

中医耳鼻喉科学 2021 年 9 月 (第 20 卷第 3 期)

(季版)

目次

冀 L1100085
(Z) R1087

医学综述 --- 栏目主编 黄春江 责任编辑 霍会川

近五年慢性咽炎中西药治疗研究进展..... 赖逸菡 邓琤琤 (01)

“缓则治其本”治则下治疗鼻衄的研究进展..... 李岩 肖瑶 张竞飞 李文涛 (06)

鼻腔冲洗治疗变应性鼻炎的中西医研究进展
..... 田文霞 苏雪梅 李璐璇 王琮 李冶金 黄春江 (10)

实验研究 --- 栏目主编 杨荣刚 责任编辑 孟庆利

鼻鼾通窍膏对常年性变应性鼻炎患者的免疫影响
..... 邓可斌 雷西熙 马欣 余昇昇 李辉 (16)

临床研究 --- 栏目主编 周小军 责任编辑 倪金秀

鼻病病案二则..... 王士贞 (18)

基于中医传承辅助平台分析李云英教授治疗腺样体肥大用药经验
..... 吴国晶 陈文勇 李云英 (22)

国医大师干祖望教授治疗鼻鼾学术经验体系的形成与发展
..... 史军 陈小宁 严道南 李寿龄 刘玉 陈洛萌 侯晓菲 伍丹 (29)

膏方治疗过敏性鼻炎的体会..... 邱宝珊 (35)

针刺蝶腭神经节治疗特发性耳鸣肝气郁结型的理论与临床研究
..... 张鑫 孟伟 王仁忠 (39)

谢氏刺营法治疗气虚质悬雍垂过长症临床研究
..... 罗辉 黄少霆 闫新宇 赵竞一 王俊阁 (45)

温肺止流方治疗变应性鼻炎的研究进展..... 李岩 秦晓迪 (50)

研究生校园 --- 栏目主编 杨荣刚 责任编辑 孟庆利

近 20 年穴位注射治疗慢性咽炎临床选穴规律的文献研究
..... 田文霞 苏雪梅 王琮 李璐璇 李冶金 任丹妮 黄春江 (55)

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的病因及干预研究进展..... 宋云 王旭 (59)

基层医师园地 --- 栏目主编 何伟平 责任编辑 薛彦艳

儿童鼻腔异物 1 例报道..... 吕伟丽 (66)

浅谈中医药论治过敏性鼻炎..... 南保平 (67)

鼻衄验案一例..... 杨喜娟 王小花 张建新 (68)

信息动态 --- 责任编辑 薛彦艳

第四届中医耳鼻喉国际论坛夏季峰会会议报道..... 刘续 (69)

主管
中华中医药学会

主办
石家庄康灵中医耳鼻喉
医院

编辑
《中医耳鼻喉科学研究》
编辑委员会

荣誉总编
刘大新

总编
阮岩

副总编
王士贞 严道南

主编
赵峰

副主编
张晓丁 倪金秀

出版
《中医耳鼻喉科学研究》
编辑部

发送单位
北京及全国各医院耳鼻
喉科

地址
石家庄市建华南大街 118 号

电话
4000-135-120

传真
0311-85667550

印刷数量
20000 册

印刷
石家庄嘉年印刷有限公司

约稿通知

《中医耳鼻喉科学研究》是中华中医药学会主管石家庄康灵中医耳鼻喉医院主办的一家中医耳鼻喉科专业性出版物。

主要栏目有：

临床研究、医学综述，名医名院、知名专科、名医专栏、专题论坛、药用心得、研究生园地、基层园地、短篇报道，信息动态。

其中信息动态包括：(1)学术动态：包括科研课题立项，科研成果发布、学术会议报导等；(2)会议通知：包括中华中医药学会及各分会、世界中医药联合会、各地方相关学术会议通知；(3)培训通知：推介我学科的各种技术推广项目；(4)科室建设。

本刊施行国家科技期刊编排规范和标准化，投稿要求如下：

1. 文稿要求：内容真实，论点明确，论据充分，重点突出。说理透彻，文字精练，具有实用性、真实性、科学性和逻辑性。

2. 文题应做到简明、醒目，反映出文章的主题。中文文题一般以20个汉字以内为宜，不能使用笼统的、泛指性很强的词语，避免使用简称，缩写，化学结构式，药品商品名等不规范的词语，尽量不设副标题。论文所涉及的课题凡取得国家或部、省级以上基金或属公关项目，应予说明，如“本课题受XX基金资助(编号XXX)”，并附基金证书复印件。论文刊登后获奖者，请及时通知编辑部，并将获奖证书复印件寄来。

3. 作者署名：作者姓名在文题下按序排列，排列应在投稿时确定，在编排过程中如需更动，应由第一作者出具书面证明并加盖单位公章。作者单位，应注明单位名称、科室，地址(XX市或县XX路XX号)、邮编。

4. 摘要及关键词：文中必须附中文摘要，内容包括目的、方法、结果(应给出主要数据)及结论4个部分内容，要求以第三人称撰写200-300字为宜，并附3-8个关键词。有条件者，可将文题、作者、单位、摘要及关键词译成英文。

5. 文章内容层次：一般按3级，序号均用数字编号，左顶格书写，不同层次序号之间用下圆点相隔，如1, 1.1, 1.1.1. 夹在段落内的序号用①②…书写。

6. 文中图、表要用中文清晰明了，表格内容不与文字，插图重复，均采用三线表。表中参数应标明量和单位和符号，需注释处，用 \ast 、 \blacktriangle 、#等表示。

7. 文中涉及的量和单位应按《中华人民共和国法定计量单位》规定执行，并用规定缩写符号表示。每一个组合单位符号中，斜线不得多于1条，如每天每千克体重用药剂量应写成mg/(kg.d)。

8. 数字用法：凡是可以使用阿拉伯数字且很得体的地方，均应用阿拉伯数字，如公元世纪、年代、年、月、日、时刻，物理量量值必用阿拉伯数字，非物理量的量词(计数单位)前面的数字、计数的数字、文后参考文献(古籍除外)著录中的数字。应使用汉字数字的场合：固定词语中作语素的数字，相邻2个数字并列连用表示的概数。带有“几”字的数字表示的概数，中国及世界各国、各民族的非公历纪年，含有月日简称表示事件、节日和其他特定含义的词组中的数字，古籍参考文献标注中的数字。

9. 参考文献：必须是作者亲自阅读过的近年对本文有重要参考价值的正式文献。内部资料、转摘、保密资料、文摘等不能做为参考文献引用。文中出现的次序号，在引文末右上角方括号内注明，参考文献著录书写格式、间隔符号必须按照本刊规定：

期刊：[序号]作者(作者3名以内全部列出，3名以上者列出前3名后加“等”，作者之间加“，”)。文题[.]。刊名，年，卷(期)：起页—止页。

书籍：【序号】作者(作者数同期刊要求)。书名【M】。版次(如第1版可略)出版地：出版社(要写全称)，年：页。

10. 文稿最好用电子信箱投稿，本刊E-mail: zhsht328@163.com，并请注明作者简介：第一作者的个人简介及近期免冠照片。同时提供第一作者联系电话。也可用A4纸打印。来稿请寄：石家庄市建华南大街118号《中医耳鼻喉科学研究》编辑部收。

11. 本刊对来稿有删改权，审定录用的稿件将在30天内发出录用通知。凡2个月未接到采用或修改通知者，作者可电话咨询或将稿件另行处理，本刊一律不退稿。

12. **特别提醒**：(1)文章发表以作者回馈确认先后顺序为准，编辑部依据版面容量而定，自动将期数顺延。如有特殊情况或要求，请及时和编辑部工作人员沟通。(2)《中医耳鼻喉科学研究》是2002年经过河北省新闻出版局审批，中华中医药学会主管的行业交流内刊，2007年被中国电子期刊杂志社收编为电子版正刊，录入到中国医学期刊数据库，知网和万方数据库搜索引擎均能查阅，本刊已经录用，其它正刊不会再次刊登，敬请慎重斟酌。(3)近年来各类网站不断出现所谓《中医耳鼻喉科学研究》官网，收取高额审稿费用，此种行为与本刊无关，本刊恕不录用。(4)本刊目前尚未建立网络投稿系统，特此公告周知。电话：4000-135-120

OTORHINOLARYNGOLOGY RESEARCH IN TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

Vol. 20 No. 3 Sept 2021

CONTENTS

MEDICAL REVIEW

Research progress of Chinese and Western medicine in the treatment of chronic pharyngitis in recent five years

LAI Yihan, DENG Chengcheng..... (01)

Research progress in the treatment of epistaxis under the principle of "slow is the root"

LI Yan, XIAO Yao, ZHANG Jingfei, LI Wentao (06)

Research progress of traditional Chinese and Western Medicine on nasal irrigation in the treatment of allergic rhinitis

TIAN Wenxia, SU Xuemei, LI Luxuan, WANG Qiong, LI Zhijin, HUANG Chunjiang..... (10)

EXPERIMENTAL RESEARCH

Immune effect of Biqu Tongqiao ointment on patients with perennial allergic rhinitis

DENG Kebin, LEI Xixi, MA Xin, YU Minmin, LI Hui..... (16)

CLINICAL RESEARCH

Two cases of nasal diseases

WANG Shizhen..... (18)

Analysis of Professor Li Yunying's experience in the treatment of adenoidal hypertrophy based on the auxiliary platform of traditional Chinese Medicine Inheritance

WU Guojing, CHEN Wenyong, LI Yunying..... (22)

The formation and development of Professor Gan Zuwang's academic experience system in the treatment of rhinorrhea

SHI Jun, CHEN Xiaoning, YAN Daonan, LI Shouling, LIU Yu, CHEN Luomeng, HOU Xiaofei, WU Dan..... (29)

Experience of ointment in the treatment of allergic rhinitis

QIU Baoshan..... (35)

Theoretical and clinical study on acupuncture of sphenopalatine ganglion in the treatment of idiopathic tinnitus with liver qi stagnation

ZHANG Xin, MENG Wei, WANG Renzhong..... (39)

Clinical study on Xie's needling method in the treatment of excessive uvula with Qi deficiency

LUO Hui, HUANG Shaoting, YAN Xinyu, ZHAO Jingyi, WANG Junge (45)

Research progress of Wenfei zhiliu recipe in the treatment of allergic rhinitis

LI Yan, QIN Xiaodi (50)

GRADUATE CAMPUS

Literature study on clinical acupoint selection law of acupoint injection in the treatment of chronic pharyngitis in recent 20 years

TIAN Wenxia, SU Xuemei, WANG Qiong, LI Luxuan, LI Zhijin, REN Dani, HUANG Chunjiang (55)

Research Progress on etiology and intervention of obstructive sleep apnea hypopnea syndrome

SONG Yun, WANG Xu..... (59)

BASIC PHYSICIAN GARDEN

Nasal foreign body in children: a case report

LV Wei li..... (66)

On the treatment of allergic rhinitis with traditional Chinese Medicine

NAN Baoping..... (67)

A case of epistaxis

YANG Xijuan, WANG Xiaohua, ZHANG Janxin..... (68)

慢性咽炎中西医治疗研究进展

赖逸菡¹ 邓玲玲¹

【摘要】慢性咽炎是耳鼻咽喉科常见难治慢性疾病之一。笔者对近 5 年来文献报道的中西医治疗慢喉痹的方法进行综述,供同道参考,更好地为临床服务。

【关键词】慢喉痹;灼烙法;穴位贴敷;埋线;超声雾化

慢性咽炎(chronic pharyngitis, CP)为咽部黏膜、黏膜下及淋巴组织的慢性炎症,根据病理分为慢性单纯性咽炎(simple catarrhal pharyngitis)和慢性肥厚性咽炎(hypertrophic pharyngitis),萎缩性咽炎已与慢性咽炎平行归类^[1]。该病属上呼吸道慢性炎症,多见于成人,症状顽固,不易治愈。慢性咽炎症状因人而异,通常咽部可有各种不适感,如异物感、烧灼感、干燥感、痒感、刺激感和轻微的疼痛等。本病属于中医学“喉痹”范畴,喉痹最早见于《素问·阴阳别论》:“一阴一阳结,谓之喉痹”。慢性咽炎病程迁延,并且易反复发作,影响到患者日常的生活和工作。笔者通过搜集整理近五年关于中西医治疗慢性咽炎的文献资料发现,目前中、西医治疗慢性咽炎的临床经验非常丰富,治疗手段多样化,通过中医辨证论治或西医对症治疗均取得不错的临床疗效。但中医或西医单独治疗存在或多或少的弊端,中西医结合治疗越来越受到学界的推崇。现将近五年来慢性咽炎的不同治疗方法综述如下。

1 中医治疗

1.1 内治法

1.1.1 痰热蕴结型 柯美华^[2]等将 70 例痰热蕴结型慢喉痹患者随机分为两组,每组各 35 例,对照组采用复方鱼腥草颗粒与金莲花颗粒治疗,治疗组采用清咽利膈汤加减治疗,治疗组的总有效率为 97.14%,明显高于对照组 71.43%($P < 0.05$)。孙映可^[3]将 83 例痰热蕴结型慢喉痹患者采用自拟

利咽泡茶方治疗,处方组成:射干 5g、玄参 5g、玉蝴蝶 2g、胖大海 5g、生甘草 3g。83 例患者中治愈 64 例,好转 15 例,无效 4 例,总有效率 95.2%。陈莉^[4]将符合痰热蕴结型慢喉痹患者 80 例分为两组,试验组 40 例予夏枯草片治疗,对照组 40 例予金嗓利咽丸治疗。两组的总有效率分别为:试验组 97.6%,对照组 95.0%;显效率分别为:试验组 60%,对照组 52.5%,差异无统计学意义($P > 0.05$),表明在改善痰热蕴结型慢喉痹患者的症状、体征方面,夏枯草片与金嗓利咽丸之间无显著性差异,但夏枯草片在改善咽部异物感及减少淋巴滤泡增生方面具有较好的疗效,值得进一步研究和推广。

1.1.2 虚火上炎型 黄蔚^[5]将虚火上炎型慢喉痹患者共 96 例,分为治疗组和对照组,治疗组 48 例,采用基础治疗(华素片,口服)+铁笛润喉丸;对照组 48 例,采用基础治疗(华素片,口服)+玄麦甘桔含片。治疗组总效率 87.5%,对照组总效率 81.25%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

1.1.3 脾胃气虚型 申万里^[6]选择符合条件的慢性咽炎患者 60 例,分成两组,分别为治疗组健脾和胃方组 30 例,对照组口服四君子颗粒组 30 例,记录临床症状、体征、时间。观察中医脾胃气虚症候的症状及用药后的情况,观察是否不良反应并记录。治疗组总有效率为 100.00%,对照组总有效率为 83.33%。张慕然^[7]将 120 例慢性咽炎患者随机分为两组各 60 例,对照组采用西医常

1 江西中医药大学,江西 南昌 330004

规方法治疗, 治疗组采用健脾益气利咽汤加减治疗, 疗程均为 35 天, 治疗结束后比较两组临床疗效。治疗组总有效率 91.67%, 对照组总有效率 68.33%, 两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。何露、邵建华^[8] 等将脾胃虚弱型慢喉痹患者 62 例, 按照随机数字表法分为对照组和研究组, 各 31 例。对照组患者采用药物联合穴位注射治疗, 给予清热散结胶囊 4 粒 / 次, 3 次 / d, 同时给予地塞米松 2.5mg+ 利多卡因 0.02 g+ 喜炎平 25 mg, 穴位注射。研究组患者采取补中益气汤治疗, 两组患者均持续治疗 2 周。研究组患者治疗总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。

1.1.4 痰瘀互结型 周兴玮、孙永东^[9] 等选取痰凝血瘀型慢性咽炎患者 120 例, 随机法将其分成两组各 60 例; 治疗组给予散结利咽颗粒联合揸针治疗; 对照组给予金嗓散结丸联合揸针治疗, 14 天后, 比较两组疗效。治疗组总有效率为 95.0%, 对照组总有效率为 71.7%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。散结利咽颗粒联合揸针治疗痰凝血瘀型慢性咽炎疗效明显。

1.1.5 肺肾阴虚型 李学杰^[10] 治疗慢性单纯性咽炎, 方用养阴清肺汤, 药物组成为生地黄 20g, 玄参、赤芍、仙鹤草、白茅根各 15g, 麦冬、薄荷、川贝母各 10g, 牡丹皮 12g, 甘草 6g; 西医对照组: 西地碘含片、维生素 B2、地塞米松片。养阴清肺汤组患者咽部微痛感、干燥感和异物感症状消失的情况均优于对照组; 治疗 3 个月后, 养阴清肺汤组患者治疗总有效率显著提高。

1.1.6 其他证型 曾超^[11] 收集慢性咽炎患者 160 例, 随机分为对照组、逍遥散组、半夏厚朴汤组及逍遥散合半夏厚朴汤组各 40 例, 对照组采用常规治疗, 其余组则在常规治疗的基础上加用相应药物治疗。逍遥散联合半夏厚朴汤的疗效显著, 主要症状改善明显, 总有效率均高于药物单用治疗组和对照组 ($P < 0.05$), 对 IL-1 β 、IL-2 和 TNF- α 水平以及 CD4⁺、CD8⁺ 细胞比例影响显著

($P < 0.05$), 且复发率低于其他组 ($P < 0.05$)。

1.2 外治法

周琴^[12] 选取符合纳入标准的 96 例慢性咽炎患者随机分为治疗组与对照组各 48 例, 治疗组给予紫蝎穴位贴敷联合甘桔冰梅片口服; 对照组给予甘桔冰梅片口服。治疗组总有效率为 83.72%, 对照组总有效率为 51.06%, 两组对比有显著差异 ($P < 0.05$)。经治疗 10 天、20 天后两组对治疗咽部异物感、咽痒、咽粘膜比较均有显著差异 ($P < 0.05$)。郎翔、王云松^[13] 等经门诊辨证分型, 选取 72 例脾虚型慢性咽炎患者, 穴取“老十针”(上脘、中脘、下脘、气海、天枢、足三里、内关穴) 结合局部淋巴滤泡散刺治疗。隔日针刺 1 次, 10 次为一疗程, 治疗 1 个疗程后首次评定疗效, 并于 6 个月电话随访复发情况再次评定疗效, 总有效率为 94.4%。陈潇、张勉^[14] 等采用中医灼烙法治疗慢性咽炎 300 例; 150 例对照组给咽痒咳合剂(院内制剂) 口服治疗。中医灼烙法总有效率为 92.3%, 对照组为 80.7%。中医灼烙法治疗慢性咽炎能有效减轻咽部异物感、刺激感等症, 显著优于对照组, 其效果显著, 值得推广实践。

1.3 其他疗法

蔡志梅、王玉明^[15] 将 60 例慢喉痹患者随机分为 2 组, 埋线组 30 例给予颈中神经节配合天突穴埋线治疗, 针刺组 30 例给予单纯针刺治疗, 对比其疗效。埋线组总有效率 90.0%, 针刺组总有效率 69.7%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。董化玲^[16] 取 88 例慢性咽炎患者, 按随机数表法分为对照组和观察组, 各 44 例。对照组患者接受大椎穴点刺放血治疗, 观察组患者接受养阴利咽汤联合大椎穴点刺放血治疗。对照组和观察组治疗总有效率分别为 75.00%、90.91%。观察组治疗总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。养阴利咽汤联合大椎穴点刺放血治疗慢性咽炎的效果显著。石明杰、王梁敏^[17] 等选取慢性咽炎患者 160 例, 随机分为各 80 例的 2

组。对照组采用穴位按摩治疗,治疗组采用穴位贴敷结合穴位按摩治疗。观察 2 组临床疗效及咽炎症状自评量表得分治疗组与对照组临床总有效率分别为 85.33% 及 69.33%, 2 组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。规范治疗 3 个疗程后,治疗组咽炎症状自评量表得分显著低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2 西医治疗

牛苹,张在涛^[18]选取 72 例慢性咽炎患者,随机分为对照组 ($n=36$,予以呋喃西林含漱液治疗)与观察组 ($n=36$,予以慢性咽炎雾化剂含漱治疗),对临床疗效进行评价。相较于对照组,观察组患者临床有效率显著要高 ($P < 0.05$);治疗后,观察组患者症状体征积分较对照组显著要低 ($P < 0.05$)。

侯莉^[19]将 115 例慢性咽炎患者分为治疗组 58 例与对照组 57 例,两组患者均给予常规应用抗菌药物,并给予超声雾化吸入治疗。治疗组患者在对照组用药的基础上,加用 8 万单位的硫酸庆大霉素注射液雾化吸入。经过治疗后,两组患者总有效率比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),治疗组患者显效的平均时间明显较对照组短 ($P < 0.05$)。

3 中西医结合疗法

近年来越来越多的医家尝试采用中西医结合的方式来治疗慢性咽炎,并且取得了不错的疗效和进展,为我们治疗提供了新思路。

甄志贤、刘海宁^[20]将慢性咽炎患者 86 例,依据随机数表法分组,各 43 例。对照组予以布地奈德雾化吸入治疗,观察组予以清咽化结汤+布地奈德雾化吸入治疗。观察组治疗效果优于对照组 ($P < 0.05$),差异有统计学意义;治疗后观察组 T 淋巴细胞亚群指标高于对照组,差异有统计学意义;治疗后观察组血清 TNF- α 、IL-6 水平低于对照组,差异有统计学意义。

汪姬婵、陈学明等^[21]将 120 例慢性咽炎

患者为研究对象分为对照组和治疗组,每组各 60 例。对照组患者吸入布地奈德气雾剂;治疗组患者在对照组治疗的基础上口服黄氏响声丸治疗后,对照组和治疗组的总有效率分别为 83.33%、93.33%,两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后,治疗组患者黏膜充血、咽喉干痒、声音嘶哑和咽喉疼痛消失时间均显著短于对照组,两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。高秀芹^[22]将 110 例慢性咽炎患者随机分为两组,治疗方法为单用中医穴位贴敷组 51 例,中医穴位贴敷联合超短波治疗组 59 例。两个疗程结束后,中医穴位贴敷联合超短波治疗组症状总积分 (26.45 ± 6.08 分)明显低于中医穴位贴敷组 (33.33 ± 7.77 分),差异有显著性 ($P < 0.05$);中医穴位贴敷联合超短波治疗组总有效率 (86.44%)明显高于中医穴位贴敷组 (72.09%),差异有显著性 ($P < 0.05$)。

尉瑞^[23]将 100 例慢性咽炎患者随机分为对照组和观察组,每组 50 例,对照组雾化吸入布地奈德,观察组在对照组的基础上给予滋阴利咽汤水煎服。观察两组的中医症状评分、疗效、血清炎症因子、T 淋巴细胞亚群。与对照组比较,观察组总有效率,CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺显著升高 ($P < 0.05$),中医症状评分、血清炎症因子、CD8⁺显著降低 ($P < 0.05$)。

王立英、刘强^[24]选取 176 例慢性咽炎患者,分为对照组 (88 例)和治疗组 (88 例)。对照组口服克拉霉素缓释片;治疗组在对照组基础上口服清喉利咽颗粒。两组患者均经 1 周治疗。观察两组患者临床疗效,治疗后,对照组临床有效率为 81.82%,显著低于治疗组的 97.73%,两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。经治疗,两组患者临床症状积分均显著降低 ($P < 0.05$),且治疗组积分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。清喉利咽颗粒联合克拉霉素缓释片治疗慢性咽炎可有效改善患者临床症状,降低机体炎症反应,

具有一定的临床推广应用价值。

黄振扬^[25]根据随机数字表法将 90 例慢性咽炎患者分为两组。对照组给予华素片治疗,治疗组对慢性咽炎患者给予华素片联合复方黄精汤治疗。治疗组慢性咽炎治疗预后高于对照组 ($P<0.05$); 治疗组症状好转时间优于对照组 ($P<0.05$)。华素片联合复方黄精汤治疗慢性咽炎的疗效确切,可有效改善血气炎症因子,加速各项症状消退,改善患者的预后,用药安全,值得推广应用。

高新^[26]选取慢性咽炎患者 100 例随机分为对照组和观察组各 50 例。对照组采取西地碘含片治疗,观察组采取养阴利咽饮+西地碘含片治疗。治疗 3 周后,对照组症状总积分较观察组高 ($P<0.05$) 与对照组总有效率 70.00% 相比,观察组 92.00% 较高 ($P<0.05$)。慢性咽炎患者应用养阴利咽饮联合西地碘含片治疗可明显改善临床症状,减轻炎症反应,还可降低复发率,疗效较好。

李学永、夏晶晶^[27]将 60 例慢性咽炎患者随机分为治疗组和对照组。其中,治疗组 30 例患者采用雾化治疗并加以咽部刺络放血治疗,对照组 30 例患者治疗以雾化吸入。治疗组临床治疗总有效率为 93.33%, 对照组为 80.00%, 治疗组优于对照组,差异有统计学意义, ($P<0.05$)。咽部刺络放血联雾化治疗慢性咽炎疗效较好,临床值得推广。

安立、李林^[28]使用随机平行对照方法,将 80 例门诊患者简单随机分为两组。对照组 40 例服用西地碘、维生素 B2、地塞米松。治疗组 40 例用养阴清肺汤。治疗组总有效率 96.32%, 对照组总有效率 70.00%。治疗组疗效优于对照组 ($P<0.01$)。

黄虹芝、王旭^[29]将 80 例慢性咽炎患者用随机分组的方法分为治疗组和对照组各 40 例。对照组吸入布地奈德气雾剂,治疗组在对照组基础上再口服板蓝根颗粒。治疗组总有效率为 92.11%, 对照组总有效率为 64.86%, 两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。板蓝根颗粒联合布地奈德气雾剂

治疗慢性咽炎具有较好的疗效及较高的安全性,能有效降低患者炎症因子水平。

4 讨论与展望

从以上中西医治疗慢性咽炎的文献研究来看,近 5 年来中、西医不同治疗方法在治疗慢性咽炎方面有着各自的优势,西医对这一疾病的治疗一般采用抗菌抗病毒方法,虽起效快且局部症状缓解迅速,但仍然存在易复发,易造成抗生素滥用等问题。中医特色疗法及中西医结合疗法研究进展迅速,硕果累累,展现出很大优势,不仅可以缓解和改善咽部不适症状,也可从根本上改善患者体质,减少复发率。临床医生可以从患者的病因、证型、现实情况等角度出发,综合应用最佳的中西医结合治疗方法,提升慢性咽炎患者的临床治疗效果,同时减少不良反应,防止疾病复发。

参考文献

[1] 孔维佳, 周梁. 耳鼻咽喉头颈外科学 [M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2015. 391 ~ 392.

[2] 柯美华 龚文珠. 清咽利膈汤加减治疗 70 例痰热蕴结型慢喉痹临床观察 [J]. 中医药学报, 2019, 47(05):92-95.

[3] 孙映可. 利咽泡茶方治疗痰热蕴结型慢喉痹患者 83 例疗效观察 [J]. 江西中医药, 2020, 51(01):52-53.

[4] 陈莉. 夏枯草片治疗痰热蕴结型慢性咽炎的临床研究 [D]. 江苏: 南京中医药大学, 2015.

[5] 黄蔚. 铁笛润喉丸治疗虚火上炎型慢喉痹的临床疗效观察 [D]. 湖南中医药大学, 2018.

[6] 申万里. 健脾和胃方治疗脾胃气虚型慢性咽炎的临床疗效观察 [D]. 江苏: 南京中医药大学, 2016.

[7] 张慕然. 健脾益气利咽汤治疗慢性咽炎临床观察 [J]. 山西中医, 2020, 36(10):25-26.

