

- 塞性肺疾病诊治指南(2013年修订版)[J]. 中华结核呼吸杂志, 2013, 36(4): 255-264.
- [8] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011版)[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 80-84.
- [9] 王婷婷, 胡斌, 李倩倩. 清肺止咳化痰汤联合信必可吸入剂治疗老年慢性阻塞性肺疾病急性加重期的疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2023, 30(2): 390-392.
- [10] 覃雄雪. 清金化痰汤加减治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(痰热壅肺证)的临床效果[J]. 中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生, 2023, (8): 57-59.
- [11] 杨振华, 徐成贺, 王茵梦, 等. 通肺化痰汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的疗效及作用机制研究[J]. 中国处方药, 2023, 21(10): 135-137.
- [12] 刘亚倩, 于会勇, 黄东晖, 等. 清肺化痰汤治疗慢阻肺急性加重期痰热壅肺证患者105例[J]. 环球中医药, 2023, 16(1): 155-159.
- [13] 杨振华, 张亮. 通肺化痰汤治疗慢性阻塞性肺病急性加重期(痰瘀阻肺型)的临床效果及对炎症因子的影响[J]. 实用中医内科杂志, 2023, 37(3): 82-84.
- [14] 张红霞, 杨程, 陈晶, 等. 清肺化痰健脾活血法联合西医治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的疗效观察及对肺功能指标、炎症水平的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(8): 113-116.
- [15] 单远莹, 秦文婧, 齐红松. 化痰清肺汤联合布地奈德雾化吸入对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者外周血炎症因子及气道重塑的干预效果[J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17(5): 931-935, 940.
- (收稿日期: 2024-06-28)

益气活血通脉汤辅助人工全髋关节置换术对股骨颈骨折患者的影响

孟东辉¹, 李 鹏², 陈胜伟¹

(1. 周口骨科医院关节科, 河南周口 466000; 2. 洛阳正骨医院/河南省骨科医院膝关节外科, 河南郑州 450000)

摘要: **目的** 分析益气活血通脉汤辅助人工全髋关节置换术(THA)对股骨颈骨折患者髋关节功能及血清炎症因子水平的影响。**方法** 回顾性分析2021年11月~2023年10月周口骨科医院86例股骨颈骨折患者资料, 将采用THA+常规治疗的43例患者列为对照组, 将采用THA+常规治疗+益气活血通脉汤治疗的43例患者列为研究组。比较2组髋关节功能、患肢肿胀及疼痛程度、凝血功能、血清炎症因子及并发症发生率。**结果** 术后3个月、6个月2组Harris评分均升高, 且研究组高于对照组($P<0.05$); 术后14 d研究组肿胀评分、疼痛视觉模拟量表(VAS)评分低于对照组($P<0.05$); 术后14 d研究组纤维蛋白原、D-二聚体、纤维蛋白降解产物低于对照组($P<0.05$); 术后14 d研究组IL-6、IL-10、TNF- α 低于对照组($P<0.05$)研究组术后并发症发生率低于对照组18.60%($P<0.05$)。**结论** 益气活血通脉汤辅助THA术治疗股骨颈骨折患者疗效显著, 有助于减轻疼痛肿胀程度, 降低炎症因子水平, 改善凝血功能, 还可提高髋关节功能, 降低术后并发症发生风险。

关键词: 股骨颈骨折; 益气活血通脉汤; 人工全髋关节置换术; 髋关节功能; 血清炎症因子

中图分类号: R242

文献标志码: A

文章编号: 1004-6879(2025)04-0298-05

股骨颈骨折属于老年人常见骨折类型, 近年来随着人口老龄化加剧, 股骨颈骨折发生率逐年增长^[1]。手术是治疗股骨颈骨折的主要方法, 目前临床主要有髋关节置换术、内固定术等, 内固定术虽具有一定效果, 但易引发股骨头坏死、骨折延迟愈合、内固定物松动等一系列并发症发生^[2]。随着人工关节生物力学、生物材料学的发展进步, 越来越多患者选择髋关节置换术治疗。人工全髋关节置换术(Total hip arthroplasty, THA)是髋关节置换术常

