

· 临床研究 ·

地佐辛联合丙泊酚在老年患者无痛胃镜检查中的临床观察

安卫平¹, 徐炳欣², 张亚飞³, 段淑芬²

1. 许昌市中心医院药学部, 河南 许昌 461000; 2. 许昌市中心医院消化内科, 河南 许昌 461000;

3. 许昌市食品药品检验所, 河南 许昌 461000

摘要: **目的** 观察地佐辛联合丙泊酚用于老年患者无痛胃镜检查的有效性及其安全性。**方法** 2011 年 3 月至 2014 年 5 月行无痛胃镜检查的老年患者 228 例, 随机分为地佐辛联合丙泊酚组(D/P 组)和丙泊酚组(P 组)各 114 例。D/P 组麻醉: 静脉注射地佐辛 30 $\mu\text{g}/\text{kg}$, 密切观察 10 min 后注入丙泊酚 1.5 mg/kg ; P 组麻醉: 单纯静脉注射丙泊酚 2 mg/kg 。观察两组患者的血流动力学指标, 记录两组丙泊酚用量、苏醒时间、定向恢复时间、满意程度及不良反应发生情况。**结果** 两组均顺利完成检查。检查中两组平均动脉血压、血氧饱和度、呼吸频率、心率均有所下降, 其中 P 组平均动脉血压、心率低于 D/P 组, 差异有统计学意义(P 均 < 0.05)。D/P 组患者丙泊酚用量、苏醒时间均小于 P 组 (P 均 < 0.05); 并发症发生率明显低于 P 组 (6.1% vs 20.2%, $P < 0.05$); 患者满意程度高于 P 组 ($P < 0.05$)。**结论** 地佐辛联合丙泊酚用于老年患者无痛胃镜检查, 可稳定循环呼吸功能, 安全性好, 并提升患者的满意程度。

关键词: 地佐辛; 丙泊酚; 无痛胃镜; 胃镜检查; 老年人

中图分类号: R 614 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)05-0611-03

无痛胃镜检查作为诊断消化系统病变最常用的方法, 具有创伤小、无痛苦等优点^[1-2]。丙泊酚是无痛胃镜检查常用的麻醉剂, 具有麻醉诱导起效快、苏醒迅速且功能恢复完善, 术后恶心、呕吐发生率低等优点。单用丙泊酚静脉注射会有一过性呼吸抑制、注射部位疼痛等相关问题^[3]。老年患者脏器功能减退, 对麻醉药物的耐受性差, 在进行无痛胃镜检查时更需注意麻醉用药的安全性和有效性^[4-5]。我们采用地佐辛联合丙泊酚用于无痛胃镜检查, 现将其有效性及安全性报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 3 月至 2014 年 5 月于许昌市中心医院消化内镜中心行无痛胃镜检查的老年患者 228 例, 男 127 例, 女 101 例; 年龄 65 ~ 82 岁。将其随机分为地佐辛联合丙泊酚组(D/P 组)和丙泊酚组(P 组), 每组各 114 例。D/P 组男 63 例, 女 51 例; 年龄(72.6 \pm 3.8)岁; 体质量(64.2 \pm 9.8) kg。P 组男 64 例, 女 50 例; 年龄为(73.1 \pm 3.3)岁; 体质量(66.5 \pm 7.6) kg。两组患者均 ASA II ~ III 级; 患者血

常规和凝血功能正常, 无相关药物过敏史; 无重要器官功能障碍、内分泌疾病、精神失常及急性传染性肝炎。两组患者年龄、性别、体质量等一般资料比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05)。

