

文章编号:1005-6947(2006)09-0697-05

· 专家论坛 ·

# 外科医师应了解胃食管反流病

汪忠镐

(首都医科大学宣武医院胸心血管外科, 第二炮兵总医院胃食管反流病中心, 北京 100744)

关键词:胃食管反流

中图分类号:R573.9

文献标识码:A

当外科手术病人尚患有胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)时,其突出的症状可使病人难以接受手术,尤其是当GERD病人合并严重的呼吸道并发症时更是如此。再者,在全身麻醉时,在GERD患者的咽喉部常会积存不少胃肠反流物,在拔除气管插管时,有可能因误吸而发生危险,或术后发生肺炎。但如事前能识别本病,在手术前给予患者2-4周的质子泵抑制剂则可明显缓解症状;在麻醉时如能事前知晓此病、引起特别重视和给予相应处理,会提高手术的安全性。此外,由本病引起的Barrett食管则为一种癌前状态。对于普通外科或胸心血管外科医师,则不仅更易了解、尚能在内科治疗失效或病人不能坚持长期内科治疗时,给病人提供手术或腹腔镜或内镜下的微创治疗。现就GERD的新进展予以简介,以期引起充分重视。

## 1 概述

随着我国改革开放步伐的不断加快,人民生活水平蒸蒸日上,使国人视野开阔、知识更新,对健康的体魄和绚丽人生更是有所要求。然而,曾几何时,有多少人在进餐后以至非进餐时出现过烧心和反酸的痛苦;又有多少人在餐中、餐后、睡眠或晨起时发生恼人的剧烈咳嗽、咯痰、鼻后滴流<sup>[1]</sup>,甚至哮喘样发作(有的患者甚至被当作“支气管哮喘”进行长期的治疗);不少人多年被不同程度的咽部异物感所困惑,甚至夜间经常被呼吸不畅、咯痰和咳嗽所惊醒,无可奈何地被迫居于端坐或直立位;

还有因反流物喷射至咽喉部和呼吸道,导致令人窒息的呼吸困难或喉痉挛。如此种种,给患者带来极大的痛苦,甚至可危及患者生命。

这一切现象的发生,皆源于一个医生既熟悉又陌生、似知晓却乏于了解的疾病——胃食管反流病,乃一种胃、十二指肠内容物反流入食管所引起的病症,它可导致食管黏膜炎症糜烂、溃疡形成甚至癌变。

在西方国家,约有7%~15%的人患有胃食管反流病。如美国约有1900万成人患有此病。患者多需内科治疗。其中,每年约有7万人为此病接受各种手术治疗。美国每年用于治疗GERD的费用达19亿美元<sup>[2]</sup>。

GERD的发病率随年龄的增长而增加,40~60岁为发病高峰年龄。目前,一般认为我国本病的发病率明显低于国外,其原因也许与医界人士对此病的认识和重视不够有关,或只注意到本病的典型症状如胃烧心和反酸,而没有意识到相当数量的患者所表现的咳嗽、咯痰、气短、以至“哮喘”、“冠心病”等一系列由该病引起的症状。在此要特别提出,国内潘国宗等曾于1999年报道过在北京、上海两地进行的GERD的流行病学调查研究,指出GERD的发病率为8.97%;经内镜或24小时pH监测证实是GERD者为5.77%;经内镜证实有反流性食管炎者为1.92%<sup>[3]</sup>。

## 2 临床特点与诊断

GERD的特殊之处在于胃、十二指肠内容物除可反流到食管引起典型的反酸、烧心外,尚可反流达到咽部,形成细微颗粒或雾状物而被喷至喉头,甚至吸入气管、支气管和肺部,导致剧烈的咳嗽、咯痰和严重呼吸困难。GERD可继发癌前病变(Bar-

收稿日期:2006-07-06; 修订日期:2006-07-27。

作者简介:汪忠镐,男,浙江杭州人,首都医科大学宣武医院主任医师,中科院院士,主要从事血管外科,普通外科和胃食管反流病方面的研究。

通讯作者:汪忠镐

rett's 食管),是发生食管腺癌的危险因素。因而在诊断该病时,除应将烧心和反酸现象列为其典型症状外,还应注意其不典型症状,即所谓食道外症状,如慢性咳嗽、声音嘶哑、咽部异物感、打鼾<sup>[4]</sup>、进食时或睡眠中引起的喉痉挛、呼吸困难、哮喘样发作以至窒息等。

