

回盲部病变1例

王玉珍, 胡义亭, 杨晶, 苏少慧

■背景资料

患者从8岁开始因右下腹部症状就医, 9年间辗转多家医院, 做过多次肠道检查, 口服过多种药物, 最终因肠梗阻行手术治疗, 病理报告不支持结核和Crohn病, 未见淋巴瘤。患者术后无腹部不适, 能正常上学。

王玉珍, 胡义亭, 杨晶, 苏少慧, 河北省人民医院消化科 河北省石家庄市 050071

王玉珍, 主任医师, 主要从事慢性肝病和功能性胃肠病的研究。
作者贡献分布: 王玉珍为文章起草者; 胡义亭负责资料的收集; 杨晶与苏少慧负责患者的治疗。

通讯作者: 王玉珍, 主任医师, 050071, 河北省石家庄市和平西路348号, 河北省人民医院消化科。wyzhen211@126.com
收稿日期: 2013-07-23 修回日期: 2013-12-05
接受日期: 2013-12-15 在线出版日期: 2014-02-08

A case of ileocecal lesion

Yu-Zhen Wang, Yi-Ting Hu, Jing Yang, Shao-Hui Su

Yu-Zhen Wang, Yi-Ting Hu, Jing Yang, Shao-Hui Su, Department of Digestive, Hebei People's Hospital, Shijiazhuang 050071, Hebei Province, China

Correspondence to: Yu-Zhen Wang, Chief Physician, Department of Digestive, Hebei People's Hospital, 348 Heping West Road, Shijiazhuang 050071, Hebei Province, China. wyzhen211@126.com

Received: 2013-07-23 Revised: 2013-12-05
Accepted: 2013-12-15 Published online: 2014-02-08

Abstract

A female patients presented with a lower right abdominal lesion initially found at the age of 12. Subsequently, the lesion was once diagnosed as "appendicitis", "intestinal tuberculosis", and "Crohn's disease" and received corresponding treatments. She received surgical treatment at 17 years of age due to incomplete intestinal obstruction, and postoperative pathology did not support the diagnosis of tuberculosis, Crohn's disease, and lymphoma. Her condition was stable during the following 3 years of postoperative follow-up.

© 2014 Baishideng Publishing Group Co., Limited. All rights reserved.

Key Words: Ileocecal lesion; Follow-up

Wang YZ, Hu YT, Yang J, Su SH. A case of ileocecal lesion. Shijie Huaren Xiaohua Zazhi 2014; 22(4): 606-608
URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/22/606.asp>
DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v22.i4.606>

■同行评议者

张国梁, 主任医师, 天津市第一中心医院消化内科

摘要

女, 从12岁开始发现右下腹部病变, 曾经按

“阑尾炎”、“肠结核”、“Crohn病”给予治疗, 17岁因发生不全肠梗阻行手术治疗, 术后病理不支持结核和Crohn病, 未见淋巴瘤。术后随访3年病情稳定。

© 2014年版权归百世登出版集团有限公司所有。

关键词: 回盲部; 随访

核心提示: 患者因回盲部病变辗转多年就诊, 进行过结肠镜、消化系造影、腹部CT等各种检查, 口服过5联抗痨药物, 按照克罗恩病进行过规范治疗, 最终发生不全肠梗阻行手术治疗, 术后病理报告不支持结核和Crohn病, 未见淋巴瘤。患者术后无腹部不适, 能正常上学。

王玉珍, 胡义亭, 杨晶, 苏少慧. 回盲部病变1例. 世界华人消化杂志 2014; 22(4): 606-608 URL: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/22/606.asp> DOI: <http://dx.doi.org/10.11569/wcjd.v22.i4.606>

0 引言

回盲部是消化系统小肠与大肠的交汇区, 该部位淋巴组织丰富, 是多种疾病如淋巴瘤、结核、炎症性肠病等好发部位, 是消化科医生面临的诊治难点。

1 病例报告

女, 学生, 出生于1993年, 2001年(8岁)开始出现间断腹痛, 右下腹隐痛, 可忍受, 无发热、腹泻、便血, 腹痛严重时当地输“抗菌素”能减轻疼痛, 2005年(12岁)腹痛加重, 右侧为主, 伴有恶心、呕吐, 无发热, 无大便异常, 当地按“阑尾炎”行阑尾切除, 术中发现“阑尾明显水肿”, 给予切除, 同时发现“周围有一包块”, 大小不详, 未予处理。术后半年患者食欲好, 体重增加。手术半年后患者腹痛时有发作, 在北京医科大学附属第一医院行钡灌肠检查, 结果未见异常, 未行治疗。

