

中西医结合诊治胃食管反流病的临床新进展*

吴文涛¹ 陈晓乐² 胡素芹² 李明彦² 许阳¹ 张勤生^{2Δ}

【摘要】 胃食管反流病(GERD)的发病率近年来不断上升。目前西药对 GERD 的治疗手段主要为抑酸剂、促胃肠动力药与黏膜保护剂联用,然而长期使用抑酸剂不良反应大,特别是对于患有难治性胃食管反流病(RG-ERD)的患者,其症状往往更加严重,且复发率高;GERD 也常伴有抑郁、焦虑等临床症状,对患者的日常生活造成了严重的影响。而中医药在治疗 GERD 方面取得了显著的疗效。因此,在利用西药针对性治疗的同时,结合中医药个体化治疗,可降低 GERD 复发率,减少对抑酸剂的依赖,从而提高患者的生活质量及临床疗效。本文旨在通过对近年来 GERD 文献的归纳总结,从中西医结合的角度详细阐述 GERD 的病因、诊断、治疗,为临床治疗 GERD 提供有价值的参考,力求减轻 GERD 患者身心痛苦,提高生活质量。

【关键词】 胃食管反流病;中西医结合;诊断;治疗;中医辨证分型

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.07.17

【中图分类号】 R573.02 **【文献标志码】** A

The latest progress in diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease by integrated traditional Chinese and Western medicine

WU Wentao¹ CHEN Xiaole² HU Suqin² LI Mingyan² XU Yang¹ ZHANG Qinsheng²

(¹Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, 450046, China; ²Department of Hepatobiliary Spleen and Stomach Diseases, Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, the Second Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine)

Corresponding author: ZHANG Qinsheng, E-mail: hnszqs@163.com

Abstract The incidence rate of gastroesophageal reflux disease(GERD) has been rising in recent years. At present, the main treatment methods for GERD using Western medicine are the combination of acid suppressants, gastrointestinal-motility promoting drugs, and mucosal protectors. However, the long-term use of acid suppressants has significant adverse reactions, especially for patients with refractory gastroesophageal reflux disease(RG-ERD), whose symptoms are often more severe and the recurrence rate is high; GERD is often accompanied by clinical symptoms such as depression and anxiety, which have a serious impact on the daily life of patients. Traditional Chinese medicine has achieved significant therapeutic effects in treating GERD. Therefore, while utilizing targeted treatment with Western medicine, individualized treatment with traditional Chinese medicine can often be combined to reduce the recurrence rate of GERD, reduce dependence on acid suppressants, and improve clinical efficacy and patient quality of life. This article aims to summarize and summarize the literature on GERD in recent years and elaborate on the etiology, diagnosis, and treatment of GERD from the perspective of integrated Chinese and Western medicine, providing a valuable reference for clinical treatment of GERD, Striving to alleviate the physical and mental pain of GERD patients and improve their quality of life.

Key words gastroesophageal reflux disease; integrated traditional Chinese and Western medicine; diagnosis; treatment; traditional Chinese medicine syndrome differentiation

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)通常表现为食管、咽喉等部位的酸、非酸、气体及其他物质的反流,出现反酸、烧心等各种

不适症状,严重者甚至并发食管狭窄等。现代医学将 GERD 分为反流性食管炎(reflux esophagitis, RE)、非糜烂性反流病(non-erosive reflux diseases, NERD)以及 Barrett 食管(Barrett's esophagus, BE)3 种,流行病学研究调查显示,GERD 的患病率占全球人口的 13.3%,在北美占 15.4%,在欧洲占 25.9%^[1],在亚洲占 10%^[2]。

目前在中医方面没有 GERD 的具体病名,但是根据其病机及临床症状可以归为“梅核气”、“噎膈”、“吞酸”、“吐酸”等^[3]。本文通过归纳总结近年

*基金项目:国家中医药管理局中医药循证能力提升项目(No:2019XZZX-XH005);河南省中医药科学研究专项课题(No:2023ZY2074)

¹河南中医药大学(郑州,450046)

²河南省中医院 河南中医药大学第二附属医院肝胆脾胃病科

^Δ审校者

通信作者:张勤生, E-mail: hnszqs@163.com

来的文献,对 GERD 的临床诊疗进行了全面综述,为全面认识 GERD 及现阶段临床诊疗的进展与困境提供参考,也为进一步深入研究 GERD 提供依据。

1 发病因素

1.1 发病机制

导致 GERD 发生的原因与多种因素有关,可分为以下几点:①GERD 发病和年龄呈正相关,年龄越大其发病率越高^[4];②女性由于雌激素的影响,从而导致食管下括约肌(lower esophageal sphincter, LES)松弛,其发病率要高于男性,且在 30~60 岁的女性中更常见^[5];③高脂食物也可引起一过性食管下括约肌松弛(TLESR),从而增加 GERD 的发生风险^[6];④同时酒精可以促进胃酸分泌,降低食管动力性,从而也会提高 GERD 的发病率;⑤腹型肥胖会导致腹内压以及胃-食管压力梯度的增加,也是导致 GERD 发生的重要原因;⑥引起 GERD 的另一主要因素有 TLESR、食管裂孔疝和食管下括约肌压力(LESP)降低^[7]。

