

- [10] 俞亚丽. 中药结合吸入激素治疗小儿支气管哮喘 80 例[J]. 浙江中医药大学学报, 2006, 30(4): 373-374.
- [11] 邢燕如. 温肺散寒法治疗毛细支气管炎的疗效观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2008, 32(1): 77-78.

收稿日期 2011-04-28

(编辑 羽飞)

笑气清醒镇静在胃镜检查中的应用

梁庆艳 山东省沂水县人民医院消化内科 276400

摘要 目的:总结笑气无痛胃镜检查的临床经验。**方法:**观察组为自愿接受笑气清醒镇静下行胃镜检查的患者 1 000 例,对照组为普通胃镜检查的患者 1 000 例,对两组患者检查术后反应情况及检查前、中、后 HR、SBP、DBP 及 SpO₂ 变化进行比较。**结果:**观察组术后反应明显低于对照组,观察组在整个过程中呼吸频率和血氧饱和度无明显异常和变化。**结论:**笑气无痛胃镜检查,操作简单,提高了胃镜检查的舒适度,是可行的,安全的,值得推广应用。

关键词 笑气 清醒镇静 胃镜检查

中图分类号:R443⁺.8 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-7585(2011)11-1294-02

电子胃镜检查是诊断消化道疾病的主要方法之一,但是常规胃镜检查治疗存在一定的痛苦,不少患者因惧怕或拒绝检查,得不到及时诊治。笑气胃镜检查与常规胃镜检查相比痛苦明显减轻,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 观察组为我院内镜室 2009 年 5 月—2010 年 10 月自愿接受笑气清醒镇静下行胃镜检查的患者 1 000 例,其中男 648 例,女 352 例,年龄 17~78 岁。对照组为我院内镜室同期普通胃镜检查的患者 1 000 例,其中男 635 例,女 365 例,年龄 16~79 岁。两组性别、年龄、身体基本状况比较,经统计学处理无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 常规胃镜诊疗前准备,禁饮食 6h 以上,观察组使用笑气清醒镇静仪和心电监护仪。向患者介绍镇静的相关情况并签署同意书,患者先常规含服利多卡因胶浆 1min 后摆好体位,指导患者如何吸气,为患者戴上鼻罩吸入 100% 氧气,调整通气量使患者呼吸平稳后,开始吸入 50% 氧气及 50% 笑气,逐渐增加笑气含量,减少氧气含量直至患者充分镇静(最大笑气含量不超过 70%)后开始进行胃镜检查操作。胃镜插入的指征和时机:(1)询问患者感觉,无不适和恐惧感。(2)对胃镜插入的动作无恐惧或拒绝的反应。(3)胃镜插入口咽部无明显的反应。(4)有恐惧感和明显反应者需延迟插入胃镜。操作完成后再吸入纯氧 2~3min。对照组患者常规含服利多卡因胶浆 10ml 后按常规程序进行电子胃镜检查。

1.3 观察指标 连续监测并记录血压(BP)、心率(HR)和血氧饱和度(SpO₂),以及患者对检查的反映情况,并对检查者进行问卷调查是否愿意按原方法进行必要的检查。

1.4 统计学方法 数据以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,均数差异性比较用 t 检验。

2 结果

2.1 所有病例均顺利完成操作。两组检查术后反应情况比较见表 1。比较均有统计学意义($P<0.01$)。说明观察组术后反应明显低于对照组。

2.2 观察组在整个过程中呼吸频率和血氧饱和度无明显异

常和变化。插入胃镜前吸入笑气对心率无明显影响。插入胃镜和检查过程中部分患者心率较插入胃镜前增加,但都在正常范围。而对照组在检查中出现心率、血压及血氧饱和度的变化,与同组检查前比较有明显差异($P<0.01$),两组心率、血压、血氧饱和度的比较见表 2。

表 1 两组检查术后反应情况比较

组别	例数	咳嗽	恶心	呕吐	流泪	躁动	咽痛	愿再次接受检查
观察组	1 000	50	70	2	0	87	65	980
对照组	1 000	862	907	670	780	760	300	200

