

论著·临床研究 doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.01.015

昆明市 10 家医院炎症性肠病患者临床资料分析*

刘艳, 缪应雷[△]

(昆明医科大学第一附属医院消化科 650032)

[摘要] **目的** 回顾性调查昆明市住院的炎症性肠病(IBD)患者,了解该市近年来 IBD 患者临床资料特点。**方法** 选取该市 10 家三级综合医院,调查 2007 年 1 月至 2013 年 12 月住院符合 IBD 诊断的 1 029 例患者的性别、年龄、病程、症状等人口资料及诊断、治疗、转归等情况。**结果** 本组资料显示,该市近 7 年 IBD 住院病例数有逐年上升的趋势。1 029 例 IBD 患者中溃疡性结肠炎(UC)患者 853 例,克罗恩病(CD)患者 157 例,未定型 IBD 患者 19 例。本组 IBD 患者男女比例为 1.23 : 1.00,IBD 患者平均发病年龄为(47.93±16.78)岁,UC 患者的发病高峰年龄为 40~60 岁,CD 患者发病高峰年龄为 20~40 岁,以病程小于 5 年的患者居多;本组 IBD 患者城镇人口多于农村人口;UC 住院病例明显多于 CD,住院 IBD 患者疾病严重程度以中度为主。UC 临床类型以慢性复发型(64.4%)为主,CD 以狭窄型(41.2%)和炎症型(51.0%)为主。IBD 主要症状有腹泻(91.0%)、腹痛(84.6%)、血便(79.4%)等;肠外表现(6.1%)和并发症(10.6%)少见。辅助确诊手段主要为结肠镜(97.7%)及病理检测(29.2%)。结肠镜检查显示 UC 以直肠和乙状结肠病变为主,CD 以回盲部及回肠末端为主。治疗以氨基水杨酸类和类固醇激素为主,较少患者应用免疫抑制剂。单纯内科治疗总有效率达 92.4%,病死率 0.4%。**结论** 该市 IBD 发病数近年有逐渐增加的趋势,发病患者以中青年为主,疾病严重程度以中度为主,UC 临床类型以慢性复发型为主,CD 以狭窄型和炎症型为主,肠外表现及并发症较少。治疗以氨基水杨酸类及类固醇激素为主,并且需要长期维持治疗。

[关键词] 肠炎;结肠炎,溃疡性;Crohn 病;临床试验**[中图分类号]** R574**[文献标识码]** A**[文章编号]** 1671-8348(2016)01-0042-05

Clinical analysis of inflammatory bowel disease in ten general hospitals of Kunming city*

Liu yan, Miao Yinglei[△]

(Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming, Yunnan 650032, China)

[Abstract] **Objective** To retrospectively investigate hospitalized patients with inflammatory bowel disease (IBD) in Kunming, to understand their characteristics of clinical data in recent years. **Methods** Ten three-tertiary general hospitals in Kunming were selected and clinical information of 1 029 patients diagnosed IBD from January 2007 to December 2013 were reviewed, including gender, age, course of disease, symptoms, diagnosis, treatment and outcomes. **Results** This study showed that there was an upward tendency of IBD patients in recent 7 years in Kunming. Among the 1 029 IBD patients, 853 patients had ulcerative colitis (UC), 157 patients had Crohn disease (CD) and 19 patients had undifferentiated IBD. The ratio of male to female was 1.23 : 1.00, and the average onset age of IBD was (47.93±16.78) years old. The peak onset age of UC was from 40 to 60 years old, while CD was more prevalent from 20 to 40 years old. Most of these patients had IBD less than 5 years. Cases from urban areas were more than from the country side. The majority of these hospitalised cases were moderate IBD patients and more UC cases than CD. 64.4% of the UC cases were chronic and relapsing; while in the CD cases, 51.0% were inflammatory and 41.2% were stenotic type. The main symptoms of IBD were diarrhea (91.0%), abdominal pain (84.6%), bloody stool (79.4%) and so on. About 6.1% IBD patients had extraintestinal manifestations and 10.6% of IBD patients had complications. The auxiliary diagnosis methods were colonoscopy (97.7%) and pathology (29.2%). Colonoscopy revealed that UC lesions were in the rectum and sigmoid colon, and CD lesions were in ileocecal and terminal ileum. Aminosalicicylic acid and steroids were the main medications and immunosuppressant was much less used. The effective rate of medical treatment alone was 92.4% with a mortality rate of 0.4%. **Conclusion** The number of hospitalized IBD patients increased in recent years and most of them are young and middle aged. The lesions are mainly moderate. The majority UC cases are chronic and recurrent; while CD cases belong to inflammatory type and stenotic type predominantly. Par-enteral lesions and complications are rare. Sulphasalazine (SASP)/5-ASA and steroids are still the mainstay agents used for the treatment of IBD. This disease need for long-term maintenance treatment.

