



6月15~22日，中华中医药学会脾胃病分会第37次脾胃病学术交流会暨脾胃病学术周举办。本次会议采用线上线下相结合的方式，汇聚国内脾胃病领域的众多专家学者。为深入探讨功能性胃肠病的中西医结合诊疗新进展，大会特别设立“功能性胃肠病论坛”专题会场。会议期间，《医师报》记者对十余位与会专家进行了深度访谈，近期将在《医师报》陆续刊发以飨读者。

关联
阅读
专题

功能性胃肠病： 消化道症状 心理异常 如影随行

▲华中科技大学同济医学院附属协和医院 侯晓华

功能性胃肠病（FGIDs）是以消化道症状反复发作但缺乏器质性病变证据的疾病。全球患病率超过40%，我国约为20%~40%。脑-肠轴研究证实，FGIDs与焦虑、抑郁等心理异常存在双向关联：心理异常通过中枢神经系统导致内脏高敏感和胃肠动力紊乱；而肠道功能紊乱又可通过菌群失调影响大脑功能，形成恶性循环。研究表明，FGIDs患者精神共病风险是健康人群的2倍以上。因此，识别消化道症状背后的心理异常，对于改善患者的生活质量和治疗效果具有重要意义。

消化道症状与心理异常 存在双向关系

FGIDs患者的消化道症状多种多样，常见的包括食管、胃部、肠道症状等，症状重叠十分常见。23.6%的功能性消化不良（FD）患者存在焦虑/抑郁倾向；功能性便秘患者中焦虑、抑郁倾向分别达29.7%~41.5%和38.3%~50.3%；肠易激综合征以及功能性胃肠病胃肠症状重叠人群中也存在类似倾向。

当前普遍认为，心理因素与消化道症状之间存在双向关系。一方面，心理异常（如焦虑、抑郁等）作为功能性胃肠病的危险因素，可通过影响中枢神经系统，导致内脏高敏感性和

胃肠动力紊乱，引发或加重消化道症状。另一方面，FGIDs患者出现的炎症反应和菌群失调影响大脑功能，进而形成恶性循环。

一项基于人群的前瞻性研究发现，基线时存在焦虑症状的个体，未来发生FGIDs的风险显著增加；而FGIDs患者患精神共病（焦虑/抑郁）的风险是正常人的2倍以上。以上均表明，消化道症状与心理异常之间存在密切的双向关系。

特征性症状识别

临床中特定消化道症状常提示心理异常。我们近来的研究发现咽部、胸骨后、胃上型嗳气症状的患者，如果伴有睡眠障碍、3次以上的就医，提示其有焦虑或抑

郁，应该引起消化科医师关注这些患者的心理状态。

咽部及食管症状 28.9% 癔球症患者存在轻度心理异常，40%为中重度。非心源性胸痛患者若反复检查无异常，需考虑心理因素。

胃部症状 早饱患者的焦虑/抑郁风险达普通患者2.676倍，症状严重度与焦虑水平呈正相关。

肠道症状 肠易激综合征（IBS）患者焦虑/抑郁患病率显著增高，心理压力可加重腹泻或便秘症状。

临床评估与干预策略

评估方法 详细病史采集，了解患者情绪状态、生活压力事件等与症状的时序关系；采用标准化工具评估心理状态；复杂病



侯晓华 教授

例建议多学科会诊。

治疗进展 西医包括抗抑郁治疗对难治性功能性消化不良有效率达64%~70%。中医包括疏肝解郁类方剂（如柴胡疏肝散）调节情志与脾胃功能。

此外，还有认知行为疗法、放松训练等非药物干预，皆可治疗FGIDs伴心理功能异常。

中西医结合优势

现代医学的“脑-肠轴”理论与中医“肝主情志，脾主运化”理念高度契合。西医靶向治疗可快速缓解症状，中医辨证施治能改善长期预后，二者结合可实现优势互补，帮助缓解患者消化道症状，改善患者生活质量和整体健康状况。

辛开苦降法 治疗功能性消化不良

▲南京中医药大学 孙志广

功能性消化不良是一种无器质性病变的胃十二指肠功能紊乱疾病，临床表现为餐后饱胀、早饱、上腹痛等症状，严重影响患者生活质量。辛开苦降法在功能性消化不良的治疗中，通过整体调节和辨证论治，展现出独特优势。本研究从分子层面揭示了辛开苦降法治疗的机制，为其临床应用提供了科学依据。



孙志广 教授

西医治疗的现状与中医特色

西医认为功能性消化不良的发病机制复杂，涉及胃肠运动障碍、内脏高敏感、脑-肠轴紊乱、十二指肠低度炎症及黏膜屏障损伤等多方面因素。目前西医治疗主要包括：抑酸治疗，促动力药，心理干预，根除幽门螺杆菌治疗等。尽管这些方法在一定程度上缓解了症状，但复

