

会厌逐瘀汤治疗声带息肉术后疗效观察

刘东杰

(河南省新乡市中心医院耳鼻喉科 新乡 453000)

摘要:目的:对声带息肉术后应用会厌逐瘀汤的治疗效果进行探究。方法:将 2014 年 7 月~2016 年 10 月在我院经明确诊断为声带息肉术并已采取手术治疗的患者纳入本次参研的对象,选取 90 例患者,将所有患者依照治疗差异均分为参照组与试验组,常规治疗方案者为参照组,给予会厌逐瘀汤治疗方案者为试验组。治疗后经统计对比两组疗效与生活质量改善的情况。结果:试验组患者治疗的整体效果优于参照组, $P<0.05$,具有统计学意义。结论:将会厌逐瘀汤运用到声带息肉患者术后的临床治疗中可起到较好的效果,不仅能促进患者声带伤口尽快痊愈,同时还可避免瘢痕形成,提升生活质量,值得临床推广。

关键词:声带息肉;会厌逐瘀汤;疗效观察

中图分类号:R767.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.031

声带息肉是慢性喉炎的一种,属于良性增生性病变,主要发生在人体固有层浅层中,患者临床主要特征为声嘶,经喉镜检查可予以诊断。对于声带息肉的治疗,临床采取的方法主要是手术治疗^[1],通过手术治疗患者病情得到好转后,若依旧暴露在吸烟、用声不当以及过度用声等危险因素中,则病情会再次复发,因此术后对患者采取积极的治疗来防治病情复发对患者的康复来说有积极的影响。本次就声带息肉术后给予会厌逐瘀汤的效果进行观察。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 7 月~2016 年 10 月在我院进行声带息肉手术治疗的 90 例患者,随机均分为两组,每组 45 例:参照组女 23 例,男 22 例,年龄 (30.85 ± 3.56) 岁,病程 (1.27 ± 0.02) 年;试验组女 24 例,男 21 例,年龄 (30.19 ± 3.86) 岁,病程 (1.52 ± 0.46) 年。两组患者临床基础资料(年龄、性别及病程),经过统计学分析无显著差异, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 参照组 术后给予患者 0.2~0.3 mg 的地塞米松(国药准字 H44024469)+10 ml 生理盐水进行 10 min 的超声雾化治疗,同时给予头孢唑啉钠(国药准字 H20043231)静注治疗,1 g/d。

1.2.2 试验组 给予会厌逐瘀汤口服加减治疗,方剂组成:柴胡 3 g、红花 15 g、桃仁 15 g、甘草 9 g、赤芍 6 g、桔梗 9 g、当归 6 g、枳壳 6 g、生地 12 g、玄参 3 g。诸药混合,取清水煎服,每日 1 剂,取药汁 400 ml,分早晚服用,每次 200 ml。对于热毒较明显者可加用牛蒡子 5 g、连翘 6 g,对于声带明显水肿者可加薏苡仁 5 g、黄芪 8 g,对于术后明显气血亏虚者可加生黄芪 6 g、党参 5 g 及熟地 7 g。两组均连续治疗 2 个月,并对其效果进行评定。

1.3 疗效评价^[2]

1.3.1 疗效评定 参考《中药新药临床研究指导原则》进行。治愈:治疗后患者声音未出现嘶哑情况,且声带的伤口愈合完全,表面光滑,闭合完全;显效:治疗后患者声音嘶哑情况好转明显,且声带的表面接近光滑,闭合较为完全;有效:声音嘶哑有所好转,同时声带的表面表现出明显的肿胀充血,恢复效果一般;无效:治疗前后患者嘶哑情况无变化或恶化,声带存在明显的肿胀充血,恢复效果较差,且喉部存在的不适感明显。

1.3.2 生活质量评定 评价标准参照《汉简化版健康调查量表》中的有关标准进行,内容生理职能、总体健康、情感职能、社会功能、认知功能、精神健康、躯体疼痛以及活力 8 个指标,患者自行评价,每项总分值在 100 分,患者得分越高表明其生活质量越好。

