

补中益气汤加减联合雷贝拉唑钠肠溶胶囊、枸橼酸莫沙必利分散片治疗反流性食管炎的临床疗效及对临床症状、生活质量的影响[△]

陈明*, 季红莉, 路琴, 黄慧, 张汾燕, 谢瑞华, 付万发[#](北京老年医院消化科, 北京 100095)

中图分类号 R932 文献标志码 A 文章编号 1672-2124(2022)01-0025-04

DOI 10.14009/j.issn.1672-2124.2022.01.005

摘要 目的:探讨补中益气汤加减联合雷贝拉唑钠肠溶胶囊、枸橼酸莫沙必利分散片治疗反流性食管炎的临床疗效及对患者临床症状、生活质量的影响。方法:将2019年9月至2020年9月该院收治的92例反流性食管炎患者根据随机数字表法分为两组。对照组患者(46例)服用雷贝拉唑钠肠溶胶囊、枸橼酸莫沙必利分散片治疗,观察组患者(46例)在对照组的基础上予以补中益气汤加减治疗,连续治疗8周。观察两组患者治疗前、治疗8周后的胃肠激素水平、食管黏膜组织氧化应激指标、中医证候评分和生活质量评分变化情况,分析临床疗效和不良反应发生情况。结果:观察组患者的总有效率为95.65%(44/46),明显高于对照组的80.43%(37/46),差异有统计学意义($P < 0.05$)。与治疗前比较,两组患者治疗后血清胃动素、胃泌素和食管黏膜组织总超氧化物歧化酶水平均升高,健康调查简表总分、躯体健康评分和精神健康评分均升高,食管黏膜组织一氧化氮、丙二醛水平均降低,中医证候各项评分(胸胁胀满、吞酸烧心、呃逆暖气和情志抑郁)降低;且观察组患者上述指标和评分明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组、对照组患者的不良反应发生率分别为10.87%(5/46)、8.70%(4/46),差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:补中益气汤加减联合雷贝拉唑钠肠溶胶囊、枸橼酸莫沙必利分散片治疗反流性食管炎的临床疗效较好,可有效缓解患者各项临床症状,改善胃肠激素水平和食管黏膜氧化应激反应,提高患者生活质量,且不良反应少。

关键词 补中益气汤加减;雷贝拉唑钠肠溶胶囊;枸橼酸莫沙必利分散片;反流性食管炎;临床症状;生活质量

Clinical Efficacy of Modified Buzhong Yiqi Decoction Combined with Rabeprazole Sodium Enteric-Coated Capsules and Mosapride Citrate Dispersible Tablets in the Treatment of Reflux Esophagitis and Its Effects on Clinical Symptoms and Life Quality[△]

CHEN Ming, JI Hongli, LU Qin, HUANG Hui, ZHANG Fenyan, XIE Ruihua, FU Wanfa (Dept. of Gastroenterology, Beijing Geriatric Hospital, Beijing 100095, China)

ABSTRACT **OBJECTIVE:** To probe into the clinical efficacy of modified Buzhong Yiqi decoction combined with Rabeprazole sodium enteric-coated capsules and Mosapride citrate dispersible tablets in the treatment of reflux esophagitis and its effects on clinical symptoms and life quality. **METHODS:** Totally 92 patients with reflux esophagitis admitted into this hospital from Sept. 2019 to Sept. 2020 were divided into two groups via the random number table. The control group (46 cases) was treated with Rabeprazole sodium enteric-coated capsules and Mosapride citrate dispersible tablets, while the observation group (46 cases) was given modified Buzhong Yiqi decoction based on the control group, both groups were continuously treated for 8 weeks. Changes of gastrointestinal hormone levels, oxidative stress indicators of esophageal mucosal tissue, TCM syndrome integrals and scores of life quality before and after 8 weeks of treatment in the two groups were observed, the clinical efficacy and incidences of adverse drug reactions were analyzed. **RESULTS:** The total effective rate of observation group was 95.65% (44/46), which was higher than that of the control group (80.43%, 37/46), with statistically significant difference ($P < 0.05$). Compared with before treatment, the serum motilin, gastrin and total superoxide dismutase of esophageal mucosal tissue in both groups were increased, the general score of short form 36 health survey, physical health score and mental health score were increased, the nitric oxide and malondialdehyde levels of esophageal mucosal tissue were decreased, various TCM syndrome integrals (chest distension, heat burn, hiccup singultation and emotion depression) were decreased; the above indicators and scores were significantly better in the observation group than in the control group, with statistically significant difference ($P < 0.05$). The incidences of adverse drug reactions of observation group and control group were respectively 10.87% (5/46) and 8.70% (4/46), the difference was not statistically significant ($P > 0.05$).

