

肠结核误诊为克罗恩病2例

庞智, 沈必武, 郑家驹

庞智, 沈必武, 郑家驹, 江苏省苏州市立医院北区消化内科
江苏省苏州市 215008

作者贡献分布: 此课题由庞智设计; 病例收集由庞智与沈必武完成; 研究过程由庞智与郑家驹操作完成; 论文写作由庞智完成。

通讯作者: 庞智, 主任医师, 215008, 江苏省苏州市广济路242号, 江苏省苏州市立医院北区消化内科, pangzhi0273@sina.com

电话: 0512-62363122 传真: 0512-65332028

收稿日期: 2009-04-05 修回日期: 2009-06-08

接受日期: 2009-06-15 在线出版日期: 2009-08-08

Misdiagnosis of intestinal tuberculosis as Crohn's disease: a report of two cases

Zhi Pang, Bi-Wu Shen, Jia-Ju Zheng

Zhi Pang, Bi-Wu Shen, Jia-Ju Zheng, Department of Gastroenterology, Suzhou Municipal Hospital (North Area), Suzhou 215008, Jiangsu Province, China

Correspondence to: Zhi Pang, Department of Gastroenterology, Suzhou Municipal Hospital (North Area), 242 Guangji Road, Suzhou 215008, Jiangsu Province, China. pangzhi0273@sina.com

Received: 2009-04-05 Revised: 2009-06-08

Accepted: 2009-06-15 Published online: 2009-08-08

Abstract

Two patients previously diagnosed as Crohn's disease were admitted to our hospital because of repeated diarrhea for one year. A definite diagnosis of intestinal tuberculosis was made on the basis of pathological examination, chest X-ray and sputum smear test. This observation suggests that a prior consideration of management of tuberculosis is a relatively safe principle when it is difficult to make a differential diagnosis between intestinal tuberculosis and Crohn's disease.

Key Words: Intestinal tuberculosis; Crohn's disease; Misdiagnosis; Principle

Pang Z, Shen BW, Zheng JJ. Misdiagnosis of intestinal tuberculosis as Crohn's disease: a report of two cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2009; 17(22): 2329-2331

摘要

肠结核患者2例因反复腹泻1年入院, 被误诊为克罗恩病。经病理、胸片及痰涂片确诊为肠结

核。本文提示肠结核与克罗恩病鉴别诊断困难, 暂时不能确诊时, 应首先考虑按结核病处理这一相对安全的原则。

关键词: 肠结核; 克罗恩病; 误诊; 原则

庞智, 沈必武, 郑家驹. 肠结核误诊为克罗恩病2例. *世界华人消化杂志* 2009; 17(22): 2329-2331

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/17/2329.asp>

0 引言

肠结核与克罗恩病患者临床表现、内镜及病理学改变极为相似, 鉴别诊断十分困难, 是临床上的一大难题^[1]。最近, 我院收治误诊为克罗恩病的肠结核患者2例, 现报道如下。

1 病例报告

病例1: 男, 43岁, 因“中下腹隐痛不适伴腹泻1年, 加重1 wk”于2007-04-12收治我科。患者1年前无明显诱因出现中下腹隐痛不适, 腹泻, 每日5-6次, 黄色稀便, 无脓血和明显黏液, 无里急后重感, 大便后疼痛缓解。肠镜报告回盲瓣和升结肠黏膜充血水肿, 可见多发性散在深溃疡, 乙状结肠息肉。病理切片示乙状结肠腺瘤性息肉, 回盲瓣及升结肠黏膜慢性炎症。给予口服柳氮磺胺吡啶(3.0 g/d), 以及支持对症治疗后, 症状明显好转, 腹部无明显不适, 大便次数渐减至每日2次。出院后一直坚持服用SASP。近1 wk来腹痛明显加重, 腹泻次数每日多达8-10次, 无脓血。腹部CT检查, 报告回肠, 回盲部, 盲肠, 升结肠等肠壁增厚伴淋巴结肿大。直肠周围低密度脓肿可能。病程中无发热, 无咳嗽, 无明显盗汗, 无胸闷气急, 全身乏力, 食欲不振, 半年内体重减轻约7 kg。有吸烟史20余年, 每日约20支。家族中有结核病患者。入院查体: T: 36.8℃, P 每分76次, R 每分18次, BP 120/70 mmHg, 消瘦, 全身浅表淋巴结不肿大, 双肺呼吸音清, 未闻及明显干湿罗音。心律齐, 未闻及杂音。腹部平坦, 柔软, 全腹无压痛, 肝脾肋下未触及, 右下腹扪及一10 cm×12 cm大小包块, 边界尚清楚, 无压痛, 质中, 活动度