1.4 统计学方法 收集整理本组实验数据,在统计学软件 SPSS20.0 数据包中进行数据处理,计数资料采用%表示,行 χ^2 检验,计量资料采用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,行 t 检验, $P<0.05$ 说明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果对比 研究得出,参照组治疗的总疗效为 77.8%,试验组为 95.6%, $P<0.05$,有差异性。见表 1。

表 1 两组疗效对比

组别	n	治愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
参照组	45	12	10	13	10	77.8
试验组	45	16	12	15	2	95.6
χ^2		0.8295	0.2406	0.2074	6.1538	6.1538
P		0.3624	0.6237	0.6488	0.0131	0.0131

2.2 两组治疗前后生活质量改善情况分析 治疗后,两组生活质量均有所改善,但试验组患者改善的程度优于参照组,各指标评分比较有明显差异, $P<0.05$,有统计学意义。见表 2。(下转第 60 页)

血症的前提。肺复张是目前临床治疗 ARDS 的常用方法之一,其手法分为压力控制法、PEEP 递增法和控制性肺膨胀法。本研究采用控制性肺膨胀法进行肺复张,可使患者塌陷肺泡有效复张,进而显著改善患者的氧合,降低肺内分流^[4]。但有学者研究指出,单纯采用肺复张治疗 ARDS 的效果欠佳,若联合机械通气治疗,可显著提高治疗效果^[5]。

俯卧位通气是机械通气常用的方式之一,可通过以下几种机制来改善 ARDS 患者的临床症状及体征:(1) 可明显松解腹腔脏器及心脏对肺脏的压迫;(2) 患者肺泡受损程度不尽相同,部分肺泡会出现反复开闭的情况,会产生一定强度的剪力,从而加重肺泡损害,而俯卧位通气可均衡全肺通气,进而有效降低肺泡间剪力;(3) 可减小胸腔压力梯度,促进萎缩肺泡重新开放;(4) 临近背侧区肺不张及肺组织水肿较为严重者,取俯卧位可促进水肿积液重新向腹部分布,进而有效改善其背侧肺组织通气,且有助于减少肺内分流;(5) 可减少生理无效腔,改善重力依赖区域的血运及通气,进而有效改善氧合^[6]。

本研究结果显示,治疗 14、28 d 后,研究组的 PaO₂/FiO₂ 和 PaO₂ 高于对照组,且研究组的不良事件发生率低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。说明采用肺复张联合俯卧位通气治疗重症 ARDS,可有效改善患者氧合,降低不良事件发生率。综上所述,采用肺复张联合俯卧位通气治疗重症 ARDS,可有效改善患者的氧合及预后。

参考文献

[1]林天来,魏思灿,杨雄志,等.老年急性呼吸窘迫综合征患者临床特点及预后相关危险因素[J].中国老年学杂志,2017,37(3):652-654
[2]李双玲,王东信.急性呼吸窘迫综合征机械通气策略进展[J].国际麻醉学与复苏杂志,2014,35(5):453-457
[3]李秀元,张艳丽,李强,等.急性呼吸窘迫综合征患者血清中白细胞介素的表达及临床意义[J].中国老年学杂志,2016,36(12):2978-2979
[4]刘颖,兰青,王迪芬,等.压力控制肺复张法联合俯卧位通气救治重度急性呼吸窘迫综合征患者经验[J].中华危重病急救医学,2017,29(2):177-178
[5]李孝建,钟晓旻,邓忠远,等.肺保护性通气策略联合肺复张对严重烧伤并发急性呼吸窘迫综合征患者的疗效[J].中华烧伤杂志,2014,30(4):305-309
[6]周翔,刘大为,隆云,等.俯卧位通气联合肺复张对重度急性呼吸窘迫综合征患者预后的影响[J].中华内科杂志,2014,53(6):437-441

(收稿日期: 2017-04-22)

(上接第 51 页)

