

炎症性肠病学

(第3版)

INFLAMMATORY
BOWEL DISEASE

(THE THIRD EDITION)

主编 夏冰 邓长生 吴开春 沈博



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

炎症性肠病学

第3版

INFLAMMATORY
BOWEL DISEASE

主 编 夏 冰 邓长生 吴开春 沈 博

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

炎症性肠病学 / 夏冰等主编. —3 版. —北京: 人民卫生出版社, 2015

ISBN 978-7-117-20928-1

I. ①炎… II. ①夏… III. ①肠炎 - 诊疗 IV. ①R516.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 131331 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

炎症性肠病学

第 3 版

主 编: 夏 冰 邓长生 吴开春 沈 博

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 55 插页: 16

字 数: 1338 千字

版 次: 1998 年 12 月第 1 版 2015 年 9 月第 3 版

2015 年 9 月第 3 版第 1 次印刷 (总第 3 次印刷)

标准书号: ISBN 978-7-117-20928-1/R · 20929

定 价: 228.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

编委 (以姓氏汉语拼音为序)

- Bruining D.H. (美国 Mayo Clinic)
Burke (美国 University of California)
Hommes D.W. (美国 UCLA)
Koganathan S. (美国 Emory University)
Okou D.T. (美国 Emory University)
Pardi DS. (美国 Mayo Clinic)
Remzi F. H. (美国 Cleveland Clinic)
Rubin D.T. (美国 University of Chicago)
Siew Ng (香港中文大学威尔士亲王医院)
van Bodegraven A. (荷兰阿姆斯特丹自由大学)
van Deen W.K. (美国 University of California)
Zand A. (美国 University of California)
白爱平 (美国 BIDMC, Harvard Medical School)
曹 倩 (浙江大学邵逸夫医院)
陈旻湖 (广州中山大学第一附属医院)
邓长生 (武汉大学中南医院)
杜 斌 (南京中医药大学附属医院)
冯百岁 (郑州大学附属第一医院)
甘华田 (四川大学华西医院)
高 翔 (中山大学第六医院)
高 峰 (新疆自治州人民医院)
顾 芳 (北京大学第三临床医院)
韩 英 (北京军区总医院)
胡品津 (中山大学第六医院)
胡仁伟 (四川大学华西医院)
黄梅芳 (武汉大学中南医院)
黄智生 (荷兰阿姆斯特丹自由大学)
霍丽娟 (山西医学院第一医院)
姜 泊 (南方医科大学南方医院)
江学良 (济南军区总医院)
江从庆 (武汉大学中南医院)
兰 平 (中山大学第六医院)
李 瑾 (武汉大学中南医院)
练 磊 (中山大学第六医院)
梁伟强 (香港大学玛丽医院)
廖美焱 (武汉大学中南医院)
林 军 (武汉大学中南医院)
刘新光 (北京大学第一附属医院)
刘 杰 (上海复旦大学华山医院)
刘玉兰 (北京大学人民医院)
刘占举 (上海同济大学第十人民医院)
刘肇修 (南通大学附属医院)
卢雪峰 (山东大学齐鲁医院)
缪应雷 (昆明医学院第一附属医院)
梅 俏 (安徽医科大学附属第一医院)
欧阳钦 (四川大学华西医院)
庞 智 (苏州市立医院)
钱家鸣 (北京协和医院)
钱 群 (武汉大学中南医院)
冉志华 (上海交通大学仁济医院)
沈 博 (美国 Cleveland Clinic)
盛剑秋 (北京军区总医院)
孙 俊 (美国 Rush 大学)
王承党 (福建医学院附属第一省人民医院)
王化虹 (北京大学附属第一医院)
王晓娣 (北京中日友好医院)
王玉芳 (四川大学华西医院)
吴开春 (第四军医大学西京医院)
吴小平 (中南大学湘雅第二医院)
吴 静 (南京中医药大学附属医院)
夏 冰 (武汉大学中南医院)
肖书渊 (美国 University of Chicago)
杨桂芳 (武汉大学中南医院)
于成功 (南京鼓楼医院)
袁耀宗 (上海交通大学瑞金医院)
张亚历 (南方医科大学南方医院)
张春华 (武汉大学中南医院)
张红杰 (江苏省第一附属医院)
张发明 (南京医科大学附属第二医院)
张亚兵 (武汉大学中南医院)

