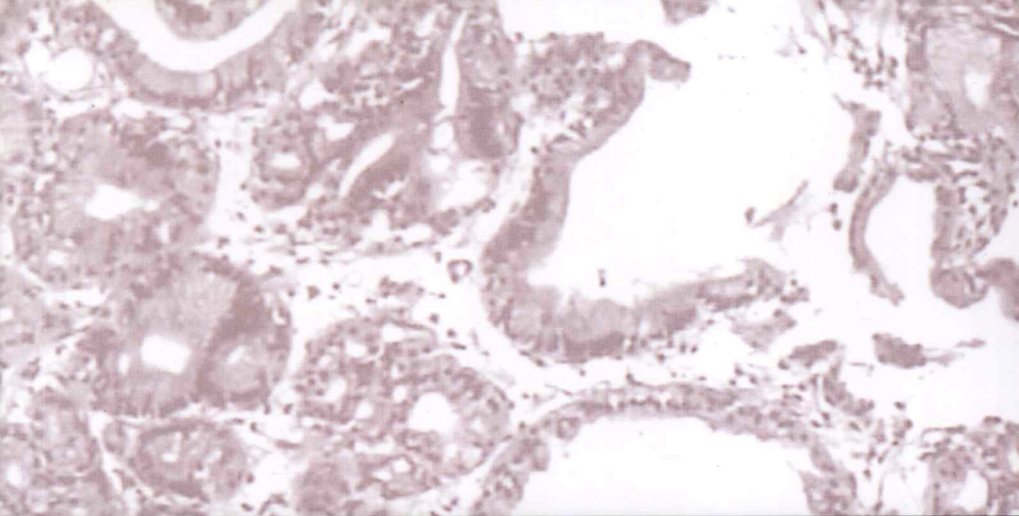




临床疑难病例精析



消化系统 疑难病例

主 编 周殿元

副主编 张亚历 姜 泊

INTRACTABLE CASES



上海科学技术出版社

临床疑难病例精析

消化系统疑难病例

主 编 周殿元

上海科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

消化系统疑难病例/周殿元主编. —上海:上海科学技术出版社, 2011. 1

(临床疑难病例精析)

ISBN 978—7—5478—0554—1

I. ①消... II. ①周... III. ①消化系统疾病: 疑难病
—病案—分析 IV. ①R570. 4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 226576 号

上海世纪出版股份有限公司 出版、发行
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

新华书店上海发行所经销

苏州望电印刷有限公司印刷

开本 889×1194 1/32 印张: 10.25

字数: 247 千字

2011 年 1 月第 1 版 2011 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 978—7—5478—0554—1/R · 193

定价: 68.00 元

本书如有缺页、错装或损坏等严重质量问题,
请向工厂联系调换

内容提要

消化系统包括食管、胃、小肠、结肠、直肠、肝、胆、胰腺,是人体器官最多的系统。它不仅是人体摄取营养的唯一器官,同时还是最大的内分泌器官、最大的免疫器官(黏膜相关淋巴组织)和最大的微生态器官(肠道生态菌)。由此发生的胃肠疾病种类繁多,涵盖了所有已知的病理类型,如特异感染、非特异炎症、动力障碍、免疫异常、生态失衡和肿瘤等,其中,慢性胃炎、胃食管反流病、消化功能紊乱等是内科门诊最主要的疾病;胃癌、食管癌、大肠癌、肝癌、胰腺癌位列国内统计的发病率最高的恶性肿瘤前 10 位。消化系统疾病发病机制的复杂多样及并发的多器官病变,使其成为临床上最常见的疑难杂症。本书精选编写者在临床诊疗工作中遇到的一些典型或疑难病例,以图文结合的方式,通过对实例的详细解析,介绍了消化系统疾病临床诊疗中所应用的经典诊疗方法和最新诊疗进展,突出了疾病的诊断和鉴别诊断要点。同时,本书的编写注重易读性,以便于读者理解、掌握。

编写委员会

主 编 周殿元

副主编 张亚历 姜 泊

编 委	张振书	智发朝	肖 冰	杨云生	崔生达
	王继德	刘思德	郭 文	陈村龙	陈 烨
	吴保平	朱 薇	白 杨	白 岚	巩兰波
	李明松	徐智民	何美蓉	程天明	姚永莉
	蓝 琳	南清振	蔡建群	方 霖	薛 净

前言

上海科学技术出版社2009年计划出版“临床疑难病例精析”丛书,供内科各三级学科低年资医生学习、参考,借以提高临床诊治能力。为此,特委托我所以南方医院临床病例为主,编写《消化系统疑难病例》一书,并邀请本人担任主编。接受委托后我们感到十分荣幸,但也认识到责任重大。当初步选定病种、病例后,总觉得不够充实;在征求解放军总医院消化内科主任杨云生教授、南方医院普外科主任黄祥成教授后又增加了5例。其中4例引自解放军总医院,在此,对各位教授的鼎力援助表示衷心感谢!

