

指南与共识

消化系统常见疾病诊疗指南

中图分类号: R573

文献标识码: C

文章编号: 1008 - 1089 (2009) 10 - 0069 - 06

doi: 10. 3969/j. issn. 1008 - 1089. 2009. 10. 032

1 急性胃炎

急性胃炎系指由不同原因所致的胃黏膜急性炎症和损伤。常见的病因有酒精、药物、应激、感染、十二指肠液反流、胃黏膜缺血、缺氧、食物变质和不良的饮食习惯、腐蚀性化学物质以及放射损伤或机械损伤等。

1.1 临床表现 上腹痛、恶心、呕吐和食欲减退是急性胃炎的常见症状,药物和应激状态所致的胃炎,常以呕血或黑便为首发症状,出血量大时可导致失血性休克。由于食物中毒引起的急性胃炎,常同时发生急性肠炎而出现腹泻,重时可有脱水、电解质紊乱、酸中毒、甚至低血压。腐蚀性胃炎常引起上腹部剧痛,频繁呕吐,可伴寒战及发热。也有部分患者仅有胃镜下所见而无任何症状。体征:大多数患者仅有上腹或脐周压痛、肠鸣音亢进,特殊类型的急性胃炎可出现急腹症,甚至休克。

1.2 诊断要点

1.2.1 胃镜检查有助于诊断。食物中毒患者宜于呕吐症状有所缓解后再考虑是否需要行胃镜检查,由药物或应激因素所致的急性胃黏膜病变,应及时检查,以期早期诊断。吞服腐蚀剂者则为胃镜禁忌。胃镜所见为胃黏膜局部或弥漫性充血、水肿、有炎性渗出物附着,或有散在点、片状糜烂或浅溃疡等。有出血症状者可见胃黏膜有新鲜出血或褐色血痂,黏液糊为鲜红色或咖啡色,活检组织学主要见黏膜层有中性粒细胞浸润和糜烂。

1.2.2 疑有出血者应做呕吐物或粪便隐血试验,红细胞计数、血红蛋白测定和血细胞比容。

1.2.3 感染因素引起者,应做白细胞计数和分类检查,粪便常规和培养。

1.2.4 X线钡剂检查无诊断价值。

1.2.5 急性胃炎应作出病因诊断,药物性急性胃炎

最常见的是由非甾体抗炎药 (NSAIDs) 如酮洛芬、吡罗昔康、吲哚美辛等以及阿司匹林所致。对严重外伤、败血症、呼吸衰竭、低血容量性休克、烧伤、多脏器功能衰竭、中枢神经系统损伤等应激状态时要警惕急性胃黏膜病变的发生。常见的还有酒精性急性胃炎、急性腐蚀性胃炎等。

1.2.6 急性胃炎应与急性阑尾炎、急性胰腺炎、急性胆囊炎相鉴别。

1.3 治疗方案及原则

1.3.1 针对病因,去除损害因子,积极治疗原发病。

1.3.2 严重时禁食,以后流质、半流质饮食。

1.3.3 对症和支持疗法:呕吐患者应不能进食,应补液,用葡萄糖及生理盐水维持水、电解质平衡,伴腹泻者注意钾的补充。腹痛者可用阿托品、复方颠茄片或山莨菪碱等解痉药。

1.3.4 药物治疗 抑酸剂:可应用 H_2 受体阻滞剂:雷尼替丁 150mg,每日 2 次;法莫替丁 20mg,每日 2 次;或西咪替丁 200mg,每日 3 次或 4 次。不能口服者可用静脉滴注。胃黏膜保护剂和抗酸剂:硫糖铝、胶体铋、氢氧化铝凝胶剂或其与氢氧化镁的混合剂,每日 3~4 次口服。细菌感染所引起者可根据病情,选用氟喹诺酮类制剂、氨基糖苷类制剂或头孢菌素。应激性急性胃炎常出现上消化道出血,应抑制胃酸分泌,提高胃内 pH。临床常用法莫替丁 40~80mg/d 静脉滴注,或雷尼替丁 300mg/d 静脉滴注,质子泵抑制剂抑酸效果更强,疗效更显著,如奥美拉唑 40~80mg 静脉注射或静脉滴注,每日 2~3 次。

