

黄竹欣胃汤辨证治疗肝胃郁热型胆汁反流性胃炎 的临床疗效观察

李医芳¹ 朱叶珊¹

[摘要] **目的:**探讨黄竹欣胃汤辨证治疗胆汁反流性胃炎(BRG)的临床效果。**方法:**随机将136例肝胃郁热型BRG患者分为对照组和观察组,每组68例,对照组给予常规西医治疗,观察组基于对照组治疗之上加予黄竹欣胃汤辅助治疗,评估2组治疗8周后的临床疗效,对比2组治疗前及治疗8周后的中医症状积分、胆汁反流情况(最长胆汁反流时间、胆汁反流次数、反流总时间占比)、血清胃泌素(GAS)及血浆胃动素(MTL)水平变化情况。**结果:**观察组的临床总有效率显著高于对照组(95.59%、85.29%, $P<0.05$);治疗8周后,2组胃脘疼痛、胃脘灼热、脘腹胀满、暖气、胃中嘈杂、纳呆少食、烦躁易怒、体重减轻、便秘共9项中医症状积分及总分较治疗前有显著降低($P<0.05$),2组最长胆汁反流时间较治疗前有显著缩短($P<0.05$),胆汁反流次数较治疗前有显著减少($P<0.05$),反流总时间占比较治疗前有显著降低($P<0.05$),2组血清GAS较治疗前有显著降低($P<0.05$),血浆MTL水平较治疗前有显著性提升($P<0.05$),观察组以上指标改善显著优于对照组($P<0.05$)。**结论:**黄竹欣胃汤辅助西医治疗能提高肝胃郁热型BRG患者的临床疗效,可明显缓解中医症状,改善胆汁反流情况,并促进血清GAS及血浆MTL水平提高,以促进胃肠功能改善。

[关键词] 黄竹欣胃汤;胆汁反流性胃炎;血清胃泌素;血浆胃动素

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2021.10.11

[中图分类号] R256.3 **[文献标志码]** A

Clinical efficacy of Huangzhu Xinwei Decoction in the differentiation treatment of bile reflux gastritis of liver-stomach heat stagnation

LI Yifang ZHU Yeshan

(Department of Spleen and Stomach Disease, Tangshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tangshan, 063000, China)

Corresponding author: LI Yifang, E-mail: yuanyqd8012@126.com

Abstract Objective: To investigate the clinical effect of Huangzhu Xinwei Decoction in the differentiation treatment of bile reflux gastritis(BRG). **Methods:** One hundred and thirty-six patients with BRG of liver-stomach stagnation-heat type were randomly divided into control group and observation group, with 68 cases in each group. The control group was treated with conventional western medicine, and the observation group was additionally treated with Huangzhu Xinwei Decoction based on the above. The clinical efficacy of the two groups was evaluated after 8 weeks of treatment, and the TCM symptoms scores, bile reflux status(the longest bile reflux time, frequency of bile reflux, the proportion of total reflux time) and levels of serum gastrin(GAS) and plasma motilin (MTL) were compared between the two groups before treatment and after 8 weeks of treatment. **Results:** The total clinical effective rate of observation group was significantly higher than that of control group(95.59%, 85.29%, $P<0.05$). After 8 weeks of treatment, the scores of 9 items of TCM symptoms of stomach duct pain, gastric burning, abdominal fullness and distention, belching, noisy stomach, anorexia and poor appetite, anxiety and irritability, weight loss and constipation and the total score in the two groups were significantly decreased compared with those before treatment($P<0.05$), and the longest bile reflux time in the two groups was significantly shorter than that before treatment($P<0.05$), and the frequency of bile reflux was significantly reduced compared to before treatment($P<0.05$), and the proportion of total reflux time was significantly lower compared to before treatment($P<0.05$), and the level of serum GAS in the two groups was significantly reduced compared with that before treatment($P<0.05$) while the level of plasma MTL was significantly risen compared to before treatment($P<0.05$), and the improvement status of the above indicators in observation group were significantly better than those in control group($P<0.05$). **Conclusion:** Huangzhu Xinwei Decoction supplemented with western medicine can improve the clinical efficacy of patients with BRG of liver-stomach stagnation-heat type, can significantly relieve the TCM symptoms, improve bile reflux status, and promote the increases of serum GAS and

¹唐山市中医医院脾胃病科(河北唐山,063000)

通信作者:李医芳,E-mail:yuanyqd8012@126.com

plasma MTL to improve gastrointestinal function.

