

临床研究

DOI: 10.13406/j.cnki.cyx.001974

151 例回盲部病变临床诊治分析

冉婕熙, 高 青

(重庆医科大学附属第一医院消化内科, 重庆 400016)

【摘要】目的:回顾分析回盲部病变的病因及临床特征,以提高回盲部病变诊治水平。**方法:**收集 2011 年 1 月至 2016 年 12 月重庆医科大学附属第一医院收治的 151 例回盲部病变的完整临床资料,从临床表现、病因、检查方法和诊断逐一探讨。**结果:**151 例回盲部病变中肿瘤最多见,占 58.9%,其次为克罗恩病(Crohn's disease, CD)、肠结核(intestinal tuberculosis, ITB)、溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)、息肉,分别占 14.5%、10.5%、3.9%、3.3%,其余少见病因有白塞综合征、憩室、非特异性炎症、黏液囊肿等。男 80 例,女 71 例,平均年龄(55.1 ± 18.3)岁。病因的男女构成比差异无统计学意义($\chi^2=0.079, P=0.779$)。肿瘤性疾病多见于老年人(56/89, 62.9%),非肿瘤性疾病好发于青年人(30/61, 49.2%),差异有统计学意义($\chi^2=24.214, P=0.000$)。临床表现主要包括腹痛(112/151, 74.2%)、体质量减轻(74/151, 49.0%)、腹泻(61/151, 40.4%)、腹部包块(45/151, 29.8%)、消化道出血(41/151, 27.2%)。辅助检查以纤维结肠镜加病理活检有效阳性率最高(104/131, 79.4%),腹部增强 CT 次之(95/133, 71.4%)。非肿瘤性疾病误诊率为 21.6%(11/51),以 CD 和 ITB 的误诊居多(10/38)。**结论:**回盲部病变临床表现缺乏特异性,病因以肿瘤性疾病为主,纤维结肠镜加病理活检是其主要检查方法;非肿瘤性疾病易误诊,以 CD 和 ITB 多见,纤维结肠镜加病理活检及腹部增强 CT 等辅助检查配合诊疗随访,可有效提高临床诊治水平。

【关键词】回盲部病变;病因;诊断**【中图分类号】**R574.5; R574.6**【文献标志码】**A**【收稿日期】**2017-08-19

Clinical analysis of 151 cases of ileocecal lesions

Ran Jiexi, Gao Qing

(Department of Gastroenterology, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University)

【Abstract】Objective: To improve the understanding and diagnosis and treatment of the ileocecal lesions by retrospectively analyzing the etiology and clinical features of 151 cases of ileocecal lesions. **Methods:** The clinical data of 151 patients with the ileocecal lesions were collected. All patients were admitted to the First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University from 2011 January to 2016 December. The manifestation, etiology, check methods and diagnosis were analyzed. **Results:** Tumor was the most frequent cause of the ileocecal lesions, accounting for 58.9% (89/151) of all cases, followed by Crohn's disease (CD), intestinal tuberculosis (ITB), ulcerative colitis (UC), intestinal polyps, accounting for 14.5%, 10.5%, 3.9%, 3.3% respectively. Other rare causes were Behcet's disease, diverticulum, nonspecific inflammatory, mucous cyst etc. There were 80 males and 71 females, with an average age of (55.1 ± 18.3). There was no significant difference in the ratio of male to female in etiology ($\chi^2=0.079, P=0.779$). Neoplastic diseases are more common in the elderly (56/89, 62.9%), and non neoplastic diseases occur in young people (30/61, 49.2%), with statistical significance ($\chi^2=24.214, P=0.000$). The mainly clinical manifestations were abdominal pain, diarrhea, tarry stool, bloody stool, abdominal mass, weight loss etc. The most effective check method was colonoscopy and biopsy, followed by enhanced computed tomography of abdominal. The misdiagnosis rate of non neoplastic diseases was 21.6% (11/51), and most of them were misdiagnosed by CD and ITB (10/38). **Conclusion:** The clinical manifestations of ileocecal lesions are lack of specificity, the main causes of which are neoplastic diseases, and colonoscopy and biopsy is the main examination method. Non neoplastic diseases are easy to be misdiagnosed, mainly in CD and ITB, colonoscopy and biopsy and abdominal enhanced CT and other auxiliary examinations coupled with followed-up can effectively improve the clinical diagnosis and treatment.

