

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.04.009

胃食管反流病中医药研究现状、难点及辨治策略

王风云¹, 吕咪¹, 周秉舵², 张北华¹, 王轶², 徐亭亭², 何聪²,
王小康¹, 刘鑫³, 汪洋³, 黄开月¹, 许璐司¹, 唐旭东⁴✉

1. 中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场1号, 100091; 2. 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院; 3. 北京中医药大学; 4. 中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所

[摘要] 系统梳理胃食管反流病(GERD)的中医药研究现状与诊疗策略。发现中医药通过病证结合模式,在改善各型GERD症状、促进黏膜修复、调节情志及协同减停西药方面体现多靶点优势。针对症状重叠、疗效局限等临床难点,提出GERD异病同治、脏腑相关整合调节等策略。未来需深化复方机制研究,推动符合中医药理论、人用经验和临床试验相结合的审评证据体系的“三结合”审评体系的中药研发,优化中西医结合诊疗模式,以提升GERD防治水平。

[关键词] 胃食管反流病; 中医药疗法; 中西医结合疗法; 病证结合

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃内容物反流至食管、口腔、咽喉等导致的一系列不适症状和/或并发症的一种疾病,按食管黏膜损伤情况可分为反流性食管炎(RE)和非糜烂性反流病(NERD),全球合并患病率约为13.98%^[1],中国患病率约为8.7%^[2],女性略高于男性^[1]。目前西医治疗以抑酸为主,常用药物包括质子泵抑制剂(PPI)、钾离子竞争性酸阻滞剂(P-CAB)和H₂受体拮抗剂,但长期使用抑酸药除腹泻、呕吐等副作用外,还可能伴随着肠道感染、骨质疏松相关骨折和肺炎等不良反应^[3]。另外,临床中部分GERD患者经抑酸治疗后效果不佳,这可能与重叠了功能性胃肠病症状和/或存在多种发病机制有关。

GERD可归属于中医学“食管瘕”“吐酸病”范畴,病位在食管和胃,与脾、肝、胆、肺关系密切,其基本病机是胃失和降、胃气上逆,中医药治疗以和胃降逆为主^[4]。结合既往研究结果,中医药在治疗GERD方面具有多靶点、整体调节、个体化

治疗等独特优势,尤其在改善症状重叠、减少药物不良反应、降低复发率以及调节情志等方面展现出显著优势^[5-7]。本文系统梳理中医药在GERD领域的研究现状,不仅有助于总结现有成果、明确临床定位,还可为未来中西医结合诊疗模式的优化与创新提供理论依据与实践指引,对提升GERD的整体诊疗水平具有重要意义。

1 GERD临床研究现状

1.1 临床疗效研究

整体而言,无论是NERD、RE还是难治性胃食管反流病(rGERD),中医药均体现出病证结合、多靶点整合的治疗特点,但在不同疾病阶段其治疗侧重有所不同。1) NERD: 中医药注重疏肝降逆,个体化干预可显著改善烧心、反酸、胸痛、焦虑抑郁等症状,如疏肝和胃改良方可降低内脏高敏感、非酸反流事件和改善焦虑抑郁情绪^[8]。2) RE: 治疗以病证结合为核心,强调黏膜修复与复发预防,如顺胃降逆方针对寒热错杂证型RE,黏膜修复总有效率显著优于泮托拉唑钠肠溶胶囊,且6个月复发率仅6%^[9]。3) rGERD: 中医药可通过调节胃肠激素、增强食管下括约肌(LES)压力、减少反流时间等多环节对rGERD起效,如疏肝和胃方联合伏诺拉生治疗rGERD的临床总有效率达89.47%,长

基金项目: 国家自然科学基金(82374434, 82174363); 重大疑难疾病中西医临床协作项目(ZDYN-2024-A-071); 中国科学技术协会2024年中医脾胃病学学科发展研究(2024XKFZYJ); 国家中医药管理局高水平中医药重点学科建设项目(zyyzdxk-2023219); 中国中医科学院科技创新工程(CI2021A01001)

