



[DOI] 10.3969/j.issn.1001-9057.2020.08.020

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2020.08.020

· 病例报告 ·

以胃石症伴消化道出血为首表现的白塞病一例

孙越 康凯 李异玲 常冰 何向民

[关键词] 胃石症; 消化道出血; 白塞病

患者,男,58岁,因“上腹痛伴黑便20余天,加重7天”于2017年4月9日入院。患者20余天前无明显诱因出现腹痛,以中上腹部为主,呈阵发性发作,刀割样,无放散,进食后加重,喜屈曲位,应用解痉药物可缓解,同时伴有黑便,每次约100 ml,每日1~2次,不成形,于当地医院就诊,胃镜检查结果显示为“残胃炎,胃石症”,结肠镜下未见明显异常。予以口服碳酸氢钠、凝血酶、云南白药等对症处理,未见明显好转。7天前患者上述症状加重并再次排出柏油样便,量约1000 ml,为求进一步诊治转入我科。患者起病以来间断发热,体温最高达38.5℃,无寒战,无咳嗽、咳痰,无恶心、呕吐及呕血,无胸闷、气短,精神状态一般,睡眠、饮食差,小便正常,近20天体重减轻约10 kg。10年前因胃癌行胃大部切除术(毕罗I式),饮酒40余年,每天饮白酒约500 ml,吸烟40余年,每天10余支。因“腰痛”曾间断口服双氯芬酸钠近1个月。入科体格检查:T 36.6℃,P 66次/分,R 18次/分,Bp 109/61 mmHg。睑结膜苍白,巩膜无黄染,口唇无发绀,浅表淋巴结未触及。双肺听诊呼吸音清,未闻及干湿啰音。心率66次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹部平坦,柔软,上腹部压痛阳性,无反跳痛、腹肌紧张,肝脾肋下未触及,Murphy征阴性,肝区无叩痛,移动性浊音阴性。肠鸣音3~4次/分。双下肢无水肿。入院血常规:WBC计数 $14.73 \times 10^9/L$ (括号内为正常参考值范围,以下相同, $3.50 \sim 9.50 \times 10^9/L$),Hb 99 g/L($130 \sim 175$ g/L),PLT计数 $462 \times 10^9/L$ ($125 \sim 350 \times 10^9/L$),C反应蛋白(CRP)77.2 mg/L(≤ 5.0 mg/L)。肿瘤标志物:糖类抗原(CA)125 37.52 U/ml(≤ 35.00 U/ml),癌胚抗原(CEA)、甲胎蛋白(AFP)、CA153及CA199均正常。粪便隐血阳性。免疫相关指标:抗核抗体(ANA)、可提取性核抗原抗体(ENA)、抗双链脱氧核糖核酸抗体(ds-DNA)、

抗狼疮细胞抗体(SM)、U1核糖核蛋白(U1RNP)、抗干燥综合征A抗体(SSA)、抗干燥综合征B抗体(SSB)、抗硬皮病抗体70(Scl-70)、抗细胞质组氨-tRNA合成酶抗体(Jo-1)、核周型抗中性粒细胞胞浆抗体(p-ANCA)、胞浆型抗中性粒细胞胞浆抗体(c-ANCA)均为阴性。结明试验阴性。结核菌素试验(PPD)和结核感染T细胞斑点试验(T-SPOT)均为阴性,红细胞沉降率:63 mm/h(≤ 15 mm/h)。全腹CT检查:胃大部切除术后改变。胃镜检查示:胃大部切除术后(毕罗I式),残胃炎,食管多发溃疡,十二指肠多发溃疡,于胃镜下行碎石治疗(图1)。碎石后第2天,患者腹痛症状未见明显缓解,并再次出现便血,呈暗红色,伴头晕无力,无呕血,仍有持续性上腹痛,间断发热。立即行急诊胃镜检查示:未见明显出血病灶,食管及十二指肠溃疡较前明显好转(图2A、2B)。诊断为上消化道出血,胃大部切除术后(毕罗I式),胃石症,残胃吻合口炎。结肠镜检查示:末端回肠多发溃疡,需结合病理检查结果及临床进一步诊断(图2C、2D)。结肠镜下取活组织行病理检查结果示:符合末端回肠浅溃疡(图3)。予以抑酸保护胃黏膜、抗炎、补液支持治疗,并请风湿免疫科会诊:结合患者口腔溃疡,常有毛囊炎样皮疹,食管、十二指肠及末端回肠多发溃疡,针刺实验阳性,目前



