

• 国外诊疗动态 •

成人炎症性肠病处理指南(续)

英国胃肠病学会炎症性肠病组

5. 应该与需要择期手术的 UC 患者讨论所有手术方式, 包括回肠肛门袋的适当位置(C级)。

6. CD 病变的切除必须限于肉眼观察到的病变(A级)。

7. 有脓肿存在和营养不良时不必进行一期吻合(B级)。

8. 肛门和肛周 CD 只在有症状时才进行手术治疗(B级)。

9. 肛周 CD 的手术通常较为保守, 与内科治疗联合, 主要目的是脓肿引流。对无或仅有很轻直肠病变的选择性病例, 瘘管修复可能是合适的(B级)。

(二) 防止术后复发

吸烟患者戒烟, 术后复发显著降低。术后考虑加用药物治疗至少 18 个月, 尤其对术前频繁复发或瘘管术后或第 2 次手术后的患者。

1. 所有吸烟者都必须强烈劝止(B级), 并为此提供帮助。

2. 美沙拉嗪(≥ 2 g/d)降低小肠术后复发(A级), 但对结肠切除者无效。

3. 硫唑嘌呤 $1.5 \sim 2.5 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 或 6-巯基嘌呤 $0.75 \sim 1.5 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 可以用于防止术后复发, 疗效可能优于美沙拉嗪(B级)。

4. 甲硝唑 ($20 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 持续 3 个月)有效延缓回结肠切除术后复发可达 18 个月(A级), 但可能有包括周围神经病变的不良反应。

推荐:

吸烟患者必须强烈劝止, 并为此主动提供帮助。所有患者都必须考虑术后辅助治疗, 并常规用于术前频繁复发者。

四、炎症性肠病相关情况

(一) 疼痛处理

腹痛常见, 但作为 IBD 的特征研究较少。有许多可能的机制, 包括 CD 本身或粘连造成急性和亚急性肠梗阻、浆膜和粘膜炎症、内脏高敏感、继发肠易激综合征、直肠疼痛、心理因素影响降低疼痛阈值、扩张部位内脏牵拉等。胆结石、肾结石和慢性胰腺炎必须考虑。此外, 许多患者因关节炎、虹膜炎和皮肤疼痛等并发症要求止痛。多数止痛剂相对无效, 并有可能使上述情况恶化。如果可能, 应治疗病因, (包括应用激素, 如果适当, 治疗相关的肠易激综合征)。在无需特别止痛的情况下, 鸦片类药物如曲马多对动力影响小, 可能有帮助。

(二) 结肠癌监测

结肠镜检查监测 UC 的价值仍有争论。重要的是要与每个患者讨论他们发生结肠癌的风险、鉴别异型增生的意

义、监测的局限性(可能遗漏异型增生)、虽小但确实存在的结肠镜检查风险等。考虑了患者的意见, 共同制订恰当的监测方案。

1. 建议 UC 患者 8~10 年后进行结肠镜检查, 重新评估病变范围(C级)。原先的广泛性病变已恢复者能否从监测中获益尚不清楚。

2. 选择监测的广泛性结肠炎患者, 在第 2 个 10 年中应每 3 年作一次结肠镜检查, 在第 3 个 10 年中应每 2 年作一次结肠镜检查, 在第 4 个 10 年应每年作一次结肠镜检查(C级)。

3. 最好全结肠每隔 10cm 随机活检 4 块, 可疑病变区额外取活检(C级)。

4. 原发性硬化性胆管炎患者代表癌变风险更高的亚群, 他们的结肠镜检查应更频繁(可能每年 1 次)(C级)。

5. 如果发现异型增生(任何等级), 病理活检应由第 2 位胃肠病理学家复核, 如果证实是异型增生, 通常建议患者作结肠切除(C级)。

推荐:

应该与 UC 或 CD 患者讨论合适的监测方法, 并共同决定有益于每一患者的方案。

(三) 妊娠的处理

UC 和 CD 经常发生在年轻人中, 妊娠 IBD 的处理并不少见。为保证母亲和胎儿健康, 妊娠期间维持足够的疾病控制是必要的

1. 如果是计划妊娠, 患者必须在缓解期内受孕, 并建议继续药物维持治疗。患者受孕前营养状况必须良好, 并补充叶酸。

2. 纤维乙状结肠镜检查可安全进行, 其提供的信息可能会显著改变治疗方案, 操作范围应尽可能小(B级)。

3. 处理急性重症结肠炎或伴其他危及生命并发症者应该和未妊娠者一样, 包括腹部影像学检查。最有利于胎儿的措施就是母亲 IBD 的最佳治疗(B级)。

4. 生产模式必须仔细考虑。剖腹产可避免肛门括约肌损伤, 有利于肛周 CD 或回肠肛门结肠袋成形术患者。

5. 如果怀疑新生儿溶血, SASP 必须停用(B级)。

6. 妊娠期间一般可继续服用硫唑嘌呤, 因为疾病活动对胎儿的危险似乎大于继续硫唑嘌呤治疗, 服硫唑嘌呤母亲产下的婴儿体重可能轻于正常。服用硫唑嘌呤的利弊必须与患者谈清楚(B级)。

7. 激素可用于活动期, 因为疾病活动对妊娠的危险大于

(下转 194 页)

