论著

文章编号:1000-5404(2014)03-0278-05

内镜黏膜下剥离术治疗近环周早期食管癌及癌前病变的价值

李红平[1,2],唐 波[1],樊超强[1],唐 媛[1],邓 磊[1],柏健鹰[1],杨仕明[1],于 劲[1] (400037 重庆,第三军医大学新桥医院消化内科[1];563003 贵州 遵义,遵义医学院附属医院消化内科[2])

[摘要] **目的** 探讨内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection,ESD)治疗食管环周3/4以上的近环周早期食管癌和癌前病变的临床应用价值。**方法** 回顾分析内镜下行ESD治疗的26例食管环周3/4以上的近环周早期食管癌和癌前病变患者的内镜、病理及随访资料。**结果** 全部病例一次性完整切除,ESD剥离病变成功率100%(26/26);ESD手术时间75~140 min,平均95 min;术后未发生出血、穿孔、严重感染等并发症;所有剥离病变经病理进一步确诊,基底和切缘未见明显病变累及;术后随访3~43(平均15.6个月)个月,创面完全愈合,仅1例病变复发;术后食管狭窄率50%,经扩张后随访,狭窄均得以临床治愈。**结论** 对食管环周3/4以上的近环周早期食管癌和癌前病变仍然可以行ESD治疗,且操作安全,创伤少,术后食管狭窄通过扩张后仍然能够达到临床治愈的目的,避免了外科手术的巨大创伤,是ESD在治疗近环周早期食管癌和癌前病变的一种新的尝试。

[关键词] 早期食管癌;癌前病变;内镜黏膜下剥离术;食管环周3/4以上病变
[中图法分类号] R573; R730.56; R735.1 [文献标志码] A

Value of endoscopic submucosal dissection in treatment of early esophageal cancer and precancerous lesions within near-circumferential section

Li Hongping[1,2], Tang Bo[1], Fan Chaoqiang[1], Tang Yuan[1], Deng Lei[1], Bai Jianying[1], Yang Shiming[1], Yu Jin[1] ([1]Department of Gastroenterology, Xinqiao Hospital, Third Military Medical University, Chongqing, 400037; [2]Department of Gastroenterology, Affiliated Hospital, Zunyi Medical College, Zunyi, Guizhou Province, 563003, China)

[**Abstract**] **Objective** To discuss the clinical application value of the treatment of early esophageal cancer and precancerous lesions within the near-circumferential (more than three-quarter of the circumferential) section using endoscopic submucosal dissection (ESD). **Methods** Retrospective analysis of the endoscopy, pathology and follow-up was performed in 26 patients with early esophageal cancer and precancerous lesions within the near-circumferential undergone with ESD. **Results** The lesions in all patients were completely resected, and the complete resection rate was 100%. The time of ESD was about 75 to 140 min, with an average of 95 min. Complications such as bleeding, perforation and severe infection were not occurred after ESD. All of these dissected lesions were confirmed by pathology, and there was no lesion in basement and incisal margin. During the follow-up of 3 to 43 months (mean 15.6 months), the surface of wound was completely closed up, with only one case of recurrence. The rate of esophageal stenosis was approximately 50% after ESD and the stenosis could be clinically cured through endoscopic balloon dilation. **Conclusion** ESD is still a suitable and safe method with small damage for resection of early esophageal cancer and precancerous lesions within the near-circumferential (more than three-quarter of the circumferential) section. The esophageal stenosis can be clinically cured through endoscopic balloon dilation after ESD. These results provide a novel trial for treatment of early esophageal cancer and precancerous lesions within the near-circumferential section, avoiding the tremendous trauma of surgical operation.

[**Key words**] early esophageal cancer; precancerous lesions; endoscopic submucosal dissection; more than three-quarter of the circumferential section of esophagus

Corresponding author: Yu Jin, E-mail: yujin124@126.com

[通信作者] 于 劲,E-mail:yujin124@126.com

[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130917.1442.005.html(2013-09-17)

