维普资讯 http://www.cqvip.com



# 经内镜圈套电凝切除胃十二指肠息肉的探讨

第一医院内科 王丕龙 皮新生 高思齐 刘新才 唐承薇

**提 要** 从1986年4月至1988年12月，我们经内镜圈套高频电流切除14例胃十二指肠息肉，经病理检查有腺瘤性息肉11例、炎性增生性息肉2例、原发性十二指肠类癌1例。在手术后的第二周，内镜复查发现6例在切除息肉后的残根出现糜烂，在第三周复查时均已愈合。因此，经内镜圈套高频电流凝切胃、十二指肠息肉是一种诊断和治疗的可靠方法，并无重要的并发症发生

**关键词** 上胃肠道息肉；内镜息肉切除；电凝

胃息肉并不少见，据统计内镜检查发现率为1.9～20%[1,3]。由于多引起上消化道症状或并发出血，腺瘤性息肉发生恶变的百分率较高，据病理统计为25～50%[1,2]，因而引起重视。十二指肠息肉较少见，除可同样导致有关临床表现外，多属肿瘤性生长。故对胃十二指肠息肉应该一经诊断即可采用内镜圈套高频电流切除，并将切除下来的息肉组织全部送病理检查，以便确定息肉的性质和进一步治疗的措施[1,2]。

## 资料和方法

**临床资料** 本组14例患者中有男性5例、女性9例。年龄28～64岁，平均为44.9岁。均有反复上腹不适史。其中1例52岁的男性患者，近三年来反复发生不全性幽门梗阻症状，每次发作都自行缓解。另1例56岁的的女性患者，患1型糖尿病10年，近两年来发生2次上消化道出血，经内科治疗好转。

**器械和方法** 使用olympus厂生产的GIF-K$_2$型纤维内镜，息肉圈套为半月型，高频电流发生器为olympus PSD型。胶体电流板均缚于病人左大腿。术前一天服用甲氰咪呱1.0g/d或雷尼替丁300 mg/d，术后连续服2～4周。

**息肉的套凝切割方法** 当内镜插入距息肉2—3 cm时，将圈套器从内镜活检孔道插入，助手展开圈套，术者旋转镜管，使圈套平面与息肉纵轴垂直，然后旋转调节钮，使圈套缓慢靠近息肉，将其完全置入圈套内，助手缓慢收缩圈套，当术者从内镜见圈套隐入不见时，助手即可停止收缩。此时术者再将圈套器向前推送，并旋转内镜调节，使勒住的息肉完全悬空，即可通电凝切。

在通电凝切之前，必须适当充气，使胃和十二指肠腔扩大，并应使悬空息肉距镜头有一定距离，其周围不应有粘液、泡沫和血液，否则可灼伤正常粘膜或损坏镜面。

在切割时，一般置凝固和切割电流强度分别放在"3～5"和"3～4"的位置上。先踏凝固板1～2s，后踏电切板1～2s，若一次不能成功，可重复凝切。

---

化疗知识和有关卡介苗的知识，提高防治水平和检验质量，为控制结核病作出应有贡献。

## 参 考 文 献

[1] 施鸿生.中华结核和呼吸系疾病杂志 1983; 6(2):108

[2] 宋礼章.中国防痨通讯 1986; 8(4):32

[3] 王宗仁.中国防痨通讯 1985; 7(1):11

维普资讯 http://www.cqvip.com

当凝切成功时，可见白色烟雾冒出，随即息肉断离，息肉基底残根呈白色。术后将切下息肉组织送病理检查。

我们采用此种技术凝切的息肉中，1例十二指肠息肉直径大于2cm，分两次成功地进行凝切；1例胃体8个息肉，分两次凝切成功，每次切除4个。另外2例息肉直径≤0.5cm，均经高频电热活检钳满意切除。

## 结　果

14例息肉位于胃体2例、胃窦8例、胃角1例、幽门管1例、十二指肠球部2例。13例为单个，1例有8个息肉在胃体—亦称胃息肉病。息肉直径≤0.5cm 2例，0.6～1.0cm 6例，1.1～1.5cm 3例，1.6～2.0cm 2例，>2.0cm 1例。有蒂息肉10例，其中4例为长蒂，另外4例为无蒂。10例息肉表面光滑、2例糜烂、分叶状和结节状各1例。切除的胃息肉病理检查结果是胃腺瘤性息肉10例、炎性增生性息肉2例；2例十二指肠息肉中有腺瘤性息肉与原发性十二指肠类癌各1例。

随访各例均无黑粪，术后第三天大便隐血试验皆为阴性。术后2、3、4周对14例进行内镜复查，第2周发现6例在息肉切除后的基底残根处出现0.3～0.6cm直径的糜烂面，但在第3周均已愈合。术后各周复查未发现有溃疡形成。

各例患者上腹部不适症状在术后明显缓解。1例胃息肉病患者，术后一年内未再发生上消化道出血。在2例十二指肠息肉患者中，1例息肉>2cm，术后不全性幽门梗阻症状完全缓解；另1例原发性十二指肠类癌，半月后内镜复查未发现胃、十二指肠有病灶存在，但恐类癌组织未彻底切除，行胃大部切除术，病理检查未发现切除的胃、十二指肠存在类癌组织。

