

# 半夏泻心汤合旋复代赭汤加减治疗胃食管反流性咳嗽临床观察

程茹

台州市立医院, 浙江 台州 318000

**[摘要]** **目的:** 观察半夏泻心汤合旋复代赭汤加减治疗胃食管反流性咳嗽 (GERC) 胃气上逆证的临床疗效。**方法:** 将 98 例患者按随机数字表法分为 2 组各 49 例。对照组给予多潘立酮片及奥美拉唑肠溶片口服。观察组采用半夏泻心汤合旋复代赭汤加减。2 组均治疗 12 周。进行治疗前后咳嗽症状评分及胃气上逆证评分。**结果:** 经有序资料  $\chi^2$  检验, 观察组临床疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ( $\chi^2=5.571, P<0.05$ )。与治疗前比较, 2 组白天咳嗽评分、夜间咳嗽评分和总分均下降 ( $P<0.01$ ); 与对照组比较, 治疗后观察组白天咳嗽评分、夜间咳嗽评分和总分均低于对照组 ( $P<0.01$ )。治疗后, 2 组咳嗽等症状评分均较治疗前下降 ( $P<0.01$ ), 治疗后观察组除嗝腐吞酸、烧灼感外, 其它各症状评分均低于对照组 ( $P<0.01$ )。**结论:** 半夏泻心汤合旋复代赭汤加减治疗 GERC 胃气上逆证能减轻咳嗽等症状, 临床疗效优于西医疗疗。

**[关键词]** 胃食管反流性咳嗽 (GERC); 胃气上逆证; 半夏泻心汤; 旋复代赭汤

**[中图分类号]** R571 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 12-0104-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2018.12.030

## Clinical Observation of Modified Banxia Xiexin Tang Combined with Xuanfu Daizhe Tang for Gastroesophageal Reflux Cough

CHENG Ru

**Abstract:** **Objective:** To observe the clinical effect of modified Banxia Xiexin tang combined with Xuanfu Daizhe tang for gastroesophageal reflux cough (GERC) with syndrome of adverse rising of stomach qi. **Methods:** Divided 98 cases of patients into two groups randomly according to random number table, 49 cases in each group. The control group was given the oral administration of domperidone tablets and omeprazole enteric-coated tablets, while the observation group was given modified Banxia Xiexin tang combined with Xuanfu Daizhe tang. The treatment for both groups lasted for 12 weeks. Evaluated the scores of cough symptom and the syndrome of adverse rising of stomach qi before and after treatment. **Results:** According to ordinal data  $\chi^2$  test, the clinical effect of the observation group was better than that of the control group, difference being significant ( $\chi^2=5.571, P < 0.05$ ). Compared with those before treatment, the daytime cough scores, nighttime cough scores and the total scores in the two groups were all decreased ( $P < 0.01$ ). Compared with those in the control group, the daytime cough score, nighttime cough score and the total score in the observation group after treatment were all lower ( $P < 0.01$ ). After treatment, the scores of cough and other symptoms in the two groups were lower than those before treatment ( $P < 0.01$ ); except the scores of putrid belching and swallowing of up-cast gastric acid and burning sensation, other symptom scores in the observation group were all lower than those in the control group ( $P < 0.01$ ). **Conclusion:** The application of modified Banxia Xiexin tang combined with Xuanfu Daizhe tang for GERC with syndrome of adverse rising of stomach qi can reduce the cough and other symptoms. Its clinical effect is better than that of western medicine treatment.

**Keywords:** Gastroesophageal reflux cough (GERC); Syndrome of adverse rising of stomach qi; Banxia Xiexin tang; Xuanfu Daizhe tang