随着内镜技术的不断发展,内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection,ESD)成为治疗早期食管癌及癌前病变的主要手段[1-2],但目前对食管环周 3/4 以上的近环周早期食管癌及癌前病变的治疗,因其 ESD 手术难度大,狭窄率高,国内外报道极少。近年来,我们对食管环周 3/4 以上的近环周早期食管癌和癌前病变进行诊断与 ESD 治疗,取得了较好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2009 年 11 月至 2013 年 4 月在第三军医大学新桥医院消化内科住院诊断及治疗的早期食管癌及癌前病变患者的临床相关资料,从中筛选符合以下条件的病例作为研究对象,病例纳入标准:对胃镜发现的食管表浅病变,分别进行 Lugol 液染色、窄带成像术(narrow band imaging, NBI)、放大内镜检查,观察病变局部食管乳头内毛细血管襻(intrapapillary capillary loop,IPCL),形态分型参考井上晴洋等[3]的分型标准,以Ⅳ~Ⅴ-3 型为主,活检证实为鳞癌或非典型增生,且确定病变范围为食管环周 3/4 以上(含 3/4),病例相关影像学(如胸部 CT 或胸部 X 片)检查未提示胸部淋巴结肿大者,对病变黏膜下注射后抬举良好、深度未超越黏膜下层者进行治疗。排除标准:病变范围在食管环周 3/4 以下者;NBI、放大内镜观察病变局部食管 IPCL 形态以Ⅳ型以下及Ⅴn 为主者;病例相关影像学检查提示有局部淋巴肿大者;对病变行黏膜下注射后抬举不良者;合并有严重心、肺疾病,无法耐受内镜下手术者。最终入选共确诊的近环周早期食管癌和癌前病变患者 26 例,其中男性12 例,女性 14 例,年龄 49~85 岁,平均 63.23 岁。内镜下按日本食管疾病学会对早期食管癌的内镜分型,轻度隆起型(0-Ⅱa 型)8 例,平坦型(0-Ⅱb 型)5 例,轻度凹陷型(0-Ⅱc 型)7 例,轻度隆起凹陷型(0-Ⅱa + Ⅱc 型)6 例[4]。食管 IPCL 观察,其中Ⅳ型 6 例,Ⅴ-1 型 8 例,Ⅴ-2 型 9 例,Ⅴ-3 型 3 例。经活组织检查证实为早期食管癌 14 例,重度非典型增生 9 例,轻中度非典型增生 3 例。所有病例于术前签署知情同意书,告知可能获得的益处和风险。

1.2 器械及试剂

Olympus GIF-Q240Z 型及 Olympus GIF-Q260J 电子胃镜,NM-400U-0423 注射针,FD-410R 止血钳,Hook 刀,IT-2 刀,金属止血夹,透明帽,ERBE VIO-200D 高频电切仪和 APC-ICC 200 氩气刀,2% Lugol 液,甘油果糖-玻璃酸钠-亚甲蓝混合液。

1.3 操作方法

使用 Olympus GIF-Q240Z 电子胃镜直视和 NBI 发现病灶,并行 NBI 放大观察食管 IPCL 形态。

1.3.1 标记 用 2% Lugol 液染色,碘染色后病变黏膜呈淡染区或不着色区,确定病变范围,继之 Olympus GIF-Q260J 胃镜前端安置专用透明帽,进入食管腔后,距离病灶周围 0.5 cm 处用氩气刀标记。

1.3.2 黏膜下注射 将甘油果糖氯化钠注射液 40 mL、玻璃酸钠 2.5 mL、亚甲蓝 0.5 mL 混合配成溶液,于病灶边缘标记点外侧进行多点黏膜下注射,每点约 2 mL,使病灶充分抬举。

1.3.3 预切开 用 Hook 刀沿病灶边缘标记点切开黏膜(Endocut 模式,effecgt 3,输出功率 50 W)。

1.3.4 剥离 行预切开后,继续应用 Hook 刀或 IT-2 刀逐步行黏膜下层剥离,至病灶完全剥离开(Endocut 模式,effect3,输出功率 50~60 W)。

1.3.5 创面处理 观察其创面有无出血及可见的小血管,并给予止血钳及氩气刀等方法进行止血及创面处理。见图 1。

1.4 术后标本处理及病理检查

术后标本立即展开,用大头钉固定在泡沫塑料板上,并用 Lugol 液染色后测量病变最大直径,仔细检查,确定病灶组织完整后,用稀甲醛液固定过夜,每隔 2 mm 连续切成组织条,并编号,行活检组织及切除组织完整包埋切片检查,经 2 位资深病理专家会诊,确定肿瘤的组织学类型,判断是否为完全切除,注意观察底部和切缘是否有肿瘤组织。

