

缺血性结肠炎37例

台卫平, 胡品津

■背景资料

随着人口老年化的到来, 缺血性结肠炎是临床上腹痛以及下消化道出血的常见原因。症状不典型时, 容易与其他疾病混淆, 本文对其特点以及诊治进行了分析。

台卫平, 北京世纪坛医院消化内科 北京市 100038
台卫平, 广东省第二人民医院消化内科 广东省广州市 510080
胡品津, 中山大学附属第一医院消化内科 广东省广州市 510080
作者贡献分布: 此课题由胡品津与台卫平设计; 研究过程由台卫平操作完成; 数据分析与论文写作由台卫平完成。
通讯作者: 台卫平, 主治医师, 100038, 北京市海淀区, 北京世纪坛医院消化内科, taiweiping@sohu.com
电话: 020-89168081
收稿日期: 2010-01-31 修回日期: 2010-05-22
接受日期: 2010-06-02 在线出版日期: 2010-07-08

Ischemic colitis: an analysis of 37 cases

Wei-Ping Tai, Pin-Jin Hu

Wei-Ping Tai, Department of Gastroenterology, Beijing Shijitan Hospital, Beijing 100038, China

Wei-Ping Tai, Department of Gastroenterology, Guangdong Second Provincial People's Hospital, Guangzhou 510080, Guangdong Province, China

Pin-Jin Hu, Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510080, Guangdong Province, China

Correspondence to: Wei-Ping Tai, Department of Gastroenterology, Beijing Shijitan Hospital, Beijing 100038, China. taiweiping@sohu.com

Received: 2010-01-31 Revised: 2010-05-22

Accepted: 2010-06-02 Published online: 2010-07-08

Abstract

AIM: To analyze the clinical features, endoscopic characteristics, diagnosis and treatment of ischemic colitis.

METHODS: A retrospective analysis was performed to summarize the clinical features, predisposing factors, colonoscopic findings and outcomes in 37 patients suffering from ischemic colitis.

RESULTS: Ischemic colitis occurred more often in elderly patients. In our series, 70.3% (26/37) of patients were older than 60 years. These patients often had concomitant basic diseases, such as hypertension, coronary heart disease, diabetes and cerebrovascular diseases. The main manifestations of ischemic colitis were abdominal pain and diarrhea and bloody stools. The lesions revealed by colonoscopy were mainly located

in the left colon and distributed in a segmental pattern, and the pathological changes included mucosal edema, congestion, erosion and ulceration. The prognosis was good in most cases. Of all 37 patients, 27 (72.9%) almost completely recovered.

CONCLUSION: Ischemic colitis should be suspected in elderly patients with acute abdominal pain, diarrhea and bloody stools. Early colonoscopy in combination with clinical analysis is helpful for accurate diagnosis and appropriate treatment of ischemic colitis. Colonoscopy may induce ischemic colitis and should be cautiously performed.

Key Words: Ischemic colitis; Colonoscopy; Endoscopic characteristics

Tai WP, Hu PJ. Ischemic colitis: an analysis of 37 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2010; 18(19): 2058-2061

摘要

目的: 探讨缺血性结肠炎的临床特点、内镜特征及诊断和治疗方法。

方法: 对37例缺血性结肠炎患者的临床表现、易患因素、结肠镜检查、患者的转归等资料进行回顾性分析。

结果: 缺血性结肠炎多发于老年患者, 其中>60岁者占70.3%(26/37)。多伴有高血压、冠心病、糖尿病以及脑血管病等基础疾病。腹痛、腹泻以及便血为主要临床表现。结肠镜下以黏膜充血、水肿、糜烂、溃疡等为主要表现, 为非特异性表现, 病变主要见于左半结肠, 呈节段性分布。多数患者预后良好, 27例(72.9%, 27/37)患者基本愈合。

