

[16] Costa-Filho R C, Saddy F, Costa J L F, et al. The silent threat of human metapneumovirus: Clinical challenges and diagnostic insights from a severe pneumonia case [J]. *Microorganisms*, 2025, 13(1): 73.

[17] 郝淑坤, 何 静, 于子晨, 等. 柴芩麻膏汤内服结合保留灌肠对老年重症肺炎合并胃肠功能障碍的临床疗效及实验室指标的影响 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2022, 30(5): 309-313.

[18] 吴丛宇, 周 悅, 上官璐茜, 等. 大黄素的药理作用机制研究进展 [J]. 中国药科大学学报, 2023, 54(5): 634-643.

[19] 李葆林, 麻景梅, 田宇柔, 等. 甘草中新发现化学成分和药理作用的研究进展 [J]. 中草药, 2021, 52(8): 2438-2448.

[20] 石 鹏, 王翠敏, 张宏昭. 六磨汤联合芒硝外敷对术后早期炎性肠梗阻患者肠道屏障功能及血清血管活性肠肽水平的影响 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2024, 30(4): 476-480.

## 柴胡陷胸汤合左金丸对肝郁犯胃证胃食管反流病患者的临床疗效

张 瑞, 郑艳梅, 黄 琴, 赵月萍\*

(成都市中西医结合医院北区消化科, 四川成都 610031)

**摘要:** 目的 考察柴胡陷胸汤合左金丸对肝郁犯胃证胃食管反流病患者的临床疗效。方法 104 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 52 例, 对照组给予艾司奥美拉唑镁肠溶片, 观察组在对照组基础上加用柴胡陷胸汤合左金丸, 疗程 8 周。检测临床疗效、中医证候评分、GerdQ 评分、De-Meester 评分、食管黏膜分级评分、胃肠激素 (GAS、MTL、VIP)、神经肽类 (SP、CGRP、5-HT)、炎症因子 (IL-6、IL-8、IL-9)、不良反应发生率变化。结果 观察组总有效率高于对照组 ( $P<0.05$ )。治疗后, 2 组中医证候评分、GerdQ 评分、De-Meester 评分、食管黏膜分级评分、VIP、神经肽类、炎症因子降低 ( $P<0.05$ ), GAS、MTL 升高 ( $P<0.05$ ), 以观察组更明显 ( $P<0.05$ )。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。结论 柴胡陷胸汤合左金丸可安全有效地改善肝郁犯胃证胃食管反流病患者胃肠激素水平、食管 pH、疼痛程度、炎症水平, 促进食管黏膜、胃肠动力恢复, 缓解反流症状。

**关键词:** 柴胡陷胸汤; 左金丸; 艾司奥美拉唑镁肠溶片; 胃食管反流病; 肝郁犯胃

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2025)12-3981-05

doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2025.12.014

## Clinical effects of Chaihu Xianxiong Decoction combined with Zuojin Pills on patients with gastroesophageal reflux disease of Depressed Liver-Qi Affecting the Stomach Pattern

ZHANG Rui, ZHENG Yan-mei, HUANG Qin, ZHAO Yue-ping\*

(Department of Gastroenterology, Chengdu Integrated TCM & Western Medicine Hospital in North District, Chengdu 610031, China)

**ABSTRACT: AIM** To investigate the clinical effects of Chaihu Xianxiong Decoction combined with Zuojin Pills on patients with gastroesophageal reflux disease of Depressed Liver-Qi Affecting the Stomach Pattern.

**METHODS** One hundred and four patients were randomly assigned into control group (52 cases) for 8-week administration of Esomeprazole Magnesium Enteric-coated Tablets, and observation group (52 cases) for 8-week administration of Chaihu Xianxiong Decoction, Zuojin Pills and Esomeprazole Magnesium Enteric-coated Tablets. The changes in clinical effects, TCM syndrome scores, GerdQ score, De-Meester score, esophageal mucosal grading score, gastrointestinal hormones (GAS, MTL, VIP), neuropeptides (SP, CGRP, 5-HT), inflammatory factors (IL-6, IL-8, IL9) and incidence of adverse reactions were detected. **RESULTS** The observation group demonstrated higher total effective rate than the control group ( $P<0.05$ ). After the treatment, the two groups

