

· 临床诊疗指南(解读) ·

2012 中国炎症性肠病诊断与治疗的共识意见解读(溃疡性结肠炎部分)

吴小平

[关键词] 炎症性肠病; 溃疡性结肠炎; 诊断与治疗

炎症性肠病(IBD) 是一种病因尚不十分清楚的慢性非特异性肠道炎症性疾病, 包括溃疡性结肠炎(UC) 和克罗恩病(CD)。我国曾先后于 1978 年、1993 年、2000 年和 2007 年就 IBD 的诊断制定过共识意见。近年来, 我国消化界对 IBD 的研究发展很快, 积累了较为丰富的临床经验并发表了不少研究报道。鉴此, 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组主要借鉴国外最新共识, 并结合我国的研究成果和我国实际情况, 对我国 2007 年共识意见进行修订, 于 2012 年发表了新的共识意见。现将 UC 部分主要内容解读如下。

一、UC 的诊断与鉴别

UC 缺乏诊断的金标准, 主要结合临床表现、内镜和病理组织学进行综合分析, 在排除感染性和其他非感染性结肠炎的基础上作出诊断。

临床表现为持续或反复发作的腹泻、黏液脓血便伴腹痛、里急后重和不同程度的全身症状, 病程多在 4~6 周以上。可有皮肤、黏膜、关节、眼和肝胆等的肠外表现。黏液血便是 UC 的最常见症状。有的感染性腹泻也表现为黏液血便, 但大多是自限性, 经抗感染治疗很快症状缓解。所以共识强调 UC 病程 4~6 周, 就是为了排除感染性疾病的可能。结肠镜检查是 UC 诊断的最主要依据。结肠镜下 UC 病变多从直肠开始, 呈连续性、弥漫性分布, 表现为: (1) 黏膜血管纹理模糊、紊乱或消失, 黏膜充血、水肿、质脆、自发或接触出血和脓性分泌物附着, 亦常见黏膜粗糙、呈细颗粒状; (2) 病变明显处可见弥漫性、多发性糜烂或溃疡; (3) 可见结肠袋变浅、变钝或消失以及假息肉、桥黏膜等。我们觉得肠镜表现最要看重的是病变从直肠开始, 呈连续性、弥漫性分布, 这是最起码的特征, 如果初诊患者这点不符合就不能诊断 UC。要注意的是, 治疗过的 UC 可以不均衡愈合而表现为非连续性病变。活检组织学虽无特异性, 但还是有其特征。具体组织学表现共识中有详细描述, 严格说病理医生阅片报告时应按照这些表现具体描述。但目前我国因医疗体制所限, 绝大多数医院的病理检查很难达到细致理想的阅片。新的共识中临床类型只分为初发型和慢性复发型, 弃用暴发型结肠炎概念, 将其归在重度 UC 中。病变范围推荐采用蒙特利尔分类, 分为直肠型、左半结肠型和广泛结肠型。疾病活动性的严重程度: UC 病情分为活动期和缓解期, 活动期的疾病按严重程度分为轻、中、重度。改良的 Truelove 和 Witts 严重程

度分型标准易于掌握, 临床上实用。改良 Mayo 评分更多用于临床和研究的疗效评估。UC 的诊断其实最重要就是排他性诊断, 即临床表现和肠镜检查符合 UC 特征是最基本的诊断条件, 但符合这个条件还要排除其他相类似的疾病。共识列举了需要鉴别的疾病有急性感染性肠炎、阿米巴肠病、肠道血吸虫病及其他疾病(肠结核、真菌性肠炎、抗生素相关性肠炎、缺血性结肠炎、放射性肠炎、嗜酸粒细胞性肠炎、过敏性紫癜、胶原性结肠炎、白塞病、结肠息肉病、结肠憩室炎以及 HIV 感染合并的结肠病变)。这些疾病有时候肠镜下很难与 UC 鉴别, 但可通过发病史、病理组织学、病原学检查等方法找到鉴别点。总之, UC 鉴别并不困难, 前提是内镜表现符合 UC 时我们要有排除其他疾病的意识。共识还特别提到, 结肠镜检查发现的直肠轻度炎症改变, 如不符合 UC 的其他诊断要点, 常为非特异性, 应认真寻病因, 观察病情变化。

二、UC 的治疗

UC 治疗目标为: 诱导并维持临床缓解及黏膜愈合, 防治并发症, 改善患者生存质量。

治疗药物包括氨基水杨酸制剂、皮质激素、免疫抑制剂和生物制剂。药物的选择依病情轻重和病变部位而异。氨基水杨酸制剂包括传统的柳氮磺吡啶(SASP) 和其他各种不同类型 5-氨基水杨酸(5-ASA) 制剂。而 5-ASA 根据释放部位和释放机制不同有前体药物(奥沙拉秦和巴柳氮) 和美沙拉秦, 美沙拉秦在国内上市的已有多种制剂。不同类型 5-ASA 制剂疗效大致相当, 而 SASP 疗效与其他 5-ASA 制剂也相似, 但不良反应远较这些 5-ASA 制剂多见。

1. 轻中度 UC 的治疗

氨基水杨酸制剂是治疗的主要药物, 无效时尤其是病变广泛时可改用口服激素, 按泼尼松每天 0.75~1 mg/kg 给药。症状缓解后逐渐减量至停药。激素无效或依赖的中度患者可用硫嘌呤类免疫抑制剂: 包括硫唑嘌呤(AZA) 和 6-巯基嘌呤(6-MP)。AZA 欧美推荐的目标剂量为每天 1.5~2.5 mg/kg。当激素及上述免疫抑制剂治疗无效或激素依赖或不能耐受上述药物治疗时的中度 UC, 可考虑英夫利西(IFX) 治疗。国外研究已肯定 IFX 的疗效, 我国正在进行上市前 III 期临床试验。对病变局限在直肠或直肠乙状结肠者, 强调局部用药(病变局限在直肠用栓剂、局限在直肠乙状结肠用灌肠剂), 口服与局部用药联合应用疗效更佳。