## 讨　论

本病早期多无症状，其症状出现可能与息肉大小、部位、性质和有无并发症相关[1]。主要表现为上腹部不适、消化不良和贫血[3]。本组病例均有上腹部不适，1例胃息肉病近2年有反复上消化道出血，切除息肉后1年随访，无上消化道出血发生，出血可能与息肉糜烂有关。1例十二指肠息肉术后幽门梗阻完全缓解，梗阻与息肉较大和部位有关，可因息肉发炎或息肉位置变化堵塞幽门孔而发生。

胃息肉的分类较为繁杂，多数学者采用组织学分类，有利于对性质的判断和进一步处理。最常见的是炎性增生性和腺瘤性息肉。腺瘤性息肉的恶变率可达43～59%，尤其直径大于2cm者容易发生恶变；炎性增生性息肉系良性过程，也有恶变的报导[1-3]。胃肠道其他类型的癌肿，也可呈现息肉样形态。因而，一旦发现胃、十二指肠息肉应尽早切除。本组2例十二指肠息肉，其中1例是类癌、采用经内镜高频电流凝切治疗，后经手术证实已达到根治目的。

我们14例胃、十二指肠息肉患者，在进行首次内镜检查时对息肉取活组织检查，其病理结果皆属炎症，未能准确地做出组织学诊断。说明常规内镜检查取活组织送病理学检查，由于取材过浅，不易获阳性结果。所以每当发现胃肠道有息肉时，应尽早采用内镜圈套高频电切除术，以便对息肉的性质做出准确的组织学诊断，从而决定正确的治疗措施。

经内镜圈套高频电流切除胃肠道息肉是一种既安全又可靠的方法，病人几乎无痛苦。在Harford的系例中，采用此项治疗技术的男性平均年龄是65.5岁，女性的平均年龄是71.2岁，多数病例伴有心肺和肝脏疾病[4]。本组1例64岁和1例糖尿病患者，术后无并发症发生。因而，此种治疗方法适用于外科手术有禁忌的心、肺、肝脏疾病、糖尿病和老年患者。

我们认为，为了减少此种治疗的并发症，应注意以下几点，（1）圈套不应勒在息

维普资讯 http://www.cqvip.com

肉靠基底的正常粘膜，置于距基底正常粘膜的1～2mm处为宜，以免损伤正常的粘膜组织；（2）在切除前应适当充气，使胃、十二指肠腔扩大，并使息肉悬空，周围不应有粘液、泡沫和血液，以免灼伤正常组织；（3）在切除时，应先凝后切，以减少出血的发生；（4）对过长的息肉或多发性息肉应分段和分次手术，避免并发症发生。

本组14例在术前1天和术后2～4周服用甲氰咪呱或雷尼替丁，6例在术后第二周发现糜烂面，而在第三周即愈合。Hughers曾指出，对经内镜圈套高频电流切除术后的患者，在术后2周内服用$H_2$受体拮抗剂，可减少溃疡的发生和有利于溃疡的愈合[3,4]。我们认为对采用内镜圈套高频电流切除息肉术后的患者，常规使用$H_2$受体拮抗剂，对预防并发症的发生有重要意义。

本组1例原发性十二指肠类癌，呈息肉样形态，采用此种治疗手术，内镜复查未发现有病灶存在，后经胃大部切除术，仍未发现有类癌组织残存。因此，对上胃肠道类癌性息肉患者，若无皮肤发红、腹泻、支气管哮喘及心瓣膜区杂音等类癌综合征表现，经内镜圈套高频电流切除术后，可不急于采用胃大部切除术，可定期内镜复查，并取活组织送病理检查；同时定期测患者血清5-羟色胺和尿中5-羟色胺吲哚，以监测类癌是否复发或转移有一定价值。采用CT检查、核素扫描和腹腔动脉造影对类癌的监测也有一定补益[5]。

## 参考文献


[1] 查良镇. 内镜在消化系疾病中的应用. 天津科学技术出版社，1984：81

[2] David C. Textbook of Surgery. 12th ed London 1986:853

[3] Hughers R W. Gastroint Endosc. 1984 30(2):101

[4] Reimold W V. Endoscopy 1987, 19(3):130

[5] 王丕戈，等. 重庆医药 1988, 7(1):21


# POLYPECTOMY OF 21 PATIENTS WITH POLYPS OF UPPER GASTROINTESTINAL TRACT USING ENDOSCOPE


*Wang Pilong* et al

(Department of Internal Medical, The First Hospital)



Fourteen patients with polyps in the upper gastrointestinal tract were polypectomized endoscopically from 1986 to 1988. The pathological specimens were obtained in 14 patients, while the adenomatous polyps were diagnosed in 11 patients, and 2 cases were hyperplastic polyps. Carcinoid of duodenum was demonstrated in one patient. In our group, 6 patients had a residual ulcer two weeks after polypectomy but no hemorrhage and perforation occured



**KEY WORDS** Polyps of upper gastrointestinal tract, Polypectomized endoscopically, Electrocoagulation