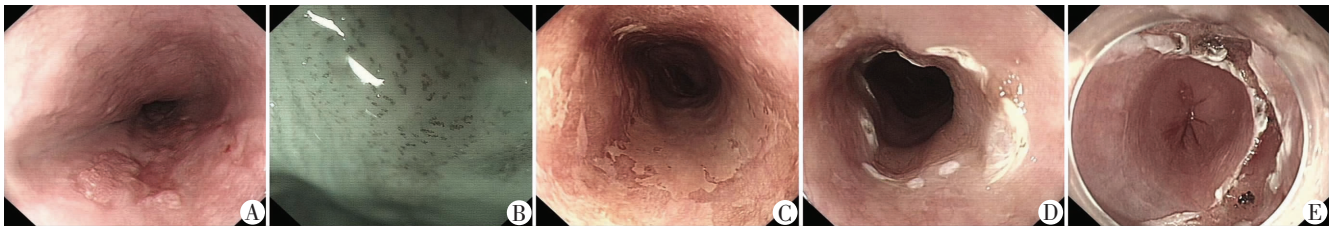
1.5 术后处理及随访

术后患者禁食 1~3 d,并给予补液、抑酸、止血、黏膜保护等。观察头颈部有无皮下气肿,必要时胸部 X 线检查了解有无纵隔气肿和气胸,胃肠减压观察有无创面出血。于术后 3~6 个月内常规行胃镜检查,食管行 Lugol 液染色检查,切除部位病理活检。若随诊过程中,发生食管狭窄,则行 Boston Scientific CRE 水囊扩张导管行水囊扩张;如发现有病变残留或复发,则行内镜下黏膜切除术(endoscopic mucosal resection,EMR)切除,切除标本连续切片做病理检查,必要时手术或化疗。

2 结果

2.1 切除病变情况和术后病理

切除病灶 26 例,其中环周食管病变 11 例,近环周占食管 3/4 病变 13 例,近环周占食管 4/5 病变 2 例,环周病变比率 42.3%(11/26);切除病变长度 4.0~20.0 cm,切除病变的环周



A:常规白光内镜观察食管中段,局部黏膜粗糙、增厚、颗粒样改变;B:窄带成像技术放大观察局部食管 IPCL 以Ⅴ-1 型为主;C:食管碘染色后,局部不着色,且边界清楚,累及食管全周;D:氩气刀对拟行切开病变的范围进行标记;E:预切开食管病变后,进行黏膜下层剥离

图 1 内镜黏膜下剥离术操作步骤

长度3.0～20.0 cm，一次完全切除26例，ESD剥离病变成功率100%（26/26）；ESD手术时间（自黏膜下注射至完整剥离病变）75～140 min，平均95 min。

早期食管癌14例：其中早期食管癌中高中分化鳞癌3例，低分化鳞癌4例，原位癌1例，黏膜内癌1例，局部癌变5例；重度非典型增生9例，轻中度非典型增生3例。见图2。

2.2 并发症

ESD治疗中创面均有少量出血，平均出血量约40 mL，均经止血钳电凝、氩离子凝固成功止血，未接受输血治疗，所有病例未出现术后出血（呕血或黑便）；穿孔3例（11.5%），均为术中发现，内镜下钛夹封闭，术后出现轻微的颈部及前胸皮下气肿，经禁食及胃肠减压1周以内，皮下气肿消退；术后食管狭窄13例（50%），均在内镜下行Boston Scientific CRE水囊扩张治疗，扩张次数1～14次，平均3.61次，扩张后治愈（图2）；死亡2例，其中1例系高龄患者，合并基础疾病多，术后2个月因基础疾病加重而死亡；另1例患者本身合并抑郁症，术后3个月自杀死亡。