诊断 GERD 的精确方法包括:食管动力测定法——可以明确食管下端括约肌是否松弛和食管蠕动功能是否低下;24 小时食管酸度连续监测法——可以明确在直立和仰卧位时反流的次数( $\text{pH} < 4$  的次数)、最长反流时间和该反流确切地发生时间(夜间某时)以及评分结果(正常在 15 以下,高者可达 80 以上);胃镜检查可以明确有否食管炎及其严重程度,并除外(或发现)胃肿瘤、溃疡和膈疝等病变;多频道腔内阻抗(MII)检查结合食管酸度测定可发现一种更难诊断和治疗的非酸性食道反流病,即碱性反流。

### 3 治疗

治疗 GERD 的目的在于控制患者的症状,治愈食管炎,减少复发以及预防并治疗一系列严重并发症,尤其是致命性并发症。

#### 3.1 一般治疗

为避免或减少反流,应适当改变生活方式:(1)尽量不食用高脂肪食物、巧克力、咖啡、浓茶,并戒烟、禁酒;(2)缓慢进食,少食多餐,餐后切忌立即卧床,至少活动 2h 后才可取卧位;(3)睡眠时取斜坡位(光垫高枕头还不够)或适当抬高床头;(4)减少导致腹压增高的因素,如不要紧束腰带、避免便秘和控制体重等。

#### 3.2 药物治疗

GERD 的药物治疗包括胃肠动力药(如吗丁啉)、胃黏膜保护剂(如硫糖铝)、 $\text{H}_2$  受体拮抗剂(如西咪替丁等)和质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI),如耐信(Nexium, Esomeprazole)、奥美拉唑、兰索拉唑等。上述药物对缓解 GERD 的症状颇为有效。当患者合并呼吸道并发症时,必须进行相应的治疗,如舒利迭的恰当吸入和抗生素的适当应用。有严重呼吸道并发症者,要考虑手术治疗问题。

#### 3.3 手术治疗

尽管药物治疗 GERD 有效,但停药后的复发率

仍很高,故长期服药在所难免。如此,患者不仅要承受由药物引起的某些并发症所带来的痛苦(如胃酸减少引起的消化不良或腹胀,更甚者则有白细胞的减少),而且也给生活带来诸多不便。此外,抗酸药物对非酸性食管反流患者无效。再者,在食管下端括约肌松弛时,反流物可直喷喉部,显然已属机械性病理改变。此时,需以超声射频(Stretta)法<sup>[5]</sup>(图 1-2)、内镜腔内胃成形法(Endoscopic luminal gastroplasty,包括 Bard 的 Endocinch 和 Wilson-Cook 的 Endoscopic suturing device)<sup>[6-7]</sup>(图 3)、生物聚合物增补法(Biopolymer augmentation, Enteryx)<sup>[8]</sup>、全层折叠法(Full thickness plicator < NDO >)<sup>[2]</sup>和丛状体植入法(Plexiglas implantation)等特殊疗法对食管下段进行微创治疗<sup>[2,9]</sup>,通过形成抗反流的“瓣膜”来治疗 GERD。上述新技术为 GERD 的治疗带来了简捷和创伤小的优点,而且有望在对 GERD 患者施行胃镜检查诊断的过程中,同时完成该类治疗。

笔者已引入 Stretta 射频治疗仪,治疗重症 GERD 病人 15 例,包括长期按哮喘治疗者 4 例(其中 1 例“哮喘”20 年,发生自发性气胸住心胸外科时,才由笔者在查房时发现并作出正确的诊断)、冠心病 2 例(其中 1 例术前 3 个月已经放置冠状动脉支架 3 枚,非但毫无疗效,且病症有所加重),经治疗后均达到了立竿见影的近期疗效,但中、远期疗效有待观察。笔者目前所治患者最小 17 岁,最大 84 岁。

