

·临床研究·

以腹泻为主要表现的缺血性结肠炎 12 例诊治分析

杨柳 吴本俨

【摘要】 目的 对缺乏典型临床表现的老年性缺血性结肠炎的诊治进行探讨。方法 回顾分析 1992 年 5 月至 2004 年 2 月间共 12 例以腹泻为主要临床表现的缺血性结肠炎病人的临床经过、内镜表现及诊治。结果 本组病人年龄均 > 60 岁,且多数伴有相关的基础疾病,包括心脑血管疾病、高血脂或腹腔手术史。初步诊断仅有 4 例考虑为缺血性结肠炎,其余拟诊为急性肠炎等疾病。10 例(83.3%)依赖结肠镜检查确诊,其中早期肠镜检查 6 例。早期内镜表现主要为病变结肠黏膜充血、水肿、淤斑、糜烂、出血,严重者出现溃疡。病变黏膜与正常黏膜界限清楚。本组一过型 11 例(91.7%),经内科治疗后症状消失,狭窄型 1 例(8.3%)手术后恢复良好。结论 老年性缺血性结肠炎可缺乏典型的临床表现,而仅以腹泻表现为主,此时容易发生漏诊,延误治疗。早期结肠镜检查对于正确诊断和及时治疗有重要价值。

【关键词】 缺血性结肠炎;临床表现;腹泻;结肠镜

Diagnosis and treatment of ischemic colitis with diarrhea as the main symptom: report of twelve cases

YANG Liu, WU Benyan

Department of Geriatric Diseases, Chinese PLA General Hospital, Beijing 100853, China

【Abstract】 Objective To explore the diagnosis and treatment for the elderly who had no typical characters of ischemic colitis(IC). Methods Twelve aged patients with IC whose main clinical symptom was diarrhea from 1992.5 - 2004. 2 were reviewed and their symptoms, signs and colonoscopic features were analyzed. Results All the patients were above 60 years old. Most of them had cardiopathy or cerebrovascular diseases, hyperlipemia, history of abdominal operations, etc. Only 4 persons were diagnosed as IC at first, while the others were considered to have other diseases such as acute enteritis. Ten patients were diagnosis by colonoscopy and 6 of them received colonoscopy early. Colonoscopic findings were various, including congestion, edema, petechia, erosion, hemorrhage and ulcer of mucous membrape. The lesions were limited to the abnormal mucosa. Eleven patients of transient type were given medical treatment and one constrictive type case was treated with operation. All recovered well after treatment. Conclusion IC in elderly patients can have no typical symptoms except diarrhea, leading to missed diagnosis easily. Early colonoscopy is important to diagnosis and cure of IC.

【Key words】 ischemic colitis; symptom; diarrhea; colonoscopy

缺血性结肠炎(ischemic colitis, IC)是由于各种原因导致某一段结肠的血液供应不足或回流受阻引起的病变,是下消化道出血的常见原因之一。本病好发于中老年人,且与某些基础疾病相关。典型临床表现以剧烈腹痛并继发血便为主,但在临床实践中,发现有部分病例以腹泻为主要临床表现,增加了

早期确诊的困难,解放军总医院在 10 余年间共收集该类病例 12 例,占诊断 IC 总病例 38.7%,总结如下。

1 对象和方法

1.1 研究对象 选择解放军总医院 1992 年 5 月至 2004 年 2 月间以腹泻为主要临床表现并确诊为 IC 患者 12 例,男 10 例,女 2 例,年龄 60 ~ 90 岁,平均年龄(77 ± 8)岁。本组患者发病前 2 个月内均无使用抗生素史。

1.2 研究方法 根据入院后结肠镜及病理学等检

收稿日期:2005-04-29

作者单位:100853 北京市 解放军总医院南楼消化科

作者简介:杨柳,男,1978 年 3 月生,湖北省武汉市人,在读硕士研究生,住院医师。

通讯作者:吴本俨, Tel:010-66939443

查结果,除外其他器质性病变,分析病变部位、范围及临床特点,进行分型并评价治疗效果。

2 基础疾病及可能的诱因

2.1 基础疾病 12例患者均伴随下列情况中的一项或几项:冠心病8例(66.7%),高血压7例(58.3%),高血脂5例(41.7%),脑血管病4例(33.3%),腹腔手术史3例(25%),结缔组织病1例(8.3%),习惯便秘1例(8.3%),肺部疾患4例(33.3%)。

