

基于“怒则气上”理论治疗反流性食管炎的临床研究进展

张艺飞^{1,2,3}, 刘守超^{1,2,3}, 鲁俊如^{1,2,3}, 王柳^{1,2,3}, 王威^{1,2*}

¹天津中医药大学第一附属医院消化科, 天津

²中医国家临床医学研究中心, 天津

³天津中医药大学研究生院, 天津

收稿日期: 2026年5月15日; 录用日期: 2026年6月11日; 发布日期: 2026年6月25日

摘要

中医“怒则气上”理论指出, 肝气郁结而化怒, 进而肝失疏泄, 横逆脾胃, 致中焦气机升降失常, 脾不升清, 胃失和降, 胃气夹胃酸上犯, 表现为吐酸、烧心等诸症, 故其发病与情志因素密切相关, 核心病机为肝胃不和、胃气上逆。近年来, 临床上在治疗反流性食管炎时, 重视身心同治, 改善患者的情绪, 相关临床研究多采用疏肝健脾、理气和胃法, 以达到使肝气调达的目的, 并取得了较好的临床疗效, 包括中药复方、针刺选穴、心理疏导等治疗方案。

关键词

怒则气上, 反流性食管炎, 肝气上逆, 疏肝降逆, 情志疗法

Clinical Research Progress on the Treatment of Reflux Esophagitis Based on the Theory “Anger Causes the Qi to Rise”

Yifei Zhang^{1,2,3}, Shouchao Liu^{1,2,3}, Junru Lu^{1,2,3}, Liu Wang^{1,2,3}, Wei Wang^{1,2*}

¹Department of Gastroenterology, First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin

²National Clinical Research Center for Chinese Medicine, Tianjin

³Graduate School, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin

Received: May 15, 2026; accepted: June 11, 2026; published: June 25, 2026

*通讯作者。

文章引用: 张艺飞, 刘守超, 鲁俊如, 王柳, 王威. 基于“怒则气上”理论治疗反流性食管炎的临床研究进展[J]. 中医学, 2026, 15(6): 235-242. DOI: 10.12677/tcm.2026.156337

Abstract

The traditional Chinese medicine theory “anger causes the qi to rise” indicates that liver qi stagnation leads to anger, which further impairs the liver’s function of free flow, causing it to invade the spleen and stomach horizontally. This results in dysfunction of the middle jiao qi mechanism, failure of the spleen to ascend clarity, and loss of stomach’s descending function. Stomach qi, carrying gastric acid, rebels upward, manifesting as acid regurgitation, heartburn, and other symptoms. Therefore, the onset of this condition is closely related to emotional factors, with the core pathogenesis being liver-stomach disharmony and stomach qi counterflow. In recent years, clinical treatment of reflux esophagitis has emphasized the simultaneous regulation of body and mind to improve patients’ emotional states. Relevant clinical studies have predominantly adopted methods such as soothing the liver and strengthening the spleen, regulating qi and harmonizing the stomach, in order to achieve the goal of promoting the free flow of liver qi, and have achieved satisfactory clinical outcomes. These treatment approaches include traditional Chinese medicine compound formulas, acupuncture point selection, and psychological counseling.

Keywords

Anger Causes the Qi to Rise, Reflux Esophagitis, Liver Qi Uprising, Soothing the Liver and Descending Counterflow, Emotion-Targeted Therapy

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

反流性食管炎(Reflux Diseases, RE)是胃食管反流病(Gastro-Esophageal Reflux Disease, GERD)的常见类型,在亚太地区发病率呈上升趋势,并且在我国每周至少发作1次烧心症状的患病率为1.9%~7.0%,严重影响患者生活质量[1]。现代医学认为,精神心理因素是其重要的诱发和加重因素,发病机制与内脏高敏感性、食管动力异常及黏膜屏障功能下降密切相关。RE的典型表现是烧心、反流,可伴有胸痛、恶心、呕吐、消化不良、嗝气等[2]。中医古籍中虽无此病名,但根据其“烧心、反酸、胸骨后灼痛、嗝气”等主要临床症状表现,可将其归属于“吞酸”、“嘈杂”、“胃脘痛”等范畴。