胃食管反流性咳嗽 (GERC) 是因胃酸和其他胃内容物反流进入食管, 导致以咳嗽为突出表现的临床综合征是临床慢性咳

嗽的第 3 大最常见原因; 除咳嗽外, 还伴有反酸、胸骨后烧灼感及暖气等典型反流症状<sup>[1]</sup>。虽然进行了广泛的研究, 但

**[收稿日期]** 2018-05-29

**[作者简介]** 程茹 (1974-), 女, 副主任医师, 研究方向: 中医西医结合临床。

GERC 机制仍然不清, 现代医学以制酸和促胃动力药物治疗为主, 临床难以达到满意效果, 有的患者甚至需要采用抗反流手术治疗, 增加了患者的痛苦<sup>[2]</sup>。关于 GERC 的 Meta 分析显示没有足够证据支持质子泵抑制剂(PPi)能治疗 GERC, 其疗效并不优于安慰剂<sup>[3]</sup>。中医学者将 GERC 归为咳嗽之胃咳, 基本病机为肺胃失和降、肺失宣肃、上逆作咳, 与肺、肝、胃密切相关, 临床治疗以和胃降逆、理气止咳之法, 中医药治疗本病显示其独特的优势<sup>[4]</sup>。本研究笔者观察以半夏泻心汤合旋复代赭汤加减治疗 GERC 的疗效, 现将结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2016 年 5 月—2018 年 2 月台州市立医院呼吸科 98 例符合要求的患者作为研究对象。按随机数字表以入院就诊先后分为 2 组各 49 例。对照组男 26 例, 女 23 例; 年龄 27~65 岁, 平均(44.92±15.63)岁; 病程 3~27 月, 平均(14.63±10.35)月。观察组男 24 例, 女 25 例; 年龄 23~62 岁, 平均(41.37±13.74)岁; 病程 3~31 月, 平均(15.26±11.49)月。2 组年龄、性别、病程等一般资料比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。

1.2 诊断标准 GERC 诊断标准参照中华医学会呼吸病学分会哮喘学组制定的《咳嗽的诊断与治疗指南(2015)》<sup>[1]</sup>; 咳嗽多发生于日间和直立位以及体位变换时, 干咳无痰或少许黏痰, 进食酸性、油腻食物容易诱发或加重咳嗽; 常伴有胸骨后疼痛、烧心、反酸等症状; X 线胸片或胸部 CT 检查阴性; 胃镜可见反流性食管炎症状改变; 24 h 食管 pH 值监测 Demeester 积分 $\geq 12.70$ ; 抗酸治疗及抗反流治疗后咳嗽明显减轻或消失。胃气上逆证参照中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会《咳嗽中医诊疗专家共识意见(2011 版)》<sup>[4]</sup>制定: 阵发性呛咳、气急, 咳甚时呕吐酸苦水, 平卧或饱食后症状加重, 平素上腹部不适, 常伴噯腐吞酸、嘈杂或灼痛, 舌红、苔白腻, 脉弦弱。

1.3 纳入标准 ①符合 GERC 的西医诊断标准; ②符合胃气上逆证辨证; ③年龄 18~65 岁, 男女不限; ④2 周内采用过抗酸治疗; ⑤取得患者知情同意。

1.4 排除标准 ①其它原因如鼻后滴流综合征、咳嗽变异性哮喘、嗜酸性粒细胞性支气管炎等导致的慢性咳嗽; ②肺结核、肺部肿瘤、慢性咽炎、支气管扩张、慢性支气管炎等导致的慢性咳嗽; ③合并心、脑、肝、肾、消化、造血系统严重疾病和精神病患者; ④妊娠期、哺乳期或意向妊娠妇女; ⑤过敏体质或对本研究应用药物过敏者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 多潘立酮片(常州制药有限公司, 国药准字 H20093700), 每次 10 mg, 每天 3 次; 奥美拉唑肠溶片(贝克诺顿制药有限公司, 国药准字 H19990160), 每次 20 mg, 每天 2 次。

2.2 观察组 半夏泻心汤合旋复代赭汤加减, 处方: 法半夏、

黄芩、大枣、旋复花(包煎)、柴胡各 10 g, 干姜、炙甘草各 5 g, 黄连 3 g, 枳壳 12 g, 煅瓦楞子(先煎)、代赭石(先煎)、南沙参、蛤壳各 15 g。呃逆、泛酸重加吴茱萸 10 g、乌贼骨 15 g; 咳嗽痰多加浙贝母、陈皮各 10 g; 纳呆、苔腻加炒莱菔子、厚朴、白术各 10 g。每天 1 剂, 常规水煎分 2 次服用。

