

· 短篇论著 ·

内镜下黏膜切除术治疗老年人胃肠息肉

张晓华^{1*}, 朱人敏, 吴晓尉, 杨妙芳, 郭美霞, 王 彬

(南京军区南京总医院干部消化内科, 南京 210002)

【关键词】胃肠; 息肉; 内镜; 黏膜切除术

【中图分类号】P57

【文献标识码】A

【文章编号】1671-5403(2011)03-0275-02

内镜下黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR)是目前对胃肠道表浅型病变的一种微创治疗^[1,2]。2003年10月至2009年10月,南京军区南京总医院对109例老年人胃息肉和346例老年人大肠息肉行EMR治疗,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

老年胃息肉患者109(男69,女40)例,年龄60~86岁,平均(70.2±6.7)岁。老年大肠息肉患者346(男255,女91)例,年龄60~91岁,平均(72.6±10.5)岁。术前常规检查心电图、胸片、肝肾功能及凝血机制。所有患者术前均签署知情同意书。

1.2 设备与方法

采用Olympus GF-XQ260电子胃镜、CF-H260电子肠镜、ERBE氩气刀(ERBE200D,德国)。EMR术前肌肉注射地西泮10mg和山莨菪碱10mg,黏膜下注射1:10000肾上腺素5~10ml,切除范围包括整个病变及病变边缘至少2mm正常黏膜。对直径超过20mm的平坦型病变,分次切除。

1.3 术后注意事项

胃息肉EMR后,应常规应用质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)2~3周,以预防出血并愈合残留人造溃疡;肠息肉EMR后,如疑有浆膜下穿孔或局限腹膜

炎时,应禁食,静脉滴注抗生素。

1.4 统计学处理

采用SPSS 11.0统计软件分析,所得资料比较采用 χ^2 检验;对胃息肉分布的比较,采用确切概率法统计。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 息肉的分布

老年人胃息肉好发于胃窦部和胃体部,分别占49.6%(65/131)和29.8%(39/131)。不同年龄组之间胃息肉分布比较差异无统计学意义($P > 0.05$;表1)。老年人大肠息肉好发于左半结肠,尤以乙状结肠及直肠多见,占54.1%(277/512)。不同年龄组之间大肠息肉分布比较差异无统计学意义($P > 0.05$;表2)。

2.2 息肉的病理类型

全部131处胃息肉中,炎性息肉、增生性息肉、腺瘤性息肉分别占58.0%(76/131),29.0%(38/131),13.0%(17/131)。随着年龄增加,腺瘤性息肉比例似乎有逐渐升高趋势,但差异无统计学意义($P > 0.05$;表3)。全部512处结肠病变中,炎性息肉、增生性息肉、腺瘤性息肉、腺瘤癌变分别占25.2%(129/512),18.8%(96/512),51.2%(265/512),4.5%(22/512)。随着年龄增加,腺瘤性息肉比例逐渐升高($P < 0.01$;表4)。

表1 老年各年龄段胃息肉分布比较

[枚(%)]

组别	贲门	胃底	胃体	胃窦	幽门	残胃
60~69岁	2(2.9)	2(2.9)	22(31.9)	39(56.5)	3(4.3)	1(1.5)
70~79岁	3(8.3)	3(8.3)	9(25.0)	17(47.2)	3(8.3)	1(2.8)
≥80岁	4(15.4)	2(7.7)	8(30.8)	9(34.6)	1(3.8)	2(7.7)

表2 老年各年龄段大肠息肉分布比较

[枚(%)]

组别	回盲部	升结肠	横结肠	降结肠	乙状结肠	直肠
60~69岁	9(4.3)	41(19.5)	43(21.5)	34(16.2)	44(20.1)	39(18.6)
70~79岁	10(5.0)	48(23.8)	35(17.3)	30(14.9)	45(22.3)	34(16.8)
≥80岁	6(6.0)	21(21.0)	22(22.0)	12(12.0)	25(25.0)	14(14.0)

收稿日期: 2010-04-23; 修回日期: 2010-07-25

通讯作者: 张晓华, Tel:025-80860027, E-mail: jszhxh@sina.com

表 3 老年各年龄段胃息肉病理类型比较 [枚(%)]

组别	炎性息肉	增生性息肉	腺瘤性息肉
60~69 岁	42(60.9)	21(30.4)	6(8.7)
70~79 岁	22(61.1)	9(25.0)	5(13.9)
≥80 岁	12(46.2)	8(30.8)	6(23.1)

表 4 老年各年龄段大肠息肉病理类型比较 [枚(%)]

组别	炎性息肉	增生性息肉	腺瘤性息肉	腺癌
60~69 岁	54(25.7)	51(24.3)	95(45.2)	10(4.8)
70~79 岁	56(27.7)	34(16.8)	104(51.5)**	8(4.0)
≥80 岁	19(19.0)	11(11.0)	66(66.0)***	4(4.0)

