

## • 综 述 •

## 内镜下治疗大肠息肉的几种方法研究进展

王彩霞

天津市武清区中医医院 天津武清 301700

中图分类号: R656.9

文献标识码: A

文章编号: 1009-6647 (2018) 10-160-02

大肠息肉是指大肠粘膜上的隆起性病变,在未确定其病理性质前统称大肠息肉,是下消化道的一种常见病,与大肠癌关系密切<sup>[1]</sup>。随着内镜技术的发展及应用,为大肠息肉的临床诊治提供了有效的工具和方法。本文内镜下治疗就大肠息肉的几种治疗方法的研究进展作一综述。

### 1 高频电凝切除术

内镜下高频电凝切除术已成为目前治疗大肠息肉的一种有效的方法,主要适用于有蒂息肉,直径<2cm的无蒂息肉及多发性息肉的治疗,高频电凝切除术主要是利用电灼热效应产生局部高热,使组织水分汽化蒸发,蛋白凝固变性而被切除,具有创伤小,无痛苦,简单快捷,花费少以及术后恢复快等优点。也有研究显示,该术式不仅能完整快速切割息肉鉴别良恶性,而且能彻底止血,是消化息肉首选的微创治疗治疗方法<sup>[2]</sup>。王希温等将 60 例结肠息肉患者随机分为治疗组和对照组,治疗组采用内镜下高频电凝电切术治疗,对照组则用开腹手术治疗,结果显示治疗组术后大出血及迟发出血者较对照组少,并发症发生率分别为 13.33% 和 36.67%,可作为开腹手术替代治疗的一种有效微创外科技术。然而,息肉的大小、部位、形态均给内镜的治疗带来了很大的困难,出血和穿孔是内镜下息肉高频电切切除的严重并发症。因此,临床上要求在尽量减少出血和穿孔并发症的前提下,将息肉完全切除,实际操作中应针对息肉的直径、形状及部位选择具体的切除方法。陈天明等对 176 例患者 286 枚结肠息肉行内镜下息肉切除术,全部获得成功,无严重并发症发生,提出对息肉≤0.3cm 的无蒂和亚蒂息肉采用高频电灼或热活检钳清除,0.4-1.5cm 的亚蒂和有蒂息肉行圈套切除,广基息肉粘膜下注射充分隆起后切除,蒂宽在 1.0cm 以上的息肉采用尼龙绳套扎联合高频电圈套切除,对用圈套器一次套切困难者,采用分叶清切息肉。晚近研究发现,术前做好凝血功能、血小板计数的检测,排除检查不正常的患者以及对检查结果异常者进行延期治疗。同时选择恰当的电凝、电切指数,掌握好凝切的先后顺序以及持续时间。在进行收紧圈套器的过程中,动作轻柔,避免机械性切割。对息肉直径>1.0cm 的无蒂息肉,在部 2-4 点注射去甲肾上腺素 3ml,能有效控制血管收缩,减轻组织肿胀,有效阻断息肉的血供,达到预防止血的效果。总之,息肉切除时应根据息肉大小、形态、操作者习惯等具体情况而定,一般较大病灶选用先凝后切交替使用混合波切除,使息肉中心血管得到充分凝固,避免发生出血,而较小病灶用切割波,少用凝固波可避免穿孔的发生。

### 2 氩离子凝固术

氩离子凝固术(APC)又称氩气刀,是目前应用于消化道内镜介入治疗的新技术,其不同于传统的内镜下电凝电切、微波激光治疗术,是一种新型的采用惰性气体的电凝技术。具有非接触性、轴向传导、侧向传导、自动导向和对深部组织损害较小等特点。其原理是利用特殊装置将氩气离子化,能量

由探头传递至组织表面,达到组织凝固灼除病变组织的目的。国内早年的研究已经证实,APC 对结肠息肉均具有满意的清除效果且无严重并发症。赵曙光等应用 APC 治疗不同病理类型的结肠息肉患者 62 例共 112 枚息肉,结果 112 枚结肠息肉经一次 APC 治疗均成功清除,随访发现 4 例(6.5%)患者出现复发,均为直肠腺瘤性息肉,经再次 APC 治疗后彻底清除。陆敏等用 APC 治疗 79 例(102 枚)胃肠道广基、扁平息肉患者,全部达临床近期治愈标准,无出血、穿孔等严重并发症发生。提出一般息肉直径<1.0cm 者需 2-3 次,1.0-1.5cm 者需 3-5 次,1.6-2.0cm 者面 5-6 次 APC 治疗为好,刘莹治疗消化道息肉 311 例(346 枚),显示息肉<2.0cm 者一次治疗消失率达 90%,二次治疗消失率达 100%,息肉>2.0cm 者多经 3 次治疗消失。崔海山对 80 例胃肠道息肉(118 枚)患者在 APC 治疗后配以蒙药治疗,结果一次治疗痊愈 78 例(97.5%),二次治疗后痊愈 2 例(2.5%),显示 APC 与蒙药结合治疗胃肠道息肉疗效显著。尽管 APC 治疗具有较多优点,但仍有小于 1% 的并发症,主要有轻微腹痛、腹胀、烧灼感等,可能是粘膜下神经丛受刺激或凝固面受胃到胃蛋白酶的影响所致。故治疗时需掌握治疗的功率和时间,避免在同一部位反复治疗。

