

的治疗。因此,在 GERD 的诊治方面除了注意食管内外症状,不能忽视睡眠障碍的存在。

参加调研单位及人员如下

浙江中医药大学附属第一医院消化科 吕宾、孟立娜、范一宏、黄宣、张烁、晁冠群

浙江大学附属第一医院消化科 陈春晓、王杭勇、姜玲玲、张冰凌、向荣成

浙江大学附属第二医院消化科 宋震亚、杜勤、王小英

浙江大学附属邵逸夫医院消化科 高敏、孙蕾民、吴加国、曹倩

参考文献

- 1 袁耀宗,邹多武,汤玉茗,等. 胃食管反流病的蒙特利尔(Montreal)定义和分类—基于循证医学的全球共识. 中华消化杂志 2006; 26:686-689.
- 2 Locke GR 3rd, Talley NJ, Fett SL, et al. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. Gastroenterology 1997;112:1448-1456.
- 3 Shaker R, Castell DO, Schoenfeld PS, et al. Nighttime heartburn is

an under-appreciated clinical problem that impacts sleep and day-time function: the results of a Gallup survey conducted on behalf of the American Gastroenterological Association. Am J Gastroenterol 2003;98:1487-1493.

- 4 Johnson DA, Fennerty MB. Heartburn severity underestimates erosive esophagitis severity in elderly patients with gastroesophageal reflux disease. Gastroenterology 2004;126:660-664.
- 5 Jacobson BC, Somers SC, Fuchs CS, et al. Body-mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in women. N Engl J Med 2006;354:2340-2348.
- 6 Chen CL, Robert JJ, Orr WC. Sleep symptoms and gastroesophageal reflux. J Clin Gastroenterol 2008;42:13-17.
- 7 Demeester TR, Johnson LF, Joseph GJ, et al. Patterns of gastroesophageal reflux in health and disease. Ann Surg 1976;184:459-470.
- 8 Fass R. Epidemiology and pathophysiology of symptomatic gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol 2003;98(3 Suppl):S2-7.

(收稿日期:2008-01-17)

(本文编辑:吴保平)

·短篇论著·

反流性食管炎食管外症状临床分析

罗国彪 舒建昌 杨绮红 张文茹 黎铭恩 庞春梅 张晓燕 宋慧东
聂丽芬 吕霞 叶国荣

【摘要】 目的 探讨反流性食管炎食管外症状特点及治疗效果。方法 回顾分析 47 例以食管外症状为主诉并确诊为反流性食管炎(RE)患者的临床表现,确诊后给予制酸、黏膜保护、抗反流及改善不良生活方式等治疗并观察其治疗效果。结果 咳嗽、咽痛等食管外症状及反酸、烧心、暖气等症状明显改善,有效率为 89.4%,明显高于确诊前的 27.7% ($P < 0.01$),治疗后内镜复查结果,食管炎黏膜损害改善 41 例(87.2%),食管外症状中以咳嗽、胸闷、咽痛、声嘶最为常见。结论 对临床上以食管外症状就诊各有关专科患者经相应的诊治无效或疗效欠佳时,应考虑存在反流性食管炎的可能,需尽快作内镜等相关检查明确诊断,及时治疗,避免误诊。

【关键词】 反流性食管炎;食管外症状

反流性食管炎食管外症状常被忽视,而就诊于各有关专科致诊治延误。现对我院收治的以食管外症状为主要表现的

反流性食管炎 47 例分析报告如下。

临床资料

一、一般资料

病例资料来源于我院消化内科 2007 年 4 月至 2007 年 11 月 47 例门诊病人。男 27 例,女 20 例;平均年龄 61.4 岁(28 ~ 75 岁),其中 40 岁以上者占 80.5%,病程最短为 5 月,最长为 4 年。

二、临床表现

消化道表现:有 5 例患者表现为非主诉症状且程度轻微,以反酸、暖气、纳差常见,大部分患者无消化道症状。

食管外表现:呼吸道表现主要为咳嗽、哮喘、反复发作性气喘;心血管表现为胸闷、胸痛、心前区不适;咽喉部表现主要有声嘶、咽部不适、异物感、咽痛等。相关检查提示异常,如胸片示双肺纹理增粗,心电图示非 ST 段改变,喉镜检查示咽部充血、声带水肿等非特异性改变,经相应专科初步诊断为慢性气管支气管炎 14 例,支气管哮喘 3 例,阵发性睡眠呼吸暂停综合征 1 例,肺间质纤维化 1 例,心绞痛 12 例,慢性咽