- [8] 何露, 邵建华, 项兰琼, 胡文健. 补中益气汤治疗脾胃虚弱型慢喉痹的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(24):7-8.
- [9] 周兴玮, 孙永东, 胡文健, 钟伦坤, 陈隆晖. 散结利咽颗粒联合揆针治疗痰凝血瘀型慢性咽喉炎疗效观察[J]. 山西中医, 2020, 36(02):20-21.
- [10] 李学杰, 曾进. 养阴清肺汤治疗慢性咽喉炎疗效观察及机制探讨[J]. 四川中医, 2017, 35(05):146-148.
- [11] 曾超, 钱益啸, 文小敏. 逍遥散合半夏厚朴汤治疗慢性咽炎 40 例[J]. 环球中医药, 2017, 10(05):616-618.
- [12] 周琴. 紫蝎穴位贴敷治疗慢喉痹(慢性咽炎)的临床观察[D]. 新疆: 新疆医科大学, 2016. DOI:10.7666/d.D834078.
- [13] 郎翔, 王云松, 汪晓静, 杨秀, 施岚珺. 针刺治疗脾虚型慢性咽炎 72 例[J]. 中国针灸, 2018, 38(11):1219-1220.
- [14] 陈潇, 张勉, 郑琴媛, 高阳. 中医灼烙法治疗慢性咽炎 300 例[J]. 中医耳鼻喉科学研究, 2020, 19(01):36-37.
- [15] 蔡志梅, 王玉明. 中国穴位埋线疗法系列讲座(83) 颈中神经节配合天突穴埋线治疗慢喉痹临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(18):113-114.
- [16] 董化玲. 养阴利咽汤联合大椎穴点刺放血治疗慢性咽炎的效果[J]. 河南医学研究, 2019, 28(17):3198-3199.
- [17] 石明杰, 王梁敏, 胡海荣, 季坤, 叶云, 张艳霞. 穴位贴敷结合穴位按摩治疗慢性咽喉炎的疗效观察与护理[J]. 中西医结合护理(中英文), 2018, 4(11):63-65.
- [18] 牛革, 张在涛. 慢性咽炎雾化剂含漱治疗慢性咽喉炎的临床疗效观察[J]. 健康大视野, 2018, (3):79-78.
- [19] 侯莉. 庆大霉素雾化吸入治疗慢性咽喉炎效果观察[J]. 中外医学研究, 2016, 14(17):110-112.
- [20] 甄志贤, 刘海宁, 王勇, 刘瑶, 王伟, 丁亚辉, 张国锋. 清咽化结汤联合布地奈德雾化吸入对慢性咽炎患者 T 淋巴细胞亚群及血清 TNF- α 、IL-6 水平变化的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(11):1600-1603+1607.
- [21] 汪姬婵, 陈学明, 王国芳. 黄氏响声丸联合布地奈德治疗慢性咽喉炎的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2019, 34(10):2990-2993.
- [22] 高秀芹, 肖建彪, 张旭. 中医穴位贴敷联合超短波治疗慢性咽喉炎的临床疗效评价[J]. 临床和实验医学杂志, 2015, 14(11):922-924.
- [23] 尉瑞, 袁艳红, 陈璐璐, 王慧敏, 熊大经. 滋阴利咽汤联合布地奈德对肾阴虚型慢性咽炎患者的临床疗效[J]. 中成药, 2019, 41(06):146.
- [24] 王立英, 刘强, 曹震. 清喉利咽颗粒联合克拉霉素治疗慢性咽喉炎的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2020, 35(02):300-303.
- [25] 黄振扬. 复方黄精汤治疗慢性咽喉炎的效果[J]. 中国医药科学, 2020, 10(03):59-62.
- [26] 高新. 养阴利咽饮联合西地碘含片治疗慢性咽炎 50 例临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2020, 29(02):110-111+116.
- [27] 李学永, 夏晶晶. 咽部刺络放血联合超声雾化治疗慢性咽喉炎的临床观察[J]. 中医临床研究, 2019, 11(34):103-105.
- [28] 安立, 李林. 养阴清肺汤联合西药治疗慢性咽喉炎随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2016, 30(03):61-63.
- [29] 黄虹芝, 王旭. 板蓝根颗粒联合布地奈德气雾剂治疗慢性咽喉炎的临床疗效观察[J]. 中国现代医生, 2020, 58(18):143-147.

“缓则治其本”治则下治疗鼻衄的研究进展

李岩¹ 肖瑶² 张竞飞¹ 李文涛²

【摘要】通过检索近十年中医药治疗鼻衄或鼻出血的相关文献，从临床观察、名家医案、综述等，筛选出具有代表性、有效性的高质量的核心文献，进行归纳总结。发现中医药可以从根本治疗鼻衄，遵从缓则治其本的治疗原则。中药、针灸，操作简单，副作用小，患者痛苦小，易于接受。但在目前研究中仍存在不少问题，供同道探讨。

【关键词】鼻衄、鼻出血、中医药治疗、缓则治其本

鼻衄是以鼻出血为主要特征的病证，最早见于《内经》始称“衄血”^[1]。古人根据病因和症状不同尚有不同的命名，如伤寒鼻衄、时气鼻衄、虚劳鼻衄、经行鼻衄、鼻洪、鼻大衄等^[2]。多种因素影响鼻出血，如鼻外伤、鼻炎鼻窦炎、肿瘤、血液病、维生素缺乏等^[3]。据外媒报道约 60% 的人至少有 1 次鼻出血，Narual 报告鼻出血总人群中随机样本发生率为 10% ~ 13%。春季和季节交换时发病率高，Nunez 等 1990 年报道不明原因的鼻出血患者中 60 ~ 80 岁者占 69%^[4]。鼻出血不仅发病率高，对人体有严重的损害，随出血量的增加，会出现口渴、头晕、血压下降、心率加快，失血性贫血、休克、脑血管意外、窒息，严重可有生命危险。鼻衄属于急症，临床治疗时要谨遵“急则治其标，缓则治其本”的治疗原则，其中“急则治其标”常用外治法止血，根据英国鼻科学会鼻出血多学科治疗指南及共识解读中，从初步评估、烧灼法、鼻腔填塞、血液系统因素、手术治疗及介入治疗进行指导^[5]，但未能从根本上解决鼻出血，易反复发作，但中医药治疗可以从根本

上解决，笔者查阅相关鼻衄的中医药治疗，对“缓则治其本”的治疗方法下进行综述，以望对今后研究提供有利依据。

1 中医学对鼻衄发病机理的认识

1.1 病因

主要分为外感与内伤，其中外感如《三因极一病证方论》曰：“病者因伤风寒暑湿……衄出一升一斗者，皆外所因。”^[6]外感六淫之邪，血遇寒则凝，遇热则溢，除此，还有外伤致鼻出血，像挖鼻、车祸、跌伤、拳击伤等。

内伤由于脏腑功能失调、饮食失节、七情所伤、房劳不节，《症因脉治·卷二》曰：“内伤衄血之因……或恼怒伤肝，或房劳伤肾，以致阴火沸腾……故错经而妄行也。”《三因极一病证方论·卷之九》：“病者饮酒过多……发于鼻衄。”

1.2 病机

中医古籍对鼻衄的记载最早见于《黄帝内经》，《素问·气逆论》曰：“脾移热于肝，则为惊衄。”^[7]《素问·五常政大论》曰：“太阳厥逆……衄、呕血。”《灵枢》曰：“暴瘵内逆……血溢鼻口。”

基金项目：基于鼻内菌群-宿主代谢交互网络探索鼻内针刺改善变应性鼻炎的作用机制 春晖计划 HLJ2019036；基于 16SrDNA 测序技术鼻内针刺法治疗变应性鼻炎患者的鼻腔菌群结构变化 ZHY19-033；基于代谢组学鼻内针刺治疗变应性鼻炎的作用机制动态研究 LH2019H054

1 黑龙江中医药大学附属第一医院，黑龙江哈尔滨 150040

2 黑龙江中医药大学，黑龙江哈尔滨 150040

通讯作者：张竞飞 主治医师，研究方向：中医药防治耳鼻喉科疾病。

由此可见鼻衄与肺、脾、肝等脏腑有关。《伤寒论》谓：“太阳病中风……阳盛则致衄。”认识到热邪是主要致衄因素，《外科正宗》曰：“鼻腔出血，乃肺经火旺。”此外还有胃火炽盛和肝火上逆，《寿世保元》说“衄血者……胃火上烈，则血妄行。”《病因脉治》“肝火易动，阴血随火上升错经妄行。”《景岳全书》言“房劳伤肾，阴精不足，水中火发……。”《诸病源候论》、《丹溪手镜》也认为阴血亏少导致鼻衄，肾水不足，心火亢盛，阴血随之上行而致衄。

2 中药复方：以缓行之，从根治疗

2.1 清心泻火、凉血止血

熊大经教授采用“鼻五度辨证—血度，”治疗鼻衄^[8]，熊老通过“鼻五度辨证”中鼻中隔为血度属于心，鼻中隔为鼻腔动静脉血管汇集之处，其中利特尔区和克氏静脉丛为鼻出血好发部位，因此熊大经教授提出鼻中隔为心所主，熊老认为心主血，血液濡养鼻腔，鼻为多气多血之窍，熊老从心论治鼻衄，以清心泻火、凉血止血的治疗原则。《诸病源候论·卷十》记录“热邪伤于心，故衄”，《景岳全书》中记录黄连专治诸火，火属于心，黄连直入心经，因此黄连治疗鼻衄效果可观，举隅：男患反复鼻出血 3 年余、量多，夏季重，面色淡暗、形体消瘦、语言低微，舌红苔黄腻，脉滑数，熊老予清心泻火、凉血止血的治疗方法，方药选用：黄芩 10g，黄连 5g，大黄 5g，赤芍 15g，川牛膝 15g，血余炭 30g，仙鹤草 30g，白茅根 20g、牡丹皮 10g、生地黄 10g。总结前期心火亢盛，故清心泻火为主，后期加入养阴生津药物，以防伤阴。结果：中药调节 1 月后，未出现鼻出血。熊老“鼻五度辨证”效果明显，值得临床中广为应用。田玉美教授治疗鼻衄验案中^[9]，田老认为衄血治肺，肺开窍于鼻，鼻衄多为肺热迫血妄行所致，治法选用清热凉血、化痰止血、出血日久恐伤肾，导致肾水不足，因此加

入滋阴养血的药物，体现田老重视唐容川的治血四法——止血、消瘀、宁血、补血的治疗原则，选方以悬拟方、犀角地黄汤、知柏地黄汤、花蕊散为主方加减，临床应用中取得满意效果。

2.2 滋阴降火、引火归原

郭太品、梁繁荣教授在探讨涌泉穴治疗鼻衄的机制中^[10]，论述涌泉穴具有滋阴降火、引热下行的作用，鼻衄可由虚火引起，也可由实火，如《素问·至真要大论》：“少阴司天，热淫所胜……衄衄。”《太平圣惠方》：“邪热中于少阴之络，客于阳明之络，故衄血。”肾经与鼻关系密切，肾经通过冲脉与足阳明经相通，交与阴阳跷脉、督脉。肾属水，且为井穴，当外感热邪或心火亢盛导致鼻衄，可采取“实则泻其火”的治疗原则，体现了涌泉滋阴降火的作用，涌泉位于人体最下端，有调节人体气机升降的作用，鼻衄为上盛下虚的证候，应引血下行，涌泉引火归元尤甚。在临床应用中，大蒜贴敷涌泉、山栀和鲜葱贴敷、大蒜和大黄粉贴敷、拔罐、针刺、艾灸涌泉治疗鼻衄均取得满意效果，综上涌泉穴对于治疗鼻衄具有显著疗效。成玉斌、向阳等阐述引火归原法治疗血液病顽固鼻衄中^[11]，患者患有再生障碍性贫血、骨髓纤维化、鼻衄反复发作，辨证为阴虚火旺，患者鼻出血时进行常规鼻腔填塞，后予以中药汤剂傅山引火汤加减，共奏滋阴养血、镇潜浮阳，气虚加黄芪，肝胆火旺加龙胆草，成玉斌、向阳等认为，鼻衄多由火热之邪导致，肺、胃、肝火常见，但血液病患者病程长，阴血亏虚严重，因此以虚火为主，肾为水火之宅，阴血虚少，导致肾水不足，水不涵木，肝阳亢盛上于鼻以致鼻衄^[12]，傅山引火汤正符合此证候。

2.3 温阳健脾、益气止血

李淑良教授治疗鼻衄经验中认为鼻衄可从阳虚治疗^[13]，鼻衄大多医家认为从火热导致，李老在临床实践中也是认为凉药是治疗鼻出血最常见

的方法，但在长期反复发作鼻衄的患者中发现，患者存在不同程度的阳虚，虚阳上浮，损伤脉络，致鼻出血，故李老在治疗中适量加入温阳药，李老常用黄土汤加减，在临床应用中取得成功效果，黄土汤在《金匮要略》主治“下血先便后血……”治疗脾阳不足的血证，多用于中焦、下焦出血，鼻衄少见，但此患符合黄土汤病机，因此可用，血证并不全是火热导致，临床应用切记辨证论治，整体观念，方可达到药到病除。

2.4 理气止血

冯焯、王键在探究新安医家王仲奇血证辨证特色，王仲奇以“阴阳水火气血论”为血证理论的基础^[14]，认为阴、阳、水、火、气、血之间相互作用，根据不同病机采用不同治法，其中鼻衄王医家认为应理气止血，《血证论·鼻衄》：“阳络之血……至鼻为衄”。“太阳之热不得发越……为鼻衄也……必以治肺为主”。病因可分为外感或内伤，伤于内镇逆补摄、引血下行等，伤于外感则宣发肺气，使太阳之气自清，虽古有“衄家不可发汗”，但王老认为外感病因，必须从汗而出，使邪气散，常用宣肺清热有银花、连翘、栀子、白薇，使得肺气得宣，气顺火降，血液得宁，鼻衄可愈。

2.5 凉血降气、泻火消积

崔文成教授运用茅根赭石止衄方治儿童鼻衄经验^[15]，儿童鼻衄病因，可由心火、肺火、胃火或六淫或七情，或过食高热量食物所致，小儿乃纯阳之体，易受外邪侵袭，《素问》曰：“少阳司天……咳嚏衄鼻窒”，鼻也是气之门户，外邪易导致小儿鼻出血，脏腑功能失调为内因以实证居多，其中由于小儿脏腑娇嫩，先天脾不足，过食高热量食物，导致食积化热，循经上行，损伤鼻络鼻出血，为崔教授探讨的重点，《内经》曰：“凡欲诊病，必问饮食居处。”现代儿童摄入过量营养食物，鼻出血多在炎热季节发病，小儿本身为纯阳，致使小儿阳气更重，气有余便是

火，形成鼻衄食火血热证，崔教授以凉血降气、泻火消积为治疗方法，运用茅根赭石止衄汤加减，凉血降气、泻火消积以止衄。在临床应用中取得显著效果，小儿饮食需三分饥寒，重视小儿饮食调护是预防疾病的根本。

3. 针灸治疗

3.1 针灸选穴配伍规律

曹方基于数据挖掘技术的针灸治疗鼻出血临床选穴配伍规律研究中，通过 CNKI、万方、维普数据库收集针灸治疗鼻衄的文献（1962~2016）^[16]，总结出选穴配伍规律，根据纳排共选出 57 篇文献，通过规范数据建立数据库，选出 49 个穴位，其中合谷出现 26 次、迎香 24、少商 22、上星 20、太冲 14、内庭 13、太溪、孔最 8……阿是穴 1 次，经脉分析大肠经频次最多，部位分析、特定穴分析，选穴配伍分析中有表里、上下、五输穴与原穴、交会穴、本经穴位，得出相关规律，结果显示：单穴治疗鼻衄最多，选穴配伍中表里、交会、本经腧穴配伍法为主，经脉以大肠经和肺经为主，针灸治疗鼻出血，坚持整体观和辨证论治，才能增加治疗效果。

3.2 针刺效果

陈瑞云为探索针灸治疗鼻衄的效果中，选取鼻衄患者 120 例，进行辨证分型肺热、胃火、肝火、阴虚火旺、气阴虚热、其它，根据古籍选穴，主穴：迎香、人中……膈俞，配穴：少商、曲池……脾俞，实证实施泻法，虚证实施补法，留针 20 ~ 30 分钟，根据疗效判断标准，统计学处理结果治愈率 90%，有效率 100%，因此针灸对治疗鼻出血有显著效果^[17]。

4 问题与展望

中医药对治疗鼻衄（鼻出血）的研究有强大的基础和应用前景，中医药治疗可以从根本上解决鼻出血，遵循“缓则治其本”的治疗原则，通过经典古籍的研究无疑是中医药走向现代化的必

由之路,但是仍存在待解决的问题,首先,通过中医药治疗鼻衄的文献非常少,缺乏大样本,临床研究多重重复性,大多还是以西医手术、药物治疗为主,但不能根治,易复发;其次,对名家医案缺乏深入研究,药物作用机制未深入挖掘;最后,研究不够系统全面,大多都是从火邪或虚火入手治疗鼻衄,对全身病机研究较少。

中药治疗鼻衄通过调节人体脏腑功能,从根本上治疗疾病,时间周期较长,少为 1 个月,多则半年,效果却是鼻腔填塞等外治法达不到的,可达到几年不复发,甚至终身不再复发。

综上所述,中医药学者应积极开展相关的理论和临床研究,为中医药治疗鼻衄提供明确方向,在中医理论的基础上利用现代化技术,药理学研究,扩大辨证选方思路,加强对中药作用机制的研究,将传统中医中药与针灸相结合,以发挥出中医药治疗鼻衄的最大优势。

参考文献

- [1] 刘蓬.全国中医药行业高等教育“十三五”规划教材·中医耳鼻喉科学[M].北京:中国中医药出版社,2016:90-94.
- [2] 王娟,崔德威.鼻出血治疗方法及研究进展[J].医学理论与实践,2018,31(07):968-969+972.
- [3] 田勇泉,韩东一.耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社 2013 32-33.
- [4] 孔勇刚.不可轻视的鼻出血[J].家庭医学(下半月),2018(04):20-21.
- [5] 刘懿霆,沙骥超,朱冬冬,谢竞,孟粹达.英国鼻科学会鼻出血多学科治疗指南及共识解读[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2019,33(11):1022-1026.

[6] 李云英,吴艳华,陈海.中医古籍论鼻衄证治[J].新中医,1996(09):58-59.

[7] 丁虹.《诸病源候论》鼻病病因病机解析[J].中医研究,2010,23(02):75-77.

[8] 李娜,任润媛,熊大经.熊大经教授运用“鼻五度辨证—血度”治疗鼻衄经验探微[J].云南中医中药杂志,2014,35(11):1-2.

[9] 高小威,朱庆伟.田玉美教授治疗鼻衄验案[J].光明中医,2011,26(11):2317-2318.

[10] 郭太品,杨浩,诸毅晖,梁繁荣.涌泉穴治疗鼻衄中医机制探讨[J].中国中医基础医学杂志,2012,18(12):1381-1382.

[11] 成玉斌,向阳,徐学新,张彦丽,杜欣,孟祥华.引火归原法治疗血液病顽固鼻衄体会[J].中国中医急症,2011,20(06):1009.

[12] 周芹.滋阴潜阳法治疗鼻衄 60 例[J].四川中医,2005(12):91.

[13] 刘静,李蕾,赵文明.李淑良主任医师从阳虚治疗鼻衄经验[J].中国中医急症,2011,20(02):245.

[14] 冯焯,王键,杨洪涌,郭锦晨,陶双蕊.基于“阴阳水火气血论”探究新安医家王仲奇血症辨治特色[J].中华中医药杂志,2020,35(06):3058-3060.

[15] 郭雨薇,崔文成.崔文成用茅根赭石止衄方治儿童鼻衄食火血热证经验[J].江西中医药,2021,52(06):26-28.

[16] 曹方,李铁,哈丽娟,王富春.基于数据挖掘技术的针灸治疗鼻出血临床选穴配伍规律研究[J].中国中医基础医学杂志,2017,23(05):682-685.

[17] 陈瑞云.针灸治疗鼻衄的即时效果[J].中国中医药现代远程教育,2009,7(11):222-224.

鼻腔冲洗治疗变应性鼻炎的中西医研究进展

田文霞¹ 苏雪梅¹ 李潞璇¹ 王琼¹ 李冶金¹ 黄春江²

【摘要】变应性鼻炎 (Allergic Rhinitis AR) 是耳鼻喉科最常见的疾病之一。鼻腔冲洗是治疗 AR 的重要方法之一, 本文针对鼻腔冲洗治疗 AR 的理论基础、作用机制、冲洗液的理化性质、冲洗液的成分、疗效及不良反应的中西医研究进展进行综述。

【关键词】鼻腔冲洗; 变应性鼻炎; 进展

鼻腔冲洗也称鼻腔盥洗, 是指使用某种装置, 将冲洗液送至鼻腔内部, 借助冲洗液与鼻腔靶组织的接触, 达到清洁鼻腔、改善鼻部症状的作用^[1]。鼻腔冲洗最早可以追溯到 15 世纪的《哈达瑜伽灯论》, 现代医学鼻腔冲洗最早见于 1895 年《英国医学杂志》。中医运用中药鼻腔给药在东汉时期便有记载, 《金匱要略》有“薤捣汁, 灌鼻中”以抢救危重病人。2015 版《AR 的诊断和治疗指南》中鼻腔外治首推喷鼻和洗鼻^[2]。鼻腔冲洗也是鼻科常用的外治方法之一, 广泛运用于变应性鼻炎、鼻窦炎等鼻部炎症性疾病的治疗, 研究说明鼻腔冲洗具有安全、有效、简便易行, 并且易耐受, 经济实惠等特点^{[3][4]}。现对鼻腔冲洗治疗 AR 的理论基础、作用机制、冲洗液的理化性质、冲洗液的成分、疗效及不良反应等方面的研究进展进行综述如下。

1. 鼻腔冲洗治疗的理论基础

人鼻腔黏膜的表面积约为 150 cm², 其黏膜表面上皮细胞上有许多微绒毛, 与小肠绒毛相似, 可增加药物吸收的有效面积; 鼻黏膜上皮下层具有丰富的毛细血管及毛细淋巴管。据估算, 人体总血流量的 1/3 流经鼻腔^[5], 能使药物迅速吸收, 向血液和组织渗透。鼻黏膜也被认为是防止抗原侵袭的第一道防线, 因此鼻腔给药对通过呼吸道感染疾病发挥着优势。另外, 鼻腔给药无肝脏首

过效应, 药物不经胃肠道而直接进入体循环, 很少量的药物即达较高的局部血药浓度, 生物利用度高, 同时药物的全身毒副作用也随之降低^[6]。药物经鼻黏膜的吸收主要通过 2 种途径: 细胞途径和细胞间隙途径。脂溶性的药物转运方式为浓度依赖型的被动扩散、受体或载体介质和囊泡转运机制; 极性药物经细胞间隙或小孔穿透表皮^[7]。中医认为鼻处颅面中线, 是督脉和任脉相连之处, 给药后也可以通过经络发挥治疗作用^[8]。

2. 鼻腔冲洗治疗 AR 的作用机制

至今鼻腔冲洗治疗机制尚不明确, 但目前广泛认可的机制如下: (1) 改善纤毛传输和清除功能: 有研究表明缓冲高渗盐水鼻腔冲洗可明显缩短糖精清除时间, 促进鼻腔黏膜纤毛清除功能的恢复^[9]; (2) 减少局部炎症介质: 研究发现, 40℃生理盐水鼻腔冲洗治疗 AR 患者能够明显降低其鼻腔局部组织胺、白三烯 C4 的含量, 从而有效改善鼻阻、打喷嚏症状^{[10][11]}; (3) 减轻黏膜水肿: AR 患者因鼻腔黏膜肿胀明显, 且鼻黏膜清除率降低, 使得外界各种变应原等在黏液层聚集, 而局部冲洗治疗可对鼻腔黏液进行稀释并清除其中炎症反应因子, 以减轻鼻黏膜水肿从而改善鼻阻^[12]; (4) 直接物理的或机械的清除作用: 通过对鼻腔黏膜的直接冲洗可以清除黏液、痂皮、残骸、各种空气污染物如病原体、过敏原、

1 云南中医药大学, 云南 昆明 650000

2 云南中医药大学第一附属医院, 云南 昆明 650000

悬浮微粒等^[3],减少对鼻黏膜的局部刺激。

3. 鼻腔冲洗液的理化性质

3.1 pH 值

正常鼻分泌物 pH 值为 5.6 ~ 6.5,溶菌酶在酸性环境中可起到最佳杀菌作用。有研究者认为,偏碱性盐水有利于细菌生物膜的清除。有人用 pH 分别为 6.2 ~ 6.4、7.2 ~ 7.4 及 8.2 ~ 8.4 的冲洗液治疗 AR,最终弱碱性的缓冲液组鼻部总体症状较前有所改善($P=0.03$),3 种冲洗液对鼻黏膜纤毛清除时间的改变差异无统计学意义,然而弱碱性冲洗液更能为患者所接受($P=0.02$)^[13]。刘艳等^[14]运用 PH=6 和 PH=8 的冲洗液以及生理盐水冲洗鼻腔观察不同 PH 值冲洗液对鼻内镜手术后术腔上皮化的影响,结果三组患者术腔、术后 1 周症状评分差异无统计学意义;pH8 组术后 2 周及术后 4 周症状评分,显著低于 pH6 组及生理盐水组;pH8 组术后术腔清洁时间、完成上皮化时间均显著短于生理盐水组和 pH6 组;pH8 组术后鼻内镜清理次数显著少于生理盐水组和 pH6;三组术后炎症因子 IL-2 水平差异无统计学意义;pH8 组术后炎症因子 IL-5、IL-4 及 IFN- γ 水平,显著低于生理盐水组和 pH6 组。说明鼻内镜手术患者术后采用 pH8 冲洗液冲洗鼻腔效果理想,能缩短术腔上皮化时间。梁琰等^[15]研究说明变应性鼻炎鼻腔分泌物大部分为弱碱性,鼻腔粘液中的溶菌酶在稍带酸性粘液中活力较强,因而推荐变应性鼻炎鼻腔用药以弱酸性佳。

3.2 渗透压

目前运用较多的是生理盐水和高渗盐水进行鼻腔冲洗。有不少文章对冲洗液渗透压进行研究,徐成才等^[16]采用 37℃ 左右 0.9% 生理盐水、2% 和 3% 进行鼻腔冲洗,治疗后 2% 高渗盐水组 VAS 评分、组胺及白三烯 C4 浓度显著低于其他两组,说明 37℃ 下,2% 浓度高渗盐水治疗效果最佳。也有研究发现 3% 高渗冲洗液能增强健康受试者的

鼻黏膜纤毛清除能力,减轻炎症因子的损伤,改善 AR 患者相关症状^[17]。有研究报道 3.5% 高渗盐水冲洗鼻腔可刺激痛觉神经元而导致明显的鼻腔烧灼感,这使患者的依从性变差^[18]。Nguyen 等^[19]建议使用大容量、低正压的生理盐水鼻腔冲洗作为 AR 患者有效的辅助治疗手段。另一项研究也支持对于 AR 儿童加用生理性海盐水鼻腔冲洗治疗,治疗效果明显优于单独使用鼻用激素,还可减少鼻用激素的使用量,降低家庭经济负担^[20]。因此,在追求鼻腔冲洗治疗最佳疗效的同时,我们也应根据患者鼻腔炎症的严重程度、对不同浓度冲洗液的耐受情况及是否方便配置或获取等方面综合考虑,个性化选择最适合患者的冲洗液。

