

DOI: 10.3969/j.issn.2096-6113.2024.02.004

引用格式:徐米,全巧云.妊娠合并活动期溃疡性结肠炎的诊疗过程[J].巴楚医学,2024,7(2):24-26.

# 妊娠合并活动期溃疡性结肠炎的诊疗过程



徐米 全巧云

(三峡大学第一临床医学院[宜昌市中心人民医院]消化内科 &amp; 三峡大学消化疾病研究所,湖北宜昌 443003)

**摘要:** 溃疡性结肠炎(UC)表现为反复发作的腹痛、腹泻及脓血便,妊娠期初次发生 UC 临床比较罕见,但若诊断和治疗不及时,将严重影响孕妇和胎儿健康,甚至危及母婴生命。本文详细介绍妊娠合并活动期 UC 患者的诊治经过,并结合文献,为提高临床医生对妊娠合并 UC 的诊疗技术提供经验参考。

**关键词:** 妊娠; 溃疡性结肠炎; 炎症性肠病

**中图分类号:** R516.1

**文献标志码:** A

**文章编号:** 2096-6113(2024)02-0024-03

**中文医学主题词(CMeSH):** D003093

## Diagnosis and Treatment of Active Ulcerative Colitis during Pregnancy

Xu Mi Tong Qiaoyun

(Department of Gastroenterology, Yichang Central People's Hospital, The First College of Clinical Medical Science, China Three Gorges University & Institute of Digestive Diseases, China Three Gorges University, Yichang 443003, China)

**Abstract** Ulcerative colitis (UC) is characterized by recurrent abdominal pain, diarrhea, and purulent bloody stool. The clinical occurrence of UC for the first time in pregnancy is rare. However, if diagnosis and treatment are not timely, it will seriously affect the health of pregnant women and fetuses, and even endanger the lives of both mother and baby. This article provides a detailed description of the diagnosis and treatment process of patients with active UC during pregnancy, and combines literature to provide clinicians with experiential reference for improving the diagnosis and treatment techniques of pregnancy with UC.

**Keywords** pregnancy; ulcerative colitis (UC); inflammatory bowel disease (IBD)

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是一种累及结直肠黏膜和黏膜下层的慢性非特异性炎症性疾病,与克罗恩病统称为炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)。研究发现<sup>[1]</sup>,妊娠期 IBD 患者中 UC 比例更高,活动期 UC 会增加孕妇不良妊娠结局的发生风险<sup>[2]</sup>,若诊治不及时,将严重影响母婴健康,甚至危及生命。然而受检查手段及用药限制的影响,妊娠期 UC 患者的诊治过程仍存在一定难度。本文简述一名妊娠合并活动期 UC 患者的诊治经过,为

妊娠合并活动期 UC 患者的合理诊断及治疗提供临床经验。

## 1 临床资料



### 1.1 患者基本情况

患者,女,34岁初产妇,孕31周,因“妊娠期间反复腹痛、腹泻及黏液脓血便6周”收入我院。外院检验结果示大便隐血阳性、可见白细胞及红细胞,且合

基金项目:湖北省科技计划项目(No: 2019CFB313)

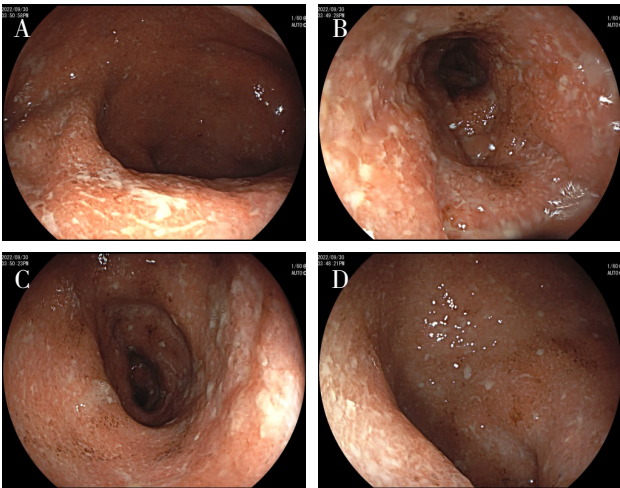
作者简介:徐米,男,硕士在读,主要从事消化系统疾病的诊疗和研究。E-mail: 284264129@qq.com

