

# 无痛内镜下高频电凝电切术治疗消化道息肉的效果分析

张小东 (南京市六合区人民医院, 江苏南京 211500)

**摘要:** 目的 分析消化道息肉采取无痛内镜下高频电凝电切术治疗的临床价值。方法 从院内选取消化道息肉患者 100 例, 采取双盲法分组。观察组采用无痛内镜下高频电凝电切术治疗, 参照组进行普通高频电凝电切术治疗, 对比两组治疗有效率、并发症(穿孔、出血、灼伤、感染)发生率、术中出血量、手术时间, 以及 T1、T2、T3、T4 的 VAS 疼痛评分、心率、血压。结果 观察组治疗有效率与参照组比较更高 ( $P < 0.05$ ); 观察组并发症发生率相比参照组较低 ( $P < 0.05$ ); 观察组术中出血量相比参照组更少, 手术时间短于参照组 ( $P < 0.05$ ); 观察组 T1、T2、T3、T4 VAS 疼痛评分显著低于参照组 ( $P < 0.05$ ); 观察组 T1、T2、T3、T4 的心率、收缩压、舒张压与参照组对比更优 ( $P < 0.05$ )。结论 无痛内镜下高频电凝电切术治疗消化道息肉能够减少临床并发症, 使患者缩短手术时间, 减少出血量。

**关键词:** 高频电凝电切术; 消化道息肉; 无痛内镜; 并发症

消化道息肉属于临床相对常见的消化道疾病, 由于患者的患癌风险较高, 需要及时进行有效治疗<sup>[1]</sup>。现阶段内镜下微创治疗属于此疾病的常见治疗办法。伴随无痛内镜技术开展, 无痛内镜下高频电凝电切术的临床应用逐步广泛, 其具备一定的无创性及便携性, 患者治疗过程中创伤性较小, 在消化道息肉治疗过程中具备相对较高的应用价值。无痛内镜下高频电凝电切术一般为通过高频电流对人体产生的热效应凝固组织进行止血, 能够实现患者息肉切除<sup>[2]</sup>。本研究对我院消化道息肉患者采取无痛内镜下高频电凝电切术治疗的临床价值进行分析。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2021 年 2 月~2022 年 6 月我院收治的消化道息肉患者中 100 例为研究对象。纳入标准: 患者存在消化道息肉, 无认知障碍, 同意参与本次研究者。排除标准: 合并多个脏器功能障碍及精神障碍者。将所有研究对象随机分为参照组和观察组各 50 例。参照组男患者 22 例、女患者 28 例, 年

龄 45~84 岁、平均 ( $62.84 \pm 1.32$ ) 岁。观察组男患者 23 例、女患者 27 例, 年龄 46~85 岁、平均 ( $62.78 \pm 1.39$ ) 岁。两组患者基础资料比较无明显差异,  $P > 0.05$ 。

### 1.2 方法

参照组应用普通内镜下高频电凝电切术治疗。首先为患者进行相关内镜检查, 对息肉进行观察, 确定实施位置后进行镜子角度调整, 完全实现息肉暴露; 并对蒂息肉、亚蒂息肉采取圈套器由息肉底部稍上部位圈套, 将其收紧并提起边缘进行电凝电切处理。对无蒂、蒂部较小的患者, 应首先在病灶边缘部位实施黏膜下注射 1:10000 的肾上腺素盐水, 确保其中黏膜下层分离并全面隆起, 实施圈套器进行电凝电切, 针对直径相对较小的息肉立即实施电凝烧灼处理, 内镜头端、息肉间应维持一定距离; 息肉切除后避免与周围黏膜接触。切除后对出血情况实施全面观察。如存在出血倾向应立即进行内镜止血治疗, 如其中的出血多、创面大, 可应用夹夹闭创面止血。术后需要根据相关情况叮嘱患者卧床休息, 禁食时间一般控制在 24~48 h, 期间为患者实施止血、补液等治疗。胃部息肉治疗后为患者实施质子泵抑制剂、黏膜保护剂等药物; 如术后存在

腹痛、发热、消化道出血等并发症，叮嘱患者及时就诊。

观察组采取无痛内镜下高频电凝电切术治疗。为患者建立静脉通道，监测心率、呼吸、血压、血氧饱和度，确保麻醉过程中能够观察生命体征情况。术前应为患者静脉注射盐酸纳布啡 10mg，给予丙泊酚全身麻醉；麻醉成功后，为患者实施内镜下检查、治疗，与参照组步骤相同。

