

吸收不良综合征的内镜下表现及临床分析1例

张宇, 屈亚威, 刘海峰

张宇, 屈亚威, 刘海峰, 中国人民武装警察部队总医院消化内科 北京市 100039

刘海峰, 教授, 主任医师, 主要从事胃癌发生机制及其防治研究。

作者贡献分布: 本文由张宇与屈亚威完成; 刘海峰审校。

通讯作者: 刘海峰, 教授, 主任医师, 100039, 北京市海淀区永定路69号, 中国人民武装警察部队总医院消化内科。

haifengliu333@163.com

电话: 010-57976101

收稿日期: 2014-02-19 修回日期: 2014-05-10

接受日期: 2014-05-19 在线出版日期: 2014-06-28

A case of malabsorption syndrome

Yu Zhang, Ya-Wei Qu, Hai-Feng Liu

Yu Zhang, Ya-Wei Qu, Hai-Feng Liu, Department of Gastroenterology, General Hospital of Chinese People's Armed Police Forces, Beijing 100039, China

Correspondence to: Hai-Feng Liu, Professor, Chief Physician, Department of Gastroenterology, General Hospital of Chinese People's Armed Police Forces, 69 Yongding Road, Haidian District, Beijing 100039, China. haifengliu333@163.com

Received: 2014-02-19 Revised: 2014-05-10

Accepted: 2014-05-19 Published online: 2014-06-28

Abstract

Clinical manifestations of malabsorption syndromes vary greatly, and endoscopy is the gold standard for its diagnosis. In particular, capsule endoscopy can provide a more reliable tool to observe changes of small intestinal mucosa and villi. Gastroscopy or colonoscopy in combination with capsule endoscopy will be more conducive to the diagnosis.

© 2014 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Malabsorption syndrome; Capsule endoscopy; Small intestinal villi

Zhang Y, Qu YW, Liu HF. A case of malabsorption syndrome. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2014; 22(18): 2661-2664 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/22/2661.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v22.i18.2661>

摘要

吸收不良综合征的临床表现多种多样, 内镜检

查是诊断该病的金标准, 尤其是胶囊内镜为观察小肠绒毛及黏膜的改变提供了一种更加直观、可靠的依据。在胃、肠镜检查的同时配合胶囊内镜检查, 更有利于明确诊断。

© 2014年版权归百世登出版集团有限公司所有。

关键词: 吸收不良综合征; 胶囊内镜; 小肠绒毛

核心提示: 本文通过胃镜、肠镜以及胶囊内镜观察一例吸收不良综合征患者的全小肠黏膜, 均发现了如小肠绒毛萎缩、融合等改变的有关吸收不良的一系列证据, 进一步证明了胶囊内镜观察吸收不良综合征小肠黏膜改变的可行性和准确性, 为吸收不良综合征的诊断提供了一种内镜下直观的图像依据。对疑似吸收不良综合征患者应及时进行胃、肠镜检查, 并进行活检, 必要时配合胶囊内镜检查, 有利于尽快明确诊断。

张宇, 屈亚威, 刘海峰. 吸收不良综合征的内镜下表现及临床分析1例. *世界华人消化杂志* 2014; 22(18): 2661-2664 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/22/2661.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v22.i18.2661>

0 引言

吸收不良综合征(malabsorption syndrome)是由于多种原因引起的肠道三个期(腔内期、黏膜期、运送期)^[1]消化和/或吸收功能障碍, 导致小肠对脂肪、糖、蛋白质、维生素、矿物质、电解质等多种营养成分吸收不足的一组临床症候群^[2]。绝大多数患者对脂类不能正常地吸收, 部分患者可选择性的对某种单一营养成分吸收障碍^[3-5], 例如乳糜泻(coeliac disease, CD)就是对麸质不耐受引起的小肠黏膜病变为特征的一种原发性吸收不良综合征^[6]。近年来, 有研究表明内窥镜检查是诊断吸收不良的金标准^[7], 但胃镜和结肠镜检查不能到达小肠, 小肠镜操作费时费力, 以致对小肠吸收不良综合征的诊断常缺少足够的内镜下的图像证据。因此, 胶囊内镜独有的简便、图像清晰等优势便突显出来。现就2013-10本院收治的吸收不良综合征患者1例的

■背景资料

吸收不良综合征是指多种营养成分和矿物质未被正常吸收所引起的临床综合征。广义的吸收不良综合征包括消化不良与吸收不良故又称为“消化吸收不良综合征”。其临床表现多种多样, 消化内镜检查及小肠活检是很好的诊断方法之一, 随着胶囊内镜的应用, 为此病的诊断提供更为直观、可靠证据。

