

胃十二指肠动脉瘤并肝血管瘤、胆囊癌 1 例

李靖, 梁平, 赵弘智, 黄小兵, 郑璐

李靖, 梁平, 赵弘智, 黄小兵, 郑璐, 中国人民解放军第三军医大学新桥医院肝胆外科 重庆市 400037

通讯作者: 李靖, 400037, 重庆市沙坪坝区新桥正街2号, 中国人民解放军第三军医大学新桥医院肝胆外科, xqyylj@tom.com
电话: 023-68774606

收稿日期: 2005-02-17 接受日期: 2005-03-03

摘要

目的: 报道 1 例罕见的同时合并有肝血管瘤及胆囊癌的胃十二指肠动脉瘤, 提高临床医师对该病的认识。

方法: B 超、CT、腹腔动脉造影检查及剖腹探查。

结果: 经腹腔动脉造影检查、术中探查、病理组织学等确诊为胃十二指肠动脉瘤、肝右叶海绵状血管瘤及胆囊高分化腺癌。

结论: 胃十二指肠动脉瘤术前诊断较为困难, 腹腔动脉造影对诊断该病有较大帮助; 对同时并存腹内其他邻近脏器病变的情况应引起足够重视。

李靖, 梁平, 赵弘智, 黄小兵, 郑璐. 胃十二指肠动脉瘤并肝血管瘤、胆囊癌 1 例. 世界华人消化杂志 2005;13(7):929-930
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/929.asp>

0 引言

胃十二指肠动脉瘤是一种罕见的血管疾病, 国内报道仅十余例^[1-2], 国外报道亦不多^[3]. 对胃十二指肠动脉瘤同时合并腹内其他邻近脏器病变的情况, 国内外未见报道. 现将我院近来收治的 1 例同时合并有肝血管瘤及胆囊癌的胃十二指肠动脉瘤报道如下。

1 病例报告

患者女性, 58 岁, 已婚. 因“间歇性上腹部隐胀痛 4 a, 加重半月”入院. 患者于 4 a 前无明显诱因出现上腹部隐胀痛, 程度较轻, 腹痛不放射, 无畏寒、发热, 无恶心、呕吐, 无皮肤、巩膜黄染, 无呕血、黑便. 曾在当地医院按“胃炎”治疗, 效果不佳, 因症状不重, 未行进一步诊治. 此后, 上腹部隐痛反复发作. 近半月来, 上腹部疼痛较以前有所加重, 在当地医院行 CT 检查提示“右肝占位性病变, 性质待定”. 为进一步诊治而入我院. 入院后查体: 血压 160/105 mmHg. 皮肤、巩膜无黄染, 浅表淋巴结无肿大, 心肺无明显异常, 腹部平坦, 无腹壁静脉曲张, 未见胃肠型及蠕动波, 右上腹深压痛, 无肌紧张及反跳痛, 全腹未扪及包块, 肝脾肋下未扪及, 肝上界平右锁骨中线第五肋间, 肝区轻微叩击痛, 移动性浊音阴性, 肠鸣音正常. 辅助检查: 上腹部彩超示: 肝

