

· 临床研究 ·

明清医案非典型胃食管反流病的证治特点及启示^{*}潘炜炳 白兴华[▲]

摘要 目的:研究明清医案中非典型胃食管反流病的临床特点。**方法:**查阅相关明清医案,将病例信息录入数据库,运用古今医案云平台(V 2.3.8)对病名、症状、用药和取穴进行统计分析。**结果:**共收集非典型胃食管反流病医案 197 例,涉及病名 65 种;共使用中药 294 味,其中药物四气以温性最多,平性和微寒性次之,药物归经以肺经最多,脾经、胃经次之;针灸疗法运用极少,共取穴 7 个,涉及经脉 2 条,特定穴 2 种。**结论:**明清医案中非典型胃食管反流病症状复杂多样,“吐酸”不宜作为中医病名使用,应更改为“胃反”;诊断上应注意与心、肺、咽喉、五官部疾病相鉴别,避免误诊;证型以脾胃虚寒证、脾胃气虚证、肺脾两虚证、寒热错杂证为主;茯苓-半夏是核心药物;应该发挥针灸疗法在治疗非典型胃食管反流病上的优势和特色。

关键词 非典型胃食管反流病;食管外症状;误诊;明清医案;针灸疗法

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃内容物反流至食管、口腔和/或肺而出现的相关症状、终末器官效应和/或并发症的一种疾病^[1]。这一概念明确了因 GERD 导致的口腔和肺部等食管外部位的问题,强调了非典型 GERD 的食管外症状。GERD 的典型症状为反酸和烧心,与之相比,非典型 GERD 症状复杂多样,特异性更低,误诊率更高。张艳芬等^[2]统计了 1978 例被误诊的 GERD 患者情况,发现高达 90.87% 的病例为非典型 GERD。误诊不仅会造成误治,还会延长疾病周期,给患者带来生理和心理的双重伤害。中医学注重整体观念,诊疗时强调辨病与辨证相结合,对于非典型 GERD 也容易出现误辨主病或辨证型而造成治疗上的偏颇^[3]。

明清时期中医学发展繁荣昌盛,涌现出一批独具特色理论的医家。前期笔者对明清医案中的典型 GERD 进行了较为系统的整理^[4],本文在前期研究的基础上对非典型 GERD 的医案进行归纳和总结,以期临床中非典型 GERD 的诊治提供一定的参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象 第 5 版《中华医典》中明清时期的医

案,以及其他学者系统研究过的明清医案^[5-6]。

1.2 研究方法 将明清医案中非典型 GERD 的病例信息录入 Microsoft Excel 2016 形成数据库,再通过古今医案云平台(V 2.3.8)进行数据分类和整理。

1.3 诊断标准 以 2006 年《中国胃食管反流病专家共识》^[7]为依据,参考在缺少典型反酸的前提下基于 GERD 症状群的诊断:①有食管外症状也有反流症状,可考虑反流相关或可能相关的食管外症状,如反流相关的咳嗽、哮喘;②如仅有食管外症状,尚不能诊断为 GERD 的,应进一步了解食管外症状发生的时间、与进餐和体位的关系以及其他诱因等。

1.4 纳入标准 ①具有除反酸、烧心(如“吞酸”“吐酸”“噫酸”“咽酸”“胸热”“心中烦热”“心胸热辣”“膈中热”)外的其他反流相关表现,如“暖气”“胸痛”“心下热”“腕热”“胃脘烘热”“咽部异物感”“腹胀”等词;②仅有食管外症状,合并有反流的相关特点,即含有“胃咳”“喉中痒”“气上”“喘满”“久咳”“胸中痛”等词,同时具有“入夜尤甚”“不能着卧”“右卧更甚”“寤难成寐”“惊醒而咳”“食后发作”“食入辄作”等相关的特点。

1.5 排除标准 ①核心词汇中的症状仅作为医案病例中多个症状的次要症状;②重复的医案。

1.6 标准化处理 ①症状标准化:将同一症状的不同描述进行统一;②中药标准化:以《中药大辞典》^[8]为参考,将同一中药的不同名称进行统一。

^{*}基金项目 世界针灸学会联合会国际标准项目(No. WFASRP202001-SC09)

