

前药,是1999年上市的抗疱疹病毒药,通过抑制HBV的聚合酶产生抗HBV复制的作用,由于其作用低于拉米夫定,使HBeAg的血清转阴率较慢,且对拉米夫定耐药株无效。

4.2.2 嘧啶核苷类似物 ①拉米夫定是第一个被美国FDA批准用于CHB的核苷类似物,有很强的抑制HBV复制作用,但长期应用会导致YMDD耐药。②依曲西滨是拉米夫定的5-氟取代衍生物,与拉米夫

定有交叉耐药性,是2003年7月FDA批准的治疗HIV/AIDS感染的药物,其治疗CHB正处在Ⅲ期临床阶段。③替比夫定,L-脱氧胸苷,为L-构型胸腺嘧啶核苷,特异性抑制嗜肝DNA病毒,不抑制其他DNA及RNA病毒,其治疗CHB正处在Ⅲ期临床阶段。④克米夫定为L-型尿嘧啶核苷类似物,对HBV有显著抑制活性。正处于Ⅱ期临床阶段。

文章编号:1672-3384(2005)-04-0006-05

食管裂孔疝的症状与治疗

【作者】 吴铁镛

中日友好医院 (北京 100029)

【中图分类号】 R571; R45

【文献标识码】 B

食管裂孔疝(Hernia Hiatus,HH)是一种常见病,自1963年始我国不少专家从不同方面对HH进行了探索和研究^[1,2],近10年中就有200余篇论文发表^[3,4]。对HH的诊断需给予更多关注,HH诊断水平有待进一步提高。

1 HH定义

部分胃底通过增宽松弛的横膈食管裂孔顶入胸腔,称之为HH。

2 HH的分型

第一种分型法将HH分为先天型与后天获得型两大类,患有先天型HH的婴儿平卧吃奶时常吐奶液;后天获得型HH是在生活、工作、劳动过程中逐渐或突然形成,多数患者为此型。

第二种分型法将HH分为滑动型、食管旁型与混合型三种。滑动型HH齿状线在增宽的食管裂孔处不断上下移动,最多见(见图1);食管旁型HH齿状线不高于食管裂孔,部分胃底通过增宽的食管裂孔挤在食管旁,较少见(见图2);混合型HH是上面两型症状相加,较少见(见图3)。

3 促进HH形成的因素

3.1 年龄

HH可见于各年龄段,年长者多见,这与下列某些因素相关。

3.2 身体瘦弱

此型人身体肌肉松弛,是食管裂孔增宽之因,常有HH形成。

3.3 身体肥胖

腹腔内脂肪过多,长期挤压胃部,促使食管裂孔增宽。

3.4 长期便秘

因经常用力排便,压迫胃部,使食管裂孔增宽。

3.5 饮食习惯

不定时进餐又暴食者,或平日食量过大者,易患HH。

3.6 超强劳动

体力劳动中用力过度或突然用力过猛,可致食管裂孔撕裂而松弛。

3.7 某种职业

司机行车中身体长期承受上下震动的影响,易促使食管裂孔增宽。

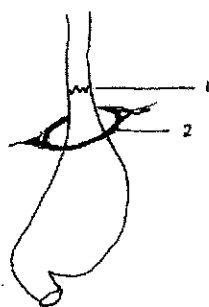


图1 滑动型 HH

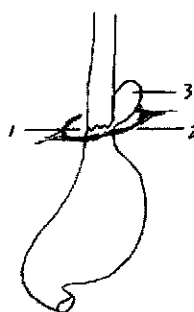


图2 食管旁型 HH

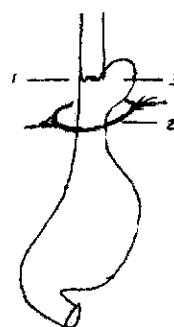


图3 混合型 HH

图解：1：齿状线；2：食管裂孔；3：部分胃底

3.8 外伤及手术

行胃大部切除术时，食管裂孔周围的生理解剖结构受损，易并发 HH；当身体突然受到冲撞或自高处坠落臀部着地时，易造成食管裂孔撕裂。这些因创伤造成的 HH 均称为“外伤型 HH”，为后天获得型中之特殊一型。

4 HH 的临床症状

4.1 HH 患者可有不同部位、不同性质的疼痛：①胸痛：可出现在胸骨后或两侧胸或某一侧胸或从无胸痛。胸痛由反流性食管炎所致，严重时可有下咽遇阻、间断发噎、热水下行有感等。不少病人前胸无症状而诉有“背痛”，这亦是 HH 的症状之一。②腹痛：多数患者有不同部位腹痛，如剑突下，中上腹，右或左上腹，两肋部，右或左下腹等，腹痛部位时可变动。腹痛多是胃底疝凸入胸腔引发。③疼痛性质：可有隐痛、胀痛、刺痛、灼痛、顶痛、剧痛及刀割样痛等不同性质。

