

## · 短篇报道 ·

## 腹腔镜下手术治疗结肠气囊肿症 2 例

吴桂堂 秦 伟 王海久

(青海大学附属医院普外二科, 西宁 810001)

中图分类号: R656. 9

文献标识: D

文章编号: 1009-6604(2009)01-0093-02

肠气囊肿症是一少见病, 特征为肠壁或系膜上有多个黏膜下或浆膜下气囊肿。Morris 等<sup>[1]</sup>报道该病发生率在结肠为 46%, 小肠 27%, 胃 5%, 小肠和大肠并发 7%。我科 2006 年 6 月~2007 年 6 月收治 2 例经内科治疗无明显疗效结肠气囊肿症, 采用腹腔镜下手术治疗, 效果满意, 现报道如下。

## 1 临床资料与方法

## 1.1 一般资料

例 1: 男, 52 岁, 间断腹痛伴血便 3 年, 加重 2 次。患者 3 年来无明显诱因反复出现腹痛, 呈隐痛, 左下腹为主, 伴间断血便, 色鲜红混于大便中。3 个月前加重, 结肠镜检查: 距肛门 18~30 cm 处见环形半球状黏膜隆起, 局部见新鲜血迹附着, 质软, 考虑结肠气囊肿症(图 1)。高压氧治疗 20 余次, 症状略有缓解。1 个月前再次出现症状并加重。查体心肺无特殊, 腹平坦, 腹肌软, 全腹无压痛及反跳痛, 移动性浊音阴性。大便常规: 黄软, 潜血阳性。肿瘤血清学系列: CEA 5 ng/ml(正常值 0~10 ng/ml), CA<sub>125</sub> 19 U/ml(正常值 0~35 U/ml), CA<sub>50</sub> 8 U/ml(正常值 0~20 U/ml), CA<sub>153</sub> 9 U/ml(正常值 0~28 U/ml), CA<sub>242</sub> 11 U/ml(正常值 0~25 U/ml)。诊断: 结肠气囊肿症。

例 2: 男, 49 岁, 间断腹泻腹胀 1 年。患者 1 年前无明显诱因出现进食后腹胀, 便后缓解, 腹泻, 呈稀黄色, 无脓血及黑便, 口服肠炎康等药物治疗, 症状略有缓解, 后症状反复发作, 2 周前结肠镜检查示乙状结肠气囊肿(图 2), 高压氧治疗 1 周, 症状无好转。查体心肺无特殊, 腹平坦, 腹肌软, 全腹无压痛及反跳痛, 移动性浊音阴性。大便常规: 黄软, 潜血阴性。肿瘤血清学系列: CEA 7 ng/ml, CA<sub>125</sub> 10 U/ml, CA<sub>50</sub> 12 U/ml, CA<sub>153</sub> 14 U/ml, CA<sub>242</sub> 16 U/ml。诊断: 结肠气囊肿症。

## 1.2 方法

患者全麻, 取仰卧位, 头低脚高, 在脐上缘切开皮肤约 1.5 cm, 气腹针置入造气腹, 气腹压力为 13 mm Hg。分别在麦氏点和反麦氏点作切口后置入 trocar, 超声刀游离切下降结肠系膜, 上下达正常肠

段将病变段旷置后于左下腹切开 4~5 cm 切口将病变肠段脱出, 两端夹闭后将病变肠段切除, 吻合器行端侧肠吻合, 远端闭合器闭合。左下腹放置橡皮引流管 1 根。术后给予胃肠减压, 制酸, 抗炎, 止血对症治疗。

## 2 结果

例 1 术中见降结肠中段有长约 15 cm 肠段浆膜下分布着半球形透亮气囊肿, 术后剖开内为气体, 气囊肿使肠内腔变窄, 且有出血点和瘀斑; 例 2 术中见乙状结肠距盆底筋膜处直肠约 12 cm 处肠管囊状蜂窝样扩张, 呈透明状, 压之塌陷, 长度约 10 cm, 术后剖开见管腔狭窄, 为多发蜂窝状气囊肿。2 例病理回报均为结肠气囊肿症(图 3, 4)。例 1、2 手术用时分别为 100、90 min, 术中无明显出血。术后消化道症状消失。例 1、2 分别在术后 8、7 d 出院。术后随访 1 年均无复发及并发症。

## 3 讨论

肠气囊肿症的病因不清楚, Pear<sup>[2]</sup>认为肠缺血、损伤是一个发病因素。刁红亮等<sup>[3]</sup>对 1994 年 6 月~2006 年 5 月国内 159 例肠气囊肿症统计, 西北地区 141 例(88.7%), 少数民族 90 例(56.6%)。肠气囊肿本身并无特殊的症状, 多以伴随的疾病症状为主, 有时可有类似肠激惹综合征的症状, 气囊肿突入至肠腔或影响肠的蠕动可出现部分肠梗阻的症状, 自行破裂时可出现气腹但并无腹膜炎的表现, 但结肠气囊肿病人多有腹泻、血便。纤维内镜检查可见多个透明、可压缩的囊肿, 表面光滑完整, 基底宽, 挤压破裂后可发出破裂声, 囊肿随之消失。直立位腹部 X 线平片、X 线钡剂检查、CT、B 型超声对肠气囊肿也有较高的诊断价值。

无明显症状的原发性肠气囊肿症, 无须特殊治疗。有明显的腹部不适, 腹胀、腹痛等症状时, 内科常用高压氧治疗, 吸入 2.5 个大气压氧, 每天 1 次, 每次 2 h, 血氧分压达 26.6 kPa(200 mm Hg), 部分病人囊肿可自行消失。汪嵘等<sup>[4]</sup>报道采用无水酒精治疗 5 例结肠气囊肿有效。但内科治疗无效或伴