2 慢性胃炎

慢性胃炎系指由多种原因引起的胃黏膜慢性炎症和(或)腺体萎缩性病变。病因主要与幽门螺杆菌感染密切相关。我国成年人的感染率比发达国家明显增高,感染阳性率随年龄增长而增加,胃窦炎患

者感染率一般为 70% ~ 90%。其他原因如长期服用损伤胃黏膜的药物,主要为非甾体抗炎药,如阿司匹林、吲哚美辛等。十二指肠液反流,其中胆汁、肠液和胰液等可减弱胃黏膜屏障功能,使胃黏膜发生炎症、糜烂和出血,并使胃腔内 H^+ 反弥散至胃黏膜内,刺激肥大细胞,促进组胺分泌,引起胃壁血管扩张、炎性渗出而使慢性炎症持续存在。此外,口鼻咽部慢性感染灶、酗酒、长期饮用浓茶、咖啡等以及胃部深度 X 线照射也可导致胃炎。我国胃炎多以胃窦部损伤为主,炎症持续可引起腺体萎缩和肠腺化生。慢性胃炎的发病率随年龄增长而增加。胃体萎缩性胃炎常与自身免疫损害有关。

2.1 临床表现

2.1.1 症状无特异性,可有中上腹不适、饱胀、隐痛、烧灼痛,疼痛无节律性,一般于食后为重,也常有食欲缺乏、嗝气、反酸、恶心等消化不良症状。有一部分患者可无临床症状。如有胃黏膜糜烂者可出现少量或大量上消化道出血。胃体萎缩性胃炎合并恶性贫血者可出现贫血貌、全身衰竭、乏力、精神淡漠,而消化道症状可以不明显。

2.1.2 查体可有上腹部轻压痛,胃体胃炎有时伴有舌炎及贫血征象。

2.2 诊断要点

2.2.1 慢性胃炎的诊断 主要依据胃镜所见和胃黏膜组织病理检查。凡有上消化道症状者都应进行胃镜检查,以除外早期胃癌、胃溃疡等疾病。中年妇女患者应做胆囊超声检查,排除胆囊结石的可能。内镜和组织学诊断以 2000 年 5 月全国慢性胃炎研讨会共识意见(中华消化杂志,2000,20:199-201)为依据:分类:内镜下慢性胃炎分为浅表性胃炎(又称非萎缩性胃炎)和萎缩性胃炎,如同时存在平坦糜烂、隆起糜烂或胆汁反流,则诊断为非萎缩性或萎缩性胃炎伴糜烂或伴胆汁反流。病变的分布和范围:胃窦、胃体和全胃。诊断依据:非萎缩性胃炎表现为红斑(点、片状、条状),黏膜粗糙不平,出血点、斑;萎缩性胃炎表现为黏膜呈颗粒状,血管透露,色泽灰暗,皱襞细小。活检取材:取 2~3 块标本,胃窦小弯 1 块和大弯 1 块及胃体小弯 1 块。标本须分开装瓶,并向病理科提供取材部位、内镜所见和简要病史。组织学分级标准:有 5 种形态变量要分

