·临床病理讨论·

腹痛、便血、回盲部瘤样病变1例

童依丽[1]，姚健凤[1]，肖 立[2]，周 鋆[3]，唐 平[4]，张 伟[1]，张赣生[1]，郑松柏[1*]

（复旦大学附属华东医院：[1]消化内科，[2]病理科，[3]内窥镜中心，[4]影像科，上海 200040）

【关键词】老年人；腹痛；便血；回盲部瘤样病变

【中图分类号】R592; R574 【文献标识码】A 【DOI】10.3724/SP.J.1264.2013.00098

1 病例摘要

患者，男性，78岁，因“腹痛伴便中带血2d”于2013年1月21日就诊，患者入院前2d进食杨梅烧酒后出现间歇性脐周绞痛，伴解少量鲜血便，无发热，外院就诊查粪隐血++++，白细胞5～6/HP，血常规：白细胞10×10^9/L，中性粒细胞76.6%，血红蛋白147g/L，血小板153×10^9/L，红细胞沉降率18mm/h，为进一步诊治收入复旦大学华东医院消化科，患者既往有高血压病史20余年，血压最高180/90mmHg（1mmHg = 0.133kPa），长期口服氯沙坦钾及美托洛尔控制血压，血压控制尚可，否认有冠心病、心房颤动病史，查体：体温37℃，血压120/80mmHg，神清，心率74次/min，律齐，双肺呼吸音清，未及啰音，腹软，无压痛、反跳痛、肝脾肋下未及、肠鸣音不亢，双下肢不肿。

患者入院后于1月23日行腹部CT，见回盲部见“同心圆”征，周围脂肪间隙尚清，未见明确肠梗阻征象，盲肠及相邻升结肠局部增厚，炎症、缺血、肿瘤难以鉴别；1月24日肠镜下见回盲部约2.5cm×2.5cm瘤样病变，表面结节样，充血水肿糜烂，溃疡形成，周堤稍隆起，基底软，升结肠近肝曲见一约0.6cm×0.6cm大小凹陷病变，表面充血水肿糜烂，横结肠见1.0cm×1.0cm充血水肿糜烂病灶，表明粗糙，结节样，肠镜诊断回盲部瘤样病变伴结肠多发溃疡，结肠癌待排。入院后予以禁食、静脉用左氧氟沙星抗感染、补液营养支持治疗后患者腹痛逐渐缓解，解黄色成形便，每日1～2次，无便中带血再发，无发热、盗汗、皮疹、关节酸痛等不适。就患者回盲部瘤样病变病因，请影像科、内窥镜室、病理科多科会诊，明确诊断。

2 临床病理讨论

消化科童依丽医师 老年男性患者，既往有高血压病史多年，本次发病表现为急性起病，突发腹部阵发性绞痛，之后出现便血，临床上应考虑缺血性结肠炎，但无明显的基础疾病，CT和肠镜检查均未能明确诊断，特请各相关科室医师会诊讨论，明确诊断。

影像科唐平副主任医师 CT是一种无创性检查，检查时间短，患者痛苦小，耐受性好，特别适合于不能耐受内镜检查的患者。缺血性结肠炎CT表现：结肠壁可轻度增厚，也可明显增厚；密度均匀，也可分层状呈“靶”征；累及范围可为节段性，也可广泛；肠壁周围炎性浸润渗出导致周围脂肪间隙模糊，腹水等。结肠粘膜下出血或水肿明显可显示为“指压”征或“手风琴”征，肠壁坏死可见肠壁及门脉系内积气。该患者CT下见回盲部“同心圆”改变（图1），进一步增强CT冠状位重建下见“手风琴”征象（图2），但这些征象都没有特征性，需要结合病史，考虑缺血性结肠炎可能，同时须与感染性、炎症性、甚至肿瘤性病变鉴别。对于恶性肿瘤，发现淋巴结、肝肺等转移的进展期肿瘤易诊断，局部而无转移的需要肠镜检查及活检取得病理依据。