注:两组比较 $P<0.01$ 。

表 2 两组患者检查前中后 HR、SBP、DBP 及 SpO₂ 变化

组别		HR(次/min)	SBP(mmHg)	DBP(mmHg)	SpO ₂ (%)
观察组	前	75.9±10.5	122.5±7.2	75.3±4.8	98.6±0.7
	中	76.7±11.3	122.0±8.5	75.1±3.9	98.6±0.6
	后	76.9±12.1 #	122.2±6.9	74.9±5.6	98.6±0.3
对照组	前	75.2±12.5	123.8±6.2	74.8±5.3	98.1±0.5
	中	87.6±14.2 *	131.6±7.6 *	85.2±8.3 *	95.2±2.5 *
	后	86.4±15.1 *	125.4±5.9 *	79.6±6.3 *	98.3±0.5 *

注: * $P<0.01$, # $P<0.05$ 。

3 讨论

胃镜检查是诊断上消化道疾病的重要检查手段之一,但是电子胃镜检查术是一种侵入性操作,镜管径粗、镜身长易引起患者恐惧,且传统胃镜检查多是在咽喉部表面麻醉下进行,患者常有咽部不适,恐惧焦虑,恶心呕吐等情况出现,部分患者难以完成检查,部分患者甚至拒绝检查,这样将会延误病情^[1]。因此越来越多的患者选择无痛胃镜,使患者在不同镇静状态下进行检查,消除普通胃镜检查的痛苦不适。

目前已有多种镇静麻醉药物用于无痛胃镜检查^[2],如丙泊酚、苯二氮卓类及麻醉止痛剂等,丙泊酚是近年来备受推崇的可控性强、安全有效的静脉麻醉药^[3],但丙泊酚的个体化差异大,且对呼吸、循环系统有抑制作用,可引起心率减慢、血压下降、呼吸抑制或暂停^[2],其操作须由熟悉麻醉知识与心肺复苏技术的麻醉师在场。笑气无痛胃镜检查克服了上述弊端,起到很好的镇静作用,在整个检查过程中患者保持清醒,没有丧失意识,保护性反射存在,使整个检查过程

在几乎无痛苦的情况下顺利完成。

氧化亚氮即笑气是一种临床上公认最安全的吸入性麻醉剂^[4],通过抑制患者中枢神经系统兴奋性神经物质的释放和神经冲动的传导及改变离子通道的通透性而产生镇静作用,但对中枢神经系统没有明显的不良反应,对心率、心排出量、血压、静脉压、全身血量均无影响,不降低肝、脑、肾等重要脏器的血流量^[5]。笑气在临床上广泛应用以来,没有对笑气过敏病例的报道。笑气和氧气混合使用的安全性在于:(1)笑气不超过70%和氧气不低于30%是安全的。(2)患者会被轻度镇静而对口头指示有反应和保护性反应,咳嗽和呕吐反射存在,随时对患者进行监测、观察和交流。(3)笑气起效和消除都很快,根据镇静的强度和患者的反应随时调整笑气的浓度或剂量。(4)很少有副作用,常见的副作用是由于麻醉过深造成的。出现麻醉过度时停止吸入笑气,给予纯氧吸入,2~5min即可完全恢复。通过观察结果,说明笑气无痛胃镜与常规胃镜对患者生命体征及生理反射是有明显差异的。笑气无痛胃镜舒适、生理干扰小,是常规胃镜无法比的。笑气用于胃镜检查中镇静有以下特点:(1)低度镇静或清醒镇静,明显减轻患者的痛苦。(2)安全性好,对心肺影响轻。(3)不需要麻醉医师。(4)不需要建立静脉通道。(5)

有一定的失忆性,患者在完成检查后不能完全、确切的回忆当时的情景,并且对时间的长短有一个错误的判断。(6)作用较迅速,操作简便,术前准备时间稍长。(7)相对容易定量,可即时调整浓度。(8)复苏快速完全。(9)价格低。

