

钛夹预防高频电凝切除胃肠道隆起性病变后出血 72 例分析

周 华^{1,2} 周明东^{1,2} 朱忠耀^{1,2} 全巧云^{1,2} 郑东萍^{1,2} 张桂芳^{1,2}

(1 三峡大学第一临床医学院 宜昌 443003 2. 湖北省宜昌市中心人民医院消化内科 宜昌 443003)

摘要 目的:探讨应用钛夹预防高频电切除胃肠道隆起性病变后迟发性出血的效果。方法:对 72 例 77 枚胃肠道隆起性病变行高频电切除后应用钛夹钳夹残蒂或创面,观察术后消化道出血情况。结果:平均随访 30 天,所有患者术后均未出现消化道出血。结论:应用钛夹能有效预防高频电切除胃肠道隆起性病变后迟发性出血。

关键词: 消化道;隆起性病变;高频电切除;钛夹;出血

中图分类号: R45 **文献标识码:** B

ANALYSE OF TITANIUM - CLIP PREVENTION HEMORRHAGE OF 72 CASES PROTUBERANT LESIONS IN GASTROINTESTINAL TRACT UNDERWENT HIGH FREQUENCY ELETROSECTION

ZHOU Hua, ZHOU Ming - dong, ZHU Zhong - yao, et al

(Department of Gastroenterology, The First Clinical Medical college of Three Gorges University & The Central Hospital of Yi chang, Hubei, China)

ABSTRACT Objectives: To evaluate the advantage of using titanium - clip to prevent hangfire hemorrhage of protuberant lesions underwent high frequency eletrosection. **Methods:** 77 protuberant lesions in 72 cases were involved, Titanium - clip were used to clamps the remnant or the injured area after excision of protuberant lesions with high frequency eletrosection. And observe the hemorrhage in gastrointestinal tract. **Results:** All patients had not bleeding in the following 30 days. **Conclusions:** After high frequency eletrosection of protuberant lesions, using the titanium - clip can effectively prevent the hemorrhage in gastrointestinal tract.

Key words: Gastrointestinal tract; protuberant lesions; High frequency electricity excision; itanium - clip; hemorrhage

在 2002 年 9 月 ~ 2006 年 5 月期间,我们应用钛夹预防高频电切除胃肠道隆起性病变后出血的发生,现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组病例,男 40 例,女 32 例,年龄 15 - 78 岁,平均 50.4 岁,均有上腹不适或腹泻、便秘等症状。72 例均经胃肠镜检查发现食道、胃、十二指肠及大肠隆起性病变。其中 72 例中,食管下段病变 1 例,贲门 3 例,胃 18 例(其中胃窦 6 例、胃体 5 例、胃底 5 例、残胃 2 例),十二指肠 9 例(球部 6 例、降段 3 例),大肠 41 例(直肠 10 例、乙状结肠 15 例、乙降交界 2 例、降结肠 3 例、横结肠 4 例、升结肠 3 例、回盲部 4 例)。其中胃多发息肉 7 例,大肠多发息肉 10 例,共 77 枚隆起性病变,广基病变 28 枚,49 枚有蒂(短或粗蒂 36 颗,长蒂 13 颗)。病变直径最小 0.8cm,最大 4.5cm;直径大于 2.0cm 隆起性病变 48 例。内镜下诊断:胃肠息肉 53 例,粘膜下病变 19 例(其中囊肿 2 例,气囊肿 1 例)。

1.2 器械

采用 OLYMPUS GIF - XQ240 胃镜,OLYMPUS CV - V70I 结肠镜及 OLYMPUS PSD - 20 高频电发生器,HX - 5QR - 1 型内镜金属夹推送器及密封消毒的 HX - 600 - 135 和 HX - 600 - 090 型金属钛夹。术前准备与常规胃肠镜检查相同。

