

2019版《日本结肠憩室出血和结肠憩室炎治疗指南》 结肠憩室炎部分精要及解读

雷程¹, 吴斌^{2*}

- (1. 新疆医科大学第三临床医学院(附属肿瘤医院)胃肠外科, 新疆 乌鲁木齐 830011;
2. 中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院 基本外科, 北京 100730)

摘要:日本胃肠病协会等4个学会联合制定并于2019年发布了首部《日本结肠憩室出血和结肠憩室炎治疗指南》。该指南针对结肠憩室出血和结肠憩室炎的流行病学、临床特点、诊疗流程、检查和治疗方案、预防等内容以临床问题(CQs)的形式进行了陈述和解释,制定了证据等级和推荐强度。该指南对中国结直肠科医生也具有很好的借鉴作用,本文针对其中的憩室炎部分择其精要予以解读。

关键词: 结肠憩室炎;指南;解读

中图分类号:R45 文献标志码:A

Essential and interpretation of colonic diverticulitis section in the 2019 “Guidelines for Colonic Diverticular Bleeding and Colonic Diverticulitis: Japan Gastroenterological Association”

LEI Cheng¹, WU Bin^{2*}

- (1. Department of Gastrointestinal Surgery, the Third Affiliated Teaching Hospital (Affiliated Cancer Hospital), Xinjiang Medical University, Urumqi 830011; 2. Department of General Surgery, Peking Union Medical College Hospital, CAMS & PUMC, Beijing 100730, China)

Abstract: The Japan Gastroenterology Association and the other three societies jointly published the first edition of “Guidelines for Colonic Diverticular Bleeding and Colonic Diverticulitis” in 2019. This guideline presents and explains the epidemiological characteristics, clinical characteristics, diagnosis and treatment procedures, examination and treatment programs, and prevention of colonic diverticular bleeding and colonic diverticulitis in the form of clinical questions (CQs), and formulated the level of evidence and recommendation intensity. This guideline also provides reference to the Chinese doctors for clinical management of colorectal disease. This article intends to interpret the essentials of colonic diverticulitis section in this guideline.

Key words: colonic diverticulitis; guideline; interpretation

随着人口迅速老龄化,日本结肠憩室的患病率不断增加,结肠憩室病(包括憩室出血和憩室炎)的

患者人数也随之上升,但日本一直没有本国的结肠憩室病的实践指南^[1]。在此背景下,日本胃肠病协

收稿日期:2020-07-02 修回日期:2020-08-07

基金项目:中国医学科学院医学与健康科技创新工程(2017-I2M-1-009)

*通信作者(corresponding author):wubin0279@hotmail.com

会(Japanese Gastroenterological Association)、日本胃肠病学会(Japanese Society of Gastroenterology)、日本胃肠内窥镜学会(Japan Gastroenterological Endoscopy Society)和日本介入放射学学会(Japanese Society of Interventional Radiology)共同制定了首部《日本结肠憩室出血和结肠憩室炎治疗指南》^[1],并于2019年正式发布。该指南针对结肠憩室出血和结肠憩室炎这两种疾病,以临床问题(clinical questions, CQs)的形式,通过文献检索和回顾积累证据制定了陈述和解释,其证据等级和推荐度基于GRADE标准^[2]。推荐强度则是委员会根据证据质量并权衡了患者收益与危害后,达成一致意见作出的决定。中国结肠憩室发病率为0.2%~1.9%,60岁以上患病率明显提高,但仍≤5%^[3]。国人结肠憩室发病率虽然不高,但中国作为面临老龄化巨大挑战的人口大国,目前在结肠憩室病的治疗上仍缺乏本国指南。日本与中国同为亚洲国家,日本版结肠憩室病指南对中国结直肠科医生具有很好的借鉴作用,本文对其中有关憩室炎的部分加以介绍和简要解读。

1 日本结肠憩室的患病率

结肠憩室病在西方很常见,平均年龄55岁的人群中患病率为42%^[4]。根据2001—2010年日本公布的统计数据,平均年龄52岁的人群中结肠憩室的患病率为23.9%^[5]。可见日本结肠憩室患者的比例低于西方。憩室很少发生于盆腔腹膜反折以下的肠管,美国白人中多发生于左侧结肠,日本人则以右侧结肠多见,但左侧结肠憩室的比例随着年龄的增长而增加^[5]。从患病率和发病部位上看,该疾病存在种族上的差异。