发率高且个体差异大，亟需更有效的治疗策略。功能性消化不良的西医治疗以抑酸药和促动力药为主，但疗效有限且副作用多见。辛开苦降法通过运用辛温升散与苦寒降泄药物，平调寒热、调理阴阳、调畅脏腑气机，以达到从整体调节脾胃功能的效果，临床疗效显著且安全性高。

辛开苦降法分子机制研究的新突破

苦味成分激活苦味受体38（TAS2R38） 小檗碱等苦味活性成分激活TAS2R38，抑制肥大细胞脱颗粒，减少十二指肠炎症，修复黏膜屏障。实验显示，TAS2R38抑制剂可逆转这一作用。

辛味成分靶向5-羟色胺4受体（5-HT4R） 辛味成分通过激活5-HT4受体发挥作用，并促进5-HT分泌，增强胃肠蠕动。钙离子检测和动物实验证实，其促动力作用可被5-HT4R抑制剂阻断。

协同增效 辛开苦降法联合使用效果优于单药，兼具抗炎和促胃肠动力双重作用，达到标本兼治。

中西医结合治疗的新方向

靶向药物的开发 基于TAS2R38和5-HT4R的协同机制，进一步研发新型中药复方。

个体化治疗 结合TAS2R38和5-HT4R生物标志物筛选敏感患者，优化疗效。

整合疗法 联合使用促动力药以及心理干预，形成综合的治疗方案。

总结

辛开苦降法的研究从分子层面揭示了中医治疗功能性消化不良的科学性，为功能性胃肠病的治疗提供更优方案，为中西医结合提供了新思路。

这些指标的正常值尚不明确，需要进一步研究和验证，以制定出更适合中国患者的诊断和治疗策略。

总之，从里昂共识1.0到2.0，GERD的诊断更加精准和规范，不仅有助于提高患者的治疗效果，也为患者提供了个性化的诊疗方案。

胃食管反流病诊断：从里昂共识1.0到2.0

▲中山大学附属第一医院消化内科 肖英莲



肖英莲 教授

胃食管反流病（GERD）诊断体系正经历从“症状关联”到“病理机制”的范式转变。从里昂共识1.0到2.0，诊断标准与流程的更新为临床诊疗提供了更为精准的指引。

里昂共识1.0的局限性

里昂共识1.0为GERD的诊断奠定了初步的指导框架。然而，随着临床实践的推进和研究的深入，其局限性逐渐凸显。一方面，未确诊和已确诊的GERD患者在检查策略和阈值上存在差异，而原有标准未充分考量这一点。另一方面，

随着诊断技术特异性的提升，GERD的定义亟待更新，以适应精准医学的需求。同时，肠脑相互作用障碍罗马V诊断标准的制定，也促使GERD的诊断标准与之相契合，从而规范诊断与排除流程。

里昂共识2.0的更新与突破

里昂共识2.0明确了“需干预的GERD（actionable GERD）”这一关键概念，强调这类患者需要长期抑酸、优化治疗或侵入性治疗，必须明确诊断。对于典型反流症状患者，可进行经验性PPI试验；而对于其他症状患者及PPI无应答者，在进行侵入性治疗或长期治疗前，应进行食管检查，如内镜、无线pH监测、pH-阻抗监测等。这些检查方法能够全面评估病情，为诊断提供有力依据。

无线pH监测作为诊断未

确诊GERD的首选工具，96h监测时长可提高诊断率。若所有天的AET<4.0%，反流-症状关联阴性，可排除GERD；AET>6%持续≥2d则可诊断为GERD。pH-阻抗监测在评估反流事件与症状的关联性、诊断非酸反流等方面发挥着独特作用。停用PPI时pH-阻抗监测AET>6%可诊断为GERD，总反流次数等指标也有助于判断GERD的严重程度。

在中国，反流性食管炎的发病情呈现现出一定特点。研究表明，无症状低级别食管炎患者的预后相对良好，但B级食管炎患者以及日后出现GERD症状的患者则需要特别关注。中国GERD诊疗规范强调综合考虑多种指标，如AET、总反流次数、PSPW指数和MNBI等，以提高诊断的准确性。由于地区和人群差异，

中西医结合 专栏编委会

栏目总编辑：陈可冀

本期轮值主编：唐旭东

执行主编：（按姓氏拼音排序）

蔡定芳 陈 歆 陈香美

陈志强 崔乃强 方敬爱

方祝元 付长庚 符德玉

郭 军 郭晓昌 黄光英

贾小强 李 浩 梁晓春

林 谦 凌昌全 刘勤社

刘献祥 陆 峰 陆付耳

马晓昌 苗 青 彭 军

施海明 唐旭东 陶 军

王 阶 王文健 王肖龙

吴永健 吴宗贵 徐丹苹

徐凤芹 杨传华 张敏州

张学智 张允岭

主编助理：刘龙涛