见术式, 该术通过置换股骨头、植入髋臼假体, 有助于保持关节稳定, 改善关节功能^[3], 临床已广泛应用于股骨颈骨折患者治疗。但THA术后恢复周期较长, 易增加术后并发症发生风险。因此, 术后给予有效干预对改善股骨颈骨折患者预后尤为关键。近年来, 中医在骨科术后辅助治疗中得到了临床广泛认可, 并展现出良好的应用前景^[4]。中医学认为, 骨折后经络受阻, 气血紊乱, 术后局部血脉受损, 气滞血瘀, 故应以益气活血、散瘀通脉之法治

疗^[5]。益气活血通脉汤由多种中药组成,具有行气活血、散瘀通络、通脉止痛之功效。本研究进一步分析益气活血通脉汤辅助THA术对股骨颈骨折患者髋关节功能及血清炎症因子水平的影响,为股骨颈骨折治疗提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

回顾性分析2021年11月~2023年10月周口骨科医院86例股骨颈骨折患者资料,将采用THA+常规治疗的43例患者列为对照组,将采用THA+常规治疗+益气活血通脉汤治疗的43例患者列为研究组。

对照组:男26例,女17例;年龄60~83岁,平均(71.88±5.14)岁;患侧:21例左侧,22例右侧;受伤原因:24例跌倒,13例摔伤,6例其他;骨折Garden分型^[6]:18例Ⅲ型,25例Ⅳ型。

研究组:男24例,女19例;年龄62~85岁,平均(72.37±5.62)岁;患侧:20例左侧,23例右侧;受伤原因:22例跌倒,14例摔伤,7例其他;骨折Garden分型:19例Ⅲ型,24例Ⅳ型。2组一般资料均衡可比($P>0.05$)。纳入标准:(1)经CT、X线片影像学检查确诊为股骨颈骨折;(2)均行THA术;(3)单侧骨折;(4)年龄 >60 岁;(5)骨折Garden分型:Ⅲ-Ⅳ型;(6)临床资料完整。排除标准:(1)伴免疫性疾病、全身性感染、精神疾病等;(2)新冠肺炎感染者;(3)凝血障碍者;(4)心肝肾等功能不全者;(5)存在血栓性疾病史;(6)病理性骨折;(7)骨折前丧失活动能力者;(8)合并恶性肿瘤者。

1.2 治疗方法

2组均行THA术,由同组医师进行手术,取健侧卧位,连续硬膜外麻醉,适当垫高臀部,于髋关节后外侧开一切口,逐层切开肌肉至露出大转子,切断外旋肌群,显露关节囊,以T字形切口切开,暴露股骨颈骨折处,于小粗隆上缘2 cm处截断股骨颈,磨削髋臼软骨面,置入合适大小的髋臼假体,装入臼杯,前倾角控制在 $15^{\circ}\sim 20^{\circ}$,选择合适的假体柄插入股骨髓腔中,复位髋关节,安装假体头,牵拉复位,经活动测试后冲洗切口,放置引流管,逐层缝合。对照组术后予以常规营养补充、抗感染、平衡电解质等,并参照指南^[7]常规预防静脉血栓,术后12 h口服利伐沙班(Bayer Schering Pharma AG,注册标准JX20080077,规格:10 mg),qd,持续服用14 d,后期逐渐进行髋关节屈伸锻炼、活动度训练、步态平衡训练、渐进性肌肉训练等。研

究组在对照组基础上采用益气活血通脉汤治疗,组方:炒神曲15 g,鸡血藤15 g,木瓜10 g,葛根10 g,白芍15 g,珍珠透骨草10 g,牛膝10 g,泽泻9 g,枳壳9 g,威灵仙10 g,川芎9 g,地龙9 g,红花9 g,桂枝6 g,甘草3 g,蜈蚣2条,水煮取汁400 mL,日1剂,早晚各200 mL温服。持续治疗14 d。

1.3 观察指标

比较2组髋关节功能、患肢肿胀及疼痛程度、凝血功能指标、血清炎症因子水平及并发症发生率。

(1)髋关节功能。采用Harris评分^[8]评估2组术前、术后3个月、6个月髋关节功能,量表包含关节活动度、功能、畸形、疼痛4个维度,总分100分,得分越高髋关节功能越好。

