



现代疾病 综合诊疗与护理

李保全 宋爱华 孔志国◎主编

现代疾病综合诊疗与护理

李保全 宋爱华 孔志国◎主编

 吉林科学技术出版社

图书在版编目（CIP）数据

现代疾病综合诊疗与护理 / 李保全, 宋爱华, 孔志国主编. — 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018.6

ISBN 978-7-5578-4605-3

I. ①现… II. ①李… ②宋… ③孔… III. ①临床医学—诊疗②护理学 IV. ①R4

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第140619号

现代疾病综合诊疗与护理

主 编 李保全 宋爱华 孔志国
出 版 人 李 梁
责任编辑 张 楠 潘竞翔 汪雪君
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸 185mm×260mm
字 数 504千字
印 张 26.25
印 数 650册
版 次 2019年3月第2版
印 次 2019年3月第2版第1次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85651759
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-85677817
网 址 www.jlstp.net
印 刷 虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-4605-3
定 价 110.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

编 委 会

主 编：李保全 宋爱华 孔志国 丁金阁 彭艳丽 梁爱军

副主编：李新法 吴修卫 荆 斌 赵翠红 吕 莹 刘德顺

前 言

随着现代医学技术的快速发展，我们对疾病的认识和医疗实践有了更多新方法、新手段和新视野。医师和护士所担负的责任越来越大，患者对临床医师和护士的要求也越来越高。对医务工作者而言，不断学习和创新，不断交流和提高，就变得日益重要。为了尽快让更多的医生和护士了解和掌握临床治疗与护理学前沿知识，我们结合自己的工作体会和经验，翻阅大量国内外文献资料，编写了本书。

本书以现代疾病综合诊疗与护理为中心内容，紧密结合临床实践与最新的研究进展，以主流方法为主，兼顾其他，避免学派和门户不同导致的偏见。主要介绍近年来临床综合诊疗与护理学的临床热点问题以及新理论、新技术和新进展，可作为各级医务人员、医学院校教师和相关科研工作者的专业书籍和参考读物。

现代疾病综合诊疗与护理方面的进展和革新极为迅速，因作者水平有限，纰漏、差错实属难免，敬请各位专家及读者批评指正。

编 者

2018年3月

第一章 食管疾病

第一节 癔球症

一、定义

癔球症(globus hystericus)是主观上有某种说不清楚的东西或团块,在咽底部环状软骨水平处引起胀满、受压或阻塞等不适感,很可能与咽肌或上食管括约肌的功能失调有关。祖国医学称为“梅核气”。此症多见于绝经期妇女。患者在发病中多有精神因素,性格上有强迫观念,经常作吞咽动作以求解除症状。实际上在进食时症状消失,无咽下困难,长期无体重减轻的表现。检查不能发现咽食管部有任何器质性病变或异物。本病也称咽异感症(abnormal sensation of throat)、咽球综合征、咽喉神经官能症等。

二、流行病学

这种症状相当常见,国外报道在普通人群中 有 46% 的人曾有过癔球症的经历,但去医院就诊者不到总发患者数的别差异并不大,但在就诊者中女性占 3/4。发病年龄在 10~80 岁之间,但发病的高峰在中年,平均发病年龄为 34~45 岁。本病多发于中年女性,尽管并不影响呼吸、吞咽等正常生理功能,但由于咽喉的异物感,常令患者忧心忡忡,精神负担过重,甚至有严重的恐癌心理,以致影响正常的工作和生活。

三、病因和发病机制

(一) 病因

引起癔球症的病因较多,可分为非器质性因素与器质性因素两类。非器质性因素主要是由大脑功能失调引起的咽部功能障碍,如咽神经官能症、癔病、恐癌症、焦虑症等。年龄 30~40 岁发病率较高,女性患病率高于男性。器质性因素有局部病变如咽喉炎症、肿瘤,邻近器官病变如鼻部炎症、茎突过长、颈椎增生,远处器官的病变如消化道疾病、心血管疾病、肺部疾病等,全身因素如严重贫血、长期慢性刺激、更年期内分泌失调等。

总结如下:

1. 咽部疾病 各种类型的咽炎、扁桃体的病变,咽囊炎,鼻咽、口咽及喉咽的病变等。
2. 咽邻近器官的疾病 茎突过长,甲状软骨上角过长,咽侧间隙和颈部肿块,喉部疾病(如慢性喉炎、喉部良、恶性肿瘤),口腔疾患等。
3. 远处器官的疾病 消化道疾病,心血管系统疾病,肺部疾病,膈疝等。
4. 全身因素 严重的缺铁性贫血,植物神经功能失调,长期慢性刺激(如烟、酒、

粉尘和化学药物)，更年期内分泌失调等。

5. 精神因素和功能性疾病 咽喉、气管、食管无器质性疾病，主要由大脑功能失调所引起的咽部功能障碍。

(二) 发病机制

西医认为某些局部和全身性病变累及咽腔或咽壁的任何一层组织；感觉神经受到刺激，诱发咽肌痉挛或强直或吞咽机能受到影响，产生咽异感。心理因素心理或精神因素在癔球症的病因和发病机制中起重要作用。心理社会因素在癔球症发病机制中所起的作用主要表现在 4 个方面：

- (1) 应激可能会是某些患者的始发因素。
- (2) 某些心理障碍如焦虑和抑郁可能会改变感觉的传递机制和对不适的感知。
- (3) 精神生理学反应可能包括促成癔球症的各种因素。