[△] 基金项目:北京市医院管理局消化内科科协同发展中心立项项目(No. XXT29)

* 主治医师。研究方向:食管反流病、消化性溃疡。E-mail:chenmingming893@163.com

[#] 通信作者:主任医师。研究方向:老年消化病学。E-mail:wanfufu@sohu.com

CONCLUSIONS: The clinical efficacy of modified Buzhong Yiqi decoction combined with Rabepazole sodium enteric-coated capsules and Mosapride citrate dispersible tablets in the treatment of reflux esophagitis is remarkable, which can effectively relieve various clinical symptoms, improve gastrointestinal hormone levels oxidative stress of esophageal mucosal tissue, promote patients' life quality, with few adverse drug reactions.

KEYWORDS Modified Buzhong Yiqi decoction; Rabepazole sodium enteric-coated capsules; Mosapride citrate dispersible tablets; Reflux esophagitis; Clinical symptoms; Life quality

反流性食管炎属于胃食管反流病的一种类型,是指酸/碱反流导致的食管黏膜破损,胃十二指肠内容物反流入食管,引起不适症状,并引起食管黏膜糜烂、溃疡,形成反流性食管炎^[1-2]。其临床症状包含反流和烧心、胸痛、上腹痛、上腹灼烧感和暖气等,多采取消化内镜进行诊断,据统计,胃食管反流病的发病率在亚洲地区约为5%,且好发于肥胖、长期吸烟和饮酒的人群,并随年龄增长患病率升高,严重影响患者的正常生活和生命健康^[3]。目前针对恢复食管的抗反流功能尚无特效药物,主要以抑酸药为首选,其中雷贝拉唑为新型质子泵抑制药,抑酸作用强,且常用于治疗反流性食管炎,但容易复发且疗效不尽人意^[4]。中医将反流性食管炎归入“反胃”“呃逆”等范畴,认为致病因素多与脾胃气机失调后胃内容物随之上冲反流到食管有关,中西药联合用药能够产生相对显著的治疗效果^[5]。本研究探讨了补中益气汤加减联合雷贝拉唑钠肠溶胶囊、枸橼酸莫沙必利分散片治疗反流性食管炎的临床疗效及对临床症状、生活质量的影响,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源

将2019年9月至2020年9月我院收治的92例反流性食管炎患者作为研究对象。诊断标准:(1)西医诊断标准参照《2014年中国胃食管反流病专家共识意见》^[6],临床表现为烧心、反酸和胸痛等,内镜检查提示食管黏膜充血、水肿、糜烂或溃疡,即可确诊。(2)中医诊断标准参照《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》^[7],辨证为中虚气逆证;症见反酸或泛吐清涎,食少呃逆,胃脘痞满伴有隐痛,神疲乏力,舌质淡红且苔白微腻,脉细涩。纳入标准:(1)符合上述西医及中医的诊断标准;(2)年龄>18岁,且依从性良好,能配合检查;(3)近1个月未用过相关治疗药物;(4)签署知情同意书。排除标准:(1)既往药物过敏史(如雷贝拉唑等)者;(2)妊娠期及哺乳期妇女;(3)伴有消化系统疾病或其他重症疾病者;(4)有盲聋哑和智力障碍等患者。根据随机数字表法将患者分为两组,观察组和对照组各46例。两组患者均根据中华医学会消化内镜学分会的《反流性食管炎诊断及治疗指南(2003年)》进行内镜分类^[8]。两组患者的一般资料相似,具有可比性,见表1。本研究经医院伦理委员会批准同意执行(批准编号:LJ2019106)。

