

的疗效高达 80% ~ 90%, 远优于  $H_2$  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<sup>[4]</sup>。

### 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<sup>[1]</sup>。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<br>鼻窦炎                                 |
| 耳部   | 慢性中耳疾病                                    |
| 口腔   | 牙侵蚀<br>感觉异常                               |
| 咽喉部  | 咽炎<br>喉炎<br>咽喉部溃疡                         |
| 声带   | 声带炎<br>声带肉芽肿                              |
| 呼吸道  | 哮喘<br>慢性支气管炎<br>吸入性肺炎<br>支气管扩张<br>特发性肺纤维化 |
| 其他   | 睡眠性呼吸暂停<br>癔球症<br>难治性呃逆<br>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

## 1 食管外表现

**1.1 鼻部症状** (1)鼻炎:有学者研究发现长期或复发性鼻炎的 GERD 患者鼻-咽 pH 监测有明显异常,提示酸反流的致病性。(2)鼻窦炎:有学者将部分鼻窦炎患者的发生与 GERD 联系起来<sup>[2]</sup>。DiBaise 等<sup>[3]</sup>研究的 19 名难治性患者中,其中 78% 的 24 h pH 检测结果异常,而在积极治疗 GERD 后,有 67% 患者鼻窦炎症状改善。

**1.2 耳部症状** 有渗出中耳炎的患者也可检测到鼻-咽 pH 监测的异常,可能经耳咽管致病。

**1.3 口腔部症状** (1)感觉异常:GERD 患者可有口腔的烧灼感、舌感觉过敏<sup>[4]</sup>,但口腔软组织甚少受明显损害。(2)多涎:有些 GERD 患者唾液增多,这可能是胃酸反流到食管下端,通过反射而造成。(3)牙侵蚀:Howden 首先报道酸反流造成牙侵蚀。而后的研究则表明 GERD 患者发生牙侵蚀的比例要比总体人群高得多<sup>[5,6]</sup>。

**1.4 咽喉部症状** 1968 年,Cherry 等就已提出 GERD 可造成咽部病变,并认为胃酸反流到该处可出现炎症,可见上皮细胞增生增厚,甚至出现酸性接触性溃疡,表现为长期或间歇性声音异常或嘶哑、咽喉部黏液过多、慢性咳嗽,在儿童所见之反复发作的喉气管炎可能与 GERD 有关。

**1.5 声带症状** 声带长期与胃酸,或胃酸-胆汁相接触可使局部黏膜充血、水肿,即声带炎,表现为声音嘶哑;久之则在炎症基础上进一步增生而形成肉芽肿。

**1.6 呼吸道症状** GERD 的呼吸道症状颇为多见,研究得较为深入的是哮喘和慢性咳嗽,这些多系反流物的吸入,或是某些反射所致。长期的 GERD 则可能造成慢性支气管炎、支气管扩张,反复发作性肺炎以及特发性肺纤维化等。(1)哮喘:较早就认识到 GERD 与哮喘同时存在的事实,前者常促发哮喘,这多在中年发病,且无过敏病史。可能是经迷走介导的反射使支气管收缩,或是微量吸入所致。反之,哮喘易致 GERD<sup>[7]</sup>。(2)慢性咳嗽:这亦由反流物累及咽喉部或被吸入气道,或是经迷走反射引起<sup>[8]</sup>。有报道<sup>[9,10]</sup>称将近一半慢性咳嗽者有酸反流。患者常在夜间平卧时出现呛咳,之后亦可在其他时间出现慢性咳嗽。

**1.7 其他症状** (1)癔球症:这可在部分患者中出现,是一种喉部的异物感,不影响吞咽,上食管括约肌并无异常。发生机制不详。(2)难治性呃逆:有学者将呃逆与 GERD 联系起来,对两者的因果关系则

持不同看法。不过,治疗 GERD 有效不一定使难治性呃逆消失。(3)婴儿猝死综合征:多在出生后 4~5 个月之内发病。本症常由窒息所致,这种阻塞性的窒息系由反射性喉痉挛所致。业已证实婴儿期食管的酸化会引起窒息,其机制可能为喉部或鼻咽部受体受吸入之反流物的刺激,或是刺激对酸敏感的食管受体。

