

临床医疗护理常规

2012年版

消化内科诊疗常规

XIAOHUANEIKE ZHENLIAO CHANGGUI

林三仁 主编

北京医师协会 组织编写



北京市各级各类医疗机构医务人员日常诊疗护理工作规范

各类专科医师应知应会的基本知识与技能

北京市执业医师定期考核唯一指定用书

中国医药科技出版社

醫學圖書出版集團

第1000種圖書

消化內科診療常規

消化內科診療常規 / 消化內科診療常規

第1版 第1次印刷

人民衛生出版社 北京 100070



人民衛生出版社 北京 100070

電話：010-67616161 傳真：010-67616161

網址：http://www.pph.com.cn

人民衛生出版社 北京 100070

临床医疗护理常规

消化内科诊疗常规

林三仁 主 编
北京医师协会 组织编写

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书是根据卫生部《医师定期考核管理办法》的要求,由北京医师协会组织全市消化内科专家、学科带头人及中青年业务骨干共同编写而成。体例清晰、明确,内容具有基础性、专业性、指导性、可操作性等特点。既是专科医师应知应会的基本知识和技能的指导用书,也是北京市消化内科专科领域执业医师“定期考核”业务水平的惟一指定用书。

本书适合广大执业医师、在校师生参考学习。

图书在版编目(CIP)数据

消化内科诊疗常规/林三仁主编. —北京:中国医药科技出版社, 2012. 11

(临床医疗护理常规)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 5615 - 0

I. ①消… II. ①林… III. ①消化系统疾病 - 诊疗 IV. ①R57

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 181091 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 www.cspyp.cn

规格 787 × 1092mm 1/16

印张 7 5/8

彩插 6

字数 162 千字

版次 2012 年 11 月第 1 版

印次 2012 年 11 月第 1 次印刷

印刷 北京高岭印刷有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 5615 - 0

定价 58.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

《临床医疗护理常规》

编委会

名誉主任	方来英				
主任	金大鹏				
执行主任	邓开叔				
常务副主任	吕 鹏				
副主任	王澍寰	高润霖	邱贵兴	赵玉沛	邱大龙
	项小培	吴少楨			
办公室主任	许 朔				
办公室副主任	路 明	赵艳华			
办公室成员	陈 平	许东雷	李 尊	徐殿祥	
编委	(以姓氏笔画排序)				
	马 辛	王 杉	王茂斌	王宝玺	王保国
	王贵强	王澍寰	邓开叔	申文江	邢小平
	吕 鹏	许 朔	孙 正	李 简	李汉忠
	李仲智	李春盛	李淑迦	杨仕明	杨庭树
	吴 念	吴永浩	邱大龙	邱贵兴	何权瀛
	应 岚	张兆光	张奉春	张国安	陈 杰
	林三仁	金大鹏	周纯武	项小培	赵玉沛
	赵艳华	赵家良	赵继宗	胡大一	姜玉新
	高润霖	黄晓军	崔 巍	崔丽英	湛贻璞
	路 明	魏丽惠			

