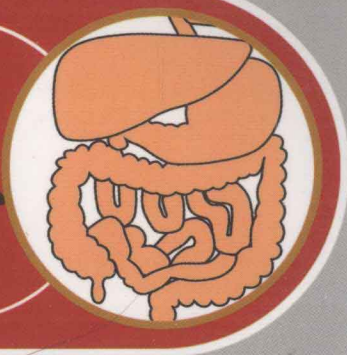




主任医师查房系列丛书

消化内科




主任医师查房

XIAOHUANEIKE

ZHUREN

YISHICHAFANG

主编/王俊平 赵江

 军事医学科学出版社

消化内科主任医师查房

主 编 王俊平 赵 江
副主编 吕俊旭 朱 娜 郭晓峰
编 委 (按姓氏笔画排序)
 王俊平 王慧莲 冯 璟
 吕俊旭 朱 娜 刘京龙
 李 霞 李红霞 杨云锋
 张 瑾 赵 江 郝瑞军
 栗凤霞 郭晓峰

军事医学科学出版社
· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

消化内科主任医师查房/王俊平,赵江主编.

-北京:军事医学科学出版社,2011.10

ISBN 978-7-80245-845-1

I. ①消… II. ①王… ②赵… III. ①消化系统疾病-诊疗

IV. ①R57

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第215761号

策划编辑:盛立 责任编辑:吕连婷 责任印制:丁爱军

出版人:孙宇

出版:军事医学科学出版社

地址:北京市海淀区太平路27号

邮编:100850

联系电话:发行部:(010)66931049

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038

传真:(010)63801284

网址:<http://www.mmssp.cn>

印装:中煤涿州制图印刷厂北京分厂

发行:新华书店

开本:787mm×1092mm 1/32

印张:11

字数:325千字

版次:2012年1月第1版

印次:2012年1月第1次

定价:25.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前 言

近年来,随着医学科技的飞速发展,消化内科得到了迅猛发展。查房是临床工作中十分重要的组成部分。查房既可以了解患者病情,明确诊断,确定合理的治疗方案;同时又是不同层次医师交流和互相学习的平台,查房工作为低年资医师积累工作经验,对高年资医师提出了更高要求。查房工作既是对患者诊治的需要,同时又是临床教学的要求。我们针对临床工作的这一特点,编写了《消化内科主任医师查房》一书。

全书共包括十章内容,以临床工作中诊断明确的住院病例为纲,展开叙述。每个疾病都分为三部分。

●第一部分为病历摘要。对诊断明确的典型病例进行概述,按照患者主诉、体征、辅助检查、入院诊断等格式加以叙述。

●第二部分为查房过程。通过临床查房将所述疾病的诊断线索、诊断标准、治疗方法和最新进展贯穿其中。每一病例的查房,首先归纳该病人的临床特点,设下悬念,上级医师给出解决的方法和步骤,并对检查结果和治疗效果进行分析、判断、综合、评价,最后得出明确的诊断,进行合理的治疗。

●第三部分为专家点评。通过专家对具体病例的诊治点评和对具体疾病诊疗环节的分析,让读者对疾病的发生、发展到结局有个完整的了解,帮助读者从中吸取经验教训。

本书为了贴近临床工作,在查房过程中将重要的医嘱以表格的形式列出。医嘱中采用了临床上常用的缩写,特作如下说明:

GS:葡萄糖溶液	GNS:葡萄糖盐液	NS:生理盐水
qd:每日1次	bid:每日2次	tid:每日3次
qid:每日4次	qod:隔日1次	st:即刻

q6h:每6小时1次 iv:静脉注射 iv gtt:静脉滴注
im:肌肉注射 ih:皮下注射 po:口服

本书由数十位专家精心策划,参阅了国内外大量临床资料,结合作者多年的临床经验编撰而成。既体现了经典的临床经验,又介绍了前瞻性的医疗进展。可作为临床主治医师、住院医师、进修医师、实习医师的辅助参考资料,具有很强的临床实用性和指导意义。

