

• 论著 •

成人结肠镜治疗儿童结肠息肉的临床分析

戴恒兵 宁忠良 王忠荣 朱志强

【摘要】 目的 探讨成人结肠镜治疗小儿大肠息肉的方法。**方法** 回顾 2001 年 1 月至 2006 年 1 月接受肠镜检查的 145 例大肠息肉患儿临床资料,对其中 130 例患儿的临床症状、内镜检查特点、病理类型进行总结,并与成人结肠镜下治疗方法进行分析。**结果** 93.3% 的患儿大肠息肉发生在直肠和乙状结肠。80.5% 为幼年性息肉,7.4% 为炎性息肉,6.7% 为增生性息肉,3.4% 为腺瘤性息肉,2.0% 为 P-J 息肉。共完整切除 149 枚息肉,其中高频电切 112 例,高频电凝 4 例,钳除 14 例,无一例发生并发症,随访 5 年,复发率为 3.2%。**结论** 成人结肠镜治疗小儿大肠息肉简便易行,安全可靠,是一种值得推广的有效方法。

【关键词】 结肠镜;结肠息肉;治疗;儿童

Clinical analysis of juvenile colonic polyps treated with adult colonoscopy. DAI Heng-bin, NING Zhong-liang, WANG Zhong-rong, et al. Department of General Surgery, Anhui Provincial Hospital, Anhui Hefei 230001, China

【Abstract】 Objective To investigate the treatment of juvenile colonic polyps under adult colonoscopy. **Methods** The records of colonoscopy of 145 children between January 2001 and January 2006 were reviewed retrospectively and 130 cases of colonic polyps were recruited to this study for analysis of their manifestations, endoscopic features, pathological classification and procedures of endoscopy. **Results** 93.3 percent of juvenile colonic polyps were identified within rectum and sigmoid. In all children there were juvenile polyps (80.5%), inflammatory polyps (7.4%), adenoid polyps (3.4%) and P-J polyps (2.0%) respectively. All of 149 polyps in 130 cases were removed by radiofrequency resection (112 cases), radiofrequency coagulator (4 cases) and clamping off (14 cases) without complications. Being followed up for 5 years, there were only 3.2 percent of recurrence. **Conclusions** The remove of juvenile colonic polyps under colonoscopy was a simple and safety remedy, which was recommended.

【Key words】 Colonoscopes; Colonic Polyps; Therapy; Child

因目前小儿结肠镜普及率仍较低,我们常规使用成人结肠镜对小儿便血进行检查。便血是小儿就诊并接受肠镜检查的主要原因,而大肠息肉是引起小儿便血的主要病因之一。现作者对 2001 年 1 月至 2006 年 1 月经成人结肠镜确诊为大肠息肉的 130 例患儿临床资料进行分析,报告如下。

材料与方法

一、临床资料

130 例患儿中,男性 92 例(70.8%),女性 38 例(29.2%),年龄范围 1~14 岁,平均 7.5 岁。临床

表现:反复便血 109 例(83.8%),便血伴腹痛 9 例(6.9%),腹痛 5 例(3.8%),便血伴便秘 4 例(3.1%),腹痛伴肠套叠 3 例(2.4%)。

二、术前准备

完善三大常规及凝血功能检查,凝血功能正常及无严重全身疾病者方可行结肠镜检查。术前口服恒康正清或番泻叶清洁肠道,常规术前不用药,个别使用杜冷丁联合肌注。一般不用镇静剂,若患儿不合作,可予氯胺酮行全麻下肠镜检查或治疗。

三、治疗方法

常规插入电子结肠镜(日本 Olympus CF-301 型),若结果提示为息肉,经患儿家长同意后,视息肉大小、数量和蒂的长短分别采用以下方法治疗:<0.5 cm 的半球形息肉选用钳除法摘除;<1.0 cm 无蒂、亚蒂或较小息肉选用高频电凝法;>1.0 cm 有蒂息肉选用高频电切法。切下息肉经家属过目后常

规送病理检查。

结 果

一、息肉发生情况

130 例共发现息肉 149 枚,120 例为单发息肉,10 例为多发(4 枚 1 例,3 枚 2 例,2 枚 7 例);直肠 79 枚,乙状结肠 60 枚,降结肠 7 枚,横结肠 3 枚。形态:均为有蒂息肉,头部呈球形或分叶状。大小:直径 1.0~3.0 cm,蒂最长者为 2 cm。