对于经以上治疗疗效不佳或病情加重,或呼吸道并发症严重(如哮喘样或窒息性发作)而不能控制者,则需通过腹腔镜、或开胸或开腹施行胃底折叠术(图 4)。常用者为 Nissen 手术<sup>[10]</sup>,在食道下段形成一抗反流瓣膜,以实现控制或减少反流的目的(图 5)。比利时 Dallemegne 报道在腹腔镜下施行 Nissen 手术者,术后 10 年无反流率达 93.3%;Toupet 手术(部分胃底折叠术)则为 81.8%<sup>[10-12]</sup>。笔者本人在 1 年多中有“支气管哮喘”急性发作和喉痉挛,而无反酸、烧心,已经 5 次入院,最后一次入院已发病危通知。后经确诊 GERD 后,于 2006 年 3 月施行了腹腔镜下的 Nissen 手术。术后再无“哮喘”发作,而且停用了治疗哮喘和 GERD 所有药物<sup>[13]</sup>。对少数由 Barrett 食管并发食道癌以及食道穿孔者,则需考虑行食管切除和结肠代食管术。

图1 以 Stretta 微量射频仪进行治疗显示:装置到位(左)、形成若干条射频治疗环(中)和使食管下端管腔收紧(右)

图2 胃镜所见:经过 Stretta 微量射频治疗后,食管下端从松弛(左)到收紧状态(右)

a b c d

图3 腔内胃成形法:a. 胃镜下将缝合装置置于食管、胃的交界处;b. 以结扎圈初步形成皱襞;c. 收紧、结扎后,在食管和胃的交界处形成一个折叠;d. 多个折叠便成为一个有抗反流作用的瓣膜

图4 以胃底折叠术适度地(不影响吞咽而阻止反流)收紧食管下端(胃和食道交界处)的括约肌,形成食道外的抗反流瓣

图5 钡餐食管造影显示,以胃底折叠术在食道远端形成的抗反流瓣膜(阀门),围绕在食管外(a, b:两个箭头之间部位),即无胃食管反流征象(c. 患者处于 Scout 卧位,箭头所指为胃、食管交界处)

#### 4 结 语

目前在欧美国家,已较普遍地了解在哮喘样发

作(asthmatic patients)的患者中,GERD 病人并不少见。随着对该病的逐渐被重视、发现,无论是在小儿还是成年哮喘患者中,GERD 的发病率均在不断

上升<sup>[12,14]</sup>。现已证实,施行了抗反流药物或手术治疗后,不少哮喘或哮喘样发作患者的症状明显减轻甚至消失,更加说明了 GERD 与呼吸道病变的密切关系<sup>[15-17]</sup>。因此可以说,在哮喘的人群中,有某些患者,通过药物、手术或微创法所进行的抗反流治疗,既可控制其严重的呼吸道症状,又可治愈或缓解 GERD。

拙文结束之前,笔者特提出一则基本哲理与对医者职责的一点感悟,与大家共勉。

基本的哲理:强力的胃酸和胃十二指肠酶为消化食物之根本,唯有胃黏膜才具备特有的抗胃酸和胃酶的功能;而食管黏膜却不能承受胃酸的刺激,胃酸反流至食管可立即引起烧心的感觉;而喉、气管、支气管等呼吸道黏膜,则更无抵御胃酸的能力,一旦接触胃酸,立即会引起呼吸道平滑肌的强烈收缩(呼吸困难)和黏膜的大量分泌(痰)以及反射性的剧烈咳嗽(排痰),且常咳得死去活来,此乃为哮喘样发作以至窒息的根本原因所在。再是阻断胃食管的高位反流的效果较阻断低位反流明显为好,这就是患重症食管外疾病者(如哮喘)可以得到更好疗效的理由。

医者的职责:如果临床医师注意观察,在医疗工作岗位以及日常生活中,可能会发现一些有哮喘样发作、顽固性咳嗽(伴咳痰)的患者。他们可在老年、青壮年乃至儿童期发病,在餐中、餐后或夜间入睡时症状发作,经过长期的哮喘治疗,症状却不能得到明显的改善,而正处于进一步的寻医问药过程中。如遇这种情况,应警惕他们表现的症状很可能就是 GERD 的严重(可能是致命性的)呼吸道反应。有了正确的诊断与及时的治疗,就有可能为他们长年不得恰当医治、并随时伴有生命危险的顽症带来治愈的希望。

