

肛周脓肿及阑尾炎术后最终确诊小肠克罗恩病一例：从诊断延迟到生物制剂治疗获效

成莎莎¹, 韦宏成²

¹暨南大学第一临床医学院, 广东 广州

²暨南大学附属第一医院消化内科, 广东 广州

收稿日期: 2026年6月17日; 录用日期: 2026年7月11日; 发布日期: 2026年7月17日

摘要

本文报告1例33岁男性, 先后因肛周脓肿、化脓性阑尾炎行手术治疗, 经3年后, 因腹痛、腹泻、发热就诊, CT发现回盲部及小肠节段性肠壁增厚伴不完全性肠梗阻, 首次住院拒绝肠镜检查, 出院后症状加重, 最终经肠镜及病理活检确诊为小肠克罗恩病。对于青壮年不明原因肛周脓肿、阑尾炎术后仍反复腹痛者, 应早期筛查克罗恩病。即使肛周脓肿病理为非特异性改变, 也不能完全排除克罗恩病的可能。诊断延迟可导致肠梗阻等并发症发生, 维得利珠单抗治疗有效。

关键词

克罗恩病, 小肠, 肛周脓肿, 阑尾炎, 诊断延迟, 维得利珠单抗

A Case of Crohn's Disease of the Small Intestine Was Finally Confirmed after Perianal Abscess and Appendicitis: From Diagnostic Delay to Effective Treatment of Vidrizumab

Shasha Cheng¹, Hongcheng Wei²

¹The First Clinical Medical College of Jinan University, Guangzhou Guangdong

²Department of Gastroenterology, The First Affiliated Hospital of Jinan University, Guangzhou Guangdong

Received: June 17, 2026; accepted: July 11, 2026; published: July 17, 2026

文章引用: 成莎莎, 韦宏成. 肛周脓肿及阑尾炎术后最终确诊小肠克罗恩病一例: 从诊断延迟到生物制剂治疗获效[J]. 临床医学进展, 2026, 16(7): 1573-1579. DOI: 10.12677/acm.2026.1672678

Abstract

A case of a 33-year-old male is reported in this study. He underwent surgical treatment for a perianal abscess and suppurative appendicitis. Three years later, he presented with abdominal pain, diarrhea, and fever. A CT scan revealed segmental thickening of the intestinal wall in the ileocecal region and the small intestine, accompanied by incomplete intestinal obstruction. During his initial hospitalization, he refused to undergo a colonoscopy. After discharge, his symptoms worsened, and he was eventually diagnosed with small bowel Crohn's disease through colonoscopy and pathological biopsy. Early screening for Crohn's disease is recommended for young to middle-aged adults who present with unexplained perianal abscesses or recurrent abdominal pain following appendectomy. Even if the histopathological analysis of a perianal abscess shows nonspecific changes, the possibility of Crohn's disease should not be completely ruled out. A delayed diagnosis may lead to complications such as intestinal obstruction, and treatment with vedolizumab has been shown to be effective.

Keywords

Crohn's Disease, Small Intestine, Perianal Abscess, Appendicitis, Delayed Diagnosis, Vedolizumab

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

克罗恩病是一种病因未明的慢性非特异性肠道炎性疾病, 可累及消化道任何部位, 以回盲部及末端回肠最为常见[1]。部分患者以肛周病变(脓肿、瘘管)为首发表现, 甚至早于肠道症状数月或数年[2]。然而, 由于早期症状不典型, 加上部分患者拒绝侵入性检查, 诊断延迟的现象普遍存在, 进而导致肠狭窄、肠梗阻、瘘管形成等严重并发症[3]。文献报道, 克罗恩病的诊断延迟时间中位数为 6 至 16 个月[4] [5], 且延迟诊断与疾病严重程度增加、并发症增多及手术风险升高密切相关[6]。

本文报告 1 例以肛周脓肿及阑尾炎为早期事件、经历近 3 年诊断延迟最终确诊为小肠克罗恩病的病例, 并特别呈现了 2022 年肛周脓肿的病理结果: 非特异性炎性改变, 未见典型肉芽肿(见图 1), 旨在探讨早期非特异性病理改变对克罗恩病诊断的挑战, 提高临床医师对本病早期识别的能力。

