

# 针药并用联合心理疗法治疗慢性咽炎的临床观察

陈晓洁<sup>1</sup>, 周宿迪<sup>2</sup>

1. 滁州市第一人民医院中医科, 安徽 滁州 239000;

2. 安徽中医药大学第二附属医院耳鼻喉科, 安徽 合肥 230038

**摘要:** **目的** 观察针药并用联合心理疗法治疗慢性咽炎的方法和临床疗效。**方法** 分析滁州市第一人民医院门诊部 2015 年 1 月至 2016 年 12 月诊治的 60 例慢性咽炎患者临床资料,按照随机、平行对照法分治疗组(30 例)和对照组(30 例);其中,对照组采用金喉健喷雾剂局部治疗,治疗组在对照组基础上,服用参苓白术散,同时给予针刺疗法和心理干预。疗程结束后,比较两组患者的咽干甚痒、灼热燥痛、有异物感等主要临床症状评分,临床有效率及治疗依从性评分测定。**结果** 治疗前,两组患者的主要证候积分比较差异均无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ )。治疗后,两组患者的主要证候积分均低于治疗前,差异有统计学意义( $P$ 均 $<0.05$ )。且治疗后治疗组各症候积分低于对照组,差异均有统计学意义( $P$ 均 $<0.05$ )。治疗后,治疗组治疗有效率和依从性显著高于对照组,差异有统计学意义( $P$ 均 $<0.05$ )。**结论** 针药并用联合心理疗法能显著提高慢性咽炎患者的治疗有效率。

**关键词:** 咽炎, 慢性; 针药并用; 心理干预; 金喉健喷雾剂; 针灸; 参苓白术散

**中图分类号:** R 766.14 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2017)08-1128-03

慢性咽炎为临床上一种常见的耳鼻喉科疾病,其发病无年龄、性别之区别,与职业、气候、体质、饮食习惯等密切相关,中医学属于“喉痹”范畴,患者临床主要表现为咽干、咽痒、咽痛、异物感等<sup>[1]</sup>。慢性咽炎病程长,症状易反复发作,同时,现代生活节奏加快,患者接受治疗的依从性较差<sup>[2]</sup>。临床治疗方法较多,但难见满意疗效。本研究采用随机、平行对照法,探讨针药并用联合心理疗法治疗慢性咽炎的临床疗效。现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取 2015 年 1 月至 2016 年 12 月滁州市第一人民医院门诊部诊断为慢性咽炎<sup>[3]</sup>(中医诊断脾虚湿阻型)的患者 60 例,随机分为两组,其中治疗组 30 例,男 18 例,女 12 例,年龄 12~56(32.7±12.5)岁,病程 3 个月~20 年,平均(6.35±8.32)年;对照组 30 例,男 16 例,女 14 例,年龄 13~58(34.1±14.6)岁,病程 5 个月~20 年,平均(5.98±7.82)年。两组患者的性别、年龄、病程等一般资料比较差异无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 诊断标准** 西医诊断标准:参照《耳鼻咽喉头颈外科学》中慢性咽炎的诊断标准<sup>[3]</sup>,咽部有各种不

适感,如咽部干燥、异物感、疼痛感、痒感、咳嗽、干呕等。中医诊断标准:依据国家中医药管理局《中医耳鼻咽喉科常见病证诊疗指南》慢性咽炎诊断标准中脾虚湿阻型<sup>[4]</sup>,咽痛、咽干、咽痒、咽异物感、咳嗽、大便粘腻不畅或不成形;舌苔白厚或腻、边有齿痕,舌质淡或舌体胖大,脉细弱或弦滑。

