

胃食管反流性疾病_全身_症状库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/608/2021_2022__E8_83_83_E9_A3_9F_E7_AE_A1_E5_c22_608819.htm

胃食管反流性疾病概述：胃食管反流性疾病（GERD）是一种食管胃动力性疾病。下食管括约肌（LES）松弛期间胃内容物反流入食管称胃食管反流（GER）。胃食管存在生理反流和病理性反流两种。生理性反流是由LES自发性松弛引起，有利于胃内气体排出，食管会出现推动性蠕动，将胃液推进到胃里，正常情况下不造成食管部膜损伤。病理性反流是多种因素引起的胃食管抗反流功能不全所造成的一种病理现象。胃食管反流性疾病是胃或十二指肠内容物反流入食管引起的疾病，常合并食管炎。人群中约10% - 20%有胃食管反流症状，但X线内镜检查可无异常发现，可能在相当长时间不被认识，持续发展可导致严重并发症，如：食管狭窄、溃疡、出血及巴瑞特(Barrett)食管。后者为癌前期病变，还可能发生食管外的并发症，如酸性喉炎、呼吸道痉挛、肺的损伤等。胃食管反流性疾病病因：病因分类。引起胃食管反流性疾病的因素众多，大致可分为两类：一、原发性胃食管反流。原发性食管下括约肌关闭不全是原发性胃食管反流性疾病的原因。通过对有反流症状的患者进行多方面的检查，均证明有胃食管反流，但有一部分患者追查不到引起反流的任何原因；故称原发性食管下括约肌关闭不全。此种情况多见于老年人，可能与老年人结缔组织松弛，膈食管裂孔部位的“弹簧夹”作用减弱，食管下括约肌（LES）的内在功能衰退有关。二、继发性胃食管反流。任何引起食管下括约肌压力下降的因素均可造成胃食管反流性疾病。分述如下：

（一）食管裂孔疝。由于裂孔疝破坏了食管裂孔的正常解剖

关系造成LES的关闭不全则产生胃食管反流滑动性食管裂孔疝食管与胃的连接部呈垂直方向也就是同心型的结构因此His角消失食管与胃的连接呈垂直的通道而失去抗反流的瓣膜作用；腹食管上移入胸腔失去腹内压的对抗作用；膈食管膜被拉长变得软弱无力消除了食管下括约肌的支撑作用；裂孔被撑大则膈脚的“弹簧夹”作用丧失以上这些食管下括约肌的辅助作用在裂孔疝存在时都被消除了使食管下括约肌不足以对抗腹内压力就必然会发生胃食管反流据统计反流性食管炎的患者85%有裂孔疝在裂孔疝病例中有半数以上发生反流性食管炎所以裂孔疝是胃食管反流性疾病的常见原因（二）先天性畸形1先天性食管下段鳞膜柱状上皮化生食管就膜上皮是由鳞状上皮所组成在其间出现非鳞状上皮区称柱状上皮化这种先天性食管黏膜的柱状上皮化仅发生于食管下段黏膜不伴有相关联的或并发其他解剖异常表现有胃食管反流症状常合并反流性食管炎2食管腹段过短 腹腔食管段在抗胃食管反流中起着重要作用正常长度约3 - 4cm若此段过短（平均<1cm）则易造成反流（三）胃轻瘫 胃轻瘫可由许多不同的原因引起最常见的原因是糖尿病胃手术迷走神经切断术药物但通常原因不清属特发性胃轻瘫胃轻瘫者胃排空延迟或有胃内容物储留同时胃轻瘫患者还存在食管下括约肌及食管下段肌肉轻瘫使食管下括约肌抗反流功能降低食管清除率下降造成胃食管反流（四）食管炎 反流可引起反流性食管炎由其他原因造成的食管炎又可使食管原发性蠕动压食管下括约肌压下降食管清除率降低31起胃食管反流加重食管炎（五）功能性消化不良《NIJD）该患者存有与胃轻瘫相似的胃动力障碍因此可能会引起胃食管反流（六）腹内压增高 过度肥胖腹水妊娠后期等

