

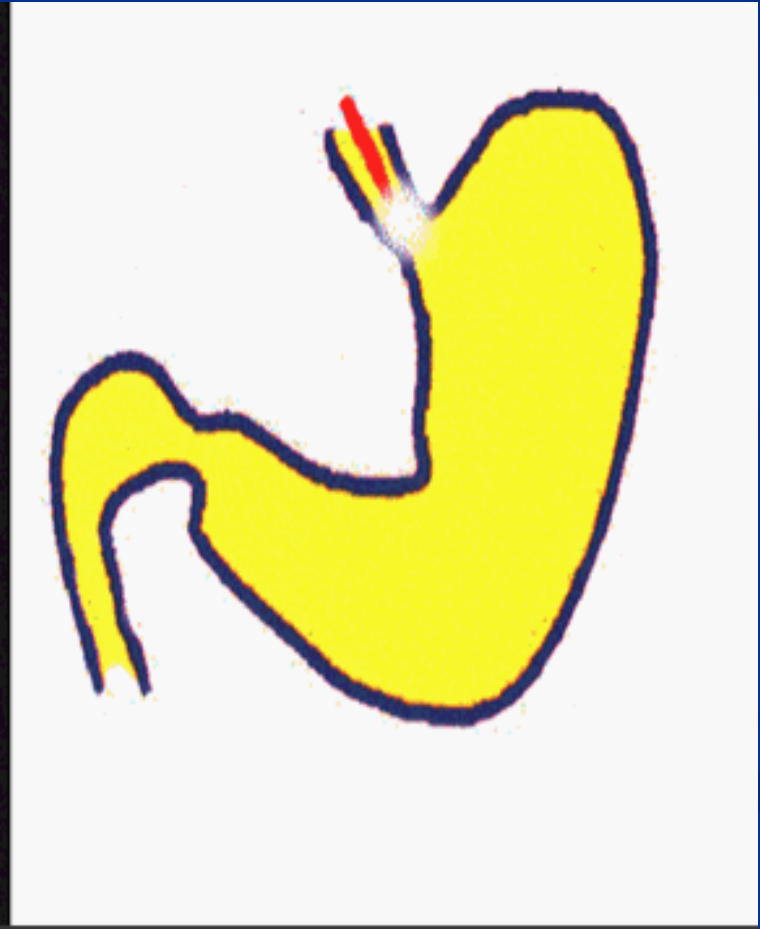
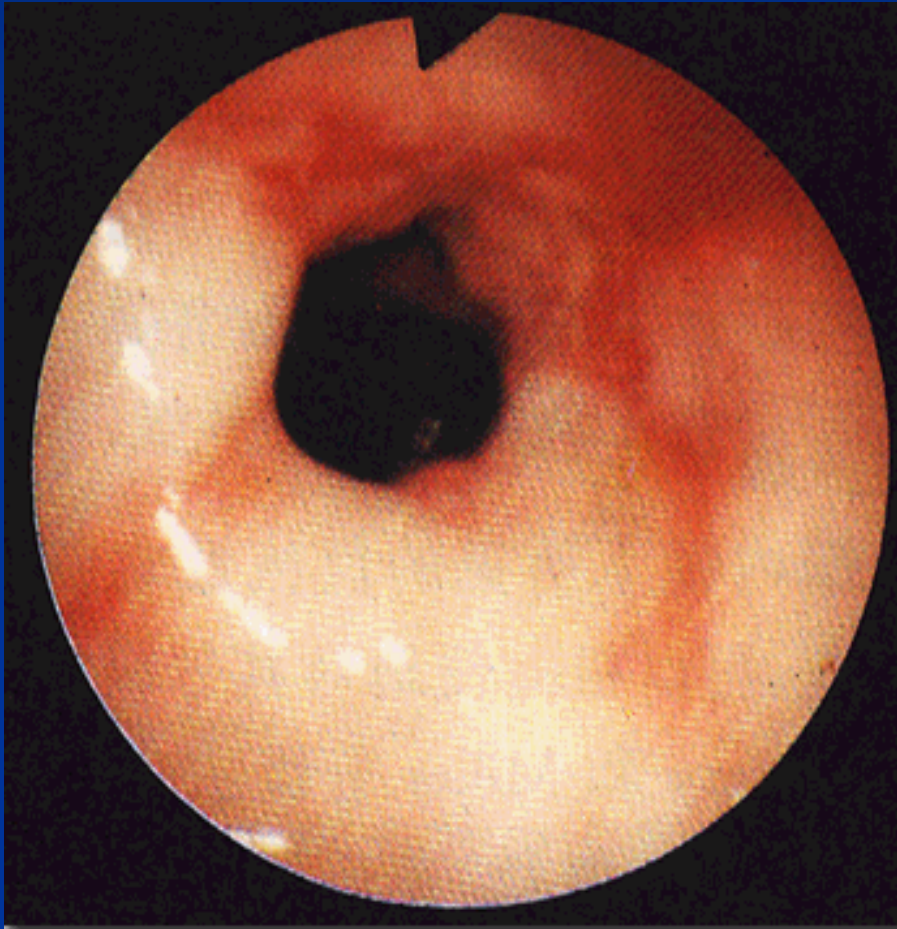
# 胃食管反流病(GERD) 与幽门螺杆菌