另外,防御机制减弱、胃食管交界顺应性增加、食管运动功能障碍等为 GERD 主要的病理学机制。食管运动功能障碍可导致胸痛、胃灼热或吞咽困难等临床症状^[8],RE 患者存在明显的食管运动功能障碍,其中大多数 RE 患者 LESP 降低,存在食管失蠕动和(或)食管远端低幅度蠕动^[9]。另外,食管动力异常也是导致 GERD 发生的重要机制,并且食管损伤程度越大,其动力异常越严重^[10]。

1.2 中医病因病机

本病多由外感、内伤以及先天禀赋不足引起。何聪等^[11]总结朱生樑教授长期治疗 NERD 的患者,从“结、郁、虚”等病机入手,取得了良好的临床疗效。许高凡等^[12]从胃和心的解剖位置、经络系统、五行学说来阐述二者之间的生理病理关系,心主神志,胃主受纳,腐熟水谷,脾主运化,脾胃虚弱,气机升降失常,气血生化失源,心血失于濡养,心气不足,心神失养,母病及子,胃失和降,胃气上逆,二者之间相互联系、相互影响,同时强调调心、安神、和胃。《伤寒论》曰:“上焦得通,津液得下,胃气因和,身濇然汗出而解”。杨竹青等^[13]认为上焦和脾脏的关系十分密切,脾五行属土,为母,肺五行属金,为子,按照五行生克理论,土能生金,所以脾的盛衰会影响肺的功能,在中医治疗中有培土生金法;脾在中焦主运化水液,上输运到肺,经肺宣发肃降,将水液输布至全身,形成良性循环,也就是肺与脾同属水液运化系统,分工合作,可以共同完成机体内的水液循环,津液得下,胃气则和,“肺为贮痰之器,脾为生痰之源”,如果患者脾脏功能出现异常可能会引起肺部异常,如果患者肺脏功能出现问题,也会影响脾脏的功能。

综上,GERD 的主要致病原因是饮食不当、情志失调、外感邪气等,其病位在食管,并与肝、脾、胃、肺、心有着紧密的联系。病机为胃失和降,胃气上逆。

2 诊断

2.1 西医诊断

患者出现烧心、反酸典型临床症状时,可以将 GERD 纳入考虑范围。此外,通过 GERD 问卷量表等检测工具^[14],能够辅助诊断 GERD,并且临床上通过口服抑酸剂开展诊断性试验治疗,也可更好地识别 GERD,目前质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)作为诊断性试验的首选药物,钾离子竞争性酸阻滞剂(P-CAB)在这方面的应用前景也十分广阔^[15]。国外研究表明确诊 GERD 包括 RE(LA-C 级和 D 级)、内镜下出现 BE 黏膜、消化道狭窄或动态幽门螺杆菌(pH)监测下食管远端酸暴露时间(AET)>6%,当内镜检查和 pH 阻抗监测不确定时,活检结果(组织病理学评分、扩张的细胞间隙)和运动评估[高分辨率测压(high resolution manometry, HRM)LES 和食管裂孔疝]可以很大程度上辅助诊断^[16]。24 h pH 阻抗监测有助于诊断 GERD,且结合临床症状能够提高其检出率,帮助患者找出其临床症状的原因,为后续相关治疗提供良好的诊疗依据^[17],通过观察 pH<4 的总体时间、坐姿、躺姿、反流频次、时间和持续时间≥5 min 的频次,也可以帮助判定患者是否患有 GERD^[18]。

HRM 利用导管将信号传输到患者的食管,而实现了对食管和 LES 的精准监控,为 GERD 的早期诊断和治疗提供了重要帮助^[19]。研究显示,将 HRM 与 24 h pH 监测结合起来^[20],诊断 GERD 具有更高的准确性和精确性。王琼等^[21]的研究表明,将唾液中的胃蛋白酶和多通道食管腔内的阻抗 24 MII-pH 值结合起来,可以对 LESP 的变化产生较强的灵敏性,从而可以更好地预防 GERD 的发生,进而改善患者的生活质量。

超声造影技术是一种用来监控食管裂孔、食管腹部、贲门、胃底、胃壁、胃角、胃窦和十二指肠的方法。与传统的内镜检查相比,超声造影技术能够提供快速、准确的监控,并且无疼痛和不良反应,准确度也相对较高^[22]。吴超等^[23]提出食管实时 MRI 可以在很大程度上帮助诊断 GERD,但因其费用昂贵且主观性太强,开展此研究的数量较少,因此,此技术仍需要进一步完善。

2.2 中医辨证分型

根据《胃食管反流病中医诊疗专家共识(2023)》^[24],可以将 GERD 归纳为 7 种证型,分别是肝胃郁热证、胆火上逆证、气郁痰阻证、胸阳不振证、中虚气逆证、脾虚湿热证和胃阴不足证。本病

多以气郁为主,郁而化热,同时兼有阳气虚弱、淤血内阻等病机^[25],多由肝郁气结,横逆犯胃,致胃气上逆所致,且本病缠绵,多为久病,日久以实转虚,血伤入络,辨证为肝气犯胃;吴思霖等^[26]运用清热降逆大发治疗胆热犯胃型 GERD 取得了良好的临床疗效。胃气上逆证^[27]、寒热错杂证^[28]为本病的主要证型;中气不足,运化失职,脾胃虚弱证是本病一大证型^[29]。

