

胃食管反流病基层诊疗指南(实践版·2019)



扫一扫下载指南原文

中华医学会 中华医学会杂志社 中华医学会消化病学分会 中华医学会全科医学分会
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
通信作者:陈旻湖,中山大学附属第一医院消化科,广州 510080,Email: chenminhu@mail.sysu.edu.cn;李延青,山东大学齐鲁医院消化科,济南 250012,Email: liyanqing@sdu.edu.cn

【关键词】 指南; 胃食管反流

DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2019.07.006

Guideline for primary care of gastroesophageal reflux disease: practice version (2019)

Chinese Medical Association, Chinese Medical Journals Publishing House, Chinese Society of Gastroenterology, Chinese Society of General Practice, Editorial Board of Chinese Journal of General Practitioners of Chinese Medical Association, Expert Group of Guidelines for Primary Care of Gastrointestinal Disease

Corresponding author: Chen Minhu, Department of Gastroenterology, the First Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou 510080, China, Email: chenminhu@mail.sysu.edu.cn; Li Yanqing, Department of Gastroenterology, Qilu Hospital of Shandong University, Jinan 250012, China, Email: liyanqing@sdu.edu.cn

一、概述

(一)定义

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃十二指肠内容物反流入食管引起反酸、烧心等症状,反流也可引起口腔、咽喉、气道等食管邻近的组织损害,出现食管外表现,如哮喘、慢性咳嗽、特发性肺纤维化、声嘶、咽喉炎和牙蚀症等。

(二)分类

根据反流是否导致食管黏膜糜烂、溃疡,分为糜烂性食管炎(erosive esophagitis, EE)和非糜烂性反流病(nonerosive reflux disease, NERD)。其中NERD最常见。

二、病因和发病机制

GERD的发生与胃酸、胃蛋白酶及胆汁等反流物刺激食管有直接关系,多种因素可导致食管下括约肌(lower esophagus sphincter, LES)功能障碍,从而导致异常反流。

(一)抗反流屏障结构和功能异常^[1-2]

贲门切除术后、食管裂孔疝、腹内压增高(妊娠、肥胖、腹水等)可导致LES结构受损;某些激素(如缩胆囊素、胰高血糖素、血管活性肠肽等)、食物(如高脂肪、巧克力等)、药物(如钙通道阻滞剂、地西泮等)可引起LES压力下降。

(二)食管清除反流物功能降低^[3]

多见于可引起食管蠕动异常或唾液分泌异常的疾病。

(三)食管黏膜屏障作用减弱

长期吸烟、饮酒及进食刺激性食物等可使食管黏膜抵御反流物的损害能力下降^[4]。

三、诊断、病情评估与转诊

(一)诊断标准

1. 反复发作的症状:

(1)烧心和反流是GERD最常见的典型症状。

(2)胸痛、上腹痛、上腹部烧灼感、暖气等为GERD的不典型症状。

(3)GERD可伴随食管外表现,包括哮喘、慢性咳嗽、特发性肺纤维化、声嘶、咽喉症状和牙蚀症等^[5-6]。

(4)胸痛为主要表现的患者注意需先排除心肺疾病因素后才能行胃食管反流评估。

2. 食管反流的客观证据:若有典型的烧心和反酸症状,可作出GERD的初步诊断;上消化道内镜下若发现有反流性食管炎并能排除其他原因引起的食管病变,本病诊断可成立;若内镜检查阴性,但食管pH监测证实存在食管过度酸反流,则可建立NERD的诊断。对拟诊GERD的患者,可考虑先使用质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)经验性治疗,症状多会在1~2周内得到改善,若给予治疗后症状消失,可确立GERD的诊断。对于症状不

典型,特别是合并食管外症状的患者,常需结合多种检查手段进行综合分析来作出诊断。胃食管反流病问卷(GerdQ)是一种简单、易行、可以实现患者自我评估症状的诊断方法,尤其适合在没有内镜检查条件、没有消化专科医生的基层医疗机构使用^[7-8],见表1。

