

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2018.03.01

胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2017 年)

中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会

关键词:胃食管反流病;中西医结合;诊疗

中图分类号:R573.9

文献标志码:A

文章编号:1671-038X(2018)03-0221-07

胃食管反流病(Gastroesophageal Reflux Disease, GERD)是消化系统常见病,其发病率有逐年增加的趋势。中国中西医结合学会消化专业委员会于 2008 年上海第 20 届全国中西医结合消化学术会议时起草了胃食管反流病中西医结合诊治方案(试行草案),2009 年南宁第 21 届会议对试行方案进行了进一步修改,2010 年本专业委员会对 GERD 中西医结合诊治方案又进行了再次讨论和修订,形成并公布了“胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见”。近年来,中西医对 GERD 有不少新的研究成果和临床进步,有必要对中西医诊疗共识意见进行更新,以满足提高诊治水平的需要。为此,在充分参考中华医学会消化病学分会 2014 年《中国胃食管反流病共识意见》等基础上,中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会组织全国中西医消化研究领域的专家,对 2010 年公布的“胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见”进行修改,就 GERD 的中医证型、辨证治疗、疗效评定标准等一系列关键问题进行讨论,对 GERD 诊疗方面形成的主要观点进行总结,以 Delphi 法征询意见,并最终形成《胃食管反流病诊疗共识意见》。

1 概念

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease GERD)是胃内容物反流入食管、口腔(包括喉部)或肺所致的不适症状和(或)并发症的一种疾病。内镜检查阴性的 GERD 称非糜烂性反流病(non-erosive reflux diseases, NERD),存在食管黏膜破损称反流性食管炎(reflux esophagitis, RE),如食管下段的复层鳞状上皮被单层柱状上皮替代则称为 Barrett 食管(Barrett's esophagitis, BE)。2014 年中国胃食管反流病专家共识意见将 RE 和 BE 归为 GERD 的并发症^[1]。GERD 属于中医“食管瘿”、“吐酸病”、“嘈杂”等病证范畴,其病位在食管和胃,与肝胆脾肺关系密切,其基本病机概括为肝胆失于疏泄,胃失和降,胃气上逆^[2]。

2 西医诊断

2.1 临床表现

GERD 最常见的典型症状是烧心、反流^[3],烧心为胸骨后烧灼感,反流指胃内容物向咽部或口腔方向流动的感觉。GERD 部分症状不典型,可表现为胸痛、上腹痛、上腹部烧灼感、嗝气,部分无烧心和反流症状^[4-5]。我国报道显示,GERD 患者胸痛和上腹痛的比例分别为 37.6% 和 35.5%^[6]。GERD 所致的胸痛可酷似心绞痛,称为非心源性胸痛,但必须排除心源性胸痛。此外,其可伴随食管外症状,包括咳嗽、咽喉症状、哮喘和牙蚀症等。

2.2 相关检查

食管反流监测是 GERD 有效的检查方法。胃食管反流证据的检查包括食管 pH 监测、食管阻抗-pH 监测和无线胶囊监测。此检测可为 GERD 的诊断及治疗提供客观证据,未使用质子泵抑制剂(Proton pump inhibitors, PPI)者可选择单纯 pH 监测,正在使用 PPI 者则建议进行食管阻抗-pH 监测以评估症状难以控制的原因。一项 Meta 分析提示^[7],应用 PPI 后监测结果表明,疗效欠佳者最常见的为弱酸反流。

对于具有反流症状的初诊患者建议行上消化道内镜检查,该检查有助于确定有无反流性食管炎、Barrett 食管及其它如食管裂孔疝、食管炎性狭窄、食管溃疡、食管癌等。内镜检查正常者不推荐行常规食管活组织检查。

食管钡剂造影对 GERD 的诊断敏感性较低,如患者不存在吞咽困难等症状,不推荐做该项检查。

下食管括约肌测压可用于术前评估食管动力状态,不建议作为 GERD 的诊断手段。

频繁发作的胸痛应作相关检查,以除外心绞痛及其他疾病。

2.3 诊断

2.3.1 诊断思路 ①对疑诊 GERD 的患者主要进行上消化道内镜检查、PPI 试验,必要时可进行食管 pH 监测、食管阻抗-pH 监测、无线胶囊监测等检查,并应注意与功能性烧心相鉴别。②以不典型症

