

胃肠里长了息肉，切或不切暗藏哪些玄机

◎重庆市铜梁区人民医院 陈跃东

“体检发现胃里或肠子里长了息肉，医生说要切，可我平时一点症状都没有，真的有必要挨这一刀吗？”这是许多患者在拿到胃肠镜报告时最常有的疑问。那么，胃肠道息肉到底要不要切？哪些情况必须处理呢？下面我们就来详细聊聊这个话题。

“小疙瘩”也分善恶

胃肠道息肉，简单来说，就是从胃黏膜或肠黏膜表面突出到腔内的隆起性病变。它可以长在胃里，也就是胃息肉；长在小肠的比较少见；最常见的是长在大肠，包括结肠和直肠息肉。

这些息肉“长相”和“性格”差异很大。从外观上看，有的表面光滑，有的粗糙不平；有的像蘑菇一样有蒂，基底部细、头部大；有的像扁平的圆盘，属于广基息肉；有的只是孤零零的一个，有的则成群结队——十几个甚至上百个一起出现。

从病理类型划分，息肉主要分为以下几类：

腺瘤性息肉：这是最需要警惕的类型，在所有息肉中占比达60%~80%，大肠息肉中比例更高。它又细分为管状腺瘤、绒毛状腺瘤和管状绒毛状混合腺瘤。其中，绒毛状腺瘤的癌变风险最高，可达30%~70%；管状腺瘤次之，约5%~10%；混合型的风险介于两者之间。腺瘤性息肉被公认为“癌前病变”，若不处理，通常经过5~10年，可能逐渐发展成肠癌或胃癌。

增生性息肉：最常见于大肠，通常较小，直径多小于5mm，表面光滑，癌变风险极低，小于1%。但如果直径超过1cm或数量众多，就需要引起关注了。

炎性息肉：常与胃肠道炎症相关，比如溃疡性结肠炎、克罗恩病等。它是黏膜在长期炎症刺激下产生的结果，一般不会癌变，但需要积极治疗原发病，控制炎症。

错构瘤性息肉：多见于青少年，通常与遗传有关，可能伴随其他器官的息肉，比如肠道外的痣。其癌变风险因具体类型而异。

是否切除需具体分析

胃肠息肉是否切除不能一概而论，不同类型的息肉以及不同状况的人群，在切除决策上存在显著差异。

腺瘤性息肉，一律建议切除：腺瘤性息肉是明确的“癌前病变”，尤其是绒毛状腺瘤和直径>1cm的管状腺瘤，癌变风险显著升高。研究显示，直径<1cm的腺瘤性息肉癌变率约1%~3%，直径>2cm的癌变率可超30%。即便目前看似“无害”的小腺瘤，不切除也可能随时间增大、恶变。所以，一旦

胃肠镜发现腺瘤性息肉，无论单发或多发，医生通常建议内镜下直接切除，并送病理检查确认性质。

警惕较大非腺瘤性息肉：增生性息肉若直径>1cm，或数量>10个，虽癌变风险仍低，但可能因体积大导致出血、梗阻，如堵住肠腔引起便秘或腹痛，或合并其他病理改变如局部腺瘤化，此时也建议切除。炎性息肉若伴明显炎症症状，如反复腹痛、便血、腹泻，且原发病控制不佳，可能需切除以缓解症状并明确是否存在其他病变。

有症状息肉，影响生活需处理：若息肉导致明显不适，如消化道出血（大便带血、黑便，尤其反复出现）、腹痛腹胀（可能是息肉刺激黏膜或堵塞肠腔引起）、肠梗阻（息肉过大致肠道不通畅）、贫血（长期慢性失血致面色苍白、乏力等），即便病理类型提示风险低，也建议切除息肉并明确病因，避免症状加重影响生活质量。

特殊人群息肉需积极干预：有肠癌/胃癌家族史，尤其直系亲属患癌年龄<50岁者，息肉癌变风险高，即便息肉小也建议尽早切除并密切随访；遗传性息肉病综合征患者，肠道可能密布数百个腺瘤性息肉，癌变几乎不可避免，需手术或定期内镜切除；50岁以上人群息肉发生率和恶变风险高，发现后要积极处理。

胃肠道息肉虽然多数是“良民”，但其中隐藏的“危险分子”，尤其是腺瘤性息肉，可能悄然发展为癌症。发现息肉后，大家不必过度恐慌，但也不能掉以轻心。关键是要明确病理类型、评估风险因素，该切的果断切，该随访的认真随访。记住，早发现、早处理，是预防胃肠道癌症的关键一步。◎