

专家点评

ZHUANJIA DIANPING
CHANGJIANBING
XIAOCHUFANG

——常见病小处方

主编 刘晓峰 任成山 许刚



NLIC2970852289



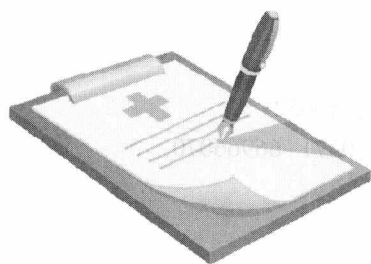
郑州大学出版社

专家点评

ZHUANJIA DIANPING
CHANGJIANBING
XIAOCHUFANG

——常见病小处方

主编 刘晓峰 任成山 许刚



NLIC2970852289



郑州大学出版社
郑州

图书在版编目(CIP)数据

专家点评:常见病小处方/刘晓峰,任成山,许刚主编.
—郑州:郑州大学出版社,2013.1

ISBN 978-7-5645-1171-5

I. ①专… II. ①刘… ②任… ③许… III. ①常见病-
处方-汇编 IV. ①R451

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 271870 号

郑州大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

出版人:王 锋

全国新华书店经销

河南省诚和印制有限公司印制

开本:710 mm×1 010 mm 1/16

印张:12.75

字数:242 千字

版次:2013 年 1 月第 1 版

邮政编码:450052

发行电话:0371-66966070

印次:2013 年 1 月第 1 次印刷

书号:ISBN 978-7-5645-1171-5

定价:28.00 元

本书如有印装质量问题,请向本社调换

作者名单

主 编 刘晓峰 任成山 许 刚

副主编 王 雷 陈 铭 林家峰 张朋彬

编 委 (按姓氏笔画排序)

王 雷	申文忠	史 进	史洪润
任成山	朱林存	朱建军	刘洪普
刘晓峰	许 刚	纪永水	李 婷
何玉宏	张朋彬	陈 铭	林家峰
柏建鹰	黄春梅	梁之祥	傅兆庆
谭克文			

编 审 李振川 吕双喜

前 言

疾病是人生中不能避免的现象。在当前的医疗体制下,“看病难”、“看病贵”已成为影响建设和谐社会的主要障碍之一。“看一次病要半年粮”以及因病返贫的事例屡有发生,药价贵是其中的一个重要因素,而在临床诊疗过程中也确实存在用药越来越高档、越来越贵重的倾向。因此,规范诊疗行为、合理诊疗、合理用药就成为亟待解决的问题。

鉴于此,为适应医疗单位医生和患者对疾病合理诊疗的需求,由郑州大学出版社策划,济南军区总医院与第三军医大学新桥医院牵头,联合解放军第456医院、东营肛肠病医院、济南市第二人民医院等单位共同编写了这本既能为临床医生所采用,又能被广大患者所接受的、经专家点评的常见病小处方。本书的编写人员来自临床一线,大多为具有硕士、博士学位的正高或副高职称的医师,均有丰富的临床经验。在本书编写过程中,参考或直接引用了大量最新循证医学的临床诊疗证据和最新的国内外诊疗指南、专家共识意见,从而保证了本书的科学性和实用性。

值得提醒的是,人类的疾病非常复杂。对非专业人员而言,仅仅凭借一本书就进行疾病的自我诊疗是不科学的,比如仅仅根据自我感觉症状来确定疾病的严重程度就非常不准确,甚至有可能延误病情。虽然本书提出了某些疾病的诊疗意见,但仍强烈建议患者应首先到医院确诊疾病并听取医生的建议,尤其是儿科疾病和传染科疾病更应如此。

患者如果按照本书处方在进行短期治疗后无效或疾病有加重趋势,务必及时到医院进行诊疗。

医学是一门不断发展的学科,新的理论、观念、方法、药物不断涌现。虽然我们对书中内容进行了反复审阅,但其中的不足之处在所难免。我们真诚欢迎读者朋友提出宝贵意见,以便今后改正。

