

胃息肉\_普通外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议  
阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/610/2021\\_2022\\_\\_E8\\_83\\_83\\_E6\\_81\\_AF\\_E8\\_82\\_89\\_\\_c22\\_610576.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E8_83_83_E6_81_AF_E8_82_89__c22_610576.htm) 【症状】：

胃息肉:胃息肉患者多伴有胃酸缺乏或胃酸低下，因此常出现上腹部轻微疼痛与不适，恶心、厌食、消化不良、体重下降及腹泻等症状。息肉表面如有糜烂、溃疡，可发生间歇性或持续性出血。

【病理】：胃里的息肉主要指由胃粘膜上皮和/或间质成分增生所引起的息肉状病变。正常胃粘膜由于粘膜周围萎缩，出现腔内息肉状改变。增生性改变时，肥厚的粘膜也可出现息肉状改变。增生性改变既可出现局灶性或弥漫性息肉状改变。胃息肉有单发也有多发者。术者遇一例60岁女性患多发性胃息肉，息肉生长于胃体及胃底部，最大息肉1.5cm，最小息肉0.5cm，都为广基型，息肉色鲜红，突出于胃腔内。经胃镜直视下导入激光切除，术后原胃部不适症状全消失，术后至今身体健康，无任何不适症状，饮食良好。文献报道胃息肉比结肠息肉发病少见，且多发生于40岁以上男性，常在慢性胃炎时合并形成，单个息肉占绝大多数。1. 临床分类按最常采用ming's分类法分为再生性胃息肉及肿瘤性胃息肉两大类。第一类为再生性胃息肉即为增生性息肉，发病较常见，其比例约76%~90%。分布于胃内的部位不定，多数倾向于发生在胃炎的部位。多发性占多数，直径平均1cm，其表面光滑呈分叶状。息肉由指状细长的嵴和高分化类似于幽门腺上皮被复的扩张腺窝组成。不规则的腺窝呈分支形和囊样变。增生的上皮细胞较大，深染色、单层，核位于基底部，但分裂象少见。胞浆可分泌粘液，pas阳性。间质为粘膜肌向

粘膜表面呈放射状生出的平滑肌束及胶原纤维组成，有时息肉有大量血管瘤样的血管及浆细胞等炎症细胞浸润。上皮细胞的异型性及肠化生不典型。主要是增生再生的结果，恶变者很少。第二类为胃腺瘤。此病为真性肿瘤性腺瘤，包括腺瘤性息肉和乳头状及绒毛状腺瘤。与结肠腺瘤的组织学和生物学相似。胃腺瘤比胃癌远为少见，约占所有息肉的25%。发生于胃部的粘膜上皮，大都由增生的胃粘液腺构成。（1）腺瘤性息肉即息肉状腺瘤，发生于胃粘膜的各处，幽门区约占一半，为胃腺瘤中较常见的类型。单发最多见，也可多发。常为广基无蒂，也有时有蒂。体积比增生性息肉大，直径一般约2cm。镜下结构为排列规则的管状腺体，腺体扩张成囊状的偶见。腺体被复单层柱状上皮，排列较密，细胞浆少，粘液分泌活性减少，核深染呈柱状，体积大小一致，可见核分裂象。常见有肠上皮化生于腺体中，间质主要由富含血管的纤维组织构成，而其中可见有程度不等的浆细胞、淋巴细胞浸润。（2）乳头状腺瘤即绒毛状腺瘤，发病在临床中极少见到。肉眼观察可呈乳头状及绒毛状，常为广基无蒂，镜下结构为柱状上皮细胞被复分支状含血管结缔组织索芯组成。事实上，以上两类腺瘤常混杂存在于同一息肉内。直径超过2cm的息肉，常有腺体异型性增生，甚至发生原位癌和浸润癌。异型性增生的腺体表现在腺上皮由高柱状变为低柱状，核分裂象增多。立方形，粘液分泌减少，嗜酸性胞浆增多，并且核增大，染色质增多，核排列不规则。在发生原位癌时，以上所述异型性变化加重并同时出现腺体生芽及表现腺体背靠背。文献报道有25%~72%的绒毛状腺瘤出现恶变，转移约12%。（3）胃的特殊性息肉 错构瘤性息肉；临

