

慢性溃疡性结肠炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/305/2021\\_2022\\_\\_E6\\_85\\_A2\\_E6\\_80\\_A7\\_E6\\_BA\\_83\\_E7\\_c22\\_305465.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E6_85_A2_E6_80_A7_E6_BA_83_E7_c22_305465.htm) 名称慢性溃疡性结肠炎

所属科室普通外科病因溃疡性结肠炎的病因至今仍不明。虽有多种学说，但目前还没有肯定的结论。细菌的原因已经排除，病毒的原因也不象，因为疾病不会传染，病毒颗粒也未能证实。克隆病患者血清溶酶体升高，溃疡性结肠炎患者则为正常。基因因素可能具有一定地位，因为白人中犹太人为非犹太人的2~4倍，而非白人比白人约少50%，最近Gilat等对特拉维也夫的犹太人的研究中报道溃疡性结肠炎的发病率明显降低，为3.8/10万，而丹麦哥本哈根为7.3/10万，英国牛津7.3/10万和美国明尼苏达州7.2/10万。此外，女性与男性比例也仅0.8而其他报道为1.3。显然地理上和种族上的差异影响本疾病的发生。心理因素在疾病恶化中具有重要地位，现在已明确溃疡性结肠炎患者与配对对照病例相比并无异常的诱因。再者，原来存在的病态精神如抑郁或社会距离在结肠切除术后明显改善。有认为溃疡性结肠炎是一种自身免疫性疾病，许多病人血中具有对正常结肠上皮与特异的肠细菌脂多糖抗原起交叉反应的抗体。再者，淋巴细胞经结肠炎病员的血清培养可变为对结肠上皮有细胞毒性。此外在结肠炎病人的T和B淋巴细胞群中发现有改变。但以后熟悉到这些异常并非疾病发生所必须，而是疾病活动的结果。事实上

，Brandtzieg等清楚地证实并非溃疡性结肠炎病人残留腺体中组织水平免疫球蛋白活动有缺陷，IgA运输正常，而IgG免疫细胞反应为对照病员的5倍。因此，有可能IgG在疾病的慢性

过程中具有作用，但与疾病发生则无关。总之，目前认为炎症性肠道疾病的发病是外源物质引起宿主反应，基因和免疫影响三者相互作用的结果。根据这一见解，慢性溃疡性结肠炎与克隆病是一个疾病过程的不同表现。由于宿主对外源性物质的抗原发生过敏，一旦肠的免疫启动建立——或许这种启动是建立在婴儿期微生物克隆化时期——任何增加粘膜对这些抗原渗透性的伤害，都可能诱发\*\*的炎症性反应。抗原的类型和其他一些因素决定着炎症过程的性质，即发生克隆病或溃疡性结肠炎。病理溃疡性结肠炎是一个局限在结肠粘膜和粘膜下层的疾病。这与结肠克隆病的\*\*内炎症性变化有鲜明区别，后者在肉芽肿样炎性过程中\*\*各层均受累。但溃疡性结肠炎时所见的病理变化是非特异性的，也可在细菌性痢疾、阿米巴痢疾和淋菌性结肠炎中见到。病变开始时为粘膜基底Lieberkuml.in隐窝有圆细胞和中性多核细胞浸润，形成隐窝脓肿，光镜下可见覆盖的上皮细胞染色过浅和空泡形成。电镜中可见线粒体肿胀，细胞间隙增宽以及内浆网质增宽。随着病变进展，隐窝脓肿联合和覆盖上皮脱落，形成溃疡。溃疡邻近则有相对正常的粘膜，但有水肿，成为自肉样外貌，在相邻的溃疡间变得很孤立。溃疡区被胶原和肉芽组织放纵地生长所占领，并深入溃疡，但罕有穿透肌层者。在暴发型溃疡性结肠炎和中毒性巨结肠时，这些病变可穿透整个\*\*，导致穿孔。所幸，这种类型的病变不多见，分别占15%和3%。病理变化为临床表现提供了清楚的解释。几乎天天有20次以上的血便。因为\*\*光剥、明显变形的粘膜已不能吸收水和钠，每一次肠蠕动都将从暴露的肉芽组织面上挤出大量血液。早期X线表现为结肠袋消失是粘膜肌层麻痹之