【Key words】ileocecal lesions; etiology; diagnosis

作者介绍: 冉婕熙, Email: 769192642@qq.com,

研究方向: 胃肠肿瘤。

通信作者: 高 青, Email: gaoqing@aliyun.com。

优先出版: <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1046.R.20190222.0852.006.html>

(2019-02-22)

回盲部是以回盲瓣为中心的区域,主要包含回肠末端、阑尾、升结肠初始端及盲肠各 10 cm 左右的范围^[1],鉴于其特殊的解剖结构及生理功能,已成为各种肠道疾病的好发部位^[2]。回盲部病变临床表现无特异性,诊断主要依靠内镜检查。研究显示,常见的回盲部病变如肠结核、克罗恩病、溃疡性结肠炎、淋巴瘤等均以溃疡型病变为主要镜下表现^[3],单凭溃疡外形难以确定病因,故病理学检查对诊断很关键,但有时特征性的病理改变难以获得^[4],造成鉴别诊断困难,所以往往需结合其临床表现、辅助检查及治疗效果综合判断。本文通过对我院收治的 151 例回盲部病变患者的临床资料进行回顾性分析,旨在加深临床对回盲部病变的认识。

1 材料与方法

1.1 对象与方法

收集 2011 年 1 月至 2016 年 12 月间重庆医科大学附属第一医院收治的病灶位于回盲部患者的临床资料,包括姓名、性别、年龄、临床表现、辅助检查(包括影像学检查、内镜检查)及诊断,回顾性分析其临床表现、病因及检查方法。

纳入标准:病灶位于回盲部,包括含回盲部在内的多部位病变;所有患者均通过手术或内镜活检取得病理结果;诊断明确:以病理结果为诊断标准,肠结核、克罗恩病、溃疡性结肠炎、白塞综合征是通过首诊病史、辅助检查及后续疗效随访来综合判断。其中肠结核确诊标准如下:①拟诊 ITB 患者,在随访过程中,内镜活检组织或手术病理发现干酪性肉芽肿或抗酸杆菌阳性,同时伴有结核菌其他临床证据;②经正规抗结核治疗疗程 ≥ 6 个月后,患者的临床症状及内镜表现好转,且后续随访无复发^[5]。克罗恩病(Crohn's disease, CD)及溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)诊断参考 2012 年《我国炎症性肠病诊断与治疗的共识意见》^[6]。白塞综合征诊断参考 2014 年的白塞综合征国际诊断标准^[7]。

排除标准:回盲部以外的病变;无病理资料;经治疗及随访最终未能明确诊断的回盲部病变。

1.2 随访方式及内容

以病理结果为诊断标准,对初诊待查的疾病需进一步随访,主要通过电话回访的方式,随访内容包括症状缓解情况、辅助检查随访结果、治疗方案及疗程。

1.3 统计学方法

数据分析采用 Excel 2007 进行录入,计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料用例数和百分率表示,采用 SPSS 20.0 软件进行数据分析,计数资料采用卡方检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 一般资料和病因分布

符合标准的患者共 151 例,男 80 例,女 71 例,平均年龄(55.1 ± 18.3)岁。在 151 个病例中,肿瘤性疾病 89 例(58.9%),其中恶性肿瘤 79 例(52.3%),良性肿瘤 10 例(6.6%);其后依次为克罗恩病 22 例(14.5%)、肠结核 16 例(10.5%)、溃疡性结肠炎 6 例(3.9%)、息肉 5 例(3.3%)、非特异性炎症 5 例(3.3%),其余少见病因包括憩室 3 例、白塞综合征 2 例、黏液囊肿 2 例、嗜酸性粒细胞性肠炎 1 例,详见表 1。

2.2 回盲部病变与性别及年龄的关系

按病因可将疾病分为肿瘤性和非肿瘤性疾病。从性别上看,肿瘤性疾病与非肿瘤性疾病男女构成比差异无统计学意义($\chi^2=0.079, P=0.779$),详见表 2。从年龄上看,参照世界卫生组织标准,可分为以下 3 组:青年组:44 周岁及以下;中年组:45~59 岁;老年组:60 周岁及以上。肿瘤性疾病和非肿瘤性疾病在 3 个年龄组的构成比差异有统计学意义($\chi^2=24.214, P=0.000$)。进一步行两两比较, $P<0.0167$ 表示差异具有统计学意义。结果显示,青年组和老年组比较差异有统计学意义($\chi^2=24.257, P=0.000$),中年组分别与青年组和老年组比较,差异均无统计学意义($\chi^2=5.725, P=0.017; \chi^2=4.345, P=0.037$),详见表 2。