✉ 通讯作者: txdl@sina.com

期疗效稳定且不良反应发生率低^[10]。除此之外,中医药在各亚型 GERD 中也均体现出抑酸、调节动力、保护黏膜、稳定情绪的整合优势。另外,针刺^[6]、脐灸^[11]、耳穴^[12]等是除中药复方外的重要中医治疗方法,可通过调节脑-肠轴、调和气血、兼顾多系统功能,用于治疗伴随睡眠障碍、咽喉反流、胸痛或情绪问题的 GERD 患者,显著提高患者的生活质量和减轻躯体化症状。

综上所述,在临床中中医药治疗 GERD 展现出三大核心优势:一是从反流机制多维度干预,善于从改善食管动力、减少非酸反流、降低内脏高敏感等角度综合缓解症状;二是形神共调,针对常伴随焦虑、抑郁等情志异常的患者,通过理气开郁、调和心神,实现身心同治;三是减停西药、降低不良反应,针对长期使用 PPI 等抑酸药带来的副作用和不良反应,中医药能有效协助减量或停药,提升用药安全性。

1.2 中医证候横断面调查

既往研究表明,GERD 的中医病位主要在胃,与肝脾关系密切^[13],其核心病性为火(热)与气滞,常兼夹气虚、痰浊等^[14]。临床症状以反酸、烧心最为典型。在证型分布上,肝胃郁热证是 GERD 最为常见的证型,肝胃不和、脾虚湿热等证型也较为多见^[15]。对于 NERD,气郁痰阻证与中虚气逆证的出现频率也较高^[14-15]。此外,有研究^[16]还提示,胆热犯胃证与瘀血阻络证亦在 GERD 中占有一定比例。总体而言,GERD 的中医证型分布呈现出以肝胃郁热为核心,多种证型并存的特点。《胃食管反流病中医诊疗专家共识(2023)》^[4]在证型体系上新增“胃阴不足证”,并将“胆热犯胃证”更名为“胆火上逆证”,“瘀血阻络证”调整为“胸阳不振证”。这一修订不仅反映了本病脾胃虚弱、胃阴不足的发病基础,也体现了中医辨证论治随临床认识深入而不断发展的特点。因此,临床诊治 GERD 应在把握肝胃郁热这一主要病机的基础上,全面辨识可能兼夹的痰、湿、虚、瘀等病理因素,并参照最新共识的规范化框架,实现个体化的精准辨证与治疗。

2 GERD 基础研究现状

2.1 动物模型研究

GERD 的动物模型研究已从模拟单一因素发展至整合病证结合的复合体系,各模型依据其原理与目的,在模拟临床真实性与研究适用性方面各具特色。单纯性酸反流模型(如幽门结扎)操作相对简

便,能有效模拟急性食管损伤,适用于炎症机制初探与药物筛选,但难以反映慢性病程及食管下括约肌功能障碍的核心病理,临床吻合度有限^[17]。为更好地模拟疾病慢性病程与并发症,慢性混合反流模型(如食管-十二指肠吻合术)通过手术重建消化道,同时引入胃酸与十二指肠内容物反流,成为研究 Barrett 食管(BE)及癌变风险的重要工具^[18],但该模型创伤大且严重改变生理结构,可能干扰对药物整体疗效的评价。在中医药研究领域,病证结合模型体现了独特优势,其在上述病理模型基础上,叠加情志刺激(如慢性应激)或饮食干预(如高脂饮食),以构建肝胃不和^[19]、脾胃湿热^[20]、痰气交阻^[21]等中医证候,从而更全面地模拟临床患者的复杂状态,为阐释中药复方多靶点、整体调节的疗效机制提供了适宜载体。然而,这些模型目前面临证候评价标准化不足、模型稳定性有待提高等挑战。