2 憩室炎的临床评估

除了体格检查和血液学检查外,指南建议对结肠憩室炎进行影像学检查及鉴别诊断。无脓肿或穿孔的结肠憩室炎的常见症状是腹痛,体征表现为局限于憩室部位的压痛,全身可有发热、恶心和呕吐症状。实验室检查往往白细胞计数增多、C反应蛋白水平升高、血沉加快。鉴别诊断包括:肠易激综合征、肠胃炎、肠梗阻、肠道炎性疾病、阑尾炎、缺血性结肠炎、结直肠癌、泌尿系感染、肾结石以及妇产科疾病。由于症状相似,仅仅通过体格检查和实验室

检查不足以进行鉴别诊断,且很难排除脓肿或穿孔等并发症,需同时进行影像检查。CT检查结果是结肠憩室炎分级系统建立的基础,CT也被作为金标准推荐。2013年的世界急诊外科学会(World Society of Emergency Surgery, WSES)指南在传统的Hinchey分级的基础上结合CT影像学评估制定了基于影像学累及范围的乙状结肠憩室炎分级评分方法^[6],在此一并列出供读者参考(表1)。超声的诊断能力被认为可以和CT相媲美,对于孕妇可作为首选。但超声检查受限于检查者的水平,此外,过度肠胀气、按压力度、肥胖等因素也会影响其准确率。欧美指南推荐B超可用于对CT扫描有相对禁忌证的患者,如妊娠、肾功能不全和造影剂过敏等^[7],可见在超声检查的推荐力度上欧美和日本存在差别。在结肠憩室炎缓解后,指南建议患者进行至少一次结肠镜检查以明确是否合并结肠憩室炎以外的其他病变,如炎性肠病、结肠癌等。需指出在炎性反应急性期行结肠镜检查可能会加重炎症反应或造成穿孔,需慎重选择。

表1 乙状结肠憩室炎穿孔分级评分

Table 1 Perforated sigmoid diverticulitis score

分级	CT影像学结果
I A	可见蜂窝组织炎,无脓肿
I B	可见蜂窝组织炎,脓肿≤4 cm
II	可见蜂窝组织炎,脓肿>4 cm
III	化脓性腹膜炎(结肠未穿孔)
IV	穿孔性腹膜炎(结肠穿孔)

3 憩室炎的内科及介入治疗

对于没有形成脓肿和穿孔的单纯性憩室炎的治疗包括:限制饮食、肠道休息及抗生素治疗。单纯性憩室炎是否能从抗生素治疗中获益目前存在争议。欧美的随机对照研究结果证实,使用抗生素并没有降低无脓肿或穿孔的结肠憩室炎复发率或并发症发生率^[8-9]。但这些研究存在随机不完全、排除高热及一般情况差等危险因素的问题,且亚洲国家尚未进行过类似的随机对照研究,因此,指南认为在临床诊疗过程中使用抗生素是可以接受的,但需要进一步研究来解答这一问题。

同样,一些特殊人群抗生素的使用则十分必要,免疫功能低下患者结肠憩室炎的发病率以及并发脓肿或穿孔的几率明显升高,这类患者需使用抗生素来预防结肠憩室炎的继续进展。对于没有脓肿或穿孔的结肠憩室炎孕妇,考虑到抗生素对胎儿的潜在影响,指南建议与产科医生讨论后再决定是否使用抗生素治疗。

对于脓肿形成但未发生穿孔,表现为局限性腹膜炎的患者,限制饮食、肠道休息及抗生素治疗仍作为一线治疗方案推荐。脓肿直径 ≤ 3 cm者上述治疗即可;脓肿直径 ≥ 5 cm者仅使用抗生素治疗效果有限,建议加做超声或CT引导下的脓肿引流;脓肿直径3~5 cm的,需要根据病情和引流的可行性进行个体化治疗,具体还需考虑人力和医疗设施资源的可用性。世界急诊外科学会(WSES)指南建议将脓肿穿刺引流的直径设定为 >4 cm^[6],但本指南认为该推荐所依据的研究病例数量太少且脓肿大小不一,证据力度不够,尚不能作为推荐的依据。

