

● ● ● 疑难病例诊治评述系列 ●



消化内科 疑难病例诊治评述

主编 李 岩 郑长青

消化内科疑难病例 诊治评述

主 编 李 岩 郑长青

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 艳	王孟春	王学清	田 丰	刘 文	刘明华
孙思予	李 卉	李 岩	杨 俊	杨 颖	肖 琳
宋军民	张 营	陈少夫	林 艳	林连捷	金 玉
周林妍	郑长青	郝 庆	秦芳芳	郭鸿飞	曹 勇
解 莹	谭 悦				

秘 书 杨 颖



人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

消化内科疑难病例诊治评述/李岩等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2012. 12

ISBN 978-7-117-16571-6

I. ①消… II. ①李… III. ①消化系统疾病-疑难病-
诊疗 IV. ①R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 273668 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数 据库服务, 医学教育资 源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

消化内科疑难病例诊治评述

主 编: 李 岩 郑长青

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/16 印张: 12

字 数: 372 千字

版 次: 2012 年 12 月第 1 版 2012 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-16571-6/R · 16572

定 价: 75.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

序 言

临床医学是理论与实践相互推进的一门学科。对于临床医师而言,理论指导实践、实践校正理论,循环往复,从而不断提高临床诊治水平。在这个过程当中,以疑难病例的诊治经验积累最为可贵。在日常繁忙的临床工作之余,对于疑难病例诊治的回顾总结,有助于凝练临床思路,提升临床思维,规范临床路径,提高诊治水平。

中国医科大学附属盛京医院始建于1883年,是中国最早进行西医学学院式教育的医院之一。这座百年西医院,秉承“团结敬业、严谨求实、仁爱守信、技精图强”的十六字院训,厚基础,重经典,强临床,实践着“做和谐环境的制造者和优质服务的提供者”的医院核心价值观。在几代盛京人的奋发图强、不懈努力下,对疑难病例形成了自己相对完整且不断完善的诊治体系。

我院组织各相关二、三级学科在本学科领域内国内知名专家教授,对多年来在临床实践当中遇到的具有代表性的疑难病例进行系统整理,分析归纳,总结经验,汲取教训,与国内医学界同行分享,不吝赐教。尤其希冀通过该系列丛书的相继出版,能为业内的中青年临床医师的毕业后继续医学教育以及自主学习能力的培养提供一套高质量的工具书。在信息时代的今天,知识更新的半衰期很短,年轻人的思维更为活跃,更易接受新观念,在这一点上,这套疑难病例诊治评述丛书的后续价值更大,意义更为深远。

“三人行,必有吾师”,该套丛书的编撰工作是盛京医院的临床专家在繁重的临床日常工作之余利用休息时间完成的,由于时间紧、任务重、工作量大,不足之处在所难免,敬请各位同仁批评指正。

郭启勇

2012年11月21日

于沈阳

前言

消化内科是临床医学的重要组成,涉及食管、胃、肠、肝脏、胰腺等很多个器官,其中有些病例较为典型,但亦有一些难于诊断及治疗的疑难病例,且内科其他专业甚至内科以外系统疾病也可表现为消化系统症状,临床上容易误诊、误治。近年来,随着医学的迅速发展,对许多疾病的认识在不断深入和提高,疑难病例逐年增加,跨学科病例也较常见,临床医生除了要掌握常见疾病的诊治,更要提高对疑难疾病的认识。

本书总结了我科十余年来的疑难病例 74 例,共计七个章节,约 26 万字,涵盖了胃肠道、肝脏、胰腺、胆系等多种消化系统疑难少见疾病及消化系统以外疾病。每一病例均从病史、体格检查入手,结合辅助检查结果,进行逐层分析后明确诊断,并对诊治过程中的疑点进行了评述及临床经验总结。所述内容参考了国内外最新指南及相关文献,语言精练,图文并茂,适合于广大临床医生尤其是消化内科医生阅读。

本书编者均为我科从事临床工作多年的医生,临床经验丰富,思维缜密,他们在百忙中抽出时间搜集病例、查找文献,为本书的编写做出了巨大贡献。编写秘书杨颖讲师在本书的编写过程中负责收稿、校对、联络,付出了极大的心血,在此一并感谢!

在本书编写过程中,尽管我们已经非常认真谨慎并反复修改,但由于专业水平有限,可能存在一些疏漏及不妥之处,希望读者批评指正。

李岩 郑长青

2012 年 10 月

目 录

第一章 胃十二指肠疾病..... 1	第四章 胰腺和胆系疾病 83
第一节 胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤..... 1	第一节 淋巴瘤细胞白血病诱发重症急性胰腺炎 83
第二节 胃克罗恩病..... 4	第二节 高脂血症性重症急性胰腺炎 85
第三节 胃结核..... 7	第三节 自身免疫性胰腺炎 88
第四节 贲门失弛缓症..... 8	第四节 胰腺假性囊肿 91
第五节 十二指肠腺癌 10	第五节 嗜酸性粒细胞性胆管炎 93
第六节 十二指肠结核 13	第六节 胆管癌 96
第二章 肠道疾病 15	第七节 梗阻性黄疸..... 100
第一节 嗜酸性粒细胞性胃肠炎 15	第五章 少见病因的消化道出血..... 102
第二节 肠病型 T 细胞淋巴瘤 21	第一节 胰管结石出血..... 102
第三节 狼疮相关的蛋白丢失性肠病 23	第二节 胆囊结肠瘘所致消化道出血..... 105
第四节 克罗恩病 25	第三节 皮疹迟发的不典型过敏性紫癜（腹型） 108
第五节 肠结核 32	第四节 小肠非霍奇金淋巴瘤..... 110
第六节 缺血性结肠炎 39	第五节 小肠血管破裂出血..... 112
第七节 肠系膜上动脉栓塞 41	第六节 原发性腹主动脉肠瘘..... 114
第八节 肠系膜上动脉压迫综合征 44	第六章 腹腔积液..... 118
第九节 胶原性结肠炎 46	第一节 腹腔结核..... 118
第十节 先天性巨结肠、乙状结肠冗长并扭转 49	第二节 结核性腹膜炎..... 121
第十一节 成人巨结肠 52	第三节 腹腔淋巴管破裂..... 123
第十二节 肠旋转不良 55	第四节 非霍奇金淋巴瘤..... 126
第十三节 不典型急性阑尾炎 57	第五节 重复癌..... 129
第三章 肝脏疾病 60	第六节 缩窄性心包炎..... 131
第一节 肝非霍奇金淋巴瘤 60	第七章 以消化系统症状和体征为主要表现的其他系统疾病..... 134
第二节 肝性脊髓病 65	第一节 原发性血小板增多症致门静脉高压症..... 134
第三节 血色病 67	第二节 甲状旁腺腺瘤伴甲状旁腺功能亢进症..... 136
第四节 肝豆状核变性 70	第三节 多发性骨髓瘤致淀粉样变..... 139
第五节 淤血性肝病 73	
第六节 肝小静脉闭塞病 75	
第七节 肝硬化合并结核性胸膜炎 77	
第八节 肝硬化门静脉血栓形成 80	