1.3 方法

对于胃肠道隆起性病变为有蒂的大息肉,治疗前由助手先在推送器上安装钛夹,高频电凝切除息肉后,经内镜钳道将推送管送出内镜前端,伸出钛夹,向后移动手柄部将金属张开度达到最大(1.2cm),通过推送器上的旋转装置调整方向,使张开的钳夹对准残蒂,然后将推送器上的滑动柄向后移动,套锁钛夹,当听到“咔达”声说明钛夹完全合拢,最后将持放器脱离钛夹,并退出持放器。一般息肉残蒂使用一枚钛夹,较粗的残蒂可对称性使用 2 枚或 2 枚以上钛夹。对于胃肠道隆起性病变为亚蒂或无蒂大息肉及平滑肌瘤、脂肪瘤等,采用粘膜下注射生理盐水或肾上腺素溶液后行高频电凝切除(EMR),EMR 后,伸出并张开钛夹,夹子一侧嵌入创面近端的正常的粘膜,而后将夹子的另一端侧向创面远端正常粘膜推移,靠拢并闭合夹子,闭合顺序:第一枚在创面的 1/2 处闭合,第 2,3 枚分别在第 1 枚上下端 1/2 处闭合。根据具体情况可增加使用钛夹。

2 结果

2.1 止血效果

72 例高频电凝切除后应用钛夹钳夹息肉残蒂或 EMR 创面治疗,共放置钛夹 123 枚,平均每例使用 1.7 枚,最多 1 例使用 4 枚钛夹,所有患者术后均未出现出血及穿孔,平均随访 30 天。

2.2 病理学检查

72 例隆起性病变中,取活检病理检查 65 例。其中腺瘤型息肉 10 例,管状腺瘤 8 例,绒毛状腺瘤 12 例,管状 - 绒毛状腺瘤 4 例,增生性息肉 6 例,炎性息肉 7 例,幼年性息肉 4 例,胃间质细胞瘤 1 例,其中 4 例腺瘤型息肉癌变,最短的 1 例仅 3

作者简介:周华,(1962 -),女,执业助理医师、主管护师。

(收稿日期:2006 - 07 - 11 接受日期:2006 - 08 - 19)

个月。食道平滑肌瘤 1 例,胃平滑肌瘤 4 例,十二指肠平滑肌瘤 2 例,胃脂肪瘤 2 例,十二指肠脂肪瘤 2 例,回盲部脂肪瘤 2 例。

3 讨论

胃肠道隆起性病变主要包括息肉及粘膜下病变(脂肪瘤,平滑肌瘤等)。胃肠道息肉是一种癌前病变,目前国内外学者广泛采用的治疗方法是高频电凝切除术^[1]。而高频电凝摘除上述病变可出现严重的并发症,迟发性出血并不少见,尤其对息肉直径大于 3.0cm 和无蒂的宽基息肉等。如何预防并发症的发生是高频电凝切除病变后所要解决的主要问题。李俊等^[2]对胃肠道有蒂息肉采用是用金属钳夹息肉蒂部然后电凝电切除,成功地预防了内镜电切治疗性出血。但对粗蒂息肉或广基病变无法于术前使用钛夹。笔者体会在电切前使用钛夹有时会妨碍准确套扎息肉,也无法始终避免圈套器接触到钛夹而导致电流经钛夹损伤消化道粘膜。本组 72 例,在充分电凝后切除并未发生术中出血,使用钛夹后有效地预防了迟发性出血。迟发性出血多数在术后 12d 内,最长达 29d^[3]。本组病例随访均未发生迟发性出血。钛夹技术在内镜治疗中占有很重要的地位,已由原来单纯止血作用,发展成多用途治

疗作用,如预防性止血和缝合术等,有效地避免了内镜在治疗过程所发生的并发症,基于钛夹良好的血管钳夹作用,对于有蒂息肉在高频电凝切除后在残蒂应用 1 至 2 枚即可达到预防迟发性出血的目的。我们体会其成功的关键在于:尽量正面直视病灶,充分暴露病灶及毗邻关系,尽量用 1 枚钛夹完全结扎蒂部,蒂部直径大于 2cm 息肉需 2 枚或 2 枚以上钛夹,钳夹时与首枚钛夹先平行或交叉式。对于广基病变或亚蒂息肉行 EMR 切除后形成的人工溃疡,可利用钛夹的创面缝合功能闭合创面,从而预防出血和穿孔。创面缝合可分单夹子缝合和多夹子缝合两类。缝合顺序是:第 1 枚在创面的中央一侧缝合,则不利于创面对合。缝合必须达到一定深度,应将粘膜层、粘膜下层与肌层一并缝合,否则易形成死腔,导致感染。缝合后尽量吸尽肠腔内的空气,嘱患者卧床休息、禁食,适当用一些抗生素和镇静剂。