《素问·举痛论》明确提出:“怒则气逆,甚则呕血及飧泄,故气上矣”[3],揭示了愤怒、郁怒等情志过激可直接导致人体气机紊乱,形成“气上冲逆”的病理状态。肝主疏泄,性喜条达而恶抑郁,若情志不遂,肝气郁结,疏泄失常,则横逆犯胃,致胃气壅滞,失于和降,反而上逆,挟酸水上泛食管,发为本病。因此,“怒则气上”理论为从肝论治反流性食管炎提供了核心理论支点。本文旨在系统综述基于此理论的各类临床研究实例,评估其疗效,并探讨未来研究方向。

2. “怒则气上”理论指导下的中药复方治疗研究

临床治则以疏肝、平肝、清肝、柔肝为主,佐以和胃、降逆、制酸、健脾之法,组方灵活,疗效显著。

2.1. 经典方剂化裁研究实例

柴胡疏肝散类方:多项研究证实其在RE肝胃不和证治疗中的基础地位。例如,李影华等[4]采用柴

胡疏肝散加减治疗肝胃不和型 RE 患者 98 例, 疗程 8 周, 随访 4 周。结果从总有效率、症状积分改善至复发率等方面均明显优于雷贝拉唑肠溶胶囊组($P < 0.05$), 此外在改善内镜下黏膜表现方面, 治疗组与对照组基本相似, 并略高于对照组。王丽娜[5]教授则采用柴胡疏肝散合左金丸治疗反流性食管炎(肝胃郁热证)患者 98 例, 疗程 8 周。结果显示: 观察组患者临床治疗效果高于对照组($P < 0.05$); 而且观察组患者的中医证候积分表现均低于对照组($P < 0.05$)。杨锦等[6]通过网络药理学与分子对接技术, 预测了柴胡疏肝散治疗 RE 的潜在作用靶点, 重点揭示了“情绪-胃肠”双调节路径。如通过下丘脑-垂体-肾上腺轴(HPA 轴)以及肠-脑轴相关靶点来改善患者的情绪问题, 可见此机制更好地诠释了中医“肝气郁结, 横逆犯胃”导致反流性食管炎的病机理论, 为经典方剂的现代化阐释提供了新思路。

半夏泻心汤类方: 针对寒热错杂、肝胃不和证型, 此方应用广泛。其核心机制在于通过“辛开苦降、寒热并用、补泻兼施”之法, 恢复中焦气机平衡, 从病机根源上减少胃气上逆。史振国等[7]观察半夏泻心汤加减治疗肝胃不和证 RE 合并反酸患者 80 例的疗效, 发现其在临床疗效、中医证候评分及改善血清胃泌素(Gastrin, GAS)、胃动素(Motilin, MLT)水平方面, 均优于单纯使用质子泵抑制剂(Proton Pump Inhibitor, PPI)的对照组($P < 0.05$), 体现了“肝胃同治, 心身并调”的优势。此外刘诗淇等[8]则通过对 7 种中药对比质子泵抑制剂治疗反流性食管炎疗效的网状 Meta 分析发现半夏泻心汤 + PPI 提高 RE 患者内镜有效率、提高 MLT 水平以及降低复发率的效果最佳, 该研究通过现代理论证实了半夏泻心汤的临床推广价值。

旋覆代赭汤类方: 此类方长于降逆化痰, 益气和胃, 其是张仲景为治疗胃气虚弱, 痰湿内阻, 气机上逆所致“心下痞硬, 噎气不除”而设, 是临床上治疗反酸, 呕吐的常用基础方。相关研究表明, RE 患者普遍存在食管动力差、抗反酸能力弱的问题, 远端收缩积分(Distal Contractile Integral, DCI)、上括约肌压力(Upper Esophageal Sphincter Pressure, UESP)和食管下括约肌压力(Lower Esophageal Sphincter Pressure, LESF)均是反映食管动力学的指标[9]。在此基础上, 郑慧敏[10]教授以旋覆代赭汤为基础联合柴平汤, 治疗肝胃不和型 RE 患者 45 例, 结果显示: 观察组 DCI、UESP、LESF、GAS、MTL 水平均较对照组高($P < 0.05$), 表明柴平汤联合旋覆代赭汤可以明显提高 RE 患者胃、食管动力水平。此外在动物实验方面, 景燕燕等[11]通过旋覆代赭汤对大鼠急性反流性食管炎的作用及机制研究, 结果显示旋覆代赭汤可影响磷脂酰肌醇 3 激酶(PI3K)/蛋白激酶 B (AKT)信号通路、炎性因子的释放及细胞凋亡, 从而保持 RE 大鼠食管黏膜完整性, 对其发挥更好的保护作用。

