

上海市胃食管反流病中医分级诊疗指南

方盛泉, 王轶, 王宏伟

方盛泉, 王轶, 王宏伟, 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 上海市 200437

方盛泉, 主任医师, 主要从事消化系统疾病的中西医结合诊治。

基金项目: 上海市进一步加快中医药传承创新发展三年行动计划-胃食管反流病中医专病联盟建设, No. ZY(2021-2023)-0302; 上海市级医院消化内科临床能力提升与提升专科联盟, No. SHDC22021311; 上海市卫健委卫生行业临床研究专项, No. 202140171; 朱生樑全国名老中医药专家传承工作室建设项目, No. 国中医药人教函(2022)75号; 上海中医药大学“杏林中青年人才”培养项目, No. 上中医人字(2020)23号。

作者贡献分布: 方盛泉组织成立专家组及学术指导委员会并统筹推进指南制定; 王轶、王宏伟负责整理专家组意见并修改校对; 三位作者对此文所作贡献均等。

通讯作者: 方盛泉, 主任医师, 教授, 200437, 上海市虹口区甘河路110号, 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院消化内科. fsq20032003@163.com

收稿日期: 2024-02-19

修回日期: 2024-04-12

接受日期: 2024-05-22

在线出版日期: 2024-06-28

Guidelines for tiered diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease by traditional Chinese medicine in Shanghai

Sheng-Quan Fang, Yi Wang, Hong-Wei Wang

Sheng-Quan Fang, Yi Wang, Hong-Wei Wang, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China

Supported by: The Three-Year Action Plan for Further Accelerate the Inheritance, Innovation, and Development of Traditional Chinese Medicine in Shanghai - The Construction of The Traditional Chinese Medicine Alliance for Gastroesophageal Reflux Disease, No. ZY(2021-2023)-0302; Specialist Alliance among Municipal Hospitals of Digestive Clinical Ability Promotion and Enhancement in Shanghai, No. SHDC22021311; Special Project of Health Industry Clinical Research from Health Commission in Shanghai, No. 202140171;

Project of National Famous Traditional Chinese Medicine Expert (Shengliang Zhu) Inheritance Studio, No. NATCM HR(2022)75; Training Project for Xinglin Young and Middle Aged Talents of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, No. SHUTCM HR(2020)23.

Corresponding author: Sheng-Quan Fang, Chief Physician, Professor, Department of Gastroenterology, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, No. 110 Ganhe Road, Hongkou District, Shanghai 200437, China. fsq20032003@163.com

Received: 2024-02-19

Revised: 2024-04-12

Accepted: 2024-05-22

Published online: 2024-06-28

Abstract

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a common clinical disease, and its incidence in China has been increasing year by year. Traditional Chinese medicine (TCM) has certain characteristics and advantages in the diagnosis and treatment of GERD. In recent years, there have been many advances in TCM diagnosis and treatment of GERD, but their application and promotion in grassroots hospitals are still insufficient. Therefore, it is necessary to develop a municipal plan for the TCM diagnosis and treatment of GERD to better guide clinical practice. The guidelines presented here were formulated through multiple rounds of discussion and voting by a committee composed of relevant experts in the field, organized by the Digestive Endoscopy Professional Committee of Shanghai Association of Chinese Integrative Medicine, the Traditional Chinese Medicine Professional Alliance of Gastroesophageal Reflux Disease in Shanghai, and the Shanghai Municipal Hospital Specialized Alliance of Digestive Clinical Ability Promotion and Enhancement.

© The Author(s) 2024. Published by Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

Key Words: Gastroesophageal reflux; Traditional Chinese

Medicine; Graded diagnosis and treatment; Consensus

Citation: Fang SQ, Wang Y, Wang HW. Guidelines for tiered diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease by traditional Chinese medicine in Shanghai. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2024; 32(6): 387-396

URL: <https://www.wjgnet.com/1009-3079/full/v32/i6/387.htm>

DOI: <https://dx.doi.org/10.11569/wjcd.v32.i6.387>

摘要

胃食管反流病是临床常见病, 在我国的患病率逐年上升, 中医药诊治本病有一定的特色和优势, 近年来也取得不少进展, 但在基层医院中的应用推广仍不足。因此有必要制定市级中医分级诊疗方案以更好地指导临床实践。本指南由上海市中西医结合学会消化内镜专业委员会、上海市胃食管反流病中医专病联盟、上海市级医院消化内科临床能力促进与提升专科联盟组织我市本领域的有关专家组成专家委员会进行多轮讨论并投票, 最终达成共识。

© The Author(s) 2024. Published by Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

关键词: 胃食管反流; 中医; 分级诊疗; 共识

核心提要: 上海市专家在胃食管反流病流行病学、疾病分类、诊断、中医治疗、疗效评定、预防调摄、分级诊疗服务流程、双向转诊标准、健康管理等多方面达成共识, 形成胃食管反流病中医分级诊疗指南, 有利于提升本病中医药整体服务水平。

文献来源: 方盛泉, 王轶, 王宏伟. 上海市胃食管反流病中医分级诊疗指南. *世界华人消化杂志* 2024; 32(6): 387-396

URL: <https://www.wjgnet.com/1009-3079/full/v32/i6/387.htm>

DOI: <https://dx.doi.org/10.11569/wjcd.v32.i6.387>

0 引言

2006年蒙特利尔会议将胃食管反流病(gastro-esophageal reflux disease, GERD)定义为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^[1]。2013年GERD诊治指南将定义更新为胃内容物反流至食管、口腔(包括咽喉)和/或肺导致的一系列症状、终末器官效应和/或并发症的一种疾病^[2]。此定义进一步明确了食管外反流是GERD的重要组成部分。其发病原因多样, 主要与抗反流防御机制减弱及反流物对食管黏膜的攻击作用增强有关。中医药作为一种综合诊疗手段, 通过辨病与辨证相结合的方法对该病进行论治, 具有一定特色优势。基于此, 中华中医药学会脾胃病分会于2023年公布了最新版胃食管反流病中医诊疗专家共识^[3], 但仍存在患者的就医意识薄弱及基层医院诊疗不规范等问题。海派中

医以名医荟萃、流派纷呈、学术争鸣、中西汇通为特征, 在GERD诊治方面独树一帜, 为了更好地传承学术经验并使诊疗规范化, 现有必要制定上海市GERD中医分级诊疗方案, 以适应临床需要, 更好地为广大患者服务。

上海市胃食管反流病中医专病联盟于2021年12月成立了《胃食管反流病中医分级诊疗方案》起草小组。小组成员依据循证医学的原理, 广泛搜集循证资料, 并先后组织市内脾胃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、转诊标准、健康管理等一系列关键问题进行总结讨论, 形成本分级诊疗指南初稿, 之后按照国际通行Delphi法进行了投票。[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), 则作为条款通过]。

1 流行病学

GERD全球患病率为8%-33%^[4], 近期流行病学调查显示, 我国GERD总体患病率为5.6%^[5], 低于发达国家, 与东亚国家相近^[6]。上海各区县间患病率可能存在差异, 并随时间呈上升趋势。

