

ICS \*\*.\*\*\*.  
C\*\*



# 团体标准

T/CACM \*\*\*\*—202\*

## 食管癌前病变治未病干预方案

Guidelines for TCM intervention of esophageal precancerous lesions  
(文件类型：征求意见稿)

(完成时间：2022 年 5 月)

20\*\*-\*\*-\*\*发布

20\*\*-\*\*-\*\*实施

中华中医药学会发布

# 目 次

前言	I
引言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 流行病学	2
5 病因病机	2
6 筛查	3
6.1 筛查对象	3
6.2 筛查目标	3
6.3 筛查流程和方法	3
7 干预	4
7.1 概述	4
7.2 未病先防	4
7.3 已病防变	6
7.4 瘥后防复	16
8 随访	17
9 临床问题、推荐意见、证据描述	17
附录 A	21
附录 B	23
附录 C	24
参考文献	25

## 前 言

本文件参照GB/T1.1—2020《标准化工作导则 第1部分:标准化文件的结构和起草规则》规定的起草。

本文件由河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）、浙江中医药大学附属第一医院、甘肃省肿瘤医院、郑州大学食管癌防治国家重点实验室、中日友好医院、河南省人民医院、广州中医药大学第一附属院、江苏省中西医结合医院、安徽中医药大学第一附属医院、河北医科大学第四医院、福建中医药大学附属人民医院、陕西省中医院、四川省肿瘤医院、山西省中医院、河南省肿瘤医院、河南科技大学第一附属医院、郑州大学第一附属医院、河南中医药大学、河南中医药大学第一附属医院、河南中医药大学第三附属医院。

本文件主要起草人：郑玉玲、舒琦瑾、仓顺东、薛文翰、周超锋

本文件参与起草人（按姓氏笔画为序）：马纯政、王立东、王祥麒、王涛、王鑫、刘冰熔、刘丽坤、刘怀民、刘培民、刘君颖、孙宏新、闫国立、李平、李晶、李寒冰、李洪霖、李德亮、李振华、许彦超、陈武进、陈玉龙、陈晓琦、张勤生、张瑞、张娟、张亚玲、宋学坤、杨晨光、杨祖贻、林丽珠、周世繁、姜彦妮、贾立群、贾瑞诺、郭志忠、郭军辉、高社干、徐学琴、崔阳阳、蒋士卿、霍介格。

## 引 言

中医“治未病”思想重在强调“未病先防”、“已病防变”、“瘥后防复”。这与现代疾病的三级预防思想有异曲同工之处：一级预防即病因预防；二级预防是指在疾病的临床前期做好早期发现、早期诊断、早期治疗的“三早”预防措施；三级预防则是促进恢复、预防复发。这对食管癌前病变的临床防治、用药、调养均具有重要的指导意义<sup>[1]</sup>。

我国食管癌的发病率居世界前列<sup>[2]</sup>，防治食管癌前病变是降低食管癌发病的关键。目前缺乏针对食管癌前病变干预的药物及手段，制定《食管癌前病变治未病干预方案》是临床的迫切需要。有研究表明中医药对食管癌前病变具有较好的临床疗效<sup>[3-6]</sup>，我们应当挖掘和发挥传统中医学在“治未病”中的精华和特色，开展食管癌前病变的防治工作。

为进一步完善诊疗规范，指导我国食管癌前病变防治工作，由河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）牵头，组织成立了由肿瘤内科、肿瘤外科、消化内科、内镜室、放疗科、基础医学、方法学、循证医学等多学科专家人员组成的《食管癌前病变治未病干预方案》工作组。依据指南制定方法、流程及中华中医药学会团体标准管理办法，基于当前最佳证据，结合中医药干预食管癌前病变的特点和我国临床实践现状制定了本方案。本文件作为推荐性团体标准，对食管癌前病变的中医病因病机、辨证分型、治则方药及干预措施进行梳理，从“未病先防”、“已病防变”、“瘥后防复”三方面分别进行中医药的干预，并结合了现代医学食管癌前病变的防治内容，形成具有循证医学证据的治未病干预方案，为从事食管癌前病变防治的中医、中西医结合临床医师提供指导性意见，并在未来实施推广过程中不断更新和修订。

# 食管癌前病变治未病干预方案

## 1 范围

本文件界定了食管癌前病变的术语和定义，明确了食管癌前病变的病因病机、筛查、干预和随访。

本文件适用于食管癌前病变高危人群的预防干预和食管癌前病变患者的中西医临床诊疗。不适用于已经确诊的食管癌患者及食管癌康复患者。

本文件适用于肿瘤科、消化内科、中医科、中西医结合科等相关科室和临床医师使用。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

GB/T 1.1—2020 标准化工作导则第1部分：标准的结构和起草规则

GB/T 7714 文后参考文献著录规则

T/CACM 1066.1-1066.6-2018 中医治未病标准化工作指南

《中国食管鳞癌癌前状态及癌前病变诊治策略专家共识（2020年）》：中华消化内镜杂志<sup>[7]</sup>

《中国早期食管癌及癌前病变筛查专家共识意见（2019年，新乡）》：中华消化内镜杂志<sup>[8]</sup>

《中国巴雷特食管及其早期腺癌筛查与诊治共识(2017，万宁)》：中华内科杂志<sup>[9]</sup>

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本共识。

### 3.1

**食管癌前病变** Esophageal precancerous lesions

指已证实与食管癌发生密切相关的病理变化。食管鳞癌的癌前病变主要指食管鳞状上皮细胞的异型增生<sup>[10-11]</sup>，食管腺癌的癌前病变主要指巴雷特食管黏膜的异型增生<sup>[12-14]</sup>。

### 3.2

**异型增生** Dysplasia

WHO 现称上皮内瘤变（Intraepithelial neoplasia），被定义为细胞形态、大小、结构异常，包括多形细胞以及深染的核分裂象，细胞幼稚并出现异型有丝分裂、细胞正常极性消失。根据细胞异型增生的程度和上皮累及深度分为低级别上皮内瘤变（Low grade intraepithelial neoplasia, LGIN）和高级别上皮内瘤变（High grade intraepithelial neoplasia, HGIN）；其中低级别上皮内瘤变指异型细胞局限在上皮下 1/2 以内，高级别上皮内瘤变指异型细胞局限在上皮下 1/2 及以上<sup>[15]</sup>。

### 3.3

**巴雷特食管** Barrett's esophagus

胃食管反流病的并发症，内镜下可见食管鳞状上皮与胃柱状上皮的交界线（齿状线，又称 Z 线）相对于胃食管结合部上移  $\geq 1\text{cm}$ ，病理证实食管下段的正常复层鳞状上皮被化生的

柱状上皮所取代,其化生可为胃底上皮样化生、贲门上皮样化生以及特殊肠型化生(Specific intestinal metaplasia, SIM),其中伴有肠上皮化生的巴雷特食管发生癌变的风险更大<sup>[16-20]</sup>。

#### 4 流行病学

食管癌是全球范围内常见的恶性肿瘤之一,据2020年全球癌症统计,食管癌的新发病人数达60.4万,死亡人数达54.4万<sup>[2]</sup>。我国是食管癌高发国家,针对食管癌前病变的治未病干预是降低食管癌发病率的关键。食管癌存在长达5~10年的癌前状态、癌前病变及早期癌阶段,这为筛查和防治工作提供了重要窗口期。食管癌由上皮内瘤变进展而来,组织病理学证实的上皮内瘤变无论何种程度,食管癌发病风险均显著增加<sup>[21]</sup>。有研究表明,食管上皮基底细胞过度增生无症状人群较正常食管黏膜上皮者发生食管癌的风险增高6倍。正常食管黏膜上皮、食管上皮基底细胞过度增生和食管上皮不典型增生发展为食管癌间隔时间的中位数分别为22年、11年和5.5年<sup>[22]</sup>。

我国学者对河南省林州地区682例受试者的队列研究结果显示,在13.5年的随访中,正常食管鳞状上皮以及鳞状上皮轻、中、重度异型增生癌变率分别为8%、24%、50%和74%,与正常鳞状上皮相比,轻度(RR=2.9; 95%CI: 1.6~5.2)、中度(RR=9.8; 95%CI: 5.3~18.3)、重度(RR=28.3; 95%CI: 15.3~52.3)异型增生者食管鳞癌发病风险均显著增加,重度异型增生(HGIN)者癌变风险显著高于轻、中度异型增生(LGIN)者<sup>[21-22]</sup>。根据我国食管鳞癌高发区河南林州、河北磁县和山东肥城21111名居民8.5年的随访数据结果显示,重度异型增生/原位癌、中度异型增生和轻度异型增生者食管鳞癌累积发病率分别为15.5%、4.5%和1.4%,与病理活检正常者相比HR值分别为55.78(95%CI: 29.78~104.49)、15.18(95%CI: 8.98~25.66)和4.55(95%CI: 2.82~7.34)<sup>[23]</sup>。经大规模人群研究证实,筛查发现并处理食管癌前病变可降低食管癌的人群发病率<sup>[24]</sup>。

#### 5 病因病机

##### 5.1 概述

食管癌前病变常无特征性表现,或部分患者出现胸骨后不适、咽喉部不适,反酸、烧心等症,由于以上症状时有时无,时轻时重,且没有明显的进食不顺,所以容易忽视。食管癌前病变在中医古籍中无确切的病名,据其临床表现,中医可归属于“梅核气、嘈杂、反酸、食管瘿”范围。

5.2 中医病因(证据级别:V级;推荐强度:强推荐;共识同意率:完全同意 91.09%,同意但保留部分意见 7.83%)

1) 饮食因素:长期喜食烫食、辣食、糙食、腌制或霉变食物,进食过快,或酗酒,或口腔不洁,以上因素使邪毒直中,作用于食管,造成食管局部经脉受损,津停痰生,气机不顺,进而出现食管病变。

2) 情志因素:长期抑郁寡欢,所愿不遂,忿怒急躁,思虑过度等原因,致情志失和,肝郁气滞,影响脾胃升降,清气不升,浊气不降,中焦壅塞,则胃及食管之络脉自痹,进而出现食管病变。

3) 禀赋不足或久病不愈:禀赋不足与先天遗传有关,初生不显,成年后发病;或久患胃疾不愈,或它疾累及脾胃,致中焦升降失和,水谷精微不化,气血生化无源,胃体及食管失于荣养,进而出现食管病变。

4) 年高体虚：随着年龄的增加，正气渐虚，年老体虚则脏腑自衰，尤其是肝、脾、胃、肾功能不足，致阴阳失衡，升降失序，痰湿内生，瘀血阻滞，极易出现食管病变或使原来的食管病患加重，从量变到质变，转化为食管癌。

5.3 中医病机（证据级别：V级；推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 88.76%，同意但保留部分意见 11.23%）

食管属胃所主，与肝、脾、胃、肾关系密切。初病多为实，实为气郁、热邪、湿阻、痰凝、血瘀使食管气机不顺。若邪气久羁，消耗正气，脉络失养，气血运行不畅，久而不愈则为虚。从脏腑辨证看，实多为肝郁气滞、痰湿困脾，虚多为脾气虚、胃阴虚、肾气亏虚。从气血看，食管病变从轻到重，由气及血，有痰瘀互结发展为顽痰痼血，成为噎膈的可能。

## 6 筛查

### 6.1 筛查对象

推荐 40 岁为筛查起始年龄，至 75 岁或预期寿命小于 5 年时终止筛查。对于符合筛查年龄人群，推荐合并下列任一项危险因素者作为食管鳞癌癌前病变的筛查目标人群：（1）出生或长期居住于食管癌高发地区<sup>[25-27]</sup>；（2）一级亲属有食管癌病史<sup>[28]</sup>；（3）患有食管癌前疾病：贲门失弛缓症、食管腐蚀性损伤、食管白斑症、食管憩室、食管乳头状瘤、弥漫性掌跖角皮症等<sup>[15]</sup>；（4）有头颈部肿瘤病史<sup>[29]</sup>；（5）合并其他食管癌高危因素：热烫饮食、饮酒（ $\geq 15\text{g/d}$ ）、吸烟、进食过快、室内空气污染、牙齿缺失等<sup>[30-32]</sup>。

推荐合并下列任三项危险因素者作为巴雷特食管腺癌癌前病变的筛查目标人群<sup>[33-35]</sup>：

（1）年龄 $\geq 50$ 岁；（2）巴雷特食管的长度进行性增加；（3）肥胖（ $\text{BMI} > 25\text{Kg/m}^2$  或腹型肥胖）；（4）重度吸烟史；（5）未使用质子泵抑制剂；（6）未使用非甾体消炎药以及其他汀类药物。