郑家驹 (苏州市中心医院)
智发朝 (南方医科大学南方医院)
钟 捷 (上海交通大学瑞金医院)
钟英强 (中山大学孙逸仙纪念医院)

朱维铭 (南京军区总医院)
朱 峰 (北京协和医院)
祝耀辉 (美国 Johns Hopkins 医学中心)
邹开芳 (华中科技大学同济医学院协和医院)

参编人员 (以姓氏汉语拼音为序)

Colman R.J. (美国伊利诺伊州芝加哥医学院 炎症性肠病中心)	刘晓昌 (安徽医科大学附属第一医院)
de Boer N.K.H. (荷兰阿姆斯特丹自由大学)	陆晓娟 (北京军区总医院)
Paine E. (美国 University of Mississippi)	毛 仁 (广州中山大学第一附属医院)
Simek R.Z. (美国 Emory University, Children's Healthcare of Atlanta)	倪润洲 (南通大学附属医院)
白 鹏 (北京大学第三临床医院)	商 建 (武汉大学中南医院)
陈 敏 (武汉大学中南医院)	宋振梅 (北京中日友好医院)
陈立平 (武汉大学中南医院)	田素芳 (武汉大学中南医院)
陈 良 (济南军区总医院)	王晓兵 (武汉大学中南医院)
程 虹 (武汉大学中南医院)	王 格 (武汉大学中南医院)
程梦馨 (武汉大学中南医院)	王 伟 (武汉大学中南医院)
崔伯培 (南京医科大学第二附属医院)	夏 上 (武汉大学中南医院)
邓利华 (北京大学人民医院)	熊 英 (武汉大学中南医院)
丁 召 (武汉大学中南医院)	胥 欣 (武汉大学中南医院)
董 乐 (上海复旦大学华山医院)	徐 雷 (荷兰阿姆斯特丹自由大学)
高 玲 (武汉大学中南医院)	荀 津 (武汉大学中南医院)
葛柳青 (武汉大学中南医院)	杨 红 (北京协和医院)
龚 伟 (南方大学南方医院)	易烽明 (武汉大学中南医院)
谷金宇 (美国 Cleveland Clinic)	俞思伟 (荷兰阿姆斯特丹自由大学)
顾于蓓 (上海交通大学瑞金医院)	张 明 (苏州市中心医院)
何晓生 (中山大学第六医院)	张 维 (北京大学附属第一医院)
胡耿诚 (华中科技大学同济医学院协和医院)	张秋雷 (武汉大学中南医院)
孔 浩 (武汉大学中南医院)	赵俊章 (武汉大学中南医院)
刘建湘 (北京大学第一附属医院)	周 峰 (武汉大学中南医院)
刘 榴 (四川大学华西医院)	周 瑞 (武汉大学中南医院)
刘思雪 (中山大学孙逸仙纪念医院)	朱元民 (北京大学人民医院)
	朱明明 (上海交通大学仁济医院)
	祝 炼 (孝感市妇幼保健院)

秘书 李 瑾 葛柳青

在消化科,目前难题甚多,然难上加难者当数炎症性肠病。36年前,我参加“文化大革命”后第一批研究生考试,参考者之多,29取1。我猜考题中定有炎症性肠病,果不其然,因为当时国内该病罕见。考前我作了认真准备,并将溃疡性结肠炎与克隆恩病作成对照表,清晰明了,自然得了高分,成了“状元”。然后窃喜,不禁“胆大妄为”,暗下决心,将用36年“余生”(60岁退休前)攻克此病,不想后来老师安排我做胃癌研究,与其失之交臂。哪想此病后来“发病越来越频繁,病因越来越复杂,诊断越来越棘手,治疗越来越困难”。去年我已达60周岁,看来解决这道难题36年肯定不行,也许还需64年的等待,加起来就100年之久了。

