

# 中西医结合治疗难治性胃食管反流的机制与效果研究

胡 骏<sup>1</sup>, 彭卓崙<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>广西中医药大学研究生院, 广西 南宁

<sup>2</sup>广西中医药大学第一附属医院消化内科一区, 广西 南宁

收稿日期: 2025年11月27日; 录用日期: 2026年1月5日; 发布日期: 2026年1月14日

## 摘 要

目的: 探讨中西医结合治疗难治性胃食管反流(rGERD)的作用机制及临床效果, 为rGERD临床治疗提供依据。方法: 选取2023年1月至2024年1月我院86例rGERD患者, 随机分为对照组与观察组各43例。对照组予常规西医治疗(雷贝拉唑 + 多潘立酮), 观察组加用中医辨证治疗(肝胃不和证用柴胡疏肝散加减, 脾胃湿热证用清中汤加减), 均治疗8周。比较两组疗效、症状评分、食管黏膜愈合率及不良反应。结果: 观察组总有效率93.02%, 高于对照组74.42% ( $P < 0.05$ )。治疗后观察组胃灼热、反酸、胸骨后疼痛评分及总评分均低于对照组( $P < 0.05$ ); 食管黏膜愈合率86.05%, 高于对照组65.12% ( $P < 0.05$ ); 两组不良反应发生率(9.30% vs 13.95%)无差异( $P > 0.05$ )。结论: 中西医结合治疗rGERD疗效确切, 可改善症状、促进黏膜愈合且安全, 其机制与调节胃肠动力、抑酸护膜、改善炎症相关。

## 关键词

中西医结合, 难治性胃食管反流, 中医辨证, 西医

# A Study on the Mechanism and Efficacy of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in Treating Refractory Gastroesophageal Reflux Disease

Jun Hu<sup>1</sup>, Zhuoyu Peng<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>School of Graduate, Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi

\*通讯作者。

文章引用: 胡骏, 彭卓崙. 中西医结合治疗难治性胃食管反流的机制与效果研究[J]. 中医学, 2026, 15(1): 334-339.  
DOI: 10.12677/tcm.2026.151046

<sup>2</sup>Department of Gastroenterology, First Ward, The First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi

Received: November 27, 2025; accepted: January 5, 2026; published: January 14, 2026

## Abstract

**Objective:** To investigate the mechanism and clinical efficacy of integrated traditional Chinese and Western medicine (TCM-WM) in treating refractory gastroesophageal reflux disease (rGERD), and to provide evidence for its clinical management. **Methods:** A total of 86 rGERD patients admitted to our hospital from January 2023 to January 2024 were selected and randomly divided into a control group (n = 43) and an observation group (n = 43). The control group received conventional Western medicine treatment (rabeprazole + domperidone), while the observation group received additional TCM syndrome differentiation treatment: Chaihu Shugan San modified for liver-stomach disharmony syndrome, or Qingzhong Tang modified for spleen-stomach damp-heat syndrome. Both groups were treated for 8 weeks. The efficacy, symptom scores, esophageal mucosal healing rate, and adverse reactions were compared between the two groups. **Results:** The total effective rate in the observation group was 93.02%, significantly higher than 74.42% in the control group ( $P < 0.05$ ). After treatment, the scores for heartburn, acid reflux, retrosternal pain, and the total symptom score in the observation group were all lower than those in the control group ( $P < 0.05$ ). The esophageal mucosal healing rate in the observation group was 86.05%, higher than 65.12% in the control group ( $P < 0.05$ ). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups (9.30% vs. 13.95%,  $P > 0.05$ ). **Conclusion:** Integrated TCM-WM therapy is effective for rGERD, improving symptoms, promoting mucosal healing, and demonstrating safety. The mechanism is related to regulating gastrointestinal motility, inhibiting acid and protecting the mucosa, and improving inflammation.

## Keywords

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine,  
Refractory Gastroesophageal Reflux Disease (rGERD),  
Traditional Chinese Medicine Syndrome Differentiation, Western Medicine

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)指胃内容物反流入食管引起不适症状和(或)并发症, 临床主要表现为胃灼热、反酸、胸骨后疼痛等, 严重影响患者生活质量[1]。目前西医治疗 rGERD 以调整 PPI 剂量, 更换药物或联合促胃肠动力药为主, 但部分患者疗效仍不理想, 且长期用药易出现不良反应如头痛、腹泻、骨质疏松等。rGERD 在中医范畴中归为“吐酸”“嘈杂”“胃痛”等, 认为其发病机制以肝胃不和、脾胃湿热、胃阴不足等为主要病机, 治疗以辨证论治为核心, 强调调理脏腑功能, 平衡阴阳[2]。近年来, 中西医结合治疗 rGERD 开始受到重视, 通过综合西医针对性强、起效快和中医整体调理、标本兼治的优势, 在改善患者症状、提高疗效方面具有独特的价值。本研究系统探讨中西医结合治疗 rgerd 的作用机制及临床效果, 为临床治疗提供新思路, 现报道如下。

