团体标准《难治性胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗规范》

（征求意见稿）编制说明

一、任务来源、起草单位、主要起草人

根据《广西标准化协会关于下达2024年第一批团体标准制修订项目计划的通知》（桂标协〔2024〕8号）精神，由广西中医药大学第一附属医院、陕西中医药大学附属医院、贵州中医药大学第一附属医院等单位共同起草的团体标准《难治性胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗规范》（项目编号：2024-0119），已获立项。

为高质量编制团体标准《难治性胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗规范》，由起草单位成立标准编制工作组并进行如下分工：

| **姓 名** | **职称/职位** | **工作单位** | **主要负责工作** |
| --- | --- | --- | --- |
| 谢胜 | 主任医师 | 广西中医药大学第一附属医院 | 统筹主持标准编制工作 |
| 刘礼剑 | 主任医师 | 广西中医药大学第一附属医院 | 参与标准编制工作，组织人员进行标准发布后的宣贯培训。 |
| 刘园园 | 副主任医师 | 广西中医药大学第一附属医院 | 参与标准文本及编制说明的编写；组织开展标准征求意见会；对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 黎丽群 | 助理研究员 | 广西中医药大学第一附属医院 | 参与标准文本及编制说明编写，质量控制。 |
| 谭金晶 | 副主任医师 | 广西中医药大学第一附属医院 | 参与标准文本及编制说明的编写；组织开展标准征求意见会 |
| 黄晓燕 | 主任医师 | 广西中医药大学第一附属医院 | 参与标准文本及编制说明的编写；组织开展标准征求意见会 |
| 赵燕坤 | 主治医师 | 广西中医药大学第一附属医院 | 参与标准文本及编制说明的编写；组织开展标准征求意见会 |
| 刘倩 | 主任护师 | 广西中医药大学第一附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 谢洁如 | 主治医师 | 广西中医药大学第一附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 李娟 | 副主任医师 | 广西中医药大学第一附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 刘莉 | 副主任医师 | 广西中医药大学第一附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 杨成宁 | 副主任医师 | 广西中医药大学第一附属医院 | 参与标准文本及编制说明的编写；组织开展标准征求意见会 |
| 陈广文 | 副主任医师 | 广西中医药大学第一附属医院 | 参与标准文本及编制说明的编写；组织开展标准征求意见会 |
| 李建锋 | 主治医师 | 广西中医药大学第一附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 周素芳 | 主任医师 | 贵州中医药大学第一附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |
| 王捷虹 | 主任医师 | 陕西中医药大学附属医院 | 对标准实施情况进行总结分析，不断对地方标准提出修正意见。 |

二、制定标准的必要性和意义

胃食管反流病（gastroesophageal reflux disease，GERD）是临床多发病、常见病。该病是指胃内容物反流至食管而引起一系列症状或不适的疾病，其临床表现包括典型反流症状（如烧心、反流等）及不典型反流症状（如胸痛、上腹烧灼感、上腹痛、上腹胀、嗳气、咽痛、慢性咳嗽、喉灼烧、喉球和声音嘶哑等）。GERD是消化内科的常见病，多为慢性，患者迁延难愈，容易复发，生活质量低下，还会由反流物刺激或损伤食管以外的器官引起一些食管外症状，如咽喉炎、慢性咳嗽、哮喘和牙蚀症。最新流行病学结果显示，GERD的全球患病率约为13.98％，我国部分地区总体人群患病率为7.69%，并呈逐年上升趋势难治性，GERD占GERD患者的30%~40%。难治性胃食管反流病(refractory gastroesophageal reflux disease, RGERD)是指在使用质子泵抑制剂（PPI）每日两次治疗8～12周后，仍然存在症状（如胸骨后烧灼感和/或反流）至少每周3次，或者内镜检查显示食管炎未改善的胃食管反流病患者。流行病学调查显示,高达54.1%的GERD患者在维持使用PPIs期间,仍会出现反酸、烧心症状。RGERD的主要机制可能包括存在机械性食管胃连接因素(明显的食管裂孔疝、肥胖、短暂的LES松弛)、次优抑酸治疗(未遵医嘱按时按量服用PPIs)、弱酸性或弱碱性反流、食管黏膜完整性受损等。尽管PPIs是目前治疗GERD的首选方法,但无法解决上述机制,因此,抑酸治疗难在RGERD中得到进一步优化。

当前，GERD的发病机制尚未完全明晰，主要与胃肠动力障碍、食管高敏、心理因素等有关。临床治疗主要以质子泵抑制剂（Paper Pump Inhibitor，PPI）抑制胃酸及促胃动力药为主。虽然PPI作为GERD治疗的一线用药，大多数情况下对愈合病变和改善症状有效。然而，最新研究分析，约54.1%的患者对PPI没有充分反应，经PPI治疗后仍存在持续胃食管反流症状，且长期使用PPI治疗存在菌群失调、骨质疏松等一系列不良反应。PPI反应也因不同的GERD类型而异。

六经辨证是张仲景结合伤寒病证的传变特点所创立的一种论治外感病的辨证方法，它以六经（太阳经、阳明经、少阳经、太阴经、少阴经、厥阴经）为纲，将外感病演变过程中所表现的各种证候，总结归纳为三阳病（太阳病、阳明病、少阳病），三阴病（太阴病、少阴病、厥阴病）六类，分别从邪正盛衰，病变部位，病势进退及其相互传变等方面阐述外感病各阶段的病变特点，六经病证是经络、脏腑病理变化的反映。其中三阳病证以六腑的病变为基础，三阴病证以五脏的病变为基础。运用六经辨证，不仅仅局限于外感病的诊治，对内伤杂病的论治，也同样具有指导意义。张仲景治疗反流性食管炎的经方有大黄黄连泻心汤、旋覆花汤、四逆散、小陷胸汤、麦门冬汤、柴胡疏肝散等。如小陷胸汤出处《伤寒论》，因脾胃相通，肝胆相连，且脾胃肝胆同属于中焦，在五行中为相克关系，故如邪犯肝胆，郁而化热，肝胆之热，横克脾胃，与胃中痰热互结心下，易成胆胃郁热，致胃气挟酸水上逆，损伤食管。本方由黄连、半夏瓜萎实组成，临证表现为痰多、恶心、呕吐苦水、暖气呃逆频作、心烦不寐，胆却易惊、舌红、黄腻脉弦滑之胆火上逆型反流性食管炎可用本方为基本方加减治疗。方中，黄连苦寒，清泻心下之热;半夏辛温，涤痰散结瓜萎实甘寒，清热涤痰开结而兼润下。《伤寒杂病论》奠定了脾胃学说的临床证治基础，张仲景不仅提出了＂四季脾旺不受邪＂理论，而且在六经论治中，还制定了一系列脾胃病的辨证纲要和治法方药，为脾胃理论的临床应用开辟了广阔的前景。中医外治法具有起效快、副作用少等特点，在功能性胃肠病治疗中优势突出。总结长期的临床实践，在仲景经方应用的基础上辨证地加用一种或多种外治疗法综合治疗，可进一步提高临床疗效。

