

ZHONG YI

主 编 丁义江

GANG CHANG BING

LIN CHUANG ZUI XIN JIN ZHAN

中医肛肠病临床最新进展

——“十五”全国中医肛肠重点专科（病）成果精萃

中国中医药出版社

中医肛肠病临床最新进展

——“十五”全国中医肛肠重点专科（病）
成果精萃

顾 问 孙塑伦（国家中医药管理局医政司）
莫用元（国家中医药管理局科技开发中心）

主 编 丁义江（南京市中医院肛肠中心）

编 委（按姓氏笔画排序）

田振国（辽宁中医药大学附属肛肠医院）
刘学彦（吉林省吉林市中西医结合肛肠医院）
刘佃温（河南中医学院第一附属医院肛肠科）
李国栋（中国中医科学院广安门医院肛肠中心）
何永恒（湖南中医药大学第二附属医院肛肠科）
宋光瑞（郑州大肠肛门病医院）
韩 宝（北京长青肛肠病医院）

学术秘书 金黑鹰（南京市中医院肛肠中心）
丁曙晴（南京市中医院肛肠中心）

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

中医肛肠病临床最新进展——“十五”全国中医肛肠重点专科 (病) 成果
精萃/丁义江主编. —北京: 中国中医药出版社, 2006. 9

ISBN 7-80231-097-0

I. 中... II. 丁... III. ①肛门疾病—中医诊断学 ②直肠疾病—中医
诊断学 ③肛门疾病—中医治疗法 ④直肠疾病—中医治疗法 IV. R266

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 116277 号

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层
邮政编码: 100013
传真: 64405750
北京泰锐印刷有限责任公司印刷
各地新华书店经销

*

开本 787×1092 1/16 印张 11 字数 270 千字
2006 年 9 月第 1 版 2006 年 9 月第 1 次印刷
书号 ISBN 7-80231-097-0 册数 5000

*

定价: 17.00 元
网址 www.cptcm.com

如有质量问题请与本社出版部调换
版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

读者服务部电话: 010 64065415 010 84042153

书店网址: csln.net/qksd/

前 言

国家中医药管理局为了加强国家中医重点专科（病）的建设，“十五”期间在全国确定南京市中医院肛肠中心等8个单位作为重点专科（病）建设单位。经过4年的努力，各单位在医疗、科研和教学等方面取得了显著的成绩。2006年6月国家中医药管理局在郑州召开“十五”重点专科（病）建设单位工作会议，各单位汇报了“十五”期间的专科建设工作，国家中医药管理局领导认为8个中医肛肠重点专科（病）建设单位应认真总结专科建设的经验及成果，以便推广和应用，并委托南京市中医院肛肠中心负责编撰这部著作。

本书分为两部分。首先重点阐述溃疡性结肠炎、便秘、肛瘘、痔、肛裂和直肠脱垂等病的诊治经验与成果；在继承传统方法和现代医学发展经验的基础上，充分介绍各单位在这6个肛肠科最为常见疾病中的临床研究成果；总结中医在肛肠疾病诊治中的特色与优势，充分展示“十五”期间肛肠专科建设的经验，展望肛肠专科在“十一五”期间发展目标。其次总结了医疗、教学和科研等建设上的经验、体会。

本书在继承传统中医肛肠理论与实践的基础上，既检阅了建设的成果与经验，又翔实地总结了专科建设的管理经验，具有实用性和先进性，对专科发展具有指导意义。该著作可作为普外科、肛肠科、消化科等各级临床医生和研究参考书。

目 录

第一章 溃疡性结肠炎	(1)
第一节 中医学对溃疡性结肠炎的认识	(1)
一、病因病机	(1)
二、辨证论治	(2)
三、中成药治疗	(2)
四、外治法	(2)
五、针灸疗法	(3)
第二节 西医学对溃疡性结肠炎的认识	(3)
一、病因	(3)
二、病理	(4)
三、临床表现	(5)
四、实验室及其他检查	(6)
五、诊断与鉴别诊断	(7)
六、治疗	(10)
七、预防与调护	(11)
八、预后	(12)
附：美国结直肠外科学会溃疡性结肠炎外科治疗指南（2005 年修订）	(12)
第三节 各建设单位成果及经验	(18)
一、辽宁中医药大学附属肛肠医院	(18)
二、北京长青肛肠病医院	(19)
中药腹泻康胶囊口服及灌肠治疗溃疡性结肠炎经验	(19)
三、河南中医学院第一附属医院肛肠科	(21)
四、吉林省吉林市中西医结合肛肠医院	(22)
五、郑州大肠肛门病医院	(26)
第四节 述 评	(32)
第二章 便秘	(33)
第一节 中医学对便秘的认识	(33)
一、病因病机	(33)
二、辨证论治	(34)
三、针灸疗法	(35)
四、推拿疗法	(35)