在我国，食管癌以鳞癌为主，腺癌约占 5% 左右<sup>[36]</sup>，故针对所有人群进行食管腺癌及癌前病变的筛查效价比不高。结合我国食管鳞癌发病率高的情况，建议在筛查食管鳞癌癌前病变时不应忽视食管腺癌癌前病变的发生。故推荐在对需要进行消化道内镜筛查的患者，应注意有无巴雷特食管以及可疑食管腺癌癌前病变的发生；对于不在鳞癌筛查范围内但符合 3 条及以上食管腺癌癌前病变目标人群者，也应定期进行消化道内镜筛查<sup>[36-39]</sup>。

### 6.2 筛查目标

推荐将上皮内瘤变（或异型增生）作为主要筛查目标。

### 6.3 筛查流程和方法

在食管癌极高发地区，筛查目标人群推荐每 5 年 1 次内镜普查，其他地区推荐对目标人群进行食管癌风险分层初筛，高危个体每 5 年进行 1 次内镜筛查<sup>[8]</sup>。

对筛查发现的 LGIN（轻、中度异型增生），病变直径大于 1cm 或者合并多重食管癌危险因素者，建议每 1 年进行 1 次内镜随访，其余患者可 2~3 年进行 1 次内镜随访，对筛查发现的 HGIN（中度以上异型增生）应给予治疗<sup>[8]</sup>。

常规白光内镜检查是诊断食管黏膜疾病的基础。相比于进展期病变，上皮内瘤变及早期食管癌在白光内镜下改变常不明显，甚至难以发现，因此易造成漏诊。据研究报道，在食管癌高危人群筛查中常规白光内镜对早期食管癌及癌前病变诊断灵敏度为 55.2%~66.7%，即约 40% 的早期病变可能在白光内镜下漏诊。推荐用色素内镜、电子染色内镜及放大内镜联合

异常区域靶向活检，这是目前诊断食管癌前病变的标准方法。色素内镜下染色的分级和分型有助于区分食管上皮病变性质和级别。电子染色内镜联合异常区域靶向活检可有效诊断食管上皮 HGIN 及癌变，但诊断 LGIN 灵敏度不及色素内镜染色。电子染色联合放大内镜可用于评估癌前病变的级别。

## 7 干预

### 7.1 概述

#### 7.1.1 干预原则

应在明确高危人群、确诊人群的基础上进行干预；总的原则：辨析病因、未病先防，对证（症）干预、已病防变，防治结合、癌后防复。

#### 7.1.2 干预特点

中医药干预食管癌前病变以中医整体观念作为理论依据，通过中药、食疗、针灸、推拿等干预措施辨证干预，促进食管癌前病变的恢复，减少或延缓食管癌的发生。

#### 7.1.3 干预时机

对于高危人群及康复期患者，需针对不同危险因素采用饮食、运动、生活方式等干预措施；对于食管癌前病变的患者可将多种中医药干预措施联合运用。

#### 7.1.4 主要结局指标

中医干预食管癌前病变可改善患者反酸、烧心、纳呆、胸骨后不适等症状，逆转食管癌前病变，延缓食管癌前病变的进展，降低食管癌的发病率。

#### 7.1.5 卫生经济学评估

延缓或逆转食管癌前病变，防止患癌后家庭所产生的巨大经济压力。同时降低食管癌的发病率，减轻社会经济负担。

#### 7.1.6 患者耐受性和生活质量评价

在干预措施中，主要通过改善饮食习惯、增强体质、情志调节等进行预防，另外内治法采用口服中药汤剂、中成药、食疗等措施，外治法包括针灸、推拿、贴敷熏洗等手段进行干预，具有良好的依从性和耐受性，使其生活质量得到提高。

#### 7.1.7 不良反应和安全性评价

推荐的中药均为经典方剂，不良反应少；推荐中成药均为国家药典所载，均有明确规范的处方组成、功能与主治、用法与用量等规定，便于正确用药；外治法中推荐的针灸、推拿、敷贴熏洗等方法，安全可靠。

### 7.2 未病先防

#### 7.2.1 概述

食管癌前病变的高危人群，多无明显的临床症状或症状较轻，内镜下可有轻度的黏膜异常表现。对于这一部分人群，我们应做好未病先防工作，通过改善生活方式、合理饮食、规律作息、适当运动预防和延缓食管癌前病变的发生。

#### 7.2.2 发病危险因素

1) 存在消化系统症状的人群更容易发生食管癌前病变，这是因为不良因素长期刺激食管，可引起食管上皮细胞在增殖过程中受到致癌物质的影响而发生增生或癌变，因此有消化道症状的人群其发病风险会比一般人群高。



2)慢性食管炎患者,食管内壁黏膜细胞因为炎症而处于活跃的代谢状态,容易发生癌前病变。

3)有食管癌家族史的人群,癌前病变的发病风险要比常人高出许多,有一定的家族聚集现象。

4)有不良生活习惯如吸烟、饮酒的人群,或者爱吃腌制、熏制食物,缺乏维生素摄入的人群容易导致食管癌前病变的发生。

### 7.2.3 生活方式干预(推荐强度:强推荐;共识同意率:完全同意 96.64%,同意但保留部分意见 3.36%)

1)饮食有节,避免“四过”<sup>[40-43]</sup>。过烫、过硬、过粗糙及过快饮食容易造成口腔、食管和胃黏膜损伤,长期黏膜损伤加上反复炎症刺激,易诱发食管癌前病变,因此应避免“四过”。

2)口腔保健,抑菌防变<sup>[44]</sup>。牙龈卟啉单胞菌感染已被证实参与了食管癌前病变进展为食管癌的过程。注重口腔卫生对预防食管癌前病变的发生至关重要,如有效保持牙齿清洁(刷牙、洗牙),饭后漱口,牙线清洁,定期进行口腔检查等。

3)起居有常,戒烟限酒<sup>[40-43]</sup>。生活起居应顺时调神,日常作息顺应晨暮节律,生活活动顺应四季节气变化。烟酒中的有害物质反复刺激食管黏膜,致使机体无法及时修复而导致病理性增生,因此长期吸烟和过量饮酒与食管癌发生密切相关。

### 7.2.4 合理饮食(推荐强度:强推荐;共识同意率:完全同意 96.61%,同意但保留部分意见 2.24%)

1)新鲜饮食,忌腌禁霉<sup>[40-43]</sup>。亚硝胺类化合物有高度致癌性,腌制食品如酸菜、虾酱、咸菜和氮肥污染的水源均已被证实富含亚硝胺及前体物质,因此控制其摄入是预防重点。霉变食物中含有较多的霉菌毒素,属致癌促癌物质,玉米、花生、小麦等易霉变食物,日常应贮存在干燥通风处。加工后的食品更易霉变,尽量做到饭菜不隔夜,如有隔夜饭菜也应冷藏保存,并在食用前充分加热烹煮。

2)合理膳食,均衡营养<sup>[40-43]</sup>。饮食品种应多样化,营养物质均衡,多食用新鲜的时令蔬菜、水果。在一项高发地区的营养预防试验中发现,补充核黄素(维生素B<sub>2</sub>)和烟酸(维生素B<sub>3</sub>)可明显降低食管癌发病率。由于辛辣刺激、油炸、烟熏、烧烤类食物富含致癌物质,如烟熏食物含致癌的多环芳香烃,油炸过程可产生高致癌物质苯并芘等,因此应控制摄入量。

### 7.2.5 适当运动和心神调节(推荐强度:强推荐;共识同意率:完全同意 97.75%,同意但保留部分意见 2.25%)

1)健康锻炼,持之以恒<sup>[45-46]</sup>。适度身体锻炼,能增强体质,促进胃肠道分泌和蠕动,改善消化和吸收功能。于天地阳气渐升、体内阳气初长之时锻炼,更有助于激活脏腑功能,疏通气血。运动方案应根据年龄、性别、生活方式和运动习惯,制定个体化的运动处方。运动种类宜选低强度、长时间的有氧运动,如慢跑、骑自行车、中快速步行(115~125步/分钟)等,或者选择太极拳、八段锦、五禽戏、游泳、跳舞等。运动时以心率增加,微微出汗或运动后疲劳感于10~20分钟消失为宜。运动持续时间建议每次30~60分钟。

2)志闲少欲,御神有节<sup>[47]</sup>。躁怒伤肝、焦虑伤脾、忧郁伤肺、恐惧伤肾、大喜伤心,

情志不舒会影响脏腑气机的运行，以致气、血、痰、瘀互阻甚或阴阳失衡。应保持情绪舒畅愉快，不为外物所累，不放纵自己的欲望，戒骄戒躁。

7.2.6 增强高危人群健康意识（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 95.48%，同意但保留部分意见 3.38%）

1) 定期体检，防微杜渐。对年龄≥40 岁的食管癌前病变筛查的目标人群，应定期进行内镜检查。

2) 及早干预，防治结合。有消化系统症状的人群，经治疗后症状缓解不明显应及时去正规医院进行诊疗，应用中医药干预，减除症状，提高生活质量。

### 7.3 已病防变

#### 7.3.1 概述

对已发现食管癌前病变的患者，我们应该积极诊治，应用中医药辨证施治及非药物疗法进行有效干预，缓解患者的症状，逆转或延缓癌前病变的发生。

#### 7.3.2 中医药治疗

##### 7.3.2.1 中医辨证施治

1) 肝胃不和，痰气交阻证（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 88.76%，同意但保留部分意见 10.1%）

【主要症状】咽喉不适，自觉有异物，但不影响进食，情志不舒时上述症状加重，或胸脘痞满，舌质淡红，苔薄白，脉弦。多见于气郁、痰湿、湿热体质。

【治法】疏肝和胃，理气化痰。

【推荐方药】柴胡疏肝散（证据级别：V级；推荐强度：强推荐）合二陈四七汤（推荐强度：弱推荐）加减。柴胡疏肝散<sup>[48]</sup>出自《医学统旨》，二陈四七汤出自《症因脉治》。

方中有柴胡 10g，香附 6g，白芍 6g，枳壳 6g，陈皮 10g，川芎 6g，炙甘草 6g，清半夏 6g，茯苓 10g，紫苏叶 6g，厚朴 6g。

若暖气上逆可加旋覆花、丁香、柿蒂等理气降逆之品；若痰多，质稠，色黄难咯可加桔梗、瓜蒌仁、浙贝母等清热化痰之品；若痰稀色白难咯者则可加皂荚、青礞石、海浮石；反酸甚者加瓦楞子、乌贼骨。

2) 胃热壅盛，浊气上逆证（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 83.13%，同意但保留部分意见 16.87%）

【主要症状】胸骨后灼热不适，进热食时加重，但不影响进食，胃脘痞塞，时有恶心欲呕，或暖气频频，反酸不适，口干口苦，舌质偏红，苔薄黄，脉弦滑或弦数。多见于湿热体质，多有长期大量饮酒史。

【治法】清热和胃，理气降逆。

【推荐方药】半夏泻心汤（证据级别：V级；推荐强度：强推荐）合旋覆代赭汤（推荐强度：弱推荐）加减。半夏泻心汤<sup>[49]</sup>出自《伤寒论》，旋覆代赭汤<sup>[50]</sup>出自《伤寒论》。

方中有黄连 3g，黄芩 3g，清半夏 12g，干姜 3g，党参 20g，旋覆花 30g（包煎），代赭石 10g（先煎），生姜 3g，大枣 6 枚，炙甘草 3g。其中旋覆花、党参、代赭石的剂量比例为 3:2:1。

若口干口渴可去党参、生姜，加冬凌草、白花蛇舌草等以加大清热解毒之力；若大便干

结可加大黄；若胸脘痞塞重者可加枳壳、佛手、瓜蒌；若反酸甚者可加瓦楞子、乌贼骨。

3) 脾胃虚弱，痰瘀互结证（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 85.38%，同意但保留部分意见 13.48%）

【主要症状】食欲不振，少气懒言、神疲乏力，胸部不舒，时吐痰涎，时有嗝气或呃逆，但不影响进食，面色萎黄，身体消瘦，舌质淡黯，苔腻或薄白，脉细无力或涩。多见于气虚体质。

【治法】健脾和胃，化痰活瘀。

【推荐方药】香砂六君子汤（推荐强度：弱推荐）合启膈散（证据级别：V级；推荐强度：强推荐）加减。香砂六君子汤<sup>[51]</sup>出自《医方集解》，启膈散<sup>[52]</sup>出自《医学心悟》。

