

基于“和解少阳”理论探讨小柴胡颗粒联合泮托拉唑治疗胃食管反流病的疗效观察

龙立芬

贵州省天柱县中医医院西药房, 贵州 黔东南

收稿日期: 2026年4月19日; 录用日期: 2026年5月12日; 发布日期: 2026年5月21日

摘要

目的: 基于“和解少阳”理论观察小柴胡颗粒联合泮托拉唑治疗胃食管反流病的临床疗效。方法: 选取2023年09月至2025年09月于天柱县中医医院治疗64例胃食管反流病患者, 按照随机数字法分为2组, 对照组32例以泮托拉唑口服, 治疗组32例在对照组基础上予小柴胡颗粒口服, 2组疗程均为12周。对比两组患者治疗前后的中医证候积分、食管黏膜损伤评分及临床疗效。结果: 治疗12周后, 两组中医证候积分、食管黏膜损伤评分均改善, 且治疗组优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 小柴胡颗粒联合泮托拉唑可有效缓解胃食管反流病患者的临床症状, 减轻食管黏膜损伤, 提高生活质量, 以“和解少阳”立论的小柴胡颗粒符合胃食管反流病病机病证。

关键词

胃食管反流病, 小柴胡颗粒, 泮托拉唑

Observation on the Efficacy of Xiaochaihu Granules Combined with Pantoprazole in the Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease Based on the Theory of “Relieving Shaoyang Disorder”

Lifen Long

Western Medicine Pharmacy, Tianzhu County Traditional Chinese Medicine Hospital, Qiandongnan Guizhou

Received: April 19, 2026; accepted: May 12, 2026; published: May 21, 2026

文章引用: 龙立芬. 基于“和解少阳”理论探讨小柴胡颗粒联合泮托拉唑治疗胃食管反流病的疗效观察[J]. 临床医学进展, 2026, 16(5): 1835-1842. DOI: 10.12677/acm.2026.1651987

Abstract

Objective: To observe the clinical efficacy of Xiaochaihu Granules combined with pantoprazole in treating gastroesophageal reflux disease (GERD) based on the theory of “relieving shaoyang disorder”. **Methods:** A total of 64 GERD patients treated at Tianzhu County Hospital of Traditional Chinese Medicine from September 2023 to September 2025 were enrolled and randomly divided into two groups using a random number method. The control group (n = 32) received oral pantoprazole, while the treatment group (n = 32) received oral Xiaochaihu Granules in addition to pantoprazole. Both groups underwent a 12-week treatment course. The Traditional Chinese Medicine syndrome scores, esophageal mucosal injury scores, and clinical efficacy were compared before and after treatment. **Results:** After 12 weeks of treatment, both groups showed improvement in Traditional Chinese Medicine syndrome scores and esophageal mucosal injury scores, with the treatment group demonstrating superior outcomes compared to the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Xiaochaihu Granules combined with pantoprazole can effectively alleviate clinical symptoms of GERD patients, reduce esophageal mucosal injury, and improve quality of life. The therapeutic principle of “relieving shaoyang disorder” in Xiaochaihu Granules aligns with the pathogenesis and clinical manifestations of GERD.

Keywords

Gastroesophageal Reflux Disease, Xiaochaihu Granules, Pantoprazole

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

胃食管反流病(Gastroesophageal Reflux Disease, GERD)是一种由于胃十二指肠内容物反流入食管引起不适症状和(或)并发症的疾病,以烧心、反酸为主要临床表现,可伴有胸痛、吞咽困难等食管外症状[1][2]。其发病机制主要与食管下括约肌功能障碍、食管清除能力降低及黏膜屏障损伤相关[3]。西医治疗以抑酸、促动力、黏膜保护剂为主,但长期使用质子泵抑制剂易出现耐药性及不良反应[4]。中医通过辨证论治,在改善症状、减少复发方面具有独特优势[5]。根据其症状特点,GERD可归属于中医“吞酸”“嘈杂”“胃脘痛”等范畴[6]。病位在食管与胃,与肝、胆、脾关系密切,核心病机为少阳枢机不利,胆胃不和,胃气上逆[7]。贵州地区饮食辛辣,易致肝胆郁热,横逆犯胃,引发胃气上逆。《伤寒论》云:“少阳之为病,口苦、咽干、目眩也”,指出少阳失和是气机紊乱的重要因素。本文基于“和解少阳”理论探讨小柴胡颗粒联合泮托拉唑治疗胃食管反流病的临床疗效,观察其对中医证候积分、食管黏膜损伤评分的影响,现将结果总结如下。

