

·临床研究 Clinical research·

鼻肠减压管在中晚期恶性肿瘤性小肠梗阻综合治疗中的应用价值

陈玉堂, 邵国良, 郑家平, 姚征, 夏启荣, 练维生, 吕蕾

【摘要】 目的 探讨鼻肠减压管在中晚期恶性肿瘤性小肠梗阻治疗中的综合应用价值。**方法** 18 例中晚期恶性肿瘤患者发生小肠梗阻时于 DSA 透视下插入鼻肠减压管至十二指肠屈氏韧带附近, 观察患者鼻肠减压管插入后近期临床表现及导管引流情况, 并于导管停止移动后经导管行肠内造影以明确诊断, 其中 15 例患者在腹胀缓解后予口服 supportan 治疗。**结果** 18 例患者鼻肠减压管均顺利插入预定位置, 在术后 2 d 至 1 周内肠梗阻症状基本缓解; 经导管肠内造影, 18 例患者均有阳性征象; 15 例患者口服 supportan 2 周后营养情况改善。**结论** 在中晚期恶性肿瘤性小肠梗阻综合治疗中鼻肠减压管插入相对简单, 综合治疗效果明显, 值得采用。

【关键词】 恶性肿瘤; 小肠; 肠梗阻; 鼻肠减压管; 综合治疗

中图分类号: R735 文献标志码: B 文章编号: 1008-794X(2009)-06-0474-03

The application of naso-intestinal decompression intubation in the comprehensive treatment of small intestine obstruction caused by advanced malignant tumors CHEN Yu-tang, SHAO Guo-liang, ZHENG Jia-ping, YAO Zheng, XIA Qi-rong, LIAN Wei-sheng, LÜ Lei. Department of Interventional Therapy, Zhejiang Provincial Cancer Hospital, Hangzhou 310022, China

【Abstract】 Objective To investigate the clinical application of naso-intestinal decompression intubation in the comprehensive treatment of small intestine obstruction caused by advanced malignant tumors. **Methods** Under DSA guidance, naso-intestinal decompression intubation was performed in 18 patients with small intestine obstruction caused by advanced malignant tumors. The naso-intestinal decompression tube was inserted into the small intestine and its tip was placed in the vicinity of ligament of Treitz. The patients' clinical manifestations and the drainage condition were observed and recorded. Contrast media was injected through the tube to clarify the diagnosis. Oral administration of supportan was applied in 15 patients after abdominal distension relieved. **Results** The naso-intestinal decompression tube was successfully inserted to scheduled position in all 18 patients and the symptoms of intestinal obstruction were basically alleviated in 2-7 days after the procedure. Intestinal contrast examination showed positive imaging signs. The malnutrition condition was obviously improved in 15 patients after orally taking supportan for two weeks. **Conclusion** DSA-guided naso-intestinal decompression intubation is a technically simple and clinically effective method for the treatment of small bowel obstruction caused by intraperitoneal metastases, therefore, it is worthy of clinical use. (J Intervent Radiol, 2009, 18: 474-476)

【Key words】 malignant tumor; small intestine; intestinal obstruction; naso-intestinal decompression tube; comprehensive therapy

肠梗阻是中晚期恶性肿瘤患者中的常见合并症, 尤多见于胃肠道及部分妇科恶性肿瘤患者中。由于小肠分布范围相对集中, 形态柔软, 腹部手术后易发生粘连, 且小肠血供丰富, 较易受腹腔内转移性肿瘤累及而出现肠管变窄及受压并最终导致

小肠梗阻^[1]。因此类患者肿瘤病期较晚, 大多无条件再次手术治疗, 传统方法是出现肠梗阻时用鼻胃管减压并禁食, 但此法减压引流对小肠深部效果欠佳。我们使用鼻肠减压管插入小肠对该类患者出现小肠梗阻时进行减压引流, 可在短期内缓解肠梗阻症状, 并可对患者行肠内营养治疗及经导管远端小肠造影以辅助诊断, 取得了综合治疗的良好效果。