参考文献

- [1] 萧树东. 江绍基胃肠病学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2001, 1:315
- [2] 李俊, 杨太明, 董华, 等. 金属止血夹在预防内镜电切除消化道息肉出血应用[J]. 中国内镜杂志, 2002, 8(12): 52-53
- [3] 吴文溪, 华一兵, 沈历宗, 等. 套切法治疗大肠息肉 265 例[J]. 中华消化内镜杂志, 2002, 19(1): 41-42

(上接第 76 页)

化疗后肿瘤明显缩小者 28 例,占 26.9%,肿瘤脱落者 7 例,占 6.9%。无变化者 24 例,占 23.7%。术后皮瓣严重坏死 15 例,占 14.4%;轻度坏死 14 例,占 13.5%;无皮瓣坏死 75 例,占 72.1%。出现下肢水肿者 25 例,占 24.0%。随访 4~10 年,可进行随访的患者 82 例,其中正常存活者 53 例,占 46.6%;出现远处转移者 15 例,占 18.3%;死亡 14 例,占 17.1%。

3 讨论

阴茎恶性肿瘤最常见的是阴茎鳞状细胞癌,占阴茎肿瘤的 90~97%。在我国,随着经济的发展,人民生活水平的提高,阴茎癌的发病率曾明显下降,但在东北地区,尤其是黑龙江省地处高寒区,由于气候因素、经济水平以及卫生习惯的制约,其发病率仍然比经济发达地区高,近年在临床实践中发现,其发病年龄有年轻化的趋势。传统的阴茎癌的治疗绝大多数采用阴茎全部或大部分切除术,切除正常阴茎组织的范围较大,术后患者多丧失性生活能力,有些患者不能够站立排尿。而且腹股沟清扫范围较大,术后多出现严重的双下肢及阴囊水肿,这给患者肉体上、精神上打击沉重,明显降低了患者的生活质量。

近年来,男性生殖健康日益被医学界及社会上所重视,阴茎癌的治疗趋势是最大限度地保留器官,提高生活质量和生存率。我院采用术前应用平阳霉素化疗配合手术治疗阴茎癌,取得了良好的治疗效果^[1]。从本组患者的随访情况看,生存率较高,发生不良反应的比率较低。

对于阴茎癌的化疗,国外多采用博莱霉素、顺铂、氟尿嘧啶等,但有的学者认为,多种抗癌药物联合化疗的效果对于单

用博莱霉素没有明显优势^[2]。平阳霉素(博莱霉素 A5)是由平阳链霉菌(*Streptomyces Pingyangensis* S. P)产生的博莱霉素类抗肿瘤抗生素,能抑制癌细胞 DNA 的合成和切断 DNA 链,促进癌细胞变性,坏死。本组患者全部应用术前平阳霉素化疗,化疗反应轻微,仅有部分出现发热、恶心、食欲减退,无肺纤维化。化疗后肿瘤缩小明显,病理级别有不同程度地降低。

本组患者经过临床初步观察,认为术前应用平阳霉素化疗可使部分阴茎癌组织明显缩小,甚至瘤体脱落,手术可最大范围地保留阴茎功能。改良腹股沟淋巴结清扫术缩小了清扫范围,减轻了下肢及阴囊水肿,提高了患者术后的生活质量和生存率,化疗后肿瘤缩小,所以可以距肿瘤边缘外 1.0cm 左右切除病灶,最大限度地保留阴茎。关于是否常规性淋巴结清扫的问题,很多学者存在着争论^[3],从我们多年的临床经验来看,即使有的患者术前行腹股沟淋巴结超声检查,或活检结果为阴性,仍应该进行腹股沟的淋巴结清扫术。清扫时,采用腹股沟斜行切口,对早、中期患者,缩小常规腹股沟淋巴结清扫范围,重点清扫腹股沟和股三角区域淋巴结。患者淋巴水肿轻微,皮缘坏死减轻,从随访结果看,转移率比较低,效果好。

参考文献

- [1] 苗延生, 赵丕显, 王晓民, 等. 综合治疗阴茎癌 133 例临床分析[J]. 临床泌尿外科杂志, 1993, 8(1): 34-36
- [2] Roth AD, Berney CR, Rohner S, et al. Intra-arterial chemotherapy in locally advanced or recurrent carcinomas of the penis and anal canal: an active treatment modality with curative potential[J]. Br J Cancer, 2000, 83(12): 1637-1642
- [3] Mobilio G, Ficarra V. Genital Treatment of Penile Carcinoma[J]. Curr Opin Urol, 2001, 11(3): 299-304