■同行评议者

姜相君, 主任医师, 青岛市市立医院消化科

■ 研发前沿

小肠气钡双重造影可清楚的显示小肠黏膜形态及小肠蠕动情况,但有时难免出现假阴性结果。而对于怀疑小肠病变者,首选内镜检查。小肠镜检查操作复杂,费时费力。而近年来随着胶囊内镜的广泛使用,以其操作简便、图像清晰、患者毫无痛苦的优势,为消化科医生观察小肠黏膜形态改变等提供了一种简便、直观的依据。有研究认为内镜下活检是诊断吸收不良的金标准,但胶囊内镜还无法达到人为操控、对病变部位活检等目的,所以仍然需要联合胃、肠镜下对小肠黏膜的病理组织学检查,综合诊断。但胶囊内镜不失为一种初步诊断吸收不良综合征有效手段。

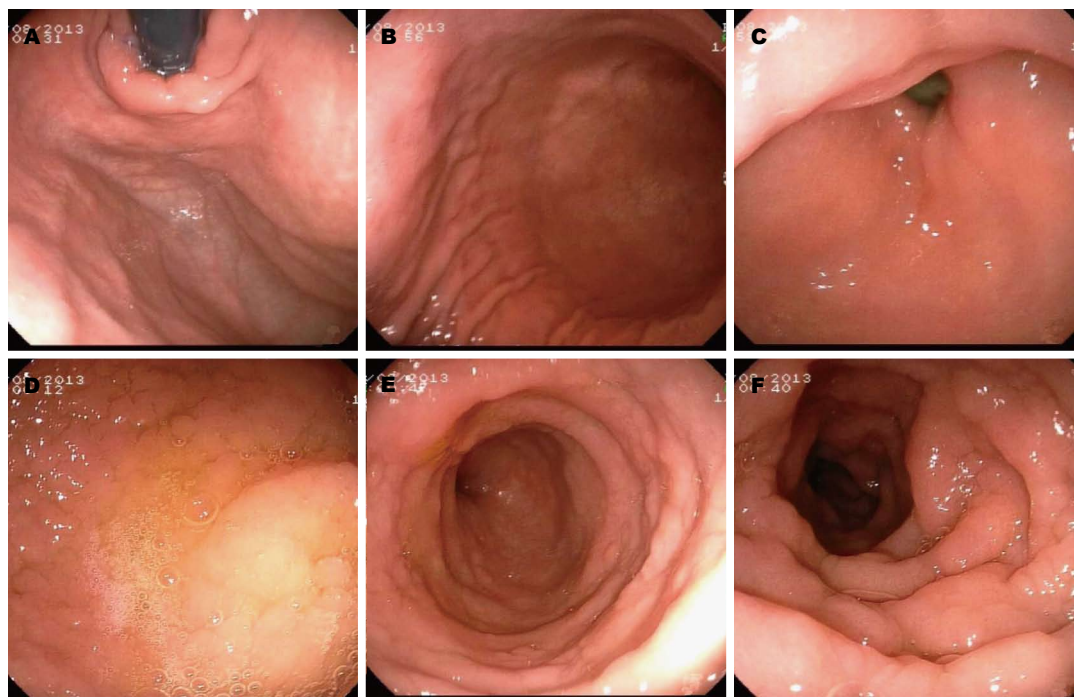


图1 胃镜检查图像。A:胃底;B:胃体;C:胃窦;D:十二指肠球部;E、F:十二指肠降段。

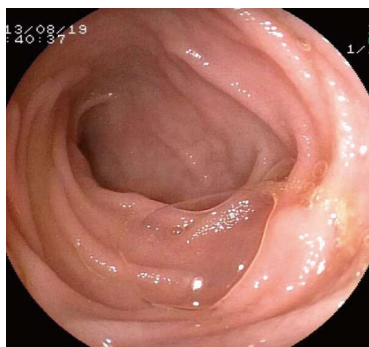


图2 肠镜检查图像。回肠末端距回盲瓣8 cm。

临床症状、内镜下表现及小肠黏膜病理作一回顾性分析。

1 病例报告

患者,女性,34岁,2012-06无明显诱因出现排黄色糊状便,5-6次/d,伴脐周不适,便后可缓解。2012-07症状加重,排黄色水样便,最多7-8次/d,含不消化食物,伴腹胀,服用“蒙脱石散”、“双歧杆菌三联活菌胶囊”、“乳菌素菌片”,症状有所好转,大便2-3次/d,黄色稀便、量少,仍间断腹胀。2013-06无明显诱因再次出现腹胀,排黄色水样便,5-6次/d,伴食欲下降,不伴黏液脓血、无发热、头痛、腹痛、恶心、呕吐,于当地个体诊所服中药及输液(具体不详),疗效不佳。无急性胃肠炎、肠结核、肠道真菌感染、

