

## 乙状结肠孤立性溃疡并脓肿形成一例

王大伟, 胡道予

【中图分类号】R814.42; R574 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2011)10-1125-02

**病例资料** 患者,女,32岁。11 d前行剖宫产,手术顺利。术中产妇生命体征稳定,于左中下腹部可见长约10 cm纵行手术切口,切口正常,无明显发热、切口红肿等感染迹象。

剖宫产术后11 d,患者左下腹疼痛8 d,便血半天再次手术。术前患者体温37.8℃,血压145/85 mmHg,脉搏、呼吸尚稳定;左下腹部疼痛,腹部无明显移动性浊音,肝脾不大,浅表淋巴结未扪及明显肿大。实验室检查:白细胞 $11 \times 10^9/l$ ,中性粒细胞 $7.5 \times 10^9/l$ 。术后患者对症治疗,病情稳定后出院。

**增强CT检查:**CT扫描机采用GE公司Lightspeed 16层螺旋CT,扫描参数120 kV,250 mA,层距、层厚均为10 mm,螺距1.375,矩阵 $512 \times 512$ 。经肘静脉注射浓度为37 g I/100ml的典比乐80 ml,注射流率3.0 ml/s,分别于30~35 s、50~55 s,行动脉期及门静脉期扫描,然后将所得图像重建为层厚1.25 mm的薄层图像,并加以分析处理。

**增强CT扫描结果:**动脉期降结肠及乙状结肠稍扩张,管壁局部增厚,明显强化,肠管黏膜增厚水肿,周围肠系膜粘连,邻近腹膜增厚,降结肠内侧可见混杂密度灶,不均匀强化(图1);静脉期左下腹肠管管壁强化减低,其周围系膜组织增厚粘连,内侧混杂密度灶仍可见不均匀强化(图2)。

**临床手术检查及治疗:**手术取左下腹斜行切口,长约6 cm,切开皮肤逐层进腹,探查可见腹腔内肠管及其系膜明显粘连;肿块位于降结肠,大小约 $8 \text{ cm} \times 4 \text{ cm}$ ,质硬,可见较多乳糜样坏死组织,结肠系膜可见较多淋巴结。于乙状结肠与降结肠交界处可见肿块与肠管相延续。

切除肿块、坏死组织及周围肠管,摘除周围系膜淋巴结,经

反复清洗、完全止血后,缝合手术切口。

**病理检查结果:**镜下见乙状结肠呈溃疡改变,肠壁充血,水肿,较多的淋巴细胞、浆细胞浸润,浆膜层大量的纤维素渗出。诊断为乙状结肠溃疡(图3)伴局部脓肿形成。

**讨论** 结、直肠非特异性孤立性溃疡是一类独立的疾病,其溃疡可发生在直肠、结肠的任何部位,以盲肠、升结肠和乙状结肠最为多见<sup>[1]</sup>,男女均可发病。对其病因有许多假说,但确切病因现仍不明,可能与黏膜缺血密切相关<sup>[2]</sup>。一般为单发,亦可多发,从表浅小溃疡至5 cm的深溃疡不等,边缘常水肿隆起。病理改变与一般溃疡相同,无特异性。由于溃疡部位不同可产生不同的临床表现,一般多见于20~40岁的年龄组,但直肠溃疡则发病年龄较轻。①盲肠溃疡:表现为右下腹痛和恶心,但无呕吐,有发热和白细胞增多,伴有出血,有时可扪及肿块。溃疡穿孔引起腹膜炎是一种常见的并发症;②乙状结肠溃疡:其临床特点是慢性左下腹痛,反复鲜血便,以及发生率高的穿孔;③直肠溃疡:表现为慢性过程,且比较顽固。典型的症状是在直肠或左骶凹有隐痛,排便时加剧,大便常带少量黏液脓血。目前尚未见有关本病影像学表现的报道。

本病与溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)极为相似,两者均病因机制不明,临床表现有腹痛、便血,病理改变均可见黏膜充血、水肿,呈炎症溃疡改变。所不同的是UC便血多为黏液脓血便,其局部小溃疡可融合成大片溃疡,病理多见中性粒细胞和嗜酸性粒细胞浸润。当发生中毒性巨结肠时,常并发急性穿孔<sup>[3]</sup>,并发病范围较广,常累及全结肠,而孤立性溃疡病变范围较小,因此UC比结、直肠非特异性孤立性溃疡的症状重。

