·标准与规范·

消化系统常见病胃食管反流病中医诊疗指南（基层医生版）

中华中医药学会脾胃病分会

李军祥[1]，谢胜[2]，唐旭东[3]，温艳东[4]，王凤云[4]，吕林[4]，王允亮[1]，陈晨[1]，郭一[1]，丁庞华[1]

（[1]北京中医药大学东方医院，北京 100078；[2]广西中医药大学第一附属医院，南宁 530023；[3]中国中医科学院，北京 100700；[4]中国中医科学院西苑医院，北京 100091）

关键词：胃食管反流病；中医；诊疗；指南；基层医生版

基金资助：2017北京市科技计划十病十药项目（No.Z171100001717021），2018北京市科技计划首都特色临床应用研究（No.Z181100001718067）

2018年9月13日在重庆召开中华中医药学会团体标准指南第三次专家论证会，形成《消化系统常见病胃食管反流性病中医诊疗指南（基层医生版）》终稿。前期编写、修改流程见参考文献[1]。

胃食管反流病（gastroesophageal reflux disease，GERD）是临床的常见病、多发病。中华医学会消化病分会曾于2014年组织制定了《2014年中国胃食管反流病专家共识意见》，对胃食管反流病的诊疗起到了一定的规范作用。近年来，随着人们对胃食管反流病认识的提高和内镜与病理诊断技术的进步，有必要对该病的诊疗指南进行修订和更新。本诊疗指南基于现有循证医学证据，充分讨论并结合现有诊疗指南和中医诊疗特点，依据循证医学的原理，广泛搜集循证资料，对胃食管反流病中医诊疗方面形成的主要观点进行总结，以期为胃食管反流病中医药的诊断和治疗提供基于循证医学的建议，规范基层医师中医临床诊疗过程，更好地服务临床与社会。

范围

本指南对胃食管反流病中医临床诊疗实践作了原则性的提示，适用于中医临床医疗工作的基层执业医师。

术语及定义

1. 胃食管反流病　是指胃内容物反流入食管，引起的反流相关症状和（或）并发症的一种疾病。临床上该病分为反流性食管炎、非糜烂性胃食管反流病及Barrett食管。

2. 非糜烂性胃食管反流病　是指存在反流相关的不适症状，但内镜下未见Barrett食管及食管黏膜破损。

3. 反流性食管炎　是指内镜下可见食管远段黏膜破损。

4. Barrett食管　是指食管远段的鳞状上皮被柱状上皮取代。

流行病学特征

胃食管反流病是世界常见疾病，全球不同地区患病率亦不同。近年来，胃食管反流病发病率有逐年上升趋势，据报道，西方国家胃食管反流病发病率增长了5倍左右。我国的胃食管反流病发病率亦呈增加趋势。近期一篇综述中报道北美GERD的发病率高达27.8%，而欧洲高达25.9%[2]。国内基于人群的流行病学调查显示，每周至少1次烧心症状的患病率为1.9%~7.0%。近期国内的一项大型流行病学调查显示，我国有胃食管反流病症状的患者约为3.1%[3]。胃食管反流病已成为中国现代社会常见病、多发病，严重危害人民的身心健康和生活质量，给社会及家庭亦造成了较大的负担。

中医药治疗本病的优势

中医药作为一种综合治疗手段具有一定优势。中医认为胃食管反流病归属于“吐酸”“食管瘅”等范畴。在病因病机方面：饮食不节、情志失调、外邪入侵、起居劳逸不当、素体禀赋不足或久病体虚所致的脾胃虚弱是本病的重要病因。在各种致病因素的作用下，脾气宜升而不升，胃气宜降而不降，肝不随脾升，胆不随胃降，以致胃气上逆，上犯食管而见上腹痛、胸痛、反酸、烧心、嗳气等形成此病。另外，胃气不降，水湿不化，聚为痰浊，上渍于肺，肺失肃降，出现咳嗽、哮喘、咽痛等症。本病的病位在食管和胃，与肝胆脾肺关系密切。本病正虚为本，以脾胃虚损为主；邪实为标，以气郁、食滞、痰凝为主。中医药治疗的目的是控制反流，缓解症状，并进一步巩固疗效，防止复发。

