

中西医结合治疗反流性咽喉炎 40 例临床观察

任 禾

(北京市宣武中医医院, 北京 100050)

摘要 目的:观察贝母瓜蒌散联合奥美拉唑治疗反流性咽喉炎的临床疗效。方法:选择 80 例经咽喉部检查及胃镜检查诊断为反流性咽喉炎的患者,随机分为治疗组和对照组。治疗组在奥美拉唑与莫沙必利治疗的基础上应用贝母瓜蒌散加减,对照组单纯应用奥美拉唑与莫沙必利治疗。2 组均治疗 8 周后观察比较临床疗效与返流症状指数和反流体征评分。结果:治疗组总有效率为 90.0%,对照组总有效率为 60.0%,组间比较差异有统计学意义。2 组治疗后反流症状指数(RSI)和反流体征评分(RFS)均较治疗前有明显改善,治疗组改善优于对照组。结论:中西医结合治疗反流性咽喉炎具有较好的临床效果,值得进一步研究。

关键词 反流性咽喉炎 贝母瓜蒌散 奥美拉唑

中图分类号 R766.505 文献标识码 A 文章编号 1672-397X(2014)05-0038-03

反流性咽喉炎(Laryngopharyngeal reflux disease, LPRD)是一种由胃食管反流病引起的咽喉疾患,目前通常首选质子泵抑制剂与促胃动力药治疗,在临床中取得了一定效果,但上述药物使用疗程较长,剂量不易掌握,且对部分患者治疗效果不甚理想。近年来,我们采用中西医结合方法治疗 LPRD,获得较好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 80 例观察对象均来自 2010 年 1 月至 2012 年 7 月我院耳鼻咽喉科门诊及消化科门诊。全部患者按就诊先后顺序编号,采用随机数字表以 1:1 比例分为 2 组。治疗组 40 例:男 19 例,女 21 例;年龄 18~57 岁,平均年龄(40.14±13.36)岁;平均病程(2.35±0.53)年。对照组 40 例:男 20 例,女 20 例;年龄 19~58 岁,平均年龄(42.90±11.12)岁;平均病程(2.52±0.26)年。2 组患者一般情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)年龄在 18~60 岁;(2)出现咽部异物感、咽干、频繁清嗓、声音嘶哑、喉黏液过多、慢性咳嗽等症状,可伴见烧心、反酸、呃逆等症状;(3)经间接喉镜检查或纤维喉镜检查确诊为慢性咽炎和/或喉炎,可见咽黏膜充血、喉黏膜增厚、杓间区红斑、声带水肿及声带小结等体征;(4)经慢性咽喉炎常规治疗后仍反复发作,疗效不佳;(5)经电子胃镜检查诊断为胃食管反流症;(6)本次治疗前 1 年内未经质子泵抑制剂、促胃动力药物及中药贝母瓜蒌散治疗。

1.3 排除标准 (1)合并心、肝、肾、造血系统严重疾病及精神疾病者;(2)接受过特异性免疫疗法治疗者;(3)妊娠或哺乳期妇女;(4)对本研究所涉及药物过敏者;(5)原发性食管动力障碍者;(6)最近 3 个月内有胃十二指肠溃疡病史者;(7)凡不符合纳入标准,未按规定用药,无法判定疗效或资料不全等影响疗效或安全性判断者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予质子泵抑制剂奥美拉唑肠溶片 10mg(山东新时代药业有限公司,规格为 10mg/片),每日 2 次,分别于早、晚餐前 30min 口服。胃动力药枸橼酸莫沙必利 5mg(鲁南贝特制药有限公司,规格 5mg/片),每日 3 次,餐前 30min 服用。

2.2 治疗组 在对照组用药的基础上,同时服用中药贝母瓜蒌散加减,药物组成:贝母 10g,乌贼骨 8g,瓜蒌 8g,茯苓 10g,橘红 8g,桔梗 8g,白术 10g,甘草 6g。每日 1 剂,水煎取汁 150mL,早晚温服各 1 次,服药时要求患者将药液少量多次,缓缓咽下。

2 组疗程均为 8 周。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[1],根据慢喉痹中医证候分级量化评分标准制定。(1)咽异物感:偶有异物感计 3 分,常有异物感计 6 分,持续异物感计 9 分。(2)咽干:咽微干计 3 分;咽干灼热,口渴不欲饮计 6 分;咽干欲饮计 9 分。(3)咽痒、咳嗽:咽痒轻微,偶咳计 3 分;咽痒,经常咳嗽计 6 分;咽痒咳嗽,影响入睡计 9 分。(4)灼

热:灼热轻微,偶感计3分;咽部灼热,经常发计6分;咽部灼热,持续计9分。(5)咽痛:咽痛轻微,偶发计3分;咽痛轻微,经常发计6分;咽痛轻微,持续发计9分。(6)咽黏膜:慢性充血呈暗红色计3分;咽侧索肿胀,淋巴滤泡增生计6分;咽黏膜干燥、萎缩计9分。

