

放射性肠炎 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E6_94_BE_E5_B0_84_E6_80_A7_E8_c22_307513.htm 名称放射性肠炎所属科室消化内科病因(一)肠上皮细胞增生受抑制：肠粘膜上皮细胞对放射线最为敏感。以氘标记的胸腺嘧啶作细胞更新观察，发现肠粘膜的更新是通过位于肠腺隐窝部的未分化细胞增殖而完成的。这些细胞在分化后失去分裂的能力并逐步移向肠粘膜表面。放射线抑制这些细胞的增殖，使肠粘膜发生特征性的急性病变。假如放射剂量不过量，在停止放射治疗后1~2周粘膜损伤便可恢复。最近研究发现，多次照射的效果取决于照射时隐窝细胞所处的细胞周期。处于分裂后期的细胞对放射线最敏感，而在晚期合成的细胞具有较强的耐受力，由于在任何特定时间所有增殖的隐窝细胞仅有一部分处于细胞增殖周期的某一时相，因此单次大剂量照射仅使一部分细胞死亡，而在数天后细胞有丝分裂又恢复正常。(二)肠粘膜下小动脉受后：小动脉的内皮细胞以放射线很敏感。大剂量放射治疗使细胞肿胀、增生、纤维样变性，引起闭塞性动脉内膜炎和静脉内膜炎，因此产生***缺血和粘膜糜烂、溃疡。肠道内的细菌侵入使病损进一步发展。(三)***组织受损：***组织经广泛持续照射后引起水肿，***各层均有纤维母细胞增生，结缔组织和平滑肌呈透明样变化，最后导致纤维化、肠管狭窄、粘膜面扭曲和断理解，因此放射线产生的肠道改变可从可逆性粘膜结构改变直至慢性纤维增厚，伴有溃疡的肠管，甚至引起肠梗阻。病理(一)急性期；在辐射期间或期后即可发生急性期的病理变化，上皮细胞变性脱落，隐窝细胞有丝分裂减少，肠粘膜变薄、绒毛缩短，毛细血管扩张，***粘膜

充血水肿及炎症细胞浸润。病变直肠可见杯状细胞肥大、腺体增生、变形，常有急性炎细胞，嗜酸性粒细胞和脱落的粘膜上皮细胞形成的隐窝脓肿。通常在数周内达到高峰而后消退。假如照射量大而持久，粘膜可发生局部或弥漫性溃疡，其分布与深浅不一，四周粘膜常呈结节状隆起，其四面的毛四血管扩张。粘膜病变易出血。

(二)亚急性期：起始于照射后2~12个月，粘膜有不同程度的再生和愈合，但粘膜下小动脉内皮细胞肿胀并与它们的基度膜分离，最后发生空泡变性脱落，形成闭塞性脉管炎。血管内膜下出现大量非凡的rdquo.，对血管放射性损伤有诊断意义。血管的闭塞导致***进行性缺轿，粘膜下层纤维增生伴有大量纤维母细胞，并可见平滑肌的透明变性，胶原含量减少，虽然如此，局部血供尚能满足，但患者并发有高血压、糖尿病、冠心病、血管硬化等。若同时出现心力衰竭，则***出现严重血供不足，可引起直***溃疡、脓肿和直肠***瘻或直肠膀胱等形成。

(三)慢性期：慢性期病变实质上是潜伏的血管闭塞引起的延缓病损。***的缺血程度不同，慢性病变延延较久。病期与病变显露时间长短不一，一般在放疗后1~5年出现，小肠病变可在放阁后6年半出现。直肠慢性病损有在放疗后10年出现。受损的肠段粘膜糜烂，可有顽固的钻孔或瘻管形成，以及并发肠梗阻，腹膜炎、腹腔脓肿等。小肠病变严重时粘膜绒毛萎缩，引起吸收不良。直肠的慢性病变队溃疡糜烂外，残存腺体杯状细胞大量增生，可引起粘液和血便。晚期可发生癌变，但不多见。临床表现 放射性肠炎的临床症状，一般照射总剂量在3000rad以下者很少发病。腹腔内放疗总量超过4000rad时发生症状，若达7000rad以上则发病率高达36%。症状可出现

