

# 常规胃镜与无痛胃镜治疗上消化道异物的临床效果观察

陈 瑜

深圳市龙岗区人民医院 广东 深圳 518172

**摘要:**目的:探讨在上消化道异物治疗中采用无痛胃镜与普通胃镜产生的临床效果差异。方法:回顾2021年10月-2022年9月在某消化内镜中心80例进行食物异物治疗患者,按照麻醉方法分为普通胃镜治疗组 and 无痛胃镜治疗组,分析两组术中不良反应发生率及异物取出成功率。结果:常规胃镜组患者食管黏膜损伤发生率为70.8%,无痛胃镜组患者食管黏膜损伤发生率为23.1% ( $\chi^2 = 4.35, P = 0.037$ );常规胃镜组患者异物取出成功率为83.1%,无痛胃镜组患者异物取出成功率为86.7% ( $\chi^2 = 0.05, P > 0.05$ );常规胃镜组患者恶心等消化道反应事件发生率为89.2%,无痛胃镜组患者恶心等不良事件发生率为15.4% ( $\chi^2 = 0.05, P = 0.008$ )。结论:无痛胃镜治疗上消化道异物可以有效减少患者食管黏膜损伤情况,减少患者消化道反应事件,临床治疗效果更好,值得推广。

**关键词:**常规胃镜;无痛胃镜;上消化道异物;临床观察;治疗效果

## 引言

上消化道异物是当前发生率较高的一种消化科急症。十二指肠、食管上段、贲门、食管下段及胃腔等是异物停留常见部位。消化道如果出现堵塞或者狭窄,容易造成食物受阻,导致消化道炎症、消化道组织出血等可能,对组织健康造成严重损伤<sup>[1]</sup>。上消化道异物经临床确诊,需采取有效措施进行针对性治疗。通过内镜来进行消化道异物的取出<sup>[2-3]</sup>,不但能够很好的避免由于外科手术创伤,而且患者的预后效果也明显更好<sup>[4]</sup>,且恢复速度也明显更快。随着人们对治疗需求的不断提升,无痛胃镜在临床诊疗中的应用越趋广泛,相比常规的胃镜检查更为舒适,但也需要结合患者个体情况进行选择。本研究回顾了2021年10月-2022年9月某三甲医院消化内镜中心上消化道异物治疗的临床资料,探讨无痛胃镜与常规胃镜在上消化道异物治疗中的临床诊疗效果,为上消化道异物诊疗手段提高参考依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

回顾2021年10月-2022年9月在某消化内镜中心80例进行食物异物治疗患者,按照麻醉方法分为普通胃镜治疗组 and 无痛胃镜治疗组。

纳入标准:①所有患者知晓治疗目的、方法、后果,并签订同意书。②患者均经影像学证实上消化道内有异物<sup>[5]</sup>。③无明显上呼吸道症状患者。④心电图无明显异常。

排除标准:①排除妊娠期女性患者、哺乳期女性患者。②存在认知障碍、沟通障碍、精神障碍者。③临床

资料不完整者。

### 1.2 方法

通过CT检查,明确患者异物的大小、具体滞留位置及有无穿孔等并发症<sup>[5]</sup>。

#### 1.2.1 器材

本研究中,采用奥林巴斯CV290主机,GIF-H290带有副送水系列胃镜,所有胃镜使用前均配套使用透明黏膜吸。本研究所采用的异物取出装置,如异物抓钳、圈套器、异物网篮等,均为安瑞医疗产品。进行异物治疗医生均为高年资主治医师以上级别,年内镜治疗量超3000人次。

#### 1.2.2 常规胃镜治疗:

①明确患者禁食4小时后,在对患者进行治疗之前,先给予其口服利多卡因胶浆。②患者取左侧卧位,双手胸前环抱,头下垫垫巾,有假牙应取出,开口器垫开牙,保护胃镜,以免患者咬伤,双下肢屈膝,嘱患者张口呼气。③待口腔表面麻醉起效后,为患者插入胃镜,当发现异物之后停止进镜。对异物附近的黏膜进行抽吸,使异物能够完全暴露,并同时观察异物的具体位置、性质以及大小等。④根据患者异物的具体情况,根据异物的情况选用异物抓钳、圈套器、异物网篮等器械抓取异物,调整异物长轴,与胃镜平行后推进。⑤取出患者消化道内的异物,再次进镜,观察异物取出部位是否有损伤等情况,确认无误后,撤出胃镜。⑥患者完成治疗后,若出现消化道出血、穿孔等各种不良事件,需立即实施治疗措施。如无不适,嘱患者稍作休息后即可离去。

