

基于“因虚致郁”理论探讨胃食管反流病的病机与治法

何幸玲¹, 汪淑娟¹, 姚民武²

1. 广州中医药大学附属广东中西医结合医院, 广东 佛山 528200

2. 广东省中西医结合医院消化内科, 广东 佛山 528200

[摘要] 本文基于“因虚致郁”理论, 探讨胃食管反流病的发病机制, 认为该病的发生与脾胃虚弱密切相关。脾胃气虚为胃食管反流病的发病之本, 气机郁滞为病变之枢, 胃气上逆为致病之标。GERD病程迁延, 常虚实夹杂, 病程演变遵循“由虚致郁、因郁生实、虚实夹杂”的阶段性规律, 可分为初期、中期、后期三个阶段。在临床实践中, 应结合患者具体病情, 分期论治。初期病机以脾虚湿盛为主, 治疗当以健脾益气固其本, 兼顾芳香化湿; 中期呈现土虚木郁、痰气交阻之象, 虚实夹杂, 治疗宜疏肝健脾、理气化痰, 以调畅病变之枢; 后期郁久化火、胃气上逆, 标实症状突出, 治疗需以降逆和胃、清热化痰为主, 以治其标。整个治疗过程中, 需始终顾护脾胃功能, 调畅全身气机, 实现标本兼顾、扶正祛邪的治疗目标。

[关键词] 胃食管反流病; 因虚致郁; 分期论治; 脾胃气虚

[中图分类号] R259 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 13-0158-07

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.13.020

Exploration of the Pathogenesis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease Based on the Theory of "Stagnation Due to Deficiency"

HE Xingling¹, WANG Shujuan¹, YAO Minwu²

1. Affiliated Guangdong Hospital of Integrated Chinese and Western Medicine of Guangzhou University of Chinese Medicine, Foshan Guangdong 528200, China; 2. Department of Gastroenterology, Guangdong Provincial Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Foshan Guangdong 528200, China

Abstract: Based on the theory of "stagnation due to deficiency," this paper explores the pathogenesis of gastroesophageal reflux disease (GERD) and proposes that the onset of GERD is closely related to spleen and stomach deficiency. Spleen and stomach qi deficiency is considered the root cause of GERD, qi stagnation serves as the pivotal mechanism of pathological changes, and adverse rising of stomach qi represents the manifestation of the disease. GERD has a prolonged course, often characterized by deficiency interwoven with excess syndrome. The progression of GERD follows a staged pattern of "stagnation due to deficiency, stagnation generating excess, and excess interwoven with deficiency," which can be divided into three stages: early, middle, and late. In clinical practice, stage-specific treatment should be adopted according to the individual condition. In the early stage, the pathogenesis is mainly characterized by predominant dampness due to spleen deficiency. Treatment should focus on strengthening the spleen and reinforcing qi to support healthy qi, while also incorporating aromatic herbs to transform dampness. In the middle stage, the condition presents as earth deficiency with wood stagnation, complicated by internal block and accumulation of phlegm and qi, reflecting deficiency interwoven with excess syndrome. Treatment should focus on soothing the liver, fortifying the spleen, regulating qi, and resolving phlegm to address the pivotal mechanism. In the late stage,

[收稿日期] 2025-05-29

[修回日期] 2026-04-08

[作者简介] 何幸玲 (1998-), 女, 医学硕士, 中医师。

[通信作者] 姚民武 (1965-), 男, 主任中医师, 硕士研究生导师。

prolonged stagnation transforms into fire, with adverse rising of stomach qi, giving prominence to excess manifestations. Treatment should focus on descending adverse flow of qi, harmonizing the stomach, clearing heat, and resolving phlegm to address the manifestations. Throughout the entire treatment process, attention must be consistently paid to protecting and nurturing the normal functions of the spleen and stomach, regulating systemic qi dynamics, to achieve the therapeutic goals of addressing both root and manifestation, and supporting healthy qi while eliminating pathogenic factors.

