

基层适宜技术

胃食管反流病的诊断与治疗

胃食管反流病是指胃内容物反流入食管引起不适和(或)并发症的一种疾病,以泛酸、烧心、胸骨后疼痛为主要表现。该病在西方国家人群中患病率较高,为10%~20%,我国人群患病率为5.2%~7.8%,近年呈上升趋势。该病各年龄段均可发病,30岁以上人群发病率逐渐升高,男女患病率无显著差异,但男性糜烂性食管炎和Barrett食管(巴雷特食管)的发生率高于女性。胃食管反流病可严重影响患者的生活质量,部分患者可发展为Barrett食管,甚至食管腺癌。

识别与诊断

典型症状为烧心和泛酸。烧心表现为胸骨后或剑突下烧灼感,多在餐后一两小时出现,弯腰、平卧或腹压增高时加重,站立或服用抗酸药物后缓解。泛酸表现为酸性液体反流入口腔,可在弯腰或夜间平卧时发生。不典型症状包括胸痛(需要与心源性胸痛鉴别,在非心源性胸痛中占较大比例)、慢性咳嗽(反流物刺激咽喉和气管所致)、哮喘样症状(反流物微量吸入或迷走神经反射引起支气管收缩)、咽喉部症状(声音嘶哑、咽喉异物感,称为反流性咽喉炎)、牙酸蚀症(胃酸反流至口腔,腐蚀牙釉质)。部分患者可出现吞咽困难,多为间歇性,需要警惕器质性狭窄或肿瘤。反流症状可在夜间平卧时加重,影响睡眠质量,部分患者以夜间咳嗽或喘息为主。

胃食管反流病一般无特异性体征。部分患者可有上腹部压痛。严重者可出现体重下降、贫血(因食管黏膜糜烂出血所致)。合并食管裂孔疝者偶尔可在胸部闻及肠鸣音。需要重视的预警征包括:体重下降、吞咽困难进行

性加重、呕血或黑便、贫血、颈部淋巴结肿大,这些体征需要警惕恶性肿瘤可能,需要及时转诊。长期反流导致牙齿酸蚀者可见牙釉质缺损,以舌侧和咬合面较为明显。

根据内镜检查结果,胃食管反流病可分为3种类型:非糜烂性反流病(内镜下食管黏膜无明显破损)、糜烂性食管炎(内镜下可见食管黏膜破损)和Barrett食管(食管下段鳞状上皮被柱状上皮取代)。这3种类型之间无明确的演进关系,非糜烂性反流病不一定会展发为糜烂性食管炎或Barrett食管。

胃镜检查是诊断的首要方法,可直视下观察食管黏膜破损程度并进行活检。洛杉矶分级法将糜烂性食管炎分为A级、B级、C级、D级:A级,黏膜破损≤5毫米;B级,黏膜破损>5毫米但不跨黏膜皱襞;C级,黏膜破损跨2个以上皱襞,但<75%环周;D级,黏膜破损≥75%环周。胃镜检查还可排除食管癌、消化性溃疡等其他疾病,对Barrett食管的诊断具有关键价值。

24小时食管pH(氢离子浓度指数)监测可记录酸反流次数、反流持续时间及症状与反流的相关性,适用于胃镜检查结果阴性但症状明显者。食管测压可评估食管运动功能和下食管括约肌压力,正常静息压为10毫米汞柱~30毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),压力降低时胃内容物容易反流;食管测压主要用于术前评估和排除贲门失弛缓症等运动功能障碍。多通道腔内阻抗-pH监测可同时检测酸性反流和非酸性反流,适用于评估质子泵抑制剂治疗无效者。上消化道钡造影可显示食管裂孔疝和食管狭窄,但

