

消化性溃疡的治疗目的在于消除病因、解除症状、愈合溃疡、防止复发和避免并发症。消化性溃疡在不同患者的病因不尽相同，发病机制亦各异，所以对每一病例应分析其可能涉及的致病因素及病理生理，给以恰当的处理。（一）一般治疗 生活要有规律，工作宜劳逸结合，要避免过度劳累和精神紧张，如有焦虑不安，应予开导，必要时可给镇静剂。原则上须强调进餐要定时、避免辛辣、过咸食物及浓茶、咖啡等饮料。牛乳和豆浆能稀释胃酸于一时，但其所含钙和蛋白质能刺激胃酸分泌，故不宜多饮。如有烟酒嗜好而确认与溃疡的发病有关者，应立即戒除，服用NSAIDs者，应尽可能停药；即使患者未服此类药物，亦应告戒其今后慎用。（二）药物治疗 20世纪70年代以前本病的治疗主要依赖制酸剂和抗胆碱能药物，H₂-RA的问世是治疗上的第一次革命，近二十年来倡导的根除H.pylori是治疗上的第二次革命。1.根除H.pylori 可使大多数H.pylori相关性溃疡患者完全达到治疗目的。国际已对H.pylori相关性溃疡的处理达成共识，即不论溃疡初发或复发，不论活动或静止，不论有无并发症史，均应该抗H.pylori治疗。（1）治疗方案：由于大多数抗生素在胃低pH值环境中活性降低和不能穿透粘液层到达细菌，因此H.pylori感染不易根除。迄今为止，尚无单一药物能有效根除H.pylori，因而发展了将抗酸分泌剂、抗生素或起协同作用的铋剂联合应用的治疗方案。消化性溃疡根除H.pylori多采用一种PPI加上克拉霉素、阿莫西

林（或四环素）、甲硝唑（或替硝唑）和呋喃唑酮等抗生素中的两种，组成三联疗法。PPIs及根除H.pylori治疗中应用的标准剂量见表4-4-2。克拉霉素250-500mgbid，阿莫西林或四环素500-1000mgbid，甲硝唑400mgbid，呋喃唑酮100mgbid。根除H.pylori的疗程一般为7天。百考试题网站收集可用H₂-RA替代PPI，以降低费用，但疗效亦有所降低；雷尼替丁枸橼酸铋（RBC）兼有铋剂和抗酸分泌剂的作用，可替代PPI初次治疗失败者，可用PPI、胶体次枸橼酸铋（240mgbid）合并两种抗生素组成的四联疗法。（2）根除H.pylori 疗程结束后是否继续抗溃疡治疗：尚未统一。治疗方案疗效高而溃疡面积又不很大时，单一抗H.pylori治疗1~2周就可使活动性溃疡有效愈合。若根除H.pylori方案疗效稍低、溃疡面积较大、抗H.pylori治疗结束时患者症状未缓解或近期有出血等并发症史，应考虑在抗H.pylori治疗结束后继续用抗酸分泌剂治疗2-4周。（3）抗H.pylori治疗后复查：抗H.pylori治疗后，确定H.pylori是否根除的试验应在治疗完成后4周时进行。接受高效抗H.pylori方案（根除率90%）治疗的大多数DU患者无必要进行证实H.pylori根除的试验。难治性溃疡或有并发症史的DU，应确立H.pylori是否根除。因GU有潜在恶变的危险，原则上应在治疗后适当时间作内镜检查和H.pylori复查。对经过适当治疗仍有顽固消化不良症状的患者，亦应确立H.pylori是否根除。用基于尿素酶的试验（RUT、UBT）进行检测时，至少在复查前的一周应停用PPI或H₂-RA，以免影响检测结果可靠性。

2. 抗酸分泌 溃疡的愈合特别是DU的愈合与抑酸强度和时间成正比，药物治疗中24h胃内pH>3总时间可预测溃疡愈合率。碱性抗酸药物（如氢氧化铝、氢氧

化镁及其复方制剂)中和胃酸,对缓解溃疡疼痛症状有一定效果,但愈合溃疡的疗效低。目前已很少单一应用碱性抗酸剂来治疗溃疡,仅作为加强止痛的辅助治疗。常用的抗酸分泌药物有H₂-RAs和PPIs两大类。后者作用于壁细胞胃酸分泌终末步骤中的关键酶H⁺-K⁺-ATP酶,抑制胃酸分泌作用比H₂-RAs更强,且作用持久。一般疗程为DU治疗4~6周,GU治疗6~8周,溃疡愈合率用H₂-RAs为65%~85%,PPIs为80%-100%。

3.保护胃粘膜 胃粘膜保护剂主要有以下三种:(1) 硫糖铝:抗溃疡作用的机制主要与其粘附覆盖在溃疡面上阻止胃酸、胃蛋白酶侵袭溃疡面和促进内源性前列腺素合成等有关,其疗效与H₂-RAs相似,主要用于GU的治疗。硫糖铝副作用小,便秘是其主要不良反应。(2) 胶体次枸橼酸铋: CBS除了具有与硫糖铝类似的作用机制外,尚有较强的抗H.pylori作用,主要用于根除H.pylori联合治疗。短期服用CBS者除了舌发黑外,很少出现不良反应;为避免铋在体内过量积蓄,不宜连续长期服用。(3) 米索前列醇:具有增加胃十二指肠粘膜粘液/碳酸氢盐分泌、增加粘膜血流和一定的抑制胃酸分泌作用,主要用于NSAIDs相关性溃疡的预防。腹泻是其主要不良反应,前列腺素可引起子宫收缩,孕妇忌服。

