

· MDT 病例讨论 ·

## 腹外伤部分肠切除术后1年，排黏液脓血便9个月

杨荣萍 高翔 汪建平 黄艳 胡品津

### 病历介绍

本例患者男性，23岁，主诉：腹外伤部分肠切除术后1年，排黏液脓血便9个月。现病史：患者1年前因腹部、臀部、左下肢刺伤于当地医院就诊，发现横结肠、直肠破裂，急诊行结肠破裂修补术、乙状结肠造瘘术。10个月前行部分结肠切除术。9个月前开始排黏液脓血便，每日8~9次，当地医院予易蒙停等治疗后排粪次数可减至2~3次/d，黏液血便无明显减少，每于饮酒或进食辛辣等刺激性食物后症状加重。2个月前饮酒后再次出现上述症状，每日排黏液血便10余次，伴中下腹阵发性刺痛，以夜间明显，影响睡眠，排粪后腹痛可缓解。当地医院结肠镜示：距肛门30 cm处黏膜充血水肿，血管网纹消失，见多发性溃疡，黏膜质脆伴弥漫性渗血。盆腔CT提示：直肠、乙状结肠肠壁增厚。诊断为“溃疡性结肠炎”，20 d前予甲基强的松龙40 mg 1次/d，美沙拉嗪1.0 g 3次/d及抗生素治疗2周，症状无明显缓解，为进一步诊治收入我院。患者病程中反复发热，体温最高38℃，经对症处理后体温可退至正常，无伴寒战、盗汗、关节痛、口腔溃疡等。近1年体重下降15 kg。既往史及家族史无特殊，否认服用非甾体消炎药。入院查体：身高180 cm，体质量65 kg，体温38℃，心率110次/min，血压呼吸无特殊。腹部平坦，正中及下腹可见长约15 cm及8 cm瘢痕；腹柔软，未触及肿块，下中腹压痛，无反跳痛；肠鸣音3次/min，未闻及血管杂音。直肠指检可触及多个大小不等的小结节，约0.5~1.0 cm，质软，表面光滑，指套染少量鲜血。辅助检查：白细胞17.9×10<sup>9</sup>/L，中性粒细胞81.7；尿常规隐血(++)，尿胆素(-)，尿胆原3.2 μmol/L，尿红细胞(++)；粪便常规：隐血(++)，红细胞(++)，白细胞(++)；粪便细菌、真菌、艰难梭菌培养均阴性，未找到寄生虫卵；肝胆超声：总胆红素26.1 μmol/L(正常小于17.1 μmol/L)，未结合胆红素20.5 μmol/L(正常小于13.7 μmol/L)，白蛋白32 g/L，球蛋白25 g/L；红细胞沉降率：63 mm/h(正常小于20 mm/h)；高敏C反应蛋白：12.39 mg/L(正常小于3 mg/L)；其余血液生化检查未见异常。肠镜见吻合口以下结肠黏膜弥漫性红肿，并见一大环形不规则溃疡，长约3 cm，溃疡表面

覆厚苔，底部见多个结节样增生，吻合口以上未见异常；见图1。黏膜活检提示：炎性渗出及坏死组织，未见肿瘤。

**【入院诊断】** 慢性腹泻查因：1.慢性感染性肠炎？2.溃疡性结肠炎？

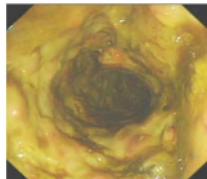


图1 结肠镜检查所见

### 诊疗过程

**【治疗建议】** 意见1(内科)：本例临床症状表现为间断发热、反复腹痛、排黏液血粪，需与慢性感染性肠炎、炎性肠病等疾病鉴别。患者外周白细胞升高、粪便常规见红白细胞，抗感染治疗后体温可降至正常，有感染性肠炎的可能，但多次复查粪便培养、寄生虫检查均阴性，抗感染治疗后腹痛、黏液血便等症状仍持续存在，不支持该诊断。此外，患者病情慢性迁延，病变呈连续分布，累积直肠、乙状结肠，尤其需与溃疡性结肠炎相鉴别，但内镜下未见典型的溃疡性结肠炎表现，且外院曾予糖皮质激素、5-氨基水杨酸等治疗无效亦不支持。结合本例特点：症状发生在时间上与外伤或手术明显相关，病变部位以手术吻合口为界，与正常黏膜之间边界清晰，病变性质以溃疡性病变为主，表面覆盖大量坏死及炎性渗出物，底部呈结节样改变，符合慢性增生性改变；据此，考虑病变可能与外科手术损伤肠系膜下动脉有关。

