

文章编号: 1007- 1989(2005) 08- 0882- 02

内镜热极治疗胃肠道息肉的临床分析

王 莉,黄留业,邢艳芳,孙传芬
(山东省烟台毓璜顶医院,山东 烟台 264000)

摘要: 目的 探讨内镜热极治疗胃肠道息肉的疗效。方法 确诊为胃肠道息肉的 84 例(132 枚) 随机分为热极治疗组 42 例(68 枚) 和高频电治疗组 42 例(64 枚) ,观察两组的息肉清除率和治疗后 4 周的创面愈合率。结果 两组息肉清除率均为 100%, 治疗后 4 周创面愈合率热极治疗组为 100%, 明显高于高频电治疗组 87.5%,差异有显著性($P<0.05$) 。结论 热极治疗胃肠道息肉疗效可靠,安全无副作用,值得推广应用。
关键词: 热极治疗;胃肠道息肉
中图分类号: R 573 **文献标识码:** B

热极治疗在内镜下应用国内极少报道, 我院应用 Hp- A 100 型热极在内镜下治疗息肉, 取得满意的疗效。现总结如下:

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

收集我院消化科内窥镜及病理确诊的胃肠道息肉 84 例(132 枚) ,息肉直径均在 0.5~2.0 cm,随机分为热极治疗组 42 例(68 枚) , 高频电治疗组 42 例(64 枚) ,两组息肉的分布及山田分型分别见表 1、2。两组间息肉的分布及分型差异无显著性,具有可比性。

表 1 142 枚息肉部位分布 枚

组别	胃	右半结肠	左半结肠	直肠	合计
热极组	18	20	18	12	68
高频电组	17	18	16	10	64

表 2 142 枚息肉的山田分型 枚

组别	I 型	II 型	III型	IV型	合计
热极组	43	8	10	7	68
高频电组	46	8	9	9	64

1.2 治疗方法

热极治疗方法:经内镜活检孔道插入热极探头,选择温度 200~250℃, 电极紧密接触靶目标, 采用点、顶、贴、扫、压等操作法,每次通电 3~5 s,个别延长至 8 s,见黏膜烧灼呈白色烟雾,可反复多次,直至

息肉烫平,对广基较大的息肉,可在息肉头部和基底部反复多次使用,直至息肉消除,有蒂息肉在蒂基底部四周烧灼,以缩短操作时间。高频电治疗方法:经内镜活检孔插入金属圈套器, 调节纯电凝电流指数为 3.5 或 4.0,对息肉基底部实施电凝电切套摘术。

胃部息肉治疗后, 据创面大小口服洛赛克 20 mg/ 次,2 次 /d,2~4 周,结直肠息肉治疗后均口服常规量 PPA、云南白药 3~7 d,所有病例均于治疗后 4 周复查内镜。

1.3 统计学处理

两组率的比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

132 枚息肉均当即脱落或变白,全部清除成功,两组息肉清除率均为 100%, 无 1 例发生副作用与并发症。4 周后复查内镜,热极治疗组所有病例创面愈合良好,4 周愈合率达 100%, 高频电治疗组有 8 枚局部黏膜仍有溃疡面,均为直径大于 1.5 cm 的广基或亚蒂息肉,4 周愈合率为 87.5%,两组 4 周创面愈合率差异有显著性($P<0.05$) 。

3 讨论

热极治疗的原理是利用热传导和热辐射, 将特制的热极探头接触病灶组织,当组织内的温度迅速上升至一定温度时,使组织蛋白凝固、坏死、炭化。

收稿日期:2004- 10- 18

本组热极治疗胃肠道息肉 68 枚与传统的高频电治疗比较,息肉清除率及并发症发生率无差异,但治疗后 4 周创面愈合率显示前者显著高于后者,尤其对直径大于 1.5 cm 的广基或亚蒂息肉,本组 4 周后复查内镜 8 枚未愈合的病例均为高频电组直径大于 1.5 cm 的广基或正蒂息肉,提示**热极治疗不仅疗效高,且组织损伤小,烧灼深度比高频电浅,故愈合快,这不仅减少了急性及迟发性胃肠道穿孔的并发症,且缩短了病人治疗后口服药物的时间**。储榆德^[1]报道,对山田Ⅲ型Ⅳ型息肉主要采用高频电治疗。本组资料显示两种治疗方法在息肉类型的分布方面无差异,且因热极治疗凝固深度有自限性,故对深层组织无明显损伤^[2,3],又因治疗头表面有防粘连涂膜,不会因粘着撕裂引起出血,使得热极治疗Ⅲ型、Ⅳ型息肉同样具有较高的疗效及安全性。

