

- [11] 倪佳宁, 魏升, 钟光辉, 等. 温阳化痰方辅治脾肾亏虚血瘀型慢性肾脏病3期临床观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2020, 30(3): 207-211.
- [12] 赵先锋, 陈俊文, 成改霞, 等. 肾衰方治疗慢性肾脏病3期患者临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2020, 15(3): 539-543, 548.
- [13] 张恩, 王亮亮, 汤水福. 升清降浊胶囊治疗慢性肾脏病4-5期伴高尿酸血症患者的疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2018, 35(3): 387-391.
- [14] 钱虹利, 谢丽萍, 韦泉西, 等. 从脾肾论治慢性肾脏病研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(12): 154-156.
- [15] 陈小丽, 朱良哲, 陈君兰, 等. 慢性肾衰1号方联合大黄灌肠方对慢性肾脏病2~3期患者的生活质量及安全性分析[J]. 福建医药杂志, 2020, 42(1): 75-78.
- [16] 马源, 费佳, 陈玉, 等. 活血益肾方治疗慢性肾脏病2-4期患者血瘀证的临床研究[J]. 中医临床研究, 2019, 11(32): 102-104.

【责任编辑：陈建宏】

柴胡陷胸汤加减治疗肝胃郁热型胃食管反流病的临床疗效观察

梁育仪, 吴波, 傅诗书

(广州中医药大学附属宝安中医院, 广东深圳 518000)

摘要:【目的】观察柴胡陷胸汤加减治疗肝胃郁热型胃食管反流病的临床疗效。【方法】将60例肝胃郁热型胃食管反流病患者随机分为治疗组和对照组, 每组各30例。对照组给予艾司奥美拉唑镁肠溶片治疗, 治疗组给予艾司奥美拉唑镁肠溶片联合柴胡陷胸汤加减治疗, 疗程为8周。观察2组患者治疗前后中医证候积分、汉密尔顿焦虑量表(HAMA-14)评分、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分的变化情况, 评价2组患者的中医证候疗效及安全性。【结果】(1)治疗8周后, 治疗组的总有效率为93.3%(28/30)、对照组为70.0%(21/30), 治疗组的中医证候疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(2)治疗后, 2组患者的中医证候积分、HAMA-14评分和PSQI评分均较治疗前明显降低($P < 0.05$), 且治疗组对中医证候积分、HAMA-14评分和PSQI评分的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗过程中, 2组患者均无明显不良反应情况发生, 患者的体温、心率、呼吸、血压等生命体征均未见异常波动, 血、尿、大便常规和肝、肾功能等均无明显异常变化。【结论】在西药治疗基础上联合柴胡陷胸汤加减治疗肝胃郁热型胃食管反流病疗效确切, 能有效改善患者临床症状, 减轻患者焦虑情绪, 提高患者睡眠质量。

关键词: 胃食管反流病; 肝胃郁热型; 柴胡陷胸汤; 焦虑; 睡眠质量

中图分类号: R259.71

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)06-1118-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtem.2021.06.008

Clinical Efficacy Observation of Gastroesophageal Reflux Disease with Liver and Stomach Stagnated Heat Type Treated by Modified *Chaihu Xianxiang* Decoction

LIANG Yu-Yi, WU Bo, FU Shi-Shu

(Bao'an Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Guangzhou University of Chinese Medicine, Shenzhen 518000 Guangdong, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical efficacy of modified *Chaihu Xianxiang* Decoction in the treatment of

