

· 共识意见 ·

胃食管反流病治疗共识意见(2007·西安)

中华医学会消化病学分会胃肠动力学组

1995年美国胃肠病学会发表了胃食管反流病(GERD)诊治指南,并于1999年和2005年两次更新^[1]。2003年新加坡举行的亚太地区消化疾病周通过了亚太地区GERD诊治共识^[2]。考虑我国的实际情况并结合国内、外有关文献,经中华医学会消化病学分会动力学组有关专家反复讨论,提出如下GERD治疗共识意见。

GERD的治疗目标是:缓解症状、治愈食管炎、提高生活质量、预防复发和并发症^[1-6]。

GERD的治疗包括以下四个方面:

一、改变生活方式是GERD的基础治疗,仅对部分患者有效(证据分类:IV类)

抬高床头、睡前3h不再进食、避免高脂肪食物、戒烟酒、减少摄入可以降低食管下段括约肌(LES)压力的食物(如巧克力、薄荷、咖啡、洋葱、大蒜等),但这些改变对多数患者并不足以缓解症状。目前尚无关于改变生活方式对GERD治疗的对照研究。生活方式改变对患者生活质量的潜在负面影响尚无研究资料。

体质量超重是GERD的危险因素,减轻体质量可减少GERD患者反流症状。

二、抑制胃酸分泌是目前治疗GERD的主要措施,包括初始与维持治疗两个阶段(证据分类:I类)

多种因素参与GERD的发病,反流至食管的胃酸是GERD的主要致病因素。GERD的食管黏膜损伤程度与食管酸暴露时间呈正相关,糜烂性食管炎的8周愈合率与24h胃酸抑制程度亦呈正相关。抑制胃酸的药物包括H₂受体拮抗剂(H₂RA)和质子泵抑制剂(PPI)等。

(一)初始治疗的目的是尽快缓解症状,治愈食管炎

1. H₂RA仅适用于轻至中度GERD治疗:H₂RA(西咪替丁、雷尼替丁、法莫替丁等)治疗反流性GERD的食管炎愈合率为50%~60%,烧心症状缓解率为50%。临床试验提示:H₂RA缓解轻至中度GERD症状疗效优于安慰剂,但症状缓解时间短,且4~6周后大部分患者出现药物耐受,长期疗效不佳^[7,8]。

2. PPI抑酸能力强,是GERD治疗中最常用的药物:目前国内共有五种PPI(奥美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑、雷贝拉唑和埃索美拉唑)可供选用。在标准剂量下,新一代PPI具有更强的抑酸作用^[5,9]。

3. 伴有食管炎的GERD治疗首选PPI;多项研究结果表

明,PPI治疗糜烂性食管炎的内镜下4、8周愈合率分别为80%和90%左右,PPI推荐采用标准剂量,疗程8周^[10]。部分患者症状控制不满意时可加大剂量或换一种PPI。

4. 非糜烂性反流病(NERD)治疗的主要药物是PPI:由于NERD发病机制复杂,PPI对其症状疗效不如糜烂性食管炎,但PPI是治疗NERD的主要药物,治疗的疗程尚未明确,已有研究资料显示应不少于8周,对疗效不满意者应进一步寻找影响疗效的原因。

5. 凡具有烧心、反流等典型症状者,如无报警症状即可予以PPI进行经验性治疗:根据Montreal GERD的新定义,对有典型反流症状的患者,如无报警症状,临床上便可拟诊为GERD,给予PPI治疗,采用标准剂量,每天2次,用药时间1~2周,GERD患者服药后3~7d,症状可迅速缓解。经验性治疗并不排除内镜检查。对年龄>40岁,发病后体质量显著减轻,出现出血、吞咽困难等症状时,应首先行胃镜检查,明确诊断后再进行治疗。

(二)维持治疗是巩固疗效、预防复发的重要措施,用最小的剂量达到长期治愈的目的,治疗应个体化^[11-14]

