

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20191126-k0007

中图分类号: R 246.1 文献标志码: A

白兴华教授诊治胃食管反流病理念及经验

潘炜炳, 黄雪, 张陪, 李昕, 许哲, 白兴华✉

(北京中医药大学针灸推拿学院, 北京 100029)

[摘要] 针对中医临床上对胃食管反流病存在的五大认识误区, 即抓错主症、误识病位、错辨病性、见酸治酸, 以及治疗上重药物轻针灸, 白兴华教授提出了相应的解决策略, 包括抓好主病、慎审病位、明辨病性、见酸不治酸, 在治疗方法上提出要重视中医外治法, 特别是根据多年临床经验总结出的通督降逆针灸疗法, 为中医诊治胃食管反流病提供了新的思路和诊疗方法。

[关键词] 胃食管反流病; 微反流; 针灸; 通督降逆法

Professor BAI Xing-hua's concept and experience in the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease

PAN Wei-bing, HUANG Xue, ZHANG Pei, LI Xin, XU Zhe, BAI Xing-hua✉ (School of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, Beijing University of CM, Beijing 100029, China)

ABSTRACT In view of the five major misunderstandings in the clinical understanding of gastroesophageal reflux disease in traditional Chinese medicine, that is, wrong main symptoms, wrong position of the disease, wrong character of the disease, treating acid with acid, and attaching importance to drugs and neglecting acupuncture-moxibustion in treatment, Professor BAI Xing-hua has proposed the corresponding solving strategies, which includes grasping the main disease, carefully examining the disease position, distinguishing the character of disease, and no acid suppression for acid regurgitation. In addition, Professor BAI highly values the external treatment of traditional Chinese medicine. In particular, the acupuncture therapy of "Tongdu Jiangni (promote the circulation of the governor vessel and reduce the reversed qi)" based on many years of clinical experience provides new ideas and methods for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease in traditional Chinese medicine.

KEYWORDS gastroesophageal reflux disease; slight reflux; acupuncture and moxibustion; Tongdu Jiangni (promote the circulation of the governor vessel and reduce the reversed qi)

白兴华, 教授、硕士研究生导师, 师从全国著名中医药专家张吉教授, 从事针灸教学、临床和科研工作 30 余年。白教授长期从事针灸诊治胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 的研究, 已发表相关学术论文 30 余篇, 10 余年间带领研究生团队对其古代文献、发病机制、诊断及针灸治疗进行研究, 参与制定“胃食管反流病多学科诊疗共识”的中医部分, 且提出了富有建设性、创新性的意见^[1], 并于 2019 年在江苏省常熟市中医院成立全国首家“胃食管反流病”中医特色 (针灸) 诊疗中心^[2]。白教授认为当今中医临床对 GERD 的认识存在五大误区, 并提出了相应的解决策略。笔者有幸随白教授侍诊, 深感白教授创立的“通督降逆”法治疗 GERD 理论依据扎实、

临床特色鲜明, 故将白兴华教授诊治 GERD 理念及经验总结如下, 以飨同道。

GERD 是指胃内容物沿着食管逆行向上所导致的一系列损害, 以反酸、烧心为主要症状, 还包括咽喉、气管、肺、口腔、耳、目、鼻、心血管等食管外部位的表现。GERD 是消化系统的常见病之一, 因其临床表现具有特殊性, 且症状涉及多个系统, 常造成误诊误治, 故在临床诊治时应注意甄别。

1 抓好主病

中医治病强调抓主症, 即以最主要、最突出的病症为主进行辨证, 这是诊疗的第一步。对于有典型反流表现的 GERD, 基于症状就可以明确诊断, 这种情况抓主症是适用的。但在 GERD 的诊治过程中, 许多情况下抓主症却可能不适用。因 GERD 的临床表现十分复杂, 除了消化系统本身的症状, 还有许多食管外症状, 并且这些以消化道外表现为主的 GERD

✉通信作者: 白兴华, 教授。E-mail: baixinghua@bucm.edu.cn

△潘炜炳, 北京中医药大学硕士研究生。

E-mail: panwb2018@bucm.edu.cn

又常常缺乏典型的临床表现,被称之为“微反流”^[3]。对于这样的患者,如果遵循抓主症的原则就很容易抓错主症,从诊治伊始就偏离了方向,这也是认识 GERD 的第一个误区。

