 北京名医世纪传媒

—— 临床医师处方手册丛书 ——

总主编 陈长青

消化科

处方手册

主 编 / 魏新亮 宋 慧 魏思忱



XIAOHUAKE YISHI
CHUFANG SHOUCHE

中原出版传媒集团
中原传媒股份公司

 河南科学技术出版社

临床医师处方手册丛书

总主编 陈长青

消化科医师处方手册

XIAOHUAKE YISHI CHUFANG SHOUCHE

主 编 魏新亮 宋 慧 魏思忱

副主编 孔 郁 史晓盟 王卫卫

苏振华 郭瑞雪 尹文杰

编 者 (以姓氏笔画为序)

田树英 李立文 杨祎娜

张爱青 侯宝洲 姜红玉

曹纪伟

河南科学技术出版社

· 郑州 ·

内容提要

《临床医师处方手册丛书》是解放军总医院协作医院——沧州市中心医院的临床专家、教授及科室主任为提高基层医师、住院医师、医学院校实习生处方治疗效果及书写质量而编写的。本分册内容分为36章,根据指南及临床工作经验汇编总结了消化科常见疾病的诊断要点、治疗要点、药物处方及注意事项等,可方便消化科医师迅速抓住用药重点,制订最佳治疗方案。

图书在版编目(CIP)数据

消化科医师处方手册/魏新亮,宋慧,魏思忱主编. — 郑州:河南科学技术出版社,2020.3

ISBN 978-7-5349-9797-6

I. ①消… II. ①魏… ②宋… ③魏… 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(2019)第284057号

出版发行:河南科学技术出版社

北京名医世纪文化传媒有限公司

地址:北京市丰台区万丰路316号万开基地B座1-114 邮编:100161

电话:010-63863186 010-63863168

策划编辑:欣逸

文字编辑:伦踪启

责任审读:周晓洲

责任校对:龚利霞

封面设计:中通世奥

版式设计:崔刚工作室

责任印制:陈震财

印刷:河南省环发印务有限公司


经销:全国新华书店、医学书店、网店

开本:850 mm×1168 mm 1/32 印张:13.75 字数:355千字

版次:2020年3月第1版 2020年3月第1次印刷

定价:56.00元

如发现印、装质量问题,影响阅读,请与出版社联系并调换



前 言

开处方是临床医师应具备的能力,正确选择与合理用药,方能使药物发挥最大治疗作用,且不产生或少产生不良反应。但对部分住院医师、医学院校实习生而言,他们虽然掌握了临床疾病的治疗原则,却由于临床经验不足,还不能熟练掌握药物的选择及用药剂量的精确,因此我们组织了解放军总医院协作医院——沧州市中心医院的临床专家、教授及科室主任编写了这套《临床医师处方手册丛书》。本丛书包括大内科、外科、呼吸科、消化科、神经内科、内分泌科、肾病科、泌尿科、妇产科、五官科共 10 个分册,内容涉及各科常见疾病的诊断要点、治疗要点、处方及注意事项等,结合目前国内外的新理论和新技术,力求做到立足于临床、服务于临床,能指导临床医师开出合理有效的处方。

这套丛书有以下几个鲜明的特点。

1. 实用性强 每种疾病在明确诊断要点后,以临床处方为中心,不但介绍治疗原则及治疗要点,列出具体的治疗方案(处方),而且对每种疾病诊断及治疗过程中的特殊问题提出注意事项,有利于读者参考应用。

2. 针对性强 在编写过程中关注疾病的分型及分期,有利于读者根据临床具体情况选择合理的治疗方法。

3. 重点明确 主要介绍以药物治疗为主的常见疾病,基本解

决了门诊、急诊和一般住院患者的治疗问题。

4. 编排新颖 编写过程中力求文字精练、编排合理,临床实践占主要部分,基础理论内容较少,使读者一目了然,适合住院医师、医学院校实习生阅读。

本册为《消化科医师处方手册》,内容分为 36 章,根据指南及临床工作经验汇编总结了消化科常见疾病的诊断要点、治疗要点、处方及注意事项等,可方便消化科医师迅速抓住用药重点,制订最佳治疗方案。

在临床实际工作中,患者的具体情况及病情千变万化,且个体差异性很大,因此临床治疗及处方的选择既要有原则性,也要有灵活性,个体化治疗是重要原则之一,读者对本套丛书的参考和使用要依据病情而定,切勿生搬硬套。

