

引用:张萍,徐陆周,游淑茹,王晶晶.大柴胡汤合左金丸储药罐联合井穴揸针治疗非糜烂性反流病的疗效及情绪的影响[J].中医导报,2026,32(5):109-113.

# 大柴胡汤合左金丸储药罐联合井穴揸针 治疗非糜烂性反流病的疗效 及对情绪的影响\*

张萍,徐陆周,游淑茹,王晶晶  
(江苏省中医院,江苏 南京 210029)

**[摘要]** 目的:探讨大柴胡汤合左金丸储药罐联合井穴揸针治疗肝胃郁热型非糜烂性反流病的疗效及对情绪的影响。方法:将120例肝胃郁热型非糜烂性反流病患者随机分为对照组和干预组,每组60例。对照组采用常规西医治疗及护理,干预组在对照组基础上予以大柴胡汤合左金丸储药罐联合井穴揸针治疗,均干预4周。比较两组患者中医证候评分、医院焦虑抑郁量表(HADS)评分、食管综合功能指标、胃食管反流病健康相关生存质量量表(GERD-HRQL)评分及总有效率。结果:干预组中医证候疗效总有效率为93.33%(56/60),高于对照组的81.67%(49/60),差异有统计学意义( $P<0.05$ )。干预后,两组患者各项中医证候评分、中医证候总评分、HADS评分、GERD-HRQL评分均低于干预前( $P<0.01$ ),且干预组低于对照组( $P<0.01$ );两组患者食管体部远端收缩积分(DCI)、食管下括约肌压力(LESP)均高于干预前( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ),且干预组高于对照组( $P<0.01$ );两组患者反流次数少于干预前( $P<0.01$ ),食管酸暴露时间短于干预前( $P<0.01$ ),且干预组反流次数少于对照组( $P<0.01$ ),食管酸暴露时间短于对照组( $P<0.01$ )。结论:大柴胡汤合左金丸储药罐联合井穴揸针可减轻肝胃郁热型非糜烂性反流病症状,改善患者情绪障碍及食管动力学指标,提高其生活质量和临床疗效。

**[关键词]** 非糜烂性反流病;胃食管反流病;肝胃郁热;情绪障碍;大柴胡汤合左金丸;经方储药罐;井穴;揸针

**[中图分类号]** R248.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-951X(2026)05-0109-05

**DOI:** 10.13862/j.cn43-1446/r.2026.05.018

Efficacy of Dachaihu Decoction (大柴胡汤) Combined with Zuojin Pill (左金丸) Herbal Medicinal Cupping Plus Well-Point Press Needles in Treating Non-Erosive Reflux Disease and Its Effect on Emotional State

ZHANG Ping, XU Luzhou, YOU Shuru, WANG Jingjing

(Jiangsu Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanjing Jiangsu 210029, China)

**[Abstract]** Objective: To investigate the efficacy of Dachaihu Decoction combined with Zuojin Pill herbal medicinal cupping plus well-point press needles in treating non-erosive reflux disease (NERD) of liver-stomach stagnant heat type and its effect on emotional state. Methods: A total of 120 patients with NERD of liver-stomach stagnant heat type were randomly divided into a control group and an intervention group, with 60 cases in each group. The control group received conventional Western medicine treatment and nursing, while the intervention group received additional Dachaihu Decoction combined with Zuojin Pill medicinal storage tank plus well-point pressing needle treatment for 4 weeks. TCM syndrome scores, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) scores, comprehensive esophageal function indicators, Gastroesophageal Reflux Disease Health-Related Quality of Life Scale (GERD-HRQL) scores, and total effective rate were compared between the two groups. Results: The total effective rate of TCM syndrome efficacy in the intervention group was 93.33% (56/60), which was higher than 81.67% (49/60) in the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). After intervention, TCM syndrome scores, total TCM syndrome scores, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) scores, and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) scores in both groups decreased compared with before intervention ( $P<0.01$ ), and the intervention group showed lower scores than the control group ( $P<0.01$ ). After intervention, distal contraction integral (DCI) and lower esophageal sphincter pressure (LESP) in both

