

# 内镜热极治疗胃肠道息肉 68 例

夏燕妮, 陈仙琼, 赖敏, 黄长炎, 梁宝泉

夏燕妮, 陈仙琼, 赖敏, 黄长炎, 梁宝泉, 恩施市中心医院消化内科  
湖北省恩施市 445000  
项目负责人: 夏燕妮, 445000, 湖北省恩施市航空路 88 号, 恩施市中心医院  
消化内科.  
电话: 0718-8221011 传真: 0718-8224304  
收稿日期: 2004-07-23 接受日期: 2004-08-21

## 摘要

**目的:** 了解内镜热极治疗胃肠道息肉的临床效果。

**方法:** 常规术前准备, 行胃镜及结肠镜检查。热极仪温度根据息肉大小可调至 200–250 °C, 治疗时充分暴露病灶, 热极头通过内镜活检孔, 对准靶目标通电, 通过热极头对病灶“顶、贴、滑、扫”等方法借助内镜同步进退和转动热极头等措施进行治疗。

**结果:** 68 例 126 颗息肉热极治疗均从局部消失, 其中无蒂息肉、直径 < 1.5 cm 中小型息肉效果好, 均经一次治疗, 1–13 s (平均 8 s) 消失, 直径 2.0 cm 左右的息肉需经 2–3 次治疗, 息肉才完全消失, 全部病例无一例穿孔、出血等并发症发生。

**结论:** 热极治疗息肉效果肯定, 安全可靠; 热极头不粘连组织, 不损伤内镜, 经济适用。

夏燕妮, 陈仙琼, 赖敏, 黄长炎, 梁宝泉. 内镜热极治疗胃肠道息肉 68 例. 世界华人消化杂志 2004; 12(12): 2924–2925  
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2924.asp>

## 0 引言

我院 1998–06/2003–12 用 HP – A 型内镜热极治疗仪 (又名热探头), 在胃、结肠镜下行热凝治疗食管、胃、十二指肠、大肠息肉共 68 例 126 颗, 现报告如下。

## 1 材料和方法

**1.1 材料** 5 a 多来我院门诊及住院患者 68 例, 均以腹痛和/或腹胀和/或便血就诊接受胃肠镜检查, 发现并经病理证实为息肉者。男 46 例, 女 22 例, 年龄 18–76 (平均 41) 岁。息肉在食管 4 例, 占 5.8%, 4 颗, 胃 18 例, 占 26.5%, 26 颗; 十二指肠 5 例, 占 7.5%, 11 颗, 大肠 41 例, 占 60.2%, 85 颗。单发 45 例, 多发 23 例。息肉直径 0.5 cm 以下 38 颗, 0.6–1.0 cm 46 颗, 1.1–1.5 cm 22 颗, 1.6–2.0 cm 11 颗, 2.1–3 cm 9 颗 (其中 3 cm 2 颗)。息肉无蒂 73 颗, 亚蒂 30 颗, 有蒂 23 颗。腺瘤性息肉 89 颗, 化生性息肉 5 颗, 炎症性息肉 22 颗, 血吸虫卵性息肉 6 颗, 良性淋巴样息肉 4 颗。HP-A 型

热极治疗仪由中国人民解放军第二军医大学数理教研室医学工程研究室提供, 其热极头直径 2.4 mm, 由 24V 电压供电, 功率 10 W 左右, 热极头温度在室温–250 °C 内任意选择。内镜: Olympus GIF-Q20 纤维胃镜, Pentax FC-38LH 纤维结肠镜。显像仪: FF-99 型光电子内窥镜显像仪, 配有录像机。

**1.2 方法** 按常规术前准备, 行胃镜及结肠镜检查。治疗前, 先将热极头预热数秒钟, 在体外测试正常。治疗时充分暴露病灶, 将热极头经内镜活检孔插入, 直至热极头露出物镜 1 cm 以上, 对准靶目标通电, 通过热极头对病灶“顶、贴、滑、扫”等方法和借助内镜同步进退和转动热极头等措施进行治疗。治疗息肉, 将热极仪温控调至 200 °C, 通电后见黏膜烧灼成白色及白烟雾产生即可, 对较大的息肉, 温度可调至 250 °C, 反复烧灼直至息肉消失或变成苍白色, 若一次治疗不能彻底消除, 可在每次治疗后间隔 7 d 再行第二次、第三次治疗, 直到息肉完全消失, 对有蒂息肉, 可在蒂基底部烧灼, 直至息肉蒂变成苍白色或息肉由红色变成暗红色, 无需息肉体当即脱落。

## 2 结果

68 例 126 颗息肉经热极治疗均从局部消失, 尤其无蒂息肉、直径在 1.5 cm 以下的中小型息肉, 疗效理想, 均经一次治疗, 1–13 s (平均 8 s) 消失, 直径在 2.0 cm 左右的息肉需 2–3 次治疗, 息肉才完全消失。术后病变组织发白、趋于平坦或病变组织被黑褐色炭化组织附着。62 例 108 颗息肉接受复查, 其中 1 mo 后复查者见局部平坦, 色泽稍红, 病变部位可辨, 2 mo 后复查者黏膜基本正常, 病变部位难以辨认, 较大的息肉病变部位仍然可见, 黏膜表面欠光滑。所有病例术中未述不适, 5 例术后腹部疼痛有所加重, 经治疗迅速缓解, 无一例穿孔、出血等并发症发生。