2.2. 名中医经验研究

临床医家根据“怒则气上”病机, 形成了独具特色的个人经验并创制了许多有效方剂。陈颜[12]教授善于从“气机升降理论”论治 RE, 重视疏肝理气, 其认为由于现代社会节奏加快, 精神压力增加, 导致患者长期精神紧张, 情绪烦躁、焦虑易怒, 致使肝气郁结, 失于疏泄, 克犯脾胃, 木郁土壅, 中焦气机升降失调, 加重胃气上逆表现为反酸、呕吐等症状。谢晶日教授[13]认为 RE 起病于郁, 无郁不成酸, 治疗上从郁论治, 采用清肝理气以达木郁, 分消湿热以夺土郁, 清肃肺金以宣达肺郁, 治病求本, 切中病机, 临床疗效颇佳。郝海蓉教授[14]结合前人经验和临床实践, 认为反流性食管炎的主要病机为“肝脾不和, 胃气上逆”, 基于“通降理论”, 其临床多运用“理胃顺肠”“调肝扶脾”法。国医大师李佃贵教授[15]根据其多年临床经验, 从“浊毒理论”的观点出发, 认为 RE 与情志不遂密切相关, 病机主要由肝气郁结, 浊毒阻滞, 浊气上逆所致。此外王小奇教授[16]则认为难治性反流性食管炎属中医吐酸疾病范畴, 强调肝气郁滞为当代吐酸病之核心病机, 肝气郁滞既可横逆犯胃, 直接影响胃气通降功能, 又能变生热郁、痰郁、食郁、血郁, 加重胃气上逆, 故以六郁理论为基础, 提出理气为本、兼顾他郁、和胃为旨的总治则。由此可见, 众多名老中医均认为情志郁结是 RE 的重要诱发因素, 并且分别从气机升降、郁论、通

降、浊毒、六郁等不同角度阐释 RE 的核心病机为“肝郁气逆”。

2.3. 中西医结合治疗研究

临床上中西医结合治疗主要为 PPI 与中药汤剂联用，旨在协同增效、减少西药用量及副作用。陈锦锋[17]教授将 90 例肝胃不和型 RE 患者分为三组：单纯雷贝拉唑组、单纯中药方剂组、中西医结合组。治疗 8 周后，中西医结合组在减轻临床症状和促进短期食管黏膜修复方面均表现出最佳疗效($P < 0.05$)，充分体现了中西医结合治疗的优势。此外苗丽等[18]的 Meta 分析(纳入 8 篇文献，共 625 例患者)得出结论：加减半夏厚朴汤联合 PPI 治疗 RE，在提高临床总有效率、胃镜下有效率方面显著优于单用 PPI。因此以上现代研究充分证明中西医结合治疗的临床优势，值得进一步推广和应用。

3. 中医特色疗法研究

3.1. 常规针刺治疗

基于“怒则气上”理论，针灸通过经络辨证选穴，直接调节肝脾胃气机，以实现“疏肝理气、和胃降逆”的目的。全国名中医杨俊[19]教授善于调理人体气机升降来论治 RE，通过针刺气海、天枢(左)、足三里、公孙、内关、上腕、中腕、下腕等穴以恢复脾升胃降；针刺天突、华盖等穴肃降肺气以恢复肝升肺降。此法在临床应用有显著的疗效。此外郭阳青[20]和朱志强等[21]在治疗肝胃郁热型 RE 患者时则选用天突、鸠尾、中腕、梁门、内关、足三里、太冲等穴，在改善症状方面取得了良好的效果。易越等人[22]在针灸治疗反流性食管炎的选穴规律分析中得出“中腕 - 足三里”是针灸治疗 RE 的核心穴对，其中“中腕、足三里、胃俞、内关”是核心穴处方。而王艳[23]教授则运用五行针针灸治疗 RE 伴睡眠障碍的患者 60 例，临床结果显示针灸组治疗总有效率优于西药组，并且能明显改善 GERD 的临床症状，尤其在改善睡眠方面疗效明显，能综合提高 GERD 伴睡眠障碍患者的生存质量。因此针灸通过辩证针刺选穴的方法，可有效调节中焦枢纽的气机升降，使肝气调达，脾升胃降，从而得到不错的临床治疗效果。

