

## YAG 激光结合一清胶囊治疗慢性肥厚性咽炎

YAG laser combined with Yiqing capsule in treatment of chronic hypertrophic pharyngitis

董贺玲<sup>1</sup>, 赵舒薇<sup>2\*</sup>, 叶青<sup>2</sup>, 英信江<sup>2</sup>, 杨毓梅<sup>2</sup>, 邱杰<sup>2</sup>, 萧壁君<sup>2</sup>

(1. 第二军医大学长征医院保健科, 上海 200003; 2. 长征医院耳鼻喉科)

**[摘要]** **目的:** 观察 YAG 激光结合一清胶囊治疗慢性肥厚性咽炎的疗效。**方法:** 1 086 例慢性肥厚性咽炎患者随机分为 3 组: 治疗组采用 YAG 激光结合一清胶囊口服, 每次 2 粒(每粒 0.5 g), 每日 3 次, 共 2 周; 对照组 I 单纯服用一清胶囊。对照组 II 单纯应用 YAG 激光。**结果:** 治疗组总有效率 97.0%(508/524), 对照组 I 总有效率 47.9%(219/457), 对照组 II 总有效率 54.3%(57/105), 治疗组与 2 个对照组比较有显著性差异( $P < 0.01$ )。**结论:** YAG 激光结合一清胶囊治疗慢性肥厚性咽炎可以获得明显的治疗效果, 具有较好的临床价值。

**[关键词]** 咽炎; 激光; 一清胶囊

**[中图分类号]** R 766.14

**[文献标识码]** B

**[文章编号]** 0258-879X(2004)08-0915-02

慢性肥厚性咽炎是耳鼻喉科常见病、多发病, 是以咽黏膜、黏膜下及淋巴组织增生为主要表现的慢性炎症。本病常发生于成人, 病程长, 症状反复, 不易消除。本院耳鼻喉科门诊对 1 086 例慢性肥厚性咽炎患者采用 YAG 激光结合一清胶囊治疗, 效果显著, 现分析如下。

### 1 资料和方法

**1.1 临床资料** 2001 年 1 月至 2003 年 6 月, 我院耳鼻喉科门诊采用 YAG 激光结合一清胶囊治疗慢性肥厚性咽炎 1 086 例, 并将其随机分为 3 组。治疗组 524 例, 男 215 例, 女 309 例; 年龄 19~67 岁, 平均(41.3±10.5)岁; 病程 11 个月至 37 年, 平均(6.5±5.8)年。对照组 I 457 例, 男 203 例, 女 254 例; 年龄 17~69 岁, 平均(42.1±11.2)岁; 病程 1~39 年, 平均(7.6±7.1)年。对照组 II 105 例, 男 63 例, 女 42 例; 年龄 21~63 岁, 平均(42.6±9.7)岁; 病程 1~36 年, 平均(7.4±6.9)年。全部病例随访 1 个月以上。慢性肥厚性咽炎的诊断标准为咽部异物感、咽痒、咽痛、咽部多痰等, 咽部检查见黏膜慢性充血、增厚, 咽后壁、侧壁淋巴滤泡增生、散在突起或融合成块, 咽侧索肥厚<sup>[1]</sup>。

**1.2 治疗方法** 治疗组采用武汉夏普兰-楚天公司生产的 YY100-LH II 型 YAG 激光治疗机, 工作电流为 3.2 A, 输出功率为 40 W, 治疗时间 3~5 s。患者端坐位, 1% 达克罗宁液咽部黏膜表面麻醉 2~3 次, 选直长圆球形治疗针安装在枪形手柄上, 暴露咽后壁, 将治疗针与咽后壁增生的淋巴滤泡接触, 接通电源脚踏开关, 逐个烧灼呈点状白色。将增生的淋巴滤泡及肥厚的咽侧索凝固。若病变广泛, 可分为 2~3 次治疗, 间隔时间 1~2 周。治疗结束后用 1:5 000 呋喃西林液含漱。同时给予成都康弘制药有限公司生产的一清胶囊口服, 每次 2 粒(每粒 0.5 g), 每日 3 次, 共 2 周。对照组 I 患者口服一清胶囊, 每次 2 粒, 每日 3 次, 共 2 周。同时给予 1:5 000 呋喃西林液含漱。对照组 II 患者应用 YAG 激光治疗(同治疗组), 治疗结束后用 1:5 000 呋喃西林液含漱。