本文体会,治疗较大广基或有蒂息肉时,提高疗效的技巧在于:预置温度选择高温档 250℃,使热凝加快,深度有所增加;灼凝息肉蒂部时适当延长热凝时间至 7、8 s;治疗时热极头紧贴压迫病灶,以利热量“透入”。当然对直径大于 2 cm 的体大底粗的息肉,热极治疗仍应慎重。本组病例无出血、穿孔等并

发症发生,但国外有文献报道^[2]热极治疗消化性溃疡出血引起穿孔,发生率为 1%~3%,这主要是因为溃疡灶较深、基底部残存胃壁或十二指肠壁很薄而容易被刚性较强的热极头顶穿或热凝损伤导致即时或延迟性穿孔,应引以为鉴。

热极治疗不足之处是灼除治疗的息肉不能留下标本,故在治疗前必须细心、准确地采集标本,对重度不典型增生或临床怀疑癌变者,宜首选高频电摘除,以便留下全瘤标本。

综上所述,内镜热极治疗息肉能达到较理想的效果,具有无副作用、应用范围广、安全可靠、简单易用、费用低廉等优点,值得推广应用。

参 考 文 献:

- [1] 储榆德. 胃镜下光电治疗息肉的临床分析[J]. 中国临床医学, 2000, 7(3): 324-325.
- [2] ZHU YD. Gastrointestinal Polyps Treated with Endoscopy [J]. Clinical Medical Journal of China, 2000, 7(3): 324-325. Chinese
- [2] CHUNG SC, LEUNG JW, SUNG JY, et al. Injection or heat probe for bleeding ulcer[J]. Gastroenterology, 1991, 100: 33.

(龙 白 编辑)

(上接第 881 页)

成反流,加重上尿路损伤及感染,导致结石形成。留置导管时间过长:反复感染、反流促进结石形成,与输尿管粘连,导致双 J 管无法拔除,甚至断裂。双 J 管肾盂段留置过长:肾盂段内导管盘绕迂曲,拔管时打结无法拔出。双 J 管移位与断裂:亦有报道因双 J 管长度选择不当导致导管上移造成滞留和拔管时断裂滞留的病例。

双 J 管滞留处理方法:双 J 管在膀胱镜下能拔出尿道外口,X 线片显示管周结石者用橡皮筋保持一定张力持续牵引,并行 ESWL。为防止下尿路感染一般牵引时间不超过 5 d。双 J 管不能露出尿道外口、牵引时间超过 5 d 未能拔除、导管断裂于输尿管内或经多次 ESWL 膀胱镜下仍未能拔出者可行输尿管镜下取管术。肾盂段双 J 管打结、断裂后导管位于肾盂内者则可行经皮肾镜取管术,必要时开放手术。

有效预防双 J 管滞留措施:重视导管质量,选择弹性好、质软、组织相容性好的导管。硅胶导管比聚亚氨酯导管异物反应小,表面光滑,不易形成结石。置管术后常规使用预防剂量抗生素,有明确感染者根据经验用药或细菌培养药敏结果使用抗生素,对症状较重、尿路感染不易控制者应及时拔除双 J 管。对可能诱发腹压升高的疾患如便秘、咳嗽应积极对症处理,及时排空膀胱,避免尿潴留,尽量减少膀胱尿液反流。严格掌握拔管时间,国产导管不超过 4 周,进口导管不超过 12 周,如需长时间留置需在规定时间内换管,防止感染、结石聚积以及导管变质等导致双 J 管滞留甚至断裂等情况发生。根据 IVU 测量输尿管长度,选用合适长度的双 J 管,并确保至少 4 cm 留在膀胱内,防止导管移位、打结滞留。术后根据情况选择合适药物治疗,如醋酸胺酸、别嘌呤醇、抗生素等。

(赵梓屹 编辑)