

纤维结肠镜下高频电圈套切除息肉并发症的分析

孟庆勇, 林建江, 顾秀珍

(浙江大学医学院附属第一医院, 浙江 杭州 310003)

摘要: 目的: 探讨纤维结肠镜下高频电圈套切除结直肠息肉后常见并发症发生的原因及其防治。方法: 对 1998 年 10 月至 1999 年 11 月行纤维结肠镜下高频电圈套术 334 例患者作回顾性分析。结果: 出现并发症者共 6 例 (1.8%), 其中大出血 3 例, 2 例经保守疗法治愈, 1 例经剖腹作结肠区段切除后治愈; 另 3 例为肠壁灼伤, 经保守疗法治愈。无肠穿孔及死亡。结论: 纤维结肠镜下高频电圈套切除结直肠息肉是一种安全、可靠的方法。

关键词: 结肠镜检查; 电外科手术; 息肉/并发症; 结肠息肉/治疗; 纤维结肠镜; 高频电圈套切除术

中图分类号: R730.57 文献标识码: A 文章编号: 1008-9292(2001)06-0289-02

纤维结肠镜对结直肠息肉的诊断和治疗是临床实践中最有效的方法。高频电圈套切除息肉术(圈套术)是肠镜下切除息肉最常用的方法,但也有一定的并发症。本院肠镜室 1998 年 10 月—1999 年 11 月肠镜下圈套术后发生并发症 6 例,现分析如下。

1 临床资料

1998 年 10 月—1999 年 11 月共行肠镜检查 2 214 例,发现结直肠息肉 416 例,行圈套术 334 例,切除息肉 528 颗,发生并发症需留院治疗 6 例,发生率为 1.80%。单纯肠镜检查病例无明显并发症发生。

仪器: 日本富士能 200 型电子肠镜及其圈套器,高频发生器为 Olympus PSD-10 型。

术前准备: 检查前 10 余小时服用全肠道灌洗液 8 000 ml 左右,检查时不用解痉剂及度冷丁等止痛剂。

并发症及处理: 共发生大出血 3 例,肠壁灼伤 3 例。大出血患者症状及处理如下:例 1,男,25 岁,降结肠有蒂息肉 1.5 cm×1.5 cm 大小,病理报告为化生性息肉。圈套术后 24 h 开始多量出血约 1 000 ml,经静脉内给止血药、输血后血止。例 2,女,44 岁,直肠无蒂息肉 1.5 cm×2.0 cm 大小,圈套术后 22 h 开始便血,总量约 500 ml,经静脉内给止血药及 0.01% 去甲肾上腺素液保留灌肠后血止,病理报告为中分化腺

癌,以后再择期行经腹根治手术;例 3,男,20 岁,乙状结肠有蒂息肉 0.5 cm×0.5 cm,圈套切除息肉后肠镜下即刻可见残留的息肉蒂部搏动性出血,再次高频电凝加粘膜下注射 0.01% 去甲肾上腺素后血止,但翌日晨开始大量便血并出现失血性休克,急诊剖腹手术,切除片状病变肠壁后治愈,病理报告为幼年性息肉。3 例肠壁灼伤均发生于游离的结肠息肉圈套术后,其中乙状结肠 2 例,横结肠 1 例,患者均为男性,年龄 41~71 岁,2 例无蒂息肉 0.5 cm×0.5 cm 大,1 例有蒂息肉约 1.0 cm×1.0 cm 大,3 例病理报告均为腺瘤,圈套术后出现的症状酷似肠穿孔,表现为术后 24 h 内畏寒,体温升高 (37.8℃~39℃),剧烈腹痛,肌紧张,但腹部压痛及反跳痛较局限,且腹部 X 线平片膈下无游离气体。经禁食、补液及抗生素治疗,2~3d 后症状及体征基本消失。本组病例无肠穿孔,无死亡。

2 讨论

镜下处理息肉的方法有活检钳咬取、热活检切除、圈套术及镜下粘膜下注水圈套术(EMR)等,以圈套术最常见。它对纤维结肠镜

收稿日期: 2000-10-25 修回日期: 2001-04-23

作者简介: 孟庆勇(1955—),男,副主任医师,主要从事肛肠外科工作。

下肉眼初步判断为良性的结直肠息肉几乎均可以采用,尤其适用于有蒂息肉和直径大于 0.5 cm 的息肉。小息肉可一次圈套,较大的息肉分数次圈套,对片状息肉可在粘膜下注水后圈套切除^[1]。无蒂者圈套后牵拉形成“假蒂”,再通电切下息肉。圈套时的高频电使用方法颇有争议,有认为对粗蒂息肉先长时期电凝再改电刀切下,但这有可能造成圈套丝粘滞息肉蒂部而不能分离。笔者在数年前曾遇 1 例,结果因强行拉出而撕裂一片肠粘膜,幸未造成大出血和穿孔。郑光明报告 1 例圈套丝粘滞息肉蒂部,结果靠再次进镜用钳切断粘滞凝固组织至圈套丝脱落后拉出^[2]。如果对息肉单纯采用电刀,可因其快速切割极易造成出血。故本组病例基本采用混合波高频电流切除,未发生圈套丝粘滞,出血的并发症也不高于文献报道^[3]。

