

方晓华治疗难治性酸相关性疾病经验撷菁*

杨超, 邱伟, 刘乐, 杨振斌[△]

(扬州市中医院, 江苏扬州 225000)

摘要: 难治性酸相关性疾病是一组与胃酸攻击作用相关且抑酸药、抗酸药等治疗后症状改善不明显的上消化道疾病, 方师认为其基本病机乃脾胃虚弱为本, 寒温不适、痰食阻胃为标, 木盛乘土可致升降失调, 久病则可热郁伤膜、入络成瘀。针对其治疗, 方师认为以益气健脾、固本为要, 辅以抑木扶土、燮理升降、平调寒热、化湿消食、制酸护膜、活血生肌。

关键词: 方晓华; 中医治疗; 酸相关性疾病; 名医经验

中图分类号: R 249 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2023) 04-0016-04

酸相关性疾病是指一组与胃酸攻击作用密切相关的上消化道疾病, 临床较为常见, 多包括消化性溃疡、胃食管反流病、卓-艾综合征、急慢性胃炎、功能性消化不良等, 其发病率在全球呈逐年上升趋势。^[1]胃酸在正常生理情况下对食物的消化、吸收过程起多种主要的作用, 如杀死随食物进入胃的细菌、激活胃蛋白酶、提供酸性环境、使食物蛋白质变性易分解、促进钙铁的吸收等。酸相关性疾病最主要的临床特征是胃酸分泌过多, 现代相关研究表明可能与迷走神经兴奋、胃泌素等胃肠激素刺激、食物滞留刺激相关。^[2]随着人类对胃酸分泌调节机制的不断深入研究, 越来越多的抑酸药、抗酸药被应用, 但临证中仍有部分患者难以改善症状或者停药复发率很高, 严重影响他们的生活质量, 因此较多难治性酸相关性疾病的患者寻求中医中药治疗。本病当属于祖国医学“吐酸”范畴, 又称为“泛酸”, 胃中酸水泛, 若随即咽下, 称为吞酸, 若随而吐出, 即为吐酸, 最早记录于《黄帝内经·素问》。方晓华教授是扬州市名中医, 临证 30 余载, 学贯中西, 先后跟师于国医大师徐景藩、全国名老中医单兆伟教授, 尤擅长治疗难治性酸相关性疾病等。笔者有幸跟师学习, 获益匪浅, 现将其临床经验介绍如下, 并附验案 1 则, 以飨读者。

1 病因病机

1.1 脾胃虚弱, 病之根本 脾胃为仓廪之官, 主受纳及运化水谷。《景岳全书·吞酸》曰: “火衰不能生土, 则脾气虚而肝邪侮之, 故为酸也”。对于难治性酸相关性疾病的患者, 多为中年、老年, 若素体脾胃虚弱, 禀赋不足, 后天失调, 可致运化失职、气机不畅。另外部分患者平素较多口服基础病药、保健药, 或者为期病愈, 过度口服质子泵抑制剂以及不同种类中成药等, 长时以往损伤脾胃, 脾胃气虚, 中阳不振, 纳运失常, 难以腐熟水谷。《脾胃

论·用药宜禁论》言: “凡治病服药, 必知时禁、经禁、病禁、药禁。”用药不禁, 脾胃虚弱, 已成常态。方师认为, 诸多因素致其脾胃虚弱, 是为发病之本, 脾气亏虚则不得升, 胃阳不足则不得温, 胃阴不足则不得濡, 进而不得通降。

1.2 木盛乘土, 升降失调 刘完素《素问玄机原病式》言: “酸者, 肝木之味也, 由火盛制金, 不能平木, 则肝木自盛, 故为酸也”。肝为风木之脏, 主疏泄, 《血证论·脏腑病机论》言: “木之性主于疏泄, 食气入胃, 全赖肝木之气以疏泄之, 而水谷乃化。”^[3]若情志不遂, 恼怒伤肝, 肝失疏泄, 升发太过, 则横逆犯胃; 忧思伤脾, 脾失健运, 胃气阻滞, 则胃失和降。升降运动是脏腑的生理特性之一, 六腑以通为用, 以降为顺, 若木盛乘土, 升降失调, 则易引起胃气上逆、和降失宜, 故而胃液上犯, 侵及食管、咽喉, 发为本病。方师治疗本病过程中重视脏腑升降之性, 除了肝与脾胃外, 还有肺气的宣发肃降功能。黄元御在《素灵微蕴·卷一脏象解》载: “木宜升而金宜降, 土居中皇是为四象, 转运之机。”^[4]指出了肺在升降平衡中的地位。且《丹溪心法·吞酸三十三》亦言: “吞酸者, 湿热郁积于肝而出, 伏于肺胃之间。”说明了本病的病位在胃, 与肝、肺、脾、肠相关。