(4) 心理因素和人格特征会使某些患者认为癔球症是疾病，并使其中少数患者去就诊。Lehtinen 等报道在对癔球症患者作心理咨询时，这些患者常表现为强迫性人格特点和抑郁，而癔球症人格特点则较为少见。Cook 等发现，根据填表调查，癔球症患者在神经过敏症、内向、焦虑和抑郁方面的积分要显著高于健康对照组。Wilson 等的研究显示，癔球症患者的心理障碍在性别上存在差别。他们将耳鼻喉科患者与健康对照者作配对比较，发现女性癔球症患者在神经过敏症、焦虑、抑郁、躯体关注和一般的心理痛苦等方面的积分更高。由于女性对身体更为关注，他们推测这些患者可能会对食管的刺激异常敏感。此外，癔球症患者还存在疑病征、躯体症状化(即精神症状转化为躯体症状)、恐慌等精神障碍。

四、临床表现

(一) 症状

本症临床常见，30~40 岁女性较多。以咽部异物阻塞感为主要症状。症状时轻时重，无规律。患者感到咽部或颈部中线有团块阻塞、烧灼感、痒感、紧迫感、黏着感等。其状或如梅核，或如炙脔，或如贴棉絮，或如虫扰，或如丝如发，或如痰阻，或如球如气，咯之不出，咽之不下，不痛不痒，不碍饮食及呼吸。病程长短不一，有数日、数月甚至更长时间。

总结癔球症通常有以下症状特点：

- (1) 通常不影响进食或吞咽，在进食固体食物或大量液体食物时症状反而会有所改善。
- (2) 在两餐饭的空闲时间患者常常会反复吞咽，试图通过吞咽来改善或清除症状，但反复的干咽却反而会加重症状。
- (3) 情感应激时会加重症状。
- (4) 在哭泣时可改善症状。
- (5) 少数患者尚有窒息或压榨感，如同有异物卡在喉部，患者处于惊恐状态，不敢呼吸。
- (6) 还有少数患者表现为喉部的刺痛感或烧灼感。

(二) 体征

位置常在咽中线上或偏于一侧，多在环状软骨或甲状软骨水平，其次在胸骨上区，多见吞咽饮食无碍。病期较长的患者，常常伴有焦虑、急躁和紧张等精神症状，其中以恐癌症较多见。多见情志不舒、心情郁闷时症状加重。

五、辅助检查

瘰疬症患者首先应考虑器质性因素，以免误诊。

(一) 化验室检查

血常规、尿常规、生化检查等。

(二) 影像学检查

胸部 X 线透视或照片、颈椎照片、X 线食管吞钡透视或照片、颈部及甲状腺 B 超检查等。排除临近器官的疾病。

(三) 其他检查

体格检查：仔细检查咽部观察有无黏膜充血、肿胀、萎缩、淋巴组织增生、瘢痕或肿瘤等。还应注意咽黏膜皱褶之间的微小黏膜糜烂、鼻咽顶部的咽囊开口、咽隐窝内的粘连、黏膜下型鼻咽癌、扁桃体实质内的病变等。除视诊外，扪诊亦很重要。

可采用下列方法进行：①咽部触诊。②颈部触诊。③咽—颈部联合触诊。邻近器官或全身检查 应对鼻、眼、耳及颈部等处进行检查。必要时，还应进行纤维喉镜、纤维食管镜或胃镜。

六、诊断及鉴别诊断

(一) 诊断

1. 诊断标准 诊断标准为，在过去的 12 个月中，至少有 12 周(可以是不连续的)符合下列情况：

(1) 在喉部有持续性或间歇性的团块感或异物感。

(2) 这种感觉发生于两餐之间。

(3) 无吞咽困难或吞咽疼痛。

(4) 无病理性的胃食管反流、贲门失弛缓症或者是其他已被认识的有病理基础的食管动力疾病(如硬皮病)。

2. 诊断 诊断咽喉部位如有软物堵塞，不影响饮食物通过，吐之不出，咽之不下，随情绪的变化而时轻时重，反复发作，甚者数年不愈，常伴有胸闷、太息等。局部检查不红肿，分泌物适中。脉弦滑，以两寸明显，或脉象正常；舌质淡红，舌苔薄白或薄白腻。对病史、症状、检查的全部资料进行综合分析后方可做出诊断。诊断中注意区分器质性因素和功能性因素；区分全身性因素和局部因素。由于咽异感症的病因繁多，所以必须详细询问病史，进行全面细致的检查，特别注意鼻咽、咽喉的细微病变，必要时借助 X 线、食管镜等辅助检查手段，综合病史、症状、检查结果，排除隐蔽在咽部、颈部、上呼吸道、上消化道等部位的器质性病变，尤其是恶性肿瘤，才能准确地做出诊断。

(二) 鉴别诊断

1. 胃食管反流病胃食管反流病(GERD) GERD 常导致反流性食管炎，少数人有瘰疬症感觉，但其主要症状为烧心、胸痛、吞咽困难、反酸等。

GERD 还有以下特征:

- (1) 内镜检查可发现食管黏膜充血、水肿、糜烂和溃疡, 作黏膜活检可确诊。
- (2) 食管吞钡 X 线摄片可见黏膜粗糙, 纹理紊乱、不规则。
- (3) 24h 食管 pH 监测食管内 pH<4 的时间在 4% 以上。
- (4) 酸灌注试验阳性。