医学知识在不断发展中逐步完善提高,由于编者学识水平所限,书中可能有不成熟的见解、遗漏和不当之处,恳请同行及专家批评指正。

编 者



目 录

第 1 章 食管疾病	(1)
第一节 急性腐蚀性食管炎	(1)
第二节 真菌性食管炎	(4)
第三节 胃食管反流病	(7)
第四节 食管-贲门黏膜撕裂综合征	(12)
第五节 食管-贲门失弛缓症	(16)
第六节 食管裂孔疝	(20)
第七节 食管癌	(22)
第 2 章 胃炎	(40)
第一节 急性单纯性胃炎	(40)
第二节 急性糜烂出血性胃炎	(43)
第三节 急性腐蚀性胃炎	(48)
第四节 急性化脓性胃炎	(52)
第五节 慢性胃炎	(54)
第六节 残胃炎	(59)
第 3 章 消化性溃疡	(63)
第 4 章 胃黏膜脱垂症	(72)
第 5 章 胃肿瘤	(75)
第一节 胃良性肿瘤	(75)
第二节 胃癌	(79)
第三节 残胃癌	(93)
第 6 章 胃潴留和急性胃扩张	(95)



第一节	胃潴留	(95)
第二节	急性胃扩张	(98)
第 7 章	胃部手术后的远期并发症	(103)
第一节	餐后综合征	(103)
第二节	盲襻综合征	(105)
第三节	残窦综合征	(109)
第四节	吻合口溃疡	(111)
第五节	胃切除后胆汁反流性胃炎	(114)
第六节	胃切除后营养不良	(117)
第 8 章	十二指肠淤积症	(121)
第 9 章	感染性腹泻	(124)
第一节	病毒性胃肠炎	(124)
第二节	细菌性痢疾	(127)
第三节	非伤寒沙门菌感染	(131)
第四节	细菌性食物中毒	(135)
第 10 章	假膜性小肠结肠炎	(141)
第 11 章	急性出血坏死性肠炎	(147)
第 12 章	吸收不良综合征	(155)
第 13 章	炎症性肠病	(163)
第一节	溃疡性结肠炎	(163)
第二节	克罗恩病	(169)
第 14 章	肠道血管疾病	(176)
第一节	慢性肠缺血综合征	(176)
第二节	急性肠缺血综合征	(180)
第三节	其他肠道血管疾病	(183)
第 15 章	肠梗阻	(185)
第 16 章	功能性胃肠病	(192)
第一节	功能性消化不良	(192)
第二节	肠易激综合征	(196)



第 17 章	慢性便秘	(202)
第 18 章	肠结核和结核性腹膜炎	(207)
第一节	肠结核	(207)
第二节	结核性腹膜炎	(212)
第 19 章	结直肠癌	(218)
第 20 章	消化道出血	(231)
第一节	上消化道出血	(231)
第二节	下消化道出血	(240)
第 21 章	药物性肝病	(245)
第 22 章	脂肪性肝病	(254)
第一节	酒精性肝病	(254)
第二节	非酒精性脂肪性肝病	(259)
第三节	急性妊娠脂肪肝	(265)
第 23 章	病毒性肝炎	(267)
第一节	乙型病毒性肝炎	(267)
第二节	丙型病毒性肝炎	(275)
第 24 章	肝硬化	(282)
第 25 章	自身免疫性肝病	(290)
第一节	自身免疫性肝炎	(290)
第二节	原发性胆汁性胆管炎	(300)
第三节	原发性硬化性胆管炎	(306)
第四节	重叠综合征	(313)
第 26 章	肝脓肿	(316)
第 27 章	肝衰竭	(322)
第 28 章	原发性肝癌	(333)
第 29 章	胆石症和胆囊炎	(342)
第一节	胆石症	(342)
第二节	急性胆囊炎	(345)
第三节	慢性胆囊炎	(350)



第 30 章	急性化脓性胆管炎	(354)
第 31 章	胆道肿瘤	(357)
第一节	胆囊息肉样病变	(357)
第二节	胆囊腺肌瘤病	(359)
第三节	原发性胆囊癌	(360)
第四节	原发性胆管癌	(364)
第五节	壶腹周围癌	(372)
第 32 章	胆囊切除术后综合征	(376)
第 33 章	胰腺炎	(382)
第一节	急性胰腺炎	(382)
第二节	慢性胰腺炎	(395)
第三节	自身免疫性胰腺炎	(401)
第 34 章	胰腺假性囊肿	(405)
第 35 章	胰腺癌	(411)
第 36 章	腹膜间皮瘤	(421)