床中错构瘤性息肉可单独存在，也可与粘膜皮肤色素沉着和胃肠道息肉病（peutz-jegher综合征）共同存在。没有伴随肠息肉病的胃错构瘤性息肉，局限于分泌胃酸区的胃上部，为无蒂和直径小于5cm的息肉。在p-j综合征中，息肉较大，而且可有蒂及分叶状。组织学上错构瘤性息肉具备正常成熟的粘膜成分的不规则生长，粘液细胞增生，混杂有壁细胞和主细胞。腺窝呈囊性扩张。平滑肌纤维束从粘膜肌层向上呈放射状，将正常胃腺体分成小叶。间质为轻度水肿充血。小的错构瘤性息肉于镜下活检可见完整。而较大的息肉活检仅可见到增生的表面及腺窝的上皮。异位性息肉；主要由异位的胰腺或brunner腺构成，也有包括在错构瘤性息肉范围内。沿胃大弯，尤以幽门及窦部几乎单独可见的异位胰腺，常见的表现是幽门阻塞。肉眼观察异位胰腺为一孤立的凹陷的无柄的结节。在组织学上胰组织最常见于粘膜下层，以致内镜活检时可漏诊，异位胰腺有时也可出现在粘膜层，可见腺泡、导管及langerhans岛，可混有brunner型腺体。如被平滑肌包围时即成为腺肌瘤。异位息肉于十二指肠球部最常见，也可见于幽门和窦部。其表面常形成溃疡。在组织学上粘膜和粘膜下层可见正常的或者囊状的brunner腺与平滑肌束。（4）幼年性息肉病息肉发生于胃的所有部位。以胃窦部数量最多而且体积最大。伴有增生性和腺瘤性息肉，体积从0.2~4cm大小不等，表面平滑，组织学上为弥漫散在的被复单层柱状上皮的成熟粘液，及浆细胞、淋巴细胞和一些中性白细胞、嗜酸性白细胞浸润、疏松、水肿和充血的间质构成。偶见乳头状突起的腺体。其中一些腺体成囊状，充满粘液。无粘膜肌改变。被认为这种息肉为良性且具有错构瘤的性质

。cronkhite-canada综合征：是一种稀有非遗传性胃肠道特殊性息肉病。临床所见有皮肤色素沉着、脱发、低蛋白血症等症状。组织由被覆单层柱状粘液上皮的单形腺体及充满粘液的囊以及浆细胞和中性白细胞浸润，充血水肿的间质所构成。隶属腺瘤性息肉，也可是炎症增生性或充血息肉。

2. 临床表现 胃息肉患者多伴有胃酸缺乏或胃酸低下，因此常出现上腹部轻微疼痛与不适，恶心、厌食、消化不良、体重下降及腹泻等症状。息肉表面如有糜烂、溃疡，可发生间歇性或持续性出血。

3. 检查胃息肉的检查有钡餐摄片及纤维胃镜检查，以确定部位，了解息肉的体积、数量、有否糜烂、出血等要以纤维胃镜检查为主。一旦确诊即应进行治疗，并做活检病理确诊。

纤维胃镜下nd yag激光手术：治疗胃息肉的方法很多，以往主要是手术切除胃的一部分或根据息肉的改变行大部胃切除。随着现代医学的发展，绝大多数胃息肉都可经胃镜下进行手术治疗，而且不必行胃大部切除术，其治疗结果令人鼓舞，手术时间快、病人痛苦轻、治疗效果突出。虽然纤维胃镜下直视激光手术治疗方便，并可根据息肉的类型、体积改变光的能量，但也存在着相当难的技术性操作。要求术者不但要有深厚的激光基础理论及大量的临床应用经验，还要求术者有全面的内窥镜知识，包括纤维胃镜结构及正确的使用方法（纤维胃镜结构后述），也就是手术成功的基本条件。只懂激光，对纤维胃镜了解甚少，盲目使用，不但镜子容易损伤，而且容易给患者带来生命危险，激光损伤胃镜，胃肠镜下激光手术造成胃肠壁穿孔的意外事故，国内都有许多报道，根据实践，要求术者必须具有激光和纤维内窥镜的专业知识，而且并能极熟练地应用于临床。激光的

