维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2003)06－0812－03

小肠良性肿瘤 31 例临床分析

刘胜春，姚榛祥，刘金彪

(重庆医科大学临床学院普外科,重庆 400016)

【摘 要】目的:总结小肠良性肿瘤的病理类型、临床特征及诊断方法。方法:回顾性分析我院 1978 年 1 月～2002 年 6 月收治并经病理证实的 31 例小肠良性肿瘤。结果:病理类型以平滑肌瘤、血管瘤、腺瘤、神经鞘膜瘤为主,部位:空肠 13 例,回肠 10 例,十二指肠 8 例。主要临床表现为腹痛、出血、贫血、肠梗阻等,易与其他消化系统疾病混淆。诊断方法常规内镜及胃肠钡餐阳性率不高。结论:小肠良性肿瘤以平滑肌瘤、血管瘤、腺瘤、神经鞘膜瘤为主,临床表现缺乏特异性,易延误诊断。检查手段相对不足,小肠镜及选择性腹腔动脉造影可提高诊断率。

【关键词】小肠;平滑肌瘤;血管瘤;腺瘤;神经鞘膜瘤

【中国图书分类法分类号】R753.5 【文献标识码】A 【收稿日期】2003－04－02

Clinical analysis of 31 cases of benign neoplasm in small intestine

LIU Shengchun, et al,

(*Department of General Surgery, The Frist Affiliated Hospital of Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To investigate clinical manifestations, histopathological patterns and effective diagnostic methods for benign neoplasm in small intestine. *Methods*: The data of 31 pathologically confirmed cases admitted from January 1978 to June 2002 in our hospital were analyzed retrospectively. *Results*: Main pathological patterns of benign neoplasm were leiomyoma, angioma, adenoma, and neurilemmoma. Thirteen, ten and eight cases were located in jejunum, ileum and duodenum respectively. The common clinical manifestations were abdominal pain, anemia and hemorrhage, and obstructions. The neoplasm was easily confused with other digestive tract diseases. Positive diagnosis rate was lower with routine endoscopy and barium meal. *Conclusion*: Main pathological patterns of benign neoplasm are leiomyoma, angioma, adenoma, neurilemmoma and its non－specific clinical manifestations will cause misdiagnosis. Diagnostic methods are lacking and small intestinal endoscopy and selectivel angiography of celiac artery can increase diagnosis rate.

【Key words】Small intestine; Leiomyoma; Angioma; Adenoma; Neurilemmoma

小肠良性肿瘤发病率低,临床表现缺乏特异性致诊断困难。我院 1978 年 1 月～2002 年 6 月收治经手术及病理证实小肠良性肿瘤 31 例,对其临床表现和诊断方法进行分析,以提高小肠良性肿瘤的认识和诊断水平。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 17 例,女 14 例,年龄 28～88 岁,平均 53.37±16.58 岁,占同期小肠肿瘤的 22.46%(31/138)。

1.2 临床表现

出现症状到就诊时间 6h～10 年(639.55±959.65 天)。临床表现腹痛占 67.74%(21/31)。消化道出血占 51.61%(16/31),主要表现为呕血、黑便等。肠梗阻占 32.26%(10/31),其中出现肠套叠占 29.03%(9/31)。中重度贫血(Hb<90g/L)占 38.71%(12/31)。黄疸 1 例。小肠良性肿瘤的临床表现与病变部位及病理类型的关系见表 1。

1.3 辅助检查

B 超检查 12 例,仅 1 例十二指肠腺瘤提示胆总管扩张;腹部平片 10 例,7 例提示不全性机械性肠梗阻;钡灌肠 4 例,3 例提示肠套叠;上消化道钡餐 12 例,发现 5 例十二指肠局灶性病变,提示肿瘤;胃镜及十二指肠镜检查 8 例,发现 1 例十二指肠球后黏膜下肿块突向管腔,提示平滑肌瘤,1 例十二指肠降段起始部前壁发现 0.6cm×0.6cm×0.3cm 隆起,活检为十二指肠腺瘤;5 例小肠良性肿瘤曾行纤结镜检查其中 1 例发现回盲部肠套叠,末端回肠新生物,活检为腺瘤;选择性腹腔动脉造影 3 例,诊断肿瘤并出血 2 例,阳性率 66.67%。

作者介绍:刘胜春(1968－),男,副教授,博士,主要研究方向:普外科及肿瘤外科。

维普资讯 http://www.cqvip.com

表 1 31 例小肠良性肿瘤的临床表现

	腹痛	黄疸	出血	呕吐	贫血	腹块	肠梗阻	肠套叠
分布								
十二指肠	6	1	4	3	1	0	1	0
空肠	7	0	7	4	7	2	3	4
回肠	8	0	5	2	4	3	6	5
腺瘤	4	1	2	0	1	0	2	1
平滑肌瘤	8	0	6	2	5	3	4	4
血管瘤	6	0	5	4	5	0	1	2
脂肪瘤	2	0	0	0	0	1	0	1
神经鞘膜瘤	3	0	1	2	0	1	2	0
错构瘤	0	0	1	0	1	0	1	0