患者于2006年(13岁)因右下腹痛就诊于我院消化科。入院查体, T 36.5 °C, P 90次/min, BP 120/80 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa), 患者比同龄

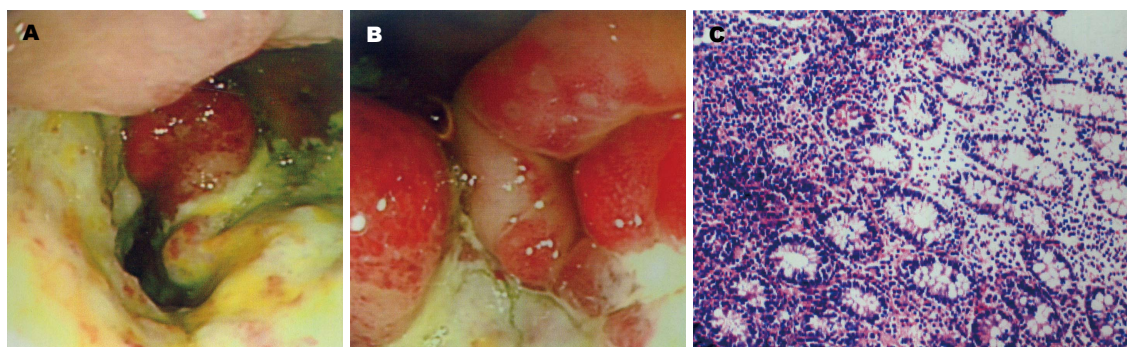


图1 2006年结肠镜及病理结果. A: 回盲瓣; B: 盲肠; C: 回盲部($\times 200$), 咬检组织, 黏膜中度慢性炎症, 急性反应, 伴炎性肉芽组织.

人消瘦, 体质量30 kg, 心肺查体无异常, 右下腹触及饱满, 有压痛, 无反跳痛, 肌紧张, 胸片显示心肺膈未见异常, 3次血常规检查WBC: $10.1 \times 10^9/L$ - $13.1 \times 10^9/L$ 之间, 中性粒细胞(N)0.75-0.8, 血红蛋白(Hb)115-120 g/L, 血小板 $320 \times 10^9/L$ - $390 \times 10^9/L$, 血沉正常, PPD(-), 尿便常规未见异常, 生化检查无异常. 结肠镜检查回肠末端未见异常, 回盲瓣及盲肠、部分升结肠可见巨大浅表溃疡, 约占2/3官腔周径, 附着白苔, 周边皱襞隆起, 局部呈结节样改变. 结肠镜检查如图所示, 并同时附病理检查结果(图1).

盲肠黏膜涂片, 发现耐酸杆菌. CT示盲肠升结肠中下段及末端回肠管壁增厚, 肠系膜及大网膜多发结节影, 不排除结核. 给予试验性抗痨治疗(2006-12开始)口服异烟肼0.3, 1次/d, 利福喷丁0.45, 2次/wk, 乙胺丁醇0.5, 1次/d. 患者腹痛缓解, 带药出院. 出院后患者坚持口服抗痨药物, 半年内体质量逐渐增加.

2007-09患者又因消瘦、乏力(服抗痨药9 mo)就诊于北京市儿童医院, 当时体质量29 kg, 同龄儿应在45 kg左右. 行结肠镜及全消化系造影等检查诊断肠结核? 给予5联抗痨治疗, 分别是异烟肼、利福平、吡嗪酰胺、乙胺丁醇、链霉素. 住院12 d出院后继续坚持5联抗痨治疗半年.

2008-05(服抗痨药1年5 mo)出现腹痛, 伴有不全肠梗阻的临床表现, 腹痛发作时右下腹部可以触及大小5 cm \times 5 cm包块. 再次就诊于河北省级医院, 复查结肠镜示: 回盲部、升结肠黏膜充血糜烂, 血管纹理不清晰, 肠腔变窄, 应用靛胭脂染色后可见铺路石样改变, 放大肠镜观察病变处正常黏膜结构消失. 镜下诊断为Crohn病? 回盲部咬检病理报告肠壁黏膜浅表性溃疡, 肠壁大部分由较多的淋巴细胞, 中性粒细胞及血管构成肉芽肿结构, 符合克罗恩病. 停抗痨药物给

予奥沙拉嗪, 3 g/d口服, 腹痛仍有间断发作, 自己有时能触到右下腹包块.

