

77 例溃疡性结肠炎临床分析

张伟伟,何松[△],康冰

(重庆医科大学附属第二医院消化内科 400010)

[摘要] **目的** 回顾分析 77 例溃疡性结肠炎(UC)患者的临床资料和随访情况以指导并完善 UC 的诊治。**方法** 收集该院 2009 年 11 月至 2014 年 10 月住院治疗的 77 例 UC 患者临床资料并电话随访一部分患者维持治疗情况。**结果** 活动期 UC 患者中度活动者占 69.9%,病变范围以左半结肠(46.6%,34/73)及广泛结肠(50.7%,37/73)为主。UC 主要临床表现为腹痛、腹泻、黏液脓血便及便血等。肠镜下 UC 活动期主要表现为肠黏膜充血、肿胀、糜烂及浅溃疡形成,内镜下组织活检多表现为黏膜慢性炎症和(或)糜烂。UC 患者病情越重,相对应的血清清蛋白平均值越低。治疗上以氨基水杨酸制剂、糖皮质激素及免疫抑制剂为主。氨基水杨酸制剂是长期维持治疗药物,UC 总体治疗有效率为 89.0%(55/73)。**结论** UC 治疗方案基本遵循共识意见,仍需加强 UC 随访。

[关键词] 结肠炎,溃疡性;临床表现;随访研究**[中图分类号]** R574.62**[文献标识码]** A**[文章编号]** 1671-8348(2015)25-3517-03

Clinical characteristics of 77 patients with ulcerative colitis

Zhang Weiwei, He Song[△], Kang Bing

(Department of Gastroenterology, the Second Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400010, China)

[Abstract] **Objective** To analyze the clinical characteristics, therapy and follow-up of the patients with ulcerative colitis (UC). **Methods** Collect the date of 77 inpatients with UC at the Second Affiliated Hospital of Chongqing Medical University between November, 2009 and October, 2014, and assigned the patients randomly. **Results** 69.9% of the patients who were in the activity stage were moderate severity. E2(46.6%, 34/73) and E3(50.7%, 37/73) were the common lesions range. The main clinical manifestations were abdominal pain, diarrhea, mucopurulent bloody stool and bloody stool. The enteroscopy mostly showed that intestinal mucosa hyperemia, edema, erosion, and small ulcers had the common features of UC. The common biopsy results were chronic inflammation and/or erosion. The average value of serum ALB decreases while the severity of UC patients increases. Drug therapy was the main treatment of UC. The maintenance therapy was aminosalicyclic acid, the effective ratio of treatment is 89.0%(55/73). **Conclusion** UC treatment plan basically follow the consensus and we should enhance the follow-up of UC patients.

[Key words] coliti, ulceratives; clinical manifestations; follow-up studies

炎症性肠病是一种病因尚不明确的慢性非特异性肠道炎症疾病,包括溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)和克罗恩病^[1]。随着炎症性肠病的发病率在发展中国家逐渐上升,UC 在我国亦成为一种较常见的疾病。UC 以反复发作的黏液脓血便、腹痛、腹泻等症状为主要表现,治疗上以内科药物治疗为主,可出现肠穿孔、结肠癌等并发症^[2-3]。但 UC 病情反复且病因不明确,这就给 UC 的治疗带来一定的难度^[4-6]。现在临床上出现不同的治疗方法,治疗效果上亦有所差别。为观察本院 UC 患者的诊断及治疗效果,故收集本院 77 例 UC 病例,总结其临床特点及治疗方案,并参考炎症性肠病治疗规范的共识意见来观察近 5 年本院针对溃疡性结肠炎的诊治情况以规范及指导本院 UC 的诊治。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院 2009 年 11 月至 2014 年 10 月住院治疗的 77 例 UC 病例,其中反复住院治疗的患者以其确诊为 UC 的资料纳入,并按照绝对值 1 例计算,其后住院资料作为随访资料以作参考。77 例 UC 患者,男 31 例(40.3%),女 46 例(59.7%),男女比例为 1.00 : 1.48。年龄 15~82 岁,发病高峰为 60~69 岁(22.1%)及 70~79 岁(22.1%),平均(54.0±18.1)岁。男性年龄 15~82 岁,发病高峰为 60~69 岁(22.6%)。女性年龄 18~79 岁,发病高峰为 70~79 岁