这次在芝加哥开美国胃肠病大会,参众16000人之多。有数十个会场,几百个专题,其中数炎症性肠病最多,几贯五天全程。我几乎把所有时间都放到炎症性肠病的会场中,着实深入学习了一把。细听下来总结成四个特点:一是全民性发病,无论全球各地,不分男女老少,都有发病,而且从穷区到富区,穷人变成富人发病更多。二是全身性表现,炎症性肠病绝非仅肠道有病变,只是首发或病变更重而已,其实与全身各系统都息息相关。三是全病理特征,一般一种疾病多以某种改变为主,而炎症性肠病的组织中几乎囊括了所有病理变化,急性的、慢性的,良性的、恶性的,增生的、坏死的……无不涉足,如果你去研究体内的分子或因子,只要你愿意研究,几乎都与其相关,但又不是非他莫属。四是全疗法获效。在疗程中几乎所有疗法都有一点效果,病急乱投医,改变或增加任何一种办法,包括晒太阳都会有一点效果,但最终却不持久,都不断根。通常表现为一个“此消彼长”的过程,而且以“彼长超过此消”为多,即旧的未去,新的已来,日积月累,恶性循环。

总而言之,无论是发病、病因,诊断,我们都似抓住了局部,忽视了整体;抓住了直接,忽视了间接;抓住了瞬时,忽视了长期。我们常乐于在局部、直接和瞬时取得了一个又一个的突破,但又很快在整体、间接和长期上吃了败仗。我们在不断的研究过程中发现的分子之多、因子之多、理论之多,可越来越发现办法不多。我们一直立足低处,似乎对事物看得很清;但我们不在高处,因而看得不远,犹如盲人摸象、坐井观天。这就需要我们站到更高层次面,更加宏观地对各种微观发现进行总结、分析,而最主要的或最重要的是需要对其进行整合。就是要从整体出发,从整体角度对炎症性肠病现有的浩如烟海的发现,不断加以整理、整合,去其糟粕,取其精华,形成符合和适合病人整体诊疗的整合炎症性肠病学,英文可称为 Holistic Integrative Inflammatory Bowel Disease,简称 HI-IBD,使之成为整合胃肠医学(Holistic Integrative Gastroenterology),甚至成为整合医学(Holistic Integrative Medicine)的重要组成部分。

夏冰教授几十年来,无论是在国内还是国外,都一直在从事炎症性肠病的基础研究和临床工作,积累了丰富的经验。作为主编,他已先后写成和出版了《炎症性肠病学》的前两个版本。1998年的第1版只有28章,48万字;2006年的第2版达到43章,93万字,编委也从18人增加到28人。对于推动我国该领域的发展起了重要作用。今年夏教授带领国内外同道完成的第3版,收集的材料,奉献的内容更加全面,更加前沿。全书已达89章160余万字,编委也增加到了74人。

特别要提及的是,夏教授最近几年身体状况欠佳。有时是在病魔缠身,甚至是在身心忍受巨大痛苦的情况下完成写作的。所以,他献给我们的不只是一部巨著,而是对事业和后学的满腔忠诚。其精神十分可嘉、百分可赞、千分可学、万分可传。是强烈的事业心和责任感铸就了他的斗志,是强烈的斗志诞生了他事业的成功。我为书作序已逾百本,但从来没写这么长。我总觉得,本书内含的学术内容和精神特质总是说不完,写不尽的……

是为序



中国工程院院士 副院长

美国医学科学院院士

西京消化病医院院长

2014年5月12日

(第3版)

序 二

首先我要祝贺夏冰、邓长生、吴开春、沈博教授主编的《炎症性肠病学》第3版的出版。本书首次于1998年出版,2006年又出第2版,现在出第3版。书的主编们都是该领域著名的专家,他们和这本书的作者们一直在坚持这方面的工作。从第1版到第3版,历时16年。对于一个疾病,这样持之以恒、锲而不舍的探索,人们不禁要问:“炎症性肠病究竟是一种什么样的疾病呢?”