[▲]通信作者 白兴华,男,教授。研究方向:经络腧穴理论及应用、针灸诊治胃食管反流病。E-mail:baixinghua@bucm.edu.cn

• 作者单位 北京中医药大学针灸推拿学院(北京 100029)

2 结果

共收集非典型GERD医案197则,其中中药医案192则,针灸医案2则,针(灸)药并用医案3则。

2.1 病名频数统计 197则医案中,有37则缺少相应的病名,其余160则均有明确的病名(或疾病类别),将相似的病名归为同一类,共计11类65种。见表1。

表1 明清医案非典型GERD所属病名频数统计

序号	类别	病名	频次(次)	占比(%)
1	咳喘痰饮类	咳嗽(36)、痰饮(10)、喘(2)、咳喘(1)、痰嗽(1)、喘嗽(1)、痰饮喘咳(1)、肺痿肺痛(1)	53	26.9
2	呕吐类	吐血(11)、呕吐(7)、呕吐噎格(1)、呕哕(1)	20	10.2
3	噎膈气乱类	噎膈反胃(4)、气郁(2)、反胃(2)、噫噎(2)、反胃吞酸(1)、呃噎(1)、呃忒(1)、噎(1)、膈症(1)、奔豚(1)	16	8.1
4	痛证类	胃脘痛(3)、脘痛(3)、脘胁腹中诸痛(2)、腹痛(2)、脘腹痛(1)、脘胁腹痛(1)、诸痛门(1)、胸痹(1)	14	7.1
5	邪气类	暑(3)、湿温(3)、风温(3)、冬温(2)、湿(1)	12	6.1
6	肝类	木乘土(7)、肝风(2)、肝脾(1)、肝气(1)	11	5.6
7	头面躯体类	瘖厥(1)、疰(2)、头痛(1)、耳目鼻(1)、口(1)、齿(1)、咽喉(1)、不寐(1)、遗精(1)	10	5.1
8	脾胃类	脾胃(2)、腹(1)、痞满(1)、痞气(1)、饮食伤(1)、泄泻(1)、痢疾(1)	8	4.1
9	虚损类	虚劳(4)、虚损(2)、内伤劳倦(1)	7	3.6
10	肿胀积聚类	积聚(2)、肿胀(1)、疝气(1)、痞块(2)	6	3.0
11	妇人类	调经(1)、女科(1)、妇人(1)	3	1.5

2.2 症状频数统计 197则医案中涉及的症状繁多,(49.75%)、心胸类(42.13%)、呕吐类(35.03%)、咽喉通过同类症状合并,将其分为12类。出现频次前5位的症状类别依次为咳喘类(59.39%)、气逆类

(49.75%)、心胸类(42.13%)、呕吐类(35.03%)、咽喉类(34.01%)。见表2。

表2 明清医案非典型GERD症状频数统计(频率>5%)

序号	类别	症状	频数(次)	频率(%)
1	咳喘类	咳嗽、呛咳、咳逆、干咳、咳痰、喘、气喘、喘促	117	59.39
2	气逆类	自觉气上、气冲、气逆、气急、气涌、气塞填胸、噎气、呃逆、噫气、呕逆、呕恶、噫噎	98	49.75
3	心胸类	胸闷、胸痛、胸痹、心痛、心悸、怔忡、胸痞、胸室塞感、心下坚满、心痞闷不舒、膈下不舒、心中懊恼、心烦、心嘈、郁、心周酸	83	42.13
4	呕吐类	呕吐、欲呕、恶心、吐血、干呕、食入即吐、呕血、吐涎沫、吐痰涎、反食、反胃、吐蛔	69	35.03
5	咽喉类	咽阻、异物感、咽喉痒、咽干、咽喉痛、咽喉不舒、咽喉热辣/咽嗝烧灼、咽喉窒息感、音哑、喉痹、音暗、音不扬、哽噎	67	34.01
6	胃脘类	胃脘痛、脘痞闷、中脘痞满不舒、胃脘胀、嘈杂、胃脘灼热	66	33.50
7	头面五官类	头晕、头痛、头眩、头胀、头昏、眩暈、巅胀、目黄、目眩、目花、目酸、目涩、鼻衄、鼻热、鼻红、口热、口干口渴、口中异味、口苦、舌痛、齿动、齿痛、牙出血、牙龈肿、舌强言謇、耳鸣、耳痛、耳聋、耳道流脓	57	28.93
8	腹部类	腹痛、腹胀、腹胀满痞闷、上腹灼热、腹大、腹鸣	38	19.29
9	痰饮类	痰饮、吐痰、痰鸣、痰多	21	10.66
10	二便类	便溏、便秘、便不爽、泄泻、便血、肠鸣、小便短赤	19	9.64
11	睡眠类	夜不寐、寐不安、少寐、夜烦	18	9.14
12	饮食类	不思饮食、食减、食少、不饥、不纳	17	8.63

