

缺血性肠病 26 例临床诊治分析

郭昌贵¹⁾, 于慧敏²⁾

(1) 镇雄县人民医院内科, 云南 镇雄 657200; 2) 昆明医学院第一附属医院超声科, 云南 昆明 650031)

[摘要] **目的** 探讨缺血性肠病的临床特征及诊断方法, 进一步提高对该病的认识. **方法** 回顾性分析镇雄县人民医院住院治疗的 26 例缺血性肠病患者的临床资料. **结果** 26 例患者中男 16 例, 女 10 例, 均有其他合并性疾病, 其中伴发高血压、冠心病 10 例, 糖尿病史 7 例, 心瓣膜病 5 例, 同时伴心房颤动 2 例、脑梗死 1 例、肝硬化 1 例. 主要临床表现为腹痛、血便; 24 例行全结肠镜检查, 确诊 19 例 (79.2%); 6 例行 CTA, 确诊 4 例 (66.7%); 肠系膜动脉造影 (DSA) 12 例, 确诊 7 例 (58.3%); 16 例行 CT 检查, 确诊 7 例 (43.8%); 26 例行彩色多普勒超声检查, 确诊 8 例 (30.8%). 内科保守治疗 24 例有效, 2 例无效转外科手术治疗好转. **结论** 缺血性肠病绝大多数患者临床伴有其他基础疾病, 由于临床症状和体征无特异性, 误诊率和死亡率高. 如及时行肠镜等辅助检查能早期发现及早期治疗, 多数患者预后良好.

[关键词] 肠疾病; 局部缺血; 分析

[中图分类号] R574 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003 - 4706 (2011) 03 - 0053 - 04

Clinical Analysis of 26 Patients with Ischemic Bowel Disease

GUO Chang - gui¹⁾, YU Hui - min²⁾

(1) Dept. of Medicine, The People's Hospital of Zhenxiong, Zhenxiong Yunnan 657200; 2) Dept. of Ultrasound, The 1st Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming Yunnan 650032)

[Abstract] **Objective** To explore the clinical features and diagnosis methods of ischemic bowel disease, and to further strengthen the knowledge of this disease. **Method** Clinical data of 26 cases with ischemic bowel disease for five years in our hospital were retrospectively analyzed. **Results** Among 26 cases, 16 cases were male and 10 cases were female. All these patients were accompanied with other disease, including 10 cases with high blood pressure and coronary heart disease, 7 cases with diabetes history, 5 cases with heart valve disease, and 2 cases with atrial fibrillation at the same time, 1 case with cerebral infarction and 1 case with liver cirrhosis. Clinical manifestations were abdominal pain and bloody stool; 24 cases had done the whole colonoscopy, and 19 cases were diagnosed (79.2%). 6 underwent CTA and 4 cases were diagnosed (66.7%). The mesenteric artery angiography (DSA) was given in 12 cases, 7 patients were diagnosed (58.3%); 16 cases were given routine CT examination, and 7 patients were diagnosed (43.8%). 26 cases were given color doppler ultrasound examination, and 8 cases were diagnosed (30.8%). Symptoms were relieved by conservative treatment in 24 patients, 2 patients were cured by operation. **Conclusions** Most of ischemic bowel disease are accompanied with other baseline diseases. Its clinical symptoms and signs are not specific, so the misdiagnosis rate and mortality are high. If conducting the auxiliary check, such as colonoscopy and so on, most cases can be early diagnosed and cured.

[Key words] Inestinal disease; Local ischemia; Analysis

缺血性肠病 (ischemic bowel disease, IBD) 属起相应肠道发生急性或慢性缺血性损害, 以往认为肠道血管疾病, 其原因在于肠壁血流灌注不良, 引该病临床少见¹⁾. 但近年来随着老龄人群所占比例

[基金项目] 国家自然科学基金地区基金资助项目 (30860269)

[作者简介] 郭昌贵 (1968~), 男, 云南镇雄县人, 医学学士, 主治医师, 主要从事内科临床工作.

