

标准与规范 ·

胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009, 深圳)

中华中医药学会脾胃病分会

胃食管反流病(Gastroesophageal reflux disease, GERD)是一种常见病与多发病,国内外已对GERD进行了比较深入的研究,并提出了一些切实可行的诊疗标准与共识意见^[1-3]。近年来中医药诊治胃食管反流病在诸多方面亦有不少进展。2008年中华中医药学会脾胃病分会组织成立全国“胃食管反流病中医诊疗协作组”和“胃食管反流病中医诊疗共识意见”起草小组,在进行充分讨论后,结合国内外现有诊治指南和中医的诊疗特点,依据循证医学的原理,广泛搜集循证资料,并先后组织国内中医消化病专家就胃食管反流病的证候分类、辨证治疗、诊治流程、疗效标准等一系列关键问题,按照国际通行的德尔菲法进行了3轮次投票,制订了“胃食管反流病中医诊疗共识意见(草案)”。2009年10月16~19日,中华中医药学会脾胃病分会第21届全国脾胃病学术会议在深圳召开,来自全国各地的近百名中医消化病学专家对“共识意见(草案)”再次进行了充分的讨论和修改。参会专家表决选择:①完全同意;②同意,但有一定保留;③同意,但有较大保留;④不同意,但有保留;⑤完全不同意。如果 $>2/3$ 的人数选择①,或 $>85\%$ 的人数选择①+②,则作为通过。会议以无记名投票形式通过了《胃食管反流病中医诊疗共识意见》,并由核心专家组于2010年1月9日在北京进行了最后审定。现将全文公布如下,并冀在今后的应用中定期修改,不断完善。

1 概念及主要发病机制

1.1 定义

胃食管反流病(GERD)是指胃内容物反流入食管,引起不适症状和(或)并发症的一种疾病^[4]。临床上GERD分为非糜烂性反流病(Nonerosive reflux disease, NERD)、反流性食管炎(Reflux esophagitis, RE)和Barrett食管(Barrett's esophagus, BE)3种类型,NERD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。RE是指内镜下可见食管远段黏膜破损。BE是指食管远段的鳞状上皮被柱状

上皮取代。本病属于中医“吐酸”、“食管瘿”等范畴。

1.2 流行病学

GERD是常见疾病,全球不同地区患病率亦不相同。美国GERD的患病率为14%,夜间GERD的患病率为10%^[5]。瑞士成人反流疾病的患病率为17.6%^[6]。亚洲国家也进行过GERD的流行病学调查。韩国一项包括25536例患者的调查发现,RE的发病率为7.91%^[7]。1997年我国北京、上海一项流行病学调查显示,GERD患病率为5.77%^[8],近年来有进一步升高的趋势。

1.3 发病机制

GERD的发病机制主要是抗反流防御机制减弱和反流物对食管黏膜的攻击作用增强所致^[9]。多种因素参与GERD的发病包括:食管下段括约肌(LES)功能失调、食管廓清功能下降、食管组织抵抗力损伤、胃排空延迟、胃酸及胃蛋白酶等主要攻击因子对食管黏膜损害、幽门螺杆菌感染、社会心理因素、Cajal间质细胞数量减少等。

1.4 病因病机

本病可由情志不遂,肝胆失于疏泄,横逆犯胃;饮食不节,烟酒无度灼伤胃经,胃气不和;平素脾胃虚弱,脾虚湿滞,浊阴不降,胃气反逆;素罹胆病,胆热犯胃,上逆呕苦;肝火上炎侮肺,肺失肃降,咳逆上气;各种因素导致脾气当升不升,胃气当降不降,肝不随脾升,胆不随胃降,以致胃气上逆,上犯食管而形成本病。因此,本病的病位在食管和胃,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^[10]。

2 诊断

2.1 临床表现^[3]

临床上如患者有典型的烧心、反酸等反流症状,又无幽门梗阻等证据,临床上可考虑是GERD。有食管外症状,又有反流症状,可考虑是反流相关或可能相关的食管外症状,例如反流相关的咽喉不适、咳嗽、哮喘。但如仅有食管外症状,而无典型的烧心和其他反流症状,尚不能诊断GERD,宜进一步了解食管外症状发生的时间、与进餐和体位的关系以及其他诱因。需注意有无重叠症状(如同时有GERD和肠易激综合征或消化不