2009-03患者再次就诊于北京医科大学附属医院, 当时查结肠镜报告: 盲肠溃疡, 回盲瓣狭窄性质待查, 克罗恩病可能性大. 病理报告: 黏膜慢性炎症, 间质淋巴、单核及中性粒细胞浸润, 腺体增生, 伴有轻度非典型变, 伴有溃疡形成. 小肠造影报告: 回盲部溃疡、狭窄, 伴有不全梗阻. 诊断为克罗恩病. 口服美沙拉嗪基础上加上强的松和硫唑嘌呤, 住院16 d, 糖皮质激素逐渐减量出院, 出院后坚持口服美沙拉嗪和硫唑嘌呤, 腹痛症状略有缓解, 腹痛时仍可触到右下腹部包块.

2010-02因反复发生不全肠梗阻就诊我院外科, 当时患者17岁, 体质量45 kg, 生命体征稳定, 血常规、便常规及生化检查均在正常范围, 钡灌肠显示回盲部结肠轻度狭窄, 外形无明显异常, 考虑盲肠及部分升结肠炎性病变. 行手术治疗, 手术记录回盲部探及肿物5 cm \times 4 cm \times 3 cm, 和周围轻度黏连, 回肠末端20 cm扩张, 肠壁增厚, 行右半结肠切除术, 距离回盲部25 cm断小肠, 切除肠管33 cm, 行回肠横结肠端侧吻合, 切除肠段经我院及北京医科大学病理科会诊均不支持结核和Crohn病, 未见淋巴瘤. 手术标本及病理图片如下(图2).

术后患者未服用任何药物, 已经随诊3年多, 饮食正常, 无腹痛发作, 大便正常, 体质量55 kg, 学习成绩优秀, 未再进一步行肠道检查.

2 讨论

该患者自8岁开始因腹部症状多次、多地就诊, 检查结果集中在回盲部病变上. 回盲部结构复杂, 功能特殊, 肠内容物在此停留时间较长, 导致该部位疾病发生率高. 回盲部病变主要病因

■ 研发前沿

回盲部病变病情复杂, 是消化科医生面临的诊治难点, 尤其在结核和炎症性肠病之间鉴别起来很困难, 目前, 回盲部病变的诊断没有金标准, 需要消化科医生积累更多的临床经验与同行分享.

■ 创新盘点

该病例报道随诊患者7年, 对各种检查及治疗有详细的追踪资料, 有手术标本及病理检查结果, 对回盲部病变的诊治贡献了1份难得的病例.

■同行评价

本文对内镜医师和临床医师有很好的学术价值,具有一定指导意义.

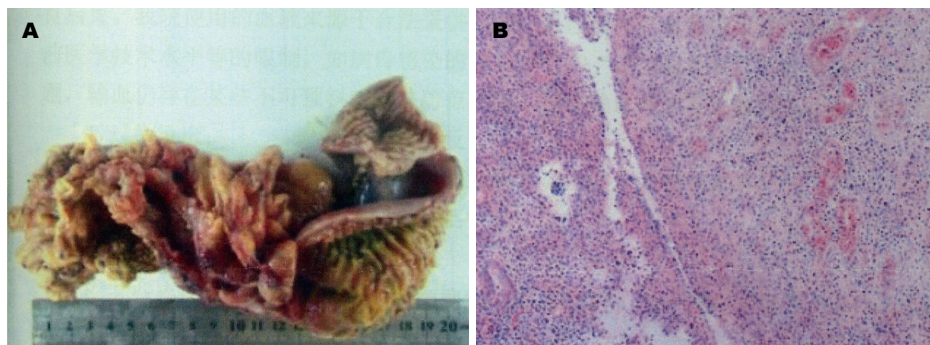


图 2 2012年手术标本及病理结果. A: 大体标本; B: 病理($\times 40$), 不支持肠结核或克罗恩病, 考虑炎性病变伴有淋巴组织增生.

有结核、Crohn病、淋巴瘤、白塞氏病、慢性感染性疾病如耶尔森菌感染、癌肿等. 该患者多次结肠镜检查取组织活检未见肿瘤细胞, 无口腔、外阴溃疡及皮肤病变, 可以除外该部位癌肿及白塞病, 无发热及生化上酶学变化, 组织学也不支持淋巴瘤. 因盲肠黏膜涂片找到耐酸杆菌和随后活检组织病理报告符合Crohn病, 先后给予抗痨治疗和5氨基水杨酸、强的松和硫

唑嘌呤治疗, 最终因反复发生的不全肠梗阻行手术治疗, 术后病理否定结核和Crohn病, 术后随诊3年多未发现患者异常. 回顾患者诊疗过程, 是否有慢性细菌感染存在? 抗结核治疗可能对患者的病情发展起到了一定的控制作用.

3 参考文献

- 1 孔文霞, 高青. 回盲部病变诊断的研究进展. 世界华人消化杂志 2012; 20: 2382-2387

编辑 田滢 电编 闫晋利

