

大肠息肉 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E5_A4_A7_E8_82_A0_E6_81_AF_E8_c22_301971.htm 名称大肠息肉所属科室

消化内科病理1.大肠息肉的分类大肠息肉的分类方法很多

，当前国内外较广泛应用的是Morson的组织学分类为基础把大肠息肉分成肿瘤性、错构瘤性、炎症性和增生性（表1）。

并根据息肉数目分单发和多发。这种分类，最大优点是将大

肠息肉统称为腺瘤，其他非肿瘤性息肉统称为息肉，其中错

构瘤性与癌的发生关系不明，一般很少发生癌变，炎症性和

化和化生性和癌无关，但部分可演变为腺瘤。这样分类将大

肠息肉的病理性明确区分，指导治疗就有更大意义。表1

大肠息肉的分类 单发 多发 肿瘤性 腺瘤 腺瘤病 腺管状 家族性

多发性腺瘤病 绒毛状 Cardnen综合征 混合性 Turcot综合征 散

发性腺瘤病（多发性腺瘤） 错构瘤性 Peutz-Jepfers息肉

Peutz-Jepfers综合征 幼年征 幼年性息肉 幼年性息肉 炎症性 炎

症性息肉 假息肉病 增生性 增生性息肉 多发性增生性息肉 其

他 粘膜肥大性赘生物 Cronkhite-Canada综合征 炎性纤维增生

性息肉 各类息肉的发现率文献报告差别亦大，国内报告以腺

瘤性息肉最为常见，国外Goldman认为，增生性息肉是大肠

最常见息肉，其发病率高达25%~80%，Arthur认为在成年人

，增生性息肉的发病率起码比腺瘤高10倍，而Franzin却在肠

镜检查中发现腺瘤的发生率是增生性息肉的3倍，Hermanek

通过对6378例息肉的分析，亦支持Franzin的结果。2.大肠息肉

解剖学分布为确定息肉的解剖分布特征，有待对结肠进行明

确分段。1979年Rickert提出按百分比例将大肠区分为6段。其

中结肠起始段5%的区域为盲肠，然后依次为升结肠（6%

~ 20%)，横结肠 (21% ~ 50%)、降结肠 (51% ~ 65%)、乙状结肠 (66% ~ 90%) 及直肠 (末端91% ~ 100%区域)，这种分段已广泛用于尸检材料结肠肿瘤分布的描述和比较。在内镜活检中，虽可应用脾曲和肝曲这两个解剖生理部位进行分段，但应用最普遍的是以脾曲为界区分为左半 (远端) 结肠和右半 (近端) 结肠的方法。应用这一方法，尸检材料和内镜材料所得结果真如此略有不同，前者发现息肉均匀分布全结肠，而结肠镜则显示息肉分布以左侧结肠为主。据推测，息肉的发生可能一开始主要见于远端结肠，这一点可从尸检材料中左侧息肉往往较右侧为多而得以验证。随着年龄增大，息肉逐渐由左侧向右侧，由于尸检患者年龄结构偏大，故呈现全结肠息肉发生率均匀趋势。近年来，随着纤维及电子全结肠镜的广泛应用，左侧结肠息肉的检出率亦越来越高。

临床表现 多数息肉起病隐匿，临床上可无任何症状。一些较大的息肉可引起肠道症状，主要为大便习惯改变、次数增多、便中带有粘液或粘液血便，偶有腹痛，极少数大便时有肿物自肛门脱出。一些患者可有长期便血或贫血。有家族史的患者往往对息肉的诊断有提示作用。一些典型的肠道外症状常提示有息肉病的可能，一些患者常因肠道外症状就诊，切不可忽视。例如出现多发性骨瘤和软组织肿瘤应考虑Gardner综合征的可能，出现皮肤粘膜色素斑应考虑P-J综合征等。一些作者指出，对可疑有息肉病的患者，即使家族无息肉病史，都应常规作结肠镜检查以排除综合征的可能。由于大肠息肉临床上常无症状，即使出现某些消化道症状如腹胀、腹泻、便秘等也较稍微和不典型而往往被人忽视。一般多以便血、大便带血、粘液血便来就诊，又常误诊为痔疮等疾患

而延误其必要的检查，因此，大肠息肉的诊断首先要提高医师对本病的熟悉，凡原因未明的便血或消化道症状者，尤其是40岁以上的中老年男性应注重作进一步检查确诊。这样，大肠息肉的发现率和确诊率可望大大提高。辅助检查