收稿日期: 2025-01-02

作者简介: 张 瑞 (1983—), 女, 硕士, 主治医师, 研究方向为肝病和脾胃病。Tel: 15202811674, E-mail: zhangruizr1983@163.com

\*通信作者: 赵月萍 (1979—), 女, 硕士, 主治医师, 研究方向为内分泌代谢。Tel: 13348828263, E-mail: kangzougz@126.com

displayed decreased TCM syndrome scores, GerdQ score, De-Meester score, esophageal mucosal grading score, VIP, neuropeptides, inflammatory factors ( $P<0.05$ ), and increased GAS, MTL ( $P<0.05$ ), especially for the observation group ( $P<0.05$ ). No significant difference in incidence of adverse reactions was found between the two groups ( $P>0.05$ ). **CONCLUSION** For the patients with gastroesophageal reflux disease of Depressed Liver-Qi Affecting the Stomach Pattern, Chaihu Xianxiong Decoction combined with Zuojin Pills can safely and effectively improve gastrointestinal hormone levels, esophageal pH, pain degree and inflammatory level, promote esophageal mucosa and gastric intestinal motility recovery, and alleviate reflux symptoms.

**KEY WORDS:** Chaihu Xianxiong Decoction; Zuojin Pills; Esomeprazole Magnesium Enteric-coated Tablets; gastroesophageal reflux disease; Depressed Liver-Qi Affecting the Stomach

胃食管反流是以烧心灼热、吐酸反胃为主要临床表现的消化系统常见疾病<sup>[1]</sup>，其发病与食管下括约肌短暂自发松弛密切相关。研究发现，食管下括约肌长度缩短、静息压降低与食管酸暴露程度呈正相关，各种因素导致血管活性肠肽升高与胃肠道上皮细胞受体结合，降低食管下括约肌压力，导致胃食管反流发生<sup>[2-3]</sup>。西医治疗本病时以质子泵抑制剂为首选药物，如奥美拉唑，但停药后易复发，长期服用时会出现多种不良反应<sup>[4]</sup>；内镜下贲门松弛紧缩术虽然可增加食管下端括约肌压力而达到抗反流效果，但创伤较大，不易推广<sup>[5]</sup>。

中医认为，胃食管反流关键病机是气机郁滞，肝木气机怫郁，横逆犯胃，胃气上逆，酿酸上渍食管发为本病<sup>[6]</sup>。左金丸是常用于治疗肝火犯胃型食道炎、胃炎的中药制剂，为提高疗效，有学者将其与柴胡疏肝散联合治疗胃食管反流，效果良好<sup>[7-8]</sup>，但后者以行气止痛为主，而柴胡陷胸汤对少阳结胸合病者更适宜，符合本病病位。因此，本研究探讨柴胡陷胸汤合左金丸对肝郁犯胃证胃食管反流患者的临床疗效，现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 2022年1月至2024年1月收治于成都市中西医结合医院的104例胃食管反流患者，随机数字表法分为对照组和观察组，每组52例，2组一般资料见表1，可知差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )，具有可比性。研究经医院伦理委员会批准（批号2022010）。

表1 2组一般资料比较 ( $\bar{x}\pm s$ , n=52)

Tab. 1 Comparison of general data between the two groups ( $\bar{x}\pm s$ , n=52)

组别	平均年龄/岁	平均病程/年	性别/[例(%)]	
			男	女
观察组	39.58±5.12	3.82±0.76	22(42.31)	30(57.69)
对照组	40.15±5.24	3.73±0.84	24(46.15)	28(53.85)

## 1.2 诊断标准

1.2.1 西医（胃食管反流） 参照文献[9]报道，(1)出现胸骨后烧灼感、胃内容物向口咽部流动感；(2)经检查排除幽门、消化道梗阻因素；(3)伴随胸痛、上腹部烧灼感、嗳气等；(4)经内镜检查确诊。