2. 重度 UC 的治疗

重度 UC 病情重、发展快, 处理不当会危及生命。应收入院

DOI: 10.3969/j.issn.1001-9057.2015.01.027

作者单位: 410011 长沙, 中南大学湘雅二医院消化内科

予以积极治疗。

(1) 一般治疗: 补液、补充电解质, 防治水电解质、酸碱平衡紊乱, 特别是注意补钾。便血多、血红蛋白过低者适当输红细胞。病情严重者暂禁食, 予胃肠外营养。注意忌用止泻剂、抗胆碱能药物、阿片制剂、NSAIDs 等以避免诱发结肠扩张。对中毒症状明显者可考虑静脉用广谱抗菌药物。

(2) 静脉用激素: 为首选治疗。甲泼尼龙 40 ~ 60 mg/d, 或氢化可的松 300 ~ 400 mg/d, 剂量再大不会增加疗效, 但剂量不足亦会降低疗效。

在静脉用足量激素治疗大约 5 天仍然无效, 应转换治疗方案。转换治疗方案一: 转换药物的所谓“拯救”治疗, 依然无效才手术治疗。“拯救”治疗药物: ①环孢素 (CsA): 每天 2 ~ 4 mg/kg, 静脉滴注。有效者, 待症状缓解改为口服继续使用一段时间 (不应超过 6 个月), 逐渐过渡到硫嘌呤类药物维持治疗; 4 ~ 7 天治疗无效者, 应及时转手术治疗。②IFX。转换治疗方案二: 立即手术治疗。

3. 缓解期的维持治疗

除轻度初发病例、很少复发且复发时为轻度而易于控制者外, 均应接受维持治疗。激素不作维持治疗的药物。维持治疗药物选择视诱导缓解时用药情况而定。由氨基水杨酸制剂或激素诱导缓解后以氨基水杨酸制剂维持, 用原诱导缓解剂量的全量或半量, 维持治疗时间 3 ~ 5 年或更长。对于激素依赖者或氨基水杨酸制剂不耐受者用硫嘌呤类药物维持治疗, 剂量与诱导缓解时相同, 维持的疗程尚无共识。以 IFX 诱导缓解后继续 IFX 维持, 维持的疗程亦尚无共识。

4. 手术治疗

手术治疗的绝对指征: 大出血、穿孔、癌变及高度疑为癌变。相对指征: (1) 积极内科治疗无效的重度 UC。(2) 内科治疗疗效不佳和 (或) 药物不良反应已严重影响生存质量者, 可考虑外科手术。

(收稿日期: 2014-07-15)

(本文编辑: 张敏)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

《临床内科杂志》稿约

《临床内科杂志》是由中华医学会湖北分会主办的内科专业性学术期刊, 是国家科学技术部中国科技论文统计源期刊、中国科技核心期刊。本刊以知识更新和提高内科医师的诊治水平为办刊宗旨, 其内容密切结合临床实践, 以广大内科医师为读者对象。欢迎作者踊跃投稿。

一、本刊主要栏目: 综述与讲座、论著、临床基础研究、论著摘要、临床诊治经验与教训、临床病理 (病例) 讨论、病例报告、继续教育园地、内科临床常见疾病的诊疗指南 (解读) 等。

二、对来稿的要求

1. 文稿应具有科学性、实用性、真实性、创新性, 重点突出, 论点明确, 资料可靠, 文字精炼, 层次清楚, 数据准确。综述与讲座、论著等包括图表和参考文献在内 (按所占版面计) 一般不超过 5 000 字, 论著摘要、临床诊治经验与教训、病例报告类文稿字数可视情况而定, 以 800 ~ 2 000 字为宜。

2. 文题: 力求简明、醒目, 反映文章的主题。中文文题最好不超过 20 个汉字。

3. 作者: 作者姓名在文题下按序排列, 排序应在投稿时确定, 并在论文推荐信中注明, 一般不再作更动。详细注明第一作者和通讯作者的单位名称、邮政编码、E-mail、联系电话 (尽可能提供手机号码)。

4. 摘要: 论著类文章需附中、英文文题和摘要 (中文 300 个字左右、英文 300 个实词左右), 摘要包括论文的目的 (Objective)、方法 (Method)、结果 (Result)、结论 (Conclusion) 四部分。英文摘要尚应包括文题、作者姓名 (汉语拼音, 姓每个字母均大写, 名字首字母大写, 双字名中间不加连字符)、单位名称、所在城市名、邮政编码和国名。作者应列出前 3 位, 3 位以上加 “et al”; 不属同一单位时, 在第 1 作者姓名右上角加 “*”, 同时在单位名称首字母左上角加 “*”。

5. 关键词: 每篇文章均需标引 2 ~ 5 个关键词, 标引关键词应针对文章的重点内容列出, 尽量使用美国国立医学图书馆编辑的最新版《Index Medicus》中医学主题词表 (MeSH) 内所列的词。

6. 医学名词: 应使用全国科学技术名词审定委员会公布的名词。尚未通过审定的学科名词, 可选用最新版《医学主题词表 (MeSH)》、《医学主题词注释顺序表》、《中医药主题词表》中的主题词。对没有通用译名的名词术语于文内第 1 次出现时应注明原词。中西药名以最新版本《中华人民共和国药典》和《中国药品通用名称》 (均由中国药典委员会编写) 为准。确需使用商品名时应先注明其通用名称。中药应采用正名, 药典未收录者应附注拉丁文名称。