■背景资料

克罗恩病(CD)是由Burrill Crohn在1932年最早描述的, 1973年WHO将其定为Crohn病。本病以欧美国家发病率高, 近几年我国发病率呈增加趋势。结核病是我国常见病之一, 发病率较高, 部分肠结核与CD患者临床表现、内镜及病理学改变极为相似, 鉴别诊断十分困难。

■同行评议者

江学良, 主任医师, 中国人民解放军济南军区总医院消化科

■研发前沿

CD是一种病因尚不十分清楚的胃肠道慢性炎症性肉芽肿性疾病,CD临床表现呈多样性,CD与肠结核的鉴别诊断虽然困难,但是病原学检查和病变组织干酪样坏死仍是国内外公认的肠结核诊断金标准。

欠佳。移动性浊音阴性,肠鸣音每分5次,双下肢无水肿,关节无肿痛。实验室检查:血常规:WBC $7.58 \times 10^9/L$, RBC $4.25 \times 10^{12}/L$, Hb 114 g/L, Plt $183 \times 10^9/L$, Neut 77.4%, Lym 19.0%。大便常规:黄软,脓细胞(0),隐血试验(-)。血抗结核抗体(-)。结核菌素试验弱阳性。血肿瘤标志物均正常范围。血沉(ESR)60 mm/h, C反应蛋白(C-reactive protein, C-RP)127.83 mg/L, 血清总蛋白(serum total protein, TP)55.7 g/L, 白蛋白(Albumin, ALB)27.5 g/L。全胸片检查示右上肺陈旧性结核灶。三次痰找抗酸杆菌均阴性。肠镜检查:回盲部可见环状溃疡,肠腔狭窄,末端回肠有多个溃疡,表面有黄苔。乙状结肠有1枚带蒂息肉,经电凝切除。病理报告:回盲瓣送检物为炎性肉芽组织及坏死物。入院后给予口服柳氮磺胺吡啶(3.0 g/d),静脉滴注甲硝唑(1.0 g/d),部分性胃肠外营养支持治疗2 wk后,患者右下腹阵发性疼痛加剧,患者坚决要求手术治疗,逐行腹部包块、肠结核待排剖腹探查术,术中见回盲部有一15 cm \times 10 cm大小肿块,为全层增厚的肠壁,呈腊肠样,僵硬,肠腔狭窄。回肠黏膜有跳跃式病灶,每段病灶长约2-3 cm,全层累及,间断5-10 cm。肠系膜淋巴结肿大。行扩大右半结肠切除术。术后病理报告:阑尾和肠肿块均有上皮样结节,内有多核巨细胞,中央有干酪样坏死。诊断为:肠,阑尾和系膜淋巴结结核。1 wk后予抗结核治疗,出院继续抗结核治疗。1年后回访患者正常,无任何不适。

病例2:男,27岁,因“反复腹泻1年余,加重1 mo”于2008-01-23收住入院。患者1年余前起无明显诱因出现腹泻,初大便每日6-7次,为稀便或黏液便,无明显脓血便,无里急后重,不伴有腹痛、发热、盗汗、慢性咳嗽等症。在当地行结肠镜检查示升结肠多处黏膜糜烂渗出,大片不规则溃疡,覆脓苔,病变呈跳跃性,部分黏膜结节状隆起,皱襞增厚,结肠袋变浅,肠腔环形狭窄,僵硬,可见铺路石样改变,回盲瓣变形,活检黏膜病理报告结肠黏膜慢性炎伴糜烂,坏死,有肉芽肿形成,考虑“结肠克罗恩病”。给予5-氨基水杨酸(美沙拉嗪, 3.0 g/d),替硝唑和左氧氟沙星及对症治疗后,病情好转,以美沙拉嗪(2.0 g/d)维持治疗。1 mo前患者腹泻加重,大便呈黄色水样,每日8-10次,腹胀,纳差,双下肢浮肿,体质量明显下降,为进一步诊治而收治我科。入院查体:不发热,贫血貌,消瘦,全身浅表淋巴结不肿大,双肺呼吸音清,未闻及明显干湿