1.2 方法

对照组患者口服雷贝拉唑钠肠溶胶囊(规格:10 mg)20 mg,1日1次;同时口服枸橼酸莫沙必利分散片(规格:5 mg),1次5 mg,1日3次,餐前15~30 min服用;连续治疗8周。

观察组患者在对照组的基础上联合补中益气汤加减治疗,组方:煅乌贼骨、旋覆花和黄芪各20 g,炒白术、浙贝、炙甘

表1 观察组与对照组患者一般资料比较

Tab 1 Comparison of general information between observation group and control group

组别	年龄/ ($\bar{x}\pm s$,岁)	性别(男性/ 女性)/例	病程/ ($\bar{x}\pm s$,月)	内镜分类/例		
				I级	II级	III级
观察组(n=46)	45.68±4.87	28/18	10.38±2.06	11	30	5
对照组(n=46)	46.04±4.93	26/20	10.45±2.18	13	29	4
χ^2/Z	0.352	0.179	0.158	0.295		
P	0.725	0.672	0.875	0.863		

草、党参和枳壳各12 g,法半夏和柴胡各10 g,蒲公英、当归、升麻和陈皮各6 g,黄连5 g,生姜3 g,大枣6枚;加水500 mL,头煎30 min,取汁200 mL;二煎20 min,取汁200 mL,两煎混合,分早晚2次温服,1日1剂,连续治疗8周。

1.3 观察指标

(1)胃肠激素:治疗前和治疗8周后抽取患者晨起空腹静脉血5 mL,离心取上层血清,采用放射免疫法测定血清胃动素(MTL)和胃泌素(GAS)水平。(2)食管黏膜组织氧化应激指标:治疗前和治疗8周后通过胃镜检查获取食管黏膜组织,检测食管黏膜组织总超氧化物歧化酶(T-SOD)、一氧化氮(NO)和丙二醛(MDA)水平,分别采用羟胺法、硝酸还原酶法和硫代巴比妥酸法测定,操作步骤严格按照试剂盒说明书上进行。(3)中医证候评分:观察治疗前和治疗8周后两组患者的中医证候评分,包含胸胁胀满、吞酸烧心、呃逆暖气和情志抑郁等4项,根据病情程度评分,无症状为0分,症状轻或偶尔出现为2分,症状重而间断出现为4分,症状显著或持续出现为6分,评分越高表示症状越严重^[7]。(4)生活质量评分:治疗前和治疗8周后采用健康状况调查简表(SF-36)^[9]对患者生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能和精神健康等8个维度进行评分,再进一步换算出心理健康评分(MCS)及躯体健康评分(PCS)2个综合评分,评分越高表示生活质量越好。(5)观察记录两组患者治疗过程中的不良反应发生情况,包含腹痛、恶心呕吐、疲乏和头晕头痛等。

1.4 疗效评定标准

参考《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》^[7]评定治疗效果:(1)基本治愈,胃镜复查食管病灶消失,食管黏膜正常,症状消失;(2)显效,胃镜复查食管病灶明显改善,食管黏膜、症状明显好转;(3)有效,胃镜复查食管病灶和黏膜较治疗前缓解,镜下局部黏膜炎症有所改善;(4)无效,胃镜复查食管病灶和黏膜无好转,症状未改善或加重。总有效率=(基本治愈病例数+显效病例数+有效病例数)/总病例数×100%。

1.5 统计学方法

应用统计学软件SPSS 23.0进行数据分析,采用t检验比较年龄、病程、MTL、GAS、T-SOD、NO、MDA、中医证候评分和生活质量评分等以 $\bar{x}\pm s$ 描述的计量资料;采用 χ^2 检验比较性别、

内镜分类、临床疗效和不良反应等以例数和率(%)描述的计数资料; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

观察组患者的总有效率为95.65%(44/46),明显高于对照组的80.43%(37/46),差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 观察组与对照组患者临床疗效比较[例(%)]

Tab 2 Comparison of clinical efficacy between observation group and control group [cases (%)]

组别	基本治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组(n=46)	18 (39.13)	12 (26.09)	14 (30.43)	2 (4.35)	44 (95.65)
对照组(n=46)	8 (17.39)	13 (28.26)	16 (34.78)	9 (19.57)	37 (80.43)
χ^2	5.361	0.055	0.198	5.059	5.059
P	0.021	0.815	0.656	0.024	0.024

