



团 体 标 准

T/CACM 1472—2023

食管癌前病变治未病干预指南

Guidelines for preventive treatment of diseases in esophageal precancerous lesions

2023 - 03 - 23 发布

2023 - 03 - 23 实施

中 华 中 医 药 学 会 发 布

目 次

前言	II
引言	III
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	1
5 病因病机	2
6 筛查	2
6.1 高危人群	2
6.2 筛查方法	2
6.3 诊断	3
6.4 体质辨识	3
6.5 中医辨证	4
7 干预	5
7.1 干预原则	5
7.2 未病先防	5
7.3 既病防变	7
7.4 瘥后防复	11
8 监测与随访	12
附录 A（资料性） ZYYXH/T 157—2009 中医体质分类与判定	13
附录 B（资料性） 健康教育与管理、针对高危人群调体干预的食疗推荐	16
附录 C（资料性） 证据分级	18
附录 D（资料性） 推荐强度的说明	19
参考文献	20

前 言

本文件参照 GB/T 1.1—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》规定的规则起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

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（浙江省中医院）、河南省人民医院、甘肃省肿瘤医院、中日友好医院、广州中医药大学第一附属医院、江苏省中西医结合医院、郑州大学食管癌防治国家重点实验室、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、陕西省中医医院、四川省肿瘤医院、山西省中医院、河南中医药大学、河南省肿瘤医院、郑州大学第一附属医院、河南科技大学第一附属医院、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、娄彦妮、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

我国食管癌的发病率及死亡率均居世界前列，针对食管癌前病变的筛查和干预是降低食管癌发病的关键。有研究表明中医治未病的理念及方法对食管癌前病变具有确切的效果，制定《食管癌前病变治未病干预指南》是降低食管癌发病率的迫切需要。

为规范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指南》工作组，依据团体标准制定方法、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制定了本文件。

本文件作为团体标准，对食管癌前病变的中医病因病机、干预措施进行梳理，从“未病先防”“既病防变”“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干预内容，引用和参考了《中国食管鳞癌癌前状态及癌前病变诊治策略专家共识（2020年版）》《中国早期食管癌及癌前病变筛查专家共识意见（2019版）》《中国巴雷特食管及其早期腺癌筛查与诊治共识（2017版）》部分内容，形成具有循证医学证据的治未病干预指南，并将未来实施推广过程中不断修订。本文件中涉及的证据分级、推荐强度的说明分别见附录C、附录D。

食管癌前病变治未病干预指南

1 范围

本文件提供了食管癌前病变流行病学、病因病机、筛查、干预、监测与随访的指南。

本文件适用于食管癌前病变治未病。

本文件适合中医、中西医结合诊疗的所有医疗机构，可供中医科、中西医结合科、肿瘤科、消化科等相关科室医师、护理人员和健康管理相关人员使用。

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，凡是注日期的引用文件，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 16751.1—1997 中医临床诊疗术语·疾病部分

GB/T 16751.2—1997 中医临床诊疗术语·证候部分

GB/T 33415 针灸异常情况处理

3 术语和定义

GB/T 16751.1—1997 和 GB/T 16751.2—1997 界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

食管癌前病变 esophageal precancerous lesions

食管癌前病变属组织病理学概念，是指相应的病理变化比正常组织或其他病理改变更易发生癌变。

注：上皮内瘤变是各种上皮来源肿瘤的癌前病变。

3.2

食管上皮内瘤变 esophageal intraepithelial neoplasia

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）。

注：食管上皮内瘤变也称异型增生。

4 流行病学

根据世界卫生组织国际癌症研究机构（IARC）发布的《2020全球最新癌症负担数据》，我国食管癌新发病例32.4万例，死亡病例数30.1万。针对食管癌前病变及高危人群的治未病干预是降低食管癌发病率的关键。食管黏膜上皮内瘤变属食管癌前病变，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，其演变存在长达5年~10年的窗口期，充分利用好这段时间，进行筛查、干预，防止食管癌前病变转化为食管癌。

5 病因病机（证据级别：V级；推荐强度：强推荐）

食管癌前病变属于中医“梅核气、嘈杂、反酸、食管瘁”范畴。主要病因为长期喜食烫食、辣食、糙食、腌制或霉变食物、进食过快、或酗酒、或口腔不洁等；促发病因为情志失调、禀赋不足、年高体虚等，以上因素致脏腑功能失调，尤其是肝胃不和，脾运不及，气郁热壅，湿阻痰凝，从而使食管局部脉络受损，导致食管病变。可出现胸骨后不适、咽喉部有异物感，反酸、烧心等症状，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。食管癌前病变演变，可用“郁、痰、虚”三个阶段来概括从未病到已病、从潜证到显证的整个过程，而其中的“郁、痰”阶段类似于食管癌前病变前期。