3.3 温度

鼻腔冲洗在鼻腔及鼻窦等多种鼻部疾病中得到了广泛应用,疗效和耐受性较好,但用不同温度的生理盐水冲洗会影响鼻腔黏膜的功能,从而影响疗效^{[21][22]}。曾有报道鼻窦炎术后患者因使用低于室温或室温的冲洗液每天冲洗鼻腔 2 次,多年后发生了鼻窦外生性骨疣,遂将冲洗液稍加热后冲洗,复查均未发现病变继续进展^[23]。伏飞达^[24]根据鼻腔冲洗液冲洗温度的不同分为 16℃ 高渗盐水组,26℃ 高渗盐水组,36℃ 高渗盐水组。三组均采用 3% 高渗盐水冲洗鼻腔。对比分析三组的临床治疗效果。36℃ 高渗盐水组的鼻塞、流涕及喷嚏 VAS 分值较治疗前下降更明显,差异有统计学意义($P<0.05$),36℃ 高渗盐水组患者治疗临床有效率为 92.9%,显著高于 6℃ 的 75.2% 和 26℃ 的 73.8%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结果说明采用 36℃ 3% 高渗盐水冲洗鼻腔,可有效缓解变应性患者鼻塞、流涕及喷嚏等不适症状,提高临床疗效。多项研究说明 40℃ 的生理盐水(等渗盐水)为冲洗鼻腔的适宜温度。高中等^[25]将 120 例 AR 患者随机分为对照组和实验组各 60 例,2 组患者均行特异性免疫治疗,对照组采用 25℃ 生

理盐水进行鼻腔冲洗, 实验组采用 40℃ 生理盐水进行鼻腔冲洗。比较 2 组患者的疗效、临床症状和炎性因子水平。结果: 实验组显效率为 63.33%, 有效率为 31.67%, 无效率为 5.00%, 总有效率为 95.00%; 对照组总有效率仅为 76.67%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后实验组鼻塞和喷嚏评分、组胺和白三烯 C4 水平低于对照组 ($P < 0.05$), 2 组患者的流涕和鼻痒、嗜酸粒细胞阳离子蛋白水平和特异性 IgE 水平评分相近 ($P > 0.05$)。治疗后实验组低于对照组 ($P < 0.05$), 2 组患者的相近 ($P > 0.05$)。结论: 结果说明变应性鼻炎患者在特异性免疫治疗基础上用 40℃ 生理盐水鼻腔冲洗可以降低组胺和白三烯 C4 水平, 改善鼻塞和喷嚏症状, 临床疗效较好。杨培新等^[26]将 105 例 AR 患者运用不同温度生理盐水冲洗鼻腔, 分为 15℃ 组, 25℃ 组, 40℃ 组三组, 每组 35 例。对比分析三组的临床治疗效果。结果: 治疗后, 40℃ 组的鼻塞、喷嚏症状评分较治疗前显著下降 ($P < 0.05$), 且显著低于 15℃ 组和 25℃ 组 ($P < 0.05$); 40℃ 组患者的治疗总有效率为 97.1%, 显著高于 15℃ 组的 77.1% 和 25℃ 组的 74.3%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结果说明以 40℃ 生理盐水冲洗患者鼻腔, 可有效改善患者的鼻塞、喷嚏等不适症状, 提高临床治疗效果, 是鼻腔冲洗液的最适宜温度。李和等^[27]也运用 15℃, 25℃, 40℃ 氯化钠注射液冲洗鼻腔, 对比患者症状及检测炎性因子。结果 40℃ 时, 患者鼻塞、喷嚏评分及白三烯 C4 及组胺水平显著低于另外两组。说明使用温度为 40℃ 的 NaCl 注射液冲洗鼻腔可以降低炎性因子白三烯 C4 及组胺水平, 有效减少喷嚏、鼻塞等症状。张敏^[28]研究运用 15℃, 20℃, 40℃ 生理盐水冲洗鼻腔, 40℃ 组治疗后打喷嚏、鼻塞 VAS 评分及鼻腔冲洗液中组织胺、LTC4 含量差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。初步分析高渗盐水在 36℃ 时效果较好, 等渗盐水在 40℃ 时改善症状及降低炎性分子效果更佳,

但改善鼻痒症状效果不突出。也有研究认为当冲洗液温度超过 40℃ 时鼻黏膜纤毛运动功能明显受到抑制^[29], 所以临床治疗时, 可根据不同浓度或渗透压冲洗液选择适宜温度, 不能过低或过高, 以接近或略高于体温温度为宜。

3.4 鼻腔冲洗液成分

目前治疗 AR 的鼻腔冲洗液大多为生理盐水、高渗盐水、灭菌海水, 也有少部分将药物如糖皮质激素、中药等加入其中。

3.4.1 盐酒类

AR 临床指南推荐生理盐水或高渗盐水作为鼻腔冲洗液的成分^[2]。因生理盐水与鼻黏膜生理状态更接近, 且不会引起局部刺激, 应作为最佳冲洗液^[30]。

3.4.2 西药类

NGUYEN SA^[31]等通过观察鼻用糖皮质激素与鼻腔冲洗联合治疗 AR, 结果证实, 较鼻用糖皮质激素单独使用组, 联合应用组能进一步改善 AR 患者生活质量。陆赛男等^[32]将鼻内镜手术治疗的鼻窦炎患者分为研究组 39 例和对照组 40 例。对照组应用生理盐水冲洗; 研究组患者在治疗期间应用生理盐水 + 地塞米松进行冲洗。结果研究组患者的有效率达到 94.87% > 对照组的 80.0%, 研究组患者的鼻腔黏膜上皮化时间 < 对照组。

3.4.3 中药类

目前不少研究运用中药冲洗鼻腔治疗各类鼻病, 能够有效改善鼻部症状。亚生江·托乎提等^[33]应用“自拟方”辛防芪冲洗液 (黄芪 45g, 辛夷、防风、白芷、苍耳子各 30g) 作鼻腔冲洗治疗常年性 AR, 口服盐酸西替利嗪片; 对照组口服盐酸西替利嗪片。观察两组患者治疗前后临床症状、体征改善情况。结果总有效率治疗组 93.3% > 对照组 73.3%; 说明应用中药辛防芪冲洗液做鼻腔冲洗治疗 AR 安全、有效。肖波等^[34]将 260 例学龄期儿童分为治疗组和对照组各 130 例。对照组

使用 37℃ 0.9% 氯化钠溶液 500mL 鼻腔冲洗治疗, 治疗组中药颗粒药物 (金银花 4g, 鱼腥草 2g, 黄芩 1.5g, 薄荷 0.5g, 苍耳子 1g, 辛夷 1g, 黄芪 1g) 溶于 37℃ 0.9% 氯化钠溶液 500 mL 进行鼻腔冲洗。7d 为 1 个疗程, 两组均治疗 2 个疗程。结果: 治疗组患者的鼻塞、黏液性鼻涕、头痛、夜间张口呼吸、下鼻甲肿大的消失时间及嗅觉减退恢复时间均明显小于对照组。胞、鼻黏膜纤毛清除时间影响。王丽丽^[35]运用苍耳洗剂 (组成: 苍耳子 15g、细 5g, 鹅不食草 10g, 麻黄根 10g, 白芷 15g) 治疗肺气虚寒型鼻鼽, 对照组用 0.9% 生理盐水行鼻腔冲洗, 结果表明: 观察组的症状评分显著低于对照组, CD4+、CD4+/CD8+ 水平显著低于对照组, CD8~+ 水平显著高于对照组 ($P<0.01$)。吴飞虎等^[36]将 90 例 AR 患者分为 3 组: 玉屏风颗粒鼻腔冲洗液研究组、玉屏风颗粒口服组、0.9% NS 鼻腔冲洗组, 均予 3 周的规范治疗后, 3 组患者血清 IgE、鼻分泌物嗜酸性粒细胞、鼻黏膜纤毛清除时间的变化和症状体征计分均明显降低, 各组内治疗前后比较差距有统计学意义 ($P<0.01$), 组间差异无统计学意义。说明玉屏风颗粒经溶解作为鼻腔冲洗液治疗变应性鼻炎可以改善患者症状, 促进鼻腔黏膜的恢复, 消除鼻腔局部炎症水肿, 并能改善机体的免疫功能, 这一用法可以作为玉屏风散这一经典名方新的用药途径。陈杰等^[37]运用鼻渊通窍颗粒 (包括辛夷、苍耳子、黄芪、麻黄、茯苓、白芷、薄荷、藁本、连翘、野菊花、天花粉、地黄、丹参、甘草等药) 鼻腔冲洗辅助治疗儿童 AR, 能够有效缓解鼻塞、流涕、鼻痒、喷嚏、头痛等症状。齐建强等^[38]将 62 例 AR 病例分为 2 组。对照组使用鼻用激素治疗, 治疗组使用通窍汤 (组成: 细辛 30g, 荆芥 45g, 苍耳子 45g, 辛夷花 50g, 黄芪 100g) 冲洗鼻腔。结果: 治疗后治疗组 VAS 评分明显低于对照组, 2 组间 EOS 计数比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。结果说明通窍汤冲洗鼻腔能有效改善

AR 患者的鼻部症状, 提高患者的生活质量, 且在改善 AR 局部及全身症状方面疗效优于局部应用激素。钱雅琴等^[39]采用复方辛夷滴鼻液 (苍耳子、辛夷、鹅不食草、丹皮、人参、黄芩各等份组成) 冲洗鼻腔, 与布地奈德鼻喷雾剂喷鼻对比, 治疗 2 个疗程后两组患者鼻腔分泌物嗜酸性粒细胞均明显降低, 中药组改善症状更有优势。

4. 疗效及不良反应

大量研究表明^[40], 鼻腔冲洗是治疗 AR 的安全方法之一, 具有有效减轻局部症状, 改善 VAS 评分以及提高患者生活质量的作用。目前很少有文章报道鼻腔冲洗的不良反应, 高翔等^[41]在运用鼻腔冲洗辅助治疗 AR 的疗效观察和安全性研究中, 发现治疗后主要不良反应包括头疼、鼻出血和鼻部刺激等情况, 且发生率低。叶圣博^[42]运用 2% 高渗盐水冲洗鼻腔治疗 AR, 鼻出血率为 1.3%; 对照组运用生理盐水冲洗鼻腔, 头痛反应出现率为 5.0%, 且不良反应症状经调整或治疗结束能减轻或消失。

本篇综述进行初步总结, 鼻腔冲洗是治疗 AR 的有效外治方法之一, 具有操作简单、安全的特点, 目前中西医治疗方面均有广泛运用。临床常用等渗或高渗溶液; PH 常选择偏碱性溶液或偏酸性溶液; 温度以 36℃ ~40℃ 为宜。但冲洗液药物使用方面没有统一标准, 冲洗作用机制尚不明确, 还需要进一步深入研究。

参考文献

- [1] 张春林, 陈新野. 鼻腔冲洗研究新进展 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 24 (14) :667-671.
- [2] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. AR 诊断和治疗指南 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016,51(1):6-24.

[3]Hermelingmeier KE, Weber RK, Hellmich M, et al.Nasal irrigation as an adjunctive treatment in allergic rhinitis:a systematic review and meta-analysis[J].Am J Rhinol Allergy, 2012, 26 (5) :e119-125.

[4]Brozek JL,Bousquet J,Baena-Cagnani CE,et al.Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) guidelines:2010 revision[J].J Allergy Clin Immunol,2010,126(3):466-476.

[5]孔维佳,韩德明.耳鼻喉头颈外科学.第2版.北京:人民卫生出版社,2014:294李楠;叶英杰;杨明;蒋森;蒋学华.中药鼻腔给药系统研究现状[J].中药与临床,2011,v.2;No.6,60-62.

[6]马龙;赵淑苹;王娇娇;刘伟炜.中药鼻腔给药系统研究进展[J].黑龙江中医药,2015,v.44;No.279,84-85.

[7]黄慧媛;苗明三;白明;苗艳艳.中医口、鼻、眼、直、脐、皮用药的疗效机制分析[J].湖南中医药大学学报,2019,v.39;No.265,119-122.

[8]Satdhabudha A, Poachanukoon O. Efficacy of buffered hypertonic saline nasal irrigation in children with symptomatic allergic rhinitis: a randomized double-blind study[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2012, 76(4): 583 - 588.

[9]蔺林,严文洪,赵霞.不同温度生理盐水鼻腔冲洗对变应性鼻炎的治疗作用[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,49(2):109-114.

[10]高中,张宇,周波.用2种不同温度生理盐水行鼻腔冲洗对变应性鼻炎患者临床症状及炎症因子水平的影响[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2017,31(02):135-137+141.

[11]牛良君,李保庆,顾兴智.应用不同的温度行鼻腔冲洗观察变应性鼻炎患者的临床效果[J].中国现代医学杂志,2014,24(23):71-74.

[12]胡思洁.变应性鼻炎患病率及危险因素Meta分析[C].重庆医科大学,2018.

[13]Chusakul S, Warathanasin S, Suksangpanya N, et al. Comparison of buffered and nonbuffered nasal saline irrigations in treating allergic rhinitis[J]. Laryngoscope, 2013, 123(1): 53-56.

[14]刘艳;王锋.不同pH值冲洗液对鼻内镜手术后术腔上皮化的影响[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2017,v.25;No.128,68-70.

[15]梁琰,仝宝元.171例鼻腔分泌物PH值测定结果分析[J].中国保健营养(中旬刊),2014,(5):3288-3288.

[16]徐才成;曾玉芝;章学军.不同浓度盐水鼻腔冲洗治疗变应性鼻炎效果观察[J].白求恩医学杂志,2017,v.15;No.78,44-46.

[17]Kanjanawasee D,Seresirikachorn K, Chitsuthipakorn W,Hypertonic Saline Versus Isotonic Saline Nasal Irrigation:Systematic Review and Meta-analysis[J].American Journal of Rhinology&Allergy.2018,32(4):269-279.

[18]Friedman M, Vidyasagar R, Joseph N. A randomized, prospective, double-blind study on the efficacy of Dead Sea salt nasal irrigation[J]. Laryngoscope, 2006, 116(6): 878-882.

[19]Nguyen S A, Psaltis A J, Schlosser R J. Isotonic saline nasal irrigation is an effective adjunctive therapy to intranasal corticosteroid spray in allergic rhinitis[J]. Am J Rhinol Allergy, 2014, 28(4): 308-311.

[20]Chen J R, Jin L, Li X Y. The effectiveness of nasal saline irrigation (seawater) in treatment of allergic rhinitis in children[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2014, 78(7): 1115-1118.

[21]PAJNO G B,CAMINITI L,PASSALACQUA G.Changing the route of immunotherapy administration:An 18-year survey in pediatric patients with allergic rhinitis and asthma[J].Allergy Asthma Proc,2013,34:523-526.

[22] 牛良君, 李保庆, 顾兴智. 应用不同的温度行鼻腔冲洗观察变应性鼻炎患者的临床效果 [J]. 中国现代医学杂志, 2014, 24(1): 71-74.

[23] Adelson R T, Kennedy D W. Paranasal sinus exostoses: possible correlation with cold temperature nasal irrigation after endoscopic sinus surgery [J]. Laryngoscope, 2013, 123(1): 24-27.

[24] 伏飞达. 3% 高渗盐水鼻腔冲洗治疗变应性鼻炎的温度选择分析 [J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, v.6, 167-168.

[25] 高中; 张宇; 周波. 用 2 种不同温度生理盐水行鼻腔冲洗对变应性鼻炎患者临床症状及炎症因子水平的影响 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017, v.31; No.430, 56-58+62.

[26] 杨培新; 朱雪妙; 谢飞虎; 吴创奇. 不同温度生理盐水鼻腔冲洗对过敏性鼻炎的治疗效果 [J]. 临床医学工程, 2017, v.24; No.220, 103-104.

[27] 李和; 陈敏; 詹良琴; 刘小琴; 王庆; 帅刚. 不同温度 NaCl 注射液冲洗鼻腔对变应性鼻炎患者症状以及炎症因子的影响 [J]. 医学综述, 2016, v.22, 160-163.

[28] 张敏. 生理盐水鼻腔冲洗的温度差异对成人变应性鼻炎治疗的影响 [J]. 西北国防医学杂志, 2015, v.36; No.174, 10-13.

[29] Green A, Smallman L A, Logan A C, et al. The effect of temperature on nasal ciliary beat frequency [J]. Clin Otolaryngol Allied Sci, 1995, 20(2): 178-180.

[30] 张春林, 陈新野. 鼻腔冲洗研究新进展 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 24(14): 667-671.

[31] NGUYEN SA, PSAITIS AJ, Schlosser RJ. Isotonic saline nasal irrigation is an effective adjunctive therapy to intranasal corticosteroid spray in allergic rhinitis [J]. Am J Rhinol

Allergy, 2014, 28(4): 308-311.

[32] 陆赛男, 盛菊萍. 鼻窦炎患者鼻内镜术后应用地塞米松行鼻腔冲洗的疗效评价 [J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(21): 147-148.

[33] 亚生江·托乎提; 王梅; 王琳; 李彦华. 辛防芪鼻腔冲洗液治疗常年性变应性鼻炎的临床观察 [J]. 新疆中医药, 2013, v.31; No.144, 23-24.

[34] 肖波; 赵桂琴; 贾立敏; 卢峰泽; 杨静; 刘海燕; 甄丽娜. 中药颗粒鼻腔冲洗治疗儿童慢性鼻炎 260 例 [J]. 中医药导报, 2016, v.22; No.251, 97-98.

[35] 王丽丽. 苍耳洗剂治疗肺气虚寒型鼻鼽(变应性鼻炎)效果及 T 淋巴细胞亚群变化观察 [J]. 白求恩医学杂志, 2016, v.14; No.74, 73-74.

[36] 吴飞虎; 谷丽丽; 刘钢. 玉屏风颗粒鼻腔冲洗液治疗肺气虚寒型变应性鼻炎临床研究 [J]. 中医药临床杂志, 2013, v.25, 39-41.

[37] 陈杰. 鼻渊通窍颗粒鼻腔冲洗辅助治疗儿童变应性鼻炎临床观察 [J]. 浙江中西医结合杂志, 2018, v.28, 71-73.

[38] 齐建强; 林淑琴; 刘宏伟. 通窍汤治疗变应性鼻炎 31 例疗效观察 [J]. 山西中医学院学报, 2015, v.16, 63-64.

[39] 钱雅琴; 朱玲; 吴飞虎. 复方辛夷滴鼻液鼻腔冲洗治疗变应性鼻炎疗效观察及对鼻腔分泌物嗜酸性粒细胞的影响 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2018, v.26; No.136, 42-46.

[40] 吴飞虎; 宋任洁; 刘钢. 鼻腔冲洗治疗变应性鼻炎的中西医研究进展 [J]. 国医论坛, 2020, v.35; No.199, 71-74.

[41] 高翔; 李军政; 吴剑. 鼻腔冲洗在辅助治疗变应性鼻炎中的疗效观察及安全性分析 [J]. 中国处方药, 2020, v.18, 156-157.

[42] 叶圣博. 高渗盐水鼻腔冲洗在变应性鼻炎患者中的应用效果 [J]. 临床合理用药杂志, 2017, v.10, 155-156.

鼻鼽通窍膏对常年性变应性鼻炎患者的免疫影响

邓可斌¹ 雷西熙¹ 马欣¹ 余昇昇¹ 李辉¹

【摘要】目的 观测鼻鼽通窍膏治疗常年性变应性鼻炎患者的部分血清分子免疫水平 IgE、IL-4、局部鼻分泌物中嗜酸性粒细胞 (EOS) 含量的改变, 了解治疗前后患者体内免疫环境的情况, 探讨中药膏方防治变应性鼻炎的疗效机制, 为冬令进补疗法提供循证。**方法** 所有病例均来自我科门诊就诊的变应性鼻炎患者, 并经采集病史、主症、专科检查、吸入物变应原检测、中医辨证等, 将符合条件的 30 例常年性变应性鼻炎患者给予口服鼻鼽通窍膏 10-20g, 每日一次, 疗程: 冬至至来年立春共计 45 天。检测治疗前后鼻分泌物中嗜酸性粒细胞 (EOS) 的含量; 血清中总 IgE、细胞因子 IL-4 的含量水平。**结果** 治疗前后的 EOS、总 IgE、细胞因子 IL-4 的含量分别为: 62 ± 19 19 ± 14 ; 0.78 ± 0.05 0.30 ± 0.13 ; 248.7 ± 37.0 105.2 ± 12.3 。显示鼻鼽通窍膏能降低鼻分泌物中嗜酸性粒细胞的含量, 治疗前后具有统计学差异 ($P < 0.05$); 并能下调血清中总 IgE、IL-4 的含量水平, 且鼻鼽通窍膏在下调 IL-4 的血清含量水平上表现更为显著 ($P < 0.05$)。**结论** 鼻鼽通窍膏可通过抑制或减少 Th2 细胞细胞因子 IL-4 的产生, 从而使 Th 细胞分化向 Th1 细胞偏移, 调节 Th1/Th2 之间的动态平衡; 同时能显著减少嗜酸性粒细胞的浸润, 降低血清总 IgE 含量, 达到治疗变应性鼻炎的目的。该冬季进补之膏方功能健脾温肾益肺, 补益三脏之阳气, 共达宣通肺气, 祛风固表, 有效减少变应性鼻炎的复发。在临床使用时, 可将此方作为基础方, 随证进行加减, 实现变应性鼻炎患者的个体化治疗。

【关键词】 变应性鼻炎; 鼻鼽通窍膏; 临床免疫研究; 中医药疗法

变应性鼻炎, 相当于祖国医学鼻鼽, 鼻鼽病名, 首见于《内经》, 如《素问·脉解篇》云: “所谓客孙脉则头痛、鼻鼽、腹肿者, 阳明并于上, 上者则其孙络太阴也, 故头痛、鼻鼽、腹肿也。”

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例共 30 例, 均为 2018 年 12 月到 2019 年 3 月湖北省中医院耳鼻咽喉科门诊患者。30 例变应性鼻炎患者, 男 14 例, 女 16 例; 年龄 20 ~ 58 岁, 平均年龄 37.69 岁; 病程均为 2 年以上, 辨证为肺气虚寒证。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准

参照由王士贞主编《中医耳鼻咽喉科学》^[1] 诊断标准: 肺气虚寒、卫表不固证: 鼻痒、鼻塞重、鼻内酸楚, 流清涕, 声音重浊, 嗅觉减退, 晨起

或每感风寒即发; 平素恶风怕冷, 易感冒自汗畏寒, 气短懒言, 咳嗽痰稀; 鼻黏膜苍白水肿或淡红; 舌质淡, 苔薄白, 脉细弱。

1.2.2 西医诊断标准^[2]

(1) 具有鼻痒、喷嚏、鼻分泌物和鼻塞 4 大症状中至少 2 项, 症状持续 0.5-1 小时以上, 每周 4 天以上。

(2) 变应原皮肤试验呈阳性反应, 至少 1 种为 (++) 或 (++) 以上 / 或变应原特异性 IgE 阳性。

(3) 鼻粘膜形态学有炎性改变。

主要根据前 2 项即可作出诊断, 其中病史和特异性检查结果应相符。

1.3 纳入标准

(1) 符合慢性咽炎诊断标准;

(2) 年龄在 18 ~ 65 岁之间;

1 湖北中医药大学附属医院, 湖北 武汉 430060

通讯作者: 雷西熙 主治医师 硕士研究生 Email:598368963@qq.com

(3) 1 个月内未接受任何治疗;

(4) 了解治疗方案并已签署知情同意书, 自愿服从治疗安排, 符合伦理学要求。

1.4 排除标准

(1) 对本实验药物有过敏或有既往过敏史患者;

(2) 并发严重的内科基础疾病或渐进性疾病患者;

(3) 主要器官、系统严重受损的或功能障碍的患者;

(4) 从事特殊行业注意力需高度集中的职业患者及妊娠期、哺乳期妇女。

2 治疗方法

鼻鼽通窍膏(组成: 麻黄 防风 白芷 细辛 辛夷 苍耳 鹅不食草 黄芩 黄芪 甘草 党参 补骨脂 山萸肉 山药 怀牛膝 熟地 肉苁蓉 当归 僵蚕等)由湖北省中医院中药房熬制, 口服, 10-20g, 每日一次, 疗程: 冬至至来年立春共计 45 天。

3 疗效观察

3.1 观察指标

治疗前后通过显微镜观察嗜酸性粒细胞(EOS)计数; 治疗前后分别抽取清晨空腹静脉血, 采用酶联免疫吸附(ELISA)分析法检测血清免疫指标 IgE、IL-4 水平。

3.2 统计方法

数据统计采用 SPSS23.0 软件包。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ (均数 \pm 标准差) 表示, 采用 χ^2 检验、t 检验、配对 t 检验。 $P < 0.05$, 说明差异有统计学意义。 $P > 0.05$, 表示差异无统计学意义。

3.3 治疗结果

患者 EOS、总 IgE、及 IL-4 指标水平变化比较

时间	EOS (%)	总 IgE (ug/ml)	IL-4(pmol/l)
治疗前	62 \pm 19	0.78 \pm 0.05	248.7 \pm 37.0
治疗后	19 \pm 14	0.30 \pm 0.13	105.2 \pm 12.3

患者治疗前后的 EOS、总 IgE、细胞因子 IL-4 的水平比较, 经 t 检验, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 治疗后 EOS、总 IgE、及 IL-4 水平低于治疗前

($P < 0.05$)。

4 讨论

变应性鼻炎, 是特应性个体接触致敏原后由 IgE 介导的以炎性介质(主要是组胺)释放为开端的、有免疫活性细胞和促炎细胞以及细胞因子等参与的鼻黏膜慢性炎性反应性疾病^[1]。具有有 EOS 增多、血清 IgE^[3] 及 IL-4 水平升高等特点。

EOS 为变态反应性炎症过程中的重要效应细胞, 活化的 EOS 释放多种介质, 在整个炎症过程中起重要作用, 正常情况下鼻腔分泌物中无 EOS, AR 患者可出现较多 EOS, 嗜碱性粒细胞和杯状细胞, 导致慢性炎症细胞浸润, 是 AR 炎症发生、发展和迁延的重要原因之一^[4]。现代医学认为, 变应性鼻炎的发生, 多与过敏体质、遗传因素及过敏原等因素有关, 其发病机制为: 过敏原进入患者肌体, 诱发患者肌体产生特异性 IgE, 刺激患者出现鼻塞、流涕等过敏反应。IL-4 是由 Th2 细胞分泌的细胞因子, 由活化的 CD4⁺T 细胞和激活的肥大细胞产生, 诱导 IgM 向 IgE 转化, 是 IgE 的合成最重要调节因子, 有激活巨噬细胞、中性粒细胞作用^[5]。

本研究在中医辨证的基础上, 结合冬季时令, 在冬至至来年立春给予观察者鼻鼽通窍膏口服, 结果显示鼻鼽通窍膏能降低鼻分泌物中嗜酸性粒细胞的含量, 治疗前后具有统计学差异($P < 0.05$); 并能下调血清中总 IgE、IL-4 的含量水平, 且鼻鼽通窍膏在下调 IL-4 的血清含量水平上表现更为显著($P < 0.05$)。

变应性鼻炎主要责于肺、脾、肾三脏, 方中以黄芪、党参、山药补脾肺之气, 佐以补骨脂、山萸肉以补肾气, 使肺、脾、肾三气得充, 则鼻窍自通, 流涕自止, 怀牛膝、熟地、肉苁蓉以温肾阳, 白芷、甘草温中健脾, 当归补血活血, 加白僵蚕以止痒镇嚏, 麻黄宣肺平喘, 防风祛风固表, 辛夷、苍耳子、鹅不食草、细辛通利鼻窍, 共成温肺补肾, 健脾通窍之效。