## 2. 资料与方法

### 2.1. 研究对象

以 2020 年 1 月~2024 年 1 月我院消化内科收治的 rgerd 患者 86 例作为研究对象。

纳入标准: (1) 符合《中国胃食管反流病诊疗指南(2020 版)》中 rGERD 的诊断标准[3], 即标准剂量 PPI 治疗 8 周后症状未缓解; (2) 中医辨证符合肝胃不和证或脾胃湿热证, 参考《中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分》; (3) 年龄 18~70 岁; (4) 患者及家属知情同意并签署知情同意书。排除标准: (1) 合并食管裂孔疝、食管癌、胃癌等器质性疾病; (2) 合并严重心、肝、肾等脏器功能障碍; (3) 对本研究所用药物过敏; (4) 妊娠或哺乳期女性; (5) 精神疾病患者。采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组, 每组 43 例。对照组男 23 例, 女 20 例; 年龄 25~68 岁, 平均 $(45.6 \pm 8.2)$ 岁; 病程 1~5 年, 平均 $(2.8 \pm 1.1)$ 年; 中医辨证: 肝胃不和证 25 例, 脾胃湿热证 18 例。观察组男 22 例, 女 21 例; 年龄 24~69 岁, 平均 $(46.2 \pm 7.9)$ 岁; 病程 1~6 年, 平均 $(3.0 \pm 1.2)$ 年; 中医辨证: 肝胃不和证 24 例, 脾胃湿热证 19 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 2.2. 治疗方法

对照组给予常规西医治疗: 口服雷贝拉唑钠肠溶片(江苏豪森药业集团有限公司, 国药准字 H20020330), 每次 20 mg, 每日 2 次, 分别于早餐前和晚餐前 30 min 服用; 联合多潘立酮片(西安杨森制药有限公司, 国药准字 H10910003), 每次 10 mg, 每日 3 次, 餐前 15 min~30 min 服用。连续治疗 8 周。

观察组在对照组基础上联合中医辨证治疗: (1) 肝胃不和证: 治则为疏肝和胃、降逆止酸, 方用柴胡疏肝散加减。药物组成: 柴胡 12 g, 白芍 15 g, 枳壳 10 g, 陈皮 10 g, 香附 10 g, 佛手 12 g, 煅瓦楞子 30 g (先煎), 海螵蛸 15 g, 甘草 6 g。若胃灼热明显加黄连 6 g、吴茱萸 3 g; 反酸严重加乌贼骨 15 g。(2) 脾胃湿热证: 治则为清热化湿和胃降逆, 方用清中汤加减。药物组成: 黄连 6 g, 栀子 10 g, 陈皮 10 g, 茯苓 15 g, 半夏 10 g, 苍术 12 g, 厚朴 10 g, 甘草 6 g。若胸骨后疼痛明显加延胡索 10 g、郁金 10 g。上述中药均由我院中药房煎煮, 每剂煎取 400 ml, 分 2 次温服, 每日 1 剂, 连续治疗 8 周。

### 2.3. 观察指标

(1) 症状评分: 于治疗前及治疗 8 周后, 采用 GERD 症状评分量表对患者胃灼热、反酸、胸骨后疼痛症状进行评分, 每项症状按严重程度分为 0~3 分, 0 分: 无明显症状; 1 分: 症状轻微, 偶尔出现, 不影响生活; 2 分: 症状明显, 频繁出现, 影响生活; 3 分: 症状严重, 持续存在, 严重影响生活。总症状评分为各项症状评分之和[4]。(2) 食管黏膜愈合情况: 治疗 8 周后, 采用胃镜检查观察两组患者食管黏膜愈合情况, 分为愈合(食管黏膜破损完全消失)、部分愈合(食管黏膜破损面积缩小  $\geq 50\%$ )、未愈合(食管黏膜破损面积缩小  $< 50\%$  或无变化)。愈合率 = (愈合例数 + 部分愈合例数) / 总例数  $\times 100\%$ 。(3) 安全性指标: 记录治疗期间两组患者不良反应发生情况, 如头痛、腹泻、恶心、腹胀等。