表 1 151 例回盲部病变的病因、临床表现及并发症

病因	例数(n, %)	临床表现					并发症		
		腹痛	腹泻	消化道出血	腹部包块	体质量减轻	肠梗阻	肠套叠	肠穿孔
肿瘤	89(58.9)	67	25	23	37	37	22	2	1
良性肿瘤	10(6.6)	7	5	2	1	2	2	1	0
恶性肿瘤	79(52.3)	60	20	21	36	20	1	1	0
克罗恩病	22(14.5)	18	15	3	4	20	1	1	0
肠结核	16(10.5)	12	7	7	2	7	3	0	0
溃疡性结肠炎	6(3.9)	6	6	3	0	6	1	0	0
息肉	5(3.3)	0	0	0	0	1	0	0	0
非特异性炎症	5(3.3)	3	2	2	0	1	0	0	0
其他 ^a	8(5.3)	6	1	3	2	2	2	1	2
合计	151(100.0)	112	61	41	45	74	29	6	3

注:a,其他包括 3 例憩室、2 例白塞综合征、2 例黏液性囊肿、1 例嗜酸性粒细胞性肠炎

表 2 回盲部疾病病因与性别及年龄的关系

疾病类型	性别		年龄		
	男	女	青年	中年	老年
回盲部肿瘤	48	41	13	20	56
回盲部非肿瘤性疾病	32	30	30	15	17
χ^2 值	0.779		24.217		
P 值	0.779		0.000		

2.3 临床表现

所有患者病程长短及起病急缓不一,临床表现以不同程度腹痛(112/151,74.2%)最多见,其中大部分为慢性腹痛,少部分因并发肠梗阻(29例)、肠套叠(6例)、消化道穿孔(3例)致急性腹痛起病,其余常见表现包括体质量减轻(74/151,49.0%)、腹泻(61/151,40.4%)、腹部包块(45/151,29.8%)、消化道出血(41/151,27.2%)等,详见表1。

2.4 检查方法

所有患者入院后均完善腹部B超、X线钡灌肠造影、腹部增强CT、纤维结肠镜等检查中的一种或多种,从表3可见,纤维结肠镜加病理活检有效阳性率最高(79.4%),其次为腹部增强CT(71.4%),腹部B超及X线钡灌肠造影有效阳性率相对较低,各辅助检查有效阳性例数比较差异具有统计学意义($\chi^2=36.758, P=0.000$)。进一步行两两比较, $P<0.01$ 表示差异具有统计学意义。结果显示,纤维结肠镜分别和腹部B超、X线钡灌肠比较差异有统计学意义($\chi^2=27.737, P=0.000$; $\chi^2=12.128, P=0.001$),腹部增强CT分别和腹部B超、X线钡灌肠比较差异有统计学意义($\chi^2=18.537, P=0.000$; $\chi^2=7.599, P=0.006$),纤维结肠镜和腹部增强CT比较以及腹部B超和X线钡灌肠比较差异均无统计学意义($\chi^2=2.254, P=0.154$; $\chi^2=0.000, P=1.000$),详见表4。

表 3 各检查方法及其有效阳性率

检查方法	完成例数	有效阳性例数	有效阳性率(%)
纤维结肠镜+病检	131	104	79.4
腹部增强CT	133	95	71.4
腹部B超	18	3	16.7
X线钡灌肠造影	7	1	14.3

表 4 各检查方法有效阳性例数两两比较结果

检查方法	有效例数	无效例数	χ^2 值	P 值
纤维结肠镜+病检	104	27	2.254	0.154
腹部增强CT	95	38		
纤维结肠镜+病检	104	27	27.737	0.000
腹部B超	3	15		
纤维结肠镜+病检	10	27	12.108	0.001
X线钡灌肠造影	1	6		
腹部增强CT	95	38	18.537	0.000
腹部B超	3	15		
腹部增强CT	95	38	7.599	0.006
X线钡灌肠造影	1	6		
腹部B超	3	15	0.000	1.000
X线钡灌肠造影	1	6		