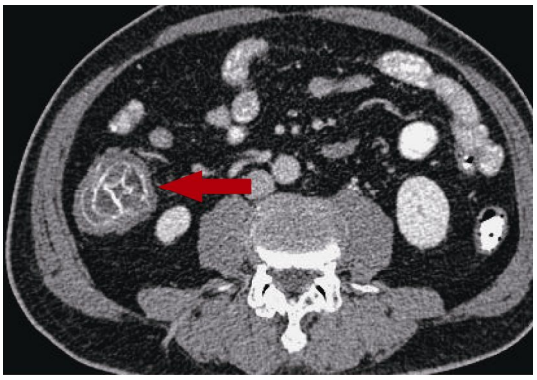


图1 回盲部增强CT横断面

Figure 1 Enhanced cross-sectional CT scan in ileocecal junction

见“同心圆”征

内镜室周鋆主治医师 内镜检查在缺血性肠病诊断中发挥着重要作用，特别是在便血期的急诊内镜检查，并能确定病变的范围及病变的阶段，同时能获取组织学检查，有助于其他炎性肠病、结肠癌的鉴别诊断，缺血性肠炎好发在各动脉供血相交区域，左半结肠是肠系膜下动脉供血，它与腹主动脉呈锐角，影响血流速度，故最好发[2]。

收稿日期：2013-04-07；修回日期：2013-04-23

通信作者：郑松柏，Tel：021-62483180-63501，E-mail：fdhuadong@163.com

该病内镜下特点是病变肠管呈节段性分布，边缘与正常黏膜界限清楚，内镜下主要需与克隆恩病、溃疡性结肠炎及肠癌相鉴别，肠癌：可有溃疡性表现，但苔较污秽，边界不清，粘膜质脆，触之易出血；溃疡性结肠炎：重症可累及全结肠，多见于结肠远端，黏膜充血、水肿、血管纹理模糊，脓性分泌物附着、糜烂、溃疡等。克罗恩病：为一种慢性肉芽肿性炎症，病变可累及胃肠道各部位，而以末段回肠及其邻近结肠为主，多呈节段性，非对称性分布， 跳跃式分布，纵行或阿弗他溃疡，鹅卵石样改变，肠腔狭窄及肠壁僵硬。该患者镜下见结肠多发溃疡病灶，伴回盲部瘤样改变，其发病部位及镜下表现非典型缺血性肠炎改变，但患者予以禁食、抗感染、补液支持治疗后腹痛及大便性状较前明显好转，可短期内进一步复查肠镜，若病变可修复则支持缺血性肠炎诊断。

