

克罗恩病外科治疗19例

栾洋, 宗光全, 陈坚, 宣佶, 徐琳, 王伟, 王峰, 刘绪舜

栾洋, 宗光全, 陈坚, 宣佶, 徐琳, 王伟, 王峰, 刘绪舜, 中国人民解放军第八一医院 江苏省南京市 210002

作者贡献分布: 栾洋与宗光全对此文贡献均等; 此课题由宗光全设计; 具体病例提供、操作由刘绪舜、王峰、宗光全、王伟、陈坚、宣佶、徐琳及栾洋完成; 论文撰写由栾洋完成; 宗光全给予指导并提出宝贵意见。

通讯作者: 宗光全, 主任医师, 210002, 江苏省南京市, 中国人民解放军第八一医院. zgqj@sohu.com
电话: 025-80864032

收稿日期: 2011-03-30 修回日期: 2011-05-25

接受日期: 2011-06-02 在线出版日期: 2011-06-18

Surgical treatment of Crohn's disease: an analysis of 19 cases

Yang Luan, Guang-Quan Zong, Jian Chen, Ji Xuan, Lin Xu, Wei Wang, Feng Wang, Xu-Shun Liu

Yang Luan, Guang-Quan Zong, Jian Chen, Ji Xuan, Lin Xu, Wei Wang, Feng Wang, Xu-Shun Liu, the 81st Hospital of Chinese PLA, Nanjing 210002, Jiangsu Province, China

Correspondence to: Guang-Quan Zong, the 81st Hospital of Chinese PLA, Nanjing 210002, Jiangsu Province, China. zgqj@sohu.com

Received: 2011-03-20 Revised: 2011-05-25

Accepted: 2011-06-02 Published online: 2011-06-18

Abstract

AIM: To investigate the diagnosis, surgical treatment and postoperative maintenance therapy of Crohn's disease.

METHODS: The clinical data for 19 patients with surgically and pathological proven Crohn's disease were analyzed retrospectively, including clinical manifestations, preoperative examination and diagnosis, intraoperative performance and diagnosis, and postoperative complications and maintenance therapy.

RESULTS: The rate of misdiagnosis of Crohn's disease was high. Only 3 patients were definitely diagnosed before operation, and the misdiagnosis rate was 84.21%. Crohn's disease showed atypical clinical manifestations. The symptoms of Crohn's disease were mainly abdominal pain and gastrointestinal tract symptoms. All patients had varying degrees of abdominal pain. Symptoms were related to dis-

eased region. Emergency surgery was performed in 3 (15.79%) cases, and elective operation in 16 (84.21%) cases. Reoperation was performed in 4 (21.05%) patients. Postoperative incision infection occurred in 2 cases, fat liquefaction of incision in 2 cases, and death in 1 case. The rate of postoperative complications was 26.32%. Postoperative maintenance of remission appeared in 12 (63.16%) cases, of which effective results were achieved in 5 cases and recrudescence occurred in 1 case.

CONCLUSION: The rate of misdiagnosis of Crohn's disease is high, mainly due to atypical clinical manifestations in the early period of the disease. Surgery can lead not only to a cure for the disease but also to verification of diagnosis. Surgical treatment can solve associated complications and improve patient's quality of life. Postoperative maintenance drug therapy can reduce recrudescence.

Key Words: Crohn's disease; Surgical treatment; Maintenance therapy

Luan Y, Zong GQ, Chen J, Xuan J, Xu L, Wang W, Wang F, Liu XS. Surgical treatment of Crohn's disease: an analysis of 19 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2011; 19(17): 1851-1854

摘要

目的: 探讨克罗恩病诊断、手术及术后维持治疗。

方法: 回顾性分析19例经手术、病理证实的克罗恩病患者的临床表现、术前检查及诊断、手术情况及诊断、术后并发症及维持治疗等临床资料。

结果: 克罗恩病误诊率高, 术前明确诊断为克罗恩病的仅3例, 误诊率为84.21%。临床表现不典型, 临床表现以腹痛及消化系症状为主, 19例均有不同程度腹痛, 腹痛发生率为100%, 症状与病变部位有关。本组病例急诊手术3例, 择期手术16例, 急诊手术占15.79%。其中4例患者为2次手术, 占21.05%。术后切口感染2例, 切口脂肪液化2例, 术后死亡1例, 术后并发症