辨证论治是中医临床的特色及核心。刘宏运[4]抓住反流性食管炎主要病机为肝胃郁热、肝胃不和，治则以疏肝健脾治其本，化郁清热治其标，自拟化郁清胃汤治疗，临床总体疗效和胃

通讯作者：李军祥，北京市丰台区方庄芳星园一区6号北京中医药大学东方医院消化科，邮编：100078，电话：010-67689751

E-mail：lijunxiang1226@163.com

镜疗效均优于对照组（奥美拉唑、多潘立酮组）（$P<0.05$）。李淑娥[5]自拟加减旋覆代赭汤治疗本病，结果总有效率为86%，明显优于西药对照组的总有效率76%，中药治疗组疗效明显优于西药对照组。

诊断及特征

1. 西医诊断　参照中华医学会消化病分会《2014年中国胃食管反流病专家共识意见》[6]。结合胃镜、24h食管pH值、食管阻抗pH监测、胆汁反流监测、食管测压等检查及质子泵抑制剂（proton pump inhibitor, PPI）试验综合考虑。

1.1 诊断要点　有典型的烧心和反流症状或有反流相关的食管外症状，如反流相关的咳嗽、哮喘等。临床表现可归纳为以下几个方面：①典型症状：反酸、烧心。②非典型相关症状：嗳气、恶心、上腹不适、上腹痛、胸痛等。③食管外症状：咽部异物感、吞咽困难、吞咽痛、慢性咳嗽、咽喉炎、鼻窦炎、哮喘、反复发作性肺炎及肺间质纤维化、夜间睡眠呼吸暂停及中耳炎等。

1.2 辅助检查

1.2.1 上消化道内镜及病理检查：证实有反流性食管炎或Barrett食管。

1.2.2 PPI试验性治疗：服用标准剂量PPI，疗程1~2周。服药后症状明显改善。

1.2.3 胃食管反流证据的检查：X线片和放射性核素检查证实有黏膜病变、狭窄、食管裂孔疝等。或24h食管pH值、食管阻抗pH监测证实反流存在。

1.2.4 食管测压：证实有反流动力学紊乱基础（食管下段括约肌压力降低、食管清除功能减弱等）。

1.2.5 食管胆汁反流测定：证实有胆汁反流。并注意排除其他引起反流的病理或生理状态，如妊娠、贲门失弛缓症、贲门切除术后、胃次全切除术后、免疫性食管炎、药物性食管炎及食管癌等。

1.3 鉴别诊断

1.3.1 胸痛需与心绞痛鉴别：胃食管反流病引起的胸痛也称食管源性胸痛，需与“卧位性”或“变异性”心绞痛鉴别。以下几点可资鉴别：①典型心绞痛位于中下段胸骨后及心前区，而食管源性胸痛为中下段胸骨后及剑突下。②前者多为压榨样痛、闷痛，后者多为灼痛。③去除诱因、休息、含服硝酸甘油后心绞痛可迅速缓解；食管源性胸痛则休息无效，服用碱性药物、PPI药物或站立时疼痛可缓解。④心电图有无与胸痛发作同步出现的S-T段及T波缺血性改变，心肌酶谱检测有利于心肌梗死的排除。⑤食管X线钡剂造影、内镜、食管下端24h pH值、食管阻抗pH监测或（和）胆汁反流监测、LES压力测定等，可证实胃食管反流病存在与否。