1.2.2 中医（肝郁犯胃证） 参照文献[10]报道，主证吞酸嗳腐，胃脘闷胀；次证两胁胀满，心烦易怒，胸闷有痰，口干口苦；舌质红，苔黄，脉弦数。

1.3 纳入标准 (1)符合“1.2”项下诊断标准；(2)年龄18~65岁；(3)治疗前1周内未服用影响胃肠道功能的药物；(4)患者了解本研究，签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)合并严重消化道器质性病变或消化道并发症；(2)妊娠期、哺乳期妇女；(3)合并恶性肿瘤、传染病、脏器功能严重障碍、精神障碍；(4)无法配合胃镜等辅助检查；(5)对本研究药物过敏；(6)腐蚀性食管损伤急性期。

## 1.5 治疗手段

1.5.1 对照组 给予艾司奥美拉唑镁肠溶片（阿斯利康制药有限公司，H20046379，20mg），每天2次，每次20mg，餐前服用，连续治疗8周。

1.5.2 观察组 在对照组基础上加用柴胡陷胸汤合左金丸，组方药材柴胡10g、半夏9g、黄连18g、瓜蒌仁15g、桔梗6g、黄芩9g、枳实6g、吴茱萸6g、生姜3g，煎取300mL，早晚饭后30min温热服用，连续治疗8周。

## 1.6 指标检测

1.6.1 中医证候评分 参照文献[10]报道，主证吞酸嗳腐、胃脘闷胀，根据症状从无到重分别计为0~6分；次证两胁胀满、心烦易怒、胸闷有痰、口干口苦、舌红苔黄、脉弦数，根据症状从无到重分别计为0~3分，总分27分，分值越高，中医证候越严重。

1.6.2 胃食管反流病量表 (GERDQ)、De-Meester 评分 GERDQ 评分<sup>[11]</sup>包括上腹疼痛不适、恶心、反流、睡眠情况、服药频率等项目, 总分 24 分, 分值越高, 症状越严重。治疗前后进行 24 h 食管酸碱度监测, 检查前 1 周停服抑酸、促胃动力药物, 检查当天禁食 12 h、禁水 6 h, 将 pH 电极置于食管下端括约肌上 5 cm 处进行酸碱度监测, 对 pH 图形进行分析, 计算 De-Meester 评分<sup>[12]</sup>, 分值越高, 反流程度越严重。

1.6.3 食管黏膜分级评分 治疗前后进行胃镜检查, 参照美国洛杉矶胃肠病大会制定的食管黏膜分级评分<sup>[13]</sup>进行评价, 0 分为正常黏膜; 1 分为 A 级, 食管黏膜缺损 1 个或长径<5 mm 多个; 2 分为 B 级, 1 个或多个长径>5 mm 食管黏膜缺损; 3 分为 C 级, 黏膜破损融合<75% 食管周径; 4 分为 D 级, 黏膜破损≥75% 食管周径。

1.6.4 胃肠激素、神经肽类、炎症因子水平 采集 2 组患者空腹静脉血各 3 mL, 采用酶联免疫吸附试验检测胃泌素 (GAS)、胃动素 (MTL)、血管活性肠肽 (VIP)、P 物质 (SP)、降钙素基因相关肽 (CGRP)、5-羟色胺 (5-HT) 水平, 相关试剂盒均购自广州万孚生物技术股份有限公司; 化学发光免疫层析法检测白介素-6 (IL-6)、IL-8、IL-9 水平, 相关试剂盒均购自深圳麦田生物医疗技术股份有限公司。

1.6.5 不良反应发生率 治疗期间, 记录 2 组皮

表 3 2 组中医证候评分比较 (分,  $\bar{x}\pm s$ , n=52)

Tab. 3 Comparison of TCM syndrome scores between the two groups (score,  $\bar{x}\pm s$ , n=52)

组别	主证		次证		总评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	9.03±1.54	3.76±1.05 <sup>*#</sup>	10.28±2.37	4.12±1.41 <sup>*#</sup>	19.31±2.59	7.88±2.26 <sup>*#</sup>
对照组	8.91±1.46	4.83±1.21 <sup>*</sup>	9.74±2.18	7.69±1.53 <sup>*</sup>	18.65±2.37	12.52±2.55 <sup>*</sup>

注: 与同组治疗前比较, <sup>\*</sup>P<0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>#P<0.05</sup>。

2.3 GerdQ 评分、De-Meester 评分、食管黏膜分级评分 治疗后, 2 组 GerdQ 评分、De-Meester 评

表 4 2 组 GerdQ 评分、De-Meester 评分、食管黏膜分级评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ , n=52)

