

原发性小肠肿瘤 101 例临床分析

浙江医科大学附属第一医院消化科 厉有名 叶国良* 彭清壁

摘 要 本文对病理证实的 101 例原发性小肠肿瘤进行回顾性分析,结合文献对原发性小肠肿瘤的性质、临床表现、诊断方法进行讨论。本病好发于十二指肠(52/101)、空肠(30/101),回肠仅占 18.81%(19/101),由于缺乏特异性的临床表现,术前诊断率仅 35.6%,因此强调综合分析各种检查结果以提高术前诊断率。

关键词: 原发性;小肠肿瘤;诊断

原发性小肠肿瘤发病率低,缺乏特异性临床表现,迄今尚无理想的早期诊断方法,误诊率高。本文对我院自 1980 年至 1992 年间经手术、病理证实的 101 例原发性小肠肿瘤进行分析,结合文献就有关问题进行讨论,旨在对如何减少误诊提出几点意见。

临 床 资 料

本组病例男 54 例,女 47 例,男:女为 1.15:1 恶性肿瘤 74 例(73.86%),良性肿瘤 27 例(26.73%)患者年龄 11~88 岁,其中 40~69 岁 73 例(72.3%),恶性肿瘤平均年龄 49.2 岁,良性肿瘤平均年龄 46 岁。恶性肿瘤以腺癌为多 51 例(68.9%),良性肿瘤以平滑肌瘤多见 18 例(66.7%),详见表。

表 101 例原发性小肠肿瘤类型与部位

病理类型	十二指肠	空肠	回肠	例数
腺 癌	40	7	4	51
粘液癌		1	1	2
未分化癌	1		2	3
平滑肌肉瘤	1	5		6
恶性淋巴瘤		1	3	4
淋巴肉瘤	1	1	4	6
恶性间叶肉瘤	1			1
恶性肌母细胞瘤		1		1
平滑肌瘤	7	9	2	18
腺 瘤	1	1		2
血管瘤		1	1	2
脂肪瘤		3	1	4
良性间叶瘤			1	1
合 计	52	30	19	101

临床表现主要有腹部不适,腹痛 75 例(74.3%),消化道出血 44 例(43.6%),慢性梗阻 41 例(40.6%),腹部肿块 39 例(38.6%),阻塞性黄疸

26 例(25.7%),急性肠穿孔 2 例,急性肠套叠,肠扭转而肠坏死各 1 例。另有 5 例没有任何症状,因其他手术而发现。其中 80 例经大便潜血试验,出现阳性 71 例(88.7%)。恶性肿瘤可伴有纳差、乏力、消瘦、贫血、发热。一个病例可同时或先后存在几个症状。

起病至确诊时间长短不一,6 小时至 12 年,恶性肿瘤平均病程 7.5 月,良性肿瘤平均病程 21 个月。

术前确诊小肠肿瘤 36 例(35.6%),其中十二指肠肿瘤 27 例(51.9%),空回肠肿瘤 9 例(18.4%)。确诊方法有:X 线消化道造影(16 例),内窥镜检查、活检(11 例),选择性腹腔动脉造影(6 例),CT(2 例),B 超(1 例)。余以肠梗阻、消化道出血、腹块、急腹症等行剖腹探查才明确诊断。

讨 论

一、发病情况:发生于十二指肠、空肠、回肠的肿瘤称为原发性小肠肿瘤,其发生率仅占胃肠道肿瘤的 1~3%。国内近来有人报道原发性小肠肿瘤的发病率有逐年增加的趋势^[1]。本组小肠肿瘤占同期消化道肿瘤的 1.9%,与文献资料相近。小肠肿瘤以恶性居多,好发于 50 岁左右的中年人。本组小肠恶性肿瘤占 73.86%,以腺癌为多,好发于十二指肠;其次为淋巴肉瘤,恶性淋巴瘤,好发于回肠。这与小肠壁组织和生理学特点有密切关系;十二指肠粘膜下腺体丰富,且胆汁中的某些胆酸如脱氧胆酸,双正-A⁵-胆稀酸、原胆酸等其在细菌作用下的一些降解产物有致癌作用,故以腺癌为多;而回肠壁的淋巴滤泡丰富,所以淋巴肉瘤、恶性淋巴瘤多见^[2]。良性肿瘤以平滑肌瘤为多,好发于空肠;其次为脂肪瘤、血管瘤、腺瘤。