中医外治疗法以中医整体观念为理论指导，具有简便、廉效的特点，在防治胃食管反流病方面具有潜在优势和特色，目前对于中医外治的一般定义认为外治是与内治相对而言的治疗方法，主要包括针刺、艾灸、刮痧、拔罐、推拿、按摩、熏蒸等，通过物理刺激进行阴阳平衡的调节。团队前期研究发现，不同症状经过仲景经方联合中医外治法如背俞指针疗法、穴位埋线、坤土建中疗法、刮痧疗法、雷火灸法、针刺疗法、穴位贴敷疗法等治疗效果显著。前期研究结果经Meta分析，中医外治法治疗胃食管反流病在临床有效率及治愈率均明显优于西药对照组，复发率亦低于对照组。其中，仲景桂枝人参汤联合背俞指针疗法，治疗组和对照组总有效率分别为91.6%和72.7%，治疗组改善镜下食管黏膜损伤优于对照组，对虚寒型胃食管反流病有非常满意的疗效；针灸疗法治疗肝胃不和型食管反流病，总有效率为95.2%；指针疗联合内服中药，结果治疗组总有效率为95.0%高于对照组为87.5%。柴胡桂枝干姜汤联合穴位埋线治疗总有效率为93.8%高于对照组87.5%等。

通过制定团体标准《难治性胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗规范》，统一规范胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗要求，可以填补胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗标准的空白，对推广六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗胃食管反流病，确保胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗的操作安全和技术优势，促进广西中医药特色产业高质量发展具有重要意义。

三、主要起草过程

**（一）成立标准编制工作组**

团体标准《难治性胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗规范》项目任务下达后，广西中医药大学第一附属医院、陕西中医药大学附属医院、贵州中医药大学第一附属医院成立了标准编制工作组，制定了起草编写方案与进度安排，明确任务职责，确定工作技术路线，开展标准研制工作。具体标准编制工作由起草单位相关人员配合完成。

为了明确标准编制的任务职责，确定工作技术路线，开展标准研制工作。标准编制工作组下设二个组，分别是资料收集组、草案编写组。资料收集组负责国内外有关难治性胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗方面的文献资料的查询、收集和整理工作，查阅前期对难治性胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗方面的有关研究情况和目前科学界胃食管反流病诊疗的研究进展；草案编写组负责起草标准草案及后续征求意见稿和标准编制说明、送审稿及编制说明等编写工作，包括后期召开征求意见会、网上征求意见，以及标准的不断修改和完善。

**（二）收集整理文献资料**

标准编制工作组收集了国内有关胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗的相关文献资料。主要有：

[1]彭柳莹,谢胜,张丽敏等.基于象思维分析背俞指针疗法[J].中医药导报,2022,28(06):163-166.DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2022.06.038.

[2]谢胜,李建锋,刘园园等.基于“以枢调枢”探讨五行藏象疗法在胃食管反流病中的应用[J].中华中医药学刊,2019,37(12):2826-2828.DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2019.12.002.

[3]戴文杰,刘园园,李建锋等.基于六经开阖枢“以枢调枢”论治胃食管反流病理论探讨[J].中国中医药信息杂志,2019,26(09):8-11.

[4]谢洁如,陈广文,覃露等.中医外治法治疗胃食管反流病的Meta分析[J].辽宁中医杂志,2018,45(09):1793-1796.DOI:10.13192/j.issn.1000-1719.2018.09.001.

[5]谢胜,刘园园.四象脾土和五脏治未病模式的构建[J].四川中医,2017,35(10):30-33.

[6]谢胜,刘园园,廉永红.基于四象脾土模型及以枢调枢理论探讨中医五行藏象疗法[J].江西中医药,2016,47(01):19-22+54.

[7]杨成宁,廖婷,祁树浩等.胃食管反流病中医外治法研究进展[J].广西中医药大学学报,2014,17(04):89-92.

[8]宁庆云,谢胜,周晓玲等.仲景桂枝人参汤联合背俞指针疗法治疗虚寒型胃食管反流病30例[J].辽宁中医杂志,2013,40(09):1861-1863.DOI:10.13192/j.issn.1000-1719.2013.09.049.

[9]朱初良,谢胜,周晓玲等.中药联合背俞指针疗法治疗胃食管反流病伴抑郁患者40例[J].湖南中医杂志,2013,29(07):43-44.DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2013.07.019.

[10]谢胜,周晓玲,侯秋科. 仲景经方联合中医外治疗法在功能性胃肠病中的应用[C]//中华中医药学会脾胃病分会.中华中医药学会脾胃病分会第二十五届全国脾胃病学术交流会论文汇编.[出版者不详],2013:1.

[11]周晓玲,欧阳波,谢胜.肠易激综合征中医外治疗法研究进展[J].中医外治杂志,2013,22(02):51-53.

[12]谢胜,周晓玲,侯秋科等.中医“以俞调枢”外治法及其应用探讨[J].国医论坛,2012,27(02):13-14.

[13]谢胜,赵正孝,张云波.胃食管反流病中医外治疗法研究进展[J].中医外治杂志,2009,18(02):50-52.

[14]朱初良,谢胜.四逆陷胸汤治疗胃食管反流病66例[J].江西中医药,2005(07):24-25.

