

和肺功能性残余量。另外,由于腹腔压力的增高,减少静脉回流和心输出量,导致子宫胎盘供血减少,引起胎儿宫内缺氧。所以,腹腔压力如能控制到最低,但又不影响到手术,才是最理想的。

3.3 做好紧急剖宫产分娩准备 该患者孕 29 周,术中如出现胎儿窘迫不好转,应立即行剖宫产术。巡回护士术前应备好婴儿保暖装置和婴儿复苏设备,产科护士应在现场,行持续胎心监测,若胎儿分娩,则进行胎儿复苏及护理工作。在急诊剖宫产的同时,要及时联系儿科医生来到现场。

3.4 深静脉血栓的预防 妊娠晚期由于凝血因子及血浆纤维蛋白原增加,抗凝血酶Ⅲ水平降低,从而使血液呈高凝状态,而高凝状态是形成深静脉血栓的首要因素,因此,术中应给患者穿戴抗血栓袜,使用周期性加压装置,避免血栓的形成。

参考文献:

- [1] Portincas P, DI Ciaula A, Wang HH, et al. Medicinal treatments of cholesterol gallstones: old, current and new perspectives[J]. *Curr Med Chem*, 2009, 16 (12): 1531-1542.
- [2] 巴明臣,周晓东,陈训如,等. 妊娠期腹腔镜胆囊切除术·短篇及病例报道·

- [J]. *中华消化内镜杂志*, 2001, 18(5): 315-317.
- [3] 章伟丽. 妊娠期常见腹腔镜手术研究进展[J]. *国外医学妇产科学分册*, 2006, 33(1): 17-20.
- [4] Weber SA, Garteiz MD, Itzkovich RN, et al. Analysis of the increasing role of laparoscopy in the management of acute abdomen in pregnancy[J]. *Gynecol Obstet Mex*, 2001, 69(11): 422-430.
- [5] 张新艳,刘彦,杨力,等. 妊娠期腹腔镜手术的应用现状及展望[J]. *中华围产医学杂志*, 2006, 9(5): 353-355.
- [6] Costantino GN, Vincent GJ, Mukalian GG, et al. Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy[J]. *J Laparoendosc Surg*, 1994, 4(8): 161-164.
- [7] Fatum M, Rojansky N. Laparoscopic surgery during pregnancy[J]. *Obstet Gynecol Surv*, 2001, 56(2): 50-59.
- [8] Martin IG, Dexder SP, McMahon MJ. Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy. A safe option during the second trimester[J]. *Surg Endosc*, 1996, 10(12): 508-510.

(收稿日期:2013-02-22 修回日期:2013-05-03)

胃体神经内分泌瘤 2 例诊治体会

傅鑫,胡 轲,邢寒阳,颜蓁先,陈东风[△]

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所消化内科,重庆 400042)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.22.054

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)22-2694-02

1 临床资料

病例 1:患者,女,70 岁,因“反复腹胀 3 年,加重 10 d”入院,近 3 年间断出现进食后上腹胀,无腹痛、腹泻,当地医院曾胃镜检查考虑胃溃疡,药物治疗间断好转,近 10 d 腹胀再发,当地复查胃镜提示:胃体息肉。为进一步诊治入院。查体未见异常体征。本院超声胃镜提示:胃体壁第二层低回声欠均质肿块,超声切面大小约 1.1 cm×0.5 cm,考虑:胃体黏膜肌层低回声肿块(平滑肌瘤?)。遂行胃镜下黏膜剥离术,术后病理检查提示:(胃体)神经内分泌瘤(G1 级,类癌),肿瘤侵及黏膜下层,且邻近切缘(<1 mm)。免疫组织化学:CK(+),Syn(+),CD56(+),CgA(+),Ki-67(<2%),P53(-)。进一步行全身 PET 提示:(1)胃体小弯侧神经内分泌瘤切除术后,术区结节样 FDG 代谢增高灶,考虑术后改变,建议密切随访;(2)脑、颈部、肺部、盆部 FDG-PET 显像及 CT 平扫未见异常。请胃肠外科专家会诊建议转科继续治疗,但患者及家属坚持拒绝转科,要求出院自行门诊随访。出院诊断为:胃体神经内分泌瘤。