第四节	系统性红斑狼疮.....	143	第十二节	浆细胞白血病.....	166
第五节	POEMS 综合征	150	第十三节	原发性骨髓纤维化.....	168
第六节	肾小管性酸中毒.....	153	第十四节	布鲁菌病.....	170
第七节	急性间歇性血卟啉病.....	155	第十五节	抗磷脂抗体综合征.....	173
第八节	糖尿病酮症酸中毒.....	157	第十六节	大肠埃希菌败血症.....	177
第九节	Flety 综合征	159	第十七节	扩张型心肌病.....	179
第十节	淋巴瘤细胞白血病.....	162	第十八节	功能性腹痛综合征.....	182
第十一节	多发性骨髓瘤.....	163	第十九节	躯体化障碍.....	184

第一章 胃十二指肠疾病

第一节 胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤

【疾病概述】

胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤(mucosa associated lymphoid tissue lymphoma, MALT)是胃黏膜淋巴滤泡边缘带B淋巴细胞发生的肿瘤。肿瘤发生在幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)持续感染所引起的炎症性淋巴组织增生的背景下,70%~90%的胃MALT淋巴瘤合并有Hp感染。

【病例介绍】

患者女性,52岁,已婚,以“上腹痛6个月,加重9天”为主诉入院。

现病史:6个月前患者出现上腹痛,多于餐前发生,进餐后可缓解,但无头晕头痛,无恶心呕吐,无腹胀腹泻,无发热,无反酸胃灼热,无黏液脓血便,自服“奥美拉唑、头孢类药物”治疗(具体药量不详),自觉效果佳,未曾入院治疗。入院前9天患者腹痛加重,并伴有恶心、干呕,无发热,无腹胀,就诊于我院门诊,胃镜检查示“胃底贲门至胃体后壁可见多发溃疡性病变,溃疡之间融合,溃疡表面白苔附着,质地脆,易出血”,为求进一步治疗收入院。患者病来偶有头晕,精神、食欲、睡眠可,二便正常,体重未见明显变化。

既往史:健康。个人史及家族史均无特殊记载。

体格检查:体温36.6℃,脉搏80次/分,血压107/72mmHg,呼吸18次/分。神清语明,查体合作。周身皮肤及巩膜无黄染,浅表淋巴结未触及肿大。结膜无苍白,口唇无发绀。双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音。心律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹软,右上腹及下腹压痛,无反跳痛及肌紧张,肝脾肋下未触及,胆囊区无压痛,移动性浊音阴性,肠鸣音4次/分。双下肢无水肿。

辅助检查:

肝胆脾彩超:肝脏表面光滑,肝右叶见0.8cm×

0.7cm高回声团,边界清楚,考虑良性可能性大。

胃镜:胃底贲门至胃体后壁可见多发溃疡性病变(图1-1),溃疡之间融合,溃疡表面白苔附着,质地脆,易出血,多点取材8块。黏液清澈,液体量中等。诊断:胃体多发溃疡性病变,结合病理。

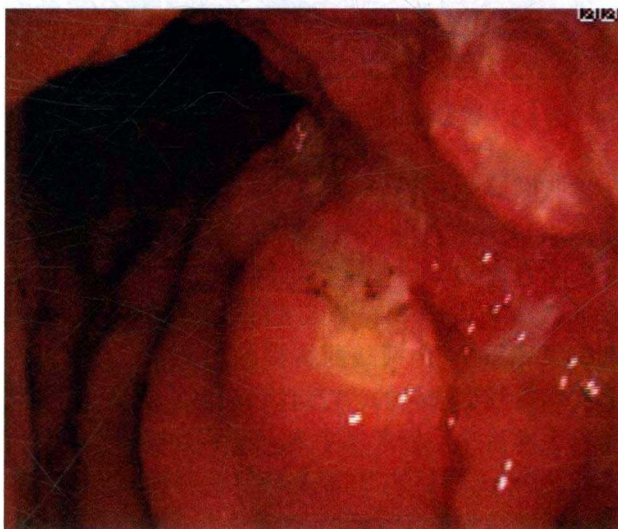


图1-1 胃底贲门至胃体后壁可见多发溃疡性病变

入院诊断:胃溃疡性病变。

【诊治经过】

入院后给予奥美拉唑静点抑酸、磷酸铝凝胶口服保护胃黏膜及对症治疗,并完善入院常规化验、血清幽门螺杆菌抗体测定及上腹部增强CT检查。化验检查结果回报:

血清幽门螺杆菌抗体:现症感染阳性。

便潜血:2+。

上腹部增强CT:胃体上部溃疡性病变,恶性可能性大,伴周围肿大淋巴结。肝S8段血管瘤?肝尾状叶小囊肿。胆囊息肉?

肺 CT:右肺中叶少许炎症,未见肿大淋巴结。

胃病理回报:镜下所见:黏膜淋巴组织增生,局灶有结节状趋势(图 1-2)。免疫组化:CD3(局灶+),CD20(+),CD21(局灶+),Kappa(强+),Lambda(弱+),Ki67(+约 40%),CD5(散在+),CyclinD1(-)。病理诊断:考虑胃黏膜相关淋巴组织结外边缘区 B 细胞淋巴瘤。

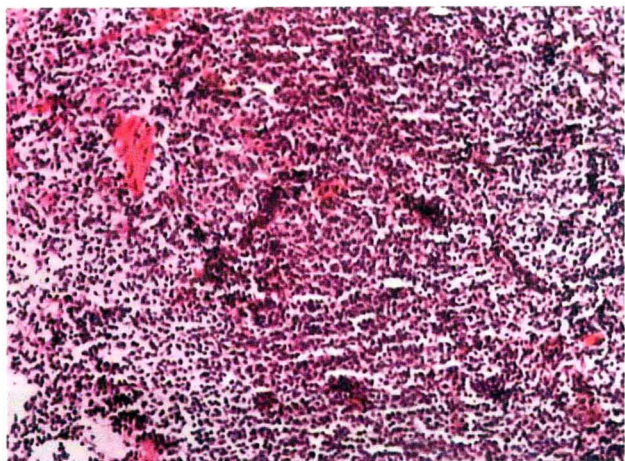


图 1-2 胃黏膜淋巴组织增生,局灶有结节状趋势

明确诊断:胃黏膜相关淋巴组织 B 细胞淋巴瘤。

患者血清幽门螺杆菌抗体现症感染阳性,给予左氧氟沙星 0.5g 日一次口服、阿莫西林 1.0g 日二次口服、同时联合抑酸药物根除 Hp 治疗。向患者交代病情及可选择的治疗方案,患者拒绝放、化疗及外科手术治疗。患者根除 Hp 治疗第 10 天时,腹痛症状缓解,无明显体征,复查便潜血阴性,办理出院,出院后继续根除 Hp 治疗直至总疗程达 14 天。根除 Hp 治疗结束后继续抑酸、保护胃黏膜治疗。出院 1 个月后复查胃镜示胃底黏膜色泽正常,胃底体溃疡基本愈合,病变范围明显缩小(图 1-3),胃体后壁黏膜仍不平,散在小结节,取组织 3 块。患者病灶明显缩小,但病理仍提示胃黏膜相关淋巴组织结外边缘区 B 细胞淋巴瘤,再次给予根除 Hp 治疗,方案为:克拉霉素 0.5g 日二次口服,阿莫西林 1.0g 日二次口服、耐信 20mg 日二次口服,疗程 4 天。第二次根除 Hp 治疗结束后 2 个月复查胃镜示胃底黏膜色泽正常,胃底体溃疡已愈合,胃体后壁黏膜充血(图 1-4),取组织 2 块。病理回报:慢性浅表性胃炎(中度)。¹³C 呼气试验阴性患者病情恢复良好,无腹痛,进食好,体重增加 10 余斤,半年后复查胃镜仍未见病变复发。