Keywords: Gastroesophageal reflux disease; Stagnation due to deficiency; Stage-specific treatment; Spleen and stomach qi deficiency

胃食管反流病(GERD)是指由胃十二指肠内容物反流至食管或口腔引起不适症状和(或)并发症的一种慢性疾病^[1]。其临床症状多样,可分为食管综合征与食管外综合征。根据有无食管黏膜损伤,内镜下可分为非糜烂性反流病、反流性食管炎和 Barrett 食管 3 种表现亚型。一项 Meta 分析显示,GERD 的全球患病率高达 13.98%^[2],我国的 GERD 总体患病率为 8.7%^[3],且患病率呈上升趋势^[4]。GERD 的发生与食管下括约肌松弛、食管廓清功能异常、胃排空障碍、腹内压增高及肥胖等有关^[5]。质子泵抑制剂是治疗 GERD 的首选药物,但约 50% 的 GERD 患者疗效不佳^[6]。难治性 GERD 临床治疗难度较大,中医药疗法能从整体观与辨证论治出发,在 GERD 的治疗中发挥独特优势^[7]。GERD 归属于中医学吐酸、食管瘕范畴^[8]。国医大师李世增认为,形成 GERD 胃气上逆症状的主要病机是脾虚肝郁,脾胃升降失调,脾虚肝郁证为 GERD 的主要证型,以健脾益气、疏肝理气、祛湿化痰为主要治法,恢复气机的正常升降^[9]。“因虚致郁”理论认为脏腑气血阴阳不足是郁证发生的基础,该观点为从“因虚致郁”角度探讨 GERD 的病机与治法提供了理论依据。探讨如下。

1 “因虚致郁”理论溯源

“因虚致郁”理论的形成植根于中医经典

理论体系。《素问·灵兰秘典论》曰:“脾胃者,仓廪之官,五味出焉。”该论述强调脾胃为后天之本、气血生化之源,若脾胃虚弱、纳运失司,则气血生化不足,五脏失于濡养而出现功能的虚损,为疾病发生的内在基础。后世医家在《黄帝内经》思想的基础上,进一步深化了对“虚”与“郁”关系的认知。张仲景在《金匮要略·妇人杂病脉证并治》中论及用甘麦大枣汤治疗妇人脏躁,体现了“补心脾之虚以解郁”的思路,开“因虚致郁”辨证论治之先河。元代李东垣在《脾胃论》^[10]中提出“百病皆由脾胃衰而生”,认为脾胃功能不足是疾病发生的根源。张景岳整合历代医家观点,进一步厘清了“虚”与“郁”的辨证关系,其在《景岳全书·郁证》^[11]中言:“又若忧郁病者,全属大虚,本无邪实。”强调虚是郁证的核心病机,完善了“因虚致郁”理论的学术框架。

2 GERD 的发病机制

现代医学认为,GERD 是多种因素共同作用的结果。首先,解剖结构异常与功能异常是核心环节,包括食管下括约肌压力降低或一过性松弛,导致胃内容物反流^[12];胃排空延迟和十二指肠胃反流进一步加重反流物对食管的损伤^[13]。其次,黏膜屏障破坏是直接致病因素,反流物中的胃酸、胆汁酸及胃蛋白酶可破坏食

管上皮紧密连接蛋白^[14], 导致炎症发生, 形成“炎症-修复”恶性循环。焦虑、抑郁等心理因素可通过下丘脑-垂体-肾上腺轴亢进加剧黏膜损伤^[15]。综上, GERD是由解剖功能异常、黏膜防御削弱等多层次交互反应导致的疾病。

研究表明, 脾胃虚损患者常伴有胃排空延迟, 胃酸分泌过多, 这与GERD食管下括约肌功能障碍、胃排空延迟等发病机制与症状吻合^[16-17]。郝娅宁等^[18]通过食管动力学检查与中医证型的相关性研究证实, 脾虚可影响食管下括约肌功能, 与食管下括约肌松弛致反流的机制相契合。李岩等^[19]通过大鼠建模实验证实, 脾虚证可通过减少胃黏膜黏液凝胶(MUC5AC)的含量, 损伤胃黏膜屏障功能。雷长国等^[20]的研究表明, 肝郁证可导致血清胃泌素下降, 引起食管下括约肌功能异常与胃肠动力障碍, 增加发生GERD的风险。因此可以认为, 脾虚肝郁的病机与GERD的发病机制相切合。