病例 2:患者,女,48 岁,因“上腹饱胀不适 3 个月”入院,近 3 个月反复上腹部饱胀不适,与进食无明显关系,院外胃镜及活检提示:胃体息肉。来本院诊治。查体未见异常体征。入院后超声胃镜检查提示:胃窦大、小弯侧分别查见一约 0.3 cm 息肉样病变,胃体大弯侧查见多个直径约 0.1 cm 息肉样病变,另见一约 0.7 cm×0.8 cm 息肉样病变,表面糜烂,超声探查见黏

膜层稍增强不均匀回声,超声切面约 0.6 cm×0.4 cm,符合息肉改变。沟通好后行胃镜下黏膜切除及氩气刀凝固术,术后病理检查提示:(胃体)神经内分泌瘤(G1 期),免疫组化:CK7(-),CK20(-),CK19(+),Syn(+),CD56(+),Ki-67(<5%),CgA(+),P53(弱+).故诊断为:胃体神经内分泌瘤、胃多发性息肉。术后 4 个月复查胃镜提示:胃窦大弯侧局部黏膜稍充血肿胀,胃体上段前壁黏膜见直径约 0.3 cm 息肉样隆起,再予活检提示:(胃体)神经内分泌瘤(G1 级,类癌),免疫组化:CK(+),Syn(++),CgA(+++),CK7(-),CD56(-),Ki-67(2%)。腹部增强 CT 未见明显异常。完善共聚焦和 NBI 胃镜所见:胃体大弯侧在原内镜手术部位可见黏膜稍粗大隆起,表面光滑,NBI 模式下仅见红斑部位少量血管扩张,腺体开口无明显异常,符合炎症表现。在共聚焦内镜下扫描胃体大弯部分可见肠化腺体,部分见腺体内明亮细胞,腺体结构存在无破坏。请胃肠外科专家会诊后建议手术治疗,但患者及家属决定出院随访,必要时外科手术治疗。出院诊断为:胃神经内分泌瘤。

2 讨 论

神经内分泌肿瘤(neuroendocrine neoplasm, NEN)是一类罕见的、生长缓慢的肿瘤,来源于神经内分泌系统的异质性肿瘤,可发生于全身多个器官和组织,以消化系统最为常见。近些年,由于人们健康意识的提高,内镜检查技术的发展和内镜

治疗技术的成熟,越来越多的胃肠胰神经内分泌肿瘤^[1](gastroenteropancreatic neuroendocrine neoplasm, GEP-NEN)得以早期诊断和及时治疗,GEP-NEN 约占 NEN 的 75%,但 GEP-NEN 占胃肠恶性肿瘤不足 2%。研究发现随着现代医学技术的进步其发病率呈明显上升趋势。2010 年 WHO 新的分级分类方法将 GEP-NEN 分为 4 类 3 级^[2]:(1)神经内分泌瘤(neuroendocrinotumor, NET),为高分化神经内分泌肿瘤,并分为 NET 1 级(G1)和 NET 2 级(G2);(2)神经内分泌癌(neuroendocrinecancer, NEC),为低分化高度恶性肿瘤,定为 3 级(G3);(3)混合性腺神经内分泌瘤^[3](mixed adenoneuroendocrinecarcinoma, MANEC);(4)增生性和瘤前病变;根据肿瘤的大小、淋巴结转移以及身体远处器官组织转移情况进行了临床分期。针对不同的分类、分级和分期选择的治疗方式不同^[4],手术切除仍是主要治疗方式。内镜下切除适合于局限在黏膜或黏膜下层、小于 2 cm 的 NET;对于病变侵及肌层、血管侵犯或转移的 NET 以及病变局限的 NEC 和 MANEC 患者应遵循胃腺癌的治疗原则行外科手术^[5]。上述 2 例均因上腹部饱胀不适就诊,院外胃镜均考虑胃息肉收入院,给予内镜下手术治疗后病理检查证实为胃体神经内分泌瘤。例 1 患者内镜下黏膜剥离术后病理提示肿瘤侵及黏膜下层,且邻近切缘小于 1 mm,但全身 PET 未见远处转移,应考虑行胃全切除术。例 2 患者胃内息肉样病变多发,胃体小病变未取活检直接氩气刀凝固治疗,病变较大者给予内镜下黏膜切除治疗,术后病理检查证实为胃体神经内分泌瘤,随访 4 个月胃体不同部位再发息肉样病变,再次活检证实为复发,此例患者的临床演变过程,提示该例胃 NET 可沿黏膜下浸润生长,故应尽早全胃切除。

