

[文章编号] 1007-0893(2024)11-0042-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.11.012

# 中西医结合治疗气郁痰阻型胃食管反流性咳嗽的临床研究

陈蔓 邢利旋

(潮州市人民医院, 广东 潮州 521000)

**[摘要]** 目的: 探讨中西医结合治疗气郁痰阻型胃食管反流性咳嗽(GERC)的临床效果。方法: 选取2021年12月至2023年2月于潮州市人民医院门诊就诊的气郁痰阻型GERC患者64例,以随机数字表法分成对照组与观察组,各32例。对照组患者使用雷贝拉唑钠肠溶片、枸橼酸莫沙必利片进行治疗,观察组患者在对照组的基础上联合中药(半夏厚朴汤合越鞠丸加减)进行治疗。观察记录两组患者的临床疗效[咳嗽症状积分(CSS)、反流性疾病问卷量表(RDQ)积分]、不良反应及复发情况。结果: 治疗后两组患者CSS、RDQ积分均有显著降低,且观察组患者降低程度相比对照组更明显,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。观察组患者复发率明显低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 采用中西医结合治疗气郁痰阻型GERC患者,可以获得比较理想的治疗效果,且复发少。

**[关键词]** 胃食管反流性咳嗽; 气郁痰阻型; 半夏厚朴汤; 越鞠丸

**[中图分类号]** R 571 **[文献标识码]** B

胃食管反流性咳嗽(gastroesophageal reflux cough, GERC)是一种特殊类型的胃食管反流病,主要是指胃酸与胃内其他内容物反流进入到食管中,导致咳嗽等问题发生,发病期间患者会伴有反酸、嗝气、烧心感等胃食管反流症状。GERC是造成慢性咳嗽的一种常见原因,其引起的咳嗽多在日间、变换体位以及直立位时出现,在进食油腻、酸性食物时诱发或加重<sup>[1]</sup>。近年来,由于人们饮食结构、生活习惯的变化,GERC发病率持续上升。针对GERC的治疗,目前主要以西医治疗为主,多采用抑酸药、胃肠动力调节剂、胃黏膜保护剂等西药治疗,虽可取得一定疗效,但单纯依靠西医治疗周期长、停药后容易复发,因此患者常伴随焦虑、抑郁等情志疾病,给患者的生活、经济、精神造成很大负担<sup>[2]</sup>,且长期使用质子泵抑制剂容易破坏胃肠道环境、继发肠道菌群失调等不良反应。近年来,中医治疗在临床上赢得人们的认可和接受,通过中医辨证论治对该病进行治疗,可以体现出一定优势。本研究使用中西医结合的方法治疗气郁痰阻型GERC,取得相对满意的应用效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2021年12月至2023年2月于潮州市人民医院

门诊就诊的气郁痰阻型GERC患者64例,以随机数字表法分成对照组与观察组,各32例。对照组男性16例,女性16例;年龄26~64岁,平均年龄(42.78±10.06)岁;病程1~20个月,平均病程(10.97±5.95)个月。观察组女性15例,男性17例;年龄25~63岁,平均年龄(41.97±10.92)岁;病程1~22个月,平均病程(13.16±7.61)月。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。本研究经医学伦理委员会审批通过(审批表编号CZSRMY-20210311009)。

### 1.2 病例标准

**1.2.1 诊断标准** (1) 西医诊断GERC参照《咳嗽的诊断与治疗指南(2015)》<sup>[1]</sup>制定以下标准:①慢性咳嗽,持续8周或以上;②胸部计算机断层扫描(computed tomography, CT)或胸部平片未见明显异常;③胃镜可见反流性食管炎或巴雷特食管表现;④或有反流、烧心、上腹烧灼感、上腹痛、嗝气等症状;⑤或经质子泵抑制剂诊断性治疗有效。(2) 中医辨证标准,气郁痰阻型GERC的辨证标准参考《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》<sup>[3]</sup>,主症:①咳嗽;②咽喉不适。次症:①反流、嗝气;②吞咽困难;③声音嘶哑;④情志抑郁、情绪波动大。舌脉:①脉弦滑;②舌苔黄腻或白腻。