慢性细菌性痢疾、溃疡性结肠炎等疾病及相关病史。实验室检查:血常规、肝功、肾功、肝炎六项、性病两项、免疫标志物、结核菌素试验正常,多次便常规未发现红、白细胞,便潜血阴性。便细菌培养无沙门氏菌及志贺氏菌生长、无真菌及虫卵。脂肪吸收试验阳性,全胃肠道造影、胰功肽试验和/或D-木糖吸收试验正常。内镜检查:(1)胃镜检查:食管、贲门、胃底、胃体、胃窦及胃角黏膜均光滑,未见充血、糜烂及肿物(图1A-C)。十二指肠球部黏膜欠光滑,呈凹凸不平的颗粒状(图1D)。十二指肠降段黏膜苍白,环形皱襞低平、数目减少(图1E、F);(2)肠镜检查:循腔进镜至回肠末端,距回盲瓣8 cm处小肠黏膜光滑,苍白,小肠绒毛结构不明显(图2);(3)胶囊内镜:十二指肠球部绒毛变短、融合,黏膜呈斑片状,苍白(图3A、B)。空肠、回肠黏膜变薄,呈苍白色,可见黏膜下血管显露;绒毛状结构融合、变短,取而代之的是低矮的、扁平、颗粒样结构(图3C-H)。组织学改变:在十二指肠球部及降段取病理活组织检查,可见绒毛萎缩,有不同程度的绒毛融合、甚至消失;固有层内见大量淋巴细胞、浆细胞浸润;上皮细胞由高柱状变为立方,上皮内炎性细胞增多。

