

临床处方丛书

消化科 临床处方手册

主 编 孙为豪
副主编 薛绮萍



凤凰出版传媒集团
江苏科学技术出版社

临床处方手册

消化科

临床处方手册

主编：李树刚
副主编：王树刚



中国医药出版社
CHINA MEDICAL PUBLISHING HOUSE

临床处方丛书

消化科 临床处方手册

主
副
编

编
主
者

孙为豪
薛绮萍

(以姓氏笔画为序)

于莲珍 王 颖 孙为豪
邵 耘 陈国胜 薛绮萍

凤凰出版传媒集团

江苏科学技术出版社



图书在版编目(CIP)数据

消化科临床处方手册 / 孙为豪主编. —南京:江苏科学技术出版社, 2011. 4

(临床处方丛书)

ISBN 978-7-5345-7900-4

I. ①消… II. ①孙… III. ①消化系统疾病—处方—手册 IV. ①R570.5-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 035268 号

临床处方丛书

消化科临床处方手册

主 编 孙为豪
责任编辑 徐祝平
编辑助理 黄晓丹
责任校对 郝慧华
责任监制 曹叶平

出版发行 江苏科学技术出版社(南京市湖南路1号A楼,邮编:210009)
网 址 <http://www.pspress.cn>
集团地址 凤凰出版传媒集团(南京市湖南路1号A楼,邮编:210009)
集团网址 凤凰出版传媒网 <http://www.ppm.cn>
经 销 江苏省新华发行集团有限公司
印 刷 江苏凤凰盐城印刷有限公司

开 本 850 mm × 1 168 mm 1/32
印 张 8.5
字 数 280 000
版 次 2011 年 4 月第 1 版
印 次 2011 年 4 月第 1 次印刷

标准书号 ISBN 978-7-5345-7900-4

前言

FOREWORD

随着现代科学技术的进步,消化系统疾病的临床诊治水平也不断提高。在药物治疗方面,许多大型前瞻性随机对照临床试验为客观评价药物的疗效、安全性提供了重要依据,使疾病的药物治疗更趋科学、合理、规范。本书编写目的在于指导临床医师合理应用常见消化系统疾病的处方药物,包括门急诊药物治疗。

本书为消化科临床治疗用书,主要读者对象为消化科年轻的临床医师,也包括各专科医师和全科医师。本书的特点有:第一,简明实用,每一个消化系统疾病在明确诊断要点后,以临床处方为中心展开阐述,不但介绍治疗原则,而且列出治疗的具体方案,有利于读者参考应用。第二,针对性强,在编写过程中注意到了疾病的分型、分期,有利于读者根据临床的具体情况选择合理的治疗方法。第三,重点明确,本书主要介绍以药物治疗为主的常见消化系统疾病,基本解决了门急诊和一般住院病人的治疗问题。

疾病的合理治疗离不开明确的诊断,同一疾病在不同类型、不同病期,处理方法也各不相同。因此,在本书“诊断要点”中概述了临床特征、诊断标准和诊断方法,以便于更有针对性地采取相应的治疗措施。对于治疗中的一些特殊问题,如对所列处方的补充说明以及药物选用原则、配伍禁忌、注意事项等均在“警示”中予以详细介绍。

本书内容新颖,治疗部分采用处方的形式,既能反映消化系统常见疾病治疗的新进展,又能具体指导临床医疗实践,是本便于查阅的工具书。每个疾病的临床表现千变万化,而且病人个体差异性很大,因此临床治疗既要有原则性,也要有灵活性,个体化就是重要原则之一。要提醒的是,读者对本书的处方选择要依据病情而定,切勿生搬硬套。

本书编写使用的法定剂量单位及中英文缩写如下:

μl :微升	ml:毫升	L:升	μm :微米
mm:毫米	cm:厘米	m:米	ng:纳克

μg :微克 mg :毫克 g :克 kg :千克
 kJ :千焦 mmHg :毫米汞柱 U :单位 IU :国际单位
 $\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$:每日每千克体重使用的毫克数
 qd :一日1次 bid :一日2次 tid :一日3次 qid :一日4次
 qod :隔日1次 q6h :每6小时1次 qn :每晚1次
 st :立即 pm :必要时用 s :秒 min :分 h :小时 d :日
 GS :葡萄糖注射液 GNS :葡萄糖生理盐水注射液 NS :生理盐水注射液
 iv :静注,静脉注射 iv gtt :静滴,静脉滴注 im :肌注,肌肉注射
 ih :皮下注射 po :口服(或省略)