五、气功疗法	(36)
六、单方验方	(36)
七、常用中成药	(36)
八、食物疗法	(37)
第二节 西医学对便秘的认识	(38)
一、病理生理	(38)
二、临床表现与诊断	(41)
第三节 各建设单位成果和经验	(48)
一、南京市中医院肛肠中心	(48)
中医挂线疗法治疗盆底失弛缓综合征所致便秘的临床研究 (附 76 例临床 分析)	(48)
直肠前突并发直肠内脱垂所致便秘的临床研究	(50)
白术对结肠动力影响的临床与实验研究	(55)
结肠慢传输型便秘突触素、P 物质和血管活性肠肽的免疫组织化学研究	(57)
二、中国中医科学院广安门医院肛肠中心	(59)
养血润肠方治疗血虚型便秘的临床及实验研究	(59)
三、北京长青肛肠病医院	(60)
出口梗阻型便秘的综合治疗	(60)
四、河南中医学院第一附属医院肛肠科	(61)
五、郑州大肠肛门病医院	(68)
第四节 述 评	(74)
第三章 肛 瘻	(76)
第一节 中医学对肛瘻的认识	(76)
一、病因	(77)
二、辨证论治	(77)
第二节 西医学对肛瘻的认识	(78)
一、病因	(78)
二、病理	(79)
三、诊断标准	(80)
四、治疗	(80)
第三节 各建设单位成果和经验	(84)
一、辽宁中医药大学附属肛肠医院	(84)
肛周脓肿切开挂线术	(84)
二、南京市中医院肛肠中心	(85)
高位复杂性肛瘻的治疗技巧	(85)
三、中国中医科学院广安门医院肛肠中心	(87)
四、吉林省吉林市中西医结合肛肠医院	(90)
高位复杂性肛瘻诊断治疗方面的临床研究	(90)
第四节 述 评	(94)

第四章 痔	(97)
第一节 中医学对痔的认识	(97)
第二节 西医学对痔的认识	(100)
一、发病机理主要学说	(100)
二、诊断	(103)
三、治疗	(103)
四、预防	(110)
第三节 各建设单位成果和经验	(112)
一、辽宁中医药大学附属肛肠医院	(112)
环形混合痔分段结扎术	(112)
二、南京市中医院肛肠中心	(113)
痔结扎术前后肛门口径变化的研究	(113)
三、湖南中医药大学第二附属医院肛肠科	(116)
痔的诊治原则	(116)
第四节 述 评	(117)
第五章 肛 裂	(118)
第一节 中医学对肛裂的认识	(118)
第二节 西医学对肛裂的认识	(118)
一、病因	(119)
二、病理	(119)
三、诊断标准	(120)
四、治疗方法	(120)
第三节 各建设单位成果和经验	(122)
一、辽宁中医药大学附属肛肠医院	(122)
硝酸洗剂在肛肠疾病手术后的应用	(122)
二、北京长青肛肠病医院	(122)
三、河南中医学院第一附属医院肛肠科	(125)
肛裂的优化治疗方案	(125)
附：部分院内制剂配方	(128)
第四节 述 评	(131)
第六章 直肠脱垂	(134)
第一节 中医学对直肠脱垂的认识	(134)
一、辨证论治	(134)
二、其他疗法	(135)
第二节 西医学对直肠脱垂的认识	(136)
一、病因	(136)
二、病理	(136)
三、临床表现	(137)
四、诊断与鉴别诊断	(138)

五、治疗	(139)
第三节 各建设单位成果和经验	(141)
北京长青肛肠病医院	(141)
应用会阴支架经肛手术治疗直肠脱垂并 Douglas 陷凹疝 5 例	(141)
直肠内外注射治疗直肠脱垂	(143)
第四节 述 评	(145)
第七章 全国中医肛肠重点专科（病）建设经验和体会	(146)
一、建设经验	(146)
二、建设体会	(163)

