DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.01.017

经验交流

消化道息肉经内镜摘除术26例分析

徐采朴 王振华 周子成 高晋华 刘为纹（第一附属医院 消化内科）

本文报告消化道息肉26例（29个）经纤维内镜摘除术的体会，着重在巨大息肉（3～5cm）及广基息肉的分块切除（piecemeal snare excision）的体会，并对息肉癌变和同步肿瘤以及随访等问题进行讨论。

一、器械设备与操作技术

（一）器械设备 应用olympus GIF-D_3，TGF-2D，CF-LP_3，CF-10I，CF-P10L等纤维内镜，配合应用高频透热供电仪（PSD_3）以及息肉摘除用的钢丝圈套器和热活检钳。

（二）操作方法

1. 术前准备：除常规准备外，胃息肉患者给甲氰咪胍口服至术后数日，以抑制胃酸和胃蛋白酶作用，有利于息肉切除创面之愈合及防止术后出血。大肠息肉患者术前肠道清洁切忌应用甘露醇或山梨醇口服法，因有引起肠道产生甲烷和氢气导致电切时气体爆炸之虞[1]。而在术前晚口服蓖麻油30ml，次晨清洁浣肠。

2. 息肉摘除法：在PSD应用之前，我们对绿豆大小息肉用活检钳连续取活检4～6块，待息肉摘除后，喷以去甲肾上腺素液（8mg%），细蒂息肉（1cm左右）用活检钳连续在蒂部取活检，使息肉脱落后亦喷以去甲肾上腺素液。

应用PSD后对绿豆大小息肉应用热活检钳夹住息肉并提起后电凝切除，但其缺点是无法送病理检查，我们曾应用带针活检钳（结肠镜较大的活检钳）先对息肉活检后以高频电凝头进行电凝止血，似有一定优点，尚需实践证实。

电凝切之前吸净息肉周围液体，并反复吸气和送气以更换肠内气体。然后插入圈套器并使其展开时与息肉蒂部纵轴相垂直，缓慢缩紧圈套时徐徐将圈套器送近息肉处。一般在有蒂息肉以距正常粘膜2～3mm处套住息肉蒂部为宜。套住息肉困难时可调节角度钮，旋转镜身以及变换体位，务使息肉顺利地进入圈套器内。根据息肉大小，蒂的粗细调好PSD电凝和电切指数。对细蒂（＜5mm）息肉多先用电凝指数2～2.5，必要时增至3；电切指数先1.5～2，必要时增至2.5，电凝电切交替应用，每次约3s，直径＞5mm的息肉蒂应酌情增加电凝指数至3～4.5；电切指数2.5～4。宜由小到大，反复多次凝切为妥。对巨大息肉（3～5cm）或长蒂息肉则应用分块（2～8块）切除法有效。息肉切除后，仔细观察残根及创面有无渗血，如有可用电凝头或热活检钳等电凝止血，亦可局部喷洒去甲肾上腺素止血，如出血较多残根较长者可用圈套器再电凝切一段残根止血。

3. 息肉回收方法：（1）负压吸引法（内镜末端接近息肉持续负压吸引使之随内镜退出）；（2）圈套法（套住息肉蒂部或中段随内镜退出）；（3）活检钳法（带针活检钳夹住息肉随镜退出）；（4）多个息肉切除一般一次只能带出一个息肉，如有两活检管道的内镜则可一次带出两个息肉；（5）上述方法失效时大肠内息肉尚可让病人大便时排出或用开塞露促进排出。

4. 术后宜卧床休息、流汁或半流汁饮食3天。十天内均有出血可能。大肠息肉切除术后可服土霉素三天以防感染。

二、临床资料

本组息肉患者26例（29个），包括胃息肉16例（18个），男女各8例；大肠息肉10例（11个），男女各5例。年龄：胃息肉患者在20～54岁，大肠息肉患者在11～59岁之间。