表1 胃食管反流病问卷(GerdQ)

问题 ^a	症状评分(分)			
	0 d	1 d	2~3 d	4~7 d
A. 阳性症状				
您胸骨后出现灼烧感(烧心)	0	1	2	3
您感觉有胃内容物(液体或食物)上返至您的喉咙或口腔(反流)	0	1	2	3
B. 阴性症状				
您感到上腹部中央疼痛	3	2	1	0
您感到恶心	3	2	1	0
C. 阳性影响				
由于您的烧心和/或反流而难以获得良好夜间睡眠	0	1	2	3
除医师告知服用的药物外,您额外服药(如碳酸钙、氢氧化铝)以缓解烧心和/或反流	0	1	2	3

注:^a询问患者就诊前1周内以下相关症状出现的天数;阳性症状指支持GERD诊断的症状;阴性症状指不支持GERD诊断的症状;阳性影响指阳性症状对患者的影响;对于初诊患者,A+B+C≥8分,提示胃食管反流病(GERD)诊断;C≥3分,提示GERD影响生活质量。用于监测GERD治疗效果时,A与C任何一项评分≤1分,提示治疗有效;A与C任何一项评分≥2分,提示治疗方案需调整

(二)病情评估

确诊的GERD患者,可评估其分型(EE或NERD)、分级(轻或重度)、食管并发症(有无、性质和严重程度)、食管外表现(有无、与GERD症状的相关性)、心理、睡眠障碍(有无及其严重程度)等^[9]。必要时,需要进行有关的胃食管反流检查,使患者能得到个体化的合理治疗。

(三)鉴别诊断

1. 对初诊患者,要特别注意对报警征象的采集,报警征象包括吞咽疼痛、吞咽困难、呕吐、消瘦和粪便隐血阳性、贫血、食管癌和胃癌家族史等。

2. 以胸痛为主要表现者,注意排查心源性和肺源性胸痛。

3. 对PPI治疗效果不满意时,应考虑到食管动力性疾病,如贲门失弛缓症、弥漫性食管痉挛和胡桃夹食管等,此外还要注意排除嗜酸粒细胞食管炎可能。

(四)转诊建议

1. 紧急转诊:当患者有明显的报警症状发生时,如进行性吞咽困难、吞咽疼痛、体重减轻、贫血、呕血或黑便等。

2. 普通转诊:

(1)怀疑有并发症(如食管狭窄或Barrett食管)的患者。

(2)对经验性治疗反应不佳,如给予PPI治疗8~12周后,并没有得到明显改善的难治性GERD。

(3)需考虑内镜检查来帮助诊断,如肿瘤或感染等。

(4)需行内镜微创治疗或外科手术。

四、治疗

治疗目标:缓解症状、治愈食管炎、提高生活质量、预防复发和并发症。

(一)生活方式干预

改变生活方式是治疗GERD的基础,而且应贯穿于整个治疗过程。包括:

1. 减轻体重:尽量将BMI控制在<25 kg/m²。

2. 改变睡眠习惯:抬高床头15°~20°,睡前3 h不再进食。

3. 戒烟、限制饮酒。

4. 避免降低LES压力的食物:浓茶、咖啡、可乐、巧克力等。

5. 避免降低LES压力和影响胃排空的药物:硝酸甘油、抗胆碱能药物、茶碱、钙通道阻滞剂等。

6. 减少引起腹压增高因素:肥胖、便秘、避免穿紧身衣、长时间弯腰劳作等。

(二)药物治疗

1. 质子泵抑制剂(PPI):为GERD治疗的首选药物,适用于症状重、有严重食管炎的患者^[10]。奥美拉唑一般为20 mg、2次/d常规剂量口服,其他PPI包括艾司奥美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑和雷贝拉唑等。单剂量PPI无效可改用双倍剂量,一种无效可换用另一种PPI。推荐疗程8~12周。对于出现食管裂孔疝等并发症的患者,PPI剂量通常需要加倍。PPI短期应用的潜在不良反应包括白细胞计数减少、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、髌部骨折、肠道菌群移位等^[11]。不良反应明显者可更换PPI。