良)、焦虑抑郁状态以及睡眠障碍等。

2.2 相关检查^[3,9]

上消化道内镜检查是诊断反流性食管炎最准确的方法,有助于确定有无反流性食管炎及有无合并症和并发症;也有助于NERD的诊断;先行内镜检查比先行诊断性治疗能够有效地缩短诊断时间^[3,9]。24h食管pH及胆红素监测的意义在于证实反流的存在与否,24h食管pH及胆红素监测能详细显示酸与胆汁反流、昼夜反流规律、反流与症状的关系以及患者对治疗的反应,使治疗个体化,对NERD的阳性率为50%~75%^[11-14]。食管测压不直接反映胃食管反流,但能反映食管下段括约肌的屏障功能。食管钡餐和放射性核素检查对诊断有互补作用,但敏感性较低,应用不普遍。

2.3 诊断标准

胃食管反流病的诊断,参照中华医学会消化病分会中国胃食管反流病共识意见专家组《中国胃食管反流病共识意见(2006年10月三亚)》^[3]。由于GERD患者临床表现多样,除典型的反流症状外,常伴有食管外症状,所以GERD的诊断应以患者临床反流症状为基础,结合胃镜、24h食管pH及胆红素监测、食管测压等检查及质子泵抑制剂(PPI)试验综合考虑。

2.4 中医病名

目前胃食管反流病尚无对应固定中医病名。根据主证归属于“吐酸”、“食管瘕”等范畴,部分专家认为,约有40%的患者没有“吐酸”症状,因此,提出以“食管瘕”作为胃食管反流病的中医病名基本上可反映本病的病位、病因病机与主症。

2.5 证候分类标准^[10,15-18]

肝胃郁热证。主症:①烧心;②反酸。次症:①胸骨后灼痛;②胃脘灼痛;③脘腹胀满;④暖气反流;⑤心烦易怒;⑥嘈杂易饥;⑦舌红、苔黄,脉弦。

胆热犯胃证。主症:①口苦咽干;②烧心。次症:①脘肋胀痛;②胸痛背痛;③反酸;④暖气反流;⑤心烦失眠;⑥嘈杂易饥;⑦舌红、苔黄腻,脉弦滑。

中虚气逆证。主症:①反酸或泛吐清水;②暖气反流。次症:①胃脘隐痛;②胃痞胀满;③食欲不振;④神疲乏力;⑤大便溏薄;⑥舌淡、苔薄,脉细弱。

气郁痰阻证。主症:①咽喉不适如有痰梗;②胸膈不适。次症:①暖气或反流;②吞咽困难;③声音嘶哑;④半夜呛咳;⑤舌苔白腻,脉弦滑。

瘀血阻络证。主症:胸骨后灼痛或刺痛。次症:①后背痛;②呕血或黑便;③烧心反酸;④暖气反流;⑤胃脘隐痛;⑥舌质紫暗或有瘀斑,脉涩。

上述证候确定:主症必备,加次症2项以上即可诊断。

3 治疗

3.1 辨证治疗

肝胃郁热证。治法:疏肝泄热,和胃降逆;方剂:柴胡疏肝散(《景岳全书》)合左金丸(《丹溪心法》)加减;药物:柴胡、枳壳、(炒)白芍、牡丹皮、(焦)栀子、香附、旋覆花、赭石、黄连、吴茱萸、甘草。

胆热犯胃证。治法:清化胆热,降气和胃;方剂:龙胆泻肝汤(《医方集解》)合温胆汤(《备急千金要方》)加减;药物:龙胆草、柴胡、(焦)栀子、黄芩、当归、旋覆花、赭石、半夏、竹茹、枳壳、陈皮、甘草。

中虚气逆证。治法:疏肝理气,健脾和胃;方剂:四逆散(《伤寒论》)合六君子汤(《医学正传》)加减;药物:柴胡、(炒)白芍、枳壳、党参、(炒)白术、茯苓、半夏、陈皮、生姜、大枣、甘草。

气郁痰阻证。治法:开郁化痰,降气和胃;方剂:旋覆代赭汤(《伤寒论》)合半夏厚朴汤(《金匱要略》)加减;药物:旋覆花、赭石、半夏、厚朴、茯苓、紫苏叶、枳壳、香附、太子参、生姜、大枣、甘草。