消化系统包括食管、胃、小肠、结直肠、肝、胆、胰腺,是人体器官最多的系统。它不仅是人体摄取营养的唯一器官,同时还是最大的内分泌器官、最大的免疫器官(黏膜相关淋巴组织)和最大的微生态器官(肠道生态菌)。由此发生的胃肠疾病种类繁多,涵盖了所有已知的病理类型,如特异感染、非特异炎症、动力障碍、免疫异常、生态失衡和肿瘤等。其中,慢性胃炎、胃食管反流病、消化功能紊乱等是内科门诊最主要的病源;胃癌、食管癌、大肠癌、肝癌、胰腺癌占据了国内统计的前十位恶性肿瘤。消化系疾病(包括腹膜)发病机制的复杂多样及并发的多器官病变,造成了临床上最常见的疑难杂症,即疑难病例。所谓“疑难病例”主要指“不典型病例”。通常教科书中编写的疾病内容基本都是典型的临床表现;门诊接诊的病人也大都都是典型病例,极少数是不典型病例。对这类不典型的疑难病例常需详问病史、细致而全面地进行体格检查,再根据病情特点针对性地进行实验室检查及器械检查,从而归纳出几个可能的疾病并进行鉴别,最后确定诊断;有时甚至需要进行诊断性治疗后方能获得正确诊断。当然,极少数罕见病例,常于手术后或尸解后由病理学检查作出最后诊断。

本书收集作者在临床诊治工作中遇到的一些疑难病例,以创新的

图文实例形式,详细介绍了常见消化疾病临床诊疗中应用的经典诊疗方法和最新的诊疗进展,突出了疾病的诊断和鉴别诊断要点,使读者感觉通俗易懂,易于掌握。本书适合作为临床诊疗参考书,供参与临床消化系疾病诊疗工作的青年医生学习、参考,吸取既有的经验与教训。作为主编我应该指出,对本书的编写贡献最大的是张亚历教授,我代表编委们向他表达慰问之情。

由于本书是一家之见,偏颇、误拗之处在所难免,还望读者诸位不吝赐教,在此衷心表示诚挚地谢忱!

南方医科大学附属南方医院消化内科研究所

名誉所长 周殿元

2010年10月

本书常用名词缩写

ADA	腺苷脱氨酶
AFP	甲胎蛋白
AIDS	获得性免疫缺陷综合征
AIP	急性间歇型血卟啉病
ALA	δ -氨基- γ -酮戊酸
ALCL	间变性大细胞淋巴瘤
ALT	丙氨酸氨基转移酶
ANA	抗核抗体
APTT	活化部分凝血活酶时间
ASO	抗链球菌溶血素“O”
AST	天冬氨酸氨基转移酶
BUN	尿素氮
CEA	癌胚抗原
CgA	嗜铬粒素 A
CR	肌酐
Desmin	肌间线蛋白
DSA	数字减影血管造影
DS-DNA	抗双链 DNA 抗体
DSRCT	促结缔组织增生性小圆细胞肿瘤
EITCL	肠病相关性 T 细胞淋巴瘤
EMR	黏膜剥离切除术
ENBD	鼻胆管留置术
EOS	嗜酸性粒细胞
ERCP	逆行性胰胆管造影
EST	乳头肌切开术

FNH	肝局灶性结节性增生
FT3	血清游离三碘甲腺原氨酸
HHT	遗传性出血性毛细血管扩张症
InL	小肠淋巴管扩张症
LDH	乳酸脱氢酶
MRI	核磁共振成像
NHL	非霍奇金淋巴瘤
NSAIDs	非甾体类消炎药
NSE	神经元特异性烯醇化酶
OT 试验	结核菌素试验
PBG	胆色素原
PCI	冠脉支架术
PCR	聚合酶链反应
PET - CT	正电子发射计算机断层显像
PPD 试验	结核菌素试验
PPI	质子泵抑制剂
SPECT	放射性核素扫描
TB - DOT	抗结核抗体
TT	凝血酶时间