如以至少每周一次的反流和/或烧心为定量标准, 北美GERD患病率为18.1%-27.8%, 南美为23.0%^[7]; 欧洲为8.8%-25.9%, 西欧法国和西班牙分别约为10%^[8]和15%^[9], 中欧瑞士患病率为17.6%^[10], 东欧俄罗斯患病率为13.3%^[11], 中东为8.7%-33.1%^[7], 澳洲GERD患病率为11.6%^[12]; 亚洲日本、韩国社区居民GERD的患病率分别为15%、7.1%^[13,14]; 在我国, 华东、西北、华南、华中、华北的患病率依次为5.88%、8.99%、8.45%、7.06%、8.48%^[15]。1996年北京和上海常住人口的GERD总患病率为5.77%^[16], 2009年上海整体GERD患病率为6.2%^[17], 2015年上海宝山地区患病率为8.5%^[18], 2018年上海浦东张江社区中老年人患病率为4.9%-7.8%^[19]。相比欧美, 虽然GERD在我国的发病率略低, 但呈逐年上升的趋势, 也引起了人们越来越多的关注。

2 分类

GERD根据内镜下的不同表现, 可分为非糜烂性反流病(non-erosive reflux disease, NERD)、糜烂性食管炎(erosive esophagitis, EE)和Barrett食管(Barrett's esophagus, BE)三大临床类型。其中, NERD是指有典型的烧心、反流症状, 胃镜检查未见食管黏膜破损, 其他辅助检查提示存在异常的食管酸暴露, 并排除其他引起症状的原因, 即可诊断; EE是指胃镜检查可见食管下段存在纵行的黏膜破损; BE是指食管下段可见齿状线规则或不规则上移, 或

呈现岛状改变, 病理活检提示鳞状上皮被柱状上皮所取代。目前认为这三种类型相对独立, 若未经干预, 相互之间不转化或很少转化。

3 诊断

3.1 中医诊断

3.1.1 中医病名: 2023年中医诊疗共识意见中以“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^[3]。食管瘕的病名和证型参考《国家中医病证分类与代码》(2020年中华人民共和国国家标准GB/T 15657-2021)和中华中医药学会脾胃病分会所公布的《胃食管反流病中医诊疗专家共识》中的诊断与辨证分型。

3.1.2 病因: 情志不遂, 思虑太过; 饮食不节, 烟酒无度; 素罹胆病, 胆邪犯胃以及素体脾胃虚弱等为主要病因^[20]。

3.1.3 病位: 病位在食管和胃, 与肝、胆、脾、肺等脏腑功能失调密切相关^[3,20]。

3.1.4 病机: 胃失和降, 胃气上逆为胃食管反流病基本病机^[21], 肝胆失于疏泄、脾失健运、胃失和降、肺失宣肃、胃气上逆, 上犯食管, 形成本病的一系列临床症状。肝主升, 胆主降; 脾主运化, 升则健, 胃主受纳, 降则和。脾的升清作用必赖以肝木升发之气, 而胃的降浊作用必赖以胆木的下降之气。肝脾同升, 胆胃共降, 乃为升降调和的生理状态, 所谓“土得木而达”。一旦出现邪在肝胆, 木郁肝气侮土, 脾气当升不升, 胃气当降不降, 肝不随脾升, 胆不随胃降之时, 临床上就出现了胃食管反流病, 即胆胃之气上逆的一系列临床症状。因此肝胆失于疏泄、脾胃升降失常、胃气上逆是本病的病机关键。

3.2 中医证型分类^[3]

3.2.1 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)嗝气或反食; (5)易怒; (6)易饥。

舌脉: 舌红苔黄, 脉弦。

3.2.2 胆胃不和: 主症: (1)口苦咽干; (2)烧心。

次症: (1)胁肋胀痛; (2)胸背痛; (3)反酸; (4)嗝气或反食; (5)心烦失眠; (6)易饥。

舌脉: 舌红苔黄腻, 脉弦滑。

3.2.3 脾胃气虚证: 主症: (1)反酸或泛吐清水; (2)嗝气或反流。

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。

舌脉: 舌淡苔薄, 脉细弱。

3.2.4 痰气交阻证: 主症: (1)咽喉不适如有痰梗; (2)胸膈不适。

次症: (1)嗝气或反流; (2)吞咽困难; (3)声音嘶哑; (4)

半夜呛咳。

舌脉: 舌苔白腻, 脉弦滑。

3.2.5 瘀血内停证: 主症: (1)胸骨后灼痛或刺痛。

次症: (1)后背痛; (2)呕血或黑便; (3)烧心; (4)反酸; (5)嗝气或反食; (6)胃脘刺痛。

舌脉: 舌质紫暗或有瘀斑, 脉涩。

3.2.6 腕管痹阻证: 主症: (1)胸闷胸痛; (2)咽部异物感。

次症: (1)反胃; (2)嗝气; (3)烧心。

舌脉: 舌质紫暗, 舌苔白腻或黄腻, 脉濡或紧。

以上主症必备, 加次症两项, 参考舌脉, 即可诊断证候。

3.3 西医诊断 胃食管反流病(K21.900)可分为内镜阴性GERD(NERD)及内镜阳性GERD(EE)和BE三种类型。西医诊断参照中华医学会消化病学分会制定的《2020年中国胃食管反流病专家共识》^[22]和2018年《里昂共识》^[4], 对NERD和BE进行诊断; 参照1994年在美国洛杉矶召开的世界胃肠病大会反流性食管炎内镜诊断标准对EE进行诊断。

3.3.1 临床症状: 临床表现多样, 烧心、反流是最常见的典型症状, 胸痛亦是常见症状; 其他不典型症状有上腹痛、上腹胀、嗝气、恶心等消化不良症状, 或同时伴有咽喉不适、吞咽困难、睡眠障碍; 食管外症状表现有慢性咳嗽、支气管哮喘、慢性咽喉炎、牙侵蚀症等, 并发症包括上消化道出血、食管狭窄等^[23]。

3.3.2 内镜检查: 内镜检查证实有黏膜破损。内镜诊断及分级按1994年美国洛杉矶世界胃肠病大会制订的LA分类法。内镜检查分级标准(表1)。

BE的诊断主要根据内镜检查和食管黏膜活检, 当内镜检查发现食管远端有明显的柱状上皮化生并得到病理学检查证实时, 即可诊断为BE。

3.3.3 反流监测: 采用24小时食道内pH-阻抗联合监测连续记录并分析24小时食道内酸、非酸物反流频率和反流物中的气体液体组成。食道内测量电极定位借助食管测压, 将pH导管的铂电极置于食管下端括约肌(lower esophageal sphincter, LES)上5 cm处, 将阻抗探头分布于不同的通道水平。记录酸反流次数、酸长反流次数、最长酸反流时间、pH<4总时间百分比、立位pH<4时间百分比、卧位pH<4时间百分比和DeMeester评分; 酸和非酸反流次数、酸和非酸反流时间, 气体反流、液体反流、混合反流情况。

