



• 临床研究 •

# 内镜粘膜切除术治疗结肠无蒂息肉的效果及安全性分析

汪忠红 (江苏省洪泽县人民医院, 江苏洪泽 223100)

**摘要:**目的 分析研究内镜粘膜切除术治疗结肠无蒂息肉的效果及安全性。方法 选取 2014 年 1 月-2016 年 1 月在我院接收的结肠无蒂息肉的患者一共有 124 例, 随机分为观察组、对照组, 对照组对患者采取单纯电切术, 观察组对患者采取内镜粘膜切除术进行治疗, 对两组患者的临床治疗效果给予对比。结果 观察组患者的并发症发生率明显低于对照组 ( $P<0.05$ )。结论 对结肠无蒂息肉采取内镜粘膜切除术治疗, 具有操作简便、并发症较少, 具有临床推广价值。

**关键词:** 内镜粘膜切除术 结肠无蒂息肉 效果 安全性

**中图分类号:** R656.9 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 11-080-01

消化道息肉是指胃肠道粘膜上皮面隆起在粘膜面, 同时向消化腔当中突出的局限性病理改变。现如今, 这种疾病的检出率以及发病率逐渐增高, 可视为癌前病理改变。所以, 及时发现息肉以及切除对预防恶变, 对早期发现癌变病变具有非常重要的意义。目前, 随着内镜微创治疗的日益发展, 对胃肠息肉主要采取内镜下高频电切术进行治疗, 并可以取得显著的治疗效果<sup>[1]</sup>。本文笔者选取我院接收的结肠无蒂息肉的患者一共有 124 例, 现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2014 年 1 月-2016 年 1 月在我院接收的结肠无蒂息肉的患者一共有 124 例, 随机分为两组, 每组各 62 例。当中, 观察组男性 32 例, 女性 30 例。年龄在 19-69 岁, 平均为  $46.3 \pm 8.2$  岁; 对照组男性 34 例, 女性 28 例。年龄在 20-71 岁, 平均为  $47.1 \pm 9.3$  岁。两组患者的相关资料之间的差异不具有统计学意义 ( $P>0.05$ )。

### 1.2 手术方法

手术之前准备: 120 例患者进行常规手术准备工作, 明确告知手术的必要性以及有可能出现的并发症, 同时征得病人以及亲属的同意以及签字; (2) 采取 Olympus GIF260 型电子肠镜, Olympus PSD-30 高频电发生器, FD-IU 型圈套、1:1000 肾上腺素生理盐水以及 NM-200U 注射针等<sup>[2]</sup>; (3) 方法: 观察组采取对患者采取内镜注射针在病灶周围斜行刺入病灶中心, 相当于黏膜下层注射 1:1000 肾上腺素生理盐水 5-20 毫升, 注射量以可以使整个病灶明显隆起作为标准, 之后再采取圈套器将病灶完全切除。对照组则采取常规电切术, 将圈套器套入整个息肉, 套入部位以高出基底部位黏膜的 0.2-0.4cm 为宜, 之后采取高频电凝电切下息肉, 其切除的标本采取圈套器随着内镜取出, 经过 4% 的甲醛溶液给予有效固定, 并送病理进行检查; (4) 手术以后处理措施: 临床手术以后绝对卧床休息, 禁止饮食 24-48 小时, 并及时补充液体以及预防出血, 观察时间为临床手术以后的 3-5 天。

### 1.3 观察指标

对两组患者临床手术并发症发生率给予记录和对比。

### 1.4 临床统计学处理

采取 SPSS13.0 统计学软件进行分析。计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示。计数资料以 (%) 表示,  $P<0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

观察组没有完整切除一共有 1 例, 术中出血一共有 2 例, 切口过深一共 4 例, 没有手术以后出血、息肉复发以及穿孔, 全部送病理检查, 并发症发生率为 11.67%, 对照组没有完整切除一共有 3 例, 术中出血一共有 5 例, 切口过深一共 7 例,

没有手术以后出血、息肉复发以及穿孔, 全部送病理检查, 并发症发生率为 25%, 临床结果显示, 观察组患者的并发症发生率明显低于对照组 ( $P<0.05$ ), 详见表 1。

表 1: 两组患者并发症发生率情况对比

| 组别  | n  | 无完整切除 | 术中出血 | 切口过深 | 发生率    |
|-----|----|-------|------|------|--------|
| 观察组 | 60 | 1     | 2    | 4    | 11.67% |
| 对照组 | 60 | 3     | 5    | 7    | 25%    |

注: 与对照组对比,  $*P<0.05$ 。

## 3 讨论

根据相关实践研究表明<sup>[3]</sup>, 消化道息肉组织学分型以英国的 Morson 的组织学分型作为基础, 分为肿瘤性、增生性、错构瘤性以及炎症性类。由于部分息肉有可能出现恶性病变, 被视为癌前病理改变。然而可以初期发现病变以及切除对降低消化道癌发病率具有非常重要的意义。然而内镜下息肉摘除法有很多种, 其中包括有内镜粘膜切除术以及单纯高频电切除术等, 各有自身的优缺点。然而内镜粘膜切除术指的是在息肉电切术以及粘膜注射术的基础之上发展起来的一种治疗方式, 是当前治疗消化道息肉最为有效的一种微创治疗。

根据相关实践研究表明<sup>[4]</sup>, 内镜粘膜切除术适用于扁平无蒂的大息肉或者相对比较小的息肉切除, 其原理的利用向病灶基底部位注射液体, 使病灶与其下方组织距离明显增加, 不但可以使病灶完整切除, 同时不会对下方组织造成损伤, 进而使穿孔发生率明显降低, 这样切除的组织包含黏膜下层以及周围边缘正常黏膜, 使完全切除的可能性明显增加, 进而使病理检查的阳性率和准备性进一步提高。根据相关实践研究表明<sup>[5]</sup>, 对消化道息肉采取内镜粘膜切除术进行治疗, 没有严重并发症出现, 经过 1 年的追踪没有复发病例。本文试验结果显示, 观察组患者的并发症发生率明显低于对照组 ( $P<0.05$ ), 与上述相关报道相一致。

综上所述, 对结肠无蒂息肉采取内镜粘膜切除术治疗, 具有操作简便、并发症较少, 在临床当中得以广泛应用。

## 参考文献

- [1] 张志华, 陈战考, 蒋美娟, 等. 内窥镜消化道息肉电切术 60 例临床分析 [J]. 中国基层医药, 2012, 19(10):1565-1566.
- [2] 罗文雄, 郑永平, 吴智勇. EMR 切除 94 个大肠息肉临床研究 [J]. 中外医学研究, 2014, 12 (24):91-92.
- [3] Pohl J, Peeh O, May A, et al. Endoscopic resection of early esophageal and gastric neoplasias [J]. Dig Dis, 2013, 26(4):285-290.
- [4] 欧锦溪, 米志华, 谢玉丽. 内镜粘膜切除术 (EMR) 治疗消化道息肉的疗效分析 [J]. 医药前沿, 2013, 21(25):43-44.
- [5] Wood JJ, Lord AC, Wheeler JM, et al. Laparo-endoscopic resection for extensive and inaccessible colorectal polyps: a feasible and safe procedure [J]. Ann R Coll Surg Engl, 2011, 93(3):241-245.

作者简介: 汪忠红 (1970.12-), 女, 汉族, 本科, 籍贯安徽桐城, 消化内科, 副主任医师, 研究方向: 消化道早癌的诊治。