

治疗技术的成熟,越来越多的胃肠胰神经内分泌肿瘤<sup>[1]</sup>(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<sup>[2]</sup>:(1)神经内分泌瘤(neuroendocrinum, 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<sup>[3]</sup>(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<sup>[4]</sup>,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<sup>[5]</sup>。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<sup>[6]</sup>、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<sup>1</sup>,安永红<sup>1</sup>,卢思英<sup>1</sup>,张露露<sup>2</sup>

(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<sup>[7]</sup>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<sup>[8]</sup>。(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%<sup>[1]</sup>。手术直接损伤和肠腔压力过大均可引起肠穿孔<sup>[2]</sup>。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。

**2.1 结肠镜检查方法不当,用力过猛** 进镜中应动作轻柔,徐徐进入,尤其是硬质结肠镜不可强行进入。切忌盲目推进或任意旋转肠镜<sup>[3]</sup>。切忌使用暴力,必要时可充气扩充肠管后再推进<sup>[4]</sup>。检查后应卧床 5~10 min。如取活检应休息 1~2 h。纤维乙状结肠镜,长 65 cm,比硬质乙状结肠镜观察范围大,当物镜通过肛门约 5 cm,取出闭孔器,盖上目镜,接通光源,在直视下,循肠腔缓缓进镜,在 6~13 cm 处,可见 3 个直肠瓣,进入上直肠瓣 3~4 cm,即达乙状结肠,完全进入 25~30 cm 若看不见肠腔可按充气囊充入少量气体,扩张肠腔,若仍不见肠腔,应退镜 2~3 cm,直至重见肠腔,在直视下缓缓进镜。

**2.2 操作者不熟悉解剖结构** 对乙状结肠、直肠解剖结构不清楚,盲目进行检查。

**2.3 可能与肠道原发疾病患处溃烂有关** 尤其是结肠有潜在薄弱部位,如溃疡、肿瘤,或有手术粘连史<sup>[5]</sup>。

**2.4 术者在检查前应明确乙状结肠镜检查的目的** 乙状结肠镜检查主要目的是疾病的定位和定性。

乙状结肠镜是结肠惟一可以活检的检查方法,即定性检查。定性后可以制订手术方式和手术范围,同时也能明确肿瘤的位置,即定位,对手术切口的选择和手术野显露至关重要<sup>[6]</sup>。

**2.5 术者应熟悉乙状结肠镜的结构功能和类别** 乙状结肠镜分为硬质乙状结肠镜和纤维乙状结肠镜,纤维乙状结肠镜长 65 cm,比硬质乙状结肠镜观察范围大<sup>[7]</sup>。

**2.6 术者应掌握乙状结肠镜检查的适应证、操作方法和要点** 适应证包括:原因未明的腹泻、黏液血便、乙状结肠、直肠肿瘤、息肉、血吸虫病等,需做活组织检查者。操作要点:(1)排空小便,清洁灌肠。(2)膝胸卧位;体弱者左侧卧位。消毒,铺巾,

肠镜涂液体石蜡,将肠镜缓缓旋转插入肛门,按照循腔进镜原则进入,并非盲目进入<sup>[8]</sup>。(3)接上光源,缓缓进入,完全进入 25~30 cm。(4)按相反方向缓缓退出,同时再仔细观察。(5)有可疑病变者做活组织检查。(6)忌盲目推进,忌任意旋转肠镜,忌暴力推进。(7)检查后密切观察。

#### 参考文献:

- [1] 朱杰,汤黎明,钱峻,等.腹腔镜在医源性肠穿孔治疗中的作用[J].普外基础与临床,2010,17(10):1023-1024.
- [2] 黄沛里,王彦红.结肠镜检查致肠穿孔 3 例报告[J].临床医药实践杂志,2003,12(10):791-792.
- [3] 梅长林,李兆申,朱樑.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2011:235-236.
- [4] 吴在德,吴肇汉.外科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:480-483.
- [5] 杨秀兰,史维,农春燕,等.结肠镜诊疗中并发肠穿孔原因分析[J].现代消化及介入治疗,2008,13(1):55-56.
- [6] 刘续宝,肖乾虎.腹部外科学手术要点及围手术期处理[M].北京:科学技术出版社,2012:272-281.
- [7] 汤方浩.普外科精要[M].2版.北京:科学技术出版社,2011:262-264.
- [8] 王海燕,刘卫民.电子结肠镜致肠穿孔 2 例[J].中国医师进修杂志,2012,35(10):76-77.

(收稿日期:2013-02-01 修回日期:2013-04-17)

(上接第 2692 页)

妇缺铁性贫血是切实可行的,也是十分必要的,值得推广和普及。

#### 参考文献:

- [1] 龚江丽,温庆荣,罗丽梅,等.68 例妊娠期贫血孕妇的营养治疗效果分析[J].赣南医学院学报,2011,31(1):71-72.
- [2] 乐杰.妇产科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:444-498.
- [3] 李莉,胡丽华,朱月芳,等.缺铁性贫血对婴幼儿生长发育影响的调查分析[J].中国儿童保健杂志,2008,17(3):28-32.
- [4] Takimoto H, Yoshiike N, Katagiri A, et al. Nutritional status of pregnant and lactating women in Japan; a comparison with non-pregnant/non-lactating controls in the national nutrition survey [J]. J Obstet Gynaecol Res, 2003, 29(23):96-103.
- [5] 李雪波,林琳敏,吕女,等.奉化市孕妇缺铁性贫血患病率及影响因素分析[J].中国妇幼保健,2008,23(27):3821-3822.
- [6] 李一美,方晓红,留佩宁.妊娠晚期孕妇膳食营养分析[J].护理学报,2009,16(6A):57-58.
- [7] Shobha R, Chittaranjan SY, Asawari K, et al. Intake of micronutrient rich foods in rural Indian mothers is associated with the size of their babies at birth; pune maternal nutrition study [J]. J Nutrition, 2005, 131(15):1217-1223.

- [8] 陈文彬,潘祥林.诊断学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:619-645.
- [9] 胡嫦,孙海丽,郑孝清,等.孕妇微量元素铁随孕周变化的规律及其意义[J].中国妇幼保健,2008,23(23):3242-3243.
- [10] Milman N, Byg KE, Berghoh T, et al. Body iron and individual iron prophylaxis in pregnancy-should the iron dose be adjusted according to serum ferritin[J]. Ann Hematol, 2006, 85(19):567-573.
- [11] Piammongkol S, Chongsuvivatwong V, Williams G, et al. The prevalence and determinants of iron deficiency anemia in rural Thai Muslim pregnant women in Pattani Province [J]. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 2006, 37(3):553-561.
- [12] 李清亚,张松.营养师手册[M].北京:人民军医出版社,2009:251-485.
- [13] 章小维,周敏,渠川琰.孕期膳食结构的变化对妊娠结局的影响[J].中国优生与遗传杂志,2008,16(1):60-62.
- [14] 明成秋.加强孕期营养指导预防妊娠期贫血[J].中国妇幼保健,2010,25(7):903-904.
- [15] Swaminathan S, Fonseca VA, Alam MG, et al. The role of iron in diabetes and its complications[J]. Diabetes Care, 2007, 30(7):1926-1933.

(收稿日期:2013-03-08 修回日期:2013-05-22)