炎症性肠病是克罗恩病和溃疡性结肠炎的总称,属于自身免疫性疾病,至今病因还不十分明确。二者各为独立疾病,但它们又有许多共同特点:均为反复发作的肠道炎症和溃疡,可发生多种并发症,造成临床诊断、处理十分困难。不论其中何者,一旦缠身,久治不愈,给患者带来莫大痛苦,对家庭、对社会都是很大的负担。国内文献报道其患病人数日益增多,抗药性、难治性的病例也增多。由此看来,它已成为影响人民健康和幸福的一种常见病,但又是疑难病。所以,对该病进行持久、深入、系统的研究很有必要。

现在,炎症性肠病从基础到临床研究的进展都非常迅速。在这样的背景下,我们需要一部能总结以往临床实践经验及研究经验,统一我们在一些问题上的认识,开拓国际视野,引进新的诊疗信息,并引领我们向更高目标前进的炎症性肠病专著。本书的出版适逢其时,是一件很有意义的事情。本书作者为有造诣的专家和青年学者,他们对本病有丰富的临床和研究经验,积累了众多第一手资料。主编邀请了美国、欧洲和中国香港的专家共同参与编写,使本书的知识内容更具全球的视野。

我有幸在本书出版之前先看到其目录及部分章节的内容,感到书中有诸多亮点,愿推荐给读者:

系统性:本书的内容全面、系统。全书把炎症性肠病的知识结构从10个方面分89章加以系统介绍。书中既总结了炎症性肠病以往的研究经验,又说明了当前的倾向和问题;既阐述了发病机制等相关理论,又介绍了实践中的诊断和治疗;既谈了本病在中国的情况,也讲了本病在美国、欧洲和全球的情况;既展示了现代医学的成果,也反映了祖国医学的精华;在书中可以看到许多中国的资料和数据,这充分体现了我国数十年来在该领域的研究进展。

科学性:本书的各章节均由该方面有经验的专家编写。现在对一项结果的有效性判断,主要是根据统计学处理的结果。采用有对照组的随机对比分析方法,甚至将多项研究结果综合归纳,进行荟萃分析后才得出结论。这些科学方法能够帮助我们更客观地评价研究结果,避免不确定因素的干扰。本书的写作体现了这种科学精神。文中有小注,文后附参考文献。

实用性:本书把重点放在炎症性肠病的诊断和治疗上,具有实用性。在诊断方面,介绍了疾病的临床表现、新技术在诊断中的应用、诊断标准、鉴别诊断、未分类和未定型结肠炎的诊断等。

由于治疗是当前本病最具挑战性的难点,是重中之重,所以本书用大量篇幅,半数以上的章节,研讨本病的治疗。除传统的药物治疗外,本书还从更新的视点出发,将炎症性肠病的处理延伸到生物制剂、益生菌、干细胞移植及手术治疗等多方面。对治疗的策略、抗生素的合理应用、克罗恩病的微创手术、难治性疾病的处理、并发症的处理和手术后复发的预防和护理等,书中均有详细的论述。因此,本书内容对临床医生具有实用参考价值。

新颖性:本书内容中具有许多新知识、新理念、新药物、新方法。这是本书精彩的地方。

在病因和发病机制方面,本书增添了新的知识。如刊载了世界以及中国炎症性肠病遗传基因位点的最新研究,其中3个克罗恩病易感基因位点是我国首次报告的。在环境致病因素方面,作者指出近年来也有很多新进展。已发现吸烟、婴幼儿期不当应用抗生素等可增加克罗恩病患病的风险。摄入过多糖类和脂肪以及肠菌群失调等,都可能是炎症性肠病的发病诱因。病因和发病机制的研究进展为本病的防控指出新的方向。