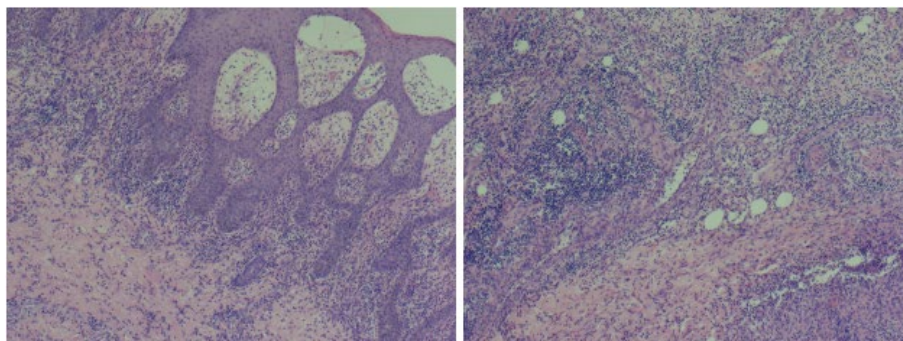


Figure 1. Pathological findings of the perianal abscess in 2022

图 1. 2022 年肛周脓肿病理结果

2. 病例资料

2.1. 一般资料

33 岁男性患者, 因“反复腹痛、腹泻、发热 1 月余, 腹痛加重 2 天”于 2025 年 3 月 31 日收入暨南大学附属第一医院。患者于 2025 年 3 月 10 日曾因类似症状首次住院, 后因拒绝关键检查自行出院。既往史: 2022 年 11 月 10 日于我院行“肛周脓肿切开引流术 + 肛周挂线”。当时病理结果提示: (肛周脓肿壁)镜下见组织被覆鳞状上皮轻度增生, 上皮下可见脓肿壁结构, 由增生的炎性肉芽组织构成, 伴有大量急慢性炎细胞浸润及小脓肿形成, 结合临床, 符合肛周脓肿; 病理结果未见非干酪样肉芽肿等克罗恩病特征性改变。2024 年 8 月 19 日于我院行“腹腔镜下化脓性阑尾切除术 + 腹腔粘连松解术”, 术后病理证实为化脓性阑尾炎。既往有乙肝感染病史(HBsAg 阳性, HBV-DNA 1.77×10^4 IU/ml), 否认高血压、糖尿病、结核病史, 否认药物及食物过敏史。家族史无特殊。

2.2. 首次住院经过(2025 年 3 月 10 日~患者要求出院)

患者因“腹痛伴腹泻、发热 5 天。”入院, 2025 年 3 月 5 日患者无明显诱因出现脐周胀痛, 3 月 6 日开始出现黄色水样便, 约 5~6 次/天, 伴发热, 体温最高 39.0°C 。于我院发热门诊予头孢呋辛抗感染治疗无效。体格检查: T 36.6°C , P 96 次/分, R 18 次/分, BP 149/88 mmHg。腹软, 剑突下压痛, 无反跳痛, 肠鸣音 3 次/分。关键辅助检查: 血常规: WBC $13 \times 10^9/\text{L}$, NEUT $11.71 \times 10^9/\text{L}$; 感染指标: PCT 24.4 ng/mL, hs-CRP 308.1 mg/L, ESR 101 mm/h; 凝血功能: APTT 47.3 sec, D-二聚体 2960 ng/ml; 全腹部增强 CT: 回盲部及第 3 段小肠肠壁节段性增厚, 周围炎性渗出, 考虑克罗恩病可能; 第 4 组小肠积气扩张, 提示不完全性肠梗阻; 腹盆腔积液; 腹膜后、大血管旁及双侧腹股沟区多发小淋巴结(见图 2: 蓝色箭头——回盲部, 绿色箭头——第 3 段小肠)。