第 1 章

食管疾病

第一节 急性腐蚀性食管炎

急性腐蚀性食管炎(acute corrosive esophagitis)是指吞食腐蚀性剂所引起的食管黏膜的化学性烧伤。食管的生理狭窄处易使腐蚀物质滞留的部位,也是食管损伤最重的部位。食管烧伤可分为轻、中、重三个级别。轻度烧伤是指卡他性食管炎,病变为仅侵及食管黏膜层及黏膜下层的浅表的充血水肿。中度烧伤则累及食管肌层,急性期可有充血水肿,黏膜坏死、脱落后可产生溃疡、渗出。重度食管烧伤,病变累及食管肌层及周围组织,有的穿孔造成纵隔感染,甚至休克或因毒素吸收而死亡。穿孔侵及动脉时可引起突发消化道大出血而死亡。

【诊断要点】

1. 临床表现 吞食腐蚀性剂后患者立即出现口腔及胸骨后剧烈疼痛,紧接着发生反射性呕吐。口腔黏膜及舌头、口唇等烧伤可表现为流涎、呕吐、发热及吞咽疼痛和困难。食管烧伤可表现为胸骨后和剑突下疼痛,早期的吞咽困难及疼痛是由食管局部充血、水肿及食管痉挛所致,约至 2 周上述症状渐消失;烧伤后期(约 1 个月后)再度出现吞咽困难,并有逐渐加重的趋势,出现部分或完全性食管梗阻。可并发咳嗽、气急及呼吸道吸入性肺水肿或感染等。体检时可以发现口腔、口唇等黏膜损伤。



2. 辅助检查

(1) 实验室检查: 合并食管穿孔出血和呼吸道感染时可见白细胞计数升高, 血红蛋白降低。

(2) 影像学及内镜检查

① X线检查: X线检查应在急性炎症消退后, 患者能吞服流食方可做食管造影检查。如疑有食管瘘或穿孔, 造影剂可流入呼吸道, 最好采用碘油造影。依据病变发展的不同阶段及损伤程度不同, 轻者: 早期为食管下段继发性痉挛, 黏膜纹理尚正常, 也可轻度增粗、扭曲、后期瘢痕、狭窄不明显。中度: 食管受累长度增加, 继发性痉挛显著, 黏膜纹理不规则呈锯齿状或串珠状。重症者: 管腔明显缩小, 甚至呈鼠尾状。

② 食管镜检查: 除休克或穿孔者外, 应尽早施行, 以判断病变范围, 防止因狭窄而形成梗阻。需定期内镜复查除进行扩张狭窄的食管外, 及早发现食管癌, 因癌的发生率比正常食管要高, 尤其是强碱致成的食管狭窄。

3. 疾病诊断 食管化学性烧伤一般根据其病史、症状及体征不难诊断, 且常与腐蚀性胃炎并存。但在临床中应注意是否合并有食管的其他病变。

对于中老年男性患者而言, 尤需注意与食管癌的鉴别。食管癌以吞咽困难、消瘦等为主要表现, 病情呈进行性加重, X线及胃镜结合活组织检查可明确诊断。

【治疗要点】

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。除以上治疗外, 腐蚀性食管炎早期阶段, 激素和抗生素为主要的治疗药。泼尼松(强的松) 每次剂量为 20mg, 每 8 小时 1 次, 1 个疗程为 4~5 天, 或甲泼尼龙 40mg, 每天 1 次, 疗程 5~7 天, 以后逐渐减量, 延至几周, 方可



停药。根据有无感染、感染程度和细菌种类酌情使用广谱抗生素。尽早采用汞探条扩张,其目的是防止管腔狭窄,早到烧伤后24~48小时进行,一般为4~6周进行扩张。若扩张无效,需进行食管切除和食管胃吻合,或用结肠代食管以恢复消化道的连续性。

【处方】

疾病早期应禁食、抑制胃酸、补液、维持水电解质平衡,注意抗生素的应用预防和治疗感染的发生,在排除消化道出血情况下,可静脉应用激素预防食管狭窄的发生。

处方1

0.9%氯化钠注射液	100 ml	静脉滴注,每天2次
奥美拉唑	40 mg	
或 0.9%氯化钠注射液	100 ml	静脉滴注,每天2次
泮托拉唑	40mg	
或 0.9%氯化钠注射液	100 ml	静脉滴注,每天2次
兰索拉唑	30mg	

处方2 抗生素的应用

①左氧氟沙星 0.4 g	静脉滴注,每天1次	
或 0.9%氯化钠注射液	100 ml	静脉滴注,12小时1次
头孢哌酮舒巴坦	2.0g	
或 0.9%氯化钠注射液	100 ml	静脉滴注,12小时1次
头孢他啶	2g	