**（三）研讨确定标准主体内容、创新点和主要内容**

标准编制工作组在对收集的资料进行整理研究之后，标准编制工作组召开了标准编制会议，对标准的整体框架结构进行了研究，并对标准的关键性内容进行了初步探讨。经过研究，标准的主体内容为规定了诊断、六经辨证、适应症和禁忌症、治疗方法、注意事项、不良反应处理及禁忌的要求。标准的核心技术及创新点在于：

1. 将难治性胃食管反流病分为少阳证、少阳太阴合证、少阳厥阴合证、少阳阳明合证、太阴阳明合证、少阴寒化证、少阴热化证、少阴太阴合病、厥阴寒热错杂证、厥阴寒证、厥阴热证、厥阴瘀血证、太阴厥阴寒证，并仲景经方结合中医外治法，取得较好的治疗效果。
2. 《伤寒杂病论》奠定了脾胃学说的临床证治基础，张仲景不仅提出了"四季脾旺不受邪"理论，而且在六经论治中，还制定了一系列脾胃病的辨证纲要和治法方药，为脾胃理论的临床应用开辟了广阔的前景。中医外治法具有起效快、副作用少等特点,在功能性胃肠病治疗中优势突出总结我们长期的临床实践，在仲景经方应用的基础上辨证地加用一种或多种外治疗法综合治疗，可进一步提高临床疗效。
3. 团队前期研究发现，不同症状经过仲景经方联合中医外治法如背俞指针疗法、穴位埋线、坤土建中疗法、刮痧疗法、雷火灸法、针刺疗法、穴位贴敷疗法等治疗效果显著。尤其联合中药内服后疗效更为突出。仲景桂枝人参汤联合背俞指针疗法，治疗组和对照组总有效率分别为91.6%和72.7%，治疗组改善镜下食管黏膜损伤优于对照组，对虚寒型胃食管反流病有非常满意的疗效；针灸疗法治疗肝胃不和型食管反流病，总有效率为95.2%；指针疗联合内服中药，结果治疗组总有效率为95.0%高于对照组为87.5%。柴胡桂枝干姜汤联合穴位埋线治疗总有效率为93.8%高于对照组87.5%等。

**（四）调研及形成草案、征求意见稿**

2023年11月～12月，标准编制工作组查阅了大量的国内文献资料，对胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗相关的文件进行系统总结。形成了标准的基本构架，对主要内容进行了讨论并对项目的工作进行了部署和安排。

2024年1月～5月，团体标准《难治性胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗规范》获批立项，在前期工作的基础之上，通过理清逻辑脉络，整合已有参考资料中有关难治性胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗的内容，并在目前难治性胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治的实际操作的基础上，按照简化、统一等原则编制完成团体标准《难治性胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗规范》（草案）。

2024年5月～2024年10月，标准编制工作组深入陕西中医药大学附属医院、贵阳中医学院第一附属医院、灵山县中医医院等有代表性的中医医院进行实地调研，并组织相关主管单位、医疗机构等召开标准研讨会，收集反馈了大量意见，对标准草案进行了反复修改和研究讨论，掌握了难治性胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗的基本情况以及要求，最终形成了团体标准《难治性胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗规范》（征求意见稿）及其编制说明。

四、制定标准的原则和依据，与现行法律、法规的关系，与有关国家标准、行业标准的协调情况

**（一）编制原则**

**1、实用性原则**

本标准是在充分收集国内外相关资料和文献、调研分析胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗操作现状，结合起草单位前期研究工作取得的研究成果及积累的中医实践经验，并借鉴国内胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗操作进行总结起草的，符合工作实际，利于胃食管反流病诊疗技术的实施与推广，具有可操作性和实用性。

**2、协调性原则**

本文件编写过程中注意了与胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗相关法律法规的协调问题，在内容上与现行法律法规、标准协调一致。

**3、规范性原则**

本文件严格按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》编写本标准的内容，保证标准的编写质量。

**4、前瞻性原则**

本文件在兼顾当前区内胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗现实情况的同时，还考虑到了胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗的需要，在标准中体现了个别特色性、前瞻性和先进性条款，作为对胃食管反流病中医外治法诊疗发展的指导。

**（二）编制依据**

本标准严格按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规则起草，标准主要内容依据起草单位在胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗研究应用过程中的实践经验确定。

**（三）与现行法律、法规的关系，与有关国家标准、行业标准的协调情况**

本标准与相关法律法规、强制性标准协调一致，无冲突。

经查询，国内与胃食管反流病相关的国标、行标、地标、团标主要有：DB221T 3235-2021 胃食管反流病诊断规范。广西地方标准立项计划有：2022-1371 胃食管反流病背俞指针疗法操作技术规范。其中DB221T 3235为胃食管反流病诊断依据，不涉及胃食管反流病六经辨证仲景经联合中医外治法诊疗。广西地方标准立项计划胃食管反流病背俞指针疗法操作技术规范中规定了胃食管反流病背俞指针疗法的诊断、证型分类、治疗的技术要求，描述了对应的不良反应及处理，适用于胃食管反流病的背俞指针疗法，其治疗方法主要是选取患者背部膀胱经膈俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、肾俞、肺俞、气海俞等穴位进行操作，未介绍难治性胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗相关内容。

本标准规定了难治性胃食管反流病中少阳病、少阳太阴合病、少阳厥阴合病、太阴阳明合病、少阴寒化证、少阴热化证、厥阴病、厥阴寒证等不同症状，并给出了相应例方联合背俞指针疗法、针刺疗法、穴位埋线、坤土建中疗法、刮痧疗法、雷火灸法、穴位贴敷疗法等中医外治法治疗。因此，制定《难治性胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗规范》符合当前广西中医临床诊疗发展的实际要求，且具有创新性和紧迫性。

五、主要条款的说明

标准技术内容界定了难治性胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗涉及的术语和定义，规定了诊断、六经辨证、适应症和禁忌症、治疗方法、注意事项、不良反应处理及禁忌的要求。

1. **术语和定义**

胃食管反流病指胃内容物反流到食道导致症状和/或并发症的病症。主要依据2021年美国ACG指南进行定义；难治性胃食管反流病：《中国胃食管反流病多学科诊疗共识2022》将难治性胃食管反流病定义为：双倍剂量的质子泵抑制剂治疗8周时，症状仍反应不足或无效，或内镜下反流性食管炎（RE）仍持续存在的胃食管反流病。

六经辨证，是东汉张仲景在《素问·热论》六经分证理论的基础上，根据外感病的发生发展、证候特点和传变规律总结而创立出来的一种辨证方法。六经辨证为中医临床辨证之首创，为后世各种辨证方法的形成奠定了基础，在中医学发展史上起到重要作用。主要参考《中医诊断学》十三五规划教材。六经病证是脏腑、经络病变的具体反映。三阳病证以六腑及阳经病变为基础；三阴病证以五脏及阴经病变为基础。故凡病位偏表在腑、正气不衰、邪正抗争激烈者，多为三阳病证；病位偏里在脏、正气不足、邪正交争于里者，多为三阴病证。六经辨证的临床应用，不限于外感时病，也可用于内伤杂病。

仲景经方：《兰台轨范·凡例》载：“《金匮》诸方非南阳所自造，乃上古圣人相传之方，所谓经方是也，此乃群方之祖，神妙渊微不可思议”。此处已明确提出所谓经方乃指《金匮》诸方,自上古圣人所传,虽非张仲景自造,然而存于张仲景书中,故而后世亦有称仲景方为经方。纪昀等人所写题录中曰：“（《兰台轨范》）国朝徐大椿撰。大椿持论以张机所传为主，谓为古之经方。唐人所传，已有合有不合，宋元以后则弥失古法。”至此，以纪昀为代表的官方表态：仲景所传药方是经方之正宗。其他诸家药方，已难与仲景方相媲美。清代徐灵胎始明确将经方定义为张仲景所传之方,后世之书不得与经方并列,至此“经方”的涵义明确演变为仲景方,亦即《伤寒论》《金匮要略》所载之方。

主要参考：[1]姚海强,高卫平,王琦.“经方”涵义考释[J].中医杂志,2015,56(18):1531-1534.；[2]周登威,顾漫.经方概念的形成与演变[J].中医药文化,2022, 17 (01):10-18.

