

· 经验交流 ·

# 联合黏膜下切除术、黏膜下剥离术及结扎术综合治疗胃底平滑肌瘤

李 丽, 兰春慧, 樊丽琳, 王 军, 胡 轶<sup>△</sup>

(第三军医大学大坪医院消化内科, 重庆 400042)

**摘要:**目的 探讨胃底平滑肌瘤的内镜下治疗。方法 对本院收治的 18 例联合黏膜下切除术(EMR)、黏膜下剥离术(ESD)及结扎术综合治疗胃底平滑肌瘤病例进行回顾性分析。结果 通过超声胃镜等检查明确 5 例病灶来自胃底固有肌层, 13 例来源于黏膜肌层, 其中 13 例来源于黏膜肌层的胃底肿瘤均行瘤体表面黏膜切除 EMR 及 ESD 手术; 3 例来自胃底固有肌层的肿瘤行瘤体表面黏膜 EMR、ESD、钛夹封闭创面术; 另 2 例来自胃底固有肌层的肿瘤行瘤体表面黏膜 EMR、瘤体剥离术、尼龙绳结扎术。术后 1 例并发胃穿孔外科手术术后治愈, 其余 17 例术后 1 个月后复查胃镜均治愈。结论 EMR 及套扎术联合治疗对于单发、瘤体直径小于 2 cm 的胃底平滑肌瘤治疗可以达到外科手术切除的效果。

**关键词:**胃镜; 诊断; 胃底平滑肌瘤; ESD

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.14.019

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2011)14-1399-02

胃平滑肌瘤是常见的胃良性肿瘤之一, 占胃肿瘤的 1%~3%, 占胃良性肿瘤的 25%。该病变起源于胃黏膜肌层及固有肌层, 临床表现无特征性, 肿瘤小于 2 cm 以内时常无任何症状, 当肿瘤直径大于 2 cm 时, 可以影响胃的蠕动排空功能, 临床上可有腹痛、出血等症状, 同时临床医生诊断时其注意力常常集中在某些常见病, 导致误诊漏诊率较高<sup>[1-4]</sup>。对胃底平滑肌瘤既往多以手术治疗, 由于胃底、胃壁薄, 易发生穿孔, 加之内镜在胃底进行操作时常采用翻转手法, 从而影响操作的顺畅度。2009 年本院开始对胃底平滑肌瘤的患者行黏膜下切除术(endoscopic submucosal resection, EMR)、黏膜下剥离术(endoscopic submucosal dissection, ESD)及结扎术治疗。本文对所做的 18 例患者进行分析总结, 现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2009 年 1 月至 2010 年 11 月本院收治的胃底平滑肌瘤行 ESD 治疗 18 例患者, 其中男 11 例, 女 7 例, 年龄 28~68 岁, 平均 43.2 岁。所有患者均以腹痛、腹胀等症状为主要表现。其中腹痛 8 例, 腹胀 4 例, 暖气 2 例, 有 4 例表现为上腹部不适。

## 1.2 方法

**1.2.1 辅助检查** 本组 18 例均采用胃镜检查, 诊断胃底包块 13 例, 胃底隆起性病变 5 例; 超声胃镜检查诊断胃底平滑肌瘤 18 例, 瘤体直径为 0.8~2.0 cm, 5 例来自胃底固有肌层, 13 例来源于黏膜肌层(图 1)。10 例行 X 线钡餐检查, 提示 6 例胃底有包块。上腹部增强 CT 检查 11 例, 7 例为胃底占位性病变, 均为向胃腔内生长, 无向浆膜层生长突出于胃壁者。

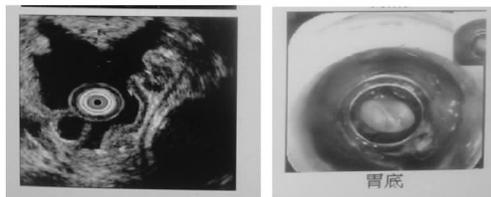


图 1 超声胃镜胃底平滑肌瘤

**1.2.2 EMR 治疗器械及方法** 日本潘太克斯 EG2931 内镜, 采用奥林巴斯 KD-IL-1 型针刀、奥林巴斯 KD-611L 型 IT 刀, 奥林巴斯 KD-620LR 型 L 型针刀、奥林巴斯 HX-200U-1 型套

扎装置。结合内镜和超声内镜及 CT 影像学表现, 对来自于黏膜肌层的病变, 采用将瘤体表面黏膜切除, 并分离瘤体, 用透明帽吸收切除法(图 2)。对来自于固有肌层的平滑肌瘤, 切除瘤体表面黏膜后, 细致分离瘤体, 尽量充分剥脱, 然后在吸引的基础上进行切除术尼龙绳结扎术。

