DOI:10.16016/j.1000-5404.1992.01.005

left ventricular strike work index, right ventricular strike index and femoral arterial pressure were maintained at a level more than 50% of the normal and were gradually restored. Their pulmonary artery wedge pressure was larger than 1.3 kPa. ALT and LDH were increased but never exceeded the preburn level. DB, TB, UN, Cr, PaO_2, $P(A-a)O_2$ were maintained in the normal range. MDA, RCR, ADP/O, ATP, positive blood culture rate, mortality rate and morbility of multiple organ failure were all lower than those of the delayed conventional infusion group.

It is believed that in the early stage of burn injury, the development of multiple organ failure can prevented effectively with immediate infusion and partially with delayed fast infusion while delayed conventional infusion exerts no protection at all.

Key words burns/TH; multiple organfailure/PC; shock; fluid therapy

小肠腺肌瘤性错构瘤4例报告

于冬梅 柳凤轩（第三军医大学西南医院 病理科）630038

小肠腺肌瘤性错构瘤是一种少见的良性肿瘤，我科近年遇到4例，现报告如下：

例1，男，50岁。上腹部间断性隐痛4年，加重解柏油样大便2d。查体：左上腹压痛，剑下及肝曲下2cm轻叩痛。手术所见：肿瘤位于十二指肠球部后壁，行肿瘤全切除。

病理检查：巨检：次全切除胃及十二指肠，在十二指肠球部粘膜下见有瘤组织突入腔内，大小3cm×3cm（图1）。镜检：肿瘤表面被覆十二指肠粘膜。在粘膜下，肌层内见增生的Brunner's腺体，呈分叶状，上皮呈立方或低柱状，分化好，部分腺体呈囊状扩张，腺体周围见平滑肌束。

病理诊断：十二指肠腺肌瘤性错构瘤。



图1 肿瘤位于肠腔内，表面被覆粘膜

例2，男，24岁。因上腹痛21h，伴呕吐咖啡色液体4次入院。查体：全腹压痛伴反跳痛。手术所见：十二指肠球部前壁有一约0.5cm×0.5cm大小穿孔溃疡，回肠腔内见有一息肉状肿物突入腔内。

病理检查：巨检，蚕豆大小卵圆形组织1块，切面灰白色。镜检：肿瘤表面覆以正常的肠粘膜，位于粘膜下层，瘤组织内主要有2种成份构成，1种为分化良好的高柱状上皮构成的腺管样结构，部分管腔上皮呈乳头状增生或扩张呈囊状，另1种成份为分化良好的平滑肌组织，呈束状排列，围绕着腺管周围（图2）。

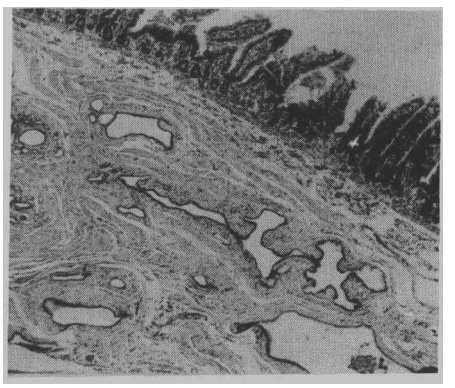


图2 肿瘤表面为正常的肠粘膜，瘤组织位于粘膜下，由分化好的腺体及丰富的平滑肌组成

（下转25页）

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

sarcolemma.

3. The coupling between the subsarcolemmal SR and the subsarcolemmal transverse tubules.

The significance of the findings was discussed.

Key words glucosephosphatase; muscle/UL; sarcoplasmic reticulum; rat

---

（上接14页）

例3，女，48岁，上腹部隐痛30余年，加重月余入院。查体：右上腹轻度压痛。手术所见，空肠距屈氏韧带25cm处发现包块切除。

病理检查：巨检：灰白色组织3cm×3cm，表面为肠粘膜。镜检：组织学形态改变与例2相同。

例4 男，10岁。因腹痛、腹胀入院。查体：腹部压痛。手术所见：术中发现肠系膜淋巴结肿大，空肠包块切除。

病理检查：巨检：切除肠组织1段，3.5cm×2.5cm，粘膜下见瘤组织2cm×2.5cm。镜检：组织学形态改变与例2相同。

讨　论

小肠腺肌瘤性错构瘤是一种少见的小肠良性肿瘤，Silberman等报告小肠良性肿瘤34例中，腺肌瘤性错构瘤仅有3例[1]，国内近年文献仅有少数个案报告[2]。我院14年内有小肠良性肿瘤9例，其中腺肌瘤性错构瘤4例。

该肿瘤临床主要表现腹胀及消化道出血等非特征性症状，故临床诊断较困难。本组4例临床上分别诊断为平滑肌瘤，肠憩室，十二指肠术后粘连及空肠包块待查。文献上有时误认为其它肿瘤而手术。因此肿瘤主要依靠病理检查确诊。根据本组观察和结合文献[3]，胃肠道腺肌瘤性错构瘤的病理诊断依据是肿瘤部位及组织成份，即肿瘤组织位于粘膜下层及肌层，内有已分化的或尚未分化的腺组织，腺上皮多为柱状上皮，构成腺管或大的囊腔状结构，有的为低柱状或立方形，分化好的Brunner型上皮，构成小圆形腺体，腺体内或腺体周围组织均为平滑肌束构成。本组4例均符合上述诊断标准。一般情况下根据此标准诊断并不困难，但在冰冻切片诊断时应与高分化腺癌相区别，后者腺管上皮有异形性，其腺管周围无成束的平滑肌组织包绕，而为增生的纤维组织。

关于腺肌瘤性错构瘤的组织发生，目前尚未完全明确，Stewart等认为发生于胃的腺肌瘤是胚胎发育时，上皮芽迷走在胃壁内，分化成胃的腺肌瘤，由增生Brunner's腺和迷走胰腺[3]构成。Ulich等[4]认为小肠腺肌瘤性错构瘤是胰腺管异位伴平滑肌组织增生。根据本组4例组织学改变，我们认为小肠腺肌瘤性错构瘤符合上皮芽迷走在肠壁分化成腺肌瘤。

关键词 错构瘤；肠肿瘤

参 考 文 献

1. Silberman H, Crlrhlow RW, Caplan HS. Neoplasm of the small bowell. Annal Surgery 1974;2(180):157
2. 俞和济。十二指肠错构瘤一例报告。中华外科杂志 1981;3(19):172
3. Goldberg HI, Margulis AR. Adenomyoma of the stomach: Report of a case. Am J Roentgenology 1966;96:382
4. Ulich TR, Kollin M, Simmons GE. Adenomyoma of the papill of vater. Arch Pathol Lab Med 1987;111:388

（收稿：1991-06-29；修回：1991-11-28）

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