

临床诊疗思维技巧

夏丽等 主编



内蒙古科学技术出版社

临床诊疗思维技巧

主 编 夏 丽 许立国 吕霞霞
崔 静 邹 雁 牛凤环

内蒙古科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床诊疗思维技巧 / 夏丽等主编. — 赤峰: 内蒙古
科学技术出版社, 2010. 1

ISBN 978 - 7 - 5380 - 1941 - 4

I. ①临… II. ①夏… III. ①临床医学—诊疗 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 012630 号

出版发行: 内蒙古科学技术出版社

地 址: 赤峰市红山区哈达街南一段 4 号

邮 编: 024000

出 版 人: 额敦桑布

组织策划: 那 明

责任编辑: 张文娟

封面设计: 王 博

印 刷: 赤峰富德印刷有限责任公司

字 数: 610 千

开 本: 787 × 1092 1/16

印 张: 22.5

版 次: 2010 年 1 月第 1 版

印 次: 2010 年 1 月第 1 次印刷

定 价: 58.00 元

编委会

主 编 夏 丽 许立国 吕霞霞 崔 静 邹 雁 牛凤环
副主编 菅福琴 魏佑荣 徐苏晋 贾丽华 李培玉 陈亚萍

编者及所在单位

夏 丽	新疆生产建设兵团医院
许立国	淄博市妇幼保健院
吕霞霞	山东中医药大学
崔 静	山东中医药大学第二附属医院
邹 雁	新疆生产建设兵团医院
牛凤环	山东省肿瘤防治研究院
菅福琴	山东中医药大学第二附属医院
魏佑荣	淄博市妇幼保健院
徐苏晋	山东省莒县中医医院儿科
贾丽华	新疆生产建设兵团医院
李培玉	滨州市中心医院
陈亚萍	新疆生产建设兵团医院

前 言

随着现代科技的飞速发展,电子技术、分子生物学、生物医学工程、信息技术等各个领域的新成就都在深刻地影响着现代医学的发展。临床疾病的诊断和治疗已经与许多领域的最新成就有了密切的关系,并随之发生着巨大的变化。由于疾病诊断水平的不断提高,治疗技术日趋完善,诊疗难度也越来越大,以前很多被认为无法治疗的疾病现在也可以获得良好的治疗效果。

尽管有一些类似书籍面世,但仍难以满足广大医务工作者提高临床诊疗技巧的需要。为此我们组织了一批有多年临床工作经验并有较高临床诊疗水平的医护人员编写了这本《临床诊疗思维技巧》,其目的是对临床医学诊疗的思维与技巧进行归纳与提高。

本书参编人员来自于不同的专业,但所写内容均是编者所从事或熟悉的专业,对于不熟悉的专业内容宁缺毋滥,故而未写成“大而全”式的教科书。

本书内容新颖、翔实、言简意赅,可作为各级医务人员、医学院校教师、医学生、研究生和相关科研工作者的专业书籍和参考读物。

在组织编写过程中,由于时间紧、任务重,加上水平所限,虽几经编者相互评阅和编辑精心审校,仍难免有不当之处,敬请读者海涵并指正,以便本书有机会再版时更加臻美。

本书编委会
2009年冬

目 录

第一篇 消化系统疾病诊疗

第一章 消化系疾病研究概况	1
第二章 上消化道出血	7
第三章 急性胃黏膜病变	16
第四章 肝炎与肝硬化	23
第一节 乙型肝炎治疗药物	23
第二节 丙型肝炎 Caspase 3 基因治疗	26
第三节 原发性胆汁性肝硬化的治疗	28
第四节 TIPS 治疗门静脉高压症	31
第五章 肝癌	35
第一节 肝细胞癌治疗的思维理念	35
第二节 超声引导注射乙酸治疗肝癌	37
第三节 分子靶向治疗原发性肝癌	39
第四节 肝癌的临床护理	43
第六章 急性肝功能衰竭	47
第七章 胰腺癌的内科治疗	57

第二篇 妇科疾病诊疗

第一章 异位妊娠	61
第一节 异位妊娠的早期诊治	61
第二节 输卵管妊娠	64
第三节 异位妊娠护理	66
第二章 围绝经期功能失调性子宫出血	68
第三章 剖宫产后出血的治疗	72
第四章 多囊卵巢综合征	76
第五章 妇科肿瘤	82
第一节 卵巢肿瘤	82
第二节 卵巢癌腹腔化疗	86
第三节 卵巢癌腹腔热灌注化疗	90
第四节 宫颈癌联合放化疗	92
第五节 妇科恶性肿瘤化疗的护理	96

第六节	妇科肿瘤化疗肾毒性的护理	98
第七节	肿瘤患者恶液质的治疗	99
第八节	外阴癌根治术围手术期护理	102
第六章	妇产科药物	106
第一节	雌激素	106
第二节	孕激素	108
第三节	生殖医学用药	110