为了避免上述问题,白教授强调,面对复杂的 GERD 症状,不仅要抓好主症,更要重视抓主病^[4]。特别是对于疑似反流的患者,可以从 3 个方面入手。第一,如果有报警症状,如进行性吞咽困难、贫血、消瘦、窒息感,以及有胃癌或食管癌家族史等,要结合西医诊断方法,如胃镜、食管 24 小时 pH-阻抗监测以及高分辨率食管测压、唾液胃蛋白酶检测等,明确疾病的诊断。第二,如果没有报警症状,可仿照西医质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)试验性治疗的方法。在过去 10 余年里,中医诊治胃食管反流病已经积累了丰富的经验^[5],针对上述情况,可以采用中药及针灸等方法作为试验性治疗手段,在保证安全的同时,又能体现中医的特色。第三,充分发挥中医特色,特别是穴位压痛探查的辅助诊断作用。目前,西医还没有确诊 GERD 的检查方法,尚有一部分患者虽然临床表现疑似胃食管反流病,但检测指标均为阴性,可称之为“微反流”^[6]。对于这些疑似胃食管反流病但又缺乏客观诊断依据的患者,可以通过对相关穴位的探查进行辅助诊断。2008 年,白教授在诊治 1 例以咳嗽为主的胃食管反流患者时,发现在其背部督脉第 7 胸椎棘突下至阳穴或稍偏左的位置有明显压痛,在此部位针刺或配合刺络拔罐放血治疗获得了较好疗效。查阅文献发现,近代日本学者代田文志所著的《针灸临床治疗学》^[7]中有这样的描述:“一般胃酸过多症的特殊反应点为膈俞的第一行(所谓的第一行是在离开督脉五分处)与至阳”,并建议在此特殊反应点及其附近采用艾灸的方法治疗胃酸过多症,这是采用至阳穴诊断并治疗反酸的最早记载。白教授团队研究^[8]发现,GERD 患者在督脉 T₃~T₉段存在规律性的压痛反应,尤其在 T₅~T₇节段棘突下压痛更为显著,T₇棘突下(至阳穴)平均压痛阈值最低,其他学者的研究^[9]也验证了这一结果。因此,对于无典型表现的 GERD 诊断和鉴别诊断,督脉背段穴位压痛检查不失为一种好方法,并且可为针灸治疗 GERD 的取穴提供参考,还可以评估治疗效果,因为随着症状的改善,穴位痛阈也会随之升高。

2 慎审病位

中医辨证首先要明确病位,胃食管反流病的病位

主要在胃,与脾关系密切,但在临床实际中却经常出现错识病位的情况,这也是在认识胃食管反流病中应该避免的第 2 个误区,主要包括两个方面。

一方面,受“酸为肝之味”的影响,见到反酸就直接定位到肝。反酸是胃食管反流病的典型症状,中医古籍中无“反酸”一词,“吞酸”“吐酸”“噫醋”“噫酸”“醋心”“咽酸”等与之相似。《素问·阴阳应象大论》记载肝“在味为酸”,容易使人将反酸与肝联系起来;金代医家刘完素在《素问玄机原病式·六气为病·热类·吐酸》中云:“酸者,肝木之味也,由火盛制金,不能平木,则肝木自甚,故为酸也,如饮食热则易于酸矣”,认为吞酸的病机为肝火盛。清代叶天士《临证指南医案》中有一则咳嗽病案的记载:“石,气左升,腹膨,呕吐涎沫黄水,吞酸,暴咳不已,是肝逆乘胃射肺,致坐不得卧。”他将此病的病机概括为“肝逆乘胃射肺”,显然与吞酸病症有关,但从所描述症状来看,并无其他肝气盛的表现。临床上不排除有部分 GERD 患者发病确实与肝有关,如肝气犯胃导致胃气上逆,但根据白教授多年的临床经验,许多有反酸症状的 GERD 患者并无肝气郁、肝火盛的表现,也缺乏相关联的舌脉等体征。《素问·至真要大论》载:“夫五味入胃,各归所喜,故酸先入肝”,是说酸性的食物或药物与肝有关,而作为胃中的酸腐之物,是食物和胃酸以及其他消化液的混合物,在胃里是常态,沿着食管逆向而行就是反酸,并不能因为其味酸就认为与肝有关。同样道理,有些 GERD 患者还会伴有胆汁反流,表现为口苦,尤其夜间觉醒或晨起时口苦明显,也不能因为“苦为心之味”而辨为病位在心。明代医家张景岳就力主吞酸病位在胃,《景岳全书·卷之二十一明集·杂证谟·吞酸》云:“人之饮食在胃,惟速化为贵,若胃中阳气不衰,而健运如常,何酸之有?使火力不到,则其化必迟,食化既迟,则停积不行而为酸为腐,此酸即败之渐也。”白教授结合 GERD 的特点及临床经验,其观点与张景岳不谋而合。因此临床见到反酸,切不可急于下结论,要结合其他症状、舌脉等信息,全面、综合地判断分析,准确地辨别病位。