2. 资料与方法

2.1. 资料来源

选取贵州省天柱县中医医院治疗 64 例胃食管反流病在 2023 年 09 月至 2025 年 09 月期间医治的 64 名胃食管反流病患者作为研究对象,以随机数字表法分对照组、治疗组,每组均为 32 例。一般资

料：两组的基线情况比较，在对照组(n = 32)，男、女各 14 例、18 例，年龄最小 21 岁，最大 60 岁，均值(41.38 ± 12.70)岁；在病程上，最短 1.5 年，最长 6.5 年，均值(3.42 ± 2.52)年。在治疗组(n = 32)，男、女各 10 例、22 例，年龄最小 21 岁，最大 64 岁，均值(40.78 ± 12.13)岁，在病程上，最短 1.5 年，最长 4.8 年，均值(4.56 ± 4.32)年。统计分析结果显示，2 组研究对象在基本资料上对比无明显差异(P > 0.05)，可进行比较。

2.2. 诊断标准

西医诊断借鉴《中国胃食管反流病诊疗规范(2023 年)》[8] GERD 的诊断标准：以烧心、反酸为主要症状，将胃镜检查、食管 pH 监测作为佐证依据。中医诊断借鉴《胃食管反流病中医专家共识(2023)》[9] “少阳不和证”的辨证分型标准。主症：① 烧心；② 反酸；③ 胃脘痞满。次症：① 口苦；② 咽干；③ 胁肋胀痛；④ 嗝气；⑤ 心烦。若符合任意两项主症，任意两项次症，结合舌脉便可确诊。

2.3. 纳排标准

纳入标准：① 符合诊断标准，且中医辨证为少阳不和证；② 轻 - 中度 GERD 患者；③ 年龄 18~65 周岁；④ 对实验知情，且在同意书上签字。排除标准：① 伴食管裂孔疝、食管癌、胃十二指肠溃疡等其他食管及上消化道疾病；② 合并严重心脑血管疾病以及肝肾功能障碍等严重原发性疾病；③ 妊娠期及哺乳期妇女；④ 对此次研究药物成分过敏者；⑤ 正在参加另外一项临床研究者。

2.4. 治疗方法

对照组：泮托拉唑肠溶片(杭州康恩贝制药厂，国药准字 H20143100，规格 40 mg)口服，每次 40 mg (1 片)，每日 1 次，治疗 12 周。治疗组：在对照组的基础上加用小柴胡颗粒(四川彩虹制药有限公司，国药准字 Z51020030，规格 10 g/袋)口服，每次 1 袋，每日 3 次，饭后 30 min 服用，治疗 12 周。

2.5. 观察指标

中医症状积分：参照《胃食管反流病中西医结合诊疗专家共识(2025)》[10] GERD 症状分级量化标准，评估主症与次症，舌诊和脉诊仅作观察，不计分(见表 1 和表 2)。疾病活动指数：食管内镜下主要参考洛杉矶分级标准(正常：食管黏膜无破损；A 级：一个或一个以上黏膜破损，长径 ≤ 5 mm；B 级：一个或一个以上黏膜破损，长径 > 5 mm，但没有融合性病变；C 级：黏膜破损有融合，但小于 75% 的食管周径；D 级：黏膜破损融合，至少达到 75% 的食管周径)进行食管黏膜损伤评分(见表 3)。

Table 1. TCM main symptoms scoring table

表 1. 中医主症积分表

主症	正常(0 分)	轻度(2 分)	中度(4 分)	重度(6 分)
烧心	无	每周发作 ≤ 2 次，可忍受	每周发作 3~5 次，影响日常生活	每日发作，难以忍受
反酸	无	每周发作 ≤ 2 次，量少	每周发作 3~5 次，量较多	每日发作，量多
胃脘痞满	无	偶发，轻微胀满	每日发作，明显胀满	持续胀满，影响进食