第三篇 儿科疾病诊疗

第一章	小儿疾病的诊疗	127
第一节	小儿消化道出血	127
第二节	小儿咳嗽变异性哮喘的中医药治疗	134
第三节	小儿心血管疾病的诊治	137
第四节	小儿神经系统疾病的诊治	141
第五节	佝偻病的诊断	144
第二章	新生儿疾病诊疗	147
第一节	新生儿缺氧缺血性脑病的治疗	147
第二节	新生儿巨细胞病毒感染	149

第四篇 口腔疾病诊疗

第一章	牙病诊疗	152
第一节	牙周病的治疗	152
第二节	激光在牙体牙髓疾病治疗中的应用	154
第三节	牙齿楔状缺损的治疗	157
第四节	错牙畸形	162
第五节	双磷酸盐治疗牙周炎	164
第六节	牙本质过敏的治疗	168
第七节	埋伏牙的治疗	171
第二章	颌面部血管瘤的药物治疗	174
第三章	牙本质牙髓复合体的临床应用	178
第四章	口腔癌	183

第五篇 中医药与针灸在诊疗中的应用

第一章	中医药在诊疗中的应用	187
第一节	现代中药提取技术	187
第二节	反流性食管炎的中医药治疗	189

第三节	溃疡性结肠炎的中医药治疗	192
第四节	重症急性胰腺炎的中医药治疗	196
第五节	小儿哮喘缓解期的中医药治疗	199
第六节	冬虫夏草的临床应用	201
第七节	中药的利胆作用	205
第二章	针灸在诊疗中的应用	209
第一节	针灸治疗原发性骨质疏松症	209
第二节	针灸治疗支气管哮喘	212
第三节	针灸治疗强直性脊柱炎	214
第四节	针灸治疗神经根型颈椎病	218
第五节	针灸治疗围绝经期综合征	220
第六节	针灸治疗膝骨关节炎	223
第七节	针灸治疗小儿脑性瘫痪	225
第八节	针灸治疗抑郁症	227
第九节	针刺治疗中风偏瘫痉挛状态	229
第十节	针灸治疗癌性疼痛	232
第十一节	针刺治疗高血压	235

第六篇 医学超声在诊疗中的应用

第一章	超声诊断甲状腺乳腺疾病	238
第一节	超声诊断甲状腺结节性病变	238
第二节	超声诊断乳腺肿块	241
第二章	超声诊断糖尿病	244
第三章	超声诊断在妇产科的应用	247
第一节	超声诊断异位妊娠	247
第二节	四维超声诊断胎儿先天性心脏病	249
第三节	超声诊断新生儿颅脑疾病	251
第四节	超声诊断卵巢肿瘤	254
第四章	彩色多普勒超声诊断恶性淋巴瘤	258
第五章	超声诊断肾动脉狭窄	261

第七篇 临床麻醉学在诊疗中的应用

第一章	麻醉进展概况	263
第二章	无痛技术	266
第一节	无痛胃肠镜检查	266
第二节	无痛纤维支气管镜检查	268
第三节	无痛人流	270

第三章 麻醉前准备	272
第四章 麻醉期间管理	275
第五章 避免麻醉中知晓的策略	280
第六章 麻醉技巧	283
第一节 腰麻	283
第二节 硬膜外麻醉	286
第三节 全凭静脉麻醉用药	294
第四节 小儿手术的麻醉	297
第七章 门诊癌痛病人麻醉药品管理	303

第八篇 临床护理学在诊疗中的应用

第一章 分级护理	305
第二章 静脉输液的护理	308
第三章 导尿术及护理	317
第一节 排尿异常的护理	317
第二节 导尿术	320
第四章 口腔护理	323
第一节 放射性口腔黏膜炎护理	323
第二节 口腔护理	326
第五章 压疮护理	330
第六章 病情观察和护理	332
第一节 病情观察	332
第二节 危重患者的抢救	334
第七章 乳腺癌护理	339
第一节 乳腺癌的心理干预治疗	339
第二节 乳腺癌预防概论	343
第三节 乳腺癌的三级预防	344
第八章 终末期护理	347
第一节 肿瘤患者的终末期护理	347
第二节 关于安乐死	349

第一篇 消化系统疾病诊疗

第一章 消化系统疾病研究概况

一、食道病变

胃食道反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)多见于西方国家。美国有 GERD 症状者占一般人群的 14% ~20% ,亚太地区近年来的发病率有增高趋势。