溃疡性结肠炎（ulcerative colitis, UC），又称慢性非特异性溃疡性结肠炎，病变主要侵犯黏膜层和黏膜下层，常形成糜烂、溃疡，是一种病因不明的特发于直肠和结肠的炎症性肠病。在中医学中本病可归于“泄泻”、“痢疾”、“便血”、“腹痛”等，属于中医文献“肠癖”、“脏毒”等疾病范畴内。本病欧美多见，早在公元前就有相关记载。但直到1875年，本病被证实并非由痢疾致病菌株所引起，才作为一种独立的疾病被人们所认识。近年来发现，国内的发病率有上升趋势。任何年龄均可发病，但多见于20~40岁的成人。临床以腹泻、黏液脓血便、腹痛等肠道症状为主要临床表现，兼见各种全身症状。本病病情轻重差异悬殊，呈反复发作的慢性病程，病变时间较长，且有恶变倾向。

第一节 中医对溃疡性结肠炎的认识

一、病因病机

中医认为本病的形成，多因感受外邪，内蕴结肠；或损伤脾胃，酿生湿热；饮食所伤，脾失健运，湿浊内生，郁而化热；或情志失调，损伤肝脾，肝脾不和，气滞血瘀而发。本病总属本虚标实，一般初期以邪实为主，多为湿热蕴滞结肠和肝郁气滞。病程延久，以致伤及脾胃，脾气下陷，肾虚不固，则在证候转化过程中出现脾虚湿困、脾肾阳虚之虚证。

1. 湿热壅滞

为湿热之邪壅滞肠中，气机不畅，传导失司，湿热下注，熏灼肠道，肠络受伤，气滞血瘀而发本病。

2. 肝脾不和

为肝气不舒，气滞血瘀，郁久化热，肝火横犯脾胃，脾失健运，胃气失和，湿邪下注结肠所致。

3. 脾虚湿困

为湿困脾阳，脾阳不振，失于健运所致。“脾主意与思”，脾虚则心无所主，故本证型可兼见血不养神之症。

4. 脾肾阳虚

因久病不愈，泄痢日久，脾阳虚导致肾阳虚。肾阳虚衰，不能温养脾胃而运化失常，黎明之前阳气未振，阴寒较盛故肠鸣即泻，泻后则腹气通利，故泻后则安。

二、辨证论治

1. 湿热壅滞证

证候：发病急，腹痛拒按，腹泻伴里急后重，黏液血便，肛门灼热，饮食乏味，中脘满闷，身乏困重，发热，小便短赤，舌苔黄腻，脉滑数。

治法：清热燥湿，凉血导滞。

方药：白头翁汤加味。

根据“行血则便脓自愈，调气则后重自除”的理论，亦可用芍药汤加减，方中有黄芩、黄连清热解暑化湿，当归、芍药、甘草行血和营，缓急止痛。木香、槟榔行气导滞。便血可加炒椿皮、槐花。

2. 肝脾不和证

证候：病程长，腹泻多于情绪紧张或激动后发生，腹痛即泻，泻后痛减，伴胸胁胀痛，胸闷纳呆。苔薄白，脉弦细。

治法：抑肝扶脾。

方药：痛泻要方加味。

3. 脾虚湿困证

证候：常见于病情反复发作患者，症见肠鸣腹泻，粪便夹有不消化食物，纳呆胸闷，疲乏无力，失眠多梦，腹痛喜按，舌质淡苔白，脉濡缓或沉细。

治法：益气健脾，祛湿止泻。

方药：参苓白术散加减。

兼有余热未清者可加黄连或胡连。脓血便较重者加白头翁、秦皮、黄柏、血余炭。亦可用纯阳真人养脏汤。

4. 脾肾阳虚证

证候：病程迁延已久，反复发作，形体消瘦，痢下清稀，晨起即泻，肠鸣腹泻，泻后则安，食少乏力，形寒肢冷，腰膝酸软，面色㿔白，舌淡无苔，脉沉细无力，尺脉弱。

治法：温补脾肾，固涩止泻。

方药：四神丸加味。

亦可用当归四逆汤、四神丸合四君子汤。

三、中成药治疗

实证常用香连丸、脏连丸、逍遥丸等。虚证可选用参苓白术散、补脾益肠丸、补中益气丸、十全大补丸、金匱肾气丸等。

四、外治法

1. 塞药法

是指将药物纳入肛内的方法。如无痛生肌栓（辽宁中医药大学附属肛肠医院田振国

方)等。

2. 保留灌肠法

取中药煎剂 50ml 用注肛器推注保留灌肠, 每日 1 次或 2 次, 1 个月为 1 疗程。

中药保留灌肠方剂: 通灌汤 (辽宁中医药大学附属肛肠医院田振国提供)