最后,由衷地感谢郑州大学出版社给予的指导和帮助。

刘晓峰 任成山 许 刚

2012 年 10 月

目 录

1 内科常见病	1
1.1 消化系统疾病	1
1.1.1 胃食管反流病	1
1.1.2 急性胃炎	3
1.1.3 慢性胃炎	3
1.1.4 胆汁反流性胃炎	5
1.1.5 消化性溃疡	6
1.1.6 溃疡性结肠炎	8
1.1.7 功能性消化不良	10
1.1.8 肠易激综合征	11
1.1.9 肝硬化	12
1.1.10 慢性便秘	15
1.1.11 酒精性肝病	15
1.1.12 非酒精性脂肪性肝病	16
1.1.13 慢性胆囊炎	17
1.1.14 胆石病	18
1.2 呼吸系统疾病	19
1.2.1 急性上呼吸道感染	19
1.2.2 急性气管炎	21
1.2.3 慢性支气管炎	22
1.2.4 支气管哮喘	23
1.3 循环系统疾病	26
1.3.1 慢性稳定性心绞痛	26
1.3.2 原发性高血压	28
1.4 血液系统疾病	32
1.4.1 缺铁性贫血	32
1.4.2 巨幼细胞性贫血	33
1.5 内分泌和代谢性疾病	34

1.5.1	甲状腺功能亢进症	34
1.5.2	甲状腺功能减退症	36
1.5.3	低血糖症	37
1.5.4	血脂异常	38
1.5.5	糖尿病	39
1.6	泌尿系统疾病	41
1.6.1	急性膀胱炎	41
1.6.2	肾盂肾炎	42
1.7	营养性疾病	43
1.7.1	维生素 A 缺乏症	43
1.7.2	维生素 B ₂ 缺乏症	44
1.7.3	维生素 C 缺乏症	44
1.7.4	维生素 D 缺乏症	45
1.7.5	锌缺乏症	46
1.8	风湿性疾病	47
1.8.1	类风湿关节炎	47
1.8.2	痛风和高尿酸血症	49
1.9	神经系统疾病	50
1.9.1	短暂性脑缺血发作	50
1.9.2	偏头痛	51
1.9.3	面神经炎	52
1.9.4	帕金森病	52
1.9.5	癫痫	54
2	外科常见病	55
2.1	外科感染和创伤	55
2.1.1	疖	55
2.1.2	浅部急性淋巴结炎和淋巴管炎	56
2.1.3	甲沟炎和脓性指头炎	57
2.1.4	浅部软组织创伤	59
2.1.5	咬蜇伤	61
2.2	乳腺外科疾病	65
2.2.1	乳腺囊性增生病	65
2.2.2	急性乳腺炎	66
2.3	肛肠科疾病	69

2.3.1	痔疮	69
2.3.2	肛裂	70
2.3.3	肛门湿疹	71
2.4	泌尿外科疾病	71
2.4.1	良性前列腺增生	71
2.4.2	前列腺炎	73
2.5	骨科疾病	75
2.5.1	骨关节炎	75
2.5.2	踝部扭伤	77
2.5.3	颈椎病	78
3	儿科常见病	80
3.1	急性支气管炎	80
3.2	小儿腹泻	81
3.3	口炎	82
3.4	铅中毒	83
4	五官科常见病	85
4.1	鼻部疾病	85
4.1.1	鼻前庭炎	85
4.1.2	急性鼻炎	85
4.1.3	慢性鼻炎	86
4.1.4	急性鼻窦炎	87
4.1.5	慢性鼻窦炎	87
4.1.6	变应性鼻炎	88
4.2	耳部疾病	89
4.2.1	急性外耳道炎	89
4.2.2	真菌性外耳道炎	89
4.2.3	急性化脓性中耳炎	90
4.2.4	慢性化脓性中耳炎	90
4.2.5	分泌性中耳炎	91
4.3	咽部疾病	92
4.3.1	急性咽炎	92
4.3.2	慢性咽炎	92
4.3.3	急性扁桃体炎	93

