DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2026.04.019

左金加味方结合右佐匹克隆治疗胃食管反流病(肝胃郁热型)伴失眠效果观察

陈园园,王宝迎,张永康,霍华英
(山西省人民医院,山西 太原 030012)

摘要:目的 观察左金加味方结合右佐匹克隆治疗胃食管反流病(肝胃郁热型)伴失眠效果。方法 研究合计纳入2021年6月—2024年1月收治的68例胃食管反流病(肝胃郁热型)伴失眠患者,采取随机数字表法分为两组,对照组34例采取右佐匹克隆治疗,观察组34例在对照组治疗基础上联合左金加味方治疗,观察及对比两组患者数据:临床疗效、治疗前后中医证候积分(反酸、烧心、嗳气或反食、胃脘灼痛等)变化及内镜下食管黏膜评分及反流性疾病问卷(Reflux diagnostic questionnaire,RDQ)评分变化、匹兹堡睡眠指数(Pittsburgh sleep quality index,PSQI)及生活质量(Short form 36 questionnaire,SF-36)评分变化、不良反应。结果 观察组患者治疗后总有效率高于对照组($P<0.05$)。两组不良反应率均较低($P>0.05$)。两组患者治疗前中医证候积分(反酸、烧心、嗳气或反食、胃脘灼痛等)、内镜下食管黏膜评分、RDQ评分、PSQI评分及SF-36评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后两组患者中医证候积分(反酸、烧心、嗳气或反食、胃脘灼痛等)、内镜下食管黏膜评分、RDQ评分、PSQI评分及SF-36评分均改善,观察组患者治疗后中医证候积分(反酸、烧心、嗳气或反食、胃脘灼痛等)、内镜下食管黏膜评分、RDQ评分、PSQI评分及SF-36评分等指标均优于对照组($P<0.05$)。结论 左金加味方结合右佐匹克隆治疗胃食管反流病(肝胃郁热型)伴失眠效果良好,可较好改善患者临床症状、睡眠质量、生活质量,值得应用。

关键词:胃食管反流病;肝胃郁热型;左金加味方;右佐匹克隆;失眠;疗效;中医证候积分
中图分类号:R256.31 **文献标志码:**A **文章编号:**1673-7717(2026)04-0086-04

Effect of Zuojin Jiawei Prescription(左金加味方) Combined with Dexzopiclone in Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease(Liver-Stomach Stagnation Heat Type) with Insomnia

CHEN Yuanyuan, WANG Baoying, ZHANG Yongkang, HUO Huaying
(Shanxi Provincial People's Hospital, Taiyuan 030012, Shanxi, China)

Abstract: *Objective* To observe the effect of Zuojin Jiawei Prescription(左金加味方) combined with dexzopiclone in the treatment of gastroesophageal reflux disease(liver-stomach stagnation heat type) with insomnia. *Methods* A total of 68 patients with gastroesophageal reflux disease(liver-stomach stagnation heat type) with insomnia admitted from June 2021 to January 2024 were included in the study. The patients were divided into two groups by random number table method, namely control group and observation group, with 34 cases in each group. All patients in the group received conventional Western medicine treatment, while the control group received dexzopiclone treatment. The observation group was treated with Zuojin Jiawei Prescription on the basis of control group, and the data of patients in each group was observed and compared, including clinical efficacy, changes of TCM syndrome scores(acid reflux, heartburn, belching or regurgitation, epigastric burning pain, etc.) before and after treatment, endoscopic esophageal mucosa score and reflux diagnostic questionnaire changes in RDQ scores, the changes in Pittsburgh sleep quality index(PSQI) and short form 36 questionnaire(SF-36) scores and adverse reactions. *Results* The total effective rate of the observation group was higher than that of thee control group($P<0.05$). The adverse reaction rate was lower in both groups ($P>0.05$). Comparison of TCM syndrome scores(acid reflux, heartburn, belching or regurgitation, epigastric burning pain, etc), endoscopic esophageal mucosa score, RDQ score, PSQI score and SF-36 score in both groups before treatment was not significant ($P>0.05$). After treatment, TCM syndrome scores(acid reflux, heartburn, belching or regurgitation, epigastric burning pain, etc.), endoscopic esophageal mucosa scores, RDQ scores, PSQI scores and SF-36 scores were all improved in both groups. And

基金项目:国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药办人教函〔2022〕75号);山西省中医药管理局科研项目(2023ZYYC2028)

作者简介:陈园园(1987-),女,山西临汾人,主治医师,硕士,研究方向:中医治疗脾胃病。

these indexes in the observation group were all better than those in the control group($P<0.05$). *Conclusion* Zuojin Jiawei Prescription combined with dexzopiclone has a good effect in the treatment of gastroesophageal reflux disease(liver – stomach stagnation heat type) with insomnia, and can improve the clinical symptoms, sleep quality and quality of life of patients, which is worthy of application.

