DOI:10.16016/j.1000-5404.2003.04.041

经验交流

文章编号:1000-5404(2003)04-0366-02

成人肠套叠34例分析

Analysis of 34 cases of adult intussusception

张 帆,姜 军,郑乃国,张 毅,韩晓蓉 (第三军医大学附属西南医院普通外科,重庆 400038)

成人肠套叠发病率低,占全部肠梗阻病例的1%~6%[1,2],占全部肠套叠病例5%~26.4%[2~4]。本组34例成人肠套叠占同期住院83例肠套叠的41.0%,现报告如下。

1 临床资料

1.1 性别与年龄

男性20例,女性14例。年龄18~63岁,平均40岁。

1.2 临床表现

病程5 d以内8例,5~14 d 5例,14 d以上21例,最长2年,最短20 h,平均106 d。腹痛33例,恶心呕吐21例,呕吐蛔虫1例,腹泻11例,肛门停止排气排便及便秘9例,血大便11例,明显体重下降7例,腹膜刺激征阳性21例,腹部包块21例,肠鸣音改变18例(其中亢进14例,减弱4例),另有一回结肠套叠病例,其套叠肠管自肛门脱出6 cm。其中同时具有腹痛、呕吐、血便、腹部包块等典型肠套叠表现者仅3例。

1.3 诊断

术前13例明确诊断为肠套叠,4例考虑肠套叠可疑。术前未考虑肠套叠占17例,其中肠梗阻7例,结肠癌2例,腹部包块2例,便血待查2例,腹膜炎、胃扭转、卵巢囊肿扭转及阑尾周围脓肿各1例。

1.4 治疗

1例行钡灌肠复位成功。2例因入院时一般情况及心肺功能差,于住院行支持治疗期间衰竭死亡,该2例均经钡灌肠确诊为回结肠套叠。余31例均行手术治疗。手术方式:手法复位7例;肠管切除吻合24例,分别为部分空肠2例,部分回肠5例,回盲部3例,右半结肠11例,右半结肠加横结肠1例,部分横结肠2例。

1.5 病因及病理

套叠类型:小肠型10例,小肠-结肠型20例,结肠型4例,2例逆行套叠,其余皆为顺行套叠。有明确器质性病变28例,其中肿瘤16例,良恶性各8例。另有可疑结肠肿瘤2例(钡灌肠发现结肠内有充盈缺损)。无病因可循者4例。

1.6 结果

行保守治疗的3例中2例因衰竭死亡。手术组无手术死亡。术后切口感染2例,肺部感染1例。1例行横结肠部分切除7 d后出现结肠瘘,经保守治疗而愈。1例行右半结肠切除8 d后出现吻合口瘘,急诊行小肠肠吻合处造瘘,术后4月关瘘成功。

2 讨论

2.1 病因

成人肠套叠与儿童肠套叠不同,多由肠道器质性病变引起,文献[1~4]报道63%~93%的成人肠套叠具有引起套叠的器质性病变,其中33%~51%为恶性肿瘤。本组明确由器质性病变引起有28例,占82.4%。其中恶性肿瘤8例,占器质性病变的28.9%。肠道器质性病变可经以下几方面作用于肠套叠:①堵塞或压迫肠腔,引起肠道内容物通过障碍,致肠道运动紊乱;②肠道及附近器官炎症可引起局部肠道痉挛或麻痹,导致肠道功能紊乱,同时,此类炎症常因肠壁水肿及瘢痕等致肠腔狭窄;③器质性病变所致肠道出血,可影响肠道运动;④作为起套点,在紊乱的肠运动推动下,导致肠管向内翻卷形成套叠[5]。本组两例剖腹术后肠套叠,显然与术后肠道功能紊乱及肠粘连等有关。文献[2,3,6]报道特发性肠套叠占成人肠套叠的6.6%~37%,本组无明确病因可循者4例,占全组的11.8%。