图 1-3 首次根除幽门螺杆菌治疗后,胃底体溃疡基本愈合,病变范围明显缩小



图 1-4 第二次根除幽门螺杆菌治疗后,胃底体溃疡已愈合,胃体后壁黏膜充血

【诊治评述】

患者为中年女性,病程 6 个月,临床症状主要表现为上腹痛,进餐后腹痛可缓解,无反酸胃灼热,自服“奥美拉唑、头孢类药物”病情好转,体重无明显改变。胃镜提示“胃底贲门至胃体后壁可见多发溃疡性病变,溃疡之间融合,溃疡表面白苔附着,质地脆,易出血”。需要与下列疾病相鉴别:①胃癌:患者年龄多偏大,持续腹痛,畏食,近期体重明显下降,排黑便或有呕血,肿瘤标记物升高,胃镜检查可见溃疡或隆起性病变,病理可明确诊断,暂不能排除此病。②胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤:该患者女性,虽有腹痛、进食差表现,但体重无减轻,无恶病质表现,查体未及腹部肿块,胃镜示胃体多发溃疡性病变,不能除外此病,需注意病理结果回报。③胃泌素瘤:多由胰腺非 β 细胞瘤分泌大量胃泌素所致。大量胃

泌素可导致胃、十二指肠发生多发性溃疡,且该溃疡多发生于不典型部位,有高空腹血清胃泌素分泌。该患者目前不排除该种疾病,必要时可查血清胃泌素及胃酸排出量来鉴别。患者胃黏膜病理结果回报后明确诊断为胃黏膜相关淋巴组织 B 细胞淋巴瘤。

胃 MALT 淋巴瘤由 Isaacson 等于 1983 年首次提出,是最常见的也是研究最多的淋巴结外 MALT 淋巴瘤,占胃淋巴瘤的 1/3,占非霍奇金淋巴瘤的 8%,占胃肿瘤的 3%。胃 MALT 淋巴瘤好发于幽门前区、胃体小弯及后壁,并可多部位发生。其大体形态表现为黏膜糜烂、皱襞粗大、溃疡及瘢痕形成,但这些特点并不是胃 MALT 淋巴瘤特有。MALT 淋巴瘤的组织学表现为:①瘤细胞类似淋巴滤泡中心细胞,称为中心细胞样细胞,主要分布于黏膜层,在淋巴滤泡的边缘区弥漫增殖;②瘤细胞可侵入腺体上皮之间,破坏腺体,形成淋巴上皮病变;③背景淋巴细胞有浆细胞分化;④有反应性滤泡残存;⑤瘤细胞向生发中心浸润,破坏滤泡中心的滤泡树突网状结构。胃 MALT 淋巴瘤早期多局限于黏膜层内,随着病程的进展,瘤细胞向浅肌层、深肌层甚至浆膜层侵犯。晚期瘤细胞可侵犯出胃壁,扩散到局部淋巴结及远隔部位。胃大部切除术后,虽经组织学检查确认无瘤组织残留,但残胃仍可再发 MALT 淋巴瘤。在胃 MALT 淋巴瘤切除标本中,大体形态完全正常的区域亦可见到无数小的肿瘤灶。这表明,胃 MALT 淋巴瘤在胃内扩散非常广泛,部分胃切除疗法对它并不适合。胃 MALT 淋巴瘤亦可扩散到局部淋巴结、脾脏边缘带及骨髓等部位,这种选择性扩散的特点反映了 MALT 淋巴瘤“归巢”的特性。

胃 MALT 淋巴瘤起病隐匿,早期主要表现为非特异性消化不良的症状,如胃部不适、恶心、呕吐等,进展期可出现畏食、上腹痛、消瘦、消化道出血及贫血,可触及上腹部包块。患者偶尔也会以胃出血或穿孔为首发症状。与胃癌相比,胃 MALT 淋巴瘤出现梗阻或贫血的情况相对少见。胃 MALT 淋巴瘤向内可侵及黏膜层,向外可达肌层甚至浆膜层,以多局灶性、多形性及弥漫性病变为特征。病变广泛浸润时可形成“皮革胃”样改变,内镜下难以和胃癌相鉴别。根据博尔曼(Borrmann)分类法,胃 MALT 淋巴瘤大致可分为 4 型:①溃疡型:多发浅表性溃疡,多呈不连续性,溃疡边缘明显增厚,也可单个巨大溃疡,表面常覆盖较多坏死组织。②肿块型:黏膜下肿块,呈结节状或扁平状,向胃腔突出,表面可形成糜烂或浅表溃疡。③结节型:多发或弥漫性结节样隆

起,结节间黏膜形成粗大皱襞,表面可有糜烂或溃疡形成。④浸润型:胃壁呈局限性或弥漫性增厚,弥漫浸润呈“皮革胃”样改变。

胃 MALT 淋巴瘤的诊断主要依靠内镜检查和活检病理。当组织学检查难以确定时,还可借助淋巴细胞标志物及上皮性肿瘤标志物的免疫组化染色。如高度怀疑胃 MALT 淋巴瘤,而第一次活检为阴性结果时,应多次反复进行活检,以免漏诊。钡餐造影检查也是常用的筛查手段,但漏诊率高,其 X 线征象主要表现为:①不规则充盈缺损之间存在正常黏膜,呈“鹅卵石样”改变;②在充盈缺损周围,伴有粗糙扭曲及肥大的胃黏膜皱褶;③跨过幽门进入十二指肠的环形病变。近年来,国内外应用超声内镜可提高胃恶性淋巴瘤的诊断和分期的准确性,对于高度怀疑恶性胃淋巴瘤者,超声内镜检查可明确肿瘤起源、胃壁各层病变情况以及有无胃周淋巴结转移。在诊断原发性胃淋巴瘤时,一定要排除继发性淋巴瘤,通常采用以下 5 个标准:①无浅表淋巴结肿大;②胸片中无纵隔淋巴结肿大;③肝脾正常;④白细胞总数及分类正常;⑤手术时,除胃肠道受累部位和区域淋巴结外,无其他肉眼所见侵犯。

长期以来,胃 MALT 淋巴瘤的治疗都是以手术为首选,但近年来非手术治疗有增加的趋势,主要是采用抗生素治疗早期 MALT 淋巴瘤,采用化疗或者化疗结合放疗来保留胃,以避免手术切除后患者生活质量的降低。具体到每例患者,首选抗生素还是手术,主要取决于其组织学恶性程度、浸润深度及淋巴结转移等情况。从临床经过来看,胃 MALT 淋巴瘤在短时间内快速进展的可能性很小,其淋巴结转移率低,肿瘤仅限于黏膜或黏膜下层,所以首选根除细菌治疗是可行的。考虑到大多数胃 MALT 淋巴瘤与 Hp 感染有关,Hp 根除应为首选方案。欧美学者报告,Hp 根除治疗后,MALT 淋巴瘤的完全消退率达 77%。日本学者报告,经 Hp 根除治疗,MALT 淋巴瘤的完全和部分消退率合计达 83%,但疗效能否持久目前尚无结论。抗生素治疗后,淋巴瘤的消退程度和细菌量有一定关系,肿瘤完全消退的患者一般细菌量较多,如患者对根除治疗无应答,则提示肿瘤已属晚期。根除后再感染 Hp,可引起淋巴瘤的再发,所以抗生素治疗应选用根除率较高的方案。目前认为,不管是否检测到 Hp,均可采用根除疗法,因为三联药物治疗只需 10~14 天,且活检标本未找到 Hp,未必不存在感染。因而,定期随访、重复内镜检查及活检是必要的。手术治疗的优点是治愈机会