中医的辨证思想具有高度的主观能动性,即使同一个病的不同患者在同一个医生治疗下可能有多种证型,即“同病异治”,因此,医生在参考专家共识意见的同时,通过各个大家所分享的医案以及学术思想从而进行总结,再根据自身的临床实践经验,形成自己的辨证思维,以便更准确、更精炼地将其贯彻在临床诊疗当中。

3 治疗

3.1 现代医学治疗方式

GERD 具有持续性、反复性等特点,目前的治疗目标主要包括减少物质反流、抑制胃酸的分泌、提高食管的清除功能以及增强胃黏膜的自我保护等。

3.1.1 一般治疗 良好的生活方式、合理的饮食习惯及情绪稳定均有助于缓解反流症状,且某些生活习惯也会有效缓解 GERD 的临床症状,如在用餐后,不要立即坐下,保持站立姿势;睡前 3 h,应尽量不吃食物,可以降低夜间的胃酸分泌;睡觉时可以抬高床头;应尽量选择低脂肪、低蛋白、低纤维的食物,同时要控制咖啡因、烟酒和辛辣食物的摄入。

3.1.2 药物治疗 目前治疗 GERD 的药物包括 PPI、P-CAB 以及 H₂ 受体拮抗剂(H₂RA)等,PPI 是临床上常用药物,可分为奥美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑、雷贝拉唑、埃索美拉唑以及艾普拉唑 6 种^[30],但长期服用 PPI 可能会引起多种并发症,有 meta 分析显示 PPI 可以降低骨密度,导致骨质丢失,从而增加骨质疏松发生的风险^[31],低镁血症也是 PPI 常见的不良反应^[32],同时也会导致组织病理学改变,出现增生性息肉、胃底腺息肉等^[33]。一项 GERD 临床管理指南也指出 PPI 可导致急慢性肾脏疾病^[34]。相比 PPI,P-CAB 抑酸作用更强,并且具有很好的黏膜愈合率。而 H₂RA 则更适合治疗轻、中度 GERD,但其疗程短、不良反应大、容易产生抗药性,因此在实际治疗过程中使用比 PPI 更为谨慎。因此 GERD 治疗一般选用 PPI 或 P-CAB,疗程通常为 4~8 周。但是,仅依赖于抗酸剂的治疗也只能缓解反酸、烧心等胃部不适的症状,无法彻底治愈 GERD。

硫糖铝、氢氧化铝凝胶等保护胃黏膜类药物可以覆盖受损的黏膜表面,减轻炎症反应,促进愈合,同时也可以阻止胆酸的释放,以达到预期的抗炎效

果。因毒副作用小,安全性高,为国外治疗妊娠期 RE 患者的一线用药。

促动力剂可以作为一种辅助治疗方法来缓解 GERD。目前主要包括多潘立酮、西沙必利、莫沙必利及伊托必利。促动力药不仅能增加 LES 以防止反流,还可增加食管蠕动和胃排空来增强食管清除能力。联合使用抑酸剂和动力剂,目前已成为治疗 GERD 的首选方法。

临床常规抑酸等治疗后症状仍不改善者,可考虑根据其情况联用抗焦虑或抑郁药^[35],如氟哌噻吨美利曲辛片,以提高患者生活质量。对于难治性 GERD(RGERD),特别是具有焦虑抑郁倾向的患者,抗焦虑抑郁治疗可以成为一种有效的治疗方案。

3.1.3 手术治疗 手术治疗包括腹腔镜胃底折叠术、磁性括约肌增强术、减重手术以及 LES 电刺激疗法等。其中,腹腔镜胃底折叠术是最常用的,且受到了广泛的认可^[36]。减重手术目前最常用包括胃切除术和 Roux-en-Y 胃旁路术,但通常会因新发 GERD 或原有 GERD 恶化而变得复杂^[37]。磁性括约肌增强术和 LES 电刺激疗法相比于其他传统手术疗效更好^[38]。

3.1.4 内镜下治疗 内镜下治疗相比手术治疗创伤小,长期临床疗效更好^[39]。当前,治疗方法包括内镜下射频治疗、内镜下贲门松弛紧缩术、抗反流黏膜切除术、经口无切口胃底折叠术、内镜下全层折叠术、内镜黏膜下剥离术、内镜下填充剂注射或植入等,旨在增强括约肌抗反流能力,降低抗酸药物的使用频次,从而改善患者的健康状况。内镜下射频消融术具有良好的长期疗效,对于明确诊断 GERD 且 PPI 治疗有效患者,选择好适应证,内镜治疗是有效途径;在条件允许下可建议内镜治疗改善反流,此方法较腹腔镜手术创伤小,操作方便,但缺乏大量临床病例验证,远期疗效尚不能肯定,其适应证及禁忌证也需充分谨慎评估。

张勤生教授选取 120 例 GERD 患者,采用内镜下贲门松弛紧缩术进行治疗,评估患者术后 GerdQ 评分以及胃食管阀瓣(GEFV)功能对手术的有效性,在术后 1、3、6、12 个月发现 GerdQ 评分较术前显著降低($P<0.01$),特别是在 Hill 分级Ⅲ级中,对所有 GEFV 等级都有效,且内镜下贲门松弛紧缩术具有费用低、时长短、操作简便等优势^[40-41]。有研究在 2008—2020 年对 35 例 GERD 患者实施了 42 次内镜黏膜下剥离术,其临床症状得到了显著改善,且预后良好^[42]。常越等^[43]选取 100 例 GERD 患者分为射频组和套扎组各 50 例,射频组常规射频技术治疗,套扎组行内镜下贲门部套扎紧缩成形术,2 组在术前、术后 6、12 个月进行比较,结果显示套扎组总有效率(98.00%)优于射

