

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2023.18.019

标准与规范

胃食管反流病中医诊疗专家共识（2023）

中华中医药学会脾胃病分会

胃食管反流病(gastro-esophageal reflux disease, GERD)是指胃内容物反流入食管引起的反流相关症状和(或)并发症的一种疾病,包括食管综合征和食管外综合征^[1]。GERD是临床常见病,患病率在不同国家或地区差异较大,每周至少发作1次反流或烧心症状的全球患病率约为13.3%^[2],而我国广东省为6.2%^[3]、北京市为10.19%^[4]。其病理生理机制包括胃食管交界处功能与结构障碍,食管清除功能障碍和上皮防御功能减弱,肥胖和不良饮食习惯等生活相关因素削弱食管抗反流功能,以及食管敏感性增高等;免疫因素介导所致食管黏膜损伤和食管功能的改变也可能与GERD发病有关^[5-6]。质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)或新型抑酸药钾离子竞争性酸阻滞剂(potassium-channel acid blocker, P-CAB)是现代医学治疗GERD的首选药物,但约50%的非糜烂性反流病(non-erosive reflux disease, NERD)患者对PPI治疗无应答^[7]。中医药主要采用辨证论治的个体化治疗手段,在整体观念和病证结合理论的指导下,中医药治疗GERD具有降低其复发率、减少PPI依赖、提高临床疗效和患者生活质量的优势^[8]。

中华中医药学会脾胃病分会于2009年^[9]、2017年^[10]两次发布了GERD中医诊疗专家共识意见。本次修订,中华中医药学会脾胃病分会于2020年11月在北京牵头成立了GERD中医诊疗专家共识意见起草小组。小组成员依据循证医学的原理,广泛搜集资料,参考国内外共识制定方法,并先后组织国内脾胃病专家就GERD的证候分类、辨证治疗、名医经验、循证研究、诊治流程、疗效标准等一系列关键问题进行总结讨论,形成本共识意见初稿,然后按照德尔菲法分别于2021年4月、2021年8月、2022年10月进行了3轮专家投票,并

逐次进行修改完善形成送审稿。2023年4月,由中华中医药学会标准化办公室组织专家进行最后审评,通过了本共识意见。表决选择:1)完全同意;2)同意,但有一定保留;3)同意,但有较大保留;4)不同意,但有保留;5)完全不同意。如果>2/3的人数选择1),或>85%的人数选择1)+2),则作为条款通过,纳入共识。

1 概述

1.1 西医诊断

参照中华医学会消化病分会制定的《2020年中国胃食管反流病专家共识》^[11]以及中国医疗保健国际交流促进会胃食管反流多学科分会制定的《中国胃食管反流病多学科诊疗共识》^[1]。GERD在ICD-11的编码为DA22^[12]。

1.1.1 临床症状 GERD的临床表现多样,包括典型症状、不典型症状及食管外症状。烧心和反流是GERD的典型症状,烧心指胸骨后烧灼感,反流指胃内容物向咽部或口腔方向流动的感觉。不典型症状包括胸痛、上腹痛、上腹烧灼感、上腹胀及嗝气等。部分患者可能伴随食管外症状或以食管外症状为首发表现,包括咽喉不适、咽喉异物感、声嘶、咳嗽、哮喘、牙侵蚀症等。并发症包括上消化道出血、食管狭窄、巴雷特食管(Barrett's esophagus, BE)等^[13]。食管外症状有反流性咽喉炎、反流性咳嗽、反流性哮喘等气道症状,声带息肉、吸入性肺炎等气道并发症,心律失常、高血压、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征等终末器官效应等^[1]。

1.1.2 内镜检查 内镜检查可明确有无反流性食管炎(reflux esophagitis, RE)及BE。

RE的分级参照1994年美国洛杉矶世界胃肠病大会制订的LA分类法^[14]。A级:食管可见1个或1个以上黏膜破损,长度≤5 mm(局限于1个黏膜皱襞内);B级:食管可见1个或1个以上黏膜破损,长度>5 mm(局限于1个黏膜皱襞内),且病变没

有融合；C级：食管黏膜破损病变有融合，但<食管管周的75%；D级：食管黏膜破损病变有融合，且≥食管管周的75%。

BE的诊断主要根据内镜检查和食管黏膜组织检查，当内镜检查发现食管远端有明显的柱状上皮化生并得到病理学检查证实，即可诊断为BE。

临床上如患者有典型的烧心和反流症状，可初步诊断为GERD；上消化道内镜检查有RE和BE表现，本病诊断可成立，若内镜检查食管无异常，考虑为NERD；对于拟诊GERD的患者或怀疑有反流相关的食管外症状的患者，可采用PPI试验性治疗，如有明显效果，本病诊断一般可成立。对于症状不典型者，需结合内镜检查、食管阻抗-pH监测、食管高分辨率测压进一步明确诊断和鉴别诊断，若以胸痛为主症的，要先排除心脏因素。

1.2 中医范畴

GERD是现代医学病名，中医无相应的病名。GERD的主要症状有反酸，因此可以命名为“吐酸”。GERD病性以热证居多，很多患者无反酸症状，反流类型可能为弱酸反流、弱碱反流、气体反流、混合反流，症状可能表现为烧心、胸痛或食管外症状，因此以“食管瘿”作为GERD的中医病名，可反映本病的病位、病因病机与主症。

2 病因病机

2.1 病因

情志抑郁、思虑太过；嗜食肥甘厚腻及饮料、烟酒无度；素罹胆病、胆热犯胃以及禀赋不足、脾胃虚弱等为主要病因^[15]。

2.2 病位

病位在食管和胃，涉及肝、胆、脾、肺等脏腑^[15-16]。

2.3 病机要点

脾胃虚弱，胃阴不足是GERD的发病基础；胃失和降，胃气上逆是其基本病机^[17]。肝气郁滞，日久化热，邪热犯胃，则肝胃郁热。肝气郁滞，胆腑郁热，则胆热犯胃。脾胃虚弱，升降失调，则胃气上逆；或脾虚湿滞，湿郁化热。胸阳不振，升降乖戾，清气不升，浊阴上逆，痰气痹阻胸膈。脾虚痰凝，胃气上逆，痹阻咽喉。胃气上逆，肺失宣肃，则咳喘气逆。久病体虚，伤津耗液，则胃阴不足，失于濡润。本病病理因素有虚有实，虚责之气虚、阴虚，实责之痰、湿、热、气、郁。本病病机

