

# 无痛胃镜诊疗术在消化内科疾病中的临床应用效果分析

钱琼洁

杭州市富阳区中医院 浙江 杭州 310000

**摘要:**目的:分析无痛胃镜诊疗术在消化内科疾病中的应用效果。方法:选取2022年12月-2023年12月本院76例消化内科疾病患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组38例,行普通胃镜检查,观察组38例,行无痛胃镜诊疗术,比较两组应用效果。结果:两组血氧饱和度基本一致( $P > 0.05$ );观察组的检查满意度明显高于对照组,心率、舒张压、收缩压、不适反应率、检查中止率和检查操作时间均明显低于对照组( $P < 0.05$ )。结论:检查消化内科疾病时采取无痛胃镜诊疗术,能维护生命体征稳定,防范不良事件,提升检验满意度,具有推广价值。

**关键词:**无痛胃镜诊疗术;消化内科疾病;生命体征;满意度

消化内科疾病较为常见,患病后会影响到患者生活、工作。疾病多通过胃镜检查,其微创或者无创,检验效果明确,用其诊疗消化内科疾病时,具有突出优势<sup>[1]</sup>。该技术能明确病灶性质、位置,进行检验时,可获取样本进行病理活检,可为制定治疗方案提供决策信息。采取胃镜诊疗能有效检出先天发育异常、梗阻、溃疡等疾病。普通胃肠镜检查应用广泛,选择一根长且细的管子,送至胃部,观察病变情况。管子本身含有内窥镜,是一种导光纤,能检出消化道疾病,该方式花费时间较长,约为5-10min,进行切片检查时能达到20-30min,同时会刺激咽喉,导致不适<sup>[2]</sup>。麻醉技术不断发展,无痛胃镜诊疗术逐渐完善,能防范不适,降低心理压力,但目前相关研究不多。本次研究以消化内科疾病患者为对象,分析无痛胃镜诊疗术的应用效果。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取2022年12月-2023年12月本院76例消化内科疾病患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组38例,男20例,女18例,年龄为23-69岁,平均年龄( $44.42 \pm 4.47$ )岁;观察组38例,男19例,女19例,年龄为24-70岁,平均年龄( $44.52 \pm 4.39$ )岁。两组一般资料( $P > 0.05$ ),具有可比性。

纳入标准:消化内科疾病<sup>[3]</sup>,主要症状为胃痛、黑便等;资料完整;采取胃镜检查;知情同意本次研究。

排除标准:存在肝炎、艾滋病等传染病;心血管系统疾病;重度呼吸系统疾病;精神疾病。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 术前准备

进行检查前12小时,两组均禁食、禁水,开展常规检查,观察血氧饱和度、脉搏和血压等指标。对于观察

组,若发现患者出现心率减慢、脉搏变慢等现象,可选取阿托品(浙江瑞新药业;国药准字H33020464),用量为0.5mg,以促进心率、脉搏加快。两组均做好硬件准备,准备好氧气,配备简易呼吸器,重复检查多功能监护仪和急救药物等。

#### 1.2.2 胃镜检查

对照组行普通胃镜检查:于检查前5-10分钟,为患者做咽部麻醉,选用利多卡因(福建南少林药业;国药准字H35021400),选择左侧卧位,经口置入胃镜,令其抵达胃部,引导其进行吞咽,缓慢降胃镜置入食管内,进行检查。观察组行无痛胃镜诊疗术:提供心电监护,为患者开放静脉通道,通过鼻导管给予吸氧服务,将流量设置为2-3L/min,先选取0.05mg芬太尼(JANSSENPHARMACEUTICANV;国药准字J20110042),予以患者静推,再选取丙泊酚(四川国瑞药业;国药准字H20030113),用量为1.5-2.5mg/kg,予以静推,将速度控制在每秒3ml左右,密切监测生命体征,关注睫毛反射,待其彻底消失后,进行胃镜检查。仔细观察患者变化,根据实际操作刺激,如有必要,可取30-50mg丙泊酚为患者追加,保证患者未出现体动,促使检查顺利进行。术中,两组均持续、动态监测生命体征,一旦出现明显波动,需要马上中止。