**1.2.2 纳入标准** (1) 年龄20~65周岁; (2) 符

[收稿日期] 2024-04-07

[基金项目] 潮州市卫生健康局科研项目(潮卫科研2021009号)

[作者简介] 陈蔓,女,主治医师,主要研究方向是中医内科学。

合上述西医诊断 GREC 标准①②③项，或有④⑤项。同时符合中医辨证气郁痰阻型主症①或②项，次症至少 1 项，舌脉①跟②项；（3）对本研究知情同意。

1.2.3 排除标准 （1）长期暴露于花粉、粉尘、鹅毛等过敏原或刺激物；（2）有引起慢性咳嗽的其他疾病，如咳嗽变异型哮喘、鼻后滴漏综合征等；（3）合并其他上消化道疾病，如上消化道恶性肿瘤、贲门失迟缓症等；（4）备孕期、妊娠期或哺乳期妇女；（5）对本研究所涉及药物过敏者。

### 1.3 方法

两组患者均给予生活方式指导，帮助其改变不良饮食、生活习惯。

1.3.1 对照组 予以雷贝拉唑钠肠溶片（山东新华制药股份有限公司，国药准字 H20080683）20 mg·次<sup>-1</sup>，2 次·d<sup>-1</sup>，早晚餐前口服；枸橼酸莫沙必利片（广东安诺药业股份有限公司，国药准字 H20203264）50 mg·次<sup>-1</sup>，3 次·d<sup>-1</sup>，三餐前口服。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上应用半夏厚朴汤合越鞠丸加减：半夏 12 g，厚朴 12 g，茯苓 15 g，紫苏 10 g，香附 12 g，川芎 9 g，苍术 9 g，栀子 10 g，神曲 10 g，生姜 3 片（后下）。1 剂·d<sup>-1</sup>，600 mL 水煎煮成 300 mL，再 400 mL 水煮成 200 mL，500 mL 混合后再平分，分早晚口服。

开始治疗 2 周后雷贝拉唑钠肠溶片用量改为 1 次·d<sup>-1</sup>，早餐前口服。

两组患者均连续治疗 8 周，以 8 周为 1 个疗程。

### 1.4 观察指标

两组患者均治疗 8 周（1 个疗程）后进行评估。

（1）咳嗽症状积分（cough symptom score, CSS）<sup>[1]</sup>：CSS 积分表分为日间、夜间积分两方面内容。其中日间积分包括无咳嗽、偶有短暂咳嗽、咳嗽对日常生活造成轻度影响、咳嗽对日常生活造成严重影响，分别计 0 分、1 分、2 分、3 分；夜间积分包括无咳嗽、入睡时短暂咳嗽、因咳嗽轻度影响夜间睡眠、因咳嗽严重影响夜间睡眠，分别计 0 分、1 分、2 分、3 分。日间积分与夜间积分总和为 CSS 积分。治疗前后对其积分情况进行评估。

（2）反流性疾病问卷量表（reflux diagnostic questionnaire, RDQ）<sup>[4]</sup>：RDQ 评分量表对患者过去 4 周情况进行回顾，如反酸、烧心、反流、非心源性胸痛严重程度，按照症状严重程度（症状积分）和发作频率（频率积分）予以评估。症状积分：无症状、轻度（症状不明显，在医生提醒下发现）、中度（症状明显，影响日常生活，偶尔服药）、较重（症状介于 3~5 分），分别计 0 分、2 分、3 分、4 分，严重（症状非常明显，影响日常生活，需长期服药治疗）计 5 分；频率积分：从未有过、发作

频率≤1 d·周<sup>-1</sup>、2~3 d·周<sup>-1</sup>、4~5 d·周<sup>-1</sup>、几乎每日，计 0 分、2 分、3 分、4 分、5 分。4 种症状的症状积分总和与频率积分总和为 RDQ 积分。治疗前后对其积分情况进行评估。（3）不良反应及复发率：对治疗过程中患者发生不良反应（腹泻）的情况进行统计和比较。对两组患者进行半年随访，记录症状复发患者的例数。

