

本文引用:张晓光,陈光侠,林海.和胃降逆汤配合药穴指压治疗湿热型胆汁反流性胃炎的临床研究[J].湖南中医药大学学报,2019,39(10):1254-1258.

和胃降逆汤配合药穴指压治疗湿热型胆汁反流性胃炎的临床研究

张晓光¹,陈光侠²,林海^{1*}

(1.张家港市中医医院消化科,江苏 张家港 215600;2.徐州市第一人民医院消化内科,江苏 徐州 221000)

〔摘要〕目的 观察常规西药基础上和胃降逆汤配合药穴指压治疗湿热型胆汁反流性胃炎的临床疗效与安全性。方法 选取2015年12月至2017年12月在本院接受治疗的湿热型胆汁反流性胃炎患者116例,按照随机数字表法分成两组,对照组(58例)行西医常规治疗,观察组(58例)在对照组基础上加服和胃降逆汤并配合药穴指压。对比分析两组患者血清脂质过氧化物(Lipid peroxide, LPO)、P物质(Substance P, SP)、降钙素基因相关肽(Calcitonin gene-related peptide, CGRP)、5-羟色胺(Hydroxytryptamine, 5-HT)、胃促生长素(Ghrelin)、血管活性肽(Vasoactive intestinal peptide, VIP)含量,胃黏膜组织白细胞介素-23(Interleukin-23, IL-23)、IL-17 mRNA(Interleukin-23 mRNA, IL-17 mRNA)相对表达量及不良发应状况。结果 治疗后,两组患者的血清LPO、SP、5-HT、VIP、CGRP含量、胃黏膜IL-23、IL-17 mRNA相对表达量、胃内胃酸及胆酸吸出量相对于治疗前均有所降低,血清Ghrelin含量较治疗前均有所升高,差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$);治疗后观察组的上述指标的改变均优于对照组,且差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 在常规西药的基础上采用和胃降逆汤配合药穴指压治疗胆汁反流性胃炎患者疗效显著,可缓解患者体内炎症反应程度,降低胆酸、胃酸分泌量,使患者更快康复。

〔关键词〕胆汁反流性胃炎;湿热型;和胃降逆汤;药穴指压

〔中图分类号〕R259

〔文献标志码〕B

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.10.018

Clinical Study on Hewei Jiangni Decoction Combined with Medicine Acupoint Finger-pressing in Treating Damp-heat Type Bile Reflux Gastritis

ZHANG Xiaoguang¹, CHEN Guangxia², LIN Hai^{1*}

(1. Department of Gastroenterology, Zhangjiagang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhangjiagang, Jiangsu 215600, China;

2. Department of Gastroenterology, Xuzhou No.1 People's Hospital, Xuzhou, Jiangsu 221000, China)

〔Abstract〕 **Objective** To observe the clinical efficacy and safety of conventional Western medicine with Hewei Jiangni Decoction and medicine point finger-pressing in treating damp-heat type bile reflux gastritis. **Methods** A total of 116 patients with damp-heat type bile reflux gastritis who were treated in our hospital from December 2015 to December 2017 were selected and divided into 2 groups according to random number table method. Control group (58 cases) was given conventional Western medicine treatment. On the treatment basis of the control group, Hewei Jiangni Decoction was added, combined with medicine acupoint finger-pressing, in observation group (58 cases). Comparative analysis was performed on serum content of lipid peroxide (LPO), substance P (SP), calcitonin gene-related peptide (CGRP), Hydroxytryptamine (5-HT), Ghrelin, and vasoactive intestinal peptide (VIP), relative expression of gastric mucosal tissue interleukin-23 (IL-23), and IL-17 mRNA, as well as adverse

〔收稿日期〕2018-12-27

〔基金项目〕国家自然科学基金青年科学基金项目(81602101)。

〔作者简介〕张晓光,男,本科,主治中医师,研究方向:消化疾病的中西医结合治疗。

〔通讯作者〕*林海,男,本科,主治医师, E-mail: doctoryz12@163.com。

reactions in the 2 groups. **Results** After the treatment, the serum content of LPO, SP, 5-HT, VIP and CGRP, relative expression of IL-23 and IL-17 mRNA in gastric mucosa, and extraction volume of gastric acid and cholic acid in patients of the observation group and the control group were decreased compared with those before the treatment, and the serum content of Ghrelin was increased compared with that before the treatment, with statistically significant difference ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). After the treatment, changes of the above indexes in the observation group were better than those in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Hewei Jiangni Decoction combined with medicine acupoint finger-pressing on the basis of conventional Western medicine in patients with bile reflux gastritis has significant efficacy, which can alleviate the degree of inflammatory reaction in patients, decrease the volume of cholic acid and gastric acid secretion, and make patients recover faster.

