



[DOI]10.3969/j.issn.1001-9057.2020.10.021

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2020.10.021

· 临床诊治经验与教训 ·

尼龙绳套扎术联合金属夹在乙状结肠巨大带蒂息肉电切中的应用

李盈 陈志涛 黄元 祝辞 操文兵 许庆洪

[关键词] 尼龙绳套扎术; 乙状结肠; 肠息肉

结直肠癌是最常见的恶性肿瘤之一,在世界范围内的发病率和死亡率分别高居第三位和第四位^[1]。肠道黏膜经过逐渐、累积、反复的损伤^[2],使得黏膜依次从正常黏膜、增生、息肉至腺瘤,进一步进展为恶性肿瘤。息肉大小与癌变密切相关,息肉越大,其发展为恶性肿瘤的可能性越高^[3]。因此,内镜下尽早发现息肉并将其切除,对延缓或阻止患者肠道恶性肿瘤的发生具有重要意义。乙状结肠是结直肠息肉、腺瘤的常见发病部位之一^[4],其肠道道较为弯曲,一端较为固定,另一端活动度较大,这种生理结构无论是对于结肠镜检查、内镜下治疗,还是术后出血均有较大影响。本文将对乙状结肠巨大带蒂息肉在内镜下尼龙绳套扎术联合金属夹的应用进行探讨。

基金项目:国家自然科学基金青年基金资助项目(81400578);国家教育部博士点基金资助项目(20130142120096);武汉市卫生局资助项目(WX13A07);江汉大学研究生科研创新基金资助项目(010-2015-06)

作者单位:430010 湖北省武汉市第八医院消化内镜中心(李盈、黄元、祝辞、操文兵、许庆洪);华中科技大学同济医学院附属武汉中心医院消化内科(陈志涛)

通讯作者:许庆洪, E-mail: kinghoo9@foxmail.com

观察其有无向其他疾病转化的风险。

随着我国人口老龄化的加剧及检测手段的逐步完善,MPNs 检出率越来越高。在诊断中要注重病史采集和实验室检查等;明确诊断后根据危险分层进行正确的处理以预防并发症;提高此类疾病患者的生存质量。在 BCR-ABL 阴性的 MPNs 患者中 JAK2 突变比例最高,需要注意观察此类患者的临床和实验室检查特点,若有条件可以同时观察有无 ASXL1、EZH2、TET2、IDH1/IDH2、SRSF、SF3B1 等克隆性增殖异常,为疾病的早期识别和危险分层提供依据,以便采取更好的干预措施^[13-14]。

参 考 文 献

- [1] 赵森,白贝贝,韩雪,等.骨髓增殖性肿瘤合并急性心肌梗死临床分析[J].中国医药,2018,13(3):346-349.
- [2] 葛均波,徐永健,王辰.内科学[M].第9版.北京:人民卫生出版社,2018.597-601.
- [3] 中华医学会血液学分会白血病淋巴瘤学组.原发性血小板增多症诊断与治疗中国专家共识(2016年版)[J].中华血液学杂志,2016,37(10):833-836.
- [4] 中华医学会血液学分会白血病淋巴瘤学组.真性红细胞增多症诊断与治疗中国专家共识(2016年版)[J].中华血液学杂志,2016,37(4):265-268.
- [5] 中华医学会血液学分会白血病淋巴瘤学组.原发性骨髓纤维化诊断与治疗中国专家共识(2015年版)[J].中华血液学杂志,2015,36(9):721-725.

对象与方法

1. 对象:2017 年 9 月~2018 年 9 月于湖北省武汉市第八医院行肠道检查及治疗的乙状结肠息肉患者 26 例,年龄 29~91 岁,平均年龄(60.03±12.85)岁。共检查出乙状结肠巨大带蒂息肉(直径≥20 mm)30 枚,直径 20~35 mm,其中男性 21 枚,女性 9 枚。排除合并严重心肺功能疾病等操作禁忌证的患者,长期服用阿司匹林、氯吡格雷等抗血小板药物的患者推迟 1 周内内镜下息肉切除术。所有患者均签署知情同意书。

2. 方法:完善术前检查,包括血常规、凝血功能、传染病相关指标等。对于具有糖尿病等老年性疾病的患者,需要完善生化功能(肝肾功能、电解质、心肌酶谱)等相关检查。将复方聚乙二醇电解质 208.68 g×3 盒溶解于 3 000 ml 温水中,于手术日清晨 4 时服用,并于 2 h 内喝完,术前要求患者解出的大便颜色为淡黄色清亮。完善术前准备后进行内镜下治疗,我院内镜中心肠镜使用奥林巴斯 V-260,高频电凝电切使用德国爱尔博 VIO-CART-200D,圈套器使用奥林巴斯 MAJ-254 或 MAJ-340。

