

反流性咽喉炎中医证候特征及证型分布规律研究

朱任良¹, 钟秀婷², 陈文勇¹, 谭梦佳¹, 陈彩凤¹, 刘春林³

1. 广东省中医院耳鼻喉科, 广东 广州 510120
2. 广州市第八人民医院耳鼻喉科, 广东 广州 510060
3. 广东省人民医院体检中心, 广东 广州 510080

[摘要] 目的: 探讨反流性咽喉炎中医证候特征及证型分布规律。方法: 采用文献研究和临床调查研究相结合的方法, 对 195 例 LPRD 患者进行调查填表, 了解其相关因素, 并对其进行辨证, 将所得的资料进行统计分析, 探讨反流性咽喉炎中医病因病机、证候特点及证型分布规律。结果: 中医辨证共得 7 个证型: 肝胃不和证 (34.36%)、肝郁脾虚证 (22.56%)、脾胃虚弱证 (14.36%)、肝胃郁热证 (10.26%)、痰气交阻证 (8.72%)、胃阴亏虚证 (5.64%)、气滞血瘀证 (4.10%)。肝胃不和、肝胃郁热、痰气交阻证患者病程多小于 6 月; 肝郁脾虚、胃阴亏虚证病程多为 1~5 年, 脾胃虚弱证病程多为 5~11 年。脾胃虚弱以饮食因素及饮酒为主要诱因; 而肝胃不和、肝郁脾虚、胃阴亏虚则以烟酒及情志因素为主。肝郁脾虚证与脾胃虚弱反流症状指数量表 (RSI) 总分比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。脾胃虚弱证、胃阴亏虚证与痰气交阻证咽喉反流体征评分量表 (RFS) 总分比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 肝胃不和证、肝郁脾虚证、脾胃虚弱证、肝胃郁热证、痰气交阻证、胃阴亏虚证和气滞血瘀证是反流性咽喉炎的主要证型, 各证型病程、诱因、RSI 总分和 RFS 总分分布具有一定的差异。

[关键词] 反流性咽喉炎; 中医证型分布; 反流症状指数量表; 反流体征评分量表

[中图分类号] R76 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 07-0204-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.089

反流性咽喉炎是指胃内容物返流至咽喉部, 因刺激损伤咽喉部黏膜从而引发相关临床症状的总称。其主要症状包括癔球症、声嘶或发音困难、慢性清嗓、咳嗽、轻度呼吸困难和吞咽困难等, 喉镜检查主要以后联合或杓间区、声门红斑、水肿、增生为其主要体征。目前中医学对反流性咽喉炎的研究取得了一定的进展, 通过辨证施治, 可达到标本兼治、缩短病程的治疗效果。然而, 中医学对反流性咽喉炎的病因病机认识还不够全面, 目前尚无统一的辨证分型。本研究通过对反流性咽喉炎进行证候特征及证型分布规律特点的研究, 有助于从整体上进一步了解其中医机理, 为中医辨证治疗本病深入研究提供依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料 观察病例均为 2014 年 2 月—2015 年 2 月在广东省中医院(广州中医药大学第二附属医院)耳鼻喉科门诊及病房确诊为反流性咽喉炎的患者, 共 195 例。

1.2 反流性咽喉炎入组标准

1.2.1 反流性咽喉炎诊断标准 符合 Belafsky^[1-2]设计的反流症状指数量表(RSI)评分 >13 分和 / 或反流体征评分量表(RFS)

评分 >7 分, 即可诊断。RSI 共 9 项, 包括声嘶或发声障碍、持续清嗓、痰过多或鼻涕倒流、吞咽时梗阻感、饭后或躺下后咳嗽、呼吸不畅、烦例的咳嗽、咽部异物感、胃灼热或胸闷。根据每项严重程度进行评分, 将 RSI 评分 >13 分定为阳性。RFS 主要对咽喉部检查的情况进行描述并计分, 共 8 条, 包括声门下水肿、弥漫性喉水肿、喉室消失、后连合肥大、红斑或充血、肉芽肿及咽喉部黏性分泌物滞留等。根据每项严重程度进行评分, 将 RFS >7 分者定为阳性。