3 基于“因虚致郁”理论探讨GERD的病机及病程演变规律

中医认为, 脾胃居中焦, 为气机升降之枢纽。若脾胃运化无力, 必致气机升降失常, 胃气不降反升, 进而引发浊气上逆, 出现反流症状。水湿停滞中焦, 会进一步阻滞气机, 加重升降失司。中焦气机不畅, 又会影响肝主疏泄的功能, 导致肝气郁结、横逆犯胃, 胃气上逆加重, 最终发为GERD。因此, 脾胃虚弱是整个病理过程的起点, 气机郁滞是关键环节。

GERD病程演变遵循“由虚致郁、因郁生实、虚实夹杂”的阶段规律, 可分为初期、中期、后期三个阶段, 病机侧重与临床表现各有不同。

3.1 初期以脾胃气虚为发病之本 此时正气已虚而邪实未盛, 气机阻滞初现却未成郁, 症见胃脘隐痛、纳呆腹胀、反酸时作、神疲乏

力、舌淡苔白、脉细弱。典型表现为反酸多因进食诱发, 休息或进食温热饮食后可缓解, 情志因素尚未介入。故脾胃气虚为发病之本, 运化失司为病变之始, 湿浊内停为郁滞之渐, 此期为GERD初发表现, 程度轻。

3.2 中期以气机郁滞为病变之枢 脾胃气虚日久, 气机升降失司, 可导致肝失疏泄、气机郁滞, 气血运行不畅。土愈虚则木愈横逆, 脾愈虚则升清降浊功能愈弱, 胃气上逆随之加重, 发为GERD, 患者多伴有情志不畅、胸胁胀满等典型症状。此外, 脾胃气虚、运化失常致湿浊内生, 湿浊阻滞气机升降, 进一步影响胃之和降, 形成痰湿内阻之证; 加之气机郁滞日久, 痰与气相互搏结, 若阻滞于咽喉, 则发为梅核气, 表现为咽喉异物感, 吐之不出、吞之不下; 中阻胸膈则见暖气、腹胀, 上逆食管则引发反流。此期以肝郁为病变之枢, 肝脾不和为核心病机, 痰气交阻为主要特征。

3.3 后期以胃气上逆为致病之标 此阶段病变多表现为标实之象, 痰火循经上炎, 侵袭食管, 灼伤食管黏膜, 进而出现烧心、灼痛、反酸频作、口苦口干、胸骨后灼痛、吞咽不利等症状, 其中烧心、胸骨后灼痛、吞咽不利、口干口苦等热象为后期的特征表现。并可见食管黏膜损伤显著, 有糜烂、溃疡等表现, 反流症状持续且剧烈, 还常伴随发生Barrett食管等癌前病变的风险。《丹溪心法》^[21]有云: “气郁则火自内生, 痰随火升。”阐明了气郁日久, 从阳化热, 进而灼津生痰, 痰火循经上炎的病理过程。故“郁久化火”为病变发展的关键环节, “逆气上冲”为致病之标, 痰热互结为核心病理产物。此期标志着病机从单纯的功能性失调, 向食管、黏膜器质性损伤演变, 炎症反应持续激活, 形成利于病变进展的微环境, 进而推动GERD的发生发展。

4 基于“因虚致郁”理论治疗GERD

GERD以脾胃气虚为发病之本，气机郁滞为病变之枢，胃气上逆为致病之标。初期以脾胃气虚为主，兼见湿浊内停，中期土虚木郁、痰气交阻而虚实并见，后期郁久化火、胃气上逆而标实突出，呈现因虚致郁、郁久生实、虚实夹杂的动态演变规律。治疗当分期论治，初期健脾益气以固其本、兼顾芳香化湿，中期疏肝健脾、理气化痰以调其枢，后期降逆和胃、清热化痰以治其标，全程顾护脾胃，调畅气机。