脏右前叶及部分右后叶可见到一巨大占位病变, 大小约 8.8 cm × 7.7 cm, 形态不规则, 边界清晰, 内部呈不均质的相对高回声区, 边缘部略有增强现象, 内部可见小的筛孔样回声, 周边未见血管绕行, 未见明显球形感, 胆囊前壁可见一增强回声, 直径约 1.5 cm, 有悬空感, 胆总管不扩张. 考虑: (1) 肝脏血管瘤可能性大; (2) 胆囊息肉. 腹部 CT 示: 肝右叶可见大片状低密度病变, 密度均匀, 强化后增强区域逐渐向病灶中央扩散, 延迟扫描整个病灶大部分强化, 高于正常肝组织密度. 胆囊内见结节状异常密度影, 病灶轻度强化; 腹主动脉旁胰头区可见 6.0 cm × 5.0 cm 大小类圆形团块影, 其边界光整, 强化程度与动脉强化程度一致, 胰体尾部结构清晰. 考虑: (1) 肝右叶血管瘤; (2) 腹主动脉旁圆形病变, 以动脉瘤可能性大, 建议进一步检查; (3) 胆囊内占位性病变, 以息肉或腺瘤可能性大. 低张十二指肠造影示: 十二指肠曲扩张, 内缘毛糙刺样突出似双舌边缘, 侧位向前推移. 考虑: 胰腺占位性病变, 可能侵及十二指肠降段内缘, 建议进一步检查. 腹腔动脉造影示: 肝脏左下方有一约 6.0 cm × 5.0 cm 大小异常血管团, 于动脉期呈团片状染色, 静脉期可见粗大的引流静脉, 造影剂廓清延迟, 供血动脉来自胃十二指肠动脉; 肝右叶内可见大片状异常染色, 造影剂廓清延迟. 考虑: (1) 肝右叶巨大血管瘤; (2) 上腹部异常血管团, 考虑为动脉瘤, 动静脉畸形不排除. 化验检查示: 肝功、肾功、电解质、凝血酶原时间、乙型肝炎标志物、空腹血糖、甲胎蛋白、癌胚抗原及三大常规均正常. 因患者有高血压, 为排除异位嗜铬细胞瘤, 查立卧位血浆醛固酮及 24 h 尿香草扁桃酸均正常. 经充分术前准备后行手术治疗, 术中探查见: 腹腔内无腹水, 肝脏左外叶缩小, 肝右叶有一大小约 9.0 cm × 7.0 cm 包块, 向肝脏脏面突出生长, 质地软, 可压缩, 表面不光滑; 胆囊大小正常, 底部前壁可扪及直径约 1.5 cm 肿块, 质地中等, 活动度尚可. 十二指肠降段内侧胰头部可扪及一大约 6.0 cm × 5.0 cm 包块, 质地软, 触之搏动感明显, 挤压后明显缩小; 腹腔内未触及肿大淋巴结. 充分游离右肝, 距肝血管瘤边缘 2.0 cm 切除肝血管瘤, 完整切除胆囊, 分离并于动脉瘤远、近两端结扎胃十二指肠动脉, 结扎胃十二指肠动脉后胰头部包块明显缩小, 搏动感消失. 术后病理报告为: 胆囊高分化腺癌, 肿瘤位于黏膜层; 肝海绵状血管瘤. 术后患者顺利康复出院。

2 讨论

胃十二指肠动脉瘤国内外报道均较少, 其发病原因可能

有肛门排气;在当地医院住院诊断糖尿病神经源性膀胱,给予留置导尿、通便、加强胃动力、抗炎等治疗无效,近2 wk来大便未解,小便由留置导尿管导出,感腹部饱胀,无明显口渴、多饮、多尿,无恶心、呕吐。患者近2 mo双眼失明后生活不能自理,较焦虑,睡眠差,每日睡眠仅1-2 h,饮食尚好。查体:血压140/80 mmHg,腹软,稍饱满,无压痛,未触及包块,肠鸣音稍减弱。入院后检查:血糖15.3 mmol/L,尿糖4+,腹部B超未见异常。住院期间继续给予留置导尿,达美康、盐酸二甲双胍控制血糖,多虑平、安定镇静抗焦虑,并先后给予利索灌肠剂及温生理盐水清洁灌肠、胃复安静点、莫沙比利及果导口服通便治疗效果欠佳,每次灌肠后仅解出少许大便,胃复安静点及莫沙比利口服后仅感阵发性腹部疼痛和肛门排气增多。入院后第5 d给予20%甘露醇250 mL加温葡萄糖氯化钠溶液1 000 mL口服后出现腹痛,随之排出有恶臭味的肠内容物10余次、量多,此后大便每日1-3次、质地正常。2 d后拔除留置导尿管小便亦可自行解出。大便正常后行全消化道钡餐透视检查未见器质性病变。

2 讨论

便秘是一种常见症状,其病因复杂,涉及多学科,给患者带来许多苦恼。随着社会发展、竞争激烈、生存压力增加,以及饮食结构的改变、精神心理和社会因素的影响,便秘发病率呈上升趋势,严重影响人们的生活质量。