原因引起腹内压增高可引起胃食管反流部分患者是腹内压增高发生裂孔须引起（七）食物与药物 某些食物或药物可降低食管下括约肌的压力引起胃食管反流常见的食物食物成分及刺激物有：高脂肪餐巧克力酒精薄荷糖咖啡因尼古丁等常见的药物有：抗胆碱能药物或有抗胆输能副作用的药物肝肾上腺素能受体激动剂（异丙基肾上腺素八茶碱苯二氮草类钙拮抗剂（维拉帕米X硝苯毗晖硫氮章酮阿片类（八）其他全身性疾病 食管及胃肠以外的其他全身性疾病主要通过影响食管下括约肌功能引起胃食管反流因食管下括约肌是由内脏平滑肌构成任何影响平滑肌的全身性疾病均可引起胃食管反流如：硬皮病甲状腺功能减退糖尿病淀粉样变等（九）其他 呕吐插胃管麻醉后长期打嗝和昏迷因长期打嗝J呕吐使贲门经常处于开放状态在麻醉和昏迷状态下食管下括约肌松弛无力安放胃管使贲门不能完全关闭又加这类患者多半长期卧床失去胃内容物的重力作用因此发生胃食管反流（十）外科手术 因外科手术切断或损伤迷走神经或通过手术改变了原来食管和胃肠的正常解剖关系或破坏了裂孔的正常结构或腹腔内胃的固定结构可造成十二指肠液或高位空肠液进入食管引起碱性液反流造成反流性食管炎或术后发生裂孔引起胃食管反流 机理 胃食管交界的解剖结构有利于抗反流这些包括食管下括约肌月肌和隔食管韧带食管和胃之间锐角等其中最主要的是食管下括约肌它具有括约肌的功能长约1.5 - 2.5 cm静息时为一高压区其压力（LESP）达1.33 - 4.4 kPa(10 - 30mmHg)火吞咽时食管下括约肌松弛使食团通过进入胃内正常人餐后也有生理性胃食管反流反流物少可由食物的重力食管体部容量清除及唾液的化学清除作用不引起食管效膜的损害常无临床症

状若食管下括约肌张力低下或有频发松弛就会出现病理性反流如食管清除力低下食管黏膜容易受损导致食管炎过多的胃食管反流尤其是在夜间出现时因刺激咽部发生咽喉炎或反流物主要是酸或酸雾)吸人气道引起气道痉挛继发肺部并发症目前研究认为胃食管反流性疾病是由多种因素促成概括而言其发生机理归为两个方面一是抗反流的防御功能下降;二是反流攻击因子的增强

一抗反流的防御机能下降 (一)食管下括约肌功能不全 研究表明食管下括约肌压 $< 0.8 \text{ kPa} (6 \text{ mmHg})$ 时很容易发生胃食管反流频繁发生的食管下括约肌自发性松弛或腹内压增高回的被动性松弛即使伍职正常也很容易出现医胃食管反流回 (二)食管体部的清除下降 食管体部蠕动减弱使其对反流物的容量清除下降唾液分泌减少也影响反流物的化学清除作用 (三)胃排空延缓 约 $1/2$ 的胃食管反流性疾病患者有胃排空延缓这在卧位时格睡前进餐或饮料)容易促发胃食管反流 (四)食管黏膜的屏障作用 食管表层有多层排列紧密的鳞状上皮细胞覆盖黏膜表面黏液附着可防胃蛋白酶的消留化;黏膜表面还有 HCO^- 离子能中和部分反流的 H^+ 这些组成了食管上皮前的防御屏障黏膜血流及其酸碱状态等是食管上皮层屏障胃食管反流程度和食管部膜损害程度并不平行个体差异较大显然与食管部膜的屏障作用有关

二反流攻击因子增强 防御功能下降出现胃食管反流反流物造成食管黏膜损伤受损的程度与反流物的质和量有关也和与部膜接触的时间有关其中损害食管部膜最强的是胃酸 $\text{pH} < 3$ 时黏膜上皮蛋白变性同时胃蛋白酶活性增强消化上皮蛋白研究表明胃食管反流性疾病者并无胃酸分泌增多是因频繁反流造成食管黏膜酸化 H^+ 穿过食管上皮前的保护层后继续破坏上皮层的细胞对