目录

- 一 上腹隐痛、胃黏膜结节样增生伴息肉样肿物 / 1
- 二 上腹痛、发热、胃窦溃疡性病变 / 7
- 三 上腹痛,胃体黏膜下肿物 / 11
- 四 腹痛、发热、黑便、胃体息肉样隆起 / 15
- 五 上腹痛、腹胀,胃底肿物 / 22
- 六 间断血便、胃肠道黏膜糜烂 / 26
- 七 胸骨后疼痛、食管溃疡 / 30
- 八 进行性吞咽困难,食管息肉样隆起 / 34
- 九 上腹痛、腹胀、胃窦巨大溃疡 / 38
- 十 上腹部疼痛、呕吐、吞咽不畅 / 42
- 十一 反复腹胀、腹痛,胃底肿物 / 46
- 十二 黑便、十二指肠肿物 / 50
- 十三 多发软组织肿块伴消化道息肉 / 54
- 十四 黏液烂便、低蛋白血症、消化道多发息肉 / 59
- 十五 反复便血、发热、肠道多发溃疡 / 63
- 十六 发热、结肠多发溃疡 / 69
- 十七 反复腹痛、贫血、黑便 / 76
- 十八 反复黑便、贫血 / 81
- 十九 反复腹痛、腹泻、回盲部溃疡 / 85
- 二十 反复黑便查因 / 89
- 二十一 反复上腹痛、黑便 / 92
- 二十二 腹部包块、腹痛 / 96
- 二十三 腹痛、发热、黑便 / 101
- 二十四 上腹隐痛、腹胀、纳差、消瘦 / 106
- 二十五 呕吐、腹泻、低蛋白血症 / 112

- 二十六 腹痛、腹泻、腹水 / 115
- 二十七 右上腹胀痛、发热、肝内外胆管扩张 / 118
- 二十八 腹痛、大便习惯改变 / 123
- 二十九 腹泻、腹胀、胃肠黏膜增厚 / 127
- 三十 腹胀、四肢浮肿、低蛋白血症 / 136
- 三十一 反复腹痛、伴黑便 / 140
- 三十二 冠脉放置支架术后患者出现大便潜血试验阳性 / 143
- 三十三 持续腹痛、呕吐、小肠不全梗阻 / 146
- 三十四 发热、右下腹包块、回盲部溃疡 / 149
- 三十五 慢性上腹疼痛、小肠多发憩室 / 154
- 三十六 慢性右中下腹疼痛、烂便 / 157
- 三十七 呕血、黑便、食管静脉曲张 / 160
- 三十八 脐周痛、高热 / 165
- 三十九 贫血、黑便、胃结肠镜检查阴性 / 170
- 四十 上腹痛、呕吐 / 174
- 四十一 腹痛、便血、心率不齐 / 179
- 四十二 车祸致胸腹部创伤后短期内发现直肠内巨大肿块 / 183
- 四十三 反复黑便、头晕、大便潜血试验阳性 / 189
- 四十四 呕吐、腹胀、胃潴留 / 192
- 四十五 上腹饱胀不适、黑便 / 197
- 四十六 黏液便、腹痛、肠道溃疡 / 201
- 四十七 长期便秘、回盲部溃疡 / 208
- 四十八 面部红斑、伴全身乏力、腹痛 / 212
- 四十九 口腔溃疡、黏液便伴腹痛、消瘦 / 216
- 五十 上腹部不适、肝内占位性病变 / 220
- 五十一 转氨酶升高、肝内占位 / 223
- 五十二 慢性黄疸(Rotor 综合征) / 226
- 五十三 腹痛、纳呆、腹水、巩膜黄染 / 228
- 五十四 巩膜黄染、腹部肿块 / 231
- 五十五 上腹饱胀、黑便、胰头肿物 / 234

