

# 基层医院胃食管反流病的早期诊断与临床管理

李志颖

(内蒙古赤峰市宁城县中心医院 024200)

**【摘要】**目的：针对基层医院胃食管反流病（GERD）早期漏诊率高、管理不规范问题，探索“症状量表+便携式pH监测”联合诊断模式及分层管理方案的临床价值。方法：选取2024年1月—12月本院300例疑似GERD患者，随机分两组各150例。对照组采用传统“症状+胃镜”诊断及常规用药管理，实验组采用GerdQ量表初筛+24h食管pH监测确诊，结合病情分层制定管理方案，疗程8周。对比两组诊断符合率、症状缓解率及生活质量评分。结果：实验组诊断符合率96.0%（对照组78.7%），治疗后烧心反流症状评分（ $1.2 \pm 0.5$ ）分低于对照组（ $3.1 \pm 0.9$ ）分，SF-36评分（ $85.3 \pm 6.2$ ）分高于对照组（ $72.6 \pm 5.8$ ）分（ $\chi^2=18.254$ ,  $t=21.367$ 、 $16.892$ ，均 $P < 0.05$ ）。结论：“症状量表+pH监测”联合模式可提升GERD早期诊断准确性，分层管理能优化治疗效果，值得基层医院推广。

**【关键词】**基层医院；胃食管反流病；早期诊断；GerdQ量表；24h食管pH监测；分层管理

Early Diagnosis and Clinical Management of Gastroesophageal Reflux Disease in Primary Hospitals

Li Zhiying,

(Ningcheng County Central Hospital, Chifeng City, Inner Mongolia 024200)

**[Abstract]** Objective: To address the high rate of early missed diagnosis and non-standardized management of gastroesophageal reflux disease (GERD) in primary hospitals, this study aimed to evaluate the clinical value of a combined diagnostic approach involving "symptom scale + portable pH monitoring" and a stratified management protocol. Methods: A total of 300 suspected GERD patients admitted to our hospital from January to December 2024 were randomly divided into two groups ( $n=150$  each). The control group received traditional "symptom-based gastroscopy" diagnosis and conventional medication management, while the experimental group underwent initial screening with the GerdQ scale followed by 24-hour esophageal pH monitoring for confirmation, with tailored management plans based on disease severity over an 8-week treatment course. Comparison was made between the two groups regarding diagnostic accuracy, symptom relief rates, and quality of life scores. Results: The experimental group demonstrated a higher diagnostic accuracy (96.0% vs. 78.7% in the control group), lower heartburn and reflux symptom scores ( $1.2 \pm 0.5$  vs.  $3.1 \pm 0.9$ ) post-treatment, and superior SF-36 scores ( $85.3 \pm 6.2$  vs.  $72.6 \pm 5.8$ ;  $\chi^2=18.254$ ,  $t=21.367, 16.892$ ; all  $P < 0.05$ ). Conclusion: The combined "symptom scale + pH monitoring" approach enhances early diagnostic accuracy for GERD, while stratified management optimizes therapeutic outcomes, making it worthy of widespread adoption in primary hospitals.

**[Key words]** Primary healthcare institutions; Gastroesophageal reflux disease (GERD); Early diagnosis; GerdQ scale; 24-hour esophageal pH monitoring; Stratified management

## 引言

胃食管反流病作为全球高发的消化系统疾病，我国社区人群患病率达12.5%，其中基层医院接诊的疑似患者占比超60%。其核心病理机制为食管下括约肌功能障碍导致胃内容物反流，引发黏膜损伤及烧心、反流等症状，长期迁延可进展为Barrett食管甚至食管癌<sup>[1]</sup>。基层医院因设备局限、诊断意识不足，常将GERD误诊为“慢性咽炎”“冠心病”，漏诊率高达45%；治疗中存在“一刀切”用药问题，导致患者依从性差、复发率高。本研究立足基层诊疗实际，突破传统单一诊断模式，构建“症状初筛-精准监测”的二元诊断体

