

结肠炎症性疾病手册

郑家驹 主编



科学出版社
www.sciencep.com

结肠炎症性疾病手册

郑家驹 主编

科学出版社

北京

内 容 简 介

全书共分 7 个部分。第 1 部分为结肠解剖学。第 2 部分为病理学知识。第 3 部分重点介绍国内外最新内镜技术。第 4 部分介绍了炎症性肠病的定义、分类、亚太地区诊疗共识意见与疾病活动性评估等内容；同时，分章介绍了特发性炎症性肠病的临床特点与活动性及严重性评估等。第 5 部分为治疗篇。第 6 部分介绍了诊断困难且易与溃疡性结肠炎和克罗恩病发生混淆的各种常见的非感染性结肠炎症性疾病。第 7 部分为特殊感染及一般感染性结肠炎。此外，本书还专列章节介绍了炎症性肠病与结直肠癌恶性肿瘤的关系等内容。

本书可供消化专业临床医师参考。

图书在版编目(CIP)数据

结肠炎症性疾病手册/郑家驹主编. —北京: 科学出版社, 2007

ISBN 978-7-03-019605-7

I. 结… II. 郑… III. 结肠炎—诊疗—手册 IV. R574.62-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2007)第123942号

责任编辑: 郑 红/责任校对: 钟 洋

责任印制: 刘士平/封面设计: 黄 超

设计制版: 北京美光制版有限公司

版权所有, 违者必究。未经本社许可, 数字图书馆不得使用。

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

天时彩色印刷有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2007年8月第 一 版

2007年8月第一次印刷

印数: 1-3 000

开本: 787×1092 1/32

印张: 8 1/4

字数: 237 000

定价: 68.00

(如有印装质量问题, 我社负责调换〈双青〉)

《结肠炎症性疾病手册》编写人员

主编 郑家驹

编者 (以姓氏拼音为序)

陈隆典	南京大学附属鼓楼医院
陈卫昌	苏州大学附属第一医院
邓长生	武汉大学中南医院
戈之铮	上海交通大学附属仁济医院
龚正亮	香港综合医疗中心
顾 芳	北京大学第三医院
郭云娣	南京医科大学附属苏州医院
胡品津	中山大学附属第一医院
黄 玮	上海交通大学附属瑞金医院
江学良	济南军区总医院
李延青	山东大学齐鲁医院
李 一	武汉大学中南医院
李兆申	第二军医大学附属长海医院
林 军	武汉大学中南医院
刘 枫	第二军医大学附属长海医院
刘思德	南方医科大学南方医院
刘占举	郑州大学第二附属医院
吕愈敏	北京大学第三医院
欧阳钦	四川大学华西医院
庞 智	南京医科大学附属苏州医院
冉志华	上海交通大学附属仁济医院
任光荣	南京中医药大学附属苏州医院
王毓明	南京医科大学附属苏州医院
王正廷	上海交通大学附属瑞金医院
卫 炜	上海交通大学附属仁济医院
吴开春	第四军医大学附属西京医院
吴小平	中南大学附属湘雅第二医院
吴云林	上海交通大学附属瑞金医院

夏 冰	武汉大学中南医院
项 平	上海复旦大学华东医院
徐富星	上海复旦大学华东医院
徐 凯	上海交通大学附属瑞金医院
徐肇敏	南京大学附属鼓楼医院
张文俊	第二军医大学附属长海医院
张智高	济南军区总医院
郑家驹	南京医科大学附属苏州医院
郑 萍	上海市第一人民医院
钟 捷	上海交通大学附属瑞金医院
诸 琦	上海交通大学附属瑞金医院
竺霞霜	南京医科大学附属苏州医院

图片制作

序 一

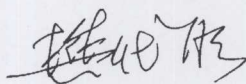
Foreword 1

炎症性肠病的发病率正在我国明显增高。由于这类疾病病因不明,临床症状多样化,与其相类似的疾病众多,误诊率高,且缺乏彻底治愈的方法。因此,炎症性肠病正在成为我国消化病研究的难点与热点。应该说,我国对这类疾病的认识已有了一个起步。自进入21世纪以来,已召开了两次全国性学术会议,先后报道的病例成千上万,发表的论文数以千计。因此,认真总结该领域的临床与研究经验,对促进诊疗水平的提高,最终造福于广大病人具有积极意义。