综上所述:(1)内镜下息肉样的病变可能最终并非息肉,应尽量取活检证实病理性质,多发部位者需分部位活检明确,便于决定治疗方式,若当成良性病变草率处理可能导致误诊而忽视。(2)早期 GEP-NEN 可做内镜下黏膜剥离术^[6]、黏膜切除

· 短篇及病例报道 ·

乙状结肠镜检查致肠穿孔 1 例报道

马军捷¹,安永红¹,卢思英¹,张露露²

(1.承德护理职业学院外科教研室,河北承德 067000;2.河北省承德市第六医院检验科 067200)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.22.055

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)22-2695-02

1 临床资料

患者,李某,男,65岁,以黏液血便,大便次数增多1个月余住院。查体:腹软,左下腹轻压痛,无反跳痛,无肌紧张,未触及包块。B超检查左下腹发现一6cm×3cm肿块。初步诊断为乙状结肠肿瘤,性质待查入院。为进一步明确诊断,行乙状结肠镜检查,术前行灌肠准备。患者取左侧卧位,肛门涂液体石蜡,肛门按揉松弛后将硬质乙状结肠镜轻轻插入,见肠黏膜淡红色,少许黏液,缓缓插入,进入顺利,当继续前行距肛门约20cm时,发现检查面呈现蓝灰色,患者出现不适,疼痛,性质较重,暂停检查,返回病房观察。患者腹痛不见缓解,继续加重,腹部检查,左下压痛,反跳痛,肌紧张,肠鸣音减弱。腹腔穿刺抽出粪样渗液,考虑肠穿孔,急行剖腹探查术。术中见:腹腔内有粪便漏出,检查乙状结肠,发现距肛门约20cm处有一1

术或局部切除方式达到治愈,术前需尽量完善超声内镜、CT、体表超声等检查以确保无相关部位的淋巴结肿大,若发现淋巴结,即使是微肿瘤^[7]也需外科手术治疗,同时若切缘阳性、有血管浸润、包膜不完整等危险因素仍需追加外科手术^[8]。(3)因GEP-NEN少见,虽第1例有完善全身PET,第2例有完善激光共聚焦和NBI胃镜,但目前关于上述检查对其诊断是否有价值仍需进一步临床实践中去探索和总结。

参考文献:

- [1] 徐建明,杨晨.胃肠胰神经内分泌肿瘤国际诊断共识的解读[J].临床肿瘤学杂志,2010,16(11):1033-1037.
- [2] 中国胃肠胰神经内分泌肿瘤病理专家组.中国胃肠胰神经内分泌肿瘤病理学诊断共识[J].中华病理学杂志,2011,40(4):257-262.
- [3] 李强,黄波.胃神经内分泌肿瘤临床病理分析[J].当代医学,2011,17(6):33-34.
- [4] 李宁宇,白春梅.胃肠胰神经内分泌肿瘤治疗进展[J].癌症进展,2010,8(4):352-356.
- [5] 冯强,郑朝旭,冯晓莉,等.胃神经内分泌肿瘤临床病理特点及预后分析[J].中国普通外科杂志,2012,21(6):704-708.
- [6] Ono H. Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer[J]. Chin J Dig Dis, 2005, 6(3): 119-121.
- [7] 赵艳,周建斌.胃神经内分泌肿瘤(微小瘤)1例[J].J Diag Pathol, 2011, 18(4): 314.
- [8] 董兰花,沈虹,潘文胜.消化道神经内分泌瘤早期诊断和治疗的探讨[J].实用肿瘤杂志,2006,21(4):326-329.

(收稿日期:2013-01-08 修回日期:2013-04-22)

cm×1cm之裂口,有粪便自裂口流出。距裂口远处2cm处见肿物,约6cm×3cm大小。质较硬,肠壁已被浸润,肠系膜可触及数个肿大淋巴结,取肿物组织0.5cm×0.5cm快速冰冻进行组织学检查。病理报告为:管状腺癌。行乙状结肠癌根治术,切除肿瘤及上下各5cm肠管,清扫周围淋巴结,肠管两端行端端吻合术。冲洗腹腔,放置引流管,术后7d拆线,转内科化疗后出院。

2 讨论

医源性结肠穿孔常见于结肠镜检查操作不当所致。文献报道结肠镜检查中肠穿孔发生率为0.08%~0.12%^[1]。手术直接损伤和肠腔压力过大均可引起肠穿孔^[2]。本例在行乙状结肠镜检查中,造成肠穿孔,腹膜炎,给患者带来严重的痛苦和损伤。究其原因可能有如下情况。