显效:咽部症状明显减轻,局部体征显著改善,积分减少 $\geq 70\%$;有效:咽部症状和体征减轻,体征积分减少 $\geq 30\%$, $<70\%$;无效:症状和体征无明显变化,或积分减少 $<30\%$ 。

3.2 症状、体征评定标准 采用国际通用的反流症状指数(RSI)和反流体征评分(RFS)量表对患者进行评估^[2-3]。治疗前RSI总分高于13分,RFS高于7分定为反流阳性。治疗后应用RSI量表进行评分以评价疗效。显效:总评分下降值 >7 分;有效:总评分下降值 >4 分, <7 分;无效:总评分下降值 <4 分。

3.3 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以率(%)表示。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组临床疗效比较 见表1。

表1 治疗组与对照组患者治疗后临床疗效比较例

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	40	15(37.5%)	21(52.5%)	4(10.0%)	90.0% [#]
对照组	40	6(15.0%)	18(45.0%)	16(40.0%)	60.0%

注:与对照组比较,[#] $P<0.01$ 。

3.4.2 2组患者治疗前后RSI、RFS积分改善情况见表2。

表2 治疗组与对照组患者治疗前后RSI、RFS积分比较 $(\bar{x}\pm s)$ 分

组别	例数	时间	RSI	RFS
治疗组	40	治疗前	17.13 \pm 3.27	9.36 \pm 3.02
		治疗后	6.76 \pm 1.37 [#]	5.21 \pm 1.61 [#]
对照组	40	治疗前	16.96 \pm 3.09	9.48 \pm 2.91
		治疗后	10.11 \pm 2.71 [*]	8.03 \pm 2.78 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

4 讨论

1970年有学者第一次描述了伴有胃食管反流症状的咽炎,自此反流性咽喉炎开始受到关注^[4]。本病的主要发病机制尚未明确,研究人员发现与本病相关的因素有:幽门螺旋杆菌引起的消化道黏膜炎症,逆行蔓延至咽喉^[5];胃酸-胃蛋白酶可通过功能异常的上食管括约肌形成食管咽反流,引起喉及周围组织损伤等^[4]。对于反流性咽喉炎的治疗方法目前未形成统一的规范,一般以保守处理,即让患者

通过改变生活方式进行治疗,如抬高床头,避免食用咖啡、酒等,或予抗反流药物治疗,主要包括促动力剂、抑酸剂和黏膜保护剂。奥美拉唑作为第一代质子泵抑制剂,已广泛应用于反流性疾病及消化道溃疡的治疗。它能够选择性地抑制胃壁细胞膜上某些酶类的活性,从而抑制胃酸分泌,阻止胃酸对食管及咽喉黏膜的损伤。龚霞、唐先龙等^[6-7]研究认为,质子泵抑制剂可以有效治疗反流性咽喉疾病。但由于本病形成的因素复杂,故单纯应用质子泵抑制剂和胃动力药物,对胆汁反流及幽门螺旋杆菌与咽喉反流引起的喉炎症状效果并不理想^[8]。

本病在中医学中并无明确记载,但就其症状而言可归属于中医“慢喉痹”范畴。从病机而论,《素问·宣明五气论》中记载“脾在液为涎”,《普济方·卷六十·咽喉门》中有“夫咽喉者,生于肺胃之气也,主通气水谷,胃气道路,故为胃之系”的描述,体现了古代医家对咽喉与脾胃间关系的认识。当代中医大家干祖望总结出“从脾治喉痹”的观点,临床收到了满意的效果^[9]。陈响等^[10]亦从“咽胃相关”理论探讨慢性咽炎的病机证治。笔者认为,反流性咽喉炎的病位上至咽喉,下达脾胃,病机以中虚气逆为其本,痰火上壅为其标。在临床中应用化痰利咽的贝母瓜蒌散佐以制酸、健脾之品。方中贝母清热化痰,乌贼骨制酸止痛,二药伍用即为抑酸名方乌贝散;瓜蒌祛痰散结、清热宽胸;桔梗、橘红理气利咽,分兼载药上行与理气健脾之功。上述诸药专为缓解咽喉部症状而设。至于健脾益气之品,方中白术、茯苓相伍,补脾益气、和中利湿之力益彰。佐以甘草益气和中,利咽生津,顾及上下病位。全方攻补兼施,以攻为主,兼而补虚,诸药配伍,共奏化痰抑酸、利咽健脾之功。

本研究中治疗组患者应用贝母瓜蒌散联合奥美拉唑及胃动力药进行治疗,对照组则单纯使用西药,以中医证候分级量化标准结合RSI及RFS量表的积分变化作为评定指标。最终治疗组疗效较好,与对照组相比更有效地改善了患者的症状和体征,充分体现了中西医结合方法治疗反流性咽喉炎的优越性。