\*基金项目:江苏省中医药管理局课题(JD2022SZ01)

通信作者:徐陆周,男,主任中医师,研究方向为脾胃病临床诊疗

groups increased compared with before intervention ( $P<0.05$  or  $P<0.01$ ), and the intervention group showed higher values than the control group ( $P<0.01$ ). After intervention, the number of reflux episodes decreased and esophageal acid exposure time shortened in both groups ( $P<0.01$ ), with the intervention group showing fewer reflux episodes and shorter acid exposure time than the control group ( $P<0.01$ ). Conclusion: Dachaihu Decoction combined with Zuojin Pill herbal medicinal cupping plus well-point pressing needle can alleviate symptoms of NERD with liver-stomach stagnant heat type, improve emotional disorders and esophageal motility indicators, and enhance quality of life and clinical efficacy.

[Keywords] non-erosive reflux disease; gastroesophageal reflux disease; liver-stomach stagnant heat; emotional disorder; Dachaihu Decoction combined with Zuojin Pill; classical prescription herbal medicinal cupping; well acupoint; press needles

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease,GERD)是常见消化系统疾病,非糜烂性反流病(non-erosive reflux disease,NERD)作为其主要亚型,占GERD发病的70%左右<sup>[1]</sup>。食管下括约肌功能异常,致使胃内容物反流,引发烧心、反酸等典型症状,且长期躯体不适易引发情绪障碍。该病合并焦虑、抑郁患病率分别为51%、45%<sup>[2]</sup>。躯体症状-情绪异常的恶性循环,不仅增加治疗难度,还严重影响患者进食与生活质量。NERD属中医学中“吐酸”“食管瘁”范畴,其中肝胃郁热型患者占39.35%<sup>[3]</sup>。基本病机为肝失疏泄、胃失和降、胃气上逆<sup>[4]</sup>。当前西医以抑酸、促动力等为主要治疗手段,虽能缓解部分躯体症状,但对情绪障碍干预效果有限,且长期用药还可引发不良反应。中医外治法在NERD治疗中优势显著,安全且无不良反应<sup>[5]</sup>。但目前针对肝胃郁热型NERD,单一中医外治法对“躯体-情绪”复合症状的协同改善作用不足,联合疗法的应用研究仍较欠缺。经方外治可改善脾胃病症状,对消化系统疾病有明确调节作用<sup>[6]</sup>。储药罐可通过罐内负压吸附经络穴位,结合罐体热敷与药物渗透使药效直达病所<sup>[7]</sup>。经方储药罐更能融合经方功效与穴位刺激,兼具药物调理与热疗促经气运行之效。井穴揞针则通过刺激井穴疏通经络、调和阴阳,改善躯体与情绪症状<sup>[8]</sup>。本研究选取经典方剂(大柴胡汤合左金丸)制备经方储药罐,靶向作用于相关经络穴位以调和中焦气机,同时联合井穴揞针,旨在协同改善肝胃郁热型NERD患者躯体症状,同时降低焦虑抑郁等不良情绪,恢复中焦气机与情绪平衡。

## 1 资料与方法

1.1 诊断标准 (1)西医诊断标准:参照《2020年中国胃食管反流病专家共识》<sup>[9]</sup>拟定。(2)中医辨证标准:参照《胃食管反流病中医诊疗专家共识(2023)》<sup>[10]</sup>拟定。主症:烧心、反酸。次症:胸骨后灼痛、胃脘灼痛、脘腹胀满、嗝气或反食、易怒易饥。舌红苔黄,脉弦。主症2项,加次症2项,参考舌脉,即可辨证为肝胃郁热证。

1.2 纳入标准 (1)符合西医非糜烂性反流病诊断标准;(2)符合中医肝胃郁热证辨证标准;(3)年龄18~70周岁,性别不限;(4)背部及手部皮肤完好,无破损、水肿、溃疡等;(5)无药物过敏;(6)知情同意,愿意配合治疗及问卷调查。

1.3 排除标准 (1)合并胃食管及十二指肠手术史及食管肿瘤、消化性溃疡史;(2)有拔罐禁忌证;(3)对揞针材料过敏或不能耐受疼痛;(4)严重脏器功能障碍;(5)接受能力及配合程度较差;(6)不能坚持随访和配合研究。

