

# 息肉冷切除术治疗消化道息肉的方法及临床有效性研究

刘晗,王海,马静,尹桃,王雪

(宁夏回族自治区人民医院,宁夏 银川 750011)

**【摘要】目的:**研究探讨息肉冷切除术应用于消化道息肉治疗中的有效性。**方法:**选取2020年2月~2021年2月来医院就诊的800例直径小于1 cm消化道息肉患者为研究对象,按照随机数字表法随机分为对照组和观察组,各400例。对照组采用内镜下黏膜切除术,观察组采用息肉冷切除术。比较两组的临床表现。**结果:**观察组治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组手术、住院时间短于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后,观察组日常生活能力评定量表得分高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组复发率低于对照组,但差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论:**息肉冷切除术治疗消化道息肉效果较好且安全性较高,能够提高患者的生活质量,值得临床进一步推广和应用。

**【关键词】**消化内镜;消化道息肉;临床有效性研究

中图分类号:R57

文献标识码:B

文章编号:1671-2242(2022)25-0064-03

消化道息肉是一种多因素引发的消化系统疾病,主要由运动不足、高胆固醇食物摄入过多引起,多见于食道、胃、结肠,多见于小肠<sup>[1-2]</sup>。前期症状不明显,易被忽略,漏诊率较高,中后期易出现腹痛、便血等症状,而治疗不及时可能导致息肉癌变,威胁患者健康<sup>[3]</sup>。近年来,消化内镜以其技术成熟等优势被广泛应用于消化道息肉切除中,而内镜医师通常根据息肉的大小、形态来选择恰当的切除技术。息肉冷切除术与内镜下黏膜切除术是目前临床常用术式<sup>[4]</sup>。为进一步探究消化内镜治疗消化道息肉的有效性,本文以对照试验法将息肉冷切除术与内镜下黏膜切除术分别应用于消化道息肉治疗中,以期为临床治疗消化道息肉提供一定的参考价值,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料:**选取2020年2月~2021年2月来我院就诊的800例直径小于1 cm消化道息肉患者为研究对象,按照随机数字表法随机分为对照组和观察组,各400例。观察组男223例,女177例;年龄31~63岁,平均(46.50±2.18)岁;病程2~9个月,平均(6.20±0.20)个月;息肉位置:直乙状结肠211例、降结肠102例、横结肠87例;息肉直径0.8~2.9 cm,平均(2.14±0.39)cm;单发性息肉286例,

多发性息肉114例。对照组男225例,女175例;年龄33~65岁,平均(46.47±2.23)岁;病程2.5~10个月,平均(6.21±0.21)个月;息肉位置:直乙状结肠213例、降结肠102例、横结肠85例;息肉直径0.9~3.1 cm,平均(2.34±0.51)cm;单发性息肉286例,多发性息肉114例。两组一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。本次研究经伦理委员会批准后开展。(1)纳入标准:确诊伴有消化道息肉;知情本研究且签订同意书;入院前1年内未接受任何可能影响免疫功能的治疗;无应用麻醉药物和治疗所需药物的过敏或禁忌证。(2)排除标准:对治疗有抵抗;合并严重系统性疾病;合并其他消化系统疾病;凝血障碍;近期有重大手术史;合并溃疡性结肠炎或肠梗阻。

**1.2 方法:**两组术前均接受我院心电图、凝血功能等常规检查;均积极配合我院原发病控制治疗。术前详细收集患者病程、相关病史、与消化道息肉相关生活习惯、治疗预期、息肉位置、息肉大小等一般资料,结合过往消化道息肉治疗情况对患者手术方案、可能存在问题、注意事项等做出估计与评价,给患者发放消化道息肉相关的健康管理手册,指出患者及家属亟待解决的经济、手术预后等问题,针对具体问题,结合患者具体情况,与患者及家属共同制定有针

对性的手术方案。对照组采用内镜下黏膜切除术。引导患者以左侧卧位躺于检查床上,接受麻醉后将电子内镜插入消化道,推进、调整内镜位置与角度,观察息肉病变位置状况,清除病变位置分泌物、肠液等可能影响手术操作的位置,确认病灶。在距离病灶边缘1~2 mm的位置向黏膜下层注射适量的生理盐水美兰,凸显息肉病灶,至整个病灶与固有肌层全面分离,采用圈套切除,确认创口无渗血后退出内镜。观察组采用息肉冷切除术。引导患者左侧卧位躺于检查床上,接受麻醉后将电子内镜插入消化道,推进、调整内镜位置与角度,观察息肉病变位置状况,清除病变位置分泌物、肠液等可能影响手术操作的位置,确认息肉位置、大小、病变程度、形态。若经内镜观察到息肉直径 $\leq 3$  mm,可予冷活检钳切除,若直径4~9 mm,需用冷圈套器切除。应用冷圈套器,圈套住息肉与息肉边缘1~2 mm正常粘膜组织,确保圈套器与黏膜表面平行,缓慢收紧圈套器,切除息肉组织。

