

无痛胃肠镜诊疗术在消化内科疾病中的临床应用效果

陈秀奇

黑龙江护理高等专科学校 黑龙江 哈尔滨 150000

摘要: 在研究消化系统等内科疾患中, 无痛胃镜治疗技术的临床使用疗效。**方法:** 研究时期: 二零二零年4月~二零二一年四月, 研究对象为: 医院在消化内科中做胃镜的病人三百八十例, 把这三百八十人根据各种胃镜检验方法加以划分, 对照组与实验组各一百九十人(对照组采取普通胃镜诊疗术, 实验组采取无痛胃镜诊疗术)。**结论:** 无痛胃镜诊疗术, 不管是从诊断时间、检查中止情况、不适反应的情况来看, 又或者是从观察后病人有没有产生身体的不适感来看, 无痛胃镜诊疗术都是比较好的常规胃镜检查方法, 其治疗的满意度也都是比进行过普通胃镜检查的患者的评价更好的。**结果:** 无痛胃镜诊疗术能够显著减少诊断费用, 提高治疗过程中病人的满意水平, 从而降低了不良情况的出现, 显著改善了治疗效果, 在临床使用上也有着相当大的使用价值, 因此应该在消化内科医院中加以普及应用。

关键词: 消化内科; 无痛胃镜; 临床; 应用

引言: 消化科疾病虽然是一类常见的病症, 但是当消化疾病患者发病的时候会感到痛苦不堪, 工作和日常生活都会收到影响。利用胃镜进行检查是一种医院中常见的检测消化道病况的诊疗方法, 不仅准确性很高、创伤小、可靠性强等优点, 被广泛地应用。但传统的胃镜检查由于其穿透式的优势往往使病人产生不适感, 所以, 承受不了疼痛的病人也希望进行胃镜检查, 从而改变病情诊断。近几年来, 随着医疗科技不断的革新发展, 一门崭新的胃镜治疗技术——无痛胃镜治疗技术也逐渐的应用在了消化内科的临床应用当中。本文将选取医院的消化内科科室于二零二零年4月—二零二一年四月接受的近三百八十例病人开展调查研究, 现将调研情况报告如下。

1 无痛胃肠镜的概述

无痛胃镜和无痛肠镜都是属于消化系统中的最常规检查。通过胃镜及肠镜检查可以明确是否有胃肠道的器质性病变, 主要是通过器械从食管以及肛门探入后了解是否有胃炎, 消化性溃疡, 肠炎, 胃肠息肉, 甚至胃肠道癌变等。经常出现腹痛, 腹泻, 恶心, 呕吐症状者则需要常规检查了解病变情况, 早发现早处理

2 检查过程

(1) 检查前的准备工作: 如禁食六小时等特殊情况下, 对咽部进行麻醉三次, 每次时间为3~5分钟。

(2) 体位和姿态变化: 最常见的为左侧卧位, 头部略向前, 含胸, 并放松颌扣, 以防影响头颈活动。松懈裤带, 双下肢零点五挫曲, 松弛腹肌, 可降低腹压^[1]。

(3) 取下活动性假牙, 并咬住齿垫, 再放置一弯盘以吸收从口腔中流出的分泌物。

(4) 患者可用手握镜前端, 将胃镜缓慢置入口腔或舌根处, 这时多有恶心感。在呕吐明显后, 如进行吞咽操作后, 食道的口会处于打开状态、医师会在打开的一瞬间顺着开口把胃镜插入进食管。有的人配合欠佳的, 而医师会嘱做吞咽运动正是由于这种原因。由咽部进食道的胃镜检查过程的感觉最强烈之处, 也就是我们所看到的最难以理解的困难之处: 由于大部分人在1~3秒内医生就已成功地将胃镜检查插入了食管, 所以呕吐等症状都非常轻微。但极少数人因为过于紧张, 而误以为医生是要自己把胃镜的检查吞食, 所以配合不良。

(5) 胃镜检查走完食道后从上到下循腔检查, 看食管黏膜的色泽、有没有溃疡和糜烂、有没有癌变。

(6) 胃镜深入大约离门齿四十公分时, 就达到了食道和胃部的连接处, 称之为贲门。医学上常提到的贲门癌即出现在这里^[2]。

(7) 胃镜检查在通过贲门后随即流入胃内, 并分别观察胃底及粘液池、胃体以及胃窦部位相同, 但一般的镜身在进入胃内距门齿部约六十厘米以下时就可以到达胃窦部。在胃肠内的小弯侧与胃体和胃窦交界之部称为胃角, 在这里也是胃溃疡的主要发生部位, 而胃角溃疡即是指在这里的溃疡。

(8) 当镜身在离门牙大约七十厘米处时, 就可以到达幽门。此为胃镜中的内含物质通过十二指肠排出的主要通道。在它开口后, 食物也就可以进入十二指肠。另一种原因, 当幽门打开后胃镜就可以进入十二指肠并看到有无溃疡。一种原因, 当幽门打开时胃镜就可以进入十二指肠并看到有没有溃疡。有幽门梗阻时, 胃镜也是无法进入幽门的, 但是在胃镜下就能够判断有无幽门梗