郑家驹教授长期从事炎症性肠病的临床与科研工作。这次,他与我国该领域的著名专家们合力编写的《结肠炎症性疾病手册》一书,是我国首部系统阐述溃疡性结肠炎、克罗恩病结肠炎等特发性结肠炎,以及其他各种病因所致结肠炎的临床、内镜与病理学特征的专著,不但反映了国际上最新进展,也全面反映了我国该领域的临床经验与学术水平。

该书可供我国消化及相关学科医师参考之用,具有指导临床与研究的实用价值。我期盼该书早日出版,以飨读者。

中国工程院院士
中华消化学会主委



2007年4月21日

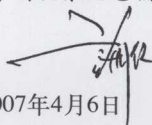
序 二

Foreword 2

结肠病变以炎症与肿瘤为多。慢性结肠炎是一个常见病，它远比慢性胃炎复杂得多。实际上，它是一个含有多种疾病的代名词，囊括了在我国日益增多的溃疡性结肠炎与累及结肠的克罗恩病（亦称克罗恩病结肠炎）、感染性结肠炎与非感染性结肠炎等疾病。其中有些病因已明确，有些则尚不清楚。为了阐明慢性结肠炎这一复杂问题，本书在章节安排上颇费匠心。全书共七部分49章，以结肠解剖、病理为基础，内镜新技术在诊断中的应用为线索，详尽地介绍特发性炎症性肠病（IBD）和二十多种其他结肠炎性病变，内容之丰富可称为“巨著”。但为了方便读者，作者对每一章节只取其精华，使它成为典型袖珍版的“手册”。因而，全书的特点是：“全、新、便”。我想，每个读者拿到它后，一定会爱不释手。

本书的主编郑家驹教授是我的挚友，是国内著名的“南方才子”，他对特发性结肠炎（溃疡性结肠炎与克罗恩病结肠炎）进行了多年的临床研究与积累。他曾在世界上研究炎症性肠病（IBD）的最著名的医院（芝加哥大学医院胃肠科）研修过，并先后在该大学及Tufts大学获得硕士、博士学位。近年来，他和同事们一起多次举办过省级与国家级IBD继续教育班，主编了我国第一部IBD专著，为我国IBD学术推广与知识的普及起到不可磨灭的作用。这次，他邀请了国内从事IBD专业的专家一起通力合作，编纂了这本手册，编写队伍强大，可见作者们对本书的重视。我与广大读者一样，为书的出版感到由衷的高兴与欣慰。一本好书的问世，必定对该领域起到推动、促进作用，并可通过医师的努力而最终惠及广大患者。

中华消化杂志总编辑



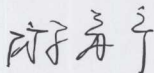
2007年4月6日

序 三

Foreword 3

特发性结肠炎包括溃疡性结肠炎、结肠型克罗恩病（又称克罗恩病结肠炎）及不确定型结肠炎，是一组目前病因尚未明确，缺乏彻底治愈方法的结肠炎症性疾病。目前，这类疾病的发病在我国正呈增高趋势。对这类疾病的研究，我国还处于临床及研究的经验积累阶段，参考资料多需从外文文献翻译而来，远远不能适应当今知识迅速更新的时代要求。此外，除了特发性结肠炎之外，结肠炎这一概念尚包括了更常见的其他疾病引起的结肠炎症性疾病，可由感染与非感染性多种病因所致。这些疾病相互之间往往存在相似的临床表现，致使鉴别诊断发生一定困难，从而贻误治疗。因此，临床上仅做出“结肠炎”这一诊断，显然是很不够的。我国消化领域著名专家郑家驹教授长期从事该领域的临床与研究工作，这次力邀我国该领域成绩斐然的一些著名专家，结合国际最新文献与他们自身的临床与研究经验，编撰了这本专著，使之成为一本既内容新，又极具临床指导作用的参考书。希望该书的问世，能为推动炎症性肠病诊疗水平的提高发挥积极作用。

中华医学会杂志社总编辑



2007年4月20日

前言

Preface

炎症性肠病正在成为我国消化系疾病临床与研究的新难点与新热点。其中，溃疡性结肠炎更为多见，克罗恩病侵犯结肠的患者比例也较高。临床上，还有其他一些结肠炎症性疾病，往往可与这些特发性结肠炎的症状与内镜表现相类似或发生重叠，造成诊断困难，贻误治疗。因此，系统地介绍累及结肠的炎症性疾病，将有助于促进对这些疾病的认识与诊疗水平的提高，从而惠及广大病员。

