

升、横结肠肠气囊肿症一例

郭龙春, 张洲

【中图分类号】R816.5 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)06-0647-01

病例资料 患者,男性,81岁。腹部疼痛明显无诱因出现下腹部坠痛,偶尔有肠梗阻症状,但持续能忍受,站立及坐位时明显,卧位时好转。体检:腹部柔软,未触及包块。血常规:白细胞 $21.8 \times 10^9/L$,脉搏76次/分,呼吸20次/分,血压26/12 kPa。小便次数频繁以夜间为主,小便滴沥不尽,有时不能自控。腹部B超诊断:①胆囊结石伴急性胆囊炎;②左肾囊肿;③前列腺增生。

胸部X线诊断:①两肺炎症合并两肺肺气肿;②肺心病。X线气钡双重钡剂灌肠造影检查示钡剂充盈像位于升、横结肠肠腔边缘,可见较为透亮的息肉样充盈缺损,气囊基底宽而平坦,结肠壁柔软,用胃肠压迫器挤压时可变形(图1);钡剂排空后位于升、横结肠黏膜像上显示多数大小不等、轮廓光滑的圆形、半圆形息肉样改变,其边缘呈波浪状、小囊状透亮区;回盲部充盈满意,降结肠、乙状结肠、直肠未见异常。诊断:结肠癌。

手术所见:在全麻下行部分升、横结肠切除术。距回盲瓣10 cm的升结肠、横结肠脾区约80 cm的结肠切除并移出。升、横结肠明显增粗、扩张、浆膜下可见多个气囊肿,肠管管壁较薄(图2)。

病理检查:黏膜下、浆膜面深处肌间可见大小不等的囊腔,囊内被覆单层扁平细胞,周围有较多的炎性细胞,囊腔内有脱落的上皮细胞及炎性细胞。病理诊断:结肠气囊肿症。

讨论 结肠气囊肿症又称肠囊样积气症,是一种生长在肠壁黏膜下和浆膜层含气囊肿形成为特征的少见病。X线气钡双重钡剂灌肠造影检查是诊断结肠气囊肿症的重要方法。此病可发生于任何年龄。大多累及小肠,累及结肠少见。而结肠气囊肿症大多发生在横结肠脾区以下的结肠、以乙状结肠多见,也可以多发。本例发生在升、横结肠,实属罕见。

检查方法:①腹部平片,随着结肠轮廓可见透亮区,其形态不一,可呈串珠状、葡萄状、蜂窝状或独立存在,因围绕结肠四周可呈现肠管双重轮廓影、气囊较小时、平片不易发现,气囊破裂后,膈下可见游离气体;②X线气钡双重钡剂灌肠造影检查,能满意显示病变;③主要病理特征为肠壁内出现含气的囊肿。多数学者认为,机械性梗阻和营养失调应同时存在才易产生肠气囊肿症。近年来不少学者认为肠气囊肿的形成与慢性阻塞性肺部疾病有关。结肠气囊肿症多见于黏膜下和浆膜层,其大

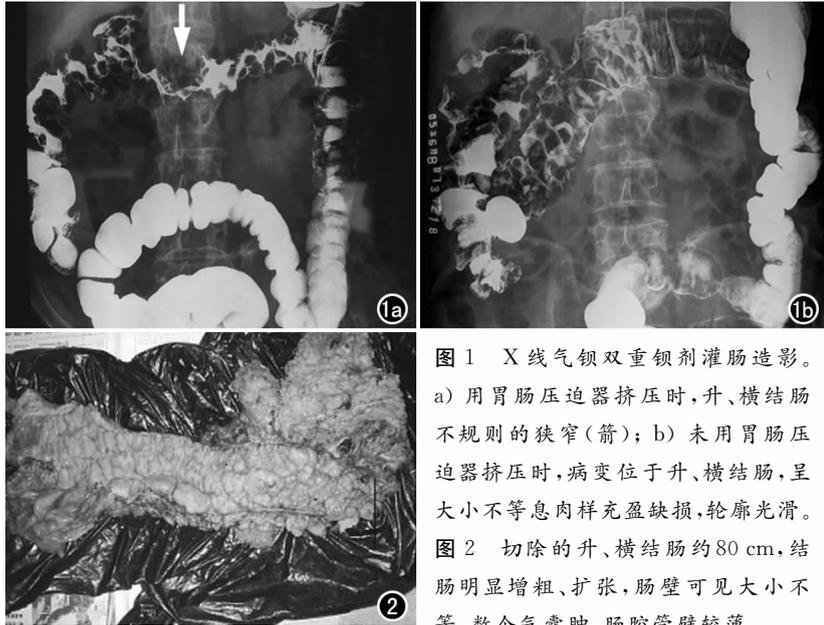


图1 X线气钡双重钡剂灌肠造影。a) 用胃肠压迫器挤压时,升、横结肠不规则的狭窄(箭); b) 未用胃肠压迫器挤压时,病变位于升、横结肠,呈大小不等息肉样充盈缺损,轮廓光滑。



图2 切除的升、横结肠约80 cm,结肠明显增粗、扩张,肠壁可见大小不等、数个气囊肿,肠腔管壁较薄。

小不等,一般约0.5~10.0 cm,多数在0.5~2.0 cm。本例气囊为3 cm,气囊为多发,囊腔可彼此分隔存在,聚集成丛成串,状如葡萄但气囊间并不相通,也不与结肠相通。气囊肿可自行消失或破裂而形成自发性气腹。

误诊原因分析:本病是少见疾病。通过影像分析、总结经验、吸其教训。其鉴别要点有:①平片,气囊肿的充盈缺损为气体密度,边缘光滑,并向腔外伸展、壁柔软;而息肉和肿瘤均属软组织肿物,密度高于气囊肿,平片难以显示,在充气较多的肠腔内气囊基地平坦,息肉和肿瘤常无此现象;②X线气钡双重钡剂灌肠造影检查充盈像时,气囊肿可由肠腔外压迫肠腔呈圆形充盈缺损,并向肠壁外伸展,且充盈缺损为基底较宽,而隆起黏膜是规则的;息肉及肿瘤为腔内类圆形或不规则充盈缺损,其表面黏膜不规则甚至破坏;③X线气钡双重钡剂灌肠造影检查钡剂排空后,息肉和肿瘤表面钡剂附着,而气囊表面则无,向肠腔内突出的较大气囊肿和肿瘤或息肉均可致肠梗阻,但较大气囊肿梗阻部位为气体密度,息肉和肿瘤为软组织密度。随访半年术后患者恢复良好。

参考文献:

- [1] 刘庚年,李松年.腹部放射诊断学[M].北京:北京医科大学中国医科大学联合出版社,1993.155-156.
- [2] 上海第一医学院《X线诊断学》编写组. X线诊断学[M].上海:上海科学技术出版社,1978.1088-1089.

(收稿日期:2005-00-25 修回日期:2005-12-20)

作者单位:730000 甘肃,甘肃兰州解放军第一医院放射科

作者简介:郭龙春(1961-),男,陕西汉中,主治医师,主要从事X线、CT诊断工作。