状或食管外症状为主要表现者,应在排除相关原发病基础上,进行 GERD 的诊断。存在上腹痛、上腹部烧灼感、嗝气等症状时应进行上消化道内镜、彩超、腹部 CT 等相关检查以排除胃炎、消化性溃疡、功能性消化不良、肝胆胰疾病、甚至消化道肿瘤等病变。胸痛应注意排除心源性胸痛和其它非心源性胸痛(食管动力障碍性疾病如胡桃夹食管等)后进行 GERD 相关诊断流程;存在咳嗽、咽喉症状、哮喘和牙蚀症等必要时需呼吸、耳鼻喉、口腔等专科协助诊断。③经上消化道内镜检查阴性的 GERD 为 NERD,存在食管远段黏膜破损的为 RE,经病理证实食管远段鳞状上皮被柱状上皮取代者为 BE。

2.3.2 诊断方法 ①PPI 试验简便、有效,可作为 GERD 的初步诊断方法,对于拟诊患者或疑有反流相关食管外症状的患者,尤其是消化内镜检查阴性时,可采用 PPI 诊断性治疗,服药后如症状明显改善则支持酸相关 GERD 的诊断。食管反流监测是 GERD 有效的检查方法。对于具有反流症状的初诊患者建议行上消化道内镜检查。如患者不存在吞咽困难等症状,不推荐做食管钡剂造影检查。不建议将下食管括约肌测压作为 GERD 的常规诊断手段。②内镜检查是确诊反流性食管炎的主要方法,反流性食管炎的严重程度常用洛杉矶分类法分级。正常:食管黏膜无破损;A 级:食管黏膜有破损,但无融合,病灶长径 <0.5 cm;B 级:食管黏膜有破损,病灶长径 >0.5 cm,但无融合;C 级:食管黏膜破损且有融合,范围 $<$ 食管周径的 75%;D 级:食管黏膜有破损且有融合,范围 $>$ 食管周径的 75%。③Barrett 食管主^[8]要表现为 GERD 的症状,但流行病学资料显示,近 40% 的患者无 GERD 症状,其诊断主要根据内镜检查和食管黏膜活检。内镜检查正常时,鳞柱状上皮交界(SCJ)在食管下段形成界限清楚的齿状线即“Z 线”与内镜下胃食管交界标志(EGJ)一致。发生 BE 时 Z 线上移,遗留柱状上皮或 Z 线上方出现的柱状上皮黏膜,内镜可分为全周型、岛型和舌型。长段 BE 为化生上皮累及食管全周且长度 ≥ 3 cm,短段 BE 为化生上皮未累及食管全周或累及食管全周,但长度 <3 cm。病理组织分型为 a 贲门腺型、b 胃底腺型、c 特殊肠化生型,可伴有异型增生。内镜和病理活组织检查监测 Barrett 食管是目前唯一证据相对充足的随访方法。④双倍剂量 PPI 治疗 8~12 周后烧心和(或)反流等症状仍无明显改善为难治性 GERD^[9]。难治性胃食管反流病可能与持续酸反流、抑制胃酸分泌不足、非酸反流、食管黏膜完整性持续被破坏及对酸、弱酸和(或)气体反流的食管高敏感性有关。也可能与不正确的用药时

间,患者的用药依从性差、病理性酸反流、PPI 快代谢、高分泌状态、巨大食管裂孔疝等有关。非反流相关疾病如功能性烧心、功能性胸痛、食管运动障碍综合症等也可出现难治性 GERD 的临床表现。食管 pH 监测是评估难治性 GERD 的重要手段。PPI 停药后或用药时均可进行 pH 监测。食管阻抗-pH 监测可检测到所有反流事件,包括酸、弱酸和气体反流等,因此应用价值更高。Mainie 等^[10]和 Zerbib 等^[11]的研究提示,每日 2 次应用 PPI 时进行 24 h 食管阻抗-pH 监测发现,50%~60% 的患者无反流相关症状,30%~40% 的患者的症状与非酸反流相关,约 10% 的患者有酸反流相关症状。⑤胃食管反流可致哮喘、慢性咳嗽及喉炎,对不明原因的哮喘、慢性咳嗽及喉炎患者,如有典型反流症状,可行 PPI 试验。对 PPI 治疗无效的食管外症状患者,应进一步排除食管裂孔疝等。并可由相应专科评估以除外如咽喉及肺部等其他疾病。