由于本书涉及内容广泛,书中不足之处在所难免,恳切希望广大同道惠予指正,以备再版时修订。

编 者

目 录

第一章 食管疾病	(1)
病例一 胃食管反流病(一)	(1)
病例二 胃食管反流病(二)	(11)
病例三 食管癌	(17)
病例四 食管贲门失弛缓症	(27)
病例五 食管裂孔疝	(34)
病例六 食管贲门黏膜撕裂综合征	(40)
第二章 胃十二指肠病	(47)
病例一 消化性溃疡	(47)
病例二 急性胃黏膜病变	(51)
病例三 胃癌	(57)
病例四 胃石症	(62)
病例五 十二指肠淤滞症	(66)
第三章 小肠疾病	(74)
病例一 类癌	(74)
病例二 嗜酸性粒细胞性胃肠炎	(82)
病例三 急性出血性坏死性小肠炎	(90)
病例四 假膜性肠炎	(97)
病例五 缺血性肠病	(104)
病例六 小肠肿瘤	(110)
病例七 小肠血管畸形	(118)
第四章 炎症性肠病	(126)
病例一 溃疡性结肠炎	(126)
病例二 克罗恩病	(133)
第五章 结肠疾病	(141)
病例一 感染性肠炎	(141)

病例二	放射性肠炎	(146)
病例三	抗生素相关性肠炎	(153)
病例四	肠结核	(160)
病例五	大肠肿瘤	(168)
第六章	肠易激综合征	(182)
第七章	腹膜疾病	(194)
病例一	结核性腹膜炎	(194)
病例二	原发性腹膜癌	(202)
第八章	肝脏疾病	(210)
病例一	酒精性肝病	(210)
病例二	药物性肝病	(217)
病例三	脂肪肝	(223)
病例四	肝硬化	(229)
病例五	肝脓肿	(241)
病例六	肝性脑病	(247)
病例七	Budd-Chiari 综合征	(255)
病例八	原发性肝癌	(260)
病例九	自身免疫性肝炎	(269)
第九章	胆道疾病	(276)
病例一	急性胆囊炎	(276)
病例二	原发性硬化性胆管炎	(283)
病例三	急性梗阻性化脓性胆管炎	(291)
病例四	胆道肿瘤	(297)
病例五	胆管结石	(304)
第十章	胰腺疾病	(313)
病例一	急性胰腺炎	(313)
病例二	慢性胰腺炎	(321)
病例三	胰腺癌	(328)
病例四	胰腺假性囊肿	(337)
	参考文献	(344)

第一章 食管疾病

病例一 胃食管反流病(一)

病历摘要

1. 入院时情况 患者,女性,52岁,公务员。主诉间断胸痛、胸闷4个月,伴反酸、烧心。患者4个月前因家庭琐事心情不畅,开始间断胸痛、胸闷,范围手掌大小,不向其他部位放射,有时伴有胸骨后烧灼感,无恶心、呕吐。血压160/110 mmHg,当时心电图示Ⅱ、Ⅲ、aVF导联T波双向或低平, $V_1 \sim V_4$ 导联T波倒置, $V_5 \sim V_6$ 导联T波双向。口服单硝酸异山梨酯片和美托洛尔后缓解。7日后进餐后发作一次,数分钟后缓解。10日后于夜间2:00睡眠中感胸骨后压榨样疼痛放射到背部,伴有大汗、恶心、呕吐胃内容物,查心电图无异常改变,CK 41.9 U/L。给予硝酸甘油10 $\mu\text{g}/\text{min}$,症状约0.5小时后缓解。1个月后又发作两次,口服硝酸甘油均缓解。2个月后又于睡眠中发作胸骨后压榨样疼痛,性质同前,伴有大汗、恶心,多次呕吐胃内容物。查肌钙蛋白(-),CK 26.6 U/L,查心电图无异常改变。给予硝酸甘油10 $\mu\text{g}/\text{min}$,症状约2小时后缓解。无吞咽困难,偶有饮水呛咳,时有胸骨后烧灼感。大便每日1~2次。为求进一步诊治来我院就诊。

