DOI:10.16016/j.1000-5404.1995.04.048

表1 42例患者胃息肉分布

息肉所在部位		息肉类型				息肉大小		
胃窦	胃体	广基	带蒂	单发	多发	<0.5 cm	0.5～2 cm	> 2 cm
43颗	15颗	33颗	25颗	30颗	28颗	25颗	21颗	12颗

表2 微波凝固治疗情况

功率(mA)			时间(s)			次数			治疗数/息肉总数	灼除率
<0.5 cm	0.5～2 cm	>2 cm	<0.5 cm	0.5～2 cm	>2 cm	<0.5 cm	0.5～2 cm	>2 cm		
80	80～100	100	3～5	3～10	5～10	1	1～2	1～2	58/58	100%

2.2 治疗结果

经一次来室治疗灼除56颗，占96.6%；经二次来室灼除2颗，占3.4%，总有效率为100%。2例多发性息肉导致幽门不全性机械梗阻，经治后梗阻立即解除。

2.3 术后观察

术后一般观察3～4 h，息肉>2 cm者术后留观1 d，给予庆大霉素8万 u，口服，日三次，吃无刺激半流质饮食，3 d后即可恢复工作。42例未发生明显出血、穿孔等重要并发症。

术后3月、6月随访共完成17例，均经内镜检查，未见息肉复发。

3 讨论

内镜微波治疗胃息肉的疗效是肯定的[1,2]，成功率达100%。对广基型多发性胃息肉，本疗法既方便又可经一次(个别二次)性凝固气化灼除，疗效满意。本组1例72岁高龄多发性胃息肉患者，息肉位于胃窦幽门管，形成不全性幽门机械梗阻，十分痛苦，经内镜微波治疗1次，立即解除了梗阻，显示出本疗法快速、高效、安全、经济的优越性。

实施内镜微波疗法必须首先熟练掌握常规内镜检查技术，切忌微波电缆损伤正常组织、凝固点灼深浅要适度，谨防胃壁穿孔[1~3]。

微波凝固气化所用功率、时间要选择适当，以短时间、多次数点灼为宜，这样受胃蠕动的影响小，不易使内镜过热，安全可靠。<0.5 cm的胃息肉看到一个灼除一个，我们一次可灼除10多个；>2 cm者分1～2次灼除。我们认为，应根据胃息肉大小，决定治疗功率、时间和次数。

鉴于本疗法治疗胃息肉有诸多优点，建议倡导内镜医师掌握和开展内镜微波凝固治疗技术，以使本疗法进一步推广，为病人服务。

关键词 息肉；内窥镜；微波治疗

中图法分类号 R573

参考文献

1 张志宏，董申武. 内镜微波治疗胃肠道息肉214枚. 内镜，1991,8(1):41

2 陆华生，黄士言. 经内镜微波摘除消化道息肉的研究. 内镜，1990,7(1):43

3 崔国亭，卜祥振，宋汴敏. 内镜微波治疗消化道息肉临床疗效评价. 内镜，1993,10(3):165

(收稿:1994-08-30;修回:1995-06-05)

腹腔癌胚抗原对预测大肠癌腹腔内播散的意义

Significance of carcinoembryonic antigen test to forecast colorectal cancer metastases in abdominal cavity

孙念绪 杨顺兴 詹新恩 (第三军医大学附属西南医院普通外科) 重庆,630038

大肠癌隐匿性腹膜播散与复发的诊断，尽管诊断技术、方法不断进步，甚至行剖腹探查仍难以确诊，临床上常在出现腹水等体征后才明确诊断，此时已失去治愈的时机。我们于1990年3月起利用腹腔癌胚抗原(CEA)测定诊断大肠癌腹膜播散与复发，并对高危病人采用低渗、高温化疗药液腹腔灌洗，取得了良好的效果，现报告如下：

1 材料和方法

1990年3月至1993年6月，对40例(直肠癌31例、结肠癌9例)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

经术中及病理证实的大肠癌，于术前测定血清CEA，术中抽取腹腔渗液，如腹腔渗液少，抽取困难时，可用20～40 ml生理盐水倒入腹腔，然后将其引到Douglas腔，用注射器抽吸放入试

2 结果

表1 CEA阳性率(%)与大肠癌病理变化的关系

病理变化	例数	腹腔渗液CEA阳性率(%)	CEA平均值(ng/min)
癌浸润深度			
粘膜层、肌层	26	21/26 (80.8)	20.3*
浆膜、浆膜外	14	14/14 (100)	49.6
淋巴转移			
—	24	19/24 (79.2)	21.2*
+	16	16/16 (100)	43.5
癌肿部位			
腹膜返折以下	9	7/9 (77.8)	13.3*
腹膜返折以上	31	28/31 (90.3)	43.4
癌分化程度			
高、中分化	29	26/29 (89.6)	38.6**
低分化	11	9/11 (81.8)	30.3
癌侵犯肠管周径			
小于1/2	10	7/10 (70)	20.2*
大于或等于1/2	30	28/30 (93.3)	45.3