Table 2. TCM subsyndrome score table**表 2.** 中医次症积分表

次症	正常(0分)	轻度(1分)	中度(2分)	重度(3分)
口苦	无	晨起偶发	每日出现, 可忍受	持续存在, 影响进食
咽干	无	偶有轻微干燥	明显干燥, 饮水缓解	干燥难忍, 饮水不缓解
胁肋胀痛	无	偶发轻微胀痛	每日胀痛, 可忍受	持续胀痛, 影响活动
暖气	无	每日 ≤ 3 次	每日 4~6 次	每日 > 6 次, 影响社交

Table 3. Esophageal mucosal injury scoring (Los Angeles classification system)**表 3.** 食管粘膜损伤评分(洛杉矶分级标准)

分级(评分)	正常(0分)	A级, 轻度(1分)	B级, 中度(2分)	C级, 重度(3分)	D级, 极重度(4分)
食管粘膜的描述	食管黏膜无破损	一个或一个以上黏膜破损, 长径 ≤ 5 mm。	一个或一个以上黏膜破损, 长径 > 5 mm, 无融合性病变。	黏膜破损有融合, 范围 < 75%食管周径。	黏膜破损融合, 范围 ≥ 75%食管周径。

2.6. 疗效评价和不良反应监测

临床内镜疗效评定: 基于食管粘膜损伤(洛杉矶分级标准)评分, ① 临床有效: 干预后食管粘膜损伤(洛杉矶分级标准)得分相比基线减少 > 30%或减小 > 3分, 且便血亚评分减小 > 1分或其绝对分 = 0分或者1分。② 临床缓解: 干预后食管粘膜损伤(洛杉矶分级标准)评分为2分及以下, 同时单项评分在1分以上。③ 内镜应答: 干预后内镜亚评分比基线时减小 ≥ 1分。④ 黏膜愈合: 食管粘膜损伤(洛杉矶分级标准)评分内镜亚评分的绝对分为0分或1分。中医证候疗效评定: 经尼莫地平法得到疗效指数(EI) = (干预前积分 - 干预后积分) ÷ 干预前积分 × 100%。评估标准如下: ① 痊愈: EI在95%以上; ② 显效: EI为70%及以上, 但未及95%; ③ 有效: EI为30%及以上, 但未及70%; ④ 无效: EI在30%以下。同步监测患者治疗前后心电图, 血、尿、便常规及生化检查, 观察记录治疗期间患者的药物不良反应情况, 主要包括消化道反应、肝肾损害、皮疹等其他不良反应。

2.7. 统计学分析

采取SPSS27.0软件进行数据处理分析, 计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示, 符合正态分布的情况, 采用t检验分析计量资料, 不符合正态分布的情况, 采用秩和检验; 计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表明差异具有统计学意义。

3. 结果

3.1. 两组患者治疗前后中医症状积分变化

两组研究对象干预前后比较, 中医证候积分都大幅降低, 显示出治疗的有效性($P < 0.05$)。进一步分析, 治疗后相对于对照组, 治疗组中医证候主症和部分次症积分的降低幅度更为显著($P < 0.05$)。食管黏膜损伤评分显著下降。表明治疗组在改善中医证候方面优于对照组, 见表4和表5。

3.2. 两组患者治疗前后疾病活动指数变化

对照组和治疗组对比治疗前后, 疾病活动指数中食管黏膜损伤评分(采用洛杉矶分级标准: 正常: 食

管黏膜无破损; A 级: 一个或一个以上黏膜破损, 长径 ≤ 5 mm; B 级: 一个或一个以上黏膜破损, 长径 > 5 mm, 但没有融合性病变; C 级: 黏膜破损有融合, 但小于 75% 的食管周径; D 级: 黏膜破损融合, 至少达到 75% 的食管周径均显著下降($P < 0.05$), 更加明确了 2 组所用疗法的有效性。同时发现, 经过干预, 在食管黏膜损伤评分方面, 与对照组相比, 治疗组降幅更大($P < 0.05$), 可见在对疾病活动指数改善效果方面, 治疗组更具优势, 见表 6。

Table 4. Comparison of TCM main symptom scores between the two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, scores)

表 4. 治疗前后两组患者中医主症积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		烧心	反酸	胃脘痞满
对照组(n = 32)	治疗前	1.56 ± 0.21	2.67 ± 0.52	2.35 ± 0.15
	治疗后	0.63 ± 0.28*	0.74 ± 0.21*	0.53 ± 0.14*
治疗组(n = 32)	治疗前	2.16 ± 0.00	2.68 ± 0.86	2.43 ± 0.67
	治疗后	0.00 ± 0.00**	0.24 ± 0.67**	0.23 ± 0.03**

