

(上接第14版)

贾继东 自身免疫性肝炎诊疗要点



贾继东 教授

自身免疫性肝炎(AIH)是一种以自身免疫反应为基础的肝脏炎症性疾病。其临床特点为不同程度的血清转氨酶升高、高 γ -球蛋白血症、自身抗体阳性。免疫抑制剂治疗可显著改善AIH患者的生物化学指标及临床症状,甚至能逆转肝纤维化,从而显著改善患者预后和生存质量。随着自身抗体和肝组织病理学检查的广泛开展,我国AIH患者检出率逐年增加。

AIH临床表现不典型

首都医科大学附属北京友谊医院肝病中心贾继东教授介绍,AIH的起病形式和临床表现多样。本病男女比例约为1:4。部分患者无任何症状,只有在生化检查出现肝功异常时才发现。多数患者表现为慢性慢性肝炎,起病隐匿,可有乏力、全身不适等,也可无任何临床症状,只是在常规体检发现肝功能异常。约1/3患者诊断时已存在肝硬化表现。少数

(约25%)患者表现为急性起病,甚至发展为急性肝衰竭。因此,在对急性肝功能异常的鉴别诊断中,应考虑AIH的可能。

诊断缺乏单一的客观指标

AIH患者主要表现为血清转氨酶ALT及AST明显升高,而ALP和GGT水平正常或轻微升高,球蛋白特别是 γ -球蛋白多有明显升高。最有意义的是血清IgG升高,该项指标不仅有助于诊断,而且对监测治疗应答具有重要的参考价值。大多数AIH患者血清中存在一种或多种高滴度的自身抗体,但大多缺乏疾病特异性。因此,对于有肝脏转氨酶明显升高、IgG升高者,即使自身抗体阴性,也不能完全排除AIH。相反,对于有肝功能轻度异常甚至无任何肝功能指标异常者,即使有自身抗体阳性的者,也不可轻易诊断为AIH。

贾继东教授指出,肝组织病理学检查是AIH的主要诊断条件之一,如果没有明显禁忌证,疑诊AIH者都应进行肝组织活检并请病理医生阅片以明确诊断。一般只有急性肝衰竭,出现严重凝血障碍等危重情况,且生化、免疫等其他表现符合典型AIH的情况下,才可“试用”激素治疗。

目标:获得完全生物化学指标缓解

临床可行的治疗目标是获得完全生物化学指标缓解,即血清氨基转移酶和IgG水平平均恢复正常。糖皮质激素单用或与硫唑嘌呤联用仍是治疗AIH的标准疗法。维持治疗阶段甚至可将泼尼松(龙)完全停用,仅以硫唑嘌呤50mg/d单药维持。一般疗程应2年以上。对于希望停药者,最好进行肝活检复查,以减少复发。复发者可重新按原治疗方案治疗,但药物减量宜慢,最好延长疗程。糖皮质激素的减量应遵循个体化原则,可根据血清生物化学指标和IgG水平进行调整。

应用标准疗法应答不佳或治疗失败的患者,首先需重新考虑AIH的诊断是否正确,同时对依从性进行评估。如除外了上述问题,则应先尝试大剂量泼尼松(60mg/d)或泼尼松(30mg/d)联合硫唑嘌呤(150mg/d)治疗方案,但须密切监测患者对药物的耐受性。如治疗效果仍不理想,则需考虑试用其他药物如环孢素A、他克莫司、吗替麦考酚酯等。

肝移植是治疗终末期AIH肝硬化的有效方法,暴发性肝衰竭激素治疗无效者,也应考虑肝移植。

赵海英 内镜下胃造口术的实施与管理



赵海英 副教授

营养支持的途径有肠外营养(PN)与肠内营养(EN),EN对肠屏障具有保护作用,如刺激肠道蠕动,增加肠黏膜血流,刺激肠道激素及消化液分泌等。胃造口术是一种有创置管技术,是肠内营养的常用途径。1980年,Gauderer和Ponsky首次报道经皮内镜下胃造口术(PEG),之后该技术不断被改进。

PEG优点

首都医科大学附属北京友谊医院消化内科赵海英副教授介绍,与鼻胃管相比,PEG具有减少长期压迫摩擦引起的鼻咽部刺激和不适;减少胃食管反流,更易耐受;方便给药,便于护理;更易管理,可长期留置的优点。与外科手术相比,PEG具有微创、简单、安全,并发症少;手术时间短;费用-效益比良好的优点。