1.3.2 吞咽困难需与食管癌、贲门失弛缓症鉴别：胃食管反流病早期引起食管痉挛，可出现一过性吞咽困难；晚期则因食管壁结缔组织增生致管腔狭窄需与其他原因的吞咽困难相鉴别。①食管癌常表现为由固体-软食-液体渐进性吞咽困难，进展速度较快，常伴明显体质量下降。②食管X线钡剂造影示食管不规则狭窄及管壁僵硬感。内镜及活检对鉴别食管癌与Barrett食管、食管炎有重要价值。③贲门失弛缓症除因食管痉挛或食管扩张诱发胸痛，吞咽困难为其常见症状。

1.3.3 食管外症状需与呼吸系统症状、喉部症状鉴别：胃食管反流病与部分反复发作性哮喘、咳嗽、夜间呼吸暂停、间歇性声音嘶哑、咽部异物感、发音困难、喉痛等鉴别。对难以解释的慢性咳嗽、反复发作性支气管哮喘等，经长期抗炎、解痉等治疗效果不佳的患者，经夜间抬高床头，改善饮食习惯及PPI抗反流治疗2周，症状可以减轻或消失的应疑有胃食管反流病可能，胸片、喉镜、钡剂造影、内镜、24h食管pH值、食管阻抗pH监测等可鉴别。

2. 中医证候诊断

2.1 辨证要点　本病的病位在食管和胃，与肝胆脾肺关系密切。以正虚为本，以脾胃虚损为主；邪实为标，以气郁、食滞、痰凝为主。胃失和降，胃气上逆，水湿不化，聚为痰浊，上渍于肺，导致肺失肃降，同时肝胆气机不畅，郁而发热，横逆犯胃为其重要病机。

2.2 分型

2.1.1 肝胃郁热证：烧心，反酸；胸骨后灼痛，胃脘灼痛，脘腹胀满，嗳气反食，心烦易怒，嘈杂易饥，舌红苔黄，脉弦。

2.1.2 胆热犯胃证：口苦咽干，烧心；脘胁胀痛，胸痛背痛，泛酸，嗳气或反食，心烦失眠，嘈杂易饥，舌红苔黄腻，脉弦滑。

2.1.3 中虚气逆证：泛酸或泛吐清水，神疲乏力；胃脘隐痛，胃痞胀满，食欲不振，嗳气或反食，大便溏薄，舌淡苔薄，脉细弱。

2.1.4 气郁痰阻证：喉不适如有痰梗，胸膺不适；嗳气或反食，吞咽困难，声音嘶哑，半夜呛咳，舌苔白腻，脉弦滑。

2.1.5 瘀血阻络证：胸骨后灼痛或刺痛；背痛，呕血或黑便，烧心泛酸，嗳气或反食，胃脘隐痛，舌质紫暗或有瘀斑，脉涩。

2.1.6 寒热错杂证：餐后反酸，饱胀；胃脘灼痛，胸闷不舒，不欲饮食，身倦乏力，大便溏滞，舌淡或红，脉细滑数。

治疗

1. 一般原则　胃为六腑之一，“六腑以通为用，以降为顺”，故“通降”是治疗该病重要原则。

2. 西医治疗

2.1 改变生活方式：抬高床头、睡前3h不再进食、避免高脂肪食物、戒烟、戒酒、减肥等生活方式的改变可能使部分胃食管反流病患者从中受益。

2.2 抑酸药物治疗

2.2.1 药物类型：治疗胃食管反流病的基本方法是抑制胃酸的分泌。抑制胃酸的药物包括H2受体拮抗剂（H2RA）西咪替丁、雷尼替丁、法莫替丁等和PPI奥美拉唑、兰索拉唑、泮托拉

唑、雷贝拉唑、艾司奥美拉唑等。

2.2.2 初始治疗：PPI是胃食管反流病治疗的首选药物，单剂量PPI治疗无效可改用双倍剂量，一种PPI无效可尝试换用另一种PPI。

2.2.3 递减给药：用PPI和促动力药迅速控制症状，然后再减量维持。

2.2.4 长期治疗：胃食管反流病是慢性病，需要一个长期的治疗过程。应该予以维持、或按需治疗。

2.2.5 夜间酸高分泌现象的治疗：应用PPI标准剂量每日2次，患者胃内pH值夜间仍可以在4.0以下，并能够持续1h以上，这种现象被称为夜间酸高分泌，可加用H2受体拮抗剂。