**1.3 纳入标准** 符合上述西医与中医诊断标准;近两周内未使用过抗生素类药物;无严重心脑血管疾病;无严重肝肾功能不全;意识清楚。

**1.4 排除标准** 不符合诊断标准患者;咽部及呼吸系统器质性病变患者;孕妇、哺乳期妇女;不愿合作和精神病患者;晕针患者;存在药物过敏现象者。

**1.5 治疗方法** 对照组:采用金喉健喷雾剂局部治疗<sup>[5]</sup>(贵州宏宇药业有限公司生产,国药准字 Z20025361,每瓶 20 ml),喷患处,每日 3~5 次,2 周为 1 个疗程。治疗组:在对照组基础上,(1)服用参苓白术散[方药组成:党参 10 g,山药 20 g,茯苓 30 g,白术(炒)10 g,薏苡仁(炒)30 g,砂仁 6 g,桔梗 10 g,白扁豆 10 g,莲子肉 10 g,甘草(炙)6 g],水煎服,1 剂/d,早晚各 1 次,饭后半小时服用,2 周为 1 个疗程;(2)接受针刺治疗,取穴风池、尺泽、合谷、少商、足三里、照海<sup>[6]</sup>。穴位常规消毒,患者先取坐位,风池穴针尖微下,向鼻尖斜刺 0.8~1.2 寸;后取仰卧位,尺泽直刺 0.8~1.2 寸,合谷穴直刺 0.5~1 寸,少商浅刺 0.1 寸,足三里穴直刺 1~2 寸,照海穴直刺 0.5~0.8 寸,以上诸穴均取双侧,留针 30 min,1 次/d,每 5 次间隔 2 d,2 周为 1 个疗程<sup>[6]</sup>;(3)进行心理干

预,使用讨论式、开放式等交谈形式,详细询问患者病史、症状诱因、伴随现象、以往检查结果及疗效等,采取说理开导法、暗示解惑法、祝由等基于中医理念的认知方法,向患者讲解慢性咽炎的发病原因、治疗方法、临床疗效等,使患者受到启发,逐步认识到错误认知和情绪表现,主动参与、积极配合治疗,每 3 天 1 次,30 min/次,2 周为 1 个疗程。治疗期间,嘱患者禁酒,忌食酸辣、煎炒及油腻之品。1 个疗程后,观察两组患者临床症状。

**1.6 疗效评价** (1)中医证候积分评分情况<sup>[7]</sup>。对慢性咽炎中,咽痛、咽干、咽痒、咽异物感、乏力等症状进行评分,其中,0 分:无症状;2 分:轻微;4 分:明显;6 分:加重,持续有。治疗前后对患者症候进行积分,积分下降率 = (治疗前总积分 - 治疗后总积分) / 治疗前总积分 × 100%。(2)临床效果<sup>[7]</sup>:参照《中华人民共和国中医药行业标准,中医病症诊断疗效与标准》,治愈:咽部症状消失,积分减少 ≥ 95%;显效:咽部症状明显改善,70% ≤ 积分减少 < 95%;有效:咽部症状和体征减轻,30% ≤ 积分减少 < 70%;无效:症状和体征无改善,或积分减少 < 30%。临床有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) 例数 / 总例数 × 100%。(3) 依从性评定方法<sup>[8]</sup>。利用改良的 Morisky 问卷分析,由 4 个条目构成,分别为:①您是否有间断执行治疗方案的经历? ②您是否有不按要求执行治疗方案的经历? ③当您状态改善时,是否曾自行停止治疗方案? ④当您自觉症状更糟时,是否自行停止治疗方案? 每个条目回答“是”得 1 分,回答“否”者得 0 分,得分越高则表明依从性越差。若为 0 分表示依从性好,1 ~ 2 分表示中等依从,3 ~ 4 表示依从性差<sup>[8]</sup>。

**1.7 统计学方法** 采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理,计数资料(采用百分比表示)进行  $\chi^2$  检验,等级递增或递减进行秩和检验;计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,两两对比采用 *t* 检验, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组临床证候积分比较** 治疗前,两组患者的主要证候积分比较差异均无统计学意义( $P$  均 > 0.05)。治疗后,两组患者的主要证候积分均低于治疗前,差异有统计学意义( $P$  均 < 0.05)。且治疗组治疗后各症候积分低于对照组,差异均有统计学意义( $P$  均 < 0.05)。见表 1。

**2.2 两组有效率比较** 治疗后,治疗组治疗有效率显著高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

**2.3 两组依从性比较** 干预后,治疗组依从性显著优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 1 两组患者治疗前后临床证候积分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	咽干甚痒	灼热燥痛	有异物感	咳嗽
治疗组				
治疗前	4.50 ± 2.03	4.57 ± 1.98	2.03 ± 0.62	1.87 ± 0.67
治疗后	0.41 ± 1.03*	1.16 ± 1.68*	0.28 ± 0.51*	0.10 ± 0.21*
对照组				
治疗前	4.53 ± 1.65	4.33 ± 1.83	1.97 ± 0.56	1.96 ± 0.52
治疗后	1.41 ± 1.25*#	2.11 ± 1.43*#	0.80 ± 0.72*#	0.35 ± 0.47*#