1. **诊断**

1、**西医诊断**主要参考2021年美国ACG指南确诊韦胃食管反流病：胃食管反流病的诊断和管理；[1]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.在使用质子泵抑制剂（PPI）每日两次治疗8～12周后，仍然存在症状（如胸骨后烧灼感和/或反流）至少每周3次，或者内镜检查显示食管炎未改善的胃食管反流病患者，诊断为难治性胃食管反流病。参考《中国胃食管反流病多学科诊疗共识2022》。

[2]Gyawali C P，Yadlapati R，Fass R， et al. Updates to the modern diagnosis of GERD： Lyon consensus 2.0.[J]. GUT，2024，73(2)：361-371.

**2、六经辨证**

**（1）少阳证**

主症：①口苦咽干；②烧心；③反酸。次症：①胸胁胀痛或胁下痞硬；②胸背痛；③腹痛；④嗳气或反食；⑤心烦喜呕；⑥不欲饮食。舌脉：舌红，苔黄腻；脉弦滑。以上主症3项，加次症2项，参考舌脉即可诊断。

主要依据：《伤寒论》第263条：少阳之为病，口苦、咽干、目眩也。《伤寒论》第96条：伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸，小便不利，或不渴，身有微热，或咳者，小柴胡汤主之。《伤寒论》第148条：伤寒五六日，头汗出，微恶寒，手足冷，心下满，口不欲食，大便硬，脉沉细者，此为阳微结，必有表，复有里也；脉沉，亦在里也。汗出为阳微，假令纯阴结，不得复有外证，悉入在里，此为半在里半在外也；脉虽沉紧，不得为少阴病。所以然者，阴不得有汗，今头汗出，故知非少阴；可与小柴胡汤，设不了了者，得屎而解。

[1]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.

[2]柳红良,董斐,陶夏平.基于《伤寒杂病论》及金元四大家经典视角探讨胃食管反流病辨治思路[J/OL].中医学报,1-8[2024-11-10].

**（2）少阳太阴合证（胆热脾寒）**

主症：①烧心；②反酸，酸水或清或稠。次症：A组：①胸胁胃脘胀满；②暖气；③口苦咽干；B组：①手足不温；②食欲不振；③肠鸣便溏。舌脉：舌红苔白，脉弦细。以上主症2项，加次症A组和B组中任意各2项，参考舌脉即可诊断。

主要依据：《伤寒论》第147条：伤寒五六日,已发汗而复下之,胸胁满微结,小便不利,渴而不呕,但头汗出,往来寒热,心烦者,此为未解也。柴胡桂枝干姜汤主之。《金匮要略·疟病》附方(三):柴胡桂姜汤方治疟寒多,微有热,或但寒不热,服一剂如神效。

[1]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.

[2]袁嘉嘉,孙志广,肖君,等.柴胡桂枝干姜汤在治疗消化系统疾病中的应用[J].辽宁中医杂志,2016,43(08): 1777-1780.

[3]张悦,苏坤涵,刘万里.基于少阳枢机理论辨治胃食管反流病[J].中国民族民间医药,2024,33(11):6-9+13.

**（3）少阳厥阴合证（胆、心包、肝合病）**

主症：①反酸；②胸骨后烧灼感；③脘腹灼热但喜温按；④咽部异物感；次症：A组：①口苦；②咽干；③心烦急躁；④胸胁烦满或灼热感；B组：①口渴；②气上撞心或心中疼热；③饥而不欲食；④失眠多梦；⑤大便不调。舌脉：舌红苔少，脉弦细。以上主症 2项，加次症A组和B组中任意各2项，参考舌脉即可诊断。

《伤寒论》第339条：伤寒，热少，厥微，指头寒，默默不欲食，烦躁，数日小便利，色白者，此热除也；欲得食，其病为愈；若厥而呕，胸胁烦满者，其后必便血。

主要依据：《伤寒论》第263条：少阳之为病，口苦、咽干、目眩也。《伤寒论》第326条“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食”。[1]盛时运,李薇,张茂鹏,等.从六经辨治难治性胃食管反流病[J].河北中医,2024,46(09):1546-1548+1553.

**（4）少阳阳明合证**

主症：①吞酸时作；②胸骨后烧灼感。次症：A组：口干口苦；咽干口渴；两胁胀满；心烦易怒。B组：心下满痛或胃脘闷胀；嗳气或反食；便秘；不欲饮食。舌脉：舌边红，苔厚腻，脉弦，双关大。以上主症 2项，加次症A组和B组中任意各2项，参考舌脉即可诊断。

主要依据：[1]《伤寒论》103条云：“太阳病，过经十余日，反二三下之，后四五日，柴胡证仍在者，先与小柴胡。呕不止，心下急，郁郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤下之则愈。”

[2]黄文封,黄适,韦日莲,等.黄适运用六经辨证治疗胃食管反流病临床经验[J].辽宁中医杂志,2019,46(08):1610-1612.

[3]张悦,苏坤涵,刘万里.基于少阳枢机理论辨治胃食管反流病[J].中国民族民间医药,2024,33(11):6-9+13.

**（5）太阴阳明合证**

主症：①反酸或泛吐清水或餐后反酸；②食后饱胀或饥不欲食。次症：A组：①神疲乏力；②面色萎黄；③手足冰凉；④腹满；⑤大便溏。B组：①胃脘隐痛或胃脘灼痛；②胃痞胀满或胸闷不舒；③食欲不振；④口干舌燥；⑤大便干硬。舌脉：舌淡或红，苔薄或少苔或苔薄黄腻；脉细弱或脉细数或细滑数。以上主症 2项，加次症A组和B组中任意各2项，参考舌脉即可诊断。

主要依据：第273条 太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。若下之，必胸下结硬。第278条 伤寒，脉浮而缓，手足自温者，系在太阴；太阴当身发黄，若小便自利者，不能发黄；至七八日，虽暴烦，下利日十余行，必自止，以脾家实，腐秽当去故也。第187条 伤寒脉浮而缓，手足自温者，是为系在太阴；太阴者，身当发黄，若小便自利者，不能发黄；至七八日，大便硬者，为阳明病也。第280条:“太阴为病，脉弱，其人续自便利....，[1]黄文封,黄适,韦日莲,等.黄适运用六经辨证治疗胃食管反流病临床经验[J].辽宁中医杂志,2019,46(08):1610-1612.