3 中医辨证

(1)肝胃不和证

主症:①反酸;②胸胁胀满;③嗝气;④腹胀。

次症:①纳差;②情绪不畅则加重;③恶心欲吐;④胸闷喜太息。

舌脉:舌质淡红,舌苔白或薄白,脉弦。

证型确定:具备主症 2 项和次症 1 或 2 项,参考舌脉象。

(2)肝胃郁热证

主症:①反酸;②胸骨后灼痛;③嘈杂。

次症:①心烦易怒;②两胁胀满;③口干口苦;④大便秘结。

舌脉:舌质红,舌苔黄,脉弦滑。

证型确定:具备主症 2 项和次症 1 或 2 项,参考舌脉象。

(3)中虚气逆证

主症:①反酸;②泛吐清涎;③嗝气;④胃脘隐痛。

次症:①食少纳差;②胃脘痞满;③神疲乏力;④大便稀溏。

舌脉:舌质淡红,苔薄白或白腻,脉沉细或细弱。

证型确定:具备主症 2 项和次症 1 或 2 项,参考舌脉象。

(4)气郁痰阻证

主症:①咽喉不适如有痰梗,情志不畅则加重;②胸膈不适;③烧心反酸。

次症:①嗝气或反流;②声音嘶哑;③胃脘胀满;④精神抑郁。

舌脉:舌质淡红,舌苔腻或白厚,脉弦滑。

证型确定:具备主症2项和次症1或2项,参考舌脉象。

(5)气滞血瘀证

主症:①反酸时久;②胸骨后刺痛或疼痛部位固定;③吞咽困难。

次症:①嗝气;②胸胁胀满;③呕血便血;④情绪不畅则加重。

舌脉:舌质暗或有瘀斑,舌苔白,脉弦细或弦涩。

证型确定:具备主症2项和次症1或2项,参考舌脉象。

(6)寒热错杂证

主症:①胸骨后或胃脘部烧灼不适;②反酸或泛吐清水;③胃脘隐痛,喜温喜按。

次症:①食欲不振;②神疲乏力;③肠鸣便溏;④手足不温。

舌脉:舌质红,苔白,脉虚弱。

证型确定:具备主症2项和次症1或2项,参考舌脉象。

4 治疗

4.1 治疗原则

GERD的治疗应根据病情采用综合性和个体化的治疗原则,治疗目标为减轻或缓解患者临床症状,改善生活质量,防止食管狭窄、出血、癌变等并发症的发生。

4.2 西医治疗

(1)生活方式的改变,如减肥、抬高床头、戒烟等对GERD可能有效。避免睡前进食、避免食用可能诱发反流症状的食物,如咖啡、巧克力、辛辣或酸性食物、浓茶、高脂饮食等。

(2)PPI是治疗GERD的首选药物。PPI单剂量治疗无效时可改用双倍剂量,一种PPI无效可尝试换用另一种PPI,PPI疗程应至少8周。对于合并食管裂孔疝及重度食管炎(LA-C和LA-D级)患者,PPI剂量通常应加倍。

(3)Barrett食管主要是控制胃食管反流的不适症状,推荐使用PPI常规量,足疗程应用。对Barrett食管不伴异型增生患者每2年复查1次胃镜,如2次均无异型增生和早癌,则每3年一次胃镜检查。轻度异性增生第1年应每6个月复查1次胃镜,如无进展可每年1次。重度异型增生建议胃镜或手术治疗,或密切随访,每3个月1次胃镜检查。对重度异型增生及癌变者可采用内镜下微创治疗或外科手术治疗。

(4)对于药物治疗无效GERD患者或需长期服药的患者,可考虑外科或内镜治疗。目前最常用的抗反流手术术式是腹腔镜胃底折叠术^[12]。内镜治

疗手段主要采用射频治疗、注射或植入技术及经内镜腔内胃食管成形术,内镜治疗GERD的长期有效性有待进一步证实。合并食管狭窄的患者经扩张后需PPI维持治疗,以改善吞咽困难的症状和减少再次扩张的需要。

(5)维持治疗方法包括按需治疗及长期治疗。NERD、轻度食管炎(LA-A、LA-B级)患者可采用按需治疗。PPI停药后症状复发、重度食管炎(LA-C、LA-D级)患者通常需要PPI长期维持治疗。PPI为首选药物,亦可选用抗酸剂。维持治疗的方法有3种①原剂量或减量维持:维持原剂量或减量应用PPI,每日1次;②间歇用药:PPI原剂量,隔日1次,如反复应增至足量;③按需治疗:PPI原剂量,仅用于出现症状,缓解后即停药。采用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。