级[Hp:观察胃黏膜液层、表面上皮、小凹上皮和腺管上皮表面的 Hp;慢性炎症:根据慢性炎症细胞的密集程度和浸润深度分级;活动性:慢性炎症背景上有中性粒细胞浸润;萎缩:指胃的固有腺体减少,幽门腺萎缩是指幽门腺减少或由肠化腺体替代,胃底(体)腺萎缩是指胃底(体)腺假幽门腺化生、肠化或腺体本身减少;肠化],分成无、轻度、中度和重度 4 级(或 0、①、②③、④⑤⑥)。其他组织学特征:分为非特异性和特异性两类。前者包括淋巴滤泡、小凹上皮增生、肠腺化生和假幽门腺化生等;后者包括肉芽肿、集簇性嗜酸性粒细胞浸润、明显上皮内淋巴细胞浸润和特异性病原体等。病理诊断报告:应包括部位特征和形态学变化程度,有病因可循的应报告病因,结合内镜所见、取材部位及每块标本组织学变化作出诊断。当胃窦和胃体均有炎症者称慢性胃炎。但当胃窦和胃体炎症程度相差两级或以上时,应加上“为主”修饰词,例如“慢性(活动性)胃炎,胃窦为主”。特殊类型慢性胃炎或胃病:如肉芽肿性胃炎、嗜酸性胃炎、疣状胃炎、慢性淋巴细胞性胃炎、巨大胃黏膜肥厚症等,应注意判断。

2.2.2 幽门螺杆菌检查 有多种方法,如组织学、尿素酶、细菌培养、 ^{13}C 和 ^{14}C 尿素呼气试验或粪便 Hp 抗原检测。内镜观察下取黏膜组织做快速尿素酶试验比较方便。

2.2.3 测定胃酸分泌功能 常用五肽胃泌素刺激试验,测定基础胃酸分泌量(BAO)、最大胃酸分泌量(MAO)、高峰胃酸分泌量(PAO)和胃液 pH。明显低酸或无酸提示胃体萎缩性胃炎。

2.2.4 X 线钡餐检查 主要用于排除消化性溃疡和胃癌等疾病。

2.2.5 疑为胃体萎缩性胃炎时,可做血常规、胃酸分泌量测定、血清胃泌素浓度、血清维生素 B_{12} 浓度、维生素 B_{12} 吸收试验、血清壁细胞抗体、内因子抗体以及骨髓穿刺涂片等检查。

2.3 治疗方案及原则

2.3.1 针对病因 应清除鼻口咽部感染灶,戒烟戒酒。饮食宜软、易消化、避免过于粗糙,忌含浓烈辛辣调料的食物或服用对胃有刺激的药物。老年性胃黏膜不同程度的萎缩和肠化难以逆转,当有活动性炎症时要积极治疗。

2.3.2 药物治疗 根除幽门螺杆菌感染。胃黏膜保护剂:硫糖铝片或混悬液 1.0g口服,每日 3~4次,饭前 1小时和睡前用。枸橼酸铋钾 110mg或 120mg,口服,每日 4次,餐前半小时和睡前用,不宜超过 8周。替普瑞酮 50mg口服,每日 3次,饭后半小时服用。 H_2 受体阻滞剂:雷尼替丁 150mg,每日 2次;法莫替丁 20mg,每日 2次;或西咪替丁 20mg,每日 3次或 4次。不能口服时可用静脉滴注。促胃动力药:多潘立酮 10mg,西沙比利 5mg或甲氧氯普胺 5mg,酌选,口服,每日 3次,适合于伴有胃下垂、幽门张力降低、胆汁反流者,也可缓解恶心、腹胀等消化不良症状。助消化药和稀盐酸:对慢性萎缩性胃炎,而无黏膜糜烂者尤其是胃体萎缩性胃炎可作为补偿治疗,如多酶片或胰酶片;胃蛋白酶合剂 10ml口服,每日 3次;1%稀盐酸 2~5ml口服,每日 3次。胃体萎缩性胃炎:目前无有效治疗方法,主要对症治疗。合并恶性贫血者需终生注射维生素 B_{12} 100 μ g肌注,每日 1次。有缺铁性贫血者补充铁剂,硫酸亚铁片 0.3g或琥珀酸亚铁 100mg同时加用维生素 C,口服,每日 3次。可适当补充一些微量元素如锌、硒、胡萝卜素等。

2.3.3 关于手术问题 萎缩性胃炎和肠化不是手术的绝对指征,对伴有息肉、异型增生或有局灶性凹陷或隆起者,应加强随访。当慢性萎缩性胃炎伴重症异型增生或重度肠化生,尤其是大肠型肠化者可考虑手术治疗。

