内镜下高频电切治疗消化道巨大息肉

王一鸣,熊毅敏,许桦林,郑国荣,徐维田,陈建利 (广州军区武汉总医院消化内科,湖北 武汉 430070)

[摘 要] **目的** 评价内镜下高频电切除术联合钛夹、尼龙圈套及氩离子凝固治疗消化道巨大息肉的效果及安全性。**方法** 对我院2005年6月至2009年6月收治的69例患者共112处消化道巨大息肉分别采用钛夹、尼龙圈套及氩离子凝固联合高频电凝切除术的治疗方法进行回顾性分析。**结果** 112枚巨大息肉中,上消化道17枚,结肠86枚,直肠9枚。其中62枚息肉采用尼龙圈套加高频电凝切除术治疗,23枚息肉采用高频电凝切除术加钛夹钳夹术治疗,27枚采用高频电凝切除术加氩离子凝固治疗。术中出血4例(3.5%),内镜下即行氩离子凝固及钛夹止血成功;术后迟发性出血2例(1.8%),急诊内镜下钛夹止血成功。无其他并发症发生。**结论** 高频电切术联合尼龙圈套、金属钛夹及氩离子凝固术是内镜下消化道巨大息肉安全有效的治疗技术。

[关键词] 消化道息肉;高频电切术;钛夹;尼龙圈套器;氩离子凝固术

[中图分类号] R730.49;R730.56 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2010)03-0210-03

Giant polypus in gastrointestinal tract treated by high-frequency electrocogulation under endoscope

WANG Yi-ming, XIONG Yi-min, XU Hua-lin, ZHENG Guo-rong, XU Wei-tian, CHEN Jian-li (Department of Digestive Diseases, General Hospital of Guangzhou Command, Wuhan Hubei 430070, China)

Abstract: Objective To evaluate the effect and reliability of high-frequency electrocogulation combined with titanium clench, nylon ring or argon plasma coagulation under endoscopy in treatment of giant polyps in digestive tract. **Methods** Totally 112 giant polypi digestive tract of 69 patients in our hospital from June 2005 to June 2009 were treated by high-frequency electrocogulation combined with titanium clench, nylon ring or argon plasma coagulation. These cases were retrospectively analyzed. **Results** In 112 giant polypi, 17 polypi were located in upper digestive tract, 86 in colon, and 9 in rectum. Totally 62 polyps were cured by high-frequency electrocogulation combined with nylon ring, 23 were treated with high-frequency electrocogulation allied with titanium clench, and 27 by high-frequency electrocogulation associated with argon plasma coagulation. In all the treatment, intraprocedural bleeding occurred in 4 cases (3.5%), which were controlled by hemostatic treatment with argon plasma coagulation or titanium clench, 2 cases came up with delayed bleeding (1.8%), and were also cured by titanium clench under emergency therapeutic endoscopy. No other complications occurred. **Conclusions** High-frequency electrocogulation combined with titanium clench, nylon ring or argon plasma coagulation can effectively prevent bleeding during or after the resection of giant polypoid lesions, which is a safe and effective allied treatment technique for giant polyps in digestive tract.

Keywords: polypi in digestive tract; high-frequency electrocogulation; titanium clench; nylon ring; argon plasma coagulation

消化道巨大息肉是引起消化道出血最常见的病因。大于2 cm的腺瘤性息肉癌变的危险性被认为是2 cm以下者的4.6倍[1],对大息肉进行积极干预可有效降低癌变率[2]。本文作者在对消化道大息肉样病变的高频电切除过程中,根据病变特征联合应用粘膜下注射、尼龙圈套结扎、金属钛夹钳闭、氩离子凝固(APC)等治疗技术,在完整切除病变的同时,有效地预防出血、穿孔等,收到满意效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例为2005年6月至2009年6月经胃肠镜检查诊断消化道巨大息肉样病变,共69例,息肉112处。其中男54例,女15例,年龄16~83岁。病变形态:巨大指状粘膜脱垂样病变2枚;有蒂息肉样病变93枚,根蒂直径约0.6~1.5 cm,其中大于等于3 cm以上病变39枚;广基隆起或平坦隆起性病变17枚,直径大于等于3 cm病变5枚。病变分布:食管1枚;胃部8枚;十二指肠8枚,结肠86枚,直肠9枚。

1.2 术前准备

胃肠道准备同胃肠镜检查(肠道准备禁用甘露醇);术前1周停用抗凝剂、乙酰水杨酸制剂及非类固醇类药物;行心电图、血常规及出凝血时间检查。手术知情同意书签字。采用静脉全身麻醉者,全程行心电、血压和血氧饱和度监测。