高,术后可以得到正确的病理学诊断和分期,有助于长期随访。目前多采用根治性胃次全切除术,若已有淋巴结转移,应尽可能切除肿瘤病灶和受累淋巴结。对局限于胃的淋巴瘤或仅有胃内局部转移者,一直以手术治疗为主,5年生存率可达80%以上,预后较胃癌好。对于不能手术切除的中晚期进展型病例,联合化疗是第一选择。对于术后诊断有淋巴结转移或其他器官浸润者,可采取化疗或放疗。现已初步证实,在因种种原因不能手术的早期或中期患者

中,实施化疗或化疗加放疗的效果与手术效果接近。

【临床经验】

1. 胃镜发现胃溃疡性病变,不能简单地按胃溃疡来处理,要完善肝胆脾彩超、上腹部CT等检查,了解胃外的情况。

2. 部分胃MALT淋巴瘤可通过根除Hp治疗达到缓解,并不是所有病例都需要手术治疗。

(郭鸿飞 王孟春)

第二节 胃克罗恩病

【疾病概述】

克罗恩病(Crohn's disease, CD)是一种慢性、复发性、原因尚不十分清楚的肠道炎性肉芽肿性疾病。该病从口腔至肛门各段消化道均可受累,呈节段性或跳跃式分布。临床上以腹痛、腹泻、肠梗阻为主要症状,且有发热、营养障碍等肠外表现。病变主要侵犯回肠末段,但各部分肠段都可罹患,包括空肠、十二指肠、盲肠等部位,但胃克罗恩病极为罕见。

【病例介绍】

患者男性,20岁,以“上腹痛伴消瘦1年”为主诉入院。

现病史:患者1年前无明显诱因出现上腹部疼痛,疼痛呈阵发性隐痛,与进食及季节无明显关系,偶有恶心呕吐胃内容物,无反酸胃灼热暖气,早饱症状明显,伴食欲下降,曾就诊于地方医院,完善胃镜检查提示“胃窦炎”,经抑酸及保护胃黏膜等相关治疗后,症状无缓解,并出现体重进行性下降,间断出现低热、盗汗症状,发热以下午明显,体温波动于37.3~37.5℃之间。3个月前上腹部隐痛不适加重,食欲减退,再次于外院完善胃镜检查提示“胃窦黏膜糜烂充血水肿,胃腔变窄,幽门螺杆菌阳性”,病理检查提示“胃黏膜急、慢性炎症,可见类上皮样肉芽肿”,完善肠镜检查未见明显异常,给予根除幽门螺杆菌治疗后症状略好转。1个月前上述症状再次出现,为求进一步治疗入我院。患者病来无恶心呕吐,无反酸胃灼热,偶有口腔溃疡及少量脱发,无四肢关节肿痛,无低热盗汗,无光过敏。饮食睡眠欠佳,大小便正常,体重下降约15kg。

既往史:否认高血压、冠心病及糖尿病史,否认肝炎、结核病史。否认家族遗传病史。

体格检查:体温36.6℃,脉搏78次/分,呼吸18次/分,血压130/80mmHg。神志清楚,查体合作。睑结膜无苍白,巩膜无黄染,口唇无发绀。颈静脉无充盈,颈部淋巴结未触及肿大。双肺听诊未闻及明显干湿啰音。心音纯,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。全腹平软,上腹有轻压痛,无反跳痛及肌紧张,肝脾肋下未触及,移动浊音阴性,肠鸣音4~5次/分。双下肢无水肿,足背动脉搏动良好。

入院诊断:腹痛原因待查。

【诊治经过】

入院后给予抑酸、保护胃黏膜等治疗,完善血常规、肝肾功能、血清离子、肿瘤标记物、血沉、结核菌素试验、胃镜、结肠镜等相关检查。结果如下:

血常规:白细胞 $5.4 \times 10^9/L$,中性粒细胞73.5%,红细胞 $3.2 \times 10^{12}/L$,血红蛋白108g/L,血小板 $201 \times 10^9/L$ 。

肝功能:总蛋白64.9g/L,清蛋白39.5g/L,谷丙转氨酶19U/L,谷草转氨酶24U/L,总胆红素 $14 \mu\text{mol}/L$;肾功能:尿素 $3.23 \text{mmol}/L$,肌酐 $57 \mu\text{mol}/L$ 。

血清肿瘤标记物:AFP、CEA、CA199、CA724均正常。

^{14}C 呼气试验:阴性。

血沉:30mm/h;PPD试验:++。

胃镜:胃角、胃窦黏膜充血水肿,并见黏膜表面颗粒样不平(图1-5),胃窦变形,蠕动差,幽门黏膜充血水肿,收缩舒张功能不佳。病理活检:慢性浅表性胃炎伴局灶萎缩,可见类上皮样肉芽肿(图1-6)。

结肠镜:全大肠黏膜未见异常。

全腹部增强CT+血管重建:胃体远端胃壁厚度不均,考虑胃体部占位,腹腔淋巴结肿大。

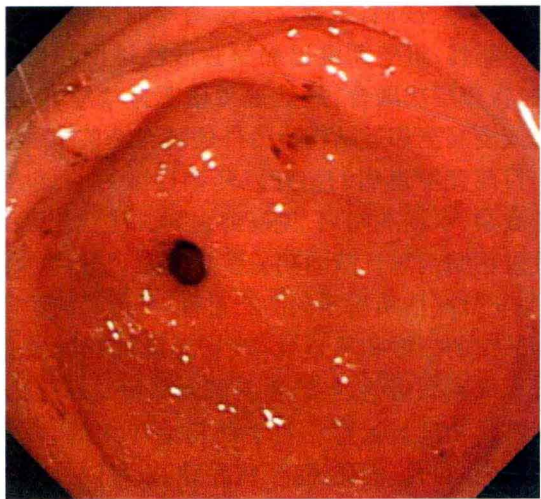


图 1-5 胃窦部黏膜充血水肿,颗粒样不平

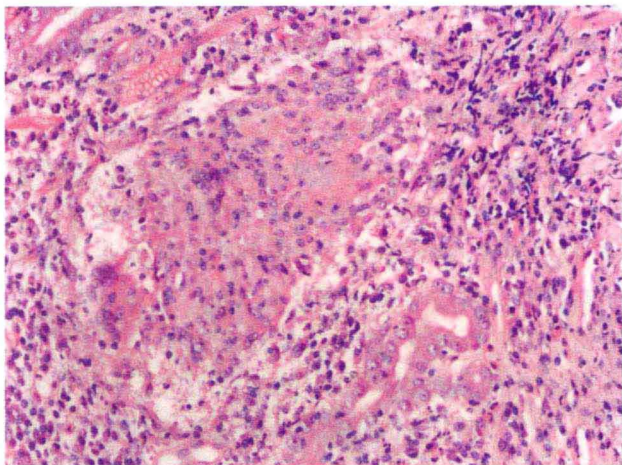


图 1-6 胃窦部黏膜组织见类上皮样肉芽肿

肺 CT 平扫:未见异常。

结合患者上腹痛、消瘦及发热病史,反复胃镜检查提示胃窦部黏膜改变,病理提示类上皮样肉芽肿,不能除外胃结核或胃部克罗恩病,进一步完善全消化道造影及抗核抗体系列等免疫指标检测。