[Key words] enteritis; colitis, ulcerative; Crohn disease; clinical trial

炎症性肠病(inflamamatory bowel disease, IBD)是一组病因尚不明确的慢性非特异性肠道炎症性疾病,包括溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)和克罗恩病(Crohn disease, CD)。近几十年来,IBD 发病率在传统的高发地区,如美国和欧洲,一直

比较稳定^[1],而国内以医院为基础的研究表明新发病例数却逐渐增多,我国近年来 IBD 患病率明显增加^[2-3],UC 与 CD 患病率分别为 11.6/10⁵ 和 1.4/10⁵。有研究在 2006 年收集了 1990~2003 年的 3 100 例 UC 和 515 例 CD 患者^[4],结果显示

* 基金项目:国家自然科学基金资助项目(81260074/H0310)。作者简介:刘艳(1983-),住院医师,硕士,主要从事消化系统临床工作。

[△] 通讯作者,E-mail:myldu@sina.com。

我国 IBD 住院患者呈逐渐增加趋势, Jiang 等^[5] 也分析了 1981~2000 年国内文献报道的 10 218 例 UC 患者, 发现 10 年间病例数上升了 3.08 倍。缪应雷等^[6] 调查了昆明市 1998 年 1 月至 2007 年 3 月住院诊断为 IBD 患者, 发现 10 年来昆明市 IBD 住院患者呈逐年增加趋势, 以 UC 升高为主, 与国内、外文献报道相符。本研究回顾性调查 2007 年 1 月至 2013 年 12 月昆明市 10 家三级综合医院住院 IBD 患者临床资料, 弥补近 7 年来昆明市 IBD 临床资料缺陷, 探讨近年来昆明市住院病例 IBD 的特点, 为 IBD 的诊断、治疗、预防、干预性研究提供参考, 以期提高对本病的认识, 同时为云南省建立 IBD 患者资料库打下基础。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集昆明市 10 家三级综合医院(延安医院、云南省第三人民医院、昆明市第一人民医院、云南省第二人民医院、昆明市中医院、昆明医科大学第二附属医院、昆明医科大学第一附属医院、中国人民解放军第四十三医院、云南省第一人民医院、云南省中医院)2007 年 1 月至 2013 年 12 月住院期间诊断为 IBD 的患者, 经过两名具有副高以上职称的 IBD 专家及两名临床病理学专家重新对相关临床及病理资料进行复核, 依据中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组对我国炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2012 年, 广州)^[7], 符合诊断标准则纳入符合病例, 并排除包括肠道感染、肠道阿米巴病和非甾体类抗炎药引起的溃疡、肠结核、肠道淋巴瘤、白塞病等病变后从 2 053 例原诊断为 IBD 的患者中筛选出符合诊断标准的 IBD 患者 1 029 例。

1.2 方法 采用自行设计的 IBD 临床资料调查表, 由消化内科专业医师认真填写。对多次入院就诊的患者, 主要填写第一次住院资料。调查表内容包括: IBD 患者的基本资料、临床表现、实验室检查、结肠镜表现、病理表现、钡剂灌肠及胃肠钡餐表现、IBD 诊断、治疗药物、总的疗效。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件建立数据库, 进行整理、归纳、计算均值、计数频数资料并整理分析。采用统计描述进行分析, 计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 计数资料采用率表示, 两组间计量资料比较采用 *t* 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

2.1.1 IBD 患者逐年就诊情况 收集 2007 年 1 月至 2013 年 12 月昆明市区 10 家三级综合医院 IBD 住院患者人数共 1 029 例, 其中 2007 年 35 例(3.40%), 2008 年 69 例(6.70%), 2009 年 104 例(10.11%), 2010 年 125 例(12.15%), 2011 年 166 例(16.13%), 2012 年 229 例(22.26%), 2013 年 301 例(29.25%), 逐年就诊患者人数呈增加趋势, 见图 1。

