

小肠克罗恩病一例报告

Small intestine Crohn's disease: a case report

余梦楠, 叶萍 (第二军医大学长海医院消化科, 上海 200433)

[关键词] 克罗恩病; 小肠; 病例报告

[中图分类号] R 574.5 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2006)07-0762-01

1 病例资料 患者女性, 27岁, 江苏人。因“便血 12 d, 加重 3 d”急诊收入院。患者于 12 d 前无明显诱因出现大便呈暗红色血样, 2~3 次/d, 总量约为 500~800 g, 排便时伴下腹部不适, 到当地医院给予对症治疗(具体不详), 无明显好转, 3 d 前上述情况加重, 大便中含有暗红色血凝块, 伴头晕、乏力, 无呕吐, 无发热、腹痛, 黄疸。急诊行胃镜示浅表性胃炎, 未见出血灶。肠镜未见明显异常。急诊行肠系膜上、下动脉造影检查仍未见明显异常。为进一步治疗转入我科。入院查体: 重度贫血貌, 皮肤巩膜未见黄染, 全身未触及肿大的淋巴结, 双肺未见异常, 心率 100 次/min, 未闻及病理性杂音, 腹软, 无明显压痛及反跳痛, 无腹块, 腹水征阴性, 肠鸣音活跃。查血色素 79 g/L, 予禁食、补液、输血、止血、抗感染等积极治疗, 但患者病情仍不断加重, 每天便血总量仍在 1 000 ml 以上, 7 月 20 日到外院行小肠镜检查, 发现回肠内多个节段性浅表溃疡形成, 大小不规则, 部分呈纵行, 溃疡周边有较明显的充血水肿和肉芽组织增生改变, 诊断为回肠克罗恩病。取活检病理提示符合克罗恩病。经给予输液、输血, 激素加 5-氨基水杨酸治疗后, 大便出血停止, 病情稳定出院。既往有“痔疮”病史, 2 个月前有“肛瘘切除术”病史。

2 讨论 克罗恩病是一种病因不十分明确的胃肠道慢性炎性肉芽肿性疾病, 多见于回盲部, 临床上以腹痛、腹泻、腹块、瘘管形成和肠梗阻为特点, 可伴有发热、贫血、营养障碍及关节、皮肤、眼、口腔黏膜、肝脏等肠外损害, 发病年龄多在 15~30 岁, 以欧美多见, 我国发病率不高, 但并非罕见。诊断上主要依据临床表现和 X 线检查与结肠镜检查所见进行综合分析, X 线表现为肠道炎性病变, 可见黏膜皱襞粗乱、纵行

性溃疡或裂沟、鹅卵石征、假息肉、多发性狭窄、瘘管形成的 X 线征象, 病变呈节段性分布; 结肠镜作全结肠及回肠末段检查, 并变成节段性分布, 见纵行或匍行性溃疡, 溃疡周围黏膜正常或呈鹅卵石样, 肠腔狭窄, 炎性息肉, 病变肠段之间黏膜外观正常。病理提示为非干酪样肉芽肿。在临床上与肠道结核病和肿瘤的鉴别较为困难, 往往需行手术探查以及病理方明确诊断。

本患者为青年女性, 临床表现不典型, 以消化道出血就诊, 且以大量便血为主, 无呕血、发热、腹痛等症状, 即往无胃肠道疾病病史, 否认肝胆系统疾病; 对于消化道出血患者, 胃镜可排除消化性溃疡、胃癌、食管胃底静脉曲张破裂出血等引起上消化道出血的疾病; 肠镜可除外结肠癌、溃疡性结肠炎等病变; 对小肠引起的出血, 肠系膜上、下动脉造影可了解有无小肠血管畸形、小肠肿瘤等引起出血并判断出血部位。对于上述检查均为阴性的患者, 考虑行双气囊推进式小肠镜检查。

小肠克罗恩病的临床表现较为多样, 以消化道出血为首发、突出症状者, 在临床上实属少见, 尤其是常规胃镜、肠镜及肠系膜上、下动脉造影检查均为阴性患者, 诊断非常困难。临床医生对青年患者, 无明显诱因出现消化道出血患者, 要考虑到小肠克罗恩病的可能性, 有条件者可行双气囊推进式小肠镜辅助诊断, 或行小肠气钡双重造影以明确病变的部位及诊断。

[收稿日期] 2005-12-04

[修回日期] 2006-07-03

[本文编辑] 曹静

[作者简介] 余梦楠, 第二军医大学临床医学院 2002 级学员。