

胃溃疡的治疗方法

▲ 广西壮族自治区钦州市第一人民医院 班洁虹

在现代社会，人们的生活习惯发生了翻天覆地的变化。由于生活作息不规律、熬夜、精神压力大、工作负担重等原因导致越来越多的年轻人患上了胃溃疡，经常发出“我的胃好痛”的言语。如果不重视该疾病，不积极采取治疗，可能会并发各种疾病，甚至癌变。面对这一情况，人们应当加强对胃溃疡的了解，知晓胃溃疡的正确治疗方法，保障自身健康。本文对胃溃疡及其治疗方法进行简单介绍。

胃溃疡的概述

胃溃疡是指发生在胃部内壁上，因胃黏膜破损出现的开放性溃疡。诱发胃溃疡的原因有很多，最常见的是幽门螺杆菌感染，其次为药物滥用，如糖皮质激素、阿司匹林等，服用后对胃部有很大刺激。饮食混乱也会导致胃部压力升高，胃部屏障受损，免疫功能异常，如长期吸烟饮酒、喝咖啡、浓茶，食用刺激性食物等。此外，基因遗传、过度劳累、情绪波动等也有可能引发胃溃疡。

药物治疗

胃溃疡的治疗以药物治疗为主，是可以

被治愈的，一般无需手术治疗。临床上，治疗胃溃疡的常用药物有抗酸药、胃黏膜保护剂、胃肠动力药物、抗生素等药物。

抗酸药 治疗胃溃疡首选药物种类，以H₂受体拮抗剂与质子泵抑制剂为主。其中，H₂受体拮抗剂主要有西咪替丁、尼扎替丁、雷尼替丁等药物，一般在饭后服用。质子泵抑制剂主要有奥美拉唑、埃索美拉唑、兰索拉唑等药物，多在起床后半小时内服用，可减少胃酸分泌，减轻胃痛、消化不良等症状。

胃黏膜保护剂 顾名思义，保护胃黏膜不受胃酸侵蚀的药物，可增加黏液分泌、促进胃黏膜修复。与抗酸药联用后，可进一步提高溃疡愈合速度和质量，减少溃疡复发。常用药物种类有：硫糖铝、胶体铋、米索前列醇等。

胃肠动力药物 这些药物在临床上主要用于缓解恶心、呕吐、腹胀等症状，促进肠胃排空，如吗丁啉，是较常使用的药物种类。

抗生素 主要用于幽门螺杆菌根除，常用药物为阿莫西林、克拉霉素、甲硝唑、

四环素等，一般与其他药物联用。抗生素需连用7~14d，需配合益生菌使用，减少抗生素对胃肠道的不良影响。

手术治疗

临床上，胃溃疡药物治疗时间一般为4~6周，前2周以根除幽门螺杆菌为主，后续治疗以抑制胃酸分泌及保护胃黏膜为主，部分较为严重的患者，治疗时间需要适当延长至8周左右。对于部分药物治疗效果不佳的患者，可采用手术治疗方式。

腹腔镜穿孔修补术 通过腹部小孔插入腹腔镜进行治疗，可彻底清除溃疡灶，降低术后膈下脓肿、肠间脓肿发生可能性，是一种微创手术方式。

胃切除术 主要用于期望彻底性治疗胃溃疡的患者，可通过手术切断迷走神经，改善胃排空，降低胃酸分泌情况，可大幅降低胃溃疡恶变风险。但该手术时间长、术中出血大、并发症多，且手术限制较多。

单纯缝合修补术 手术较为简单，多应用于病情不严重的患者，手术创伤小、安全性高、术式简单，但只能将胃部穿孔闭合，

无法彻底清除溃疡灶，远期治疗效果不明显，复发概率较高。

胃溃疡局部切除术 多用于基础疾病较多、年龄较高，不适合使用其他胃部切除术的患者，以溃疡为中心进行梭形切除，将胃穿孔周围组织切除，不会影响胃部正常形态和功能，手术中不会出现大出血的情况，术后结合药物治疗，可取得良好治疗效果。

维持治疗

维持治疗，一般应用于疾病反复发作、症状长期得不到缓解的患者，患者需要在睡前服用甲氧咪呱和雷尼替丁或法莫替丁，也可以每天服用硫糖铝，每天服用两次，每次1g。关于维持治疗，目前还没有一个理想的治疗时间，还需要进一步研究。

以上就是胃溃疡常见的治疗方法。总而言之，胃溃疡作为当前生活中较为普遍的一种疾病，大家需要增加对其病理、病因的了解。一旦出现相关症状，患者要注意及时前往医院，采取针对性治疗措施，遵循医嘱，合理饮食和作息，定期复查，警惕胃部疾病发展为胃癌。

麻醉医生到底是做什么的？

▲ 广东省中山市中医院 陈伟涛

麻醉医生的职责是保障患者在手术过程中的生命安全的前提下，尽可能减少患者所遭受的痛苦。正是由于有了麻醉医生的保驾护航，各类手术才能实现突飞猛进的发展，医生们才能在没有后顾之忧的情况下为患者进行手术，患者才能够平稳度过手术这一十分危险的阶段。因此，有一种说法叫“手术医生治病，麻醉医生保命”。

然而，很多人普遍对麻醉医生的工作存在一定的误解，甚至有人认为麻醉医生只是在手术开始前为患者打一针就可以了，这种观念明显是错误的。本文将通过科普，帮助人们了解麻醉医生。