Keywords: gastroesophageal reflux disease; liver – stomach stagnation heat type; Zuojin Jiawei Prescription(左金加味方); dexzopiclone; insomnia; curative effect; TCM syndrome integral

胃食管反流病是临床常见慢性疾病,患者发病后胃内容物反流,导致各种症状以及并发症,影响患者健康与日常生活[1-3]。近年,数据显示,胃食管反流病发病率显著上升,危害较大[4-5]。胃食管反流病常与失眠合并存在,反流可导致患者出现睡眠质量差、白天嗜睡,而失眠可加重患者反流症状,影响胃食管反流病患者治疗及预后,两者互为因果、相互影响,使得患者病情迁延难愈[6-7]。临床较为重视胃食管反流病(肝胃郁热型)伴失眠的治疗,对此研究较多[8]。目前针对胃食管反流病临床主要采用抑酸剂、促胃动力药进行治疗,但临床实践证实,抑酸药、促胃动力药长期使用存在一定不良反应[9]。西医药物治疗失眠通常使用镇静催眠类药物,虽然能够缓解相关临床症状,但停药后常出现反复,且长期服药其不良反应较多[10]。中医对胃食管反流病伴失眠认识较深,相关报道较多。临床发现,肝胃郁热型胃食管反流病伴失眠是临床常见证型之一,可予以该病患者疏肝泻热、和胃降逆等方法治疗[11-12]。左金加味方具有较好的疏肝泻热、和胃降逆等功效,为治疗胃食管反流病(肝胃郁热型)伴失眠良方。故而本次纳入68例胃食管反流病(肝胃郁热型)伴失眠患者进行分组,观察左金加味方结合右佐匹克隆治疗胃食管反流病伴失眠的效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究合计纳入68例胃食管反流病(肝胃郁热型)伴失眠患者(2021年6月—2024年1月收治),采取随机数字表法将患者分为两组。对照组34例,男20例,女14例;年龄22~64岁,平均(43.82±4.23)岁;病程3~16个月,平均(7.23±1.05)个月。观察组34例,男18例,女16例;年龄21~64岁,平均(43.78±4.31)岁;病程3~18个月,平均(7.19±1.11)个月。两组患者资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 西医诊断胃食管反流病参照《2020年中国胃食管反流病专家共识》[13]中的西医诊断标准:①临床症状:典型症状为反酸、烧心。不典型症状为胸骨后疼痛(除外心脏因素)、上腹部疼痛、上腹烧灼感、反流、嗳气等。还可存在餐后饱胀感、早饱、吞咽困难及咳嗽、咽部不适、哮喘、牙蚀症等食管外表现。②内镜诊断:症状不典型者行胃镜检查,胃镜结果阳性,可诊断为反流性食管炎。③反流性疾病问卷(Reflux diagnostic questionnaire,RDQ)问卷诊断:胃镜结果阴性,可参照反流性疾病问卷量表(RDQ表)积分≥12分,可诊断为胃食管反流病。

西医诊断失眠标准依据《中国失眠症诊断和治疗指南》[14]:符合睡眠困难症状标准;符合日间症状标准;频率标准:每周≥3次;病程标准:睡眠困难及相关的日间症状持续≥3个月;同时具备以上4个方面的标准即可诊断为成人失眠。

中医诊断胃食管反流病(肝胃郁热型)参照《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》[15],主症:烧心,反酸;次症:胸骨后灼痛,胃脘灼痛,脘腹胀满,嗳气或反食,易怒,易饥;舌红,苔黄,脉弦。以上主症2项,加次症2项,参考舌脉,即可诊断该证候。

1.3 纳入排除标准 纳入标准:年龄在18~65岁,符合胃食反流病及失眠西医诊断标准,符合肝胃郁热证中医诊断标准,入组患者可接受左金加味方、右佐匹克隆治疗;患者自愿参与本次研究;伦理批准研究进行。

