经验交流

文章编号:1000-5404(2014)08-0745-05

大肠息肉内镜切除术后重度迟发性出血的诊治分析

何小庆,柳 芳,黄思霖,朱 薇,何美蓉 (510515 广州,南方医科大学南方医院消化病研究所)

[关键词] 结肠镜;息肉切除术后;重度迟发性出血;急诊肠镜

[中图法分类号] R574.62 [文献标志码] B

结肠镜进行息肉切除已成为目前治疗大肠息肉的首选方法[1]。其中,出血为术后最常见的并发症[2]。息肉切除术后并发出血可分为早期出血(术后24 h内)和迟发性出血(术后24 h后)。息肉切除术后并发重度迟发性出血患者若未能得到及时正确的诊治,可因失血性休克而死亡。总结我科治疗经验,报告如下。

1 资料与方法

2008年10月至2013年10月在我院消化内科住院行内镜下大肠息肉切除的患者4 864例,排除术后早期出血及轻、中度迟发性出血的患者,共有4例重度迟发性出血的患者纳入本研究。其中男性2例,女性2例,年龄22~64岁,平均43岁。

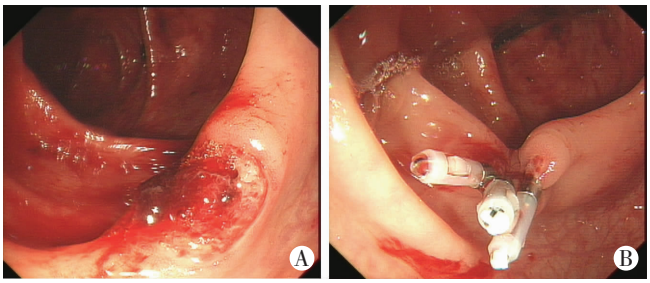
出血程度的判断标准:轻度出血。表现为黑便或暗红色血便,每天1~2次,每次量少,生命体征平稳。重度出血。大量暗红色或鲜红色血便,血压≤90/60 mmHg,心率≥110/min;中度出血介于上述两者之间。

诊治方法:予禁食禁水、抗休克治疗(扩容、补液、输血)、静脉应用止血药物、急诊肠镜下止血。急诊肠镜下确定出血部位后,根据创面不同情况予止血夹、局部注射法、热活检钳电凝、氩气刀等方式止血。

2 结果

4 864例大肠息肉内镜下切除术后并发迟发性出血的患者共103例,发生率为2.1%;其中4例为重度迟发性出血,发生率为0.8‰,1例发生于术后第3天,2例术后第5天,1例术后第7天。4例患者在积极纠正休克后行急诊肠镜下止血,其中3例成功止血,1例再次出血,经第2次急诊肠镜下止血后无再发出血。无1例转外。4例患者的诊治情况如下。

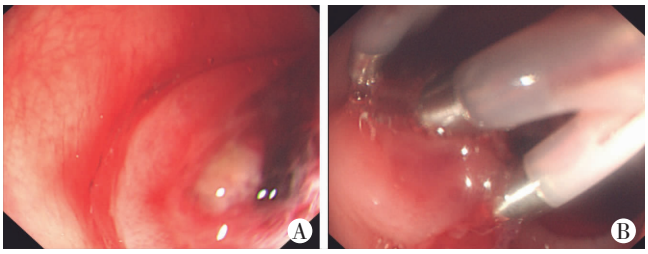
病例1:女性,22岁,入院诊断为"升结肠息肉"。于2009年8月13日行肠镜下息肉切除术,术中升结肠见一直径约6 mm的球状息肉,短蒂,行高频电切除术;术后第5天出现血便1 000 mL,伴晕厥,立即予禁食、禁水、抗休克治疗后行急诊肠镜下止血。肠镜报告:于升结肠中部见一息肉切除残基,反复冲洗后见残基血管出血,用钛夹3枚封闭残基创面后出血停止。术后生命体征平稳,无再发活动性出血(图1)。



A:术后第5天出血;B:止血后

图1 升结肠息肉患者结肠镜下息肉切除术后出血治疗观察

病例2:男性,28岁,入院诊断为"结肠多发息肉"。于2009年7月28日行肠镜下息肉切除术,术中乙状结肠见一大小约18 mm×12 mm的球状息肉,长蒂,另直肠见一直径约10 mm的球状息肉,短蒂,均行高频电切除术;术后第3天出现2次血便400 mL,血压85/52 mmHg,脉搏120 /min,予禁食、禁水、抗休克治疗后行急诊肠镜下止血。肠镜报告:乙状结肠息肉残蒂血痂形成,并有鲜血渗出,喷洒去甲肾上腺素生理盐水后,用钛夹3个封闭创面后仍有少量渗血,在残蒂周围黏膜下注射高渗盐水后出血停止。术后生命体征平稳,无再发活动性出血(图2)。