4.3 中医药治疗

4.3.1 中医辨证治疗

(1)肝胃不和证

治法:疏肝理气,和胃降逆。

方药:柴胡疏肝散加减(《景岳全书》),药用柴胡、白芍、陈皮、枳实、香附、川芎、海螵蛸、浙贝母等。

加减:胸骨后或胃脘部疼痛者,加川楝子、延胡索行气止痛;大便秘结者,加火麻仁、决明子泻热通便;嗝气频作者,加砂仁、旋覆花下气降逆;伴脘腹胀满者,加厚朴、佛手行气除满;反酸烧心甚者,加龙胆草清肝泻火。

(2)肝胃郁热证

治法:清肝泻火,和胃降逆。

方药:左金丸合大柴胡汤加减(《丹溪心法》、《伤寒论》),药用黄连、吴茱萸、柴胡、黄芩、半夏、白芍、枳实、浙贝母、煅瓦楞子、大黄等。

加减:大便秘结者,加决明子、全瓜蒌泻热导滞;反流味苦者,加龙胆草、旋覆花清胆和胃。

(3)中虚气逆证

治法:和胃降逆,健脾益气。

方药:六君子汤合旋覆代赭汤加减(《医学正传》、《伤寒论》),药用党参、茯苓、炒白术、半夏、陈皮、生姜、旋覆花、代赭石等。

加减:呕吐清水者,加竹茹、生姜和胃止呕;神疲乏力,大便溏薄者,加(炮)干姜温中补虚;胀连肋肋或背痛者,加川楝子、延胡索行气止痛。

(4)气郁痰阻证

治法:化痰祛湿,和胃降逆。

方药:温胆汤合半夏厚朴汤加减(《三因极一病证方论》、《金匱要略》),药用陈皮、法半夏、茯苓、生

姜、竹茹、炒枳实、厚朴、苏梗、旋覆花等。

加减:心神失养者,加炙甘草、浮小麦、大枣以甘缓养心;咽部红肿、痒痛者,加金银花、连翘、板蓝根清热利咽。

(5)气滞血瘀证

治法:疏肝理气,活血化瘀。

方药:血府逐瘀汤加减(《医林改错》),药用柴胡、赤芍、枳壳、桔梗、牛膝、当归、川芎、桃仁、红花、地黄、旋覆花、郁金、煅瓦楞子等。

加减:胸痛明显者,加丹参、降香、(炙)乳香、(炙)没药活血化瘀;呕血便血者,加三七粉、白及、仙鹤草活血止血;吞咽困难者,加威灵仙、王不留行破瘀开咽。

(6)寒热错杂证

治法:辛开苦降,和胃降气。

方药:半夏泻心汤加减(《伤寒论》),药用法半夏、黄连、黄芩、干姜、煅瓦楞子、陈皮、茯苓、吴茱萸、白术、海螵蛸、浙贝母等。

加减:腹泻便溏者,加山药、炒薏苡仁健脾渗湿止泻;不寐者,加合欢皮、夜交藤养血安神;胸痛重者,加川楝子、延胡索行气止痛。

4.3.2 中成药治疗

(1)气滞胃痛颗粒^[13-14]:柴胡、延胡索(炙)、枳壳、香附(炙)、白芍、甘草(炙)。具舒肝理气,和胃止痛之功。适于肝气犯胃证(肝郁气滞)。5 g/次,3次/d,冲服。

(2)达立通颗粒:柴胡、枳实、木香、陈皮、清半夏、蒲公英、山楂(炒焦)、焦槟榔。具清热解郁,和胃降逆,通利消滞之功。适用于肝胃郁热证。6 g/次,3次/d,饭前冲服。

(3)荆花胃康胶丸:土荆芥、水团花。具理气散寒,清热化瘀之功。适用于寒热错杂证。2粒/次(160 mg),3次/d,饭前口服。

(4)越鞠丸类:香附(醋制),川芎,栀子(炒),苍术(炒),六神曲(炒)。具有疏肝解郁、理气宽中,消痞之功,适用于气郁痰阻证。6~9 g/次,2次/d,口服。

(5)左金丸类:黄连,吴茱萸。具泻火,疏肝,和胃,止痛之功。适于肝胃郁热证。3~6 g/次,2次/d,口服。

(6)胃逆康胶囊:柴胡(醋)、白芍、枳实、黄连、川楝子、半夏(制)、陈皮、吴茱萸、莪术、瓦楞子(煅)、蒲公英、甘草。具有疏肝泄热,和胃降逆,制酸止痛之效。适于肝胃郁热证。1.6 g/次,3次/d,饭前口服。