原理：激光虽为单色光束，然而它的功率及时间，使用方法极似外科手术。原理在于握住的手术刀在进行切割中与激光输出的时间功率成正比。手术刀在切割时，作用于刀柄的力越大，向深部切割得越深，反之则越浅。激光束不作移动对病灶连续输出的时间与手握刀柄用力切割的力相似。功率大，出光量高，连续输出犹如使用重力，切割就越深，因而手术时特别要求对激光功率的输出，需要的激发时间严格控制。由于nd yag激光的手术方式灵活，与微波不同，在手术中，对特殊部位而不易直接向息肉输出激光的治疗。而微波、电凝切除无此优点。激光治疗中可根据息肉大小及形状来调节输出激光功率。【治疗方法】：激光术前准备患者经检查确诊后可立即进行胃镜下手术治疗。也可另约时间治疗。原因是在许多医院激光与纤维胃镜分别由两组人各自负责，一是激光设备不容易做大范围搬动，二则胃镜及冷光源便于搬运。如纤维胃镜室配有激光（nd yag）设备的，在检查的同时进行镜下激光切除术。手术前应仔细检查器械各部分的性能是否正常，做好充分准备。尤其是对胃镜检查不熟练者。患者采取或侧卧位，两腿曲屈，放松裤带，使腹部松弛。（检查前必须禁食、禁水12小时）。1. 纤维胃镜插入法一般有两种。（1）需要助手协助操作法 术者先向患者交代口垫的咬住放法，并说明未结束检查及镜下激光手术前不可吐出口垫、否则患者可一口将镜管内光纤束咬断，造成难以挽回的损失。现在很多地区级以上医院都配有显像及录像监视设备，对指导诊断、镜下手术的资料保存极有参考价值，而且可供会诊及教学用。向病人说明胃镜检查及镜下激光手术治疗的特点及注意事项，并取得病人全力配合。术者右手持纤维

胃镜可曲部，距胃镜先端约10cm处，用拇指、食指、中指夹着胃镜先端放在患者舌根后正中，将舌根轻轻向前下方按压，嘱患者作吞动作。此时，右手将胃镜往下送，便顺利地到达食管上段。（2）不需助手协助操作法 先让患者咬住牙垫并固定住，术者左手持操作部，同时调节角度钮使胃镜先端稍向下弯曲，右手拿胃镜可曲部，通过牙垫孔轻轻插入咽部，并让患者做吞咽动作，将胃镜轻轻插入，便能顺利地通过咽喉部而进入食管上段。将胃镜插入患者食管后，左手持操作部，拇指放到上/下角度钮轮盘上（调节上/下角度的控制盘），并调节插入的方向。（切记，必须在野清晰的空腔内向深处行进）。右手持导像管，慢慢将胃镜从食管上端向下插入。使用侧视或斜视镜时应调节角度钮使胃镜先端稍向下，才能清楚全面地观察到食管内腔粘膜，在适量充气情况下，边观察，边向下插入。一般胃镜插入40~50cm时即能通过贲门口而进入贲门部，此时须调节角度钮使胃镜先端向左并同时稍向左转动镜身，才能观察到胃体上部的部分胃腔。如果多次在胃底打转而看不清前方时，可调节角度钮向上并适当充气以扩张胃腔（正常最多充气量300~500ml，充气过多时患者胃胀不适）时，才能观察到胃体上部，并循胃腔前进检查胃息肉的部位及数量、息肉类型、体积；观察息肉有否表面糜烂及出血。

