

肠结核与克罗恩病的鉴别诊断分析

张东伟 杨长青

DOI: 10.3969/j.issn.1673-534X.2014.06.015

近年来肠结核(ITB)和克罗恩病(CD)的发病率呈逐年升高趋势,因两者的临床、内镜以及病理学检查结果均有很大的相似性,因此两者间的鉴别诊断一直是临床医师面临的难题。本研究采用回顾性分析方法,对本院最近 6 年来确诊的 ITB 患者和 CD 患者的资料进行分析,总结其临床、内镜、病理学特点及抗酸杆菌染色检查结果,为寻求更好的鉴别诊断方法提供参考。

1 材料与方法

1.1 研究对象

选取 2008 年 1 月至 2013 年 10 月在本院住院被确诊为 ITB 和 CD 的患者进行回顾性分析。ITB 组 38 例,其中男 15 例、女 23 例,年龄 13~68 岁,平均(40.24±16.30)岁;CD 组 29 例,其中男 19 例、女 10 例,年龄 12~72 岁,平均(32.29±14.98)岁。男女比 ITB 组约为 1:1.53,CD 组约为 1.9:1。

1.2 研究方法

对两组患者的临床表现、内镜资料、病理资料和抗酸杆菌染色进行比较,两组患者均行电子结肠镜检查并进行内镜深部活检。

1.3 统计学方法

使用 SPSS10.0 进行统计学检验,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

1.4 诊断标准

ITB 诊断符合第 6 版《内科学》诊断标准,CD 诊断符合国内 IBD 诊治标准和国际标准^[1,2]。

2 结果

2.1 两组患者临床表现的比较

ITB 组平均年龄(40.24±16.30)岁,而 CD 组平均年龄为(32.29±14.98)岁,发病年龄均以中青年为主,CD 发病年龄较 ITB 更早,两者比较差异有统计学意义($P<0.05$)。ITB 组男 15 例、女 23 例,

CD 组男 19 例、女 10 例,因此 ITB 以女性多见,而 CD 则以男性多见,两者比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。上述结论与以往的报道相一致^[3]。

两组大部分患者均有腹痛、腹泻、发热、盗汗、消瘦、便秘和血便等临床表现,但 ITB 患者发热、盗汗与 CD 患者相比更明显,而 CD 患者腹泻、血便、肛周病变(瘻、裂、脓肿)与 ITB 患者相比更明显,两组比较差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者临床表现的比较

临床表现	ITB(<i>n</i> = 38)	CD(<i>n</i> = 29)	χ^2	<i>P</i>
腹痛	35(92.11%)	27(93.10%)	0.024	0.878
腹泻	6(15.79%)	17(58.62%)	13.380	0.000
发热	24(63.16%)	9(31.03%)	6.791	0.009
盗汗	20(52.63%)	3(10.34%)	13.046	0.000
消瘦	34(89.47%)	25(86.21%)	0.167	0.683
便秘	7(18.42%)	1(3.45%)	3.507	0.061
血便	5(13.16%)	10(34.48%)	4.305	0.038
腹部包块	2(5.26%)	2(6.70%)	0.078	0.780
肛周病变	0	6(20.69%)	8.635	0.003

2.2 两组患者的内镜下形态特征表现比较

CD 患者环形溃疡、纵行溃疡、肠腔狭窄、鹅卵石样改变与 ITB 患者相比差异均具有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者的内镜下形态特征表现比较

内镜表现	ITB(<i>n</i> = 38)	CD(<i>n</i> = 29)	χ^2	<i>P</i>
溃疡形态				
环形	20(52.63%)	3(10.34%)	13.046	0.000
纵形	5(13.16%)	14(48.28%)	9.984	0.002
不规则形	13(34.21%)	12(41.38%)	0.361	0.548
肠腔狭窄	5(13.16%)	12(41.38%)	6.918	0.009
假息肉	18(47.37%)	13(44.83%)	0.043	0.836
鹅卵石样	0	10(34.48%)	15.402	0.000

2.3 两组患者的活检标本病理学鉴别指标比较

CD 患者的镜下淋巴细胞聚集比 ITB 患者更明显,两者比较差异有统计学意义($P<0.05$);ITB 患者的肠镜病理可见干酪性肉芽肿,与 CD 的非干酪性肉芽肿不同^[4],两组比较差异有统计学意义($P<0.05$);CD 镜下可见裂隙状溃疡,而 ITB 则无。ITB 患者可找到抗酸杆菌,而 CD 患者则无。具体见表 3。

作者单位:200065 上海市同济医院,同济大学附属同济医院消化内科
通信作者:杨长青,Email: cqyang@tongji.edu.cn

表 3 两组患者的活检标本病理学鉴别指标比较

病理结果	ITB(<i>n</i> = 38)	CD(<i>n</i> = 29)	χ^2	<i>P</i>
淋巴细胞集聚	13(34.21%)	22(75.86%)	11.437	0.001
干酪性肉芽肿	12(31.58%)	0	11.156	0.001
非干酪性肉芽肿	2(5.26%)	7(24.13%)	5.039	0.025
裂隙状溃疡	0	5(17.24%)	7.080	0.008
有抗酸杆菌	12(31.58%)	1(3.45%)	6.918	0.009