评定标准^[22,24-26]: (1)病理性酸反流: 酸暴露时间(acid exposure time, AET)>4.2%或/和DeMeester评分>14.72; (2)反流高敏感: AET≤4.2%且DeMeester评分≤14.72, 但症状相关概率(symptom association probability, SAP)>95%或症状指数(symptom index, SI)>50%; (3)功能性烧心:

表 1 反流性食管炎内镜下分级

食管炎分级	内镜下食管黏膜表现
A	一条或几条黏膜破损, 纵行黏膜破损长度 ≤ 5 mm
B	一条或几条黏膜破损, 纵行黏膜破损长度 > 5 mm, 但破损间无融合现象
C	两条或以上的黏膜融合性损伤, 但范围 $< 75\%$ 食管周径
D	两条或以上的黏膜融合性损伤, 且范围 $\geq 75\%$ 食管周径

AET $\leq 4.2\%$ 且DeMeester评分 ≤ 14.72 , 同时SAP $\leq 95\%$ 且SI $\leq 50\%$; (4)酸反流、弱酸反流及弱碱反流: 酸(pH值 < 4)、弱酸(pH值为4-7), 弱碱(pH值 > 7)。

4 治疗

4.1 中医辨证分型治疗

4.1.1 肝胃郁热证: 治法: 疏肝泄热, 和胃降逆。

推荐方药: 柴胡疏肝散(《景岳全书》)合左金丸(《丹溪心法》)加减。

药物: 柴胡9 g、陈皮6 g、川芎9 g、香附12 g、枳壳12 g、白芍12 g、甘草6 g、黄连6 g、吴茱萸3 g。

加减: 反酸多者, 加煅瓦楞15 g、乌贼骨10 g、浙贝母9 g; 烧心重者, 加珍珠母15 g、玉竹12 g。

4.1.2 胆胃不和证: 治法: 清化胆热, 降气和胃。

推荐方药: 小柴胡汤(《伤寒论》)合温胆汤(《备急千金要方》)加减。

药物: 柴胡9 g、黄芩12 g、栀子9 g、人参15 g、半夏9 g、生姜3 g、大枣9 g、竹茹9 g、枳实12 g、陈皮6 g、茯苓15 g、甘草6 g。

加减: 口苦呕恶重者, 加香附12 g、龙胆草3 g; 津伤口干甚者, 加北沙参15 g、芦根15 g。

4.1.3 脾胃气虚证: 治法: 益气健脾, 和胃降逆。

推荐方药: 六君子汤(《医学正传》)合旋覆代赭汤(《伤寒论》)加减。

药物: 人参15 g、白术15 g、茯苓15 g、旋覆花9 g、代赭石15 g、生姜3 g、半夏9 g、大枣9 g、甘草6 g、陈皮6 g。

加减: 暖气频者, 加砂仁3 g、佛手6 g; 大便溏薄甚者, 加赤石脂15 g、白扁豆15 g。

4.1.4 痰气交阻证: 治法: 开郁化痰, 降气和胃。

推荐方药: 半夏厚朴汤(《金匱要略》)加减。

药物: 半夏9 g、厚朴12 g、茯苓15 g、生姜3 g、紫苏叶9 g。

加减: 咽喉不适明显者, 加紫苏梗9 g、玉蝴蝶6 g、连翘9 g、浙贝母9 g; 痰多胸痞明显者, 酌加苏子9 g、白芥子9 g、莱菔子9 g。

4.1.5 瘀血内停证: 治法: 活血行气, 和胃止痛。

推荐方药: 血府逐瘀汤(《医林改错》)加减。

药物: 桃仁10 g、红花6 g、当归9 g、生地12 g、川芎9 g、赤芍12 g、牛膝15 g、桔梗6 g、柴胡9 g、枳壳12 g、甘草6 g。

加减: 胸痛明显者, 加制没药6 g、三七粉3 g、全瓜蒌15 g; 瘀热互结甚者, 加丹皮12 g、郁金12 g。

4.1.6 腕管痹阻证: 治法: 通阳下气, 宣痹降逆。

推荐方药: 枳实薤白桂枝汤(《金匱要略》)加减。

药物: 枳实12 g、薤白9 g、桂枝6 g、厚朴12 g、瓜蒌15 g。

加减: 大便溏滞严重者, 加木香12 g、黄芩12 g、茯苓15 g; 胃脘灼痛甚者, 加吴茱萸3 g、煅瓦楞15 g、乌贼骨10 g。

4.2 常用协定方

4.2.1 疏肝和胃方: 组成: 旋覆梗12 g、代赭石15 g、柴胡9 g、延胡索9 g、黄连3 g、吴茱萸3 g、生姜3 g、煅瓦楞15 g、枳壳12 g、香附12 g、焦栀子9 g、甘草6 g。

功能主治: 疏肝理气, 和胃降逆。

主治: 肝胃不和证。

临床应用: 本方为治疗胃食管反流病的基础方, 尤其对难治性胃食管反流病、非糜烂性反流病疗效显著。症见: 咽喉不适, 暖气反流, 口苦咽干, 胸骨后胀痛或隐痛, 胃痞胀满。舌脉: 舌红, 苔薄, 脉弦。

4.2.2 丁香降气方: 组成: 丁香3 g、厚朴12 g、柴胡9 g、枳壳12 g、黄连6 g、吴茱萸3 g、焦栀子9 g、黄精15 g、珍珠母15 g、煅瓦楞15 g、延胡索9 g。

功能主治: 疏肝泄热, 降气和胃。

主治: 肝胃郁热证。

临床应用: 本方主治胃食管反流病。症见: 烧心反酸, 胸骨灼痛, 胃脘灼痛, 心烦易怒, 嘈杂易饥。舌脉: 舌红, 苔黄, 脉滑数。

4.3 针灸 针灸是治疗胃食管反流病的非药物疗法之一, 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。

4.4 中西医结合治疗 对于诊断为重度反流性食管炎(LA-C、D级)、难治性胃食管反流病、合并食管裂孔

疝、重叠功能性胃肠病等患者必要时需采取中西医结合治疗, 包括中西药联合、中西药序贯等。常用西药包括质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)、钾离子竞争性酸阻滞剂(potassium-competitive acid blocker, P-CAB)、抗酸剂、促动力药等^[22]。中西医结合治疗可提高临床疗效, 改善患者生活质量, 并逐渐减少抑酸药用量乃至撤药, 从而减少长期应用抑酸药所导致的不良反应。

5 疗效评定

5.1 症状疗效评定标准

5.1.1 主要单项症状评价: 包括反酸、烧心、胸骨后疼痛或不适、暖气反流等典型反流症状。

主要症状分级记录: 0级(无): 没有症状, 积0分。I级(轻度): 症状轻微, 不影响日常生活, 积1分。II级(中度): 症状中等, 部分影响日常生活, 积2分。III级(重度): 症状严重, 影响到日常生活, 难以坚持工作, 积3分。

