

# 加味四逆散治疗胃食管反流病所致慢性咳嗽临床观察

汪凤仙<sup>1</sup>, 汪永和<sup>2</sup>

1. 天水市中西医结合医院, 甘肃 天水 741020; 2. 清水县医院, 甘肃 清水 741020

**[摘要]** 目的: 观察加味四逆散对胃食管反流病所致慢性咳嗽的疗效。方法: 将 64 例患者通过机械抽样法随机分为 2 组, 治疗组 41 例给予加味四逆散联合西医常规治疗, 对照组 23 例给予西医常规治疗(美拉唑胶囊、硫糖铝悬液、吗丁啉片)。对 2 组患者治疗前后进行 24h 食管 pH 值监测, 食管测压。结果: 2 组组间食管下端括约肌压 (LESP)、食管下端括约肌长度 (LESL)、食管体下端蠕动振幅治疗后比较, 差异均无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。2 组治疗后食管 24 h pH 值各项指标比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组显效 35 例, 有效 5 例, 无效 1 例, 总有效率为 97.6%; 对照组显效 13 例, 有效 1 例, 无效 9 例, 总有效率为 60.9%。2 组总有效率比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 加味四逆散治疗对改善胃食管反流病所致慢性咳嗽有着积极的作用。

**[关键词]** 胃食管反流病 (GERD); 慢性咳嗽; 中西医结合疗法; 加味四逆散

**[中图分类号]** R571 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 07-0059-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.07.028

胃食管反流性咳嗽 (gastroesophageal reflux cough, GERC), 是指胃酸及其他胃内容物反流入食管, 导致以咳嗽为突出表现的临床综合征。GERC 是胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 的一种特殊类型, 又称为反流性咳嗽综合征<sup>[1]</sup>, 是慢性咳嗽的常见病因, 占慢性咳嗽的 20%~40%<sup>[2-3]</sup>。正常人在进食后存在一定程度的生理性反流, 但并不引起咳嗽等症状。即使是 GERD, 也仅有部分的分患者存在慢性咳嗽表现。2009 年 6 月~2013 年 3 月, 笔者采用加味四逆散联合常规西医治疗 41 例 GERC 患者, 获得满意疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 观察病例共 64 例, 男 37 例, 女 27 例; 年龄 35~70 (平均 54.5) 岁; 病程 8 周~56 月, 中位咳嗽时间为 6.2 月; 均有慢性刺激性干咳, 无发热等全身症状, 未使用血管转换酶抑制剂, X 线胸片或肺 CT 正常。咽部痒、痛、异物感 57 例, 声嘶 25 例。症状白天明显者 54 例, 夜间明显者 10 例。部分患者进食后症状加重, 饮水可减轻。有恶心、反酸、胸骨后疼痛等明显胃食管反流症状 39 例, 轻度反流症状 17 例, 6 例反复询问病史可注意到有轻微反流症状, 另有 2 例无反流症状。所有患者随机分为 2 组, 治疗组 41 例, 对照组 23 例, 2 组一般资料经统计学处理, 差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 采用 Irwin RS 等<sup>[4]</sup>的解剖学诊断程序加痰细

胞分类检查对慢性咳嗽进行临床诊断。流程为: 仔细询问病史并进行体格检查; 胸部 X 线平片及血常规检查; 若怀疑 GERC 可行食管钡餐、胃镜或食管 24 h pH 值监测; 给予特异性治疗, 效果显著确定病因。诊断依据: 发作性或持续性咳嗽或不伴有胃灼热、反酸、胸骨后烧灼感、上腹不适等消化道症状; 上消化道造影、胃镜或 24 h 食管 pH 值监测提示有胃食管反流; 抗反流治疗有效。

**1.3 排除标准** 不符合上述诊断标准; 年龄小于 18 岁或大于 75 岁; 合并出血、狭窄、Barrett's 食管、胃癌、食管癌、胃出血者以及胆管、胰腺等器质性病变; 合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病, 精神病患者; 妊娠期或哺乳期妇女、过敏体质或已知对研究药物的成分过敏者; 需同时应用可能影响药品疗效和安全性评价药物者; 研究中认为有任何不适宜入选的情况。

## 2 治疗方法

**2.1 治疗组** 予加味四逆散, 处方: 党参、煅乌贼骨、煅瓦楞子、焦麦芽、焦山楂、焦神曲各 15 g, 半夏、麦冬、柴胡、百部各 12 g, 干张纸、陈皮、代赭石、黄连、芍药、甘草各 10 g, 枳壳 20 g。每天 1 剂, 水煎分 2 次温服, 连服 8 周。美拉唑胶囊, 每次 20 mg, 每天 1 次, 服用 1 月; 吗丁啉片, 每次 10 mg, 每天 3 次(餐前), 连服 8 周; 硫糖铝悬液(舒可捷), 每次 0.25 g, 每天 3 次, 连服 8 周。

