

• 经验交流 •

# 肠镜检查与大肠息肉临床诊治的分析研究

鲁厚胜, 蒋光容

(重庆市第九人民医院 400700)

**摘要:**目的 分析研究肠镜检查与大肠息肉的临床检出率、病理特征, 以及大肠息肉不同年龄段的分布和癌变情况的相关联系, 为大肠息肉的临床诊治提供帮助。方法 采用回顾性分析研究的方式, 对该院 2 136 例肠镜检查患者进行分组分析及研究, 比较不同年龄组患者的检出率、病理特征、镜下表现和恶变情况。结果 >60 岁组的检出率明显高于其他两组; 临床病理特征以炎性和腺瘤性为主, 主要分布于直肠和乙状结肠; 病变以腺瘤性多发。结论 肠镜检查对于大肠息肉的临床诊治有积极意义, 普及肠镜检查、治疗及后期随访对于降低大肠息肉的临床恶变是行之有效的办法。

**关键词:** 大肠息肉; 肠镜检查; 癌变; 临床诊治

**DOI:** 10.3969/j.issn.1673-4130.2012.14.051

**文献标识码:** B

**文章编号:** 1673-4130(2012)14-1759-02

近年来, 大肠息肉及病变的发病率在中国呈增加趋势, 是大肠表面隆起病变的统称, 以腺瘤性病变常见, 与大肠癌关系密切<sup>[1]</sup>。随着结肠镜技术的发展、应用, 为大肠息肉的临床诊治提供了有效的工具和方法。国外早期有报道, 主张采用结肠镜检查进行结肠癌的普查<sup>[2]</sup>。现将笔者采用肠镜检查诊治的大肠息肉临床情况分析报道如下, 以供临床参考。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究共分析了本院 2 136 例肠镜检查患者, 确诊大肠息肉患者 308 例, 检出率 14.42%, 共查出病理性大肠息肉 543 例。其中男性 193 例, 女性 115 例; 年龄 23~71 岁, 平均年龄 53.5 岁。临床症状: 便秘 121 例, 腹泻 136 例, 腹痛 49 例, 血便 102 例。

**1.2 方法** 2 136 例受检患者均采用 PENTAX EG-3840F 电子肠镜检查。息肉切除采用 ERBEICC200 型高频电发生器。息肉直径小于或等于 0.5 cm, 可用活检钳直接摘除送病理检查; 直径大于 0.5 cm 的息肉可采用高频电圈套切除, 回收息肉进行病理检查; 直径较大息肉, 不能一次切除者可分块、分次切除或行手术切除后送病理检查, 并进行定期随访。将 308 例确诊患者按年龄分为三组, 即: ≤30 岁组; >30~≤60 岁组; >60 岁组。分析比较不同年龄组患者的检出率、息肉数、分布情况、病理特性及转归情况。

**1.3 统计学处理** 相关数据对比采用卡方检验进行处理。

## 2 结果

**2.1 不同年龄段大肠息肉检出率及癌变率** 见表 1。结果显示年龄越大其检出率也就越高, 癌变率也随之增大。在临床检查过程中, 对老年患者的检查应该加强重视, 全面了解老年大肠息肉的临床特点<sup>[3]</sup>, 对于提高临床检出率, 有效预防癌变有积极意义<sup>[4-5]</sup>。≤30 岁组与其他两组及大于 30~≤60 岁组与大于 60 岁组比较, 其差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

**表 1 不同年龄段大肠息肉检出率及癌变率**

组别	受检(n)	检出(n)	检出率(%)	癌变(n)	癌变率(%)
≤30 岁组	832	68	8.17*	1	1.47*
>30~≤60 岁组	886	159	17.95△	14	8.81△
>60 岁组	418	115	27.51	23	20.00

\*:  $P < 0.05$ , 与其他两组比较; △:  $P < 0.05$ , 与大于 60 岁组比较。

**2.2 各年龄段大肠息肉的病理分型** 见表 2。结果显示, 随着年龄的增加, 腺瘤性(管状腺瘤、绒毛腺瘤、混合性腺瘤)息肉的患病率也随之增加, ≤30 岁组与其他两组及大于 30~≤60

岁组与大于 60 岁组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

**表 2 各年龄段大肠息肉的病理分型[n(%)]**

组别	管状腺瘤	绒毛状腺瘤	混合型腺瘤	炎性息肉	幼年性息肉
≤30 岁组	13(14.61)	5(5.62)	1(1.12)	66(74.16)	4(4.49)
>30~≤60 岁组	79(32.64)	51(21.07)	11(4.55)	94(38.84)	7(2.89)
>60 岁组	98(46.23)	63(29.72)	23(10.85)	27(12.73)	1(0.47)