背景资料

克罗恩病是一种发病原因不明的慢性肉芽肿性炎症, 可累及胃肠道的各个部位, 该病在西方国家较常见, 以往认为我国发病率较低, 但近年我国报道的病例有明显增多趋势, 该病病程长、误诊率高, 应引起医务工作者高度重视。

同行评议者

刘宝林, 教授, 中国医科大学附属盛京医院普通外科

■相关报道

Bernell等和Farmer等的研究, 患病的13年里74%的患者将接受首次外科治疗, 术后随访的10年里50%的复发患者将接受再次手术。

发生率26.32%。术后维持缓解12例, 占63.16%, 有效5例, 复发1例。

结论: 克罗恩病有较高的误诊率, 病程早期临床表现不典型是该病易误诊的主要原因之一, 手术兼有治疗和明确诊断的双重意义。手术可解决相关并发症, 改善患者的生活质量, 术后恰当的药物维持治疗可望减少复发。

关键词: 克罗恩病; 手术; 维持治疗

栾洋, 宗光全, 陈坚, 宣佑, 徐琳, 王伟, 王峰, 刘绪舜. 克罗恩病外科治疗19例. 世界华人消化杂志 2011; 19(17): 1851-1854
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/19/1851.asp>

0 引言

克罗恩病(Crohn's disease, CD)是一种原因不清楚的胃肠道慢性炎性肉芽肿性疾病, 与溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)合称为炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD), 于1932年由美国Crohn医生首先报道并命名。该病可累及胃肠道的各个部位, 但好发于末段回肠及邻近结肠。本病有终生复发倾向, 重症者迁延不愈。近年来我国文献报道该病患者人数不断增多, 值得引起临床医生高度重视。本研究通过对经手术治疗明确诊断为CD的19例病例回顾性分析其临床资料, 探讨其诊断、手术及手术后维持治疗的方法。

1 材料和方法

1.1 材料 2005-06/2010-05中国人民解放军第八一医院手术的CD患者19例, 所有病例均经手术和(或)病理证实为该病, 其中男16例, 女3例, 年龄25-74(平均42)岁。部分患者术前给予腹部CT、电子肠镜、消化道造影检查及活检病理检查。围手术期加强营养支持改善患者营养状况, 术中尽可能保留肠管, 术后联合内科治疗, 除1例死亡外, 其余18例均获得随访。

1.2 方法 动回顾性分析19例患者临床表现、术前检查及诊断、围手术期处理、术中所见及手术方式、术后并发症及维持治疗。

2 结果

2.1 临床表现 腹痛19例(100%), 多为脐周及右下腹隐痛, 伴恶心呕吐6例(31.58%), 腹胀8例(42.11%), 腹泻6例(31.58%), 腹泻及便秘交替出现6例(31.58%), 便血5例(26.32%), 发热6例(31.58%), 3例为间断性低热(15.79%), 3例为反

复高热(15.79%)。合并贫血8例(42.11%), 合并内瘘1例(5.26%), 合并反复口腔溃疡1例(5.26%), 合并甲状腺腺瘤1例(5.26%), 合并肠系膜淋巴结核1例(5.26%), 合并直肠癌1例(5.26%)。合并急性阑尾炎3例(15.79%)。

2.2 术前检查及术前诊断

2.2.1 术前检查: (1)腹部CT检查: 术前11例患者行CT检查, 多可见肠壁不规则或环形增厚, 肠管周围脂肪间隙模糊, 并有肠腔变形、狭窄。5例同时伴小肠不全梗阻。(2)电子结肠镜及消化道造影检查: 10例术前完成肠镜检查, 其中3例术前取得病理证据, 结合临床诊断为CD(15.79%); 12例术前完成消化道造影, 怀疑为CD的有6例(31.58%)。

2.2.2 术前诊断: 术前诊断为CD合并肠梗阻3例, 回盲部病变3例, 横结肠占位3例, 直肠上段癌1例, 原因不明肠梗阻及腹痛待查8例, 消化道穿孔1例, 误诊率为84.21%。