书中介绍近年来对炎症性肠病增加了不少新药物和新疗法,以解决对难治性病例的抗药性问题。其中生物制剂英夫利昔的应用在我国已有多年,取得较好效果。干细胞移植可能是一种有希望的突破。

书中介绍在本病的治疗方面有诸多新理念:

1. 对治愈标准提出了以“肠黏膜愈合”为疗效终点的新理念,不满足于临床症状的长期缓解。这是一个要求很高的治疗标准,是过去应用皮质激素或美沙拉嗪类免疫抑制剂等常规药物所不易达到的。

2. 作者指出,对炎症性肠病传统的治疗是根据患者肠道病变的范围、严重度、疾病分期等,采用渐进式“上阶梯”的用药治疗模式。近年来提出的一个新理念是对重症患者一开始就采用新的生物制剂和免疫抑制剂的强化联合治疗,待病情好转再逐渐减药的“下阶梯”治疗模式。初步统计认为该治疗模式更为有效。

3. 对溃疡性结肠炎手术指征和术式的改变也是一个治疗新理念:过去仅限于对有并发症的患者进行手术,近年来欧美国家已经放宽了对难治性患者的手术指征。本书作者指出,国外一项综合性统计表明,1995—2005年,因药物治疗无效或对药物不耐受而行手术已成为最常见的手术指征,与10~20年前相比,其所占手术的比例已从16.5%上升至58.1%。

术式也从全结肠、直肠切除+回肠造瘘术改为更加人性化的全结肠、直肠切除+回肠储袋-肛管吻合术。对重症患者分阶段实施。这在很大程度上提高了患者的生活质量。但手术技术要求较高,术后还可能出现一些并发症。

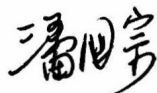
我国在手术治疗方面目前仍比较保守,致使一些患者在药物疗效不好的情况下长期徘徊,得不到及时手术的有效治疗。这是今后内科、外科需要协作研究的一个课题。

4. 从单纯针对疾病到重视患者是一个重要的理念更新。书中介绍要把患者作为一个有思想、有情感的人来对待。要贯彻生物-心理医学及整合医学模式。为此,提出了以患者为中心的交流方式。要耐心倾听病人的倾诉,重视患者的心理,注意与患者的沟通和谈话技巧,增强其信心,使他(她)们能积极主动地参与到整个治疗过程中来。对特殊人群,如老年、儿童、妇女、妊娠和围生期患者,更要重视精神、心理治疗,突出人文关怀。

综上所述,新颖性、系统性、科学性和实用性是本书的重要特色。

我在阅读本书目录和部分章节的过程中受益良多。我想每个读者在自己的阅读中也会获益匪浅。此外,尚需指出,读者切不可不结合实际地全面照搬书中的措施。目前对炎症性肠病的诊断已有共识,但每个患者的临床表现各异,需要医生全面正确地掌握资料,综合分析,由此及彼、由表及里,去粗取精、去伪存真、找出其内在联系,再参照诊断标准,做出正确诊断。本书在治疗方面所介绍的方法具有重要参考价值,但对患者进行治疗时,还需根据每个人的具体情况和病情发展变化情况个别化地制订治疗方案。具体问题具体分析,因人、因时、因地制宜是制订治疗方案的原则。

本专著的出版将对我国炎症性肠病的诊断、预防和治疗起重要参考和指导作用,会受到相关医药卫生工作者和众多患者的欢迎!