《消化内科诊疗常规》

编委会

主 审 蓝 宇（北京积水潭医院）

主 编 林三仁（北京大学第三医院）

副主编 钱家鸣（中国医学科学院北京协和医院）

杨云生（中国人民解放军总医院）

张澍田（首都医科大学附属北京友谊医院）

周丽雅（北京大学第三医院）

编 委（按姓氏笔画排序）

王化虹（北京大学第一医院）

刘玉兰（北京大学人民医院）

刘新光（北京大学第一医院）

许 乐（卫生部北京医院）

孙 涛（中国人民解放军海军总医院）

杨云生（中国人民解放军总医院）

杨昭徐（首都医科大学附属北京天坛医院）

吴咏冬（首都医科大学附属北京友谊医院）

张 玫（首都医科大学宣武医院）

张澍田（首都医科大学附属北京友谊医院）

周丽雅（北京大学第三医院）

赵洪川（中日友好医院）

郝建宇（首都医科大学附属北京朝阳医院）

钱冬梅（首都医科大学附属北京同仁医院）

钱家鸣（中国医学科学院北京协和医院）

徐有青（首都医科大学附属北京天坛医院）

崔立红（中国人民解放军海军总医院）

韩 英（中国人民解放军北京军区总医院）

谢鹏雁（北京大学第一医院）

蓝 宇（北京积水潭医院）

序 言

我非常高兴地向各位推荐北京医师协会亲力亲为与北京地区35个医学专科的专家们具有历史意义合作的一个象征——北京市《临床医疗护理常规》正式出版。其宗旨仍然是致力于全市医疗质量与患者安全的持续性改进和提高。

提高质量的医疗服务，需要有效的领导，这种领导支持来自于医疗机构的许多方面，包括治理层领导们、临床与管理部門的负责人，以及其他处于领导职位的人的支持；质量与安全更扎根于每位医务人员和其他工作人员的日常工作生活中，当医生与护士评估患者的需要并提供医疗服务的时候，本书的内容毫无疑问有助于帮助他们理解和如何做到切实改进质量，以帮助患者并降低风险。同样，管理者、辅助人员，以及其他人员通过北京市《临床医疗护理常规》的学习并应用于日常工作中，也有助于提高工作效率，改善资源利用率，从而达到质量持续改进与医疗安全的目的。

我们热切地展望未来，与我们的医学同道们一起合作，在朝着医疗护理质量持续改进的历程中互相学习，为首都乃至中国的医药卫生体制改革和促进人民的健康，不失时机地做出我们的努力！

金大鹏

2012年4月

编写说明

10年前，北京医师协会受北京市卫生局委托，组织北京地区几十家医院的数百名医学专家、学科带头人及中青年业务骨干，以现代医学理论为指导，参考国内外相关版本，结合临床实践经验，编写了北京市《临床医疗护理常规》，并于2002年正式出版。

10年来，《临床医疗护理常规》对规范各级各类医院的医疗质量，规范医护人员在医疗护理实践中的诊疗行为，保障患者的健康产生了重要的作用。但是随着医疗卫生改革的深化和临床医学的发展、临床学科的细化，北京市《临床医疗护理常规》已经不能充分体现北京地区的医疗水平。

北京医师协会根据卫生部有关专业分类的规定，组织本协会内34个专科的专家委员会对北京市《临床医疗护理常规》进行修编。在编写过程中，力求体现北京地区的医疗水平，尽量保持原来的体例和风格，经反复修改定稿。

尚需说明：

1. 北京市《临床医疗护理常规》修编是根据卫生部颁布的18个普通专科和16个亚专科分类，加上临床护理专业。18个普通专科是：内科、外科、妇产科、儿科、急诊科、神经内科、皮肤科、眼科、耳鼻咽喉科、精神科、小儿外科、康复医学科、麻醉科、医学检验科、临床病理科、口腔科、全科医学科、医学影像科。16个亚专科是：心血管内科、呼吸内科、消化内科、内分泌科、血液内科、肾脏内科、感染科、风湿免疫科、普通外科、骨科、心血管外科、胸外科、泌尿外科、整形外科、烧伤科、神经外科。

2. 北京市《临床医疗护理常规》的本次修编有较大幅度的调整，由2002版的11个分册调整为现行版的35个分册。其中由于外科与普通外科、儿科与小儿外科相通颇多故各自合并为一个分册，医学影像科以放射科、超声科和放射治疗三个分册分别论述。

3. 为进一步完善我市医师定期考核工作，保证医师定期考核取得实效，2012年，北京市卫生局将根据专科医师发展情况试点开展按专科进行业务水平测试的考核方式。修编后的北京市《临床医疗护理常规》旨在积极配合专科医师制度的建设，各专科分册独立程度高、专科性强，为各专科医师应知应会的基本知识和技能。