注: *表示与治疗前相比 $P < 0.05$; #表示与对照组相比 $P < 0.05$ 。

Table 5. Comparison of TCM secondary symptom scores between the two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, scores)

表 5. 治疗前后两组患者中医次症评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		口苦	咽干	胁肋胀痛	暖气	主次症总分
对照组(n = 30)	治疗前	0.63 ± 0.16	0.32 ± 0.45	0.23 ± 0.34	0.19 ± 0.38	7.23 ± 3.38
	治疗后	0.32 ± 0.13*	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	2.38 ± 2.55*
治疗组(n = 30)	治疗前	0.75 ± 0.49	0.54 ± 0.21	0.30 ± 0.47	0.26 ± 0.45	8.65 ± 2.08
	治疗后	0.00 ± 0.00**	0.21 ± 0.04**	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.57 ± 1.12**

注: *表示与治疗前相比 $P < 0.05$; #表示与对照组相比 $P < 0.05$ 。

Table 6. Comparison of esophageal mucosal scoring between the two groups of patients before and after treatment

表 6. 治疗前后两组患者食管粘膜评分的相关评分比较

组别	n	食管粘膜损伤(洛杉矶分级标准)评分	
		治疗前	治疗后
对照组	32	4.26 ± 1.15	2.26 ± 0.51
治疗组	32	4.56 ± 1.13	0.56 ± 0.25**

注: *表示与治疗前相比 $P < 0.05$; #表示与对照组相比 $P < 0.05$ 。

3.3. 两组患者治疗前后临床疗效比较

对照组和治疗组患者完成治疗后, 治疗组患者的临床内镜疗效评定显示临床有效 6 例(18.75)、临床缓解 6 例(18.75)、内镜应答 12 例(37.50)、黏膜愈合 6 例(18.75)、临床无效 2 例(6.25)明显优于对照组[临床有效 15 例(46.88)、临床缓解 12 例(37.50)、内镜应答 1 例(3.12)、黏膜愈合 1 例(3.12)、临床无效 3 例(9.38)], 两组患者肠镜改变情况分析经 χ^2 检验, 结果显示差异具有统计学意义($\chi^2 = 10.4301, P = 0.0225 <$

0.05), 见表 7; 治疗组患者的中医证候疗效评定显示[临床症状痊愈 20 例(62.50)、显效 10 例(31.25)、有效 2 例(6.25)、无效 0 例(0.00)]明显优于对照组[临床症状痊愈 10 例(31.25)、显效 6 例(18.75)、有效 16 例(50.00)、无效 0 例(0.00)], 两组患者肠镜改变情况分析经 χ^2 检验, 结果显示差异具有统计学意义($\chi^2 = 12.0366, P = 0.0034 < 0.05$), 见表 8; 另外, 在观察期内, 对照组与治疗组患者均未展现任何不良事件或反应。

Table 7. Clinical endoscopic efficacy evaluation of patients before and after treatment in two groups [n (%)]

表 7. 治疗前后两组患者临床内镜疗效评定[n (%)]

组别	n	临床有效	临床缓解	内镜应答	黏膜愈合	临床无效	总有效率
对照组	32	15 (46.88)	12 (37.50)	1 (3.12)	1 (3.12)	3 (9.38)	90.63
治疗组	32	6 (18.75)	6 (18.75)	12 (37.50)	6 (18.75)	2 (6.25)	93.75

Table 8. Evaluation of traditional Chinese medicine syndrome efficacy between pre- and post-treatment groups [n (%)]

表 8. 治疗前后两组患者中医证候疗效评定[n (%)]

组别	n	临床症状愈合	显效	有效	无效	总有效率
对照组	32	10 (31.25)	6 (18.75)	16 (50.00)	0 (0.00)	100
治疗组	32	20 (62.50)	10 (31.25)	2 (6.25)	0 (0.00)	100