2. 既往史 23年前妊娠时发现高血压,产后未再进一步随诊观察,未予系统治疗。无冠心病、糖尿病病史,无结核病密切接触史,无烟酒嗜好,家庭中无同类病患者。

3. 体格检查 体温36.3℃,脉搏76次/分,呼吸17次/分,血压142/92 mmHg,身高158 cm,体重75 kg。一般情况可,发育正常,体态较胖,超力体型,体重指数为31.1,神志清楚,营养可。皮肤巩膜无黄染,无皮疹、出血点和蜘蛛痣。双侧腋下可触及数个米粒至黄豆大小的淋巴结,质硬,活动可,无压痛,浅表淋巴结未触及增大,双侧锁骨上淋巴结未触及。伸舌居中,甲状腺不大。心率76次/分,心脏不大,心律

齐。肺、腹未见异常。双下肢不肿。生理反射存在,病理反射未引出。

4. 辅助检查

(1) 实验室检查:血常规:WBC $7.4 \times 10^9/L$ 、N 62.0%、L 36.1%、RBC $5.40 \times 10^{12}/L$ 、Hb 123 g/L、PLT $240 \times 10^9/L$;尿常规正常;粪常规正常。肝功能:ALT 14.00 U/L、AST 19.00 U/L、ALB 36.8 g/L;肾功能:BUN 2.10 mmol/L、Scr 85.4 $\mu\text{mol}/L$ 、UA 341.1 mmol/L;电解质: K^+ 4.66 mmol/L、 Na^+ 141.4 mmol/L、 Cl^- 106.2 mmol/L、 CO_2 19.5 mmol/L、;血脂:CHOL 6.54 mmol/L、TG 3.96 mmol/L、HDL 0.83 mmol/L、LDL 4.01 mmol/L、ApoA 0.93 g/L、ApoB 2.21 g/L、空腹血糖 6.1 mmol/L;肌钙蛋白(-),CK 26.6 U/L。

(2) X线胸片:未见异常。

(3) 心电图:4个月前Ⅱ、Ⅲ、aVF导联T波双向或低平, $V_1 \sim V_4$ 导联T波倒置, $V_5 \sim V_6$ 导联T波双向。发病7日后无异常改变,10日后无异常改变,入院后无异常改变。

(4) 甲状腺功能系列: T_3 、 T_4 、TSH等均正常。

5. 入院时诊断 胸痛、烧心原因待查,胃食管反流病?心源性胸痛?

第一次查房 (入院第2日)

主治医师 患者的主要病历特点为中年女性,52岁,慢性起病,反复发作胸痛、胸闷,伴有泛酸、烧心。心电图有过异常,硝酸甘油治疗有效。既往有高血压病史。请大家结合临床症状、体征、化验检查结果,分析一下,可考虑哪些诊断?下一步做哪些检查?

住院医师 根据上述临床特点,我们考虑如下诊断。

1. 胃食管反流病(GERD) 根据本病历特点:①病史及症状:中年女性,慢性起病,反复发作胸痛、胸闷,伴有反酸、烧心;②体征:体态较胖,超力体型,体重指数为31.1;③血脂、血糖均偏高,肌钙蛋白(-),CK 26.6 U/L;④心电图三次正常,仅一次不正常,也不是很特异性的改变,Ⅱ、Ⅲ、aVF导联T波双向或低平, $V_1 \sim V_4$ 导联T波倒置, $V_5 \sim V_6$ 导联T波双向;⑤需要做食管测压、胃镜和24小时食管pH值监测进一步确诊,也可以用质子泵抑制剂(PPI)试验性治疗1周观察症状是否改善。

2. 心源性胸痛及其他非食管源性胸痛 如胸膜炎、纵隔肿瘤等相

鉴别。心源性胸痛在中老年发病率高,该患者伴有血脂、血糖偏高,心电图有过异常,硝酸甘油治疗有效,既往有高血压病史,都属于冠心病的易感因素。冠心病比胃食管反流病更具生命威胁性,首先应当除外,需要做心脏超声和冠状动脉造影方可确诊。