3.2. 电针应用

在针刺后“得气”的基础上，通过电针仪输出特定电波来持续刺激穴位。王洪俊等[24]通过观察电针对 RE 模型大鼠血浆胃动素水平的影响后发现，电针足三里能够纠正消化道功能紊乱并明显提高血浆胃动素水平，从而可促进食管下括约肌(Lower Esophageal Sphincter, LES)功能的恢复增加 LES 的压力，防止胃酸反流促进疾病的恢复。此外杨智骏等[25]则用旋金降逆汤联合电针足三里治疗 RE (肝胃郁热型)患者，治疗 8 周后发现，相比于单独使用旋金降逆汤(临床总有效率 68.57%)、电针足三里(临床总有效率 57.14%)以及单独使用奥美拉唑(临床总有效率 71.43%)，使用旋金降逆汤联合电针足三里的临床疗效最高(91.43%)。因此通过以上临床研究，可以发现治疗 RE 的众多方法中，电针与药物联合应用是一个不错的选择。

3.3. 耳穴及中药贴敷

耳穴及中药贴敷是中医外治方法的重要体现。彭卓崙等[26]基于多年临床经验，采用耳穴(胃、肝、脾、胰胆、神门、小肠、皮质下、隔区敏感点、交感)贴敷联合加味旋代颗粒治疗胆汁反流性胃炎患者，治疗 4 周后发现加味旋代颗粒联合耳穴贴敷对于胆汁反流性胃炎临床症状、胃镜征象均有明显改善。吴练红[27]教授则运用中药穴位贴敷的方法，选穴有中腕、足三里(双侧)、太冲(双侧)、内关(双侧)、公孙(双侧)、期门(双侧)、肝俞(双侧)、胃俞(双侧)，9、10、12 胸椎脊突下各旁开 0.5 寸夹脊穴治疗 RE 患者 42 例，治疗 4 周后，结果显示 42 例中，显效 17 例，有效 21 例，无效 4 例，有效率为 90.48%。因此 RE 患

者在常规治疗方案中可以辅以耳穴及中药贴敷治疗,其充分体现了中医特色疗法的优势,值得临床推广。

4. 情志与行为心理干预研究

直接针对“怒”之源头进行干预,是“治病求本”的体现,已成为综合治疗的重要组成部分。治疗方案中既包含了对脏腑气血的调整,也涵盖了对认知、情绪的心理性疏导,这便不再是简单地抑制愤怒情绪,而是帮助个体从根源上恢复气血的平和、脏腑的稳定,最终实现真正的“阴平阳秘,精神乃治”等。

4.1. 结构化心理治疗

认知行为疗法(CBT): CBT 已成为难治性 GERD、非糜烂性胃食管反流病(Non-Erosive Reflux Disease, NERD)、功能性烧心和食管高敏感综合治疗中的重要一环,尤其适用于症状与焦虑/压力密切相关、或对 PPI 治疗反应不佳的患者。Eriksson-LiebonM 等[28]发表在国际期刊上的一项随机对照试验中虽针对的是非心源性胸痛(很多是 GERD/食管高敏感),但证明了心理干预对食管源性胸痛的有效性,为后续研究铺路。美国胃肠病学会(ACG)胃食管反流疾病诊断与管理临床指南[29]指出对于 PPI 反应不佳的 RE 患者,应考虑非酸反流或食管高敏感,并正式推荐行为疗法和 CBT 作为功能性烧心和反流高敏感的治疗手段。此外陈定玉等[30]通过观察认知行为疗法联合疏肝健脾渗湿方治疗胃食管反流病的临床疗效,结果此治疗方案能较快改善肝郁脾虚型 GERD 患者临床症状、焦虑及抑郁状态,并能有效降低 GERD 复发率。覃益等[31]则通过观察认知行为疗法在治疗非糜烂性反流病合并疑病症患者的临床疗效中得出结论,此疗法显著改善非糜烂性反流病合并疑病症患者的胃食管反流症状,同时明显降低患者疑病、焦虑、抑郁等心理障碍,大幅提高患者生活质量,值得临床上进一步推广。

