

## 缺血性肠病 24 例临床分析

杭程,朱建新,毛虹,聂锦山,薛仕贵,吉猛

(太仓市第一人民医院消化内科,江苏 苏州 215400)

[关键词] 缺血性肠病;临床特点;诊断;治疗

[中图分类号] R574

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2014)04-509-02

doi:10.7655/NYDXBNS20140423

缺血性肠病是由于多种因素引起的肠壁急性或慢性供血不足或回流受阻而发生的肠壁缺血性疾病<sup>[1]</sup>,其临床表现无特异性,症状与体征不同步,从而导致临床诊断困难,误诊率高而延误病情<sup>[2]</sup>,因而早期诊断、减少误诊及早期治疗是挽救患者生命的关键。本研究收集 2009 年 1 月~2013 年 4 月本院诊治的 24 例患者的临床资料,对其辅助检查、临床症状、治疗经过进行回顾性分析,结果报告如下。

### 1 对象和方法

#### 1.1 对象

24 例缺血性肠病患者,其中男 8 例,女 16 例,年龄 39~80 岁,60 岁以上 20 例(83.33%),平均(66.92±9.20)岁。21 例(87.5%)伴随下列情况一项或几项:高血压 15 例、冠心病 8 例、腹部手术史 7 例、糖尿病 4 例、脑梗死 3 例、心脏手术史 2 例、类风湿性关节炎 1 例,3 例(12.5%)无其他基础疾病。

#### 1.2 方法

纳入标准:①《消化疾病诊断学》中缺血性肠病诊断标准<sup>[3]</sup>;②患者知情同意原则。排除标准:①合并有其他脏器严重疾病者;②不符合缺血性疾病诊断标准者;③失访、中途退出、不遵守医嘱及临床资料收集不完整者。

患者采用实验室检查和影像学检查,包括多层螺旋 CT、CT 血管造影(CTA)及结肠镜检查。

以内科综合治疗为主。患者入院后禁食,卧床休息,静脉补液肠道外营养支持,胃肠减压,降低氧消耗,纠正水、电解质失衡等支持治疗,积极治疗原发病,祛除诱因(如控制高血压及血糖),应用广谱抗生素治疗和预防感染,同时使用血管扩张剂(罂粟碱、丹参)等各种对症治疗。2 例患者腹部 CTA 提示肠系膜上动脉血栓形成转外科介入治疗。

### 2 结果

#### 2.1 临床表现

患者以腹痛、便血和腹泻为主要临床表现。24 例均表现腹痛,以脐周和下腹痛较常见;17 例(70.83%)有便血,血色鲜红,便血量少;13 例(54.17%)有腹泻,主要表现为里急后重;11 例(45.83%)存在恶心、呕吐;2 例(8.33%)存在发热,以低热为主。

#### 2.2 实验室检查

24 例大便潜血均为阳性。6 例(66.67%)CO<sub>2</sub>-CP 降低,10 例(41.67%)D-二聚体升高,9 例(37.5%)白细胞总数升高,3 例(12.5%)尿淀粉酶升高,2 例(8.33%)血淀粉酶升高。

#### 2.3 诊断情况

22 例患者 72 h 内电子肠镜检查,病变累及部位分别为:全结肠 1 例,降结肠及乙状结肠 10 例,结肠脾区 7 例,乙状结肠 4 例;病理 4 例见含铁血黄色沉积,其余皆提示黏膜水肿,中性粒细胞及炎性细胞浸润。6 例腹部 B 超检查,4 例提示肠壁增厚水肿,周围见渗出,2 例未见明显异常。18 例 24 h 内腹部 CT 检查,12 例提示肠壁增厚强化,周围见渗出影,3 例提示肠腔积液、肠梗阻,3 例未见明显异常。7 例腹部 CTA,1 例提示肠系膜上动脉血栓栓塞,右肾部分梗死,1 例肠系膜上动脉开口处血栓形成,3 例腹主动脉及肠系膜上动脉钙化明显,部分狭窄,2 例未见明显异常。

#### 2.4 误诊情况

24 例中,误诊 5 例(20.83%),其中误诊为急性胃肠炎 4 例,急性胰腺炎 1 例,误诊时间 1~3 d。

#### 2.5 治疗情况

2 例因肠系膜上动脉血栓形成转外科介入治疗

后好转。经内科治疗的22例患者,大便恢复正常时间最短1 d,最长14 d,平均 $(4.76 \pm 1.57)$ d;腹痛缓解时间最短1 d,最长12 d,平均 $(4.21 \pm 1.42)$ d;住院时间最短14 d,最长28 d,平均 $(17.25 \pm 4.26)$ d。

## 2.6 临床疗效

采用内科治疗的22例,治疗后6~8周复查肠镜,18例(81.82%)痊愈(临床症状消失,病变消失,大便正常,肠黏膜无严重水肿,溃疡、糜烂愈合、溃疡);4例(18.18%)好转(临床症状明显减轻,病变未完全恢复,大便检查基本正常),总有效率100.00%。

