

结核性腹膜炎 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__E7_BB_93_E6_A0_B8_E6_80_A7_E8_c22_302081.htm 名称结核性腹膜炎所属科室消化内科病因 结核性腹膜炎绝大多数继发于其它器官的结核病变。本病的感染途径可由腹腔内结核直接蔓延或血行播散而来。前者更为常见，如肠结核、肠系膜淋巴结核、输卵管结核等，均可为本病的直接原发病灶。女性多于男性，可能由于盆腔结核逆行感染所致。病理 结核性腹膜炎的病理特点可为三型，即渗出型、粘连型及干酪型。以粘连型为最多见，渗出型次之，干酪型最少。在疾病的发展过程中，可由一个类型转变为另一类型，或二、三种类型同时存在。

一、渗出型 又称腹水型。腹膜的脏层与壁层有不同程度的充血、水肿及大量纤维渗出物。整个腹膜包括大网膜、肠系膜，可见无数黄白色或灰白色的细小结核结节，并可互相融合呈块状。积聚在腹腔的浆液渗出液可形成腹水，一般为草黄色，有时为血性。

二、粘连型 腹膜有大量纤维增生，明显增厚，并和四周脏器形成广泛粘连，致使肠曲受压而引起梗阻。大网膜也因纤维化而增厚变硬，并卷缩成团块，严重病例，腹腔可完全闭塞。本型可由渗出型病变腹水吸收后形成，也可在开始时即为粘连型。

三、干酪型 此型以干酪坏死性病变为主。肠曲、大网膜、肠系膜或腹腔内其它脏器，相互间粘连并分隔成许多小房，房内渗出液多系混浊脓性，干酪样坏死的肠系膜淋巴结常参杂其中，形成结核性脓肿。久之，脓肿可向肠壁、阴道或腹壁溃破，形成内瘘或外瘘。本型病变最为严重，多由另外两型转变而来。

临床表现 结核性腹膜炎的临床表现随原发病灶、感染途径、病理类型及机体反应

性的不同而异，本病的起病缓急不一。多数起病较缓，但急性发病者亦为数不鲜。起病时，主要症状为倦怠，发热、腹胀和腹痛，亦有畏寒、高热骤然起病者。轻型病例开始呈隐袭状态。

一、全身表现 发热与盗汗最为常见，约占67 - 95%，热型以低热与中等热居多，约三分之一患者呈弛张热，渗出型、干酪型病例或合并有严重的腹外结核的患者可呈稽留热，盗汗严重，后期有贫血、消瘦、浮肿、舌炎、口角炎及维生素A缺乏症等营养不良的表现。在育龄妇女中，停经不育者较常见。

二、腹痛 约有三分之二的患者可出现不同程度的腹痛，多为持续性隐痛或钝痛，疼痛多位于脐周、下腹、有时在全腹部。当患者出现急腹症时，应考虑是否因肠系膜淋巴结或腹腔其它结核干酪样坏死病灶溃破后，引起的急性腹膜炎，也可由肠结核急性肠穿孔等原因所致。

三、腹胀与腹水 多数患者有腹胀感，可因结核病中毒症状或腹膜炎伴有的肠功能紊乱引起。约三分之一患者可出现腹水，以小量、中等量为多见。腹水量超出1000ml时可发现移动性浊音。少量腹水需借助B超检查。

四、腹壁柔韧感 柔韧感是由于腹膜受到轻度刺激或慢性炎症所造成的，可见于本病的各型，但一般认为是粘连型结核性腹膜炎的临床特征。绝大多数患者均有不同程度的压痛，一般较稍微，少数压痛明显并有反跳痛，后者多见于干酪型。

五、腹部肿块 粘连型及干酪型患者的腹部常可触及肿块，多位于中下腹部。肿块多由增厚的大网膜、肿大的肠系膜淋巴结、粘连成团的肠曲或干酪样坏死脓性物积聚而成，其大小不一，边缘不齐，有时呈横形块状物或有结节感，多有稍微触痛。