(2)患肢肿胀及疼痛程度。疼痛程度:采用疼痛视觉模拟量表(Visual analogue scale, VAS)^[9]评分评估患者疼痛程度,分值0~10分,得分越高疼痛程度越严重;肿胀程度:0级:无肿胀,I级:轻微肿胀,患肢皮纹存在;II级:患肢肿胀较为明显,皮纹消失;III级:患肢明显肿胀,皮肤紧绷,将0~Ⅲ级依次计0~3分。记录2组术后12 h、术后14 d肿胀评分、VAS评分。

(3)凝血功能。于术后12 h、术后14 d采集患者3 mL空腹静脉血,枸橼酸钠抗凝,离心($2\ 900\ \text{r}\cdot\text{min}^{-1}$,半径15 cm)10 min,取血清,采用免疫比浊法测定纤维蛋白原、D-二聚体、纤维蛋白降解产物。

(4)血清炎症因子。于术后12 h、术后14 d采集患者3 mL空腹静脉血,离心(操作同上)取血清,采用酶联免疫法测定白细胞介素(IL-6、IL-10)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)。

(5)并发症发生率。记录2组伤口感染、白细胞上升、胃肠道反应、深静脉血栓等并发症发生情况。

1.4 统计学方法

运用SPSS 22.0软件处理数据,计数资料采用($n, \%$)表示, χ^2 检验,符合正态分布的计量资料采用($\bar{x}\pm s$)表示, t 检验, $P<0.05$ 表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 髋关节功能

术前2组Harris评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);术后3个月、6个月2组Harris评分均升高,且研究组高于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 髋关节功能($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	术前	术后3个月	术后6个月
研究组	43	45.26±8.31	70.64±8.56 [*]	81.64±8.75 ^{*#}
对照组	43	46.38±8.52	63.49±8.41 [*]	74.68±8.60 ^{*#}
<i>t</i>	-	0.617	3.907	3.720
<i>P</i>	-	0.539	<0.001	<0.001

与术前比较,^{*}*P*<0.05;与术后3个月比较,[#]*P*<0.05

2.2 患肢肿胀及疼痛程度

术后12 h,2组肿胀评分、VAS评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);研究组术后14 d肿胀评分、VAS评分低于对照组(*P*<0.05)。见表2。

表2 患肢肿胀及疼痛程度($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	肿胀评分		VAS 评分	
		术后12 h	术后14 d	术后12 h	术后14 d
研究组	43	2.16±0.40	0.85±0.41 [*]	6.72±1.24	3.92±1.06 [*]
对照组	43	2.21±0.39	1.34±0.43 [*]	6.59±1.30	5.23±1.10 [*]
<i>t</i>	-	0.587	5.408	0.475	5.623
<i>P</i>	-	0.559	<0.001	0.636	<0.001

与术后12 h比较,^{*}*P*<0.05

2.3 凝血功能指标

术后12 h,2组纤维蛋白原、D-二聚体、纤维蛋白降解产物比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);研究组术后14 d纤维蛋白原、D-二聚体、纤维蛋白降解产物低于对照组(*P*<0.05)。见表3。

表3 凝血功能指标($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	纤维蛋白原 (g·L ⁻¹)		D-二聚体 (mg·L ⁻¹)		纤维蛋白降解产物 (μg·L ⁻¹)	
		术后12 h	术后14 d	术后12 h	术后14 d	术后12 h	术后14 d
研究组	43	5.17±0.41	4.25±0.32 [*]	1.28±0.26	0.58±0.15 [*]	10.89±2.05	6.52±1.58 [*]
对照组	43	5.24±0.39	4.61±0.35 [*]	1.30±0.24	0.82±0.18 [*]	11.15±2.16	8.69±1.72 [*]
<i>t</i>	-	0.811	4.978	0.371	6.717	0.573	6.093
<i>P</i>	-	0.420	<0.001	0.712	<0.001	0.568	<0.001

与术后12 h比较,^{*}*P*<0.05

2.4 血清炎症因子

术后12 h,2组IL-6、IL-10、TNF-α比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);术后14 d研究组IL-6、IL-10、TNF-α低于对照组(*P*<0.05)。见表4。

表4 血清炎症因子($\bar{x}\pm s$,pg·mL⁻¹)