**1.3 疗效评价标准** 显效: 咽部异物感、咽痒、咽痛症状消失, 局部充血消退, 增生淋巴滤泡明显缩小; 有效: 咽部异物

感、咽痒、咽痛症状明显减轻, 局部充血消退明显, 增生淋巴滤泡缩小; 无效: 咽部异物感、咽痒、咽痛症状无明显改善, 局部充血消退不明显, 淋巴滤泡仍存在。

### 2 结果

治疗结束后 1 个月进行疗效评定, 治疗组中, 显效 221 例(42.2%), 有效 287 例(54.8%), 无效 16 例(3.0%), 总有效率 97.0%(508/524)。而在对照组 I 显效 17 例(3.7%), 有效 202 例(44.2%), 无效 238 例(52.1%), 总有效率 47.9%(219/457)。对照组 II 显效 13 例(12.4%), 有效 44 例(41.9%), 无效 48 例(45.7%), 总有效率 54.3%(57/105)。治疗组分别与 2 个对照组比较, 应用  $\chi^2$  检验, 其疗效均有显著性差异( $P < 0.01$ )。

随访时间 1~3 个月, 所有患者均无不良反应发生。

### 3 讨论

YAG 激光治疗慢性肥厚性咽炎的主要原理是: 咽部增生的淋巴和结缔组织的生物分子及水分子吸收激光能量后, 受照射处组织温度急剧升高, 引起组织的凝固、碳化等热效应, 从而凝固增生淋巴滤泡与肥厚黏膜。激光能产生瞬时高温, 热扩散小, 易保护周围组织, 可抗感染, 减少炎性肿胀<sup>[2,3]</sup>。经激光治疗后, 10 d 左右咽部凝固组织表面伪膜自行脱落, 淋巴滤泡缩小或消失, 咽黏膜变光滑。

一清胶囊具有抗菌、解毒作用。其抗菌作用主要是大黄酸、大黄素影响叶酸的酶系统, 抑制细菌核酸和蛋白质生物合成; 黄连则通过干扰细菌蛋白质的生物合成而达到抗菌效果。解毒作用主要是黄连能对抗多种病原微生物的毒素而改善毒血症, 抑制细菌凝固酶的形成, 使毒力降低, 有利于吞噬细胞的吞噬作用。

慢性肥厚性咽炎的主要病理变化为咽部黏膜充血肥厚, 黏膜下结缔组织及淋巴组织增生, 在咽后壁上黏膜形成颗粒

**[作者简介]** 董贺玲(1966-), 女(汉族), 主治医师。

\* Corresponding author. E-mail: zhaoshw@citiz.net

状隆起,咽腭弓后方淋巴组织呈现条索状增生,患者常以咽部不适感,特别是异物感为突出表现,长期以来一直为耳鼻咽喉科的难题之一<sup>[1]</sup>。因此,需要寻求一种简单、有效、安全、无痛苦、患者乐于接受的治疗方法。我们选用了YAG激光结合一清胶囊进行治疗。治疗结果分析:单纯使用一清胶囊,总有效率为49.9%,单纯用YAG激光治疗,总有效率为54.3%,对症状改善均不显著。而采用YAG激光结合一清胶囊,总有效率为97.0%,疗效显著提高。临床证明YAG激光结合一清胶囊治疗慢性肥厚性咽炎安全,痛苦轻,无不良刺激,感染机会少,患者易于接受,疗效可靠,治愈率高,操作灵巧方便。

在实际治疗过程中应注意,烧灼时间不可过长,功率不宜过大,以免烧灼过深,产生溃疡;照射面积不可过大,每次烧灼点直径不可超过5 mm,间距不小于5 mm;一次效果不

理想,可间隔1~2周后再次治疗。只要注意以上几点,YAG激光结合一清胶囊治疗慢性肥厚性咽炎不失为一种好的治疗方法。

[参考文献]

[1] 田勇全,孙爱华.耳鼻咽喉科学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2001.126.  
[2] 普金波,贺文娟,胡明霞.YAG激光治疗乳突根治术后术腔肉芽的观察[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2001,15(2):90-93.  
[3] 黄敏.YAG激光配合中药治疗慢性滤泡型咽炎的疗效观察[J].中国眼耳鼻喉科杂志,2002,2(2):114-115.  
[4] 孔巧.鼻咽消毒颗粒加氩氛激光照射治疗慢性肥厚性咽炎[J].医药导报,2004,23(2):109-110.