《临床医疗护理常规》将成为在各专科领域内执业的临床医师“定期考核”业务水平测试的内容。

4. 北京市《临床医疗护理常规》的修编出版仍然是一项基础性的工作，目的在于为各级医护人员在诊疗护理工作中提供应参照的基本程序和方法，有利于临床路径工作的开展，并不妨碍促进医学进展的学术探讨和技术改选。

5. 本次修编仍不含中医专业。

北京医师协会
2012年3月

Preface

前言

《临床医疗护理常规》消化内科分册的修订是在 2002 版《内科诊疗常规》的基础上，为顺应时代发展及疾病谱的变化，充分体现当前北京地区的医疗水平及专业技术开展情况，在保持原有书写风格的同时，对常见病、常用诊疗技术进行介绍，在内容及形式上均作了必要的调整及补充。本册章节由原有的 30 章，增加至 41 章，编入了近年来发病率逐渐升高，日益受到关注的疾病，如缺血性肠病、胃肠黏膜相关淋巴瘤、胃肠间质瘤、自身免疫性胰腺炎、胰腺神经内分泌肿瘤等，并增加部分影像学图片。新修编的《消化内科诊疗常规》分册结合临床实践经验，参考国内外疾病诊治新进展，以规范临床诊治行为，和国际接轨。

本次修编工作按照北京市卫生局、北京医师协会的要求由北京医师协会消化专科医师分会林三仁会长担任主编，由钱家鸣、杨云生、张澍田、周丽雅教授担任副主编，编委由北京医师协会消化专科分会的常务理事及北京医师协会消化专家委员会成员构成。本分册的完成，是消化科专科医师分会全体编委辛勤工作的结果，是集体智慧的结晶。特别是蓝宇教授承担了本书编写修订过程中的组织、协调和书稿整理等大量事务性工作；此外，还有编委以外的众多医务人员参与了本书的编写工作，为本书的完成作出了很大贡献。在此，谨对所有参与本书编写修订的各级专家致以诚挚的感谢！

虽然编委会尽了很大的努力，但受水平和时间所限，在修编过程中难免有所疏漏，编写修订内容的不足之处在所难免，请各位读者及同道谅解并予批评指正。

编者

2012 年 7 月

第一章 贲门失弛缓症	(1)
第二章 食管裂孔疝	(3)
第三章 胃食管反流病	(5)
第四章 贲门黏膜撕裂综合征	(7)
第五章 食管癌	(9)
第六章 急性胃炎	(12)
第七章 慢性胃炎	(14)
第八章 消化性溃疡	(16)
第九章 胃癌	(19)
第十章 胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤	(21)
第十一章 克罗恩病	(23)
第十二章 溃疡性结肠炎	(27)
第十三章 嗜酸细胞性胃肠炎	(31)
第十四章 缺血性肠病	(33)
第十五章 放射性肠炎	(37)
第十六章 伪膜性肠炎	(40)
第十七章 小肠消化与吸收不良综合征	(42)
第十八章 肠易激综合征	(45)
第十九章 肠结核	(48)
第二十章 胃肠道间质瘤	(50)
第二十一章 大肠癌	(52)
第二十二章 结核性腹膜炎	(54)
第二十三章 自身免疫性肝炎	(56)
第二十四章 脂肪性肝病	(58)
第二十五章 酒精性肝病	(60)
第二十六章 肝硬化	(62)
第二十七章 原发性胆汁性肝硬化	(65)
第二十八章 肝性脑病	(68)

第二十九章 肝肾综合征	(70)
第三十章 原发性肝癌	(73)
第三十一章 药物性肝损害	(75)
第三十二章 肝脓肿	(78)
第一节 细菌性肝脓肿	(78)
第二节 阿米巴肝脓肿	(79)
第三十三章 急性胆囊炎	(81)
第三十四章 慢性胆囊炎	(83)
第三十五章 原发性硬化性胆管炎	(84)
第三十六章 急性胰腺炎	(87)
附:自身免疫性胰腺炎	(89)
第三十七章 慢性胰腺炎	(91)
第三十八章 胰腺癌	(94)
第三十九章 胰腺神经内分泌肿瘤	(97)
第四十章 消化道出血	(101)
第一节 上消化道出血	(101)
第二节 急性静脉曲张性上消化道出血	(104)
第三节 下消化道出血	(106)
附:小肠出血	(108)
第四十一章 肝功能衰竭	(110)

