

廊坊地区健康体检人群大肠息肉流行病学调查

闫再宏, 张俊英, 梁慧霞, 罗娟, 胡颖华

中国石油天然气集团公司中心医院消化科, 河北 廊坊 065000

摘要: **目的** 了解廊坊地区健康体检人群大肠息肉的发病情况、内镜特征, 并提出预防方法。 **方法** 将在中国石油天然气集团公司中心医院行结肠镜体检的 1 817 例健康体检人员作为研究对象, 分析大肠息肉检出的情况、发生的年龄、常见部位、病理类型以及临床特征等。 **结果** 1 817 例健康体检人群中, 有 484 人检出大肠息肉, 检出率 26.64%, 男性检出率高于女性 ($\chi^2 = 4.30, P < 0.05$), 随着年龄增加, 大肠息肉检出率也增加 ($\chi^2 = 84.94, P < 0.05$)。大肠息肉发生部位以乙状结肠、直肠最为常见, 在 484 例息肉患者共发现的 936 个息肉中乙状结肠、直肠占 45.73%。腺瘤性息肉比例最高占 57.59%。有大便习惯、性状改变及腹部手术史等高危因素的人群息肉发病率高于正常人 ($\chi^2 = 48.56, P < 0.05$)。 **结论** 临床上发现大肠息肉后应仔细观察息肉的形态、大小、部位, 并进行病理活检; 如果条件允许, 应该摘除息肉, 避免发生大肠癌变。同时要同时对有大肠癌家族史及大便性状改变及腹部手术史的人群及时行结肠镜筛查, 预防大肠息肉癌变, 并通过改善生活方式、调整肠功能等措施, 减少大肠息肉的发生。

关键词: 健康人群; 大肠息肉; 流行病学

中图分类号: R181.2⁺3 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2016)09-1084-02 **DOI:** 10.3969/j.issn.1006-3110.2016.09.017

大肠息肉是消化道常见的疾病, 分为腺瘤性、错构瘤性、化生性和炎症性, 大肠腺瘤为明确的直接与结肠直肠癌相关的癌前病变。大肠癌发病呈逐年上升趋势。大肠癌的预后较好, 但随诊断时期的不同而异, 大多数大肠癌患者一经确诊就已经到了晚期, 对于此类患者而言, 都饱受着生理上、心理上的巨大痛苦, 在经过手术、化疗等治疗的全过程后, 患者及其家庭在经济、情感和体力上都投入极大^[1], 因此针对大肠癌最好的策略是早期诊断大肠癌及癌前病变, 以期彻底治愈。为了解河北省廊坊地区健康体检人群中大肠息肉的发病情况, 并针对大肠息肉人群的行为进行干预, 以期达到减少大肠息肉发病率, 从而减少结肠癌发生的目的, 遂对 2010 年 1 月-2016 年 1 月在中国石油中心医院进行结肠镜体检的结果进行了分析, 现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 2010 年 1 月-2016 年 1 月在中国石油中心医院进行结肠镜体检人群, 共 1 817 例, 其中男性 1 050 例, 女性 767 例, 年龄在 20~78 岁, 平均 57.18 岁。

1.2 方法 通过大肠癌筛查调查问卷(调查问卷中包括大肠癌的高危因素 8 项: 直系亲属有大肠癌家族史、慢性便秘、慢性腹泻、粘液血便、不良生活史、慢性

阑尾炎或阑尾切除术、慢性胆囊炎或胆囊切除术、便潜血 8 项内容)筛选出有 1 项及以上大肠癌高危因素的人群及无任何高危因素、自愿参加体检的人群进行结肠镜检, 对发现的大肠息肉均经过病理检查证实并分类, 就其临床特点、组织病理学特征进行回顾性分析。