②甲硝唑 0.5 g 静脉滴注,12小时1次
或 奥硝唑 0.5 g 静脉滴注,12小时1次

处方3 补液

10%葡萄糖注射液	400ml	静脉滴注,每日1次
50%葡萄糖注射液	100ml	
维生素 B ₆	200mg	
10%氯化钾注射液	15ml	



复方氨基酸	250ml	静脉滴注,每日2次
注射用丙氨酰谷氨酰胺	10g	
20%中长链脂肪乳	250ml	静脉滴注,每日1次
脂溶性维生素	10ml	
氯化钠注射液	250ml	
葡萄糖注射液	100ml	静脉滴注,每日1次
葡萄糖酸钙注射液	20ml	
或 10%葡萄糖注射液	500 ml	静脉滴注,每日1次
50%葡萄糖注射液	200 ml	
8.5%复方氨基酸	500 ml	
20%中长链脂肪乳	250 ml	
丙氨酰谷氨酰胺注射液	100 ml	
多种微量元素注射液	10 ml	
水溶性维生素	10 ml	
脂溶性维生素	10 ml	
10%氯化钾注射液	45 ml	
10%硫酸镁注射液	20 ml	
胰岛素	30 U	
放入“三升袋”中		

【注意事项】

轻型腐蚀性食管炎可暂不给予抗生素预防感染,重度腐蚀性食管炎要给予预防感染药物,禁食期间要注意热量的补充,禁食时间长者注意补充白蛋白,有助于疾病恢复。

第二节 真菌性食管炎

真菌性食管炎(fungous esophagitis),是真菌侵入食管黏膜形成的一种假膜性食管炎,其中最常见的是白色念珠菌,其次是热带念珠菌和克鲁斯念珠菌。真菌性食管炎病变好发于食管下



2/3,最常见的变化为食管黏膜充血基础上,出现白色绒毛状附着物伴黏膜水肿、充血。严重者会出现溃疡性改变,溃疡和假膜是其特征性表现。

【诊断要点】

1. 临床表现

真菌性食管炎的症状可轻可重,其症状的轻重与炎症发生的缓急和程度有关。20%~30%的患者无明显食管症状,而在行胃镜检查时被发现。主要症状如下。

(1) 吞咽疼痛,进食流质饮食或固体食物时均可出现,进食热食时明显。亦可发生胸骨后疼痛,部分患者因此而就医。

(2) 吞咽困难比较常见,可以有食物反流。

(3) 出血甚至呕血较少见。

(4) 恶心或呕吐症状,在婴儿常伴发口腔鹅口疮,成年念珠菌性食管炎可以在没有念珠菌性口炎的情况下发生。

2. 辅助检查

(1) 血常规:常可发现中性粒细胞减少。

(2) 血清学试验:测定已感染患者血清凝集滴度有2/3患者高于1:160;用放免法和酶联法检测血清中甘露聚糖抗原(念珠菌细胞壁上的多糖);用琼脂凝胶扩散和反向免疫电泳检测念珠菌抗体。

(3) 影像学检查:食管X线钡剂检查对诊断有一定帮助。主要病变在食管的下2/3,可表现为蠕动减弱或弥漫性痉挛。食管黏膜粗乱、不规则或呈颗粒状,宛如钡剂内混有多数微小气泡。晚期病例,黏膜呈结节状,致使钡柱外观如卵石样,颇似静脉曲张。有时可显示深在溃疡。在慢性病例,炎症病变向管壁深部发展,可造成节段性狭窄,甚至酷似食管癌。但食管X线钡剂造影正常并不能排除食管念珠菌病存在。

(4) 内镜检查:内镜检查加食管附着物涂片是确诊该病的唯一方法,镜下食管黏膜呈现水肿、充血、糜烂、溃疡,触之易出血。



黏膜表面覆盖白色斑点或假膜。进行活检及细胞刷涂片和培养。若培养阳性尚不足以诊断,因念珠菌是胃肠道一种共生菌。必须涂片见有真菌菌丝,活检组织见有菌丝侵入上皮方可确诊。

3. 诊断与鉴别诊断

诊断:主要依靠内镜加食管附着物真菌检查可以做出确诊。

鉴别诊断:对于吞咽疼痛者应当与其他原因所致食管炎相鉴别(如病毒性食管炎、反流性食管炎),内镜下典型的溃疡和假膜是其鉴别要点。

对于吞咽困难者应当与食管癌及其他特殊食管病变相鉴别,如:

(1)食管癌:本病多发于中老年人。临床主要表现为进行性吞咽困难、消瘦、贫血等。通过纤维胃镜检查及病理活检可确诊。

(2)其他类型食管炎:化脓性食管炎;疱疹性食管;食管结核:多数食管结核患者年龄轻,造影所见食管扩张性好,即使有狭窄通过亦较顺利,纤维内镜下食管黏膜本身为炎症浸润和溃疡,活检病理可发现干酪样肉芽肿,抗酸染色可找到抗酸杆菌。

【治疗要点】

1. 积极治疗原发病,提高患者自身抵抗力,给予充足营养支持。

2. 支持与对症治疗。对于免疫力低下者,可给予营养支持治疗,对于肿瘤或 HIV 患者可给予增强免疫力药物。对于有反酸、胃灼热感等症状者,可选用黏膜保护剂、抑制胃酸药物及促动力药物治疗。

3. 抗真菌药物。抗真菌药有多种,但国内外以制霉菌素应用最广,其有抑菌和杀菌的作用。

【处方】

处方 1 抑制胃酸药物

口服抑制胃酸药物可参照本章第三节中表 1-1 和表 1-2。



静脉用药

0.9%氯化钠注射液	100 ml	静脉滴注,每日1次
奥美拉唑	40 mg	
或 0.9%氯化钠注射液	100 ml	静脉滴注,每日1次
泮托拉唑	40mg	
或 0.9%氯化钠注射液	100 ml	静脉滴注,每日1次
兰索拉唑	30mg	

处方2 抗真菌药物

制霉菌素肠道吸收很少,不会引起菌群失调。以50万~100万U溶于4ml蒸馏水中,含漱后缓慢咽下,每日3~4次,一般疗程1~2周。应用后24~48小时吞咽疼痛和咽下困难症状即可消失。

或 酮康唑,每日200mg,口服,10日为一疗程。

或 氟康唑和伊曲康唑,均为每日100~200mg,口服,10~15日为一疗程。

处方3 黏膜保护剂

磷酸铝凝胶 1袋,每日4次

康复新液 10ml,每日3次

【注意事项】

1. 正规抗真菌治疗常可取得良好效果,但对抗生素治疗原发感染的同时继发之真菌感染,临床颇难处理,治疗效果也常不佳。故应合理地应用抗生素和类固醇激素治疗。

2. 因真菌感染所致的食管严重狭窄,内镜或外科处理时需慎重考虑。

3. 严重真菌性食管炎与原发病控制疗效有明显相关性。

第三节 胃食管反流病

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease,GERD)是指



因过多胃、十二指肠内容物反流入食管引起胃灼热感、反流等症状,可分为反流性食管炎(reflux esophagitis, RE)和非糜烂性反流病(no erosive reflux disease, NERD);并可导致食管炎和咽喉、气管等食管外组织损害,出现食管外症状。

【诊断要点】

1. 临床表现

(1)胃灼热感和反流是本病的最常见和典型症状:胃灼热感是指胸骨后多伴有反酸及剑突下烧灼感,多在餐后1小时出现,平卧、弯腰或腹压增高时易发生。反流是指:胃内容物在无恶心或不用力的情况下涌入咽部或口腔的感觉。

(2)吞咽疼痛和吞咽困难:有严重食管炎或食管溃疡时可出现吞咽疼痛,是由酸性反流物刺激食管上皮下的感觉神经末梢所引起。反流物也可刺激机械感受器引起食管痉挛性疼痛,严重时可为剧烈刺痛,向背、腰、肩、颈部放射,酷似心绞痛。由于食管痉挛或功能紊乱,部分患者又可出现吞咽困难,食管糜烂、溃疡造成食管狭窄时,吞咽困难会更加明显并随病情进展而持续加重。

(3)食管外症状:反流物刺激咽部黏膜可引起咽喉炎,出现声嘶,咽部不适或异物感。吸入呼吸道可发生咳嗽、哮喘,这种哮喘无季节性,常在夜间发生阵发性咳嗽和气喘。个别患者反复发生吸入性肺炎,甚至出现肺间质纤维化。

(4)GERD并发症:①上消化道出血;②食管狭窄;③Barrett食管:其腺癌的发病率较正常人高10~20倍。

2. 辅助检查

(1)X线钡剂造影:很少见到反流,但不能表明患者没有GERD。钡剂可发现食管狭窄、溃疡和糜烂及食管癌。

(2)24小时pH监测:用便携式装置完成,不妨碍日常生活,在长时间监测过程中可确定症状与反流的关系,可以客观反映是否存在食管酸反流。

(3)食管压力测定:正常人安静时食管下段括约肌压力高于