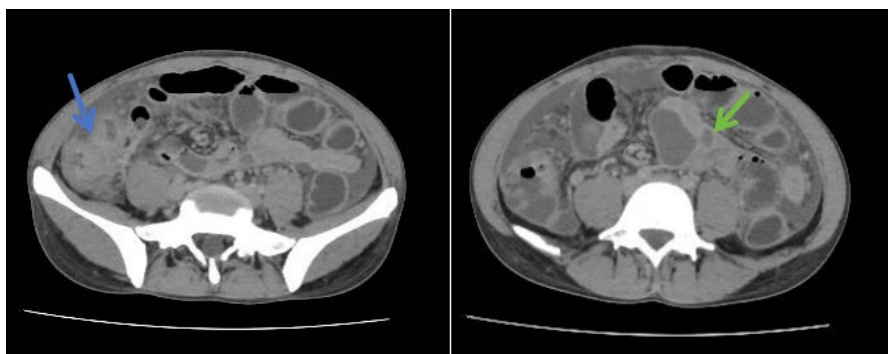


Figure 2. Contrast-enhanced CT findings of the whole abdomen

图 2. 全腹部增强 CT 图像

治疗经过: 予拉氧头孢钠(3 月 10~14 日)及美罗培南 + 莫西沙星(3 月 14~20 日)抗感染, 辅以抑酸、护胃、营养支持等对症处理, 经上述治疗后患者腹痛、腹泻症状缓解, 但仍有反复性低热(最高 38.0°C), 建议患者行肠镜检查进一步明确发热病因, 患者拒绝并要求出院。

首次出院诊断: 小肠克罗恩病待查; 发热查因; 乙型肝炎病毒携带者; 不完全性肠梗阻。

2.3. 第二次住院及确诊经过(2025 年 3 月 31 日~出院)

患者出院后 11 天, 因“腹痛加重 2 天”再次入院, 此次入院后患者出现持续明显的腹痛, 伴畏寒、心率增快, 查血示感染指标较前升高, 腹部 CT 提示不完全性小肠梗阻较前进展。诊疗经过: 经灌肠、胃

肠减压、抑酸护胃、抗感染等内科保守治疗效果不理想, 请胃肠外科会诊, 转入胃肠外科拟行手术治疗, 但继续予保守治疗后患者腹痛逐渐好转, 暂免急诊手术。2025 年 4 月 3 日行胃肠镜检查: 回盲部肿胀, 隆起改变待查(见图 3)。病理活检(回盲部): 粘膜慢性活动性炎(见图 4)。治疗及转归: 予维得利珠单抗 300 mg 静脉输注治疗, 患者腹痛、发热症状显著好转, 进一步支持克罗恩的诊断, 顺利出院。目前患者规律返院接受维得利珠单抗维持治疗。

