

小肠肿瘤_消化内科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E5_B0_8F_E8_82_A0_E8_82_BF_E7_c22_611101.htm 小肠的长度占整个胃肠道的75%，但小肠肿瘤仅占胃肠道肿瘤中的3~6%，小肠恶性肿瘤为胃肠道恶性肿瘤中的1%。小肠与结肠之长度比为4:1，粘膜面积比为10:1，但二者肿瘤的比大致为1:40。freund综合小肠肿瘤发生率低的原因有以下一些：肠内容物为硷性且通过较快，减少了肠粘膜与致癌物质的接触和机械性刺激；小肠内细菌量少，因而致癌物质的形成减少；存在保护性酶，使潜在的致癌物质被解毒；含有高浓度的免疫球蛋白a，可中和潜在的致癌病毒；胚胎发育中肠的形成较晚，避免了不典型组织的种入。【诊断】多数小肠肿瘤病人，不论良性恶性，因腹痛和黑便或便血来诊。如初步诊查排除了常见的病因，或全面检查仍未能作出诊断，应考虑到有小肠肿瘤的可能而作进一步检查。首先先作肠道x线检查。如疑十二指肠病变可作低张十二指肠造影。空回肠钡剂检查较为困难，因为小肠内容物向运行较快；又小肠冗长，在腹腔内迂迴使影象前后重迭，难以辨别。如肿瘤较大向腔内突出，可见充盈缺损；如肿瘤浸润肠壁范围较广或引起肠套叠，可看到近端小肠扩张和钡剂受阻、狭窄、杯影等；有时可看到粘膜破坏等。当肿瘤较小且未造成狭窄、梗阻时，传统的小肠钡剂检查法难以发现病变，近年来小肠灌钡法似有一定帮助。完全性或接近完全梗阻者，不可作钡剂检查，以免促使完全梗阻。有消化道出血，出血量估计每分钟超过3~5ml者，可作选择性腹腔和肠系膜上动脉造影，以对出血病灶定位

。疑为十二指肠肿瘤时，除十二指肠低张造影外，可作十二指肠镜检查，直接了解病变部位、大小、形态，并作活组织检查。虽然现在已有小肠镜问世，但尚未得到推广应用。腹部ct检查能显示小肠肿瘤的大致部位、大小和与肠壁的关系，以及有无肝转移及腹主动脉前和肝门淋巴结肿大等。但当肿瘤较小，直径在1.5cm以下时往往难以发现。不少小肠肿瘤过以上种种检查仍未能明确诊断，必要时可考虑剖腹探查。甚至有多次手术才明确诊断者，可见小肠肿瘤诊断的困难。

【治疗措施】小肠良性肿瘤可引起出血、套叠等发症，且无组织学检查，难以肯定其性质，所以均应外科手术切除。较小肿瘤可连同周围肠壁作局部切除，多数需作局部肠切除，对端吻合。小肠恶性肿瘤手术需对病变肠段及区域淋巴结作较广泛的切除吻合。如为十二指肠恶性肿瘤则多数需作十二指肠胰头切除。如小肠肿瘤局部固定无法切除，可作旁路手术以解除或预防梗阻。小肠恶性肿瘤早期诊断较难，切除率约为40%。切除术后5年生存率为平滑肌肉瘤约40%，淋巴瘤约35%，腺癌约20%。除淋巴瘤外，放射治疗和化学疗法均少效果。

【流行病学】小肠肿瘤有良性、恶性，二者的发病率相仿。上海中山医院普外科1979～1988年间共收治小肠肿瘤67例，包括十二指肠肿瘤21例、空回肠肿瘤46例。67例中恶性34例、良性33例，二者之比为1：1。无论良性、恶性，均以平滑肌瘤或平滑肌肉瘤为最多见。国内尹朝礼等报告小肠良性肿瘤40例中，也以平滑肌瘤为最多，24例，其他血管瘤7例，腺瘤6例，脂肪瘤、神经纤维瘤和囊性淋巴管瘤各1例。国外资料，小肠良性肿瘤亦以平滑肌瘤和腺瘤为最常见，其次为脂肪瘤、血管瘤和纤维瘤。小肠恶性肿瘤中肉瘤约占40%

，腺癌30%，而类癌约25%。无论良性、恶性，均可发生于十二指肠、空肠、回肠各段小肠。【临床表现】小肠肿瘤病人以50岁以下为多，平均在35岁左右。男女性大致相等。小肠肿瘤的常见临床表现如下：1.腹痛为常见症状，可因肿瘤表面溃烂、刺激肠管引起肠痉挛所引起，也可因肠梗阻或肠套叠所致。当肿瘤巨大、突入肠腔，可引起肠堵塞；肿瘤侵犯肠壁可引起肠管狭窄、梗阻。这类梗阻较多见于小肠恶性肿瘤。肠套叠多半是小肠良性肿瘤所致。可急性发作，也可反复慢性发作。2.消化道出血 约有1/3～2/3病人因肿瘤表面溃烂而引起出血。多数为隐性出血，表现为大便隐血试验阳性或黑粪，长时间也可产生缺铁性贫血。也可出现间断小量出血，甚至大量便血。最易引起出血的平滑肌瘤和肉瘤、血管瘤和腺瘤，神经纤维瘤。3.腹块 由于小肠活动度大、位置又不固定，所以小肠肿瘤在体检时偶可扪到肿块，但有时又扪不到，时有时无。可扪及肿块的多半是体积较大的小肠肉瘤。4.全身症状 除肿瘤反复出血导致贫血外，小肠恶性肿瘤尚可引起消瘦，乏力等全身症状。【并发症】小肠良性肿瘤可引起出血、套叠等发症；少数恶性肿瘤发展到晚期可形成肠穿孔、引起弥漫性腹膜炎，或可慢性穿破，形成脓肿或内瘘。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com