频组(76.00%)($P<0.05$),套扎组术后并发症发生率(10.00%)较射频组(34.00%)也明显降低($P<0.05$)。

3.2 中医治疗

3.2.1 中医辨证施治 《胃食管反流病中医诊疗专家共识(2023)》^[24]提到GERD可被划分为7型,针对这些病症,采用柴胡疏肝散加上左金丸的加减,可以有效缓解肝胃郁热证,并抑制胃部反流。小柴胡汤合温胆汤加减能够清胆和胃,减轻腹部的不适感。半夏厚朴汤可消除胸闷,促进消化。枳实薤白桂枝汤(瓜蒌薤白桂枝汤)合小陷胸汤加减可通阳宣痹,降气化痰,针对GERD能够起到很好的临床疗效。旋覆代赭汤与六君子汤则能够有效地疏肝理气、降逆化痰、益气和胃,从而达到治疗的目的。黄连汤中黄连清湿热兼和胃气,全方辛开苦降,调节体内的阴阳平衡;益胃汤养胃阴,能够和胃降逆、生津止渴。除了共识意见以外,现代医家根据自身的临床实践经验,总结出不同的治疗方案。

达郁汤是国医大师张磊教授针对肝胃郁热证型GERD,通过“和法”理念而总结出的经验方,重在畅达肝脾之郁,肝脾之郁化解后则邪去而正安,脏和气顺则病消,对肝胃郁热型GERD有着良好的临床疗效^[44]。朱淑云^[45]擅用半夏泻心汤加味方治疗GERD,且能够有效地改善患者的症状,特别是在治疗寒热错杂证型GERD时,法半夏能够有效地调节体内的阴阳平衡,从而改善患者的症状,通过使用方中党参、苏梗、枳壳、麦冬等药物,可以补气血,有助于病情的恢复。此外,这些药物还能够缓解法半夏和干姜的辛温燥烈,从而达到调节体内的寒热,起到化污泻浊、和胃降逆的功效,同时采用针灸技术来疏通经络,调节阴阳,可有效辅助GERD患者获得更加可靠的治疗效果。龙祖宏教授主张“和法”,使用调胃降逆汤加减治疗脾虚湿热证GERD患者,半年期间患者症状减轻,且无复发^[46]。车慧等^[47]擅用清湿热、健脾胃治疗GERD,用方党参20g,麸炒苍术15g,茯苓30g,法半夏9g等加减治疗2周左右,患者症状明显减轻。

党志博等^[48]通过检索中国知网、万方、维普等数据库对GERD的临床疗效进行meta分析,发现理气降逆法中药复方的临床总有效率较PPI更有优势($P<0.01$),同时理气降逆法中药复方可改善GERD患者的中医证候总积分,降低烧心症状积分,改善反酸症状积分($P<0.01$)。倪晶等^[49]选取66例肝胃郁热证GERD患者为研究对象,将其分为对照组和观察组,对照组服用安慰剂,观察组服用左金丸,治疗8周后观察组的有效率显著高于对照组(87.10% vs 36.67%, $P<0.05$),且观察组的复发率明显低于对照组(22.22% vs 63.64%, $P<0.05$)。王杰等^[50]将74例NERD患者随机分为对

照组和观察组,每组各37例,对照组采用雷贝拉唑钠肠溶片口服,观察组给予柴芍通降方治疗,治疗8周观察组的RDQ量表积分(6.31 ± 5.02 vs 10.89 ± 7.14)、中医临床症状评分(13.75 ± 11.75 vs 25.63 ± 12.92)、GerdQ评分(4.58 ± 3.45 vs 5.60 ± 3.83)较对照组更低($P<0.05$, $P<0.01$)。研究表明小柴胡汤加减在轻、中度GERD中具有增加LESP和减少无效吞咽的作用^[51]。

3.2.2 中成药治疗 临床常用中成药有开胸顺气丸、达立通颗粒、乌贝散、胆胃康胶囊、甘海胃康胶囊等,可制酸止痛,和胃降逆,有效缓解临床症状。

3.2.3 穴位埋线 穴位埋线通过在穴位内注入羊肠线,能有效提高自身免疫,抑制炎症递质释放。长期刺激穴位,效力久,治疗次数少,节约治疗时间,在现代社会医学易于推广应用。其中,可以有效地刺激腹部的经络包括中脘、胃俞、足三里、太溪、天突等。

3.3 针灸治疗

针灸作为中医一项独具特色疗法,被广泛用于临床,也逐渐被国外接受。在针刺作用下,神经末梢受到刺激,影响中枢神经系统对内分泌、免疫等系统的调节,增强机体防御疾病能力^[52]。可以针刺足阳明胃经、任脉、背俞穴等,以调节脏腑气机,使胃气和降,同时影响食管胃肠神经系统,促进食管胃肠排空,增强LES收缩功能,其中,针刺足三里可以调节免疫,促进胃肠运动,改善肠道血液循环,还可以促进组织新生,从而达到修复黏膜的效果。孙千惠等^[53]研究发现,任脉、胃经、督脉腧穴以及特定穴位,尤其是交会穴,是治疗GERD的最佳选择,而且,在配伍腧穴时,以俞募配穴为主,募合配穴为辅,重点强调阴阳的平衡,以达到最佳的治疗效果。

