

· 临床经验 ·

通降和胃方治疗胃食管反流性咳嗽 60 例

刘春芳 郭召平 曹会杰 程艳梅 张秀莲 朱生樑 李黎

【摘要】 目的 评价通降和胃方治疗胃食管反流性咳嗽(GERC)的临床疗效。**方法** 采用随机对照研究方法,收集胃食管反流性咳嗽患者 126 例,随机分为治疗组 63 例和对照组 63 例,分别予以通降和胃方加减和奥美拉唑治疗,疗程 8 周,观察治疗前后两组的临床症状积分差别及内镜下食管黏膜炎症积分,评价通降和胃方加减治疗胃食管反流性咳嗽的临床疗效。**结果** 治疗组与对照组完成疗程各 60 例,治疗组治疗 GERC 的临床总体显效率为 78.33%,对照组为 43.33%,两者比较有差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组在改善胃食管反流性咳嗽患者的咳嗽、嗝气症状上与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$);两组在改善胃食管反流性咳嗽患者的反酸、烧心症状上比较,结果差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 通降和胃方能够有效地改善胃食管反流性咳嗽患者的临床症状,且对咳嗽、嗝气症状的疗效优于奥美拉唑,提示通降和胃方在抗反流方面优势显著。

【关键词】 胃食管反流性咳嗽; 通降和胃方; 奥美拉唑; 脏腑相关理论

【中图分类号】 R 56 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1694-1749.2013.07.018

以慢性咳嗽为主要临床表现的胃食管反流病称为胃食管反流性咳嗽(gastroesophageal reflux induced cough, GERC)^[1]。有研究显示,超过一半的 GERC 都缺乏胃肠道症状^[2],仅表现为反复难愈的咳嗽,极易与呼吸系统及咽喉部疾病混淆,由于更多的神经反射参与其中,使 GERC 较胃食管反流病更难找到治疗的突破口,至今还没有一个最佳的治疗方案。基于中医经典脏腑相关理论精髓与本病的特点,朱生樑教授提出了“从胃治咳”治疗 GERC 的新思路,即通过“和胃降逆”达到“宣降肺气”的目的,在此基础上拟定的“通降和胃方”具有不使用止咳化痰药而使咳嗽自止的治疗特色。在其所在研究团队国家中管局重点专科建设单位上海岳阳中西医结合医院胃食管反流病专科十余年的临床应用中,疗效稳定,有良好的口碑。本研究在前期研究基础上,通过随机对照临床试验,对通降和胃方治疗胃食管反流性咳嗽的疗效进行客观评价,进一步了解该方的适应范围,以期

为新药临床研究提供可靠依据。

1 对象与方法

1.1 对象

所有病例均来自于 2009 年 11 月至 2012 年 3 月在上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院胃食管反流病专科就诊病例。共纳入 126 例病例,采用随机对照临床研究方法,采用随机数字表法按 1:1 的比例随机将患者分为治疗组和对照组。因未完成疗程两组各脱落 3 例,故治疗组有效病例 60 例,对照组 60 例。治疗组男性 18 例,女性 42 例,平均年龄 55 岁,病程最长者 28 个月,最短者 4 个月;对照组男性 19 人,女性 41 人,平均年龄 54 岁,病程最长者 36 个月,最短者 3 个月。两组在性别比例、年龄分布、病程长短方面比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准

(1)符合《中国胃食管反流病共识意见》^[3](2006,三亚)胃食管反流病西医诊断标准及《胃食管反流病中医诊疗共识意见》^[4](2009,深圳)吐酸病的中医诊断标准;(2)以呛咳为主诉或主要症状;(3)符合反流性食管炎内镜下诊断分级标准;(4)年龄在 18~70 周岁,性别无特殊限制;(5)签署知情同意书。符合以上各条者纳入本研究。

