

DOI:10.3724/SP.J.1008.2008.00276

## 溃疡性结肠炎病变范围与临床、内镜和病理特点的关系

华婷琰<sup>1</sup>, 黄介飞<sup>1\*</sup>, 章建国<sup>2</sup>, 秦正积<sup>3</sup>

1. 南通大学附属医院消化内科, 南通 226001

2. 南通大学附属医院病理科, 南通 226001

3. 南通大学公共卫生学院医学统计学教研室, 南通 226001

**[摘要]** **目的:**探讨溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)病变范围与临床、内镜和病理特点的关系。**方法:**回顾性分析75例UC的临床、内镜和病理资料,包括远端型结肠炎17例(22.67%),左半结肠炎27例(36%),广泛性/全结肠炎31例(41.33%)。**结果:**不同病变范围UC组间,患者的性别和发病年龄差异无统计学意义,各种主要临床表现和并发症的发生率随病变范围扩大而增加,其中贫血、低蛋白血症和肠外表现的发生率组间差异显著( $P<0.05$ )。UC病变范围与临床严重度( $r=0.418, P<0.001$ )和内镜下活动度( $r=0.239, P=0.039$ )呈正相关。肠上皮不典型增生的发生率在全结肠炎组显著高于远端型结肠炎组和左半结肠炎组( $P<0.05$ )。**结论:**UC病变范围与其临床、内镜和病理特点有关,与临床严重度和内镜下活动度呈正相关。

**[关键词]** 溃疡性结肠炎;病变范围;临床特点;内镜检查;临床病理学

**[中图分类号]** R 574.621 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0258-879X(2008)03-0276-04

### Relationship of involvement area with clinical, endoscopic and pathological characteristics of ulcerative colitis

HUA Ting-yan<sup>1</sup>, HUANG Jie-fei<sup>1\*</sup>, ZHANG Jian-guo<sup>2</sup>, QIN Zheng-ji<sup>3</sup>

1. Department of Endocrinology, Affiliated Hospital of Nantong University, Nantong 226001, China

2. Department of Pathology, Affiliated Hospital of Nantong University, Nantong 226001

3. Department of Medical Statistics, Department of Public Health, Nantong University, Nantong 226001

**[ABSTRACT]** **Objective:** To investigate the relationship of involvement area with the clinical, endoscopic and pathological characteristics of ulcerative colitis (UC). **Methods:** We retrospectively studied the clinical, endoscopic and pathological data of 75 patients with UC, including 17 (22.67%) with distal colitis, 27 (36%) with left-sided colitis and 31 (41.33%) with extensive colitis/pancolitis. **Results:** No differences were found in the gender and age of onset between different groups. The incidences of main clinical manifestations and complications increased with the increase of the UC involvement, with significant difference found in the incidences of anemia, hypoproteinemia and extraintestinal manifestations between different groups ( $P<0.05$ ). Positive correlation was found between the UC involvement with the UC severity ( $r=0.418, P<0.001$ ) and disease activity under endoscopy ( $r=0.239, P=0.039$ ). The incidence of atypical hyperplasia of enteric epithelium in extensive colitis/pancolitis group was significantly higher than those in the other 2 groups (both  $P<0.05$ ). **Conclusion:** The UC involvement is related to the clinical, endoscopic and pathological characteristics of UC; the involvement is positively correlated with the clinical severity and disease activity of UC under coloscopy.

**[KEY WORDS]** ulcerative colitis; disease extent; clinical feature; endoscopy; clinical pathology

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2008, 29(3):276-279]

国外研究<sup>[1]</sup>表明,溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)病变范围与整个病程中的并发症发生率、手术率、临床症状轻重及预后都有关系。全结肠型UC在临床病理和内镜特点均与远端型UC有明显区别<sup>[2]</sup>。本研究旨在探讨UC病变范围与其主要临床、内镜和病理特点之间的关系。

### 1 资料和方法

1.1 研究对象 1999年1月至2006年12月我院共收治UC住院患者75例,其中男41例(54.67%),女34例(45.33%),男女之比1.2:1。平均发病年龄(43.29±16.41)岁,范围13~85岁,

**[收稿日期]** 2007-07-22 **[接受日期]** 2007-12-27

**[作者简介]** 华婷琰, 硕士生. E-mail: huatingyan@163.com

\* 通讯作者 (Corresponding author). Tel: 0513-85806629, E-mail: jiefei Huang@163.com

发病高峰年龄段 30 ~ 39 岁。初发型 44 例 (58.67%), 慢性复发型 29 例 (38.67%), 慢性持续型 2 例 (2.66%), 无急性暴发型。UC 患者的诊断根据中华医学会消化病学分会制定的炎症性肠病诊断治疗规范标准<sup>[3]</sup>: 在排除细菌性痢疾、阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核等感染性结肠炎及结肠 Crohn 病、缺血性结肠炎、放射性结肠炎等的基础上, 根据腹泻、黏液脓血便和腹痛等临床表现, 结合结肠镜检查见黏膜充血、水肿、溃疡, 钡灌肠见黏膜粗乱、小充盈缺损等改变, 可诊断本病。