对黏膜炎症的敏感性较低,不作为常规检查手段,适用于不能耐受胃镜检查者。

诊断依据:典型症状(烧心、泛酸)+胃镜检查或pH值监测结果。对于症状典型且无预警体征者,可先进行试验性治疗。

需要鉴别的疾病:心源性胸痛(心电图、心肌酶检查可鉴别)、消化性溃疡(胃镜可鉴别)、食管癌(胃镜+活检可鉴别)、胆道疾病(腹部超声可鉴别)、贲门失弛缓症(食管测压可鉴别)。需要特别强调的是,胸痛患者要首先排除心源性胸痛,心电图检查和心电图肌检查是必要的初步检查手段。对于反复发作的胸痛患者,即使胃食管反流病症状典型,也需要进行心脏相关检查,排除冠状动脉粥样硬化性心脏病。

病因与危险因素

危险因素:腹内压增高(肥胖、妊娠、腹水、紧身衣物);饮食因素(高脂肪食物、巧克力、薄荷、咖啡、浓茶、辛辣食物、柑橘类水果);生活习惯(吸烟、饮酒、睡前进食);药物因素(钙通道阻滞剂、硝酸酯类药物、抗胆碱药物、茶碱类药物、苯二氮草类药物);解剖异常(食管裂孔疝是重要病因,约50%的胃食管反流病患者合并食管裂孔疝)。肥胖者腹内压和胃内压升高,是独立危险因素,体重指数每增加5千克/平方米,反流症状风险增加约1.2倍。吸烟可降低下食管括约肌压力并影响食管黏膜屏障功能。妊娠期由于孕激素水平升高导致下食管括约肌松弛,以及子宫增大压迫胃部,反流症状发生率较高,多在产后自行缓解。

病理生理机制:下食管括约肌一过性松弛,是反流的主要原因,占反流事件的50%以上;下食

管括约肌静息压降低;食管体部清除能力下降;胃排空延迟;食管黏膜屏障功能受损,包括上皮前屏障(黏液层、碳酸氢盐)、上皮屏障(细胞间紧密连接)和上皮后屏障(黏膜血液供应)。反流物中的胃酸和胃蛋白酶可直接损伤食管黏膜,胆汁反流中的胆盐和胰酶可加重黏膜损伤,长期反复损伤可导致Barrett食管。

治疗方法

生活方式调整是基础治疗:抬高床头15厘米~20厘米;餐后3小时内不卧床;避免睡前进食;减少高脂肪食物、巧克力、薄荷、咖啡、浓茶等的摄入量;戒烟、限制饮酒;控制体重,肥胖者需要减轻体重。对于以夜间症状为主者,抬高床头和左侧卧位可减少反流发作。生活方式调整需要长期坚持,不能因症状缓解而放弃。

药物治疗:质子泵抑制剂是主要治疗药物,如奥美拉唑20毫克,每日一两次,一个疗程至少8周。H2受体(组胺受体的一种亚型)拮抗剂(如法莫替丁20毫克,每日2次)可用于轻度患者。促胃动力药(如多潘立酮10毫克,每日3次,餐前30分钟服用)可加速胃排空。黏膜保护剂(如铝碳酸镁、硫糖铝)可保护食管黏膜。维持治疗药物需要根据病情进行选择,糜烂性食管炎需要长期质子泵抑制剂维持,非糜烂性反流病可按需要服药。质子泵抑制剂需要餐前30分钟服用,这是常被忽视的用药细节,如果服药时间不当可明显影响疗效。

需要注意,质子泵抑制剂与氯吡格雷存在药物相互作用,长期联合使用可能影响抗血小板疗效,必要时可选择泮托拉唑或雷贝拉唑以减少相互作用。难治性胃食管反流病(质子泵抑制剂治

疗8周以上症状无缓解)需要重新评估诊断结果,排除非酸性反流、功能性烧心、嗜酸性粒细胞性食管炎等。抗反流手术(胃底折叠术)适用于药物治疗无效、不能耐受药物、合并严重食管裂孔疝、不愿长期服药者,术前需要完善食管测压和pH值监测评估。