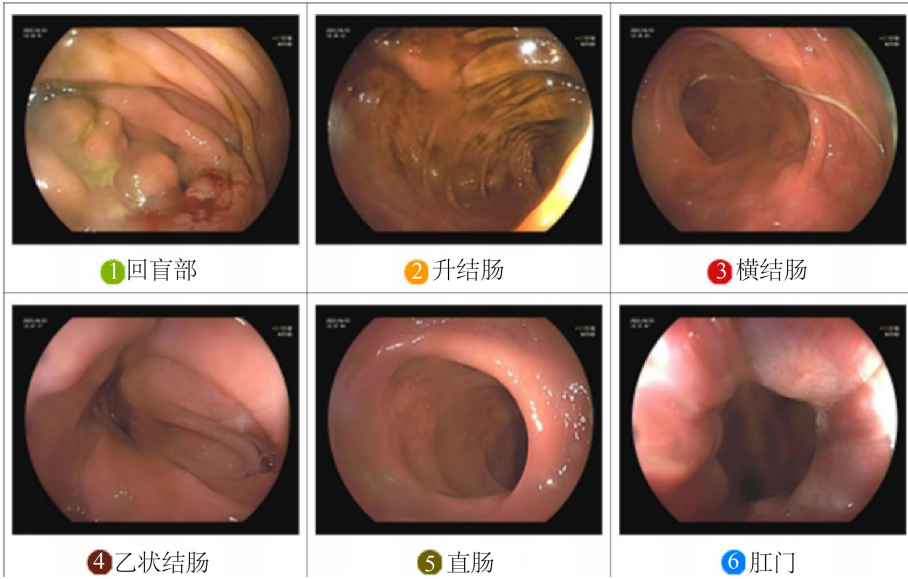


Figure 3. Colonoscopy findings in 2025
图 3. 2025 年肠镜结果

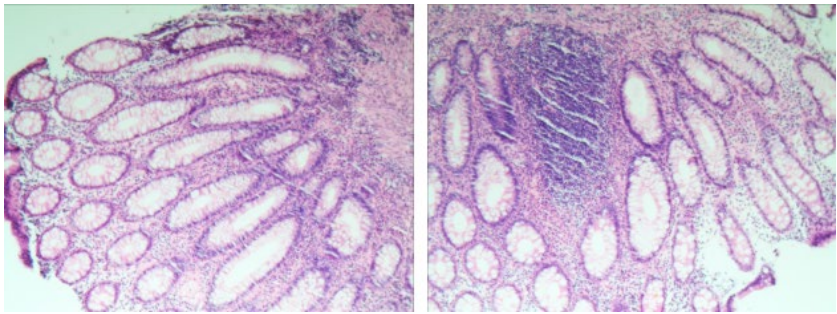


Figure 4. Pathological findings of colonoscopy in 2025
图 4. 2025 年肠镜病理结果

2.4. 最终诊断

1. 克罗恩病(小肠、结肠 重症 复发 活动期): 诊断依据: ① 反复腹痛、腹泻、发热; ② 既往肛周脓肿及阑尾炎手术史; ③ CT 示小肠及回盲部节段性肠壁增厚; ④ 病理示回盲部粘膜慢性活动性炎。2. 不完全性肠梗阻(克罗恩病并发症)。3. 乙型肝炎病毒携带者。

3. 讨论

克罗恩病(CD)的临床表现多样, 通常以腹痛、腹泻等消化道症状为主要表现, 全身表现包括发热、贫血和体重下降等, 累及肠道外可表现为反复口腔溃疡、脊柱关节炎、巩膜炎等[3]。然而, 国外一研究

发现, 约 8.6% 的 CD 患者以肛周病变(包括脓肿和瘘管)为首表现, 无论是否伴随肠道症状, 甚至在某些患者中, 肛瘘可能作为可疑前驱表现, 在肠腔内炎症出现前数年就已出现, 从出现肛瘘到确诊 CD 平均需要近 4 年[2] [7]。本例患者曾于 2022 年因肛周脓肿接受手术治疗, 但术后未进一步对肠道炎症性疾病进行排查。2024 年又因化脓性阑尾炎行阑尾切除术, 术后仍反复出现腹痛。值得关注的是, 克罗恩病也可累及阑尾, 主要表现为急性或亚急性阑尾炎样症状, 并且在阑尾切除术后仍会出现反复腹痛表现[8]。因此, 对于青壮年患者, 若既往有反复腹痛和/或腹泻病史, 临床表现为急性阑尾炎症状时, 应将克罗恩病纳入鉴别诊断; 对于阑尾切除术后腹痛未缓解或短期内复发的情况, 也不应忽视克罗恩病的可能性。

本例患者 2022 年肛周脓肿病理结果仅显示“非特异性炎症改变”, 未见典型肉芽肿, 这一结果可能被临床解读为“不支持克罗恩病”的依据, 从而未进行下一步的检查。然而, 文献表明, 克罗恩病相关肛周病变中典型肉芽肿的检出率十分有限。Han 等人对 93 例确诊为克罗恩病的肛周病变患者的病理结果进行回顾性分析, 发现仅 26.9% 的标本检出肉芽肿[9]。Schmitz-Moormann 等人对 347 例克罗恩病患者的 1434 份结直肠活检标本进行连续切片分析, 发现即使经过多次、多点活检, 肉芽肿的总体检出率也仅为 40%~50% [10]。因此, 约半数的克罗恩病患者, 在单次或有限次数的病理活检中, 是无法获得肉芽肿的病理证据。所以, 病理未见典型肉芽肿并不是直接排除克罗恩病诊断的主要证据, 本例虽无典型肉芽肿性炎的病理证据, 但结合后续典型的小肠及回盲部病变、维得利珠单抗治疗有效, 临床高度支持二者存在因果关系。由此可以提醒临床医生: 肉芽肿是克罗恩病的充分条件, 而非必要条件。

虽然导致病情诊断延迟的直接原因是患者在首次住院期间拒绝肠镜检查, 但是, 从医源性方面分析, 更值得反思的是: 在患者拒绝有创检查后, 临床医生未及时提供可替代性的无创影像学检查, 如 CT 小肠成像、磁共振小肠成像或胶囊内镜等, 也没有在出院后主动安排短期随访, 最终患者在出院后 11 天因腹痛加重再次入院, 从这一结果可以看出: 当患者拒绝有创检查时, 应建议患者完善相关的无创影像学检查, 并通过加强医患沟通来提高患者对疾病严重性的认知。此外, 患者既往两次外科手术, 均未进行系统性炎症性肠病的筛查, 这也反映了多学科协作的不足。