1.2 UC 病变范围的确定 全部 UC 患者均接受电子结肠镜检查, 根据镜下所见, UC 病变分为: (1) 远端型结肠炎: 病变不超过乙状结肠; (2) 左半结肠炎: 病变累及脾曲以下结肠; (3) 广泛性/全结肠炎: 病变扩展至结肠脾曲以上或全结肠。

1.3 UC 临床严重度分级 (1) 轻度: 腹泻每日 4 次以下, 便血轻或无, 无发热、脉快或贫血, 红细胞沉降率正常。(2) 中度: 介于轻度和重度之间。(3) 重度: 腹泻每日 6 次以上, 明显黏液血便, 体温 37.5℃ 以上, 脉搏 90 次/min 以上, 血红蛋白 < 100 g/L, 红细胞沉降率 > 30 mm/1 h。

1.4 UC 内镜下活动度分级 根据改进的 Baron 内镜下 UC 活动度分级标准来记录: 0 级为黏膜正常; 1

级为黏膜血管粗乱, 充血水肿; 2 级为黏膜有接触性出血; 3 级为黏膜有自发出血性; 4 级为明显溃疡形成。

1.5 统计学处理 所有数据输入 SPSS 15.0 统计软件包, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  描述, 计数资料以例数和百分率描述, 采用  $\chi^2$  检验、单因素方差分析及 Spearman 等级相关进行统计分析,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 UC 病变范围 远端型结肠炎 17 例 (22.67%), 左半结肠炎 27 例 (36%), 广泛性/全结肠炎 31 例 (41.33%)。

2.2 UC 主要临床特点及其与病变范围的关系 在不同病变范围 UC 组中, 患者的性别构成和发病年龄的差异无统计学意义, 各主要临床表现的发生率随病变范围扩大而增加, 其中贫血和低蛋白血症的发生率在各组间差异显著 ( $P < 0.05$ )。24 例 (32%) UC 具有肠外表现, 包括关节炎、肝胆病变、皮肤表现、眼部表现和口腔溃疡等; 5 例 (6.67%) UC 发生并发症, 其中下消化道大出血 3 例 (4%), 不全性肠梗阻 2 例 (2.67%)。肠外表现的发生率在各组间差异显著 ( $P < 0.05$ )。详见表 1。

表 1 UC 病变范围与主要临床特点的关系

Tab 1 Relationship between UC involvement and main clinical characteristics

Index	Distal colitis (N=17)	Left-sided colitis (N=27)	Pancolitis (N=31)	P value
Gender(Male/Female)	9/8	14/13	18/13	0.882
Age of onset(year)	46.41±14.76	47.37±17.54	41.32±18.77	0.383
Clinical manifestation n(%)				
Abdominal pain	11(64.71)	21(77.78)	26(83.87)	0.316
Diarrhea	9(52.94)	17(62.96)	21(67.74)	0.598
Bloody mucopurulent stool n(%)	7(41.18)	13(48.15)	18(58.06)	0.507
Fever	5(29.41)	11(40.74)	18(58.06)	0.136
Anaemia	4(23.53)	8(29.63)	18(58.06)	0.025
Hypoproteinemia n(%)	2(11.76)	7(25.93)	15(48.39)	0.024
Extraintestinal manifestation n(%)	1(5.88)	8(29.63)	15(48.39)	0.010
Complication n(%)	0	1(3.70)	4(12.90)	0.275

2.3 UC 临床严重度及其与病变范围的关系 75 例 UC 中, 轻度 37 例 (49.33%), 中度 26 例 (34.67%), 重度 12 例 (16%)。各临床严重度中不同病变范围 UC 所占的比例见图 1。病变范围与临床严重度之间存在正相关性 ( $r=0.418, P < 0.001$ )。

2.4 UC 内镜下表现及内镜活动度与病变范围的关系 表现为充血水肿 55 例 (73.33%), 血管纹理模糊或消失 32 例 (42.67%), 黏膜质脆易出血 21 例

(28%), 糜烂或浅溃疡 59 例 (78.67%), 黏膜颗粒样变 11 例 (14.67%), 假性息肉 17 例 (22.67%), 肠腔狭窄 6 例 (8%), 结肠袋消失 3 例 (4%)。75 例 UC 中 Baron 1 级至 4 级分别为 7 例 (9.33%)、15 例 (20%)、8 例 (10.67%) 和 45 例 (60%)。各 Baron 分级中不同病变范围 UC 所占的比例见图 2。病变范围与内镜下活动度之间存在正相关性 ( $r=0.239, P=0.039$ )。

