

伪膜性肠炎 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\\_\\_E4\\_BC\\_AA\\_E8\\_86\\_9C\\_E6\\_80\\_A7\\_E8\\_c22\\_307627.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E4_BC_AA_E8_86_9C_E6_80_A7_E8_c22_307627.htm) 名称伪膜性肠炎所属科室消化内科病因 近年证实伪膜性肠炎患者粪中分离出的难辨梭状芽孢杆菌，能产生具细胞毒作用的毒素（toxinB）和肠毒作用的毒素（toxin A），前者是伪膜性肠炎的重要致病因素。这些毒素均可使仓鼠发生致死性回盲肠炎。毒素可造成局部肠粘膜血管壁通透性增加，致使组织缺血坏死，并刺激粘液分泌，与炎性细胞等形成伪膜。在健康人群的粪便中，难辨梭状芽孢杆菌阳性率约5%，住院病人携带率约13%，无症状的克隆病患者约8%。在50%新生儿及15%~40%的婴儿粪中，虽可分离出此菌，甚至可有毒素产生，但并无致病作用。难辨梭状芽孢杆菌为厌氧的革兰氏阳性菌，约6~8 $\mu$ m，芽孢较大，呈卵圆形，位于菌体顶端。动物实验中，乳酸杆菌可降低本菌的毒力，另其他梭状芽孢杆菌可使其毒力加强。广谱抗生素应用之后，非凡是林可霉素、氯林可霉素、氨基苄青霉素、羟氨苄青霉素等的应用，抑制了肠道内的正常菌群，使难辨梭状芽孢杆菌得以迅速繁殖并产生毒素而致病。本病也可发生于手术后，非凡是胃肠道癌肿手术后，以及其他有严重疾病如肠梗阻、恶性肿瘤、尿毒症、糖尿病、心力衰竭、败血症等患者，这些病例一般抗病能力和免疫能力极度低下，或因病情需要而接受抗生素治疗，机体的内环境发生变化，肠道菌群失调，有利于难辨梭状芽孢杆菌繁殖而致病。难辨梭状芽孢杆菌及其毒素为本病致病因素，但粪中毒素的效价高低与病情的轻重并不平行。由此说明该菌毒素并非影响疾病严重程度的唯一因素。病理 伪膜性

肠炎主要发生在结肠，偶见于小肠等部位。病变肠腔扩张，腔内液体增加。病变肠粘膜的肉眼观察，可见凝固性坏死，并覆有大小不一、散在的斑点状黄白色伪膜，从数毫米至30毫米。严重者伪膜可融合成片，并可见到伪膜脱落的大、小裸露区。显微镜下可见伪膜系由纤维素、中性粒细胞、单核细胞、粘蛋白及坏死细胞碎屑组成。粘膜固有层内有中性粒细胞、浆细胞及淋巴细胞浸润，重者腺体破坏断裂、细胞坏死。粘膜下层因炎性渗出而增厚，伴血管扩张、充血及微血栓形成。坏死一般限于粘膜层，严重病例可向粘膜下层伸延，偶有累及\*\*\*全层导致肠穿孔。Price和Davies将本病的粘膜病变分为3种：早期轻度病变显示粘膜灶性坏死，固有层中性粒细胞及嗜酸粒细胞浸润和纤维素渗出。较重度病变示有腺体破坏，四周中性多形核细胞浸润伴有典型火山样隆起坏死病变，伪膜形成。以上两者病变限于粘膜固有层浅表部位，间有正常粘膜。最严重病变为粘膜结构完全破坏，固有层广泛波及，覆有厚的融合成片的伪膜。病变愈合后，伪膜脱落，伪膜下愈合的创面发红，在伪膜脱落后10天左右，内镜检查可完全恢复正常。临床表现 本病发病年龄多在50~59岁组，女性稍多于男性。起病大多急骤，病情轻者仅有轻度腹泻，重者可呈暴发型，病情进展迅速。（一）腹泻是最主要的症状，多在应用抗生素的4~10天内，或在停药后的1~2周内，或于手术后5~20天发生。腹泻程度和次数不一，轻型病例，大便每日2~3次，可在停用抗生素后自愈。重者有大量腹泻，大便每日可30余次之多，有时腹泻可持续4~5周，少数病例可排出斑块状伪膜，血粪少见。（二）腹痛为较多见的症状。有时很剧烈，可伴腹胀、恶心、呕吐，