**胃食管反流现象**是指胃内容物通过松弛的食管下括约肌(LES)进入食管下端的一种现象。

几乎所有正常人均有**胃食管反流现象**，但故不引起任何食管粘膜病变与症状，当机体的防御机制削弱或受损，反流的强度、频率和时间超过组织的抵抗力时，就会引起组织损害和症状，即**胃食管反流病**（gastroesophageal reflux disease , GERD ）

发病高峰期年龄为60—70岁。研究表明，GERD 患病的平均年龄为61 岁，其中25 % > 75 岁。国内尚缺乏老年人胃食管反流病的流行病学资料。

反流性食管炎系指由于胃和  
(或)十二指肠内容物反流入食管，  
引起食管粘膜的炎症、糜烂、溃疡和  
纤维化等病变，属于胃食管反流病。



## ■ 【病因和发病机制】

正常人24h 约有2 %的时间可在食管下端测到胃内食物的 $\text{PH} < 4$  , 这种时间短、暂不产生症状的反流为**生理性胃食管反流**。如24hpH  $< 4$  的百分比时间 $> 2\%$  , 且有胃食管反流症状或合并食管组织学改变证据的, 则称之为**病理性胃食管反流**。

GERD 发生发展是 抗反流机制破坏和反流物对食管粘膜攻击作用的结果，同时与幽门螺杆菌（*H.pylori.*）存在一定的相关性。

# 幽门螺杆菌阳性的GERD 患者

- 研究证实根除Hp 之后GERD发病率增加仅发生于原本已有GERD倾向的病人中
- 研究证实Hp阳性的GERD长期应用质子泵抑制剂( PPI)将导致胃体萎缩并增加胃癌发生的危险性,而根除Hp则可使胃体炎消失,甚至使部分萎缩逆转
- 研究表明Hp阳性的GERD患者复发要早于成功根除Hp者



## 2005Maastricht III共识意见

- 共识意见认为Hp根除后大多数情况下不会增加GERD发生的危险性,也不会加重原有的GERD。
- 对于需要长期抑制胃酸（服用PPI）的病人应该作Hp根除

## 2007美国胃肠道学会推荐Hp治疗方案

- 一线治疗方案
- 三联疗法：质子泵抑制剂+两种抗生素（阿莫西林+克拉霉素，或者甲硝唑+克拉霉素）14天
- 四联疗法：质子泵抑制剂（或H<sub>2</sub>受体拮抗剂）+铋剂+甲硝唑+四环素，10~14天

# 传统四联疗法相对三联疗法

## 优点

- 或许比三联疗法更加经济
- 根除率比三联疗法更高或者至少相同

## 缺点

- 增加了服用药物的种类，病人顺从性低于三联疗法
- 铋剂在某些国家不可获得

# 复方枸橼酸铋钾胶囊+奥美拉唑

## 新 四联疗法

- **枸橼酸铋钾** 在胃酸的作用下迅速分散并形成微小的胶态物质，与溃疡面的蛋白质紧密结合形成致密、均匀的保护膜，防止胃酸和胃蛋白酶对溃疡面的浸蚀，并能促进内源性前列腺素的生成，促进上皮细胞的再生。从而加速溃疡组织的自身恢复。同时具有杀灭幽门螺杆菌的作用。
- **盐酸四环素** 抗生素，对幽门螺杆菌、革兰氏阴性菌、革兰氏阳性菌、支原体、衣原体等均有较强的杀灭作用。
- **甲硝唑** 抗菌药，对厌氧菌及幽门螺杆菌均有杀灭作用。