### 2.4. 疗效判定

参考《胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》制定疗效判定标准。

痊愈: 治疗后患者胃灼热、反酸、胸骨后疼痛等症状完全消失, 胃镜检查显示食管黏膜破损完全愈合; 显效: 治疗后症状明显改善, 症状评分降低  $\geq 70\%$ , 胃镜检查显示食管黏膜破损面积缩小  $\geq 70\%$ ; 有效: 治疗后症状有所缓解, 症状评分降低 30%~69%, 胃镜检查显示食管黏膜破损面积缩小 30%~69%; 无效: 治疗后症状无明显改善或加重, 症状评分降低  $< 30\%$ , 胃镜检查显示食管黏膜破损面积缩小  $< 30\%$  或无变化。总有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数  $\times 100\%$ 。

2.5. 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组内比较采用配对 t 检验, 组间比较采用独立样本 t 检验; 计数资料以[n (%)]表示, 比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

3. 结果

3.1. 两组临床疗效比较

观察组总有疗效高于对照组( $P < 0.05$ ), 见表 1。

Table 1. Comparison of clinical efficacy between the two groups [case (%), n = 43]

表 1. 两组临床疗效比较[case (%), n = 43]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	43	10 (23.26)	12 (27.91)	10 (23.26)	11 (25.58)	32 (74.42)
观察组	43	18 (41.86)	15 (34.88)	7 (16.28)	3 (6.98)	40 (93.02)
$\chi^2$ 值	-	-	-	-	-	5.468
P 值	-	-	-	-	-	0.020

3.2. 两组治疗前后症状评分比较

治疗后, 两组症状评分均降低( $P < 0.05$ ), 以观察组更明显( $P < 0.05$ ), 见表 2。

Table 2. Comparison of symptom scores before and after treatment between the two groups ( $\bar{x} \pm s$ , n = 43)

表 2. 两组治疗前后症状评分比较( $\bar{x} \pm s$ , n = 43)

组别	例数	时间	胃灼热	反酸	胸骨后疼痛	总症状评分
对照组	43	治疗前	2.35 $\pm$ 0.52	2.41 $\pm$ 0.48	2.28 $\pm$ 0.50	7.04 $\pm$ 1.32
		治疗后	1.21 $\pm$ 0.45	1.32 $\pm$ 0.41	1.15 $\pm$ 0.43	3.68 $\pm$ 1.05
观察组	43	治疗前	2.38 $\pm$ 0.50	2.43 $\pm$ 0.46	2.30 $\pm$ 0.48	7.11 $\pm$ 1.28
		治疗后	0.58 $\pm$ 0.32	0.65 $\pm$ 0.28	0.52 $\pm$ 0.30	1.75 $\pm$ 0.82

注: 与本组治疗前比较,  $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较,  $P < 0.05$ 。

3.3. 两组食管黏膜愈合率及安全性比较

治疗后, 观察组食管黏膜愈合率高于对照组( $P < 0.05$ ); 观察组不良反应发生率低于对照组( $P < 0.05$ ), 见表 3。

Table 3. Comparison of esophageal mucosal healing rate and safety between the two groups [case (%), n = 43]

表 3. 两组食管黏膜愈合率及安全性比较[case (%), n = 43]

组别	例数	食管黏膜愈合例数	食管黏膜愈合率	不良反应发生例数	不良反应发生率
对照组	43	28	28 (65.12)	6	6 (13.95)
观察组	43	37	37 (86.05)	4	4 (9.30)
$\chi^2$ 值	-	-	5.104	-	0.452
P 值	-	-	0.024	-	0.501

## 4. 讨论

### 4.1. 中西医结合治疗 rGERD 的机制分析

rGERD 的发病机制复杂, 目前尚未完全明确, 主要与食管下括约肌功能障碍、食管清除能力下降、胃酸反流、食管黏膜防御机制减弱及炎症反应等因素有关。西医治疗 rGERD 以抑制胃酸分泌、促进胃肠动力为核心, PPI 可通过抑制胃壁细胞  $H^+/K^+-ATP$  酶活性, 有效减少胃酸分泌, 缓解反流症状; 多潘立酮可促进胃肠蠕动, 增强食管清除能力, 减少胃内容物反流[5]。但部分患者长期使用 PPI 后易出现耐药性, 且无法从根本上改善食管下括约肌功能及食管黏膜防御机制, 导致疗效不佳。