增大, 心血管病及糖尿病等日益增多, 缺血性肠病的发病率明显增加^[2]. 本病以腹痛、便血为主要临床表现, 易与某些下消化道疾病混淆, 因此本病的及时诊断是治疗的关键. 镇雄县人民医院内科2007年1月至2011年11月共收治缺血性肠病患者26例, 现分析如下.

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组26例中, 男16例, 女10例, 年龄48~76岁, 平均62岁. 从出现症状到就诊时间为2h到8个月, 其中伴发高血压、冠心病10例, 糖尿病史7例, 心瓣膜病5例, 同时伴心房颤动2例、脑梗死1例、肝硬化1例.

1.2 诊断方法

缺血性肠病由于发病机制不同于其他急腹症, 临床表现不典型, 目前尚缺乏统一的诊断标准. 本组26例患者, 发病2d内采用实验室检查和影像学检查如B超、多层螺旋CT、CT血管造影(CTA)、选择性肠系膜动脉造影及肠镜并取黏膜活检.

1.3 治疗方法

入院后均予以禁食, 静脉营养支持治疗, 胃肠减压, 降低氧消耗. 密切监测血压、尿量, 纠正水、电解质失衡. 应用广谱抗生素治疗和预防感染. 合理使用血管扩张剂及活血祛瘀的中药. 同时积极治疗原发病, 去除诱因(如控制血糖及高血压). 根据病情择时口服药物治疗, 必要时手术治疗. 术后患者常规使用抗凝治疗1周, 防止血栓再次形成, 抗凝治疗的同时预防消化道出血并发症的发生.

2 结果

2.1 临床表现

26例患者临床表现均为腹痛, 以左下腹多见, 呈突发性绞痛或持续性钝痛, 程度轻重不等, 定位不确切, 可局限或弥漫. 25例伴有恶心、呕吐、嗝气、腹胀及腹泻等胃肠道症状, 2例出现肠麻痹坏死和腹膜刺激征. 一般于腹痛后24h出现便血共20例, 占76.9%, 以鲜血便多见, 其次为暗红色血便. 体格检查大多数患者可有发热、心率加快及血压降低, 腹部叩诊鼓音、腹部压痛、反跳痛及肌紧张等.

2.2 实验室检查

大便隐血阳性26例(100%), 白细胞升高20例(76.9%), 血淀粉酶升高15例(57.9%), 尿淀粉酶升高10例(38.5%), D-2聚体升高18例(69.2%). 心电图, 心房纤颤2例(7.7%), 心房扑动1例(3.8%). 血清CRP升高15例(57.9%), LDH升高10例(38.5%).

2.3 影像学检查

6例行CTA, 确诊4例(66.7%); 肠系膜动脉造影(DSA)12例, 确诊7例(58.3%); 16例行CT检查, 确诊7例(43.8%); 26例行彩色多普勒超声检查, 确诊8例(30.8%)

2.4 内镜不同表现及病变部位

24例行全结肠镜检查, 确诊19例(79.2%). 病变的黏膜表现为不同程度的充血水肿20例(76.9%), 散在糜烂18例(69.2%), 糜烂多发生在严重充血水肿的黏膜上, 伴点状、片状出血斑或暗紫红色淤血斑点, 呈局部、阶段性或弥漫性分布; 溃疡形成14例(53.8%), 溃疡多呈纵行或不规则形状, 溃疡之间无正常黏膜; 表现局部或阶段性黏膜增厚、隆起、充血水肿明显、暗紫红色淤血斑、肠管痉挛致肠腔狭窄2例(7.7%).

病变累及的部位分别为: 结肠脾区12例, 左半结肠9例, 回肠5例, 盲肠3例、升结肠1例、直肠1例、空肠1例. 2例外科手术的缺血性肠病患者同时累及空肠、回肠、盲肠和升结肠1例、同时累及空肠下段和回肠上段1例.