炎 11 例,慢性声带炎 4 例,焦虑症 1 例。

三、诊断及治疗

1. 诊断标准

根据中华医学会消化内镜学分会反流性食管炎诊断标准^[1],全部患者经内镜检查明确诊断。在确诊为反流性食管炎前分别就诊于呼吸科、心血管科、耳鼻喉科,按各有关专科诊断给予相应治疗症状无明显改善。

2. 确诊反流性食管炎后的治疗

(1)改变不良生活方式:调整体位、床头抬高 20 ~ 30 cm、避免穿紧身衣服、进食后不立即平卧、夜晚睡前 3 h 内不进食、平常不过度弯腰,改变快食习惯,避免烟、酒、浓茶、咖啡、可乐等的刺激,避免应用降低食管括约肌(LES)压力及影响食管动力的药物,如抗胆碱能药、茶碱、钙通道阻滞剂及安定等。

(2)心理治疗:舒缓紧张、焦虑、抑郁的情绪。

(3)药物治疗:包括使用质子泵抑制剂、促动力药及黏膜保护剂。

四、统计学处理

治疗前后自身对照采用 SPSS 11.5 软件, χ^2 检验。

结 果

确诊前的一般治疗有效率为 27.7%,确诊后治疗 8 周的有效率为 89.4%,确诊后疗效明显高于确诊前疗效 ($P < 0.01$);治疗后内镜复查结果,食管炎黏膜损害明显改善 41 例(87.2%)。食管外症状中以咳嗽、咽痛、胸闷、声嘶改善最为明显。治疗前及治疗后症状改善比较见表 1,治疗后症状改善明显优于治疗前($P < 0.01$)。

表 1 治疗前及治疗后症状改善比较 [n(%)]

	n	有效	无效
治疗前	47	13(27.7)	34(72.3)
治疗后	47	42(89.4)	5(10.6)

讨 论

反流性食管炎在临床上较常见,对其诊疗方法也在不断完善,而临床上由于胃食管反流病(GERD)引起的以食管外并发症为首发症状时,往往未能引起非专科医务人员的重视以致常常延误诊断和治疗。本组患者有以下特点:年龄平均 61.4 岁,食管外症状中咳嗽、胸闷、咽痛、声嘶为常见,其中 19 例(40.4%)就诊于呼吸科,15 例(31.9%)就诊于耳鼻喉科,12 例(25.5%)就诊于心血管内科,确诊前往往以非消化道症状主诉就诊于其他专科且忽略反流症状,确诊前治疗有效率低,抗反流治疗效果良好。程荣堃等^[2]报道 85%患者主要症状表现为咳嗽,Mellow 等^[3]对 50 例严重心绞痛样胸痛,但心功能检测和冠状动脉造影正常者行 24h 食管 pH 监测,发现 46%的患者有胃食管反流。Wong 等^[4]在亚洲胃食管反流病流行病学文献综述中提示中国人食管外症状以胸痛为主要表现,而在日本重症食管炎则与哮喘存在一定联系^[5]。据统计,于耳鼻喉科就诊的患者中,4% ~ 10%其症状与 GERD 相关。