阻, 以及是彻底性梗阻还是信息的不全面性梗阻^[3]。

(9) 胃镜检查, 经过幽门后即进入到十二指肠球部。球部通常偏圆, 若有溃疡、糜烂则明显。十二指肠球区溃疡, 就是发生于此的溃疡。医生有时根据要求, 将胃镜检查插在十二指肠降区, 并同时检查十二指肠乳头, 此处为胰胆管的开口部, 而十二指肠乳头癌即产生于此。

(10) 退镜: 医生在退镜后, 在十二指肠内再沿进入

的途径再检查一遍, 以防遗漏。依次是十二指肠球部、幽门丁胃窦、胃角、胃体、胃底、痔管、食道。

3 资料与方法

3.1 一般资料

纳入消化内科在2020年3月~2021年3月时间段收治的患者360例展开研究, 分为两组, 每组180人。具体情况参见表1。

表1 两组患者的一般资料

组别	性别		年龄(岁)		病程(d)	
	男性	女性	范围	平均值	范围	平均值
实验组	96	84	24~75	51.21 (±7.64)	3d~32d	16.33 (±2.4)
对照组	102	78	27~78	42.63 (±7.24)	4d~36d	15.6 (±2.3)

3.2 通过研究调查, 由于二个患者基础资料的差别并不明显, 对统计结论也没有产生影响, 所以并不具有统计意义。

纳入标准: ①自愿配合实验调查的患者; ②家属同意患者参与实验的患者。

剔除标准: ①患有精神疾病导致神志不清的患者; ②患有传染疾病的患者; ③家属不同意参与实验的患者^[4]。

3.3 方法

两组病人在作胃镜前后十二小时内不得饮酒和进餐, 以确保检查的时间均为空腹状态下。在手术前后。医务人员必须给每个病人测量血氧饱和度、血压以及心率测量值, 并录下数据以供对照。同时出于安全起见, 还必须检查多功能检测仪、氧气设备、抢救用具和呼吸器具等装置, 是否准备完好并能够正常使用。

对照组患者应用普通胃镜进行检测。试验前约5~10分钟应用盐酸利多卡因或利多美进行口咽部麻醉。通过支持病人左侧卧位, 将胃镜直接置入口腔, 并诱导病人自行吞食来使胃镜成功的抵达胃部, 在试验结束后, 应密切观察病人的生活体征。

实验组患者行无痛胃镜检查。最初, 通过心电图监测患者, 打开静脉通道, 通过鼻导管以2-3L/min的流速给予氧气。静脉推注芬太尼0.05mg, 缓慢推注丙泊酚1.5-2.5mg/kg, 睫毛反射消失后行胃镜检查。检测过程中, 按照病人的实际情况, 按三十负五十mg的标准用量加入了丙泊酚, 使得病人并无明显的躯体活动, 并顺利进行了胃镜检查^[5]。

3.4 观察指标

针对参照组消化内科疾病患者及治疗组消化内科疾病患者实施胃镜诊疗术后的检查出错及中止率、不良反应发生率、舒适度评分、检查过程中操作时间及患者满意度评分等指标进行对比分析。(1) 检查出错及中止率: 检查过程中不愿意继续检查、躁动或抗拒等情况; (2) 不良反应: 包括恶心、呕吐、紧张恐惧、血压异常等等; (3) 舒适度评分: 采用舒适度评分量表对患者检查过程中的舒适程度进行评分, 总分一百分, 分数越高患者的舒适度越高^[6]。

3.5 统计学分析

通过sPss26.0应用对二组消化内科疾病患者的观察数据进行了分析, 以满意度得分、在检测过程中的持续时间和对病人满意得分为计数资料, 以均数标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 而检测的出错及中止率、不良反应率为计数资料, 则使用 χ^2 表示, 当P为零点零五表示两组对消化内科疾病患者的观察数据的不同, 有一定统计价值。

4 研究结果

4.1 检查操作时间、不适反应程度和检查中止情况等对比

对照组患者的检查操作时间为(2.6±0.6) min, 参照组患者的检查操作时间为(4.5±0.9) min, 比对照组短于参考组。两个人群的检测工作次数、异常反应和检测中止次数都出现明显不同, 统计学研究结论 $P < 0.05$ 。

4.2 生命体征对比

检测前, 两个病人的血氧饱和度、血压、心率对比均无明显差别, P 值 > 0.05 。检测后, 参考各组病人的血压、心率的波动程度均高于实验组, $P < 0.05$; 两组患者

