

● 针推医学 ●

咽部刺营法治疗慢性咽炎60例临床观察

邓可斌^{1,2,3}, 雷西熙^{1,2,3}, 田波^{1,2,3}, 马欣^{1,2,3}, 余昇昇^{1,2,3}

(1. 湖北省中医院, 湖北 武汉, 430061;

2. 湖北省中医药研究院, 湖北 武汉, 430074;

3. 湖北中医药大学附属医院, 湖北 武汉, 430061)

[摘要] 目的: 观察咽部刺营法治疗慢性咽炎的临床疗效及对炎症因子 IL-2、TNF- α 的影响。方法: 将 120 例慢性咽炎患者随机分为 2 组各 60 例。治疗组采用咽部刺营法(针刺患处放血)治疗; 对照组采用甘桔冰梅片口服治疗。结果: 2 组 IL-2、TNF- α 值治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 2 组各项症状体征积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 咽部刺营法治疗慢性咽炎有较好的临床疗效。

[关键词] 慢性咽炎; IL-2; TNF- α ; 咽部刺营法

[中图分类号] R246.81 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.06.042

笔者采用咽部刺营法治疗慢性咽炎 60 例, 取得了较好的疗效, 并与用甘桔冰梅片治疗的 60 例作对照观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 120 例均为 2015 年 2 月至 2016 年 2 月湖北省中医院耳鼻喉科门诊患者, 按 1:1 比例将其随机分为 2 组各 60 例。治疗组中, 男 34 例, 女 26 例; 年龄 19 ~ 62 岁, 平均 39.18 岁; 病程 3 个月以上, 且反复发作。对照组中, 男 32 例, 女 28 例; 年龄 21 ~ 55 岁, 平均 41.65 岁; 病程 3 个月以上, 且反复发作。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中西医结合耳鼻喉科学》^[1] 拟定。多有急性咽炎病史, 或咽痛症状反复出现; 可有慢性鼻炎、慢性鼻窦炎病史; 或存在吸烟嗜酒不良习惯及粉尘、刺激性气体经常接触史。咽部不适, 异物感、灼热感, 或痛、或痒、或干燥感、睡眠时打鼾等; 刺激性咳嗽, 晨起用力咳出分泌物, 甚或作呕。根据《实用耳鼻咽喉头颈外科学》^[2] 的检查方法作咽部检查有慢性咽炎体征。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医耳鼻咽喉科学》^[3] 中有关喉痹的诊断标准拟定。

1.3 纳入标准 (1) 符合上述中西医诊断标准; (2) 年龄在 18 ~ 65 岁之间; (3) 病程在 3 个月以上, 且反复发作; (4) 了解治疗方案并签署知情同意书,

符合伦理学要求。

1.4 排除标准 (1) 不符合上述中西医诊断标准; (2) 合并其他慢性炎症, 如扁桃体肥大、慢性喉炎、哮喘、急慢性支气管炎等; (3) 年龄在 18 岁以下, 65 岁以上; (4) 哺乳期、妊娠期妇女; (5) 合并有凝血功能障碍、心脑血管疾病后遗症, 肝、肾及其他重大疾病, 精神病; (6) 不能完整接受治疗, 或无法按时随访; (7) 1 周内使用过其他药物或方法治疗。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采取咽后壁局部丛刺刺营放血治疗。参照文献[4]中的方法进行操作。患者取坐位, 适度后仰, 以 1% 丁卡因喷雾将咽后壁表面麻醉 2 次, 避免咽反射影响操作。施术时, 嘱患者张口, 并调整呼吸, 医者用左手执一次性压舌板压舌, 使咽后壁充分暴露, 右手持 1mL 一次性使用无菌注射器(附针规格 0.5mm)对准咽窝患部, 运用丛刺方法轻浅地点刺咽后壁 5 ~ 10 下, 咽侧索充血或增厚明显者, 可轻浅地点刺 3 下, 直刺 0.1mm, 急入急出, 以微出血为度。对于伴淋巴滤泡增生者, 采用丛刺法, 将滤泡及其周边全部刺破, 直至有血液溢出, 嘱患者将血液吐出。若增生的淋巴滤泡融合连接成纵行, 可以用针从上至下进行如梳辫子般梳理。若咽后壁血管扩张明显, 则对其充盈的血管行刺放血。术毕, 嘱患者适量冷水漱口, 忌剧烈咳嗽咳痰。该疗法主要针对咽后壁增生的淋巴滤泡与扩张的血管或血管网。遵循操作一次将咽后壁淋巴滤泡

