DOI:10.16016/j.1000-5404.1993.03.033

例白血病转化率为45.1%，转化率高低与类型有关，分别为 RA 6.25%，RAS 12.5%，RAEB37.5%，CMLL57.1%，RAEBT 77.2%[3]。汪洪毅等报道的100例白血病转化率为8%[4]，本组病例白血病转化率为36.4%(4/11)。转化的4例白血病均具有以下特点：(1)与一般急性白血病相比临床症状较轻，仍以贫血为主要表现；(2)形态学分类均为 ANLL(M_2)型；(3)骨髓象仍保留 MDS 阶段病态造血特点；(4)转化过程中骨髓原加早比例逐渐增高，即经历从 RAEB→RAEBT→ANLL 的演变，从而提示 MDS 即为白血病前期，FAB 分型中的 RA、RAEB、RAEBT 为疾病的不同发展阶段，而不是独立的一型[2]。

MDS 目前尚无有效治疗方法，从本文病例可见 RA、RAS 两型在积极支持疗法配合下，使用丙睾、强的松、大剂量 VitB6等有一定疗效。RAEB、RAEBT 型疗效差，但即使已转化为 ANLL，仍应不失时机的应用联合化疗，其可使部分病人得到短期缓解。

关键词 骨髓增生异常综合症；病态造血；丙酸睾丸酮；强的松

参考文献

1. Bennett JM, Catovsky D, Daniel MT, et al. Proposals for the classification of the MDS. Brit J Hematol, 1982; 51: 189
2. 杨崇礼 李来全 陈文杰，等。白血病前期骨髓象血象的改变。中华血液学杂志，1986；7(9)：515
3. Economopoulos T, Stathakis N, Foudoulakis A, et al. Myelodysplastic syndrome: analysis of 131 cases according to the FAB classification. Eur J Hematol, 1987; 38: 338
4. 汪洪毅 翁维权 于竹英，等。骨髓增生异常综合症100例分析。中华血液学杂志，1987；8(9)：546
5. Tricot G, Wolf-Peeters C, DeHendrickx B, et al. Bone marrow histology in myelodysplastic syndromes. Brit J Hematol, 1984; 57: 423

(收稿：1992-04-01；修回：1993-04-14)

小肠型肠套叠的诊断和治疗

姜 军 詹新恩 王代科* (第三军医大学西南医院普通外科) 630038

小肠型肠套叠临床上较少见，其病因和临床表现与婴幼儿回结型肠套叠有很大差别，在外科急腹症中诊断常较困难。我院自1959年1月到1989年1月30年间共收治14例，报告如下，着重对其病因和诊断等问题进行分析、讨论。

1 临床资料

本组男性7例，女性7例。年龄15～64岁，平均35.7岁。原发性肠套叠11例，肠道手术后肠套叠3例。病程12 h 到1年，其中3 d 以内4例，7～14 d 3例，14 d 以上7例。3例术后肠套叠分别于术后2、5 d 和6月后发生。临床表现：均有腹痛，多为阵发性绞痛或持续性胀痛；肠鸣音亢进伴肠型13例；腹部包块11例；呕吐10例；停止排便、排气4例；解大量血便1例。X 线检查：腹部透视或摄片13例，均提示有不同程度肠梗阻；消化道钡餐3例，1例诊断为小肠型肠套叠，1例空肠肿瘤，1例高位肠梗阻。钡灌肠4例，1例无异常发现，3例见小肠区肿块阴影。术前诊断：不完全性肠梗阻6例，完全性肠梗阻4例，十二指肠淤积症1例，空肠肿瘤1例，小肠型肠套叠1例，卵巢囊肿蒂扭转1例。治疗及结果：全组均经手术治疗，急诊手术4例，择期手术10例。术中见套叠位于空肠5例、回肠9例，均为顺