**（6）少阴寒化证（肾为胃之关，肾阳亏虚，肾失封藏）**

依据：第281条：少阴之为病，脉微细，但欲寐也。第282条：少阴病，欲吐不吐，心烦，但欲寐，五六日，自利而渴者，属少阴也，虚故饮水自救；若小便色白者，少阴病形悉俱。小便白者，以下焦虚，有寒，不能制水，故令色白也。第284条：少阴病，咳而下利，谵语者，被火气劫故也，小便必难，以强责少阴汗也。第295条：少阴病，恶寒，身蜷而利，手足逆冷者，不治。第371条：少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤，或腹痛，或干呕，或咽痛，或利止，脉不出者，通脉四逆汤主之。[1]韦金秀,谢胜,刘礼剑,等.从调和枢机浅谈胃食管反流病的治疗[J].江西中医药,2022,53(12):7-9.

[2]戴文杰,刘园园,李建锋,等.基于六经开阖枢“以枢调枢”论治胃食管反流病理论探讨[J].中国中医药信息杂志,2019,26(09):8-11.

[3]刘祖露,谢胜,廉永红,等.基于谢胜“以枢调枢”理论从心肾论治胃食管反流病[J].广州中医药大学学报,2018,35(01):188-191.DOI:10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2018.01.038.

[4]谢胜,刘园园,梁谊深,等.运气经络红外热成像在胃食管反流病辨证分型及方药的应用探索[J].江西中医药,2014,45(08):19-21.

**（7）少阴热化证（肾阴亏虚）**

主症：①咽干或咽痛；②胸骨后烧灼感。次症：①反酸；②胃脘部有灼热隐痛；③心烦或烦热；④失眠多梦；⑤口燥或口渴；⑥腰膝酸软；⑦手足心热或夜间潮热；⑧大便干结；⑨小便短赤。舌脉：舌尖红少苔，脉沉细数。以上主症 2项，加次症任意2项，参考舌脉即可诊断

主要依据：第285条：少阴病，脉细沉数，病为在里，不可发汗。第293条：少阴病，八九日，一身手足尽热者，以热在膀胱，必便血也。第303条：少阴病，得之二三日以上，心中烦，不得卧者，黄连阿胶汤主之。

**（8）少阴太阴合病（肾、脾，偏阳虚为主）**

主症：①咽候不适；②反酸或泛吐清水或餐后反酸.次症：A组：①形寒身疼；②腰膝酸软；③浮肿，腰以下为甚；④小便清长、夜尿频多。B组：①神疲困乏；②腹部隐痛③不思饮食；④口淡不渴；⑤大便溏烂、完谷不化。舌脉：舌淡或淡胖，苔薄或白滑；脉沉细或沉迟无力。

依据：《伤寒论》第281条：“少阴之为病，脉微细，但欲寐也”。第 318 条：“少阴病，四逆，其人或咳、或悸、或小便不利、或腹中痛、或泄利下重者，四逆散主之。” [1]黄文封,黄适,韦日莲,等.黄适运用六经辨证治疗胃食管反流病临床经验[J].辽宁中医杂志,2019,46(08):1610-1612.

[2]李婕丽,税典奎,阮博文,等. 基于红外热成像技术从厥阴病探讨胃食管反流病的病机[J]. 世界最新医学信息文摘,2021,21(35):261-262.

**（9）厥阴证（厥阴包括手厥阴心包经及足厥阴肝经）**

主症：①气上冲心；②反酸；次症：①胸骨后热痛；②心悸心烦；③饥不欲食；④口苦；⑤口干多饮；⑥大便溏烂；⑦小便短涩。舌脉：舌红苔薄或少苔，脉弦细数。以上主症2项，加次症任意2项，参考舌脉即可诊断

主要依据：第326条：厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之，利不止。伤寒，脉微而厥，至七八日，肤冷，其人躁，无暂安时者，此为脏厥。非蛔厥也，蛔厥者，其人常自吐蛔，今病者静，而复时烦者，此为脏寒。蛔上入膈，故烦，须臾复止，得食而呕，又烦者，蛔闻食臭出，其人当吐蛔也。蛔厥者，乌梅丸主之，又主久利。

《金匮要略》卷中趺蹶手指臂肿转筋阴狐疝蛔虫病脉证治第十九：蛔厥者，当吐蛔，今病者静而复时烦，此为脏寒，蛔上入膈，故烦，须臾复止，得食而呕，又烦者，蛔闻食臭出，其人当自吐蛔。蛔厥者，乌梅丸主之。

1. 丁洋,李帷,张卫茜,等.基于“六经辨证”探讨难治性胃食管反流病的治疗[J].北京中医药,2024,43(06):699-702.
2. 秦德源,陆为民.陆为民教授运用经方治疗胃食管反流病经验采撷[J].广西中医药,2024,47(02):57-59.
3. 宋雪,吕冠华,范颖.从厥阴病机论乌梅丸现代临床证治思路[J].中医药临床杂志,2024,36(01):31-35
4. 张晶晶,彭卓嵛,陈婧. 从六经之厥阴探讨胃食管反流病辨治思路[J]. 吉林中医药,2016,36(5):441-444.

**（10）厥阴寒证（肝寒）**

主症：①反酸，②胸骨后及背部疼痛。次症：①干呕，②手足厥冷、麻木不仁，③饥不能食，④腹痛拘急，⑤疲劳上腹部灼热，⑥烦躁易怒、口干口苦，⑦女性痛经、月经量少。舌脉：舌淡暗苔白，脉微欲绝。以上主症 2项，加次症任意2项，参考舌脉即可诊断。

主要依据：第337条：凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥。厥者，手足逆冷是也。第340条：病者手足厥冷，言我不结胸，小腹满，按之痛者，此冷结在膀胱关元也。第343条：伤寒六七日，脉微，手足厥冷，烦燥，灸厥阴，厥不还者，死。 [1]唐可伟,周秉舵,李亚鼎,等. 从逆、热、郁探讨经方在胃食管反流病中的运用[J]. 新中医,2024,56(2):32-37.

