* [腹腔镜联合结肠镜治疗方案对结直肠小占位病变的临床价值](#腹腔镜联合结肠镜治疗方案对结直肠小占位病变的临床价值)
* [吉林省肿瘤医院，吉林，长春， 130000](#吉林省肿瘤医院吉林长春-130000)
* [（1）分析手术指标：包括住院时间、肛门排气时间、术后引流时间、术中出血量及术后引流量，根据患者临床情况进行统计与记录、](#X08e6bb1d14f5462dbeecbf1fc6123bbdbd4d4bd) ｛～原文:- [2.1两组患者手术指标对比](#两组患者手术指标对比) AI:两组患者手术指标对比～｝
* [表1

｛～原文:比较手术指标（{width=“0.14583333333333334in” AI:### 腹腔镜联合结肠镜治疗方案对结直肠小占位病变的临床价值～｝ height=“0.2152777777777778in”}±s）](#表1-比较手术指标s){#toc-表1-比较手术指标s} - [观察组并发症总发生率较对照组更低，差异明显（P＜0.05），见表2。](#观察组并发症总发生率较对照组更低差异明显p0.05见表2) - [3讨论](#讨论)

《生大世界》审查意见表

### 腹腔镜联合结肠镜治疗方案对结直肠小占位病变的临床价值

1. 杨智涵 2.刁露露 3.于微微

通讯作者：赵宇希

### 吉林省肿瘤医院，吉林，长春， 130000

【摘要】目的：探究对结直肠小占位病变患者通过腹腔镜联合结肠镜治疗的效果。｛～原文:方法：从2022年8月～2023年8月我院收治的结直肠小占位病变患者92例作为研究重点人群 AI:方法：本研究选取了2022年8月至2023年8月在我院收治的结直肠小占位病变患者92例作为研究对象～｝，分为对照组（46）、观察组（46）两个组别，｛～原文:分别通过结肠镜治疗、腹腔镜联合结肠镜治疗 AI:分别通过纯结肠镜治疗和腹腔镜联合结肠镜治疗～｝，对比两组手术指标及并发症。结果：观察组住院时间、肛门排气时间、术后引流时间、术中出血量及术后引流量均少于对照组，差异具备显著性（P＜0.05）；观察组并发症少于对照组（2.17%VS17.36%），差异显著（P＜0.05）。｛～原文:结论：腹腔镜联合结肠镜治疗结直肠小占位病变 AI:结论：腹腔镜联合结肠镜治疗结直肠小占位病变不仅可以有效改善手术指标～｝，可有效提高改善患者手术指标，减少住院时间，减少并发症，值得推广。

【关键词】腹腔镜；结肠镜；结直肠小占位病变

结直肠小占位病变是一种常见的结直肠疾病，｛～原文:包括息肉、腺瘤、肠炎、结肠癌等 AI:包括息肉、腺瘤、肠炎和结肠癌等～｝。随着现代医学技术的不断发展，结直肠小占位病变的早期检测和治疗越来越受到重视。传统的结直肠小占位病变治疗主要依赖结肠镜技术，其优点是无创、可视且切除率高，然而操作空间狭小、术中出血风险大等问题也限制其进一步发展。为了解决传统结肠镜技术的局限性，｛～原文:腹腔镜联合结肠镜治疗方案被引入临床实践 AI:腹腔镜联合结肠镜的治疗方案被引入到临床实践中～｝。腹腔镜技术通过在腹腔内放置光源和摄像设备，为医生提供更广阔的视野和更好的操作空间，而结肠镜技术则可以更准确地观察和切除病变组织/[1-3/]。因此，｛～原文:腹腔镜联合结肠镜治疗方案有望提高结直肠小占位病变的治疗效果和患者的生活质量 AI:腹腔镜联合结肠镜治疗方案有望提高结直肠小占位性病变的治疗效果和患者的生活质量～｝。当前，腹腔镜联合结肠镜治疗方案已在临床实践中得到广泛应用，并取得许多积极结果。然而，还有一些研究结果显示，该治疗方案在某些方面并未显著优于传统结肠镜治疗。因此，有关腹腔镜联合结肠镜治疗方案的临床价值仍需要深入研究和探讨。本研究旨在评估腹腔镜联合结肠镜治疗方案在结直肠小占位病变中的临床价值，｛～原文:为进一步指导临床实践并为结直肠小占位病变的治疗提供有效的参考依据 AI:并为治疗结直肠小占位性病变提供有效的参考依据～｝。基于此，本次研究以92例患者为例，分析研究结果如下。