6 筛查

6.1 高危人群

参照《中国食管鳞癌癌前状态及癌前病变诊治策略专家共识（2020年版）》《中国早期食管癌及癌前病变筛查专家共识意见（2019版）》《中国巴雷特食管及其早期腺癌筛查与诊治共识（2017版）》，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癌前病变的高危人群：

- a) 出生或长期居住于食管癌高发地区；
- b) 一级亲属有食管癌病史；
- c) 患有食管癌前疾病，包括：贲门失弛缓症、巴雷特食管、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；
- d) 有头颈部肿瘤病史；
- e) 合并其他食管癌高危因素，包括：肥胖（BMI>25Kg/m²或腹型肥胖），热烫饮食、饮酒（≥15g/天）、吸烟、进食过快、室内空气污染、牙齿缺失等。

6.2 筛查方法

6.2.1 西医筛查方法

食管癌前病变高危人群，推荐每5年1次内镜普查。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，其余人群可2年~3年进行1次内镜随访，对筛查发现的HGIN联合西医治疗。

常规白光内镜检查是诊断食管黏膜疾病的基础。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，这是目前判断食管癌前病变的标准方法。

6.2.2 中医筛查方法

食管癌前病变的发病和机体的体质状态有着一定的联系性。根据王琦院士《中医体质分类与判定》的9种体质类型评估，其中与食管癌前病变发生密切相关的体质类型有气虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、气郁质（详见附录A）。

6.3 诊断

6.3.1 临床表现

症状：食管癌前病变大多无症状，仅少数患者表现为胸骨后不适、咽喉部不适，反酸、烧心、纳差、乏力等症状，且时有时无，时轻时重，不影响进食，所以容易忽视。

体征：常无明显的体征，部分患者胸骨后或上腹部有局部压痛。

6.3.2 病理学诊断

组织病理学检查明确为上皮内瘤变作为食管癌前病变诊断的重要标准。

6.4 体质辨识

6.4.1 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。

6.4.2 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：体形偏瘦。

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。

6.4.3 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：体形肥胖，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。

6.4.4 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。

6.4.5 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，春秋季好发。

6.5 中医辨证

6.5.1 肝胃不和、痰气交阻证（推荐强度：强推荐）

咽喉不适，自觉有异物，时有时无，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、痰湿体质。

6.5.2 胃热壅盛、浊气上逆证（推荐强度：强推荐）

胸骨后灼热不适，进热食时加重，胃脘痞塞，时有恶心欲呕，或嗝气频频，反酸不适，口干口苦，舌质偏红，苔薄黄，脉弦滑或弦数。多有长期大量饮酒史，多见于湿热体质。

6.5.3 脾胃虚弱、痰瘀互结证（推荐强度：强推荐）

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，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。

6.5.4 胃阴亏虚、食管失濡证（推荐强度：强推荐）

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。

6.5.5 肝肾阴虚、津液亏虚证（推荐强度：强推荐）

口干口渴，胸部不舒，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。

7 干预

7.1 干预原则

食管癌前病变个体干预目标是通过适当的干预方法使其逆转正常，至少是维持在食管癌前状态，从而预防或延缓其进展为食管癌。采用分层干预的方式：食管癌高危人群采用健康教育与管理、营养与药膳、运动与功法、心理调节与情志疗法等基础干预；食管癌前病变的患者，推荐在基础干预之上采用中药复方、针灸推拿等治疗，若3个月干预无效再考虑加用西医治疗。

7.2 未病先防

7.2.1 针对高危人群危险因素的健康管理

目标：使食管癌前病变高危人群充分认识食管癌前病变的潜在危害并掌握自我管理能力；通过健康教育提高高危个体的健康素养及对健康管理的依从性，达到行为改变，提高干预效果，最终改善临床结局、健康状况及生活质量。