### 1.2.3 无痛胃镜治疗:

①评估患者心肺功能,确诊后可做无痛胃镜后,要求患者禁食4-6小时以上。②建立静脉通道,吸氧,心电图监护。有假牙应取出,取左侧卧位,开口器垫开门牙,保护胃镜,以免患者咬伤,双下肢屈膝,嘱患者张口呼气,便于麻醉。③麻醉:按照1.0-1.5mg/kg的剂量标准向患者静脉注射芬太尼,待其睫毛反应消失以后在按照1.5mg/kg的剂量标准静脉推注丙泊酚。④根据患者异物的具体情况,根据异物的情况选用异物钳、圈套器、网篮等器械抓取异物,调整异物长轴,与胃镜平行后推进。⑤取出患者消化道内的异物,再次进镜,观察异物取出部位是否有损伤等情况,确认无误后,撤出胃镜。⑥内镜治疗过程中,同时还要注意观察患者血压、呼吸、心率、血氧等情况。⑦检查结束后,采用Steward评分评估患者苏醒程度,包括清醒程度、呼吸道通常程度、肢体活动度三项内容。每项两分,清醒程度完全清醒2分、对刺激有反应1分、对刺激无反应0分。呼吸道通畅程度,可按医师吩咐咳嗽、咳痰2分、可自主维持呼吸道通畅1分、需要给予支持0分。肢体活动度,肢体有意识的活动2分、肢体无意识的活动1分、肢体无活动0分。总分大于4分,可以考虑离开麻醉恢复室。根据本消化内镜中心麻醉评估要求,所有采用无痛胃镜患者均要求满足Steward苏醒评分6分方可允许离开。

### 1.2.4 术后指导

术后无症状者可以进温凉流食,一周内忌烟酒等刺激性食物,进行选择进食软食。进食时要细嚼慢咽,不宜匆忙。

### 1.3 观察指标

比较两组患者食管黏膜损伤事件发生情况、异物取出成功率及治疗过程中恶心、呃逆等消化道反应事件发生情况。

### 1.4 统计学方法

采取统计学软件SPSS 20.0分析研究数据,  $(\bar{x} \pm s)$  表示计量资料(*t*检验),  $(n, \%)$  表示计数资料( $\chi^2$ 检验);两组比较,  $P < 0.05$ 表示差异明显。

## 2 结果

### 2.1 比较两组患者食管黏膜损伤事件发生情况

结果显示,常规胃镜组患者食管黏膜损伤发生率为70.8%,无痛胃镜组患者食管黏膜损伤发生率为23.1% ( $\chi^2 = 4.35, P = 0.037$ )。

### 2.2 比较两组患者异物取出成功率

结果显示,常规胃镜组患者异物取出成功率为83.1%,

无痛胃镜组患者异物取出成功率为86.7% ( $\chi^2 = 0.05, P > 0.05$ )。

### 2.3 比较两组患者治疗过程中恶心、呃逆等消化道反应事件发生情况

结果显示,常规胃镜组患者恶心、呃逆等消化道反应事件发生率为89.2%,无痛胃镜组患者恶心等消化道反应事件发生率为15.4% ( $\chi^2 = 0.05, P = 0.008$ )。

## 3 讨论

上消化道异物主要是患者不小心吞下或者故意性吞入消化道的各种物体,异物性质的不同也决定了取出形式差异。如果异物在食管中长时间停留,会造成吞咽障碍,胸骨后疼痛以及呼吸急促。所以及时取出异物是关键。通常情况下患者是由于在不知情的前提下,误食各种类型的物体而导致。由于异物的规则不统一、尖锐程度以及大小都存在较大差异,受到胃酸以及其他酸性溶液的腐蚀,若不能及时将异物取出,有可能会对患者产生不同程度的饱胀感以及牵性疼痛,甚至有可能出现幽门梗阻。另外由于异物会在酸性液体的腐蚀下释放出其他类型的化学物质,可能会导致患者的正常神经功能受到巨大影响<sup>[1]</sup>。基于此,如何以有效的方式来及时取出异物对于保障患者自身生命安全具备十分重要的作用。

消化道中插入胃镜后,消化道本身出现排异反应,再加之焦虑及恐惧等不良心理,导致胃部和咽部受到胃镜带来的刺激后,患者的依从性受到严重影响,除增加临床治疗时间外,也导致并发症发生率提高,包括穿孔、消化道损伤等<sup>[6-7]</sup>。所以,胃镜治疗期间,应加强对患者应激反应和耐受状况的重视<sup>[4]</sup>。相比于常规胃镜,无痛胃镜即胃镜检查前,先实施麻醉,通常用短效镇静麻醉剂,帮助患者处于浅睡眠状态,然后展开胃镜诊疗,该方法能够明显改善患者痛苦程度,有效缓解患者对胃镜手术的恐惧、抗拒心理,对患者治疗依从性的要求较低,并可在一定程度上减少异物取出过程中对患者上消化道造成的机械性损伤。此外,麻醉起效后,会松弛患者内脏的平滑肌,使术野变得更加清晰,确保成功取出异物<sup>[8-11]</sup>。

