

论著·临床研究 doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.15.017

## 134 例回盲部病变临床分析\*

赵晓莉,何松<sup>△</sup>

(重庆医科大学附属第二医院消化科 400010)

**[摘要]** **目的** 探讨回盲部病变的临床特征及诊断治疗方案。**方法** 收集 2009 年 9 月至 2016 年 3 月该院 134 例回盲部病变患者的一般资料、临床表现、影像学检查、结肠镜及病理检查和诊断等资料,采用回顾性分析方法,归纳其临床特征。**结果** 共收集回盲部病变 134 例,其中回盲部癌 36 例(26.87%),炎症性肠病 30 例(包括溃疡性结肠炎和克罗恩病,22.39%),肠结核 26 例(19.40%)。其临床表现主要为腹痛、腹胀、腹泻、便血等。肠镜下主要表现为黏膜充血肿胀、红斑、糜烂、溃疡及肿块样新生物。良性疾病(除回盲部癌及淋巴瘤以外病例)以溃疡形成伴局部黏膜充血、肿胀为主,回盲部癌则以回盲部新生物多见。影像学检查以腹部 CT 为主,共 93 例(69.40%)行该检查。手术治疗 49 例,术前诊断错误 7 例,误诊率 14.28%。**结论** 回盲部病变总体以良性疾病为主,诊疗过程复杂,确诊困难,误诊率较高。

**[关键词]** 回肠肿瘤;回盲瓣;结肠镜;回盲部病变;临床表现;影像学检查;病理学检查

**[中图分类号]** R574

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 1671-8348(2017)15-2066-03

## Clinical analysis of 134 patients with ileocecal disease\*

Zhao Xiaoli, He Song<sup>△</sup>

(Department of Gastroenterology, the Second Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400010, China)

**[Abstract]** **Objective** To investigate the clinical characteristics and diagnosis and treatment of ileocecal disease. **Methods** The general data, clinical manifestations, imaging examinations, colonoscopy and pathological examination and diagnosis of 134 patients in our hospital with ileocecal disease from September 2009 to March 2016 were collected. The clinical characters were summarized by retrospective analysis. **Results** A total of 134 cases with ileocecal disease were collected, and 36(26.87%) of them were ileocecal cancer, 30(22.39%) of them were inflammatory bowel disease, 26(19.40%) of them were intestinal tuberculosis. The main clinical manifestations of ileocecal lesion were abdominal pain, abdominal distention, diarrhea, bloody stool, etc. The colonoscopy imaging showed mucosal hyperemia, edema, erosion, ulcer and tumors on the intestinal tract. The benign lesions mainly showed ulcer with mucosal erosion and edema, and the ileocecal cancer showed neoplasm. CT examination was the common imaging method, and 93(69.40%) cases got tested. 49 cases had operation, in which 7 cases had misdiagnosed before operation, and the rate of misdiagnosis was 14.28%. **Conclusion** The ileocecal disease is mainly benign lesions, and the process of diagnosis is complex; the rate of misdiagnosis is a little high.

**[Key words]** ileal neoplasms; ileocecal valve; colonoscope; ileocecal disease; clinical manifestations; imaging examination; pathological examination

回盲部以回盲瓣为中心,包括了末端回肠、盲肠、阑尾及升结肠起始段<sup>[1]</sup>,临床许多疾病均可累及该部位,如回盲部癌、炎症性肠病、肠结核、原发性肠道淋巴瘤、结缔组织病等,其疾病谱复杂,各疾病的临床表现相似,故鉴别诊断困难。然而,各疾病治疗方案差异较大,回盲部癌以手术治疗为主,炎症性肠病以抗炎、免疫抑制治疗为主,而肠结核则以抗结核治疗为主,故正确诊断是治疗的基础。本研究收集本院 134 例回盲部病变病例,分析其一般资料、临床表现、影像学检查、结肠镜及病理检查和诊断等资料,以加强对回盲部疾病的认识,进一步提高临床诊断、治疗水平。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采用计算机病案管理系统,收集 2009 年 9 月至 2011 年 7 月本院收治的经影像学和(或)内镜发现回盲部病变的病例,其中反复住院治疗的患者按第 1 次确诊的临床资料纳入,并按照绝对值 1 例计算。