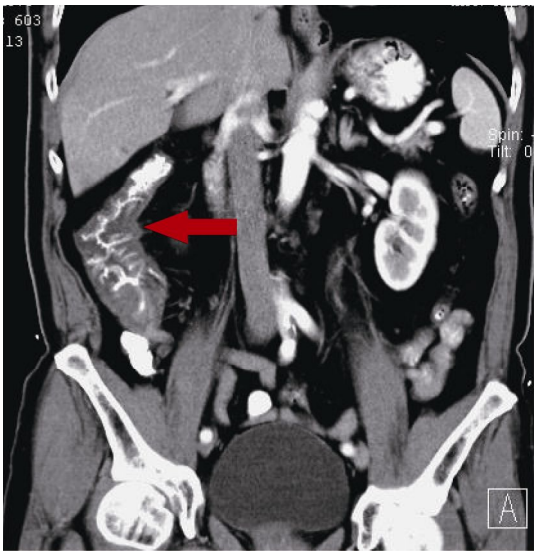


图2　回盲部增强CT冠状位重建

Figure 2　Enhanced coronal CT scan in ileocecal junction

见“手风琴”征象

病理科肖立主任医师　缺血性肠炎基本病理变化包括坏死、出血、水肿、变性、增生修复、溃疡形成、穿孔及炎症性病变，临床上及影像学上慢性型者易与肿瘤或结核或其他肉芽肿疾病混淆。但组织病理学上与肿瘤或结核等疾病较易鉴别。该患者于回盲部活检。镜下示两小块黏膜组织，间质明显出血（图3），部分区域表层上皮脱落、隐窝保留（图4），固有膜间质纤维化，伴有肉芽组织形成，提示为缺血性改变。病理诊断时主要需注意与溃疡性结肠炎及克隆恩病鉴别，溃疡性结肠炎是以隐窝上皮病损及黏膜基底部为主的结肠炎，可形成隐窝脓肿，慢性上皮炎症则可导致粘蛋白丢失及形成特征性的基底部浆细胞增多症，克隆恩病特征性改变是病损不规律分布呈局灶性黏膜病变，裂隙溃疡和结节病样肉芽肿，实际上克隆恩病及溃疡性结肠炎与缺血性肠炎之间，可能有交叉。例如溃疡性结肠炎有一型为血管炎型，表现为坏死性小血管炎，这与小血管病性缺血性肠炎可视为同一种疾病，另外克隆恩病有些类型可能就是缺血性肠炎的慢性型，特别是可找见增生闭塞性血管病变者。

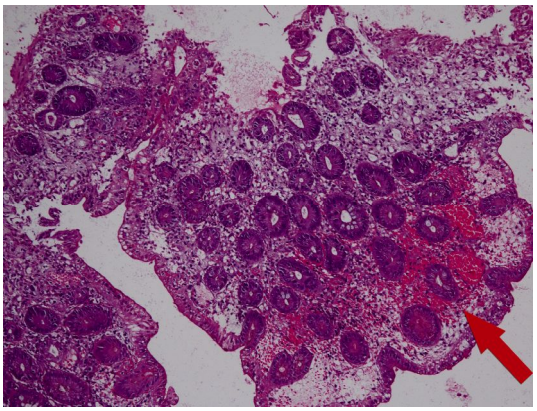


图3　回盲部病灶病理表现

Figure 3　Pathological feature in ileocecal junction (HE staining ×100)

固有膜间质明显出血，伴有肉芽组织形成

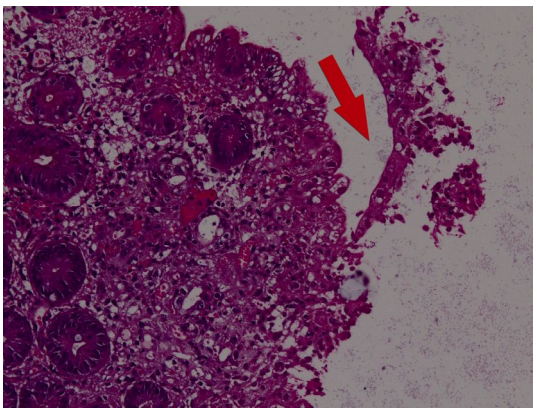


图4　回盲部病灶病理表现

Figure 4　Pathological feature in ileocecal junction (HE staining ×200)

表层上皮脱落，隐窝保存，间质纤维化

姚健凤、郑松柏主任医师　前面各位医师结合自己专业对本病例进行了深入的剖析，提高了大家对缺血性肠炎的认识。缺血性肠炎是由于结肠某一段供血不足引起的病变。近年文献报道缺血性肠炎有增多趋势。糖尿病、高血压、慢性阻塞性肺疾病、心房颤动、充血性心力衰竭、抗生素及鸦片类药物的使用以及肠道手术损伤肠系膜小血管等均为缺血性肠炎独立发病的因素[4]。60岁以上老年人常有冠心病、高血压病、糖尿病等动脉粥样硬化的基础疾病，这些疾病可导致肠系膜动脉粥样硬化、狭窄、血流缓慢瘀滞、血栓形成，引起局部肠黏膜血供减少，导致黏膜缺血、坏死、溃疡形成。在临床上，老年患者尤其是有心脏瓣膜病变、心肌梗死、糖尿病、高血压、自身免疫性疾病的老年患者，突发剧烈腹痛、血便，腹部症状与体征不符，随后会出现腹膜刺激征甚至肠麻痹者，应高度警惕缺血性结肠炎的可能，腹部CT、肠镜及镜下活检都是重要辅助诊断措施，必要时可做肠系膜动脉造影，因患者老龄，既往有肾功能不全病史，故未行肠系膜动脉造影检查。缺血性肠炎的治疗包括禁食、全肠外营养、抗感染治疗以及原发病治疗等，由于肠系膜动脉弓形结构特点，侧支循