特点：一为逆，二为热，三为郁。

3 辨证分型

3.1 肝胃郁热证（中医病证分类与代码B04.06.02.04.01.03^[12]）

主症：1) 烧心；2) 反酸。次症：1) 胸骨后灼痛；2) 胃脘灼痛；3) 脘腹胀满；4) 嗳气或反食；5) 易怒；6) 易饥。舌脉：1) 舌红，苔黄；2) 脉弦。

3.2 胆火上逆证（中医病证分类与代码B04.02.02.01.05^[12]）

主症：1) 口苦咽干；2) 烧心。次症：1) 胁肋胀痛；2) 胸背痛；3) 反酸；4) 嗳气或反食；5) 心烦失眠；6) 易饥。舌脉：1) 舌红，苔黄腻；2) 脉弦滑。

3.3 气郁痰阻证（中医病证分类与代码B03.01.01.02.02.04.01^[12]）

主症：1) 咽喉不适如有痰梗；2) 胸膈不适。次症：1) 嗳气或反流；2) 吞咽困难；3) 声音嘶哑；4) 半夜呛咳。舌脉：1) 舌苔白腻；2) 脉弦滑。

3.4 胸阳不振证（中医病证分类与代码未见）

主症：1) 胸骨后疼痛不适；2) 胸骨后梗阻感。次症：1) 反酸；2) 胃脘隐痛；3) 大便干结或不畅；4) 腹部胀满不适；5) 气向上冲逆；6) 怕冷。舌脉：1) 舌淡，苔白；2) 脉弦滑。

3.5 中虚气逆证（中医病证分类与代码未见）

主症：1) 反酸或泛吐清水；2) 嗳气或反流。次症：1) 胃脘隐痛；2) 胃痞胀满；3) 食欲不振；4) 神疲乏力；5) 大便溏薄。舌脉：1) 舌淡，苔薄；2) 脉细弱。

3.6 脾虚湿热证（中医病证分类与代码B04.03.01.03.04.04^[12]）

主症：1) 餐后反酸；2) 饱胀。次症：1) 胃脘灼痛；2) 胸闷不舒；3) 不欲饮食；4) 身倦乏力；5) 大便溏滞。舌脉：1) 舌淡或红，苔薄黄腻；2) 脉细滑数。

3.7 胃阴不足证（中医病证分类与代码B04.03.02.03.02^[12]）

主症：1) 烧心；2) 饥而不欲食。次症：1) 口干舌燥；2) 食后饱胀；3) 大便干燥。舌脉：1) 舌质红，少苔或无苔；2) 脉细数。

以上主症2项，加次症2项，参考舌脉即可诊断证候。

4 临床治疗

4.1 治疗目标与原则

GERD 中医治疗目标：1) 诱导并维持病情缓解，包括临床症状缓解、食管黏膜组织修复；2) 预防病情复发，改善患者生存质量；3) 减少并发症。

治疗原则：根据 GERD 的基本病机和病机特点，GERD 的中医药治疗以和胃降逆为主。依证型不同分别施以疏肝泄热、清化胆热、降气化痰、宣阳通痹、益气降逆、清上温下、滋养胃阴等法；兼见反流性咽喉炎、反流性咳嗽、反流性哮喘者，可在上述辨证基础上适当斟酌加用清化利咽、宣肺止咳、宣肺平喘之法。轻度 GERD，可单纯用中医药治疗，以辨证口服汤剂或中成药为主；对于诊断为重度 RE (LA 分类^[14]：C、D 级) 及难治性 RE 患者可进行中西医结合治疗。

4.2 常规辨证论治

4.2.1 肝胃郁热证 治法：疏肝泄热，和胃降逆。

方药：柴胡疏肝散合左金丸加减。北柴胡 6~9 g、陈皮 9~12 g、川芎 9~12 g、香附 9~12 g、枳壳 9~12 g、白芍 9~15 g、黄连 3~6 g、吴茱萸 1.5~3 g、甘草 3~6 g 等。

加减：反酸或烧心明显者，加煅瓦楞子 15~30 g、海螵蛸 15~30 g、浙贝母 12~18 g 以制酸和胃；腹满便实者，加枳实 9~12 g、厚朴 9~12 g 以下气除满。

中成药：1) 达立通颗粒，每次 1 袋 (6 g/袋)，每日 3 次，饭前服用；2) 快胃片，每次 3 片 (0.7 g/片)，每日 3 次，饭前 1~2 小时服用。

4.2.2 胆火上逆证 治法：清化胆热，降气和胃。

方药：小柴胡汤合温胆汤加减。北柴胡 6~9 g、党参 9~15 g、黄芩 9~12 g、法半夏 6~9 g、竹茹 6~9 g、枳实 9~12 g、陈皮 9~12 g、茯苓 15~30 g、生姜 6~9 g、大枣 6~9 g、甘草 3~6 g 等。

加减：口苦、饥嘈明显者，加龙胆 6~9 g、夏枯草 9~15 g、焦栀子 6~9 g 以清肝利胆；津伤口干甚者，加沙参 9~12 g、麦冬 9~12 g、石斛 9~15 g 以养阴生津。

中成药：胆胃康胶囊，每次 1~2 粒 (0.3 g/粒)，每日 3 次，饭后服用。

4.2.3 气郁痰阻证 治法：行气开郁，降逆化痰。

方药：半夏厚朴汤加减。法半夏 6~9 g、厚朴 9~12 g、茯苓 15~30 g、紫苏叶 6~9 g、生姜 6~9 g 等。

加减：咽痛、清嗓者加射干 3~9 g、桔梗 6~9 g、甘草 6~9 g 以清利咽喉；咳嗽、咯痰者加桔梗 6~

9 g、紫菀 9~12 g、浙贝母 12~18 g 以宣肺止咳；气逆喘急者加麻黄 3~9 g、射干 3~9 g、细辛 1~3 g 以宣肺平喘、温肺化饮；痰气交阻明显，酌加紫苏子 12~15 g、白芥子 6~9 g、莱菔子 9~12 g 以行气化痰。

中成药：越鞠丸，每次 1~1.5 袋 (6 g/袋)，每日 2 次。

4.2.4 胸阳不振证 治法：通阳宣痹，降气化痰。

方药：枳实薤白桂枝汤 (瓜蒌薤白桂枝汤) 合小陷胸汤加减。瓜蒌 15~30 g、薤白 6~9 g、枳实 9~12 g、厚朴 6~12 g、桂枝 3~9 g、法半夏 6~9 g、黄连 3~6 g 等。

加减：胸痛甚且有血瘀者，加丹参 15~30 g、降香 6~9 g、砂仁 6~9 g (后下) 以宣通食管、降逆化痰；胃脘疼痛明显者，加延胡索 9~12 g、川楝子 6~9 g 以行气止痛。