收稿日期: 2020-12-13

作者简介: 梁育仪(1994-), 女, 在读硕士研究生; E-mail: ancher512@126.com

通讯作者: 傅诗书, 男, 副主任医师, 硕士研究生导师; E-mail: fss1310@163.com

gastroesophageal reflux disease with the syndrome of liver and stomach stagnated heat. **Methods** A total of 60 cases of gastroesophageal reflux disease with the syndrome of liver and stomach stagnated heat were randomly divided into treatment group and control group, and each group had 30 cases. The control group was treated with oral use of Esomeprazole Magnesium Enteric-coated Tablets, and the treatment group was given oral use of Esomeprazole Magnesium Enteric-coated Tablets combined with the modified *Chaihu Xianxiong* Decoction. The treatment for the two groups lasted for a course of 8 weeks. Before and after treatment, the scores of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome, 14-item Hamilton Anxiety Scale (HAMA-14) scores and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) scores in the two groups were compared. And after the treatment, the efficacy on TCM syndrome and clinical safety in the two groups were evaluated. **Results** (1) After 8 weeks of treatment, the total effective rate in the treatment group was 93.3% (28/30), and that in the control group was 70.0% (21/30). The intergroup comparison showed that the efficacy on TCM syndrome was obviously superior to that in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (2) After treatment, the TCM syndrome scores, HAMA-14 scores and PSQI scores in the two groups were decreased in comparison with those before treatment ($P < 0.05$), and the decrease of the TCM syndrome scores, HAMA-14 scores and PSQI scores in the treatment group was superior to that in the control group ($P < 0.05$). (3) During the treatment, no obvious adverse reaction was found in both groups, or no abnormalities were found in the vital signs of body temperature, heart rate, respiration rate, and blood pressure, and in the examination results for the blood, urine, stool, liver function and kidney function of the two groups. **Conclusion** Modified *Chaihu Xianxiong* Decoction combined with western medicine exerts certain efficacy for the treatment of gastroesophageal reflux disease with the syndrome of liver and stomach stagnated heat by effectively relieving clinical symptoms, alleviating anxiety and improving sleep quality.

Keywords: gastroesophageal reflux disease; syndrome of liver and stomach stagnated heat; *Chaihu Xianxiong* Decoction; anxiety; sleep quality

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是由于胃十二指肠内容物反流入食管,引起不适症状和(或)并发症的一种疾病。其临床表现多样,以烧心、反酸为主要症状,常伴有焦虑、睡眠障碍等相关症状,可严重影响患者生活质量。相关流行病学研究显示,胃食管反流病发病率逐渐上升,而且有年轻化趋向^[1]。西医治疗主要应用质子泵抑制剂、促动力药对症治疗,起抑酸护胃、减少反流的作用,然而临床上存在药物治疗个体差异大、停药后易复发、长期维持治疗可能引起不良反应等问题^[2-3]。中医学将胃食管反流病归属于“胃脘痛”“吞酸”“吐酸”“食管瘕”等范畴,中医辨证治疗在改善胃食管反流病患者个别症状、提高患者生活质量等方面取得了一定的疗效。我院脾胃科临床中常用柴胡陷胸汤加减治疗肝胃郁热型胃食管反流病患者,安全有效。本研究旨在进一步探讨柴胡陷胸汤在改善胃食管反流病主要症状及其焦虑、睡眠障碍等相关症状

的临床疗效。现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组 选取2019年1月~2020年10月在广州中医药大学附属宝安中医院脾胃科门诊及住院部就诊的肝胃郁热型胃食管反流病患者,共60例。采用随机数字表将患者随机分为治疗组和对照组,每组各30例。

1.2 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》^[4]制定:①出现典型的烧心(胸骨后烧灼感)、反流(胃内容物向咽部或口腔方向流动的感觉)症状,并排除幽门梗阻或消化道梗阻等因素;②不典型症状:胸痛、上腹痛、上腹部烧灼感、嗝气等,胸痛者须排除心脏因素;③管外症状:咽喉症状和咳嗽、哮喘等;④内镜检查:符合反流性食管炎或Barrett食管诊断。诊断条件:符合①和②~④中的任一项或符合④者即可诊断为胃食管反流病。(2)中医辨

证标准：参照《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017年)》^[5]中肝胃郁热型的辨证标准。

1.3 纳入标准 ①符合上述胃食管反流病的诊断标准；②中医证型为肝胃郁热型；③年龄为18~65岁之间；④知情并同意参加本研究的患者。

1.4 排除标准 ①治疗前1周内或正在服用影响胃肠道功能药物的患者；②合并有严重的消化道器质性病变或严重的消化道并发症的患者；③伴有心、肺、肝、肾等脏器严重病变的患者；④孕妇及哺乳期妇女；⑤过敏体质及对多种药物过敏的患者；⑥表达不清，或有意识障碍，或有精神性疾病的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 给予艾司奥美拉唑镁肠溶片治疗。用法：艾司奥美拉唑镁肠溶片(阿斯利康制药有限公司生产，批准文号：国药准字H20046379；规格：20 mg/片)口服，每次20 mg，每日2次，餐前服用。