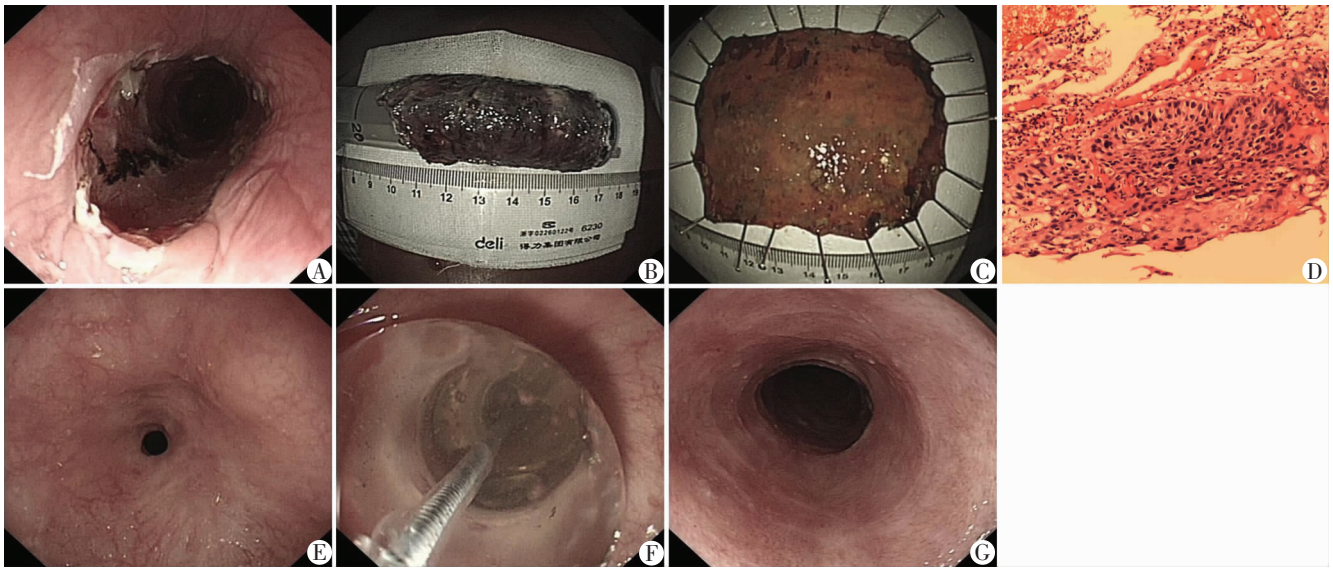
2.3 住院时间及随访

食管ESD病例术后平均住院时间18（15～26）d。全部病例内镜随访3～43（平均15.6个月）个月，仅1例复发，因患者年龄较大，未行手术治疗，而采用放化疗。

3 讨论

食管癌是世界上最常见的恶性肿瘤之一，恶性程度高，生存率低[5]，而我国是世界上食管癌发病率和死亡人数最多的国家，其病死率在十大恶性肿瘤中居第4位[6]。据报道，早期食管癌手术切除后5年生存率达90%，而中晚期患者5年生存率较低[7]。可见，早期诊断、早期治疗是降低其病死率，提高患者生存质量的关键。

近年来，早期食管癌的治疗从传统的外科治疗过渡到以外科与内镜下联合治疗的模式。EMR最初用于大块黏膜活检，而大多数早期食管癌无淋巴结转移、浸润深度较浅的患者均可使用EMR术根治，相对于传统的外科食管切除手术，EMR术后患者有更好的生活质量且能更快恢复[8]。但对较大（常常大于2 cm）的平坦病变来说，EMR只能通过分片切除的方法进行，如内镜下透明帽法黏膜切除（EMR-Cap）、多环黏膜套扎切除术（MBM）、内镜黏膜分片切除术（EPMR），但上述方法均无法进行整块切除，因此判断切缘和基底部相对比较困难，不易进行根治评估，易导致肿瘤病变残留和复发[9]。ESD是在EMR的基础上发展起来的一种内镜下微创手术，主要用于不能一次性切除大于2 cm的消化道浅表肿瘤，日本学者在1996年首创使用顶端带有绝缘陶瓷圆球的电刀（IT刀）对超过2 cm的早期胃癌病变进行黏膜下剥离，并一次性切除成功。此后，逐步将ESD用于治疗消化道早期癌，使得更多的消化道病变能够一次性地在内镜下大块完整切除[10]。ESD是治疗消化道早期肿瘤及癌前病变有效、安全、创伤少的一种方法，目前已成为消化道早期癌及癌前病变的首选治疗方法。尽管如此，但对食管环周或近环周这样大面积的早期食管癌的治疗，ESD操作难度大，并且因食管壁薄，无浆膜层，很容易发生穿孔、纵隔气肿、气胸、继发感染等严重的并发症。所以，对食管环周或近环周早期食管癌的治疗，目前在大多数