1.3 寒温不适, 痰食阻胃 《脾胃论·脾胃损在调饮食适寒温》曰: “若饮食, 热无灼灼, 寒无怆怆, 寒温中适, 故气将持, 乃不致邪僻。或饮食失节, 寒温不适, 所生之病……皆伤于脾胃所致而然也。”肠胃为市, 无物不受, 无物不入, 若寒温不适, 外感寒、热、湿诸邪, 均能损脾伤胃。《证治汇补·吞酸》载: “大凡积滞中焦, 久郁成熟, 则本从火化, 因而作酸者, 酸之热也; 若客寒犯胃, 顷刻成酸, 本无郁热, 因寒所化者, 酸之寒也。”说明了吐酸一病当分寒热。寒者, 肌表受邪, 由息而入, 脏气通

*基金项目: 江苏省中医药局科技发展项目(编号: YB201971)。作者简介: 杨超, 硕士, 主治医师, 研究方向: 脾胃病临床研究。△通讯作者: 杨振斌, 医学硕士, 主任中医师, 研究方向: 脾胃病临床研究, E-mail: 980227358@qq.com。

于鼻，寒邪由经而入，或者嗜食生冷，寒邪直中胃腑，胃阳被遏，酸吐清冷；热者，多由痰食积滞，郁而化热，湿热相蒸为病，不能消谷，谷不能消则胀满、气逆，所以好噫而吞酸，如明·龚廷贤《寿世保元·吞酸》言“饮食入胃，被湿热郁遏，食不得化，故作吞酸”，此酸多夹腐臭。

1.4 热郁伤膜，久则入络 《素问·至真要大论》载：“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。”方师认为本病证多属于热，热及肝胃。叶天士言“肝病必犯土，是侮其所胜也”，肝为将军，性急而动，喜条达而恶抑郁。若患者平素易怒，肝气盛，升发太过，易生肝火；若情志郁闷，肝失疏泄，肝气郁结，木郁则化火，肝火旺盛，横逆犯胃，化火伤阴，灼伤胃络，是故发为本病。如《临证指南医案·木乘土》言：“若一犯胃，则恶心干呕，脘痞不食，吐酸水涎沫。”又或宿食、痰饮积于中焦，气机不畅，日久郁而化热，火热内结，腑气不通，升降失常，火热燔灼，入于血分，聚于局部，腐蚀血热，膜络受损。清·何其伟《医学妙谛·吞酸吐酸章》言：“吐因津液气随升，郁积已久湿热甚，乃从火化（木火也）遂作酸，病属于热分明应。”由此可见热邪是重要的致病因素。

2 辨治特点

2.1 益气健脾，固本为要 胃者，太仓也。人体各脏腑皆禀气于胃，借水谷以化生精微气血，充养脏腑百骸。方师认为胃的纳谷、磨化功能，全赖胃中之气。胃气是一个抽象的概念，它不仅是维持胃功能活动的物质基础，也是脉象、舌苔形成的一个重要因素。《温热经纬》记载：“脾胃为中土，邪入胃则生苔，如地上生草也。”方师常言舌苔是胃气的表现之一，本病患者临床中多表现为舌体胖大、齿痕、苔腻之象，脉象多呈以沉、细、弱，此皆为脾胃虚弱之象。脾居中焦，主运化水谷精微，胃为之市，脾为之使。诸虚百疾，脏损以肺、脾、肾为多，脾之虚，每以气虚为主，故予以“培土”之法，投之得当，立见其效。李东垣《脾胃论》中言“百病皆由脾胃衰而生”，由此可见脾胃在维持人体正常功能、增强人体正气以及影响疾病发生、发展、预后等方面起着关键的作用。是故方师认为治疗难治性酸相关性疾病，当以益气健脾、固本为要，常用药包括太子参、党参、黄芪、炒白术、茯苓、灵芝等，此类均可补气健脾，但太子参、党参性平味甘，作用平和；黄芪性微温，炒白术性温，对于阴伤或者热象明显患者少用；灵芝补气扶正，多用于胃恶性肿瘤术后、残胃炎、残胃溃疡伴有泛酸、反流的患者。黄如德运用党参、炒白术、黄芪等组方治疗消化性溃疡，发现其可降低胃酸分泌量，从而保护胃、十二指肠黏膜。^[5]黄波贞等运用健脾益胃方亦发现黄芪、炒白术、茯苓、党参等中药能够通过降低胃酸分泌水平来促进肉芽及黏膜增生。^[6]现代药理学研究