4.3.3 中医特色治疗 针刺疗法、推拿疗法、穴位

贴敷疗法、穴位注射疗法、按压、灸法、穴位埋线等对于GERD治疗有一定效果,其临床疗效确切性及长期有效性有待进一步验证。

(1)针刺治疗:采用电针治疗,取穴:膻中、天突、中脘、期门、足三里、内关、太冲。操作方法患者仰卧,局部常规消毒,取28~30号毫针,天突穴先直刺0.2寸,然后将针尖转向下方,紧靠胸骨后方,刺入1寸,膻中穴,期门平刺0.5寸,中脘直刺1寸,足三里直刺1.5寸,内关、太冲直刺1寸,以上穴位得气后,通电针治疗,采用连续波,根据患者的耐受程度,调整电流强度,逐渐增大,以所刺穴位颤动为度,每次治疗时间30 min,每日1次,14次为1个疗程^[15]。或取双侧足三里、上巨虚、下巨虚、阳陵泉、委中、委阳,针刺部位常规消毒后,采用0.35 mm×40 mm毫针进行针刺,针刺手法选用迎随补泻法,即针刺足三里、上巨虚、下巨虚时针尖向下斜刺35 mm,由徐到疾,捻转速度约为150转/min,高频捻转1~2 min;针刺阳陵泉时针尖向上斜刺30 mm,由徐到疾,捻转速度约为120转/min,高频捻转2~3 min;针刺委中时针尖向上逆膀胱经脉走向斜刺35 mm;针刺时委阳针尖顺膀胱筋脉走向斜刺35 mm。以针下沉紧、患者自觉酸胀得气为准,留针30 min,每日1次,共治疗4周^[16]。

(2)推拿疗法:部位选上腹部、神阙穴及周围、背部夹脊穴,具体操作:①患者取仰卧位,两手自然放在身体两旁,医者立于患者左侧,用摩法或揉法,按顺时针方向在上腹部神阙穴及周围反复操作20~30次,腹部手法要深透有力,以患者自感腹部出现灼热即可。②令患者取坐位,医者立于患者背后,用双手捏、拿、提脊柱两侧的夹脊穴,从下至上反复操作20~30次,以皮肤潮红为度。

(3)穴位贴敷疗法:以中药脐疗,组方为生大黄、干姜、丁香、乌药、木香、肉桂、姜半夏、冰片,按照一定比例配成中药贴剂,每次取5 g,每日用药1次^[17]。或以壮药穴位贴敷,药方组成:八角茴香30 g,两面针30 g,穿破石30 g,丁香10 g,吴茱萸10 g,肉桂30 g,香附30 g,沙姜30 g,加工方法把上述药物粉碎后,过筛,加入鲜姜汁调和成膏状,选穴:脾俞、胃俞、膈俞、三焦俞、天枢、足三里、气海穴,每日换药一次,以4周为1疗程^[18]。

(4)穴位注射疗法:半夏泻心汤加味口服同时给予维生素B6注射液每穴50 mg,双足三里穴位注射,隔日1次,连续治疗4周^[19]。

(5)穴位按压法:耳穴按压治疗,以75%乙醇对耳廓进行皮肤消毒,按耳穴定位标准,取神门、皮质下、小肠、大肠、胃等穴,行王不留行籽,定位后用拇

指、食指进行按压治疗,各穴位1~2 min,每天3次,共治疗10天^[20]。取患者双侧缺盆、气舍、水突、气户、公孙、肝俞、足三里、脾俞、胃俞、委中、太溪、期门、行间、太冲等穴位,以及气海、膻中、中脘等穴位,先后进行揉法、点按法操作,每次操作30 min,每日2次,上、下午各1次,连续治疗8周为1个疗程^[21]。

(6)热敏灸疗法:探测足阳明胃经穴位,以及中脘、天枢两水平线间区域。手持点燃的艾条,在距离选定部位的3 cm高度实施温和灸,当患者感到热感从皮肤表面向深层穿透或扩散、传热等时,即腧穴热敏化现象,该探测点即为热敏点。然后分别在热敏点上施行温和灸,直至透热、扩热,甚至感传现象消失为一次施灸剂量。施灸时间一般以热敏穴的透热、扩热或传热现象消失为标准,时间5~55 min,每日1次,连续治疗14天为1个疗程^[22]。