方中有党参 15g，白术 10g，茯苓 10g，陈皮 6g，清半夏 6g，木香 6g，砂仁 6g（后下），南沙参 10g，川贝母 6g，荷叶蒂 2 个，郁金 6g，丹参 10g，杵头糠 1.5g，甘草 6g。

若痰多清稀，可加干姜、细辛等温化寒痰之品；若嗝气频频，可加丁香、旋覆花等理气降逆之品；若反酸甚者可加瓦楞子、乌贼骨；若出现脘腹冷痛，手足不温等阳虚表现者可加附子、干姜、肉桂。

4) 胃阴亏虚，食管失濡证（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 85.43%，同意但保留部分意见 14.57%）

【主要症状】胃脘部隐隐作痛，且有灼热感，饥不欲食，或胸骨后不适，口干咽燥，胃脘痞闷不舒，或干呕呃逆，或时有呕吐，大便干结，舌红少苔，脉细数。多见于阴虚体质。

【治法】养阴益胃。

【推荐方药】五汁安中饮（证据级别：V级；推荐强度：强推荐）或益胃汤（推荐强度：弱推荐）加减。

五汁安中饮，本方出自《新增汤头歌诀》。方中有牛乳 60ml、韭汁 10ml、姜汁 10ml、藕汁 10ml、梨汁 10ml。

【煎煮方法】和匀。

【服用方法】少量频服。

也可选用益胃汤，本方出自《温病条辨》。方中有南沙参 10g、玉竹 6g、麦冬 6g、生地 6g。

若纳差、苔腻，可去生地黄，加石斛、麦芽；若兼有头晕目眩、神疲倦怠等肝肾阴亏表现者，可加女贞子、旱莲草；若大便干结难下者可加火麻仁、制首乌、白芍；若有呃逆、呕恶者可加竹茹、柿蒂；若胃脘疼痛明显者，可加元胡。

5) 肝肾阴虚，津液亏虚证（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 85.43%，同意但保留部分意见 14.57%）

【主要症状】口干口渴，胸部不舒，但不影响进食，伴身体消瘦、头晕目眩、神疲倦怠，舌质偏红，苔少乏津或有裂纹，脉细无力或涩。多见于阴虚体质。

【治法】滋补肝肾，养阴润燥。

【推荐方药】一贯煎（推荐强度：弱推荐）合知柏地黄丸（推荐强度：弱推荐）加减。一贯煎出自《续名医类案》，知柏地黄丸出自《医宗金鉴》。

方中有生地黄 6g，南沙参 6g，麦冬 6g，当归 10g，枸杞 6g，川楝子 6g，熟地黄 15g，

山药 15g, 山萸肉 10g, 牡丹皮 9g, 茯苓 9g, 泽泻 9g, 知母 6g, 黄柏 6g。

若有胃脘不适、少食纳呆等胃阴虚表现可加石斛、玉竹等养阴益胃之品；若有干咳无痰、咽干舌燥等肺阴亏表现酌可加生石膏、知母；若大便干结难下可加火麻仁、郁李仁。

【注 1】以上证型是食管癌前病变的大体治疗证型分类，在临床使用时应按照辨证观、整体观、动态观进行灵活应用。

【注 2】煎煮方法：药物倒入锅内加干净冷水，淹过药面 2~3cm，浸泡 30~60 分钟；每剂药煎两次，头煎先用大火将药煮沸后，改用小火，维持沸腾至医嘱规定时间；先煎药物在其他药物煎煮前先放入锅中煎 30 分钟，后下药物于头煎完成前 5~10 分钟下锅；第二煎加水适量，其他同头煎，两煎合并后分两次服用。

【注 3】服用方法：每日 1 剂，早晚各服一次。

### 7.3.2.2 中成药

#### 1) 肝胃不和，痰气交阻证

木香顺气丸（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 86.67%，同意但保留部分意见 11.11%）：功用为行气解郁、和中燥湿。用于食管癌前病变有脘腹胀痛，胸膈胀闷，恶心呕吐，饮食不消，大便不爽临床表现的患者。用法：口服，每次 6~9g，每日 2~3 次，温开水送服。

气滞胃痛颗粒（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 88.64%，同意但保留部分意见 11.36%）：功用为舒肝理气，和胃止痛。用于食管癌前病变有肝郁气滞，胸痞胀满，胃脘疼痛不舒表现的患者。用法：口服，每次 5g，每日 3 次，空腹温开水送服。

#### 2) 胃热壅盛，浊气上逆证

复方冬凌草片（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 82.22%，同意但保留部分意见 17.78%）：功用为清咽利喉、通利食道。用于食管癌前病变有咽部干燥、咽部灼热、疼痛表现的患者。用法：口服，每次 4~6 片，每日 3 次，温开水送服。

增生平片<sup>[53]</sup>（证据级别：III 级；推荐强度：强推荐；完全同意 90.91%，同意但保留部分意见 9.09%）：功用为清热解毒，化瘀散结。适用于食管和贲门上皮增生，具有呃逆，进食吞咽不利，口干，口苦，咽痛，便干，舌暗，脉弦滑等热瘀内结表现者。用法：口服，每次 8 片，每日 2 次，温开水送服。

#### 3) 脾胃虚弱，痰瘀互结证

人参健脾丸（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 90.91%，同意但保留部分意见 6.82%）：功用为健脾益气、和胃止泻。用于食管癌前病变有脾胃虚弱，消化不良，食欲减退，体倦乏力，脘腹胀满，肠鸣腹泻表现的患者，亦用于脾胃虚弱，气血亏少，胃体失养所致胃脘不适的患者。用法：大蜜丸每次 2 丸口服（水蜜丸一次 4~6g 口服），每日 2 次，温开水送服。

参苓白术丸（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 80%，同意但保留部分意见 20%）：功用为益气健脾、渗湿止泻。用于食管癌前病变有脾胃虚弱，食少便溏，肢倦无力，气短咳嗽表现的患者，亦用于脾胃气虚所致脘痞不适的患者。用法：口服，每次 6~9g，每日 2 次，温开水送服。

香砂养胃丸（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 90.91%，同意但保留部分意

见 6.82%)：功用为温中和胃，健脾舒气。用于食管癌前病变有消化不良，不思饮食，呕吐酸水，胃脘胀满，四肢倦怠表现的患者。用法：口服，每次 9g，每日 2 次，温开水送服。

**保和丸**（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 80%，同意但保留部分意见 20%）：功用为消食和胃、清热祛湿。用于食管癌前病变有食积停滞，消化不良，脘腹胀满，噎腐吞酸，不思饮食表现的患者。用法：口服，每次 6~9g，每日 2 次，温开水送服。

**附子理中丸**（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 80%，同意但保留部分意见 20%）：功用为温阳逐寒、益气健脾。用于食管癌前病变有脾胃虚寒，脘腹冷痛，手足不温，呕吐泄泻表现的患者，亦用于脾胃虚寒，中阳不振之胃脘不适的患者。用法：口服，每次 6~9g，每日 2~3 次，姜汤或温开水送服。

#### 4) 胃阴亏虚，食管失濡证

**复方阿胶浆**（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 86.67%，同意但保留部分意见 13.33%）：功用为补气养血。用于食管癌前病变有头晕目眩、心悸、口干咽燥、失眠多梦、食欲不振、贫血表现的患者。用法：口服，每次 10ml，每日 3 次。

**生脉饮**（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 86.36%，同意但保留部分意见 13.64%）：功用为益气生津、敛阴止汗。用于食管癌前病变有体倦、气短、懒言、口渴、多汗、咽干舌燥、干咳少痰、短气自汗表现的患者。用法：口服，每次 1 支，每日 3 次。

#### 5) 肝肾阴虚，津液亏虚证

**六味地黄丸**（证据级别：III级；推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 87.67%，同意但保留部分意见 6.66%）：功用为滋补肾阴。用于食管癌前病变有肝肾阴虚，腰膝酸软，头目眩晕，耳鸣耳聋，盗汗，遗精，骨蒸潮热，手足心热，或消渴，或虚火牙痛，牙齿动摇表现的患者。用法：口服，每次 6g，每日 2 次，温开水送服。

### 7.3.2.3 食疗

#### 1) 肝胃不和，痰气交阻证

**陈皮苡仁粥**<sup>[54-55]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 85.4%，同意但保留部分意见 14.6%）：适用于食管癌前病变表现有：自觉咽喉不适，有异物感，情志不舒时以上症状加重，或胸脘痞满，暖气频频等症状的人群食用；气郁、痰湿体质亦可食用。

【材料】陈皮 5g，薏苡仁、粳米各 60g。

【做法】陈皮、薏苡仁、粳米洗净，一齐放入锅内，加清水适量，文火煮成稀粥，调味即可。

【解析】陈皮理气健脾、燥湿化痰，薏苡仁利水渗湿。

【宜忌】气虚及阴虚燥咳、吐血者及内有实热者不宜使用；本方中病即止，不宜久用。

【制作要求】①稀稠适宜；②不可糊锅；③每日熬煮新鲜食用，不可服用隔夜药粥。

#### 2) 胃热壅盛，浊气上逆证

**丝瓜鹌鹑汤**<sup>[56]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 84.44%，同意但保留部分意见 13.33%）：适用于食管癌前病变表现有：胸骨后灼热不舒，进热食时加重，反酸不适，暖气、口气较重等症状的人群食用。

【材料】丝瓜 150g，鹌鹑 2 只，葱、姜、蒜末共 50g。

【做法】将丝瓜去瓢切块，鹌鹑宰杀退毛去内脏，洗净。二物共入砂锅内，加水，下众

调料适量，慢火炖至烂熟为度。

【解析】丝瓜性凉味甘，有清热化痰、凉血解毒的功效。鹌鹑性平味甘，有补五脏、消结热、利九窍之功效。

【宜忌】无

【制作要求】①不可糊锅；③每日熬煮新鲜食用，不可服用隔夜汤。

香砂冲藕粉<sup>[57]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 86.36%，同意但保留部分意见 11.36%）：适用于食管癌前病变表现有：消化不良，不思饮食，呕吐酸水，胃脘胀满等症状的人群食用。

【材料】木香 6g，砂仁 3g，藕粉，白糖适量。

【做法】木香洗净、切细段；砂仁，打碎，纱布包裹；以上二味加清水 200mL 煎取 50mL。藕粉 100g 加清水煮沸，加入木香砂仁汁，搅拌均匀，白糖适量调味，温热服食。

【解析】木香健脾消食，砂仁化湿开胃、温脾止泻，藕清热生津。

【宜忌】阴虚火旺者慎用，中病即止，不可久用。

【制作要求】①稀稠适宜；②不可糊锅；③每日熬煮新鲜食用，不可服用隔夜藕粉粥。

贝母梨<sup>[58]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 84.44%，同意但保留部分意见 13.33%）：适用于食管癌前病变表现有：胸骨后灼热不舒，进热食时加重，心烦口渴等症状或长期大量饮酒、湿热体质的人群食用。

【材料】梨 3 个，贝母 15g，黑糖 3 汤匙。

【做法】将梨洗净后，在其上 1/4 处横切开，上部分做盖，将梨核挖去，待用。随后将贝母磨成粉末，放入三个梨盅，撒上黑糖，盖上梨盖。将贝母梨放入蒸锅，用旺火蒸 1 小时取出，梨汁和果实一齐食用。

【方解】贝母润肺止咳、清热散结，梨子润肺化痰、清心止咳。

【宜忌】素体热盛、心烦口渴者宜选用浙贝母；年老体弱可选用川贝母；糖尿病患者慎用。

【制作要求】每日制作新鲜食用，不可服用隔夜贝母梨。

莴苣三鲜汤<sup>[59]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 86.36%，同意但保留部分意见 11.36%）：适用于食管癌前病变表现有：嗝气、呃逆，口疮，舌红苔黄等症状的人群食用。

【材料】莴苣 25g，核桃仁 25g，鸡脯肉 50g，高汤 750g，蛋清半个。

【做法】鸡脯肉、莴苣均切片。鸡肉片放碗中，加蛋清、淀粉、盐抓匀，过沸水后捞出备用。莴苣片和核桃仁焯水，与鸡肉一起放入汤碗中，浇入烧开后的汤即可。

【方解】莴苣清热解毒，合核桃仁、鸡肉，有开膈降热，滋补五脏的作用。

【宜忌】无

【制作要求】①稀稠适宜；②不可糊锅；③每日熬煮新鲜食用，不可服用隔夜汤。

### 3) 脾胃虚弱，痰瘀互结证

砂锅鱼头<sup>[60]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 86.67%，同意但保留部分意见 13.33%）：适用于食管癌前病变表现有：食欲不振，少气懒言、神疲乏力，时有嗝气或呃逆，面色萎黄，身体消瘦，面浮足肿等症状的人群食用。