2.3 围手术期处理 所有患者均在围手术期加强营养支持治疗, 术后胃肠功能恢复后早期给予肠内营养支持及美沙拉秦维持治疗。

2.4 术中所见及手术方式 病变累及部位: 病变位于单纯回肠8例, 位于右半结肠、回盲部及回肠5例, 位于左半结肠3例, 位于回肠及横结肠3例。19例患者行急诊手术3例, 择期手术16例, 急诊手术占15.79%。其中4例患者为2次手术。手术方式: 回肠部分切除及吻合8例, 回肠部分切除及回盲部切除、回肠-升结肠侧侧吻合术3例, 单纯阑尾切除2例, 左半结肠切除术3例(包括1例同时行直肠癌前切除), 部分回肠及横结肠切除3例。

2.5 术后并发症 术后切口感染2例, 切口脂肪液化2例, 术后感染性休克致多脏器功能衰竭于术后13 d死亡1例, 术后并发症发生率26.32%, 围手术期死亡率5.26%。

2.6 随访结果 18例患者均得到随访, 随访最长时间62 mo, 最短时间3 mo。术后缓解12例, 有效5例, 复发1例。1例复发经激素冲击治疗缓解后给予加大美沙拉秦剂量继续维持。

3 讨论

CD在欧美等西方国家发病率为1/10万至10/10万, 女性比男性约高20%^[1], 我国的发病率相对较低。但文献报道近年来我国发病率有上升趋势。CD确诊前病程长、误诊率高, 本组19例, 术前误诊16例, 误诊率高达84.21%。CD早期更缺乏特征性表现, 误诊率更高, 本组4例患者经2次手

术才经病理证实为该病, 我们分析其原因可能是: (1)CD临床表现多样且缺乏特异性是该病误诊的主要原因之一. 腹痛、腹泻是其常见的胃肠道表现, 消化道出血和肛周病变亦较常见, 肠外表现发生率较高, 且复杂多样, 以肝胆疾病、骨关节病、皮肤和口腔溃疡为主, 全身表现以贫血、体质量下降、发热和低蛋白血症多见, 急性起病者易误诊为外科急腹症. 慢性起病者多表现消瘦、贫血、发热、低蛋白血症及血沉增快等全身中毒症状和消耗性表现, 往往易与肠结核、淋巴瘤、肠癌及溃疡性结肠炎等混淆; (2)部分临床医生对该病缺乏充分认识, 过去该病我国发病率较低, 遇到不典型病例多未考虑本病可能性, 但近年来该病发病率有上升趋势, 值得引起高度重视; (3)本病早期病理缺乏特异性表现, 不易明确诊断, 也易漏诊、误诊. 到目前为止, CD的诊断多依靠临床表现、影像学、内镜、组织学及实验室诊断综合做出诊断, 缺乏“金标准”. CD部分患者因并发症而接受手术治疗, 我们认为术中发现与术前诊断不一致的可疑病变肠管, 应给予高度重视并想到本病可能性, 是提高本病确诊率及避免误诊的有效途径, 外科手术在治疗本病引起并发症的同时兼有诊断价值. 所以对于临床高度怀疑又无病理证据的患者, 我们要给予高度重视及适当干预. 这就表明CD的诊断不能以病理学诊断为唯一依据, 对阴性结果更需慎重^[2]. 我们认为对下列情况要充分考虑存在CD的可能性: (1)表现不典型的阑尾炎, 行阑尾切除术, 术中发现阑尾病变轻微, 应注意探查回盲部有无异常, 特别要注意回肠末端情况, 以免延误CD诊治; 对于阑尾切除术后仍有局部疼痛不适及伴有消化道症状的患者, 不能单纯考虑肠粘连等术后并发症, 要考虑到存在本病的可能性并予以进一步检查; (2)缺乏病理依据的回盲部炎性占位性病变术后, 患者有腹泻、腹痛、便秘及肠梗阻等消化道症状时, 要考虑到存在本病可能性; (3)对于有消化功能障碍, 消瘦及腹痛、腹泻的一类患者, 病因不明时, 要考虑到本病的可能性并予以重点排查. CD目前主要以内科综合治疗为主, 传统药物包括氨基水杨酸类、肾上腺糖皮质激素类、抗生素、免疫抑制剂类及生物制剂类等. 随着抗肿瘤坏死因子 α (英夫利昔)10余年的临床运用, 在CD诱导缓解和维持缓解方面具有一定的疗效, 同时可以避免传统疗法带来的一些不良反应, 但目前外科治疗在CD治疗过程中仍有不可