3. 非反流性食管炎 酒精性食管炎、药物性食管炎、真菌性食管炎、结核性食管炎等,早期症状、体征均无明显特异,只是需要仔细询问病史和胃镜检查进一步鉴别。

4. 食管癌 近年来发病年龄逐年降低,早期无特异症状或仅有胸骨后的轻微不适,如疼痛,异物感,咽部哽咽感;出现进行性吞咽困难时,肿瘤已侵犯食管周径 1/2 以上;晚期可因肿瘤梗阻发生呕吐食物及大量黏液,癌肿破溃可出现呕血、黑便、胸背疼痛、声音嘶哑,食管气管瘘可引起呛咳等。鉴于食管癌早期发现的重要性,需进行胃镜和(或)上消化道造影进一步检查。

主任医师 同意以上分析,除以上几种情况可引起胸骨后疼痛伴烧心外,还应注意以下少见的疾病。

1. 主动脉夹层 主动脉夹层是心源性胸痛最危急的一种情况,胸骨后撕裂样疼痛非常剧烈。本病多急剧发病,突发剧烈疼痛、休克和血肿压迫相应的主动脉分支血管时出现的脏器缺血症状。胸痛为本病突出而有特征性的症状,1/3 ~ 1/2 患者发病后有休克、虚脱与血压变化,面色苍白、大汗、皮肤湿冷、气促、脉速、脉弱或消失等表现,而血压下降程度常与上述症状表现不平行。超声心动图及多普勒二维超声心动图对诊断升主动脉夹层具有重要临床价值,对观察主动脉内分离的内膜片摆动症及主动脉夹层的主动脉真假双腔征非常可靠。

2. 肺梗死 肺梗死是肺栓死后因血流阻断而发生的肺组织坏死。患者起病急,有呼吸困难、胸痛和咯血。胸痛是其突出的临床特征,突发胸部剧痛,为胸膜性疼痛,患者常不敢深呼吸,不能向患侧卧,甚者难以入睡。这是由于脏胸膜由肺内供血,梗死后脏胸膜水肿坏死所致。发病突然,来势凶猛,病情危重,死亡率高,但多因继发于其他疾病故临床表现复杂,行肺 CT 或血造影检查可进一步明确;对其影像学表现认识不足,故极易造成临床漏诊或影像学方面的误诊。

3. 食管裂孔疝 部分胃囊经正常横膈上的食管裂孔而突入胸腔,称为食管裂孔疝。本病在西方国家发病率高,症状重。临床常见类型

分为四种,即滑行裂孔疝、食管旁疝、混合食管裂孔疝和裂孔疝伴短食管。临床表现主要有胸骨后、心窝部烧灼感和疼痛,吞咽困难,溃疡,出血以及嵌顿。这种胸骨后、心窝部烧灼感和疼痛可沿膈神经向背部、颈颌部、耳部甚至左肩背部放射,常发生于餐后 0.5 ~ 1 小时,平卧、下蹲、弯腰等姿势诱发或睡眠时发作,坐起后缓解,服酸抑制剂类药物有效。

4. 贲门失弛缓症 贲门持久不松弛,下食管括约肌压力明显增高,导致食管扩张、缺血,同时食管体部的不正常运动均可刺激食管机械感受器引起疼痛。胸痛和吞咽困难间断出现,进行性加重,进冷饮食、进食过快、情绪紧张、激动时加重。食物反流,因不与胃酸接触,故不呈酸性。食管内滞留大量的食物液体,易逆流,食物吸入气管引起吸入性肺炎、肺脓肿、肺不张,甚至窒息。食管吞钡可见食管体部不同程度的扩张,蠕动消失,食管下端呈对称性漏斗状狭窄,边缘光滑,钡剂通过困难,晚期食管高度扩张,X 线胸片可见纵隔宽大,有时可见肺部并发症。食管压力测定在吞咽时,食管体部缺乏蠕动,下食管括约肌压力 > 40 mmHg;在静止时下食管括约肌压力正常。

为了进一步明确诊断,建议暂且不用 PPI 等抑酸药物及促动力药物,防止药物对检查的影响,但可以使用钙通道拮抗剂药。

第一次查房医嘱

长期医嘱	临时医嘱
消化内科护理常规	超声心动图
二级护理	冠状动脉造影
低盐、低脂饮食	胃镜
美托洛尔 100 mg, po, bid	上消化道造影
单硝酸异山梨酯片 10 mg, po, tid	24 小时食管 pH 值监测
	食管测压
	埃索美拉唑镁片 40 mg × 7 片, 备用