第一章 贲门失弛缓症

贲门失弛缓症 (achalasia), 病因迄今尚不明了。目前认为是由于食管贲门部的神经肌肉功能障碍所致的一种原发性食管动力障碍疾病。其主要特征是食管缺乏蠕动, 下食管括约肌 (LES) 高压和对吞咽动作的松弛反应减弱。本病为一种少见病, 目前发病率约 (0.5 ~ 1) / 10 万, 欧洲和北美较多见。本病可发生于任何年龄, 但最常见于 20 ~ 39 岁的年龄组。男女发病大致相等。

【诊断标准】

1. 临床表现

(1) 吞咽困难 无痛性吞咽困难是本病最常见, 最早出现的症状。起病多较缓慢, 但亦可较急。初起可轻微, 仅在餐后有饱胀感觉。吞咽困难多呈间歇性发作, 常因情绪波动如发怒、忧虑、惊骇, 或进食生冷和辛辣等刺激性食物而诱发。更易受到固体食物的影响。

(2) 胸骨后疼痛 在疾病的早期更为常见。多发生在摄食时, 往往描述为胸骨后疼痛, 易与心绞痛混淆。

(3) 食物反流 尤其是餐后与平卧时, 反流物吸入也是本病的特征。

(4) 夜间咳嗽 因食物反流误吸入气管所致咳嗽, 甚至导致肺部感染和哮喘等。

(5) 体重下降 可能表明存在与肿瘤共存的迹象 (可能, 但少见)。

2. 辅助检查

(1) 食管钡餐 X 线检查 见食管扩张, 食管蠕动减弱, 食管末端狭窄呈鸟嘴状, 狭窄部黏膜光滑, 是贲门失弛缓症患者的典型表现 (图 1-1)。Henderson 等将食管扩张分为三级: I 级 (轻度), 食管直径小于 4cm; II 级 (中度), 直径 4 ~ 6cm; III 级 (重度), 直径大于 6cm, 甚至弯曲呈 S 形。

(2) 食管动力学检测 下食管括约肌静息压通常高于正常, 吞咽时下括约肌不松弛 (或松弛不完全), 食管蠕动波缺失。

(3) 胃镜检查 在内镜下贲门失弛缓症表现特点如下。

①大部分患者食管内见残留有大量的积食, 多呈半流质状态覆盖管壁, 且黏膜水肿增厚致使失去正常食管黏膜色泽。

②食管体部见扩张, 并有不同程度扭曲变形。

③管壁可呈节段性收缩环, 似憩室膨出。

④贲门狭窄程度不等, 甚至完全闭锁不能通过。应注意的是, 有时检查镜身通过贲门感知阻力不甚明显时易忽视该病。内镜还可排除器质性狭窄或肿瘤所致的“假性贲门失弛缓症”。

【治疗原则】

贲门失弛缓症治疗的目的是降低下食管括约肌压力, 松弛 LES, 从而解除功能性梗阻, 使食物顺利进入胃内。

1. 改变生活方式

对轻度患者应解释病情，安定情绪，少食多餐，细嚼慢咽，服用镇静药也可有缓解症状的作用。为防止睡眠时食物溢流入呼吸道，可取高枕或垫高床头。

2. 药物治疗

钙通道阻滞剂和硝酸酯类药物可缓解症状。如硝苯地平钙拮抗剂和硝酸甘油类可降低下食管括约肌压力。注射 A 型肉毒杆菌毒素（内镜下注射使用）也可降低过高的下食管括约肌压力。