中成药：无。

4.2.5 中虚气逆证 治法：益气健脾，和胃降逆。

方药：旋覆代赭汤合六君子汤加减。旋覆花 9~12 g (包煎)、赭石 15~30 g (先煎)、党参 12~15 g、法半夏 6~9 g、生姜 6~12 g、大枣 6~9 g、甘草 3~6 g、陈皮 6~12 g、白术 9~15 g、茯苓 12~18 g 等。

加减：嗝气明显者，加丁香 3~6 g、柿蒂 12~24 g 以降气和胃；大便溏薄甚者，加炒白扁豆 12~24 g、炒薏苡仁 15~30 g 以健脾止泻。

中成药：1) 六君子丸，每次 1 袋 (9 g/袋)，每日 2 次；2) 甘海胃康胶囊，每次 6 粒 (0.4 g/粒)，每日 3 次。

4.2.6 脾虚湿热证 治法：清化湿热，健脾和胃。

方药：黄连汤加减。黄连 3~6 g、干姜 3~6 g、桂枝 6~9 g、党参 9~12 g、法半夏 6~9 g、甘草 6~9 g、大枣 9~12 g 等。

加减：大便溏滞严重者，加炒枳壳 9~12 g、黄芩 9~12 g、茯苓 15~24 g 以行气化痰；胃脘灼痛甚者，加吴茱萸 1~3 g、煅瓦楞子 15~30 g (先煎)、海螵蛸 15~30 g 以制酸和胃；胸中烦热者，加焦栀子 6~12 g、淡豆豉 6~12 g 以清热除烦。

中成药：1) 三九胃泰胶囊，每次 2~4 粒 (0.5 g/粒)，每日 2 次；2) 香砂平胃颗粒，每次 1 袋 (10 g/袋)，每日 2 次。

4.2.7 胃阴不足证 治法：滋养胃阴，和胃降逆。

方药：益胃汤加减。生地黄 12~15 g、麦冬 9~15 g、沙参 12~15 g、玉竹 9~15 g、砂仁 3~6 g (后下) 等。

加减：烧心、食少明显者，加煅瓦楞子 15~30 g、神曲 12~18 g 以制酸和胃消导。

中成药：1) 阴虚胃痛胶囊，每次 4 粒 (0.38 g/粒)，每日 3 次；2) 养胃舒胶囊，每次 3 粒 (0.4 g/粒)，每日 2 次。

4.3 现代名家学术经验

4.3.1 徐景藩 1) 学术观点：认为“不和”为 GERD 关键病机之一，主张调和肝脾、肝胃、脾胃、肺脾等脏腑关系；凡病兼气郁者升降而和之，虚者润而和之，兼滞者宣而和之；认为病机以气郁为先导，由气郁而致郁热、痰聚、血瘀；善用升降法治疗 GERD。

2) 用药心得：(1) 升降法：主要用于气郁证，常用桔梗配枳壳、沉香配升麻、杏仁配瓜蒌、竹茹配刀豆壳、桔梗配怀牛膝、木蝴蝶配柿蒂。(2) 润养法：主要用于阴虚或血虚证，常用麦冬、玉竹、北沙参、生地黄、石斛、苦杏仁等，兼血虚者，配用当归、白芍、枸杞子、何首乌、桑椹等，润剂之中加枳壳、厚朴花、橘皮等理气药。(3) 宣通法：主要用于宣通气滞、痰瘀之痹阻，除理气、化痰、化瘀三法外，常用鹅管石、娑罗子、橘络、通草、急性子、威灵仙、王不留行等宣通之品。(4) 对于 RE 患者常用辨证中药汤剂浓煎加藕粉、三七粉、白及粉调匀加热成糊状卧位口服。

4.3.2 单兆伟 1) 学术观点：认为 GERD 以脾胃虚弱（气虚或阴伤）为本，肝郁、湿热、痰瘀为标。治疗善用“透法”，具体有宣透、渗透、润透、通透、清透之变。宣透法适用于气机郁滞、痰阻食道之肝胃不和证；渗透法适用于脾虚不运、湿邪困遏之气虚湿困证；润透法适用于胃阴不足、热邪内生之阴虚热郁证；通透法适用于邪阻气机、络气不通之气滞血瘀证；清透法适用于气机结滞、虚实互见之寒热错杂证。

2) 用药心得：(1) 宣透法：自拟柴芍护膜汤加减，组成药物有北柴胡、黄芩、川芎、法半夏、太子参、炒白芍、炒枳壳、海螵蛸、白及、甘草等。(2) 渗透法：自拟芪苓乌贝汤加减，组成药物有黄芪、麸炒白术、法半夏、麦冬、炒黄芩、仙鹤草、薏苡仁、海螵蛸、浙贝母、白及、木蝴蝶等。(3) 润透法：自拟参贝乌及汤加减，组成药物有北沙参、麦冬、浙贝母、海螵蛸、法半夏、麸炒白术、茯苓、砂仁、荷叶、木蝴蝶、白及等。(4) 通透法：启膈散加减，组成药物有北沙参、丹参、浙

贝母、海螵蛸、麸炒白术、茯苓、郁金、砂仁壳、莪术等。(5) 清透法：半夏泻心汤加减，组成药物有太子参、麸炒白术、法半夏、干姜、黄连、仙鹤草、薏苡仁、炙甘草等。

4.3.3 劳绍贤 1) 学术观点：认为 GERD 病位在食管，与肝及脾胃息息相关；饮食不节、情志不调、复感外邪、脾胃虚弱为主要致病原因；其病机特点是肝气郁结、脾气失运、胃气上逆，肝、脾、胃之气机失调，导致胃失和降、胃气上逆；脾胃虚弱是 GERD 发病的基础，气机失调贯穿疾病始终。

2) 用药心得：(1) 治疗脾胃湿热证强调以“畅达腑气为先，清热祛湿以为通”，常用清浊安中汤：藿香、厚朴、法半夏、茯苓、木香、紫苏梗、陈皮、延胡索、郁金、蒲公英，该方源于藿朴夏苓汤，融合芳香化湿、淡渗利湿、苦温燥湿三法于一体。(2) 治疗肝胃不和证常用四逆散加味，包括北柴胡、赤芍、延胡索、郁金、枳壳、木香、陈皮、柿蒂、紫苏梗等。(3) 治疗脾胃虚弱证常用香砂六君子汤加减，常佐以理气通腑之法，多加用木香、甘松、乌药、槟榔、大腹皮等。(4) 治疗胃阴不足证常用益胃汤加五爪龙、山药补气之品，使得胃阴得复，加佛手、甘松、郁金疏肝理气。

