维普资讯 http://www.cqvip.com

大肠脂肪瘤 外科手术 治疗

中国局解手术学杂志 2000年第9卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2000,Vol.9,No.1

道相近，而中西药结合治疗组患者平均生存期12.5个月，明显高于单用西药组，而且，在饮食增加、体质改善、病变控制等方面，中西药结合治疗组也明显优于单用西药组。由于本文观察时间较短，例数不足，不能确认两组差异是否显著，有待进一步观察对比。②华蟾素注射液，纯中药制剂，具有促进体液和细胞的免疫作用：对癌细胞DNA和RNA的合成有显著的抑制作用。我们通过胃镜观察，华蟾素静点一个月后，局部癌灶开始变化，在癌灶的边缘形成血肿，逐渐变大，随之局部蠕动开始恢复，患者梗阻症状及进食情况明显改善；同时华蟾素还有增进食欲的作用，使患者饮食明显增加，自觉症状好转，减轻了心理负担，增强了治愈的信心，这一心理因素对治疗效果很有利。

（收稿：1999-07-07）

91 51

大肠脂肪瘤手术三例

郑裕隆*

R735.34

一、临床资料：例1，男，37岁，因腹泻、脓血便、里急后重、腹胀、消瘦5月入院。直肠指检距肛缘2.5～5cm有菜花状肿物，质硬，中央凹陷。作腹会阴联合直肠癌根治术及乙状结肠造瘘。病检证实除直肠溃疡型腺癌外，于乙状结肠远端另有一蕈伞状新生物，呈分叶状，直径2cm，附0.8cm短蒂，切片示结肠脂肪瘤。例2，女，36例，因右下腹痛2日入院。查右下腹肌紧，压痛，扪及8×6肿块，质中等、界清，较固定。术中见盲肠内侧8×3cm肿物，质软，包膜完整，切除后病检示脂肪瘤。例3，女，31岁，因下腹隐痛伴粘液血便一月余，食欲减退入院。查体除贫血外，未发现异常。结肠镜见降结肠肿瘤，直径4cm，突向腔内、表面不整，组织脆弱、易出血。术中见降结肠顺行性套入远端10cm、回纳后发现降结肠中段腔内5×5cm肿物，作左半结肠切除后愈。病检示降结肠脂肪瘤伴慢性炎及部分坏死。

二、结果讨论：1.病理：结肠肿瘤以恶性居多，脂肪瘤在结肠良性肿瘤发病率中仅次于息肉、腺瘤、综合发病率为0.26%（0.035～4.4%），但在结肠良性间叶组织肿瘤中却居首位，据国内结肠良性间叶组织肿瘤316例中，脂肪瘤占50.6%。在消化道脂肪瘤中约1/3位于结肠，Mayo186例消化道脂肪瘤中大肠82.3%，Hurwity 72例中也占63.9%，但国内报道小肠脂肪瘤多于大肠。发生部位右半结肠较多，顺序见于盲肠（包括回盲部）、横结肠、乙状结肠、升结肠、降结肠。综合国外结肠脂肪瘤552例，位于回盲部6.2%，盲肠28.1%，升结肠13%，横结肠24.1%，降结肠12.9%，乙状结肠15.7%。国内肿瘤部位明确的123例中，回盲部4.1%，盲肠19.5%，升结肠21.1%，横结肠35%，降结肠10.6%，乙状结肠9.7%。

肿瘤多单个，多发约10%（6～12%），常2～3个，很少超过4个，偶有百余个报告。据肿瘤始发部位及生长方式可分为四型：腔内型　肿瘤源自粘膜下层，由于肠蠕动及肌层收缩，易向腔内突出，较小，2/3附蒂，常引起出血、梗阻、套叠；腔外型　肿瘤始发于浆膜下层，常向腔外生长、可较大，易扭转、梗阻；壁间型　肿瘤自粘膜浆膜间生长，常向腔外发展，可较大，并附蒂，有呈环形环绕肠壁致狭窄、堵塞、梗阻；混合型　肿瘤生长不局限于肠壁某层，可在其中两层或三层中生长，并向腔内外突出，其腔外部分常较腔内部分为大，罕见。石黑信彦综合日本84例除类型不明者外，属腔内型78%，腔外型13.2%，壁间型8.8%，其中内脂肪瘤86.9%，外脂肪瘤6%，余不明。肿瘤大小0.2～30cm。肿瘤多呈圆形、卵圆形、环形、分叶状，质软、生长缓慢，切面黄色，镜检示由分化良好的脂肪组织构成，瘤细胞与正常成熟脂肪细胞相似，偶有较幼稚脂肪细胞，体小核大，无间变及分裂像，瘤外有被膜，中间为少量纤维组织所分隔，组织结构多由纯脂肪组织组成，少数夹杂其他组织，Mayo 186个结肠脂肪瘤中属脂肪瘤152个，纤维脂肪瘤10个、脂肪瘤病22个，脂肪肉芽肿2个。据肿瘤数量及分布情况可分为：单发性脂肪瘤、多发性脂肪瘤、弥漫性脂肪瘤、脂肪组织浸润、但不形成瘤结节。肿瘤可发生溃疡（10%）、囊性变、出血、炎症、感染、坏死、套叠、扭转、狭窄、堵塞、穿孔，偶钙化或自行脱落，但不会恶变。本组1例合并结肠套叠，另1伴梗阻。结肠脂肪瘤尚可伴有消化道其他肿瘤，Mayo病例中有29.3%伴癌，本组1例伴直肠癌。

2.诊治：女性多于男性（1.5～2:1）。可发生于10月～87岁，平均55岁，常见于40～70岁。临床表现与肿瘤大小、部位、生长方式、并发症类型等有关。多数无明显症状，仅1/4有症状，肿瘤＜1cm多无症状，＞2cm才可产生症状，3～4cm有1/2有症状，＞4cm 3/4有症状。主要症状为慢性腹痛，粘液血便及排便习惯改变，可有腹痛、腹泻、便血、便秘、腹胀、腹块等，鹰尾博司综合日本97例中腹痛78.4%，大便习惯改变38.4%，便血29.9%，恶心呕吐16.5%，腹胀15.5%，腹块13.4%，合并疾患症状3.1%，无症状5.1%。此症可并发肠梗阻（7%），套叠（19～42.9%），出血（25%），穿孔等，腔外型易发生扭转、坏死、腹膜炎。

钡灌肠或气钡造影可助诊断，可示结肠圆形或卵圆形透亮阴影或充盈缺损，边缘光滑，分叶状，形态及大小各异。纤维结肠内窥镜可于直视下发现肿瘤部位、大小、形态，并可活检，CT或MRI也有助确诊。

对无症状者可不必治疗，但应密切随访，较大、多发、有症状或并发症者则宜手术治疗，位于浆膜下者可摘除，位于粘膜下者若有蒂可经纤维结肠镜烧灼或勒除器切除，应注意避免出血及穿孔，若无蒂或镜下操作困难，多发，有并发症者可经腹局部切除肿瘤或病变肠段，弥漫性者择其体积较大，易产生并发症者予以切除，此外应注意消化道其他部位有无癌瘤存在，以防疏漏。

（收稿：1999-06-01）

* 作者单位：210006　南京医科大学附属南京第一医院