息肉部位 胃息肉（18个）以胃窦部最多见（尤其是大弯侧），占55.6%，其次胃体占27.8%，胃角占16.6%。大肠息肉11个乙状结肠5个，直肠4个，降结肠2个。

息肉大小 胃息肉＞1.5cm者3/18（16.7%）；大肠息肉＞1.5cm者5/11（45.5%），最大者5×1.5

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

cm。

息肉个数　胃息肉单发14/16（占87.5%），多发性2/16（占12.5%）；大肠息肉单发性9/10（占90%），多发性1/10（占10%）。

蒂部粗细　胃息肉中细蒂（＜5mm）者3例，宽蒂（5mm～7mm）7例，广基8例；大肠息肉中细蒂者7例，宽蒂3例，广基者1例。

病理分类　胃息肉中腺瘤型息肉4/15（占26.7%），炎症增生型息肉10/15（占66.7%）。大肠息肉中则以腺瘤型息肉最多6/9（66.7%），其中2例为绒毛状腺瘤。胃和大肠息肉中各有1例Peutz-Jegher综合征患者伴唇及口腔粘膜黑色素沉着。

手术结果　本组26例29个息肉均成功摘除。并发症中仅2例出血，其一为乙状结肠大息肉2.5×2cm，病理检查见其内血管丰富有出血灶，术后未休息且不注意饮食于次日血便近100ml，以痔疮套扎法套扎残根止血，另一例是胃窦有两个息肉（10mm及8mm直径），由于窦部扩张不好，正当蠕动波过来致使两个息肉靠近而一次套上两个息肉，当中有一为正常粘膜，术后黑便两天止血。

随访　胃息肉患者中随访5例（3～12个月）未见复发，但有1例原胃角部息肉10个月后复查见胃体出现一新息肉。肠息肉4个随访（6～33个月）无复发者。本组有1例2年前发现乙状结肠有一1+cm息肉略不平，活检无癌变，因故未切除，2年后复查见该息肉已癌变（表面凹凸不平糜烂出血）且在升结肠又发现一个新息肉并有间变。

讨　论

巨大息肉电凝切除术较为困难，我们对巨大息肉（2.5～3cm）及长蒂大息肉（5×1.5cm）采取化整为零分块（2～6块）切除较成功地切下息肉，特别是肠腔小或持续痉挛，息肉大不易一下套至根部者可考虑此法。Nivatvong[2][3]连续28例大肠良性无蒂大息肉（2～6cm）因其基底连于周围粘膜不能整块切下也是采取逐块（1～1.5cm）套切。因任何一块碎片均可隐藏癌灶，最好全部取出送病理检查。对不能忍受反复插镜者，可取出最大的或可疑的一块，其余的以水浣肠冲出。右半结肠息肉插镜较难，痛苦大似不宜逐块套切。本组有2.5×1.5cm息肉先以电凝指数3，电切指数2反复四次，每次约3s均未能切下，后加大电凝指数至4，电切指数3.5并嘱助手勒紧圈套方将息肉切下。文献有类似病例圈套切不下息肉但又松脱不了，结果只好带着镜子及圈套去外科手术的报告。

本组一例幽门部两个息肉一次套切下来中间有小片正常粘膜，如果中间正常粘膜深层被套入则有穿孔之危险，表明套切时务必看清息肉，准确套切不可操之过急。

对无蒂小息肉（绿豆大小）不能用圈套套上，而用热活检钳又得不到活组织送检，我们采取先用带针头活检钳（如结肠镜活检钳）对息肉取活检后以热活检钳或电凝头止血似有一定好处，有待进一步验证。