2.3 用药规律统计

2.3.1 用药频次统计及聚类分析 195个中药处方中,共涉及中药294味,总用药频数为1791次,其中使用频率≥10%的中药共有28味,使用频次排名前5位

的中药依次是茯苓、半夏、甘草、白芍、陈皮。见表3。

将使用频率≥10%的28味中药按照欧式距离和最长距离法进行聚类分析,共可聚为3大类。根据中药的不同作用将这三类归纳如下:第I类(药对类)为

茯苓、半夏、陈皮;第Ⅱ类(补益类)为人参、白术、甘草、白芍、干姜、五味子、桂枝;第Ⅲ类(加减类)由于涵盖范围广,药物之间联系小,难以进行具体分类,故归为加减类。见图1。

表3 明清时期非典型GERD常用中药(频率≥10%)

序号	中药	频次(次)	频率(%)	序号	中药	频次(次)	频率(%)
1	茯苓	90	46.15	15	干姜	24	12.31
2	半夏	81	41.54	16	香附	24	12.31
3	甘草	54	27.69	17	旋覆花	24	12.31
4	白芍	45	23.08	18	牡丹皮	23	11.79
5	陈皮	41	21.03	19	川楝子	21	10.77
6	杏仁	34	17.44	20	大枣	21	10.77
7	人参	30	15.38	21	当归	21	10.77
8	黄连	29	14.87	22	茯神	21	10.77
9	桂枝	28	14.87	23	厚朴	21	10.77
10	郁金	28	14.36	24	川贝母	20	10.26
11	麦冬	28	14.36	25	熟地黄	20	10.26
12	五味子	28	14.36	26	吴茱萸	20	10.26
13	枳实	26	13.33	27	栀子	20	10.26
14	白术	24	12.31	28	竹茹	20	10.26

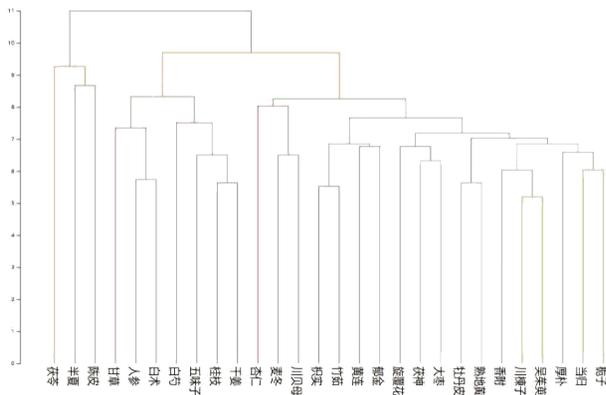


图1 明清医案非典型GERD中药聚类分析

2.3.2 中药四气及归经统计 药物四气分类上,温性药物使用最多(32.27%),平性(18.98%)、寒性(16.53%)次之。药物归经上,入肺经最多(58.01%),脾经(53.32%)、胃经(40.98%)次之。见图2、图3。

2.3.3 中药复杂网络分析 选择节度点为830,布局为concentric,提取出核心药物组合为茯苓、半夏。见图4。

2.4 针灸治疗统计 197则医案中,仅有5则(2.5%)使用针灸疗法,其中灸法治疗2则,针药并用1则,灸药并用2则。共使用穴位7个(关元、中脘、石门、气海、期门、章门、太阳),其中任脉穴位4个,足厥阴肝经穴位2个,经外奇穴1个。