Key words Huangzhu Xinwei Decoction; bile reflux gastritis; serum gastrin; plasma motilin

胆汁反流性胃炎(bile reflux gastritis, BRG)属于一种能造成胃黏膜慢性炎症的常见消化系统疾病,其发生可能与胃肠运动功能障碍、幽门螺杆菌感染、胃肠激素分泌紊乱及外科手术等因素有关,疾病反复复发,治疗相对棘手,对患者生活质量造成严重影响^[1-3]。现代医学治疗 BRG 选择黏膜保护剂、促胃肠动力药物和质子泵抑制剂为主的综合方案治疗,虽可在一定程度上缓解胆汁反流情况,但疾病复发率较高,患者个体差异明显,影响整体治疗效果^[4-5]。中药制剂治疗 BRG 具备一定优势,显示出标本兼治、不良反应少、性价比高、疗效明确等优势,结合西医治疗成为临床消化系统疾病的热点之一^[6-7]。中医认为,BRG 在古籍中多归属于“反胃”“胃脘痛”“嘈杂”“痞满”等范畴,因肝失疏泄,肝气郁结,气血不畅,或阳气失于敷布,横逆上行犯脾胃,胃失和降,胆汁上逆,损伤胃络,发为肝胃郁热之证,中医治当以疏肝和胃,健脾行气辨证治疗为主^[8]。黄竹欣胃汤有改善肝胃郁热的功效,但目前其用于 BRG 的研究报道尚少,因此为探究黄竹欣胃汤辅助治疗 BRG 的疗效,本文拟黄竹欣胃汤辅助治疗本院 68 例肝胃郁热型 BRG 患者,探讨其疗效及其对血清胃泌素(gastrin, GAS)与血浆胃动素(motilin, MTL)水平的影响,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2019 年 6 月—2020 年 6 月 136 例肝胃郁热型 BRG 患者作为研究对象,经医院伦理委员会审查并批准通过(No: TSZY20181218),纳入本次前瞻性、随机、对照研究中。

纳入标准:参照《内科疾病诊断标准》^[9]对 BRG 的诊断标准,上腹或胸骨反复隐痛或钝痛,呈饱胀、灼热感、嗝气、恶心、呕吐苦水及食欲不振等症状,经电子胃镜检查存在胆汁反流,伴有胃黏膜炎性改变,如充血、变脆或糜烂等者;符合《中药新药临床研究指导原则》^[10]对“反胃”“胃脘痛”“嘈杂”等中医诊断标准,经辨证为肝胃郁热型,主症为胃脘疼痛,有灼热感,食后疼痛未缓解,腹胀,口干、苦,舌红、苔黄或黄腻,脉弦滑;次症为嗝气、嘈杂、烦躁易怒、纳呆、食少、体重减轻、便秘,以上满足 2 项主症及 1 项次症者即可辨证此中医证型者;①年龄 28~65 岁;②签订知情同意书者。排除标准:①伴有上消化道出血、消化道溃疡等消化道疾病者;②既往 1 个月内服用抗生素、质子泵抑制剂(PPI)及对研究药物疗效存在影响的药物者;③既往行胃肠道或胆囊手术者;④伴其他脏器器质性疾病者;

⑤伴有凝血功能障碍者;⑥妊娠、哺乳期者;⑦精神系统疾病或认知功能不全者。

136 例病例均符合以上入组标准,选用随机数字表的分组方式将其随机均分为对照组和观察组,每组 68 例。观察组男 30 例,女 38 例;年龄 22~65 岁,平均(42.65±8.55)岁;病程 1~8 年,平均(4.02±0.68)年。对照组男 26 例,女 42 例;年龄 23~65 岁,平均(42.81±8.48)岁;病程 1~9 年,平均(4.10±0.72)年。2 组一般资料经统计学分析得出,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组给予常规西医治疗,给予奥美拉唑肠溶胶囊 20 mg/次,口服,分早晚 2 次,共治疗 8 周;给予多潘立酮分散片 10 mg/次,口服,3 次/d,连续服用 8 周。