第二次查房 (入院第 6 日)

主治医师 请住院医师把这几日的检查结果及治疗情况汇报一下。

住院医师 入院后患者时有胸痛、烧心发作,而无典型的心绞痛症状,进食多或睡眠差时发作频繁。使用孚硝酸异山梨酯片治疗,症状缓解不明显;试用埃索美拉唑镁片 40 mg,每日 1 次,症状稍有缓解。

体格检查:体温 36.2℃,脉搏 68 次/分,呼吸 18 次/分,血压 136/87 mmHg,一般状况可,心肺未见异常,肝脾肋下未触及,双下肢无水肿。

超声心动图:左心室顺应性减低,心脏各房室大小正常。

冠状动脉造影:冠状动脉未见明显狭窄,血流速度正常。

食管压力测定:LES 压力低下为 6.7 mmHg,LES 松弛率 70%,食管体部呈低幅收缩,UES 压力大致正常。

上消化道造影:可见少量钡剂沿幽门管向胃内反流。

24 小时食管 pH 值监测:存在病理性胃食管反流。DeMeester 积分 75.8(正常 < 14.72)。

胃镜检查:慢性浅表性胃炎。

主治医师 请主任医师结合本例患者的临床特点,进一步分析确定该患者的诊断及治疗。

主任医师 通过上述检查结合本例患者的临床表现、实验室检查,目前可排除心源性胸痛、冠心病及心绞痛等,除外食管癌及其他食管动力障碍性疾病,PPI 试验性治疗有效,临床诊断考虑为内镜下阴性的胃食管反流病。

胃食管反流病是指胃内容物(包括从十二指肠流入胃的胆盐和胰酶等)反流入食管,分为生理性和病理性两种。病理性反流是由于食管下括约肌的功能障碍和(或)与其功能有关的组织结构异常,以至 LES 压力低下而出现的反流,引起一系列临床症状和并发症。病因包括:①抗反流屏障功能低下:LES 压力低下;LES 周围组织作用减弱,缺少腹腔段食管;食管和胃贲门形成的夹角(HIS 角)较大(正常为 30°~50°);横膈角肌钳夹作用减弱等。②食管廓清能力降低:当食管蠕动振幅减弱、或消失、或出现病理性蠕动时,食管通过蠕动清除反流物的能力即下降,同时也延长了反流的有害物质在食管内的停留时间,增加了对黏膜的损伤。③食管黏膜的屏障功能破坏:反流物中的某些物质(主要是胃酸、胃蛋白酶,其次为十二指肠反流入胃的胆盐和胰酶)使食管黏膜的屏障功能受损,黏膜抵抗力减弱,引起食管黏膜炎症。

④胃和十二指肠功能失常:胃排空功能低下使胃内容和压力增加,当胃内压增高超过LES压力时可诱发LES开放;胃容量增加又导致胃扩张,致使贲门食管段缩短,使抗反流屏障功能降低;十二指肠病变时,贲门括约肌关闭不全导致十二指肠胃反流。内镜检查食管黏膜未受损伤者称为内镜下阴性的胃食管反流病。

该患者主要以胸痛、烧心为主,胸痛的鉴别诊断非常重要。食管源性胸痛的疼痛机制较为复杂,可能有多种因素参与。食管壁有化学、机械感受器。当受到反流的胃酸等化学刺激或受到牵引等机械刺激时可引起胃痛;食管壁缺血时亦可引起疼痛;食管的敏感性增高也是重要因素之一。食管运动障碍亦可引起疼痛,其中是否属于神经肌肉性病尚不清楚。食管与心脏的感觉神经纤维在体壁和皮肤上的投射定位相互重叠,食管为 $C_8 \sim T_{10}$,心脏为 $T_1 \sim T_4$,故食管引起的疼痛同缺血性心脏病的心绞痛发作。食管源性胸痛常是由于食管的异常收缩和扩张通过刺激机械疼痛感受器或引起食管缺血而引发疼痛。在胃食管反流患者,则是通过刺激食管内的化学感觉器而引发疼痛。