**意见2(外科)：**患者病情慢性迁延，经内科保守治疗效果不佳，考虑到患者起病与外伤、手术关系密切，不能排除术后缺血性肠炎，有手术指征，建议再次外科手术探查。

**【实际治疗情况】** 转入外科，行手术探查，术中见原吻合口以下结肠充血水肿明显，肠壁明显增厚变硬，腹膜后肠系膜下动静脉位置见一块，考虑为血肿机化，见图2。行部分结肠、直肠切除术。

术后病理示：肠壁僵硬处黏膜广泛糜烂，并见炎性渗出及坏死物质，伴炎性肉芽组织形成，浆膜层及肠系膜纤维组织瘤样增生，并见灶性炎性细胞浸润，肠系膜静脉内见大量红细胞淤滞，形态上符合缺血性结肠炎改变；见图3。

DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2011.01.025

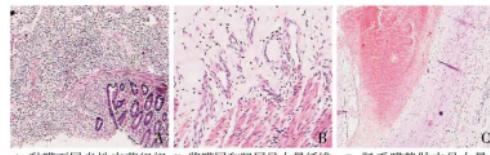
作者单位：510080 广州，中山大学附属第一医院消化内科(杨荣萍、高翔、胡品津)；中山大学附属第六医院胃肠外科(汪建平)，病理科(黄艳)

通信作者：胡品津，Email:PjHuMD@vip.163.com



A. 结直肠病变处肠黏膜广泛  
糜烂、溃疡形成,表面  
覆黄色苔状  
B. 血肿机化

图 2 手术切除结肠大体标本



A. 黏膜下层炎性肉芽组织  
形成(x40) B. 肌膜层和肌层见大量纤维  
组织增生(x100) C. 肠系膜静脉内见大量  
红细胞淤滞(x40)

图 3 手术标本病理图片(苏木精-伊红染色)

患者术后腹痛、腹泻症状缓解,于 2010 年 5 月 22 日出院。目前术后 4 个月,每日排稀烂粪 2~3 次,无黏液脓血便,无腹痛,体质量较术前增加 7 kg。

### 专家点评

缺血性结肠炎是由多种病因所致肠道血供不足而引发的病变,最早是由 Boley 等<sup>[1]</sup>在 1963 年首先描述的。本病随着年龄的增加发病率逐渐增高,其发病多与肠系膜动脉粥样硬化有关<sup>[2]</sup>。根据病因可分为动脉阻塞性、静脉阻塞性及肠道低灌注三大类。静脉阻塞所致的缺血性结肠炎相对少见,文献报道与门静脉炎、高凝状态、门静脉高压、胰腺炎、静脉硬化等有关<sup>[3]</sup>。与动脉阻塞所致的缺血性结肠炎相比,静脉阻塞所致的缺血性结肠炎病程相对较长,病情发展较慢,且肠壁增厚更明显<sup>[4]</sup>。

青年患者腹外伤后肠系膜静脉血栓形成导致结肠缺血国外已有报道<sup>[5]</sup>。但国内尚未见报道。本例有明确腹外伤史,胃肠道症状出现在时间上与外伤或手术明显相关,CT 提示病变段肠壁明显增厚,内镜下病变呈坏死及慢性增生性改变,结合手术及术后病理所见,该患者的肠道病变考虑为外伤后血肿压迫肠系膜下静脉致静脉回流障碍,血栓形成,终致肠壁淤血缺氧溃疡形成。

缺血性结肠炎的治疗通常依据病情的严重程度进行选择,轻者呈自限性或经内科保守治疗可治愈,重者呈暴发性

坏疽性结肠炎,不及时治疗可能死亡。当患者出现腹膜炎、透壁性梗死、狭窄、慢性结肠炎表现或对内科治疗无应答时需考虑外科手术干预<sup>[3]</sup>。本例此次就诊前已有近 1 年的病史,长期内科治疗病情无明显好转,且出现发热、体质量下降等全身症状,严重影响患者生活质量,有外科手术指征,术后患者的临床症状及一般情况均得到明显改善。

本病例提示我们:尽管缺血性结肠炎多发生于高龄、有心血管疾病或糖尿病史的患者中,青年患者尤其有手术或外伤史者,出现不明原因的腹痛、便血时也应考虑该病可能,早期内镜或 CT 检查可能有助于诊断。

### 参 考 文 献

- Boley SJ, Schwartz S, Sternhill V. Reversible vascular occlusion of the colon. *Surg Gynecol Obstet*, 1963, 116:53-60.
- 张泰昌,曹涛,李雅君,等.缺血性结肠炎的临床特点及诊断方法.中华消化内镜杂志,1998,15(5):268-271.
- Taourel P, Aufort S, Merigeaud S, et al. Imaging of Ischemic colitis. *Radiol Clin N Am*, 2008, 46(5):909-924.
- Thoeni RF, Cello JP. CT imaging of colitis. *Radiology*, 2006, 240(3):623-638.
- Stamatatos M, Douzinas E, Stefanaki C, et al. Ischemic colitis: surging waves of update. *Tohoku J Exp Med*, 2009, 218(2):83-92.

(收稿日期:2010-07-01)