罗音。腹平坦,柔软,全腹无压痛及反跳痛,未触及包块,移动性浊音阴性,肠鸣音6次/min,双下肢中度凹陷性水肿。实验室检查:血常规:WBC $6.30 \times 10^9/L$, Hb 81 g/L, Neut 84.0%, Lym 10.0%。TP 51.3 g/L, ALB 23.1 g/L。大便常规:黄软,脓细胞(1-3/HP),隐血试验(+). ESR 30 mm/h, C-RP 47.79 mg/L, 血抗结核抗体IgG和IgM(-)。免疫球蛋白正常, C3补体0.44 g/L, T细胞亚群普遍降低,结核菌素试验阳性。全胸片检查示两上肺见纤维条索影,胸膜增厚。3次痰涂片找到结核菌。考虑为“肺结核,肠结核”。入院后给予“异烟肼、利福平、乙胺丁醇和左氧氟沙星”抗结核治疗2 wk后,症状明显好转,大便每日2-3次,多呈糊状,无脓血,胃纳改善。回当地继续抗结核治疗。10 mo后患者回访,无腹胀腹泻,体质量恢复正常。肠镜示回盲瓣变形,升结肠肠腔环形狭窄,僵硬,未见明显糜烂和溃疡病灶。

2 讨论

肠结核临床表现多样,如反复腹痛(多在右下腹),腹泻或便秘,腹部包块,肠梗阻,体质量减轻,纳差,低热等缺乏特异性,可与克罗恩病类似,两者的鉴别诊断往往十分困难,临床表现、内镜和影像学等检查诊断各有局限,误诊率很高^[2]。肠结核的确诊应在病变组织中找到结核菌(抗酸染色或培养后),或其DNA(PCR方法),但这些方法在临床上并不常规开展,PCR的阳性率也仅有33%^[3]。因此,目前临床上肠结核患者大多均根据临床表现,结合实验室、影像学(特别是肺部摄片)或内镜检查(以及活检病理学)进行诊断。病例1肠镜检查见到回盲部环状溃疡,以及CT表现,全胸片见右上肺陈旧性结核灶,及家族中有结核病患者,曾考虑过肠结核。但另有较多疑似克罗恩病的表现,如曾服用SASP有较明显疗效,外院曾肠镜拟诊克罗恩病,肠镜及CT均见到直肠病变(结核累及直肠机会少于克罗恩病),以及第2次肠镜见到末端回肠病变(克罗恩病累及末端回肠更多于肠结核),发病全过程无发热(肠结核比克罗恩病更多见到发热),仅有腹泻,而无腹泻或便秘交替症状等。因此,手术前未能做出肠结核的诊断。病例2肠镜检查有跳跃性病变和铺路石样改变,病理学有肉芽肿表现,酷似克罗恩病,加上给予美沙拉嗪,替硝唑和左氧氟沙星治疗后,病情好转,往往会忽略进一步检查排除肠结核。如果不是病情复发加重,则不会进行胸片检查和痰液涂片找抗酸杆菌。回顾上述患者