4.4	喉部疾病	94
4.4.1	急性喉炎	94
4.4.2	慢性单纯性喉炎	94
4.5	口腔科疾病	95
4.5.1	单纯性龈炎	95
4.5.2	急性龈乳头炎	96
4.5.3	复发性口疮(轻型)	96
4.5.4	创伤性口腔溃疡	97
4.5.5	口腔黏膜血疱	97
4.5.6	球菌性口炎	98
4.5.7	药物过敏性口炎	99
4.5.8	智齿冠周炎	99
4.6	眼科疾病	100
4.6.1	睑腺炎	100
4.6.2	干燥性睑缘炎	101
4.6.3	鳞屑性睑缘炎	102
4.6.4	溃疡性睑缘炎	103
4.6.5	干眼症	104
4.6.6	泪囊炎	105
4.6.7	过敏性结膜炎	106
4.6.8	细菌性结膜炎	107
4.6.9	飞蚊症	108
4.6.10	老年性白内障	108
4.6.11	病毒性角膜炎	109
4.6.12	翼状胬肉	109
4.6.13	急性虹膜睫状体炎	110
5	妇产科常见病	111
5.1	妇科疾病	111
5.1.1	宫颈炎症	111
5.1.2	外阴炎症	113
5.1.3	阴道炎症	117
5.1.4	盆腔炎性疾病	120
5.2	产科疾病	124
5.2.1	妊娠合并真菌性阴道炎	124

5.2.2	妊娠合并滴虫性阴道炎	125
5.2.3	妊娠合并细菌性阴道病	126
5.2.4	妊娠剧吐	127
5.2.5	妊娠合并缺铁性贫血	128
5.2.6	妊娠合并甲状腺功能亢进症	129
5.2.7	妊娠合并上呼吸道感染	130
6	传染科常见病	131
6.1	病毒性传染病	131
6.1.1	乙型肝炎病毒意外暴露	131
6.1.2	流行性腮腺炎	132
6.1.3	水痘	133
6.1.4	流行性感冒	134
6.1.5	风疹	136
6.1.6	传染性单核细胞增多症	137
6.1.7	手足口病	139
6.1.8	病毒性胃肠炎	140
6.2	细菌性传染病	141
6.2.1	细菌性痢疾	141
6.2.2	细菌性食物中毒	143
6.2.3	猩红热	144
6.2.4	流行性脑脊髓膜炎	146
6.2.5	结核病	148
6.2.6	淋病	150
6.2.7	猪链球菌感染综合征	153
6.3	其他病原体传染病	154
6.3.1	钩端螺旋体病	154
6.3.2	疟疾	156
6.3.3	阿米巴痢疾	158
6.3.4	恙虫病	160
6.3.5	肺炎支原体感染	161
7	皮肤性病科常见病	164
7.1	病毒性皮肤病	164
7.1.1	单纯疱疹	164

7.1.2	带状疱疹	164
7.1.3	尖锐湿疣	165
7.2	细菌性皮肤病	166
7.2.1	脓疱疮	166
7.2.2	细菌性毛囊炎	167
7.3	真菌性皮肤病	167
7.3.1	体癣和股癣	167
7.3.2	手足癣	168
7.3.3	甲癣	169
7.3.4	花斑糠疹	170
7.3.5	马拉色菌毛囊炎	170
7.4	寄生虫和昆虫所致皮肤病	171
7.4.1	疥疮	171
7.4.2	蚤咬伤	172
7.5	物理性皮肤病	172
7.5.1	日光性皮炎	172
7.5.2	痱子	173
7.5.3	冻疮	174
7.5.4	鸡眼	175
7.5.5	手足皲裂	175
7.6	神经功能障碍性皮肤病	176
7.6.1	瘙痒病	176
7.6.2	慢性单纯性苔藓	178
7.7	红斑丘疹鳞屑性皮肤病	179
7.7.1	玫瑰糠疹	179
7.7.2	单纯糠疹	180
7.8	过敏性或变应性皮肤病	181
7.8.1	丘疹性荨麻疹	181
7.8.2	荨麻疹	182
7.8.3	痒疹	183
7.9	皮脂腺与汗腺疾病	184
7.9.1	痤疮	184
7.9.2	酒渣鼻	186
7.9.3	脂溢性皮炎	187
	参考文献	189