亦发现党参提取物、白术多糖等能够通过提高大鼠血清和组织中SOD活性、降低MDA含量来保护胃组织^[7-9]，从而起到抗消化性溃疡、减轻胃黏膜损伤的作用。

2.2 抑木扶土，燮理升降 肝为刚脏，主疏泄，肝之为病，易累及他脏。胃酸虽贮存于胃中，但其生成与肝胆之疏泄有关，并随肺、脾、胃、肠之通降而用。抑木扶土法适用于肝的疏泄太过，木旺乘土之证。方师认为对于难治性酸相关性疾病患者，“木旺”最多见于肝气横逆、肝火旺盛。若木气恣横无制，肝木乘克脾土，导致肝胃不和或胆胃不和，方师常选用自拟方——柴胡二金汤加减，方中包括柴胡、郁金、鸡内金、香附、青皮、佛手、苏梗、砂仁、川楝子、玫瑰花、白芍、当归等，本方中多为疏肝理气和胃之品，白芍、当归养血柔肝以收敛肝气，治疗过程中不可久服，以防香燥伤阴。若气郁日久，化火生酸，肝胆邪热犯及脾胃，以致胃气挟火热上逆，而呈现肝胃郁热之证，方师常选用左金丸合丹栀逍遥散加减，方中包括黄连、吴茱萸、丹皮、栀子、柴胡、白芍、竹茹、芦根、郁金等，左金丸源自《丹溪心法》，由黄连、吴茱萸组成，具有清肝泄火、降逆止呕的功效，丹皮清热养阴，栀子清热泻火，配合柴胡、白芍疏肝柔肝，加以竹茹、芦根清热生津以防热伤阴液。脾胃的升降功能有赖于肝之疏泄，木病及土，脾胃升降功能失常，胃液不降，反升上泛，可累及食管、咽喉，临证中方师常配伍燮理升降之药对，常用包括川芎—威灵仙、刀豆壳—法半夏、苏梗—桔梗、丁香—柿蒂等。其中川芎活血行气以调升降，威灵仙通经络以快膈畅中，且威灵仙消骨鲠之功效可以作为食管病变的一种引经药，二药合用则气畅血行；刀豆壳下气、活血，法半夏降逆止呕、消痞散结，二者合用，降逆之性较甚；苏梗理气宽中，桔梗开宣肺气、通利胸膈，又能宣通气血、载药上行，二药伍用，一下一上，开胸顺气、消胀除满；丁香温中降逆、温肾助阳的功效，柿蒂酸敛苦降、善降气逆，二药相伍，取丁香之升散、柿蒂之涩敛下行，一升一降，一散一敛，相互为用，相互制约。

2.3 平调寒热，化湿消食 吐酸的发生、发展与生活中感受外邪、内伤饮食息息相关。外感寒、热、湿诸邪客于胃，内伤饮食积滞，日久化热，脾胃气机失和，升降失调，发为本病。脾病者多见阳气不足，阴气有余，因此寒证多见；脾气虚衰，是引起“寒化”的主要原因，正如《素问·刺志论》言“气虚者，寒也。”胃气壅盛，往往是引起“热化”的主要原因，如《素问·刺志论》言：“气实者，热也。”胃病多见阴液不足、阳气有余，因此热证居多。寒之酸者疗之以热，热之酸之疗之以寒，方师认为临证中最为多见者为寒热错杂之证。此类患者既有受寒或受热的生活史，又有对应相反的症状特