3. 气囊扩张

治疗是经内镜下插入一个前端带气囊的导管，通过一定的充气使下食管括约肌部分撕裂，而保持食管浆膜完好。但穿孔是较常见的并发症，如果穿孔发生时，需要紧急手术。

4. 内镜治疗

内镜治疗手段主要可包括内镜下球囊扩张和支架植入治疗、镜下注射 A 型肉毒杆菌毒素以及内镜下微创切开治疗等。内镜下贲门环形肌层切开，可最大限度地恢复食管的生理功能并减少手术的并发症。

5. 外科治疗

对中、重度及传统内镜下治疗效果不佳的患者应行手术治疗。贲门肌层切开术（Heller 手术）仍是目前最常用的术式。可经胸或经腹手术，也可在胸腔镜或者腹腔镜下完成。

第二章 食管裂孔疝

食管裂孔疝(hiatal hernia, HH)是指腹腔内脏器(主要是胃)通过膈食管裂孔进入胸腔所致的疾病,是膈疝中最常见一种疝。膈肌食管裂孔的发育不良,先天性短食管,肥胖,腹内压长期增高是重要的发病因素。食管裂孔疝多发生于中老年,女性(尤其是肥胖的经产妇)多于男性。

根据食管裂孔发育缺损的程度,突入胸腔的内容物多寡,病理及临床改变,一般将食管裂孔疝的解剖分型分为滑动型疝、食管旁疝和混合疝三型。Ⅰ型:滑动型食管裂孔疝,最常见。由于食管裂孔膈肌纤维菲薄,使食管裂孔扩大,对贲门起固定作用的膈食管韧带和膈胃韧带松弛,当平卧或腹压增高时,食管下段、贲门和部分胃底部经扩大的食管裂孔进入纵隔,易导致胃内容物反流。腹压降低或直立时,疝入胸内的贲门和胃底可自行回纳至腹腔;Ⅱ型:食管旁型裂孔疝,较少见。表现为部分胃体或胃窦在食管左前方通过增宽松弛的裂孔多进入右侧胸腔(左侧少见)。有时甚至还可伴有胃-结肠、大网膜的疝入。如疝入部分很多(称巨大裂孔疝),包括胃底和胃体上部则胃轴扭曲并翻转。Ⅲ型:混合型食管裂孔疝,此型最少见,是指滑动型食管裂孔疝与食管旁疝共同存在,常为膈食管裂孔过大的结果。

【诊断标准】

1. 临床表现

(1) 胃食管反流症状 表现胸骨后或剑突部烧灼感和反胃。疼痛性质多为烧灼感、闷痛或针刺样痛,可放射至背部、肩部、颈部等处。平卧、进食甜食、酸性食物等均可能诱发或可加重症状。

(2) 并发症相关症状

①出血 裂孔疝有时可出血,主要是食管炎和疝囊炎所致。

②反流性食管狭窄 少数发生器质性狭窄,可出现吞咽困难,食后呕吐等症状。

③疝囊嵌顿 一般见于食管旁疝。裂孔疝患者如突然剧烈上腹痛伴呕吐,完全不能进食或发生大出血,提示发生急性嵌顿。

④疝囊压迫症状 当疝囊较大压迫心肺、纵隔,可以产生呼吸困难(气促)、心悸、咳嗽、发绀等症状。压迫食管时可感觉到胸骨后有食管停滞或吞咽困难。

2. 辅助检查

(1) X线平片胃泡气影变小或缺失。

(2) 上消化道双重对比造影具有相对高的诊断准确性,可明确地观察到疝囊的存在与否、疝囊的类型、大小、程度、累积部位及疝囊口大小等(图2-1)。

(3) 超声及CT扫描,尤其是增强扫描可以清楚显示食管裂孔的宽度、疝囊的大小以及是否并发肿瘤等。

(4) 内镜检查 胃镜下的食管裂孔疝表现为,齿状线上移、食管短缩、贲门松弛,在胃底翻转胃镜观察时可见到疝囊(图2-2)。

(5) 食管测压检查 在食管裂孔疝时可见下食管括约肌高压带呈双峰。新近的高分辨率食管测压技术为食管裂孔疝的压力检测提供了更为有效的方法。

【治疗原则】

(1) 无症状或症状很轻的食管裂孔疝，通常不需要治疗。

(2) 大部分患者内科保守治疗即可，无需手术治疗。由于食管裂孔疝的症状主要是因胃酸反流刺激食管所引起，因此内科治疗基本上与反流性食管炎相似（见第三章胃食管反流病）。