## 1.2 方法

**1.2.1 诊断标准** 炎症性肠病(包括溃疡性结肠炎和克罗恩病):遵循炎症性肠病诊断与治疗的共识意见<sup>[2]</sup>。回盲部癌:肠镜或术后病理学检查明确诊断为癌。肠结核:遵循中华医学会消化病学分会制订的诊断标准<sup>[3]</sup>。回盲部炎:肠镜表现及内镜活检诊断为炎症改变和(或)炎性肉芽组织。阑尾炎并脓肿形成:(1)典型的阑尾炎临床表现;(2)腹部彩超或 CT 发现右下腹包块。息肉(包括炎性息肉及腺瘤性息肉):内镜检查及病理活检明确诊断。非特异性溃疡:内镜及病理活检无特异性,排除其他疾病引起溃疡。肠脂肪瘤:病理学活检诊断为脂肪瘤。淋巴瘤:结肠镜检查、病理活检结合免疫组织化学染色结果确诊。淋巴管瘤:术后病理学检查明确诊断为淋巴管瘤。另有 5 例回盲部病变未诊断明确。

**1.2.2 分析方法** 收集所有人组病例的一般资料、临床表现、影像学检查、结肠镜及病理检查资料和诊断等资料,采用回顾

性分析方法, 归纳其临床特征。

1.3 统计学处理 主要采用统计学描述。

2 结果

2.1 一般资料 共收集回盲部病变病例 134 例, 男 79 例, 女 55 例, 男女比例 1.43 : 1.00。常见疾病包括回盲部癌 (36 例, 26.87%)、炎症性肠病 (包括溃疡性结肠炎和克罗恩病, 30 例, 22.39%)、肠结核 (26 例, 19.40%)、回盲部溃疡等, 总体以良性疾病为主 (71.64%), 见图 1。起病年龄 14~97 岁, 平均 (51.68 ± 19.55) 岁。其中, 回盲部癌发病年龄较大, 平均 (62.20 ± 16.36) 岁; 炎症性肠病则以中年人常见, 平均 (51.11 ± 27.82) 岁; 肠结核患者平均 (39.32 ± 20.9) 岁, 见表 1。

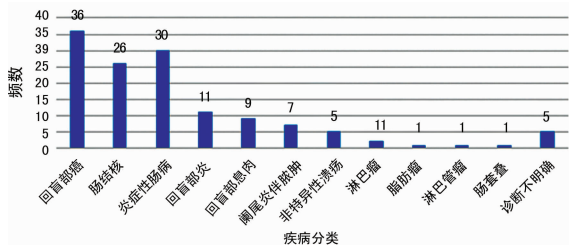


图 1 回盲部疾病谱构成情况

表 1 回盲部疾病性别年龄分布情况

疾病名称	男(n)	女(n)	年龄分布(岁)	平均年龄(±s, 岁)
回盲部癌	23	13	23~97	62.20 ± 16.36
肠结核	18	8	19~81	39.32 ± 20.98
溃疡性结肠炎	6	9	23~75	59.93 ± 18.50
克罗恩病	8	7	17~76	46.06 ± 18.60
回盲部炎	8	3	22~85	54.81 ± 16.26
阑尾炎伴脓肿	6	1	39~69	50.00 ± 10.21
回盲部息肉	5	4	20~87	55.11 ± 18.24
非特异性溃疡	1	4	25~52	39.20 ± 10.66
淋巴瘤	1	1	48~60	54.00 ± 8.48
脂肪瘤	0	1	80	80
淋巴管瘤	0	1	67	67
肠套叠	0	1	60	60
诊断不明确	3	2	14~84	41.40 ± 61.37
合计	79	55	14~97	51.68 ± 19.55

