

DOI:10.3724/SP.J.1008.2009.01444

内镜下氩气治疗结肠气囊肿症 1 例报告

Argon therapy of colon pneumatosis coli under endoscope: a case report

罗益滨, 代小娟, 范如英*

北京军区总医院消化内科, 北京 100700

[关键词] 内镜; 氩气; 结肠气囊肿症

[中图分类号] R 574.62

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2009)12-1444-01

1 病例资料 患者女性, 67岁, 因“腹痛腹胀3年、加重3个月, 伴吐泻3d”入院。3年来进食后易出现上腹胀, 伴间断上腹痛, 钝痛, 无放射。近3个月来, 腹胀腹痛发作频繁, 并于入院前3d出现进食后恶心伴非喷射性呕吐, 4~5次/d, 为胃内容物, 无特殊气味, 未见咖啡样物。同时伴腹泻, 2~3次/d, 为稀水样便, 未见黏液及脓血, 同餐者无类似病史。当地诊所予对症治疗(具体过程不详), 无明显缓解。遂来我院就诊。入院查体: 生命体征平稳, 仅上腹部轻压痛, 余无阳性体征。腹部超声、胸部X线及心电图检查未见明显异常。立位腹部平片示肠道积气, 肠管轻度扩张。胃镜未见明显异常。电子结肠镜检查示: 升结肠距横结肠5cm处可见较大囊袋状肿物1个, 约1.5cm×2.0cm, 表面光滑, 呈半透明, 有蒂, 可活动(图1A); 超声内镜下显示为伴较强回声的肿物, 边缘整齐, 局部以氩离子注射针刺破肿物, 见气体和少量液体溢出, 囊袋皱缩(图1B), 残余囊壁以氩气冷冻凝固。病理检查: 升结肠黏膜中度慢性炎, 部分腺体上皮萎缩, 固有膜显示急性慢性炎, 局部可见被覆单层扁平上皮囊壁面。结合临床诊断为: 结肠气囊肿症。

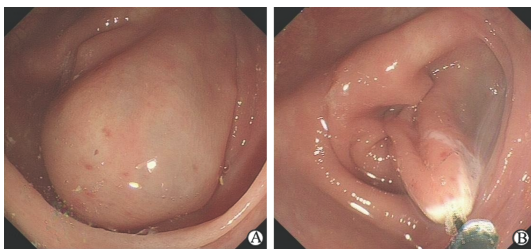


图1 患者电子结肠镜(A)和超声内镜(B)检查结果

2 讨论 结肠气囊肿症(pneumatosis cystoides coli, PCC)是一种相对少见的消化道疾病, 以胃肠壁或肠系膜的黏膜、浆膜下多发或单发含气囊肿为特征。包括原发性及继发性两种, 前者较少见, 病变多位于左半结肠; 后者占85%, 病变常位于小肠及右半结肠, 多继发于消化道溃疡、肠梗阻、肠系膜血管栓塞、肠道慢性炎症性病变、腹部创伤、肠淋巴瘤等^[1]。其病因及发病机制尚不明确, 推测可能为多种因素共同作用所致^[2]。此病临床表现无特异性, 一般与病变部位、程

度及有无继发性因素密切相关。若病变位于回肠末端或结肠, 患者常有腹泻、便秘、直肠出血、排黏液血便、肠梗阻等肠道症状。实验室检查无特异性改变。影像学表现有^[3]: 腹部平片可见病变肠管边缘有单个或多个透亮气囊影; 胃肠道钡餐造影示充盈缺损超过钡剂的边缘, 其缺损部位透明度超过一般息肉; CT清晰可见胃肠壁内积气, 并直观显示囊肿部位、大小及范围, 被认为是检查的最佳方法^[4]; 超声内镜下可见黏膜或浆膜下不同范围较强的气体声影; 结肠镜下可见肠道黏膜面多个半球形隆起, 表面光滑透亮, 压之有弹性^[5]。病理结果多为: 肠壁各层均可有大小不等的囊肿, 囊壁由纤维组织结构, 内壁可衬以一层扁平上皮, 囊与囊之间纤维组织增生, 内有急慢性炎细胞浸润。该病的治疗方法国内外尚未形成共识, 无症状者可不予特殊干预, 有症状者视不同病情可行氧气治疗、要素饮食、姑息观察、内科用药、内镜治疗及外科手术切除病变肠段等。通常针对原发病灶的治疗最为有效。国内多采用手术治疗, 但同时应积极去除继发因素, 否则易复发。本例患者腹痛腹胀可能为肠蠕动时气囊肿部分阻塞肠道所致, 故先予内科对症治疗。同时, 因结肠镜下示囊肿单一、患者一般状况良好, 内镜超声示含气囊肿性肿物, 故采取镜下氩气治疗。术中患者无不适, 术后症状明显改善, 5d后病愈出院。

[参考文献]

- [1] 吴阶平, 裘法祖. 黄家驹外科学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 1097-1098.
- [2] Lomb Z, Bajor J, Garamszegi M. Pneumatosis cystoides intestinalis, as rare complications of celiac disease[J]. Orv Hetil, 2005, 146: 369-374.
- [3] Goel A, Tiwari B, Kujur S. Pneumatosis cystoides intestinalis[J]. Surgery, 2005, 137: 659.
- [4] Kernagis L Y, Levine M S, Jabocs J E. Pneumatosis intestinalis in patients with ischemia: correlation of CT finding with viability of the bowel[J]. AJR, 2003, 180: 733-736.
- [5] Ho L M, Paulson E K, Thompson W M. Pneumatosis intestinalis in the adult: benign to life-threatening causes[J]. AJR, 2007, 188: 1604.

[本文编辑] 尹茶

[收稿日期] 2009-08-09

[接受日期] 2009-09-09

[作者简介] 罗益滨, 第二军医大学2005级海军临床医学专业学员. E-mail: luoyibin@yeah.net

* 通讯作者(Corresponding author). Tel: 010-51007670, E-mail: fanry2@sohu.com