

成人幼年性息肉内镜治疗并迟发性反复出血一例

李大欢 许良璧 李娟

患者男,30岁,3年前因“反复腹泻2年”于我院行肠镜检查示直肠、结肠多发息肉,大肠黏膜充血水肿。为明确息肉性质,在完善血常规、凝血、肝肾功能检查未见异常后,行“直肠、结肠多发息肉内镜下高频电切术”,病理诊断为“幼年性息肉”。患者行息肉电切术后3d出现反复便血情况,总量约1800mL,复查血常规回示血红蛋白下降至60g/L,后经美沙拉嗪栓肛门用药抗炎、头孢唑肟静脉输注抗感染、同型悬浮红细胞静脉输注纠正贫血及内镜下电凝、钛夹等治疗后,患者止血成功出院。此次患者入我院复查并再次行内镜下高频电切术,肠镜结果提示直肠、结肠多发息肉较前减少,但仍可见局部肠段炎性改变(图1A、1B)。术后第3天患者出现血便,量约100mL,遂返我院查急诊肠镜回示直肠息肉电切术后创面活动性渗血,再次电凝及钛夹夹闭创面等内镜处理直至活动性出血停止后,转入我院消化内科继续治

疗。予禁食禁饮,并加用美沙拉嗪栓肛门用药抗炎、头孢唑肟静脉输注抗感染,2d后患者仍有血便,再次行肠镜发现直肠息肉电切术后创面少量渗血,局部黏膜充血水肿明显(图1C、1D),除再次使用上述内镜处理外,于病变位置留置100mL治疗悬液(甲硝唑0.5g、康复新10mL、100mL生理盐水)留置灌肠,促进创面修复、抑制局部炎症。处理后患者仍解少量黑稀便3d,治疗上调整为不再行电凝等内镜下有创处理,同时继续使用上述混悬液每日一次肠镜下直视保留灌肠(图1E、1F),并嘱患者进高蛋白流质饮食,1d后患者大便转黄后出院。在住院期间行凝血功能筛查未见异常,血红蛋白下降不明显(140~150g/L)。

讨论 幼年性息肉病常见于儿童,较少见于成人,是胃肠道错构瘤综合征中的一类,其发病与SMAD4或BMPRI1A基因突变有关,主要病理表现为囊样扩张的腺体、固有层水肿伴有大量炎症细胞^[1],内镜下表现为直径1~30mm扁平或隆起的息肉,临床常见症状为反复腹泻、便血、下腹疼痛等不适,便血程度与息肉浸润深度及局部炎症程度相关。而像本例成人幼年性息肉切除后迟发性反复出血的比较少见。3年前患者行息肉切除术后出现迟发性反复便血,量大,最终

DOI:10.3760/cma.j.issn.1007-5232.2018.07.016

基金项目:黔科合SY字[2013]3009号

作者单位:550001 贵阳,贵州医科大学附属医院内镜中心

通信作者:许良璧,Email:gzxlb@sina.com

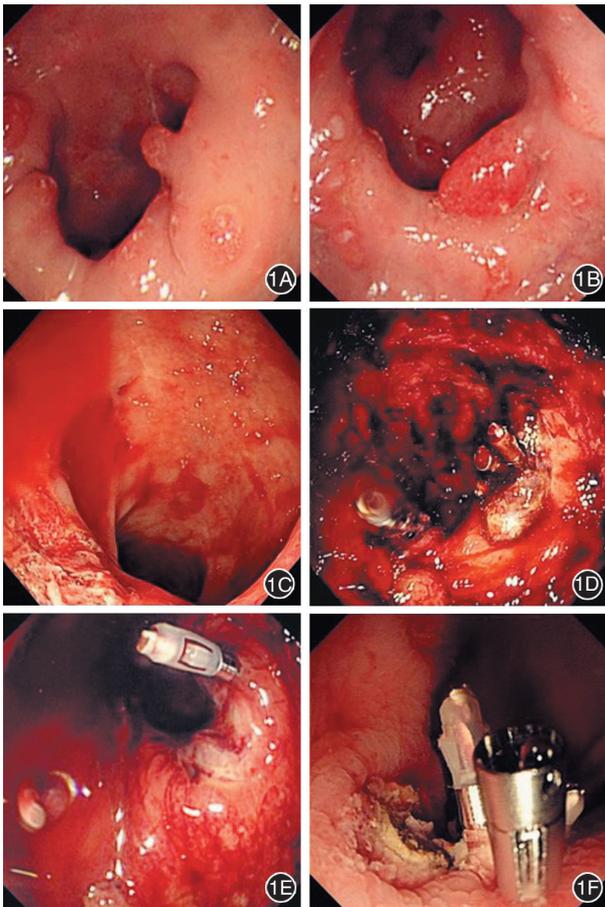


图 1 肠镜检查幼年性息肉患者肠道 1A、1B:可见直肠多发息肉、散在红斑糜烂;1C、1D:直肠息肉电切术后创面出血;1E:留置康复新及甲硝唑混悬液;1F:治疗混悬液处理后创面渗血明显减少

在多次内镜下电凝、输血等相关处理后止血成功。此次入院,患者直肠局部炎症较前无明显变化,行息肉电切后,亦出

现迟发性出血,但量较前次少,表现为息肉切除术后创面少量渗血,而经过氩气电凝止血及钛夹夹闭创面等内镜有创处理后症状未见明显改善,故考虑单纯的内镜下有创处理并不能有效促进息肉切除创面愈合,而局部炎症病变及禁食后引起的肠内营养不足、肠内菌群紊乱亦是创面愈合不佳的原因。后将治疗方案调整为对病变肠段加用甲硝唑、康复新组成的混合悬液进行肠镜下直视灌肠,同时嘱患者进高蛋白流质饮食,患者止血成功出院。研究也显示,肠息肉合并炎症病变在切除术后局部使用抗生素、抗渗出药物可抑制息肉切除术后创面形成溃疡及出血概率,有利于创面愈合^[2]。

综合本例,笔者对幼年性息肉切除术后迟发性反复出血的内镜下治疗主要有以下体会:(1)在局部肠段炎症较重的情况下,息肉电切选择时机相当重要,应在控制肠腔炎症后再予相关处理;(2)息肉切除创面缓慢的渗血,单纯的内镜下有创处理促进创面的愈合效果不佳,可考虑适当予抗感染及黏膜保护剂灌肠治疗;(3)息肉电切术后出血,且出血量不大的患者,早期进高蛋白流质饮食对创面的愈合亦有一定的作用。

参 考 文 献

[1] Latchford AR, Neale K, Phillips PK, et al. Juvenile polyposis syndrome: a study of genotype, phenotype, and long-term outcome. *Dis Colon Rectum*, 2012, 55 (10): 1038-1043. DOI: 10.1097/DCR.0b013e31826278b3.

[2] Kapetanos D, Beltsis A, Chatzimavroudis G, et al. Postpolypectomy bleeding: incidence, risk factors, prevention, and management. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 2012, 22(2): 102-107. DOI: 10.1097/SLE.0b013e318247c02e.

(收稿日期:2018-01-05)

(本文编辑:唐涌进)