全部刺破放血的原则,但当患者配合不佳时亦可考虑分次操作。

2.2 对照组 采用甘桔冰梅片治疗。甘桔冰梅片(重庆华森制药有限公司生产,批准文号:国药准字Z20026258,规格:0.2g/片)口服,每次2片,每天3次。

2组均以7d为1个疗程,疗程之间间隔3d,连续治疗2个疗程后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察治疗前后2组的症状体征积分情况。症状体征量化表包括咽痛或吞咽痛、咽部异物感、咽部红肿、咽后壁淋巴滤泡增生或血管扩张,上述主要症状或体征分为正常、轻度、中度、重度4个等级,分别计0、3、6、9分;发热、咽干灼热、咽痒咳嗽、吭咳吐痰等次要症状分为正常、轻度、中度、重度4个等级,分别计0、1、2、3分。观察IL-2、TNF- α 值的变化情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS 17.0软件包进行统计

表2 2组治疗前后各项症状体征积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	时间	咽部异物感	咽部充血	咽干灼热	咽痒咳嗽	吭咳吐痰	咽痛
治疗组	60	治疗前	6.34 $\pm$ 0.40	4.60 $\pm$ 0.72	1.78 $\pm$ 0.67	1.94 $\pm$ 0.70	2.18 $\pm$ 0.68	1.72 $\pm$ 0.75
		治疗后	1.36 $\pm$ 0.62 ^{ab}	0.92 $\pm$ 0.57 ^{ab}	0.66 $\pm$ 0.55 ^{ab}	0.72 $\pm$ 0.13 ^{ab}	0.62 $\pm$ 0.48 ^{ab}	0.24 $\pm$ 0.42 ^{ab}
对照组	60	治疗前	5.24 $\pm$ 0.73	4.92 $\pm$ 0.91	2.20 $\pm$ 0.77	2.22 $\pm$ 0.70	2.40 $\pm$ 0.66	1.85 $\pm$ 0.57
		治疗后	1.66 $\pm$ 0.81 ^a	1.28 $\pm$ 0.75 ^a	1.20 $\pm$ 0.60 ^a	1.22 $\pm$ 0.70 ^a	1.48 $\pm$ 0.61 ^a	1.17 $\pm$ 0.66 ^a

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

4 讨论

慢性咽炎为咽部黏膜的弥漫性炎症。目前,现代医学认为慢性咽炎的致病与邻近周围组织感染、环境污染、饮食刺激、急性咽炎频繁发作及其他全身疾病引起的机体抵抗力下降相关,仍有部分病因尚不明确。在预防和治疗慢性咽炎上,已经形成了较为完善的系统理论及治疗方法,现代西医的治疗方法虽多样,但效果不佳,远期疗效更无法令人满意,易复发,病程缠绵,其物理治疗也存在着不同程度的不良反应。中医药治疗慢性咽炎具有一定的优势。

血清白细胞介素-2(IL-2)是调控免疫应答的重要因子,能促进淋巴细胞的分化以及激活其生物活性,还有助于淋巴因子合成与释放,并参与抗体生成及造血^[5]。因此,IL-2在免疫系统调节中的作用十分重要。本次观察结果表明,治疗后2组血清IL-2水平均较治疗前有所增长。

肿瘤坏死因子- α (TNF- α)是由活化的巨噬细胞产生。TNF- α 被认为具有抗肿瘤作用,其在某些动物实验中表现出抑瘤或杀瘤作用,且具有一定的免疫调节功能^[6]。临床上,运用TNF- α 治疗

分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组治疗前后IL-2、TNF- α 水平比较

2组IL-2、TNF- α 值治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表1)

表1 2组治疗前后IL-2、TNF- α 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	IL-2(mg/L)	TNF- α (nmol/L)
治疗组	60	治疗前	3.92 $\pm$ 0.82	2.60 $\pm$ 0.34
		治疗后	8.16 $\pm$ 1.37 ^{ab}	1.08 $\pm$ 0.67 ^{ab}
对照组	60	治疗前	4.05 $\pm$ 0.69	2.49 $\pm$ 0.46
		治疗后	5.37 $\pm$ 0.63 ^a	1.88 $\pm$ 0.35 ^a

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

3.3.2 2组治疗前后各项症状体征积分比较

2组各项症状体征积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

肿瘤还处在临床试验阶段,还未完全证实。低水平的TNF- α 具有抗感染、抗肿瘤的作用,然而一旦过多,则会对机体产生一系列损害,如中毒性休克、器官移植排斥反应和自身免疫性疾病等^[7]。本次观察结果表明,治疗后2组TNF- α 值均较治疗前有所降低。治疗后2组IL-2、TNF- α 值均较治疗前明显改善,且治疗组的改善程度优于对照组($P < 0.05$),差异有统计学意义。咽部刺营疗法能升高IL-2水平,说明该疗法具有一定的抗感染及增强免疫的功能;同时该法还可以降低TNF- α 的含量,这可能是通过调节其与受体的结合和受体后信号传导,参与免疫应答和炎症反应,下调黏附因子和趋化因子的表达和分泌,减弱白细胞的黏附、游出和聚集,从而发挥抗感染作用,促进损伤组织愈合,利于慢性咽炎痊愈。

治疗后2组各项症状体征均较治疗前显著改善($P < 0.05$),差异均有统计学意义。治疗组在改善咽部异物感、咽部充血、咽干灼热、咽痒咳嗽、吭咳吐痰、咽痛等症状体征方面优于对照组($P < 0.05$),差异均有统计学意义。(下转第100页)