Tab. 4 Comparison of GerdQ scores, De-Meester scores and esophageal mucosal grading scores between the two groups ( $\bar{x}\pm s$ , n=52)

组别	GerdQ 评分/分		De-Meester 评分/分		食管黏膜分级评分/分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	19.07±2.41	5.13±0.47 <sup>*#</sup>	115.16±32.14	21.64±5.23 <sup>*#</sup>	1.98±0.47	1.21±0.35 <sup>*#</sup>
对照组	18.79±2.16	8.98±0.86 <sup>*</sup>	109.20±30.21	43.28±8.19 <sup>*</sup>	2.12±0.55	1.75±0.46 <sup>*</sup>

注: 与同组治疗前比较, <sup>\*</sup>P<0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>#P<0.05</sup>。

2.4 胃肠激素水平 治疗后, 2 组 VIP 水平降低 (P<0.05), GAS、MTL 水平升高 (P<0.05), 以

疹、腹痛、恶心呕吐、胀气发生情况, 计算其发生率, 同时监测血尿常规、肝肾功能等安全性指标。

1.7 疗效评价 参照文献 [8] 报道, (1) 治愈, 反酸烧心等症消失, 中医证候评分降低≥80%; (2) 显效, 反酸烧心等症基本缓解, 中医证候评分降低 60%~80%; (3) 有效, 反酸烧心等症有所改善, 中医证候评分降低 30%~60%; (4) 无效, 反酸烧心等症未明显改善, 中医证候评分降低<30%。总有效率= [(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数] ×100%。

1.8 统计学分析 通过 SPSS20.0 软件进行处理, 计量资料以 ( $\bar{x}\pm s$ ) 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料以百分率表示, 组间比较采用卡方检验。P<0.05 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率高于对照组 (P<0.05), 见表 2。

表 2 2 组临床疗效比较 [例 (%), n=52]

Tab. 2 Comparison of clinical effects between the two groups [case (%), n=52]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
观察组	20(38.46)	16(30.77)	13(25.00)	3(5.77)	94.23 <sup>#</sup>
对照组	14(26.92)	10(19.23)	17(32.69)	11(21.15)	78.85

注: 与对照组比较, <sup>#P<0.05</sup>。

2.2 中医证候评分 治疗后, 2 组中医证候评分降低 (P<0.05), 以观察组更明显 (P<0.05), 见表 3。

表 3 2 组中医证候评分比较 (分,  $\bar{x}\pm s$ , n=52)

Tab. 3 Comparison of TCM syndrome scores between the two groups (score,  $\bar{x}\pm s$ , n=52)

组别	主证		次证		总评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	9.03±1.54	3.76±1.05 <sup>*#</sup>	10.28±2.37	4.12±1.41 <sup>*#</sup>	19.31±2.59	7.88±2.26 <sup>*#</sup>
对照组	8.91±1.46	4.83±1.21 <sup>*</sup>	9.74±2.18	7.69±1.53 <sup>*</sup>	18.65±2.37	12.52±2.55 <sup>*</sup>

分、食管黏膜分级评分降低 (P<0.05), 以观察组更明显 (P<0.05), 见表 4。

表 4 2 组 GerdQ 评分、De-Meester 评分、食管黏膜分级评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ , n=52)

Tab. 4 Comparison of GerdQ scores, De-Meester scores and esophageal mucosal grading scores between the two groups ( $\bar{x}\pm s$ , n=52)

组别	GerdQ 评分/分		De-Meester 评分/分		食管黏膜分级评分/分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	19.07±2.41	5.13±0.47 <sup>*#</sup>	115.16±32.14	21.64±5.23 <sup>*#</sup>	1.98±0.47	1.21±0.35 <sup>*#</sup>
对照组	18.79±2.16	8.98±0.86 <sup>*</sup>	109.20±30.21	43.28±8.19 <sup>*</sup>	2.12±0.55	1.75±0.46 <sup>*</sup>

注:

与同组治疗前比较, <sup>\*</sup>P<0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>#P<0.05</sup>。