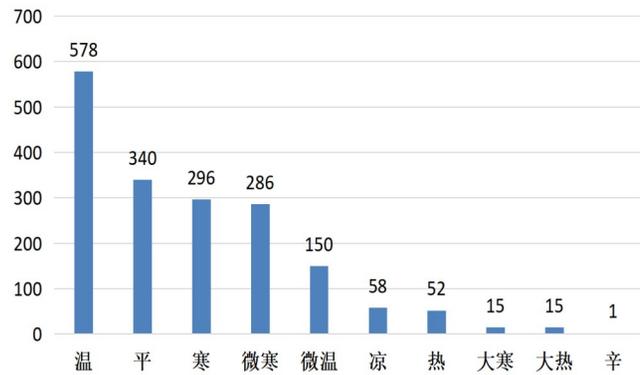


图2 明清医案非典型GERD使用药物的四气分布柱状图

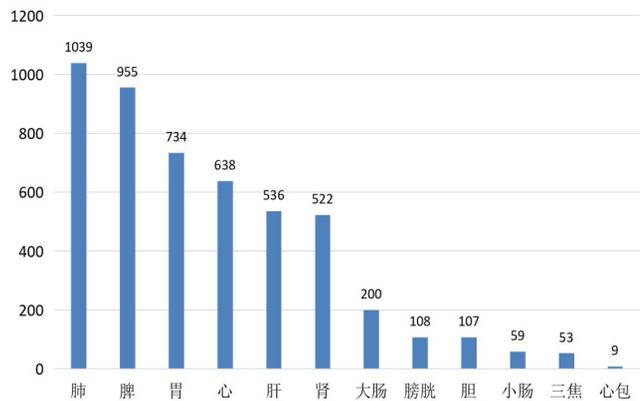


图3 明清医案非典型GERD使用药物的归经分布柱状图

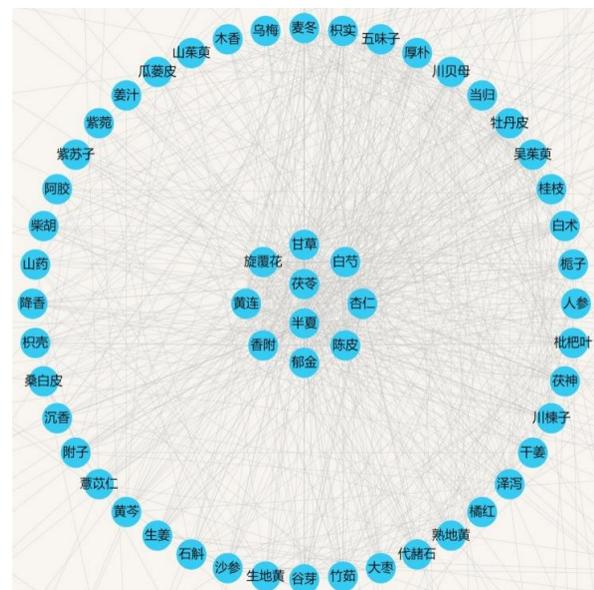


图4 明清医案非典型GERD使用药物的复杂网络分析图

3 讨论

3.1 规范中医病名 GERD中医及中西医结合诊疗

共识意见^[9-11]均将“吐酸”作为该病的中医病名,笔者认为这是不够准确的。对于具有明显反酸症状的典型GERD,“吐酸”可直接体现出疾病的症状,将其作为中医病名名副其实。《中医内科学》各版本教材中,“吐酸”归属脾胃系病证中“胃痛”的附录疾病之一,指胃中酸水上泛,又被称为“泛酸”,相当于GERD反酸的典型症状。但是,对于没有反酸症状的GERD,“吐酸”的命名显然不够恰当,且临床中此种类型的GERD所占比例很高。笔者前期对明清时期的GERD医案进行了整理,发现在513例GERD医案中,非典型GERD为197例,占比38.4%,由于明清时期对本病认识的不足,加之研究时间有限无法包含所有的医案,因此笔者估计实际数值可能大于该值。本研究的病名分布(表1)中,“咳喘痰饮类”病名位列首位,超过了25%,说明咳喘痰饮等咽喉及肺部的症状在非典型GERD中占比较高;病名(或疾病类别)总数达65种,也反映出非典型GERD症状之复杂多样。有学者^[12-13]根据《清宫医案集成》对宫廷医案进行了深入研究,发现清朝慈禧太后和光绪皇帝均罹患不典型的GERD。一项关于GERD住院患者的调查研究^[14]显示,1014例确诊病例中有766例(75.5%)患者为不典型的病例。有学者^[15]研究发现,在胃食管反流性咳嗽中,75.0%的患者并不存在反酸、烧心等典型的食管症状。由此可见,食管外症状在GERD的诊断中非常容易被忽视,这就是需要严格规范GERD中医病名的重要原因。虽然有学者^[9-10]提出以“食管瘴”作为GERD的病名,但是“食管瘴”这一名称将病位局限在食管,无法完全概括非典型GERD的食管外症状,且“瘴”指代热性病证,与本病实际情况不符,因此临床中几乎不使用这一名称。