2 讨论

20年前,吸收不良综合征被认为是一种比较少

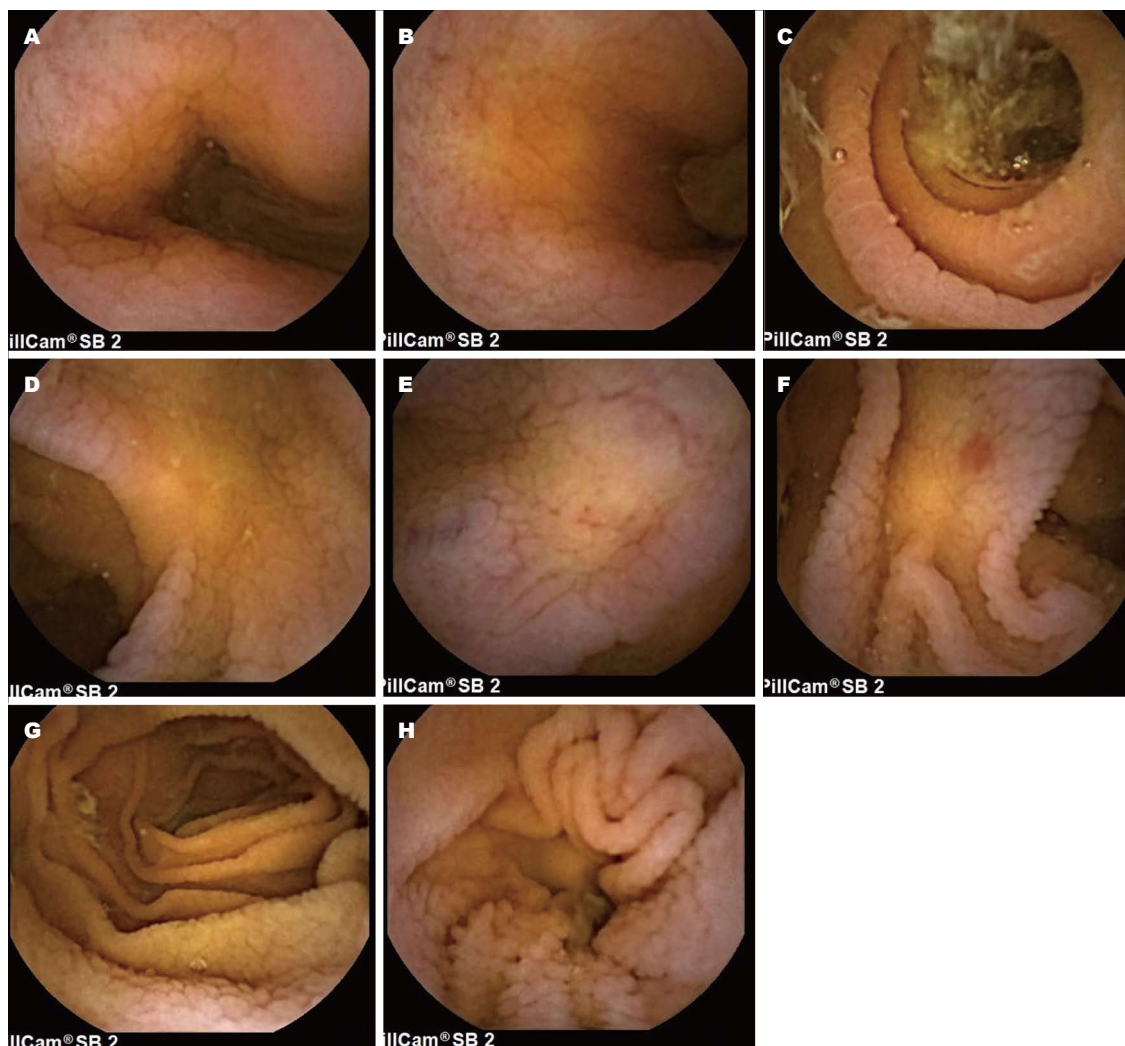


图3 胶囊内镜检查图像。A, B: 十二指肠球部; C-F: 空肠; G, H: 回肠。

■创新盘点

消化不良综合征的病因、发病机制及治疗已有许多国内外学者研究过, 该病是由多种因素导致的小肠绒毛的改变最终引起吸收障碍的一系列症状。消化内镜是检查胃肠道疾病的有效途径, 而胶囊内镜是检查小肠疾病的有效手段, 目前尚没有利用胶囊内镜联合胃、肠镜下及小肠黏膜活检、实验室检查诊断吸收不良综合征的报道, 而且本文开创性的添加了吸收不良综合征的胃、肠镜及胶囊内镜下的胃肠道黏膜图片, 使读者对此病有一个更加直观的印象。

见的疾病, 发病率大约为1/1000。然而, 近些年的人群调查显示成人吸收不良综合征的发病率呈上升趋势, 可达到1/200。有资料表明, 女性比男性多见, 且多发病在育龄期, 女性与男性发病比例约为3:1^[8]。

消化和吸收的生理过程十分复杂, 吸收不良综合征的病因和发病机制及临床表现也多种多样, 相当一部分患者过去常被误诊。钟欣等^[9]对30例吸收不良综合征患者的病因进行分析研究, 2例病因未明, 其余28例分属胰腺癌、胃大部切除术后等17种疾病。以乳糜泻为例, 有研究表明CD明显与遗传因素有关^[10], Tye-Din等^[11]发现麸质摄入的量和开始时间会影响CD的发病; CD患者不仅有胃肠道症状, 还有神经功能障碍^[12]、关节炎等胃肠外症状, 特应性皮炎更常见^[13], 有报道称女性患者在诊断CD的2年后其生育能力会下降^[14], 经常被误诊为IBS^[15]。由于诊断手段有限, 常规实验室检查和传统的全消化系造影有时可能

出现假阴性结果, 如本例两者均未发现异常。而该病的特殊实验室检查在很多医院无法开展, 并且试剂种类繁多, 增加了实验室检查的难度。消化内镜(包括胶囊内镜)检查为寻找此病的病因提供了一种直观、简便、可靠的方法。病理诊断也是此病的另一个标准, 但小肠镜检查耗时耗力, 操作复杂, 小肠黏膜活检操作困难, 不宜作为常规检查项目, 而国外学者采用内镜下十二指肠黏膜活检代替常规空肠黏膜活检得到证实, 本例通过胃镜下十二指肠球部及降段活检后, 病理结果显示有不同程度的绒毛萎缩、融合或消失等, 与谷成明等^[16]研究结果一致。

赵琴玥等^[17]综述目前对于不愿意接受传统胃镜及活检的患者来说, 胶囊内镜可能成为一种重要的检查手段。胶囊内镜拥有采集图像清晰且图片数量多、操作简便、患者毫无痛苦等优势, 为观察小肠黏膜及绒毛的改变提供了一种简单易行的方法, 更为此病提供了镜下诊断

■同行评价
本文具有一定临
床指导意义。

的依据。Jabbari等^[18]认为十二指肠降段黏膜环形皱襞的“扇贝样改变”是十分重要的内镜下标志。本例患者胃镜及胶囊内镜观察到十二指肠绒毛萎缩,黏膜苍白、反光差,环形皱襞数目减少,胶囊内镜检查发现空肠至回肠末端的绒毛状结构融合、变短,取而代之的是低矮、扁平、颗粒样结构等形态改变,这与报道相一致^[16]。这些内镜下观察到的黏膜改变可使绒毛吸收面积减少,吸收功能减弱,是导致临床吸收不良症状的重要病理基础。