3.4 中西医结合治疗

齐梅等^[54]将进行24h pH阻抗与高分辨率食管测压的80例RGERD患者随机分为观察组(38例)和对照组(37例),观察组给予中药疏肝和胃方(柴胡、香附、枳壳、旋覆花、代赭石、黄连、吴茱萸、焦山栀、煅瓦楞、黄精、浙贝母、厚朴、生姜)联合伏诺拉生片治疗,对照组单用伏诺拉生片治疗。4周后观察组临床总有效率高高于对照组(89.47% vs 62.16%, $P<0.01$)。张辉凯等^[55]将84例GERD患者随机分为对照组(奥美拉唑)和观察组(奥美拉唑+半夏厚朴汤),每组各42例,治疗3周后观察组的临床总有效率(40% vs 32%)优于对照组,且观察组双歧杆菌和乳酸杆菌数量较对照组明显升高($P<0.05$)。黄飞霞等^[56]将68例GERD患者随机分成对照组和观察组,每组各34例,对照组采用PPI艾司奥美拉唑镁肠溶片口服治疗,观察组在对照组的基础上加用栀子厚朴汤、栀子豆豉汤台乌

梅丸(梔子、厚朴、枳实、淡豆豉、甘草、乌梅、党参、黄连、黄柏、当归、干姜、桂枝)化裁治疗,治疗 2 个月后观察组的总有效率明显高于对照组(94.12% vs 76.47%, $P < 0.05$),且观察组的中医症状积以及 RDQ 症状频率积分显著低于对照组($P < 0.05$)。

因此,在中医理法方药的理论指导下,结合西医的针对性治疗,可以提高临床疗效,降低复发率,减少抑酸剂不良反应,从而提高患者生活质量^[57]。虽然中西医结合是大势所趋,但因其结合时间尚短,很多思路与方法还需要不断地实践和探索,我们也要认识到中西医结合的渐进性,仍需要不断地总结理论,探索未来。

4 中西医结合治疗的取舍

对于一些长期服用抑酸剂且停药后易复发者以及内镜下检查贲门松弛(Hill 分级 II 级以上)甚至出现食管裂孔疝的患者单用中药疗效差、易复发,需要行内镜下贲门松弛紧缩术治疗及其他手术治疗。相反,若患者对于抑酸药物产生耐药性,又达不到手术的标准,特别是对于老年患者来说,此时可以选用中药进行辨证治疗。

5 中医治疗优势

①中医以精气、阴阳、五行学说为哲学基础,以整体观念为指导思想,以脏腑经络的生理病理为理论基础,以辨证论治为诊疗特点的学术体系,更具针对性,且具备针灸、推拿、穴位贴敷、中医颗粒剂等多种技术,能够更好地改善患者临床症状、提高临床疗效。

②GERD 患者在外科手术或内镜手术后进行中药调理不仅能够更好改善临床症状,对于预防疾病复发有着显著效果,特别是对于 RGERD 患者,联合中医治疗能够更好地提高临床疗效。

③《素问·四气调神大论》有言:“是故圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱,此之谓也”。概括了中医“治未病”的诊疗原则,强调中医在治疗 GERD 可以有效预防疾病的传变,并且可以预测疾病的发展方向,采取相应措施及时治疗。

6 讨论与展望

GERD 是由于胃内容物反流而导致的。性别、年龄、饮食、情绪等因素直接或间接导致了防御机制减弱、胃食管交界顺应性增加、酸反流增加、反流物对食管的不良影响以及食管动力的异常。通过 PPI 试验性治疗、24 h pH 阻抗检测、内镜检查、HRM、胃充盈超声造影以及胃蛋白酶水平联合 24 MII-pH 进行综合诊断,治疗可采用 PPI 或者 P-CAB 药物,但对于一些停药后易复发尤其是 RGERD 的患者而言可以采用手术治疗和内镜下治疗。目前,中医药治疗 GERD 积累了丰富的经验,具有其独特的优势,中药复发率低,是中医治疗

的优势所在,且中医更注重于理法方药,运用整体观念,辨证论治,衍生出了许多的中医方剂,将脾胃乃至整个消化系统看作一个整体,胃以降为顺,采用理气、清热、化痰、行瘀等治疗手段,在临床上都取得了显著的疗效^[58]。因此,在利用西药针对性治疗的同时,常常结合中医药个体化治疗,可降低 GERD 复发率,减少对抑酸剂的依赖,提高临床疗效和患者的生活质量。