作者单位: 310022 浙江省肿瘤医院介入科(陈玉堂、邵国良、郑家平、姚征、夏启荣、练维生), 急诊科(吕蕾)

通信作者: 陈玉堂

1 材料与方法

1.1 临床资料

我院自 2005 年 6 月—2008 年 8 月应用鼻肠减压管治疗中晚期恶性肿瘤继发小肠梗阻患者 18 例,其中男 7 例,女 11 例,年龄 31 ~ 76 岁,中位年龄 47 岁。其中 11 例有恶性肿瘤手术史(胃癌 3 例,卵巢癌 6 例,宫颈癌 1 例,子宫内腺癌 1 例),7 例原发并继发腹腔转移(其中卵巢癌 3 例,结肠癌 2 例,胰腺癌 1 例)。均经临床、腹部平片、腹部 CT、B 超等诊断小肠梗阻,其中临床考虑粘连性肠梗阻 14 例,肿瘤压迫及侵犯致肠梗阻 4 例。临床表现为腹痛、腹胀、呕吐、停止排便、排气等症状。

1.2 插管及临床观察

采用 CLINY 鼻肠减压管套件(日本 Create Medic 公司生产,导管前端有三腔两气囊及多个引流侧孔),在 DSA 透视下通过变换患者体位及导管、导丝配合将导管前端插入十二指肠屈氏韧带附近,拔出导丝,向导管前囊内注入灭菌蒸馏水或空气 10 ~ 15 ml,充盈前囊。为使鼻肠减压管随肠蠕动下行,减压管外端不固定,在导管的吸引口接上吸引器或负压吸引球。导管插入后密切观察患者腹痛、腹胀、呕吐等临床症状变化,每日记录导管进入体内深度及引流液量,1 周左右拍摄立卧位腹部平片观察肠腔内气液平面及肠管扩张度。每周测量患者体重及血生化。

1.3 造影诊断

如观察到导管经过 24 h 不再向深部移动即经导管注入对比剂行肠内造影。造影时抽瘪前球囊并充盈后球囊,造影完成后抽瘪后球囊充盈前球囊。

1.4 肠内营养治疗

患者在腹胀症状消失 2 d, 临床明确无肠穿孔及肠坏死等急腹症情况下即试行肠内营养治疗(不必等有肛门排气)。开始可经导管向小肠内注入少量 supportan, 关闭引流通道后观察 3 ~ 4 h, 如无明显不适则继续关闭引流管道并改口服 supportan, 行肠内营养治疗。按由少到多原则, 逐渐增加剂量, 总量 500 ~ 800 ml, 分多次口服; 口服 supportan 至 2 周后开始减量, 逐渐增加进无渣饮食直至完全进无渣饮食。在此期间仍需密切观察患者腹部症状及体征, 若进食期间复出现腹胀、腹痛等情况, 即打开引流通道进行减压引流。进食热量不足部分由静脉营养补充。

2 结果

2.1 18 例患者鼻肠减压管均顺利插至十二指肠屈氏韧带附近位置, 操作时间 10 ~ 45 min, 平均用时 21 min。经导管减压后 2 d 至 1 周(平均约 3.4 d) 所有患者腹痛、腹胀等症状均缓解, 1 周内每日经导管引流液量 550 ~ 1 150 ml(平均 742.3 ml)。术后 1 周立卧位腹部平片显示所有患者肠腔内气液平面消失, 无明显扩张肠管, 导管运行至小肠深部, 插入深度 1.8 ~ 2.2 m(平均约 1.91 m)。其中 12 例患者在肛门排气后 1 周拔管, 平均留置 28.5 d, 8 例患者拔管后有正常饮食及大小便, 4 例患者拔管后少量进食后仍有腹部不适, 改为肠外营养支持。3 例患者肠梗阻缓解后 2 周带管转外科行手术治疗。另外 3 例患者肠梗阻症状缓解后放弃进一步治疗, 带管回家。所有患者在插管过程中均未出现消化道出血、穿孔等与操作相关的并发症。