北京协和医院 内科教授

2014年6月

(第3版)

前言

时光荏苒,岁月如梭。蓦然回首,1998年和2006年我们主编的第1版和第2版《炎症性肠病学》至今已分别16年和8年了。该专著是我国首部和早期的炎症性肠病学专著之一,对我国炎症性肠病的知识传播、临床应用和基础研究,起到十分重要的推动和引领作用。

21世纪是知识更新、爆炸的时代。随着人类基因组学、细菌组学、蛋白质组学、代谢组学、免疫生物学、分子生物学及临床各学科、各专业的发展,炎症性肠病无论在病因基础研究及转化医学,还是在临床诊治规范、预后风险判断及整合医学应用等方面,均取得长足的进步与发展。

有鉴于此,我们邀请了在炎症性肠病领域深有造诣的专家,将该病的最新知识、先进技能及实用方法,加上各位专家在临床工作与基础研究中的心得体会,加以总结整理,编写了这部第3版《炎症性肠病学》。

该书共10篇89章,从炎症性肠病的定义分类、历史、流行状况,到炎症性肠病的病因和发病机制,如遗传易感性、细菌、环境、黏膜免疫及生物信息分析等;从溃疡性结肠炎和克罗恩病的病史、临床表现、实验室和特殊检查,到临床诊断、鉴别诊断及最新诊治指南解读;从临床治疗基础,如药理基础、治疗策略与方案、黏膜愈合、营养、心理及护理等,到炎症性肠病特殊问题的处理、预后分析及社会问题等;从临床传统药物治疗与生物制剂治疗,到外科治疗及中医等整合治疗,尽可能全面、系统、翔实地介绍炎症性肠病的专业知识、临床技能、研究进展与存在的关键问题,力求该书具有科学性、先进性、实用性与可读性。该书深入浅出,由点代面,层层剖析,引人入胜,为临床医、药、技、护师、基础研究者、医学生以及广大读者奉献一本崭新的第3版炎症性肠病专著和临床参考书。

该书由美欧国家、中国香港以及国内在炎症性肠病领域的知名专家通力合作而成,并得到广大读者和病友鼓励及人民卫生出版社的大力支持,在此一并感谢!

百密难免一疏。书中疏漏或不当之处,敬请同行专家和广大读者斧正!

夏冰 邓长生

2014年5月1日于武汉

第一篇 炎症性肠病的定义、分类及流行状况	1
第 1 章 炎症性肠病的定义与分类	2
第 2 章 炎症性肠病的历史、现在与未来	12
第 3 章 炎症性肠病的流行病学	34
第 4 章 与炎症性肠病患者交流的技巧	44
第二篇 炎症性肠病的病因与发病机制	51
第 5 章 炎症性肠病的遗传学研究	52
第 6 章 东方人群炎症性肠病的遗传学研究现状	65
第 7 章 环境因素对炎症性肠病的作用与影响	85
第 8 章 炎症性肠病与肠道细菌	95
第 9 章 天然免疫与炎症性肠病	105
第 10 章 适应性免疫与炎症性肠病	115
第 11 章 肠黏膜屏障在肠道自稳中的作用	120
第 12 章 细胞因子、炎症介质与炎症性肠病	127
第 13 章 肠神经细胞与激素对炎症性肠病的影响	143
第 14 章 炎症性肠病与胃肠功能紊乱的因果关系	151
第 15 章 炎症性肠病的信息化方法与知识管理	158
第三篇 溃疡性结肠炎的诊断	173
第 16 章 溃疡性结肠炎的临床表现	174
第 17 章 溃疡性结肠炎的临床分型、疾病活动度及严重度判断	184
第 18 章 溃疡性结肠炎的并发症及内科处理	190
第 19 章 溃疡性结肠炎并发症的外科治疗	196
第 20 章 溃疡性结肠炎的实验室检查及临床意义	202
第 21 章 溃疡性结肠炎的影像学检查与诊断	215
第 22 章 内镜在溃疡性结肠炎诊断与治疗中的作用及其应用	220
第 23 章 溃疡性结肠炎的病理检查与诊断	229