上消化道造影:胃窦舒张不良,胃蠕动减慢,小肠黏膜未见异常。

抗核抗体系列、免疫球蛋白、血清补体检测结果均未见异常;ANCA 阴性。

患者存在低热、盗汗症状,血沉增快,不能除外胃结核可能性,给予试验性抗结核治疗 2 周。患者腹痛、消瘦症状无改善,复查胃镜提示胃窦部病变较前无改变。试验性抗结核治疗无效,不支持胃结核诊断,修正诊断:胃克罗恩病。给予泼尼松 40mg/d 口服治疗,患者腹痛消失,食欲改善,体重增加,同时服用硫唑嘌呤。治疗 2 个月后复查胃镜,提示胃角、

胃窦黏膜表面光滑,胃窦变形,蠕动佳。

【诊治评述】

患者为青年男性,以腹痛、消瘦为主要症状,病史长达 1 年余。反复胃镜检查提示胃窦部病变,病理组织学检查发现类上皮样肉芽肿,因此可诊断为肉芽肿性胃炎。肉芽肿性胃炎是一种少见的胃炎类型,是以肉芽肿性病变为主的急性或慢性的胃部病变。其病因可分为非感染性的胃肉芽肿病,包括胃结节病、胃克罗恩病、孤立性肉芽肿性胃炎、坏死性肉芽肿性胃炎和局限性嗜酸性肉芽肿等;另一类为感染性的,包括胃结核、胃梅毒、胃血吸虫病、海水异类线虫病、组织胞浆菌病。以上两类临床症状相似,诊断时应与胃恶性肿瘤相鉴别。本病可发生在胃的任何部位,最多见的是胃窦部。胃黏膜炎症、水肿和纤维化可以引起黏膜层或胃壁其他各层增厚、胃腔狭窄。黏膜表面呈结节状,皱襞粗糙不规则、糜烂和溃疡,溃疡可出血穿孔,有的可产生瘘管和窦道。在胃黏膜切片中偶尔也可见到对异物反应(寄生虫或虫卵等)所引起的小的局限性肉芽肿。临床上轻型可无任何症状,患者可因胃黏膜溃疡和胃排空障碍引起胃的症状,也可因系统性疾病引起胃肠道的症状。常见的症状是:溃疡病样中上腹疼痛、进食后上腹不适、恶心、呕吐、反酸、消化道出血或贫血。针对本病例,胃窦部肉芽肿性病变应注意上述疾病可能性,患者经检查后未发现胃以外系统损害,加之存在低热、盗汗等慢性感染表现,因此不能除外胃部结核,但经试验性抗结核治疗后症状无好转,最终诊断为胃克罗恩病,经治疗后病情恢复良好。

孤立性胃克罗恩病是临床少见病,一般起病隐匿,早期常无症状,或症状轻微,容易被忽略。从有症状到确诊,一般平均 1~3 年。病程常为慢性、反复发作性。其症状包括发热、恶心、呕吐、上腹隐痛或胀痛不适等消化道症状,严重时可能出现消化道梗阻、穿孔、出血、甚至癌变;该病发病率低,难与胃炎、消化性溃疡及胃癌相鉴别。该病进行性消瘦和营养不良的发生率相当高,儿童和青少年患者可出现生长发育迟缓;皮肤、眼部、口腔、骨骼关节、肺部、肝脏、胆道等肠外表现也较多见。阵发性痉挛性腹痛是该病最常见的症状,随着病程进展可表现为上腹持续性钝痛。单纯使用抑酸药物及保护胃黏膜药物症状缓解不明显。胃克罗恩病并发症可出现十二指肠肠腔狭窄或形成幽门梗阻,针对性的药物治疗有

可能改善狭窄症状,但大部分狭窄和梗阻最终需要外科治疗。部分患者可合并有肠外表现,口腔溃疡常反复发作;眼部症状包括视力模糊、流泪、眼部烧灼感和瘙痒感、疼痛、畏光、眼结膜充血、视力下降等,可导致失明或角膜穿孔,最常见的为表层巩膜炎,其次为葡萄膜炎;皮肤病变中结节性红斑和脓皮病为最常见的并发症,多见于四肢末端,其他的皮肤病变包括丘疹、白塞病、牛皮癣、白癜风等;骨关节病变以强直性脊柱炎较多见,其次为类风湿性关节炎、骨质疏松症等;肺部病变可表现为哮喘、支气管炎、支气管扩张症;肝胆系统病变可见原发性硬化性胆管炎、脂肪肝、肝硬化等。此外,长期的病痛还可能使患者出现焦虑或抑郁等心理症状。

辅助检查包括:①内镜检查:在各项辅助检查中,内镜检查是明确诊断、排除其他疾病,以及监测治疗效果和了解复发的最重要手段,其典型表现是病变节段性受累、铺路石样改变,肠黏膜溃疡、充血水肿和脓苔等改变;另外还可以通过内镜下取组织活检,典型的病理改变为慢性局灶性炎症和斑片状炎症、不规则的隐窝及非干酪样肉芽肿形成。内镜检查是诊断克罗恩病必须进行的检查项目。②全消化道钡餐检查:可帮助明确肠道病变性质、部位及范围。③X线影像学特征:胃CD可表现胃壁明显增厚,胃腔变窄,增强后强化明显,可见增大淋巴结,需与胃癌鉴别。④血液学检查:在克罗恩病的诊断与治疗中亦不能忽视,血常规、血生化检查除可以反映是否存在感染、贫血、营养不良等并发症外,还可以反映治疗药物对机体的影响。CRP、ESR是反映病情活动的重要指标;血清抗酿酒酵母抗体(ASCA)也是CD较为特异性的指标。有些指标虽对CD的诊断没有直接帮助,但有助于与其他疾病相鉴别,比如ANCA和HLA-B5等。

胃镜下CD常可见黏膜皱襞增粗、阿弗他溃疡和线样溃疡,黏膜结节样改变呈铺路石样。需与以下病变鉴别:①皮革胃:癌组织在黏膜下疏松组织扩展,侵及胃壁各层,范围广,胃腔往往变小,胃壁厚而僵硬,组织活检阳性率较低,故活检病理阴性不能除外胃恶性肿瘤。②胃淋巴瘤:起源于胃黏膜下淋巴组织,约1/4常规活检病理阴性。此时超声内镜可清晰显示胃壁5层结构、肿瘤浸润状况及淋巴结转移,有利于鉴别浸润型胃癌、胃淋巴瘤和胃克罗恩病。皮革胃的胃壁5层结构完全融合,胃壁广泛增厚,分界不清,呈低回声改变。早期淋巴瘤则表现为

第2层增厚、浸润,或第2、3层增厚而结构保留,呈低回声病灶;进展期淋巴瘤呈弥漫性透壁的低回声肿块,胃壁层次融合,病灶处胃壁明显增厚,穿透至浆膜或浸润至邻近结构。另外还需与结核鉴别。

目前克罗恩病的治疗以药物控制为主,包括糖皮质激素、水杨酸制剂、免疫抑制剂、抗生素、氨甲蝶呤及生物制剂等。活动期克罗恩病在进行药物治疗前,应充分评估疾病活动的严重性、部位、病程、既往药物治疗的疗效和不良反应、有无肠外表现及并发症等。根据病情的轻重、不同病期和病变部位,选择适宜的药物进行治疗。对于药物治疗无效、合并消化道梗阻、穿孔、消化道瘘、腹腔脓肿、难以控制的消化道出血的患者,外科治疗不可避免。另外营养支持治疗不但能够治疗和预防克罗恩病所造成的营养不良,改善生活质量,降低手术并发症的发生率和病死率,而且还能诱导和维持疾病缓解。

