

牙窝内骨质新生^[7-8]。综上所述,在口腔种植修复中应用拔牙位点保存技术可有效减少拔牙后患者牙槽骨的吸收量,减轻牙槽骨高度、宽度缺失,为后期口腔种植修复创造良好的种植环境,有利于提高口腔种植成功率。

参考文献

[1]张浙,谢珊珊,史慧刚,等.重度牙周炎患拔牙后位点保存的临床观察[J].中国口腔种植学杂志,2016,21(4):182-184
[2]黄国伟,庄浩,沈海平,等.拔牙位点保存技术在口腔种植临床的应用[J].上海口腔医学,2014,23(3):354-355
[3]尹伟,刘向辉,孙卫革,等.双尖牙区即刻种植位点保存的 CBCT 观

察研究[J].口腔颌面外科杂志,2016,26(3):202-206
[4]贺晓萍,白晓东.不同拔牙位点保存技术的临床应用效果分析[J].医学理论与实践,2016,29(21):2954-2955
[5]章欢.拔牙位点保存技术在口腔种植中的应用[J].全科口腔医学电子杂志,2015,2(8):79-79,81
[6]郭海波,康春慧,陈学军,等.拔牙位点保存技术在前牙美学区种植中的临床应用[J].南通大学学报(医学版),2015,35(6):540-542
[7]李景辉,杨瑛,张方明,等.应用位点保存技术预防拔牙后牙槽骨吸收的临床疗效观察[J].临床和实验医学杂志,2016,15(8):816-818
[8]李芳芳,高巍.拔牙位点保存在种植修复中的应用[J].中华口腔医学杂志,2013,48(7):444-446

(收稿日期: 2017-04-11)

中医药治疗反流性咽喉炎的疗效观察

刘丹丹 李培科

(江苏省丹阳市中医院 丹阳 212300)

摘要:目的:探究中医药治疗气郁痰阻型反流性咽喉炎的临床疗效及安全性。方法:选取我院 2015 年 12 月~2016 年 12 月收治的反流性咽喉炎患者 124 例作为研究对象,随机分为研究组和参照组各 62 例。研究组给予中药方剂治疗,参照组给予奥美拉唑治疗,观察两组中医证候评分、临床治疗效果以及不良反应发生率。结果:治疗后,研究组平均中医证候评分(1.34± 0.94)分优于参照组(1.98± 1.54)分;研究组治疗总有效率 93.55%优于参照组 80.65%;研究组不良反应发生率 3.23%优于参照组 11.29%;两组比较均有统计学差异($P<0.05$)。结论:中医药治疗反流性咽喉炎可有效改善患者临床症状、体征,降低不良反应发生率,提高临床疗效。

关键词:反流性咽喉炎;中医药疗法;临床疗效

中图分类号:R766

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.030

作为常见的消化系统疾病,反流性咽喉炎是一种与酸相关的疾病,临床指胃内容物反流至食管上括约肌以上部位(包括口咽、鼻咽、喉咽、喉部等)所引起一系列症状和体征的总称。该疾病临床表现多与慢性咽炎、喉炎等的症状相似,因此统称为反流性咽喉炎^[1]。中医将反流性咽喉炎归纳为“喉痹”范畴,是因气血、阴阳、脏腑、经络等功能失调而为病。本病主要的发病机制为脾胃升降功能失调、情志不遂、饮食不节等导致脾胃虚弱,脾土瘀滞,郁而化热,因热致酸,上逆而成病。笔者采用中医药治疗反流性咽喉炎患者取得了良好的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 12 月~2016 年 12 月收治的反流性咽喉炎患者 124 例作为研究对象,随机分为研究组和参照组各 62 例。研究组男 34 例,女 28 例;年龄 23~60 岁,平均(41.28± 6.71)岁;病程 1~2 年,平均(1.24± 0.56)年。参照组男 36 例,女 26 例;年龄 24~65 岁,平均(40.58± 9.01)岁;病程 1~3 年,平均(1.94± 0.48)年。两组性别、年龄、病程等临床基础资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 参照组给予奥美拉唑(国药准字

H44023977)口服,20~60 mg/ 次,1~2 次 /d,晨起吞服或早晚各 1 次,疗程 4~8 周。研究组给予中药治疗,方剂组成:半夏、白芷、海螵蛸、瓦楞子、蒲公英、夏枯草、枳壳、焦山楂、甘草,如嗝气,加陈皮、沉香和胃降逆;如呕吐食物与痰的混合物,加旋覆花、代赭石降逆消痰;如大便不畅,加大黄、芒硝、玄参、麦冬、生地生津润下,但应中病即止,以免伤津。

1.3 疗效判断标准^[2] (1)观察患者中医证候评分:对所有患者治疗前、治疗结束后 1 周各进行 1 次评分,主要针对患者咽喉部不适以及嗝气、反酸、腹胀、恶心、呕吐等症状的严重程度和出现频率进行评分。无症状 0 分;症状轻微,不影响生活工作 1 分;症状明显,影响生活工作 2 分;症状严重,无法生活和工作,需要休息 3 分。发作频率评分:患者无发作 0 分;偶尔发作,1 周内仅 1 次 1 分;1 周内 2~4 次 2 分;1 周内 5~6 次 3 分;1 周内每天发作 4 分。证候评分:将严重程度和频率相加最终得分,最高为 7 分。(2)临床疗效,治愈:中医证候评分 0~2 分,精神状态良好,临床症状、体征消失;有效:中医证候评分 3~5 分,精神状态良好,临床症状、体征改善;无效:中医证候评分 6~7 分,精神状态和临床表现均未改变,甚至加重。治疗总有效率 = (治愈 + 有效) / 患者例