排除标准:合并消化道溃疡、食管裂孔疝、Barrett食管患者;合并结缔组织病、血液系统疾病患者;合并精神疾病患者,长期应用糖皮质激素、非甾体抗炎药物治疗患者;合并肝肾等脏器功能不全患者;肿瘤患者;妊娠患者与哺乳期患者。

1.4 治疗方法 两组患者治疗期间均禁止摄入酒精饮料、浓茶及咖啡,避免进食辛辣刺激之品,保持心情舒畅。入组患者均接受西医常规治疗,患者口服泮托拉唑钠肠溶胶囊(杭州中美华东制药有限公司,国药准字为H20010032;规格:40 mg/粒),40 mg/次,1次/d,晨起空腹服用,治疗4周。

对照组:患者同时联合右佐匹克隆片(成都康弘药业集团股份有限公司,国药准字为H20100074,规格:3 mg/片),3 mg/次,1次/d,每晚睡前30 min服用,治疗4周。

观察组:患者在对照组治疗基础上联合左金加味方治疗。左金加味方:黄连6 g,吴茱萸9 g,蒲公英15 g,龙胆草6 g,香橼12 g,佛手12 g,姜半夏15 g,厚朴12 g,枳壳12 g,煅瓦楞子20 g,海螵蛸20 g,浙贝母15 g,合欢花20 g,白芍10 g,炙甘草6 g。1剂/d,水煎煮,早晚各服药汁200 mL,治疗4周。

1.5 观察指标 ①对比两组患者临床疗效[16-17]。临床痊愈:反流症状消失,疗效指数≥95%,睡眠时间恢复正常或夜间睡眠时间增加至6 h以上,睡眠深沉,醒后精神充沛。显效:反流症状基本消失,虽偶有症状但很快消失,95% > 疗效指数≥70%,睡眠明显好转,睡眠时间增加3 h以上,睡眠深度增加。有效:反流症状未消失,但较以前减轻,70% > 疗效指数≥30%,睡眠时间较前增加不足3 h。无效:反流症状未消失,程度未减轻,甚或加重,疗效指数<30%,睡眠无明显改善。采用尼莫地平法计算,疗效指数=[(治疗前证候总积分-治疗后证候总积分)/治疗前证候总积分]×100%。总有效率(%)=(临床治愈+显效+有效)例数/总例数×100%。

②对比两组患者治疗不良反应情况。

③对比两组患者治疗前后反酸、烧心、嗳气或反食、胃脘灼痛等中医证候积分,按照无症状、轻度及中度、重度分为4级,对应积分主症分别计0、2、4、6分,次症分别计0、1、2、3分[16]。

④对比两组患者治疗前后内镜下食管黏膜评分及RDQ评分变化。内镜下食管黏膜评分[18]:分值1~4分,分值越高表

示患者食管黏膜损伤越为严重。RDQ评分[19]：包括发作频率与程度等，总分40分，越低表示生活质量佳。

⑤对比两组患者治疗前后匹兹堡睡眠指数（Pittsburgh sleep quality index，PSQI）及生活质量（short form 36 questionnaire，SF－36）评分变化。PSQI评分[20]：0～21分，分值越高表示睡眠质量越差。SF－36评分[21]：0～100分，分值越高表示生活质量越好。

1.6 统计学方法 两组患者的数据均录入SPSS 28.0软件处理，计量（反酸、烧心、嗳气或反食、胃脘灼痛等中医证候积分、内镜下食管黏膜评分、RDQ评分、PSQI评分及SF－36评分）与计数（临床疗效及不良反应）数据分别实施 t/χ^2 检验，当 $P<0.05$ 时，说明数据比较差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 观察组及对照组患者胃食管反流病治疗后总有效率分别为94.12%、76.47%，前者更高（$P<0.05$）。见表1。

表1 两组胃食管反流病（肝胃郁热型）伴失眠患者临床疗效比较

单位：例（%）

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	34	9	9	8	8	26（76.47）
观察组	34	13	8	11	2	32（94.12）
χ^2 值		－	－	－	－	4.220 7
P 值		－	－	－	－	0.039 9

2.2 不良反应比较 两组不良反应率均较低（$P>0.05$）。见表2。

表2 两组胃食管反流病（肝胃郁热型）伴失眠患者不良反应比较

单位：例（%）

组别	例数	头晕	食欲不振	总不良反应
对照组	34	1	1	2（5.88）
观察组	34	0	1	1（2.94）
χ^2 值		－	－	0.348 7
P 值		－	－	0.554 8

