

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2014.09.22

胃食管反流性咳嗽的中西医治疗进展

占新辉[△], 王 微, 符 思, 张 喆, 吕 冉, 刘 瑜

(中日友好医院 中医消化科, 北京 100029)

关键词:胃食管反流性咳嗽; 中医; 西医; 治疗; 研究

中图分类号:R571

文献标志码:A

文章编号:1671-038X(2014)09-0556-04

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是由胃内容物反流引起不适症状和(或)并发症的一种疾病,包括食管内症状与食管外症状^[1]。胃食管反流性咳嗽(gastroesophageal reflux cough, GERC)是临床上引起不明原因慢性咳嗽的重要病因之一,有 18.6%~41.1%不明原因的慢性咳嗽与胃食管反流相关^[2]。临床中本病的发生较为常见,但却容易被误诊误治^[3-6]。笔者通过查询近十年中国知网关于 GERC 中西医结合治疗的临床研究,对其进行综述,以期对今后治疗本病及对其进一步的研究提供参考。

1 胃食管反流性咳嗽的中医认识

GERC 当属中医“咳嗽”中“胃咳”的范畴。《素问·咳论》指出“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”,由此可知引起咳嗽的病因较多,咳嗽并非只是由于肺部疾病引起,胃部病变也可导致咳嗽的发生。《素问·咳论》曰:“皮毛者肺之合也,皮毛先受邪气,邪气以从其合也。其寒饮食入胃,从肺脉上至于肺则肺寒,肺寒则内外合邪因而客之,则为肺咳。”《灵枢·经脉》中云:“手太阴肺经,起于中焦,下络大肠,还循胃口,上膈,属肺”,可见肺与胃之间关系密切,发病时可以相互影响。肺的生理特性为宣发和肃降,只有其宣发和肃降功能正常,才能有效地布散津液。胃主通降,和降功能正常,才能消食导滞。反之,若胃失和降,肺失宣肃,可导致水湿停滞,化为痰饮,随上逆壅肺而生咳嗽^[7]。而胃之和降功能正常,也是肺之肃降的必要条件,因此任何邪气引起胃失和降者都可影响肺的肃降功能,导致肺的肃降功能失常,严重者可致肺气上逆而发生咳嗽,故肺和胃在呼吸功能的维持上,两者具有协调作用^[8]。GERC 多因嗜食烟酒、饮食不节、精神抑郁等因素引起,这些因素或灼津生痰,上犯于肺,导致肺胃之气失降,肺失清肃,上逆作咳;或痰气交阻,痰湿瘀阻于胃,导致脾胃虚弱,影响其升降功能,母病及子,伤及肺系,肺气上逆而

咳^[9]。故 GERC 的基本病机在于脾胃气机失调,肺失清肃,肺气上逆为咳嗽。

2 胃食管反流性咳嗽的现代医学认识

现代医学对 GERC 的发病机制认识主要有以下几个方面:①认为 GERC 的发生与少量反流物被误吸入呼吸道有关,这些反流物直接刺激气道内迷走神经感受器,最终引起气道痉挛和咳嗽^[10-12];②认为与神经反射相关,反流到食道中段的酸性内容物,可刺激食道中下段黏膜感受器,并能通过迷走神经反射地引起气道阻塞及引起肺部异常炎症,从而导致咳嗽的发生^[13-16];③认为通过刺激咽喉部局部黏膜而刺激咳嗽反射的传入支气管,也可引起咳嗽^[17-19]。此外,有学者认为咳嗽与胃食管反流相互影响也是引起慢性咳嗽的病理生理机制之一^[20]。

