

老年人缺血性肠病的临床特点及诊断分析进展

苗 杰

东胜区人民医院 内蒙古 鄂尔多斯市 017000

摘要: **目的:** 通过回顾性分析缺血性肠病的临床特点, 以提高对该疾病的认识, 明确诊断, 减少误诊率。 **方法:** 收集某市第一医院消化内科及普外科收治的缺血性肠病患者40例, 回顾性分析其临床表现、实验室检查、影像学检查、结肠镜检查及治疗经过。 **结果:** 缺血性肠病临床表现特点不明显, 主要表现为腹痛、腹泻、便血、恶心、呕吐及发热等。所有患者经治疗后(包括两例血管外科手术及介入)均痊愈出院。 **结论:** 缺血性肠病多见于老年人, 特别是高血压及动脉硬化, 临床症状与体征无特异性, 误诊率高。老年人如出现不明原因的腹痛、腹泻、便血者, 且腹痛伴有粪便隐血、D-二聚体阳性时, 应怀疑本病, 应尽早行血管彩色多普勒超声检查及结肠镜检查, 必要时行血管CTA或造影等其他影像学检查。如能早期发现, 及早治疗, 多数患者预后良好。

关键词: 缺血性肠病; 临床表现; 诊断

老年人缺血性肠病是一组因小肠、结肠血供不足, 引起肠壁缺血、缺氧, 导致局部肠坏死的疾病, 本病常伴有原发基础疾病, 如冠心病合并心房纤颤、陈旧性心肌梗死、糖尿病和高血压病史。肠道缺血主要原因是肠系膜动、静脉血管病变所造成, 主要为肠系膜上动脉血管栓塞或血栓, 在动脉粥样硬化基础上发生, 如血容量不足及低灌注、心输出量降低及过度利尿或使用血管收缩剂不当, 引起肠道局部供血不足, 其栓子主要来源于心脏, 既往曾有房颤、心肌梗死或附壁血栓及脂质斑块脱落造成闭塞及狭窄。

1 资料与方法

1.1 一般资料收集2020年10月~2021年6月缺血性肠病住院患者40例, 其中男27例, 女13例; 年龄37~86岁, 平均(66.0±2.0)岁; 缺血性结肠炎占8例(20%), 急性肠系膜缺血占15例(37.5%), 慢性肠系膜缺血占17例(42.5%)。本组中35例合并一种或多种基础病, 其中高血压病占28例(70%), 高脂血症占25例(62.5%), 冠状动脉硬化性心脏病占20例(50%), 心瓣膜病18例(45%), 心房纤颤12例(30%), 2型糖尿病占12例(30%), 脑梗死8例(20%), 其余还包括合并心力衰竭、肝硬化等。

1.2 方法

(1)一般治疗及药物治疗: 不管是老年还是中青年患者, 首先要禁食, 必要时胃肠减压, 静脉营养支持。对于老年患者更应积极治疗原发病, 尽可能改善其心血管状况, 纠正低血压、低血容量和心律失常, 维持水电解

质平衡。急性期可用阿司匹林(200~300 mg/d)或氯吡格雷(150~300 mg/d)抗血小板治疗, 期间应密切观察, 防止出血。抗凝及溶栓治疗主要适用于肠系膜静脉血栓形成, 确诊后尽早使用尿激酶溶栓治疗, 并给予肝素抗凝治疗, 抗凝治疗不能溶解已形成的血栓, 但能抑制血栓蔓延。应用血管扩张剂如动脉内灌注罂粟碱, 在介入治疗或外科围手术期间使用可以优化肠灌注, 也是治疗非阻塞性肠系膜缺血的重要方法。在肠系膜静脉血栓形成情况下, 患者有感染革兰阴性菌和厌氧菌发生脓毒性血栓性静脉炎的风险, 推荐使用哌拉西林或他唑巴坦、甲硝唑和左氧氟沙星等进行抗感染治疗。一旦病情进展或出现肠坏死征象应及时行手术或介入治疗。

(2)介入或手术治疗: 无论选择血管内介入治疗还是手术治疗, 对于AMI都是有效的, 但对于老年患者, 血管内介入治疗创伤小、住院时间短, 可能是优选的治疗方案。国内指南建议AMI介入治疗的适应证包括: 1)肠系膜上动脉主干阻塞、无明确肠管坏死证据、血管造影能够发现肠系膜上动脉开口者; 2)存在外科治疗的高风险因素(如心脏疾病、慢性阻塞性肺气肿、动脉夹层等)、确诊时无肠坏死证据; 3)外科治疗后再发血栓、无再次手术机会, 有进一步治疗价值。包括机械性血栓切除术、选择性支架植入的经皮腔内血管成形术(PTA/S)。一旦怀疑有肠坏死的患者需立即进行外科手术治疗, 手术治疗包括动脉切开取栓术、内膜切除术或肠系膜上动脉(SMA)旁路术, 同时彻底切除坏死肠道。