4.3.4 李乾构 1) 学术观点：主张以“胸痞”作为 GERD 的中医病名。认为其病位在食管，病机属胃失和降而胃气上逆，酸水泛溢；胃失和降与肝气郁结和脾失健运有关。

2) 用药心得：(1) 疏肝和胃、降逆制酸的治法贯穿治疗的始终。基本方用疏肝和胃降逆汤，常用药物有北柴胡、白芍、枳实、甘草、海螵蛸、陈皮、法半夏、合欢花、香附、龙胆、栀子、柿蒂、降香。(2) 实证多因肝郁气滞、湿热、胃失和降，治以疏肝和胃法，常用紫苏梗、白芍、佛手、枳壳、郁金、绿萼梅、法半夏、陈皮、炒麦芽，湿热并见者应用通降、芳化、清热之法；虚证多因脾胃气虚、清气不升、浊气不降，治以益气健脾、和胃降逆，用四君子汤加陈皮、法半夏、薏苡仁、枳壳。

4.3.5 朱生樑 1) 学术观点：主张从“六郁”论治 RE，认为本病多六郁相间为病，或气结痰凝，或气郁湿阻，或气滞血瘀，或痰瘀互结，或痰蕴食积，或瘀热并存，或六郁共存，非一法一治所能万全。临证治疗以畅达气机为要，依病情分别施以活血、化痰、利湿、清热、消食之剂。认为 NERD 多因肝胆失于疏泄、胃失和降、胃气上逆所致，主张以“肝郁”为切入点，治以疏肝理气、和胃降逆，

强调肝脾同调。对于难治性 GERD, 治疗主张疏肝降逆、化痰祛瘀。

2) 用药心得: (1) “从胃治咳”而不是“从肺治咳”, 治疗 GERD 夜间呛咳。根据“肺胃相关”的中医理论, 采用通降和胃方治疗本病, 临床疗效显著。方中旋覆梗、赭石降气和胃, 法半夏、生姜、陈皮和胃化痰, 黄连、吴茱萸、焦栀子泻肝清热, 北柴胡、枳壳疏肝理气。(2) 自拟具有疏肝理气、和胃降逆的疏肝和胃方治疗酸碱混合反流性 GERD, 临床取得良效。基本方: 旋覆梗、赭石、黄连、吴茱萸、生姜、煅瓦楞子、海螵蛸、北柴胡、延胡索、香附、焦栀子、枳壳、黄精等。(3) 运用通阳散结、降气化痰、温阳滋阴的方法治疗难治性 GERD, 其中以《金匱要略》之枳实薤白桂枝汤通阳散结, 半夏厚朴汤降气化痰, 当归、砂仁温胃行气, 助食管蠕动, 黄精、玉竹、天花粉滋阴, 濡润食管。

4.4 难点问题分析及中医药优势

4.4.1 难点问题 1) 对于食管阻抗-pH 监测提示有弱酸反流、弱碱反流、气体反流、混合反流患者, 单纯抑酸治疗效果差。

2) 部分患者抑酸治疗有效但停药后复发, 甚至无法停药而常年服药。

3) 难治性 GERD 抑酸治疗周期长且效果差, 易出现不良反应, 需进一步分析原因, 优化治疗方案。长期抑酸治疗可导致胃息肉、菌群失调、骨质疏松等不良反应。

4) GERD 与反流高敏感、功能性烧心、功能性消化不良、肠易激综合征等功能性胃肠病出现症状重叠时, 治疗效果差。

5) GERD 合并焦虑、抑郁时治疗棘手。部分 NERD 患者常因症状反复发作、治疗效果差而出现焦虑、抑郁表现, 部分患者因内镜疑诊为 BE 而担心癌变出现焦虑、抑郁, 增加治疗难度。

6) GERD 合并食管裂孔疝时内科治疗周期长, 难以痊愈。胃食管阀瓣功能异常可出现贲门松弛, 尤其是合并食管裂孔疝者, 内科治疗可缓解症状, 但难以痊愈。

7) GERD 内镜下治疗术后有复发可能。部分 GERD 患者行内镜下治疗后短期内可取得理想的效果, 但术后一定时间仍会复发。

4.4.2 中医药优势 1) 中医药治疗 GERD 不仅可以适度抑制胃酸, 还可调节食管和胃肠动力、消化液分泌等, 促进破损黏膜修复。中医药对气体反

流、弱酸反流、胆汁反流以及合并内脏高敏感、动力异常患者的治疗优于西药。

2) 基于整体观念和个体化辨证治疗的中药复方方法具有多靶点的作用特点, 可提高 GERD 患者临床疗效和生活质量, 包括改善 GERD 的主要症状、次要症状、焦虑抑郁状态、与其他疾病的重叠症状等。

3) 中医药治疗 GERD 的方法技术丰富, 包括中药汤剂、中成药、针刺、灸法、中药膏摩、穴位贴敷、耳穴贴压等多种治疗手段, 临床可根据患者病情需要选用单一疗法, 也可多种治疗手段联用, 从而提高患者的依从性和满意度。

4) 对于难治性 GERD 患者, 中西医结合治疗可提高临床疗效, 改善患者生活质量, 并逐渐减少抑酸药用量乃至撤药, 从而减少长期应用抑酸药所导致的不良反应。

5) 中医药治疗可预防内镜下治疗术后复发。对于行内镜下治疗的 GERD 患者, 采用中医药理念调整患者的生活方式、辨证治疗可调节患者的胃肠道功能和精神状态, 有利于降低术后复发率。

4.5 其他治法

4.5.1 针刺 针刺是治疗 GERD 的非药物疗法之一, 常选用经脉为任脉、胃经、督脉、膀胱经, 最常用的腧穴组合为内关、足三里、中脘; 常用腧穴聚类分析可分为三大类, 第一类为督脉的神道和至阳穴; 第二类为天枢、关元、下脘、上脘、心俞、三阴交、期门和太冲; 第三类为公孙、阳陵泉、胃俞、足三里、内关和中脘^[18]。常用针刺手法以泻法和平补平泻为主。

4.5.2 灸法 麦粒灸法: 常选用背俞穴如脾俞、胃俞、肝俞等, 消毒皮肤后将凡士林涂抹于患者穴位上, 选用陈艾绒, 用拇、食、中指指端轻揉艾绒将其搓成麦粒大小, 轻按压于穴位上点燃, 以穴位局部热感明显而不起水疱为度。