[**Keywords**] bile reflux gastritis; damp-heat type; Hewei Jiangni Decoction; medicine acupoint finger-pressing

胆汁反流性胃炎为临床多见、反复发作、慢性的消化系统疾病,约占胃食管反流病的 60%左右^[1-2]。患者临床表征是咳嗽、反酸、胸骨后不适及烧心等,且多数患者还伴随睡眠障碍、抑郁、焦虑等心理问题,病程较长、容易反复,对患者工作和生活带来了严重影响。当前西医对胆汁反流性胃炎患者多进行对症治疗,常用药物包含促进胃动力药物、黏膜保护药物及质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)等,但疗程不是很确切,治疗效果不够理想,患者在停药以后易出现反复^[3-4]。近些年来,随着中医药在临床广泛使用,在消化系统疾病中取得了实质性进展,因此,本文通过分析和胃降逆汤配合药穴指压对胆汁反流性胃炎患者疗效影响,为临床患者治疗提供一些借鉴。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 依据《2014 年中国胃食管反流病专家共识意见》^[5]: (1)胃镜检查显示巴雷特(Barrett)食管,食管黏膜没有受损;(2)有烧心、反流等临床症状,幽门与消化道未出现梗阻。

1.1.2 胆汁反流性胃炎分级标准 依据反流性疾病问卷(Reflux disease questionnaire, RDQ),得分 12~20 分为轻度,得分 20~30 分为中度,得分 31~40 分为重度^[6]。

1.1.3 中医诊断标准 依据《实用中医消化病学》^[7],证型是湿热型,主症:口干口苦,胸脘灼痛,舌苔黄腻,泛酸;次症:脉弦,大便秘结,恶心呕吐,烦躁易怒,口臭,小便发黄。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:(1)符合上述中西医诊断标准;(2)年

龄在 18~65 岁间;(3)RDQ 评分在 12 分及以上。排除标准:(1)滥用药物或者酒精依赖者;(2)处于哺乳或妊娠期者;(3)对本试验药物过敏或者高敏体质者;(4)合并血液系统、心、肺、肾及肝等原发疾病者;(5)合并引发消化道症状全身代谢性疾病。脱落及终止标准:(1)对治疗药物过敏或治疗期间发生禁忌性疾病;(2)失访或随访获得的诊疗数据缺失;(3)患者主动退出研究或终止研究;(4)治疗期间不配合或其他不可抗原因。

1.3 病例资料

选取 2015 年 12 月至 2017 年 12 月间在本院接受治疗的湿热型胆汁反流性胃炎患者 116 例,采用随机数字表法分成观察组(58 例)与对照组(58 例),两组患者临床资料对比差异无统计学意义($P < 0.05$),具有可比性,详见表 1。本研究经医院伦理委员会批准,患者或家属知情并签署同意书。

表 1 患者临床资料对比($n=58$)

| 组别 | 性别/ (男/女,例) | 病程/ (年, $\bar{x} \pm s$) | BMI/ ($\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$, $\bar{x} \pm s$) | 年龄/ (岁, $\bar{x} \pm s$) | 严重程度/例 | | |
|------------|----------------|------------------------------|---|------------------------------|--------|----|----|
| | | | | | 轻度 | 中度 | 重度 |
| 观察组 | 35/23 | 5.92±1.10 | 23.17±3.04 | 43.17±4.18 | 32 | 19 | 7 |
| 对照组 | 34/24 | 5.89±1.07 | 22.95±3.12 | 42.95±4.31 | 33 | 20 | 5 |
| t/χ^2 | 0.073 | 0.039 | 0.091 | 0.082 | 0.161 | | |
| P | 0.415 | 0.187 | 0.432 | 0.306 | 0.227 | | |