(28.3%)。见图 1。

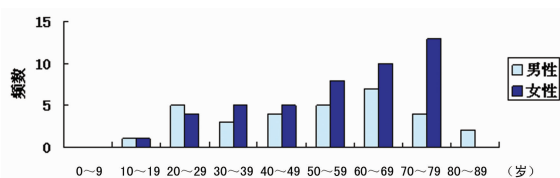


图 1 UC 的年龄及性别频数分布图

1.2 诊断标准 诊断标准依据遵循中国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见^[1]。UC 临床类型可简单分为初发型和慢性复发型。UC 病变范围采用蒙特利尔分类法分为直肠(E1)、左半结肠(E2)及广泛结肠(E3)。UC 活动性严重程度采用改良 Mayo 评分,分为临床缓解、轻度活动、中度活动及重度活动。治疗短期疗效评定按其出院时临床症状有无控制分为有效及无效。

1.3 统计学处理 采用统计性描述方法,计数资料以百分率或绝对值表示,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示。

2 结果

2.1 临床表现 77 例患者发病时临床表现主要有腹痛、腹泻、黏液脓血便、便血、发热、体质量下降等,肠外表现主要为关节损害。其中 33.8% 有黏液脓血便,29.9% 有便血,36.4% 为

腹痛和(或)腹泻但无黏液血便,有关节疼痛表现者 2 例,有盗汗表现者 1 例。

2.2 临床诊断 本院的 77 例 UC 活动期患者初发型 45 例(58.4%),慢性复发型 28 例(36.4%),UC 缓解期 4 例(5.2%);病变范围为 E1 有 2 例,病变范围为 E2 有 34 例,病变范围为 E3 有 37 例;轻度活动 17 例,中度活动 51 例,重度活动 5 例,见表 1。

表 1 77 例 UC 患者的临床资料统计

项目	轻度 UC (n=17)	中度 UC (n=51)	重度 UC (n=5)	缓解期 UC (n=4)
性别(n)				
男	5	23	2	1
女	12	28	3	3
年龄类型 ($\bar{x}\pm s$,岁)	61.4±14.2	54.3±18.3	31.6±16.2	47.8±10.0
发作类型				
初发型(n)	12	32	1	—
慢性复发型(n)	5	19	4	—
病变范围				
E1	1	1	0	—
E2	10	24	0	—
E3	6	26	5	—
Hb($\bar{x}\pm s$,g/L)	127.1±14.1	116.5±27.4	86.2±18.4	132.0±1.0
ALB($\bar{x}\pm s$,g/L)	42.6±3.5	39.4±5.4	29.7±3.0	41.0±0.6
5-ASA				
口服	6	47	5	4
灌肠	11	20	4	0
糖皮质激素使用方使				
灌肠	2	5	3	0
口服	0	0	1	0
静脉	0	3	2	0
使用硫唑嘌呤者	0	0	1	0

5-ASA:5-氨基水杨酸;Hb:血红蛋白;ALB:清蛋白。

2.3 实验室检测 收集 77 例患者入院时 Hb 及清 ALB 检测值,轻度 UC 患者 Hb 为(127.1±14.1)g/L,ALB 为(42.6±3.5)g/L;中度 UC 患者 Hb 为(116.5±27.4)g/L,ALB 为(39.4±5.4)g/L;重度 UC 患者 Hb 为(86.2±18.4)g/L,ALB 为(29.7±3.0)g/L;4 例缓解期病例 Hb 为(132.0±1.0)g/L,ALB 为(41.0±0.6)g/L。Hb 及 ALB 在不同程度 UC 的变化趋势见图 2。