另一方面,容易被 GERD 食管外症状的表象迷惑而造成误辨。在胃内容物沿着食管向上逆行的过程中,会影响到咽喉、气管、肺、口腔、牙齿、鼻、耳、眼,以及与之相邻的心脏等部位,如果忽视对 GERD 的认识,特别是当典型反流症状缺如时,就很容易将病位误辨为肺、心、肝、肾等部位^[10]。胃与肺联系

密切,食管与气管在上端相通,当反流物沿着食管上行时,最先可能伤害到的组织就是咽喉、气管和肺,表现为慢性咽喉炎、声带息肉、咳嗽、哮喘,甚至慢性阻塞性肺气肿、间质性肺炎、肺纤维化等;反流物流入口腔,会出现口臭、反复发作性口腔溃疡、牙龈萎缩、牙齿松动脱落等;若反流物沿着喉咙反流到鼻腔,还可表现为慢性鼻炎、鼻窦炎、鼻息肉等。食管与心脏相邻,并且从神经解剖角度来看,两者受相同节段的神经支配,存在食管-心脏反射,当发生胃食管反流时,会有轻度冠状动脉供血不足,因此会出现左胸痛甚至向左上肢放射的情况,与心绞痛的症状十分相似,被称为“类心绞痛”^[11]。以卧位为主的反流患者,夜间食管受到反流物的刺激,会出现比较严重的睡眠障碍,如睡眠浅、容易觉醒、多梦,或者有规律的觉醒,以及早醒等。此外,耳与口腔有咽鼓管相通,鼻泪管连接鼻与眼,当反流物沿着食管逆行到口腔后,也会通过这两个管道影响到耳与眼,表现为耳鸣、耳聋、中耳炎、耳内堵塞感,还有部分患者在乘坐飞机起降时会表现为严重的耳部不适;眼睛的症状包括眼睛干涩、分泌物增多等。上述病症往往因囿于五脏五窍的理论,而误辨病位为肺、肝、肾。

因此,治疗胃食管反流病应着手于“胃”这个最主要的病位,这也是把握好 GERD 中医诊治的第一步。如果病位辨错,就会导致治疗方向错误、治疗无效甚至病情加重。

3 明辨病性

误辨病性是中医诊断 GERD 的第 3 个误区。辨证的一个核心内容是辨别疾病在某一阶段的性质,是确立正确治疗原则及指导临床用药和针灸方案的前提。反酸和烧心是 GERD 的两大典型症状,从字面意思上看,很容易将其与热性病证联系在一起。白教授通过回顾文献发现,从《黄帝内经》开始对反酸的性质就有寒热之争,到金元、明时期,主热派与主寒派针锋相对、互相驳斥。产生这种现象的原因,白教授认为主要是基于对反酸发生机制认识的不同。根据现代医学的观点,胃酸是消化液中的重要组成部分,而所反之物是胃酸等消化液和食物残渣的混合物,本身并无寒热之分。从中医角度来看,GERD 的基本病机是胃气上逆,这种胃气不降反升的病理状态带动了含有胃酸的内容物逆向而行。主热派认为肝火盛而为酸,如清代余国佩著《婺源余先生医案》所言:吞酸是由于“木乘土位,曲直化酸,酸因热化”^[12]。而主寒派的观点则认为,反酸是因为脾胃虚

