

• 临床报告 •

1992 例结肠息肉内镜治疗术后并发症分析及处理

刘 萍, 雷 婷, 吴莉君

【关键词】 结肠息肉; 内镜下息肉摘除术; 并发症; 防治措施

【中图分类号】 R 574

【文献标识码】 B

doi: 10. 13730/j. issn. 1009-2595. 2016. 08. 015

结肠息肉内镜下治疗因效果佳、创伤小、恢复快等优点,已在各级医院广泛开展。作者医院自 2012-01/2015-12 月共完成结肠息肉内镜治疗 1992 例。现结合临床实际回顾分析结肠息肉内镜治疗术后并发症发生原因及处理方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 1992 例,其中男 1333 例,女 659 例,年龄 15~93(平均 48.6)岁。单发息肉 653 例,多发息肉 1339 例。合并高血压 464 例,糖尿病 342 例,冠心病 212 例,冠脉支架置入术(percutaneous coronary intervention, PCI)后口服阿司匹林和(或)氯吡格雷 109 例。术前通过肠镜及病理活检诊断息肉、腺瘤、低级和高级上皮内瘤变,排除浸润性结肠癌。1992 例结肠息肉患者中,因肠镜检查确诊,无症状者 677 例(34.0%),有症状者 1315 例,主要包括:腹痛 243 例(12.2%)、便秘 193 例(9.7%)、腹泻 118 例(5.9%)、便血 102 例(5.1%)、黑便 64 例(3.2%)、粪便潜血阳性 86 例(4.3%)、大便性状改变 72 例(3.6%)、消瘦 60 例(3.0%)、肠恶性肿瘤术后复查 62 例(3.1%)、肛门口不适 315 例(15.8%)。

1.2 治疗方法

所有患者行肠镜检查发现息肉后,由长期从事内镜操作的医师进行确认与评估。评估内容包括息肉的大小(分 4 类:息肉直径 < 5 mm、 5 mm \leq 息肉直径 ≤ 20 mm、 20 mm $<$ 息肉直径 ≤ 30 mm、息肉直径 > 30 mm)、形状(依据日本山田分类法^[2]分为:Ⅰ型息肉,

隆起的起始部平滑,界限不清楚;Ⅱ型息肉,隆起的起始部界限较为清楚,但无蒂;Ⅲ型息肉,隆起的起始部略小,有亚蒂;Ⅳ型,隆起的起始部明显狭小,形成蒂)、数量及病理报告,根据评估结果选择以下 4 种治疗方案:①息肉直径 < 5 mm,选择单纯活检钳咬除术、氩气刀烧灼或单纯高频电切除术;②Ⅳ型者选择尼龙绳套扎(钛夹夹闭根部)+高频电切除;③息肉 ≥ 5 mm,山田分型为Ⅲ型者,采用经内镜黏膜下切除术(endoscopic mucosal resection, EMR);④息肉 ≥ 5 mm,山田分型为Ⅰ型、Ⅱ型者,采用经内镜黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)或 EMR 等治疗。

1.3 观察指标

观察术后并发症发生率,并发症主要包括:出血、穿孔、感染、腹痛、息肉电凝切除术后综合征。

2 结果

全组无 1 例死亡,平均住院时间 6.8 d。出血 24 例(1.20%),其中术中出血 21 例,术后迟发性出血 3 例;穿孔 3 例(0.15%),其中术中穿孔 2 例,术后迟发性穿孔 1 例;感染 6 例(0.30%);腹痛 15 例(0.75%);息肉电凝切除术后综合征 2 例(0.10%)。见表 1。

3 讨论

结肠息肉是消化道常见病变之一,可以分为炎症性、增生性、错构瘤性、腺瘤性 4 大类。有报道称腺瘤大约占有息肉类型的 $1/2 \sim 2/3$,且是进展成为大肠腺癌的危险因素之一^[4]。目前对于肠息肉治疗主张在初次发现时即予以切除,但肠镜下切除息肉因为患者肠道条件、息肉特殊性、仪器设备状况及术者技术水平等因素,不可避免出现出血、穿孔等并发症。

【作者单位】 830000 新疆乌鲁木齐,新疆军区乌鲁木齐总医院消化内科(刘 萍、雷 婷、吴莉君)

【通讯作者】 雷 婷, E-mail: lting_xj@163.com; Tel: 18999838871

表 1 结肠息肉不同内镜治疗术的并发症情况

手术方式	总例数	并发症 [n(%)]	并发症类型				
			出血	穿孔	腹痛	感染	术后电凝综合症
单纯活检钳咬除术	499	1(0.20)	1	0	0	0	0
氩气刀烧灼术	371	2(0.54)	1	0	1	0	0
单纯高频电切除术	374	2(0.53)	2	0	0	0	0
尼龙绳套扎(钛夹夹闭根部)+高频电切术	180	1(0.55)	1	0	0	0	0
EMR 或 ESD	568	44(7.75)	19	3	14	6	2