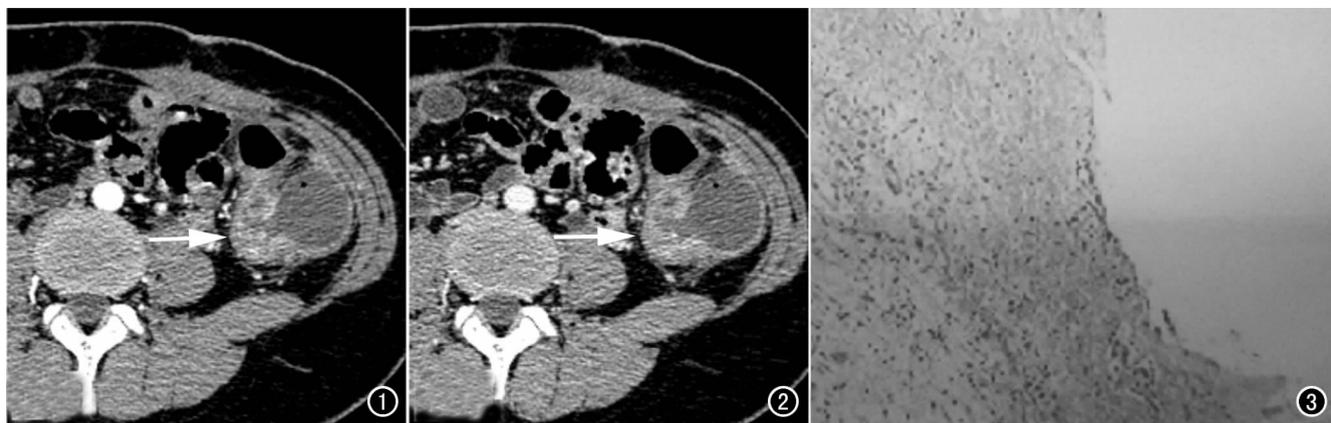


图1 动脉期薄层CT图像示降结肠积液扩张,增厚的管壁明显不均匀强化,呈混杂密度灶,周边可见环形强化(箭)。

图2 门静脉期薄层CT图像示病灶强化减低,其周围系膜组织增厚粘连,内侧混杂密度灶仍可见不均匀强化(箭)。

图3 镜下示乙状结肠肠壁充血,水肿,较多的淋巴细胞、浆细胞浸润,浆膜层大量的纤维素渗出,诊断乙状结肠溃疡,伴局部脓肿形成( $\times 200$ , HE)。

本例单发乙状结肠溃疡伴肠管内侧脓肿形成。其增强 CT 显示降结肠及乙状结肠扩张,管壁增厚水肿,周围腹膜增厚粘连;肠管内侧可见不均匀强化灶,周边呈环形强化。有文献称脓肿周围有组织水肿时可产生一水肿带<sup>[4]</sup>,但本例未见此征象,可能与病程发展有关。增强 CT 可以清晰显示病灶部位、强化方式及与周围组织结构的关系,但进一步定性有赖于病理。本例病理检查可解释增强 CT 的征象。由于较多的淋巴细胞、浆细胞浸润,导致肠管壁内血管扩张,通透性增高,致使受累肠管壁较正常肠管强化明显;而浆膜层大量的纤维素渗出,使得脓肿较局限。增强 CT 表现为局限性的混杂低密度灶,周边环形强化,这也可解释患者没有出现明显腹膜炎等临床症状的原因。

此外,本例病变还要与结肠肿瘤性病变相鉴别。结肠癌分为肿块型、浸润型和溃疡型。结肠癌中期或中晚期的影像学表现鉴别较易;而结肠癌早期影像学表现不典型时,与本例仅凭 CT 征象难以区分,进一步鉴别诊断有赖于病理学检查。