(3) 手术治疗 当内科治疗无效时，可以考虑手术治疗。手术治疗主要的目的是回纳疝内容物，修复扩大的食管裂孔，防止疝的形成和纠正胃食管反流。手术治疗可选择经胸、经腹手术或腹腔镜微创手术。微创外科技术现已成为食管裂孔疝的首选手术方式。腹腔镜微创手术包括：回纳疝内容物、修补食道旁裂孔和胃底折叠抗反流。腹腔镜食管裂孔疝修补术关闭或修补扩大的食管裂孔有两种方法，合成补片修补食管裂孔缺损，或单纯缝线关闭缺损，如果食管裂孔大，亦可先缝线关闭缺损后再应用合成补片修补，生物补片应用于食管裂孔疝的修补逐渐受到人们的重视，可以显著降低食管裂孔疝的术后复发率。至于选择何种术式，仍需根据患者的病因及临床症状，由专科医生综合判断决定。

(4) 手术治疗适应证

- ① 并发严重食管炎，内科治疗效果不明显者。
- ② 出现顽固性消化道出血、食管狭窄等反流性食管炎的并发症。
- ③ 疝囊较大，有压迫症状或经常嵌顿。
- ④ 急性嵌顿，甚至绞窄等急症者。
- ⑤ 对食管旁裂孔疝多主张首选手术治疗。

第三章 胃食管反流病

胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 是指胃内容物 (包括胃液和十二指肠液) 反流入食管引起不适症状和 (或) 并发症的一种疾病。GERD 包括食管黏膜有破损表现和无破损表现。其中, 前者通常称为反流性食管炎 (reflux esophagitis, RE), 而后者通常称为非糜烂性或内镜阴性胃食管反流病 (non erosive reflux disease, NERD)。Barrett 食管是指食管远段的鳞状上皮被柱状上皮所取代, 可以伴有或不伴有肠上皮化生, 也属于 GERD 的范畴。

GERD 的发病机制是防御机制削弱及食管清除酸能力下降, 主要变化为下食管括约肌压力 (LESP) 降低和一过性食管下括约肌松弛 (tLESR) 过度等。主要损伤因素为过多的胃内容物主要是胃酸反流入食管引起食管黏膜损伤, 胆汁和消化酶也损伤食管黏膜。

【诊断标准】

1. 临床表现

典型和常见症状是烧心和反流, 其他少见或不典型的相关症状包括以下一种或多种: 上腹痛、胸痛、嗝气、腹胀、上腹不适、咽部异物感、吞咽痛、吞咽困难等, 还有食管外症状如慢性咳嗽、咽喉炎、哮喘、龋齿等。

2. 辅助检查

(1) 内镜及活检 有助于确定有无反流性食管炎及有无合并症和并发症, 如食管裂孔疝、食管炎性狭窄以及食管癌等。

1994 年洛杉矶会议提出明确的分级标准, 根据内镜下食管病变严重程度分为 A ~ D 级。

A 级: 食管可见一个或一个以上黏膜破损, 长度 $< 5\text{mm}$ (局限于一个黏膜皱襞内)。

B 级: 食管可见一个或一个以上黏膜破损, 长度 $> 5\text{mm}$ (局限于一个黏膜皱襞内), 且病变没有融合。

C 级: 食管黏膜破损病变有融合, 但是小于食管管周的 75%。

D 级: 食管黏膜破损病变有融合, 且大于食管管周的 75%。

(2) 食管 X 线钡透 有助于鉴别相关疾病, 观察食管和胃的解剖以及食管裂孔疝的大小和位置, 还可在一定程度上研究食管的推进情况。

(3) 24 小时食管 pH 监测 24 小时食管 pH 监测的意义在于证实反流的存在与否。24 小时食管 pH 监测能详细显示酸反流、昼夜酸反流规律、酸反流和症状的关系及对治疗的反应, 使治疗个体化。对碱反流可用 24 小时胆汁监测仪。