**2.3 各年龄段病理性息肉的癌变比较** 见表 3。结果显示年龄的大小、息肉的诊治情况、息肉的病理特性与大肠息肉的癌变有直接联系。腺瘤性息肉, 特别是绒毛腺瘤的癌变较其他病理性息肉的癌变率要高。腺瘤性(管状腺瘤、绒毛腺瘤、混合性腺瘤)息肉是公认的癌前病变<sup>[6]</sup>。临床认为结、直肠癌大多数经过腺瘤的过程, 早期发现、摘除腺瘤性息肉可减少结、直肠癌的发生<sup>[7]</sup>。

**表 3 各年龄段病理性息肉的癌变比较**

病理分型	≤30 岁组		>30~≤60 岁组		>60 岁组	
	息肉(n)	癌变[n(%)]	息肉(n)	癌变[n(%)]	息肉(n)	癌变[n(%)]
管状腺瘤	13	0(0.00)	79	2(2.53)	98	6(6.12)
绒毛状腺瘤	5	1(20.00)	51	8(15.69)	63	11(17.46)
混合型腺瘤	1	0(0.00)	11	4(36.36)	23	5(21.74)
炎性息肉	66	0(0.00)	94	0(0.00)	27	1(3.70)
幼年性息肉	4	0(0.00)	7	0(0.00)	1	0(0.00)

## 3 讨论

大肠息肉是指大肠黏膜上的隆起性病变, 在未确定其病理性质前统称为大肠息肉, 明确病理性质后按部位直接冠以病理诊断学名称。随着人们生活水平的提高, 饮食、环境的变化, 以及人们对自身健康关注的提高; 结肠镜等高科技检查机器的广泛推广和应用, 大肠息肉的临床诊治也在逐步地提高, 但是由于息肉多无临床症状, 其检出率目前临床研究报道有出入<sup>[8]</sup>。本分析研究的平均临床检出率为 16.01%, 年龄段的差异, 其息肉检出率也不相同, 见表 1。从各年龄段检出的息肉数据来看, 大肠息肉多发于 30 岁以上的中老年患者, 特别是 60 岁以上的老年患者, 其检出率为 27.51%, 其癌变率也高于其他年龄段的分析数据。国内有研究表明, 大肠息肉患者的初次检出

时间年龄越大, 单体患者息肉数越多, 息肉越大其癌变率也就越高<sup>[9]</sup>。本研究表明, 大肠息肉的癌变主要集中在腺瘤性息肉的癌变方面, 符合文献报道约 50%~70% 的大肠癌由腺瘤性息肉演变而致病<sup>[10]</sup>。相关报道称管状腺瘤的凋亡率高, 生长缓慢<sup>[11]</sup>; 绒毛状腺瘤的凋亡率低, 生长速度快, 从而表明了结肠腺瘤是结肠癌的癌前病变所在。笔者在随访中发现, 息肉检出后摘除后患者的癌变率明显低于未摘除者。由此可见, 在息肉未癌变之前检出并摘除对于降低患者的癌变率、提高患者生活质量有着重要意义; 对于摘除后的患者应该做好后期的随访工作, 前 2 年每年随访 1 次<sup>[12]</sup>, 特别是中老年患者更应该随访, 一旦复发, 应积极摘除, 使临床达到治愈或控制在早期阶段<sup>[13]</sup>。本研究表明, 肠镜检查对于大肠息肉的临床诊断、治疗有着确切、有效的效果, 坚持大肠息肉患者息肉摘除后的随访工作, 对于提高临床治愈率, 降低患者癌变风险, 提高患者生活质量有着积极意义。

### 参考文献

[1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 1932-1936.  
 [2] Mandel JS. Colorectal cancer screening[J]. Cancer Metastasis Rev, 1997, 16(2): 263-279.  
 [3] 王达, 何超. 老年大肠息肉的临床特点[J]. 实用肿瘤杂志, 2000, 15(1): 191-192.

[4] 万军, 张子其, 朱成, 等. 结肠镜普查及随访对老年人早期结肠直肠癌的诊断价值[J]. 中华老年医学杂志, 2001, 20(3): 343-345.  
 [5] 万军, 张子其, 朱成, 等. 2 196 例老年人结肠镜检查及随访的临床价值[J]. 中华消化杂志, 2001, 21(2): 119-120.  
 [6] 陈孝平. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 618-619.  
 [7] 陈智, 蔡涛, 曾莉莉. 青年结肠腺瘤与恶变及大肠癌发生关系的研究[J]. 中华消化内窥镜杂志, 2005, 22(2): 129-130.  
 [8] 许国铭, 李石. 现代消化病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1999: 775.  
 [9] 朱雄增. 学习和掌握肿瘤的 WHO 分类, 提高病理诊断和研究的水平[J]. 中华病理学杂志, 2006, 35(11): 649.  
 [10] 郑芝田. 胃肠病学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 846-852.  
 [11] Arai T, Kino I. Role of apoptosis in modulation of the growth of human colorectal tubular and villous adenomas[J]. J Pathol, 1995, 176(2): 37-44.  
 [12] Gassi A, Casale V, Fracassop, et al. Medium-large polyps of the colona contribution for their clinical prolife and aproper surveillance[J]. J Exp clin Cancer Res, 1997, 16(1): 313-319.  
 [13] Scribano E, Loria G, Ascenti G, et al. Turcot's syndrome; a new case in the first decade of life[J]. Abdom Imaging, 1995, 20(3): 155.