■应用要点

除了病原学证据外,其他多种实验室检查对肠结核与CD诊断往往缺乏特异性,不可轻易作为诊断依据,鉴别诊断确有困难时,应首先考虑按结核病处理这一相对安全的原则。

的诊治过程, 我们可以得出以下经验: 当1例慢性腹痛与腹泻患者, 内镜下肠腔狭窄, 或病变呈节段性分布和铺路石样隆起, 病理学中未出现典型的干酪样肉芽肿表现, 考虑到肠结核或克罗恩病, 而又不能一时确诊时, 应首先考虑按结核病处理这一相对安全的原则. 因为, 某些增殖型肠结核的肠壁病变可与克罗恩病临床完全相同^[4]. 只有在取得腹腔淋巴结病理组织学资料(如见到干酪性坏死的肉芽肿、特别是多个肉芽肿, 或有融合趋向者)时^[4], 才能明确诊断. 同样, 对克罗恩病患者第1次做出诊断时也宜慎重, 即使结肠黏膜活检组织学表现及抗酸染色阴性均不支持肠结核时, 也应在按克罗恩病试治数月有效后, 方可成立克罗恩病诊断^[5]. 此外, 抗结核病试验治疗有效往往也是帮助诊断结核病的方法之一. 但有文献指出, 部分肠结核患者仅在切除肠结核病变后, 抗结核治疗才显出疗效^[6]. 因此, 有学者提出必要时可考虑行腹腔镜探查以明确诊断^[7].

总之, 除了病原学证据外, 其他多种实验室检查对肠结核与克罗恩病诊断往往缺乏特异性, 不可轻易作为诊断依据, 必须在认真取舍各项

数据, 从中辨出真伪, 才能避免误诊, 予以及时治疗.

3 参考文献

- 1 Hamer DH, Gorbach SL. Infectious diarrhea and bacterial food poisoning. In: Feldman M, Scharschmidt BF, Seisenger MH. Seisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. China: Harcourt Asia W.B. Saunders Company, 1998: 1622-1624
- 2 宋震亚, 赵奕, 钱可大. 酷似克罗恩病的肠结核一例. 中华消化内镜杂志 2006; 23: 313-314
- 3 Pulimood AB, Peter S, Rook GW, Donoghue HD. In situ PCR for Mycobacterium tuberculosis in endoscopic mucosal biopsy specimens of intestinal tuberculosis and Crohn disease. *Am J Clin Pathol* 2008; 129: 846-851
- 4 刘彤华. 诊断病理学. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 78-85, 96-114
- 5 Arnold C, Moradpour D, Blum HE. Tuberculous colitis mimicking Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 2294-2296
- 6 Gerhardt T, Wolff M, Fischer HP, Sauerbruch T, Reichel C. Pitfalls in the diagnosis of intestinal tuberculosis: a case report. *Scand J Gastroenterol* 2005; 40: 240-243
- 7 Amarapurkar DN, Patel ND, Rane PS. Diagnosis of Crohn's disease in India where tuberculosis is widely prevalent. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 741-746

编辑 李军亮 电编 何基才

■同行评价

肠结核与克罗恩病鉴别诊断困难, 本文报道有一定临床价值.

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2009年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

汤姆森-路透公布 2008 年 WJG 影响因子 2.081

本刊讯 据汤姆森-路透科技信息集团2009-06-19发布《期刊引证报告》(*Journal Citation Reports*)的统计结果: *World Journal of Gastroenterology* (WJG)的总被引次数(TC): 10 822; 影响因子(IF): 2.081; 即年指数: 0.274; 论文数量: 1112; 半衰期: 3.1; 特征因子(EF): 0.05006. 特征因子这个指标是今年期刊引证报告里新加的一个指标. 与影响因子不同的是, 这个指标不仅考察了引文的数量, 而且考虑了施引期刊的影响力, 即: 某期刊如果越多地被高影响力的期刊引用, 则该期刊的影响力也越高. 正如Google考虑超链接的来源, 特征因子也充分考虑引文的来源, 并在计算中赋予不同施引期刊的引文以不同的权重. 特征因子分值的计算基于过去5年中期刊发表的论文在期刊引证报告统计当年的被引用情况. 与影响因子比较, 期刊特征因子分值的优点主要有: (1)特征因子考虑了期刊论文发表后5年的引用时段, 而影响因子只统计了2年的引文时段, 后者不能客观地反映期刊论文的引用高峰年份; (2)特征因子对期刊引证的统计包括自然科学和社会科学, 更为全面、完整; (3)特征因子的计算扣除了期刊的自引; (4)特征因子的计算基于随机的引文链接, 通过特征因子分值可以较为合理地测度科研人员用于阅读不同期刊的时间. 在55种国际胃肠病学和肝病学期刊中, WJG的EF, TC和IF分别名列第6, 9, 32位. (WJG编辑部主任: 程剑侠 2009-08-08)