【临床经验】

1. 孤立性胃CD是罕见病,易被误诊为胃癌,若反复胃镜检查病理未找到恶性细胞,但发现胃壁僵硬、黏膜粗大、溃疡病灶,以及十二指肠狭窄伴黏膜铺路石样改变应考虑克罗恩病可能。诊断上需结合内镜、病理、影像学、血清学及临床表现。

2. 此病误诊原因可归纳为以下几点:①对CD缺乏足够的认识,尤其是对CD侵犯胃部了解甚少;②询问病史不详细,病情分析片面;③影像学检查不全面,未做综合分析;④对胃部CD的影像学表现及特征观察不仔细等。

3. 克罗恩病的治疗以内科为主,外科主要治疗其并发症,如瘘管、脓肿、出血、穿孔、梗阻或内科疗效不佳者。营养支持治疗也极为重要。

(林艳 杨俊)

【参考文献】

1. 蒋义斌,戎兰. 克罗恩病. //陈灏珠. 实用内科学(下册). 第12版. 北京:人民卫生出版社,2005. 1899-1902
2. 叶任高,等. 内科学. 第6版. 北京:人民卫生出版社,2005. 412
3. Mottet C, Juillerat P, Pittet V, et al. Upper gastrointestinal crohn's disease[J]. Digestion, 2007, 76(2): 136-140
4. 缪应雷,欧阳钦. 肠道菌群及其产物在克隆病病因学中的作用. 中国实用内科杂志, 2000, 20(2): 113
5. 郭贵海,刘俊. Crohn病病因和发病机理. 中国乡村医生, 2000, 15(4): 18

第三节 胃 结 核

【疾病概述】

胃结核在临床上较为罕见,其主要临床表现为胃肠道症状,与胃炎、消化性溃疡、胃癌等相似,如上腹部不适或疼痛、反酸嗝气、恶心等,严重者可出现消化道出血、幽门梗阻。胃结核可分为四型:溃疡型、肿块型、炎症增殖型、粟粒结节型,其中以溃疡型及肿块型多见。

【病例介绍】

患者女性,21岁,以“间断上腹痛4个月,加重10余天”为主诉入院。

现病史:患者4个月前自觉无明显诱因间断出现上腹痛,多于进食后及平卧时加重,伴有腹胀,有乏力,无反酸胃灼热,无恶心呕吐,无发热。10余天前患者上述症状加重,于我院行上腹部CT平扫检查,提示“胃窦黏膜下占位”,内镜超声检查提示“胃窦黏膜下混合回声肿块”,为行内镜下治疗入我科。

患者病来精神可,饮食睡眠良好,无发热寒战,二便正常,体重无明显变化。

既往史:健康,否认肝炎、结核等传染病史及密切接触史,否认外伤及手术史,否认输血史。

体格检查:体温36.9℃,脉搏86次/分,呼吸16次/分,血压120/80mmHg。皮肤及黏膜无黄染、皮疹及出血点,无肝掌、蜘蛛痣,全身浅表淋巴结未触及肿大。眼睑无水肿,巩膜无黄染,口唇无发绀。双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音。腹部平坦,腹软,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及。双下肢无水肿。

辅助检查:

上腹部CT平扫:胃窦黏膜下占位;腹、盆部多发肿大淋巴结;脾大;盆腔积液。

肺CT平扫:未见异常。

内镜超声(图1-7):探头置于胃窦隆起处扫查,见胃壁超声第三、四层结构内混合回声肿块,内部回声不均,见有分隔改变,超声切面大小约36mm×20mm,余胃壁结构清晰、完整。

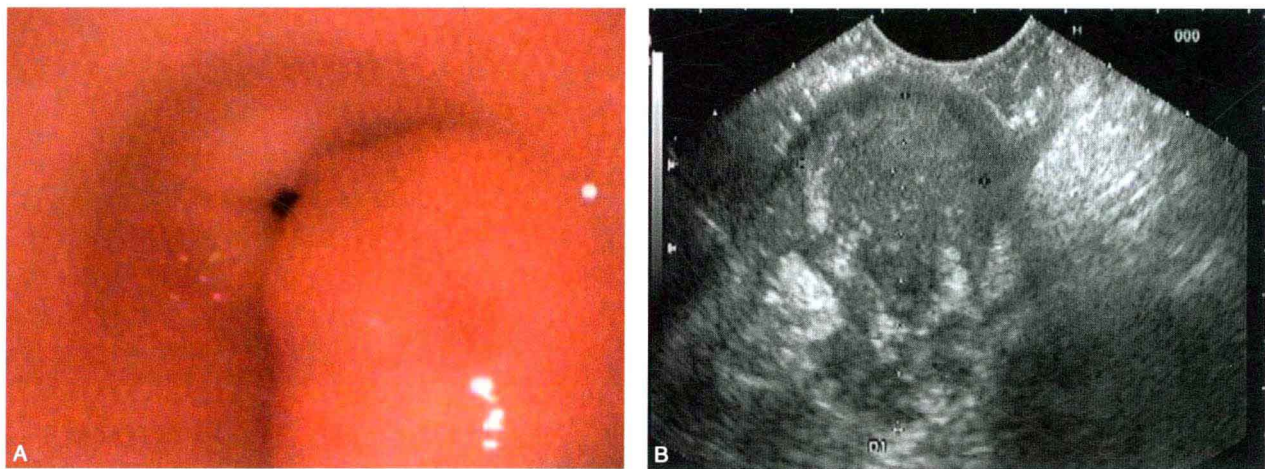


图1-7 内镜超声表现

A. 胃窦大弯延至近幽门处见一隆起性病变,表面光滑;B. 胃壁超声第三、四层结构内混合回声肿块

入院诊断:胃窦隆起性病变。

【诊治经过】

患者入院后完善全腹部增强CT检查,提示胃窦部黏膜下占位较前略小(27mm×20mm),余基本同前。为明确胃窦病变性质,入院第2日行内镜黏膜下肿物剥离术。

内镜治疗经过:进镜至胃窦大弯侧见一隆起性

病变,延至近幽门处,黏膜下注射甘油果糖+亚甲蓝+肾上腺素,切开病变表面黏膜,病变内部可见较多脓性分泌物,边界不清,切除部分病变术中冰冻病理检查。病理结果回报:胃窦肉芽肿性病变,结核可能性大。遂另切除部分病变送病理,处理好创面后终止内镜下治疗。

术后行结核相关化验及检查,结果如下:结核抗体弱阳性;结核菌素试验(++);连续3次痰结核杆

菌涂片均未找到抗酸杆菌。术后病理回报:(胃窦)肉芽肿样病变,结核可能性大。

患者术后生命体征平稳,无出血、穿孔等并发症。术后1周转入结核病院行试验性抗结核治疗。3个月后患者症状明显缓解,复查全腹CT提示:腹、盆腔淋巴结较前缩小,胃窦肿物明显缩小。患者抗结核治疗有效,明确诊断:胃结核。

【诊治评述】

患者否认结核病史及接触史,肺CT未见异常,全腹增强CT亦未发现其他可疑结核病灶,且患者无发热、体重明显减轻等症状,因此我们在最初诊断中忽略了结核的可能性。但该患者为年轻女性,无明显诱因出现腹痛、乏力症状,伴有胃窦黏膜下肿物、腹腔及盆腔多发淋巴结肿大、脾大、盆腔积液,在一定程度上符合结核表现,应引起注意。

