

克隆病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E5_85_8B_E9_9A_86_E7_97_85_c22_302064.htm 名称克隆病所属科室消化内科病因 病因迄今未明，近年认为可能有下列因素。一、感染 本病过去认为可能由结核杆菌引起，后已否定。近年发现病变组织中分离出一种病毒，接种于小鼠和家兔，能引起肉芽肿性病变，但是否为本病的病原体，或仅是一种过路病毒尚未定论。二、免疫反应 本病的发病和免疫反应有关。本病的主要病理改变与迟发型变态反应的病变相似；在组织培养中，取病人的淋巴细胞对正常结肠上皮细胞有细胞毒作用；病人血清中有抗结肠上皮细胞抗体或病变组织中查到抗原抗体复合物；常并发肠外表现如关节炎；激素治疗能使病情缓解。以上几点说明可能与免疫反应有关，确切机制尚未明确。三、遗传 家族中的发病率较高，占10 - 20%，在不同种族间发病率也有明显差异，提示与遗传因素有关。目前认为本病，可能系多种因素的综合作用。病理 克隆病最多累及回肠末端及邻近的右侧结肠，其次为局限于回肠末段或结肠，而整个胃肠道其他部位也可出现此病变，受累肠段呈节段性分布，与正常肠段分界清楚，可以呈区域性涉及一个肠段，也可跳跃性累及多个肠段。本病的病理特点是贯穿肠壁各层的全壁性炎症性病变，主要表现为粘膜充血、水肿、表面有溃疡，浆膜层有纤维性渗出物，相应的肠系膜充血、水肿、肠系膜淋巴结肿大。镜下所见为肠壁各层水肿，以粘膜下层最为明显，有充血、炎性细胞浸润、淋巴管扩张及组织细胞增生等。随着疾病的发展，粘膜面有多数匍行性溃疡或纵行裂沟，深达肌层并可互相形成窦道。四周的粘膜由

于粘膜下层的水肿，肉芽肿性增生等，可隆起呈铺路石状。因肠壁有弥漫性炎细胞浸润，肉芽组织增生及纤维化，使肠壁逐渐增厚僵硬，肠腔狭窄，呈橡皮管样或皮革样坚韧。受累肠段因有纤维素性渗出，常和邻近的肠段及其他器官粘连；或与增厚的肠系膜、肿大变硬的淋巴结互相粘连成不规则肿块。纵行裂沟与匍行溃疡可并发穿孔和局部脓肿或穿透到其他肠段、器官或肠壁形成内外瘘。组织学改变为肠壁各层炎性反应，弥漫性的淋巴细胞与浆细胞浸润，并有散在非干酪性坏死性肉芽肿，后者的特点和结核性假结节相似，但无结核杆菌和干酪坏死。临床表现起病多数缓慢、病程呈慢性隐匿过程，有活动期和缓解期相交替的趋势。少数为急性起病，可表现为急腹症、肠穿孔、肠梗阻等。

一、腹痛是最常见的症状，多位于右下腹或脐周，一般为中等度疼痛，呈痉挛性，餐后加重，禁食、休息、局部热敷可减轻。如炎症波及腹膜或急性肠穿孔时可出现全腹剧痛，呈急性腹膜炎表现。部分病人出现急性右下腹痛，并扪及包块，酷似急性阑尾炎。

二、腹泻由于炎症刺激肠道使蠕动增加或因广泛小肠受累引起吸收不良所致。粪便呈糊状，一般每日3 - 4次，常无脓血及粘液，病变位于结肠远端常有粘液血便。

三、腹块由于肠壁或肠系膜增厚、肠粘连、肠系膜淋巴结肿大，内瘘或局部脓肿形成，故常可于右下腹扪及包块，比较固定，边缘不很清楚，有压痛。

四、瘘管形成本病的特征性体征，病变肠段的溃疡向四周组织与脏器穿透易形成内外瘘。内瘘可通向其他肠段、肠系膜、膀胱、输尿管、阴道和腹膜后等处，外瘘系经腹壁、肛门四周通向体外。肠段之间瘘管形成常导致腹泻加重，营养障碍和全身情况恶化。瘘管通向组织和

器官常因粪便污染而发生感染，如腹膜后脓肿、膀胱或阴道炎症。腹壁外瘻常因腹部手术而诱发。五、肛门直肠四周病变 部分病人有肛门四周瘻管、脓肿、肛裂等病变，约四分之一的病人这些病灶存在多年才出现腹部症状。六、全身表现 约三分之一的病人有间歇性低热或中等度发热，偶有高热。严重者可有贫血、消瘦、低蛋白血症及水电解质紊乱。七、肠外表现 部分病人有鹅口疮性口炎、结节性红斑、杆状指、皮肤溃疡、关节炎和肝肿大等。

检查 一、血液检查 常有贫血、白细胞增多、红细胞沉降率加速。病变有活动者血清溶菌酶浓度可增高，血清钾、钙、白蛋白均可降低。二、粪便检查 隐血试验常呈阳性。有吸收不良综合征者粪便脂肪含量常增加。病变累及左侧结肠、直肠者，粪便可有粘液和脓血。