1资料与方法

1.1一般资料

选择2022.8-2023.8结直肠小占位病变患者92例，根据随机数字表法分成对照组与观察组。对照组46例，男性与女性各包含25例、21例，年龄区间34～60岁，平均值为（47.00±4.33）岁，病程4～14个月，平均（9.00±1.67）个月，其中早期癌8例，息肉病变18例，中度非典型增生14例，重度非典型增生6例；其中病变位置在直肠6例，乙状结肠10例，降结肠8例，升结肠8例，横结肠14例。观察组46例，男性/女性：24/22，年龄35～59岁，平均（47.00±4.00）岁，病程5～13个月，平均（9.00±1.33）个月，其中早期癌9例，息肉病变19例，中度非典型增生13例，重度非典型增生5例；其中病变位置在直肠7例，乙状结肠11例，降结肠7例，升结肠7例，横结肠14例。两组一般资料比较（P＞0.05），可比较。纳入标准：①患者年龄均在30-60岁之间。②患者及家属签署文件，表示自愿参与研究中。｛～原文:③临床资料完整且真实 AI:(3)临床资料完整且真实～｝。④患者均经过临床专业评估，符合手术治疗指征。排除标准：①存在认知或者精神方面障碍情况。②无法有效配合治疗情况。③中途退出者。④存在手术禁忌症。⑤存在凝血障碍患者。⑥合并其他严重肿瘤患者。

1.2方法

两组手术前3d指导患者保持流食，｛～原文:并使用肠道抗生素进行肠道细菌抑制 AI:并使用肠道抗生素以抑制肠道细菌～｝，预防感染。术前1d指导患者禁食，并做好肠道准备，｛～原文:针对患者肠道灌洗情况进行密切观察 AI:对患者的肠道灌洗情况进行密切观察～｝。

对照组：通过结肠镜治疗，操作过程如下：首先，对患者进行局部麻醉。患者取左侧卧位，医生通过直肠或乙状结肠插入结肠镜。结肠镜具有光源和摄像设备，可以清晰地观察到结肠腔内的病变。在观察到病变后，医生可使用细小的工具，如剪刀、刷子或活检钳等，进行病变组织的切除或取样，通过结肠镜对病变进行直接切除，｛～原文:针对可疑恶性病变进行生物组织检查 用户:1～｝。

观察组：通过腹腔镜联合结肠镜治疗，内容如下：对患者进行全身麻醉，并建立气腹，保持气腹压力在13mmHg以下，并根据患者术前检查情况，指导患者保持合理的手术体位，如果是右侧半结肠肿瘤，则选择平卧位，｛～原文:如果是左侧半结肠及直肠肿瘤则选择截石位 AI:而对于左侧半结肠及直肠肿瘤～｝。协助患者保持头低脚高的状态，并保持患者保持20°的倾斜，使腹腔镜能够针对患者的脏器进行清楚的显露，方便手术操作。将腹腔镜及辅助器械进行有效置入，并针对腹腔是否存在异常进行有效探查，如果不能对患者的病变部位进行有效确定，则通过结肠镜对患者进行检查，并将气腹压力进行降低，降至5-8mmHg，｛～原文:方便结肠镜能够有效充气 AI:以便结肠镜能够有效充气～｝。对换则会回肠末端使用无损伤肠钳进行夹闭，并在有效定位后将结肠镜退出，并针对肠腔内的残气进行有效吸净，根据术中快速冰冻切面的病理结果，｛～原文:选择适合患者的手术方式 AI:选择适合患者的手术方法～｝，对患者完成腹腔镜手术操作。两组患者术后均进行常规抗感染治疗，并针对患者病情 及生命指标变化进行密切观察。

1.3观察指标

｛～原文:### （1）分析手术指标：包括住院时间、肛门排气时间、术后引流时间、术中出血量及术后引流量 AI:（1）分析手术指标：这包括住院时间、肛门排气时间、术后引流时间、术中出血量及术后引流量～｝，｛～原文:根据患者临床情况进行统计与记录、 AI:这些都将根据患者的临床情况进行统计与记录～｝

（2）分析并发症：总发生率=（肠粘连+肠梗阻+吻合口瘘）/患者总例数×100%。

1.4统计学方法

数据使用SPSS26.0软件进行分析，计数资料用均数±标准差（±s）表示，行t检验，计数自量用率/[n(%)/]表示，行X2检验；均符合正态分布，P＜0.05，表示差异有统计学意义。

2结果

｛～原文:### 2.1两组患者手术指标对比 AI:两组患者手术指标对比～｝

观察组住院时间、肛门排气时间、术后引流时间、术中出血量及术后引流量均较对照组更少，差异显著（P＜0.05），见表1。

### 表1 比较手术指标（±s）

2.2两组患者并发症发生情况对比

### 观察组并发症总发生率较对照组更低，差异明显（P＜0.05），见表2。

表2 比较并发症发生率/[n(%)/]

/[{表格不予审校\_1}/]