观察组在对照组的干预基础上加予黄竹欣胃汤。组方:合欢花、玫瑰花各 20 g,淡竹茹、太子参、全瓜蒌、浙贝母、茯苓、玉竹、芦根、百合各 15 g,白术、郁金各 12 g,砂仁、香橼皮各 10 g,黄连 6 g。随症加减:夜寐难安者加茯苓 15 g,易茯神 15 g,加夜交藤 30 g;腹胀甚者加枳壳 10 g,桔梗 10 g,炒二芽 12 g;腹泻者加炒芡实 10 g,薏米 10 g;便秘者加虎杖 20 g;胃痛甚者加白芍 10 g,延胡索 10 g;反酸甚者加煅瓦楞 15 g,海螵蛸 20 g。将以上诸药经 1500 mL 水浸泡 20 min,水煎取汁 400 mL 为 1 剂,每日 1 剂,分早晚 2 次饭后 30 min 温服 200 mL,连续治疗 8 周。

用药期间禁止抽烟喝酒,忌食辛辣刺激油腻食物,避免过度劳累,宜畅达情志,规律饮食,睡前 2 h 勿摄食,睡时抬高床头。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效判定标准^[11] 参照相关疗效判定标准,依据临床症状、胃镜检查结果及胆汁反流情况分为 4 个等级,①治愈:临床症状基本消失,经胃镜显示黏膜炎症基本消退,胆汁反流基本消失;②显效:临床症状、黏膜炎症及胆汁反流现象均有显著改善;③有效:临床症状、黏膜炎症及胆汁反流现象有一定缓解;④无效:上述均未有明显改善甚至加重。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数×100%。

1.3.2 中医症状积分 参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[11]对肝胃郁热证型的中医症状积分判定标准,将主症中胃脘疼痛、胃脘灼热、脘腹胀满依照 0、2、4 及 6 分进行评估,次症中嗝气、胃中嘈杂、纳呆少食、烦躁易怒、体重减轻、便秘依照 0、

1、2 及 3 分进行评估,舌脉不计,记录 2 组治疗前及治疗 8 周后的中医症状积分及总积分。

1.3.3 胆汁反流情况 记录 2 组治疗前及治疗 8 周后的最长胆汁反流时间、胆汁反流次数及反流总时间所占比例。

1.3.4 血清 GAS 及血浆 MTL 水平测定 于治疗前及治疗 8 周后清晨采集 2 组空腹静脉血,经离心分离收集血清和血浆,采用放射免疫法测定血清 GAS 及血浆 MTL 水平。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用独立 t 检验,组内比较采用配对 t 检验;计数资料采用例(%)表示,组间构成比比较采用 χ^2 检验,等级资料采用 Wilcoxon 秩和检验法。统计检验采用双侧检验,差异显著性水平为 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 2 组临床疗效比较

对比 2 组临床总有效率发现,观察组显著高于

对照组($P<0.05$)。见表 1。

2.2 2 组治疗前后的中医症状积分比较

治疗 8 周后,2 组胃脘疼痛、胃脘灼热、脘腹胀满、暖气、胃中嘈杂、纳呆少食、烦躁易怒、体重减轻、便秘共 9 项中医症状积分及总积分较治疗前有显著性降低($P<0.05$),观察组显著低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

2.3 2 组治疗前后的胆汁反流情况比较

治疗 8 周后,2 组最长胆汁反流时间较治疗前有显著性缩短($P<0.05$),胆汁反流次数较治疗前有显著性减少($P<0.05$),反流总时间占比较治疗前有显著性降低($P<0.05$),观察组以上指标改善显著优于对照组($P<0.05$)。见表 3。

2.4 2 组治疗前后的血清 GAS 及血浆 MTL 水平比较

治疗 8 周后,2 组血清 GAS 较治疗前有显著性降低($P<0.05$),血浆 MTL 水平较治疗前有显著性提升($P<0.05$),其中观察组显著高于对照组($P<0.05$)。见表 4。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	例数	例(%)				总有效率/%
		治愈	显效	有效	无效	
观察组	68	35(51.47)	21(30.88)	9(13.24)	3(4.41)	95.59
对照组	68	23(33.82)	19(27.94)	16(23.53)	10(14.71)	85.29
Z/χ^2			2.712			4.168
P			0.007			0.041