通信作者:全巧云,女,硕士,副教授,主要从事消化系统疾病的诊疗和研究。E-mail: tongqy0904@163.com

并轻度贫血。经过抗感染、调节肠道菌群及修复肠黏膜治疗,症状仍反复发作。转诊至我院时,患者下腹部有压痛,产科体检基本正常。实验室检查:血红蛋白 108 g/L、血沉 97 mm/h、C 反应蛋白 34.02 mg/L、白蛋白 28.93 g/L;粪便常规提示隐血阳性、白细胞 3+、红细胞 5~8+、脓球 1+及粪钙卫蛋白 150.62  $\mu\text{g/g}$ ;结核感染 T 细胞检测、巨细胞病毒及 EB 病毒等无异常;肝肾功能、抗中性粒细胞胞浆抗体、抗可溶性抗原、凝血功能、免疫球蛋白及固定电泳均正常。

### 1.2 诊断过程

产科医生协助监测胎心及指导保胎方案,营养科医师建议肠外及部分肠内营养,给予头孢他啶抗感染、补充电解质及口服益生菌等治疗 4 天效果不佳,大便每日 10 多次,黏液脓血便无明显缓解,伴下腹部疼痛。肠镜检查结果显示:镜下见自肛门开始,肠黏膜血管网不清,肠壁黏膜广泛充血水肿、糜烂并伴有接触性出血,部分区域弥漫分布片状大溃疡,附白苔,见图 1。参照改良 Truelove & Witts 标准<sup>[3]</sup>,初步诊断为 UC(初发型、重度、全结肠炎、活动期)。



注:A:直肠;B:乙状结肠;C:降结肠;D:结肠脾曲  
图 1 患者住院期间肠镜图像

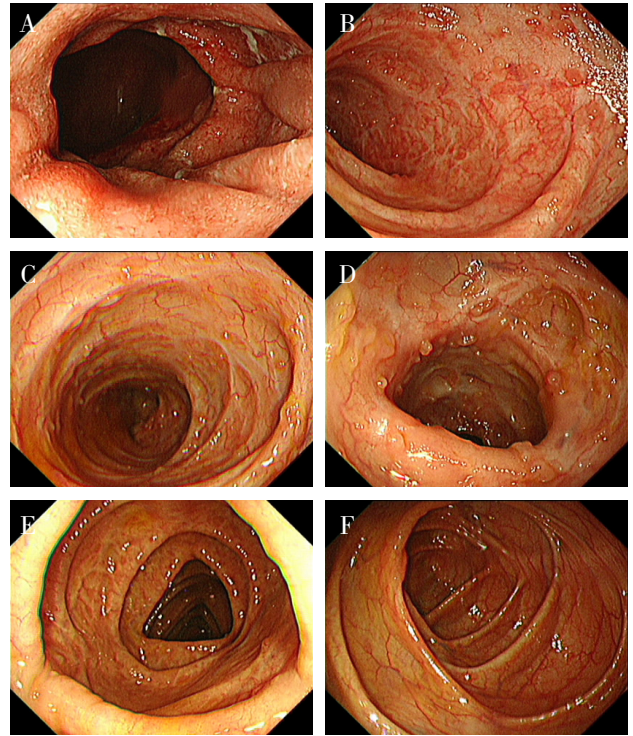
### 1.3 治疗方案调整

更改治疗方案为美沙拉嗪口服(4 g/d),联合美沙拉嗪栓剂治疗,2 天后患者出现发热,热峰 38.8  $^{\circ}\text{C}$ 。经多学科讨论后,升级抗生素为哌拉西林他唑巴坦钠抗感染治疗 3 天,患者仍反复发热,最高 38.7  $^{\circ}\text{C}$ ,临床反应不佳。加用甲泼尼龙琥珀酸钠(60 mg/d)静滴,并继续美沙拉嗪治疗,次日患者体温降至正常。复查炎症指标逐步下降,病情好转,1 周后激素逐渐减量,出院时激素改为口服泼尼松 40 mg/d。患者于门诊随访,按医嘱规律递减激素,并继续口服美沙拉嗪缓释片 4 g/d,治疗周期 8 周。患者在我院顺产 1 名健康男婴。

