参考文献:

[1] 刘又宁. 急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征的诊断标准(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2000, 23(4): 203.

[2] Bone R C, Balk R A, Cerra F B, *et al*. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine[J]. Chest, 1992, 101(6): 1644-1655.

[3] 王今达, 王宝恩. 多脏器功能失常综合征(MODS)病情分期诊断及严重程度评分标准(经庐山'95全国危重病急救医学学术会议讨论修改通过)[J]. 中国危重病急救医学, 1995, 7(6): 346-347.

[4] Bernard G R, Artigas A, Brigham K L, *et al*. Report of the American-European Consensus conference on acute respiratory distress syndromes: definitions, mechanisms, relevant outcomes, and clinical trial coordination. Consensus Committee[J]. J Crit Care, 1994, 9(1): 72-81.

[5] Kox W J, Bone R C, Krausch D, *et al*. Interferon gamma-1b in the treatment of compensatory anti-inflammatory response syndrome[J]. Arch Intern Med, 1997, 157(4): 389.

[6] 徐剑铖, 毛宝龄. 急性肺损伤炎性细胞因子表达调控及治疗研究[J]. 第三军医大学学报, 1997, 19(1): 47.

[7] 徐剑铖, 毛宝龄. ARDS流行病学现状[J]. 第三军医大学学报, 2003, 25(10): 923-924.

[8] 钱桂生. ARDS: 激素冲击是否奏效[J]. 中国实用内科杂志, 2000, 20(7): 391-393.

[9] Brower R G, Ware L B, Berthiaume Y, *et al*. Treatment of ARDS[J]. Ches, 2001, 120(4): 1347-1367.

(编辑 王 红)

文章编号: 1000-5404(2004)10-0851-02

个案与短篇

68例溃疡性结肠炎结肠镜检查临床分析

Clinical analysis of endoscopic examination in 68 cases of ulcerative colitis

吴伟民, 许晴晴 (贵州省遵义医院消化内科, 遵义 563002)

我们总结了近5年来确诊的68例溃疡性结肠炎, 对其临床特点和诊断方法进行分析, 探讨溃疡性结肠炎的特点和内镜在其诊断中的作用。

1 临床资料

1.1 一般资料

我院1997年7月至2002年6月收治的68例溃疡性结肠炎均经大肠镜检查和病理证实, 符合文献[1]的诊断标准。男35例, 年龄18~56岁, 平均36岁; 女33例, 年龄22~49岁, 平均34岁。病程短于1年28例(41.2%), 1~10年38例(55.9%), 大于10年2例(2.9%)。

1.2 临床表现

症状以腹泻最多见, 有65例(95.6%), 其中粘液脓血便62例(91.2%); 腹痛36例(52.9%); 腹胀16例(23.5%); 发热14例(20.6%); 里急后重11例(16.2%); 便秘3例(4.4%)。上述症状多发并存, 但亦有以单一症状为主要表现。

1.3 临床类型与病情程度

初发型23例(33.8%), 暴发型1例(1.5%), 慢性复发型36例(52.9%), 慢性持续型8例(11.8%)。按病情分为轻度28例(41.2%), 中度35例(51.5%), 重度5例(7.4%)。

1.4 器械与检查方法

均采用日本PENTAX-EC-3840型电子大肠镜进行检查。59例口服硫酸镁进行肠道准备, 56例达回盲部, 12例因肠道不洁或病变严重达降结肠或脾曲而止。凡未达回盲部者均在病情稳定后1周内再行全结肠检查。68例(80次)大肠镜检查均达回盲部, 并一律活检送病理检查。除2例术后出现一过性肠痉挛外, 无1例出现严重并发症或术后病情加重。

2 结果

2.1 内镜观察

溃疡性结肠炎充血水肿64例(94.1%), 糜烂和浅小溃疡61例(89.7%), 粘膜质脆易出血52例(76.5%), 附黄白苔40例(58.8%), 脓性分泌物32例(47.1%), 粘膜粗糙颗粒感28例(41.2%), 伴息肉5例(7.4%)。病变范围累及直肠乙状结肠17例(25%); 左半结肠38例(55.9%); 全结肠13例(19.1%)。镜下病变程度属轻度24例(35.3%)、中度33例(48.5%)、重度11例(16.2%)。