1.2 方法 无痛胃镜检查前禁饮、禁食 4 ~ 6 h。进入检查室后经肘部静脉穿刺置管建立静脉通路, 应用 Mindray Beneview T5 多功能心电监护仪常规监测平均动脉压(MAP)、指脉氧饱和度(SpO_2)、心电图、呼吸频率(RR)和心率(HR)。患者取左侧卧位, 鼻导管给氧。D/P 组: 静脉注射地佐辛 30 $\mu\text{g}/\text{kg}$, 密切观察 10 min 后注入丙泊酚 1.5 mg/kg 至患者进入深睡眠, 于睫毛反射消失时开始内镜检查。麻醉深度指数(narcotrend index, NTI) 达 55 ~ 40, 术中如有体动反应, 按需追加丙泊酚 0.5 mg/kg 至反应消失。P 组: 单纯静脉注射丙泊酚 2 mg/kg , 其余操作同 D/P 组。术中密切观察患者相关体征, 如血压低于基础血压 30% 或 80 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa), 静脉注射麻黄碱 10 ~ 20 mg; 如 HR < 50 次/min, 静脉注射阿托品 0.25 mg; $\text{SpO}_2 < 90\%$, 给予加大氧流量和抬下颌等对症处理。检查结束后观察 30 ~ 45 min, 患者意识完全清醒后方可离开。

1.3 观察指标 记录两组丙泊酚用量、苏醒时间、定向恢复时间, 其中苏醒时间为检查结束至呼之能睁眼的时间, 定向恢复时间为检查结束至能按指令准确做

指鼻动作的时间。记录两组在麻醉前、检查中及检查完毕时的 MAP、SpO₂、RR、HR。比较两组患者满意程度、术中不良反应发生情况。患者的满意程度由患者本人评价,评分标准是科室为记录患者的满意程度自行制定,其中:很满意为 4 分,满意为 3 分,比较满意为 2 分,不满意为 1 分。

1.4 统计学处理 应用 SPSS 19.0 软件进行统计分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用成组 *t* 检验,不同时点比较采用重复测量的方差分析;计数资料比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床效果比较 D/P 组苏醒时间、丙泊酚用量少于 P 组 (P 均 < 0.05);患者满意度评分高于 P 组 ($P < 0.05$);定向恢复时间稍短于 P 组,但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

2.2 两组不同时点监测指标比较 检查期间,两组 MAP、SpO₂、RR、HR 与麻醉前比较均有所下降,其中 P 组检查中 MAP、RR 明显低于 D/P 组,差异有统计学意义 (P 均 < 0.05)。见表 2。

2.3 两组不良反应发生情况比较 行无痛胃镜检查期间,两组患者不良反应发生率较低。P 组 2 例出现

表 1 两组苏醒时间、定向恢复时间等比较 ($n = 114, \bar{x} \pm s$)

组别	苏醒时间 (min)	定向恢复时间 (min)	丙泊酚用量 (mg)	患者满意度评分
D/P 组	3.22 ± 0.58 *	14.2 ± 2.3	84.7 ± 12.2 *	3.82 ± 0.41 *
P 组	4.15 ± 0.86	15.8 ± 2.5	118.4 ± 13.5	2.66 ± 0.68

注:与 P 组比较, * $P < 0.05$ 。

表 2 两组不同时间点 MAP、SpO₂、RR、HR 比较 ($n = 114, \bar{x} \pm s$)

组别	MAP(mmHg)	SpO ₂ (%)	RR(次/min)	HR(次/min)
D/P 组				
麻醉前	85.5 ± 5.8	98.2 ± 1.1	22.1 ± 1.4	80.8 ± 7.2
检查中	83.2 ± 3.9	93.7 ± 0.8	19.2 ± 1.6	78.3 ± 6.7
检查毕	85.3 ± 4.9	98.4 ± 0.9	21.8 ± 1.9	80.2 ± 6.4
P 组				
麻醉前	86.1 ± 5.3	98.5 ± 0.8	21.8 ± 1.7	81.1 ± 6.3
检查中	73.4 ± 6.1 ▲	94.1 ± 0.7	16.9 ± 1.1 ▲	74.7 ± 6.5
检查毕	85.7 ± 3.6	98.1 ± 1.2	21.4 ± 1.3	80.6 ± 7.5

注:与 D/P 组检查中比较, ▲ $P < 0.05$ 。

表 3 两组不良反应发生情况 [$n = 114, \text{例}(\%)$]

组别	恶心	呕吐	躁动	呼吸抑制	红斑	合计
D/P 组	4(3.5)	0	3(2.6)	0	0	7(6.1) *
P 组	11(9.7)	1(0.9)	8(7.0)	2(1.8)	1(0.9)	23(20.2)