4.NSAIDs相关溃疡的治疗和预防 (1) 治疗:单纯NSAIDs相关性溃疡停药NSAID后,可用常规抗溃疡方案进行治疗。如不能停药NSAID,则应选用PPI进行治疗,常规剂量的H₂-RA效果不佳。(2) 预防:当病情需要继续服用NSAIDs时,应尽可能选用对胃肠道粘膜损害较小的药物或新近在临床上开始应用的选择性COX-2抑制剂。既往有消化性溃疡病史或有严重疾病、高龄等因素对溃疡及其并发症不

能承受者或同时应用抗凝药物、肾上腺皮质激素等药物者，可预防性地同时服用抗溃疡药，如米索前列醇或PPI，但常规剂量的H₂-RA和硫糖铝效果不佳。（3）伴H.pylori感染者的处理：H.pylori感染和NSAIDs摄入是溃疡发生的两个独立危险因素，两者致溃疡机制不同。一般认为 长期服用NSAIDs前根除H.pylori可降低NSAIDs相关溃疡的发生率； 已发生溃疡停药NSAIDs者应根除H.pylori治疗； 已发生溃疡而仍需继续服用NSAIDs者，根除H.pylori不能加快PPI治疗溃疡的愈合。

5.难治性溃疡的治疗 首先须作临床和内镜评估，证实溃疡未愈，明确有否H.pylori感染、服用NSAIDs和胃泌素瘤的可能性，排除类似消化性溃疡的恶性溃疡及其他病因如克罗恩病等所致的良性溃疡。明确原因者应作相应处理，如根除H.pylori、停药NSAIDs加倍剂量的PPI可使多数非H.pylori、非NSAIDs相关的难治性溃疡愈合。对少数疗效差者，可作胃内24hpH检测，如24h中半数以上时间的pH小于2，则需调整抗酸分泌治疗药物的剂量。

6.溃疡复发的预防（1）除去溃疡复发的危险因子：服用NSAID、吸烟等是影响溃疡复发的危险因素，应尽可能除去。（2）根除H.pylori：由于绝大多数消化性溃疡是H.pylori相关性溃疡，而H.pylori真正根除后，溃疡的复发率可显著降低，因此根除H.pylori和确定有无H.pylori感染非常重要。需要指出的是，H.pylori感染"根除"后，或初次检测阴性者，仍有阳性可能。百考试题网站收集出现这种情况大多是由于检测当时未排除干扰因素，H.pylori暂时受到抑制而未能检出，或由于检测方法不够可靠。H.pylori真正根除后成人的再感染率很低，约为1%~3%/年。（3）维持治疗：维持治疗（maintenancetherapy）曾是预防溃疡复发的主要措

施，它可使溃疡的年复发率降至20%-25%，显著减少并发症率，安全性高。但与根除H.pylori治疗相比，维持治疗需要长期服药，停药后溃疡仍会复发，疗效也不如前者。实际上，根除H.pylori治疗与维持治疗互补，才能最有效地减少溃疡复发和并发症。

1) 维持治疗指征：有复发史的H.pylori阴性溃疡、根除H.pylori后仍复发的溃疡或H.pylori难以根除的溃疡。长期服用NSAID、高龄或伴有严重疾病对溃疡及其并发症不能承受者。

2) 维持治疗的方法：维持治疗一般多用H₂-RA，常用方案为标准剂量半量睡前顿服，半量维持疗效差者或有多项危险因素共存者，也可采用全量分两次口服维持。也可用奥美拉唑10mg/d或20mg每周2~3次口服维持。对维持治疗中复发的溃疡应积极寻找可除去的病因，H₂-RA半量维持者应改为全量，全量维持者则需改换成PPI治疗。维持治疗的时间长短，须根据具体病情决定，短者3-6月，长者1~2年，甚至更长时间。无并发症且溃疡复发率低的患者也可用间歇维持疗法，有间歇全量治疗和症状性自我疗法两种服法，前者指出现典型溃疡症状时给予4-8周全量H₂-RA治疗，后者指出现典型溃疡症状时立即自我服药，症状消失后停药。

(三) 消化性溃疡治疗的策略 对内镜或X线检查诊断明确的DU或GU，首先要区分有无H.pylori感染。H.pylori阳性者应首先抗H.pylori治疗，必要时在抗H.pylori治疗结束后再给与2-4周抗酸分泌治疗。对H.pylori阴性的溃疡包括NSAIDs相关性溃疡，可按过去的常规治疗，即服任何一种H₂-RA或PPI，DU疗程为4-6周，GU为6~8周。也可用胃粘膜保护剂替代抗酸分泌剂治疗GU。至于是否进行维持治疗，应根据溃疡复发频率、患者年龄、服用NSAID、吸烟、合并其他严重

疾病、溃疡并发症史等危险因素的有无，综合考虑后决定。至于外科治疗，由于内科治疗的进展，目前仅限于极少数有并发症者。手术适应证为：大量出血经内科紧急处理无效；急性穿孔；瘢痕性幽门梗阻；内科治疗无效的难治性溃疡；胃溃疡疑有癌变。"#F8F8F8" 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com