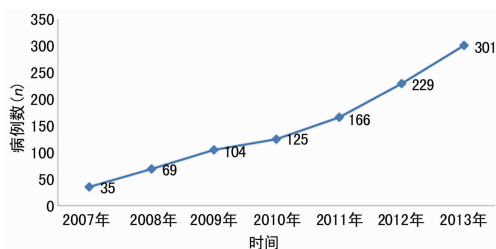


图 1 2007~2013 年 IBD 患者就诊情况

2.1.2 性别构成 本组 1 029 例 IBD 患者中, 男 567 例(55.1%), 女 462 例(44.9%) 男女之比为 1.23 : 1.00。UC 患者中男 459 例(53.8%), 女 394 例(46.2%), 男女之比为 1.16 : 1.00, 性别差异无统计学意义($P > 0.05$)。CD 患者中男 90

例(57.3%), 女 67 例(42.3%), 男女之比为 1.34 : 1.00, 性别差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.1.3 年龄构成 IBD 患者任何年龄均可发病。本组 IBD 患者中最小年龄 3 岁, 最大年龄 93 岁, 平均(47.93 ± 16.78)岁。UC 的发病高峰年龄为 40~60 岁, CD 患者发病高峰年龄为 20~40 岁, UC 和 CD 两组患者发病高峰年龄比较, 差异有统计学意义($P = 0.002$)。本组资料中 IBD 患者以中青年为高发人群, CD 患者发病高峰年龄小于 UC 患者。见图 2。

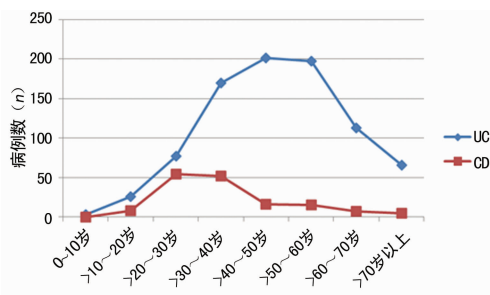


图 2 IBD 患者中 UC、CD 患者年龄构成

2.1.4 病程特点 本组患者平均病程为(3.20 ± 0.46)年。853 例住院 UC 患者中病程小于 1 年 342 例(40.1%), 1~5 年 348 例(40.8%), 6~10 年 113 例(13.2%), 大于 10 年患者 50 例(5.9%)。157 例 CD 患者中病程小于 1 年 81 例(51.6%), 1~5 年 53 例(33.8%), 6~10 年 15 例(9.6%), 大于 10 年患者 8 例(5.0%)。19 例未定型 IBD 患者中病程小于 1 年 11 例(57.9%), 1~5 年 5 例(26.3%), 6~10 年 2 例(10.5%), 大于 10 年患者 1 例(5.3%)。经统计, UC 及 CD 均以病程小于 5 年的患者为主。

2.1.5 居住地 853 例 UC 患者中, 城镇患者 538 例(63.1%), 农村患者 315 例(36.9%)。157 例 CD 患者中, 城镇患者 99 例(62.8%), 农村患者 58 例(37.2%)。两组相比差异无统计学意义($P > 0.05$)。UC 和 CD 城镇患者均多于农村患者, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.1.6 疾病类型 本组资料中按病程类型将 853 例 UC 分为两个类型, 初发型 304 例(35.6%), 慢性复发型 549 例(64.4%)。按疾病的主要临床表现将 157 例 CD 分为 3 个类型, 其中狭窄型 65 例(41.1%), 穿透型 12 例(7.9%), 炎症型 80 例(51.0%)。

2.1.7 疾病分期及严重程度 UC 患者参考 Mayo 指数进行活动度评分结果缓解期 11 例, 活动期 842 例, 其中轻度活动期 258 例(30.70%)、中度活动期 561 例(66.60%)、重度活动期 23 例(2.79%)。按照 Best CD 活动指数对 CD 患者活动度进行评估, 结果 157 例患者均为活动期, 其中轻度活动期 41 例(26.1%)、中度活动期 90 例(57.3%)、重度活动期 26 例(16.6%)。

2.2 临床表现 1 029 例住院 IBD 患者主要症状表现为腹泻、腹痛、解黏液脓血便、里急后重、腹胀、便秘、消瘦、乏力、发热, 各症状常单独或同时出现。主要体征为腹部压痛和腹部包块。

2.2.1 消化系统症状及肠外表现 IBD 主要消化系统症状有腹泻 936 例(91.0%), 腹痛 870 例(84.6%), 血便 817 例(79.4%)。肠外表现主要有贫血 81 例(7.9%), 疲劳 260 例(25.2%), 发热 147 例(14.3%), 体质量下降 254 例(24.7%), 口腔溃疡 6 例(0.6%), 关节病变 24 例(2.3%), 杵状指 25 例(2.4%), 皮疹 8 例(0.8%)。