寒,不能腐熟水谷,停滞于中焦,甚则逆而上行^[13]。白教授通过 10 余年的临床观察发现,主寒之说与实际情况颇相符合,GERD 患者辨证以脾胃虚寒、脾胃气虚、寒热错杂者居多,一种是根本没有火,是气虚、虚寒,另一种是古人所说的“浮火”或者“无根之火”,本质上还是气虚或者虚寒,而单纯实热证者临床较少见。

与反酸的寒热之争不同,将烧心归属热证,古今都没有异议。烧心是英文“heartburn”的直译,中医古籍数据库《中华医典》中无此表述,但文献中的“心下热”“心热如火”“胃中如焚”“胃中有热”“胸中热”“口中热”“鼻中热”“肠胃如焚”,与 GERD 的烧心有相似之处。在新版《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》^[14]中,“烧心”见于肝胃郁热、胆热犯胃和瘀血阻络 3 个证型,脾虚湿热也有“胃脘灼痛”,但类似表述不见于气郁痰阻和中虚气逆证,表明新版共识将烧心基本理解为热性病证的代表。但白教授认为,如同反酸一样,也要从发生机制上对烧心有正确认识。反酸是胃内容物沿着食管向上逆行,烧心则是食管等黏膜组织受到反流物刺激所产生的反应,两者从发生机制上具有一致性,是同一原因所产生的不同表现。具体到每个患者,因为对疼痛敏感性的不同,则会表现出不同的结果,如反酸和烧心同时存在,或者仅见反酸或烧心。反酸有寒热之分,烧心也要区别寒热,不能简单地贴上“热证”标签,必须结合其他兼症以及舌脉体征,如食用寒凉食物则烧心加重,这种遇寒加重的症状就与传统中医“热证”相悖。

除反酸、烧心外,有些 GERD 患者还可能伴有口苦、口干、口臭、牙龈出血、口腔溃疡、失眠、心烦等症状。将这些症状组合在一起,的确很容易辨为肝胆火旺或肝火犯胃证,从而采取辛开苦降的方剂进行治疗。白教授认为,这些症状看似热证但并非病性均为热,因此临床对于 GERD 的辨证,必须审慎判断疾病的性质,否则治疗上就会犯“寒者寒之”之戒。正如明代张景岳《景岳全书·卷二十一明集·杂证谟·嘈杂·论治》所载:“脾胃虚寒嘈杂者,必多吞酸,或兼恶心,此皆脾虚不能运化滞浊而然,勿得认为火证,妄用寒凉等药”,他还进一步强调“此宜随证审察,若无热证热脉可据,而执言湿中生热,无分强弱,惟用寒凉,则未有不误者矣”。

4 见酸不治酸

反酸是 GERD 最典型的症状之一,并且反流物

中酸性物质也被认为是导致食管黏膜及其他组织损害的主要因素,因此抑酸治疗成为西医治疗 GERD 的主要原则,以质子泵抑制剂(PPI)为代表。受西医抑酸治疗理念的影响,中医采用中药治疗 GERD 时也常配合乌贼骨、海螵蛸、煅瓦楞子等具有中和胃酸作用的药物,但白教授认为,这种见酸治酸的理念是中西医治疗 GERD 的又一大误区,是 GERD 治疗方向性的错误。原因有 3 个:第一,反酸绝不意味着胃酸分泌过多,而是胃酸到了不该去的地方,是“酸错位”。许多 GERD 患者会有食管、咽喉、口腔等部位酸水上泛的感觉,甚至口吐酸水,因此很容易被误判断为胃酸过多。事实上,真正胃酸分泌过多的情况很少见,多数胃食管反流患者都是胃酸分泌正常甚至分泌不足,许多患者食管 24 小时 pH 监测结果为弱酸、非酸或碱反流,就是这种情况。第二,抑酸治疗只能降低反流物中的酸度,可在一定程度上减轻反流物中的酸性物质对食管黏膜及其他组织的损害,但对反流本身没有作用,而且可能因为抑制胃酸而削弱了胃的消化能力,导致反流加重。第三,抑酸治疗停药后容易复发,而长期维持治疗所产生的不良反应甚至比反流本身的后果还严重。