结论: 老年患者出现急性腹痛、腹泻以及便血应注意缺血性结肠炎可能, 早期结肠镜检查, 综合临床分析可及时明确诊断指导治疗。结肠镜检查时应该小心操作因为肠镜检查本身可以诱发缺血性结肠炎。

关键词: 缺血性结肠炎; 结肠镜; 内镜特征

■同行评议者

刘绍能, 主任医师, 中国中医科学院广安门医院消化科

台卫平, 胡品津. 缺血性结肠炎37例. 世界华人消化杂志 2010; 18(19): 2058-2061
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/18/2058.asp>

0 引言

缺血性结肠炎(ischemic colitis, IC)是临床上腹痛以及下消化道出血的常见病因之一, 是缺血性肠病中最常见的临床类型. 缺血性肠病是20世纪60年代提出的一组具有一定临床病理特点的独立性疾病, 是肠血管功能或形态变化所致的疾病, 此病可累及整个消化系, 但主要累及结肠, IC是由于各种原因导致某一节段结肠的血液供应不足或回流受阻引起的病变. Marston等根据其病变程度将IC分为3型: 一过型、狭窄型、坏疽型^[1]. 本病多见于50岁以上的中老年人, 女性多于男性. 随着我国人口的老齡化, 对本病的及时诊断和正确治疗日趋重要, 尤其是当症状不典型时, 容易与其他疾病混淆. 目前随着目前生活方式的改变和人口的老齡化, 该病有增多趋势^[2]. 美国的一项报道认为普通人群的发病率为4.5/10万-44/10万, 而在肠易激综合征以及慢性阻塞性肺病患者中危险度增加了2-4倍. 在大于65岁的患者以及女性患者危险性增加^[3]. 本文总结了近年来我院的37例IC患者, 对其特点以及诊治进行了分析.

1 材料和方法

1.1 材料 收集2006-01/2009-12广东省第二人民医院消化内科37例IC患者的临床病例资料, 其中患者男女比为17:20, 平均年龄52.8岁±16.5岁, 男性平均51.7岁±16.2岁, 女性53.6岁±12.0岁, 其中>60岁者占70.3%(26/37), 40岁以下者5.4%(2/37). 血液检查提示呈白细胞数及CRP值上升的炎症反应者25例, 生化无特殊, 12例患者血气分析提示患者有轻微代谢性酸中度.

1.2 方法 对临床症状、既往史等背景因素、结肠镜检查所见及治疗经过等进行了研究. 当临床可疑为IC时, 排除了结肠镜检查禁忌证后在24-72 h内行内镜检查. 根据病变部位的活检材料进行病理组织学检查. 以黏膜出血、纤维素析出、腺管变性、坏死和剥脱、黏膜下层出血、水肿、纤维蛋白析出、炎症细胞浸润为IC急性期表现, 在确认无抗生素等药物使用史情况下, 在行便培养除外了感染性结肠炎时, 可临床诊断为IC, 给予患者活血、扩血管、抗凝等治疗以及针对基础疾病给予对症治疗, 常规给

予患者低流量吸氧治疗. 根据患者病情变化择期复查肠镜检查以观察治愈过程.

2 结果

2.1 临床表现 主要症状有: (1)腹痛: 37例患者中在发病前都出现腹痛, 多为一过性或阵发性剧烈绞、隐痛, 疼痛部位以左下腹及脐周为主, 其中1例为现弥漫性全腹痛. (2)腹痛合并腹泻11例(29.7%), 大便次数为3-6次/日, 为稀便或者血便. (3)腹痛、腹泻合并便血7例(18.9%). (4)伴有恶心、呕吐症状14例(37.8%); 伴发热6例(16.2%). 主要体征为腹部压痛28例(75.7%), 其中以左下腹、脐周压痛为多见, 1例为全腹弥漫性压痛. 肠鸣音活跃20例(54.1%).

