

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2017.05.01

胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)

中华中医药学会脾胃病分会

中图分类号:R573.9

文献标志码:A

文章编号:1671-038X(2017)05-0321-06

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^[1],其发病原因多样,主要与防御机制减弱有关,其中包括一过性下食管括约肌松弛等。目前 GERD 主要分为非糜烂性反流病(Non-erosive reflux disease, NERD)、反流性食管炎(Reflux esophagitis, RE)和 Barrett 食管(BE)三大临床类型。中医药作为一种综合治疗手段,通过辨病与辨证论治相结合的方法对该病进行治疗,具有一定特色优势。基于此,中华中医药学会脾胃病分会于 2009 年公布了胃食管反流病中医诊疗专家共识意见^[2]。近年来中医药诊治 GERD 在诸多方面取得不少进展,有必要对共识意见进行更新,以适应临床需要,更好的指导临床工作。

中华中医药学会脾胃病分会于 2014 年 8 月在合肥牵头成立了《胃食管反流病诊疗专家共识意见》起草小组。小组成员依据循证医学的原理,广泛搜集循证资料,并先后组织国内脾胃病专家就胃食管反流病的证候分类、辨证治疗、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,之后按照国际通行的德尔斐法进行了 3 轮投票。2015 年 9 月在重庆进行了第一次投票,并根据专家意见,起草小组对本共识意见进行了修改。2015 年 12 月在北京进行了第二次投票。2016 年 6 月在厦门中华中医药学会脾胃病分会召开核心专家审稿会,来自全国各地的 20 余名脾胃病学知名专家对本共识意见(草案)进行了第三次投票,并进行了充分地讨论和修改。2016 年 7 月在哈尔滨市第 28 届全国脾胃病学术会议上专家再次进行了讨论、修改和审定。并于 2016 年 9 月在北京召开了本共识

的最终定稿会议,完成了本共识意见。(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)。现将全文公布如下,供国内外同道参考,并冀在应用中不断完善。

1 概述

1.1 病名

根据胃食管反流病主要症状及病位、病因病机,属于中医“吐酸”、“食管瘿”范畴。

胃食管反流病是现代医学病名,中医无相应的病名,根据其主要临床表现烧心、反酸、胸骨后灼痛、咽喉不适、口苦、嗝气、反胃等症状,应归属于“吐酸”、“呕苦”、“吞酸”、“嘈杂”、“食管瘿”等范畴。2009 年《胃食管反流病中医诊疗共识意见》(深圳)中,以“吐酸病”、“食管瘿”作为胃食管反流病的中医病名,与胃食管反流病的解剖学概念、病理生理基础相近。GERD 病位在食管,病性以热证居多,大约有 40% 左右的患者没有“吐酸”症状,大多非糜烂性胃食管反流病患者仅表现为烧心、咽喉不适、胸前区不适等症状;难治性胃食管反流病患者的发病更是与多种因素有关,不仅仅与酸反流相关,因此以“食管瘿”作为胃食管反流病的中医病名基本上可反映本病的病位、病因病机与主症^[3]。

1.2 西医诊断

参照中华医学会消化病分会中国胃食管反流病共识意见专家组制定的《中国胃食管反流病专家共识意见》(2014 年)。

1.2.1 临床症状 临床表现多样,烧心、反酸是最常见的典型症状,胸痛亦是常见症状;其他不典型症状有上腹痛、胃胀、嗝气、恶心等消化不良症状,或同时伴有咽喉不适、吞咽困难、睡眠障碍;食管外症状表现有慢性咳嗽、支气管哮喘、慢性喉炎、牙侵蚀症等,并发症包括上消化道出血、食管狭窄等^[4]。

1.2.2 内镜检查 内镜检查可明确有无 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。

收稿日期:2017-03-20

基金项目:北京市医院管理局重点医学专业发展计划—重点医学专业(中医脾胃病)(No: ZYLX201411);上海市科委科技支撑项目(No: 13401902800)

通讯作者:张声生(首都医科大学附属北京中医医院 消化中心,北京 100010)E-mail: zhss2000@163.com;