2.2 胃肠激素水平

治疗前,观察组与对照组患者血清MTL、GAS水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组患者血清MTL、GAS水平明显升高,且观察组患者明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表3。

2.3 食管黏膜组织氧化应激指标水平

治疗前,观察组与对照组患者食管黏膜组织氧化应激指

表4 观察组与对照组患者治疗前后食管黏膜组织氧化应激指标水平比较($\bar{x}\pm s$)

Tab 4 Comparison of oxidative stress indicators of esophageal mucosa tissue between observation group and control group before and after treatment ($\bar{x}\pm s$)

组别	T-SOD/(U/mg)		NO/($\mu\text{mol/g}$)		MDA/($\mu\text{mol/g}$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n=46)	30.90 \pm 6.52	55.83 \pm 8.46*	740.93 \pm 41.58	652.38 \pm 38.76*	15.17 \pm 4.53	6.92 \pm 1.83*
对照组(n=46)	31.03 \pm 6.84	46.92 \pm 7.85*	741.18 \pm 41.66	670.42 \pm 42.08*	15.02 \pm 4.48	9.98 \pm 2.25*
t	0.093	5.236	0.029	2.139	0.160	7.156
P	0.926	<0.001	0.977	0.035	0.874	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$

Note: vs. the same group before treatment, * $P<0.05$

表5 观察组与对照组患者治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

Tab 5 Comparison of TCM syndrome integrals between observation group and control group before and after treatment ($\bar{x}\pm s$, scores)

组别	胸胁胀满评分		吞酸烧心评分		呃逆暖气评分		情志抑郁评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n=46)	5.23 \pm 0.62	1.42 \pm 0.59*	5.17 \pm 0.75	1.12 \pm 0.43*	4.68 \pm 0.96	1.09 \pm 0.58*	5.31 \pm 0.63	1.31 \pm 0.40*
对照组(n=46)	5.16 \pm 0.78	3.90 \pm 0.58*	5.08 \pm 0.81	3.72 \pm 1.08*	4.70 \pm 1.03	3.22 \pm 0.69*	5.29 \pm 0.69	3.05 \pm 0.62*
t	0.346	20.330	0.426	15.170	0.096	16.027	0.283	15.994
P	0.711	<0.001	0.680	<0.001	0.924	<0.001	0.915	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$

Note: vs. the same group before treatment, * $P<0.05$

2.5 生活质量评分

治疗前,两组患者SF-36总评分、PCS评分和MCS评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组患者

表3 观察组与对照组患者治疗前后胃肠激素水平比较($\bar{x}\pm s$,pg/mL)

Tab 3 Comparison of gastrointestinal hormone levels between observation group and control group before and after treatment ($\bar{x}\pm s$, pg/mL)

组别	MTL		GAS	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n=46)	241.52 \pm 42.75	328.09 \pm 61.74*	95.12 \pm 22.54	165.24 \pm 26.63*
对照组(n=46)	239.96 \pm 42.92	286.53 \pm 29.29*	94.96 \pm 21.52	127.76 \pm 22.45*
t	0.175	4.125	0.035	7.298
P	0.862	<0.001	0.972	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$

Note: vs. the same group before treatment, * $P<0.05$

水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前相比,两组患者治疗后T-SOD水平升高,NO和MDA水平降低;观察组患者治疗后T-SOD水平明显高于对照组,NO和MDA水平明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表4。

2.4 中医证候评分情况

治疗前,两组患者胸胁胀满、吞酸烧心、呃逆暖气和情志抑郁评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组患者中医证候各项评分(胸胁胀满、吞酸烧心、呃逆暖气和情志抑郁)均降低,观察组患者中医证候各项评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表5。

SF-36总评分、PCS评分和MCS评分均较治疗前明显升高,且观察组患者明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表6。

表6 观察组与对照组患者治疗前后生活质量评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

Tab 6 Comparison of scores of life quality between observation group and control group ($\bar{x}\pm s$, scores)