评价标准: (1)临床痊愈: 原有症状消失; (2)显效: 原有症状改善2级者; (3)有效: 原有症状改善1级者; (4)无效: 原有症状无改善或原症状加重。

5.1.2 主要症状综合疗效评定标准: 按改善百分率 = $[(\text{治疗前总积分} - \text{治疗后总积分}) / \text{治疗前总积分}] \times 100\%$, 计算症状改善百分率。痊愈: 症状消失, 症状改善百分率 $\geq 95\%$; 显效: $95\% >$ 症状改善百分率 $\geq 70\%$; 有效: $30\% \leq$ 症状改善百分率 $< 70\%$; 无效: 症状改善百分率 $< 30\%$ 。

5.2 证候疗效评定标准 按上述标准, 所有症状均分为无、轻度、中度、重度四级(0、I、II、III级), 主症分别记0、2、4、6分, 次症分别记0、1、2、3分^[27], 证候总积分为主次症状积分之和。(1)临床痊愈: 反流/烧心症状消失, 疗效指数 $\geq 95\%$; (2)显效: 反流/烧心症状基本消失, 虽偶有症状但很快消失, $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$; (3)有效: 反流/烧心症状未消失, 但较以前减轻, $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$; (4)无效: 反流/烧心症状未消失, 程度未减轻, 甚或加重, 疗效指数 $< 30\%$ 。

采用尼莫地平法计算: 疗效指数 = $[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%$ 。参照《中药新药临床研究指导原则》^[27]有关标准拟定。

5.3 胃镜下黏膜破损改善程度评价 治疗前后胃镜下食管黏膜破损改善情况: 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》^[28]。痊愈: 内镜下食管黏膜正常。显效: 食管黏膜表现在LA分类中改善2个级别及以上, 但黏膜破损仍未消失者。有效: 食管黏膜表现在LA分类中改善1个级别, 但黏膜破损仍未消失者。无效: 食管黏膜表现未改善。

5.4 食管运动功能与24小时pH及阻抗监测评价 高分辨率食管测压参照Chicago诊断标准^[29], 主要观察指标包

括远端收缩积分(单位: mmHg·s·cm)、完整松弛压力(单位: mmHg); 远端潜伏期(单位: s)、食团内部压力(单位: mmHg)、收缩前沿速度(单位: cm/s)。

24小时食管阻抗监测指标^[30,31]: 包括液体反流、混合反流、气体反流、食团清除时间(min)、24小时食团暴露时间(min)、近段反流事件次数以及近段反流事件百分比。阻抗监测指标正常范围采用Savarino等^[25]研究结果, 符合下列任意1项定义为阻抗抗性: SI $> 50\%$ 、SAP $> 95\%$ 。

24小时食管pH监测评定^[32]: 主要观察指标: (1)患者监测期间出现的反酸、反胃、胃灼热和咳嗽等; (2)食管上、下电极的Demeester; (3)食管上、下电极的6项参数: 24小时食管pH < 4 的次数, 反流时间 > 5 min的次数, 最长反流时间, 总pH < 4 的时间占监测时间的百分比, 立位、卧位pH < 4 的时间占监测时间的百分比; (4)酸反流(pH < 4)、弱酸反流(pH 4-7)、弱碱反流(pH > 7)。

5.5 生存质量评价标准 (1)胃食管反流病生存质量量表(GERD-Health Related Quality of Life, GERD-HRQL)共包含10个条目, 测评内容围绕烧心、吞咽、药物疗效和一般健康状态展开, 条目少, 应答率高, 统计患者近1月内反流对生存质量的影响。计分标准: 0 = 无症状; 1 = 有症状, 未觉不适; 2 = 有不适, 但不是每天出现; 3 = 每天有不适症状, 但不影响日常生活; 4 = 症状影响日常生活; 5 = 不能忍受, 不能从事日常生活。整个量表分值范围是0-50分, 分数越高, 生存质量越差; (2)《SF-36健康量表》是最常用的普适性测量工具, 适用于评估胃食管反流病患者健康相关生命质量和临床干预效果^[33]; 胃食管反流病生存质量量表(Quality of Life Questionnaire for Gastro-esophageal Reflux Disease, GERD-QOL)是香港学者Chan等^[34]为GERD患者研制的用于临床疗效评价和生存质量流行病学调查的自评工具, GERD-QOL量表应用广泛, 其资料收集不受患者年龄和教育水平的影响, 扩大了受试人群; 同时量表围绕日常活动、治疗反应和情感状态等多领域对胃食管反流病患者进行考察, 是一个实用性强的生存质量测评工具^[35]; (3)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, 以量表作为工具来多维度评价中医临床疗效, 已经逐渐被认可。目前国外可用于GERD评价的PRO量表有胃肠道症状评定量表、反流疾病问卷(reflux disease questionnaire, RDQ)、胃肠道生活质量指数、胃食管反流问卷、GERD-HRQL、反流和消化不良生活质量、烧心特异性生活质量、克利夫兰诊所食道问卷^[36,37]等。国内现有《中医脾胃系统

疾病患者报告结局量表(SSD-PRO评分)^[38], 继续借鉴PRO量表的制作原则和方法, 研制并完善具有中医特色的脾胃系疾病PRO量表, 对GERD的疗效评价有重要意义。

6 预防调摄

6.1 注意情志调摄 胃食管反流患者往往存在一定程度的肝气郁结之象, 所以保持心情舒畅尤为重要, 宜疏导患者, 保持积极乐观的心态, 及时调节好心情, 以利疾病早日康复。

6.2 加强饮食管理 (1)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; (2)忌食咖啡、巧克力、薄荷, 因其可以减低食管下端括约肌张力; (3)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; (4)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。

6.3 避免腹内压增高 (1)对于肥胖的患者, 要控制饮食, 平衡营养, 尽快减轻体重; (2)不宜穿太紧的内衣, 裤带不宜过紧, 避免过度弯腰、屏气提重物; (3)保持大便通畅, 避免大便时用力过度增加腹内压。

6.4 注意用药宜忌 避免服用抗胆碱能、茶碱类、钙通道阻滞剂等可降低食管下端括约肌张力的药物, 常见的如溴丙胺太林、颠茄、阿托品、氨茶碱、烟酸、维拉帕米、硝苯地平、地西泮等。建议GERD患者在相关专科医师指导下更换上述药物, 如无法调整, 建议服药同时酌情使用抑酸剂或抗酸剂。

6.5 加强起居调摄 (1)由于反流易发生在夜间, 睡眠时应抬高床头15 cm-20 cm; (2)睡前不进食, 晚餐与入睡的间隔应拉长, 不得少于3小时, 以减少夜间食物刺激泌酸; (3)每餐后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。

