

纳布啡在颅脑损伤镇痛的效果及不良反应发生率分析

钱小霞

芜湖市第二人民医院 安徽 芜湖 241000

摘要：目的：探究纳布啡应用在颅脑损伤手术中的镇痛效果及不良反应。方法：选择我院2024年3月-2025年3月168例颅脑损伤手术患者，随机取样法分组（每组84例）；以等体积生理盐水为对照，评价纳布啡的应用价值。结果：（1）在患者清醒并拔管后的不同时段，观察组VAS评分较低，镇痛效果较对照组显著（ $P < 0.05$ ）。（2）观察组患者的不良反应发生率仅有4.76%，较15.47%的对照组低（ $P < 0.05$ ）。结论：纳布啡应用在颅脑损伤手术中具有显著的镇痛效果，还可有效降低患者的不良反应发生率。

关键词：纳布啡；颅脑损伤；镇痛效果；不良反应

颅脑损伤是临床常见的创伤类型，具有较高的致残率和死亡率。据统计，颅脑损伤已成为全球中青年人群的主要死因之一。颅脑损伤手术是救治颅脑损伤患者的重要手段，其目的在于清除颅内血肿、减压、修复损伤的脑组织等，从而降低患者的死亡风险和改善预后^[1]。然而，手术过程及术后恢复期间，患者往往承受着剧烈的疼痛，这对患者的生理和心理造成极大影响。因此，在颅脑损伤手术中实施有效的镇痛治疗显得尤为重要。纳布啡是一种阿片受体激动-拮抗剂，具有镇痛、镇静和呼吸抑制等药理作用。作为一种新型镇痛药物，纳布啡在临床上的应用逐渐广泛。纳布啡主要通过激动 κ 受体和拮抗 μ 受体发挥镇痛作用，相较于其他阿片类药物，其成瘾性和呼吸抑制副作用较低。目前，纳布啡已被广泛应用于术后镇痛、癌痛治疗等领域，并取得了良好的疗效^[2]。鉴于此，本研究旨在探讨，纳布啡在颅脑损伤手术中的镇痛效果，及其不良反应发生率，以期为临床颅脑损伤手术患者的镇痛治疗提供理论依据。此外，本研究还将为纳布啡在临床镇痛领域的应用提供更多实践依据，为后续相关研究提供参考。

1 资料与方法

1.1 临床资料

研究时段覆盖：2024年3月-2025年3月，选取我院168例颅脑损伤手术患者并分组处理，84例/组。其中对照组：男55例，女29例；年龄28~75岁，均值为（ 51.56 ± 5.78 ）岁。观察组：男38例，女46例；年龄26~75岁，均值（ 51.78 ± 5.11 ）岁。组间信息对比、均衡性较高， $P > 0.05$ 。

纳入标准：（1）确诊颅脑损伤；（2）在我院接受手术治疗；（3）交流能力正常；（4）无意识障碍；（5）患者、家属均于术前签署知情同意书。

排除标准：（1）肝肾等脏器存在严重病变；（2）认知障碍；（3）合并其他恶性肿瘤；（4）合并存在精神类疾病。

1.2 方法

所有患者进入手术室后，监测各项指标，麻醉前给予5mg地塞米松静脉注射。以1.5~2.0mg/kg丙泊酚、0.05mg/kg咪达唑仑、2~4 μ g/kg芬太尼、0.2mg/kg顺阿曲库铵进行全麻诱导，后进行气管插管；氧流量设定为1.5L/min，潮气量设定为8~10ml/kg。术中静脉泵注4~6mg/（kg·h）丙泊酚、0.1~0.2 μ g/（kg·h）瑞芬太尼、顺阿曲库铵（间断静脉注射）进行麻醉维持。在此基础上，针对对照组患者，手术切口缝合前10min用20ml生理盐水浸润处理，并给予2ml生理盐水静脉注射。而观察组患者在手术切口缝合前10min，给予20ml罗哌卡因（浓度0.5%）浸润麻醉，同时给予10ml纳布啡静脉注射。

1.3 观察指标

镇痛效果。在患者清醒并拔管5min（T₄）、30min（T₅）、120min（T₆）时，借助视觉模拟量表（VAS）评分进行评价，分值0-10分。无痛记0分，1-3分属于疼痛轻度范畴，4-6分记录中度疼痛，7-9分重度疼痛，10分表示疼痛剧烈。分值越低、镇痛效果越显著。

不良反应发生率。主要对比躁动、恶心呕吐、眩晕。

1.4 统计学方法

数值录入SPSS22.0软件，计数资料（不良反应发生率）用 $[n/(\%)]$ 表述、 χ^2 检验，计量资料（镇痛效果）借助（ $\bar{x} \pm s$ ）表述、 t 检验；统计学意义成立、 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 镇痛效果

不同时段，观察组患者的VAS评分较低，镇痛效果较对照组显著（ $P < 0.05$ ）。具体数据见表1。

表1 镇痛效果 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	VAS		
	T4	T5	T6
观察组 ($n = 84$)	2.03±0.33	2.55±0.15	3.00±0.11
对照组 ($n = 84$)	2.85±0.56	3.15±0.22	3.36±0.45
t	8.015	5.485	11.104
P	$P > 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$