#### 1.3 观察项目和指标

评价生命体征<sup>[4]</sup>:观察两组检查前后的血氧饱和度和心率、舒张压和收缩压。评价检查情况:观察两组出现不适反应和检查中止例数<sup>[5]</sup>;观察检查操作时间。评价检查满意度:问卷调查法,>80分为满意,60-80分为基本满意,<60分为不满意,对比检查满意度。

#### 1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ( $\bar{x} \pm s$ )与(%)表示计量与计

数资料，分别行 $t$ 与 $\chi^2$ 检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组生命体征比较

检查后两组血氧饱和度均高于检查前，心率、舒张压和收缩压均明显低于检查前，观察组变化更明显（ $P < 0.05$ ）。详见表1。

表1 两组生命体征比较[ $n(\bar{x} \pm s)$ ]

指标	时间	观察组 ( $n = 38$ )	对照组 ( $n = 38$ )	$t$	$P$
血氧饱和度 (%)	检查前	98.25±4.12	98.14±4.26	0.114	0.909
	检查后	99.85±3.82 <sup>a</sup>	98.22±3.17	2.024	0.047
心率 (次/min)	检查前	81.14±4.45	81.35±4.19	0.212	0.833
	检查后	85.41±2.25 <sup>a</sup>	117.29±3.91 <sup>a</sup>	43.563	0.000
舒张压 (mmHg)	检查前	76.54±4.32	76.26±4.42	0.279	0.781
	检查后	76.65±3.26 <sup>a</sup>	90.25±3.65 <sup>a</sup>	17.131	0.000
收缩压 (mmHg)	检查前	124.23±11.25	124.62±11.08	0.152	0.879
	检查后	125.15±10.13 <sup>a</sup>	142.25±11.17 <sup>a</sup>	6.990	0.000

注：与本组检查前比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组检查情况比较

观察组的不适反应率、检查中止率和检查操作时间

均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。详见表2。

表2 两组检查情况比较[ $n(\bar{x} \pm s)/(\%)$ ]

组别	例数	不适反应率 (%)	检查中止率 (%)	检查操作时间 (min)
观察组	38	3 (7.89)	0 (0.00)	2.35±0.12
对照组	38	12 (31.58)	6 (15.79)	4.44±0.26
$t/\chi^2$	/	6.728	6.514	44.992
$P$	/	0.009	0.011	0.000

### 2.3 两组检查满意度比较

对比检查满意度，观察组更高（ $P < 0.05$ ）。详见表3。

表3 两组检查满意度比较[ $n(\%)$ ]

组别	例数	满意	基本满意	不满意	满意度
观察组	38	29	8	1	97.37
对照组	38	19	11	8	78.95
$\chi^2$	/	/	/	/	6.176
$P$	/	/	/	/	0.013

## 3 讨论

目前，临床主要通过胃镜检查识别各种消化内科疾病，该方式属于金标准，应用于各级医院，准确率高<sup>[6]</sup>。近些年诊疗技术持续进步，胃镜也逐渐完善，以胃镜为基础，便于治疗上消化道溃疡，可以取出下食管异物，对下食管曲张进行结扎处理等。普通胃镜检查虽然效果明确，但检查时患者易产生不适感，影响到依从性，中止检查概率高，存在诸多弊端。尤其是老年患者，其各项功能衰退，进行胃镜检查时，其耐受性差，另外胃镜会刺激咽喉，可能影响到交感神经，导致其兴奋过度，从而产生不良反应，例如心律失常、恶心呕吐等，会威

胁到生命<sup>[7]</sup>。进行检查时，由于出现明显不适感，患者配合度差，花费时间较长，痛苦感明显，具有多种检查风险<sup>[8]</sup>。

采用无痛胃镜，内镜检查医师、麻醉医师加强配合，先进行麻醉，维持镇静状态，然后进行胃镜检查，通过该方式能尽快消除不适反应，内镜医师可以此为途径，对受检部位进行细致、全面检查，可提升诊断效果<sup>[9]</sup>。另外麻醉会阻碍胃肠蠕动，方便观察，利于治疗，能防范误诊、漏诊现象。该技术的适应证更广泛，无论是高血压者、精神异常者，还是老年人和儿童，均可采取该方式，同时能用其复查胃病，优势突出<sup>[10]</sup>。进行无痛胃