2.2 18 例患者均于导管停止向深部运行 24 h 后经导管注入对比剂行肠内造影, 10 例患者造影显示导管前缘肠管阻塞, 近段肠管扩张, 对比剂不能通过梗阻段肠管。6 例造影显示对比剂能缓慢充盈导管远端肠管, 但由于肠管重叠关系, 不能显示狭窄段肠管情况。2 例患者显示导管远端小肠有局限性狭窄, 边缘不整, 考虑为肿瘤累及(图 1)。

2.3 18 例患者中有 15 例行肠内营养治疗, 其中有 3 例在开始口服 supportan 2 d 内有轻度腹胀, 经适当减少口服剂量后腹胀消失; 15 例患者在肠内营养治疗期间均未出现严重腹痛及腹胀情况及腹膜刺激体征, 经治疗 2 周后患者血白蛋白、前白蛋白及体重均有增加(表 1)。

表 1 肠内营养治疗后检测指标变化

参数	治疗后1周	治疗后2周
体重增加(kg)	1.49 ± 1.15	2.11 ± 1.36
血白蛋白增加(g/L)	3.45 ± 1.52	4.78 ± 1.65
血前白蛋白增加(g/L)	29.96 ± 11.32	38.25 ± 21.63

3 讨论

中、晚期恶性肿瘤患者继发小肠梗阻是常见严重合并症, 治疗不及时可危及生命。治疗上不仅须及时解除肠梗阻情况, 并需兼顾到患者的营养支持及肠梗阻原因的诊断以利后续治疗。由于肠梗阻的病理过程主要是近端肠管膨胀和压力升高, 引起肠黏膜缺血、缺氧及肠壁血运障碍, 并最终导致肠壁坏死、穿孔等, 故其治疗的关键是降低肠腔内压力, 有效引流肠内容物, 使肠壁血运障碍得到改善^[1,2]。传统鼻胃管减压只能在胃腔内减压引流, 对于小肠内容物引流不佳, 故达不到临床治疗要求。我们采



图 1 小肠梗阻鼻肠减压管应用效果

用的 CLINY 鼻肠减压管长 3.5 m, 为较软的硅胶导管, 其前端有前后双气囊, 前气囊充盈时在肠蠕动的推动下可将导管向小肠远端推进, 直至到达梗阻小肠处后停止移动。在导管向前推进的过程中其前端多个侧孔可对扩张小肠进行全程减压、引流, 达到了缓解肠梗阻的目的。并且当导管停止向深部运行后通过导管向小肠内注入对比剂进行小肠造影能起到辅助诊断的作用。本组 18 例患者经插入鼻肠减压管后每天均能从小肠内引流出大量气体及液体, 并于术后 2 d ~ 1 周内腹痛、腹胀等临床症状明显缓解, 1 周后腹部平片示小肠梗阻征象消失, 显示使用鼻肠减压管治疗小肠梗阻的有效性。并且 18 例患者经导管小肠内造影均有阳性征象(16 例显示远端肠管阻塞或对比剂局部通过缓慢, 2 例患者显示梗阻段肠管有局限性破坏、狭窄), 这些都明显优于常规鼻胃管引流, 近期亦有多篇反映该导管在减压、引流方面优异特点的文献报道^[3,4]。

关于肠梗阻缓解后的肠内营养治疗, 传统观念认为只有当胃肠功能完全恢复正常, 即肛门排气后才能进行, 胃肠功能完全恢复之前需完全禁食, 给予全静脉营养。但其缺点也是明显的, 禁食时间长容易导致肠黏膜绒毛萎缩、屏障功能损害、细菌移位及费用昂贵。近年研究证明在无明显肠坏死及穿孔情况下, 肠壁有正常血供数小时(6 ~ 12 h)小肠功能即能恢复正常, 这给早期实施肠内营养支持治疗提供了理论基础^[5]。故利用梗阻前段有吸收功能的肠管, 在可靠的引流管保护下, 行肠内营养治疗是可行的(如有不适开放引流即可吸出口服液体)。我们使用 supportan 作为肠梗阻缓解后早期肠内营

