

胃食管反流病不同干预方案临床疗效对比研究

王 俊 郑 月

伊犁州友谊医院 新疆 伊宁 835000

【摘 要】：目的：对比分析生活方式干预、质子泵抑制剂（PPI）药物干预及二者联合干预方案治疗胃食管反流病（GERD）的临床疗效，为临床个体化治疗提供循证依据。方法：回顾性选取 2024 年 1 月—2024 年 12 月本院收治的 GERD 患者 200 例，年龄 18~80 岁，依据干预方案分为 A 组（生活方式干预，67 例）、B 组（PPI 药物干预，66 例）、C 组（生活方式+PPI 联合干预，67 例），疗程均为 8 周。比较三组治疗前后胃食管反流病问卷（GERD-Q）评分、临床总有效率、6 个月复发率及不良反应发生率。结果：治疗前三组 GERD-Q 评分无统计学差异（ $P>0.05$ ）；治疗后三组 GERD-Q 评分均显著降低，且 C 组低于 B 组、B 组低于 A 组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。C 组临床总有效率 95.52%，高于 B 组 83.33%、A 组 67.16%（ $P<0.05$ ）。随访 6 个月，C 组复发率 7.46%，低于 B 组 21.21%、A 组 35.82%（ $P<0.05$ ）。三组不良反应发生率无显著差异（ $P>0.05$ ）。结论：生活方式联合 PPI 药物干预治疗 GERD 疗效最优，可显著改善症状、降低复发率，安全性良好；单纯 PPI 药物干预疗效优于单纯生活方式干预，临床应优先推荐联合方案，轻度患者可酌情采用基础生活方式干预。

【关键词】：胃食管反流病；生活方式干预；质子泵抑制剂；临床疗效；复发率

DOI:10.12417/2705-098X.26.14.062

引言

胃食管反流病（GERD）是消化系统常见慢性疾病，指胃十二指肠内容物反流至食管、咽喉或气道，引发反酸、烧心、胸骨后疼痛等症状，可合并食管黏膜损伤、食管狭窄、Barrett 食管等并发症，严重影响患者生活质量。

近年我国 GERD 发病率呈逐年上升趋势，发病与肥胖、高脂饮食、精神焦虑、食管下括约肌功能异常等因素密切相关，临床治疗以控制症状、促进黏膜愈合、减少复发、预防并发症为核心目标。

目前临床干预方案呈阶梯化分布，以生活方式调整为基础一线措施，质子泵抑制剂（PPI）为药物治疗首选，重度难治性病例可考虑内镜或外科手术干预。但临床实践中，不同干预方案的疗效差异、适用人群及长期预后仍存在争议，单纯药物治疗易复发、长期用药存在潜在风险，单纯生活方式干预对中重度患者疗效有限。为明确不同干预方案的临床价值，本研究纳入 200 例 GERD 患者，对比单纯生活方式干预、单纯 PPI 药物干预及二者联合干预的疗效、复发率及安全性，为临床制定个体化治疗策略提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选取 2024 年 1 月—2024 年 12 月本院消化内科收治的 GERD 患者 200 例，年龄 18~80 岁，均符合《胃食管反流病中西医结合诊疗专家共识（2025 年）》诊断标准^[1]，经胃镜或 24 小时食管 pH 监测确诊，存在反酸、烧心、胸骨后不适等典型症状，GERD-Q 评分 ≥ 8 分；排除合并消化性溃疡、食管裂孔疝、食管肿瘤、严重肝肾功能不全、凝血功能障碍、精神疾病者，排除近 3 个月使用过 PPI、促动力药等影响疗效评估药物