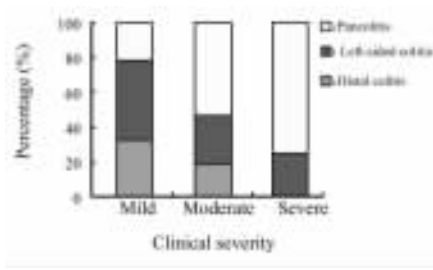


图1 UC病变范围与临床严重度的关系  
Fig 1 Correlation between UC involvement and clinical severity of UC

0.05)。各种主要的病理改变在不同病变范围 UC 组中的发生率见表 2。

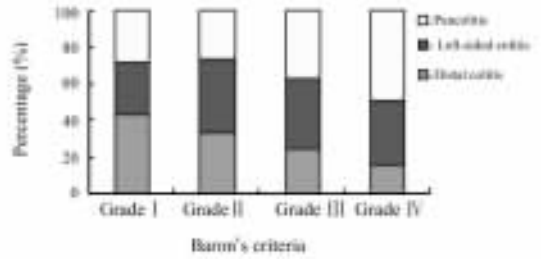


图2 UC病变范围与内镜下活动度的关系  
Fig 2 Correlation between UC involvement and UC activity under colonoscopy

2.5 UC病理改变及其与病变范围的关系 54例(72%)UC行组织病理学检查,肠上皮不典型增生在全结肠炎组显著增多,其发生率组间差异显著( $P <$

表2 UC病变范围与病理改变的关系

Tab 2 Relationship between UC involvement and pathological characteristics of UC

Pathological characteristic	Distal colitis (N=12)	Left-sided colitis (N=20)	Pancolitis (N=22)	P value
Chronic inflammatory cell infiltration	12(100.00)	20(100.00)	22(100.00)	—
Neutrophil infiltration	11(91.67)	19(95.00)	22(100.00)	0.508
Ulcer	4(33.33)	8(40.00)	10(45.45)	0.787
Crypt abscess	3(25.00)	9(45.00)	11(50.00)	0.357
Goblet cell depletion	6(50.00)	11(55.00)	15(68.18)	0.522
Sarcomye	1(8.33)	2(10.00)	4(18.18)	0.674
Atypical hyperplasia	0	0	5(22.73)	0.020
Granuloma	1(8.33)	2(10.00)	3(13.64)	1.000

### 3 讨论

溃疡性结肠炎病变多从直肠开始向上扩展,呈连续性、弥漫性和浅表性分布。直肠炎型病变易向邻近结肠扩展<sup>[4]</sup>,故直肠炎和直肠乙状结肠炎统称为远端型结肠炎。

本组资料显示,UC患者的性别构成和发病年龄在不同病变范围组间差异无显著性,与病变范围无关。UC患者的病变范围通常可根据其临床症状进行估计<sup>[5]</sup>。随着UC病变范围的扩展,各种主要临床表现的发生率均有逐渐增加的趋势,贫血和低蛋白血症在全结肠炎组显著增多,提示UC病变广泛者全身症状较病变局限者重。

在UC中,肠外表现更易发生于病变范围广泛者。随着结肠病变的扩展,各种主要的肠外表现,如骨关节、肝胆、皮肤和眼部表现的发生率亦相应增加<sup>[6]</sup>。本研究显示,病变局限于直肠者无1例出现肠外表现,而全结肠受累者肠外表现的发生率接近

50%。UC的肠外表现中有一类是与肠道炎症活动有关的反应性表现,如关节炎、结节性红斑、坏疽性脓皮病、虹膜炎/葡萄膜炎,它们与肠道疾病有某些共同的发病机制,随UC病情缓解而改善、消失。因此,笔者认为UC病变广泛者肠道炎症活动相对明显,从而导致此类肠外表现的发生率增加。

本组UC有5例(6.67%)发生并发症,其中4例发生在全结肠炎型,提示并发症的发生可能与病变广泛有关;可能受到病例数的限制,本组UC并发症的发生率在不同病变范围组间差异无显著性。结肠直肠癌变是UC的一个重要并发症,与病程长短和病变部位有关,UC相关性结肠癌中91%发生在全结肠受累者<sup>[7]</sup>。本组UC无1例发生癌变,可能与病程相对较短、规律使用5-氨基水杨酸<sup>[8]</sup>以及大部分患者缺乏详细的随访资料有关。

Farmer等<sup>[1]</sup>认为,与病变部位的扩展关系最密切的是重度UC。在病程中,重度UC患者病变部位比其他患者更易扩展,其危险性高出14倍。本研究