A:术后第3天出血;B:止血夹及周围黏膜下注射高渗盐水止血

图2 结肠多发息肉患者结肠镜下息肉切除术后出血治疗观察

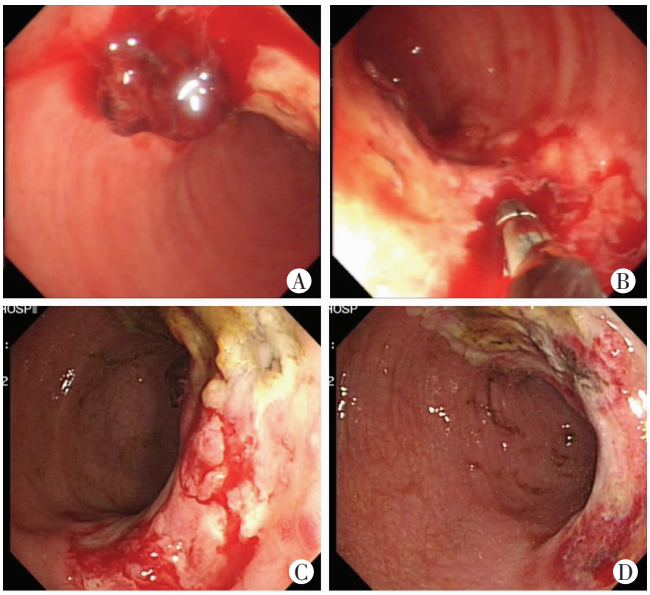
病例3:女性,58岁,入院诊断为"结肠肿物"。于2012年11月20日行肠镜下息肉切除术,术中直乙交界见一环肠腔半周的侧向发育型肿瘤,于周边黏膜下注射1:10 000肾上腺素生理盐水后,采用内镜下分片黏膜切除术切除肿物。术后第5天出现血便500 mL,予禁食、禁水、抗休克治疗后行急诊肠镜下止血。肠镜报告:见距肛门约15 cm处创面中央有1个血痂附着,给予去甲肾上腺素生理盐水反复冲洗,血痂及其周围可见多处鲜血渗出,并可见一处血管搏动性出血,以热活检钳电凝止血成功。术后第11天,患者再次出现血便100 mL,心率

[基金项目] 广东省自然科学基金(2010B03160024);广州市科技计划项目(2012J4300091)

[通信作者] 何美蓉,E-mail:hemr@263.net

[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20140224.1007.002.html(2014-02-24)

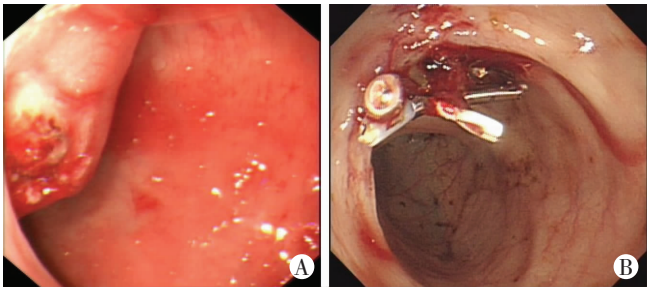
78/min,血压 140/92 mmHg,予急诊肠镜,乙状结肠可见一巨大溃疡面,中央有血痂附着,给予去甲肾上腺素生理盐水反复冲洗后,见溃疡面多处渗血,行氩离子束凝固术及电凝止血后出血停止。术后生命体征平稳,无再发活动性出血(图 3)。



A:术后第 5 天出血;B:热活检钳电凝止血;C:术后第 11 天再次出血;D:氩离子束凝固术及电凝止血后

图 3　结肠发育型肿瘤患者结肠镜下息肉切除术后出血治疗观察

病例 4:男性,64 岁,入院诊断为"乙状结肠息肉"。于 2011 年 11 月 14 日行肠镜下息肉切除术,于乙状结肠见一 30 mm × 50 mm 杨梅状息肉,短粗蒂,行高频电切除术。术后第 7 天出现 2 次血便 500 mL,血压 90/50 mmHg,急查血红蛋白87 g/L,立即予禁食、禁水、抗休克治疗后行急诊肠镜下止血。肠镜报告:下乙状结肠处见一息肉残蒂,表面附血凝块,冲洗后见残蒂有活动性出血,以 4 个钛夹封闭创面后出血停止。术后生命体征平稳,未再发生活动性出血(图 4)。