2.2 病理结果

粘膜慢性炎症和炎症细胞浸润58例, 隐窝脓肿24例, 固有层内结缔组织增生及粘膜肌层肥厚10例。

3 讨论

结肠镜检查结合活检是当前诊断溃疡性结肠炎最可靠的方法, 亦是安全可行的。大肠镜检查不仅可确定病因、病变范围、病变程度、有无癌变等, 而且对确定治疗方案亦有很大价值。以往因受设备、技术等因素的影响, 大肠镜检查常常受限, 基层医院尤为明显, 但随着内镜的普及, 设备的改善, 对溃疡性结肠炎的诊断大肠镜检查应作为首选。本组68例(80次)大肠镜检查无1例发生严重并发症或检查后致病情加重, 因此溃疡性结肠炎行大肠镜检查是安全的。

(下转855页)

作者简介: 吴伟民(1967-), 男, 河南省汤阴县人, 主治医师, 主要从事胃肠道疾病的临床研究和内镜诊治方面的研究, 发表论文6篇。电话: (0852)8972226

收稿日期: 2002-12-13; 修回日期: 2003-01-13

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

鼠平均动脉压低于 9.3 kPa。反应肠粘膜结构完整性的二胺氧化酶仅在 6、12 h 出现一过性升高[7]。O 组和 LPS 组的上述指标均无显著改变。各组在伤后 6～24 h 内的 SIRS 发生率为：O＋LPS 组(80%)显著高于 O 组(30.8%)和 LPS 组(21.7%)($P<0.01$)；MODS 发生率为：O＋LPS 组(70%)显著高于 LPS 组(17.4%)和 O 组(15.4%)($P<0.01$)；死亡率为：O＋LPS 组(33.3%)显著高于 LPS 组(13.3%)和 O 组(23.3%)($P<0.01$)。

本研究表明，采用油酸和脂多糖序贯打击能诱导老龄大鼠发生 MODS，而且呼吸功能障碍先于其他器官功能障碍发生，持续时间更长，这可能与油酸和脂多糖都能损伤肺脏有关。研究表明，油酸致急性肺损伤的同时还伴有一定程度肺外脏器的损害，这些损害与急性肺损伤时严重的低氧血症、炎症因子和脂质过氧化物的大量产生和释放等多种因素有关[8,9]。我们的实验结果也显示，O 组大鼠的心、肝、肾、小肠功能指标均有上升，但这些升高尚未达到器官功能障碍的标准。LPS 是复制 MODS 模型常用的致伤因素，由于大鼠对 LPS 耐受性较强，LPS 的用量常达 5 mg/kg 甚或更高。我们在实验中为了模拟急性肺损伤后继发感染，采用了 LPS 2.5 mg/kg 的剂量，目的是为了加重肺损伤，刺激已处于预激相的大鼠免疫系统，激活多种炎症细胞或效应细胞，释放大量炎症介质或细胞因子，使其发生 SIRS，进而发展为老年 MODS。本实验结果表明，LPS 组大鼠的老年 MODS 发生率较低(17.4%)，器官功能指标和病理改变也较轻。而 O＋LPS 组的 SIRS 发生率和老年 MODS 发生率均显著高于 O 组和 LPS 组($P<0.01$)。

结果表明，本老年 MODS 模型的肺功能障碍先于其他脏器发生，肺功能障碍最严重、持续时间最长，而作为在其他 MODS 模型中容易出现的小肠功能障碍在本模型中发生率较低，且持续时间短[10]。因此，肺功能障碍在本模型的老年 MODS 发生中起了重要的作用，本研究的老年 MODS 模型是研究老年 MODS 肺启动机制较好的动物模型。

参考文献：

[1] 胡　森，盛志勇. 多器官功能障碍综合征[M]. 北京：科学出版社，1999. 186－187.

[2] 王士雯. MOFE 临床特征[J]. 实用老年医学，1994，8(1)：3－5.