2.2 临床表现 134 例患者中, 其主要临床表现为腹痛、腹胀、腹泻、便血、发热、盗汗、消瘦及腹部包块等, 其中以腹痛最为常见 (93 例, 69.40%), 其部位多位于右下腹或脐周; 炎症性肠病 30 例 (包括溃疡性结肠炎及克罗恩病), 患者主要表现为腹痛 (18 例, 60.00%)、便血 (11 例, 36.67%)、腹泻 (9 例, 30.00%); 回盲部癌患者共 36 例, 主要表现为腹痛 (28 例, 77.77%)、腹胀 (12 例, 33.33%)、便血 (9 例, 25.00%); 肠结核共 26 例, 主要表现为腹痛 (19 例, 73.07%)、腹泻 (7 例, 26.92%)、发热盗汗 (5 例, 19.23%); 其余疾病则均以腹痛为主要表现。

2.3 影像学特点 134 例患者中, 影像学检查以腹部 CT (包括下腹部及全腹部 CT) 为主, 共 93 例 (69.40%) 行该检查。其中, 回盲部癌 31 例, 主要表现为回盲部团块影或局部肠壁增厚, 增强后明显强化。肠结核 22 例, 主要表现为回盲部肠曲肠壁增厚, 周围可见肿大淋巴结显影。炎症性肠病 17 例, 多表现

为局部肠壁增厚, 炎性改变。阑尾炎伴脓肿形成 6 例, 回盲部炎 6 例, 回盲部非特异性溃疡 4 例, 肠息肉、淋巴瘤各 2 例, 淋巴管瘤、脂肪瘤及肠套叠各 1 例, 这些疾病腹部 CT 常见表现为肠壁增厚, 局部肿胀等非特异性表现。行腹部彩超检查 35 例, 仅 4 例发现回盲部异常改变, 均为阑尾炎伴脓肿形成。

2.4 结肠镜检查 134 例患者中, 行结肠镜检查 99 例。肠镜下主要表现: 溃疡 39 例, 肠黏膜充血、水肿、糜烂和 (或) 红斑 63 例, 球状、环周隆起样或菜花样新生物或其他类型肿块 24 例, 息肉样改变 11 例, 肠腔狭窄 5 例, 铺路石样改变或裂隙状溃疡 3 例, 瘘口 1 例。大部分病例同时合并多种肠镜下病变形式, 但总体来说, 良性疾病以溃疡形成伴局部黏膜充血、肿胀为主, 回盲部癌则以回盲部新生物多见, 典型镜下表现少见。

2.5 病理组织学检查 134 例患者中, 经肠镜或手术病理组织学检查共 95 例。炎症性肠病 28 例, 活检结果为溃疡形成, 黏膜活动期或慢性炎症; 回盲部癌 33 例, 结果均为腺癌; 肠结核 22 例, 活检结果为肉芽肿性炎, 溃疡形成, 淋巴组织增生, 其中有 3 例抗酸染色阳性; 回盲部息肉 9 例, 其中腺瘤 5 例, 炎性息肉 4 例; 淋巴瘤 1 例, 病理结果为弥漫性大 B 细胞性淋巴瘤; 术后病理检查结果为脂肪瘤、淋巴管瘤各 1 例。

2.6 治疗及诊断 本组资料中, 所有炎症性肠病患者均使用 5-氨基水杨酸治疗, 肠结核患者均予以抗结核治疗, 而回盲部癌则部分选择外科手术治疗 (28/36), 其余疾病均以对症支持治疗为主。134 例患者中, 行手术治疗 49 例, 其中 7 例术后病理检查结果与术前诊断不符。该 7 例患者术前经肠镜及腹部 CT 检查均考虑回盲部肿瘤, 故行手术治疗, 根据术后病理检查结果, 确诊为: 肠结核 3 例, 淋巴瘤、克罗恩病、溃疡性结肠炎及单纯性肠套叠各 1 例, 误诊率达 14.28%。