2.2.2 腹部体征及全身体征 全腹压痛 34 例(3.3%), 下腹

部压痛 610 例(59.2%),脐周压痛 128 例(12.4%),有腹部包块 17 例(1.7%);贫血 152 例(14.8%),发育迟缓 3 例(0.3%)。

2.2.3 并发症 IBD 患者并发症发生情况,见表 1。

表 1 IBD 患者并发症($n=1\ 029$)

并发症	UC(n)	CD(n)	总计(n)	百分比(%)
消化道梗阻	2	5	7	0.7
消化道大出血	98	0	98	9.5
癌变	1	0	1	0.1
肠穿孔	1	2	3	0.3
总计数	102	7	109	10.6

2.3 钡剂灌肠及胃肠钡餐检查情况 10 例患者(0.9%)行钡剂灌肠及胃肠钡餐检查,其中 3 例患者钡剂灌肠符合 UC 诊断,主要表现为黏膜紊乱、袋囊变浅或消失、糜烂、溃疡、肠腔狭窄。2 例患者胃肠钡餐检查符合 CD 诊断,主要表现为小肠黏膜呈跳跃性病变、节段性炎症伴僵硬、狭窄、裂隙状溃疡。

2.4 内镜表现 1 005 例(97.7%)IBD 患者进行了结肠镜检查及内镜下取活检诊断 IBD,另有 24 例(2.3%)患者通过手术病理检查诊断 IBD(UC 患者 6 例,CD 患者 18 例)。847 例镜检 UC 患者病变部位以直肠、乙状结肠为主,有部分患者存在多个部位病变。139 例结肠镜检 CD 患者病变以回盲部、回肠末端为主,有 1 例 CD 患者以上消化道病变为主。见表 2。内镜主要表现为弥漫性分布患者 591 例(57.4%)、连续性 428 例(41.6%)、灶性 79 例(7.7%)、节段性 226 例(21.9%)、血管纹理模糊紊乱 578 例(56.1%)、充血水肿 692 例(67.2%)、纵行溃疡 27 例(2.6%)、糜烂或浅溃疡 755 例(73.3%)、接触性出血 78 例(7.6%)、自发性出血 81 例(7.9%)、有脓性分泌物患者 585 例(56.8%)、粗糙颗粒病变 162 例(15.7%)、袋囊变浅或消失 25 例(2.4%)、肠腔狭窄 89 例(8.6%)、肠管缩短 4 例(0.4%)、黏膜桥 1 例(0.1%)、结节状增生或假息肉 177 例(17.3%)。

表 2 UC 和 CD 患者主要病变部位(n)

病变部位	UC	CD
直肠	591	23
乙状结肠	471	18
升结肠	50	30
回盲部及回肠末端	33	64
全结肠	137	15
上消化道	0	1

2.5 病理表现 1 005 例行结肠镜检查患者中有 301 例(29.2%)IBD 患者行病理学检查。病理主要表现包括弥漫性黏膜炎症 301 例(29.2%)、灶性黏膜炎症 172 例(16.7%)、隐窝结构正常 17 例(1.7%)、隐窝分支 1 例(0.1%)、隐窝脓肿 110 例(10.7%)、杯状细胞黏液减少 25 例(2.4%)、黏膜糜烂或溃疡 277 例(26.9%)、基底浆细胞增多 7 例(0.7%)、腺体增生 74 例(7.2%)、病理检测中无潘氏细胞化生、无隐窝炎、无绒毛状表面、无隐窝萎缩、无隐窝扭曲。1 029 例患者中有 24 例(2.3%)患者通过手术病理检查诊断 IBD,其中 UC 患者 6 例,CD 患者 18 例;UC 患者手术病理表现为:结肠黏膜表面糜烂、浅溃疡 6 例;隐窝脓肿 3 例;隐窝大小、形态不规则、排列紊乱

4 例;杯状细胞减少 2 例;固有膜内急性、慢性炎性细胞浸润 6 例;CD 患者手术病理表现为:深入肠壁的裂隙状溃疡 8 例;透壁性散在分布淋巴样细胞增生和淋巴滤泡形成 10 例;非干酪样坏死性肉芽肿 9 例;肠壁增厚、肠腔狭窄 10 例;节段性、透壁性炎症 15 例。