近几年,中西医结合的治疗理念在临床上越来越受到广泛认可和推广,很大程度上改善了患者的生活质量,但目前来说仍存在诸多问题。如中医证型的分型判定标准欠规范化、统一化,数据缺乏高级别证据的支持,深入、系统发掘中药作用机制的研究较少。西医对于诊断 RGERD 方面在国际上仍没有统一标准,特别是在治疗方面,如是选择药物治疗、内镜下治疗还是外科腹腔镜治疗以及中医辨证治疗等方面缺乏统一的认识。临床上,如何将中西医有机地结合,发挥各自优势,互补短处,对治疗 GERD 还有广阔的研究空间,期待今后进行更深入的探讨,为提高中西医结合治疗 GERD 的疗效做出贡献。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Fass R. Gastroesophageal reflux disease[J]. N Engl J Med, 2022, 387(13): 1207-1216.
- [2] 许乐. 中国老年人胃食管反流病专家共识(2023)解读[J]. 老年医学与保健, 2023, 29(5): 876-879.
- [3] 何聪, 许高凡, 周秉舵, 等. 胃食管反流病相关性胸痛之“食心痛”命名及辨治探微[J]. 中医杂志, 2022, 63(5): 425-429.
- [4] 汤浩, 丁海蛟. 胃食管反流病发病因素研究[J]. 临床军医杂志, 2020, 48(6): 746-747.
- [5] Mehta RS, Nguyen LH, Ma WJ, et al. Association of diet and lifestyle with the risk of gastroesophageal reflux disease symptoms in US women[J]. JAMA Intern Med, 2021, 181(4): 552-554.
- [6] 陆喜荣, 杨炜, 张昕琰, 等. 胃食管反流病相关影响因素分析及应对策略[J]. 世界中医药, 2022, 17(15): 2108-2111.
- [7] Savarino V, Marabotto E, Zentilin P, et al. Pharmacological management of gastro-esophageal reflux disease: an update of the state-of-the-art[J]. Drug Des Devel Ther, 2021, 15: 1609-1621.
- [8] Wilkinson JM, Halland M. Esophageal motility disorders[J]. Am Fam Physician, 2020, 102(5): 291-296.
- [9] Zheng Z, Shang YX, Wang N, et al. Current advancement on the dynamic mechanism of gastroesophageal reflux disease[J]. Int J Biol Sci, 2021, 17(15): 4154-4164.
- [10] Kurin M, Adil SA, Damjanovska S, et al. Clinical characteristics of patients with ineffective esophageal motility by Chicago classification version 4.0 compared