注：* 两组比较 $P<0.01$，** 两组比较 $P>0.5$

表2 血清CEA与腹腔CEA的关系

标本来源	例数	阳性例数	阳性率(%)	平均值(ng/ml)
血　清	40	23	57.5	12.3*
腹　腔	40	35	87.5	34.9

注：* 两组比较 $P<0.01$

从上表可以看出，腹腔渗液CEA与癌浸润肠壁深度、有否淋巴结转移、癌肿生长的部位、癌肿的大小有明显的相关性；与癌肿的病理类型无关。从血清CEA与腹腔CEA的对比结果来看，腹腔CEA不但阳性率高，而且升高的幅度远比血清明显。我们测定的40例病人中有2例直肠癌，1例结肠癌，剖腹时发现广泛腹腔转移，其腹腔CEA都大于80 ng/ml，23例腹腔CEA大于20 ng/ml者，已有1例出现腹腔转移，1例盆腔转移，2例吻合口周围复发。而小于20 ng/ml的未发现腹膜播散与复发，说明腹腔CEA对诊断和预测大肠癌腹膜腔内播散有一定的参考价值。

3 讨论

1965年Gold和Freedman首先报告结肠癌组织中存在一种相关杭原，即癌胚抗原(CEA)，现已证实管，经离心、超滤法浓缩后测定CEA。放免方法采用山东维坊三V公司提供的药盒，CEA值以ng/ml表示，正常参考值为15 ng/ml以下。

许多癌肿甚至良性疾病也可出现CEA升高，虽然仅凭CEA诊断大肠癌受到一定限制，但是，CEA动态观察对大肠癌的预后和诊断仍有一定参考价值。近年来有人[1~4]测定胃液、胆汁、唾液、粪便等中的CEA含量来帮助诊断相关器官的癌肿，认为有一定的价值。尽管中晚期大肠癌采用根治性切除加静脉及口服化疗、放疗、免疫治疗等，其5年生存率一直在50%左右，其主要原因是术后腹膜播散与复发。对于肠道本身的复发，经大便隐血试验、指肛检查、钡灌肠及肠镜等检查诊断较容易，而腹膜播散和腹腔内复发，尤其是隐匿性腹膜播散，既使行剖腹探察有时也难以确诊。腹腔播散的原因主要是浸润到浆膜的癌细胞脱落入腹腔[5]和术中对肿瘤的刺激、切断肠管、血管及淋巴管时使癌细胞脱落入腹腔，导致术后腹腔播散与腹腔种植。国外有人[6]测定腹腔CEA预测胃癌的预后，认为有一定的应用价值。我们应用腹腔CEA预测大肠癌腹膜播散与复发也取得了成功。故测定腹腔CEA可作为判断大肠癌腹膜播散的一项新指标。

近年来癌肿的化疗提倡有大剂量、局部用药，可达到最好的疗效和最低的毒性反应，其疗效远优于静脉和口服化疗。我院[7]于1990年开始对腹腔内CEA大于20 ng/ml者采用术中置管，术后每日5－FU 1 g、丝裂霉素C 10 mg、加双蒸馏水1500 ml温度加至43度，腹腔内灌洗，3～5 h后将液体引出体外。连用5～7次，该方法不但对隐匿性腹膜播散起到治疗作用，而且使脱落入腹腔的癌细胞引到体外，对仍存留于腹腔的癌细胞起到杀伤作用，对腹膜播散者起到缓解症状和控制腹水的作用。

关于腹腔CEA较血中增高的原因，CEA是一种肿瘤相关抗原，Mr±20×10⁴ u，属于糖蛋白，主要位于癌细胞腺腔的细胞膜内面或开口处[8]，因而CEA释放入腹腔较进入血液更容易，进入到血中的CEA要经过肝脏降解，进入腹腔的CEA不但不被肝脏降解，而且在密闭的腹腔内被浓缩，腹腔内CEA只在腹腔内脏器肿瘤组织分泌，不受其它因素影响，很少假阳性，因此腹腔内CEA较血中高，诊断价值也较血更大。

应用腹腔CEA预测隐匿性腹膜播散及术后复发较血清准确可靠，对指导腹腔化疗也有一定实用价值，因此腹腔CEA测定为预测大肠癌的预后及指导治疗提供了一种新指标，值得临床应用。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