1.4 剔除与脱落标准 (1)未按医嘱完成方案规定疗程,无

法判定疗效;(2)主动要求退出研究。

1.5 研究对象 采用两样本均数的计算公式 $n_1=n_2=2[(\mu_\alpha+\mu_\beta)/\sigma/\sigma]^2$ 估算样本量。其中 $\alpha=0.05$ , $\beta=0.10$ , $\mu_\alpha=1.96$ , $\mu_\beta=1.28$ 。采用双侧检验。基于前期10例患者预试验结果,计算出每组样本量为50例,考虑到15%的失访率,每组至少纳入59例患者,最终本研究每组样本量为60例。2023年10月至2024年10月选取在江苏省中医院消化科住院的肝胃郁热型NERD患者120例。按随机数字表法分为对照组和干预组,各60例。本研究经江苏省中医院伦理委员会审查(2023NL-090-02)。

## 1.6 干预方法

1.6.1 对照组 进行常规治疗及护理。常规治疗包括遵医嘱予质子泵抑制剂、促胃动力剂、氟哌噻吨美利曲辛片治疗。常规护理包括生活指导、用药指导、饮食指导、心理疏导等。

1.6.2 干预组 在对照组基础上进行大柴胡汤合左金丸储药罐及井穴揞针治疗,由中医护理治疗师操作。

1.6.2.1 大柴胡汤合左金丸储药罐 (1)材料准备:95%乙醇棉球、中号玻璃罐、打火机、止血钳、甘油、一次性注射器(20 mL)、一次性纱布。大柴胡汤合左金丸组成:柴胡15 g,黄芩9 g,白芍9 g,姜半夏9 g,枳实9 g,生姜15 g,大枣9 g,大黄6 g,黄连9 g,吴茱萸3 g。江苏省中医院中药房将上述中药浓煎至100 mL,使用前加热至45℃。(2)部位选择:背部督脉及足太阳膀胱经。(3)操作。①患者俯卧位,暴露背部。②闪罐:在两侧膀胱经分别闪罐3个回合,一个由上而下,一个从下到上,采用“留-拔-留”循环手法。③走罐:涂适量甘油于患者背部,沿对侧膀胱经纵向(于脊柱呈平行方向)由上往下-督脉由下往上-近侧膀胱经由上往下进行推罐,循环1次为1回合,连续3个回合,以皮肤潮红为度,火罐吸附力度以患者能忍受疼痛且运罐顺利为度。④留罐:注射器抽取10 mL药液注入每个玻璃火罐内,使用闪罐法吸附于双侧肺俞、心俞、膈俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞<sup>[11]</sup>,留罐10 min。⑤起罐:取下火罐后擦干药液,清洁局部皮肤。(4)实施频次及要求:隔日1次,2周为1个疗程,共2个疗程。

1.6.2.2 井穴揞针 (1)材料准备:揞针(四川源泉医疗器械有限公司,规格:0.2 mm×1.2 mm)、镊子、75%酒精。(2)取穴:商阳、少商、中冲、少泽、少冲。(3)操作。①施治:75%酒精消毒穴位处皮肤,镊子夹取揞针直压刺入穴位按压。②察变:嘱患者自然、缓慢深呼吸,引导患者静心体会施治前后胃部症状及身心变化。(4)实施频次及要求。嘱患者每天按压3~4次,每次每穴1 min,以局部酸胀、患者耐受为宜。48 h更换1次,左右手交替进行,每周治疗5 d。

每次先行储药罐,再行揞针治疗,2周为1个疗程,共2个疗程。

### 1.7 观察指标

1.7.1 中医证候评分 观察烧心、反酸、胸骨后灼痛、脘腹胀满、暖气等证候,按无、轻、中、重度分别计0、2、4、6分,评分越高则表明临床症状越严重<sup>[12]</sup>。干预前、干预后各评分1次。