3 消化性溃疡

3.1 概述 消化性溃疡系指主要发生在胃及十二指肠的慢性溃疡,亦可发生在与酸性胃液相接触的其他部位,包括食管、胃肠吻合术后的吻合口及其附近肠襻,以及梅克尔 (Meckel)憩室。由于溃疡的病损超过黏膜肌层,故不同于糜烂。消化性溃疡的得名在于其发生与胃酸、胃蛋白酶有关。

消化性溃疡的发生是由于胃黏膜的损害因素(幽门螺杆菌、胃酸及非甾体抗炎药等)大于防御因素(胃黏膜屏障、黏液、黏膜血流、细胞更新及前列腺素等)所致。

3.2 临床表现

3.2.1 消化性溃疡的典型症状 疼痛部位:十二指肠溃疡在上腹部或偏右,胃溃疡在上腹部偏左。

疼痛性质及时间:空腹痛、灼痛、胀痛、隐痛。十二指肠溃疡有空腹痛、半夜痛,进食可以缓解。胃溃疡饭后半小时后痛,至下餐前缓解。患病的周期性和疼痛的节律性:每年春秋季节变化时发病。诱因:饮食不当或精神紧张等。

3.2.2 其他症状 可以伴有反酸、胃灼热、嗝气等消化不良症状。

3.2.3 体征 上腹部压痛:十二指肠溃疡压痛偏右上腹;胃溃疡偏左上腹。其他体征取决于溃疡并发症,幽门梗阻时可见胃型及胃蠕动波,溃疡穿孔时有局限性或弥漫性腹膜炎的体征。

3.2.4 特殊类型的溃疡 包括胃及十二指肠复合溃疡、幽门管溃疡、球后溃疡、老年性溃疡及胃泌素瘤。特殊类型的溃疡不具备典型溃疡的疼痛特点,往往缺乏疼痛的节律性。胃泌素瘤患者多有顽固性症状和多发性难治性溃疡,手术后近期多复发,有的伴有水泻或脂肪泻。

3.3 诊断要点

3.3.1 临床表现 消化性溃疡往往具有典型的临床症状,但要注意特殊类型溃疡症状往往不典型。还有极少数患者无症状,甚至以消化性溃疡的并发症如穿孔、上消化道出血为首发症状。

3.3.2 体征 消化性溃疡除在相应部位有压痛之外,无其他对诊断有意义的体征。但要注意,如患者出现胃型及胃蠕动波提示有幽门梗阻;如患者出现局限性或弥漫性腹膜炎体征,则提示溃疡穿孔。

3.3.3 胃镜检查 胃镜可对消化性溃疡进行最直接的检查,而且还可以取活体组织做病理和幽门螺杆菌检查。内镜诊断应包括溃疡的部位、大小、数目以及溃疡的分期:活动期 (A_1A_2)、愈合期 (H_1H_2)、瘢痕期 (S_1S_2)。对胃溃疡应常规取活体组织做病理检查。

3.3.4 X线钡餐检查 气钡双重对比可以显示 X线的直接征象(具有诊断意义的龛影)和间接征象(对诊断有参考价值的局部痉挛、激惹及十二指肠球部变形)。

3.3.5 幽门螺杆菌检查 通过胃镜可以取胃窦黏膜作快速尿素酶试验、组织学检查或者作 H_p 培养。

3.4 治疗方案及原则

3.4.1 一般治疗 消除病因:根除 H_p ,禁用或慎用对胃黏膜有损伤的药物。注意饮食卫生。

3.4.2 药物治疗 对症治疗:如腹胀可用促动力药如多潘立酮;腹痛可以用抗胆碱能药如颠茄、山莨菪碱等药物。降低胃内酸度的药物:按作用途径有两大类。中和胃酸的药物,如氢氧化铝、氧化镁、复方氢氧化铝、乐得胃等。抑制胃酸分泌的药物,主要指 H_2 受体阻滞剂及质子泵抑制剂。 H_2 受体阻滞剂(H_2RA_s):西咪替丁 800mg,每晚 1 次;雷尼替丁 150mg,每日 2 次;法莫替丁 20mg,每日 2 次。质子泵抑制剂(PP_i):奥美拉唑 20mg,每日 1 次;兰索拉唑 30mg,每日 1 次;泮托拉唑 40mg,每日 1 次。通常十二指肠溃疡治疗 2~4 周,胃溃疡治疗 4~6 周。