### 1.5 统计学处理

应用软件 SPSS 26.0 对数据进行统计处理。计量资料包括患者的平均年龄、平均病程、CSS 积分、RDQ 积分等，此类临床资料经 ( $\bar{x} \pm s$ ) 描述，采用 *t* 检验；计数资料包括患者的不良反应发生率、复发率等，此类临床资料均以 (%) 描述，采用  $\chi^2$  检验。*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗前后咳嗽情况比较

治疗后两组患者的 CSS 积分均有不同程度下降，且治疗后观察组患者 CSS 积分低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后咳嗽情况比较 (*n* = 32,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	治疗前	治疗后
对照组	3.94 ± 1.24	2.19 ± 1.23 <sup>a</sup>
观察组	3.84 ± 1.14	1.16 ± 1.08 <sup>ab</sup>

注：与同组治疗前比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05。

### 2.2 两组患者治疗前后反流情况比较

治疗后两组患者的 RDQ 积分均有不同程度下降，且治疗后观察组患者 RDQ 积分低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后反流情况比较 (*n* = 32,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	治疗前	治疗后
对照组	17.88 ± 6.19	6.13 ± 3.40 <sup>c</sup>
观察组	18.50 ± 6.36	4.50 ± 2.71 <sup>cd</sup>

注：与同组治疗前比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，<sup>d</sup>*P* < 0.05。

### 2.3 两组患者不良反应发生率比较

治疗过程中对照组患者未出现明显不良反应，而观察组中有 1 例患者腹泻，其不良反应发生率为 3.1%，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。

### 2.4 两组患者复发率比较

在为期半年的随访中，对照组中共有 14 例复发，其复发率为 43.8%；观察组中共有 5 例复发，其复发率为 15.6%。观察组患者复发率低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。

### 3 讨论

GERC 是胃食管反流病的一种特殊形式, 为消化道动力障碍性疾病的一种, 和咳嗽变异型哮喘、鼻后滴漏综合征等一起, 被认为是引起慢性咳嗽的常见病因。GERC 的主要发病机制之一是各种因素造成食管下括约肌的松弛以及胃食管动力障碍, 使胃酸、胃蛋白酶、胆汁等胃内容物形成逆向流动, 形成气液性反流物刺激食管上端临近组织, 如鼻、咽、喉等, 引起咳嗽、咳痰、喘息等呼吸道症状<sup>[5]</sup>。近年来, GERC 在我国呈现逐年增加的趋势, 但由于大部分医院不具备进行食管反流监测及食管高分辨率测压的条件, 临床诊断 GERC 具有一定难度, 对疑似 GERC 患者, 在排除引起慢性咳嗽的其他一些疾病的基础上, 有时可进行诊断性治疗。按照 GERC 的治疗原则, 使用抑酸药可以减少酸性反流物的刺激性, 使用胃肠动力调节剂可以改善胃内容物的逆向流动, 但不能从根源上解决食管下括约肌的松弛以及胃食管的动力障碍, 因此, 西医治疗 GERC 虽有一定效果, 但疗程长且易反复, 这将损害患者的身心健康, 降低患者的生活质量, 影响患者的社会功能, 给患者和社会都造成一定负担。

