

(上接第18版)

Oddi 括约肌功能障碍诊断标准

▲ 第二军医大学附属长海医院 高峻 教授



高峻 教授

Oddi 括约肌功能障碍 (SOD) 是临床常见的腹痛病因, 是括约肌功能异常引起的胆源性和胰源性疼痛、肝酶和胰酶升高、胆总管扩张和反复发作的胰腺炎。多见于胆囊切除术后患者。其主要发病机制是括约肌运动功能障碍, 内脏敏感性变化也参与发病。通常认为胆管括约肌功能障碍更易引起胆道症状, 而胰管括约肌障碍易引起胰腺病变, 但也有动力测定研究表明两者常共存。

罗马 IV 标准中, 功能性胆道 SOD 诊断标准必须首先符合胆源性疼痛的诊断标准, 即: (1) 稳定的疼痛并持续 30 min 或以上; (2) 发作间歇期不等, 不是每日发作; (3) 疼痛程度影响患者的日常活动或迫使患者急诊; (4) 与排便无明显相关; (5) 与改变体位和抑酸剂无明显相关。此外还需要有肝酶升高或胆管扩张的客观证据, 同时排除胆囊结石或其他结构性病变。其他诊断支持条件包括: (1) 淀粉酶/脂肪酶正常; (2) Oddi 括约肌测压结果异常; (3) 肝胆核素扫描结果支持。罗马 IV 标准不再使用 III 型 SOD 这一诊断术语, 因而肝酶异常或胆管扩张是必要标准, 而非支持标准。对胆囊切除术后腹痛伴客观证据的患者使用“可疑 SOD”这一诊断术语, 而无客观异常的患者不再考虑 SOD。有明确管梗阻依据的患者无需测压即可行胆管括约肌切开术, 仅在如证据不足的时候尝试括约肌测压或肝胆闪烁计数。

功能性胰管 SOD 的诊断标准必须同时包括以下: (1) 明确的急性胰腺炎反复发作 [典型的疼痛伴血清淀粉酶或脂肪酶 >3 倍正常上限和 (或) 影像学急性胰腺炎依据]; (2) 排除其他胰腺炎病因; (3) 超声内镜无异常; (4) 括约肌测压结果异常。

尽管胰管括约肌基础压力升高对诊断 SOD 的敏感性和特异性尚不明确, 但研究表明测压正常的患者再发胰腺炎的可能性较低, 对测压正常的患者行括约肌切开术并不比假手术更有效。因而本版指南中对怀疑 SOD 是胰腺炎病因的患者, 强调必须通过测压方可明确诊断。

功能性食管疾病分类新增反流高敏感的诊断

▲ 中山大学附属第一医院 肖英莲

罗马 IV 标准对功能性食管疾病的规定在继承罗马 III 分类的基础上增加了反流高敏感的诊断, 使其分类增加至 5 个分类 (功能性胸痛、功能性烧心、反流高敏感、癔球症、功能性吞咽困难)。此外, 在各类疾病的诊断标准、发病机制、评估手段及治疗方面均作了一些修改。

发病机制方面 罗马 IV 标准贯穿始终的是更加强调中枢调节在功能性胃肠病中的作用, 功能性食管病也不例外。食管局部的各种刺激包括化学性及机械性刺激经过内脏神经传入, 引起痛觉过敏。心理和认知的因素包括高度警觉也与痛觉感受增强有关。相应的基础及生理学研究亦支持中枢处理异常在功能性食管病发病机制中的作用。

评估手段方面 随着对嗜酸细胞性食管炎认识加深, 发现无病理活检的内镜检查不足以排除嗜酸性粒细胞性食管炎, 因而评估食管结构性改变的首要步骤从钡餐转为内镜检查。食管 pH- 阻抗监测因可以检测酸性及非酸反流, 并将反流物中的气体和液体成分进行鉴别, 同时区分吞咽和反流, 其在罗马 III 标准中作用尚不明

