

内镜黏膜下剥离术治疗直肠病变的有效率

刘洋 孙威海^{通讯作者}

(陕西省榆林市第一医院 陕西榆林 718000)

摘要:目的:探讨内镜黏膜下剥离术治疗直肠病变的有效率。方法:选取2019年10月-2021年11月的院内直肠病变患者69例作为探究对象,按照临床治疗方法分为观察组(n=34例)和对照组(n=35例),对照组采用内镜下黏膜切除术治疗,观察组采用内镜黏膜下剥离术治疗,临床治疗后,对比两组治疗效果及细胞因子变化。结果:治疗后,观察组CRP、TNF- α 以及IL-6均低于对照组(P<0.05),治疗后,观察组有效率高于对照组(P<0.05)。结论:对于直肠病变患者采取内镜黏膜下剥离术治疗,可改善临床症状,降低炎症反应,同时提高有效率。
关键词:内镜黏膜下剥离术;直肠病变;有效率

目前针对该类患者治疗以清除病变组织部位为主要原则,以往采用开腹手术切除病变组织,但开腹手术对患者机体创伤较大,安全性较低^[1],目前随内镜技术发展,内镜治疗广泛,内镜黏膜下剥离术是利用内镜技术将传统切除手术改为剥离,能够一次性去除病变组织部位^[2]。目前患者老龄化严重,机体耐受性较差,手术风险增大,临床对于老年直肠病变患者,采用内镜下剥离术治疗效果不明确。因此,本研究以直肠病变患者作为对象,探讨内镜黏膜下剥离术治疗直肠病变的有效率,报道如下。

1.资料与方法

1.1 临床资料

选取2019年10月-2021年11月的院内直肠病变患者69例作为探究对象,按照临床治疗方法分为观察组(n=34例)和对照组(n=35例),对照组,男25例,女9例,年龄58~79岁,平均年龄(66.21 \pm 2.68)岁;病灶直径0.8~5.9cm,平均(3.62 \pm 1.05)cm。观察组,男24例,女21例,年龄59~82岁,平均年龄(67.52 \pm 2.31)岁;病灶直径0.9~6.1cm,平均(3.81 \pm 1.20)cm。

1.2 方法

对照组采用内镜下黏膜切除术治疗,临床在确定患者具体病变位置后,需要在病变边缘处0.5cm进行电凝标记,采用肾上腺素生理盐水(1:10万)在标记处黏膜部位进行多点注射,使病变组织及周围部位隆起,完成后使用圈套器进行切除,若病变组织部位较大,需要使用透明帽法进行切除。

表1 比较两组患者细胞因子变化($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	CRP (mg/mL)		IL-6 (pg/mL)		TNF- α (ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	34	22.31 \pm 1.02	46.21 \pm 5.23	39.22 \pm 2.30	56.41 \pm 1.02	32.61 \pm 5.21	52.33 \pm 1.60
对照组	35	22.32 \pm 2.61	76.21 \pm 1.02	38.99 \pm 2.31	85.21 \pm 1.64	32.66 \pm 2.31	89.51 \pm 1.26
t		1.021	5.231	1.326	6.218	1.512	7.854
P		0.985	0.023	0.971	0.021	0.856	0.017

2.2 比较两组临床疗效

治疗后,观察组有效率高于对照组(P<0.05),见表2。

表2 比较两组临床疗效[n%]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	34	24 (70.59)	8 (23.53)	2 (5.88)	32 (94.12)
对照组	35	18 (51.43)	6 (17.14)	11 (31.43)	24 (68.57)
χ^2					9.214
P					0.010

3.讨论

结直肠病变属于消化道疾病,多数患有该类症状患者病死率较高,需要加强早期治疗,及时控制病情发展,减少后期病变组织转移。以往患者多采用内镜下黏膜切除术进行干预,但该类治疗方法难以一次性切除病变组织部位,导致后期复发率较高^[3]。目前对于该类患者常采用内镜黏膜下剥离术进行治疗,该类方式能够有效清除患者病变组织部位,减少后期复发率,属于微创手术方法。本研究中,治疗后,观察组CRP、TNF- α 以及IL-6均低于对照组(P<0.05),说明内镜黏膜下剥离术治疗可改善细胞因子水平,促进恢复。老年患者由于自身生理功能减退,导致临床依从性较差,

观察组采用内镜黏膜下剥离术治疗,所有患者进行全身麻醉,手术前对患者进行影像学检测,明确病变组织具体部位,大小等,采用氩离子凝固器对患者病变组织周围1cm处进行电凝标记。使用浓度50%葡萄糖溶液,甘油,生理盐水等在病变组织处黏膜下进行多点注射,每处2ml,保证患者病变组织隆起。

1.3 观察指标

(1)比较两组患者细胞因子变化。临床抽取患者空腹静脉血4ml,采取免疫比浊法检测c反应蛋白,使用酶联免疫吸附法检测肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和白细胞介素-6(IL-6)。

(2)IL-6

(3)比较两组患者临床疗效。显效:临床手术后患者病变组织切除部位无癌细胞扩散且伤口愈合较好;有效:患者临床手术后病变组织切除部位存在轻微癌细胞扩散且切口愈合较慢;无效:患者临床手术后存在癌细胞残留且出现并发症。

1.4 统计分析

用SPSS21.0软件处理,计数资料采用n(%)表示, χ^2 检验,计量资料采用($\bar{x}\pm s$)表示,t检验,P<0.05差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者细胞因子变化

治疗前,两组细胞因子水平无意义(P>0.05),治疗后,观察组CRP、TNF- α 以及IL-6均低于对照组(P<0.05),见表1。

加上自身基础疾病较多,存在治疗风险,一定程度上影响消化内镜诊断过程中安全性^[4]。内镜下黏膜剥离术治疗具有以下特点:(1)可以有效清除较大病变组织;(2)能一次性清除病变组织,避免多次手术对患者造成机体损伤;(3)能够在手术后对接触病变组织标本进行病理学检测,制定后期治疗方案。

综上所述:对于直肠病变患者采取内镜黏膜下剥离术治疗,可改善临床症状,降低炎症反应,同时提高有效率。

参考文献:

- [1]刘冠伊,戎龙,郭新月,等.橡皮圈组织夹内牵引辅助在内镜黏膜下剥离术治疗结直肠病变中的应用(含视频)[J].中华消化内镜杂志,2021,38(7):545-550.
- [2]王洪波,刘苗,徐明垚,等.内镜黏膜下剥离术治疗早期结直肠癌及癌前病变术后迟发性出血的危险因素分析[J].实用医学杂志,2018,34(6):978-981.
- [3]兰世迁,廖仙红,谢如飞.结直肠侧向发育型肿瘤行内镜黏膜下剥离术治疗的临床效果观察[J].实用医技杂志,2018,25(1):71-72.