参加本书编写的作者系本院消化科及老年消化科临床一线工作、具有丰富临床经验的医师,包括具有博士、硕士学位的中青年医师,以及专科主任、资深教授。在此,谨向为本书编写和审阅付出辛勤劳动的各位专家表示由衷的感谢。由于参加编写的人员较多,编写的经验与水平有限,不足之处冀望读者批评指正。

孙为豪

南京医科大学第一附属医院

目 录

CONTENTS

第一章 食管疾病..... 1	第一节 胃良性肿瘤 48
第一节 急性腐蚀性食管炎..... 1	第二节 胃癌 49
第二节 真菌性食管炎..... 3	第三节 残胃癌 56
第三节 胃食管反流病..... 4	第六章 胃潴留和急性胃扩张 ... 57
第四节 食管-贲门失弛缓症 10	第一节 胃潴留 57
第五节 食管-贲门黏膜撕裂 综合征 11	第二节 急性胃扩张 58
第六节 食管裂孔疝 12	第七章 胃部手术后的远期并 发症 60
第七节 食管憩室 14	第一节 餐后综合征 60
第八节 Barrett 食管 16	第二节 盲襻综合征 62
第九节 食管癌 18	第三节 残窦综合征 63
第二章 胃炎 26	第四节 吻合口溃疡 64
第一节 急性单纯性胃炎 26	第五节 胃切除后胆汁反流性 胃炎 65
第二节 急性糜烂出血性胃炎 27	第六节 胃切除后营养不良 ... 66
第三节 急性腐蚀性胃炎 29	第八章 感染性腹泻 67
第四节 急性化脓性胃炎 31	第一节 病毒性胃肠炎 67
第五节 慢性胃炎 32	第二节 细菌性痢疾 68
第六节 特殊类型慢性胃炎或 胃病 38	第三节 非伤寒沙门菌胃肠炎 69
第三章 消化性溃疡 40	第四节 细菌性食物中毒 71
第四章 胃黏膜脱垂症 46	第九章 假膜性小肠结肠炎 73
第五章 胃肿瘤 48	第十章 急性出血坏死性肠炎 ... 76
	第十一章 吸收不良综合征 79

第十二章 惠普尔病	81		152
第十三章 炎症性肠病	83	第二节 丙型病毒性肝炎	156
第一节 溃疡性结肠炎	83	第二十四章 肝硬化	163
第二节 克罗恩病	88	第二十五章 门静脉高压症	167
第十四章 肠道血管疾病	94	第二十六章 肝性脑病	169
第一节 慢性肠系膜供血不足	94	第二十七章 肝肾综合征	173
第二节 急性肠系膜缺血	94	第二十八章 肝肺综合征	177
第三节 缺血性结肠炎	97	第二十九章 自身免疫性肝病	180
第四节 其他肠道血管疾病	99	第一节 自身免疫性肝炎	180
第十五章 肠梗阻	103	第二节 原发性胆汁性肝硬化	182
附:慢性假性肠梗阻	107	第三节 原发性硬化性胆管炎	184
第十六章 功能性胃肠病	109	第四节 重叠综合征	186
第一节 功能性消化不良	109	第三十章 肝脓肿	189
第二节 肠易激综合征	112	第三十一章 暴发性肝衰竭	191
第十七章 慢性便秘	116	第三十二章 肝脏肿瘤	194
第十八章 肠结核和结核性腹膜炎	120	第一节 原发性肝癌	194
第一节 肠结核	120	第二节 转移性肝癌	199
第二节 结核性腹膜炎	123	第三十三章 原位肝移植的内科	204
第十九章 结直肠癌	126	问题	204
第二十章 消化道出血	131	第一节 急性排斥反应	204
第一节 上消化道出血	131	第二节 慢性排斥反应	205
第二节 下消化道出血	138	第三节 真菌感染	206
第二十一章 药物性肝病	140	第四节 卡氏肺孢子菌感染	209
第二十二章 脂肪性肝病	143	第五节 巨细胞病毒感染	210
第一节 酒精性肝病	143	第六节 胆道并发症	212
第二节 非酒精性脂肪性肝病	145	第三十四章 胆石症和胆囊炎	215
第三节 急性妊娠脂肪肝	148	第一节 胆石症	215
第二十三章 病毒性肝炎	152		
第一节 慢性乙型病毒性肝炎			