### 1.3 观察指标

比较两组治疗有效率、并发症（穿孔、出血、灼伤、感染）发生率、术中出血量、手术时间，以及 T1、T2、T3、T4 的 VAS 疼痛评分、心率、血压。（1）治疗有效率分为显效、有效、无效。显效为患者配合度较高，无明显腹痛、呕吐及不适感受，顺利完成治疗；有效为患者配合，存在腹痛、呕吐及不适感受，可完成治疗；无效为患者不配合，存在腹痛、呕吐及不适感受，未完成治疗。治疗有效率 = 有效例数 + 显效例数。

（2）VAS 疼痛评分为患者疼痛评分，采取视觉模拟法进行评价，分数高表示患者疼痛严重。T1、T2、T3、T4：进入手术室、手术 10 min、手术 20 min、手术完成即刻。

### 1.4 统计学方法

数据处理采用 SPSS 22.0 统计学软件，计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示，采用  $t$  检验，计数资料用比率表示，采用  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组治疗总有效率比较

观察组治疗总有效率高于参照组 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

组别	有效	显效	无效	总有效
观察组 (n=50)	20 (40.00)	30 (60.00)	0	50 (100.00)
参照组 (n=50)	18 (36.00)	27 (54.00)	5 (10.00)	45 (90.00)
$\chi^2$				5.2632
$P$				0.0217

### 2.2 两组术中出血量、手术时间比较

观察组术中出血量少于参照组，手术时间短于参照组 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

组别	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)
参照组 (n=50)	9.24 ± 1.93	38.24 ± 1.61
观察组 (n=50)	5.23 ± 1.44	30.27 ± 1.55
$t$	11.7752	25.2169
$P$	0.0000	0.0000

### 2.3 两组并发症发生情况比较

观察组并发症发生率明显低于参照组 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

组别	穿孔	感染	灼伤	出血	合计
观察组 (n=50)	0	0	0	1 (2.00)	1 (2.00)
参照组 (n=50)	4 (8.00)	3 (6.00)	2 (4.00)	1 (2.00)	10 (20.00)
$\chi^2$					62.8772
$P$					0.0000

### 2.4 两组 VAS 疼痛评分比较

观察组 T1、T2、T3、T4 时的 VAS 疼痛评分明显低于参照组 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

组别	T1	T2	T3	T4
观察组 (n=50)	5.24 ± 0.34	2.33 ± 0.21	2.27 ± 0.27	1.82 ± 0.35
参照组 (n=50)	7.55 ± 0.51	7.54 ± 0.34	7.51 ± 0.45	6.33 ± 0.43
$t$	26.6487	92.1871	70.6048	57.5187
$P$	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

### 2.5 两组 T1、T2、T3、T4 心率比较

观察组 T1、T2、T3、T4 时的心率明显低于参照组 ( $P < 0.05$ )。见表 5。

组别	T1	T2	T3	T4
观察组 (n=50)	75.45 ± 2.66	76.21 ± 2.14	74.26 ± 1.42	73.26 ± 1.43
参照组 (n=50)	78.45 ± 2.84	79.74 ± 1.22	78.37 ± 1.65	74.45 ± 1.41
$t$	5.4516	10.1329	13.3502	4.1900
$P$	0.0000	0.0000	0.0000	0.0001

### 2.6 两组 T1、T2、T3、T4 时的收缩压比较

观察组 T1、T2、T3、T4 时的收缩压显著低于参照组 ( $P < 0.05$ )。见表 6。

表6 两组 T1、T2、T3、T4 时的收缩压比较 ( $\bar{x} \pm s$ , mmHg)

组别	T1	T2	T3	T4
观察组 (n=50)	112.35 ± 2.74	114.43 ± 2.14	115.24 ± 1.43	113.43 ± 1.65
参照组 (n=50)	122.47 ± 2.84	128.55 ± 2.57	124.74 ± 1.45	120.47 ± 1.55
t	18.1332	29.8546	32.9853	21.9892
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

### 2.7 两组舒张压比较

观察组 T1、T2、T3、T4 时的舒张压显著低于参照组 ( $P < 0.05$ )。见表 7。

表7 两组舒张压比较 ( $\bar{x} \pm s$ , mmHg)

组别	T1	T2	T3	T4
观察组 (n=50)	72.45 ± 2.74	74.21 ± 2.28	71.26 ± 3.42	73.26 ± 1.72
参照组 (n=50)	76.42 ± 2.34	77.74 ± 2.52	75.32 ± 3.63	74.45 ± 1.54
t	7.7908	7.3449	5.7563	3.6447
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0004