1.3 排除标准

(1)合并其他消化系统疾病者;(2)合并其他致咳疾病者;(3)诊断为 GERD 但不伴有咳嗽者;(4)严重心血管疾病、肝肾功能不全者;(5)腹部手术、妊娠以及精神病患者。有以上任何一条者排除。

1.4 治疗方法

治疗组予通降和胃方水煎剂,由旋覆梗 12 g、代赭石

基金项目:上海市卫生局科研项目(2010Y123);上海市教委脾胃病重点学科项目(JS0305);国家中管局重点学科建设项目

作者单位:200437 上海市中医药研究院中西医结合临床研究所(李黎);上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院消化科[刘春芳(博士研究生)、郭召平、曹会杰、张秀莲、程艳梅、朱生樑]

作者简介:刘春芳(1985-),女,2012 级在读博士研究生。研究方向:胃食管反流病的中医临床与实验研究。E-mail:lc2_hb@163.com;郭召平(1982-),住院医师。研究方向:胃食管反流病的中医临床研究。E-mail:13601754965@139.com(刘春芳、郭召平为共同第一作者)

通讯作者:李黎(1980-),女,博士,主治医师,助理研究员。研究方向:中西医结合消化病的临床与基础研究。E-mail:semillilien@126.com

15 g、柴胡 9 g、枳壳 12 g、焦山栀 9 g、川楝子 9 g、黄连 3 g、吴茱萸 3 g、太子参 12 g、生姜 3 g、甘草 6 g 组成,每日 1 剂,分 2 次口服(药物由岳阳中西医结合医院中药房提供),治疗 8 周为 1 个疗程。反酸、烧心明显者加乌贼骨 15 g、白螺蛳壳 15 g;口苦明显者加龙胆草 3 g;中上腹胀满明显者加厚朴 9 g、佛手 6 g;大便秘结者加虎杖 15 g、大腹皮 30 g、全瓜蒌 15 g。

对照组予奥美拉唑胶囊(常州四药制药厂生产),20 mg,每日 2 次口服。疗程 8 周^[5],服药期间停用影响本次观察的药物,疗程结束后评定疗效。

1.5 疗效评价

1.5.1 临床症状积分 根据 2006 年《中国胃食管反流病共识意见的诊断标准》^[3]中胃食管反流病的临床症状,并参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]中相关症状的分级方法拟定本病临床症状积分:无症状表示从未出现此类症状;轻度表示偶然出现,每天小于一次,不影响工作和休息;中度表示每天发生频率在 1 次至 3 次之间;重度表示每天发生频率大于 3 次,影响工作和休息。主诉咳嗽按以上 4 个等级由轻到重依次以 0、3、6、9 进行计分,胃食管反流病主要症状(烧心、嗝气、反酸、胸痛)以 0、2、4、6 进行计分,其他一般症状以 0、1、2、3 进行计分。

1.5.2 临床疗效判定标准^[6] 痊愈:临床症状消失,症状积分减少 $\geq 95\%$;显效:临床症状基本消失(虽偶有症状但很快消失),症状积分减少 70%~94%;有效:临床症状未消失,但较以前减轻,症状积分减少 30%~69%;无效:临床症状未消失,程度未减轻,症状积分减少 $< 30\%$ 。计算公式:(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

1.6 统计方法

采用 SPSS 15.0 统计软件进行统计。两组间基线均数比较采用 t 检验,以表示,偏态分布资料两组间比较采用秩和检验,用中位数(四分位间距)[$M(Q)$]表示,两组间有效率的比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 主要临床症状积分比较

两组胃食管反流性咳嗽患者治疗前后主要临床症状积分经正态性检验,提示均为偏态分布。经秩和检验,两组治疗前主要临床症状:咳嗽、反酸、烧心、嗝气积分比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05)。两组治疗后主要临床症状积分较治疗前均明显降低,经秩和检验统计结果差异有统计学意义(P 均 < 0.001),提示治疗组与对照组治疗后咳嗽、反酸、烧心、嗝气症状都有明显缓解。