2.5 预后

平均治疗时间为21d, 腹痛缓解时间为0~14d, 平均(4.4±1.3)d. 大便恢复正常的时间为0~23d, 平均(6.5±2.5)d. 经内科治疗1~4周后复查肠镜, 20例痊愈(症状消失、大便正常和/或内镜下结肠镜下病变基本消失, 糜烂、溃疡愈合, 肠黏膜无严重水肿^[3])占76.9%; 4例好转(症状明显减轻, 大便检查基本正常和/或内镜下病变尚未完全恢复^[3])占15.4%; 内科治疗总有效率为92.3%(痊愈加好转的总人数占内科治疗的总人数). 2例分别因有持续性腹膜炎、肠梗阻的表现, 经内科保守治疗后无效转行急诊手术切除后康复

2.6 误诊情况

共误诊14例, 误诊率53.8%, 分别为溃疡性结肠炎4例, 急性胃肠炎6例, 肠梗阻2例, 急性胰腺炎1例, 肝硬化自发性腹膜炎1例, 误诊时间1~10d. 国内文献显示误诊率高达63.4%^[4].

3 讨论

3.1 临床表现

缺血性肠病病理基础主要是血管本身的病变、血液成分的改变和血流量的不足^[5]。其临床表现的轻重程度与病因、病变累及肠道血管情况、病变发生速度、基础疾病等多种因素有关。无论何种原因引起的肠管缺血性损伤,缺血性损伤的程度有很大的幅度,从可逆性肠道的功能改变至穿透性肠壁的坏死。微绒毛对缺血最为敏感,肠管缺血性损伤的进展从肠黏膜开始向外层波及直至肠管的浆膜层。因此急性肠道缺血后,首先受累及的是黏膜,黏膜及黏膜下层水肿、坏死和出血,随之黏膜脱落,溃疡形成,血液流向肠腔,临床表现为腹痛后便血,本组资料中腹痛26例,占100%;便血20例,占76.9%,大便潜血检查26例,100%呈阳性,与文献报道一致^[6]。缺血性肠病主要易患因素主要包括冠心病、高血压、糖尿病、血脂代谢异常等动脉粥样硬化性疾病也可同时伴有肠系膜动脉粥样硬化,粥样硬化致管腔狭窄,引起血流动力学改变,导致微小血栓形成,从而肠壁供血减少,引起结肠缺血。本组研究多见于中老年男性,均有基础性疾病。结肠脾区一直被认为是最容易受到缺血性损伤的部位,这是因为结肠脾区是血管分布的分水岭,称之为Griffith点,特别是在5%缺乏Drummond边缘动脉患者更易遭受缺血性损伤^[7]。本组资料中病变累及结肠脾区的12例、左半结肠的9例。

3.2 诊断方面

该病的诊断依据除临床表现外,辅助检查主要包括:内镜检查是诊断缺血性肠病的主要手段,并可确定病变的范围和程度,尚可动态检查观察病情变化,协助鉴别诊断。本组研究阳性率为79.2%:(1)表现病变肠管呈节段性分布,黏膜充血水肿、血管网消失。出血结节是其特征性表现,由黏膜下出血或水肿形成,其表面光滑,质脆易出血,多为一过性,可在数天内消失。病理组织学检查常为炎性改变或伴坏死,可在黏膜下层见大量微血栓或含铁血黄素细胞,是诊断的关键^[4]。内镜检查注意事项:①黏膜下出血通常很快被吸收或被溃疡替代,因此发病后48h内进行内镜检查非常重要;②如有持续腹痛、便血及腹膜刺激征应考虑坏疽性,镜检为禁忌证;③结肠镜下注气压力超3.9kPa(30mmHg)时,因过高肠内压可导致肠壁变薄血流减少,加重结肠缺血,如注以CO₂气体可使血管扩张,有利于结肠的血供^[5]。本组研究中2例未行内镜检查。(2)CT检查:本组研究阳性率43.8%。常见改变为肠壁非