朱生樑(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 消化科,上海 200437)E-mail: zhushengliang999@163.com

A级:食管黏膜有一个或几个黏膜破损,直径小于5 mm;

B级:一个或几个黏膜破损,直径大于5 mm,但破损间无融合现象;

C级:超过2个皱襞以上的黏膜融合性损伤,但小于75%的食管周径;

D级:黏膜破损相互融合范围累积至少75%的食管周径。

BE的诊断主要根据内镜检查和食管黏膜活检,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时,即可诊断为BE。

临床上如患者有典型的烧心和反酸症状,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;对于拟诊GERD的患者或有怀疑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,常需结合内镜检查、食管pH阻抗监测和PPI试验性治疗综合分析进行诊断。

2 病因病机

2.1 病因

感受外邪、寒热客胃;情志不遂、思虑太过;饮食不节、烟酒无度;素罹胆病、胆邪犯胃以及禀赋不足、脾胃虚弱等为主要病因^[5]。

2.2 病位

病位在食管和胃,与肝、胆、脾等脏腑功能失调密切相关^[5-6]。

2.3 病机

胃失和降,胃气上逆为胃食管反流病基本病机^[7],肝胆失于疏泄、脾失健运、胃失和降、肺失宣肃、胃气上逆,上犯食管,形成本病的一系列临床症状。禀赋不足、脾胃虚弱为胃食管反流病发病基础,土虚木乘或木郁土壅,致木气恣横无制,肝木乘克脾土,胆木逆克胃土,导致肝胃、肝脾或胆胃不和;气郁日久,化火生酸,肝胆邪热犯及脾胃,脾气当升不升,胃气当降不降,肝不随脾升,胆不随胃降,以致胃气挟火热上逆;肝火上炎侮肺,克伐肺金,消灼津液,肺失肃降而咳逆上气,气机不利,痰气郁阻胸膈;病程日久,气病及血,则因虚致瘀或气滞血瘀。本病病理因素有虚实两端:属实的病理因素:痰、热、湿、郁、气、瘀;属虚者责之于脾。本病病机特点:一为逆,二为热,三为郁。

2.4 病机转化

初病以实热为主,湿、痰、食、热互结导致气机升降失调,胃气挟酸上逆;久病火热之邪,耗津伤阴,虚火上逆,因实而致虚。初病在气,脾胃气郁失其升降,肝气郁失其条达,肺气郁失其宣肃,大肠气郁失

其通导;气郁迁延,由气滞而血瘀,气虚而致瘀,或气郁久而化热,耗伤阴血,津枯血燥而致瘀,气病及血。禀赋不足,素体亏虚,久病迁延,耗伤正气,均可引起脾胃虚弱,运化失常,浊气内生,气逆、食滞、火郁、痰凝、湿阻、血瘀相兼为病,因虚而致实。

3 辨证分型

3.1 肝胃郁热证

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嗝气或反食;⑤易怒;⑥易饥。

舌脉:①舌红,苔黄;②脉弦。

3.2 胆热犯胃证

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嗝气或反食;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

主症:①咽喉不适如有痰梗;②胸膈不适。

次症:①嗝气或反流;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 瘀血阻络证

主症:①胸骨后灼痛或刺痛。

次症:①后背痛;②呕血或黑便;③烧心;④反酸;⑤嗝气或反食;⑥胃脘刺痛。

舌脉:①舌质紫暗或有瘀斑;②脉涩。

3.5 中虚气逆证

主症:①反酸或泛吐清水;②嗝气或反流。

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

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。

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

胃食管反流病中医治疗目标: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。

4.2 治疗原则

胃食管反流病的中医治疗应当根据证型辨证施治。临证治疗以畅达气机为要,依病情分别施以疏

肝泄热、和胃降逆、理气化痰、活血祛瘀、健脾化湿；兼见虚证，辨明气血阴阳，补而不滞。轻度胃食管反流病，可单纯用中医治疗，以辨证口服汤剂为主；对于诊断为中、重度反流性食管炎(LA:B、C、D级)及难治性反流性食管炎病患者可进行中西医结合治疗，西药对症处理。