养制剂, 其高能量密度(5.4 kJ/ml)、高脂肪、低糖类的特点, 能满足机体正常组织的代谢需要, 适合患者使用^[6]。本组 15 例患者在小肠内存在引流导管的情况下, 使用口服 supportan 后体重及血白蛋白、前白蛋白均较前升高, 体质增进, 8 例患者并能逐渐过渡到正常无渣饮食直至拔管, 无一例出现严重不适症状, 反映早期肠内营养治疗的优点。但实际临床应用过程中仍应密切观察患者腹部体征变化, 若出现腹痛加剧、腹肌紧张及压痛、反跳痛等急腹症情况时, 应立即禁食并酌情外科会诊处理。

总之, CLINY 鼻肠减压管对腹腔转移性肿瘤出现肠梗阻时有减压、引流、辅助诊断及肠内营养作用, 综合治疗效果良好, 值得临床应用。

[参考文献]

- [1] 吴阶平, 裘法祖. 黄家骥外科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 1074.
- [2] Shittu OB, Gana JY, Alawale EO, et al. Pattern of mechanical intestinal obstruction in Ibadan: a ten year review [J]. Afr J Med Sci, 2001, 30: 17.
- [3] 姚宏伟, 傅卫, 袁炯, 等. 经鼻肠减压管在治疗急性粘连性肠梗阻中的应用研究 [J]. 中华普通外科杂志, 2006, 21: 754 - 755.
- [4] 邵国良, 陈玉堂, 冯海洋, 等. 鼻肠减压管插入技术及其在小肠梗阻治疗中的应用[J]. 介入放射学杂志, 2008, 17: 41 - 43.
- [5] Kirby DF, Feran JC. Enteral feeding in critical care, gastrointestinal diseases and cancer [J]. Gastrointest Endosc, 1998, 8: 623.
- [6] 李元新, 黎介寿. 肠内营养支持的进展 [J]. 江苏临床医学杂志, 2002, 6: 90.

(收稿日期: 2008-12-12)

价值

作者：[陈玉堂](#), [邵国良](#), [郑家平](#), [姚征](#), [夏启荣](#), [练维生](#), [吕蕾](#), [CHEN Yu-tang](#), [SHAO Guo-liang](#), [ZHENG Jia-ping](#), [YAO Zheng](#), [XIA Qi-rong](#), [LIAN Wei-sheng](#), [LU Lei](#)

作者单位：[陈玉堂,邵国良,郑家平,姚征,夏启荣,练维生,CHEN Yu-tang,SHAO Guo-liang,ZHENG Jia-ping,YAO Zheng,XIA Qi-rong,LIAN Wei-sheng\(浙江省肿瘤医院介入科,310022\)](#), [吕蕾,LU Lei\(浙江省肿瘤医院急诊科,310022\)](#)

刊名：[介入放射学杂志](#) 

英文刊名：[JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)

年,卷(期): 2009, 18(6)

被引用次数: 0次

参考文献(6条)

1. [吴阶平.裘法祖 黄家驷外科学](#) 2000
2. [Shittu OB, Gana JY, Alawale EO Pattern of mechanical intestinal obstruction in lhadan:a ten year review](#) 2001
3. [姚宏伟.傅卫.袁炯 经鼻肠减压管在治疗急性粘连性肠梗阻中的应用研究\[期刊论文\]-中华普通外科杂志](#) 2006
4. [邵国良.陈玉堂.冯海洋 鼻肠减压管插入技术及其在小肠梗阻治疗中的应用\[期刊论文\]-介入放射学杂志](#) 2008
5. [Kirby DF, Feran JC Enteral feeding in critical care, gastrointestinal diseases and cancer](#) 1998
6. [李元新.黎介寿 肠内营养支持的进展\[期刊论文\]-江苏临床医学杂志](#) 2002

相似文献(10条)