2. 食管动力障碍性疾病

(1) 贲门失弛缓症: 是一种因 LES 松弛不全和远端食管缺乏蠕动所致的疾病。临床表现为吞咽困难、反胃、呕吐、胸痛等。食管吞钡 X 线检查、食管测压、内镜检查等有助于鉴别。

(2) 硬皮病: 硬皮病的食管表现主要是胸骨后疼痛和吞咽困难。X 线钡餐检查可显示食管下段扩张, 蠕动消失, 黏膜皱壁消失。内镜活检可发现黏膜下纤维组织浸润。食管测压呈食管下段和 LES 低压, LES 对吞咽无反应。

3. 其他食管疾病 食管癌、食管瘤、Zenker 憩室等食管疾病亦可导致噎球感。X 线钡餐、内镜检查、吞钡 X 线录像检查有助于鉴别。

4. 邻近器官器质性疾病 慢性咽炎、慢性扁桃体炎、扁桃体肥大: 可伴有噎球症感觉, 通过临床检查即可确诊。

(1) 慢性咽炎临床可表现出咽部异物感, 但有急性咽炎反复发作史, 同时伴有局部发痒、灼热、干燥、微痛, 咽部可出现黏膜单纯充血性、肥厚性、萎缩性或干燥性等改变。

(2) 慢性扁桃体炎咽部异物感, 但大都有急性扁桃体炎多次发作史, 常伴有刺激性咳嗽及口臭等, 局部可发现扁桃体、舌腭弓慢性充血, 呈暗红色, 扁桃体表面瘢痕, 隐窝有白色腐乳样物。

(3) 食管炎同样有咽部异物感, 但同时有胸骨后疼痛或剑突下灼痛, 吞咽时咽部或咽以下不适感, 或梗阻感, 重则不能吞咽, 伴泛酸或呕吐。

5. 咽喉部肿瘤 可作直接喉镜或间接喉镜检查发现。

6. 鼻窦炎 因鼻窦分泌物积于咽部可能会发生噎球症感觉。通过鼻窦 X 线摄片或鼻窦穿刺有助于鉴别。

7. 甲状腺疾病 通过 B 型超声、同位素扫描、血清 T_3 、 T_4 等检查有助于鉴别。

8. 颈椎病变 是否能造成噎球症尚有争论。摄颈椎 X 线片、MRI, 有助于鉴别。

七、西医治疗

(一) 药物治疗

1. 病因治疗 针对各种病因进行治疗。

2. 西药 维生素 B_6 30mg, 维生素 B_{12} 20mg, 吗丁啉 10mg, 阿普唑伦 4mg, 每日 3 次, 饭后服, 疗程: 连服 1~2 周。一般症状消失 1 周后停药。

3. 对麻疗法

(1) 避免烟、酒、粉尘等。

(2) 颈部穴位封闭法, 可取穴廉泉、双侧人迎, 或加取阿是穴进行封闭。

4. 如有胃食管反流, 治疗方案同胃食管反流病, 可以用促动力药如多潘立酮、西沙

必利，抑酸剂如西咪替丁、雷尼替丁、法莫替丁、奥美拉唑等。

(二) 其他治疗

心理治疗 针对患者的精神因素如“恐癌症”等，在认真详细检查后，耐心解释解除其心理负担。

八、中医治疗

(一) 辨证要点

梅核气尚有肝郁化火型、肝阴亏虚型等。从脏腑分型辨治，执简驭繁，每易取效。梅核气的根本病机是气机郁滞，尽管分型有别，立法各异，但须始终贯穿疏肝行气解郁治疗大法，方能奏效。梅核气的处方遣药应避免过于香燥之品，以免耗伤阴液。绿梅花、玫瑰花、合欢花疏肝理气解郁之属，随症加入，效果颇佳。梅核气的治疗可采取汤丸结合，先汤后丸，以善其后。《临证指南医案》示人“移情易性”，精神治疗极为重要，不可忽视。医者应解释疏导，有助提高疗效。

(二) 分型论治

本病一般病程短者，以肝郁气滞为主；病久或反复发作则肝脾不和，痰气互结，甚至痰瘀互结。治疗方面，在辨证用药的基础上，还应注意对患者精神上的安慰和耐心解释。

(三) 辨病治疗

1. 单验方

(1) 三梗汤：治疗方法新鲜苏梗、荷梗、桔梗各 25g，300ml 开水冲泡代茶饮；或干苏梗、荷梗、桔梗各 10g，微煎或冲泡代茶饮(亦为 300ml)，日服 1 剂，代茶频服，7 天为 1 个疗程。根据梅核气的症状特点，我们体会到该病多因痰气郁结，上逆胸膈所致，以气、痰、郁、津伤为主要病机。方中苏梗利气散结，桔梗开宣肺气、祛痰利咽，荷梗通气利水，诸药代茶频饮，反复作用于局部，使药效明显增强，异物感迅速消散。总之，三药合用，共奏理气宽胸之功，治疗梅核气可收桴鼓之效。

(2) 党参、沉香各 12~15 克，槟榔 15 克，乌药 9~12 克，桔梗、苏梗各 9 克，每日一剂，水煎服。兼有咳嗽多痰者加杏仁、半夏；心烦难眠甚者加枣仁、五味子。

