DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.02.027

幼儿结肠克隆氏病并发肠穿孔1例报告

梁晓俐 陈聪连 (病理解剖学教研室)

患儿女性,1岁。因发热腹泻、呕吐3天急诊入院。患儿不明原因开始发热,体温达39℃,频繁抽搐、腹泻、呕吐。大便为黄色半稀粘液状,每日10余次。入院查体:发育正常,营养中等,前囟凹陷,神志清楚,精神差。咽扁桃体Ⅱ度肿大。心肺无异常,腹平软,无明显压痛,肝脾未扪及。神经系统无异常。实验室检查:血常规白细胞总数5.6×10^9/L、N88%,L12%;大便常规见脓球及红细胞(--)。初步诊断:1、扁桃体炎;2、急性肠炎。

患儿入院后经氨苄青霉素、红霉素、氯霉素及对症补液等治疗,体温一直波动在38℃~39℃,腹泻有所减轻。血白细胞总数6.1~9.1×10^9/L、N83~41%,L17%~59%,血色素5.5g,红细胞19×10^{12}/L;大便粘黄,白细胞0~2,大便培养未分离出致病菌。于入院后第22天时,查大便脓球+++,未检出吞噬细胞;第23天开始解新鲜血便伴腹胀。X线腹透见膈下中等量游离气体,遂拟诊肠伤寒伴肠穿孔、腹膜炎,即转外科手术。术中见腹腔有中等量脓性渗出液,横结肠中段系膜对侧缘有3×4cm大小的破裂孔,肠粘膜外露,形态异常。探查时见全部横结肠均有病变,故切除横结肠行肠吻合术。术后第3天患儿出现中毒性休克,循环呼吸衰竭死亡。

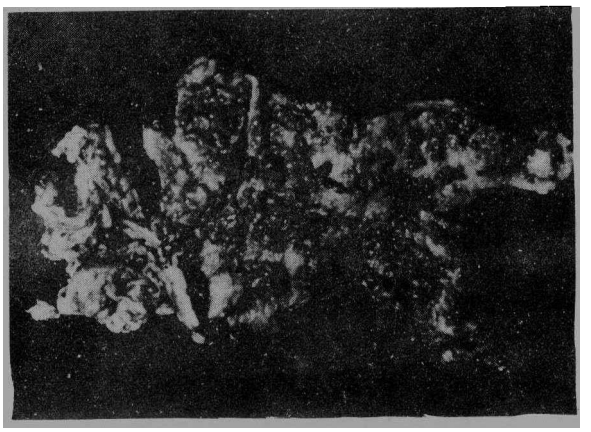


图1 病变结肠大体标本

肠粘膜呈"鹅卵石"状,并见多处匍行溃疡。



图2 横结肠粘膜裂隙状溃疡

深达肌层,溃疡周围有炎性渗出及肉芽组织形成。

病 理 检 查

肉眼所见

横结肠一段,长13cm,周径6.8cm。除手术所见穿孔改变外,其它部位浆膜光滑,灰红色。粘膜皱壁消失,可见增生小结节突起,呈典型"鹅卵石"状,并有多处匍行溃疡(图1)。镜检:切除横结肠多处取材,病变一致。见膜粘肠有多处不规则浅表性溃疡和深达粘膜下层及肌层的裂隙状溃疡,溃疡周围有炎性渗出物及肉芽组织形成。粘膜下层因炎症水肿而明显增厚,血管和淋巴管扩张,并见大量淋巴细胞浸润和成纤维细胞增生(图2)。偶见少数大单核细胞聚集成团,但未见典型结核样结节性肉芽肿形成。肌层和浆膜层亦见数量不等淋巴细胞和浆细胞浸润。

病理诊断

横结肠克隆氏病伴肠穿孔。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

讨　论

关于病变特征，本例与成人克隆氏病见[1][2][5][6]基本相同，具有较典型的病理改变。如文献所强调的全肠壁炎，裂隙状溃疡，粘膜下层高度增宽及淋巴细胞浸润等；但未见典型的结节性肉芽肿。据文献报告，国外所见克隆氏病的结节性肉芽肿检出率为50～70%，国内仅为35%。故有学者强调：结节性肉芽肿只是克隆氏病的一种病变，但不是诊断该病的必有病变。而具有特异性的还是以上提到的几点病变[1]。