2. H₂受体拮抗剂(H₂ receptor antagonist, H₂RA):适合于轻、中症患者。常用药物有西咪替丁、雷尼替丁、法莫替丁和罗沙替丁等,一般采用常规剂量,分次服用。H₂RA安全性好,但如患者年龄

大、伴肾功能损害和其他疾病时,易产生不良反应,常见腹泻、头痛、嗜睡、疲劳、便秘等,因此H₂RA在老年GERD患者需慎用^[12]。

3. 促胃动力药:多潘立酮为一种作用较强的多巴胺受体拮抗剂,在基层医院较为普及,剂量为10 mg、3次/d。莫沙必利、伊托必利等为新型促动力药。促动力药不推荐单独用于GERD的治疗,多与抑酸药联合使用。促动力药物存在一定的不良反应,如腹痛、腹泻、口干等消化系统以及心悸、心电图QT间期延长等心血管系统不良反应,多潘立酮亦可使血催乳素水平升高,引起非哺乳期泌乳等不良反应^[13]。

4. 黏膜保护剂:主要包括硫糖铝和三钾二枸橼酸铋,黏膜保护剂不良反应较少,少数患者可引起便秘、皮疹、消化不良、恶心等不良反应^[14]。

5. 抗抑郁或焦虑治疗:三环类抗抑郁药和选择性5-羟色胺再摄取抑制剂可用于伴有抑郁或焦虑症状的GERD患者的治疗^[15]。

(三)手术治疗

1. GERD的内镜治疗:目前用于GERD的内镜下治疗手段主要分为射频治疗、内镜下胃腔内缝合/折叠治疗、内镜下注射或植入技术类。

2. 抗反流手术:能减少反流次数及控制反流症状。适应症有:存在病理性酸反流,药物抑酸不足或药物治疗有效但患者不愿意长期服用药物。

(四)治疗方案

1. 联合用药:GERD患者如单用抑酸药物效果不理想,可考虑联合使用促动力药。

2. 维持治疗:包括按需治疗和长期治疗。NERD及轻度食管炎患者可采用按需或者间歇治疗可以很好地控制症状。PPI为首选药物,抗酸剂也可选用。PPI停药后症状复发、重度食管炎患者需要长期治疗。维持治疗的剂量应调整至患者无症状之最低剂量为适宜剂量。

3. 难治性GERD:对于双倍剂量PPI治疗8~12周后烧心或反酸症状无明显改善者,首先需检查患者的依从性,优化PPI的使用。无效者在PPI停药后采用食管阻抗pH监测、内镜检查等进行评估,排除其他食管和胃的疾病。明确存在病理性反流但若药物治疗效果不佳,或患者不能耐受长期服药,可考虑内镜或外科手术治疗。