2.3 中医证候积分（反酸、烧心、嗳气或反食、胃脘灼痛等）比较 两组患者治疗前中医证候积分（反酸、烧心、嗳气或反食、胃脘灼痛等）比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后两组患者中医证候积分（反酸、烧心、嗳气或反食、胃脘灼痛等）下降，观察组治疗后中医证候积分（反酸、烧心、嗳气或反食、胃脘灼痛等）比对照组低（$P<0.05$）。见表3。

表3 两组胃食管反流病（肝胃郁热型）伴失眠患者中医证候积分（反酸、烧心、嗳气或反食、胃脘灼痛等）比较（$\bar{x}\pm s$） 单位：分

组别	例数	时间	反酸	烧心	嗳气或反食	胃脘灼痛
对照组	34	治疗前	4.88±0.24	4.11±0.18	2.15±0.22	2.30±0.15
		治疗后	0.76±0.04*	0.67±0.05*	0.46±0.04*	0.50±0.05*
观察组	34	治疗前	4.91±0.22	4.18±0.21	2.20±0.28	2.28±0.20
		治疗后	0.22±0.02*#	0.20±0.03*#	0.13±0.04*#	0.15±0.03*#

注：*与治疗前比较，$P<0.05$；#与对照组比较，$P<0.05$。

2.4 内镜下食管黏膜评分、RDQ评分比较 两组患者治疗前内镜下食管黏膜评分、RDQ评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后两组患者内镜下食管黏膜评分、RDQ评分均改善，观察组治疗后内镜下食管黏膜评分、RDQ评分优于对照组（$P<0.05$）。见表4。

表4 两组胃食管反流病（肝胃郁热型）伴失眠患者内镜下食管黏膜评分、RDQ评分比较（$\bar{x}\pm s$） 单位：分

组别	例数	时间	内镜下食管黏膜评分	RDQ评分
对照组	34	治疗前	2.15±0.55	29.34±2.12
		治疗后	1.53±0.26*	13.23±2.55*
观察组	34	治疗前	2.20±0.48	29.29±2.04
		治疗后	0.89±0.18*#	9.56±1.11*#

注：*与治疗前比较，$P<0.05$；#与对照组比较，$P<0.05$。

2.5 PSQI评分及SF－36评分比较 两组患者治疗前PSQI评分及SF－36评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后两组患者PSQI评分及SF－36评分均改善，观察组治疗后PSQI评分及SF－36评分优于对照组（$P<0.05$）。见表5。

表5 各组胃食管反流病（肝胃郁热型）伴失眠患者PSQI评分及SF－36评分比较（$\bar{x}\pm s$） 单位：分

组别	例数	时间	PSQI评分	SF－36评分
对照组	34	治疗前	16.23±1.11	59.73±5.23
		治疗后	4.23±0.63*	69.73±5.23*
观察组	34	治疗前	15.99±1.09	60.03±5.30
		治疗后	2.53±0.59*#	79.63±4.82*#

注：*与治疗前比较，$P<0.05$；#与对照组比较，$P<0.05$。

3 讨论

中医学并无胃食管反流病病名，根据其主要临床表现将其归属于“吐酸”“呕苦”“吞酸”“嘈杂”“食管瘅”等范畴。该病病机复杂，《素问·至真要大论篇》云：“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热”，认为“热”邪乃本病发病之因。《寿世保元·吞酸》记载：“夫酸者肝木之味也，由火盛制金，不能平木，则肝木自甚，故为酸也”，《证治汇补·吞酸》云：“大凡积滞中焦，久郁成热，则木从火化，因而作酸者，酸之热也”[22－23]，以上记载说明吞酸与肝有关。肝主情志，若情志失调可致肝气郁结，日久化火，而肝在味为酸，火旺横克脾土致脾胃之气的升降功能失司，则酸水自生，发为吐酸。失眠在中医属于“不寐”“不得眠”等范畴，病位主要在心，与肝胆、脾胃、肾密切相关，基本病机为阳不入阴，神不安舍。国医大师伍炳彩认为虽然五脏功能的失调均可引发不寐，但与肝联系最为密切[24]。临床发现，肝胃郁热型胃食管反流病为临床常见证型[25－26]。该病病位在食管和胃，其发病与肝密切相关。病机为肝失疏泄，气郁化火而犯胃，致胃失和降，胃气上逆，出现反酸、烧心等胃食管反流病的临床表现；肝火扰乱心神，神不安而不寐，或肝火内扰，胃失和降，胃脘痞闷不适，胃不和则卧不安，亦可致不寐。故而治疗该病当以疏肝泻热、和胃降逆为法[27－28]。