GERD 可分为两种类型,即内镜阴性反流病(NERD)和内镜阳性糜烂性食管炎(EE)。多数学者认为内镜阴性的 GERD 患者,其胸骨后疼痛不适主要是诊断经验不足,重视程度不够,存在“视而不见”。此外,可能还与种族、环境、饮食习惯和地缘的差别有关。Barrett 食管主要表现为胃食管反流及其并发症所引起的症状,包括烧心、胸骨后疼痛、泛酸及进食梗阻等。值得注意的是,Barrett 食管中有 1/4 的患者并无胃食管反流症状,提示可能还有其他因素的参与。内镜下 Barrett 食管可分为全周型、岛状型和舌型。根据资料,以全周型最为常见(67.0%),岛状型次之(24.5%),舌型少见(8.5%)。根据 Barrett 食管的长度,可分为长段 Barrett 食管($\geq 3\text{cm}$)和短段 Barrett 食管($< 3\text{cm}$),其中以短段 Barrett 食管更常见。根据壁细胞及杯状细胞的有无,Barrett 上皮可分为胃底型、交界型及肠化型 3 种类型。在 3 种化生上皮中,一般认为肠化型最易癌变。关于 Barrett 食管的定义和诊断还存在不同意见,传统的观点认为只要活检有特殊肠化生黏膜,即可定义为 Barrett 食管,而不必考虑受累的长度。但新近部分学者认为,只要活检证实为化生上皮即可定义为 Barrett 食管,而肠化并非是诊断 Barrett 食管的必需条件。放大内镜结合色素内镜对 Barrett 食管小凹进行分型,对诊断肠化型 Barrett 食管很有帮助。Barrett 食管主要并发症为食管炎、食管狭窄、食管溃疡和食管腺癌。对诊断 Barrett 食管的患者,应纳入内镜监测计划,定期追踪和监视观察,使肿瘤在早期阶段被检出。不过在如何处理 Barrett 食管和腺癌的关系、是否只有特殊肠化型才能癌变和内镜下如何对 Barrett 食管进行诊断等问题仍需进一步研究。

二、胃部病变

胃癌是我国最常见的恶性肿瘤之一,其发病机制尚未完全明了。基因不稳在胃癌的发生中起重要作用。基因不稳包括核基因组不稳(nMSI)和线粒体基因组不稳(mtMSI)。nMSI 包括两种不同的途径,即染色体不稳和微卫星不稳(MSI)途径。染色体不稳途径亦称肿瘤抑制途径,由于染色体大片段的丢失、易位和重排,导致了大量的异倍体细胞。微卫星不稳途径则是由于错配修复基因突变使单核苷酸水平的突变率增加,导致了广泛的 MSI。

近年发现 mtMSI 亦参与了胃癌的发生。由于真核细胞 mtDNA 几乎均是小于 20kb 的闭环

分子,与核基因组相比,其分子量小,缺乏组蛋白保护,易受致癌物攻击,且其缺乏损伤修复系统,因此是致癌物的重要靶点。由浅表性胃炎→萎缩性胃炎→胃癌前病变→胃癌的过程中,mt-MSI 的检出率似乎有增加趋势,提示 mtMSI 可能与胃癌的发生有关。不但胃癌组织中检出 mt-MSI,而且肠上皮化生和异型增生组织也检出了 mtMSI,提示 mtMSI 可能发生于胃黏膜癌变的早期阶段。研究还显示,部分胃癌及其癌前病变细胞核基因组中存在 mtDNA 序列,提示 mtDNA 可整合到核基因组中,其意义值得进一步研究。由于局部内脏神经感觉障碍所致。但随着放大胃镜和色素内镜等新技术的应用,发现此类患者食管上皮亦存在着形态学改变。GERD 明显影响患者的生活质量,治疗目的主要包括控制症状、愈合黏膜病变、改善生活质量和阻止潜在的远期并发症。治疗方法包括药物、外科和内镜治疗,是否能改善或消除食管酸暴露是判断 GERD 治疗方法是否有效的依据。药物治疗方面质子泵抑制剂(PPI)是抑酸治疗的“金标准”,但疗效存在一定差异。长时间服用 PPI 者会发生不同程度的夜间酸突破(NAB)。新推出的 PPI 制剂,因其改变了药物代谢途径,使得抑酸效果明显提高,个体差异也明显减少,因此近年备受推崇。

内镜下治疗对于药物治疗无效的患者可以试用,常见治疗方法有腔内黏膜缝合术、射频消融术、硬化剂注射、假体置入术等,但其疗效亦需进一步评价。腹腔镜或开腹胃底折叠术对合并食管裂孔疝者为首选方法。

