DOI:10.16016/j.1000-5404.1981.01.018

原发性小肠肿瘤21例临床报导

一院内科　李光瑞　徐采朴　刘为纹

原发性小肠肿瘤属少见疾病，临床易于误诊，现将我院经手术或纤维内窥镜，病理证实的21例（不包括小肠系膜原发性肿瘤和壶腹肿瘤）作一报导，并加上国内的190例，共211例综合分析，结合国外文献约980例加以讨论。

讨　论

一、发病率　原发性小肠肿瘤仅占消化道肿瘤的1.3—8%[1][2][6][7]。国内[1][5]曾报导约190例，我院近30年来收治21例。

二、性别及年龄　国外文献[8]，男女之比约为1.7:1，国内为2:1。发病年龄，国外统计40岁以上明显增多，60岁者占34%，年龄最小者20个月，最大者83岁，平均56岁。我们统计国内有年龄记载的196例结果，良性肿瘤组50%及肉瘤组之68.7%患者年龄均在40岁以下，反之，癌肿组之62.5%患者年龄在40岁以上，说明小肠癌发病年龄较肉瘤及良性肿瘤为高。

三、肿瘤的种类[8][9]　小肠恶性肿瘤共35种之多，常见的有腺癌（占36～46%），类癌（占21～23%），淋巴肉瘤（占18～19%），平滑肌肉瘤（占13～14%）。我们统计了（表1）国内有明确分类之211例结果：良性20例，占9.4%，肉瘤171例，占81.2%，（除4例平滑肌肉瘤，1例梭形细胞肉瘤，1例上皮细胞肉瘤外，其余均为恶性淋巴瘤，占78.2%），小肠癌仅20例，占9.4%，与国外文献报导不相同的是，无一例为类癌，此外，良性肿瘤和癌亦可见。本组21例中良性肿瘤5例（23.8%），肉瘤12例（57.6%），癌肿4例（19.0%），与国内其他组报告又有不同。

表1　肿瘤性质和部位的关系

部位	良性肿瘤（20例）			肉瘤（171例）*			癌　肿（20例）		
	国内	本组	共计	国内	本组	共计	国内	本　组	共　计
十二指肠	1	2	3	37	1	38	4	1	5
空　肠	3	2	5	46	5	51	3	1	4
回　肠	11	1	12	52	6	58	9	2	11
多　发				24		24			

* 肉瘤组除平滑肌肉瘤4例，梭形细胞及上皮细胞肉瘤各1例外余均为恶性淋巴瘤

四、肿瘤的部位（如表1所示）　小肠良性肿瘤以空回肠多见，十二指肠较少见，Darling[7]之46例中，14例位于十二指肠，20例在空肠，12例在回肠。另一报告51例中，23例

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

在十二指肠，20例在空肠，18例在回肠。统计国内资料，小肠良性肿瘤21例中，空回肠共17例（81%），十二指肠曾4例（19%）。本组5例者，3例在空回肠，2例在十二指肠。

小肠恶性肿瘤的部位：国内171例肉瘤中（其中165例为恶性淋巴瘤），58例在回肠（33.9%），51例（29.8%）在空肠，38例（22.2%）在十二指肠，由此可见，以回肠最多见。一般认为，回肠内淋巴组织较多，故淋巴肉瘤多发生于回肠，愈近回肠末端．发病率愈高。

小肠癌肿多发生于十二指肠及空肠上部的Treitz韧带附近。国内20例癌肿中，5例在十二指肠，4例在空肠，11例在回肠。本组4例中，在回肠者2例，十二指肠及空肠各1例。总之，按肠腔面积来计算，以十二指肠癌的发病率最高。一般认为十二指肠腺体较多，所以腺癌发生率很高。

五、症状和体征 因肿瘤性质及部位不同而异，发生在小肠粘膜表层之肿瘤，如腺癌，类癌，腺瘤等，容易向肠腔内生长，以及环形生长，易发生肠梗阻，肠套叠，溃疡或出血症状，国内资料，肠梗阻见于35%的小肠癌，23.8%的良性肿瘤，14%的淋巴肉瘤，而肠套叠见于14.3%的良性肿瘤及2.3%的肉瘤；而发生在小肠结缔组织的肿瘤多在肠壁内生长，虽可向肠腔内突出，但往往不侵占肠腔；淋巴样组织的肿瘤，常是肠壁内的，可为多灶性的，并可产生全身性症状，如典型的Pel-Ebstein热（何杰金氏病的周期热），国内资料：发热以肉瘤组最常见，为21%。一般认为淋巴肉瘤易穿孔，平滑肌肉瘤易出血，有时甚至大量出血，本组3例中2例有出血。另有2例十二指肠平滑肌瘤中，1例有4次出血，又海绵状血管瘤1例，7年来出血达7次以上。