方剂组成: 苦参、地榆、白及、黄柏、明矾、甘草。

可根据病情在灌肠药液中加入适量锡类散、青黛散、云南白药等。对腹泻、便血严重病人可加入氢化可的松 50mg。亦可取氢化可的松 100mg, 加入 5% 葡萄糖盐水 200ml, 一日 1~2 次点滴灌肠, 一旦症状改善立即改用中药灌肠。

五、针灸疗法

1. 取穴

腹痛取脾俞、胃俞、足三里、中脘、气海、关元。

泄泻取脾俞、中脘、章门、天枢、足三里。

便血取足三里、三阴交、气海、关元、阴陵泉。

2. 手法

平补平泻, 留针 15~20 分钟, 每日 1 次, 10 次为 1 疗程。

第二节 西医学对溃疡性结肠炎的认识

一、病因

目前病因尚未完全明确, 认为本病的发病主要由于免疫机制异常所致, 并和遗传因素、肠道环境有关。而感染因素、精神因素等可能为诱发或继发因素。

1. 免疫因素

溃疡性结肠炎的免疫异常是造成炎症和组织损伤的内在因素。目前多认为溃疡性结肠炎是因肠黏膜的正常防御作用减弱, 导致免疫调节失常。研究表明本病患者肠黏膜分泌异常, 因黏液糖蛋白改变, 以致影响肠黏膜的完整性, 从而使一般不易通过正常肠黏膜、对正常人无害的肠道共生菌群、食物等抗原, 可以进入肠黏膜, 激发一系列抗原特异性免疫反应与炎症变化。参与的细胞成分中有中性粒细胞、巨噬细胞、肥大细胞、T 与 B 淋巴细胞、自然杀伤细胞等, 这些效应细胞释放出的抗体、细胞因子 (白介素、 γ 干扰素、TNF、TGF β 等) 及炎症介质 (白三烯、血栓素、组胺、前列腺素等) 引起组织破坏与炎性病变。需要指出的是, 体液免疫、细胞免疫、免疫复合物在本病的发病过程中的作用是互相关联的。这种免疫异常究竟是病因还是后果还有待于进一步研究。

2. 遗传因素

临床发现 5%~15% 患者的血缘亲属也患有本病。本病的发病率在种族之间差异显著, 在欧美国家本病的家族发病率高, 在我国家族发病率偏低。遗传因素可能是本病发病的一个重要因素。近年资料表明, 上述肠黏膜的黏液分泌异常和遗传素质有关。

3. 感染因素

由于本病发病前常有感染史,而且应用抗生素能取得一定的治疗效果,所以有人在早期研究中就认为,本病是一种感染性疾病,但迄今未找出致病的细菌、病毒或真菌。据日文资料推测,肠内菌群的消长与溃疡性结肠炎的加重、缓解密切相关。肠道内正常细菌在特定的条件下,可成为继发病因的因素,从而加重原肠道的病变。但特定条件的转换因素不太清楚,可能与免疫有关。

4. 精神因素

精神因素与本病的发生与复发有一定的关系。临床上发现本病患者多有焦虑、紧张、多疑及自主神经功能紊乱之表现。有学者经过仔细分析,认为多数患者无精神创伤及其他应激条件刺激的病史。另有人在精神病院中对住院患者经过调查发现本病的发病率并未高于非精神病患者,因此认为本病患者之精神症状可能与本病久治不愈,备受折磨,致使心理改变有关,是一种继发表现。

5. 肠道环境因素

虽迄今未找出致病的微生物,但越来越多的迹象表明,肠道菌群整体或产物在炎症性肠病中起重要作用。肠道菌群失调,或存在某些适宜的条件,肠道微生态发生改变,都会成为溃疡性结肠炎致病或加重的因素。

6. 过敏因素

本病少数患者对某种食物有过敏现象。流行病学调查已表明,精制糖、牛奶、蔬菜、水果、咖啡、酒精等,均可以在饮食后加重病情。另有部分患者的周围血液中,发现嗜酸性粒细胞增高,肥大细胞及组织胺含量均有升高,表现为I型变态反应。这些结果提示溃疡性结肠炎的发病与变态反应有关。