4. 讨论

4.1. “和解少阳”理论治疗 GERD 的理论支持

目前 GERD 的病因及发病机制尚未完全阐明, 即使最新药物的缓解率也低于 50%, 严重影响患者的工作和生活质量[11]。但食管黏膜屏障(包括上皮细胞、黏液层及黏膜下血管)维持食管内环境稳定、防止胃十二指肠内容物反流损伤发挥关键作用, 其功能障碍是 GERD 的主要发病因素之一[12]。食管下括约肌功能障碍(LES)是导致 GERD 易感性的核心因素, 而食管清除能力降低及酸暴露时间延长进一步加重黏膜损伤, 贯穿 GERD 发生发展的整个过程[13] [14]。重要的是 GERD 食管黏膜损伤过程中存在食管上皮细胞凋亡增加、炎症因子浸润及神经敏感性增高等现象, 与食管黏膜屏障受损导致胃酸、胃蛋白酶反流刺激食管黏膜, 引起烧心、反酸、胸骨后疼痛等表现密切相关, 与新近指南 GERD 的中医证型表现相符[15]。近年来黏膜愈合被作为 GERD 的主要治疗目标, 随着 GERD 中医药多途径、多通路、多靶点治疗手段的不断进展及患者治疗期望的提高, 症状完全缓解有潜在可能成为 GERD 未来的“治疗目标”[16]。《伤寒论》云: “少阳之为病, 口苦、咽干、目眩也”, 指出少阳枢机不利是气机逆乱的核心病机。《临证指南医案》言: “胆逆犯胃, 胃失和降, 气逆于上则反酸、烧心”。从而能够明确, 少阳不和、胆胃失降为 GERD 发病的核心病机。GERD 病机复杂, 多为虚实夹杂。韩丽丽等[13]基于文献分析 GERD 证候分布特点, 结果显示少阳不和证占比 32.65%, 是最常见的证候类型, 以反复发作为主。李宗选[14]经多元分析法对 GERD 病人的证候进行分析的结果表明, 少阳不和、胆胃上逆证为其基本证候。由此可推断, “少阳枢机不利”为 GERD 的主要病理因素, 少阳不和证是 GERD 的主要证型。《医学正传》曰: “吞酸者, 肝木之邪郁于胃土之中, 胃土虚而肝木乘之, 故酸也。”本病病位在食管与胃, 但发病之本在少阳。若少阳枢机不利, 胆火上炎, 横逆犯胃, 会出现口苦、咽干、胁肋胀痛等症状; 胃气上逆则导致烧心、反酸; 胆热扰心可见心烦、失眠。因此治疗时当从少阳入手, 以和解少阳、和胃降逆为要。结合 GERD 少阳不和、胆胃失降为主要病理因素, 本研究提出以“和解少阳”理论指导治疗 GERD。这种方法的核

心理理念是通过运用和解少阳、疏肝利胆、和胃降逆等药物和手段,来达到调和枢机、舒畅气机、降逆止呕的目的。张仲景提出:“少阳病,往来寒热,胸胁苦满,嘿嘿不欲饮食,心烦喜呕,小柴胡汤主之。”此“和解”取调和少阳、平衡气机之意,应疏利肝胆、和胃降逆,同时考虑胆火易犯胃土,清热用药的同时也要注重顾护胃气。而“少阳”则取“枢机之脏,转输气机”之意,旨在恢复少阳枢机功能,促使胃气顺降,进而缓解反流症状。综上,在和解少阳的基础上佐以降逆药物,调畅气机,标本兼顾,能够有效缓解 GERD 症状,应用“和解少阳”理论治疗胃食管反流病从理论上可行。

4.2. “和解少阳”理论的应用

GERD 主要病理表现为食管黏膜充血水肿、糜烂或 Barrett 食管,符合古籍中“吞酸”“嘈杂”的表现,其病位在食管与胃,与少阳枢机不利密切相关,可以归属于“少阳病”的范畴[17][18]。故本研究选取小柴胡汤为治疗基础方,重用柴胡和解少阳。方中柴胡味苦、性微寒,归肝胆经,可疏肝利胆、和解少阳为君药;黄芩苦寒,清泻胆火,与柴胡配伍,一散一清,共解少阳之邪,为臣药;半夏辛温,和胃降逆止呕,党参、甘草、大枣益气健脾,顾护胃气,共为佐药;生姜辛温,助半夏和胃降逆,且制芩、连之苦寒,为使药。综上所述,小柴胡汤的方解是主以和解,辅以降降,佐以扶正,枢机同调,和胃降逆,共同针对 GERD “少阳不和、胆胃上逆”等特点,以达到“和解少阳”治疗 GERD。

