉压、血氧饱和度以及呼吸频率, 调查研究时间段为麻醉前后。

(3) **不良反应:** 对术后所出现的不良反应概率进行比较, 包括了低血压、氧饱和度下降、心动过缓以及呼吸抑制等情况

1.4 统计学方法

采用SPSS21.0分析, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 经t检验, 计数资料经 χ^2 检验, 以($\%$)表示, 差异有统计学意义为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 对比两组患者的麻醉效果

表1 所得, 对于 I 级和 II 级麻醉效果的患者来说, 概率更高的为观察组 ($P < 0.05$), 而 III 级和 IV 级概率发生更高的为对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 对比两组患者的麻醉效果[n(%)]

组别	例数	I 级	II 级	III 级	IV 级
观察组	48	16 (33.33)	22 (45.83)	9 (18.75)	1 (2.08)

表 2 对比两组患者的血流动力学与呼吸参数 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	心率 (次/min)		平均动脉压 (mmHg)		血氧饱和度 (%)		呼吸频率 (次/min)	
		麻醉前	麻醉后	麻醉前	麻醉后	麻醉前	麻醉后	麻醉前	麻醉后
观察组	48	81.73 ± 5.44	77.25 ± 3.57	98.22 ± 7.13	93.79 ± 5.26	99.13 ± 0.19	98.22 ± 0.56	16.97 ± 2.87	16.03 ± 2.59
对照组	48	82.14 ± 5.79	75.22 ± 3.13	97.52 ± 6.73	90.66 ± 6.19	99.09 ± 0.23	97.91 ± 0.49	17.13 ± 3.06	14.57 ± 1.97
t		0.357	2.962	0.494	2.669	0.928	2.886	0.264	3.108
P		0.721	0.003	0.622	0.008	0.355	0.004	0.792	0.002

2.3 对比两组患者的不良反应

表 3 所得, 发生不良反应概率更高的为对照组 ($P < 0.05$)。

表 3 对比两组患者的不良反应[n(%)]

组别	例数	低血压	氧饱和度下降	心动过缓	呼吸抑制	发生率
观察组	48	2 (4.17)	1 (2.08)	1 (2.08)	0 (0.00)	4 (8.33)
对照组	48	4 (8.33)	3 (6.25)	3 (6.25)	2 (4.17)	12 (25.00)
χ^2						4.800
P						0.028

3 讨论

临床通过开展舒适化医疗这一政策, 对于接受内镜下胃息肉切除术的患者来说, 麻醉对于患者产生了非常显著的作用^[3]。艾司氯胺酮是临床上所使用的苯环利定衍生物, 其所产生的镇静与镇痛功效都是通过该药物对 N-甲基-D-天冬氨酸这一受体产生了非竞争拮抗作用而完成^[4]。该物质对于天冬氨酸受体的亲和力相对于氯胺酮来说要更强, 并且在使用之后能够在更短的时间内产生相应的疗效, 所持续的时间相对更短, 能够对循环过程起到轻度的兴奋作用^[5]。在能够产生镇静效果的同时也能够发挥出较为显著的镇痛功效, 对于患者的呼吸过程只出现了较轻微的抑制作用^[6]。在临床相关的研究结果之中显示, 该药物所产生的锥体外系反应以及精神症状更加的显著, 在通过使用亚临床剂量或者复合其他镇静药物的作用下能够减轻患者所出现的一系列不良反应, 其中就包括了低血压、氧饱和度降低以及心动过缓和呼吸抑制等情况^[7]。

苯磺酸瑞马唑仑是一种作用在 γ -氨基丁酸受体对于神经元活动会产生一定程度的抑制效果, 从而能够在实际的临床使用过程之中发挥出理想的镇静催眠功效^[8]。在通过血浆酯酶水解代谢过程, 在体内能够快速产生相应的功效, 失效速度更快, 并且恢复时间更短均是该药物的使用特征, 但是该药物并没有较为显著的镇痛功效, 在实际的临床应用过程之中, 需要与其他类型的麻醉药物进行联合使用^[9]。所以将苯磺酸瑞马唑仑与艾司氯胺酮联合使用能够产生更为显著的临床功效。在本次研究的过程之中将上述两种药物进行联合应用, 针对于接受内镜下胃息肉切除术的患者施以麻醉处理, 最终患者所拥有的各项血流动力学指标以及呼吸参数较于对照组都更加的稳定^[10]。并且患者在接受治疗的过程之中出现不良反应的概率也相对更低, 患者在临床治疗阶段能够拥有更为理想的苏醒状况, 获得高治疗安全性与舒适性^[11]。并且两组患者在接受治疗的过程之中并没有出现幻觉、噩梦等严重的精神状况, 这也就表明了

