

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2018.22.025

文章编号: 1005-8982 (2018) 22-0126-03

31 例肠结核临床诊断分析*

高翔, 常家聪

(安徽医科大学第一附属医院 胃肠外科, 安徽 合肥 230022)

摘要: **目的** 探讨如何提高肠结核的诊断水平。**方法** 回顾性分析该院确诊的 31 例肠结核患者的病史资料。**结果** 31 例患者中男性 20 例, 女性 11 例; 年龄 18 ~ 73 岁, 平均 42 岁。有结核既往史者 6 例 (19.4%)。临床表现中最常见症状为腹痛 25 例 (80.6%)。淋巴细胞比值降低 22 例 (70.9%), 血沉 (ESR) 增快 16 例 (84.2%), C-反应蛋白 (CRP) 升高 13 例 (92.8%), PPD 阳性 4 例 (66.7%), T 细胞斑点实验 (T-SPOT) 阳性 11 例 (84.6%)。胸片提示合并肺结核 17 例 (56.7%), 腹部 CT 阳性发现 13 例 (68.4%)。结合肠镜及术中所见, 最常见发病部位为回盲部 25 例 (80.6%), 其中溃疡型 16 例 (51.6%), 增生型 7 例 (22.6%), 混合型 8 例 (25.8%)。24 例肠镜检查患者中, 6 例发现干酪坏死性肉芽肿, 确诊率 25%。11 例手术患者病理均诊断为肠结核。6 例患者行诊断性抗结核治疗, 2 ~ 3 周后临床症状即有明显改善。**结论** 肠结核缺乏特异性临床表现, 结肠镜及组织活检虽为主要的检测手段, 但确诊率低, 需结合 T-SPOT 实验、胸片、腹部 CT、肠镜等相关检查, 必要时可行诊断性抗结核治疗辅助诊断。

关键词: 肠结核; 回顾性分析; 诊断

中图分类号: R524

文献标识码: B

肠结核是由结核分枝杆菌侵犯肠道引起的慢性特异性感染, 近年来, 随着结核病发病率在世界范围内的上升, 肠结核发病率也随之升高。由于该病临床表现多不典型, 且缺乏有效检测手段, 故容易误诊误治。本文对 31 例肠结核的病史资料进行回顾性分析, 以期加深对该病的认识, 提高诊断能力。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2011 年 1 月-2016 年 10 月安徽医科大学第一附属医院收治的 31 例肠结核患者的病史资料, 其诊断符合中华医学会消化病学分会制定的诊断标准^[1]: ①肠壁或肠系膜淋巴结找到干酪样坏死性肉芽肿; ②病变组织病理检查找到结核杆菌; ③病变处取材培养结核杆菌阳性; ④病变处取材动物接种有结核改变。一般病例根据临床症状、体征以及 X 射线检查有典型结核改变、肠外找到结核灶和抗痨实验治疗 6 周病情有改善, 便可作出临床诊断。本组患者共 31 例,

男性 20 例, 女性 11 例, 男女比例 1.82 : 1; 年龄 18 ~ 73 岁, 平均 42 岁; 其中 18 ~ 40 岁 16 例 (51.6%), 41 ~ 60 岁 11 例 (35.4%), 60 岁以上 4 例 (12.9%); 农村人口 26 例 (83.8%), 城镇人口 5 例 (16.1%); 具有明确结核病史者 6 例 (19.4%); 首诊考虑肠结核者 7 例 (22.5%)。

1.2 方法

回顾性分析患者的临床表现, 实验室检查, 影像学报告, 病理学诊断及实验性抗结核治疗情况。

2 结果

2.1 临床表现

主要症状及体征见表 1。

2.2 实验室检查

各项目及内容见表 2。

2.3 影像学检查

30 例患者行胸部 X 射线检查, 发现肺结核 17 例

收稿日期: 2017-11-16

* 基金项目: 安徽省科技攻关计划项目 (No: 15011d04040)

[通信作者] 常家聪, E-mail: changjiacong03@aliyun.com

表 1 31 例肠结核临床表现

症状	例 (%)
全身表现 (低热、消瘦)	13 (41.9)
腹痛	24 (77.4)
右下腹包块	3 (9.6)
腹泻或大便不成形	10 (32.2)
肠梗阻	9 (29.0)
便血	3 (9.6)
直肠肿块	1 (3.2)

表 2 31 例肠结核的实验室检查指标

实验室检查项目	阳性数 / 送检数 / 例	百分率 / %
淋巴细胞百分比降低	22/30	73.3
CRP 增高	13/14	92.8
ESR 增高	16/19	84.2
TB-Ab 阳性	2/11	18.2
PPD 实验阳性	4/6	66.7
T-SPOT 实验阳性	11/13	84.6
粪便抗酸染色实验	2/15	13.3