- 五十六 发热、腹痛伴腹部包块 / 238
- 五十七 上腹痛、淀粉酶升高、皮疹 / 241
- 五十八 腹痛、嗜酸性粒细胞增多 / 244
- 五十九 腹痛、腹泻、血便伴皮疹 / 246
- 六十 腹胀、腹水、淋巴结肿大 / 249
- 六十一 腹胀、血性腹水 / 252
- 六十二 慢性上腹不适、头晕、乏力,偶伴意识丧失 / 256
- 六十三 下肢麻木、腹胀、呕血 / 261
- 六十四 腹痛、腹水、全身浮肿 / 264
- 六十五 右侧胸部及上腹痛、伴间断发热 / 267
- 六十六 腹胀、间断发热、消瘦 / 270
- 六十七 腹痛、腹块伴发热 / 275
- 六十八 腹痛、呕吐、颌下淋巴结肿大 / 280
- 六十九 腹胀、胸腹水、右附件可疑占位 / 284
- 七十 腹泻、腹水、低蛋白血症 / 288
- 七十一 腹痛、腹胀、腹水 / 292
- 七十二 腹痛、呕吐、不全肠梗阻、茶色尿 / 295
- 七十三 腹痛、低热、消瘦、腹水 / 298
- 七十四 腹痛、腹胀、高热、血细胞三系减少 / 302
- 七十五 肾移植术后腹痛、腹胀 / 310
- 七十六 左臀部及骶尾部肿物、便血 / 314



上腹隐痛、胃黏膜结节样增生伴息肉样肿物

病情简介

现病史 王××,女性,67岁。因上腹部隐痛伴嗝气5个月就诊。5个月前无明显诱因出现上腹部疼痛,呈持续性隐痛,无放射痛。腹痛以饥饿时明显,进食后可减轻,伴嗝气,无反酸、恶心、呕吐;无发热、咳嗽、盗汗。近1个月来腹痛加重,遂于2005年12月9日在当地医院就诊,胃镜检查发现胃体及幽门口大弯侧可见多个结节状隆起,最大的为5.5 cm×2.0 cm×2.0 cm,表面呈葡萄样隆起,有少许鲜血和咖啡样内容物,幽门螺杆菌阳性,诊断为胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤。病理活检示“慢性炎症,肠上皮化生伴轻至中度不典型增生”。2005年12月10日转入广州市某医院就诊,再次行胃镜检查发现胃体至胃窦大弯侧见团块状肿物结节样隆起,高低不平,上有糜烂及血痂,球部正常,幽门螺杆菌阳性。病理活检报告:黏膜急性慢性炎,腺上皮有少量肠上皮化生及少量轻度异型细胞,腺体呈小肠腺体样改变,不排除小肠黏膜异位。CT报告提示胃大弯侧淋巴瘤可能。病理活检同时送外院会诊,报告“黏膜慢性炎伴急性炎反应,局部腺体肠上皮化生及中至重度不典型增生”。为进一步明确诊断,门诊以MALT(胃黏膜相关组织)淋巴瘤可能收住我科。

入院体查 体温36.8℃,脉搏84次/分,呼吸22次/分,血压110/78 mmHg。皮肤、巩膜无黄染,浅表淋巴结未触及肿大,腹平坦,未见胃肠型及蠕动波,腹壁稍紧张,剑突下轻压痛、无反跳痛,未扪及包块,肝脾肋缘下未触及,墨菲征阴性,移动性浊音阴性。

辅助检查 血常规正常,红细胞沉降率正常,大便潜血试验阳性,尿蛋白阴性,肿瘤标记物甲胎蛋白、CEA、CA125、CA199、CA153 均在正常范围。血清总蛋白正常,白蛋白 32 g/L。B 超示肝、胆、胰、脾、双肾未见异常。

诊疗经过 患者为老年女性,慢性上腹痛,外院多次检查已发现胃黏膜结节样增生,虽怀疑胃淋巴瘤,但性质并不明确。因此,有必要再次胃镜检查明确内镜下胃黏膜病变形态,考虑到外院多次活检并无结果,提示诊断困难,故需行胃黏膜大块组织剥离活检以提高病理活检诊断率。另外,考虑胃黏膜为弥漫性黏膜增生病变,可做超声内镜检查以判断病变累及的胃壁层次,如果为浸润性病变、胃壁层次破坏则提示其为恶性病变。

