

# 清风降逆汤治疗寒热错杂型反流性食管炎临床疗效研究<sup>※</sup>

● 吴耀南<sup>1\*</sup> 洪玉双<sup>2</sup>

**摘 要** 观察清风降逆汤治疗寒热错杂型反流性食管炎患者的临床疗效及安全性。方法:采取随机对照的方法,共纳入本病患者69例,随机分为治疗组35例与对照组34例,治疗组予清风降逆汤治疗,对照组予西药雷贝拉唑钠肠溶片10mg bid,枸橼酸莫沙必利5mg tid治疗,两组疗程均为8周,治疗前后各观察记录临床症状1次,复查电子胃镜评价疗效。结果:治疗组胃镜下疗效有效率为80.00%,优于对照组的73.52% ( $P < 0.05$ );治疗前后的症状疗效对比,治疗组有效率85.71%,优于对照组的76.47% ( $P < 0.05$ );治疗组在改善临床症状积分方面优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论:清风降逆汤治疗反流性食管炎疗效确切且无毒副作用。

**关键词** 清风降逆汤 反流性食管炎 中医疗效

反流性食管炎(Reflux esophagitis, RE)是最常见的消化道动力障碍性疾病,属胃食管反流病(Gastroesophageal reflux disease, GERD)的一种,约占GERD患者的30%<sup>[1]</sup>。本病的发病年龄以40~60岁多见,男性多于女性(2~3:1),北京、上海两市的发病率达1.92%<sup>[2]</sup>。RE的主要发病机制是抗反流防御机制减弱和反流物对食管粘膜攻击作用的结果;主要的病理表现为鳞状上皮增生、黏膜固有层乳头延伸、上皮细胞层内炎细胞浸润、黏膜糜烂、溃疡形成、Barrett食管改变<sup>[3]</sup>。该病病程缠绵,易反复发作,深为患者所苦。部分本病患者若失于治疗或不注意生活调摄,易发展为Barrett食管,甚至可导致食管腺癌发生<sup>[4]</sup>,故其防治应引起重视。近年来,中医药对RE的研究逐渐深入,运用中医药治疗该病积累了一定的经验。2014年1月~2015年3月,笔者采用随机对照的临床设计方法,以自拟清风降逆汤治疗35例RE患者并进行了疗效观察,现将结果报道如下。

※基金项目 福建省中医药科研一般课题(No. wzy0914)

\*作者简介 吴耀南,男,主任医师,硕士研究生导师。主要从事脾胃病的中医临床研究。

• 作者单位 1. 福建中医药大学附属厦门市中医院(361009); 2. 福建省厦门市同安中医院(361016)

## 1 资料与方法

### 1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 参照2006年《中国胃食管反流病共识意见》推荐使用的1994年洛杉矶反流性食管炎诊断和分级标准。其中,胃镜检查分级标准为:0级:正常食管粘膜;A级:1个或1个以上的粘膜破损,长径小于5mm;B级:1个或1个以上的粘膜破损,长径大于5mm,但没有融合性病变;C级:黏膜破损有融合,但小于75%食管周径;D级:黏膜破损融合,至少达到75%的食管周径。达A级及以上者即可诊断为RE。

1.1.2 中医证候诊断标准 参照2002年《中药新药临床研究指导原则》中“中药新药治疗反流性食管炎的临床研究指导原则”所制定的诊断标准,患者出现“肝郁化热”,“脾虚胃热”主证,并见有怕冷肢凉,喜热饮食、暖气,纳呆,舌淡或红,苔薄白或薄黄而腻,脉沉或弦细等,可诊断为寒热错杂证。

1.2 纳入标准 ①年龄18~65岁;②经内镜诊断为RE;③符合RE之寒热错杂证候诊断标准。

1.3 排除标准 ①凡不符合纳入标准的患者;②有消化道肿瘤、消化道出血、食管狭窄、胃食管手术史等消化系统疾病者;③合并脑、心、肝、肺、肾疾病和造血系统等严重疾病、精神病患者;④妊娠或准备妊娠的