7. 防御机能障碍

口服硫酸多糖体可以引发结肠溃疡,作为溃疡性结肠炎动物模型。有人认为在食物中含有这类高分子物质,被吸收后到达结肠的固有层及巨噬细胞内,以它所具有硫酸基所带的阴离子,妨碍了结肠的防御机能,从而导致溃疡。作为本病的病因,这方面尚有待进一步研究。

此外,细胞膜的磷脂质过氧化和氧自由基产生过多,可以导致结肠上皮细胞损伤。

二、病理

溃疡性结肠炎的病理改变是非特异性的,病变多累及直肠、乙状结肠,然后向近心端发展,甚至波及整个结肠,少数病例还可累及回肠末端。

病变早期有黏膜弥漫性炎症,可见水肿、充血与灶性出血,黏膜面呈弥漫性细颗粒状,组织变脆,触之易出血。黏膜与黏膜下层有淋巴细胞、浆细胞、嗜酸及中性粒细胞浸润。以后因肠腺隐窝底部聚集大量中性粒细胞,即形成小的隐窝脓肿。当隐窝脓肿融合、溃破,黏膜随即出现广泛的浅小不规则溃疡。这些溃疡可沿结肠纵轴发展,逐渐融合成不规则的大片溃疡。由于结肠病变一般限于黏膜与黏膜下层,很少到达肌层,所以并发结肠穿孔、瘘管形成或结肠周围脓肿者少见。少数暴发型或重症患者的病变涉及全结肠,可发生中毒性巨结肠。

结肠炎症在反复发作的慢性过程中,大量新生肉芽组织增生,常出现炎性息肉。黏膜因不断破坏和修复,其正常结构丧失,纤维组织增生,有腺体变形、排列紊乱、数目减少等萎缩性改变。由于溃疡愈合而瘢痕形成,黏膜肌层与肌层肥厚,使结肠变形缩短、结肠袋消失,甚至有时肠腔狭窄。少数病人有结肠癌变,以未分化型为多见,恶性程度高,预后较差。

三、临床表现

1. 肠道症状

腹泻每日数次至10次以上,可为脓血便、黏液血便或血便。患者有时可排出大量牙膏样物质,内含坏死黏膜、浸润之炎症细胞和少许黏液,表面可带少许血液,颇具特征。有的病例主要表现为下消化道大出血,一次出血量可达2000ml,连续出血量可达10000ml。腹痛轻者为隐痛,典型者为绞痛,常位于左下腹和下腹,有腹痛一便意一缓解的特点,个别无腹泻而有便秘。里急后重感是直肠受累的结果。其他消化道症状尚有腹胀、恶心、呕吐、纳减。

2. 肠道外表现

全身表现较多见,除乏力、消瘦及急性期发热外,常伴有皮肤、黏膜、关节、肝、肾、眼、口腔等系统性表现。有时肠道外表现比肠道症状先出现,这时诊断很困难。常见的肠外表现有口腔溃疡、皮肤结节性红斑、关节炎、脊椎炎、脂肪肝、小胆管周围炎、眼葡萄膜炎、结膜炎、角膜炎、尿路结石、间质性肺纤维化、血栓性动脉炎等。

3. 腹部体征

轻者除左下腹部稍有压痛外,无其他体征。重者可有发热、全腹部压痛、反跳痛、肌卫等,可伴肠鸣音亢进。部分病例可触及痉挛的乙状结肠或降结肠。

4. 并发症

(1) 中毒性巨结肠 是本病严重的并发症,发生率为1.6%~2.5%,死亡率13%~15%,多发生于急性暴发型和严重型患者,诱因与服可待因、苯乙哌啶、抗胆碱能药物有关,低血钾、钡灌肠均可引起。本症原因是炎症波及肠道肌层及肌间神经丛,使肠管扩张不能收缩。肠腔直径达10cm以上。中毒症状明显,腹胀、压痛、反跳痛,肠鸣音减弱、消失,白细胞明显增高,有时可达 $40 \times 10^{12}/L$,由于肠管扩张,肠壁血液循环障碍,可发生缺血、坏死,造成急性肠穿孔。对中毒性结肠扩张应争取早期诊断,尽早手术。

(2) 肠穿孔 发生率1.8%左右,死亡率50%,多在中毒性结肠扩张的基础上发生,慢性期肠狭窄者亦可发生,高压钡灌肠可诱发。X线透视可发现膈下游离气体,最后导致弥漫性腹膜炎。

