

证的研究

胃气上逆证与食道压力关系初探

吴红梅* 任俊杰* 唐旭东*

主题词 胃气 气逆/病理生理学 压力

胃肠动力学研究的进展及检测手段的进步,为更好地阐释中医胃气上逆证提供了新的方法。现将 32 例胃气上逆证患者的食道压力测定结果总结如下。

1 观察对象及方法

参照《中医病证诊断疗效标准》和《实用内科学》,将诊断标准定为:暖气反复发作,或反酸,泛吐苦水,甚则反食,或恶心、呕吐;多伴见胸脘痞满胀闷,或疼痛,或纳食减少,或咽喉异物感,或胸骨后烧灼感。门诊及住院患者共 32 例,其中男性 18 例,女性 14 例,年龄 30~69 岁。排除有肝、胆、胰脏疾患及精神疾患的病例。

采用瑞典 CTD 公司研制的 PCPOLYGRAF 消化道测压仪器(连续灌注导管系统),经鼻腔将 4 孔测压导管送至胃内,采用外拉法,以每次 1cm 速度向外牵拉测压导管,进行下食道括约肌静息压(LES)、食道体部蠕动状态、上食道括约肌静息压(UES)等项测定。

2 观察结果

2.1 32 例患者 LES 和食道体部蠕动状态测定结果:LES 正常值为 14.3~34.5mmHg, <14.3mmHg 者 18 例(56.3%),正常者 14 例(43.7%)。食道体部蠕动波正常者数值为 0,经测定,显示低压蠕动波者 23 例(71.9%),高压蠕动波者 4 例(12.5%),同步或不协调蠕动者 31 例(96.9%)。

2.2 烧心等临床症状与食道括约肌压力相关性测定:将 32 例患者分为烧心反酸组 20 例和非烧心反酸组 12 例,经测定,烧心反酸组 LES、UES 值为 13.6±7.2mmHg 和 21.9±12.3mmHg,非烧心反酸组分别为 15.2±6.8mmHg 和 21.2±12.5mmHg,组间比较差异无显著性($P>0.05$)。

2.3 梅核气证与食道括约肌压力相关性测定:将 32 例患者分为梅核气证组 7 例与非梅核气证组 25 例,经测定,梅核气证组 UES、LES 分别为 23.6±

9.6mmHg 和 12.4±7.4mmHg,UES-LES 值为 11.2mmHg,非梅核气证组分别为 21.8±10.1mmHg 和 14.7±7.1mmHg,UES-LES 值为 7.1mmHg,组间比较差异无显著性($P>0.05$)。

3 讨论

32 例胃气上逆证患者中约 56.3% 存在 LES 低下,松弛率小于 90% 者占总观察例数的 28.1%。目前研究发现 LES 低下或频发松弛是导致胃食管反流病(GERD)发生的主要原因。32 例患者中 LES 明显低下,小于 10mmHg 者,其烧心、反酸及胸痛的症状亦较严重,这表明 LES 低下与烧心反酸等症状的程度具有相关性。

食道体部的动力异常值得注意,胃气上逆证患者普遍存在同步或不协调收缩及部分低压蠕动波,说明胃气上逆证与食道的蠕动功能异常相关。食道非正常的蠕动性收缩或无效收缩不能有效地推动食团,从而导致食道的清除功能下降,以上成为食道炎发生的原因之一。

具有烧心反酸组与其对照组的 LES 虽有差异,但没有统计学意义,说明仅存烧心反酸症不意味着 LES 低下。即存在食道反流症状的患者,其 LES 也可以表现为正常。其原因考虑为胃排空延迟使胃食道屏障压降低导致反流。

梅核气证组与其对照组的 UES、LES 数值经统计学处理差异无显著性。故梅核气证与 UES、LES 间无密切相关性,而与吞咽时 UES 松弛的协调性有关,但据观察结果我们发现 UES 与 LES 的差值,梅核气证组是对照组的 1.6 倍,此现象值得进一步观察推敲。

目前随着胃肠动力学的发展和消化道测压的应用,使我们认识到胃气上逆证患者存在食道体部蠕动异常,部分患者的 LES 低下。但此次观察的样本较小,目前尚无更适合中国人的标准值,今后如将上述检测手段与临床治疗结合起来,尤其是通过大样本的观察,可以使更清楚地认识压力与证型的关系,压力的改变与疗效的关系,可为中医辨证提供客观的指标。

* 中国中医研究院广安门医院,北京市宣武区北线阁(100053)

收稿日期:1999-02-05