特异性增厚,多层螺旋CT可诊断大多数肠系膜上动脉栓塞引起的缺血性肠病。CT灌注成像(CTA)可评价组织器官的灌注状态,对于治疗方案的选择有重要意义^[6]。本组研究阳性率58.3%。(3)DSA:本组研究阳性率58.30%,血管造影由于缺血性结肠炎常为一过性,故轻症患者无血管造影指征。严重的病例、尤其是仅右半结肠受累的患者、尚无法确诊结肠缺血、需排除急性肠系膜缺血的患者,应行血管造影,肠系膜缺血可见局限性病变,但结肠缺血多无典型表现。(4)超声检查:本组研究阳性率30.8%,通过观察受累肠管的肠壁厚度与血供情况,对缺血性肠病作出诊断,是一种经济、简单、无创的检查方法。超声检查的敏感性及特异性受患者体型及配合度、肠内气体、检查者水平等多方面影响,且无法对非闭塞性肠系膜缺血作出诊断。(5)急性缺血性肠病发病时,Kozuch等^[7]研究显示缺血性肠病时,75%的患者白细胞可升高,白细胞 $>15 \times 10^9$,但缺乏特异性,且白细胞正常不能除外该病,与本组病例一致。D-二聚体是血栓及栓塞的重要提示指标。Block等^[8]对2001年至2003年间瑞典某市医院收住院的 >50 岁且以腹痛为主要症状的患者的研究指出,没有缺血性肠病的患者的D-二聚体是正常的。在 >0.9 mg/L时,对于该疾病诊断的特异性92%,敏感性60%,准确性69%,且对病情的进展有提示作用。本研究也证明这点,18例患者阳性占69.2%。生化检查中,15例CRP升高,10例LDH升高,与王世文^[9]报道的急性缺血性肠病早期就有CKP、LDH、CRP明显升高的结论一致。

3.3 治疗方面

缺血性肠病的治疗包括保守治疗和非保守治疗。保守治疗适用于早期确诊的病例,包括一般性治疗、扩血管药、抗凝及溶栓治疗,非保守治疗适用于病变区段活力消失的肠管或坏死肠段,包括介入治疗和外科手术治疗。本组26例有2例患者保守治疗无效后及时转至外科行手术治疗。

总之,缺血性肠病绝大多数患者临床伴有其他基础疾病,由于临床症状和体征无特异性,误诊率和死亡率高,如及时行肠镜等辅助检查能早期发现及早期治疗,多数患者预后良好。对于急性缺血性肠病的患者,应注意以下几点:(1)对于有腹痛、便血特别是伴有高血压、冠心病等高危因素者应及时进行腹部B超、CT和肠镜检查,必要时进行数字减影血管造影(DSA)检查;(2)本病肠镜下容易误诊为溃疡性结肠炎等疾病,对溃疡性结肠炎等患者经常规治疗效果欠佳者需

考虑本病可能;对于慢性缺血性肠病患者,确诊难度较大,但该类患者常见高龄老人,因此对于大于 60 岁的患者应想到有本病的可能;(3)严密观察病情变化,一旦有腹膜炎及肠梗阻的表现立即请外科医生会诊。

[参考文献]