2.6 IBD 诊断情况

2.6.1 门诊诊断 1 029 例患者记录了门诊诊断,以腹痛、腹泻、发热及肠梗阻为门诊诊断结果患者 220 例(21.4%)、以 UC 为门诊诊断结果患者 481 例(46.7%)、以 CD 为门诊诊断结果患者 56 例(5.4%)、以 IBD 为门诊诊断结果患者 9 例(0.9%)、以阑尾炎、慢性结肠炎、肠息肉等其他疾病为门诊诊断结果患者 65 例(6.3%)、以便血为门诊诊断结果患者 197 例(19.1%)、以结肠癌为门诊诊断结果患者 1 例(0.1%)。

2.6.2 入院诊断 1 029 例患者记录了入院诊断,以腹痛、腹泻、发热及肠梗阻为入院诊断结果患者 196 例(19.0%)、以 UC 为入院诊断患者 496 例(48.2%)、以 CD 为入院诊断患者结果 58 例(5.6%)、以 IBD 为入院诊断结果患者 15 例(1.5%)、以阑尾炎、慢性结肠炎、肠息肉等为入院诊断结果患者 54 例(5.2%)、以便血为入院诊断结果患者 209 例(20.3%)、以结肠癌为入院诊断结果患者 1 例(0.1%)。

2.6.3 出院诊断 1 029 例患者记录了出院诊断,以 UC 为出院诊断结果患者 853 例(82.8%)、以 CD 为出院诊断结果患者 157 例(15.2%)、以未定型 IBD 为出院诊断结果患者 19 例(1.8%)。

2.7 误诊情况 54 例 IBD 患者既往误诊为其他疾病,主要包括细菌性痢疾、结肠息肉、肠结核、阑尾炎、肠道淋巴瘤、肠易激综合征、肠梗阻、结肠癌、血吸虫性肠炎、过敏性紫癜、贝赫切特综合征等。另有部分患者被笼统地诊断为慢性结肠炎。

2.8 治疗情况

2.8.1 诱导缓解治疗 本组资料中 UC 及 CD 患者在控制病情,诱导缓解治疗中均联用或单独接受柳氮磺胺吡啶(SASP)、5-氨基水杨酸(5-ASA)、类固醇激素、益生菌等治疗,局部治疗药物主要包括激素、ASA 制剂、中药。其中有 134 例(20.0%)患者单独使用类固醇激素控制病情,194 例(29.0%)患者单用 SASP 药物控制病情,321 例(48.0%)患者使用 SASP+激素控制病情,19 例(2.9%)患者使用激素+环孢素控制病情,仅有 1 例(0.1%)患者单独使用环孢素控制病情。无使用生物制剂患者。因病情重,药物治疗差或并发症而转行手术治疗的患者有 4 例(0.4%)。见表 3。

表 3 IBD 患者诱导缓解药物类型

项目	病例数(n)	百分比(%)
类固醇激素	134	20.0
SASP 药物	194	29.0
环孢素	1	0.1
SASP+类固醇激素	321	48.0
类固醇激素+环孢素	19	2.9
总计	669	100.0

2.8.2 维持治疗 1 029 例患者中有 831(80.8%)例患者记录了维持治疗药物,其中 705 例(84.8%)患者单独使用 SASP 药物或 5-ASA 维持治疗,主要为美沙拉嗪或 SASP。107 例(12.9%)患者单独使用免疫抑制剂硫唑嘌呤维持治疗,19 例(2.3%)患者使用美沙拉嗪+硫唑嘌呤维持治疗,见表 4。

2.9 转归 根据中国 2012 年对 IBD 诊治规范的共识意见中

的疗效标准来判断预后:853 例 UC 患者经治疗后缓解 88 例 (10.3%),有效 722 例 (84.7%),无效 40 例 (4.7%),死亡 3 例 (0.3%),其中 2 例患者死亡原因主要为消化道大出血、多器官功能不全,1 例患者死亡原因为结肠癌。157 例 CD 患者经治疗后缓解 15 例 (9.3%),有效 126 例 (80.4%),活动期 15 例 (9.7%),死亡 1 例 (0.6%),死亡原因为肠穿孔并发感染性休克。

表 4 患者维持治疗药物类型 (n=831)

项目	病例数(n)	百分比(%)
SASP 或 5-ASA	705	84.8
硫唑嘌呤	107	12.9
美沙拉嗪颗粒+硫唑嘌呤	19	2.3
总计	831	100.0