观察组更明显 (P<0.05), 见表 5。

表5 2组胃肠激素水平比较 ( $\bar{x}\pm s$ , n=52)Tab. 5 Comparison of gastrointestinal hormone levels between the two groups ( $\bar{x}\pm s$ , n=52)

组别	GAS/( pg·mL <sup>-1</sup> )		MTL/( pg·mL <sup>-1</sup> )		VIP/( pg·mL <sup>-1</sup> )	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42.84±3.41	67.35±5.66 <sup>*#</sup>	185.76±16.54	261.84±25.21 <sup>*#</sup>	40.16±3.14	15.64±0.97 <sup>*#</sup>
对照组	43.07±3.53	58.47±4.84 <sup>*</sup>	190.19±17.78	219.47±22.43 <sup>*</sup>	39.79±2.86	20.87±1.21 <sup>*</sup>

注: 与同组治疗前比较, <sup>\*</sup>P<0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>#</sup>P<0.05。

2.5 神经肽类水平 治疗后, 2组SP、CGRP、5-HT水平降低 (P<0.05), 以观察组更明显 (P<0.05), 见表6。

2.6 炎症因子水平 治疗后, 2组IL-6、IL-8、IL-9水平降低 (P<0.05), 以观察组更明显 (P<0.05), 见表7。

表6 2组神经肽类水平比较 ( $\bar{x}\pm s$ , n=52)Tab. 6 Comparison of neuropeptide levels between the two groups ( $\bar{x}\pm s$ , n=52)

组别	SP/( pg·mL <sup>-1</sup> )		CGRP/( ng·mL <sup>-1</sup> )		5-HT/( μg·L <sup>-1</sup> )	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	105.84±20.41	72.18±19.02 <sup>*#</sup>	90.28±10.57	54.81±9.05 <sup>*#</sup>	100.65±8.76	61.51±5.42 <sup>*#</sup>
对照组	102.05±19.56	85.83±20.17 <sup>*</sup>	91.17±11.25	68.75±9.46 <sup>*</sup>	98.87±9.13	67.45±5.68 <sup>*</sup>

注: 与同组治疗前比较, <sup>\*</sup>P<0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>#</sup>P<0.05。

表7 2组炎症因子水平比较 ( $\bar{x}\pm s$ , n=52)Tab. 7 Comparison of inflammatory factor levels between the two groups ( $\bar{x}\pm s$ , n=52)

组别	IL-6/( pg·mL <sup>-1</sup> )		IL-8/( pg·mL <sup>-1</sup> )		IL-9/( pg·mL <sup>-1</sup> )	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45.86±8.31	8.41±2.10 <sup>*#</sup>	290.58±60.54	144.85±49.03 <sup>*#</sup>	307.64±78.96	161.53±45.49 <sup>*#</sup>
对照组	46.07±8.46	13.37±2.26 <sup>*</sup>	287.16±58.35	169.73±52.62 <sup>*</sup>	312.87±79.53	183.41±48.76 <sup>*</sup>

注: 与同组治疗前比较, <sup>\*</sup>P<0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>#</sup>P<0.05。

2.7 不良反应发生率 治疗期间, 2组肝肾功能、血尿常规未见异常, 不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 (P>0.05), 见表8。

表8 2组不良反应发生率比较 [例 (%), n=52]

Tab. 8 Comparison of incidence of adverse reactions between the two groups [case (%), n=52]

组别	皮疹	腹痛	恶心	胀气	总发生
观察组	0	1(1.92)	0	1(1.92)	2(3.84)
对照组	2(3.85)	0	1(1.92)	2(3.85)	5(9.62)

### 3 讨论

胃食管反流是指胃内容物反流入食管引起胃脘灼痛、吞咽困难、反酸的一种胃肠动力障碍<sup>[14]</sup>, 我国发病率为10%以上, 并呈逐年上升趋势<sup>[15]</sup>。由于治疗胃食管反流的降酸药物质子泵抑制剂不良反应较多, 而且会增加失智风险<sup>[16]</sup>, 故寻求更安全有效的治疗方案对改善预后具有重要意义。