3 胃食管反流性咳嗽的中医治疗

3.1 辛开苦降、寒热平调

《临证指南医案》曰:“辛可通阳,苦能清降,苦寒能清热除湿,辛能开气宣浊”。有学者认为,辛开苦降法可恢复脾胃和降功能,从而使肺之宣降有序,从而达到治疗咳嗽的目的^[21-23]。黄少君等^[24]运用辛开苦降法治疗 30 例 GERC 患者,方选半夏泻心汤加减,主要药物为黄连 5 g、黄芩 10 g、姜半夏 10 g、炙甘草 10 g、南沙参 15 g、干姜 10 g、大枣 10 g。治疗组 30 例,治愈 13 例,显效 9 例,好转 5 例,无效 3 例,总有效率为 90.0%;对照组 30 例,治愈 5 例,显效 8 例,好转 6 例,无效 11 例,总有效率为 63.3%,2 组临床疗效比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。然而,也有学者以同样的方法治疗 GERC,但选方不同,以旋覆代赭汤为基本方加减,也取得了较好的疗效。王跃等^[25]运用自拟旋复泻心止咳汤治疗 GERC,治疗组 62 例,痊愈 37 例,好转 20 例,无效 5 例,总有效率 91.94%;对照组 60 例,痊愈 20 例,好转 24 例,无效 16 例,总有效率 73.33%,2 组总有效率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。曾仕富等^[26]以旋覆代赭汤加减治疗 46 例 GERC 患者,临床控制 22 例,显效 14 例,好转 7 例,无效 3 例,总有效率 93.46%。

收稿日期:2014-06-08

通讯作者:符 思, E-mail: fuziszyhy@163.com

[△]研究生

3.2 肃肺和胃、降逆止咳

《素问·咳论》较早对咳嗽有相关的论述:“此皆聚于胃,关于肺”,强调了从肺胃两脏治疗咳嗽的观点。赵丽芸等^[27]以肃肺和胃、降逆止咳为法,运用加味半夏厚朴汤治疗 GERC 患者,药物由半夏、茯苓、生姜、厚朴、苏叶组成。结果显示:治疗组 38 例,治愈 20 例,显效 12 例,好转 3 例,无效 3 例,总有效率为 92.1%;对照组 34 例,治愈 14 例,显效 9 例,好转 2 例,无效 9 例,总有效率为 73.5%,2 组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。杨立群等^[28]也从肺胃入手进行治疗 GERC,然更加重视降逆。治疗组 130 例,治愈 36 例,显效 56 例,好转 28 例,无效 10 例,总有效率为 92.3%;对照组 120 例,治愈 22 例,显效 40 例,好转 32 例,无效 26 例,总有效率为 78.3%;2 组疗效比较差异有统计学意义($P<0.05$)。刘春芳等^[29]运用通降和胃方治疗 GERC,治疗组 60 例,痊愈 5 例,显效 42 例,有效 8 例,无效 5 例,总有效率为 78.33%;对照组 60 例,痊愈 1 例,显效 25 例,有效 17 例,无效 17 例,总有效率为 43.33%,两者比较差异有统计学意义($P<0.05$)。故笔者认为从肺胃入手治疗 GERC,关键是降逆以理气,使胃气和降功能恢复正常,不致胃气上逆犯肺。

3.3 疏肝和胃、降逆止咳

《素问·咳论》指出“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”,故从肝胃入手也是其中治法之一。何志良^[30]认为肝气犯胃可导致胃失和降,出现气逆而上,发为咳嗽,故其运用疏肝和胃、降逆止咳法治疗 GERC,以四逆散加味治疗,处方为:柴胡 15 g、炙甘草 15 g、五味子 8 g、枳实 15 g、白芍 15 g、干姜 8 g,治疗 35 例,治愈 26 例,有效 7 例,无效 2 例,总有效率为 94.29%。张瑛^[31]则认为肝胆胃三者在本病的发生过程中起重要作用,主张运用和胃温胆汤加减治疗 GERC,治疗组 35 例,临床控制 14 例,显效 8 例,好转 9 例,无效 4 例,总有效 88.57%;对照组(西药组)35 例,临床控制 8 例,显效 5 例,好转 10 例,无效 12 例,总有效率为 65.63%,2 组总有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$)。因此,无论是从肝胃入手,或者是从肝胆胃入手,都是治疗 GERC 的重要方法之一,临床上应予以重视。