第二节 急性胆囊炎·····	218	第三十七章 胆囊切除术后综	
第三节 慢性胆囊炎·····	219	合征·····	236
第三十五章 急性化脓性胆管炎		第三十八章 胰腺炎·····	240
·····	221	第一节 急性胰腺炎·····	240
第三十六章 胆道肿瘤·····	225	第二节 慢性胰腺炎·····	248
第一节 胆囊息肉样病变·····	225	第三十九章 胰腺假性囊肿·····	253
第二节 胆囊腺肌瘤病·····	227	第四十章 胰腺癌·····	256
第三节 原发性胆囊癌·····	230	第四十一章 自发性细菌性腹	
第四节 原发性胆管癌·····	231	膜炎·····	260
第五节 壶腹周围癌·····	232		

第一章

食管疾病

第一节 急性腐蚀性食管炎

急性腐蚀性食管炎,系因吞服强酸、强碱等化学腐蚀剂而造成食管严重损伤所引起的化学性炎症,早期症状为流涎、呕吐、发热、吞咽疼痛或吞咽困难,可出现胸骨后和剑突下疼痛,严重者可致食管穿孔。后期主要表现吞咽困难,并有逐渐加重的趋势,出现部分或完全性食管梗阻。

【诊断要点】 一般根据明确的腐蚀性化学物质误服病史和特殊的临床症状即可做出诊断,由于意外或自杀而吞下家用的或工业用的腐蚀性物质后,立即出现口腔及胸骨后强烈灼痛,随即表现有反射性呕吐,严重者出现高热、呕血和昏迷等。急性期后可做 X 线钡剂造影检查,以了解并确定食管狭窄的程度和部位。

【治疗程序】

1. 早期处理 应尽早抢救,立即饮水稀释,亦可服牛奶、鸡蛋清等对黏膜有保护作用的物质。用清水谨慎洗胃,一般不主张使用中和剂洗胃,禁催吐。严重损伤者应早期给予抗生素以预防感染、糖皮质激素以抗炎并减轻瘢痕增生。有剧烈呕吐、呕血、呼吸困难、休克或食管穿孔时应行相应的紧急处理,保持呼吸道通畅,必要时气管切开。尽快建立静脉通道,维持水电解质平衡及生命体征。忌刺激性饮食,严重者应禁食。

2. 后期治疗 以防治食管狭窄为主,对可能出现食管狭窄但无食管外并发症者,目前主张尽早进行扩张治疗,因严重狭窄多在 3 周左右出现。开始扩张治疗的具体时间尚有争议,多建议在 2~3 周,但亦有主张在烧伤后 7~10 日即开始。严重损伤者扩张治疗开始时间则因人而异,尽早扩张治疗效果较好,可在停用糖皮质激素后(6~8 周)谨慎进行。多在 X 线下或胃镜下经导丝引导用探条扩张,或在胃镜下行水囊扩张,早期压力宜小,一般每周扩张不超过 2 次。因存在再狭窄的问题,一般不建议支架置入治疗。扩张治疗无效或重度、多节段狭窄者应尽早进行外科手术治疗。

3. 药物治疗 腐蚀性食管炎早期阶段,使用糖皮质激素和抗生素,可减轻炎症反应、预防感染、纤维组织增生及瘢痕形成。

4. 手术治疗

16 处 方

处方1 适用于严重损伤,电解质紊乱,大量呕吐者,炎症控制、正常饮食后可停用。

5% GNS	1 500 ~ 2 000 ml		iv gtt	qd
10% KCl	20 ~ 30 ml			
5% GNS	250 ml		iv gtt	qd
地塞米松	10 ~ 20 mg			
NS	10 ml		iv gtt	bid
头孢曲松	2.0 g			

处方2 适用于严重损伤,不能进食者。

全胃肠道外营养(TPN)

10% GS	250 ml	
50% GS	200 ml	
复方氨基酸	500 ml	
20% 中长链脂肪乳	250 ml	
N(2)-L-丙氨酰-L-谷氨酰胺	100 ml	
水溶性维生素	10 ml	
脂溶性维生素	10 ml	
多种微量元素	10 ml	
10% KCl	10 ml	
10% NaCl	10 ml	
胰岛素	20U	
5% GNS	250 ml	
地塞米松	10 ~ 20 mg	
NS	100 ml	