- to Chicago classification version 3.0[J]. *J Neurogastroenterol Motil*, 2023, 29(1): 38-48.
- [11] 何聪,周秉舵,朱生樑,等. 朱生樑从“结、郁、虚”论治难治性胃食管反流病胸痛经验[J]. *时珍国医国药*, 2023, 34(1): 195-197.
- [12] 许高凡,李亚鼎,何聪,等. 基于“胃心相关”理论探讨胃食管反流病相关性胸痛中医内涵及发病机制[J]. *北京中医药大学学报*, 2023, 46(5): 705-710.
- [13] 杨竹青,郭敏,王晓鸽,等. 基于“上焦得通,津液得下,胃气因和”探讨胃食管反流病机制[J]. *北京中医药大学学报*, 2023, 46(5): 711-716.
- [14] 梁笑楠,战蓉蓉,张晓岚. 《2020年中国胃食管反流病专家共识》解读[J]. *河北医科大学学报*, 2021, 42(8): 869-871, 925.
- [15] 肖英莲. 胃食管反流病的诊断[J]. *中国医刊*, 2023, 58(3): 236-238.
- [16] Delshad SD, Almarino CV, Chey WD, et al. Prevalence of gastroesophageal reflux disease and proton pump inhibitor-refractory symptoms[J]. *Gastroenterology*, 2020, 158(5): 1250-1261.
- [17] 李波静,田涛,石益海,等. 107例非糜烂性胃食管反流病24h pH阻抗监测特点分析[J]. *上海医药*, 2021, 42(24): 28-32.
- [18] Yadlapati R, Gyawali CP, Pandolfino JE, et al. AGA clinical practice update on the personalized approach to the evaluation and management of GERD: expert review[J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2022, 20(5): 984-994.
- [19] 牛涛,叶婷,王玉玉,等. 高分辨率食管测压对胃食管反流病食管运动功能诊断的应用价值[J]. *宁夏医科大学学报*, 2021, 43(9): 939-943.
- [20] 古岳,雷鸽,刘丽娜,等. 食管高分辨率测压联合24h pH-阻抗监测在评估胃食管反流病严重程度中的应用[J]. *中国临床医生杂志*, 2022, 50(4): 430-434.
- [21] 王琼,董培雯,刘丽,等. 唾液胃蛋白酶水平联合MII-pH预测胃食管反流病患者食管括约肌压力的研究[J]. *现代消化及介入诊疗*, 2022, 27(8): 1034-1037.
- [22] 彭利,王竞宇,郑世成,等. 胃充盈超声造影与内镜检查对胃食管反流病的诊断价值[J]. *西部医学*, 2019, 31(10): 1613-1616.
- [23] 吴超,孙浩然. 食管实时MRI在胃食管反流病中的应用进展[J]. *国际医学放射学杂志*, 2022, 45(1): 80-83.
- [24] 张北华,周秉舵,唐旭东. 胃食管反流病中医诊疗专家共识(2023)[J]. *中医杂志*, 2023, 64(18): 1935-1944.
- [25] 沈晨,陶琳,张声生,等. 调肝理脾方治疗伴无效食管动力的胃食管反流病临床观察[J]. *中华中医药杂志*, 2022, 37(1): 546-550.
- [26] 吴思霖,罗芳芳,王继生,等. 清热降逆汤治疗胆热犯胃型非糜烂性胃食管反流病效果及对反流改善的作用[J]. *中华中医药学刊*, 2022, 40(9): 243-246.
- [27] 苏坤涵,刘万里,杨璐,等. 基于“治未病”思想构建胃食管反流病健康大数据管理平台[J]. *世界科学技术-中医药现代化*, 2020, 22(4): 1068-1074.
- [28] 张敏,王风云,唐旭东,等. 从“治中焦如衡”论治胃食管反流病[J]. *中华中医药杂志*, 2020, 35(2): 660-663.
- [29] 刘莉,谢胜,刘礼剑,等. 胃食管反流病患者血浆代谢组学研究及临床观察[J]. *广西大学学报(自然科学版)*, 2022, 47(1): 254-261.
- [30] Gyawali CP, Kahrilas PJ, Savarino E, et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon consensus[J]. *Gut*, 2018, 67(7): 1351-1362.
- [31] 陈嘉韵,李安安,吕朝晖,等. 长期服用质子泵抑制剂对骨密度和骨代谢影响的Meta分析[J]. *中国组织工程研究*, 2021, 25(17): 2775-2780.
- [32] Gommers LMM, Hoenderop JGJ, de Baaij JHF. Mechanisms of proton pump inhibitor-induced hypomagnesemia[J]. *Acta Physiol (Oxf)*, 2022, 235(4): e13846.
- [33] Kim GH. Proton pump inhibitor-related gastric mucosal changes[J]. *Gut Liver*, 2021, 15(5): 646-652.
- [34] Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, et al. ACG clinical guideline for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease[J]. *Am J Gastroenterol*, 2022, 117(1): 27-56.
- [35] Talley NJ, Zand Irani M. Optimal management of severe symptomatic gastroesophageal reflux disease[J]. *J Intern Med*, 2021, 289(2): 162-178.
- [36] Frazzoni M, Piccoli M, Conigliaro R, et al. Laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease[J]. *World J Gastroenterol*, 2014, 20(39): 14272-14279.
- [37] Ghanem OM, Ghazi R, Abdul Razzak F, et al. Turnkey algorithmic approach for the evaluation of gastroesophageal reflux disease after bariatric surgery[J]. *Gastroenterol Rep*, 2023, 11: goad028.
- [38] Bonavina L, Fisichella PM, Gavini S, et al. Clinical course of gastroesophageal reflux disease and impact of treatment in symptomatic young patients[J]. *Ann N Y Acad Sci*, 2020, 1481(1): 117-126.
- [39] Ota K, Takeuchi T, Higuchi K, et al. Frontiers in endoscopic treatment for gastroesophageal reflux disease[J]. *Digestion*, 2024, 105(1): 5-10.
- [40] Li ZH, Li YL, Wu Y, et al. Endoscopic tightening of the cardia mucosa in gastroesophageal reflux disease: a case series of 120 patients up to 1-year follow-up[J]. *J Clin Transl Res*, 2022, 8(2): 147-151.
- [41] 李振华,张勤生,李明彦,等. 内镜下贲门松弛紧缩术治疗胃食管反流病23例[J]. *世界最新医学信息文摘*, 2022, 22(78): 52-56.
- [42] Ota K, Takeuchi T, Kojima Y, et al. Outcomes of endoscopic submucosal dissection for gastroesophageal reflux disease (ESD-G) for medication-refractory gastroesophageal reflux disease: 35 cases underwent ESD-G including 15 cases followed more than 5 years[J]. *BMC Gastroenterol*, 2021, 21(1): 432.
- [43] 常越,陈希,田永,等. 应用内镜下贲门部套扎紧缩成形术治疗胃食管反流病的临床疗效[J]. *中国内镜杂志*, 2020, 26(9): 19-24.