1. X线钡餐灌肠虽能通过钡剂的充盈缺损敏感地发现大肠息肉，但对病变经常不能正确分类和定性。内镜检查不仅可直视下观察大肠粘膜的微细病变，而且可通过组织活检和细胞学刷片检查而确定病变的性质，因此是发现和确诊大肠息肉的最重要手段。
2. 内镜检查发现的息肉均须作活组织检查，以了解息肉的性质、类型以及有无癌变等。小的或有蒂息肉可用活检钳或圈套器电切摘除后送验，大的或广基的息肉则往往只能行钳取活检。
3. 由于同一腺瘤中，不同部位的绒毛成分量及不典型增生程度往往不一，所以钳取活检处病变并不能完全代表全貌。活检处无癌变亦不能肯定腺瘤他处无癌变。因此腺瘤的不典型增生程度及无癌变往往需切除整个肿瘤，仔细地切片检查后方能肯定。钳取活检病理结果可供参考，但并非最后结论。临床上这种术前钳取活检的结果与术后病理诊断不一的情况在绒毛状腺瘤中相当常见。如Tayloy收集文献中报告了1140例绒毛状腺瘤中，术前钳取活检为良性，而术后证实癌变的可达23%~80%，临床医师对腺瘤钳取活检在诊断中的这种局限性必须有所了解。目前治疗内镜已取得了较大进展，即使一些较大的息肉亦能在内镜下予以切除，因此给息肉病理活检提供了方便。对于摘除的息肉常要求包括蒂部的取材，以全面观察息肉的组织学形态。对于大肠腺瘤，目前主张进行全瘤病理检查，以明确不典型增生程度、避免遗漏恶变。对于复合性息肉，由于它们不少是和腺

瘤共存的，因此应进行多瘤病理检查，非凡是对多部位和老年患者。即使不能做到每一个息肉都进行病理检查，也应对各个部位有代表性的息肉取材活检，以发现复合性息肉，非凡是具有恶变潜能的腺瘤。诊断息肉的检出有3种途径，最常见者是患者因肠道功能不良（如肠易激综合征等）或直肠出血来就诊而偶然发现，第二种是在无症状人群普查中发现，第三种是息肉较大，患者因息肉本身的症状来就诊而检出息肉。由于息肉多无临床征象，因此通过第三种途径发现息肉十分有限。治疗大肠息肉的处理原则是发现息肉即行摘除。目前摘除息肉的方法主要是内镜下行各种摘除法。根据息肉的形态、大小、数量及蒂的有无、长短粗细而分别采用：

高频电凝圈套切除法：主要用于有蒂息肉； 高频电凝灼除法：主要用于多发半球状小息肉； 高频电凝热活检钳法：目前很少应用，主要被 法取代； 活检钳除法：主要用于单发或少数球状小息肉，简便易行，又可取活组织病理检查； 激光气化法和微波透热法；适于无需留组织学标本者； 粘膜剥离嵌除法：主要用于扁平息肉或早期癌患者； rdquo.摘除法，主要用于长蒂大息肉，难以悬于肠腔者采用大息肉密接***电凝切除法。南方医院创此法为142例患者切除大息肉157颗，仅发生2例轻度粘膜灼伤，未发生穿孔并发症。 分期批摘除法，主要用于10~20颗以上息肉患者无法一次切除者。 内镜、外科手术联合治疗法，主要用于息肉病患者，即将息肉稀疏区以手术切除，这样即可达到治疗目的，又可维持大肠正常功能。由于大肠息肉，非凡是腺瘤性息肉已被学者公认为癌前期病变，所以，大肠息肉患者的定期随访已被提到防治早期大肠癌的高度来熟悉。南方医

院10年内随访252例患者，其中腺瘤性息肉184例，炎症性息肉68例，二者首次随访阳性率分别为51.0%和34.2%。二者的阴性患者再随访，腺瘤者的阳性率为9.8%，炎症者为8.2%；而二者的阳性患者再随访，阳性率比阴性者明显增高，分别为47.35.6%。值得注意的是腺瘤性者10年内随访4~7次，仍为阳性者15例（8.2%），但无1例恶变。追其原因，与定期随访中及时发现息肉及时摘除有密切关系。同期曾有1例女患者为腺瘤性息肉，由于患者不同意摘除，而两年后症状明显。再次检查肠镜，结果发现原腺瘤已演变为进展癌终被迫手术治疗。因此，大肠息肉，尤其腺瘤息肉、定期随访是防止息肉恶变的重要一环。息肉的再检出率较高，国外报道13%

~86%不等，新检出的息肉除部分为残留息肉再次生长的复发息肉外，一些为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，制定一个经济有效的随访时间是必要的，目前国际上对腺瘤随访时间是必要的，目前国际上对腺瘤随访提出了多种方案。其中在波士顿召开的第三次国际大肠癌会议中大肠腺瘤组讨论建议的方案较为具体。他们指出腺瘤患者在腺瘤切除后再发新腺瘤及局部腺瘤再复发的危险不一，故应区别对待：凡是单个、有蒂（或广基但<2cm管状腺瘤），伴轻或中度不典型增生的腺瘤属低危险组。凡有以下情况之一者属高危险组：多个腺瘤、腺瘤直径>2cm，广基的绒毛状或混合型腺瘤，腺瘤有重度不典型增生或伴原位癌，腺瘤已有浸润性癌变者。高危险组的随访方案是腺瘤切除，3~6月作内镜检查，如阴性隔6~9月再检查1次，如再次阴性可隔1年检查，如仍为阴性，每3年再检查1次，但期间每年需作大便潜血检查。低危险组腺瘤在切除腺瘤

后1年复查，如阴性可每隔3年检查1次，共2次，然后每隔5年检查1次，但在随访时间，每年须作大便潜血试验。复查中一旦发现息肉即行内镜摘除。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com