DOI:10.16016/j.1000-5404.1987.04.011

原发性小肠肿瘤45例临床诊断分析

林水金 王代科 （第一附属医院 普外科）

提 要 原发性小肠肿瘤少见，约占消化道肿瘤的1.5%～2%。术前明确诊断困难。本文对我科1960年1月～1984月12月收治的45例的临床诊断进行了分析。文献报道误诊率为30.8～88%，本组为68.8%。误诊原因：（1）小肠肿瘤缺乏特征性的临床表现；（2）缺乏特有的诊断方法；（3）缺乏对小肠肿瘤的警惕性。本文强调了重视临床表现及提高对小肠肿瘤警惕的重要性。

关词键 原发性小肠肿瘤；诊断；误诊率

原发性小肠肿瘤（以下简称小肠肿瘤）临床上少见，明确诊断较为困难。现对我院1960年1月～1984年12月收治的45例（均经手术和病理证实）的临床诊断问题作一分析。

临 床 资 料

男34例，女11例，男女之比约为3:1。年龄12～70岁，平均41岁。良性肿瘤13例，恶性肿瘤32例，良恶性之比约为1:2.5。余见表1、2。

讨 论

发病率：小肠占全部胃肠道长度的70～80%，但小肠肿瘤仅占消化道肿瘤的1.5%[1]或2%左右[2]。其中小肠恶性肿瘤占胃肠道的0.8～8%[3]。本组恶性肿瘤较良性常见，与文献报道的基本一致。

误诊情况与误诊原因：本组完全没有想到肿瘤者19例。拟诊为腹腔或胃肠肿瘤者26例，其中于术前确诊为小肠肿瘤者14例，误诊率为68.8%。文献报告误诊率为65～100%[7]。未确诊的31例中，有16例分别以慢性不全性肠梗阻（7）、腹内结核（4）、溃疡病出血（2）、胆石症（1）、卵巢肿瘤（1）及子宫肌瘤（1）行剖腹探查而证实为小肠肿瘤；有15例分别以急性肠梗阻（10）、卵巢囊肿蒂扭转（2）、小肠穿孔（1）、急性阑尾炎（1）及消化道大出血（1）行急症手术而明确诊断。误诊原因是：1．小肠肿瘤缺乏特征性的临床表现；2．对小肠肿瘤缺乏特有的诊断方法；3．对小肠肿瘤缺乏警惕性，这是造成误诊的主要原因。

表1 肿瘤的种类与分布

	肿瘤种类	十二指肠	空肠	回肠	共计
恶性	恶性淋巴瘤	1	4	10	15
	平滑肌肉瘤		7	2	9
	腺癌	4	1	3	8
	共计	5	12	15	32
良性	平滑肌瘤	3		1	4
	纤维瘤		2	2	4
	腺瘤			2	2
	平滑肌型错构瘤			1	1
	血管瘤		2		2
	共计	3	4	6	13

表2 主要临床表现

临床表现	例数	
	良性	恶性
腹痛	10	29
呕吐	6	18
纳差	9	31
体重下降	5	27
贫血	5	28
腹块	7	25
梗阻	8	13
	（套叠6）	（套叠1）
黑便	6	17
大量血便	2	1
*隐血阳性	3/5	12/13

*除因急症手术未检查外。良性肿瘤查5例有3例阳性；恶性肿瘤查13例有12例阳性。

提高诊断率的体会：1．重视临床表现。本组最常见的早期临床表现是腹痛，多

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

为脐周隐痛；纳差及体重下降。如上消化道钡餐、纤维胃镜检查及钡灌肠、纤维结肠镜检查未发现异常，即应想到有小肠肿瘤的可能。如同时伴有下列情况之一者，则应高度怀疑为小肠肿瘤。1）不明原因的贫血；2）反复黑便或大量血便。多为平滑肌瘤和平滑肌肉瘤所致；3）大便隐血试验反复阳性；4）腹痛进行性加重或突然加剧，多系肿瘤引起慢性不全性或急性肠梗阻所致；5）有腹块者。2．消化道钡剂造影及纤维内窥镜、血管造影等检查对诊断均有重要帮助[4][5][6]。本组有14例为术前确诊，其中10例是通过钡剂造影（7）和纤维内窥镜检查(3)确诊。钡剂造影是本组确定诊断的主要方法。口服少量钡剂（100 ml左右），对小肠逐段检查，可提高诊断率。纤维胃镜对诊断十二指肠肿瘤有重要作用；纤维结肠镜对已侵犯结肠的小肠肿瘤以及回肠末段肿瘤的诊断有帮助。3．对反复黑便，术前诊断为胃十二指肠溃疡，而在术中未发现病变或病变难以解释为出血原因的病例，一定要全面、细致地探查小肠。本组2例因反复黑便，以溃疡病行胃大部切除术。术后仍反复黑便，经再手术发现，分别为空肠粘膜血管瘤、空肠平滑肌肉瘤。

参 考 文 献

1. David CS. Davis-Christopher Textbook of Surg. 10ed. Philadelphia; WB Saunders Company. 1972; 901
2. 黄家驷，等。外科学。北京：人民卫生出版社，1982:683
3. 肃奕成，等。原发性小肠恶性肿瘤。肿瘤 1985; 5(1):37
4. 陆星华，等。原发性小肠肿瘤97例分析。中华内科杂志 1986; 25(1):31
5. 《实用肿瘤学》编辑委员会。实用肿瘤学（第二册）。北京：人民卫生出版社，1979:47
6. Arnola Waid, et al. The role of fiberoptic endoscopy in the diagnosis and management of duodenal neoplasms. Am J Dig Dis 1975; 20:499
7. 李继光，等。原发性小肠肿瘤8组（277例）摘要报告。实用外科杂志 1985; 5(3):131

A Clinical Analysis of 45 Cases of primary Small Bowel Tumors

Ling Shuijin and Wang Daike (Department of General Surgery, First Teaching Hospital, Third Military Medical College)

Primary tumors of small intestine are rarely eucountered clinically and account about for 1.5-2% of all the gastrointestinal tumors. It is quite difficult to establish the diagnosis preoperatively. In a 25-year-period from January 1960 to December 1984, 45 patients with primary small bowel tumors were admitted to this institute, and their clinical data were analyzed. The rate of wrong diagnosis was 68.8% in this series as compared with 65% to 100% reported in the literature. The causes of misdiagnosis were as follows:

1. There is usually no characteristic clinical sign.
2. No specific diagnostic procedures are available.
3. The clinicians do not have enough vigilance with this disease because of their rarity.

It is emphasized that clinicians should be familar with the clinical signs and alert on the possibility of the disease.

Key words: Primary small bowel tumor; Diagnosis; Misdiagnostic rate

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