内镜下氩离子凝固术与高频电凝切除术治疗结肠息肉的疗效研究

辛国秋,唐 悦,唐先富 (重庆市北碚中医院消化科,重庆 北碚 400700)

[摘 要] **目的** 对比内镜下氩离子凝固术和高频电凝切除术治疗结肠息肉的疗效。**方法** 收集我院治疗的肠息肉患者186例(息肉322枚),根据治疗方法不同随机分为高频电凝切除组93例(息肉168枚),氩离子凝固组93例(息肉154枚),术后随访2个月,比较两组穿孔、出血并发症比例和治愈率。**结果** 高频电凝切除组并发出血10例(10.8%)高于氩离子凝固组3例(3.2%),$P<0.05$,且高频电凝切除组出现穿孔1例。高频电凝切除组治愈率为94.5%,低于氩离子凝固组为100%,$P<0.05$。**结论** 与传统高频电凝切除术相比,氩离子凝固术治疗结肠息肉出血并发症少,治愈率高,值得临床推广。

[关键词] 结肠息肉;氩离子凝固术;高频电凝切除术;电子结肠镜

[中图分类号] R574.62; R656.9 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2010)05-0392-02

Comparison of endoscopic argon plasma coagulation and high-frequency electroblation in the treatment of colonic ployps

XIN Guo-qiu, TANG Yue, TANG Xian-fu (Department of Gastroenterology, Hospital of Traditional Medicine in Beibei, Chongqing 400042, China)

Abstract: Objective To compare the clinical effects of endoscopic argon plasma coagulation and high-frequency electroblation in the treatment of colonic ployps. **Methods** Totally 186 patients with colonic ployps were randomly divided into high-frequency electroblation group (group A, 93 patients) and argon plasma coagulation group (group B, 93 patients). All patients were followed up for two months and the rates of complications and recovery of both groups were compared. **Results** More cases of hemorrhagy were observed in group A (10 cases) than in group B (3 cases) ($P<0.05$) and 1 case of enterobrosis occurred in group A. The recovery rate of group A (94.5%) was lower than that of group B (100%), $P<0.05$. **Conclusion** Treating colonic ployps by endoscopic argon plasma can reduce the complications and increase the recovery rate; therefore it is worth promoting in clinics.

Keywords: colonic polyps; argon plasma coagulation; high-frequency electroblation; electronic colonoscopy

大肠多发息肉并发症多,癌变率高,尤其是巨大的腺瘤性息肉,并随着年龄增长而有升高的趋势。既往研究表明,大多数结肠癌是由结肠瘤性息肉癌变而来,腺瘤性息肉癌变率高达2.9%~9.4%[1]。因此,及时发现、治疗结肠息肉对降低大肠癌发病率具有重要意义。传统的高频电凝切除和新开展的氩离子凝固术(argon plasma coagulation, APC)都是目前内镜下治疗息肉常用的手段,具有创伤小、住院时间短、费用低等特点[2-5],但两者在结肠息肉治疗的疗效方面尚无对比研究。本研究拟通过比较两种方法术后并发症和治愈率来探讨这一问题。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例186例(息肉322枚),其中男102例,女84例,年龄16~76岁,平均(40.32±15.31)岁。随机分为高频电凝切除组和氩离子凝固组进行治疗。

1.2 治疗方法

两组患者均按内镜治疗常规准备。高频电凝切除组:肠镜送至息肉部位,适当充气并调整好位置,直径小于0.5 cm的小息肉用热活检钳摘除,其余采用混合波电凝器套扎切除。广基息肉或蒂较长的息肉则采用1:10 000去甲肾上腺素根部注射致隆起后再电凝套扎切除,较大息肉一次不能切除者分片切除。氩离子凝固组:设定高频电发生器功率25~40 W。送肠镜至息肉部位,充分换气,然后经内镜钳道插入氩离子凝固导管至病灶上方0.3~0.5 cm处,凝固治疗每次1~3 s,凝固次数视息肉情况而定,扁平、广基息肉直接凝固至病灶表面泛白、泛黄甚至出现黝黑样变为止。有蒂息肉可与圈套器结合切除,息肉较大圈套器不便于套入蒂部或呈分叶状息肉不易分辨蒂部者,先用氩气刀凝固缩小病灶便于后续处理或暴露蒂部。息肉切除后仔细观察病灶有无粘膜下气肿、出血及其他异常情况,抽气后退镜。两组术后均留观12~24 h,观察是否有并发症出现,常规禁食1~2餐,1周内忌粗糙及刺激性食物。

所有患者治疗后随访2个月,观察有无穿孔、出血等并发症情况。①穿孔:术中发现或术后患者经腹平片诊断有气腹征或经手术探查证实有穿孔存在。②出血:手术中或术后7 d内的出血。

[作者简介] 辛国秋(1963-),男,重庆市人,副主任医师,学士,主要从事消化科临床及内镜方面的研究。电话:(023)68355136

[收稿日期] 2010-07-19 [修回日期] 2010-08-20

1.3 治愈标准

结肠息肉切除术后2个月随访复查，结肠镜示原病灶处覆盖新生的粘膜上皮及肉芽组织，无明显瘢痕形成。

2 结果

高频电凝切除组93例(息肉168枚)，氩离子凝固组93例(息肉154枚)。两组年龄、性别比例、息肉部位、大小、山田分类、病理类型均无统计学差异。高频电凝切除组出现乙状结肠穿孔1例，经保守治疗后痊愈；氩离子凝固组无穿孔发生。高频电凝切除组术中创面少量出血者6例，术后迟发性出血4例，共10例，发生率10.8%；氩离子凝固组无术中出血，术后迟发性出血3例，发生率3.2%，明显低于前者($P<0.05$)。术后2个月复查肠镜，氩离子凝固组术治愈率100%，高于高频电凝切除组94.5%($P<0.05$)。