1. 期刊论文 [华佳臣.石伟 小肠原发恶性肿瘤的临床X线诊断 -航空航天医药](#)2004, 15(1)
 小肠原发恶性肿瘤较少见.据统计小肠原发恶性肿瘤占胃肠道恶性肿瘤的1%~2%.在小肠原发恶性肿瘤中,以腺癌为常见,占49%;其次为肉瘤,占32%;类癌占19%.由于本病发病率低,患者常无特殊症状及体征,故诊断多有困难.X线检查是确诊本病的主要方法.本文报告48例均经手术病理证实.通过对临床资料及X线所见分析,并参考有关文献,提出了小肠原发恶性肿瘤的X线表现及关于小肠恶性肿瘤与良性肿瘤, crohn' s病转移性病变的鉴别点.对小肠原发恶性肿瘤的好发部位及鉴别诊断等进行了讨论.
2. 期刊论文 [陈进才.王曙逢.禄韶英.孙学军 原发性小肠恶性肿瘤的诊治 -中国普外基础与临床杂志](#)2004, 11(6)
 目的 探讨原发性小肠恶性肿瘤的诊断与治疗.方法对我院1990年1月至 2003年1月收治的88例原发性小肠恶性肿瘤的临床资料进行回顾性分析.结果术前确诊36例,误诊52例,误诊率为59.1%.主要临床表现为腹痛66例(75.0%)、肠梗阻56例(63.6%)、腹部肿块51例(58.0%)及大便隐血或便血48例(54.5%).病理类型:腺癌49例(55.7%),平滑肌肉瘤22例(25.0%),淋巴瘤12例(13.6%),脂肪肉瘤5例(5.7%).病变部位依次为:空肠36例(40.9%),回肠34例(38.6%),十二指肠18例(20.5%).结论原发性小肠恶性肿瘤术前诊断困难,误诊率高.为减少误诊,提高治愈率:①要提高对原发性小肠恶性肿瘤的高度警惕性,全面掌握和分析临床资料;②对40岁以上有不明原因的腹痛、消瘦、贫血、消化吸收功能紊乱、腹部肿块等的患者,进行有针对性的辅助检查,如胃肠道气钡双重造影、纤维内窥镜、B超、CT和肠系膜上动脉造影等,可提高原发性小肠恶性肿瘤的检出率;③不能排除小肠恶性肿瘤时,应及时剖腹探查,以免延误诊断治疗;④治疗以手术切除为主,术后辅助化疗,可改善预后.
3. 期刊论文 [季惠 原发性小肠恶性肿瘤16例临床分析 -河北医药](#)2001, 23(1)
 目的探讨原发性小肠恶性肿瘤的临床表现、诊断、治疗.方法对术后病理证实原发性小肠恶性肿瘤16例进行回顾性分析.结果病变位于十二指肠3例,空肠6例,回肠7例.以腺癌居多(68.75%).常见的临床表现为腹痛或腹胀、消瘦、贫血、腹块、便血.术前明确诊断者仅3例,占18.75%.结论原发性小肠恶性肿瘤发病率低,因缺乏特异性临床表现易延误诊治.对慢性不全性肠梗阻,不明原因的腹痛或腹胀、消瘦、贫血及上消化道出血,应考虑到小肠恶性肿瘤的可能.X线钡影、纤维内窥镜、B超及CT检查,低强度小肠钡剂造影、选择性动脉造影有一定的诊断价值.手术是小肠恶性肿瘤的主要治疗手段.
4. 学位论文 [胡佳佳 ¹⁸F-FDG PET/CT诊断胃、小肠恶性肿瘤的临床应用](#) 2007
 目的:研究肠道准备对¹⁸F-FDG PET/CT显像胃肠道FDG 摄取的影响,研究PET/CT对胃、小肠恶性肿瘤的检出率,并与手术病理及临床随访结果比较,评估¹⁸F-FDG PET/CT显像在胃、小肠恶性肿瘤诊断中的应用价值.
 方法:将60例无消化道病变的健康受检者随机分为肠道准备组 and 未准备对照组进行¹⁸F-FDG PET/CT检查,分析肠道准备对胃肠道FDG摄取的影响;分别对24例临床高度怀疑胃恶性肿瘤患者和24例临床高度怀疑小肠肿瘤患者经肠道准备后行¹⁸F-FDG PET/CT检查,并与手术病理及临床随访结果进行对比。
 结果:肠道准备组与对照组的胃、小肠、升结肠的FDG摄取有较大差异,肠道准备后三者的SUVmax值均有明显降低(P值均<0.01);两组胃和小肠SUVavg值的差异均存在统计学意义(P值<0.05),但升结肠的SUVavg值差异无统计学意义(P值>0.05);两组回盲部的SUVmax值和SUVavg值差异均无统计学意义(P值>0.05)。24例临床高度怀疑胃恶性肿瘤患者中, ¹⁸F-FDG PET/CT检出胃恶性肿瘤16例(胃部原发灶16处,腔外增殖性病灶侵犯肝脏、胰腺及腹膜1处,肝脏转移1处,肺部转移1处,空回肠病变3处,累及淋巴结13处)。其诊断胃恶性肿瘤的灵敏度为94.1%、特异性85.7%、阳性预测值94.1%,阴性预测值85.7%。24例临床高度怀疑小肠肿瘤患者中, ¹⁸F-FDG PET/CT检出小肠恶性肿瘤16例,肠外恶性肿瘤2例;小肠良性肿瘤及良性病变5例。其诊断恶性肿瘤的灵敏度为94.74%,特异性100%,阳性预测值100%,阴性预测值83.33%。
 结论:
 1. 检查前充分的肠道准备可减少¹⁸F-FDG PET/CT显像时胃、小肠的FDG生理性摄取,有利于正确判读图像,降低假阳性率。
 2. ¹⁸F-FDG PET/CT有助于胃恶性肿瘤的检出,帮助术前分期,作为胃镜检查的补充手段具有重要的临床意义。
 3. ¹⁸F-FDG PET/CT对检测小肠恶性肿瘤有较高的诊断价值,是一种无创、无痛苦、有效的小肠恶性肿瘤检测方法。
5. 期刊论文 [王丽萍.张涛.王春丁.张丽君 原发性小肠恶性肿瘤52例术前诊断分析 -实用癌症杂志](#)2002, 17(5)
 目的探讨原发性小肠恶性肿瘤的术前诊断方法.方法回顾性分析52例原发性小肠恶性肿瘤患者的临床资料.结果十二指肠癌20例,其中十二指肠球部癌