本组小肠肿瘤的发病率自十二指肠、空肠、回肠逐渐减少,与王润华等报告相一致^[3]。也有文献报告小肠肿瘤发病率以十二指肠、空肠、回肠依次递

* 浙江象山县红十字会台胞医院进修医师

增^[4,5]。这与本组资料中腺癌比例较高,而恶性淋巴瘤比例较少有关。

二、临床表现:小肠肿瘤缺乏特异性症状和体征,是导致误诊的主要原因之一。临床上以腹痛、出血、梗阻、腹块为四大主要表现。本组腹痛出现率 74.3%、多为隐痛、胀痛或腹部不适,少数小肠穿孔、套叠、扭转时呈急腹痛。消化道出血本组出现率 43.6%,以间断黑便或血便为主,部分呈发作频繁、进行性加重,也有长期反复小量出血或仅大便潜血,未引起注意,表现为慢性贫血。临床上常因短期内止血治疗有效而误诊为溃疡、炎症出血。除外胃、结肠病变后应高度怀疑本病。成年人的小肠梗阻常为小肠内小肿瘤引起的肠套叠所致。本组出现率 40.6%,为间断性、不完全性、完全性。其中十二指肠肿瘤梗阻乃误诊为消化性溃疡所致幽门梗阻。腹部肿块,本组出现率 38.6%,早期常因小肠长、系膜较游离,肿瘤位置不固定、时隐时现,体检不仔细常易疏漏;部分回肠末端肿块误诊为肠结核、腹腔结核。

小肠肿瘤可因合并其他疾病受掩盖而漏诊。本组有 6 例合并溃疡,6 例合并胆石症、胆囊炎,3 例合并慢性胰腺炎,2 例合并胃癌,各有 1 例合并腹腔淋巴结结核、郁胆性肝硬化、斜疝嵌顿,故在分析病情时不能仅满足于现有诊断,应仔细观察,分析病情变化,尤其当病情不能由原有疾病来解释时应考虑到本病。

三、诊断方法评价:小肠肿瘤无理想的早期诊断方法,也是其误诊率高的主要原因。近年来国内文献报告小肠肿瘤术前确诊率 21~58%^[6];本组术前确诊率为 35.6%,如能综合运用及正确分析检查结果,则有助于提高术前确诊率。

纤维内窥镜 被认为是早期诊断十二指肠肿瘤的主要方法^[7],但由于内窥镜不易插入十二指肠水平部或因肿瘤所致狭窄而使内窥镜无法插入,对十二指肠肿瘤的诊断率在 80%左右^[8]。本组十二指肠镜检查十二指肠肿瘤 14 例,确诊 11 例,正确率 78.6%。纤维小肠镜检查对空肠上段肿瘤有帮助,但

由于插入困难,目前尚未广泛开展。

X 线小肠分段造影 对小肠肿瘤的诊断是一种价值较高的诊断方法,确诊率可达 80%^[1]。本组有 16 例通过本检查确诊。对疑有空回肠肿瘤的病例,应行插管法全小肠气钡双重造影,在气钡双重对比下、对全小肠仔细检查,可明显提高阳性率,及时发现病灶。

选择性肠系膜动脉造影 对小肠肿瘤的诊断具有较大价值,确诊率高,能显示病变部位、范围、大小、供血动脉,为手术提供方便,肿瘤出血时造影更易发现病变。本组 7 例小肠肿瘤做动脉造影,发现小肠肿瘤 6 例,1 例误诊为血管畸形,确诊率 85.7%。王坚等报告把全小肠气钡双重造影与选择性肠系膜上动脉造影结合检查,能明显提高小肠肿瘤的术前确诊率^[1]。

对经上述检查仍诊断不清而症状明显者,应尽早剖腹探查及时手术是最有效、最可靠的诊断方法。探查应全面仔细、切忌发现某一病灶而放弃其他肠段的全面探查,术中配合内窥镜检查,有助于发现小的肿瘤。