在治疗早期，疗程结束后不久或治疗后数月至数年。(一)早期症状：由于神经系统对放射线的反应，早期即可出现胃肠道的症状。一般多出现在放疗开始后1~2周内。恶心、呕吐、腹泻、排出粘液或血样便。累及直肠者伴有里急后重。持久便血可引起缺铁性贫血。便秘少见。偶有低热。痉挛性腹痛则提示小肠受累，乙状结肠镜检查可见粘膜水肿、充血，严重者可有糜烂或溃疡。(二)晚期症状：急性期的症状迁延不愈或直至放疗结束6个月至数年后始有显著症状者，均提示病变延续，终将发展引起纤维化或狭窄。此期内的症状，早的可在放疗后半年，晚的可在10年后甚至30年后才发生，多与***血管炎以及扣续病变有关。

1.结肠、直肠炎：常出现于照射后6~18个月。国内报道发病率为2.7%~20.1%，症状用腹泻、便血、粘液便和里急后重、大便变细和进行性便秘或出现腹痛者提示肠道发生狭窄。严重的病损与邻近脏器形成瘘管，如直肠***瘘，粪便从***排出；直肠膀胱瘘可出现气尿；直肠小肠瘘可出现食糜混于粪便中排出，也可因肠穿孔引起腹膜炎，腹腔或盆腔脓肿。由于肠道的狭窄和肠袢缠绕可发生肠梗阻。直肠的放射性病损可分为四度：

Ⅰ度，可无或仅有稍微症状，肠粘膜只有轻度水肿，能迅速自愈。这些改变一般认为属于放射反应性损伤。

Ⅱ度，大便频数，有血便或粘液便、里急后重，症状可持续数月或数年，肠粘膜有坏死、溃疡或中度狭窄。

Ⅲ度，直肠严重狭窄，需作结肠造口术。

Ⅳ度，已伴有瘘管形成。有学者将放射性肠炎分为四型，即卡他型、糜烂脱屑型、浸润溃疡型、浸润溃疡伴***直肠瘘型。放射性肠炎的并发症有结、直肠癌、直肠腺癌、深部囊性结肠炎、孤立性直肠溃疡（多属于前壁，也有发生在后者）

等。2.小肠炎：小肠受到放射线严重损伤时出现剧烈腹痛、恶心呕吐、腹胀、血样腹泻。但晚期表现以消化吸收不良为主，伴有间歇性腹痛、脂肪泻、消瘦、乏力、贫血等。

(一)直肠指诊：放射性结肠炎的早期或损伤较轻者，指诊可无非凡发现。也可只有括约肌挛和触痛。有的直肠前壁可有水肿、增厚、变硬、指套染血。有时可触及溃疡、狭窄或瘘道，有3%严重直肠损害者形成直肠瘘。同时作检查可助于诊断。

(二)内窥镜检查：在开始的数周内可见肠粘膜充血、水肿、颗粒样改变和脆性增加，触及易出血，直肠前壁为甚。以后有增厚、变硬及特征性的毛细血管扩张、溃疡和肠腔狭窄。溃疡可呈斑片状或钻孔样，其形成大小不等，常位于宫颈水平面的直肠前壁。直肠的狭窄多位于肛缘上方8~12cm处。有些结肠病变酷似溃疡性结肠炎。增厚变硬的粘膜和环状狭窄的肠段或边缘坚硬的钻孔样溃疡，如四周行细血管扩张不显，均可被误为癌肿。作组织活检可有助诊断，但慎防穿破。