为了方便临床参考应用，特以手册形式进行编写。以往较少见的炎症性肠病的研究在我国已有长足的进步与发展。为此，特邀了国内（含香港特区）的多位在该领域成就斐然的资深专家与中青年学者担纲编写。因此，虽是手册，但也是一本高度浓缩他们丰富的临床经验与深邃、浩瀚学识的专著，希望成为指导临床工作有用的参考书。编写手册是一次尝试，能否达到简明实用、阅读省时、直接为临床服务的目的，有待于广大读者的鉴定。书中错漏不妥之处在所难免，恳祈前辈、同道与广大读者批评指正。

在本次编写中，荣幸地得到我国著名消化病与消化内镜学专家樊代明院士、许国铭教授及中华医学杂志社总编游苏宁教授的热情关心、指导与支持。诚邀之下，他们在百忙中欣然撰序；科学出版社对本书的编写与出版给予了热情支持与指导。所有编写人员不吝赐稿，付出了辛勤劳动；在本书问世之际，一并表示衷心感谢。同时，也感谢南京医科大学附属苏州医院有关科室的协助与竺霞霜主管技师为图片制作所付出的不懈努力。没有他们的工作，本书是无法完成的。

郑家驹

2007年4月

目录

Contents

序一

序二

序三

前言

第1部分 大肠解剖学

第1章 大体形态学 1

第2章 组织学 4

第2部分 特发性结肠炎的病理学

第3章 溃疡性结肠炎 8

第4章 结肠克罗恩病 13

第5章 特发性炎症性肠病的早期与不典型病理学 表现 24

第6章 病变部位、范围、严重度与临床意义 30

第3部分 内镜技术在结肠炎症性疾病诊治中的应用

第7章	正常结肠的内镜检查与表现	36
第8章	特发性结肠炎的内镜表现特点	41
第9章	克罗恩病的上消化道内镜检查	48
第10章	超声内镜在结肠炎症性疾病诊治中的应用	50
第11章	双气囊小肠镜检查在炎症性肠病中的 诊断价值	58
第12章	胶囊内镜对炎症性肠病诊断的应用	63
第13章	内镜电子分光技术在结直肠肿瘤及炎症性 肠病中的应用	68
第14章	共聚焦内镜在IBD诊断中的应用	75
第15章	放大结肠镜在诊断溃疡性结肠炎及结肠 肿瘤中的应用	80
第16章	炎症性肠病时的ERCP检查	92

第4部分 炎症性肠病的临床特点与评估

第17章	亚太炎症性肠病（IBD）共识意见	95
第18章	炎症性肠病的定义与分类	101
第19章	溃疡性结肠炎的临床表现及并发症	104
第20章	克罗恩病的临床表现及并发症	107
第21章	溃疡性结肠炎严重程度分级	109

第22章	克罗恩病活动性与严重度的临床及内镜评估	113
第23章	肛周克罗恩病	118
第24章	炎症性肠病结直肠癌的监测和预防	127

第5部分 炎症性肠病药物治疗

第25章	氨基水杨酸盐治疗炎症性肠病药理学简述	130
第26章	肾上腺糖皮质类固醇的应用	135
第27章	化学性免疫调节剂治疗炎症性肠病	141
第28章	局部（直肠内）给药法治疗炎症性肠病	148
第29章	炎症性肠病营养治疗	152
第30章	溃疡性结肠炎中医诊治	157
第31章	溃疡性结肠炎的内科治疗	160
第32章	克罗恩病的内科治疗	168
第33章	炎症性肠病的生物学疗法	172
第34章	肿瘤坏死因子- α 抑制剂治疗炎症性肠病	177

第6部分 可类似于特发结肠炎的疾病——非感染性结肠炎症性疾病

第35章	显微镜下结肠炎	182
第36章	缺血性结肠炎	186
第37章	嗜酸粒细胞性结肠炎	190

第38章	肠型Behçet病及Tangier病	192
第39章	放射性肠炎	196
第40章	门脉高压性肠病	198
第41章	直肠孤立性溃疡综合征	199
第42章	憩室相关性结肠炎	201
第43章	药物诱生的直肠炎和结肠炎	204
第44章	医源性结肠病变	207
第45章	肠道移植物抗宿主病的内境、组织病理学 及防治要点	209
第46章	帽状息肉病	213
第47章	西瓜结肠	215