(4) 食管测压 食管压力测定可提供病理生理方面的指标, 为诊断该病的参考指标。可测定 LES 压力、位置和长度, 食管体部蠕动类型等。正常人食管静息压为 $15 \sim 30\text{mmHg}$ ($2.0 \sim 4.0\text{kPa}$), 如 LES 压力小于 10mmHg (1.33kPa) 则提示 LES 功能不全。

(5) 食管酸灌注试验 向食管内灌注 0.1mmol/L 的盐酸, 如出现胸骨后灼痛则为阳性。

(6) 质子泵抑制剂 (PPI) 试验 如奥美拉唑 20mg, 每日 2 次, 治疗 7 天若患者的症状消失或显著好转, 提示为明显的酸相关疾病, 在除外消化性溃疡等疾病后, 可考虑 GERD 诊断。

(7) 其他 食管黏膜超微结构研究可以了解反流存在的病理生理学基础; 无线食管 pH 测定可以提供更长时间的酸反流检测; 腔内阻抗技术应用可监测出所有的反流事件, 明确反流物的性质 (气体、液体或气体液体混合物), 与食管 pH 监测联合应用可以明确反流物为酸性或非酸性, 明确反流物与反流症状的关系。

【治疗原则】

治疗目标是治愈食管炎、缓解症状、提高生活质量、预防并发症。

1. 一般治疗

抬高患者床头, 戒烟酒, 低脂低糖饮食, 避免饱餐, 不可于餐后立刻平卧。肥胖者应减体重。

2. 药物

(1) 质子泵抑制剂 (proton pump inhibitor, PPI) 如奥美拉唑 20mg, 每日 1~2 次, 疗程 4~8 周。目前临床上常用的此类药物有奥美拉唑、埃索美拉唑、雷贝拉唑、兰索拉唑和泮托拉唑等。

(2) H_2 受体阻滞剂 (H_2RA) 如西米替丁、雷尼替丁、法莫替丁等。

(3) 促动力药 多潘立酮 10~20mg, 每日 3 次。莫沙必利 5mg, 每日 3 次。促动力药可作为抑酸药物治疗的辅助用药。

由于 GERD 是一种慢性疾病, 从控制症状、预防并发症的角度来说, GERD 需要维持治疗。以 PPI 标准剂量维持治疗, 半年后随访 80% 以上患者仍可维持正常。按需治疗是间歇治疗的一种, 即只在症状出现时用药, 持续使用至症状缓解。

3. 外科治疗

凡长期服药无效者、需终身服药者、食管狭窄不能耐受扩张者、需反复扩张者都可考虑行外科手术。对已证实有癌变的巴雷特食管 (Barrett esophagus, BE) 患者, 原则上应手术治疗。可选用腹腔镜或开胸腹手术。

4. 内镜治疗

训练有素的内镜医生可谨慎开展内镜治疗。内镜操作总体上可分为缝补、植入或注射合成药物, 以及射频能量传递到胃食管交界处。短期单纯性食管狭窄可行内镜扩张治疗, 必要时可行支架置入术。伴有异型增生和黏膜内癌的 BE 患者, 超声内镜检查排除淋巴结转移后, 可考虑内镜切除术。

总之, 大多数 GERD 患者的症状和食管黏膜损伤可以通过药物治疗得到控制。当患者对药物治疗无效时, 应当重新考虑诊断是否正确。适时调整药物及剂量是提高治疗 GERD 疗效的重要措施之一。手术治疗和内镜下治疗应综合考虑后再慎重做出决定。