

Crohn 病的诊断与外科治疗

于吉人¹, 王 健²

(浙江大学医学院附属第一医院, 浙江 杭州 310003; 2. 建德市第一人民医院, 浙江 建德 311600)

[摘要] 目的:探讨 Crohn 病的诊断及外科治疗。方法:回顾性分析 24 例 Crohn 病的临床资料。结果:临床表现以腹痛最为常见(20 例),其次为腹泻(10 例)。纤维结肠镜检查 14 例,7 例诊断为本病。病灶多位于回盲部、小肠及结肠。24 例病人中 21 例行手术治疗,其中 12 例因并发症而急诊手术,12 例术后复发,再手术 5 例。3 例死亡。结论:纤维结肠镜检查对 Crohn 病具有较高的诊断价值。手术治疗应以消除并发症、改善生活质量为目的。切除范围应以切缘距病灶 5~10 cm 为宜。

[关键词] Crohn 病/诊断; Crohn 病/外科学; 结肠镜检查

[中图分类号] R 574.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1008-9292(2002)01-0057-02

[J Zhejiang Univ (Medical Sci), 2003, 31(1): 57-59.]

Crohn 病病程隐匿,症状复杂多变,缺乏特异性,诊断较难,常在出现并发症时经手术治疗方获确诊。本院从 1997 年 1 月至 2000 年 2 月共收治 Crohn 病 24 例,均经病理证实,其中 21 例手术治疗,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 男 13 例,女 11 例。年龄 18~61 岁。病程 1 个月~20 年。

1.2 临床表现 本组患者腹痛最常见有 20 例,多位于右下腹或脐周,绞痛呈反复发作,便后可缓解,多伴腹胀、便秘;腹泻 10 例,伴粘液血便 5 例;腹部肿块 2 例;肠瘘 1 例;肛瘘 2 例;长期发热 7 例,其中反复高热 3 例,伴关节炎、口腔溃疡、肛周溃疡,对多种抗生素无效,1 例伴桥本氏病。并发症以肠梗阻最多见(7 例),下消化道大出血 3 例,肠穿孔 2 例。

1.3 辅助检查 小肠造影 3 例,提示回盲部炎症改变 1 例。钡灌肠造影 5 例,提示降结肠肠腔狭窄僵硬 1 例,回盲部肿块 2 例。B 超检查 5 例,提示肠壁增厚 1 例,肠套叠 1 例,回盲部肿块 1 例。CT、MRI 检查 2 例,提示回盲部肿块及肠段狭窄、肠襻增厚。腹平片 4 例,提示肠梗阻 2 例,穿孔 2 例。纤维结肠镜检查 14 例,阳性发现 13 例,提示回盲部肿块 3 例,溃疡性结肠炎

3 例,7 例诊断为 Crohn 病,并经病理证实。内镜表现为:①回、结肠粘膜慢性炎症节段性改变 7 例;②局部肠腔狭窄、壁增厚 2 例;③多发性息肉、肉芽状增生 4 例;④裂隙状溃疡 4 例,孤立性溃疡灶 3 例;⑤全结肠粘膜广泛出血 2 例。

1.4 诊断 21 例术前首次诊断为肠梗阻 7 例,溃疡性结肠炎 3 例,肠穿孔 2 例,下消化道大出血 3 例,回盲部肿块 5 例,慢性阑尾炎 1 例。

1.5 治疗及转归 内科治疗 3 例,症状缓解。手术治疗 21 例,其中右半结肠切除术 7 例,左半结肠切除术 2 例,全结肠或次全结肠切除术 4 例,小肠部分切除术 6 例,回盲部切除术 2 例。病变位于小肠 6 例,回盲部 7 例,结肠 5 例,直肠 3 例。本组术后复发 12 例,其中 5 例因出血、梗阻再次手术。复发距首次手术时间为 2 个月~10 年。死亡 3 例。

