

老年新发溃疡性结肠炎患者临床病理与治疗特征分析

姚雪洁, 曹跃鹏, 赵黎明, 蒋琦, 詹明, 丁小云

【关键词】 溃疡性结肠炎; 老年人; 临床特征; 病理

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2025.04.019

【中图分类号】 R574.62 【文献标志码】 A 【文章编号】 1671-0800(2025)04-0402-03

炎症性肠病(inflammatory bowel disease, IBD)是临床常见病,随着我国居民生活水平的提高,IBD发病率也呈上升趋势。溃疡性结肠炎(ulcerative colitis, UC)是IBD的一种亚型,属于慢性肠道炎症性疾病,虽好发于中青年,但近年来老年新发患者呈增多趋势。这类患者年龄相对较大,合并基础疾病多,使用相关治疗药物如皮质类固醇、免疫抑制剂及生物制剂等潜在不良影响可能会更大。本研究拟探讨老年新发溃疡性结肠炎(elder-onset ulcerative colitis, EOUC)患者的临床病理与治疗特征,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2020年1月至2023年12月宁波大学附属第一医院收治的新诊断UC患者265例,参照2023年中国溃疡性结肠炎诊治指南^[1]中UC诊断标准,结合患者临床表现、实验室检查、内镜检查、影像学和组织病理学检查,均获得确诊;排除资料不完全、失访或随访后修改诊断者。本研究获得宁波大学附属第一医院医学伦理委员会批准,免除/豁免知情同意。

1.2 方法 收集患者性别、年龄、确诊时间(出现症状至确诊的时间)、临床症状、疾病活动度、病变范围、肠外表现、诱导治疗药物、并发症情况及复发率等临床资料。其中病情活动度采用改良Mayo评分系统

(Mayo评分)评价,病变范围采用蒙特利尔分型^[1]评估,分为直肠型(E1型)、左半结肠型(E2型)及全结肠型(E3型)。

1.3 统计方法 数据采用SPSS 18.0软件分析,计量资料以均数±标准差表示,采用 t 检验或单因素方差分析;计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况 265例患者中男151例,女114例,男女比为1.32:1。根据患者年龄分为 ≥ 60 岁组(EOUC组, $n=82$)、40~59岁组(中年组, $n=94$)及18~39岁组(青年组, $n=89$),3组男性构成比差异无统计学意义($P > 0.05$),确诊时间差异有统计学意义($P < 0.05$),且EOUC组明显高于中年组及青年组(均 $P < 0.05$),见表1。

2.2 临床表现 EOUC组腹痛发生率高于中年组及青年组($P < 0.05$),黏液血便发生率低于中年组及青年组($P < 0.05$),3组腹泻发生率差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

2.3 内镜及病理表现 EOUC组病变部位中E2型构成比高于中年组及青年组($P < 0.05$),3组E1型及E3型构成比差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),见表1。UC患者肠镜下多表现为黏膜弥漫性充血、糜烂、溃疡及息肉样增生等表现,见图1。EOUC组Mayo评分1分11例(13.4%),2分45例(54.8%),3分26例(31.7%)。EOUC组患者病理检查示黏膜固有层全层大量淋巴细胞、浆细胞浸润71例(86.5%),隐窝结构改变37例(45.1%),隐窝脓肿28例

基金项目: 浙江省医药卫生科技计划项目(2021KY274)

作者单位: 315010 宁波,宁波大学附属第一医院

通信作者: 丁小云, Email: 2604133727@qq.com

(34.1%), 见图 2。

2.4 合并症情况 UC 患者主要合并症包括高血压、糖尿病、强直性脊柱炎、前列腺增生、肾结石、冠心病、慢性支气管炎、肺部结节、腰椎间盘突出、高脂血症及哮喘等, EOUC 组无合并症患者例数明显少于中年组及青年组 ($P < 0.05$), 合并 4 种及以上发生率明显高于中年组及青年组 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.5 治疗及复发情况 3 组随访时间差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。诱导缓解治疗方法中, EOUC 组

