可浅表至穿孔，或形成食管—支气管瘘；可单发或多发，可有疤痕至食管狭窄；可同时伴有胃、空肠、回肠、盲肠、结肠等部位的糜烂和溃疡。26例均有口腔溃疡，9例眼炎，22例外阴溃疡，22例皮肤损害，4例神经系统病变，5例血管病变，9例关节病变。

住院医师：B病病情如此复杂，请问临床如何诊断？

主治医师：诊断B病的主要指标为①口腔溃疡，②外阴溃疡，③眼炎，④皮肤结节红斑或毛囊炎；次要指标为：①肺、心血管、肾等的血管病变，②消化道的溃疡性病变，③中枢神经病变，④皮肤针刺反应阳性。凡有2项或2项以上主要指标，或并有1项或1项以上次要指标即可诊断B病。按此标准，本例可诊断为B病。

总住院医师：本例的上腹痛、烧灼感可由食管下段溃疡性病变引起，但其右下腹痛和腹泻该如何解释？

教授：Satake报道(Am J Gastroenterol 1986; 81：816)114例局限型肠道B病，于终末部回肠有50例，回盲部39例，盲肠14例，余少数见于胃、十二指肠、空肠、回肠、升结肠、横结肠等，亦有同时存在于食管、空肠、回肠、盲肠等部位，亦有累及全部结肠者；多发溃疡占73%，穿孔性溃疡占56%，因肠道存在病变，故病情活动时可引起腹痛、腹泻。本例亦每在发热、肠道炎症和溃疡病变活动时发生腹痛、腹泻。

主治医师：B病和克隆氏病（C病）的病变部位相似，C病亦可有口腔溃疡、皮肤红斑等病情、那该如何鉴别呢？

教授：B病和C病除肠道病变相似外，口腔溃疡，眼炎和皮肤结节性红斑表现亦相似，其鉴别大致如下：①C病为T细胞免疫缺陷病（Medicine 1990; 69：325），而B病为免疫复合物疾病。②C病是以慢性肉芽肿性炎症和节段性纤维化为特征的肠病。内镜检见肠粘膜水肿、炎症性增厚而形成辅路卵石状征象，有多发的纵行沟状溃疡，病变部肠腔常有狭窄；显微镜下无干酪样肉芽肿，中心为类上皮细胞和朗罕氏巨细胞，周围有少量淋巴细胞浸润及纤维组织增生。而B病内镜检见肠粘膜病变弥漫或局限，局限病变溃疡很深，如钻孔样(punched-Out)，易穿孔，溃疡常分离存在，可有水泡样病灶，显微镜下可见毛细血管周围、小静脉周围炎细胞浸润，血管内膜增厚，溃疡病变周围血管内常有血栓，这些均为B病特征。③C病常有肛门周围病变，如脓肿、窦道、皲裂、瘘管等，而未见有外阴溃疡的报道；B病则相反。且有人说，C病如果侵犯外阴皮肤，亦不可能象B病能自行缓解（GUT1986; 27：329）。但有时鉴别两病仍有困难，如Tolia报道的1例提出"diagnostic dilemma"，最后认为两病同时存在（Am J Gastroenterol 1989; 84：322）。

副教授：B病的有效治疗是应用皮质激素，一般用强的松1mg/（kg·d），以60mg/d为限，病情缓解后即逐渐减量。本病易复发，故应长年用维持量。治疗中可观察临床病情和实验室检查，包括血沉、CRP、ALP等测值和病变活动程度相一致，可作为药物疗效和病情轻重、有无活动的判断指标。但对呕血、咯血、便血者，应禁用抗凝治疗，可发生高度危险。对激素无效或疗效欠佳者可加用环磷酰胺0.2g静注每周2次，病情缓解后改为每周1次，病情稳定后大多仅以强的松维持量口服即能保持疗效。应用激素量较大时，应同时用雷尼替丁、活性钙预防并发症。应用环磷酰胺等免疫抑制剂时，应复查血象和肝、肾、心功能，注意副毒作用的发生防治。对肺血管、消化道等脏器受损而症状明显、内科治疗疗效欠佳、病灶局限、又有手术适症者，可酌情手术。

激光针治疗面神经炎38例

山东省立医院　路　伟

笔者用激光针治疗38例面神经炎病人，男22例，女16例；年龄为7～74岁；病程为1～45天不等。

1.治疗方法：采用JGL-Ⅱ氦氖激光针，波长为6328Å，功率8mw。将光纤输出端头对准所照射穴位，光斑直径为4mm，每穴照射5分钟。取穴为患侧阳白、四白、地仓、颊车、迎香、下关。发病不超出7天者，加红外线灯照射患侧面部，每次20分钟，连续照射6次。以上治疗每日1次，6次为1疗程，疗程间休息1天。

2.疗效标准：患侧面部蹙额、皱眉、闭目、露齿、鼓腮等均达正常为痊愈。部分面肌功能恢复正常或好转为有效。治疗3个疗程无明显变化者为无效。

3.治疗结果：痊愈30例，有效8例，痊愈率为79%，有效率为100%。

4.体会：治疗效果与病程长短有直接关系，本组22例在发病10天内就诊，均痊愈。经挑治后改用该疗法者，则疗效较差。

?1994-2017 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net