### 3 金属夹结扎术

金属夹是利用机械力量病灶连同附近组织紧紧夹闭,阻断血液,预防出血,已成为内镜下治疗结肠息肉常用的止血工具和内镜下治疗消化道出血的首选治疗方案。其优点在于①预防出血:在带蒂息肉切割时,通过在蒂部近基底处用金属夹结扎后,有效地阻断息肉血供,起到预防出血作用;②即时止血:广基大息肉粘膜切除后创面大,肌层暴露,用金属夹闭合创面达到内镜下即时止血;③防止肠穿孔:对电凝电切术创面较大较深者,用金属夹使创面闭合,利于创面愈合,减少肠道穿孔并发症;④对息肉癌变侵及蒂部追加外科学术者,放置金属夹可起定位作用。李荣萍等对有蒂息肉且直径 0.5-1.0cm 者和无蒂、广基、扁平息肉且直径大于 1.0cm 者予以钛夹加高频圈套治疗,一次性切除成功率达 100%。李俊等对肠道有蒂息肉采取先用金属夹结扎息肉蒂柄,然后电凝切除成功预防内镜电切治疗性出血。而对无蒂、亚蒂的巨大息肉在充分电凝后切除未发生术中出血或少量渗血使用金属夹钳夹创面能有效预防迟发性出血和穿孔。近年研究已经显示,内镜下金属夹结扎联合高频电切术治疗结肠巨大息肉疗效确切,能有效预防术中、术后出血,可代替传统的外科手术。

### 4 尼龙绳套扎术

内镜下尼龙绳套扎结肠息肉主要针对结肠息肉直径在 1.0cm 以上有蒂息肉(包括长蒂、亚蒂、粗蒂息肉)的患者,尼龙圈套结扎结肠息肉是充分考虑到带蒂粗大的息肉血供丰富而采取的一种恰当的治疗方法,通过尼龙圈套结扎可以很好的阻断息肉的中央滋养血管,息肉缺少血液供应,而自行脱落坏死。其优点在于摘除息肉较彻底、缩短治疗时间,操作容

易、出血发生率低等。张黎用该法治疗 89 例结肠息肉患者，尼龙圈脱落时间为 3-15d，其间无发热、穿孔和出血等症状发生，术后 1-6 个月结肠镜复查结肠粘膜光滑，创面均愈合。然而，单纯应用尼龙圈套扎息肉，因息肉标本不能回收进行组织学检查，易造成恶性息肉的漏诊及尼龙圈套扎脱落后引起迟发性出血，因此，临床上常与高频电凝切除术联合应用。有报道尼龙绳套扎治疗粗蒂大息肉，因其预先结扎了病变中央供血动脉，再行高频电切除，可使手术出血率下降至 2.7%-0。陈天明等对蒂部直径  $\geq 1.0\text{cm}$ ，11 枚宽蒂息肉，采用尼龙圈套扎息肉根部，联合高频电圈套法切除息肉，全部获得成功。

### 5 粘膜切除术

内镜下粘膜切除术 (EMR) 是由内镜高频电凝切除术与内镜粘膜注射术结合发展而来的一种新技术，最先由 Devhile 于 1973 年报道。其治疗机理是把一定量的溶液注射到粘膜下层，形成水垫使粘膜下层以上的组织抬高，便于圈套切除。大量临床资料已证实这一技术安全高效，岑戌等用该法治疗 173 例大肠息肉患者，结果全部顺利摘除，无出血和穿孔发生，且创面较常规电凝摘除浅。传统的经内镜息肉切除术的完整切除率低，把  $>2\text{cm}$  的广基息肉列为内镜治疗的禁忌症，只考虑手术治疗，而 EMR 扩展了内镜上切除息肉的适应范围。近年认为，EMR 适应症不受病变大小的限制，可通过反复向粘膜下注射高张钠盐分次切除的方法切除较大的病变。而病变浸润深度的判断是决定 EMR 适应症的关键，粘膜下层以上的良性病变是 EMR 的适应症。尤其是随着 EMR 技术的不断改进和创新，其透明帽法、套扎器法、片质切除法等内镜下手术方式不断问世，对于无法一次切除的直径  $>3\text{cm}$  的平坦型病变，可采用分片切除的方法。王珏等 [1] 对 68 例 102 个病灶（腺瘤、增生性息肉、类癌）全部成功实施 EMR 术，其中对直径  $>3\text{cm}$  的广基型病变采用分片粘膜切除术。刘树青等报道 56 例大肠广基息肉患者全部行 EMR 切除，其中 1 例  $13\text{cm} \times 12\text{cm}$  直肠腺瘤均一次分块切除成功。沈晓伶报告 42 例老年人结肠息肉，其中 34 例应用 EMR 成功切除，提出对长径  $<3\text{cm}$  的病灶可一次完整切除，对长径  $>3.0\text{cm}$  的病灶需行分片粘膜切除。此外，由于息肉有一定的癌变率，故对一些局部活检难以定性的病变，可用粘膜切除术切除病变，再做组织学检查，对于提高诊断的准确性具有积极意义。EMR 并发症主要有出血和穿孔，活动性出血常因操作伤及粘膜下深层或因有肌层表面的血管引起，一般经内镜下 APC 及止血夹等治疗均可成功止血。而穿孔则是较严重的并发症，可能与粘膜下注射剂量不够，粘膜下层与肌肉层未完全离率、切除指征掌握不严格、术中电