4. 夜间酸突破:控制夜间酸突破是GERD治疗的措施之一,夜间酸突破是指在每天早晚餐前服用PPI治疗的情况下,夜间胃内pH<4持续时间>1 h,

治疗方法包括调整PPI用量,睡前加用H₂RA、应用血浆半衰期更长的PPI等^[16]。

(五)治疗效果

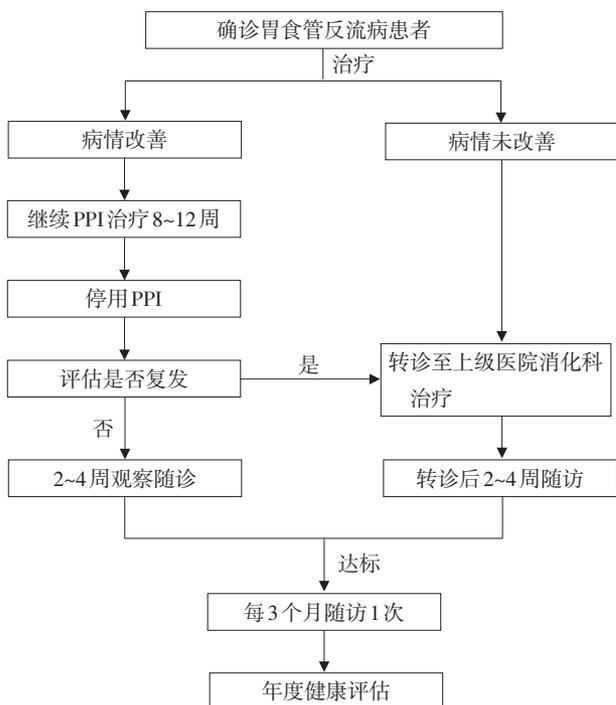
1. 未达标:指患者临床症状未消失,辅助检查仍有支持反流性食管炎的证据。

2. 已达标:指患者临床症状消失,辅助检查无反流性食管炎的表现。

五、疾病管理

(一)管理流程

GERD管理流程见图1。



注:PPI质子泵抑制剂

图1 胃食管反流病管理流程

(二)长期管理和随访

全科医生应为胃食管反流病患者建立健康档案,定期进行随访评估。

1. 评估内容:全面病史评估,症状复发情况,对抗酸药物治疗反应,生活方式改善情况;体格检查如血压、心率、心律、身高、体重、腰围等。辅助检查必要时可行内镜检查,是评估胃食管反流病的发病风险及并存的临床情况,是确定治疗策略的基础。

2. 评估频率:

(1)未达标:

随访频率:每2~4周1次,直至达标。

随访内容:病史症状发生情况,对药物治疗反应,查体(身高、体重、腰围),生活方式评估及建议。

(2)已达标:

随访频率:每3个月1次。

随访内容:症状复发情况,查体(身高、体重、腰围),生活方式评估及建议。

年度评估:除上述每3个月随访事项外,必要时可行内镜检查、评估病情。

(三)预防

1. 一级预防:针对一般人群,普及防病知识,宣传健康生活方式,避免烟酒,节制饮食,如过重或肥胖需减轻体重,避免辛辣酸甜等刺激性食物,避免增加腹压的因素。

2. 二级预防:针对高危人群定期社区筛查,对危险人群进行监测,积极控制危险因素。

3. 三级预防:针对患者群,积极进行治疗性生活干预,指导合理用药,控制食管反流症状及预防并发症,改善患者的生命质量,对伴有 Barrett 食管者等并发症者,应定期接受内镜检查。

(四)健康教育

应该从 GERD 发生的危险因素入手,采取必要的措施进行积极预防和干预:

1. 避免饮食过多、过快、过饱;避免睡前进食、餐后立即卧床等;避免刺激性饮食,如烟、酒、咖啡、浓茶、辛辣食物等。

2. 肥胖会使腹内压增加,诱发胃食管反流,鼓励肥胖患者减轻体重。

3. 积极治疗便秘、慢性咳嗽等可诱发腹压增加的疾病。

4. 睡眠时抬高床头,一般床头抬高 15°~20°,以减少反流发生。

5. 用药依从性教育:向患者详细介绍采用的治疗方案,治疗药物的使用方法及可能出现的不良反应等,鼓励患者足量足疗程治疗,避免随意的减药或停药等。

6. 心理指导:GERD 特点是病情慢性迁延反复,容易使患者思想负担加重,遵医行为差。通过积极交流沟通,消除患者顾虑和心理阻碍,建立起战胜疾病的信心。

消化系统疾病基层诊疗指南制定学术指导委员会成员(按姓氏拼音排序):白文元(河北医科大学第二医院);陈东风(重庆市大坪医院);陈旻湖(中山大学附属第一医院);陈其奎(中山大学孙逸仙纪念医院);陈卫昌(苏州大学附属第一医院);房静远(上海交通大学医学院附属仁济医院);郭晓钟(北部战区总医院);李景南(北京协和医院);李鹏(首都医科大学附属北京友谊医院);李延青(山东