## 3 讨论

近几年, 伴随人们保健意识增强, 胃肠镜逐步普及, 消化道息肉的疾病检出率不断提高。消化道息肉一般分成非腺瘤性息肉、腺瘤性息肉。腺瘤性息肉一般包含绒毛状腺瘤及混合型腺瘤, 与肿瘤发生存在密切关系, 可将其称作癌前病变。非腺瘤性息肉一般为炎性息肉、增生性息肉、淋巴性息肉及错构瘤息肉。消化道息肉均存在较大的恶化趋势, 患者一旦确诊应及时采取有效方法进行治疗, 使恶变概率降低<sup>[3]</sup>。近几年, 伴随临床无痛技术逐步创新及发展, 内镜下治疗消化道息肉属于主要治疗手段<sup>[4]</sup>。无痛胃肠镜检查能够弥补传统受检患者的呕吐、恶心及不适感, 内镜下为患者实施高频电切、电凝, 能够实现三种方式结合治疗, 其中, 电凝能够促进患者局部组织蛋白变性凝固; 电切能够促进患者局部组织有效到达高温, 使其水分全部蒸发及坏死, 进一步起到切口效果。电凝能够实现较高的电流密度, 并能够及时进行息肉组织切除, 同时在一定程度上预防患者的大出血。电流治疗过程中无神经效应, 能够避免对患者的神经肌肉产生强烈刺激, 进而避免对内脏产生不利影响, 治疗过程中有较高的安全性。内镜下高频电凝电切手术的适应证

较多, 具备操作便捷、安全有效的特点。且痛苦相对较小。治疗过程中, 可根据息肉形态、大小及有无蒂选择患者高频电凝方式<sup>[5]</sup>。无痛内镜下高频电凝电切术治疗有较高的治疗安全性, 能够降低治疗后息肉残留, 全程具备无痛特点。但在此过程中, 需要注意应依据息肉大小、形态等合理选择切除方法, 并在病灶基部边缘进行黏膜下注射肾上腺素盐水, 使黏膜下层能够充分分离及隆起, 再利用圈套器进行电凝切除治疗。对于有蒂息肉及较大的亚蒂的, 应首先进行息肉暴露, 随后进行息肉底部圈套。如存在长蒂息肉, 需要对其中央圈套, 并保留 1cm 的残蒂。术后需指导患者维持有效休息, 并采取止血及制酸类药物进行治疗, 提高整体治疗效果<sup>[6-7]</sup>。

本研究显示, 观察组治疗有效率与参照组比较更高, 并发症发生率明显低于参照组, 术中出血量相比参照组更少, 手术时间显著短于参照组 ( $P < 0.05$ ); 观察组 T1、T2、T3、T4 的 VAS 疼痛评分低于参照组 ( $P < 0.05$ ); 观察组 T1、T2、T3、T4 的心率、收缩压、舒张压与参照组对比均差异显著 ( $P < 0.05$ )。

综上, 消化道息肉采取无痛内镜下高频电凝电切术治疗能够降低患者并发症发生率, 稳定患者生命体征指标, 提高治疗安全性。

### 参考文献

- [1] 张俊伟. 常规手术与胃肠镜下高频电凝电切术治疗消化道息肉的临床效果与安全性分析 [J]. 山西医药杂志, 2021, 50(8): 1297-1299.
- [2] 苗慧. 胃肠镜下高频电切术联合氩离子凝固术止血治疗上消化道息肉患者的效果 [J]. 中国民康医学, 2021, 33(7): 7-8, 11.
- [3] 谭丽, 何咖鲒, 李霞. 内镜下黏膜切除术与高频电切术治疗消化道无蒂息肉的临床疗效观察 [J]. 中国内镜杂志, 2021, 27(7): 53-58.
- [4] 黄喆, 钟旺鑫, 曹小峰. 内镜下高频电切术联合亚甲蓝在消化道息肉患者中的应用价值 [J]. 医疗装备, 2020, 33(19): 56-58.
- [5] 卢静. 无痛胃镜下电凝电切术治疗上消化道息肉患者的疗效及安全性分析 [J]. 首都食品与医药, 2020, 27(7): 42.
- [6] 石瑞华. 预见性护理联合针对性健康指导在消化道息肉患者胃镜下高频电凝电切术围手术期的应用 [J]. 河南医学研究, 2020, 29(1): 173-175.
- [7] 朱双庆. 胃镜下高频电凝电切术在消化道息肉患者中的临床效果 [J]. 中国继续医学教育, 2018, 10(5): 119-120.