鼻鼽通窍膏可通过抑制或减少 Th2 细胞细胞

(下转第 21 页)

鼻病病案二则

王士贞¹

【摘要】本文作者介绍运用中医辨证治疗“鼻痛”、“嗅觉失灵”二则病案，并作了临证分析。呼吁从事中医耳鼻咽喉口腔科的工作者，要用中医的思维方法看问题，不要忘记自己是一名中医，不要忘记中医的精髓所在，把握好方向，做一名真正的中医。

【关键词】鼻病；病案；中医药疗法；名医经验

本文介绍运用中医整体观念，辨证论治诊疗鼻痛、嗅觉失灵的临床病案二则，以飨同道。

1 鼻痛病案

邹某，女，54岁。2011年12月2日初诊。主诉：不明原因鼻梁及前额眉棱骨疼痛3个月。诊见：前额眉棱骨疼痛，鼻梁疼痛，疼痛无时间规律，呈持续性疼痛，鼻内干燥感，无鼻塞流涕，时有恶心欲呕，口微干，胃纳二便调，脉细滑、舌质红、苔白厚。检查：双下甲淡红、肿胀，双中鼻道未见引流。鼻镜检查报告示：左中鼻道见息肉样新生物，钩突肥大。中医诊断：鼻痛。证属邪郁鼻窍。处方：柴胡10克、菊花10克、蔓荆子10克、辛夷花10克、白芷10克、法半夏10克、陈皮6克、香附10克、桑白皮10克、五灵脂10克、竹茹10克、炙甘草6克、白芍15克、柿蒂15克，5剂，水煎服。外治：嘱患者煎药时做蒸气熏鼻。

2011年12月7日二诊。左侧内眦及左眼眶仍有疼痛，鼻内干燥，近日咽微痛，口微干，胃纳一般，二便调，脉细、舌质淡红、苔白。检查：双下鼻甲淡红、肿胀、双中鼻道无引流。鼻窦CT(34166)检查结果示：双上颌窦及左侧筛窦黏膜增厚，左侧筛窦窦腔少量积液。处方：柴胡10克、菊花10克、蔓荆子10克、辛夷花10克、白芷10克、川芎10克、香附10克、郁金10克、党参15克、五灵脂10克、地龙干10克、砂仁6克(后下)、炙甘草6克，7剂，水煎服。外治法：除继续煎药时行蒸气熏鼻外，予复方薄荷滴鼻液1支滴鼻，每次1~2滴，每日

1~2次。针灸治疗，取穴：双迎香穴、双上迎香穴、印堂穴、双太阳穴、双合谷穴，5次，每天1次(由我科医师执行)。

2011年12月14日三诊。左侧内眦及前额疼痛减轻，时轻时重，左侧鼻梁仍时有疼痛，鼻内干燥感减轻，口不干，胃纳一般，二便调，脉细滑、舌质稍红、苔白厚。检查：双下鼻甲淡红，微肿。处方：柴胡10克、菊花10克、蔓荆子10克、辛夷花10克、白芷10克、川芎10克、党参30克、毛冬青15克、五灵脂15克、茯苓15克、地龙干10克、砂仁6克(后下)、甘草6克，7剂，水煎服。外治法和针灸疗法同12月7日。

2011年12月21日四诊。左侧内眦及前额疼痛已明显减轻，口不干，胃纳二便调，脉细滑、舌质红，苔白厚。检查：双下鼻甲不大、淡红、双中鼻道无引流。处方：柴胡10克、菊花10克、蔓荆子10克、辛夷花10克、川芎10克、白芷10克、蝉蜕5克、地龙干10克、党参30克、五灵脂15克、怀牛膝15克、毛冬青15克、甘草6克，7剂，水煎服。

2011年12月28日五诊。鼻梁及前额眉棱骨已无疼痛，偶有鼻内微胀感，少许咽异物感，胃纳一般，二便调。脉细，舌质红，苔白略厚。检查：双下鼻甲无红肿，双中鼻道无引流。复查鼻内镜检查示：双鼻腔无新生物，左钩突肥大，鼻咽光滑。处方：柴胡10克、菊花10克、蔓荆子10克、辛夷花10克、川芎10克、白芷10克、蝉蜕5克、

1 广州中医药大学第一附属医院，广东 广州 510406

地龙干 10 克、党参 15 克、五灵脂 15 克、毛冬青 15 克、枇杷叶 10 克、甘草 6 克，7 剂，水煎服。

按：患者因受鼻梁及眉棱骨疼痛的困扰于 2011 年 11 月 2 日~2011 年 12 月 28 日在我门诊诊治。分析如下：（1）关于病名：患者来诊时主诉是鼻梁及前额眉棱骨疼痛难忍，鼻内干燥不适，无鼻塞流涕等症状，故以“鼻痛”为病证进行辨证论治。（2）辨证治疗：患者出现鼻梁及前额眉棱骨疼痛已 3 个月，并无其他典型症状。足阳明经循行头面，观其脉细滑、舌红、苔白厚，其疼痛主要是风湿之邪外袭，痰浊困聚于内，阻于鼻窍，不通则痛。正如清·林佩琴《类证治裁·卷之六》“眉棱骨痛，由风热外干，痰湿内郁。”故用柴胡、菊花、蔓荆子、辛夷花、白芷、五灵脂为基本方。柴胡、菊花、蔓荆子、辛夷花以疏散风热外邪，清理头目，通鼻窍，止疼痛；白芷入阳明经药，化湿浊，上行头目止疼痛。一诊方中还有半夏、陈皮、香附、竹茹、柿蒂除痰湿，降逆气；桑白皮清宣肺气；白芍、五灵脂均可加强方中止痛的作用。二至五诊处方作了调整，基本方加川芎、党参、砂仁、蝉蜕、地龙干、毛冬青等药。如加川芎配上白芷，祛风止痛之力大增，以治风袭少阳、阳明头疼为著；党参、砂仁益气健胃；蝉蜕、地龙干消肿通络而止痛。（3）配合中医特色外治法，如鼻熏蒸疗法，中药滴鼻及针灸治疗，以增其效。

2 嗅觉失灵病案

胡某，男，62 岁。2001 年 1 月 10 日初诊。主诉：嗅觉减退约 2 个多月。患者诉于 1995 年曾患过鼻病，2 个多月前出现不明原因嗅觉减退，到广东省人民医院诊治，广东省人民医院 CT(183331) 结果示：全副鼻窦炎并蝶窦积液。诊为慢性鼻窦炎。医生劝其行 FESS 手术，因畏惧手术，前来中医治疗。来诊时嗅觉完全消失，鼻微塞，涕少，鼻内干燥感，口微干，胃纳欠佳，二便调，舌质淡红，苔白，脉细滑。检查：双下鼻甲淡红肿胀，双中鼻道未见分泌物引流，鼻咽部稍充血，有少许分泌物附着。中医诊断：嗅觉失灵。证属脾虚肺弱，

湿困鼻窍。治法宜健脾益气，芳香通窍。处方：太子参 15 克、黄芪 15 克、白术 10 克、防风 10 克、辛夷花 10 克、白芷 10 克、瓜蒌仁 10 克、蒲公英 15 克、藿香 10 克、佩兰 10 克、生地 15 克、川芎 6 克、甘草 6 克，7 剂。外治法：1. 煎煮汤药时作蒸气熏鼻；2. 滴鼻灵 1 支，滴鼻，3 次/日；3. 耳穴贴压，取穴：鼻、内鼻、肺、脾、肾上腺、内分泌、神门。

2001 年 1 月 17 日二诊。7 剂药后，感觉晨起到中午有少许嗅觉，鼻微干，少许黄涕，口不甚干。舌质淡暗，苔薄黄，脉滑。处方：党参 15 克、黄芪 15 克、白术 10 克、防风 10 克、辛夷花 10 克、白芷 10 克、藿香 10 克、佩兰 10 克、鱼腥草 15 克、金银花 15 克、皂角刺 15 克、甘草 6 克、川芎 10 克，7 剂。加味苍耳子丸 4 瓶，口服，每次 6 克，每日 2 次。外治法及针灸疗法同初诊。

2001 年 2 月 1 日三诊。自觉嗅觉又有提高，持续时间较前延长，微鼻塞，涕少，胃纳二便调。舌质淡红，苔白，脉弦细滑。检查：双下鼻甲淡红，微肿，无引流。处方：党参 15 克、黄芪 15 克、白术 10 克、防风 10 克、辛夷花 10 克、白芷 10 克、金银花 15 克、石菖蒲 10 克、藿香 10 克、佩兰 10 克、桑白皮 15 克、沙参 15 克、甘草 6 克，7 剂。嘱隔天服 1 剂，并嘱凡煎煮中药时均作蒸气熏鼻。

2001 年 2 月 14 日四诊。白天嗅觉较好，夜间嗅觉仍差，鼻干，口微干，痰、涕少。舌质淡红，苔白，脉弦细滑。处方：拟 2 月 1 日方加麦冬 15 克，7 剂。

2001 年 2 月 28 日五诊。白天嗅觉良好，夜间嗅觉仍差，夜间鼻干，口不甚干，胃纳二便调。舌质淡红，苔白，脉弦细滑。处方：党参 15 克、黄芪 15 克、白术 10 克、防风 10 克、辛夷花 10 克、白芷 10 克、石菖蒲 12 克、川芎 10 克、桑白皮 15 克、麦冬 15 克、藿香 10 克、杭菊 12 克、甘草 6 克，7 剂。

2001 年 3 月 14 日六诊。嗅觉逐渐恢复正常，鼻腔少许干燥感，胃纳二便调。舌质淡红，苔白，

脉细滑。处方：党参 15 克、黄芪 15 克、云苓 15 克、白术 10 克、防风 10 克、川芎 6 克、辛夷花 10 克、白芷 10 克、麦冬 15 克、白芍 15 克、蒲公英 15 克、益智仁 12 克、甘草 6 克，7 剂。

2001 年 3 月 21 日七诊。嗅觉恢复正常，鼻内间有干燥感。处方：党参 15 克、北芪 15 克、白术 10 克、防风 10 克、辛夷花 10 克、白芷 10 克、川芎 6 克、麦冬 15 克、白芍 15 克、鱼腥草 15 克、益智仁 12 克、沙参 15 克、甘草 6 克，7 剂。补中益气丸 2 瓶，口服，每次 6 克，每日 2 次。

2001 年 9 月 25 日随访。患者出国探亲数月，嗅觉保持正常，无明显不适。2001 年 9 月 21 日广东省人民医院副鼻窦 MR 检查（030226）结果示：蝶窦内见异常信号，余副鼻窦未见异常。意见：蝶窦炎。嘱服补中益气丸调治。

2003 年 5 月 30 日随访。嗅觉保持正常，无明显不适。2003 年 5 月 21 日广东省人民医院副鼻窦 CT 扫描（0014858）结果示：右侧上颌窦内见黏膜增厚，左侧上颌窦、筛窦、蝶窦及额窦窦腔清晰透亮，未见异常密度影，骨性窦壁完整，双侧下鼻甲肥大。意见：双侧下鼻甲肥大并右侧上颌窦慢性炎症。

按：本例患者因嗅觉失灵于 2001 年 1 月~2001 年 3 月坚持在我门诊中医治疗。经 2 个余月中医调治，嗅觉恢复正常。至 2001 年 9 月 21 日复查鼻窦 MR 结果示：蝶窦内见异常信号，余副鼻窦未见异常。免除了手术之苦。分析如下：

（1）关于病名：本病例西医明确诊断为“化脓性鼻窦炎”，为什么中医不诊断为“鼻渊”呢？因为患者来诊时突出的症状是嗅觉失灵，而没有鼻渊“浊涕下不止也”这一症状特点，故不下“鼻渊”病名，而按“嗅觉失灵”作为病证来辨证论治。没有必要将中医病名与西医病名作一对一对照。

（2）病因病机分析：患者来诊时突出症状是嗅觉失灵。《灵枢·脉度》：“肺气通于鼻，肺和则鼻能知香臭矣。”鼻的正常功能，又有赖于脾气的健旺，患年事已高，久病体虚，脾虚功能失健，

气血生化之源不足，则鼻失所养，而至嗅觉失灵。鼻内干燥不适，时有口干等症状，为脾虚肺弱，津液不能上承。患者胃纳欠佳，舌质淡红，苔白，脉细为脾虚之征。（3）辨证用药体会：治法宜健脾益气为主，兼以利湿消肿，芳香通窍。以玉屏风散合苍耳子散加减。基本方：党参（或太子参）、五爪龙（或北芪）、白术、防风、辛夷花、白芷。加减用药：①鼻涕黄稠，选加金银花、蒲公英、鱼腥草、皂角刺之类，以清热利湿，排脓，或加桑白皮清宣肺热。②患者鼻内干燥感、口干为肺胃之阴不足，选用麦冬、沙参等药，养肺胃之阴。③通窍药的灵活运用：除用辛夷花、白芷外，藿香、佩兰以芳香化浊通窍；川芎上行头目，辛香行散，温通血脉，活血祛瘀通鼻窍；石菖蒲、化湿和胃，芳香通窍之力尤强。（4）配合鼻熏蒸疗法（煎煮中药时作鼻熏蒸疗法）、中药滴鼻液滴鼻及耳穴贴压。内治与外治相结合，突出了中医耳鼻喉科的治疗特色和优势。熏蒸时鼻腔局部加温、加湿，使气血通常，纤毛运动加快，有利于浊涕排出，通利鼻窍。

3 体会

以上二则鼻病病案，始终坚持中医辨证论治而取效，体现了中医治疗的优势。

（1）关于中医病名与西医病名问题。中医对疾病的认识强调主观感觉，西医对疾病的认识强调客观表现，反映了两种不同的思维方式。由于看问题的中心点不同，所以中西医各有不同的内涵。中医一病证，可包括西医的数病，西医的一病，也可能有中医的数证，因此，中医病名与西医病名不是绝对一对一关系。中医病名与西医病名一对一的关系，存在诸多弊病，结果是让西医的病名束缚了中医的病证，没有了中医的理念，局限了中医的思路，十分不利于中医临床医师开展临床工作，也不利于西医学习中医。

（2）把握好方向。作为一名从事中医耳鼻喉科工作者，要把自己定位在中医，在医、教、研工作中应该用中医的思维方法看问题，也就是

说,要有中医思维。①在临床工作中,应始终坚持“能中不西,先中后西,中西医结合,以中为主”的原则。②对中医的优势病种,应坚持中医治疗。西医认为治疗不理想的病,应发挥中医的优势,开展中医的综合治疗。③对于难治病、疑难病及不断出现的新病种,传统中医遇到了很多新问题,在发挥中医优势的同时,应注意善于将其他学科的成果为我所用,进行中西医结合的研究和治疗,扬长避短,中西互补,提高疗效。

(3)什么是中医思维?中医思维就是在中医理论指导下认识和论治疾病,即辨证论治。《中医大辞典》明确指出:辨证论治“是理、法、方、药运用于临床的过程,为中医学术的基本特点。即通过四诊八纲、脏腑、病因、病机等中医基础理论对患者表现的症状、体征进行综合分析,辨别为何种证候,称辨证。在辨证基础上,拟定出治疗措施,称论治。”不要忘记自己是一名中医,不要忘记中医的精髓所在。

(上接第 17 页)

因子 IL-4 的产生,从而使 Th 细胞分化向 Th1 细胞偏移,调节 Th1/Th2 之间的动态平衡;同时能显著减少嗜酸性粒细胞的浸润,降低血清总 IgE 含量,达到治疗变应性鼻炎的目的。该冬季进补之膏方功能健脾温肾益肺,补益三脏之阳气,共达宣通肺气,祛风固表,有效减少变应性鼻炎的复发。在临床使用时,可将此方作为基础方,随证进行加减,实现变应性鼻炎患者的个体化治疗。

参考文献

[1] 王士贞. 中医耳鼻喉科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003:124-127.

[2] 孔维佳,周梁,许庚,等. 耳鼻咽喉头颈外科学 [J]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010:288.

[3] 胡丽敏,闫志毓,郭光良. 孟鲁司特联合丙酸氟替卡松对儿童变应性鼻炎的疗效及血清 IgE 和炎性因子的影响 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2018,26(2): 99-103.

[4] 凌永伟,欧阳贵平,谢洪亮,等. 变应性鼻炎患者鼻腔分泌物中嗜酸性粒细胞的检测 [J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012,18(1):58-60.

[5] 李玉瑾,李佩忠. 变应性鼻炎患者脱敏治疗前后 IFN- γ 和 IgE 及 IL-4 水平变化的研究 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013,27(8):397-400.

基于中医传承辅助平台分析李云英教授 治疗腺样体肥大用药经验

吴国晶¹ 陈文勇¹ 李云英¹

【摘要】目的 运用中医传承辅助平台，分析李云英教授治疗腺样体肥大的用药经验及组方规律。方法 收集 2018 年 1 月 1 日至 2019 年 10 月 31 日就诊于广东省中医院耳鼻喉科门诊，并由李教授诊治的腺样体肥大的处方，经筛选后共纳入 116 首处方，利用中医传承辅助平台（V2.5）中数据分析模块对纳入处方的药物频次、组方规律、新方分析及药物用量等进行分析。结果 系统纳入的 116 首中药处方中，共包含中药 66 味，使用超过 10 次的药物为 30 味；在支持度个数设置为 60，置信度设置为 0.9 时，分析出核心中药为 8 味，共有 22 个药物组合方式；基于系统熵聚类演变出 11 个新方组合。结论 中医传承辅助平台可通过客观的数据结果展示李教授治疗腺样体肥大的用药经验，验证其既往提出的治疗原则。

【关键词】腺样体肥大；中医传承辅助平台；组方用药规律；李云英

Analysis of Professor Li Yunying's experience in the treatment of adenoidal hypertrophy based on the traditional Chinese Medicine Inheritance platform

【Abstract】 Objectives To analyze the prescription regularity of Professor Li in the treatment of adenoid hypertrophy, based on the traditional Chinese Medicine Inheritance platform. **Methods** From January 1, 2018 to October 31, 2019, the prescriptions for adenoidal hypertrophy were collected from the otolaryngology clinic of Guangdong Hospital of traditional Chinese medicine, which were diagnosed and treated by Professor Li. After screening, 116 prescriptions were included. The data analysis module in the Chinese Medicine Inheritance platform (v2.5) was used to analyze the drug frequency, composition rule, new formula analysis and drug dosage of the included prescriptions. **Results** Among 116 prescriptions of traditional Chinese medicine included in the system, there are 66 prescriptions of traditional Chinese medicine in total, and 30 prescriptions are used more than 10 times; when the number of support is set to 60 and the confidence is set to 0.9, 8 prescriptions of core traditional Chinese medicine are analyzed, and there are 22 combinations of traditional Chinese medicine; 11 combinations of new prescriptions are evolved based on system entropy clustering. **Conclusions** The traditional Chinese Medicine Inheritance platform can show Professor Li's experience in the treatment of adenoidal hypertrophy through objective data results, and demonstrate the treatment principles previously proposed by Professor Li.

【Key words】 adenoid hypertrophy(AH); traditional Chinese Medicine Inheritance platform; prescription regularity; Li Yunying

基金项目：李云英名中医传承工作室；编号：粤中医办函[2017]17号

1 广东省中医院耳鼻喉科，广东 广州 5101201

通讯作者 陈文勇，主任医师，研究方向：耳鼻喉科疾病的诊治。Email: wenyongch@163.com

腺样体是位于鼻咽顶部与咽后壁交界处的淋巴组织团块,又称为咽扁桃体、增殖体,是人的外周免疫器官,具有体液免疫及细胞免疫作用。在正常的生理状况下,儿童 2-6 岁时增生最明显,10-12 岁开始萎缩,成年人基本消失。^[1]因其与外界直接相通,易受外来各种抗原、变应原及自身炎症的反复刺激,导致腺样体增生肥大并引起相应的症状,临床称之为腺样体增殖或腺样体肥大(adenoid hypertrophy, AH)。^[1-2]AH 的病因有许多,如反复急性或慢性病毒、细菌感染,致病菌定植,过敏反应及咽喉反流等。^[2]AH 可引起儿童急性慢性鼻-鼻窦炎(acute/chronic rhinosinusitis, ARS/CRS)、急性中耳炎(acute otitis media, AOM)、分泌性中耳炎(otitis media effusion, OME)、儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(obstructive sleep apnea syndrome, OSAS),儿童 OSAS 是 AH 最主要的危害,若治疗不当,甚至可导致儿童生长迟缓、遗尿、睡眠呼吸暂停、颌面发育畸形。^[1, 3, 4]因 AH 可对儿童生理及心理造成极大的危害,逐渐引起耳鼻喉科医生的重视,目前西医治疗药物主要为鼻用激素、抗组胺药、白三烯受体拮抗剂等。手术切除是西医学治疗 AH 的主要干预手段,但腺样体切除术至今仍存在争议。^[3-4]根据文献报道^[21-23],临床上中医学在传统理论指导下治疗 AH 取得一定的疗效。

名老中医在临床经验丰富,其辨病辨证思路及用药规律是中医学的宝贵财富。李云英(1958-)教授,博士研究生导师,师承国医大师干祖望,是第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,广东省名中医。从事中医耳鼻喉科临床、教学和科研工作 35 年。^[5]在运用中医药治疗 AH 方面取得较好的疗效,积累了丰富的经验。基于大数据背景下,运用中医传承辅助系统平台,进一步总结李云英教授治疗 AH 的临床经验及用药特点,为临床治疗 AH 提供新的治疗思路。

1 资料与方法

1.1 病案处方来源

选取 2018 年 1 月 1 日至 2019 年 10 月 31 日就诊于广东省中医院耳鼻喉科门诊,并由李云英教授诊治为 AH 的处方。

1.2 纳排标准

1.2.1 纳入标准 ①临床表现为鼻塞、睡眠打鼾、张口呼吸、呼吸睡眠暂停等症状患者;②鼻内窥镜检查提示Ⅲ度以上(腺样体阻塞后鼻孔 51% 以上)伴有临床症状者或 / 和影像学检查提示 $A/N \geq 0.71$ (影像学中腺样体最突出点至颅底骨的垂至距离为腺样体厚度 A,硬腭后端至翼板与颅底交点间距离为鼻咽部的宽度 N)的患者;^[4, 7]③可伴有流脓涕、耳胀、听力下降、打喷嚏等症状;④排除其他病因(包括局部或全身因素)引起的鼻塞、睡眠打鼾、张口呼吸、呼吸睡眠暂停等症状患者;⑤以中药内服为主要治疗手段患者。

1.2.2 排除标准 ①合并有严重的心血管、神经、泌尿系、免疫系统疾病患者;②处方记录不完整者(组成未全或药物剂量未标明)。③单味中药处方。

1.3 中药名称规范及数据录入

1.3.1 中药名称规范

参照文献,^[6]对纳入处方中所有的中药名称进行统一规范,如炙甘草、甘草统称为甘草,广藿香、藿香统称为藿香,广地龙、地龙统称为地龙。

1.3.2 数据录入

经过“1.2”项的纳排标准,最终共纳入中药处方 116 首。将纳入处方录入“中医传承辅助平台(V2.5)”。为了确保数据的完整性及准确性,由经过培训的两人独立完成录入,并由第三人进行核对。

1.4 统计学分析

采用由中国中医科学院中药研究所提供的“中医传承辅助平台(V2.5)”,进入平台管理-数据分析,在“西医疾病”中输入“腺样体肥大”,查询可得已录入的 116 首处方。可对纳入处方的药物频次、组方规律、新方分析及药物用量等进行分析。

2 结果

2.1 用药频次分析

系统纳入的 116 首中药处方中，共包含中药 66 味。对 66 味中药进行“频次统计”可获得药物频次从高到低排序，使用超过 10 次的药物为 30 味，其中出现最多的是甘草，为 113 次，其次为白芷、辛夷、路路通、陈皮，具体见表 1。对纳入方剂中使用的中药进行四气、五味、归经等分析，温性药物在所有药物中使用占比为 49%，平性药物为 33%，具体见图 1。通过系统分析，辛味药在所有药物中出现频次最高，为 39%，其次为苦味、甘味、咸味、酸味及涩味，见图 2。在归经方面，部分药物可归属不同的经络，如甘草的归经为心、肺、脾、胃经，最终统计所有药物的所有归经，可涉及全身各个脏腑，其中频次前五的为肺经、脾经、胃经、肝经及心经，全部归经占比见图 3。

表 1 出现频次 > 10 的中药

序号	药物	频次	序号	药物	频次
1	甘草	113	16	紫薇	33
2	白芷	104	17	地龙	33
3	辛夷	95	18	冬瓜子	33
4	路路通	85	19	党参	31
5	陈皮	75	20	苦杏仁	21
6	黄芩	68	21	夏枯草	19
7	苍耳子	65	22	白术	17
8	鸡内金	65	23	桔梗	15
9	猫爪草	55	24	浙贝母	15
10	防风	54	25	白芍	15
11	法半夏	51	26	僵蚕	14
12	茯苓	44	27	紫苏梗	14
13	藿香	41	28	蒺藜	14
14	炒麦芽	35	29	太子参	13
15	石菖蒲	33	30	煅牡蛎	11

图 1 药物的四气占比饼图

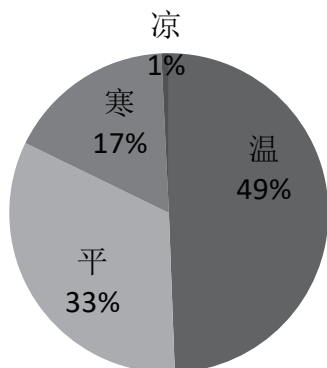


图 2 药物的五味占比饼图

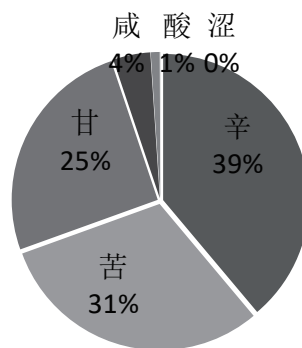
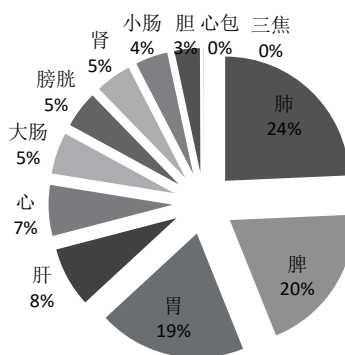


图 3 药物的归经占比饼图



2.2 关联规则的组方规律分析

将支持度个数（即药物组合在所有处方中出现的频次）设置为 60，即支持度约为 50%；将置信度设置为 0.9，即 A → B，当 A 出现时，B 出现的概率为 0.9。系统分析结果显示，涉及的核心中药为 8 味，分别为白芷、苍耳子、陈皮、甘草、黄芩、鸡内金、路路通及辛夷，其关联规则分析结果网络图见图 4，共有 22 个药物组合方式，按照出现频次从高至低排序，其中关联最高的为“白芷，甘草”，出现频次为 101，全部结果见表 2。通过分析药对的组合关联规则，可以得到 29 组关联中药，其中置信度最高的为“苍耳子 → 甘草”，其置信度为 0.984615385，其余全部 29 组关联中药可见表 3。由于 AH 大多发生于学龄前期儿童，故中药的用量也与成人有所差异，通过分析核心中药用量及其频次，可获得图 5。