患者胃窦肿物在内镜超声下表现为胃壁超声第三、四层结构内混合回声肿块,内部回声不均,有分隔改变,并不具备常见黏膜下肿物如间质瘤、平滑肌瘤、异位胰腺、脂肪瘤等的内镜超声特点。为明确胃窦病变性质,我们行内镜下治疗,对病变进行黏膜下剥离,发现其边界不清,内部可见脓性分泌物,切除部分病变送病理检查,诊断肉芽肿性病变,结核可能性大。该病例的诊治为内镜超声诊断胃结核提供了

经验,同时也体现了内镜治疗黏膜下肿物的意义。

【临床经验】

1. 胃内环境并不利于结核病灶发展,因此胃结核较为罕见,而原发性胃结核更为罕见。该病临床表现不典型,与胃炎、消化性溃疡、胃癌等相似,容易误诊。

2. 胃结核诊断主要靠胃镜活检及术后病理检查,但胃结核常局限于黏膜下,普通活检很难取到,而深挖活检风险较大;若通过外科手术切除病变送病理检查确诊胃结核则创伤过大。我们经内镜进行肿物的黏膜下剥离,既得到了病理结果,又避免了外科手术,是一种有效、微创的诊断黏膜下层胃结核的方法。

3. 对于有腹痛、乏力表现,胃内见黏膜下肿物,腹腔及盆腔见多发肿大淋巴结的年轻患者,应高度怀疑胃结核,完善结核相关化验及结核菌素试验,并尽可能通过内镜微创方法获得病理以确定诊断。

(刘文 孙思予)

【参考文献】

1. 郑芝田. 胃肠病学. 第3版. 北京:人民卫生出版社,2006:302-303

第四节 贲门失弛缓症

【疾病概述】

贲门失弛缓症是一种食管功能障碍性疾病,常见于20~50岁,主要症状为吞咽困难、胸骨后疼痛、食物反流。其主要的治疗方法包括:药物治疗、内镜下治疗及外科手术治疗。药物治疗效果欠佳,而外科手术创伤太大,因此临床常选内镜下治疗。既往内镜下注射肉毒杆菌及球囊扩张是常用方法,但复发率较高。近年来,Inoue等开展经口内镜下肌切开术(peroral endoscopic myotomy, POEM)治疗贲门失弛缓症,有效地缓解了贲门失弛缓症的临床症状。

【病例介绍】

患者为青年男性,21岁,以“间断进食困难伴呕吐、腹痛6年,再发1个月余”为主诉入院。

现病史:患者6年前无明显诱因出现进食困难,恶心呕吐,呕吐物为胃内容物,伴有上腹部疼痛,呈胀痛,无发热,无胸闷气短,无呼吸困难,确诊为“贲

门失弛缓症”,2012年2月于我科住院治疗,行贲门失弛缓POEM治疗,术后患者可进流食、半流食。出院后1个月,复查食管造影示“食管上段扩张、下段狭窄,呈鸟嘴样”,为进一步治疗入我科。患者精神可,饮食、睡眠欠佳,二便正常,体重减轻10kg。

既往史:否认高血压、冠心病、糖尿病病史;否认肝炎、结核等传染病史及密切接触史。否认外伤史及其他手术史,否认输血史,否认其他特殊疾病史。

体格检查:体温36.5℃,脉搏80次/分,呼吸18次/分,血压120/80mmHg。皮肤及巩膜无黄染。结膜无苍白。颈软,气管居中,甲状腺未触及肿大。胸廓对称,双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音。腹平坦,未见胃肠型及蠕动波,腹软,全腹无压痛、反跳痛及肌紧张,肠鸣音4次/分,双下肢无水肿。

辅助检查:

食管造影:食管下段改变,符合贲门失弛缓。

胃镜:贲门失弛缓。

入院诊断:贲门失弛缓症。

【诊治经过】

患者入院后完善相关化验及检查,行胃镜检查见食管黏膜光滑,术后创面愈合良好,未见内镜治疗禁忌证,行 POEM 治疗。

内镜治疗过程(图 1-8):进镜见食管中上段扩张,注气贲门口不开,胃镜通过贲门有阻力,于距门

齿 38cm 原隧道对侧以三角刀逐层切开黏膜层、黏膜下层,沿黏膜下层逐渐向贲门方向剥离,暴露食管下段环形肌,剥离至贲门下 3cm,后将食管下段环形肌逐步切开至贲门,术中以热活检钳止血,切开后内镜下见贲门口注气自然开放,胃镜通过贲门顺利,予 6 枚金属夹呈一字形夹闭创面,局部喷洒医用胶 1.5ml,经鼻胃镜留置胃管。术中以二氧化碳注气。

