

原发性小肠肿瘤的诊断

浙江医科大学附属第一医院外科 楼人望

摘 要 作者根据 44 例原发性小肠肿瘤的诊断情况,提出了造成小肠肿瘤误诊的原因和提高术前确诊率的措施,强调选择适当的检查方法可提高术前检出阳性率。同时认为,血管造影合并小肠分段造影对诊断小肠多发的平滑肌瘤(或肉瘤)和血管瘤有重要意义。

关键词 十二指肠肿瘤/诊断;回肠肿瘤/诊断;空肠肿瘤/诊断

原发性小肠肿瘤临床上少见,因其症状不典型,又缺乏确切有效的诊断手段,术前误诊率很高,空回肠肿瘤在六七十年代误诊率几乎达 100%^[1]。近 10 多年来,作者等对本病的认识有了进一步提高,采用先进的诊断技术和几种检查手段相结合的方法,使小肠肿瘤特别是空回肠肿瘤术前诊断率大大提高。现就本院 1976~1993 年间收治的 44 例小肠肿瘤的诊断问题作一讨论。

1 临床资料

1976 年~1993 年本院收治小肠肿瘤 44 例,男 27 例,女 17 例,年龄 18~72 岁,平均 46.4 岁。44 例小肠肿瘤的临床表现、解剖部位、病理类型和术前诊断方法见表 1~3,小肠肿瘤的临床表现以腹痛、腹块、消化道出血为常见。小肠肿瘤的好发部位是回肠(本组占 61.4%)。本组获术前确诊 23 例,诊断率为 52.3%(23/44),其中空回肠为 45.9%(17/37),而 1976 年前术前诊断率分别为 21.7%和 0%^[1],两组比较有明显差异($P<0.05$)和非常显著差异($P<0.01$)(两率差别的显著性检验)。

2 讨 论

原发性小肠肿瘤临床上少见,仅占消化

道肿瘤的 1~5%,但尸检报告占全部尸检病例的 0.78%^[2],究其原因是部分小肠肿瘤(特别是良性肿瘤)生前无任何症状^[2],其次是小肠肿瘤的误诊率高。据 1984 年李继光报告,小肠肿瘤误诊率最高达 100%,最低亦为 65%^[3],本组为 47.7%。作者认为造成小肠肿瘤误诊有下列几种原因:①小肠肿瘤缺乏特殊的临床表现,虽然有人报告腹痛、腹块、

表 1 44 例小肠肿瘤的临床表现

临床表现	恶性肿瘤(20 例)	良性肿瘤(24 例)
腹 痛	18	11
腹 块	14	7
消化道出血	10	4
贫 血	6	4
体 重 下 降	7	0
肠 梗 阻	4	2
黄 疸	1	0

表 2 44 例小肠肿瘤解剖部位及病理类型

恶性肿瘤	十二指肠			空肠	回肠	良性肿瘤	十二指肠			空肠	回肠
	十二指肠	空肠	回肠				十二指肠	空肠	回肠		
腺癌	3	1	2			平滑肌瘤	3	2	4		
平滑肌肉瘤	1	1	4			血管瘤		2	4		
网状细胞肉瘤			1	1		脂肪瘤		1	1		
淋巴肉瘤			1	2		淋巴瘤			3		
何杰金氏病			2			错构瘤			2		
胶样瘤		1				腺瘤			1		
						纤维瘤			1		
合计	4	5	11				3	5	16		

表3 44例小肠肿瘤术前诊断方法和例数*

诊断方法	十二指肠 (7例)	空肠 (10例)	回肠 (27例)
胃十二指肠低张造影	6		
纤维十二指肠镜	5		
小肠分段造影		1	2
B超	3	2	3
CT	4	1	4
血管造影	2	2	6
血管造影并小肠分段造影	4	4	6
ECT		1	2
术前实际诊断例数	6	6	11