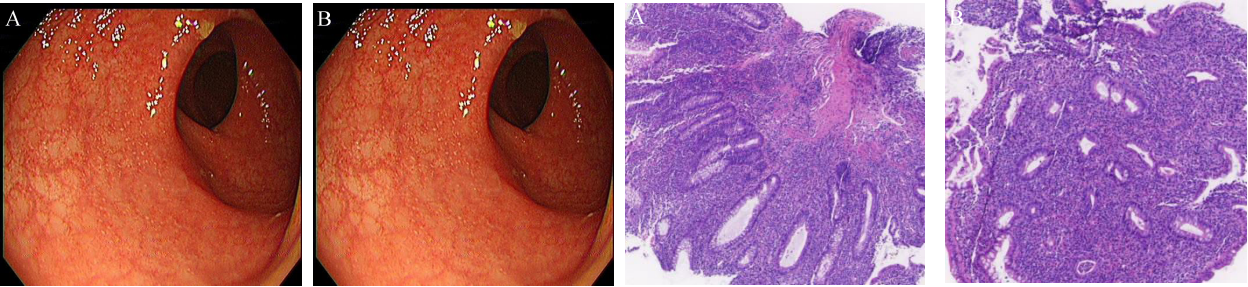
选用生物制剂占比小于中年组及青年组 ($P < 0.05$)。3 组治疗后 1 年内临床复发率差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 3。

3 讨论

关于 EOUC 患者的临床特征数据不多见, 国内虽有类似研究, 但多为老年组与非老年组之间的对照研究, 青年组和中年组未单独列出, 且部分老年组包括了老年初发患者以及中青年发病的老年患者^[2]。

表 1 3 组临床特征比较

观察指标	EOUC 组 (n=82)	中年组 (n=94)	青年组 (n=89)	$\chi^2(F)$ 值	P 值
男性[例(%)]	46(56.1)	48(51.0)	57(64.0)	3.68	> 0.05
确诊时间(个月)	14.90±10.76	13.64±9.16	10.63±8.03	(8.50)	< 0.05
腹痛[例(%)]	52(63.4)	46(48.9)	40(44.9)	6.41	< 0.05
腹泻[例(%)]	66(80.5)	80(85.1)	82(92.1)	4.92	> 0.05
黏液血便[例(%)]	71(86.5)	84(89.4)	83(93.3)	6.83	< 0.05
病变部位[例(%)]				7.57	< 0.05
E1 型	15(18.3)	16(17.0)	21(23.6)		
E2 型	51(62.2)	53(56.4)	38(42.7)		
E3 型	16(19.5)	25(26.6)	30(33.7)		



注: A 示呈弥漫性充血, B 示呈溃疡改变

图 1 EOUC 患者肠镜检查

注: A 示淋巴细胞和浆细胞浸润 (HE 染色, ×10), B 示隐窝结构改变 (HE 染色, ×10)

图 2 EOUC 患者病理检查

表 2 3 组合并症情况比较

组别	例数	无合并症	合并 1 种	合并 2 种	合并 3 种	合并 ≥4 种
EOUC 组	82	9(11.0)	26(31.7)	28(34.1)	13(15.9)	6(7.3)
中年组	94	26(27.7)	38(40.4)	18(19.1)	10(10.6)	2(2.1)
青年组	89	32(36.0)	29(32.6)	20(22.5)	8(9.0)	0
χ^2 值		14.53	1.83	5.69	2.10	8.20
P 值		< 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	< 0.05

表 3 3 组诱导缓解治疗方法、随访时间及复发情况

指标	EOUC 组 (n=82)	中年组 (n=94)	青年组 (n=89)	$\chi^2(F)$ 值	P 值
随访时间(个月)	26.27±11.73	27.93±2.17	21.28±2.77	(1.29)	> 0.05
诱导缓解治疗[例(%)]					
美沙拉嗪	24(29.3)	29(30.9)	35(39.3)	2.31	> 0.05
全身激素	17(20.7)	21(22.3)	15(16.9)	0.90	> 0.05
美沙拉嗪联合局部激素[例(%)]	38(46.3)	35(37.2)	26(29.2)	5.35	> 0.05
生物制剂[例(%)]	3(3.7)	9(9.6)	13(14.6)	5.99	< 0.05
1 年内复发[例(%)]	19(23.2)	24(25.5)	24(25.5)	0.72	> 0.05