4例,乳头部癌10例,降段癌5例,水平段癌1例.空肠恶性肿瘤13例,回肠恶性肿瘤19例.术前胃镜及镜下活检确诊十二指肠球部癌4例,乳头部癌8例;十二指肠镜及镜下活检确诊乳头部癌2例,降段癌1例;小肠气钡双重造影确诊15例,螺旋CT确诊3例,B超确诊1例,剖腹探查确诊18例.结论原发性小肠恶性肿瘤因临床表现无特征性,术前诊断较困难.胃镜及十二指肠镜诊断阳性率高,对空肠和回肠恶性肿瘤患者术前诊断首选小肠气钡双重造影,必要时可结合螺旋CT、B超检查.对于高度疑似患者可适当放宽剖腹探查指征.

6. 期刊论文 [沈定丰. 张一楚. 杨勇. 张勇. 施伟斌. 小肠原发性恶性肿瘤 - 上海医学](#)1999, 22 (8)

目的讨论小肠原发性恶性肿瘤的临床表现、诊断、治疗和预后.方法回顾性病例分析.结果小肠原发性恶性肿瘤有下列临床表现:1、大多数病人(78.2%)的年龄在54岁以上.2、最常见部位在回肠.3、腹痛、消瘦和贫血为主要症状.4、术前病程较长.5、5年生存率为33.33%.结论原发性小肠恶性肿瘤很少见,因症状无特异性易延误诊断.对于不明原因的腹痛、消瘦和贫血要想到小肠恶性肿瘤的可能.低张小肠钡剂造影、CT和选择性动脉造影有一定的诊断价值.尽可能选择根治性切除术.早期诊断,切除彻底可提高5年生存率.