2. 镜下激光导入法将胃镜插入并寻找到息肉部位后，将nd yag激光石英光纤由操作部呀离操作部10cm以下的活检孔插入光纤。插入时不要取下活检孔上的密封帽，由密封帽上正中一小孔（内有伸缩橡皮圈保护）插入。如取下活检道入口的密封帽，术中容易有胃内液逆流涌出，给手术带来不便。活检道先端头不要把角度调节过大，

主要是向上调节，否则光纤不易经前孔道穿出，只要稍用力很容易折断激光光纤。（在插入激光石英光纤前，应检查光纤有否折断及有无偏光。如光纤折断，出光功率减弱明显，对镜下手术不利。偏光输出不足系光纤与机内耦合器光点对焦不准、正常对焦时、光刀头功率比较高，正常对焦校正。出光刀头应削去外保护、裸露石英头2~3mm）。（三）激光手术 输出激光由脚踏开关控制：出光功率30~40w常用。镜下激光治疗有直接插入息肉内或间隔0.5cm照射息肉两种方法。直视下如光刀下广基息肉基平行，直接将光纤插入，启动激光输出，但必须慎重，插入深度最好平行于周围正常的粘膜面，切勿过深。长蒂息肉，光刀头接触蒂的长基部以上约2mm，输出激光以便将长蒂内血管全部封闭，待息肉缺血坏死脱落。广基型息肉，向腔内突出不明显时，间隔病灶0.5cm，用50w功率激光照射整个息肉，使息肉面颜色由红色转变为紫色即可。必要时延长照射时间将息肉照射出现发白即可。不可用激光刀头切成深坑，否则极易穿孔或坏死组织过深。这取决于nd yag激光的波长1.06 μm可直接穿透血液封闭血管。了解不同的波长激光对手术很重要，并可在腔内治疗中取得极其明显的效果。激光间接照射及直接插入治疗后不要立即钳取剥离，应留下作为术后的保护面，虽然不作剥离，由于术后息肉组织充血水肿，血流不佳，缺血缺氧，坏死脱落，但在1~2周的康复过程中主要是治疗面边修复边脱落，而且安全，手术最佳者不但彻底治愈，而且整个手术中无一滴血液流失。是任何方法所不能比拟的手术，且治疗时间短，熟练者镜下手术即可在10分钟内完成手术，术毕退出光纤内镜。（四）术后处理 激光手术后主要的处理是观

察患者有无腹痛或出血。根据临床观察，激光手术明显出血或黑便很罕见。这与nd yag激光的特殊作用有关，2mm以下动脉均可封闭，而息肉的血管组织其管径均细小，以及采用的治疗方法不同于电灼及微波头接触灼伤的作用。创面修复时出血的可能性很少。作者根据激光与微波治疗比较，发现在胃内一些特殊部位的息肉微波及电灼接触困难时，用激光均很容易做到。因而术后1~2周内患者进行少渣半流食两天，最好以口服营养价值高，无纤维的食物，如细肉末稀粥，牛奶等。胃息肉术后抗炎治疗均次要，除外有其它脏器合并慢性炎症而需使用抗生素外，一般激光手术后给予多簇维生素类制剂，其中加大维生素丙的用量即可。如疑有术后出血者可给予普通凝血制剂口服。有心血管合并症患者，术前后应予以治疗，或根据患者具体情况输液治疗。术中及术后注意事项：注意安全，在直视下未看清nd yag激光光纤头时，切不可脚踏开关激发，否则易损坏胃镜。手术中光纤出光刀头应对息肉激光准确无误，不可伤及正常粘膜组织。光纤头与胃壁粘膜垂直接触或间隔照射时间不能过长，功率不能过大，应根据输出光功率以决定照射治疗的时间。功率大时，时间应短，如40w功率，每次1~2秒，功率小时可延长时间。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](http://www.100test.com)