4.3 辨证论治

4.3.1 肝胃郁热证

治法：疏肝泄热，和胃降逆。

主方：柴胡疏肝散《景岳全书》合左金丸《丹溪心法》。

药物：柴胡、陈皮、川芎、香附、枳壳、芍药、甘草、黄连、吴茱萸。

加减：泛酸多者，加煅瓦楞、乌贼骨、浙贝母；烧心重者，加珍珠母、玉竹。

4.3.2 胆热犯胃证

治法：清化胆热，降气和胃。

主方：小柴胡汤《医方集解》合温胆汤《备急千金要方》。

药物：柴胡、黄芩、人参、甘草、半夏、生姜、大枣、竹茹、枳实、陈皮、茯苓。

加减：口苦呕恶重者，加焦山栀、香附、龙胆草；津伤口干甚者，加沙参、麦冬、石斛。

4.3.3 气郁痰阻证

治法：开郁化痰，降气和胃。

主方：半夏厚朴汤《金匮要略》。

药物：半夏、厚朴、茯苓、生姜、苏叶。

加减：咽喉不适明显者，加苏梗、玉蝴蝶、连翘、浙贝母；痰气交阻明显，酌加苏子、白芥子、莱菔子。

4.3.4 瘀血阻络证

治法：活血化瘀，行气止痛。

主方：血府逐瘀汤《医林改错》。

药物：桃仁、红花、当归、生地、川芎、赤芍、牛膝、桔梗、柴胡、枳壳、甘草。

加减：胸痛明显者，加制没药、三七粉、全瓜蒌；瘀热互结甚者，加丹皮、郁金。

4.3.5 中虚气逆证

治法：疏肝理气，健脾和胃。

主方：旋覆代赭汤《伤寒论》合六君子汤《医学正传》。

药物：旋覆花、代赭石、人参、生姜、半夏、大枣、甘草、陈皮、白术、茯苓。

加减：暖气频者，加砂仁、豆蔻；大便溏薄甚者，加赤石脂、山药。

4.3.6 脾虚湿热证

治法：清化湿热，健脾和胃。

主方：黄连汤《伤寒论》。

药物：黄连、甘草、干姜、桂枝、人参、半夏、大枣。

加减：大便溏滞严重者，加木香、黄芩、茯苓；胃脘灼痛甚者，加吴茱萸、煅瓦楞、乌贼骨。

4.4 常用中成药

4.4.1 开胸顺气丸 消积化滞，行气止痛。用于气郁食滞所致的胸胁胀满、胃脘疼痛、暖气呕恶、食少纳呆。

4.4.2 达立通颗粒 清热解郁，和胃降逆，通利消滞。用于肝胃郁热所致痞满证，症见胃脘胀满、暖气、纳差、胃中灼热、嘈杂泛酸、脘腹疼痛、口干口苦；动力障碍型功能性消化不良见上述症状者。