注:与 P 组比较, * $P < 0.05$ 。

呼吸抑制,加大氧流量后消失。其他不良反应均未加干预。D/P 不良反应总发生率低于 P 组 (6.1% vs 20.2%),差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

3 讨论

丙泊酚是烷基酚类的短效静脉麻醉药,通过激活 GABA 受体-氯离子复合物,发挥镇静催眠作用。静脉注射丙泊酚后起效迅速,作用时间短,是一种新型快速、短效静脉麻醉药,它具有麻醉诱导起效快、苏醒迅速且功能恢复完善等优点^[6]。因此,临床上丙泊酚常作为无痛胃镜检查的诱导麻醉。

有报道显示,丙泊酚对循环系统有抑制作用,较常见的不良反应是血压下降和心率减慢,严重时可引起低血压和心动过缓^[7],而一旦发生将给无痛胃镜的操作带来困难,给行此检查的老年患者带来安全隐患。本研究中,D/P 组患者的血压降低程度明显低于 P 组,其可能原因是地佐辛的使用降低了丙泊酚的使用剂量,而药物的不良反应与其给药剂量密切相关。本研究结果显示,地佐辛联合丙泊酚更能维持老年患者血流动力学的稳定,使检查的安全性更好。

与镇静作用相比,丙泊酚的镇痛作用较弱。在检查中,单用丙泊酚时若镇静不彻底,患者会出现躁动、恶心、呛咳等反应,如此患者的满意程度较低,达不到舒适无痛胃镜检查的目的。地佐辛是一种强效阿片类镇痛药,激动 κ 受体,拮抗 μ 受体,其药理作用特点为镇痛作用较强,且具有良好的镇静作用^[8-9],不易产生耐受性和呼吸抑制作用。在临床上,地佐辛联合丙泊酚用于无痛胃镜检查,可明显增强镇痛效果,同时减少检查中患者躁动不安等不良反应的发生率。不良反应发生率降低的原因可能是地佐辛的使用降低了丙泊酚的用量,也可能与地佐辛有较好的镇痛镇静作用有关^[10]。

本研究中,D/P 患者的满意程度评分高于 P 组,可能原因是,疼痛是决定患者满意程度的重要指标,D/P 组患者由于使用了镇痛作用较强的地佐辛,在胃镜检查过程中,患者基本没有丝毫痛觉,因此满意程度较高。

综上所述,地佐辛联合丙泊酚用于老年无痛胃镜检查能提供良好的镇痛、镇静效果,安全性好,是一种安全有效的静脉麻醉方法。

参考文献

- Jiang Z, Wu AL, Liu Y, et al. Reflux-preventing face mask designed for painless gastroscopy[J]. J Clin Anesth, 2012, 24(5):432.
- 马东红. 无痛胃肠镜与常规胃肠镜的临床应用及安全性对比分

- 析[J]. 中国临床研究, 2014, 27(5): 564-566.
- [3] Lu Y, Ye Z, Wong GT, et al. Prevention of injection pain due to propofol by dezocine; a comparison with lidocaine[J]. Indian J Pharmacol, 2013, 45(6): 619-621.
- [4] 张春元, 苏圣贤, 吴立新, 等. 氟比洛芬酯术后镇痛对老年患者肾脏功能的影响[J]. 中国临床研究, 2010, 23(8): 693-694.
- [5] 杨光旭, 游思洪, 熊观瀛. 老年患者无痛胃肠镜联合检查的临床安全性评估[J]. 中国临床研究, 2011, 24(12): 1104-1105.
- [6] Bartkowska-Sniatkowska A, Bienert A, Wiczling P, et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of propofol in children undergoing different types of surgeries[J]. Pharmacol Rep, 2014, 66(5): 821-829.
- [7] 朱姝. 地佐辛或芬太尼复合丙泊酚用于无痛人流术的麻醉效果[J]. 中国临床研究, 2013, 26(11): 1198-1199.
- [8] Zhu Y, Jing G, Yuan W. Preoperative administration of intramuscular dezocine reduces postoperative pain for laparoscopic cholecystectomy[J]. J Biomed Res, 2011, 25(5): 356-361.
- [9] Liu R, Huang XP, Yeliseev A, et al. Novel molecular targets of dezocine and their clinical implications[J]. Anesthesiology, 2014, 120(3): 714-723.
- [10] 侯铁柱, 徐炳欣, 王晓慧, 等. 脑电双频指数监测地佐辛联合依托咪酯与丙泊酚静脉麻醉在老年胃镜检查中的应用[J]. 中国临床研究, 2015, 28(1): 4-6.