故，钡灌肠中结肠短缩和僵直呈烟囱管状则是反复损伤后瘢痕形成的结果。大多溃疡性结肠炎都累及直肠，但如病变局限在直肠则可称为溃疡性直肠炎。现在还不知道为什么有些病例的病变仅局限在直肠，而另一些则整个结肠受累。多数炎症向近端扩展，侵犯左侧结肠，约有1/3患者整个结肠受累，称为全结肠炎。在10%的全结肠炎患者中末端数厘米回肠也有溃疡，称为反液压性回肠炎。溃疡性结肠炎时病变区域都是相邻的，罕有呈节段性或跳跃式分布。决定疾病严重性和病期的因素还不清楚，可能这些因素与免疫紊乱的范围有关。有证据表明前列腺素可能在疾病的急性发作期具有重要地位，遗憾的是还没有关于对前列腺素合成酶抑制剂如消炎痛有良好效应的报道。临床表现溃疡性结肠炎的最初表现可有许多形式。血性腹泻是最常见的早期症状。其他症状依次有腹痛、便血、体重减轻、里急后重、呕吐等。偶然主要表现为关节炎，虹膜睫状体炎，肝功能障碍和皮肤病变。发热则相对是一个不常见的征象，在大多数病人中本病表现为慢性、低恶性，在少数病人（约占15%）中呈急性、灾难性暴发的过程。这些病人表现为频繁血性粪便，可多达30次/d，和高热、腹痛。因此，本病的临床表现谱极广，从轻度腹泻性疾病至暴发性、短期内威胁生命的结局，需立即进行治疗。体征与病期和临床表现直接相关，病员往往有体重减轻和面色苍白，在疾病活动期腹部检查时结肠部位常有触痛。可能有急腹症征象伴发热和肠鸣音减少，在急性发作或暴发型病例尤为明显。中毒性巨结肠时可有腹胀、发热和急腹症征象。由于频繁腹泻，肛周皮肤可有擦伤、剥脱。还可发生肛周炎症如肛裂或肛瘘，虽然后者在Crohn病中更为常见。直肠

指检总是疼痛的。在有肛周炎症的病例指检应轻柔。皮肤、粘膜、舌、关节和眼部的检查极为重要，因为如这些部位有病变存在，那么腹泻的原因可能就是溃疡性结肠炎。诊断上主要依靠纤维结肠镜检，因为约在90%~95%患者直肠和乙状结肠受累，因此事实上通过纤维乙状结肠镜检已能明确诊断。镜检中可看到充血、水肿的粘膜，脆而易出血。在进展性病例中可看到溃疡，四周有隆起的肉芽组织和水肿的粘膜，貌似息肉样，或可称为假息肉形成。在慢性进展性病例中直肠和乙状结肠腔可明显缩小，为明确病变范围，还是应用纤维结肠镜作全结肠检查，同时作多处活组织检查以便与克隆结肠炎鉴别。气钡灌肠双重对比造影也是一项有助诊断的检查，非凡有助于确定病变范围和严重程度。在钡灌造影中可见到结肠袋形消失，\*\*不规则，假息肉形成以及肠腔变细、僵直。虽然钡灌检查是有价值的，但检查时应谨慎，避免肠道清洁预备，因为它可使结肠炎恶化。无腹泻的病例检查前给3d流汁饮食即可。有腹部征象的病例忌作钡剂灌肠检查，而应作腹部X线平片观察有无中毒性巨结肠、结肠扩张以及膈下游离气体征象。由于此病的慢性长期过程以及它的高恶变率，对10年以上病史的病例，宜每年一次钡灌造影检查或每6个月一次纤维结肠镜检查。治疗（一）内科治疗 溃疡性结肠炎急性复作的结局主要取决于疾病的严重度，表现为全身症状，而与病期及病变范围无关，如溃疡性直肠炎除外不予考虑的话。内科治疗应包括4个方面： 卧床休息和全身支持治疗：包括液体和电解质平衡，尤其是钾的补充，低血钾者应予纠正。同时要注重蛋白质的补充，改善全身营养状况，必要时应给予全胃肠道外营养支持，有贫血者可予输血，