3 讨论

回盲部位于回肠、盲肠交界区, 该区结构复杂, 功能特殊, 肠内容物在此停留时间较长, 导致该部位为消化道疾病的高发区<sup>[1]</sup>。该部位病变种类繁多, 研究显示其以炎性病变更多见, 其次为息肉, 回盲部癌也相对多见<sup>[4]</sup>。本研究中共收集回盲部病变 134 例, 男性较女性略多, 发病年龄以中老年为主。本组病例疾病构成中, 以回盲部癌为主, 炎症性肠病次之, 肠结核居于第 3 位, 而淋巴瘤、脂肪瘤等疾病相对少见, 但总体以良性病变多见。本研究结果与上述研究结果稍有差异, 考虑与本研究病例来源单一, 样本量相对较小有关。

对于回盲部疾病, 首选结肠镜检查, 据研究报告, 常规结肠镜加上病理学检查是诊断回盲部病变的主要手段<sup>[5]</sup>, 对回盲部疾病的鉴别诊断具有重要价值, 可显著提高其确诊率<sup>[6]</sup>。本研究中, 溃疡性结肠炎及回盲部肿瘤基本可通过肠镜检查及活检明确诊断, 但克罗恩病、溃疡型肠结核及淋巴瘤的鉴别诊断则相对困难, 与其他研究结果一致<sup>[7-8]</sup>。所以单纯依靠结肠镜检查难以确诊, 需同时结合影像学检查, 其中则以腹部 CT 检查为主。腹部 CT 可以发现结肠镜、小肠镜等不能发现的肠壁外病变<sup>[9-11]</sup>, 多层螺旋 CT 在回盲部病变中具有较高的临床应用价值<sup>[12]</sup>。本组研究中, 93 例行腹部 CT 检查, 均有影像学上的阳性发现, 包括肠壁增厚、局部软组织肿胀、淋巴结肿大等表现, 对疾病的诊断有提示意义。同时, 随着超声检查技术的不断提高, 其检查方便、无创、设备要求及费用低的优势使其在回盲部疾病的检查中应用逐渐增多, 研究显示超声检查对回盲部肿瘤的诊断符合率达 79.4%<sup>[13]</sup>。同时超声检查对诊断阑尾炎伴脓肿形成的敏感性、特异性及准确性较好, 还可在超声引导下进行包块穿刺, 对于肠腔外包块的病理诊断有重要意

义<sup>[9-11]</sup>。但本研究中行超声检查病例数较少,可增加超声检查在临床诊断中的应用,尤其是对存在回盲部包块的病例,提高确诊率。

回盲部疾病临床表现主要包括腹痛、腹胀、腹泻、便血、发热盗汗、消瘦及腹部包块等,疾病之间无特征性差异,内镜下及影像学典型表现少见,诊断困难,误诊率较高<sup>[14-15]</sup>。本研究中,手术治疗 49 例,其中 7 例术后病检结果与术前诊断不符,误诊率为 14.28%。其主要原因是回盲部结构特殊,结肠镜下表现相似,而且结肠镜无法观察肠壁深层结构,活检部位表浅,易误诊。同时,回盲部病变早期主要累及肠道黏膜面,影像学难以发现,容易漏诊、误诊。再者,临床医师经验不足,病史不详细,辅助检查不恰当,均可造成误诊。

综上所述,本研究统计回盲部疾病的特点与全国数据稍有不同,但总体以良性病变为主,且辅助检查与治疗方案的选择无明显差异。总之,回盲部疾病种类繁多,疾病表现相似,临床诊断困难,临床医师仍需加强对该部位病变的认识,提高临床诊断水平。

#### 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] 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(2012年·广州)[J].中华内科杂志,2012,51(10):818-831.
- [3] 邹宁.肠结核与克罗恩病的鉴别诊断[J].胃肠病学,2003,8(5):321-322.
- [4] 彭文岗,张铭.肠镜检查回盲部病变 476 例[J].肿瘤研究与临床,2010,22(12):852-853.
- [5] 黄宁,吴万春.电子结肠镜检查回盲部病变 12 328 例分析

[J/CD].中华消化病与影像杂志(电子版),2014,4(4):161-165.