本研究收集了不同年龄组新发 UC 患者临床资料,来对比研究 EOUC 的临床特征。

本研究结果显示,3 组男性构成比均较高,EOUC 组确诊时间相对更长,这可能与老年患者罹患各种感染风险高、静脉血栓形成风险高、慢性基础疾病多、其他肠道疾病症状与 UC 相似等因素有关,导致确诊时间延长。在临床表现方面,EOUC 组腹痛发生率高于中年组及青年组 ($P < 0.05$),这与 Zammarchi 等^[3]报道结果相似。EOUC 患者症状表现不典型,对于腹痛症状较明显,而黏液血便不明显的非典型表现的老年患者需要引起关注。另有文献报道显示,部分年龄 > 65 岁的 UC 患者可能会有其他非典型表现,如便秘^[4]。此外,在腹泻症状、内镜下严重程度及病理改变方面 EOUC 组与其他组相仿。病变部位方面,EOUC 组病变部位中 E2 型构成比高于中年组及青年组 ($P < 0.05$),3 组 E1 型及 E3 型构成比差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$),这与 Lakatos 等^[5]报道结果类似。

本研究结果显示,EOUC 患者合并症更多,尤其 ≥ 4 种合并症发生率更高。在诱导药物治疗方面,老年人体内药物代谢动力学改变、伴有多种共存病、多种药物使用潜在的相关作用、免疫力低下、感染风险高等多种因素都会影响治疗药物的选择。本研究发现老年患者中使用口服美沙拉嗪联合激素局部灌肠诱导治疗占比更高,而使用生物制剂诱导治疗占比较低,治疗相对更加保守,这与其他报道结果相似^[6]。另有学者发现,部分老年患者因存在肛门括约肌功能不全和协调性下降会影响局部灌肠治疗的选择^[7-10],本研究 EOUC 组选择局部灌肠治疗占比相对更高,这可能与老年患者左半结肠型病变更多见,局部灌肠治疗不良反应小有较大的关系。3 组随访时间差异无统计学意义 ($P > 0.05$),3 组治疗后 1 年内临床复发率差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

综上所述,EOUC 患者的临床表现、病变范围及治疗情况与中青年新发 UC 患者相比有所不同,其临床症状的相对不典型、合并症的存在、与年龄相关的免疫功能下降、感染及肿瘤风险的增加等因素增加了临床诊治的难度。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

- [1] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组,中国炎症性肠病诊疗质量控制评估中心.中国溃疡性结肠炎诊治指南(2023 年·西安)[J].中华消化杂志,2024,44(2):73-99.
- [2] SHI H Y, CHAN F K L, LEUNG W K, et al. Natural history of elderly-onset ulcerative colitis: Results from a territory-wide inflammatory bowel disease registry[J]. J Crohns Colitis, 2016, 10(2): 176-185.
- [3] ZAMMARCHI I, LANZAROTTO F, CANNATELLI R, et al. Elderly-onset vs adult-onset ulcerative colitis: A different natural history?[J]. BMC Gastroenterol, 2020, 20(1): 147.
- [4] PRELIPCEAN C C, MIHAI C, GOGALNICEANU P, et al. What is the impact of age on adult patients with inflammatory bowel disease?[J]. Clujul Med, 2013, 86(1): 3-9.
- [5] LAKATOS P L, DAVID G, PANDUR T, et al. IBD in the elderly population: Results from a population-based study in Western Hungary, 1977-2008[J]. J Crohns Colitis, 2011, 5(1): 5-13.
- [6] ANANTHAKRISHNAN A N, SHI H Y, TANG W, et al. Systematic review and meta-analysis: Phenotype and clinical outcomes of older-onset inflammatory bowel disease[J]. J Crohns Colitis, 2016, 10(10): 1224-1236.
- [7] 朱庆曦,田霞.老年人炎症性肠病诊治现状[J].临床内科杂志,2019,36(2):84-87.
- [8] SONG E M, LEE H S, PARK S H, et al. Clinical characteristics and long-term prognosis of elderly onset ulcerative colitis[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2018, 33(1): 172-179.
- [9] FRIES W, DEMARZO M G, NAVARRA G, et al. Ulcerative colitis in adulthood and in older patients: Same disease, same outcome, same risks?[J]. Drugs Aging, 2022, 39(6): 441-452.
- [10] SHIMODAIRA Y, WATANABE K, IJIMA K. Clinical course of ulcerative colitis associated with an age at diagnosis: A recent Japanese database survey[J]. Tohoku J Exp Med, 2021, 255(1): 33-39.

收稿日期:2025-01-09

(本文编辑:钟美春)