GERC 在中医学领域中不存在独立命名, 按照其临床特点, 可以将其纳入到中医学的“胃咳”“内伤咳嗽”范畴之中。中医治疗该病时, 根据患者病因病机, 将 GERC 分成气郁痰阻型、瘀血阻络型、中虚气逆型等多种证型并实施辨证论治<sup>[4]</sup>。临床用药的针对性比西医治疗更强, 可以有效弥补西医治疗的不足。临床观察发现, GERC 的辨证分型以气郁痰阻型多见。胃以降为顺, 肺主宣发肃降<sup>[6]</sup>。现阶段, 社会各方面均在快速发展, 国民生活节奏进一步加快, 人们的精神压力也随之增大, 情志相关疾病也越来越多, 气郁痰阻型 GERC 就是一种从情志问题引发的疾病。其病机在于气机升降失常、气郁痰阻, 治疗宜以理气化痰、降逆和胃为基本大法。选方以半夏厚朴汤合越鞠丸加减。半夏厚朴汤出自张仲景《金匱要略》, 历代医家视其为治疗梅核气之专方。选取该方治疗 GERC, 是取其顺气降逆化痰以达止咳之功<sup>[7]</sup>。越鞠丸出自《丹溪心法·六郁》, 本方统治气、血、痰、食、湿、火六郁, 主以调气为先, 气畅则郁解, 以达理气化痰止咳之效<sup>[8-9]</sup>。且文献报道半夏厚朴汤与越鞠丸对治疗身心疾病都有一定的作用, 这对于治疗气郁痰阻型 GERC 患者伴随的焦虑、抑郁等情志障碍也有帮助<sup>[10-11]</sup>。

本研究结果显示, 中西医结合治疗气郁痰阻型 GERC 患者的整体疗效更为显著, 更有利于改善其 CSS 积分、

RDQ 积分, 同时有利于降低疾病复发率。西医在该病的临床治疗中对于情志调摄并不关注, 单纯通过抑酸护胃、促进胃肠动力恢复等方式进行治疗, 虽然此类疗法可以发挥一定效果, 但复发率较高, 患者生活质量无法得到明显改善。而运用中医药手段进行治疗, 关注对情志的调节以及饮食方面的调摄, 坚持辨病、辨证论治的方式相结合, 往往可以获得非常显著的临床疗效<sup>[12]</sup>。

从本研究的结果来看, 中西医结合疗法在气郁痰阻型 GER 患者的临床治疗中可以获得非常显著的临床疗效。

### [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): 323-340.
- [2] 欧阳皓, 薛倩, 王晶桐. 食管外症状对胃食管反流病患者焦虑抑郁情绪、生活质量及治疗效果的影响研究 [J]. 中国全科医学, 2020, 23(7): 855-860, 865.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(5): 321-326.
- [4] 赵迎盼, 廖宇, 钟家珮, 等. 胃食管反流病问卷(GerdQ)与反流性疾病问卷(RDQ)的比较研究 [J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2015, 24(5): 572-574.
- [5] 郭宇佳, 郑吉敏. 胃食管反流性咳嗽发病机制的研究进展 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(52): 96-97.
- [6] 甘考, 刘厚强, 蔡彦. 《四圣心源》治咳学术思想探析 [J]. 新中医, 2023, 55(14): 220-224.
- [7] 付洪芳, 张玉, 于白莉. 于白莉运用半夏厚朴汤治疗胃食管反流性咳嗽的经验 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(43): 257-260.
- [8] 任晓玲, 张洁, 唐雅伦, 等. 浅析越鞠丸治疗慢性阻塞性肺疾病合并胃食管反流病 [J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(8): 84-86.
- [9] 张碧珂, 艾志福, 朱根华, 等. 越鞠丸治疗抑郁症的作用及机制探析 [J]. 江西中医药大学学报, 2023, 35(1): 112-115.
- [10] 何美君, 贾博, 白光. 基于网络药理学及分子对接探讨半夏厚朴汤对胃食管反流病和抑郁症“异病同治”的作用机制 [J]. 中医药导报, 2021, 27(8): 138-143.
- [11] 李冀, 曲春成, 李志翔, 等. 培土生金法治疗胃食管反流性咳嗽的理论探讨 [J]. 浙江中医药大学学报, 2023, 47(4): 361-363, 374.
- [12] 李江辉, 陈硕, 洪嘉辉, 等. “以俞调枢”药穴指针疗法对胃气上逆型胃食管反流性咳嗽患者的临床研究 [J]. 中外医疗, 2022, 41(33): 167-170.