4 憩室炎的外科治疗

外科治疗的指证有:1)抗生素治疗和脓肿引流无效或者无法引流的大脓肿;2)Hinchey III~IV级憩室炎;3)无法控制的败血症;4)复杂性憩室炎伴临近脏器(如:膀胱、子宫、阴道、肾脏和皮肤等)瘘管形成;5)合并肠道狭窄;6)不能除外癌时。常用的手术方法有Hartmann手术、结肠切除术和腹腔引流治疗。腹腔镜手术被认为在术后并发症严重程度和住院时间方面比开腹手术更具优势^[10-11]。指南中并没有给出腹腔镜手术的明确适应证,笔者认为择期手术更为适用,但急诊手术及复杂性憩室炎手术也不是腹腔镜手术的绝对禁忌,是否选择腹腔镜应根据患者具体情况和术者经验及腹腔镜手术能力综合考虑。对于复杂性憩室炎伴临近脏器瘘管形成的患者,由于局部炎性反应重使得手术比标准的结直肠癌手术更加困难,建议此类手术应由熟练的外科医生进行。与右半结肠相比,左半结肠及乙状结肠更易因憩室炎造成狭窄,且狭窄难以自行缓解,建议在炎性反应消退后择期手术治疗此类肠道狭窄的患者,可降低其发生穿孔及死亡的风险并降低行永久性结肠造口的可能。

20世纪90年代末,美国结肠直肠外科医生协会(ASCRS)、欧洲内镜手术协会(EAES)和美国胃肠病学会(ACG)达成共识^[12-14],建议有两次急性憩室炎发作史或者年龄在50岁以下有1次发作史的患者,为防止复发应择期行预防性结肠切除术。近年来,有许多研究质疑这一适应症,主要是因为大多数憩室炎首次发作并出现并发症的患者,保守治疗成功后再次复发的长期风险很低^[15-17]。有研究显示只有2%~5%的复发性结肠憩室炎患者有新发脓肿或穿孔,需要紧急手术,说明复发性结肠憩室炎的严重程度相对较轻^[18]。另一项研究也报道,即使既往结肠憩室炎伴发脓肿的患者,复发时也并不伴有脓肿^[19]。这些结果表明结肠憩室炎复发并不意味着预后不良。指南建议单纯性憩室炎以及既往合并或不合并脓肿的复杂性结肠憩室炎,复发后均不一定要行择期结肠切除术,而应首选保守治疗。但在特殊情况下,如免疫功能低下者可考虑择期手术。研究表明,免疫功能低下或接受免疫抑制治疗、慢性肾功能衰竭或胶原血管病的患者在憩室炎急性复发时穿孔的风险增加5倍^[20-22],这类患者可能会从憩室炎发作保守治疗后的早期选择性切除中获益。指南推荐了结肠憩室炎的诊疗流程^[1](图1)。

5 憩室炎复发的药物预防

由于影像诊断和治疗技术的进步,许多结肠憩室炎患者成功进行了保守治疗,预防结肠憩室炎复发变得更加重要。欧美进行的增加膳食纤维摄入量^[23]、口服不可吸收的抗生素利福昔明^[24]等研究得出的降低复发率的结论仍缺乏说服力;摄入益生菌也被认为没有预防作用仅能缓解部分腹部症状^[25]。因此,在预防结肠憩室炎的复发上,目前仍缺乏高质量的证据支持,还需要进一步的研究。

6 结语

目前,一些亚洲国家和地区均面临生活方式逐步西方化及人口老龄化加剧等问题,预计结肠憩室发病率将呈上升趋势。作为亚洲邻国,日本基于本国的经验结合国际标准制定的结肠憩室出血和结肠憩室炎治疗指南,对于中国同行是一个良好的借鉴。期待中国能有更多高质量临床研究成果公布,推动本国结肠憩室炎诊疗指南的尽早诞生。