要点：

- a) 饮食有节，避免“四过”。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，避免“四过”；
- b) 口腔保健，抑菌防变。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；
- c) 起居有常，戒烟限酒。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导致病理性增生出现食管癌前病变；
- d) 新鲜饮食，忌腌禁霉。多进新鲜饮食，注意粮食、瓜果、蔬菜的保管，不食腌制食物及霉变食物；
- e) 合理膳食，均衡营养。饮食品种多样化，营养物质均衡，可酌情补充核黄素（维生素 B2）和烟酸（维生素 B3）；
- f) 健康锻炼，持之以恒。适度身体锻炼，增强体质，运动方案根据年龄、性别、生活方式和运动习惯，制定个体化的运动处方。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 步/min~125 步/min）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，微微汗出或运动后疲劳感于 10 min~20 min 消失为宜。运动持续时间建议每次 30 min~60 min；
- g) 志闲少欲，御神有节。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。

7.2.2 针对高危人群体质特征的调体干预

7.2.2.1 气虚质

干预原则：气虚质者多元气虚弱，调体法则为培补元气、补气健脾。以饮食调养、运动锻炼为主，辅以情志调摄、起居调护、穴位保健。

饮食调养：宜选用性平偏温、健脾益气的食物，尽量少吃或不吃槟榔、生萝卜等耗气的食物。不宜多食生冷苦寒、辛辣燥热的食物。

运动锻炼：运动宜柔缓。气虚体质之人锻炼宜采用低强度、多次数的运动方式，适当地增加锻炼次数，而减少每次锻炼的总负荷量，控制好运动时间，循序渐进地进行。不宜做大负荷运动和大出汗的运动，忌用猛力和做长久憋气的动作，以免耗伤元气。

情志调摄：心态宜乐观，不可过度劳神。宜多收听宫音、商音、徵音等舒缓音乐。

起居调护：起居勿过劳。提倡劳逸结合，不要过于劳作，以免损伤正气。平时避免汗出受风。

穴位保健选穴：气海、关元。

7.2.2.2 阴虚质

干预原则：阴虚体质者多真阴不足，调体法则为滋补肾阴、壮水制火。以饮食调养、情志调摄、起居调护为主，辅以运动锻炼、穴位保健。

饮食调养：宜选用甘凉滋润的食物。少食温燥、辛辣、香浓的食物。

情志调摄：心态要淡泊，音乐要舒缓。宜加强自我修养、培养自己的耐性，尽量减少与人争执、动怒，不宜参加竞争胜负的活动，可在安静、优雅环境中练习书法、绘画等。宜多听羽音、商音。

起居调护：起居忌熬夜，环境宜安静。

运动锻炼：运动勿太过，宜做中小强度的运动项目。

穴位保健选穴：太溪、三阴交。

7.2.2.3 痰湿质

干预原则：痰湿体质者多水液内停而痰湿凝聚，调体法则为健脾祛湿、化痰泄浊。以饮食调养、穴位保健、起居调护为主，辅以运动锻炼、情志调摄。

饮食调养：痰湿体质者宜选用健脾助运、祛湿化痰的食物，少食肥、甜、油、黏（腻）的食物。

穴位保健选穴：丰隆、足三里。

起居调护：起居避潮湿。不宜在潮湿的环境里久留，在阴雨季节要注意避免湿邪的侵袭，在湿冷的气候条件下要减少户外活动，避免受寒淋雨。

运动锻炼：运动宜持久。根据自己的具体情况循序渐进，长期坚持运动锻炼。

情志调摄：心态要积极，音乐宜奋进。

7.2.2.4 湿热质

干预原则：湿热体质者多湿热蕴结不解，调体法则为分消湿浊、清泄伏热。以饮食调养、起居调护、穴位保健为主，辅以运动锻炼、情志调摄。

饮食调养：宜食用甘寒或苦寒的清利化湿食物。少食羊肉、动物内脏等温热肥厚油腻之品，以及韭菜、生姜、辣椒、胡椒、花椒及火锅、烹炸、烧烤等辛温助热的食物。

起居调护：避免居住潮湿、闷热。居室易干燥、通风良好，避免居处潮热，可在室内用除湿器或空调改善湿、热的环境。

穴位保健选穴：支沟、阴陵泉。

运动锻炼：根据个人身体情况，可选择中长跑、游泳、各种球类、武术等运动，但运动量适宜。

情志调摄：心情宜稳定，音乐要舒缓。湿热体质宜稳定情绪，尽量避免烦恼，可选择不同形式的兴趣爱好。宜多听宫音、羽音。

7.2.2.5 气郁质

干预原则：气郁体质多气机郁滞，调体法则为疏肝行气、开郁散结。以情志调摄、运动锻炼、穴位保健为主，辅以起居调护、饮食调养。

情志调摄：心态要乐观，音乐要欢快，根据“喜胜忧”的原则，主动寻求快乐，多参加社会活动、集体文娱活动；常看喜剧、滑稽剧、听相声，以及富有鼓励、激励意义的电影、电视剧，勿看悲剧、苦剧；宜多听角音和徵音。