**2.2 对照组** 美拉唑胶囊, 每次 20 mg, 每天 1 次, 服用 1

[收稿日期] 2014-01-22

[作者简介] 汪凤仙 (1974-), 女, 主治医师, 研究方向: 呼吸系统疾病。

月；吗丁啉片，每次 10 mg，每天 3 次(餐前)，连服 8 周；硫糖铝悬液(舒可捷)，每次 0.25 g，每天 3 次，连服 8 周。

均改变生活方式，进行治疗前后 24 h 食管 pH 值监测、食管测压。

### 3 统计学方法

采用 SPSS13.0 软件进行统计学分析，计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示，组间比较采用 *t* 检验，计数资料采用  $\chi^2$  检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[5]</sup>，采用尼莫地平法：疗效指数 = [(治疗前总分 - 治疗后总分) / 治疗前总分] × 100%。显效：治疗后各症状明显减轻，70% ≤ 疗效指数 < 95%；有效：治疗后各症状有所减轻，疗效指数 30% ≤ 疗效指数 < 70%；无效：治疗后各症状无改善或有加重，疗效指数 < 30%。

4.2 2 组治疗前后食管测压结果比较 见表 1。2 组组间食管下端括约肌压(LESP)、食管下端括约肌长度(LESL)、食管体下端蠕动振幅治疗前后比较，差异均无显著性意义( $P > 0.05$ )。

表1 2 组治疗前后食管测压结果比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	LESP(mmHg)	LESL(mm)	食管体下端蠕动振幅(mm)
治疗组	41	14.2 ± 4.9	2.26 ± 0.37	55.4 ± 14.50
对照组	23	15.1 ± 5.1	2.22 ± 0.44	53.7 ± 16.90

4.3 2 组食管 24 h pH 值各项指标比较 见表 2。2 组治疗后食管 24 h pH 值各项指标比较，差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表2 2 组食管 24 h pH 值各项指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	pH < 4 的时间 (min)	卧位 pH < 4 所占的百分比(%)	立位 pH < 4 所占的百分比(%)
治疗组	41	治疗前	60.24 ± 40.23	6.98 ± 1.38	5.37 ± 2.89
		治疗后	35.25 ± 15.45 <sup>†</sup>	3.68 ± 1.74 <sup>†</sup>	3.23 ± 1.21 <sup>†</sup>
对照组	23	治疗前	61.89 ± 38.00	7.01 ± 1.13	5.40 ± 2.64
		治疗后	45.56 ± 16.50	4.76 ± 2.34	3.89 ± 1.58

与对照组治疗后比较，<sup>†</sup> $P < 0.05$

4.4 2 组临床疗效比较 治疗组显效 35 例，有效 5 例，无效 1 例，总有效率为 97.6%；对照组显效 13 例，有效 1 例，无效 9 例，总有效率为 60.9%。2 组总有效率比较，差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。

### 5 讨论

胃食管反流除可导致反流性食管炎外，也是慢性咳嗽的常见原因之一。气管和食管有共同的胚胎起源和神经支配，反流入食管的胃内容物刺激食管下段黏膜感受器，通过食管-支气管反射导致 GERC。用食管电极进行 24 h pH 值监测发现，

多数 GERC 患者的咳嗽与反流事件的发生相一致<sup>[2]</sup>；GERC 患者还通过这种反射引起气道神经肽表达和释放增加，产生气道神经源性炎症，刺激咳嗽感受器，产生咳嗽症状<sup>[3]</sup>；部分反流物被误吸入气管，直接刺激气管黏膜导致咳嗽。GERC 临床表现主要有两方面：一是慢性咳嗽持续时间数周到数年。白天发生较多，部分患者在进食，尤其是进食刺激性食物后咳嗽加重，饮水可暂缓或减轻咳嗽。二是胃食管反流症状。表现为恶心、反酸、暖气、胸闷、胸骨后疼痛等。有微量误吸者可伴有咽部痒、痛、异物感、声嘶等症状。有些患者则完成没有反流症状，慢性咳嗽是惟一临床表现。

本病属中医学咳嗽范畴。因先有胃肠疾患，后生咳嗽，既无表证，当求内因，所谓脏先伤，后传于肺，标见于肺。而其本在脏腑之间。故《素问·咳论》曰：“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”，强调外邪犯肺或脏腑功能失调，病及于肺，均能导致咳嗽。然胃病与咳嗽纠缠在一起，单治咳，咳不止；专治胃，咳难宁，殊觉棘手。最明显的当涉及肝气作用，推及肝气犯肺病机，又不同于木火刑金，上逆侮肺之证，肝胃气机失调，升降失司，肺失宣肃为本病主要病机，久咳肺气阴两虚，故要补肺气敛肺阴。因此，治疗应以肺为标，肝胃为本；止咳为标，疏肝降逆为本。故治宜疏肝和胃降逆，宣肺补肺止咳。加味四逆散联合常规西医治疗，疗效肯定。

### [参考资料]

- [1] Vakil N, Van Zanten SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of Gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus [J]. Am J Gastroenterol, 2006, 101: 1900-1920.
- [2] Poelmans J, Tack J. Extraesophageal manifestations of gastro-oesophageal reflux [J]. Gut, 2005, 54: 1492-1499.
- [3] Chang AB, Lasserion TJ, Gaffney J, et al. Gastro-oesophageal reflux treatment for prolonged non-specific cough in children and adults [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2006, 18: 4823.
- [4] Irwin RS, Curie FJ, French CL. Chronic cough, the spectrum and frequency of cause components of the diagnostic evaluation, and outcome of specific therapy [J]. Am Respir Dis, 1990, 141: 640-647.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第 1 辑[S]. 1993.

(责任编辑: 骆欢欢)