2.2.6 辅助用药：促动力药可作为抑酸药物治疗的辅助用药。

2.3 手术治疗　当胃食管反流病患者内科治疗失败的时候或食管严重狭窄的时候，可以考虑为胃食管反流病患者进行手术治疗。代表手术方法包括：Nissen手术和Toupet手术、Collis-Belsey手术和Collis-Nissen手术。术后常见的并发症包括腹胀（12%）、吞咽困难（6%），相当一部分患者（11%~60%）术后仍需规则用药。

2.4 内镜治疗　内镜下治疗目前较常用射频治疗，近年内镜下注射治疗、内镜下全层折叠术、胃底折叠术等方法也已在临床逐步开展。伴有异型增生和黏膜内癌的Barrett食管患者，超声内镜检查排除淋巴结转移后，可考虑内镜切除术。

3. 中医内治法

3.1 肝胃郁热证

3.1.1 治法：疏肝泄热，和胃降逆。

3.1.2 推荐方药：柴胡疏肝散合左金丸加减[7~8]（推荐强度：强推荐使用；证据级别：低级别证据）。药物组成：柴胡15g、枳壳10g、白芍（炒）10g、牡丹皮10g、栀子（焦）10g、香附6g、旋覆花9g、赭石10g、黄连6g、吴茱萸1g、甘草6g等。加减：泛酸多者，加煅瓦楞、乌贼骨、浙贝母；烧心重者，加珍珠母、玉竹。水煎服，一日1剂，150mL，一日3次。

3.1.3 中成药：达立通颗粒[7,9]（推荐强度：强推荐使用；证据级别：低级别证据）。药物组成：柴胡、枳实、木香、陈皮、清半夏、蒲公英、焦山楂、焦槟榔、鸡矢藤、党参、延胡索、六神曲（炒）。用法用量：开水冲服，一次1袋，一日3次。

3.2 胆热犯胃证

3.2.1 治法：清化胆热，降气和胃。

3.2.2 推荐方药：小柴胡汤合温胆汤加减[7]（推荐强度：强推荐使用；证据级别：低级别证据）。药物组成：柴胡15g、黄芩9g、人参9g、甘草6g、半夏6g、生姜9g、大枣9g、竹茹15g、枳实9g、陈皮9g、茯苓15g。加减：口苦呕恶重者，加焦山栀、香附、龙胆草；津伤口干甚者，加沙参、麦冬、石斛。

3.2.3 中成药：胆胃康胶囊[7,10]（推荐强度：强推荐使用；证据级别：低级别证据）。药物组成：青叶胆、黄芩、枳壳、柴胡、白芍、泽泻、茯苓、茵陈、淡竹叶、灯心草。用法用量：口服，一次1~2粒，一日3次。

3.3 中虚气逆证

3.3.1 治法：疏肝理气，健脾和胃。

3.3.2 推荐方药：旋覆代赭汤合六君子汤加减[7,11]（推荐强度：强推荐使用；证据级别：低级别证据）。药物组成：旋覆花12g、代赭石6g、人参6g、白术（炒）9g、茯苓9g、半夏6g、陈皮3g、生姜6g、大枣10g、甘草6g。加减：嗳气频者，加砂仁、豆蔻；大便溏薄甚者，加赤石脂、山药。水煎服，一日1剂，150mL，一日3次。

