胃食管反流病误诊为哮喘 21 例临床分析

梁万金,黎昌群 (石柱县人民医院消化科,重庆 石柱 409100)

[摘 要] **目的** 探讨胃食管反流病误诊为哮喘的原因,为减少误诊提供参考。**方法** 回顾性分析 21 例胃食管反流病误诊为哮喘患者的临床资料,根据临床特征分析误诊原因,探讨减少误诊策略。**结果** 21 例患者均误诊为哮喘,误诊时间最短为半年,最长达 6 年。正确诊断后,经抗反流治疗 1 周后症状明显缓解 16 例(76.2%),2 周后症状缓解率达 95.2%。经维持治疗 6 个月的 18 例患者中,症状完全缓解并无复发 12 例,复发 6 例。**结论** 胃食管反流病误诊为哮喘的主要原因在于该类患者的首发症状是以哮喘症状为主。应提高认识、全面检查减少误诊的发生。

[关键词] 胃食管反流病;哮喘;误诊
[中图分类号] R573.9 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2011)06-0649-02

Clinical analysis of gastroesophageal reflux disease misdiagnosed as asthma in 21 cases

LIANG Wan-jin, LI Chang-qun (Department of Gastroenterology, People's Hospital in Shizhu County, Shizhu Chongqing 409100, China)

Abstract: Objective To discuss the causes of misdiagnosis in gastroesophageal reflux disease (GERD) and to provide references for its prevention. **Methods** The clinical characteristics of the 21 misdiagnosed cases were summarized and the causes of misdiagnosis were analyzed in an aim to formulate preventing strategies. **Results** Totally 21 patients with GERD were misdiagnosed as asthma. The misdiagnosis lasted for half a year to six years. Through one week's esophageal reflux treatment, the symptoms in 16 cases were obviously alleviated (76.2%). The symptom relieve rate amounted to 95.2% two weeks after treatment. All 18 cases which received treatment consistently for six months recovered completely with only six cases experiencing recurrence. **Conclusion** The cause of the misdiagnosis is that the primary symptom of patients with GERD is similar to that of asthma. Awareness should be aroused to prevent the misdiagnosis through comprehensive examination.

Keywords: gastroesophageal reflux disease; asthama; misdiagnosis

胃食管反流病(gastroesophageal refluxe disease, GERD)是胃或十二指肠内容物反流至食管引起烧心等症状,可引起反流性食管炎,以及咽喉、气道等食管外的组织损害。近年来研究发现 GERD 与哮喘之间相互作用、相互影响、关系密切[1]。有些 GERD 患者以哮喘为首发症状就诊,极易误诊为哮喘。我院自 2000 年 1 月至 2010 年 3 月收治的 GERD 误诊为哮喘 21 例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院 2000 年 1 月至 2010 年 3 月收治的 GERD 误诊为哮喘 21 例,其中男性 14 例,女性 7 例,年龄 26 ~ 57 岁,平均 38.9 岁。最初均误诊为哮喘,病史 0.5 ~ 6 年不等。

1.2 临床表现

21 例患者均以反复发作性喘息、气急、胸闷或咳嗽为主要首发症状,其中伴有烧心、反酸、嗳气等反流症状者 12 例(57.1%),9 例(42.9%)无反流症状。体格检查可闻及哮鸣音 18 例,中上腹压痛 2 例,心律不齐 2 例。白细胞及中性粒细胞升高 5 例,嗜酸性粒细胞增高 3 例。胸部 X 线检查提示双肺纹理增多、透亮度增加 16 例,炎性浸润阴影 4 例,并发肺气肿 1 例。肺通气功能检查均有阻塞性通气功能障碍表现。21 例患者均经电子胃镜检查,发现反流性食管炎 13 例,8 例内镜下无明显异常表现。所有患者均经 24 h 食管 pH 监测,发现有过度酸反流的客观证据。

2 结果

2.1 误诊情况

起初 21 例患者均误诊为哮喘,经长期平喘、解痉、抗感染等治疗效果不明显。误诊时间最短为半年,最长达 6 年。

2.2 治疗与预后

给予促胃肠动力药(莫沙比利 5 mg,每日 3 次)、质子泵抑制剂(奥美拉唑 20 mg,每日 2 次,或雷贝拉唑 10 mg,每日 2 次)治疗。治疗 1 周后症状明显缓解 16 例(76.2%),2 周后症状缓解率达 95.2%。18 例经维持治疗 6 个月(奥美拉唑 20 mg,每日 1 次;莫沙比利 5 mg,每日 3 次),症状完全缓解且无复发 12 例,复发 6 例。无 1 例患者行抗反流手术治疗。

[作者简介] 梁万金(1968 -),男,重庆市石柱县人,主治医师,主要从事消化内科临床方面的研究。E-mail:632101926@qq.com

[收稿日期] 2011-06-12 [修回日期] 2011-07-13

3 讨论

尽管 GERD 和哮喘是两种不同系统的疾病,但是近年来研究表明,两者之间存在密切的联系,可以互为因果,GERD 已被认为是哮喘的一个重要激发因素[2]。Kiljander 等[3]报道了 90 例成人哮喘患者,其中发现有 47 例患者(52.2%)出现返流症状,32 例(35.6%)合并有 GERD。另一项研究发现 126 例青少年哮喘患者中有 94 例(74.6%)诊断为 GERD,并且 GERD 的反流症状与哮喘的严重程度呈正相关[2]。本组 21 例患者均以哮喘症状首发,伴有反流症状者 12 例(57.1%)。

