

肠结核 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__E8_82_A0_E7_BB_93_E6_A0_B8_c22_302089.htm 名称肠结核所属科室消化内科病因 肠结核是临床上较为常见的肺外结核病，是因结核杆菌侵犯肠道而引起的慢性感染。绝大多数继发于肺外结核，非凡是开放性肺结核。发病年龄多为青壮年，女略多于男。肠结核一般都由人型结核杆菌引起，偶有因饮用带菌牛奶或乳制品罹患牛型结核者，结核杆菌侵犯肠道的主要途径有：一、胃肠道感染 为肠结核的主要感染方式，患者原有开放性肺结核，因经常吞咽含有结核菌的自身痰液而继发感染；或经常与肺结核患者密切接触。又忽视消毒隔离措施可引起原发性肠结核。结核杆菌被食入后，因其具有含脂外膜，多数不被胃酸杀灭。病菌到达肠道（非凡是在回盲部）时，含有结核杆菌的食物已成食糜，有较大机会直接接触肠粘膜，同时因回盲部存在着生理性潴留及逆蠕动，更增加感染机会。加之回盲部有丰富的淋巴组织，对结核的易感性强，因此，回盲部即成为肠结核的好发部位。二、血行播散 血行播散也是肠结核的感染途径之一。见于粟粒型结核经血行播散而侵犯肠道。三、邻近结核病灶播散 肠结核还可由腹腔内结核病灶直接蔓延而引起，如输卵管结核、结核性腹膜炎、肠系膜淋巴结核等。此种感染系通过淋巴管播散。结核病和其它许多疾病一样，是人体和细菌（或其它致病因素）相互作用的结果。只有当入侵的结核杆菌数量较多、毒力较强，并有机体免疫功能异常（包括肠道功能紊乱引起的局部抵抗力削弱）时，方能致病。病理 肠结核好发于回盲部，依次为升结肠、空肠、横结肠、降结肠、阑尾、十二指肠及乙状结肠

等处，偶有位于直肠者。胃结核亦有报导，但极少见。结核菌侵入肠道后，其病理变化随人体对结核杆菌的免疫力与过敏反应的情况而定。当感染菌量多，毒力大，机体过敏反应强时，病变往往以渗出为主。并可有干酪样坏死并形成溃疡，称为溃疡型肠结核；若感染较轻，机体免疫力（主要是细胞免疫）较强时，病变常为增生型，以肉芽组织增生为主，形成结核结节并进一步纤维化，称为增生型肠结核。实际上兼有溃疡与增生两种病变者，并不少见，此称为混合型或溃疡增生型肠结核。

一、溃疡型肠结核 结核杆菌侵入肠壁后，首先肠壁集合淋巴组织有充血、水肿及渗出等病变，进一步发生干酪样坏死，随后形成溃疡并向四周扩展，溃疡边缘可不规则，深浅不一，有时可深达肌层或浆膜层，甚至累及四周腹膜或邻近肠系膜淋巴结。溃疡型肠结核常与肠外组织粘连，因此肠穿孔发生率低。肠结核的溃疡可随肠壁淋巴管扩展，多呈环状。在修复过程中，因有大量纤维组织增生和瘢痕形成，易导致肠腔环形狭窄。此外，溃疡部位的血管有闭塞性内膜炎，所以溃疡型肠结核很少引起大出血。

二、增生型肠结核 常见于盲肠和升结肠。初期局部水肿、淋巴管扩张。慢性期有大量结核性肉芽组织和纤维组织增生，主要在粘膜下层，呈大小不等的结节，严重者呈瘤样肿块突入肠腔并形成肠狭窄，甚则引肠梗阻。病变的肠段变窄增厚，或与四周组织粘连，形成肿块。回肠往往因盲肠慢性梗阻而扩大。

临床表现 肠结核多数起病缓慢，病程较长，典型临床表现归纳如下：一、腹痛 因病变常累及回盲部，故疼痛最常见于右下腹，触诊时可发现局限性压痛点。疼痛亦可位于脐周，系回盲部病变牵引所致，疼痛一般较轻，呈隐痛或钝痛，亦有

表现为间歇性疼痛，常于进餐时或餐后诱发，此为进食引起胃回肠反射或胃结肠反射所致；餐后疼痛系病变的肠曲痉挛或蠕动增强，因而疼痛常伴有便意，便后可使疼痛缓解。增生型肠结核并发肠梗阻时，腹痛主要为绞痛，并有肠梗阻的相应症状。

二、腹泻与便秘 腹泻是溃疡型肠结核的主要症状之一，这是因肠曲炎症和溃疡的刺激，使肠蠕动加速、排空过快以及继发性吸收不良所致。排便一般每日2 - 4次，多为糊状便，轻者仅含少量粘液，严重者腹泻可每日多达10余次，便中有粘液及脓液，血便较少见。此外还可间有便秘，粪便呈羊粪状，或腹泻一便秘交替出现。

三、腹部肿块 主要见于增生型肠结核，肠壁局部增厚形成肿块。当溃疡型肠结核和四周组织粘连，或并有肠系膜淋巴结结核等，均可形成肿块而被扪及。腹块常位于右下腹，中等硬度，可有轻压痛，有时表面不平，移动度小。

四、全身症状 溃疡型肠结核常有结核毒血症，如午后低热、不规则热，弛张热或稽留热，伴有盗汗，可有乏力、消瘦、贫血营养不良性水肿等症状和体征，并可有肠外结核非凡是结核性腹膜炎、肺结核等有关表现，增殖型肠结核多无结核中毒症状，病程较长，全身情况较好。