### 3讨论

结直肠小占位病变是指结直肠内出现的非肿瘤性病变，包括息肉、腺瘤、肠炎和结肠癌等。这些病变通常以结节、增生、息肉或炎性改变的形式出现在结肠壁上。息肉是最常见的结直肠小占位病变之一，它是结肠黏膜或粘膜下的团块状肿物，通常是良性的。腺瘤是一种良性肿瘤，其细胞起源于结肠黏膜的腺体组织。结直肠炎是指结肠黏膜发生慢性炎症病变，常见的类型包括溃疡性结肠炎和克罗恩病。结直肠癌是一种恶性病变，由结肠黏膜或黏膜下的细胞恶性增殖形成。它是结直肠小占位病变中最严重和最具挑战性的一种。结直肠小占位病变的临床表现主要取决于病变的性质和位置。一般来说，这些病变可能导致肠道的不适感、腹痛、腹胀、消化不良、便血或黏液便等症状。某些病变可能无症状，只能通过结肠镜检查或其他影像学检查才能发现。治疗结直肠小占位病变的策略取决于病变的性质和严重程度。对于良性的病变如息肉和腺瘤，常常可以通过结肠镜下切除或摘除达到治疗和预防恶变的目的。对于恶性病变如结直肠癌，根据病变的阶段和患者的整体状况，可能需要进行手术切除、化疗、放疗或靶向治疗等综合治疗。

腹腔镜联合结肠镜治疗方案在结直肠小占位病变的临床应用中显示出一定的优势。腹腔镜技术提供更广阔的视野和更好的操作空间，使医生能够更准确地观察和切除病变组织/[4-6/]。与传统的结肠镜相比，腹腔镜联合结肠镜治疗方案可以减少手术中操作难度，提高手术准确性和成功率。腹腔镜联合结肠镜治疗方案能够更准确地切除病变组织，准确切除病变有助于降低术后引流量和术后并发症的风险，并加快患者的术后康复。此外，术后引流量的减少也可能与术中的良好止血控制有关。结肠镜的视野通常受限于镜头的视野范围和结肠的曲折性，而腹腔镜技术可以通过穿刺和钳取的方式，将视野扩大到更广阔的范围。｛～原文:这使得医生能够更好地观察和评估病变组织的情况 AI:使得医生能够更好地观察和评估病变组织的情况～｝，准确判定其性质和范围。传统结肠镜的操作空间受限于结肠的狭窄和曲折性，难以进行复杂的操作。而腹腔镜技术可以通过腹腔镜通道将手术器械引入体腔，操作区域更为广阔，医生能够更准确地切除病变组织、止血和缝合/[7-9/]。腹腔镜联合结肠镜治疗方案提供更好的视野和操作空间，使医生能够更准确地进行病变切除。准确切除是治疗结直肠小占位病变的关键步骤之一，可以有效降低术后残留病变的风险，减少术后并发症的发生。此外，术中良好的止血控制也能够减少术后引流量和术后并发症的发生。腹腔镜联合结肠镜治疗具有较小的手术创伤。相比开放手术，腹腔镜联合结肠镜治疗只需要几个小切口，而不是较大的切口。这减少手术后的疼痛和创伤，使患者更快地适应并恢复正常的肠道功能。腹腔镜联合结肠镜治疗过程中，在患者腔腹镜的应用下，医生可以更好地观察和处理疾病部位，减少肠道组织的粘连。这有助于降低肠道粘连的发生率，减少肠梗阻等并发症的风险，促进肠道功能的恢复/[10-12/]。腹腔镜联合结肠镜治疗方案相较于开放手术具有快速的康复时间。手术创伤较小，术后疼痛较轻，患者的肠道功能往往更快地适应和恢复。这使得患者在术后能更快地实现肛门排气、肠蠕动恢复和术后引流的减少。由于腹腔镜联合结肠镜治疗的较小创伤和较快恢复，住院时间通常较短。患者在术后恢复良好的速度可以加速出院，减少住院时间，提高整体的康复水平。此外，观察组的术后并发症发生率明显低于对照组。腹腔镜联合结肠镜治疗方案减少手术中的创伤和出血风险，使术后恢复更为顺利。对比传统的结肠镜治疗，腹腔镜联合结肠镜治疗方案在减少并发症发生的同时，也让患者更快地恢复正常生活。此外，腹腔镜联合结肠镜治疗方案在病变切除率和瘤体大小变化率方面也显示出明显优势，这可能与腹腔镜技术提供的更好的视野和操作空间有关。腹腔镜联合结肠镜治疗方案可以更准确地切除病变组织，并确保彻底切除，从而提高病变切除率。同时，在术后随访中观察到瘤体大小变化率明显，这表明腹腔镜联合结肠镜治疗方案对控制病变的生长和进展具有良好的效果。尽管腹腔镜联合结肠镜治疗方案在结直肠小占位病变的治疗中显示出明显的优势，但仍然存在一些限制性因素。首先，该治疗方案的实施需要较高的技术水平和经验，通常需要经过较长时间的培训和实践才能达到熟练的水平。其次，该治疗方案的设备和耗材成本较高，对医疗资源的要求较高。另外，该治疗方案的操作时间可能较长，对手术团队的耐心和体力也提出了一定要求。随着技术的不断进步，腹腔镜联合结肠镜治疗方案的手术技术和器械将会不断改进和创新。新型的腹腔镜仪器和结肠镜设备将会被研发，以提高手术的效果和安全性。机器人辅助手术是一种发展迅速的领域，在结直肠手术中已取得一定的应用。未来的研究将继续探索机器人辅助手术在腹腔镜联合结肠镜治疗方案中的应用，以进一步改善手术的准确性和患者的康复。术中导航和图像引导技术在腹腔镜联合结肠镜治疗中有着重要的作用。随着技术的不断进步，研究将致力于开发更精确和实时的导航和图像引导技术，以帮助医生更准确地定位和切除病变组织。随着基因组学和分子生物学的进展，个体化医疗将成为未来的发展方向。研究将探索通过基因检测和分子标志物等方法，针对患者的个体特征制定更精确和有效的治疗策略，提高腹腔镜联合结肠镜治疗方案的疗效。腹腔镜联合结肠镜治疗方案的后续随访和长期效果评估十分重要。未来的研究将关注手术后的生存率、复发率和生活质量等指标，以评估该治疗方案的长期疗效，并为临床实践提供更可靠的依据。因此，未来的研究将继续努力提高腹腔镜联合结肠镜治疗方案的技术和疗效，以进一步改善患者的治疗效果和术后康复。这些研究的发展将使腹腔镜联合结肠镜治疗成为更加精确、个体化和有效的治疗选择。