4.1 初期健脾益气、芳香化湿以治其本 此期病机以脾胃气虚为主，兼见湿浊内停，治宜健脾益气、芳香化湿。《医方集解》^[22]云：“治脾胃者，补其虚，除其湿，行其滞。”香砂六君子汤为此法的代表方剂，组方精妙，融补、行、化于一体。方中人参、白术为君，人参甘温，大补元气，白术苦温，健脾燥湿，二者相须为用，共奏补脾益气燥湿之功；茯苓、甘草为臣，茯苓淡渗利湿，助白术健脾燥湿，甘草和中调药，兼缓急止痛；陈皮、法半夏为佐，理气化痰，降逆和胃；木香、砂仁为使，芳香醒脾，化湿行滞。全方补而不滞，温而不燥，符合脾胃气虚，湿浊内生之病机。现代药理学研究表明，人参及其化学成分可调节脾胃、提高免疫力^[23]。白术挥发油具有明显调节胃肠运动和胃肠功能的作用^[24]。山药中的淀粉酶能促进食物中淀粉的分解，增强胃肠道的消化与吸收功能^[25]。

湿浊内生是脾虚的重要表现，通过芳香化湿，可以消除湿浊，恢复脾胃的正常功能。临床常用药物包括藿香、佩兰、砂仁等。藿香具有化湿醒脾、止呕的功效；佩兰具有化湿解暑、醒脾开胃的作用；砂仁则具有化湿行气、温中止呕的功效。临床应用时，可根据患者的

具体症状进行加减。对于湿浊较重的患者，可用苍术、厚朴增强化湿。现代药理学研究已证实，藿香所含的挥发油类、黄酮类、酚酸类等多种化学成分具有调节消化系统、抗病原微生物、抗炎和抗氧化等药理作用^[26]。佩兰具有祛痰、抗炎、抑菌、增强免疫力等药理作用^[27]。健脾益气方中还常需配伍行气之品，以防壅滞。白术配木香、砂仁，正合此理。化湿的同时需兼顺利湿与燥湿，茯苓淡渗利湿，法半夏燥湿化痰，二者相辅相成，使湿邪分消。

4.2 中期疏肝解郁、健脾化痰以调其枢 脾虚肝郁为GERD病机之枢纽，治宜疏肝解郁，健脾化痰，以疏解中焦郁滞，恢复气机升降。《成方便读》^[28]强调：“治郁者，必先理气，气行则郁自开。”逍遥散合半夏厚朴汤为常用方剂。逍遥散疏肝与健脾并重，是调和肝脾的经典方。半夏厚朴汤行气散结、降逆化痰，是理气化痰的经典方，专攻“气滞痰凝”，可用于治疗梅核气等相关疾病。气滞血瘀较重者，可配伍川芎、赤芍以增强活血化瘀；焦虑、抑郁严重者，可加郁金、合欢皮以疏肝解郁，改善情志不畅；痰湿较重者，可加瓜蒌、薤白以增强化痰之效；痰瘀互结，症见胸痛如刺、舌质紫暗者，可加桃仁、浙贝母活血通络、清热化痰。另有《医林改错》之血府逐瘀汤，适用于气滞血瘀较重者，其以桃仁、红花活血，枳壳行气，可酌情化裁。

4.3 后期和胃降逆，兼清郁热以治其标 此期胃气上逆，兼有郁火上犯，为GERD标急之候，治当和胃降逆，兼清郁火，以缓标证之急。旋覆代赭汤、左金丸为此法代表。旋覆代赭汤有降逆化痰、益气和胃之效，攻补兼施，专门解决“本虚标实”的顽固性反流。该方以旋覆花降气消痰，代赭石重镇降逆，法半夏、生姜和胃止呕，人参、大枣、甘草补中益气。

左金丸为治疗肝火犯胃证的经典方，有清泻肝火、降逆止呕之效，适用于郁怒化火导致的胃部灼痛、反酸。方中黄连可泻心肝之火，吴茱萸降逆止呕，二者配伍，辛开苦降，调和肝胃。两方合用，可降逆和胃、清热化痰，标本同治。陈清娇等^[29]经研究文献后认为，旋覆代赭汤可有效缓解GERD的症状，改善食管黏膜的损伤，增强胃黏膜的屏障功能，调节胃肠激素的水平。现代药理学研究表明，左金丸有抗炎、抑菌、镇痛、抗幽门螺杆菌、调节胃肠运动等作用，治疗GERD有确切疗效^[30]。若火邪炽盛，烧心灼痛，损伤食管黏膜，可加败酱草增强清胃泻火之力；对于胃酸过多者，可加海螵蛸、瓦楞子以制酸止痛；胃阴不足，口干舌红者，可加沙参、麦冬养阴生津；呃逆频繁者，加柿蒂、竹茹降逆止呕；血热络伤，呕血便黑者，加白及、三七止血生肌。