胃黏膜保护药硫糖铝 1.0g,每日 3 次或每日 4 次(餐前 1 小时及睡前)。枸橼酸铋钾 120mg,每日 4 次,3 餐前半小时及睡前。根除 H_p 的药物:根除 H_p 可以减少或预防消化性溃疡的复发,常用药物有:阿莫西林、甲硝唑、替硝唑、克拉霉素、四环素及呋喃唑酮等;胶体铋剂既是胃黏膜保护药,也是有效的杀灭 H_p 药物; PP_i 和 H_2RA_s 虽然是抑制胃酸分泌的药物,但与抗生素合用能提高 H_p 根除率。

关于维持治疗问题:对于 H_p 阴性的消化性溃疡,如非甾体抗炎药相关性溃疡,在溃疡愈合后仍应适当维持治疗,一般用 H_2RA_s ,按每日剂量的半量维持,其维持时间视病情而定。

4 功能性消化不良

4.1 概述 功能性消化不良又称非溃疡性消化不良,是一种病因未明的、未能发现器质性或全身性疾病的慢性、持续性或反复发作性上腹部症候群,因此它不是一个独立的疾病。其主要症状包括剑突下或胸骨后疼痛、上腹部不适、餐后饱胀、早饱、嗝气、反酸、胃灼热感、食欲缺乏、恶心、呕吐等。症状超过 4 周以上。

4.2 诊断要点

4.2.1 临床表现 根据不同的临床表现,可分为以下四型。溃疡样型:表现为局限性上腹痛,疼痛可呈节律性,有时有饥饿痛,常伴嗝气、反酸等症状。

运动障碍型:表现为上腹饱胀、餐后早饱感、嗝气、反酸、恶心、呕吐、食欲不佳等。反流样型:表现为剑突下及胸骨后疼痛、嗝气、反酸、胃灼热感、现已归入胃食管反流病。复合型:表现症状为非特异性。临床症状可因生活不规律、情绪紧张、饮食不适、乙

醇摄入、吸烟及服用吡哆美辛等因素而加重。

4.2.2 诊断标准 上腹部胀痛、早饱、嗝气、反酸、恶心等症状持续 4 周以上,或在近 1 年内有上述症状至少 3 个月(但不一定持续)。内镜和(或)钡餐检查未发现胃、十二指肠溃疡、糜烂、肿瘤等器质性病变。实验室检查、B 超及 X 线检查排除肝、胆、胰及肠道器质性病变。无糖尿病、风湿病及精神、神经性等全身性疾病。无腹部手术史。症状与排便无关。有条件单位可结合胃电图、胃排空功能等测定作出诊断。

4.3 治疗

4.3.1 一般治疗 强调心理治疗,注意劳逸结合,避免过度紧张与焦虑情绪,避免烟酒、浓茶、咖啡等刺激物。

4.3.2 药物治疗 药物治疗应根据不同的临床表现来进行,溃疡样型应给予抑酸剂或抗酸剂;运动障碍型应给予助动力药;以消化不良为主者应给予助消化药;有幽门螺杆菌感染者应予根除。抑酸和抗酸剂(H_2 受体阻滞剂:西咪替丁 400~800mg,每晚 1 次;雷尼替丁 150mg,每日 2 次;或法莫替丁 20mg,每日 2 次;质子泵抑制剂:如果患者有明显反酸,也可应用质子泵抑制剂,如奥美拉唑 20mg,每日 1 次;兰索拉唑 30mg,每日 1 次;抗酸剂:复方氢氧化铝 2 片,每日 3 次;乐得胃 2 片,每日 3 次。)胃黏膜保护剂:硫糖铝 1.0g,每日 3 次。促动力药:莫沙比利(或西沙比利)5mg,每日 3 次;多潘立酮 10mg,每日 3 次。该类药宜在饭前 15~30 分钟服用。