(7)穴位埋线疗法:将00号医用羊肠线剪成长约1 cm的线段若干,浸泡在75%的酒精内备用。在无菌条件下,将羊肠线从针尖入口处穿入一次性注射器针头,将0.30 mm×40 mm长针灸针从注射针的针尾插入。准确定位双侧脾俞穴、胃俞穴、肝俞穴、胆俞穴、足三里穴,常规消毒局部皮肤,将注射针刺入穴位所需深度,出现针感后轻推针灸针,同时退出注射针,将肠线埋入穴位内,局部以无菌干棉球按压片刻即可,每周1次,连续6周^[23]。

4.4 中西医结合诊治要点

4.4.1 重视饮食、情绪、行为方式的调整 饮食方面,注意戒烟限酒,避免睡前进食、避免浓茶、咖啡、巧克力、薄荷、留兰香、过甜过咸高脂饮食等;情绪方面,注意避免长时间处于抑郁、焦躁等不良情绪状态;行为方式方面如注意保持健康体重、抬高床头。

4.4.2 针对GERD不同类型和合并症进行治疗 在应用PPI及中药辨证论治的基础上,针对RE治疗,可考虑重点针对食管粘膜损伤选用中药促进创面愈合;针对BE治疗,可考虑结合活检病理结果,选用对异型增生有治疗效果中药;针对NERD治疗,重点针对内脏高敏感的中药进行治疗;针对食管狭窄,在扩张治疗之外,可考虑运用中药活血化瘀散结中药进行治疗。

4.4.3 难治性胃食管反流病的治疗 减肥对症状缓解有一定的疗效。PPI是主要治疗药物,增加PPI剂量,更换PPI种类可提高部分患者疗效,采用藻酸盐、对夜间酸突破患者应用H₂受体拮抗剂也可使部分患者受益^[24-25]。研究表明,腹腔镜下胃底折叠术可有效改善酸及弱酸反流,术后有较高的症状缓解率^[26],但尚无高质量的对照试验评价抗反流手术的治疗效果,选择时需慎重。对非酸反流者不建

议手术治疗。巴氯芬可通过减少tLESR而改善GERD症状,但因其耐受性差而临床应用受限。中西医结合治疗有利于改善难治性胃食管反流病的症状与生活质量等。

5 疗效评定标准

中西医结合治疗本病可以明显改善患者生活质量、提高临床疗效,因此建立统一的疗效评价标准,对指导临床诊疗具有积极作用。

5.1 症状程度分级和评分标准^[27]

0级(0分):无不适;I级(1分):症状不明显,在医生提示下发现;II级(2分):症状介于I级和III级之间;III级(3分):症状明显,影响日常生活,偶尔服药;IV级(4分):症状介于III级和V级之间;V级(5分):症状非常明显,影响日常生活,需长期服药治疗。

5.2 症状发作频率的记分标准^[27]

无症状0分;每周<1 d、1 d、2~3 d、4~5 d和几乎每天,分别计作1~5分。

5.3 每种症状积分^[27]

为每种症状评分+每种症状发作频率评分,每种症状积分最高为10分;每个患者的症状总积分:为每种症状积分相加的分数。

5.4 症状疗效评价标准^[28]

显效:临床症状积分降低>80%;有效:临床症状积分降低>50%;无效:临床症状积分降低≤50%。

5.5 食管炎内镜下疗效评价标准^[28]

食管炎消失者为治愈,改善≥1个级别为有效,改善不明显者为无效。

5.6 中医证候疗效评价

疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。所有症状均分为无、轻、中、重四级,主证分别记0、2、4、6分,次证分别记0、1、2、3分。临床痊愈:主要症状、体征消失或基本消失,疗效指数≥95%;显效:主要症状、体征明显改善,70%≤疗效指数<95%;有效:主要症状、体征明显好转,30%≤疗效指数<70%;无效:主要症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数<30%。

5.7 单项中医症状疗效评价

症状分级方法,0级:无症状,0分;1级:症状轻微,不影响日常生活,1分;2级:症状中等,部分影响日常生活,2分;3级:症状严重,影响到日常生活,难以坚持工作,3分。显效:原有症状消失;有效:原有症状改善2级;进步:原有症状改善1级;无效:原有症状无改善或原症状加重。