[收稿日期] 2003-12-26 [修回日期] 2004-06-20  
[本文编辑] 李丹阳

• 临床研究 •

肝移植后急性排斥反应的诊断和防治

Diagnosis and treatment of acute rejection following liver transplantation

曹晓伟<sup>1,2</sup>, 唱浩<sup>2</sup>, 王正昕<sup>1</sup>, 傅志仁<sup>1\*</sup>, 丁国善<sup>1</sup>, 李先兴<sup>1</sup>

(1. 第二军医大学长征医院器官移植中心,上海 200003; 2. 华北煤炭医学院附属医院,唐山 053000)

[摘要] 目的:探讨原位肝移植术后急性排斥反应的诊断和防治。方法:回顾分析2002年6月至2003年8月71例人原位肝移植术后急性排斥反应患者诊治的临床资料。结果:14例肝移植后8~200 d共出现16次急性排斥反应,平均46 d,6例有典型临床表现,所有病例均出现血清学改变并经肝穿刺活检确诊。经大剂量激素冲击治疗后,15次急性排斥反应被控制。结论:细针肝穿活检术是确诊急性排斥反应的唯一手段;预防急性排斥反应发生的关键在于合理应用免疫抑制剂;临床治疗应注重对病理学诊断、血清学检查和临床表现的综合分析和判断。

[关键词] 肝移植;移植物排斥;诊断;治疗

[中图分类号] R 657.3 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2004)08-0916-03

急性排斥反应(acute rejection, AR)是导致移植肝无功能的主要原因之一,早期诊断和治疗AR对于保护移植肝功能有重要的临床意义。我中心自2002年6月至2003年8月共实施71例人原位肝移植术,现将移植肝AR的发生情况进行总结,并对其诊断和治疗作初步探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料 71例肝移植患者中,男63例,女8例,年龄14~67岁,中位年龄43岁。其中肝豆状核变性4例,肝恶性肿瘤18例,肝炎后肝硬化20例,慢性重症肝炎26例(其中肝昏迷8例),原发性胆汁性肝硬化2例,自身免疫性肝炎1例。

1.2 手术方法及免疫抑制剂的应用 71例肝移植手术中,原位经典肝移植13例,改良背驮肝移植49例,腔静脉成型9例;术中肝脏恢复血流后,立即静脉给予甲泼尼龙500~1 000 mg,71例术后均采用他克莫司、霉酚酸酯和甲泼尼龙三联免疫抑制疗法,其中18例因白细胞和或血小板减少而停用霉酚酸酯。

1.3 AR的发生 14例患者肝移植后8~200 d共出现16次急性排斥反应,平均46 d,2例同时合并病毒感染。2例分别于术后4.5个月和6个月出现第2次排异;8例于术后1个月内发生,平均13 d;3例于移植后6个月发生。14例患者肝功能均出现异常,以胆红素急剧上升为主。临床表现中出现发热、皮肤和巩膜黄染、肝区叩击痛6例,5例留置T管患者均出现胆汁分泌量骤减、水样胆汁。14例肝穿刺活检确诊。

1.4 AR的治疗 确诊为AR后,立即给予激素冲击疗法。方案为:甲泼尼龙500 mg 静脉滴注,连续3 d后,自200 mg起每日递减40 mg,至40 mg时改为口服醋酸泼尼松20 mg。13例经冲击治疗后病理改变明显减轻,另1例冲击无效后给予莫罗莫那-CD<sub>3</sub>连续应用14 d,排异得以控制。

2 结果和讨论

2.1 AR的临床和实验室诊断 AR常发生在移植肝功能

[作者简介] 曹晓伟(1971-),男(汉族),博士,讲师、主治医师。

\*Corresponding author.