4.4.3 越鞠丸 理气解郁，宽中除满。用于胸脘痞闷，腹中胀满，饮食停滞，暖气吞酸。

4.4.4 舒肝和胃丸 舒肝解郁，和胃止痛。用于肝胃不和引起的胃脘胀痛，胸胁满闷，呕吐吞酸，腹胀便秘。

4.4.5 左金丸 清肝泄火，降逆止呕。用于胁肋胀痛、呕吐口苦、嘈杂吞酸等为表现的肝火犯胃证。

4.4.6 加味左金丸 平肝降逆，疏郁止痛。用于肝郁化火、肝胃不和引起的胸脘痞闷、急躁易怒、暖气吞酸、胃痛少食。

4.4.7 乌贝散 制酸止痛。用于肝胃不和所致的胃脘疼痛、泛吐酸水、嘈杂似饥。

4.4.8 胆胃康胶囊 舒肝利胆，清利湿热。用于肝胆湿热所致的胁痛，黄疸，以及胆汁反流性胃炎，胆囊炎见上述症状者。

4.4.9 甘海胃康胶囊 健脾和胃，收敛止痛。用于脾虚气滞所致的胃及十二指肠溃疡，慢性胃炎，反流性食管炎。

4.4.10 胃康胶囊 行气健胃，化瘀止血，制酸止痛。用于气滞血瘀所致的胃脘疼痛、痛处固定、吞酸嘈杂、胃及十二指肠溃疡、慢性胃炎见上述症状者。

4.5 胃食管反流病难点及中西医结合治疗策略

胃食管反流病难点在于如何控制气体或胆汁等非酸反流，非糜烂性胃食管反流病抑酸治疗症状缓解率低，难治性胃食管反流病抑酸治疗效果差，长期抑酸治疗可能导致不良反应，症状重叠时无明确的综合治疗手段，抑酸停药后导致病情反复^[8]。现代医学在这些方面并没有令人满意的治疗方案，而中医药却可以发挥其作用。如可以通过降气和胃来抑制胃气上逆；通过疏利肝胆来缓解胆汁反流引起的症状；通过健脾和胃来改善脾胃功能，促进胃排空等。中医因其辨证与辨病结合，整体与局部兼治，可以弥补现代医学对于难治性胃食管反流病、症状重叠等治疗方案的不足，减少长期服用西药带来的不

良反应。

4.6 针灸

针灸是治疗胃食管反流病的非药物治疗之一，体针疗法常用穴位：实证用内关、足三里、中脘；虚证

用脾俞、胃俞、肾俞、膻中、曲池、合谷、太冲、天枢、关元、三阴交等，以泻法和平补平泻为主。

4.7 胃食管反流病诊治流程

诊治流程见图 1。

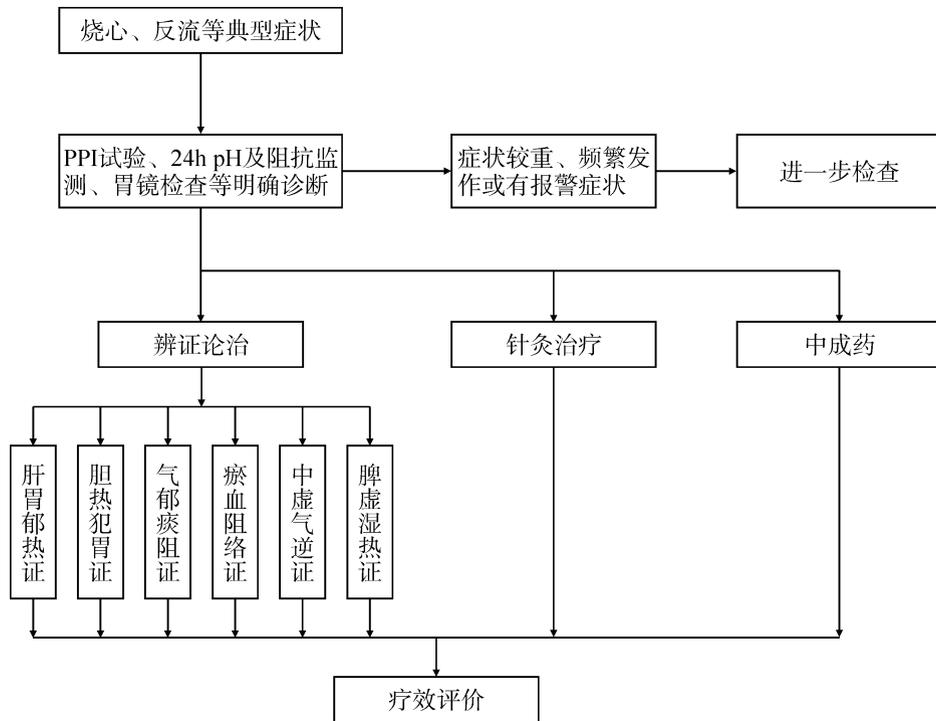


图 1 胃食管反流病诊治流程图

5 疗效评定

5.1 症状疗效评定标准

(1)主要单项症状评价：包括反酸、烧心、胸骨后疼痛或不适、嗝气反流等典型反流症状。

主要症状分级记录：0级：没有症状，积0分。Ⅰ级：症状轻微，不影响日常生活，积1分。Ⅱ级：症状中等，部分影响日常生活，积2分。Ⅲ级：症状严重，影响到日常生活，难以坚持工作，积3分。