点或舌苔、脉象,因此治疗本证当以平调寒热、辛开苦降,选以半夏泻心汤加味,方中法半夏、干姜辛开胃滞,黄芩、黄连苦降胃火,太子参、大枣、生姜甘调脾虚,结合寒热轻重不同,加减菝葜茄、陈皮温中行气,竹茹、芦根清热生津。治疗过程中方师重视平调,药味精简,药量轻灵,不可过用温燥、苦寒,互制其性,以防再伤脾胃。外感痰湿之邪、内伤饮食是本病的常见诱因,二者均可阻滞气机,日久化热,因此化湿消食之法宜早不宜迟,以防变证,临证中方师常配伍藿香、厚朴、木瓜等芳香之剂化痰祛湿,必加以焦三仙、鸡内金以消食助运。

2.4 制酸护膜,活血生肌 酸相关性疾病的主要临床特征为胃酸分泌过多,对于本病的治疗需加以制酸护膜、活血生肌。祖国医学虽无“抑酸药”之说,但其相关药物的应用历史已达千百年。方师临证选药中常分为制酸剂、护膜剂、生肌止血剂、活血化瘀剂。制酸剂常包括乌贝散、煅牡蛎、瓦楞子、海蛤壳,乌贝散由乌贼骨、大贝母组成,对于本病服抑酸药不效者,可配合此研粉饭前吞服,单兆伟、蔡妙珊等名老中医亦喜用此治疗糜烂性胃炎、胃溃疡、反流性食管炎等疾病^[10,11]。牡蛎、瓦楞子、海蛤壳为贝壳类药物,其主要成分为碳酸钙,现代药理学研究发现其具有中和胃酸、保护胃黏膜的作用。^[12,13]护膜剂主要有木蝴蝶、凤凰衣,此药对最早为章次公使用治疗溃疡病^[14],二者轻淡,以膜入药,方师认为其可护膜生肌,以促进损伤胃黏膜修复。生肌止血剂主要有白芨、仙鹤草,适用于内镜下伴有糜烂、溃疡的患者。活血化瘀剂常用药包括丹参、三七粉,适用于伴有胃脘部疼痛或病史较长、迁延不愈的患者,胃病初起在气,日久影响胃络通畅,故投以丹参、三七粉活血祛瘀,但二者忌用于活动性出血的患者。

2.5 健康宣教,生活摄养 俗称“三分治七分养”,难治性酸相关性疾病为慢性病,易反复,方师临证中重视健康宣教,常从饮食、用药宜禁、安养心神等方面叮嘱患者注重生活摄养。《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》言:“若饮食失节,寒温不适,则脾胃乃伤。”胃为水谷之海,生活中过饥、过饱或过食辛辣刺激均为本病的危险因素,可能与胃液浓缩、胃酸分泌增加、胃黏膜屏障损伤相关^[15];另外本病患者尽量少食马铃薯、玉米、浓茶、碳酸饮料、酸性水果、油腻食物等,避免加重反酸症状。《脾胃论·用药宜禁论》载:“凡治病服药,必知时禁、经禁、病禁、药禁。”治疗本病的药宜饭前服用,药物之间作用于胃黏膜,吸收效果好,尽量避免应用乙酰水杨酸类、非甾体抗炎药、皮质类固醇激素药等,如需必须服用,控制好剂量和疗程,最好在饭后服用。《脾胃论·安养心神调治脾胃论》曰:“凡怒、忿、悲、思、恐、惧,皆损元气。”本病患者多伴有

焦虑、抑郁情绪,此类精神因素与反酸等相关症状的产生密切相关^[16,17],可能与通过神经内分泌网络调控胃肠道激素相关^[18],临证中必要时可适当使用一些神经调节剂。

