

文章编号:1005-6947(2006)09-0716-02

· 临床报道 ·

小肠肿瘤并出血 12 例诊治体会

杨鹏平¹, 陈越¹, 金红花²

(武汉科技大学附属医院 1. 普通外科 2. 放射科, 湖北 武汉 430064)

摘要: 回顾性分析近 5 年间收治的 12 例原发性小肠肿瘤并消化道出血的临床资料。结果显示原发性小肠肿瘤并消化道出血临床表现无特异性, 常规检查包括钡餐、纤维内窥镜、B 超、CT 等的诊断价值不大, 对疑为小肠肿瘤出血者, 需进一步行 DSA、X 线全消化道钡餐、小肠气钡双重造影等辅助检查。在定位小肠出血后, 应积极果断地择期或急诊手术处理, 勿将时间耗费在过多过久的术前检查诊断上。

关键词: 肠肿瘤/并发症; 小肠; 肠出血/病因学

中图分类号: R735.24; R722.152

文献标识码: B

原发性小肠肿瘤临床少见, 我院于 2001—2005 年共收治原发性小肠肿瘤并出血患者 12 例, 均经手术及病理检查证实。本文回顾性分析该 12 例临床资料, 旨在探讨小肠肿瘤并出血的诊治方法, 以提高其疗效。现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收稿日期: 2006-02-05; **修订日期:** 2006-03-28。

作者简介: 杨鹏平, 男, 湖北武汉人, 武汉科技大学附属医院主治医师, 主要从事普通外科及肝胆方面的研究。

通讯作者: 杨鹏平 E-mail: yangppeng@sohu.com。

发病; 无原因的上腹饱胀及大量呕吐胃内容物, 呕吐后缓解, 缓解后再呕吐, 无腹痛, 肠鸣音减弱; 上消化道稀钡造影见残胃扩张, 无蠕动, 造影剂滞留, 不能通过吻合口或少量通过吻合口; 胃镜见吻合口无机械性梗阻(可见吻合口炎症、水肿)^[6]。关键是要与输入段空肠、输出段空肠、吻合口机械性梗阻相鉴别。因为前者不需手术即可治愈, 后者有时需手术方能缓解。

本病是一种功能性疾病, 一旦确立诊断, 应耐心向患者解释, 消除其紧张和恐惧心理, 采用非手术治疗多可治愈^[7]。作者的体会是, 即使胃排空延迟更长时间, 也不要贸然手术。杨传永等^[8]认为, 对于胃切除术后大网膜块状粘连所致的功能性排空障碍, 不要轻率地分离粘连或切除粘连的大网膜和吻合口重建胃肠吻合, 因为这种手术的疗效并不肯定, 且往往有粘连体质, 可导致更为严重的并发症。本组 2 例再次手术未做过多分离, 仅行空肠造瘘置管, 以肠内营养支持 2 周后治愈出院。手术治疗显然延长了病程, 给患者造成再次手术的痛苦, 实不足取。临床实践证明, 该病经非手术治疗, 一般都能自行恢复。预防措施包括: 术前解除患者的紧张情绪; 手术操作熟练正确, 尽

本组男 8 例, 女 4 例, 年龄 34~77 岁, 中位年龄 57.3 岁。慢性间歇性出血 3 例, 急性大量出血 9 例, 其中血红蛋白小于 60 g/L, 并失血性休克 5 例。

1.2 辅助检查

全组病例术前均行钡餐、纤维内窥镜、B 超、CT 等常规检查, 以排除胃、十二指肠、结肠、直肠病变所致消化道出血。2001—2002 年间 3 例行 X 线全消化道钡餐、气钡双重造影检查各阳性发现 1 例(33.3%), 2002 年后 9 例行 DSA 检查, 阳性发现 8 例(88.9%)。

1.3 术中所见及手术方式

术中见肿瘤最大 4 cm × 3 cm × 3 cm, 1 例最小者肿瘤大

可能创伤小, 时间短; 术式符合生理节律而不违反原则; 术后鼓励患者早期下床活动。

参考文献:

- [1] 余佩武, 王代科. 胃术后胃无力症的防治[J]. 中国实用外科杂志, 1997, 17(12): 707.
- [2] 薛伟山, 孙少杰, 辛建军, 等. 胃大部切除术后残胃功能性排空障碍 53 例诊治体会[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(11): 665-667.
- [3] 余小航. 胃手术后胃动力学紊乱的研究现状[J]. 腹部外科, 1995, 8(4): 192.
- [4] 朱永湘, 邱焱, 钱聚标, 等. 残胃功能性排空延迟症 16 例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(7): 548-549.
- [5] 杨更新. 胃术后排空延迟症 9 例诊治体会[J]. 中国临床医药研究杂志, 2000, 21(10): 408.
- [6] 刘洪里, 于泽成. 胃手术后残胃功能性排空障碍的诊治[J]. 中国实用外科杂志, 2001, 21(4): 224.
- [7] 阎大益, 黄观清. 胃大部分切除术后残胃功能性排空延迟综合症的诊断与治疗: 附 24 例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(7): 547-548.
- [8] 杨传永, 卢世兴, 戴植本. 胃切除术后大网膜块状粘连的功能性排空障碍[J]. 腹部外科, 1990, 3(2): 53-54.