本次研究发现,两组患者治疗过程中恶心等消化道反应事件发生情况无痛组明显低于常规组 ( $P < 0.05$ ),食管黏膜损伤事件发生率无痛组明显低于常规组 ( $P < 0.05$ )。分析其原因为:①患者在进行常规胃镜治疗的时候,容易因紧张、进镜取物来回次数比较多等刺激因素的影响而发生不良反应,这不仅增加了临床操作难度,还会对患者造成二次损伤<sup>[7,12-13]</sup>,甚至导致治疗无法顺利

开展。本研究中还出现一例患者因常规胃镜检查中刺激反应过大无法进行操作,转无痛胃镜治疗后顺利将异物取出。②无痛胃镜通过静脉给予患者一定剂量的短效麻醉剂,使患者能够快速进入镇静、睡眠状态中,然后在无知觉的情况下完成检查,并在检查结束后快速苏醒,这不仅能减轻患者在治疗中的不适感,还能最大限度地降低风险事件的发生率。

本研究发现,无论是无痛胃镜还是常规胃镜,两组异物取出成功率均低于其他研究。这可能与本研究中纳入治疗患者特点有关,在本研究中,所有进行异物取出治疗的患者至少需要禁食4小时,随着时间的推移,原本影像学中已定位的上消化道异物可能随患者吞咽活动发生位置偏移,进入胃内或肠道内,导致实际异物取出时没有发现异物,出现较低的异物取出成功率。同时,本研究发现,人群中食管黏膜损伤发生率高于其他研究,追究原因,可能与患者短时间内未能取出异物采用呛咳,使用偏方等行为导致异物进一步损伤食道。一位因鱼骨导致食管严重剥脱患者表示,在未尝试使用胃镜取异物前曾自行通过食用食醋的偏方来软化鱼骨方法,但发现无法取出异物同时食管烧灼感明显强烈,不得不来院就诊,镜下发现食管黏膜严重剥脱。因此,当患者出现上消化道异物时,尽量勿盲目选择偏方处理,发生异物阻塞需首先判断有无呼吸困难、皮肤紫绀、剧烈咳嗽等呼吸道症状以除外气道异物可能,可尝试呕吐排出异物,但不要继续进食,这样反而可能造成二次损伤等风险加大取异物的难度。

#### 4 局限性

本研究中,患者的异物治疗手段还受到如患者本人经济成本制约等因素的影响,治疗效果受患者生活习惯、疫情环境等影响,这些因素也使得研究结果存在一定的局限性。

综上所述,无痛胃镜治疗上消化道异物可以有效抑制患者应激状态,减少患者食管黏膜损伤情况,减少患者消化道反应事件,对上消化道异物患者实施无痛胃镜处理,效果相对于优于常规胃镜,因此值得推广于临床

应用。

#### 参考文献:

- [1]中华医学会消化内镜学分会.中国上消化道异物内镜处理专家共识意见(2015年,上海)[J].中华消化内镜杂志,2016,(1):19-28
- [2]朱肖宇.探讨胃镜治疗上消化道异物的方法和技巧[J].中国医疗器械信息,2021,27(10):173-174.
- [3]周敏,徐雷鸣,瞿春莹,金震东.内镜下上消化道异物取出术应用分析[J].国际消化病杂志,2017,37(2):120-124
- [4]宋春芳.术前共情沟通对无痛内镜下上消化道异物取出术患者治疗配合度的影响[J].护理实践与研究,2019,16(13):153-155.
- [5]王小鹏,朱才松.MSCT三维重建诊断消化道异物的价值[J].医学影像学杂志,2018,28(12):2059-2063.
- [6]陈希,田永,李岩,常越,陈明凯,王瑞勤.内镜治疗上消化道异物临床特点分析[J].河南医学研究,2022,31(10):1771-1775.
- [7]张红,叶少松,王彦宏,张耀巍,栾兆辉,林辉,柏健鹰,杨仕明,樊超强.消化道异物并穿孔的危险因素分析及治疗策略[J].第三军医大学学报,2022,44(4):379-384.
- [8]陈亮任.无痛电子胃镜和普通胃镜在小儿上消化道异物取出术的应用对比[J].中国当代医药,2020,27(21):50-52,56.
- [9]徐吉哲.常规胃镜与无痛胃镜治疗上消化道异物的临床效果观察[J].中国医疗器械信息,2022,28(10):72-74
- [10]张超文,刘秋安,李通城.对比分析上消化道异物的临床治疗中应用常规胃镜和无痛胃镜的治疗效果差异[J].医学食疗与健康,2022,20(17):93-96.
- [11]乐有林,江堤,廖素环.无痛镇静在胃镜下上消化道异物取出术中的应用研究[J].广州医药,2021,52(3):74-78.
- [12]许东,李全林,周平红.≥80岁的上消化道异物患者内镜治疗安全性与可行性分析[J].中华胃肠外科杂志,2019,22(11):1078-1081.
- [13]徐欢,王娟,叶向荣.上消化道异物胃镜治疗的效果及影响因素[J].中国医疗器械信息,2021,27(23):99-100,106