正念减压疗法(MBSR): MBSR 为新型护理方式之一,此方法能够给予患者心灵关怀及情绪安抚,通过对其进行正性心理引导,确保患者处于平静舒适状态下进行治疗,从而有助于患者病情好转并在一定程度改善患者生活质量[32]。基于此方法,倪丽萍等[33]观察正念减压疗法对胃食管反流患者的应用效果,通过比较干预前、干预 4 周后及干预 8 周后患者焦虑自评量表、抑郁自评量表、胃食管反流病问卷评分情况。得出结论正念减压疗法可改善胃食管反流病患者焦虑、抑郁状态。因此在治疗 RE 患者的过程中,充分关注并改善患者的心理状态,可以达到事半功倍的效果,从而取得不错的临床疗效。

4.2. 中医情志疗法

《素问·举痛论》明言:“百病生于气也。怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下……思则气结。”此乃情志致病之总纲。此外依《内经》五行理论,角音入肝,可疏肝解郁;宫音入脾,能安神宁心。针对性地聆听,可达“乐以和神”之效。受此启发,马鹏莉等[34]使用中医五音疗法联合穴位贴敷辅以西药治疗胃食管反流病,观察组给予中医五音疗法联合穴位贴敷疗法辅以西药治疗,对照组给予单纯西药治疗,对比两组的临床症状积分、临床疗效、治疗后胃镜下表现及焦虑状态。结果显示观察组、对照组总有效率各为 93.3%和 70.0%,观察组临床疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。由此可见中医情志疗法治疗胃食管反流能有效改善情绪,改善症状。

5. 综合治疗策略

中药复方可整体调节肝脾胃气机,同时改善反流症状与情绪共病,其优势在于作用靶点比较广泛,但需面对临床医生辨证准确,起效作用慢,患者长期服用的依从性挑战,此方式较适用于轻中度 RE 患者,尤其是证型为肝胃不和、肝胃郁热证,PPI 部分应答者以及不愿长期使用 PPI 的患者。然而相比于中药汤剂而言针刺起效较快,无药物相互作用,对功能性烧心、内脏高敏感有独特价值,但需要专业操作,

部分患者畏惧针刺,维持疗效需多次治疗。此外心理行为干预疗法针对“怒”之根源,长期获益明确,可显著降低复发风险,改善生活质量。然而此法资源可及性有限,患者接受度不一,且需患者主动参与。因此患者存在明显焦虑、抑郁、疑病或躯体化倾向时以及面对难治性 RE、青少年或妊娠期等特殊人群可尝试此疗法。中西医结合是目前临床上的主流治疗方式,其可以协同增效,快速控制症状并减少 PPI 用量,降低长期使用 PPI 风险,但是会额外给患者增加治疗费用,且需评估联合用药的安全性。因此,在面对不同的患者时,可按需选择以上疗法。

6. 作用机制现代研究探讨

近年来,许多研究开始从现代科学角度阐释“怒则气上”与 RE 关联的生物学基础。

6.1. 脑 - 肠轴与内脏高敏感

有研究认为,“怒”可通过激活 HPA 轴,影响中枢对内脏感觉的处理,HPA 轴的紊乱,会导致促肾上腺皮质激素释放激素(Corticotropin Releasing Hormone, CRH)、促肾上腺皮质激素(Adrenocorticotropic Hormone, ACTH)、皮质醇、5-羟色胺(5-HT)等分泌失常,促进促炎因子的分泌,改变肠动力和增强疼痛敏感性,从而诱导 RE 的发生[35]。基于此,樊蔚虹等[36]研究发现柴胡疏肝散可显著上调抑郁模型大鼠海马区糖皮质激素受体蛋白表达水平,进而抑制下丘脑 CRH 合成及外周循环中 ACTH 与皮质酮(Corticosterone, CORT)浓度,因此该研究提示柴胡疏肝散可能通过影响海马区调节 HPA 轴功能亢进来发挥作用。