每周复诊 1 次, 连续治疗 12 周。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①咳嗽症状积分<sup>[4]</sup>, 日间和夜间咳嗽症状, 根据严重程度分别分 0~3 级, 记 0~3 分; 共 0~6 分, 由医生进行评价, 治疗前后各评价 1 次。②胃气上逆证参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[5]</sup>对咳嗽、咯痰、噯腐吞酸、呃逆、气急、噯气、烧灼感、胃腹胀满、嘈杂进行分级评分, 依据症状严重程度分为无、轻、中、重, 分别记 0、1、2、3 分, 治疗前后各评价 1 次。

3.2 统计学方法 数据分析采用 SPSS20.0 统计分析软件。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 符合正态分布组间比较采用  $t$  检验, 等级资料组间比较采用有序资料 $\chi^2$  检验。以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 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(试行)》<sup>[5]</sup>并结合临床制定。临床痊愈: 咳嗽基本消失, 中医证候评分下降 $\geq 90\%$ ; 显效: 咳嗽明显减轻, 中医证候评分下降 70%~89%; 有效: 咳嗽减轻, 中医证候评分下降 30%~69%; 无效: 咳嗽减轻不明显或加重, 中医证候评分下降 $<30\%$ 。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。经有序资料 $\chi^2$  检验, 观察组临床疗效优于对照组, 差异有统计学意义( $\chi^2 = 5.571, P < 0.05$ )。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效
对照组	49	13	12	15	9
观察组	49	20	16	10	3

4.3 2 组治疗前后咳嗽症状积分比较 见表 2。与治疗前比较, 2 组白天咳嗽评分、夜间咳嗽评分和总分均下降( $P < 0.01$ ); 与对照组比较, 治疗后观察组白天咳嗽评分、夜间咳嗽评分和总分均低于对照组( $P < 0.01$ )。

表 2 2 组治疗前后咳嗽症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	白天咳嗽评分	夜间咳嗽评分	总分
对照组	49	治疗前	2.35±0.48	1.87±0.43	4.22±0.59
		治疗后	0.94±0.33 <sup>①</sup>	0.62±0.28 <sup>①</sup>	1.54±0.43 <sup>①</sup>
观察组	49	治疗前	2.32±0.46	1.84±0.41	4.17±0.53
		治疗后	0.51±0.27 <sup>①②</sup>	0.25±0.17 <sup>①②</sup>	0.79±0.31 <sup>①②</sup>

与同组治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较,

② $P < 0.01$

4.4 2组治疗前后胃气上逆证症状评分比较 见表3。治疗后, 2组咳嗽等症评分均较治疗前下降( $P < 0.01$ ), 治疗后观

察组除暖腐吞酸、烧灼感外, 其它各症状评分均低于对照组( $P < 0.01$ )。

表3 2组治疗前后胃气上逆证症状评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	咳嗽	咯痰	暖腐吞酸	呃逆	气急	暖气	烧灼感	胃脘胀满	嘈杂
对照组	49	治疗前	2.25±0.68	1.57±0.49	1.62±0.45	1.75±0.51	1.55±0.44	1.83±0.63	1.91±0.65	1.70±0.46	1.70±0.46
		治疗后	0.85±0.37 <sup>①</sup>	0.55±0.26 <sup>①</sup>	0.76±0.27 <sup>①</sup>	0.81±0.34 <sup>①</sup>	0.73±0.30 <sup>①</sup>	0.79±0.28 <sup>①</sup>	0.64±0.31 <sup>①</sup>	0.91±0.35 <sup>①</sup>	0.77±0.28 <sup>①</sup>
观察组	49	治疗前	2.29±0.66	1.64±0.51	1.59±0.47	1.79±0.58	1.58±0.49	1.77±0.58	1.86±0.62	1.73±0.49	1.67±0.42
		治疗后	0.45±0.18 <sup>①②</sup>	0.31±0.14 <sup>①②</sup>	0.62±0.25 <sup>①</sup>	0.40±0.23 <sup>①②</sup>	0.34±0.15 <sup>①②</sup>	0.38±0.22 <sup>①②</sup>	0.59±0.26 <sup>①</sup>	0.42±0.17 <sup>①②</sup>	0.39±0.16 <sup>①②</sup>