5.8 生存质量评价

对部分伴有精神心理GERD患者,建议采用

Hamilton 焦虑 (HAMA) 及 Hamilton 抑郁 (HAMD)量表对进行测评。

项目负责人:李军祥、陈 諝

共识意见执笔人:李 岩、李军祥

参与本共识意见专家如下(按姓氏笔画排名):

王长洪、王彦刚、甘 淳、冯五金、冯培民、吕冠华、吕 宾、朱金水、任顺平、危北海、刘冬梅、刘成海、刘绍能、江学良、孙 聪、劳绍贤、苏娟萍、李天望、李军祥、李 岩、李茁然、李冠华、李道本、杨春波、杨胜兰、肖 冰、时昭红、吴云林、何晓晖、沈 洪、沈 薇、张万岱、张荣华、陈治水、陈 諝、林寿宁、周正华、赵洪川、胡 玲、柯 晓、姚希贤、姚树坤、徐克成、唐旭东、唐艳萍、梁 健、琚 坚、智发朝、谢 胜、谢晶日、窦永起、潘 洋、魏 玮、魏品康

参考文献

[1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(11):1550-1553.

[2] 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[J]. 胃肠病学, 2015, 20(3):155-168.

[3] Vakil N, van Zanten S V, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus[J]. Am J Gastroenterol, 2006, 101(8):1900-1920.

[4] Eggleston A, Katelaris P H, Nandurkar S, et al. Clinical trial: the treatment of gastro-oesophageal reflux disease in primary care—prospective randomized comparison of rabeprazole 20 mg with esomeprazole 20 and 40 mg[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2009, 29(9):967-978.

[5] Gerson B, Kahrilas P J, Fass R, et al. Insights into gastroesophageal reflux disease-associated dyspeptic symptoms[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2011, 9(10):824-833.

[6] 邹多武, 许国铭. 胃食管反流病患者夜间反流与睡眠障碍情况调查[J]. 中华消化杂志, 2007, 27(12):828-831.

[7] Boeckxstaens G E, Smout A. Systematic review: role of acid, weakly acidic and weakly alkaline reflux in gastroesophageal reflux disease[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2010, 32(3):334-343.

[8] 中华医学会消化病学分会. Barrett 食管诊治共识[J]. 胃肠病学, 2011, 16(8):485-486.

[9] Fock K M, Talley N, Goh K L, et al. Asia-Pacific consensus on the management of gastro-oesophageal reflux disease: an update focusing on refractory reflux disease and Barrett's oesophagus[J]. Gut, 2016, 65(9):1402

-1415.

[10] Mainie I, Tutuian R, Agrawal A, et al. Combined multichannel intraluminal impedance-pH monitoring to select patients with persistent gastro-oesophageal reflux for laparoscopic Nissen fundoplication[J]. Br J Surg, 2006, 93(12):1483-1487.

[11] Zerbib F, Roman S, Ropert A, et al. Esophageal pH-impedance monitoring and symptom analysis in GERD: a study in patients off and on therapy[J]. Am J Gastroenterol, 2006, 101(9):1956-1963.

[12] Wileman S M, Mc Cann S, Grant A M, et al. Medical versus surgical management for gastro-oesophageal reflux disease (GERD) in adults[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2010, 17(3):CD003243.

[13] 张丽贤, 袁双珍, 陈玉梅, 等. 中西医结合治疗对胃食管反流病食道动力及酸反流的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(23):205-208.

[14] 段国辉, 叶敏. 气滞胃痛颗粒联合奥美拉唑胶囊治疗胃食管反流病肝胃不和证临床观察[J]. 新中医, 2015, 47(5):78-80.

[15] 李娟. 电针推拿结合药物治疗非糜烂性胃食管反流病临床观察[J]. 山西医药杂志, 2013, 42(3):328-329.

[16] 孙梦娟, 孙晓伟, 张攀. 迎随补泻法针刺下合穴治疗胃食管反流病疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2017, 36(1):60-63.

[17] 徐伟. 中药脐疗治疗脾胃虚寒型反流性食管炎的临床研究[D]. 南京中医药大学, 2011.

[18] 周燕萍. 壮药穴位贴敷治疗中虚气逆型胃食管反流病 30 例疗效观察[J]. 中国民族民间医药, 2016, 25(22):83-84.