胃食管反流病(GERD)均可有胸痛,主要是反流的胃肠内容物(胃酸、胆汁等)对食管黏膜的刺激。此外这种刺激又可继发食管动力障碍,产生机械性牵张而引起胸痛。食管动力障碍性疾病同前所述。

胸痛伴烧心、反酸是胃食管反流病的典型表现,可伴反食、餐后及腹压增加时症状加重,用抑酸药治疗有效。部分患者表现为非典型的烧灼痛,主要感觉是胸骨后不适或有时类似心绞痛样,给诊断带来一定困难。通过内镜检查可了解有无反流性食管炎,还可排除食管、胃、十二指肠其他器质性病变。X线钡餐检查对食管炎症诊断价值不如胃镜。对症状不典型或内镜检查阴性者可作24小时食管内pH值监测,如有病理性酸反流或胸痛发作与酸反流在时间上的一致可以确认。也有人提出如根据临床症状疑诊GERD者,可试用PPI治疗,如果有效,可作出GERD的临床诊断。

胃食管反流为胃内容物通过下食管括约肌LES逆流入食管。这是一种常见的现象,可伴或不伴症状。正常情况下胃内有胃酸分泌,故pH为1.5~2.0,而食管腔内pH为中性(pH为6.0~7.0)。当发生胃食管反流时,远段食管内pH明显降低。频发的长时间反流,日间和(或)夜间均发生反流,可产生症状及食管炎症或黏膜损伤。下食管括

约肌功能不全、短暂性下食管括约肌松弛、食管酸清除不足或延迟和胃的疾病使生理性反流增加是引起胃食管反流的主要原因。GERD的有关症状包括烧心、反酸、胸痛、吞咽困难、慢性咳嗽、声音嘶哑、喉炎、哮喘和牙龈腐烂等。虽然依据食管测压无法确认 GERD,但可提供病理生理方面的有用指标。可测定 LES 的压力、位置和长度以及食管的蠕动类型。若需放置 pH 电极,可用食管测压法对 LES 进行定位。便携式 24 小时 pH 值监测可显示:胃食管反流的持续时间、反流次数、反流时症状与反流相关性和食管对酸反流的清除情况。

该患者有胃食管反流的症状,食管压力测定 LES 压力低下,说明下食管括约肌功能不佳、食管体部蠕动差是造成食管酸清除不足的原因。24 小时食管内 pH 值监测也支持胃食管反流病的诊断。

缺血性心脏病(IHD)是胃食管反流病最需要鉴别的疾病。胃食管反流病不仅是可引起胸痛的原因,而且可以诱发 IHD 的发作,甚至可以造成心肌梗死的发生。

此外,胃食管反流也是慢性咽喉、支气管及肺疾病的一个重要病因。哮喘、慢性咳嗽、支气管炎、吸入性肺炎、喉炎及声音嘶哑均可由反流引起。可能的发生机制:胃内容物吸入引起的损伤。反流物与支气管表面直接接触可能引起:①刺激咳嗽反射;②黏膜损伤导致支气管痉挛或液体渗入气道内未发生实际吸入但对反流物起反射性反应。哮喘、咳嗽或喘鸣可能通过一个包含食管感受器和传出通路的反射弧所介导,对此反射弧的刺激会引起支气管痉挛。均可行食管内 24 小时 pH 值监测及食管压力测定。

患者有反复发作的烧心、反酸、胸痛。反复多次胃镜检查食管下段均可见溃疡,用单纯抗酸治疗反流效果不佳。考虑有十二指肠胃食管反流酸碱双反流。24 小时食管、胃内双点 pH 值监测显示存在十二指肠胃食管反流。胃内容物(主要为胃酸及胃蛋白酶)反流可直接损伤食管黏膜,在胃食管反流发病中起主要的作用。但各种原因导致胃酸及胃蛋白酶和(或)十二指肠液反流进入食管,也同样造成食管黏膜损伤。