3 验案举隅

林某,女,62岁,2020年8月3日初诊。反酸伴胸骨后不适1年,夜间明显,偶有隐痛感,无饱胀,2020年10月于苏北人民医院查胃镜提示慢性胃炎伴糜烂、反流性食管炎(B级)、Hp(-),先后口服“雷贝拉唑、铝镁加混悬液”等药物后症状改善,后长期间断口服“雷贝拉唑20mg qd”,近2月因口服黏食后出现症状反复,予以“雷贝拉唑20mg bid”口服后症状依旧,遂至我院就诊。刻下:反酸伴胸骨后不适,偶有烧心、上腹部隐痛,自觉焦虑、烦躁,纳少,夜寐欠佳,二便正常。舌淡红,苔薄腻,脉细弦。腹部查体:腹软,无压痛。诊断为反酸病,证属脾胃气虚、肝胃不和,治以益气健脾、疏肝和胃、制酸护膜,自拟和胃降逆方加减:太子参15g,炒白术10g,柴胡10g,法半夏10g,陈皮6g,旋复花10g包煎,代赭石15g先煎,海螵蛸15g先煎,大贝母10g,白芨6g,川芎10g,威灵仙10g,鸡内金15g,炙甘草5g,共7剂,配合“雷贝拉唑20mg qd”饭前口服。8月12日二诊:患者反酸、胸骨后症状较前减轻,无烧心、腹痛,睡眠较差,遂减旋复花、代赭石,加百合10g、玫瑰花6g,共7剂,雷贝拉唑续服。8月21日三诊:偶有夜间反酸,纳寐尚可,遂减白芨,共14剂,嘱雷贝拉唑调整为10mg睡前口服。9月8日四诊:患者无反酸,未诉其余不适,减柴胡、大贝母,共7剂,雷贝拉唑10mg隔日一次口服,建议定期复查胃镜。

按:本患者为慢性胃炎伴糜烂、反流性食管炎,其年已花甲,中焦脾胃本虚,长时间口服PPI制剂,本次因口服黏性食物后出现饮食积滞,阻滞气机,中焦运化失职,加之长时间苦于疾病,情志不遂,易焦易躁,肝气不疏,横逆犯胃,肝胃不和,加重脾胃升降功能失常,发为本病。治以益气健脾、疏肝和胃、制酸护膜,选用方师经验方——和胃降逆方加减。方师多用此联合低剂量雷贝拉唑治疗难治性反流性食管炎。^[19]方中太子参、炒白术益气健脾,为君药;柴胡疏肝理气,陈皮理气和胃,法半夏降逆和胃,为臣药;旋复花、代赭石二者合“旋覆代赭汤”之意重镇降逆、燮理升降,海螵蛸、大贝母宗“乌贝散”之意制酸护膜,因患者既往胃镜提示胃糜烂,加白芨生肌护膜,川芎、威灵仙活血行气以调升降,鸡内金健胃消食,为佐药;炙甘草补益脾胃、调和诸药,为使药。二诊中症状减轻,伴有睡眠较差,因旋复花、代赭石口感极差,恐有败胃之嫌,遂减之;患者睡眠差,加百合养心安神;治胃病不理气非其治也,加以玫瑰花疏肝理气;三诊患者症状已基本缓解,且白芨物贵,遂减之,剩余

● 学术探讨 ●

基于“治未病”理论探讨中药对骨质疏松性骨折的调控

张秀荣¹, 张雪娇², 戴缙^{3,△}

(1. 黑龙江中医药大学附属第四医院风湿科, 黑龙江 哈尔滨 150010; 2. 黑龙江中医药大学附属第四医院内分泌/消化内科, 黑龙江 哈尔滨 150010; 3. 黑龙江中医药大学附属第二医院推拿科, 黑龙江 哈尔滨 150000)

摘要: 骨质疏松性骨折(OPF)隶属于中医学中“骨痿”“虚劳”“骨痹”范畴,目前多认为与肾虚、脾虚和血瘀有关。其治疗原则应关注补肾、补肝脾和活血散瘀。“治未病”理念源于《黄帝内经》,是“未病先防”和“既病防变”的早期体现,该过程主要包括未病、已病之病、传变之病和疾病痊愈预后调护四个阶段。近年来随中医学发展,“治未病”理念被广泛用于OPF的防治工作。本次研究中将“治未病”理论与中药治疗方法相结合,并综述已有文献,旨在为中医药防治OPF提供一定参考和借鉴。

关键词: 骨质疏松性骨折;“治未病”理论;中医药治疗;辨证施治

△通讯作者:戴缙,博士,主治医师,研究方向:方剂组方配伍研究及小儿推拿治疗脾胃病, E-mail: realdj1983@163.com; 作者简介:张秀荣,硕士,副主任医师,研究方向:中医药防治风湿病的基础与临床研究, E-mail: adhzj26@163.com。