【材料】活鲤鱼头、尾各 1 个（250g），核桃 25g。

【做法】将活鲤鱼处理干净，切成较大的鱼块，核桃洗净备用。炒锅置旺火上，下油烧热，投入鱼头、鱼尾，两面煎透，放入砂锅内，加入核桃，加盖转微火烧熟，最后下入鲜牛奶，烧沸后撒上葱花即可。

【解析】鲤鱼健脾养肺，核桃养肾、补阳。

【宜忌】无

【制作要求】每日熬煮新鲜食用，不可服用隔夜砂锅鱼头。

香菇青鱼<sup>[56]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 88.64%，同意但保留部分意见 9.09%）：适用于食管癌前病变表现有：神疲、乏力、纳差等症状或素体虚弱的人群食用。

【材料】香菇 30g，青鱼 1 条（约 300g），香菜 30g。

【做法】将香菇用温水浸泡发开，洗净去根蒂；青鱼去鳃，剖腹去内脏，洗净切块；香菜洗净切细段。先将锅内食油烧热，下青鱼、香菇，加盐、酱油、葱、姜、蒜等调料共炒片刻，加水适量，煮至鱼熟透，离火，放入香菜即可。

【解析】香菇性平味甘，益气助食；青鱼肉益气补虚、健脾养胃。

【宜忌】无

【制作要求】每日熬煮新鲜食用，不可服用隔夜食物。

山楂桃仁饮<sup>[61]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 86.67%，同意但保留部分意见 13.33%）：适用于食管癌前病变表现有：食积停滞，消化不良，脘腹胀满，噎腐吞酸，不思饮食等症状的人群食用。每日 2 次，每次 1 汤匙。

【材料】鲜山楂 500g，桃仁 100g，蜂蜜 250mL。

【做法】山楂洗净，切碎与桃仁一同放入砂锅内，加入适量水，大火煮沸后，改用小火煮 30 分钟，滤出头汁，再加适量水煮 30 分钟，滤除二汁，去药渣；将两次汤汁混合后，加入蜂蜜适量，再隔水蒸 1 小时，冷却后装瓶冷藏备用。

【解析】桃仁活血化痰，山楂健胃消食，蜂蜜润肠通便。

【宜忌】无

【制作要求】①不可糊锅；②低温保存。

#### 4) 胃阴亏虚，食管失濡证

百合兔肉煲<sup>[60]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 88.89%，同意但保留部分意见 8.89%）：适用于食管癌前病变表现有：面色萎黄，身体消瘦，胃脘隐隐作痛，饥不欲食，口干咽燥，大便干结，舌质淡黯，苔少或薄白等症状的人群食用。

【材料】野兔肉 100g，百合 150g，田七 15g。

【做法】野兔肉过沸水两次，去除血污，捞出沥干水分，百合洗净，田七切片。先爆炒兔肉，随后加入骨头汤、田七、百合等，大火烧沸后，小火焖煮至兔肉熟烂。

【解析】兔肉补中益气，百合清心安神、润肺止咳，田七止血祛瘀、消肿止痛。

【宜忌】无

【制作要求】①不可糊锅；②每日熬煮新鲜食用，不可服用隔夜煲。

芦根洋参柿霜粥<sup>[58]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 88.64%，同意但保留部分意见 9.09%）：适用于食管癌前病变表现有：胃脘隐隐作痛，且有灼热感，饥不欲食，

或胸骨后不适，口干咽燥，胃脘痞闷不舒，或干呕呃逆，或时有呕吐，大便干结等症状的人群食用。

【材料】芦根（鲜品）100g，西洋参 10g，粳米 50g，柿霜 30g，粳米 30g。

【做法】将鲜芦根切成细段，加清水适量煎 30 分钟，去渣，取汁备用。将西洋参切细片，粳米洗净；用芦根水煮洋参、粳米成胶黏稀粥，溶入柿霜即可。

【解析】鲜芦根、西洋参清热生津，柿霜生津止渴，化痰宁咳。

【宜忌】不与藜芦同服。

【制作要求】①稀稠适宜；②不可糊锅；③每日熬煮新鲜食用，不可服用隔夜粥。

#### 5) 肝肾阴虚，津液亏虚证

阿胶炖肉<sup>[62]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 88.89%，同意但保留部分意见 11.11%）：适用于食管癌前病变表现有：身体消瘦，头晕目眩、神疲倦怠，口干口渴，胸部不舒，五心烦热、面色潮红等症状的人群食用。

【材料】阿胶 10g，猪瘦肉 100g。

【做法】先将猪肉洗净切块，加水适量，慢火炖至肉熟烂，再加入阿胶烊化，低盐调味。

【方解】阿胶为血肉有情之品，有补血、滋阴、润肺、止血等功效。

【宜忌】阿胶滋腻，出血有瘀血者及胃弱便溏者慎用。

【制作要求】①稀稠适宜；②不可糊锅；③每日熬煮新鲜食用，不可服用隔夜食物。

枸杞面包<sup>[60]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 88.64%，同意但保留部分意见 11.36%）：适用于食管癌前病变表现有：心悸失眠、头晕目眩，身体消瘦等症状或素体虚弱的人群食用。

【材料】枸杞 200g，青果 200g，面粉 500g，鹌鹑蛋 10g，可可粉 40g。

【做法】枸杞洗净，青果水煎，取药汁，鸡蛋入碗搅匀备用。取 1 小碗，下酵母，用青果汁（32~35℃）温水汁化开，调成均匀浆糊揉成面团，揉至无干粉、表面光滑，用湿布盖上发酵。将发好的面团包入枸杞制成长棒的形状，再放饧 10 分钟；将饧好的面团刷一层蛋液放入已预热好的烤箱中，将烤箱温度调至 175℃ 的温度，烤 30 分钟；可可粉加糖放炉上用微火加温，边加温边搅，待糖完全溶化后，加入少量的香兰素继续搅拌均匀，挤在烤好的面包上。

【方解】枸杞滋补肝肾，鹌鹑蛋补五脏、益中续气。

【宜忌】无

【制作要求】把握烤箱温度及烘烤时间。

#### 7.3.2.4 针灸

1) 针刺<sup>[63-71]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 86.51%，同意但保留部分意见 13.49%）

【治法】调理脾胃，补虚泻实。

【主穴】中脘（直刺 1~1.5 寸）、足三里（直刺 1~2 寸）、胃俞（斜刺 0.5~0.8 寸）、脾俞（斜刺 0.5~0.8 寸）、内关（直刺 0.5~1 寸）、膻中（平刺 0.3~0.5 寸）、天突（平刺 0.3~0.5 寸）。

【配穴】



肝胃不和、痰气交阻配肝俞（斜刺 0.5~0.8 寸）、期门（斜刺或平刺 0.5~0.8 寸）、阳陵泉（直刺 1~1.5 寸）、太冲（直刺 0.5~1 寸）、三阴交（直刺 1~1.5 寸，孕妇禁针）、太溪（直刺 0.5~1 寸）、内庭（直刺或斜刺 0.5~0.8 寸）。

胃热壅盛，浊气上逆配内庭（直刺或斜刺 0.5~0.8 寸）、三阴交（直刺 1~1.5 寸，孕妇禁针）、太溪（直刺 0.5~1 寸）、肝俞（斜刺 0.5~0.8 寸）、太冲（直刺 0.5~1 寸）。

脾胃虚弱、痰瘀互结配章门（直刺 0.8~1 寸）、攒竹（向眉中或向眼眶内缘平刺或斜刺 0.3~0.5 寸，或直刺 0.2~0.3 寸）；阴陵泉（直刺 1~2 寸）、丰隆（直刺 1~1.5 寸）、合谷（直刺 0.5~1 寸）、曲池（直刺 1~1.5 寸）、血海（直刺 1~1.5 寸）。

胃阴亏虚、食管失濡配三阴交（直刺 1~1.5 寸，孕妇禁针）、太溪（直刺 0.5~1 寸）、照海（直刺 0.5~0.8 寸）、复溜（直刺 0.5~1 寸）。

肝肾阴虚，津液亏虚配肾腧（斜刺 0.5~0.8 寸）、三阴交（直刺 1~1.5 寸，孕妇禁针）、太溪（直刺 0.5~1 寸）、关元（斜刺 0.8~1.2 寸）。

【操作】患者取仰卧位或坐位，以舒适为宜，以 75%酒精棉球擦拭消毒医者手指及患者穴位局部皮肤，用一次性无菌针灸针（0.3mm×25mm~0.3mm×75mm），以平补平泻手法进针，每 10~15 分钟行针 1 次，以小幅度高频率的捻转手法进行中等刺激，以出现适度酸胀感为宜。每日治疗 1 次，每次留针 25 分钟，14 日为 1 个疗程，脾胃虚弱者可加灸法。

【推荐意见】针刺疗法是通过刺激经络、腧穴，调节经脉气血，改善机体气滞、血瘀、痰凝的状态，达到疏通经络、扶正祛邪、调和阴阳的治疗作用。针刺治疗可有效缓解食管癌前病变患者咽喉不适、胸部不舒、反酸、嗝气、呃逆等临床症状。

2) 灸法<sup>[72-76]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 83.18%，同意但保留部分意见 16.82%）

【功效】补虚泻实，降逆和胃。

【取穴】上脘、中脘、下脘、脾俞、胃俞、肝俞、神阙、气海、内关、外关、足三里等穴为主并随证加减。

【操作】患者取平卧位，以舒适为宜。方法一、温和灸：医者将艾条点燃的一端对准应灸部位，距皮肤 2~3cm。方法二、回旋灸：医者将艾条点燃的一端与施灸部位皮肤保持 2~3cm 距离，左右移动或反复旋转施灸。使患者局部有温热感而无灼痛为宜，每穴灸 7~10 分钟，至皮肤红晕为度。每日治疗 1 次，20 日为 1 个疗程。

【推荐意见】艾灸以上穴位有疏肝利胆、益气健脾、消痞散结、和胃止痛、降逆止呃等功效，可用于食管癌前病变有反酸、烧心、胸骨后疼痛、吞咽困难等肝胃不和表现的患者，亦可用于脾胃虚弱，出现食欲不振，少气懒言，神疲乏力，时吐痰涎，时有嗝气或呃逆或腹胀的患者。

3) 耳穴<sup>[68、77-79]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 86.51%，同意但保留部分意见 12.37%）

【功效】健脾和胃，补虚泻实。

【取穴】食道、胃、脾、神门、交感、内分泌、皮质下、肝、胆。

【操作】患者取坐位或半仰卧位，以舒适为宜。方法一、毫针刺：选用 26~30 号 0.3~0.5 寸无菌毫针，用 75%酒精棉球消毒耳廓相应穴位，医者用一手拇指食指固定耳廓，中指

托着针刺部位的耳背，另一手拇指、食指持针，在选好的穴位处用快速插入的速刺法或慢慢捻入的慢刺法进针，针刺深度以 0.1~0.3cm 为宜，留针时间 15~30 分钟，期间可间隔 10~15 分钟行针 1 次，出针时迅速将毫针拔出，用消毒干棉球轻压针孔片刻，以防出血。方法二、压丸法：用耳穴探测仪分别找到每一穴区敏感点，在敏感点上逐一放置干燥、坚硬、直径约 2mm 的王不留行籽一粒，分别用 0.5cm×0.5cm 大小的橡皮膏粘贴固定。嘱患者每日挤压王不留行籽。每籽挤压 3~5 分钟，强度以患者感到压籽部位痛如针刺或耳廓发热为度。每日治疗 2 次，10 次为 1 个疗程。

【推荐意见】刺激以上耳穴穴位可疏畅中焦、健脾疏肝理气，可有效改善反酸、呃逆等症状。

7.3.2.5 推拿<sup>[80]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 85.38%，同意但保留部分意见 12.37%）

【部位】胃脘部；膀胱经；中脘、气海、天枢、足三里、肝俞、脾俞、胃俞、三焦俞、手三里、内关、合谷等穴位。

【手法】一指禅推法、摩法、按法、揉法、搓法等。

【功效】扶正祛邪，健脾和胃。

【操作】第一步，患者仰卧位，医者坐于患者右侧，先用轻快的一指禅推法、摩法在胃脘部治疗，使热量渗透于胃腑，然后按、揉中脘、气海、天枢等穴，同时配合按揉足三里，时间约 10 分钟；