2.2 中药复方药效药理学研究

中药复方可通过多靶点、多途径干预 GERD 动物模型:1) 基于脑-肠轴调节 LES 减少反流,如解郁和胃汤联合三联疗法可通过调节神经肽类物质和胃肠激素表达,增强 LES 静息压力,减少 LES 松弛率^[22];通降合剂在改善胃肠动力的同时,还能调节胃肠激素和外周神经递质,进一步通过脑-肠轴调控减少反流^[23]。2) 升高细胞内 Ca^{2+} 浓度,改善 LES 松弛率,如六君子汤合旋覆代赭汤可恢复 Cajal 间质细胞功能,升高细胞内 Ca^{2+} 浓度,增强 LES 收缩力^[24]。3) 降低食管敏感性,如和胃降逆方通过下调瞬时受体电位香草素亚型 1 表达,改善降钙素基因相关肽分布异常,降低食管黏膜敏感性,缓解烧心和胸痛症状^[25]。4) 减少炎症反应,保护食管黏膜,如活血通降方通过下调 P38 丝裂原活化蛋白激酶、核因子 κB 及炎症介质表达,显著减轻食管黏膜炎症^[26]。5) 缓解焦虑、抑郁,改善反流症状,如通降合剂通过升高 5-羟色胺水平、降低多巴胺水平,改善患者焦虑、抑郁状态,同时增强食管和胃肠动力^[27]。由此说明,中药复方通过多靶点、多途径调节 LES 功能、降低食管敏感性、抑制炎症反应和改善情绪障碍,为 GERD 的中医药治疗提供了重要的药理学依据。

3 GERD 辨治难点与策略

3.1 临床难点问题

3.1.1 症状重叠 研究显示,功能性消化不良与

GERD 的症状重叠率高达 50.69%，两者都存在上腹部烧灼感、餐后饱胀以及嗝气、吞咽困难等症状^[28]。此外，功能性烧心、卓艾综合征、贲门失弛缓症、嗜酸性食管炎等疾病与 GERD 在症状上也存在重叠，增加了该类患者的临床诊治难度。

3.1.2 PPI 疗效欠佳 临床中，部分患者使用 PPI 治疗后症状仍无法得到明显缓解，其可能原因有：1) 弱酸反流：胃蛋白酶在 pH 6.0 左右可以维持较好的活性，当持续弱酸反流时，食管黏膜损伤最为严重^[29]。2) 非酸反流：胆汁酸引起的非酸反流在 GERD 病理机制中不容忽视，仅有 37.72% 的 rGERD 患者为酸反流，非酸反流占据多数^[30]。3) 食管动力障碍：主要包括 LES 松弛、横膈膜功能障碍以及食管蠕动功能障碍等，约 70% 的 rGERD 患者存在食管动力障碍^[31]。4) 食管高敏感：该因素是引起 GERD 患者症状感知高敏的关键原因，高达 20% 的 GERD 患者可能存在食管高敏感^[32]，其中精神心理因素，比如焦虑/抑郁可通过食管高敏感、免疫激活等途径感知相关症状^[33]。

3.1.3 症状复发 GERD 治疗后易复发，经过 8 周 PPI 规范治疗后，约 80% 的 GERD 患者内镜下食管黏膜会愈合，但在停用 PPI 6 个月后约 70% 的 RE 患者内镜下存在复发，初始较重的 GERD 患者复发的概率更高^[34]。生活方式对 GERD 的发生与复发有着重要影响，饮酒可以增加食管 pH 值 < 4 的时间以及增加反流的频率和持续时间，吸烟、咖啡因的摄入以及肥胖等不良生活方式均与 GERD 发生发展有关^[35]。