运动锻炼：群体运动调气机。运动可以促进气血的流通和运行，气郁体质宜每天都坚持有适量的体育锻炼。

穴位保健选穴：太冲、合谷。

起居调护：起居宜保暖。气郁体质者气血郁滞不畅，因此居室选择向阳的朝向，向阳的居室温暖明亮，这样的居住环境有利于气郁体质的调养。

饮食调养：宜选用具有理气解郁作用的食物。少食收敛酸涩的食物。

7.3 既病防变

7.3.1 针对既病状态的中医辨证论治干预

7.3.1.1 肝胃不和、痰气交阻证

治法：疏肝和胃，理气化痰。

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。柴胡疏肝散出自《医学统旨》，二陈四七汤出自《症因脉治》。

方中有柴胡、香附、白芍、枳壳、陈皮、川芎、炙甘草、清半夏、茯苓、紫苏梗、厚朴。

若暖气上逆酌加旋覆花、丁香、柿蒂等理气降逆之品；若痰多，质稠，色黄难咳酌加桔梗、瓜蒌仁、浙贝母等清热化痰之品；若痰稀色白难咳者则酌加皂荚、青礞石、海浮石；反酸甚者酌加煅瓦楞子、乌贼骨、吴茱萸、黄连。

7.3.1.2 胃热壅盛、浊气上逆证

治法：清和胃，理气降逆。

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。半夏泻心汤出自《伤寒论》，旋覆代赭汤出自《伤寒论》。

方中有黄连、黄芩、清半夏、干姜、党参、旋覆花、代赭石、生姜、大枣、炙甘草。

若口干口渴可去党参、生姜，酌加玉竹、石斛等以加大滋阴养胃之力；若大便干结酌加大黄；若胸脘痞塞重者酌加枳壳、佛手、瓜蒌；若反酸甚者酌加煅瓦楞子、乌贼骨、吴茱萸、黄连。

7.3.1.3 脾胃虚弱、痰瘀互结证

治法：健脾和胃，化痰散瘀。

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。香砂六君子汤出自《医方集解》，启膈散出自《医学心悟》。

方中有党参、白术、茯苓、陈皮、清半夏、木香、砂仁、南沙参、浙贝母、荷叶蒂、郁金、丹参、杵头糠、甘草。

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

7.3.1.4 胃阴亏虚、食管失濡证

治法：养阴益胃。

方药：五汁安中饮（证据级别：V级；推荐强度：强推荐）合益胃汤（推荐强度：弱推荐）加减。五汁安中饮出自《新增汤头歌诀》，益胃汤出自《温病条辨》。

方中有牛乳、韭汁、姜汁、藕汁、梨汁、南沙参、玉竹、麦冬、生地黄。

若纳差、苔腻，可去生地黄，酌加神曲、麦芽或石斛；若兼有头晕目眩、神疲倦怠等肝肾阴亏表现者，酌加女贞子、旱莲草；若大便干结难下者酌加火麻仁、制首乌、白芍；若有呃逆、呕恶者酌加竹茹、柿蒂；若胃脘疼痛明显者，酌加元胡；若反酸重者酌加吴茱萸、黄连、煅瓦楞子。

7.3.1.5 肝肾阴虚、津液亏虚证

治法：滋补肝肾，养阴润燥。

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、沙参、麦冬、当归、枸杞、川楝子、熟地黄、山药、山萸肉、牡丹皮、茯苓、泽泻、知母、黄柏。

若有胃脘不适、少食纳呆等胃阴虚表现酌加石斛、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加生石膏、知母；若大便干结难下酌加火麻仁、郁李仁；若反酸重者酌加吴茱萸、黄连、煅瓦楞子。

7.3.2 针对既病状态的中成药干预

增生平片（证据级别：III级；推荐强度：强推荐）：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2.64 g，每日2次，温开水送服。

