文章编号:1000-5404(2007)22-2205-01

个案与短篇

# 食管巨大息肉氩气刀切除1例

樊超强,王 雷,赵晓晏 (第三军医大学新桥医院消化内科,重庆 400037)

## 1 临床资料

患者,男性,59岁,因无确切诱因出现黑便、头昏、乏力等不适1周,2006年11月16日在院外行胃镜检查,发现食管巨大息肉,于2006年11月18日收住我院胸外科拟行手术治疗。在本院复查胃镜提示食管距门齿约20 cm开始至距门齿约41 cm处可见一纵行圆柱状巨大带蒂息肉,蒂长约1.5 cm,粗约1.0 cm,自近端至远端逐渐变粗,远端直径约4.0 cm,息肉顶端可见一约0.5 cm×0.8 cm不规则溃疡,其余部分表面光滑,息肉根部呈黄白色,顶部与食管黏膜外观相似,近段表面血管显露,食管下段管腔明显扩张,退镜时用活检钳逐段拨动瘤体,未发现与食管壁黏连,镜身可自由通过(图1)。内镜下治疗过程:先用直径约2.5 cm圈套器由远至近反复圈套数次,均不能完全套入。遂换用氩气刀行局部切除,在蒂部选用功率为70 W的氩气刀直接切除,可见局部组织脱水、炭化,邻近组织脱水,黏膜变白,蒂部直径缩小至原来的1/3。由于操作时间较长,患者频繁打嗝,视野差,遂退镜结束操作,剩余部分于次日切除。患者休息1 d后,用氩气刀完全切除息肉,由于息肉太大,取出时被撕断成数块组织,按原断缘吻合拼凑后测量长度为21 cm,最粗处(息肉远段)直径达4.0 cm(图2)。病理切片检查结果提示食管纤维血管性息肉局部黏液样变性(图3)。



图1 食管巨大息肉



图2 切下的标本

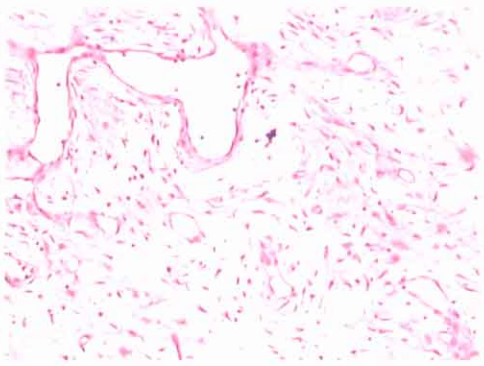


图3 食管纤维血管性息肉光镜观察 (HE×100)

## 2 讨论

食管巨大息肉临床非常少见,发生率占食管良性肿瘤的0.5%~1.5%。食管息肉一般为纤维血管性息肉,主要是从黏膜下层发生的非上皮性良性肿瘤,表面由正常黏膜上皮或发生二次变化的黏膜上皮所覆盖,隆起的成分主要是由血管成纤维细胞组织形成,具有管腔内肿瘤的形态[1]。上消化道的好发部位是下咽部到食管上段[1]。其形态学特征是表面光滑、被正常食管黏膜覆盖,与食管黏膜区分困难,因此易误诊为黏膜下肿瘤[2],男性略多见,男女比例为1.6:1~3.0:1[3]。食管巨大息肉的治疗几乎皆为外科手术切除,国内尚少见有在内镜下切除的报道。我们术前充分准备后,成功行内镜下氩气刀切除术,缩短了患者住院时间,降低了患者治疗费用。由于息肉巨大,故用一般的圈套器常难以一次性完全圈套。应用氩气刀在切除过程中出血较多、视野差,且随着操作时间延长,会产生较多烟雾,患者开始反复打嗝,影响操作;另外,局部组织脱水、炭化后阻抗增高,使其切除深度不够,同时等离子束流向低阻抗区,损伤周围正常黏膜。因此在器械的选择上,我们认为选用直径4 cm以上的圈套器和双钳道胃镜更为合适。这样可使操作时间更短,患者痛苦更小。在取出切下的息肉时往往难以通过环咽肌,可切成小块后再分次取出,以免造成患者窒息。

**关键词**:食道巨大息肉;氩气刀;内镜
**中图法分类号**:R768.3 **文献标识码**:B

## 参考文献:

[1] 大川田宗继. 下咽部巨大息肉[M]//日本食管疾病研究会. 韩立波,丛 巍,译. 食管疾病少见病例图谱. 沈阳:辽宁科学技术出版社,2003:42-45.
[2] 梅原靖彦. 食管纤维血管性息肉[M]//日本食管疾病研究会. 韩立波,丛 巍,译. 食管疾病少见病例图谱. 沈阳:辽宁科学技术出版社,2003:46-49.
[3] 宫崎修吉. 巨大食管息肉[M]//日本食管疾病研究会. 韩立波,丛 巍,译. 食管疾病少见病例图谱. 沈阳:辽宁科学技术出版社,2003:58-61.

**作者简介**:樊超强(1979-),男,河北省藁城市人,医师,主要从事消化内镜诊治方面的研究,电话:(023)68774665,E-mail:faye-liu520@163.com
**通讯作者**:赵晓晏,E-mail:wangl28@medmail.com.cn
**收稿日期**:2007-06-22;**修回日期**:2007-07-24

(编辑 汪勤俭)