维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2003)03－0379－01

表现为急性腹膜炎的小肠平滑肌肉瘤 5 例报告

唐　华，张才全，付仲学

(重庆医科大学临床学院普外科，重庆　400016)

【中国图书分类法分类号】R735.3　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2002－03－27

小肠平滑肌肉瘤临床少见，占消化道恶性肿瘤的 0.2%，小肠原发性肿瘤的 11%～20%。1982 年～1999 年我院共收治 15 例该类病人，其中 5 例因表现为急性腹膜炎而急诊手术，现结合临床与病理报告分析如下。

1　临床资料

本组男 2 例，女 3 例。年龄 23～74 岁，中位年龄 49 岁。全组病例均表现为腹膜炎而急诊手术。术前诊断急性弥漫性腹膜炎原因待查 2 例、结肠肿瘤致绞窄性肠梗阻 1 例、急性阑尾炎穿孔 1 例，另 1 例为正接受化疗的全身非何杰金氏淋巴瘤(ⅢA 型)，病人出现弥漫性腹膜炎而诊断为小肠恶性淋巴瘤破溃穿孔。术中发现 3 例肿瘤破溃穿孔、腹腔积脓，1 例肿瘤近乎穿孔、表面发黑、覆有纤维素和脓苔，1 例肿瘤破裂出血形成血腹；肿瘤浸及横结肠、浸及盆壁伴左卵巢种植结节及肠系膜淋巴结肿大各 1 例；肿瘤位于空肠 3 例、回肠 2 例；直径最大 8cm、最小 3cm，其中有 4 例直径＞5cm。手术方式为小肠部分切除加横结肠部分切除、小肠部分切除加左卵巢切除及小肠部分切除加肠系膜淋巴结清扫术各 1 例，余 2 例行小肠部分切除术。术后经病理证实均为小肠平滑肌肉瘤，腔外型 4 例、哑铃型 1 例，左卵巢种植转移和肠系膜淋巴结转移各 1 例；参照文锦[1]等标准行病理分级 5 例肿瘤均为Ⅲ级。全组病例获得随访，均死于腹腔内广泛转移，术后平均生存 22 月(6～37 月)，5 年生存率 0%。

2　讨　论

公认发病率低、临床表现无特异性和缺乏简便有效的检查方法是小肠平滑肌肉瘤容易误诊和漏诊的主要原因，因此病人常以其他诊断或因急性并发症而手术。Hansen 报告 6 例小肠平滑肌肉瘤中有 5 例因急性并发症而手术。肿瘤破溃穿孔和破裂出血形成血腹所引起的急性腹膜炎是小肠平滑肌肉瘤的严重并发症，究其原因主要与肿瘤生长方式有关。小肠平滑肌肉瘤呈膨胀性生长，大体病理学分为腔外型、腔内型和哑铃型，其中以腔外型多见。腔内型肿瘤常并发肠套叠和肠梗阻，而腔外型肿瘤一般体积较大，若生长过速易发生缺血坏死，一旦瘤体破溃穿孔或破裂出血则表现为弥漫性腹膜炎。本组病例术前无 1 例确诊，术后追问病史发现除 1 例合并有全身非何杰金氏淋巴瘤病人较为特殊外，余 4 例均有 1 月～2 年的腹痛、黑便和腹块病史，但未能获得诊断。因此对有腹痛、黑便和腹块三大临床表现者，除外胃和大肠病变，均应警惕本病的可能。下列辅助检查对明确诊断具有重要价值：全消化道钡餐造影；纤维十二指肠镜和小肠镜检查；B 超和 CT 检查；选择性肠系膜上动脉造影。

手术切除是治疗小肠平滑肌肉瘤的有效方法，应将肿瘤、邻近足够长的肠段及肠系膜作整块切除；若有邻近器官受累或远处孤立转移灶则应一并切除；若肿瘤与周围组织广泛浸润无法切除，则可作捷径手术以解除梗阻；若肿瘤因广泛浸润无法切除而同时合并有瘤体破溃穿孔或破裂出血，则应作穿孔修补或缝扎止血术，并于肿瘤近、远端作捷径手术。通常认为肉瘤发生血行转移而非淋巴结转移，故术中无需行区域淋巴结清扫，但 Blanchard[2]等指出小肠平滑肌肉瘤与其他肉瘤不同，其淋巴结转移是常见的。本组 1 例经病理证实有局部淋巴结转移，因此该病术中行区域淋巴结清扫是必要的，这并不增加手术并发症和死亡率。此外对肿瘤已破裂或并有腹腔种植转移者可考虑腹腔热疗或早期腹腔化疗。

小肠平滑肌肉瘤预后较差。Blanchard 等统计文献报告的 705 例小肠平滑肌肉瘤发现仅 196 例生存期超过 5 年，全组 5 年生存率为 27.8%。本组病人术后平均生存 22 月(6～37 月)，5 年生存率为 0%，病理分级 5 例均为Ⅲ级，揭示恶性程度高的小肠平滑肌肉瘤易发生瘤体破溃穿孔或破裂出血，增加腹腔种植转移机率从而影响预后。因此提高对本病的警惕性、早期诊断、避免肿瘤急性并发症发生和施行根治性手术是改善小肠平滑肌肉瘤预后的关键。

作者介绍：唐　华，(1969－　)，男，主治医师，硕士，主要研究方向：胃肠外科。

参　考　文　献

[1] 文　锦，方尚于，陈志让，等. 936 例消化道平滑肌肿瘤的病理学观察[J]. 中华病理学杂志，1989；18(3)：167－170.

[2] Blanchard DK，Budde JM，Hatch GF 3rd，et al. Tumors of the small intestine[J]. World J Surg，2000；24(4)：421－429.