6.2. 食管动力与屏障功能

有研究表明焦虑、抑郁状态与 LES 静息压力、DCI、大型蠕动中断百分比具有相关性,LES 静息压、DCI 均随着焦虑、抑郁的程度加重而越来越低($P < 0.05$);大型蠕动中断百分比则随着焦虑、抑郁的程度加重而增加($P < 0.05$) [37]。此外亦有研究表明柴胡和胃方可能通过影响大鼠体内蛋白激酶受体 2 (Protease-Activated Receptor 2, PAR-2)信号通路,从而来改善食管运动相关肌肉的收缩[38]。所以纠正患者焦虑、抑郁的状态,对于恢复食管动力与屏障功能而言十分重要。

6.3. 肠道微生态

肠道微生态是人体最大的微生态系统,其与 RE 存在密切的联系。有研究表明小肠细菌的过度增长会导致肠腔内代谢增加,进而使小肠运动障碍和气体潴留,而小肠运输延迟会影响胃排空时间,进而导致或加重食管反流[39]。并且肠道微生态与患者抑郁、焦虑状态密切相关。相关动物实验表明,在相同的外部应激刺激下,正常或无特定病原体(Specific Pathogen Free, SPF)小鼠比无菌小鼠表现出更多的焦虑及抑郁样行为,而益生菌治疗具有抗抑郁和抗焦虑的效果[40]。此外肠道微环境还可以对中枢神经系统产生重大影响,引起焦虑、抑郁等精神心理障碍的发生,从而加重 RE 的症状,而 RE 又会诱发焦虑、抑郁等精神心理障碍,从而形成恶性循环[41]。

7. 结论

综上所述,基于“怒则气上”理论来论治 RE 显示出中医药在调节情绪、改善食管动力、缓解反流症状等方面的独特优势。优势在于其不仅仅是治疗单一病种,而是在中医学“辨证论治,整体观念”理论的指导下进行身心同治。正如《素问·上古天真论》所言:“恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来?”因此众多中医大家的临床经验及现代研究结果表明,疏肝理气、和胃降逆之法在 RE 的治疗中具有重要的临床价值和应用前景。

然而,必须指出当前研究仍存在一定不足。首先是证据质量有限,多数临床研究为单中心、小样本

研究, 缺乏严格设计的多中心、大样本、双盲随机对照试验, 可能存在发表偏倚。

此外远期疗效仍不明确, 多数研究随访期较短, 对于复发率、食管黏膜愈合的持久性等缺乏长期随访数据支持。而且潜在风险未被充分讨论, 例如中药复方的长期安全性、与 PPI 等西药的潜在相互作用, 以及针刺疗法可能带来的疼痛、感染等不良反应, 在纳入文献中鲜有系统报告。最后必须提出在客观指标整合方面存在一定的不足, 虽然部分研究使用了胃镜、食管测压等客观指标, 但多数仍以症状积分改善为主要终点, 食管 pH 监测、阻抗-pH 监测等客观反流参数的应用尚不普及。

未来可多进行临床随机对照试验, 完善相关疗效评价指标, 为治疗 RE 提供更有力的循证医学和临床试验数据的支持。基于此可开展相关临床研究的随机对照试验, 不再笼统地纳入所有 RE 患者, 而是针对特定情况下, 如: 高焦虑特质、伴功能性烧心、对 PPI 部分应答者等设计试验, 验证“疏肝降逆”疗法在该类人群中的优势。在预后方面, 可设计“阶梯-停药”或“降阶梯”研究, 鉴于目前 PPI 长期使用的顾虑, 可设计在 PPI 的标准治疗基础上联用中医药, 成功后尝试减少 PPI 剂量或停药, 观察中医药对维持缓解、降低 PPI 依赖性的贡献。此外, 针对样本量局限性, 可充分利用医院信息系统和随访登记数据, 开展大样本、长周期的真实世界研究, 重点评估复发率、食管黏膜愈合持久性及患者报告量表等, 弥补 RCT 随访不足的缺陷。