2.5 随访结果

从表5可见,需进一步随访的疾病均为非肿瘤性疾病,且回盲部非肿瘤性病变的误诊率较高,以CD和肠结核(intestinal tuberculosis, ITB)的误诊居多,误诊率分别为6.25%(1/16)、40.9%(9/22)。CD误诊为ITB而接受抗痨治疗9例,其中6例因抗痨无效,按CD治疗症状得以缓解,复查肠镜示病灶好转,另有3例抗痨试疗临床症状明显缓解,后病情复发加重行剖腹探查,病检确诊CD;而ITB误诊为克罗恩病1例,抗炎治疗症状无缓解,疑诊ITB,行抗痨试疗,复查肠镜病灶明显好转;另有1例白塞综合征误诊为克罗恩病,接受抗炎治疗2年症状无好转,重新评估病情后考虑白塞综合征,应用生物制剂(阿达木)后症状明显缓解;而UC均为全结肠病变累及回盲部,内镜下均表现为弥漫分布的典型浅表小溃疡,易诊断。各病例病种误诊例数比较差异具有统计学意义($\chi^2=16.645, P=0.001$)。进一步行两两比较, $P<0.005$ 表示差异具有统计学意义。结果显示,肠结核和克罗恩病比较差异具有统计学意义($\chi^2=10.244, P=0.001$),其余任2种病种比较差异均无统计学意义,详见表6。

表 5 随访病例病种及误诊率

病种	随访总例数	误诊例数	误诊率(%)
克罗恩病	22	1	6.3 (1/16)
肠结核	16	9	40.9 (9/22)
溃疡性结肠炎	6	0	0
白塞综合征	2	1	4.5 (1/22)
非特异性炎症	5	0	0
总计	51	11	21.6 (11/51)

表 6 各随访疾病误诊例数两两比较结果

病种	误诊例数	确诊例数	χ^2 值	P 值
克罗恩病	1	21	10.244	0.001
肠结核	9	7		
克罗恩病	1	21	1.000	1.000
溃疡性结肠炎	0	6		
克罗恩病	1	21	0.793	0.373
白塞综合征	1	1		
克罗恩病	1	21	1.000	1.000
非特异性炎症	0	5		
肠结核	9	7	0.046	0.046
溃疡性结肠炎	0	6		
肠结核	9	7	0.000	1.000
白塞综合征	1	1		
肠结核	9	7	0.045	0.045
非特异性炎症	0	5		
溃疡性结肠炎	0	6	0.250	0.250
白塞综合征	1	1		
溃疡性结肠炎	0	6	无法计算	无法计算
非特异性炎症	0	5		
白塞综合征	1	1	0.286	0.286
非特异性炎症	0	5		

3 讨论

回盲部病变种类繁多,好发各种炎症及肿瘤,本研究病因分析显示以恶性肿瘤居多(79/151,52.3%),

次之为克罗恩病和肠结核;与既往国内报道回盲部以良性病变为主、恶性肿瘤第二、炎症病变第三的结论有一定差异^[8];但与近年研究报道结果基本一致^[9]。这间接提示肿瘤发病率有逐年增高趋势。在本研究中,肿瘤性疾病以老年患者居多(56/89,62.9%),而非肿瘤性疾病以青年患者为主(30/61,49.2%),故老年患者发现回盲部病变时,需警惕恶性肿瘤,青年患者则倾向非肿瘤性疾病。

回盲部病变常见的临床表现有腹痛、腹泻、体重减轻、黑便、腹部包块形成等,由于无特异性,初步诊断困难。因此,辅助检查的应用对明确病因至关重要。众多研究显示,纤维结肠镜加病理活检是当前临床上最常用、最精准的检查方法^[1-2,9],其在本研究中的有效检出率达 79.4%(104/131),对肿瘤诊断的阳性率甚至高达 100.0%(89/89),充分证实纤维结肠镜加病理活检在回盲部病变诊断中的地位和可靠性。但常规内镜无法观察肠腔外病变,病理活检取材表浅,可能导致病检阴性,对回盲部病变的诊断及鉴别诊断依然存在较高的漏诊和误诊率^[10],需借助其他检查方法如影像学检查进一步提升诊断准确率。CT 具有敏锐的密度分辨率,加之能较好地评估肠腔内外组织受侵犯范围,已成为诊断回盲部病变最重要、最准确的影像学检查方法^[11]。本研究显示,腹部增强 CT 在回盲部病变的有效阳性率为 71.4%,可清晰显示如肠壁增厚、淋巴结环形强化、血管影等对疾病有提示意义的征象,是对传统内镜检查的重要补充,值得在临床推广应用。本研究中超声检查阳性率较低(16.7%,3/18),考虑与超声检查例数过少有关,但有阳性发现的 3 例均为回盲部肿瘤。有研究显示,超声对于回盲部肿瘤的诊断符合率为 79.4%(85/107)^[12],故可将其作为临床筛查回盲部肿瘤的首选影像检查方法。