* 大坪医院普通外科

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

蠕动套叠。小肠套入20～150cm不等。套叠头部有小肠坏死8例(57%)。均行部分小肠切除术。术后3例伤口感染,均恢复良好,无手术死亡,无肠套叠复发。病因及病理检查结果:3例术后肠套叠中1例为蛔虫性肠梗阻切开取虫术后2 d肠套叠,1例为粘连性肠梗阻行粘连松解术后5 d肠局部陈旧性粘连及狭窄致肠套叠。1例为小肠肿瘤行肠切除术后6月,吻合口狭窄致肠套叠。11例原发性肠套叠中1例回肠网织细胞肉瘤,1例空肠平滑肌肉瘤、1例小肠多发性网织细胞肉瘤、1例空肠平滑肌型错构瘤、2例小肠粘膜下纤维瘤、1例多发性回肠腺瘤、1例血管纤维增生性息肉、1例局限性小肠炎、1例空肠慢性溃疡、1例为慢性肾小球肾炎伴腹水。

2 讨论

2.1 发病率

小肠型肠套叠发病率较低,几乎均发生于成人。国外报告[1,2]小肠型肠套叠占成人肠套叠的46%～64%,国内少见报告。我院同期收治成人肠套叠66例,小肠型14例,占21.2%,较国外报告低。

2.2 病因

小肠型肠套叠可分为原发性和术后肠套叠二类,其病因各不相同。多数认为肿瘤是原发性小肠套叠的主要原因。Weilbaecher[1]等复习美国20年间原发性成人小肠套叠76例中良性肿瘤21例、恶性肿瘤18例,共占51.3%。本组原发性小肠套叠11例中良性肿瘤5例、恶性肿瘤3例,共占72.7%。本组同期手术治疗的成人回结型和结结型肠套叠47例中,仅5例为肿瘤所致(10.6%)。可见原发性小肠套叠因肿瘤所致者明显高于其它类型肠套叠。本院同期收治小肠肿瘤共40例,伴发肠套叠达20%,因此,原发性小肠套叠可作为术前诊断小肠肿瘤的重要线索。

另3例原发性小肠套叠分别是局限性小肠炎、溃疡和尿毒症腹泻所致,与炎症刺激引起肠功能紊乱、肠管运动失调等因素有关。

术后肠套叠仅见零星报告,多与手术处理不当有关。有因用塑料管肠管输液致小肠套叠[3],胃大部分切除术后吻合口连续缝线不全脱落致肠套叠[4],因肥胖症行小肠短路术后肠套叠及局限性肠炎部分肠切除吻合、蛔虫性肠梗阻切开取虫后肠套叠等[5,6]。本组3例术后肠套叠,1例因蛔虫性肠梗阻手术取虫后2 d发生空肠套叠,术中见套叠肠管内有蛔虫,考虑系蛔虫扰动致肠功能紊乱,局部痉挛等所致。另2例为小肠手术后肠吻合口、肠减压处狭窄、粘连形成套叠。

2.3 诊断

因本病较少见,症状变化大且缺少回结型肠套叠的临床特征,术前常不易确诊。分析本组病例,其误诊原因可能与下列因素有关:(1)病人常以不同程度的肠梗阻症状就诊,尤其大多为不完全性肠梗阻,亚急性起病,且常可经胃肠减压等保守治疗而暂时缓解,而易被临床医生忽略。本组病程在14 d以上7例,占50%;有1例反复发作不完全性肠梗阻在多家医院辗转诊治达1年之久。(2)本病的腹部包块常非真正肿瘤肿块所致,而是套叠及其近端膨大的肠管,故可随阵发性腹痛而增大,缓解期缩小甚至消失,且包块部位多不固定,易被误诊为肠痉挛。(3)小肠型肠套叠伴血便少见。在婴幼儿肠套叠中绝大多数伴有粘液血便,为临床诊断的重要依据之一;成人回结型和结结型肠套叠伴血便占37%～43%[7];而本组小肠型肠套叠仅1例血便(7.1%),与其它类型肠套叠明显不同。临床上可因对其特殊性认识不足而致误诊。(4)术后近期肠套叠因腹部切口疼痛、腹肌紧张,检查不确实。本病症状易与肠麻痹、肠功能恢复期痉挛及肠粘连等症状混淆,较易误诊。