## 2 结果

13 例来源于黏膜肌层的胃底肿瘤均行瘤体表面 EMR 及 ESD 手术; 3 例来自胃底固有肌层的肿瘤行瘤体表面 EMR、ESD、黏膜钛夹封闭创面; 另 2 例来自胃底固有肌层的肿瘤行瘤体表面 EMR、瘤体剥离术、尼龙绳结扎术。所取得 18 例标本病理检查均符合平滑肌瘤, 用 CD117 免疫组化排除间质瘤。术后禁食水, 安置胃管 2~3 d, 并给予奥美拉唑抑制胃酸分泌, 促进黏膜修复、对症支持等治疗。术后 1 例来自固有肌层的平滑肌瘤 EMR 加 ESD 后出现胃穿孔, 转外科手术治愈, 其余 17 例术后 5~10 d 复查胃镜, 见胃底均有术后溃疡形成, 溃疡表面附白苔, 周围黏膜充血肿胀, 可见少许肉芽组织形成, 为急性溃疡, 处于 A<sub>1</sub>~A<sub>2</sub> 期。术后 1 个月复查胃镜见所有溃疡都已愈合, 呈现愈合期 12 例, 瘢痕期 5 例。随访至今无复发、出血及明显症状。

## 3 讨论

胃平滑肌瘤可分为良性胃平滑肌瘤和恶性平滑肌肉瘤, 在临床上较少见, 多以单发的形式出现。本病病程长, 常无特异症状或体征表现, 肿瘤又多为隐匿性生长, 极易误诊、漏诊。胃平滑肌瘤可发生于任何年龄和胃任何部位, 多见于中年以上, 好发于 50~59 岁, 多见于胃体, 其次依次为胃窦、胃底、幽门及贲门。本组均位于胃底部, 此部分也是胃壁最薄之处, 出现并发症可能性最大, ESD 操作尤其需要仔细。肿瘤可分为腔内型、腔外型、壁间型和腔内外型 4 种。各型均在黏膜下生长, 向不同方向发展, 胃腔内仅显示瘤体的一部分。国内外文献报道均以腔内型为多见<sup>[4]</sup>, 本组 18 例中腔内型 17 例, 占 94%, 1 例经外科手术证实为腔内外混合型。胃平滑肌瘤最常见的临床表现为上消化道出血、上腹部疼痛、腹部肿块等, 尤以上消化道出血多见(多在肿瘤较大时出现), 本组患者病灶较小, 尚未出现消化道出血等症<sup>[5-6]</sup>。

对本病术前诊断的检查方法有胃镜检查、超声胃镜检查、上消化道钡餐造影、CT 检查、B 超等。胃镜及超声胃镜检查对

<sup>△</sup> 通讯作者, Tel:13808305166; E-mail:liyagc@126.com.

本病有重要的诊断价值。胃镜下肿瘤呈球形、卵圆形或分叶状,质地柔软,无蒂,顶端有时可见溃疡形成,并可见桥状黏膜皱襞,与周围正常黏膜无明显差别。超声胃镜不仅能直接观察胃黏膜改变,而且能帮助确定肿瘤来源于哪一层,对明确诊断及指导选择内镜治疗或手术治疗有较高的价值。肿瘤多呈圆形,直径多数小于 3 cm,内部呈低回声或等回声,很少有液化、坏死和无回声区<sup>[7]</sup>,回声比较均质,边缘比较清晰<sup>[8-9]</sup>。胃镜活组织检查由于不易取材,故阳性率不高,借助超声内镜后行 EMR 及 ESD 才能获得病理标本,最重要的是要进行 CD117 免疫组化染色以与间质瘤区别。目前使用 B 超及钡餐诊断胃平滑肌瘤已无重要价值<sup>[10]</sup>。CT 检查病变表现为圆形、椭圆形均匀或不均匀的高密度肿块,强化后胃平滑肌瘤可在中央部分见低密度区,平滑肌肉瘤因中心坏死较多,故中央低密度现象更为常见,肿瘤边缘光滑,基底小瘤体与胃壁形成锐角,基底大时在由胃壁向外生长同时亦向腔内生长<sup>[11-12]</sup>。作者认为,结合超声胃镜检查手段和 CT 检查判断病变来自何层,以决定是否可以进行内镜下切除,并指导 ESD 的操作细节,避免出现不必要的胃底穿孔等并发症。

目前对于胃平滑肌瘤的治疗主张内镜下治疗或手术治疗,若为单发、瘤体直径小于 2 cm 的胃平滑肌瘤可通过内镜行 EMR 或 ESD 治疗;多发的、无蒂、直径大于 2 cm、合并溃疡的或细胞学检查有恶变可疑者,应予手术切除。本组病例胃底平滑肌瘤最大 1.5 cm×1.0 cm×0.8 cm,EMR 联合 ESD 治疗及结扎术的结合取得了很好的疗效。手术后的溃疡常于 1 个月内愈合。ESD 术后恢复快、并发症少、出院早,腹部无瘢痕形成,即节约了患者的经费、缩短了住院时间,同时又注意了腹部的美观,作者认为临床对有行 ESD 指征的患者应积极采用 ESD。

