溃 疡 性 结 肠 炎 (u l c e r a t i v e c o l i t i s )是 一种 非 特 异 性 大 肠 黏 膜 的 慢 性 炎 症 性 病 变 。 其 病 因 尚 不 明 确 ， 可 能 与 免 疫 异 常 、 感 染 、 遗 传 等 因 素 有 关 。 常 发 生 于 ⻘ 壮 年 ，2 0 ~ ~4 0 岁 多 ⻅ ， 男 女 性 别 无 显著差异。病变多累及左半结肠，也可累及整个结肠甚至末段回肠。

**【临床与病理】** 早期主要为黏膜充血水肿，黏膜下淋巴细胞浸润，形成无数小脓肿，融合溃破后形成许多小 溃疡，小溃疡较浅，底部位于肌层，可愈合;若溃疡较大或进 一步发展，破入肌层，致肠壁的弹力 减低，甚者可穿孔或形成瘘管，溃疡间的黏膜面呈颗粒状，易出血，也可增生形成炎性息肉;晚 期病变愈合，结肠黏膜可逐渐恢复正常，但其下层多有大量纤维组织增生形成纤维化，纤维瘢痕 收缩，使肠腔变狭窄、肠管短缩。另 一特征为在少数急性暴发型病例，由于炎性细胞广泛没润肌 层，使肌纤维破坏，累及肌层神经丛节细胞，导致肌层无力，引起所谓中毒性巨结肠改变，极易穿 孔。病变发展过程中，各部位的病损程度轻重不等。 临床上慢性发病者多⻅，主要症状为大便带血或腹泻，内有黏液脓血，常伴阵发性腹痛与里 急后重，可有发热、贫血、消瘦等全身性症状。常缓解与发作交替出现。急性暴发性者有高热、 腹泻、毒血症等。也可有少数病例伴发自身免疫症状，如出现关节炎、皮肤黏膜结节红斑、口腔 黏膜溃疡、虹膜炎等。实验室检查:大便有脓血，白细胞增多，血沉增快，低色素性贫血，急性期 免疫学检查显示IgG及IgM增加。

**【影像学表现】**

1. X线 本病的主要诊查方法为双对比结肠造影，疑有结肠中毒扩张者应行腹部平片检 查，以防穿孔。

溃疡性结肠炎的X 线造影表现依其发展阶段不同而不尽相同。 (1)早期:病变处常有刺激性痉挛收缩，肠腔变窄，结肠袋变浅甚至消失，肠管蠕动增强，钡 剂排空加快，有时钡剂呈散在分节状，黏膜皱襞粗细不均、紊乱、甚至消失。 (2)溃疡形成期:多发的浅小溃疡在结肠充盈相上显示为肠壁外缘的锯⻮状改变，黏膜相则 可⻅许多小尖刺形成 :较大的溃疡则形成结肠外缘不规则锯⻮状，有时向外突出呈领扣状或T 字 形溃疡，为溃疡穿至肠壁深层所致;当炎性息肉形成时，肠管外缘呈毛糙或高低不平、浅深不一 的小圆形充盈缺损，黏膜相示黏膜皱襞粗乱，腔内有大小不等的颗粒样或息肉样充盈罀损。 (3)晚期:由于肠壁广泛纤维化，导致肠腔狭窄与肠管短缩、结肠袋消失、边缘僵直或浅弧 形、肝曲与脾曲圆钝下移、横结肠平直或盲肠上移等;纤维化严重时，病变处狭窄肠管多光消僵 硬，肠管舒张与收缩均受限而呈水管状。

结肠中毒扩张(t oxicdilatationofthecolon)是本病严重合并症之一，其检查主要为腹部平片， 若 ⻅ 结 肠 扩 张 管 径 达 5 . 0 c m 以 上 时 ， 应 严 密 监 控 ， 一般 累 及 横 结 肠 ， 可 能 为 平 卧 位 时 位 置 高 易 积 气所致，常可形成充气充液的肠袢，液平面数目较少而较⻓。病变发展可⻅肠壁内气体，继而发 生局限性穿孔或腹腔游离气体。

1. CT 肠壁轻度增厚，常连续、对称且均匀，早中期浆膜面光滑;增厚的结肠黏膜面由于溃疡 和炎性息肉而凹凸不平;增厚的肠壁可出现分层现象，形成靶征，提示黏膜下水肿;病变肠腔变细、肠管短缩:肠系膜和直肠周围间隙可出现脂肪浸润及纤维化，致直肠周围间隙增宽

**【诊断与鉴别诊断 】** 本病的诊断依据除钡剂灌肠所⻅黏膜紊乱，多发溃疡、息肉形成，肠管狭窄短缩，结肠袋消 失呈管状肠管的特征外，还应结合临床反复发作性黏液血便、腹痛及不同程度的全身症状及内镜 实验室的检查进行综合诊断。

需 与 溃 疡 性 结 肠 炎 鉴 别 的 疾 病 常 ⻅ 的 为 结 肠 C r o h n 病 、结 肠 结核 。 因 溃 疡 性 结 肠 炎 有 较 多 的假息肉形成，需要与家族性息肉综合征鉴别，但溃疡型结肠炎主要特点是炎症改变与溃疡并存 的征象，而后者除有无数大小不等的息肉外，并无结肠炎改变，加之临床上以便血为主要症状， 且有遗传家族史，也较易区别。 多数学者认为遗疡性结肠炎是癌前病变。其机制不详，主要理论为增生一不典型增生 一癌 变。癌变区扁平，境界不清，组织学上多为分化不良的癌而非 一般的结肠腺癌。典型X线表现 除黏膜颗粒状改变、溃疡形成、炎性息肉改变外，还出现单发或多发的充盈缺损区。但常有不典 型者，应尽早行结肠镜及活组织检查以明确有无癌变。