小约 0.5 cm × 0.4 cm × 0.3 cm, 后者术中用手触摸不到肿块, 后经术中纤维内窥镜检查协助发现并切除病变肠管。肿瘤位于近端空肠者 8 例(距 treitz 韧带 50 cm 左右处), 位于回肠者 4 例。手术方式: 2 例良性者行肠切除, 10 例恶性者行根治性切除, 恶性者术后辅以 5-FU + CT 方案化疗。

2 结果

2.1 术后病理

12 例中良性肿瘤 2 例(平滑肌肿瘤 1 例、小肠血管瘤 1 例), 恶性肿瘤 10 例(回肠类癌 2 例, 恶性淋巴瘤 3 例, 恶性间质瘤伴坏死 4 例, 小肠平滑肌肉瘤 1 例)。

2.2 治疗结果

本组无手术死亡, 术后发生并发症 3 例, 包括切口感染 1 例, 粘连性肠梗阻 1 例, 切口裂开 1 例, 均经对症治疗后治愈。12 例病人均获得随访, 2 例良性肿瘤患者健在, 10 例恶性者中, 2 例恶性间质瘤术后 1 年内出现肺转移死亡, 另有 2 例术后时间暂不到 1 年, 须进一步随访, 其余 6 例均健在。

3 讨论

小肠长度占全消化道的 75%^[1], 且活动度大, 当小肠肿瘤未出现并发症(如出血、穿孔、梗阻等)前, 临床很难发现。小肠肿瘤合并出血时常具有临床症状不典型^[2]、出血部位不易确定等特点, 术前确诊较为困难。本组小肠肿瘤并出血 12 例患者中, 恶性肿瘤占 10 例(83.33%), 若不能及时得以诊治, 势必影响预后。笔者在诊治中体会如下: (1) 纤维内窥镜检查是消化道出血的首选辅助检查措施, 常规进行纤维内窥镜检查可尽量排除胃、十二指肠、结肠、直肠的出血, 而将病变局限于小肠, 可减少直接手术探查的盲目性。对于在手术中找不到具体明确的出血病灶或是肿瘤太小, 用手无法触摸到病灶, 难以判明的隐匿性病灶情况下, 可将纤维内窥镜经小肠切口直接置入肠腔, 行全小肠逐一探查, 以判明出血部位再予以处置, 有助于避免漏诊漏治, 本组采用此法发现 1 例。当然在急性大量出血者血凝块堆积可能影响视觉效果, 可边注

水冲洗血凝块边进行检查。(2) 对于经内窥镜检查排除胃、十二指肠、结肠、直肠病变而高度怀疑为小肠肿瘤并急性大量消化道出血者, 有条件时应进一步行 DSA 检查, 选择性肠系膜上动脉造影是诊断小肠肿瘤最有用的技术之一^[3], 可迅速明确出血部位, 本组 DSA 的阳性率达 88.9%。最好的造影时机在急性连续出血速度大于 0.5 mL/min, 此检查缺点为一有创性检查, 且只有当出血恰巧发生在对比剂注入和出血速度大于 0.5 mL/min 时, 才能显示出阳性结果^[4], 故不适于慢性间歇性出血者。(3) 对于疑为小肠肿瘤并慢性间歇性出血者, 全消化道 X 线钡餐和小肠气钡双重造影检查有助于小肠肿瘤的诊断, 造影征象为病变处肠管充盈缺损, 表面呈现不规则菜花状外观或管腔狭窄、管壁僵硬。对于上述二种检查仍无法确诊的患者, 可行剖腹探查, 术中通过仔细检查一般可发现病变部位。如未发现病灶, 可在术中行纤维内窥镜辅助检查, 有助于发现病变所在。

手术是治疗小肠肿瘤的主要方法, 对于合并出血的患者, 在边行止血治疗的同时, 边作相关术前检查, 以明确诊断, 减少手术探查的盲目性。手术最好安排在出血间歇期进行。对于大量出血且止血效果不理想, 术前检查疑为小肠肿瘤者, 应积极果断地行急诊探查手术。良性肿瘤只需行肠段切除吻合, 预后良好。恶性肿瘤尽可能行根治性切除, 以期获得良好预后, 无法切除者, 可姑息性肠段切除吻合和短路手术, 以控制出血抢救延长生命。

参考文献:

- [1] 刘胜春, 姚棣祥. 原发性小肠恶性肿瘤的临床误诊分析[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(4): 245-247.
- [2] 蔡成机. 要提高小肠肿瘤的诊治手术[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(4): 241-242.
- [3] 刘葆金, 朱圣权. 小肠恶性肿瘤 16 例临床分析[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(7): 552-553.
- [4] 曾连山, 刘运奇, 包仕庭. 72 例原发性小肠肿瘤的临床分析[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(4): 248-251.