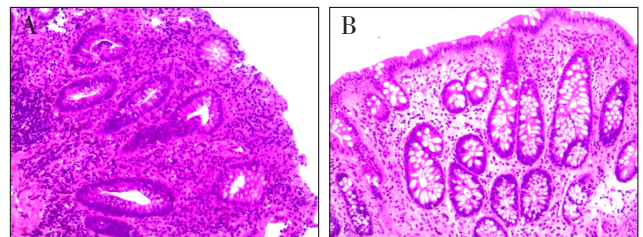
### 1.4 产后肠镜复查

患者产后半年复查肠镜,镜下见回盲部及阑尾口正常,升结肠黏膜光滑,横结肠、降结肠、乙状结肠黏膜散在息肉样增生及白色溃疡疤痕,直肠 20 cm 以下黏膜明显充血,直肠 6 cm 以下散布糜烂溃疡灶及白苔,接触性出血(Mayo 1-2 分),见图 2。

行肠镜活检示:降结肠及直肠黏膜慢性活动性炎症,直肠伴糜烂改变,部分区域隐窝萎缩、扭曲,腺体减少,可见隐窝炎,符合 IBD 改变,见图 3。复查粪钙卫蛋白 30.1  $\mu\text{g/g}$ 。随访至今,患者 UC 未再复发。



注:A:直肠;B:乙状结肠;C:降结肠;D:横结肠;E:升结肠;F:回盲部  
图 2 产后半年复查患者肠镜图像



注:A:直肠活检;B:降结肠活检  
图 3 患者病理学检查结果(HE 染色,  $\times 100$ )

## 2 讨论

UC 的发病率呈逐年升高趋势,我国城镇地区已达 8.95/10 万<sup>[4]</sup>。UC 的发病机制尚未完全阐明,可能与遗传易感性、环境因素、免疫应答失调、肠道微生物菌群失调以及上皮屏障缺陷相关<sup>[5]</sup>。妊娠期间出

现的激素、免疫和微生物环境的变化可能是 UC 发病的重要诱因。妊娠期 UC 患者的临床表现以反复发作的腹泻、黏液脓血便伴腹痛为主,持续 4~6 周以上,部分患者在早于肠道症状前,还表现出肠外症状,以外周关节炎最为常见。妊娠会引起生理性的胃肠道反应,部分产科疾病又会掩盖患者腹痛病情变化,对于妊娠患者,单从患者的临床表现往往难以鉴别疾病类型及严重程度。发热是 UC 疾病活动严重程度的评估标准之一,本患者病程中出现高热,在排除感染性和其他非感染性结肠炎后,考虑 UC 疾病活动期引起发热。

妊娠期间,监测 UC 患者疾病活动期的常用血清标志物会受到一定影响,但总体评估它们的变化趋势仍是有意义的。报告提示<sup>[6]</sup>,粪钙卫蛋白似乎不受妊娠的影响,能够较为客观地反映疾病活动度。粪便钙卫蛋白是一种钙和锌结合的胞质蛋白,主要是由肠道炎症区浸润的中性粒细胞释放,在肠道内不容易被细菌分解,从而能够真实反映肠道炎症程度。该患者入院时受 UC 病情影响,肠道微生态被破坏,肠道黏膜出现炎症反应,导致粪便中钙卫蛋白检测数值偏高,并表现为腹泻、黏液便以及肠道痉挛性疼痛。在症状控制及内镜下肠黏膜愈合后显著下降,也证实粪钙卫蛋白可作为监测妊娠期间 UC 疾病活动的可靠指标。