Barrett 食管是指远端食管的鳞状上皮被柱状上皮取代的一种病理现象。Barrett 食管是食管腺癌的重要癌前病变,其患食管腺癌的危险性为正常人群的 30~50 倍,严重威胁着人类的健康。一般认为,Barrett 食管与胃食管反流密切相关。欧美国家 Barrett 食管在普通人群中的检出率为 1%~1.5%,而在胃食管反流人群中检出率则高达 10%~15%。根据资料,Barrett 食管在胃食管反流患者中的检出率仅为 3.2%,明显低于国外报道。究其原因,除考虑与内镜医师对 Barrett 食管发现 mtMSI 和 mtDNA 整合主要发生于幽门螺旋杆菌(*Helicobacter pylori*, HP)感染胃黏膜,提示可能与 HP 感染有关。我们的研究表明,HP 的致癌作用涉及线粒体途径。

目前在人群中筛查胃癌尚缺乏可行的办法,但随着放大内镜、色素内镜、共聚焦内镜、窄带光谱成像内镜、超声内镜等新技术的应用,早期胃癌的检出率明显提高,因此其手术治疗方式也逐步由根治性向局部性手术过渡。特别是对无淋巴结转移的黏膜内癌的精确诊断,为现代微创手术提供了先决条件,其中的一个重要进展就是内镜下黏膜切除术(EMR)和黏膜下剥离术(ESD)。与外科手术相比,EMR 和 ESD 操作比较简单,创伤较小,患者恢复较快,费用较低,目前在日本等国家已普遍开展,国内此项技术的应用亦逐年增多。

Hp,尤其是 CagA + 菌株已被确定为胃癌的 I 级致病因子。研究表明随着 HP 感染率下降,胃癌的发病率呈下降趋势;而成功根除 Hp 可阻止甚至逆转胃黏膜萎缩和肠化生等癌前病变,故推荐对有胃癌家族史、伴有癌前病变组织学表现者和胃癌高发地区人群行 Hp 根除治疗。目前认为根除 Hp 最有效的治疗方案为以 PPI 为基础的三联疗法, Hp 根除率为 80%~90%。根除失败的原因有多种,包括治疗方案的选择、Hp 菌株特性及耐药性、患者依从性和个体差异等方面。对有根除适应证者,再次根除被认为是必要和可行的,再根除包括增加联用药物数量(四联)、延长疗程(2 周)、用羟氨苄青霉素、铋剂,以及新推荐的诺氟沙星、利福昔明等取代甲硝唑和克拉霉素等耐药抗生素。HP 疫苗的研究尚处于临床试验阶段,期待其能早日上市,造福患者。

化疗是目前治疗胃癌的主要途径之一,但肿瘤细胞对抗癌药物的多药耐药(MDR)严重影响

响了化疗效果。胃癌多药耐药的产生与多种因素有关,如 MDR 基因的过度表达、拓扑异构酶 II 含量减少或质量改变、谷胱甘肽(GSH)依赖性解毒酶系统活性增加等,其中最重要的是 MDR 的过度表达和其编码产物 P 糖蛋白(P gp)增多。近年的研究表明,胃癌的多药耐药机制还涉及肿瘤易感基因 101、人核糖体蛋白 S13、阮蛋白和锌带基因等。国内外对 MDR 作了大量研究工作。近年,由于使用了更有效的化疗药物,同时制定了更完备的化疗方案,使胃癌患者化疗的疗效得到进一步的提高。最近有研究利用小分子干扰 RNA 片段(siRNA)技术封闭 MDR 基因,阻止相应蛋白的表达,提示逆转 MDR 有可能为胃癌成功的化疗提供一种全新、高效的手段。

三、小肠病变

随着原有检查手段的改进和小肠内镜等新检查手段的出现,小肠疾病的诊断达到了一个新的水平。

胶囊内镜的问世,被认为是小肠疾病诊断中的一个进步。与原先临床常规经典手段,如普通推进式小肠镜、血管造影和小肠钡灌肠相比,胶囊内镜的检查范围、病灶的整体检出率以及患者的接受程度都有明显提高。然而随着检查病例数的增多和相关对比资料的发表,使人们对其局限性和临床实用性也有了更深刻的认识。由于胶囊内镜的前进主要依赖肠道蠕动感收缩,因此其前进方式是非匀速和跳跃式的,位于胶囊一侧的摄像镜头在捕捉图像时存在盲区和遗漏可能;另外肠道内积聚的残留液体、肠腔的半闭合状态会对视野清晰度和观察准确性造成一定影响。移动不可控性和无活检功能仍是现阶段胶囊内镜的最主要技术缺陷。由于螺旋 CT 技术的开展,使得小肠仿真内镜检查得以实施,当小肠管腔被充分扩张后,可比较充分地从不同的角度对病变作全面观察,且操作简单、安全、无痛苦,但其临床实用价值需进一步探索和研究。