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 行西医常规治疗,口服雷贝拉唑钠肠溶片(规格:10 mg/片,成都迪康药业公司),每天 1 次,每次 10 mg;口服西沙必利(规格:5 mg/片,海南三叶制药公司),每天 3 次,每次 10 mg;口服氟哌噻吨美利曲辛[规格:(0.5 mg:20 mg)/片,丹麦 H.Lundbeck A/S 公司]每天 1 次,每次 20 mg。疗程为 4 周。

1.4.2 观察组 在对照组基础上加服和胃降逆汤

(甘草 5 g, 柴胡 15 g, 威灵仙 10 g, 半夏 10 g, 川芎 15 g, 陈皮 10 g, 党参 15 g, 黄连 5 g, 白术 10 g, 吴茱萸 3 g, 海螵蛸 15 g, 竹茹 6 g, 代赭石 15 g, 旋复花 15 g), 清水煎至 300 mL, 分早晚服用, 每天 1 剂。同时行药穴指压, 将外用药物(包含甘草 10 g, 苏梗 25 g, 当归 15 g, 紫苏叶 10 g, 红花 12 g, 陈皮 12 g, 代赭石 25 g, 香附 10 g, 旋复花 12 g, 黄连 9 g, 肉桂 12 g, 吴茱萸 9 g) 置入棕色密封瓶内, 加入 50 度白酒 1 000 mL, 浸泡 2 d 后取汁备用。对患者行药穴指压时, 为确保患者的按压体验和安全性, 按压前充分评估患者的精神状态、是否空腹、疲劳程度等, 指导患者俯卧位躺于床上, 穴位取肝俞、内关、胆俞、足三里、脾俞、至阳、胃俞、灵台及神道, 随后根据患者的症状和状态依次在相应的穴位上涂抹药汁, 在药汁未干前对穴位进行顺时针和逆时针交替的打捏、按揉、按压等手法按摩, 药汁吸收后重复涂抹 2~3 次并穴位按摩, 按摩力度以患者能耐受为宜, 每次时长控制在 30 min 左右, 穴位按摩后叮嘱患者保持体位休息 30 min, 每周 4~5 次, 疗程为 4 周。

1.5 观察指标及方法

(1) 采集患者治疗前后早晨空腹静脉血 20 mL, ELISA 法检测血清脂质过氧化物 (lipid peroxide, LPO)、P 物质 (substance P, SP)、降钙素基因相关肽 (calcitonin gene-related peptide, CGRP)、5-羟色胺 (Hydroxytryptamine, 5-HT)、血管活性肽 (vasoactive intestinal peptide, VIP) 及胃促生长素 (Ghrelin) 含量改变状况, SP、5-HT 和 CGRP 试剂盒购自武汉华美生物公司, LPO 试剂盒购自西安润德生物公司, Ghrelin 适合购自美国 GBD 公司, 根据试剂盒说明书执行相关操作。

(2) 经过胃管抽吸液检测患者治疗前后胃液内胃酸分泌量与胃液胆酸量状况。

(3) 治疗前、治疗后对患者行组织活检, Real time-PCR 检测白细胞介素-23 (IL-23)、IL-17 mRNA 相对表达量, Trizol 法提取胃黏膜组织细胞总 RNA 行 RT-PCR 扩增, IL-23 上游引物 5'-CATTGAGAA-GATCTTGGAG-3', 下游引物 5'-CTATGTTTCAGT-CATGATTG-3', 扩增片段是 482 bp; IL-17 上游引物 5'-GCTCCAGGAATTCCTCGGTA-3', 下游引物 5'-GAGTCTGCATGCTAGCTAG-3', 扩增片段为 389 bp; 内参 GAPDH 上游引物 5'-CTTGATCGTACGTAGC-CTGA-3', 下游引物 5'-GTGTAGTGTACTGTTCATG-CA-3', 扩增片段 482 bp。PCR 反应条件: 94 °C 下 45 s, 55 °C 下 50 s, 72 °C 下 75 s, 在 40 次循环以后获取 IL-23、IL-17 mRNA 循环阈值 (Ct), 使用 $\Delta\Delta Ct$ ($\Delta\Delta Ct = Ct$ 目的基因 - ΔCt 内参基因) 分析, 算出 $2^{-\Delta\Delta Ct}$ 目的基因相对表达量。

