

咽喉反流性疾病诊断与治疗专家共识(2015 年)

中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会咽喉组

中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会咽喉学组

通信作者:李进让,Email:entljr@sina.com

DOI:10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2016.05.002

Experts consensus on diagnosis and treatment of laryngopharyngeal reflux disease (2015)

Subspecialty Group of Laryngopharyngology, Editorial Board of Chinese Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery

Subspecialty Group of Laryngopharyngology, Society of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, Chinese Medical Association

Corresponding author: Li Jinrang, Email: entljr@sina.com

咽喉反流与许多耳鼻咽喉头颈外科疾病密切相关,其引起的咽喉反流性疾病(laryngopharyngeal reflux disease, LPRD)症状和体征无特异性,国内外仍缺乏统一的诊断和治疗标准,在临床诊疗过程中存在认识不足或过度诊断、治疗不规范等情况。为此,国内咽喉科专家参考国内外诊疗文献,共同讨论制订本专家共识,目的是规范 LPRD 的诊断和治疗,为制订《咽喉反流性疾病的诊断与治疗指南》奠定基础。

一、定义

LPRD 是指胃内容物反流至食管上括约肌以上部位,引起一系列症状和体征的总称。临床表现为咽喉部异物感、持续清嗓、声嘶、发音疲劳、咽喉疼痛、慢性咳嗽、呼吸困难、喉痉挛、哮喘等症状,以及声带后连合区域黏膜增生、肥厚,声带弥漫性充血、水肿,严重时出现肉芽肿、喉室消失、声门下狭窄等喉部体征^[1-3]。

咽喉反流(laryngopharyngeal reflux)是指胃内容物反流至食管上括约肌以上部位(包括鼻腔、口腔、咽、喉、气管、肺等)的现象^[1]。

二、诊断依据

通过详细地询问病史和喉镜检查,对照反流症状指数评分量表(reflux symptom index, RSI)和反流体征评分量表(reflux finding score, RFS)可作出初步诊断(图 1,2)。若 RSI > 13 分和/或 RFS > 7 分,可诊断为疑似 LPRD。这些患者可以进行至少 8 周的质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)治疗,如有效可以确诊^[4-7]。

在过去几个月哪些症状困扰你?	0分=无症状 5分=非常严重					
声嘶或发音障碍	0	1	2	3	4	5
持续清嗓	0	1	2	3	4	5
痰过多或鼻涕倒流	0	1	2	3	4	5
吞咽食物、水或药片不利	0	1	2	3	4	5
饭后或躺下后咳嗽	0	1	2	3	4	5
呼吸不畅或反复窒息发作	0	1	2	3	4	5
烦人的咳嗽	0	1	2	3	4	5
咽喉异物感	0	1	2	3	4	5
烧心、胸痛、胃痛	0	1	2	3	4	5
	总分:					

图 1 反流症状指数评分量表

假声带沟	0=无	弥漫性喉水肿	0=无
	2=存在		1=轻度
喉室消失	0=无	后连合增生	2=中度
	2=部分		3=重度
	4=完全		4=堵塞
红斑/充血	0=无	肉芽肿	0=无
	2=局限于杓状软骨		1=轻度
	4=弥漫		2=中度
声带水肿	0=无	喉内黏稠黏液附着	3=重度
	1=轻度		4=堵塞
	2=中度		0=无
	3=重度		2=存在
	4=任克间隙水肿		0=无
			2=存在
			总分:

图 2 反流体征评分量表

24 h 喉咽食管 pH(或阻抗-pH)监测和咽部 pH 监测(DX-pH)是目前客观诊断手段^[8-13]。

24 h 咽喉食管 pH (或阻抗-pH) 监测诊断指标^[8-10]: 24 h 咽喉酸反流事件 ≥ 3 次或咽喉部 pH 值 < 4 总时间 $\geq 1\%$ 或 24 h 内咽喉反流面积指数 (reflux area index, RAI) > 6.3 即可诊断。

