

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2014.02.18

胃及十二指肠多发结石继发嵌顿 1 例

丰 惠¹, 刘 燕²

(¹ 解放军 42 医院 影像科, 四川 夹江 614100; ² 解放军 42 医院 特诊科, 四川 夹江 614100)

关键词: 胃肠结石; 嵌顿; 病例报告

中图分类号: R 57

文献标志码: D

文章编号: 1671-038X(2014)02-106-02

1 病例介绍

患者男, 25 岁。因饱食后出现上腹部持续剧痛, 阵发性加剧, 伴呕吐 4 h 入院, 呕吐物为胃内容物, 我院以急性胃炎收入院, 患者继往有十二指肠外伤穿孔手术史, 入院查体: 神志清, 痛苦面容, 板状腹, 上腹部偏右侧压痛明显, 肌紧张明显, 无反跳痛, 移动性浊音(+), 肠鸣音亢进。血白细胞 $12.3 \times 10^9/L$, 电解质及肝肾功能正常。腹部立位平片示左中腹 6 枚卵圆形高密度影, 呈簇状分布, 边界锐利。邻近肠道局限性扩张胀气。CT 检查: 腹部胃肠道走行、结构显示欠清, 层次模糊, 胃十二指肠肠腔内多枚卵圆形高密度影, 呈簇状分布, 胃窦区可见 3 枚, 十二指肠肠腔内见 2 枚, 十二指肠手术吻合口处肠壁水肿明显, 肠腔狭窄, 小网膜囊少量积液(见图 1)。经外科剖腹探查术中见胃窦、十二指肠手术吻合口处多枚黑色结石嵌顿。相邻肠壁水肿明显, 局部化脓, 术后碎开结石可见植物纤维包绕黑枣核仁, 术后抗炎治疗, 病愈出院。最后诊断: 胃及十二指肠多发结石继发十二指肠手术吻合口结石嵌顿伴腹膜炎。

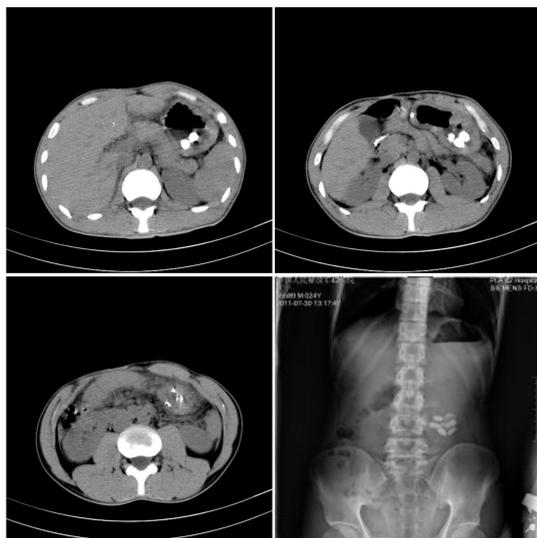
2 讨论

胃肠道结石多因食用山楂、柿子、黑枣或误食毛发等在体内滞留而形成。以食用柿子致病最常见, 胃结石在胃内因不能通过幽门而梗阻, 症状与胃癌相似; 在肠内常因无法通过回肠末端造成肠道梗阻^[1], 如处理不及时可引起肠道穿孔、甚至休克等严重后果。

目前诊断胃结石临床上以胃镜、X 线、CT 以及超声检查作为主要的检查手段。X 线及 CT 检查直接征象是在胃肠道肠腔内发现椭圆形、团块状影, 边界清晰锐利, 因结石的本身构成分别有不同的密度显示, 一个重要特点是可随体位的变动而发生相应位置的变动。超声对胃部急腹症胃结石的诊断有自身独特优势: 操作便捷, 无需特殊准备, 能在动态下观察胃壁各层次结构情况、有无合并溃疡、出血等情况, 能清楚显示结石数量、形态、大小及回声特点, 为

临床下一步治疗提供重要依据。胃石的治疗包括非手术和手术治疗, 以非手术治疗为主。目前最流行的非手术治疗方式是内镜下碎石治疗结合内科药物溶石的联合疗法, 治疗指征主要参照结石大小, 目前认为结石直径超过 2.5 cm 有引起幽门口及回肠末端嵌顿风险, 而一旦引起回肠末端梗阻则必须手术处理, 所以如结石直径 > 2 cm 则应行碎石处理^[2]。近年来有观点认为喝可乐对溶石有一定疗效, 尚无相关研究明确报道。