1.6 统计学分析

所有数据采集后, 使用统计分析软件 SPSS 19.0 进行统计分析。计数资料用“n(%)”表示, 组间比较采用 χ^2 检查; 计量资料采用“ $\bar{x}\pm s$ ”表示, 组间比较时, 符合正态分布的数据使用 *t* 检验, 不符合正态分布的资料则采用秩和检验等。均以 $P < 0.05$ 表示组间差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后两组患者血清 SP、LPO、5-HT、VIP、CGRP 及 Ghrelin 改变情况

治疗前, 两组患者的血清 LPO、SP、5-HT、VIP、CGRP、Ghrelin 含量差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 两组患者的 LPO、SP、5-HT、VIP、CGRP 水平下降, Ghrelin 水平上升, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 观察组上述指标与对照组相比, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体见表 2。

表 2 治疗前后两组患者血清 SP、LPO、5-HT、VIP、CGRP 及 Ghrelin 改变情况 ($n=58$)

| 组别 | SP/(pg·h ⁻¹) | | LPO/(nmol·L ⁻¹) | | 5-HT/(ng·mL ⁻¹) | | VIP/(mmol·L ⁻¹) | | CGRP/(pg·mL ⁻¹) | | Ghrelin/(pg·mL ⁻¹) | |
|------------|--------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 8.05±1.68 | 5.94±0.59* | 5.95±2.17 | 4.26±1.01* | 108.47±15.39 | 68.74±6.71* | 87.63±5.14 | 46.09±5.67** | 4.30±1.07 | 3.27±0.38* | 58.73±4.35 | 63.27±4.73* |
| 观察组 | 8.03±1.73 | 3.27±0.64** | 5.91±2.15 | 3.12±1.04** | 110.57±15.47 | 38.76±6.82** | 86.57±5.09 | 34.68±5.10** | 4.27±1.05 | 2.01±0.35** | 58.42±4.17 | 66.85±4.81* |
| <i>t</i> 值 | 1.114 | 0.931 | 1.452 | 1.771 | 0.956 | 0.875 | 0.462 | 1.365 | 1.219 | 0.884 | 0.957 | 1.031 |
| <i>P</i> 值 | 0.852 | 0.015 | 0.562 | 0.021 | 0.674 | 0.033 | 0.695 | 0.032 | 0.089 | 0.041 | 0.236 | 0.039 |

注: 与治疗前相比, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

2.2 治疗前后两组患者胃内吸出物情况

治疗前,两组患者胃内胃酸及胆酸吸出量比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者胃内胃酸及胆酸吸出量较治疗前显著降低,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。详见表 3。

表 3 治疗前后两组患者胃内吸出物情况对比($n=58, \bar{x} \pm s$)

| 组别 | 胃酸/(mmol·h ⁻¹) | | 胆酸/(mg·mL ⁻¹) | |
|------------|----------------------------|-------------|---------------------------|---------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 4.18±0.41 | 2.55±0.40** | 242.19±15.42 | 143.64±15.07* |
| 观察组 | 4.20±0.38 | 1.26±0.35** | 241.63±15.72 | 85.49±14.26** |
| <i>t</i> 值 | 1.406 | 4.895 | 1.026 | 5.442 |
| <i>P</i> 值 | 0.133 | 0.018 | 0.427 | 0.021 |

注:与治疗前相比,* $P<0.05$,** $P<0.01$

2.3 治疗前后患者胃黏膜组织 IL-23、IL-17 mRNA 相对表达情况

治疗前,胃黏膜 IL-23 mRNA、IL-17 mRNA 水平差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者胃黏膜 IL-23、IL-17 mRNA 相对表达低于治疗前,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。详见表 4。

表 4 治疗前后两组患者胃黏膜组织 IL-23、IL-17 mRNA 相对表达量比较($n=58, \bar{x} \pm s$)

| 组别 | IL-23mRNA | | IL-17 mRNA | |
|------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 | 14.01±0.27 | 7.64±0.26** | 16.59±0.33 | 9.72±0.38* |
| 观察组 | 13.65±0.31 | 4.18±0.29** | 16.72±0.43 | 6.31±0.34** |
| <i>t</i> 值 | 1.445 | 4.662 | 1.025 | 3.447 |
| <i>P</i> 值 | 0.792 | 0.013 | 0.874 | 0.032 |