组别	SF-36总评分		PCS评分		MCS评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n=46)	103.98 \pm 10.82	130.89 \pm 13.49*	53.96 \pm 5.57	69.08 \pm 6.27*	44.05 \pm 6.42	58.73 \pm 7.06*
对照组(n=46)	104.23 \pm 11.05	116.62 \pm 12.38*	54.22 \pm 5.68	61.22 \pm 5.98*	44.09 \pm 6.40	52.14 \pm 6.18*
t	0.110	5.286	0.222	6.153	0.030	4.764
P	0.913	<0.001	0.825	<0.001	0.976	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$

Note: vs. the same group before treatment, * $P<0.05$

2.6 不良反应发生情况

对照组患者发生腹痛、恶心呕吐各2例,不良反应发生率为8.70%;无疲乏、头晕头痛等不适症状。观察组患者发生恶心呕吐3例,腹痛和头晕头痛各1例,不良反应发生率为10.87%;未经特殊处理,2d后症状消失,未影响研究结果。两组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.123$, $P=0.726$)。

3 讨论

反流性食管炎一般是由于各类因素单独或一起作用于胃黏膜,造成胃黏膜屏障损害,进而形成炎症^[10-12]。该病容易造成患者胃灼痛及胸部疼痛等症状,严重影响患者的生活质量。有调查发现,受饮食结构变化和老龄化进程加快等因素影响,我国反流性食管炎的患病率呈升高趋势^[13]。目前,临床上多采取雷贝拉唑(抑酸药)和枸橼酸莫沙必利来缓解患者的反流症状,抑制因食管黏膜受损所致炎症反应,对于患者病情改善具有积极意义,但其作用时间短,且患者常于夜间平卧时复发,多数患者出现不同程度的恶心呕吐、腹痛等症状,严重降低患者的生活质量,疗效欠佳^[14]。目前,中医对反流性食管炎的治疗具有丰富的临床经验,且有研究结果发现,中药辅助治疗消化系统疾病有积极意义,能获得较好的临床效果^[15]。

反流性食管炎属于中医学“吞酸”“反胃”等范畴,其发病与脾胃气机升降失常直接相关,饮食不节、情志失调可引起脾胃虚弱,故治宜补脾益气、和胃降逆^[16-17]。本研究采取补中益气汤加减,方中黄芪、煅乌贼骨和旋覆花共为君药,黄芪益气活血、入脾补土,能促进大肠蠕动;煅乌贼骨有抑酸收敛之效,能避免胃酸过度分泌,修复食管黏膜;旋覆花具有和胃降逆之功。另有浙贝、炙甘草、炒白术、法半夏、党参和蒲公英共为臣药,其中炙甘草补脾益气、调和药性;炒白术燥湿利水、补气健脾;党参健脾胃;浙贝制酸止痛;法半夏调节胃肠功能;蒲公英抗炎消肿;党参能抑酸止痛、降逆和胃^[18]。柴胡、枳壳、当归、升麻、陈皮、黄连、生姜和大枣为佐药,生姜祛痰散结、降逆止呕;大枣健脾益气以补胃虚;黄连苦寒泻火;枳壳能改善消化功能,具有促进小肠内容物排出的作用;当归补血活血;柴胡有解热、抗病毒和提高免疫功能的作用;升麻清热解毒;陈皮理气开胃、燥湿化痰;佐药合用,可健脾和胃、疏肝解郁、抑酸止痛,调和上述中药^[19]。有研究观察了82例反流性食管炎患者,发现采用中药汤剂治疗的患者主要症状减轻效果及有效率均优于对照组,且反酸或烧心、胃脘或胁肋胀痛、食少和纳呆、嗝气症状积分均有显著改善^[20]。本研究结果显示,观察组患者的总有效率(95.65%)高于对照组(80.43%);治疗后,观察组患者血清MTL、GAS水平和食管黏膜组织T-SOD水平,SF-36总评分、PCS评分和MCS评分高于对照组,NO和MDA水平、中医证候各项评分低于对照组,上述差异均有统计学意义($P<0.05$);两组患者不良反应发生率的差异无统计学意义($P>0.05$)。提示补中益气汤加减联合雷贝拉唑钠肠溶胶囊、枸橼酸莫沙必利分散片的效果优于单纯西药治疗,且较为安全。

