维普资讯 http://www.cqvip.com

110-111 原发性 小肠肿瘤 病理 ?

诊断 治疗

原发性小肠恶性肿瘤17例分析

郑裕隆*

R735.32

原发性小肠恶性肿瘤临床少见，我院1994～1997年收治17例，均经手术及病检证实，特简要报道。

一、临床资料

本组男10例，女7例，年龄36～75岁，平均55岁。病程8小时～5年，平均9.3月。急性发病4例，余缓慢发作。临床症状主要为腹痛12例，腹胀2例，恶心呕吐4例，呕血黑便4例，腹泻3例，腹块5例，食欲减退5例，黄疸6例，贫血6例。体检示腹部压痛6例，肌紧及反跳痛1例，腹块5例，黄疸6例。临床类型为肠套叠2例，肠狭窄2例，肠粘连、肠受压各1例，肠出血4例，肠穿孔1例，胆管梗阻6例。术前诊断为小肠肿瘤或疑似小肠肿瘤13例，腹内肿瘤3例，就并发症（消化道出血）作出诊断1例。术中均见小肠肿瘤，经病检示十二指肠腺癌6例，类癌、平滑肌肉瘤、自主神经瘤各1例；空肠平滑肌肉瘤3例、腺癌、间质瘤各1例；回肠恶性淋巴瘤、平滑肌肉瘤、间质瘤各1例。伴胆总管十二指肠壁间腺癌2例，慢性胆囊炎或急性发作6例，慢性胃十二指肠炎4例、糖尿病、胰腺炎、胆囊胆固醇沉着症各1例。全组均手术，作胰十二指肠切除6例，肠部分切除8例，胃大部切除（含十二指肠球部）1例，右半结肠切除1例，空肠造瘘1例。术后除1例十二指肠腺癌作胰十二指肠切除后并发胆瘘，再次手术后自动出院，余均康复。

二、结果和讨论

1.病理：小肠恶性肿瘤发病率远较食管、胃、结肠、直肠等处为低，在胃肠道恶性肿瘤中，小肠仅约2%，但在小肠肿瘤中，却以恶性居多，约占3/4，据国内小肠肿瘤15094例统计，恶性占73.3%[1]，与国外类似。发生部位国内以十二指肠居多，回肠次之，空肠较少，国外则回肠多于十二指肠。组织类型以癌瘤为多，发病顺序国内为癌瘤、恶性淋巴瘤、平滑肌肉瘤、类癌，国外为癌瘤、类癌、恶性淋巴瘤、平滑肌肉瘤，提示国内恶性淋巴瘤及平滑肌肉瘤较多，类癌甚少，即使在消化道类癌中小肠类癌比例也较国外为低，且发生部位也有别，国外多见于回肠，次为十二指肠，国内近半数见于十二指肠，次为回肠。(1)癌瘤多发生于十二指肠降部乳头周围[2]，次为回肠，空肠较少。肿瘤可环绕肠管浸润生长致肠壁增厚、僵硬、缩窄，引起梗阻，也可呈息肉状向腔内突出，易糜烂、出血、套叠，有于肿瘤浸润中心形成溃疡，每出血、穿孔，有沿粘膜下浸润生长，使肠壁增厚、僵直，常多发，易狭窄、梗阻。位于十二指肠乳头及其邻近者每诱发胆管梗阻、急慢性胆管感染及胰腺病变。本组癌瘤7例，位于十二指肠6例，其中5例位于乳头部及其邻近，均并发胆管梗阻及感染，位空肠近端致腔内狭窄，腔外浸润1例。(2)平滑肌肉瘤常见于空回肠，多源自肠壁肌层，每向腔内外或腔外扩展，单个、较大，近中心因血运障碍易出血、坏死、变性、囊性变，可溃破或穿透形成内瘘，也可发生出血。肿瘤生长缓慢，呈膨胀性，可侵犯周围脏器。本组5例，位空肠3例，十二指肠及回肠各1例，引发梗阻及出血各2例，穿透形成肠内瘘1例，肿瘤大5～15cm，平均9.6cm，呈腔外型或腔内外型，形圆或结节状，伴出血、坏死。(3)恶性淋巴瘤源自粘膜下淋巴滤泡，多见于回肠，次为空肠，十二指肠较少[3]，病变可局限，也可多发，肿瘤常向腔内生长，并浸润蔓延腔外，生长快，转移早，可呈溃疡型、缩窄型、扩张型、息肉型。组织类型以非何杰金氏淋巴瘤居多，何杰金氏淋巴瘤仅10%，常并发梗阻，以慢性为多，也可出血、穿孔、套叠、扭转，本组1例回肠末端恶性淋巴瘤引发回盲型肠套叠。(4)类癌源自粘膜下肠腺的嗜银细胞，常向腔内生长，能产生具有生物活性的胺类，属APUD瘤范畴，系局部浸润的低度恶性瘤，大部切除后保持局限倾向，32%缓慢转移，8%分泌五羟色胺而产生类癌综合症，属恶性。本组十二指肠类癌1例，肿瘤位于球部，仅0.3cm丘形隆起，表面糜烂致出血。

