

熏蒸法治疗急性咽喉炎的疗效观察

黄文武

云浮市中医院 广东 云浮 527399

摘要:目的 探讨中药熏蒸法治疗急性咽喉炎的临床效果。方法 选取2023年4月至2025年4月耳鼻咽喉科门诊急性咽喉炎患者60例,按治疗方式分为熏蒸组与雾化组,各30例。雾化组采用布地奈德氧气雾化吸入治疗,熏蒸组采用八味诃子喉炎汤熏蒸治疗。比较两组临床疗效、症状消退时间、中医证候积分及炎症因子水平。结果 熏蒸组总有效率为93.33%,高于雾化组的73.33%($P<0.05$);熏蒸组咽痛、咽干、充血消退时间均短于雾化组($P<0.05$);治疗后熏蒸组咽痛、咽干、咽部灼热、吞咽不适积分及总分均低于雾化组($P<0.05$);治疗后熏蒸组C反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)水平低于雾化组($P<0.05$)。结论 中药熏蒸法治疗急性咽喉炎疗效确切,可有效缓解临床症状,降低炎症反应。

关键词:急性咽喉炎;中药熏蒸;雾化吸入;炎症因子;中医证候

急性咽喉炎是耳鼻咽喉科常见疾病,主要由病毒或细菌感染引起,临床表现为咽部干痒、灼热、疼痛及吞咽困难等症状,冬春季节发病率较高^[1]。该病若治疗不及时或不彻底,易迁延为慢性咽喉炎,严重影响患者生活质量^[2]。目前临床多采用抗生素联合雾化吸入治疗,虽有一定疗效,但长期应用抗生素存在耐药风险,且雾化治疗需使用一次性耗材,增加了医疗成本。中医学将急性咽喉炎归属于“风热喉痹”范畴,认为其病机为风热之邪侵袭咽喉,致经脉痹阻、气血瘀滞。中药熏蒸疗法通过药物蒸汽直接作用于病灶局部,具有操作简便、药物利用率高、不良反应少等优势。本研究采用八味诃子喉炎汤熏蒸治疗急性咽喉炎,观察其临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年4月至2025年4月本院耳鼻咽喉科门诊就诊的急性咽喉炎患者60例为研究对象,按治疗方式分为熏蒸组与雾化组,各30例。本研究经医院伦

理委员会审批通过,所有患者均签署知情同意书。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。

1.2 方法

雾化组:采用氧气雾化吸入治疗。取0.9%氯化钠注射液3mL(哈药集团制药六厂,规格:500mL/瓶,国药准字H23021394)与吸入用布地奈德混悬液1mg(鲁南贝特制药有限公司,规格:2mL:1mg,国药准字H20256093)混合后置于雾化器内,连接氧气,调节氧流量至6~8L/min,嘱患者经口缓慢深吸气,每次治疗20min,每日1次,连续治疗7d。

熏蒸组:采用八味诃子喉炎汤熏蒸治疗。药物组成:诃子15g、桔梗15g、干鱼腥草15g、法半夏15g、玄参15g、白芷15g、薄荷15g、连翘15g。上述药物由本院中药房统一配制,经质量检验合格后送至煎药室,采用自动煎药机加水浸泡30min后煎煮,武火煮沸后转文火煎煮40min,滤出药液约200mL备用。治疗前检查中药熏蒸机(苏州好博医疗器械股份有限公司,型号:

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	男/女(例)	病程(d, $\bar{x} \pm s$)	体温($^{\circ}\text{C}$, $\bar{x} \pm s$)
雾化组	30	38.47 \pm 10.25	16/14	2.13 \pm 0.68	37.52 \pm 0.41
熏蒸组	30	39.13 \pm 9.87	17/13	2.07 \pm 0.71	37.48 \pm 0.39
t/ x^2 值		0.254	0.067	0.334	0.389
P值		0.800	0.795	0.739	0.699

HB1000, 苏械注准 20172200102) 各部件是否完好, 清洁消毒喷头及管路。将新鲜煎煮的药液倒入熏蒸机容器内, 加盖后启动加热装置, 设定目标温度 95℃。待药液温度升至 95℃ ± 3℃ 时, 含药蒸汽从喷头稳定喷出。嘱患者取端坐位, 面部距离喷头 30cm 以上, 微张口对准口鼻部位, 保持自然呼吸, 每隔 15s 进行 1 次深呼吸, 使药物蒸汽充分经鼻腔及口腔进入咽喉部位, 在局部形成较高的药物浓度。治疗过程中根据患者耐受情况适当调节与喷头的距离, 避免蒸汽温度过高造成黏膜灼伤。每次治疗 20min, 每日 1 次, 连续治疗 7d。治疗结束后嘱患者休息 10min, 避免立即外出受凉。两组患者治疗期间均嘱其清淡饮食, 忌辛辣刺激性食物, 多饮温水, 保持充足睡眠, 避免过度用嗓。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效

于治疗 7 d 后评价。显效为咽喉肿痛、干痒、异物感等症体征完全消失, 咽部黏膜恢复正常; 有效为上述症体征明显减轻, 改善程度 ≥ 60%; 无效为症体征无明显改善或加重。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

1.3.2 症状消退时间

记录两组患者咽痛消退时间、咽干消退时间、咽部充血消退时间。咽痛消退以患者自觉吞咽时咽部疼痛完全消失为准; 咽干消退以患者自觉咽部干燥感完全消失为准; 咽部充血消退以间接喉镜检查咽部黏膜颜色恢复正常为准。