1.3 统计处理 计数资料比较采用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 息肉发病情况 1 817 例体检人群, 有 484 人检出大肠息肉, 其中男 299 例, 女 185 例, 男性检出率 28.48%, 女性检出率 24.12%, 男女性别间差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.30, P < 0.05$)。随着年龄的增加, 大肠息肉的患病率逐年增加, 特别是在 50 岁以后, 增加明显 ($\chi^2 = 84.94, P < 0.05$)。各年龄组的息肉发病情况见表 1。

表 1 大肠息肉各年龄段的发病情况

年龄	肠镜检查人数	大肠息肉人数	阳性率(%)
20~	101	4	3.96
30~	205	31	15.12
40~	429	90	20.98
50~	494	139	28.14
60~	398	142	35.68
>70	190	78	41.05
总计	1817	484	26.64

2.2 大肠息肉的分布情况 484 例息肉患者共发现息肉 936 个, 178 人单发, 306 人多发。其中直肠 123 个, 占 13.14%; 乙状结肠 305 个, 占 32.59%; 降结肠 162 个, 占 17.31%; 横结肠 110 个, 占 11.75%; 升结肠

基金项目: 廊坊市科学技术局项目(2014013114)

作者简介: 闫再宏, 女, 本科学历, 主任医师, 主要从事消化科临床工作。

149个,占15.92%;回盲部87个,占9.29%。息肉的好发部位在直肠和乙状结肠,占45.73%。

2.3 大肠息肉的病理类型 将所有病理结果分为非肿瘤性病变(包括炎性及增生性)和肿瘤性病变(包括管状腺瘤、管状绒毛状腺瘤、绒毛状腺瘤、锯齿状腺瘤、腺癌)。炎性或增生性息肉共376枚,占40.17%;腺瘤性息肉共539枚,占57.59%;病理结果为癌或部分癌变21枚,占2.24%。病理结果示腺瘤性息肉发生所占比例最高。

2.4 体检人群的行为特征与息肉发病情况 通过统计发现,有一个或以上大肠癌高危因素的人群息肉发病率31.97%(376/1176)高于无高危因素的人群息肉发病率16.85%(108/641),差异有统计学意义($\chi^2 = 48.56, P < 0.05$),其中有大肠癌家族史、便潜血阳性及粘液血便人群息肉发病率高于其他高危人群,见表2。

表2 体检人群的行为特征与息肉发病情况(%)

调查问卷	检查人数	息肉人数	阳性率(%)
直系亲属有大肠癌家族史	61	25	40.98
慢性便秘	176	54	30.68
慢性腹泻	183	51	27.87
粘液血便	130	52	40.0
不良生活史	114	30	26.32
慢性阑尾炎或阑尾切除术	69	17	24.64
慢性胆囊炎或胆囊切除术	115	32	27.83
便潜血阳性	46	19	41.30
同时有两个或以上症状	282	96	34.04
以上所有均无	641	108	16.85
总计	1817	484	26.64

3 讨论

大肠息肉是大肠黏膜表面的隆起性病变,腺瘤性息肉会经由“腺瘤-癌”途径向大肠癌转变^[2]。因此针对大肠癌最好的策略是早期诊断大肠癌及癌前病变,以期彻底治愈。早期发现大肠息肉并对肿瘤性息肉进行切除治疗以防止发生恶变也是结肠镜检查的主要目的之一。大肠息肉的发生主要通过饮食、环境、遗传因素及慢性炎性刺激的作用、由大肠上皮细胞出现异常增生而形成^[3],因此了解大肠息肉发病人群的行为特征并进行干预也是减少大肠息肉发病的有效策略。

本研究结果显示,大肠息肉的发病率占肠镜检查患者总数的26.64%,与相关报道类似^[4],男性高于女性,且与年龄呈正相关。分析原因,男性患病率高于女性与其不良的生活习惯,如吸烟、饮酒,以及精神压力等有关^[5]。老年人发病率增高,这可能与随着年龄的增长,肠蠕动功能下降,活动量减少,中年人发病率高与摄入高脂肪低纤维饮食,以及吸烟、饮酒等不良生活方式及肥胖有关^[6-7]。本研究还显示腺瘤性息肉发病率高,有研究报道,随着年龄的增长,腺瘤性息肉的发