替代的地位. 排斥手术治疗将丧失宝贵的治疗时机, 因此应合理掌握手术适应证. 据统计大约80%的CD患者(尤其是病变部位位于回盲部)都要接受手术治疗^[3]. 根据Bernell等^[3]和Farmer等^[4]的研究, 患病的13年里74%的患者将接受首次外科治疗, 术后随访的10年里50%的复发患者将接受再次手术. 何时采取手术目前还存在争议, 但一项包括136例患者中位随访时间16.6年的研究显示早期手术干预可取得较好的功能保留及症状的完全缓解以及较低发病率及病死率^[5]. 手术治疗主要是针对并发症解决问题, 适用于内科积极治疗无效而病情危及生命或严重影响生存质量者, 以及有并发症(穿孔、梗阻、腹腔脓肿等)需要外科治疗者^[6].

外科手术主要手术方式有以下几种: (1)病变肠段的肠切除术; (2)狭窄成形术; (3)病变肠段旷置短路术; (4)回肠造口术; (5)回肠贮袋直肠吻合术等. 虽然手术方式多样, 但现在普遍共识是尽可能保留肠管, 仅切除引起症状的病变肠管, 尚未引起症状的病变肠管尽可能给予保留. 朱维铭^[7]也指出手术并未改变CD的远期病程, 仅仅是解除并发症而已. 多次广泛切除易引起短肠综合征, 给患者带来更大痛苦. 肠管保留理念已被大多数外科医生接受. 我们的经验是术中探查发现有病变波及但尚未出现并发症的肠管尽量保留, 虽然患者日后存在再次手术风险, 但能尽量保留患者肠管, 避免短肠综合征的发生及改善患者生存质量, 在内科治疗的配合下, 尽量延长患者缓解期, 取得了满意的效果. 术中是否行阑尾切除术存在争议, 有的学者认为切除阑尾对回肠CD有治疗作用^[8]. 相反的观点认为, CD炎症波及回盲肠同时行阑尾切除术易致肠痿. 本组2例行阑尾切除术的患者病变位于回盲部, 其中1例且合并有糖尿病及慢性肾功能不全, 因阑尾化脓必须切除, 而回肠末端虽有炎症但肠管未出现明显梗阻及狭窄, 术中给予保留回盲部, 术后无肠痿发生, 我们认为, 回盲部无明显病变者, 阑尾切除术是安全的.

CD内科治疗以往多采用逐级递增治疗方案治疗: 对于轻、中度CD, 首选不良反应较小氨基水杨酸类制剂, 若无效, 再改用肾上腺糖皮质激素类固醇激素诱导缓解. 维持治疗也多采用氨基水杨酸类制剂, 无效时可改用免疫抑制剂. 对于中、重度CD, 则升级为全身肾上腺糖皮质激素类固醇激素诱导缓解, 维持治疗采用免疫抑制剂. 对上述治疗仍然无效者, 可以考虑肠内营养(enteral

■应用要点

对于腹痛原因不明的患者要想到该病的可能性, 对于术中发现可疑病灶要给予重视, 尤其阑尾切除术时发现阑尾炎症与病情不符, 要注意探查回盲部及部分回肠, 排除该病可能, 避免误诊, 延误病情, 给患者造成痛苦.