非典型GERD患者可能表现出胃食管反流所致的咳嗽、哮喘、胸骨后疼痛或者心前区疼痛等症状,但这也无法将其诊断为“咳嗽”“喘证”“胸痹”等,否则将出现多种不同的中医病名,且与所诊断的病名相混淆。针对以上情况,笔者建议临床中应当使用“胃反”作为GERD的中医病名。中医病名除了可以按照主症命名,还可以根据疾病的病机命名,如虚劳病。而GERD的主要病机是胃气上逆,因此采用“胃反”作为中医病名是十分合理的。西医是以胃内容物沿着食管逆行这一病理现象命名,中医认为胃气为浊气,以降为顺,胃内容物逆行就是胃气上逆。清代医家黄元御在《素灵微蕴·卷四·噎膈解》^[16]说:“胃以下行为顺,上行为反,上行之久,习为自然,食停即吐,永不顺降,

故曰胃反。”“胃反”一词的提出,不仅与现代医学的“胃食管反流”直接对应,丰富了中医内科学的内容,同时还与“反胃”这一病证进行了区分。“反胃”是指饮食入胃,宿食不化,由胃反出之病,相当于GERD中的反食。从内容上看,“胃反”包含了“反胃”的范围,胃食管反流除了可能会反出未消化的食物,还包括液体和气体。从病机上,“反胃”和“呕吐”类似,强调胃中食物上逆反至口腔甚至吐出的状态,而“胃反”则涵盖了胃内容物因胃气上逆所致的一系列症状。因此,笔者认为“胃反”作为GERD的中医病名是比较合适的。

3.2 厘清广泛症状 本研究所统计的症状中,“咳喘类”症状占比最高,“气逆类”和“心胸类”位列第二和第三,“呕吐类”“咽喉类”和“头面五官类”次之,说明在缺乏GERD的典型表现时,咳喘、咽喉及五官的症状很有可能是由胃食管反流引起的,包括“心胸类”的胸闷、心悸、胸室塞感、心痞闷不舒、胸痛等。早在1962年,Kennedy^[17]就发现一些肺部并发症是由胃食管反流导致的,但却缺乏典型的反流表现,因此提出了静息性反流(silent reflux)的概念。Bisaccioni^[18]研究发现,245例哮喘患者中有173例(70.6%)存在着GERD。从年龄分布来看,GERD的老年患者中非典型表现更为突出^[19]。在一项1239例胸痛患者的研究^[20]中,超过60%的病例为非心源性胸痛;另一项纳入24849例胸痛患者的Meta分析^[21]显示,GERD与非心源性胸痛有显著的相关性。

根据本研究结果,非典型GERD所涉及的症状涵盖的范围广泛复杂,涉及的器官繁多。因此,笔者认为临床中医者应进一步了解患者的发病特点和伴随症状,必要时通过相关的检查明确症状之间的关系,鉴别是否与GERD有关。研究^[22]发现,胃食管反流事件与食管外症状是否伴随反酸等典型表现无明显的相关性,因此更要注意分析食管外症状出现的原因。就胃食管反流的发生而言,只要是向上逆行的胃内容物经过的地方,都有可能造成局部黏膜的损伤和脏器的病变,从胃开始沿着食管上行,可能会侵袭咽喉、气管、肺、口腔、牙齿、鼻,以及与之相邻的心脏等部位,并借助咽鼓管和鼻泪管与耳、目相通,从而出现所在部位的相关症状。