(3) 桔梗、陈皮、苏子、醋青皮各 12 克，槟榔、枳壳各 15 克；醋柴胡、砂仁、甘草、厚朴各 9 克，陈醋 20 毫升(兑药液中服)，每日 1 剂，水煎服。

(4) 苏子、半夏、前胡、厚朴、陈皮、当归各 10 克，甘草、沉香各 3 克，生姜 3 克。每日 1 剂，水煎 2 次，2 次煎液合匀，分 3 次服。

(5) 党参 15 克，白术、柏子仁各 12 克，半夏、桔梗、橘红、草薹、射干、乌药各 9 克，甘草 3 克、每日 1 剂，水煎服。

(6) 制香附、获神各 9 克，苏梗 5 克，陈皮、合欢花各 6 克，粉甘草 3 克，每日 1 剂，水煎服。气郁痰多者加佛手花；气逆不降者加代赭石；精神抑郁者加木香、郁金，食欲不振者加神曲。

(7) 马兜铃 12 克，水煎，待温后徐徐服下，或当茶饮，每日 1 剂。

(8) 紫苏 60 克(鲜品减半)，保济丸 1 瓶(广州羊城药厂出品，其主要成份有藿香、木香、苍术、厚朴、橘红、神曲等)。先将紫苏用开水冲泡或加水稍煎片刻，取汁 100 毫

升，每日 1 剂，送服保济丸。分 3 次服下。连服 7~10 日，以后日服 2 次，继服 7~10 日。愈后复发，继服仍效。

2. 中成药 可用各种中成药，如金嗓散结丸，金嗓利咽丸，健民咽喉片等，以减轻症状。

(四) 外治法

1. 吹药 冰硼散少许吹布于咽部，每日 2~3 次。

2. 咽部注射 先于咽后壁喷少量表面麻醉剂，取丹参注射液或维生素 B₁₂ 等，分 4~5 点注射于咽后壁黏膜下。

(五) 其他治疗

1. 心理治疗 针对患者的精神因素，在认真详细检查后，耐心解释，进行适当的心理疏导，解除其心理负担，增强其对治疗的信心。心理指导主要是针对癔球症的心理社会因素和恐癌心理，通过同患者亲切交谈，让他们把痛苦、怨恨、委屈、焦虑的事由倾诉，使感情得到宣泄。同时，细致观察对方的面部表情。身体姿势及与语言密切有关的行为，适时地掌握反馈帮助患者克服错误的哲学观点，用正确的观点和方法处理周围环境中的人和事。特别是指导患者解除恐癌心理，让患者了解本病与食管癌的根本区别，通过采用心理咨询治疗咽异感症能明显解除患者恐癌心理，缩短病程，稳定情绪，促进睡眠。使患者心悦诚服，可收到不药而愈的效果。故该法在临床上有显著的实用意义。

2. 针法

(1) 毫针刺廉泉穴，针尖向上刺至舌根部，令患者作吞咽动作，至异物感减轻或消失时出针。或取合谷、内关、天突穴，每日 1 次。

(2) 针刺板门穴。取板门穴第一掌骨鱼际肌中间，略偏向桡侧处。进针后强刺激，同时配合呼吸补泻手法，即进针时患者大口吸气，提针时大口呼气，一呼一吸 5 次后憋住呼吸约 1~2 分钟，然后再做吞咽动作，此时再以同法针刺对侧板门穴，留针 30 分钟，每 10 分钟行一次呼吸补泻法。治疗 1~4 次，治愈率达 97.62%

(3) 主穴取人迎、水突(双侧)，配穴取天突、气海。强刺激，适用于肝郁气滞，病程较短，身体壮实者；中刺激，适用于病程较长，感情郁结的；弱刺激，适用于心虚胆怯或体弱、年龄较大者。每日 1 次，3 次为一疗程。一疗程后休息 2 天后再行第二疗程。在进行第二疗程时配合气海埋线(10 天 1 次)，效果更好。

(4) 取百会、风池、廉泉、天突、中脘、膻中、气海、内关、阳陵泉、丰隆、太冲，用平补平泻调气法，留针 30 分钟，隔日一次，也取得明显疗效。

(5) 天突、增音(人迎穴前上方 1~2cm)，穴位常规消毒，取 0.05% 维生素 B₁ 注射液和 2% 利多卡因注射液各等份混合。进针 1~2cm 每穴注入药液 1~2ml，出针后棉签压迫止血，2~3 日 1 次。

(6) 主穴：咽喉、心、肝、皮质下、神门；配穴：脑点、颈。症状严重者选用毫针速刺，留针 0.5~1 小时，每日 1 次，5~7 次为一疗程。症状轻者或巩固疗效者，用王不留行籽压耳法，每次选用一侧耳廓，每天自行按压 3~4 次，3~7 天后换另一侧 5~7 次一疗程，经 1~2 疗程。

3. 灸法

(1) 取膻中、中脘、脾俞穴，灸 3~5 壮，每日 1 次。

(2)发泡灸为主。取斑蝥、血竭、乳香、没药、全蝎、人参、麝香、口梅片研末，在双侧人迎穴上敷贴。夏天贴 2~3 小时即起小泡，冬天贴 6 小时起泡。以消裸针头抽出黄水，涂龙胆草，盖敷料固定。每隔 5~7 天换贴 1 次，第二次贴上人迎，第 3 次贴下人迎。并辅以针刺助治，痰热炽盛可在贴膏处针泻鱼际，针补太溪，并在少商刺血数滴；阴虚咽干口燥者加针泻列缺，针补照海、三阴交，日 1 次，留针 10~20 分钟，5 次为一疗程，可连续针刺 1~3 疗程。