参 考 文 献

- 1 袁祖荣,等.对原发性小肠肿瘤几个问题的探讨(附 85 例临床分析).中华消化杂志,1991,11(5):264
- 2 邵中,等.回肠恶性淋巴瘤 36 例临床分析.浙江医学,1990,12:46
- 3 王润华,等.原发性小肠肿瘤 75 例临床分析.中华消化杂志,1992,12(4):231
- 4 王坚,等.原发性小肠肿瘤(附 54 例报告).实用肿瘤杂志,1992,7(4):226
- 5 陈易人,等.国内小肠肿瘤近况.实用外科杂志,1991,11(8/9):437
- 6 崔生达,等.原发性小肠肿瘤 50 例临床分析.第一军医大学学报,1991,11(2):166
- 7 Sprira I A, et al. Primary Adenocarcinoma of Duodenum. Cancer, 1977, 39: 1721
- 8 蒋晓青,等.原发性十二指肠恶性肿瘤的诊断和治疗(附 17 例临床分析).实用外科杂志,1989,9(1):32

Clinical analysis of 101 cases of primary small intestinal tumor

Li Youming, et al

First Affiliated Hospital, Zhejiang Medical University

During the period 1980-1992, 101 cases of primary small intestinal tumor were treated surgically and proven pathologically. Among them, 74 cases were malignant (adenocarcinoma 51, lymphosarcoma 6, leiomyosarcoma 6 and others 11) and 27 benign (leiomyoma 18, lipoma 4 and others 5). The tumors were located in ileum in 19, jejunum in 30, duodenum in 52. Because of their rarity

and lack of characteritic feature, the preoperative diagnostic accuracy was only 35.6% in this series. It is mandatory to perform hypotonic double contrast and endoscopy on individuals of suspicion as early as possible, but should be combined with other methods in order to improve diagnostic accuracy.

Key Words: Small Intestine; Primary Tumor; Diagnosis

大剂量短疗程分割放射治疗恶性黑色素瘤 (附 4 例报告)

宁波市第二医院放射治疗科 金梅良

本科从 1991 年 3 月—1993 年 8 月先后收治恶性黑色素瘤 4 例, 行钴⁶⁰大剂量短疗程分割治疗收到近期良好效果, 特报告如下。

临床资料: 见表 (恶性黑色素瘤以下简称“恶黑”)

表 肿瘤所在部位, 放疗方法及疗效						
病 例	性 别	年 龄	病变部位	病 理	放疗方法	疗 效
1	男	47	鼻咽部	恶黑	800CGY×9 次/3W	疗后 27 月健在
2	男	67	左足跟部 左腹股间	恶黑	800CGY×8 次/3W 800CGY×6 次/2W	疗后 11 月健在
3	女	68	左面部	恶黑	800CGY×7 次/3W	疗后 21 月健在
4	男	52	右颈部	恶黑	800CGY×8 次/3W	疗后 25 月健在

讨论: 恶性黑色素瘤是一种产生于黑色素的高度恶性肿瘤, 仅少数为无色素的恶性黑色素瘤。国内外报道黑色素瘤的发病率占恶性肿瘤的 1~3%。9.3%。在治疗方面, 过去认为“恶黑”对常规分割放疗抗拒, “恶黑”对放射线不敏感。这种放射抗拒性可能由于此种肿瘤系来自神经外胚层之故。在经过体外放疗实验的生存曲线显示宽的肩峰, 肯定了这种恶性肿瘤对常规分割放疗的亚致死损伤细胞具有很大的修复能力, 但是到目前为止恶性肿瘤的临床治疗方面与放射生物学放射物理学方面有一定差距, 现在常用的分次治疗方法是以临床经验为基础的方法。通过进一步的实验证明不同的细胞类型在存活曲线的开始部分有很不同的形状, 有些就需要较大的一次量以达到减少细胞数的目的, 如分次量小到位于细胞存活曲线肩段内就将降低对细胞的杀灭作用, 因此目前主要还是依靠临床的探讨以寻求

比目前常规的治疗更好的时间、剂量、分次关系。

由于常规分割治疗对“恶黑”有很大的修复能力, 我们采用分次大剂量, 短疗程放疗改变“恶黑”这种亚致死细胞的修复功能似乎收到了较明显的临床效果, 由于病例少, 观察时间短, 无对照组比较, 需与同行们进行继续研究来提高“恶黑”的治疗效果。

小结: (1) 我们认为“恶黑”虽是具有较强的亚致死修复能力的肿瘤, 但如改变常规分割放疗则很有可能改变肿瘤的亚致死的修复, 根据我们的治疗结果认为“恶黑”并不需要常规分割的高剂量, 而需每次的高剂量率, 短疗程冲击治疗。(2) “恶黑”患者放疗配合化疗及免疫治疗有可能进一步提高治疗效果。(3) 对于年老、体弱及肿瘤位置关系手术困难者行大剂量、短疗程放疗是可以采用的。