1.3.3 炎症因子水平

分别于治疗前、治疗 7d 后采集患者空腹静脉血 5mL, 以 3000r/min 离心 10min 分离血清, 采用酶联免疫吸附法检测 C 反应蛋白 (C-reactive protein, CRP, 正常参考值: 0 ~ 10 mg/L)、白细胞介素-6 (interleukin-6, IL-6, 正常参考值: 0 ~ 7 pg/mL) 水平。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用独立样本 t 检验, 组内比较采用配对 t 检验; 计数资料以 [例 (%)] 表示, 采用 χ^2 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

熏蒸组总有效率高于雾化组, 差异有统计学意义 (P < 0.05)。见表 2。

2.2 两组患者症状消退时间比较

熏蒸组咽痛、咽干、咽部充血消退时间均短于雾化组, 差异有统计学意义 (P < 0.05)。见表 3。

2.3 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组各项中医证候积分及总分比较差异无统计学意义 (P > 0.05); 治疗后两组各项积分及总分均较治疗前降低, 且熏蒸组低于雾化组, 差异有统计学意义 (P < 0.05)。见表 4。

2.4 两组患者治疗前后炎症因子水平比较

治疗前两组 CRP、IL-6 水平比较差异无统计学意义 (P > 0.05); 治疗后两组 CRP、IL-6 水平均较治疗前降低,

表 2 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
雾化组	30	10 (33.33)	12 (40.00)	8 (26.67)	22 (73.33)
熏蒸组	30	16 (53.33)	12 (40.00)	2 (6.67)	28 (93.33)
χ^2 值					4.320
P 值					0.038

表 3 两组患者症状消退时间比较 (d, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	咽痛消退时间	咽干消退时间	咽部充血消退时间
雾化组	30	4.83 ± 1.12	5.17 ± 1.24	5.63 ± 1.18
熏蒸组	30	3.47 ± 0.94	3.90 ± 1.08	4.27 ± 1.05
t 值		5.089	4.236	4.721
P 值		< 0.001	< 0.001	< 0.001

表4 两组患者治疗前后中医证候积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	咽痛		咽干		咽部灼热		吞咽不适		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
雾化组	30	4.27±1.14	2.17±0.83	4.13±1.07	2.03±0.76	3.87±1.22	1.93±0.78	4.03±1.19	2.10±0.84	16.30±3.24	8.23±2.15
熏蒸组	30	4.33±1.18	1.23±0.57	4.07±1.11	1.17±0.53	3.93±1.17	1.07±0.52	4.10±1.22	1.30±0.65	16.43±3.31	4.77±1.48
t 值		0.201	5.147	0.213	5.700	0.195	5.649	0.225	4.648	0.155	7.304
P 值		0.841	<0.001	0.832	<0.001	0.846	<0.001	0.823	<0.001	0.878	<0.001

表5 两组患者治疗前后炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CRP (mg/L)		IL-6 (pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
雾化组	30	18.65±4.72	9.83±2.56	15.42±3.87	8.76±2.14
熏蒸组	30	18.93±4.58	6.47±1.93	15.68±3.92	6.23±1.78
t 值		0.233	5.756	0.260	4.981
P 值		0.817	<0.001	0.796	<0.001

且熏蒸组低于雾化组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表5。

3 讨论

急性咽喉炎属于上呼吸道感染性疾病, 其发病与病原微生物侵袭、机体免疫功能下降密切相关, 炎症刺激可导致咽部黏膜充血水肿, 引发咽痛、咽干、吞咽困难等不适症状。CRP 是一种急性时相反应蛋白, 在机体发生感染或组织损伤时迅速升高; IL-6 是重要的促炎细胞因子, 参与炎症反应的发生发展过程, 两者水平可反映机体炎症状态及病情严重程度。

中医学认为急性咽喉炎属“风热喉痹”范畴, 其病位在咽喉, 病机为外感风热之邪, 循经上犯, 搏结于咽喉, 致气血壅滞、经络不通, 不通则痛^[8]。治疗当以疏风清热、解毒利咽为法。本研究所用八味诃子喉炎汤由诃子、桔梗、干鱼腥草、法半夏、玄参、白芷、薄

荷、连翘组成。方中诃子味苦酸涩, 性平, 归肺、大肠经, 具有敛肺利咽、涩肠止泻之功, 为治疗咽喉肿痛之要药, 故为君药; 桔梗宣肺利咽、祛痰排脓, 鱼腥草清热解毒、消痈排脓, 两药共为臣药, 增强清热利咽之效。法半夏燥湿化痰、降逆止呕, 玄参清热凉血、滋阴降火, 两药相配, 既可化痰利咽, 又可滋养阴液、防止燥邪伤津; 白芷祛风散寒、通窍止痛, 薄荷疏散风热、清利头目, 连翘清热解毒、消肿散结, 三药共为佐使, 增强疏风清热、消肿止痛之功。诸药合用, 共奏疏风散热、清热解毒、利咽消肿之效。

综上所述, 中药熏蒸法治疗急性咽喉炎临床疗效确切, 能够快速缓解患者症状, 降低炎症因子水平, 且操作简便、不良反应少, 符合当前医改政策中降低医用耗材使用、减轻患者就医负担的要求, 具有较好的临床应用价值与推广前景。

参考文献:

[1] 李泽鹏, 李文建, 孙志佳. 中成药治疗急性咽喉炎数据挖掘及网状 Meta 分析 [J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2023, 37(4): 111-118.

[2] 周本益. 急慢性咽喉炎患者采用复方芩兰口服液治疗的临床效果分析 [J]. 北方药学, 2022, 19(11): 123-126.

作者简介: 黄文武 (1982.10.23-), 男, 本科, 汉, 广东省广州市花都区, 副主任医师, 眼耳鼻咽喉科。