组别	<i>n</i>	IL-6		IL-10		TNF-α	
		术后12 h	术后14 d	术后12 h	术后14 d	术后12 h	术后14 d
研究组	43	60.38±9.63	25.17±4.52 [*]	38.49±5.84	19.54±3.46 [*]	58.41±8.53	24.39±4.12 [*]
对照组	43	59.47±9.82	31.29±5.04 [*]	37.81±5.73	24.67±3.56 [*]	57.19±8.72	31.69±4.05 [*]
<i>t</i>	-	0.434	5.928	0.545	6.776	0.656	8.286
<i>P</i>	-	0.666	<0.001	0.587	<0.001	0.514	<0.001

与术后12 h比较,^{*}*P*<0.05

2.5 术后并发症

研究组术后并发症发生率4.65%(2/43)低于对照组18.60%(8/43)(*P*<0.05)。见表5。

表5 术后并发症(*n*,%)

组别	<i>n</i>	伤口感染	白细胞上升	胃肠道反应	深静脉血栓	总发生
研究组	43	0 (0.00)	1 (2.33)	1 (2.33)	0 (0.00)	2 (4.65)
对照组	43	2 (4.65)	3 (6.98)	1 (2.33)	2 (4.65)	8 (18.60)
<i>t</i>	-	-	-	-	-	4.074
<i>P</i>	-	-	-	-	-	0.044

3 讨论

股骨颈骨折多见于老年人,老年人骨质疏松、骨强度下降,加之股骨颈特殊生理结构,导致骨折发生率增加,

据调查显示^[10],股骨颈骨折占髋部骨折的50%,该病主要表现为疼痛、短缩畸形、髋关节活动受限等,对患者日常生活造成严重影响。THA术是股骨颈骨折治疗较可靠、成熟的治疗手段,通过置换股骨头假体、髋臼假体,取代病变的关节,进而重建患者髋关节正常功能^[11]。但外科手术并发症难以避免,针对THA术后的辅助治疗,对减少并发症发生,改善患者预后尤为关键。近年来,中医治疗骨科疾病取得了一定效果,多项研究证实^[12-13],中医辅助外科手术有助于加快患者术后恢复进程。

中医学认为,跌打损伤后,气血紊乱,气虚血行无力,瘀血阻络,聚而为肿,不通则痛,加之手术,伤及气血,致

元气大伤。正如《正体类要》所云:“肢体损于外,则气血伤于内,营卫有所不贯”。中医学认为,骨折的愈合分为“瘀去”、“新生”、“骨合”3个阶段,术后早期脉络筋骨受损,气血凝滞,瘀积不散,经络受阻,宜活血化瘀;中期瘀肿疼痛消而未尽,宜通脉生新;后期血瘀已去,筋骨渐生,但气血尚未生化,宜养气血、壮筋骨。益气活血通脉汤中鸡血藤、威灵仙活血化瘀、通经活络;川芎、红花行气活血,化瘀止痛;木瓜消肿散结、舒筋活络;珍珠透骨草舒经活血、通络止痛;桂枝温通经脉;白芍养血调经、敛阴止痛;瘀久化热,地龙通行经络、清热活血;泽泻泄热化浊;蜈蚣活血化瘀、清热解毒;葛根退热生津;炒神曲、枳壳理气健脾;牛膝通经活络、逐瘀生新、补肝肾、强筋骨;甘草益气补中,兼缓和药性,全方共奏益气活血、通络止痛、逐瘀生新、强筋壮骨之功效。本研究显示,术后3个月、6个月研究组Harris评分均高于对照组,且术后14 d研究组肿胀评分、VAS评分低于对照组,提示益气活血通脉汤辅助THA术治疗股骨颈骨折患者效果显著,可显著改善患者髋关节功能,减轻疼痛肿胀程度。现代药理学研究发现^[14],白芍、川芎、桂枝等多种中药均有抗氧化应激、调节免疫的作用机制,有助于减轻术后应激反应,改善术后的恢复情况;牛膝中三萜类提取物具有抗骨质疏松的功效^[15],有助于改善骨密度,加速骨愈合;泽泻有利水消肿的功效,有助于体内代谢物、毒素的排泄,加速术后恢复^[16]。