从疾病分类上看,GERD 不是酸分泌异常疾病,而是属于胃肠动力障碍性疾病,反流只是一个结果,由胃肠动力导致胃及十二指肠内容物沿着食管逆行才是问题的症结所在。因此,从治疗原则上看,通过调整胃肠动力“治反”,才是治本之策。西医已经认识到了问题所在,1995 年美国胃肠病学学会制订的第 1 个《胃食管反流病诊疗指南》^[15]就明确指出,除少数是因为结构改变引起外,多数反流都是由消化道动力障碍引起的,特别是食管下括约肌功能减弱、食管廓清功能下降、胃排空延迟、肠动力不足等。如果上述胃肠动力问题能被纠正,反流就会得到控制,也就无需再使用抑制胃酸分泌的治疗手段。这个理念是完全正确的,但由于胃肠蠕动的机制十分复杂,胃内容物能够顺利沿着消化道下行是多因素共同参与的结果,胃食管反流则是多种因素导致胃及十二指肠内容物逆而上行,传统的促胃肠动力药物治疗反流的效果并不理想,因此仍然不得不以抑酸治疗作为主要手段,这也是为什么 2013 年美国胃肠病学学会在指南更新版本中却删除了如此重要的内容^[16],形成了理念与实践的背离。

白教授认为,从中医角度而言,GERD 的治疗要坚持治病求本的原则,要见酸不治酸,通过调整胃肠

道动力,使胃气自然下行,不治酸而酸自止^[17]。反酸不意味着胃酸分泌过多,中医治疗反酸的道理也不是抑制胃酸分泌,而是使其回归到原本的位置,从根本上解决反酸的问题。

5 通督降逆

针对 GERD 的治疗,中西医诊疗共识都以药物治疗为主,白教授强调应该重视非药物疗法特别是针灸治疗的作用,避免重药物而轻针灸。一方面,PPI 停药后复发率很高,并且长期服药不良反应较大,按照一般共识和指南的要求,药物的治疗周期是 8~12 周,但由于患者症状得不到根本缓解,长时间服药的状况很普遍。中药如果治疗不当,不良反应也不容忽视,不但苦寒伤胃、滋腻之品碍胃,而且虚不受补的情况也比较常见,还有寒热错杂的情况,都给中医临床疗效带来不利的影响。另一方面,针灸调节胃肠动力的作用显著,GERD 本质上属于胃肠动力障碍性疾病,针灸可通过刺激穴位、调节神经-内分泌-免疫系统发挥对胃肠道运动的综合调节作用,在治疗 GERD 方面有明显的优势^[18]。针灸的降胃气,也不是强降,而是使胃气自然下行,正如华岫云评价《临证指南医案·脾胃》^[19]所言:“所谓胃宜降则和者,非用辛开苦降,亦非苦寒下夺,以损胃气,不过甘平,或甘凉濡润,以养胃阴,则津液来复,使之通降而已矣”。

在具体穴位应用上,白教授非常重视督脉的穴位。传统针灸治疗 GERD 以腹部任脉穴位、足阳明胃经在腹部及下肢的穴位以及背俞穴为主,最新版《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》^[14]中所推荐的穴位就包括中脘、天枢、足三里、脾俞、胃俞等。白教授在临床实践中发现,GERD 患者督脉的至阳穴及其上下棘突间的压痛反应比较明显,依据“以痛为腧”的原则,在这些部位针刺结合刺络拔罐放血,可以获得很好效果^[13]。在此基础上创立了通督降逆法治 GERD,即以督脉背段 T₃~T₁₂ 棘突下经穴及非经穴进行针刺,包括身柱、T₄(非经穴)、神道、灵台、至阳、T₈(非经穴)、筋缩、中脘、脊中及 T₁₂(非经穴),并在压痛最显著的部位点刺拔罐放血。中医认为督脉为阳脉之海,总督诸阳,可鼓舞周身阳气,调整内在脏腑功能。至阳平膈俞,介于上中二焦之间,内应膈肌,位置几乎与食管下括约肌相平,胃食管反流患者常会在此穴附近出现疼痛、酸胀不适、发热或寒凉感,其出现压痛也是气血瘀阻不通的表现,点刺拔罐放血能祛瘀通络,即《灵枢·九针十二原》所谓“菀陈则除之”之意,从而使