## 2 并发症

**2.1 出血** 炎症本身的糜烂,以及并发溃疡时,可损及局部血管而造成出血。出血量则视所累及的血管及其程度而异,一般为少量。

**2.2 狭窄** 食管下端组织的反复炎症性损害可造成纤维组织的增生,终致局部的环形纤维狭窄,临床上可出现吞咽困难等症状。

**2.3 Barrett 食管和 Barrett 溃疡** 根据现在认识的定义,Barrett 食管是指食管下端的复层鳞状上皮被胃的单层柱状上皮所取代,并出现肠上皮化生而言。这可能是食管的复层鳞状上皮对于胃酸和胆汁的耐受性不及胃上皮,长期的酸(胆汁)暴露致使局部黏膜上皮坏死、脱落,并由胃黏膜上皮取而代之所形成。因为上移的胃底黏膜中有主细胞和壁细胞,故在 Barrett 食管的基础上可能产生消化性溃疡,此即 Barrett 溃疡。

**2.4 癌变** 大量的资料已明确,在食管炎,尤其是 Barrett 食管的基础上,发生食管腺癌的危险大为增加,比总体人群增加数十倍,甚至有报道达 125 倍之多。

同样,有学者认为在咽喉部炎症和局部溃疡的基础上有发生喉癌的可能。荷兰一项研究中,24 名患咽部或喉部癌患者接受 24 h pH 检测,发现 83% 被诊断有 GERD<sup>[11]</sup>。

## 参考文献

- 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.
- El-Serag HB, Sonnenberg A. Comorbid occurrence of laryngeal or pulmonary disease with esophagitis in United States Military Veterans. Gastroenterology, 1997, 113: 755-760.
- DiBaise JK, Hueter JV, Quigley EMM. Sinusitis and gastroesophageal reflux. Ann Int Med, 1998, 129: 1078.
- Lazarchik DA, Filler SJ. Effects of gastroesophageal reflux on the oral cavity. Am J Med, 1997, 103: 107-113.
- Böhmer CJM, Klinkenberg-Knol EC, Niezen-de Boer MC, et al. Dental erosions and gastroesophageal reflux disease in institutional-

- ized intellectually disabled individuals. Oral Dis, 1997, 3: 272-275.
- 6 Barlett DW, Evans DF, Blunt L, et al. Longitudinal measurement of tooth wear in patients with gastroesophageal reflux disease. Gastroenterology, 1996, 110: A58.
- 7 Harding SM. Gastroesophageal reflux, asthma, and mechanisms of interaction. Am J Med, 2001, 111: 8S-12S.
- 8 Lazenby JP, Harding SM. Chronic cough, asthma, and gastroesophageal reflux. Curr Gastroenterol Rep, 2000, 2: 217-223.
- 9 Richter JE. Extrasophageal presentations of gastroesophageal reflux disease. Semin Gastrointest Dis, 1997, 8: 75-89.
- 10 Garcia-Compean D, Gonzalez MV, Galindo G, et al. Prevalence of gastroesophageal reflux disease in patients with extraesophageal symptoms referred from otolaryngology, allergy, and cardiology practices: a prospective study. Dig Dis, 2000, 18: 178-182.
- 11 Copper MP, Smit CF, Stanojcic LD, et al. Gastropharyngeal and gastroesophageal reflux in patients with head and neck cancer. Laryngoscope, 2000, 110: 1007-1011.