妇女、哺乳期妇女;⑤有相关药物过敏史者;⑥不能坚持用药者。

1.4 一般资料 观察病例来源于本院门诊及住院患者,共69例。将纳入病例随机分为2组。治疗组35例,男19例,女16例;年龄19~64岁,平均(42.94±10.649)岁;病程最短3个月,最长16个月,平均(7.80±3.513)月;治疗前症状总积分:(9.09±3.15)分;胃镜分级:A级:7例;B级:21例;C级:6例;D级:1例。对照组34例,男18例,女16例;年龄18~65岁,平均(42.65±11.252)岁;病程最短3个月,最长15个月,平均(7.56±2.956)月;治疗前症状总积分:(8.38±3.03)分;胃镜分级:A级:8例;B级:20例;C级:5例;D级:1例。2组患者性别、年龄、病程、治疗前症状总积分、胃镜分级比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.5 治疗方法 治疗组采用自拟方清风降逆汤加减口服,基本药物组成:清风藤(鸡屎藤)15g,半夏10g,黄连5g,黄芩10g,干姜10g,黄芩15g,浙贝10g,吴茱萸3g,海螵蛸15g,生蒲黄10g,草珊瑚30g,莪术10g,甘草10g。胸痛明显者加郁金10g、延胡索10g;痞满呕吐加厚朴10g、代赭石30g(打碎先煎);咽干明显者加牛蒡子10g、桔梗10g;瘀血明显加丹参15g、三七6g(冲服);食积者加鸡内金10g、炒麦芽15g;心烦、失眠加夜交藤15g、合欢花15g。日1剂,加水500mL煎至150mL,煎2次,分早晚2次饭后温服。对照组采用西药雷贝拉唑钠肠溶片(上海信谊药厂有限公司)10mg bid(早晚饭前),枸橼酸莫沙必利(江苏豪森药业股份有限公司委托江苏恒瑞医药股份有限公司)5mg tid(三餐饭前)。两组均用药8周。治疗期间停用其它一切治疗RE的药物。

1.6 观察指标与方法 (1)通过症状积分的改善情况,评定患者主要临床症状如反酸、烧心、胸骨痛、胃脘痛、嘈杂、胀满、纳差、便溏、口干口苦等改善情况,按照无、轻、中、重分别记为0、1、2、3分。(2)通过复查电子胃镜,观察内镜下患者食管粘膜的改善情况。根据内镜分级标准(1994年洛杉矶分级标准)将RE分为正常、A、B、C、D级,分别记为0、1、2、3、4分。

1.7 疗效标准 (1)症状疗效判定效标准:参照2002年《中药新药临床研究指导原则》,采用尼莫地平法计算症状改善百分率,即(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。痊愈:症状消失;显效:症状改善百分率≥80%;有效:50%≤症状改善百分率<80%;无效:症状改善百分率<50%。(2)内镜疗

效评价标准:痊愈:内镜下食管黏膜正常;显效:炎症未消失,治疗前后积分减少2分;有效:炎症未消失,治疗前后积分减少1分;无效:炎症未消失,治疗前后积分无变化。

1.8 统计学方法 采用SPSS17.0软件进行统计学分析。计量资料用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )来表示,首先进行正态分布检验,符合正态分布的采用 $t$ 检验,等级资料采用秩和检验,计数资料采用卡方检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组症状积分比较 两组治疗后与治疗前比较,差异均有显著性意义( $P<0.05$ );两组治疗后比较,差异有显著性意义( $P<0.05$ ),治疗组在改善临床症状积分方面优于对照组。见表1。

表1 两组治疗前后症状总积分对比( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数(n)	治疗前	治疗后
治疗组	35	9.09±3.15 <sup>△</sup>	4.06±2.15 <sup>★▲</sup>
对照组	34	8.38±3.02	5.18±2.29 <sup>★</sup>

注:与对照组比较,<sup>△</sup> $P>0.05$ ;与治疗前比较,<sup>★</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>▲</sup> $P<0.05$ 。

2.2 两组症状疗效比较 治疗组有效率为85.71%,对照组有效率为76.47%,经秩和检验,两组差异有显著性意义( $P<0.05$ )。见表2。

表2 两组症状疗效比较(例)

分组	例数	治愈	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗组	35	15	12	3	5	85.71 <sup>▲</sup>
对照组	34	8	9	9	8	76.47

注:与对照组比较,<sup>▲</sup> $P<0.05$ 。

2.3 两组胃镜下疗效比较 治疗组有效率为80.00%,对照组有效率为73.52%,经秩和检验,两组差异有显著性意义( $P<0.05$ )。见表3。

表3 两组胃镜下疗效比较(例)

分组	例数	治愈	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗组	35	9	15	4	7	80.00 <sup>▲</sup>
对照组	34	5	7	13	9	73.52

注:与对照组比较,<sup>▲</sup> $P<0.05$ 。

2.4 不良反应 两组中虽有个别患者出现不良反应,但休息或对症处理后可恢复正常,未发现严重不良反应。患者治疗前后的一般体检项目如血常规、肝肾功能、心电图等均未见明显异常。

# 3 讨论

本病无中医病名,但根据其临床表现可归入“痞满”、“吐酸”、“翻胃”、“噫醋”等范畴。脾为阴脏,胃为阳腑,脾主运化,胃主受纳,两者相互谐调,共同完成饮食水谷精微的消化和吸收。脾病多见虚证,有“阴道虚”、“虚则太阴”之论,脾气虚衰,虚则易寒;胃病多见实证,有“阳道实”、“实则阳明”之说,胃气壅实,实则易热。脾胃同病,易表现为寒热症状交互错杂的复杂局面,即寒热错杂证<sup>[5]</sup>。因此治疗上,须用寒热并用的方法治疗,如《医偏》所言:“寒热并用者,因其人有寒热之邪夹杂于内,不得不用寒热夹杂之剂。”《温病条辨》又云“治中焦如衡,非平不安”,应以寒热并调,以平为期。寒热并用是阴阳互根原理在中药配伍中的具体运用。