注:与治疗前相比,* $P<0.05$,** $P<0.01$

2.4 患者不良反应情况

治疗过程中,观察组和对照组对比差异有统计学意义($\chi^2=9.027, P<0.05$)。详见表 5。

表 5 两组患者不良反应比较($n=58$,例)

| 组别 | 腹泻 | 恶心呕吐 | 口干 | 便秘 | 总发生率/% |
|------------|----|------|----|----|--------|
| 对照组 | 3 | 3 | 2 | 2 | 17.24 |
| 观察组 | 1 | 2 | 1 | 0 | 6.90 |
| χ^2 值 | | | | | 5.473 |
| <i>P</i> 值 | | | | | 0.021 |

3 讨论

胆汁反流性胃炎在中医学古籍中可归于“胃痛”、

“胸痹”“嘈杂”等范畴内,机体中食管为胃之长,胃为水谷海洋,与脾脏起到消化及输布影响,而食管为胃腑对食物传送通道,因此机体内胃部功能强弱对食管影响比较大,若机体内脾胃升降功能发生异常,或者思虑过多、情志不畅等都会造成肝胆排泄不正常,进而逆向对胃部造成影响;饮食不规律、过度饮酒等均会对胃经灼伤;素罹胆病,上逆呕苦,胃窦遭胆邪侵犯都会导致胆汁反流性胃炎^[8-10]。基于胆汁反流性食管炎的中医发病机制,给予和胃降逆药物进行调理则能获得较好的治疗效果。在本研究中,采用自拟方和胃降逆汤,针对湿热型胆汁反流性胃炎进行治疗,并取得了不错的效果。从处方药理方面来看,方中君药为柴胡,可疏肝解郁;竹茹、黄连清上热,苦降阳;木香、陈皮及半夏可升阴,宽胸畅膈、降逆理气,调整胃肠道和食管,为方中臣药;佐药为白术、甘草及党参,可使上下阴阳交通,健脾和中。另外,威灵仙、川芎通络止痛、活血行气,代赭石、海螵蛸止吐、制酸、降逆,吴茱萸泄厥阴逆气,温胃散寒。全方药物配伍共起和胃降逆、疏肝健脾功效。

此外,为提高治疗效果本研究中也针对患者的病情,采取了辨证施治的药穴指压法,辅助调理患者的脾胃功能。药穴指压法历史久远,由经脉理论发展而来,通过穴位受到手指切、揉、捏等手法,起到传导酸胀感及局部发热,进而扶正祛邪,使阴阳调节,消肿止痛,机体内脏腑虚实得以调整。指压疗法和药物外治结合,将药酒涂抹于穴位,联合按摩刺激,可加速皮肤吸收,在药物和穴位刺激共同影响下对机体脾胃升降进行调节,使胃部运动协调性得以改善。在本研究中,治疗结果显示治疗后观察组患者血清 LPO、SP、5-HT 及 CGRP 含量较治疗前、对照组显著降低,血清 Ghrelin 含量较治疗前、对照组显著升高,说明和胃降逆汤配合药穴指压可提升血清 Ghrelin 含量,加速胃排空,同时提高患者体内超氧化物歧化酶活性,使 LPO 含量降低相关血清内 Ghrelin 可对小肠蠕动得到强化,机体胃排空加速,而 NERD 患者体内 Ghrelin 含量降低,其胃内压力升高,患者胃排空速度降低,胃酸长时间暴露,进而加重患者病情^[11-14],血清 LPO 为自由基影响下不饱和脂肪酸所产生的过氧化物。超氧化物歧化酶其活性高低代表了机体内自由基清除功能与抗氧化功能强弱,酶活性降低则自

由基的清除能力也随之下降,提升酶活性则可预防患者机体中炎症出现和发展^[1,15-16]。而本研究中观察组的治疗方案对于 Ghrelin 和 LPO 水平的改善效果较为显著,说明了和胃降逆汤与药穴指压相结合的方案较为有效。