本文通过胃镜、肠镜以及胶囊内镜观察一例吸收不良综合征患者的全小肠黏膜,均发现了如小肠绒毛萎缩、融合等改变的有关吸收不良的一系列证据,进一步证明了消化内镜,尤其是胶囊内镜观察吸收不良综合征小肠黏膜改变的可行性和准确性,为吸收不良综合征的诊断提供了一种直观的依据。因此,临床上对疑似吸收不良综合征患者应及时进行胃、肠镜检查,并进行活检,必要时配合胶囊内镜检查,有利于尽快明确诊断。并针对吸收不良综合征的病因进行治疗及营养补充,大多预后良好^[19-21]。

3 参考文献

- 1 贝廉,徐书端,李芳.吸收不良综合征.中华消化杂志 1987; 7: 134-135
- 2 王苑本,赵凯丰,郑伟.吸收不良综合征病因发病机制及分类.世界华人消化杂志 2002; 10: 1415-1418
- 3 侯海群.小肠吸收不良综合征的观察及护理体会.现代医药卫生 2006; 22 1220
- 4 陈璐,闫尚峰,刘茜,万强.健脾止泻汤治疗小肠吸收不良综合征36例观察.实用中医药杂志 2010; 26: 678-679
- 5 邱运芬.小肠吸收不良综合征护理.中国伤残医学 2011; 19: 54
- 6 李慕然,刘艳迪,李文.乳糜泻临床研究进展.世界华人消化杂志 2011; 19: 2053-2057
- 7 张燕,刘小芳,欧阳钦.麦胶性肠病实验室诊断的进展.临床内科杂志 2001; 18: 18-19
- 8 Conleth Feighery. Coeliac disease. *BMJ* 1999; 319: 236 [DOI: 10.1136/bmj.319.7204.236]
- 9 钟欣,袁平宗,吴亚敏.吸收不良综合征30例临床分析.现代医药卫生 2013; 29: 2076-2077
- 10 Kaukinen K, Partanen J, Mäki M, Collin P. HLA-DQ typing in the diagnosis of celiac disease. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 695-699 [PMID: 11922565]
- 11 Tye-Din J, Anderson R. Immunopathogenesis of celiac disease. *Curr Gastroenterol Rep* 2008; 10: 458-465 [PMID: 18799120]
- 12 Pfeiffer RF. Neurologic manifestations of malabsorption syndromes. *Handb Clin Neurol* 2014; 120: 621-632 [PMID: 24365342]
- 13 Korkut E, Bektas M, Oztas E, Kurt M, Cetinkaya H, Ozden A. The prevalence of celiac disease in patients fulfilling Rome III criteria for irritable bowel syndrome. *Eur J Intern Med* 2010; 21: 389-392 [PMID: 20816591]
- 14 Ciacci C, Cavallaro R, Iovino P, Sabbatini F, Palumbo A, Amoroso D, Tortora R, Mazzacca G. Allergy prevalence in adult celiac disease. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113: 1199-1203 [PMID: 15208605]
- 15 Zugna D, Richiardi L, Akre O, Stephansson O, Ludvigsson JF. A nationwide population-based study to determine whether coeliac disease is associated with infertility. *Gut* 2010; 59: 1471-1475 [PMID: 20947882 DOI: 10.1136/gut.2010.219030]
- 16 谷成明,何绮娜,邓平非,贾太和,王利玲,宋巧云.吸收不良综合征十二指肠降部黏膜病理及超微结构观察.中华消化杂志 1996; 16: 145-147
- 17 赵琴玥,黄梅芳,王红玲,夏冰.胶囊内镜在乳糜泻诊断中的应用.世界华人消化杂志 2009; 17: 2705-2708
- 18 Jabbari M, Wild G, Goresky CA, Daly DS, Lough JO, Cleland DP, Kinnear DG. Scalloped valvulae conniventes: an endoscopic marker of celiac sprue. *Gastroenterology* 1988; 95: 1518-1522 [PMID: 3181676]
- 19 姜盈.吸收不良综合征的临床治疗体会.中国现代药物应用 2010; 4: 109
- 20 王红梅.小肠吸收不良综合征患者的护理干预分析.中外医学研究 2012; 10: 74-75
- 21 伍颖彬,黄太基.幽门螺旋杆菌感染与胃肠疾病的发病机制及治疗概况.湖南中医杂志 2013; 29: 135-137

编辑 田滢 电编 鲁亚静