结 果

1. 术中情况:操作医生将肠镜顺利进镜至回盲部,对大肠进行检查,再退镜至乙状结肠息肉部位,通过旋转镜身、调动旋

- [6] 李芳,李芹,白洁,等. BCR-ABL1 基因阴性骨髓增殖性肿瘤临床分析[J]. 宁夏医学杂志,2017,39(8):815-817.
- [7] 李芳,杜宗孝,李芹,等. BCR-ABL1 阴性骨髓增殖性肿瘤骨髓病理学及临床特征分析[J]. 宁夏医学杂志,2017,39(7):649-651.
- [8] 孔冬蔚,金阿荣. BCR-ABL 阴性的骨髓增殖性肿瘤的基因突变位点分析[J]. 内蒙古医学杂志,2018,50(6):666-667.
- [9] Baxter EJ, Scott LM, Campbell PJ, et al. Acquired mutation of the tyrosine kinase JAK2 in human myeloproliferative disorders[J]. Lancet, 2005,365(9464):1054-1061.
- [10] Jekarl DW, Han SB, Kim M, et al. JAK2 V617F mutation in myelodysplastic syndrome, myelodysplastic syndrome/myeloproliferative neoplasm, unclassifiable, refractory anemia with ring sideroblasts with thrombocytosis, and acute myeloid leukemia[J]. Korean J Hematol, 2010,45(1):46-50.
- [11] Haslam K, Langabeer SE. Who to screen for CALR mutations? An audit of real-life practice and review of current evidence[J]. Eur J Intern Med, 2017,40:e22-e23.
- [12] Klampfl T, Gisslinger H, Harutyunyan AS, et al. Somatic mutations of calreticulin in myeloproliferative neoplasms[J]. N Engl J Med, 2013,369(25):2379-2390.
- [13] 肖志坚. 进一步规范我国骨髓增殖性肿瘤的诊断和治疗[J]. 中国实用内科杂志,2018,38(12):89-92.
- [14] 郇梦云,晁红颖,孙爱宁,等. 单中心 1648 例 Ph 染色体阴性慢性骨髓增殖性肿瘤患者 JAK2、CALR 及 MPL 基因突变的临床分析[J]. 中华血液学杂志,2017,38(4):295-300.

(收稿日期:2019-07-16)

(本文编辑:余晓曼)

钮调、充气、牵拉等方式把镜头调整为便于操作的方位。将尼龙绳通过镜腔进入肠道内,将息肉蒂的根部进行套扎,然后在尼龙绳套扎处的上方用两枚金属夹交替夹闭息肉蒂,可见息肉头部因缺血出现颜色改变,用电刀将息肉切除。术中创面可,无出血或仅有少量出血(图 1)。

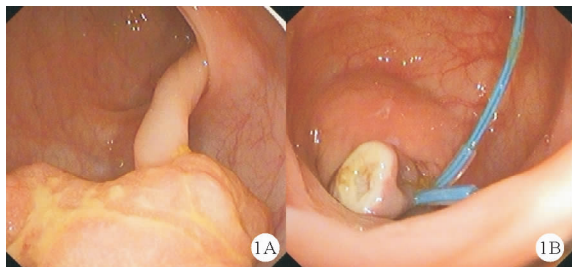


图 1 患者术中情况(A:长蒂息肉样隆起物;B:尼龙绳套扎后高频电凝电切后创面)

2. 术后情况:术后嘱患者卧床休息,术后第一天禁食,第二天流质饮食,第三天开始半流质饮食。使用抗生素和蛇毒血凝酶 2 U 各 1 天。所有患者手术后均无明显不良反应。术后病理检查结果显示,2 枚息肉为管状-绒毛状腺瘤局部癌变(图 2),来自于同一患者,该患者合并直肠新生物(确诊为直肠腺癌行外科手术,术中同时对乙状结肠发生癌变息肉的部位进行切除,切除组织中未见癌细胞,息肉切除后蒂残端见大量中性粒细胞浸润);1 枚为幼年性息肉;其余均为管状-绒毛状腺瘤伴低级别上皮内瘤变。共 15 例患者于术后 3 个月或 6 个月内来我院或外院行肠镜复查,均未发现乙状结肠息肉(1 例患者发现直肠息肉,未见乙状结肠息肉)。

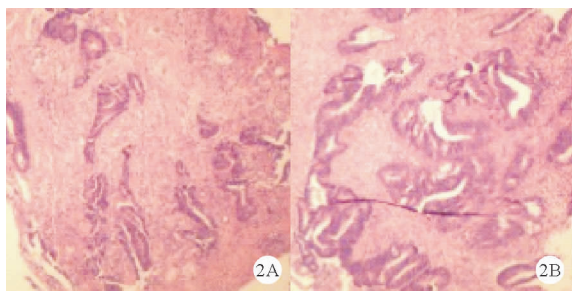


图 2 乙状结肠管状-绒毛状腺瘤(局部癌变)苏木素-伊红(HE)染色结果(细胞重度异型性,核大、深染,细胞极性紊乱,核仁明显,核分裂像易见,杯状细胞消失,腺体排列紧密,形态不规则,瘤组织排列呈腺样结构;A:×40,B:×100)