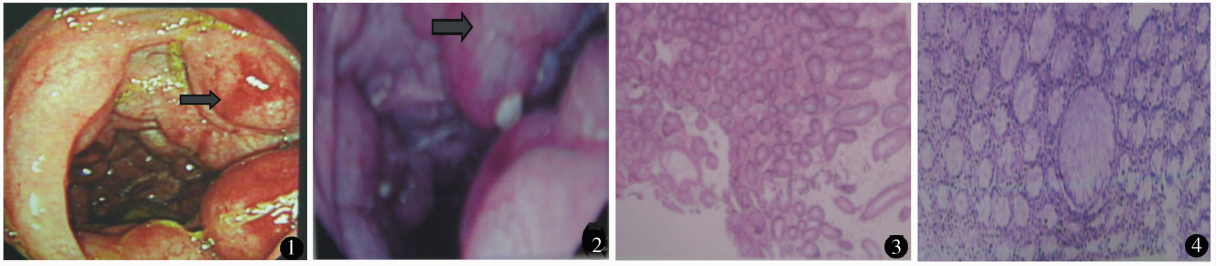


图 1 例 1 肠镜示结肠气囊肿。降结肠中段长约 15 cm 肠段黏膜下有大小不等半球形透亮囊肿,有出血点和瘀斑,使肠内腔变窄,术后剖开为气体。图 2 例 2 肠镜示结肠气囊肿。乙状结肠距盆底筋膜约 12 cm 处有长约 10 cm 肠管可见黏膜下密集囊状、葡萄状隆起,表面略显苍白而透明囊性病变,压之塌陷,致肠腔狭窄,术后剖开为气体。图 3 例 1 术后病理示结肠气囊肿(HE 染色  $\times 400$ )。显微镜检见囊壁系薄层结缔组织,囊内表面覆有单层扁平上皮,囊肿及周围组织充血、水肿,有炎性细胞浸润,并有结缔组织增生。图 4 例 2 术后病理示结肠气囊肿(HE 染色  $\times 400$ )。显微镜检见囊壁系薄层结缔组织,囊内表面覆有单层扁平或立方形上皮,并有多核巨细胞,囊肿周围组织充血、水肿。

发肠梗阻、穿孔等时应选取外科治疗。Kala 等<sup>[5]</sup>报道腹腔镜治疗 1 例经高压氧等内科规范治疗无效的结肠气囊肿病人,且预后良好。本组 2 例经高压氧等内科治疗无明显疗效,有出血或腹泻等并发症,选择手术治疗,切除病变肠段。常规开腹手术治疗创伤大,恢复慢,而腹腔镜联合小切口手术治疗,应注意游离肠系膜上下应达正常肠段,以减少术后复发的机会。

## 参考文献

- 1 Morris MS, Gee AC, Cho SD, et al. Management and outcome of pneumatosis intestinalis. Am J Surg, 2008, 195(5):679-682.

- 2 Pear BL. Pneumatosis intestinalis: a review. Radiology, 1998, 207(1):13-19.
- 3 刁红亮, 乌尔班, 阿布力米提, 等. 肠气囊肿症六例报告并国内文献回顾分析. 中华胃肠外科杂志, 2007, 10(1):79-80.
- 4 汪 嵘, 陈 呈, 刘变英. 结肠镜下无水酒精治疗结肠气囊肿临床探讨. 中国内镜杂志, 2006, 12(10):29.
- 5 Kala Z, Hermanova M, Kysela P. Laparoscopically assisted subtotal colectomy for idiopathic pneumatosis cystoides intestinalis. Acta Chir Belg, 2006, 106(3):346-347.

(来稿日期:2008-05-20)

(修回日期:2008-09-12)

(责任编辑:李贺琼)

## · 消息 ·

### 腹腔镜结直肠癌、胃癌手术专题研修班

北京大学第三医院是国内最早开展腹腔镜手术的医院之一。早在 1993 年成功开展了全国首例腹腔镜直肠癌根治性手术,开创了国内腹腔镜下复杂手术的先河。现在每年开展微创/腹腔镜手术接近 2000 例,涉及到普通外科的各个传统领域,每年有超过 300 名学员来此接收腹腔镜技术培训,是国内最大的微创手术、培训中心之一。

2009 年拟开办第四、五期“腹腔镜胃肠手术专题研修班”,欢迎具有一定腹腔镜手术基础并且有意向开展腹腔镜结直肠、胃手术的外科同道来京参加研修。

注意事项:

1. 为保证培训质量,每期研修班名额限定为 12 人(按照报名先后顺序)。

2. 研修时间和课程安排:第四期 2009 年 5 月 4 日~2009 年 7 月 31 日

第五期 2009 年 12 月 1 日~2010 年 3 月 1 日

每期前 4 周:模拟技能训练,专题讲解和研讨,动物实验等共 100 学时。

每期后 8 周:参观手术、参加手术。

3. 研修费、资料费:3000 元

4. 欢迎 E-mail 报名:lapsurg@sina.com

5. 报名时请注明“腹腔镜胃肠手术专题研修班”

地址:100191 北京市海淀区花园北路 49 号 北京大学第三医院普通外科 姚宏伟

6. 联系电话:13611015609, (010)82266688-8736

北京大学第三医院教育处

北京大学第三医院普通外科、腹腔镜培训中心

卫生部普通外科腹腔镜/内镜培训基地

2008 年 11 月 5 日