治疗:生活方式的改变应作为治疗的基本措施。抬高床头 15 ~ 20 cm 是简单而有效的方法,这样可在睡眠时利用重力作用加强酸清除能力,减少夜间反流。脂肪、巧克力、茶、咖啡等食物会降低 LES 压力,宜适当控制。烟草、乙醇可削弱食管酸廓清能力,降低 LES 压力,削弱

食管上皮的保护功能,故 GERD 患者应戒烟戒酒。避免睡前 3 小时饱食,同样可以减少夜间反流。25% 的患者经改变上述生活习惯后症状可获改善。

药物治疗目的为减少反流,缓解症状,降低反流物质对黏膜损害,增强食管黏膜抗反流防御功能,达到治愈食管炎,防止复发,预防和治疗重要并发症的作用。

1. H_2 受体拮抗药 H_2 受体拮抗药与组胺竞争胃壁细胞上 H_2 受体并与之结合,抑制组胺刺激壁细胞的泌酸作用,减少胃酸分泌,从而降低反流物对食管黏膜的损害作用,缓解症状及促进损伤食管黏膜的愈合。但因其不良反应,目前临床应用较少。

2. 质子泵抑制剂(PPI) 在胃壁细胞的管池及分泌小管的细胞膜上分布着 H^+ , K^+ -ATP 酶,该酶是介导胃酸分泌的最终途径,能将细胞外的 K^+ 泵入细胞内,而将 H^+ 泵出细胞外, H^+ 与 Cl^- 结合形成胃酸。PPI 通过非竞争性不可逆的对抗作用,抑制胃壁细胞内的质子泵,产生较 H_2 受体拮抗药更强更持久的抑酸效应。目前临床上常用的此类药物有埃索美拉唑、雷贝拉唑、奥美拉唑、艾普拉唑、兰索拉唑和泮托拉唑等。

3. 促动力药 GERD 是一种动力障碍性疾病,常存在食管、胃运动功能异常, H_2 受体拮抗药及 PPI 治疗无效时,可应用促动力药。促动力药治疗 GERD 的疗效与 H_2 受体拮抗药相似,但对于伴随腹胀、嗝气等动力障碍症状者效果明显优于抑酸剂。

4. 黏膜保护剂 硫糖铝作为一种局部作用制剂,能通过粘附于食管黏膜表面,提供物理屏障抵御反流的胃内容物,对胃酸有温和的缓冲作用,但不影响胃酸或胃蛋白酶的分泌,对 LES 压力没有影响。硫糖铝每次 1 g,每日 4 次服用对 GERD 症状的控制和食管炎的愈合与标准剂量的 H_2 受体拮抗药的疗效相似。但亦有学者认为,硫糖铝对 GERD 无效。铝碳酸镁能结合反流的胆酸,减少其对黏膜的损伤,并能作为物理屏障粘附于黏膜表面。现已在临床上广泛应用。

5. 其他药物 现认为一过性 LES 松弛(TLESR)是造成反流的主要病理生理基础,很多研究者正致力于寻找能降低 TLESR 的药物用于治疗 GERD。能降低 TLESR 的药物是 NO 合成酶抑制剂,如 NG-单甲基-L-精氨酸不仅能抑制由于胃扩张诱发的 TLESR,而且还能加速食管

蠕动速度及振幅。另一类此外存在于脑干的 γ -氨基丁酸(GABA)是一种重要的中枢性抑制性神经递质,其与 TLESR 发生有关。GABA_B受体激动药,如巴氯芬能使反流发作次数从每小时 1.0 次(0.3~2.7)显著降至每小时 0.3 次(0~1.0),使 TLESR 从每小时 5.7 次(4.9~7.8)降至每小时 2.2 次(1.3~3.8),使 LES 基础压从 8.7 ± 1.4 mmHg 提高至 10.8 ± 0.8 mmHg。因此,巴氯芬有望成为 GERD 治疗的有效药物。

