

◆经方古方◆

半夏泻心汤加减联合西药治疗寒热互结型反流性食管炎临床研究

林燕芬¹, 刘日强²

1. 广州市番禺区第八人民医院中医科, 广东 广州 511450

2. 广州市番禺区第八人民医院康复科, 广东 广州 511450

[摘要] 目的: 观察半夏泻心汤加减联合西药治疗寒热互结型反流性食管炎的疗效。方法: 选取2023年10月—2024年10月广州市番禺区第八人民医院收治的90例寒热互结型反流性食管炎患者, 按随机数字表法分为对照组及观察组各45例。对照组应用奥美拉唑肠溶胶囊与法莫替丁片治疗, 观察组在对照组基础上加用半夏泻心汤加减治疗, 2组均连续治疗4周。治疗前后评定2组患者的中医证候评分、食管黏膜分级评分、匹兹堡睡眠指数(PSQI)评分, 比较2组的临床疗效及不良反应发生率。结果: 治疗后, 观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。2组中医证候积分、食管黏膜分级评分、PSQI评分均较治疗前下降($P < 0.05$), 观察组上述3项评分均低于对照组($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率低于对照组($P < 0.05$)。结论: 半夏泻心汤加减联合西药治疗寒热互结型反流性食管炎疗效确切, 能有效改善临床症状, 减轻食管黏膜损伤程度及胃食管反流程度, 提升睡眠质量, 用药安全性较高。

[关键词] 反流性食管炎; 寒热互结证; 半夏泻心汤; 中医证候评分; 睡眠质量

[中图分类号] R259; R571 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 09-0001-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.09.001

Clinical Study on Modified Banxia Xiexin Decoction Combined with Western Medicine in Treating Reflux Esophagitis of Intermingled Cold and Heat Type

LIN Yanfen¹, LIU Riqiang²

1. Department of Traditional Chinese Medicine, Eighth People's Hospital of Panyu District, Guangzhou, Guangzhou Guangdong 511450, China; 2. Department of Rehabilitation, Eighth People's Hospital of Panyu District, Guangzhou, Guangzhou Guangdong 511450, China

Abstract: **Objective:** To observe the therapeutic effect of modified Banxia Xiexin Decoction combined with western medicine in the treatment of reflux esophagitis of intermingled cold and heat type. **Methods:** A total of 90 patients with reflux esophagitis of intermingled cold and heat type admitted to the Eighth People's Hospital of Panyu District, Guangzhou from October 2023 to October 2024 were selected and randomly divided into the control group and the observation group using the random number table method, with 45 cases in each group. The control group was treated with Omeprazole Enteric Capsules and Famotidine Tablets, while the observation group received modified Banxia Xiexin Decoction in addition to the treatment of the control group. Both groups were treated continuously for four weeks. Changes in traditional Chinese medicine syndrome scores, esophageal mucosal grading scores, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) scores before and after treatment were compared. The clinical effects and incidence of adverse

[收稿日期] 2025-09-02

[修回日期] 2026-02-28

[作者简介] 林燕芬 (1981-), 女, 副主任中医师。

reactions were compared between the two groups. **Results:** After treatment, the total clinical effective rate in the observation group was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the traditional Chinese medicine syndrome scores, esophageal mucosal grading scores, and PSQI scores in both groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the scores in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions in the observation group was significantly lower than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Modified Banxia Xiexin Decoction combined with conventional western medicine demonstrates a certain therapeutic effect on reflux esophagitis of intermingled cold and heat type. It can effectively alleviate clinical symptoms, reduce the severity of esophageal mucosal lesions and gastroesophageal reflux, improve sleep quality, and exhibits a favorable safety profile.

Keywords: Reflux esophagitis; Intermingled cold and heat syndrome; Banxia Xiexin Decoction; Traditional Chinese medicine syndrome scores; Sleep quality