与同组治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

## 5 讨论

咳嗽是食管反流病(GERD)最常见的食管外症状, 国外研究显示反流可能是21%~41%的慢性非特异性咳嗽患者的病因, 而我国的研究显示12%慢性咳嗽由GERD所致<sup>[6]</sup>。导致咳嗽的主要机制为食管近端反流通过咽喉反流、误吸及经咽喉等直接刺激气道、食管低位反流通过食管-支气管间接反射所致, 还与咳嗽感受器敏感性增高、产酸菌、精神心理因素有关, 可能是多因素综合作用的结果<sup>[7]</sup>。剧烈的咳嗽运动可引起的腹内压增高, 引起或加重胃食管反流, GERC与咳嗽间存在正反馈机制使双方均恶化<sup>[2]</sup>。

中医认为五脏六腑皆令人咳, 《素问·咳论》云: “胃咳之状, 咳而呕。”《诸病源候论》曰: “咳邪动则气奔逆上, 气上则五脏伤动, 动于胃气者, 则胃气逆而呕吐也, 此是肺咳连滞, 气动于胃而呕吐者也”。《备急千金要方》所载的“食饱而咳”, 《三因集一病证方论》也载“咳嗽中满腹胀, 抢心痛, 不欲食, 此因饥饱伤脾”。这些对于咳嗽伴有恶心、泛酸、暖气、呃逆、烧也疼痛、食欲下降, 进食后或饱餐后咳嗽的特征均与GERC颇为相似<sup>[2]</sup>。GERC多因嗜食烟酒、饮食不节、精神抑郁等因素导致胃的和降失常, 灼津生痰, 上犯于肺, 肺失清肃, 上逆作咳, 或痰气交阻, 痰湿瘀阻于胃, 升降失司, 母病及子, 肺气上逆而咳<sup>[8]</sup>。辛开苦降法可恢复脾胃和降功能, 从而使肺之宣降有序, 从而达到治疗咳嗽的目的<sup>[9]</sup>。

半夏泻心汤为辛开苦降之代表方, 旋复代赭汤功善降逆化痰、益气和胃, 笔者以此二方加减治疗GERC。方中半夏散结除痞、降逆和胃祛痰, 旋复花降气、消痰、行水、止呕, 二者为君药; 代赭石平肝镇逆, 干姜温中散寒, 黄芩、黄连苦寒以泄热开痞, 煅瓦楞子消痰化瘀、制酸止痛, 蛤壳清热、利水、化痰、止咳, 共为臣药; 柴胡解郁舒肝, 枳壳理气宽中、行滞消胀, 南沙参益气养阴和胃, 大枣、炙甘草补虚益气和中生津, 为佐使之品。全方共奏和胃降逆, 化痰止咳, 行气宽中之功。

本研究显示治疗后观察组临床疗效优于对照组, 观察组白天咳嗽评分、夜间咳嗽评分和总分均低于对照组, 治疗后观察组除暖腐吞酸、烧灼感外, 胃气上逆证其它症状评分均低于对照组, 提示了与西医抗酸联合促胃动力药物治疗法相比较, 半夏泻心汤合旋复代赭汤加减治疗GERC胃气上逆证能减轻咳嗽等症状, 临床疗效优于西医疗法。

## [参考文献]

- [1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2015)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(5): 323-354.
- [2] 王轶, 朱生樑. 胃食管反流性咳嗽的中医论治[J]. 时珍国医国药, 2015, 26(10): 2451-2452.
- [3] Chang AB, Lasserson TJ, Gaffney J, et al. Gastroesophageal reflux treatment for prolonged non-specific cough in children and adult[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2011, 19(1): CD004823.
- [4] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 咳嗽中医诊疗专家共识意见(2011版)[J]. 中医杂志, 2011, 52(10): 896-899.
- [5] 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: 129-134.
- [6] 陈旻湖, 侯晓华, 肖英莲, 等. 2014年中国胃食管反流病专家共识意见[J]. 胃肠病学, 2015, 20(3): 155-168.
- [7] 弓三东, 崔立红. 胃食管反流性咳嗽发病机制的研究进展[J]. 世界华人消化杂志, 2014, 22(19): 2665-2670.
- [8] 占新辉, 王微, 符思, 等. 胃食管反流性咳嗽的中西医结合治疗进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2014, 22(9): 556-559.

(责任编辑: 吴凌, 李海霞)