三种药物，一粒胶囊，解决服药依从性差的问题



# 新 四联疗法-提高患者依从性

- 加铋剂的四联疗法早期主要作为二线方案或补救治疗方案
- 三联方案根除率的下降，四联方案成为可选一线方案
- 07年以后,逐渐接受加铋剂的四联疗法作为一线治疗方案

优势

加铋剂的四联疗法

缺点

提高了Hp根除率

传统单方四联：奥美拉唑+铋剂+2种抗生素

↓ 导致

四种药物的服用,增加治疗复杂性,减低服药依从性

↑ 解决

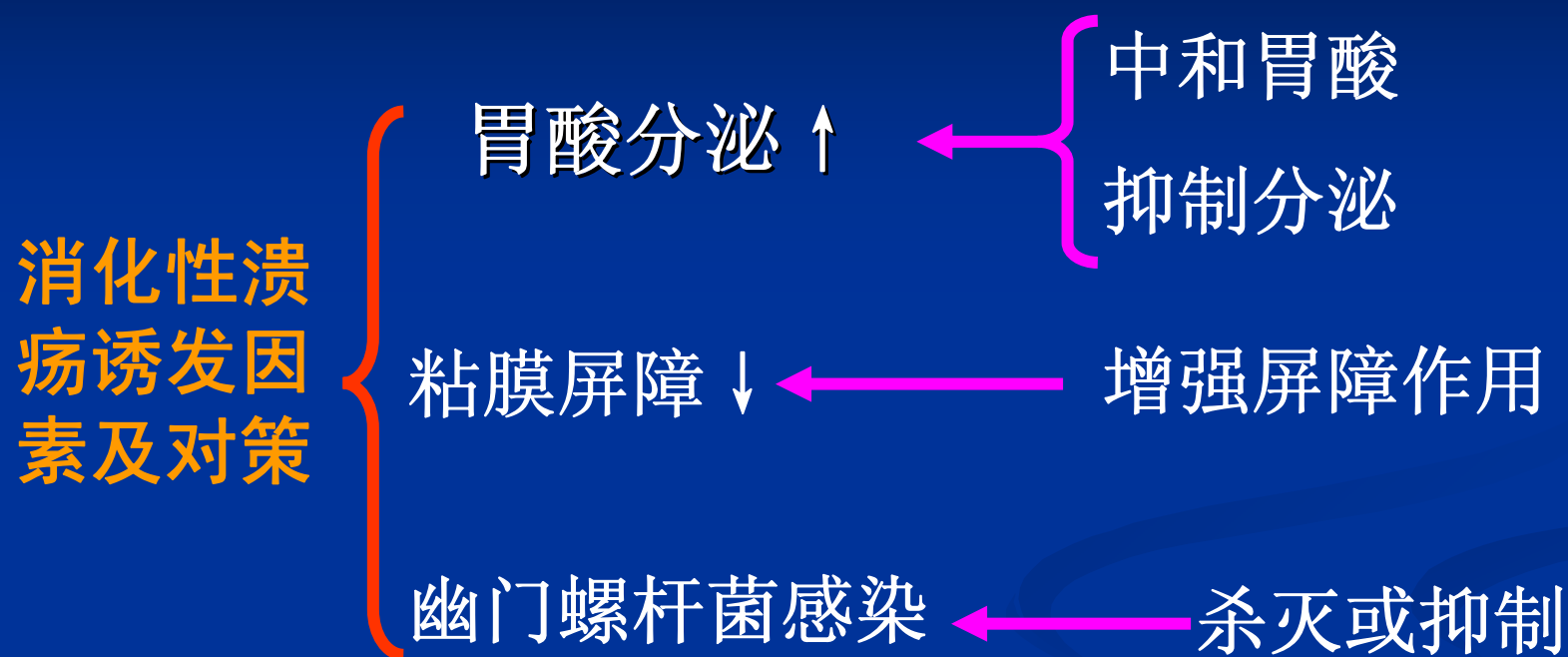
奥美拉唑

+

复方枸橼酸铋钾胶囊

新四联疗法

# 新四联疗法的作用机制



奥美拉唑+复方枸橼酸铋钾胶囊的三种组份完全针对消化性溃疡的诱发因素，对症治疗，可以有效治疗各种与幽门螺杆菌感染有关的胃溃疡、十二指肠溃疡，特别是难治性和复发性溃疡及慢性胃炎。