在其他血清指标的改善方面,本研究结果显示观察组的血清内 5-HT、VIP、GRP 及 SP 水平与治疗前相比,下降幅度较大,且与对照组相比差异具有统计学意义($P<0.05$),说明观察组中所采用的和胃降逆汤及药穴指压,能够有效降低胆汁反流性胃炎患者的上述指标,这对于改善患者的病情、促进患者的康复有着明确的临床意义。从 5-HT、VIP、GRP 及 SP 在人体中的作用机制进行分析,SP 与 CGRP 在 NERD 患者的食管黏膜内表达升高,同时和患者痛觉阈值为负相关关系,说明它们在内脏敏感中有重要影响,这说明和胃降逆汤和药穴指压联合应用能够有效提高患者对疼痛的耐受、并降低胃肠道对外界刺激的敏感性。5-HT 作为重要神经递质,参加胃肠动力与感觉的调节,且与患者的情绪、心理状态有密切的关系,和胃降逆汤及药穴指压法在改善患者情绪和胃肠的感觉方面也有效果,对于加速患者的康复有着直接意义。在抗炎方面,本研究结果显示,观察组胃黏膜中 IL-23mRNA、IL-17 mRNA 水平低于对照组,提示和胃降逆汤能够提高患者对抗机体炎症的能力,改善患者的炎症症状。

综上所述,和胃降逆汤配合药穴指压对胆汁反流性胃炎患者疗效显著,可缓解患者体内炎症反应程度,降低胆酸、胃酸分泌量,能够促进患者的康复,值得临床推广。

参考文献

[1] 郝建军,苗海军.胃炎康胶囊联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎

的临床研究[J].现代药物与临床,2016,31(10):1542-1546.

- [2] 周 燕,李保良,姚李吉,等.乌梅丸改善非糜烂性胃食管反流病主要症状的临床观察[J].中药材,2016,39(5):1169-1172.
- [3] 王江滨,于 帆.幽门螺杆菌感染与胆汁反流性胃炎[J].中华消化杂志,2016,36(6):372-373.
- [4] 吴丽权,张亚历,朱 薇.非糜烂性胃食管反流病烧心症状感知机制的认识[J].现代消化及介入诊疗,2016,21(4):667-670.
- [5] 陈旻湖,侯晓华,肖英莲,等.2014 年中国胃食管反流病专家共识意见[J].中华消化杂志,2015(3):155-168.
- [6] 丁士刚,王 晔.胆汁反流性胃病的诊断[J].中华消化杂志,2016,36(6):365-368.
- [7] 李乾构,周学文,单兆伟.实用中医消化病学[M].北京:人民卫生出版社,2004:152-156.
- [8] 熊利红.自拟调脾养胃汤对胆汁反流性胃炎患者胃肠激素及血清炎症因子的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,11(8):889-891.
- [9] 罗 成,顾 园.坦度螺酮与氟哌噻吨美利曲辛治疗对伴焦虑及抑郁的非糜烂性胃食管反流病临床对照研究[J].山西医药杂志,2016,45(21):2521-2524.
- [10] 安 丽,黄大未,杨晋翔,等.清胆和胃颗粒治疗胆汁反流性胃炎 47 例临床观察[J].中医杂志,2018,3(1):37-40.
- [11] 徐 杲,华 娴,徐 希,等.氟哌噻吨美利曲辛联合质子泵抑制剂对伴焦虑抑郁的非糜烂性胃食管反流病的临床疗效[J].医学研究杂志,2016,45(1):138-140.
- [12] 宋惠雯,蒋义贵,张生君,等.非糜烂性胃食管反流病患者的反流事件研究[J].临床消化病杂志,2016,28(4):220-223.
- [13] 李彤中,邢继军,闫纪琳,等.木瓜止痉汤结合脘腹 6 穴走罐治疗胆汁反流性胃炎临床观察[J].河北医药,2016,38(22):3445-3448.
- [14] 钟 辉,龚冬梅.氟哌噻吨美利曲辛联合 PPI 制剂治疗非糜烂性胃食管反流病的近期疗效及安全性[J].实用药物与临床,2017,20(2):154-158.
- [15] 郭 一,李晓红.近五年中医药治疗非糜烂性胃食管反流病临床与实验研究进展[J].中国中医急症,2017,26(11):1980-1982.
- [16] 钟 媚,张 冰,李秀媚.氟哌噻吨美利曲辛联合促胃动力药治疗非糜烂性胃食管反流病伴抑郁患者临床效果分析[J].中国医药,2016,11(1):58-62.

(本文编辑 匡静之)