3.2 中医诊治策略及优势

中医药诊治 GERD 基于整体观念与辨证论治，形成了多层次、个体化的综合策略，其优势主要体现在精准干预、整合调节及减毒增效等方面。

3.2.1 基于病证结合的个体化精准治疗 针对 GERD 发病机制复杂、症状多样的特点，中医采用“病证结合”模式，突破西医单靶点治疗的局限。针对不同疾病类型（如 NERD、RE、rGERD），通过辨识核心病机，施以相应治则，并配伍复方，实现“证治相应”的精准干预。具体而言，在和胃降逆总原则指导下，依据不同阶段、不同主症及证型确立具体治法^[4]。对于以吐酸为主症者辨寒热，属热者常清泄肝胃郁热，属寒或寒热错杂者则需温中健脾、兼清郁热；对于烧心明显者，若属痰火亢盛当清热化痰，若为胃阴不足则需滋养胃阴以固护黏膜；对于 rGERD 之胸痛，注重疏肝降逆、化痰祛

瘀；对于反流性咳嗽等食管外症状，注重调和气机、宣肺降逆。

3.2.2 针对临床难点的整合治疗策略 针对 GERD 症状重叠、黏膜修复难、抑酸药依赖等临床难点，中医基于“异病同证”与“脏腑相关”理论，采用整合调节策略。具体包括：1) 调节胃肠动力：从气机失调（气郁、气逆、气虚）论治，以理气通降、健脾和胃为法。2) 保护食管黏膜：综合运用补益药（黄芪、党参、白术等）与活血化瘀药（丹参、川芎等），多途径促进黏膜修复。3) 处理非酸反流：针对胆汁等非酸反流，采用疏利肝胆、和胃降逆法。4) 治疗食管外症状：基于脏腑相关理论治疗反流性咳嗽、咽喉炎等。5) 减停抑酸药：通过中西医结合，在健脾理气活血改善功能的基础上，逐步实现 PPI/P-CAB 的降级、减量与停用，减少长期用药不良反应。

4 小结

本文系统梳理了 GERD 的中医药研究现状、临床难点及诊治策略。当前研究显示，中医药基于“病证结合”模式，在改善各型 GERD 症状、促进黏膜修复、调节情志及协同减停西药方面展现出多靶点、整体调节的优势。针对症状重叠、PPI 疗效局限、易复发及 BE 监测等临床难点，中医提出异病同治、脏腑相关整合调节及中西医协同等策略。未来研究应进一步聚焦 GERD 特有的临床与科学问题，具体方向包括：1) 深化病证结合研究，重点探讨 rGERD 中非酸反流、食管高敏感等病理环节与中医证型的关联，并开展针对 BE 干预及复发预防的高质量临床研究；2) 推动符合 GERD 疾病特点的中药新药研发，在中医药理论、人用经验和临床试验相结合的“三结合”审评证据体系下，着力开发能同时调节动力、降低敏感、修复黏膜且兼具情志调节作用的复方，或用于 PPI 减停及复发预防的制剂；3) 揭示中药复方治疗 GERD 的精准机制，利用多组学等技术阐释复方对“食管-胃-十二指肠”反流单元整体功能及脑-肠轴的多靶点调节通路；4) 优化中西医结合诊疗路径，构建针对不同 GERD 亚型、治疗阶段及食管外症状的阶梯式/序贯式方案，明确中医药介入的时机与角色。未来应推动中医药理论与 GERD 现代病理的深度融合，开展目标明确、设计严谨的研究与实践，从而形成特色鲜明、疗效确切的中西医结合防治体系，全面提升 GERD 诊疗水平。