图1 患者于胃镜下行碎石治疗(A:碎石前;B:碎石后)

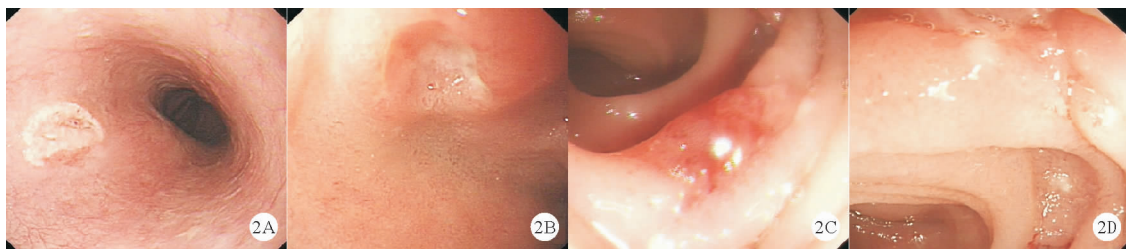


图2 患者胃镜和结肠镜检查结果(A:食管溃疡;B:十二指肠溃疡;C、D:末端回肠溃疡)

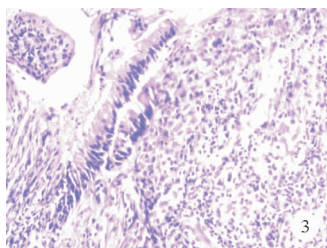


图3 患者结肠镜取活组织行病理检查结果:末端回肠浅溃疡
[苏木素-伊红(HE)染色, ×100]

考虑白塞病可能性大,予甲强龙 80 mg 每天 1 次静脉滴注,沙利度胺 50 mg 每日 1 次口服,3 天后患者体温恢复正常,便血症状停止,大便每天 1 次,为黄色成形软便,但仍有腹痛,程度较前明显减轻。之后予强的松 60 mg 每天 1 次口服,病情逐渐好转,3 天后出院。出院 1 个月后至我科门诊复诊,予糖皮质激素减量继续治疗。其后随访半年患者状态良好。

讨论

白塞病又称贝赫切特病,是一种病因不明、以复发性口腔溃疡、生殖器溃疡、皮肤和眼部病变为临床特征的自身免疫性疾病,可累及黏膜、皮肤、关节、眼、心血管、肺、神经、肌肉等多个组织和系统。痛性口腔溃疡也称阿弗他溃疡,约 1~2 周后可自行消退而不留瘢痕^[1],几乎 100% 患者均有复发性。复发性口腔溃疡是诊断白塞病的最基本必备症状。其中白塞病消化道损害又称为肠白塞病^[2],临床易漏诊和误诊,从口腔到肛门的全消化道均可受累,溃疡可为单发或多发,基本病理改变为血管炎^[1]。

白塞病包括血管型、神经型和胃肠型。白塞病的消化道首发症状各异,包括便血、腹痛、腹胀、反酸等^[3]。本例患者则以胃石症伴消化道出血为首发表现。胃肠型白塞病在临床上缺乏特异性,早期诊断困难,病变可累及食管下端、胃部、回肠远端、回盲部、升结肠,但以回盲部多见^[4]。临床上有反复口腔溃疡、外生殖器溃疡、皮肤损害患者如出现消化道症状应考虑白塞病的可能,尽快进行消化道内镜检查有助于早期诊断。消化内镜下主要表现为溃疡形成,溃疡可单发或多发,以孤立深大圆形溃疡为特征性表现,也可表现为阿弗他样浅溃疡或不规则溃疡^[5]。大部分患者预后良好,但有眼炎的患者可出现严重的视力下降,甚至失明。胃肠道受累可引起溃疡、出血、穿孔、肠瘘、吸收不良、感染等严重并发症,死亡率高达 10%。有中枢神经系统受累者死亡率达 12%~47%,存活者亦多有严重的后遗症。中大动脉受累后因动脉瘤破裂、心肌梗死等而发生突然死亡亦非罕见。

白塞病是一种特发性、慢性、复发性、多系统性血管炎,其特征是复发性口腔和生殖器口疮、眼病、皮肤病变^[6]。若患者有胃肠道症状,并通过客观检查证明有典型的溃疡性病变,则可诊断为肠白塞病^[7]。肠白塞病的病变区域可以贯穿整个胃肠道(从口腔到肛门),其溃疡性病变本质上类似血管炎,但血管炎很少在内镜或手术标本中观察到^[6]。目前白塞病并无明显的血清学诊断标志物。2007 年日本肠白塞病诊断和治疗的共识声明中肠白塞病的诊断标准为:(1)回肠末端有一个典型