表 2 处方中支持度个数为 60 条件下药物组合频次表

序号	药物组合	频次	序号	药物组合	频次
1	白芷, 甘草	101	12	白芷, 甘草, 辛夷, 路路通	69
2	甘草, 辛夷	92	13	白芷, 陈皮	68
3	白芷, 辛夷	90	14	白芷, 黄芩	66
4	白芷, 甘草, 辛夷	87	15	黄芩, 甘草	65
5	甘草, 路路通	82	16	白芷, 陈皮, 甘草	65
6	白芷, 路路通	81	17	甘草, 苍耳子	64
7	白芷, 甘草, 路路通	78	18	鸡内金, 甘草	64
8	辛夷, 路路通	75	19	白芷, 黄芩, 甘草	63
9	陈皮, 甘草	72	20	白芷, 苍耳子	60
10	白芷, 辛夷, 路路通	72	21	黄芩, 辛夷	60
11	甘草, 辛夷, 路路通	72	22	白芷, 黄芩, 辛夷	60

表 3 处方中药组合关联规则 (置信度设置为 0.9)

序号	规则	置信度
1	苍耳子→甘草	0.984615385
2	鸡内金→甘草	0.984615385
3	白芷→甘草	0.971153846
4	黄芩→白芷	0.970588235
5	黄芩, 甘草→白芷	0.968421053
6	辛夷→甘草	0.966666667
7	白芷, 辛夷→甘草	0.964705882
8	路路通→甘草	0.962962963
9	白芷, 路路通→甘草	0.96
10	陈皮→甘草	0.96
11	辛夷, 路路通→白芷	0.96
12	辛夷, 路路通→甘草	0.958333333
13	甘草, 辛夷, 路路通→白芷	0.958333333
14	白芷, 辛夷, 路路通→甘草	0.955882353
15	黄芩→甘草	0.955882353
16	白芷, 陈皮→甘草	0.955882353
17	白芷, 黄芩→甘草	0.954545455
18	路路通→白芷	0.952941176
19	甘草, 路路通→白芷	0.951219512
20	辛夷→白芷	0.947368421
21	甘草, 辛夷→白芷	0.945652174
22	黄芩→白芷, 甘草	0.926470558
23	苍耳子→白芷	0.923076923
24	辛夷, 路路通→白芷, 甘草	0.92
25	路路通→白芷, 甘草	0.917647059
26	辛夷→白芷, 甘草	0.915789474
27	白芷, 黄芩→辛夷	0.909090909
28	陈皮→白芷	0.906666667
29	陈皮, 甘草→白芷	0.902777778

图 4 核心药物关联规则分析结果网络图

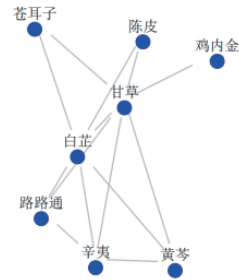
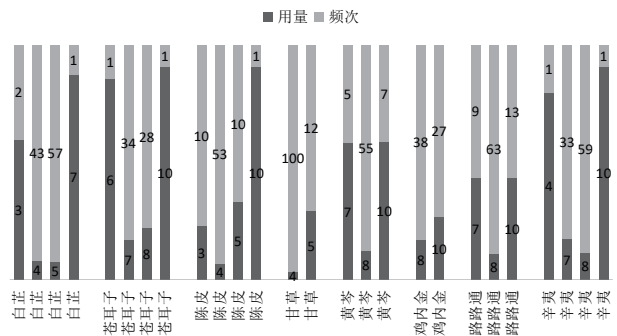


图 5 核心中药用量及其频次



2.3 层次类聚新方分析

基于改进的互信息法的药物间关联分析结果为基础, 依据方剂数量及对不同参数结果的临床判断, 将相关度设置为 10, 惩罚度设置为 3, 进行聚类分析得到纳入方剂中两两药对间关联度, 按照从高到低排序, 将关联度 ≥ 0.03 的药对进行列表, 共 12 组, 结果见表 4。基于复杂系统熵聚类, 演化出 22 个药物核心组合, 进一步聚类, 可以演变出 11 个新方组合, 结果可见表 5。新方组合一般为 4-5 味药, 并不是一个完成的药方, 但可以提示纳入处方中的药物配比规律, 指导临床用药。

表 4 药对间关联度 (关联度 ≥ 0.03)

序号	药对	关联系数
1	黄芩, 紫苏梗	0.04036951
2	黄芩, 僵蚕	0.0395695
3	黄芩, 前胡	0.03862444
4	黄芩, 苦杏仁	0.03743532
5	浙贝母, 白花蛇舌草	0.03632263
6	黄芩, 紫菀	0.03529507
7	黄芩, 玄参	0.03412774
8	黄芩, 防风	0.03379995
9	黄芩, 太子参	0.03306893
10	黄芩, 法半夏	0.0320226
11	猫爪草, 白芷	0.03190488
12	防风, 白术	0.03130087

表 5 新方组合

序号	新方
1	鸡内金 - 苦杏仁 - 紫苏梗 - 麻黄
2	法半夏 - 茯苓 - 陈皮 - 甘草
3	法半夏 - 紫菀 - 煨牡蛎 - 苦杏仁 - 麻黄
4	猫爪草 - 僵蚕 - 玄参 - 浙贝母 - 夏枯草
5	茯苓 - 防风 - 浙贝母 - 苦杏仁 - 紫苏梗
6	石菖蒲 - 黄芪 - 党参 - 紫苏梗
7	紫菀 - 苦杏仁 - 地龙 - 茯苓 - 紫苏梗
8	党参 - 苦杏仁 - 紫苏梗 - 地龙
9	防风 - 煨牡蛎 - 夏枯草 - 紫苏梗
10	桔梗 - 款冬花 - 路路通 - 辛夷 - 桑白皮
11	黄芩 - 白芍 - 冬瓜子 - 煨牡蛎 - 夏枯草

3 讨论

古代中医典籍中并无“腺样体肥大”这一病名，但可根据其临床症状，归类为“颅额不开”、“鼻塞”、“鼾眠”、“鼻渊”^[8]等。AH 可与众多的耳鼻喉科常见疾病相关，如 ARS/CRS、AOM、儿童 OSAS 等，AH 与这些疾病互为因果，且 AH 可加重这些疾病的临床症状，对青少年儿童造成严重的生理破坏及心理影响，应引起耳鼻喉科医生的重视。在西医学方面，主要使用鼻用激素、抗组胺药、白三烯受体拮抗剂或手术治疗，但其存在一定的药物副作用、手术风险及术后并发症等短板，故有众多的患者及家属寻求中医药治疗。AH 的中医病因病机主要为外感风热或风寒之邪；或素体脏腑虚弱；或饮食内伤等因素导致津液输布失调，聚而成痰，滞于鼻咽后发为此病。临床上可辨为肺脾气虚证、肺肾阴虚证、气血瘀阻证及痰凝血瘀证，^[4]治疗上可辨证给予内服中药或 / 和联合其他中医特色疗法，如中药熏蒸法、针刺法、灼治法等。^[3]

李云英教授认为，AH 的病因主要为素体虚弱、外感六淫之邪、饮食失宜及情志不遂四个方面。^[9] AH 主要发生于学龄前儿童，这年龄段儿童的生理特点为“脏腑娇嫩，形气未充，生机蓬勃，发育迅速”，其中“形气未充”以肺、脾、肾三脏尤为突出。腺样体位于鼻咽部，与外界直接相通，属“肺”系，肺为娇脏，不耐寒热，易受外邪侵

袭，而小儿的生理特性，故更易受外邪影响，致其宣发肃降失调；又因“肺主通调水道”，肺的宣发与肃降功能失调后，肺对体内津液疏布、运行及排泄功能失调，致津液输布失常，凝聚成痰，滞于鼻咽部，进而发为本病。小儿脾胃先天形体上薄弱，在功能上脾常不足而虚弱，且小儿生长迅速，对水谷精微需求相对较大，脾胃负担较重，加之小儿饮食不知节制或偏嗜，对脾胃造成进一步伤害，“脾主运化”功能失常，津液输布失调，“脾为生痰之源”，故痰浊内生，痰饮上聚鼻咽；又或情志不遂，气机郁结，津液运行不畅，停留于鼻咽部发为本病。

李云英教授在治疗 AH 方面，以“化痰散结通窍”为总则，“顾护脾胃”贯穿治疗始终。^[9]《诸病源候论》中提出“百病皆由痰作遂”，《杂病源流犀烛》中也有“怪病多痰”，李教授的处方中亦大多有化痰散结的中药出现；《素问·生气通天论》中记载“天地之间，六合之内，其气九州、九窍、五脏十二节，皆通乎天气”，两鼻孔及口皆属“九窍”，与鼻咽部相通，鼻咽部属空窍，李云英教授应用通窍的中药，使清阳上升，口鼻咽腔气机条达通畅。小儿脾胃虚弱，不耐攻伐，故在整个治疗周期均需顾护脾胃。上述平台的数据分析结果基本反映了李云英教授对 AH 病因病机的认识，及其用药治疗原则。

基于平台数据分析，规定为频次大于 10 次的为常用中药，共 30 味。根据用药频次，对其前 5 味，即甘草、白芷、辛夷、路路通、陈皮进行具体分析。甘草，味甘、平。《珍珠囊》：“补血，养胃”。有和中缓解，润肺，解毒，调和诸药的作用。现代药理学表明其具有抗癌、抗病毒、抗炎和免疫调节等作用。^[10]白芷最早开始记载于《神农本草经》，具有驱风散寒、燥湿排脓、止痛的作用。^[11]现代药理学表明，白芷具有解热镇痛、兴奋运动和呼吸中枢、抗菌、抑制脂肪细胞合成及解痉等作用。^[12]辛夷具有散风寒，通鼻窍的作用，常用于多种鼻部疾病。《本草经疏》：“辛夷，主五

脏身体寒热，风头脑痛，面野，解肌，通鼻塞涕出”。文献表明其具有抗炎、抗过敏、抗菌、平喘等作用。^[13]路路通善祛风活络，利水通经，有通利之性。现代药理学表明其具有抗炎消肿、抑制病原微生物及抗氧化等作用，可用于炎症、肿瘤等治疗。^[14]陈皮是广东地区的道地药材，有理气健脾，燥湿化痰的功效，《本草害利》中记载“橘皮，广东新会陈皮为胜，陈久者良，止嗽定呕清痰，理气和中妙品”。文献中也指出广陈皮具有祛痰、促消化的作用。^[15]根据文献^[16-18]，黄芩及苍耳子均具有抗菌、抗过敏、抗炎的作用，而鸡内金则对小肠蠕动有影响。在核心的 8 味中药中，其中 6 味具有抗炎、抑制病原微生物的作用，反映了李云英教授在治疗 AH 上遵循其炎性反应的发病因素，对因治疗。常用中药中大多具有化痰行气、顾护脾胃的作用，这也与李云英教授“化痰散结通窍，顾护脾胃”的治疗原则相符合。

药物的四气、五味及归经反应的所用药物的特性，中药的治疗原则是“以偏纠偏”，故分析中药的四气、五味及归经对深度了解李云英教授的用药规律有重要意义。纳入中药的四气分析结果以温性、平性药物为主。温性药物多采用其健脾益气，助阳补火的作用；平性药物较为平和，偏嗜不明显。小儿形气未充，脏腑娇嫩，不耐攻伐，不仅易受外邪侵袭，也易受药物偏性所伤，故李教授多用平性药物，符合小儿的生理特性。温性药物的健脾益气之功遵循李教授“顾护脾胃”的治疗原则。五味中以辛、苦为主。辛味药能散能行，宣散能通窍，行气能使气机通畅，津液疏布正常，痰饮自消。苦味药能燥、能泄，燥湿化痰的中药多为苦味。药物的五味特性能反映出李教授在用药中始终遵循其“化痰散结通窍”的治疗总则。归经中以肺、脾、胃、肝经为主，也与李云英教授对 AH 的病因病机的认识相符。

药对分析结果显示，出现频次较高的药对，大多具有散风寒、通鼻窍的作用，多为耳鼻喉科治疗的常用药。根据组合关联规则分析可知，置

信度越高，关联规则越可信。其中置信度最高的前 6 名为苍耳子、甘草、白芷、黄芩、辛夷的不同组合方式，这与《严氏济生方》中苍耳子散（组成：白芷、辛夷、炒苍耳子、薄荷）主要组成药物相似。明代医家吴昆论述苍耳子散：“此方四件皆辛凉之品，辛可驱风，凉可散热。其气轻清，可使透于巅顶”^[19]，与李教授“通窍”的治疗思路相似，且苍耳子散是治疗鼻渊的验方，鼻渊与 AH 互为因果，经常相伴出现，在用药规则上与 AH 常见的临床症状相符。AH 常发生于学龄前儿童，通过平台对李云英教授治疗用药中的 8 味核心中药用量及频次进行分析，结果也反映了李教授在治疗 AH 时注意到患者年龄的特殊性，对用药量进行了调整。

基于中医传承辅助平台的系统熵聚类，可得出 11 首新方。李云英教授在临床上治疗 AH 除了注重“化痰散结通窍，顾护脾胃”外，还提出需要“识辨表征，随证治之”，^[9]根据辨证施治原则，新方 1, 3 含有麻黄、苦杏仁等中药，可用于 AH 伴有外感表证者。新方 4, 11 中夏枯草可清热散结，归肝经，可用于肝肺痰热证者；猫爪草可化痰散结，入肝、肺二经，两者合用可用于清肝、肺二经之痰，黄芩入肺经，泻实火。新方 6 中，党参有补脾益肺之功，与黄芪合用，相辅相成，可用于 AH 肺脾气虚证者。桑白皮、款冬花联用可有清肺降气化痰之功，故新方 10 可用于外感风热证咳嗽较剧者。病程日久，可致痰凝气滞血瘀，累及耳窍。地龙善通经行络，可用于经络瘀滞、血脉不畅，现代药理表明地龙提取物具有促循环，抗聚之功^[6]，故新方 7, 8 可用于疾病日久，痰凝血瘀证。新方 2 中法半夏燥湿化痰，蒺藜疏肝解郁、活血祛风，陈皮健脾和胃、降逆化痰，可用于气郁痰湿证者。新方组合并不完整，仅能对临床有一定的指导作用，不能拘泥于其组成，应结合临床实际，随证采用新方加减。

综上，基于“中医传承辅助平台”深度挖掘李云英教授治疗 AH 用药规律的结果与李云英教

授既往发表的文章基本相符，也从具体数据上论证其“化痰散结通窍，顾护脾胃”的治疗原则。基于大数据时代背景下，“中医传承辅助平台”可从客观数据上反映名老中医临床用药思路，为名老中医传承工作提供客观数据。本文仅从治疗用药上分析李云英教授对 AH 的认识，未来还可根据其临床症状、辨证等分析李教授对 AH 这一疾病的临床思路。

参考文献

[1] 刘燕, 魏萍, 寇巍, 等. 儿童腺样体肥大与耳鼻喉科常见疾病关系的研究进展 [J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2019, 33(4): 149-154.

[2] 任建君, 赵宇, 任雪, 等. 腺样体肥大与食管外反流相关性 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 29(15): 1406-1408.

[3] 王玲莉, 李伟梅, 宣伟军. 腺样体肥大的中医治疗进展 [J]. 新疆中药, 2019, 37(2): 104-106.

[4] 孙书臣, 马彦, 乔静. 儿童腺样体肥大引发睡眠呼吸障碍的中医诊疗专家共识 [J]. 世界睡眠医学杂志, 2014, 1(6): 316-320.

[5] 周世卿, 陈文勇, 李云英, 等. 李云英治疗声带息肉经验 [J]. 中医杂志, 2019, 60(10): 827-829.

[6] 冯甜, 陈文勇, 彭桂原. 基于中医传承辅助平台分析李云英治疗突发性耳聋用药经验 [J]. 广州中医药大学学报, 2017, 34(2): 264-268.

[7] 宋丽丽, 赵素敏. 侧位影像学病理学中腺样体大小的比较 [J]. 影像研究与医学应用, 2019, 3(17): 77-78.

[8] 田道法, 李云英. 中西医结合耳鼻咽喉科学 [M]. 3 版. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 142-144.

[9] 李晓珊, 张婷婷, 李云英. 浅谈李云英教授治疗小儿腺样体肥大的经验 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2019, 27(1): 65-66.

[10] 赵雨坤, 李立, 刘学, 等. 基于系统药理学探索甘草有效成分甘草甜素的药理作用机制 [J]. 中国中药杂志, 2016, 41(10): 1916-1920.

[11] 吴媛媛, 蒋桂华, 马逾英, 等. 白芷的药理作用研究进展 [J]. 时珍国医国药, 2009, 20(3): 625-627.

[12] 王梦月. 白芷的古今药用概况及香豆素类成分研究 [D]. 成都中医药大学, 2003.

[13] 王甜甜, 曹赧, 蒋运斌, 等. 中药辛夷研究进展 [J]. 亚太传统医药, 2017, 13(18): 74-78.

[14] 封若雨, 朱新宇, 邢峰丽, 等. 路路通的药理作用研究概述 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(08): 1175-1178.

[15] 梅全喜, 林慧, 宋叶, 等. 广陈皮的药理作用与临床研究进展 [J]. 中国医院用药评价与分析, 2019, 19(08): 899-902.

[16] 果秋婷, 张小飞. 关于黄芩的化学成分与药理作用研究进展 [J]. 科学技术创新, 2019(27): 45-46.

[17] 刘传梦, 陈海鹏, 谭柳萍, 等. 苍耳子药理作用及毒性研究进展 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(09): 207-213.

[18] 王会, 金平, 梁新合, 等. 鸡内金化学成分和药理作用研究 [J]. 吉林中医药, 2018, 38(09): 1071-1073.

[19] 黄圣文. 过敏性鼻炎证治的古今文献研究 [D]. 北京中医药大学, 2006.

[20] 钟赣生. 中药学 [M]. 9 版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 2-14.

[21] 于枫, 刘元献, 刘霞. 健脾缩腺颗粒对腺样体肥大患儿 Th17/Treg 的影响研究 [J]. 中国医学创新, 2019, 16(23): 36-40.

[22] 文仲渝, 郑珊, 熊霖, 等. 宣肺散结通窍汤治疗小儿腺样体肥大体会 [J]. 中医儿科杂志, 2019, 15(04): 24-26.

[23] 邱立志, 蒲海波, 杨传楹. 清腺方联合辅舒良鼻喷剂治疗儿童腺样体肥大的效果及对睡眠质量、呼吸功能的影响 [J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(07): 1771-1773.

国医大师干祖望教授治疗鼻鼽学术经验体系的形成与发展

史军¹ 陈小宁¹ 严道南¹ 李寿龄² 刘玉³ 陈洛萌¹ 侯晓菲¹ 伍丹¹

【摘要】国医大师干祖望教授是中医现代耳鼻喉学科奠基人之一，是鼻鼽病诊疗标准和体系的创立者之一。本文通过干老对鼻鼽病形成与发展的认识、干老治疗鼻鼽病的成熟体系、干老鼻鼽医案中经验挖掘研究、干老对鼻鼽治疗经验的传承与发展等方面进行介绍。

【关键词】干祖望；鼻鼽；学术经验；传承与发展

干祖望（1912.9-2015.7.2），享年 104 岁，生于江苏省金山县张堰镇（现属上海市），著名中医耳鼻喉科学家，中医现代耳鼻喉学科奠基人之一，现阶段唯一的耳鼻喉科国医大师。擅治耳鼻喉科、口腔科等疑难杂病，将四诊调整五诊，增加八纲为十纲，提出喉源性咳嗽和多涕症两个新病种。在中医耳鼻喉科理论与临床方面作出了巨大的贡献。鼻鼽病主要指的是过敏性鼻炎，干老对于鼻鼽疾病的辨证认识和治疗体系的形成有一个逐步成熟的过程。其中许多内容成为现代中医耳鼻喉科学教材和本病中医诊疗标准的参考。再经过其继承人的不断完善和创新，一直发展至今，本文通过干老对鼻鼽病形成与发展的认识、干老治疗鼻鼽病的成熟体系、干老鼻鼽医案中经验挖掘研究、干老对鼻鼽治疗经验的传承与发展详细介绍。

一、干老对鼻鼽病形成与发展的认识

干老从 100 年前中医对鼻鼽的认识的研究中发现，过敏性鼻炎是个外来语，但我国早已有之，历年“喷嚏”一般只作为一种症状描述，而作为一种疾病，即“喷嚏”病（鼻鼽病），进行专题讨论最早见于清代周学海《读书随笔》第四卷“证

治类”中“论嚏”一文。文中提出自己的体会，谓：“嚏之来路有二：因寒束肺窍，热气撩于肺中而上冲者，其气发于胸中，上过上腭之内而下出于鼻也。（其二）因寒束督脉，热气激于脊脊而上冲者，其气起于腰俞，循脊上出脑顶之巅，而下出于鼻也。一缕寒邪，孤行气脉，而不为正气所容，故冲击而出也。”文中还提及鼻鼽的两个特点：1. “然见有早起，必嚏数十次”；2. “无间寒暑，而寒天较甚”。但文中没有给出治疗方药。干老根据经验给出方剂为桂枝汤合脱敏汤，方剂的组成为桂枝、白芍、干地龙、蝉衣、紫草、茜草、墨旱莲、甘草。并认为对不复杂的证来说，效果十分满意。

对于证型的认识也是有不断完善的过程。早在 1976 年《江苏中医》第 5 期发文，将过敏性鼻炎的辨证施治分为虚实 3 种证型：寒邪袭肺、热郁肺经、卫气不固，并首先提出用截敏乌梅汤治疗本病。在 1983 年《江苏中医》第 5 期“耳鼻喉科运用经方的点滴经验”中又提到肾阳虚怯的证型，选用肾气丸治疗。其实干老在 1977 年“西学中班”的备课笔记里已经增加了肾阳衰弱证型，将原来的 3 种证型扩大到现在的 4 种常见证型。并且详细地强调辨证要点，又提及缩泉丸治疗清

基金项目：国家自然科学基金项目（81674035，81704126）；江苏高校优势学科建设工程资助项目苏政办发[2018]87号；南京中医药大学中医学优势学科三期项目开放课题编号（ZYX03KF028）；2020 年度南京市卫生科技发展专项资金项目（YKK20159）；江苏省高层次卫生人才“六个一工程”拔尖人才项目（LGY2020022）

1 江苏省中医院，江苏 南京 210004

2 淮安市中医院，江苏 淮安 223005

3 南京市中西医结合医院，江苏 南京 210014

涕不止的情况。

总而言之，干老对于鼻鼾病辨证治疗体系的认识是逐步发展的过程，最终在《干氏耳鼻喉科学》一书中确定并沿用至今。

二、干老对鼻鼾辨证和治疗的成熟体系

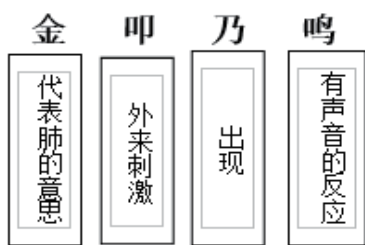
(一) 概述与概念：

概念：一些特殊体质的人接触某些物质后发生的以鼻痒、打喷嚏、流清涕和鼻塞为表现的疾病。传统病名：鼾嚏、嚏、鼓鼻、鼻痒、喷嚏、金叩乃鸣。干老认为：1. 整体观认为本病是全身性疾病，发生局部鼻腔而已。2. 强调辨“证”，中医治疗不分过敏性鼻炎还是血管舒缩性鼻炎（异病同证同治）、常年性还是季节性，“证”相同则“治”相同。

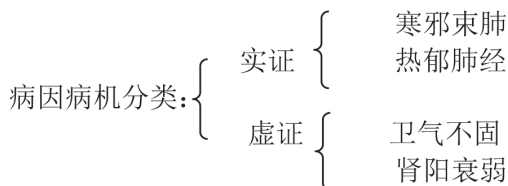
(二) 病因病机：

1. 人的禀赋体质差异。人的禀赋体质不同，接触同一无毒的物质后，有人产生反应，有人毫无反应。如同外科正宗和普济方中的漆疮（对漆过敏现象）。

2. 强调“狂嚏”的病机为“金叩乃鸣”，见于《冯氏锦囊》。



3. 病因病机分类



(三) 临床表现：

本病的发病特点：(1) 有常年性与季节性之分；(2) 晨起发作较多且明显；(3) 除局部鼻部症状外，

还有全身症状：如眼痒、咽痒、咳嗽，重者还有哮喘。

1. 鼻痒：(1) 阵发性；(2) 一般最早出现的症状；(3) 多为外来刺激或情绪而发。

2. 打喷嚏：(1) 一痒即嚏，重者称为“狂嚏” (2) 三到数十不等，轻重不一。

3. 流清涕：(1) 发生于痒和喷嚏之后，重者称为“清涕滂沱”；(2) 鼻涕清澈如水，干后无痕迹。

4. 鼻塞：(1) 鼻塞可能是暂时的；(2) 常伴有嗅觉减退或暂时消失。

5. 鼻甲情况：(1) 多数为双下甲水肿，颜色苍白或淡白，表面水汪汪如鱼鳃。(2) 少部分鼻甲粘膜色淡红。

6. 其他：本病还可出现：头痛，眼痒等症状。鼻腔分泌物涂片：嗜酸性粒细胞增多。

(四) 辨证治疗

1. 辨证

虚实证	分型	见 症																								
		相同者					不同者																			
		头痛	狂嚏	鼻塞	涕奇多	涕清如水	嗅觉迟钝	病程	对冷热反应	鼻粘膜	脉象	舌质	舌苔													
实证	寒邪束肺	邪扰诸阳	金叩乃鸣	肺失平秘																	短	畏寒	苍白	沉迟有力	淡白	白而滑
	热郁肺经																				短	畏热	充血	数	微红	干
虚证	卫气不固																				长	大多畏寒	苍白	沉迟乏力	胖	有
	肾阳衰弱																				长	大多畏寒	苍白	沉迟软弱	嫩	薄或少

2. 论治

1) 寒邪束肺

干老认为，肺的本性“恶寒”，但对微弱的寒气，也不会生病。现在对微弱的寒气也都耐不住了。那么可知肺气不太调和，所以应调和肺气。

治则治法：调和肺气，祛寒散邪

代表方：加减桂枝汤

药物：桂枝、白芍、甘草、生姜、大枣、细辛、白芷、薄荷、辛夷。

2) 热郁肺经

治则治法：清肺解热脱敏

代表方：脱敏汤加减（清热脱敏汤）

药物：紫草、旱莲草、茜草、蝉衣、徐长卿、荆芥、地龙

加用诸药中选用几味：桑白皮、枇杷叶、苍耳子、薄荷、白芷、桑叶、芦根。

3) 卫气不固

治则治法：补中固卫

代表方：玉屏风散或补中益气汤

药物：黄芪、党参、白术、防风、地龙

4) 其他

(1) 久治无效者用截法

治则治法：截法

代表方：截敏乌梅汤

药物：乌梅、防风、柴胡、五味子、甘草、蜜丸。

花粉症：症状表现，初期（高峰期）风热之证特别严重，需重用疏风清热药。

有时酸梅汤长期服用，也有一定的疗效。

清涕量多不止，甚至“滂沱”者一肾气阳不足，固摄不力，选用“缩泉丸”（益智仁、山药、乌药）。

“戏药”《医门补要》：对于疾病中顽固的者，常第一次的方药十分有效，但再次服用时，就没什么疗效。换个医生，第一次治疗有效，再进无效。对策：不断更换新方。

3. 外治法

1) 塞鼻：五倍子、辛夷、薏仁、石榴皮和细辛各等分，共研细粉末，纱布包裹，晨起塞入鼻腔，左右交替，30min 后取出。

2) 针刺取穴：合谷、列缺、曲池、迎香。体弱者再加大椎、胃俞、脾俞。

3) 艾灸：用悬灸法，取迎香穴。

三、干老鼻軌医案中经验挖掘研究

从南京中医药大学图书馆干祖望书刊手稿数

字化服务平台中的 5000 余例干老手稿中选取纳入变应性鼻炎处方 326 首，经“中医传承计算平台（V3.0）”（TCMISS）数据挖掘显示。

1. 使用药物 174 味，使用频次最多的药物依次为：蝉蜕、黄芪、诃子肉、白术、防风、茜草、地龙、徐长卿、紫草、桂枝、墨旱莲等。药物四气属性以寒温平为主；五味属性以甘辛苦为主；脏腑归经：肺肝脾胃心肾。