参考文献

- [1] NIRWAN JS, HASAN SS, BABAR ZU, et al. Global prevalence and risk factors of gastro-oesophageal reflux disease (GORD): systematic review with meta-analysis [J]. *Sci Rep*, 2020, 10(1): 5814.
- [2] LU TL, LI SR, ZHANG JM, et al. Meta-analysis on the epidemiology of gastroesophageal reflux disease in China [J]. *World J Gastroenterol*, 2022, 28(45): 6410-6420.
- [3] 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.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会. 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.
- [5] 吕咪, 黄金科, 王凤云, 等. 结合“异病同治”治则探析功能性胃肠病症状重叠的治疗[J]. *中医杂志*, 2022, 63(18): 1786-1788.
- [6] 朱志强, 郑颖颖, 李贵, 等. 针药结合治疗肝胃郁热型反流性食管炎 46 例临床观察[J]. *中医杂志*, 2017, 58(1): 46-49.
- [7] 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.
- [8] 李丹. 疏肝和胃汤化裁联合雷贝拉唑治疗非糜烂性胃食管反流病伴焦虑抑郁 45 例[J]. *实用中医药杂志*, 2025, 41(9): 1771-1773.
- [9] 樊凯丽, 李廷荃, 王雁彬, 等. 顺胃降逆方治疗复发反流性食管炎的疗效研究[J]. *世界科学技术-中医药现代化*, 2018, 20(11): 2051-2057.
- [10] 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.
- [11] 许明岩, 王子宜, 马玉侠, 等. 基于“肝者, 罢极之本”应用隔药灸脐法治疗非糜烂性胃食管反流病随机对照研究及相关因素分析[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2025, 33(10): 962-967.
- [12] 杜孟蔚, 陈晓晖, 张训景. 左金丸加味联合耳穴疗法对胃食管反流病患者症状改善及胃泌素和胃动素水平的影响[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2024, 32(3): 239-243.
- [13] 李培彩, 唐艳萍. 胃食管反流病中医证候、证素分布特点的文獻研究[J]. *辽宁中医杂志*, 2020, 47(4): 86-89.
- [14] 秦书敏, 严景文, 梁祈皓, 等. 胃食管反流病证候及证素分布规律研究[J]. *新中医*, 2024, 56(24): 64-69.
- [15] 孔祥晔. 胃食管反流病中医证候、证素特点及规律研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2018.
- [16] 杨鑫龙. 胃食管反流病中医证候、证素分布规律及黄穗平教授用药特点研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2022.
- [17] 周立捷, 王彦刚, 王晨, 等. 病证结合胃食管反流病动物模型的临床吻合度分析[J]. *世界科学技术-中医药现代化*, 2024, 26(10): 2638-2647.
- [18] 车慧, 王凤云, 张佳琪, 等. 健脾清化颗粒对胃食管反流病脾虚湿热证病证结合大鼠食管黏膜肥大细胞活化的影响[J]. *世界科学技术-中医药现代化*, 2022, 24(8): 3181-3188.
- [19] 王昕, 张寅静, 熊登科. 舒胃降逆颗粒对胃食管反流肝胃不和证的药效学考察[J]. *中国医院药学杂志*, 2024, 44(8): 905-910.
- [20] 李威莹, 吴威, 孙凡雅, 等. 脾胃湿热证动物模型的构建与评价研究进展[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2022, 24(11): 77-82.
- [21] 张锋利. 沈舒文桔梗枳壳汤加味对反流性食管炎痰气交阻证模型大鼠胃肠动力的作用机制[J]. *临床医学研究与实践*, 2020, 5(7): 113-114.
- [22] 申甜甜, 张艳, 钱小丽. 解郁和胃汤联合三联疗法对胃食管反流病患者神经肽类物质、胃动力调节激素的影响[J]. *四川中医*, 2024, 42(8): 112-115.
- [23] 杨璐, 刘万里, 颜延凤, 等. 通降合剂对大鼠单纯性胃食管反流模型脑-肠轴的影响[J]. *上海中医药杂志*, 2018, 52(12): 96-100.
- [24] 李玉芳, 乔大伟, 顾思佳, 等. 六君子汤合旋覆代赭汤含药血清对大鼠胃 Cajal 间质细胞活性及钙离子浓度的影响[J]. *中医杂志*, 2019, 60(15): 1325-1329.
- [25] 贾博宜. 基于 TRPV1 蛋白及相关炎症因子研究和胃降逆方对胃食管反流病的干预效应[D]. 北京: 北京中医药大学, 2019.
- [26] 刘磊, 郭政, 唐艳萍, 等. 基于网络药理学和分子对接探究活血通降方治疗反流性食管炎的分子机制[J]. *中国中西医结合外科杂志*, 2024, 30(5): 722-728.
- [27] 段欣慧. 通降合剂治疗肝胃郁热型反流性食管炎的疗效评价及基于“脑-肠”轴作用机制探讨[D]. 南京: 南京中医药大学, 2019.
- [28] LONG YQ, XU WL, LI LX, et al. Characteristics and risk factors of functional dyspepsia fulfilling the Rome IV criteria overlapping with gastroesophageal reflux disease, irritable bowel syndrome, and functional constipation in south China [J]. *J Neurogastroenterol Motil*, 2024, 30(2): 184-193.
- [29] JODORKOVSKY D, KATZKA DA, GYAWALI CP. A perspective on the clinical relevance of weak or nonacid reflux [J]. *Neurogastroenterol Motil*, 2023, 35(11):