双气囊和单气囊小镜的问世与应用,使消化内镜对消化道检查已拓展至深部小肠,原先常规内镜无法抵达的部位和不能检出的情况发生了根本性的变化。因其可将肠管不断地套在镜身上,故可行全小肠的直视检查以及活检、黏膜染色、黏膜下注射、息肉切除等治疗。除了具有检查范围广的优势外,这两种小肠镜还具有普通电子内镜的共同优点,其图像清晰、操作可控制、能取活检等特点,使病变性质得以明确。通过双气囊小肠镜和胶囊内镜对比研究显示,不论在病因诊断的准确性还是在病变范围及程度的判断上,前者都有极大的优越性。双气囊和单气囊小肠镜的上述多种优势和特点有可能使其成为未来小肠疾病重要的检查手段。经口腔和肛门式的上下结合检查方式能使整个小肠得以全面、彻底的检查,这些质的飞跃宣告了小肠作为内镜盲区的时代已经结束。

四、大肠病变

炎症性肠病(IBD)包括克罗恩病(CD)和溃疡性结肠炎(UC),与大肠癌一样在欧美地区常见,但近年在我国的发病率均有上升趋势。随着对该病免疫发病机制研究的进展,不少新的免疫治疗策略和生物工程类药物也同时取得了较大的突破。IBD 的诊断需根据临床病史、内镜、X 线(钡剂灌肠)和病理检查结果作综合判断,目前尚无单一的诊断金标准。IBD 在治疗前需评估病变肠道的部位、长度、严重性、病变活动度和肠外表现等指标,以确定个体化治疗方案。UC 可用 Southerland 指数评分,CD 则用 Harvey Bradshaw 指数评分。UC 患者首次治疗可选用水杨酸制剂、糖皮质激素、环孢素和抗生素,维持治疗推荐用水杨酸制剂或免疫抑制剂,但不推荐使用激素。CD 可选用水杨酸制剂、糖皮质激素、免疫抑制剂、生物制剂如抗肿瘤坏死因子 α 单抗(Infliximab),维持治疗可用水杨酸制剂或免疫抑制剂。IBD 药物治疗无效可考虑手术治疗。

大肠癌多由息肉恶变而来,部分有家族遗传倾向,恶性程度较低,早期诊治可有效降低病死

率。一般认为对 50 岁以上人群和高危因素者(如大肠息肉或肿瘤家族史者)进行大便隐血试验(OB)和结肠镜筛查,如发现息肉应行内镜切除,此为预防大肠癌的最好方法。COX-2 抑制剂对胃肠道肿瘤的预防也取得了令人鼓舞的成绩,研究表明大肠癌组织及其癌前病变中 COX-2 表达增加,而 COX-2 抑制剂有可能阻断肿瘤的发生、发展。非甾体类抗炎药(NSAIDs)的研究显示其能抑制腺瘤和结直肠癌的形成,但 NSAIDs 预防结肠癌前病变的剂量、用药时间及安全性需进一步研究。COX-2 的特异抑制剂 celecoxib 和 rofecoxib 避免了 NSAIDs 所产生的胃肠道毒性,但目前疗效尚需进一步临床随访来证实。

胃肠道间质肿瘤(gastrointestinal stromal tumor, GIST)是近年的研究热点之一。GIST 是对胃肠道梭形细胞和上皮样细胞肿瘤的通称,其来源尚不明确。近年 STI 571(又称 Gleeve, 格列卫)在胃肠道间质细胞瘤的治疗中显示出良好的治疗作用。对 1 组 148 例不能切除的 GIST 患者每日口服 600mg STI 571,结果 59% 的患者肿瘤体积缩小,随访研究发现继续治疗和已缓解患者均未发生肿瘤复发。STI 571 对促使 GIST 细胞癌变的缺陷位点具有靶向性,对正常细胞无明显副作用,是治疗 GIST 的理想药物。

五、肝脏疾病

慢性病毒性肝炎仍然是肝病研究的重点,随着对乙型和丙型肝炎病毒结构基因组和功能基因组等基础研究的不断深入,近年来对临床常见的上述两种病毒性肝炎的治疗也有较大进步。核苷类似物拉米呋定对 HBV 的治疗效果肯定,但是其主要问题为 YMDD 变异。新的核苷类似物如阿德福韦对于出现对拉米呋定耐药的 HBV 仍然有效。目前已有一些基因治疗方法已开发成功,包括核酶、抗过敏寡核苷酸、干扰肽及治疗性 DNA 疫苗。最近,小干扰 RNAs(siRNAs)的出现更是提高了大家对基因治疗的兴趣。siRNAs 导入人类细胞可以沉默特异细胞 mRNAs 而没有出现非特异性反应。当然,对于这些分子的转移、稳定性、毒性、耐药性的相关报道尚需谨慎评价。长效聚乙二醇 α 干扰素(PEG IFN- α)的问世,与利巴韦林的合用,使得丙型肝炎疗效又进一步提高,60% 左右的患者可获得持续应答,当前在国际上已公认 PEG IFN- α 与利巴韦林的联合疗法为最优的选择,但因其价格昂贵,在一定程度上限制了其在临床上的应用。影响其疗效的因素除 HCV 的基因型和易发生变异外,主要有血液内病毒载量,肝纤维化程度,治疗前 ALT 水平,患者体质量和年龄、饮酒、脂肪肝、患者的依从性和合并 HIV 感染等。