* 部分病例多种检查确诊,故重复计数

消化道出血和梗阻是小肠肿瘤常见的临床表现^[3],但这些症状均不具有特异性且变化很大,腹腔内很多疾病都可出现上述症状;②临床医师特别是基层医务人员对本病缺乏认识和(或)警惕性不高,有时根据某一症状或检查结果即对疾病作出轻率的诊断,本组一例平滑肌瘤病人,因长期间歇性出血而致贫血,当地医院骨髓检查提示:缺铁性贫血,即以此为据治疗6年之久,未进一步追究病因,后因消化道大出血原因待查转入本院,经血管造影加小肠分段造影才确定病变所在;③小肠肿瘤除十二指肠球部、降部外,多数位置深且活动度大,体检时难以发现,即便偶而触到肿块,但过后又可“消失”。再则空回肠肿瘤可坠入左上腹、结肠旁沟或盆腔内而被误诊为脾、游走肾及妇科疾病;④缺乏确切有效的检查手段。小肠冗长,活动度大,肠内内容物和气体对各种检查干扰较大,除纤维十二指肠镜可发现十二指肠降部以上肿瘤外,其他各种检查均难以对小肠肿瘤作出明确诊断。

作者从80年代开始与放射科合作探索提高小肠肿瘤术前诊断率,采用了下列几项措施,使小肠肿瘤和空回肠肿瘤的诊断率由六七十年代的21.7%和0%提高到52.3%和45.9%:①提高对小肠肿瘤的认识和警惕性,对不明原因的腹痛、腹块、不全梗阻和消化道出血(或贫血),在排除了胃、结肠病变后应考虑到小肠肿瘤可能,本组一例大便隐血5年,多次胃镜和肠镜检查,拟诊为“十二指

肠球炎伴糜烂,结肠息肉”,作者认为不能解释长期大便隐血病史,考虑为“小肠肿瘤”,进一步作血管造影和小肠分段造影,结果在空肠上段发现肿瘤,诊断为“平滑肌瘤”,后经手术、病理检查证实。②利用先进的影象检查和其他先进手段,针对患者临床表现选择一种合适的检查方法或多种检查相结合。若为消化道出血病人(多为血管瘤,平滑肌瘤或肉瘤),应先作血管造影,根据血管造影的征象(小肠腔内或腔外可见血管密集和(或)紊乱的团块)作出诊断,如尚不能完全明确诊断,可加做小肠分段造影,动态观察血管造影时病变可疑的部位,注意有无充盈缺损和粘膜变化。本组14例平滑肌瘤(或肉瘤)和血管瘤均在术前确诊,占术前确诊23例中60.8%。小肠平滑肌瘤(或肉瘤)和血管瘤是小肠肿瘤中最常见者,占本组47.7%,因此作者认为,血管造影合并小肠分段造影可作为诊断小肠肿瘤的重要手段。若为腹内肿块,作者主张先作B超确定病变是否来自小肠,再根据体检时肿块部位进一步作CT或小肠分段造影;③为提高B超、CT和小肠分段造影的阳性率,在检查前务必作好全肠道灌洗,完全清除肠道内容物,减少气体干扰,这对于位置深而活动度大的回肠肿瘤尤为重要。此外,在作B超和小肠分段造影时应反复仔细耐心观察其动态变化。例如本组一男性患者反复腹痛,时有不全梗阻症状4年,自诉有时可触到“肿块”,经纤维肠镜、B超、CT和钡灌肠等多次检查,拟诊为“原发性腹膜炎肠粘连?”入院后经观察,作者等认为此诊断不能解释全部症状,疑为“小肠肿瘤”。在充分全肠道灌洗后作小肠分段造影,检查时仔细耐心动态观察小肠各段,最后在近回盲部的回肠处发现有一充盈缺损,手术探查证实为“淋巴瘤”。

若经反复多种检查仍未能确诊(本组占47.7%),且不能排除“小肠肿瘤”者,应尽早手术探查。术中应注意二点:①十二指肠横部、升部和曲氏韧带上下之小(下转第83页)

2 讨论

引起挤压综合征的主要原因是外界暴力如矿井、建筑工程的塌方,车祸等对四肢或躯干肌肉丰富部位的挤压,本组均属于此类型。其次还有因酒精中毒、麻醉剂过量、CO中毒、手术病人长时间的胸膝位或侧卧位等引起长期昏睡、静卧而造成躯体“自压”,引起肌肉组织的损伤,出现以肢体肿胀、肌红蛋白尿、代谢性酸中毒、氮质血症、高血钾为特点的急性肾衰。根据孙俊英对骨筋膜间隔室综合征临床值的实验研究报道^[4],认为筋膜间压力超过 3.999 kPa、时间持续 8 h 以上,引起肌肉缺血坏死和肾缺血者,诊断为挤压综合征。本组病例除 3 例是车祸外,6 例埋压时间均超过 8 h,符合上述实验结果。据王正国报道^[5],肾缺血时间 > 4 h,将造成不可逆肾损害,故对挤压综合征的早期明确诊断是防治急性肾衰的关键。