7 胃食管反流病的分级诊疗服务目标、流程、双向转诊标准与各级医院服务对象

7.1 目标 充分发挥各级医院服务功能, 指导患者合理就医和规范治疗, 节约医疗资源, 缓解胃食管反流病患者的症状, 提高患者的生活质量; 做好胃食管反流病的预防、筛查和诊治工作, 以期降低我市胃食管反流病的发病率并提高诊治有效率。

7.2 分级诊疗服务流程 分级诊疗服务流程, 见图1。

7.3 双向转诊标准

7.3.1 基层医疗机构上转至二级以上医院的标准: (1)具有GERD典型症状, RDQ积分 ≥ 12 分或PPI试验阳性,

需进一步检查以明确诊断的患者; (2)具有GERD不典型症状, RDQ积分 < 12 分, PPI试验阳性, 需进一步检查以明确诊断的患者; (3)GERD症状不典型, 伴有吞咽困难、吞咽痛、体重减轻、贫血、呕血、黑便、上腹部肿块、有肿瘤家族史者; (4)经基层医院治疗, GERD症状未能改善的患者。

符合上述条件之一, 需要在有条件的医院进行电子胃镜及食管相关检查, 以明确胃食管反流病的诊断, 同时结合相关实验室检查及影像学检查排除其他器质性疾病。

7.3.2 二级医院上转至三级医院的标准: (1)已行相关检查, 但未能明确诊断, 需进一步行食管测压和(或)24小时食管pH-阻抗监测评估者; (2)已明确诊断, 但二级医院制定的治疗方案未能获效。

7.3.3 三级医院下转至二级及以下医院的标准: (1)已行必要检查并排除器质性、系统性或代谢性疾病如消化性溃疡、胃肠道肿瘤、肝胆恶性肿瘤、寄生虫感染、慢性胰腺疾病、甲状腺功能亢进或减退、慢性肾功能衰竭、电解质紊乱和部分药物治疗不良反应; (2)已明确诊断, 经治疗后有效, 但仍需定期复查; (3)已明确诊断, 排除心理障碍性疾病, 可由下级医院规范化治疗的患者。

7.4 各级医疗机构的服务对象

7.4.1 基层医疗机构: (1)以胃食管反流症状初次就诊的患者; (2)已确诊胃食管反流病伴有症状的患者; (3)上级医院已制定治疗方案并获效的患者; (4)病情稳定需要健康宣教及定期随访的患者。

7.4.2 二级医院: (1)在基层医院对症处理, 胃食管反流症状未能改善者; (2)需要排除器质性、系统性或代谢性疾病的胃食管反流症状患者; (3)上级医院已制定治疗方案并获效的患者。

7.4.3 三级医院: (1)在二级医院确定的胃食管反流病治疗方案, 症状未能改善者, 需要行食管动力学检测和(或)24小时食管pH-阻抗监测评估者(包括难治性胃食管反流病患者); (2)由于二级医院医疗资源限制, 需要进一步排除器质性、系统性或代谢性疾病的伴有胃食管反流症状的患者; (3)胃食管反流病患者, 经二级医院治疗症状仍未缓解, 需进行精神心理因素评估与抗焦虑/抗抑郁治疗的患者; (4)对于食管癌高危人群(出生或长期居住于食管癌高发地区; 一级亲属有食管癌病史; 本人患有食管癌前疾病或癌前病变; 本人有头颈部肿瘤病史; 合并其他食管癌高危因素: 热烫饮食、饮酒 ≥ 15 g/d、吸烟、进食过快、室内空气污染、牙齿缺失等), 需要在三级医院进行规律性内镜监测, 采用普通白光内镜检查, 结合色素内镜、电子染色内镜、

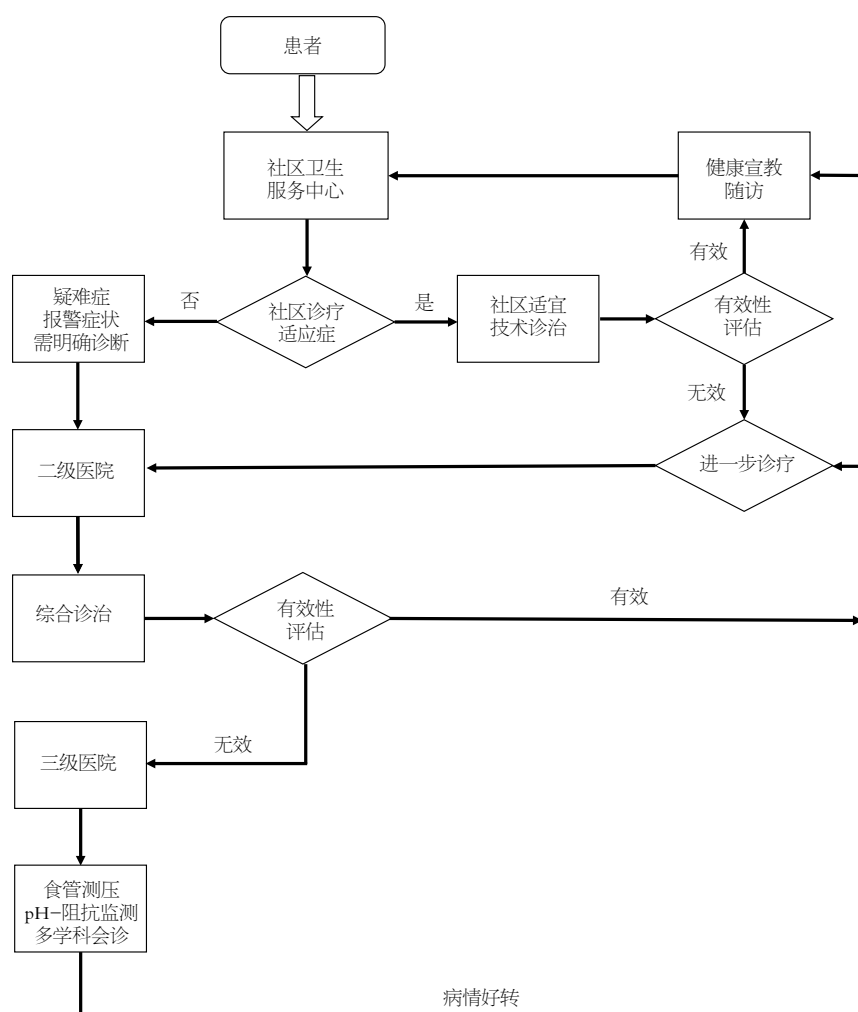


图1 分级诊疗服务流程.