综上所述，GERD病程迁延，常虚实夹杂，故需分阶段论治，动态调整方药。初期以脾虚湿盛为主，治以香砂六君子汤加减，重在健脾化湿；中期气郁痰阻突显，投逍遥散合半夏厚朴汤加减，疏肝解郁，健脾化痰；后期郁久化火、胃气上逆，选旋覆代赭汤合左金丸加减，清火降逆。若病久入络，痰瘀胶结，则需加入虫类药如地龙、全蝎，搜剔络中瘀浊。

5 病案举例

何某，女，48岁，2024年4月5日到广东省中西医结合医院脾胃科就诊。患者近1年来反复出现反酸、烧心，伴胸骨后烧灼样疼痛，疼痛有时向后背放射，常因情绪波动而诱发或加重。平素常感胃脘胀满不适，嗳气频作，每因情绪紧张而发作。刻诊见：面色萎黄，倦怠乏力，胃纳减少，食后腹胀更甚，大便溏薄不成形，每天1次。舌质淡、苔薄白，脉弦细。辅助检查暂缺。现代医学诊断：GERD；中医

诊断：吐酸(脾虚肝郁证)，属中期。治法：疏肝健脾，和胃降逆。予逍遥散加减。处方：柴胡15g，白芍10g，白术12g，茯苓15g，炙甘草5g，姜半夏10g，黄连5g，吴茱萸3g，煅瓦楞子(先煎)15g，海螵蛸15g，陈皮10g，枳壳10g。共7剂，每天1剂，水煎取汁，分早、晚温服。未服用西药。

2024年4月12日二诊：患者诉反酸、烧心症状明显减轻，胸骨后烧灼样疼痛缓解，胃脘胀满好转，嗳气减少，情绪平稳时诸症缓解明显，胃纳好转，大便基本成形，每天1次。舌质淡、苔薄白，脉弦。根据患者气机较前条达，反酸、烧心症状好转，可减少清热降逆药物的剂量，在初诊方基础上去吴茱萸、枳壳，黄连减量。处方：柴胡15g，白芍10g，白术10g，茯苓10g，炙甘草5g，姜半夏10g，黄连3g，煅瓦楞子(先煎)15g，海螵蛸15g，陈皮10g。共7剂，每天1剂，煎服法同前。未服用西药。

2024年4月19日三诊：患者诉反酸、烧心偶有轻微发作，胸骨后已无明显疼痛，胃脘部稍有不适，情绪平稳，胃纳可，二便调畅。舌质淡红、苔薄白，脉平。根据患者反酸、烧心症状好转，胸骨后无明显疼痛，可去制酸止痛、清热降逆药物。因其胃脘部仍有不适，故加用健脾消胀之药。在二诊方基础上去黄连、海螵蛸，加炒麦芽15g，再服7剂以巩固疗效。

按：患者平素常感胃脘胀满不适，嗳气频作，每因情绪紧张而发作，可见其平素脾胃功能虚弱，易受情志影响，肝郁气滞，横逆犯脾，脾胃运化失司，气机不畅，湿浊内生，故见胃脘胀满、嗳气频频、胃纳减少、大便溏薄；情志不畅诱发或加重诸症，乃因肝郁与情志相关；舌质淡、苔薄白、脉弦细皆为脾虚肝郁之象。辨为脾虚肝郁证，故治以逍遥散加

减。方中柴胡疏肝解郁；白芍养血柔肝敛阴，与柴胡相伍，解郁之中兼具养阴，以防耗伤阴液；白术、茯苓健脾祛湿，使脾虚得复，运化有权，以实大便；炙甘草益气和缓，调和诸药。《素问》云：“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。”反酸与热密切相关，故加用姜半夏、黄连、吴茱萸以疏肝清热、降逆止呕，且黄连与吴茱萸相伍，一清一温，吴茱萸辛散之力得展，黄连苦降之功犹存，行辛开苦降、疏肝和胃之功；煅瓦楞子、海螵蛸制酸止痛，缓解烧心、胸骨后烧灼样疼痛；陈皮、枳壳理气和胃，增强疏肝理气、行气消胀之功。诸药合用，使脾运得复，肝郁得解，气机通畅，胃气和降，则诸症渐消。