1935年国外学者Winklestein^[23]首次提出消化性食管炎(peptic esophagitis)的概念,认为食管炎是由含有胃酸的胃内容物过度刺激食管导致的,这是典型的酸反流,但临床上还存在着非酸反流。非酸反流中的

反流物是以胆汁、碱性肠内容物和胰腺为主,并且往往以气态的形式出现,其中气体的反流会引起所在部位不适的症状(如痒、异物感等),但不会造成食管黏膜的损伤,而其他物质尤其是胆汁则会对食管造成不同程度的损伤^[24]。Blumin^[25]研究证实,非酸反流可以造成咽、喉、气管、口腔、鼻、中耳等食管外的损伤并出现相应的症状,而且在相应的部位检测出胃蛋白酶原,这是上述部位症状与反流相关最直接的证据。在非酸反流中,十二指肠胃食管反流是一大代表,这一类反流实际上是由两个过程组成的,第一个过程是十二指肠内容物(胆汁、胰酶等)反流至胃,第二个过程是胃食管反流,在没有酸暴露的情况下,十二指肠胃食管反流也会出现相关的反流症状,但是不会对食管造成损害,而且由于不含胃酸也不会出现典型的反酸症状,这也是本研究中非典型 GERD 常见的类型之一。但当十二指肠胃食管反流与酸反流同时出现时,损害将更为严重^[26]。临床中还存在着一种特殊类型的反流,即微反流(slight reflux)^[27],这种反流既没有主观症状,也没有阳性检查结果,但是长期处于微反流状态会对靶器官产生慢性持续性的损伤,可造成严重的后果,患者还会因为得不到有效的治疗而产生不良的心理影响。因此在非典型 GERD 中,非酸反流、微反流发挥着重要的作用。

3.3 避免临床误诊 非典型 GERD 症状分布范围广泛,错综复杂,这是造成本病误诊的重要原因,而医者对于 GERD 相关知识的了解不足是误诊的根本原因。研究^[28]发现,2000—2009 年我国 GERD 被误诊的病种高达 38 种,共计 2629 例,其中最常见误诊病种是冠心病/心绞痛(48.04%)、慢性咽炎、支气管炎、支气管哮喘。调查^[29]显示,1014 例确诊为 GERD 的住院患者中有 741 例(73.08%)在外院被误诊,误诊病种最多的为哮喘,其次为慢性支气管炎、慢性咽炎等。有学者^[2]对 1978 例误诊的 GERD 分析发现,胸痛症状占比最高,达 35.84%,呼吸道系统和咽喉部症状占 31.58%。这些被误诊的疾病可以分为三类,分别是心血管疾病、呼吸系统疾病、咽喉五官部疾病。食管和心脏受同一神经支配,且痛觉纤维有部分交叉,因此当食管受累时,可能会出现与冠心病或心绞痛同一部位的疼痛;反流物如果刺激迷走神经,引起支气管的痉挛和收缩,会出现咳嗽、哮喘等症状,加上长期的误诊误治,症状得不到改善,便被冠以慢性咳嗽、慢性哮喘之名;反流物进入咽喉、口腔及五官,便引起局部的症状。疾病的发生、发展及其复杂性是客观存在的,医

者应该加强多学科联合诊疗,提高临床诊治水平。非典型 GERD 引起的上述疾病,一般与饮食、体位关系密切,且经常规治疗效果不佳,通过详细询问病史,很大程度上可以减少误诊的发生。