并发症

胃食管反流病的常见并发症:食管狭窄,长期炎症反应导致纤维化瘢痕形成,表现为进行性吞咽困难,需要在内镜下进行扩张治疗;Barrett食管,是食管腺癌的癌前病变,需要定期进行胃镜检查并随访监测,发现异型增生需要内镜下切除;食管腺癌,需要转诊至外科进行手术治疗;反流性咽喉炎和反流性哮喘,需要联合耳鼻喉科或呼吸内科共同治疗。消化道出血表现为呕血或黑便,出血量少者可给予抑酸药,出血量大者需要紧急转诊。

随访与转诊

非糜烂性反流病预后较好,糜烂性食管炎需要长期维持治疗。Barrett食管患者需要定期进行胃镜检查,无异型增生者每3年~5年检查1次,轻度异型增生者每6个月~12个月检查1次,重度异型增生者需要在内镜下治疗。胃食管反流病反复发作可影响生活质量,导致焦虑和睡眠障碍。非糜烂性反流病每年随访1次,糜烂性食管炎每一两年进行1次胃镜检查,Barrett食管按计划随访。

以下情况需要及时转诊:反复消化道出血;进行性吞咽困难;体重下降伴贫血;疑似Barrett食管伴异型增生;药物治疗无效,需要评估手术指征。

(文章由河南省卫生健康委基层卫生处提供)

每周一练

(直肠肛管疾病、消化道大出血、腹膜炎)

一、患者为女性,30岁,肛周疼痛3天,排便时加重。查体:肛门左侧局部压痛,有波动感。白细胞11.9×10⁹/升。首选的治疗方式是

A.广谱抗生素静脉滴注

B.高锰酸钾坐浴
C.对症止痛、镇静
D.手术切开引流
E.肛门应用消炎栓剂

二、患者为男性,25岁,肛门剧烈疼痛伴异物感1天,局部有肿物突出。患者平素便秘,无便血史。查体:体温36.5摄氏度,肛门口见直径2.0厘米肿物,稍硬,呈暗紫色,触痛。最可能的诊断是

A.肛裂
B.混合痔
C.血栓性外痔
D.直肠息肉
E.内痔突出

三、患者为男性,52岁,近2个月来大便次数增多,有肛门坠胀感及里急后重,大便变细,常有黏液血便,经抗生素治疗症状可缓解,但不久又复发,且呈进行性加重。首先应进行的检查是

A.直肠指诊
B.钡灌肠检查
C.腹部CT(计算机层析成像)
D.直(乙状结)肠镜检

E.B超检查

四、患者为男性,50岁。患者进食苹果后呕血500毫升,伴有头晕、出汗,乙肝病史30年。查体:血压为80/50毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),心率110/分,腹水征(+)。最有可能的呕血原因是

A.急性糜烂性胃炎
B.胃食管畸形
C.食管胃底静脉曲张破裂

D.十二指肠溃疡
E.胃癌

五、患者为男性,36岁,间断上腹部疼痛10年有余,饥饿及夜间加重。1天前患者饮酒后腹痛加重,1小时前排柏油样大便。为明确诊断首选的检查是

A.腹部B超
B.上消化道钡剂造影
C.胃镜
D.结肠镜
E.粪常规+隐血试验

六、患者为男性,65岁,上腹部无规律性隐痛2个月,因饮酒后呕吐咖啡样物150毫升,柏油便300毫升来诊,无肝病史。查体:血压为90/60毫米汞柱,脉搏100次/分,血红蛋白90克/升,上腹部轻度压痛,肝脾肋下未触及,其止血措施最好选择

A.维生素K₁静滴
B.奥美拉唑静注
C.6-氨基己酸静滴
D.三腔二囊管压迫
E.垂体后叶素静滴

七、患者为女性,41岁,腹痛、腹胀、低热2个月。腹部B超检查结果示腹腔积液。血白蛋白30克/升,当日腹腔穿刺抽出草黄色微浑浊的液体。腹水检查显示:比重1.023,白蛋白22克/升,单个核细胞比例0.88。最可能的诊断是