2.2 临床表现与诊断

成人肠套叠临床表现复杂,本组同时具有腹痛、呕吐、血便、腹部包块典型肠套叠表现者仅3例(8.8%)。最常见症状为腹痛,本组除1例无腹痛症状外,其余均有程度不同的腹痛。其他常见临床表现有恶心呕吐、腹部包块、腹膜刺激征、肠鸣音改变、腹泻、便血、肛门停止排气排便及便秘等。

成人肠套叠术前确诊困难,多数病例在剖腹探查术中方可确诊,术前确诊率在15%~40%[2~4,7],本组术前确诊为肠套叠13例,占38.2%。目前多数作者认为成人肠套叠首选辅助检查为腹部CT[1,3,8],确诊率78%~100%[1,3,9],本组3例行CT检查,均确诊为肠套叠。典型的CT表现为靶征、彗星尾征及腊肠样结构[1,7]。消化道造影常有助于诊断,尤其钡灌肠对有结肠参与的成人肠套叠意义较大,它在肠套叠中的典型表现为杯口样影像,本组10例行该检查,有6例确诊。钡餐在肠套叠的典型表现为弹簧状影、线状影,本组6例行该检查,1例确诊。有作者认为超声检查对成人肠套叠有较大意义[2,10],其典型表现包括靶征、假肾征、同心圆征、套筒征等,由于其有费用低、无创性、可反复使用等特点,有作者推荐其为肠套叠首选检查方法[2]。但由于肠套叠时,肠道内积气较正常多,可干扰超声诊断,本组9例行超声检查,仅1例获得诊断。结肠镜检对诊断常有帮助[10],本组6例曾行该检查,2例获肠套叠诊断。腹部

作者简介:张 帆(1977—),男,贵州省瓮安县人,硕士,医师,主要从事普通外科疾病方面的研究 电话:(023)65387389

收稿日期:2001-12-20;修回日期:2002-06-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

平片常可得到肠梗阻诊断，但对肠套叠而言，并不能提高其术前确诊率。有个别报道血管造影及放射性核素扫描对肠套叠诊断准确性高[3]，本组未使用以上检查，且缺乏大宗报道，故其使用价值尚待研究。由此，我们认为，如怀疑成人肠套叠者，首选辅助检查为腹部 CT，如 CT 未能明确诊断，可据情况选择消化道造影、超声或结肠镜检查。

2.3 治疗

成人肠套叠基本治疗方法为手术治疗，其争议主要集中在肠切除术前套叠肠段手法复位的必要性上。由于该病相当部分为肠道恶性肿瘤引起，故部分作者认为不应行手法复位[1,3]，因其可能引起恶性肿瘤血行转移、肠道内播散及促使肠穿孔。我们认为：①如术前或术中探查明确为恶性肿瘤引起肠套叠者，不应手法复位，直接行包括肿瘤淋巴引流的肠切除术；②如术中发现套叠严重、复位困难及有明显肠壁血供不良或坏死者，不应手法复位，应直接行相应肠段切除；③如肠管易于复位且血供良好，可先行复位，再根据探查情况决定是否行肠切除术。另外，在本组肠切除后肠吻合病例中，术后 2 例发生肠瘘，分别为回肠横结肠吻合及横结肠端端吻合，故对有结肠参与的套叠患者，应慎重决定是否行切除套叠肠段后直接吻合。此外，应慎重应用钡灌肠治疗成人肠套叠，因多数患者不能排除恶性疾病可能，且钡灌肠有致肠穿孔风险。本组 1 例行钡灌肠检查后套叠复位，患者出院 10 个月后症状复发，手术探查证实为肠系膜根部巨大淋巴瘤，故我们不赞成用钡灌肠治疗成人肠套叠。

关键词：成人；肠套叠

中图法分类号：R574.3 文献标识码：B

参考文献：

[1] Leon K E, John D C, Arthur H A. Intussusception in Adults: Institution Review[J]. J Am Coll Surg, 1999, 188(4): 390.

