

治疗结肠巨大息肉无需手术

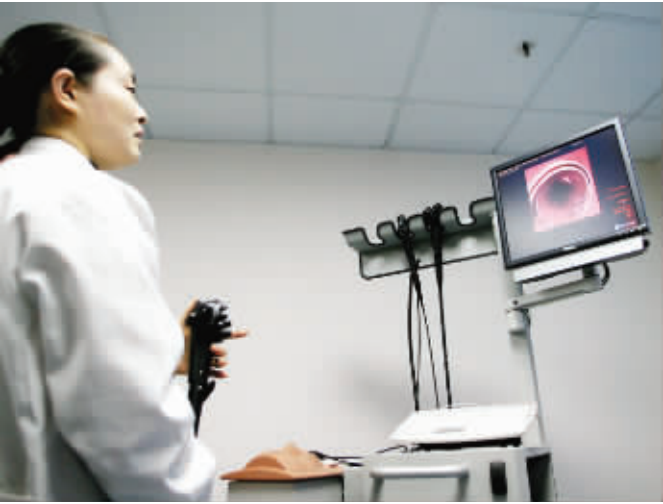
◆ 张轶群 姚礼庆

大肠息肉是消化道常见疾病,自结肠镜广泛应用于临床以来,大肠息肉的检出率明显提高,发病率大约为 10%~15%。关于大肠息肉的报道已经很多,可能患者对于什么叫大肠息肉,以及它的诊断和治疗都已经不陌生了,大肠息肉的治疗最好的方法是肠镜下摘除。但是对于大肠的巨大息肉(一般将直径大于 2.5cm 的称为巨大息肉)或者局部有癌变的息肉,究竟应该选择何种治疗,可能还有一定的争论。在内镜技术发展以前,大肠巨大息肉的治疗主要是开腹手术或经肛门切除,创伤大,也给患者带来较大的痛苦。目前随着结肠镜技术的不断发展,肠镜下切除术可以说已经成为治疗大肠巨大息肉的首选方法。国外报道对大量人群进行肠镜检查将发现的腺瘤样息肉加以切除后,经 25 年追踪检查,得知大肠癌的发病率明显下降。

内镜下治疗一般的大肠息肉不

李先生 58 岁,最近一段时间常有便秘次数增多,偶尔大便带血,在外院肠镜检查发现直肠上段直径 3cm 的巨大息肉,医生建议他开腹手术治疗。后经中山医院肠镜下电灼切除了此巨大息肉,病理报告提示“绒毛状腺瘤,重度不典型增生,头端局部有癌变,根部无肿瘤残留”。根据姚教授的建议,手术后进行密切随访。李先生很庆幸自己选择了内镜摘除的方法,未开腹,创伤小,治疗效果好。

是一件很困难的事情,但当治疗巨大息肉时,就需要很高的技术了。医生要根据息肉的形态、大小及蒂的有无等分别采用不同的方法进行



治疗。无蒂息肉电切较好的方法是先进行黏膜下注射,即在息肉基底

部注射生理盐水,使息肉隆起,这样电切较为安全;如果蒂部较粗,担心

以采用分块电切的方法将息肉逐步切除,如果息肉数量较多无法一次全部切除,则要求患者定期进行电切治疗,一般间隔时间为 3 周~4 周。摘除的息肉一定要回收,作病理检查。内镜下切除良性巨大息肉已成为代替手术治疗的一种有效手段,对于息肉恶变的病人,如果病理证实为分化较好的肿瘤,恶变在息肉的表面,残留根部无肿瘤累及,认为内镜下已治愈。我院至今治疗结肠巨大息肉 100 余例,有 60 例息肉表面癌变,经肠镜随访 5 年以上,无一例复发,疗效肯定。

肠镜下摘除大肠的巨大息肉并非一劳永逸,密切随访非常重要。息肉的再检出率较高,国外报道 13%~86%不等,新检出的息肉包括息肉复发、大肠新生息肉和遗漏息肉。为保持肠道无息肉状态,防止大肠癌的发生,必须要做到定期随访。在随访中一旦发现息肉即行内镜摘除。对于重度不典型增生或伴有局部癌变的患者,一般建议在每 3 个月随访 1 次肠镜,1 年后若无异常,可延长至 1~2 年。

(姚礼庆为复旦大学附属中山医院内镜中心主任,中华消化内镜学会委员、外科学组组长,上海市消化内镜学会副主任委员)



|医家风采|

孙晓东博士,硕士研究生导师、主任医师,上海交通大学附属第一人民医院眼科副主任,上海市视觉复明临床医学中心副主任。

擅长复杂性视网膜脱离、增生性糖尿病性视网膜病变等疾患的诊治,还在国内较早开展具有国际先进水平的眼显微内窥镜、微创玻璃体手术等眼科最新手术,并积累了丰富的经验。先后获得省部级科学技术进步奖 6 项,获得上海市科委“科技启明星”、上海市“医苑新星”、上海市“银蛇奖”以及上海市青年科技创新人才奖等荣誉称号。

张旦昕 摄影报道

胃肠道间质肿瘤——

降低术后复发危险

◆ 陈平

2007 美国临床肿瘤学会年会发布的最新数据显示,格列卫能够显著降低胃肠道间质肿瘤(GIST)患者术后复发的危险。

由美国外科医生协会肿瘤学研究组进行的一项涉及 644 个患者的研究中,97%的术后 K_{it} 受体阳性胃肠道间质肿瘤患者术在接受格列卫治疗后一年内无复发转移,而在使用安慰剂的患者中,这一数字是 83%。

