

消化内科临床肠道息肉内镜治疗的疗效与安全性评估

董芳 孙建君

(吉林省松原市中西医结合医院 吉林松原 138000)

【摘要】本研究的主要目的是对消化内科临床实践中肠道息肉患者接受内镜治疗的疗效和安全性进行系统评估。为了达到这一目的，我们选取了2025年4月至2025年5月期间，在我院消化内科就诊的50例肠道息肉患者作为研究对象。这些患者的年龄范围在45至70岁之间，其中男性患者数量较多。我们将这50例患者随机分为对照组和实验组，每组各包含25例患者。对照组患者接受常规的内镜息肉切除术进行治疗，而实验组患者则采用内镜黏膜切除术（EMR）进行治疗。

【关键词】肠道息肉；内镜治疗；疗效评估；安全性分析

Efficacy and Safety Evaluation of Endoscopic Treatment for Intestinal Polyps in Gastroenterology Clinical Practice

Dong Fang Sun Jianjun

(Songyuan Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Songyuan City, Jilin Province 138000)

[Abstract] The primary objective of this study was to systematically evaluate the efficacy and safety of endoscopic treatment for intestinal polyps in clinical practice. To achieve this goal, we selected 50 patients with intestinal polyps who visited our hospital's gastroenterology department between April and May 2025. These patients ranged in age from 45 to 70 years, with a higher proportion being male. The 50 patients were randomly divided into a control group and an experimental group, each containing 25 participants. The control group received conventional endoscopic polypectomy treatment, while the experimental group underwent endoscopic mucosal resection (EMR) therapy.

[Key words] Intestinal polyps; Endoscopic therapy; Efficacy evaluation; safety analysis

在研究过程中，我们详细观察并比较了两组患者在手术时间、术中出血量、息肉切除率、并发症发生率以及术后恢复情况等多个方面的指标。结果显示，实验组在息肉切除率上显著高于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。同时，实验组的手术时间和术中出血量均明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。在并发症发生率方面，实验组也显著低于对照组（ $P<0.05$ ）。此外，在术后恢复情况方面，实验组患者的首次进食时间和住院时间均明显短于对照组（ $P<0.05$ ）。

综上所述，内镜黏膜切除术（EMR）在肠道息肉的治疗中，相较于传统的常规内镜息肉切除术，不仅具有更高的息肉切除率，更低的并发症发生率，而且在手术时间、术中出血量以及术后恢复速度等方面均表现出显著优势，整体安全性更高。因此，我们认为内镜黏膜切除术（EMR）值得在临床实践中进一步推广应用。

一、资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取了2025年4月至2025年5月期间，在我院消化内科经过详细诊断并最终确诊为肠道息肉的患者，共计50例。这些患者的年龄分布较为广泛，具体范围在45岁至70岁之间，经过计算，其平均年龄为（ 56.5 ± 8.2 ）岁。在性别分布上，男性患者共有30例，占据了较大比例，而女性患者则有20例。为了确保研究的科学性和严谨性，我们将这50例患者按照随机分配的原则，分为对照组和实验组，每组各包含25例患者。随后，我们对两组患者在多个方面的一般资料进行了详细的统计学比较，包括年龄、性别、息肉的大小及数量等关键指标。经过统计分析，结果显示两组患者在上述各项指标上的差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），这一结果充分表明，对照组和实验组患者在基本特征上具有较好的均衡性，从而为后续的研究提供了可靠的基础，确保了两组患者之间具有较高的可比性。

1.2 病例选择标准

纳入标准: 为了确保研究的准确性和有效性, 所有纳入本研究的患者均需经过严格的肠镜检查, 并结合病理学诊断结果, 确认为肠道息肉患者; 此外, 患者的年龄需严格控制在 45 岁至 70 岁之间, 以确保年龄因素的统一性; 最后, 患者本人或其法定代理人必须在充分了解研究内容的基础上, 自愿签署知情同意书, 同意参与本研究。