2. 常用药物对组合为（1）黄芪、白术、防风与蝉蜕和诃子肉；（2）桂枝、白芍、甘草；（3）紫草、墨旱莲、茜草。三种组合以蝉蜕为核心关联。

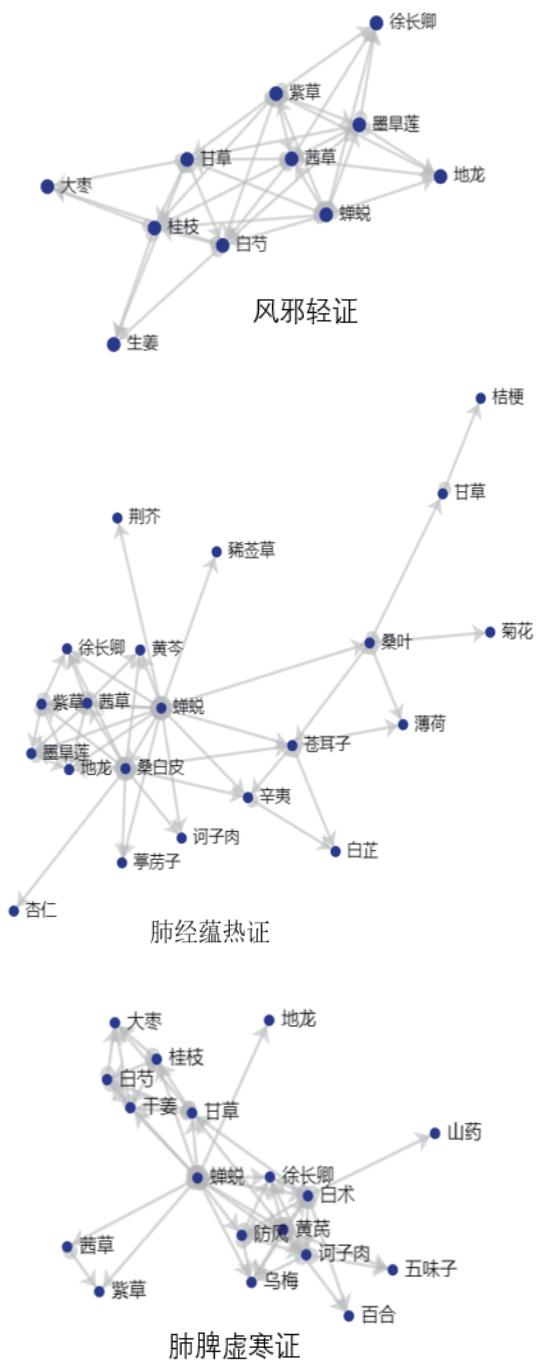


药物网络拓扑图

3. 干老医案聚类分析结果可以看出主要集中于 3 类核心处方：（1）蝉蜕、茜草、紫草、墨旱莲、徐长卿、桂枝、甘草、白芍、地龙等，用于风邪轻证。此方的核心组成就是干老的脱敏汤。（2）黄芪、防风、白术、诃子肉、乌梅、蝉蜕、山药、蝉蜕、徐长卿、茜草、紫草、桂枝、甘草、白芍、干姜、地龙、五味子等，用于肺脾虚寒证。此方的核心组成为：玉屏风散 + 小青龙汤 + 脱敏汤。（3）桑白皮、黄芩、蝉蜕、茜草、紫草、墨旱莲、徐长卿、地龙、荆芥、葶苈子，加辛夷、苍耳子、白芷、薄荷、桑叶、菊花、甘草、桔梗等，用于肺经蕴热证。此方的核心组成为：干老的清热脱敏汤 + 鼻渊合剂组合。

总结：就干老临床用药情况，最常见的有三

种（涵盖了其临床治疗的绝大多数病例）：



基于 K-means 算法的用药聚类分析

(1) 变应性鼻炎轻证者，寒热不明显，卫表又不虚时用桂枝汤合脱敏汤加减；(2) 肺脾虚寒证者，以玉屏风散或补中益气汤 + 加味桂枝汤 +

脱敏汤结合为主加减用药；(3) 肺经蕴热证者，以干老的清热脱敏汤 + 鼻渊合剂最为常用。

四、干老对鼻鼽治疗经验的传承与发展

(一) 传承人对干老经验的体会与发展

陈小宁：脱敏汤原方组成为紫草、旱莲草、茜草。三味药均有清热凉血之方作用，原为治疗皮肤瘙痒、风疹所设。加以蝉衣、徐长卿、荆芥、桑叶等祛风止痒，组方功效仍以清热止痒脱敏为主，适用于肺经郁热证，所以在辨治时应注意辨别症状，畏寒不明显，鼻痒干燥，鼻涕黄浊，或涕中带血，或易出鼻血，口干饮冷，大便干燥，鼻腔黏膜充血，舌质红，脉数者用此方适宜，相反如畏寒怕冷、手足不温、鼻涕清稀，饮水择温，大便偏稀，鼻甲水肿苍白，舌质淡，脉细者，则不宜用之。如属外寒内热者，遇寒易作，汗出较多，鼻涕黄浊，饮水择凉，鼻腔干燥，大便偏干者，则可益气固卫与清肺脱敏兼顾，以玉屏风合脱敏汤用之。陈小宁教授观点：脱敏汤需辨清寒热，对症用更好。

陈国丰：将本病分为：(1) 肺气壅滞证：葶苈大枣汤合泻白散化裁。方药：桑白皮、甜葶苈、马兜铃、天竺黄、薄荷、桔梗、杏仁、大枣、甘草等；(2) 肺卫不固证：玉屏风散或补中益气汤加减。方药：黄芪、党参、升麻、白术、稽豆衣、防风、茯苓、诃子肉等。(3) 肾阳不足证：金匱肾气丸合缩泉丸化裁。方药：肉桂、附子、熟地、山药、山萸肉、益智仁、乌药、覆盆子、茯苓、胡桃肉等。喷嚏明显者：与风邪有关，故祛风之品常灌其中；故在临床常以截敏汤为主方，合玉屏散固表脱敏，加用黄芪、太子参、白术等补益肺脾之气的药品以益气脱敏，加用阳和汤或八味丸温煊脱敏，与桂枝汤化裁调营脱敏。经云：“诸痛痒疮，皆属于心。在临床上除见有变应性鼻炎的典型症状外，尤见阳光即易打喷嚏，鼻痒较甚者，陈主任常选用导赤散加减清心脱敏。对于病程较长，反复发作，长期鼻塞者常选用通窍活血汤或补阳还五汤活血脱敏，对于长期流清涕，鼻痒鼻塞不显者常选用缩泉丸

加味敛涕脱敏。

严道南：认为变应性鼻炎症状十分顽固，用药必须“稳”、“准”、“狠”。“准”则须抓要领，“狠”则要有力度，“稳”则不可过度。根据变应性鼻炎鼻涕清稀、遇寒而作的特点，此病多属虚寒证。对于新病者，干老常用桂枝汤、小青龙汤；久病者用玉屏风散、补中益气汤。在辨证选方的同时，适当加入一两味具有抗过敏药理作用的中药，成为干老治疗变应性鼻炎的特色方剂，常用药如乌梅、干地龙、石榴皮等。辨证要分寒热，观察鼻黏膜颜色是关键。如鼻黏膜色淡，夙疾按时而作，属变应性鼻炎常见之虚寒证，选择“桂枝汤裁制”。当鼻涕“质”较稀，“量”甚多时，常须考虑阳气固摄作用，或补脾气，或温肾阳，或脾肾同补，取用缩泉丸。若鼻黏膜色红，舌质偏红表现、血气方刚体质、弱冠之年等，常属实证。干老在治疗实热证的变应性鼻炎时，针对不同阶段运用清热法各不相同。当鼻黏膜色红不甚，以鼻甲水肿为主症时，治以清热泻肺。当鼻部症状缓解，仍有热象时，选茜草、紫草、墨旱莲三味组成专治过敏性病症的“脱敏汤”，既凉血又脱敏。当热象较重时，泻肺、泻心、泻肝三者并施。

李云英：强调辨证时应注重整体观念与局部诊察相结合，组方时可根据患者主诉随症加减，如：鼻痒喷嚏多者可酌加防风、白蒺藜、僵蚕、蝉蜕等以祛风止痒；清涕多者可添用五味子、白芍、诃子、乌梅等以收敛止涕；鼻塞者可选用辛夷、苍耳子、白芷、地龙等以行气通窍；久病反复发作，可加用益气固表、散寒祛湿药物如黄芪、党参、附子、桂枝、细辛等。

(1) 肺气虚弱、感受风寒：以温肺固表、祛风通窍为法，玉屏风散加苍耳子散加减治疗；

(2) 肺脾气虚，水湿泛鼻：以健脾补气，化湿通窍为法，补中益气汤加减；

(3) 肾元亏虚，肺失温煦：以温肾壮阳，补肺止涕为法，金匱肾气丸加玉屏风散加减治疗；

(4) 脾气虚弱，痰浊困阻：以健脾祛痰，化浊通窍为法，六君子汤合苍耳子散加减。

李寿龄：我师干祖望认为，耳鼻咽喉位居头面，为空清之窍。其窍通畅，则功能正常，其窍被阻，诸病乃生。中医认为鼻鼾的发生主要与肺脾肾阳气亏虚，体质特异，卫外不固有关。因此在临床治疗上以补益肺脾，温阳通窍为主，同时兼顾脾胃之气。临床常用玉屏风+参苓白术散加减。一切疾病的过程都是正邪斗争的过程，脾胃气壮，正气必充，邪不能及。作为后天之本的脾胃在耳鼻咽喉的生理、病理、治病防病方面都至关重要。一则过敏性鼻炎患者，大多病程较长，单独补肺有时不能收到很好的疗效，根据中医五行学说，肺属金，而金生于土，用“培土生金”法，补益脾胃，往往能收到意想不到的效果。二则过敏性鼻炎的治疗，多以内服药为主，胃气正常，有助于用药祛邪；胃经虚弱，则药不行，病难愈。药物治病，只有药物被机体吸收利用，才能真正发挥其作用。临床实践中，从临床诊断、治疗、用药及调护的每个环节，都要注意勿损脾胃之气，生脾胃之气、养脾胃之气，这样才是领会了仲圣的脾胃之气思想。这一思想对中医耳鼻喉科医生也具备理论及临床指导意义。

过敏性鼻炎的治疗，急则治标，缓则治本，我对于过敏性鼻炎治疗，发作期用药控制症状，缓解期服用膏方健脾益肾，顾卫通窍，增强免疫力。一年四季均可以服用膏方，四季膏方的治疗对于过敏性鼻炎防治疗效显著。

(二) 传承经验与创新成果

1. 益气温阳方（严道南教授），用于鼻鼾肺脾虚寒证。

组成：黄芪、党参、干姜、桂枝、麻黄、五味子、地龙、辛夷、甘草。

课题：“十一五”科技部、4项国家自然科学基金、1项国家博士后基金、4项省厅局级课题。

论文：共27篇，SCI 1篇，中华类1篇，中文核心11篇，科技及其他13篇，研究生论文9篇，

博士 3 篇。

申报: 江苏省中医药科技进步 3 等奖 1 项(2020 年)。

2. 益气脱敏汤(陈小宁教授): 用于鼻鼽肺气虚寒证。

组成: 黄芪、白术、当归、乌梅、辛夷、防风、柴胡、桂枝、白芷、甘草。

课题: 3 项省市级课题。

论文: 共 13 篇, 中华中医药杂志等, 研究生 2 篇

申报: 江苏省中医药科技进步 3 等奖 1 项(2019 年)

五、干老经验与传承发展中的常用方剂

脱敏汤(干祖望方): 用于变应性鼻炎轻症, 无明显寒热, 卫表不虚者。

可以和各证型的基础方联合应用。对于鼻腔瘙痒者疗效明显。

组成: 紫草、旱莲草、茜草、蝉衣、干地龙、徐长卿。

清热脱敏汤(干祖望方): 用于变应性鼻炎肺热证。

组成: 桑白皮、黄芩、山栀、紫草、旱莲草、茜草、蝉衣、干地龙、徐长卿。

截敏乌梅汤(干祖望方): 用于久治无效者, 采用截法。常有较好的效果。

组成: 乌梅、防风、柴胡、五味子、甘草、蜜丸。
类似方剂:

(1) 柴胡脱敏汤(周平安方): 柴胡、黄芩、芍药、乌梅、防风、生甘草。

(2) 过敏煎(祝湛予方): 乌梅、防风、银柴胡、五味子。

益气温阳方(严道南方): 用于变应性鼻炎肺脾虚寒证。

组成: 黄芪、党参、干姜、桂枝、麻黄、五味子、地龙、辛夷、甘草 3g。

益气脱敏汤(陈小宁方): 用于变应性鼻炎肺气虚寒证。

组成: 黄芪、白术、当归、乌梅、辛夷、防风、柴胡、桂枝、白芷、甘草。

缩泉丸(《补遗方》): 用于清涕量多而不止者, 多属于肾气不足, 固摄不力。

组成: 益智仁、山药、乌药。

参考文献

[1] 干祖望. 一百年前中医论过敏性鼻炎 [J]. 江苏中医, 1997(06):27.

[2] 干祖望. 过敏性鼻炎的辨证施治 [J]. 江苏医药, 1976(05):47.

[3] 干祖望. 耳鼻咽喉科运用经方的点滴经验 [J]. 江苏中医杂志, 1983(05):9-10.

[4] 严道南, 吴继勇, 马华安, 周家璇, 邢光前, 郭小红, 胡小燕, 朱春晖. 益气温阳方治疗变应性鼻炎肺脾虚寒证的临床研究 [J]. 南京中医药大学学报, 2012, 28(06):509-512.

[5] 史军, 刘玉. 益气脱敏汤治疗肺虚感寒型变应性鼻炎临床观察 [J]. 新中医, 2017, 49(12):110-112.

[6] 陈小宁, 刘玉. 益气脱敏法对变应性鼻炎患者血清 IgE、IL-4 含量的影响 [J]. 南京中医药大学学报, 2007(01):27-29.

[7] 刘华娜, 李云英. 李云英教授治疗变应性鼻炎经验 [C]. 中华中医药学会、世界中医药学会联合会. 中华中医药学会耳鼻喉科分会第二十五次学术年会暨世界中联耳鼻喉口腔科专业委员会第十一次学术年会论文集. 中华中医药学会、世界中医药学会联合会: 中华中医药学会耳鼻喉科分会, 2019:133-134.

[8] 陈国丰, 千千. 多涕症证治拾零——干祖望首提病名 [J]. 辽宁中医学院学报, 1999(02):20-21.

[9] 孙燕, 黄俭仪, 严道南. 严道南从寒热辨治鼻鼽经验 [J]. 山东中医药大学学报, 2012, 36(01):50-51.

[10] 严道南. 中医药治疗变应性鼻炎应兼顾辨病和辨证 [J]. 江苏中医药, 2007(02):1-2.

膏方治疗过敏性鼻炎的体会

邱宝珊¹

膏方,又名膏剂,是“丸、散、膏、丹、汤、酒、露、锭”八大剂型之一,也是中医药的传统剂型。膏方养生治病的历史悠久,最早可追溯到《五十二病方》,在《内经》也有“膏”、“马膏”的记载,《金匱要略》记载有大乌头膏、猪膏发煎等,至明清以后临床应用更加广泛,如琼玉膏(南宋《洪氏集验方》)用于治疗虚癆干咳,是一直沿用至今的名方。

现代医家对膏方治病及养生也有很明确的肯定,如现代名医秦伯未语“膏方非单纯补剂,乃包含救偏祛病之义。”国医大师裘沛然语“膏方是中医大方研究的切入点,大方起沉疴。”

一、膏方的种类

1 荤膏和素膏:收膏时,加入动物胶类药为荤膏,否则为素膏;

2 清膏和蜜膏:单纯由中药熬制浓缩而成的为清膏,收膏时加入蜂蜜的为蜜膏;

3 滋补性膏方和治疗性膏方:按其功效作用而分;

4 个性膏方:一人一方,辨证开方制膏,针对性强;

5 协定膏方:针对疾病较为常见的证型而制出的膏方,随开随取,不需等候制作。

针对变应性鼻炎的协定膏有鼻炎通窍膏、固本鼻炎膏、益气补血膏;

6 膏方种类的选择可因人、因病情而异。

二、膏方的优势:

1 辨证论治,体现个体化治疗;

2 整体调理,攻补兼施,集治病养生于体;

3 膏方由中药精心熬制浓缩而成,药物成分浓度高,药效缓和持久,对治疗慢性疾病具有很好

的优势;

4 口味可根据个体需要而调整;

5 方便保存、服用便捷。

三、膏方的制作

将中药饮片再三煎熬,去渣浓缩,可加阿胶等动物胶质、滋补细料及黄酒、冰糖、木糖醇或蜂蜜收膏,制成半流体状或固体状剂型。收膏时,加入动物胶类药为荤膏,否则为素膏。

四、膏方的适应范围与禁忌

适应范围:慢性、顽固性、消耗性的疾患;手术后、产后等康复患者;疾病处于恢复阶段出现各种虚弱证候;亚健康人群的养生调理。

服膏方的禁忌:各种急性感染(发热、腹泻、胆囊炎、感冒、咽喉疼痛、咳嗽、尿道涩痛等)必须在疾病缓解后服用;脾胃虚弱,消化功能差者,出现消化不良、腹胀闷不适等症状,应先调理脾胃后再服膏方。

五、膏方处方思路

1 辨证论治

以中医理论为指导,以临床的四诊资料为依据,辨明阴阳、气血、脏腑虚实而确立具有补益或攻邪、或补益与祛邪结合的膏方;

用药要考虑动静结合,升降得宜,补而不膩,体现中医理、法、方、药的特色;

膏方是大处方,健运脾胃,疏利肠道的中药可以促进膏方里滋补药物的吸收。

2 天人合一,四季相宜

膏方虽然四季可用,仍需注意辨证选药须重视患者体质,重视四季不同气候对人体的影响,不同季节的膏方侧重点有所不同。

春季膏方以清补和平补为主,同时还要兼顾

1 广州中医药大学第一附属医院耳鼻喉科, 510406

养肝柔肝；

夏季膏方应以清热祛暑、益气生津为主，夏季膏方也是冬病夏治的重要手段之一；

长夏膏方应注意化湿和中养护脾胃，常用豆蔻、砂仁、藿香、陈皮、五指毛桃等；

秋季膏方要养阴润燥，可适当选石斛、麦冬、百合等养阴润燥；

冬季侧重于温补。

3 因地制宜，结合当地用药习惯。如岭南气候湿热，“百病皆兼湿”，广东地处岭南，其人贪凉饮冷，“湿”、“湿热”、“痰湿”较盛。过凉有伤脾胃阳气，化生不足，久亦伤阴，故每又可同时见气虚、阴虚、血虚之体。体质偏于柔弱，不宜峻补。

岭南膏方的特色用药（道地药材）：

化湿、理气、祛痰：广藿香、新会陈皮、化州橘红等；

健脾益气、祛湿、益肾：五指毛桃、德庆巴戟、肇庆茨实等南药；

清润滋阴：西洋参、沙参、玉竹、石斛等。

4 膏基及参类的选用

胶类的选择：阴血不足者，首选阿胶，阳虚者可配鹿角胶，阴虚者，宜用龟板胶或鳖甲胶；膏方中人参类的选择：气阴不足者，宜选西洋参或生晒参，阳气不足者，宜选红参或高丽参；糖类的选择：阴性者宜用蜂蜜、冰糖，脾虚者宜用饴糖，有瘀血者可用红糖，糖尿病患者可选用木糖醇。

5 开路方 在正式服用膏方之前，一般以汤剂的形式服用 2 周，处方可以直接用膏方的底方，或用健运脾胃方，注意观察服药后的反应，为下一步开膏方作准备。

六、膏方在过敏性鼻炎中的运用

过敏性鼻炎以突然和反复发作鼻痒，喷嚏，流清涕，鼻塞为主要症状。中医又称鼽嚏，鼻鼽。

病因病机

内因为脏腑功能失调，肺、脾、肾虚寒多见。

外因为风、寒、异气之邪侵鼻。主要为以下四方面：肺气虚寒，卫表不固；脾气虚弱，清阳不升；肾阳不足，温煦失职；肺经伏热，上犯鼻窍。

1 辨证论治

1.1 肺气虚寒，卫表不固

全身表现：畏风怕冷，倦怠懒言，咽痒，咳嗽痰稀，面色苍白，背冷，自汗，舌淡红，苔薄白，脉细弱。

局部表现：鼻痒甚，伴喷嚏、流清涕、鼻塞。鼻腔黏膜水肿苍白，双下甲肿大，鼻道可见清水样分泌物。

治法：温肺散寒，益气固表，祛风通窍

处方：玉屏风散、四君子汤、桂枝汤、小青龙汤等。

基本用药：

温肺固表：黄芪、防风、白术、桂枝、白芍、乌梅、党参、大枣等。

温化寒饮：麻黄、干姜、法半夏、陈皮、五味子、茯苓、诃子、茯苓等。

通窍：辛夷花、白芷、细辛、石菖蒲等。

健脾补肾：莲子肉、砂仁、山药等。

其他：蜂蜜、饴糖、黄酒、阿胶。

1.2 脾气虚弱，清阳不升

全身表现：面色萎黄无华，腹胀纳呆，肢困便溏，舌淡、边有齿印、苔白，脉濡弱。

局部表现：鼻塞甚，伴鼻痒、打喷嚏、流清涕。鼻粘膜水肿明显。

治法：健脾益气，升阳通窍。

处方：补中益气汤或参苓白术散。

基本用药：

健脾益气：熟党参、黄芪、白术、当归、茯苓、砂仁、黑枣、山药、炙甘草等。

升阳通窍：柴胡、升麻、白芷、辛夷花等。

祛湿消肿：薏苡仁、泽泻、茯苓、扁豆、陈皮等。

培元固肾：莲子肉、熟地黄、五味子、黄精、补骨脂、山萸肉等。

其他：饴糖、阿胶、黄酒、鹿角胶。

1.3 肾阳不足，温煦失职

全身表现：耳鸣，遗精早泄，夜尿清长，形寒肢冷，舌淡苔白脉细弱。

局部表现：清涕多，难以自收，鼻粘膜苍白。

治法：温肾壮阳，固肾纳气。

处方：肾气丸、真武汤。

基本用药：

温肾壮阳：熟地黄、山药、山萸肉、肉桂、巴戟天、淫羊藿、酒黄精、熟附子等。

敛气止涕：乌梅、五味子、益智仁、芡实等。

顾护脾胃：砂仁、陈皮、薏苡仁、熟党参、茯苓等。

其他：鹿角胶、阿胶、黄酒、饴糖。

七、医案举隅

医案一：

王某某，女，38 岁，首诊时间：2015 年 12 月 2 日。

症状：鼻塞，流清涕，打喷嚏反复发作多年。平素易感冒，怕冷，肩背冷，易疲劳，经期腹冷痛，纳眠欠佳，面色暗淡无华。舌淡，苔薄白，脉弱。

体征：双鼻粘膜苍白肿胀明显，双下甲肿胀肥厚，总鼻道可见大量清稀分泌物。

诊断：鼻渊（变应性鼻炎）

辨证：肺脾气虚

治法：温肺益气，祛风散寒。

膏方：

熟党参 150g	黄芪 150g	白术 100g
茯苓 150g	当归 100g	白芍 150g
川芎 100g	桂枝 150g	熟地黄 150g
酒萸肉 100g	山药 150g	牡丹皮 100g
泽泻 100g	盐杜仲 150g	盐菟丝 100g
淫羊藿 150g	益智 100g	制首乌 150g
酒黄精 150g	砂仁 50g	补骨脂 100g
佛手 100g	黄连 50g	

另加：阿胶（烊化）100g 鹿角胶（烊化）100g 黄酒 300ml 红糖 400g 黑枣 150g。

12 月 30 日复诊：流清涕量较少，打喷嚏次数较前减少。余症明显减轻。

再服膏方：

熟党参 150g	黄芪 200g	白术 100g
茯苓 150g	当归 100g	白芷 100g
川芎 100g	桂枝 150g	熟地黄 100g
酒萸肉 100g	山药 150g	牡丹皮 100g
泽泻 100g	炙甘草 80g	细辛 30g
淫羊藿 100g	益母草 100g	制首乌 200g
酒黄精 150g	陈皮 50g	佛手 80g
木香（后下）80g		

另加：阿胶（烊化）100g 鹿角胶（烊化）100g 黄酒 300ml 红糖 250g 黑枣 150g。

次年复诊，诉自服膏后一年来，鼻痒、打喷嚏、流清涕发作次数均较往年明显减少，要求继续服用膏剂。遂再予辨证服膏两月，以巩固疗效。

医案二：

王某某，男，5 岁，首诊时间：2019 年 11 月 25 日。

症状：鼻塞，流清涕，打喷嚏、打鼾 1 年。怕冷，纳欠佳，大便硬，两日一解，味臭，睡眠鼾声大，张口呼吸，舌淡红，苔薄白，脉细滑。

体征：双鼻粘膜淡红肿胀，总鼻道可见大量清稀分泌物，腺样体肥大，堵塞后鼻孔 80%。

诊断：鼻渊（变应性鼻炎）、鼾眠（腺样体肥大）

辨证：肺脾气虚，脾胃积热

治法：健运脾胃，益气固表，祛风通窍。

开路方：黄芪 10g，白术 10g，防风 5g，鸡内金 6g，莱菔子 6g，炒谷芽 15g，炒麦芽 15g，焦神曲 6g，蝉蜕 3g，白芷 5g，甘草 5g。7 剂，复煎两次温服。

二诊：2019 年 12 月 2 日。

鼻塞、流涕、打喷嚏症状减轻，二便正常，舌淡红，苔薄白，脉细弱。

处方：固本鼻炎膏 30 包。

每天一包，分二次，温开水兑服。

三诊：2020 年 1 月 5 日

无鼻塞流涕，打鼾明显减轻，无张口呼吸，胃纳佳，二便调，舌淡红，苔薄白，脉细。检查：鼻粘膜淡红，鼻甲无明显肿大，鼻咽腺样体肥大较前缩小，堵塞后鼻孔 50%。继续服用固本鼻炎膏 1 个月。

2020 年 7 月随访：患者诸证消失。

固本鼻炎膏主要由补中益气汤，桂枝汤、六味地黄汤、温肺止流丹等方加减组成。具有健脾益气，温肺散寒，补肾止涕的作用。

医案三：

王某，女，45 岁。2016 年 2 月 2 日初诊。

患者鼻塞、流涕，打喷嚏 10 年。2015 年 11 月鼻塞，流涕，头痛，嗅觉减退，双鼻腔见息肉组织及脓性分泌物，行鼻窦 FESS 手术治疗。现症状为鼻塞，流脓涕，嗅觉减退，面色萎黄，肢倦乏力，纳少，便溏，多梦。检查见鼻黏膜淡红肿胀，上颌窦口黄白色分泌物引流和筛窦有囊泡肉芽，舌淡红边有齿印，苔白，脉弦细。

诊断：鼻渊、鼻鼾，辨证为肺脾气虚，湿浊蕴积

开路方：熟党参 15g，茯苓 15g，白术 15g，黄芪 15g，薏苡仁 30g，赤芍 15g，桂枝 10g，桔梗 10g，白芷 10g，辛夷 10g，苍耳子 10g，天花粉 15g，蒲公英 15g，川芎 10g，炙甘草 6g。7 剂。

2016 年 2 月 16 日二诊：鼻塞流涕好转，舌淡红，苔薄白，边有齿印，脉细。

开路方：熟党参 15g，黄芪 15g，茯苓 15g，白术 15g，桂枝 10g，桔梗 10g，白芷 10g，辛夷

10g，蔓荆子 10g，白扁豆 10g，当归 10g，川芎 10g，陈皮 6g，炙甘草 6g。7 剂。

2016 年 2 月 23 日三诊：鼻涕量减少、色白，晨起清除后鼻塞明显减轻，嗅觉有所恢复，胃纳增多，二便调，舌淡红，苔薄白，脉细滑。

协定膏方：鼻炎通窍膏（服用 2 少个月）

2016 年 11 月 5 日复诊：鼻塞流涕少许，鼻内镜下鼻窦少许囊泡及分泌物。舌淡红，苔薄白，脉细滑。再服膏方 2 个月。

随访：2017 年 1 月 7 日随访，患者无鼻塞流涕，嗅觉恢复，面色红润，精神佳，胃纳可，睡眠改善，二便调。鼻内窥镜检查见鼻腔上皮化，未见分泌物引流。

本协定膏方由玉屏风散、补中益气汤、小青龙汤、小柴胡汤、苍耳子散、等方加减组成，以顾护卫气、调和营卫、温肺散寒、健脾升阳、通窍排脓。患者服药后 1 年随访，临床症状消失，鼻窦上皮化，未见复发。

膏方是一种具有中医特色的剂型。膏方拟方以中医理论为指导，辨证论治为基础，把强身与疗疾相结合，扶正祛邪相结合，具有补虚和治病的优点；膏方一年四季均可服用，可用于治未病，特别是未病先防、既病防变、病愈防复发、养生防衰等方面；膏方在变应性鼻炎的缓解期、发作期均可使用，适应于虚证、虚中夹实证型，以温肺健脾补肾为主，兼以祛风散寒通窍，在变应性鼻炎的防治上具有独特的优势。

（上接第 44 页）

[18] 李新吾, 田平忠. 治疗鼻炎新法“针刺蝶腭神经节”的初步总结 [J]. 北京中医, 1990(04):36-38.