第二步，患者俯卧位，用一指禅推法，从背部脊柱两旁沿膀胱经自上而下至三焦俞，往返 4~5 次，然后用较重的按、揉法于肝俞、脾俞、胃俞、三焦俞，时间约 5 分钟；

第三步，患者取坐势，拿肩井循臂肘而下，在手三里、内关、合谷等穴作较强的刺激。然后搓肩臂使经络畅通，再搓抹其两胁，由上而下往返数次。以上治疗均每日 1 次，10 次为 1 个疗程，连续治疗 2 个疗程。

【推荐意见】推拿作为中医外治法重要组成部分，根据脏腑经络理论，在特定的腧穴、经络、疼痛部位等，运用推、拿、按、摩、揉、捏、点、拍等手法，起到调理脏腑气血、疏通经络、祛邪扶正的作用<sup>[81]</sup>，可有效缓解食管癌前病变相关临床症状<sup>[3]</sup>。

7.3.2.6 敷贴熏洗<sup>[82-85]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 80.88%，同意但保留部分意见 18.01%）

敷贴方药 1<sup>[86]</sup>

【方药】厚朴、丁香、砂仁、生大黄各 3g，半夏、枳壳、升麻各 6g，柿蒂、槟榔、九香虫各 10g。

【功效】健脾理气，和胃降逆。

【操作】中药研末，用温水调为糊状，敷于合谷、胃俞、中脘、膈俞、肝俞、神阙、足三里等穴位，并用胶布固定，睡前敷贴，每日 1 次，每次 12 小时，治疗 1 周。

敷贴方药 2<sup>[87]</sup>

【方药】蜈蚣 20g，马勃 12g，半枝莲 10g，连翘 15g，土茯苓 20g，甘遂 12g。

【功效】解毒消痈，活血通络。

【操作】中药研末，用生姜汁调稠，做成 2cm×2cm，厚为 0.5cm 的药片，药片贴敷于

穴位上：肺俞（双侧）、肾俞穴（双侧）、膈俞（双侧）、膻中、膏肓、大椎，每次选择 4 个穴位，每穴 1 片，贴敷 6 小时揭去，若出现皮肤发红、局部小水泡等情况，可提前揭去，连续治疗 6 周。

#### 熏洗方药 1<sup>[88]</sup>

【方药】生白术 40g，槟榔 20g，玄参 20g，决明子 40g。

【功效】健脾益气，理气和胃。

【操作】中药研末，置于无纺布袋中，放入盆中，加入 90～100℃ 的热水约 3000ml，浸泡药袋 30 分钟。控制水温为 40～50℃，协助患者双足泡入药液，时间 30 分钟，在中药药液足浴过程中，按摩患者左右脚底涌泉穴各 15 分钟，强度以患者感到舒适为宜。

#### 熏洗方药 2<sup>[89]</sup>

【方药】茯苓 20g，桑椹 20g，菊花 50g，黄瓜汁 15g，牛乳 15g。

【功效】健脾和胃，固本扶正。

【操作】中药加水 2000ml，浸泡 15 分钟后，煎煮 30 分钟，过滤后药渣复加水 2000ml，煎煮 30 分钟，倒出药液。将两次药液混合，加热水 3000ml 置浴盆中，趁热先熏蒸，待药液温度降至 40～50℃ 后做全身浸泡，每次 20～30 分钟，每日 1 次，10 次为 1 疗程。

【推荐意见】敷贴熏洗是在中医理论指导下，以预防治疗疾病、保健强身等为目的的中医外治法。可改善食管癌前病变患者反酸呃逆、胃脘不舒等临床症状。

#### 7.3.2.7 传统功法<sup>[90]</sup>

1) 太极拳<sup>[91-92]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 86.51%，同意但保留部分意见 11.23%）

【频次与时长】每周 3～5 次，每次 30 分钟。

【注意事项】练太极拳不可闭气、使力，应以放松、沉气为主；在练拳时注意呼吸配合身体的开合，呼吸的基本要领是细、匀、深、长；锻炼地点应挑选清静宜人的环境，穿着宽松合体的练功服。

2) 八段锦<sup>[93-94]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 87.65%，同意但保留部分意见 8.96%）

【频次与时长】每日子后午首各行一次，若无条件则闲暇时间练习即可。

【注意事项】练习八段锦时要用鼻微微呼气，不推荐用口呼吸；中虚有火者忌练八段锦；习练此功法忌急躁贪快，忌突发猛力，动作宜轻柔缓慢；锻炼地点应选择宽阔适宜的环境；着装以练功服、平底鞋为宜。

3) 五禽戏<sup>[95-96]</sup>（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 85.38%，同意但保留部分意见 12.34%）

【频次与时长】因人而异，习练频率与时长以微感肌肉酸胀为度。

【注意事项】呼吸与动作的配合应注意起吸落呼、开吸合呼、先吸后呼；习练此功法应根据自身体质状况选择动作的速度、步姿的高低、幅度的大小、锻炼的时间、习练的次数，原则为练功后精神愉悦，心情舒畅，肌肉略感酸胀，不影响日常生活。

#### 7.3.3 西医治疗

##### 7.3.3.1 内镜下治疗

1) 内镜手术治疗: 包括内镜下黏膜切除术 (endoscopic mucosal resection, EMR)、内镜黏膜下剥离术 (endoscopic submucosal dissection, ESD) 及多环套扎黏膜切除术 (multiband mucosectomy, MBM)<sup>[97]</sup>。内镜手术治疗食管癌前病变, 手术时间短、术后并发症少、住院时间短, 具有较高的安全性<sup>[9、15]</sup>。

对于<15mm 食管浅表病灶, 使用透明帽辅助 EMR 均可实现整块切除。因此小病灶评估可一次整块切除者可选择 EMR。ESD 的最大优势在于能对病灶 (尤其是>20mm 病灶) 实现整块切除, 从而最大限度减少病灶残余, 提高术后病理学分期诊断的准确性。ESD 为切除食管浅表病灶首选技术, 但其操作难度较高、学习周期长, 在我国部分食管癌高发地区仍未开展或普及。据文献报道, 内镜下分片黏膜切除术 (endoscopic piecemeal mucosal resection, EPMR) 和 MBM 也可实现对食管浅表病灶的分片式完全切除, 且手术时间短、技术难度低, 短期随访未见局部复发, 因此可作为不能开展 ESD 的机构切除食管大病灶 (直径>20mm) 的备选方法<sup>[98-99]</sup>。

病灶活检病理学显示鳞状上皮 LGIN, 但内镜下有高级别病变表现, 或合并病理学升级危险因素者可行内镜下整块切除, 未行切除者应 3~6 个月内复查内镜并重新活检。病灶靶向活检病理学显示鳞状上皮 LGIN, 不存在高级别病变表现或病理学升级危险因素者, 推荐每 1~2 年 1 次上消化道内镜检查并进行靶向活检。病灶活检病理学显示鳞状上皮 HGIN, 且超声内镜 (EUS)/CT 评估无黏膜下浸润和淋巴结转移内镜/影像表现者, 推荐内镜下整块切除。

对于 HGIN 的巴雷特食管患者, 建议行 EUS 检查评估病变浸润深度及淋巴结转移情况, 并予以内镜下根治切除治疗; 对于伴有 LGIN 的巴雷特食管患者, 建议行内镜下切除或消融治疗; 不行治疗的伴有 LGIN 的巴雷特食管患者, 予以密切监测随访, 每 6~12 个月随访 1 次。

3) 内镜下非手术治疗: 射频消融治疗<sup>[100]</sup>是较为常用的方法; 光动力疗法 (photodynamic therapy, PDT)、氩离子凝固术 (APC)、激光疗法、热探头治疗和冷冻疗法等技术不及射频消融成熟, 仍待进一步研究提供证据支持<sup>[7]</sup>。这些技术既可单独使用, 也可与内镜切除术联合应用。

### 7.3.3.2 药物治疗

抑酸剂是治疗反流症状的主要药物, 但目前尚无证据说明哪一类药物可以使化生的柱状上皮逆转或者有确切的证据证明可以预防其癌变, 因此不推荐预防性使用质子泵抑制剂来预防食管异型增生 (上皮内瘤变), 只限于通过抑酸治疗改善患者胃食管反流的症状。巴雷特食管伴有糜烂性食管炎以及反流症状者建议应用大剂量抑酸剂治疗, 另外可辅以黏膜保护剂、促动力药等<sup>[9]</sup>。

7.4 癌后防复 (推荐强度: 强推荐; 共识同意率: 完全同意 93.23%, 同意但保留部分意见 9.04%)

### 7.4.1 概述

对于干预后临床症状缓解和食管癌前病变逆转的这一部分人群, 通过改变不良的生活习惯和饮食习惯, 适当进行体育运动和康复锻炼, 可以防止食管癌前病变的复发。

### 7.4.2 改变不良生活习惯

长期吸烟和饮酒与食管癌前病变发病有关。白酒和香烟中的有害物质对食管黏膜有强烈的破坏作用，长期酗酒嗜烟会导致食管黏膜反复受到破坏，得不到修复而导致病理性增生。不抽烟、不喝白酒是预防复发的关键。

#### 7.4.3 改变原有饮食习惯

细嚼慢咽，按时就餐。切忌进食过热过快、过硬和刺激性强的食物，以上因素会导致口腔、食管和胃黏膜的损害。避免进食腌制、烧烤等食物，补充营养，做到营养均衡。

#### 7.4.4 适当进行体育运动

起居、锻炼、生活要有规律，保证充足的睡眠和休息。患者应努力培养乐观开朗的精神，并适当活动，适当的体育锻炼可提高机体免疫状态，但切忌运动量过大。

#### 7.4.5 康复锻炼

中医在康复治疗方面，除了药物干预治疗，最重要的还有导引疗法。如太极拳、八段锦等，通过调息、调身、调心，达到防病治病、健身延年的目的。有研究显示八段锦、太极拳运动能有效减轻患者症状、改善患者的睡眠质量、减轻患者焦虑和抑郁情绪，有较好锻炼依从性。

#### 7.4.6 随访管理

随访管理的内容包括认知、饮食、起居、劳逸、情志、心理管理等。建立食管癌前病变患者中医基本健康档案如年龄、性别、体重指数、家族史、病程、理化检查指标、体质分型以及患者的饮食习惯、运动习惯、烟酒等不良嗜好等；评估患者的心理状态。对于康复后患者，建议进行专业的健康指导，定期接受随访和复查。

### 8 随访（推荐强度：强推荐；共识同意率：完全同意 93.33%，同意但保留部分意见 2.22%）

对筛查发现的 LGIN，病变直径大于 1cm 或者合并多重食管癌危险因素者，建议每 1 年进行 1 次内镜随访，其余患者可 2~3 年进行 1 次内镜随访，内镜随访应使用卢戈或电子染色内镜。患者病灶活检病理学显示鳞状上皮 LGIN，但内镜下有高级别病变表现，未行切除者应 3~6 个月内复查内镜并重新活检。病灶靶向活检病理学显示鳞状上皮 LGIN，不存在高级别病变表现或病理学升级危险因素者，推荐每 1~2 年 1 次上消化道内镜检查并进行靶向活检。癌前病变内镜治疗后第 1 年每 3~6 个月应复查上消化道内镜，若无明显异常，第 2 年开始每年进行 1 次内镜随访。合并前述危险因素者应适当缩短随访间期<sup>[7]</sup>。巴雷特食管建议用高分辨率内镜监测；对于巴雷特食管<3cm 且不伴有肠上皮化生或异型增生（上皮内瘤变）者，经重复 4 个象限内镜下黏膜活检证实无肠上皮化生，建议退出监测；巴雷特食管<3cm 伴有肠上皮化生者，建议每 3~5 年行 1 次内镜检查；对于巴雷特食管≥3cm 者，建议每 2~3 年行 1 次内镜检查<sup>[101]</sup>。

## 9 临床问题、推荐意见、证据描述

### 9.1 中医药是否能降低食管癌前病变的癌变率？

**推荐意见：**有多项研究表明，应用中医药对食管癌前病变患者进行治疗，可以降低食管癌前病变患者的癌变率。（证据级别：I 级；推荐强度：强推荐）

#### 证据描述：

一项 Meta 分析<sup>[4]</sup>对我国 10 年间中草药治疗食管癌前病变的研究文献进行定量合并，以对照组与治疗组的癌变率差值作为 Meta 分析的效应值。合并后治疗组 2634 例，对照组 2020