其他辅助药物(助消化药,如多酶片 2 片,每日 3 次;干酵母片 4 片,每日 3 次;维生素类,如维生素 B_1 、维生素 B_6 和维生素 E 等;酌情选用疏肝和胃的中成药制剂,例如胃苏冲剂 1 袋,每日 3 次)。由于本病表现为反复发作,因此治疗应以短期间断治疗(4~6 周)为主。在缓解期应调整生活方式及饮食习惯,使疗效巩固和持久。

5 幽门螺杆菌感染

5.1 概述 幽门螺杆菌(H_p)是从胃黏膜中分离出来的一种弯曲样杆菌,现已确认与慢性胃炎、消化性溃疡病、低度恶性的胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤和胃癌密切相关。 H_p 是慢性胃炎和消化性溃疡的主要原因,根除 H_p 可以防止溃疡复发,世界卫生组织

已将 Hp 定为胃癌的 I 类致癌因子。

5.2 诊断要点 Hp 感染无特异的临床症状和体征,诊断主要依靠以下检查。

5.2.1 侵入性(胃镜检查、活检)检测方法 快速尿素酶试验:利用 Hp 分泌尿素酶的生物特征,此为尿素酶依赖试验。Hp 培养(微需氧条件下培养)。

组织学检查:通常用 Warthin-Starry 银染色、改良 Cien sa 染色或 Gemnez 染色。分子生物学检查:包括 PCR 和原位杂交。

5.2.2 非侵入性(非胃镜检查)检测方法 血清学检查:测定血清中 Hp 抗体(IgG 和 IgA 抗体)。

^{13}C (或 ^{14}C)尿素呼气试验(尿素酶依赖试验)。

^{15}N 尿素排泄试验(尿素酶依赖试验)。粪便 Hp 抗原检测。

5.3 治疗方案及原则 治疗的两个中心问题是:治疗适应证(谁应该治疗);治疗方案(如何治疗)。另一个重要问题是如何避免或减少 Hp 耐药菌株的产生。

5.3.1 治疗适应证 1999 年中华消化病学会幽门螺杆菌学组关于 Hp 共识意见的若干问题决议中规定如下适应证:消化性溃疡:无论胃或十二指肠溃疡,活动或陈旧;低度恶性的胃黏膜相关淋巴组织(MALT)淋巴瘤;早期胃癌术后;胃炎伴有明显异常(指伴胃黏膜糜烂,中重度萎缩,中重度肠化,中重度异型增生);计划长期使用或在使用 NSAIDs;有胃癌家族史。

5.3.2 治疗方案 以铋剂为基础的方案:枸橼酸铋钾每日 480mg,阿莫西林每日 500mg,甲硝唑每日 800mg 或替硝唑每日 1 000mg,以上 3 种药分 2 次或 4 次服用,疗程 14 天;或者枸橼酸铋钾每日 480mg,克拉霉素每日 1 000~2 000mg,甲硝唑每日 800mg 或呋喃唑酮每日 200mg,以上 3 种药分 2 次服用,疗程 7 天;以质子泵抑制剂为基础的方案:奥美拉唑每日 40mg 或兰索拉唑每日 60mg,阿莫西林每日 2 000mg,甲硝唑每日 800mg 或替硝唑每日 1 000mg,以上 3 种药分 2 次服用,疗程 7 天;或者奥美拉唑每日 40mg 或兰索拉唑每日 60mg,克拉霉素每日 500mg,阿莫西林每日 2 000mg 或甲硝唑每日 800mg 或呋喃唑酮每日 200mg,以上 3 种药分 2 次服用,疗程 7 天;四联疗法:质子泵抑制剂+含铋