1.3 观察指标:(1)对比两组患者的临床疗效。显效:腹痛等症状消失,消化内镜检查可见息肉消失,术后无复发;有效:腹痛等症状得到明显改善但未完全消失,消化内镜检查可见息肉消失;无效:腹痛等症状仍存在,消化内镜检查可见息肉仍存在<sup>[5]</sup>。总有效率=(显效例数+有效例数)/组例数 $\times 100\%$ 。(2)对比两组患者的手术指标:比较两组手术、住院时间。(3)对比两组患者的日常生活能力:通过 Barthel 指数(Barthelindex, B)评定量表<sup>[6]</sup>评估两组患者治疗前后的日常生活能力变化情况。Barthel 评定量表包括可独立进食、在洗澡中需要他人帮助等10项,单项得分0~15分,满分100分,分数越高代表患者越独立,日常生活能力越强。(4)对比两组患者的复发率,对患者术后进行3~6个月的随访,记录患者息肉的复发率。(5)对比两组患者的并发症发生,主要指标包括渗血、穿孔、腹痛及恶心、呕吐等。

1.4 统计学方法:采用 SPSS22.0 统计软件进行数据分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验;计数资料以率表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组疗效比较:观察组治疗总有效率高于对照

组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 两组疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	400	207(51.75)	169(42.25)	24(6.00)	376(94.00)
对照组	400	170(42.50)	162(40.50)	68(17.00)	332(83.00)
$\chi^2$					22.177
$P$					2.486

2.2 两组手术指标比较:观察组手术、住院时间短于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表2。

表2 两组手术指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	手术时间(h)	住院时间(d)
观察组	400	1.52 $\pm$ 2.42	4.32 $\pm$ 0.42
对照组	400	3.51 $\pm$ 1.62	8.51 $\pm$ 0.62
$t$		20.500	167.854
$P$		0.000	0.000

2.3 两组日常生活能力比较:治疗前,两组日常生活能力评定量表得分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后,观察组日常生活能力评定量表得分高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表3。

表3 两组日常生活能力得分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	400	38.08 $\pm$ 0.39	44.51 $\pm$ 0.19
对照组	400	37.86 $\pm$ 1.41	51.49 $\pm$ 1.29
$t$		0.43	710.92
$P$		0.652	0.000

2.4 两组复发率及并发症发生率比较:观察组并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组复发率低于对照组,但差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表4。

表4 两组并发症及复发率比较[例(%)]

组别	例数	渗血	穿孔	腹痛	恶心、呕吐	总发生	复发
观察组	400	5(1.25)	2(0.50)	8(2.00)	14(3.50)	29(7.25)	11(2.75)
对照组	400	22(5.50)	11(2.75)	35(8.75)	57(14.25)	125(31.25)	15(3.75)
$\chi^2$						166.932	0.859
$P$						3.462	0.354

## 3 讨论

消化道息肉是指生长于消化系统的赘生物,主要在消化系统组织表面,属于良性肿瘤。临床研究中,根据消化道息肉生长位置,可将其分为胃息肉、小肠息肉、大肠息肉等。消化道息肉是消化道常见疾病,可致出血,随着的病情的的发展,可能会发生消化道肿瘤。大部分消化道息肉患者无明显的临床症状,只有一小部分的患者有不同程度的上腹部不适、

恶心、呕吐、排便习惯改变、排便次数增多、便中带黏液和黏液血便等临床症状。消化道息肉是恶变率较高的疾患,属癌前病变之一。消化道息肉是消化科临床常见病,在老年群体中较为常见,目前,我国已逐步步入老龄化社会,老年人免疫力与身体机能呈现下降趋势,伴有基础疾病可能性较大,手术刺激对老年人伤害较大<sup>[7-8]</sup>。目前,临床上治疗消化道息肉的方法较多,应根据上消化道息肉的大小、形态、数量选择不同的治疗方法,目前,伴随内镜技术的不断发展进行,已被临床广泛应用于消化道息肉的治疗中。李艳<sup>[9]</sup>在临床研究中发现内镜黏膜切除术治疗息肉效果较理想,更适用于息肉切除困难的情况,与陈兵刚<sup>[10]</sup>研究结论一致。