本研究中病名(或疾病类别)高达 65 种(见表 1),其中不乏误诊病例。清朝慈禧太后和光绪帝的部分病案也是非典型 GERD,存在着许多食管外症状,慈禧太后以咽喉、口腔、脊背、肺、五官等部位为主^[12],光绪帝以五官、咽喉部症状为主^[13]。慈禧太后和光绪帝在皇宫中拥有最好的医疗条件,却仍得不到正确的治疗而导致病情缠绵,追其原因主要还是医者对疾病认识的缺失。可见,GERD 表现复杂,中医对本病的认识也要与时俱进,必须辅以现代医学知识才能对其有正确的认识。

3.4 把握辨证论治 与典型 GERD^[4]相似,非典型 GERD 使用的高频药物中(表 3)也有六君子汤的组成,说明六君子汤在治疗 GERD 中应用的广泛性,也体现出脾胃虚弱证型存在的普遍性。此外,还有半夏泻心汤、芍药甘草汤、麦门冬汤、旋覆代赭汤、橘皮竹茹汤。从聚类分析看(图 1),茯苓-半夏是核心的药物;复杂网络分析(图 4)中亦凸显了茯苓-半夏的作用。茯苓性平,可健脾宁心;半夏性温,可降上逆之胃气,两者配合使用,共奏健脾降逆之功。由于非典型 GERD 症状多样,故用药也相对多样,且存在着误诊的情况,因此这部分的具体用药对当今临床 GERD 的治疗尚无太大的指导意义,在此不具体阐述。

辨证论治是中医治病的关键和特色,异病同治也是在辨证准确的前提下进行的。明清时期还未系统地认识本病,容易出现误诊,这也是医学发展的过程,但是在辨证上已经非常成熟。因此本研究重点从四气及归经的属性来讨论非典型 GERD 的证型,在很大程度上规避了误诊病名所带来的影响。在治疗上,非典型 GERD 所使用中药的四气属性以温性和平性为主,微寒和寒性药物次之,在归经方面以肺、脾、胃三经的药物最多,笔者认为归肺经的药物略多于脾经是因为症状以食管外表现为主,尤其是咽喉部及肺系的症状(可能存在见咳治咳、见喘治喘的误治),但仍然可以推断出非典型 GERD 以脾胃虚寒证、脾胃气虚证、肺脾两虚证、寒热错杂证为主。有学者^[30]研究近十年中药治疗 GERD 的组方规律,发现使用最多的为温性(41%)、寒性(34%)和平性(19%),在治法上以健脾益气、醒脾化湿、清热和胃为主,这也体现了虚、寒在证候要素中所占比例之大。另一项研究^[31]发现,

2000—2015年GERD的证型以胃虚气逆的占比最高,本研究的结论与此一致。一项纳入现代不同医家的407个GERD医案研究^[32]显示,本病辨证以肝郁脾虚、胃气上逆为主。本研究中脾虚的结果与该研究是一致的,但肝郁较少。笔者认为,这是由于现代生活较古代而言,生活压力大大增加,紧张情绪、焦虑抑郁的状态越来越多,故肝郁者更多见。正如一项Meta分析^[33]显示,GERD患者中有41%存在焦虑状态,37%伴有抑郁问题,如此高比例的心理问题也是临床中需要面对的难题之一。

3.5 发挥针灸作用 针灸作为中医特色疗法之一,对许多疾病的治疗都发挥着举足轻重的作用。但前期研究^[4]表明,明清时期运用针灸治疗典型GERD案例很少,本研究发现在非典型GERD的治疗中,针灸使用率仅占2.5%。但针灸治疗内科疾病具有优势,尤其是消化系统疾病,可以减轻药物对消化道的刺激造成症状加重的风险,通过针刺的良性刺激,激发机体的抗病能力,启动自稳态调控机制,调整体内处于紊乱、失衡的状态,达到双向的、多靶点的综合调节作用,达到治疗疾病的目的。一项Meta分析^[34]显示,针灸治疗GERD效果显著、复发率低。

本研究中任脉的膻穴使用频率最高,可能与其循行路线有关,任脉行于人体前正中线,覆盖从胃至口腔这一部分反流物上逆的通道,能够直接反映经脉循行及主治的特点。研究^[35]表明,采用任脉灸(天突至关元段)治疗中虚气逆型非糜烂性GERD效果显著。由于医案中针灸数量过少,缺少共性,无法深入总结和讨论。除了任脉以外,督脉在现代临床中用于治疗GERD也较为广泛,且取得满意的效果,应予以重视^[36]。