数×100%。(3)不良反应:观察患者治疗后有无腹泻、头痛、恶心、腹痛、胃肠胀气、便秘、皮疹、眩晕、嗜睡、失眠等,并进行记录。

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS18.0 统计软件,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 ($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医证候评分比较 治疗前,研究组与参照组中医证候评分比较无统计学差异 ($P>0.05$);治疗后,研究组平均中医证候评分优于参照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后中医证候评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)				
组别	n	治疗前	治疗后	
研究组	62	5.34± 1.24	1.34± 0.94	
参照组	62	5.26± 1.54	1.98± 1.54	
t		0.319	2.793	
P		>0.05	<0.05	

2.2 两组临床疗效比较 研究组治疗总有效率 93.55%,显著优于参照组 80.65%,两组比较有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较[例(%)]					
组别	n	治愈	有效	无效	总有效
研究组	62	34(54.84)	24(38.71)	4(6.45)	58(93.55)
参照组	62	30(48.39)	20(32.26)	12(19.35)	50(80.65)
χ^2					7.405
P					<0.05

2.3 两组不良反应比较 研究组不良反应发生率 3.23%优于参照组 11.29%, 差异统计学差异 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组不良反应比较[例(%)]							
组别	n	恶心呕吐	头痛	腹痛	胀气	便秘	合计
研究组	62	0(0.00)	1(1.61)	1(1.61)	0(0.00)	0(0.00)	2(3.23)
参照组	62	2(3.23)	2(3.23)	1(1.61)	1(1.61)	1(1.61)	7(11.29)
χ^2							4.824
P							<0.05

3 讨论

咽喉部与食管毗邻,是呼吸道和消化道共用通道,易接触酸性物质引发咽喉部黏膜损伤。反流性咽喉炎患者多伴有胃食管反流性疾病,主要临床表现为口咽部酸性气味和消化物经食管反流至咽喉部区域。该疾病发病主要与情绪、饮食、体质、年龄等因素息息相关。上述因素引发胃贲门括约肌松弛,导致胃酸反流至气管、声带、咽喉部黏膜处造成损伤^[3]。反流性物质会损伤正常喉部上皮的保护性物质,从而削弱黏膜防御机制。再者,反流物质会刺激食

管远端部位的迷走神经,引发咳嗽、清嗓等动作,从而损伤声带黏膜和松弛上食管括约肌,使反流物质进入咽部。

中医将反流性咽炎归纳为“喉痹”范畴,咽具有吞咽作用,上接食管、直通于胃;咽为水谷入胃必经之处,为水谷之海,主受纳和腐熟水谷;脾主运化水谷精微物质;咽、脾、胃三者同属一门,水谷精微物质的转化依赖咽与脾胃的受纳、消化、输布,因此构成一个轴心^[4]。咽主地气,与脾胃相通,是脾胃之候。人体作为一个有机整体,在病理情况下,会因阴阳、气血、脏腑、经络等失调,而引发疾病。如患者脾胃升降功能失调,情志不畅、思虑过度导致肝胆疏泄异常、肝气犯胃;饮食不适、生活习惯恶劣损伤胃经;素有胆病,胆邪损伤脾胃,造成湿热中阻,引发上逆、呕苦;因饮食不节、思虑劳累、久病损伤脾胃,造成脾胃虚弱无力,脾土瘀滞日久,郁而化热、上逆。上述均是本病发病机制。本次研究选取的 124 例患者均患有气郁痰阻型喉痹,主要的临床表现为咽喉部梗阻感,痰多口腻、嗝气呃逆反复发作,胸闷、叹气、吞咽不畅、咳嗽、声音嘶哑,情绪异常,咽喉不适,嗝气反酸,大便艰涩,舌淡红、苔薄白或腻,脉弦滑。临床治疗以行气散结、降逆化痰为主。方剂组成包括半夏、白芷、海螵蛸、瓦楞子、蒲公英、夏枯草、枳壳、焦山楂、甘草。半夏具有燥湿化痰、降逆止呕、消痞散结的功效;白芷燥湿止带、消肿,海螵蛸制酸止痛,瓦楞子消痰化瘀、软坚散结、制酸止痛,蒲公英清热解毒、消肿散结,夏枯草清肝泻火、明目、散结消肿,枳壳理气宽中、行滞消胀,焦山楂行气散瘀、消食健胃,甘草调和诸药。以上诸药,共奏行气散结、降逆化痰之功。本研究结果显示,研究组治疗后中医证候评分、临床疗效以及不良反应发生率均优于参照组, 比较存在统计学差异 ($P<0.05$),这与金杨君等^[5]的研究结果相一致。综上所述,中医药治疗反流性咽炎可有效改善患者临床症状、体征,降低不良反应发生率,提高临床疗效。

参考文献

[1]李云英. 中医治疗反流性咽炎的辨证思路[J]. 新中医, 2012, 44(5): 151-152
[2]叶方. 反流性咽喉炎的临床分析[J]. 中外医疗, 2013, 32(24): 117-118
[3]柴峰, 王俊杰. 保和丸合桔梗汤治疗胃食管反流性咽喉炎[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(10): 295-296
[4]何慕芝, 蔡闻, 彭华, 等. 老年人食管反流性咽喉炎所致慢性咳嗽 32 例临床分析[J]. 中华老年医学杂志, 2006, 25(10): 756-757
[5]金杨君, 金朝阳, 金银芝. 中西医结合治疗反流性咽喉炎 126 例的临床疗效[J]. 中国临床药理学杂志, 2015, 31(7): 498-500

(收稿日期: 2017-03-20)