小肠肿瘤早期症状以腹部不适，腹痛，纳差，消瘦及贫血，腹泻等较常见；而小肠肿瘤的主要症状为腹痛（见于66%的良性肿瘤及90%以上的恶性肿瘤），腹块（见于33%的恶性肿瘤及10%的良性肿瘤），出血（良性者10%，恶性者15%），而出血及肠梗阻多为晚期表现。良性者有的可无症状，而恶性者则易于发生症状。症状发生的时间，平均11～12个月，36%在6个月内，31%在6～12个月，3%在5年以上；国内资料，良性肿瘤除3例因肠套叠手术者外，其余6例中，5例病期在1年以上，癌肿组14例中8例病期在6个月内，肉瘤组105例中78例在1年以内。

六、X线检查 病变在十二指肠或空肠上段时，钡餐常能发现灌注残缺或狭窄，本组19例X线检查多为阴性，X线有诊断意义的4例，其中3例病变位于空肠，仅1例位于回肠。因钡剂在回肠内流动甚速，虽在短期内反复检查，有时也不能发现回肠肿瘤，所以钡餐检查阴性时亦不能除外回肠肿瘤，高度可疑者应反复钡餐或剖腹探查。

国内资料，51例呈扩张型，36例呈狭窄型，8例呈肠套叠型，6例为弥漫型，5例穿孔，3例有瘘管。

七、诊断 术前仅1/4～1/3拟诊为小肠肿瘤，本组21例中，术前仅2例确诊，14例拟诊，5例完全未考虑到肿瘤，而本病早期诊断是关键，提出以下三点注意：

1．提高对小肠肿瘤的认识及警惕性。

2．近期内食欲减退，体重下降，腹痛或不明原因之多次胃肠道出血，经钡剂检查胃和结肠无异常者。

3．慢性腹泻，发热，或慢性部分肠梗阻者，如果结肠检查无异常，又不像肠结核者。

4．对病程较短，不明原因的慢性小肠穿孔及腹部包块者。

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

5．不明原因之贫血，大便潜血反复阳性者。

6．X光应注意全过程，怀疑者应作特殊检查，以提高阳性率。

进一步检查方法有：

①小肠系统钡餐造影：间断服钡剂，定时（每半小时）观察。

②安放米—阿（M—A）氏管至小肠，反复抽吸并查隐血试验，发现出血部位时由管内注入钡剂造影，可用以确认病变部位。

③有认为Miller法逆行钡灌肠法较口服钡餐效果更好。

④各种纤维内窥镜检查：十二指肠镜对十二指肠肿瘤诊断价值颇大，Arnold[10]三年内，1200次纤维十二指肠镜检查，发现十二指肠肿瘤11例（占1％），其中良性4例，恶性7例，且2例良性肿瘤息肉，通过内窥镜行切除术，避免了开腹手术。本组纤维胃肠内窥镜GIF—D_2亦发现一例十二指肠球部息肉。纤维小肠镜以及纤维结肠镜通过回盲瓣观察终末回肠均为有效的诊断方法。所以，随着纤维内窥镜检查的广泛开展，小肠肿瘤的发现率将进一步提高。

[5]血管造影亦有助于诊断。

八、预后：小肠良性肿瘤予后良好，小肠癌肿予后最差，本组4例中曾1例术后2月仍在随访外，余3例均于术后3，6，7个月内死亡。肉瘤组中以淋巴肉瘤予后差，随访之7例均于术后3个月（4例），1年及3年（3例）死亡。但本组2例平滑肌肉瘤予后较好，1例术后6年半仍良好，另1例经3次手术治疗，存活9年又10个月之久才死亡。所以小肠肿瘤，若能早期诊断，早期手术，是有积极的临床意义的。

主 要 参 考 文 献

（1）张延令等：原发性小肠肿瘤，中华外科杂志 5:328，1957

（2）张太昆等：原发性小肠肿瘤，中华外科杂志 6:802，1958

（3）刘绍洁等：原发性小肠恶性淋巴瘤，中华外科杂志 12:858，1964

（4）李庆瑞：原发性小肠肿瘤，天津医药杂志 7:380，1965

（5）白金铭：小肠恶性淋巴瘤（附58例分析）IbId 7:384，1965

（6）Hancock R T：An 11 year review of the primary tumors of the small bowel including the duodenum，Canad Med Asso J 103:1177，1970

（7）Darling R C et al：Tumors of small intestine，New Engl J，Med 260:397，1959

（8）Pagtalunan：Primary malignant tumors of the small intestine，Amer J Surg 108:13，1964

（9）Kelsey J R：Small bowel tumors，Gastroenterology，Buckus，Saunders 3rd ed，P. 459，1976

(10) Arnold Wald et al：The role of fiberoptic endoscopy in the diagnosis and management of duodenel neoplasm，Amer J Dig Dis 20:499，1975

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