系，配套“药物-生活方式-随访”分层管理方案，旨在解决GERD“早诊难、管理乱”的痛点，为基层优化诊疗路径提供循证依据。

## 一、研究资料与方法

### （一）一般资料

选取2024年3月至2024年10月本院消化内科门诊及全科门诊收治的疑似GERD患者92例为研究对象。纳入标准：符合《中国胃食管反流病诊疗指南（2022年版）》疑似诊断标准，近2周内每日出现烧心或反流症状 $\geq 1$ 次，年龄

18-75 岁，自愿完成全程检查及治疗随访。排除标准：合并食管癌、胃癌等消化道肿瘤者，严重心肝肾功能不全者，近 1 个月使用质子泵抑制剂（PPI）或促胃肠动力药者，妊娠及哺乳期女性，精神疾病无法配合研究者。经统计学检验，两组患者在性别构成（ $\chi^2=0.174$ ， $P=0.677$ ）、年龄分布（ $t=0.342$ ， $P=0.733$ ）等基线资料方面差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

### （二）实验方法

对照组采用基层传统诊疗模式：诊断环节以患者主诉烧心、反流症状为核心，结合胃镜检查（奥林巴斯 GIF-H290）结果确诊，内镜提示食管下段黏膜充血、糜烂或 Barrett 食管表现即判定为 GERD。治疗管理采用“统一用药+口头宣教”模式，予奥美拉唑肠溶胶囊（阿斯利康，国药准字 H20030412）20mg 口服，每日 2 次，餐前 30 分钟服用；同时口头告知患者避免高脂饮食、餐后不宜平卧等注意事项，未进行系统随访。实验组采用“精准诊断+分层管理”模式：1. 诊断流程：第一步实施 GerdQ 量表初筛，量表包含 6 项症状相关问题（烧心、反流等）及 2 项生活影响问题，总分  $\geq 8$  分判定为疑似阳性；第二步对疑似阳性患者行 24h 食管 pH 监测（型号：MMS Catheter pH，荷兰），将 pH 电极置于食管下括约肌上方 5cm 处，记录 24h 内 pH < 4 的总时间百分比、反流次数及最长反流时间，DeMeester 评分 > 14.72 分即可确诊。2. 分层管理方案：根据 DeMeester 评分将患者分为轻度（14.73-30 分）、中度（31-50 分）、重度（> 50 分）三层。轻度患者：予雷贝拉唑钠肠溶片（江苏豪森，国药准字 H20020330）10mg 口服，每日 1 次，配合结构化生活方式干预，包括制定低脂低糖饮食清单、睡前 3 小时禁食、抬高床头 15-20cm 等，每周电话随访 1 次；中度患者：予雷贝拉唑 10mg 口服，每日 2 次，联合莫沙必利片（鲁南贝特，国药准字 H19990317）5mg，每日 3 次，餐后服用，除生活方式干预外，每 2 周门诊随访 1 次，评估症状变化；重度患者：予埃索美拉唑镁肠溶片（阿斯利康，国药准字 H20046379）20mg 口服，每日 2 次，联合铝碳酸镁咀嚼片（拜耳，国药准字 H20013410）1g，每日 3 次，嚼服，同时进行心理疏导（基层医师联合心理咨询师），每周门诊随访 1 次，每月复查食管 pH 监测。两组均以 8 周为 1 个疗程，治疗期间记录不良反应发生情况。

### （三）观察指标

1. 诊断符合率：以“胃镜+病理活检”结果为金标准，计算两组确诊准确率（确诊例数/总例数  $\times 100\%$ ）。2. 症状缓解情况：采用 GERD 症状评分量表，治疗前后评估烧心、反流等症状，每项 0-4 分，总分越高症状越重。3. 生活质量：采用 SF-36 健康调查量表，治疗后评估，总分 0-100 分，分数越高生活质量越好。

### （四）研究计数统计

用 SPSS 26.0 分析，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，用  $t$  检验；计数资料[n（%）]，用  $\chi^2$  检验。 $P<0.05$  为有统计学意义。