总之,胃食管反流性疾病是同哮喘、高血压病、心脏病、糖尿病等常见病一样,严重影响着人们健康的疾病。但迄今,国人尚远未对此病引起足够的重视,尤其是那些在进食或睡眠时经常发生剧烈的咳嗽、咯痰、气短、喘息或呼吸困难者,他们的症状很可能是由 GERD 所引起。因而,有必要加强对该病进行深入的调查、积极的研究和广泛的宣传,以提高医患双方对该病的认识,使 GERD 患者,尤其是伴有哮喘样发作的患者,尽早得到正确的诊断和及时有效的治疗。

## 参考文献:

- [1] Nagel RA, Brown P, Perks WH, *et al.* Ambulatory pH monitoring of gastroesophageal reflux in "morning dipper" asthmatics [J]. *BMJ*, 1988, 297(6660):1371-1373.
- [2] Triadafilopoulos G. GERD: The potential for endoscopic intervention [J]. *Dig Dis*, 2004, 22(2):181-188.
- [3] 潘国宗,许国铭,郭慧平,等.北京上海胃食管反流症状流行病学调查[J]. *中华消化杂志*, 1999, 19(4):223-226.
- [4] Ayrk SO, Erdic M. Gastroesophageal reflux [J]. *Taraks Dergisi*, 2003, 4(2):191-197.
- [5] Cipolletta L, Rotondano G, Dughera L, *et al.* Delivery of radio-frequency energy to the gastroesophageal junction (Stretta procedure) for the treatment of gastroesophageal reflux disease [J]. *Surgical Endoscopy*, 2005, 19(6):849.
- [6] Pleskow D, Rothstein R, Lo S, *et al.* Endoscopic full thickness plication for the treatment of GERD: 12 months follow-up for the North American open-label trial [J]. *Gastrointest Endosc*, 2005, 61(6):643-649.
- [7] Schiefke I, Zabel-Langhennig A, Neumann S, *et al.* Long term failure of endoscopic gastroplication (EndoCinch) [J]. *Gut*, 2005, 54(6):752-758.
- [8] Johnson DA, Ganz T, Aisenberg J, *et al.* Endoscopic implantation of Enteryx for treatment of GERD: 12 month results of a prospective, multicenter trial [J]. *Amer J Gastroenterol*, 2003, 98(9):1921-1930.
- [9] Triadafilopoulos G. Ten frequent asked questions about endoscopic therapy for gastroesophageal reflux disease [J]. *Amer Society Gastrointestinal Endoscopy*, 2004, 12(1):1-4.
- [10] Dallemagne B, Weerts J, Markiewicz S, *et al.* Clinical results of laparoscopic fundoplication at ten years after surgery [J]. *Surg Endoscopy*, 2006, 20(1):159-165.
- [11] Greenfield LJ. *Surgery: Scientific principles and practice* [J]. Vol 2. Lippincott-Raven, 1997, 680-694.
- [12] Hsu JY, Lien HC, Chang CS, *et al.* Abnormal acid reflux in asthmatic patients in a region with low GERD prevalence [J]. *J Gastroenterology*, 2005, 40(1):11-15.
- [13] 汪忠镐, Ibrahim M Ibrahim. 胃食管返流病而非哮喘: 个案报告 [J]. *美中医学*, 2006, 3(4):50-54.
- [14] Buts JP, Barudi C, Moulin D, *et al.* Prevention and treatment of gastroesophageal reflux in children with recurrent respiratory disorders [J]. *Eur J Pediatrics*, 1986, 145(5):396-400.
- [15] Tardif C, Nouvet G, Denis P, *et al.* Surgical treatment of gastroesophageal reflux in ten patients with severe asthma [J]. *Respiration*, 1989, 56(1-2):110-115.
- [16] Larrain A, Carrasco E, Gallego F, *et al.* Medical and surgical treatment of non-allergic asthma associated with gastroesophageal reflux [J]. *Chest*, 1991, 99(6):1330-1336.
- [17] Ing AJ, Ngu MC, Breslin ABX. Parthenogenesis of chronic persistent cough associated with gastroesophageal reflux [J]. *Amer J Respir Crit Care Med*, 1994, 149(1):160-167.