2.2 诱因 6例患者有较明显诱因,其中食用油腻食物3例(25%),冷饮3例(25%)。

3 临床表现

3.1 症状及体征 12例(100%)患者均以腹泻症状为主,其中7例以腹泻为首发症状。腹泻次数多在5~20次/d,最多可达24次/d,每次便量在10~50ml之间。大便性状均为糊状或水样便,3例伴有黏液。4例患者有较明显的里急后重表现,1例患者出现腹泻便秘交替表现。有腹痛表现者11例(91.6%),主要为阵发性或持续性隐痛,腹痛部位以脐周及下腹部居多。有鲜血便或血水样便者5例(41.7%),仅有少量暗红色血便3例(25%),无明显便血表现4例(33.3%)。腹部压痛有8例,占66.7%,多为轻度压痛,压痛部位多在左侧腹部及脐周。其他体征如腹部膨隆1例,腹部包块1例。

3.2 其他 出现的并发症有肠梗阻1例,心绞痛、房颤1例。

3.3 内镜表现 10例行结肠镜检查,检查率83.3%;镜下表现:可见病变黏膜充血、水肿、浅表糜烂、散在出血,严重者出现溃疡,病变黏膜与正常黏膜界限清楚。8例结肠镜检时作了活检,内镜病理组织学可见黏膜或黏膜下水肿,有炎性细胞浸润,小血管内见纤维素性血栓形成,及有含铁血黄素巨噬细胞沉着等表现。7例在治疗后10d至3个月复查结肠镜。其中正常5例,黏膜见红白色疤痕1例,黏膜尚有轻度充血、水肿及糜烂1例。2例复查结肠镜时行病理检查,可见黏膜轻度炎症改变及腺体有腺瘤性增生等表现。

3.4 其他检查 4例(33.3%)行选择性血管造影或血管MRI检查,其中3例可见动脉粥样硬化、肠系膜下动脉开口处狭窄等表现。

3.5 实验室检查 血常规有白细胞及中性粒细胞比例增高等表现。粪便检查中见红、白细胞数量超出正常,粪隐血实验阳性。所有粪培养均为阴性。

万方数据

3.6 分型及病变部位 按Marston分型,本组一过型11例(91.7%),狭窄型1例(8.3%),无坏疽型。病变部位最多见于左半结肠,共10例(83.3%)。其中结肠脾曲3例,乙状结肠2例,降结肠2例,降结肠+横结肠1例,乙状结肠+横结肠1例,乙状结肠+直肠1例。右半结肠1例,累及全结肠1例。

3.7 诊断及诊断依据 有8例患者在初步诊断时拟诊为其他疾病,其中急性肠炎5例,溃疡性结肠炎1例,菌痢1例,结肠肿瘤1例。诊断依据主要以临床表现、肠镜检查结果为主,本文12例患者中10例主要由肠镜检查确诊,其中3例配合有选择性血管造影检查。2例未行肠镜检查的患者则通过参考腹部X光片及B超等检查结果诊断。

3.8 治疗、预后及转归 本组11例一过型患者均予以禁食、补液扩充血容量及营养支持等治疗,其中有8例予以罂粟碱、丹参、血栓通及凯时等药物扩血管、改善微循环治疗,7例予以甲硝唑、氧氟沙星及罗氏芬等药物抗感染治疗,经上述治疗后其主要症状如腹泻、腹痛等均在1~10d内消失。1例狭窄型因出现肠梗阻行横结肠造瘘术,术后恢复良好。

4 讨论

1963年Boley等^[1]提出缺血性结肠炎,描述了其肠缺血损伤具有可逆性。1966年Marston等^[2]将其命名为缺血性结肠炎,分为一过型、狭窄型和坏疽型。1986年Marston等又将其分为坏疽型和非坏疽型。既往由于缺乏有效的检查方法,确诊较少,随着内镜及血管介入等技术的普及和临床经验的不断总结,本病的诊断率逐步提高。由于许多病人发病呈一过性,未至医院诊治,无法得到统计,所以IC确切发病率目前难以确定^[3]。缺血性结肠炎是最常见的胃肠道缺血性病变,可以发生于各个年龄组,但90%发生于60岁以上老年人^[4]。有报道150例IC,其中91%为70岁以上老年人^[5]。本组12例中年龄>60岁,符合文献报告。目前多认为本病发病率与性别关系不大^[6]。

高血压病、糖尿病及高脂血症等导致的血管粥样硬化是引起IC最常见的原因,本组病人中冠心病8例(66.7%),高血压病7例(58.3%),高血脂5例(41.3%)。另外长期顽固性便秘及腹泻等肠管因素也是引起IC的重要因素。临床上IC多见于左半结肠,尤其以脾曲、降结肠、乙状结肠为主,约占80%^[7]。本组中12例中有10例发生于左半结肠,占83.3%,与文献报道一致^[8]。