咽部 pH 监测 (DX-pH) 诊断指标^[11-13]: 直立位时 Ryan 指数 > 9.41 和/或卧位时 > 6.79 即可诊断。

胃镜检查对 LPRD 的诊断和鉴别诊断有帮助。食管测压有助于查找 LPRD 的致病原因, 对诊断和治疗有一定指导作用。

三、治疗原则

(一) 一般治疗

改变不良生活方式和饮食习惯^[14-16]。

(二) 内科治疗

抑酸治疗是最常用的内科治疗方法。目前首选药物为 PPI, 其他药物包括 H₂ 受体阻滞剂、促胃肠动力剂、胃黏膜保护剂等。

1. 质子泵抑制剂: 推荐的治疗方案如下^[17-22]:

(1) PPI 给药剂量与时间: PPI 标准剂量, 每天 2 次, 饭前 30 ~ 60 min 服用, 症状消失后逐渐减量至停药。(2) 用于诊断性治疗的患者, PPI 建议至少应用 8 周, 8 周后评估治疗效果, 有效者可以确诊并继续用药, 无效者建议行 24 h 咽喉食管 pH 监测等检查, 进一步明确诊断或除外诊断。(3) 对疗效不佳者, 关注患者用药依从性, 优化 PPI 使用 (包括增加剂量或更换 PPI)。

2. 促胃肠动力药: 必要时加用促胃肠动力剂^[23]。

3. H₂ 受体阻滞剂: 用于不能耐受或不适合 PPI 治疗的患者, 或用于维持治疗。必要时睡前可加用一次 H₂ 受体阻滞剂^[24-25]。

(三) 外科治疗

如果积极内科药物治疗有效, 但停药后反复复发的患者, 或因酸反流所致危及患者生命的并发症持续存在时, 可考虑行增加食管下括约肌张力的外科治疗^[26-29]。

四、疗效评估

治疗中、治疗后可以随时评估疗效, 症状好转程度用视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 评分。

显效: 症状基本消失, RSI ≤ 13 分。

有效: 症状改善 50% 以上, RSI 降低, 但仍 > 13 分。

无效: 症状无好转, RSI 无降低。

本共识推荐的 LPRD 简易诊疗流程见图 3。

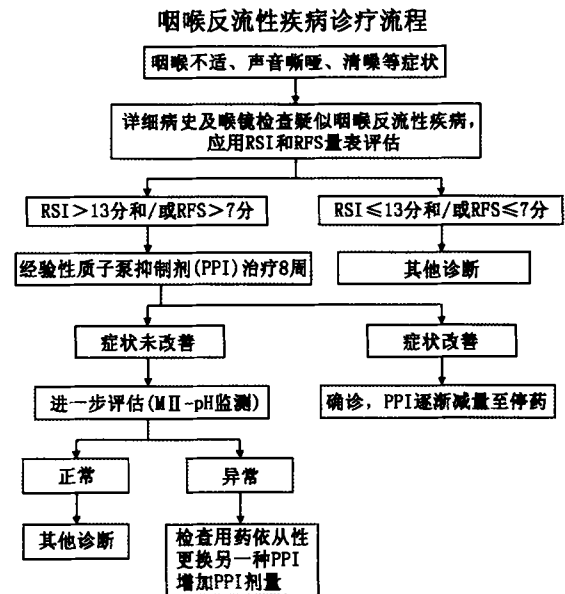


图3 咽喉反流性疾病诊疗流程图 注: LPRD: 咽喉反流性疾病; RSI: 反流症状指数评分; RFS: 反流体征评分; PPI: 质子泵抑制剂; MII-pH 监测: 多通道腔内阻抗-pH 监测

执笔起草专家:

李进让 肖水芳 李湘平 吕秋萍 闫燕 张立红

参与讨论专家 (按姓氏拼音排序):

柴丽萍 陈世彩 崔鹏程 葛平江 黄冬雁 林志宏 鲁宏华
石力 苏纪平 王剑 王丽萍 肖旭平 徐文 叶京英
易红良 于萍 张华(女) 张庆泉 张亚梅 郑宏良
庄佩耘 邹剑