酒精性肝病是西方国家导致肝硬化最重要的原因,在我国酒精性肝病在肝病中所占的比例也在逐年增加。酒精性肝病包括轻度酒精性肝损伤、酒精性脂肪肝、急性酒精性肝炎、酒精性肝纤维化和肝硬化。近年,对酒精性肝病发病机制的研究逐步深入,酒精性肝病的治疗也取得了一些进展。戒酒是治疗各型酒精性肝病的关键,其他治疗措施都应在戒酒的基础上。对酒精性肝炎患者给予营养支持治疗可以改善患者的营养状况,恢复肝脏肝功能,并可降低患者的病死率。糖皮质激素可以减轻急性酒精性肝炎的炎症反应,减少细胞因子的产生,抑制乙醛加合物和胶原的产生。抗氧化剂水飞蓟素可用于酒精性肝硬化的长期治疗,可能提高部分酒精性肝硬化患者的生存率,但患者预后的改善可能主要还是得益于戒酒。S2 腺苷蛋氨酸具有抗氧化和膜稳定作用。随机双盲试验表明,丙硫氧嘧啶可以抑制机体的高代谢状态,减少肝细胞的氧耗,可能对酒精性肝病有效。秋水仙碱为胶原合成的抑制剂,用于酒精性肝硬化的长期治疗可能提高患者的生存率。磷酸卵磷脂可以抑制肝星状细胞的活化,促进胶原酶的活性,从而具有抗纤维化作用,还可通过抑制细胞色素 P4502E1 的活性及调节 TNF- α 而减轻酒精性肝损害,但未观察到磷酸卵磷脂对肝纤维化组织学的改善作用。

自身免疫性肝病是指由于机体的免疫系统攻击自身的肝组织所造成的一组以肝脏病理损害和肝脏功能试验异常为主要表现的自身免疫性疾病,通常包括自身免疫性肝炎(AIH)、原发性胆汁性肝硬化(PBC)和原发性硬化性胆管炎(PSC)。过去多认为这类疾病在我国极为少见,因而多数临床医师对本类疾病重视不够。近年,由于对此类疾病的认识不断深入以及有关自身抗体检查方法的不断普及,国内的相关报道也不断增加。本病可有多种自身免疫性疾病的表现(如关节炎和关节病),因此曾有人称之为“狼疮性肝炎”。2002年美国肝脏病学会发表的诊疗指南中提出了较为详细的诊断依据。对于血清转氨酶明显升高者或肝组织有中度以上炎症坏死,应给予肾上腺皮质激素治疗。因在停药后仍有较多患者复发,因此不宜过早停药。应采取相应措施防治消化性溃疡、高血压、糖尿病及骨质疏松等不良反应。熊去氧胆酸(UDCA)是唯一经随机双盲临床试验证明对PBC有效的药物。多项随机、双盲、安慰剂对照临床试验均表明本药可显著改善PBC患者的血生化异常及临床进展,但是否能延缓肝脏组织学进展仍有争议。PSC的药物治疗和PBC基本相同,对于用熊去氧胆酸临床疗效不佳者,可考虑加用肾上腺皮质激素或其他免疫抑制剂,但是这种联合疗法的确切疗效尚需进一步评价。

六、胰腺疾病

胰腺疾病方面的研究重点是重症急性胰腺炎、慢性胰腺炎和胰腺癌。随着对重症胰腺炎发病机制和病理生理过程的充分了解,以及治疗的规范化和内外科的协作,重症胰腺炎的病死率已从30%降到10%左右。对于重症胰腺炎更加强调治疗过程中增强CT对胰腺局部炎症及并发症的动态评价。急性胰腺炎的病因诊断越来越为临床医生重视,对于不能明确原因的急性胰腺炎可进行择期ERCP、胆汁分析、Oddi's括约肌测压等以求尽可能做出病因诊断并采取相应措施,以防止胰腺炎复发。内镜介入治疗已经成为重症胆源性胰腺炎公认的治疗手段,其疗效肯定并避免了外科手术;长期禁食和全胃肠外营养使肠屏障功能受损、肠道通透性增加,并促进细菌移位,引起系统性炎症综合征。目前认为早期肠内营养支持治疗是重症胰腺炎患者安全、有效且经济的营养措施,患者对Treitz韧带以下30~40cm的肠内营养有很好的耐受性,又不会进一步加重胰腺的损伤。生长激素在重症胰腺炎的应用也逐渐引起重视,生长激素可以在重症胰腺炎患者禁食和肠外营养时,使机体蛋白质、脂肪、糖的代谢平衡,从而减少了并发症,促进机体恢复。虽然有学者提出应用TNF- α 抗体、IL-1抗体、基因治疗等,但是这些方法尚需进一步的循证医学证实。