1.7.2 医院焦虑抑郁量表(hospital anxiety and depression scale, HADS)评分 HADS由2个分量表组成,7个条目评定焦虑(HADS-A),7个条目评定抑郁(HADS-D)。每个条目均采用Likert 4级计分(0~3分),每个分量表的计分范围为0~21分。0~7分为正常,8~10分为轻度焦虑/抑郁,11~15分为中度焦虑/抑郁,16~21分为重度焦虑/抑郁。评分越高,说明焦虑/抑郁程度越严重<sup>[13]</sup>。干预前、干预后各评分1次。

1.7.3 食管综合功能指标 采用高分辨率食管测压及24 h多通道腔内阻抗-pH监测(荷兰MMS公司Solar GI系统)评估食管动力及胃酸反流情况。(1)食管体部远端收缩积(DCI):记录食管体部远端收缩强度与持续时间的乘积,反映食管收缩功能。(2)食管下括约肌压力(LESP):测量食管下括约肌静息压力,评估抗反流屏障功能。(3)酸反流次数:统计24 h内pH值<4的胃内容物反流次数。(4)食管酸暴露时间:计算24 h内食管pH值<4的总时长占监测时间的百分比。干预前、干预后各检测1次。

1.7.4 胃食管反流病健康相关生存质量量表(health related quality of life scale for gastro-esophageal reflux disease, GERD-HRQL)评分 GERD-HRQL量表包含11个条目,测评内容包括烧心、吞咽、药物疗效和一般健康状态,量表分值范围是0~50分,分数越高,说明生存质量越差<sup>[14]</sup>。干预前及干预后各评分1次。

1.8 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[15]</sup>

拟定。临床痊愈:反流/烧心症状消失,疗效指数 $\geq 95\%$ ;显效:反流/烧心症状基本消失,虽偶有症状但很快消失, $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$ ;有效:反流/烧心症状未消失,但较以前减轻, $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$ ;无效:反流/烧心症状未消失,程度未减轻,甚或加重,疗效指数 $< 30\%$ 。疗效指数=(治疗前中医证候评分-治疗后中医证候评分)/治疗前中医证候评分 $\times 100\%$ 。总有效率=(有效例数+显效例数+临床痊愈例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.9 统计学方法 采用SPSS 25.0软件进行数据分析,正态分布的计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”( $\bar{x} \pm s$ )表示,组内比较采用配对样本 $t$ 检验,组间比较采用独立样本 $t$ 检验;计数资料用例数、百分比表示,采用 $\chi^2$ 检验;等级资料比较采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结 果

2.1 基线资料 两组患者基线资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。(见表1)

2.2 两组患者中医证候疗效比较 总有效率干预组为93.33%(56/60),对照组为81.67%(49/60),组间比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。(见表2)

表2 两组患者中医证候疗效比较 [例(%)]

组别	<i>n</i>	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	60	18(30.00)	16(26.67)	15(25.00)	11(18.33)	49(81.67)
干预组	60	26(43.33)	24(40.00)	6(10.00)	4(6.67)	56(93.33)
<i>Z</i>						10.178
<i>P</i>						0.017

2.3 两组患者中医证候评分比较 干预前,两组患者中医证候评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性;干预后,两组患者各项中医证候评分及总评分均低于干预前( $P < 0.01$ ),且干预组低于对照组( $P < 0.01$ )。(见表3)

表1 两组患者基线资料比较

组别	<i>n</i>	性别/例		年龄( $\bar{x} \pm s$ ,岁)	文化程度/例			病程( $\bar{x} \pm s$ ,年)	体质量指数( $\bar{x} \pm s$ ,kg/m <sup>2</sup> )
		男	女		初中及以下	高中	大学及以上		
对照组	60	37	23	57.63 $\pm$ 10.35	7	25	28	4.85 $\pm$ 2.36	23.20 $\pm$ 2.80
干预组	60	36	24	56.02 $\pm$ 11.82	8	23	29	3.99 $\pm$ 3.27	22.90 $\pm$ 2.17
检验统计量		$\chi^2=0.035$		$t=0.794$	$\chi^2=0.168$			$t=1.652$	$t=0.656$
<i>P</i>		0.852		0.429	0.920			0.101	0.513

