

参考文献:

- [1] Prazce RC, Rocbrts J, Symmond R, *et al.* Combined laparoscopic and endoscopic management of cholelithiasis and choledocholithiasis [J]. *Am J Surg*, 1993, 166(5):702-704.
- [2] 王志敏,周宗庆,付志宏,等. 内镜腹腔镜阶梯性治疗肝外胆管结石 620 例临床分析[J]. *浙江医学杂志*, 2006, 28, (1):502-503.
- [3] 陈训如, 罗丁. 腹腔镜手术的并发症与对策[M]. 昆明: 云南科技出版社, 1997. 165-168.
- [4] Gharaibeh KI, Heiss HA. Biliary leakage following T-tube removal [J]. *INT J Surg*, 2004, 85(3):57-66.
- [5] Witts VL, Oibson K, Karthbaloot C, *et al.* Complications of biliary T-tubes after choledochotomy [J]. *AZN J Surg*, 2002, 72(3):177-180.
- [6] 和华, 李国祥. 微创技术治疗胆总管结石的进展[J]. *中国微创外科杂志*, 2006, 6(1):70-72.
- [7] 何国杰, 姚礼庆, 高卫东, 等. 内镜在治疗胆管结石中的应用价值[J]. *中国内镜杂志*, 2002, 8(1):39.

文章编号:1005-6947(2007)12-1148-01

· 病案报告 ·

特发性收缩性肠系膜炎 1 例

张春秋, 彭晓晖, 刘宏

(大庆油田总医院 普外一科, 黑龙江 大庆 163001)

关键词: 脂膜炎, 腹膜/外科学; 肠系膜炎, 特发性收缩性; 病例报告

中图分类号: R 656.4

文献标识码: D

患者 男, 54 岁。因间断腹痛 4 年, 腹胀、发热 1 周, 加重 4h 急诊入院。伴食欲差、消瘦, 无腹泻及黑便, 既往无特殊病史。体查: 体温 37.8℃, 脉搏 98 次/min, 呼吸 22 次/min, 血压 110/70 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 消瘦, 轻度贫血外观, 皮肤黏膜无黄染。腹部膨隆, 腹式呼吸受限, 全腹压痛, 右侧腹部明显, 有腹肌紧张及反跳痛, 移动性浊音(+), 肠鸣音消失。白细胞 $7.52 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 0.86, 淋巴细胞 0.096, 红细胞 $3.3 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 92 g/L。腹部 B 超: 腹腔积液。腹部透视(-)。腹水常规检查提示为渗出液。诊断: 急性腹膜炎。急诊行剖腹探查术, 术中见腹腔内黄绿色混浊渗液约 1500 mL, 小肠广泛充血、水肿, 轻度扩张, 肠壁增厚, 整个小肠系膜挛缩增厚, 质硬, 活动度差, 厚度约 1 cm, 肠管积聚、盘曲, 无法理顺提出腹腔, 升、降结肠、乙状结肠以及直肠固定于后腹壁, 肠脂垂挛缩变硬, 肠壁表面可见多处白色、斑点样病灶, 结肠无扩张以及狭窄改变, 大网膜挛

缩, 肝脏表面未见明显异常, 未探及其他异常肿块。考虑为小肠系膜特异性炎症所致, 但不能除外腹膜后肿瘤浸润至小肠系膜挛缩, 于系膜缘切取直径约 1 cm 病变组织送病理, 大量盐水冲洗腹腔, 于肝下以及盆腔分别置胶管引流各 1 枚, 缝合腹壁切口, 结束手术。病理检查镜下见肠系膜内纤维组织大片增生, 大量泡沫细胞沉积和异物巨细胞反应, 部分区域形成脂肪坏死结节, 病理诊断: 特发性收缩性肠系膜炎。术后应用激素及免疫抑制剂治疗, 治愈出院, 随访 1 年, 未见复发。

讨论 特发性收缩性肠系膜炎是一种罕见的特发性、非肿瘤性、瘤样肠系膜炎性疾病, 其病因、病原体和自然病程均不清楚^[1], 在某种情况下, 自身免疫、感染、手术创伤可能是其诱因。本病多见于中老年人, 男性多于女性, 约 2~3:1。50~69 岁年龄组发病率最高。病程可数天至 10 余年, 其症状包括: 不同程度的腹痛(可从轻度疼痛到急性腹膜炎剧痛), 低中度发热, 体重降低, 贫血, 恶心, 呕吐, 腹泻和肠梗阻表现。体查主要表现为腹部压痛、腹部包块, 多为深在、固定、边界不清。最常见的临床表现为腹痛、腹部包块和肠梗阻^[2]。本病临床诊断较为困难, 需与其他肠系膜炎性疾病和恶性肿瘤相鉴别, 目前剖腹探查术中活检病理检查是明确诊断的唯一方法^[3]。由于

本病少见、起病隐匿且症状表现复杂多样, 又无特异性影像学表现和特异化验指标, 因此, 临床上提高对该病的认识和病理检查是提高确诊率的关键^[4]。本病在表现为腹膜炎或肠梗阻时需要外科手术治疗, 肠系膜病变较小时可行病变切除。如病变广泛, 术中病理明确诊断后, 肠系膜病变可不切除或仅清除坏死组织, 而以处理并发症为主。本例患者术中考虑此病取标本后给予腹腔冲洗引流术。手术宜小, 诊断明确者可用类固醇、免疫抑制剂等药物治疗。文献报道^[5-6]本病预后较好, 不易复发。

参考文献

- [1] 李荣. 外科疾病误诊误治与防范[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2004. 7-9.
- [2] 顾国利, 王石林, 魏学明. 特发性收缩性肠系膜炎两例报告[J]. *空军总医院学报杂志*, 2004, 20(4):242-246.
- [3] 姜军, 詹新恩, 蔡志民. 特发性收缩性肠系膜炎一例[J]. *中华普通外科杂志*, 1999, 14(3):236.
- [4] 顾国利, 王石林, 周晓武. 国人特发性收缩性肠系膜炎 47 例[J]. *世界华人消化杂志*, 2006, 14(15):1530-1532.
- [5] 姜军, 詹新恩. 特发性收缩性肠系膜炎[J]. *国外医学外科分册*, 1998, 25(4):214-216.
- [6] 谭郁彬, 张万鑫. 外科诊断病理学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2000. 533.

收稿日期: 2007-11-20。

作者简介: 张春秋, 男, 黑龙江大庆人, 大庆油田总医院硕士研究生, 主要从事肝胆、胃肠方面的研究。

通讯作者: 张春秋 E-mail: zhangchunqiu70@sina.com