凝电切使用不当等有关。故行 EMR 术注射是非常关键的操作，充分的粘膜下注射可使息肉完全抬举，既可使息肉完整切除，也可避免穿孔的发生。

### 6 粘膜剥离术

内镜下粘膜剥离术 (ESD) 是用特制的高频电切将粘膜病变直接剥离后整块切除，自上世纪 90 年代末 Gotoda 等首先报告了使用该技术进行早期胃癌病变的完整切除后，近年来研究发现，ESD 可一次性完整切除病变组织，避免分块 EMR 带来的病变复发，且术后能提供完整的病理标本，体现微创治疗的优越性。ESD 在大肠病变的治疗中尤适用于病灶直径  $>2.0\text{cm}$  侧向发育性肿瘤、浅表浸润的粘膜下癌、大的凹陷型肿瘤以及体积较大，可疑为恶性的隆起性病变。林国辉等采用此技术治疗直径  $>2\text{cm}$  广基的结肠息肉 15 例全部获得成功，术后随访 13 例均未见病变残留和复发病例。Yokoi 等对比 ESD 和 EMR 治疗消化道早癌的整块切除率和复发率，显示前者整块切除率高于后者，且前者复发率明显低于后者。具有以下优势：①无论病灶大小、位置都能切除、较大的病灶也能整块切除；②病变粘膜整块切除率高，易于进行病理组织学检查，判断病变湿润深度及范围；③能解决 EMR 不完全切除时病灶残留和复发问题。可见 ESD 是治疗消化道良性病变和早期癌变的有效手段。然而，由于结直肠肠壁较薄，肠腔皱壁多，肠管走向变异大，故结直肠 ESD 操作难度较大，且易导致出血和穿孔并发症发生。因此，开展 ESD 技术不仅要求内镜医师具备娴熟的内镜操作技术，而且需要相关科室的密切配合，相信随着 ESD 在临床上的逐渐开展及应用，此项技术会逐渐成熟和完善，并成为内镜微创治疗的又一亮点。

综上所述，大肠息肉内镜下治疗已成为首选方法，尤其是随着共聚焦内镜、超声内镜在临床上的应用，内镜下治疗经验的积累和治疗水平的提高，以内镜下高频电凝切除术为代表的大肠息肉治疗方法的不断涌现，其疗效得到了广泛的认可。然而，临床上开展内镜下治疗大肠息肉时，在严格把握内镜下治疗适应症的情况下，应根据患者息肉的形状、大小、部位等选择合适的内镜下切除方法，是安全有效治疗大肠息肉的基本原则和关键。

### 参考文献

- [1] 陈灏珠. 实用内科学 [M]. 第 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005, 1932-1936.
- [2] 林国辉, 陈进忠, 张思宇, 等. 内镜粘膜下剥离术治疗广基的结肠息肉 15 例临床分析 [J]. 中国现代普通外科进展, 2011, 14 (11): 868-871.

(上接第 159 页)

COPD 临床主要治疗措施为临床给予镇咳祛痰、舒张支气管、抗炎疗效的药物，以改善患者临床症状，难以从根本上接触患者治病病因 [2]。呼吸功能锻炼主要是提高 COPD 患者呼吸肌功能，除此之外，患者每日行呼吸功能训练可促进患者全身血液循环，从而提高患者机体免疫能力。相关卫生部门调查研究显示，COPD 患者普遍存在营养不良症状，对于 COPD 患者给予饮食指导，可有效避免患者出现营养不良，对提升患者生活质量具有重要的意义 [3]。本次研究显示实验组患者护理干预后 CAT 评分得分明显低于对照组，综上所述，对于 COPD 患者

给予呼吸功能锻炼及饮食护理干预有较高的临床推广价值。

### 参考文献

- [1] 余林, 黄雪霞, 胡燕等. 呼吸功能锻炼及饮食护理干预对慢性阻塞性肺疾病患者生活质量影响效果分析 [J]. 饮食保健, 2017, 4(9):32-33.
- [2] 黄叶琴. 慢性阻塞性肺疾病呼吸功能锻炼及康复效果评价 [J]. 国际护理学杂志, 2015, 34(24):3378-3381.
- [3] 林霞. 呼吸功能锻炼与饮食护理对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者肺功能及生活质量的影响 [J]. 中国乡村医药, 2018, 25(10):72-73.