制剂的三联疗法,此为一线治疗失败后的补救治疗方案,疗程为 7 天,抗生素剂量同上。

5.3.3 治疗中的注意事项 判断 Hp 是否根除必须在停药 4 周以后进行;治疗中应严格掌握适应证,治疗方案要正规,以避免 Hp 耐药菌株的产生;幽门螺杆菌菌株对甲硝唑(或替硝唑)和克拉霉素治疗前原发性或治疗后获得性耐药时,影响幽门螺杆菌的根除率。故治疗失败时,原则上不宜重复原方案;治疗后 Hp 在胃内的分布可发生改变(从胃窦到胃体、胃底移位),复查时应同时对胃窦、胃体黏膜做 Hp 检测,或应用 ^{13}C 和 ^{14}C 尿素呼气试验。

6 结核性腹膜炎

6.1 概述 结核性腹膜炎系由结核杆菌引起的慢性。弥漫性腹膜炎。本病多数是由肠结核、肠系膜淋巴结结核和盆腔结核蔓延而来,少数来源于血行播散。腹膜结核的病理表现可分为渗出型、粘连型和干酪型,但临床上常常是混合存在。

6.2 临床表现

6.2.1 症状 多数有缓慢发生的发热、乏力、消瘦、腹胀和排便习惯改变。病理上为渗出型者,多以腹胀为主;粘连型常以腹痛为主;干酪型则以全身中毒症状更为突出,如高热、腹痛、腹胀等。

6.2.2 体征 渗出型多有腹部膨隆、移动性浊音;粘连型腹部可有揉面感(一种触及硬橡胶的感觉),也可扪到腹部包块,合并肠梗阻时可见到肠型,闻及高调肠鸣;干酪型可有恶液质样体质,腹部揉面感,也可出现肠瘘。

6.3 诊断要点 中、青年,特别是女性发生逐渐加重的腹胀、腹痛、低热、乏力和消瘦。出现腹部揉面感、腹水或肠梗阻表现。血沉增快,贫血,PPD 试验阳性。渗出性腹水。腹水的结核杆菌培养阳性或结核抗体阳性。腹膜穿刺找到干酪性肉芽肿。腹腔镜检查发现腹膜弥漫性。散在的粟粒状黄白色小结。X 线钡餐造影可发现同时存在的肠结核征象,超声波检查或 CT 可协助鉴别腹部包块性质(囊性还是实质性)。鉴别诊断有困难时,可考虑行剖腹探查。注意排除腹腔和盆腔的良、恶性肿瘤、肝硬化、心血管病变、甲状腺功能低下、慢性肾脏疾病等其他可引起腹水的疾病。

6.4 治疗方案及原则

6.4.1 支持疗法 病情活动时,应卧床休息,其后视体力情况逐渐增加活动量。应进食高蛋白、高维生素饮食。无肠梗阻者可正常进食,有肠梗阻时应视胃肠道承受情况给予胃肠内或胃肠外营养。

6.4.2 抗结核治疗 用药原则是足量、长疗程。初始者宜予三联抗结核药物:异烟肼 300mg/d,利福平 450~600mg/d,乙胺丁醇 750mg/d或吡嗪酰胺 1.5g/d。复治者可采用四联疗法:除明确耐药者以外,仍可在上述三联药物的基础上,加用对氨基水杨酸钠 8~12g/d,静脉给药,或选用环丝氨酸 0.5~0.75g/d。上述药物治疗的疗程一般在 1.5 年以上。

6.4.3 对症治疗 腹水过多有压迫症状时,可适量放腹水。为加快腹水的吸收,减少其后的粘连和缓解发热等中毒症状,也可在应用足量抗结核药物的同时,给予小剂量、短期的类固醇激素,如泼尼松龙 15mg/d。

