

温针灸治疗过敏性鼻炎临床疗效观察及免疫调节作用的探讨

王芳

嘉兴市中医院耳鼻喉科, 浙江 嘉兴 314000

[摘要] 目的: 观察温针灸治疗过敏性鼻炎的临床疗效及其免疫调节作用。方法: 确诊为过敏性鼻炎患者共 100 例。随机分为 2 组, 观察组 50 例采取温针灸治疗; 对照组 50 例采取电针治疗。分别于治疗 3 月后观察 2 组患者临床疗效及炎症黏膜纤毛功能、嗜酸性粒细胞以及 Th1/Th2 细胞因子的变化等免疫调节情况。结果: 治疗 3 月后观察组临床疗效与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组与对照组的纤毛的传输速度均与治疗前比较, 2 组均提高, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 且组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组嗜酸性粒细胞治疗后较治疗前数量减少, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 且组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组白细胞介素 (IL) -4、IL-5 治疗后较治疗前表达下降, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 且组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 温针灸治疗提高过敏性鼻炎患者的临床疗效, 减轻过敏性鼻炎患者黏膜的炎症反应, 在免疫调节方面发挥着重要的作用。

[关键词] 过敏性鼻炎; 针灸疗法; 温针灸; 白细胞介素 (IL); 黏膜纤毛功能; 嗜酸性粒细胞

[中图分类号] R765.21 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 04-0144-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.04.054

过敏性鼻炎是临床耳鼻喉科的常见疾病, 该病的发病率、复发率高, 而且容易迁延难愈。临床上多采用保守治疗, 如中西医结合治疗的方法, 但是疗效都不理想^[1]。笔者在临床中尝试各种方法以提高其长期疗效, 发现温针灸可以有效提高过敏性鼻炎的远期疗效, 从一定程度上降低了过敏性鼻炎的复发率, 使疾病得到有效的控制^[2]。从发病因素上看, 免疫防御功能的降低与破坏是过敏性鼻炎的主要发病原因, 为了探讨温针灸治疗过敏性鼻炎在免疫防御功能的影响情况, 笔者采用常规电针治疗及温针灸治疗临床疗效的比较, 观察免疫防御功能相关的黏膜纤毛功能、嗜酸性粒细胞以及 Th1/Th2 细胞因子的变化情况, 以阐明该疗法在免疫方面的作用, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《实用耳鼻咽喉头颈外科学》^[3]对过敏性鼻炎的诊断标准进行制定。

1.2 纳入标准 ①符合本病诊断标准; ②年龄 20~60 岁; ③依从性强, 愿意接受本临床研究。

1.3 排除标准 ①年龄 < 20 岁或 > 60 岁的患者,

妊娠期、哺乳期的患者; ②有严重其他系统疾病和恶性肿瘤的患者; ③不愿意接受本临床研究, 依从性差的患者。

1.4 一般资料 纳入收集本院 2013 年 1 月—2014 年 11 月确诊为过敏性鼻炎的患者 100 例, 男 48 例, 女 52 例。随机平均分为 2 组, 观察组 50 例, 男 24 例, 女 26 例; 平均年龄(36.25± 10.23)岁。对照组 50 例, 男 24 例, 女 26 例; 平均年龄(32.48± 9.63)岁。2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义, 具有可比性($P > 0.05$)。

2 研究方法

2 组均取足三里(双)、迎香(双)、上迎香(双)、印堂、上星、外关(双)、风池(双)、合谷(双)。

2.1 观察组 针刺: 迎香: 常规消毒后用 0.30 mm× 40 mm 毫针, 在鼻翼外缘中点鼻唇沟中取穴之后向内上方斜刺, 约与面部成 60° 夹角进针 0.4~0.5 寸(约 10 mm), 行提插捻转补法, 使鼻中有酸胀欲流泪感为度; 风池、外关行提插捻转法, 其他腧穴行提插捻转补法, 得气后留针 30 min。灸法: 在针

[收稿日期] 2015-12-25

[作者简介] 王芳 (1974-), 女, 副主任医师, 主要从事中医耳鼻喉科临床工作。

柄上加长约 2 cm, 直径为 1.5 cm 大小的艾炷, 在迎香穴得气留针后使用阻燃纸覆盖脸部的其余部位, 点燃后待其自行燃尽, 每次 1 壮; 足三里灸法操作如迎香, 每次 2 壮。操作时艾炷与皮肤的距离应大于 1.0 cm, 并随时注意观察, 防止艾炷坠落烧伤皮肤。