放大内镜和超声内镜等特殊内镜检查技术以强化早期食管癌的内镜下表现, 提高早期癌的检出率, 提供病变深度、范围及组织病理学等信息; (5)对于内科治疗效果不佳或发现食管早期癌变, 需要内镜治疗或外科手术者; (6)内科治疗效果不佳或因早期癌变接受内镜治疗或外科手术的患者术后随访。

8 胃食管反流病的健康管理服务规范

胃食管反流病的健康管理实质就是预防、治疗及康复相结合。要求: (1)不同级别的医院相互协作、共同进行管理。作为各级医疗机构, 首先要对人民群众开展健康教育、普及胃食管反流病的防治知识; (2)各级医疗机构依据自身条件, 结合患者的病情, 采取最合理有效的诊疗方法来保证胃食管反流病的治疗质量, 提高治疗效果; (3)各级医院应当规定准入制度, 规定不同级别的医院在诊断治疗方面必须具备的基本标准, 从而提高胃食管反流病患者的诊疗质量; (4)建立健全健康档案, 提供多方面的预防、诊治、护理、随访等服务。

8.1 胃食管反流病人群的内镜检查指征 (1)有报警症状, 如有不明原因消瘦、黑便、呕吐、吞咽困难或吞咽痛、贫血, 建议立即行胃镜检查。 (2)高危人群如: ①年龄40岁以上, 男女不限; ②食管癌高发地区人群; ③食管癌患者一级亲属; ④本人患有食管癌前疾病或癌前病变; ⑤本人有头颈部肿瘤病史; ⑥存在其他高危因素(热烫饮食、饮酒 ≥ 15 g/d、吸烟、进食过快、室内空气污染、牙齿缺失等), 建议行胃镜检查。 (3)具有反流症状的初诊患者, 应进行胃镜检查。

8.2 胃食管反流病患者的门诊随访 多数胃食管反流病患者病情稳定, 在门诊随访中应注意以下问题。 (1) Barrett食管患者, 要定期行内镜和病理组织学检查随访。糜烂性食管炎及非糜烂性反流病患者可酌情内镜随访; (2)加强相关学科的协作处理: 对于焦虑抑郁症状比较明显的患者, 应建议患者就诊心理医学专科。对于随访中发现的食管癌, 根据病理分期选择内镜黏膜下剥离术或转诊至胸外科、肿瘤科。

8.3 胃食管反流病患者的自我管理

- 8.3.1 饮食: 避免进食甜食、酸性、辛辣、油炸、高脂肪、过冷过热食物, 如薄荷、巧克力、大蒜、洋葱、辣椒、番茄、浓茶、咖啡、柑橘类水果和碳酸饮料, 少食多餐, 不宜过饱。
- 8.3.2 习惯: 戒烟戒酒, 尼古丁会加重反流, 酒精可刺激胃酸分泌; 保持排便通畅; 减轻体重。
- 8.3.3 入睡: 将床头垫高15 cm-20 cm, 并采取左侧卧位, 避免睡前3小时内进食, 可以减轻夜间反流。
- 8.3.4 情绪: 保持心情舒畅, 减轻压力, 避免精神刺激。
- 8.3.5 减少增加腹内压的活动: 如过度弯腰、穿紧身衣裤、扎紧腰带、用力咳嗽、用力排便、屏气提重物等。
- 8.3.6 长期用药的自我管理: 重度食管炎(洛杉矶分级为C级和D级)、Barrett食管、难治性胃食管反流病、部分食管外反流、停药后症状易复发患者或合并消化道狭窄、食管裂孔疝、向心性肥胖患者可能需长期服用制酸剂, 因此应重视使用制酸剂存在的风险。如PPI短期应用的潜在不良反应包括白细胞减少、头痛、腹泻、食欲减退; 长期应用的不良反应包括维生素缺乏、矿物质缺乏、继发性感染、骨质疏松、髌骨骨折、肠道菌群移位、心脑血管疾病、慢性肾病、上消化道肿瘤所致的死亡风险增加等^[39,40]。故应定期评估长期应用制酸剂的剂量, 使用最低有效剂量以降低不良反应发生的风险^[41], 必要时考虑内镜下或腹腔镜下抗反流治疗^[6,42,43]。

9 指南制定专家组成员和学术指导委员会成员

- 9.1 指南制定专家组成员(按姓氏汉语拼音排序) 葛玲玉(上海市嘉定区南翔镇社区卫生服务中心)、黄天生(上海市光华中西医结合医院)、韩海琼(上海市嘉定区江桥镇社区卫生服务中心)、胡伟民(上海市杨浦区殷行社区卫生服务中心)、江益(上海市虹口区四川北路街道社区卫生服务中心)、廖起(上海建工医院)、李秀清(上海市崇明区第三人民医院)、李亚娟(上海市浦东新区联洋社区卫生服务中心)、毛翔(上海市虹口区嘉兴路街道社区卫生服务中心)、尚莹莹(上海市嘉定区中医医院)、田芸(上海市长宁区天山中医医院)、王勇军(上海市杨浦区中医医院)、杨立宏(上海市黄浦区豫园街道社区卫生服务中心)、姚俊旻(上海市杨浦区五角场社区卫生服务中心)、郑昕(上海市虹口区曲阳路街道社区卫生服务中心)、周莉(上海市徐汇区斜土街道社区卫生服务中心)、左光亮(上海市静安区临汾路街道社区卫生服务中心)。
- 9.2 指南制定学术指导委员会成员(按姓氏汉语拼音排序) 戴彦成(上海市中西医结合医院)、邓玉海(上海中

医药大学附属岳阳中西医结合医院)、郭召平(上海市中医医院)、韩吉(上海市普陀区中心医院)、郝微微(上海中医药大学附属曙光医院)、林江(上海中医药大学附属龙华医院)、凌江红(上海中医药大学附属曙光医院)、李黎(上海市光华中西医结合医院)、孙永顺(上海市中医医院)、王松坡(上海市第一人民医院)、肖定洪(上海中医药大学附属龙华医院)、袁建业(上海中医药大学附属龙华医院)、周秉舵(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、朱生樑(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)。