以致可被误诊为急腹症、手术吻合口漏等。（三）毒血症表现包括心动过速、发热、谵妄，以及定向障碍等表现。重者常发生低血压、休克、严重脱水、电解质失平衡以及代谢性酸中毒、少尿，甚至急性肾功能不全。诊断在使用抗生素期间或停用抗生素后短期内，非凡是在应用林可霉素、氯林可霉素后，忽然出现无红细胞的粘液腹泻；或腹部手术后病情反而恶化，并出现腹泻时，应想到本病。通过乙状结肠镜检查，见到伪膜及粪中细胞毒素测定阳性可迅速获得诊断。（一）实验室检查 四周血白细胞增多，多在 $10,000 \sim 20,000 / \text{mm}^3$ 以上，甚至高达 $40,000 / \text{mm}^3$ 或更高，以中性粒细胞增多为主。粪常规检查无特异性改变，仅有白细胞，肉眼血便少见。有低白蛋白血症、电解质失平衡或酸碱平衡失调。粪便细菌非凡条件下培养，多数病例可发现有难辨梭状芽孢杆菌生长。粪内细胞毒素检测有确诊价值，将患者粪的滤液稀释不同的倍数，置组织培养液中，观察细胞毒作用，100以上有诊断意义。污泥梭状芽孢杆菌抗毒素中和试验常阳性。（二）内镜检查 在高度怀疑本病时，应及时作内镜检查。本病常累及左半结肠，而直肠可无病变。乙状结肠镜检查是重要的诊断手段之一。如病变在右半结肠，则需用纤维结肠镜检查。如在初期未发现典型病变者尚需重复进行。内镜肉眼观察：在早期或治疗及时者，内镜可无典型表现，肠粘膜可正常，或仅有轻度充血、水肿。严重者可见到粘膜脆性增强及明显溃疡形成，粘膜表面覆有黄白或黄绿色伪膜。（三）X线检查 腹部平片可显示肠麻痹或轻、中度肠扩张。钡剂灌肠检查可见增厚，显著水肿，结肠袋消失。在部分病例尚可见到\*\*间有气体，此征象为部分坏死，结肠细菌侵入

所引起；或可见到溃疡或息肉样病变表现。上述X线表现缺乏特异性，故诊断价值不大。空气钡剂对比灌肠检查可提高诊断价值，但有肠穿孔的危险，应慎用。本病应与溃疡性结肠炎、结肠Crohn病、缺血性肠炎以及艾滋病结肠炎等相鉴别。

治疗

1. 立即中止所有抗菌药物。
2. 支持疗法及抗休克可输入血浆、白蛋白或全血，及时静脉补充足量液体和钾盐等。补液量根据失水程度决定，或口服葡萄糖盐水补偿氯化钠的丢失，纠正电解质失平衡及代谢性酸中毒。如有低血压可在补充血容量基础上使用血管活性药物。
3. 灭滴灵是本病的首选治疗药物，一般用法是250mg，天天3~4次，口服7~10天，95%病人治疗反应良好，用药后2天发热和腹泻可获缓解，腹泻一般在一周内消失，治疗后72小时内粪中测不到毒素B。重症病例频繁呕吐时可用静脉滴注法给药，但疗效明显低于口服给药法。用药期间应禁酒。
4. 万古霉素曾是本病的主要药物，但万古霉素的有效率和复发率与灭滴灵相似。万古霉素价格昂贵，已不作为本病的一线药物。万古霉素口服不吸收，对肾脏无损害，在肠内可达高浓度，静脉用药肠内浓度低，不宜采用。在灭滴灵用后有副作用或复发的病人，可用万古霉素治疗，一般用法为125~250mg每日4次口服，共7~10天。
5. 杆菌\*\*\*对革兰阳性菌有抗菌作用，可用于本病，剂量为25,000单位，每日4次口服7~10天，症状缓解与万古霉素相同，在消灭粪中病原菌方面不如万古霉素。杆菌\*\*\*的肾毒和耳毒性发生率高不宜注射用药，但口服法目前尚未发现副作用。
6. 其他治疗：消胆胺2~4g，每日服3~4次，共服7~10天。此药能与毒素结合，减少毒素吸收，促进回肠末端对胆盐的吸收，以改善腹泻症状。国外已有应用特

异性抗毒素治疗的报道。恢复正常肠道菌群，轻型病例停用抗生素后任其自行恢复。严重病例可口服乳酸杆菌制剂（如乳酶生）、维生素C以及乳糖、蜂蜜、麦芽糖等扶植大肠杆菌；口服叶酸、复合维生素B、谷氨酸及维生素B12以扶植肠球菌。如为暴发型病例，内科治疗无效，而病变主要在结肠，或有显著的肠梗阻、中毒性巨结肠，肠穿孔时，可考虑行结肠切除或改道性回肠造口术。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](http://www.100test.com)