7.3.3 针对既病状态的中医非药物干预

7.3.3.1 针灸（推荐强度：强推荐）

针灸方式包括：

a) 针刺

治法：调理脾胃，补虚泻实。

主穴：中脘、足三里、胃俞、脾俞、内关、膻中、天突等。

配穴：肝俞、期门、阳陵泉、太冲、三阴交、太溪、内庭、章门、攒竹、丰隆、合谷、曲池、血海、肾腧、关元等。

操作方法：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，以平补平泻手法进针，每 10 min~15 min 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 min，14 日为 1 个疗程，脾胃虚弱者可加灸法。若发生晕针立即终止操作，按照晕针对症处理，符合 GB/T 33415 的要求。

b) 灸法

治法：补虚泻实，降逆和胃。

主穴：上脘、中脘、下脘、脾俞、胃俞、肝俞、神阙、气海、内关、外关、足三里等。

配穴：足三里、膻中、天突、阳陵泉、太冲、三阴交、太溪、丰隆、合谷、曲池、血海、肾腧等。

操作方法：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 cm~3 cm。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 cm~3 cm 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 min~10 min，至皮肤红晕为度。每日治疗 1 次，20 日为 1 个疗程。

c) 耳穴

治法：健脾和胃，补虚泻实。

主穴：食道、胃、脾、神门、交感、内分泌、皮质下、肝、胆等。

配穴：贲门、肾、艇中、心、三焦、十二指肠、小肠、阑尾、大肠等。

操作方法：患者取坐位或半仰卧位，以舒适为宜。方法一、毫针刺：选用 26 号~30 号长度为 0.3 寸~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 cm~0.3 cm 为宜，留针时间 15 min~30 min，期间可间隔 10 min~15 min 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 2 mm 的王不留行籽一粒，分别用 0.5 cm×0.5 cm 大小的橡皮膏粘贴固定。嘱患者每日挤捏王不留行籽。每籽挤捏 3 min~5 min，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。

7.3.3.2 推拿（推荐强度：强推荐）

治法：扶正祛邪，健脾和胃。

部位及选穴：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。

操作方法：手法选用一指禅推法、摩法、按法、揉法、搓法等。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 min；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 次~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 min；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。

7.3.3.3 敷贴熏洗（推荐强度：强推荐）

敷贴熏洗方药如下：

a) 敷贴方药 1

治法：健脾理气，和胃降逆

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

操作方法：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 h，治疗 1 周。

b) 敷贴方药 2

治法：解毒消痈，活血通络

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

操作方法：中药研末，用生姜汁调稠，做成 2 cm×2 cm，厚为 0.5 cm 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 6h 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。

c) 熏洗方药 1

治法：健脾益气，理气和胃

方药：生白术 40 g，槟榔 20 g，玄参 20 g，决明子 40 g。

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

d) 熏洗方药 2

治法：健脾和胃，固本扶正

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

操作方法：中药加水 2000 mL，浸泡 15 min 后，煎煮 30 min，过滤后药渣复加水 2000 mL，煎煮 30 min，倒出药液。将两次药液混合，加热水 3000 mL 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 min~30 min，每日 1 次，10 次为 1 疗程。

7.3.4 针对既病状态的西医手段干预

7.3.4.1 内镜下治疗

内镜下治疗包括：

- a) 内镜手术治疗：包括内镜下黏膜切除术（EMR）、内镜黏膜下剥离术（ESD）及多环套扎黏膜切除术（MBM）。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。
- b) 内镜下非手术治疗：射频消融治疗是较为常用的方法；光动力疗法（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。这些技术既可单独使用，也可与内镜切除术联合应用。

7.3.4.2 药物治疗

抑酸剂是治疗反流症状的主要药物，仅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宜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。

7.4 瘥后防复

7.4.1 重视健康教育

改变不良生活习惯：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。

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。

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。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。

健康教育与管理、针对高危人群调体干预的食疗推荐见附录 B。

7.4.2 中医非药物治疗法

瘥后防复期要重视导引疗法。如：太极拳、八段锦等，通过调息、调身、调心，达到防止复发，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。具体如下：

a) 太极拳（推荐强度：强推荐）

治法：调养脏腑，舒畅经络。适应病证：食管癌前病变及前期各证的瘥后防复。

操作方法：由专业人员对食管癌前病变患者及高危人群进行太极拳培训指导，分为热身部分、太极拳部分、放松部分。在食管癌前病变患者及高危人群掌握后，根据患者的时间选择适宜的场所进行训练，并对其健康状况进行定期评估。练习 3 天/周~6 天/周，练习 60 min/天。3 个月为 1 个疗程。