对照组	48	4 (8.33)	12 (25.00)	20 (41.67)	12 (25.00)
χ^2		9.094	4.554	5.978	10.765
P		0.002	0.032	0.014	0.001

2.2 对比两组患者的血流动力学与呼吸参数

表 2 所得, 麻醉前患者的各项血流动力学以及呼吸参数均未见差异性 ($P > 0.05$), 而在实施麻醉之后, 相应调查指标均有所降低, 其中相对更高的为观察组 ($P < 0.05$)。

使用艾司氯胺酮联合苯磺酸瑞马唑仑静脉麻醉能够让患者拥有更为显著的麻醉效果^[12]。

综上所述, 对于接受内镜下胃息肉切除术治疗的患者, 为其施以艾司氯胺酮联合苯磺酸瑞马唑仑静脉麻醉, 能够让患者的呼吸以及血流动力学各项指标的水平波动降低, 让患者能够拥有更为理想的麻醉效果, 降低其出现不良反应现象的概率。

参考文献:

- [1] 王国庆. 阿芬太尼与舒芬太尼联合丙泊酚静脉持续泵注在胃镜治疗中的效果比较[J]. 中国当代医药, 2021, 28(25): 132-135.
- [2] 吕素平, 郑改芳, 刘胜群, 等. 胃镜喉罩在多发胃息肉内镜下治疗中的应用价值[J]. 河南医学研究, 2021, 30(30): 5576-5579.
- [3] 刘建萍. 内镜下息肉电凝切除术后静脉滴注兰索拉唑的疗效分析[J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32(19): 3129-3131.
- [4] 冯园园, 吕阳, 冯丽萍, 等. 快速康复理念对胃息肉内镜下黏膜切除术患者围手术期的应用研究[J]. 深圳中西医结合杂志, 2022, 32(13): 1-4.
- [5] 王文斌, 蒋丰娟. 内镜下氩离子凝固术与黏膜切除术治疗胃息肉的临床疗效比较[J]. 现代医学与健康研究 (电子版), 2022, 6(15): 67-70.
- [6] 王丹丹. 分析内镜下氩离子凝固术、内镜下黏膜切除术治疗胃息肉的临床效果[J]. 临床医药文献电子杂志, 2022, 9(2): 60-62, 59.
- [7] 严斌, 朱俊江, 吴佳健. 血清 ProGRP、PGI 水平对胃息肉患者内镜下黏膜切除术后复发的影响[J]. 首都食品与医药, 2022, 29(7): 19-22.
- [8] 张明忠, 李克勤. 无痛内镜下高频电凝切除术联合替普瑞酮治疗胃息肉患者的临床效果[J]. 医疗装备, 2021, 34(14): 77-78.
- [9] 周遵兰. 无痛内镜下高频电凝电切术治疗胃息肉的临床疗效及安全性评价[J]. 基层医学论坛, 2022, 26(2): 37-39.
- [10] 姜红建, 韩文良, 李小环, 等. 内镜下氩离子凝固术与内镜下黏膜切除术治疗胃息肉临床疗效比较[J]. 新乡医学院学报, 2021, 38(2): 166-168.
- [11] 杨胜利, 时元昊. 探讨苯磺酸瑞马唑仑联合艾司氯胺酮静脉麻醉在内镜下胃息肉切除术中的临床应用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21(94): 455-456.
- [12] 王国庆. 阿芬太尼与舒芬太尼联合丙泊酚静脉持续泵注在胃镜治疗中的效果比较[J]. 中国当代医药, 2021, 28(25): 132-135.