# 临床效果

- 10天疗程
- 幽门螺杆菌根除率为90%，远高于丽珠维三联的76%
- 不良反应发生率相当

## ■ 1 . 抗反流解剖屏障损害

老年人肌肉松弛，肌张力降低，加之肥胖、便秘及胃排空延缓等，胃内压增加，加重抗反流屏障的破坏，使胃食管反流增加。



## ■ 2 . 食管的清除作用 ↓

食管的清除能力是通过食管蠕动，唾液中和及食管的重力实现的。三者的相互作用决定了食管暴露于酸性反流物的时间，决定了反流物与食管粘膜接触的时间。

老年人的食管蠕动功能下降，无推动性的自发性收缩增加，唾液分泌减少，使食管清除能力下降。

### ■ 3 . 食管粘膜抗反流屏障功能的下降

食管粘膜防御包括上皮前、上皮及上皮后三部分防御功能。

当上述防御屏障受损伤时，即使在正常反流情况下，亦可致食管炎。老年人上皮增生和修复能力下降，食管粘膜组织防御功能受影响，易致食管反流。反流物可使粘膜上皮蛋白变性，能增加食管粘膜渗透性，更加重粘膜损害。

## ■ 【 临床表现 】

多数病人以烧心、反胃、胸痛等胃食管反流本身的症状为主，少数患者则以食管以外的症状如咳嗽、喘息为主要表现。

- 烧心
- 反胃
- 胸痛
- 吞咽困难
- 出血及贫血
- 呼吸道症状

## ■ 【诊断和鉴别诊断】

对于有明显的反流症状和（或）  
内镜下有反流性食管炎表现+食管PH测定，  
诊断并不困难。

## 【 治疗】

治疗的目的是减少反流对食管粘膜的损害，强化食管粘膜的防御功能。

## ■ 1 . 一般治疗

睡眠时抬高床头20—30cm,  
饮食宜少量多餐, 避免进食过饱; 忌  
酸食、脂肪、烟、酒、咖啡和巧克  
力; 避免餐后平卧;

避免使用任何能使LES压力下  
降的药物如抗胆碱药(阿托品)、肾  
上腺能抑制剂、地西泮 等.

## ■ 2 . 促进食管和胃的排空

西沙比利是一种全胃肠道动力剂。该药选择性地促进肠肌间神经丛和胆碱能神经元释放乙酰胆碱，从而增加LES 压力和促食管蠕动，加快胃排空，减少反流。

常用剂量为5 —10mg ，每日3 次，餐前口服。



吗叮琳为周围性多巴胺拮抗剂，  
能增加胃排空。

甲氧氯普胺（胃复安、灭吐灵、  
呕感平）作为一种多巴胺能拮抗剂，  
有促进食管蠕动，减少反流作用。

### ■ 3 . 酸抑制疗法

应用抑酸剂是治疗胃食管反流的重要手段。质子泵抑制剂如兰索拉唑（30mg，每晚1 次或每日2 次）或奥美拉唑（（洛塞克）（20mg，每晚1 次或每日2 次）有较强抑酸效果。

亦可选择组胺H<sub>2</sub> 受体拮抗剂如法莫替丁（20mg ， 每日2 次或40mg每晚1 次）或雷尼替丁（ 150mg， 每日2 次）

## ■ 4 . 粘膜保护剂

硫糖铝、胶体次枸橼酸铋

## ■ 5 . 联合用药

促进食管胃排空药和制酸剂联合应用有协同作用，能促进食管炎的愈合。

本病在用药后好转，停药后半年内复发率高达80 %以上，为此维持治疗十分重要。

可在组胺H<sub>2</sub>受体拮抗剂、质子泵抑制剂或多巴胺拮抗剂中任选一种维持用药，或有症状出现时及时用药，则可取得较好疗效。

## ■ 6 . 手术治疗

主要适用于食管瘢痕狭窄  
(可行内镜扩张术或手术纠正) 以及  
内科治疗无效, 反复出血、反复并发  
肺炎等病情。

谢谢！