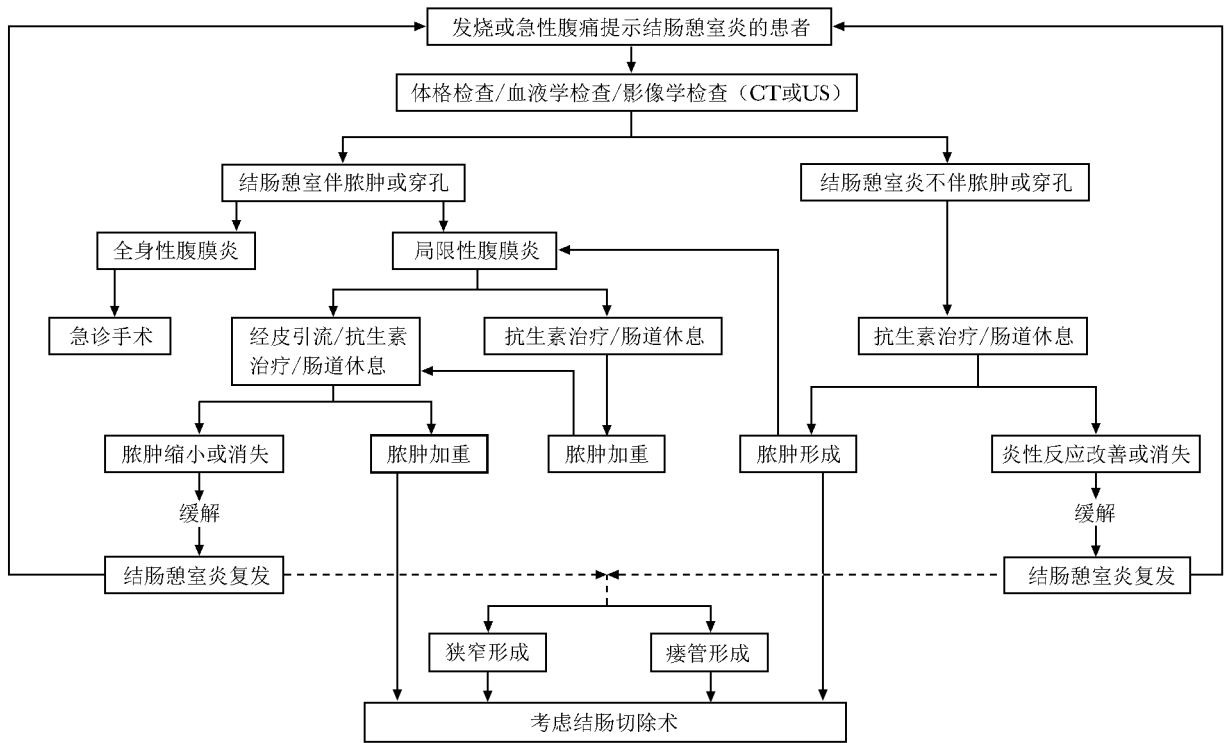


图 1 结肠憩室炎的诊疗流程图

Fig 1 Flowchart for the diagnosis and treatment of colonic diverticulitis

参考文献:

[1] Nagata N, Ishii N, Manabe N, *et al.* Guidelines for colonic diverticular bleeding and colonic diverticulitis: Japan Gastroenterological Association [J]. *Digestion*, 2019, 99:1-26.

[2] Jaeschke R, Guyatt GH, Dellinger P, *et al.* Use of GRADE grid to reach decisions on clinical practice guidelines when consensus is elusive [J]. *BMJ (online)*, 2008, 337:a744.doi:10.1136/bmj.a744.

[3] 所剑, 李伟, 王大广. 结肠憩室病诊断及治疗策略[J]. *中国实用外科杂志*, 2015, 35:562-563.

[4] Peery AF, Keku TO, Martin CF, *et al.* Distribution and characteristics of colonic diverticula in a United States screening population [J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2016, 14:980-985.

[5] Yamamichi N, Shimamoto T, Takahashi Y, *et al.* Trend and risk factors of diverticulosis in Japan: age, gender, and lifestyle/metabolic-related factors may cooperatively affect on the colorectal diverticula formation [J]. *PLoS One*, 2015, 10.doi:10.1371/journal.pone.0123688.

[6] Moore FA, Catena F, Moore EE, *et al.* Position paper: management of perforated sigmoid diverticulitis [J]. *World J Emerg Surg*, 2013, 8:55. doi:10.1186/1749-7922-8-5.

[7] Feingold D, Steele SR, Lee S, *et al.* Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis [J]. *Dis Colon Rectum*, 2014, 57:284-294.

[8] Chabok A, Pahlman L, Hjern F, *et al.* Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis [J]. *Br J Surg*, 2012, 99:532-539.

[9] Shabanzadeh DM, Wille-Jørgensen P. Antibiotics for uncomplicated diverticulitis [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012, 11:CD009092.

[10] Binda GA, Cuomo R, Laghi A, *et al.* Practice parameters for the treatment of colonic diverticular disease: Italian society of colon and rectal surgery (SICCR) guidelines [J]. *Tech Coloproctol*, 2015, 19:615-626.

[11] Lamb MN, Kaiser AM. Elective resection versus observation after nonoperative management of complicated diverticulitis with abscess: a systematic review and meta-analysis [J]. *Dis Colon Rectum*, 2014, 57:1430-1440.