10 参考文献

- Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R; Globale Konsensusgruppe. [The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global, evidence-based consensus paper]. *Z Gastroenterol* 2007; 45: 1125-1140 [PMID: 18027314 DOI: 10.1055/s-2007-963633]
- Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 308-28; quiz 329 [PMID: 23419381 DOI: 10.1038/ajg.2012.444]
- 张北华, 周秉舵, 唐旭东. 胃食管反流病中医诊疗专家共识(2023). *中医杂志* 2023; 64: 1935-1944 [DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2023.18.019]
- Gyawali CP, Kahrilas PJ, Savarino E, Zerbib F, Mion F, Smout AJPM, Vaezi M, Sifrim D, Fox MR, Vela MF, Tutuian R, Tack J, Bredenoord AJ, Pandolfino J, Roman S. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut* 2018; 67: 1351-1362 [PMID: 29437910 DOI: 10.1136/gutjnl-2017-314722]
- Liu Z, Gao X, Liang L, Zhou X, Han X, Yang T, Huang K, Lin Y, Deng S, Wang Z, Wang C. Prevalence, General and Periodontal Risk Factors of Gastroesophageal Reflux Disease in China. *J Inflamm Res* 2023; 16: 235-244 [PMID: 36691403 DOI: 10.2147/JIR.S395777]
- 汪忠镐, 吴继敏, 胡志伟, 陈冬. 中国胃食管反流病多学科诊疗共识. *中华胃食管反流病电子杂志* 2020; 7: 1-28 [DOI: 10.3877/cma.j.issn.2095-8765.2020.01.001]
- El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2014; 63: 871-880 [PMID: 23853213 DOI: 10.1136/gutjnl-2012-304269]
- Bruley des Varannes S, Löfman HG, Karlsson M, Wahlqvist P, Ruth M, Furstnau ML, Despiégl N, Stållhammar NO. Cost and burden of gastroesophageal reflux disease among patients with persistent symptoms despite proton pump inhibitor therapy: an observational study in France. *BMC Gastroenterol* 2013; 13: 39 [PMID: 23448382 DOI: 10.1186/1471-230X-13-39]
- Ponce J, Vegazo O, Beltrán B, Jiménez J, Zapardiel J, Calle D, Piqué JM; Iberge Study Group. Prevalence of gastro-oesophageal reflux disease in Spain and associated factors. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 23: 175-184 [PMID: 16393295 DOI: 10.1111/j.1365-2036.2006.02733.x]
- Schwenkglens M, Marbet UA, Szucs TD. Epidemiology and costs of gastroesophageal reflux disease in Switzerland: a population-based study. *Soz Präventivmed* 2004; 49: 51-61 [PMID: 15040129 DOI: 10.1007/s00038-003-2090-y]
- Lazebnik LB, Masharova AA, Bordin DS, Vasil'ev IuV, Tkachenko EI, Abdulkhakov RA, Butov MA, Eremina Elu, Zinchuk LI, Tsukanov VV. [Results of a multicenter trial "Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease in Russia" (MEGRE)]. *Ter Arkh*

- 2011; 83: 45-50 [PMID: 21446202 DOI: 616.329-002.2-02.616.33-008.17J-036.22]
- 12 Harrison C, Henderson J, Miller G, Britt H. The prevalence of diagnosed chronic conditions and multimorbidity in Australia: A method for estimating population prevalence from general practice patient encounter data. *PLoS One* 2017; 12: e0172935 [PMID: 28278241 DOI: 10.1371/journal.pone.0172935]
- 13 Kasugai K, Ogasawara N. Gastroesophageal Reflux Disease: Pathophysiology and New Treatment Trends. *Intern Med* 2024; 63: 1-10 [PMID: 36927966 DOI: 10.2169/internalmedicine.1551-23]
- 14 Min BH, Huh KC, Jung HK, Yoon YH, Choi KD, Song KH, Keum B, Kim JW; Functional Dyspepsia Study Group of Korean Society of Neurogastroenterology and Motility. Prevalence of uninvestigated dyspepsia and gastroesophageal reflux disease in Korea: a population-based study using the Rome III criteria. *Dig Dis Sci* 2014; 59: 2721-2729 [PMID: 24925147 DOI: 10.1007/s10620-014-3243-y]
- 15 周金池, 赵曙光, 王新, 魏廷, 韩伟, 程浩, 李丽丽, 窦维佳, 刘震雄. 中国部分地区基于社区人群胃食管反流病患病率Meta分析. *胃肠病学和肝病学杂志* 2020; 29: 1012-1020 [DOI: 10.3969/j.issn.1006-5709.2020.09.012]
- 16 潘国宗, 许国铭, 郭慧平, 柯美云, 韩少梅, 李兆申, 方秀才, 邹多武, 鲁素彩, 刘婧. 北京上海胃食管反流症状的流行病学调查. *中华消化杂志* 1999; 19: 8-11
- 17 Wang R, Yan X, Ma XQ, Cao Y, Wallander MA, Johansson S, He J. Burden of gastroesophageal reflux disease in Shanghai, China. *Dig Liver Dis* 2009; 41: 110-115 [PMID: 18706874 DOI: 10.1016/j.dld.2008.06.014]
- 18 李爽, 周康年, 侯立新, 黄兰蔚, 崔永康, 梅灿勇, 许多, 刘成海. 上海宝山区胃食管反流病流行病学研究及生活质量评价. *临床消化病杂志* 2015; 27: 333-336 [DOI: 10.3870/lcxh.j.issn.1005-541X.2015.06.04]
- 19 王波, 胡晔东, 刘菲, 陈永群. 上海张江社区中老年人胃食管反流病患病状况研究. *上海医药* 2018; 39: 36-38, 41
- 20 杨旭, 潘飞辰, 李平. 沈洪教授治疗胃食管反流病临床经验. *河北中医* 2015; 37: 653-655 [DOI: 10.3969/j.issn.1002-2619.2015.05.004]
- 21 李敬华, 胡建华, 张丽颖, 王凤云, 王萍, 卞立群, 唐旭东. 唐旭东通降法治疗胃食管反流病经验. *中医杂志* 2012; 53: 1779-1780 [DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2012.20.019]
- 22 中华医学会消化病学分会. 2020年中国胃食管反流病专家共识. *中华消化杂志* 2020; 40: 649-661 [DOI: 10.3760/cma.j.cn311367-20200918-00558]
- 23 Pasta A, Pelizzaro F, Marabotto E, Calabrese F, Formisano E, Djahandideh Sheijani S, Brandimarte G, Manes G, Gravina AG, Savarino EV. Patient journey in gastroesophageal reflux disease: real-world perspectives from Italian gastroenterologists, primary care physicians, and ENT specialists. *Therap Adv Gastroenterol* 2024; 17: 17562848241239590 [PMID: 38524789 DOI: 10.1177/17562848241239590]
- 24 Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. *Gastroenterology* 2016 [PMID: 27144617 DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.032]
- 25 Savarino E, Bredenoord AJ, Fox M, Pandolfino JE, Roman S, Gyawali CP; International Working Group for Disorders of Gastrointestinal Motility and Function. Expert consensus document: Advances in the physiological assessment and diagnosis of GERD. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2017; 14: 665-676 [PMID: 28951582 DOI: 10.1038/nrgastro.2017.130]
- 26 Liu S, Xu M, Yang J, Qi H, He F, Zhao X, Zhou P, Zhang L, Ming D. Research on Gastroesophageal Reflux Disease Based on Dynamic Features of Ambulatory 24-Hour Esophageal pH Monitoring. *Comput Math Methods Med* 2017; 2017: 9239074 [PMID: 29270211 DOI: 10.1155/2017/9239074]
- 27 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行). 北京: 中国医药科技出版社 2002: 124-129
- 28 Lundell LR, Dent J, Bennett JR, Blum AL, Armstrong D, Galmiche JP, Johnson F, Hongo M, Richter JE, Spechler SJ, Tytgat GN, Wallin L. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. *Gut* 1999; 45: 172-180 [PMID: 10403727 DOI: 10.1136/gut.45.2.172]
- 29 Yadlapati R, Kahrilas PJ, Fox MR, Bredenoord AJ, Prakash Gyawali C, Roman S, Babaei A, Mittal RK, Rommel N, Savarino E, Sifrim D, Smout A, Vaezi MF, Zerbib F, Akiyama J, Bhatia S, Bor S, Carlson DA, Chen JW, Cisternas D, Cock C, Coss-Adame E, de Bortoli N, Defilippi C, Fass R, Ghoshal UC, Gonlachanvit S, Hani A, Hebbard GS, Wook Jung K, Katz P, Katzka DA, Khan A, Kohn GP, Lazarescu A, Lenglinger J, Mittal SK, Omari T, Park MI, Penagini R, Pohl D, Richter JE, Serra J, Sweis R, Tack J, Tatum RP, Tutuian R, Vela MF, Wong RK, Wu JC, Xiao Y, Pandolfino JE. Esophageal motility disorders on high-resolution manometry: Chicago classification version 4.0(©). *Neurogastroenterol Motil* 2021; 33: e14058 [PMID: 33373111 DOI: 10.1111/nmo.14058]
- 30 易丽莎, 陈莹, 孙会会, 姜元喜, 许树长. 24 h 食管pH阻抗联合监测诊断胃食管反流病的价值评估. *同济大学学报(医学版)* 2013; 34: 40-44 [DOI: 10.3969/j.issn1008-0392.2013.03.010]
- 31 王晓辉, 崔立红, 弓三东, 闫志辉, 李超, 贺星. 高分辨率食管测压联合双通道24 h 食管pH监测对胃食管反流病发病机制研究中的应用. *解放军医药杂志* 2014; 26: 50-53 [DOI: 10.3969/j.issn.2095-140X.2014.08.014]
- 32 Forootan M, Zojaji H, Ehsani MJ, Darvishi M. Advances in the Diagnosis of GERD Using the Esophageal pH Monitoring, Gastro-Esophageal Impedance-pH Monitoring, And Pitfalls. *Open Access Maced J Med Sci* 2018; 6: 1934-1940 [PMID: 30455777 DOI: 10.3889/oamjms.2018.410]
- 33 官小莉, 汪晖. 胃食管反流病患者生存质量测评量表的研究进展. *中华护理杂志* 2015; 50: 97-101 [DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2015.01.023]
- 34 Chan Y, Ching JY, Cheung CM, Tsoi KK, Polder-Verkiel S, Pang SH, Quan WL, Kee KM, Chan FK, Sung JJ, Wu JC. Development and validation of a disease-specific quality of life questionnaire for gastro-oesophageal reflux disease: the GERD-QOL questionnaire. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 31: 452-460 [PMID: 19878152 DOI: 10.1111/j.1365-2036.2009.04187.x]
- 35 Shaw M, Dent J, Beebe T, Junghard O, Wiklund I, Lind T, Johnsson F. The Reflux Disease Questionnaire: a measure for assessment of treatment response in clinical trials. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6: 31 [PMID: 18447946 DOI: 10.1186/1477-7525-6-31]
- 36 Talley NJ, Wiklund I. Patient reported outcomes in gastroesophageal reflux disease: an overview of available measures. *Qual Life Res* 2005; 14: 21-33 [PMID: 15789938 DOI: 10.1007/s11136-004-0613-5]
- 37 Sudarshan M, Tasnim S, Ramji S, Rappaport J, Barron JO, Bribriescio AC, Schraufnagel DP, Lapin B, Li Y, Raymond DP, Blackstone EH, Murthy SC, Raja S. Development and validation of a universal esophageal patient-reported outcome measure: The Cleveland Clinic Esophageal Questionnaire (CEQ). *J Thorac Cardiovasc Surg* 2024; 167: 1490-1497.e17 [PMID: 37625617 DOI: 10.1016/j.jtcvs.2023.08.032]
- 38 朱生樑. 胃食管反流病基础与中西医结合临床. 上海: 上海科学技术出版社 2015: 112-113
- 39 Scarpignato C, Gatta L, Zullo A, Blandizzi C; SIF-AIGO-FIMMG Group; Italian Society of Pharmacology, the Italian Association of Hospital Gastroenterologists, and the Italian Federation of General Practitioners. Effective and safe proton pump inhibitor therapy in acid-related diseases - A position paper addressing benefits and potential harms of acid suppression. *BMC Med* 2016; 14: 179 [PMID: 27825371 DOI: 10.1186/s12916-016-0718-z]
- 40 中华医学会《中华全科医师杂志》编辑委员会. 消化系统疾病基层诊疗指南编写专家组. 胃食管反流病基层诊疗指南(2019年). *中华全科医师杂志* 2019; 18: 635-641 [DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2019.07.006]
- 41 质子泵抑制剂预防性应用专家共识写作组. 质子泵抑制剂预防