反流性食管炎是胃食管反流引起的食管黏膜炎症性病变,不良生活习惯与饮食习惯是导致该病发生的主要原因。患病期间可表现出烧心、反流、胸痛、上腹灼烧感、暖气等诸多症状,疾病进展可能导致胃部与食管出现恶性病变^[1]。其发病机制主要与食管下括约肌松弛、食管清除能力下降、胃排空延迟及胃酸、胃蛋白酶等反流物持续刺激食管黏膜有关,黏膜防御屏障受损后易出现充血、水肿、糜烂等炎症改变。目前临床治疗反流性食管炎以抑酸、促胃肠动力、保护黏膜为主,其中质子泵抑制剂应用最为广泛,如奥美拉唑,可通过强效抑制胃酸分泌,减轻酸性反流物对食管黏膜的侵蚀,进而保护黏膜、缓解症状。但西药治疗疗程普遍较长,长期用药可能导致药物相关不良反应累积,部分患者依从性不佳^[2]。法莫替丁胶囊作为H₂受体拮抗剂,可通过竞争性阻断组胺H₂受体,抑制基础胃酸及由食物刺激引发的胃酸分泌,降低胃内酸度,减轻食管黏膜损伤,但其抑酸强度不及质子泵抑制剂,且长期使用可能出现头晕、腹泻、肝功能异常等不良反应,停药后复发率较高。鉴于单纯采用西药抑酸存在长期用药安全性风险、症状易反

复、部分患者耐受度差等局限,而中医药疗法在治疗反流性食管炎时,注重整体辨证、调和脾胃气机、恢复脏腑功能,不仅可缓解烧心、反酸等典型症状,还能兼顾改善患者体质、减少病情复发,同时具有不良反应轻微、长期应用安全性更高的优势,因此临床逐渐倾向于联合或采用中医药疗法进行个体化治疗。

笔者在临床中收治的反流性食管炎患者以脾胃虚弱、寒热互结证较为常见,结合病机特点,临床治疗方案的制定应当遵循健脾和胃、平调寒热、消痞散结、降逆制酸原则^[3]。半夏泻心汤出自《伤寒论》,该方属和解剂,其核心功效为平调寒热、消痞散结,适用于脾胃不足、寒热互结所致的痞满证。有研究表明,将半夏泻心汤用于治疗慢性胃炎、消化道溃疡可取得较好疗效^[4-5]。笔者认为,采用中西医结合治疗应可实现西药快速抑酸与中药调理巩固的优势互补,提升疗效并降低不良反应。考虑到反流性食管炎易引发睡眠障碍,形成恶性循环,因此睡眠质量可作为评估治疗效果与患者生活质量的重要指标。本研究观察半夏泻心汤加减联合西药治疗寒热互结型反流性食管炎的疗效及对患者睡眠质量的影响,结果报道

如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《反流性食管炎诊断及治疗指南(2003年)》^[6]拟定反流性食管炎诊断标准。在发病后3个月内持续或间断性出现烧心、反酸、食欲不振、腹痛、上腹灼烧感等症状。近期(6个月内)未开展过大型腹部手术。内镜辅助检查结果显示食管远端有明显的柱状上皮化生,并得到病理学检查证实。

1.2 辨证标准 参照《中医内科学》^[7]拟定寒热互结证辨证标准。主症:吞酸时作、暖气酸腐、胃脘痞满;次症:泛恶、食少纳呆、疲乏无力、呃逆;舌淡、苔薄白,脉细弦。

1.3 纳入标准 符合诊断与辨证标准;年龄20~70岁;意识清楚,能够配合完成本研究相关检查及治疗,依从性良好;签署知情同意书。

1.4 排除标准 已知对本研究所用药物严重过敏;合并幽门螺杆菌感染;合并活动性肺结核或其他严重传染性疾病;合并危重疾病,需紧急救治;同期参与其他临床研究;病历资料不完整。

1.5 剔除标准 擅自更改治疗方案,或加用其他影响研究结果的药物;治疗过程中出现严重并发症,无法继续参与研究且需调整治疗方案。

1.6 脱落标准 在研究过程中失访(如电话失联、拒绝继续随访);中断治疗超过3天,且无法联系到患者;因个人原因或非研究相关不良反应,主动退出研究;研究过程中出现严重不良事件,经研究者判断需终止其参与研究。

1.7 一般资料 选取2023年10月—2024年10月广州市番禺区第八人民医院收治的90例寒热互结型反流性食管炎患者,按随机数字表法分为对照组及观察组各45例。观察组1例剔除,2例脱落;对照组无剔除病例,2例脱落。

观察组男22例,女20例;年龄23~64岁,平均 (43.18 ± 4.70) 岁;病程0.4~3.0年,平均 (1.81 ± 0.22) 年;体质量指数21.4~27.8,平均 23.68 ± 1.72 。对照组男24例,女19例;年龄22~68岁,平均 (43.41 ± 4.65) 岁;病程0.5~3.2年,平均 (1.87 ± 0.24) 年;体质量指数21.6~28.1,平均 23.76 ± 1.76 。2组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经广州市番禺区第八人民医院医学伦理委员会审批(LN202310362)。