据国内文献报道胃结石多为单枚, 梗阻部位常位于胃体胃窦区, 像本例同时发生 6 枚结石, 呈簇状分布, 且分别位于胃窦、十二指肠肠腔两处, 造成肠道嵌顿, 实属罕见。笔者分析原因可能是因患者十二指肠手术引起吻合口处瘢痕形成, 继发引起肠腔狭窄, 使食物排空延迟, 为结石形成创造条件, 同时患者饮食不太注意, 经常食用一些不易消化、易形成结石的水果如本例的黑枣等食物。所幸发现及时, 处置合理, 没有引起穿孔等严重后果, 也为类似行十二指肠手术患者提供一个警示作用。尤其是日常饮食一定要注意。一旦有急性腹痛、呕吐症状要考虑本病的可能。



胃十二指肠内多发斑状高密度影, 十二指肠手术吻合口处肠壁明显肿胀, 层次模糊, 腹腔少量积液。

图 1 患者 CT 检查结果

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2014.02.19

中医药治疗慢性萎缩性胃炎疗效评价的研究进展

戴彦成, 张亚利, 唐志鹏

(上海中医药大学附属龙华医院 脾胃病科, 上海中医药大学 脾胃病研究所, 上海 200032)

关键词:慢性萎缩性胃炎; 中医药; 疗效评价; 治疗策略

中图分类号:R 573.3

文献标志码:A

文章编号:1671-038X(2014)02-107-03

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是以胃黏膜上皮和腺体萎缩、黏膜变薄、黏膜肌层增厚为特征的一种常见的消化系统疾病,已有研究发现:CAG患者罹患胃癌的风险性较高^[1-2],其癌变率2.55%~7.46%^[3]。目前较为公认的病理发展模式是由CAG→胃黏膜上皮化生→胃黏膜上皮内瘤变→胃癌的变化^[4],因此,如果肠化生可以逆转,无疑对于降低胃癌的发病率有实质性意义^[5]。根除幽门螺旋杆菌(*Helicobacter pylori*, HP)和某些具有生物活性功能的维生素,如维生素C以及微量元素硒对治疗CAG有一定作用^[6]。而中医药对CAG的治疗显示了一定的优势,并被临床和实验研究所证实^[7-9],因此,统一其疗效评价标准从而进一步全面的、客观的评价中医药对CAG的疗效具有一定的理论和现实意义。笔者探讨了一些国内外目前通用的CAG疗效评价标准,指出其目前现状、存在问题及解决的关键技术,并为完善高质量的中医治疗CAG临床研究疗效评价体系提出建议,希望有助于临床医师正确评估CAG的严重程度并做出合理的治疗策略。

1 症状评价

症状评价体现了中医药治疗CAG的优势所在,有效的评价CAG临床症状需合理划分其主要症状和其次要症状。CAG的主要症状包括胃脘疼痛、饱胀、痞闷、嗝气、纳差等,次要症状包括疲乏、睡眠差、嘈杂、反酸等。应用积分法进行症状疗效评估,要求主要症状从频率和程度两方面进行综合评价,分为无、轻、中、重4级,主要症状赋予较高分值

和权重,比较治疗前后各症状积分变化或症状总积分变化,其中胃脘疼痛也可参照数字疼痛评分法制定^[10]。

现有症候的评分标准不统一,《中医新药临床研究指导原则》和《中医临床病证诊断疗效标准》是主要标准,采用了半定量的方法和复合式结局指标——尼莫地平法,由于在症候分型上面缺乏统一的标准,所以难以解释其结果的科学性。

完善中医症候评价指标是关键所在,具体可从以下几个方面着手:①通过细化评分标准来明确中医疗效积分的量化指标;②中医症候指标的确立,应该在流行病学的调查的基础上,结合专家共识来制定;③症候指标的规范化应包括指标的名称的规范及分级,如通过Dephi法的问卷调查取得共识。

2 病理学评价

病理组织学指标是评价CAG疗效的主要指标。评价标准采用我国制定标准^[11]与悉尼系统的直观模拟评分法(visual analogue scale)并用,将萎缩分为3级。轻度:固有腺体数减少不超过原有腺体的1/3,大部分腺体仍保留;中度:固有腺体数减少超过1/3,但未超过2/3,残存腺体分布不规则;重度:固有腺体数减少超过2/3,仅残留少数腺体,甚至完全消失。如有异型增生要注明,可分为轻度和重度(或低级别和高级别)2级,但考虑临床可操作性,专家建议仍采用轻度、中度和重度3级分法^[10]。

受内镜医师水平、活检部位、活检标本数目等因素影响,治疗前后病理学评分往往差异较大。所以完善病理组织学评价标准具体可从以下几个方面着

收稿日期:2013-11-08

基金项目:上海市教委重点学科建设资助(No:J50305)

通讯作者:唐志鹏, E-mail:zhipengtang@sohu.com

参考文献

[1] 郭世斌, 仲小伟, 冷晶. 胃石的病因及内镜下治疗[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(6): 411-412.

[2] 杨丽华, 王敏. 胃石切割碎石器在胃巨大结石治疗中的应用价值[J]. 中国内镜杂志, 2008, 14(6): 633-636.