3 讨论

结肠息肉，尤其是腺瘤性息肉与大肠癌关系密切，被公认为大肠癌的癌前病变。早期发现并切除息肉能预防及减少大肠癌的发生。与传统外科手术相比，内镜下治疗结肠息肉具有快捷、创伤小、患者耐受性好的优点，目前已在临床上广泛应用。其中高频电凝切除术和APC是两种常用方法。本研究通过对这两种术式治疗后患者并发症和治愈率的比较，发现APC治疗结肠息肉出血并发症少、无穿孔，且治愈率高。

APC技术是利用高频电流以单极技术通过电离的有导电性的氩气(氩离子体)，无接触地引导到需要治疗的组织产生凝固效应[6]。APC最大的优点是凝固深度的自限性，这一特点可在预防肠穿孔中发挥重要作用。肠穿孔是内镜下切除结肠息肉的严重并发症，其发生多因肠壁薄、病变范围大，特别是操作不当等原因引起。高频电凝切除较大息肉时，容易使蒂部电凝过度、过深，造成息肉蒂部残端急性炎症反应，诱导肠穿孔发生。而APC由于凝固深度一般不超过3 mm，因此可以避免这一问题。有文献报道[7]电凝切除术穿孔发生率为0.32%，本研究中高频电凝切除组也出现穿孔1例，而APC组没有出现穿孔并发症，可能与上述情况有一定关系。出血是内镜下切除结肠息肉的常见并发症，原因较多。本研究中APC组出血并发症少于高频电凝切除组，可能是因为氩离子束可以自动导向需治疗的组织表面，而不一定沿氩气流原来的方向和喷头所指的方向，止血更全面；且操作时探头无须接触组织，不易引起新的出血灶。同时由于氩离子束可以进行轴向、侧向和自行逆向凝固，几乎可以到达病变的任何部位，利于彻底清除病灶，因此治愈率也高于高频电凝切除。

杨琦等[8]认为APC对扁平、宽基息肉尤其是多发息肉不能或不易行圈套切除的治疗效果更佳。赵曙光等[9]认为对于较大有蒂息肉予圈套器行高频电切除的，APC可作为高频电切除后防止残端出血及复发的补充治疗。因此，结合本研究结果本文认为APC治疗结肠息肉更具有临床推广意义。

[参考文献]

[1] Coverlizza S, Risio M, Ferrai A, et al. Colorectal adenomas containing invasive carcinoma: pathologic assessment of lymph node metastatic potential[J]. Cancer, 1989,64(9):1937-1947.

[2] 刘万福，王长福，黄庆忠，等. 内镜下高频电凝电切摘除消化道息肉158例临床分析[J]. 临床医药，2009,18(15):66-67.

[3] 王一鸣，熊毅敏，许桦林，等. 内镜下高频电切治疗消化道巨大息肉[J]. 局解手术学杂志，2010,19(3):210-212.

[4] 夏扬潮，韦天灵. 内镜下氩离子凝固术治疗大肠息肉的临床研究[J]. 微创医学，2009,4(5):496-497.

[5] 柏健鹰，王沂芹，赵晓晏. 氩离子凝固术治疗Barrett食管67例临床分析[J]. 局解手术学杂志，2009,18(3):165-166.

[6] 吴云林，冯 莉，孙 波，等. 氩离子血浆凝固术治疗胃肠广基扁平息肉和出血[J]. 中华消化内镜杂志，2001,18(6):325-327.

[7] Dominitz JA, Eisen GU, Baron TH. Complications of colonoscopy[J]. Gastrointestinal Endoscopy, 2003,57(4):441-445.

[8] 杨 琦，王景杰，杨 晔，等. 内镜下氩离子凝固术治疗胃肠道息肉446例临床分析[J]. 第四军医大学学报，2009,30(3):268-270.

[9] 赵曙光，王旭霞，黄裕新，等. 氩离子凝固术治疗消化道息肉和疣状胃炎的疗效观察[J]. 中国内镜杂志，2004,10(3):20-21.

(编辑：兰阳军)

(上接第391页)

[参考文献]

[1] Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome[J]. Am J Surg, 2002,183(6):630-641.

[2] 黎介寿. 营养与加速康复外科[J]. 肠外与肠内营养，2007,14(2):65.

[3] 江志伟，李 宁，黎介寿. 快速康复外科的概念及临床意义[J]. 中国实用外科杂志，2007, 27(2):131-133.

[4] Wind J, Polle SW, Fung Kon Jin PH, et al. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery[J]. Br J Surg, 2006;93(7): 800-809

[5] Miedema BW, Johnson JO. Methods for decreasing postopertive gut dysmotility[J]. Lancet Oncol, 2003,4(6):365-372.

[6] 董春梅. 快速康复外科方法在胃肠道手术中的应用研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报，2010,31(2):192-193.

[7] 谢丽娟，鄢春宁，韩 伟. 快速康复外科在腹部手术后促进肠蠕动恢复的应用研究[J]. 中国癌症防治杂志，2009,1(4):371-372.

[8] 胡 凯，沈世强，郑勇斌. 快速康复外科在胃癌手术中的应用[J]. 腹部外科，2009,22(6):350-352.

[9] 冯淑梅，祁九伟. 围手术期病人的护理体会[J]. 局解手术学杂志，2004,13(4):282-283.

(编辑：郭光金)