2.2 不良反应发生率 低 ($P < 0.05$)。

表2可见, 与对照组相比, 观察组不良反应发生率较

表2 不良反应发生率 (n , %)

组别	躁动	恶心呕吐	眩晕	总发生率
观察组 ($n = 84$)	1 (1.19)	2 (2.38)	1 (1.19)	4 (4.76)
对照组 ($n = 84$)	4 (4.76)	7 (8.33)	2 (2.38)	13 (15.47)
χ^2	--	--	--	5.301
P	--	--	--	$P < 0.05$

3 讨论

颅脑损伤是临床常见的创伤类型, 具有较高的致残率和死亡率。在我国, 随着交通事故、高处坠落等意外事件的增多, 颅脑损伤的发病率逐年上升。颅脑损伤手术是挽救患者生命、降低致残率的重要手段^[3]。因此, 探究颅脑损伤手术中的镇痛问题具有广泛的现实意义。纳布啡是一种阿片受体激动-拮抗剂, 具有较好的镇痛效果。其药理作用主要通过激动κ受体和拮抗μ受体来实现。与传统的阿片类药物相比, 纳布啡具有成瘾性低、呼吸抑制轻、不良反应少等优点。此外, 纳布啡还能通过调节中枢神经系统内的炎症反应, 发挥一定的神经保护作用。而随着临床研究的逐渐深入, 也证实了纳布啡应用在颅脑损伤镇痛中的优势: (1) 纳布啡在颅脑损伤手术中具有显著的镇痛效果, 能够减轻患者的疼痛程度, 降低术后疼痛引起的并发症^[4]。(2) 纳布啡对呼吸系统的影响较小, 有利于患者术后恢复。(3) 纳布啡的不良反应发生率较低, 提高了患者术后的生活质量。

颅脑损伤手术患者, 在术后往往会经历中到重度的疼痛, 有效的镇痛管理, 对于患者的恢复至关重要。而纳布啡作为一种强效的阿片受体激动剂, 其在颅脑损伤手术中的使用显著降低了患者的疼痛程度, 提高了镇痛效果。本研究中, 观察组患者在清醒并拔管5min、30min、120min时, VAS评分分别显示为 (2.03±0.33)、(2.55±0.15)、(3.00±0.11), 评分明显低于对照组 ($P < 0.05$), 故而镇痛效果显著。究其原因: 这主要归因于纳布啡对中枢神经系统内阿片受体的选择性强, 具有较好的血脑屏障穿透性, 能够迅速作用于脑内的疼痛中枢, 从而产生强效的镇痛作用^[5]。此外, 纳布啡的药理作

用, 还包括降低疼痛信号传导, 抑制炎症反应及减轻术后应激反应, 这些作用共同促使纳布啡在颅脑损伤手术中展现出优异的镇痛效果。在临床实践中, 纳布啡的应用不仅展现了良好的镇痛效果, 同时降低了患者的不良反应发生率。本研究中, 与对照组相比, 观察组不良反应发生率较低 ($P < 0.05$)。提示: 相较于其他阿片类药物, 纳布啡主要激动κ受体, 对μ受体的激动作用较弱, 从而降低了呼吸抑制、便秘等不良反应的风险。此外, 纳布啡还能通过调节中枢神经系统的内源性疼痛调节系统, 减轻炎症反应, 降低痛觉过敏, 进一步降低了不良反应的发生^[6]。与此同时, 纳布啡对胃肠道平滑肌的作用较弱, 降低了恶心、呕吐等胃肠道不良反应的发生率。这些机制共同作用, 使得纳布啡在颅脑损伤手术患者中具有较高的安全性。

综上所述, 纳布啡在颅脑损伤镇痛中具有较高的应用价值, 不仅可以有效降低患者的疼痛程度, 提高镇痛效果, 还能降低不良反应发生率, 为颅脑损伤患者提供了一种安全、有效的镇痛方案。未来, 有必要对纳布啡在颅脑损伤镇痛中的应用进行更深入的研究, 以期为临床提供更多参考依据。

参考文献

[1]周一,刘韶华,覃松,等.纳布啡用于重症加强治疗病房非机械通气患者的镇痛效果:多中心随机对照试验[J].中华急诊医学杂志,2024,33(1):59-64.

[2]芦孙俊.盐酸纳布啡及酮咯酸氨丁三醇对颅脑外伤出血患者镇痛效果及血流动力学的影响[J].医学信息,2024,37(14):115-118.

[3]吴年生,王辉,张跃东,等.超声引导下腹横肌平面阻

滞联合纳布啡对腹腔镜胆囊切除术后患者苏醒质量以及疼痛程度的影响[J].中国医刊,2024,59(7):801-804.

[4]王椰,肖名钦.纳布啡预处理对颅脑外科手术患者全麻苏醒期躁动及氧化应激反应的影响[J].中国医学创新,2023,20(22):23-26.

[5]苏冠男,王凯利,董铁立,等.纳布啡超前镇痛对颅脑

外科手术患者全麻苏醒期躁动及炎症反应的干预作用[J].郑州大学学报(医学版),2020,55(5):685-689.

[6]彭丽佳,杨渊,郭然,等.右美托咪啶联合纳布啡用于脑膜瘤手术对患者术后认知功能的影响[J].昆明医科大学学报,2021,42(3):18-22.