关于克隆氏病的发病年龄，国内外文献报告均多见于年青人，6岁以下患者罕见[3][4]，而且发生在儿童者，临床误诊率极高[4]。本例为仅1岁幼儿，起病急骤，首发症状为持续发热伴腹泻，有贫血表现，后演变为便血。这些表现与其它肠道疾病，如急性肠炎、肠伤寒等很相似，临床诊断易考虑为这些疾病，而忽略了克隆氏病。幼儿肠道解剖生理功能薄弱，与成人相比，病变有可能进展较快，病情笃重，短期内即可出现肠穿孔。临床上应有所警惕。

参　考　文　献

1. 刘彤华，等。克隆氏病II 60例病理分析。中华内科杂志　1981；20：85
2. Hagop S Mekhjian，et al. linical Features and Natural History of Crohn's Disease. Gastroenterology 1979；77　898
3. 希氏内科学（第七分册）。内蒙古人民出版社 1984：134
4. Elizabeth J Elliott　Crohn's disease in childhood. Gastroenterology in Practice　1987；October/November
5. 柳凤轩，等。回盲部病变的诊断与鉴别诊断探讨。实用内科杂志　1986；6：15
6. Rolla B Hill，et al. Clinical Usefulness of Rectal Biopsy in Crohn's Disease. Gastroenterology 1979，77　938

（收稿：1988.5.23；修回：1988.8.27）

类癌综合征1例报告

陈东风　武兵兵　冷恩仁　（大坪医院　消化内科）

类癌综合征（carcinoid syndrome，CS）临床少见，易漏诊误诊。现报告1例，以引起临床医生的重视。

病　历　摘　要

患者女，37岁。因发作性颜面潮红，腹痛腹泻3年，加重伴目涩流泪7月，于1987年10月23日入院。

1984年10月，出现面部阵发性潮热、发红，伴气促、腹痛、稀便，每日发作1～3次。87年3月症状加重，每日发作5～6次，甚则整日面部潮红、热感，伴目涩流泪、头昏痛。食欲下降。曾4次"昏倒"，30 min后清醒，无抽搐及大小便失禁。多次就医，考虑神经官能症。入院查：生命体征正常，面部毛细血管扩张，心肺未见异常。腹平软剑下轻压痛，未扪及包块，肝脾不大。入院后，发现患者进食后出现前述症状，15～30 min自行缓解，考虑与胺类等生物活性物质有关。查血5－羟色胺（5－HT）400 ng/ml（正常值 92.51～154.09 ng/ml），组织胺136.11 ng/ml（55.66～101.04 ng/ml），尿5－羟吲哚乙酸（5－HIAA）4.1 mg/24h（2～4 mg/24h），肾上腺素试验阳性。服苯海拉明25 mg tid与赛庚啶 4 mg tid后，发作减至1次/日，伴随症状基本消失，食欲明显好转。临床诊断CS。但T_3、T_4，胸片，B超（肝、胆、脾、肾、卵巢、子宫、甲状腺、阑尾），超声心动图，全消化道钡餐（阑尾显影好），纤维结肠镜（进回肠30 cm），妇科检查均无异常发现。患者拒绝剖腹探查，住院42日，症状、体征消失出院。

讨　论

类癌属于APUD细胞瘤（APUD oma），其组织结构似癌，但恶性程度低，生长缓慢，较少转移，故称类癌。85.5%位于消化道，绝大部分见于阑尾、直肠、回肠。类癌肿瘤常分泌5－HT、激肽类、组织胺等生物活性物质，进入体循环，可出现阵发性皮肤潮红、结膜充血流泪，腹痛腹泻，支气管哮喘，左心瓣膜病变等表现，统称CS。胃肠道类癌组织分泌的生物活性物质，经肝肺灭活，故仅3.2%发生CS。卵巢、甲状腺、肺支气管等类癌分泌的生物活性物质可直接进入体循环，CS发生率相对较高。阑尾类癌很少转移（约3%），阑尾外类癌转移率较高（28%～60%）。血中5－HT浓度升高，是诊断分泌功能性类

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net