放入“三升袋中”iv gtt qd

头孢曲松	2.0 g		iv gtt	bid

处方3 适用于疼痛显著者。

布桂嗪(强痛定) 100 mg im prn

【注意事项】

1. 防止食管狭窄,早期使用糖皮质激素和抗生素,可减轻炎症反应、预防感染、纤维组织增生及瘢痕形成。对疑有食管、胃穿孔者禁用糖皮质激素。腔内是否置管做食管腔内支架或食管腔内加压防止狭窄,对其治疗效果目前尚有争议。

2. 食管扩张疗法宜在灼伤后2~3周食管急性炎症、水肿开始消退后进行,

对轻度环状狭窄可采用胃镜下探条扩张术;对长管状狭窄宜采用吞线经胃造瘘口拉出,系紧扩张子顺向或逆向作扩张术。也有采用塑料细条作扩张术,食管扩张应定期重复进行。

3. 对严重长段狭窄及扩张疗法失败者,可采用手术治疗。在狭窄部的上方将食管切断,根据具体情况以胃、空肠或结肠与其吻合替代食管。将狭窄段食管旷置或切除,胃或肠段上提途径可经胸膜腔、胸骨后或胸骨前皮下,根据病人一般情况而定。

4. 立即终止接触毒物,消除胃肠道尚未吸收的毒物,并促进已吸收的毒物排出。根据毒物的性质,选择应用相应的解毒剂,如强酸中毒时可采用弱碱或镁乳、肥皂水、氢氧化铝凝胶等中和。强碱可用弱酸中和,常用稀醋、果汁等。

(陈国胜 于莲珍 孙为豪)

第二节 真菌性食管炎

真菌性食管炎中最常见的是食管念珠菌病,其中90%以上为白色念珠菌感染食管黏膜所引起的溃疡性假膜性食管炎。

【诊断要点】

1. 病人的抵抗力被疾病或药物所消减,多见于:①进行化疗或放疗过程中的肿瘤病人。②长期接受抗生素或糖皮质激素治疗的病人。③慢性疾病如糖尿病等病人。

2. 上述病人若出现进食时胸骨后疼痛等症状时,要警惕食管真菌感染的存在。

3. 胃镜检查可确诊:胃镜下见食管黏膜充血、水肿、糜烂、溃疡、表面覆有白斑或假膜,用镜身摩擦斑块可脱落,暴露出鲜红色基底。白斑或假膜处活检及毛刷刷片可见到真菌孢子,活检组织可见菌丝侵入上皮,确切诊断需内镜毛刷细胞学检查或活检组织病理学检查。

【治疗程序】 首先停药与念珠菌相关的药物,如抗生素、非甾体类抗炎药、糖皮质激素,并积极治疗原发病。抗真菌治疗,可局部用药,也可口服,严重病例静脉滴注抗真菌药物。

处 方

处方1 氟康唑 50 mg po tid 14 d

处方2 用于严重病例。

氟康唑 0.2 g iv gtt bid 14 d

警示:处方2药物不良反应有轻度肝、肾损伤,应用过程中要注意监测。

3 用于严重病例在其他药物无效的情况下。

5% GS 500 ml

两性霉素 B 15~30 mg iv gtt qd 14 d

警告:两性霉素 B 是目前作用最强的抗真菌药物,但不良反应极大,可有寒战、高热,肝、肾功能损害,在应用过程中要注意以下几点:①应选用偏小的剂量,如 0.3~0.5 mg/(kg·d)。②液体内应加碳酸氢钠 2 ml 以碱化。③加地塞米松 5 mg 静滴。④吲哚美辛(消炎痛)栓 50 mg 输液前 0.5 h 塞肛。⑤输液配好后用锡纸包住,以避免滴注。⑥500 ml 液体在 6 h 内滴完。⑦专人在床边护理,每 15 min 摇瓶 1 次,以防结晶。

【注意事项】

1. 真菌可寄生在正常人的口腔、消化道但不致病,只有机体出现细胞介导的免疫功能受损时才致病。

2. 抗真菌药疗程一般为 2~4 周。

(陈国胜 于莲珍 孙为豪)