(3)穴位堆线：取天突或膻中穴做穴位埋线。

(李保全)

第二节 胃食管反流病

一、概述

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃十二指肠内容物反流入食管产生的反酸、烧心等症状，伴或不伴有食管黏膜充血、水肿、糜烂等组织损害。反流症状伴有内镜下食管炎表现者称为反流性食管炎(reflux esophagitis, RE)；有反流症状但内镜下无食管炎表现者称为非糜烂性食管炎(non-erosive reflux esophagitis, NERD)。反复慢性炎性刺激后食管原有鳞状上皮可被化生的柱状上皮增殖所替代，称为 Barrett 食管，这些柱状上皮可出现肠上皮化生，有发展为腺癌的潜在可能。食管柱状上皮长度如小于 3cm 称之为短段 Barrett 食管；等于或大于 3cm 则称为长段 Barrett 食管。

GERD 在西方国家常见，GERD 发病率 20%~40%，其中 RE 为 10%~20%，约 10% 的成年人每日都有烧心症状，30%~40% 每月有症状；我国北京、上海两地流行病学调查结果显示，GERD 发病率为 5.77%，其中 RE 为 1.92%。男女 GERD 发病率接近，男性更易形成 RE 和 Barrett 食管。

GERD 的发病与食管抗反流机制减弱和反流物对食管黏膜攻击作用有关。抗反流机制减弱包括：①抗反流屏障减弱。②食管清除能力下降。③食管黏膜抵抗力下降。食管下段括约肌(lower esophageal sphincter, LES)在阻止胃食管反流中发挥重要作用。正常静息时 LES 压为 10~30mmHg，吞咽时 LES 松弛。LES 张力主要受迷走神经调控。其张力下降主要为迷走神经传出的抑制性信号增加所致。此外，LES 的张力还受周围机制影响，主要有膈肌角的张力、咽-LES 抑制反射、喉-LES 抑制反射、呼吸、消化间期移行性复合运动(MMC)、年龄以及食管和胃底扩张等因素。LES 结构受到破坏或功能下降时，易出现胃食管反流。降低 LES 压力的因素还有：①胃肠道激素：缩胆囊素、胰升血糖素、血管活性肠肽等。②食物：高脂肪、巧克力等。③药物：如钙拮抗剂、地西泮等。④腹压增高：妊娠、腹水、呕吐等。⑤胃内压增高：胃扩张、胃排空延迟等。

二、诊断思路

(一)病史要点

1. 烧灼感 餐后(尤其是饱食或脂肪餐)1h 胸骨后、剑突下或上腹部烧灼感或疼痛,可向颈、肩、背放射,平卧或躯干前屈、弯腰时加重,而站立或坐位时或服用抗酸药物后可缓解。

2. 胃内容物反流 反胃常伴随烧灼感同时出现,酸性或含胆汁的胃内容物溢入口腔,当躯干前屈或卧床时易出现,睡眠时由于反流物被吸入气管可引起呛咳或吸入性肺炎。

3. 吞咽困难 由于食管炎引起继发性食管痉挛,多呈间歇性,持续性者常提示食管狭窄。

4. 出血 由于食管黏膜损伤,可有慢性、少量出血。

体格检查:部分患者可出现剑突下压迫不适等非特异性表现。

临床症状分型:以往通常将GERD症状分为典型(烧心、反酸和反食)和非典型症状(胸骨后疼痛、恶心等),近年发现与GERD相关的症状日益增多,除典型和非典型症状外还有许多消化道外症状包括口腔、耳鼻咽喉部、心脏、呼吸道和纵隔等部位的症状,如非心源性胸痛、慢性哮喘等。非心源性胸痛患者中60%的胸痛来自于GERD。

胃食管反流引起呼吸道病变的机制有两个:呼吸道微吸入机制和迷走反射机制,反流到食管的酸刺激迷走神经,反射性引起支气管的痉挛,引起呼吸道症状,如夜间阵发性呛咳、喘息。非典型症状和消化道外症状是GERD研究的热点,也是诊断和治疗的难点。

(二)辅助检查

1. 内镜检查 是鉴别可疑GERD并发症的首选技术。可见食管下段黏膜充血、水肿、糜烂,伴有浅表性溃疡和渗出物,晚期可见瘢痕形成和狭窄。内镜下活检可提示有无胃贲门部黏膜肠上皮化生和评估上皮非特异性增生,是诊断Barrett食管的可信方法。大部分有症状的患者内镜检查正常,正常的内镜所见不能排除GERD。

2. 食管X线钡餐检查 可见食管蠕动变弱,食管下段黏膜皱壁粗乱,有时可见小龛影及狭窄现象;头低位时可显示胃内钡剂反流入食管。由于食管X线钡餐检查对GERD诊断的敏感性及特异性均较内镜检查低,在有反流症状的患者中,仅有25%~75%在检查中见到钡餐反流,正常人亦有20%的假阳性,因此限制了钡餐造影在GERD诊断中的常规应用。