者，排除妊娠及哺乳期女性、依从性差无法配合治疗者。本研究经本院医学伦理委员会批准，患者及家属均签署知情同意书。依据干预方案分为 A 组（生活方式干预，67 例）、B 组（PPI 药物干预，66 例）、C 组（生活方式+PPI 联合干预，67 例）。A 组男 35 例、女 32 例，年龄（ 46.82 ± 12.57 ）岁，病程（ 2.35 ± 1.12 ）年；B 组男 34 例、女 32 例，年龄（ 47.15 ± 13.02 ）岁，病程（ 2.41 ± 1.08 ）年；C 组男 36 例、女 31 例，年龄（ 46.93 ± 12.84 ）岁，病程（ 2.38 ± 1.15 ）年。三组性别、年龄、病程等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 干预方法

三组疗程均为 8 周，干预期间禁止服用其他抑酸、促动力药物。A 组给予单纯生活方式干预，包括控制体重、戒烟戒酒、避免高脂饮食、咖啡、浓茶、巧克力及辛辣刺激食物，睡前 3 小时禁食，餐后避免立即平卧，睡眠时床头抬高 15~20cm，规律作息，缓解焦虑情绪。B 组给予单纯 PPI 药物干预，口服雷贝拉唑钠肠溶片（20mg/次，1 次/d，餐前 30min 服用），持续 8 周。C 组给予生活方式干预联合雷贝拉唑钠肠溶片治疗，生活方式干预方案同 A 组，药物治疗方案同 B 组，持续 8 周。

1.3 观察指标

（1）症状评分：采用胃食管反流病问卷（GERD-Q）评估治疗前后症状严重程度，总分 0~18 分，评分越高表示症状越严重。

②临床疗效：治疗结束后评估疗效，痊愈：反酸、烧心等症状完全消失，胃镜示食管黏膜愈合；显效：症状显著改善，GERD-Q 评分下降 $\geq 70\%$ ；有效：症状有所缓解，GERD-Q 评分下降 30%~69%；无效：症状无改善甚至加重，GERD-Q 评

分下降<30%；总有效率=（痊愈+显效+有效）例数/总例数×100%。

（3）复发情况：治疗结束后随访6个月，记录症状复发例数，计算复发率。

（4）安全性：观察治疗期间头痛、腹泻、腹胀、恶心等不良反应发生情况，计算不良反应发生率。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0统计学软件分析数据，计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用t检验；计数资料以率（%）表示，组间比较采用 χ^2 检验； $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组治疗前后 GERD-Q 评分比较

治疗前三组 GERD-Q 评分无统计学差异（ $P > 0.05$ ）；治疗后三组 GERD-Q 评分均显著低于治疗前，且C组低于B组、B组低于A组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 三组治疗前后 GERD-Q 评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ），分

组别	例数	治疗前	治疗后
A组	67	12.56±2.18	7.23±1.54
B组	66	12.49±2.25	4.85±1.26
C组	67	12.52±2.21	2.17±0.89

2.2 三组临床总有效率比较

C组临床总有效率95.52%，显著高于B组83.33%、A组67.16%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 三组临床疗效对比（例，%）

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
A组	67	18	22	5	22	67.16
B组	66	29	23	3	11	83.33
C组	67	42	21	1	3	95.52

2.3 三组6个月复发率比较

随访6个月，C组复发率7.46%，显著低于B组21.21%、A组35.82%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表3。

表3 三组6个月复发率对比（例，%）

组别	例数	复发例数	复发率
A组	67	24	35.82
B组	66	14	21.21

C组	67	5	7.46
----	----	---	------

2.4 三组不良反应发生率比较

治疗期间，A组无明显不良反应；B组出现头痛2例、腹泻1例，不良反应发生率4.55%；C组出现头痛1例、腹胀1例，不良反应发生率2.99%；三组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），且不良反应均轻微，停药后自行缓解，无严重不良事件发生。

