



[DOI] 10.3969/j.issn.1001-9057.2021.06.001

http://www.lcnkzz.com/CN/10.3969/j.issn.1001-9057.2021.06.001

· 综述与讲座 ·

胃食管气道反流性疾病:如何提高我国胃食管反流相关呼吸道症状的诊疗水平

胡志伟 吴继敏 汪忠镐

【摘要】 胃食管气道反流性疾病(GARD)是一个同时涉及消化系统和呼吸系统的疾病,涉及1~2亿中国人口,是一个重大公共卫生课题。越来越多的医务工作者开始重视GARD。虽然我国GARD的临床实践已走在世界前列,但对GARD的疾病知识、检查评估及全面治疗手段的普及和规范化培训仍然存在严重不足和不均。本文通过对GARD疾病知识、检查评估及治疗手段的要点进行逐一阐述,以期提高我国医务工作者对于GARD的诊疗水平,造福广大GARD患者。

【关键词】 胃食管反流病; 食管裂孔疝; 咳嗽; 哮喘; 抗反流手术

【中图分类号】 R571

【文献标识码】 A

胃食管气道反流性疾病(GARD)或胃食管气道反流综合征(GARS)的概念来源于胃食管反流病(GERD),GARD的提出是基于14年来我国胃食管反流相关领域的医学专家对GERD,特别是对GERD食管外症状的有效诊治、多维度临床实践和研究^[1-5]作出的总结。GARD被定义为消化道反流物(具有刺激性、腐蚀性和免疫原性)对食管和(或)气道等反流通道的刺激和损伤所造成的不适症状、并发症和(或)终末器官效应的一种疾病,可表现为典型的反流烧心、反流性胸痛、反流性口腔疾病、反流性咽喉炎、反流性咳嗽(GERC)、反流性哮喘(GERA)、反流性喉痉挛和反流性误吸等,症状可为偶发,也可频繁或持续,并可引起反流相关炎症、黏膜损伤、癌前病变甚至肿瘤^[5-6]。

一、提高GARD的认识水平

呼吸系统疾病的常见症状,如咳嗽、咳痰、呼吸困难(胸闷气短、憋气、窒息和喘息等)、咽部不适(咽部异物感、疼痛、烧灼感)及鼻炎(鼻塞、流涕、鼻后滴流)等,均是GARD的常见症状^[7-10]。正因为胃食管反流导致的急、慢性呼吸道症状如此广泛,故医务工作者在诊治患者呼吸道症状时应能够考虑到胃食管反流是否为其病因,在怀疑胃食管反流可能是该呼吸道症状的病因时,应采取进一步的诊断措施,进行积极的抗反流治

疗。然而,目前我国GARD医学知识的普及和教育仍存在严重的缺失和失衡,患者甚至医务人员对该病认识不足,该病的识别率、检查率、诊断率和根治率均较低,导致多数由胃食管反流引起的呼吸道症状被长期漏诊或误诊,整体诊疗水平较国外仍有较大差距。

二、普及专科检查设备和培训

胃镜、食管高分辨率测压、反流监测和上消化道造影是目前GARD的主要专科检查手段,只有巧妙地应用这些专科检查组合才能全面而系统地反映患者的病理状态。胃镜和上消化道造影是多数医疗单位均具备的检查手段。对于胃镜检查需要强调的是,对于GARD患者,除了需要评估其是否存在反流性食管炎及食管炎的严重程度,更重要的是要评估患者胃食管结合部(贲门和食管裂孔)的松弛程度以及不要漏诊食管裂孔疝,因为胃食管结合部的松弛程度和食管裂孔疝对于GARD的严重程度、预后以及治疗方式的选择至关重要^[11]。而方便易行的上消化道造影诊断食管裂孔疝的敏感度高,还可以很好地评估巨大食管裂孔疝的疝内容物和食管形态,并且可以排除上消化道排空功能障碍^[12]。如果熟练掌握好这两项检查手段,也能够使大部分GARD患者得到确诊(GARD患者的胃镜食管炎检出率约为35%,食管裂孔疝的检出率约为40%~90%)^[6,11]。另外,喉镜是耳鼻喉科的常用工具,可用于评价咽喉炎特征和声带发音功能,以及发现咽喉部的其他病变。喉镜下的反流体征评分量表和用于症状调查的反流症状指数量表常被用于初步诊断

基金项目:首都临床特色应用研究项目(Z18110000718198)