注:与治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组比较,# $P < 0.05$ 。

表 2 治疗组与对照组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	有效率
对照组	30	8(26.67)	11(36.66)	3(10.00)	8(26.67)	22(73.33)
治疗组	30	11(36.67)	13(43.33)	4(13.33)	2(6.67)	28(93.33)*

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$ 。

表 3 两组依从性比较 例(%)

组别	例数	依从性好	依从性中	依从性差
对照组	30	7(23.33)	16(53.34)	7(23.33)
治疗组	30	19(63.34)	10(33.33)	1(3.33)
<i>P</i> 值		< 0.05		

## 3 讨论

现阶段,人们生活节奏紧张、工作及家庭压力较大,不健康的生活和饮食方式包括暴饮暴食、过食肥甘、烟酒过度,受污染的食物和环境,不断地损伤人体的脾胃之气,从中医理论来看,脾胃为后天之本,主运化水谷和升清降浊之功,为气血生化之源,脾胃功能正常,清升浊降,输布精微,咽喉得养而清利,当长期的饮食失调,劳倦过度,忧思多虑,过食膏粱厚味、辛辣之品,烟酒无度,咽喉久受不良刺激,易伤脾碍胃,运化失职,脾虚湿阻,津液不能上达于咽,咽部脉络失其濡养,导致咽干,脾气虚弱,痰湿内生,阻滞咽喉,则有白痰、咽部黏膜色淡、微肿,痰凝络阻,而致咽痛、咽异物感、咽部暗红、淋巴滤泡增生,乏力、大便稀、舌淡苔厚腻、脉细弱或弦,为脾虚湿盛之证<sup>[7]</sup>。现代部分医家认为虚火上炎导致慢性咽炎病机,亦有认为咽津亏少、咽失濡养是慢性咽炎的主要原因,而造成咽津亏少的原因有火热之邪灼伤、痰淤阻滞津液上乘、虚火上灼耗伤、脾胃虚弱不能生津等,同时,有研究运用从“颈”论治等方法对慢性咽炎诊疗进行了临床探析<sup>[9-14]</sup>。

参苓白术散对慢性咽炎(脾虚湿阻型)具有益气健脾、渗湿化痰、益肺利咽、标本兼治的作用,依据《重楼玉钥》喉科疾病取穴提纲,风池穴可疏风清热,尺泽穴可滋肺阴、降虚火,合谷穴可通咽利喉、宣肺清热,少商穴可清泻肺热、清利咽喉,足三里可鼓舞正气抗邪、益胃生津利咽,照海穴可调补肾阴、清热利

咽<sup>[6]</sup>,同时,充分体现中医辨证治疗强调个体化原则,进行心理干预<sup>[15-16]</sup>,从而改善患者的精神、情志状态,调动患者主动参与、配合治疗,提高依从性。通过对照组和治疗组临床疗效观察比较,针药并用联合心理疗法能显著降低患者的临床症候积分,提高临床有效率、依从性,临床疗效确切。

#### 参考文献

- [1] 许凌之,朱雯.慢性咽炎患者的中医体质特点分析[J].中医学报,2016,31(2):285-288.
- [2] 黄河银,何恒胜,吴小娟.慢性咽炎患者的心理障碍及相关因素分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2015,29(17):1541.
- [3] 杨焕.慢性咽炎患者中医体质及治疗特点[J].亚太传统医药,2016,12(24):117-118.
- [4] 曹景诚,梁茂新.慢性咽炎辨证存在问题及对策[J].中华中医药杂志,2016,31(4):1332-1335.
- [5] 王俪珺,杨娟艳,茅向军,等.一测多评法同时测定金喉喷雾剂中4种有效成分[J].医药导报,2015,34(10):1356.
- [6] 刘惠颜,王平平,陈俊琦,等.针刺咽炎方治疗慢性咽炎的临床观察[J].亚太传统医药,2009,5(11):49-50.
- [7] 李红.刘大新教授学术思想与临床经验总结及从脾胃论治脾虚

湿阻型慢喉痹临床研究[D].北京:北京中医药大学,2016.