1.5.2 治疗组 给予艾司奥美拉唑镁肠溶片联合柴胡陷胸汤加减治疗。①西药治疗：与对照组相同。②中药治疗。方药组成：柴胡10 g，黄芩10 g，党参15 g，黄连5 g，瓜蒌20 g，浙贝母15 g，煅牡蛎20 g(先煎)，合欢皮10 g，郁金10 g，炒栀子10 g，法半夏10 g，夜交藤20 g。中药饮片均来源于康美药业集团。每日1剂，常规煎取300 mL(汤剂均由康美药房统一代煎)，分2次于早、晚饭后30 min温服，每次150 mL。

1.5.3 疗程 2组患者均给予连续治疗8周后评价疗效。

1.6 观察指标

1.6.1 中医证候积分 参照《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017年)》^[5]及《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]，制定中医证候评分表，对反酸、烧心、胸骨后灼痛、胃脘灼痛、脘腹胀满、嗝气或反酸、易怒、易饥等证候按轻重程度进行分级评分。0级：无症状，计0分；I级：症状轻微，不影响日常生活，计1分；II级：症状中等，部分影响日常生活，计2分；III级：症状严重，影响日常生活，难以坚持工作，计3分。观察2组患者治疗前后中医证候积分的变化情况。

1.6.2 汉密尔顿焦虑量表(HAMA-14)评分 采用HAMA-14评分评价患者的焦虑状态，于治疗前后

各进行1次评分。总分 ≥ 29 分，表示可能为严重焦虑；总分 ≥ 21 分，表示肯定有明显焦虑；总分 ≥ 14 分，表示肯定有焦虑；总分 ≥ 7 分，表示可能有焦虑；总分 < 7 分，表示没有焦虑症状。

1.6.3 匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分 采用PSQI评分评价患者的睡眠质量，于治疗前后各进行1次评分。总分为0~21分。得分越高，表示睡眠质量越差。

1.6.4 安全性评价 观察2组患者治疗过程中的不良反应发生情况，以及患者的基本生命体征(包括体温、心率、呼吸、血压)和血、尿、大便常规及肝、肾功能的变化情况，评价2组用药的安全性。

1.7 疗效评价标准 参照《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017年)》^[5]及《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]，根据治疗前后中医证候积分减少率来评价疗效。中医证候积分减少率=(治疗前证候积分-治疗后证候积分)/治疗前证候积分 $\times 100\%$ 。痊愈：治疗后，各项症状、体征基本消失，中医证候积分减少率 $\geq 90\%$ ；显效：治疗后，各项症状、体征明显改善， $70\% \leq$ 中医证候积分减少率 $< 90\%$ ；有效：治疗后，各项症状、体征有所改善， $30\% \leq$ 中医证候积分减少率 $< 70\%$ ；无效：治疗后，各项症状、体征无改善甚或加重，中医证候积分减少率 $< 30\%$ 。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数 $\times 100\%$ 。

1.8 统计方法 应用SPSS 25.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示，治疗前后比较采用配对 t 检验，组间比较采用两独立样本 t 检验；计数资料用率或构成比表示，组间比较采用卡方检验；等级资料组间比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者的基线资料比较 治疗组30例患者中，男13例，女17例；年龄30~59岁，平均年龄(44.05 ± 6.73)岁；病程1~9年，平均病程(3.65 ± 0.43)年。对照组30例患者中，男14例，女16例；年龄26~57岁，平均年龄(42.79 ± 7.55)岁；病程1~12年，平均病程(3.78 ± 0.47)年。2组患者的性别、年龄、病程等基线资料比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

2.2 2组患者治疗前后中医证候积分比较 表1结果显示: 治疗前, 2组患者的中医证候积分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者的中医证候积分均较治疗前明显下降($P < 0.05$), 且治疗组对中医证候积分的下降作用明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组胃食管反流病患者治疗前后中医证候积分比较
Table 1 Comparison of TCM syndrome scores in the two groups of gastroesophageal reflux disease patients before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
治疗组	30	15.67 ± 2.43	1.53 ± 2.03 ^{①②}
对照组	30	15.88 ± 2.34	3.59 ± 2.85 ^①

① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

2.3 2组患者的中医证候疗效比较 表2结果显示: 治疗8周后, 治疗组的总有效率为93.3%(28/30), 对照组为70.0%(21/30); 组间比较, 治疗组的中医证候疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组胃食管反流病患者中医证候疗效比较
Table 2 Comparison of efficacy on TCM syndrome in the two groups of gastroesophageal reflux disease patients [例(%)]

组别	例数(例)	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	8(26.7)	13(43.3)	7(23.3)	2(6.7)	28(93.3) ^①
对照组	30	5(16.7)	7(23.3)	9(30.0)	9(30.0)	21(70.0)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

2.4 2组患者治疗前后HAMA-14评分比较 表3结果显示: 治疗前, 2组患者的HAMA-14评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组

表3 2组胃食管反流病患者治疗前后HAMA-14评分比较
Table 3 Comparison of HAMA-14 scores in the two groups of gastroesophageal reflux disease patients before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
治疗组	30	19.23 ± 2.81	11.34 ± 2.79 ^{①②}
对照组	30	18.85 ± 2.95	16.02 ± 2.73 ^①

① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

患者的HAMA-14评分均较治疗前明显下降($P < 0.05$), 且治疗组对HAMA-14评分的下降作用明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 2组患者治疗前后PSQI评分比较 表4结果显示: 治疗前, 2组患者的PSQI评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者的PSQI评分均较治疗前明显下降($P < 0.05$), 且治疗组对PSQI评分的下降作用明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表4 2组食管反流病患者治疗前后PSQI评分比较
Table 4 Comparison of PSQI scores in the two groups of gastroesophageal reflux disease patients before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
治疗组	30	11.59 ± 3.11	6.27 ± 2.49 ^{①②}
对照组	30	12.05 ± 3.17	9.73 ± 3.73 ^①

① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

2.6 安全性分析 治疗过程中, 2组患者均无明显的不良反应情况发生, 2组患者的体温、心率、呼吸、血压等生命体征均未见异常波动, 血、尿、大便常规和肝、肾功能等均无明显异常变化。

3 讨论

胃食管反流病以反酸、烧心为主要症状, 常伴有焦虑、睡眠质量降低等精神心理相关症状, 严重影响患者的生活质量。现代医学对其发病机制尚未明确, 研究表明胃食管动力异常与胃酸过度反流是其重要病因。胃食管反流病患者存在频繁的食管无效运动^[7], 食管下括约肌静息压力降低^[8]、一过性下食管括约肌松弛^[9]等可引发食管、胃动力异常, 使二者处于共腔状态, 从而导致胃酸过度反流。此外, 精神心理因素也是胃食管反流病发病的重要病因之一^[10], 是影响胃食管反流病患者症状的严重程度及就诊频率的一个重要原因^[11]。胃肠与心脑功能之间存在双向调节机制, 中枢神经系统与肠神经系统之间存在“脑肠轴”, 可能是胃食管反流病伴发精神心理相关症状的发病基础^[12]。

胃食管反流病是西医病名, 根据其反酸、烧心、胃脘灼痛等症状可归属于中医“胃脘痛”“嘈杂”“吞酸”“食管瘕”等范畴。目前, 许多学者

基于中医气机升降理论对胃食管反流病的病机认识不断深入,认为脏腑气机升降失常是其重要病机之一,指出本病的基本病机为气机升降失常,胃失和降、胃气上逆,病位在食管,与胃、肝、胆、脾相关。古代医家张完素曰:“酸者,肝木之味也,由火盛制金,不能平木,则肝木自甚,故为酸也”。沈晨等^[13]的研究表明,胃食管反流病患者“心烦易怒”症状出现频率较高,因肝属木,为阴中之阳,主疏泄调畅情志,故认为其发病与肝主疏泄功能失常密切相关,与情志失常密切相关。基于此,本研究治疗组选用柴胡陷胸汤加减内服治疗肝胃郁热型胃食管反流病患者,以疏肝泄热,和胃降逆,通过调节气机升降、调畅情志以减轻患者临床症状。