3.4 培土生金、化痰止咳

《杂病源流犀烛·咳嗽哮喘源流》曰:“咳嗽,肺病也。然虽为肺之主病,五脏六腑皆有之,盖肺不伤不咳,脾不伤不久咳,肾不大伤火不炽咳不甚。”由此可见,脾虚也可导致咳嗽。然而,对待脾虚所导致的咳嗽,每个医家都有其不同的选方用药法则。李建

华等^[32]运用益气健脾为法治疗 GERC 患者 30 例,方用枳桔六君子汤加减,主要药物为炒麦芽 30 g、陈皮 10 g、白术 10 g、乌贼骨 15 g、枳壳 10 g、桔梗 10 g、茯苓 10 g、党参 15 g、浙贝母 15 g、半夏 9 g、生甘草 6 g,结果显示:30 例中临床控制 9 例,显效 12 例,有效 6 例,无效 3 例,总有效率为 90%。张晋云等^[33]则从另一角度出发,以滋养肺脾为法,用麦门冬汤加味治疗 GERC 患者,治疗组 80 例,治愈 60 例,好转 14 例,无效 6 例,总有效率为 92.5%;对照组 60 例,治愈 21 例,好转 23 例,无效 16 例,总有效率为 73.33%,2 组总有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组临床疗效优于对照组。培土生金法即为补脾益肺法,借五行相生的理论,脾在五行中属土,肺在五行中属金,土能生金,故用补脾的方药以补益肺气。

4 胃食管反流性咳嗽的西医药物治疗

现代医学在临床治疗 GERC 研究上,多以质子泵抑制剂和胃肠动力药联合运用为主,疗效也较为满意。袁华魏等^[34]运用埃索美拉唑、莫沙必利和铝碳酸镁联合治疗胃食管反流性咳嗽 12 例患者,治疗 8 周后临床症状总有效率为 91.6%,内镜下黏膜炎症恢复总有效率为 100%。刘芳^[35]则以奥美拉唑联合莫沙必利治疗 GERC 患者,治疗组 20 例,显效 11 例,有效 7 例,无效 2 例,总有效率为 90%;对照组(单用奥美拉唑)20 例,显效 8 例,有效 6 例,无效 6 例,总有效率为 70%,治疗组总有效率优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。孙世长等^[36]则以雷贝拉唑钠肠溶胶囊和多潘立酮联合治疗 GERC 患者 26 例,结果表明:与治疗前比较,支气管咳嗽评分和胃食管反流症状评分较前降低,差异均有统计学意义($P<0.01$)。通过研究得出,质子泵抑制剂和胃肠动力药联合运用治疗 GERC 较单用一种药物治疗效果好。

5 胃食管反流性咳嗽的中西医结合治疗

李雷^[37]对 GERC 患者采用西药常规及中药治疗为治疗组,中药给予左金丸合旋覆代赭汤加减,与西药常规组进行比较。治疗组 50 例,痊愈 30 例,有效 16 例,无效 4 例,总有效率为 92.0%;对照组 49 例,痊愈 20 例,有效 15 例,无效 14 例,总有效率为 71.4%,2 组总有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$)。傅遂山^[38]也采用中西医结合治疗 GERC 患者 38 例,西药给予制酸剂、抗幽门螺杆菌和胃肠动力剂,中药给予二陈汤合止嗽散加味(桔梗 12 g、紫菀 12 g、姜半夏 12 g、白前 12 g、百部 12 g、党参 15 g、茯苓 15 g、陈皮 12 g、海螵蛸 20 g、炙甘草 12 g),治愈 17 例,显效 15 例,好转 4 例,无效 2 例,