GERD是一种慢性疾病,停药后半年的食管炎与症状复发率分别为80%和90%,故经初始治疗后,为控制症状、预防并发症,通常需采取维持治疗。目前维持治疗的方法有三种:维持原剂量或减量、间歇用药、按需治疗。采取哪一种维持治疗方法,主要由医师根据患者症状及食管炎分级来选择药物与剂量,通常严重的糜烂性食管炎(LA C-D级)需足量维持治疗,NERD可采用按需治疗。H₂RA长期使用会产生耐受性,一般不适合作为长期维持治疗的药物。

1. 原剂量或减量维持:维持原剂量或减量使用PPI,每日1次,长期使用以维持症状持久缓解,预防食管炎复发。

2. 间歇治疗:PPI剂量不变,但延长用药周期,最常用的是隔日疗法。3日1次或周末疗法因间隔太长,不符合PPI的药代动力学,抑酸效果较差,不提倡使用。在维持治疗过程中,若症状出现反复,应增至足量PPI维持。

3. 按需治疗:按需治疗仅在出现症状时用药,症状缓解后即停药。按需治疗建议在医师指导下,由患者自己控制用药,没有固定的治疗时间,治疗费用低于维持治疗。

(三)Barrett食管(BE)治疗应用PPI尚无定论

虽有文献报道PPI能延缓BE的进程,尚无足够的循证依据证实其能逆转BE。BE伴有糜烂性食管炎及反流症状者,建议采用大剂量PPI治疗,并提倡长期维持治疗^[11]。

(四)控制夜间酸突破(NAB)是GERD治疗的措施之一(证据分类:II类)^[15]

通信作者:袁耀宗,200025 上海交通大学瑞金医院消化科(E-mail:yyz28@medmail.com.cn)

NAB指在每天早、晚餐前服用PPI治疗的情况下,夜间胃内pH < 4持续时间大于1 h。控制NAB是治疗GERD的措施之一。治疗方法包括调整PPI用量、睡前加用H2RA、应用血浆半衰期更长的PPI等。

(五)对PPI治疗失败的患者,应寻找原因,积极处理(证据分类: II类)

有部分患者经标准剂量PPI治疗后,症状不能缓解。可能的原因有:①患者依从性差,服药不正规;②与个体差异有关;③存在NAB;④内脏高敏感;⑤存在非酸反流。

三、对GERD可选择性使用促动力药物(证据分类: II类)^[12]

在GERD的治疗中,抑酸药物治疗效果不佳时,考虑联合应用促动力药物,特别是对于伴有胃排空延迟的患者。

四、手术与内镜治疗应综合考虑,慎重决定^[10-12]

GERD手术与内镜治疗的目的是增强LES抗反流作用,缓解症状,减少抑酸剂的使用,提高患者的生活质量。

(一)抗反流手术也是维持治疗的一种选择;腹腔镜下抗反流手术其疗效与开腹手术类同。术前应进行食管24 h pH监测,以了解患者反流的严重度;进行食管测压,了解下食管括约肌及食管体部运动功能,指导选择手术方式。对症状不典型、抑酸治疗效果差的患者,手术疗效通常不能达到预期目标。

(二)内镜治疗创伤小、安全性较好,疗效需进一步评估。

GERD内镜治疗方法有内镜缝合(胃腔内折叠术)、射频治疗、内镜下注射治疗和(或)植入治疗等。目前仅内镜缝合治疗获得我国食品和药品监督管理局批准用于临床。

(三)BE伴高度不典型增生、食管严重狭窄等并发症,可考虑内镜或手术治疗。

注:证据分类: I类:强有力的证据来自至少1篇已发表的系统性综述,包含多个设计良好的随机对照临床试验。

II类:强有力的证据来自至少1个已发表的设计合理的随机对照临床试验。

III类:证据来自已发表的设计良好的非随机对照临床试验。

IV类:证据来自设计良好的多中心非实验性研究,或为权威意见,或来自专家共识。

参加治疗共识讨论专家(按姓氏拼音顺序排列): 陈旻湖、樊代明、方秀才、胡品津、侯晓华、柯美云、李兆申、李延青、林三仁、林琳、罗金燕、刘新光、刘诗、钱家鸣、狄健敏、王邦茂、王新、吴开春、许国铭、杨云生、袁耀宗、周丽雅、邹多武、张军