注意事项：练太极拳不可闭气、使力，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；锻炼地点挑选清静宜人的环境，穿着宽松合体的练功服。

b) 八段锦（推荐强度：强推荐）

治法：舒畅经络，调养脏腑。适应病证：食管癌前病变及前期各证。

操作方法：由专业人员对食管癌前病变患者及高危人群进行八段锦培训指导，分为热身部分、八段锦部分、放松部分。在食管癌前病变患者及高危人群掌握后，根据患者的时间选择适宜的场所进行训练，并对其健康状况进行定期评估。练习 3 天/周~5 天/周，练习八段锦 2 次/天~3 次/天，3 个月为 1 个疗程。

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；锻炼地点选择宽阔适宜的环境；着装以练功服、平底鞋为宜。

c) 五禽戏（推荐强度：强推荐）

治法：舒畅经络，调养脏腑。适应病证：食管癌前病变及前期各证。

操作方法：由专业人员对食管癌前病变患者及高危人群进行五禽戏培训指导，分为热身部分、五禽戏部分、放松部分。在食管癌前病变患者及高危人群掌握后，根据患者的时间选择适宜的场所进行训练，并对其健康状况进行定期评估。练习 3 天/周~5 天/周，练习 30 min/天。3 个月为 1 个疗程。

注意事项：呼吸与动作的配合注意起吸落呼、开吸合呼、先吸后呼；习练此功法根据自身体质状

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。

7.4.3 药物防复

六味地黄丸（证据级别：Ⅲ级；推荐强度：强推荐）：功用为滋补肾阴。用法：口服，每次 6 g，每日 2 次，温开水送服。

复方冬凌草含片（推荐强度：强推荐）：功用为清咽利喉、通利食道。用法：口服，每次 2 片～3 片，每日 3 次，含化或温开水送服。

8 监测与随访

参照《中国食管鳞癌癌前状态及癌前病变诊治策略专家共识（2020 年版）》《中国早期食管癌及癌前病变筛查专家共识意见（2019 版）》，具体措施为：

- a) 建档：建立食管癌前病变及高危人群的中医基本健康档案，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、运动习惯等。以社区卫生服务中心为依托建立个人档案。
- b) 监测：对筛查发现的 LGIN，病变直径大于 1 cm 或者合并多重食管癌危险因素者，宜每 1 年进行 1 次内镜随访，其余患者可 2 年～3 年进行 1 次内镜随访，内镜随访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 3 个～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，宜每 1 年～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 个～6 个月复查上消化道内镜，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适当缩短随访问期。
- c) 随访：随访管理的内容包括认知、饮食、起居、劳逸、情志、心理管理等。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。

附录 A

(资料性)

ZYYXH/T 157—2009 中医体质分类与判定

A.1 平和质 (A型)

总体特征：阴阳气血调和，以体态适中、面色红润、精力充沛等为主要特征。

形体特征：体形匀称健壮。

常见表现：面色、肤色润泽，头发稠密有光泽，目光有神，鼻色明润，嗅觉通利，唇色红润，不易疲劳，精力充沛，耐受寒热，睡眠良好，胃纳佳，二便正常，舌色淡红，苔薄白，脉和缓有力。

心理特征：性格随和开朗。发病倾向：平素患病较少。

对外界环境适应能力：对自然环境和社会环境适应能力强。

A.2 气虚质 (B型)

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.3 阳虚质 (C型)

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 阴虚质 (D型)

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：体形偏瘦

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.5 痰湿质（E型）

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.6 湿热质（F型）

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.7 血瘀质（G型）

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.8 气郁质（H型）

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。

A.9 特禀质（I型）

总体特征：先天失常，以生理缺陷、过敏反应等为主要特征。

形体特征：过敏体质者一般无特殊；先天禀赋异常者或有畸形，或有生理缺陷。

常见表现：过敏体质者常见哮喘、风团、咽痒、鼻塞、喷嚏等；患遗传性疾病者有垂直遗传、先天性、家族性特征；患胎传性疾病者具有母体影响胎儿个体生长发育及相关疾病特征。

心理特征：随禀质不同情况各异。

发病倾向：过敏体质者易患哮喘、荨麻疹、花粉症及药物过敏等；遗传性疾病如血友病、先天愚型等；胎传性疾病如五迟（立迟、行迟、发迟、齿迟和语迟）、五软（头软、项软、手足软、肌肉软、口软）、解颅、胎惊、胎痫等。