3. 便携式食管酸反流监测 有助于对有持续症状的患者确诊为GERD,也可以用来监测正在治疗中的患者酸反流的控制情况;不仅能确定患者是否有过多的酸暴露,而且亦能够确定患者的症状是否与酸反流有关。虽然反流性食管炎患者中有大于29%的人经便携式食管酸反流监测呈现正常的酸暴露,但因其对反流性食管炎患者具有很好的可重复性、敏感性和特异性,因此,该检测方法仍然是了解患者反流程度的最好方法。根据24h食管pH值监测的有关参数可测算酸反流计分,>15分为阳性。15~50分为轻度GERD,51~100分为中度GERD,>100分为重度GERD。碱反流可用24h胆汁监测仪(Bilitec-2000)测定。

4. 食管内测压 正常人LES压力1.3~2.6kPa(10~20mmHg),LES压力低于1.3kPa(10mmHg)提示可能出现胃食管反流。

5. 食管滴酸(Bernstein)试验 通过胃管以12~20ml/min速度滴注生理盐水15min,如无不适以同等速度改滴入0.1mol盐酸30min,如出现胸骨后烧灼感为阳性。

6. PPI 试验性治疗 PPI 试验是应用较高剂量 PPI 在较短时间内对怀疑 GERD 的患者进行诊断性治疗。由于新一代起效更快的 PPI，如雷贝拉唑的出现，使这一诊断性治疗方法更具价值。研究表明雷贝拉唑 20 mg，每日 2 次，用药第 1 天烧心症状减少 85%，第 7 天达到 90%。有学者提出 PPI 试验的金字塔理论：越是症状不典型患者和以消化道外症状为主患者越主张应用 PPI 试验。PPI 试验的敏感性与 pH 值监测相似，可达 80%。

此外有核素扫描、膜电位差测定等方法，临床价值有待进一步明确。

最近，阻抗与酸试验结合被用于对酸和非酸反流进行检测，有利于对反流治疗的有效监测。而通过无线电遥控新技术操作的非插管酸监测方法避免了患者插鼻管的不适感，允许患者在正常活动状态下接受更长时间的监测，增加了监测的精确度。食管测压可以用来确定便携式监测电极的放置位置，为抗反流手术的术前准备提供帮助。

(三) 诊断依据

- (1) 与体位改变有关的烧灼样胸骨后痛。
- (2) 胃内容物反流及吞咽困难。
- (3) 食管内 pH 值监测、食管压力测定及 X 线吞钡检查提示下括约肌有关闭功能不全和酸反流的存在。
- (4) 内镜检查、黏膜活检或滴酸试验证实有炎症存在。

(四) 鉴别诊断

食管内病变，包括食物等因素导致的食管黏膜损伤、食管肿瘤、食管克罗恩病、真菌性食管炎等，都可能出现胸骨后不适、隐痛、吞咽困难等表现，通过胃镜检查可以明确诊断。

食管外病变，如气管、支气管、纵隔、肺、心脏等病变可能出现局部不适、胸痛等表现。胸部 X 线摄片、CT 扫描、冠状动脉造影可以获得诊断。在对于拟诊 GERD 治疗无效时，尤其要注意排除食管外因素造成的类似症状。

反流胸痛综合征(reflux chest pain syndrome)：反流可引起胸痛症状，这种胸痛可呈发作性，且可无烧心和反酸表现，与缺血性心脏病引起的胸痛难以鉴别。食管运动功能障碍也可引起与缺血性心脏病相似的胸痛，但其引起胸痛的机制与胃食管反流无关。

三、治疗措施

GERD 治疗是综合性的，包括改变生活习惯、药物治疗、内镜介入治疗和外科手术治疗。

(一) 一般治疗

主要在于改变不良生活习惯：包括戒烟酒，避免过多浓茶、咖啡和油炸食物，休息时适当抬高床头，餐后适量活动、避免立刻卧床等。生活习惯改变对许多 GERD 患者是有益的，但单纯依靠改变生活习惯未必能够控制多数患者的症状。抬高床头、减少脂肪摄入、戒烟及餐后 3h 避免卧床等似乎可减少远端食管酸暴露，但仍缺乏对照研究证据。

(二) 药物治疗

1. 抑制胃酸 抑制胃酸是 GERD 治疗的主要手段，应用抗酸剂和(或)抑酸剂对具有烧灼感和反酸症状的患者是个体化治疗的有效选择。①质子泵抑制剂(PPI)：可以最快地缓解症状，使食管炎患者获得最高的愈合率。PPI 在消除症状和愈合食管黏膜损害

方面明显优于其他药物,可使患者受 GERD 影响的生活质量正常化。所有种类 PPI 制剂(奥美拉唑 20mg, 每天 2 次; 兰索拉唑 30mg, 每天 1 次; 泮托拉唑 40mg, 每天 2 次; 雷贝拉唑 10mg, 每天 2 次或埃索美拉唑 40mg, 每天 1 次)的处方剂量都可以控制 GERD 患者的症状和促进食管炎的愈合。大多数每日 1 次应用 PPI 的患者应该在早餐前服用,而睡前服用 PPI 可更好控制夜间酸分泌,这对于非心源性胸痛的患者、食管上段症状的经验性治疗患者、标准剂量药物治疗无效患者、有重度食管动力障碍及 Barrett 食管等患者的治疗更加有利。目前认为 PPI 治疗疗程在 8 周以上,部分患者需要长期服药。②H₂受体拮抗剂:分次给药对于相对轻度的患者可能有效,在提高剂量和增加用药次数后可取得更好的效果,但疗效不能持久。