2.2 对照组 针刺手法同观察组, 行针得气之后在足三里(双)及迎香(双)加电针, 采用连续波, 强度以患者能耐受为度, 治疗 30 min。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 《变应性鼻炎诊断和治疗指南(2009年, 武夷山)》^[4]的症状体征计分表以及判定标准。治愈: 症状基本消失; 显效: 症状大部分消失; 有效: 症状有所改善; 无效: 症状无改善或加重。总有效率 = (治愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100%。采用酶联免疫吸附实验(ELISA)法于治疗前以及治疗 3 月后, 对 2 组患者的炎性黏膜纤毛功能以及 Th1/Th2 细胞因子进行检测。HE 染色, 在低倍镜下观察嗜酸性粒细胞数目。

3.2 统计学方法 所有收集的数据资料均妥善存档, 采用 SPSS21.0 统计软件对数据做统计分析, 遵循正态分布而且方差齐性, 非正态分布资料采用中位数表示。本研究中计量资料数据正态分布资料采用($\bar{x} \pm s$)表示, 故 2 组间比较采用独立样本 *t* 检验, 百分率比较采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗 3 月后, 总有效率治疗组 98.00%, 对照组 78.00%, 2 组比较, 经 χ^2 检验, $\chi^2=3.652$, 差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	50	23	21	5	1	98.00 ^①
对照组	50	17	17	5	11	78.00

与对照组比较, ① $P<0.05$

4.2 2 组过敏性鼻炎术后黏膜纤毛传输功能情况比较 见表 2。观察 2 组患者过敏性鼻炎温针灸治疗前及治疗 3 月后黏膜纤毛传输的功能, 2 组治疗后纤毛功能较治疗前均好转, 组内前后比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$), 且治疗组优于对照组, 2 组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.3 2 组治疗前后白细胞介素 - 4 (IL- 4)、白细胞

介素 - 5 (IL- 5) 含量比较 见表 3。观察 2 组患者过敏性鼻炎温针灸治疗前及治疗 3 月后 IL- 4、IL- 5 表达的变化情况, 治疗后 IL- 4、IL- 5 的表达均下降, 2 组间比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 2 组过敏性鼻炎术后黏膜纤毛传输功能情况比较($\bar{x} \pm s$) mm/min

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	50	4.87± 1.38	6.32± 1.25 ^{①②}
对照组	50	4.86± 1.09	5.12± 1.03 ^①

与治疗前比较, ① $P<0.05$; 与对照组比较, ② $P<0.05$

表 3 2 组治疗前后 IL-4、IL-5 含量比较($\bar{x} \pm s$) pg/mg

组别	n	治疗前		治疗后	
		IL-4	IL-5	IL-4	IL-5
观察组	50	68.46± 7.85	83.47± 6.89	36.54± 4.12 ^{①②}	38.74± 7.56 ^{①②}
对照组	50	67.21± 8.46	82.76± 6.54	48.63± 6.99 ^①	43.69± 8.33 ^①

与治疗前比较, ① $P<0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P<0.05$

4.4 2 组嗜酸性粒细胞浸润数目情况比较 见表 4。观察 2 组患者过敏性鼻炎温针灸治疗前及治疗 3 月后嗜酸性粒细胞浸润数目, 2 组嗜酸性粒细胞浸润数量均减少, 前后比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 且观察组与对照组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 4 2 组嗜酸性粒细胞浸润数目情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	50	29.87± 2.33	11.47± 2.76 ^{①②}
对照组	50	30.14± 2.05	16.33± 2.45 ^①

与治疗前比较, ① $P<0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P<0.05$

5 讨论

过敏性鼻炎主要表现为鼻塞、浓涕、头痛等临床症状, 常常影响人们的生活和工作治疗, 发病率高达 15% 以上, 若严重的患者甚至会导致鼻眶病毒感染进而诱发颅内的感染危及生命。该病是由多种因素诱发的, 且具有明显术后复发的倾向, 被越来越多地关注^[5-6]。温针灸治疗提高了鼻和鼻窦疾病的治疗疗效, 近十年来在各大医院广泛开展^[7]。然而随着对疾病治疗的认识和不断深入, 我们了解到进行温针灸治疗只是治疗过敏性鼻炎过程的开始, 维持治疗才是过敏性鼻炎的重中之重^[8]。寻求有效的理想的治疗措施往往是质量的关键所在, 防治病变的再生也是耳鼻喉医生