表3 两组患者中医证候评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	<i>n</i>	烧心				反酸				胸骨后灼痛			
		干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	60	4.18 $\pm$ 0.62	1.92 $\pm$ 0.38	24.073	0.000	4.04 $\pm$ 0.47	2.82 $\pm$ 0.38	15.635	0.000	4.39 $\pm$ 0.37	2.28 $\pm$ 0.73	19.970	0.330
干预组	60	4.24 $\pm$ 0.87	1.37 $\pm$ 0.52	21.934	0.000	4.06 $\pm$ 0.45	1.33 $\pm$ 0.52	30.751	0.000	4.41 $\pm$ 0.66	1.24 $\pm$ 0.32	33.477	0.000
<i>t</i>		0.435	0.615			0.238	17.920			0.205	10.107		
<i>P</i>		0.664	0.000			0.812	0.000			0.838	0.000		
组别	<i>n</i>	脘腹胀满				暖气				总评分			
		干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	60	3.65 $\pm$ 0.52	1.97 $\pm$ 0.67	15.340	0.000	4.06 $\pm$ 0.25	2.89 $\pm$ 0.19	28.862	0.000	21.33 $\pm$ 2.15	11.78 $\pm$ 2.33	23.333	0.000
干预组	60	3.84 $\pm$ 0.13	0.84 $\pm$ 0.35	58.090	0.000	3.98 $\pm$ 0.47	1.61 $\pm$ 0.55	25.375	0.000	21.41 $\pm$ 2.28	7.41 $\pm$ 2.27	33.706	0.000
<i>t</i>		0.145	11.579			1.164	17.039			0.198	10.406		
<i>P</i>		0.885	0.000			0.247	0.000			0.844	0.000		

2.4 两组患者HADS评分比较 干预前,两组患者HADS评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性;干预后,两组患者HADS评分均低于干预前( $P<0.01$ ),且干预组低于对照组( $P<0.01$ )。(见表4)

表4 两组患者HADS评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	HADS-A评分				HADS-D评分			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
对照组	60	9.40±2.13	4.27±1.26	16.057	0.000	12.67±2.19	7.27±2.08	13.849	0.000
干预组	60	9.93±1.55	2.93±1.17	27.920	0.000	12.87±2.13	3.07±1.80	27.221	0.000
t		1.558	6.037			0.507	11.827		
P		0.122	0.000			0.613	0.000		

2.5 两组患者GERD-HRQL评分比较 干预前,两组患者GERD-HRQL评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性;干预后,两组患者GERD-HRQL评分均低于干预前( $P<0.01$ ),且干预组低于对照组( $P<0.01$ )。(见表5)

表5 两组患者GERD-HRQL评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	干预前	干预后	t	P
对照组	60	28.89±5.71	15.49±4.65	14.095	0.000
干预组	60	28.73±5.97	8.31±2.36	24.639	0.000
t		0.150	10.665		
P		0.811	0.000		

2.6 两组患者食管综合功能指标比较 干预前,两组患者食管综合功能指标比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。干预后,两组患者DCI、LESP均高于干预前( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ),且干预组高于对照组( $P<0.01$ );两组患者反流次数少于干预前( $P<0.01$ ),食管酸暴露时间短于干预前( $P<0.01$ ),且干预组反流次数少于对照组( $P<0.01$ ),食管酸暴露时间短于对照组( $P<0.01$ )。(见表6)

表6 两组患者食管综合功能指标比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	DCI/(mmHg·s·cm)				LESP/mmHg			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
对照组	60	298.46±95.83	315.98±90.01	2.211	0.029	9.17±3.72	10.53±3.25	2.133	0.035
干预组	60	294.89±96.05	366.87±93.52	4.159	0.000	9.64±3.43	12.43±3.48	4.423	0.000
t		0.204	3.037			0.719	3.091		
P		0.839	0.003			0.473	0.002		

  