表 2 2 组治疗前后的中医症状积分比较

中医症状	治疗前		治疗后	
	观察组($n=68$)	对照组($n=68$)	观察组($n=68$)	对照组($n=68$)
	分, $\bar{x} \pm s$			
胃脘疼痛	4.12±1.02	4.09±1.06	1.56±0.38 ¹⁾²⁾	1.89±0.52 ¹⁾
胃脘灼热	3.48±0.95	3.51±0.93	1.59±0.41 ¹⁾²⁾	1.85±0.49 ¹⁾
脘腹胀满	3.42±0.89	3.46±0.91	1.45±0.35 ¹⁾²⁾	1.79±0.46 ¹⁾
暖气	1.45±0.35	1.48±0.36	0.78±0.21 ¹⁾²⁾	0.92±0.26 ¹⁾
胃中嘈杂	1.42±0.32	1.43±0.33	0.68±0.19 ¹⁾²⁾	0.89±0.23 ¹⁾
纳呆少食	1.56±0.36	1.58±0.38	0.73±0.22 ¹⁾²⁾	0.92±0.29 ¹⁾
烦躁易怒	1.36±0.31	1.39±0.33	0.62±0.16 ¹⁾²⁾	0.82±0.21 ¹⁾
体重减轻	1.45±0.34	1.48±0.36	0.73±0.18 ¹⁾²⁾	0.92±0.24 ¹⁾
便秘	1.23±0.25	1.25±0.26	0.61±0.12 ¹⁾²⁾	0.78±0.18 ¹⁾
总积分	19.49±3.56	19.67±3.61	8.75±1.35 ¹⁾²⁾	10.78±1.88 ¹⁾

与治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较,²⁾ $P<0.05$ 。

表 3 2 组治疗前后的胆汁反流情况比较

组别	例数	$\bar{x} \pm s$					
		最长反流时间/min		胆汁反流次数/次		反流总时间占比/%	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	68	148.26±35.26	75.56±18.26 ¹⁾²⁾	68.23±12.65	51.02±8.28 ¹⁾²⁾	48.22±8.02	32.66±6.02 ¹⁾²⁾
对照组	68	151.52±34.89	116.65±28.91 ¹⁾	68.38±12.71	60.56±9.72 ¹⁾	48.70±8.11	40.02±7.11 ¹⁾

与治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较,²⁾ $P<0.05$ 。

表 4 2 组治疗前后的血清 GAS 及血浆 MTL 水平比较

分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	血清 GAS/(ng · L ⁻¹)		血浆 MTL/(ng · mL ⁻¹)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	68	128.26 ± 25.26	102.33 ± 19.26 ²⁾	235.23 ± 48.26	328.26 ± 68.66 ¹⁾²⁾
对照组	68	131.25 ± 26.02	115.66 ± 22.65	238.71 ± 49.12	281.02 ± 56.18 ¹⁾

与治疗前比较,¹⁾ $P < 0.05$; 与对照组比较,²⁾ $P < 0.05$ 。

3 讨论

西医治疗 BRG 注重使用具备保护胃黏膜、抑酸及促胃动力的药物,其中奥美拉唑肠溶胶囊为一种具备脂溶性、弱碱性特点的质子泵抑制剂,对胃壁细胞质子泵(H⁺-K⁺-ATP 酶)起到特异性结合,以降低 H⁺-K⁺-ATP 酶活性,抑制酸性胃液过量分泌,以缓解胃灼热及胃痛等症状。此外,还能有效抑制 Hp 定植,起到良好灭杀作用^[12-15]。而多潘立酮分散片能对食管下部括约肌张力起到增强作用,能阻碍胃-食管反流,并对胃肠蠕动及胃排空起到促进作用,能缓解恶心呕吐症状,且不影响胃液正常分泌^[16-17]。但常规西医因个体差异化、不良反应及安全性相对低等因素,造成整体治疗疗效不甚满意。本文研究结果显示,经常规西医治疗(奥美拉唑肠溶胶囊+多潘立酮分散片)的 68 例肝胃郁热型 BRG 患者(对照组),其临床总有效率可达 85.29%,但加予黄竹欣胃汤治疗后的另 68 例同类患者(观察组)可提高至 95.59%,熊利红等^[18]的报道亦支持本文论点。

《灵枢·邪气脏腑病形》曰:“胃病者,腹胀,胃脘当心而痛,上支两胁,膈咽不通,饮食不下。”《灵枢·四时气》云:“善呕,呕有苦邪在胆,逆在胃,胆液泄则口苦,胃气逆则呕苦,故曰呕胆”,以上指出 BRG 病变部位虽在胃,但与肝、胆存在密切关联^[19-20]。