1.3 统计学处理

所有数据采用SPSS19.0软件进行统计学分析, 计量资料符合正态分布的以均数±标准差表示, 非正态分布的以中位数(最小值-最大值)表示, 组间比较采用独立样本t检验或非参数检验Mann-Whitney U检验; 计数资料以频数(百分数)表示, 组间比较采用 χ^2 检验。多因素分析采用Logistic回归分析。以 $P < 0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

2.1 缺血性肠病的临床表现特点缺血性肠病的临床表现无特征性表现, 主要表现为腹痛、腹泻、便血、恶心、呕吐及发热等。所有患者均有腹痛, 且多在脐周或左侧腹, 初始为隐痛或胀痛, 渐进性加重, 最后发展为

WBC升高		Hb降低		粪隐血阳性		D-二聚体升高		PT延长	
例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
19	47.5	10	25	25	62.5	23	57.5	6	24

2.3 缺血性肠病患者的影像学检查所有患者均行彩色多普勒超声检查, 阳性率为27.5% (11/40) 可表现为肠腔积气, 或腹部血管狭窄、血流变慢等征象; 22例行全腹螺旋CT检查, 阳性率为68.2% (15/22), 而20例行血管CTA阳性率为85% (17/20), 表现为病变血管管壁增厚、钙化或充盈缺损, 血栓形成, 肠壁增厚等征象; 腹部血管病变中肠系膜上动脉病变较其他偏高, 而腹主动脉、肠系膜下动脉及肠系膜上下静脉病变次之, 还有少部分为腹腔干、肾动脉、髂内动脉病变(如图1)。肠系膜上、下动脉造影阳性率为100% (4/4), 且发现血管畸形、管腔狭窄和闭塞。

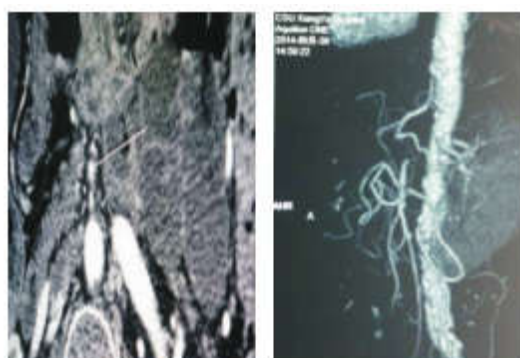


图1 缺血性肠病患者血管CTA表现为腹腔干、肾动脉、髂内动脉病变

2.4 缺血性肠病患者的结肠镜检查结果18例患者行结肠镜检查并取粘膜活检, 累及部位主要以乙状结肠、降结肠和(或)脾曲常见(占83.3%), 还有部分涉及横结肠、升结肠、末端回肠及直肠。内镜表现: 病变区粘膜

持续性剧痛, 压痛点不固定, 有时压痛轻微, 可有反跳痛, 给予解痉药物, 症状难以缓解。在40例患者中, 自诉血便症状18例, 腹胀17例, 腹泻14例, 便秘10例, 恶心、呕吐12例, 发热5例, 但体温均 $< 38.5^{\circ}\text{C}$ 。

2.2 缺血性肠病的实验室检查结果其中约47.5% 外周血血常规示白细胞(WBC)计数升高, 25.0% 血红蛋白(Hb)值降低($< 120\text{g/L}$); 粪隐血阳性25例(62.5%); D-二聚体检测值高于正常值上限者($> 0.4\text{mg/L}$) 23例(57.5%), 凝血酶原时间(PT)延长占6例(24.0%)。其中以粪隐血阳性及D-二聚体检查升高最有价值。

较多点状、片状糜烂、纵形或成片溃疡, 边界清晰, 上覆白苔, 呈局部、阶段性或弥慢性分布, 酷似溃疡性结肠炎。部分严重者肠壁局部或阶段性粘膜增厚、隆起、充血水肿明显, 肠腔狭窄, 活组织检查质软, 出血少(图2)。病理见粘膜慢性炎症, 大片坏死组织, 中性白细胞及淋巴细胞浸润, 形成糜烂或溃疡, 可见肉芽肿形成, 见纤维素血栓和含铁血黄素沉着。



图2 缺血性肠病患者的结肠镜检查结果

2.5 预后住院天数为4-39天之间, 平均为(12.6±7.5)天。40例病例经上述综合治疗, 其中31例内科保守治疗有效, 5例病情较重, 确诊后行介入及手术治疗, 4例介入或手术治疗后好转出院, 1例死亡, 还有4例症状缓解不明显(主要为慢性腹痛、腹胀患者), 且不同意介入。2.6 误诊情况误诊率为20%, 误诊为肠梗阻2例, 急性胃肠炎1例, 急性胰腺炎2例, 肝硬化自发性腹膜炎1例, 溃疡性结肠炎1例, 急性阑尾炎1例, 均在72小时内得以确诊纠正。