参考文献

- [1] 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.
- [2] El-Serag, H.B., Sweet, S., Winchester, C.C. and Dent, J. (2014) Update on the Epidemiology of Gastro-Oesophageal Reflux Disease: A Systematic Review. *Gut*, 63, 871-880. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-304269>
- [3] 王冰(注), 田代华(整理). 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [4] 李影华, 苏冬梅, 白桦. 柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型反流性食管炎 98 例的临床观察[J]. 世界中医药, 2016, 11(8): 1437-1439.
- [5] 王丽娜. 柴胡疏肝散合左金丸加减治疗反流性食管炎(肝胃郁热证)的临床研究[J]. 内蒙古中医药, 2025, 44(6): 54-56.
- [6] 杨锦, 王睿. 基于网络药理学与分子对接揭示柴胡疏肝散治疗反流性食管炎的“情绪-胃肠”双调节机制[J]. 中医临床研究, 2025, 17(33): 52-60.
- [7] 史振国, 葛鹤年, 尹泉. 半夏泻心汤加减治疗肝胃不和证反流性食管炎合并反酸临床研究[J]. 新中医, 2023, 55(18): 6-9.
- [8] 刘诗琪, 崔永康, 苟小军. 7 种中药对比质子泵抑制剂治疗反流性食管炎疗效的网状 Meta 分析[J]. 中国医院用药评价与分析, 2024, 24(11): 1367-1375.
- [9] 张北华, 周秉舵, 唐旭东. 胃食管反流病中医诊疗专家共识(2023) [J]. 中医杂志, 2023, 64(18): 1935-1944.
- [10] 郑慧敏. 柴平汤联合旋覆代赭汤治疗反流性食管炎肝胃不和证的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2025, 32(3): 543-545.
- [11] 景燕燕, 刘军舰, 彭程, 等. 旋覆代赭汤对大鼠急性反流性食管炎的作用及机制研究[J]. 时珍国医国药, 2025, 36(14): 2656-2661.
- [12] 陈佳慧, 陈颜. 从“气机升降理论”论治反流性食管炎的经验[J]. 中国现代医生, 2025, 63(32): 81-83.
- [13] 黄岩, 马卓林, 张嘉玥, 等. 谢晶日教授从郁论治反流性食管炎经验[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2026, 34(1): 68-70.
- [14] 张博文, 郝海蓉, 王鹏伟, 等. 基于“通降理论”治疗难治性反流性食管炎[J]. 实用中医内科杂志, 2025, 39(6): 9-11.
- [15] 白米楠, 刘岩生, 胡贺, 等. 国医大师李佃贵基于“浊毒理论”从“郁、滞、逆”论治反流性食管炎经验[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2025, 33(1): 67-70.
- [16] 王耀东, 邵璐, 魏霞, 等. 王小奇基于六郁理论治疗难治性反流性食管炎经验介绍[J]. 新中医, 2024, 56(22): 205-208.
- [17] 蔡乙冰, 陈锦锋. 疏肝和胃方联合雷贝拉唑钠肠溶片治疗肝胃不和型反流性食管炎临床研究[J]. 新中医, 2025,