[3] Scillia P，Kafi S A，Melot C，*et al*. Oleic acid-induced lung injury：thin-section CT evaluation in dogs[J]. Radiology，2001，219(3)：724－731.

[4] Davidson K G，Bersten A D，Barr H A，*et al*. Lung function，permeability，and surfactant composition in oleic acid-induced acute lung injury in rats[J]. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol，2000，279(6)：L1091－1102.

[5] Guimaraes C L，Da Silva S，Couture R，*et al*. Mixed endothelin ET(A) and ET(B) antagonist bosentan inhibits oleic acid-induced lung plasma extravasation in mouse[J]. J Cardiovasc Pharmacol，2000，36(5 Suppl 1)：S371－373.

[6] 张　青，毛宝龄，钱桂生，等. 油酸和内毒素两次打击大鼠急性肺损伤动物模型研究[J]. 第三军医大学学报，2000，22(6)：603－604.

[7] Wollin A，Wang X，Tso P. Nutrients regulate diamine oxidase release from intestinal mucosa[J]. Am J Physiol，1998，275(4 Pt 2)：R969－975.

[8] Soreide E，Harboe S，Sondenaa K，*et al*. Severe ARDS may cause right heart failure with extreme hepatomegaly but without hepatic failure[J]. Acta Anaesthesiol Scand，2002，46(7)：906－907.

[9] Taylor D E. Reviewing the motor of multiple organ dysfunction syndrome. Gut dysfunction in ARDS and multiple organ failure[J]. Respir Care Clin N Am，1998，4(4)：611－631.

[10] Carroll P. Monitoring the gut to prevent MODS[J]. RN，1999，62(10)：34－37.

（编辑　陈聪连）

（上接 851 页）

溃疡性结肠炎是一种病因尚未明确的慢性疾病，以大肠粘膜与粘膜下炎症的病变为主要特征。近年来随着生活水平的提高我国溃疡性结肠炎的发病率呈上升趋势。对本病的发病机制目前国内外学者普遍认为：肠腔内抗原激活免疫细胞，导致自由基过度产生，血小板激活，转化生长因子和白介素-1 过多释放，最终引起炎症和损伤[2]。

本组病例中中青年发病较高，20～40 岁占 71.2%。男女比例接近。多数病程较短，大于 10 年者仅 2 例，占 2.9%，而国外报道占 60%，这可能与患者对疾病的认识不足、警惕性不高以及病例数较少有关。病变部位以左侧结肠为主，占 80.9%，与国内报道相符[3]。

溃疡性结肠炎的临床表现多以几种症状并存出现，但亦有以单一症状为主要表现而发生。本组的临床表现主要是腹泻，其次是腹痛，与有关文献报道相似。本组有 62 例符合的文献[1]诊断标准，另有 6 例镜下表现属重度或 Roth Ⅳ级改变[4]，其临床表现却属轻中度。可见溃结的临床表现与结肠病变程度未必平行，这可能与起病急缓、病程长短及患者对疾病的耐受、反应性有关，因此对溃疡性结肠炎严重程度的评估应结合其临床表现、实验室检查和大肠镜表现加以综合分析，做出准确判断，正确指导治疗，以防止治疗措施不当导致病情延误或加重及并发症发生。

关键词：溃疡性结肠炎；结肠镜检查
中图法分类号：R574.62　　文献标识码：B

参考文献：

[1] 全国慢性非感染肠道疾病学术研讨会. 溃疡性结肠炎的诊断及疗效标准[J]. 中华消化杂志，1993，13(6)：354－355.

[2] Claudio F. Inflammatory bowel diseases：etiology and pathogenesis[J]. Gastroenterology，1998，115(2)：182－205.

[3] 项　平，徐富星，欧平安. 溃疡性结肠炎 486 例结肠镜检查的评价和分析[J]. 中华消化杂志，1996，16(3)：136－138.

[4] 褚行琦. 炎症性肠病的内镜检查[A]. 见：郑家驹，主编. 炎症性肠病[M]. 上海：上海科学技术出版社，1998. 103－108.

（编辑　陈聪连）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net