A：ESD术后创面；B：ESD术后的食管环周完整标本；C：展开后病变最大长径9.0 cm，标本固定，病变完整处于切除标本内；D：病理观察，可见食管黏膜中-重度非典型增生，局灶原位癌（HE ×100）；E：食管ESD术后1个月复查，瘢痕形成，食管腔明显狭窄；F：食管中段狭窄行Boston Scientific CRE水囊扩张（直径约1.5 cm）；G：食管扩张术后6个月复查，食管狭窄消失

图2 内镜黏膜下剥离术术后观察及术后水囊扩张

医院仍以外科治疗为主。而外科手术治疗需要行颈胸部多处切口或开胸等手术,创伤大,医疗费用高,食管狭窄率也仍然较高,而且易发生吻合口瘘、继发感染等并发症,影响患者的术后生活质量。因此,我们在熟练掌握ESD技术治疗消化道病变的基础上,对环周或近环周的大面积早期食管癌患者,仍然采用ESD的方法进行治疗。

我们通过对26例环周或近环周的大面积早期食管癌及癌前病变进行了ESD治疗,结果表明:切除病灶26例,其中环周食管病变11例,环周病变率42.3%(11/26);近环周占食管3/4病变13例,近环周占食管4/5病变2例。切除病变长度4.0~20.0 cm,切除病变的环周长度3.0~20.0 cm,与文献[2,11-12]报道采用ESD治疗早期食管癌的切除病变大小相比明显增加。本组临床资料中一次完全切除26例,ESD剥离病变成功率100%(26/26),与上述文献报道基本一致。ESD手术时间75~140 min,平均95 min,与上述文献报道,时间相对延长10~30 min,其原因是近环周病变的治疗难度大,耗时长。所有病例在术中有少量的不同程度的出血,平均出血量40 mL左右。对于较小的渗血及小血管,操作时助手将刀头收于鞘内,采用Hook刀头端电凝方式止血;对于较大的血管或喷射性出血用止血钳钳夹血管后,进行有效电凝止血;术中操作过程中出现3例小穿孔,及时换用CO_2灌注,并用钛夹夹闭创面,继续进行剥离病变,术后有轻微的颈部及前胸皮下气肿,经禁食及胃肠减压、抗感染治疗1周以内,皮下气肿逐渐消退。

术后食管狭窄是内镜治疗的远期并发症之一,Katada等[13]指出超过食管环周3/4以上的黏膜缺损,成为食管狭窄的一个危险因素。临床表现为术后出现渐进性吞咽困难,可经内镜及食管碘油造影确诊,其原因多为瘢痕增生引起。近期,Hanaoka等[14]为预防ESD治疗食管近环周病变术后狭窄,在ESD术后进行病灶内黏膜下层注射曲安奈德,与对照组比较,狭窄率明显减低。病灶内注射类固醇有望成为缓解食管ESD术后狭窄的手段之一。本组术后食管狭窄13例(50%),均行内镜下行Boston Scientific CRE水囊扩张治疗,扩张次数1~14次,平均3.61次,扩张后食管狭窄基本解除,得到临床治愈。

在ESD治疗食管近环周早期食管癌及癌前病变时,和以往面积较小(通常最大直径小于5 cm以下)的食管病变或环周2/3以下的食管病变相比较,我们认为要特别注意以下几点:①在进行ESD术前,碘染色后,应反复观察病变的范围,若病变接近环周,但并未环周时,不要盲目环周标记、进行环周切除,以免术后狭窄发生率增加。②在进行ESD剥离过程中,应多次、反复地注射黏膜下注射液,使病变充分抬举后,再行剥离治疗;对黏膜下注射液的选择,我们使用玻璃酸钠加甘油果糖混合液,此液体在黏膜下抬起时间及抬起高度上有明显优势,可大大缩短手术时间及手术操作难度,注射过程中,若遇到黏膜下层血管网较丰富时,注射针仅伸出针鞘(不伸出针尖)进行注射,避免刺穿黏膜下层血管引起出血,影响操作视野。④对于食管环周病变的剥离,病变预切开后,因病变较大,操作空间有限,影响视野,常用镜头端透明帽从口侧端推挤黏膜向肛侧端卷曲进行逐步地向下剥离,直到病变完全切除。