2 治疗方法

入院后均进行个体化饮食方案制定,并纠正患者的不良饮食习惯,嘱咐其多食易消化食物,忌生冷、辛辣食物,禁烟酒,实施少食多餐饮食法。

2.1 对照组 给予奥美拉唑肠溶胶囊(山东罗欣药业集团股份有限公司,国药准字H20033444,规格:20 mg/粒)与法莫替丁片[德全药品(江苏)股份有限公司,国药准字H20056917,规格:20 mg/片]治疗。奥美拉唑肠溶胶囊每次20 mg,每天2次,口服;法莫替丁片每次20 mg,每天2次,口服。

2.2 观察组 在对照组基础上加用半夏泻心汤加减治疗。半夏泻心汤处方:法半夏10 g,干姜8 g,黄连3 g,党参15 g,黄芩10 g,炙甘草9 g,大枣10 g。腹胀明显者,加紫苏梗15 g,藿香(后下)10 g;纳差明显者,加炒麦芽30 g,山楂10 g,神曲10 g;暖气频繁者,加旋覆花(包煎)10 g;便秘严重者,加熟大黄5 g。每天1剂,水煎取汁,分早、中、晚于餐前温服。每周返院复诊1次。

2组均连续治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。于治疗4周后评估。②中医证候积分。将主症(吞酸时作、暖气酸腐、胃脘痞满)按照无、轻度、中度、

重度依次计为0、2、4、6分；次症(泛恶、食少纳呆、疲乏无力、呃逆)按照无、轻度、中度、重度依次计为0、1、2、3分^[8]。中医证候评分标准见表1、表2。中医证候积分为主症积分与次症积分之和，分值越高，代表症状越严重。分别于治疗前及治疗4周后进行评估。

③食管黏膜分级评分。参考洛杉矶分级评分标准^[9]，将内镜下食管黏膜的洛杉矶分级转换为量化评分。A级：食管黏膜≥1个破损，长径<5 mm，计1分；B级：食管黏膜≥1个破损，长径>5 mm且无融合，计2分；C级：食管黏膜

破损有融合，融合范围<75%食管周径，计3分；D级：食管黏膜破损融合，融合范围≥75%食管周径，计4分。得分越高，表示黏膜损伤越严重。分别于治疗前及治疗4周后进行评估。

④睡眠质量。应用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)^[10]评估，该量表包含9个项目，评分0~3分，总分0~21分。得分越高，表示睡眠质量越差。分别于治疗前及治疗4周后进行评估。

⑤不良反应发生率。统计患者治疗期间不良反应的发生情况，计算不良反应发生率。

表1 中医证候评分量化表(主症)				
症状	轻度(2分)	中度(4分)	重度(6分)	
吞酸时作	偶尔出现吞酸，每天次数≤2次	吞酸较频繁，每天3~5次	吞酸频繁，每天次数≥6次，影响日常生活	
暖气酸腐	偶尔出现暖气酸腐，每天次数≤3次	暖气酸腐较频繁，每天4~6次	暖气酸腐频繁，每天次数≥7次，气味明显	
胃脘痞满	偶尔出现胃脘痞满，每天持续时间≤1h	胃脘痞满较明显，每天持续1~3h	胃脘痞满严重，每天持续时间≥4h，影响进食	

表2 中医证候评分量化表(次症)				
症状	轻度(1分)	中度(2分)	重度(3分)	
泛恶	偶尔出现泛恶，无恶心欲吐感	泛恶较明显，每天2~3次，有轻微恶心感	泛恶严重，每天次数≥4次，恶心欲吐，影响进食	
食少纳呆	食欲略差，进食量减少<1/4	食欲明显变差，进食量减少1/4~1/2	食欲极差，进食量减少>1/2，甚至拒食	
疲乏无力	偶尔出现疲乏，不影响日常活动	经常疲乏，活动后加重，可正常完成日常活动	极度疲乏，无法正常完成日常活动	
呃逆	偶尔出现呃逆，每天次数≤2次	呃逆较频繁，每天3~5次	呃逆频繁，每天次数≥6次，影响交谈及进食	