原方续服,并配合低剂量PPI制剂口服;四诊患者已愈,嘱其定期复查胃镜检查。方师临证中多结合胃镜结果,根据根据胃、食管粘膜内镜下的表现主张分3期治疗:早期—内镜下粘膜发红充血、贲门关闭不良,以疏肝理气、和胃降逆、制酸止痛论治。中期—内镜下粘膜水肿、糜烂,以疏肝泄热、消炎止痛、制酸降逆论治。后期—内镜下粘膜溃疡形成,以疏肝降逆、理气活血、化痰散结论治。

4 小结

难治性酸相关性疾病多为抑酸药、抗酸药治疗后症状改善不明显,方师认为其基本病机乃脾胃虚弱为本,寒温不适、痰食阻胃为标,木盛乘土可致升降失调,久病则可热郁伤膜、入络成瘀。针对其治疗,当以益气健脾、固本为要,辅以抑木扶土、燮理升降、平调寒热、化湿消食,制酸护膜、活血生肌,临证中不忘健康宣教,强调生活摄养。察其时,辨其因,审其病,而后用药,四者不失其宜,则善矣。

参考文献

- [1] 袁耀宗,钱爱华. 喜迎《中华消化杂志》创刊40周年回眸酸相关性疾病治疗发展[J]. 中华消化杂志, 2021, 41(2): 73-75.
- [2] 樊晓明. 酸相关性疾病[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2011.
- [3] 唐容川. 血证论[M]. 北京: 学苑出版社, 2012: 11.
- [4] 黄元御. 黄元御医学全书[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2010.
- [5] 黄如德,仇建光,韩清锡. 归脾汤泻心汤与兰索拉唑联合治疗消化道溃疡对患者胃酸分泌情况的影响分析[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(01): 31-35.
- [6] 黄波贞,石罗君,龙凤艳,等. 健脾益胃方对消化性溃疡疗效

- 研究及机理探讨[J]. 内蒙古中医药, 2015, 34(03): 2-3.
- [7] 王涵,林红强,谭静,等. 党参药理作用及临床应用研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(07): 21-22, 24.
- [8] 王涛,葛睿,杨飞,等. 党参提取物对大鼠胃黏膜损伤的保护作用[J]. 中药药理与临床, 2015, 31(04): 138-141.
- [9] 王晶,张世洋,盛永成,等. 白术治疗胃肠道疾病药理作用研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(12): 2854-2858.
- [10] 刘亚军,沈洪,徐艺,等. 单兆伟教授临证用药特色及验案举隅[J]. 南京中医药大学学报, 2015, 31(06): 583-585.
- [11] 李依媚,蔡妙珊. 蔡妙珊辨治脾胃病八法[J]. 江苏中医药, 2020, 52(02): 27-29.
- [12] 方皓,鄢玉芬,陶明宝,等. 瓦楞子及不同炮制品对大鼠急性胃溃疡的保护作用比较研究[J]. 中药药理与临床, 2018, 34(06): 116-121.
- [13] 赵玉英,魏风华,王颖莉. 牡蛎壳与煅制牡蛎壳化学成分的比较研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(12): 110-114.
- [14] 高彦宇,刘思宇,沈芳玲,等. 木蝴蝶药理作用及临床应用研究进展[J]. 中医药学报, 2021, 49(05): 102-106.
- [15] 张馨,曹文君,王静,等. 某地区胃病患者饮食及行为习惯调查分析[J]. 中国现代医生, 2015, 53(13): 96-99.
- [16] 韦瑞玲,吴德卫,刘杰,等. 不同反流类型难治性食管反流病患者情绪障碍特点分析[J]. 临床消化病杂志, 2021, 33(02): 79-82.
- [17] 李聪芳,乔瑞平,韩利民. 情绪、人格因素与胃溃疡疾病的关系[J]. 中国健康心理学杂志, 2020, 28(05): 700-704.
- [18] TEBALA G D. Gastroesophageal reflux disease. Are we acting in the best interest of our patients[J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2016, 20: 4553-4556.
- [19] 方晓华,杨振斌. 和胃降逆汤治疗食管贲门癌术后反流性食管病的疗效[J]. 现代肿瘤医学, 2007(02): 259-261.

(收稿日期 2021-10-26)