2.4 肠镜表现 于本院行肠镜检查者(不含外院肠镜检查)其肠镜下表现主要为:(1)肠黏膜充血、肿胀、糜烂、血管纹理模糊 11 例;(2)有溃疡形成 2 例;(3)肠黏膜充血、肿胀、糜烂及浅溃疡形成 44 例;(4)肠黏膜出血者 5 例;(5)有肠黏膜息肉样改变或结肠带消失 10 例;(6)肠黏膜光滑或散在充血点 4 例。其中病变呈非连续性或节段性改变描述者 5 例,有裂隙样溃疡或阿弗他样溃疡改变者 2 例;病变呈铺路石样改变者 2 例。

2.5 组织活检 在肠镜下取肠黏膜组织活检者 35 例,病理结果主要有以下表现:(1)慢性炎症改变 14 例;(2)溃疡 4 例;(3)

炎症改变伴糜烂和(或)溃疡 12 例;(4)息肉样改变 2 例;(5)腺瘤样改变 2 例;(6)黏膜呈不典型增生 1 例。

2.6 合并症 UC 合并肛瘘 3 例;UC 合并类风湿性关节炎 1 例;合并重叠综合征 1 例;合并白塞病 1 例。

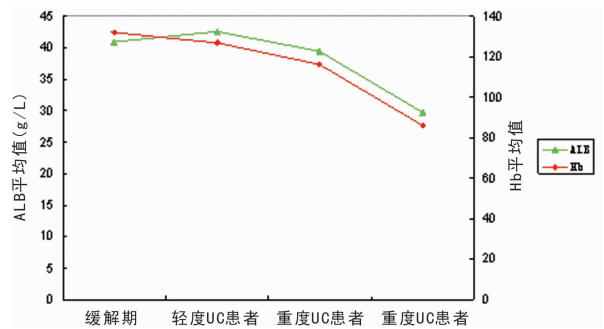


图 2 UC 不同程度 Hb 及 ALB 平均值比较

2.7 治疗方案 针对 UC 治疗,共识意见^[1]根据 UC 分期、分度及病变范围的不同决定其治疗方案。氨基水杨酸制剂是治疗轻中度 UC 主要药物,若其治疗无效时需口服激素。重度 UC 除一般治疗外,静脉用激素为首选治疗,若激素治疗效果无效需换用免疫抑制剂或手术治疗。本院 73 例活动期 UC 患者均采用内科治疗。

2.7.1 轻度活动 UC 治疗及疗效 17 例轻度 UC 患者中使用氨基水杨酸制剂 17 例(100.0%),其中只口服 5-ASA 6 例(35.3%),5-ASA 灌肠 11 例(64.7%)。使用地塞米松灌肠 2 例(11.8%),甲硝唑灌肠 1 例(5.9%)。17 例患者除 1 例自动出院,16 例治疗有效(94.1%)。电话随访 8 例轻度 UC 患者出院后均长期坚持使用 5-ASA,平均服用时间 22.0 个月,余 9 例失访。

2.7.2 中度活动 UC 治疗及疗效 92.1%(47/51)中度 UC 患者口服氨基水杨酸制剂,39.2%(20/51)使用 5-ASA 灌肠。糖皮质激素灌肠 5 例(9.8%),静脉使用糖皮质激素 3 例(激素不敏感者 2 例)。庆大霉素灌肠 1 例,甲硝唑灌肠 4 例,血凝酶联合去甲肾上腺素灌肠 1 例。86.3%(44/51)治疗有效,2 例患者经糖皮质激素治疗后症状无缓解转院治疗,5 例经对症支持治疗后自动出院。电话随访 22 例患者 11 例患者坚持使用 5-ASA,平均使用时间 30.9 个月,11 例患者未服用药物。

2.7.3 重度活动 UC 治疗及疗效 重度 UC 患者住院期间均口服使用 5-ASA,5-ASA 灌肠 4 例(80.0%);地塞米松灌肠 3 例(60.0%),口服糖皮质激素 1 例,静脉使用糖皮质激素 2 例;1 例因使用糖皮质激素无效后加用硫唑嘌呤。5 例治疗均有效。电话随访 3 例患者,2 例坚持使用 5-ASA,平均服用时间 19.5 个月,1 例未坚持药物治疗,见表 1。