第 24 章	溃疡性结肠炎的内镜活检组织病理学诊断	236
第 25 章	溃疡性结肠炎的诊断标准	242
第 26 章	溃疡性结肠炎的鉴别诊断	248
第四篇	克罗恩病的诊断	253
第 27 章	克罗恩病的临床表现	254
第 28 章	克罗恩病的临床分型与疾病活动度和严重度判断	261
第 29 章	克罗恩病的并发症及处理	269
第 30 章	克罗恩病的实验室检查及意义	278
第 31 章	腹部影像学检查在克罗恩病诊断中的作用	293
第 32 章	克罗恩病的结肠镜检查及诊断	298
第 33 章	克罗恩病的小肠镜与胶囊内镜检查及诊断	310
第 34 章	放大染色内镜、NBI、超声内镜、共聚焦内镜对克罗恩病的诊断价值	318
第 35 章	克罗恩病的病理检查及诊断	323
第 36 章	克罗恩病的诊断标准	334
第 37 章	克罗恩病的鉴别诊断	342
第五篇	炎症性肠病的治疗学基础	351
第 38 章	炎症性肠病治疗药物的药理学基础	352
第 39 章	抗炎剂、免疫调节剂及生物制剂的作用模式	371
第 40 章	炎症性肠病安慰剂的治疗反应	386
第 41 章	炎症性肠病的治疗策略:联合治疗、序贯治疗及预防复发	391
第 42 章	如何选择上阶梯或下阶梯治疗方案	398
第 43 章	黏膜愈合——炎症性肠病治疗的终点	405
第 44 章	炎症性肠病的营养治疗	420
第 45 章	炎症性肠病的饮食与护理	429
第 46 章	炎症性肠病的心理治疗	440
第六篇	溃疡性结肠炎的治疗	445
第 47 章	溃疡性结肠炎氨基水杨酸制剂治疗	446
第 48 章	溃疡性结肠炎的糖皮质激素治疗:系统及局部应用	453
第 49 章	溃疡性结肠炎的免疫抑制剂治疗	463
第 50 章	溃疡性结肠炎的生物制剂治疗	471
第 51 章	暴发型和重症溃疡性结肠炎的处理	478
第 52 章	难治性远端溃疡性结肠炎的处理	489
第 53 章	抗生素在溃疡性结肠炎中的合理应用	496
第 54 章	益生菌在溃疡性结肠炎中的应用	499
第 55 章	溃疡性结肠炎的外科治疗	507

第 56 章 UC 的围术期处理·····	516
第 57 章 储袋炎的诊断与治疗 ·····	523
第七篇 克罗恩病的治疗 ·····	535
第 58 章 克罗恩病的氨基水杨酸制剂治疗 ·····	536
第 59 章 克罗恩病的糖皮质激素治疗 ·····	542
第 60 章 克罗恩病的免疫抑制剂治疗 ·····	552
第 61 章 克罗恩病的生物制剂治疗 ·····	557
第 62 章 难治性克罗恩病的处理 ·····	565
第 63 章 抗生素在克罗恩病中的合理应用 ·····	576
第 64 章 益生菌在克罗恩病中的应用 ·····	585
第 65 章 克罗恩病的细胞疗法 ·····	591
第 66 章 克罗恩病的内镜治疗 ·····	597
第 67 章 克罗恩病的外科治疗 ·····	608
第 68 章 克罗恩病的瘘管与腹腔脓肿的处理 ·····	622
第 69 章 克罗恩病的肠狭窄与梗阻的处理 ·····	631
第 70 章 上消化道克罗恩病的治疗 ·····	636
第八篇 炎症性肠病的特殊问题 ·····	649
第 71 章 炎症性肠病的肠外表现 ·····	650
第 72 章 老年人炎症性肠病 ·····	656
第 73 章 儿童炎症性肠病 ·····	662
第 74 章 未分类结肠炎及未定型结肠炎的诊断与处理 ·····	679
第 75 章 溃疡性空肠回肠炎的处理 ·····	687
第 76 章 炎症性肠病术后复发的预防和处理 ·····	698
第 77 章 炎症性肠病与妊娠、生育及哺乳·····	705
第 78 章 结肠炎瘤变的监测与防治 ·····	716
第 79 章 炎症性肠病与淋巴瘤 ·····	730
第 80 章 炎症性肠病与病毒感染 ·····	737
第 81 章 炎症性肠病与特殊细菌感染 ·····	744
第 82 章 粪菌移植在炎症性肠病治疗中的作用与问题 ·····	756
第 83 章 显微镜下结肠炎的诊断与治疗 ·····	766
第九篇 炎症性肠病的预后与社会问题 ·····	777
第 84 章 炎症性肠病的自然病程及预后 ·····	778
第 85 章 炎症性肠病患者的生活质量 ·····	788
第 86 章 炎症性肠病的社会问题 ·····	797