综上所述，腹腔镜联合结肠镜治疗方案对结直肠小占位病变具有较高的安全性和有效性，有助于减少患者术中出血量，并减少患者住院时间，使患者术后引流量更少，引流时间更短，降低术后并发症发生率，对患者预后改善有重要意义。然而，仍需要进一步的研究和实践以确定该治疗方案的长期效果和潜在优点，以继续完善结直肠小占位病变的治疗策略。

参考文献：

/[1/]阚宗泉,吴芃诺,牛倩倩.宽大基底部结肠息肉患者腹腔镜联合结肠镜术后康复效果分析/[J/].中国现代医药杂志,2023,25(08):55-58.

/[2/]唐珊珊,杨绪亮.结肠镜联合腹腔镜结直肠癌根治术与预见性护理在结直肠癌治疗中的应用分析/[J/].现代医学与健康研究电子杂志,2022,6(16):119-122.

/[3/]石英,刘金雨.腹腔镜联合结肠镜手术治疗结直肠肿瘤的临床效果/[J/].中国现代药物应用,2022,16(13):55-57.

/[4/]闵建平,潘海涛.腹腔镜联合结肠镜手术治疗结直肠癌的临床效果及安全性研究/[J/].系统医学,2022,7(10):88-91.

/[5/]王琮.腹腔镜和结肠镜双镜联合微创术治疗结直肠良恶性肿瘤的临床效果探讨/[J/].名医,2022(01):42-43.

/[6/]陈友平,朱卫芳,徐湖波.无痛结肠镜与普通结肠镜检查结肠穿孔风险的比较/[J/].世界最新医学信息文摘,2019,19(80):203-204.

/[7/]马红斌,周云波.腹腔镜联合结肠镜治疗老年结直肠肿瘤患者的临床效果/[J/].智慧健康,2021,7(33):54-56.

/[8/]李德广,王延磊.腹腔镜联合结肠镜手术治疗结直肠肿瘤的临床效果研究/[J/].世界复合医学,2021,7(08):35-39.

/[9/]乔鲁冀,高宏建,赵虹.腹腔镜联合结肠镜治疗老年结直肠肿瘤患者的临床疗效/[J/].中国医疗器械信息,2021,27(07):117-118.

/[10/]高山.腹腔镜联合结肠镜微创治疗结直肠癌的近远期效果评价/[J/].中国现代药物应用,2021,15(03):19-21.

/[11/]梁跃,付瑞敏,杜波.结直肠肿瘤患者实施腹腔镜联合结肠镜手术治疗的可行性研究/[J/].中国社区医师,2021,37(03):50-51.

/[12/]唐武,陆路,阳光等.腹腔镜和结肠镜双镜联合微创术在结直肠良恶性肿瘤患者治疗中的应用/[J/].山西医药杂志,2021,50(01):47-48.