组别	n	酸反流次数/次				食管酸暴露时间/min			
		干预前	干预后	t	P	干预前	干预后	t	P
对照组	60	31.97±7.83	19.98±3.01	11.071	0.000	28.97±5.72	21.53±5.25	7.423	0.000
干预组	60	32.86±7.65	8.87±3.52	12.136	0.000	28.64±5.43	9.43±2.48	24.277	0.000
t		0.630	18.581			0.324	16.142		
P		0.530	0.000			0.746	0.000		

### 3 讨论

NERD是一种以烧心、反酸等食管反流症状为特征,且胃镜下无黏膜损伤的身心疾病<sup>[9]</sup>。该病病机复杂,有研究显示焦虑抑郁与胃食管反流症状及食管动力学紊乱相关。西医治疗存在远期复发率高、易引发不良反应等局限<sup>[18]</sup>。目前中医药通过辨证论治与整体观念相结合,采用经方或传统中医外治法在缓解患者症状、改善其精神心理状态方面具有优势<sup>[9]</sup>。中医以恢复肝脾气机升降为核心治则,临床中罐法、针灸等方法

治疗胃食管反流病疗效明确。单一中医外治法对NERD躯体-情绪复合症状的协同改善作用不足,目前联合疗法的临床研究仍较匮乏。本研究采用大柴胡汤合左金丸储药罐与井穴揞针治疗肝胃郁热型非糜烂性反流病患者,旨在通过大柴胡汤合左金丸储药罐药效与井穴揞针的协同作用,同步改善患者躯体症状与情绪状态。

3.1 减轻临床症状,提高中医证候疗效 研究显示,干预后,两组患者各项中医证候评分及总评分均低于干预前( $P<0.01$ ),且干预组低于对照组( $P<0.01$ );干预组患者中医证候疗效优于对照组( $P<0.05$ ),表明大柴胡汤合左金丸储药罐联合井穴揞针能减轻NERD患者症状,提高中医证候疗效。其核心在于联合疗法紧扣肝胃郁热、气机上逆病机,可实现清泻郁热、通降气机的协同效应。肝胃郁热型患者以反酸、胃脘灼痛为特征,属“火逆”范畴。储药罐以大柴胡汤合左金丸为核心。方中黄连、黄芩苦寒清泻;大黄、枳实通腑泻热,助气机下行<sup>[20]</sup>。肝俞、胆俞疏肝泻热,利胆安胃;脾俞、胃俞健脾助运,和胃降逆。背部留罐使药液渗透经穴,通过“以俞调枢”达到“以枢调枢”,实现治疗NERD的根本目的<sup>[21]</sup>。井穴记载始于《黄帝内经》,为经气始发及表里两经交汇之处,可治疗脏腑病证<sup>[22]</sup>。针刺井穴可疏通经络,宣导气血。井穴揞针以手上五穴为核心,其中商阳、少泽通调胃肠,助胃腑降浊以止反酸,契合六腑以通为用;少商宣肺泄热,借肺胃相顺以平抑胃热;中冲、少冲清泻心肝之火。揞针持续刺激可激发经气,使热清气降。本研究先以经方储药罐行闪罐、走罐疏通背部经络,使气血畅达,此为通;再用井穴揞针精准激发手部经气,强化脏腑调治,此为调。二者结合形成井穴通络调气,经方清泻郁热,穴位靶向增效之闭环。此先通后调之操作顺序,能使储药罐的整体疏通与揞针的局部调控形成叠加效应,显著改善患者嗝气、反酸等症状,提高疗效。