GERD 易误诊为哮喘的原因主要在于该类患者的首发症状是以喘息、气急、胸闷或咳嗽等哮喘症状为主,往往首诊于呼吸科,而呼吸科医生对 GERD 的认识不足,或满足于现有诊断,查体及询问病史局限于呼吸系统为主,忽略了反流症状,经常是在常规治疗哮喘效果不明显时才考虑到 GERD 的可能[4]。本组资料有 9 例始终未出现反流症状。另外,检测手段的欠缺或许也是导致误诊的原因之一。GERD 的诊断除了典型的反流症状外,还要靠内镜下有反流性食管炎的表现。但是仍有部分患者内镜下并无反流性食管炎的表现,本组有 8 例内镜下无明显异常表现,此时需要 24 h 食管 pH 监测发现客观酸过度反流的证据才能作出诊断。这在一定程度上限制了 GERD 的诊断率。

GERD 引发哮喘的机制主要是返流物直接或间接刺激食管内各种感受器,通过迷走神经反射等诱发气道高反应,引起支气管痉挛、血管扩张、渗出等表现[5]。经过抗反流治疗,如抑酸、促进胃肠动力等可减少反流的发生,缓解哮喘症状。本组患者经过抗反流治疗后总体缓解率达 95.2%。并且通过维持治疗减少了复发。

因此,为减少 GERD 误诊为哮喘的发生,临床医师应提高对 GERD 的认识,尤其是不伴有反流症状的患者,特别是经解痉、平喘治疗无效时应及时考虑到 GERD 的可能[6]。应详细追问病史,全面系统的体格检查,尽可能安排内镜检查或 24 h 食管 pH 监测,结合质子泵抑制剂诊断性治疗等手段作出正确诊断。

[参考文献]

[1] 刘 浏, 杨冬华, 汤绍辉, 等. 胃食管反流病与支气管哮喘[J]. 临床荟萃, 2007, 22(6): 451 - 452.

[2] Debley JS, Carter ER, Redding GJ. Prevalence and impact of gastroesophageal reflux in adolescents with asthma: a population-based study [J]. Pediatr Pulmonol, 2006, 41(5): 475 - 481.

[3] Kiljander TO, Laitinen JO. The prevalence of gastroesophageal reflux disease in adult asthmatics[J]. Chest, 2004, 126(5): 1490 - 1494.

[4] 刘春江. 胃食管反流病误诊为呼吸道疾病 40 例临床分析[J]. 中国实用医刊, 2008, 35(13): 92.

[5] 郭红斌. 支气管哮喘病与胃食管反流症的发病关系探讨[J]. 医学信息, 2010, 23(12): 4593.

[6] 蒋月霞. 胃食管反流病误诊为呼吸道疾病 48 例临床分析[J]. 重庆医学, 2008, 37(5): 519 - 520.

(编辑:郭光金)

(上接第 648 页)

水肿,中线移位大于 5 mm,基底池受压;③颅内压大于 30 mmHg;④年龄小于 70 岁;⑤排除严重的其他器官病变。对内科治疗无效的患者,宜尽快行开颅减压术[9],早期手术治疗对患者的预后有帮助。无手术指征的患者应行积极有效的中西医结合治疗,本研究结果显示:治疗 1 个月后,B 组 NIHSS 评分明显低于 A 组;B 组治疗总有效率明显高于 A 组。表明中西医结合治疗能明显改善患者的神经功能缺损程度和预后。

大面积脑梗死的预后决定于梗死的部位、范围大小及合并症或并发症的轻重等诸因素。一般而言,虽然预后相对较差,但如果能够坚持可靠的中西医药物治疗、针灸、坚持功能康复训练、清淡饮食的调节、控制好血压和血脂等高危因素,后遗症状均会得到不同程度的改善,甚至可以达到生活完全自理的理想状态。

[参考文献]

[1] 范淑侠. 青年脑梗死 69 例临床分析[J]. 中国现代医学杂志, 2004, 14(13): 139 - 141.

[2] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381 - 383.

[3] Gupta R, Connolly ES, Mayer S, et al. Hemicraniectomy for massive middle cerebral artery territory infarction: a systematic review[J]. Stroke, 2004, 35(2): 539 - 543.

[4] 王安君. 舒血宁注射液治疗脑梗死 64 例的体会[J]. 局解手术学杂志, 2009, 18(1): 41.

[5] 陶胜忠, 张鹏远, 苗 旺, 等. 去骨瓣减压术治疗大面积脑梗死 16 例临床分析[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2005, 31(3): 234 - 235.

[6] 王智勇. 高血压脑出血术后继发脑梗塞 11 例分析[J]. 局解手术学杂志, 2005, 14(1): 64 - 65.

[7] 袁 波, 童晓欣, 张海鸥, 等. 大面积脑梗塞的临床特点和处理方法[J]. 武汉大学学报(医学版), 2004, 25(4): 462 - 463.

[8] Koh MS, Goh KY, Tung MY, et al. Is decompressive craniectomy for acute cerebral infarction of any benefit? [J]. Surg Neurol, 2000, 53(3): 225 - 230.

[9] 赖润龙, 郑丰任, 杨应明, 等. 恶化型大脑半球大面积梗死的手术适应证及疗效分析[J]. 中华神经医学杂志, 2003, 2(5): 351 - 352.

(编辑:余汇洋)