

老年人胃食管反流病的特征

许军英 侯晓华

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引起的组织学改变 (食管黏膜的损伤) 或引起的临床症状 (烧心、反酸及食管外症状) 严重影响患者生活质量的一种疾病。随着人类寿命的延长, 65 岁以上的老年人至少 80% 患有一种或多种慢性疾病, 而 GERD 是老年人最常见的慢性疾病之一。老年人食管结构和功能的改变使 GERD 的发病率增加。据估计, 有 5% ~ 7% 的老年人每天发作与胃食管反流病相关的烧心或反酸症状; 每周有症状者为 10% ~ 14%; 每月有症状者高达 15% ~ 44%^[1]。

1 发病机制的特点

目前认为 GERD 是多种因素促成的上消化道动力障碍引起的酸相关性疾病, 其发病机制包括抗反流功能下降、食管清除能力降低、食管黏膜防御作用减弱、食管感觉异常、胃排空延迟, 这些因素使反流物即酸和 (或) 胆汁有造成食管黏膜损伤的机会。反流亦可能与饮食、体位、情绪等因素有关。

老年人易患 GERD 的生理和病理特点^[2]: (1) 食管肌群的萎缩导致食管运动功能低下。下食管括约肌静息压降低, 抗反流防御能力下降; 或者因食管蠕动异常而使食管清除能力降低。(2) 食管裂孔疝疝囊增大。胃食管交界处结构包括膈肌脚、膈食管韧带、食管和胃之间的 His 角等结构是抗反流功能的重要保证, 食管裂孔疝 (hiatus hernia) 时部分胃经过膈, 致使发生胃食管反流。(3) 唾液分泌量减少, 使中和反流入食管内的胃酸能力下降。(4) 服用了降低下食管括约肌的药物。(5) 因长期卧床而处于卧位或半卧位状态, 缺乏重力作用, 反流物不能有效清除。(6) 其他老年性疾病如糖尿病等影响胃肠道神经系统, 使胃排空延迟。

收稿日期: 2004-08-26

作者单位: 华中科技大学同济医学院协和医院消化科

作者简介: 许军英, 女, 1963年11月生, 湖北省石首市人, 医学博士,

副主任医师, 副教授

通讯作者: 侯晓华, Tel: 027-85726930

2 临床表现

老年人 GERD 症状少而并发症多见。因反流物清除能力差, 胃排空延迟, 食管黏膜的反流物暴露时间长, 极易出现食管黏膜的损伤及并发症。反食、吞咽困难、胸骨后疼痛较烧心多见。常见的症状和并发症有: (1) 烧心: 即剑突向颈部放射的胸骨后烧灼感。(2) 反食: 胃内容物反流入咽喉部。(3) 吞咽困难: 为报警症状。(4) 胸痛: 应与心源性胸痛鉴别, 常为绞榨样或烧灼样疼痛, 亦可能十分严重和剧烈, 疼痛可放射至颈部、颌部、背部及臀部, 持续数分钟至数小时可自行缓解, 抗酸剂和硝酸甘油类药物亦可以缓解疼痛; 常伴随有烧心、反酸、吞咽困难症状。(5) 耳鼻喉症状: 可伴有声嘶, 晨起干呕, 咽喉部异物感 (癭球症)。(6) 肺部症状: 夜间哮喘, 反复发作的肺部感染。老年人 (特别是长期卧床的老年人) 更易发生肺部症状。可发生的并发症有食管狭窄, Barrett 食管 (BE), 食管腺癌等。

3 GERD 诊断方法

3.1 上消化道内镜 可确定有无反流性食管炎 (reflux esophagitis, RE) 在内镜下食管炎严重程度多按洛杉矶分级, A 级: 见黏膜破损, 直径 < 5 mm; B 级: 黏膜破损直径 > 5 mm, 无融合; C 级: 黏膜破损融合 < 食管周径的 75%; D 级: 黏膜破损累及食管周径的 75% 以上。

3.2 钡餐 可以了解有无器质性损害, 提供食管蠕动情况, 对食管裂孔疝有较高的诊断价值。

3.3 食管内 24 h pH 监测 应用 pH—便携式 BRAVO pH system, 被认为是诊断酸反流的有重要价值的方法, pH < 4 的百分时间诊断病理性反流最具价值。