胃肠道摄入时应尽量避免牛奶和乳制品。 柳氮磺胺吡啶

(Azulfidine, SASP) : 开始时给0.25g口服4次/d, 以后增至1g 4次/d口服, 在奏效后改为1g 3次/d或0.5g 4次/d。并可同时给甲硝唑0.2g 3次/d, 3周后改甲硝唑肛栓0.2g 2次/d纳肛, 以后改0.2g 1次/d纳肛, 并持续应用3~6月。 皮质类固醇: 常用量为强的松5~10mg, 3次/d, 1~2周后, 剂量递减, 每周减少5mg, 直至最后5mg 1次/d或2.5mg 2次/d作为维持量。或用地塞米松0.75~1.5mg 3次/d, 同样递减至0.75mg qd或0.375mg bid作维持, 但目前并不认为长期激素维持可防止复发。在急性复作期亦可用氢化考的松100~300mg或地塞米松10~30mg静脉滴注, 以及每晚用氢化考的松100mg加于60ml生理盐水中作保留灌肠, 在急性发作期应用激素治疗的价值是肯定的, 但在慢性期是否应持续使用激素则尚有分歧, 由于它有一定副作用, 故多数不主张长期使用。除皮质类固醇外, 也可用ACTH 20~40U静脉点滴。 免疫抑制剂: 在溃疡性结肠炎中的价值尚属可疑。据Rosenberg等报道硫唑嘌呤

(azathioprine) 在疾病恶化时并无控制疾病的作用, 而在慢性病例中它却有助于减少皮质类固醇的使用。除上述治疗措施外, 对腹泻严重, 出现夜间腹泻的病例可给予抗胆碱酯类药物或复方苯乙哌啶(止泻宁), 但忌用鸦片类药物如可待因和复方樟脑酊, 因为有诱发急性结肠扩张之可能。(二) 外科治疗约有20%~30%溃疡性结肠炎患者最终将需要手术治疗。以往, 在各种内科治疗方法失败后, 手术作为最后一种解决疾病的方法, 而病员也处于急性或慢性疾病严重营养不良和虚弱的状况下。现在多主张较早施行手术, 这种治疗态度的变化是由于现在有好几种手术可供选择和尝试, 而手术

的结果是良好的。 手术指征：需急症手术的指征有： 大量、难以控制的出血； 中毒性巨结肠伴临迫或明确的穿孔，或中毒性巨结肠经几小时而不是数天治疗无效者； 暴发性急性溃疡性结肠炎对类固醇激素治疗无效，亦即经4~5d治疗无改善者； 由于狭窄引致梗阻； 怀疑或证实有结肠癌。此外，还有几种非急症情况应考虑手术，如： 难治性慢性溃疡性结肠炎是指反复发作恶化，慢性持续性症状，营养不良，软弱，不能工作，不能参加正常社会活动和性生活； 当类固醇激素剂量减少后疾病即恶化，以致几个月甚至几年不能停止激素治疗，这是不得不作结肠切除的手术指征； 儿童患慢性结肠炎而影响其生长发育时； 严重的结肠外表现如关节炎，坏疽性脓皮病、或胆肝疾病等可能对手术有效。 手术选择：目前对慢性溃疡性结肠炎有四种手术可供选用。各有优缺点，因此应用严格的适应范围，只有合理的选用才能取得最好的效果。 结直肠全切除、回肠造口术：这是最古老、最彻底的手术、无复发和癌变之虑，术后再也不需服药。术后并发症较少，手术可一期完成。但永久性回肠造口给病员带来生活上的不便，精神上的痛苦和肉体上的折磨，无疑是病员最不愿接受的手术，因此这一术式应限于具有低位直肠癌需作直肠切除者；有\*\*\*疾病或\*\*\*手术史的病员；以往曾作小肠切除或疑有克隆病不适宜作盆腔回肠袋手术者。 结肠全切除、回直肠吻合术：这是一个有争议的手术，因为保留有病变的直肠，有疾病再活动和癌变的危险。然而这一手术操作简便，避免永久性回肠造口，手术并发症少。因此在Koch回肠造口术和回肠袋肛管吻合术问世前这是唯一可避免永久性回肠造口术的术式。赞成采用这一术

式者认为至少可让病员少受几年回肠造口之苦，此手术主要适用于直肠无病变的患者。对结肠或直肠中有癌肿或间变的病例，直肠纤维化不能扩张者，有肛周疾病以及术后不能定期随访复查的病例均不宜选作此手术。

**控制性回肠造口术**：Koch首创在回肠造口前利用末端回肠建成一个储存袋和一个乳头瓣，以达到控制排便的目的，这是一个比较复杂的手术，并发症较多，尤其是有关乳头瓣的并发症如瘘管形成，乳头瓣滑动，坏死和瓣脱垂，其中以乳头瓣滑动最为常见，也是最难应付的问题。虽然有许多改良以减少其发生，但尚无法消除。理论上Koch回肠袋的地位更有了限制。一般，病员希望避免回肠造口术者宜选盆腔回肠袋手术；如病员已往已作结直肠全切除术或因低位直肠癌或\*\*\*功能障碍不适宜作盆腔回肠袋手术者，则可选作Koch回肠袋手术。但以往曾作小肠切除手术或小肠伴克隆病者则属Koch回肠袋手术的禁忌证。