3.3.3 中成药：枳术宽中胶囊[12]（推荐强度：强推荐使用；证据级别：低级别证据）。药物组成：炒白术、枳实、柴胡、山楂。用法用量：口服，一次3粒，一日3次。

3.4 气郁痰阻证

3.4.1 治法：开郁化痰，降气和胃。

3.4.2 推荐方药：半夏厚朴汤加减[7,13]（推荐强度：强推荐使用；证据级别：低级别证据）。药物组成：半夏12g、厚朴9g、茯苓12g、紫苏叶6g、生姜15g。加减：咽喉不适明显者，加苏梗、玉蝴蝶、连翘、浙贝母；痰气交阻明显，酌加苏子、白芥子、莱菔子。水煎服，一日1剂，150mL，一日3次。

3.4.3 中成药：木香顺气丸（颗粒）（推荐强度：弱推荐使用；证据级别：低级别证据）。药物组成：木香、砂仁、醋香附、槟榔、甘草、陈皮、厚朴、枳壳、苍术、青皮、生姜。用法用量：口服，一次1袋，一日2~3次。

3.5 瘀血阻络证

3.5.1 治法：活血化瘀，行气止痛。

3.5.2 推荐方药：血府逐瘀汤加减[7,14]（推荐强度：强推荐使用；证据级别：低级别证据）。药物组成：桃仁12g、红花5g、当归10g、赤芍10g、川芎10g、生地黄10g、桔梗6g、延胡索10g、柴胡9g、枳壳6g、半夏10g、陈皮10g。加减：胸痛明显者，加制没药、三七粉、全瓜蒌；瘀热互结甚者，加牡丹皮、郁金。水煎服，一日1剂，150mL，一日3次。

3.5.3 中成药：康复新液[15]（推荐强度：弱推荐使用；证据级别：低级别证据）。药物组成：美洲大蠊干燥虫体提取物。用法用量：口服，一次10mL，一日3次。

3.6 寒热错杂证

3.6.1 治法：清化湿热，健脾和胃。

3.6.2 推荐方药：黄连汤[7]（推荐强度：强推荐使用；证据级别：低级别证据）。药物组成：黄连9g、甘草9g、干姜9g、桂枝9g、人参6g、半夏9g、大枣10g。加减：大便溏滞严重者，加皂角刺、晚蚕砂、茯苓；胃脘灼痛甚者，加吴茱萸、煅瓦楞、乌贼骨。水煎服，一日1剂，150mL，一日3次。