隔药灸脐法: 患者取仰卧位, 暴露腹部, 常规消毒脐部皮肤, 以温开水调面粉成圆圈状 (内径约 3 cm, 外径约 6 cm, 内壁高约 2 cm, 外壁高约 3 cm), 面圈中间孔应与患者脐孔大小一致。根据患者体质辨证选方, 并配合适量芳香开窍药如苏合香等, 将所有药物按一定比例混合超微粉碎, 避光存罐备用, 取药末适量, 填满脐孔, 将直径、高均约 1 cm 的艾炷置于药末上, 连续施灸, 以脐部皮肤微微发红为度。用医用胶带固封脐部中药末, 留药 24 h 后取下, 并用温水清洗脐孔。

4.5.3 穴位贴敷 选用具有特定功效的药粉或药物颗粒剂用温水或姜汁调成膏状敷于脐部、足三里、中脘、脾俞、胃俞、膈俞等穴，留置4~6 h。

4.5.4 拔罐 穴位可选用大肠俞、胃俞、肺俞、大椎、定喘，取大号玻璃罐，罐内直径5 cm，用乙醇闪火法迅速置罐，每次3~5罐，待15 min后起罐，以局部不起水疱为度。

4.6 西医诊疗进展概述

4.6.1 诊断方面 食管反流监测是明确诊断GERD的检查方法。食管反流监测可采用导管式监测或胶囊式监测，其中导管式监测时间一般为24 h，无线胶囊pH监测时间最长达96 h。单纯食管pH监测可检测酸反流，食管阻抗-pH监测可同时检测酸反流和非酸反流。食管反流监测的主要指标是酸暴露时间百分比(acid exposure time, AET)，通常以AET>4.2%作为异常酸反流的标准^[19]。另外食管反流监测过程中还可使用反流症状指数和症状相关概率评估反流与症状的关联性^[7,20]，反流后吞咽诱导蠕动波指数反映患者的食管收缩储备情况^[21]，夜间基线阻抗反映食管黏膜完整性情况^[22]等辅助诊断GERD。食管黏膜阻抗技术是近年来研发用于GERD诊断的新技术，通过检测食管黏膜瞬时阻抗值，反映食管黏膜屏障功能，进而判断是否存在长期慢性反流，研究发现GERD患者食管黏膜阻抗值明显低于非GERD患者^[23]。

对于具有烧心症状但胃镜检查正常者（包括食管活检）需采用食管高分辨测压及食管阻抗-pH监测以鉴别诊断NERD、反流高敏感（reflux hypersensitivity, RH）和功能性烧心（functional heartburn, FH）。若在停用PPI时进行的反流监测提示酸暴露异常，则可归入NERD；如果酸暴露正常，但酸或弱酸反流与症状相关，则可归入RH；如果酸暴露正常，但反流与症状无关，则可诊断为FH^[24]。

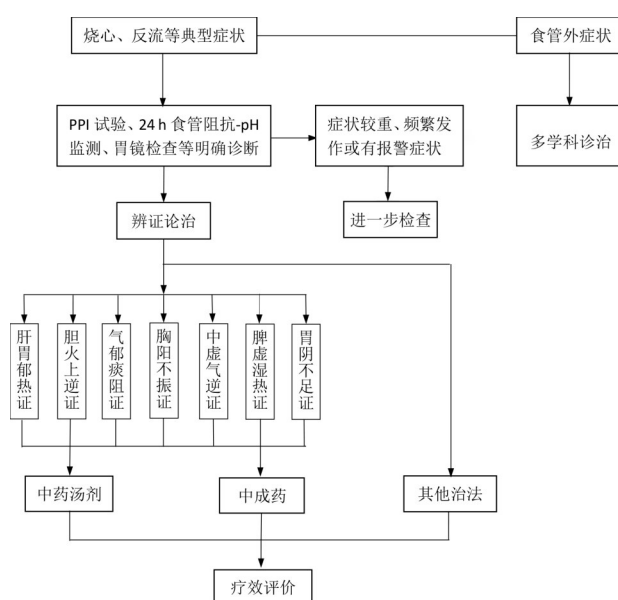
《2020年中国胃食管反流病专家共识》明确将难治性GERD定义为双倍剂量PPI治疗8周后反流、烧心等症状无明显改善^[11]。BE是GERD的并发症，内镜下可见食管鳞状上皮与胃柱状上皮的交界线（齿状线）相对于胃食管结合部上移≥1 cm，病理证实食管下段的正常复层鳞状上皮被化生的柱状上皮所取代，其化生可为胃底上皮样化生、贲门上皮样化生以及特殊肠型化生，其中伴有肠上皮化生的BE发生癌变的风险更大^[25]。

4.6.2 治疗方面^[11,26] 在药物治疗方面，除PPI制剂外，新型抑酸药P-CAB也是治疗GERD的首选

药物，单剂量治疗无效可改用双倍剂量。抑酸剂初始治疗有效的NERD和轻度食管炎患者可采用按需治疗，PPI或P-CAB为首选药物。使用PPI或P-CAB停药后症状复发者，可结合H₂受体拮抗剂等药物进行降阶梯撤药，避免长期依赖。重度食管炎患者通常需要长期维持治疗。抗酸剂可快速缓解反流症状，促动力药联合抑酸药可提高部分GERD患者的疗效。内镜手术适合于PPI有效者，PPI无效者考虑内镜手术需谨慎。内镜下射频消融术可改善GERD患者症状，同时需要除外长度>2 cm的食管裂孔疝及重度食管炎等合并症。胃底折叠术对GERD患者疗效明确，安全性较好。对于存在异型增生的BE患者，应积极进行随访、内镜或手术治疗。GERD可出现食管综合征及食管外综合征，需要消化科、耳鼻喉科、呼吸科、心内科、外科等多学科诊治^[1]。

4.7 GERD诊治流程

GERD诊治流程参考图1。



注：PPI，质子泵抑制剂。

图1 胃食管反流病中医诊治流程示意图

Figure 1 Flowchart for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease with traditional Chinese medicine

5 疗效评定^[27]

5.1 主要疗效指标

5.1.1 定位于内镜阴性的GERD样症状的改善 可选择视觉模拟(VAS)评分或Likert量表进行评价。Likert量表采用等级分，由于不同等级Likert量表评价结果的差异较大，若等级分过少在评估时

容易受主观影响, 所以建议至少应分为 5 个等级。Likert 量表以过去 24 h 中最严重的症状进行分级, 其中主要症状烧心和反流应该纳入评价量表中, 其他不典型症状或食管外症状采用程度和频度积分作为重要的辅助参考依据。

1) VAS 评分: 患者每日通过日记卡对反流和烧心等症状的严重程度进行 VAS 评分, 根据日记卡内容评价近一周主要症状的平均积分, 将治疗后症状积分下降率 $\geq 50\%$ 定义为应答, 应答周数大于整个观察期周数的 50% 定义为有效。