2.7.4 其他药物治疗 治疗活动期 UC 过程中除外其他感染而口服或静脉使用抗菌药物者 33 例(45.2%,33/73),所使用抗菌药物主要是喹诺酮类、头孢类及甲硝唑;口服和(或)灌肠使用调节肠道菌群药物 33 例(33/73,45.2%)。康复新液、血凝酶灌肠、谷氨酰胺亦在临床中较广泛应用。有研究^[2]表明小剂量地塞米松联合 L-谷氨酰胺胶囊颗粒灌肠治疗 UC 疗效显著。

2.8 治疗总有效率 出院时患者症状得到控制即为治疗有效,总体治疗有效率为 89.0%(55/73)。电话随访 33 例患者,21 例患者长期服用 5-ASA,平均使用时间为 26.4 个月。

3 讨论

近年来炎症性肠病在发展中国家发病率有逐渐上升的趋

势^[2-3]。炎症性肠病因尚不明确,遗传、环境、免疫及感染等多因素可能参与了 UC 的发病过程^[4-5],这给炎症性肠病的诊断及治疗带来一定的难度。总结本院 UC 的诊断及治疗并与共识意见对比以观察本院针对 UC 的诊疗是否规范化及对将来的治疗提供参考。对于本院 77 例 UC 患者男女患病比例为 1.00:1.48,女性稍多于男性。发病高峰为 60~69 岁及 70~79 岁,不同于我国统计资料^[1]。73 例活动期 UC 患者中轻度活动者为 23.3%(17/73),中度活动者为 69.9%(51/73),重度活动者为 6.8%(5/73)。病变范围以 E2(34/73,46.6%)及 E3(37/73,50.7%)为主。77 例 UC 患者发病时主要临床表现为腹痛、腹泻、黏液脓血便及便血,关节疼痛是常见的肠外表现,66.2%(51/77)患者无黏液脓血便表现。肠镜下 UC 活动期主要表现为肠黏膜充血、肿胀、糜烂及溃疡形成,肠镜下取活检结果多表现为黏膜慢性炎症和(或)糜烂。有 4 例患者肠镜表现中除有上述表现外,同时合并有裂隙样溃疡(或)阿弗他样溃疡改变,有些医生将其诊断为 UC 合并 CD,但这并不符合共识意见^[1,6],同时,反映出临床医生能力有所差异。治疗上所收集的本院 73 例 UC 活动期患者均采用内科治疗,以 ASA 盐制剂为基础,并根据患者病情使用激素或免疫抑制剂,辅以抗菌药物、调节肠道菌群药物及康复新液等治疗。活动期 UC 患者病情程度越重,其相对应的血清 ALB 平均值越低,提示在治疗中应加强患者的营养支持治疗。出院时患者症状得到控制即为治疗有效,总体治疗有效率为 89.0%(55/73)。电话随访 33 例患者,21 例患者长期服用 5-ASA,平均使用时间为 26.4 个月。但随访情况只是根据患者口述进行记录,无肠镜等检查追踪患者肠道黏膜具体恢复情况。

ASA 类药物是治疗 UC 的基础药物,国外的回顾性研究^[7]显示 53.0%的初发型 UC 患者口服 5-ASA 治疗。但临床上以 ASA 制剂、糖皮质激素及免疫制剂为主的治疗方案仍有其局限性。国内有研究^[8]表明糖皮质激素对 UC 缓解率为 60.0%,而免疫抑制剂则有较多不良反应如骨髓抑制等^[9]。近年来生物免疫治疗逐渐应用于炎症性肠病治疗^[10],肿瘤坏死因子单克隆抗体(抗 TNF- α 单抗)治疗炎症性肠病带来了新的突破。Gunnar 等^[11]随机对照试验表明英夫利昔单抗(infliximab)是对于传统治疗无效的中重度 UC 患者有效且安全的治疗方案,Halpin 等^[12]临床研究亦表明英夫利昔对急性重度 UC 有效并可减少手术率。现临床上出现粪菌移植的治疗方法,对于难治性炎症性肠病亦是一种新的尝试,但疗效尚需随访观察^[13-14]。UC 的维持治疗现仍存在争议,共识意见中 ASA 制剂维持治疗在 3~5 年甚至更长。有些研究表明激素不能作为维持治疗药物,而硫唑嘌呤等免疫抑制剂的疗程现仍未有共识^[3]。UC 的并发症较多,Higashi 等^[15]研究显示作为 UC 并发症之一的结肠癌发病率为 12.6%,因此 UC 患者的定期随访是至关重要的。