A:术后第 7 天出血;B:止血夹止血

图 4　乙状结肠息肉患者结肠镜下息肉切除术后出血治疗观察

3　讨论

息肉切除术后并发出血的相关因素包括:息肉因素、操作因素及患者因素。有研究发现直径≥10 mm 的息肉发生迟发性出血的危险比小息肉高 4.5 倍[5]。本研究中病例 2、3、4 的息肉直径均 >10 mm。为减少术后出血,在息肉切除过程中,高频电凝发生仪的凝切电流强度要恰当。电凝电流凝固效果好,但组织损伤深,易致穿孔,电切电流组织损伤浅,但易致出血。通常凝切比例 3 ~ 4∶1较为合适,具体参数应根据息肉大小、形态、蒂部粗细而定,较大的粗蒂息肉电凝电流成分宜高。切除中操作者需掌握"先凝后切"的原则,每次凝切时间以 1 ~ 3 s 为宜。息肉切除前后用上尼龙绳或止血夹封闭创面,对绝大多数病例均能有效地预防出血。本研究中 4 个病例均未封闭创面:病例 1 由于息肉较小,操作者未能预见到出血,故没有封闭创面;病例 2、3、4 息肉直径均 >10 mm,切除创面较大,且息肉位于乙状结肠,由于此部位操作困难,故未能封闭创面。因此,操作者应尽可能封闭创面,对于未能封闭创面的患者,一定要加强术后护理和观察,注意饮食及减少活动量,必要时适当延长住院观察时间。

迟发性出血一旦发生,应判断出血程度,若为轻度出血,可密切观察;若为中度出血,应予禁食、禁水、补液、静脉应用止血药等内科处理,并及时联系急诊肠镜检查;若为重度出血,在禁食、禁水、补液的基础上还应加强止血药、输血、扩容等抗休克治疗,在休克纠正后积极行急诊肠镜下止血。急诊肠镜能迅速确定出血部位,及时行肠镜下止血治疗,可以避免患者再次出血及缩短平均住院日。急诊肠镜检查前,须查阅前次肠镜手术报告中注明的部位,在检查中予以重点关注。找到病灶后,若有较大面积渗血,可用去甲肾上腺素溶液喷洒、氩气刀、肾上腺素或高渗盐水局部注射等方式止血,如病例 3;若创面有局部活动性涌血,应首选止血夹夹闭血管残端,如病例 1、病例 4;若采用止血夹后仍有渗血,可进一步采用喷洒、注射等方式止血,如病例 2。急诊肠镜下止血失败的病例,需立即转外科手术止血。

总之,本研究提醒广大医护人员对结肠镜下息肉切除术后并发重度迟发性出血的高度重视,术中应尽量封闭创面,对于粗蒂、大息肉、未能封闭创面者,应当加强术后护理与观察;一旦发生,应立即采取内科治疗纠正休克后行急诊肠镜下止血,根据肠镜下创面的不同情况采用不同的内镜下止血方式治疗。

参考文献:

[1] Fyock C J, Draganov P V. Colonoscopic polypectomy and associated techniques[J]. World J Gastroenterol, 2010, 16(29): 3630 - 3637.

[2] Dobrowolski S, Dobosz M, Babicki A, *et al*. Blood supply of colorectal polyps correlates with risk of bleeding after colonoscopic polypectomy [J]. Gastrointest Endosc, 2006, 63(7): 1004 - 1009.

[3] Repici A, Tricerri R. Endoscopic polypectomy: techniques, complications and follow-up[J]. Tech Coloproctol, 2004, 8 Suppl 2: s283 - s290.

[4] Choo W K, Subhani J. Complication rates of colonic polypectomy in relation to polyp characteristics and techniques: a district hospital experience[J]. J Interv Gastroenterol, 2012, 2(1): 8 - 11.

[5] Watabe H, Yamaji Y, Okamoto M, *et al*. Risk assessment for delayed hemorrhagic complication of colonic polypectomy: polyp-related factors and patient-related factors[J]. Gastrointest Endosc, 2006, 64(1): 73 - 78.

(**收稿**:2014-01-16;**修回**:2014-02-11)

(编辑　王　红)