对外界环境适应能力：适应能力差，如：过敏体质者对易致过敏季节适应能力差，易引发宿疾。

附录 B

(资料性)

健康教育与管理、针对高危人群调体干预的食疗推荐

B.1 健康教育与管理

健康教育与管理的内容包括：

- a) 在健康教育的同时给予心理支持，缓解个体心理压力，耐心讲解食管癌前期的危害和预防措施，使其端正思想，积极对待，有效改善自身行为和生活方式，如不吃烫食、辣食、进食速度放缓等；
- b) 重视家庭成员的健康教育，鼓励家庭成员共同参与并督导实施防治计划；
- c) 采取多种教育管理形式，利用手机等现代信息化平台及其他教育工具；
- d) 有经济条件及健康需求的个体可选择相应的健康管理机构进行自我管理。
- e) 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。
- f) 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。
- g) 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。
- h) 对年龄 ≥ 40 岁的食管癌前病变筛查的高危人群，建议定期行内镜检查。
- i) 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。

B.2 针对高危人群调体干预的食疗推荐

针对不同高危人群调体干预的食疗推荐如下：

a) 气虚质

食疗推荐砂锅鱼头。材料：活鲤鱼头、尾各 1 个（250 g），核桃 25 g。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。

b) 阴虚质

食疗推荐芦根洋参柿霜粥。材料：芦根（鲜品）100 g，西洋参 10 g，粳米 50 g，柿霜 30 g，粳米 30 g。制作方法：将鲜芦根切成细段，加清水适量煎 30 min，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。

c) 痰湿质

食疗推荐贝母梨。材料：梨 3 个，贝母 15 g。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，盖上梨盖。将贝母梨放入蒸锅，用旺火蒸 1 h 取出，梨汁和果实一齐食用。

d) 湿热质

食疗推荐香砂冲藕粉。材料：木香 6 g，砂仁 3 g，藕粉，白糖适量。制作方法：木香洗净、切细段；砂仁，打碎，纱布包裹；以上二味加清水 200 mL 煎取 50 mL。藕粉 100 g 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。

e) 气郁质

食疗推荐陈皮苡仁粥。材料：陈皮 5 g，薏苡仁、粳米各 60 g。制作方法：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。

附 录 C

(资料性)

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。具体见表C.1。

表C.1 证据分级

证据等级	说明
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 D
(资料性)
推荐强度的说明

推荐强度的说明见表 D. 1。

表 D. 1 推荐强度的说明

推荐强度	说明
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] 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.
- [2] 苏菲, 贾立群, 程志强, 邓超, 娄彦妮. 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.
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] 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.
- [7] 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.
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] 杜宁, 贾永森, 陈劲松, 鲁长青, 杜巧哲. 基于中医体质学的食管癌证治分析[J]. 江苏中医药, 2012, 09:1-2.
- [11] 叶友进, 柯雄, 戴玉凤. 食管癌患者中医体质与生命质量的相关性研究[J]. 中华中医药学刊, 2012, 11:2522-2524.
- [12] 贾永森. 从中医体质学说探讨食管癌痰瘀证候[J]. 中医研究, 2008, 04:5-6.
- [13] 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.
- [14] 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.
- [15] 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.

- [16] 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.
- [17] 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.
- [18] 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.
- [19] 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.
- [20] 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.
- [21] 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.
- [22] 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.
- [23] 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.
- [24] 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.
- [25] 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.
- [26] 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.
- [27] 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.
- [28] 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.
- [29] 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.
- [30] 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.
- [31] 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.
- [33] 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]. *临床医学研究与实践*, 2021, 6(09):133-135. DOI:10.19347/j.cnki.2096-1413.202109046.

- [33] 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.
- [34] 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.
- [35] 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.
- [36] 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.
- [37] 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.
- [38] 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.
- [39] 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.
- [40] 彭洁等. 熏洗疗法[M]. 2版. 南宁:广西科学技术出版社, 2001.
- [41] 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.
- [42] 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.
- [43] 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.
- [44] 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.
- [45] 彭洁等. 熏洗疗法[M]. 2版. 南宁:广西科学技术出版社, 2001.
- [46] 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.
- [47] 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.
- [48] 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.
- [49] 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.
- [50] 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.
- [51] 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.
- [52] 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.