

作时间及患者的耐受加用丙泊酚。普通组在进镜前仅给予混合表面麻醉剂、润滑剂和胃镜胶口服。内镜探术全程监测患者血压、心率及血氧饱和度(SpO₂)。胃镜检查结束,统计操作时间、患者苏醒时间,并对两组患者的收缩压、舒张压、心率和SpO₂进行检测。待患者清醒后询问患者不良反应发生情况,包括疼痛、恶心、干呕、咳嗽、躁动及咽喉不适感。检查术后嘱患者分别于1周和1个月之后到医院进行随访。

1.3 统计学处理 采用SPSS15.0软件进行统计学分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间均数比较采用 t 检验,计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 胃肠镜检查操作清醒时间评估 无痛胃肠镜组操作时间为2~10 min,平均(6.1±3.7)min,清醒时间为7~15 min,平均(9.6±2.3)min;对照组操作时间为15~30 min,平均(18.9±7.3)min,清醒时间忽略不计。无痛组的操作清醒时间与普通组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 胃肠镜检查术中不良反应 无痛胃肠镜组的不良反应多为轻度咽喉不适感,其他未见明显不适。普通组在胃镜检查结束后不良反应多,以疼痛、恶心、干呕、咳嗽、躁动及咽喉不适感为主,而且程度较重。普通组中有18例患者无法忍受疼痛、恶心等症状主动中断检查,其中10例患者改行无痛胃肠镜继续检查。两组不良反应的比较见表1。

表1 两组胃肠镜检查不良反应统计表[n(%)]

组别	n	疼痛	恶心、干呕	咳嗽	躁动	咽喉不适
无痛组	150	3(2.0)*	5(3.3)*	7(4.6)*	2(1.3)*	7(4.6)*
普通组	150	150(100.0)	72(48.0)	23(15.3)	19(12.6)	58(38.7)
χ^2		7.126	5.637	9.198	6.432	7.581
P		0.021	0.013	0.035	0.007	0.016

注:与普通组比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 胃肠镜检查过程中血压、心率及SpO₂评估 无痛胃肠镜检查未见明显血压及心率波动,SpO₂平稳;而普通组患者心率明显加快,血压显著增高,SpO₂在检查前后无明显改变。两组胃肠镜检查各项指标比较见表2。

表2 两组胃肠镜检查血压、心率及SpO₂监测($\bar{x} \pm s$)

组别	n	检查时间	收缩压(mm Hg)	心率(次/分)	SpO ₂ (%)
无痛组	150	检查前	133.2±22.1	75.3±6.8	98.2±1.25
		检查中	135.8±17.6	79.6±4.7	98.3±1.27
普通组	150	检查前	129.6±18.9	69.4±5.8	98.6±1.16
		检查中	149.2±21.3*	81.3±7.8*	98.1±1.26

注:与普通组检查前相比,* $P < 0.05$ 。

2.4 胃肠镜检查术后随访情况比较 无痛组除5例患者因其他原因未能进行复查外,其余患者依从性较好,分别有109例和73例患者完成了1次随访和2次随访;而普通组只有23例和7例分别完成了1次随访和2次随访,与无痛组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。随访过程未见明显的并发症。

3 讨论

胃肠镜检查可以直接介入患者胃肠道内进行镜下观察及直接取样,大大提高了胃疾病的检出率,胃肠镜检查一般作为某些胃肠道疾病临床诊断的金标准,同时也为外科手术提供了绝佳的介入治疗途径。目前在临床上广泛开展的诊疗项目包括超声内镜检查、内镜下取异物、内镜下激光碎石、内镜下息肉摘除、胃肠道黏膜切除及黏膜下内镜手术等^[3]。然而在胃肠道检查中也会出现较为严重的并发症,如疼痛、恶心及由此引

发的交感神经紧张,可能会导致一系列心肺并发症的产生,阻碍了胃肠内镜的应用^[4]。1967年,Laing等^[5]在胃肠道检查前使用哌替啶镇痛。随后临床工作者不断试验使用其他镇静药进行术前麻醉以使患者更配合检查,比如地西洋、咪达唑仑等。进入20世纪90年代,无痛胃肠镜检查开始被引进国内,并获得了大力推广,目前无痛胃肠镜检查已经成为医患双方都优先考虑选择的胃肠道介入检查方法^[6]。

本研究对到本院门诊选择行胃肠镜检查的患者进行分组,分别为无痛组和普通组。比较两组术中中和术后的各项指标,发现无痛胃肠镜所需操作时间更短,不良反应少,患者术后未见抗拒心理,积极配合医嘱随访,血压及心率与普通组相比较波动极小。无痛组患者有一个集中在10 min以内的清醒时间,咨询患者及家属认为可以接受。

有研究报道,开展无痛胃肠镜检查的患者遵医嘱复查率可以达到普通胃肠镜患者的2倍以上^[7]。而且人们不断追求生活质量,对于术中实行无痛的诉求也相应增加,之前在普通胃肠镜检查中被视为有禁忌证的患者也可以选择无痛检查,如精神分裂症、癫痫、高血压病患者,极大地提高了不同人群中胃肠道疾病的检出率^[8-9]。虽然无痛胃肠镜检查术具有诸多优势,适用于临床推广,但目前仍有改进的空间,比如完善用药。使用目前广泛采用的异丙酚、芬太尼、咪达唑仑联合应用的方案注射给药,可以很好地控制镇静及麻醉药物作用时间,但患者苏醒后仍有困倦、头晕感、步态不稳,生命体征不能立即恢复至术前水平^[10]。所以发展更好的静脉注射麻醉剂或者表面麻醉剂可以尽可能局限地作用于受检部位,使不良反应降低到最低,以便更好地为临床服务。

参考文献

- [1] 项斌,夏惠治,刘鹏飞,等. 无痛胃肠镜临床应用的效果观察[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2008,11(11):1725-1726.
- [2] 杨勇. 无痛胃肠镜临床应用体会285例[J]. 中国医药指南,2010,8(14):213-214.
- [3] 饶正伟,冯轶,黄必均,等. 静脉麻醉下胃镜结肠镜检查时间顺序对比观察[J]. 临床消化病杂志,2010,22(5):302-304.
- [4] Reed MD, Yamashita TS, Marx CM, et al. A pharmacokinetically based propofol dosing strategy for sedation of the critically ill, mechanically ventilated pediatric patient [J]. Crit Care Med, 2006, 24(9):1473-1481.
- [5] Laing RR, Klotz AP. Premedication and anesthesia for gastrointestinal endoscopy [J]. Gastrointest Endosc, 1967, 14(2):80-86.
- [6] 姜陆洋,冯艺. 镇静镇痛药在无痛胃肠镜检查中的应用[J]. 临床药物治疗杂志,2012,10(4):25-29.
- [7] 钱芳. 异丙酚静脉麻醉行无痛胃肠镜的临床观察[J]. 中国医药导报,2009,6(15):151-152.
- [8] 徐贵森,吴晓玲,刘合年. 无痛内镜术在胃肠道疾病诊治中的应用[J]. 世界华人消化杂志,2008,16(17):1890-1896.
- [9] 林峰,王策. 高龄合并心血管疾病患者25例无痛胃肠镜检查[J]. 中国老年学杂志,2012,32(9):1964.
- [10] 鞠辉,赫金鑫,冯艺. 氟马西尼对使用丙泊酚无痛胃肠镜后苏醒和认知功能的影响[J]. 临床麻醉学杂志,2013,29(2):121-123.