麻醉医生的工作

在手术开始之前，麻醉医生需要为患者开展细致科学的麻醉前评估，根据患者的实际情况与手术需要制定兼具针对性与实效性的个性化麻醉方案。

在手术进行过程中，麻醉医生需要处理患者因接受外科手术和麻醉而产生的各种生理反应，需要维持患者在麻醉状态下的基本生命功能与重要生理功能。除此之外，麻醉医生还要时刻观察患者的情况，将患者的麻醉深度保持在适宜范围内，若患者在麻醉状态下出现异常，麻醉医生需要及时予以处理，以此避免出现严重的并发症或后遗症。最为重要的是，一旦手术过程中患者出现了紧急情况，麻醉医生就需要充分发挥自身作为抢救行动组织者和指挥者的职能，带领现场全体医护人员开展抢救作业，维持患者的生命体征，保护患者的生命安全。

在手术结束后，麻醉医生还需要在患者完全脱离麻醉状态后检查患者的具体状态、评估患者的安全，之后再再将患者送回病房。

麻醉医生还会结合患者的实际情况，对患者开展数次回访观察，为有需要的患者进行镇痛处理，保证患者在相对舒适的状态下安全地恢复。适宜的镇痛处理能够强化患者免疫功能、提高患者睡眠质量。

按照麻醉范围的差异，麻醉可以分为局部麻醉、半身麻醉与全身麻醉。

局部麻醉

在进行局部麻醉时，麻醉医生需要将麻醉药注入到患者身体的某一个区域或者特定的部位，以此阻隔该部分神经丛、神经末梢的传导功能，以此让人体对该部分身体失去痛觉。在这一过程中，患者始终是清醒的。局部麻醉又分为区域阻滞麻醉、局部浸润麻醉和表面麻醉。

区域阻滞麻醉 麻醉医生需要将麻醉药直接注入患者特定部位的神经丛中，以此阻滞患者身体对该部位的疼痛感。这种麻醉模式通常用于手臂粉碎性骨折手术等手臂或腿部的手术。

局部注射浸润麻醉 麻醉医生需要在手术部位多次注射少量的麻药，这种麻醉形式通常用于体表手术或眼耳鼻喉手术，比如乳房肿物切除手术和智齿拔除手术等。

表面麻醉 麻醉医生需要运用喷或涂的方式将麻醉药上到患者黏膜处或皮肤表面。这一麻醉模式常用于皮肤表面、眼耳鼻喉等部位的检查或浅表手术上，比如麦粒肿切除手术等。

半身麻醉

半身麻醉是人们的口头语，其在医学术语中的准备表述应该是椎管内麻醉。医院内常见的无痛人流手术、剖宫产手术都会使用

这一麻醉模式。

在进行椎管内麻醉时，麻醉医生需要在患者脊柱中间的缝隙，也就是腰部椎管中通过穿刺注射麻醉药，以此使对应的脊神经及其所管辖的区域不会为患者带来疼痛。这一麻醉主要作用于患者的下半身，因此通常用于下腹或下肢的手术中。

全身麻醉

在进行全身麻醉时，麻醉医生需要将麻醉药通过吸入、肌肉注射、静脉注射等形式注入患者体内，让其能够直接作用于患者的中枢神经。因此，全身麻醉也分为吸入全身麻醉和静脉全身麻醉。全身麻醉又分为插管全身麻醉和不插管全身麻醉。

全身麻醉后，患者基本都会出现呼吸抑制，这时麻醉医生会根据情况给予患者气管插管，然后接呼吸机控制呼吸。在整个手术过程中，患者完全不会知晓，往往就像是睡了一觉。在其“睡觉”的过程中，麻醉医生便会完成自身的职责与使命。手术结束后，患者会进入麻醉复苏阶段，等待患者清醒，拔除气管导管。

麻醉风险

不同类型的麻醉其风险也是不同的。在选用全身麻醉时，麻醉药可能导致患者产生静脉药过敏、吸入药过敏等药物不良反应。在进行气管插管时也可能出现气管痉挛、插管困难等情况。

全身麻醉也可能引发患者血流动力学变化，麻醉药对心脏有一定的抑制作用，因此可能导致患者出现心率减慢、血压降低等情况，这时就需要麻醉医生调整用药。

在选用椎管内麻醉时，也就是半身麻醉

时会阻滞患者的部分交感神经。因此，患者麻醉区域会出现血管扩张的情况，导致患者出现血压下降的情况，若麻醉平面过高，还会影响患者的呼吸、心率，导致患者出现心慌、恶心呕吐、头晕等症状，严重会出现呼吸心跳骤停。在进行椎管内麻醉时通常需要穿刺患者硬脊膜，这就会导致患者的脑脊液出现一定的渗漏，进而导致患者在麻醉后出现头痛等症状。部分患者在术后可能会出现穿刺点疼痛的症状，这种痛觉会在数天内逐渐消失。也有部分患者在术后会有双腿不舒服、麻木的感觉，这种感觉也会在数天内消失。在选用局部麻醉时，患者可能会产生局麻药过敏、局麻药中毒反应，这时候往往需要对患者进行抢救。

患者本身的伴随疾病也可能在局部麻醉、半身麻醉、全身麻醉的刺激下加重，严重者甚至会导致患者脏器功能出现障碍，威胁患者的生命安全。虽然麻醉风险无法避免，但是当前阶段我国麻醉学治疗技术仍在不断发展，麻醉风险也在逐渐减小。

结语

综上，麻醉医生肩负着重大的职责与使命，其工作内容庞杂，绝不是“打一针就可以了”。我们应当通过学习深化自身对麻醉与麻醉医生工作内容的认识与理解，摆脱刻板印象的影响，给予麻醉医生更多的理解与尊重。