近年慢性胰腺炎的内镜治疗有了长足进步,对胰管狭窄、胰管结石可以通过内镜下狭窄扩张、网篮取石、经内镜主胰管内支架引流解除梗阻。经超声内镜腔内引流紧压胃或十二指肠壁胰腺假性囊肿,已成为临床治疗胰腺假性囊肿的重要手段并获得了良好疗效。对于与主胰管相通的囊肿,可以通过放置胰管支架引流从而消除囊肿。

胰腺癌的早期诊断仍是目前研究的重点。胰腺癌的血清标志物监测已经广泛应用于临床,其中CA19-9是公认对胰腺癌诊断和预后判断最有价值的指标。虽然有学者应用聚合酶链反应—单链构象多态性分析研究K-ras基因突变在胰腺癌诊断中的价值,但是结果证明其缺乏特异性。超声内镜(EUS)对于胰腺癌检查、分期及手术可切除性的评估优于CT和ERCP,有助于全面评估胰腺癌的可切除性。胰管镜有助于检测出B超、CT、EUS不能发现的早期胰腺癌。胰管内超声可准确探及胰腺癌尤其是小胰腺癌的位置和大小,对慢性胰腺炎和胰腺癌的诊断优于常规影像学检查。多种微创技术联合应用在胰腺癌的治疗中显示了良好的发展前景。应用高能聚焦超声热疗联合化疗治疗晚期胰腺癌,比单纯化疗效果好。超声内镜引导下腹腔神经丛

阻滯治疗胰腺癌引起的疼痛,收到较好的近期效果。此外胶体³²P 瘤体注射、化疗药物瘤内注射、光动力治疗、生物反应修饰剂瘤内注射等先后进入动物和临床试验阶段,前景看好。

总之,近年消化系统疾病的诊治取得了令人瞩目的成绩,但是我们的诊疗水平与其他先进国家相比仍有一定差距。因此,我国消化系疾病的研究任重而道远。

(陈亚萍)

第二章 上消化道出血

屈氏(Tritz)韧带以上的消化道,包括食管、胃、十二指肠或肝胆等引起的出血,胃空肠吻合术后的空肠病变亦属此范围。上消化道大出血一般是指数小时内的失血量超过1 000ml或循环血量的20%。

一、病因

上消化道出血的原因很多,大多数是上消化道本身病变所致,少数是全身疾病的局部表现。据国内资料,最常见的病因依次是:溃疡病,肝硬化所致的食管、胃底静脉曲张破裂和急性胃黏膜损害、胃癌。其他少见的病因有食管裂孔疝、食管炎、贲门黏膜撕裂症、十二指肠球炎、胃平滑肌瘤、胃黏膜脱垂、胆道或憩室出血。

1. 消化性溃疡病 约占上消化道出血病例的50%,尤以十二指肠球部溃疡居多。致命性出血多属十二指肠球部后壁或胃小弯穿透溃疡腐蚀黏膜下小动脉或静脉所致。部分病例可有典型的周期性、节律性上腹疼痛,出血前数日疼痛加剧,出血后疼痛减轻或缓解。但有30%溃疡病合并出血的病例并无上述临床症状。

2. 食管、胃底静脉曲张破裂 约占25%。绝大部分病例是由于肝硬化、门静脉高压所致。临床上往往出血量大,呕出鲜血伴血块,病情凶险,病死率高。如若体检发现有黄疸、肝掌、蜘蛛痣、脾大、腹壁静脉怒张、腹腔积液等体征,诊断肝硬化不难。但确定出血原因并非容易。一方面大出血后,原先肿大的脾脏可以缩小,甚至扪不到,造成诊断困难;另一方面肝硬化并发出血并不完全是由于食管、胃底静脉曲张破裂,有1/3病例合并溃疡病或糜烂性胃炎出血。肝硬化合并溃疡病的发生率颇高。可能因肝功能减退或门腔分流,使正常存在于门静脉血液内的促胃液分泌物不能灭活,导致胃分泌过多的结果。而肝硬化合并急性糜烂性胃炎,则可能与慢性门静脉淤血造成缺氧有关。因此,当临床不能肯定出血病因时,应尽快做胃镜检查,以便及时作出判断。

3. 急性胃黏膜损害 急性胃黏膜损害包括急性应激性溃疡病和急性糜烂性胃炎两种疾病。而两者主要区别在于病理学,前者病变可穿透黏膜层,以致胃壁穿孔;后者病变表浅,不穿透黏膜肌层。急性胃黏膜损害占上消化道出血病例的15%~30%。