3.2 统计学方法 应用SPSS20.0软件进行统计分析。符合正态分布的计量资料以均数±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。计数资料以百分比(%)表示，采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《胃食管反流病中西医结合诊疗专家共识(2025年)》^[8]，根据疗效指数评估疗效。疗效指数=(治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分)/治疗前中医证候积分×100%。治愈：吞酸时作、暖气酸腐、胃脘痞满等症状消失或基本消失，疗效指数≥95%；显效：症状明显改善，疗效指数70%~94%；有效：症状均有好转，疗效指数30%~

69%；无效：症状均无明显改善，甚或加重，疗效指数<30%。

4.2 2组临床疗效比较 见表3。治疗后，观察组总有效率为95.24%，对照组为79.07%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.3 2组治疗前后中医证候积分、食管黏膜分级评分及PSQI评分比较 见表4。治疗前，2组中医证候积分、食管黏膜分级评分及PSQI评分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2组中医证候积分、食管黏膜分级评分及PSQI评分均较治疗前下降($P < 0.05$)，观察组上述3项指标均低于对照组($P < 0.05$)。

4.4 2组不良反应发生率比较 见表5。观察组不良反应发生率为7.14%，对照组为23.26%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组临床疗效比较

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	42	17(40.48)	12(28.57)	11(26.19)	2(4.76)	40(95.24)
对照组	43	10(23.26)	13(30.23)	11(25.58)	9(20.93)	34(79.07)
χ^2 值						4.930
P值						0.026

表4 2组治疗前后中医证候积分、食管黏膜分级评分及PSQI评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	中医证候积分	食管黏膜分级评分	PSQI评分
观察组	治疗前	42	22.79 $\pm$ 2.41	2.81 $\pm$ 0.33	16.52 $\pm$ 1.85
	治疗后	42	7.96 $\pm$ 0.92 ^{①②}	1.21 $\pm$ 0.14 ^{①②}	6.88 $\pm$ 0.81 ^{①②}
对照组	治疗前	43	23.05 $\pm$ 2.15	2.74 $\pm$ 0.29	16.28 $\pm$ 2.01
	治疗后	43	10.63 $\pm$ 1.25 ^①	1.48 $\pm$ 0.17 ^①	8.47 $\pm$ 0.90 ^①

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ；②与对照组治疗后比较， $P < 0.05$ 。

表5 2组不良反应发生率比较

组别	例数	胃肠道反应	过敏反应	头晕	肝功能异常	合计
观察组	42	2(4.76)	0	1(2.38)	0	3(7.14)
对照组	43	7(16.28)	1(2.33)	1(2.33)	1(2.33)	10(23.26)
χ^2 值						4.258
P值						0.039

5 讨论

反流性食管炎的临床症状缺乏特异性，易与功能性消化不良、冠心病、慢性胃炎等疾病混淆，可能导致部分患者未能及时获得精准诊断与治疗。当症状持续或加重时，内镜检查常可发现食管黏膜已出现糜烂、溃疡等病变，严重影响患者的生活质量。目前，反流性食管炎的治疗以生活方式干预联合药物治疗为主。其中，质子泵抑制剂是核心药物，其通过抑制胃壁细胞 H^+/K^+-ATP 酶的活性，减少胃酸分泌，进而减轻胃酸对食管黏膜的损伤，促进黏膜愈合，有效缓解症状^[11]。然而，该病易复发，部分患者需接受长期治疗，导致不良反应发生风险增加，影响综合治疗效果。

反流性食管炎归属于中医学吞酸、吐酸、痞证范畴，其发病机制为外邪侵袭、饮食失调等因素导致脾胃损伤，胃失和降，胃内浊气与食糜可逆行上冲至食管。因此临床针对反流性

食管炎的中医治疗方案应当围绕“和胃降逆制酸”原则制定。

本研究所用的半夏泻心汤，方中法半夏有消痞散结、和胃降逆之功效，干姜有温中散寒之效用，助半夏温胃消痞以和阴；黄芩、黄连苦寒清降，清泻里热以和阳；党参、大枣补益脾胃、益气生津；炙甘草除可补脾和胃，还可调和诸药。全方共奏健脾益气、和胃降逆、平调寒热之功效^[12]。现代药理研究显示，半夏所含的有机酸类、生物碱类成分能改善恶心反胃、胃部胀满等症状，同时具有减少胃酸分泌、帮助消化、改善睡眠等作用，还能抑制细菌感染、减轻炎症反应^[13]。干姜具有抗炎、促进消化等作用^[14]。炙甘草中的甘草总黄酮能显著抑制肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)等促炎因子释放，并通过抑制胃酸分泌、减轻氧化应激、激活磷脂酰肌醇3-激酶/蛋白激酶B (PI3K/