作者单位:100088 北京,中国人民解放军火箭军特色医学中心胃食管外科

通讯作者:汪忠镐,E-mail:zhonggaowang@126.com

咽喉反流性疾病,若反流体征评分量表 >13 分和(或)反流症状指数量表 >7 分,可诊断为疑似咽喉反流性疾病。

遗憾的是,我国食管高分辨率测压和反流监测的普及率非常低,绝大多数单位没有该检查设备。即使有该设备,使用率也很低。其中的原因包括收费政策不支持、费用高、检查不适感明显、培训率低和 GARD 临床工作开展不足等。然而这两项检查,特别是反流监测对于胃镜检查阴性(无食管炎、贲门无明显松弛、无食管裂孔疝)、难治性 GERD、不典型症状、GARD 呼吸道症状的诊断至关重要^[12-13]。目前较常用的反流监测为 24 小时 pH 联合阻抗监测,它能够提供更全面的反流参数,包括酸反流、弱酸反流、弱碱反流、气体反流、混合反流、反流高度、症状相关性指数等参数。尤其是反流事件和发作性呼吸道症状的症状相关性指数可较为客观地反映出反流事件与呼吸道症状的相关强度,为 GARD 呼吸道症状的诊断及后续抗反流手段的选择提供重要依据。而 24 小时咽喉 pH 监测能够直接检测出咽喉部酸性的雾化物,对咽喉反流的诊断有独特价值。另外需要指出的是,反流监测的结果受质子泵抑制剂(PPI)的洗脱程度、检查当天的疾病状态、患者的配合程度、监测设备的精准度以及医生对检查报告的解读能力等多种因素的影响,故应大力加强反流监测的研究和规范化培训,才能提高该检查的诊断价值^[14-15]。

痰液等分泌物中的胃蛋白酶监测作为一种简便、无创的检查方法,对于咽喉反流的诊断可能具有较好的应用前景。然而,胃蛋白酶的取样部位、取样时机、取样次数、检测方法和浓度阈值等仍未确定,故该检查的广泛临床应用仍需时日^[5,16]。

另外,PPI 诊断性治疗的作用应得到重视和推广。对伴有典型 GERD 症状的患者应用 PPI 试验诊断其食管外症状已达成共识。PPI 的诊断性治疗要求应用 PPI 药物双倍剂量至少 8 周,观察目标症状是否缓解 50% 以上^[17]。然而,以呼吸道症状为主要表现的 GARD 常无反酸烧心等典型症状,我们认为对于此类患者 PPI 诊断性治疗仍有重要意义。在内镜检查 and 反流监测不能开展时,PPI 试验或诊断性治疗成为大多数 GARD 患者的选择^[6]。近期,新型抑酸药-钾离子竞争性酸阻滞剂(PCAB)的出现为诊断性治疗提供了更多选择。另外,为了最大限度地提高诊治的成功率,有时需要优化治疗,并择期行内镜检查和反流监测^[18-19]。

目前,对于 GARD 呼吸道症状的确诊方法存在较多争议,仍然缺乏更准确的甄别 GARD 呼吸道症状的方法和工具,此类方法和工具仍有待开发。

三、完善、推广和规范专科治疗手段

GARD 的呼吸道症状需要多个学科共同参与才能实现完整的诊治过程。GARD 的呼吸道症状往往首诊于耳鼻喉科和呼吸科,检查评估则需要在消化内科,而阶梯性治疗应在内科和胃肠外科进行。首诊的呼吸科和耳鼻喉科医师需要形成初步的诊断和治疗方案,如果专科检查排除了其他病因、治疗效果不佳或 GARD 相关症状量表调查结果阳性,应考虑 GARD 诊断及进行 PPI 试验性治疗和(或)GARD 客观检查。而在消化内科和胃肠外科的检查结果、诊治过程及治疗效果,需要反馈给所有参与诊治的医师,使参与诊治的医师最终获得完整的诊治经验,学科间形成良性循环^[5,16]。

GARD 的诊治需要多学科协作,特别是内科和外科的紧密协作。目前,由于人们对 GARD 病因的认识仍存在明显不足,常常只专注于通过抑酸治疗控制反流症状和食管炎,却忽略了导致反流性疾病的解剖学病因——不可逆性贲门松弛和食管裂孔疝,而解决贲门松弛和食管裂孔疝就必须有外科的参与。我们在推广 GARD 诊治方案的过程中发现,有些单位内科很积极努力,但当患者需要外科治疗才能达到最佳疗效时,却缺乏外科的技术支持。反之,有些单位的外科想积极开展抗反流手术治疗,但缺乏内科的术前评估和前期药物治疗支持。像这种严重“偏科”的单位很难达到 GARD 的最佳诊治效果,而内科和外科之间协作良好的医疗中心则成绩斐然。另外一个解决方案就是建立胃食管反流学科和专科,将 GARD 患者招募至一个“终点站”,在一个科室完成完整的筛查、检查和治疗(内科+外科),减少患者在不同科室之间流转的时间和经济成本,如本中心,这种模式值得推广。