中医将胃食管反流归属于“吞酸”“吐酸”等范畴, 认为情志失调、忧思恼怒、伤肝损脾、肝失疏泄、横逆犯胃、脾失健运、胃气阻滞均致胃失和降, 肝郁化热, 邪热犯胃, 胃气上逆, 脾胃互为表里, 脾失健运则胃失濡润, 化生痰邪, 形成痰热互结之象, 若饮食不节、烟酒无度则损伤脾胃, 日久酿湿为热, 酿水饮为痰, 郁结胸中, 发为本病, 治宜清泻肝火, 和胃降逆, 兼护脾胃。柴胡陷胸汤由

小柴胡汤与小陷胸汤加减化裁而成, 而左金丸为治疗肝火犯胃证的常用中药制剂, 两者方中瓜蒌、黄连为君药, 既可清热涤痰以除胸中之痰热邪气, 又能燥湿和胃、开痞泄热而宽胸以治气郁不畅之胸满痞痛, 两者相合则清热之力倍增; 臣以半夏, 辛开苦降, 既清热化痰, 又开郁除痞, 而柴胡和解少阳, 理气宽胸; 佐以黄芩, 增强清热燥湿之力, 桔梗、枳实清热化痰, 利气宽胸; 使以吴茱萸、生姜, 降逆止呕, 以制其他药物苦寒之力, 诸药合用, 共奏清肝火、降胃逆、行气消痰宽胸之功。本研究发现, 柴胡陷胸汤合左金丸能提高临床疗效, 中医证候评分、胃食管反流病相关评分、食管黏膜分级改善更明显, 与朱淑云等<sup>[17]</sup>报道一致。

VIP、GAS、MTL均为胃肠激素指标, 可反映胃食管反流病患者胃肠动力, 其中VIP刺激胃肠舒张及胃肠括约肌收缩, GAS刺激消化液分泌以帮助食物消化加快, MTL刺激收缩胃肠道平滑肌促进胃排空, 前者高水平、后两者低水平时提示机体胃肠功能受损<sup>[18]</sup>。本研究发现, 联合用药后上述激素水平改善更明显, 其原因可能为黄连可直接或间接调节胃肠激素分泌, 而柴胡、半夏、生姜等所含活性成分山姜素、异鼠李碱等能调控胃黏膜细胞增殖, 抑制胃酸分泌等通路<sup>[19-20]</sup>。

SP、CGRP、5-HT为神经肽类物质,其中SP可降低机体感知和疼痛阈值,其分泌增加可产生伤害性刺激;CGRP能抑制SP降解相关内肽酶,延长后者作用时间;5-HT信号传导功能与食管收缩舒张的协调具有相关性,参与机体胃肠动力的调节,三者均与胃食管反流病情程度密切相关<sup>[21-22]</sup>。IL-6、IL-8、IL-9可参与胃食管反流的发生,三者诱导T淋巴细胞浸润,导致食管上皮细胞固有层乳头增生、间隙增宽<sup>[23]</sup>。本研究发现,治疗后观察组SP、CGRP、5-HT、IL-6、IL-8、IL-9水平改善更明显,提示联合用药能抑制神经肽SP、CGRP、5-HT分泌,调控炎症因子水平,其原因可能是吴茱萸次碱可抗胆碱能神经,抑制胃肠道运动亢进;黄连活性成分小檗碱能抑制炎症因子水平,减少消化道黏膜损伤面积;左金丸可提高胃液pH值、改善脑肠肽、胃肠激素水平<sup>[7,24]</sup>。另外,2组不良反应发生率均较低,提示联合用药安全性较高。

综上所述,柴胡陷胸汤合左金丸对肝郁犯胃证胃食管反流患者具有较好的疗效,能改善胃肠激素水平、食管pH、疼痛程度、炎症水平,促进食管黏膜、胃肠动力恢复,缓解反流症状,并且安全可靠。但本研究随访时间较短,对柴胡陷胸汤合左金丸药理基础的研究较少,今后需通过制定更科学的研究方案、延续随访来作进一步探讨。

## 参考文献:

[1] 张媛,李永娟,崔云凤,等.荜铃胃痛颗粒联合雷贝拉唑治疗对胃食管反流病临床效果、症候积分及GERDQ评分的影响[J].解放军医药杂志,2022,34(5):125-128.