本课题从中医理论出发,抓住 RE 发病的关键,根据辨病辨证结合原则,以寒热并调、标本兼治为法,以清风藤(鸡屎藤)加《伤寒论》中治疗上热下寒,脾胃气机阻滞成痞之半夏泻心汤化裁,拟定清风降逆汤治疗本病,达到调理气机、制酸止呕、益气化瘀的目的。方中清风藤(鸡屎藤)功善清热祛湿,消滞,止痛,清热解毒,为君药;半夏味辛苦,性燥,功能散结除痞,降逆和胃亦为君药。干姜味辛,性热,功能温中散寒除痞,此为辛开;黄连、黄芩味苦性寒,功能清降泄热开痞,此为苦降,三药寒热平调,辛开苦降,合用为臣。黄芪温中健脾,益气补虚亦为臣药。吴茱萸与黄连配伍,即左金丸,功善清泄肝火,降逆止呕,吴茱萸既可助黄

连和胃降逆,又可制约黄连之苦寒,使泻火而不凉遏,温通而不助热;久病入络,瘀血内生,以生蒲黄、莪术活血化瘀,《本草汇言》指出:“蒲黄,行止之药也……,血之滞者可行,血之行者可止,凡生用则性凉,行血而兼消”,而莪术性温,既能破血行气,又能消积止痛,且《本草图经》有云:“治积聚诸气,为最要之药。”因此,生蒲黄与莪术性味一凉一温,共奏活血行气止痛之功;草珊瑚性平,功善清热解毒、抗菌消炎,亦能活血止痛;海螵蛸制酸和胃,且与浙贝母合用,即乌贝散,既能制酸和胃,又能化痰散结,以上几味共为佐药。甘草调和众药为使。诸药配合,为寒温并用,标本兼治之法,既能清热化痰,又能去瘀补虚,从而达到调理气机,制酸止呕,益气化瘀的目的。

本观察结果显示:清风降逆汤可有效改善患者症状,疗效优于西药治疗组。清风降逆汤治疗反流性食管炎疗效确切,安全可靠。

## 参考文献

- [1]杨玉巧,高社光,郭皓,等.反流性食管炎病症的机理和治疗[J].求医问药,2012,10(4):207.
- [2]潘国宗,许国铭,郭慧平,等.北京上海胃食管反流症状的流行病学调查[J].中华消化杂志,1999,19(4):223.
- [3]2003反流性食管炎的诊断及治疗指南,中华消化内镜杂志[J].2004,21(4):221-222.
- [4]李兆申,徐晓蓉,许国铭,等.反流性食管炎的临床特征分析[J].中华消化内镜杂志,2005,22(5):315-318.
- [5]任小宁.方剂寒热并用配伍规律研究[D].陕西西安:陕西中医药大学,2009.

(上接第34页)

## 参考文献

- [1]清·赵学敏.本草纲目拾遗[M].北京:人民卫生出版社,1957:191-193.
- [2]清·程林.圣济总录纂要[M].文渊四库全书电子版.
- [3]清·汪昂.医方集解[M].上海:上海科学技术出版社,1959:100.
- [4]清·吴仪洛.成方切用[M].清乾隆硃川利济堂刻本,中国基本古籍库.
- [5]清·张璐.张氏医通[M].清康熙宝翰楼刻本,中国基本古籍库.
- [6]清·雷丰.时病论[M].中国基本古籍库.
- [7]清·费伯雄.食鉴本草[M].上海:上海科学技术出版社,1985:14.
- [8]清·鲍相璈.验方新编[M].北京:科学技术文献出版社,1991:139.
- [9]清·陈杰辑.回生集[M].上海:上海科学技术出版社,1985:35.
- [10]清·萧垞.女科经论[M].清刻本,中国基本古籍库.
- [11]清·沈金鳌.妇科玉尺[M].清乾隆刻沈氏尊生书本,中国基本古籍库.

- [12]清·熊应雄.推拿广意[M].清江阴学古山房刻本,中国基本古籍库.
- [13]清·吴谦.医宗金鉴[M].文渊四库全书电子版.
- [14]清·魏之琇.续名医类案[M].文渊阁四库全书电子版.
- [15]清·王氏雄著.石念祖注.王氏医案经注[M].上海:商务印书馆,1957:84-85.
- [16]清·陶承熹.惠直堂经验方[M].上海:上海科学技术出版社,1985:104.
- [17]清·赵学敏.串雅外编[M].清钞本,中国基本古籍库.
- [18]清·潘楫.医灯续焰[M].清顺治潘氏陆地舟刻本,中国基本古籍库.
- [19]清·程国彭.医学心悟[M].清雍正慎德堂刻本,中国基本古籍库.
- [20]清·陈葆善.白喉条辨[M].清光绪刻本,中国基本古籍库.
- [21]清·费启泰.救偏琐言[M].清顺治刻,嘉庆元年印本,文渊阁四库全书电子版.
- [22]清·胡廷光.伤科汇纂[M].清钞本,中国基本古籍库.