- 57(20): 39-44.
- [18] 苗丽, 李玉锋. 加减半夏厚朴汤联合 PPI 治疗反流性食管炎临床疗效的 Meta 分析[J]. 中国处方药, 2023, 21(2): 43-46.
- [19] 付勤, 袁爱红, 解鸿宇, 等. 名中医杨骏从气机升降论治反流性食管炎经验[J]. 陕西中医, 2024, 45(4): 541-544.
- [20] 郭阳青. 针药并用治疗肝胃郁热型反流性食管炎临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(10): 1126-1131.
- [21] 朱志强, 郑颖颖, 李贵, 等. 针药结合治疗肝胃郁热型反流性食管炎 46 例临床观察[J]. 中医杂志, 2017, 58(1): 46-49.
- [22] 易越, 裴丽霞, 陈昊, 等. 针灸治疗反流性食管炎的选穴规律分析[J]. 中国针灸, 2020, 40(5): 557-564.
- [23] 王艳. 应用五行针灸治疗胃食管反流病伴睡眠障碍的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 南宁: 广西中医药大学, 2021.
- [24] 王洪俊, 崔焜, 袁红霞. 电针对反流性食管炎模型大鼠血浆胃动素水平的影响[J]. 天津中医药, 2004, 21(1): 58-61
- [25] 杨智骏, 周泽林, 周文娟. 旋金降逆汤结合耳甲电针治疗反流性食管炎临床疗效研究[J]. 四川中医, 2023, 41(3): 88-91.
- [26] 彭卓蔚, 何慧, 林惠, 等. 加味旋代颗粒联合耳穴贴敷治疗反流性食管炎的临床观察[C]//中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会, 广西壮族自治区中西医结合学会. 第二十一届全国中西医结合消化系统疾病学术会议暨国家级中西医结合消化系统疾病新进展学习班论文汇编. 2009: 88-90.
- [27] 吴练红. 中药穴位贴敷治疗反流性食管炎 42 例[J]. 河南中医, 2011, 31(10): 1149-1150.
- [28] Eriksson-Liebon, M., Westas, M., Johansson, P. and Mourad, G. (2024) Long-Term Effects and Predictors of Change of Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy on Cardiac Anxiety in Patients with Non-Cardiac Chest Pain: A Randomized Controlled Trial. *BMC Psychiatry*, 24, Article No. 216. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05661-y>
- [29] Katz, P.O., Dunbar, K.B., Schnoll-Sussman, F.H., Greer, K.B., Yadlapati, R. and Spechler, S.J. (2022) ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *American Journal of Gastroenterology*, 117, 27-56. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001538>
- [30] 陈定玉, 张遂峰, 罗艳, 等. 认知行为疗法联合疏肝健脾渗湿方治疗 GERD 临床疗效观察[J]. 现代医药卫生, 2021, 37(8): 1342-1345.
- [31] 覃益, 韦照永, 潘丽莹. 认知行为疗法在治疗非糜烂性反流病合并疑病症患者的疗效观察[J]. 现代消化及介入诊疗, 2013, 18(3): 148-151.
- [32] 程金平, 马敏, 张璐. 正念减压干预对伴有焦虑症的胃食管反流病患者睡眠质量及生活质量的影响[J]. 微量元素与健康研究, 2024, 41(3): 7-8+11.
- [33] 倪丽萍, 杜丽云, 丛衍群, 等. 正念减压疗法在胃食管反流病患者中的应用效果研究[J]. 护理与康复, 2021, 20(3): 92-95.
- [34] 马鹏莉, 高超, 谢雪芳, 等. 中医五音疗法联合穴位贴敷辅以西药治疗胃食管反流病的疗效分析[J]. 现代养生, 2022, 22(23): 2039-2041.
- [35] 刘芙蓉, 刘礼剑, 黎丽群, 等. 基于“脑-肠-菌轴”探讨胃食管反流病伴抑郁的研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023, 31(5): 384-390.
- [36] 樊蔚虹, 禹方, 姚建平. 柴胡疏肝散对慢性应激抑郁模型大鼠海马调节 HPA 轴功能的影响[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(1): 50-52.
- [37] 王巍, 崔立红, 王晓辉, 等. 胃食管反流性咳嗽患者精神心理因素与食管动力的相关性研究[J]. 解放军医药杂志, 2016, 28(8): 28-30.
- [38] 何洁, 高圆媛, 王杰, 等. 疏肝和胃方对 GERD 大鼠食管运动功能的影响及机制研究[J]. 时珍国医国药, 2024, 35(4): 813-817.
- [39] Revaiah, P.C., Kochhar, R., Rana, S.V., Berry, N., Ashat, M., Dhaka, N., *et al.* (2018) Risk of Small Intestinal Bacterial Overgrowth in Patients Receiving Proton Pump Inhibitors versus Proton Pump Inhibitors plus Prokinetics. *JGH Open*, 2, 47-53. <https://doi.org/10.1002/jgh3.12045>
- [40] 潘俊希, 谢鹏. 神经精神疾病微生物组研究现状和展望[J]. 生命科学, 2017, 29(7): 669-681.
- [41] Mayer, E.A., Tillisch, K. and Gupta, A. (2015) Gut/Brain Axis and the Microbiota. *Journal of Clinical Investigation*, 125, 926-938. <https://doi.org/10.1172/jci76304>