表 2 31 例小肠良性肿瘤的病理类型与分布的关系

病理类型	例数	性别		部位		
		男	女	十二指肠	空肠	回肠
总例数	31	17	14	8	13	10
平滑肌瘤	10	6	4	2	6	2
血管瘤	8	3	5	0	3	4
腺瘤	7	4	3	5	2	1
神经鞘膜瘤	3	2	1	1	0	2
脂肪瘤	2	1	1	0	1	1
错构瘤	1	1	0	0	1	0

2 结 果

术前明确诊断 2 例,另有 8 例考虑小肠肿瘤,其余均在术中获病理诊断。病理类型平滑肌瘤 10 例,血管瘤 8 例,腺瘤 7 例,神经鞘膜瘤 3 例,脂肪瘤 2 例,错构瘤 1 例。其病理类型与部位的关系见表 2。

术前误诊为消化性溃疡 8 例,消化道出血 8 例,结肠癌 4 例,肠结核 2 例。本组病例中 1 例空肠平滑肌瘤合并结肠息肉;1 例十二指肠神经鞘膜瘤,4 例空、回肠平滑肌瘤合并十二指肠球部溃疡。所有病例中有 18 例为急诊手术,1 例十二指肠腺瘤行内镜摘除,1 例乳头区腺瘤行胰十二指肠切除,1 例十二指肠平滑肌瘤行摘除术,1 例十二指肠第二段起始部神经鞘膜瘤合并球部溃疡行毕Ⅱ式胃大部切除,其余病例均行肠切除术。1 例 88 岁患者平滑肌瘤合并肠梗阻术后死于心肺功能衰竭,其余病例恢复良好。

3 讨 论

原发性小肠肿瘤发病率较低,约占消化道恶性肿瘤的1% ~ 3.6%,其中良性肿瘤国外报道占 26.24% ,国内为 21.24% ~ 24.95%[1],本组为 22.46%(31/138)。良性肿瘤报道较少的原因可能是其发病率低,起病慢,病程长,症状不突出,易被忽视,待继发症状出现需要手术或施行其他手术始发现,甚至有报道尸检时才被发现[2]。本组 58.06%(18/31)出现继发症状于急诊手术时被诊断。国外报道好发部位依次为回肠、十二指肠、空肠;国内为空肠、回肠、十二指肠[1],本资料与国内报道一致。有作者认为十二指肠特别是胆胰管壶腹周围是小肠良性肿瘤的高发区域[3]。但魏常胜等报道 8 例十二指肠良性肿瘤仅 1 例位于乳头区[4]。本组 8 例十二指肠良性肿瘤 1 例位于该区。病理类型国外依次为腺瘤、平滑肌瘤、脂肪瘤、血管瘤、纤维瘤和神经源瘤,国内为血管瘤多于脂肪瘤。本组与文献不完全一致可能与病例数较少有关。

小肠良性肿瘤的临床表现为腹痛、消化道出血、腹块和肠梗阻。文献报道腹痛发生率 28.57% ~ 66.90%[2,3,5],本组 67.74%(21/31)。早期多为肿瘤牵扯,肠蠕动紊乱引起,晚期主要与肠套叠、肠梗阻及肿瘤囊性变并发感染等因素有关,本组 21 例有腹痛的患者中 19 例有肠套叠或肠梗阻。文献报道消化道出血占 29.5% ~ 75.71%[3,5],以平滑肌瘤(82.27%)和血管瘤(86.67%)为主。本组为 51.61%,其中平滑肌瘤 70.0%(7/10),血管瘤 75.0%(6/8),常表现为间断性血便,有的仅表现为慢性贫血,本组 1 例空肠多发性血管瘤患者血红蛋白为 34g/L。有文献报道入院时仅 25g/L 者。国内文献报道肠梗阻发生率 14.29%;国外的报道占 42%,且认为与肿瘤病理类型有关。本组为 32.26%(10/31),其中 90.0%(9/10)发生于空回肠,仅 1 例十二指肠降段神经鞘膜瘤致肠腔狭窄出现梗阻。此外尚有一些特殊的临床表现,如 1 例十二指肠乳头区腺瘤反复黄疸误诊为胆道疾病,亦有肿瘤囊性变并发感染、高热、白细胞增高而误诊为"败血症"的报道[5]。

由于小肠良性肿瘤临床表现缺乏特异性,往往诊断困难,本组术前符合率为 32.26%(10/31),其中空、回肠者术前诊断仅 2 例。对于出血患者,胃镜结合纤维结肠镜检查,常可将病变部位局限到小肠。对有不明原因的消化道出血、腹痛等症状,而常规胃镜、结肠镜,钡灌肠等检查结果阴性时,应进一步检查以排除小肠病变,如空肠近端及回肠远端可用小