现代中医认为,情志不畅,或素有胆疾,或手术伤胆损肝,各种致病因素造成肝失疏泄,胆输不利,肝胆通降失常,则气机郁结不畅,聚湿生热阻于中焦,胆气横逆犯胃,胃失和降,胆汁无以顺胃气下降肠道,上逆入胃,损伤胃络,引发诸症^[21]。肝为五脏之一,肝、胆相表里,藏血而主疏泄,胆多涉及肝脏,内藏“精汁”;胆、胃同属六腑,胆更居六腑之首,《素问·五脏别论》指出:“六腑者,传化物而不藏”,指出以通为用,胆胃以降为顺^[22]。本病治当以健脾和胃为本、疏肝理气为治疗原则,而疏肝利胆,和胃降逆并施方可。黄竹欣胃汤方中,君以黄连、淡竹茹,均入胃经,轻用黄连,取其苦寒性降,能清肝经横逆之火,一药功兼多效,起和胃降逆、开结除痞、苦寒坚阴、厚肠止泻之效;淡竹茹清胆和胃、止呕除烦,与黄连严密配伍,共奏清热化痰、和中止呕、除烦解郁、宽中利膈之功。全瓜蒌常治胸痹助痛、结胸、肠燥便秘等症,入肺、胃、大肠三经,能宽

胸散结、润肠通便;浙贝母可开宣肺气、清热化痰,对瘰疬、痈肿散结力强;配辛行温通之砂仁,可通腑调气,和胃醒脾。方中再取芳香醒脾之中药——香橡皮、郁金、玫瑰花、合欢花,其中香橡皮能治胸膈脘痛、气逆呕吐、腹胀食少等症,起理气宽中、利膈消痰之功;郁金可疏肝理气,解郁止痛;玫瑰花善疏肝理气、解郁散结、和血散瘀,专治肝气郁结、肝胃不和、脘腹胀痛、嗝气不舒等症;合欢花能安神活络、舒郁理气;以上四味中药共奏和胃止痛、行气消胀、疏肝解郁之功,又能防土壅木郁。取白术之益气健脾、生津润肺之功,能缓脾虚体倦、气阴不足、食欲不振、自汗口渴等症;茯苓即可治脾失健运的痰饮,又能缓失眠、健忘等症,行健脾益胃、渗湿利水、宁心安神之功;百合有养阴润肺、清心安神之功,能治虚烦惊悸、神志恍惚等症。同时郁热久则易伤胃阴,方中加以太子参、玉竹、芦根,能顾护胃阴、益胃生津。纵观全方,平调寒热、通降气机,既行胃肠之气,也疏神志之郁,益气而不过于温燥,和胃降逆,润燥相济,还兼以朴中益气、清心安神之效,共奏疏肝健脾、清热和胃、益气安神之功。

本文研究结果显示,加予黄竹欣胃汤辅助治疗后能明显降低胃脘疼痛、胃脘灼热、脘腹胀满、嗝气、胃中嘈杂、纳呆少食、烦躁易怒、体重减轻、便秘共 9 项中医症状积分及总积分,且患者最长胆汁反流时间明显缩短,胆汁反流次数明显减少,反流总时间占比明显降低,以上效果优于单纯常规西医治疗,提示将黄竹欣胃汤辅助治疗肝胃郁热型 BRG 患者能明显缓解中医症状和胆汁反流情况。其次,血清 GAS 异常过量分泌可对胃、十二指肠动力平衡造成破坏,进而降低幽门张力,导致胆汁反流胃部,并延长胃部排空时间,促使迷走神经抑制性纤维产生神经冲动,促使胆汁长时间滞留胃腔;同时,大量反流胆汁刺激胃窦 G 细胞分泌大量 GAS,造成幽门括约肌功能障碍,恶性循环,加重胃黏膜损害和炎症^[23]。MTL 为表达于胃肠道的兴奋性神经递质,能强烈刺激上消化道发出电活动和机械活动,诱发小肠分节运动并增强胃肠动力,促进胃蠕动和排空胃,MTL 表达水平较低则造成胃肠平滑肌松弛,进而延长胃排空时间,削弱胃蠕动和张力,造成胃液潴留,从而损害胃肠黏膜^[24]。本文加予黄竹欣胃汤辅助治疗能对肝胃郁热型 BRG 患者的血清 GAS 水平起到抑制作用,对血浆 MTL 水平起

到促进作用,提示本汤剂能明显改善胃肠激素水平,以促进胃肠道蠕动,营养胃肠黏膜,修复胃黏膜损伤,并促进胃黏膜及壁细胞生长。

综上所述,黄竹欣胃汤辅助治疗肝胃郁热型 BRG 患者的疗效显著,有效缓解中医症状,改善胆汁反流现象,并可能通过抑制血清 GAS 异常分泌,上调血浆 MTL 含量的作用力途径,以增强胃肠动力,促进胃蠕动和排空胃,修复胃黏膜损伤,并促进胃黏膜及壁细胞生长。