第三节 胃食管反流病

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃、十二指肠内容物反流入食管,引起不适症状和(或)并发症的一种疾病,可引起食管黏膜的炎症。GERD 可分为非糜烂性反流病(non-erosive reflux disease, NERD)、糜烂性食管炎(erosive esophagitis, EE)和 Barrett 食管(Barrett's esophagus, BE)三种类型,也可称为 GERD 相关疾病。

NERD 系指存在反流相关的不适症状,但内镜下未见 BE 和食管黏膜破损;EE 系指内镜下可见食管远端黏膜破损。1994 年洛杉矶会议提出了明确的 EE 分级标准,根据内镜下食管病变的严重程度分为 A~D 级,BE 系指食管远端的鳞状上皮被柱状上皮所取代。在 GERD 的三种疾病形式中,NERD 最为常见,EE 可合并食管狭窄、溃疡和消化道出血,BE 有可能发展为食管腺癌。

【诊断要点】

(一)GERD 的诊断

1. 临床表现 根据 GERD 症状群作出诊断:①有典型的烧心和反流症状,且无幽门梗阻或消化道梗阻的证据,临床上可考虑为 GERD。②有食管外症状,又有反流症状,可考虑是反流相关或可能相关的食管外症状,如反流相关的咳嗽、哮喘。③如仅有食管外症状,但无典型的烧心和反流症状,尚不能诊断 GERD。宜进一步了解食管外症状发生的时间、与进餐和体位的关系以及其他诱因。需注意有无重叠症状(如同时有 GERD 和肠易激综合征或功能性消化不

良)、焦虑、抑郁状态、睡眠障碍等。

2. 内镜检查 内镜检查是确定有无食管炎的主要方法,食管炎的严重程度常用洛杉矶分类法分级。

正常:食管黏膜没有破损。

A级:一个或一个以上食管黏膜破损,长径小于5 mm。

B级:一个或一个以上食管黏膜破损,长径大于5 mm,但没有融合性病变。

C级:黏膜破损有融合,但小于75%的食管周径。

D级:黏膜破损融合,至少达到75%的食管周径。

食管黏膜有明显糜烂、结节,或齿状线以上发现有孤立红斑,应做病理活检,以确定有无 Barrett 食管或癌变。

由于我国胃癌和食管癌高发,因此已广泛开展内镜检查。对拟诊病人一般先行内镜检查,特别是症状发生频繁、程度严重、伴有报警征象或有肿瘤家族史的病人,或病人自身希望行内镜检查时。上消化道内镜检查有助于确定有无反流性食管炎以及有无合并症和并发症,如食管裂孔疝、食管炎性狭窄、食管癌等;有助于 NERD 的诊断。与先行诊断性治疗相比,先行内镜检查能有效缩短诊断时间。研究证实有反流症状的 GERD 病人可能间断性地出现食管黏膜破损,大多数病人反流性食管炎的严重程度在 20 年内不会加重。

3. 胃食管反流证据的检查

(1)X 线和放射性核素检查:传统的食管钡餐检查将胃食管影像学 and 动力学结合起来,可显示有无黏膜病变、狭窄、食管裂孔疝等,并显示有无钡剂的胃食管反流,因而对诊断有互补作用,但敏感性较低。放射性核素胃食管反流检查能定量显示胃内放射性核素标记的液体反流,胃食管交界处(EGJ)屏障功能低下时较易出现阳性结果,但阳性率不高,应用不普遍。

(2)24h 食管 pH 监测:监测的意义在于证实反流存在与否,24h 食管 pH 监测能详细显示酸反流、昼夜酸反流规律、酸反流与症状的关系以及病人对治疗的反应,使治疗个体化。其对 EE 的阳性率大于 80%,对 NERD 的阳性率为 50% ~ 75%。鉴于目前国内食管 pH 监测仪的应用仍不够普遍,一致主张在内镜检查 and PPI 试验后仍不能确定是否存在反流时应用 24h 食管 pH 监测。

(3)食管测压:食管测压不能直接反映胃食管反流,但能反映 EGJ 的屏障功能。在 GERD 的诊断中,食管测压除帮助食管 pH 电极定位、术前评估食管功能和预测手术外,还能预测抗反流治疗的疗效和是否需长期维持治疗。因而,食管测压能帮助评估食管功能,尤其是对治疗困难者。