(收稿日期: 2011-12-30)

### • 经验交流 •

## 血清 UA、IL-6、hs-CRP、Lp(a) 水平与 2 型糖尿病及其并发症的关系

任舒晔

(浙江省嘉兴市康慈医院检验科 314500)

**摘要:**目的 探讨 2 型糖尿病患者血清尿酸(UA)、白介素 6(IL-6)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、脂蛋白 a[Lp(a)] 水平与并发症的关系。**方法** 检测 95 例 2 型糖尿病患者和 40 例健康对照者血清 UA、IL-6、hs-CRP、Lp(a) 的血清浓度, 根据有无慢性并发症将糖尿病患者分为单纯性糖尿病组(A)和糖尿病并发症组(B)。**结果** 2 型糖尿病患者无论有无并发症, 血清 UA、IL-6、hs-CRP、Lp(a) 水平均高于健康对照组( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ), 且 B 组血清 UA、IL-6、hs-CRP、Lp(a) 水平均高于 A 组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ )。**结论** 血中 UA、IL-6、hs-CRP、Lp(a) 水平与糖尿病慢性并发症有关, 检测其水平变化对探讨 2 型糖尿病的发生、发展以及预防和指导用药有重要价值。

**关键词:** 糖尿病, 2 型; 尿酸; 白细胞介素 6; 脂蛋白 a; C 反应蛋白质

**DOI:** 10. 3969/j. issn. 1673-4130. 2012. 14. 052

**文献标识码:** B

**文章编号:** 1673-4130(2012)14-1760-02

糖尿病是一种包括糖、脂肪、蛋白质代谢障碍的代谢障碍综合征, 其病因和发病机制尚未完全阐明, 慢性并发症(血管病变)是 2 型糖尿病主要致残致死的并发症之一, 主要病理基础是动脉粥样硬化。Lp(a) 被认为是动脉粥样硬化的独立危险因素, 越来越多的证据支持炎症反应参与 2 型糖尿病的发病机制, 血清炎症因子在糖代谢紊乱和大血管病变中起重要作用, 本文通过对 2 型糖尿病患者血清 UA、IL-6、hs-CRP、Lp(a) 水平的测定来探讨炎症因子、UA 和 Lp(a) 与糖尿病及其并发症的关系。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2009 年 5 月至 2011 年 5 月在本院就诊的确诊 2 型糖尿病患者 95 例, 均符合 WHO1999 年诊断标准。根据有无慢性并发症将 95 例患者分为 2 组: 单纯性糖尿病组(A)50 例, 男性 26 例, 女性 24 例; 年龄 42~79 岁, 平均年龄 54 岁。糖尿病并发症组(B)45 例, 男性 24 例, 女性 21 例; 年龄 47~82 岁, 平均年龄 61 岁。健康对照组(C)40 例, 男性 21 例, 女性 19 例; 年龄 43~68 岁, 平均年龄 51 岁。以上全部研究对

象排除各种急慢性感染、甲状腺功能异常、肝肾功能疾病和心功能不全、肿瘤、风湿等, 且近期未服用影响尿酸、血脂的药物, 各组在年龄分布、性别构成方面差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 检测方法** 对象空腹 8 h 以上采静脉血, 应用 TBA-120FR 全自动生化分析仪测定 UA、Lp(a)、hs-CRP。尿酸采用酶法测定, Lp(a) 采用免疫比浊法, hs-CRP 采用乳胶增强免疫比浊法。试剂购自浙江伊利康生物技术有限公司和北京科美生物技术有限公司。IL-6 检测采用 EDTA 抗凝血, 在半小时内分离血浆 -20 °C 保存, 统一送杭州迪安医学检验中心检测。

**1.3 统计学处理** 用 SPSS18.0 软件进行分析, 计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示, 组间资料比较采用  $t$  检验, 双变量相关分析。

### 2 结果

**2.1 单纯性糖尿病组、糖尿病并发症组与健康对照组的资料比较, 见表 1。** 2 型糖尿病患者无论有无并发症, 血清 UA、IL-6、hs-CRP、Lp(a) 水平均高于健康对照组( $P < 0.05$  或  $P <$