3.2 改善焦虑、抑郁情绪 干预后,两组患者HADS评分均低于干预前( $P<0.01$ ),且干预组低于对照组( $P<0.01$ ),表明大柴胡汤合左金丸储药罐联合井穴揞针能改善患者焦虑、抑郁状态。其原因得益于联合疗法的多重调节。肝胃郁热型NERD患者情绪障碍与肝失疏泄、热扰心神相关,是形、气、神共病的结果。治疗方法应以制酸护膜调形为先,燮理升降调气为要,解郁荣养调神为本<sup>[23]</sup>。大柴胡汤合左金丸侧重调形,制酸当注重疏肝清热。大柴胡汤中柴胡、白芍疏肝柔肝,而左金丸是制酸的基础方。方中黄连清心火,吴茱萸疏肝气。背部心俞、膈俞留罐,其中心俞养心安神,膈俞宽胸解郁,使肝气条达则情志舒畅。储药罐的各种罐法重在调气。其中闪罐的快速吸拔,可兴奋皮部神经、促进循环,为经气通畅奠定基础;走罐沿经络往返推动,可重点疏通肝俞至胃俞段气机,解除热邪阻滞,契合《灵枢》“通其经脉,调其血气”理论。储药罐的各种罐法联合可激发任脉、督脉经气,使气机升降有常,环周有序。井穴揞针侧重调神。其中,中冲清泻心包郁热,少冲养阴清心,少商调节肺气。其机制可能与促进脑内5-羟色胺释放、平衡下丘脑-垂体-肾上腺(HPA)轴相关<sup>[24]</sup>。治疗中的“察变”可引导患者体察症状变化,患者在自我觉察期间可获得内心稳定<sup>[25]</sup>。这种正向反馈可协同改善不良情绪。二者联合既

清郁热以除扰神之因,又调心神以安情绪之本。

3.3 改善食管动力学指标,提高生活质量 干预后,两组患者GERD-HRQL评分均低于干预前( $P<0.01$ ),食管综合功能指标(LESP、DCI、酸反流次数、食管酸暴露时间)均改善( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ),且干预组GERD-HRQL评分低于对照组( $P<0.01$ ),食管动力学指标优于对照组( $P<0.01$ ),表明大柴胡汤合左金丸储药罐联合井穴揞针能提高患者LESP、DCI,减少酸反流次数,缩短食管酸暴露时间,提高生活质量。刺激督脉背段 $T_3\sim T_9$ 棘突下穴位可治疗NERD<sup>[26]</sup>。膀胱经和督脉部位闪罐和走罐,旨在调和气血,壮督除湿<sup>[27]</sup>。留罐时注入药液,可借负压使药液经肺俞、胃俞渗透。肺俞助肺气肃降以推动食管传导,胃俞增强贲门闭合。药液中 大黄、吴茱萸可同步作用于平滑肌,增强LES张力,促进蠕动。闪罐-走罐-留罐操作对食管动力的影响层层递进。揞针刺刺激商阳、少泽可激活胃肠经气,增强LES收缩;中冲、少冲可平衡自主神经,改善食管蠕动协调性。这一变化形成抗反流屏障增强、食管清除能力提高、反流负荷降低的客观变化链条,提示联合技术可调节食管动力平衡。储药罐可缓解躯体不适,井穴揞针可改善情绪。患者症状减轻则进食、社交等不受干扰。联合疗法可通过缓解症状优化生活感受,改善GERD-HRQL各维度评分,提高生活质量,充分体现了中医整体调治优势。

本研究结果表明,大柴胡汤合左金丸储药罐重在治本,井穴揞针重在治标。二者结合可有效改善肝胃郁热型NERD患者临床症状、食管动力学指标,缓解焦虑抑郁情绪,提升生活质量,充分体现了中医治身与治神并重的诊疗思路,适合临床推广。但本研究样本量较小、观察周期较短。今后的研究将扩大样本量,延长研究周期,深入探讨其长期疗效及作用机制。

#### 参考文献

- [1] KIM M, YU H Y, JU H, et al. Induction of detrusor underactivity by extensive vascular endothelial damages of iliac arteries in a rat model and its pathophysiology in the genetic levels[J]. *Sci Rep*, 2019, 9(1): 16328.
- [2] 周金池, 窦维佳, 魏延, 等. 中国胃食管反流病患者焦虑抑郁患病率的Meta分析[J]. *中国全科医学*, 2021, 24(5): 608-613.
- [3] 章光鑫, 周晓虹. 胃食管反流病中医常见证型研究[J]. *河南中医*, 2015, 35(2): 442-444.
- [4] 李亚鼎, 王轶, 周秉舵, 等. 经方治疗肝胃郁热型胃食管反流病的网状Meta分析[J]. *临床消化病杂志*, 2023, 35(1): 1-7.
- [5] 李倩, 葛玲玉, 费文荣, 等. 难治性胃食管反流病的中医外治法研究进展[J]. *中医学报*, 2020, 48(5): 70-73.
- [6] 张沁园. 经方辨治脾胃病[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2024.
- [7] 彭晶晶, 董婧, 靳杨, 等. 储药罐改善稳定型心绞痛(气虚血瘀型)患者胸闷胸痛症状效果观察[J]. *北京中医药*, 2021, 40(4): 360-364.
- [8] 张忠, 孔文良. 井穴通络健康触手可及[M]. 南京: 东南大学出版社, 2023.
- [9] 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.