7. 期刊论文 [李映南. 胡振西. 史俊昌. 王鹏举. LI Ying-nan. HU Zhen-xi. SHI Jun-chang. WANG Peng-ju 小肠原发性恶性肿瘤的临床X线诊断\(附21例分析\) - 实用放射学杂志](#)2000, 16 (9)

目的:提高小肠恶性肿瘤的诊断水平.方法:回顾分析21例资料完整并经X线检查和手术病理证实的小肠原发性恶性肿瘤的X线征象.结果:21例中平滑肌肉瘤9例,腺癌8例,恶性淋巴瘤4例,各有其比较特征性X线表现.结论:小肠恶性肿瘤虽有各种不同的X线表现,只要认真细致连续观察,仍可作出正确的诊断及鉴别诊断.小肠低张气钡双重造影是目前诊断小肠肿瘤比较可靠、首选的检查方法.

8. 期刊论文 [吕年. 陈军 原发性小肠恶性肿瘤临床诊断和治疗分析 - 医学研究杂志](#)2009, 38 (11)

目的 探讨原发性小肠恶性肿瘤的临床特点、诊断及治疗.方法 通过对我院2004年1月~2008年12月手术治疗的14例小肠恶性肿瘤的临床资料进行回顾性分析和总结.结果 本组小肠恶性肿瘤14例中,位于十二指肠及小肠各7例.临床表现为腹痛、腹胀、出血、梗阻及黄疸为主,所有病例均采用手术治疗.结论 内镜检查对十二指肠恶性肿瘤的诊断率较高,CT及B超对空、回肠恶性肿瘤的诊断有一定的作用.小肠恶性肿瘤的治疗以手术为主.

9. 期刊论文 [秦月花. 傅文安. 王松祥 老年人原发性小肠恶性肿瘤42例分析 - 中国中西医结合外科杂志](#)2008, 14 (4)

目的:对老年人原发性小肠恶性肿瘤的临床特征进行分析,以提高诊疗疗效.方法:对42例老年人原发性小肠恶性肿瘤进行研究,分析其临床表现、诊治方式及生存情况.结果:老年人小肠恶性肿瘤的症状以腹痛、腹胀、消化道出血、贫血和消瘦为主.肿瘤部位以十二指肠为主,占38.1%,肿瘤类型以腺癌为主,占47.6%.5年总体生存率为32.2%,根治术后5年生存率为53.1%.结论:老年人原发性小肠恶性肿瘤,腹胀、消化道出血、消瘦、贫血症状高于非老年人,类型以腺癌为主,部位以十二指肠为主,根治性手术是最有效的治疗方法,5年生存率低于对应非老年人.

10. 期刊论文 [李轶辉. 邓昌林. 谢奎龙. 陈建发. 许辉. 肖建秋. 胡志前. LI Yi-hui. DENG Chang-lin. XIE Kui-long.](#)

[CHEN Jian-fa. XU Hui. XIAO Jian-qiu. HU Zhi-qian 原发性小肠恶性肿瘤64例临床分析 - 海军医学杂志](#)2008, 29 (2)

目的:分析原发性小肠恶性肿瘤的临床特征及诊疗方法.方法:回顾性分析近6年收治并经病理证实的64例原发性小肠恶性肿瘤的临床资料.结果:病理类型以恶性间质瘤、腺癌、平滑肌肉瘤、恶性淋巴瘤为主.主要临床表现为腹痛、腹胀、出血、贫血、呕吐、肠梗阻等.术前诊断符合率46.9%,误诊率53.1%.结论:原发性小肠恶性肿瘤以恶性间质瘤、腺癌、平滑肌肉瘤、恶性淋巴瘤为多见.临床表现缺乏特异性,检查手段相对不足,容易延误诊断,临床医师应提高对小肠恶性肿瘤的认识,早期诊断是关键,手术治疗是首选.

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200906020.aspx

授权使用: 中国科学技术大学(zgkxjsdx), 授权号: 42a79c6c-1adf-4145-a67e-9df6017a6272

下载时间: 2010年9月19日