“ 穿透过细胞之间的界线抵达较深层的上皮细胞引起细胞死亡因而食管上皮糜烂溃疡进而促进基底细胞的增生有胃切除史或有过多十二指肠胃反流存在时胆酸胰酸能增加食管部膜的渗透性加重胃酸胃蛋白酶对食管部膜的损害作用夜间的容量消除和化学清除显著下降反流物接触食管或膜时间延长容易并发食管炎 重度反流性食管炎患者食管下括约肌压下降较明显病变发展到Barretts时食管下括约肌压变得更低食管炎治愈后食管下括约肌压也不能完全恢复正常食管炎是动力异常的结果又可反过来影响LES功能如此形成恶性循环其起动力因素则是胃酸和胃蛋白酶研究还表明约40%的胃食管反流性疾病患者有植物神经功能异常；切除或损伤迷走神经可引起胃食管反流性疾病说明迷走神经异常与胃食管反流性疾病发病可能有关胃食管反流性疾病诊断： 诊断第一步必须了解病史若只有轻度反流症状如烧心泛酸反食等用促进胃动力药西沙比利抑酸剂如H₂受体拮抗剂或抗酸剂试验治疗有效即可做出胃食管反流的诊断不必做他诸多检查以免给患者带来更多不便对症状重或考虑有并发症者或症状模糊者或经治疗无效者须进一步寻找反流的原因须做各项有关检查 一病 史 胃食管反流的临床表现可分为四组（一）胃食管反流症状 主要表现泛酸打嗝反食轻者反酸苦味的胃液或弯腰时向上反流反酸重者可在夜间熟睡时酸性刺激物喷射性反流至咽喉部引起呛咳气喘或窒息感还可因食管酸反流反射地引起唾液分泌过多返食一般见于较重者所反食物有强烈的酸味（二）反流物刺激食管引起的症状 主要表现烧心胸痛吞咽时胸痛烧心是胃食管反流疾病常见的症状表现胸骨后烧灼感或不通常在餐后 30min 出现尤其是在饱餐后躯体前屈上位或用力屏气时加重反流的

刺激可引起食管痉挛性疼痛反流酸刺激引起上食管括约肌压力升高时表现有赢球感在有食管炎特别食管该膜糜烂常有吞咽性胸痛有的胸痛酷似心绞痛疼痛向肩背上肢颈部或耳后放射（三）食管以外的刺激症状肺对胃内容物的微吸入产生酸和酶的损伤引起咽喉炎继发感染；胃反流后刺激食管继发神经调节的反射性支气管收缩可引起咳嗽支气管哮喘窒息等症状有的患者以呼吸道症状为主咽喉痛声嘶发音困难及口咽部症状：流涎过多牙齿受损牙周病中耳炎等反流症状可不明显（四）并发症的症状1食管狭窄长期胃食管反流可引起食管炎导致纤维化食管壁的顺应性丧失或形成明显狭窄常发生在食管的远端或胃食管交界处患者常逐渐出现吞咽困难进干食后噎感进一步发展进流食也困难或出现食物嵌顿有食管狭窄时烧心症状有时反而减轻2出血和穿孔反流性食管炎可引起少量渗血有的表现便隐血阳性或缺铁性贫血弥漫性食管炎或食管溃疡时可发生较大量出血偶尔严重的食管炎或Barretts食管溃疡可并发食管穿孔3Barretts食管为长期慢性胃食管反流的并发症由于长期反流下段食管的鳞状上皮可被化生的柱状上皮所代替患者常有典型的反流症状其中部分患者可发展为食管癌4食管外并发症以肺的并发症多见如：支气管炎支气管扩张吸人性肺炎肺脓肿等二器械检查胃食管反流疾病有许多检查方法如钡餐内镜核素胃食管反流检查食管pH监测食管测压酸诱发试验等其中以食管pH测是诊断的金指标（一）钡餐头低位钡餐检查可显示钡剂胃食管反流；卧位时吞咽20%硫酸钡可显示胃食管反流疾病患者的食管及食管下括约肌排钡延缓还可显示食管某些并发症的表现如：下段食管部膜皱囊增粗不光滑（食管炎）龛影（食管溃疡）和食管狭窄可显