PEG适应证及禁忌证

适应证 各种原因导致的吞咽、进食困难;非手术患者。PEG的前提条件是胃肠道有功能,非短期存活,肠内营养超过30d,食管无梗阻。

PEG患者筛选 需谨慎,年龄、原发病、各脏器功能状态;患者及家属的要求;胃肠道是否有功能;生存期都是需要考虑

的因素。

禁忌证 胃次全切除术后;胃排空障碍;幽门或十二指肠不全梗阻;胃壁肿瘤或受肿瘤侵犯等。

PEG方法

PEG置管手术方法有拖出法、推入法与插入法,其中拖出法是最重要的方法。Gauderer教授等在1980年首次将该方法公布于众,替代了传统的手术胃造口的方法,自发明至今鲜有变化。

拖出法 对胃及十二指肠进行常规检查,排除影响置管的病变;将胃镜视野对准胃体前壁,注入气体使胃壁充分展开;透光试验及指压试验:助手在腹壁寻找内镜透光点并指压定位;内镜确认穿刺点后,助手在腹壁做常规消毒、铺巾、局麻、皮肤切开8~10mm;将带套管的穿刺针垂直穿入胃内;退出钢针,将导丝沿套管置入胃内,同时护士将鼠齿钳经活检通道插入,钳住导丝;连同胃镜一同退出口腔,导丝与造瘘管连接后自腹壁往外拉出,直至造瘘管的内垫紧贴胃内壁;再次插入胃镜观察,确定造瘘管固定良好,退出胃镜;固定PEG导管;剪去多余部分,连接输注接头,手术完毕。

PEG并发症死亡率为

0.3%~1%,严重并发症有出血、内垫综合征等。术前应充分评估解剖结构特点,积极纠正凝血机制异常以预防出血;常规检查导管位置,外垫与皮肤间留置适当距离,每日旋转导管180~360度以预防内垫综合征。

拔管

赵海英教授介绍,作为预防性或短暂性的措施,约20%~30%的PEG导管需拔除,为避免继发肠梗阻,建议在胃镜下使用圈套器取出固定垫片。任何情况下儿童都必须在胃镜下取出PEG导管。建议置管后最初10d内不要拔管,因此段时间内易发生腹膜炎等局部并发症。部分带有内部固定垫片的PEG系统可在体外直接经皮拔管,而无需进一步内镜下处理,建议应用于那些短暂性使用额外EN的患者(如计划化放疗,而营养状态极差的患者)。如保护得当,PEG导管可使用多年,甚至达10年以上。

推动中国消化内镜技术与规范 奥林巴斯责无旁贷

卫星会



平泽俊明 教授

6月15日,第16届北京国际消化疾病论坛召开期间,奥林巴斯分别在主会场与分会场举办了两场卫星会。主会场日本癌研有明医院平泽俊明教授以“无漏诊的胃镜检查—从胃癌发现技巧到放大内镜诊断”为题,系统介绍了日本癌症研究会的发展历史、消化内镜的发展历史、目前日本胃癌筛查情况,以及使用290内镜对比260内镜的情况。290放大胃镜在临床诊断中具优势,虽然活检率降低了,但是阳性率增高,胃腺瘤及胃癌发现率提高近1倍。

专题时段

张澍田院长与皆泽总经理进行开幕致辞。张澍田院长及其团队从不同科室、不同角度进行报告,将友谊医院消化内镜中心优秀的运营管理模式与大家分享,并希望对消化内镜中心进行全链条规范化设计、管理及运行。精彩内容吸引了众多听众,会场气氛热烈。

展台

展台分为6个区域,包括:290系统及放大胃镜、单气囊电子小肠镜、ET附件、洗消机、EP模型、医拓网。其中,290内镜系统及高清放大胃镜GIF-H290Z的临床使用优势以及单气囊电子小肠镜SIF-H290S的应用颇受欢迎,得到了最多咨询。



专题时段论坛现场



学习中心



奥林巴斯展台

消化内镜学习中心

学习中心使用奥林巴斯内镜设备及产品进行操作,友谊医院医生与护士在这里担任代教师与参会代表进行互动。会议期间,前来学习中心的学员络绎不绝,整体效果非常好。现场动物模拟操作区是最受欢迎的环节,很多年轻医生每天反复排队操作,有的学员1天进行了6次ESD操作,5次肠道模型操作。现场体验者表示,学习中心的操作体验及视听学习帮助很大。奥林巴斯杨文蕾董事长及皆泽总经理等到学习中心参观,并与体验者交流。张澍田院长也莅临现场,对学习中心的设计与安排给予了肯定。