统计分析,计数资料用 χ^2 检验,计量资料的组间对比用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 90.9%,对照组为 70.5%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较(n)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	44	26	14	4	90.9 ^a
对照组	44	21	10	13	70.5

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.3.2 2 组止疱时间及 VAS 评分比较 2 组治疗后止疱时间及 VAS 评分比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组止疱时间及 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	止疱时间(d)	VAS 评分(分)
治疗组	44	1.22 $\pm$ 0.95 ^a	2.85 $\pm$ 0.51 ^a
对照组	44	2.06 $\pm$ 0.57	5.92 $\pm$ 1.37

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

4 讨论

烧棉法,又称贴棉灸法、棉花灸法、棉灸法。用灸法治疗热证,古代文献中颇为盛行。《医学入门》载:“虚者灸之,使火气以助元阳也;实者灸之,使实邪随火气而发散也。热者灸之,引郁热之气外发,火就燥之义也。”《素问·六元正纪大论》载有“火郁发之”的治疗原则。中医学认为,带疱疹多由湿热毒邪互相搏结、壅滞肌肤为患。病性多属实证、热证。治疗以疏肝泻火、祛湿通络止痛为法。根据中

医同气相求、以热引热理念,采用在疱疹皮损处施以烧棉法,外热引内热,使火热毒邪借势散去,以达到治病求本的目的。

放血疗法可疏通经络气血,调整脏腑功能,可泄热解毒而病愈,达到“开门祛邪”的效果^[5]。相较于西药治疗,针灸治疗带状疱疹神经痛的优势在于:针灸可刺激神经-体液调节系统,帮助提高机体的疼痛阈值、强化机体免疫功能,同时也有利于调节血管的舒缩活动及皮肤温度变化^[6],帮助改善局部血液循环,促进炎性因子、致痛物质的加速清除。

采用烧棉法配合放血疗法治疗带状疱疹神经痛操作简单、效果确切,可有效缩短治疗时间,最大程度地减轻带状疱疹神经痛,安全可靠。

参考文献

[1] Pickering G. Antiepileptics for postherpetic neuralgia in the elderly; current and future prospects [J]. Drugs Aging, 2014, 31 (9): 653-660.

[2] Fan H, Yu W, Zhang Q, et al. Efficacy and safety of gabapentin 1800mg treatment for post-herpetic neuralgia; a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. J Clin Pharm Ther, 2014, 39 (4): 334-342.

[3] 张学军. 皮肤性病学(8 版)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2013.

[4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994:192.

[5] 闫兵,王玲,刘永锋. 刺络放血治疗急性大面积带状疱疹 1 例[J]. 实用中医药杂志, 2014, 30(8): 783.

[6] 刘元华,杨运宽,陈洪沛,等. 不同针灸方法治疗带状疱疹 RCT 临床研究镇痛效应观察[J]. 时珍国医国药, 2013, 24 (1): 164-166. (收稿日期:2017-05-29)

参考文献

[1] 田道法. 中西医结合耳鼻咽喉科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2005:130.

[2] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2016:317-319.

[3] 刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2016:129.

[4] 谢强,张桥保. 学习魏稼教授刺营治疗咽科急性炎症经验的体会[J]. 江西中医药, 1992, 23(2): 7-10.

[5] 刘新垣. 白细胞介素-2 研究:从基础到临床[J]. 中国肿瘤生物治疗杂志, 1995(3): 165-174.

[6] Jones EY, Stuart DI, Waiker NPC, et al. Structure of tumor necrosis factor[J]. Nature, 1989(338): 225.

[7] 张喜平,李宗芳,程琪辉,等. 恶性肿瘤、创伤及炎症患者血清 TNF- α 、IL-6 和 sIL-2R 含量的比较[J]. 陕西医学杂志, 2002(1): 19-21. (收稿日期:2017-11-08)

(上接第 90 页)

临床上慢性咽炎主要由风热邪毒侵犯,或风寒外袭,入里化热,致使热邪内结、炼液为痰,日久终致气血瘀阻、余毒滞留咽喉而为病。如《古今医统大全·卷六十五》载:“喉痹之病,属痰属火属风三者而已,……病喉痹多起饮酒太过,辛辣肥甘之毒,郁积壅滞,为痰生热,热生风。”咽喉部经络分布复杂,是脏腑经络气血上荣清窍的通道,有赖于脏腑经络气血的濡养以维持其功能活动。咽部刺营疗法,一方面可疏通咽喉局部脉络,使咽喉部经络气血运行畅利,则可促进咽喉功能恢复正常;另一方面,亦可使壅滞于咽喉的余毒得以随营血外出,从而达到治疗目的。

综上所述,咽部刺营疗法能明显改善慢性咽炎患者临床症状,是一种安全、有效、简单易行且经济的治疗方法,值得在临床上推广运用。