[12] Stollman NH, Raskin JB. Diagnosis and management of

- diverticular disease of the colon in adults[J]. *Am J Gastroenterol*, 1999, 94:3110-3121.
- [13] Roberts P, Abel M, Rosen L, *et al.* Practice parameters for sigmoid diverticulitis. The Standards Task Force American Society of Colon and Rectal Surgeons[J]. *Dis Colon Rectum*, 1995, 38:125-132.
- [14] Koehler L, Sauerland S, Neugebauer E. Diagnosis and treatment of diverticular disease: results of a consensus development conference [J]. *Surg Endosc*, 1999, 13: 430-436.
- [15] Eglinton T, Nguyen T, Raniga S, *et al.* Patterns of recurrence in patients with acute diverticulitis[J]. *Br J Surg*, 2010, 97:952-957.
- [16] Binda GA, Arezzo A, Serventi A, *et al.* Natural history of left-sided acute diverticulitis: a multicenter prospective study[J]. *Br J Surg*, 2012, 99:276-285.
- [17] Li D, de Mestral C, Baxter NN, *et al.* Risk of readmission and emergency surgery following nonoperative management of colonic diverticulitis: a population-based analysis.[J]. *Ann Surg*, 2014, 260:423-430.
- [18] Bharucha AE, Parthasarathy G, Ditah I, *et al.* Temporal trends in the incidence and natural history of diverticulitis: a population-based study[J]. *Am J Gastroenterol*, 2015, 110:1589-1596.
- [19] Humes DJ, West J. Role of acute diverticulitis in the development of complicated colonic diverticular disease and 1-year mortality after diagnosis in the UK: population-based cohort study[J]. *Gut*, 2012, 61:95-100.
- [20] Chapman J, Davies M, Wolff B, *et al.* Complicated diverticulitis: is it time to rethink the rules? [J]. *Ann Surg*, 2005, 242:576-581.
- [21] Sung JJ, Chan FK, Chen M, *et al.* Asia-Pacific Working Group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding[J]. *Gut*, 2011, 60:1170-1177.
- [22] Stefansson T, Ekbom A, Sparen P, *et al.* Increased risk of left sided colon cancer in patients with diverticular disease[J]. *Gut*, 1993, 34:499-502.
- [23] Hyland JMP, Taylor I. Does a high fibre diet prevent the complications of diverticular disease? [J]. *Br J Surg*, 1980, 67:77-79.
- [24] D'Incà R, Pomerri F, Vettorato MG, *et al.* Interaction between rifaximin and dietary fibre in patients with diverticular disease[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2007, 25: 771-779.
- [25] Tursi A, Brandimarte G, Giorgetti GM, *et al.* Balsalazide and/or high-potency probiotic mixture (VSL#3) in maintaining remission after attack of acute, uncomplicated diverticulitis of the colon[J]. *Int J Colorectal Dis*, 2007, 22:1103-1108.

新闻点击

儿童肥胖和高血压预示未来心脏病风险

在青少年和儿童中进行的一项大型研究(年龄小到3岁)显示,肥胖和高血压与未来的血管损伤之间存在联系。该研究发表在EAPC Essentials 4 You [欧洲心脏病学会(ESC)的科学平台]上。

该研究使用了具有国家代表性的德国儿童和青少年健康访谈和检查调查(KiGGS队列)的数据。3个研究小组历时3年,在全国167个地点建立了临时考试中心。基线检查了4716名3至17岁的参与者,包括血压、身高和体质量。11年后,对14至29岁的人进行了重复测量,他们的动脉也进行了超声检查。超声检查评估了颈动脉内两层的厚度:较厚的内衬是动脉阻塞的早期指标。

11年后,基线时的高血压与动脉壁增厚的风险增加33%相关,而基线肥胖与动脉壁增厚的风险增加38%相关。根据当前指南,较厚的衬里定义为测量值的前25%。两次检查均伴有高血压与动脉内膜增厚的风险增加了63%,而两次检查均伴有肥胖风险则增加了53%。

Bueschges女士说:“这项研究从大量的普通人群样本中得出证据,证明儿童和青少年的心血管危险因素(即高血压和肥胖症)与随后有害的血管变化之间存在联系。”她警告说,个人风险预测只有中等水平,这意味着并非所有患有高血压或肥胖症的儿童和青少年都会发展亚临床动脉粥样硬化。