e14671.

[30] NAKAGAWA K, SAWADA A, HOSHIKAWA Y, et al.

Persistent postprandial regurgitation vs rumination in patients with refractory gastroesophageal reflux disease symptoms: identification of a distinct rumination pattern using ambulatory impedance-pH monitoring [J]. *Am J Gastroenterol*, 2019, 114(8): 1248–1255.

[31] 宋冰, 张文婧, 王翀, 等. 难治性胃食管反流病食管动力异常与反流特点的研究[J]. *胃肠病学和肝病学杂志*, 2020, 29(2): 160–164.

[32] SAWADA A, GUZMAN M, NIKAKI K, et al. Identification of different phenotypes of esophageal reflux hypersensitivity and implications for treatment [J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2021, 19(4): 690–698.

[33] ZHONG C, LIU K, WANG K, et al. Developing a diagnostic understanding of GERD phenotypes through the analysis of levels of mucosal injury, immune activation, and psychological comorbidity [J]. *Dis Esophagus*, 2018, 31(10): doy039.

[34] LEI WY, CHANG WC, WEN SH, et al. Predicting factors of recurrence in patients with gastroesophageal reflux disease: a prospective follow-up analysis [J]. *Therap Adv Gastroenterol*, 2019, 12: 1756284819864549. doi: 10.1177/1756284819864549.

[35] YUAN S, LARSSON SC. Adiposity, diabetes, lifestyle factors and risk of gastroesophageal reflux disease: a Mendelian randomization study [J]. *Eur J Epidemiol*, 2022, 37(7): 747–754.

Current Research Status, Challenges, Differentiation and Treatment Strategies of Traditional Chinese Medicine for Gastroesophageal Reflux Disease

WANG Fengyun¹, LYU Mi¹, ZHOU Bingduo², ZHANG Beihua¹, WANG Yi², XU Tingting², HE Cong², WANG Xiaokang¹, LIU Xin³, WANG Yang³, HUANG Kaiyue¹, XU Lusi¹, TANG Xudong⁴

1. Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100091; 2. Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine; 3. Beijing University of Chinese Medicine; 4. Institute of Spleen and Stomach Diseases, Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences

ABSTRACT This article systematically reviews the current research status as well as diagnosis and treatment strategies of traditional Chinese medicine (TCM) for gastroesophageal reflux disease (GERD). Studies demonstrate that TCM, based on the "disease-syndrome combination" approach, exhibits multi-target advantages in alleviating symptoms of various GERD subtypes, promoting mucosal repair, regulating emotions, and facilitating the reduction of western medication. To address clinical challenges such as symptom overlap and limited therapeutic efficacy, strategies have been proposed including "treating different diseases with the same method" and integrated regulation based on viscera correlation. Future efforts should focus on elucidating the mechanisms of compound prescriptions, promoting TCM drug development under the "three-combination" evaluation framework that integrates TCM theory, human experience and clinical trial evidence, and optimizing integrated traditional and western medicine models to enhance GERD management.

Keywords gastroesophageal reflux disease; traditional Chinese medicine therapy; integrated traditional Chinese and western medicine therapy; disease-syndrome combination

(收稿日期: 2025-11-25; 修回日期: 2025-12-22)

[编辑: 邓媛]