第7部分 可类似于特发性结肠炎的疾病—— 感染性结肠炎

第48章	特殊感染所致结肠炎	217
第49章	急性自限性结肠炎与其他感染性结肠炎	223
索引		238

第1部分

大肠解剖学

第1章

大体形态学

成人大肠为一直径约6.5cm的管状结构，从回盲瓣开始，向远端延伸直达肛门痔环（anal verge），全长约1.5m。其行走与在腹腔内的位置近似于一个方框形状（图1-1）。

大肠可分为盲肠、结肠和直肠三部分；结肠又分升、横、降和乙状结肠（图1-1）。

结肠的肌肉系统不同于小肠，导致两者的外观不同。虽然两者均有内环行肌层和外纵行肌层，但结肠的外层纵行肌聚合成三条束状物，称结肠带（tenia）；它们起自阑尾基底，一直延续至近端直肠处为止（图1-2）。结肠带之间每隔一定距离有许多平行于肠管横轴的陷沟，主要是肠壁环行肌的增厚，向肠腔内深陷，使肠黏膜向腔内隆起，形成半月状皱襞，称结肠半月襞（图1-2）。在每两个相邻半月襞之间形成膨隆，称为结肠袋（hastracoli）。从结肠外面观察，尚可见到脂肪状突出物，称肠脂垂（appendices epiploicae，图1-2）。

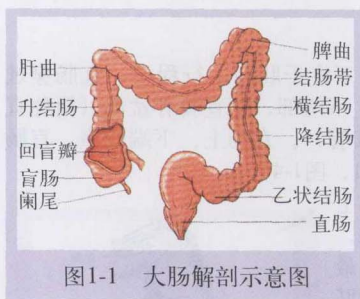


图1-1 大肠解剖示意图



图1-2 结肠特征

1.1 盲肠

盲肠为大肠起始部，长约6~8cm，位于右髂窝内，比其他部分结肠略粗大（图1-3）。由于其直径（约为8cm）较大，远端梗阻时易于发生破裂；发生肿瘤时，即使生长得较大，也可能不表现出症状。

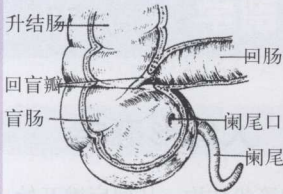


图1-3 盲肠与阑尾

1.2 结肠

1.2.1 升结肠 长约12~20cm，起自盲肠，沿腹腔右侧延伸至肝脏底面，形成肝曲后移行于横结肠。

1.2.2 横结肠 长约45cm。自肝曲行向前下方，绕过胃大弯，转左后上方，达脾脏下方，急转直下形成脾曲，连接降结肠。

其中部呈弓形下垂，直立位时，其最低位可达脐下。脾曲比肝曲位置高而深，呈锐角固定。因此，结肠镜检查时往往脾曲比肝曲更难通过。

1.2.3 降结肠 起自脾曲，下降至髂嵴与乙状结肠相接，全长约25cm。

1.2.4 乙状结肠位于盆腔中线左侧，其长度变异较大，平均约为40cm。乙状结肠弯曲度较大（特别是与降结肠之间），呈“S”形走向（图1-1），至第3骶椎水平处续直肠。结肠镜通过乙状结肠弯曲处也较困难。

横结肠与乙状结肠有系膜游离于腹腔内，有很大伸展性。因此，结肠镜检查时全长很不恒定，短时仅80~90cm，伸展时可长达160~170cm。

1.3 直肠

直肠长约12~15cm，下终于肛门。行程中，直肠穿过盆膈，并以此为界分为上、下两部，即直肠骨盆部（简称直肠）和直肠肛门部（亦称肛管）。直肠上、下端较窄。直肠下部膨大成直肠壶腹（图1-1，图1-4）。

从直肠腔内面观察，其上方可见三个半月状横形皱襞，称直肠横襞（Houston瓣）；最上方一个横襞位于左侧（距肛门约13cm）；中间一个最大，位于右侧（距肛门约11cm），相应位于腹膜折返部（图1-4），穿过此瓣，肠管进入腹腔内）；以及下方一个在左侧（距肛门8cm）。它们具有支