**（11）厥阴热证**

主症：①反酸嗳气，②气上冲心，次症：①干咳，②口苦口干，③头晕心悸，④心烦多郁，⑤胸胁隐痛，⑥胆怯易惊，舌脉：舌红苔薄或少苔，脉弦细数。以上主症 2项，加次症任意2项，参考舌脉即可诊断。

主要参考《金匮要略》卷上奔豚气病脉证治第八师曰：病有奔豚，有吐脓，有惊怖，有火邪，此四部病，皆从惊发得之。师曰：奔豚病从少腹起，上冲咽喉，发作欲死，复还止，皆从惊恐得之。奔豚，气上冲胸，腹痛，往来寒热，奔豚汤主之。第344条：伤寒发热，下利，厥逆，躁不得卧者，死。第345条：伤寒，发热，下利至甚，厥不止者，死。第348条：发热而厥，七日，下利者，为难治。第160条：伤寒吐下后，发汗，虚烦，脉甚微，八九日心下痞硬，胁下痛，气上冲咽喉，眩冒，经脉动惕者，久而成痿。[1]王媛媛,李镇. 浅谈仲景胃食管反流病诊治思路[J]. 中国中医药现代远程教育,2024,22(15):45-48.

**（12）厥阴瘀血证**

主症：①反酸，②胸骨后灼热隐痛，次症：①手足心热，②或入暮发热，③腹痛腹胀，④口舌干燥，⑤女性久不受孕、月经不调，⑥大便溏烂。舌脉：舌质暗苔薄白，脉细涩。以上主症 2项，加次症任意2项，参考舌脉即可诊断。

主要参考：《金匮要略》卷下妇人杂病脉证并治第二十二：问曰：妇人年五十，所病下利数十日不止，暮即发热，少腹里急，腹满，手掌烦热，唇口干燥，何也？师曰：此病属带下。何以故？曾经半产，瘀血在少腹不去，何以知之？其证唇口干燥，故知之。当以温经汤主之。亦主妇人少腹寒，久不受胎，兼取崩中去血，或月水来过多，及至期不来。

**（13）太阴厥阴寒证**

主症:①吐酸时作, ②嗳气酸腐；次症：A组①胸脘胀闷, ②喜唾涎沫, ③饮食喜热,④腹胀腹痛，⑤大便溏泻。B组①四肢不温, ②恶心欲呕，③头晕头痛，④烦躁，⑤小便清长。舌脉：舌淡或暗淡，苔白或白腻，脉沉迟或脉沉缓而弱,。以上主症 2项，加次症A组和B组中任意各2项，参考舌脉即可诊断。

主要依据：第243条食谷欲呕者，属阳明也，吴茱萸汤主之。得汤反剧者，属上焦也。第309条 少阴病，吐利，手足厥冷，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之。第378条 干呕，吐涎沫，头痛者，吴茱萸汤主之。[1]李燕,章浩军.章浩军六经辨证治疗胃食管反流病经验[J].江西中医药,2017,48(04):26-27.[2]申艳慧,晁甲文,陈亮,等. 从厥阴经辨治反流性食管炎的临床疗效分析[J]. 宁夏医科大学学报,2021,43(7):738-741.

**（三）治疗方法**

**6.1少阳证**：治法：和解少阳。方药：小柴胡汤合小陷胸汤：中医外治疗法：背俞指针疗法(取脾俞、胃俞、肝俞、胆俞、膈俞)；刮痧疗法(背部：膀胱经 脾俞、胃俞、肝俞、胆俞，胸腹部：膻中、中脘、期门、章门，下肢部：足三里)。

依据：辨太阳病脉证并治法中。第96条：伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸，小便不利，或不渴，身有微热，或咳者，小柴胡汤主之。第97条 血弱气尽，腠理开，邪气因入，与正气相搏，结于胁下，正邪分争，往来寒热，休作有时，默默不欲饮食。胸胁相连，其痛必下，邪高痛下，故使呕也。小柴胡汤主之。第98条 得病六七日，脉迟浮弱，恶风寒，手足温，医二三下之，不能食，而胁下满痛，面目及身黄，颈项强，小便难者，与柴胡汤，后必下重。本渴而饮水呕者，柴胡汤不中与也，食谷者哕。第99条 伤寒四五日，身热恶风，颈项强，胁下满，手足温而渴者，小柴胡汤主之。第100条 伤寒，阳脉涩，阴脉弦，法当腹中急痛者，先与小建中汤；不差者，小柴胡汤主之。第101条 伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。凡柴胡汤病证而下之，若柴胡证不罢者，复与柴胡汤，必蒸蒸而振，却复发热汗出而解。第104条 伤寒十三日不解，胸胁满而呕，日晡所发潮热，已而微利。此柴胡证，本不得利，今反利者，知医以丸药下之，非其治也。潮热者，实也，先宜小柴胡汤以解外，后以柴胡加芒消汤主之。

辨太阳病脉证并治法下。第144条 妇人中风，七八日，续得寒热，发作有时，经水适断者，此为热入血室，其血必结，故使如疟状，发作有时，小柴胡汤主之。第148条 伤寒五六日，头汗出，微恶寒，手足冷，心下满，口不欲食，大便硬，脉沉细者，此为阳微结，必有表，复有里也；脉沉细，病在里也。汗出为阳微，假令纯阴结，不得复有外证，悉入在里，此为半在里半在外也；脉虽沉细，不得为少阴病。所以然者，阴不得有汗，今头汗出，故知非少阴；可与小柴胡汤，设不了了者，得屎而解。第149条 伤寒五六日，呕而发热者，柴胡汤证具，而以他药下之，柴胡证仍在者，复与柴胡汤，此虽已下之，不为逆，必蒸蒸而振，却发热汗出而解；若心下满而硬痛者，此为结胸也，大陷胸汤主之；但满而不痛者，此为痞，柴胡不中与也，宜半夏泻心汤。

辨阳明病脉证并治法。第229条 阳明病，发潮热，大便溏，小便自可，胸胁满不去者，与小柴胡汤。第230条 阳明病，胁下鞭满，不大便而呕，舌上白苔者，可与小柴胡汤。上焦得通，津液得下，胃气因和，身濈然汗出而解。第231条 阳明中风，脉弦浮大而短气，腹都满，胁下及心痛，久按之气不通，鼻干，不得汗，嗜卧，一身面目悉黄，小便难，有潮热，时时哕，耳前后肿，刺之稍瘥。外不解，病过十日，脉续浮者，与小柴胡汤。

辨少阳病脉证并治法。第266条 本太阳病，不解，转入少阳者，胁下硬满，干呕不能食者，往来寒热，尚未吐下，脉弦紧者，与小柴胡汤。辨厥阴病脉证并治法第379条 呕而发热者，小柴胡汤主之。

辨阴阳易差后劳复病证并治法。第394条 伤寒差已后，更发热者，小柴胡汤主之。脉浮者，以汗解之；脉沉实者，以下解之。第138条 小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之。[1]丁洋,李帷,张卫茜,等.基于“六经辨证”探讨难治性胃食管反流病的治疗[J].北京中医药,2024,43(06):699-702.