二诊时，患者诉反酸、烧心症状明显减轻，胸骨后烧灼样疼痛缓解，胃脘胀满好转，嗳气减少，情绪平稳时诸症缓解明显，胃纳好转，大便基本成形，此乃肝郁渐疏、脾运渐复、胃气得降之象。然舌质仍淡，脉仍见弦，提示脾虚之本未固，肝郁之机尚存，气机较前条达。故在初诊方基础上去辛热之吴茱萸、破气之枳壳，并减黄连用量，以防温燥伤阴、苦寒败胃，意在轻清余邪，巩固脾运，使肝脾调和而气机和顺。

三诊时，患者诉反酸、烧心偶有轻微发作，胸骨后已无明显疼痛，情绪平稳，胃纳可，二便调畅，舌质淡红、苔薄白，脉平，可见肝郁已解，胃热已清，然胃脘部稍有不舒，提示脾虚运化之力尚弱，胃气未完全复原。此时标实已去，本虚渐显，故去寒性之黄连、涩敛之海螵蛸，加炒麦芽以行气消食、健脾开胃、助运化，使脾胃健旺，生化有源，气机升降有序，则诸症悉平，疗效稳固。

此例患者平素脾胃功能亏虚，加之长期情志不畅，致脾虚肝郁、气机壅滞，发为吐酸、

烧心、脘胀诸症，此正合“因虚致郁”之病机演变规律。脾胃虚弱为发病之本，中焦运化失司，湿浊内生，气机郁滞，进而肝失疏泄，形成土虚木郁之候。治疗始终紧扣“因虚致郁”的核心，初诊以逍遥散疏肝健脾，复中焦运化之权，解肝气郁结之滞，佐以疏肝和胃、制酸止痛之品，标本兼顾；二诊随气机条达、脾运渐复但未固，而减苦寒、辛热之药，防其伤正；三诊标实已去，专以健脾消胀收功，固护后天之本。本案用药层次分明，随证加减，充分体现了“因虚致郁”理论指导 GERD 辨治的临床价值。

6 总结

笔者基于“因虚致郁”理论，探讨 GERD 的发病机制，认为该病的发生与脾胃虚弱密切相关。脾胃气虚为 GERD 的发病之本，气机郁滞为病变之枢，胃气上逆为致病之标。GERD 病程迁延，常虚实夹杂，病程演变遵循“由虚致郁、因郁生实、虚实夹杂”的阶段性规律，可分为初期、中期、后期三个阶段，病机侧重与临床表现各有不同。在临床实践中，应结合患者的具体病情，分期论治。初期病机以脾虚湿盛为主，治疗当以健脾益气固其本，兼顾芳香化湿；中期呈现土虚木郁、痰气交阻之象，虚实夹杂，治疗宜疏肝健脾、理气化痰，以调畅病变之枢；后期郁久化火、胃气上逆，标实症状突出，治疗需以降逆和胃、清热化痰为主，以治其标。整个治疗过程中，需始终顾护脾胃功能，调畅全身气机，实现标本兼顾、扶正祛邪的治疗目标。

【参考文献】

- [1] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组，胃肠功能性疾病协作组，食管疾病协作组. 中国胃食管反流病诊疗规范[J]. 中华消化杂志, 2023, 43(9): 588-598.
- [2] NIRWAN J S, HASAN S S, BABAR Z U D, et al. Global