2) 7 级 Likert 量表: 每周临床试验者询问受试者以下问题: “在过去的一周内, 您的胃食管反流症状与治疗前相比缓解程度如何?” 患者在 (1) 症状明显改善, (2) 症状改善, (3) 症状轻微改善, (4) 没有变化, (5) 症状轻微加重, (6) 症状加重, (7) 症状明显加重。选择 (1)、(2) 的患者定义为治疗有应答, 选择 (3) ~ (7) 的患者定义为无应答, 应答周数大于整个观察期周数的 50% 定义为有效。

5.1.2 定位于难治性 GERD 症状的改善 建议其疗效评价参考“定位于内镜阴性的 GERD 样症状的改善”的疗效评价标准。同时考虑到该类患者治疗难度较大, 建议根据日记卡内容评价近一周主要症状的平均积分, 将治疗后症状积分下降率 $\geq 30\%$ 定义为应答, 应答周数大于整个观察期周数的 30% 定义为有效。

5.1.3 定位于受损食管黏膜组织的修复 镜下食管黏膜炎症改善情况参照 1994 年美国洛杉矶世界胃肠病大会制订的 LA 分类^[14], 以黏膜的愈合率作为主要疗效指标。

5.2 次要疗效指标

可供选择的次要疗效评价指标包括: 症状分析 (如不典型症状或食管外症状)、中医证候改善情况、生存质量改善、焦虑抑郁状态改善、患者报告结局 (patient reported outcomes, PRO) 量表, 有条件者建议对内镜阴性患者辅以 24h 食管阻抗-pH 监测。

5.2.1 症状分析 对 GERD 不典型症状或食管外症状的详细、定量的分析 (如程度、频率、消失时间、复发次数、中位复发时间等) 可作为重要的次要疗效评价指标。

5.2.2 证候疗效评定 中医证候疗效为复合性指标, 包括主症和次症共同积分的改变。

症状分级: 0 级: 没有症状。I 级: 症状轻

微, 不影响日常生活。II 级: 症状中等, 部分影响日常生活。III 级: 症状严重, 影响到日常生活, 难以坚持工作。

在证候积分中, 主症积分所占权重应高于次症积分, 如主症是次症的 2 倍计算, 0 级为 0 分, 主症 I、II、III 级分别为 2、4、6 分, 次症 I、II、III 级分别为 1、2、3 分。证候总积分为症状积分之和。

1) 临床痊愈: 反流/烧心症状消失, 疗效指数 $\geq 95\%$ 。2) 显效: 反流/烧心症状基本消失, 虽偶有症状但很快消失, $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$ 。3) 有效: 反流/烧心症状未消失, 但较以前减轻, $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$ 。4) 无效: 反流/烧心症状未消失, 程度未减轻, 甚或加重, 疗效指数 $< 30\%$ 。

采用尼莫地平法计算。疗效指数 = $[(\text{治疗前总积分} - \text{治疗后总积分}) / \text{治疗前总积分}] \times 100\%$ 。参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[28] 有关标准拟定。

5.2.3 生存质量评价 生存质量评分工具分为普适性量表和疾病专用量表工具。常用的评价生存质量的普适性量表有世界卫生组织生存质量简表 (WHOQOL-BREF)、简明健康状况量表 (SF-36) 等。疾病专用量表包括 GERD 健康相关生存质量量表 (GERD-HRQL)、GERD 生存质量量表 (GERD-QOL)。进行生活质量评价时可选用但不限于以上量表。

PRO 量表是近年来国外在健康相关的生存质量之上发展起来的评价指标。国内现有可用于 GERD 评价的为基于慢性胃肠疾病患者报告临床结局评价量表^[29], 该量表以患者为中心, 从全身症状、消化不良、反流、心理、排便、社会功能六个维度评价慢性胃肠疾病的干预效果, 具有良好的信度和效度。

5.2.4 焦虑抑郁状态评价 临床常用测评量表如焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS)、汉密尔顿焦虑量表 (HAMA)、汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 等, 各个量表之间的繁简程度不一, 部分量表需要具有专业资格的评价者进行评价, 研究中根据需要使用。进行焦虑、抑郁状态评价时可选用但不限于以上量表。

5.2.5 食管阻抗-pH 监测评价 食管阻抗-pH 监测是一项能用于监测所有 GERD 反流类型 (酸反流、弱酸反流、弱碱反流、气体反流和混合反流) 的技术。阻抗监测或阻抗-pH 监测被认为是抑制酸治疗无反应或部分反应患者可选用的监测方法。

6 中医药循证医学进展

6.1 辨证治疗

Meta 分析显示疏肝和胃法治疗 GERD 胃镜疗效和临床症状改善方面优于常规西药疗法, 在不良反应发生率方面低于常规西药^[30]; 疏肝和胃法联合 PPI 治疗 RE 临床疗效确切, 且能降低复发率, 优于以 PPI 治疗为主的对照组^[31]。Meta 分析显示中药辨证治疗 RE 疗效优于西药组^[32]。目前仍缺乏多中心、大样本、高质量中医药治疗 GERD 的临床研究。

6.2 专病专方

纳入 13 项临床研究的 Meta 分析^[33]显示: 同常规西药相比半夏泻心汤能有效提高 GERD 临床治愈率、胃镜治愈率、临床总有效率、胃镜总有效率, 并降低复发率。双盲随机对照研究^[34]显示调肝理脾方治疗 GERD 可以明显改善患者临床症状, 其短期疗效相当于奥美拉唑, 且在缓解患者喜长出气、呃逆、食欲不振方面优于西药, 远期疗效更好。

6.3 中成药

一项随机、双盲、双模拟临床研究^[35]显示, 通降颗粒治疗 NERD 肝胃不和证总有效率和改善患者生活质量方面优于莫沙必利。另一项随机对照研究^[36]显示, 通降颗粒与奥美拉唑肠溶片治疗 NERD 总有效率差异无统计学意义。

6.4 针药联合

一项 Meta 分析^[37]显示针灸合并或不合并西药治疗 GERD 在总有效率、复发率、症状积分、焦虑状态方面均优于单纯西药组, 但内镜下黏膜改善情况与单纯西药组比较差异无统计学意义。针药联合治疗 RE 临床研究的 Meta 分析^[38]显示, 在降低复发率方面, 单独针刺或针药结合均优于西药治疗; 在内镜有效率方面, 电针联合西药治疗 RE 优于单独西药治疗; 在降低症状积分方面, 针药结合治疗 RE 的疗效较西药治疗更优。