由于本文患者系 11d 前曾行剖宫产,本例患者左下腹出现

局部脓肿,但剖宫产术后患者生命体征稳定,剖宫产手术切口没有感染迹象,患者亦没有产褥感染等症状,因此该患者乙状结肠孤立性溃疡并脓肿形成与其剖宫产无明确关联。

综上所述,仅凭 CT 征象,本例病史难以诊断,性质不易确定。结合临床症状和病理学检查,才能进一步确诊。但在增强 CT 扫描时,当发现直、结肠肠管壁增厚,明显强化,肠管扩张,黏膜水肿粘连等单发肠管溃疡改变时,应想到本病的可能。

#### 参考文献:

- [1] 于皆平,沈志祥,罗和生.实用消化病学[M].北京:科学出版社,1999.744-747.
- [2] 王雯,许其增,张志坚.结肠特异性溃疡二例[J].中华内科杂志,2003,42(9):667.
- [3] 叶任高,陆再英.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2005.407-412.
- [4] 陈业芸,叶俊.肠间脓肿的 X 线及 CT 诊断[J].右江民族医学院学报,2007,29(4):565-566.

(收稿日期:2010-09-20 修回日期:2010-10-14)

## 书 讯

**《功能性磁共振诊断》** 由华中科技大学同济医学院附属同济医院放射科夏黎明教授和朱文珍教授主编,于 2011 年 3 月由人民卫生出版社出版,全书共十章,50 多万字,近 1000 幅图片,书中内容是同济医院放射科同道们 10 多年来的科研、临床的总结和汇报,包括功能性磁共振技术在中枢神经系统、心血管系统、乳腺、腹部、盆腔、肌骨、关节、胎儿、淋巴结和分子影像实验等领域的研究,其中一些内容是国内率先或领先开展、报道,并在 RSNA 或 ISMRM 上发言或展板。可以说技术先进,内容科学、全面、系统,图文并茂,实用性强,具有较高的参考价值,欢迎广大同道、读者订阅。可直接与人民卫生出版社的张老师或范老师联系,享受优惠价,电话:010-597873381,010-59787351。

**《肿瘤影像诊断图谱》** 由周纯武教授主编,于 2011 年 6 月由人民卫生出版社出版发行。该书是由中国医学科学院肿瘤医院领衔,北京天坛医院和北京积水潭医院参与共同编纂完成。全书共 9 篇 47 章涵盖头颈、胸、腹、盆腔、乳腺、中枢神经系统、骨与软组织多个系统的肿瘤及肿瘤样病变,涉及超声、CT、MRI、PET-CT 等多种影像手段,图片丰富、文字精练、内容精良、印刷精美,堪称肿瘤影像诊断的经典工具书。定价 228 元。购书热线:010-67605754 65264830 59787586 59787592。

**《骨与关节 MRI》** 由江浩教授主编,于 2011 年 5 月再版发行。该书对恶性骨肿瘤、骨肿瘤样病变等病种及颞颌、肩、肘、腕关节部分内容作了大量修改和补充。除第 11 章骨髓外,其余章节中 80%-90% 的图片均作替换。第 1 版的图片采用的是 0.5T 的 MRI 设备,而第 2 版均采用 1.5 及 3T 的 MRI 设备,其图像直接取自 PACS,因此图像质量更高,可作为医学影像教学、科研和临床医疗的参考书。该书在国内新华书店均有出售。

**《心血管磁共振诊断学》** 由阜外心血管病医院赵世华教授主编,人民军医出版社出版。该书的出版得到刘玉清院士和胡大一教授的充分肯定和高度评价,并亲自作序,由韩美林先生题写书名。全书 40 余万字、600 余幅图片,系统地阐述了心脏 MR 成像技术及其在常见心血管疾病中的诊断价值、优势及不足。本书全部内容皆由作者根据自己在阜外医院丰富的临床经验以及多年来所总结的心得历经心血凝练而成,具有突出的临床实用性。所有图片基本都取材于该院,病种全面,内容翔实,是一本在该领域具有国内领先水平的参考书,可供医学影像学、心脏内外科医师和技术人员参考阅读,也可作为研究生和进修生的辅导教材。定价 98 元,各地新华书店和当当网有售。邮购联系人:高爱英 13611070304。