3 讨论

GERD发病核心机制为食管下括约肌功能障碍、食管清除能力下降及食管黏膜屏障受损，胃酸反流刺激食管黏膜引发炎症反应，其慢性反复发作特性给临床治疗带来挑战^[2]。生活方式干预作为GERD基础治疗，通过减少腹内压、降低胃酸反流诱因，从病因层面减少反流发生，适用于轻度症状患者，但单纯依赖生活方式调整，对中重度反流症状控制有限，难以快速缓解不适，且患者依从性差异大，易导致疗效不佳、复发率升高^[3]。PPI通过抑制胃壁细胞H⁺/K⁺-ATP酶，阻断胃酸分泌最终环节，强效抑酸可快速缓解反酸、烧心症状、促进食管黏膜愈合，是目前GERD药物治疗核心方案，但长期单一用药存在夜间酸突破、肠道菌群紊乱、维生素吸收异常等潜在风险，且停药后复发率较高，难以从根本上改善抗反流屏障功能。

在现代临床诊疗体系中，GERD的治疗难点不仅在于急性期症状的有效控制，更在于长期病情的稳态维持与复发防控，多数患者因长期不良生活习惯持续损伤食管抗反流机制，单一治疗模式无法兼顾治标与治本的临床需求^[4]。临床数据显示，超半数GERD患者存在饮食不规律、作息紊乱、久坐肥胖等多重危险因素，此类诱因持续存在会持续削弱药物治疗效果，即便短期通过PPI药物实现症状消退，病因未去除仍会导致病情反复迁延。同时，不同年龄段患者发病特点存在显著差异，中青年患者多由饮食、作息及精神压力诱发，老年患者多伴随食管功能退行性改变，单纯统一的药物治疗无法适配不同人群的病理特征，这也是单一干预方案疗效受限的重要原因^[5]。生活方式干预可针对性规避各类致病诱因，持续修复食管括约肌功能、改善食管清除能力，从根源上阻断病情进展，与PPI药物快速抑酸、修复黏膜的治疗优势形成完美互补，二者联合可构建“急性期控症+长期固本”的完整治疗体系，极大弥补单一治疗方案的临床短板。

本研究结果显示，治疗后三组GERD-Q评分均显著降低，联合干预组评分最低，临床总有效率达95.52%，显著高于单纯药物组（83.33%）与单纯生活方式组（67.16%），提示联合干预可发挥协同作用，药物快速控制症状、修复黏膜，生活方式干预消除诱因、巩固疗效，二者互补提升整体疗效。随访6个月，联合组复发率仅7.46%，远低于单纯药物组（21.21%）与单纯生活方式组（35.82%），表明联合干预可有效降低远期复

发风险，改善患者长期预后，这与相关研究结论一致，即药物联合生活方式干预可减少胃酸暴露、增强抗反流功能、降低复发概率。安全性方面，三组不良反应发生率无显著差异，且均轻微可控，证实联合干预安全性良好，不会增加不良反应风险。

综上，GERD 临床干预需遵循阶梯化、个体化原则，轻度症状患者可优先采用生活方式干预，中重度患者应首选生活方

式联合 PPI 药物干预方案，兼顾短期症状控制与长期复发预防，临床需加强患者健康宣教，提高生活方式干预依从性，减少药物依赖、降低复发率，改善患者生活质量。本研究为单中心回顾性研究，样本量有限、随访时间较短，后续可开展多中心、大样本、长期随访研究，进一步验证不同干预方案的远期疗效及安全性，为 GERD 精准治疗提供更充分证据。

参考文献:

- [1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.胃食管反流病中西医结合诊疗专家共识(2025 年)[J].中国中西医结合消化杂志, 2025,33(3):217-229.
- [2] 吴文涛,陈晓乐,胡素芹,等.中西医结合诊治胃食管反流病的临床新进展[J].中国中西医结合消化杂志,2024,32(7):632-638.
- [3] 于君,冯薇薇,周长江.替戈拉生与雷贝拉唑治疗胃食管反流病的临床效果比较[J].临床合理用药,2024,17(32):67-69+76.
- [4] 张双圆,陈含情,李军祥,等.和胃降逆方治疗非糜烂性胃食管反流病寒热错杂证的临床研究[J].北京中医药大学学报,2025,48(8):1107-1114.
- [5] 葛巧宾,洪世英,徐弘扬.胃食管反流病三例误诊原因临床分析[J].临床误诊误治,2025,38(23):8-13.