AKT)通路抑制胃黏膜细胞凋亡、促进黏膜上皮再生,对胃肠黏膜发挥保护与修复作用^[15]。本研究结果显示,观察组总有效率高于对照组,中医证候积分、食管黏膜分级评分及PSQI评分均低于对照组,提示加用半夏泻心汤加减治疗可提高临床疗效,更为有效地缓解临床症状,减轻食管黏膜损伤,提高睡眠质量。

反流性食管炎患者因胃肠黏膜与食管黏膜出现持续性损伤,可表现出不同程度的炎性反应,而炎性因子的大量分泌又可直接影响胃肠功能,导致胃肠激素分泌失衡,加速病情进展。中西医联合用药可通过调节胃肠激素水平,为胃肠黏膜与食管黏膜提供保护,阻碍炎性因子大量分泌,从根本上改善患者的病理损伤状态。

本研究结果显示,观察组不良反应发生率低于对照组,提示加用半夏泻心汤可降低患者的治疗风险。西药因治疗时间较长,可能导致患者出现多种不良反应;而半夏泻心汤可通过辛开苦降、健脾和胃、消痞散结的药物配伍,调节胃肠气机、保护食管与胃黏膜、减轻药物刺激,从而降低不良反应发生风险^[16]。

综上,半夏泻心汤加减联合西药治疗寒热互结型反流性食管炎疗效确切,能有效改善临床症状,减轻食管黏膜损伤程度及胃食管反流程度,提升睡眠质量,用药安全性较高。

[参考文献]

[1] 冯昊,李明,任晓静,等. 吴茱萸汤联合西药治疗反流性食管炎的临床观察[J]. 西北药学杂志, 2021, 36(4): 656-659.

- [2] 王健,林柳兵,沈莹,等. 疏肝和中汤联合雷贝拉唑治疗肝胃郁热型反流性食管炎临床研究[J]. 陕西中医, 2020, 41(2): 168-171.
- [3] 黄秋思,郭丹丹,姚丹,等. 金柴清肝汤联合西药治疗肝胃郁热型反流性食管炎的临床疗效研究[J]. 中国医药, 2021, 16(3): 389-392.
- [4] 刘婉,汪萍,晋颖,等. 半夏泻心汤加味联合四联疗法对脾胃湿热型Hp相关慢性胃炎患者Hp清除率及胃肠黏膜功能的影响[J]. 天津中医药, 2024, 41(1): 29-33.
- [5] 曹云海,施媛. 半夏泻心汤联合兰索拉唑治疗消化道溃疡的疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17(5): 1026-1029.
- [6] 中华医学会消化内镜学分会. 反流性食管炎诊断及治疗指南(2003年)[J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 21(4): 221-222.
- [7] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 189-191.
- [8] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 胃食管反流病中西医结合诊疗专家共识(2025年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2025, 33(3): 217-229.
- [9] ERGUN P, KIPCAK S, GUNEL N S, et al. Inflammatory responses in esophageal mucosa before and after laparoscopic antireflux surgery[J]. World J Gastrointest Surg, 2024, 16(3): 871-881.
- [10] 路桃影,李艳,夏萍,等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度及效度分析[J]. 重庆医学, 2014, 43(3): 260-263.
- [11] 陈志凌,吴华为,梅显伟,等. Dx-pH监测与质子泵抑制剂诊断性试验在咽喉反流性疾病诊断中的相关性分析[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2020, 55(1): 34-39.
- [12] 李萌,于靖文,王少丽,等. 半夏泻心汤治疗反流性食管炎临床与实验研究进展[J]. 吉林中医药, 2020, 40(9): 1257-1260.
- [13] 王依明,王秋红. 半夏的化学成分、药理作用及毒性研究进展[J]. 中国药房, 2020, 31(21): 2676-2682.
- [14] 何建桥,张森,杨志军,等. 干姜的性效、炮制历史沿革及成分活性研究进展[J]. 中药材, 2024, 47(2): 497-505.
- [15] 宋健,韦永红,孟凯强,等. 沈舒文教授运用中医药治疗慢性萎缩性胃炎的临床经验与学术思想[J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17(8): 1539-1543.
- [16] 庞佳,许荣荣,石敏,等. 乌贝散合半夏泻心汤加减治疗反流性食管炎疗效及机制研究[J]. 中国基层医药, 2025, 32(9): 1337-1343.

[责任编辑: 郭雨驰, 吴凌, 蒋维超(英文)]