(3) 大出血 发生率1.1%~4.0%。发生原因,一是溃疡累及大的血管发生出血,二是低凝血酶原血症。出现低凝血酶原血症时,治疗应注意纠正。

(4) 息肉 发生率9.7%~39%。由于炎症演变所致,一般为假性息肉。息肉多发部位在直肠,向上依次减少。结局可随炎症痊愈而消失,随溃疡形成而破坏,长期留存可癌变。癌变者多来自腺瘤样息肉。

(5) 肠狭窄 在一部分病程持续5年以上、病变广泛的病人中,可出现结肠狭窄。狭

窄部位多见于左半结肠、乙状结肠或直肠。造成狭窄的原因,可由于纤维组织增生,也可由于炎性息肉形成,黏膜肌层增厚,阻塞肠腔所致。偶尔,明显的结肠狭窄也可由于结肠痉挛引起,静脉注射胰高血糖素后狭窄消失。严重的肠狭窄可引起肠梗阻。

(6) 癌变 本病的癌变率较一般人群高 10~20 倍。本病癌变与病变范围和病程有关,病变时间较长,且在病变涉及全部结肠时有恶变倾向。据有关资料统计,在全结肠受侵犯的病例中,病程 10 年以下伴发结肠癌患者约有 1%,15 年者 3.5%,20 年者 10%~15%,30 年者超过 30%。在只有左侧或右侧的长期结肠炎中,结肠癌发生率在 3%~5%。只限于直肠的患者中,其发生癌的危险性较小。还有学者提出溃疡性结肠炎的黏膜异常增生,是结肠癌的标志。故有人主张对低度异常增生亦可做直肠-结肠切除。

从临床表现来早期诊断溃疡性结肠炎的癌变是困难的。本病癌变的特征为:①与通常的结肠癌比,本病多为深部(降结肠至盲肠)癌;②有多发性倾向;③因病变平坦在肉眼下难以识别;④多为低分化癌、印戒细胞癌、黏液癌。⑤预后较差等等。

(7) 直肠及肛周病变 溃疡性结肠炎的局部并发症包括痔疮、肛裂、肛周脓肿、肛瘘、直肠黏膜脱垂等。在腹泻严重的病人中,这些并发症容易发生。

四、实验室及其他检查

1. 实验室检查

(1) 血液检查 查血色素、红细胞总数,其结果多提示为轻、中度贫血。急性期有白细胞计数增高及红细胞沉降率加速。严重者凝血酶原时间延长,可出现低血钾、低血氯、低血钠,人血白蛋白降低。

(2) 大便检查 有大量的红、白细胞和黏液。在急性发作期,粪便涂片检查可发现大量多核巨噬细胞。病变活动期时大便内溶菌酶活性增加。大便培养应为阴性。

2. X 线检查

一般腹部 X 线透视,可发现有无肠梗阻及中毒性巨结肠;膈下的游离气体是否出现,可鉴定有无肠穿孔的发生。

钡剂灌肠造影检查有助于了解结肠受累范围和程度,以及回肠末端情况,有无瘘管、息肉、癌肿等并发症。检查前给予流质饮食、清洁肠道。X 线表现如下:①肠管边缘及黏膜皱襞的改变:肠管边缘模糊,黏膜皱襞失去正常形态,表现为粗大的纵行条状影像;沿肠管边缘出现毛刺状改变。有假性息肉时可出现多发性圆形缺损。②结肠袋改变:结肠袋消失是由于肠壁炎症浸润所致,当病变改善后结肠袋又会出现。若肠壁组织纤维化,结肠袋消失则无法恢复原状。③肠管狭窄和缩短:肠管炎症浸润使肠管扩张受限,有时局部形成狭窄,但当黏膜有严重息肉样变和肠壁纤维化,则使肠腔狭窄,肠管缩短不能恢复。

气钡双重造影,对黏膜相的观察有很大价值。早期表现为黏膜刺状隆起,边缘毛糙,结肠袋变浅,黏膜粗乱中断,弥漫性小颗粒,对早期息肉、细小溃疡、黏膜萎缩都可辨认。

3. 结肠内窥镜检查

是重要的检查方法,乙状结肠镜检查适用于病变局限于直肠及乙状结肠下段者,病变向上扩展者需接受纤维结肠镜检查,可确定病变范围。对重症患者进行检查应慎防肠穿孔。

(1) 急性期 第Ⅰ期:黏膜下点状出血,可见退色斑。第Ⅱ期:黏膜充血水肿,表面

呈颗粒状，触之易出血，黏膜分泌增多，溃疡细小。第Ⅲ期：黏膜显著充血水肿、潮红，多数溃疡形成，且可融合成片，表面糜烂，轻触即出血。第Ⅳ期：病变肠管几乎无正常之肠黏膜，黏膜表面有假膜或黏液脓性分泌物覆盖，极易出血，可见岛状黏膜再生。