3 讨论

近 20 年来,ITB 的发病率在世界范围内呈持续增长趋势^[5-6],大部分病例不典型,表现多变,易致错误诊治,使得病情更趋于复杂。CD 是北美、北欧等西方国家常见的消化系统疾病^[7],但随着工业化进程和环境等发生变化,CD 在中国等发展中国家的发病率呈升高趋势^[8]。ITB 与 CD 在同一地区同人种间表现相似,难以鉴别,相互误诊率日益增高。

本研究显示 ITB 组和 CD 组发病年龄均以中青年为主,CD 发病年龄似乎较 ITB 更早,ITB 以女性为多见,而 CD 则以男性多见。

两组大部分患者均有腹痛、腹泻、发热、盗汗、消瘦、便秘和血便等临床表现,但 ITB 患者以发热、盗汗为主要表现;CD 患者以腹泻、血便、肛周病变(瘰、裂、脓肿)为主要表现,其中 CD 患者腹泻更持久更严重。许多 CD 患者以血便为首发症状,有学者认为 IBD 发病首先表现的是血管炎性反应,值得进一步研究。本研究 CD 患者中有 20.69% 出现肛周病变,与文献报道的 21.10% 相似^[9],而 ITB 患者无此临床表现,因此肛周病变对于两组疾病的鉴别能起到一定的作用。但由于中国人痔疮发生率高,临床医师体检时易忽视,而使其鉴别价值降低,应引起重视。

内镜表现在诊断与鉴别诊断中有一定作用。ITB 与 CD 镜下均表现为溃疡,本研究显示 CD 患者以纵行溃疡、鹅卵石样改变、肠腔狭窄为主要表现,而 ITB 患者以环形溃疡为主要表现;CD 典型的鹅卵石样改变常位于纵行溃疡之间,而在 ITB 中,鹅卵石样改变未出现,但环形溃疡、溃疡周围黏膜呈鼠咬状比 CD 更多见,此结论与国内外报道相似^[10]。

内镜病理学检查对两组疾病的鉴别较为重要。肠镜活检组织受取材广度和深度的限制,同时 CD 又是一种肠壁全层的炎性病变。因此,经内镜活检标本常无法确诊 CD,本研究采用深部多次活检法进行。研究显示,CD 镜下以淋巴细胞集聚、裂隙状

溃疡为主要表现,而 ITB 的肠镜病理可见干酪性肉芽肿,此种肉芽肿一般较大,中央见干酪样坏死,与 CD 的非干酪性肉芽肿不同^[10];另外,ITB 患者可找到抗酸杆菌,而 CD 患者则无。因此,内镜检查是诊断 ITB 重要的手段,不但能直接观察病变,还能取活检做病理组织学和抗酸杆菌染色检查。

在 ITB 与 CD 的鉴别诊断中,CD 患者的发病年龄更小,临床以腹泻、血便和肛周病变更为常见,肠镜表现以纵行溃疡及鹅卵石样改变多见,病理多数可见淋巴细胞聚集和裂隙状溃疡;而 ITB 患者年龄相对较大,临床常见发热、消瘦,肠镜表现以环形溃疡为主,多数合并肠外结核,活检组织中可见干酪性肉芽肿,并可找到抗酸杆菌,部分患者可通过肠镜病理确诊。上述方法对两种疾病的鉴别诊断有积极的参考价值。但在临床实际应用中,少部分患者的鉴别诊断仍较困难,此时应用诊断性抗结核治疗来鉴别这两种疾病也是必要的选择。

参 考 文 献

1 中华医学会消化病学分会. 对炎症性肠病诊断治疗规范的建议. 中华消化杂志, 2001, 21: 236-239.

2 Carter MJ, Lobo AJ, Travis SP. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. Gut, 2004, 53: V1-V16.

3 李学锋, 邹益友, 周明欢, 等. 克罗恩病与肠结核临床及内镜特征的鉴别分析. 中华消化杂志, 2010, 30: 11-14.

4 甘华田, 欧阳钦, 邱春华, 等. 内镜活组织检查对克罗恩病的诊断价值. 中华消化内镜杂志, 2001, 18: 103-104.

5 Epstein D, Watermeyer G, Kirsch R, et al. Review article; the diagnosis and management of Crohn's disease in populations with high-risk rates for tuberculosis. Aliment Pharmacol Ther, 2007, 25: 1373-1388.

6 Raviglione MC, Smith IM. XDR tuberculosis-implications for global public health. N Engl J Med, 2007, 356: 656-659.

7 Caprilli R, Gassull MA, Escher JC, et al. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations. Gut, 2006, 55(Suppl 1): i36-i58.

8 Goh K, Xiao SD. Inflammatory bowel disease: a survey of the epidemiology in Asia. J Dig Dis, 2009, 10: 1-6.

9 邹宁, 吕红, 钱家鸣. 克罗恩病与原发性肠道淋巴瘤临床表现的异同. 中华消化杂志, 2006, 26: 364-367.

10 Chow DK, Leong RW, Lai LH, et al. Changes in Crohn's disease phenotype over time in the Chinese population: validation of the Montreal classification system. Inflamm Bowel Dis, 2008, 14: 536-541.

(收稿日期:2014-01-30)

(本文编辑:周骏)