总有效率为 94.73%。游晓燕等^[39]运用中西医结合治疗胃食管反流所致慢性咳嗽 17 例,西药给予奥美拉唑和多潘立酮,中药给予半夏厚朴汤加减(半夏 15 g、厚朴 10 g、柴胡 10 g、茯苓 15 g、苏梗 10 g),结果为所有患者经内镜复查,食管炎性反应消除,黏膜恢复正常。14 例随访 8 周无复发,1 例失访。由此可知,中西医结合在治疗 GERC 时,有一定的优势,可达到中医和西医互补的效果,从而提升疗效,可更好地服务于临床。

6 小结

通过对中国知网中关于 GERC 文献的梳理,我们可以获知我国医学和现代医学对 GERC 的认识,以及相关的研究成果和临床经验。单纯一种药物和方法在用于治疗本病上,都有自身的局限性,中西医结合的治疗应该是本病理想的治疗方法。笔者通过查阅、总结相关资料发现,目前对本病的研究尚存在一些不足之处:①现代医学对本病的发病机制认识尚不统一,仍没有较为确切的研究证明本病发生的病因所在;②临床上运用针灸或火罐疗法治疗 GERC 的研究较少,是否今后能加强这方面的研究;③中西医结合治疗本病的临床研究较少,笔者建议今后可对此进行深入的研究,以明确中西医结合治疗的疗效是否比单纯的中药或单纯的西医疗效更好。

参考文献

- [1] 张灵云. 胃食管反流病[J]. 临床消化病杂志, 2013, 25(6):373-374.
- [2] NOVITSKY Y W, ZAWACKI J K, IRWIN R S, et al. Chronic cough due to gastroesophageal reflux disease: efficacy of antireflux surgery[J]. Surgical endoscopy, 2002, 16(4):567-571.
- [3] 孙英杰. 胃食管反流性咳嗽误诊 26 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(15):3638-3638.
- [4] 梁辉军. 胃食管反流性咳嗽误诊误治 26 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(7):1644-1644.
- [5] 薛稚勤. 胃食管反流性咳嗽诊治体会[J]. 山西中医, 2012, 28(4):46-46.
- [6] 刘崇森, 甄继军. 中青年胃食管反流性咳嗽 68 例临床特点及误诊原因分析[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(18):4386-4386.
- [7] 王艺超, 白海涛, 高 崇. 苏子降气汤治疗胃食管反流性咳嗽临床观察[J]. 社区医学杂志, 2013, 11(10):84-85.
- [8] 赵裕沛, 朱益敏. 浅述胃咳[J]. 河北中医, 2013, 35(2):220-221.
- [9] 袁桂洪, 朱瑞华, 王 跃, 等. 旋覆泻心止咳汤治疗胃食管反流性咳嗽疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2013, 29(11):898-899.
- [10] 刁 卓. 24 小时食管 pH 值测定用于胃食管反流性咳嗽 52 例分析[J]. 吉林医学, 2013, 34(2):304-304.
- [11] 姚 纲, 王珠堂, 罗晓琴. 胃食管反流性咳嗽 20 例治疗体会[J]. 临床肺科杂志, 2008, 13(4):479-479.
- [12] 邵连益, 李东文. 胃食管反流性咳嗽 42 例临床分析[J]. 中国乡村医药杂志, 2007, 14(1):11-11.
- [13] 朱礼星, 马洪明, 赖克方, 等. 胃食管反流性咳嗽的临床分析[J]. 中华内科杂志, 2003, 42(7):461-465.
- [14] 刘春丽, 赖克方, 陈如冲, 等. 胃食管反流性咳嗽患者气道黏膜与分泌物中神经肽含量的变化[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2005, 28(8):520-524.
- [15] 张晶晶. 胃食管反流性咳嗽的经验性诊治[J]. 中国现代医药杂志, 2011, 13(11):98-98.
- [16] 宋昕平. 胃食管反流性咳嗽 20 例诊疗分析[J]. 中国误诊学杂志, 2010, 10(18):4485-4485.
- [17] 王 妍, 张维录. 胃食管反流性咳嗽[J]. 光明中医, 2009, 24(9):1782-1783.
- [18] 邓雪林. 胃食管反流性咳嗽 32 例临床分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2007, 10(7):784-784.
- [19] 李鹏宇. 胃食管反流性咳嗽的治疗体会[J]. 中国医药指南, 2012, 10(2):195-196.
- [20] 柯会星, 居 阳. 胃食管反流性咳嗽[J]. 中国临床医生, 2007, 35(1):14-16.
- [21] 刘 森, 吕晓东. 半夏泻心汤治疗胃食管反流性咳嗽理论探析[J]. 实用中医内科杂志, 2008, 22(9):21-22.
- [22] 宋 健. 沈舒文教授运用半夏泻心汤治疗胃食管反流性咳嗽经验[J]. 河南中医, 2011, 31(3):227-228.
- [23] 郑秀丽. 张之文教授运用加减半夏泻心汤治疗胃食管反流性咳嗽经验总结[J]. 亚太传统医药, 2009, 5(10):42-43.
- [24] 黄少君, 范 良, 王宝爱, 等. 半夏泻心汤加减配合拔罐治疗胃食管反流性咳嗽[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(2):305-307.
- [25] 王 跃, 朱瑞华. 旋覆泻心止咳汤治疗胃食管反流性咳嗽 62 例临床观察[J]. 四川中医, 2007, 25(11):51-52.
- [26] 曾仕富, 左明晏. 旋覆代赭汤加减治疗胃食管反流性咳嗽 46 例[J]. 内蒙古中医药, 2012, 31(19):11-12.
- [27] 赵丽芸, 陈 宁. 加味半夏厚朴汤治疗胃食管反流性咳嗽 38 例临床观察[J]. 中医药导报, 2011, 17(6):27-29.
- [28] 杨立群, 李春瑜. 肺胃同治法治疗胃食管反流性咳嗽[J]. 中国现代药物应用, 2009, 3(14):69-70.
- [29] 刘春芳, 郭召平, 曹会杰, 等. 通降和胃方治疗胃食管反流性咳嗽 60 例[J]. 环球中医药, 2013, 6(7):539-541.
- [30] 何志良. 四逆散加味治疗胃食管反流性咳嗽 35 例疗效观察[J]. 新中医, 2009, 41(4):53-54.
- [31] 张 瑛. 和胃温胆汤治疗胃食管反流性咳嗽 35 例观察[J]. 浙江中医杂志, 2013, 48(10):724-724.