生率逐渐增高,炎性及增生性息肉的发生率逐渐下降^[8],有研究显示,对于直径<10 mm的大肠粘膜病变,一般认为增生性息肉和其他非肿瘤性病变不需要内镜下治疗,因为它们是良性的,且不具有恶性潜能^[9-10];而腺瘤性息肉则应摘除,因此对于老年人应特别重视。

另从大肠息肉人群临床特征看,本组研究显示有大肠癌高危因素的人群,大肠息肉的检出率高,且以直系亲属有大肠癌家族史的人大肠息肉的发病率较高,这与相关研究结果相同^[11],其他如便潜血阳性、粘液血便、慢性便秘、慢性腹泻、不良生活史、慢性阑尾炎或阑尾切除术、慢性胆囊炎或胆囊切除术人群息肉的发病率也较正常人为高。

综上,廊坊地区健康体检人群大肠息肉发病率高,为预防大肠息肉、进而减少大肠癌发生,首选的预防措施为改善人们的生活方式,建议戒烟戒酒、注重心理健康,减轻生活压力,对于有便秘、腹泻,特别是老年人,应多食含粗纤维成份多的成品及五谷杂粮,保持良好的排便习惯,每天进行有氧运动,要及时调整肠道功能,减少大肠息肉的发生。对于有大肠癌家族史及大便习惯、性状改变、有重大精神创伤等不良生活史、有慢性阑尾炎或阑尾切除术、慢性胆囊炎或胆囊切除术的人,特别是50岁以上人群及时行结肠镜检查。结肠镜检查过程中发现的腺瘤性息肉要及时给予内镜下切除,以防止其向大肠癌方向转化。

参考文献

- [1] 吴立国,孙玉倩. 胃肠道恶性肿瘤患者临终阶段自我感受[J]. 实用预防医学, 2005, 22(11): 1308-1310.
- [2] Morson BC. Factors influencing the prognosis of early cancer of the rectum [J]. Proc Roy Soc Med, 1966, 59(7): 607-608.
- [3] 池添雨,张玫,孙立东,等. 老年人与中青年人大肠息肉的临床特点及内镜下治疗的比较研究[J]. 山西医科大学学报, 2012, 43(8): 597-600.
- [4] 杜小娟. 1578例大肠息肉的病理类型与癌变因素探讨[J]. 河北医学, 2012, 18(10): 1356-1360.
- [5] Buchanan DD, Sweet K, Drini M, et al. Risk factors for colorectal cancer in patients with multiple serrated polyps: a cross-sectional case series from genetics clinics [J]. PLoS One, 2010, 5(7): e11636.
- [6] Grahn SW, Varma MG. Factors that increase risk of colon polyps [J]. Clin Colon Rectal Surg, 2008, 21(4): 247-255.
- [7] Michels KB, Giovannucci E, Chan AT, et al. Fruit and vegetable consumption and colorectal adenomas in the Nurses' Health Study [J]. Cancer Res, 2006, 66(7): 3942-3953.
- [8] 闫彩文,郭霞,李飞,等. 不同年龄组大肠息肉的内镜及病理分析[J]. 基层医学论坛, 2008, 12(34): 1087-1089.
- [9] Bond JH. Polyp guideline, diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps. Practice parameters committee of the American college of gastroenterology [J]. Am J Gastroenterol, 2000, 95(11): 3053-3063.
- [10] Tung SY, Wu CS, Su MY. Magnifying colonoscopy in differentiating neoplastic from nonneoplastic colorectal lesions [J]. Am J Gastroenterol, 2001, 96(9): 2628-2632.
- [11] Wark PA, Wu K, van't Veer P, et al. Family history of colorectal cancer: a determinant of advanced adenoma stage or adenoma multiplicity [J]. Int J Cancer, 2009, 125(2): 413-420. 收稿日期: 2016-01-15