(4)食管胆汁反流测定:部分 GERD 病人的发病有非酸性反流物质因素参与,特别是与胆汁反流相关。可通过检测胆红素以反映是否存在胆汁反流及其程度。但多数十二指肠内容物反流与胃内容物反流同时存在,且抑酸治疗后症

√
√
√
√

状有所缓解。因此,胆汁反流检测的应用有一定局限性。

(5)其他:对食管黏膜超微结构的研究可了解反流存在的病理生理学基础;无线食管 pH 测定可提供更长时间的酸反流检测;腔内阻抗技术的应用可监测所有反流事件,明确反流物的性质(气体、液体或气体液体混合物),与食管 pH 监测联合应用可明确反流物为酸性或非酸性以及反流物与反流症状的关系。

4. 诊断性治疗 对拟诊病人或疑有反流相关食管外症状的病人,尤其是胃镜检查阴性时,可采用诊断性治疗。质子泵抑制剂(PPI)诊断性治疗(PPI 试验)已被证实是行之有效的方法。建议服用标准剂量 PPI,一日 2 次,疗程 1~2 周。服药后如症状明显改善,则支持酸相关 GERD 的诊断;如症状改善不明显,则可能有酸以外的因素参与或不支持诊断。PPI 试验不仅有助于诊断 GERD,同时还启动了治疗。其本质在于 PPI 阳性与否充分强调了症状与酸之间的关系,是反流相关的检查。PPI 阴性有以下几种可能:①抑酸不充分。②存在酸以外因素诱发的症状。③症状不是反流引起的。PPI 试验具有方便、可行、无创和敏感性高的优点,缺点是特异性较低。

(二)NERD 的诊断

目前尚无足够的临床随访资料阐明 NERD 的自然病程,但有限的资料显示大多数 NERD 在其演进过程中并不发展为 EE。

NERD 主要依赖症状学特点进行诊断,典型的症状为烧心和反流。病人以烧心症状为主诉时,如能排除可能引起烧心症状的其他疾病,且内镜检查未见食管黏膜破损,可作出 NERD 的诊断。

内镜检查对 NERD 的诊断价值在于可排除 EE 或 BE 以及其他上消化道疾病,如溃疡或胃癌。

便携式 24h 食管 pH 监测可测定是否存在病理性酸反流,但仅 50%~75% 的 NERD 病人达到阳性标准。结合症状指数可判断酸反流是否与烧心症状相关,症状指数系指与酸反流($\text{pH} < 4$)相关的烧心症状发生次数占烧心发作总次数的比例,超过 50% 为阳性。

PPI 试验是目前临床诊断 NERD 最为实用的方法。PPI 治疗后,烧心等典型反流症状消失或明显缓解提示症状与酸反流相关,如内镜检查无食管黏膜破损的证据,临床可诊断为 NERD。

症状不典型的 NERD 病人,如上腹痛、腹胀、非心源性胸痛、慢性咳嗽、哮喘或慢性咽喉痛等,需行与反流相关证据的检查,明确症状与胃食管反流的关系。

NERD 应与功能性烧心鉴别。根据罗马 III 标准,功能性烧心的诊断标准为病人有烧心症状,但缺少反流引起该症状的证据,如①内镜检查无食管黏膜损伤,且②24h 食管 pH 监测示食管酸反流阴性或③症状指数 $< 50\%$ 。PPI 试验阴性提示烧心症状与酸反流的关系不密切,并非 GERD,但因其特异性不高,故阳

性结果不能排除功能性烧心。

(三) BE 的诊断

详见本章第八节 Barrett 食管。

【治疗程序】 PPI 经验性治疗:标准剂量 PPI 每日 2 次,时间 1~2 周;初始治疗:PPI 推荐采用标准剂量,疗程 8 周;维持治疗:分原剂量或减量维持、间断治疗、按需治疗三种。