GERD 出现食管外症状的确切发生机制目前尚未阐明,推断其发生可能由于胃内容物“冲破”下食管括约肌(LES)与上食管括约肌(UES),胃内的酸性物质与咽喉部黏膜直接接触并引起组织损伤所致,但食管远端酸反流刺激通过迷走反射可引起清嗓动作或咳嗽,最终也可导致咽喉部病变和症状^[6]。胃电节律紊乱导致胃排空延缓也被认为在发病中起一定作用^[7]。食管动力紊乱可使反流加重^[8]。发生 GERD 时,反流物被吸入呼吸道内,刺激呼吸道迷走神经引起支气管痉挛或吸入呼吸道内酸性胃内容物刺激、损伤呼吸道而产生化学性炎症,激素及其它支气管扩张剂可降低食管括约肌张力而使 GERD 加重,夜间睡眠时迷走神经高反应性自主调节障碍导致食管括约肌压力下降和频发短暂食管下端括约肌松弛,加上迷走神经兴奋胃酸分泌增多、反酸加重,是部分患者夜间呼吸道症状加重的重要原因^[9]。胃液反流和吸入呼吸道可致吸入性肺炎,近年来的研究表明胃、食管反流与部分反复发作哮喘、慢性咳嗽、胸痛、胸闷、憋气、夜间呼吸暂停、心绞痛样疼痛有关^[10]。食管与心脏的神经支配一致,当食管黏膜上皮感受器受刺激时,可引起酷似心绞痛样胸痛。缺血性心脏病和食管功能异常同时存在,其胸痛为食管原性和心原性共同作用所致,当冠心病经正规治疗胸痛未能缓解时,即使没有反流症状,也应高度警惕 GERD 的存在,可作进一步检查或诊断性治疗。部分病人因胃、食管反流物对咽喉部的刺激强度及耐受性不同而就诊于耳鼻喉科,未诉反流、胸骨后烧灼感或疼痛等典型食管炎症状,加上部分医师对反流性食管炎所致咽炎认识不够,仅给予咽部药物治疗而效果不佳。值得一提的是药物治疗的同时,生活方式的改善在治疗反流性食管炎中亦发挥重要作用,生活方式调整及饮食调养,不仅可高食管下端括约肌功能及食管清除酸的能力,又避免了各种引起腹内压过高状态,减少胃内容物反流入食管,减轻胃酸、胃蛋白酶对食管黏膜损伤,因此可有效地防止反流^[11]。

因此,对临床久治不愈的慢性咳嗽、反复发作性哮喘、夜间阵发性呼吸困难或胸闷、胸痛、咽痛、声嘶等患者应考虑是否存在胃食管反流病的可能。详细询问有无反酸、烧心、暖气等消化道症状,尽快作内镜等相关检查明确诊断,避免误诊,及时治疗,尽量减少患者不必要的痛苦与经济损失。当临床症状不典型经常规治疗效果欠佳进一步检查又受限者可行诊断性治疗。

参考文献

- 1 中华医学会消化内镜学分会. 反流性食管炎诊断及治疗指南. 中华消化内镜学杂志 2004;21:221-222.
- 2 程荣堃,翁雪建. 以呼吸道症状为突出表现的胃食管反流病. 中华消化杂志 2000;20:406-407.
- 3 Mellow MH, Simpson AG, Watt L, et al. Esophageal acid perfusion in coronary artery disease. Induction of myocardial ischemia. Gastroenterology 1983;85:306-312.
- 4 Wong BC, Kinoshita Y. Systematic review on epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Asia. Clin Gastroenterol Hepatol 2006;4:398-407.
- 5 Vaezi MF, Hicks DM, Abelson TI, et al. Laryngeal signs and symp-

- toms and gastroesophageal reflux disease (GERD): a critical assessment of cause and effect association. Clin Gastroenterol Hepatol, 2003,1:333-344.
- 6 江菁峰,袁耀宗,许斌,等. 胃食管反流病食管外症状-咽喉炎的临床研究. 中华消化杂志 2006;26:6-9.
- 7 柯美云. 胃食管反流病研究若干进展. 临床内科杂志 2000;17:76-77.
- 8 曹芝君,陈胜良,莫剑忠. 胃食管反流病患者食管动力紊乱对食管外症状发生的影响. 胃肠病学 2004;9:21-23.
- 9 赵建军,王江滨. 胃食管反流与支气管哮喘. 中华消化杂志 2003;23:181-183.
- 10 陈妙萍,吴康英. 生活方式干预对反流性食管炎疗效的影响. 广东医学院学报 2005;23:463-464.