参 考 文 献

- [1] Koufman JA. Laryngopharyngeal reflux 2002; a new paradigm of airway disease [J]. Ear Nose Throat J, 2002, 81 (9 Suppl 2): 2-6.
- [2] Cohen JT, Bach KK, Postma GN, et al. Clinical manifestations of laryngopharyngeal reflux [J]. Ear Nose Throat J, 2002, 81 (9 Suppl 2): 19-23.
- [3] Hom C, Vaezi MF. Extra-esophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease: diagnosis and treatment [J]. Drugs, 2013, 73 (12): 1281-1295. DOI: 10.1007/s40265-013-0101-8.
- [4] Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS) [J]. Laryngoscope, 2001, 111 (8): 1313-1317.
- [5] Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI) [J]. J Voice, 2002, 16 (2): 274-277.
- [6] 郑杰元, 张立红, 李晶兢, 等. 咽喉反流症状指数量表中文版的信度及效度 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012, 47 (11): 894-898. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2012.11.004.
- [7] Zheng JY, Zhang LH, Li JJ, et al. Chinese version of the reflux symptom index was evaluated for reliability and validity [J]. Chin J Otorhinolaryngol Head Neck Surg, 2012, 47 (11): 894-898. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2012.11.004.
- [8] 彭莉莉, 李进让, 张立红. 三位不同职称喉科医师对咽喉反流体征评分量表的应用研究 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,

- 2013, 48(6): 461-464. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2013.06.005.
- Peng LL, Li JR, Zhang LH. Study on the consistency of reflux score evaluated by three different level of throat physicians [J]. Chin J Otorhinolaryngol Head Neck Surg, 2013, 48(6): 461-464. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2013.06.005.
- [8] Vincent DA Jr, Garrett JD, Radionoff SL, et al. The proximal probe in esophageal pH monitoring: development of a normative database [J]. J Voice, 2000, 14(2): 247-254.
- [9] Postma GN, Belafsky PC, Aviv JE, et al. Laryngopharyngeal reflux testing [J]. Ear Nose Throat J, 2002, 81(9 Suppl 2): 14-18.
- [10] Reichel O, Issing WJ. Impact of different pH thresholds for 24-hour dual probe pH monitoring in patients with suspected laryngopharyngeal reflux [J]. J Laryngol Otol, 2008, 122(5): 485-489.
- [11] Sun G, Muddana S, Slaughter JC, et al. A new pH catheter for laryngopharyngeal reflux: normal values [J]. Laryngoscope, 2009, 119(8): 1639-1643. DOI: 10.1002/lary.20282.
- [12] Wiener GJ, Tsukashima R, Kelly C, et al. Oropharyngeal pH monitoring for the detection of liquid and aerosolized supraesophageal gastric reflux [J]. J Voice, 2009, 23(4): 498-504. DOI: 10.1016/j.jvoice.2007.12.005.
- [13] Vailati C, Mazzoleni G, Bondi S, et al. Oropharyngeal pH monitoring for laryngopharyngeal reflux: is it a reliable test before therapy? [J]. J Voice, 2013, 27(1): 84-89. DOI: 10.1016/j.jvoice.2012.08.006.
- [14] Koufman JA. Low-acid diet for recalcitrant laryngopharyngeal reflux: therapeutic benefits and their implications [J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2011, 120(5): 281-287.
- [15] Chappity P, Kumar R, Deka RC, et al. Proton pump inhibitors versus solitary lifestyle modification in management of laryngopharyngeal reflux and evaluating who is at risk: Scenario in a developing country [J]. Clin Med Insights Ear Nose Throat, 2014, 7: 1-5. DOI: 10.4137/CMENT.S13799.
- [16] Koufman JA, Johnston N. Potential benefits of pH 8.8 alkaline drinking water as an adjunct in the treatment of reflux disease [J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2012, 121(7): 431-434.
- [17] Ford CN. Evaluation and management of laryngopharyngeal reflux [J]. JAMA, 2005, 294(12): 1534-1540.
- [18] Naik RD, Vaezi MF. Extra-esophageal manifestations of GERD: who responds to GERD therapy? [J]. Curr Gastroenterol Rep, 2013, 15(4): 318. DOI: 10.1007/s11894-013-0318-4.
- [19] Hom C, Vaezi MF. Extra-esophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease: diagnosis and treatment [J]. Drugs, 2013, 73(12): 1281-1295. DOI: 10.1007/s40265-013-0101-8.
- [20] Bove MJ, Rosen C. Diagnosis and management of laryngopharyngeal reflux disease [J]. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 2006, 14(3): 116-123.
- [21] Celik M, Ercan I. Diagnosis and management of laryngopharyngeal reflux disease [J]. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 2006, 14(3): 150-155.
- [22] Postma GN, Johnson LF, Koufman JA. Treatment of laryngopharyngeal reflux [J]. Ear Nose Throat J, 2002, 81(9 Suppl 2): 24-26.
- [23] Glicksman JT, Mick PT, Fung K, et al. Prokinetic agents and laryngopharyngeal reflux disease: a systematic review [J]. Laryngoscope, 2014, 124(10): 2375-2379. DOI: 10.1002/lary.24738.
- [24] Park W, Hicks DM, Khandwala F, et al. Laryngopharyngeal reflux: prospective cohort study evaluating optimal dose of proton-pump inhibitor therapy and pretherapy predictors of response [J]. Laryngoscope, 2005, 115(7): 1230-1238.
- [25] Sato K. Laryngopharyngeal reflux disease with nocturnal gastric acid breakthrough while on proton pump inhibitor therapy [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2006, 263(12): 1121-1126.
- [26] Westcott CJ, Hopkins MB, Bach K, et al. Fundoplication for laryngopharyngeal reflux disease [J]. J Am Coll Surg, 2004, 199(1): 23-30.
- [27] Catania RA, Kavic SM, Roth JS, et al. Laparoscopic Nissen fundoplication effectively relieves symptoms in patients with laryngopharyngeal reflux [J]. J Gastrointest Surg, 2007, 11(12): 1579-1587.
- [28] Sala E, Salminen P, Simberg S, et al. Laryngopharyngeal reflux disease treated with laparoscopic fundoplication [J]. Dig Dis Sci, 2008, 53(9): 2397-2404. DOI: 10.1007/s10620-007-0169-7.
- [29] van der Westhuizen L, Von SJ, Wilkerson BJ, et al. Impact of Nissen fundoplication on laryngopharyngeal reflux symptoms [J]. Am Surg, 2011, 77(7): 878-882.