- [6] 范亚琴,许翠萍.结肠镜结合病理学检查对回盲部溃疡的鉴别诊断价值[J].山西医科大学学报,2010,41(10):892-894.
- [7] 韩丹.电子结肠镜及活检诊断大肠癌 265 例分析[J].中国老年保健医学,2016,14(1):64-65.
- [8] 马耿,申凤俊,梁姣,等.回盲部溃疡 228 例的回顾性分析[J].国际消化病杂志,2012,32(2):120-122.
- [9] Fletcher JG, Fidler JL, Bruining DH, et al. New concepts in intestinal imaging for inflammatory bowel diseases[J]. Gastroenterology, 2011, 140(6):1795-1806.
- [10] Sinha R. Recent advances in intestinal imaging[J]. Indian J Radiol Imaging, 2011, 21(3):170-175.
- [11] Stidham RW, Xu J, Johnson LA, et al. Ultrasound elasticity imaging for detecting intestinal fibrosis and inflammation in rats and humans with Crohn's disease[J]. Gastroenterology, 2011, 141(3):819-826.
- [12] 贾雄.回盲部病变 23 例多层螺旋 CT 影像学分析[J].疑难病杂志,2010,9(7):536-537.
- [13] 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.
- [14] 陈良,张举奎,李新民.回盲部疾病 43 例误诊分析[J].福建医药杂志,2013,35(4):38-40.
- [15] 王修中,汤海涛.回盲部病变 55 例诊治分析[J].安徽医学,2014,35(9):1255-1258.

(收稿日期:2016-11-12 修回日期:2017-01-12)

(上接第 2065 页)

- 较[J].实用药物与临床,2015,18(4):481-483.
- [3] 吴科荣,尚希福,凌晓东,等.氨甲环酸对全膝关节置换术后关节腔内止血的疗效[J].安徽医学,2015,36(10):1246-1248.
- [4] Alshryda S, Sarda P, Sukeik, et al. Tranexamic acid in total knee replacement; a systematic review and meta-analysis[J]. J Bone Joint Surg Br, 2011, 93(12):1577-1585.
- [5] Georgiadis AG, Muh SJ, Silverton CD, et al. A prospective double-blind placebo controlled trial of topical tranexamic acid in total knee arthroplasty[J]. J Athrop, 2013, 28(8):78-82.
- [6] Gill JB. The use of antifibrinolytic agents in total hip arthroplasty[J]. J Arthrop, 2006, 21(6):869-873.
- [7] Yang ZG, Chen WP, Wu LD. Effectiveness and safety of tranexamic acid in reducing blood loss in total knee arthroplasty; a Meta-analysis[J]. J Bone Joint Surg Am, 2012, 94(13):1153-1159.
- [8] Konig G, Hamlin BR, Waters JH. Topical tranexamic acid reduces blood loss and transfusion rates in total hip and total knee arthroplasty[J]. J Arthroplasty, 2013, 28(9):1473-1476.
- [9] Martin JG, Cassatt KB, Kincaid-Cinnamon KA, et al. Topical administration of tranexamic acid in primary total hip

and knee arthroplasty[J]. J Arthroplasty, 2013, 28(45):1362-1365.

- [10] Hynes MC, Calder P, Rosenfeld P, et al. The use of tranexamic acid to reduce blood loss during total hip arthroplasty; an observational study[J]. Ann R Coil Surg Engl, 2005, 87(2):99-101.
- [11] Singh J, Ballal MS, Mitchell P, et al. Effects of tranexamic acid on blood loss during THA[J]. J Orthop Surg, 2010, 18(3):208-286.
- [12] Liu X, Zhang X, Chen Y, et al. Hidden blood loss after total hip arthroplasty [J]. J Arthroplasty, 2011, 26(7):1100-1105.
- [13] Wong J, Abrishami A, Ei Beheiry, et al. Topical application of tranexamic acid reduces postoperative blood loss in total knee arthroplasty; a randomized, controlled trial[J]. J Bone Joint Surg Am, 2010, 92(15):2503-2513.
- [14] Molloy Do, Archbold Ha, Ogonda L, et al. Comparison of topical fibrin spray and tranexamic acid on blood loss after total knee replacement; a prospective, randomized controlled trial[J]. J Bone Joint Surg Br, 2007, 89(3):306-309.

(收稿日期:2016-11-20 修回日期:2017-01-08)