(1)急性应激性溃疡:常见于烧伤、外伤或大手术、休克、败血症、中枢神经系统疾病以及心、肺、肝、肾衰竭等严重疾患。严重烧伤所致的应激性溃疡称柯林溃疡;颅脑外伤、脑肿瘤及脑神经外科手术所引起的溃疡称库欣溃疡。溃疡面常较浅,多发,边缘不规则,基底干净。临床主要表现是难以控制的出血,多数发生在疾病的第2~15天。

(2)急性糜烂性胃炎:应激反应、酗酒或服用某些药物(如阿司匹林、吲哚美辛、利舍平、肾上腺皮质激素等)可引起糜烂性胃炎。病灶表浅,呈多发点、片状糜烂和渗血。

4. 胃癌 多数情况下表现为慢性、少量出血,当癌组织糜烂或溃疡侵蚀血管时可引起大出血。患者一般在45岁以上,出血前常有食欲缺乏及消瘦,贫血与出血的程度不相称,出血后上腹疼痛不减轻,有时反而加剧。如果上腹触及包块、左锁骨上窝及直肠周围淋巴结肿大,则胃癌已属晚期。

5. 食管裂孔疝 多属食管裂孔滑动疝,病变部位胃经食管裂孔进入胸腔。由于食管下段、贲门部抗反流的保护机制丧失,易并发食管黏膜水肿、充血、糜烂甚至形成溃疡。食管炎以及疝囊的出现可出血。以慢性渗血多见,有时大量出血。食管裂孔疝好发于50岁以上的人。患者平时常有胸骨后或剑突下烧灼痛症状,向左肩、颈、前胸放射,伴泛酸、嗝气。在饱食后、负重、弯腰或平卧时易发作,站立走动后缓解。

6. 食管—贲门黏膜撕裂症 本症是引起上消化道出血的重要病因,约占8%,多见于突然增加腹压之后(如剧烈恶心、妊娠呕吐)。酗酒是重要的诱因。有食管裂孔疝的患者更易并发本症。

7. 胆道出血 肝脏化脓性感染、肝外伤、胆管结石、癌及出血性胆囊炎等可引起胆道出血。临床表现特点是出血前有右上腹绞痛,若同时出现发热、黄疸,则常可明确为胆道出血。出血后血凝块可阻塞胆道,使出血暂停。

8. 血管畸形 过去认为血管畸形十分少见,近年随着电子内镜、选择性血管造影及核素扫描的临床应用,血管畸形病例的检出日渐增多,肠道血管畸形是造成慢性或急性消化道出血的一种不可忽视的原因。

9. 全身性疾病 如血液系统疾病、风湿性疾病等亦可累及消化道。常见者如腹型过敏性紫癜。

二、诊断

(一)临床特点

1. 呕血、黑粪

(1)是上消化道出血的特征性表现。

(2)均有黑粪,但不一定有呕血,取决于出血部位、量及速度。

(3)呕血多为咖啡色或棕褐色,量大可为鲜红色或伴血凝块。

2. 失血性周围循环衰竭 程度随出血量多少而异。上消化道出血量400ml以内一般无症状。出血量中等可引起贫血或进行性贫血、头晕、软弱无力,突然起立可产生晕厥、口渴,肢体冷感及血压偏低等。出血达全身血量30%~50%(1500~2500ml)即可产生休克。表现为烦躁不安或神志不清、面色苍白,四肢湿冷呈灰白色或紫花斑,体表浅静脉塌陷、口唇发绀、呼吸困难、血压下降至测不到,脉压差缩小及脉搏快而弱(脉率 $>120/\text{min}$)等,重者反应迟钝、意识模糊。若处理不当,可导致死亡。老年人病死率高。

3. 氮质血症可分肠源性、肾前性、肾性氮质血症

(1)肠源性:出血后血液中蛋白分解产物在肠道吸收,致血中氮质升高。

(2)肾前性:失血后外周循环衰竭,肾血流减少,肾小球滤过率下降,氮潴留。

(3)出血后数小时:血尿素氮开始上升,24~48h达高峰,3~4d后恢复正常。如持续升高,提示出血未停止。如出血纠正,血容量补足,尿素氮仍持续升高,提示肾性氮质血症,肾衰竭。

4. 发热 大量出血后,24h内常出现低热一般不超过 38°C ,可持续3~5d。机制:循环血量减少、周围循环衰竭,致体温调节中枢功能障碍;贫血、基础代谢增高。发热超过 39°C ,持续7d以上,应考虑有并发症存在。

5. 血象

(1)失血性贫血。

(2)出血早期可明显变化,经3h以上才出现贫血。