目 录

第十篇 中医与炎症性肠病.....	807
第 87 章 炎症性肠病的中医诊断与治疗策略	808
第 88 章 炎症性肠病的中医内治法	820
第 89 章 炎症性肠病的中医外治法	841
中英文对照索引.....	856

第一篇

炎症性肠病的定义、分类及流行状况

第 1 章

炎症性肠病的定义与分类

第 1 节 炎症性肠病的定义

炎症性肠病 (inflammatory bowel disease, IBD) 是一类累及肠道的慢性非特异性炎症性疾病。按国际疾病分类版本 10 (International Classification of Disease, version 10, ICD10) 的分类, 划归于非感染性炎症性肠病概念中, 其对应的 ID 为 K50-K52。

目前, IBD 至少包括有两个独立的疾病, 克罗恩病 (Crohn disease, CD) 及溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC)。

早在 1913 年, Dalziel 就对 CD 进行了精准的描述^[1], 1932 年, Crohn、Ginsberg 和 Oppenheimer^[2]描述了回肠炎, 并从病理和临床上将其与肠结核相区别。后来以第一作者 Crohn 的名字来命名这种疾病。CD 可影响从口腔到肛门的任何消化道部分, 而以回肠末端最为常见。1960 年, Lockhart-Mummery 和 Morson^[3]首次形容了累及结肠的 CD^[3]。CD 的病变节段常被正常肠段分隔开, 导致所谓的“跳跃性或节段性病变”。CD 的炎症为透壁性, 常可累及浆膜, 导致窦道及瘘管形成。病理在派氏淋巴结上出现小的表浅溃疡及延伸至黏膜下层的局限性慢性炎症, 有时伴有非干酪样肉芽肿的形成。CD 临床表现为腹痛, 腹泻和体重减轻, 常有腹部肿块, 肠梗阻或瘘管。因 CD 的慢性炎症呈节段性、局限性、透壁性, 因此常合并瘘管、腹腔脓肿及肠梗阻。当病变累及两个以上肠段时, 也被称为节段性肠炎 (segmental colitis)^[4]。

UC 最早由 Walks 于 1859 年最先描述^[5]。临床上以血便或黏液血便, 腹痛及体重减轻为特征。炎症局限于结肠, 最先常累及直肠。早期炎症较为表浅, 表现为连续分布的程度不同的糜烂、出血水肿, 若炎症较重较深可出现深大溃疡。UC 病理特征为黏膜的急性或慢性炎症, 伴有分叶核白细胞和单核细胞的浸润, 隐窝炎和隐窝脓肿常见, 伴有黏膜腺体和杯状细胞萎缩, 肠上皮和腺体结构紊乱。以 UC 发病部位或分布范围分类, 当 UC 仅累及直肠时, 称为直肠炎 (proctitis)。当炎症分布不超过降结肠, 在脾曲以远时, 称为左半结肠炎 (left-sided colitis)。当炎症从直肠延伸到至少肝区以近时 (有时定义为超过脾区), 称为全结肠炎 (total colitis or pan-colitis) 或广泛性结肠炎 (extended colitis)。当全结肠的炎症累及至回肠末端 20cm 以内, 又被称为倒灌性回肠炎 (backwash ileitis)^[4]。