检查一、血象与血沉 白细胞总数一般正常，淋巴细胞常偏高，红细胞及血红蛋白常偏低，呈轻、中度贫血，以溃疡型患者为多见。在活动性病变患者中，血沉常增快。

二、粪便检查 增生型肠结核粪便检查多无明显改变。溃疡型肠结核粪便镜检可见少量脓细胞和红细胞。粪便浓缩找结核菌，只有痰菌阴性时，才有意义。

辅助检查一、X线检查 X线钡餐造影或钡剂灌肠检查对肠结核诊断具有重要意义。并发肠梗阻的患者只宜进行钡剂灌肠，以免钡餐检查加重梗阻，溃疡

型肠结核肠段多有激惹现象，钡剂排空很快，且充盈不佳，病变上下两端肠段钡剂充盈良好，此称为跳跃征象。增生型肠结核等征象。有肠梗阻时，近端肠曲常明显扩张。二、纤维结肠镜检可直接观察全结肠、盲肠及回盲部的病变，并可进行活检或取样作细菌培养。诊断典型病例的诊断一般无困难。但疾病早期，常因症状不明显或缺乏特征性而易漏诊。下列几点可作为诊断本病的依据。一、临床表现有长期发热、盗汗、腹痛、腹泻（或便秘）的青壮年患者。二、肺结核或其它肠外结核患者原病灶已好转，但消化道症状和结核毒血症症状反见加重者。三、右下腹肿块伴压痛，或出现原因不明的不完全性肠梗阻表现者。四、胃肠X线检查回盲部有激惹、钡剂充盈缺损或狭窄征象者。对于疑有肠结核的患者，在初步排除相关的疾病后，仍难确诊时，可给予抗结核药物，治疗两周，观察疗效，以帮助诊断。鉴别诊断一、克隆病 本病的临床表现和X线征象与肠结核极为酷似，有时甚难鉴别，可借助下列几点协助诊断： 本病无肺结核或肠外结核病史； 病程一般更长，不经抗结核治疗可出现间断缓解； 粪便及其它体液及分泌物检查无结核菌； X线检查可见病变以回肠末端为主，有多段肠曲受累，并呈节段性分布； 肠梗阻、粪瘘等并发症较肠结核更为多见； 切除病变肠段作病理检查无干酪样坏死，镜检与动物接种均无结核杆菌。二、右侧结肠癌 本病发病年龄多为40岁以上中老年人； 无长期低热、盗汗等结核毒血症及结核病史； 病情进行性加重，消瘦、苍白、无力等全身症状明显； 腹部肿块开始出现时移动性稍大且无压痛，但较肠结核肿块表面坚硬，结节感明显； X线检查主要有钡剂充盈缺损，病变局限，不

累及回肠； 肠梗阻较早、较多出现； 纤维结肠镜检可窥见肿瘤，活检常可确诊。在临床上结肠癌的发病率较肠结核为高。三、阿米巴或血吸虫病性肉芽肿 肠阿米巴或血吸虫病可形成肉芽肿病变，在鉴别诊断上应注重。该类疾病无结核病史，脓血便较常见，粪便中发现有关的病原体，直肠及结肠镜常可证实诊断，相应的特异性治疗有效。四、其他疾病除上述疾病外，肠结核尚应与下列疾病鉴别：以腹痛、腹泻为主要表现者应与腹型淋巴瘤、肠放线菌病相鉴别；以急性右下腹剧痛为主要表现者应注重避免误诊为急性阑尾炎；以慢性腹痛牵扯上腹部者易与消化性溃疡、慢性胆囊炎混淆；有稽留高热者需排除伤寒。治疗 肠结核的治疗与肺结核一样，均应强调早期、联合、适量及全程用药。一、休息与营养合理的休息与营养应作为治疗结核的基础。活动性肠结核应强调卧床休息，减少热量消耗，改善营养，增加机体抗病能力。二、抗结核药物治疗 抗结核药物选择、用法详见肺结核。一般可分长疗程法与短疗程法：（一）长疗程法 此系标准疗法，用异菸肼、链霉素两药或加对氨基水杨酸三药联合应用。全程需12 - 18个月。（二）短疗程法 疗程缩短至6 - 9个月其疗效与复发率和长疗程法取得同样满足效果。一般用异菸肼和利福平二种杀菌剂联合，对严重肠结核或伴有严重肠外结核者，宜加链霉素或吡嗪酰胺或乙胺丁醇三药联合。此种短疗程法需注重药物对肝脏的损害。可用利福啶代替利福平，每日150mg，毒性似较利福平为低。三、对症处理和手术治疗 腹痛可用颠茄、阿托品或其它抗胆碱药物。不完全性肠梗阻有时需行胃肠减压，并纠正水、电解质紊乱。有贫血及维生素缺乏症表现者，对症用药。手术治疗主要限于完全性

肠梗阻，或部分性肠梗阻经内科治疗未见好转者，急性肠穿孔引起粪瘘经保守治疗未见改善者；大量肠道出血经积极抢救未能止血者。预防及预后 肠结核常继发于肺结核，故应对原发病诊断，积极治疗，加强公共卫生宣传，教育患者避免吞咽痰液及不随地吐痰，提倡使用公筷，牛奶应充分消毒。

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