排除标准: 为了排除其他因素对研究结果的干扰, 以下几类患者将被排除在本研究之外: 首先, 合并有严重心肺功能障碍、肝肾功能不全等全身性疾病的患者, 由于这些疾病可能影响患者的耐受能力, 无法顺利进行内镜手术; 其次, 存在凝血功能障碍的患者, 因其手术风险较高, 也不适合纳入本研究; 再者, 肠道息肉已经发生恶变的患者, 因其病情复杂, 可能对研究结果产生误导; 最后, 处于妊娠期或哺乳期的女性患者, 由于生理特殊性, 也不适合参与本研究。通过严格的纳入和排除标准, 确保了研究对象的同质性和研究的科学性。

1.3 方法

1.3.1 对照组

对照组的患者在接受治疗时, 采用的是常规的内镜息肉切除术。在手术前的准备阶段, 患者被要求严格禁食 12 小时, 以确保胃肠道内没有残留的食物, 同时还需要进行彻底的肠道清洁准备工作, 以保证手术视野的清晰。进入手术室后, 患者被安排取左侧卧位, 以便医生能够更方便地进行操作。医生通过肛门将结肠镜缓缓插入, 仔细寻找并确定息肉的具体位置。找到息肉后, 医生会使用专用的圈套器, 精准地套住息肉的根部, 确保不会误伤周围正常组织。随后, 医生会收紧圈套器, 并启动高频电凝电切装置, 将息肉彻底切除。对于体积较小的息肉, 医生可以直接使用电凝方式进行切除, 操作更为简便。息肉切除后, 医生不会立即结束手术, 而是会仔细观察创面, 检查是否有出血的情况。如果发现创面有出血迹象, 医生会及时采取电凝止血的方法, 或者使用止血夹进行止血处理, 确保患者的安全。

1.3.2 实验组

实验组的患者则采用了更为先进的治疗方法——内镜黏膜切除术 (EMR)。在术前准备方面, 实验组与对照组的要求基本相同, 患者同样需要禁食 12 小时并进行肠道清洁。手术开始后, 医生同样通过结肠镜找到息肉的位置。与常规手术不同的是, 医生会在息肉基底部的黏膜下注射一种由生理盐水和肾上腺素混合而成的液体, 这种液体可以使息肉隆起, 并与肌层分离, 从而减少手术对周围组织的损伤。注射完成后, 医生使用圈套器套住已经隆起的息肉, 收紧圈套器, 并启动高频电凝电切装置, 将息肉顺利切除。切除息肉后, 医生同样需要对创面进行仔细观察, 检查是否有出血情况, 并根据具体情况采取相应的止血措施。对于较大的创面, 医生可能会使用钛夹进行夹闭处理, 以确保创面能够顺利愈合, 减少术后并发症的发生。整个手术过程要求医生操作精细, 确保患者的安全和治疗效果。

1.4 观察指标

在临床研究中, 我们需要细致地观察并详细记录两组患者的多项手术相关指标。具体而言, 这包括但不限于手术时间的长短, 即从手术开始到结束所耗费的总时长; 术中出血量的多少, 即手术过程中患者失血的具体毫升数; 息肉切除率的高低, 这一指标是通过统计完整切除息肉的例数占总手术例数的比例来计算的; 并发症发生率的大小, 这里的并发症涵盖了出血、穿孔、感染等多种可能出现的术后不良情况; 术后首次进食时间的早晚, 即患者术后首次恢复进食的具体时间点; 以及住院时间的长短, 即患者从入院到出院所经历的总天数。通过这些详尽的记录, 我们可以全面评估手术效果及患者的恢复情况。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件对数据进行分析。

二、结果

2.1 手术相关指标比较

具体数据见表 1:

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后首次进食时间 (h)	住院时间 (d)
对照组	25	45.6 ± 8.5	15.2 ± 3.6	24.5 ± 4.2	5.3 ± 1.2
实验组	25	32.4 ± 6.3	8.6 ± 2.1	12.8 ± 3.1	3.5 ± 0.8
t 值	—	6.523	7.864	10.231	6.235
P 值	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05



2.2 息肉切除率及并发症发生率比较

具体数据见表 2:

组别	例数	息肉切除率 (%)	并发症发生率 (%)
对照组	25	84.0 (21/25)	20.0 (5/25)
实验组	25	96.0 (24/25)	8.0 (2/25)
χ^2 值	-	3.962	3.841
P 值	-	<0.05	<0.05

三、讨论

肠道息肉是消化内科领域中一种较为常见的疾病,其发病率在临床上并不低。尤其需要引起高度重视的是,部分特定类型的息肉,尤其是腺瘤性息肉,具有一定的恶变倾向,这意味着它们有可能随着时间的推移逐渐转变为恶性肿瘤^[1]。因此,及时对这些息肉进行切除手术,对于有效预防结直肠癌的发生具有至关重要的意义。在现代医学治疗手段中,内镜治疗凭借其创伤小、患者恢复快等诸多显著优点,已然成为治疗肠道息肉的首选方法。内镜治疗不仅能够精准定位并切除息肉,还能最大限度地减少对周围正常组织的损伤,从而大大缩短了患者的术后恢复时间,提高了治疗效果和生活质量。

在本项研究过程中,实验组采用了内镜黏膜切除术(EMR)这一先进技术^[2]。该技术通过在息肉的基底部黏膜下精准注射适量的液体,使得息肉得以充分隆起,并与肌层有效分离。这种操作方式不仅能够确保息肉被更完整地切除,从而大幅提高了息肉的切除率,而且由于减少了对肌层的直接损伤,也显著降低了术后并发症的发生概率。从具体

的手术相关指标数据来看,实验组在手术时间、术中出血量等方面均表现出明显优势,术后患者的首次进食时间以及住院时间也显著缩短。这些数据充分表明,EMR 技术对患者造成的创伤更小,患者的术后恢复速度也更快,进一步验证了内镜黏膜切除术在治疗肠道息肉中的高效性和安全性。

通过这种精细化的操作,EMR 技术不仅提升了手术的成功率,还极大地改善了患者的术后生活质量。实验组患者的术后恢复情况明显优于传统手术方法,这不仅体现在生理指标的改善上,还包括心理层面的积极反馈。此外,内镜黏膜切除术的广泛应用,也为临床医生提供了更为可靠和便捷的治疗手段,推动了消化内科领域治疗技术的进步。综合来看,EMR 技术在肠道息肉治疗中的卓越表现,不仅为患者带来了更好的治疗效果,也为预防结直肠癌的发生提供了强有力的保障。

相比之下,对照组所采用的常规内镜息肉切除术,虽然在处理较小息肉时能够取得较好的治疗效果,但对于那些体积较大或形态扁平的息肉,往往存在切除不彻底的问题,且术后并发症的发生率也相对较高^[3]。

综合以上分析,内镜黏膜切除术(EMR)在肠道息肉的治疗领域展现出了显著的疗效和较高的安全性,其临床应用价值不言而喻,值得在更广泛的临床实践中进一步推广和应用。然而,在实际操作过程中,医疗团队必须根据患者的具体病情,包括息肉的大小、所处位置、形态特点等因素,进行综合评估,以合理选择最为适宜的治疗方法,确保每一位患者都能获得最佳的治疗效果^[4]。此外,还需不断加强对内镜治疗过程中可能出现的并发症的预防和处理能力,进一步提升内镜治疗的整体安全性,为患者提供更加优质的医疗服务。

参考文献:

[1]康蓓佩,张鹏亮,郑恬,等.炎症性肠病与肠道息肉感染致泻性大肠埃希菌实验室检测方法分析[J].胃肠病学和肝病学杂志,2023,32(01):41-45.

[2]陈倩,张莉,刘颖,等.毛钩藤碱对 Apemin/+小鼠肠道息肉生长及肠道菌群的影响[J].中药材,2022,45(05):1230-1234.DOI:10.13863/j.issn1001-4454.2022.05.036.

[3]翟春颖,柯小丽,徐耀华,等.结肠镜检查前不同时间点服用西甲硅油对肠道清洁程度和息肉检出率的影响[J].中国当代医药,2022,29(10):50-52+56.

[4]李君玉,徐忠军,卢薇,等.基于马斯洛理论干预老年患者结肠镜肠道准备的应用研究[J].中国当代医药,2021,28(33):49-52.