#### 参考文献:

- [1] 徐荣天. 胃非上皮性肿瘤的影像学诊断[J]. 中国实用外科杂志,1995,15:453.
- [2] 董新舒,王锡山,夏国杰,等. 消化道平滑肌肿瘤的诊断及治疗[J]. 中国实用外科杂志,2000,7:395.
- [3] 吴晓宁,饶崇训. 胃平滑肌瘤并发溃疡误为胃癌 3 例[J]. 中华消化内镜杂志,1998,15(1):25.

#### · 经验交流 ·

## 肠系膜脂膜炎的 CT 表现及鉴别诊断

闫长安,姜新宇,潘青华,万红艳,陶广宇,徐吉雄  
(江苏省无锡市人民医院医学影像科 214023)

**摘要:**目的 总结肠系膜脂膜炎(MP)的 CT 表现及重要鉴别诊断。方法 回顾性分析 10 例 MP 的 CT 表现与诊断,其中 5 例经组织病理学证实,5 例按照 CT 标准做出诊断。8 例进行全腹部平扫和双期增强扫描,2 例单纯全腹部平扫。结果 5 例以肠系膜炎性渗出为主,表现为雾状肠系膜影。3 例表现肠系膜内纤维组织增生而形成的软组织密度的肿块影。2 例表现为肠系膜区域以脂肪坏死而形成的囊性包块影。6 例有假包膜形成。5 例出现脂肪环征。结论 CT 是临床诊断 MP 较好的影像学检查方法,结合临床病史和其他相关资料,可与有类似 CT 征象的肠系膜病变相鉴别。

**关键词:**脂膜炎,腹膜;计算机体层摄影术;诊断

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.14.020

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2011)14-1400-03

肠系膜脂膜炎(mesenteric panniculitis,MP)是一种累及肠系膜脂肪组织的非特异性炎症,临床上较为少见。关于 MP 的

- [4] 刘毅,李南. 胃底平滑肌瘤合并胃小弯急性溃疡 1 例[J]. 重庆医学,1995,24(3):184.
- [5] 林伟良,郑豪. 胃平滑肌瘤 26 例临床特点分析[J]. Chin Gen Pract,2005,8(20):1708.
- [6] 王贵堂,张剑萍. 胃平滑肌瘤引起消化道大出血 1 例[J]. 临床误诊误治,2005,18(12):931.
- [7] 陈璐,兰元军,邹天然,等. 20 例胃平滑肌瘤的临床分析[J]. 华西医学,1999,14(4):425-426.
- [8] 王立新,赵丹霞,耿在军,等. 胃肠造影、胃镜及胃部 CT 对胃平滑肌瘤诊断的对比研究[J]. 河北医药,2006,28(9):791-793.
- [9] 郑进军,张同琳,张百顺,等. 胃平滑肌瘤 31 例临床诊断分析[J]. 实用外科杂志,1993,13(4):213-214.
- [10] Pavi T, Hrabar D, Duvnjak M. The role of endoscopic ultrasound in evaluation of gastric subepithelial lesions[J]. Coll Antropol,2010,34(2):757-62.
- [11] 古倍珍,邓百文,宋德雄,等. 胃平滑肌瘤 21 例的 X 线诊断与鉴别诊断[J]. 临床和实验医学杂志,2010,9(11):846-847.
- [12] 李文燕,冀明,金岚,等. 胃镜、腹腔镜联合切除胃平滑肌瘤[J]. 中国微创外科杂志,2010,10(10):947-948.
- [13] 苏金亮,周利民,徐兆龙,等. 胃平滑肌瘤的 X 线钡餐造影与 CT 表现[J]. 放射学实践,2006,21(2):148-150.
- [14] Mignon F, Julie C, Izzillo R, et al. Imaging features of gastric stromal tumors: radiologic pathologic correlation, report of 4 cases[J]. J Radiol,2000,81(8):874-881.
- [15] Lee IL, Lin PY, Tung SY, et al. Endoscopic submucosal dissection for the treatment of intraluminal gastric subepithelial tumors originating from the muscularis propria layer[J]. Endoscopy,2006,38(10):1024-1028.
- [16] Hwang JC, Kim JH, Kim JH, et al. Endoscopic resection for the treatment of gastric subepithelial tumors originated from the muscularis propria layer[J]. Hepatogastroenterology,2009,56(94/95):1281-1286.

(收稿日期:2011-01-08)

影像表现多为病例报道及病变某一阶段的报道。作者通过对本院 2007 年 11 月至 2010 年 4 月 10 例 MP 的 CT 表现进行回