(56.7%)。增生型与混合型肠结核对应 9 例,皆为陈旧性肺结核表现。溃疡型肠结核对应 8 例,4 例表现为粟粒性肺结核,炎症改变 3 例(肺结核可能),1 例陈旧性肺结核。行腹部 CT 检查 19 例,阳性发现 13 例(68.4%)。其中,回盲部阶段性肠管增厚、管腔狭窄 8 例,伴或不伴所属系膜区淋巴结肿大,考虑结核性病变。回盲部局部肠管增厚 2 例,考虑克罗恩病。腹腔淋巴结多发肿大伴钙化 1 例,考虑淋巴结结核。余 2 例提示右下腹占位,性质待查。3 例患者行肠道钡剂造影检查,1 例表现为升结肠近回盲部充盈缺损,2 例提示回盲部局部激惹征,钡剂充盈欠佳。27 例行腹部 B 超检查的患者中仅 8 例发现异常,占 29.6%,主要提示腹部包块,腹腔积液或腹腔淋巴结肿大。

2.4 纤维结肠镜检查

24 例患者行结肠镜检查,其中增生型 4 例,位于回盲部 2 例,升结肠和直肠各 1 例,镜下表现为结节状隆起性病灶,较大者呈肿瘤样改变,导致肠腔狭窄;溃疡型 14 例,回盲部受累 13 例,同时累及升结肠 7 例,横结肠 2 例,直肠 1 例,病变由回盲部至远端肠管逐渐减轻。溃疡常为多发,也可单发,直径多在 2.0 cm 以内,呈类圆形或不规则形沿结肠袋或肠管环形分布,严重

者常致局部肠管狭窄,回盲部变形。混合型 6 例,同时具有增生型和溃疡型肠结核的病变特点。

2.5 病理检查

行纤维结肠镜+组织活检的 24 例患者中,6 例患者发现干酪坏死性肉芽肿而确诊(其中 1 例病理切片抗酸染色发现抗酸杆菌),占 25%。肉芽肿性炎症 13 例,黏膜慢性炎症伴坏死 5 例。手术治疗 11 例,术后切除标本送检,均经病理诊断为肠结核(其中合并结肠恶性肿瘤 1 例)。

2.6 诊断性抗结核治疗

6 例患者行诊断性抗结核治疗,方案均采用四联疗法(异烟肼+利福平+吡嗪酰胺+乙胺丁醇),经 10~21 d,平均 16 d 后,全部患者发热、腹痛、腹泻等临床症状明显缓解,出院后按早期、规律、联合、适量、全程的原则继续抗痨治疗,疗程 6~12 周不等,随访各患者病情未再复发,其中 1 例 4 个月后复查肠镜显示原发病灶处肠黏膜恢复正常。

3 讨论

本组资料显示该病以中青年居多,18~40 岁占 51.6%(16/31),60 岁以上者仅 12.9%(4/31)。男性多于女性,男女比例 1.82:1。乡村患者所占比例为 83.8%(26/32)。男女比例及城乡发病比例与近年来我国流行病学调查报告相符^[2]。31 例患者中,6 例具有明确肠外结核病史(均为肺结核),占 19.4%。可见即使没有结核既往史,也不应忽略对该病的考虑,以防漏诊。临床表现中,腹痛最为常见,占 77.4%。溃疡型患者多诉右下腹或脐周隐痛,常于餐后加重,排气排便后缓解,可能与进食后刺激肠道蠕动增强有关;增生型肠结核主要表现为机械梗阻性腹痛。混合型肠结核两者兼而有之。全身表现以低热(合并粟粒性肺结核者可有高热表现)和消瘦最为常见,且多见于活动性肠结核,各占 48.4% 和 80.6%。其他表现包括贫血、盗汗、乏力、纳差等。多与结核病慢性消耗及进食较差有关。因此,有消化系统症状的患者且同时伴有结核中毒症状的表现,应强烈考虑肠结核。一般情况良好,没有毒血症状时也不能完全忽略,因增生型肠结核常缺乏此类表现。

本组病例 ESR 增快者占 84.2%(16/19),平均值(48.1±25.1) mm/h。CRP 增快者占 92.8%(13/14),平均值为(74.4±52.8) mg/L。ESR 增高比例与文献报道相似,CRP 较文献报道高出近 20%^[3],差异可能与本研

究样本量偏少有关。两者作为炎症急性时相反应指标,均为非特异性检查,对本病诊断价值不大,但可协助评估肠结核病的活动程度。结核菌素实验强阳性或 T 细胞斑点实验(T-SPOT)实验阳性被认为是肠结核的重要辅助诊断依据^[4]。本研究 PPD 实验阳性率 66.7%(4/6),4 例中无一例强阳性表现。T-SPOT 实验阳性率 84.6%(11/13)。雷少妮等^[5]研究显示,T-SPOT 实验检测肠结核时,敏感性 & 特异性分别为 85.7%(12/14) 和 93.3%(14/15)。就一致性而言,本研究 4 例行 PPD 实验的患者中,3 例同时行 T-SPOT 实验检测,结果均为阳性。该二类诊断方法一致性 100%。高于 2006 年 FERRARA 等^[6]通过一项前瞻性研究得出 T-SPOT 实验与 PPD 实验一致率为 75.9% 的结论,本研究样本量少,可能存在偏差。总体而言,T-SPOT 实验的敏感性 & 特异性均高于 PPD 实验,可提高结核感染的诊断效率,尤其适合肠结核的快速诊断与鉴别诊断。本研究 22 例患者血常规提示淋巴细胞百分率降低,占 73.3%,平均值(13.3±4.8)%。对结核病患者外周血淋巴细胞亚群的研究分析表明^[7]:肺结核和肺外结核患者外周血 T 淋巴细胞亚群降低,提示结核病患者有细胞免疫功能受损的表现。而外周血中淋巴细胞又以 T 淋巴细胞为主,故外周血淋巴细胞百分率的降低虽为非特异性改变,但联合检测应该对肠结核的诊断有一定预测意义,其价值有待进一步研究。结核抗体(TB-Ab)检测,粪便抗酸染色找结核杆菌等虽对该病诊断有一定参考价值,但阳性率较低,分别为 18% 和 13.3%。