例，统计分析表明治疗组总体癌变率比对照组低，95%CI（0.0456~0.0769）；本项 Meta 分析证明我国采用中草药治疗食管癌前病变可降低其癌变率。

一项研究<sup>[5]</sup>随机选择 50 例轻、中度异型增生作为中医治疗组（口服中药），选择 50 例作为西医治疗组（口服西药），选择 50 例口服安慰剂，作为参照组，经过 3 年的临床研究治疗，共治疗食管黏膜轻、中度异型增生病例 168 例，其中符合临床研究并参与治疗的有效病例为 134 例（其中合并高血压、糖尿病、冠心病等原基础病较多者排除 20 例，服药不到一月者排除 6 例，治疗中间放弃或转其他地方治疗者 5 例，治疗中药物反应 1 例，中医药同时服药者 1 例，其他疾病、意外死亡 1 例），其中中药治疗组 48 例，西药治疗组 48 例，参照组 38 例。结果显示中药治疗轻、中度异型增生有一定效果，其病理改善率达 50%。

## 9.2 哪些治法可以用于食管癌前病变的治疗？

**推荐意见：**辛开苦降法和清热活血法在改善食管癌前病变患者临床症状及病理改善方面具有较好疗效（**证据级别：III级；推荐强度：强推荐**）。疏肝化痰、育阴开郁、健脾解毒法也可用于食管癌前病变的治疗（**证据级别：V级；推荐强度：弱推荐**）。

### 证据描述：

一项研究<sup>[102]</sup>选取符合食管癌前病变诊断标准的 110 例患者随机分为两组，治疗组 60 例以辛开苦降法治疗，对照组 50 例以常规西药治疗。结果显示两组在近期疗效上，治疗组与对照组治愈率分别为 71.7%、34.0%；远期疗效上，治疗组与对照组治愈率分别为 70.0%、26.0%。两组间比较差异均有非常显著性（ $P<0.01$ ）。研究显示辛开苦降法治疗食管黏膜不典型增生疗效显著。

一项观察清热活血合剂治疗食管黏膜不典型增生的近期疗效的研究<sup>[103]</sup>，将 58 例患者按随机对照的方法分为两组，各 29 例，治疗组采用清热活血合剂治疗，对照组采用核黄素治疗，疗程均为 3 个月，观察治疗前后患者的临床症状及病理改变情况。结果显示中医症状疗效比较，治疗组总有效率 93.1%（27/29），对照组总有效率 65.5%（19/29），两组比较差异有统计学意义（ $P<0.01$ ）。

一项专家临床经验研究<sup>[104]</sup>认为治疗食管癌前疾病，应注重调畅气机，化痰散结，对于不同的食管癌前疾病予以不同的治法，或疏肝化痰，或育阴开郁，或健脾解毒，审因论治，应机而施，总以气畅痰化为目的，这些对中医临证诊治食管癌前疾病有较大的借鉴意义。

## 9.3 哪些方药可用于食管癌前病变的治疗？

**推荐意见：**多项研究表明半夏泻心汤、启膈散、半夏厚朴汤、柴胡舒肝散、逍遥散、五汁安中饮、沙参麦冬汤、通幽汤、参赭培气汤、复方苍豆丸可用于食管癌前病变的治疗。（**证据级别：V级；推荐强度：强推荐**）

### 证据描述：

两项采用半夏泻心汤治疗食管黏膜不典型增生的疗效观察<sup>[102、105]</sup>显示半夏泻心汤治疗食管黏膜不典型增生疗效显著。一项专家临床经验研究<sup>[106]</sup>认为食管癌前病变的主要病机为痰气交阻，主张治以甘寒濡润、化痰解郁，方用启膈散化裁，能明显改善患者的临床症状，有效逆转食管癌前状态。

一项研究<sup>[5]</sup>表明应用启膈散合逍遥散或用柴胡疏肝散合半夏厚朴汤加减治疗痰气交阻型食管癌前病变患者，五汁安中饮和沙参麦冬汤加减治疗津亏热结证食管癌前病变患者，通幽汤加减治疗瘀血内阻证食管癌前病变患者，具有一定疗效。

一项研究<sup>[107]</sup>观察参赭培气汤（党参 15g、代赭石 15g、炒白术 10g、厚朴 10g、半夏 10g、浙贝 10g、当归 10g、天冬 10g、三七 6g）加减治疗食管低级别上皮内瘤变的临床效果，选取食管低级别上皮内瘤变患者共 50 例，采用随机数字表法将其分为对照组和治疗组，各 25 例。对照组给予西药抑酸护胃，治疗组口服参赭培气汤加减方，疗程 8 周。治疗前及疗程开始后 1、2、4、8 周分别作中医证候评分量表的总积分判定中医证候疗效，疗程结束后停药 4 周，再次行电子胃镜检查，分别对内镜下表现、病理组织学表现加以统计，计算各病理表现及总分的改善程度。疗程结束后停药，并对所有病例跟踪随访 24 周以了解有无病情变化。结果显示治疗组的中医证候疗效、内镜下食管黏膜疗效及病理组织学疗效均优于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。参赭培气汤加减方治疗食管低级别上皮内瘤变，可提高病变的逆转率，避免内镜下各种微创疗法的过度治疗，且有效控制食管癌的发生。

一项研究<sup>[108]</sup>在食管癌高发区河北省磁县和涉县 8 个乡中进行食管脱落细胞学拉网普查共查出食管上皮细胞重度增生患者 648 例，将全部患者随机分为治疗组和对照组，治疗组服用复方苍豆丸（苍术、山豆根、绿茶组成，三者比例为 3:3:1，共研细末，制成水丸），对照组服用安慰剂，两年后复查，治疗组食管癌癌变率为 1.5%，对照组癌变率为 4.2%，两组比较差别有非常显著性意义；治疗组重度增生好转率 79.5%，对照组好转率 50.2%，两组之间比较差别也有非常显著性意义，说明复方苍豆丸有一定防癌作用。

#### 9.4 可治疗或改善食管癌前病变的中成药有哪些？

**推荐意见：**目前可改善食管癌前病变的中成药有增生平片、六味地黄丸、芪莲舒痞颗粒。

**（证据级别：III级；推荐强度：强推荐）**

##### 证据描述：

一项研究<sup>[109]</sup>对 144 例食管上皮增生的病人随机分组，治疗组 108 例，对照组 36 例。为了确定增生平的中医适应证候，又将治疗组分为热瘀内结证和肝郁气滞证两组，分别为 75 例和 33 例。经治疗后，患者症状明显好转，治疗组的食管上皮增生好转率为导光镜检查 43.5%，活检病理检查为 55.6%，对照组分别是 8.3%和 25.0%，治疗组明显优于对照组。治疗组两个证候间比较，热瘀内结证疗效优于肝郁气滞证（ $P < 0.05$ ）。

一项关于增生平治疗食管上皮增生的 III 期临床观察<sup>[110]</sup>，采用多中心、单盲随机分组和安慰剂对照方法，观察增生平对食管癌高发区食管上皮增生患者的治疗作用。选择食管癌高发地区河北磁县现场 40~65 岁居民，先进行食管细胞学检查，对筛选出的食管上皮增生患者，再进行食管镜活检病理确诊。根据患者性别、年龄及食管病变的级别（轻、中、重度）进行分层随机分组。449 例食管上皮增生的患者随机分为两组：治疗组 300 例，口服增生平每次 8 片，每天 2 次，共服 6 个月；对照组 149 例，口服安慰剂每次 8 片，每天 2 次，共服 6 个月。为确保试验的准确性，两组药品中均加入适量核黄素作为指示剂，并定期测定患者的尿样本。结果 99% 的患者均定期服药，在治疗组可评价疗效的 300 例患者中，好转者 193 例（64.3%）；而对照组 149 例中，好转者仅为 34 例（22.8%），两组差异有极显著性（ $P$

$<0.001$ )。治疗组中病变加重者 10 例 (3.3%)，对照组 37 例 (24.8%)，差异有极显著性 ( $P<0.001$ )。研究结果显示增生平是治疗食管上皮增生的有效药物。

一项采用中药增生平阻断食管上皮重度增生的研究<sup>[111]</sup>，选择了食管癌高发区河北省磁县 9 个乡作为增生平阻断食管癌前病变的试验基地，开展对 40~69 岁人群食管脱落细胞学筛查。根据食管脱落细胞学诊断标准，食管上皮细胞重度增生分为：重度增生 1 级和 2 级。按照课题设计要求将 9 个乡分别划为干预组和对照组。1631 例干预人群服用增生平，2288 例对照人群服用安慰剂。服药时间 1994 年 5 月至 1997 年 7 月，2008 年 10 月对 3919 例重增人群开展随访。实际随访 3527 例，失访 392 例，随访率 91.0%。结果显示男性重度增生 1 级干预人群与对照人群比较，食管癌和贲门癌变的危险度  $OR=0.69$ ，95%CI (0.50~0.94)， $P=0.019$ ；女性  $OR=0.62$ ，95%CI (0.41~0.94)， $P=0.024$ ；重度增生 2 级男性  $OR=0.86$ ，95%CI (0.53~1.41)， $P=0.559$ ，女性  $OR=1.14$ ，95%CI (0.74~2.29)， $P=0.352$ 。增生平阻断治疗后，可降低重度增生 1 级人群食管癌和贲门癌的癌变的危险度。

一项研究<sup>[112]</sup>报告食管上皮重度增生患者服用六味地黄丸，与对照组相比两年后癌变率分别为 1.9%和 8.3%，差异显著，且癌变者都发生在阴虚组中。说明六味地黄丸防止食管上皮重度增生癌变疗效显著，阴虚型的食管上皮重度增生患者癌变的危险性大。

一项研究<sup>[113]</sup>评价芪莲舒痞颗粒对食管鳞状上皮轻度和中度不典型增生的治疗作用，选择明确诊断的食管鳞状上皮不典型增生者 100 例，随机分成两组，（治疗组）口服芪莲舒痞颗粒，每次 2 袋，每日 3 次冲服，对照组口服胃复春片，每次 4 片，每日 3 次，疗程均为 6 个月。结果显示芪莲舒痞颗粒对食管鳞状上皮轻度和中度不典型增生有明显的逆转作用。



## 附录 A

### （资料性附录）

体质：参考王琦《中医体质学》

#### A.1 痰湿质

总体特征：痰湿凝聚，以形体肥胖、腹部肥满、口黏苔腻等痰湿表现为主要特征。形体特征：形体肥胖，腹部肥满松软。常见表现：面部皮肤油脂较多，多汗且黏，胸闷，痰多，口黏腻或甜，喜食肥甘甜黏，苔腻，脉滑。心理特征：性格偏温和、稳重，多善于忍耐。发病倾向：易患消渴、中风、胸痹等病。对外界环境适应能力：对梅雨季节及湿重环境适应能力差。

#### A.2 血瘀质

总体特征：血行不畅，以肤色晦黯、舌质紫黯等血瘀表现为主要特征。形体特征：胖瘦均见。常见表现：肤色晦黯，色素沉着，容易出现瘀斑，口唇黯淡，舌黯或有瘀点，舌下络脉紫黯或增粗，脉涩。心理特征：易烦，健忘。发病倾向：易患癥瘕及痛证、血证等。对外界环境适应能力：不耐受寒邪。

#### A.3 阳虚质

总体特征：阳气不足，以畏寒怕冷、手足不温等虚寒表现为主要特征。形体特征：肌肉松软不实。常见表现：平素畏冷，手足不温，喜热饮食，精神不振，舌淡胖嫩，脉沉迟。心理特征：性格多沉静、内向。发病倾向：易患痰饮、肿胀、泄泻等病；感邪易从寒化。对外界环境适应能力：耐夏不耐冬；易感风、寒、湿邪。

#### A.4 气虚质

总体特征：元气不足，以疲乏、气短、自汗等气虚表现为主要特征。形体特征：肌肉松软不实。常见表现：平素语音低弱，气短懒言，容易疲乏，精神不振，易出汗，舌淡红，舌边有齿痕，脉弱。心理特征：性格内向，不喜冒险。发病倾向：易患感冒、内脏下垂等病；病后康复缓慢。对外界环境适应能力：不耐受风、寒、暑、湿邪。

#### A.5 湿热质

总体特征：湿热内蕴，以面垢油光、口苦、苔黄腻等湿热表现为主要特征。形体特征：形体中等或偏瘦。常见表现：面垢油光，易生痤疮，口苦口干，身重困倦，大便黏滞不畅或燥结，小便短黄，男性易阴囊潮湿，女性易带下增多，舌质偏红，苔黄腻，脉滑数。心理特征：容易心烦急躁。发病倾向：易患疮疖、黄疸、热淋等病。对外界环境适应能力：对夏末秋初湿热气候，湿重或气温偏高环境较难适应。