肠道狭窄及肠梗阻、肠道穿孔、瘘管形成是 CD 患者常见的肠内并发症, 多内科保守治疗欠佳, 需进行外科手术干预[11]。文献一致表明, 诊断延迟会导致 CD 相关肠道手术的风险升高[6]。本病例确诊时, 患者腹部增强 CT 已提示回盲部及小肠节段性肠壁增厚伴不完全性肠梗阻, 虽然经内科治疗后梗阻未完全进展, 但其并发症的出现也提示与近 3 年的诊断延迟相关。这一结果再次强调了早期识别非典型克罗恩病的重要性, 不仅是为了控制症状, 更是为了预防肠道狭窄、肠梗阻等并发症。

维得利珠单抗是一种选择性肠道靶向的抗 $\alpha 4\beta 7$ 整合素单克隆抗体, 通过阻断淋巴细胞向肠道迁移而发挥抗炎作用[12]。国内外指南推荐其用于中重度活动性克罗恩病的诱导及维持治疗, 尤其适用于合并肛周病变的患者[13]。本例患者确诊后立即启动了维得利珠单抗 300 mg 静脉输注治疗, 后患者症状明显缓解, 出院后继续规律维持治疗。另外本例患者为乙型肝炎病毒携带者, 维得利珠单抗具有肠道选择性, 全身免疫抑制效应较弱, 对于合并乙肝病毒感染的患者相对更安全, 但仍需定期监测肝功能及病毒载量[14]。本次治疗反应进一步支持了克罗恩病的诊断, 并提示对于诊断延迟但尚未发生完全性肠梗阻的患者, 维得利珠单抗是一种有效且相对安全的生物制剂选择。

值得关注的是, 2024 年国外报告了一例类似病例: 30 岁男性, 以肛周脓肿为首表现, 经历 7 年诊断延迟最终确诊为小肠克罗恩病[15]。本例与之高度相似, 进一步印证了肛周脓肿作为克罗恩病早期预警信号的临床重要性。由于本例患者 2022 年肛周脓肿病理为非特异性改变, 未见典型非干酪样肉芽肿, 因此无法从组织学层面确证其与克罗恩病的直接关联。本报告为单一个案, 结论外推性有限, 且患者随访时间尚短, 长期疗效及是否需要联合免疫调节剂治疗仍有待进一步观察。

4. 结论

本文报告了一例以肛周脓肿及阑尾炎为早期事件、经历近 3 年诊断延迟最终确诊为小肠克罗恩病的患者。2022 年肛周脓肿病理虽为非特异性改变, 但结合后续典型肠道病变及治疗反应, 维得利珠单抗 300 mg 治疗后症状显著好转, 临床仍高度支持克罗恩病诊断。该病例提示: 对于青壮年不明原因肛周脓肿、阑尾炎术后仍反复腹痛者, 即使初始病理未见典型肉芽肿, 也应早期筛查克罗恩病, 避免诊断延迟导致肠梗阻等严重并发症。

因此, 基于本病例及相关文献证据, 建议对于首次出现肛周脓肿的 18~40 岁患者, 由肛肠科或普外科医生在术前或术后启动以下简易筛查流程, 有助于及时识别潜在克罗恩病: 1. 判断“肠道预警症状”(简要问诊 1 分钟): 在肛周脓肿诊疗时, 常规询问 3 个问题: A. 过去 1 年内是否有不明原因腹痛或腹泻(持续 > 2 周)? B. 是否有不明原因体重下降(>5%)或反复低热? C. 是否有口腔溃疡、关节痛或虹膜炎等肠外表现? 若任意 1 项为“是”, 则进入第 2 步。2. 送检粪便钙卫蛋白(非侵入性): 阳性(>50 $\mu\text{g/g}$)提示肠道炎症可能, 建议转诊至消化内科。3. 明确转诊指征: 符合以下任一条件者, 建议直接转诊至消化内科行肠镜及小肠影像学检查: A. 上述 3 项预警症状中 ≥ 1 项阳性 + 粪便钙卫蛋白阳性; B. 肛周脓肿术后愈合不良或复发; C. 阑尾切除术后仍反复腹痛。