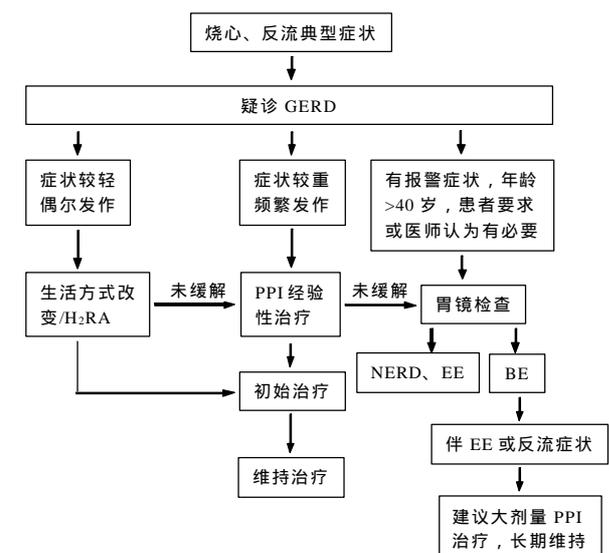
(起草小组:袁耀宗 侯晓华 邹多武 陈旻湖 汤玉茗 许国铭)

参考文献

- DeVault KR, Castell DO; American College of Gastroenterology. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2005;100:190-200.
- Fock KM, Talley N, Hunt R, et al. Report of the Asia-Pacific consensus on the management of gastroesophageal reflux disease. *J Gastroenterol Hepatol* 2004;19:357-367.
- Moss SF, Armstrong D, Arnold R, et al. GERD 2003 -- a consensus on the way ahead. *Digestion* 2003;67:111-117.
- Bautista JM. The rising trend of on-demand and intermittent proton pump inhibitor therapy in gastroesophageal reflux disease: What is the evidence? *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21(Suppl 5):S112-S114.
- Gob KL. "On-demand" therapy for gastroesophageal reflux disease: Are current proton pump inhibitors good candidates? *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21(Suppl 5):S115-S118.
- Cheung TK, Wong BC. Proton-pump inhibitor failure/resistance: Proposed mechanisms and therapeutic algorithm. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21(Suppl 5):S119-S124.
- Hallerback B, Unge P, Carling L, et al. Omeprazole or ranitidine in long-term treatment of reflux esophagitis. The Scandinavian Clinics for United Research Group. *Gastroenterology*. 1994;107:1305-1311.
- Dent J, Yeomans ND, Mackinnon M, et al. Omeprazole v ranitidine for prevention of relapse in reflux oesophagitis. A controlled double blind trial of their efficacy and safety. *Gut* 1994;35:590-598.
- Ang TL, Fock KM. Nocturnal acid breakthrough: Clinical significance and management. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21(Suppl 5): S125-S128.
- Triadafilopoulos G, Dibase JK, Nostrant TT, et al. The Stretta procedure for the treatment of GERD: 6 and 12 month follow-up of the U.S. open label trial. *Gastrointest Endosc* 2002;55:149-156.
- Khajanchee YS, Urbach DR, Butler N, et al. Laparoscopic antireflux surgery in the elderly: surgical outcome and effect on quality of life. *Surg Endosc* 2002;16:25-30.
- Leeder PC, Watson DI, Jamieson GG. Laparoscopic fundoplication for patients with symptoms but no objective evidence of gastroesophageal reflux. *Dis Esophagus* 2002;15:309-314.

(收稿日期:2007-12-28)

(本文编辑:姚永莉)



注:PPI 经验性治疗:标准剂量PPI 每天2次,时间1~2周;初始治疗:PPI 推荐采用标准剂量,疗程8周;维持治疗:分原剂量或减量维持、间断治疗、按需治疗三种。

附图 胃食管反流病治疗推荐流程图