表 2 治疗前后两组生活质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	生理职能	社会功能	活力	精神健康	生理机能	生理机能	躯体疼痛	总体健康
参照组	45	治疗前	65.12± 2.85	64.37± 2.49	67.52± 2.69	68.46± 2.86	70.16± 2.27	65.29± 2.08	66.91± 2.27	68.72± 2.20
		治疗后	75.42± 5.71 [*]	78.73± 2.29 [*]	77.49± 2.26 [*]	72.45± 2.13 [*]	75.56± 3.82 [*]	79.31± 2.70 [*]	74.33± 2.59 [*]	76.29± 2.16 [*]
		<i>t</i>	10.826 9	28.475 3	19.036 1	7.505 8	8.152 1	27.594 2	14.452 7	16.470 7
<i>P</i>			0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0
试验组	45	治疗前	65.28± 2.75	64.43± 2.14	67.26± 2.82	68.19± 2.67	70.17± 2.63	65.42± 2.11	66.93± 2.30	68.54± 2.27
		治疗后	80.69± 2.43 ^{**}	84.81± 2.27 ^{**}	87.31± 2.13 ^{**}	85.92± 2.41 ^{**}	86.57± 2.22 ^{**}	87.33± 2.16 ^{**}	88.37± 2.33 ^{**}	87.90± 2.97 ^{**}
		<i>t</i>	28.168 7	43.822 6	38.058 5	33.067 3	31.965 2	48.675 0	43.929 5	34.795 8
<i>P</i>			0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0	0.000 0

注:与治疗前对比,^{*} $P<0.05$;与参照组治疗后对比,^{**} $P<0.05$ 。

3 讨论

声带息肉好发于职业用嗓者中,例如演员、商贩与教师等,患者患病时的临床表现主要是讲话费力、咽喉不适以及声音嘶哑等,声带息肉患者发声时由于其声带闭合不全,因此造成声音嘶哑,若患者不重视自身的病情,声嘶情况会逐渐加重,声带息肉治疗的最佳方式是手术治疗,类型多样,例如支撑喉镜、纤维喉镜以及间接喉镜下手术等,不管采取何种手术治疗,患者的声带黏膜均无可避免地会造成损伤,进而形成声带瘢痕、声带出血以及水肿等并发症,因而患者手术后采取针对性治疗可使上述并发症减轻,尽快促进嗓音以及声带黏膜的恢复。

中医辨证认为,声带息肉属于“慢喉”的范畴^[3],临床治疗应以通络化痰、活血化瘀为主。会厌逐瘀汤方剂中的赤芍、红花、当归与桃仁逐瘀活血通络;玄参、生地清热养阴,生津润燥;止咳与柴胡行气血、

理气疏肝;甘草与桔梗为伍,可起开音利喉、化痰宣肺的功效。上述药物合用开音行气、化瘀活血的作用显著。在本次研究中,参照组患者术后仅采取常规治疗,患者总疗效在 77.8%,试验组给予会厌逐瘀汤辨证治疗,患者总疗效高达 95.6%, $P<0.05$,提示声带息肉术后给予患者会厌逐瘀汤服用不但可以消退瘀血,减轻水肿,同时还可以避免形成瘢痕,提高患者生活质量。总之,会厌逐瘀汤用于声带息肉术后的作用明显,可防止息肉再次发生,建议临床推广。

参考文献

[1]贺兴,李婷婷.会厌逐瘀汤治疗声带息肉术后疗效观察[J].内蒙古中医药,2014,33(23):23
[2]周华,肖霞.中药治疗声带息肉 15 例[J].实用中医药杂志,2013,29(12):996
[3]杨仕蕊,譙凤英.会厌逐瘀汤合温胆汤治疗喉暗的体会[A].世界中联耳鼻喉口腔专业委员会换届大会暨第七次学术年会、中华中医药学会耳鼻喉分会第二十一次耳鼻喉科学术年会暨辽宁省中医及中西医结合耳鼻喉科学术会议论文集[C].辽宁.2015.206

(收稿日期: 2017-05-07)