2 讨论

Crohn 病乃胃肠道非特异性疾病,病变可发生于消化道任何部位,但多见于回盲部及小肠,病因不明,目前认为与某种感染及免疫反应

收稿日期:2000-03-27 修回日期:2000-09-14

作者简介:于吉人(1962-),男,硕士,主任医师,从事普外科工作。

有关^[1],本组 5 例病人有不明原因发热,伴口腔溃疡、关节炎,其中 1 例伴桥本氏病,似可为佐证之一。

2.1 诊断 本病多见于青壮年,症状不典型,病情反复,易与肠道其他疾病如结核、伤寒、淋巴瘤等相混淆,通过 PPD、骨髓穿刺、肥达氏反应等检查可作出初步鉴别。辅助检查如钡餐造影、钡剂灌肠虽发现某些病变或提示病变部位,但少有可供诊断的典型表现,诸如鹅卵石征、裂隙样溃疡、节段性狭窄等。CT、MRI 检查可发现肠壁增厚、肠道肿块,但亦难定性。本组资料 62.5% 患者有回盲部及结肠、直肠的病变,与文献报道相似^[2]。本组纤维肠镜检查 14 例中 13 例有发现,其中与病理相符 7 例。因此我们认为纤维肠镜检查可作为一个重要的诊断手段。凡是肠镜有下列表现者应考虑本病:①回结肠粘膜增厚,充血水肿,呈节段性分布;②纵行裂隙状溃疡,四周粘膜增厚犹如鹅卵石样;③孤立溃疡灶。由于 Crohn 病常因肠梗阻、肠穿孔、消化道大出血行急症手术,故术前难以完善各项检查以明确诊断,因此如何在术中判断系本病,并选择合理的手术方式就显得非常重要。根据本组资料并结合文献,有以下情况时需考虑本病:①病变位于回盲部、小肠或累及结肠;②病变肠段炎性反应明显,充血水肿,浆膜面有纤维素性物附着,肠管粘连成团;③穿孔灶四周充血明显;④透光检查可见肠系膜侧纵行裂隙样溃疡或片状溃疡灶;⑤肠壁增厚僵硬肠腔狭窄并呈节段性分布;⑥肠系膜脂肪增生,呈环形包绕肠壁;⑦肠系膜淋巴结肿大,甚者直径可达 4 cm。切除肠段后应立即解剖标本,检查粘膜面的病

变以进一步明确诊断。

2.2 治疗 由于本病病因不明,易复发,手术难以根治,通常以内科治疗为主^[3]。手术目的是治疗并发症,改善生活质量。手术切除范围应适度,切缘距病灶两侧以 5~10 cm 为宜。对多发性病灶应视具体情况而定。本组 1 例病人因回肠穿孔进行肠段切除,术后 3 d 因残留的回盲部病灶大出血而再次手术,最后全身衰竭死亡。因此,对引起并发症或估计将引起并发症的肠段应一并切除,必要时应将可疑病变肠段作较广泛切除,只要所剩小肠长度大于 70 cm 则不致引起短肠综合症。当然过分广泛的肠段切除也不必要,因为某些小而浅表的病灶临床上有 20% 左右可以自愈^[4]。

References:

- [1] LU Dong-xiao (陆东晓). Mechanism and treatment of Crohn's disease [J]. *Clinic of Contemporary Rehabilitation* (临床现代康复), 1998, 4 (2): 329 - 332. (in Chinese)
- [2] PAN Guo-zong, CHAO Shi-zhi (潘国宗, 曹世植). *Contemporary gastroenterology* [M]. Beijing: Science Press, 1998: 1152 - 1165. (in Chinese)
- [3] YAN Chong-yu, CAI Wen-yan (严仲瑜, 才文彦). Progress of diagnosis and treatment of Crohn's disease. *China Journal of Practice Surg* (中国实用外科杂志), 1995, 9(18): 569 - 570. (in Chinese)
- [4] PAN Guo-zong, ZHANG Jie, CAI Qiang (潘国宗, 张捷, 蔡强). Postoperative following of 66 cases of Crohn's disease. *Chinese Journal of Internal Medicine* (中华内科杂志), 1988, 27(3): 159. (in Chinese)

[责任编辑 严少洁]