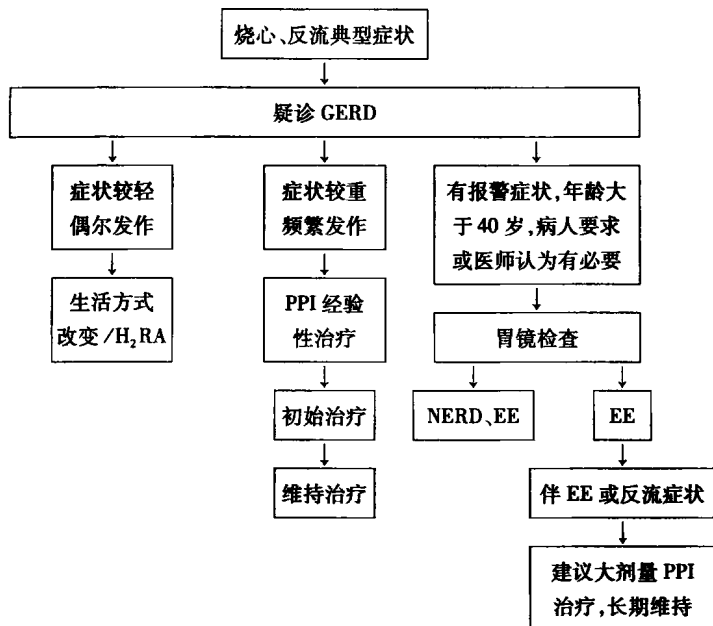


图 1-1 GERD 诊治流程图

1. 一般治疗 ①饮食以易消化的软食为主,忌食辛辣、高脂肪食物和咖啡等易致反流的饮料。睡前 2~3 h 不再进食,禁烟戒酒,过度肥胖者应减肥,裤带不宜过紧。②有严重反流者,为防止吸入性肺炎,睡眠时可抬高床头 15~20 cm。③慎用抗胆碱能药、多巴胺、黄体酮、前列腺素 E、溴丙胺太林及钙通道阻滞剂等。

2. 药物治疗 见【处方】。

3. 维持治疗 GERD 具有慢性复发倾向,为减少症状复发及引起的并发症,需要维持治疗。H₂受体阻滞剂(H₂RA)和质子泵抑制剂(PPI)均可用于维持治疗,以 PPI 效果最好。部分病人可按需给予维持治疗。

4. 内镜介入治疗 对于已确诊为 GERD 的部分病人可以控制症状,目前所采用的经内镜治疗 GERD 的方法包括射频能量输入法(Radiofrequency energy

delivery, Stretta 法)、注射法(Injection therapies)、折叠法(Plication therapies)和内镜下贲门结扎缝合法。各种方法的最终效应机制是提高食管下括约肌压力(LES),增加胃食管反流阻力,从而减少酸反流。内镜治疗适应证为:PPI 治疗无效或需要大剂量维持,且无内镜治疗禁忌证者。禁忌证主要为:重度食管炎(D 级以上)、Barrett 食管、大于 2 cm 的食管裂孔疝、食管体部蠕动障碍等。对于已确诊为 GERD 并对 PPI 治疗有效的病人不支持用内镜介入治疗,伴有异型增生和黏膜内癌的 BE 病人,超声内镜检查排除淋巴结转移后,可考虑内镜下黏膜切除术(EMR)。严重食管狭窄,可考虑行内镜下扩张治疗,扩张后继续抗反流治疗。

5. 抗反流手术治疗 指征为:①严格内科治疗无效。②内科治疗有效,但病人不能忍受长期服药。③经扩张治疗后仍反复发作的食管狭窄。④由反流引起的严重呼吸系统疾病。

处 方

处方 1 用于症状轻、间歇发作的胃食管反流病人,作为临时缓解症状选用,下列制剂可选用一种。

(1) 制酸剂:

磷酸铝(洁维乐)	20~40 mg	bid 或 tid	po
硫糖铝混悬液(舒可捷)	15 ml	tid	po

(2) 胃黏膜保护剂:

铝碳酸镁咀嚼片(达喜)	500 mg	tid	po
替普瑞酮胶囊(施维舒)	150 mg	tid	po

处方 2 用于轻、中度的胃食管反流病人选用(选用一种或两种)。

(1) 促动力药:

多潘立酮片(吗丁啉)	10 mg	tid	po
莫沙必利(瑞琪)	5 mg	tid	po

(2) H_2 受体阻滞剂:

西咪替丁(泰胃美)	800 mg	qd	po
雷尼替丁	150 mg	bid	po
法莫替丁(信法丁)	20 mg	bid	po

警示:治疗轻、中症胃食管反流病应用 H_2 受体阻滞剂时,增加剂量可以提高疗效,但也增加了不良反应。

(3) 质子泵抑制剂:

治疗量 奥美拉唑	20 mg	bid	po
或 埃索美拉唑(耐信)	40 mg	qd	po