[19] 王捷虹, 张咏梅, 王沧文, 等. 半夏泻心汤加味配合穴位注射治疗胃食管反流病 56 例[J]. 四川中医, 2013, 31(2):92-94.

[20] 林智勇. 柴胡疏肝散加减配合耳穴按压治疗肝胃不和型胃食管反流病临床研究[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(4):150-151.

[21] 梁尧, 李洁. 指针疗法治疗反流性食管炎疗效观察[J]. 广西中医药, 2010, 33(1):27-28.

[22] 王莹, 彭伟. 针刺配合热敏灸治疗胃食管反流病 50 例[J]. 河南中医, 2016, 36(2):346-347.

[23] 宁庆云, 李灿, 胡雄丽, 等. 柴胡桂枝干姜汤联合穴位埋线疗法治疗寒热错杂型胃食管反流病 32 例[J]. 河南中医, 2014, 34(1):22-24.

[24] Fass R, Murthy U, Hayden CW, et al. Omeprazole 40 mg once a day is equally effective as lansoprazole 30 mg twice a day in symptom control of patients with gastro-oesophageal reflux disease (GERD) who are resistant to conventional-dose lansoprazole therapy—a prospective, randomized, multi-centre study[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2000, 14(12):1595-1603.

- and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research(CDER). Guidance for industry: irritable bowel syndrome-clinical evaluation of drugs for treatment. May 2012.
- [12] Drossman D A. 罗马Ⅲ:功能性胃肠病[M]. 3版. 北京:科学出版社, 2008:707-707.
- [13] Francis C Y, Morris J, Whorwell P J. The irritable bowel severity scoring system:a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 1997, 11(2):395-402.
- [14] Patrick D L, Drossman D A, Frederick I O, et al. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome:development and validation of a new measure [J]. *Dig Dis Sci*, 1998, 43(2):400-411.
- [15] 李红缨, 高丽, 李宁秀. IBS-QOL 专用量表在肠易激综合征患者中的运用[J]. *中国循证医学杂志*, 2004, 4(12):875-877.
- [16] Huang W W, Zhou F S, Donald M, et al. Cultural adaptation and application of the IBS-QOL in China: a disease-specific quality-of-life questionnaire [J]. *Qual Life Res*, 2007, 16(6):991-996.
- [17] 李鲁, 王红妹, 沈毅. SF-36 健康调查量表中文版的研制及其性能测试[J]. *中华预防医学杂志*, 2002, 36(2):109-113.
- [18] 唐旭东, 王萍, 刘保延, 等. 基于慢性胃肠疾病患者报告临床结局测量量表的编制及信度、效度分析[J]. *中医杂志*, 2009, 50(1):27-29.
- [19] 官坤祥, 吴文江. 肠易激综合征中医证候量表的建立与评价[J]. *吉林中医药*, 2004, 24(8):6-8.
- [20] Zung W W K. A rating instrument for anxiety disorders[J]. *Psychosomatics*, 1971, 12(6):371-379.
- [21] 黄金龙, 张明. 肠易激综合征患者个性结构、焦虑度及抑郁度测评[J]. *广东医学*, 2006, 27(11):1696-1697.
- [22] Zung W W K. A self-rating depression scale[J]. *Arch Gen Psychiatry*, 1965, 12:63-70.
- [23] Hamilton. The assessment of anxiety states by rating [J]. *Br J Med Psychol*, 1959, 32(1):50-55.
- [24] Hamilton. A rating scale for depression[J]. *J Neurol Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1960, 23:56-62.
-
- (上接第 226 页)
- [25] Fass R, Sontag SJ, Traxler B, et al. Treatment of patients with persistent heartburn symptoms; a double-blind, randomized trial[J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2006, 4(1):50-56.
- [26] Broeders JA, Bredenoord AJ, Hazebroek EJ, et al. Effects of anti-reflux surgery on weakly acidic reflux and belching[J]. *Gut*, 2011, 60(4):435-441.
- [27] 钟英强, 许哲, 郭佳念. 埃索美拉唑和氟哌噻吨美利曲辛治疗伴有抑郁或焦虑的非糜烂性胃食管反流病[J]. *中华消化杂志*, 2006, 26(7):444-447.
- [28] 兰索拉唑临床协作组. 兰索拉唑治疗反流性食管炎多中心临床观察[J]. *中华消化杂志*, 1999, 19(4):243-245.