鉴于小肠型肠套叠肿瘤伴发率高,未及时处理则肠坏死率高,应予充分重视。我们体

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

会，遇下列情况应考虑本病：(1)不明原因的部分性小肠梗阻，本组13例 X 线检查均有不同程度肠梗阻征象。(2)腹部包块，尤其随腹痛变化的包块。本组11例，占78.6%。肠梗阻和可变腹部包块为原发性小肠套叠最常见的症状，如两征并存尤应警惕。(3)凡肠道手术后，胃肠功能恢复期或恢复后又出现不典型肠梗阻时应考虑本病。一般术后近期麻痹性或粘连性肠梗阻常在腹腔污染严重或手术范围广泛的手术后发生，术后肠蠕动恢复迟缓，伴腹痛、腹胀，并在此基础上逐渐加重出现肠梗阻症状。而术后肠套叠则常发生在术后肠功能恢复期或恢复后，突然发作腹部阵发绞痛，且腹胀出现较晚，可助鉴别。对可疑病例，如情况允许行稀钡钡餐或水溶性造影剂胃肠造影可有助诊断。本组术前钡餐3例，1例为肠套叠、1例空肠肿瘤、1例高位小肠梗阻。钡灌肠检查可除外结肠病变而提示小肠病变。本组钡灌肠4例，3例在结肠造影剂的衬托下见小肠肿块影，有一定诊断价值，并为手术提供了依据。有报告[8]小肠套叠在 B 超声像图上表现为具同心圆交替排列的低回声团块，有助诊断。另有报告[9]，对疑难病例，选用小肠镜检查或选择性肠系膜上动脉造影，能提供直接或间接诊断依据。对亚急性或慢性不完全性小肠梗阻而不能确诊者，应予剖腹探查，以获诊治。

2.4 治疗

小肠型肠套叠需尽早手术治疗，以免发生肠管坏死和恶性肿瘤扩散。手术方式取决于病因、病变部位、范围、肠壁是否坏死、穿孔和病人的全身情况。对已诊断明确的恶性肿瘤或套叠肠管已坏死者，应予一期切除而不行复位术。对套叠长而无明显坏死者，一般以部分复位加肠切除吻合为宜。小肠型套叠因肠管腔细、套叠紧、水肿明显，完全复位常有困难，且多有器质性病变，若强行推挤以求完全复位则有致肠穿孔和促使恶性肿瘤细胞转移之忧。对小肠恶性肿瘤或肉眼不能判定良恶性性质者，应距肿瘤两端各10cm 切除肠管、所属系膜和肿大淋巴结。并行术中冰冻切片病理检查，以保证根治性切除原发恶性肿瘤及淋巴结转移灶。另外，本组有2例多原发性肿瘤，故术中应仔细检查胃肠道，以免遗漏病变。必要时可行术中纤维肠镜检查。本组均行部分肠切除吻合术，疗效满意。

关键词 肠套叠；肠，小

参考文献

1. Weilbeacher D, Solin JA, Hearn D, et al. Intussusception in adults-Review of 160cases. Am J Surg, 1971; 121: 531～535
2. Reijen HAM, Jooslen HJM, Boor HHM. Diagnosis and treatment of adult intussusception. Am J Surg, 1989; 158: 25～28
3. 刘克武 夏中玉。塑料管肠道输液所致肠套叠4例报告。中华外科杂志，1980; 18: 557～558
4. 何庆常。术后肠套叠4例报告。四川医学，1985; 5: 284～285
5. Starkloff GB, Shively RA, Gregory JG. Jejunal intussusception following small bowel bypass for morbid obesity. Ann Surg, 1977; 185: 386～390
6. Sarr MG, Nagorney DM, Mcllrath DC. Postoperative intussusception in the adult. Arch Surg, 1981; 116: 144～148
7. 姜 军 詹新恩 王代科，等。成人肠套叠70例分析。医师进修杂志，1986; 10: 46～47
8. 仇吉生 池秀坤。应用实时 B 超诊断肠套叠。中华放射学杂志，1985; 6; 331～333
9. 李良镒。内窥镜在消化系统疾病中的应用。天津：天津科学技术出版社，1984

(收稿：1992-08-05；修回：1993-03-24)

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net