评价标准：

- ①临床痊愈：原有症状消失。
- ②显效：原有症状改善2级者。
- ③有效：原有症状改善1级者。
- ④无效：原有症状无改善或原症状加重。

(2)主要症状综合疗效评定标准：按改善百分率=[(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分]×100%，计算症状改善百分率。痊愈：症状消失；显效：症状改善百分率≥70%；有效：30%≤症状改善百分率<70%；无效：症状改善百分率<30%。

5.2 证候疗效评定标准

按上述标准，以症状轻重分为4级(0、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ)，积分分别为0分、1分、2分、3分^[10]，证候总积分为症状积分之和。

- ①临床痊愈：反流症状消失，疗效指数≥95%。
- ②显效：反流症状基本消失，虽偶有症状但很快消失，70%≤疗效指数<95%。
- ③有效：反流症状未消失，但较以前减轻，30%≤疗效指数<70%。
- ④无效：反流症状未消失，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=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]有关标准拟定。

5.3 内镜下炎症判定标准

治疗前后内镜下食管黏膜炎症改善情况：按1994年美国洛杉矶世界胃肠病大会制订的《洛杉矶分类(LA分类)法》^[11]。痊愈：内镜下食管黏膜正常。显效：食管黏膜表现改善2级。有效：食管黏膜表现改善1级。无效：食管黏膜表现未改善。

5.4 食管运动功能与24小时pH及阻抗监测评价

高分辨率食管测压参照Chicago诊断标准^[12]，主要观察指标：远端收缩积分(Distal contractile integral, DCI)；食管远端平滑肌收缩的压力×持续时间×长度；单位：mmHg·s·cm，收缩前沿速度(Contractile front velocity, CFV；单位：cm/s)。

24 小时食管阻抗监测指标^[13-14]:包括酸反流(pH<4)、弱酸反流(pH 4-7)、弱碱反流(pH>7)、液体反流、混合反流、气体反流、食团清除时间(min)、24 小时食团暴露时间(min)、近段反流事件次数以及近段反流事件百分比。阻抗监测指标正常范围采用 Zerbib 等^[15]研究结果,符合下列任意 1 项定义为阻抗阳性:酸反流事件中位数 ≥ 35 、弱酸反流事件中位数 ≥ 18 、非酸反流事件中位数 ≥ 7 、SI $\geq 50\%$ 、SAP $\geq 95\%$ 。

双通道 24 小时食管 pH 值监测评定^[15]:主要观察指标:①患者监测期间出现的反酸、反胃、胃灼热和咳嗽等。②食管上、下电极的 De-Meester 总积分。③食管上、下电极的 6 项参数:24 小时食管 pH<4 的次数,反流时间>5 min 的次数,最长反流时间,总 pH<4 的时间占监测时间的百分比,立位、卧位 pH<4 的时间占监测时间的百分比。

5.5 生存质量评价标准

5.5.1 反流性疾病问卷(Reflux diagnostic questionnaire, RDQ, 又称耐信量表),是目前国际上最受公认和应用最为广泛的胃食管反流病诊断专用量表, RDQ 是以症状积分为主的病史调查,国内外已经证实其在胃食管反流病诊断的有效性及其可靠性^[16-17]。RDQ 计分标准:(1)依症状发作频率计分:按照烧心、反食、非心源性胸痛、反酸四种症状每周发生频率,依“从未有过”、“1 周<1 d”、“1 周 1 d”、“1 周 2~3 d”、“1 周 4~5 d”、“几乎每天”分别记 0、1、2、3、4、5 分,最高可得 20 分;(2)依症状发作程度计分:按照上述四种症状发生程度,“从未有过”记 0 分;“症状不明显,在医生提醒下发现”记 1 分;“症状明显,影响日常生活,偶尔服药”记 3 分;“症状非常明显,影响日常生活,需长期服药治疗”记 5 分;“症状介于 1 分和 3 分之间”记 2 分;“症状介于 3 分和 5 分之间”记 4 分。症状频率及症状程度计分最高 40 分,以 RDQ 积分 ≥ 12 分拟诊断为 GERD^[18]。