#### A.6 阴虚质

总体特征：阴液亏少，以口燥咽干、手足心热等虚热表现为主要特征。形体特征：形体偏瘦。常见表现：手足心热，口燥咽干，鼻微干，喜冷饮，大便干燥，舌红少津，脉细数。心理特征：性情急躁，外向好动，活泼。发病倾向：易患虚劳、失精、不寐等病；感邪易从热化。对外界环境适应能力：耐冬不耐夏；不耐受暑、热、燥邪。

#### A.7 气郁质

总体特征：气机郁滞，以神情抑郁、忧虑脆弱等气郁表现为主要特征。形体特征：形体瘦者为多。常见表现：神情抑郁，情感脆弱，烦闷不乐，舌淡红，苔薄白，脉弦。心理特征：性

格内向不稳定、敏感多虑。发病倾向：易患脏躁、梅核气、百合病及郁证等。对外界环境适应能力：对精神刺激适应能力较差；不适应阴雨天气。

中华中医药学会团体标准  
公开征求意见稿

附录 B  
(资料性附录)  
指南中的证据分级

证据分级标准参考刘建平教授在《基于证据体的中医药临床证据分级标准建议》、《中医药真实世界研究证据的构成及分级标准建议》中提出的传统医学证据体的构成及证据分级的建议。具体如下：

- I 级 随机对照试验及其系统综述、N-of-1 试验系统综述
- II 级 非随机临床对照试验、队列研究、N-of-1 试验
- III 级 病例对照研究、前瞻性病例系列
- IV 级 规范化的专家共识、回顾性病例系列、历史性对照研究
- V 级 非规范化专家共识、病例报告、经验总结

注：规范化的专家共识，指通过正式共识方法（如德尔菲法，名义群组法，共识会议法，以及改良德尔菲法等），总结专家意见制订的，为临床决策提供依据的文件；非规范化的专家共识，指早期应用非正式共识方法如集体讨论，会议等，所总结的专家经验性文件。

附录 C

(资料性附录)  
推荐强度的定义

推荐意见强度的定义

推荐强度	定义
强推荐	对于临床医生，多数医生会选择使用该推荐意见；对于患者，绝大多数患者会采纳推荐意见，只有少数不会；对于政策制定者，大多数情况会采纳推荐意见作为政策。
弱推荐	对于临床医生，应认识到不同患者有各自适合的方案，需要帮助每个患者做出体现其价值观和意愿的决定；对于患者，大多数患者会采纳推荐意见，但仍有不少患者不采用；对于政策制定者，制定政策需要实质性讨论，并需要众多利益相关参与。

## 参 考 文 献

- [1]李妍妍.郑玉玲教授以“治未病”思想论治食管癌经验[J].中医研究,2011,05:67-69.
- [2]SUNG H, FERLAY J, SIEGEL RL, et al. Global Cancer Statistics 2020:GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [J]. CA Cancer J Clin, 2021, 71(3):209.
- [3]苏菲,贾立群,程志强,邓超,姜彦妮.中医药干预食管癌前病变转癌相关研究进展[J].中国实验方剂学杂志,2022,09:242-247.
- [4]陈志峰,张俊会.我国中草药治疗食管癌前病变的 Meta 分析[J].中医研究,1999,01:22-23.
- [5]陈廷勇.中医药对食管粘膜轻、中度异型增生的治疗[J].临床医药文献电子杂志,2016,31:6257-6259.
- [6]孙盟朝,练宇飞,崔莉红.增生平联合四君子汤治疗脾虚热瘀型食管低级别上皮内瘤变的临床效果[J].中国中西医结合外科杂志,2020,06:1140-1145.
- [7]中国食管鳞癌癌前状态及癌前病变诊治策略专家共识[J].中华消化内镜杂志,2020,12:853-867.
- [8]中国早期食管癌及癌前病变筛查专家共识意见(2019年,新乡)[J].中华健康管理学杂志,2019,06:465-473.
- [9]李鹏,王拥军,陈光勇,许昌芹.中国巴雷特食管及其早期腺癌筛查与诊治共识(2017,万宁)[J].中华内科杂志,2017,09:701-711.
- [10]Guindi M, Riddell RH. The pathology of epithelial pre-malignancy of the gastrointestinal tract[J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2001, 15(2):191-210.
- [11]Shimizu M, Nagata K, Yamaguchi H, et al. Squamous intraepithelial neoplasia of the esophagus: past, present, and future[J]. J Gastroenterol, 2009, 44(2):103-112.
- [12]Hornick GL, Odze RD. Neoplastic precursor lesions in Barrett's esophagus[J]. Gastroenterol Clin North Am, 2007, 36(4):775-796. DOI:10.1016/j.gtc.2007.08.004.
- [13]Sikkema M, Kerkhof M, Steyerberg EW, et al. Aneuploidy and overexpression of Ki67 and P53 as markers for neoplastic progression in Barrett's esophagus: a case-control study[J]. Am J Gastroenterol, 2009, 104(11):2673-2680. DOI:10.1038/ajg.2009.437.
- [14]Sikkema M, Looman CW, Steyerberg EW, et al. Predictors for neoplastic progression in patients with Barrett's esophagus: a prospective cohort study[J]. Am J Gastroenterol, 2011, 106(7):1231-1238. DOI:10.1038/ajg.2011.153.
- [15]马丹,杨帆,廖专,王洛伟.中国早期食管癌筛查及内镜诊治专家共识意见精简版(2014年,北京)[J].中华消化杂志,2015,05:294-299.
- [16]Barrett NR. The lower esophagus lined by columnar epithelium[J]. Surgery, 1957, 41(6):881-894.

[17]Mabrut JY,Baulieux J,Adham M,et al.Impact of antireflux operation on columnar-lined esophagus[J].J Am Coll Surg,2003,196(10):60-67.

[18]Desai TK,Krishnan K,Samala N,et al.The incidence of oesophageal adenocarcinoma in non-dysplastic Barrett's oesophagus:a meta-analysis[J].Gut,2012,61(7):970-976.DOI:10.1136/gutjnl-2011-300730.

[19]Falk GW.Barrett's esophagus[J].Gastroenterology,2002,122(6):1569-1591.

[20]Sampliner RE,Pactice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology.Updated guidelines for the diagnosis,surveillance,and therapy of Barrett's esophagus[J].Am J Gastroenterol,2002,97(8):1888-1895.DOI:10.1111/j.1572-0241.2002.05910.x.

[21]Dawsey SM,Lewin KJ,Wang GQ,et al.Squamous esophageal histology and subsequent risk of squamous cell carcinoma of the esophagus.A prospective follow-up study from Linxian,China[J].Cancer,1994,74(6):1686-1692.DOI:10.1002/1097-0142(19940915)74:6<1686::aid-cncr2820740608>3.0.co;2-v.

[22]赵学科,徐瑞华,雷玲玲,李志强,丰善良,魏梦霞,范宗民,宋昕,韩雪娜,陈红梅,王伟,孟超龙,郝晓兰,裘宋良,王立东.食管癌高发区无症状居民食管癌前病变36a(1986-2021)随访转归[J].郑州大学学报(医学版),2022,01:6-9.

[23]Wei WQ,Hao CQ,Guan CT,et al.Esophageal histological precursor lesions and subsequent 8.5-year cancer risk in a population-based prospective study in China[J].Am J Gastroenterol,2020,115(7):1036-1044.DOI:10.14309/ajg.00000000000000640.

[24]Chen R,Liu Y,Song G,et al.Effectiveness of one-time endoscopic screening programme in prevention of upper gastrointestinal cancer in China:a multicentre population-based cohort study[J].Gut,2020.DOI:10.1136/gutjnl-2019-320200.

[25]Lin Y,Totsuka Y,He Y,et al.Epidemiology of esophageal cancer in Japan and China[J].J Epidemiol,2013,23(4):233-242.DOI:10.2188/Jea.je20120162.

[26]周脉耕,王晓风,胡建平,等.2004-2005年中国主要恶性肿瘤死亡的地理分布特点[J].中华预防医学杂志,2010,44(4):303-308.DOI:10.3760/Cma.j.issn.0253-9624.2010.04.006.

[27]曾红梅,郑荣寿,张思维,等.中国食管癌发病趋势分析和预测[J].中华预防医学杂志,2012,46(7):593-597.DOI:10.3760/Cma.j.issn.0253-9624.2012.07.004.

[28]Nan J,Xiaoduo W,Nan Z,et al.Younger age of onset and multiple primary lesions associated with esophageal squamous cell carcinoma cases with a positive family history of the cancer suggests genetic predisposition[J].Chin Med J(Engl),2014,127(15):2779-2783.DOI:10.3760/cma.j.issn.0366-6999.20140119.

[29]Su YY,Chen WC,Chuang HC,et al.Effect of routine esophageal screening in patients with head and neck cancer[J].JAMA Otolaryngol Head Neck Surg,2013,139(4):350-354.DOI:10.1001/jamaoto.2013.46.

[30]Wei WQ, Abnet CC, Lu N, et al. Risk factors for oesophageal squamous dysplasia in adult inhabitants of a high risk region of china[J]. Gut, 2005, 54(6):759-763. DOI:10.1136/gut.2004.062331.

[31]He Z, Liu Z, Liu M, et al. Efficacy of endoscopic screening for esophageal cancer in China(ESECC): design and preliminary results of a population-based randomised controlled trial[J]. Gut, 2019, 69(2):198-206. DOI:10.1136/gutjnl-2017-315520.

[32]Sheikh M, Poustchi H, Pourshams A, et al. Individual and combined Effects of Environmental Risk Factors for Esophageal Cancer Based on Results From the Golestan Cohort Study[J]. Gastroenterology, 2019, 156(5):1416-1427. DOI:10.1053/j.gastro.2018.12.024.

[33]Spechler SJ, Souza RF. Barrett's esophagus[J]. N Engl J Med, 2014, 371(9):836-845. DOI:10.1056/NEJMr1314704.

[34]Taylor JB, Rubenstein JH. Meta-analyses of the effect of symptoms of gastroesophageal reflux on the risk of Barrett's esophagus[J]. Am J Gastroenterol, 2010, 105(8):1729, 1730-1737; quiz 1738. DOI:10.1038/ajg.2010.194.

[35]美丽克扎提·安扎尔, 米热阿依·阿布都哈的尔, 高峰. 肠型巴雷特食管危险因素临床分析[J]. 中华胃食管反流病电子杂志, 2020, 03:177-181.

[36]Andrici J, Cox MR, Eslick GD. Cigarette smoking and the risk of Barrett's esophagus: a systematic review and meta-analysis[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2013, 28(8):1258-1273. DOI:10.1111/jgh.12230.

[37]Hampel H, Abraham NS, El-Serag HB. Meta-analysis: obesity and the risk for gastroesophageal reflux disease and its complications[J]. Ann Intern Med, 2005, 143(3):199-211.

[38]Kubo A, Cook MB, Shaheen NJ, et al. Sex-specific associations between body mass index, waist circumference and the risk of Barrett's esophagus: a pooled analysis from the international BEACON consortium[J]. Gut, 2013, 62(12):1684-1691. DOI:10.1136/GUTJNL-2012-303753.

[39]Rubenstein JH, Morgenstern H, Appelman H, et al. Prediction of Barrett's esophagus among men[J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(3):353-362. DOI:10.1038/ajg.2012.446.

[40]杨丽丽, 姜娜, 李晶. 生活方式干预对食管癌二级预防的应用[J]. 吉林医学, 2010, 31(02):252.

[41]Freedman ND, Abnet CC, Leitzmann MF, Mouw T, Subar AF, Hollenbeck AR, Schatzkin A. A prospective study of tobacco, alcohol, and the risk of esophageal and gastric cancer subtypes. Am J Epidemiol 2007; 165: 1424-1433.

[42]刘伯齐, 姜晶梅, 陈铮鸣, 陈君石, 张孔来, 曾宪嘉, 赵平, Jillian Boreham, 武燕平, 黎均耀, Richard Peto. 中国 103 个地区吸烟与食管癌风险研究: 死因调查中的病例对照方法

学研究. 中华医学杂志 2006; 86: 380-385.

[43]Wu M, Zhao JK, Hu XS, Wang PH, Qin Y, Lu YC, Yang J, Liu AM, Wu DL, Zhang ZF, Frans KJ, van't Veer P. Association of smoking, alcohol drinking and dietary factors with esophageal cancer in high and low-risk areas of Jiangsu Province, China. World J Gastroenterol 2006; 12: 1686-1693.