左金加味方是以左金丸为基础的中药汤剂，由黄连、吴茱萸、蒲公英、龙胆草、香橼、佛手、姜半夏、厚朴、枳壳、煅瓦楞子、海螵蛸、浙贝母、合欢花、白芍、炙甘草组成。方中黄连可清肝火与泻胃热，胃火降则气自和；气郁化火者大苦大寒之药无法化开郁结，故而以辛热之药吴茱萸，开肝郁、降胃逆制黄连之寒，二者合用使肝火得清，胃气得降。现代药理研究表明左金丸具有抑制胃酸分泌、增强食管抗反流屏障能力、保护胃黏膜、抗炎止痛等作用[29]。蒲公英泻胃火，《本草新编》记载其“既

能泻火，又不损土”，有“火退而胃气自生”之功；龙胆草泻肝胆火，二者合用肝胃同治。香橼、佛手均可疏肝解郁；半夏降逆和胃，枳壳理气宽中、行滞消积，厚朴下气除满，二者共助半夏降逆和胃；海螵蛸、煅瓦楞子均可制酸止痛，海螵蛸收敛，瓦楞子散结，二者相辅相成，浙贝母清热化痰，软坚散结，合海螵蛸，有乌贝散之意，加强制酸止痛之功；合欢花解郁安神，现代药理研究证明合欢花具有显著的镇静催眠作用[30]，二者合用共奏安神之效；白芍、甘草酸甘化阴，一方面柔肝，另一方面制约诸药之辛散伤阴。诸药合用，共奏疏肝泻热、和胃降逆、解郁安神之效，可有效缓解患者的各项临床症状。

胃食管反流病与失眠已成为全球共同关注的健康问题，二者常同时存在，但其相互影响的西医机制仍不明确。西医治疗胃食管反流病与失眠取得了一定的成就，但无法很好地同时兼顾胃食管反流病与失眠，且应用抑酸剂和镇静催眠类药物停药后病情易出现反复，不良反应多。中医药辨证论治、整体治疗观念可能更适合胃食管反流病伴失眠的治疗[12]。

本次研究数据显示，观察组及对照组患者总有效率分别为94.12%、76.47%，前者更高，观察组中医证候积分（反酸、烧心、嗳气或反食、胃脘灼痛等）低于对照组，两组不良反应率均较低，提示左金加味方结合右佐匹克隆治疗胃食管反流病（肝胃郁热型）伴失眠效果显著，可较好改善患者临床症状，且不良反应较少，较为安全可靠。观察组患者治疗后内镜下食管黏膜评分、RDQ评分、PSQI评分及SF-36评分均优于对照组，提示左金加味方结合右佐匹克隆治疗胃食管反流病（肝胃郁热型）伴失眠可较好改善患者临床症状及睡眠质量、生活质量。