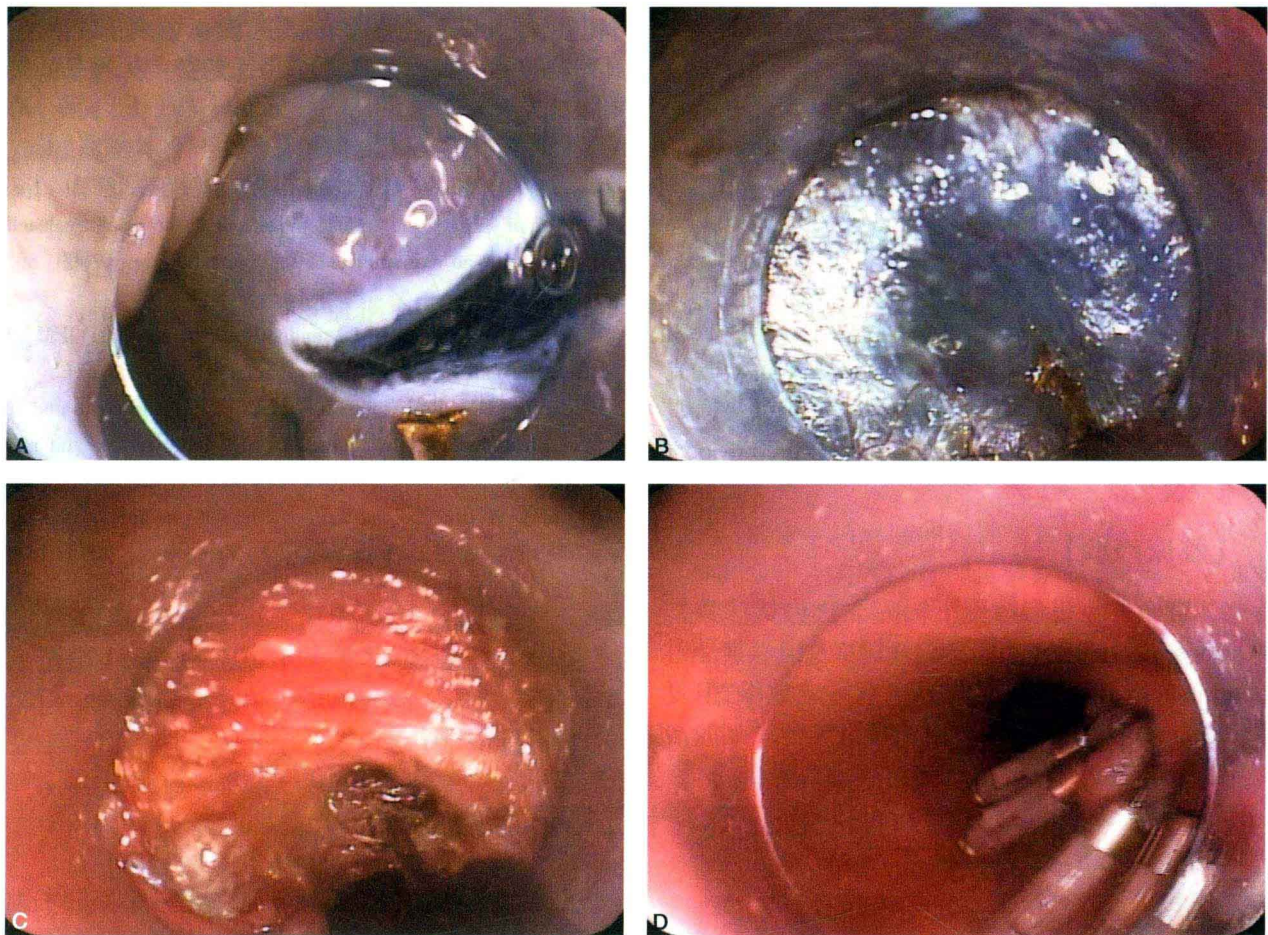


图 1-8 内镜治疗过程

- A. 于距门齿 38cm 原隧道对侧以三角刀逐层切开黏膜层、黏膜下层;B. 沿黏膜下层逐渐向贲门方向剥离,暴露食管下段环形肌,剥离至贲门下 3cm;C. 将食管下段环形肌逐步切开至贲门;D. 以 6 枚金属夹呈一字形夹闭创面

术后第 3 日拔除胃管,进流食,患者无不适主诉。

术后第 5 日行内镜超声(endoscopic ultrasound, EUS)检查,提示:食管下段隧道入口处表面黏膜呈结节样增生,贲门注气可开放,注水可顺利流入胃腔内;探头沿食管下段及贲门扫查,可见局部肌层缺失,隧道愈合良好(图 1-9)。

【诊治评述】

患者于 2012 年 2 月于我科行 POEM 治疗,术后 3 日可进流食及半流食,无明显不适。出院后 1 周,

患者再次出现进食困难及呕吐、腹痛症状。出院后 1 个月,患者复查食管造影示食管上段扩张、下段狭窄,呈鸟嘴样,考虑患者贲门失弛缓复发,需再次行 POEM 治疗。患者术后 1 个月病情即复发,考虑可能由于患者年龄小,病程较长,下食管括约肌压力明显增高,食管扩张程度较为严重,第 1 次 POEM 治疗范围及深度不够。因此在第 2 次 POEM 治疗中,于原隧道对侧进行环形肌切开,并加深切开深度。

术前复查胃镜,见食管黏膜光滑,术后创面愈合

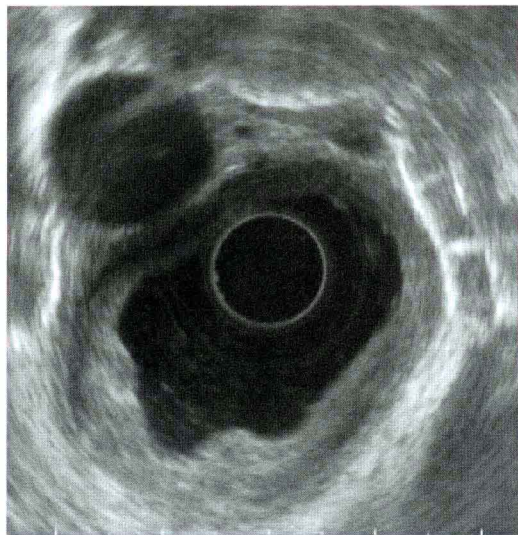


图 1-9 食管下段及贲门局部肌层缺失，
隧道愈合良好

良好；术后行 EUS 检查见食管下段隧道入口处表面黏膜呈结节样增生，贲门注气可开放，注水可顺利流入胃腔内；探头沿食管下段及贲门扫查，可见局部肌层缺失，隧道愈合良好。随访 1 个月，患者进食通畅，未见复发。

【临床经验】

1. 贲门失弛缓症内镜下治疗方法包括球囊扩张(endoscopic balloon dilatation, EBD)及肉毒素注射(botulinum toxin injection, EBTI)，有一定效果，但复发率较高。POEM 现逐渐应用于贲门失弛缓症的治

疗，研究表明其有效地缓解了贲门失弛缓症的临床症状，短期成功率(3 个月)在 90% 以上。

2. 对于难治性贲门失弛缓症，可完善 EUS 检查评估肌层厚度，重复行 POEM 治疗，适当扩大切开范围。

3. POEM 治疗主要并发症为穿孔、出血等，由于治疗位置特殊，穿孔后可导致皮下气肿、气胸，甚至纵隔炎。因此治疗过程中可考虑以二氧化碳注气，因二氧化碳较空气吸收快，可在一定程度上减轻积气，减少纵隔炎发生，但需监测血二氧化碳浓度。

(刘文 孙思予)

【参考文献】

1. Inoue H, Minami H, Satodate H, et al. First clinical experience of submucosal endoscopic myotomy for esophageal achalasia with no skin incision. *Gastrointest Endosc*, 2009 (69): AB122

2. Inoue H, et al. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia. *Endoscopy*, 2010(42):265-271

3. Campos GM, Vittinghoff E, Rabl C, et al. Endoscopic and surgical treatments for achalasia: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg*, 2009(249):45-57

4. Kumar A, Itha S. Long-term outcome of pneumatic dilation in the treatment of achalasia. *Am J Gastroenterol*, 2005(100):2130-2131

5. Daniel von Renteln, MD, Haruhiro Inoue, MD, et al. Peroral Endoscopic Myotomy for the Treatment of Achalasia: A Prospective Single Center Study. *Am J Gastroenterol*, 2012(107):411-417

第五节 十二指肠腺癌

【疾病概述】

十二指肠的恶性肿瘤十分罕见，分为原发性和继发性两种，前者包括腺癌、各种肉瘤、类癌等。十二指肠腺癌，几乎不发生于十二指肠球部，多数发生于十二指肠降段的壶腹部周围，水平段较少发生。原发性十二指肠腺癌只占胃肠道恶性肿瘤的 0.33%，占小肠恶性肿瘤的 45%~55%，近年来由于内镜技术的发展及内镜的广泛应用，该病的发现率较前有所提高，杂志也常有报道。十二指肠腺癌在内镜下可呈息肉型、浸润型和溃疡型。临床表现不典型，早期缺乏典型症状，可仅有食欲下降、持续性或间歇性上腹部胀痛；晚期可有贫血、不明原因的进行性消瘦、肿瘤压迫胆总管甚至出现黄疸。在上消化道造影检查中，十二指肠肿瘤的特点是十二指

肠窗扩大、肠腔受压、充盈缺损，B 超或 CT 有时也能提示病变所在，诊断主要依赖于内镜检查，并同时取活检。进展期癌肿诊断一般不难，对早期病变的诊断并非容易，往往需要反复取活检。治疗方案的选择应全面评估患者的病情、分期来确定，但手术仍为首选方案，由于十二指肠与胰腺、胆管在解剖上关系密切，所以手术常将胰头部同时切除(胰十二指肠切除术)，预后往往不好。

【病例介绍】

患者中年男性，48 岁，已婚，农民。以“右上腹疼痛不适伴发热 6 个月”为主诉入院。

现病史：患者 6 个月前感冒后出现右上腹疼痛不适，疼痛无放散，与饮食无关，无乏力，无食欲减退，伴发热，体温 38~39℃ 左右，无寒战，当地医院