中医认为 rGERD 的发病与肝、胃、脾等脏腑功能失调密切相关。肝主疏泄, 若情志不畅, 肝气郁结, 横逆犯胃, 导致胃失和降, 胃气上逆, 则出现胃灼热、反酸等症状; 脾主运化, 若饮食不节, 损伤脾胃, 湿热内生, 阻滞气机, 胃失和降, 亦可引发本病。本研究中, 中医辨证分为肝胃不和证与脾胃湿热证, 分别采用柴胡疏肝散加减和清中汤加减治疗, 取得了良好的效果。现代药理研究表明, 柴胡疏肝散中的柴胡、白芍、香附等药物可调节胃肠激素分泌, 增强食管下括约肌张力, 改善胃肠动力; 煅瓦楞子、海螵蛸具有中和胃酸、保护食管黏膜的作用。清中汤中黄连、栀子可以抑制胃酸分泌, 减轻炎症反应; 茯苓、苍术可增强胃肠黏膜屏障功能, 促进黏膜修复。

中西医结合治疗 rGERD 的优势是协同作用, 其机制可能包括以下几个方面: (1) 调节胃肠动力: 西医多潘立酮可直接促进胃肠蠕动, 中医中药可通过调理肝脾功能, 改善胃肠动力紊乱, 增强食管清除能力, 减少胃内容物反流。(2) 抑制胃酸分泌: PPI 强效抑制胃酸分泌, 中药黄连、栀子等可辅助抑制胃酸, 煅瓦楞子、海螵蛸等中和胃酸, 进一步降低胃内酸度, 减轻胃酸对食管黏膜的损伤。(3) 护食: 中药茯苓、白芍等可增强食管黏膜屏障功能, 促进黏膜细胞修复再生; PPI 可减少胃酸对黏膜的刺激, 为黏膜愈合创造良好环境。(4) 改善炎症反应: rGERD 患者食管黏膜存在炎症反应, 中医中药通过抗炎、抗氧化作用, 可减轻炎症损伤, 促进黏膜愈合。

### 4.2. 临床效果与安全性评价

本研究结果显示观察组治疗总有效率为 93.02%, 显著高于对照组 74.42%, 提示中西医结合治疗 rGERD 具有较好的临床疗效。

治疗后, 观察组胃灼热、反酸、胸骨后疼痛症状评分及总症状评分均显著低于对照组, 提示中西医结合治疗可更有效地改善患者的临床症状。食管黏膜愈合率是评价 rGERD 治疗效果的重要指标, 本研究中观察组食管黏膜愈合率为 86.05%, 高于对照组的 65.12%, 说明中西医结合治疗可促进食管黏膜修复, 提高黏膜愈合率。

安全性方面, 两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义, 且所有不良反应均较轻微, 经对症处理后缓解, 表明中西医结合治疗 rGERD 具有良好的安全性。这可能与中医中药整体调理、副作用小的特点有关, 同时也减少了单一西医药物大剂量使用带来的不良反应风险。

本研究存在一定的局限性, 如样本量较小、研究时间较短, 且未对患者进行长期随访, 无法观察中西医结合治疗的长期效果及复发情况。未来需扩大样本量, 开展多中心、长期随访研究, 进一步验证中西医结合治疗 rGERD 的疗效及安全性, 并深入探讨其作用机制。

## 5. 结论

中西医结合治疗难治性胃食管反流可显著提高临床疗效, 有效改善患者的胃灼热、反酸、胸骨后疼痛等症状, 促进食管黏膜愈合, 且安全性良好。其作用机制可能与调节胃肠动力、抑制胃酸分泌、保护食管黏膜及改善炎症反应相关, 值得在临床推广应用。

---

## 参考文献

- [1] 赵吉鑫. 胃食管反流病消化内科中西医结合治疗的临床分析[J]. 内蒙古中医药, 2025, 44(4): 48-50.
- [2] 刘静怡, 韩冰, 刘希桐, 王棚, 陈乾, 李鲜. 胃食管反流病中西医发病机制及药物治疗研究进展[J]. 时珍国医国药, 2024, 35(3): 701-705.
- [3] 梁宇晗, 何慧彬, 郑敏, 赵琰, 王石红. 中西医结合治疗难治性反流性食管炎的临床疗效及对脑肠肽指标的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023, 31(6): 456-462.
- [4] 袁潇. 中西医结合治疗难治性胃食管反流病(RGERD)的临床疗效分析[D]: [硕士学位论文]. 昆明: 云南中医药大学, 2023.
- [5] 张泰, 张北华, 马祥雪, 王凤云, 唐旭东. 中西医结合治疗难治性胃食管反流病的优势[J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42(9): 1124-1131.