[2] Lin S H, Li H, Fang X C. Esophageal motor dysfunctions in gastroesophageal reflux disease and therapeutic perspectives[J]. *J Neurogastroenterol Motil*, 2019, 25(4): 499-507.

[3] 曹国强,任志强,苏凤哲.加味逍遥散对非糜烂性反流病肝郁脾虚证患者血管活性肠肽及促生长素水平的影响[J].国际中医中药杂志,2019,41(8):802-804.

[4] 梁笑楠,战蓉蓉,张晓岚.《2020年中国胃食管反流病专家共识》解读[J].河北医科大学学报,2021,42(8):869-871; 925.

[5] 庄茜钧,肖英莲.磁环下括约肌增强术治疗难治性胃食管反流病的研究进展[J].中华消化内镜杂志,2021,38(11):936-940.

[6] 赵佳琪,白光,何美君,等.从“六郁学说”角度论治难治性胃食管反流病[J].辽宁中医药大学学报,2021,23(10):207-210.

[7] 李跃文,刘志强,易增兴,等.左金丸活性成分-靶点-多维作用机制[J].中成药,2019,41(5):1022-1031.

[8] 梁志涛,李明彦,陈晓乐,等.柴胡疏肝散合左金丸联合内镜下贲门松弛紧缩术治疗胃食管反流病的疗效[J].吉林中医药,2024,44(8):955-959.

[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] 吴勉华,石岩.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2021.

[11] Sugihartono T, Hidayat A A, Lusida M A P, et al. Comparison of RDQ and GERDQ for predicting erosive esophagitis in patients with typical GERD symptoms[J]. *Korean J Gastroenterol*, 2023, 82(2): 84-90.

[12] 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].胃肠病学,2015,20(3):155-168.

[13] Lundell L R, Dent J, Bennett J R, et al. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification[J]. *Gut*, 1999, 45(2): 172-180.

[14] 房子铭,谢晶日,孙志文.中医药治疗胃食管反流病机制的研究进展[J].中医药信息,2022,39(12):81-85; 89.

[15] Hunt R, Armstrong D, Katelaris P, et al. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: GERD global perspective on gastroesophageal reflux disease[J]. *J Clin Gastroenterol*, 2017, 51(6): 467-478.

[16] Cetin H, Wurm R, Reichardt B, et al. Increased risk of death associated with the use of proton-pump inhibitors in patients with dementia and controls-a pharmacoepidemiological claims data analysis[J]. *Eur J Neurol*, 2020, 27(8): 1422-1428.

[17] 朱淑云,瞿兵,谭远忠.丹栀逍遥散合左金丸加减治疗肝胃郁热型胃食管反流病的疗效以及对胃肠激素水平的影响[J].辽宁中医杂志,2021,48(4):92-95.

[18] Qiu Y, Hu J L, Zhao C C, et al. Zhujie Hewei Granules ameliorated reflux esophagitis in rats[J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2019, 2019: 1392020.

[19] 杨红莲,段玉红,钱笑音.黄连对脾虚大鼠胃肠运动功能及胃动素、胃泌素的影响[J].中国中医药信息杂志,2016,23(11):75-77.

[20] 杜金城,肖浩,杜钢军.小柴胡汤治疗胃炎的系统性评价与作用机制[J].河南大学学报(自然科学版),2020,50(5):535-550.

[21] 李兰花,王丽丽.胃食管反流病患者血清炎症因子水平、SP及CGRP的相关性分析[J].胃肠病学和肝病学杂志,2023,32(12):1333-1338.

[22] Si X B, Huo L Y, Bi D Y, et al. Comparative efficacy of antidepressants for symptoms remission of gastroesophageal reflux: A Bayesian network Meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Turk J Gastroenterol*, 2021, 32(10): 843-853.

[23] 郑林福,王蓉,潘小萍,等.蛋白激酶受体2、白细胞介素-1β及白细胞介素-8在不同类型胃食管反流病中的表达及临床意义[J].中华消化杂志,2015,35(5):335-337.

[24] 王光铭,刘万里,杨璐,等.加味左金丸颗粒剂治疗反流性食管炎及功能性消化不良不同疾病相同证候肝胃不和证的随机双盲安慰剂对照试验[J].中国实验方剂学杂志,2024,30(12):112-120.