1 内科常见病

1.1 消化系统疾病

1.1.1 胃食管反流病

【临床表现】

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃及十二指肠内容物反流入食管引起令人烦恼的不适和(或)并发症,可引起反流性食管炎(reflux esophagitis, RE),以及咽喉、气管等食管邻近组织的损害。胃食管反流病的临床表现多样,轻重不一。食管典型症状为烧心和反流,烧心是指胸骨后或剑突下有烧灼感,常由胸骨下段向上延伸;反流是指胃内容物在无恶心和不用力的情况下涌入咽部或口腔的感觉,含酸味或仅为酸水时称为反酸。还可出现胸痛、吞咽困难,以及食管外症状,如咽喉炎、慢性咳嗽和哮喘。严重者可并发上消化道出血、食管狭窄、Barrett 食管。

【处方】

(1)抑酸药物 ①H₂受体拮抗剂,如选用西咪替丁(400 mg)、雷尼替丁(150 mg)或法莫替丁(20 mg),每日2次,口服;②质子泵抑制剂(proton pump inhibitors, PPI),如选用奥美拉唑(20 mg)、兰索拉唑(15~30 mg)、泮托拉唑(40 mg)、雷贝拉唑(10 mg)和埃索美拉唑(20~40 mg),每日1~2次,口服。疗程为8周。

(2)促胃肠动力药 选用多潘立酮(10 mg)、莫沙必利分散片(5 mg)、伊托必利(50 mg)等,每日3次,饭前服用。

(3)胃黏膜保护剂及中和胃酸剂 选用铝镁加混悬液(安达)5~10 ml(1~2 g),每日3次;铝碳酸镁片1.0~1.5 g,每日3次;复方谷氨酰胺颗粒0.6 g,每日3次。均饭前口服。

【点评】

胃食管反流病的主要发病机制是抗反流防御机制(食管下括约肌的功能状态、食管对反流物的清除及黏膜对反流攻击作用的抵抗力)减弱和反流物对食管黏膜攻击作用(胃酸与胃蛋白酶、胆汁反流)的结果。生活饮食调节对缓解胃

食管反流病的症状具有重要作用,应引起重视。

(1) H_2 受体拮抗剂 能选择性地阻断壁细胞膜上的 H_2 受体,使胃酸分泌减少。不仅抑制基础胃酸的分泌,而且能部分地阻断组胺、五肽胃泌素、拟胆碱药和刺激迷走神经等所致的胃酸分泌。 H_2 受体拮抗剂仅适用于轻至中度 GERD 治疗;PPI 是目前治疗消化性溃疡最先进的一类药物,它通过高效快速的抑制胃酸分泌和清除幽门螺杆菌而达到快速治愈消化性溃疡。PPI 抑酸能力强,是 GERD 治疗中最常用的药物,伴有食管炎的 GERD 治疗首选 PPI。抑酸药物治疗效果不佳时,特别是对于伴有胃排空延迟的患者,考虑联合应用促胃肠动力药物可取得较好疗效。

(2) 促胃肠动力药物 主要包括多巴胺受体拮抗剂、外周多巴胺受体拮抗剂、节前神经元 5-羟色胺受体(5-HT)兴奋剂及具有多巴胺 D_2 受体拮抗和抑制乙酰胆碱酯酶活性双重作用的新型促胃肠动力药物。