**6.2少阳太阴合证：**治法：疏少阳温太阴。方药：柴胡桂枝干姜汤：柴胡15g，桂枝10g，干姜10g，天花粉15g，黄芩15g，生牡蛎30g（先煎），炙甘草10g。中医外治疗法任选以下一组：背俞指针疗法(脾俞、胃俞、肝俞、胆俞)；坤土建中疗法（取大腹实施坤土建中疗法）。

**依据：**第147条 伤寒五六日，已发汗而复下之，胸胁满，微结，小便不利，渴而不呕，但头汗出，往来寒热，心烦者，此为未解也，柴胡桂枝干姜汤主之。

**6.3少阳厥阴合证：**治法以清少阳滋厥阴。方药：小柴胡汤合当归芍药散：柴胡15g，黄芩15g，法半夏15g，党参15g，生姜10g，红枣15g，炙甘草10g，当归15g，白芍40g，白术20g，泽泻30g，茯苓20g，川芎10g。中医外治疗法任选以下一组：背俞指针疗法(脾俞、胃俞、肝俞、胆俞、肾俞等)；穴位埋线(取膻中、中脘、太溪、三阴交、太冲、阳陵泉、膈俞、肝俞、胆俞、胃俞、足三里等)。

依据：妇人怀妊，腹中㽲痛，当归芍药散主之。（卷下妇人妊娠病脉证并治第二十）；妇人腹中诸疾痛，当归芍药散主之。（卷下妇人杂病脉证并治第二十二）。

**6.4少阳阳明合证治法**：和解少阳，通阳泄热，重镇安神。方药：柴胡加龙骨牡蛎汤加减或小陷胸汤加减。

中医外治疗法：针刺疗法：取穴于阳陵泉、丘墟、足三里、内庭、支沟、外关、曲池、中渚、合谷、膻中。少阳、阳明经穴毫针泻法，留针30 min；放血疗法：取穴于耳尖、大椎、关冲、足窍阴、商阳、厉兑。

**6.5太阴阳明合证：**治法以补太阴清阳明。方药：小建中汤合百合知母汤：桂枝15g，生姜15g，白芍30g，炙甘草10g，红枣15g，胶饴30g，百合15g，知母15g。中医外治疗法任选以下一组：背俞指针疗法(脾俞、胃俞、心俞、肺俞等)；坤土建中疗法（取大腹实施坤土建中疗法）。

依据：第100条 伤寒，阳脉涩，阴脉弦，法当腹中急痛者，先与小建中汤；不差者，小柴胡汤主之。第102条 伤寒二三日，心中悸而烦者，小建中汤主之。

虚劳里急，悸，衄，腹中痛，梦失精，四肢酸疼，手足烦热，咽干口燥，小建中汤主之。（卷上血痹虚劳病脉证并治第六）。男子黄，小便自利，当与虚劳小建中汤。（卷中黄疸病脉证并治第十五）。妇人腹中痛，小建中汤主之。（卷下妇人杂病脉证并治第二十二）

百合知母汤依据，论曰：百合病者，百脉一宗，悉致其病也。意欲食复不能食，常默默，欲卧不能卧，欲行不能行，饮食或有美时，或有不用闻食臭时，如寒无寒，加热无热，口苦小便赤，诸药不能治，得药则剧吐利，如有神灵者，身形如和，其脉微数，每溺时头痛者，六十日乃愈；若溺时头不痛，淅然者，四十日愈；若溺快然，但头眩者，二十日愈。其证或未病而预见，或病四五日而出，或病二十日或一月微见者，各随证治之。

百合病发汗后者，百合知母汤主之。

**6.6少阴寒化证：**治法：温阳降火。方药：茯苓四逆汤合桂甘龙牡汤：茯苓40g，党参20g，干姜15g，炙甘草20g，附子15g（先煎），桂枝20g，生龙骨30g（先煎），生牡蛎30g（先煎）；中医外治疗法任选以下一组：坤土建中疗法（取大腹实施坤土建中疗法）；雷火灸法（腹部：中脘、神阙、关元；腰背部：脾俞、胃俞、肾俞、腰阳关；下肢：足三里、涌泉）

主要依据：发汗，若下之，病仍不解，烦躁者，茯苓四逆汤主之。火逆，烧针汗之，因烦躁者，桂枝甘草龙骨牡蛎汤主之。少阴病，吐、利，手足不逆冷，反发热者，不死；脉不至（一云足）者，灸少阴七壮。第304条：少阴病，得之一二日，口中和，其背微恶寒者，当灸之。第324条：少阴病，饮食入口则吐，心中温温，欲吐复不能吐。始得之，手足寒，脉弦迟者，此胸中饮实，不可下也，当吐之；若膈上有寒饮，干呕者，不可吐也，宜四逆汤。

**6.7少阴热化证：**治法：滋水清热。方药：黄连阿胶汤：黄连10g，黄芩9g，阿胶10g，鸡子黄1枚，白芍15g。中医外治疗法任选以下一组：背俞指针疗法（背部膀胱经的脾俞、胃俞、肝俞、肾俞、心俞）；针刺疗法（膻中、中脘、神门、内关、公孙、太冲、太溪、照海等）。

依据：少阴病，得之二三日以上，心中烦，不得卧者，黄连阿胶汤主之。

**6.8少阴太阴合病：**治法以温补肾阳，温中降逆。方药：真武汤加减：白芍20 g、茯苓20 g、白术15 g、附子30 g、生姜10 g、炙甘草10 g、党参20 g、干姜10 g。中医外治疗法：针刺疗法：（太溪、关元、中脘、公孙、三阴交、阴陵泉、内关、膻中、神门、太冲）；穴位贴敷疗法：（肾俞、脾俞、大椎、至阳、命门、中脘、神阙、关元、足三里）。