收稿日期: 2014-12-10 修回日期: 2015-02-26 编辑: 王国品

· 临床研究 ·

胃息肉内镜下钳夹活检术与内镜切除术后病理诊断的比较

陈珊杰¹, 陈云云²

1. 贵阳医学院 (2012 级研究生), 贵州 贵阳 550002; 2. 贵阳医学院第二附属医院, 贵州 贵阳 550003

摘要: **目的** 比较胃息肉内镜下钳夹活检术(EFB)与内镜切除术后病理诊断的差异。**方法** 回顾性分析 2011 年 10 月至 2013 年 10 月 125 例内镜下胃息肉切除术患者的临床资料, 比较 EFB 与息肉切除术后标本的病理诊断。**结果** 125 例患者共 192 枚息肉, 73 例患者为 1 枚, 37 例为 2 枚, 15 例为 3 枚息肉。143 枚息肉行圈套高频电切除术, 49 枚息肉行内镜下黏膜切除术。共有 163 枚(84.9%)息肉的 EFB 病理诊断与息肉切除术后病理诊断一致, 有 29 枚(15.1%)息肉的 EFB 病理诊断与息肉切除术后病理诊断不一致。在 EFB 病理诊断为增生性息肉、炎性息肉、胃底腺息肉、管状腺瘤各组中, 息肉切除术后病理诊断不一致率分别为 20.0%、17.7%、12.5%、9.7%。**结论** 胃息肉 EFB 与内镜切除术后病理诊断存在不一致性, 尤其多见于 EFB 病理诊断为增生性息肉及炎性息肉的患者。**关键词:** 胃息肉; 钳夹活检; 息肉切除; 病理诊断; 内镜下黏膜切除术

中图分类号: R 573 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)05-0613-03

胃息肉是指起源于胃黏膜上皮的有蒂或者无蒂病变, 呈局限性并向胃腔内突出^[1]。既往文献报道普通人群中胃息肉的发生率不足 1%^[2]。但近年来, 随着内镜技术的发展和普及, 胃息肉的发生率已经明显升高^[3], 最常见的胃息肉类型依次为胃底腺息肉、增生性息肉及腺瘤性息肉。胃底腺息肉在胃镜检查患者中的发生率为 6%, 在胃息肉患者中比例达 74%^[3]。胃息肉有转化为胃癌的可能, 其恶变率与病理类型及息肉大小有密切的关系^[4]。最易发生恶变的胃息肉类型为腺瘤性息肉, Kamiya 等^[5]在一项长达 4 年的随访研究中发现, 11% 的腺瘤型息肉最终发展为原位癌。

息肉一般没有症状, 且超过 90% 的胃息肉是在

胃镜检查过程中发现的^[1]。内镜下发现的胃息肉都应行活检及病理学检查, 以明确具体类型, 进而决定下一步治疗方式。目前常用的活检方法为内镜下钳夹活检术(endoscopic forceps biopsy, EFB), 但文献报道, EFB 所获病理结果与内镜下切除术后病理诊断并非完全一致, 且存在明显差异^[6]。本研究回顾性分析 2011 年 10 月至 2013 年 10 月在我院行内镜下胃息肉切除术患者的临床资料, 比较胃息肉 EFB 与内镜下息肉切除术后标本的病理诊断, 以评估 EFB 诊断的可靠性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 10 月至 2013 年 10 月在我院行内镜下胃息肉切除术的患者共 125 例, 其中男 56 例, 女 69 例, 男: 女为 1: 1.23; 平均年龄 (55.5 ± 13.9) 岁。所有患者行内镜下胃息肉切除前均已行