- [44] 张勤生,吴明阳. 国医大师张磊运用达郁汤治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 中医研究,2021,34(11):72-74.
- [45] 朱淑云. 半夏泻心汤加味方配合针灸治疗胃食管反流病寒热错杂型的疗效及对中医证候、生活质量的影响[J]. 中国全科医学,2019,22(S2):177-179.
- [46] 蔡开莉,周文静,董洁群,等. 龙祖宏教授擅用“和法”治疗胃食管反流病[J]. 时珍国医国药,2020,31(6):1494-1495.
- [47] 车慧,卞立群,王凤云,等. 健脾化湿、清热和胃治疗脾虚湿热型胃食管反流病[J]. 中医杂志,2019,60(24):2143-2145.
- [48] 党志博,罗磊,李梦阁,等. 理气降逆法中药复方治疗胃食管反流病的临床疗效及对复发率的影响的 Meta 分析[J]. 中医杂志,2023,64(12):1225-1234.
- [49] 倪晶,许异川,火龙,等. 左金丸治疗肝胃郁热证胃食管反流病的随机双盲安慰剂对照临床研究[J]. 中国中西医结合消化杂志,2023,31(12):955-960.
- [50] 王杰,孙永顺. 柴芍通降方治疗肝胃不和证非糜烂性反流病的临床疗效观察[J]. 中国中西医结合消化杂志,2023,31(7):545-551.
- [51] Xu LY, Yu BY, Cen LS. New treatment for gastroesophageal reflux disease: Traditional medicine, Xiaochaihu decoction[J]. World J Gastroenterol, 2022, 28(11):1184-1186.
- [52] 潘炜炳,黄雪,张陪,等. 白兴华教授诊治胃食管反流病理念及经验[J]. 中国针灸,2020,40(8):868-872.
- [53] 孙千惠,李婷婷,黄敏婷,等. 基于数据挖掘技术探究国内针刺治疗胃食管反流病的选穴规律[J]. 中国针灸,2020,40(12):1374-1378.
- [54] 齐梅,周悦,张梦圆,等. 疏肝和胃方联合伏诺拉生治疗气郁痰阻型难治性胃食管反流病的临床疗效[J]. 中国实验方剂学杂志,2023,29(24):146-154.
- [55] 张辉凯,罗宏伟,张亚静. 半夏厚朴汤加加减联合奥美拉唑对痰气郁结型胃食管反流患者的临床疗效[J]. 中成药,2021,43(11):3019-3023.
- [56] 黄飞霞,邓明,翁庚民. 梔子厚朴汤、梔子豆豉汤合乌梅丸化裁治疗难治性胃食管反流病的临床观察[J]. 中华中医药学刊,2022,40(3):216-219.
- [57] 张泰,张北华,马祥雪,等. 中西医结合治疗难治性胃食管反流病的优势[J]. 中国中西医结合杂志,2022,42(9):1124-1131.
- [58] 王萍,王凤云,蓝宇,等. 中医药临床优势病种探讨——胃食管反流病[J]. 中国实验方剂学杂志,2023,29(12):199-208.

(收稿日期:2023-11-17)

(上接第 631 页)

- [29] 白敏,成映霞,段永强,等. 香砂六君子汤对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜相关因子水平的影响[J]. 中国中医药信息杂志,2020,27(11):52-57.
- [30] 严安. 基于 Keap1/Nrf2/ARE 轴探讨灭幽汤对 HP 相关性胃炎脾胃湿热证小鼠氧化应激的影响[D]. 长沙:湖南中医药大学,2023.
- [31] 石铨,王茜,刘宇,等. 基于 Keap1/Nrf2/ARE 信号通路探讨半夏泻心汤对慢性萎缩性胃炎大鼠的影响及作用机制[J]. 中国实验方剂学杂志,2021,27(20):31-37.
- [32] 罗伟,刘春雷,王军英,等. 针刺与智能通络治疗仪联合应用对慢性萎缩性胃炎大鼠胃电节律及胃黏膜组织前列腺素 E₂、前列腺素 F_{2α} 的影响[J]. 针刺研究,2014,39(6):482-486.
- [33] 陈璐,汶明琦,王捷虹,等. 调胃饮对慢性萎缩性胃炎大鼠血清胃泌素和前列腺素 E₂ 的调控作用[J]. 西部中医药,2019,32(7):24-28.
- [34] 王坤,马林,汪花,等. 基于缺氧诱导因子-1α 和血管内皮生长因子探讨穴位埋线改善慢性萎缩性胃炎胃黏膜淤血的机制[J]. 针刺研究,2020,45(5):384-388.
- [35] 王浩,方芳,王杰鹏,等. 芍药八味汤对慢性萎缩性胃炎大鼠胃黏膜保护作用的机制研究[J]. 中国中医基础医学杂志,2021,27(4):570-572.
- [36] 白雪峰,谭娟,高枫. 理中汤对慢性萎缩性胃炎模型大鼠胃黏膜保护作用及对 ADAM17、EGFR 蛋白的影响[J]. 中医药导报,2021,27(10):32-36.
- [37] 薛倩倩,秦雪梅,刘月涛. 基于尿液动态轨迹分析的慢性萎缩性胃炎生物标志物的筛选[J]. 中国药理学杂志,2019,54(14):1148-1153.
- [38] 朱景茹,洪银洁,黄婉仪,等. 柴芍六君汤对慢性萎缩性胃炎肝郁脾虚证模型大鼠胃黏膜组织代谢物表达的影响[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2021,23(8):2672-2680.
- [39] 尹鸿智,钟欢,刘倩,等. 基于代谢组学技术探讨针刺对 CAG 大鼠足三里局部穴位组织代谢的影响[J]. 时珍国医国药,2021,32(4):1001-1004.
- [40] 刘霞,余畅,钟欢,等. 基于代谢组学技术研究艾灸“足三里”对慢性萎缩性胃炎大鼠胃组织代谢物的影响[J]. 针刺研究,2019,44(2):113-119.
- [41] 徐珊,王常松,周嘉鹤,等. 慢性萎缩性胃炎不同证型与胃肠激素关系的实验研究[J]. 中华中医药杂志,2007,22(7):448-450.
- [42] 刘远婷,李慧,丁甜甜,等. 加味沙参麦冬汤调节 EGFR/MAPK 信号通路对慢性萎缩性胃炎大鼠的保护作用研究[J]. 吉林中医药,2022,42(7):812-816.
- [43] 李琳慧,付勇,洪恩四,等. 热敏灸对慢性萎缩性胃炎模型大鼠胃肠激素的影响[J]. 江西中医药大学学报,2019,31(6):79-83.

(收稿日期:2023-11-26)