日前在美国参加 2007 美国临床肿瘤学会年会的中国抗癌协会肉瘤专业委员会副主任委员、复旦大学附属肿瘤医院腹外科主任师英强教授表示,在中国进行的一项前瞻性多中心非随机开放式试验也证实了格列卫治疗胃肠道

间质肿瘤的有效性。师英强教授介绍说:“GIST 手术后复发非常常见,据统计,只有 10%的患者在后续随访期中一直无疾病复发。而大部分高危患者容易出现复发。中国 16 家中心共同进行的 GIST 辅助治疗研究显示,43 名高危 GIST 患者术后应用格列卫 400mg 辅助治疗 1 年,随访 1 年后的无复发生存率达到 97.7%,与国外的研究结果相似。这个结果分别在今年世界胃癌大会和美国临床肿瘤学会年会上发布。”

胃肠道间质肿瘤(GIST)属于软组织肉瘤,绝大多数发生在胃部,其次是在小肠中。据估计,美国每年有 4500 至 6000 个新增胃肠道间质肿瘤病例,其中 90%的病例都属于 K_{it} 受体阳性。

心脏动脉植入支架 仍需重视血栓风险

◆ 薛利

急性冠脉综合征(ACS)是由冠状动脉狭窄所引起的一组临床病症,包括不稳定型心绞痛、非 ST 段抬高型心梗、ST 段抬高型心梗等多种严重类型的心脏病。2005 年,我国卫生部统计数据 displays 心脏病死亡率为 98.88/10 万人,位居死亡原因第 3 位。世界卫生组织“全球疾病负担研究”的统计数据预测:到 2020 年,中国每年因冠心病疾病死亡的人数将可能达 400 万。

急性冠脉综合征是全身性和进展性的疾病,与各种危险因素(如肥胖、高脂血症等)有关。急性冠脉综合征不同病症的病理生理基础有相似的地方,即都是在动脉粥样硬化斑块破裂的基础上继发血栓形成的结果。

急性冠脉综合征主要治疗方法包括冠心病的治疗方法,主要包括 3 个方面,即药物治疗、介入治疗和手术治疗。对于冠状动脉病变在 80%~100%(急性闭塞)、病变部位较为局限的患者,首选的治疗是冠状动脉介入治疗。它将一个可扩张的金属网支架永久植入心脏动脉,把堵塞的血管撑开,以保持动脉

畅通,并恢复正常血流。

抗血小板药用于介入前和术后,可以降低支架内血小板聚集、再次形成血栓堵塞血管的危险。PCI-CURE 研究证实,经皮冠状动脉介入(PCI)后长期氯吡格雷(波立维)联合阿司匹林治疗可使心血管死亡、心梗(MI)或靶血管血运重建的发生率降低。PCI 术后使用氯吡格雷 12 个月,心血管死亡和 MI 的总发生率降低 31%。CREDO 研究证实,氯吡格雷预先治疗可以在 28 天即使死亡、心梗和中风联合终点的相对危险降低达 19.7%。氯吡格雷的超过 28 天的持续治疗可以使死亡、心梗和中风的联合终点的相对危险进一步降低 37.4%。因此,氯吡格雷联合阿司匹林是介入患者抗血小板的标准治疗。

接受介入治疗的患者,通过手术消除了心脏血管最危险的病变,但是并没有完全消除疾病本身,因为一个支架解决的问题血管面积只占到全身血管面积的五百万分之一,介入治疗后还应该长期坚持氯吡格雷联合阿司匹林的双重抗血小板治疗,以减少介入治疗



术后再狭窄形成血栓和支架血管以外的其他部位血管发生血栓的风险。

过早停用氯吡格雷,往往使患者处于发生支架血栓的风险,而支架血栓形成的后果是灾难性的,往往引起威胁生命的并发症,甚至死亡。研究发现,过早停止阿司匹林加氯吡格雷联合抗血小板治疗是导致迟发性支架血栓的关键因素。CURE

研究发现,停用氯吡格雷 3 个月,患者早期的获益即已消失。2006 年 ACC 上公布的 BASKET LATE 研究提示,药物支架患者在停用氯吡格雷后的 1 年中,死亡或 MI 发生率增加 3 倍。

美国 Eisenstein 等进行了一项观察性研究,对 4666 例患者在置入支架后 6、12 和 24 个月时进行随访。结果显示,对于置入药物支架的

患者,术后 6 个月时未停用氯吡格雷者 24 个月内的死亡率显著低于停用者(2%对 5.3%),心梗和死亡联合终点发生率亦显著低于停用者(3.1%对 7.2%)。

基于以上研究结果,2007 年美国心脏协会、美国心脏病学院、心血管血管造影和介入学会、美国外科学院和美国牙科协会以及美国医师协会代表联合发表声明,强调对于支架置入患者,氯吡格雷和阿司匹林联合抗血小板治疗应该持续至少 12 个月。2007 年欧洲心血管协会(ESC)也在更新的非 ST 段抬高急性冠脉综合征指南中明确,如果没有出血的高危,氯吡格雷应使用 12 个月,并且强调不主张症状性急性冠脉综合征)初现后 12 个月内暂停双重抗血小板治疗(阿司匹林+氯吡格雷)。

因此医学专家强调,放置了支架的患者应该定期到医院找专家复诊,坚持双重抗血小板药物治疗,并且积极控制危险因素。如果想要对自己的用药方案做任何调整,都应该先征询心血管医学专家的意见。