- [1] BRADBURY M S, KAVANAGH P V, BECHTOLD R E, et al. Mesenteric venous thrombosis: diagnosis and noninvasive imaging [J]. *Radiographics*, 2002, 22 (4): 527 - 541.
- [2] 傅润乔, 田玉科, 赵宏利, 等. 不同浓度、剂量氯普鲁卡因用于产科脊麻的临床分析 [J]. *北京医学*, 2007, 29 (7): 416 - 419.
- [3] 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 [J]. *中华消化杂志*, 2002, 22 (5): 282 - 284.
- [4] 孙丹莉, 张振玉, 张予蜀, 等. 近 10 年我国主要文献缺血性肠病误诊荟萃 [J]. *临床误诊误治*, 2009, 22 (6): 68 - 70.
- [5] 萧树东主编. *江绍基胃肠病学* [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2001: 887 - 890.
- [6] 潘国宗主译. *胃肠急诊学* [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2000: 552 - 554.
- [7] 赵景涛, 刘玉兰主编. *消化内科学* [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2000: 131 - 138.
- [8] 刘锦云. 结肠镜检查并黏膜活检病理检查对缺血性肠病的诊断意义 [J]. *中华实用诊断与治疗杂志*, 2009, 4 (2): 372 - 373.
- [9] THEODORPOUOU A, KOUTROUBAKIS I E, ISCHEMIC COLITIS. Clinical practice in diagnosis and treatment [J]. *World J Gastroenterol*, 2008, 14 (5): 7302 - 7308.
- [10] 陈明, 李选. 多层螺旋 CT 在急性缺血性肠病诊断中的价值 [J]. *首都医科大学学报*, 2007, 28 (6): 743 - 747.
- [11] KOZUCH P L, BRANT I J, REVIEW ARTICLE. Diagnosis and management of mesenteric ischemia with an emphasis on pharmacotherapy [J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2005, 21 (3): 201 - 215.
- [12] BLOCK T. Diagnosis accuracy of plasma biomarkers for intestinal ischemia [J]. *Scand J Clin Lab Invest*, 2008, 3 (1): 242 - 248.
- [13] 王世文, 黄华新, 何津春, 等. 急性缺血性肠病的血清酶及部分生化指标变化 [J]. *中国胃肠外科杂志*, 1999, 2 (3): 149 - 150.

(2012-01-05 收稿)

(上接第 48 页)

- thrombosis following cervical trauma [J]. *Cuadernos de Medicina Forense*, 2011, 17 (2): 97 - 102.
- [5] SCHWARZ, ASCHOFF, CAMPANELLA, et al. Moderate hypothermia and brain temperature in patients with severe middle cerebral artery infarction [J]. *Acta Neurochirurgica-Supplement*, 2008, 71 (3): 131 - 134.
- [6] LI P A, HE Q P, SIESJO B K, et al. Effects of intracarotid arterial injection of cyclosporin and spontaneous hypothermia on brain damage incurred after a long period of global ischemia [J]. *Brain Res*, 2010, 890 (2): 306 - 308.
- [7] 蔡青, 陈树大. 颅脑外伤后大面积脑梗塞的临床相关因素分析 [J]. *浙江创伤外科*, 2007, 12 (4): 295 - 296.
- [8] 郝淑煜, 刘佰运. 创伤性脑损伤后局部脑缺血的研究进展 [J]. *国际神经病学神经外科学杂志*, 2005, 32 (5): 430 - 434.
- [9] DIMITRE STAYKOV, RISHI GUPTA. Hemispherectomy in malignant middle cerebral artery infarction [J]. *Stroke*, 2011, 42 (2): 513 - 516.
- [10] 罗晓阳, 陈学华. 脑外伤后迟发性脑梗塞患者急性期纤溶状态研究 [J]. *中华神经外科疾病研究杂志*, 2009, 5 (2): 132 - 134.
- [11] 毛更生, 孟凡刚. 外伤性大面积脑梗死的临床研究 [J]. *神经疾病与精神卫生*, 2006, 6 (2): 122 - 124.
- [12] VELDHUISWB, DERKSEN J W, VAN DERMEDELDE P H, et al. Interferon-beta blocks infiltration of inflammatory cells and reduces infarct volume after ischemic stroke in the rat [J]. *Cereb Blood Flow Metab*, 2008, 23 (9): 1029 - 1039.
- [13] 郝继恒, 毛伯镛. 外伤性脑梗塞的研究进展 [J]. *国际神经病学神经外科学杂志*, 2006, 33 (4): 357 - 360.
- [14] CAGAVI F, TEKKOK I H, AKPINAR G, et al. Malignant cerebral infarction secondary to internal carotid injury in closed head trauma: good outcome with aggressive treatment—a case report [J]. *Source Angiology*, 2005, 56 (1): 107 - 114.

(2012-02-10 收稿)