多数 GARD 患者通过内科治疗可取得满意的疗效,然而仍有大量患者无法摆脱药物治疗或药物治疗效果不充分或有药物不良反应,只有通过内镜下治疗或腹腔镜手术修复胃食管结合部的抗反流结构和功能才能从病因上彻底控制 GARD。内镜下治疗(无裂孔疝)和腹腔镜手术的治疗指征包括:(1)内科治疗失败:症状控制不理想、抑酸药物不能控制的严重症状或存在不能耐受的药物不良反应。(2)药物治疗有效但需要长期维持治疗,包括要求改善生活质量、不愿长期服药或认为药物治疗代价较大的患者。(3)GERD 并发症:重度食管炎患者通常合并食管裂孔疝,需要长期药物维持治疗。(4)存在明显反流相关症状和疝相关症状的食管裂孔疝。(5)有慢性或复发性食管外症状和并发症,包括 GERA、GERC、耳鼻咽喉症状、喉痉挛和误吸等^[20]。尤其是当患者的 GARD 相关呼吸道症

状严重、迁延不愈乃至危及生命时,可通过修复胃食管结合部抗反流结构和功能彻底控制所有形式的反流而获得最佳疗效^[7,21-22]。术前评估证实存在典型反流症状、有客观反流证据(反流监测阳性、糜烂性食管炎和食管裂孔疝)以及 PPI 治疗有效的患者可能是手术治疗的合适患者^[5,12,23]。

四、重视 GARD 典型症状的详细调查

烧心指胸骨后烧灼感,反流定义为胃内容物向咽部或口腔方向流动的感觉,烧心和反流是 GARD 最常见的典型症状,而反流症状中以反酸最为典型。具有典型症状患者的反流问卷诊断价值高于非典型症状患者^[24]。根据典型的烧心和反流症状可拟诊 GARD,相关反流问卷可作为 GARD 诊断的辅助工具^[19]。如果患者的症状有以下特点,则可增强确诊 GARD 的信心^[5]:(1)存在典型的烧心和(或)反酸症状;(2)餐后、饱餐、进食不当或饮酒导致规律性症状发作或加重;(3)平躺或弯腰等动作可诱发病状;(4)感知到反流物快速流动至咽喉、口腔、鼻腔或气管,甚至排出体外;(5)反复感知到反流物刺激或吸入诱发的咳嗽、喘息或喉痉挛发作;(6)因避免饮食、体位变化和活动等诱发因素,症状发作可减少,程度可减轻。故临床医生不要过分依赖客观检查,还应该对于怀疑是 GARD 呼吸道症状的患者进行全面而详细的症状调查,重点了解患者是否存在较为频繁而典型的烧心和反酸症状及其症状的发作特点。

研究表明,合并频繁而典型 GARD 症状(反酸、烧心等)和客观 GARD 证据(食管炎、pH 阻抗阳性、食管裂孔疝、反流-呼吸道症状相关性阳性等)可增强反流性咳嗽、反流性哮喘和反流性咽喉炎诊治的信心^[25-26]。本中心对慢性咳嗽患者抗反流手术疗效的研究结果亦显示,典型症状(烧心和反流)特别是反流症状对慢性咳嗽的抗反流治疗反应具有良好的预测能力^[8]。

另外需要指出的是,以呼吸道症状为主要表现的 GARD 患者常无反酸、烧心等典型反流症状,容易被忽略和漏诊,并且内镜检查和反流监测对此类患者不敏感,诊断效力有限。因此,PPI 试验或诊断性治疗可作为此类患者的选择。为了最大限度地提高诊疗成功率,需要注意优化治疗及多次内镜检查和反流监测以寻求证据^[5,18]。