注: 与 60~69 岁组比较, ** $P < 0.01$; 与 70~79 岁比较, *** $P < 0.01$

2.3 切除效果评价

胃息肉 131 处病变经首次或再次 EMR 治疗病变均完整清除; 大肠息肉 512 处病变中 486 处经首次或再次 EMR 治疗后, 病变完整清除, 病变切除率为 94.9%; 19 例(19 处病变, 占 3.7%) 患者术后病理示浸润癌, 追加外科开腹手术。

2.4 并发症

术中出血 25 例 (5.5%), 主要为创面渗血, 经去甲肾上腺素局部喷洒后即可止血。术后迟发出血 (24h 后) 10 例 (2.2%), 其中 6 例分别用钛夹和氩气刀凝固法治疗, 4 例经输血及内科保守治疗后出血停止。无穿孔、感染及其他并发症发生。

2.5 术后随访结果

109 例胃息肉和 346 例大肠息肉患者术后内镜随访 1~60 个月, 均未见复发的病例。

3 讨论

随着内镜技术的进步, 胃肠道息肉检出率有增高趋势。胃息肉作为癌前期疾病, 具有一定恶变潜能。大肠息肉尤其是大肠平坦型病变检出率逐年升高, 这一类病变较有蒂的隆起型病变更易于癌变^[3]。本研究表明, 老年人胃肠息肉随着年龄增加, 腺瘤性息肉比例似乎有升高趋势。因此, 尽早发现和切除胃肠道息肉对预防癌变有重要的意义。

EMR 是治疗消化管平坦型病变最成熟的微创手段^[4,5], 主要并发症为术后出血和穿孔。老年患者因血管硬化弹性差, 或因服用抗凝药物, 术前应停用抗凝药物 1 周, 且测得凝血机制正常方可手术。胃息肉 EMR 术后, 应常规应用 PPI 2~3 周, 以预防迟发性出血并愈合残留人造溃疡。对于术中出血患者, 可用内镜下喷洒凝血酶等或局部电灼、氩气刀凝固法等措施, 但以钛夹较为安全, 特别是肠

道 EMR 术后, 因为肠壁很薄, 氩气刀凝固法处理后容易穿孔。如 EMR 术后创面较大、较深, 或疑有浆膜下穿孔, 迟发穿孔或局限腹膜炎时, 应禁食、静脉用抗生素等相应处理。目前认为内镜下黏膜剥离术对胃肠道癌前病变, 尤其是侧向发育型肿瘤和早期病变, 疗效更佳、更可靠, 但技术要求较高、风险也更大, 尤其是肠道的病变^[6,7]。本研究考虑到老年患者息肉切除的安全性和切除率, 对直径大于 5mm 的非长蒂息肉均采用 EMR 治疗, 术中或术后迟发性出血经相应的处理均得到控制, 未发生穿孔、感染及其他并发症发生; 随访 1~60 个月, 均未发现复发病例。可见, 对老年人胃肠息肉的治疗, EMR 是一种安全高效的微创方法。

【参考文献】

- [1] Conio M, Ponchon T, Bianchi S, *et al.* Endoscopic mucosal resection[J]. *Am J Gastroenterol*, 2006, 101(3): 653-663.
- [2] Luigiano C, Consolo P, Scaffidi MG, *et al.* Endoscopic mucosal resection for large and giant sessile and flat colorectal polyps: a single-center experience with long-term follow-up[J]. *Endoscopy*, 2009, 41(10): 829-835.
- [3] Koga Y, Yao T, Hirahashi M, *et al.* Flat adenoma-carcinoma sequence with high-malignancy potential as demonstrated by CD10 and beta-catenin expression: a different pathway from the polypoid adenoma-carcinoma sequence[J]. *Histopathology*, 2008, 52(5): 569-577.
- [4] Kaltenbach T, Friedland S, Maheshwari A, *et al.* Short- and long-term outcomes of standardized EMR of nonpolypoid (flat and depressed) colorectal lesions ≥ 1 cm (with video)[J]. *Gastrointest Endosc*, 2007, 65(6): 857-865.
- [5] 刘思德, 陈 烨, 白 杨, 等. 内镜下黏膜切除术(EMR)治疗平坦型大肠肿瘤的临床研究[J]. *中国消化内镜*, 2007, 1(1): 23-28.
- [6] Tanaka S, Oka S, Kaneko I, *et al.* Endoscopic submucosal dissection for colorectal neoplasia: possibility of standardization[J]. *Gastrointest Endosc*, 2007, 66(1): 100-107.
- [7] Bourke M. Current status of colonic endoscopic mucosal resection in the west and the interface with endoscopic submucosal dissection[J]. *Dig Endosc*, 2009, 21(Suppl 1): S22-27.

(编辑: 王雪萍)