- [32] 李建华,曹利平.枳桔六君子汤治疗胃食管反流性咳嗽 30 例[J].陕西中医,2009,30(12):1576-1577.
- [33] 张晋云,陈建芬.麦门冬汤加味治疗胃食管反流性咳嗽 80 例疗效观察[J].河北中医,2008,30(6):612-613.
- [34] 袁华魏,王朝晖,刘敬军.埃索美拉唑、莫沙必利与铝碳酸镁联合应用治疗胃食管反流性咳嗽[J].中国医药指南,2014,12(2):21-22.
- [35] 刘芳.奥美拉唑联合莫沙必利治疗胃食管反流性咳嗽临床疗效[J].吉林医学,2011,32(21):4362-4362.
- [36] 孙世长,陈广伟.质子泵抑制剂联合促胃动力药治疗胃底食管反流性咳嗽 26 例临床观察[J].临床医学,2012,32(12):61-62.
- [37] 李雷.中西医结合治疗胃食管反流性咳嗽 50 例[J].河南中医,2012,32(9):1194-1195.
- [38] 傅遂山.中西医结合治疗胃食管反流性咳嗽 38 例[J].中医研究,2011,24(2):49-50.
- [39] 游晓燕,杨丽君,董慧君,等.中西医结合治疗胃食管反流所致慢性咳嗽的临床观察[J].中国现代药物应用,2008,2(7):85-86.