(2) 慢性期 ①活动期：肠腔狭窄呈管状，表面硬，正常黏膜结构消失，黏膜充血、水肿、渗血、炎性息肉或溃疡形成，黏液分泌较多。②静止期：黏膜苍白，炎性息肉形成，肠管狭窄，炎症较轻，部分病例肠黏膜萎缩。

4. 病理检查

可以确定病变性质。临床多用于排除结肠癌。

五、诊断与鉴别诊断

(一) 诊断

溃疡性结肠炎病因复杂，缺乏特异性病理改变和典型的临床表现，诊断上比较困难。1993年太原召开的全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会制订了我国统一的诊断标准与诊断依据。2000年成都全国炎症性肠病学术会议对溃疡性结肠炎的诊断标准进行修订。

1. 诊断标准

(1) 临床表现 有持续反复发作性黏液脓血便，腹痛，伴有不同程度的全身症状。不应忽视少数只有便秘或无血便的患者，既往史及体检中要注意关节、眼、口腔、皮肤、肝、脾等肠外表现。

(2) 肠镜所见 ①黏膜有多发性浅溃疡，伴充血、水肿，病变大多从直肠开始，且成弥漫性分布。②黏膜粗糙呈颗粒状，质脆、易出血，或附着有脓性分泌物；③可见假息肉，结肠袋往往变钝、消失。

(3) 病理所见 黏膜活检是炎性反应，同时常可见糜烂，隐窝脓肿，腺体排列异常及上皮变化。

(4) 钡灌肠所见 ①黏膜组织粗乱及（或）细颗粒变化；②多发性溃疡或假性息肉；③肠管狭窄、缩短，结肠袋消失，可呈管状。

2. 诊断依据

在排除菌痢、阿米巴肠炎、慢性血吸虫病、肺结核等感染性结肠炎及结肠克罗恩病、放射性结肠炎的基础上，可按下列条件诊断：

- (1) 根据临床、肠镜检查三项中的一项和（或）黏膜活检，可以诊断本病。
- (2) 根据临床及钡灌肠三项中之一者可以诊断本病。
- (3) 临床不典型而有典型肠镜所见或钡灌肠所见者可临床拟诊本病，并观察发作情况。
- (4) 临床有典型症状或典型既往史，而且结肠镜或钡灌肠检查无典型改变者，应列为“疑诊”随访。

(5) 初发病例，临床表现和结肠镜改变均不典型者，暂不诊断为溃疡性结肠炎，可随访3~6个月，观察发作情况。

3. 完整诊断

应包括其临床类型、严重程度、病变范围及病态分期。

(1) 临床分型 可分为初发型、慢性复发型、慢性持续型、急性暴发型。

①初发型：症状轻重程度不同，可转变为慢性复发型或慢性持续型。

②慢性复发型：临床多见。症状较轻，反复发作。一般历时3~10周，每日腹泻3~5次，黏液便、脓便或有血便。全身症状不明显，在发作期，乙状结肠镜检查显示典型的变化，间歇期黏膜轻度充血、水肿。病理组织检查示慢性炎症，有时显著，有时轻度异常。该型可转入慢性持续型。

③慢性持续型：首次发作后，常有持续轻重不等的腹泻、间断血便、腹痛及全身症状，病程常在6个月以上，病变常累及全结肠，多数有溃疡及假息肉形成，严重者可发生中毒性巨结肠及肠穿孔，且可发生血栓性静脉炎。由于病情重，持续久，患者可出现贫血、消瘦，且后期易发生癌变。

④急性暴发型：本型较少见，约占2.6%，起病急骤，多发生于青、少年，全身和局部症状均严重，高烧可达40℃，脓血便或血便每日可达20次以上。常伴有贫血、恶心、呕吐、腹胀、心跳过速等毒血症症状，易发生中毒性结肠扩张、肠穿孔、腹膜炎等并发症。乙状结肠镜检查病变显著，死亡率占10%~15%，死亡多在病后两周内发生，该型预后不良。

