

# 小肠脂肪瘤致肠套叠 1 例

张文辉, 屈昌民, 杨欣

张文辉, 屈昌民, 杨欣, 中国人民解放军306医院消化科 北京市 100101  
项目负责人: 张文辉, 100101, 北京市, 中国人民解放军306医院消化内科.  
电话: 010-66356729-2240  
收稿日期: 2003-11-13 接受日期: 2003-12-08

## 摘要

近日我院收治 1 名中年女性, 以腹痛伴恶心、呕吐为主诉, 后经手术证实为小肠脂肪瘤所致肠梗阻。

张文辉, 屈昌民, 杨欣. 小肠脂肪瘤致肠套叠 1 例. 世界华人消化杂志 2004; 12(4):1259

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/12/1259.asp>

## 1 病例报告

患者女, 49 岁, 因突发右下腹持续性隐痛伴恶心 2 d 就诊。体检: 腹软, 下腹部压痛, 右中下腹可触及约 10 cm × 4 cm 包块, 较固定, 质中, 轻压痛。盆腔 B 超提示子宫多发肌瘤, 子宫右后方可见一 11.7 cm × 4.0 cm 的腊肠样肿物, 形态不规则, 周边低回声, 中间强回声, 盆腔未见积液。第 2 d 出现频繁排暗红色稀便, 呕吐咖啡色胃内容物, 腹部 CT 上腹、右下腹未见异常, 左下腹小肠肠壁可疑增厚, 胃镜见食管、十二指肠球部糜烂, 结肠镜进至回盲部未见明显异常, 考虑出血为十二指肠球部、食管糜烂所致, 予静脉补液、抑酸等治疗后病情缓解, 饮食增加, 每餐可进食 150 g 流食, 自动出院。12 d 后再次出现腹痛, 于左中腹, 持续性烧灼样疼痛, 阵发性加重, 伴恶心、呕吐胃内容物, 每日排暗红色糊状血便, 腹部透视仅见中腹部 1 个小液平。行剖腹探查见腹腔中量透明积液, 升、横结肠膨大, 张力高, 肠壁受压变薄, 盲肠穿孔, 回肠末端 10 cm 套入盲肠、升结肠直至横结肠中部, 在横结肠中部、套叠

小肠末端可触及 3 cm × 4.0 cm × 4.0 cm 包块, 质硬, 活动不佳, 术中无法拉出套叠肠管, 按恶性肿瘤行末端回肠、盲肠、升结肠、横结肠右侧部、大网膜部分切除。病理报告: 回肠黏膜下脂肪瘤(腔内型), 4.5 cm × 4.0 cm × 2.5 cm, 并发肠套叠: 肠管自肿物处扭转, 肿物处小肠套叠后再一次套叠在回盲部及升、横结肠内。

## 2 讨论

成人肠套叠较少见, 常见原因为肠息肉、肠肿瘤或 Meckel 憩室, 脂肪瘤所致更为少见。笔者查阅 1994 年至今文献报道小肠脂肪瘤仅 10 篇, 伴小肠套叠 7 例, 未见结肠套叠, 均为手术明确诊断。小肠脂肪瘤常位于黏膜下, 一般不引起临床症状, 诊断较为困难, 瘤体直径超过 2 cm 可出现肠新生物的一般症状, 如机械性肠梗阻、黏膜溃疡形成、肠套叠、慢性失血等<sup>[1]</sup>。本例患者瘤体直径大, 造成机械性梗阻、套叠、肠管坏死, 术中考虑恶性病变, 送病理明确诊断。因此有肠梗阻症状, 而胃肠镜均未见病变时要考虑小肠病变可能, 单纯应用解痉、胃肠动力药物会引起肠套叠加重、病情进展的可能。腹部 B 超在本例有阳性结果, 亦可选择全消化道造影、腹部 CT, MRI 有较好的软组织分辨率, 脂肪瘤易被 MRI 确诊<sup>[2]</sup>, 但本例术前体征与 B 超相同, 与 CT 不同, 使之诊断更加困难, 应引起临床医生高度注意。

## 3 参考文献

- 1 叶宣光, 桂律. 小肠多发性脂肪瘤伴发肠套叠 1 例. 中华病理学杂志 2002;29:132
- 2 杨希中, 陈恩才, 郭家晨, 尹秀风. 小肠脂肪瘤致成人肠套叠. 中国肿瘤临床与康复杂志 1997;4:96

## World Journal of Gastroenterology 以国际最优秀的期刊为目标

《World Journal of Gastroenterology, WJG》将完全按照国际标准办刊, 从收稿到出版的管理, 已完全实现市场化, 以质量为本。从收稿到出版或退稿, 以公正科学的态度处理每一份稿件。在学术水平和编辑质量方面以国际最优秀的期刊为目标。WJG 争取在国家、作者、读者, 全体编委和社会的大力支持下, 办成一份国际本专业具有突出影响的学术期刊。