[44]孟倩倩, 原翔, 刘怡文, 杨海军, 张耀文, 刘安祥, 高社干, 周福有. 牙龈卟啉单胞菌在食管癌变过程中的作用研究[J]. 食管疾病, 2020, 2(02):121-124.

[45]杨巧婷, 郑惠琴. 系统化运动指导与食管癌患者术后生存质量影响研究[J]. 中国卫生产业, 2013, 10(26):26-27. DOI:10.16659/j.cnki.1672-5654.2013.26.024.

[46]吴文裕, 林振原. 有氧运动对食管癌术后抑郁状态的影响及机制研究[J]. 按摩与康复医学, 2021, 12(13):24-26+30. DOI:10.19787/j.issn.1008-1879.2021.13.008.

[47]常兴, 张恬, 孟庆岩, 张庆祥. 探析情志养生在情志病和中医“治未病”思想中重要作用[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(08):88-90.

[48]邓海燕, 武胜萍, 吴晓芳, 刘丹. 柴胡疏肝散治疗肿瘤相关性抑郁肝郁脾虚证临床研究[J]. 国际中医中药杂志, 2022, 4(02):150-153.

[49]胡文盈, 柳阳, 陈毅恒, 许二平. 左金丸合半夏泻心汤治疗胆汁反流性胃炎疗效和安全性的Meta分析[J]. 中国学报, 2022, 37(04):887-894.

[50]王盼盼, 费鲜晓, 杨慧, 陈凯楠. 旋覆代赭汤治疗胃食管反流病临床观察[J]. 光明中医, 2022, 37(04):558-560.

[51]丘晓静. 香砂六君子汤加减治疗功能性消化不良(脾胃虚弱型)临床研究[J]. 亚太传统医药, 2022, 18(01):116-118.

[52]刘子提, 司富春, 张漂. 启膈散的研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(02):335-339.

[53]刘思达, 邓博, 陈冬梅, 贾立群. 增生平防治肿瘤的研究进展[J]. 中国医药导报 2021, 18(02):31-34.

[54]姚嵩梅, 王洪, 潘多. 中医养生药膳与食疗全书[M]. 吉林: 吉林科学技术出版社, 2012, 282.

[55]叶芳. 食道癌患者食疗应对症[J]. 家庭医药. 快乐养生, 2019(01):16-17.

[56]欧阳军. 食管癌的药膳方[J]. 东方药膳, 2006(01):10-14.

[57]李柳宁. 癌症中医特色治疗与调养[M]. 北京: 化学工业出版社, 2016, 388.

[58]徐力, 鹿竞文. 抗癌药膳100种[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014, 289-290.

[59]常敏毅. 治疗食管癌的药膳[J]. 中国食品, 1999(20):10-11.

[60]李典云. 食管癌药膳食疗[J]. 东方药膳, 2008(02):14-15.

[61]杨建宇. 抗癌食疗药膳方[M]. 北京: 化学工业出版社, 2015, 230.

[62]路永照. 两道防线守住我们的抗癌阵地[J]. 中华养生保健, 2004(03):33-34.

[63]柳国文, 周晓红. 针刺治疗食管癌术后反流的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(22):28-30. DOI:10.19621/j.cnki.11-3555/r.2021.2211.



- [64]刘文健,王浩,梁涛.合募配穴促进食管癌术后胃肠功能恢复[J].中国肿瘤外科杂志,2016,8(05):330-332.
- [65]谢守泳.针刺联合益气养阴汤治疗晚期食管癌的临床价值研讨[J].中医药临床杂志,2016,28(02):242-244.DOI:10.16448/j.cjtcm.2016.0091.
- [66]梁繁荣,王华.针灸学(新世纪第四版)[M].北京:中国中医药出版社,2016.30-112.
- [67]张亚玲,郑玉玲.中医外治法治疗食管癌研究进展[J].中医肿瘤学杂志,2020,2(04):77-81.DOI:10.19811/j.cnki.ISSN2096-6628.2020.04.017.
- [68]许彦超,刘亚南,李吉磊,邵帅,任娟,董良,孙明月,马纯政,郑玉玲.中医外治法治疗食管癌评述[J].中医学报,2020,35(08):1681-1684.DOI:10.16368/j.issn.1674-8999.2020.08.378.
- [69]郭文宣,曹宁,赫芸菲,韩昀彤,董雪,宁思渊,王洪彬.基于数据挖掘分析针刺治疗胃食管反流病的取穴规律[J].山西中医药大学学报,2021,22(06):397-400.DOI:10.19763/j.cnki.2096-7403.2021.06.02.
- [70]王雨玉,张勇.针刺对寒热错杂型胃食管反流病患者临床症状、胃食管动力及生活质量的影响[J].临床医学研究与践,2021,6(09):133-135.DOI:10.19347/j.cnki.2096-1413.202109046.
- [71]杨悦榕.温针灸治疗脾胃虚弱型反流性食管炎的疗效观察[D].山西中医药大学,2017.
- [72]何健仪,黎敏嫦.艾灸对反流性食管炎的临床疗效观察[J].智慧健康,2020,6(32):171-172.DOI:10.19335/j.cnki.2096-1219.2020.32.069.
- [73]李永红.艾灸治疗反流性食管炎的疗效观察[D].安徽中医药大学,2019.DOI:10.26922/d.cnki.ganzc.2019.000070.
- [74]吴淑华.择时艾灸足三里、天枢穴促进食管癌术后胃肠功能恢复的探讨[J].光明中医,2015,30(04):805-807.
- [75]王莹,彭伟.艾灸配合Stretta射频治疗胃食管反流病40例临床研究[J].河北中医,2016,38(02):259-261.
- [76]段涛,李文献,刘长增,刘自超,罗朝辉,杨云,王贝,王洁.穴位艾灸治疗食管癌贲门癌术后胃瘫综合征的临床研究[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(17):99-101.
- [77]朱东晓.低频脉冲配合耳穴贴磁治疗胃食管反流60例[J].云南中医中药杂志,2010,31(03):41-42.DOI:10.16254/j.cnki.53-1120/r.2010.03.050.
- [78]周国赢.电针加耳针治疗反流性食管炎84例[J].中国中医药信息杂志,2004(10):907-909.
- [79]张玉荣.按压耳中穴治疗食管癌术后呃逆的临床护理分析[J].吉林医学,2013,34(09):1783.
- [80]李南希,黄锦军,黄兆欣,贾梦云.腹背部推拿治疗脾胃病的临床研究进展[J].中国民族民间医药,2021,30(01):82-86.
- [81]俞大方.中医推拿学[J].人民卫生出版社,1985.
- [82]程爵棠,程功文.熏洗疗法治百病[M].3版.北京:人民军医出版社,2013.

- [83]高学敏等. 中药学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007.
- [84]彭洁等. 熏洗疗法[M]. 2版. 南宁:广西科学技术出版社, 2001.
- [85]刘保延, 彭锦. 常见病中医穴位贴敷疗法[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2010: 1-3-15.
- [86]魏虹, 唐雯琦, 马萍萍, 胡玉珍. 穴位敷贴治疗胃肠道术后顽固性呃逆疗效研究[J]. 吉林中医药, 2020, 40(12):1655-1658. DOI:10. 13463/j. cnki. jlzyy. 2020. 12. 032.
- [87]鲁燕, 张华, 董霞, 刘晓辉. 中药穴位贴敷联合化疗治疗中晚期食管癌的疗效观察[J]. 中国医药导刊, 2021, 23(02):91-95.
- [88]谢强丽, 王珏, 冯霞飞, 徐韧, 李文玉. 不同中医疗法促进食管癌术后患者胃肠功能恢复的比较[J]. 温州医科大学学报, 2014, 44(10):772-774. DOI:10. 13771/j. cnki. 33-1386/r. 2014. 10. 020.
- [89]彭洁等. 熏洗疗法[M]. 2版. 南宁:广西科学技术出版社, 2001.
- [90]侯庆梅, 杨丽华, 修闽宁. 155例肿瘤化疗患者中医传统功法锻炼知行现状及影响因素分析[J]. 护理学报, 2020, 27(03):49-54.
- [91]陈辉, 蔡憐环, 何伟秀. 基于脑肠轴学说的太极云手对慢性疲劳综合征患者胃肠功能的影响[J]. 中国当代医药, 2021, 28(30):143-146.
- [92]汤红丽, 吴锋耀, 韦进新, 林群英, 黄毅强. 中医太极对社区体质的干预调查分析[J]. 智慧健康, 2019, 5(09):40-41. DOI:10. 19335/j. cnki. 2096-1219. 2019. 09. 020.
- [93]曹昂焱, 饶毅, 胡光迪, 庄威, 姜美驰, 肖京. 八段锦源流考辨[J]. 医学与哲学, 2021, 42(12):74-77.
- [94]朱吉颖, 周红蔚. 八段锦治疗肿瘤患者癌因性疲乏的效果观察[J]. 中国社区医师, 2022, 38(01):144-146.
- [95]张杰, 邱家栋. 健身气功“治未病”生理机制探析——以五禽戏为例[J]. 武术研究, 2020, 5(09):97-100. DOI:10. 13293/j. cnki. wskx. 008574.
- [96]张琳, 魏玉龙. 五禽戏国内外临床研究进展[J]. 按摩与康复医学, 2019, 10(23):24-27+32. DOI:10. 19787/j. issn. 1008-1879. 2019. 23. 11.
- [97]中华医学会消化内镜学分会, 中国抗癌协会肿瘤内镜专业委员会. 中国早期食管癌筛查及内镜诊治专家共识意见(2014年, 北京)[J]. 中华消化内镜杂志, 2015, 32(4):205-224. DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 1007-5232. 2015. 04. 001.
- [98]Zhang YM, Boerwinkel DF, He S, et al. Prospective feasibility study on the use of multiband mucosectomy for endoscopic resection of early squamous neoplasia in the esophagus[J]. Endoscopy, 2013, 45(3):167-173. DOI: 10. 1055/s-0032-1326011.
- [99]Zhang YM, Boerwinkel DF, Qin X, et al. A randomized trial comparing multiband mucosectomy and cap-assisted endoscopic resection for endoscopic piecemeal resection of early squamous neoplasia of the esophagus[J]. Endoscopy, 2016, 48(4):330-338. DOI: 10. 1055/s-0034-1393358.
- [100]中国消化道疾病内镜下射频消融术临床应用专家共识(2020, 上海)[J]. 中华消化内镜杂志, 2020, 02:77-78-79-80-81-82.

[101]Fitzgerald R C,Di Pietro M,Ragunath K,et al.British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus [J]. Gut, 2014, 63(1):7-42.

[102]刘彦玲. 辛开苦降法治疗食管黏膜不典型增生 60 例临床分析[J]. 河北中医药学报, 2013, 02:18-19.

[103]张东兴, 汪翔. 清热活血合剂治疗食管黏膜上皮不典型增生 29 例[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 01:55-56.

[104] 马凤岐, 白钰, 陈永灿. 陈永灿辨治食管癌前疾病医案 3 则[J]. 新中医, 2021, 24:149-152.

[105]于洋, 颜廷芝, 白娜. 辛开苦降法治疗食管黏膜不典型增生 185 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2012, 02:15-16.

[106]霍炳杰, 徐江红, 邢筱华, 田君. 刘亚娴教授治疗食管癌前病变经验[J]. 河北中医, 2011, 04:488-489.

[107]阳思诗, 江潮, 邵迎新. 参赭培气汤加减治疗食管低级别上皮内瘤变的临床效果[J]. 中国医药导报, 2020, 17:165-168.

[108]侯浚, 阎付荣, 李绍森, 李中元, 陈志峰. 复方苍豆丸治疗食管癌前病变的临床研究[J]. 河北中医, 1992, 04:1-3.

[109]王俊显, 周而复, 丁镇伟, 王继信, 郭黎平. 增生平片治疗食管上皮细胞增生 108 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 1997, 01:29-31.

[110]增生平Ⅲ期临床协作组. 增生平治疗食管上皮增生的Ⅲ期临床观察[J]. 中华肿瘤杂志, 2000, 06:70-72.

[111]陈志峰, 侯浚, 林培中, 宋国慧, 郭翠兰, 孟凡书, 陈超. 增生平阻断食管癌前病变的远期效应[J]. 实用医学杂志, 2011, 05:866-867.

[112]李佩文. 六味地黄丸防止食管上皮重度增生癌变效果的观察(附 211 例报告)[J]. 中日友好医院学报, 1990, 03:170-172.

[113]杨景玉, 孔令斌. 芪莲舒痞颗粒对食管鳞状上皮不典型增生的治疗作用[J]. 医学信息(中旬刊), 2011, 07:3258-3259.