大学齐鲁医院);刘玉兰(北京大学人民医院);陆伟(天津市第二人民医院);吕宾(浙江中医药大学附属第一医院);吕农华(南昌大学第一附属医院);钱家鸣(北京协和医院);唐承薇(四川大学华西医院);田德安(华中科技大学同济医学院附属同济医院);庾必光(遵义医学院附属医院);王江滨(吉林大学中日联谊医院);王兴鹏(上海交通大学附属第一人民医院);吴开春(空军军医大学西京医院);谢渭芬(第二军医大学附属长征医院);杨云生(解放军总医院);张军(西安交通大学医学院第二附属医院);周丽雅(北京大学第三医院);邹多武(上海交通大学医学院附属瑞金医院)

消化系统疾病基层诊疗指南编写专家组:

组长:李景南 周亚夫

副组长:方力争 吴东

秘书长:吴东

消化专家组成员(按姓氏拼音排序):何文华(南昌大学第一附属医院);季国忠(南京医科大学第二附属医院);寇毅(北京市房山区良乡医院);李景南(北京协和医院);梁晓(上海交通大学仁济医院);刘岩(北京三〇七医院);王红(广州市第一医院);吴东(北京协和医院);夏璐(上海嘉会国际医院);于岩波(山东大学齐鲁医院);祝荫(南昌大学第一附属医院)

全科专家组成员(按姓氏拼音排序):方力争(浙江大学医学院附属邵逸夫医院);冯玫(山西大医院);刘军兴(北京市丰台区方庄社区卫生服务中心);吴浩(北京市丰台区方庄社区卫生服务中心);习森(北京市怀柔区怀柔镇社区卫生服务中心);闫文冰(山东省肥城市边院镇中心卫生院);周亚夫(南京医科大学);朱兰(上海市徐汇区斜土街道社区卫生服务中心)

本指南执笔专家:于岩波 **审校专家:**陈旻湖 李延青
利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Warren HF, Louie BE, Farivar AS, et al. Manometric Changes to the Lower Esophageal Sphincter After Magnetic Sphincter Augmentation in Patients With Chronic Gastroesophageal Reflux Disease[J]. Ann Surg, 2017, 266(1): 99-104. DOI: 10.1097/SLA.0000000000001935.
- [2] van Hoeij FB, Smout AJ, Bredenoord AJ. Predictive value of routine esophageal high-resolution manometry for gastro-esophageal reflux disease[J]. Neurogastroenterol Motil, 2015, 27(7):963-970. DOI:10.1111/nmo.12570.
- [3] Achem AC, Achem SR, Stark ME, et al. Failure of esophageal