1.3 设备及手术方法

治疗设备:Olympus GIF-240、GIF-260电子胃镜,Olympus CF-230、CF-240电子结肠镜,ERBE 200c氩气刀,Olympus注射针、圈套器、可旋转式套装夹闭器及尼龙绳套扎器等。操作方法:对广基隆起样病变,先于病变边缘一点或多点粘膜下注射高渗钠注射液5~10 mL,使病变充分抬举与粘膜下分离,然后

[作者简介] 王一鸣(1959-),女,江苏省金坛市人,副主任技师,医学学士,主要从事消化内镜诊疗方面的研究。电话:(027)68878423

[收稿日期] 2010-01-14 [修回日期] 2010-03-15

用圈套器完整套取病变并切除,不能一次完整切除的病变可根据情况重复粘膜下注射,分片切除。术中创面出血采用氩离子凝固术及止血夹止血。对创面及边缘残留的少量病灶采用氩离子凝固处理(图 1a)。对有蒂息肉的切除方式分两种:①蒂部短粗的息肉先行高频电凝切除,视病变残端情况分别采用尼龙圈结扎或钛夹夹闭(图 1b);②对根蒂较长的息肉,先用尼龙圈结扎其根部,再在结扎上方行电切除术(图 1c)。对无法一次套入的巨大分叶状息肉,先分次切除息肉分叶,再行根部结扎,而后切除剩余息肉(图 1d)。



a:广基巨大息肉高频电切除后氩气灼烧残存病变;b:短蒂巨大息肉高频电切除及残根钛夹钳闭术;c:长蒂巨大息肉尼龙圈结扎后行高频电切除;d:巨大息肉行分片切除

图 1 高频电切除术治疗巨大息肉

2 结果

2.1 治疗效果

112 处病变中 105 处病变为一次完整切除,7 处病变经多次治疗完整切除,治愈率为 100%。术中出血 4 例(3.5%),均为广基大息肉样病变,2 例经氩离子凝固治疗止血成功,2 例追加钛夹钳闭止血成功。迟发性出血 2 例(1.8%),为结肠息肉根蒂过粗,钛夹置放枚数较少且过于表浅,于息肉切除术后 2 ~ 3 d 出现便血,经急诊肠镜检查发现钛夹脱落,即行钛夹追加治疗,止血成功。所有病例均无穿孔及其他并发症发生。

2.2 病理结果及术后随访

所有 112 处病变切除标本经组织病理学检查,结果见表 1。其中 5 例粘膜上皮内高级别瘤样变,3 例粘膜内癌,早期癌占全部病例的 7.1%(8/112)。患者术后每 2 ~ 6 个月行内镜随访,未发现癌复发。

表 1 112 处胃肠道巨大息肉样病变病理结果

病理类型	病变数目	所占比例(%)
管状腺瘤	48	42.9
管状--绒毛状腺瘤	17	15.2
绒毛状腺瘤	19	17.0
增生性息肉	18	16.0
粘膜慢性炎	2	1.7
粘膜上皮内高级别瘤样变	5	4.5
粘膜内癌	3	2.7

3 讨论

消化道息肉是消化系统的一种常见病、多发病,其中腺瘤为最常见的一种良性肿瘤,其与胃肠癌的发生关系密切[3]。管状腺瘤癌变率为 10% ~ 15%,管状绒毛状腺瘤癌变率可高达 30% ~ 40%[4],有资料显示大于 3 cm 腺瘤的癌变率为 90.5%[5]。本组 8 例早期癌(5 例粘膜上皮内高级别瘤样变,3 例粘膜内癌)病变范围均在 3 ~ 5 cm。因此对大息肉进行积极干预可有效地预防癌症的发生。

随着内镜治疗技术的不断提高及完善,更多巨大消化道息肉样病变可由内镜下完成切除,而不需行外科手术治疗,极大地减少了对病人的创伤及治疗费用。然而,内镜下对直径大于 2 cm 的巨大病变的切除存在一定难度。其主要并发症为出血及穿孔,尤以大出血在处理时更为棘手。一般息肉切除术时的出血率约 0.3% ~ 6.1%[5-6]。巨大息肉切除时的出血率可高达 13% ~ 18%[7]。出血可在息肉切除术中发生,也可于息肉切除术后数天,甚至 1 个月左右时间里仍可发生[8]。本组病例术中出血 4 例,术后迟发性出血 2 例,出血率为 5.3%(6/112)。

通常粗径大息肉由于根部存在较粗供血血管,内镜下高频电切时,可因切除过程中电凝不充分、术后脱痂等因素影响,有着更大的术中及术后迟发性出血风险[9];广基巨大息肉样病变及平坦型病变基底多为微小血管供血,术中残基出血多为少量渗血,但切除过深伤及固有肌层,则可出现大出血或穿孔;直肠近肛门部病变因粘膜下静脉丛较丰富,病变切除时也较易发生出血。本组病例通过联合钛夹、尼龙圈套结扎、注射法粘膜切除术、粘膜分次切除术、氩离子凝固术等多种内镜治疗技术,根据病变形态特征采用相应的止血处理及预处理措施,有效地防止了出血及穿孔的发生,收到满意疗效。