多巴胺受体拮抗剂主要的代表药物包括甲氧氯普胺(商品名为胃复安、灭吐灵)和多潘立酮(商品名为吗丁啉)。甲氧氯普胺和多潘立酮作用于多巴胺 D_2 受体以阻断多巴胺对消化道平滑肌的抑制作用,尤其是对近端胃肠 D_2 受体的兴奋与乙酰胆碱递质释放呈负反馈调节,甲氧氯普胺和多潘立酮除拮抗 D_2 受体兴奋引起的抑制作用外,也相对增强乙酰胆碱的兴奋平滑肌作用。这类药物可增加食管蠕动,促进胃的排空,同时作用于中枢化学感受器区而具有较强的抗呕吐作用。甲氧氯普胺还能兴奋 5-羟色胺受体,有更明显的胃排空效应。多潘立酮还可以增加胃窦、十二指肠的运动,协调幽门收缩,促进胃排空,使胃肠壁张力恢复正常。主要不良反应有口干、头晕、溢乳、月经不规则等。

伊托必利是通过阻断多巴胺 D_2 受体和抑制乙酰胆碱酯酶活性两方面的机制,不仅能刺激乙酰胆碱的释放,还能抑制其降解,从而发挥促胃肠动力作用。不良反应包括腹泻、头痛、腹痛和感觉麻木、眩晕、易激惹、睡眠障碍、呃逆、唾液分泌增多、口干、烧心、便秘、胸背痛及疲乏感等,未发现锥体外系反应、溢乳或男性乳房发育等中枢神经系统多巴胺 D_2 受体阻断所导致的不良反应。

(3) 胃黏膜保护剂 见急慢性胃炎及消化性溃疡用药点评。

除药物治疗外,还应注意加强一般治疗,包括:①改变生活方式是 GERD 的基础治疗,但仅对部分患者有效;②抬高床头(15~20 cm);③睡前 3 h 不再进食、避免高脂肪食物、减少摄入可以降低食管下段括约肌(LES)压力的食物(如巧克力、薄荷、咖啡、洋葱、大蒜等);④戒烟及禁酒;⑤避免应用降低 LES 压力的药物及引起胃排空延迟的药物,如硝酸甘油制剂或钙拮抗剂、茶碱及多巴胺受体激动剂;⑥控制体重,超重是 GERD 的危险因素,减轻体重可减少 GERD 患者反流症状。

1.1.2 急性胃炎

【临床表现】

急性胃炎(acute gastritis)是由多种病因引起的急性胃黏膜炎症。临床上急性发病,常表现为上腹部症状,如腹痛、腹胀、恶心、呕吐等。急性糜烂出血性胃炎患者多以突然发生呕血和(或)黑粪的上消化道出血症状而就诊,是上消化道出血的常见病因之一。由病原体感染引起者可出现不同程度的发热。血白细胞和中性粒细胞计数可出现不同程度升高。呕吐严重可出现电解质异常。

【处方】

(1)抑酸药物 可给予抑制胃酸分泌的 H_2 受体拮抗剂(选用西咪替丁 200 mg、雷尼替丁 150 mg、法莫替丁 20 mg,每日 2 次,口服),严重者给予质子泵抑制剂(选用奥美拉唑 20 mg、兰索拉唑 15~30 mg、泮托拉唑 40 mg、雷贝拉唑 10 mg、埃索美拉唑 20~40 mg,每日 1~2 次,口服)。

(2)胃黏膜保护剂 如瑞巴派特 100 mg,或曲昔派特胶囊 100 mg,每日 3 次,早、晚及睡前口服。

(3)对症支持治疗 应及时行对症支持治疗。恶心、呕吐者可给予多潘立酮 10 mg 或甲氧氯普胺(胃复安)10 mg,口服;严重者可肌肉注射甲氧氯普胺 10 mg。电解质紊乱者及时输液补充。