2. 促动力药物治疗 促动力药可作为抑酸剂的辅助用药。甲氧氯普胺的不良反应在一定程度上限制了其在临床应用。多潘立酮可以改善食管酸暴露,但单药疗法并不能证明对 GERD 有效。一种 GABA 受体 β 型激动剂巴氯芬可抑制一过性 LES 松弛(TLESR),减少酸反流和食管酸暴露的时间百分比,但该药不良反应发生率高,不能作为常规用药。

3. 黏膜保护剂 黏膜保护剂可以在食管黏膜表面形成保护性屏障,吸附胆盐和胆汁酸,阻止胃酸、胃蛋白酶的侵蚀,防止其对食管黏膜的进一步损伤。常用药物包括硫糖铝、铋剂、铝碳酸镁等。

4. 维持治疗 GERD 的治疗目的主要为消除症状、治愈食管炎、防止并发症和复发。由于 GERD 的主要发病机制,即 LES 功能障碍没有得到解决,大部分药物如抗酸药只是对症治疗,因此,GERD 不可避免出现复发。由于 NERD 本身并无食管炎症存在,因此,目前的治疗重点以控制症状为主。许多 GERD 患者需要长期,甚至终生治疗。每日服用奥美拉唑 20 mg 比服用标准剂量的 H₂RA 疗效要巩固。研究表明抑酸治疗可以减少食管狭窄的发生,足量 PPI 治疗可以延长症状复发的间隔时间。

(三) 内镜介入治疗

内镜介入治疗对于已确诊为 GERD 的部分患者可以控制症状。目前所采用的经内镜治疗 GERD 的方法包括:射频能量输入法(radiofrequency energy delivery, stretta 法)、注射法(injection therapies)、折叠法(plication therapies)和内镜下结扎缝合法。各方法的最终效应机制是提高下食管括约肌压力(LESP),增加胃食管反流阻力,从而减少酸反流。内镜治疗适应证为:PPI 治疗无效或需要大剂量维持,且无内镜治疗禁忌证者;禁忌证主要为:重度食管炎(III度以上)、Barrett 食管、直径大于 2cm 的食管裂孔疝、食管体部蠕动障碍等。对于已确诊为 GERD 并对 PPI 治疗有效的患者不支持用内镜介入治疗。

(四) 手术治疗

对于已确诊为 GERD 患者,如有:①由于不良反应,患者不能耐受长期 PPI 治疗。②PPI 疗效不佳(此类患者不仅需有 GERD 的明确诊断,还需明确症状是由反流引起)。③患者因不愿长期服药要求手术。可进行手术治疗,通常采用胃底折叠术。对于抗反流手术治疗 GERD 的疗效是否等同于或优于长期药物治疗效果还有着很大的争议。正确地选择患者、术前评估及手术医师的经验对抗反流手术的效果是非常重要的。除传统的抗反流手术外,近年开展了腹腔镜下胃底折叠术和内镜下贲门黏膜缝扎术,均取得较好的近期疗效,但远期疗效如何有待长期随访。

(五) 难治性 GERD 处理

绝大多数患者的症状和黏膜损伤都可以通过药物治疗得到控制。当患者的典型和非典型症状治疗困难时，要重新考虑患者的诊断。需要涉及便携式 pH 值监测、继续或停止治疗、内镜检查和动力检查、考虑其他可以引起 GERD 相似症状的检查和治疗试验。已知有些患者对于常规 PPI 剂量没有反应，增加药物剂量尤其是每天两次服用对于这些患者是适宜的。难治性 GERD 通常认为是抗反流手术或内镜治疗的适应证。现有数据表明对于手术反应最好的患者是最初对药物治疗反应良好的患者，而不是难治性患者；内镜技术对于难治性患者治疗效果研究尚不充分。

(六) 并发症的治疗

1. 食管狭窄 严重瘢痕性狭窄行内镜下食管狭窄扩张术或手术切除，术后长程 PPI 维持治疗。

2. Barrett 食管 使用 PPI 及长程维持治疗，对有手术指征者行抗反流手术；也可在内镜下予 APC 或 PDT 治疗 Barrett 食管；对 Barrett 食管重度异型增生者建议手术切除。

(七) 新的治疗方法

GERD 内镜下治疗在近年来获得较大进展，Stretta 法和生物聚合物注入法是两种新的治疗方法。

1. Stretta 法 该方法因需采用 Stretta 设备而得名，已通过 FDA 批准，由美国 Curon 公司生产。该设备由一根带有探针的导管、球篮和带有 4 根镍—钛合金电极的球囊组成。电极呈放射状均匀分布于球囊表面，球囊位于球篮中与导管相连，导管与体外带有温度和电阻监视器的射频发生器相连。当球囊充气时，电极将被插入食管黏膜，电极长度将使之仅定位于肌层，此时开通射频发生器，产生热能通过电极传入组织，当组织温度达到 85℃ 时，在温度监视器作用下，射频发生器自动停止能量输入，同时通过导管注入消毒水 (30ml/min) 冷却组织，减轻组织损伤。治疗时电极插入部位位于胃食管交界线 (Z 线) 近端 2 cm 至远端 2 cm 范围内，通过旋转球囊和纵向移动导管调节电极插入部位，通常可产生 15~25 个电极插入点。该方法的作用机制可能是由于能量刺激导致食管胶原分子缩短、巨噬细胞和成纤维细胞激活、胶原结构重建，最终导致胃食管交界处缩窄变紧。