回盲部非肿瘤性疾病内镜下多表现为溃疡型病变,病检阳性率低,病因学诊断困难^[13],除 UC 可据病史和内镜表现相对容易作出诊断外,其余许多病变易误诊,尤以 ITB 和 CD 为甚^[14]。本研究随访疾病均为回盲部非肿瘤性病变,误诊总例数为 11 例,以 ITB 和 CD 之间的误诊居多,误诊率达 26.3%(10/38)。当两者鉴别困难时,可选择诊断性抗痨治疗^[15-16]。本研究中接受诊断性抗痨治疗的共 24 例,根据临床症状和肠镜随访结果,有效鉴别出 15 例 ITB 和 6 例 CD,证实了诊断性抗痨治疗为鉴别 ITB 和 CD 的有效方法。笔者发现,确诊 CD 中有 3 例曾接受抗痨试疗,治疗初临床症状明显缓解,未及时复查肠镜,后病情复发加重行剖腹探查病检最终确诊 CD。这

提示判断诊断性抗痨治疗是否有效,动态随访是关键,应以肠镜复查评定为有效,伴临床症状好转或消失为基准,而不能单凭临床症状明显好转为依据。

综上所述,回盲部病变种类繁多,临床表现无特异性,易被临床误诊,在完善纤维结肠镜、腹部增强 CT 等辅助检查基础上加强疾病诊疗随访,能有效提高回盲部病变的诊治水平,特别是对克罗恩病和肠结核的鉴别诊断,必要时可行诊断性抗痨治疗。

参 考 文 献

- [1] 孔文霞,高青.回盲部病变诊断的研究进展[J].世界华人消化杂志,2012,20(25):2382-2387.
- [2] 马耿,申凤俊,梁娇,等.回盲部溃疡 228 例的回顾性分析[J].国际消化病志,2012,32(2):120-122.
- [3] 贾佳.251 例回盲部病变的肠镜检查及临床分析[D].合肥:皖南医学院,2014.
- [4] Huang X,Liao WD,Yu C,et al. Differences in clinical features of Crohn's disease and intestinal tuberculosis[J]. World J Gastroenterol, 2015,21(12):3650-3656.
- [5] HU J,Zhang X,Zhang Y. Values of short-term anti-tuberculosis treatment in differential diagnosis of Crohn's disease and intestinal tuberculosis[J]. Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban,2015,46(2):331-335.
- [6] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组.炎症性肠病诊断与治疗的共识意见[J].中华消化内科杂志,2012,32(12):796-804.
- [7] Davatchi F,Assaad-Khalil S,Calamia KT,et al. The international criteria for behcet's disease (ICBD):a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria[J]. J Euro Acad DermatolVenereol,2014,28(3):338-347.
- [8] 陈华生,林淑慧,杨天赐,等.1137 例回盲部病变内镜检查结果分析[J].福建医药杂志,2003,25(6):103-104.
- [9] 赵晓莉,何松.134 例回盲部病变临床分析[J].重庆医学,2017,46(15):2066-2068.
- [10] 郭俊芝,申凤俊,胡海平.结肠镜及病理学检查对回盲部病变的鉴别诊断价值[J].国际消化病志,2008,28(6):510-512.
- [11] 徐婷,李健丁.回盲部病变的 MSCT 鉴别诊断[J].中国中西医结合影像学杂志,2014,12(3):251-253.
- [12] 王云霞.超声在回盲部肿瘤诊断中的价值[J].临床超声医学杂志,2014,16(10):718-719.
- [13] Cai J,Li F,Zhou W,et al. Ileocecal ulcer in central China:case series[J]. Dig Dis Sci,2007,52(11):3169-3173.
- [14] Larsson G,Shenoy T,Ramasubramannian R,et al. Routine diagnosis of intestinal tuberculosis and Crohn's disease in Southern India[J]. World J Gastroenterol,2014,20(17):5017-5024.
- [15] Shi XC,Zhang LF,Zhang YQ,et al. Clinical and laboratory diagnosis of intestinal tuberculosis[J]. Chin Med J (Engl),2016,129(11):1330-1333.
- [16] Mukewar S,Mukewar S,Ravi R,et al. Colon tuberculosis:endoscopic features and prospective endoscopic follow-up after anti-tuberculosis treatment[J]. Clin Transl Gastroenterol,2012,3:e24.

(责任编辑:冉明会)