## 3 讨论

国外热极治疗价格昂贵, 难为我国消化内镜界接受。HP-A 型热极治疗仪是由中国人民解放军第二军医大学研制, 主机把 220V 交流电预先变压成 24V 交流电, 然后以此低电压作为发热电源使热极头温度从室温迅速上升, 最高达 250 °C, 然后利用相对恒温发热的热极头的热传导、热辐射和接触性压迫作用来对息肉实施热凝、烧灼、气化、炭化而达到有效的治疗目的。组织凝固、炭化的程度与每次治疗持续的时间呈正比。总结 5 a 多来热极治疗息肉效果肯

定. 我们治疗息肉 68 例, 5 例术后腹部疼痛加重, 经治疗迅速缓解, 无一例出现穿孔. 有两例息肉直径为 3 cm 的患者, 均经过三次治疗, 虽然治疗面积大, 除在术后感腹部疼痛有所加剧外, 未述其他不适, 三次治疗结束后, 半月内镜复查见 1.5 cm × 2.0 cm 左右浅表溃疡, 经口服洛赛克、思密达、阿莫西林 2 wk, 2 mo 后再次复查溃疡面消失, 仅见黏膜欠光滑. 另外 1 例 76 岁的老年患者, 因冠心病安有心脏起搏器, 在热极治疗的术中、术后未述不适, ECG 检查无异常. 由于热极头涂有防粘连剂(四氟乙

烯), 没有发生因热极头粘连组织、牵拉、焦痂脱离所致继发性出血、穿孔, 而激光、微波易与病变组织产生粘连出现并发症. 热极线缆无热辐射, 不会引起内镜老化, 热极头光滑、圆钝不会损伤内镜内检管道. 该机使用方便, 无需象高频电需外接电极板, 体积小, 重量轻(≤ 4.5 kg)搬运方便, 而且价格低, 明显低于 Nd:YAG 激光治疗仪、微波治疗仪、高频电治疗仪. 不足之处是对于较大息肉处理相对较困难, 需经多次治疗, 无高频电及 Nd:YAG 激光的切割功能. 由于病例不是很多, 还有待进一步观察及总结.

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2004 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 结肠镜常规检查回肠 1340 例

唐井钢, 高 飞, 李 娟

唐井钢, 李娟, 广州南方医院中医科 广东省广州市 510515  
高飞, 中国人民解放军 260 医院 河北省石家庄市 050041  
项目负责人: 唐井钢, 510515, 广东省广州市广州大道北, 南方医院中医科.  
wjg@wjgnet.com  
电话: 020-61365870 传真: 020-61365870  
收稿日期: 2004-07-05 接受日期: 2004-09-09

### 摘要

**目的:** 评价经结肠镜常规检查回肠的临床价值, 提高对回肠疾病的诊断与治疗水平.

**方法:** 结肠镜到达回盲部后采用直接进入法、钩拉进入法、导丝引导进入法插镜至回肠 20-70 cm, 观察回肠黏膜病变.

**结果:** 1340 例患者 1240 例成功插入回肠, 成功率为 92.5%, 244 例发现了病变, 总阳性率为 19.7%.

**结论:** 在小肠镜还未推广使用的情况下, 结肠镜常规深插对发现回肠末端疾病很有意义.

唐井钢, 高飞, 李娟. 结肠镜常规检查回肠 1340 例. 世界华人消化杂志 2004; 12(12):2925-2926

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/2925.asp>

### 0 引言

回肠末段是小肠疾病的好发部位, 随着电子内窥镜广泛应用和检查技术不断提高, 采用中长型结肠镜经回盲瓣插入回肠末段检查, 近年来已成为部分医院的结肠镜常规检查部位. 我科近年用 Olympus XQ240 型结肠镜在检查全结肠的基础上常规深插检查回肠末段, 对

回肠末段疾病有了新的直观的认识, 现总结报告如下.

### 1 材料和方法

**1.1 材料** 病例为解放军 260 医院 2003-01/12 门诊及住院患者, 男性 742 例, 女性 498 例, 年龄 14-86 岁, 平均年龄为 46.1 岁, 临床症状表现为腹痛、腹泻、血便、黏液便、腹部包块、便秘等.

**1.2 方法** 常规方法插入结肠镜, 整个插入过程少注气、多吸气, 根据情况变换体位, 助手协助腹壁加压, 熟练运用钩拉和旋转手法, 一般距肛门 50-80 cm 可达回盲部. 达回盲找到回盲瓣位于阑尾口视野左上方. 根据回盲瓣形态, 选择如下进镜法: (1) 直接进镜法: 取直镜身后在回盲瓣开放与半开放情况下, 镜头对准开口中心直接插入. (2) 回拉滑入进镜法: 看清回盲瓣后将镜头送至回盲瓣前方, 调整旋钮使镜头向下弯曲看清开口为止, 回拉镜身使结肠镜滑入回肠. (3) 支撑引导进镜法在回盲瓣挛缩时可采用此法, 利用活检钳或胆道导丝先插入回肠, 引导镜身插入.

### 2 结果

**2.1 正常回肠黏膜镜下表现** 肠腔变狭窄呈圆锥型, 黏膜橘红表面呈绒毛状, 继续进镜可见稀疏、细浅的环形皱襞, 颜色变淡, 可见散在大小不等颗粒或结节状淋巴滤泡, 少数密集呈簇. 1240 例成功插入回肠, 100 例插入失败, 失败原因见表 1.

**2.2 回肠疾病诊断结果 (表 2).**