2.2 基础疾病 合并高血压病13例、冠心病11例、脑血管病史8例、糖尿病8例、高脂血症7例、房颤5例、陈旧性心梗病史1例, 风湿性关节炎病史1例(部分患者同时合并有多个疾病). 同时合并高血压、冠心病者8例. 同时存在3种以上上述基础病患者5例.

2.3 内镜表现 内镜下病变多为节段性分布; 表现为黏膜充血、水肿, 黏膜下出血、红斑、点片状糜烂及浅溃疡形成, 溃疡多呈纵行或不规则形病变沿长轴分布, 且靠近肠系膜侧. 病变肠段与正常肠段间分界较明显(图1A). 2例患者可见肠腔局部狭窄. 病变累及范围及部位: 累积降结肠及脾区者16例; 单纯累积乙状结肠12例; 同时累及乙状结肠及降结肠5例; 乙状结肠及降结肠至脾曲处2例; 累及左半横结肠及降结肠脾区者1例; 横结肠及降结肠、乙状结肠者1例; 没有累及直肠及升结肠病例.

2.4 病理表现 病理学显示为非特异性改变, 多可见水肿、中性粒细胞浸润、毛细血管扩张、黏膜下出血、小静脉内血栓形成等改变. 有的患者可见巨噬细胞内含铁血黄素沉着, 腺体结构破坏及炎性肉芽肿形成.

2.5 治疗与转归 明确诊断后患者给予罂粟碱、复方丹参、低分子右旋糖酐等活血、扩血管、抗凝等治疗, 常规给予患者低流量吸氧治疗. 疗程10-14 d, 同时针对原发疾病如高血压病、冠心病、脑血管病、糖尿病、高脂血症、房颤、陈旧性心梗病史等进行控制血压, 改善冠脉循环、改善脑部供血、控制以及监测血糖、降低血脂以及胆固醇、控制房颤以及纠正心衰等治疗. 30例(81.1%)患者明确诊断给予针对性治疗2 d后停止便血, 腹痛等症状也基本缓解. 2 wk后

■应用要点

由于IC病情变化快, 短期内复查病变多可愈合, 故怀疑IC者应早行结肠镜检查.

■同行评价

本文总结了缺血性结肠炎的临床特点,有理有据,切合临床实际,结果可信,对临床工作具有一定的参考价值。

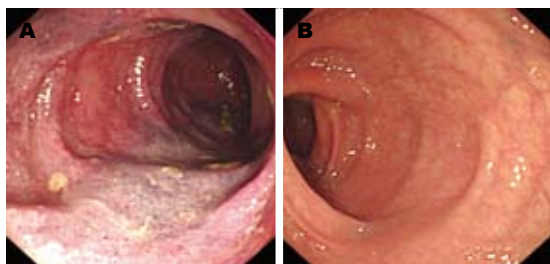


图1 缺血性结肠炎肠镜表现. A: 治疗前; B: 治疗2 wk后.

复查结肠镜患者病变均明显减轻, 27例(72.9%)病变基本愈合(图1B), 8例(21.6%)病变明显减轻, 但仍有轻度糜烂. 有2例(5.4%)患者因高龄、并发症多而死亡(1例房颤合并心衰, 肺炎, 肠道感染; 1例脑梗死, 糖尿病合并肠道感染, 多器官功能衰竭).