## • 经验交流 •

# 老年多器官功能衰竭患者连续性肾替代疗法的应用

张晓英 刘玉玲 潘蓉 蔡晓燕 孙允佳

## 1 目的

评估救治老年多器官功能衰竭(multiple organ failure in the elderly, MOFE)患者中连续性肾脏替代疗法(continuous renal replacement therapy, CRRT)的作用。

## 2 方法

对我科 1993 年 6 月至 2003 年 6 月应用 CRRT 救治 34 例 MOFE 患者作一临床分析, 其中男性 33 例、女性 1 例, 年龄 60~100 岁, 平均(80.82±8.00)岁。34 例 MOFE 患者中肾前性肾衰 12 例、肾性肾衰 17 例、肾后性肾衰 5 例。肾衰诱发其他脏器功能衰竭 15 例。而 MOFE 并发急性肾衰 19 例。合并脏器衰竭数目越多, 患者死亡率越高, 合并 3 个脏器功能衰竭 11 例中死亡 1 例(9.09%), 合并 4 个脏器衰竭者 12 例中死亡 4 例(33.33%), 7 例合并 5 个脏器衰竭 5 例死亡(71.43%)、2 例 6 个脏器衰竭均死亡(100%)。合并呼吸衰竭者应用呼吸机辅助呼吸 15 例中有 10 例 CRRT 后 10 d 内死亡。34 例进行 CRRT 184 次, 其中 12 例用 CRRT 后 1 个月内死亡, 其余 22 例中 6 例病情逆转后停用了替代疗法、9 例改用血液透析、2 例改用腹膜透析, 还有 5 例间断用血透。

近十年来我院对血管通路、抗凝方法及治疗时间等做了一系列改进:(1)血管通路: 以往多用股动、静脉扩张导管或股静脉单针双腔导管, 均需严格控制患者下肢活动, 发生血肿不易发现, 护理有诸多不便。1996 年以来采用颈内静脉插管, 尤其右侧颈内静脉粗直、操作方便易行, 患者容易接受,

并且定期用 12 500 U 肝素盐水 3 ml 封管, 避免导管凝血阻塞, 保留时间延长。(2)抗凝剂: 以往肝素剂量掌握不好, 追加肝素量大, 结果发生多部位出血。近年采取个体化, 减少肝素用量, 以肝素生理盐水预充浸泡滤器和管路后, 不再给首剂量, 仅追加 250~600 U/h, 每次肝素总量 2500~6250 U, 出血倾向减少。对于有出血者采用无肝素治疗, 保证了 CRRT 顺利进行。(3)日间 CRRT: 1993 年前我们采用持续性动静脉血液透析(continuous arterio-venous hemofiltration, CAVH)双针导管, 患者卧床时间过长难以耐受, 出血或凝血现象时有发生。改为日间 CVVH(continuous veno-venous hemofiltration)单针双腔导管, 后患者夜间得已充分休息; 白天因输入各种药物、营养支持等造成高容量负荷能得到及时清除; 且肝素用量好掌握, 减少滤器凝血。对于高分解代谢患者增加置换量和超滤量, 或连续性静脉-静脉血液透析滤过(continuous venovenous hemodiafiltration, CVVHDF)。除此, 根据病情设定出超滤量, 一般超滤率 300~500 ml/h, 每次超滤量 3~5 L, 以适量多次进行, 减少短时间内患者体液大进大出, 避免脱水过快过多造成心肌缺血或血压下降等。

## 3 结果

改进方法后, 血管通路以颈内静脉单针双腔导管为主; 治疗时间改在白天 6~12 h、血流量 100~150 ml/min; 根据病情设定的超滤量; 调整抗凝剂的应用等; 患者虽更为年高、病情更复杂而危重, 但救治率却有所提高。

## 4 结论

CRRT 在救治 MOFE 中起到重要作用, 可以改善 MOFE 患者的预后。

收稿日期: 2003-08-21

作者单位: 100085 北京市, 解放军总医院老年心肾科

作者简介: 张晓英, 女, 1944 年 8 月生, 江苏省无锡市人, 主任医师, 科副主任。Tel: 010-66939864