6.5 其他疗法

研究显示补中降逆汤联合麦粒灸法治疗 GERD 中虚气逆证在改善临床症状方面优于艾司奥美拉唑^[39]。在常规西药治疗基础上加用活血通降法联合穴位贴敷治疗瘀血阻络型 RE 可提高临床疗效, 使患者获得更好的远期疗效^[40]。

7 预防调摄

7.1 情志调摄

GERD 常因肝郁气滞所致, 因此保持心情舒畅对于防治疾病很重要。宜在 GERD 的科普宣教基础

上, 积极疏导患者正确认识疾病、面对疾病并调整心态, 树立健康积极、乐观向上的心态, 建立正确的疾病观和疾病管理理念。

7.2 饮食宜忌

少食肥甘厚腻、生冷油炸、辛辣刺激。“肥”指高脂肪类膳食, 其易引起下食管括约肌的松弛。“甘”指甜食, 甜食均易聚湿生痰, 造成反酸, 包括糖果、巧克力等, 也包括咖啡、奶茶等饮料。“厚腻”指脂肪类饮食也指烹制食品时的浓油赤酱。“生冷”指未加工食品, 尤其是柑橘类水果, 如橘子、橙子、柚子等, 易导致胃反酸, 脾胃虚寒者建议少吃; 胃喜润而恶燥, “油炸”食品易破坏胃黏膜屏障, 因不易消化、在胃内停留时间长而引起反流。过食“辛辣”, 会刺激黏膜产生炎症, 引起胃火偏盛、胃阴亏耗, 从而出现烧心不适; “刺激”指过酸、过麻辣、过烫食物均引起反流或食管黏膜损伤。另外, 还需注意避免过饱。

7.3 生活调摄

注意戒烟戒酒、健身减肥、抬高床头。烟酒均能加重反流。锻炼身体、规律运动可以促进食管和消化道的蠕动, 增强抗反流机制; 运动能使身心愉悦, 拮抗焦虑抑郁状态, 减少反流的攻击因子; 运动还能减肥, 减少可能造成反流的腹压增高。睡前或平躺前禁食、抬高床头也是必要的生活调摄手段。

7.4 用药指导

中医辨证施治中, 若以反酸为主症, 则应减少使用酸味和甘味中药饮片。若兼服西药, 则避免服用可降低食管下端括约肌张力的药物, 如溴丙胺太林、颠茄、阿托品、氨茶碱、烟酸、盐酸维拉帕米、硝苯地平、地西洋。

8 转归与随访

本病与饮食习惯、生活方式及情志变化等关系密切, 病情容易复发, 但一般预后较好。食管外综合征属于多学科、易漏诊、易误诊疾病, 多因难以得到精准诊治而迁延难愈。

目前尚无足够的临床随访资料阐明 NERD 的自然病程, RE 可以合并食管狭窄、溃疡和上消化道出血, BE 有可能发展为食管腺癌, 这 3 种疾病形式之间相互关联及进展的关系需要进一步研究^[41]。GERD 初起以实证居多, 随着病情的发展逐渐转变为虚证及虚实夹杂表现, 其虚以气虚、阴虚为主, 夹实指夹痰、湿、热、气(滞)、郁等^[42]。

共识意见执笔人: 张北华(中国中医科学院西

苑医院脾胃病研究所)、周秉舵(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、唐旭东[✉](中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)

✉ 通讯作者: txdl@sina.com

共识意见制定专家名单(按姓氏笔画排序)

组内主审专家+共审专家: 王凤云(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院)、李慧臻(天津中医药大学第二附属医院)、唐艳萍(天津市南开医院)、黄绍刚(广东省中医院)

组外函审专家: 王彦刚(北京中医药大学第三附属医院)、田耀洲(江苏省中西医结合医院)、白光(辽宁中医药大学附属医院)、孙志广(南京中医药大学)、张立平(北京中医药大学东方医院)

定稿审定专家+审稿会投票专家: 王凤云(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、王垂杰(辽宁中医药大学附属医院)、吕林(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、任顺平(山西中医药大学附属医院)、刘力(陕西中医药大学)、刘震(中国中医科学院西苑医院)、刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院)、刘礼剑(广西中医药大学第一附属医院)、李军祥(北京中医药大学东方医院)、李艳彦(山西中医药大学附属医院)、杨倩(河北省中医院)、杨晋翔(北京中医药大学第三附属医院)、沈洪(江苏省中医院)、张声生(首都医科大学附属北京中医医院)、张雅丽(黑龙江省中医药科学院南岗分院)、季光(上海中医药大学)、赵文霞(河南中医药大学第一附属医院)、赵迎盼(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、袁红霞(天津中医药大学)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)、黄恒青(福建中医药大学附属第二人民医院)、黄穗平(广东省中医院)、温艳东(中国中医科学院眼科医院)、谢胜(广西中医药大学第一附属医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)

共识工作秘书: 尹晓岚(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所); 谢璟仪(中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所)

利益冲突声明

所有作者均声明不存在利益冲突。

参考文献

[1] 中国医疗保健国际交流促进会胃食管反流多学科分

会. 中国胃食管反流病多学科诊疗共识[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2019, 11(9): 30-56.

[2] EUSEBI LH, RATNAKUMARAN R, YUAN Y, et al. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis[J]. Gut, 2018, 67(3): 430-440.

[3] 熊理守, 陈旻湖, 陈惠新, 等. 广东省社区人群胃食管反流病流行病学研究[J]. 中华消化杂志, 2006, 26(4): 239-242.

[4] 潘国宗, 许国铭, 郭慧平, 等. 北京上海胃食管反流症状的流行病学调查[J]. 中华消化杂志, 1999, 19(4): 223-226.

[5] WOODLAND P, SHEN OOI JL, GRASSI F, et al. Superficial esophageal mucosal afferent nerves may contribute to reflux hypersensitivity in nonerosive reflux disease [J]. Gastroenterology, 2017, 153(5): 1230-1239.

[6] DUNBAR KB, AGOSTON AT, ODZE RD, et al. Association of acute gastroesophageal reflux disease with esophageal histologic changes[J]. JAMA, 2016, 315(19): 2104-2112.

[7] GYAWALI CP, KAHRILAS PJ, SAVARINO E, et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus[J]. Gut, 2018, 67(7): 1351-1362.

[8] 张北华, 唐旭东, 李保双, 等. 中医药治疗胃食管反流病的优势探讨[J]. 中医杂志, 2012, 53(8): 658-660.

[9] 中华中医药学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009, 深圳)[J]. 中医杂志, 2010, 51(9): 844-847.