3.6.3 中成药：荆花胃康胶囊[7]（推荐强度：强推荐使用；证

据级别：低级别证据）。药物组成：土荆芥、水团花。用法用量：口服，一次2粒，一日3次。

4. 针灸治疗　针灸治疗或针药联合治疗同样是治疗胃食管反流病的重要手段，现代针灸机制研究表明，针灸可调节幽门括约肌的功能，防止十二指肠内容物的反流。

体针疗法常用穴位：实证用内关、足三里、中脘；虚证用脾俞、胃俞、肾俞、膻中、曲池、合谷、太冲、天枢、关元、三阴交等，以泻法和平补平泻为主。

康复调摄

1. 情志调摄　胃食管反流患者往往存在一定程度的肝气郁结征，所以保持心情舒畅尤为重要，宜疏导患者，树立积极乐观的心态。

2. 饮食宜忌　对于肥胖的患者，要控制饮食，平衡营养，尽快减轻体质量。

3. 用药指导　避免服用可降低食管下端括约肌张力的药物，如溴丙胺太林、颠茄、阿托品、氨茶碱、烟酸、盐酸维拉帕米片、硝苯地平片、地西泮片等。

4. 起居调摄　由于反流易发生在夜间，睡眠时应抬高床头（约15~20cm）。睡前不进食，餐后避免剧烈运动，避免增加腹压的运动，控制便秘、避免穿紧束腰带等。

项目组长：唐旭东。

指南执笔人员：李军祥、谢胜、唐旭东、温艳东、王凤云、吕林、王允亮、陈晨、郭一、丁庞华。

指南参与专家（按姓氏笔画排序）：丁霞、马群、王邦才、王华宁、王忠、王垂杰、王彦刚、王宪波、王晓素、王捷虹、王敏、戈焰、孔文霞、叶松、叶蔚、田旭东、田耀洲、白光、冯培民、朱西杰、朱莹、任顺平、刘力、刘凤斌、刘华一、刘启泉、刘绍能、刘静生、刘震、吕宾、孙志广、苏娟萍、李吉彦、李延萍、李军祥、李学军、李勇、李艳彦、李振华、李健、李慧臻、杨胜兰、杨晋翔、杨倩、杨翠兰、时昭红、吴耀南、冷炎、汪龙德、汪红兵、沈洪、迟莉丽、张北平、张志华、张烁、张雅丽、陈苏宁、陈涤平、季光、金小晶、周正华、周其华、鱼涛、庞树玲、郑立升、郑昱、郑培永、赵文霞、赵宇明、郝微微、胡玲、胡鸿毅、查安生、钦丹萍、姜莉云、袁红霞、党中勤、徐进康、徐健众、郭晓燕、唐志鹏、黄绍刚、黄适、黄恒青、黄穗平、龚向京、梁超、董明国、蒋健、储浩然、舒劲、曾斌芳、温艳东、谢胜、谢晶日、蔡敏、潘洋、魏玮、孟立娜。

参 考 文 献

[1] 中华中医药学会脾胃病分会.消化系统常见病慢性非萎缩性胃炎中医诊疗指南(基层医生版).中华中医药杂志,2019,34(8):3613-3618

[2] Herregods T V,Bredenoord A J,Smout A J.athophysiology of gastroesophageal reflux disease:New understanding in a new era. Neurogastroenterol Motil,2015, 27(9):1202-1213

[3] He J,Ma X,Zhao Y,et al.A population-based survey of the epidemiology of symptom-defined gastroesophageal reflux disease:the Systematic Investigation of Gastrointestinal Diseases in China.BMC Gastroenterol,2010,10:94.doi:10.1186/1471-230X-10-94

[4] 刘宏运.化郁清胃汤治疗反流性食管炎的临床观察.湖北中医杂志,2011,33(9):44-45

[5] 李淑娥.自拟加减旋复代赭汤治疗胃食管反流病50例.光明中医,2011,26(12):2560-2560

[6] 中华医学会消化病学分会.2014年中国胃食管反流病专家共识意见.胃肠病学,2015,20(3):155-168

[7] 张声生,朱生樑,王宏伟,等.胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017).中国中西医结合消化杂志,2017,25(5):321-326

[8] 杜连平,马启明.柴胡疏肝散合左金丸加减治疗反流性食管炎65例.光明中医,2016,31(21):3081-3082

[9] 张庆,谭小平,王卫政,等.中药达立通颗粒联合质子泵抑制剂治疗胃食管反流病疗效观察.中国中西医结合杂志,2012,32(4):464-467

[10] 周观彦,方海燕,余霞.胆胃康胶囊治疗反流性食管炎临床分析.中国现代药物应用,2010,4(4):158-159

[11] 徐春凤,刘子达.加味香砂六君子汤合旋覆代赭汤治疗反流性食管炎.长春中医药大学学报,2014,30(5):906-907

[12] 聂军,宋斌.枳术宽中胶囊联合雷贝拉唑钠肠溶片治疗脾虚气滞证胃食管反流病50例.中国实验方剂学杂志,2015,21(8):194-197

[13] 陆为民,徐丹华,周晓波.国医大师徐景藩教授诊治胃食管反流病的经验.中华中医药杂志,2013,28(3):703-705

[14] 杨海峰,李利民,王楠楠.血府逐瘀汤加减治疗反流性食管炎伴抑郁40例.河南中医,2016,36(7):1208-1210

[15] 马玉涛,周连泉,于辉.康复新液联合盐酸伊托必利治疗反流性食管炎的疗效评价.中国中西医结合消化杂志,2016,24(2):137-138

（收稿日期：2019年10月29日）