## 3 讨论

本组病例87.5%存在并发症,多伴发高血压、冠心病、腹部手术史,多种易患因素并存患病风险增加,与傅卫等<sup>[4]</sup>的研究结果一致。缺血性肠病好发于老年人,临床症状以腹痛、便血和腹泻为主要临床表现,与Toursarkissian等<sup>[5]</sup>的研究结果一致。大便潜血均阳性,与郭昌贵等<sup>[6]</sup>的研究结果一致。本组病例提示,女性更容易罹患缺血性肠病,与谭东毅等<sup>[7]</sup>的研究结果一致,但与袁芳<sup>[8]</sup>的研究结果不一致,提示性别作为缺血性肠病的影响因素还有待于进一步验证。本病误诊率高,常见的误诊疾病有肠梗阻、胰腺炎、阑尾炎、胃十二指肠穿孔等,本组误诊急性胃肠炎4例,其中3例在不洁饮食后出现消化道症状而误诊,腹部CT提示腹腔动脉多发狭窄、钙化,结合肠镜表现而确诊,与以往的结果一致<sup>[9]</sup>。

肠镜可以早期诊断结肠缺血,明确病变的范围和严重程度,并检测治疗效果。小血管内纤维素血栓和含铁血黄色沉积是缺血性肠病的特征,但阳性率低。但肠镜检查存在以下不足:①急性缺血所致结肠坏疽,为肠镜检查禁忌证;②仅检查结肠,小肠镜和胶囊内镜检查的风险和价值有待于进一步评估;③有文献报道不恰当的肠镜操作诱发缺血性肠病的发生<sup>[10]</sup>。肠镜检查仅检查结肠,而螺旋CT可对结肠和小肠病变均有提示,可见受累肠段管壁增厚,肠腔扩张、积液、积气,肠系膜动脉狭窄或阻塞,门静脉及分支内积气等改变,对于诊断缺血性肠病极为重要<sup>[11]</sup>。陈明等<sup>[12]</sup>研究显示CTA诊断急性肠缺血与选择性血管造影(DSA)一致,本组2例CTA提示肠系膜上动脉血栓形成而行介入治疗,术中证实,与陈明结果相仿。CTA目前越来越多地应用在缺血性肠病的诊断,缺点是对非闭塞性肠系膜缺血敏感性较差,且无法进行血管内药物灌注治疗。DSA是诊断缺

血性肠病的金标准,具有较高的敏感性和特异性<sup>[13]</sup>,但为有创性检查,且费用高。

腹部平片无特异性改变,主要排查其他急腹症。腹部B超受腹腔内肠胀气干扰或B超医师技术经验所限而敏感性不足。实验室检查目前无特异性,外周血白细胞及D-二聚体检查可升高,有研究显示,CO<sub>2</sub>-CP以及pH值下降对缺血性肠病诊断有帮助<sup>[14]</sup>。

缺血性肠病早期诊断困难。目前国内诊断缺血性肠病大多依靠内镜检查,而腹部CT及CTA检查可以提供正确的临床诊断,并提供了可靠的病因依据,患者依从性高,安全。联合肠镜及腹部CT检查,对缺血性肠病的诊断有很大的帮助。

## [参考文献]

- [1] Bradbury MS, Kavanagh PV, Bechtold RE, et al. Mesenteric venous thrombosis: diagnosis and noninvasive imaging[J]. Radiographics, 2002, 22(4): 527-541
- [2] Renner P, Kienle K, Dahlke MH, et al. Intestinal ischemia: current treatment concepts [J]. Langenbecks Arch Surg, 2011, 396(1): 3-11
- [3] 陈其奎. 消化疾病诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 577-578
- [4] 傅卫, 马朝来, 张自顺, 等. 缺血性肠病73例的诊断与治疗[J]. 中华普通外科杂志, 2004, 19(2): 100-103
- [5] Toursarkissian B, Thompson RW. Ischemic colitis [J]. Surg Clin North Am, 1997, 77(2): 461-470
- [6] 潘国宗主译. 胃肠急症学[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2000: 552-554
- [7] 谭东毅, 姚宏昌, 张国梁, 等. 39例缺血性肠病临床分析[J]. 天津医药, 2008, 36(4): 306-307
- [8] 袁芳. 缺血性肠病40例诊治体会[J]. 现代预防医学, 2012, 39(4): 1037-1038
- [9] 楼国春, 杜勤, 董向毅, 等. 缺血性肠病17例临床表现及误诊分析[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(1): 49-50
- [10] 王锦辉, 陈旻湖. 慢性缺血性肠病的诊断和治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2006, 26(6): 419-420
- [11] 叶慧义, 李树峰, 赵瑞峰, 等. 实用腹部综合影像诊断学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2006: 221-229
- [12] 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): 744-747
- [13] Kuwbara Y, Ktaoka M, Sakakibaa K. Early diagnosis and experimental study [J]. Nippon Geka Gakkai Zasshi, 1997, 92(1): 24-30
- [14] 孙丹莉, 张振玉, 张予蜀, 等. 近十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): 68-69

[收稿日期] 2013-06-03