1.2.2 纳入标准 ①符合诊断标准; ②年龄 18~65 岁; ③自愿加入本研究者。

1.2.3 排除标准 ①年龄 18 岁以下或 65 岁以上; ②影响生存的严重疾病, 如肿瘤或艾滋病; ③严重认知障碍(痴呆)、失语、精神障碍; ④不同意参加本次调查者。

1.3 研究方法

1.3.1 中医证候量表的制定 对近 10 年来(2004—2014 年)中国知网所收录的反流性咽喉炎中医研究的相关文献进行检索, 经过仔细阅读文献后, 共筛选出 42 篇文献。根据《中医诊断学》、《中医内科学》、《中华人民共和国家标准—中医临床

[收稿日期] 2015-10-06

[基金项目] 广东省科技计划基金资助项目 (20130319c)

[作者简介] 朱任良 (1974-), 男, 副教授, 研究方向: 咽喉疾病、头颈肿瘤、鼻内镜微创手术。

诊疗术语(证候部分)、《中药新药临床研究指导原则》相关证候的描述,并结合专业知识,对文献中涉及的证候名称进行规范和整理,最终归纳形成《反流性咽喉炎中医证候量表》。

1.3.2 调查表内容 ①一般资料:包括姓名、性别、年龄、病程、诱因、职业等;②反流症状指数量表和反流体征分数表;③症状调查表:包括声嘶、咽喉不适、咳嗽、吞咽不畅、清嗓等症状,按其严重程度进行评分,同时进行舌脉的记录;④中医辨证部分:根据中医望闻问切,辨证分型,由观察的中医医师填写并签名。

1.3.3 中医证型确定 收集病例并填写反流性咽喉炎中医证候量表,由2位中级以上职称耳鼻喉科中医师以盲法完成对患者的中医辨证,若两例辨证不统一者则交由第三名耳鼻喉专业副高级以上职称者对其进行辨证,不能确定者予以剔除。

1.3.4 统计学方法 使用Epidata 3.1统计软件建立中医证候数据库,采用双例双输入法进行数据录入。使用SPSS18.0统计软件进行数据统计分析,临床资料的计数资料用频数表示,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,统计方法采用描述性分析、计数资料采用 χ^2 检验、计量资料采用方差分析。

2 结果

2.1 一般资料 共收集195例病例,其中男87例(占44.62%),女108例(占55.38%),男女之比为1:1.24。年龄18~64岁,平均年龄(40.64±12.60)岁,其中18~35岁80例,36~50岁64例,51~65岁51例。病程7天~11年,其中6月以下77例(39.49%),6月~1年24例(12.31%),1~5年71例(36.41%),5~11年23例(11.79%)。

2.2 反流性咽喉炎证型分布 见表1。195例反流性咽喉炎患者中,证型以肝胃不和证及肝郁脾虚证为多,分别为67例(34.36%)和44例(22.56%),其次为脾胃虚弱证、肝胃郁热证、痰气交阻证,分别为28例(14.36%)、20例(10.26%)和17例(8.72%),胃阴亏虚证及气滞血瘀证相对少见,分别为11例(5.64%)和8例(4.10%)。

2.3 反流性咽喉炎证型与病程关系分析 见表2。肝胃不和、肝胃郁热、痰气交阻病程多小于6月;肝郁脾虚、胃阴亏虚病程多可见为1~5年;病程为5~11年者多见于脾胃虚弱,经过卡方精确概率法检验,结果显著显示反流性咽喉不同中医证型的病程长短差异有统计学意义($P=0.000<0.05$)。

2.4 反流性咽喉炎证型与相关因素的关系 见表3。经卡方精确概率法检验,不同中医证型的诱因构成有统计学意义($P=$

0.037<0.05)。脾胃虚弱以饮食因素及饮酒为主要诱因,而肝胃不和、肝郁脾虚、胃阴亏虚则以烟酒及情志因素为主。

表1 反流性咽喉炎证型分布表

证型名称	n	比例(%)
肝胃不和	67	34.36
肝郁脾虚	44	22.56
肝胃郁热	20	10.26
脾胃虚弱	28	14.36
胃阴亏虚	11	5.64
气滞血瘀	8	4.10
痰气交阻	17	8.72
合计	195	100

