维普资讯 http://www.cqvip.com

gallbladder stones in the biliary tract, improper drainage and impairment of liver functions. Methods for preventing jaundice after cholecystectomy include fair operation,necessary intraoperative checking,proper drainage and protection against liver function impairment in the prioperative period.

KEY WORDS Cholecystectomy; Jaundice

304-305

大肠息肉高频电凝摘除术

R735.340.5

(32)

临床学院普外科 何代文*

提 要 大肠疾病中,肠息肉占有重要地位,纤维结肠镜的检出率在16.4～42.6%之间。作者对219例大肠息肉患者经纤维结肠镜采用高频电凝摘除术,摘取息肉503枚。术后并发创面迟发性出血2例,经保守治疗好转。无肠穿孔等严重并发症。

关键词 纤维结肠镜; 高频电流; 大肠息肉; 摘除术
中图分类号 R656.9

纤维结肠镜的电外科技术[2],是利用高频电流(500kHz左右)通过人体时产生高温,将组织在瞬间凝固或气化而将息肉电凝摘除。高频电流对心肌和神经系统无影响。作者对219例大肠息肉患者经纤维结肠镜采用高频电凝摘除术。现报告如下。

1 对象、设备和方法

1.1 对象 1995年11月～1998年8月,作者经纤维结肠镜对219例大肠息肉患者采用高频电外科治疗术,共摘取息肉503枚(见表1,表2)。219例中,男性137例(62.6%),女性82例(37.4%);年龄14～79岁,平均45.3±3.37岁。

表1 电凝摘除息肉的部位

摘除方法	直肠	乙状结肠	降结肠	横结肠	升结肠	盲肠	合计
圈套法	121	127	29	46	29	7	359
热活检钳法	31	56	14	22	9	12	144

表2 电凝摘除息肉的大小

息肉大小(cm)	圈套法	热活检钳法	合 计
0.2～0.5	43	125	168
0.6～0.9	203	19	222
1～1.9	102		102
2～3	11		11

1.2 设备

1.2.1 Olympus光学公司生产的纤维结肠镜1T20型。

1.2.2 Olympus光学公司生产的高频电发生器PSD－10。能输出电凝波、电切波和混合波三种波型。

1.2.3 凝切附件:热活检钳,新月型及椭圆型圈套器。

1.3 电凝前准备

1.3.1 连接高频电凝装置A.S.P各条导线。模拟性调试高频电发生器,检查仪器工作是否正常1.3.2 清除息肉周围的粪水及粘液,以防止电凝时异常电流经粪水导入肠镜,电击术者,损伤肠镜,置换肠内积气,反复抽气、注气5次以上。防止电凝时肠内可燃气体爆炸,击穿肠壁。

1.3.3 稳定肠管,一般在术前半小时肌注阿托品0.5～1mg,即可有效减缓肠蠕动。电凝期间嘱患者屏气,停止呼吸时膈肌上下移动对肠管的推动。电凝结肠肝曲、横结肠及脾曲之息肉时尤应注意。

1.4 方法

1.4.1 圈套凝切法对于直径大于0.5cm以上息肉,不论有蒂无蒂,均采用圈套凝切法。即用圈套器套住息肉颈部,孤立悬空息肉,使头部离开肠壁。先电凝息肉颈部达到组织凝固止血,再用电切波摘除息肉。如果息肉蒂较粗,一次不能切下时,可反复进行。但每次通电时间不超过4秒。本组有15枚息肉因息肉蒂较长, 或头部较大,或在肠管弯曲处

* 男,1944－08出生,副教授

维普资讯 http://www.cqvip.com

而不易暴露,分别采用[3,4,5]摆动法(3例),密接法(2例)及勒切后电凝法(10例)。勒切后电凝法即是用圈套将息肉颈部收缩勒紧,蒂较细的息肉往往因此而被机械性勒断。如仍不能勒断时,可缓慢逐渐加力向外抽出圈套器,利用活检孔口将息肉颈部勒切断离。勒切后息肉残蒂如果仍较长;可用圈套器套住残端电凝止血。如果残蒂较短则用热活检钳钳住电凝止血。10枚息肉勒切、电凝止血均顺利。

1.4.2 热活检钳法 对于直径0.5cm以下息肉一般采用此法。往往一次即能将息肉电凝摘除。钳杯中的息肉保持完好,送病理检查。

2 结果

本组219例大肠息肉患者电凝摘除息肉503枚。最少摘除1枚,最多11枚,平均2.3枚。术后154例(70.32%)患者留院观察2～3天,65例(29.68%)未留院观察。76例(34.70%)患者在术后3天内感轻微腹胀或腹痛。术后并发迟发性出血2例(0.91%),均经保守治疗出血自行停止。本组无肠穿孔发生。

摘除息肉均常规送病理检查。其中原位癌1例(有蒂腺瘤顶部粘膜内原位癌),未施行根治性手术,门诊纤维结肠镜随访2年无复发。直肠类癌1例,经肛门施行局部肠壁扩大切除术,随访一年无复发。

3 讨论

经纤维结肠镜高频电凝摘除息肉,不管采用圈套法或是热活检钳法,绝大多数均能顺利、安全地实施。而对于少数蒂较长,或头部较大,或处于肠道弯曲处之息肉,往往头部不能悬空和离开肠壁,则需采用特别技巧电凝,避免灼伤或击穿肠壁。一般认为,息肉头部在1～2cm的长蒂息肉采用摆动法电凝摘除[6]。对于头部更大的息肉可采用密接法。作者认为,除广基息肉外,都可采用勒切后电凝法。不仅可避免灼伤邻近肠壁,还减少通电时间,息肉根部肠壁不至于电凝过深过宽。本组有15枚息肉采用以上三法电凝摘除,均未发生肠穿孔或迟发性出血。

息肉切除后残蒂断面为凝固坏死组织,其周围粘膜水肿,甚至糜烂,坏死组织脱落后形成的溃疡于2～3周内愈合,常不留痕迹。如创面大,电凝时间短,或坏死组织脱落过早,均可能发生迟发性出血。因此,患者术后应卧床休息1～2天,无出血迹象也应少活动。少渣半流质饮食3～5天,为保持大便稀软通畅,可给予缓泻剂。

一般认为非肿瘤性息肉,如幼年性息肉,增生性息肉及炎症性息肉,因无恶变倾向,故切除后即已治愈,一般2～3年复查一次。对于腺瘤,全瘤活检证明无恶变者6～12个月后第一次复查,了解有无复发。对于原位癌,保守处理或作根治手术者均应术后半年内首次复查一次。以后根据情况可以延长至1～2年复查一次。并做血清CEA测定。一旦CEA增高或重新出现未明原因的下消化道症状或便血时,应随时复查。

参考文献

1.周殿元,等.中华内科杂志 1981;20:67
2. Barlow D. Gastrointestinal Endoscopy 1982;28:73
3.武藤彻一郎.内科 1979;43:1026
4. Williams CD, et al. Endoscopy 1976;245
5.刘久法,等.消化道内镜临床应用问答 1994;56

(收稿日期 1998－11－25)