治疗组与对照组的咳嗽、嗝气症状治疗前后积分的差值经秩和检验比较差异有统计学意义(P 均 < 0.05),提示治疗组在改善 GERC 患者咳嗽、嗝气症状方面优于对照组;两组的反酸、烧心症状治疗前后积分的差值经秩和检验比较差异无统计学意义(P 均 > 0.05),提示治疗组与对照组在改善反酸、烧心症状上效果相当。见表 1。

表 1 两组胃食管反流性咳嗽患者主要临床症状积分比较(M, Q)

组别	咳嗽	反酸	烧心	嗝气
治疗组($n=60$)				
治疗前	6.00, 0.38	4.00, 0.60	4.00, 0.44	4.00, 0.36
治疗后	0.00, 0.22 ^a	0.00, 0.28	0.00, 0.17	0.00, 0.27 ^a
对照组($n=60$)				
治疗前	6.00, 0.20	4.00, 0.42	4.00, 0.47	4.00, 0.42
治疗后	0.00, 0.43	0.00, 0.22	0.00, 0.27	2.00, 0.40

注:与对照组相比,^a $P < 0.05$

2.2 临床症状总积分比较

两组胃食管反流性咳嗽患者临床症状治疗前总积分经 t 检验比较差异无统计学意义($P = 0.842, > 0.05$),提示治疗前两组具有可比性。两组治疗后临床症状总积分经秩和检验比较差异有统计学意义($P = 0.037, < 0.05$),提示治疗组缓解 GERC 患者临床症状明显优于对照组。见表 2。

表 2 两组胃食管反流性咳嗽患者临床症状总积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	60	27.10 \pm 6.51	5.00, 1.23 ^a
对照组	60	28.54 \pm 7.26	10.00, 1.46

注:与对照组相比,^a $P < 0.05$

2.3 临床总显效率比较

经治疗,治疗组总体显效率(痊愈+显效)为 78.33%,对照组为 43.33%。经 χ^2 检验差异有统计学意义($P < 0.05$),提示治疗组运用通降和胃方治疗胃食管反流性咳嗽患者的临床总有效率优于对照组奥美拉唑。见表 3。

表 3 两组胃食管反流性咳嗽患者临床总体疗效比较(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效
治疗组	60	5	42	8	5
对照组	60	1	25	17	17

3 讨论

胃食管反流病病位在脾胃,与肝胆关系密切^[7],治疗根本在于条畅脏腑气机升降平衡^[8]。在此基础上,中医脏腑相关理论为“从胃治咳”治疗胃食管反流性咳嗽提供了理论依据。“手太阴肺经起于中焦,下络大肠,还循胃口”,而胃之大络,又“贯膈络肺”;在生理上,肺与胃均以和降为顺;当处于病理状态时,又都可表现为气机的“上逆”。因此,肺胃间有着十分密切的关系,它们经络相通、功能互用、气机相协。早在《素问·咳论》篇中提到“五脏六腑皆令人咳,非独

肺也”、“此皆聚于胃,关于肺”,《医学三字经》中指出“气上呛,咳嗽生,肺最重,胃非轻”,都直接点明了咳嗽与胃之间的关系。黄元御在《素灵微蕴》中说“胃降则肺气亦降,故辛金不逆”,我们可以理解为当胃气和降通顺,即可助肺气下行。此外,肝与肺同样密切相关,《素问·刺禁论》云“肝生于左,肺藏于右”,肝从左而升,肺从右而降,肝从左升为阳道,肺从右降为阴道,肝升才能肺降,肺降才能肝升,升降得宜,出入交替,则气机舒展,肝升肺降,以维持人体气机的正常升降运动。叶天士指出:“人身气机合乎天地自然,肝从左而升,肺从右而降,升降得宜,则气机舒展。”因此,在病理状态下,如肝木过旺,金不能平木,木火刑金,呛咳亦作。