6. 外科手术治疗 凡长期服药无效或需终身服药者、或不能耐受扩张者、或需反复扩张者都可考虑行外科手术。Belsey、Nissen 及 Hill 胃底折叠术是目前临床上最使用广泛的三种抗反流手术。手术的目的是建立腹段食管,在胃食管连接处以胃底肌肉包围食管下段建立一个“活瓣”以提高 LES 压力。对于食管体部运动功能尚正常的患者,Nissen 胃底折叠术常能取得较好疗效;食管体部运动功能障碍者手术疗效欠佳,且易发生术后吞咽困难,故不能手术或仅选择不完全性手术(即 Toupet 胃底折叠术)。抗反流手术对缓解症状及食管黏膜损伤的愈合有效率可达 85%。但长期随访发现仍有 10%~50% 的复发率。抗反流手术常见的并发症为吞咽困难和复发。

结合本例患者胸痛症状较重,伴有烧心,PPI 治疗效果欠满意,诊断已除外心源性胸痛和呼吸系统疾患,食管测压表现为典型的 GERD,内镜检查食管并无黏膜损伤。尽管目前诊断 GERD 成立,但日后仍应随访有无再发心源性胸痛的可能,因患者同样有冠心病的易感因素存在。治疗首先应当改变生活方式,减体重,降血脂,抬高床头,注意饮食,禁食脂肪、巧克力、茶、咖啡等,其次还应加用促动力药物和结合反流胆酸的铝碳酸镁等药物。可具体实施治疗方案。

☞ 第二次查房医嘱

长期医嘱	临时医嘱
消化内科护理常规	请心内科会诊
二级护理	血脂、血糖
低盐、低脂饮食	餐后 2 小时血糖
埃索美拉唑镁片 40 mg, po, qd	
多潘立酮 10 mg, po, tid	
铝碳酸镁 0.5 g, po, tid	

第三次查房 (入院第 10 日)

主治医师 将患者的治疗情况向主任医师汇报:患者给予上述治疗后,一般状况良好,体温正常,无胸痛和烧心,血压 150/87 mmHg,夜间睡眠好。复查血脂:CHOL 6.10 mmol/L、TG 3.26 mmol/L、HDL 0.81 mmol/L、LDL 3.94 mmol/L、ApoA 0.83 g/L、ApoB 2.54 g/L、空腹血糖 5.7 mmol/L;餐后 2 小时血糖 7.6 mmol/L。

心内科会诊意见:目前不考虑冠心病,但应当控制饮食,减体重,降脂、降压治疗,建议口服阿托伐他汀和苯磺酸左旋氨氯地平片。

主任医师 目前患者诊断已明确,根据病情确定了下一步治疗方案,病情稳定,可以出院继续治疗随访。但必须告知患者出院期间的注意事项,如改变生活方式,减体重,降血脂,抬高床头,注意饮食,禁食脂肪、巧克力、茶、咖啡等,定期检测血压、血糖、血脂,服药按第三次查房医嘱,每个月到门诊复查血压、血糖、血脂,并调整用药,将 PPI 从高到低逐渐降阶疗法,所谓的“step down 疗法”。多潘立酮和铝碳酸镁不可长期口服,应随时调整用法、用量。

第三次查房医嘱

长期医嘱	长期医嘱
消化内科护理常规	多潘立酮片 10 mg, po, tid
二级护理	铝碳酸镁片 0.5 g, po, tid
低盐、低脂饮食	阿托伐他汀片 20 mg, po, qd
埃索美拉唑镁片 40 mg, po, qd	苯磺酸左旋氨氯地平片 100 mg, po, tid

专家点评

胃食管反流病是我国常见的胃肠动力异常性疾病,其临床表现多种多样,烧心、反酸、胸痛、吞咽困难、慢性咳嗽、声音嘶哑、喉炎、哮喘和牙龈腐烂等。胸痛伴烧心、反酸,是胃食管反流病的典型表现,可伴反食、餐后及腹压增加时症状加重,用抑酸药治疗有效。部分患者表现为非典型的烧灼痛,主要感觉是胸骨后不适或疼痛似缺血性心脏病的心绞痛发作,给诊断带来一定困难。通过内镜检查可了解有无反流性食管炎,还可排除食管、胃、十二指肠其他器质性病变。对症状不典型或内镜检查阴性者可作 24 小时食管内 pH 值监测,如有病理性酸反流或