目前关于 Stretta 方法治疗 GERD 的研究中，较为全面的是由 Triadfilopoudos 等完成的一项多中心非随机临床研究。该研究对所有入选的 116 例具有内镜治疗适应证的 GERD 患者，行 Stretta 方法治疗后进行了 12 个月的跟踪观察。结果显示，该方法可显著改善 GERD 症状，减少酸反流并减少或停止 PPI 的使用。其并发症多发生于治疗后的 6 个月内，主要包括食管穿孔、出血、黏膜损伤、吸入性肺炎和胸膜渗液，并发症总发生率低于 0.6%，表明该方法是一种安全有效的治疗手段。

2. 生物聚合物注入法 该方法是通过内镜将生物聚合物注入 LES。根据注入的聚合物不同，该类方法可分为 Enteryx 法、Rofls 法和 Endotonics 法，分别是通过胃镜分别将生物聚合物、脂质微球或硫化氢置入 LES 附近。其中以 Enteryx 方法应用最多，报道也较全面。该聚合物由美国胃肠医疗技术公司生产，含 8% 聚乙烯、30% 钽粉和组织液体溶剂 (DMSO)，既往用于动静脉畸形的栓塞治疗。Enteryx 本身是黏度较低的液体，

可通过 23~25 号针管注射，而当与组织接触时可迅速变成海绵状团块。近年来的资料表明，该聚合物无抗原性，在体内不会被生物降解，不通过血管或淋巴管移行，注射后形成的团块亦无皱缩现象，因此，逐渐开始应用于 GERD 治疗。该操作通常使用前视镜或侧视镜合并一根带有 4mm 长针头的导管完成，为保证能准确注射到食管肌层。整个操作最好在 X 线透视下进行。治疗时针头注射部位位于 Z 线近端 1~3cm 处，食管四壁各注射一点。当内镜到达注射部位后，经内镜活检孔插入导管，将聚合物注入食管肌层，同时通过内镜和 X 线透视观察注射深度是否正确。正常情况下，注射速度为 1 ml/min，总量为 1~2 ml/点，透视可见聚合物沉积于食管下端。如内镜下见注射部位形成黑色包块，则表明注射过浅，聚合物沉积于黏膜下层，此时需加大注射深度。如透视下未见聚合物在食管壁内沉积，则提示注射过深，需要重新插针。如注射过程中见聚合物漏入食管腔内，透视下可见环状不透光带，此时可于同一穿刺点内继续注射至 3~4 ml。注射结束后，针头需留置于注射部位 30 秒，然后退针。Rofls 法和 Endotonics 法与 Enteryx 法的操作基本相似，仅注入的物质不同。该类方法的作用机制尚不明确。

部分研究表明，Enteryx 方法可能通过升高患者的 LESP 或使 LES 压力带增长，而导致酸反流时间和次数显著减少。在不多的相关报道中，Enteryx 对症状的缓解率为 70%，主要不良反应有胸骨后疼痛、吞咽困难、发热、出血及腹胀，均发生于注射后数天内，且为一过性，可能与注射后局部反应或组织充血水肿有关，可自行缓解或服用 PPI 后缓解。聚合物包块周围通常可形成纤维包裹，因此位置较牢固，随访观察极少数患者可发生聚合物包块滑脱，多于注射后 3 个月内发生，需重新治疗。

四、预后评价

GERD 一直被认为是一种渐进性疾病。轻型 GERD 表现为有典型的反流症状而没有食管黏膜破损，随着病情的加重，出现反流性食管炎(由轻度到重度)，病情继续加重时则出现包括食管狭窄、Barrett 食管和食管腺癌等并发症。但是，近期越来越多的研究表明，NERD 不是 GERD 的轻度阶段；也很少有 NERD 患者的自然病程会发展为反流性食管炎或 Barrett 食管；大多数 NERD 患者都会在其生活中保持 NERD 的状态；同样，反流性食管炎也很少发展至 Barrett 食管。NERD 患者对于 PPI 治疗的效果比反流性食管炎患者低 30% 以上。Barrett 食管有发展为食管腺癌的潜在威胁。

五、进展和展望

研究表明，TLESR 即非吞咽情况下 LES 自发性松弛，也是导致胃食管反流的重要因素，并且发现胃底扩张是引起 TLESR 的最主要机制。针对胃底扩张的药物、内镜和手术治疗可能会对 GERD 的疗效产生影响。

美国胃肠病学杂志发表了胃食管反流病诊断和治疗指南。该指南和以前的指南是在美国胃肠病学院及其实践委员会的主持下提出的，通过对全世界的文献进行了广泛地综述，并使用美国国立医学图书馆数据库进行了重新的修订综述。指南修订中使用分层系统评估所得到的证据，尤其注重随机对照试验得出的结论。诊断指南着重提出了经验性治疗和内镜的使用、便携式反流监测、食管测压术。治疗指南提出了生活方式改变的作用、个体化疗法、抑酸治疗、促动力治疗、维持治疗、抗反流手术、内镜下治疗等。