确, 但在罗马 IV 标准中已经将其列为排除胃食管反流病的主要手段。

诊断标准方面 罗马 IV 标准对各类功能性食管病症状的阈值做出了明确的规定。此规定源于在北美人群中进行的大型流行病学调查, 通过对正常人各种胃肠道症状频度的调查, 制定出区别于患者和正常人群的食管症状频度的阈值。食管动力障碍性疾病是功能性食管疾病中必须要排除的疾病。近年来高分辨率食管测压的普及及其诊断标准的完善, 学界普遍认识到主要的食管动力障碍包括贲门失弛缓、食管胃连接部流出道梗阻、远端食管痉挛、Jackhammer 食管及蠕动缺失与食管症状的临床联系较大, 但是轻度的动力障碍可在正常人中出现, 不作为功能性食管疾病的排除标准。

治疗方面 由于认识到中枢处理异常的作用, 相应的中枢作用药物, 包括抗抑郁药物 (三环类抗抑郁药、选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂、5-羟色胺去甲肾上腺素再摄取抑制剂) 被提到了相当重要的地位。这类药物在调节情绪外, 还同时具有独立于心理干预之外的调节疼痛及食管

敏感性的作用。尽管目前尚缺乏这类药物在功能性食管疾病中的大样本随机对照研究, 其在功能性食管疾病中逐渐成为优化质子泵抑制 (PPI) 治疗之外的重要治疗选择。

反流高敏感方面 新增加的分类反流高敏感被定义为患者存在烧心和 (或) 胸痛, 但无病理性食管酸暴露, 且其症状与生理性反流相关。罗马 III 中将这一类与生理反流相关的患者归入非糜烂性反流病 (NERD) 中, 但反流高敏感的患者其对 PPI 的反应



肖英莲 教授

与 NERD 存在差异, 部分患者的发病机制和治疗可能更大程度跟食管敏感性增高相关, 因此将这一部分患者从真正的反流病中独立归类。但仍需注意, 反流高敏感可与 GERD 存在重叠, 注意其与功能性烧心和 GERD 的鉴别 (图 1)。

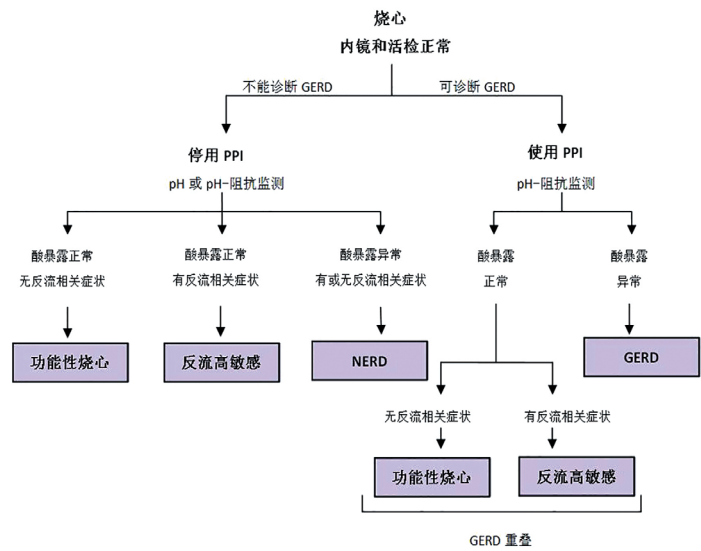


图 1 GERD 症状谱和其他的功能性食管病必须和功能性烧心鉴别, 鉴别诊断通常需要动态 pH 或 pH- 阻抗监测

肛门直肠疾病有四大修改

▲ 浙江大学医学院附属邵逸夫医院消化内科 龙艳芹 戴宁

罗马 IV 针对肛门直肠功能性疾病有不少改动, 有哪些重要的修改? 为什么要修改呢?

删除“功能性”一词 罗马 IV 将罗马 III “功能性肛门直肠疾病”、“功能性大便失禁”中的“功能性”删除。这主要是由于结构异常和肛门直肠功能或肠道症状之间的因果关系尚不明确, 随着一些诊断手段敏感性的增加 (如肛门超声、盆底 MRI、直肠顺应性和感觉检测、高分辨率/3 维高清肛门直肠压力图等) 常可发现部分大便失禁患者肛门直肠结构和 (或) 功能的异常。然而, 结构异常与症状的关系常不明确, 无法完全区分“器质性”和“功能性”肛门直肠疾病, 故删除“功能性”一词。