■同行评价

本文设计合理,有一定的临床应用及借鉴价值。

nutrition, EN)支持治疗,有条件可予英夫利昔单抗治疗。在治疗CD过程中,必须积极探索、灵活运用各种治疗措施,制订合理的治疗方案,方能取得满意的治疗效果,提高CD治疗的整体水平。本组18例患者术后给予美沙拉秦口服维持治疗,获得满意效果。CD患者多经内科治疗无效或出现并发症才行手术治疗,患者术前多服用肾上腺皮质醇激素及营养状况差,术后易发生吻合口瘘、感染、切口迁延愈合等并发症。我们的经验是术前逐渐减少肾上腺皮质醇激素剂量及通过营养支持尽量纠正患者低蛋白、贫血等营养不良状况,术后适当给予小剂量肾上腺皮质醇激素治疗,因CD患者大多需接受营养支持,在治疗CD的营养支持方式上,应首选EN。EN不但能改善患者的营养状态,也可缓解急性发作症状,延长疾病的缓解期^[9]。EN可达到与激素相似的疾病缓解率,而营养指标改善则优于激素组^[10]。营养支持不但有利于诱导缓解,对维持缓解也有效。EN诱导缓解后的维持时间甚至长于应用激素缓解的时间,口服添加EN也有助于维持缓解^[11]。而胃肠外营养的治疗效果并不优于EN,仅适用于那些有EN禁忌证的患者。

在CD内科治疗取得可喜成绩的今天,外科治疗目前仍有不可替代的地位,对于该病早期,临床表现不典型的病例,手术兼有诊断和治疗作用。目前手术主要是解决相关并发症,改善患者症状,度过活动期,延长缓解期,手术成败关键是围手术期治疗,只有内科治疗和外科治疗

相结合才能取得较满意疗效。

4 参考文献

- 1 Fichera A, Michelassi F. Surgical treatment of Crohn's disease. *J Gastrointest Surg* 2007; 11: 791-803
- 2 Bremner AR, Pridgeon J, Fairhurst J, Beattie RM. Ultrasound scanning may reduce the need for barium radiology in the assessment of small-bowel Crohn's disease. *Acta Paediatr* 2004; 93: 479-481
- 3 Bernell O, Lapidus A, Hellers G. Risk factors for surgery and recurrence in 907 patients with primary ileocaecal Crohn's disease. *Br J Surg* 2000; 87: 1697-1701
- 4 Farmer RG, Whelan G, Fazio VW. Long-term follow-up of patients with Crohn's disease. Relationship between the clinical pattern and prognosis. *Gastroenterology* 1985; 88: 1818-1825
- 5 Nordgren SR, Fasth SB, Oresland TO, Hultén LA. Long-term follow-up in Crohn's disease. Mortality, morbidity, and functional status. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29: 1122-1128
- 6 欧阳钦, 胡品津, 钱家鸣, 郑家驹, 胡仁伟. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见. *现代消化及介入诊疗* 2008; 13: 139-145
- 7 朱维铭. 复杂克罗恩病的综合治疗. *中国实用外科杂志* 2007; 27: 203-205
- 8 陈子清, 应则贵. 阑尾切除对回肠克隆病的影响. *浙江临床医学* 2001; 3: 711-712
- 9 黎介寿. 克罗恩病外科治疗的特点. *中国实用外科杂志* 2007; 27: 181-182
- 10 Nguyen GC, Laveist TA, Brant SR. The utilization of parenteral nutrition during the in-patient management of inflammatory bowel disease in the United States: a national survey. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 26: 1499-1507
- 11 Lochs H, Dejong C, Hammarqvist F, Hebuterne X, Leon-Sanz M, Schütz T, van Gemert W, van Gossom A, Valentini L, Lübke H, Bischoff S, Engelmann N, Thul P. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Gastroenterology. *Clin Nutr* 2006; 25: 260-274

编辑 曹丽鸥 电编 何基才

ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) CN 14-1260/R 2011年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

WJG 成功通过评审被 PMC 收录

本刊讯 PubMed Central(PMC)是由美国国家医学图书馆(NLM)下属国家生物技术信息中心(NCBI)创立的开放存取(Open Access)的生物医学和生命科学全文数据库。此数据库只收录采取国际同行评审制度评议的期刊,并对收录期刊有较高的科学、编辑及数据文件质量要求。

截至目前,我国只有两本期刊被PMC收录。《浙江大学学报B》(英文版)(*Journal of Zhejiang University Science B*)是我国第一本通过PMC评审并于2006-03-15被收录的期刊。《世界胃肠病学杂志》(英文版)(*World Journal of Gastroenterology, WJG*)第二本通过PMC评审并于2009-03-26被收录,全文免费向公众开放,见: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?journal=818&action=archive> (WJG编辑部主任:程剑侠 2009-03-26)