结肠镜检查是 UC 最直观的诊断方法,对于妊娠患者,首选乙状结肠镜检<sup>[7]</sup>。若患者病情需要,可考虑清洁灌肠及聚乙二醇电解质散进行肠道准备,对孕妇及胎儿的影响较小。研究表明<sup>[8]</sup>,疾病缓解期的 UC 患者生育力与健康人群无差异,对于妊娠初发活动期 UC 患者,需尽快明确诊断,权衡胎儿及孕妇的安全,制定规范的诊疗方案。同时应寻求多学科团队的帮助,尽可能缩短疾病活动时间,保证母婴安全。

氨基水杨酸类药物(5-aminosalicylic acid, 5-ASA)是轻中度活动 UC 治疗的基石,多数 5-ASA 对孕妇和胎儿是安全的<sup>[9]</sup>,对于足量 5-ASA 治疗 UC 后症状控制不佳或中重度 UC 活动的孕妇,可短期使用糖皮质激素进行诱导缓解治疗。然而,妊娠期间使用糖皮质激素会增加高血压、糖尿病及先兆子痫等妊娠并发症的风险。尽管如此,短期给予妊娠 UC 患者激素治疗,其获益远超过药物本身的潜在风险。本患者静脉输注甲泼尼龙联合 5-ASA 药物,经治疗后患者排便次数正常,无黏液脓血便,疾病活动相关的实验室指标整体下降。分娩半年后,患者完成全结肠镜检,镜下可见肠黏膜轻度炎症,UC 得到及时有效的控制。

妊娠期 UC 手术指征与非妊娠患者相同,对于药物治疗效果差、中毒性巨结肠或持续便血的孕妇,应考虑结肠切除术<sup>[8]</sup>。妊娠期合并活动性 UC 患者的诊疗较为复杂,临床医生应从中总结经验,共同努力制定更加规范、科学的诊疗流程。

#### 参考文献:

- [1] Yu A, Friedman S, Ananthakrishnan A N. Characteristics and long-term outcomes of pregnancy-onset inflammatory bowel disease; a case-control study[J]. *Inflamm Bowel Dis*, 2021, 27(4): 476-481.
- [2] Kim M A, Kim Y H, Chun J, et al. The influence of disease activity on pregnancy outcomes in women with inflammatory bowel disease; a systematic review and meta-analysis[J]. *J Crohns Colitis*, 2021, 15(5): 719-732.
- [3] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 炎症性肠病诊断与治疗的共识意见(2018年·北京)[J]. *中国实用内科杂志*, 2018, 38(9): 796-813.
- [4] Xu L, He B J, Sun Y X, et al. Incidence of inflammatory bowel disease in urban China: a nationwide population-based study[J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2023, 21(13): 3379-3386. e29.
- [5] Le Berre C, Honap S, Peyrin-Biroulet L. Ulcerative colitis[J]. *Lancet*, 2023, 402(10401): 571-584.
- [6] Rottenstreich A, Mishael T, Granovsky S G, et al. Clinical utility of fecal calprotectin in monitoring disease activity and predicting relapse in pregnant patients with inflammatory bowel diseases [J]. *Eur J Intern Med*, 2020, 77: 105-110.
- [7] Torres J, Chaparro M, Julsgaard M, et al. European crohn's and colitis guidelines on sexuality, fertility, pregnancy, and lactation[J]. *J Crohns Colitis*, 2023, 17(1): 1-27.
- [8] Vieujean S, De Vos M, Paridaens K, et al. Fertility and assisted reproductive technologies outcomes of women with non-surgically managed inflammatory bowel diseases: a systematic review[J]. *J Crohns Colitis*, 2023, 17(4): 614-632.
- [9] Brondfield M N, Mahadevan U. Inflammatory bowel disease in pregnancy and breastfeeding [J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2023, 20(8): 504-523.

[收稿日期 2023-08-07]