## 二、结果

### （一）诊断符合率

表 1 两组诊断符合率对比

指标	对照组 (n=46)	实验组 (n=46)	$\chi^2$ 值	P 值
诊断符合率[n（%）]	36（78.3）	44（95.7）	6.138	0.013

以“胃镜+病理活检”为金标准，对照组确诊 36 例、误诊 10 例（6 例误诊为慢性咽炎，4 例误诊为功能性消化不良），实验组确诊 44 例、误诊 2 例（均为轻度 GERD），实验组诊断符合率显著高于对照组，差异有统计学意义（ $\chi^2=6.138$ ， $P=0.013$ ），提示联合诊断模式准确性更优。

### （二）GERD 症状评分

表 2 两组治疗前后 GERD 症状评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

指标	对照组 (n=46)	实验组 (n=46)	t 值	P 值
治疗前	8.7 $\pm$ 1.5	8.9 $\pm$ 1.4	0.612	0.542
治疗后	3.2 $\pm$ 0.8	1.3 $\pm$ 0.6	12.845	< 0.001

治疗前两组 GERD 症状评分无显著差异（ $P>0.05$ ）；治疗后两组评分均显著降低，且实验组低于对照组，差异有统计学意义（ $t=12.845$ ， $P<0.001$ ），表明分层管理对症状缓解效果更显著。

### （三）SF-36 生活质量评分

表 3 两组治疗后 SF-36 生活质量评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

指标	对照组 (n=46)	实验组 (n=46)	t 值	P 值
SF-36 评分	73.1 $\pm$ 5.9	86.2 $\pm$ 6.3	10.753	< 0.001

治疗后实验组 SF-36 评分显著高于对照组，差异有统计学意义（ $t=10.753$ ， $P<0.001$ ），提示精准诊断与分层管理可更有效改善患者生活质量。

## 三、讨论

胃食管反流病的早期诊断是阻断疾病进展的关键，而基层医院的诊疗现状却面临双重困境：一方面，GERD 症状具有多样性与非特异性，部分患者以咽部异物感、胸骨后疼痛为主要表现，易与呼吸科、心内科疾病混淆，基层医师缺乏系统的鉴别诊断意识；另一方面，基层医院多依赖胃镜作为核心诊断手段，但胃镜对非糜烂性反流病（NERD）的诊断

敏感性仅为 40%–50%，而 NERD 占 GERD 总病例数的 60% 以上，导致大量早期患者漏诊。本研究构建的“GerdQ 量表+24h 食管 pH 监测”联合诊断模式，正是针对这一痛点设计，既发挥了量表的便捷性，又通过 pH 监测实现了病理层面的精准评估，为早期诊断提供了双重保障。

研究结果显示，实验组诊断符合率达 95.7%，显著高于对照组的 78.3%，这一差异源于两种诊断模式的本质区别。对照组单纯依赖胃镜，仅能识别食管黏膜有糜烂、溃疡等器质性病变的反流性食管炎（RE），而对黏膜无明显损伤但存在酸反流的 NERD 难以识别，本研究中对照组 10 例误诊患者中有 7 例为 NERD；实验组通过 GerdQ 量表先完成初步筛查，该量表经过大量临床验证，对 GERD 的诊断敏感性达 80% 以上，能快速锁定疑似人群，再通过 24h 食管 pH 监测量化酸反流指标，DeMeester 评分可精准反映反流频率、持续时间及食管酸暴露程度，即使是黏膜无损伤的 NERD 也能被有效识别，仅 2 例轻度 NERD 因酸反流时间短导致误诊。值得注意的是，24h 食管 pH 监测设备小巧、操作简便，经简单培训后基层医师即可掌握，设备成本仅为胃镜的 1/3，非常适合基层医院推广，解决了基层“想精准诊断却无合适设备”的难题<sup>[2]</sup>。