3 讨论

坏疽型IC起病凶险, 临床可出现休克、急性腹膜炎、急性肠梗阻、肠穿孔等表现, 多需外科手术治疗. 非坏疽型患者临床表现相对较轻, 给予积极及时治疗预后较好, 其中慢性型可表现为间断、复发性腹痛, 程度不一, 腹部压痛相对较轻, 可形成肠腔狭窄以及不全肠梗阻. 而一过型临床最多见. 症状轻、恢复快, 预后好, 也是临床最常见的, 为本文主要讨论对象. IC多见于老年人. 本组患者平均年龄为52.8岁 \pm 16.5岁, 其中 >60 岁者占70.3%(26/37); 女性患者稍多于男性(20:17). 本组患者多有血流动力学相关性基础疾病, 如冠心病、高血压、糖尿病、高脂血症、脑血管病、结缔组织病等. 其他本组患者未见但文献报道有腹部手术史、放化疗、女性长期服用避孕药等可引起血管损伤以及血流动力学异常也是本病易患因素^[4]. 肠道梗阻如结肠癌, 肠道憩室或者肠道套叠也是IC的原因^[5]. 有一些药物可能导致患者容易并发IC例如抗生素类, 食欲抑制剂, 化疗药物, 导致患者便秘药物; IC在腹部动脉瘤修补手术后患者的IC发病率为2%-3%^[6]. IC同时也是冠状动脉搭桥手术以及结肠镜检查的一个罕见并发症^[5]. 某些IC被认为与一些遗传缺陷例如蛋白C, 蛋白S以及抗凝血酶III的遗传缺陷^[7], Prothrombin 20210G/A基因突变有关^[8].

本组患者以腹痛、便血和腹泻为主要临床症状. 腹痛多为突发性, 呈阵发或持续性绞痛. 多位于左下腹或脐周, 且腹痛有进食后出现或加重, 症状与体征不相符等特点. 如出现腹肌紧张、反

跳痛、腹水时应警惕出现肠坏死以及肠穿孔. 一过性IC患者在对症治疗后, 临床症状常可在48 h左右内缓解, 故症状消失快也是临床特点.

结肠镜检查是诊断IC的简单有效方法, 可明确病变范围、严重程度并可复查. 本组资料显示: 发生部位以脾区及降结肠为最多. 由于结肠脾区血供为肠系膜上、下动脉的移行部位, 此处吻合支少, 故相对易发生缺血性损伤. 而降乙结肠主要由肠系膜下动脉供血. 其管腔较肠系膜上动脉管腔细, 故容易发生血栓. 直肠为肠系膜下动脉及直肠动脉双重供血. 故病变很少累及直肠. 镜下病变特点表现为节段性、多发黏膜充血、水肿、糜烂、溃疡等. 病变与正常黏膜间分界清晰. 由于IC病情变化快, 短期内复查病变多可愈合, 故怀疑IC者应早行结肠镜检查. IC病变多位于左半结肠. 且常规服泻药有加重肠缺血的可能, 故可仅予灌肠做术前准备, 如有肠坏死、肠穿孔时禁忌结肠镜检查. 需要注意的是由于结肠镜检查本身有诱发IC或者加重IC的可能, 应该尤其注意结肠镜检查医师的资质以及水平^[5]. 肠道压力超过30 mmHg时减少了结肠的血流, 可能使得结肠更加缺血; 这个风险可以通过吹入CO₂从而降低相关风险, 是因为CO₂可以通过肠道快速吸收, 并且具有肠道血管扩张作用. 另外, 缺血的结肠血管非常薄并且有穿孔的风险, 因此结肠镜检查应该尤其警惕^[9].

当前缺血性结肠炎在临床上仍无特异性诊断方法, 对50岁以上合并有高血压、高血脂、动脉粥样硬化和糖尿病等多种影响血流动力学疾病, 临床有腹痛、血便等症状应考虑本病. 须及时进一步检查以尽快明确诊断. 实验室检查中没有特异性的实验室指标, 但是患者通常伴有轻微的白细胞升高以及核左移. 鉴别诊断包括有感染性肠炎, 炎症性肠病, 伪膜性肠炎, 憩室炎以及结肠癌. 所有疑诊IC的患者均应进行大便培养^[10], 而沙门氏以及志贺氏菌属可能是IC的一个诱因. 寄生虫或者病毒感染例如巨细胞病毒感染应该被排除, 因为寄生虫以及巨细胞病毒感染可能可以导致类似的肠道病变^[10]. 患者的转归与疾病的严重程度, 范围以及缺血的严重性, 并发症以及基础疾病, 年龄等因素相关, 也与患者的及时诊断以及合适的临床治疗有关.