声明

该病例报道已获得患者的知情同意。

参考文献

- [1] 欧阳钦, 胡品津, 钱家鸣, 等. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见[J]. 胃肠病学, 2007(8): 488-495.
- [2] Penner, A. and Crohn, B.B. (1938) Perianal Fistulae as a Complication of Regional Ileitis. *Annals of Surgery*, **108**, 867-873. <https://doi.org/10.1097/00000658-193811000-00007>
- [3] 吴开春, 梁洁, 冉志华, 等. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018 年·北京) [J]. 中国实用内科杂志, 2018, 38(9): 796-813.
- [4] Souaid, C., Fares, E., Primard, P., Macaigne, G., El Hajj, W. and Nahon, S. (2025) A Review Investigating Delays in Crohn's Disease Diagnosis. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*, **49**, Article ID: 102500. <https://doi.org/10.1016/j.clinre.2024.102500>
- [5] Thakor, A., Yogakanthi, S., Noor, N.M. and Parkes, M. (2026) Rapid Diagnosis and Treatment of Inflammatory Bowel Diseases. *Journal of Crohn's and Colitis*, **20**, ii3-ii10. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjaf203>
- [6] Schoepfer, A.M., Dehlavi, M., Fournier, N., Safroneeva, E., Straumann, A., Pittet, V., et al. (2013) Diagnostic Delay in Crohn's Disease Is Associated with a Complicated Disease Course and Increased Operation Rate. *American Journal of Gastroenterology*, **108**, 1744-1753. <https://doi.org/10.1038/ajg.2013.248>
- [7] Munster, L.J., Mönnink, G.L.E., van Dieren, S., Mundt, M.W., D'Haens, G.R.A.M., Bemelman, W.A., et al. (2024) Fistulizing Perianal Disease as a First Manifestation of Crohn's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, **13**, Article No. 4734. <https://doi.org/10.3390/jcm13164734>
- [8] Shewaye, A.B., Berhane, K.A., Solomon, S. and Daniel, A. (2025) Crohn's Disease Presenting as Acute Appendicitis: Case Series. *International Journal of Surgery Case Reports*, **134**, Article ID: 111784. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2025.111784>
- [9] Han, Y.N., Gu, Q.R., Wu, Y.C., Topatana, W. and Jiang, Z.N. (2024) Granulomas without Foreign Body Giant Cells in Perianal Fistula Tissue Suggest Crohn's Disease. *Journal of Digestive Diseases*, **25**, 484-489. <https://doi.org/10.1111/1751-2980.13312>
- [10] Schmitz-Moormann, P., Pittner, P.M., Malchow, H. and Brandes, J.W. (1984) The Granuloma in Crohn's Disease: A Bioptical Study. *Pathology—Research and Practice*, **178**, 467-476. [https://doi.org/10.1016/s0344-0338\(84\)80007-2](https://doi.org/10.1016/s0344-0338(84)80007-2)
- [11] Lightner, A.L., Vogel, J.D., Carmichael, J.C., Keller, D.S., Shah, S.A., Mahadevan, U., et al. (2020) The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Surgical Management of Crohn's Disease. *Diseases of the Colon & Rectum*, **63**, 1028-1052. <https://doi.org/10.1097/dcr.0000000000001716>

-
- [12] 李蔓宁, 解莹. 维得利珠单抗治疗炎症性肠病研究新进展[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2025, 34(8): 1236-1238+1243.
- [13] 周仕明, 田园, 郭晓娟, 等. 维多珠单抗治疗炎症性肠病的疗效与安全性: 单中心真实世界研究[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2023, 32(9): 977-981.
- [14] Hou, J.K., Velayos, F., Terrault, N. and Mahadevan, U. (2010) Viral Hepatitis and Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, **16**, 925-932. <https://doi.org/10.1002/ibd.21284>
- [15] Shen, J., Huang, Y., Wang, W., Ke, R. and Fan, X. (2024) Small Bowel Crohn's Disease Neglected by Gastroenterologists and Anorectal Surgeons with a 7-Year Delay in Diagnosis: A Case Report. *Medicine*, **103**, e39765. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000039765>