环易于建立，溃疡2周左右即可愈合，因此一般无需针对性的扩血管、抗凝治疗，以免加重出血。

3 处置与随访

该患者综合上述讨论后考虑患者缺血性肠病可能性大，故继续予以抗感染、肠外营养支持，同时行结核感染T细胞斑点试验、嗜酸细胞计数及寄生虫检查除外其他非特异性炎症，逐步开放饮食，过程中患者未再发作腹痛，无便血、黑便、腹泻、腹胀、发热等不适，每日解成形黄色便1～2次，患者结核感染T细胞斑点试验、嗜酸细胞计数及寄生虫检查均未见异常，疗程满2周后复查肠镜，肠镜下见回盲瓣对侧黏膜粗糙，充血水肿糜烂，表面浅溃疡，余所见结直肠黏膜光滑，对比上次肠镜，考虑患者缺血性肠炎愈合期（图5-6）。

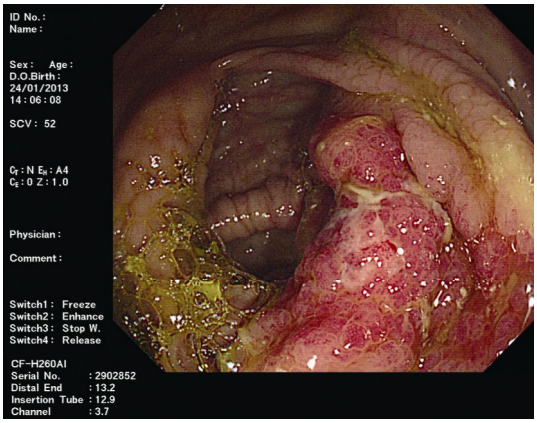


图5 发病时回盲部肠镜下表现

Figure 5 Endoscopic view of ileocecal junction while the patient presents with hematochezia

见回盲部瘤样病变，充血水肿糜烂，溃疡形成

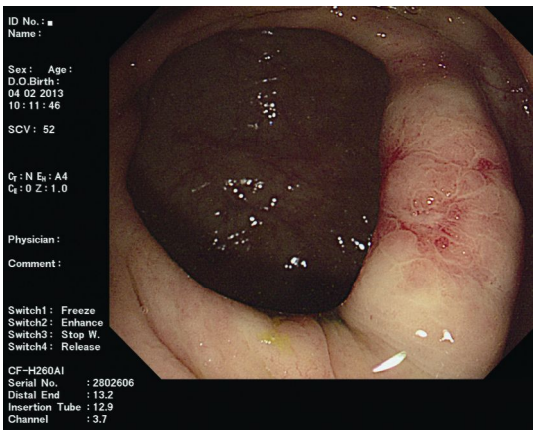


图6 治疗2周后回盲部肠镜下表现

Figure 6 Endoscopic view of ileocecal junction after 2 weeks treatment

回盲部黏膜对比之前修复明显

【参考文献】

[1] Longstreth GF，Yao JF. Diseases and drugs that increase risk of acute large bowel ischemia[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2010, 8(1):49-54.

[2] 陆星华，钱家鸣. 消化系疾病诊断与诊断评析[M]. 上海：上海科学技术出版社, 2006: 213-215.

[3] Sreenarasimhaiah J. Diagnosis and management of ischemic colitis[J]. Curr Gastroenterol Rep, 2005, 7(5): 421-426.

[4] 赵 申，侯 梅. 缺血性肠病的病因及诊治[J]. 中国医药论坛, 2006, 4(9): 40-42.

（编辑：周宇红）