

反流性食管炎\_消化内科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式  
，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/611/2021\\_2022\\_\\_E5\\_8F\\_8D\\_E6\\_B5\\_81\\_E6\\_80\\_A7\\_E9\\_c22\\_611055.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E5_8F_8D_E6_B5_81_E6_80_A7_E9_c22_611055.htm) 【诊断】

1.主要症状为烧心，多在餐后一小时发生，间歇性胸骨后或剑突下烧灼、刺痛或绞痛，于饮酒、饱餐、进油腻餐或刺激食物、躯体前倾、卧位或用力屏气时加重。疼痛常向胸骨两侧、肩胛区或两臂放射，碱性药物可减痛。常有酸、苦味的胃内容物流至咽甚至溢入口腔，引起咽部不适或口咽部吞咽困难。胃内容物吸入呼吸道后可致咳嗽、气管炎、夜间喘鸣等。严重者可有吞咽困难，慢性少量出血或贫血。2.胸骨后痛亦是本病的常见症状，以胸骨后、剑突下为主。3.反酸与反食。反流多为不消化食物、胃酸等。4.实验室检查：部分病人血红蛋白下降，粪潜血可阳性。5.钡餐检查：可见中下段食管粘膜皱襞紊乱、不规则、增粗。头低位时可见胃内钡剂向食管反流，卧位时可显示食管体部及下食管括约肌排钡缓慢。重者可见食管溃疡或狭窄。部分病人可合并滑动型食管裂孔疝。

6.内镜及活组织病理检查：有反流性食管炎的病理改变及胆汁反流存在。可分5级：0级为正常粘膜；Ⅰ级为单个或几个非融合性病变，表现为充血或伴有渗出的非融合性病变；

Ⅱ级为融合性病变，但尚未呈环周病变，表现为充血、糜烂和渗出；Ⅲ级为环周病变，表现为糜烂和渗出；Ⅳ级呈慢性病变，表现为溃疡、狭窄、纤维化的巴雷特（barrett）食管。

7.食管ph及压力测定：约1/2病人示下食管括约肌静止压降低，松弛时间明显延长，24连续监测更有价值。此外，食管体部出现低幅收缩波及蠕动障碍。有食管裂孔疝者，下食管

括约肌呈明显双峰型高压带（两个高压带）。近来24h连续食管ph监测已成为测定有无酸性反流的金标准，包括食管内phlt.4的百分比，phlt.4持续5 min以上的次数以及最长持续时间等指标。8.食管滴酸试验阳性。9.胃食管闪烁显像，可估计胃食管的反流。用同位素标记的液体观察平卧位及腹部加压时有过多的胃食管反流。【检查】1.钡餐检查。2.胃镜及活组织病理检查。3.食管ph及压力测定。4.食管滴酸试验。5.胃食管闪烁显像。6.40岁以上病人应做心电图及冠心病方面的检查，以排除心源性胸病。【治疗】1.一般治疗：饮食宜少量多餐，不宜过饱，忌烟、酒、咖啡、巧克力、酸食、过食。避免餐后即平卧，卧位床头抬高20~30cm，裤带不宜过紧。尽可能避免服用抑制食管和胃动力的药物。2.促动力剂的应用：包括甲氧氯普胺（胃复安）、多潘立酮（吗丁林）、西沙比利（普端博思），均为10~20mg,3~4/d。睡前和餐前服用，能促进食管、胃的排空，增加下食管括约肌（les）的张力。3.降低胃酸（1）制酸剂：氢氧化铝凝胶、硫糖铝（胃溃宁），磷酸铝凝胶（吉福士凝胶）等。（2）组胺h2受体拮抗剂：西咪替丁（甲氰咪胍）、雷尼替丁（善胃得）、法莫替丁。（3）质子泵抑制剂：有奥美拉唑（洛赛克）和兰索拉唑（达克普隆）等。（4）联合用药：为促动力剂、制酸剂和抑制胃酸分泌药物的联合应用，有协同作用，能促进食管炎的愈合。4.内镜扩张治疗：伴有严重的食管狭窄、进食困难，可考虑进行内镜扩张治疗。但在扩张后，仍需要进行抗反流治疗。5.手术治疗：主要为症状严重，停药后症状很快出现以及有严重并发症，治疗无效者。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](http://www.100test.com)