骨折、手术均可引起机体应激反应,导致炎症因子水平升高,凝血功能紊乱,增加并发症发生风险。其中术后凝血功能紊乱是导致深静脉血栓等并发症发生的重要诱因。而本研究中术后14 d研究组凝血功能指标低于对照组,可能是红花、川芎等活血化瘀类中药改善血液循环、预防血栓形成的作用机制。樊炜静等^[17]学者的一项研究也证实,活血化瘀类中药有防治术后深静脉血栓形成的功效。炎症因子的大量释放也可激活凝血纤溶系统,影响患者预后。而术后14 d研究组IL-6、IL-10、TNF- α 低于对照组,分析认为,益气活血通脉汤中甘草、木瓜、地龙等中药还具有抗炎的作用机制,有助于降低炎症因子表达,促进术后康复^[18-19]。此外,本研究中研究组术后并发症发生率低于对照组,表明联合治疗还可降低术后并发症发生风险。

综上所述,益气活血通脉汤辅助THA术治疗股骨颈骨折患者疗效显著,有助于减轻疼痛肿胀程度,降低炎症因子水平,改善凝血功能,还可提高髋关节功能,降低术

后并发症发生风险。但本研究样本量较小,可能导致结果的偏倚,有待后期进一步深入研究。

参考文献

- [1] Jung CH, Cha YH, Chung JY, et al. Trajectory of bolt and length of plate in femoral neck system determine the stability of femur neck fracture and risk of subsequent subtrochanteric fracture: a finite element analysis[J]. BMC Musculoskelet Dis, 2023, 24(1): 465-467.
- [2] 初哲峰,李巍,赵军民. 人工半髋关节置换术和空心螺钉内固定治疗老年Pauwels I 型稳定型股骨颈骨折[J]. 中国现代手术学杂志, 2021, 25(6): 439-443.
- [3] 李博,孙法瑞,冯绍胜,等. 双动全髋关节置换术与人工股骨头置换术治疗高脱位风险老年股骨颈骨折的疗效比较[J]. 海南医学, 2024, 35(11): 1595-1599.
- [4] 张占磊,王一臣,毕梦娜,等. 七味三七口服液辅助中药外洗治疗对髋关节置换手术患者术后患肢疼痛及肿胀情况的影响[J]. 中国医药, 2024, 19(4): 598-602.
- [5] 胡方元,王皓. 活血通脉汤治疗不稳定型股骨颈骨折术后血液高凝状态临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(11): 1384-1385.
- [6] 余华,李少星,刘战立. 基于MSCT三维重建评估老年股骨颈骨折分型的临床应用价值研究[J]. 中国CT和MRI杂志, 2022, 20(9): 163-164.
- [7] 中华医学会骨科学分会. 中国骨科大手术静脉血栓栓塞症预防指南[J]. 中华骨科杂志, 2016, 43(2): 65-71.
- [8] 郭益玮,张蕊,才达,等. SuperPATH入路初次单侧全髋关节置换术对骨质疏松导致的股骨颈骨折患者肌酸磷酸激酶、Harris评分及改良Barthel指数的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2023, 22(9): 965-968.
- [9] 李冬梅,凌燕,袁爱华. 多维度强化护理结合阶段性功能康复训练对老年股骨颈骨折患者运动功能、自护能力及疼痛的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(4): 569-572, 584.
- [10] Sundkvist J, Brüggeman A, Sayed-Noor A, et al. Epidemiology, classification, treatment, and mortality of adult femoral neck and basicervical fractures: an observational study of 40, 049 fractures from the Swedish Fracture Register[J]. J Orthop Surg Res, 2021, 16(1): 561.
- [11] Sarantis MG, Mandrekas PI, Stasi S, et al. Serum biomarkers for the assessment of muscle damage in various surgical approaches in primary total hip arthroplasty: a systematic review of comparative studies[J]. Int Orthop, 2022, 46(8): 1681-1692.
- [12] 李伟,过家浩,周子文,等. 当归补血汤合四物汤辅助治疗