在以上理论支持下,“从胃治咳”主旨在于以疏肝和胃降逆为切入点,通过调理中焦气机,使肝胆之气调达,胃气和降,肺之宣发肃降功能归于正常,脏腑气机升降相因而诸邪得除。通降和胃方意在治病求本,该方特色在于既能谨守病机,以降为主(旋覆梗、代赭石),同时未忘燮理气机,升降得宜(柴胡、枳壳);又可各司期属,兼顾他证(黄连、吴茱萸、川楝子、焦山栀),佐以益气健脾,固本护胃(太子参、甘草),众药配伍,升降相因,肺胃相济,咳嗽自消。

本研究结果表明,通降和胃方能够有效地改善胃食管反流性咳嗽患者的临床症状,尤其在改善咳嗽、嗝气方面优于奥美拉唑,说明通降和胃方在抗反流方面更有优势,其作用机制尚待进一步实验研究。

参 考 文 献

- [1] 亚太地区胃食管反流病的处理共识[J]. 胃肠病学, 2008, 13(7): 421-436.
- [2] 赖克方, 陈如冲, 刘春丽, 等. 不明原因慢性咳嗽的病因分布及诊断程序的建立[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(2): 96-99.
- [3] 中国胃食管反流病共识意见专家组. 中国胃食管反流病共识意见(2006. 10 三亚)[J]. 中华内科杂志, 2007, 46(2): 170-173.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009, 深圳)[J]. 中医杂志, 2010, 51(9): 844-847.
- [5] 中华中医药学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2009 年版)[J]. 全科医学临床与教育, 2009, 7(6): 573-575.
- [6] 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: 124-129.
- [7] 李黎. 胃食管反流病中医古代文献溯源[J]. 环球中医药, 2011, 4(1): 11-15.
- [8] 谢胜, 张越, 周晓玲. 胃食管反流病中医病机研究近况[J]. 环球中医药, 2011, 4(1): 7-10.

(收稿日期: 2013-05-24)

(本文编辑: 刘群)

固本收涩法治疗尘螨变应性鼻炎 30 例

张予 提桂香

【摘要】 目的 观察固本收涩法治疗肺脾气虚型尘螨变应性鼻炎的远期疗效。**方法** 对符合入组标准的患者用随机数字表法分为治疗组和对照组, 治疗组给予经验方, 对照组用氯雷他定片治疗, 两组疗程均为 8 周。在入组第 4 周末、第 8 周末进行疗效评定, 服药结束后 3 个月、6 个月进行随访。**结果** 治疗组疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗结束后 3 个月、6 个月随访: 治疗组复发率明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 固本收涩法治疗肺脾气虚型尘螨变应性鼻炎疗效优于西药氯雷他定片, 并具有较好的远期疗效, 值得临床推广应用。

【关键词】 变应性鼻炎; 固本收涩法; 远期疗效

【中图分类号】 R 276.1 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.07.019

变应性鼻炎近年来发病率逐年升高^[1], 成为耳鼻喉科的多发病和疑难病。因其能够间接增加鼻窦炎、中耳炎和支

气管哮喘的发病机会, 严重影响患者学习、生活质量、生产能力和社交能力, 已经成为一种严重的医疗负担。中华医学会耳鼻咽喉头颈外科分会鼻科学组与中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科学组于 2009 年修订了《变应性鼻炎的诊断和治疗指南》^[2], 在治疗中指出, 部分中药对缓解变应性鼻炎症状有效。笔者临证 17 年, 逐渐摸索出应用固本收涩法治疗尘螨变应性鼻炎。2011 年以来, 笔者对固本

作者单位: 100053 北京, 中国中医科学院广安门医院耳鼻喉科(张予); 中国中医科学院广安门医院预防保健科(提桂香)

作者简介: 张予(1972-), 女, 硕士, 副主任医师。研究方向: 中医药治疗过敏性鼻炎。E-mail: gam2739@yahoo.com.cn