二、手术结果

本组 130 例共切除 149 枚息肉,未发生出血、穿孔等并发症。

三、病理检查结果

约 93.3% 的小儿大肠息肉发生在直肠和乙状结肠,80.5% 为幼年性息肉,7.4% 为炎性息肉,6.7% 为增生性息肉,3.4% 为腺瘤性息肉,2.0% 为 P-J 息肉。

四、随访结果

所有患儿经成人结肠镜治疗后便血、腹痛症状消失,切除后 5 年获随访 125 例(失访 5 例,失访率为 3.8%),其中 4 例(3.2%)发生便血,3 例为幼年性息肉,1 例为腺瘤性息肉,经再次结肠镜检查证明息肉复发。

讨 论

大肠息肉是最常见的小儿便血原因,如幼时不治疗或延误治疗时机,日后可能引起癌变并影响患儿生长发育^[1-3]。血便、腹痛、全身营养不良等是小儿大肠息肉的主要临床特点,可见于任何年龄。本组病例随访结果表明,患儿经成人结肠镜治疗后便血等症状消失,结肠镜被认为是诊断和治疗的金标准,也可作为小儿便血的常规检查手段。

本组资料显示,小儿息肉呈全结肠分布,以直肠、乙状结肠为主,二者占全部病例的 93.3%,考虑小儿肠壁薄弱,肠腔较小,忍耐性差,配合欠佳等特点,我们在插镜深度上以观察全乙状结肠为宜,当发现乙状结肠息肉时,则停止继续进镜,进行诊治而结束操作,若再向深插入,既费时费力,又增加患儿痛苦。如术后仍有症状或大便潜血试验阳性,则再行肠镜诊治。若直肠和乙状结肠未发现病变,不能排除结肠病变或考虑为 P-J 综合征,则尽量行全结肠

检查。

小儿大肠息肉以幼年性息肉为主,既往研究认为幼年性息肉绝大多数为良性,极少数有恶变的报道,一般认为不需要长期随访。但近年来有资料显示,幼年性息肉也有潜在癌变的可能,其演变过程为:“幼年性息肉→腺瘤→癌”。如果幼儿存在以下情况则需要随访^[2-4]:①息肉的病理类型为较为特殊类型的息肉,如息肉数目在 5 个以上的幼年性息肉病,且有家族史;②腺瘤型息肉。所有腺瘤均为异型增生,被明确为癌前病变;③Peutz-Jepher 综合征的病人,为常染色体显性遗传病,约 2%~5% 可发生恶变;④有家族性息肉病史的患儿。结合本组资料,作者认为,对伴有明显临床症状或息肉较大者应予切除,对多发幼年性息肉、腺瘤性息肉和 P-J 息肉应及时切除,并做到密切随访。

镜下切除息肉的方法主要有高频电凝灼除法、高频电凝圈套切除法和钳除法,本组根据息肉的大小、多少和蒂的长短,选用不同的切除方法:对直径<0.5 cm 的半球形息肉用普通活检钳钳除,一般钳取 1~3 次即可取净;对直径<1.0 cm 无蒂或亚蒂息肉予电灼高频电凝灼除;对直径>1.0 cm 的有蒂息肉,以高频电凝圈套切除为主;对直径 3 cm 大小的有蒂息肉则用分叶切除。本组病例中,130 例患儿 149 枚息肉经成人结肠镜切除,无一例出现出血和穿孔等并发症,5 年后随访,复发率仅 3.2%。

总之,根据不同息肉的病理类型,应用成人结肠镜采取不同的治疗方法治疗小儿大肠息肉简便易行,安全可靠,可作推广。

参 考 文 献

- 1 Oncel M, Church JM, Remzi FH, et al. Colonic surgery in patients with juvenile polyposis syndrome: a case series[J]. Dis Colon Rectum, 2005, 48(1): 49-55.
- 2 Thomas MA, Rosemary JY. Diagnosis and management of gastrointestinal polyps pediatric considerations[J]. Gastroenterol Nursing, 2006, 29(1): 16-22.
- 3 Mandhan P. Juvenile colorectal polyps in children: experience in Pakistan[J]. Pediatr Surg Int, 2004, 20(5): 339-342.
- 4 Lowichik A, Jackson WD, Coffin CM. Gastrointestinal polyposis in childhood: clinicopathologic and genetic features[J]. Pediatr Dev Pathol, 2003, 6(5): 371-391.