**结直肠全切除、回肠袋肛管吻合术（IPAA）**：术手术主要适用于慢性溃疡性结肠炎对内科治疗无效的病例，不间断的肠道外表现，持续的少量出血，狭窄或粘膜严重间变的病例。位于直肠中段平面以上的癌肿病例且无播散者也是本手术的适应者。在急性情况下千万别作此手术。另外在急症结肠切除时，直肠不一定要切除，尤其在年轻患者；如临床情况需要，直肠应予保留，以后还可以再作近端直肠切除，远端直肠内粘膜剥除，回肠袋肛管吻合术。回肠袋肛管吻合术大致可分为3类：即双腔回肠袋，包括J型、改良J型和侧方回肠袋，三腔回肠袋（S形回肠袋）和四腔回肠袋（W形回肠袋）。每一种回肠袋各有优缺点。S形回肠袋肛管吻合术是最早出现的盆腔回肠袋手术，由Parks和Nicholls在1978年提出，

最初他们用30cm末端回肠褶皱叠成三段，以后改进用50cm长分成15cm长三段和5cm长输出管。结果有50%需插管排空，储存袋炎是最常见并发症。不少学者指出储存袋过大和输出管过长是导致滞留和储存袋炎的二个主要原因。因此，目前主张取三段10~12cm回肠组成储存袋，而输出管长度则以2~4cm为宜。J形储存袋肛管吻合术系1980年Utsumiya倡导，其优点为排空好，滞留少，两个相反方向蠕动的肠段可加强储存功能。储存袋由两段12~15cm长末端回肠组成，然后将回肠袋的顶端拉下与肛管作端侧吻合。改良J形回肠袋肛管吻合术是Balcos设计的一种改良J形回肠袋，即将原J形袋的后跟处截断，远端段拉下与肛管作一逆蠕动的回肠肛管端端吻合术，输出管长度同样不宜超过4cm。这一手术兼具J形袋的优点，由端侧吻合变为端端吻合就纠正了J形袋的最大缺点。旁侧侧侧回肠袋肛管吻合术是1980年Peck提出的另一种双腔回肠袋手术，手术分二期进行，第一期先作回肠肛管端端吻合术，然后在末端回肠30~40cm处作端式回肠造口。3~6个月后关闭回肠造口，并将近端回肠拉下在盆腔内与远端回肠作侧侧吻合，回肠袋成形术。理论上两段回肠均为顺蠕动，滞留更少，具有J形袋的全部优点，而无J形袋的缺点。但实际上第二期手术极为困难，二期手术均系大手术，因此Peck本人现在已弃用这一手术。W形回肠袋肛管吻合术则是将四段12cm长的末端回肠褶皱叠、切开、形成一个大腔，拉下与肛管作端侧吻合。在操作上这一手术较为费时和困难，但由于形成的腔大，储存功能较好。Nicholls和Pezim(1985)报道104例IPAA，比较J形、S形和W形回肠袋术后功能，包括正常控便、自行排便和容量三大指标，结果三项指标均以W形回肠袋最优

。Keighley等（1989）报道65例IPAA，主要比较J形与W形回肠袋术后并发症与功能，结论是两种回肠袋并无区别。

。Wexner(1989)报道114例主要为S形回肠袋，平均随访5年，总疗效包括自行排空92%，清醒时排空91%，夜间控便76%，白天经常失禁1例，夜间经常失禁3例，总失败率8%，术后恢复工作87%。

Silva等（1991）报道88例IPAA，比较J形，S形和W形三种术式结果，以W形最佳，S形最差。

最近，Gratz和Pemberton（1993）报道美国Mayo Clinic 1400例IPAA的经验，主要是J形回肠袋，全组仅2例术后死亡，1例死于激素引起的胃溃疡穿孔，另1例死于肺栓塞。从长远来看95%患者对手术感到满足。但控便并不完善。少数病员仍有粪便溢逸，再者高达1/3患者有储存袋炎，目前尚无有效的长期预防或治疗的方法，因此还需进一步研究解决。然而在现有的四类手术中，结直肠全切除、回肠袋肛管吻合术不失为较为合理、可供选用的方式。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)