3 讨论

3.1 一般资料的讨论 本组资料结果显示昆明市近 7 年 IBD 患者就诊数有逐年增加的趋势,与国内外研究相符,IBD 患者例数增多,可能与结肠镜、病理检查诊断手段改进及结肠镜检查普及有关,同时亦不能排除由于现代居民生活水平提高饮食结构改变及环境的变化而导致 IBD 的发病数确实增高所致。

3.1.1 性别构成 本组资料中 IBD 患者男女比例为 1.23:1.00,UC 患者中男女比例为 1.16:1.00,CD 患者中男女比例为 1.34:1.00,虽男性患者略多于女性,但两组资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),这与国外 Malaty 等^[8]报道的 IBD 发病虽以男性稍多见,但男女发病差异无统计学意义相符,与中国 IBD 协作组^[4]的报道男女比例 1.34:1.00 相似。

3.1.2 年龄构成 本组资料中 IBD 患者平均年龄为 (47.93±16.78) 岁,UC 患者发病高峰年龄为 40~60 岁,CD 患者发病高峰年龄为 20~40 岁,UC 患者平均诊断年龄大于 CD 患者,两组发病高峰未见双峰状结构。而国外研究显示 UC 和 CD 发病年龄多呈双峰状分布,UC 第一个发病年龄高峰为 30~39 岁,CD 为 20~29 岁,UC 和 CD 第二个发病年龄高峰为 60~70 岁,以第一个高峰病例数为多^[9-10],本组研究 IBD 发病年龄与西方国家不同,且无双峰状结构,考虑与地域、种族等差异有关。与国内欧阳钦等^[11]研究国内 IBD 发病第二高峰少见相符,而与国内报道 UC 患者发病高峰年龄为 40~50 岁^[4],CD 发病高峰年龄为 20~50 岁不同,考虑与本组资料样本量少有关,该结论可能随着观察样本量的扩大、观察人群的全面化而产生变化。

3.2 临床资料讨论

3.2.1 临床表现 本组资料显示 IBD 的临床表现多种多样,以腹泻、腹痛、解黏液脓血便、疲劳、消瘦为主,腹泻、腹痛症状明显,与国内研究结果相似^[4],因 UC 和 CD 症状相似、复杂多样,因此仅靠临床表现来鉴别是困难的,需要辅助结肠镜、病理等检查手段加以鉴别。

3.2.2 疾病分期及严重程度 本组研究中,IBD 患者病情以中度活动期为主,UC 疾病类型以慢性复发型 (64.4%) 为主。来自新加坡^[12]、韩国^[13]、日本^[14] 的 UC 患者研究显示,UC 均以慢性复发型为主。国内研究显示约 46% 的 UC 患者为慢性复发型^[15],UC 疾病类型与国内外研究相符。本组资料中 CD 以狭窄型 (41.1%)、炎症型 (51.0%) 为主,并发症少见。而 Margro 等^[16] 对南欧国家 CD 患者的研究显示,1 413 例患者中炎症型 38%,狭窄型 26%,穿透型 36%。国内李学锋等^[17] 对 CD 患者的研究显示,国内 CD 以炎症型为主 (47.6%),穿透型患

者较国外少,该资料与国外有差异,与国内研究相同,可能为国内患者较国外患者病情轻有关。

3.2.3 检查手段 本组资料中 IBD 诊断手段主要为结肠镜 (97.7%),其次为内镜下病理组织检查 (29.2%) 及手术病理检查 (2.3%),钡剂灌肠造影及胃肠钡餐检查极少,仅占 0.9%。病理组织检查及钡剂灌肠检查率明显低于国内欧阳钦等^[11] 研究的病理组织检查 (62.3%)、钡剂灌肠造影 (12.7%)。这样的差异考虑以下几个因素所致:(1) 云南仍处于全国落后地区,医师对肠镜及病理检查作用未引起足够重视;(2) 病理医师对 IBD 病理特征认识不足,并缺乏统一的病理诊断标准;(3) 许多病理医师未对相关病理标本特点进行详细描述,而仅给出病理诊断。希望加强对相关医师的培训与再学习,提高相关人员对 IBD 组织学特点的认识。