胸部 X 射线检查中,56.7% 的患者合并肺结核。在增生型和混合型肠结核病患中皆为陈旧性表现,在溃疡型肠结核中高达 46.7% 的患者表现为活动性病变。提示续发的肠结核和原发的肺结核在病理变化和临床表现方面往往是一致的,胸片检查对溃疡型肠结核的诊断具有重要提示意义。在肠结核病变的定位及定性诊断中,腹部 CT 的阳性发现率为 68.4%,远高于腹部 B 超 29.6%,与国外有关报道结论一致^[8]。国内相关文献亦报道^[9],多层螺旋 CT 对肠结核的定位及定性诊断准确率均高达 80% 以上。回顾性研究结果接近于本报道,肯定多层螺旋 CT 对肠结核的诊断价值。肠道钡剂造影检查有激惹征、充盈缺损等表现,对定位诊断有一定价值,定性诊断仍缺乏特异性。

结合肠镜及术中所见,本病累及回盲部者占 83.3%

(25/31),少数累及全结肠及直肠,以溃疡型多见,常为多发,病变程度由回盲部至远端肠管逐渐减轻。行结肠镜及活组织病理检查的患者中,干酪性肉芽肿检出率为 25%(6/24),表现为肉芽肿性炎症者占 72.7%(16/22)。相关研究报道^[10],肠结核和克罗恩病中均可检出肉芽肿的存在,且检出率相近。11 例行手术治疗的患者经病理检查均发现干酪样肉芽肿而确定诊断,值得注意的是增生型肠结核有合并结肠恶性肿瘤的可能,应仔细甄别,以防漏诊。可见肠镜及活检虽为当下诊断肠结核最有价值的方式,但干酪性肉芽肿的检出率仍较低,故提倡多部位、大块、深凿取材,并在常规病理检查时加做抗酸染色及分支杆菌培养。本院采用四联抗结核疗法对 6 位高度疑似肠结核患者治疗,平均 16 d 症状明显缓解,总疗程 6~12 周不等,随访未再复发。可见诊断性治疗在肠结核的确诊中仍具有重要地位。

参 考 文 献:

- [1] 邹宁,刘晓红. 肠结核与克罗恩病的鉴别诊断[J]. 胃肠病学, 2003, 8(5): 13-14.
- [2] 全国第五次结核病流行病学抽样调查技术指导组. 2010 年全国第五次结核病流行病学抽样调查报告[J]. 中国防痨杂志, 2012, 34(8): 485-508.
- [3] HUANG S, YI F M, ZHOU R, et al. The utility of platelet, mean platelet volume, and red cell distribution width in the diagnosis of active Crohn's disease and intestinal tuberculosis[J]. Saudi Medical Journal, 2013, 34(11): 1161-1166.
- [4] 葛均波,徐永健. 内科学. 第 8 版[M]. 人民卫生出版社, 2013: 380.
- [5] 雷少妮,刘家云,梁洁,等. 结核杆菌 T 细胞斑点试验在克罗恩病与肠结核鉴别诊断中的应用价值[J]. 中华消化杂志, 2011, 31(10): 677-680.
- [6] FERRARA G, LOSI M, D'AMICO R, et al. Use in routine clinical practice of two commercial blood tests for diagnosis of infection with Mycobacterium tuberculosis: a prospective study[J]. Lancet, 2006, 367(9519): 1328-1334.
- [7] 杜光明. 肺结核和肺外结核患者外周血淋巴细胞亚群的检测意义探讨[J]. 临床肺科杂志, 2014, 19(4): 693-695.
- [8] SURI S, GUPTA S, SURI R. Computed tomography in abdominal tuberculosis[J]. British Journal of Radiology, 1999, 72(72): 92-98.
- [9] 任露,张亚林. 多排螺旋 CT 对肠结核的诊断价值分析[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2015, 13(1): 72-74.
- [10] 缪应雷,欧阳钦,陈岱云,等. 内镜及病理学检查在克罗恩病和肠结核鉴别诊断中的价值[J]. 中华消化内镜杂志, 2002, 19(1): 9-12.

(张蕾 编辑)