(收稿日期:2008-01-29)

(本文编辑:徐智民)

·短篇论著·

高脂血症性急性胰腺炎临床分析

谢亨银

【摘要】目的 探讨高脂血症性急性胰腺炎的临床特点和
治疗要点。**方法** 回顾214例急性胰腺炎患者,其中18例高
脂血症性急性胰腺炎、196例其他病因急性胰腺炎的临床特
点和治疗进行比较分析。**结果** 高脂血症胰腺炎的TG水平、
脂肪肝发生率、SAP患病率均明显高于其他病因胰腺炎。**结
论** 高脂血症所致急性胰腺炎的发病率呈上升趋势,其临床
表现和治疗方法均有其不同的特点。

【关键词】 高脂血症;急性胰腺炎;预后

高脂血症为急性胰腺炎(acute pancreatitis, AP)少见病因
之一,但随着我国人民生活水平的提高和饮食习惯的改变,
高脂血症所致急性胰腺炎的发病率呈上升趋势,其临床表现
和治疗方法均有其不同的特点。过去一直认为我国急性胰腺
炎(AP)的主要病因是胆道疾病,但自90年代以来,高脂血
症和饮酒所致的AP逐年增多^[1]。目前认识到高脂血症(HL),
尤其是高甘油三酯血症是AP的一个较常见原因。了解HL与
AP的相关性,对于AP的防治具有十分重要的意义。笔者对
本院2005年1月1日~2007年8月31日间214例急性胰
腺炎病例进行分析,并探讨HL与AP的相关性,现报告如下。

资料与方法

一、资料

近3年来明确诊断为AP同时测定过血脂的病人214
例,所有病例均有持续性上腹部疼痛,上腹部压痛209例次,
有反跳痛11例次,呕吐179例次,黄疸9例次,呼吸困难4
例次,存在饮食诱因196例次。急性胰腺炎1次发作48例,2
次发作82例,3次发作26例,4次发作18例,共发作362
次,平均发作1.7次。其中胆源性122例,酒精性37例,饱餐
性17例,原因未明20例,HL相关性18例(8.4%)。18例
HL-AP组中男性11例,女性7例,年龄20~59岁,平均

41.2±6.57岁。其中合并脂肪肝11例,合并胆囊结石6例。18
例中重症急性胰腺炎(SAP)11例,并发多脏器功能衰竭4
例,假性囊肿6例,死亡1例,4例为家族性高脂血症患者,复
发1例,其中6例HL-AP患者接受了血浆置换治疗。AP
的诊断参照2004年中华医学会消化分会胰腺疾病学组制
定的标准^[2];HL相关性AP(HL-AP)诊断标准:发病72h内,血
甘油三酯(TG) > 11.3 mmol/L或TG为5.65~11.3 mmol/L,
伴血清呈乳状、重度脂浊病例,排除其他病因即可诊断。实验
室检查 血淀粉酶在正常范围的有13例次(5.1%),180~500
U/L 102例次(47.9%),>500 U/L 99例次(47%),尿淀粉酶
在正常范围内有10例,其余204例尿淀粉酶均有不同程度的
增高。血清胆固醇5.9~14.6 mmol/L,平均8.9±3.2 mmol/
L;三酰甘油10.4~26.8 mmol/L,平均16.3±5.8 mmol/L;随
机血糖>11.1 mmol/L 26例,餐后2h血糖7.8~11.1 mmol/L
43例次。所有病例都给予以B超检查。胰腺正常12例次,体
积增大,边缘模糊不清151例次,胰腺形态不规则,内部片状
低回声区或液化无回声区34例次。脂肪肝18例次。同时全
部病例均经CT检查,发现胰腺弥漫或局限性肿大伴胰周渗
液56例次,胰腺实质内不均匀密度改变23例次。

二、方法

将所有患者根据甘油三酯水平分三组作对照研究:HL-
AP组,18例;TG正常组167例;TG水平在以上两组之间
29例。对所有HL-AP病例均予以规范化治疗,包括禁食、充
分的液体复苏、胃肠减压、抑制胰腺分泌、预防性抗生素、
柴芍承气汤或生大黄胃管注入等。

结 果

一、HL-AP患者脂肪肝发病率与其它原因所致的AP相
比,差别有显著意义($\chi^2 = 8.1523 > \chi^2_{0.05}, P < 0.05$),提示
HL-AP常并存脂肪肝,见表1。

二、不同TG水平SAP比例

HL-AP组与非HL-AP组相比,I组为HL-AP组,TG平