[19] 王仁忠. 李新吾教授针刺蝶(翼)腭神经节治疗鼻炎简介 [A]. 中华中医药学会耳鼻喉科分会、世界中联耳鼻喉口腔专业委员会. 中华中医药学会耳鼻喉科分会第二十三次学术年会、世界中联耳鼻喉口腔专业委员会第九次学术年会论

文集 [C]. 中华中医药学会耳鼻喉科分会、世界中联耳鼻喉口腔专业委员会: 中华中医药学会耳鼻喉科分会, 2017:1.

[20] 李崖雪, 高瑞雪, 刘潇, 等. 深刺下关穴配合电疗法治疗三叉神经痛的疗效 [J]. 中国老年学杂志, 2017,37(9):2250-2251.

[21] 胡波, 郭长青, 谷世喆. 足阳明胃经生理功能解析 [J]. 中华中医药杂志, 2007,22(2):90-92.

针刺蝶腭神经节治疗特发性耳鸣肝气郁结型的理论与临床研究

张鑫¹ 孟伟¹ 王仁忠¹

【摘要】目的 研究针刺蝶腭神经节治疗特发性耳鸣肝气郁结型患者的临床疗效,为临床治疗特发性耳鸣肝气郁结型提供新的治疗思路和方法。**方法** 将 60 例符合纳入标准的特发性耳鸣肝气郁结型患者随机分成试验组 30 例和对照组 30 例,试验组脱落 1 例;对照组给予中药组方逍遥散加减治疗,每日 1 剂,1 周为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程;试验组在对照组治疗的基础上给予针刺蝶腭神经节治疗,每周 2 次,间隔 3-4 天一次,6 次为 1 疗程,共 3 周;观察两组治疗前后耳鸣响度匹配、THI 量表得分、耳鸣严重程度评估量表的得分变化,并比较临床疗效。**结果** 治疗后两组患者耳鸣响度匹配, F 分值、E 分值、C 分值及 THI 量表总分,耳鸣严重程度评估量表评分均较治疗前降低 ($P<0.05$),且试验组较对照组明显降低 ($P<0.05$)。试验组的总有效率为 86.21%,对照组的总有效率为 73.33%,试验组的方案优于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 针刺蝶腭神经节联合逍遥散加减方治疗特发性耳鸣肝气郁结型的疗效优于单纯口服逍遥散加减方。

【关键词】 针刺;蝶腭神经节;特发性耳鸣;逍遥散

Theoretical and clinical study on acupuncture of sphenopalatine ganglion for idiopathic tinnitus with stagnation of liver Qi

【Abstract】Objective To study the clinical efficacy of acupuncture at sphenopalatine ganglion in the treatment of idiopathic tinnitus with liver qi stagnation type, and to provide new treatment ideas and methods for clinical treatment of idiopathic tinnitus with liver qi stagnation type. **Methods** 60 patients with idiopathic tinnitus and liver qi stagnation type were randomly divided into experimental group ($n = 30$) and control group ($n = 30$), and the experimental group ($n = 1$) was lost; the control group was treated with Xiaoyao Powder, one dose a day, and one course of treatment was one week, A total of 3 courses of treatment; on the basis of treatment in the control group, the experimental group was given acupuncture treatment of sphenopalatine ganglion, twice a week, once every 3-4 days, 6 times as a course of treatment, a total of 3 weeks; the tinnitus loudness matching, thi scale score, tinnitus severity assessment scale score changes before and after treatment in the two groups were observed, and the clinical efficacy was compared. **Results** After treatment, tinnitus loudness matching, f score, e score, C score, thi score, tinnitus severity assessment scale score of the two groups were lower than before treatment ($P<0.05$), and the experimental group was significantly lower than the control group ($P<0.05$). The total effective rate of the experimental group was 86.21%, and that of the control group was 73.33%. The scheme of the experimental group was better than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The therapeutic effect of acupuncture on sphenopalatine ganglion combined with Xiaoyao Powder on idiopathic tinnitus and liver qi stagnation type is better than that of Xiaoyao Powder alone.

【Key words】 Acupuncture; Sphenopalatine ganglion; Idiopathic tinnitus; Xiaoyao powder

1 山东中医药大学附属医院耳鼻喉科, 山东 济南 250011

特发性耳鸣^[1] (idiopathic tinnitus, IT) 被认为是一种表现于外周听觉系统和中枢听觉系统由多因素影响的临床疾病。耳鸣的中枢化机制与听觉中枢可塑性成为了现今治疗特发性耳鸣的一个重要的突破点^[2]。随着生活习惯、生存环境等的变化,因耳鸣前来就诊的患者数量增加,并且年轻患者增长较快,对患者的日常工作与生活造成了一定程度的影响,降低了他们的生活质量^[3,4]。

导师结合自己的临床经验及实践探索,创新性地将在临床上主要用于治疗鼻炎的针刺蝶腭神经节应用于本病的治疗中,同时配合内服中药调和气机,在临床中取得了很好的疗效。本研究通过对针刺蝶腭神经节治疗特发性耳鸣中西医机制的探讨,以及针刺蝶腭神经节联合中药治疗本病的临床疗效的观察,以期能为针刺蝶腭神经节治疗特发性耳鸣提供科学依据,并探寻出临床治疗特发性耳鸣新的行之有效的方法。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 2017 年 10 月至 2019 年 12 月山东中医药大学附属医院耳鼻喉科门诊符合标准的 60 例特发性耳鸣肝气郁结型的患者;采用随机对照临床研究(RCT),运用随机数字表法,随机分成试验组和对照组,试验组 30 例,对照组 30 例;最后完成研究 59 例,脱落 1 例(试验组 1 例)。试验组男 16 例,女 13 例;年龄 18-60 岁,平均(38.52±13.25)岁;病程<3 个月 15 例,病程 3-12 个月 13 例,病程≥12 个月 1 例,平均病程(4.79±4.75)个月。对照组男 15 例,女 15 例;最小 20 岁,最大 65 岁,平均(42.60±13.74)岁;病程<3 个月 14 例,病程 3-12 个月 14 例,病程≥12 个月 2 例,平均病程(5.32±5.65)个月。两组患者性别、年龄、病程分布比较无显著差异(P>0.05),具有可比性。

1.2 西医诊断标准

参照 2009 年《中华耳科学杂志》王洪田等制定的《耳鸣的诊断和治疗指南(建议案)》^[5]:以

耳鸣为主诉,单耳或双耳耳鸣,不伴听力下降;专科检查示双侧外耳道通畅,鼓膜完整,标志清,外耳廓无畸形;辅助检查:纯音测听及鼓室图无异常。双侧耳鸣者取病情较重患耳作为观察对象。

1.3 中医诊断标准

参照刘蓬主编十三五《中医耳鼻咽喉科学》^[6]耳鸣中肝气郁结型诊断标准:耳鸣的起病或加重与情志抑郁或恼怒有关,胸胁胀痛,夜寐不宁,头痛或眩晕,口苦咽干,舌质红,苔白或黄,脉弦。

1.4 纳入标准

符合上述西医诊断标准,并且符合中医辨证分型肝气郁结型诊断标准;

年龄在 18 ~ 65 周岁之间,男女不限;

(3) 经耳鼻喉科专科医师检查或 CT 或 MR 等排除颅内病变、耳部炎性病变,以及因其它疾病导致耳鸣者;

(4) 意识清楚能准确表达自己意见,并且能配合完成耳鸣匹配、THI 量表评分、耳鸣严重程度评估等相关检查及评估;

(5) 签署知情同意书,能够接受本治疗方案。

1.5 观察指标

1.5.1 耳鸣匹配^[7]

包括匹配耳鸣患者的耳鸣频率和响度,其方法为在山东中医药大学附属医院耳鼻喉科听力检查室静堡隔音室内由听力技师使用丹麦 MADSEN itera 型号测听仪对患者行纯音听阈测定,并匹配耳鸣的频率(kHz)及响度(dB)。

1.5.2 THI 量表

采用 Newman^[8]等提出的耳鸣残疾量表(THI),共有 25 个项目,分 3 个层次,第 1 个层次是功能性方面(包含 11 项),主要评估精神、身体、社会、职业功能;第 2 个是情感方面(包含 9 项),以评估患者对耳鸣的反应;第 3 个是严重性评价(包含 5 项)。每项有 3 个选项为总是:4 分;有时候:2 分;没有:0 分,统计所有条目得分,合计总分。

1.5.3 耳鸣严重程度评估量表

参照刘蓬等提出的耳鸣严重程度评估量表^[9]

评估,分以下几个方面以下:耳鸣出现的环境、持续的时间、对睡眠的影响、对工作及生活的影响、对情绪的影响;每项由轻到重分 0-3 分,加上自己对耳鸣总体感觉的自我评分(0-6 分),根据以上的得分的总和将耳鸣严重程度分为 5 级,即 1-6 级为 I 级,7-10 分为 II 级,11-14 分为 III 级,15-18 分为 IV 级,18-21 分为 V 级。

1.6 疗效评定标准

1.6.1 耳鸣匹配的治疗前后变化:主要比较耳鸣患者治疗前后耳鸣响度的改变;

1.6.2 耳鸣残疾量表(THI):对患者治疗前后进行评估;

1.6.3 耳鸣严重程度评估量表:治疗前后得分及等级改变:

痊愈:耳鸣完全消失;

显效:耳鸣严重程度降低 2 个或 2 个以上级别;

有效:耳鸣严重程度降低 1 个级别;

无效:耳鸣程度无变化。

2 治疗方法

2.1 对照组:中药治疗

参照十三五《中医耳鼻咽喉科学》耳鸣一章^[6]肝气郁结型的中药治疗,以疏肝解郁,行气通窍为原则,选取逍遥散加减,组方如下:柴胡 12g、当归 15g、白芍 15g、白术 18g、茯苓 15g、生姜 15g、薄荷 9g、石菖蒲 12g、炙甘草 6g。中药加水 500 mL 浸泡,煎煮 2 次,药汁混合,早、晚饭后 30 min 服用;每日 1 剂,共治疗 3 周。

2.2 试验组:针刺蝶腭神经节配合中药治疗

(1) 中药治疗同对照组;

(2) 在对照组的基础上配合针刺蝶腭神经节。

针刺操作:患者取坐位,保持头位固定,取患侧针刺,头稍偏向对侧,医生位于患者针刺侧的稍后方,患者头位略高于医生或等高。取穴时,首先确定颧颞结节,左手食指在结节稍后方按压,可触摸到颧骨弓弯向前上方的弓形切迹,按压此处皮肤最凹点即为进针点;确定进针点后局部皮肤、医生双手酒精消毒,取无菌专用针灸针(规格:

0.35*55mm,北京步跃医疗科技有限公司生产),右手拇指、食指持针,针尖对准弓形切迹骨缘下方刺入皮肤,向内上方调整针身方向,针体完全刺入皮内,并且连续针刺深部,针尖未感任何阻力,患者立感出现放电感或鼻腔喷水样感觉或耳内有通透感时,即是刺中。由于针刺部位较深,针刺前一定充分告知患者勿动,并且进针前严格消毒,避免引起感染^[10],出针后用无菌干棉球按压针刺位置 1min;每周 2 次,间隔 3-4 天一次,双侧耳鸣者可同时针刺,6 次为 1 疗程,共 3 周。

2.3 观察数据

2.3.1 一般数据:性别、年龄、血压、心率、病程、纯音听阈测定、声导抗等;

2.3.2 研究数据:耳鸣响度匹配、THI 量表、耳鸣严重程度评估量表;

2.4 总有效率的计算

$$\text{总有效率} = \frac{\text{治愈数} + \text{显效数} + \text{有效数}}{\text{总例数}} \times 100\%$$

2.5 统计学分析

临床病例观察结束后,统计汇总资料数据,建立数据库,采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据的统计学处理。对符合正态分布的检验计量资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组内比较用配对样本 t 检验,组间比较用独立样本 t 检验;计数资料采用卡方检验;以 P<0.05 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 观察指标比较

3.1.1 两组患者治疗前后耳鸣响度匹配的比较

表 1 耳鸣响度匹配比较 (dB HL, $\bar{x} \pm s$)

组别	就诊时	治疗 3 周后
试验组	17.93 ± 4.71	12.03 ± 7.79 *◇
对照组	18.47 ± 5.60	16.03 ± 7.22 *

注:与对照组比较,◇ P<0.05;与就诊时比较,★ P<0.05

3.1.2 两组患者治疗前后 THI 量表比较

表 2 THI 量表比较 ($\bar{x} \pm s$)

评估项目	就诊时		治疗 3 周后	
	试验组	对照组	试验组	对照组
F 功能性	11.03 ± 4.06	11.87 ± 3.86	6.14 ± 3.81 *◇	8.60 ± 4.21 *
E 情感性	11.03 ± 2.76	10.73 ± 2.55	5.24 ± 3.76 *◇	7.47 ± 3.71 *
C 严重性	6.62 ± 2.57	6.27 ± 1.87	2.83 ± 2.17 *◇	4.20 ± 2.70 *
总分	28.69 ± 8.06	28.47 ± 7.21	14.07 ± 9.08 *◇	19.93 ± 9.40 *

注：与对照组比较，◇ $P < 0.05$ ；与就诊时比较，★ $P < 0.05$

表 3 耳鸣严重程度评估量表比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	就诊时	治疗 3 周后
试验组	11.7 ± 3.11	5.76 ± 3.75 *◇
对照组	12.43 ± 2.83	8.83 ± 4.09 *

注：与对照组比较，◇ $P < 0.05$ ；与就诊时比较，★ $P < 0.05$

3.3 疗效比较

表 4 各组患者疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总显效 [例(%)]	总有效 [例(%)]
试验组	29	5	10	10	4	15 (51.72%)	25 (86.21%)
对照组	30	2	6	14	8	8 (26.67%)	22 (73.33%)

4 结果分析

4.1 患者疗效比较示：试验组治愈 5 例，显效 10 例，有效 10 例，无效 4 例，显效率为 51.72%，有效率为 86.21%，对照组治愈 2 例，显效 6 例，有效 14 例，无效 8 例，显效率为 26.67%，有效率为 73.33%，试验组治疗效果明显优于对照组，具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

4.2 在耳鸣响度匹配、THI 量表各项评分以及耳鸣严重程度评分中，试验组和对照组组内差异比较时，治疗后比治疗前评分均降低，具有显著差异 ($P < 0.05$)，说明两种治疗方案均有效，具有统计学意义 ($P < 0.05$)；试验组和对照组组间差异比较时，试验组治疗后疗效明显优于对照组，具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

5 讨论

本研究结果表明对比单纯中药治疗特发性耳鸣肝气郁结型患者，辅以针刺蝶腭神经节联合治疗效果更显著；两组对降低特发性耳鸣患者的响度匹配、THI 量表评分、耳鸣严重程度评估都有疗效，但针刺蝶腭神经节联合中药治疗更显著。

针刺蝶腭神经节最初由李新吾教授用于各种鼻炎的治疗，我们在临床应用针刺蝶腭神经节治疗鼻炎过程中发现部分患者耳鸣减轻甚至消失。在耳鸣机制中，耳蜗、听皮层下核团、自主神经系统、边缘系统以及大脑皮层是重要的耳鸣产生及处理区域^[11]，故推测蝶腭神经节与其中某些区域存在着紧密的联系。

5.1 现代医学机制探讨

5.1.1 蝶腭神经节的解剖

位于翼腭窝内的蝶腭神经节是头面部最大的副交感神经节，其形状似 Y 形或心形，主要有三大分支汇集而成，分别是位于内上方的翼管神经（由岩大浅神经与岩深神经构成）；位于外下方的 2-3 个分支通向上颌神经；位于下方的是腭神经。蝶腭神经节包含交感神经、副交感神经和感觉神经纤维，同时接受感觉、运动及交感神经纤维，并与三叉神经、面神经和交感神经干发生联系^[12]。

5.1.2 与耳蜗的联系

针刺蝶腭神经节的强刺激会促使耳周肌肉、血管节律收缩，从而加快血液循环，改善内耳神经功能，修复内耳毛细胞损伤，改善耳蜗组织代谢与缺血缺氧状况，促进炎症的消退。

5.1.3 与大脑皮层的联系

解剖学已证实耳蜗背侧核与三叉神经核以及丘脑之间存在确切的联系，而蝶腭神经节来源于三叉神经的分支。我们推测针刺蝶腭神经节产生的强刺激能激发三叉神经的信号传导，激活丘脑与大脑皮层的纤维联系，抑制大脑皮层和海马的中间神经元发生作用，同时主体神经元与中间神经元又相互抑制，从而起到抑制耳鸣的作用^[13]。研究^[14]证实三叉神经电刺激可使大脑皮层兴奋性

阈值提高,易感性降低。同时也有研究^[15]证实,大脑内存在自身稳态调节机制,此种机制能够动态平衡大脑内兴奋性递质谷氨酸和抑制性递质氨基丁酸,从而调节大脑的兴奋性与抑制性冲动。

5.1.4 与边缘系统的联系

研究^[16]证实三叉神经电刺激有显著抗癫痫及抗抑郁效果,三叉神经发挥抗抑郁作用主要是大脑中的神经元调节已知与抑郁症有关的特定神经递质的活性^[17]。我们通过针刺蝶腭神经节的方法来直接刺激三叉神经分支,既保证了对三叉神经的刺激程度,在对耳鸣产生抑制的同时,也调节了患者的抑郁状态,又避免了过强的刺激对患者造成的巨大不适,使患者的依从性更好,并且本方法操作简单,具有很好的安全性。我们在临床中应用此技术治疗特发性耳鸣同时合并有焦虑、抑郁等状态的患者时也证实了这一点,在接受针刺蝶腭神经节治疗后患者的耳鸣症状可能没有明显的改善,但是患者自觉焦虑、抑郁的状态得到明显改善,甚至有患者当时针刺结束后即刻会感觉对此状态的改善明显。

5.1.5 与自主神经系统的联系

蝶腭神经节是位于翼腭窝内的副交感神经节,主要支配的是自主神经系统里的交感神经与副交感神经^[18],交感神经与副交感神经能够发挥作用是在大脑皮层及下丘脑共同支配下完成的。下丘脑为自主神经重要的皮质下中枢,与机体的自我调节密切相关,其前方是副交感神经中枢,后方是交感神经中枢,正常情况下,人体的各脏器功能在交感和副交感神经相互平衡制约中保持着动态的稳定。耳鸣属于自主神经系统的平衡被打破的一种表现,我们采取刺激蝶腭神经节的方法,使突发的剧烈刺激沿着三叉神经传到大脑皮层,在唤醒紊乱的中枢神经系统的同时,使得大脑皮层对传入信号做出迅速的反应,对失控的自主神经作出相应调整,降低大脑皮层对外界不良刺激信号的记忆^[19],使大脑皮层听觉中枢的兴奋性提高,对声音的感受与分析力以及对异常声音的适

应能力也增强,使耳鸣减轻。

5.2 中医机制探讨

5.2.1 针法论

《针灸大成》指出:“病有浮沉,刺有浅深……不及则生外壅,壅则邪从之。”。针刺蝶腭神经节类似于祖国医学中的“芒针刺法”。《灵枢·九针论》“八曰长针……主取深邪远痹者也”,芒针具有体长而刺深、直达病所的特点,可以更好的促进人体经络、血脉的运行畅通;《千金翼方》:“凡病皆由血气壅滞,不得宣通。”针刺蝶腭神经节产生的强刺激,可以激发深处经别之气,调节气机升降,同时又能祛除经络瘀阻,使气血运行通畅,驱邪外出;《灵枢·九针十二原》:“刺之要,气至而有效。”针刺蝶腭神经节后会立即产生强烈的触电感、麻胀感,这属于针刺得气的表现,针刺得气与否是针刺取效的关键;《金针赋》:“气速效速,气迟效迟。”这与我们在临床中观察的基本一致,针刺后立即出现较明显的触电感的患者,往往效果明显,耳鸣甚至会立感减轻甚至消失。

5.2.2 经络论

蝶腭神经节的体表进针部位大致位于“下关穴”附近的位置,为足阳明胃经和足少阳胆经之交会区域,有益气聪耳的作用。本区域能调控胃经上输头部的气血物质中的阴浊部分,能调节头面部阳经气血,使经络通畅^[20]。《针灸甲乙经》:“耳鸣耳聋配下关穴。”足阳明经为多气多血之经,主润宗筋,可将精血传输于各脏腑经络,濡养耳窍;《灵枢·经水》记载阳明经宜深刺久留^[21],足少阳经主人体气机升降出入之开阖,起到调节各脏腑功能的作用。针刺蝶腭神经节属于深刺激,能够刺激到足阳明经与足少阳经二经之经气,推动全身气血的运行,上达耳窍,使耳窍充养。

5.2.3 阴阳论

《素问·脉解》云:“所谓耳鸣者,阳气万物盛上而跃,故耳鸣也。”可见,阴阳失衡导致耳鸣,针刺起到沟通人体内外表里,调整脏腑功能,促使人体阴阳恢复动态平衡的作用。《灵枢·根

结》：“用针之要，用于知调阴与阳。”针刺蝶腭神经节能产生较强的刺激量，并且刺激时间短，在针刺手法中属于泻法，对于属实证的特发性耳鸣肝气郁结型患者来说，能够发挥针刺的双向调节作用，一方面能够达到抑制耳鸣的目的，另一方面又能够缓解患者焦虑与抑郁的状态，改善睡眠，恢复了兴奋与抑制的阴阳平衡，又祛邪外出，使机体达到阴平阳秘，脏腑平和。

5.3 展望

针刺蝶腭神经节作为一项辅助治疗手段，易于被临床医生掌握及被患者接受，以便于向基层医院推广，缓解目前就医难的供求矛盾，值得临床推广应用。本研究为小样本单盲临床观察，存在一定的偏倚性，观察时间为 3 周，未进行长期的随访；主要进行对患者主观上的评分，存在一定的误差。下一步将对耳鸣不同频率进行临床观察，评价针刺蝶腭神经节对低中高各频耳鸣的疗效，并扩大样本量，不只局限于对单一的证型研究，还需要研究伴有听力下降的特发性耳鸣患者的疗效；还将进行与西药常规治疗对比，评价疗效；将其作用机理进一步于动物实验进行验证；并将更多的客观检查指标引入评价指标，例如耳声发射、脑干诱发电位等，使数据可信度更高。

参考文献

[1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会耳科专业组. 2012 耳鸣专家共识及解读 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012, 47(9): 709-712.

[2] Woolf SH. The meaning of translational research and why it matters [J]. JAMA. 2008, 299: 211-213.

[3] Husain FT. Effect of tinnitus on distortion product otoacoustic emissions varies with hearing loss [J]. Am J Audiol, 2013, 22(1): 125-134.

[4] Tunkel DE, Bauer CA, Sun GH, et al. Clinical practice guideline: Tinnitus [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2014, 151(1 suppl): S1-S40.

[5] 王洪田, 李明, 刘蓬, 等. 耳鸣的诊断和治疗指南 (建议案) [J]. 中华耳科学杂志, 2009, 7(3): 185.

[6] 刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 90-93.

[7] IX-ISO. 声学测听方法第 1 部分: 纯音气导和骨导听阈基本测听法: ISO 8253-1-2010 [S], 2010.

[8] Newman CW, Jacobson GP. Development of the Tinnitus Handicap Inventory [J]. Archives of otolaryngology—head & neck surgery, 1996, 122(2): 143-148.

[9] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会耳科专业组. 2012 耳鸣专家共识及解读 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012, 47(9): 709-712.

[10] 李新吾. 针刺蝶腭神经节—“治鼻 3” 穴位治疗鼻部疾病的机制分析及有关针刺方法的介绍 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(05): 193-196.

[11] 田勇泉. 耳鼻咽喉头颈外科学 (第 8 版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 363.

[12] 黄选兆, 汪吉宝, 孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学 (第 2 版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 40-41.

[13] 田苗苗, 王先红, 王玉. 三叉神经电刺激导致海马神经元兴奋性及可塑性改变的丘脑前核机制 [J]. 中风与神经疾病杂志, 2015, 32(4): 307-310.

[14] 王倩倩, 贺慧艳, 左健, 等. 经皮三叉神经慢性电刺激对癫痫大鼠的癫痫行为和海马炎性反应抑制作用 [J]. 中风与神经疾病杂志, 2014, 31(7): 594-598.

[15] 谈俊. 三叉神经电刺激治疗难治性癫痫的研究新进展 [J]. 湖北中医药大学学报, 2016, 18(1): 117-119.

[16] 张楚, 茅爱平, 金平, 等. 经皮三叉神经电刺激对药物难治性癫痫及其抑郁的疗效观察 [J]. 临床神经病学杂志, 2018, 31(3): 165-168.

[17] 杨仟. 三叉神经电刺激治疗技术的解剖学基础及其机制研究进展 [J]. 解剖学研究, 2019, 41(4): 303-306.