瘀血阻络证。治法:活血化瘀,行气止痛;方剂:血府逐瘀汤(《医林改错》)加减;药物:桃仁、红花、当归、赤芍、川芎、生地黄、桔梗、延胡索、柴胡、枳壳、半夏、陈皮。

3.2 随症加减

胃气上逆者加旋覆花、赭石;反酸甚者加煅瓦楞子、海螵蛸;胸痛明显者,加丹参、降香、(炙)乳香、(炙)没药;大便秘结者,加虎杖、瓜蒌;大便稀溏者,加山药、(炒)白术;暖气频繁者,加豆蔻、佛手;呕血黑便者,加三七粉、白及、仙鹤草;不寐者加合欢皮、夜交藤。

3.3 其他疗法

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,临床报道针刺对消化道黏膜具有保护作用,可增加黏膜血流量,加快黏膜的修复。同时现代针灸机理研究也表明,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^[19],但同样缺乏严格的随机对照临床试验(RCT)证据。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。

3.4 预防调摄

情志调摄:胃食管反流患者往往存在一定程度的肝气郁结证,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,及时调节好心情,以利疾病

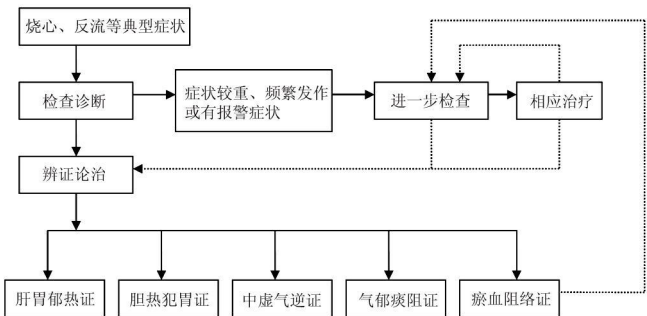
早日康复。

饮食宜忌:①对于肥胖的患者,要控制饮食,平衡营养,尽快减轻体重。②减少高脂肪膳食的摄入,因高脂肪食物可促进小肠黏膜释放胆囊收缩素,从而降低食道下端括约肌张力,使胃内容物易反流。③忌食咖啡、巧克力、薄荷等食物,因其也可以减低食管下端括约肌张力。④禁烟、酒。长期大量摄入酒精,可引起“酒精性”食管炎,吸烟也可能降低食道下端括约肌张力。⑤避免进食过冷、过热及甜酸辛辣等刺激性食物,以防疼痛症状加重,导致病情反复。

用药指导:避免服用可降低食管下端括约肌张力的药物,如普鲁本辛、颠茄、阿托品、氨茶碱、烟酸、异博定、心痛定、安定等。

起居调摄:①由于反流易发生在夜间,睡眠时应抬高床头(约15~20cm)。②睡前不进食,晚餐与入睡的间隔不得少于3h,以减少夜间食物刺激泌酸。③每餐后让患者处于直立位或餐后散步,借助重力促进食物排空,避免剧烈运动。

4 诊治流程



5 疗效评定

5.1 临床症状疗效评定标准

主要单项症状(反酸、烧心、胸骨后疼痛或不适、嗝气反流等典型反流症状)的记录与评价。显效:原有症状消失;有效:原有症状改善2级者;进步:原有症状改善1级者;无效:原有症状无改善或原症状加重。

主要综合症状疗效评定标准:症状改善百分率= $(\text{治疗前总积分}-\text{治疗后总积分})/\text{治疗前总积分} \times 100\%$ 。症状消失为痊愈,症状改善百分率 $\geq 80\%$ 为显效, $50\% \leq \text{症状改善百分率} < 80\%$ 为进步,症状改善百分率 $< 50\%$ 为无效,症状改善百分率负值时为恶化。根据痊愈和显效病例数之和计算总有效率。

5.2 证候疗效评定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[13]有关标准拟定。按症状轻重分为4级(0、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ),积分分别为0分、1分、2分、3分^[20]。采用尼莫地平法计算。疗效指数= $(\text{治疗前积分}-\text{治疗后积分})/\text{治疗前积分} \times 100\%$ 。