缺血性结肠炎缺乏特异性的症状及体征,其临床表现之严重与否,取决于被栓塞动脉的大小、缺血时间的长短、侧支循环建立是否充分、有否合并细菌感染以及治疗是否及时、正确等因素^[9]。IC较为典型的症状为腹痛、腹泻和便血三联征,但在临床实践中却经常遇到以腹泻为主要症状而腹痛却并不明显甚至缺如的情况。由于大量肠液渗出、肠黏膜坏死及肠蠕动加快等因素导致腹泻,部分病人还可以出现里急后重的表现,易误诊为急性肠炎、炎症性肠病及肠道感染等其他有类似表现的疾病。本组病例均为临床实践中遇到的以腹泻为主要症状的患者,大多仅伴有腹部隐痛,且便血症状亦不明显,这可能与老年人机体反应性降低有关。本文中12例患者在初步诊断时有8例(75%)拟诊为其他疾病,其中7例以腹泻为首发症状者中只有2例初步诊断即为缺血性结肠炎。拟诊的其他疾病包括急性肠炎、溃疡性结肠炎、菌痢及结肠肿瘤。4例伴有里急后重者全部拟诊为急性肠炎,其中3例伴有可疑饮食诱因,但均无不洁饮食史。

本文中4例初步诊断即为IC的患者有3例行了肠镜检查,其中2例在发病72h内。而8例初步诊断考虑其他疾病者有7例在行内镜检查后确诊为IC,其中4例在发病72h内。说明早期结肠镜检查对确诊本病有重要意义,是诊断本病的主要和可靠的方法。临床上怀疑有结肠缺血时,应及早行内镜检查。另外选择性血管造影检查可以为本病诊断提供重要依据,可见病变动脉狭窄、痉挛,甚至出现血管闭塞、血流中断,有时可见代偿性的血管增生。Lawrence^[10]认为,大多数缺血性结肠炎病人肠系膜动脉造影很少能显示动脉闭塞现象。本文中行血管影像学检查4例中有3例发现血管病变,说明在可能情况下,血管造影是有较高诊断价值的,但阴性检查结果不能排除本病。另外IC亦可通过经扩血管、改善微循环等治疗后其临床及肠镜表现明显改善来证实。

缺血性结肠炎的治疗应以减轻肠道缺血损伤,促进损伤组织修复为目的。Robert等^[11]报道经保守治疗后2/3的IC患者迅速见效。本文资料中对全

部一过型患者予以罂粟碱、低分子右旋糖苷、丹参注射液及营养支持等治疗后,主要症状在1~10d内消失。1例狭窄型行横结肠造瘘术,术后恢复良好。

随着我国人口老龄化之趋势,对本病的准确诊断和正确治疗日趋重要。从本组资料来看,患者全部为以腹泻为主要症状的老年人,这可能在某种程度上反映出本病在老年人中发生的特点。初步诊断正确率不高的原因可能是由于临床医生对本病的认识程度不够,尤其是当临床症状不够典型时,容易和其他有类似表现的疾病相混淆。提高诊断率的关键在于加强对本病的认识及警惕,尤其是对年龄>60岁并伴有高血压病、冠心病、高脂血症等基础疾病的高龄人群,当出现以腹泻为主要临床表现而腹痛、便血不明显时,应考虑缺血性结肠炎的可能,而早期行纤维结肠镜检查可以及时确诊,避免引起严重的并发症。

参考文献

- 1 Boley SJ, Schwartz S, Lash J, et al. Reversible vascular occlusion of the colon. *Surg Gynecol Obstet*, 1963, 116:53-60.
- 2 Marston A, Pheils MT, Thomas ML, et al. Ischemic colitis. *Gut*, 1966, 7:1-10.
- 3 American Gastroenterological Association. AGA technical review on intestinal ischemia. *Gastroenterology*, 2000, 118:954-986.
- 4 王孟薇, 吴本俨, 万军. 消化疾病鉴别诊断学. 北京:人民军医出版社, 2004. 354-355.
- 5 王孟薇. 老年人消化道出血的几种特殊类型. *中华老年医学杂志*, 1995, 14:366-367.
- 6 Greenwald DA, Brandt L. Colonic ischemia. *J Clin Gastroenterol*, 1998, 27:122-128.
- 7 Reeder S, Tytgat G, Rosen BG, et al. Ischemic colitis. Hague: Martinus Nijhoff Publisher, 1984. 1.
- 8 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, 22:282-284.
- 9 李振东. 缺血性结肠炎的早期诊断. *南通医学院学报*, 2000, 20:197-198.
- 10 Lawrence J. Colonic ischemia. *Surg Clin North Am*, 1992, 72:203-229.
- 11 Robert J, Mentha G, Rohner A. Ischemic colitis: two distinct patterns of severity. *Gut*, 1993, 34:4-6.