3.2.4 治疗情况 本组资料中 IBD 的诱导缓解药物主要以 SASP 或 5-ASA、类固醇激素为主,局部治疗药物主要包括激素、ASA 制剂。维持治疗药物以单独使用 SASP 药物或 5-ASA 为主 (84.8%),较少使用免疫抑制剂 (15.2%) 及生物制剂 (0)。这与国内相关研究相符^[18],而与国外相关研究不同^[19],国外患者使用免疫抑制剂患者多见,且手术率高。可能因为国内患者病变以中度为主,SASP 或 5-ASA 治疗效果好,症状改善明显有关。而随着研究的深入,治疗目标的改变及治疗规范性,免疫抑制剂及生物制剂的使用将会越来越普遍。

3.2.5 疾病转归 本组资料中 IBD 患者的手术率为 (0.4%)、病死率为 (0.4%),明显低于西方国家的 UC 手术率 30%~37.6%,CD 手术率 70%~90%,病死率 16.4~17.8%^[20]。并低于国内多中心研究报道的 17.9% 的手术率,0.6% 的病死率^[15]。以上结果的差异考虑与昆明市区患者病变以中度为主,且临床医师在手术适应证上较保守有关,故及时对治疗效果的评价,选择合适的手术时机将对患者病情起到良好作用。

综上所述,本组 IBD 的临床资料与国内外存在一定的差异,可能与地域、民族等差异有关。本研究是基于医院病例的研究,尚不能作为人群发病率和患病率的资料,故未统计发病率及患病率。目前国内多数 IBD 患者资料是基于医院住院病例研究,尚无 IBD 发病率和患病率的大规模流行病学研究,因此在国内有必要开展以人群为基础的多中心流行病学调查研究,以揭示 IBD 的自然病程和临床特点,寻找潜在的可能致病因素,以提高对该病的认识为其诊断和治疗提供帮助。

参考文献

- [1] Manninen P, Karvonen AL, Huhtala H, et al. The epidemiology of inflammatory bowel diseases in Finland [J]. Scand J Gastroenterol, 2010, 45(9): 1063-1067.
- [2] Oretti C, Marino S, Mosca F, et al. Glutathione-S-transferase -P1 I105V polymorphism and response to antenatal betamethasone in the prevention of respiratory distress syndrome [J]. Eur J Clin Pharmacol, 2009, 65(2): 483-491.
- [3] De Iudicibus S, Stocco G, Martelossi S, et al. Genetic predictors of glucocorticoid response in pediatric patients with inflammatory bowel diseases [J]. Clin Gastroenterol, 2011, 45(1): e1-7.
- [4] 中国炎症性肠病协作组. 3 100 例溃疡性结肠炎住院病例回顾分析 [J]. 中华消化杂志, 2006, 26(6): 368-372.
- [5] Jiang XL, Cui HF. An analysis of 10 218 ulcerative colitis cases in China [J]. World J Gastroenterol, 2002, 8(1): 158-

161.

- [6] 缪应雷,黄华丽,王光耀,等.昆明市炎症性肠病多中心临床资料分析[J].中华消化杂志,2009,29(2):90-92.
- [7] Cooperative Group of Inflammatory Bowel Disease of Digestive Disease of Chinese Medical Association. Consensus on the diagnosis and management of inflammatory bowel disease (2012)[J]. Chin J Intern Med, 2012, 51(10):818-831.
- [8] Malaty HM, Fan X, Opekun AR, et al. Rising incidence of inflammatory bowel disease among children a 12-year study[J]. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2010, 50(1):27-31.
- [9] Loftus EV, Sandborn WJ. Epidemiology of inflammatory bowel disease[J]. Gastroenterol Clin North Am, 2002, 31(1):1-20.
- [10] Aghazadeh R, Zali MR, Bahari A, et al. Inflammatory bowel disease in Iran: a review of 457 cases[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2005, 20(11):1691-1695.
- [11] 欧阳钦,王玉芳,胡仁伟,等.炎症性肠病流行病学研究进展[J].胃肠病学,2013,18(1):48-52.
- [12] Ling KL, Ooi CJ, Luman W, et al. Clinical characteristics of ulcerative colitis in Singapore, a multiracial city-state[J]. J Clin Gastroenterol, 2002, 35(2):144-148.
- [13] Park SH, Kim YM, Yang SK, et al. Clinical features and natural history of ulcerative colitis in Korea[J]. Inflamm Bowel Dis, 2007, 13(3):278-283.
- [14] Fujimoto T, Kato J, Nasu J, et al. Japan West Ulcerative Colitis (JWUC) Study Group. Change of clinical charac-

teristics of ulcerative colitis in Japan: analysis of 844 hospital-based patients from 1981 to 2000[J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2007, 19(3):229-235.