修改功能性排便障碍诊断标准及其新类型的提出 除符合“功能性便秘”外, 新增符合“便秘型肠易激综合征”满足诊断标准者也可以诊断功能性排便障碍。罗马 IV 认为便秘型 IBS 患者符合直肠排出功能减弱的客观标准时也可以诊断为排便障碍。由于较多无症状人群在测压时也表现出不协调收缩, 因此其诊断标准要求符合 3 项异常中的 2 项: 球囊

逼出试验、压力测定和影像学检查。将排便障碍分为 4 种类型 (图 2), 较之罗马 III 增加了第 IV 型, 即直肠推进力不足 (直肠内压 < 45 mmHg), 肛门括约肌有足够松弛 (> 20%)。

诊断标准中阈值的修改 发作时疼痛持续时间是痉挛性肛门直肠疼痛和肛提肌综合征的重要鉴别点, 一些研究表明, 痉挛性肛门直肠疼痛发作持续时间最长可达 30 min, 故罗马 IV 诊断标准中将其发作持续时

间的上限由罗马 III 中的 20 min 修订为 30 min, 所以相应的将肛提肌综合征发作时的疼痛最短持续时间从之前的 20 min 调整为 30 min。

提出新的治疗方法 对于大便失禁的患者, 提出可通过低可酵解的低聚糖、双糖、单糖和多元醇饮食 (FODMAPs) 来改善大便性状; 在骶神经刺激 (SNS) 治疗之外提出另一种微创治疗方法, 肛管黏膜下注射填充剂 (在稳定透明质酸中的聚糖酐) 同



戴宁 教授

样有很好的疗效, 目前已被 FDA 批准用于大便失禁的治疗。对于排便障碍的患者, 提出的一种全方位的 4 步法生物反馈治疗方法, 可训练排便的所有方面, 能很好地改善症状。

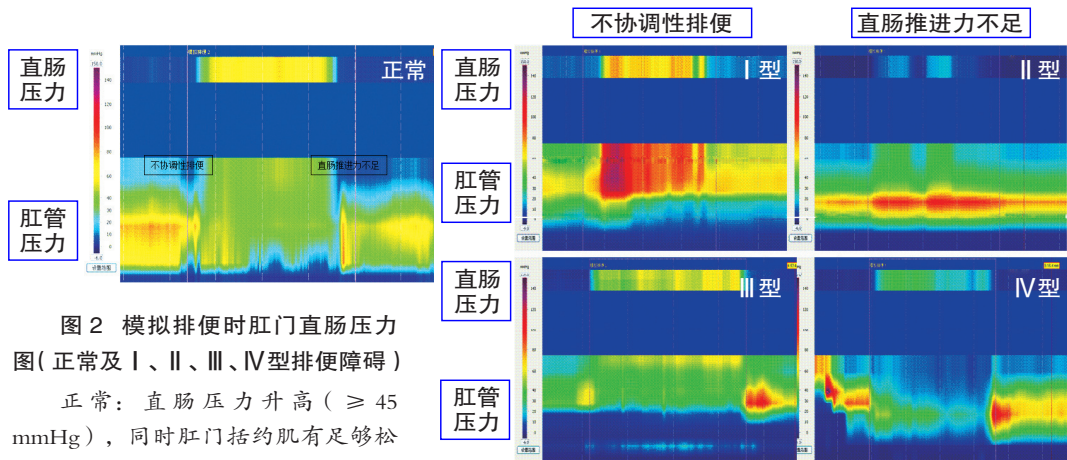


图 2 模拟排便时肛门直肠压力图 (正常及 I、II、III、IV 型排便障碍)

正常: 直肠压力升高 (≥ 45 mmHg), 同时肛门括约肌有足够松弛 (> 20%)

I 型: 直肠内压力升高 (≥ 45 mmHg), 同时肛门括约肌收缩引起肛管压力升高
 II 型: 直肠推进力不足 (直肠内压 < 45 mmHg), 伴有肛门括约肌松弛不充分或甚至肛门括约肌收缩
 III 型: 直肠内压力升高 (≥ 45 mmHg), 而肛门括约肌不松弛或松弛不充分 (< 20%)
 IV 型: 直肠推进力不足 (直肠内压 < 45 mmHg), 肛门括约肌有足够松弛 (> 20%)