镜时,选择丙泊酚和芬太尼,其能加强麻醉效果,副作用少,术后患者能在短时间内苏醒,安全有效<sup>[11]</sup>。其中就丙泊酚而言,其属于短效麻醉剂,本品起效快,通过静脉给药,用量为2mg/kg,达峰时间约为1min,能保护患者咽喉部,缓解胃镜对其产生的刺激,可促进肌肉松弛,推动意识消失,可防范呕吐、恶心等反应。就芬太尼而言,其属于强效纯ORA,能快速起效,具有较强镇痛功效,同样可保护咽喉,防范不良反应<sup>[12]</sup>。联合两种药物,其能起到协同功效,可加强镇痛、镇静等效果,促进胃镜检查顺利进行。麻醉师、检查者密切配合,确定胃镜插入时间点,上述两种药物属于理想镇静剂,但进行胃镜检查时,两种药物可能对循环、呼吸系统产生影响,多项研究显示其受药物注入速度和剂量影响,且具有一过性特征,检查中给予患者吸氧,全面管控循环、呼吸情况,控制给药速度、剂量,则安全性高<sup>[13]</sup>。本次研究结果显示和对照组比,观察组的血氧饱和度更高,心率、舒张压和收缩压均更低( $P < 0.05$ ),表示无痛胃镜诊疗术能维持生命体征稳定,患者循环、系统等未受到较大影响。观察组的检查满意度更高( $P < 0.05$ ),代表患者对于无痛胃镜更加满意。观察组的不适反应率、检查中止率和检查操作时间均更低( $P < 0.05$ ),表明无痛胃镜优势更明显,应用时间短,安全性高。说明无痛胃镜诊疗术在检查消化内科疾病时优势突出<sup>[14]</sup>。

综上所述,检查消化内科疾病时采取无痛胃镜诊疗术,能维护生命体征稳定,防范不良事件,提升检验满意度,具有推广价值。

#### 参考文献

- [1]洪嫣兰,陆小锋.无痛胃镜下应用透明帽治疗儿童食管异物的临床研究[J].浙江创伤外科,2023,28(12):2309-2311.
- [2]陈宁,赵淑磊.二甲硅油在无痛胃镜中对上消化道黏膜表面清洁度的影响[J].中国医刊,2023,58(12):1347-1349.
- [3]刘明德,黄宏立.常规胃镜与无痛胃镜治疗上消化道异物的临床效果分析[J].中国医疗器械信息,2023,29(16):66-68.
- [4]陆明明.无痛胃镜与普通胃镜检查的临床效果比较[J].当代护士(下旬刊),2021,28(4):152-153.
- [5]宿静.无痛胃镜与普通胃镜在消化内科诊疗患者中的应用效果研究[J].中国实用医药,2023,18(9):45-48.
- [6]黄潇.无痛胃镜联合肠镜检查的临床并发症发生率及其护理干预[J].黑龙江中医药,2021,50(2):226-227.
- [7]刘忠瑛.无痛胃镜在消化内科常见疾病诊疗中的应用价值[J].中国社区医师,2023,39(12):92-94.
- [8]吴坤宝.上消化道异物患者应用常规胃镜与无痛胃镜治疗的效果[J].中外医学研究,2023,21(12):144-148.
- [9]仰晓艳.试论同时进行无痛胃镜和肠镜检查的临床价值[J].智慧健康,2023,9(10):195-198.
- [10]杜梦飞,帅峰.上消化道出血患者的无痛胃镜治疗及护理干预研究[J].山东医学高等专科学校学报,2023,45(1):21-23.
- [11]刘丽凤,贾悦,杨勇.上消化道异物患者应用常规胃镜与无痛胃镜治疗的临床效果及安全性对比分析[J].中国医疗器械信息,2022,28(23):126-128.
- [12]杨康.芬太尼联合丙泊酚在老年患者无痛胃镜麻醉的临床安全性评价[J].西藏医药,2022,43(1):70-72.
- [13]高素琴,郭宇峰.右美托咪定联合丙泊酚在临床无痛胃镜麻醉中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2021,6(24):100-102.
- [14]贾琼.无痛胃镜在消化内科临床诊疗中的应用价值分析[J].医学食疗与健康,2021,19(15):31+59.