人体机能恢复到平衡状态。从现代医学来看,与胃相关的神经节段主要分布在背部 T₅~T₉之间,其从脊髓侧角发出相应的神经纤维,最后分布于消化系统相应的脏器(主要为胃和肠),为胃和督脉背段联系在一起提供了依据。

在治疗的同时,白教授也强调胃病要“三分治七分养”,所谓养胃就是不伤胃,是预防和治疗胃食管反流病的根本之策。三餐进食要有规律、有节制,不暴饮暴食,不进食过量辛辣、寒凉之品,进食后不做剧烈运动、不立刻平卧,睡前不进食等,这些对脾胃功能的养护均有很好的作用。此外,精神因素对脾胃影响很大,过度的喜怒、忧愁、思虑、紧张等不良情绪均会伤及脾胃,诱发或加重胃食管反流病,因此应嘱患者保持良好的心态和愉悦的心情,控制并调整好情绪,从而避免胃食管反流的复发。

6 小结

GERD 作为消化系统常见的疾病之一,发病率高、危害大,需引起医者的重视,因其疾病的特殊性和症状的多样性给临床的诊断和治疗带来了一定的困难。因此,临床上在诊治 GERD 时,应正确认识 GERD 存在的五大误区,避免因症状的广泛性而抓错主症导致误诊;避免其涉及的器官多而误辨病位;避免拘于热症之常而误辨病性;避免只考虑疾病的现象而出现见酸治酸;避免只重视中西医药物治疗而轻视针灸等中医外治疗法。做到抓好主病、慎审病位、明辨病性、见酸不治酸、重视中医外治的治疗作用,尤其是通督降逆的针灸疗法,发挥好中医药的特色和优势,才能增强临床疗效,减轻 GERD 患者的病痛,提高其生活质量。

参考文献

- [1] 汪忠镐,吴继敏,胡志伟,等.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] 国内首家“胃食管反流病”中医特色(针灸)诊疗中心落户常熟[EB/OL].(2019-06-27)[2020-05-03].https://www.sohu.com/a/323423011_812031.
- [3] Kennedy JH. “silent” gastroesophageal reflux: an important but

- little known cause of pulmonary complications[J]. Dis Chest, 1962, 42(1): 42-45.
- [4] 白兴华. 胃食管反流病的中医诊治思考[J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(1): 11-14.
- [5] 甄晓敏,周海艳,刘绍能. 难治性胃食管反流病原因及中医诊治进展[J]. 北京中医药, 2016, 35(9): 901-903.
- [6] Bai XH. Slight reflux: an important but little known phenomenon of gastroesophageal reflux disease [EB/OL]. [2020-03-26]. <https://ssrn.com/abstract=3561348>.
- [7] 代田文志. 针灸临床治疗学[M]. 胡武光编译. 北京: 人民卫生出版社, 1957: 16, 164.
- [8] 吴齐飞,吴继敏,白兴华,等. 胃食管反流病患者在督脉背段的压痛反应规律[J]. 中国针灸, 2014, 34(8): 775-777.
- [9] 李丹慧,于春晓,陈朝明. 胃食管反流病患者督脉背段阳性反应点分布及针刺疗效观察[J]. 上海中医药杂志, 2017, 51(12): 50-53.
- [10] 白兴华. 胃食管反流病: 一种很容易被误辨的疾病[J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(5): 14-19.
- [11] van Handel D, Fass R. The pathophysiology of non-cardiac chest pain[J]. J Gastroenterol Hepatol, 2005, 20(Suppl): S6-S13.
- [12] 余国佩,张正文. 婺源余先生医案[M]. 北京: 学苑出版社, 2016: 57.
- [13] 白兴华. 对《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》的思考[J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(11): 5-10.
- [14] 张声生,朱生樑,王宏伟,等. 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.
- [15] DeVault KR, Castell DO. Guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology[J]. Arch Intern Med, 1995, 155(20): 2165-2173.
- [16] Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease[J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(3): 308-328.
- [17] 白兴华. 见酸不治酸: 针灸治疗胃食管反流病的思路[J]. 上海中医药杂志, 2018, 52(5): 5-7, 17.
- [18] 吴玲君,孙建华. 针灸对胃肠动力的调节作用研究进展[J]. 安徽医药, 2011, 15(11): 1436-1439.
- [19] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 115.

(收稿日期: 2019-11-26, 编辑: 杨立丽)