科技论文中表格的规范化(二)

如表格中所有参数的单位相同,可标注在表格的右上方。表格内的数据为 $\times \times \pm \times \times$ 时,应标在表的右上方[或“单位,”后]右缩 1 个汉字标明是平均值 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)或平均值 $\pm$ 标准误($\bar{x} \pm s.x$)。

若各栏参数单位不同,则应采用国家标准规定的“量/单位”形式标注在各栏标目词后。表格中的量、单位、符号、缩略语等必须与正文一致。组合单位符号应放在“量/”后“()”内,如:心率/(次 $\cdot$ min $^{-1}$)。国家标准规定表示相除的斜线不得多于 1 条,所以心率的单位“次/min”,应以“次”乘以 min 的负 1 次方,即“次 $\cdot$ min $^{-1}$ ”表示。

表格内的数字一般不带单位,百分数也不带百分号(%),应将单位符号和百分号等归并在栏目中。如果表格内全部栏目中的单位均相同,则可将共同的单位提出来标示在表格顶线上方的右端。

表身中同一栏各行的数值一般都处在共同的栏目之下,应以个数位(或小数点)或“ $\pm$ ”或“ $\sim$ ”等符号为准上下对齐,而且有效位数应相等。

上下左右相邻栏内的文字或数字相同时,应重复写出,不可使用“同上”、“同左”或“ibid”等字样或“/”符号代替。

表身中的数据书写应规范。小数点前的“0”不能省略;小数前功后每隔 3 位数应留适当间隙。

表内不留空格,无数字用“—”表示;暂缺或未记录用“…”表示;实测数据是“0”则应填“0”。

表身中如果信息量较大,行数很多时,为了便于读者阅读、查找数据,可有规律地隔数行留出一较大的行空。

3 表注

表中不设“备注”栏,若需对表格内容进行补充说明,或对某个名称、数据进行注释时,可在表内有关内容的右上角标注^{a)、b)、c)},在表底线用简练的文字(小 5 号宋体、内缩一格)作相应注释。表底线下加注注释符号和注释内容,自然就是表注了,所以表注前不必加“注:”,句末不用加标点。例如:表内标注:血压/mmHg^{a)},表下注释为:^{a)} 1 mmHg=0.133 kPa。表下注释必须与表内标注相吻合,不要将文中已用文字叙述的内容,在表下再加以注释。

表中的 P 值结果也应排在表下。方法为:在表内以小 5 号阿拉伯数字并加半圆括号(如¹⁾)置于被标引对象的右上角,表下则标注:¹⁾ $P < 0.0 \times$ 。 P 值应按 $P < 0.05$ 、 $P < 0.01$ 顺序排列,一般情况下 $P > 0.05$ 可不标注。

如果同一表格有多个 P 值注释时应按^{1)、2)、3)、4)}…顺序编码。序号应标注在主语上,如高血压组与对照组比较,应将序号标注在高血压组的数据上,而不能标注在对照组的数据上。一般来说,注释符号不放在对照组的数据上,因为无论是研究者还是读者,更关心的是实验组数据是否与对照组的数据有差别,而并不关心对照组的数据与实验组的数据有何差别。为了减少重复注释同一比较条件,可以将同一比较条件的结果放在一起,不同 P 值的编码相邻排列,之间用“,”隔开;与另一比较条件用“;”隔开。如:与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$,²⁾ $P < 0.01$;与高血压组比较,³⁾ $P < 0.05$,⁴⁾ $P < 0.01$;与冠心病组比较,⁵⁾ $P < 0.05$,⁶⁾ $P < 0.01$ 。

多个注释之间可用“;”隔开,如:^{a)} 1 mmHg=0.133 kPa;^{b)} 其中 2 例死亡。不同表注之间用“。”隔开,如:^{a)} 1 mmHg=0.133 kPa;^{b)} 其中 2 例死亡。与^{a)} 对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$,²⁾ $P < 0.01$;与高血压组比较,³⁾ $P < 0.05$,⁴⁾ $P < 0.01$ 。