中,临床严重度为轻度的 UC 患者病变多不超过左半结肠,而重度患者中有 75% 病变超过左半结肠,甚至累及全结肠,临床严重度与病变范围之间存在正相关性。对于 UC 病情严重程度的判断,目前我国临床上多采用 Truelove-Witts 标准。本研究发现,UC 临床严重度与病变范围、内镜下活动度也有不平衡现象,一部分临床表现为轻度的患者病变已经累及全结肠,内镜下活动度已达 Baron 4 级。因此,笔者认为正确评估 UC 病情严重程度,除了靠临床表现外,更应结合内镜所见,因为内镜下的黏膜改变可能先于临床症状出现。

UC 的内镜表现为不同程度的黏膜炎症。国外研究表明,结肠重度活动性炎、假性息肉、肠管缩短或囊袋消失呈铅管样以及肠腔狭窄者发生癌变的危险性显著增加<sup>[9]</sup>。建议对病程长,病变范围广,同时存在上述镜下表现或病理见不典型增生者定期行结肠镜检查,并多部位活检,以早期发现癌变。本组资料中 Baron 4 级者所占比例较高,可能与资料来自住院病例,病情相对较重有关。自 Baron 1 级至 4 级,病变不超过乙状结肠者所占比例逐渐减少,而广泛性/全结肠炎比例增加,左半结肠炎比例变化不明显,UC 病变范围与内镜下活动度之间存在正相关性。

54 例(72%) UC 行组织病理学检查,均见固有膜内弥漫性、慢性炎性细胞浸润及不同程度的中性粒细胞、嗜酸粒细胞浸润,溃疡、隐窝炎/隐窝脓肿、杯状细胞减少、黏膜息肉样增生和肉芽肿的检出率与病变范围无关。5 例发现肠上皮不典型增生的 UC 患者病变均累及全结肠,对于重度不典型增生或发生在隆起病变上的轻中度不典型增生,建议做预防性结肠切除术<sup>[10]</sup>。

综上所述,UC 病变范围与某些临床特点、内镜表现和病理改变之间存在一定的关系,认识这一点,对于正确判断病情、估计预后和指导治疗有重要意义。这一关系,究竟是“量”的差异所致,即结肠黏膜

炎症反应发生的部位、范围不同,从而导致对应的表现及其程度不同,还是有不同的发病机制参与,尚有待进一步研究。

## [参考文献]

- [1] Farmer R G, Easley K A, Rankin G B. Clinical patterns, natural history and progression of ulcerative colitis. A long-term follow-up of 1 116 patients[J]. *Dig Dis Sci*, 1993, 38: 1137-1146.
- [2] 钟英强, 黄花荣, 朱兆华, 幸连春. 全结肠型与远端型溃疡性结肠炎的临床病理和内镜特点分析[J]. *中华消化杂志*, 2006, 26: 232-235.
- [3] 中华医学会消化病学分会. 对炎症性肠病诊断治疗规范的建议[J]. *中华消化杂志*, 2001, 21: 236-239.
- [4] Chatzicostas C, Roussomoustakak M, Potamianos S, Paspatis G, Mouzas I, Romanos J, et al. Factors associated with disease evolution in Greek patients with inflammatory bowel disease[J]. *BMC Gastroenterol*, 2006, 6: 21.
- [5] Langan R C, Gotsch P B, Krafczyk M A, Skillinque D D. Ulcerative colitis: diagnosis and treatment[J]. *Am Fam Physician*, 2007, 76: 1323-1330.
- [6] Lakatos L, Pandur T, David G, Balogh Z, Kuronya P, Tollas A, et al. Association of extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease in a province of western Hungary with disease phenotype: results of a 25-year follow-up study[J]. *World J Gastroenterol*, 2003, 9: 2300-2307.
- [7] Chang D K, Kim Y H, Byeon J S, Yang S K, Chung Y W, Han D S, et al. [The current status of ulcerative colitis-associated colorectal cancer in Korea; a KASID study][J]. *Korean J Gastroenterol*, 2005, 46: 276-282.
- [8] van Staa T P, Card T, Loqan R F, Leufkens H G. 5-Aminosalicylate use and colorectal cancer risk in inflammatory bowel disease: a large epidemiological study[J]. *Gut*, 2005, 54: 1573-1578.
- [9] Rutter M D, Saunders B P, Wilkinson K H, Rumbles S, Schofield G, Kamm MA, et al. Cancer surveillance in longstanding ulcerative colitis: endoscopic appearances help predict cancer risk[J]. *Gut*, 2004, 53: 1813-1816.
- [10] Greenson J K. Dysplasia in inflammatory bowel disease[J]. *Semin Diagn Pathol*, 2002, 19: 31-37.

[本文编辑] 尹 茶