4 结语

非典型GERD是临床中发病率高、误诊率高、认知率低的一种疾病,食管外症状广泛,诊断时应注意与慢性咳嗽、慢性哮喘、慢性支气管炎、慢性咽喉炎、胸痛、心绞痛以及五官部症状相鉴别,避免误诊。中医临床上应该严格规范中医病名的使用,避免出现辨病的错误,辨证上注意脾胃虚寒证、脾胃气虚证、肺脾两虚证、寒热错杂证的辨别,同时积极发挥针灸的特色和优势,丰富中医诊治非典型GERD的内容。

参考文献

[1] KATZ P O, GERSON L B, VELA M F. Guidelines for the diagnosis and

management of gastroesophageal reflux disease [J]. *Am J Gastroenterol*, 2013, 108(3):308-328.

[2] 张艳芬,王勇,池云芳,等.1994/2005年我国被误诊胃食管反流病不典型症状文献分析[J].*中国误诊学杂志*,2008,8(34):8351-8352.

[3] 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.

[4] 潘炜炳,白兴华,周娟,等.明清时期典型胃食管反流病症状特点及用药取穴规律分析[J].*辽宁中医药大学学报*,2022,24(4):144-150.

[5] 卓春萍.明代针灸医案的研究[D].北京:北京中医药大学,2008.

[6] 邓伟.古代针灸医案的研究[D].北京:北京中医药大学,2008.

[7] 林三仁,许国铭,胡品津,等.中国胃食管反流病共识意见[J].*胃肠病学*,2007,12(4):233-239.

[8] 南京中医药大学.中药大辞典[M].上海科学技术出版社,2006:22-5996.

[9] 张声生,李乾构,朱生,等.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] 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.

[11] 李军祥,陈諳,李岩.胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].*中国中西医结合消化杂志*,2018,26(3):221-226.

[12] 白兴华,郭盛楠,周娟,等.光绪六年慈禧病案:一个不典型性胃食管反流病的典型案例(上)[J].*中国民间疗法*,2021,29(23):11-15.

[13] 周娟,白兴华,郭盛楠,等.光绪帝胃食管反流病案研究[J].*中国民间疗法*,2022,30(2):3-7.

[14] 宁雅婵,汪忠镐,吴继敏,等.胃食管反流病1014例住院患者的诊治分析[J].*中华普外科手术学杂志(电子版)*,2010,4(3):264-270.

[15] CHANDRA K D, HARDING S M. Therapy insight: treatment of gastroesophageal reflux in adults with chronic cough [J]. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*, 2007, 4(11):604-613.

[16] 黄元御.黄元御医书全集(下)[M].北京:中医古籍出版社,2016:1372.

[17] KENNEDY J H. "Silent" Gastroesophageal reflux: an important but little known cause of pulmonary complications [J]. *Diseases of the Chest*, 1962, 42(1):42-45.

[18] BISACCIONI C, AUN M V, CAJUOLA E, et al. Comorbidities in severe asthma: frequency of rhinitis, nasal polyposis, gastroesophageal reflux disease, vocal cord dysfunction and bronchiectasis [J]. *Clinics (Sao Paulo)*, 2009, 64(8):769-773.

[19] 史海霞,王智凤,孙晓红.不同年龄组胃食管反流病患者食管动力及临床特点[J].*中华医学杂志*,2021,101(14):1015-1019.

[20] MOL K A, SMOCZYNSKA A, RAHEL B M, et al. Non-cardiac chest pain: prognosis and secondary healthcare utilisation. [J]. *Open heart*, 2018, 5(2):e859.

[21] FORD A C, SUARES N C, TALLEY N J. Meta-analysis: the epidemiology of noncardiac chest pain in the community [J]. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 2011, 34(2):172-180.

[22] 乐月琴.胃食管反流病食管外症状的临床特点及质子泵抑制剂疗效影响因素研究[D].杭州:浙江大学,2016.

[23] WINKLESTEIN A. Peptic esophagitis [J]. *J Am Med Assoc*, 1935, 104(11):906-909.

(下转第62页)