4 参考文献

- 1 Marston A, Pheils MT, Thomas ML, Morson BC. Ischaemic colitis. *Gut* 1966; 7: 1-15
- 2 杨雪松, 吕愈敏, 于长福. 等缺血性结肠炎的临床及内

- 镜特点和转归. 中华消化杂志 2002; 22: 282
- 3 Higgins PD, Davis KJ, Laine L. Systematic review: the epidemiology of ischaemic colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 729-738
- 4 Sun MY, Maykel JA. Ischemic colitis. *Clin Colon Rectal Surg* 2007; 20: 5-12
- 5 Green BT, Tendler DA. Ischemic colitis: a clinical review. *South Med J* 2005; 98: 217-222
- 6 Steele SR. Ischemic colitis complicating major vascular surgery. *Surg Clin North Am* 2007; 87: 1099-1114, ix
- 7 Verger P, Blanc C, Feydy P, Boey S. [Ischemic colitis caused by protein S deficiency] *Presse Med* 1996; 25: 1350
- 8 Balian A, Veyradier A, Naveau S, Wolf M, Montebault S, Giraud V, Borotto E, Henry C, Meyer D, Chaput JC. Prothrombin 20210G/A mutation in two patients with mesenteric ischemia. *Dig Dis Sci* 1999; 44: 1910-1913
- 9 Brandt LJ, Boley SJ, Sammartano R. Carbon dioxide and room air insufflation of the colon. Effects on colonic blood flow and intraluminal pressure in the dog. *Gastrointest Endosc* 1986; 32: 324-329
- 10 Su C, Brandt LJ, Sigal SH, Alt E, Steinberg JJ, Patterson K, Tarr PI. The immunohistological diagnosis of *E. coli* O157:H7 colitis: possible association with colonic ischemia. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1055-1059

编辑 李军亮 电编 吴鹏朕

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2010年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

《世界华人消化杂志》性质、刊登内容及目标

本刊讯 《世界华人消化杂志(国际标准刊号ISSN 1009-3079, 国内统一刊号CN 14-1260/R, Shijie Huaren Xiaohua Zazhi/World Chinese Journal of Digestology)》, 是一本由来自国内23个省、市、自治区、特别行政区的496位胃肠病学和肝病学专家支持的开放存取的同行评议的旬刊杂志, 旨在推广国内各地的胃肠病学和肝病学领域临床实践和基础研究相结合的最具有临床意义的原创性及各类评论性的文章, 使其成为一种公众资源, 同时科学家、医生、患者和学生可以通过这样一个不受限制的平台来免费获取全文, 了解其领域的所有的关键的进展, 更重要的是这些进展会为本领域的医务工作者和研究者服务, 为他们的患者及基础研究提供进一步的帮助。

除了公开存取之外, 《世界华人消化杂志》的另一大特色是对普通读者的充分照顾, 即每篇论文都会附带有一组供非专业人士阅读的通俗易懂的介绍大纲, 包括背景资料、研发前沿、相关报道、创新盘点、应用要点、名词解释、同行评价。

《世界华人消化杂志》报道的内容包括食管、胃、肠、肝、胰肿瘤, 食管疾病、胃肠及十二指肠疾病、肝胆疾病、肝脏疾病、胰腺疾病、感染、内镜检查法、流行病学、遗传学、免疫学、微生物学, 以及胃肠道运动对神经的影响、传送、生长因素和受体、营养肥胖、成像及高科技技术。

《世界华人消化杂志》的目标是出版高质量的胃肠病学和肝病学领域的专家评论及临床实践和基础研究相结合具有实践意义的文章, 为内科学、外科学、感染病学、中医学、肿瘤学、中西医结合学、影像学、内镜学、介入治疗学、病理学、基础研究等医生和研究人员提供转换平台, 更新知识, 为患者康复服务。