A.结缔组织病
B.恶性肿瘤
C.继发性腹膜炎
D.结核性腹膜炎
E.原发性腹膜炎

本期答案			
一、B	二、C	三、D	四、C
五、C	六、E	七、D	

误诊误治

秋季如何防治过敏性鼻炎

□刘占峰

秋季是过敏性鼻炎的高发季节。门诊中,不少患者把阵发性喷嚏、清水样鼻涕、鼻痒误认作“感冒”,自行服用抗生素或复方感冒药,结果病情迁延。

普通感冒多由病毒引起,常伴发热、咽痛、全身酸痛,病程一般为7天~10天,可自愈;过敏性鼻炎则以鼻塞、连续喷嚏、大量清水样涕、眼痒为主,症状反复发作,接触花粉、蒿草等过敏原后加重,病程常超过2周。二者初期表现相近,容易混淆。

常见误区:一是滥用抗生素。抗生素对病毒感染与过敏反应均无效,无细菌感染证据时盲目使用抗生素,不仅无益,还可能扰乱菌群平衡、诱导耐药。二是长期单一使用鼻腔减充血剂(如萘甲唑啉滴鼻液)。短期使用鼻腔减充血剂可减轻鼻塞,连续使用超过7天易导致反跳性充血,诱发药物性鼻炎。三是只服用复方感冒药对症治疗。如果不

针对过敏环节进行治疗,停药即复发。

规范诊治:诊断过敏性鼻炎须结合患者病史(反复发作、过敏原接触史)、鼻内镜检查(鼻黏膜苍白、水肿)、过敏原检测(血清特异性IgE、皮肤点刺试验)。治疗以避免接触过敏原为原则;花粉季节,患者应减少外出(必须外出时佩戴口罩),用生理盐水冲洗鼻腔等方法;药物治疗首选鼻用糖皮质激素,联合口服或鼻用抗组胺药、白三烯受体拮抗剂。

中度、重度、药物控制不佳的过敏性鼻炎患者,可到耳鼻喉专科评估后采用过敏原特异性免疫治疗(脱敏治疗)。

遇到“感冒”超过2周不愈、以鼻痒喷嚏为主、无发热全身酸痛者,应警惕过敏性鼻炎,避免盲目使用抗生素;需要长期管理者,转诊到上级医院专科并长期随访。

(作者供职于太原市中心医院)

征稿

本版旨在给基层医务人员提供较为基础的、实用的医学知识和技术,来稿应注重实践操作,介绍常见病和流行病的诊治、安全用药等;栏目包括《经验交流》《合理用药》《答疑解惑》《老药新用》等。欢迎您踊跃投稿,并提供宝贵的意见和建议。

邮箱:5615865@qq.com 联系人:朱忱飞

电话:13783596707

本版治疗方法需要在专业医生指导下应用

合理用药

糖皮质激素是临床应用范围较广泛的药物之一,具有抗炎、免疫抑制、抗休克和抗过敏等作用。

药物分类

根据作用持续时间,糖皮质激素可以分为3类:短效类药物,以氢化可的松为代表,作用持续8小时~12小时,生理替代剂量为每日20毫克~30毫克;中效类药物,以泼尼松、泼尼松龙、甲泼尼龙为代表,作用持续12小时~36小时,抗炎作用较强,是临床常用的口服和静脉制剂;长效类药物,以地塞米松、倍他米松为代表,作用持续36小时~72小时,抗炎作用强,对下丘脑-垂体-肾上腺轴的抑制效果明显。

根据给药途径可分为:口服制剂(泼尼松、泼尼松龙、地塞米松);静脉制剂(甲泼尼龙、氢化可的松琥珀酸钠、地塞米松磷酸钠);吸入制剂(布地奈德、氟替卡松,用于哮喘和慢性阻塞性肺疾病);外用制剂(氢化可的松乳膏、糠酸莫米松乳膏,用于皮肤疾