气机升降理论最早可溯源至《黄帝内经》。清代医家黄元御认为,人体气机以中气为枢,中气左旋则为己土(脾),中气右转则为戊土(胃),继而化生肝、心、肺、肾之四维,勾勒出了中气升降正常则四维运转顺畅的生理模式。病理状态下,中气升降失常,则百病由生。《四圣心源·中气》云:“胃主降浊,脾主升清,湿则中气不运,升降反作,清阳下陷,浊阴上逆,人之衰老病死,莫不由此。”因此,治疗上应当重视中土与四维之升降协调。本研究中,治疗组所用的柴胡陷胸汤首见于《重订通俗伤寒论》,由小柴胡汤与小陷胸汤加减化裁而成。小柴胡汤出入表里而疏达少阳,《伤寒论》曰:“呕而发热者,小柴胡汤主之”,适用于少阳枢机不利,出入障碍者。小陷胸汤升降上下而通降阳明,《伤寒论》曰:“正在心下,按之则痛,小陷胸汤主之”。胃食管反流病肝胃郁热者,热郁而津液凝滞不去,结于胸中,则成为痰饮热毒,发为胃脘灼痛,小陷胸汤可降痰浊、解结胸。方中党参甘平,守中焦,益气健脾,一者扶正以祛邪,二者益气以抵御外邪内传。柴胡苦平,左升气机,入肝胆经,透邪解郁,疏理气机。黄连、黄芩、炒栀子清热,瓜蒌、半夏降痰,使浊邪从右而降。疏肝泻热,和胃降逆,一升一降,如环得枢,使气机恢复如常。再佐浙贝母清热化痰散结,煅牡蛎抑酸止痛;合欢皮疏肝解郁,夜交藤养心安神。本病迁延难愈,病至后期易气滞血瘀,故加郁金以行气活血止痛,气血并调。全方以疏肝泻热、和胃降

逆为主,兼疏肝解郁、养心安神,以共调气机,标本同治。

现代药理研究表明,小柴胡汤具有保护胃黏膜、增加胃肠道平滑肌收缩、促进胃排空等作用^[14]。小陷胸汤能减轻胃肠神经递质一氧化氮对胃排空的抑制,提高大鼠血清胃泌素、胃黏膜前列腺素E2的含量以抑制胃酸分泌^[15]。党参提取物能够通过保护胃黏膜屏障增加前列腺素含量、胃血流量来抑制胃酸分泌,调节缓解消化道平滑肌痉挛;此外,党参所含菊糖是免疫佐剂,能够增强机体的免疫功能^[16]。浙贝母醇提取物能抑制醋酸致小鼠扭体反应和热痛刺激引起的甩尾反应,具有镇痛、抗菌、抗炎等作用^[17]。牡蛎壳中含有碳酸钙、磷酸钙,具有抑酸、抗革兰阴性菌活性等作用^[18]。合欢皮能够通过提高小鼠脑内氨基丁酸(GABA)含量,降低小鼠脑内谷氨酸(Glu)和5-羟色胺(5-HT)含量而发挥抗焦虑作用^[19]。夜交藤含有首乌藤苷类、总黄酮和总蒽醌等成分,能够调节神经系统、改善睡眠^[20]。郁金可抑制血小板聚集,降低血黏度,减少血浆纤维蛋白的形成^[21]。

本研究结果显示,治疗8周后,治疗组的中医证候疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);同时,治疗组在降低中医证候积分、HAMA-14评分和PSQI评分方面的作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);而且用药过程中2组患者均未出现明显的不良反应。表明在西药质子泵抑制剂治疗基础上联合柴胡陷胸汤加减治疗肝胃郁热型胃食管反流病疗效确切,能有效改善患者临床症状,缓解患者焦虑情绪,提高患者睡眠质量,其疗效优于单纯西药质子泵抑制剂治疗。

参考文献:

- [1] YAMASAKI T, HEMOND C, EISA M, et al. The changing epidemiology of gastroesophageal reflux disease: Are patients getting younger?[J]. J Neurogastroenterol Motil, 2018, 24(4): 559-569.
- [2] 雷招宝. 关注质子泵抑制剂的不良反应与合理用药[J]. 世界华人消化杂志, 2016, 24(23): 3468-3475.
- [3] 马一茜, 罗斌阳, 王一平, 等. 长期应用质子泵抑制剂的不良反应[J]. 华西药理学杂志, 2017, 32(3): 321-325.
- [4] 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]. 胃肠病学, 2015, 20(3): 155-168.
- [5] 张声生, 朱生樑, 王宏伟, 等. 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.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [7] VINJIRAYER E, GONZALEZ B, BRENSINGER C, et al. Ineffective motility is not a marker for gastroesophageal reflux disease[J]. Am J Gastroenterol, 2003, 98(4): 771-776.
- [8] RIBOLSI M, BALESTRIERI P, EMERENZIANI S, et al. Weak peristalsis with large breaks is associated with higher acid exposure and delayed reflux clearance in the supine position in GERD patients[J]. Am J Gastroenterol, 2014, 109(1): 46-51.
- [9] HERREGODS T V, BREDENOORD A J, SMOUT A J. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease: new understanding in a new era[J]. Neurogastroenterol Motil, 2015, 27(9): 1202-1213.
- [10] 屈亚威, 王伟岸, 张晓, 等. 精神心理因素与难治性食管反流病发病关系的研究[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2015, 24(12): 1445-1447.
- [11] 祁丽丽, 董世光. 心理干预辅助治疗非糜烂性食管反流病疗效观察[J]. 吉林医学, 2011, 32(1): 36-37.
- [12] STASI C, ROSSELLI M, BELLINI M, et al. Altered neuro-endocrine-immune pathways in the irritable bowel syndrome: the top-down and the bottom-up model [J]. J Gastroenterol, 2012, 47(11): 1177-1185.
- [13] 沈晨, 张声生, 赵鲁卿, 等. 228例食管反流病患者中医证候及症状分布特点[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2015, 23(9): 622-625.
- [14] 曹秋梅, 许周洁, 聂源, 等. 浅析小柴胡汤近十年药理研究与临床应用[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(2): 76-77.
- [15] 韩瑞伟, 何礼, 王一, 等. 小陷胸汤临床应用及药理研究近况[J]. 中国医药导报, 2011, 8(35): 7-9.
- [16] 樊长征, 洪巧瑜. 党参对人体各系统作用的现代药理研究进展[J]. 中国医药导报, 2016, 13(10): 39-43.
- [17] 赵金凯, 杜伟锋, 应泽茜, 等. 浙贝母的现代研究进展[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(1): 177-180.
- [18] 代春美, 廖晓宇, 叶祖光. 海洋中药牡蛎的化学成分、药理活性及开发应用[J]. 天然产物研究与开发, 2016, 28(3): 471-474, 437.
- [19] 杨磊, 李棣华. 合欢皮化学成分与药理活性及毒理学研究进展[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2019, 25(6): 1061-1064.
- [20] 陶丽宇, 高月求, 韦靖, 等. 首乌藤相关药理作用及临床运用的研究进展[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(10): 2486-2488.
- [21] 吕运权, 张恒. 川芎和郁金防治冠心病的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(7): 1011-1013.

【责任编辑: 陈建宏】

《中药新药与临床药理》“临床研究”栏目2021年扩大征稿

为更全面地反映中医药学术研究成果, 打造高质量的中医药学术交流平台, 优化杂志学科内容结构及满足作者的需求, 本刊拟从2021年起加强对临床中药研究科研成果的报道。栏目论文基本要求:

1. 研究对象: 中药新药(各期临床研究)、新上市后的中药制剂、医院中药制剂及已有一定研究基础的中药汤剂等。

2. 研究类型: 临床随机对照试验。

投稿网站: www.zyxy.com.cn。本刊只接受稿件采编系统投稿, 不接收纸质和E-mail投稿, 系统投稿不收取审稿费。

入选核心期刊情况: 本刊为中国中文核心期刊、中国科技核心期刊、中国科学引文数据库来源期刊(CSCD)及RCCSE中国核心学术期刊。

· 《中药新药与临床药理》编辑部 ·