3 讨论

缺血性肠病可分为缺血性结肠炎(IC)、急性肠系膜缺血(AMI)及慢性肠系膜缺血(CMI)。而根据肠

道血运障碍程度不同所致临床症状的急缓则分为急性缺血性肠病和慢性缺血性肠病两大类。AMI以小肠缺血为主，IC以结肠缺血病变为主。本组患者多数存在高龄、动脉硬化、高血压、器质性心脏病、房颤、糖尿病、脑梗死、门脉高压及大手术后等高危因素。临床表现无特异性，常以腹痛为首发症状，腹部疼痛常常由于食物进入胃后，引起胃供血需求急剧增加，从而使肠供血在短时间内减少，因而出现缺血性腹部绞痛。多数伴有便血、腹泻、恶心、呕吐、腹胀等消化道症状。此病起病急，腹痛症状重，但早期腹部体征轻，压痛部位不固定，即症状与体征分离，早期诊断困难，易误诊。之后病情发展迅速，一般情况迅速恶化，当出现肠麻痹、腹膜炎体征时，多数已有肠坏死。如不及时手术，很快出现感染性休克，则治疗困难，预后差，病死率高。因此临床上需结合临床表现、实验室检查、影像学及结肠镜等多方面因素加以综合，最终得出诊断。缺血性肠病实验室检查无特异性，急性缺血性肠病外周血白细胞升高，或伴血尿酸淀粉酶可升高，而多数慢性缺血性肠病患者血常规无明显异常，部分病人可出现血红蛋白下降，D-二聚体是血栓和栓塞的重要指标，其升高对缺血性肠病的诊断有一定参考价值。

目前，缺血性肠病的诊断主要靠影像学检查技术及结肠镜检查辅助。缺血性肠病的影像学检查包括腹部立位平片、全腹彩超、全腹CT/MRI检查，及CTA血管造影等。腹部X线平片及腹部彩超是缺血性肠病较为基础的检查，但其阳性率及特异性都小。腹部CT、血管CTA及结肠镜检查更是本病诊断的重要手段。本组病例中22例患者行腹部CT检查，阳性率为68.5%，20例患者完成CTA检查，阳性率达85%。血管CTA可显示肠系膜血管改变，表现为肠系膜血管硬化、钙化、狭窄、充盈缺损，是缺血性肠病的较为直接的征象。在临床中CTA更多被应用于缺血性肠病的诊断，对于闭塞性肠系膜缺血诊断的敏感性高达96%，特异性可达到94%。而对于非闭塞性肠系膜缺血诊断价值较低。目前诊断缺血性肠病的唯一金标准为选择性腹腔动脉造影DSA，其对于腹部血管较直观的检查，有助于发现病变部位和范围，可以鉴别栓塞与血栓形成，诊断价值明显优于CTA。但DSA为一项有创检查，且费用高、风险大，术后并发症多，只有在一些有技术条件的医院及经济条件好的患者才使用，

应用范围尚不够广泛。本组病例中仅有4例患者行DSA及球囊扩张术或支架置入进行诊断和治疗。

结肠镜及粘膜病理活检作为缺血性肠病的一种重要检查手段，特别是对于缺血性结肠炎，具有确诊意义。尤其是在便血期的内镜检查，能确定病变的范围及病变的阶段，同时能获取组织学检查，有助于与其他炎性肠病、结肠癌的鉴别诊断。本组病例中仅有45%患者行结肠镜检查，检出率55.6%，主要是因为较多患者年龄偏大且合并高血压、冠心病等基础疾病未能完善肠镜检查。解剖学上，由于脾曲的血供刚好为肠系膜上、下动脉的移行部位，此处吻合支较少，故是结肠血供的薄弱点；乙状结肠下部与直肠上动脉之间没有边缘动脉连接，也是结肠血供的一个薄弱点。因此，结肠脾曲、降结肠、乙状结肠是缺血性肠病的病变常见部位。本组中病变部位以乙状结肠、降结肠和脾曲为主（占83.3%），与国内报道一致。缺血性肠病患者，于发病72h内查肠镜可发现病变呈片状糜烂、纵形或成片溃疡，部分严重者肠壁局部或阶段性粘膜增厚、肠腔狭窄，粘膜活组织检查有助于进一步诊断。病理可见粘膜慢性炎症，大片坏死组织，中性白细胞及淋巴细胞浸润，形成糜烂或溃疡，可见肉芽肿形成，部分见炎性息肉。结肠镜检查在诊断缺血性结肠炎疾病中的准确率很高，但结肠镜检查对于慢性缺血性结肠炎，尤其在轻症或早期病人中的诊断价值尚不清楚。

缺血性肠病采用静脉滴注扩血管药物丹参、红花黄素注射液及华法林抗凝治疗，可再通梗塞血管，防止和减少肠梗死范围，减少复发。

参考文献：

- [1]中华医学会消化病学分会胃肠动力学组，中华医学会消化病学分会功能性胃肠病协作组. 中国慢性便秘专家共识意见(2019, 广州)[J]. 中华消化杂志, 2019, 39(9):577-598.
- [2]王丽娜, 柯岩美, 宋吉慧, 等. 肠系膜CTA的影像学表现联合血浆D-二聚体水平变化对缺血性肠病严重程度的诊断价值[J]. 现代消化及介入诊疗, 2020, 24(4):430-433. DOI:10. 3969/j. issn. 1672-2159. 2019. 04. 027.
- [3]周晶, 沈志祥, 罗和生. 急性缺血性肠病66例临床分析[J]. 中国医师进修杂志, 2020, 35(19):39-41.