研究结果表明,较小的息肉进行单纯活检钳咬除、氩气刀烧灼术、单纯高频电切除等治疗的并发症极少,共 4 例术中出血,1 例术后腹痛;对山田Ⅳ型长蒂息肉采用钛夹夹闭、尼龙圈套扎或套扎后电切并发症发生也较少,仅 1 例术后迟发性出血;而在对息肉较大或山田分型Ⅰ、Ⅱ型,采取 ESD、EMR 方式治疗的患者出现并发症的概率较高,有 44 例发生出血、穿孔、腹痛、感染等。这与韩冰、覃桂聪等^[4-5]的研究结果相同,但并发症总发生率较低,考虑本组病例数多,采用 EMR 和 ESD 切除病例数相对少有关。EMR、ESD 并发症增高原因与其切除息肉体积大,基底面积大且血供丰富有关,同时 EMR、ESD 治疗方式复杂,手术操作水平也影响并发症发生;而较小的息肉多采用直接咬除、氩气刀灼除或单纯高频电切除,长蒂息肉使用尼龙绳套扎均很安全。对于出现的各种并发症要认真寻找原因,及时处理,防止病情恶化加重^[6]。

全组共 24 例出血,13 例术中出血与手术方法选择不当、术前准备欠完善、术中操作欠精细有关,其中 3 例立即喷洒去甲肾上腺素液,4 例热活检钳电凝,6 例钛夹夹闭出血部位,出血停止。1 例患者因息肉基底宽大,使用 EMR 切除后发生动脉搏动性出血,出血量大,视野不清,出血后血管回缩,钛夹夹闭失败,转外科手术止血。7 例术中出血为患者紧张,血压升高,血管压力大,且血管壁硬化等因素导致残端渗血及出血,给予喷洒去甲肾上腺素液、热活检钳电凝、钛夹夹闭出血部位,出血停止。术后迟发出血 3 例,1 例因家族性息肉病切除息肉多,术后 3 天出院,进食过多,再次出血,内镜检查发现多个息肉创面渗血,经内镜喷洒止血药物后观察无活动性出血,另有 2 例因钛夹、尼龙绳过早脱落导致出血,再次进镜行电凝止血和钛夹夹闭止血。全组 2 例术中穿孔,1 例因息肉所处位置视野不佳,圈套器套住息肉底部的部分肠壁致电切时肠穿孔,另 1 例因息肉过大,行 ESD 时电凝过度致局部穿孔,

均予以及时钛夹夹闭创面,术后保守治疗痊愈。1 例术后迟发性穿孔,与息肉切除时钛夹封闭创面间距过大,术后过早进食(当晚即进食),次日出现明显腹膜炎症状,提示手术部位穿孔,转外科手术治疗。全组出现 15 例腹痛,均因手术时间过长,充气过多,且术后未能及时吸气,致肠管痉挛或扩张,患者感腹部疼痛不适。其中 5 例自行缓解,10 例解痉后疼痛缓解。全组 6 例感染者肠道准备欠佳、切除息肉数量多、创面大,且患者高龄、机体抵抗力差而感染。经静脉使用抗生素均治愈。息肉电凝切除术后综合征既往报道发生率 1%^[7]。全组发生 2 例,发生率不足 1%,考虑与入组病例数相对较大及所采用的电切方法种类多样有关,经保守治疗均好转。

参 考 文 献

- [1] Komatsu T, Tamai Y, Takami H, *et al.* Study for determination of the optimal cessation period of therapy with anti-platelet agents prior to invasive endoscopic procedures [J]. J Gastroenterol, 2005, 40(7): 698-707
- [2] 钟南山,姚礼庆,徐美东. 实用消化内镜手术学[M]. 武汉:华中科技大学出版社,2013:297-298
- [3] Levin B, Lieberman DA, McFarland B, *et al.* Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps,2008;a joint guideline from the American Cancer Society,the US multi-society task force on colorectal cancer,and the American college of radiology[J]. CA Cancer J Clin,2008,58(3): 130-160
- [4] 韩冰,徐建华,张其胜,等. 肠息肉内镜治疗术后并发症回顾性分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2013, 22(11):1128-1131
- [5] 覃桂聪,黄璐,覃爱娜,等. 结肠息肉内镜下治疗 257 例回顾性分析[J]. 广西医科大学学报,2015,32(3):487-489
- [6] 詹惠敏,陈惠. 无痛结肠镜下行结肠息肉电切术的护理[J]. 现代医院,2014,14(增刊):55-57
- [7] Lee H,Cheoi KS,Chung H, *et al.* Clinical features and predictive factors of coagulation syndrome after endoscopic submucosal dissection for early gastric neoplasm[J]. Gastric Cancer, 2012, 15(1):83-90

(2016-03-30 收稿)