3.4 食管测压 是诊断食管动力异常的重要手段, 因 GERD 患者常出现食管体部动力障碍、LES 压力降低, 故对 GERD 的诊断也有帮助。

3.5 胆红素监测 可以确定有无胆汁反流的存在。

3.6 检查方法的选择 根据检查目的而选择检查方法。24 h 食管 pH、24 h 胆汁监测、核素、食管吞钡

等检查可证实有无反流;24 h食管 pH、食管滴酸试验可证实不典型症状与酸反流的关系;内镜检查、食管吞钡可证实食管有无黏膜损害;食管测压、酸清除试验、胃排空可证实发病机制。

4 GERD 诊断

4.1 有典型症状 烧心、反流的患者结合内镜下食管炎,诊断并不困难。如内镜未发现炎症,24 h食管 pH 检查阳性时诊断也可确立。无检查条件可行质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)试验性治疗(标准剂量 PPI, 2次/d, 共7 d),如有效诊断为GERD。

4.2 非典型症状 咽喉炎、哮喘、咳嗽、胸痛的患者应结合内镜、24 h食管 pH、PPI 试验性治疗结果进行综合分析。

4.3 GERD 诊断后还应了解患者的病理生理异常,如食管动力功能、LES 压力、酸或碱反流,有无食管裂孔疝。

老年人常不能耐受侵入性的检查,因此 GERD 的诊断主要依据临床表现及对药物治疗的反应,PPI 试验性治疗尤其对老年性 GERD 的诊断具有重要意义。

5 GERD 的治疗

老年人 GERD 的治疗与成年人类似。向老年人宣教有关 GERD 知识,改变饮食和生活习惯,并选择适宜的药物治疗将有助于老年 GERD 患者更好的缓解症状。自我治疗是轻度 GERD 患者的首选治疗方法,治疗目的是消除症状,治愈食管炎,预防复发。

5.1 自我疗法 (1)饮食:避免引起烧心症状的食物和饮料如薄荷、咖啡、茶、脂肪类食物、巧克力、酸性饮料。(2)生活习惯改变:包括抬高床头;避免餐后1~2 h过度运动,尤其要避免弯腰动作;避免睡前2~3 h进食、饮水和服药;避免穿紧身的内衣裤;禁烟、酒;避免饮食过饱,提倡少食多餐;减轻体重。(3)药物:避免降低下食管括约肌压力导致反流的药物如硝酸甘油、钙离子拮抗剂、茶碱、三环类镇静剂等。可以选择非处方药物抗反流治疗,如H₂受体拮抗剂、铝碳酸镁等。

5.2 药物治疗 药物治疗有三方面:中和胃酸或减少胃酸分泌,改善LES的功能,保护食管黏膜。抑酸是主要治疗措施,黏膜保护剂作用甚微,促动力剂有效,需维持治疗,并要注意胆盐在GERD中作用^[3]。

5.2.1 中和胃酸或减少胃酸分泌 这类药物能升

高胃液的pH值,改善反流所致的黏膜损伤,从而缓解症状。此外,尚可提高LES压力,减少十二指肠胃食管反流。常用药物有制酸剂、组胺H₂受体拮抗剂(H₂-receptor antagonist, H₂RA)和质子泵抑制剂(PPI)。常规剂量H₂受体拮抗剂对空腹和夜间胃酸分泌抑制明显,可缓解多数GERD患者的症状,但对C级以上的RE愈合率差,该类药对餐后酸分泌作用弱,且有快速抗药反应(tachyphylaxis),故仅用于轻症患者。PPI是强力抑酸药,尽管对夜间胃酸分泌抑制作用差,但可产生显著而持久的抑酸效果,缓解症状快,食管炎愈合率高,可用于所有的GERD患者。因治疗GERD比治疗消化性溃疡需要更强的抑酸,有食管黏膜损伤的患者,即使是轻度损伤,都易发生严重的并发症,故对反流性食管炎患者,推荐选用大剂量的质子泵抑制剂。疗程一般为8~12周。

5.2.2 改善LES功能的药物 包括胃复安、多潘立酮、西沙比利及胆碱能拟似剂(氨甲酰胆碱)。这类促动力药物能增强LES压力,改善食管蠕动功能,增加食管的酸廓清率,促进胃排空。单独应用疗效与单用H₂受体拮抗剂相似。与抑酸剂合用有协同作用。

5.2.3 黏膜保护剂 可减少反流物对食管黏膜的刺激和损害。常用药物包括硫糖铝、PGE₂,三钾二铋络合铋等。前者有助于维持食管黏膜的完整性,保护其深层黏膜免受酸的侵袭,起到细胞保护作用。后者能与蛋白质粘附在一起形成一层抗胃酸、胃蛋白酶及胆盐的生理屏障。

