

• 病例报告 •

肠结核并发肠梗阻术前误诊为克罗恩病 1 例

李春艳, 刘丽娜, 王丽霞

李春艳, 刘丽娜, 王丽霞, 大连医科大学附属一院消化科
辽宁省大连市 116011
通讯作者: 李春艳, 116011, 辽宁省大连市西岗区中山路 222 号, 大连医科大学附属一院消化科. lichunyan-dl@sohu.com
电话: 0411-83635963-2173
收稿日期: 2005-04-26 接受日期: 2005-05-14

摘要

本文报道 1 例因反复腹胀、腹痛 8 mo 入院的患者, 据临床表现、影像学及肠镜检查诊断为克罗恩病、不全肠梗阻, 而术后病理证实为肠结核。提示肠结核与克罗恩病鉴别诊断困难, 腹腔多处钙化灶及回盲部有病变对肠结核的诊断有帮助。

李春艳, 刘丽娜, 王丽霞. 肠结核并发肠梗阻术前误诊为克罗恩病 1 例. 世界华人消化杂志 2005;13(13):1643
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1643.asp>

1 病例报告

患者, 男, 53 岁, 因反复腹胀、腹部不适 8 mo, 加重半月入院。患者 8 mo 前始出现腹胀、腹部不适、腹痛, 有时自觉腹部“鼓包”, 腹胀明显时有腹痛, 多位于右下腹及脐周, 间断便秘和腹泻, 无发热、盗汗, 食欲差, 体重下降约 10 公斤。既往 20 a 前曾患肺结核, 经口服抗结核药“治愈”。体检: 体温 36.3℃, 脉搏 66 次/min, 呼吸 18 次/min, 血压 110/75 mmHg, 略消瘦, 全身浅表淋巴结未触及肿大, 巩膜无黄染, 结膜无苍白, 心、肺(-), 腹软, 饱满, 未见胃肠型及蠕动波, 肝脾未及, 右下腹近腹股沟处可触及一索条形包块, 大小约 3×6 cm², 质硬, 不活动, 略压痛, 肠鸣音活跃, 8 次/min, 未闻及气过水声。实验室检查: 白细胞 6.02×10⁹/L, 红细胞 5.0×10¹²/L, 血红蛋白 136 g/L, 血小板 370×10⁹/L, 白蛋白 21.6 g/L, 球蛋白 22 g/L, 血沉 8 mm/h, 腹水常规: 总细胞 530×10⁹/L, 白细胞 136×10⁹/L, 中性粒细胞 12%, 淋巴细胞 70%, 比重 1.012, 蛋白(-), 脱落细胞(-), PPD(-), 胸片: 双上肺钙化灶, 左上肺纤维索条影。立位腹平片: 中腹部广泛高密度影(钙化或造影剂?), 肠管内积气, 右上腹见多个气液平。全腹 CT 及增强扫描示腹腔少量积液, 肠系膜及腹膜后多组淋巴结钙化, 回肠中段肠壁增厚改变, 继发小肠梗阻, 考虑回肠炎性病变可能性大, 回肠肿瘤不排除。肠镜示回肠末段黏膜散在淋巴滤泡增生, 回盲瓣周边黏膜不规则充血, 散在结节样增生、水肿, 边界不清, 病理示炎症改变。初步诊断: 回盲部克隆氏病, 不全肠梗阻, 肠肿瘤不排除。行内科保守治疗, 梗阻症状没

有解除, 遂转入外科行剖腹探查术, 术中见淡黄色腹水约 300 mL, 大网膜, 大、小肠系膜间可见多个大小不等质硬、色白结节, 腹膜后可触及肿大质硬淋巴结, 并融合成团, 最大约 5×5 cm², 距回盲部 40 cm 小肠触及一肿块, 约 10×10 cm², 质硬, 粘连致小肠梗阻, 肠腔狭窄, 近段肠段扩张, 肠壁肥厚、水肿, 结肠未及肿块, 切除部分大网膜, 术中病理示炎性肉芽肿改变, 回肠肿块切除, 病理示肉芽肿病变, 诊断结核, 术后抗结核治疗, 恢复良好。

2 讨论

肠结核是由于结核杆菌侵犯肠道而引起的慢性炎症, 多数继发于肠外结核。肠结核好发于回盲部, 其临床表现及影像检查均无特异性, 发病率低, 诊断困难, 误诊率高^[1]。该病诊断的关键在于临床医师对该病临床表现及实验室检查的全面认识。临床上主要表现为腹痛、腹块、大便习惯改变、腹泻与便秘交替, 如同时伴有结核中毒症状和/或肺部结核病变, 则提示肠结核, 并发结核性腹膜炎时, 可有发热、腹部压痛、血沉快、渗出性腹水^[2]。该病与克罗恩病的鉴别极为困难, 有时二者的病理改变、临床表现和 X 线检查极其相似, 容易误诊, 其鉴别诊断主要依赖于病理学检查, 有干酪样坏死的肉芽肿是结核所致; 而非干酪样坏死的肉芽肿则是克罗恩病。本患者病史 8 mo, 表现为腹痛、腹部包块, 有肠梗阻征象, 且有腹水, 但患者结核中毒症状不明显, 无发热、盗汗, 血沉不快, 结核菌素试验 (PPD) 阴性, 腹水为漏出液, 肠镜及 X 线检查示回盲部与回肠中段病变, 呈节段性分布, 术前诊断为克罗恩病。回顾本病例, 回盲部而非回肠末段病变, 腹平片示多处明显钙化灶, 以至于放射线科医师以为是胃肠造影后钡剂存留所致, 而该患近期并未行胃肠造影; CT 见肠系膜及腹膜后多组淋巴结钙化, 提示腹部钙化灶是肠结核的重要特征, 克罗恩病不具备这种特点。因此, 临床上二者鉴别困难时, 如腹部平片检查发现多处钙化灶、且回盲部有病变对肠结核的诊断有帮助。另外, 患者腹水为漏出液, 考虑与低蛋白血症有关, 而不是结核性腹膜炎所致。

3 参考文献

- 1 叶琳, 陈掌珠, 刘斌, 何萍. 40 例肠结核临床分析. 中华消化杂志 2002;22:563-564
- 2 Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993;88:989-999