参考文献

- [1] 罗晔,张声生,吴茜,等.张声生教授从胆胃相关论治胆汁反流性胃炎的临床经验[J].中国中西医结合消化杂志,2020,28(12):970-973.
- [2] 赵海燕,梁军,边巴多杰,等.高原地区胆汁反流性胃炎的临床特征及危险因素[J].西部医学,2021,33(3):406-410.
- [3] 苏保伟,林强,王景杰.胆汁反流性胃炎与肠化生的关系及其分子机制[J].山西医科大学学报,2021,52(3):344-349.
- [4] 魏晏,魏群,魏明,等.奥瑞凝胶对胆汁反流性胃炎患者胃肠激素与炎症反应的影响[J].中医学报,2018,33(10):2003-2007.
- [5] 谢斌,谢蓉.自拟中药方治疗胆汁反流性胃炎 40 例临床分析[J].养生保健指南,2021,(18):115-116.
- [6] 沈静,袁红霞.袁红霞教授诊治胆汁反流性胃炎经验探析[J].中国中西医结合消化杂志,2020,28(7):546-548.
- [7] 景云玲,张茜.清热降逆方药加减治疗胆汁反流性胃炎效果观察[J].中华养生保健,2021,39(9):11-12.
- [8] 彭勇,常智玲,张华,等.利胆祛湿汤加减治疗湿热中阻型胆汁反流性胃炎的临床观察[J].时珍国医国药,2019,30(2):412-414.
- [9] 贝政平,蔡映云.内科疾病诊断标准[M].2版.北京:科学出版社,2007:226-228.
- [10] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:15.
- [11] 孙传兴.临床疾病诊断依据治愈好转标准[M].2版.北京:人民军医出版社,1998:71-77.
- [12] 高境蔚,杨代兰,李罗红,等.硫糖铝混悬液联合奥美拉唑肠溶片治疗隆起糜烂性胃炎[J].西部医学,2020,32(7):990-993.
- [13] 张爱华,杨琳娜.艾司奥美拉唑、多潘立酮联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎[J].实用中西医结合临床,2021,21(11):74-75.
- [14] 张辛,周红梅.多潘立酮与莫沙必利治疗胆汁反流性胃炎患者的效果比较[J].河南医学研究,2020,29(26):4924-4925.
- [15] 李雪,王静,朱磊.奥美拉唑联合铝碳酸镁和莫沙必利治疗胆汁反流性胃炎的临床应用价值[J].当代医学,2020,26(7):31-33.
- [16] 陈宇.熊去氧胆酸联合多潘立酮或莫沙必利治疗原发性胆汁反流性胃炎的疗效分析[J].实用临床医药杂志,2019,23(4):60-63.
- [17] 陈龙.原发性胆汁反流性胃炎应用莫沙必利与多潘立酮的治疗效果研究[J].健康必读,2021,(1):93.
- [18] 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,2018,27(8):889-891.
- [19] 李嘉宁,王帅,迟莉丽.迟莉丽教授基于“邪在胆,逆在胃”辨治胆汁反流性胃炎[J].吉林中医药,2020,40(10):1292-1295.
- [20] 罗昭琼,朱永钦,朱永苹,等.胆汁反流性胃炎的病因和发病机制研究进展[J].广西中医药大学学报,2016,19(2):79-81.
- [21] 夏秋钰,周静洁,陈正平,等.中西医结合治疗肝胃郁热型胃食管反流病 50 例临床研究[J].江苏中医药,2020,52(8):31-32.
- [22] 赵悦,皮微平,戴颖慧,等.胃病证治探讨[J].空军医学杂志,2020,36(1):92-92.
- [23] 陈庆利,徐艳,苏政振.自拟柴附顺气汤治疗胆汁反流性胃炎疗效及对中医症候、胃镜下胆汁反流程度和血清 GAS 水平的影响[J].四川中医,2019,37(12):90-92.
- [24] 庞彩霞,冯健科.胆囊切除术后慢性胃炎伴胆汁反流患者血清胆囊收缩素,胃泌素,胃动素水平研究[J].解放军预防医学杂志,2019,37(10):34-35.

(收稿日期:2021-05-07)