

# 小儿结肠息肉 58例内镜诊治探讨

周翔禹, 贺建华 (湖北省恩施自治州中心医院消化内科, 湖北 恩施 445000)

**[摘要]** 目的: 探讨小儿结肠息肉的特点及内镜治疗小儿结肠息肉的可行性。方法: 总结分析应用高频电凝电切治疗仪诊治的小儿结肠息肉患者的内镜及病理资料。结果: 58例中共发现息肉 69颗, 其中单发者 52例 (89.7%), 多发者 6例 (10.3%); 分布于直肠 37颗 (53.6%), 乙状结肠 22颗 (31.9%), 降结肠 4颗 (5.8%), 升结肠及回盲部 6颗 (8.7%)。息肉形态: 息肉呈球形、半球形或分叶状, 直径 4~8 mm, 其中带蒂息肉 56颗 (81.2%), 亚蒂息肉 9颗 (13%), 无蒂息肉 4颗 (5.8%)。病理发现, 本组小儿息肉病理检查以幼年性息肉为主 56颗 (81.2%), 腺瘤性 7颗 (10.2%), 炎性 5颗 (7.2%), 混合性 (兼有幼年性及腺瘤性息肉的特征) 1颗 (1.4%)。结论: 小儿结肠息肉主要分布在直肠、乙状结肠, 主要为单发有蒂息肉, 病理类型以幼年性息肉为主, 也有腺瘤性息肉。合理应用高频治疗仪治疗小儿结肠息肉安全可靠。

**[关键词]** 内镜治疗; 结肠息肉

结肠息肉是小儿便血的常见原因, 因其发病年龄较小, 给诊治来一定的困难。自 2004~2009年, 我院应用电子结肠镜诊治小儿结肠息肉 58例未发生意外, 获得满意疗效。本文主要探讨小儿结肠息肉的内镜特点及内镜下切除的方式方法。

## 1 临床资料

**1.1 对象:** 58例中, 男 42例, 女 16例, 年龄 3~14岁, 平均 6.2岁。临床症状均为便血伴 (或不伴) 贫血。

**1.2 设备:** 使用结肠镜为 OIMPUS-CF240型, 高频电凝电切治疗仪为 OIMPUS-PSD20型。

**1.3 诊治结果:** 58例中共发现息肉 69颗, 其中单发 52例 (89.7%), 多发 6例 (10.3%); 分布于直肠 37颗 (53.6%), 乙状结肠 22颗 (31.9%), 降结肠 4颗 (5.8%), 升结肠及回盲部 6颗 (8.7%)。

**1.4 息肉形态:** 息肉呈球形、半球形或分叶状, 直径 4~8 mm, 其中带蒂息肉 56颗 (81.2%), 亚蒂息肉 9颗 (13%), 无蒂息肉 4颗 (5.8%)。

**1.5 病理结果:** 本组小儿息肉病理检查以幼年性息肉为主 56颗 (81.2%), 腺瘤性 7颗 (10.2%), 炎性 5颗 (7.2%), 混合性 (兼有幼年性及腺瘤性息肉的特征) 1颗 (1.4%)。

**1.6 并发症:** 本组病例检查内镜无并发症; 治疗内镜 1例合并迟发出血, 发生于术后第 3天, 主要原因是术后进食及活动过多, 采用微波局部灼凝后出血停止。

## 2 讨论

**2.1 小儿结肠息肉:** 以幼年性息肉为主; 幼年性息肉多数病理学家认为是错构瘤, 不会发生癌变<sup>[1]</sup>, 但也有少数病理学家认为是真正肿瘤, 理由是有些幼年性息肉的腺体有不同程度的不典型性, 部分区域有腺瘤样改变<sup>[1]</sup>。本组资料发现 腺瘤性息肉 7颗 (10.2%), 1例幼年性息肉伴腺瘤样改变。因此认为, 若无禁忌证, 对小儿结肠息肉均应进行高频电凝摘除术。

**2.2 小儿结肠息肉分布:** 以直肠乙状结肠为主, 占 85.5%; 为减少小儿痛苦, 减小发生意外的危险, 主张插镜深度以观察全

乙状结肠。若直肠乙状结肠未发现息肉或直肠乙状结肠息肉切除后再出血 (须排除手术并发症) 才考虑行全结肠检查。

**2.3 术前处理:** 术前行清洁灌肠或口服灌肠粉, 并做好耐心的说服工作, 以取得患儿及家长的配合。对息肉在直肠乙状结肠者, 患儿能合作则术前可不用镇静剂 (安定) 和解痉剂 (解痉灵或 654-2), 否则术前 20分钟肌内注射安定和解痉灵或 654-2 对息肉在乙状结肠以上者, 若为学龄儿童又能合作者术前给予肌内注射镇静剂和解痉剂, 否则行全身麻醉。

**2.4 手术方式:** 小儿结肠息肉几乎都带蒂或亚蒂<sup>[2]</sup>。本组资料显示带蒂和亚蒂息肉占 94.2%, 故我们主张以高频电凝电切术为主要手术方式, 我们用此法切除息肉 58颗, 取得满意疗效。但治疗时需注意: ①幼年性息肉由于蒂部缺乏黏膜肌层的支持<sup>[3]</sup>, 故圈套时要缓慢收圈, 套住后应先电凝后电切; ②小儿肠壁薄, 因此对长蒂大息肉切割部与息肉根部应留 0.5 cm 距离, 采用边凝切、边用力收紧圈套器的方式。短蒂息肉在头蒂交界处, 圈套后应提拉使根部形成尖幕状, 然后再凝切; ③若息肉过大不能悬于肠腔, 可尽量使息肉头部广泛接触肠壁, 采用密切接触法, 可避免电灼伤, 我们用此法安全切除息肉 3颗。对 < 1.0 cm 的无蒂或亚蒂息肉采用电凝灼除法治疗。无论采用何种方式, 凝切术后均应认真观察局部有无出血, 对有出血者应立即用孟氏液喷洒出血部位或用微波烧灼止血, 直至出血停止方可退镜。

**2.5 术后处理:** 留院观察, 控制饮食及活动, 常规给予止血、抗感染治疗, 一旦并发出血, 即行急诊肠镜检查及镜下止血。

## 3 参考文献

- [1] 李益农, 陆星华. 消化内镜学 [M]. 北京: 科学出版社, 1996: 303.
- [2] 林庚金, 吴云林. 内镜临床应用进展 [M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1991: 189.
- [3] 于中麟, 张齐联. 简明消化系病内镜治疗学 [M]. 沈阳: 沈阳出版社, 1989: 62.

[收稿日期: 2010-10-19 编校: 朱林]