综上所述,经本研究发现,在中医症状积分、食管黏膜损伤评分及临床疗效方面,治疗组都更具优势,说明以小柴胡颗粒为代表方的“和解少阳”理论治疗 GERD 有效,可更好缓解临床症状,减轻食管黏膜损伤,促进黏膜愈合。本研究存在以下局限性:① 样本量较小(每组 32 例),可能影响结果的外推性;② 未采用盲法设计,可能存在评估偏倚;③ 观察时间较短(12 周),缺乏长期疗效及安全性数据;④ 未对小柴胡颗粒的具体作用机制进行深入探讨。未来研究需扩大样本量、采用随机双盲设计,并开展长期随访及机制研究,以进一步验证本结论的可靠性。

参考文献

- [1] 邵燕婷,徐亭亭.抑郁与胃食管反流病相关表型的遗传关联性分析[J].南京医科大学学报(自然科学版),2026,46(1):112-122.
- [2] 鲜印,袁玲,田洪旭,等.胃食管反流病与耳聋耳鸣因果关系的孟德尔随机化研究[J].中华耳科学杂志,2026,24(1):38-45.
- [3] 冯彬彬,王天麟,韩俊泉,等.胃食管反流病和胰腺炎的因果关联:孟德尔随机化研究和共定位分析[J].胃肠病学和肝病学杂志,2026,35(1):82-88.
- [4] 李修业,方向明.胃食管反流病影响因素及相关机制研究进展[J].胃肠病学和肝病学杂志,2025,34(3):420-423.
- [5] 刘凤,艾玉婷,毛晓霞,等.四逆和胃方联合三联疗法对幽门螺杆菌阳性胃食管反流病患者内脏高敏感、胃肠激素分泌紊乱的调节效果[J].中华中医药学刊,2025,43(5):52-56.
- [6] 刘杨,薛小娜,吕亚楠,等.观察针灸联合和胃降气汤对难治性胃食管反流病患者疗效的影响[J].辽宁中医杂志,2025,52(1):139-143.
- [7] 张双圆,陈含情,李军祥,等.和胃降逆方治疗非糜烂性胃食管反流病寒热错杂证的临床研究[J].北京中医药大学学报,2025,48(8):1107-1114.
- [8] 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组,中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组,中华医学会消化病学分会食管疾病协作组,等.中国胃食管反流病诊疗规范[J].胃肠病学,2023,28(10):597-607.
- [9] 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(2023)[J].中医杂志,2023,64(18):1935-1944.
- [10] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会,唐艳萍,时昭红,等.胃食管反流病中西医结合诊疗专家共识(2025年)[J].中国中西医结合消化杂志,2025,33(3):217-229.
- [11] 马乾章,刘国政,孙美仑,等.中药消补汤治疗非糜烂性胃食管反流病临床疗效[J].辽宁中医杂志,2024,51(1):118-121.
- [12] 沈洪,胡静怡,朱磊,等.提高胃食管反流病临床疗效的中西医策略[J].江苏中医药,2024,56(2):1-6.

- [13] 韩丽丽, 武朝阳, 马小丽, 等. 肝郁论治下柴胡配伍在胃食管反流病伴焦虑抑郁中的应用[J]. 长春中医药大学学报, 2026, 42(1): 118-125.
- [14] 李宗选. 胃食管反流病治疗的研究进展[J]. 中外医学研究, 2025, 23(19): 180-184.
- [15] 中华消化心身联盟. 多巴胺 D2 受体拮抗剂消化专科合理应用中国专家意见[J]. 胃肠病学, 2020, 25(11): 673-677.
- [16] 胡嘉琳. 柴胡半夏汤加味联合艾司奥美拉唑对气郁痰阻型胃食管反流病的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 武汉: 湖北中医药大学, 2024.
- [17] 王杰, 丁楚, 孙永顺. 中医治疗胃食管反流病的临床研究进展[J]. 中国中医急症, 2023, 32(3): 535-539.
- [18] 叶钊, 刘艳, 谭丹丹, 等. 基于胃食管反流病的中医治疗临床效果研究[J]. 医学论坛, 2025, 7(8): 164-166.