本研究中,观察组治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。提示息肉冷切除术治疗消化道息肉效果更佳。分析其原因可能是内镜下黏膜切除术刺激较大,对神经传导的刺激较多,易引发身体产生对抗与应激反应,对患者消化系统的破坏也较大,影响消化系统的自愈与自我调节能力。而息肉冷切除术通过将息肉组织从消化道脱离出来,为准确且伤害较小的切除术提供了条件,减少了手术刺激对患者消化系统乃至整个机体的损害,减少了患者机体处于保护作用而对治疗产生的排斥等作用,提高了治疗效果。此外,观察组手术、住院时间短于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。提示息肉冷切除术治疗消化道息肉安全性较高,恢复较快,与张艳芳<sup>[11]</sup>研究结论一致。可能是因为息肉冷切除术创伤较小,向神经传导的刺激较少,对神经及消化系统的损伤较小,后期神经系统与消化系统修复被破坏处的时间较短,恢复稳定的微循环系统的时间较短。治疗后,观察组日常生活能力评定量表得分高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。提示息肉冷切除术治疗消化道息肉,对于患者生活质量的提高效果较好。可能是因为息肉冷切除术对患者的刺激较小,造成患者神经损伤的情况较轻,对于患者术后恢复视野、认知、平衡、协调等能力的阻滞较小,可促进患者自身身体自愈系统改善因手术刺激而带来的自理能力下降的情况的恢复,帮助患者可以在无家属、医护人员陪护下缓慢地独立完成就餐、如厕、简单梳洗等日常生活项目,减少对家属及

看护人员的依赖,减少患者自我负担感;同时,息肉冷切除术治疗消化道息肉的并发症发生率低,可以减少患者因手术带来的不良反应,提升患者的舒适度,提升患者独立处理日常生活事项的能力。观察组并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。进一步表明息肉冷切除术治疗消化道息肉安全性较高,分析其原因可能是息肉冷切除术刺激较小。

综上所述,息肉冷切除术治疗消化道息肉效果较好,具有微创、操作简单、手术风险、费用低的特点且复发率低,安全性较高,值得临床进一步推广和应用,但本研究选取样本范围局限于本院患者,有待进一步扩大样本范围进行深入研究分析。

#### 【参考文献】

- [1]王计,吴小微,晏妮. 消化内镜治疗消化道息肉的方法及临床有效性研究[J]. 当代医学,2022,28(4):64-66.
- [2]黄裕新,张少玲,穆琳,等. 内镜下弹性胶圈结扎治疗上消化道息肉100例临床疗效评价[J]. 中国内镜杂志,2000,6(1):24-25.
- [3]靖洁. 内镜下黏膜切除术治疗消化道难治性息肉患者的效果[J]. 中国民康医学,2021,24(33):37-38.
- [4]朱友. 内镜下黏膜剥切术联合氩离子血浆凝固术治疗消化道息肉的临床价值研究[J]. 检验医学与临床,2016,13(22):3168-3170.
- [5]李国锐.《中医病症诊断疗效标准》出台[J]. 质量技术监督研究,1995,30(2):5.
- [6]陈秀玲,刘明. Barthel 指数评定量表在临床康复患者中的应用[J]. 医药前沿,2016,6(16):100-101.
- [7]吴军,杨洋,孙明琨,等. 内镜下氩等离子电凝(APC)治疗消化道息肉的临床疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(62):45-46.
- [8]檀心广,胡志方,李福祥,等. 内镜下黏膜切除术与高频电切术治疗消化道息肉的疗效对比分析[J]. 中国中西医结合消化杂志,2016,24(9):690-692.
- [9]李艳. 比较内镜黏膜切除术与高频电切术治疗消化道难治性息肉的效果[J]. 家有孕宝,2021,3(17):187.
- [10]陈兵刚. 内镜下黏膜切除术治疗肠息肉的临床效果观察[J]. 医学食疗与健康,2021,19(2):47-48.
- [11]张艳芳. 消化内镜治疗消化道息肉疗效观察[J]. 中国继续医学教育,2021,13(23):143-146.
- [12]孙毅超. 无痛消化内镜下高频电刀治疗胃肠息肉的效果观察[J]. 当代医学,2022,28(4):50-52.