- peristalsis in older patients: association with esophageal acid exposure[J]. *Am J Gastroenterol*, 2003, 98(1): 35-39. DOI: 10.1016/s0002-9270(02)05856-2.
- [4] Gardner JD, Sloan S, Miner PB, et al. Meal-stimulated gastric acid secretion and integrated gastric acidity in gastro-oesophageal reflux disease[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2003, 17(7):945-953. DOI:10.1046/j.1365-2036.2003.01533.x.
- [5] Wang GR, Zhang H, Wang ZG, et al. Relationship between dental erosion and respiratory symptoms in patients with gastro-oesophageal reflux disease[J]. *J Dent*, 2010, 38(11): 892-898. DOI:10.1016/j.jdent.2010.08.001.
- [6] Havemann BD, Henderson CA, El-Serag HB. The association between gastro-oesophageal reflux disease and asthma: a systematic review[J]. *Gut*, 2007, 56(12):1654-1664.
- [7] Dent J, Vakil N, Jones R, et al. Accuracy of the diagnosis of GORD by questionnaire, physicians and a trial of proton pump inhibitor treatment: the Diamond Study[J]. *Gut*, 2010, 59(6): 714-721. DOI:10.1136/gut.2009.200063.
- [8] Jones R, Junghard O, Dent J, et al. Development of the GerdQ, a tool for the diagnosis and management of gastro-oesophageal reflux disease in primary care[J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2009, 30(10): 1030-1038. DOI: 10.1111 / j. 1365-2036.2009.04142.x.
- [9] 周丽雅, 陈旻湖. 胃食管反流病[M]. 北京:北京大学医学出版社, 2007:24.
- [10] DeVault KR, Castell DO. American College of Gastroenterology. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease[J]. *Am J Gastroenterol*, 2005, 100(1): 190-200. DOI: 10.1001 / archinte.1995.00430200044008.
- [11] Scarpignato C, Gatta L, Zullo A, et al. Effective and safe proton pump inhibitor therapy in acid-related diseases -A position paper addressing benefits and potential harms of acid suppression[J]. *BMC Med*, 2016, 14(1): 179. DOI: 10.1186 / s12916-016-0718-z.
- [12] Kroch DA, Madanick RD. Medical Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease[J]. *World J Surg*, 2017, 41(7): 1678-1684.
- [13] Miyamoto M, Haruma K, Takeuchi K, et al. Frequency scale for symptoms of gastroesophageal reflux disease predicts the need for addition of prokinetics to proton pump inhibitor therapy[J]. *J Gastroenterol Hepatol*, 2008, 23(5): 746-751. DOI: 10.1111/j.1440-1746.2007.05218.x.
- [14] Woodland P, Batista-Lima F, Lee C, et al. Topical protection of human esophageal mucosal integrity[J]. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*, 2015, 308(12): G975-G980. DOI: 10.1152/ajpgi.00424.2014.
- [15] Viazis N, Keyoglou A, Kanellopoulos AK, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors for the treatment of hypersensitive esophagus: a randomized, double-blind, placebo-controlled study[J]. *Am J Gastroenterol*, 2012, 107(11): 1662-1667. DOI:10.1038/ajg.2011.179.
- [16] 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(2014)[J]. *中华消化杂志*, 2014, 34(10): 649-661. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1432.2014.10.001.

(收稿日期:2019-05-20)

(本文编辑:赵静姝 刘岚)

·读者·作者·编者·

中华医学会杂志社对一稿两投问题处理的声明

为维护中华医学会系列杂志的声誉和广大读者的利益,现将中华医学会系列杂志对一稿两投和一稿两用问题的处理声明如下:①本声明中所涉及的文稿均指原始研究的报告或尽管 2 篇文章在文字的表达和讨论的叙述上可能存在某些不同之处,但这些文稿的主要数据和图表是相同的。所指文稿不包括重要会议的纪要、疾病的诊断标准和防治指南、有关组织达成的共识性文件、新闻报道类文稿及在一种刊物发表过摘要或初步报道而将全文投向另一种期刊的文稿。上述各类文稿如作者要重复投稿,应向有关期刊编辑部做出说明。②如 1 篇文章已以全文方式在某刊物发表,除非文种不同,否则不可再将该文投寄给他刊。③请作者所在单位在来稿介绍信中注明该文稿有无一稿两投问

题。④凡来稿在接到编辑部回执后满 3 个月未接到退稿,则表明稿件仍在处理中,作者欲投他刊,应事先与该刊编辑部联系并申述理由。⑤编辑部认为文稿有一稿两投嫌疑时,应认真收集有关资料并仔细核实后再通知作者,同时立即进行退稿处理,在做出处理决定前请作者就此问题做出解释。期刊编辑部与作者双方意见发生分歧时,应由上级主管部门或有关权威机构进行最后仲裁。⑥一稿两用一经证实,本刊将择期在杂志中刊出其作者单位和姓名及撤销该论文的通告;对该作者作为第一作者所撰写的一切文稿,2 年内将拒绝在中华医学会系列杂志发表;就此事件向作者所在单位和该领域内的其他科技期刊进行通报。

中华医学会杂志社