五、小结

我国 GARD 人群的基数巨大,危害显著,但识别率、就诊率、诊断率和治疗率明显不足。只有不断为患者和医务工作者做好 GARD 医学知识普及,增强 GARD 专科

检查和治疗方法的普及和规范化培训,才能不断满足人们对提高生活质量、避免出现严重 GARD 并发症的巨大需求。

参 考 文 献

- [1] 胡志伟,汪忠镐,吴继敏,等.胃食管反流病:胃食管气道反流的多学科研究和实践[J].中华胃食管反流病电子杂志,2015,2(3):165-170.
- [2] 朱广昌,汪忠镐,胡志伟,等.咽喉嘶哑与喷洒:胃食管反流对气道的侵袭[J].中华实验外科杂志,2014,31(2):330-332,封3.
- [3] 汪忠镐,高翔,来运刚,等.咽喉嘶哑及3S现象:胃食管气道反流的实验研究[J].临床误诊误治,2011,24(3):5-7,封3.
- [4] 汪忠镐,刘建军,陈秀,等.胃食管喉气管综合征(GELTS)的发现与命名——Stretta 射频治疗胃食管反流病 200 例[J].临床误诊误治,2007,20(5):1-4.
- [5] 汪忠镐,吴继敏,胡志伟,等.中国胃食管反流病多学科诊疗共识[J].中国医学前沿杂志(电子版),2019,11(9):30-56.
- [6] 胡志伟,吴继敏,汪忠镐.胃食管反流性疾病反流性疾病的诊断学概述[J].中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2018,33(1):47-52.
- [7] 胡志伟,邓昌荣,纪涛,等.射频治疗顽固性胃食管反流病的疗效分析:429 例报告[J].中国医学前沿杂志(电子版),2020,12(10):89-94.
- [8] Chen D, Wang Z, Hu Z, et al. Typical symptoms and not positive reflux-cough correlation predict cure of gastroesophageal reflux disease related chronic cough after laparoscopic fundoplication: a retrospective study [J]. BMC Gastroenterol, 2019, 26, 19(1):108.
- [9] 胡志伟,汪忠镐,吴继敏,等.胃食管反流性喉痉挛的综合诊治:附 64 例报道[J].医学研究与教育,2018,35(4):11-18.
- [10] 胡志伟,汪忠镐,吴继敏,等.胃食管反流病合并食管裂孔疝及哮喘症状的腹腔镜外科治疗[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2014(5):396-402.
- [11] 胡志伟,田书瑞,吴继敏,等.胃食管反流病的普通胃镜学特点:4086 例统计分析[J].解放军医学杂志,2018,43(1):41-47.
- [12] 张玉,吴继敏,胡志伟.抗反流手术适应证国际共识(2019)解读和评论[J].中国普外基础与临床杂志,2020,27(5):533-545.
- [13] Gyawali CP, Kahrilas PJ, Savarino E, et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus[J]. Gut, 2018, 67(7):1351-1362.
- [14] 胡志伟,许辉,汪忠镐,等.胃食管反流病 pH 联合阻抗监测与单纯 pH 监测效果的对比研究[J].武警医学,2019,30(1):51-57.
- [15] Du X, Wang F, Hu Z, et al. The diagnostic value of pepsin detection in saliva for gastro-esophageal reflux disease: a preliminary study from China [J]. BMC Gastroenterol, 2017, 17(1):107.
- [16] 杜兴,胡志伟,汪忠镐,等.胃蛋白酶检测在反流性疾病中的研究进展[J].临床误诊误治,2017,30(10):107-112.
- [17] Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease [J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(3):308-329.
- [18] Vaezi MF, Katzka D, Zerbib F. Extraesophageal Symptoms and Diseases Attributed to GERD: Where is the Pendulum Swinging Now? [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2018, 16(7):1018-1029.
- [19] 中华医学会消化病学分会.2020 年中国胃食管反流病专家共识 [J]. 中华消化杂志,2020,40(10):649-663.
- [20] 陈孝平,汪建平,赵继宗.外科学[M].第 9 版.北京:人民卫生出版社,2018.279.
- [21] 吴继敏,胡志伟.胃食管气道反流性疾病的外科手术治疗[J].中国医学文摘:耳鼻咽喉科学,2018(1):5-10.
- [22] Zhang C, Wu J, Hu Z, et al. Diagnosis and Anti-Reflux Therapy for GERD with Respiratory Symptoms: A Study Using Multichannel Intraluminal Impedance-pH Monitoring [J]. PLoS One, 2016, 11(8):e0160139.
- [23] Stefanidis D, Hope WW, Kohn GP, et al. Guidelines for surgical treatment of gastroesophageal reflux disease [J]. Surg Endosc, 2010, 24(11):2647-2669.
- [24] Norder Grusell E, Mjörnheim AC, Finizia C, et al. The diagnostic value of GerdQ in subjects with atypical symptoms of gastro-esophageal reflux disease [J]. Scand J Gastroenterol, 2018, 53(10-11):1165-1170.
- [25] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.咳嗽的诊断与治疗指南(2015) [J]. 中华结核和呼吸杂志,2016,39(5):323-354.
- [26] Sidhwa F, Moore A, Alligood E, et al. Diagnosis and Treatment of the Extraesophageal Manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease [J]. Ann Surg, 2017, 265(1):63-67.

(收稿日期:2020-12-01)

(本文编辑:余晓曼)