- Prevalence and Risk Factors of Gastro-oesophageal Reflux Disease (GORD): Systematic Review with Meta-analysis[J]. *Sci Rep*, 2020, 10(1): 5814.
- [3] LU T L, LI S R, ZHANG J M, et al. Meta-analysis on the epidemiology of gastroesophageal reflux disease in China[J]. *World J Gastroenterol*, 2022, 28(45): 6410-6420.
- [4] 马学锋, 黄俊, 李娜, 等. 1990—2019年中国胃食管反流病疾病负担分析及年变化趋势研究[J]. *中国全科医学*, 2024, 27(18): 2265-2271.
- [5] 季锋, 汪忠镐. 胃食管反流病诊疗进展[J]. *河南医学研究*, 2023, 32(20): 3832-3836.
- [6] GYAWALI C P, KAHRILAS P J, SAVARINO E, et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus[J]. *Gut*, 2018, 67(7): 1351-1362.
- [7] 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.
- [8] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 胃食管反流病中西医结合诊疗专家共识(2025年)[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2025, 33(3): 217-229.
- [9] 杨铮. 李世增学术思想与临床经验总结及李氏和降汤治疗胃食管反流病脾虚肝郁证的疗效观察[D]. 北京: 北京中医药大学, 2017.
- [10] 李东垣. 脾胃论[M]. 文魁, 丁国华, 校注. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [11] 张介宾. 景岳全书: 上卷[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1959.
- [12] MITTAL R K, MCCALLUM R W. Characteristics and frequency of transient relaxations of the lower esophageal sphincter in patients with reflux esophagitis[J]. *Gastroenterology*, 1988, 95(3): 593-599.
- [13] TACK J, PANDOLFINO J E. Pathophysiology of Gastroesophageal Reflux Disease[J]. *Gastroenterology*, 2018, 154(2): 277-288.
- [14] SOUZA R F, HUO X, MITTAL V, et al. Gastroesophageal reflux might cause esophagitis through a cytokine-mediated mechanism rather than caustic acid injury[J]. *Gastroenterology*, 2009, 137(5): 1776-1784.
- [15] BAYRER J R, CASTRO J, VENKATARAMAN A, et al. Gut enterochromaffin cells drive visceral pain and anxiety[J]. *Nature*, 2023, 616(7955): 137-142.
- [16] 王红梅, 张立平, 陈丽如, 等. 基于胃食管反流病的胃肠动力与脾虚实质探究[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2015, 23(3): 196-198.
- [17] 钟子劭, 张海燕, 张望, 等. 四君子汤对脾虚证胃肠动力障碍大鼠胃平滑肌CaM-MLCK信号通路的机制探讨[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2018, 24(5): 95-99.
- [18] 郝娅宁, 张健, 杨养贤, 等. 胃食管反流病的内镜、食管动力学检查与中医证型的关系[J]. *西安医科大学学报(中文版)*, 1998, 19(4): 601-603, 608.
- [19] 李岩, 王垂杰. 四君子汤对脾虚证大鼠胃黏膜黏液凝胶表达的影响[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2013, 21(9): 465-467.
- [20] 雷长国, 何仙童, 宋兴. 肝郁证实质研究进展[J]. *湖南中医杂志*, 2006, 22(5): 88-89.
- [21] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [22] 汪昂. 医方集解[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1997.
- [23] 徐彦琦, 李雅静, 张立奇, 等. 人参治疗胃肠疾病的药理作用和研究现状[J]. *人参研究*, 2025, 37(1): 74-76.
- [24] 张楠, 任璐, 李春燕, 等. 白术挥发油化学成分及药理作用研究进展[J]. *中华中医药学刊*, 2025, 43(9): 179-185, IV.
- [25] 杨雁, 孙羽灵, 孙建梅, 等. 山药活性成分药理作用研究进展[J]. *中国野生植物资源*, 2022, 41(12): 55-60.
- [26] 凡杭, 聂安政, 包莉, 等. 藿香化学成分与药理作用研究进展[J]. *中国野生植物资源*, 2021, 40(11): 45-53.
- [27] 吕文纲, 王鹏程. 佩兰化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. *中国中医药科技*, 2015, 22(3): 349-350.
- [28] 张秉成. 成方便读[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1960: 24.
- [29] 陈清娇, 郝小鹰. 经方治疗胃食管反流病的研究进展[J]. *中国民间疗法*, 2024, 32(21): 119-123.
- [30] 王小嘉, 张玉峰. 左金丸药理作用及临床研究现状[J]. *中医学报*, 2024, 39(7): 1462-1469.

[责任编辑: 吴凌, 蒋维超(英文)]