- 对髋关节置换手术患者术后患肢疼痛及肿胀的影响[J]. 中国临床医生杂志, 2024, 52(1): 118-121.
- [13] 伍贻山, 轩传顺, 李文华, 等. 活血生骨汤联合复位内固定治疗肾虚血瘀型骨质疏松性桡骨远端骨折的疗效及对tPINP、sCTX的影响研究[J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(1): 74-80.
- [14] 孙鲲, 宋文超, 周文恒. 益气活血通脉法联合阿托伐他汀对高血压病颈动脉粥样硬化患者血清脂蛋白相关磷脂酶A2、趋化因子配体与氧化应激指标影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(4): 166-169.
- [15] 刘双晶, 李建朋, 王彦志, 等. 基于代谢组学的川牛膝治疗膝骨关节炎的作用机制研究[J]. 中国中药杂志, 2022, 47(22): 6199-6206.
- [16] 戴梦翔, 金姝娜, 宋成武, 等. 泽泻及其炮制品化学成分和药理作用的研究进展[J]. 中草药, 2023, 54(5): 1620-1635.
- [17] 樊炜静, 胡啸明, 黄仁燕, 等. 活血化瘀类中药注射剂联合低分子肝素防治术后深静脉血栓形成疗效和安全性的系统评价再评价[J]. 中国中医急症, 2020, 29(8): 1356-1360.
- [18] 贾长虹, 朱慧真, 刘瑞雪, 等. 益气活血通脉汤联合早期个体化康复训练对股骨粗隆间骨折患者骨折愈合及功能恢复的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(5): 130-133.
- [19] 王波, 王丽, 刘晓峰, 等. 中药甘草成分和药理作用及其现代临床应用的研究进展[J]. 中国医药, 2022, 17(2): 316-320.
- (收稿日期: 2024-07-13)

枳朴豉梅汤加减治疗胃食管反流病对食管动力的影响

高政涛

(濮阳市人民医院中医科, 河南濮阳 457000)

摘要: **目的** 观察枳朴豉梅汤加减治疗胃食管反流病的临床疗效及对食管动力水平的影响。**方法** 本研究选取2020年10月~2023年10月在濮阳市人民医院消化内科就诊并接受治疗的114例胃食管反流病患者作为研究对象, 采用随机数字表法分为对照组57例和观察组57例。对照组采用常规对症治疗方案治疗, 观察组在对照组基础上结合本院自拟经验方“枳朴豉梅汤”加减治疗, 连续治疗8周后评价效果。统计2组临床疗效和累计不良反应率, 比较2组反流性疾病问卷(RDQ)、食管测压系统监测参数、24 h MI-pH监测参数的差异。**结果** 观察组临床总有效率为92.98%(53/57)高于对照组的78.95%(45/57), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组治疗前RDQ评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。2组治疗后烧心、非心源性胸痛、反酸和反食的症状频率、症状程度评分均较治疗前降低, 观察组治疗后烧心、非心源性胸痛、反酸和反食的症状频率、症状程度评分均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组治疗前食管测压系统监测参数比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。2组治疗后食管下括约肌压力(LESP)、食管上括约肌压力(UESP)均较治疗前升高, 观察组治疗后LESP、UESP均高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组治疗前24 h MI-pH监测参数比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。2组治疗后24 h酸反流次数、长反流周期 > 5 min次数、最长反流时间、立位和卧位pH < 4 时间均较治疗前降低, 观察组治疗后24 h酸反流次数、长反流周期 > 5 min次数、最长反流时间、立位和卧位pH < 4 时间均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组累计不良反应发生率为12.28%(5/57)与对照组的8.77%(7/57)比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 枳朴豉梅汤加减治疗胃食管反流病可改善食管动力, 减轻反流症状, 提高疗效。

关键词: 枳朴豉梅汤; 胃食管反流病; 食管动力; 疗效; 不良反应

中图分类号: R242

文献标志码: A

文章编号: 1004-6879(2025)04-0302-05

胃食管反流病可引起胃内容物反流, 灼伤食管黏膜, 引起反酸、嗝气、烧心、咽喉异物感等症状, 给患者造成较大的痛苦。食管括约肌压力降低、胃动力减弱、胃排空障碍、胃内压力升高等引起胃食管反流的主要机制^[1]。目前

西医一般采用质子泵抑制剂抑酸、黏膜保护剂保护黏膜, 但存在停药后易复发、不良反应多等缺点。且部分患者为难治性胃食管反流病, 经质子泵抑制剂治疗症状毫无改善^[2]。

中医古籍中将胃食管反流病纳入“食管瘁”、“嘈杂”、