5.5.2 《SF-36 健康量表》是最常用的普适性测量工具,适用于评估胃食管反流病患者健康相关生命质量和临床干预效果^[19];胃食管反流病生存质量量表(GERD-QOL)是香港学者 Chan 等^[16]为 GERD 患者研制的用于临床疗效评价和生存质量流行病学调查的自评工具, GERD-QOL 量表应用广泛,其资料收集不受患者年龄和教育水平的影响,扩大了受试人群;同时量表围绕日常活动、治疗反应和情感状态等多领域对胃食管反流病患者进行考察,是一个实用性强的生存质量测评工具^[20]。

5.5.3 患者报告结局指标(Patient reported outcomes, PRO)是近些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。PRO 量表即患者报告结局指标的测评量表。在慢性病领域,从患者报告结局指标的角度入手,以量表作为工具来评价中医临床疗效,已经逐渐被认可。借鉴量表的制作原则和方法,研制具有中医特色的脾胃系疾病 PRO 量表,对 GERD 的疗效评价有借鉴意义。

6 预防调摄

6.1 情志调摄

胃食管反流患者往往存在一定程度的情志失调、肝气郁结,所以保持心情舒畅尤为重要,宜疏导患者,树立积极乐观的心态,及时调节好心情,以利疾病早日康复。

6.2 饮食宜忌

①对于肥胖的患者,要控制饮食,平衡营养,尽快减轻体重。②减少高脂肪膳食的摄入,因高脂肪食物可促进小肠黏膜释放胆囊收缩素,从而降低食管下端括约肌张力,使胃内容物易反流。③忌食咖啡、巧克力、薄荷等食物,因其也可以减低食管下端括约肌张力。④禁烟、酒。长期大量摄入酒精,可引起“酒精性”食管炎,吸烟也可能降低食管下端括约肌张力。⑤避免进食过冷、过热及甜酸辛辣等刺激性食物,以防疼痛症状加重,导致病情反复。⑥避免短时间内快速食入大量液体食物。

6.3 用药指导

避免服用可降低食管下端括约肌张力的药物,如普鲁本辛、颠茄、阿托品、氨茶碱、烟酸、异博定、心痛定、安定等。

6.4 起居调摄

①由于反流易发生在夜间,睡眠时应抬高床头(约 15~20 cm)。②睡前不进食,晚餐与入睡的间隔不得少于 3 h,以减少夜间食物刺激泌酸。③每餐后让患者处于直立位或餐后散步,借助重力促进食物排空,避免剧烈运动。

6.5 随访

本病与生活方式和情志变化等关系密切,病情容易复发,但一般预后较好。

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^[21]。GERD 初起为实证居多,随着病情的发展逐渐转变为虚实夹杂以及虚证表现,其虚以气虚为主,其实以气滞、痰阻、郁热、湿阻多见;且兼夹证多^[22]。本病因与生活方式和情志变化等关系密切,病情容易复发,但一般预后较好。

项目负责人:张声生

共识意见执笔人:朱生樑、王宏伟、周秉舵

参与本共识意见专家如下(按姓氏笔画排名):