例1：女，50岁，间断右上腹隐痛3年，进餐后加重，伴暖气、反酸、烧心。B超示胆囊多发结石。行胆囊切除术后症状如前，经胃镜检查诊断为 HH，按 HH 进行调治后，症状消失。

4.2 呕血、贫血

HH 病人常伴有胃食管反流，可出现不同程度的食管炎。由于食管下段和部分胃底在食管裂孔处不断上下扭动，易引发食管下段炎性黏膜破损，重者可发生贲门黏膜撕裂出血。少量长期出血可导致贫血。

例2：女，28岁，某夜1时许突因口中涌出鲜血

而惊醒，后确诊为 HH。此例是因平卧时，胃底嵌顿在食管裂孔，食管壁血运受阻，小血管破裂，溢出之血只能上行至口腔。

4.3 上逆症状

HH 病人常诉有暖气、反酸、吐食（反食）、呕吐，还可伴有烧心、恶心（晨起刷牙时）及咽部异物感、堵塞感（食管下段炎症所致）。

例3：男，63岁，间断呕吐2年，2次胃镜检查示“浅表性胃炎”，后因呕吐就诊。平日食量较大，进食较快，零食不断，时有胃胀痛、反酸等症状，第三次胃镜检查时注意察看贲门，确诊为 HH，经生活调理，症状缓解。

4.4 其他症状

部分 HH 病人可感心悸（心率、心律变化），胸闷、气短或断气样感（胃底疝凸入胸腔所致）；少数病人反复肺部感染或哮喘发作（胃食管反流液吸入到肺引发）。部分病人有早饱现象。

例4：男，74岁，因间断胸闷、憋气在某医院检查，发现冠状动脉某支略狭窄，置入支架后症状不消。经会诊，疑有 HH，将上半身抬高25度休息，未再出现上述症状。

5 HH 诊断困难的原因

原因1：HH 的症状涉及多部位。食管裂孔位于横膈的正中，此处疾病的症状可出现在食管裂孔的上下、左右以及前后各部。

原因2：症状差异大。在同一病人身上，在不同时期，症状也不尽相同，同一症状的轻重程度也不一样。当病人主诉过繁或叙述偏“乱”时，医生诊

断思路遇到困难,不易抓住诊病的主线。

原因3:HH患者常看过多个科室,如心血管、呼吸、消化、神经、普外、血液、耳鼻喉、心理咨询、疼痛、急诊、妇产以及心脏介入等十多个科室,这多与症状出现在人体多部位有关,如因左胸痛去看心内科、呼吸科,因右下腹痛去看外科、妇产科等等。专业科室分工过细有利有弊,专业医师易先想到与自己专业相关疾病。HH病人经常在不同科室、不同医院之间反复就诊,却长期得不到合理的医疗指导。若科室间、医院间的学术交流多些,病人跑的路就会少些。

6 HH的急诊表现

6.1 上消化道出血

患者常因突发呕血、口吐鲜血而急诊就医,出血量多少不一,易诊为溃疡病或咯血待诊。

例5:男,56岁,突然呕血约800mL,急诊胃镜检查诊断为:①食管裂孔疝;②反流性食管炎(重度);③食管贲门黏膜撕裂症。

本例点评:①HH患者可并发严重的反流性食管炎,在此基础上引发食管贲门黏膜撕裂;②在未曾有剧吐时亦可出现贲门黏膜撕裂;③上消化道出血的鉴别诊断中勿忘HH之可能。

6.2 心律不齐

HH患者可突发或常发心律不齐(室性期前收缩多见),心率过速或过缓,多被诊为“冠心病”。

例6:男,50岁,环卫工人,因工作性质需要,病人每晚均进食较多,在连续5个多月内,常在夜间1时许突发心慌而醒来,先后共去某医院看急诊125次,心电图表现多种心律不齐,按“冠心病”治疗。经急诊输液等治疗,症状消失,心电图正常后于清晨4时前后返家,白天照常工作。由于5个月内消瘦6kg,时有胃脘隐痛,自己疑有“胃癌”而到消化科看病,检查后确诊为HH。经生活调理指导,在未服用药物情况下未再去门诊,体重恢复,随访多年健康状况良好。