**6.9厥阴证：**治法：清上温下。方药：乌梅丸：乌梅50g，细辛5g，干姜5g（先煎），黄连10g，当归20g，附子5g（先煎），蜀椒10g，桂枝10g，党参20g，黄柏15g。中医外治疗法任选以下一组：背俞指针疗法（脾俞、胃俞、肝俞、胆俞、肾俞、心俞）；针刺疗法（百会、膻中、中脘、足三里、阳陵泉、太冲、合谷、太溪等）。

依据：伤寒，脉微而厥，至七八日，肤冷，其人躁，无暂安时者，此为脏厥。非蛔厥也，蛔厥者，其人常自吐蛔，今病者静，而复时烦者，此为脏寒。蛔上入膈，故烦，须臾复止，得食而呕，又烦者，蛔闻食臭出，其人当吐蛔也。蛔厥者，乌梅丸主之，又主久利。蛔厥者，当吐蛔，今病者静而复时烦，此为脏寒，蛔上入膈，故烦，须臾复止，得食而呕，又烦者，蛔闻食臭出，其人当自吐蛔。蛔厥者，乌梅丸主之。

**6.10厥阴寒证：**治法：养血温经散寒。方药：当归四逆加吴萸生姜汤：当归15g，桂枝15g，芍药15g，细辛10g，炙甘草10g，通草10g，红枣40g，生姜20g，吴茱萸10g。中医外治疗法任选以下一组：穴位贴敷疗法(取小茴香或吴茱萸制成散剂，取穴于足厥阴肝经、膀胱经及足底涌泉穴)；

温经姜疗法（下腹部、督脉及膀胱经）。

主要依据：第351条 手足厥逆，脉细欲绝者，当归四逆汤主之。第352条，若其人内有久寒者，宜当归四逆加吴茱萸生姜汤主之。申艳慧,晁甲文,陈亮,等. 从厥阴经辨治反流性食管炎的临床疗效分析[J]. 宁夏医科大学学报,2021,43(7):738-741.

**6.11厥阴热证：**治法：养血平肝；厥阴本虚为主用奔豚汤：炙甘草10g，川芎10g，当归15g，姜半夏20g，酒黄芩15g，葛根30g，芍药15g，生姜20g，桑白皮15g。师曰：病有奔豚，有吐脓，有惊怖，有火邪，此四部病，皆从惊发得之。师曰：奔豚病从少腹起，上冲咽喉，发作欲死，复还止，皆从惊恐得之。奔豚，气上冲胸，腹痛，往来寒热，奔豚汤主之。

厥阴火热为甚用风引汤：大黄10g，干姜10g，生龙骨15g，生牡蛎15g，桂枝10g，甘草10g，寒水石20g，滑石20g，赤石脂20g，白石脂20g，寒水石20g，生石膏30g。风引汤 除热瘫痫。

中医外治疗法任选以下一组：背俞指针疗法（脾俞、胃俞、肝俞、胆俞、肾俞、心俞）；刺络放血疗法（大椎、膈俞、胃俞、肝俞、中冲、少冲穴）。

**6.12厥阴瘀血证**

治法：养血温经通脉（清上补中温下）。方药：温经汤：吴茱萸10g，当归15g，川芎10g，白芍15g，党参15g，桂枝10g，阿胶10g，生姜10g，牡丹皮10g，炙甘草10g，姜半夏15g，麦冬15g。中医外治辨证施治方案任选以下一组：如果兼化热，清化，放血；气郁用背俞指针；寒，用温法。穴位贴敷疗法(取温经汤制成散剂，贴敷于三阴经、任督脉及膀胱经)；温经姜疗法（下腹部、督脉及膀胱经）。

主要依据：问曰：妇人年五十，所病下利数十日不止，暮即发热，少腹里急，腹满，手掌烦热，唇口干燥，何也？师曰：此病属带下。何以故？曾经半产，瘀血在少腹不去，何以知之？其证唇口干燥，故知之。当以温经汤主之。亦主妇人少腹寒，久不受胎，兼取崩中去血，或月水来过多，及至期不来。

**6.13太阴厥阴寒证：**治法:暖中散寒，消阴降浊。方药:吴茱萸汤：吴茱萸、人参、生姜、大枣。外治法:中医外治疗法任选以下一组：穴位贴敷:神阙、内关、足三里。温经姜疗法（下腹部、督脉及膀胱经肝经脾经）。

主要依据：第243条 食谷欲呕者，属阳明也，吴茱萸汤主之。得汤反剧者，属上焦也。第309条 少阴病，吐利，手足厥冷，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之。第378条 干呕，吐涎沫，头痛者，吴茱萸汤主之。

**（四）禁忌及注意事项**

对推荐方药的中药有过敏史者忌用。孕妇、产妇、哺乳期妇女、儿童慎用。服用药物时间较长的患者，在使用过程中注意监测肝肾功能。使用的中药材应符合国家药典或者相关标准的要求。外治法主要参考针灸GB/T 21709系列。

**六**、重大意见分歧的处理依据和结果

本标准研制过程中无重大分歧意见。

七、实施标准的措施

**（一）标准报批发布后，成立标准宣贯工作组**

本标准发布后，成立以主要起草人为成员的标准宣贯工作组，主要负责标准的宣贯实施培训计划制定、标准实施交流会策划、标准实施信息反馈收集和标准实施效果评估等工作，并根据标准实施信息反馈和标准实施效果评估情况，及时组织标准复审修订。

**（二）组织开展标准宣贯培训**

标准发布实施后，标准宣贯工作小组制作标准解读宣贯培训PPT课件和标准核心技术明白书，并按标准宣贯培训计划深入各市县医疗机构，对医师和医护人员开展标准宣贯培训，对标准进行逐条解读，让医师和医护人员掌握标准核心技术内容，助力标准实施落地，推动广西中医技术高质量发展。

**（三）开展标准实施交流会，收集标准实施反馈信息**

标准起草小组深入各市县医疗机构组织医师和医护人员召开标准实施交流会，听取标准实施过程中存在的问题并做好记录和解答，对存在的问题组织专家团队进行研讨，为标准的复审修订做准备。

**（四）开展标准实施效果评估**

标准实施满2年，每年标准宣贯工作组采取网络调查、问卷调查、实地调研、召开座谈会或论证会、专家咨询等方式开展标准实施效果评估，并形成标准实施效果评估报告，为标准的复审修订做准备。

八、其他应当说明的事项

无。

九、自我承诺

该标准的内容符合国家相关法律法规，技术要求不低于强制性国家标准的相关技术要求，与相关的国家、行业推荐性标准协调一致，标准的编写符合GB/T 1.1-2020的要求。

团体标准《难治性胃食管反流病六经辨证仲景经方联合中医外治法诊疗规范》

标准编制工作组

2025年6月11日