

肠道血管瘤并持续小量出血误诊1例

广东省粤北人民医院儿科 丘美容
广东省韶关卫生学校临床科 高矩匀

肠道血管瘤临床较少见,因多无典型症状和阳性体征,常易误诊。我科于1992年4月收治1例肠道多发性混合型血管瘤,持续小量出血3年,长期误诊。报告如下。

温××,男,9岁。住院号23428。因持续黑便伴面色苍黄3年入院。患儿于3年前经常便秘,4~5天排便1次,大便硬、色黑,伴食欲欠佳,渐进性面色苍黄、头晕、乏力,病后无腹痛、呕吐、皮下瘀点及鼻衄。曾到某上级医院住院20多天,拟为贫血待查,经输血后面色好转出院。以后,曾反复多次以便血、贫血待查住院检查及治疗,均未能确诊,每次均以贫血好转出院,但黑便尚存。患儿生后1月余,曾因先天性肥大型幽门狭窄住院手术。否认有肝脏病和出血性疾病家族史。体检: T 36.5℃, R 24次/分, P 92次/分,神清,面色苍黄,皮肤、粘膜未见瘀点,结膜与唇色苍白,面部见多个黑色色素斑,并于左面颊部见一花生仁大小青紫色血管瘤,心肺未见异常,腹平,于上腹部见一长约7 cm手术疤痕,腹软,无压痛,未触及包块,肝、脾(-)。血象: RBC $2.01 \times 10^{12}/L$, Hb 48g/L, WBC $4.8 \times 10^9/L$, N 0.54, L 0.46, PC $200 \times 10^9/L$, BT与CT均正常,大便常规: 色黑,潜血(+++);肝功能与黄疸常规正常。B超检查: 肝、胆、脾、肾未见异常。纤维胃镜检查: 拟为慢性浅表性胃炎伴轻度糜烂、十二指肠球部炎。第1次纤维结肠镜检查未见异常。胃肠钡餐检查: 见幽门、十二指肠球部变形,钡剂通过迟缓,90分钟复查,钡剂涂布空、回肠,移动体位,见空肠腔内数条直线状充盈缺损影。第2次纤维结肠镜检查: 见结肠肝曲与横结肠移行部有一拟血管瘤的赘生物,约 $1.3 \times 1.3 \times 0.9$ cm,质软,表面紫蓝色,顶部明显充血、糜烂,并见多处静脉迂曲隆起。

根据上述检查,结合临床,考虑为肠道多发性血管瘤,于5月22日行剖腹探查术,术中见胃大小正常,在幽门部触及球形疤痕,约 5×4 cm,距屈氏韧带30 cm处空肠,触及多个散在花生仁大小血管瘤,延续约40 cm,并见部分空肠扩张,内含紫色血管扩张,拟为毛细血管瘤,切除此两段肠管送检,并行空肠端端吻合术,此外,部分空、回肠为单个血管瘤,约 1×0.5 cm,以及结肠肝曲处单个花生仁大小血管

瘤,均行楔形切除,术后情况尚好。

病理结果: 肠道多发性混合型血管瘤,以海绵状血管瘤为主。

讨 论

一、病理及发病率 血管瘤(Hemangioma)是小儿常见良性肿瘤,一般起源于皮肤粘膜下血管丛,病理分类有毛细血管瘤、海绵状血管瘤、多枝状血管瘤和混合型血管瘤。其发生率约1.1~2.6%^[1]。多见于体表,而发生在内脏较少。肠道血管瘤较少见,多见于空、回肠,据River等统计^[2],小肠血管瘤占小肠良性肿瘤9%。偶在小肠、结肠及其系膜有广泛蔓状血管瘤样变,称血管瘤病。本例病理报告为肠道多发性混合型血管瘤,广泛分布于空、回、结肠。

二、临床表现 肠道血管瘤,早期多无明显症状,亦无阳性体征。据Gentry等报告,66%的肠道血管瘤可引起临床症状,因易引起肠壁溃疡、出血或穿孔,也可引起肠管狭窄,肠道出血可致血便和贫血,多为慢性失血性,属低色素小细胞性贫血。凡儿童和青少年长期贫血,经铁剂等治疗可以改善,但停止治疗一个时期又复发,应想到本病。也有表现为急性大出血者^[3]。有认为身体其他部位发现血管瘤,同时存在肠道血管瘤的可能性较大^[3]。本例以慢性消化道失血性贫血3年就诊,因对本病认识不足,造成延误诊断多年。

三、诊断 肠道血管瘤,多因病变局限、损害较轻而无临床表现,一般常规检查方法亦难检出,故诊断较难。但由于近来新诊断技术的开展,用选择性肠腔和肠系膜上动脉造影,可获正确诊断,但需要特殊设备和技术,目前尚未广泛使用。至于纤维结肠镜检查,对下消化道病变较易确诊。有报告采用吞白线的方法或用带气囊的双腔管结合X线检查方法^[4],对小肠血管瘤并出血者,诊断有帮助。本例曾作胃肠钡餐检查,发现空肠有数条直线状充盈缺损,即小肠血管瘤多发较大者,提示病灶所在。

四、治疗 肠道血管瘤并出血,用手术切除之。若单个或少数几个血管瘤,完全切除效果满意。但弥漫性、多发性,一般不易彻底切除,可能复发。本例空肠弥漫多发部位行肠管切除,其余逐个切除,术后近期效果尚好。

参 考 文 献

1. 高解春,中华小儿外科杂志 1992;13(2): 113
2. 武汉医学院病理学教研室等: 外科病理学 第1版 湖北人民出版社 1978:113
3. 曾宪九等,中华外科杂志 1966;(5):293
4. 林建国,中级医刊 1985;545(9):33