5.2.4 药物治疗的选择 有两种不同的方案可供选择。一为递增方案,即治疗初期应用制酸剂或促动力药物,如疗效不佳再选用H₂受体拮抗剂,需要时选用PPI。另一为递减方案。即开始即选用强的制酸剂PPI,有一定的疗效后再选用H₂受体拮抗剂,最后用制酸剂维持。两种方法疗效/费用无差异。

治疗方法:

渐增法(step up) H₂RA 小量→大量→PPI

渐减法(step down) PPI 足量→减量→混合使用

稳定法(step in) 剂量不变

5.2.5 长期治疗 为防止症状和食管炎的复发,GERD患者需要长期治疗。目前,在GERD的长期治疗中有三种方案:维持治疗、间断治疗和按需治疗。维持治疗常规选用的药物为常规剂量或大剂量的H₂受体拮抗剂和常规剂量的PPI。PPI预防复发

的疗效高达 80% ~ 90%, 远优于 H₂ 受体拮抗剂。按需治疗是新的治疗模式之一 (ondemand), 即出现症状后患者自己服药至症状被控制, 应选用起效快的 PPI。在不影响疗效的前提下极大地节省了患者的费用, 是一种费用 - 效益比较好的治疗方案。推荐 NERD 患者按此方法治疗

5.3 非药物治疗

5.3.1 介入治疗 包括射频; 内镜下结扎缝合; 内镜下胃底折叠术; 内镜下注射法 (玻璃树脂); 内镜下放置体。

5.3.2 外科手术 GERD 是一种终生疾病, 需终生药物治疗。药物治疗能有效控制症状, 但患者不愿长期服药可考虑抗反流手术治疗。术前应常规行食管

管测压检查以排除食管体部运动异常^[4]。

参考文献

- 1 Ramirez FC. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease in the elderly. Cleve Clin J Med, 2000, 67: 755-766.
- 2 Richter JE. Gastroesophageal reflux disease in the older patient: presentation, treatment, and complications. Am J Gastroenterol, 2000, 95: 368-373.
- 3 夏冰. 胃食管反流病. 见: 侯晓华, 主编. 消化道运动学. 北京: 科学出版社, 1998. 217-237.
- 4 Frantzides CT, Carlson MA, Madan AK, et al. Selective use of esophageal manometry and 24-hour pH monitoring before laparoscopic fundoplication. J Am Coll Surg, 2003, 197: 358-363.

· 专题笔谈 ·

胃食管反流病的食管外表现和并发症

莫剑忠

就现在所知, 胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 是一种颇为常见的疾病, 且因本病与食管腺癌等疾病的发生相关而日益受到人们的关注。对 GERD 的认识始于食管炎, 当时认为由于胃内容物的反流, 只造成食管下端黏膜的化学性炎症而命之为反流性食管炎 (reflux esophagitis), 而将已经发现的其他系统-器官的症状视之为反流性食管炎的并发症。然而, 随着研究的深入, 已意识到本病的临床谱甚广, 反流性食管炎本身所产生的典型症状如烧心、反流, 以及非特征性症状如嗝气、吞咽困难、胸 - 背痛等只是疾病表现的一部分, 具有相当的诊断价值, 但食管外症状亦常为 GERD 的诊断提供重要线索, 因此, 认识这些症状对由此而及早诊断、治疗 GERD 有相当重要的意义。

从病理角度来看, GERD 的症状主要是由反流所产生, 含有盐酸, 或是盐酸 - 胆汁的胃内容物对食管或食管外器官 - 组织的黏膜有相当的侵蚀性, 这

些部位黏膜与之较长时间接触就可能造成局部炎症, 因而除食管外, 咽喉部、声带、呼吸道, 以及口腔等处都可受累而产生相应症状, 即所谓的食管外表现 (表 1)。而食管动力紊乱可使反流加重^[1]。此外, 部分症状的产生可能有神经反射机制参与。

表 1 GERD 的食管外表现

受累部位	临床表现
鼻部	鼻炎 鼻窦炎
耳部	慢性中耳疾病
口腔	牙侵蚀 感觉异常
咽喉部	咽炎 喉炎 咽喉部溃疡
声带	声带炎 声带肉芽肿
呼吸道	哮喘 慢性支气管炎 吸入性肺炎 支气管扩张 特发性肺纤维化
其他	睡眠性呼吸暂停 瘰疬症 难治性呃逆 婴儿猝死综合征

收稿日期: 2004-09-10

作者单位: 200001 上海市, 上海第二医科大学附属仁济医院, 上海市消化疾病研究所

作者简介: 莫剑忠, 男, 1942年7月生, 江苏省苏州市人, 主任医师, 教授。E-mail: jianzhong.mo@hotmail.com