共同面临的重要课题。通过长期的临床实践中发现,在进行温针灸治疗后复发率的控制都起到了积极的作用^[9]。

从过敏性鼻炎的发病因素入手,积极防治鼻腔内的变态反应的发生,从免疫防御体系去控制疾病的复发取得了良好的临床疗效,研究发现,细胞因子在过敏性鼻炎的发病中起到关键的作用,炎症组织中有大量的细胞因子、趋化因子以及粘附分子等,这些炎症因子会趋化聚集,导致疾病的发生发展^[10];机体免疫反应调节另外一个重要因素 Th1/Th2,它们之间的消长平衡是免疫调节的重要方式之一,正常情况下,它们是处于平衡状态,在环境改变以及遗传变异发生后会导致平衡的偏倚,导致变应性疾病的发生^[11]。

本研究结果显示,温针灸治疗3月后的疗效优于电针治疗,观察组与对照组的纤毛的传输速度与治疗前相比2组均提高,且组间比较具有统计学意义;嗜酸性粒细胞以及 Th1/Th2 细胞因子治疗后较治疗前数量减少,且组间比较,具有统计学意义;IL-4、IL-5 治疗后较治疗前表达下降,且组间相比具有统计学差异。初步提示,使用了温针灸后可以增强局部的免疫防御功能,改善鼻部的局部微循环,同时具有消炎镇痛的作用。本研究结果显示,温针灸在过敏性鼻炎治疗的优势,大大拓宽了中医治疗的新途径,起到了良好的促进恢复的效果。

综上所述,温针灸治疗对过敏性鼻炎的治疗效果带来了较大的提高,且我们知道过敏性鼻炎的病理过程是一个复杂的过程,受到多种细胞因子的网络调控,在提高免疫防御方面的治疗方法是行之有效的,也说明了温针灸的治疗方法具有提高临床疗效的作用与免疫调节机制有关,但是需要我们进一步对其机制进行探索。

[参考文献]

- [1] SUN Zhou-hong, SONG Li. Clinical Observation of warm Needling Moxibustion for Seasonal Allergic Rhinitis[J]. Journal of Acupuncture and Tuina Science, 2010, 8(2): 102- 104.
- [2] 崔林华, 邪潇, 刘素梅. 电针刺刺激双侧迎香穴治疗变应性鼻炎 170 例临床观察[J]. 河北中医, 2013, 35(4): 560- 562.
- [3] 黄选兆, 王宝吉, 孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 34- 35.
- [4] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会鼻科组, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 变应性鼻炎诊断和治疗指南(2009年, 武夷山)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(12): 977- 978.
- [5] 马天伟, 朱雪坤. 针灸治疗过敏性鼻炎 58 例[J]. 上海针灸杂志, 2010, 29(10): 656.
- [6] 玛依努尔·木拉提. 温针灸治疗过敏性鼻炎 68 例疗效观察[J]. 新疆中医药, 2011, 29(1): 24- 25.
- [7] 林驰, 叶永铭, 田楠. 隔姜灸配合针刺治疗持续性变应性鼻炎临床研究[J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(5): 379- 381.
- [8] 胡引, 吕凯露. 古今针灸治疗变应性鼻炎取穴思路分析[J]. 甘肃中医, 2011, 24(6): 51- 52.
- [9] 于沿凯, 董震, 孟粹达, 等. 变应性鼻炎及非变应性鼻炎中非 IgE 介导的免疫学机制[J]. 国际耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 37(4): 241- 244.
- [10] 伍慧卿. 特异性免疫治疗研究的新进展[J]. 临床医学工程, 2013, 20(1): 117- 120.
- [11] 赵义造, 黄益灯, 黄加云, 等. 电针对变应性鼻炎大鼠模型 IL-4 及 IFN- γ 表达的影响[J]. 浙江中医杂志, 2011, 45(12): 916- 918.

(责任编辑: 刘淑婷)