内镜检查: 内镜下贲门部始、胃底大小弯侧及前壁、胃体大弯及胃窦部见弥漫性结节状及息肉样隆起,胃体增生肥厚皱襞之间隔以深裂,酷似大脑的沟回(图 1-1)。黏膜表面糜烂,覆少量白苔及黏液。病变以胃体下部大弯侧及胃窦前壁尤为明显,部分胃黏膜结节增生形成巨大的息肉样隆起,其中 2 颗较大的分别为 24 mm×27 mm 和 40 mm×24 mm。胃角弧形,黏膜光滑。幽门口圆形,十二指肠球部及降部黏膜大致正常,未见明显的黏膜增生性改变。内镜考虑“全胃 MALT 淋巴瘤可能大”。为提高内镜活检检出率,内镜下行黏膜切除术大块黏膜剥离活检:内镜下于黏膜下层注射生理盐水,黏膜隆起后内镜下圈套切除胃窦息肉样隆起物,大小约 30 mm×50 mm,残基动脉出血,出血量约 150 ml,术中行高频电凝止血并予止血夹夹闭,出血停止。取材组织送病理学检查(图 1-2)。

超声内镜检查: 内镜下以 C5-7.5 MHz 探头探查,胃壁层次结构清楚。病变主要位于黏膜层内。黏膜明显增厚,以贲门、胃体、胃窦、大弯侧尤为明显,最厚者达 25.4 mm。黏膜下层及固有肌层各层次结构清楚(图 1-3),未见明显的增生性病变。胃体下部息肉样肿块大小约 23.5 mm×26.1 mm,胃窦前壁肿块切面大小约 4.0 mm×24.8 mm。胃管壁外未见明显肿大淋巴结。超声内镜检查考虑“全胃 MALT 淋巴瘤可能性大”。

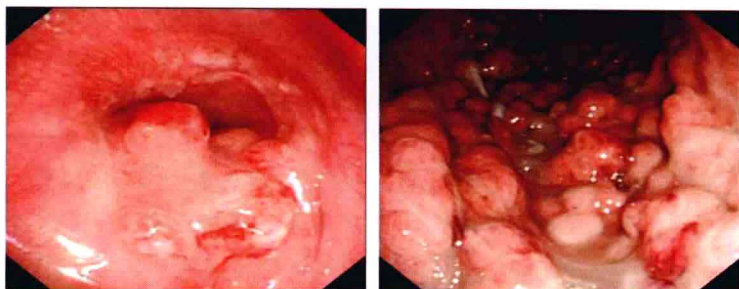


图 1-1 内镜示食管贲门(左)出现黏膜增生性病变,胃体(右)可见肥厚的皱襞,酷似大脑沟回。表面伴有糜烂或出血

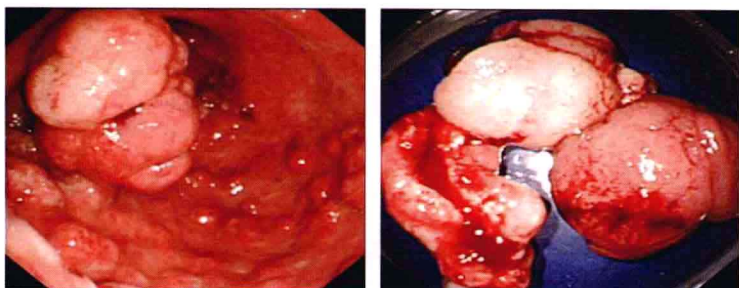


图 1-2 胃体近胃窦处可见黏膜息肉样隆起(左),右图示内镜下行黏膜切除术切除大块剥离活检组织标本

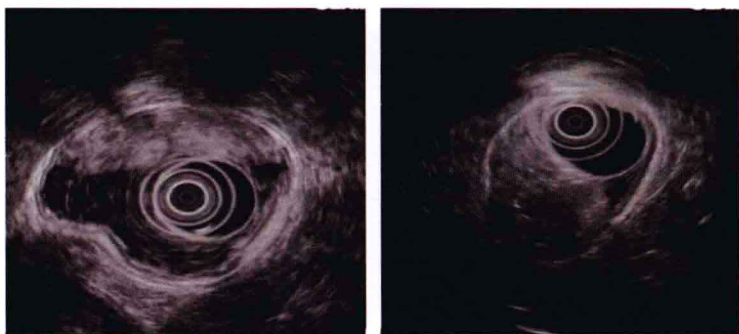


图 1-3 超声内镜示胃体(左)及近胃窦处(右)可见黏膜层明显增厚,呈低回声肿块影,黏膜下层及以下结构大致正常

病理活检：送检黏膜剥离切除标本可见黏膜及黏膜下层组织。病变以黏膜层为主，表现为胃小凹明显增生，黏液分泌腺体为单层柱状上皮，呈分支或螺旋状排列，部分形成锯齿状结构或呈囊性扩张，少量腺体有肠上皮化生伴轻度不典型增生(图1-4、1-5)。间质水肿伴有淋巴细胞和浆细胞等炎性细胞浸润。黏膜下为疏松结缔组织及血管，血管明显扩张充血，组织结构无明显异常。病理诊断为：胃弥漫性Ménétrier病伴局限性息肉样增生，部分区域肠上皮化生伴中度不典型增生。