2006年日本食管学会制定的指南中指出:早期食管癌的绝对适应证为透壁深度在M_1/M_2,边缘性为2/3以下的病变;相对适应证为透壁深度在M_3/SM_1,边缘性为2/3以上,影像学诊断不怀疑有淋巴结转移的病变[15]。我国于2012年制定了消化道黏膜病变ESD治疗专家共识,当中指出,早期食管癌的适应证包括以下几项:①大于15 mm的食管高级别上皮内瘤变。②早期食管癌:结合染色、放大和超声内镜(EUS)等检查,确定病变的范围和浸润深度,局限于M_1、M_2、M_3或SM_1且临床没有血管和淋巴管侵犯证据的高、中分化鳞癌。③伴有不典型增生和癌变的Barrett食管。④姑息性治疗,适于侵犯深度超过SM_1、低分化食管癌、心肺功能较差不能耐受手术的高龄患者及拒绝手术者,并需结合放疗[16]。但是,共识中对环周或近环周的早期食管癌或癌前病变是否行ESD治疗并没有明确指出。因此,对环周或近环周的大面积早期食管癌或癌前病变是否行ESD,在日本认为是一相对适应证,而国内并未达成共识。尽管如此,我们认为,对食管环周3/4以上的近环周早期食管癌和癌前病变仍然可以行ESD治疗,且操作安全,创伤少,术后食管狭窄通过扩张后仍然能够达到临床治愈的目的,避免了外科手术的巨大创伤,是ESD在治疗近环周早期食管癌和癌前病变的一种较理想的手术选择。

但是,本研究也存在不足之处,对ESD治疗近环周早期食管癌及癌前病变的技术要求高,难度相对较大,必须在进行充分的动物实验,熟练掌握常规ESD操作的基础上,才可进行此类手术的操作治疗。因此,培养手术医师的周期长,不便于在大多数医院开展工作。同时,我们运用ESD治疗近环周早期食管癌及癌前病变的病例还不多,随访时间长短不一,且发生食管狭窄的概率仍较高,某些患者发生食管狭窄后扩张次

数多,其远期疗效如何,有待进一步大样本的随机对照临床试验来证明。

参考文献:

[1] Oyama T, Tomori A, Hotta K, *et al*. Endoscopic submucosal dissection of early esophageal cancer[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2005, 7(Suppl 1): S67 - S70.

[2] 李岩, 徐宏伟, 陆喜荣, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗早期食管癌及癌前病变[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2012, 21(11): 1051 - 1053.

[3] 井上晴洋, 佐藤嘉高, 工藤進英. NBI 画像による咽頭・食道扁平上皮領域における内視鏡的異型度・内視鏡的深達度診断-IPCL パターン分類//田尻久雄. 特殊光による内視鏡アトテス一 NBI・AFI・IRI 診断の最前線[M]. 日本: 日本メテイカルセンター, 2006: 36 - 49.

[4] 李鹏, 张澍田. 早期食管癌的内镜诊断[J]. 中华消化内镜杂志, 2013, 30(1): 8 - 9.

[5] Parkin D M, Bray F, Ferlay J, *et al*. Global cancer statistics, 2002[J]. CA CancerJ Clin, 2005, 55(2): 74 - 108.

[6] 赫捷, 邵康. 中国食管癌流行病学现状、诊疗现状及未来对策[J]. 中国癌症杂志, 2011, 21(7): 501 - 504.

[7] 王国清. 食管癌高发现场早诊早治 30 年临床研究经验[J]. 中国医学科学院学报, 2001, 23(1): 69 - 72.

[8] Teoh A Y, Chiu P W, Yu-Ngo D K, *et al*. Outcomes of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection in management of superficial squamous esophageal neoplasms outside Japan[J]. J Clin Gastroenterol, 2010, 44(9): e190 - e194.

[9] 周平红, 姚礼庆. 消化内镜切除术[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2012: 156.

[10] Gotoda T, Kondo H, Ono H, *et al*. A new endoscopic mucosal resection procedure using an insulation-tipped electrosurgical knife for rectal flat lesions: report of two cases[J]. Gastrointest Endosc, 1999, 50(4): 560 - 563.

[11] 周平红, 姚礼庆, 马丽黎, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗食管早期癌及癌前病变[J]. 中华消化内镜杂志, 2008, 25(11): 570 - 573.