[10] 中华中医药学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(5): 321-326.

[11] 中华医学会消化病学分会. 2020年中国胃食管反流病专家共识[J]. 中华消化杂志, 2020, 40(10): 649-663.

[12] 国家中医药管理局, 国家卫生健康委员会. 国家中医药管理局、国家卫生健康委员会关于印发《中医病证分类与代码》和《中医临床诊疗术语》的通知[EB/OL]. (2020-11-16) [2023-02-01]. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/24/content_5563703.htm.

[13] 朱生樑. 胃食管反流病基础与中西医临床[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2015: 24-25.

[14] LUNDELL LR, DENT J, BENNETT JR, et al. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification[J]. Gut, 1999, 45(2): 172-180.

[15] 杨旭, 潘飞辰, 李平, 等. 沈洪治疗胃食管反流病临证经验[J]. 河北中医, 2015, 37(5): 653-655.

[16] 陶琳, 张声生. 调肝理脾理论运用胃食管反流病现状和思考[J]. 世界中医药, 2015, 10(5): 671-675.

- [17]李敬华,胡建华,张丽颖,等. 唐旭东通降法治疗胃食管反流病经验[J]. 中医杂志,2012,53(20):1779-1780.
- [18]孙千惠,李婷婷,黄敏婷,等. 基于数据挖掘技术探究国内针刺治疗胃食管反流病的选穴规律[J]. 中国针灸,2020,40(12):1374-1378.
- [19]KAHRILAS PJ, QUIGLEY EM. Clinical esophageal pH recording: a technical review for practice guideline development[J]. Gastroenterology,1996,110(6):1982-1996.
- [20]ROMAN S, GYAWALI CP, SAVARINO E, et al. Ambulatory reflux monitoring for diagnosis of gastro-esophageal reflux disease: Update of the Porto consensus and recommendations from an international consensus group [J]. Neurogastroenterol Motil,2017,29(10):1-15.
- [21]FRAZZONI M, SAVARINO E, DE BORTOLI N, et al. Analyses of the post-reflux swallow-induced peristaltic wave index and nocturnal baseline impedance parameters increase the diagnostic yield of impedance-pH monitoring of patients with reflux disease [J]. Clin Gastroenterol Hepatol,2016,14(1):40-46.
- [22]XIE C, SIFRIM D, LI Y, et al. Esophageal baseline impedance reflects mucosal integrity and predicts symptomatic outcome with proton pump inhibitor treatment [J]. J Neurogastroenterol Motil,2018,24(1):43-50.
- [23]ATES F, YUKSEL ES, HIGGINBOTHAM T, et al. Mucosal impedance discriminates GERD from non-GERD conditions[J]. Gastroenterology,2015,148(2):334-343.
- [24]DROSSMAN DA. 罗马Ⅳ功能性胃肠病肠-脑互动异常[M]. 方秀才,侯晓华,主译. 北京:科学出版社,2016:511.
- [25]国家消化系统疾病临床医学研究中心,中华医学会消化内镜学分会,中国医师协会消化医师分会. 中国巴雷特食管及其早期腺癌筛查与诊治共识(2017年,万宁)[J]. 中华消化内镜杂志,2017,34(9):609-620.
- [26]中国医师协会消化医师分会胃食管反流病专业委员会,中华医学会消化内镜分会食管疾病协作组. 2020年中国胃食管反流病内镜治疗专家共识[J]. 中华消化内镜杂志,2021,38(1):1-12.
- [27]国家药品监督管理局药品审评中心. 中药新药用于胃食管反流病的临床疗效评价技术指导原则[EB/OL]. (2022-12-19) [2023-02-10]. <https://www.cde.org.cn/main/news/viewInfoCommon/1c795c7bbdc595e9aac0c7ebff781bb0>.
- [28]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:124-129.
- [29]唐旭东,王萍,刘保延,等. 基于慢性胃肠疾病患者报告临床结局测量量表的编制及信度、效度分析[J]. 中医杂志,2009,50(1):27-29.
- [30]符欣,曹云,黄佳钦,等. 疏肝和胃法治疗胃食管反流病的 Meta 分析[J]. 中华中医药学刊,2019,37(9):2201-2205.
- [31]刘伟锋,温智稀,王振常. 疏肝和胃法治疗反流性食管炎临床疗效的 Meta 分析[J]. 湖南中医杂志,2020,36(11):154-169.
- [32]葛玉红,黄穗平,吕冰清,等. 中药辨证治疗反流性食管炎疗效的 Meta 分析[J]. 中国中西医结合消化杂志,2016,24(5):355-358.
- [33]俞赞丰,兰晓栋,金梦雨,等. 半夏泻心汤加减治疗胃食管反流病的 Meta 分析和试验序贯分析[J]. 云南中医学院学报,2020,43(5):28-35.
- [34]沈晨,陶琳,张声生,等. 调肝理脾方对胃食管反流病随机双盲对照研究[J]. 中国中西医结合消化杂志,2019,27(11):806-810.
- [35]LI BS, LI ZH, TANG XD, et al. A randomized, controlled, double-blinded and double-dummy trial of the effect of tongjiang granule on the nonerosive reflux disease of and Gan-Wei incoordination syndrome [J]. Chin J Integr Med,2011,17(5):339-345.
- [36]李保双,张丽颖,彭珍婷,等. 通降颗粒干预非糜烂性反流病肝胃不和证疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志,2013,33(7):915-919.
- [37]吴旭晗,李光耀,邱子殷,等. 针灸治疗胃食管反流病有效性的系统评价与 Meta 分析[J]. 辽宁中医杂志,2019,46(2):241-247.
- [38]易越,裴丽霞,陈昊,等. 针刺及联合其它疗法治疗反流性食管炎的系统评价[J]. 南京中医药大学学报,2020,36(4):546-551.
- [39]张毅娜,林震群. 补中降逆汤联合麦粒灸法治疗胃食管反流病中虚气逆证疗效观察[J]. 山西中医,2019,35(11):9-12.
- [40]李淑红,唐艳萍. 活血通降法联合穴位贴敷治疗瘀血阻络型反流性食管炎临床观察[J]. 中国中西医结合消化杂志,2019,27(11):854-857.
- [41]FASS R, OFMAN JJ. Gastroesophageal reflux disease: should we adopt a new conceptual framework? [J]. Am J Gastroenterol,2002,97(8):1901-1909.
- [42]孙永顺,朱生樑,马淑颖,等. 260例胃食管反流病中医证候特点剖析[J]. 江苏中医药,2004,25(12):11-12.
- (收稿日期:2023-02-13; 修回日期:2023-06-29)
- [编辑:焦 爽]