关键词 大肠癌;腹腔渗液;癌胚抗原
中图法分类号 R735.34

参考文献

1 Stubbs RS, Nordkarni DM, Monsey HA. Faecal carcinoemb ryonic antigenin coiorectal cancer patients. Gut,1986;27:901
2 Yeatman TJ, Bland KI, Copeland EM Ⅱ et al. Relationship between coiorectal liver metastases and CEA levels in gallbladder bile. Ann Surg,1989;210:505
3 Winawer ST, Fleisher M, Green S et al. Carcinoembryonic antigen in coionic lavage. Gastroenteroiogy, 1977;73:719
4 张建中. 胃液和唾液CEA临床意义的探讨. 中国肿瘤临床, 1989;16(3):137
5 Morr GE, Sakok, Kondo T, Badillo J et al. Assessment of the exfoliaion of tumor cell into the body cavities. Surg Gynecoiobster,1961;122:469
6 Asao MD. Cancinoembryonic Antigen Levels in peritoneal washings can predixt peritoneal Revurrence Affter curative Resection of Gastric Cancer. Cancer J,1991l;68(1):44
7 孙念绪,马宏敏. 腹腔低渗、高温灌洗化疗预防和治疗大肠癌腹膜播散. 中国肿瘤临床,1994;21(8):627
8 朱公悦,高 炎. 应用癌胚抗原诊断胃癌的若干问题. 国外医学:肿瘤分册,1984;1:8

(收稿:1994-05-23;修回:1995-05-04)

胶圈套扎器治疗内痔和结直肠息肉2200例的经验

Experience of using Barron ligation to cure 2200 cases of internal hemorrhoid and colorectal polyp

罗耀辉 吴国庆 (第三军医大学附属西南医院普通外科)重庆,630038

自带负压吸引枪式胶圈套扎器是在1976年开始由我科韩厚基及作者等设计,与有关厂家协作,多年临床实践及改进而制成。利用丝线结扎内痔原理,借助套扎器机械操作完成治疗,曾荣获1985年国家级四等发明奖,现已在部分医院推广应用。

内痔、结直肠息肉是肛肠疾病中常见多发病,治疗方法较多[1~3],疗效不一,各有优缺点及一定的并发症。作者从1979年1月至1993年2月的14年中,共治疗内痔、结直肠息肉2200例,体会到本疗法的疗效肯定、安全、痛苦小及并发症甚少,且因操作简便易掌握,便于普及推广。现报道如下。

1 临床资料

1.1 内痔组

共1975例,男性1085例,女性890例;最小年龄16岁,最大年龄84岁,中位年龄50岁。Ⅰ~Ⅱ期内痔1720例、Ⅲ期255例。门诊治疗1958例,住院治疗17例。治愈标准:痔核消失、便血停止及无其他症状为临床治愈。本组1680例(85%)达到本标准;不论症状改善与否,痔核未消失均为无效,本组共295例(15%)属此。以单个内痔大出血及Ⅱ期内痔疗效尤为显著。本组3例重度Ⅱ期环状男性内痔病人,每次排便痔核脱出肛外,致排便困难,坠胀难忍,经多种疗法治疗无效,入院拟行环切术,但因病人拒绝手术而改行套扎疗法,经套扎3次治愈,随访5~8年无复发。25例混合痔,经套扎内痔区后,创面愈合疤痕形成使外痔回缩至肛内治愈。

1.2 结、直肠息肉组

共225例,男性132例,女性93例;最小年龄6岁,最大年龄74岁,中位年龄40岁。门诊治疗197例,住院治疗28例。共套扎息肉235个,直径1.6~3 cm共20个,1.5 cm以下215个。息肉距肛门20~30 cm者共11个,余均为直肠息肉。全组息肉均经套扎治愈,门诊随访3~12年,肠腔无狭窄及疤痕,无局部复发,临床治愈率达100%。全组息肉套扎后均行病理检查证实。

2 讨论

2.1 治疗原理及安全性

本疗法利用自带负压吸引装置的枪式套扎器借以物理力学原理完成。通过机械传动,先扣动板机产生负压以吸引病变入枪筒内,再扣动击发板机推出胶圈套扎于病变基底部,阻断其血循环,造成局部缺血慢性无菌性坏死脱落[1]。胶圈在切割组织过程中,基底组织创面自然修复,愈合时间约两周。因对病变处粘膜下组织无直接损伤,故安全性大,并发症少。本组无1例发生大出血、肠壁感染、肠穿孔、肠狭窄、大便失控等严重并发症,足资证明。

2.2 普及及推广

本疗法一枪在手即可治病,不需更多设备,操作简便易掌握。治疗时不施麻醉、不须肠道准备,病人排空大便后即可进行。套扎后除盐水坐浴外不需特殊处理。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net