(三)X线检查：肠道钡剂检查有助于病损范围与性质的确定。但征象无特异性。钡剂灌肠示结肠粘膜呈细小的锯齿样边缘，皱壁不规则，***僵硬或痉挛。有时可见肠段狭窄、溃疡和瘘管形成。少数溃疡边缘的粘膜可隆起，其X线征酷似癌肿，其鉴别点是病变段与正常肠段间逐渐移行而无截然的分界限，与癌肿不同。乙状结肠位置较低并折叠成角。应从不同角度摄片对鉴别病变性质有重要意义。钡剂检查小肠，可见病变常以回肠末端为主。充钡时，可见管腔不规则狭窄，并因粘连而牵拉成角，形成芒刺样阴影，***增厚、肠曲间距增宽。也可见肠腔结节样充盈缺损，与炎性肠病相似。排空时小肠正常羽毛状粘膜纹消失。近年来用肠系膜血管造影有助

于发现小血管病变。对于放射性结肠炎的早期诊断与鉴别诊断有一定意义。小肠吸收功能的测定：包括粪便脂肪测定、维生素B12及D_{alpha}.Idquo.8alpha.2巨球蛋白：国内已试用alpha.2巨球蛋白6ml或每日肌注3ml，技术2个月为1疗程。用药后粘膜出血和疼痛明显好转。溃疡趋向愈合。其原理可能是通过制血浆激***释放酶，使之减少，从而减轻毛细血管渗出和疼痛。同时&alpha.2巨球蛋白可与多种蛋白水解酶结合抑制后者对***的作用。(三)手术治疗：肠狭窄、梗阻、瘻道等后期病变多需外科手术治疗。远端结肠病变，可作横结肠造口术，以达到永久性或暂时性大便改道，其结果常较单纯切开远端结肠病变为好。一般结肠造口，需经6~12个月以上，俟结肠功能恢复再关闭。(四)中医治疗：中医学认为，早期的胃肠反应是放射线照射后，可致津液耗损，胃肠蕴热。症见恶心、呕吐、食纳减少。治宜养阴和胃。药用旋复花、代赭石降逆止呕；沙参、玉竹、芦根养阴清热；橘皮、竹茹、薏苡仁痰和胃。另外还可配合针刺内关、足三里。对直肠炎认为是肠道蕴热。症见腹痛、下坠、大便带脓血。治腓滋阴清热。药用槐角、地榆、败酱草、白头翁、马齿苋解毒清热；白芍、乌梅、山楂酸甘化阴；秦皮收涩止泻。另外，可配合针刺治疗。对放射并发白细胞减少者，中医认为阴虚血少。症见疲乏无力，面色苍白。治宜益气养血。药用黄芪、黄精益气；当归、鸡血藤被血活血；菟丝子、枸杞、紫河车补肾生髓。另外，可用50%灵芝注射液肌肉注射，每次4ml，每日1次，10天为1疗程。并发血小板减少者，中医认为是气阴两虚，血热妄行。症见疲乏无力，皮肤粘膜有出血现象。治宜益气养阴，凉血止力。药用黄芪、鳖甲胶、龟板胶、大枣益气养阴；

白茅根、丹皮、仙鹤草、小蓟清热止血。中药保留灌肠用白芨60g，地榆炭20g，三七粉3g，加水1000ml，煎至500ml，每次50ml保留灌肠，10次为1疗程。作者曾用青黛3g，呋喃西林粉0.5g，10%葡萄糖酸钙注射液20ml，加水至500ml，1天1次，每次50ml，保留灌肠，10日为一疗程，对止血可收到满足效果。

预防及预后

【预防】 宫颈癌镭疗时，镭置器应充分固定，避免移位，勿向**后壁倾倒。外照射时盆腔二照射间距不少于4~6cm。镭疗次数由3~4次转为2次为佳。有采用后装治疗机，设计特制直甩撑开器，可使直肠前壁和**容器分离1.5厘米，以减少直肠射线的照射量。有放射性直肠炎表现者应暂停放疗并行其他治疗。

【预后】 放射性小肠炎的预后，较放射性结肠、直肠炎为差。2/3轻症患者可在4~18个月内好转或痊愈。有人认为广泛的盆腔手术如再放疗则病变组织血供更中不良，其预后常较差。据国外报道，严重的肠道放射性损伤的死亡率为22%。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com