辅助检查 一、胃肠X线钡餐检查 是诊断本病的重要方法，病变为节段性分布，常以回肠末端与右侧结肠为主，病变部粘膜皱襞粗乱，可见卵石样充盈缺损，肠轮廓不规则，其边缘可呈小锯齿状。典型的X线征象回肠末段肠腔狭窄而管壁僵直呈一细条状称线样征。由于肉芽肿发生及 / 或溃疡形成，使肠壁纤维组织增生，造成疤痕收缩，可见局限性环状狭窄，单发或多发，其上方肠段亦扩张，如有瘻管形成则出现钡剂分流现象。二、纤维结肠镜检查 对全结肠及回肠末端病变有诊断价值。镜下可见肠粘膜呈慢性炎症，铺路石样表现，有多数匍行沟槽样纵行溃疡，肠腔明显狭窄，病变肠段之间的粘膜正常。活组织检查可发现粘膜下微小肉芽肿。诊断 对青壮年患者有慢性反复发作的右下腹疼痛、腹泻、腹部压痛、肿块等表现，非凡在X线胃肠检查发现病变主要在回肠末段与邻近结肠，或同时有其他肠段的节段性病变者可考虑本

病。纤维结肠镜检查及活检有非干酪性肉芽肿等病变时可作出诊断。根据世界卫生组织提出临床病理概念，日本消化病学会拟订了本病的诊断标准。非连续性或区域性病变；病变粘膜呈铺路石样或纵行溃疡；全层性炎症病变，伴有肿块或狭窄；结节样非干酪性肉芽肿；裂沟或瘘管；肛门病变，有难治性溃疡、非典型肛瘘或肛裂。具有上述者为疑诊，再加上或之一可以确诊。有中的二项，加上也可确诊。鉴别诊断一、肠结核多数有肠外结核，且结核菌素试验可呈阳性，X线钡餐检查病变无节段性分布，很少有铺路石征和瘘管形成，抗结核治疗有效。二、回盲部肿瘤年龄在40岁以上，病情呈进行性发展，右下腹肿块质地坚硬，X线钡剂灌肠检查显示回盲部充盈缺损。纤维结肠镜和活组织检查可获确诊。三、溃疡性结肠炎见表2-8-1

克隆病	溃疡性结肠炎
症状与体征	发热 少见 腹痛 较重，常在右下腹或脐周 较轻，常在左下或下腹
腹块	常见 罕见
粪便	一般无粘液，脓血 常有粘液，脓血 里急后重 少见 常见
中毒性巨结肠	少见 可有X线检查 受累肠段 回肠末段与邻近结肠为主，节段性受累 以直肠、乙状结肠为主，常向上扩展，结肠受累 连续性 肠腔狭窄 多见 较少见 瘘管形成 多见 少见
直肠结肠镜检	部位 可见近端结肠病变，少数累及直肠 常见 直肠乙状结肠 病变 正常粘膜 见于病变肠段之间 病变弥漫，其间无正常粘膜 粘膜病变 卵石样，有较深的沟槽样溃疡 细颗粒状，有糜烂与浅溃疡 粘膜脆性 一般不增加 增加，触之易出血 炎性息肉 可见 常见
活检病理	肠壁炎症 全壁性 主要在粘膜与粘膜下层 肠腺隐窝脓肿 少见 多见 非干酪性肉芽肿 多见 无癌变 少见 可

见四、急性阑尾炎出现腹泻者少见，右下腹压痛局限于麦氏点，少数克隆病合并急性阑尾炎，常需手术方能确诊。五、其他尚应和血吸虫病、慢性菌痢、肠阿米巴，小肠淋巴瘤等进行鉴别。并发症以肠梗阻为最常见，其次腹腔或腹膜后脓肿、肠道大出血及吸收不良综合症。中毒性巨结肠远比溃疡性结肠炎发生率为低。治疗本病的内科治疗原则及用药和溃疡性结肠炎大致相同。

一、一般治疗 有活动期病变者宜卧床休息，给高热量易消化、富营养饮食。严重病人应予补液，纠正脱水和电解质平衡失调，静脉高营养疗法或鼻饲要素饮食。腹痛可用抗胆碱能药物，如颠茄制剂、普鲁本辛等。腹泻者可用钙剂和试用消胆胺，贫血者补充维生素B12、叶酸或输血。血清蛋白过低者可给静脉输血清白蛋白、水解蛋白。

二、水杨酸偶氮磺胺吡啶（SASP）对本病有一定疗效，用法参照本篇第七节（溃疡性结肠炎）。

三、肾上腺糖皮质激素适用于本病的活动期，对控制症状有效。用法参照溃疡性结肠炎。病变以左半结肠为主者亦可用激素保留灌肠。有腹腔化脓感染及瘘管形成者不宜使用。

四、其他 为控制肠道继发感染要选用庆大霉素、氨苄青霉素等，针对肠道厌氧菌感染可给甲硝唑400mg，每日三次口服，长期服此药一般无严重副作用。慢性持续或反复发作的病例，非凡是对肾上腺皮质激素治疗无效的患者，可试用免疫抑制剂硫唑嘌呤，每日2mg / kg。近来有报道用环胞素A治疗本病，疗效好。

五、手术治疗 因术后的复发率高，故手术适应证限于肠穿孔、完全性肠梗阻、下消化道大出血、瘘管及脓肿形成，经内科治疗无效的中毒巨结肠及疑有结肠癌等。一般采用回肠造瘘术或全结肠切除术。预防及预后 本病经治疗后可好转或自行缓解。

但多数病人迁延不愈，反复发作，预后不佳。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问
www.100test.com