(收稿日期:2016-02-21)

(本文编辑:李静)

编辑导读

本期《咽喉反流性疾病诊断与治疗专家共识(2015 年)》是由本刊编委会咽喉组、中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会咽喉学组联合制定的,相信会对咽喉反流性疾病的治疗有规范指导作用。配合该共识,几位专家撰写了对共识的解读,便于读者深入理解和掌握。本期重点号为中耳疾病。述评针对中耳炎临床分类和手术分型指南(2012)在实际临床工作中的应用情况进行了初步分析,强调应重视中耳炎疾病分类、手术分型的规范化,通过优化影像诊断和完善听力学评估,进一步促进中耳炎诊疗质量和研究水平的提高。《中耳乳突再手术相关因素分析》回顾性分析 159 例中耳乳突再手术患者的临床资料,发现中耳乳突手术后不干耳或胆脂瘤复发的主要原因可能与前次手术方式及切口选择不当,手术操作不规范、病变清除不彻底,以及术后换药不规范等因素有关。《后天性中耳胆脂瘤 102 例手术疗效分析》认为上鼓室型胆脂瘤术后干耳及听力改善均好于粘连型胆脂瘤;完整式乳突切开+鼓室成形术患者术后干耳及听力改善好于开放式乳突切开+鼓室成形术并同期行乳突腔充填者。《鼓膜完整的单耳传导性聋临床特点分析》发现该病以先天性中耳畸形、耳硬化症、先天性中耳胆脂瘤最常见,术前可根据病史、影像学检查及听力学特点进行初步鉴别,通过鼓室探查及听力重建手术,可明确诊断并获得满意的听力恢复效果。《发生颅脑并发症的鼓膜完整的中耳病变分析》提出发生于鼓膜完整的中耳慢性炎症,病灶隐匿,它可以突发颅内并发症为首发症状,危及生命;高分辨率 CT 和听力学检查对于早期诊断具有重要意义。本期继续教育园地从分阶段鼓室成形手术的概念、适应证和手术时机的选择、鼓室生物材料模、二期手术的重点、质量控制等多个角度对分期鼓室成形手术加以介绍和阐述,希望对耳科读者会有所帮助。