- [8] 周乐宝,吴娟,鲁莹,等.人文干预措施在功能性消化不良并发抑郁患者中的应用效果[J].世界华人消化杂志,2016,24(7):1098-1102.
- [9] 李杰.陈小宁教授治疗慢性咽炎经验[J].中医学报,2016,31(4):521-524.
- [10] 戴文俊,熊俊龙,徐文斌,等.范炳华教授从“颈”论治慢性咽炎的经验探析[J].浙江中医药大学学报,2016,40(1):31-33.
- [11] 苗壮.不良生活方式和肥胖与慢性咽炎的关系研究[J].天津医药,2017,45(2):200-204.
- [12] 王程.针刺加穴位注射治疗慢性咽炎72例疗效观察[J].中国临床研究,2012,25(8):811.
- [13] 胡宗仁,柏正平.柏正平教授从咽论治慢性咳嗽的临床经验[J].湖南中医药大学学报,2016,36(10):54-55.
- [14] 王文萍.慢性咽炎从少阳论治之微见[J].中国民族民间医药,2016,25(16):60,63.
- [15] 闵海瑛,顾静莲,王玲,等.系统认知心理护理在住院精神分裂症患者中的临床应用[J].中国临床研究,2016,29(10):1423.
- [16] 林燕妹,林益平,邱妹妹.正念疗法心理干预对伴有焦虑抑郁状态的肠易激综合征患者心理和生活质量的影响[J].中国临床研究,2016,29(10):1431-1433.

收稿日期:2017-02-23 修回日期:2017-04-10 编辑:王宇

(上接第1127页)

2.4 亚胺培南西司他丁钠在血液透析时会从循环中被清除,这使得亚胺培南西司他丁钠的血药浓度下降到有效血药浓度以下,难以发挥治疗作用,所以患者在血液透析后应予再次使用亚胺培南西司他丁钠,并在血液透析后每12小时间隔使用一次。值得注意的是,血液透析的患者都有肾脏功能障碍,所以再次使用亚胺培南西司他丁钠时应特别注意用法用量,以免再次加重肾脏的负担,使患者病情恶化。

综上所述,亚胺培南西司他丁钠是一种广谱强效的抗生素,不良反应较少,在一些感染特别是重症感染中应用多而且效果好。笔者认为,在一些感染特别是危及生命的重症感染中,可以在抗感染初期就使用亚胺培南西司他丁钠,而不是使用以往的常规抗感染治疗方案。我们使用抗菌药物时可以“降阶梯”而不是以往常规的“阶梯式”用药。

#### 参考文献

- [1] 蔡少华,杨剑军,姚汉德,等.亚胺培南/西司他丁对肺炎大鼠的免疫调节作用[J].中国抗生素杂志,2002,25(3):200-203.
- [2] 吕媛,刘健,康子胜,等.亚胺培南/西司他丁联合奈替米星对甲氧西林耐药金黄色葡萄球菌感染小鼠败血症体内协同抗菌作用研究[J].中国临床药理学杂志,2001,17(1):56-58.
- [3] 肖永红,卓超,吕晓菊,等.哌拉西林/他唑巴坦与亚胺培南/西司他丁随机对照治疗细菌性感染[J].中华内科杂志,2000,39

(5):46-48.

- [4] Zeni F, Tardy B, Vindimian M, et al. High levels of tumor necrosis factor-alpha and interleukin-6 in the ascitic fluid of cirrhotic patients with spontaneous bacterial peritonitis[J]. Clin Infect Dis, 1993, 17(2):218-223.
- [5] Runyon BA, Practice Guidelines Committee, AASLD. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis[J]. Hepatology, 2004, 39(3):841-856.
- [6] 韩向阳,杨庆华.碳青霉烯类抗生素的临床合理应用[J].中外医疗,2010,29(1):98.
- [7] 付云明.亚胺培南的临床应用与细菌耐药性分析[J].海峡药理学,2010,22(4):84-86.
- [8] 陈革,唐健雄,罗思钊,等.泰能在急性胰腺炎病人中的应用[J].国外医药(合成药生化药制剂分册),2000(4):207-209.
- [9] 蒋宏传,王克有,马凤藻.抗生素在介入治疗急性重症胰腺炎中的应用(附45例报告)[J].九江医学,2000,15(3):127-129.
- [10] 程金江.泰能治疗特大面积烧伤感染24例[J].中原医刊,2003(9):44-45.
- [11] 孙广伟,彭克学.重症急性胰腺炎外科干预研究进展[J].局解手术学杂志,2012,21(6):662-663.
- [12] 张圣道,雷若庆.重症急性胰腺炎的诊治方案及发展趋势[J].中华肝胆外科杂志,2004,10(4):219-220.
- [13] 陈新谦,金有豫,汤光.新编药理学[M].17版.北京:人民卫生出版社,2011.
- [14] Kim PK, Deutschman CS. Inflammatory responses and mediators[J]. Surg Clin North Am, 2000, 80(3):885-894.

收稿日期:2017-02-06 修回日期:2017-03-15 编辑:王宇