讨 论

“息肉”主要是用于描述自黏膜表面突出的新生物,可有蒂与黏膜相连。根据目前研究得知,“蒂”来自于疏松的黏膜下层,是突出肠道的息肉在肠道内运动的结果,在息肉长大过程中,可以随肠腔内的粪便进行局部的运动,疏松的黏膜下层将会随运动被牵拉,且运动使息肉对血液的需求增加,长时间的累积可能会出现较粗的血管供应膨大头部的血液需求^[5]。1995 年 Rossini 等^[6]首次报道了尼龙绳在内镜息肉切除中的应用。近年来,随着科学技术的发展,尼龙绳的应用在我国得到很大推广,尤其是在防止带蒂息肉术后出血中具有重要意义。

由于乙状结肠肠腔道较为弯曲,一端较为固定,另一端活

动度较大,内镜下行尼龙绳套扎术及使用金属夹在操作上具有一定的难度。除此之外,带蒂息肉的头端具有较大的活动度,长蒂中往往有血管供应,因此操作不当会导致息肉切除后残端过长或术后残端血管出血。尼龙绳的套扎应贴近肠道黏膜,将蒂中的血管套紧,保证息肉尽可能完整切除。用金属夹交替夹闭残蒂血管可更有效地避免术中血管残端活动性出血及术后创面大出血。因此,尼龙绳套扎术联合金属夹在预防带蒂息肉切除出血安全性较高。

本研究结果显示,术后病理报告的 30 枚息肉中,2 枚息肉局部发生癌变,8 枚息肉为管状-绒毛状腺瘤伴上皮内高级别瘤变。目前多项研究认为,腺瘤的大小与癌变具有紧密的关系^[3,7-8]。Lieberman 等^[9-10]根据直径将结直肠腺瘤分为 3 类[微小腺瘤(直径 1~5 mm)、小型腺瘤(直径 6~9 mm)、大腺瘤(直径≥10 mm)]进行研究也发现,腺瘤大小与癌变具有相关性。一般认为,腺瘤直径>10 mm 被认为是早癌;但如腺瘤病理检查结果显示绒毛>25%,即使直径<1 cm,也会被认为是早癌、高级别瘤变或癌。有 25%~75%绒毛结构的腺瘤为管状-绒毛状腺瘤,也被称为混合型腺瘤;超过 75%绒毛状结构被定义为绒毛状腺瘤^[3]。本研究中的 30 枚息肉,除了其中 1 枚为幼年性息肉,其余 29 枚腺瘤的绒毛均超过 25%,2 枚管状绒毛状腺瘤局部发生癌变,8 枚管状绒毛状腺瘤为高级别上皮内瘤变,均行手术治疗,术后于我院或去外院追加手术。

综上所述,大肠癌在腺瘤阶段病理表现为时间越长,发展为绒毛的可能性将会越高,而绒毛程度提示恶变倾向程度,因此尽早将其切除会获得较大收益。此外,内镜下息肉的分叶状、表面糜烂、出血、溃疡等均为可能发生癌变的信号,在内镜下治疗时需引起注意。尼龙绳套扎术联合金属夹在处理巨大带蒂息肉的安全性较高,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012 [J]. CA Cancer J Clin, 2015, 65(2):87-108.
- [2] Kouzminova N, Lu T, Lin AY, et al. Molecular basis of colorectal cancer [J]. N Engl J Med, 2010, 362(13):1245-1247.
- [3] Hornick JL, Odze RD. Polyps of the large intestine. Surgical pathology of the GI tract, liver, biliary tract, and pancreas [M]. 3rd. Philadelphia: Elsevier/Saunders, 2015. 621-642.
- [4] 许庆洪, 陈志涛, 吴杰. 2273 例结直肠息肉及腺瘤的特点统计 [J]. 世界华人消化杂志, 2017, 25(15):1416-1424.
- [5] Rubio CA, Jaramillo E, Lindblom A, et al. Classification of Colorectal Polyps: Guidelines for the Endoscopist [J]. Endoscopy, 2002, 34(3):226-236.
- [6] Sobrino-Faya M, Martínez S, Gómez Balado M, et al. Clips for the prevention and treatment of postpolypectomy bleeding (hemoclips in polypectomy) [J]. Rev Esp Enferm Dig, 2002, 94(8):457-462.
- [7] Jass JR. Classification of colorectal cancer based on correlation of clinical, morphological and molecular features [J]. Histopathology, 2007, 50(1):113-130.
- [8] Robert ME. The malignant colon polyp: diagnosis and therapeutic recommendations [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2007, 5(6):662-667.
- [9] Lieberman DA, Williams JL, Holub JL, et al. Race, ethnicity, and sex affect risk for polyps >9 mm in average-risk individuals [J]. Gastroenterology 2014, 147(2):351-358.
- [10] Lieberman D, Moravec M, Holub J, et al. Polyp size and advanced histology in patients undergoing colonoscopy screening: implications for CT colonography [J]. Gastroenterology, 2008, 135(4):1100-1105.

(收稿日期:2019-09-19)

(本文编辑:张一冰)