丁霞、马群、王凤云、王邦才、王汝新、王秀娟、王垂杰、王春生、王宪波、王晓素、王敏、牛兴东、叶松、田旭东、田耀洲、冯培民、朱生樑、朱莹、任顺平、刘力、刘友章、刘凤斌、刘华一、刘启泉、刘建设、刘绍能、刘德喜、江宇泳、孙玉信、严光俊、苏娟萍、李军祥、李佃贵、李勇、李振华、李培、李乾构、李慧臻、杨胜兰、杨晋翔、杨翠兰、时昭红、吴耀南、何晓晖、余泽云、汪龙德、汪红兵、文明琦、沈洪、张小萍、张正利、张声生、张磊、陈苏宁、陈涤平、林江、林寿宁、金小晶、周正华、郑昱、单兆伟、赵文霞、赵宇明、胡玲、查安生、钦丹萍、姜莉云、柳文、袁红霞、党中勤、徐进康、徐健众、唐旭东、唐志鹏、陶琳、黄明河、黄绍刚、黄贵华、黄恒青、黄穗平、梁超、董明国、舒劲、曾斌芳、谢胜、谢晶日、路广晁、蔡敏、潘洋、薛西林、魏玮。

参考文献

[1] Vakil N, van Zanten S V, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastro-esophageal reflux disease: a global evidence based consensus[J]. Am J Gastroenterol, 2006, 101(8):1900-1920.

[2] 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[J]. 中医杂志, 2010, 51(9):844-847.

[3] 应海峰, 朱生樑. 胃食管反流病中医病名的探讨[C]. 中华中医药学会第二十一届全国脾胃病学术交流会论文汇编, 2009.

[4] 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.

[5] 杨旭, 潘辰辰, 李平, 等. 沈洪治疗胃食管反流病临床经验[J]. 河北中医, 2015, 37(5):653-655.

[6] 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.

[7] 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.

[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.

[9] 梁学亚, 蓝宇, 贾绮宾, 等. 反流性食管炎和非糜烂性反流病患者酸暴露与食管压力监测结果分析[J]. 中华消化内镜杂志, 2006, 23(1):11-14.

[10] 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.

[11] Lundell L R, Dent J, Bennette J R, et al. Endoscopic assessment of esophagitis: clinical and functional correlate and further validation of the Los Angeles classification[J]. Gut, 1999, 45(2):172-180.

[12] Chen C L, Yi C H. Assessment of esophageal motor function using combined multichannel intraluminal impedance and manometry in healthy volunteers: a single center study in Taiwan[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2007, 22(7):1039-1043.

[13] 易丽莎, 陈莹, 孙会会, 等. 24 h 食管 pH 阻抗联合监测诊断胃食管反流病的价值评估[J]. 同济大学学报(医学版), 2013, 34(3):40-44.

[14] 王晓辉, 崔立红, 弓三东, 等. 高分辨率食管测压联合双通道 24 h 食管 pH 监测在胃食管反流病发病机制研究中的应用[J]. 解放军医药杂志, 2014, 26(8):50-53.

[15] Zerbib F, des Varannes S B, Roman S, et al. Normal values and day-to-day variability of 24-h ambulatory oesophageal impedance-pH monitoring in a Belgian-French cohort of healthy subjects[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2005, 22(10):1011-1021.

[16] Chan Y, Ching J Y, Cheung C M, et al. Development and validation of a disease-specific quality of life questionnaire for gastroesophageal reflux disease: the GERD-QOL questionnaire[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2010, 31(3):452-460.

[17] Ho K Y, Gwee K A, Khor J L, et al. Validation of a graded response questionnaire for the diagnosis of gastroesophageal reflux disease in an Asian primary care population[J]. J Clin Gastroenterol, 2008, 42(6):680-686.

[18] 赵迎盼, 廖宇, 钟佳珮, 等. 胃食管反流病问卷(GerdQ)与反流性疾病问卷(RDQ)的比较研究[J]. 胃肠病和肝脏病学杂志, 2015, 24(5):572-574.

[19] 官小莉, 汪晖. 胃食管反流病患者生存质量测评量表的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2015, 50(1):97-101.

[20] Shaw M, Dent J, Beebe T, et al. The reflux disease questionnaire: a measure for assessment of treatment response in clinical trials[J]. Health Qual Life Outcomes, 2008, 6:31.

[21] Fass R, Ofman J J. Gastroesophageal reflux disease should we adopt a new conceptual framework? [J]. Am J Gastroenterol, 2002, 97(8):1901-1909.

[22] 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.