性应用专家共识(2018). 中国医师杂志 2018; 20: 1775-1781 [DOI: 10/cma.j.issn.1008-1372.2018.12.005]

42 Akcelik A, Miller C, Bakhos C, Abbas A, Petrov R. Endoscopic interventions in the management of the gastroesophageal reflux: a narrative review. *Ann Esophagus* 2023; 6 [PMID: 37113384 DOI:

10.21037/aoe-21-52]

43 Lee J, Lee I, Oh Y, Kim JW, Kwon Y, Alromi A, Eledreesi M, Khalid A, Aljarbou W, Park S. Current Status of Anti-Reflux Surgery as a Treatment for GERD. *Medicina (Kaunas)* 2024; 60 [PMID: 38541244 DOI: 10.3390/medicina60030518]

科学编辑: 张砚梁 制作编辑: 张砚梁



ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) DOI: 10.11569 © 2024 Baishideng Publishing Group Inc. All rights reserved.

• 消息 •

书讯



本刊讯 由池肇春教授等主编的《代谢相关脂肪性肝病肝外并发症》已由天津科学技术出版社出版发行。

本书的出版为国内首创, 填补了国内有关这方面的空白, 拓宽了对《代谢相关脂肪性肝病》认识的高度和深度。《代谢相关脂肪性肝病肝外并发症》分总论和各论两部分。1-4章为总论, 分别介绍代谢相关脂肪性肝病肝外并发症研究现状与进展, 包括发病风险、发病机制和治疗近展; 脂肪代谢生物化学和分子生物学; 代谢相关脂肪性肝病肝外并发症免疫学; 肠道微生物生态失衡与代谢相关脂肪性肝病肝外并发症。5-18章为各论, 分别介绍代谢相关脂肪性肝病肝外并发症与机体各系统疾病的相关性。可为消化科、肝病科、内分泌代谢科、普外科、肿瘤科、影像科、其他相关科临床医师和从事MAFLD研究的人员学习和参考。

全书71万余字, 精装、图文并茂。每册定价188元, 可根据购书数量给予优惠, 欢迎选购。购书联系电话022-23332390(发行部何老师)。



Published by **Baishideng Publishing Group Inc**
7041 Koll Center Parkway, Suite 160, Pleasanton,
CA 94566, USA
Telephone: +1-925-3991568
E-mail: bpgoffice@wjgnet.com
https://www.wjgnet.com



ISSN 1009-3079