本例点评:①HH患者可因心慌(心律、心率变化)而去门诊就医;②本例晚餐进食量较大,均在

夜间发病,这有利于HH的诊断考虑;③消瘦原因与生活不规律有关。

6.3 右下腹痛

右腹痛的病因很多,应认真鉴别之。HH患者出现右下腹痛多有诱因。

例7:男,46岁,中国驻外使馆人员,因右下腹痛去所驻国医院急诊手术,术中并未见到急性阑尾炎,回国后会诊,患者右下腹痛多出现在进餐过多或平躺之后,经检查确诊为HH。

本例点评:①有诱因的右下腹痛要注意HH之可能;②当患者右下腹痛,但急性阑尾炎诊断依据不够充分时,宜先行保守治疗;③由于右下腹痛的病因较多,要多做鉴别。

6.4 急性上腹痛

HH病人偶可出现突发上腹持续性剧痛,酷似“胃穿孔”,多因胃底嵌入食管裂孔引发。

例8:男,14岁,学生,某日晚餐后突发中上腹持续性剧痛,在某医院看急诊,按“胃穿孔”行手术探查。术中未见胃穿孔迹象,仅发现食管裂孔明显增宽。追问病史,婴儿期常有吐奶现象,长大后时有胃胀痛。术后会诊,确诊为HH。

本例点评:①HH可发生“急腹症”;②对年纪小的病人要了解在婴儿期有无吐奶现象;③当疑为胃穿孔而膈下无游离气体时,宜先行保守治疗,密切观察病情;④本例为先天型HH。

7 HH的鉴别诊断

7.1 贲门癌

贲门癌初期食管裂孔处的正常生理解剖功能受到破坏,所出现的症状易被误诊为HH所致,胃镜检查时定要反转内镜察看贲门。

7.2 胃癌

部分胃癌患者可仅有胃食管反流现象,若仅诊为胃食管反流性疾病(GERD)或仅依据症状诊断而不作胃镜检查,就容易漏诊。

7.3 冠心病

当有冠心病或心肌梗死时可有消化系统症状,当疑有HH时先要排除心脏方面的病变。

7.4 溃疡病

在反流性食管炎病人中约有 10% ~ 20% 患有溃疡病,经胃镜检查即可鉴别。

7.5 胰、胆疾病

原有 HH,当胰、胆生病时,临床症状往往酷似 HH,因此必须随时注意对胰腺炎、胆石症、胰腺癌的鉴别诊断。临床上我们已多次遇见误诊病例。

8 HH 的辅助诊断方法

8.1 上消化道钡餐造影

当见有食管裂孔增宽、膈上出现胃黏膜或胃-食管环、胃内钡剂向食管反流等情况时,均是诊断依据。若对每个病例都能按 HH 的检查手法进行检查,HH 的诊断率会提高。

8.2 胃镜检查

胃镜下 HH 的诊断在国内尚无统一标准,我院对此进行了探索性研究(详见《北京医学》1995 年第 3 期 P136 ~ 139),认为齿状线上移的尺度、贲门口松弛程度对 HH 的诊断有参考价值。相当一部分 HH 患者作胃镜检查时恶心反应明显,若有此种现象出现,更应怀疑 HH 的可能。

9 怀疑 HH 的几个因素

9.1 症状涉及多系统

绝大多数 HH 患者主诉症状涉及多部位、多系统,医生此时就要考虑有 HH 之可能。全面仔细询问病史很重要。

9.2 症状发生常有诱因

有些病人能讲出某些症状发生的诱因,如进食过量、进甜食或油腻食物过多等,但也有些病人讲不出来,需要医生提问方可得到部分补充。

9.3 当在胃镜下排除溃疡病、胃癌时,要注意察看贲门口松弛程度和齿状线上移的尺度,对仅有萎缩性胃炎或反流性食管炎者勿忘 HH 之可能。

10 HH 的内科治疗

10.1 生活调理

医生要将 HH 的科普知识告诉病人,病人掌握

知识后会和医生一起来治病。有些疾病主要靠药物治疗,而 HH 的治疗主要是靠认真做好生活调理,药物则是辅助的、临时的。若不指导病人落实生活调理措施,只给患者开药,是不妥当的,因为这样疗效只能是暂时的或是不满意的。生活调理内容有:①慢进餐;②不饱食(若有需要,可在餐后 2 ~ 3h 再补充些);③少食太甜、过油、太稀(如粥食)及难消化的食物;④餐后可以散散步,不宜低位就坐,也不宜立即平卧,午睡可在躺椅上休息;⑤夜间睡觉时宜将上半身托起 20 ~ 25 度,臀部要用物顶住,以免熟睡后身体下滑(夜间胃食管反流严重者可选购医院用手摇或电动床)。