- [15] Wang Y, Ouyang Q. APDW 2004 Chinese IBD working group. Ulcerative colitis in China: retrospective analysis of 3 100 hospitalized patients[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2007, 22(9):1450-1455.
- [16] Magro F, Portela F, Lago P, et al. Crohn's disease in a southern European country: montreal classification and clinical activity[J]. Inflamm Bowel Dis, 2009, 15(9):1343-1350.
- [17] 李家锋,部益友,叶玲娟,等.克罗恩病维也纳、蒙特利尔临床分型的对比研究[J].实用医学杂志,2010,26(1):47-49.
- [18] 郑家驹.炎症性肠病的药物治疗[J].胃肠病学,2012,17(12):756-762.
- [19] Arora G, Singh G, Vadhavkar S, et al. Incidence and risk of intestinal and extra-intestinal complications in Medicaid patients with inflammatory bowel disease: a 5-year population-based study[J]. Dig Dis Sci, 2010, 55(6):1689-1695.
- [20] Jess T, Loftus EV Jr, Harmsen WS, et al. Survival and cause specific mortality in patients with inflammatory bowel disease: a long term outcome study in Olmsted County, Minnesota, 1940-2004 [J]. Gut, 2006, 55(9):1248-1254.

(收稿日期:2015-08-20 修回日期:2015-09-27)

(上接第 41 页)

疾病的患者,及时控制 VAP 对疾病的预后和转归有重要意义。本实验通过对大鼠气管插管,给予流感嗜血杆菌气道滴入,观察气管内导管生物被膜的形成情况,并通过阿奇霉素灌胃治疗气管插管流感嗜血杆菌感染大鼠,观察阿奇霉素对气管内导管生物被膜内流感嗜血杆菌的影响。提示流感嗜血杆菌可在气道导管内形成生物被膜,阿奇霉素对流感嗜血杆菌气道内导管早期生物被膜有一定抑制作用,为临床治疗 VAP 提供有力依据。

参考文献

- [1] Brum G, Melo R, Monteiro F, et al. Ventilator-associated pneumonia (VAP)[J]. Eur Respir J, 2004, 24:5475.
- [2] Kuehn M, Hausner M, Bungartz HJ, et al. Automated confocal laser scanning microscopy and semiautomated image processing for analysis of biofilms[J]. Appl Environ Microbiol, 64(11):4115-4127.
- [3] Tarquinio KM, Kothurkar NK, Goswami DY. Bactericidal effects of silver plus titanium dioxide-coated endotracheal tubes on pseudomonas aeruginosa and staphylococcus aureus[J]. Int J Nanomedicine, 2010, 5:177-183.
- [4] 蔡少华,张进川,钱桂生.气管导管生物被膜与复发性铜绿假单胞菌呼吸相关肺炎的相关性[J].中华结核和呼吸杂志,2001,6(24):339-341.
- [5] 李影林.临床微生物学及检验[M].北京:人民卫生出版社,1995:673.

- [6] Brill R, Sparling KW, Lake MR. The business case for preventing ventilator-associated pneumonia in pediatric intensive care unit patients[J]. Jt Comm J Qual Patient Saf, 2008, 34(11):629-638.
- [7] Pneumatikos IA, Dragoumanis CK, Bouros DE. Ventilator-associated pneumonia or endotracheal tube-associated pneumonia: an approach to the pathogenesis and preventive strategies emphasizing the importance of endotracheal tube[J]. Anesthesiology, 2009, 110(3):673-680.
- [8] De Souza PR, De Andrade D, Cabral DB, et al. Endotracheal tube biofilm and ventilator-associated pneumonia with mechanical ventilation[J]. Microsc Res Tech, 2014, 77(4):305-312.
- [9] Vandecasteele SJ, Peetermans WE, Merckx R, et al. Expression of biofilm associated genes in Staphylococcus epidermidis during in vitro and in vivo foreign body infections[J]. Infect Dis, 2003, 188(5):730-737.
- [10] Bala A, Kumar R, Harjai K. Inhibition of quorum sensing in Pseudomonas aeruginosa by azithromycin and its effectiveness in urinary tract infections[J]. J Med Microbiol, 2011, 60(Pt3):300-306.
- [11] 阎锡新,李帅,齐天杰,等.机械通气患者气管导管内生物被膜生成及病原分析[J].中华结核和呼吸杂志,2008,7(31):501-504.

(收稿日期:2015-06-10 修回日期:2015-09-28)