[12] 凌亭生, 程文芳, 林琳, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗食管黏膜病变[J]. 南京医科大学学报: 自然科学版, 2011, 31(3): 431 - 433.

[13] Katada C, Muto M, Manabe T, *et al*. Esophageal stenosis after endoscopic mucosal resection of superficial esophageal lesions[J]. Gastrointest Endosc, 2003, 57(2): 165 - 169.

[14] Hanaoka N, Ishihara R, Takeuchi Y, *et al*. Intralesional steroid injection to prevent stricture after endoscopic submucosal dissection for esophageal cancer: a controlled prospective study[J]. Endoscopy, 2012, 44(11): 1007 - 1011.

[15] 小山恒男. 食管癌和胃癌的 ESD 策略与实践[M]. 刘正新, 刘雨桃, 译. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 104.

[16] 内镜黏膜下剥离术专家协作组. 消化道黏膜病变内镜黏膜下剥离术治疗专家共识[J]. 中华胃肠外科杂志, 2012, 15(10): 1083 - 1086.

(**收稿**:2013-08-15;**修回**:2013-09-10)

(编辑 王 红)

(上接 273 页)

的 48 例结直肠异物,78% 与经直肠性刺激有关。临床上根据患者提供的资料可初步了解直肠异物的病因,通过耐心地反复询问,大多数患者仍愿意告知医生真相。

直肠异物的治疗首先应明确异物的类型、大小、种类、停留时间长短、异物所在位置及有无合并症等情况,再制定具体的治疗方案。一般较小及位置较浅的异物可自行排出,而较大、尖锐、时间较长、位置较深且合并穿孔等合并症的异物可采用外科手术治疗;不能自行排出且无合并症的异物我们可以在充分麻醉下经肛门取出。文献[3]报道,经充分镇静,60% ~75% 的结直肠异物可以经肛门取出;直肠异物经肛门取出通常采取局部浸润麻醉或骶管麻醉,用手法扩肛,然后采用指挖法、钳取法或在肛镜下取出异物。李凯等[4]报道的 21 例直肠异物均是采用上述方法。本例我们采用全身静脉麻醉下经结肠镜引导辅以卵圆钳加圈套器经肛门取出异物。直肠异物经结肠镜引导下取出应注意:①适应证的把握;②结肠镜引导下辅助器材的正确选择;③取出过程中钳取异物的力度、方向、内镜操作等技巧的熟练掌握;④术后再次进镜观察的必要性。本组病例资料只有 1 例,相关并发症尚不明确,该方法仍存在穿孔或穿孔后转外科继续治疗的风险。直肠异物经结肠镜引导下取出的优势:①准确地判断异物的类型、大小、深度及肠道有无穿孔、出血等合并症,为进一步取出异物提供合理的治疗方案。②位置相对较深的异物在结肠镜引导下可以有更好的视野,取出过程完全可视化,更好地把握异物取出的方向、力度,有效地避免异物损伤黏膜导致穿孔、出血等并发症,避免增加患者后续治疗的难度。③异物取出后再次进镜观察整个肠腔,可以更好地评估患者术后情况,为进一步治疗提供相应依据。

综上所述,直肠异物取出的方法选择尤为重要,不能自行排出且无合并症的异物除了传统的取出方法外,我们还可以在结肠镜引导下取出。本例患者取出过程顺利,术后反应良好,无并发症。我们也可以设想,一些质软、异物相对较小,但位置较深的异物是否仍可以通过结肠镜引导辅以圈套器等措施取出异物,从而达到微创治疗的目的。

参考文献:

[1] 张东铭. 盆底与肛门病学[M]. 贵阳: 贵州科学技术出版社, 2000: 500 - 501.

[2] Cohen J S, Sackier J M. Management of colorectal foreign bodies[J]. J R Coll Surg Edinb, 1996, 41(5): 312 - 315.

[3] Lake J P, Essani R, Petrone P, et al. Management of retained colorectal foreign bodies: predictors of operative intervention[J]. Dis Colon Rectum, 2004, 47(10): 1694 - 1698.

[4] 李凯, 朴慧权. 直肠异物 21 例发病原因及诊疗经验总结[J]. 中国医学工程, 2011, 19(10): 132.

(**收稿**:2013-09-03;**修回**:2013-09-22)

(编辑 王 红)