7 胃癌

胃癌是我国最常见的恶性肿瘤之一,但在不同地区其发病率不一。胃癌的病因尚未完全阐明。研究资料表明,胃癌的发生是环境因素和机体内在因素相互作用的结果。近年来的研究显示,幽门螺杆菌感染与胃癌的发生有密切关系。胃癌按其浸润胃壁的深度可分为早期和中晚期胃癌。前者癌组织限于黏膜、黏膜下层,而不管有无淋巴结转移;后者深达肌层和肌层以下。

7.1 诊断

7.1.1 临床表现 早期常无特异性症状,甚至毫无症状。随着肿瘤的发展,可出现上腹痛或不适、早饱、食欲减退、消瘦、乏力、恶心、呕吐及黑便等。贲门癌可有吞咽困难,胃窦癌可引起幽门梗阻。病程晚期可在上腹部扪及肿块。出现远处转移时,可扪及左锁骨上淋巴结、直肠前窝肿物及肝大,有时可出现腹水征。

7.1.2 检查 胃镜检查:胃镜检查不仅可直接观察到病变,并可在直视下取活组织进行病理检查。对病变仅局限于黏膜或黏膜下层的早期胃癌,有时诊断比较困难,需仔细观察识别,并做多点活检。X线钡餐检查:中晚期胃癌肿块型表现为突向腔内的不规则充盈缺损;溃疡型表现为位于胃轮廓内的龛影,边缘不整齐,有时呈半月型,周围黏膜皱襞有中断现象;浸

润型表现为胃壁僵硬、蠕动消失、胃腔狭窄,黏膜皱襞消失,如整个胃受累则呈“革状胃”。早期胃癌病变多浅小,需注意识别。其他检查:怀疑有肝或后腹膜转移时,可进行 B 超和(或)CT 检查。

7.2 治疗

7.2.1 外科手术 手术仍是目前治疗胃癌的主要方法。如患者全身情况许可,又无明确的远处转移时,应争取手术切除。手术可分为根治性切除手术和姑息性手术两大类。

7.2.2 化学治疗 化学治疗是胃癌综合性治疗的重要组成部分,主要作为手术的辅助治疗及晚期、复发患者的姑息治疗。目前多采用联合化疗。

7.2.2.1 术后化学治疗的一般原则 I 期胃癌做根治性胃切除后,一般不再给予化学治疗。其他各期胃癌根治性或非根治性胃切除术后,一般应给予联合化疗。化学治疗一般在术后 2~4 周开始,视患者一般情况及饮食恢复情况而定。用药剂量以不引起明显不良反应为原则。

7.2.2.2 常用化疗药物 氟尿嘧啶、替加氟、优福定、丝裂霉素 C、阿霉素、司莫司汀(司莫司汀)、顺铂、阿糖胞苷、依托泊苷等。

7.2.2.3 联合化学治疗 联合化疗方案种类繁多,一般以氟尿嘧啶和丝裂霉素 C 为基本药,常用的方案如下: MF 方案:丝裂霉素 C 8~10mg,静注,第 1 日;氟尿嘧啶 500~750mg,静滴,第 1~5 日。每 4 周重复一疗程。 FAM 方案:氟尿嘧啶 500~750mg,静滴,每周 1 次。丝裂霉素 C 8~10mg,静注,第 1 日。每 6~8 周重复一疗程。 FAMeC 方案: FAM 方案中的丝裂霉素 C 改为司莫司汀 150mg,顿服,每 8 周为一个疗程。 EAP 方案:依托泊苷 120mg/m²,静滴,第 4、5、6 日;阿霉素 20mg/m²,静滴,第 1、7 日;顺铂 40mg/m²,静滴,第 2、8 日。每 4 周重复一疗程。术后化疗期限一般要求 6 个月至 1 年。

7.2.2.4 其他途径化学治疗 除全身化学治疗外,尚可进行腹腔内化学治疗、内镜下肿瘤局部注射化学治疗和动脉插管化学治疗。

7.2.3 其他治疗 放射治疗和免疫治疗可作为胃癌的綜合治疗措施。

收稿日期:2009-08-10

本文部分摘自中华医学会编著,人民卫生出版社出版的《临床诊疗指南·消化系统疾病分册》。