综上所述，左金加味方结合右佐匹克隆治疗胃食管反流病（肝胃郁热型）伴失眠临床效果良好，患者症状缓解，睡眠质量及生活质量均得以改善，治疗不良反应少，安全可靠。

参考文献

[1] 许高凡，李亚鼎，何聪，等. 基于“胃心相关”理论探讨胃食管反流病相关性胸痛中医内涵及发病机制[J]. 北京中医药大学学报，2023，46(5)：705-710.
[2] 孙冬阳，汪玲羽，徐宇杰，等. 基于验案数据挖掘探究名中医连建伟治疗胃食管反流病的用药规律[J]. 浙江中医药大学学报，2023，47(4)：383-388，393.
[3] 王萍，王凤云，蓝宇，等. 中医药临床优势病种探讨——胃食管反流病[J]. 中国实验方剂学杂志，2023，29(12)：199-208.
[4] 周铃，于靖文，李萌，等. 胃食管反流病的中医证候客观化研究现状与思考[J]. 时珍国医国药，2023，34(3)：678-681.
[5] 胡佳艳，张坤漓，吕咪，等. 511例胃食管反流病患者不同亚型临床特征与中医证型的相关性研究[J]. 北京中医药，2023，42(8)：892-896.
[6] 窦维佳，王新，胡博，等. 胃食管反流病与睡眠障碍相关性的临床研究[J]. 医学研究杂志，2020，49(8)：154-157.
[7] 杨竹青，郭敏，王晓鸽，等. 基于“上焦得通，津液得下，胃气因和”探讨胃食管反流病机制[J]. 北京中医药大学学报，2023，46(5)：711-716.
[8] 王凤云，吕咪. 从中医药治疗胃食管反流病的优势环节解读《中药新药用于胃食管反流病的临床疗效评价指导原则》[J]. 中国中西医结合消化杂志，2023，31(7)：493-496.
[9] 王萍，侯亭开，康进忠. 自拟和胃疏肝汤联合常规治疗对胃食管反流病患者胃肠激素及神经肽因子水平的影响[J]. 中国民族医药杂志，2023，29(12)：25-27.
[10] 刘潇林，易可兰，朱文雄，等. 基于数据挖掘技术的耳穴压豆治疗失眠的选穴规律研究[J]. 现代生物医学进展，2022，22(21)：4168-4174.
[11] 刘可可，孙建慧，梁笑妍，等. 刘启泉从“诸气臌郁，皆属于肺”辨治胃食管反流病经验[J]. 环球中医药，2023，16(11)：2288-2291.
[12] 姚梦茜，吕咪，张涛，等. 从“胃不和则卧不安”认识胃食管反流病伴失眠[J]. 中医药学报，2023，51(11)：1-6.
[13] 中华医学会消化病学分会. 2020年中国胃食管反流病专家共识[J]. 中华消化杂志，2020，40(10)：649-663.
[14] 中国睡眠研究会. 中国失眠症诊断和治疗指南[J]. 中华医学杂志，2017，97(24)：1844-1856.
[15] 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意见(2017)[J]. 中国中西医结合消化杂志，2017，25(5)：321-326.
[16] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：124-129.
[17] 汪卫东，洪兰，刘艳骄，等. 不寐(非器质性失眠症)中医诊疗方案(试行)[J]. 世界睡眠医学杂志，2015，2(1)：14-18.
[18] 赵晓晓，谢佳平，赵景润，等. 复发性反流性食管炎内镜特征的临床对比研究[J]. 中华消化内镜杂志，2020，37(1)：45-47.
[19] 赵迎盼，廖宇，钟家珮，等. 胃食管反流病问卷(GerdQ)与反流性疾病问卷(RDQ)的比较研究[J]. 胃肠病学和肝病学杂志，2015，24(5)：572-574.
[20] 路桃影，李艳，夏萍，等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度及效度分析[J]. 重庆医学，2014，43(3)：260-263.
[21] 朱清，裴小红，黄重发，等. SF-36量表在胃食管反流病患者生存质量评价中的应用[J]. 疑难病杂志，2010，9(3)：188-190.
[22] 王三强，许敏光，魏会珍，等. 反流性食管炎中医学研究进展[J]. 陕西中医，2020，41(2)：266-268.
[23] 石芳，张乃霖，郑晓佳，等. 从“火热论”探讨胃食管反流病证治思路[J]. 中医杂志，2020，61(3)：213-216.
[24] 钟良，韦玲芝，伍建光，等. 国医大师伍炳彩从肝论治失眠的思路探析[J]. 江西中医药，2021，52(2)：23-25.
[25] 王硕，刘兴山. 刘兴山教授治疗肝胃郁热型胃食管反流病经验[J]. 中医临床研究，2022，14(20)：40-42.
[26] 沈鼎，叶蔚. 艾司奥美拉唑联合疏肝和胃安神方对肝胃郁热型难治性胃食管反流病患者睡眠质量、胃肠激素的影响[J]. 中国医药导报，2023，20(12)：146-150.
[27] 陈浩彬，林才志. 中医药治疗肝胃郁热型胃食管反流病的临床研究进展[J]. 大众科技，2022，24(7)：117-119，132.
[28] 蒲美旨，冯小可，谢立群. 基于网络药理学探讨小柴胡汤治疗胃食管反流病合并失眠的作用机制[J]. 实用临床医药杂志，2023，27(9)：111-118.
[29] 俞金玲，黄婉娜，蔡铭瑶，等. 柴胡疏肝散合左金丸治疗胃食管反流病肝胃郁热证的研究进展[J]. 中国民间疗法，2022，30(20)：107-110.
[30] 李冉，田介峰，罗学军，等. 合欢花的化学成分及其药理作用的研究进展[J]. 天津药学，2022，34(2)：66-71.