5 参考文献

- [1] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准.南京:南京大学出版社,1994:124
- [2] Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Validity and reliability of the reflux symptom index. J Voice, 2002, 16(2): 274
- [3] Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. The validity and reliability of the reflux finding score. Laryngoscope, 2001, 111(7): 1313

柴胡陷胸汤加减治疗功能性消化不良 35 例临床观察

陈笑腾¹ 康年松² 马伟明³

(1.余姚市梁弄中心卫生院,浙江余姚 315400; 2.余姚市中医医院,浙江余姚 315400;

3.余姚市人民医院,浙江余姚 315400)

摘要 目的:观察柴胡陷胸汤加减治疗功能性消化不良(FD)的临床疗效及其对生活质量的改善作用。方法:将 70 例 FD 患者随机分为治疗组和对照组各 35 例,治疗组采用柴胡陷胸汤加减治疗,对照组采用常规西药治疗,2 组均治疗 4 周为 1 个疗程。观察并比较 2 组临床总体疗效,采用功能性消化不良生存质量量表评定 2 组患者治疗前后的生活质量。结果:治疗组临床总有效率明显优于对照组;治疗组不适、饮食、睡眠、忧虑和日常活动方面的因子分较治疗前明显提高,且前 4 个因子改善明显优于对照组。结论:柴胡陷胸汤加减治疗功能性消化不良具有较好的临床疗效,并可明显改善患者生活质量。

关键词 功能性消化不良 柴胡陷胸汤 生活质量

中图分类号 R574.405 文献标识码 A 文章编号 1672-397X(2014)05-0040-02

近年来,笔者采用柴胡陷胸汤加减治疗功能性消化不良(FD),疗效肯定,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 70 例患者均为 2010 年 2 月至 2012 年 2 月在我院就诊的 FD 患者,按照随机数字表法分为 2 组,每组 35 例。治疗组:男 17 例,女 18 例;平均年龄(38.2±14.5)岁;平均病程(1.8±1.6)年。对照组:男 16 例,女 19 例;平均年龄(36.8±14.8)岁;平均病程(2.1±1.7)年。2 组患者性别、年龄及病程比较,无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 FD 诊断根据罗马 III 标准^[1]。(1)诊断前症状出现至少 6 个月,且近 3 个月出现下列至少 1 项:①餐后饱胀感;②早饱;③上腹痛;④上腹烧灼感。(2)无可以解释上述症状的器质性疾病(包括上消化道内镜)的证据。

1.3 排除标准 (1)孕妇、哺乳期妇女或在服药期可能怀孕者;(2)具有严重的原发性心血管病变、肝脏病变、肾脏病变、血液病变、肺脏疾病,或具有影响其生存的严重疾病患者;(3)严重的神经症、围绝经期综合征患者;(4)就诊前 1 周使用过其他治疗本病的中西药物者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用莫沙必利片(5mg 口服,每日 3 次)和/或奥美拉唑肠溶胶囊(20mg 口服,每日 2 次)治疗。

2.2 治疗组 予柴胡陷胸汤加减,处方:柴胡 10g,姜半夏 9g,川连 3g,苦桔梗 3g,黄芩 10g,瓜蒌仁 15g,枳实 9g,生姜 6g。脾虚加炒白术 10g、茯苓 10g;肝郁加生白芍 20g;胃热加吴茱萸 3g。常法煎服。

2 组均治疗 4 周为 1 个疗程。

[4] 王晓巍,倪道凤.胃食管反流与慢性咽喉炎.中华耳鼻咽喉科杂志,2004,1(39):55
 [5] 金志鑫,翟瑞成,李春甲,等.慢性咽炎与反流性食管炎的关系探讨.天津医药,2010,38(12):1101
 [6] 龚霞,王晓云,黄魏宁,等.质子泵抑制剂治疗咽喉反流性疾病的初期疗效观察.听力学及言语疾病杂志,2013(4):414
 [7] 唐先龙,乔锋,庾江东,等.质子泵抑制剂在疑似咽喉反流性疾病中的应用.中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010,16(4):282
 [8] 米姣平,樊韵平,王静清,等.咽喉反流病的临床表现及争

端.国际耳鼻咽喉科头颈外科杂志,2009,33(5):253
 [9] 胡久略,赵娟.干祖望教授从脾胃论治耳鼻喉科疾病.河南中医,2006,6(10):16
 [10] 陈响,胡玲,张婷,等.基于“咽胃相关”探讨慢性咽炎及其治疗.广州中医药大学学报,2013,30(4):579
 第一作者:任禾(1982-),女,本科学历,主治医师,从事中医耳鼻咽喉科疾病诊疗工作。rh2011rh@sina.com

收稿日期:2013-12-23

编辑:吴宁