【点评】

给予 H_2 受体拮抗剂以抑制胃酸分泌可减轻胃的炎症状况。胃黏膜保护剂瑞巴派特或曲昔派特胶囊可有效改善急性胃炎的胃黏膜病变,如糜烂、出血、充血、水肿。多潘立酮和甲氧氯普胺可有效缓解各种病因所致的恶心、呕吐、嗝气、消化不良、胃部胀满、胃酸过多等症状。值得注意的是大剂量长期应用甲氧氯普胺可导致锥体外系反应,可出现肌震颤、发音困难、共济失调等。

1.1.3 慢性胃炎

【临床表现】

慢性胃炎(chronic gastritis)是由各种病因引起的胃黏膜慢性炎症。多数慢性胃炎患者无任何症状。有症状者主要为非特异性消化不良,如上腹痛或不适、上腹胀、早饱、嗝气、恶心等消化不良症状,有无消化不良症状及其严重程度与慢性胃炎的内镜所见和组织学分级无明显相关性。

慢性胃炎的确诊主要依赖内镜检查和胃黏膜活检组织学检查,尤其是后者的诊断价值更大。内镜下将慢性胃炎分为非萎缩性(浅表性)胃炎及萎缩性胃炎两大基本类型,如同时存在平坦糜烂、隆起糜烂、出血、粗大皱襞或胆汁反流等征象,

则诊断为非萎缩性胃炎或萎缩性胃炎伴黏膜糜烂、胆汁反流等。幽门螺杆菌(Hp)感染是慢性胃炎最主要的病因。对慢性胃炎的患者还应进行Hp的检测。

【处方】

(1)根除Hp Hp阳性慢性胃炎伴胃黏膜萎缩、糜烂或有消化不良症状者建议根除Hp。常用治疗方案,见表1.1。

(2)促胃肠动力药 如选用甲氧氯普胺(10 mg)、多潘立酮(10 mg)、莫沙必利(5 mg)、莫沙必利分散片(5 mg)、盐酸伊托必利(50 mg)等,每日3次,口服。

(3)胃黏膜保护剂 应用于胃黏膜损害和(或)症状明显者。①硫糖铝,分散片或胶囊,每次4片(粒),每日4次;铝镁加混悬液每次5~10 ml(1~2 g),每日2~4次;硫糖铝颗粒每次1包,每日4次,口服。餐前1 h及睡前服用。②瑞巴派特,每次100 mg(1片),每日3次,早、晚及睡前口服。

(4)中药制剂 选用胃复春片4片,每日3次,口服;达立通颗粒1袋,每日3次,口服;荆花胃康胶丸80~160 mg,每日3次,口服。

表 1.1 根除 Hp 的常用治疗方案

药物及剂量	疗程
PPI/RBC(标准剂量)+A(1.0 g)+C(0.5 g)	每日2次,连服7~14 d; PPI早晚餐前服用;抗生素 餐后服用
PPI/RBC(标准剂量)+M(0.4 g)+C(0.5 g)	
PPI/RBC(标准剂量)+A(1.0 g)+F(0.1 g)	
B(标准剂量)+M(0.4 g)/F(0.1 g)+C(0.5 g)	
B(标准剂量)+M(0.4 g)+T(0.75 g或1.00 g)	
B(标准剂量)+M(0.4 g)+A(1.00 g)	
PPI(标准剂量)+B(标准剂量)+A(1.0 g)+C(0.5 g)	