的椭圆形大溃疡;(2)小肠或(和)大肠中均有溃疡或炎症,临床表现符合白塞病的诊断标准^[8]。2009 年日本关于肠白塞病的诊断标准认为口腔溃疡是重要的临床表现,结合结肠镜下表现可对肠白塞病的 4 种类型进行鉴别^[9]。其中患者回盲肠 <5 个、椭圆形的、深的、边缘离散的溃疡被认为是典型溃疡^[10]。胃通常被认为是胃肠道白塞病受累最少的部分^[6],但在不同患者群体中可能有所不同。一项纳入 28 例中国台湾白塞病患者的研究中,胃十二指肠受累的患病率高达 43%^[11]。

虽然本例患者结肠镜下未见典型溃疡,但根据 2014 年白塞病国际诊断标准可确诊其为白塞病,且予以相关治疗后基本好转,随访半年患者状态良好。本例患者有大量饮酒史、大量非甾体抗炎药(NSAIDs)使用史、胃大部切除病史、胃石症等相关干扰因素众多,干扰了快速准确的临床诊断。因此,临床中不能被患者既往的“诊断结论”影响。白塞病患者肠道表现为特异性肠道多发溃疡,与炎症性肠病、药物性溃疡、结核性腹膜炎等鉴别困难^[12]。胃石症大多与进食大量鞣酸类食物有关,而无相关病史的患者应多考虑是否因存在其他基础疾病所致的胃肠功能运动障碍。有研究表明胃轻瘫与白塞病相关^[13],我们推断本例患者的胃石症与白塞病存在一定相关性,但两者之间的具体关系尚不明确。通过此病例希望可以提高临床医生对于肠白塞病的认识。

参考文献

- [1] 中华医学会风湿病学分会. 白塞病诊断和治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志, 2011, 15(5): 345-347.
- [2] 叶京芬, 管剑龙. 肠白塞病病情评估和预后因素研究进展[J]. 临床内科杂志, 2018, 35(1): 69-70.
- [3] 陈小微, 吴建胜, 吴小丽. 以消化道为首发症状的白塞病临床诊治分析[J]. 实用医学杂志, 2005, 21(11): 1173-1174.
- [4] 陈文台, 彭孝纬. 肠白塞病的临床特点[J]. 国际消化病杂志, 2011, 31(2): 75-77, 85.
- [5] 张定国, 林淑玲, 王立生, 等. 成人肠白塞病临床特征和内镜特点分析[J]. 中国全科医学, 2013, 16(6): 660-662.
- [6] Skef W. Gastrointestinal Behçet's disease: A review [J]. World J Gastroenterol, 2015, 21(13): 3801-3812.
- [7] Cheon JH, Kim WH. An update on the diagnosis, treatment, and prognosis of intestinal Behçet's disease [J]. Curr Opin Rheumatol, 2015, 27(1): 24-31.
- [8] Kobayashi K, Ueno F, Bito S, et al. Development of consensus statements for the diagnosis and management of intestinal Behçet's disease using a modified Delphi approach [J]. J Gastroenterol, 2007, 42(9): 737-745.
- [9] Cheon JH, Kim ES, Shin SJ, et al. Development and validation of novel diagnostic criteria for intestinal Behçet's disease in Korean patients with ileocolonic ulcers [J]. Am J Gastroenterol, 2009, 104(10): 2492-2499.
- [10] Lee CR, Kim WH, Cho YS, et al. Colonoscopic findings in intestinal Behçet's disease [J]. Inflamm Bowel Dis, 2001, 7(3): 243-249.
- [11] Ning-Sheng L, Ruay-Sheng L, Kuo-Chih T. High frequency of unusual gastric/duodenal ulcers in patients with Behçet's disease in Taiwan: a possible correlation of MHC molecules with the development of gastric/duodenal ulcers [J]. Clin Rheumatol, 2005, 24(5): 516-520.
- [12] 刘媛媛, 朵瑞雪, 朱蓉, 等. 与结核杆菌感染相关白塞病的临床特点分析[J]. 临床内科杂志, 2018, 35(9): 615-617.
- [13] Bertken R. Behçet's disease associated with severe gastroparesis: a dramatic response to combination therapy with methotrexate and infliximab [J]. Am J Gastroenterol, 2002, 97(9): S268.

(收稿日期: 2019-12-25)

(本文编辑: 周三凤)