

个 案

腹腔淋巴结结核导致肝前性门脉高压 1 例

李婷婷¹ 杨丽辉^{2*}¹ 西藏大学医学院, 西藏自治区拉萨市 850000² 西藏自治区人民医院内分泌科, 西藏自治区拉萨市 850000

关键词 淋巴结结核; 消化道出血; 重症

中图分类号 R657.3*4 文献标识码 D DOI 10.11768/nkjwzzzz20230519

病例资料

患者女, 19岁, 因“间断腹痛2年, 呕血伴黑便6d”于2021年10月16日急诊收入院。2年前患者因受凉后出现上腹部隐痛, 持续约10min, 期间间断出现上述症状; 6d前饮食不当后出现呕血, 呈暗红色, 量少, 伴黑色稀便, 3~4次/d, 约400mL, 伴腹痛加重, 以剑突下为主, 性质同前, 便后缓解; 伴盗汗, 自觉发热(体温未测); 无反酸、恶心, 无咳嗽、咳痰、呼吸困难、胸闷等不适。外院胃镜检查示: ①慢性非萎缩性胃炎伴胃体糜烂; ②十二指肠球炎; ③贫血胃。给予对症治疗未见好转, 遂就诊于我院, 急诊胃镜检查示: ①慢性非萎缩性胃炎伴胃底、体糜烂; ②十二指肠球部静脉曲张? 给予抑酸、止血、输血及营养支持等治疗, 并以“消化道出血”收入院。患者既往肺结核病史1年余, 规律予以异烟肼(H)0.3g, 1次/d, 利福平(R)0.45g, 1次/d, 吡嗪酰胺(Z)1.5g, 2次/d, 乙胺丁醇(E)0.75g, 1次/d, 抗结核治疗(2HRZE/12HRE)10个月。查体: T 36.5℃, P 96次/d, R 22次/d, BP 74/48mmHg, 神志清楚, 精神差, 颈部触及多个肿大的淋巴结, 大小不等, 最大约3×1.5cm, 质韧, 活动度可, 触痛阳性; 腹部平坦, 触诊揉面感, 全腹散在压痛, 无反跳痛, 肝脾肋下未触及, 肠鸣音活跃, 约7次/min。检查: 血红蛋白78g/L, 大便隐血(+), 血细胞沉降率38.00mm/h, 结核感染T细胞斑点试验(T-SPOT.TB)阳性, 抗原A孔斑点数49, 抗原B孔斑点数24; 肝肾功能均正常; 颈部超声示双侧颈部淋巴结可见(左侧肿大)部分皮质增厚、髓质消失; 胸部CT平扫: ①右肺下叶背段小结节影, 性质待定; ②双肺下叶胸膜下索条影; 上腹部核磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)增强(肝胆脾): 胰头-十二指肠降部间团

片状异常信号, 多考虑门脉海绵样变, 伴周围静脉曲张可能, 见图1; ③门脉主干局限性明显纤细, 与肠系膜上静脉局部不连续, 第一肝门可见迂曲血管影, 增强后胰体部后方可见弧形低信号, 边缘清晰, 未见明显异常强化, 见图2, 考虑囊性改变; ④肝门部受压, 感左叶胆管少扩张; ⑤腹膜后、十二指肠水平部周围多发淋巴结呈环形强化。结合病史及检查, 初步诊断: ①门脉海绵样变; ②胰头-十二指肠球部静脉曲张; ③上消化道出血; ④多系统淋巴结结核(颈部、锁骨上、腹腔); ⑤陈旧性肺结核; ⑥失血性贫血(中度)。经多学科会诊后考虑患者介入难度大, 继续抗结核治疗, 但目前是否存在抗结核药物耐药情况, 需完善淋巴结活检及耐药基因检测。患者及家属经商议后决定自动出院, 于外院(四川大学华西医院)就诊完善检查后行静脉金属支架植入术治疗; 且

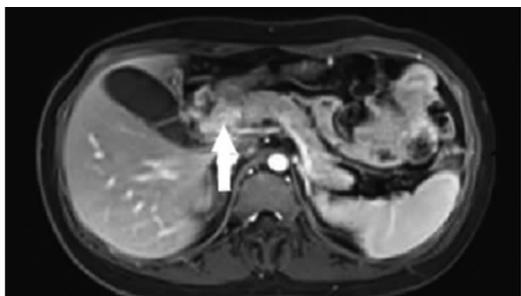


图1 上腹部核磁共振成像增强(门脉海绵样变)

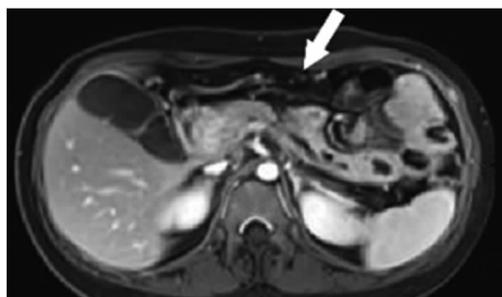


图2 上腹部核磁共振成像增强(淋巴结环形强化)

