维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2008年第17卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg, 2008, Vol. 17, No. 4

无痛结肠镜的临床应用观察

Experience in clinical application of painless colonoscopy

哈 斌 （重庆市第九人民医院麻醉科，重庆 400700）

［关键词］结肠镜；丙泊酚；静脉麻醉
［中图分类号］R574.62 ［文献标识码］B ［文章编号］1672-5042(2008)04-C002-01

肠镜检查对诊治消化系统疾病有重要价值，但这是一种侵入性、有一定不适或痛苦的检查方法，若患者配合不佳，会影响诊治效果。因此，在肠镜检查过程中采用麻醉技术减少患者痛苦，提高检查耐受性，应用日渐广泛。近年，我院开展了无痛肠镜检查，患者普遍反应效果好，无痛苦、时间短，无不良反应，易于接受。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

90例自愿接受无痛结肠镜检查的门诊患者，男37例，女43例，年龄27～71岁，平均(50.1±10.5)岁，体重43～80 kg，平均(58.3±7.5) kg。麻醉耐受情况均为美国麻醉学会分级1～2级。排除对丙泊酚过敏、重度睡眠呼吸暂停综合征、近期患上呼吸道感染、有明显发热、鼻塞、喘憋等患者。

1.2 麻醉方法

常规肠镜检查准备，在右前臂建立静脉通道，以2 L/min流量鼻导管吸氧。监测动脉血压(BP)、心率(HR)、脉搏氧饱和度(SpO_2)。丙泊酚用5%葡萄糖盐水稀释为5 mg/mL，以3 mg/s的速率缓慢静脉注射1.0～1.5 mg/kg，同时观察患者神志、睫毛反射、肌力、呼吸情况，待患者意识及睫毛反射消失后开始插镜检查。根据患者检查中情况(躁动、肢动、呻吟、清醒等)追加丙泊酚用量达到镇静或浅麻醉状态。待患者完全清醒、定向力正常后方可离开诊室。观察术中有无躁动、呛咳、呃逆、肢动、呻吟等反应。观察有无药物的不良反应：局部疼痛、血压低、心率慢、呼吸抑制、恶心呕吐、头痛头晕等。询问患者满意度、舒适度、术中知晓情况。

2 结果

检查中BP、HR均有所下降，一般不需要特殊处理，清醒后可恢复，少数呼吸抑制较明显者，SpO_2小于90%时托下颌给氧后缓解，未发生严重缺氧后果。90例患者均顺利完成检查(进镜达到回盲部)，检查中患者均无明显因检查操作引起的流泪、呛咳、皱眉、肢体活动等表现，在检查结束后，均很快醒来，少部分麻醉偏深的患者，醒后有头晕感觉，但稍作休息，症状便很快消失。待患者完全清醒后询问，均不能回忆起检查中情况，并对无痛肠镜检查术满意，表示愿意再次接受检查。

［收稿日期］2008-04-29 ［修回日期］2008-07-01

3 讨论

常规的肠镜检查因为需要大量充气，加之肠系膜牵拉造成的内脏痛使患者难以接受，更有部分患者因为疼痛而中断检查，甚至诱发心脑血管意外或延误病情。同时患者因疼痛带来的焦躁情绪会影响操作者的进镜水平，干扰检查及治疗的质量。以往肠镜检查不予麻醉，给患者带来痛苦和恐惧，有些患者甚至拒绝检查，从而延误了疾病的诊断和治疗。无痛肠镜是在麻醉医师的配合下，静脉推注麻醉药物，使患者处于浅麻醉状态，然后进行常规检查的一种方法。这种方法使患者处于无感觉状态下，便于操作检查，在检查操作结束后，患者无明显不适感，避免了部分患者常规操作下反应重，不能耐受而导致的诊断中断或拒绝检查的缺点[1]。

丙泊酚是一种短效静脉麻醉药，从1986年开始用于临床麻醉，至今已有丰富的临床应用经验及广泛的安全使用记录。无痛肠镜检查术苏醒迅速而平稳，具有良好镇静催眠作用，能消除患者的焦虑和恐惧，已较多地应用于肠镜检查。丙泊酚麻醉用于肠镜检查虽具很多优点，但若推注过快、剂量过大，对呼吸、循环仍有一定的影响[2]。患者可出现呼吸、心率减慢和血压、血氧饱和度下降，这些在停药后短时间内可自行恢复，必要时根据具体情况对症处理。所以一定要警惕其对呼吸、循环等并发症的发生，必须由专业麻醉医生进行实际管理和具体操作，配备好各种急救药、监测仪、麻醉机等物品，预防不测，决不可掉以轻心[3]。综上所述，丙泊酚麻醉用于结肠镜检查对患者无明显不良反应，生命体征平稳，血流动力学改变不大，镇痛效果满意，用药少、起效快，苏醒迅速，值得临床推广，是一种安全可靠的方法。

［参考文献］

[1] Terruzzi V, Meucci G, Radaelli F, et al. Routine versus "on demand" sedation and analgesia for colonoscopy: a prospective randomized controlled trial [J]. Gastrointest Endosc, 2001, 54(2): 169-174.
[2] Faigel DO, Baron TH, Goldstein JL, et al. Guidelines for the use of deep sedation and general anesthesia for GI endoscopy [J]. Gastrointest Endosc, 2002, 56(5): 613-617.
[3] Raymondos K, Panning B, Bachem I, et al. Evaluation of endoscopic retrograde cholangiopancreatography under conscious sedation and general anesthesia [J]. Endoscope, 2002, 32(9): 721-726.

（编辑：文 灿）