10.2 药物选用

10.2.1 胃动力药 在 HH 药物治疗中此类药应属首选(详见本刊 2005 年第 2 期 P35),它们有促胃动力作用,可加快胃排空,间接减少胃酸分泌,又可使胃内压力降低。甲氧氯普胺(胃复安)还可增加下食管括约肌(LES)的压力,这更有利于减少胃食管反流,每次用量 10mg 以内,每日两次(午、晚饭前半小时)即可。少数病人服胃复安后可出现头晕、视物模糊、乏力或嗜睡等不良反应,停药后即可消失。多潘立酮(吗丁啉)可替代胃复安,使用次数、剂量与胃复安相同。也可根据病情和市场供销情况选用其他胃肠动力药。

10.2.2 抑酸药物 降低胃液的酸度可减轻由反流性食管炎引发的症状,有利于受损食管黏膜的修复。可根据病情选用 H_2 受体抑制剂、质子泵抑制剂,有胆汁反流者可加用铝碳酸镁。

10.2.3 中和胃酸药物 HH 患者若仅有烧心或时有胃脘灼热感,宜及时选用中和胃酸药物,如胃舒平、硫糖铝等。中和胃酸可迅速缓解症状,保护食管黏膜。

10.2.4 通便药物 便秘会使 HH 患者的上逆症状加重,若有便秘必须服药,以保持每日正常排便。治疗 HH 时经治医生一定要了解患者的排便情况。

【参考文献】

- [1] 李东升,等.食管裂孔疝致高度房室传导阻滞及晕厥1例.中华内科杂志 2002 41 578
- [2] 谢佳平,等.食管裂孔疝4例误诊报告及文献复习.临床误诊

误治杂志 2000 13(1):17

- [3] 刘卫东,等.食管裂孔疝内镜诊断探讨.北京医学,1995,(3):136
- [4] 吴铁镛.食管裂孔疝.北京医学,1995(6):356

文章编号:1672-3384(2005)-04-0010-03

非静脉曲张性上消化道出血的诊治

【作者】 刘新光

北京大学第一医院 (北京 100034)

【中图分类号】 R573.2

【文献标识码】 B

消化道出血以屈氏韧带作为分界标志,于屈氏韧带以上部位的出血称为上消化道出血,屈氏韧带以下部位的出血称为下消化道出血。临床一般将出血量超过1000mL或出血量达到人体血容量20%的消化道出血诊断为急性大量出血。上消化道出血包括食管胃底静脉曲张破裂出血及非静脉曲张性上消化道出血。

1 病因

非静脉曲张性上消化道出血的病因很多,可因消化道黏膜炎症、消化性溃疡、反流性食管炎、消化道肿瘤、血管畸形等消化道疾病引起,还可由于消化道邻近器官(血管、胆管、胰腺等)的病变、全身性疾病(急性感染、手术创伤、血液病、尿毒症、结缔组织病、脑出血等)及剧烈呕吐和药物如阿司匹林、新型非甾体类抗炎药(NSAIDs)等因素所导致,尚有部分上消化道出血的原因难以确定。

目前,消化性溃疡仍然是非静脉曲张性上消化道出血的主要原因。一项对1869例非静脉曲张性上消化道出血的病例分析显示,消化性溃疡最常见,占55%,患者平均年龄为 66 ± 17 岁,38%为女性。但最近亦有资料显示,消化性溃疡导致上消化道出血的比率降低至29%,认为幽门螺杆菌(Hp)感染率下降及NSAIDs的应用,可能是导致消化性溃疡出

血发生率相对下降的原因^[1]。

2 导致出血的危险因素

2.1 NSAIDs与Hp感染

由于NSAIDs可引起胃十二指肠溃疡和急性胃肠黏膜损害而导致出血,即使在应用选择性COX-2抑制剂的年代,NSAIDs的应用仍然受到限制。NSAIDs主要是通过抑制前列腺素(PG)的合成,减弱黏膜的防御功能而导致胃肠黏膜损伤,引起消化道出血。消化性溃疡的发生与NSAIDs的应用、Hp感染有关,在老年患者中有1/4的NSAIDs相关出血与Hp感染有关^[2],Hp感染阳性患者在应用NSAIDs后出现上消化道出血的风险可增加两倍。但亦有研究显示消化性溃疡伴有上消化道出血的患者,出血与应用NSAIDs有较明显的关系,而与Hp感染无相关性^[3]。因此,无论是以前或正在应用NSAIDs的患者,在临床实践中Hp根除治疗对于预防上消化道出血都具有一定的意义。

2.2 阿司匹林

小剂量阿司匹林的抗血栓形成作用在临床上已得到广泛应用,然而,由于阿司匹林可阻断前列腺素的合成,损伤胃肠道黏膜而引起出血。其次,阿司匹林还可使血栓形成的能力降低,导致出血倾向增加。尽管对阿司匹林剂型的改良(肠溶片)是为