[2] 黄 迅. 成人肠套叠 43 例临床分析[J]. 北京医科大学学报, 1993, 10(3): 123.

[3] Azar T, Berger D. Adult intussusception[J]. Ann Surg, 1997, 226(2): 134-4.

[4] 李纪伦，杨春明. 成人肠套叠(附 44 例分析)[J]. 大连医科大学学报, 1995, 17(3): 187.

[5] 姜 军，詹新恩，王代科，等. 成人肠套叠 70 例分析[J]. 医师进修杂志, 1986, 6( ): 46.

[6] Huang W S, Changchien C S, Lu S N. Adult intussusception: a 12-year experience with emphasis on etiology and analysis of risk factors[J]. Changgeng Yi Xue Za Zhi, 2000, 23(5): 284.

[7] 陈宗静，王玉明. 成人肠套叠 13 例临床分析[J]. 浙江医学, 1999, 21(11): 680.

[8] Gayer G, Apter S, Hofmann C. Intussusception in adults: CT diagnosis[J]. Clin Radiol, 1998, 53(1): 53.

[9] 于吉人，梁廷波，郑树森，等. 成人肠套叠 12 例诊治分析[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(8): 484.

[10] Begos D, Sandor A, Modlin I. The diagnosis and management of adult intussusception[J]. Am J Surg, 1997, 173(1): 88.

（编辑 张 宁）

文章编号：1000-5404(2003)04-0367-02

经验交流

胃恶性间质瘤 1 例

A case report of gastric malignant stromal tumor

刘祥德[1]，冯俊明[2]，别 平[1]（第三军医大学附属西南医院：[1]全军肝胆外科研究所、西南肝胆外科医院；[2]病理学研究所，重庆 400038）

胃肠道间质瘤(Gastrointestinal stromal tumors, GISTs)的研究是目前消化道临床病理学的热点[1,2,3]，由于临床上对 GIST 认识不足，常使 GIST 的确诊和及时治疗遇到困难，在会诊、临床病理讨论会及读片时 GIST 也常常成为争论病例。现报告 1 例胃恶性间质瘤，并结合文献复习，以提高对本病的认识。

1 临床资料

男，66 岁，因上腹部疼痛 1 周入院。1 周前出现腹部剧痛，对症治疗后变为上腹持续隐痛不适，无恶心、呕吐、呕血、黑便，体重无明显改变。查体：上腹部可触及一巨大包块，表面光滑，质中，活动性差。BUS、CT 均提示上腹部肿块，与肝脏关系密切，来源不明，胃镜示胃小弯及胃窦部一弧形压迹，胃粘膜正常。手术所见：胃前壁小弯侧一巨大包块，约 20 cm× 18 cm× 15 cm，质软，与周围组织肝脏、胃、十二指肠韧带疏松粘连，大网膜上有数个 0.5~2.5 cm 转移灶，左结肠旁沟处腹膜一 0.8 cm 转移灶。行远端胃大部切除术，空肠输入、出袢 Braun 式吻合，大网膜切除及周围淋巴结清扫。病理检查：肿块大小为 15 cm× 15 cm× 15 cm，包膜完整，切面灰白色，中央有出血坏死，瘤细胞呈梭形或多边形，核圆或卵圆形，易见核分裂像，梭形细胞胞浆丰富，呈漩涡状、编织状或鱼骨样排列，间质血管丰富并显粘液变及透明变性。免疫组化染色 Vimentin(+)，CD34(+)，Desmin、Actin、NSE、S-100 均呈灶状阳性，CK 阴性。诊断为胃恶性间质瘤。

作者简介：刘祥德(1969—)，男，山西省临汾县人，博士，主治医师，主要从事肝胆胰外科的临床和基础方面的研究。电话：(023)68754776

收稿日期：2002-02-17；修回日期：2002-07-16

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net