作者认为早期诊断的依据是:①有挤压伤病史,合并中度以上休克,休克持续时间 > 3 h 或合并严重感染者;②持续少尿或无尿 48 h 以上,尿色在 24 h 内呈现红棕色、深褐色,于 12 h 达到高峰,1~2 天后自行转清;③尿中出现蛋白、红细胞、白细胞及管型;④经补液及利尿剂激发试验排除肾前性少尿;⑤血肌酐和尿素氮每日递增 44.2 $\mu\text{mol/L}$ 和 3.57 mmol/L;⑥高血钾:每日以 1 mmol/L 上升,24 h 甚至可升到损害心脏的致命水平;⑦血气分析显示代谢性酸中毒。本组病例符合上述诊断标准。

严重挤压伤后应先采取抗休克、抗感染、

纠正酸中毒及高血钾、防止急性肾衰。力争休克平稳后,在 12h 内作筋膜间隙切开减压术,必要时可行截肢术。切口沿患肢纵轴方向切开,上臂和前臂用掌侧切口,手部作背侧切口,大腿作外侧切口,小腿作前外侧和后内侧切口,必要时可将腓骨上 2/3 切除或截断,以便将小腿四个筋膜间区打开,充分减压,皮肤切口与筋膜切口要一致,坏死肌肉组织应彻底清除,范围过大可分期切除,创口外用厚敷料包扎,切忌加压。创口分泌物要及时进行细菌培养和药敏试验,以便选择适当的抗生素。如经积极扩容、大剂量速尿以及多巴胺治疗仍无反应,且具有以下指标一项者,作者认为可作血液透析治疗:①BUN > 28.56 mmol/L、Cr > 62188 $\mu\text{mol/L}$;②血钾 > 6 mmol/L 或每日递增 1 mmol/L 以上者;③有肺水肿或急性心衰先兆者;④稀释性低钠血症呈水中毒者。本组每次血透析后体重平均下降 1.56 kg (0.5~3.5 kg),同时减压切口每日丢失液体约 2000~2500 ml,渗出液内含有一定数量的钾、钠、氯等电解质及大量的蛋白,因此常常发生水电解质紊乱及贫血、低蛋白血症。应严密监护血电解质的变化,并及时补充和多次输血、血浆、白蛋白。必要时予静脉高营养。

参 考 文 献

1. Stoff R B, et al. Lancet, 1972, 5(3): 75
2. Minuth A N, et al. Am J Med Sci, 1976, 271(6): 317
3. Arbeit IA, et al. Med Clin Nor Am, 1981, 65(2): 147
4. 孙俊英. 江苏医学, 1984, 5(4): 11
5. 王正国. 人民军医, 1986, 15(10): 5

(1994 年 2 月 24 日收稿, 同年 7 月 3 日修回)

(上接第 79 页)肠肿瘤较为隐蔽,在探查空回肠后如未发现肿瘤,应作 Kocher 氏切口,充分显示上述部位,仔细探查;②对于小于 1cm 的肿瘤不仅术前检查难以发现,术中也易漏诊。因此除术前作好充分全肠道灌洗,排尽肠内容物外,术中应采用暗室强光对照方法,逐段仔细检查常可发现病变。

小肠肿瘤虽属少见,但延误诊断可导致严重并发症和良性肿瘤恶变,从而增加病死

率和降低 5 年存活率,因此尽早确诊当属必要。随着临床医师对本病认识和诊疗水平的不断提高,小肠肿瘤术前诊断率也将相应得到提高。

参 考 文 献

1. 楼人望. 浙江医科大学学报, 1982, 34(11): 140
2. Alexander J W. Ann Surg 1968, 167(6): 958
3. 李继光. 实用外科杂志, 1985, 3(5): 131

(1994 年 5 月 25 日收稿, 同年 10 月 10 日修回)