综上所述笑气无痛胃镜操作简单且提高了胃镜检查的舒适度,是可行的,安全的,值得推广应用。

参 考 文 献

- [1] 徐灿霞,唐五良,姜希望.胃镜检查前联合应用镇静镇痛药物的研究[J].中国内镜杂志,2000,6(3):10-12.
- [2] 徐灿霞,唐五良,姜希望,等.异丙酚和唑安定在胃镜检查中的应用研究[J].中华消化内镜杂志,2002,19(6):327-330.
- [3] Rever JG, Glass PSA, Lubarsly DA. Noubarbyturate intravenous[M]. Churchill Livingstone, 2000:228.
- [4] 吕东升.笑气在拔牙术中的应用[J].天津医科大学学报,2009,4(15):724-725.
- [5] O'Sullivan I, Bengner J. Nitrous oxide in emergency medicine [J]. Analgesia, 2003, 20(3):214-217.

收稿日期 2011-04-22

(编辑 羽飞)

蜂蜜、花生油混合液鼻饲联合中药灌肠治疗肠梗阻 61 例*

黄汝明 洪仁华 庞振雄 湛江中心人民医院,广东省湛江市 524037

摘要 目的:探讨蜂蜜、花生油混合液鼻饲联合中药汤灌肠治疗肠梗阻的疗效。**方法:**按住院卡的单双号分组,将符合纳入、排除标准的121例患者分为对照组和治疗组,对照组给予常规治疗,包括:禁食、胃肠减压、全胃肠外营养、应用抗菌素、纠正水、电解质、酸碱平衡;治疗组在常规治疗基础上用花生油加蜂蜜混合液鼻饲联合中药灌肠,观察6d效果并做好统计。**结果:**治疗组治愈率(95.08%)明显高于对照组(83.33%),差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**在常规治疗的基础上加用蜂蜜、花生油混合液鼻饲联合中药灌肠治疗肠梗阻,可明显提高治疗成功率。

关键词 肠梗阻 蜂蜜、花生油混合液 鼻饲 中药汤 灌肠

中图分类号:R574.2 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-7585(2011)11-1295-02

肠梗阻是外科常见的急腹症,发病率高,发生于任何年龄。引起梗阻的原因及梗阻的类型很多,起病急病情严重,如处理不及时可危及患者的生命。但及时而正确的治疗,几乎完全能使患者转危为安。临床大多数患者可以采取保守治疗,若保守治疗48h无效,则需手术治疗。为了探索更佳的治疗方法,我科在用花生油、蜂蜜混合液鼻饲联合中药灌肠治疗肠梗阻,效果较理想,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入、排除标准 纳入:符合肠梗阻诊断标准,临床有腹痛、腹胀、呕吐、肛门停止排气排便等症状,腹部立位拍片可见肠管扩张、多处气液平面^[1],但无肠道血运障碍的单纯性肠梗阻。排除:腹腔肿瘤粘连导致机械性肠梗阻。

1.2 对象 2007年5月—2009年5月符合临床诊断标准患者共121例,粘连性肠梗阻71例,术后早期炎症性肠梗阻

30例,蛔虫和粪石性肠梗阻20例。按住院卡单双号将患者分为对照组(60例)和治疗组(61例),其中对照组男36例,女24例,年龄16~84岁,平均年龄52岁,治疗组男33例,女28例,年龄14~80岁,平均年龄50岁;两组年龄、性别、病情比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 对照组 给予常规治疗,包括禁食、胃肠减压、纠正水、电解质和酸碱平衡、全胃肠外营养以及应用抗菌素。

2.2 治疗组 在常规治疗基础上,给予鼻饲蜂蜜、花生油混合液联合中药大承气汤加味保留灌肠。具体:先取花生油50~100ml,煮沸消毒后凉至45℃,再加入蜂蜜50~100ml充分搅拌,用20~50ml注射器抽吸干净胃内容物,再将配好的蜂花混合液从胃管内注入,注入后不必冲洗胃管,直接夹紧胃管2h后才放开胃管接引流袋,1~2次/d。大承气汤:厚朴

* 基金项目:湛江市科技攻关项目(2008C06002)