表2 反流性咽喉炎证型与病程关系分析 频数(%)

证型	<6月	6月~1年	1~5年	5~11年
肝胃不和	37(55.22)	6(8.96)	21(31.34)	3(4.48)
肝郁脾虚	9(20.45)	6(13.64)	26(59.09)	3(6.82)
肝胃郁热	15(75.00)	2(10.00)	2(10.00)	1(5.00)
脾胃虚弱	4(14.29)	3(10.71)	9(32.14)	12(42.86)
胃阴亏虚	3(27.27)	1(9.09)	5(45.46)	2(18.18)
气滞血瘀	2(25.00)	2(25.00)	3(37.50)	1(12.50)
痰气交阻	7(41.18)	4(23.53)	5(29.41)	1(5.88)
合计	77	24	71	23

表3 反流性咽喉炎证型与相关因素的关系 频数(%)

证型	烟酒	情志因素	劳累	饮食因素	无明显诱因
肝胃不和	18(26.87)	15(22.39)	8(11.94)	11(16.42)	19(28.36)
肝郁脾虚	14(31.82)	9(20.45)	3(6.82)	3(6.82)	19(43.18)
肝胃郁热	5(25.00)	1(5.00)	1(5.00)	2(10.00)	11(55.00)
脾胃虚弱	12(42.86)	0	4(14.29)	12(42.86)	4(14.29)
胃阴亏虚	5(45.45)	3(27.27)	0	1(9.09)	5(45.45)
气滞血瘀	0	1(12.50)	2(25.00)	1(12.50)	4(50.00)
痰气交阻	2(11.76)	0	0	3(17.65)	12(70.59)
合计	56	29	18	33	74

2.5 反流性咽喉炎不同证型的RSI评分比较 见表4。经秩和检验,各证型之间的RSI总分差异有统计学意义($P=0.03<0.05$)。RSI总分中肝郁脾虚证与脾胃虚弱比较,差异有统计学意义($P=0.046<0.05$)。

表4 反流性咽喉炎证型的RSI评分比较($\bar{x} \pm s$)

证型	肝胃不和证	肝郁脾虚证	肝胃郁热证	脾胃虚弱证	胃阴亏虚证	气滞血瘀证	痰气交阻证
RSI总分	16.97±2.52	17.32±2.75 ^①	16.25±2.10	17.87±2.99	17.00±2.19	18.00±2.99	16.94±2.61

与脾胃虚弱证比较,① $P<0.05$

2.6 反流性咽喉炎不同证型的RFS评分比较 见表5。经秩和检验,RFS总分的总体差异有统计学意义($P=0.023<0.05$)。

脾胃虚弱证与痰气交阻证RFS总分比较,差异有统计学意义($P=0.025<0.05$),胃阴亏虚证与痰气交阻证RFS总分比较,

差异有统计学意义($P=0.044<0.05$)。

表5 反流性咽喉炎不同证型的RFS评分比较($\bar{x}\pm s$)

分

证型	肝胃不和证	肝郁脾虚证	肝胃郁热证	脾胃虚弱证	胃阴亏虚证	气滞血瘀证	痰气交阻证
RFS总分	9.30±1.69	9.11±1.30	8.85±1.39	9.68±1.91 ^①	9.82±2.04 ^①	9.50±1.31	8.59±0.94

与痰气交阻证比较, ^① $P<0.05$

3 讨论

在临床上,胃食管反流病以慢性咽喉炎的首发症状就诊于耳鼻喉科并不少见,这种慢性咽喉炎又被称为反流性咽喉炎。据调查统计,耳鼻喉科就诊的患者,有4%~10%咽喉部的症状与反流性咽喉炎相关^[9]。中医诊断多以慢喉瘖、梅核气、胃咽病等为主,在辨证上尚无统一的标准。笔者通过临床调查研究对反流性咽喉炎进行证候特点及证型分布研究,有助于从整体上进一步认识其中医机理,为中医辨证治疗等深入研究奠定基础。