病);关节腔注射制剂(曲安奈德,用于关节腔内注射)。

适应证

糖皮质激素的适应证包括:风湿免疫性疾病,如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、血管炎等;过敏性疾病,如重症支气管哮喘、过敏性休克、血清病等;肾脏疾病,如肾病综合征、新月体性肾小球肾炎等;血液系统疾病,如免疫性血小板减少症、自身免疫性溶血性贫血等;神经系统疾病,如多发性硬化急性发作、重症肌无力危象等。

需要特别强调的是,糖皮质激素不适用于以下情况:普通感冒、流行性感冒等病毒感染;原因不明的发热(作为退热药使用);单纯性肥胖;糖尿病(除非有明确

的适应证如合并肾上腺皮质功能减退)。将糖皮质激素作为“退热药”或“万能抗炎药”使用,是常见的用药误区。

用药原则

糖皮质激素的临床应用需要遵循以下原则:严格掌握适应证,权衡获益与风险;选择合适的给药途径,能局部给药者不全身用药,能口服者不静脉给药;使用较小有效剂量,以泼尼松为例,小剂量为每日<7.5毫克,中剂量为每日7.5毫克~30毫克,大剂量为每日30毫克~100毫克,超大剂量为每日>100毫克;短疗程优先,病情控制后及时减量。

选择给药方案:每日清晨服药,模拟生理节律,对下丘脑-垂体-肾上腺轴抑制较小,适

用于中短疗程;隔日给药,进一步减少肾上腺素抑制,适用于长期维持治疗;冲击治疗,甲泼尼龙每日500毫克~1000毫克静脉滴注,连用3天~5天,用于重症患者,需要在心电监护下进行,注意监测血糖、电解质。

减量原则:使用糖皮质激素超过2周者,需要逐渐减少药物剂量,不可突然停药。一般每一两周减量10%,当减至泼尼松每日5毫克~7.5毫克时,减量速度需要进一步放慢。突然停药可能引起肾上腺危象,表现为乏力、恶心、呕吐、低血压、低血糖,严重时危及患者生命。

不良反应

患者长期使用糖皮质激素,要注意以下不良反应:感染风险

增加。糖皮质激素可抑制免疫功能,增加细菌、真菌和病毒感染风险,且可掩盖感染症状。用药期间需要密切观察感染征象,必要时预防性使用抗菌药物。

代谢异常:血糖升高,用药期间需要监测血糖,糖尿病患者需要调整降糖方案;血脂异常;水钠潴留,可引起血压升高和水肿。

骨质疏松症:长期使用糖皮质激素者骨质疏松风险显著增加,需要常规补充钙剂和维生素D,必要时使用双膦酸盐。

消化不良反应:可增加消化性溃疡和消化道出血风险,尤其是合用非甾体抗炎药者。有消化性溃疡病史者需要预防性使用质子泵抑制剂。

其他不良反应:精神症状(失眠、情绪改变);白内障和青光眼;肌病(近端肌无力);皮肤变薄、紫纹、痤疮;生长迟缓(儿童);下丘脑-垂体-肾上腺轴抑制。

(作者供职于郑州市人民医院)

经验交流

甲状腺结节的评估与管理

□孙丽萍

甲状腺结节是甲状腺内出现的局限性肿块,是内分泌系统的常见疾病。据调查,我国成年人甲状腺结节的患病率为20%~35%,其中恶性肿瘤占5%~10%。随着超声检查的普及,甲状腺结节的检出率明显升高。多数人的甲状腺结节为良性,规范的评估和管理可以避免过度治疗,也能及时发现恶性病变。

发病原因

甲状腺结节的病因多样,主要包括:结节性甲状腺肿,是常见的良性病变,与碘缺乏有关;甲状腺腺瘤,为良性肿瘤;甲状腺囊肿,为囊性病变;慢性淋巴细胞性甲状腺炎(桥本甲状腺炎),可形成假性结节;甲状腺癌,包括乳头状癌(占甲状腺癌的80%~90%)、滤泡状癌、髓样癌和未分化癌。