- [10] 张北华, 周秉舵, 唐旭东. 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.
- [11] 武晓冬, 黄龙祥, 赵京生, 等. 《经穴名称与定位》(GB/T 12346-2021)标准解读[J]. *中国针灸*, 2022, 42(5): 579-582, 584.
- [12] 张俊, 杨晓庆, 李道宽. 柴胡栀子豉汤联合奥美拉唑治疗肝胃郁热型非糜烂性胃食管反流病临床观察[J]. *中医药通报*, 2024, 23(1): 47-49.
- [13] ZIGMOND A S, SNAITH R P. The hospital anxiety and depression scale[J]. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6): 361-370.
- [14] VELANOVICH V, VALLANCE S R, GUSZ J R, et al. Quality of life scale for gastroesophageal reflux disease[J]. *J Am Coll Surg*, 1996, 183(3): 217-224.
- [15] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则: 试行[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [16] 梁琦, 李玉峰, 王垂杰, 等. 王垂杰教授治非糜烂性胃食管反流病伴焦虑抑郁经验撷菁[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2025, 33(2): 167-170, 177.
- [17] 孙振国, 张光伟, 张宁, 等. 胃食管反流患者负性情绪检出情况及对反流症状的影响[J]. *国际精神病学杂志*, 2024, 51(6): 1934-1937.
- [18] 陈峭, 周晓玲, 唐旭东, 等. 中医外治法在胃食管反流病的应用现状与研究进展[J]. *世界中医药*, 2022, 17(15): 2138-2142.
- [19] 陶紫晶, 独思静, 张格知, 等. 基于CiteSpace可视化分析中医药治疗胃食管反流病的研究热点与前沿[J]. *中医药导报*, 2022, 28(3): 97-102.
- [20] 范文东, 刘启华, 游福年, 等. 大柴胡汤联合点刺放血拔罐治疗胃食管反流病阳明少阳热证临床观察[J]. *中医药通报*, 2024, 23(10): 52-54.
- [21] 陈琛琛, 陈若茜, 周娟, 等. 中医外治法治疗胃食管反流病的可视化分析[J]. *疑难病杂志*, 2025, 24(2): 227-235.
- [22] 郭文媛, 陈松, 陈琴, 等. 井穴通络探微[J]. *中华中医药杂志*, 2024, 39(11): 5730-5732.
- [23] 苏坤涵, 刘万里. 基于形、气、神三位一体生命观探讨胃食管反流病合并情绪障碍的病机及治疗[J]. *北京中医药大学学报*, 2025, 48(2): 235-239.
- [24] 朱佳欣, 颜嘉怡, 陈家敏, 等. 中草药园艺疗法联合揞针对广泛性焦虑伴失眠患者的影响[J]. *中医药导报*, 2025, 31(2): 85-89, 111.
- [25] 许红丽, 王红霞, 党中勤, 等. 正念减压疗法对胃食管反流病患者焦虑、抑郁的影响[J]. *国际精神病学杂志*, 2023, 50(3): 561-563.
- [26] 赵倩倩, 白兴华. 针刺督脉背段对胃食管反流病患者反流症状和心理状态的影响[J]. *南京中医药大学学报*, 2017, 33(1): 97-100.
- [27] 刘鸿雁, 丁莹, 高春雨, 等. 改良储药罐法联合甲钴胺片治疗腰椎间盘突出症寒湿痹阻证临床研究[J]. *中国中医药信息杂志*, 2020, 27(12): 10-14.

(收稿日期: 2025-08-28 编辑: 蒋凯彪)