PPI:目前有埃索美拉唑(E)20 mg、雷贝拉唑(R)10 mg、兰索拉唑(L)30 mg、奥美拉唑(O)20 mg和泮托拉唑(P)40 mg。

RBC:雷尼替丁枸橼酸铋350 mg。

C:克拉霉素;A:阿莫西林;M:甲硝唑;F:呋喃唑酮;T:四环素;L:左氧氟沙星;B:铋剂(枸橼酸铋钾、果胶铋等)。

【点评】

慢性胃炎的用药原则:①PPI三联(PPI+2种抗生素)7 d疗法仍为目前根除HP治疗的首选。②RBC三联疗法(RBC+2种抗生素)仍可作为一线治疗方案。③为提高Hp根除率,避免继发耐药,可以将四联疗法作为一线治疗方案。④由于Hp对甲硝唑和克拉霉素耐药,呋喃唑酮、四环素和喹诺酮类(如左氧氟沙星和莫西沙星)因耐药率低,疗效相对较高,因而也可作为初次治疗方案的选择。

⑤在 Hp 根除治疗前至少 2 周,不得使用对 Hp 有抑制作用的药物,如 PPI、H₂受体拮抗剂(H₂RA)和铋剂,以免影响疗效。⑥治疗方法和疗程:各方案均为每日 2 次。疗程 7 d 或 10 d(对于耐药严重的地区,可考虑适当延长至 14 d,但不要超过 14 d)。服药方法:PPI 早晚餐前服用。抗生素餐后服用。

对于首次根除 Hp 失败者,应采用二线、三线方案进行治疗。二线、三线方案常用四联疗法,可根据既往用药情况并联合药敏试验,采取补救治疗措施(PPI+铋剂+2 种抗生素)或选用喹诺酮类、呋喃唑酮、四环素等药物,疗程多采用 10 d 或 14 d。序贯疗法治疗 Hp 感染具有疗效高、耐受性和依从性好等优点。目前推荐的序贯疗法为 10 d:前 5 d,PPI+阿莫西林,后 5 d,PPI+克拉霉素+替硝唑;或前 5 d,PPI+克拉霉素,后 5 d,PPI+阿莫西林+呋喃唑酮。据报道序贯疗法有效率为 90% 以上,且对耐药菌株根除率较其他方案为高。但对序贯疗法国内医生仍需积累更多的临床经验。

慢性浅表性胃炎一旦发展成慢性萎缩性胃炎,胃癌风险骤然升高,临床上应早期进行干预治疗,预防慢性萎缩性胃炎的发生;Hp 诱导的炎症反应是慢性萎缩性胃炎发生的主要因素。瑞巴派特可有效抑制 Hp 黏附于胃黏膜上皮细胞及 Hp 诱导的炎症反应。

对以腹饱胀、恶心或呕吐等为主要症状者可加用促胃肠动力药,而胃黏膜损害和(或)症状明显者应用胃黏膜保护剂往往能取得较好的效果。有胃黏膜糜烂和(或)以反酸、上腹痛等症状为主者可根据病情或症状严重程度在进行 Hp 根除治疗后继续选择 H₂受体拮抗剂或质子泵抑制剂(PPI)治疗。

胃复春片主要应用于慢性萎缩性胃炎、肠腺化生和肠上皮不典型增生,其药理作用为降低胃黏膜肿瘤相关糖蛋白 72 抗原的阳性表达率,抑杀体内 Hp,提高胃炎患者血浆 cAMP 含量。

1.1.4 胆汁反流性胃炎

【临床表现】

胆汁反流性胃炎(bile reflux gastritis, BRG)主要表现为腹部饱胀不适,中上腹持续烧灼感,餐后可加重,服碱性药物无缓解反而加重。可伴有腹胀、嗝气、烧心、反酸、恶心、呕吐、食欲减退以及消瘦等。胆汁性呕吐是其特征性表现。胃镜检查可见胃黏膜充血、水肿、糜烂以及黏膜上胆汁附着或胆汁反流。

【处方】

(1) 铝碳酸镁制剂 铝碳酸镁咀嚼片每次 1~2 片,每日 3 次,餐后 1~2 h、睡前或胃部不适时咀嚼后咽下;颗粒剂每次 0.5~1.0 g(1~2 袋),每日 3 次,直接口服或温水冲服;混悬液每次 10 ml,每日 4 次,餐后 1~2 h、睡前或胃部不适时服用。