笔者对195例反流性咽喉炎患者进行调查,共得出7种常见的中医证型,其中以肝胃不和证及肝郁脾虚证为多,其次为脾胃虚弱证、肝胃郁热证、痰气交阻证,胃阴亏虚证及气滞血瘀证相对少见。结果显示各证型均与肝、脾、胃相关,从而说明反流性咽喉炎的病位在咽喉和食管,基本的病机为胃失和降,其发病与肝、脾、胃有着密切的关系。如《寿世保元·吞酸》中所述:“夫酸者肝木之味也,由火盛制金,不能平木,则肝木自甚,故为酸也。”说明反流性咽喉炎与肝气关系密切。肝主疏泄,对气机的调节有着重要的作用,脾胃为气机升降的枢纽,脾以升清胃以降浊,两者相辅相成,使水谷化为精微,而转换为气血津液供养全身。肝的疏泄可影响脾胃的升降功能,故有“木旺乘土”之说。反流性咽喉炎患者治疗需要长期的服药,疗效并不是立竿见影,这类患者多存在焦虑、抑郁、失眠等问题,这又会引起或加重肝气郁结,从而出现恶性循环。丛品教授^[4]认为此类病症,表现虽在咽喉,其病位在胃和食道,脾虚肝郁气滞是其关键病机,治疗重在疏肝健脾和胃、理气化痰降逆。故在治疗反流性咽喉炎时,除要谨记和胃降逆大法,亦要重视疏肝理气,在此基础上辨证用药,才能取得良好的临床疗效。

对195例反流性咽喉炎患者RSI总分进行分析,当中肝郁脾虚证与脾胃虚弱证RSI总分比较有统计学意义($P<0.05$)。RSI评分总分由低到高依次为:肝胃郁热<肝胃不和<痰气交阻<胃阴亏虚<肝郁脾虚<脾胃虚弱<气滞血瘀;且实证评分较虚证评分低,这大致符合初病多为实,久病多为虚的中医理论。各证型在RFS评分从低至高的表现依次为:痰气交

阻<肝胃郁热<肝郁脾虚<肝胃不和<气滞血瘀<脾胃虚弱<胃阴亏虚。可见,本病实证及虚实夹杂证在喉镜下表现比虚证轻。反流性咽喉炎实证及虚实夹杂患者多病程较短,正气受损不明显,而且发病年龄较小,机体抗反流能力较强,故黏膜损伤轻,且黏膜修复能力强;再进一步发展,气郁日久,脾胃功能逐渐减退,脾失健运,痰湿、湿热等病理因素自内而生,故以虚实夹杂证为主;本病到后期以虚证为主,久病失调,正气损伤,机体生理功能下降,抗反流能力下降,黏膜修复能力易下降。所以,在治疗反流性咽喉炎的过程当中,早期应以疏肝、解郁、清热为主;中期应健脾益气兼以祛邪;晚期则以补益脾胃为主。在临床上,有学者将RFS评分对咽喉反流性疾病患者进行初筛,而且具有很好的一致性和重复性^[9]。本次研究将反流性咽喉炎喉镜或间接喉镜下表现与中医辨证分型相结合,也为以后更大范围内的中医辨证论治的客观化研究奠定基础。

[参考文献]

- [1] Belafsky P, Postma G, Koufman J. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI) [J]. J Voice, 2002, 16(2): 274-277.
- [2] Belafsky P, Postma G, Koufman J. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS) [J]. J Voice, 2001, 111(8): 1313-1317.
- [3] Ahmed TF, Khandwala F, Abelson TI, et al. Chronic laryngitis associated with gastroesophageal reflux: Prospective assessment of differences in practice patterns between gastroenterologists and ENT physicians [J]. Am J Gastroenterol, 2006, 101(3): 470-478.
- [4] 李斐,丛品. 丛品治疗反流性咽喉炎的经验 [J]. 浙江中医杂志, 2011, 46(2): 90-91.
- [5] 李进让, Peter C Belafsky, 张立红. 中国喉科医师应用反流体征评分量表的信度研究 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2012, 19(7): 388-390.

(责任编辑:冯天保)