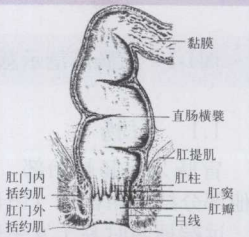


图1-4 直肠和肛管

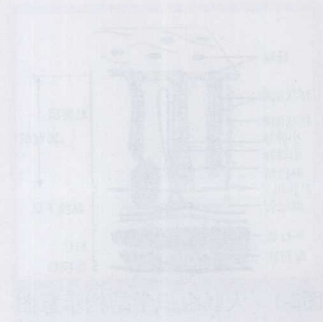
持粪便和防止直肠壶腹过度膨大的作用。内镜检查时可清楚观察到这三个瓣。应注意避免损伤这些直肠横襞。

在直肠壶腹的内腔面下方可见5~10条纵行皱襞,称肛柱(Morgagni柱),其下端与肛瓣相连接,形成齿状线(图1-4),成为壶腹与肛管的分界标志,向下可见一约10cm的环形隆起,即痔环,其下缘有一条呈波浪形的线称肛白线(Hilton线),相当于肛门内、外括约肌皮下交界处,活体呈浅蓝色、触诊时可摸到一浅沟。

(郑家驹 郭云梯)

参考文献

- 工藤进英. 2000. 结肠镜插入法. 周殿元, 孟尼丽, 刘思德 译. 东京都: 医学书院发行. 11~17
- 田菊霞. 2003. 消化系统. 见: 吴先国. 人体解剖学. 第4版. 北京: 人民卫生出版社. 2003. 94~114
- 项平. 2003. 大肠解剖、生理和大肠镜下观察. 见: 徐富星. 下消化道内镜学. 上海: 上海科学技术出版社. 169~177
- Keljo DJ, Squires, Jr RH. 2001. Anatomy and anomalies of the small and large intestines. In: Feldman M, Scharsemidt BF, Sleisenger MH. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and liver Disease. 6th ed. Harcourt Publishers Limited Asia, W. B. Saunders. 1419~1436



2.1 肠壁的层次

大肠壁由外向内可分成浆膜层（在升结肠与降结肠的前壁为浆膜，后壁为纤维膜；在直肠上1/3段的大部，中1/3段的前壁为浆膜，余为纤维膜）、（外）肌层、黏膜下层和黏膜层四层（图2-1）。

2.1.1 浆膜层 是一种由少量疏松结缔组织和单层间皮细胞（mesothelial cell）构成的浆液性膜，系由腹膜延伸而来，并包裹肠管（大部分小肠与大肠）形成其最外层。

2.1.2 外肌层（muscularis externa）除食管上段与肛门处的肌层为骨骼肌外，其余大部分为平滑肌，肌层一般分为内层环行和外层纵行两层。该两层肌纤维之间含有肠肌神经丛（Auerbach's plexus）。

2.1.3 黏膜下层 内含有多种不同性质的细胞，包括淋巴细胞、浆细胞、巨噬细胞、嗜酸粒细胞、成纤维细胞和肥大细胞等，均分布于致密结缔组织中。此外，尚有神经纤维、神经节（称Meissner's plexus）细胞和血管与淋巴成分构成的复杂网络。

2.1.4 黏膜层 包括黏膜肌（muscularis mucosae）、固有层（lamina propria）和肠上皮层三种成分（图2-1）。

2.1.4.1 黏膜肌为一薄层平滑肌细胞（约3~10个细胞厚度），将黏膜层与黏膜下层分隔开来。

2.1.4.2 固有层为一连续性结缔组织间隙，其边界下为黏膜肌层，上为肠上皮层（图2-1）；其间含有多种与黏膜下层

中相似的细胞。不同疾病状态下，这些细胞表现出不同特性与构成。因此，对内镜下活检标本进行显微镜下组织学检查时，除了应注意正常层次结构的改变外，也应重视这些细胞分布、数目及相互比例的改变。

2.1.4.3 肠上皮层为一高度特殊化的细胞层，具有吸收并分泌多种生命必需物质的功

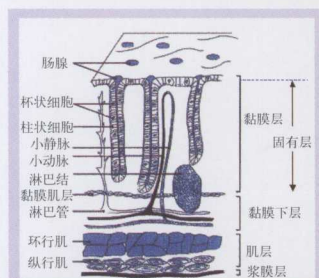


图2-1 大肠组织学结构示意图