* 通信作者: 杨丽辉, E-mail: YLHrmyy@163.com, 西藏自治区拉萨市城关区林廓北路18号

结核分枝杆菌耐药基因检测示阴性。最终,抗结核治疗方案(2HRZE/6-10HRE)治疗后,患者病情逐渐恢复,未出现呕血、黑便等消化道出血的症状。

讨论

淋巴结核是结核杆菌感染淋巴系统所致,是结核最常见的肺外定位^[1,2],其主要累及颈部、纵隔等部位的淋巴结,腹腔结核病灶较多分布于肠系膜及胰周^[3]。淋巴结核的影像学表现为淋巴结轻、中度增大,大部分边缘模糊;增强扫描后边缘薄壁环形强化,中心无强化,为淋巴结核较为特征性表现;超声表现早期圆形或椭圆形混合样低回声,中期部分结节呈串分布或融合粘连周围组织,且其边界回声减弱,清晰度下降。晚期淋巴结流脓、溃烂,按压呈现波动感,并疼痛加剧^[4]。本例患者腹部MRI可见腹膜后、十二指肠水平部及肝-十二指肠韧带区多发淋巴结,环形强化。

门静脉海绵样变(cavernous transformation of the portal vein,CTPV)是累及门静脉系统的结构性病变,在门静脉高压的环境下代偿性形成周围侧支循环或阻塞后再通,是机体保证肝脏血流灌注和肝功能正常的代偿性改变^[5]。本病临床少见,是肝前性门静脉高压的原因之一,约占门静脉高压症的3.5%^[6]。该病例的腹部核磁显示门脉主干纤细,胰头-十二指肠降部见团片状流空信号,多考虑门脉海绵样变,胰头、十二指肠球部静脉曲张。

在临床上,腹部淋巴结核引起CTPV合并消化道出血十分罕见。在国内文献报道中仅有为数不多的个案报道^[7,8];该病例致消化道出血,需与溃疡、肝内及肝后性门脉高压出血等相鉴别,也需与淋巴瘤等相鉴别。结核病的表现多样,淋巴结核诊断往往是困难的。目前,临床应用较多的高性价比检查:痰找抗酸染色,T-SPOT.TB等。但这些检查检出率较低。T-SPOT.TB的检测原理是 γ -干扰素

释放实验。在利用T-SPOT.TB对结核感染者确诊结核时和抗结核治疗后痰液分析发现,随着分泌干扰素的淋巴细胞数目减少,T-SPOT.TB阳性检出率也随之降低^[9]。因此,这意味着T-SPOT.TB可作为抗结核治疗疗效的免疫监测工具^[10],但也会因机体的免疫状态不同,其结果表现不一。

由于患者经济负担较重未能追踪颈部淋巴活检及后续相关检查。庆幸的是,该患者在规律抗结核治疗后未再出现消化道出血表现,且结核毒症较前好转,考虑抗结核治疗有效。在西藏地区,仍有较多的牧民,以放养牦牛为生,结核的感染率、发病率较内地偏高。因此,在疾病的诊疗过程中应结合地理环境、致病因素及病史特点等信息综合判断。

参考文献

- Jniene A, Soualhi M, Bouassel M, et al. Epidemiological, therapeutic and evolutionary profiles in patients with lymph node tuberculosis [J]. Tuberk Toraks, 2010, 58(4): 366-374.
- 严碧源, 端木宏谨. 结核病学[M]. 北京: 北京出版社, 2003: 645-651.
- Strausz J. Tuberculosis 2006 [J]. Orv Hetil, 148(18): 829-831.
- 陈菲. 彩超与CT对浅表淋巴结结核诊断价值的对比研究[J]. 中国超声医学杂志, 2020, 36(3): 283-285.
- 刘文婷, 郑春梅, 曹霞, 等. 门静脉海绵样变性1例[C]. 中国超声医学工程学会成立30周年暨第十二届全国超声医学学术大会论文汇编, 2014: 791-792.
- 董家鸿, 纪旭. 门静脉海绵样变性的外科治疗策略[J]. 中华消化杂志, 2014, 34(1): 10-12.
- 周亚龙, 唐浩, 雷志鹏, 等. 腹腔广泛淋巴结结核钙化致胰源性门静脉高压症1例[J]. 肝胆外科杂志, 2006(5): 400.
- 帖广玄, 张瑜, 左晨艳, 等. 腹腔广泛淋巴结结核导致区域性门脉高压一例[J]. 中华消化内镜杂志, 2019(6): 441-442.
- Aiken AM, Hill PC, Fox A, et al. Reversion of the ELISPOT test after treatment in Gambian tuberculosis cases [J]. BMC Infect Dis, 2006, 6: 66.
- Bosshard V, Roux-Lombard P, Perneger T, et al. Do results of the T-SPOT.TB interferon-gamma release assay change after treatment of tuberculosis? [J]. J Respir Med, 2009, 103(1): 30-34.

(2022-03-16 收稿 2022-04-22 修回)

《内科急危重症杂志》重要通知

近期有不法分子假借编辑部名义进行违法行为,若您收到任何要求添加私人账号的电话或短信,请务必不要相信!有任何疑问请与官方邮箱:nkjwzzzz@163.com或官方电话:027-69378378联系。

目前,本刊联系方式仅为邮箱和电话,其余均为诈骗,请勿相信!

《内科急危重症杂志》编辑部