临床表现

多数甲状腺结节无明显症状,在体检或超声检查时偶然发现。较大的甲状腺结节可压迫周围组织,引起吞咽不适、呼吸困

难、声音嘶哑。

颈部体征包括:甲状腺区域可触及肿块,质地可为囊性或实性,边界清楚或不清,甲状腺结节可随吞咽动作上下移动。如果患者的甲状腺结节质地坚硬、边界不清、固定不移动,伴有颈部淋巴结肿大、声音嘶哑等体征,应警惕恶性可能,需要及时转诊。

检查评估

超声检查是评估甲状腺结节的首要方法。TI-RADS(甲状腺影像报告和数据系统)分级系统用于评估结节恶性风险:1级,正常甲状腺;2级,良性结节;3级,良性可能性大;4级,可疑恶性(4a低度可疑,4b中度可疑,4c高度可疑);5级,高度提示恶性。需要穿刺活检的指征为TI-RADS 4级及以上甲状腺结节。

甲状腺功能检查包括:促甲状腺激素(TSH)、游离三碘甲状腺原氨酸(FT3)、游离甲状腺素(FT4),用于评估甲状腺功能状态。甲状腺自身抗体(抗甲状腺

过氧化物酶自身抗体、甲状腺球蛋白抗体)用于诊断自身免疫性甲状腺炎。细针穿刺细胞学检查是鉴别良恶性的重要方法,适用于超声检查高度可疑结节和直径>10毫米的结节。

处理原则

良性结节的处理方法:无症状的良性小结节不需要治疗,每6个月~12个月进行1次超声检查。结节较大(>40毫米)出现压迫症状者可考虑手术。结节迅速增大或出现可疑特征者需要进行穿刺活检。毒性结节性甲状腺肿伴有甲状腺功能亢进者,需要应用抗甲状腺药物或放射性碘进行治疗。

恶性结节的处理方法:甲状腺乳头状癌和滤泡状癌需要进行甲状腺切除术,根据病情选择腺叶切除或全切,术后根据分期决定是否需要放射性碘消融治疗。髓样癌需要进行甲状腺全切除术,并进行颈部淋巴结清扫。未分化癌恶性程度高,预后差,治疗

以手术和放化疗综合治疗为主。

随访与转诊

随访计划:良性结节每6个月~12个月进行1次超声检查和甲状腺功能检查,病情稳定2年以上无变化者可延长至每年检查1次。TI-RADS 3级结节,每6个月~12个月检查1次;4级以上经穿刺排除恶性者,每3个月~6个月检查1次。

转诊指征:TI-RADS 4级及以上结节患者,需要转诊至内分泌科或外科进行穿刺活检;结节短期内明显增大;出现压迫症状,例如吞咽困难、呼吸困难、声音嘶哑等;颈部淋巴结肿大;甲状腺功能异常合并妊娠;儿童甲状腺结节(恶性风险较高)。

医师需要向患者说明,多数甲状腺结节为良性,不需要过度焦虑;定期进行超声检查,是主要管理方式;如发现结节增大或新发症状,患者需要及时就诊。

合理饮食对甲状腺健康有重要意义。保证适量摄入碘,成年

人每日碘摄入量推荐量为150微克,孕妇和哺乳期妇女为250微克。避免长期大量食用致甲状腺肿物质(如木薯、卷心菜)。已经确诊甲状腺疾病的患者需要根据具体病情调整碘摄入量。

甲状腺癌术后患者需要长期随访。术后患者需要口服左甲状腺素钠片替代治疗,并根据甲状腺功能调整剂量。甲状腺乳头状癌和滤泡状癌术后根据复发风险评估决定是否进行放射性碘消融治疗,中高危复发风险者需要进行碘消融。术后随访包括:每6个月~12个月进行1次甲状腺功能检查、甲状腺球蛋白水平检查和颈部超声检查,发现异常需要及时转诊至相关专科。医师需要做好患者术后的长期管理和心理支持,帮助患者正确认识甲状腺癌的预后。大部分分化型甲状腺癌预后较好,10年生存率超过90%。

(作者供职于河南省肿瘤医院)