有关同步肿瘤问题，我们有一例于乙状结肠发现一癌变息肉，进而又在升结肠发现另一三级不典型增生之息肉，即所谓同步肿瘤。文献近有报道[4-7]不少，Thorson[4]176例结肠癌中同步癌3.4%，同步息肉高达55.1%，Winawer[5][6]及Reilly[7]和Maxfield等报道同步癌在1.6～7.6%，同步息肉在12～62%，因此我们认为决不能满足于发现直肠或乙状结肠的一个肿瘤而应进一步尽可能（只要病情许可）看全结肠以防遗漏其他肿瘤。

关于息肉癌变及息肉复发问题，我们有一例2年前检查为腺瘤型息肉2年后即癌变。另一例息肉电凝切除后10个月复查又发现另一部位出现一新息肉。Morson等随访1001例大肠腺瘤1～15年，发现单发性腺瘤患者观察5年、10年、及14年时癌变率分别为1%，2%及5%；息肉再发生率分别为1/7，1/3，1/2；多发性腺瘤癌变率分别为1/14(7.14%)，1/8（12.5%）及1/8（12.5%）；息肉再发生率分别为1/3（33.3%），2/3（66.6%）及4/5（80%）。充分表明息

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

肉的癌变率及息肉再发生率是随着观察年限明显升高的，提示息肉电切后的随访十分重要，而且定期随访，每3年左右复查一次为宜。

参 考 文 献

1. 徐克成，等。经纤维结肠镜圈套电切结肠息肉发生远隔部位多发性肠穿孔。中华消化杂志 1982；2（1）：9
2. Nivatvong S. Piecemeal snare excision of large sessile colon and rectal polyps:Is it adequate? Gastrointest Endosc 1984; 3 (1):18
3. Shinys H. One man's experience with 7386 polyps. Gastrointest Endosc 1981; 27(3):186
4. Morson BC, et al. Magnitude of risk for cancer in patients with colorectal adenomas. Br J Surg 1985 72(suppl):s23
5. Winawer SJ. Detection and diagnosis of colorectal cancer. Cancer 1983;51:2519
6. Winawer SJ, et al. Surveillance for colorectal cancer in average-risk patients, familliar high-risk groups and patients with adenoma. Cancer 1982;50:2609
7. Reilly JC, et al. Colonoscopy: its role in cancer of colon and rectum. Dis Colon Rectum 1982;25:532

急性骨髓纤维化最终结果

汪坤镕（第二附属医院　内科）

本刊于1987年9卷1期40页报道“维生素D_3治疗急性骨髓纤维化取得缓解——附一例报告”一文中病例的最终结果补报如下：

该患者因自觉良好，血象正常，要求上班，于1987年5月12日自行停用维生素D_3，两月后又觉头昏乏力，查Hb为74g/L，WBC2.1×10^9/L，BPC76×10^9/L，乃于7月21日第三次住院。复查骨髓涂片增生低下，粒系29%，其中早中幼占10%；红系28%，以中晚幼为主；淋巴系39%，浆网细胞各2%；巨核细胞9～13个/片。骨髓活检与缓解期相比造血细胞显著减少而纤维组织增加，淋巴及巨核细胞易见，提示骨髓纤维化复发。再用VD_3肌注，二天一次，每次30万单位，历经一月仍进行性脾肿大（2cm至8cm）及全血细胞减少，又每周输血及三次胎肝细胞输注，血象直降至Hb 37g/L，WBC $0.6\sim1.1\times10^9$/L，BPC $30\sim48\times10^9$/L；患者情绪低落，吹风受凉后突于9月2日晚高热不退，多种足量抗生素无效，二天内全身多处出脓点坏死性瘀点瘀斑，血培养为绿脓杆菌，多种药敏试验不敏感。随即呕血便血呼吸急促于9月4日死亡。死后穿刺病检肝肺含大量含铁血黄素；肝脂肪变性及汇管区纤维及炎性细胞增生；脾淤血，骨髓活检仍为MF有异形巨核细胞。本例AMF经VD_3治疗后缓解15个月；停药二月后复发，死于暴发性绿脓杆菌败血症，生存39个月。

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