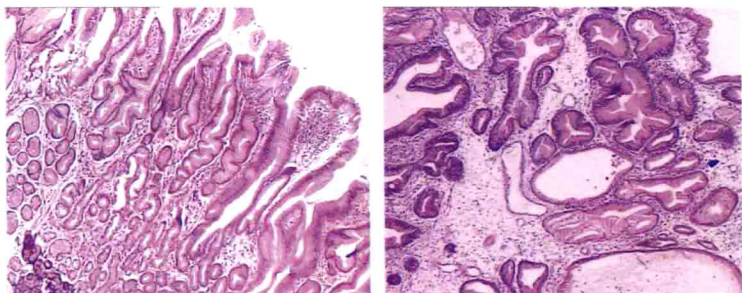


图1-4 剥离活检病理组织学观察病变主要以胃小凹单层柱状上皮增生为主，部分区域腺上皮呈锯齿状排列及囊性扩张



图1-5 黏膜活检少部分区域可见腺体中度不典型增生

讨论

该患者病情有以下特点：①女性，67岁，以腹部胃症状为主；②化

验肿瘤标记物检查阴性,低蛋白血症;③胃镜示胃皱襞肿胀呈弥漫性结节伴胃窦部息肉样肿物;④超声内镜示胃壁层次结构清楚,黏膜层明显增厚,胃管壁外未见明显肿大淋巴结;⑤黏膜剥离行病理学检查示病变以黏膜层为主,表现为胃小凹黏液分泌腺体增生,少量腺体有肠上皮化生伴轻度不典型增生。间质未见明显的淋巴细胞增生。综合以上特点,诊断胃 Ménétrier 病。

Ménétrier 病(肥厚性胃病)是一种以胃内黏膜增生肥厚为主要表现的良性增生性胃病,属于癌前病变。该病最初由 Ménétrier 于 1888 年发现并描述为片状多发腺瘤,后来也有使用胃黏膜巨大肥厚症、巨大肥厚性胃炎、胃黏膜息肉样肿瘤、胃腺乳头状瘤病、肥厚性增生性胃炎等名称。该病临床上较为罕见,文献上均以个案报告为主。发病原因目前并不十分清楚,研究表明可能与幽门螺杆菌感染有关,根除幽门螺杆菌可促进病变的缓解。发生在儿童者,多与巨细胞病毒有关,但部分成年病例也可检出巨细胞病毒感染,因此对怀疑本病的患者,为指导本病治疗可用原位杂交的方法检测该病毒是否存在。发病机制可能与胃黏膜产生过多的转化生长因子 α 和表皮生长因子受体有关。研究表明,转化生长因子 α 是结合表皮生长因子受体的配体之一,可促进表面黏液细胞增生和黏液分泌。利用过表达转化生长因子 α 的转基因小鼠模型,可呈现小凹上皮增生、黏液分泌增加、壁细胞量及胃酸分泌减少等,这些表现与 Ménétrier 病极为相似。

临床上,本病以上消化道症状为主,患者常有上腹部疼痛、饱胀不适、恶心、嗝气、反酸。因胃腺黏液细胞增生,主细胞及壁细胞减少,导致胃蛋白酶和胃酸分泌减少,黏液分泌白蛋白增多,形成蛋白丢失性胃病,因此低蛋白血症、水肿、消瘦极为常见。伴黏膜糜烂时,可出现黑便或呕血。病理学上,病变部位以胃体、胃底及贲门多见,亦可累及胃窦及十二指肠。大体观黏膜的正常结构消失,代之以巨大的增生肥厚的皱襞,皱襞之间隔以深裂,酷似大脑的沟回。黏膜表面可伴有糜烂或出血;部分可呈局限性隆起,增生的黏膜皱襞形成结节突入胃腔。显微镜观察病变一般仅局限于黏膜层,肌层及浆膜层较少受累。镜下可见胃小凹单层柱状上皮明显增生,呈直性、分支、螺旋状或囊性弯曲,黏液分