在切除粗蒂大息肉样病变时，应用尼龙圈套结扎应注意圈套收紧适度，既要避免机械性割断息肉而引起大出血，又要防止术后圈套过早脱落。广基或平坦息肉样病变切除治疗前，粘膜下注射量充分，使病变与粘膜下层组织得到完全分离，充分隆起。对可能残留微小病变的创面及边缘用氩气灼烧处理。对早期恶性病变治疗后，短期内需行内镜随访。本组患者术后2个月左右行内镜复查。此时残基愈合良好，可清楚显示病变有无残留。对于粘膜下注射后抬举不充分，基底僵硬病变切不可强行切除，否则极易发生严重的出血、穿孔等并发症。

总结本组资料，本文认为绝大多数消化道巨大息肉样病变经内镜治疗是安全可行的。术前充分地讨论，术中根据病变特征联合多种内镜治疗技术，是可以完整地切除病变且减少并发症发生。

[参考文献]

[1] 刘 俊，何怀纯，王崇文，等. 多原发大肠癌的内镜诊断及其与腺癌的关系[J]. 中华消化内镜杂志，1999，16(3)：144－145.

[2] Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy: the National Polyp Study Workgroup[J]. N Engl J Med, 1993, 329(27): 1977－1981.

[3] Tung SY, Wu CS, Su MY. Magnifying colonoscopy in differentiating neoplastic from nonneoplastic colorectal lesions[J]. Am J Gastroenterol, 2001, 96(9): 2628－2632.

[4] 汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 上海：上海医科大学出版社，1993. 6.

[5] Su MY, Ho YP, Hsu CM, et al. How can colorectal neoplasms be treated during colonoscopy[J]. World J Gastroenterol, 2005, 11(18): 2806－2810.

[6] Sorbi D, Norton I, Conio M, et al. Postpolypectomy lower GI bleeding: descriptive analysis[J]. Gastrointest Endosc, 2000, 51(6): 690－696.

[7] Doniec JM, Lohnert MS, Schniewind B, et al. Endoscopic removal of large colorectal polyps: prevention of unnecessary surgery[J]. Dis Colon Rectum, 2003, 46(3): 340－348.

[8] Singaram C, Torbey CF, Jacoby RF. Delayed postpolypectomy bleeding[J]. Am J Gastroenterol, 1995, 90(1): 146－147.

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

（编辑：杨爱军）

·个案与短篇·

尿道气化电切术治疗老年前列腺增生80例的麻醉体会

韩宝义，朱世明，李秀玲 （鞍山市双山医院麻醉科，辽宁 鞍山 114032）

[关键词] 气化电切术；前列腺增生；麻醉；老年患者；泌尿外科

[中图分类号] R614.2；R699 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)03-0212-01

前列腺增生是老年男性的常见病、多发病，由于增大的前列腺压迫后尿道，病人常因排尿困难而痛苦。经尿道气化电切术治疗老年前列腺增生是当前最有效的治疗方法。我院自2003年2月至2008年2月采用腰麻-硬膜外联合麻醉下经尿道行前列腺气化电切术治疗老年人前列腺增生症80例，现结合病历分析将麻醉体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组80例，年龄61～78岁，经前列腺特异抗体及穿刺活检均排除前列腺癌，术前通过B超、直肠指检、静脉尿路造影诊断为前列腺增生症，对术前有高血压、糖尿病的患者进行内科治疗，使其血糖、血压接近正常范围。

1.2 手术方法

麻醉给药：术前30 min给予咪达唑仑2 mg，阿托品0.5 mg肌注，入手术室后迅速开放静脉，快速输入复方氯化钠溶液或血定安胶体溶液500 mL，充分扩充血容量，选L3～L4间隙穿刺，见脑脊液后，向蛛网膜下腔注入布比卡因5～10 mg，阻滞平面控制在T_{10}以下，术中可于硬膜外腔追加1.4%～2%利多卡因8～10 mL，同时给予5%葡萄糖500～1 000 mL静脉滴注。

2 结果

手术时间45～85 min，麻醉效果确切，患者无不适感觉。术中未使用其他辅助药，在无创血压、心电检测中对血压低于手术前基础值的20%患者可给予麻黄素10 mg升压，心率低于每分钟50次者，给予阿托品0.5 mg。本组80例无并发症发生，术后5～7 d出院。

3 讨论

前列腺增生症是老年男性的常见病，但老年患者大多合并有高血压、糖尿病、心肺功能欠佳、全身各脏器功能减退等，所

（下转第214页）

[收稿日期] 2010-01-29 [修回日期] 2010-02-15