综上所述,本院 UC 患者临床特点与全国统计数据有所不同,基础治疗方案遵循共识意见,本院生物免疫治疗尚不完全

推广。本院 UC 患者随访情况不完整,所以进一步加强 UC 患者的随访对于观察患者病情变化及临床研究是必需的。

参考文献

- [1] 中国医学会消化病学分会分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012 年,广州)[J]. 中国消化杂志,2012,32(12):796-813.
- [2] 吴华,陈莉,沈颖洲. 小剂量地塞米松联合 L-谷氨酰胺胶囊灌肠治疗溃疡性结肠炎 72 例疗效观察[J]. 实用医技杂志,2013,20(7):774-775.
- [3] 王玉芳,欧阳钦,胡仁伟,等. 炎症性肠病流行病学研究进展[J]. 胃肠病学杂志,2013,18(1):48-51.
- [4] 艾静,王承党. 遗传与环境因素在炎症性肠病发病机制的作用研究[J]. 国际消化病杂志,2014,34(2):110-113.
- [5] 樊星,翁谢川,丁日高. 炎症性肠病病因研究进展[J]. 国际消化病杂志,2013,33(1):6-8.
- [6] 路明亮,黄华. 胶囊内镜在克罗恩疾病诊断中的应用进展[J]. 临床荟萃,2012,27(11):1011-1012.
- [7] Richter JM, Kushkuley S, Barrett JA, et al. Treatment of new-onset ulcerative colitis and ulcerative proctitis: a retrospective study[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2012, 36(3):248-256.
- [8] 范如英,盛剑秋,赵晓军,等. 糖皮质激素对中重度结肠炎的疗效分析[J]. 胃肠病学及肝病,2013,22(6):508-509.
- [9] 冉文斌,欧阳钦,董烈峰,等. 硫唑嘌呤治疗顽固性溃疡性结肠炎 24 例回顾性分析[J]. 中华内科杂志,2013,18(1):48-51.
- [10] 宋振梅,王晓娣. 炎症性肠病的临床治疗新进展[J]. 医学与哲学,2013,32(475):7-9.
- [11] Gunnar Jarnerot, Erik Hertervig, et al. Infliximab as rescue therapy in severe to moderately severe ulcerative colitis[J]. Gastroenterology, 2005, 128:1805-1811.
- [12] Halpin SJ, Hamlin PJ, Greer DP, et al. Efficacy of infliximab in acute severe ulcerative colitis: a single-centre experience[J]. World J Gastroenterol, 2013, 19(7):1091-1097.
- [13] 戴张晗,郑青,冉志华. 粪菌移植在炎症性肠病中的应用[J]. 中华消化杂志,2014,34(4):283-285.
- [14] 王梅,吴克艳,丁岩冰,等. 粪菌移植在治疗难治性炎症性肠病中的初步临床应用[J]. 中华消化内镜杂志,2014,31(3):155-157.
- [15] Higashi D, Futami K, Ishibashi Y, et al. Clinical course of colorectal cancer in patients with ulcerative colitis[J]. Anticancer Res, 2011, 31(7):2499-2504.

(收稿日期:2015-03-08 修回日期:2015-05-16)

(上接第 3516 页)

研究[J]. 重庆医学,2010,39(7):799-800.

- [14] 曾爱屏,于起涛,周韶璋,等. 唑来膦酸治疗非小细胞肺癌骨转移疗效及安全性的临床研究[J]. 肿瘤学杂志,2012,4(18):315-316.

- [15] Isla D, Afonso R, Bosch-Barrera J, et al. Zoledronic acid in lung cancer with bone metastases: a review [J]. Expert Rev Anticancer Ther, 2013, 13(4):421-426.

(收稿日期:2015-04-08 修回日期:2015-06-13)