· 病例报告 ·

胃淋巴瘤误诊为胃癌 1 例

辽宁省大连市第三人民医院 姜 瑾 高立黔 丛世红

患者男,49岁。以胃区隐痛伴反酸、嗝气、消瘦、乏力半年就诊于当地(地区)医院。行胃镜检查示胃癌?活检病理回报局部见坏死组织,可疑恶性肿瘤细胞。于是就诊于我院。胃镜检查示:食道胃底未见异常。分别于胃体中下部后壁及胃窦后壁见巨大不规整溃疡约6.5cm×4.5cm,6.8cm×5.5cm大小,底附污秽组织,周围呈环堤状,边界清。胃体下部近前壁见2.5cm×2.0cm大小溃疡,呈长条状,底附白苔,边界欠清。胃窦大弯见多个痘疹样溃疡,圆形,底附白苔,边界清。在0.3cm×0.3cm~0.5cm×0.5cm之间。球部及降部未见异常。胃镜诊断:胃窦、体癌,(溃疡型)。活检病理:低分化腺癌。遂收病人入院治疗。入院后查体:腹软,中上腹剑突下压痛。辅助检查:心电图正常。腹部彩超:肝内实性结节,血管瘤可能,余未见异常。腹部CT:1、胃癌;2、肝未见确切占位征象,可疑胰体占位,建议增强扫描,进一步检查。胸片:未见异常。肝功:HBSAb(+),HBCAb(+),HBEAb(+);总蛋白:52.9g/L,白蛋白:30.1g/L。尿常规:阴性。血常规:WBC:14.73×10⁹/L,RBC:3.83×10¹²/L;HGB:119g/L;HCT:34.1%。术中见肝光滑、无结节,盆腔无转移灶,无腹水。胃周、贲门均可触及肿大淋巴结。大体标本见胃窦、体大小不等溃疡病灶共10处。术后病理诊断:

胃窦、体多发性恶性淋巴瘤,B小细胞型。

讨论 胃淋巴瘤是胃癌以外的最常见胃内恶性肿瘤。约占全部胃内恶性肿瘤的3%~5%。内镜下表现最多见的是弥漫浸润型,胃壁增厚,胃腔狭窄,皱襞粗大,充气胃壁不能扩张,肥厚的组织脆,易出血。与BorrmannⅣ型类似。有的表现为结节型,呈多发也可单发,可以大到5~10cm,表面常充血或呈多发浅糜烂,附污秽苔。也可出现溃疡,呈单发或多发,其特点是溃疡大而深,边缘锐利,与正常组织界限清晰。与BorrmannⅡ或Ⅲ型相似。该患者的内镜下表现主要以溃疡为主,而且病灶多达10处,大小不等,这在临床上是很罕见的。腹外科也很少遇到。镜检时只认为两处大的溃疡可能存在恶变的可能,当胃癌处理,而小的病灶却忽略了,认为是多发溃疡,没有从整体考虑为淋巴瘤的可能。由于这方面经验不足造成诊断有误。再者胃癌与胃淋巴瘤镜下表现相似,此患者临床症状不典型,诊断很容易与胃癌混淆,最后还是依赖于病理确诊。在取活检时应从溃疡内侧边缘处取材,获得阳性结果的概率比较大。由于病变主要位于粘膜下层,因此常规活检诊断率仅为60%,应采取大块活检以提高诊断率。

(上接195页)

激素继续治疗(B级)。

8. 甲氨喋呤妊娠期间绝对禁用(B级)。

9. 妊娠期手术的绝对指征不变,仅当积极药物治疗可使危急中的胎儿成熟时,才推迟手术(C级)。

10. 小肠切除应覆盖无功能的人造口。最好避免一期吻合(B级)。

(四)营养

很少有证据提示饮食成分在UC病原学或病理发生中起作用。然而患者有发生营养不良的倾向,营养不良对疾病有害。与CD不同,没有证据表明人工营养支持可以改变UC的炎症反应。

应将营养支持作为对所有CD患者整体治疗的一部分。营养不良普遍存在,原因多样。营养状态(包括体重指数)最好在诊断时评估,以后进行阶段性估计。至少患者应在门诊或初级医疗机构就诊时称体重。儿童和青少年要求用身高和体重百分位表进行定期监测。维生素B₁₂状态必须特别关注,尤其在回肠切除后。

1. 因活动性小肠疾病而生长受阻的儿童和青少年,营养支持作为疾病调整治疗是恰当的(A级)。对活动性疾病(B

级)、美沙拉嗪无应答(C级)或激素治疗有禁忌(C级)的患者,应将营养支持优先于激素、免疫调节剂或手术治疗来应用。

2. 营养支持作为辅助治疗适用于任何营养不良患者(C级),或对那些维持正常营养状态有困难的患者(C级)。

3. 营养支持适用于等待手术的不完全肠梗阻患者(C级)、或有严重症状的肛周疾病(C级)、或有并发症的术后患者。如果病情容许,则选用肠内营养(C级)。

4. 回肠CD患者最好每年检测血清维生素B₁₂(C级)。

(五)肠外表现的处理

肠外表现在CD和UC中都能发现。与活动性肠病有关的肠外表现大部分对控制疾病活动的治疗有应答,而发生在疾病不活动或静止期的肠外表现与肠病治疗无关。肠外表现在结肠CD和回结肠CD中较单独小肠CD更多见。

(六)骨质疏松症

骨质疏松症在IBD患者中常见,虽然骨折的绝对风险、激素治疗诱发的骨折和预防的效果仍有争议。

(杨川华译 刘文忠校)

节选自 Gut 2004,53(suppl V):1-16(续完)

(收稿日期:2004-12-06)

(本文编辑:王立明)