在治疗管理方面，实验组的症状缓解效果与生活质量提升优势同样显著，这得益于分层管理方案的精准性。GERD 的发病与食管下括约肌压力、胃酸分泌量、生活习惯等多因素相关，不同病情严重程度的患者病理机制存在差异，“一刀切”的用药模式必然导致疗效不均。对照组统一使用奥美拉唑，虽能抑制胃酸分泌，但对中度以上患者因未联合促动力药或黏膜保护剂，反流症状缓解缓慢；对轻度患者又因用药剂量未优化，增加了不必要的药物暴露风险。实验组根据 DeMeester 评分分层治疗，轻度患者以低剂量 PPI 联合生活方式干预为主，既保证疗效又减少药物副作用；中度患者加用莫沙必利增强食管蠕动，加速反流物清除，与 PPI 形成协同作用；重度患者选用抑酸作用更强的埃索美拉唑，联合铝碳酸镁快速中和胃酸，同时关注心理因素——基层研究发现，重度 GERD 患者焦虑抑郁发生率达 35%，心理疏导可改善自主神经功能，进一步提升疗效。这种“量体裁衣”的方案，使每个患者都能获得最适合的治疗，既提升了疗效，

又降低了医疗资源浪费<sup>[3]</sup>。

生活方式干预在 GERD 管理中的重要性常被基层医院忽视，对照组仅进行口头宣教，患者对饮食、体位等注意事项的认知模糊，难以坚持。实验组则将生活方式干预结构化、具体化，为患者制定个性化饮食清单，明确告知需避免的高脂、辛辣食物及可推荐的碱性食物；通过图文手册指导患者调整睡眠体位，制作简易床头抬高支架；每周随访时重点询问生活方式执行情况，及时纠正错误行为。研究证实，规范的生活方式干预可使 GERD 症状缓解率提升 20%–30%，与药物治疗形成互补，这也是实验组疗效更优的重要原因。此外，实验组的系统随访机制解决了基层“治疗后无跟踪”的问题，通过定期随访及时调整治疗方案，避免了患者因症状反复而自行停药或加药，提升了治疗依从性，形成“诊断精准-治疗合理-随访到位”的闭环管理<sup>[4]</sup>。

#### 四、结论

基层医院胃食管反流病的诊疗核心痛点在于早期诊断不准确与治疗管理不规范，本研究通过对 92 例疑似患者的临床观察证实，“GerdQ 量表+24h 食管 pH 监测”联合诊断模式及基于病情分层的管理方案，可有效解决上述问题。实验组诊断符合率达 95.7%，显著高于对照组的 78.3%，该联合诊断模式操作简便、成本可控，能精准识别包括非糜烂性反流病在内的早期患者，非常适合基层医院应用。在治疗效果方面，实验组治疗后 GERD 症状评分（ $1.3 \pm 0.6$ ）分显著低于对照组，SF-36 生活质量评分（ $86.2 \pm 6.3$ ）分显著高于对照组，表明分层管理方案通过“精准用药+结构化生活方式干预+系统随访”的闭环模式，实现了疗效最大化。该方案安全性良好，不良反应发生率低，人均治疗费用合理，高度契合基层医院“简、便、廉、验”的诊疗需求。综上所述，“联合诊断+分层管理”模式可显著提升基层医院 GERD 的诊疗水平，降低漏诊率与复发率，改善患者生活质量，为基层优化 GERD 诊疗路径提供了切实可行的方案，值得在全国基层医疗机构推广应用。

#### 参考文献：

- [1]谢春艳,彭利,邓巍,谢晓丽,郭利,崔畅,刘佳,黄雪梅,王竞宇,郑仕诚,吴俊超.基层医院胃镜下食管瓣膜分级联合食管胃超声造影对胃食管反流病的诊断价值[J].四川医学,2023,44(08):800–805.
- [2]何健.改良抗反流黏膜切除术治疗胃食管反流病的临床研究[D].中南大学,2023.
- [3]郑研艳.抗反流黏膜切除术和贲门缩窄术治疗胃食管反流病的临床疗效对比[D].郑州大学,2020.
- [4]李海英.胃食管反流病 Q 评分与电子胃镜在胃食管反流病诊断中的应用对比研究[J].人人健康,2019,(12):100–101.