(2) 病情程度 可分为轻、中、重度3种类型。

①轻度：腹泻每天不多于4次，肉眼便血量少或无，轻度腹痛，病变范围局限于直肠、乙状结肠，脉率正常，无发热，血红蛋白高于12g，血沉每小时小于30mm，体重减轻少于3.5 kg。

②重度：腹泻每天多于6次，肉眼便血量较多，腹痛较重，病变范围累及全结肠，脉率每分钟高于90次，发热，体温高于38℃，血红蛋白少于10.5 g，血沉每小时超过30mm，体重减轻大于7 kg。可伴肠外表现。

③中度：介于轻、重两度之间。

(3) 病变范围 可分为直肠炎、直肠乙状结肠炎、左半结肠炎、右半结肠炎、区域性结肠炎和全结肠炎。

(4) 疾病分期 可分为活动期、缓解期。

诊断举例：溃疡性结肠炎；初发型；中度；直肠、乙状结肠受累；活动期。

(二) 鉴别诊断

1. 慢性细菌性痢疾

常有急性痢疾病史，大便培养可分离出痢疾杆菌，抗菌药物治疗有效。

2. 慢性阿米巴肠炎

病变常侵犯右侧结肠，亦可累及左侧结肠，有散在性溃疡，溃疡边缘潜行，溃疡深，溃疡间的黏膜多属正常。大便可找到阿米巴滋养体和包囊，通过结肠镜采取溃疡面渗出物或溃疡边线组织活检找阿米巴阳性率高。抗阿米巴治疗有效。

3. 血吸虫病

患者有疫水接触史，肝脾肿大，粪便检查可发现虫卵，粪便孵化毛蚴可帮助确诊，有时乙状结肠镜取组织切片可发现虫卵。

4. 结肠憩室病

可有间歇性下腹部绞痛、腹泻、发热，偶有便血，出血量可能很大；钡灌肠显示有多个

憩室。该病在国内罕见。

5. 结肠癌

多发生于中年以后。结肠镜检查及钡剂灌肠检查对鉴别诊断有帮助，病理组织学检查可确定诊断。但要注意结肠炎与结肠癌并存时容易漏诊。

6. 结肠易激综合征

慢性病程，全身情况佳，有间歇性腹痛、腹泻，粪便无血液，无低热。内窥镜检查及组织病理学检查无异常改变，钡剂灌肠造影显示结肠痉挛、袋状密集等征象。

7. 缺血性肠炎

多为老年患者，突然发病，下腹痛、呕吐，24~48小时后出现血性腹泻，发烧，白细胞增高。钡灌肠检查可见指压痕征，假性肿瘤，假性憩室，肠壁锯齿状改变，管腔呈纺锤状狭窄，内窥镜下可见黏膜下出血，造成暗紫色隆起，黏膜呈剥脱出血和溃疡，病变多发生在结肠脾区。

8. 伪膜性肠炎

多发生在腹部手术后应用多种抗生素治疗的患者。表现为高烧、水样泻；含有黏液、脓液，粪便恶臭。很快脱水、尿少、休克。结肠黏膜表面覆盖有坏死组织、纤维蛋白、炎性细胞和细菌组成的棕黄色的伪膜。

9. 结肠克罗恩病（肉芽肿性结肠炎）与溃疡性结肠炎鉴别如下表：

	溃疡性结肠炎		克罗恩病
症状与体征	发热	较少见	常见
	腹痛	较轻，常在左下腹或下腹	较重，常在右下腹或脐周
	肠梗阻	罕见	多见
	腹部包块	无	常有
	里急后重	常见	少见
	大便性状	黏液、脓血便多	一般无黏液、脓血
	肛周瘘管	罕见	多见
结肠镜检查	病变分布	连续性，直肠、乙状结肠为主，向上可波及全结肠	节段性，右半结肠、回肠多见
	正常黏膜	病变弥漫，其间无正常黏膜	见于病变肠段之间
	黏膜病变	细颗粒状，有糜烂与浅溃疡	卵石样，有较深的沟槽样溃疡
	黏膜脆性	增加，触之易出血	一般不增加
X线钡灌肠	炎性息肉	常见	可见
	受累肠段	连续	节段性
	肠腔狭窄	较少见	多见
	瘘管形成	少见	多见
病理组织特点	肉芽肿病变	无	常见
	穿壁性炎症	少见	常见
	隐窝脓肿	多见	少见
	癌变	可见	不常见

10. 其他

肠结核，难辨梭菌性肠炎，结肠息肉病，结肠憩室炎，放射性直、结肠炎等应和本病