便秘可分为器质性便秘(又称继发性便秘)和功能性便秘(又称特发性便秘):前者主要有直肠肛门及结肠病变,肠肌力减退,内分泌、代谢疾病,神经系统疾病,药物和化学因素等;后者主要指除外以上器质性疾病所致的便秘,分为慢传输型、出口梗阻型和混合型。通常,根据便秘及有关症状的轻重以及对生活、工作的影响,分为轻、中、重三度^[2]:轻度指症状较轻,不影响生活,经一般处理能好转,无需用药或少用药;重度是指便秘症状持续,患者异常痛苦,严重影响生活,不能停药或治疗无效;中度则鉴于二者之间。所谓的难治性便秘常是重度便秘,可见于出口梗阻型便秘、结肠无力以及重度便秘型肠易激综合征等,患者常伴有焦虑甚至抑郁。

近年来,精神心理因素对胃肠动力影响的研究成为热点,较多的研究证实了长期抑郁和焦虑可致功能性便

秘,尤以女性及老年人为著^[3]。消化道运动受自主神经和内分泌系统的影响,而自主神经和内分泌系统中枢与情感中枢的皮层下整合中心位于同一解剖部位,故易受精神心理因素的影响。有关与精神心理因素有关的功能性便秘的发病机制尚不十分清楚,可能与通过大脑皮层影响下丘脑及自主神经系统,从而使肠蠕动和肠管张力减弱有关。心理障碍尤其焦虑可增加盆底肌群的紧张度,从而引起排便时肛门直肠矛盾运动,导致便秘。

便秘的治疗是改善症状、消除病因、恢复正常肠动力和排便的生理功能,系个体化的综合治疗,包括科学的生活方式、良好的精神状态、合理的饮食结构和良好的正确的排便习惯。对有明确病因者应进行病因学治疗。药物治疗是恢复肠动力、软化粪便和促进排空。生物反馈疗法(biofeedback treatment)是一种纠正不协调排便行为的训练法,主要用于治疗肛门括约肌失调症和盆底肌、肛门外括约肌排便时矛盾性收缩导致的出口梗阻型便秘,是一项无痛苦、非创伤的较新的技术。最近有报道指出生物反馈疗法对84.0%的慢性功能性便秘患者具有良好的疗效,较长时间的强化训练可望提高近期疗效,辅助家庭训练可降低复发率^[4]。

本文报告1例大便不通、尿储留2 wk的重度便秘并尿储留的老年女性患者,发现糖尿病史半年,2 mo前双眼完全失明,生活不能自理,伴有焦虑、失眠,每日睡眠仅1-2 h。分析其发病原因,除可能与糖尿病内脏神经病变有关外,更主要的可能与双眼失明后出现的焦虑、失眠等精神心理因素有关。针对上述可能的发病原因,给予达美康、盐酸二甲双胍控制血糖,多虑平、安定镇静抗焦虑,以及胃复安、莫沙比利加强胃动力,利索灌肠剂和温生理盐水清洁灌肠,果导和20%甘露醇口服通便等综合治疗措施。在多种便秘治疗措施中,用20%甘露醇250 mL加温葡萄糖氯化钠溶液1 000 mL口服通便治疗效果较好。

3 参考文献

- 1 徐辉,柯美云.排便的生理和便秘的病理生理.临床内科杂志 2003;20:228-230
- 2 中华医学会消化病学分会(柯美云,罗金燕,许国铝,王崇文,吕农华)整理.慢性便秘的诊治指南.中华内科杂志 2004;43:73-74
- 3 李岩.功能性便秘与精神心理因素.中国实用内科杂志 2004;24:195-196
- 4 杨柳明,林济宝,赵延龙,梁绛菱,林红,钟智,陈荣伟,谢俊芳,刘付妍,吴志荣.慢性功能性便秘肛直肠压力检测EMG生物反馈训练的疗效.世界华人消化杂志 2004;12:730-733

编辑 张海宁