痊愈:反流症状消失,疗效指数 $\geq 95\%$ 。显效:反流症状基本消失,虽偶有症状但很快消失,疗效指数 $\geq 70\%$ 但 $< 95\%$ 。有效:反流症状未消失,但较以前减轻,疗效指数 $\geq 30\%$ 但 $< 70\%$ 。无效:反流症状未消失,程度未减轻,疗效指数 $< 30\%$ 。

5.3 胃镜下炎症判定标准

治疗前后胃镜下食管黏膜炎症改善情况:按1994年美国洛杉矶世界胃肠病大会制订的《洛杉矶分类(LA分类)法》^[21]。痊愈:内镜下食管黏膜正常。显效:胃镜下炎症未消失,治疗前后积分差为2分。有效:胃镜下炎症未消失,治疗前后积分差为1分。无效:胃镜下炎症未消失,治疗前后积分差为0分或为负值。

5.4 反流判定标准

24h食管pH值及胆红素监测评定标准^[22-23]:①酸反流:DeMeester评分 > 14.72 或/和pH < 4 的总时间百分比 $> 4\%$;②胆汁反流:胆红素光吸收值(abs) ≥ 0.14 的总时间百分比 $> 4\%$;③酸碱混合反流:DeMeester评分 > 14.72 或/和pH < 4 的总时间百分比 $> 4\%$,同时abs ≥ 0.14 的总时间百分比 $> 4\%$;④病理性反流:存在酸和/或胆汁反流,达到上述诊断标准者;⑤生理性反流:存在酸和/或胆汁反流,但未达到上述诊断标准者。

5.5 生存质量评价标准

中医药治疗胃食管反流病可以改善患者的生存质量。《SF-36健康量表》是应用较为广泛的健康普遍适用性量表;《反流性疾病问卷》(reflux diagnostic questionnaire, RDQ),又称《耐信量表》属于疾病专用问卷,侧重表达了反流症状的严重程度及对日常生活的影响;患者报告结局指标(patient reported outcomes, PRO)是近些年来国外在健康相关的生存质量之上发展起来的评价指标。PRO量表即患者报告结局指标的测评量表。在慢性病领域,从患者报告结局指标的角度入手,以量表作为工具来评价中医临床疗效,已经逐渐被认可。借鉴量表的制作原则和方法,研制具有中医特色的脾胃系疾病PRO量表,对胃食管反流病的疗效评价有借鉴意义。

6 转归与随访

目前尚无足够的临床随访资料阐明NERD的自然病程;RE可以合并食管狭窄、溃疡和上消化道出血;BE有可能发展为食管腺癌。这3种疾病形式之间相互关联及进展的关系需要进一步研究^[24]。GERD初起为实证居多,随着病情的发展逐渐转变为虚实夹杂以及虚证表现,其虚以气虚为主,其实以气滞、痰阻、郁热、湿阻多见;且兼夹证多^[18]。本病因与生活方式和情

志变化等关系密切,病情容易复发,但一般预后较好。

参考文献

- [1] DeVault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease [J]. Am J Gastroenterol, 2005, 100(1): 190-200.
- [2] 全国反流性食管病/炎研讨会. 反流性食管病/炎诊断及治疗方案(试行) (1999-8烟台) [J]. 现代消化及介入诊疗杂志, 2000, 5(1): 3.
- [3] 中国胃食管反流病共识意见专家组. 中国胃食管反流病共识意见(2006-10三亚) [J]. 中华内科杂志, 2007, 46(2): 170-173.
- [4] Vakil N, van Zanten SV, 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.
- [5] Farup C, Kleinman L, Sloan S, et al. The impact of nocturnal symptoms associated with gastroesophageal reflux disease on health-related quality of life [J]. Arch Intern Med, 2001, 161(1): 45-52.
- [6] Schwenkglenks M, Marbet UA, Szucs TD. Epidemiology and costs of gastroesophageal reflux disease in Switzerland: a population-based study [J]. Soz Praventivmed, 2004, 49(1): 51-61.
- [7] Shim KN, Hong SJ, Sung JK, et al. Clinical spectrum of reflux esophagitis among 25536 Koreans who underwent a health check-up: a nationwide multicenter prospective endoscopy-based study [J]. J Clin Gastroenterol, 2009, 43(7): 632-638.
- [8] 潘国宗, 许国铭, 郭慧平, 等. 北京上海胃食管反流症状的流行病学调查[J]. 中华消化杂志, 1999, 19(4): 223-226.
- [9] 叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 369-370.
- [10] 朱生樑, 李勇, 朱晓燕, 等. 胃食管反流病证型研究 [J]. 上海中医药杂志, 2002, 36(12): 12-13.
- [11] 王琨, 段丽萍, 陈洪, 等. 反流性食管炎与非糜烂性反流病食管酸暴露的特点比较[J]. 中华内科杂志, 2005, 4(1): 5-8.
- [12] 薛艳, 周丽雅, 林三仁, 等. 高清晰放大内镜诊断非糜烂性反流病的研究[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(5): 389-392.
- [13] 梁学亚, 蓝宇, 贾绮宾, 等. 反流性食管炎和非糜烂性反流病患者酸暴露与食管压力监测结果分析[J]. 中华消化内镜杂志, 2006, 23(1): 11-14.
- [14] 徐晓蓉, 李兆申, 许国铭, 等. 十二指肠胃食管反流在胃食管反流病中的作用[J]. 中华内科杂志, 2004, 43(4): 269-271.
- [15] 马淑颖, 朱生樑, 孙永顺, 等. 疏肝和胃方治疗酸碱混合反流性食管炎45例临床观察[J]. 上海中医药杂志, 2006, 40(4): 24-25.
- [16] 朱生樑, 马淑颖, 李海燕. 通降和胃方治疗胃食管反流病合并夜间呛咳38例临床观察[J]. 上海中医药杂志, 2007, 41