圈套术后的并发症主要是大出血和肠穿孔,出血的发生率为 0.68%~2.24%,肠穿孔发生率为 0~0.5%^[4]。本组圈套术 334 例,切除息肉 528 颗,发生并发症 6 例(1.8%)。其中大出血及肠壁灼伤各 3 例(0.9%),需剖腹手术止血 1 例(0.3%),无肠穿孔。

圈套切下息肉后,创面苍白,少数可有少量出血,观察片刻自行止血。对继续有出血者可喷洒 0.01% 去甲肾上腺素液或孟氏液,或息肉底部粘膜下注射去甲肾上腺素液,蒂部有残留者可再次圈套,或电热活检钳夹后通高频电止血。笔者认为,圈套息肉时圈套器以置于息肉的近体部的息肉蒂为佳,该处血管稍细,切下息肉后如遇出血,残存蒂部可再次通电。如经上述处理

(上接第 288 页) 状窦内的慢径路,或者冠状窦口畸型的病例,也不必追求一定要完全阻断慢径路的传导。在我们实际应用过程中,有些病例在线性消融时并没有出现改良慢径时通常出现的结性心律,也可以获得消融改良术的成功,这部分病例的长期随访,证明心动过速的复发率也相当低,与术中消融放电时出现结性心律的病例并无差异。

参 考 文 献

[1] 王利宏,姚 磊,陈君柱. 肝素在射频消融对血小板活性影响上的作用[J]. 浙江大学学报(医学版),2000,29

仍有继续喷血,以即刻剖腹手术止血为宜,以防继续出血导致休克。

本组大出血 3 例均发生于切除 20 h 以后,其原因可能系息肉大、蒂粗,息肉供应血管较粗压力高,电凝焦痂易于脱落等。笔者认为对粗蒂或较大息肉,切下后需严密观察 24 h。

圈套术另一并发症是肠穿孔。早期的圈套术时有肠穿孔的发生,但 20 世纪 80 年代以来已鲜有报告。常见的是肠壁灼伤或曰透壁电灼伤综合征(Transmural burn syndrome)。该综合征系肠镜下治疗时用电时间过长,或用电不当致肠壁全层灼伤而发生凝固性坏死。其临床表现与肠穿孔相似,腹痛、发热、腹部压痛、反跳痛、血白细胞升高等。但腹部体征较局限,腹部 X 线检查无膈下游离气体是其特点。若无肠穿孔的明确依据,不应剖腹探查,可采用禁食、补液、应用抗生素等保守治疗,3 d 左右症状可基本消失。本组 3 例当属肠壁灼伤,经保守治愈,效果颇佳。

参 考 文 献

[1] 林建江,崔峻辉,毛伟芳,等. 内镜粘膜切除术在结直肠肿瘤诊治中的临床应用价值[J]. 浙江大学学报(医学版),2001,30(4):161-163.
 [2] 郑光明,林世富. 结肠镜诊治中 25 例并发症临床分析[J]. 中国内镜杂志,1997,3(3):60-61.
 [3] 张 曩. 消化道息肉的内镜治疗[J]. 中国胃肠外科杂志,2000,3(2):123-124.
 [4] 于皆平,雷享朗. 纤维结肠镜临床应用技术[M]. 第 1 版,长沙:湖南科技出版社,1990. 340.

[责任编辑 严少洁,张荣连]

(6):260-263.

[2] 王利宏. 经导管射频消融对凝血功能的影响[J]. 浙江大学学报(医学版),2001,30(5):241-244.
 [3] Hummel J D, Strickberger S A, Man K C, et al. A quantitative fluoroscopic comparison of the coronary sinus ostium in patients with and without AV nodal reentrant tachycardia [J]. J Cardiovasc Electrophysiol, 1995, 6 (5):681-686.
 [4] Kadish A, Goldberger J. Ablative therapy for atrioventricular nodal reentry arrhythmias [J]. Prog Cardiovasc Dis, 1995, 37(4):273-293.

[责任编辑 张荣连]