2.诊治：男性略多于女性，好发于50～60岁，临床表现与肿瘤部位、大小、生长方式、病程长短、组织类型、并发症种类等有关。症状出现较良性瘤早，病程短。由于癌瘤、恶性淋巴瘤等多自腔内向腔外浸润生长，常使肠腔堵塞、缩窄、套叠、扭转、压迫、粘连、浸润、

* 作者单位：210006 南京医科大学附属南京第一医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

临床多发生慢性肠梗阻，偶急性梗阻。肿瘤增大后可坏变、糜烂、溃疡、易出血，位于十二指肠或空肠近端者可反复呕血，位空肠远端及回肠者以便血为主，多慢性出血，偶急性大出血，每伴贫血。肿瘤也可溃破，多急性穿孔致弥漫性腹膜炎，少数慢性穿透形成局限性腹膜炎、腹腔脓肿或肠内瘘。位于十二指肠降部乳头及其邻近肿瘤每阻塞胆总管发生阻塞性黄疸，易并发急慢性胆管感染、胰腺炎，本组2例术前3～5月因胆管感染施行胆囊切除术，其中1例胆汁流量持续增多，并腹胀、发热，另1例黄疸日见增重，经胆总管造影、胆管镜检查或逆行胰胆管造影后证实十二指肠乳头腺癌，再作胰十二指肠切除而愈，在诊治上延误，引以为戒。另平滑肌肉瘤呈膨胀性生长，可缓慢浸润周围组织或脏器，肿瘤多较大，直径多＞6～10cm，形圆、光滑、质硬或具囊性感，稍活动。临床症状主要为腹痛、腹块、恶心呕吐、食欲减退、呕血便血、消瘦、发热、贫血、黄疸等[4]。纤维内窥镜检、影像学诊断如钡剂检查、CT、MRI、DSA、ERCP等有助于确诊。本组诊断率较高，主要得益于内镜及影像学检查。诊断一经确立，应以手术治疗为主，术式根据肿瘤部位、大小、浸润程度、全身情况、年龄等综合考虑。位于十二指肠降部及乳头周围者应作十二指肠切除，位于球部可选择连同球部的胃大部切除，位于横部及升部者，若肿瘤较小、局限、无浸润，可作节段性肠切除，较大者仍以根治性切除为宜。位于空回肠者应作根治性肠切除，包括肿瘤段及其近远端15～20cm肠袢，连同相应肠系膜及区域淋巴结，并先处理系膜血管，运用无瘤操作。位于回肠末端邻近回盲瓣者应作右半结肠切除。由恶性瘤引起的肠套叠不宜整复，以免播散，可整块作根治性肠切除。肿瘤邻接侵犯或浸润周围组织或脏器可一并整块切除，操作要轻柔，切忌挤压或搞破肿瘤。术中腹腔或肠腔内可灌注化疗药物，术后可配合化疗及综合治疗以提高疗效。

参考文献

1. 郑裕隆，赵乾元. 我国小肠肿瘤概况(附15094例分析). 肿瘤研究与临床，1997，9(3)：45.
2. Johnson AM. Primary small bowel malignancies. Am Surg，1985，5(1)：31.
3. Wilson JM. Primary malignancies of the small bowel，a report of 96 cases and review of the literature. Ann Surg，1974，180(2)：175.
4. 刘宝华. 原发性小肠肿瘤75例临床分析. 实用外科杂志，1990，10(6)：398.

(收稿：1998－09－02)

325例创伤临床治疗分析

王 瑛* 康宗莉* 孔建业*

我院自1991年1月～1997年12月共收治各类创伤患者325例。现对闭合性腹部损伤与多发伤的处理及伤情分析进行讨论。

一、临床资料

1.性别与年龄：325例中，男278例，女47例，年龄35～77岁。2.致伤原因：汽车致伤165人，自行车致伤111人，拖拉机致伤31人，其它伤者18人。3.伤情分类：骨折227例，其中上肢骨折115例，下肢骨折121例，脊柱、骨盆骨折37例。颅脑损伤32例。闭合性腹部损伤43例，多发伤者53例，合并休克者76例，出血量为500ml～3500ml。4.治疗：骨折开放内固定177人次，其余为手法复位、牵引、石膏外固定。开颅探查清除血肿15例，胸腔闭式引流10例，开胸探查肺破裂修补8例，脾破裂23例，其中脾切除18例，脾修补5例，肠管破裂7例，其中肠切除3例，肠破裂肠修补4例，脊柱探查减压8例，截肢7例，其中上肢2例，下肢3例，截足2例。死亡14例，死于出血性休克者3例，多脏器损伤者4例，重型颅脑损伤者7例。

二、讨论

由于车祸逐年增多，伤员成批出现，伤情复杂诊断困难，死亡率高。因此需要迅速抢救，原则是应按照：1.胸；2.腹；3.颅脑；4.四肢伤的顺序进行。

* 作者单位：833200 新疆奎屯市新疆兵团奎屯医院