示食管裂孔疝的表现 (二) 纤维内镜是理想的确定食管炎的方法对食管糜烂溃疡或狭窄等可疑病变可通过内镜刷取或活检病理证明病变的良恶性还可发现食管裂孔迹内镜下根据病变的程度将反流性食管炎分四级：I级：为轻型胃食管交界及食管下段粘膜纵行充血有轻度小糜烂表面有渗出物II级：有融合性糜烂但病变不弥漫III级：以上病变弥漫病变表面覆有大片纤维素膜IV级：表现为慢性病变有溃疡食管狭窄或Barrett化生反流性食管炎时齿状线常较模糊食管下段的毛细血管增生常有白色小颗粒或斑点；病理证实为鳞状上皮增生 (三) 24hpH测定是确定胃食管反流的较可靠的方法可以确定生理性胃食管反流和病理性胃食管反流并有助于阐明胸痛和酸反流的关系生理性反流是指睡眠时的反流持续时间短次数少24 h内这种反流的次数少于50次而食管内pH值低于4.0的总时间不超过1h病理性反流是指24 h反流次数超过50次和 (或) 24 h内pH低于4.0的时间超过1h应当提及的是病理性反流并不一定就产生症状；而生理性反流也可能会出现症状 (四) 食管核素胃食管反流检查是用放射性核素标记液体显示在静息时及腹部加压时有无过多的胃食管反流肺内显示核素增强时表明有过多的胃食管反流出现肺内吸气 (五) 食管测压是探索反流病因的一种方法最好同时测食管食管下括约肌及胃内压能显示食管下括约肌压低下食管下括约肌频发的松弛及食管蠕动收缩波幅低下或消失连续进行食管压力监测可在更多的患者中发现食管动力异常食管测压结合胸痛诱发实验可帮助确定反流引起的胸痛 (六) 酸灌注实验对鉴别心源性或食管源性胸痛有一定价值并能检查食管对酸的敏感性和有无食管炎烧心泛酸反食和胸骨后疼痛是胃食管反流疾病的常见症

状胃食管反流性疾病鉴别诊断：一、心绞痛 胃食管反流疾病有时其他反流症状不明显而以胸骨后疼痛为主要表现酷似心绞痛；且冠心病心绞痛与胃食管反流疾病同属老年性疾病二者极易混淆须进行鉴别鉴别借助于心电图24h动态心电图食管24hpH监测酸灌注诱发试验极难鉴别者可做冠状动脉造影术 二、胃食管反流疾病常有食管炎的并发症其他原因引起的食管炎又伴有反流的症状内镜检查虽是诊断食管炎的可靠方法但不能判断其因果一者鉴别主要根据病史X线钡餐食管内测压等寻找有元引起反流的原始原因 三、食管的消化性狭窄 与食管炎情况相同与胃食管反流可互为因果鉴别主要根据病史胃酸分泌钡餐内镜等综合分析病史中特别注意询问有无服用强的食管腐蚀剂史外科手术史钡餐和内镜检查有利显示狭窄病变和引起狭窄的可能原因；胃酸分泌增高见于消化性狭窄胃食管反流疾病无胃酸分泌过高 四、食管肿瘤 食管肿瘤可有胃食管反流疾病症状可通过钡餐内镜鉴别特别内镜可一目了然地清晰看到肿瘤的位置大小形态结合活检病理确定其良恶性 五、功能性消化不良（NUD） 常有胃食管反流疾病症状二者鉴别需根据病史胃食管测压食管24h pH测定胃镜钡餐病史中应注意精神因素胃食管测压可能显示胃食管内压降低或增高钡餐检查可能表现食管胃蠕动增强或减弱内镜下无病理发现或有轻度浅表胃炎 总之伴有胃食管反流疾病症状的疾病很多其鉴别方法主要根据病史试验性治疗根据不同情况选择必要的器械检查以明确诊断病史中注意询问引起胃食管反流疾病的可能原因；烧灼和反流较轻者可用促胃动力药抗酸剂H₂受体拮抗剂进行试验性治疗这些药物的成功率可免去器械检查对病情重者或试验治疗不成功者再行内镜检查除外肿瘤和

消化性狭窄；欲确定胃食管反流则需进行食管24 h pH监测；若寻求胃食管反流的原因则往往需要进行食管胃压力的测定胃食管反流性疾病预防：避免精神高度紧张和饮食无规律性以及过饱进食酸辣甜不易消化的食物忌浓茶咖啡巧克力等避免吸烟饮酒或吃高脂肪食物及常服用钙通道阻滞剂肥胖者应减轻体重饮食应少量多餐每天4-6餐睡眠时抬高床头15-20CM以减少反流平时加强腹肌锻炼有助于防止胃食管反流的发生当患者发病时最好到医院就诊不要盲目的乱用药 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com