综上所述,补中益气汤加减联合雷贝拉唑钠肠溶胶囊、枸橼酸莫沙必利分散片治疗反流性食管炎的临床疗效较好,可有效缓解患者各项临床症状,改善胃肠激素水平和食管黏膜氧化应激反应,提高生活质量,不良反应少。

参考文献

- [1] 中国医师协会外科医师分会胃食管反流病专业委员会. 成人胃食管反流病外科诊疗共识(2020版)[J]. 中华胃食管反流病电子杂志, 2021, 8(1): 1-8.
- [2] CHEN J, BRADY P. Gastroesophageal reflux disease: pathophysiology, diagnosis, and treatment[J]. Gastroenterol Nurs, 2019, 42(1): 20-28.
- [3] 徐建峰, 周军庆, 魏德胜, 等. 胃食管反流病的治疗进展[J]. 中华胸部外科电子杂志, 2020, 7(1): 44-50.
- [4] 裴之海, 李秋月. 理气降浊汤联合雷贝拉唑治疗老年反流性食管炎的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2020, 40(12): 2558-2561.
- [5] 王俊丽, 刘汶. 清胃降逆方联合西医常规疗法治疗反流性食管炎肝胃郁热证临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2020, 27(3): 28-32.
- [6] 中华医学会消化病学分会. 2014年中国胃食管反流病专家共识意见[J]. 中华消化杂志, 2014, 34(10): 649-661.
- [7] 中华中医药学会脾胃病分会. 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.
- [8] 中华医学会消化内镜学分会. 反流性食管炎诊断及治疗指南(2003年)[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(4): 221-222.
- [9] WANG Y L, ZHAO R, GU C Y, et al. The impact of systemic lupus erythematosus on health-related quality of life assessed using the SF-36: a systematic review and meta-analysis [J]. Psychol Health Med, 2019, 24(8): 978-991.
- [10] SCHEURER U, HALTER F. Lower esophageal sphincter in reflux esophagitis[J]. Scand J Gastroenterol, 1976, 11(6): 629-634.
- [11] 陈霞, 石益海, 朱婵艳, 等. 自拟和中健脾汤结合西医常规疗法对反流性食管炎患者胃肠动力学及炎症细胞因子水平的影响[J]. 国际中医中药杂志, 2020, 42(3): 213-216.
- [12] TRIPATHI M, STREUTKER C J, MARGINEAN E C. Relevance of histology in the diagnosis of reflux esophagitis[J]. Ann N Y Acad Sci, 2018, 1434(1): 94-101.
- [13] 张健, 张嘉璐, 李媛, 等. 太原市晋源区部分社区人群常见上消化系统疾病流行病学调查[J]. 临床消化病杂志, 2019, 31(4): 209-213.
- [14] 张旭. 埃索美拉唑联合莫沙必利对反流性食管炎患者血清胃泌素和胃蛋白酶原及炎症因子水平的影响[J]. 中国医药, 2020, 15(12): 1905-1908.
- [15] 贾军峰, 李文萍. 和胃降逆饮联合西药及针刺治疗残胃引起的反流性食管炎的疗效及对血清胃动素的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2020, 28(12): 944-948.
- [16] 李琳琳, 朱方石. 半夏厚朴汤治疗反流性食管炎的理论机制探讨[J]. 中国医药导报, 2021, 18(2): 128-131.
- [17] 王瑞瑞, 杨晋翔, 彭继升, 等. 基于聚类分析的杨晋翔教授治疗反流性食管炎的用药规律及学术思想[J]. 世界中医药, 2020, 15(22): 3497-3501.
- [18] 杨海卿, 王科峰, 郭伟. 加味补中益气汤联合奥美拉唑肠溶胶囊治疗老年反流性食管炎的疗效及对生活质量和复发情况的影响[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(22): 5642-5644.
- [19] 张婷婷, 郭义峰. 加味补中益气汤联合奥美拉唑肠溶胶囊治疗老年反流性食管炎临床研究[J]. 四川中医, 2017, 35(5): 176-177.
- [20] 刘峰, 马淑然. 柴芍六君汤加减联合西药治疗反流性食管炎(肝郁脾虚型)疗效观察[J]. 四川中医, 2018, 36(11): 92-94.

(收稿日期:2021-02-21 修回日期:2021-05-26)