维普资讯 http://www.cqvip.com

肠镜或经结肠小肠镜,Dykman[6]等报道应用 VSB-2900 小肠镜插入回肠中段可检查约 90% 的小肠粘膜。选择性腹腔动脉造影,尤其在小肠良性肿瘤出血时有助于诊断,本组检查 3 例 2 例确诊。有报道行动脉造影后手术,其肿瘤部位及病理诊断与造影的符合率为 85%~90%[5,7],且对平滑肌瘤、血管瘤等多血管病变,即使在出血间歇期因可显示肿瘤血管亦有诊断价值;尤其是血管瘤临床症状缺如,血管造影是特异性的检查手段。胃肠钡餐是检查小肠病变的常规手段,本组胃肠钡餐 12 例,5 例阳性,且其中 4 例位于十二指肠,可能由于十二指肠位置相对固定而空回肠肠袢迂曲重叠影响观察,此外肿瘤的生长方式如壁间型和腔外型也是其影响因素。近年来有学者提出经结肠小肠钡灌肠的诊断率高于胃肠钡餐[5]。

值得注意的是,消化性溃疡与小肠良性肿瘤同时并存时,后者往往被漏诊,本组 5 例均以溃疡并发症行急诊手术时确诊。有报道消化道出血患者行胃镜检查诊断为球部溃疡行毕Ⅱ型手术后仍反复出血,再行胃镜检查发现吻合口空肠侧平滑肌瘤伴活动性出血。因此消化道出血时尽可能急诊内镜检查,以排除溃疡出血或明确溃疡病变情况等,避免盲目切除。一旦出现出血与溃疡病变情况不一致时应高度怀疑小肠出血,有学者认为即使消化性溃疡出血明确,术中仍应常规检查小肠以排除小肠良性肿瘤及其他疾病同时出血的可能。各种辅助检查未发现病变而临床高度怀疑小肠病变时,剖腹探查仍是可靠的诊断方法。术中使用肠镜可提高诊断率,但应指出临床医生须认识到小肠病变多在粘膜下,探查时可能不能看到或扪到,本组 1 例探查时见距 Treitz 韧带 100cm 处肠腔内出血,用乙状结肠镜分别检查其近、远端各 100cm 未见异常,向远端间断切开探查 100cm 才发现血管瘤破裂出血。

小肠良性肿瘤中,平滑肌瘤的恶变率为 10%~20%;腺瘤被认为是癌前病变之一,其癌变率为 33.6%[8],易引起出血、梗阻等并发症。因此一旦发现均应及时经内镜或手术切除。对于十二指肠特别是乳头区的良性肿瘤,文献报道有局部切除及胰十二指肠切除等多种处理方式[9-11],本组 1 例经内镜摘除,2 例十二指肠肠段切除,3 例十二指肠切开肿瘤局部切除,1 例行胃大部切除,1 例乳头区腺瘤行胰十二指肠切除。所有病例除 1 例术后死于心肺功能衰竭外,其他术后恢复较好。近来有报道腺瘤及平滑肌瘤局部切除后 5 年复发率为 17%,本组 1 例空肠血管瘤术后 13 年再次出血,病理确诊仍为血管瘤。因此,临床医师应重视切除范围外,术后定期复查对进一步改善预后至关重要。

参 考 文 献

[1] 郑裕隆,赵乾元.我国原发性小肠肿瘤 10619 例统计分析[J].实用肿瘤学杂志,1993;(1):27-29.

[2] 陈易人,汪 良.国内小肠肿瘤近况[J].实用外科杂志,1991;11(8,9):437-439.

[3] 桑九高,李兆申,张文俊,等.小肠良性肿瘤 38 例临床分析[J].第二军医大学学报,1996;17(2):193-195.

[4] 魏常胜,王 宇,李建设,等.八例十二指肠良性肿瘤的诊治体会[J].中华外科杂志,2000;38(10):758-760.

[5] 王南下,尹朝礼,王天才,等.小肠良性肿瘤临床分析[J].中华消化杂志,1997;17(2):73-74.

[6] Dykman DD, Killian SE. Initial experience with the Pentax VSB-2900 enteroscope[J]. Am J Gastroenterol, 1993;88(4):570-573.

[7] Wagner HE, Stain SC, Gilg M, et al. Systematic assessment of massive bleeding of the lower part of the gastrointestinal tract[J]. Surg Gynecol Obstet, 1992;175:445.

[8] Sellner F. Investigations on the significance of the adenoma carcinoma sequence in the small bowel[J]. Cancer, 1990;66(4):702-715.

[9] Bryan M, Douglas S, Pierre D, et al. Local ampullary resection with careful intraoperative frozen section evaluation for presumed benign ampullary neoplasms[J]. Surgery, 2000;127(6):628-633.

[10] Barnes S, Lillemoe K, Kaufman H, et al. Pancreatico-duodenectomy for benign disease[J]. Am J Surg, 1996;171:131-135.

[11] Steven P, Lisa C, James K, et al. Safety and long-term efficacy of transduodenal excision for tumors of the ampulla of Vater[J]. Surgery, 2000;128(4):694-701.