(8): 31-32.

- [17] 朱生樑, 马淑颖, 程艳梅, 等. 胃食管反流病中医证型与反流类型的临床研究[J]. 江苏中医药, 2008, 40(11): 41-42.
- [18] 孙永顺, 朱生樑, 马淑颖, 等. 260例胃食管反流病中医证候特点剖析[J]. 江苏中医药, 2004, 25(12): 11-12.
- [19] 陈亚风, 雷福侠. 针灸治疗胆汁反流性胃炎80例[J]. 陕西中医学院学报, 2007, 30(1): 39.
- [20] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 124-129.
- [21] Lundell LR, Dent J, Bennet JC, et al. Endoscopic assessment of esophagitis: clinical and functional correlate and further validation of the Los Angeles classification. Gut, 1999, 45(2): 172-180.
- [22] 高萍, 许国铭, 邹多武. 50名正常中国成人食管24小时 pH监测结果分析[J]. 中华消化杂志, 1996, 16(1): 32-34.
- [23] 林金坤, 胡品津, 李初俊, 等. 食管 pH 和胆汁监测用于十二指肠胃食管反流的诊断及治疗的评价[J]. 中华消化杂志, 2001, 21(10): 602-604.
- [24] Fass R, Ofman JJ. Gastroesophageal reflux disease — should we adopt a new conceptual framework? [J] Am J Gastroenterol, 2002, 97(8): 1901-1909.

项目负责人

张声生 李乾构

(首都医科大学附属北京中医医院消化中心)

共识执笔人

朱生樑 孙永顺

(上海中医药大学附属岳阳医院)

部分共识意见专家(按姓氏笔画排列)

马贵同、马骏、牛兴东、王垂杰、王新月、白光、李佃贵、李军祥、李乾构、李振华、刘敏、刘凤斌、刘绍能、朱生樑、劳绍贤、沈洪、时昭红、汪红兵、杨春波、杨晋翔、张声生、单兆伟、周学文、周福生、唐旭东、唐志鹏、黄穗平、魏玮等109位专家。

寻求疑难杂症验方合作

您有效果神奇、应用已久、无毒副作用且功效显著的民间验方吗?

您希望它产业化吗?您期盼它为更多人解除病痛吗?这样的事情您自己完成有困难吗?我们来合作好吗?权健国际自然医学集团集科研、生产、销售为一体,服务网点遍及全国,旗下的天津权健自然医学科技发展有限公司致力于民间神奇验方的收集整理使之产业化服务人民大众。

期待与您的真诚合作!共同造福人类!

公司:权健自然医学科技发展有限公司,地址:天津市武清区豆张庄乡权健道1号,邮编:301707,电话:022-22160850,022-22160816,传真:022-22160816,联系人:高小姐、常小姐,公司网址:www.ziranyixue.com。

合作流程:来电咨询确认→提供临床试用品10份→试验治愈率70%为成功→洽谈合作事宜(一般为购买验方)。