六、其它部分患者可出现腹泻，通常是由于腹膜炎症刺激所致，也可因肠曲间瘻管形

成所引起。一般每日3 - 4次。粘连型患者，便秘较为常见，有时腹泻与便秘交替出现。肝肿大并不少见，可由营养不良所致脂肪肝或肝结核引起。如并发肠梗阻时，可见蠕动波，肠鸣音亢强。检查一、血象、红细胞沉降率和结核菌素试验部分患者有轻度至中度贫血，后者多见于病程较长而病变活动的患者，非凡是干酪型或有并发症者。白细胞计数多正常或稍偏高，少数偏低。腹腔结核病灶急性扩散者或干酪型患者的白细胞计数可增高，红细胞沉降率可作为病变活动的简易指标，在本病活动期一般增快，病变趋于静止时逐渐正常。结核菌素试验呈强阳性者对诊断本病有帮助，但在粟粒型结核或重症病人反而可呈阴性。二、腹水检查 腹水为草黄色渗出液，静置后自然凝固，少数呈血性。偶见乳糜性，比重一般超过1.016，蛋白含量在30g/L，白细胞计数超出 $5 \times 10^8 / L$ (500 / ul)，以淋巴细胞为主。但有时因低蛋白血症，腹水性质可接近漏出液，必须结合全面进行分析。近年主张对感染性腹水的判定应增加实验诊断指标，腹水葡萄糖 $< 3.4 \text{ mmol/L}$, pH < 7.35 时，指示细菌感染，非凡是腹水腺苷脱氨酶活性增高时，提示结核性腹膜炎。本病腹水的一般细菌培养阴性，浓缩找到结核杆菌的阳性机会很少，结核菌培养的阳性率也低，但腹水动物接种阳性率可达50%以上。辅助检查一、胃肠X线检查 钡餐检查如发现肠粘连、肠结核、肠痿、肠腔外肿块等现象，对本病诊断有辅助价值。腹部平片有时可见到钙化影，多系肠系膜淋巴结钙化。二、腹腔镜检查 有腹膜广泛粘连者禁忌检查。一般适用于有游离腹水的患者，可窥见腹膜、网膜、内脏表面有散在或集聚的灰白色结节，浆膜失去正常光泽，混浊粗糙，活组织检查有确

诊价值。诊断典型病例诊断一般无困难，主要依据有：一、青壮年患者有原因不明的发热、持续两周以上，伴有盗汗，经一般抗生素治疗无效者；二、有结核密切接触史或本人有肺结核其它肠外结核者；三、腹壁柔韧感，有腹水或可触及肿块者；四、血沉增速，腹水为渗出液；五、X线胃肠钡餐检查发现肠粘连等征象。鉴别诊断 由于本病的临床表现常不典型，往往给诊断带来困难，误诊率较高，国内报告达14%，约有四分之一病人经剖腹探查、腹腔镜检查或尸检才确诊，因此应认真进行鉴别诊断。

一、与有腹水的疾病鉴别 肝硬化失代偿，患者有肝功异常、门脉高压、脾功亢进、肝病面容及蜘蛛痣等表现。腹水为漏出液。典型病例不难鉴别，但需注重肝硬化腹水的病人有时可合并结核性腹膜炎； 癌性腹水多为血性腹水，反复腹水检查可找到瘤细胞； 其它缩窄性心包炎、肝静脉阻塞综合征均可产生腹水，但二者均有相应的心包和肝脏体征，腹水顽固难消。

二、与发热为主要表现的疾病鉴别 结核性腹膜炎有稽留热时需与伤寒鉴别。伤寒常有表情淡漠、相对缓脉、血清widal反应及血培养阳性。

三、与腹痛为主要症状的疾病鉴别 应注重与克隆病、慢性胆囊炎、慢性阑尾炎、消化性溃疡、异位妊娠等疾病鉴别。合并有肠梗阻、穿孔及腹膜炎时，应与其它原因引起的急腹症鉴别。

四、与腹块为主要体征的疾病鉴别 本病有时与卵巢囊肿、结肠癌、卵巢癌等恶性肿瘤相混淆，应注重鉴别。

治疗原则及药物可参照肺结核，但仍需注重以下几点：

一、抗结核药对本病的疗效略低于肠结核。因此用药及疗程应予加强或适当延长。一般以链霉素、异菸肼及利福平联合应用为佳，也可另加吡嗪酰胺或乙胺丁醇，病情控制后，可

改为异菸肼与利福定或异菸肼口服加链霉素每周2次，疗程应在12个月以上。二、对腹水型患者，在放腹水后，于腹腔内注入链霉素、醋酸可的松等药物，每周一次，可以加速腹水吸收并减少粘连。三、对血行播散或结核毒血症严重的患者，在应用有效的抗结核药物治疗的基础上，亦可加用肾上腺皮质激素，以减轻中毒症状，防止肠粘连及肠梗阻发生。四、鉴于本病常继发于体内其它结核病，多数患者已接受过抗结核药物治疗，因此，对这类患者，应选择以往未用或少用的药物，制订联合用药方案。五、在并发肠梗阻、肠穿孔、化脓性腹膜炎时，可行手术治疗。与腹内肿瘤鉴别确有困难时，可行剖腹探查。预防及预后 预防措施参见《肺结核》，对肺、肠、肠系膜淋巴结、输卵管等结核病的早期诊断与积极治疗，是预防本病的重要措施。 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