的血氧饱和度比较仍无明显差异, $P > 0.05$ 。

5 讨论

胃肠镜的诊疗操作通常是介入性、侵袭式操作, 会对患者胃肠管产生一定的牵拉效应, 从而产生头痛、恶心、腹泻等不适反应, 同时还可能引起病人的心理压力增大, 甚至发生焦虑情况, 不利于治疗操作的顺利完成, 予以患者适量的麻醉剂, 让其在正常睡眠状况下也可以正常进行操作^[7]。病人在进行无痛胃肠镜诊疗时, 能有效降低其咽喉反射, 而没有产生明显的疼痛感, 从而提高了对病人的依从性, 使其主动地配合医生检查, 从而减少了检查操作的时间。但消化系统内科疾病患者在常规胃肠镜检查时, 会受到生物冲击、心理因素影响, 对其心率、血压等产生了很大的影响, 而在无痛胃肠镜诊疗时, 患者的各项生命体征不会出现过度波动。

无痛胃镜检查是在病人处于麻醉状态下实施的胃镜检查, 在这种过程中, 医生们可以比较全面而详细的完成检测, 并且操作的时间更短, 诊断率也更加精确, 从而使病人的不适状况大大降低, 同时病人在麻醉状态下, 其胃肠道运动会受到了有效控制, 从而大大减少了外部原因所带来的影响。因此无痛胃镜的适用人群一般有以下六类, 其一是胃癌病人; 其二为慢性胃炎病人; 其三为有腹胀、恶心、黑便、上腹部不适、饮食减少的患者; 其四为经X线检查后出现的胃部肿块、胃息肉、为溃疡, 而又不能给其定性者; 其五为胃肠内疾病治疗者; 其六为必须进行异物取出, 甚至进行息肉电凝电切处理的病人。该诊断方式主要是可以适当增加胃镜检查适应征, 以便于对病人的检查和治疗。该诊断手段主要是可以适当增加胃镜检查适应征, 以便于对病人的检查和治疗。观察本组病人胃镜检查的持续时间、检查间断次数、异常反应发生率、收缩压改变、舒张压改变等, 明显高于普通组病人 ($P < 0.05$), 其结果能够充分体现无痛胃镜诊疗术的重要临床价值, 其结果也能够充分说明无痛胃镜诊疗术相比于普通胃镜, 有着更小的血压影响, 能够使患者依从性提升^[1]。

无痛胃肠镜诊疗技术首先被运用于消化内科治疗传染病检查与防治工作中是在上世纪九十年代, 本文中使用的异丙酚、芬太尼为当前无痛胃肠镜治疗技术中较为常用的麻醉用药组合^[2]。其中, 异丙酚属于一类短效麻醉药品, 具有较良好的镇静功效, 有零点五衰期短、消失

速度较快、作用时间较快、毒性较小的应用优势; 但难免也会给机体造成一些毒副作用, 主要体现在舒张外周血管、抑制心脏, 因此, 在使用该方法之前必须限制输注速度。芬太尼是属于阿片类止痛药剂, 有强烈的镇静作用、起效较快的应用特性; 同时能够有效的抑制应激反应, 进而调节异丙酚应用的毒副作用; 但是难免会对人体产生一定毒副作用, 主要表现为呼吸功能障碍, 为此, 在应用此药物时需要控制注射速度, 同时注重对患者的吸氧治疗^[3]。

无痛胃肠镜诊疗术在消化内科疾病诊断和治疗中的应用要点是控制麻醉药物应用剂量和注射速度, 如果注射速度过慢, 会延长药物起效时间, 进而延长手术时间; 如果注射速度过快, 会增加患者的不良反应, 不利于维持患者身体指标的正常。

结束语:

上述研究结果表明, 接受无痛胃镜检查 and 治疗的实验组患者得到了更高质量的诊治。无痛胃镜诊疗术无论是从诊疗时间、检查中止现象、不适反应发生现象来说, 还是从检查后患者是否感到身体的不适来说, 无痛胃镜诊疗术都更加优秀于常规胃镜检查, 而治疗的满意度也是比做了普通胃镜检查的病患的满意度较高的。因此, 有必要在消化内科的临床诊治中推广无痛胃镜检查。

参考文献:

- [1]马燕萍.不同镇痛药物联合丙泊酚静脉快通道麻醉用于无痛胃肠镜诊疗的临床观察[J].国际感染病学(电子版), 2020, 9(02):315.
- [2]段鲁静, 赵作静, 王瑞, 马建民.优质护理干预对老年无痛胃肠镜诊疗术患者生命体征、情绪及不良反应的影响[J].航空航天医学杂志, 2020, 31(01):96-98.
- [3]彭晓晓.无痛胃镜诊疗术在消化内科疾病中的临床应用效果[J].基层医学论坛, 2018, 22(28):3948-3950.
- [4]王松.无痛胃肠镜诊疗术在消化内科疾病中的临床应用效果分析[J].医药前沿, 2017, 7(004):179-180.
- [5]王梓豪, 权菡.无痛胃镜诊疗术在消化内科疾病中的应用效果分析[J].养生保健指南, 2019, 000(001):259.
- [6]王永昌.无痛胃肠镜诊疗术在消化内科疾病中的临床应用效果[J].山西医药杂志, 2020, 49(06):674-675.
- [7]屈世宏, 张怀刚.探讨无痛胃镜诊疗术在消化内科疾病中的应用价值[J].名医, 2019, {4}(05):121.