(下转第 38 页)

谢氏刺营法治疗气虚质悬雍垂过长症临床研究

罗辉¹ 黄少霆¹ 闫新宇¹ 赵竞一¹ 王俊阁¹

【摘要】目的 观察谢氏刺营法治疗气虚质悬雍垂过长症的临床疗效。方法 将 42 例接受针刺治疗的患者(针刺组)和 26 例不接受针刺治疗(对照组)进行疗效比较,针刺组采用谢氏刺营法+补中益气丸口服治疗,对照组单纯口服补中益气丸。针刺每周治疗 2 次,6 次为一疗程,连续治疗 2 个疗程;补中益气丸 6 g,口服,每天 2 次,连服 6 周。观察 2 组患者治疗前后临床症状积分,并评价 2 组疗效。结果 针刺组总有效率为 97.7% (41/42),对照组 69.2% (18/26),两组比较有统计学意义 ($P < 0.05$);针刺组患者治疗前后症状异物感、清嗓、咳嗽、咯痰、胸闷的差值均值分别为 1.56 ± 0.43 、 1.93 ± 0.41 、 1.42 ± 0.43 、 1.12 ± 0.20 、 0.96 ± 0.29 ,对照组患者治疗前后症状异物感、清嗓、咳嗽、咯痰、胸闷的差值均值分别为 0.58 ± 0.26 、 0.77 ± 0.32 、 0.86 ± 0.54 、 0.71 ± 0.48 、 0.72 ± 0.42 ,两组比较异物感、清嗓、咳嗽均有统计学意义 ($P < 0.05$);针刺组(男性)悬雍垂长度治疗前后分别为 12.36 ± 2.68 、 10.15 ± 2.48 ,悬雍垂宽度治疗前后分别为 9.89 ± 1.78 、 8.28 ± 1.16 ;针刺组(女性)悬雍垂长度治疗前后分别为 10.89 ± 2.52 、 8.28 ± 2.32 ,悬雍垂宽度治疗前后分别为 8.86 ± 1.65 、 7.76 ± 1.82 ;针刺组治疗前后悬雍垂长度和宽度比较均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 谢氏刺营法治疗气虚质悬雍垂过长症,简单易行,疗效确切。

【关键词】 悬雍垂过长症; 谢氏刺营疗法; 气虚质; 补中益气丸

Clinical research of Xie's nutrient acupuncture on cionoptosis patients with Qi deficiency

【Abstract】 Objective To observe the efficacy of Xie's nutrient acupuncture on cionoptosis patients with Qi deficiency. **Methods** 42 patients in acupuncture group underwent Xie's nutrient acupuncture twice a week for 6 weeks. All patients (including 26 patients in non-acupuncture group) received buzhongyiqi pellets orally twice a day for 6 weeks. The symptom scores and efficacy pre-and post-treatment between groups were compared. **Results** The mean change of pharynx foreign body sensation, hawking, coughing, expectoration and chest oppression was 1.56 ± 0.43 , 1.93 ± 0.41 , 1.42 ± 0.43 , 1.12 ± 0.20 , 0.96 ± 0.29 respectively in the acupuncture group and 0.58 ± 0.26 , 0.77 ± 0.32 , 0.86 ± 0.54 , 0.71 ± 0.48 , 0.72 ± 0.42 in the non-acupuncture group. Significant difference was observed between groups ($P < 0.05$). The length of uvula in the acupuncture group (male) pre-and post-treatment was 12.36 ± 2.68 and 10.15 ± 2.48 , and the width of uvula was 9.89 ± 1.78 and 8.28 ± 1.16 correspondingly. The length of uvula in the acupuncture group (female) pre-and post-treatment was 10.89 ± 2.52 and 8.28 ± 2.32 and the width of uvula was 8.86 ± 1.65 and 7.76 ± 1.82 respectively. The pre-and post-treatment length and width of uvula in acupuncture group was significantly reduced ($P < 0.05$). **Conclusion** Xie's nutrient acupuncture on cionoptosis patients with Qi deficiency was easy to perform and the efficacy was proved.

【Key words】 Cionoptosis; Nutrient acupuncture; Qi deficiency; Buzhongyiqi pills

1. 首都医科大学附属北京中医医院耳鼻咽喉科, 北京 100010

通信作者: 王俊阁 博士, 主任医师, 从事咽喉疾病中西医结合治疗研究。E-mail: wjgent@163. Com

悬雍垂过长症 (enlongated uvula) 是指各种原因使悬雍垂变长且与舌面接触, 产生各种咽部刺激症状^[1]。悬雍垂过长症可以导致多种疾病, 多表现为咽部不适或异物感、咳嗽等症状, 临床医生对该病缺乏警惕, 易误诊为呼吸道炎症性疾病^[2]。牟基伟^[3]等认为悬雍垂因水肿而过度粗长, 可引起呼吸困难, 若不及时治疗, 可引发窒息而导致死亡。国外有文献报道^[4]较大的悬雍垂似乎与更严重的打鼾和阻塞性睡眠呼吸暂停有关。导致悬雍垂过长的原因包括: 1. 发育异常; 2. 由于鼻窦、鼻咽、口咽、扁桃体慢性炎症刺激, 导致悬雍垂发生慢性炎症, 其肌肉组织变性, 粘膜水肿向下伸展, 引起悬雍垂变细和增长。临床上, 悬雍垂过长症多见于气虚质的病人, 表现为神疲乏力, 少气懒言, 失眠、思维及注意力不集中, 以及身痛、低热等躯体和神经衰弱表现, 严重影响患者的健康和日常生活。治疗多以手术治疗, 切除过长的悬雍垂。本研究采用简、易、廉、效的谢氏刺营疗法治疗气虚质悬雍垂过长症, 现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 2017 年 1 月至 2019 年 6 月就诊于首都医科大学附属北京中医医院耳鼻咽喉科, 诊断为悬雍垂过长症, 且判定为气虚质的患者 68 例。其中, 同意采用针刺加药物治疗共 42 例, 为针刺组; 不同意针刺治疗者 26 例, 为对照组。针刺组: 男 26 例, 女 16 例; 年龄 25 ~ 60 岁, 平均(42 ± 8)岁; 病程 10 ~ 36 个月, 平均(18.6 ± 5.5)个月。对照组: 男 16 例, 女 10 例; 年龄 20 ~ 56 岁, 平均(39 ± 9)岁; 病程 8 ~ 32 个月, 平均(16.8 ± 6.2)个月。2 组患者性别、年龄、病程比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

(1) 西医诊断标准

参照黄选兆主编《实用耳鼻咽喉科学》^[1]判定标准, 符合下列之一者判定为悬雍垂过长: ①张嘴发“啊”音时, 悬雍垂与舌体相接触者; ②张

嘴发“啊”音时, 悬雍垂肥大与咽喉后壁的间距小于 0.5cm 者; ③悬雍垂长度超过 1.5cm 者。

(2) 中医诊断标准

按照 2009 年 4 月由中华中医药学会发表的《中医体质分类与判定》^[5], 对中医体质分类的判定, 回答《中医体质分类与判定表》中的全部问题, 每一问题按 5 级评分, 计算原始分及转化分, 原始分为各个条目分值相加, 转化分 = [(原始分 - 条目数) / 条目数 × 4] × 100; 若气虚质的转化分 ≥ 40 分, 即诊断为气虚质。

1.3 纳入标准

①同时符合上述诊断标准者; ②年龄 20 ~ 60 岁者; ③经检查无器质性病变者; ④自愿参加本试验, 并签署知情同意书者。

1.4 排除标准

①非悬雍垂过长症引起的慢性咽炎、咽异感症; ②对本试验操作过敏或极易晕针者; ③合并有严重内科疾病如心、脑血管、凝血障碍或精神疾病患者; ④哺乳期或妊娠期妇女; ⑤依从性差的患者(即不能保证完成治疗和复诊)。

1.5 中止、剔除标准

①未能完成疗程, 中途要求退出的受试者; ②未能严格按照治疗方案执行的受试者; ③临床研究过程中出现严重的并发症或病情变化, 不能继续接受治疗的受试者。

2 治疗方法

2.1 针刺组

采用谢氏刺营针刀法, 即以出血为目的的针刺疗法或针刀疗法。患者取坐位, 头稍向后倾, 头部固定。嘱患者张口, 压舌板下压舌前 2/3 部分, 暴露口咽部, 用持针器夹持 20ml 注射器针头针刺悬雍垂中部、附着部、及附着部两侧(腭帆间隙), 丛刺法浅刺 3 ~ 5 次, 直刺 0.1cm, 疾入疾出, 微出血即可。嘱患者清水漱口^[3]。每周 2 次, 6 次一个疗程, 共治疗 2 个疗程。同时给予补中益气汤补中益气、升阳举陷。药物组成: 黄芪 20g、党参 12g、炙甘草 6g、炒白术 12g、当归 10g、升

麻 6g、柴胡 12g、陈皮 9g。用药疗程：每日一剂，水煎服 2 次，每次 200 ml，早晚饭后 30min 服用，3 周为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。注意事项：用药期间禁食辛辣、鱼腥、生冷食物；禁服与本病一切相关治疗药物及禁用与本病相关的一切治疗方法。嘱患者鼻冲洗、锻炼、减脂等。

2.2 对照组

采用补中益气汤煎服，剂量、用法疗程同上。鼻冲洗、锻炼、减脂等辅助疗法同针灸组。

3 疗效观察

3.1 观察指标

悬雍垂测量方法^[6]：清醒、坐位、自然张口、软腭无收缩状态下测量，咽反射过于敏感者可喷少量 1% 丁卡因。以圆规、游标卡尺、刻度钢针对腭咽腔结构进行测量：①悬雍垂长：悬雍垂基底至其尖部的垂直距离。②悬雍垂基底宽：两侧软腭最高点之间的距离。③腭咽距：悬雍垂后缘至咽后壁之间的距离。

3.2 疗效评定标准

(1) 观察指标

观察患者治疗前后症状和体征，并记录评分，评分标准参考《中医病证疗效诊断标准》^[7]中梅核气中医证候分级量化评分标准，见表 1。

表 1 梅核气中医证候分级量化评分标准 (分)

症状频次	异物感	清嗓	咳嗽	胸闷	咳痰
无	0	0	0	0	0
偶有	2	2	2	2	2
常有	4	4	4	4	4
持续	6	6	6	6	6

(2) 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[8]制定：综合疗效为每个患者治疗前后症状体征积分值变化的百分率(尼莫地平法)，即(治疗前总积分-治疗后总积分/治疗前总积分)×100%；按临床治愈、显效、有效、无效判定。治愈：咽部异物感等症状消失，积分减少≥95%；显效：咽部异物感等症状减轻，积分减少≥70%，<95%；有效：

咽部症状和体征减轻，体征积分减少≥30%，<70%；无效：咽部异物感无明显变化或积分减少<30%。

3.3 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计软件进行统计分析，计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，并进行正态性和方差齐性检验，数据符合正态分布时两组比较用 t 检验；不符合正态分布用非参数检验。计数资料用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

(1) 两组患者疗效比较

针刺组和对照组总有效率分别为 97.7%、69.2%，组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见图 1、表 2。

图 1 针刺治疗前后效果图



针刺治疗前

针刺治疗后

表 2 两组患者疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	痊愈 (%)	显效 (%)	有效 (%)	无效 (%)	总有效率 (%)	χ^2	P
针灸组	42	31(73.8)	6(14.3)	4(9.6)	1(2.3)	97.7	19.337	0.000
对照组	26	5(19.2)	6(23.1)	7(26.9)	8(30.8)	69.2		

(2) 两组患者治疗前后症状体征积分差值比较

治疗组在患者咽异物感、清嗓症状的改善方面明显优于对照组($P < 0.01$)；治疗组在减轻患者咳嗽、咳痰、胸闷等方面优于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后症状积分差值比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	异物感	清嗓	咳嗽	咯痰	胸闷
治疗组	42	1.56 ± 0.43 ^{△△}	1.93 ± 0.41	1.42 ± 0.43 [△]	1.12 ± 0.20	0.96 ± 0.29
对照组	26	0.58 ± 0.26	0.77 ± 0.32	0.86 ± 0.54	0.71 ± 0.48	0.72 ± 0.42

注：与对照组比较 [△] $P < 0.05$ ，^{△△} $P < 0.01$

(3) 两组患者治疗前后腭咽测量结果

表 4 针刺组治疗前后悬雍垂测量结果 $[(\bar{x} \pm s), \text{mm}]$

	男性		t	女性		t
	治疗前	治疗后		治疗前	治疗后	
悬雍垂宽	9.89 ± 1.78	8.28 ± 1.168	3.68*	8.86 ± 1.65	7.76 ± 1.82	1.88*
悬雍垂长	12.36 ± 2.68	10.15 ± 2.48	2.35*	10.89 ± 2.52	8.28 ± 2.32	4.21*
腭咽距	10.12 ± 3.28	13.97 ± 3.26	5.86*	8.16 ± 2.86	12.26 ± 2.98	4.56*

注：*P < 0.05

4 讨论

吁江医学谢氏喉科第六代传承人谢强教授秉承吁江医学传承千年的刺营技法，在数十年的临床实践中极为强调刺营治疗咽喉部疾病，采用针刀刺营微创疗法治疗喉痹实证及喉痹虚证，如毫针丛刺咽喉部放血以治疗慢性咽喉炎，疗效显著。谢强教授认为咽喉局部刺营治疗，一方面可疏通咽喉局部脉络，使咽喉部经络气血运行流畅，可促进咽喉功能复常；另一方面，亦可使壅滞于咽喉的热毒痰火得以随营血外泄，从而达到泻火散结、泄热解毒、活血祛瘀、消肿除痞之目的。现代医学研究表明，放血可促进人体新陈代谢，刺激骨髓造血机能，使血循环中的幼红细胞增多，并增强其代谢活性。其次，刺营放血可发挥神经体液的调节功能，改善微循环，排出血液中的毒害物质，提高机体免疫功能。再者，通过刺营可以通过疼痛向中枢的传导来调整神经的平衡，影响激素的分泌。也可以激发患者的局部的应激反应，从而改善局部的微环境以达到治疗目的。因此，谢氏刺营法成为治疗喉痹迁延日久，辨证为虚证的重要临床治疗方法^[9-12]。

悬雍垂过长可以导致咽异物感、咽喉炎、咳嗽等疾病。悬雍垂过长的病因分为局部和全身两种，局部原因多为鼻窦炎或者过敏性鼻炎分泌的炎性分泌物附着于悬雍垂后上方，再加上各种原因导致鼻腔分泌物过少，鼻腔过滤物局部浓度过高所产生的物理和化学刺激。全身因素与炎症、过敏因素、肌肉松弛、肥胖、中枢或周围神经病变、反流性食管炎等有关。中医认为脾主肌肉，悬雍

垂过长症由于脾气虚弱，清阳不升，致浊阴瘀滞，肌肉无力收缩，悬雍垂变长，通过体质辨识以气虚证最为多见，因此本研究选择气虚质悬雍垂过长症患者，减少悬雍垂过长是缓解咽喉症状的关键之一。

悬雍垂过长症西医治疗包括保守治疗和手术治疗。保守治疗分局部治疗和对因治疗两种，局部治疗以减少局部分泌物刺激为主，常用的方法有鼻冲洗、漱口等；对因治疗以治疗原发病为主，常用消炎、抗过敏、减肥等。手术治疗是临床最常用的治疗手段，临床报道较多，但有一定的复发率。对于老人、儿童、病情不重或者各种原因导致不能手术的患者，探索一条简单易行，疗效确切的方法是十分必要的。悬雍垂过长症中医治疗包括药物治疗和针刺治疗。《诸病源候论》提及：

“夫咽喉者，为脾胃之候”^[13]，且脾胃经络皆循行咽喉，因此咽喉发病与脾胃密切相关。谢氏在治疗耳鼻喉疾病时重视脾胃学说，认为脾胃居中焦，升清降浊，充养全身器官，脾胃旺则五官轻窍得以护养，不及则疾病丛生^[14]。在治疗本病时谢氏首选健脾益气、升阳举陷的补中益气汤，李东垣认为脾胃是人体后天元气之本，创“补中益气汤”方。方中黄芪为君药，入脾、肺经，具有补中益气、升阳固表的功用；人参、炙甘草、白术作为臣药，可助补气健脾。人参归心、肺、脾经，为补气之要药，与黄芪合用，增强补气之功；炙甘草为使药，归心、肺、脾、胃经，一方面协助温而补中为臣药，另一方面调和诸药；白术，归脾胃经，可助君加强补气。“血为气之母”，气虚日久，营血亦亏，故而方内配伍当归以养血和营，同人参、黄芪一起发挥功用，使补气养血之效增强，同时为避免诸药补多而滞，是以配伍陈皮理气和胃，二者共为佐药。升麻引阳明清气上升，柴胡引少阳清气上行，二者齐力发挥升阳举陷的功用，可协同帮助君药提升下陷的中气，共为佐使药，诸药合用，使悬雍垂肌肉收缩有力，松弛的悬雍垂恢复常态。本研究通过 68 例悬雍垂过长症患者

的疗效对比,单纯益气健脾治疗效果差,临床治愈率低;谢氏刺营法能够有效缩小悬雍垂的长度和宽度,谢老^[15]认为,咽喉部经脉分布复杂,是脏腑经脉气血上荣清窍的通道,有赖于脏腑经络气血的濡养以维持其功能活动。当热毒痰火上犯,或脏腑经脉气血功能紊乱,均可通过经脉系统狭及咽喉,瘀热痰毒郁结咽窍局部,则可导致咽科急症的发生。通过咽窍局部刺营治疗,一方面可疏通咽喉局部脉络,使咽喉部经络气血运行流畅,则可促进咽喉功能复常。另一方面,亦可使壅滞于咽喉的热毒痰火得以随营血外泄,从而达到泻火散结、逐邪外出之目的。故局部刺营具有疏通咽窍脉络、泄热逐瘀之功效。临床上悬雍垂缩短在 3~5mm,咽部症状明显得到改善。通过本研究表明悬雍垂长度个体差异比较大,单纯对比悬雍垂的绝对值大小,临床意义不大,所以本研究采取个体自身对比悬雍垂的长度变化作为观察指标,更符合临床实际。平卧时悬雍垂后移下垂,此时悬雍垂的长短直接影响软腭水平通气道的大小,这个指标是本研究通过治疗产生直接影响的目的,是关乎疗效的直接因素。

综上所述,谢氏局部刺营法与补中益气丸合用兼顾了局部与整体,临床效果显著。通过补中益气丸调整气虚质状态,谢氏局部刺营法改变悬雍垂的局部病理状态,再配合如鼻冲洗、中药漱口、锻炼、减脂等辅助疗法,减少了造成悬雍垂过长病因,从而达到治疗,改善临床症状的目的。

参考文献

[1] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳(2010)实用耳鼻喉科学.人民卫生出版社,北京.
[2] 寇贵贤,苏璐琦,朱金兰,等.悬雍垂异常和咽异感症的临床关系[J].中国现代医生,2007,45(13):44.

[3] 牟基伟,李丹,庞湃.急性悬雍垂水肿1例[J].佳木斯医学院学报,1996(04):45.

[4] Edward T Chang, Grace Baik, Carlos Torre, et al. The relationship of the uvula with snoring and obstructive sleep apnea: a systematic review. *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung* 2018 Dec;22(4):955-961 doi:10.1007/s11325-018-1651-5.

[5] 中华中医药学会体质分会. 中医体质分类与判定[M]. 北京:中国中医药出版社,2009:4.

[6] 倪炳华. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者手术前后腭咽测量及临床意义[J]. 中国临床解剖学杂志,2000,18(4):349-350.

[7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:125.

[8] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:330-333.

[9] 杨淑荣,谢强,陈小瑞. 谢强教授五官科特色针灸疗法[J]. 中国针灸,2011,31(1):65-67.

[10] 谢强,艾长生,陈丹. 针刀刺营微创疗法治疗慢性扁桃体炎的临床研究[J]. 针灸临床杂志,2008,24(8):11-12.

[11] 谢强,何兴伟,黄冰林,等. 喉痹从刺营论治探讨. 中国针灸,2009,29(10):847-849.

[12] 周蓝飞. 谢强针刀刺营微创法治肥厚性咽炎经验详析[J]. 江西中医药,2018,12(49):24-25.

[13] 隋·巢元方. 诸病源候论[M]. 北京:人民卫生出版社,1963.

[14] 周兴玮,谢强,陶波. 谢强教授耳鼻喉科顾护脾胃思想简介[J]. 世界最新医学信息文摘,2017,17(50):256.

[15] 谢强,何兴伟,黄冰林,陶波. 喉痹从刺营论治探讨[J]. 中国针灸,2009,29(10):847-849.

温肺止流方治疗变应性鼻炎的研究进展

李岩¹ 秦晓迪²

【摘要】变应性鼻炎是耳鼻咽喉科的常见疾病，温肺止流方是中医古方，治疗变应性鼻炎效果显著。经过众多学者研究，不管是季节性变应性鼻炎还是常年性变应性鼻炎，服用温肺止流方之后，症状均有明显缓解。通过诃子、甘草、桔梗、石首鱼脑骨、荆芥、细辛、人参等中药功效相辅相成，通过温补肺气，缓解变应性鼻炎鼻塞、鼻痒、打喷嚏、流清涕等典型症状。临床上应用温肺止流方加减治疗变应性鼻炎取得了一定进展。

【关键词】中医；温肺止流；变应性；鼻炎；常年

Research progress of Wenfei zhiliu recipe in the treatment of allergic rhinitis

【Abstract】Allergic rhinitis is a common disease in Otolaryngology. The clinical application of Wenfei Zhiliu decoction is an ancient prescription of traditional Chinese medicine, which has a significant effect on the treatment of allergic rhinitis. After many scholars' research, whether it is seasonal allergic rhinitis or perennial allergic rhinitis, the symptoms are obviously relieved after taking Wenfei Zhiliu recipe. Through the efficacy of traditional Chinese medicine such as Chekhov, licorice, Platycodon grandiflorum, stone fish brain bone, Schizonepeta tenuifolia, Asarum and ginseng, etc., it can complement each other and relieve allergic rhinitis nasal congestion, nasal itching, sneezing and flow by warming lung Qi. Clinical application of Wenfei Zhiliu decoction in the treatment of allergic rhinitis has made some progress.

【Key words】Chinese medicine; Wenfei zhiliu; Auergic; rhinitis; perennial

1 变应性鼻炎疾病枢机

变应性鼻炎，又称为过敏性鼻炎，是一种鼻腔黏膜非感染性慢性炎性疾病。是机体在免疫力低下的情况下，接触病原或过敏原，引起的以鼻塞、鼻痒、喷嚏频作、鼻流清涕为主要症状的疾病。

西医认为本病发病机制属于 I 型变态反应，与

细胞因子、细胞间粘附分子-1 及部分神经肽的相互作用是密切相关的。在正常环境下，鼻黏膜上皮依靠自稳机制从而处于免疫抑制的状态，来维持鼻黏膜局部的正常生理功能。而当鼻黏膜受到变应源刺激时，通过局部与全身的准确而迅速的信号传递与反馈，激活了免疫机制，产生相应的

基金项目：黑龙江省自然科学基金，编号：LH2019H054；黑龙江中医药中青年科技攻关项目，编号：ZQG-044；黑龙江中医药大学研究生创新科研项目，编号：2019yjscx021；春晖计划，编号：HLJ2019036；中华中医药学会，编号：ZHY19-033。

1 黑龙江中医药大学附属第一医院，黑龙江 哈尔滨 150040

2 黑龙江中医药大学，黑龙江 哈尔滨 150040

生物活性物质,使局部鼻黏膜处在新的平衡之中,则产生变应性鼻炎。^[1]

中医称变应性鼻炎为鼻鼽,其多由于脏腑虚损,正气不足,腠理疏松,卫表不固,风邪、寒邪或异气侵袭所致。肺气虚寒、脾气虚弱、肾阳不足及肺经伏热等为主要病因。可常年发作,也可呈季节性发作。中医讲究整体观念,由于五官孔窍之间相互通连,鼻鼽发作时除鼻痒、打喷嚏、流清涕、鼻塞等鼻部症状,还可引起眼部、耳部等五官部不适。

2 温肺止流方解

温肺止流方来源于清代陈士铎所著《辨证录》卷三的“温肺止流丹”,主治肺气虚寒,鼻流不臭清涕,经年不愈。

药物组成:诃子 3 克、甘草 3 克、桔梗 9 克、石首鱼脑骨 15 克(煨过存性,为细末)、荆芥 1.5 克、细辛 1.5 克、人参 1.5 克。此方剂型有丹剂、丸剂、散剂等,现代制剂多制成小丸或汤剂,用量用法:口服,每次 10g,一日 3 次,饭后一小时温开水服;汤剂,水煎,一日一剂,饭后一小时分 3 次服。功效主治:补肺气,散寒邪。治鼻室。症见鼻流清涕,声音低弱,短气自汗,舌淡苔白,脉虚弱。

《辨证录·卷三》有云:“兹但流涕而不腥臭,正虚寒之病也。热证宜用清凉之药,寒证宜用温和之剂,倘概用散而不补,则损伤肺气,而肺金益寒,愈流清涕矣。”因肺气虚损,卫表不固,风寒异气乘虚而入,故鼻痒遇寒而发;邪正相搏,则喷嚏频频;肺失通调,气不摄津,则涕清如水,肺气虚寒,腠理疏松,故畏风怕冷,自汗。

温肺止流丹中人参、甘草、诃子补肺敛气;细辛、荆芥、辛夷疏风散寒;桔梗、鱼腥草散结除涕;全方共奏温肺散寒、益气固表之力。加桂枝、干姜以发表温里,驱散寒邪;加黄芪、白术、五味子以补肺脾肾三脏气而固表;加僵蚕、蝉蜕、地龙^[2]以祛风镇涕;加浮小麦、煨牡蛎以固涩止涕;加苍耳子、薄荷、辛夷以辛散风邪、芳香通窍。补充原方祛风益气之不足,温通镇涕之缺憾。

共同完成温肺散寒、益气固表、镇嚏除涕、通络鼻窍之功,从而达到治疗鼻鼽的目的。^[3]

3 应用温肺止流方治疗变应性鼻炎研究现状

3.1. 温肺止流方治疗变应性鼻炎总体疗效研究

3.1.1. 单独应用温肺止流方治疗变应性鼻炎的临床效果研究

(1) 对于儿童变应性鼻炎患者治疗效果

胡铁阳^[4]等研究者,观察温肺止流丹联合参苓白术散治疗儿童变应性鼻炎的临床效果。对照组给予舌下含服布地奈德气雾剂雾化吸入及粉尘螨滴剂,观察组给予口服温肺止流丹合参苓白术散。比较两组的临床疗效和不良反应发生情况、两组患儿治疗前后血清 IgE、LTE4、IL-2、IL-4 水平以及两组患儿随访 3—5 年的复发情况。最终得出结论,温肺止流丹联合参苓白术散治疗儿童变应性鼻炎具有近、远期效果显著和安全性高等优点,对改善 IgE、LTE4、IL-2、IL-4 水平具有正向意义。

王宝琮^[5]观察益气解表类中药(温肺止流丹为代表)治疗儿童变应性鼻炎的临床疗效。方法是选取 72 例变应性鼻炎患儿分成两组,对照组常规使用雷诺考特喷鼻剂,治疗组 37 例加用中药温肺止流丹加味。经观察比较,治疗组疗效优于对照组,提示:中药温肺止流丹加味佐治儿童变应性鼻炎有良好效果。

(2) 对于成年变应性鼻炎患者治疗效果

黄桂锋^[6]观察温肺止流丹治疗常年性变应性鼻炎的临床疗效。方法是选取 60 例肺气虚寒型常年性变应性鼻炎患者,随机分为中药治疗组 30 例,口服温肺止流丹,西药对照组 30 例,口服西替利嗪。观察两组患者治疗前后临床症状和体征的改善情况。结果显示中药治疗组的总有效率达到 96.67%;西药对照组总有效率为 93.33%。且治疗组没有明显的不良反应。可以得出结论,温肺止流丹治疗常年性变应性鼻炎的临床疗效明显,且不良反应少。牟月、朱雪霖^[8]等学者也在文章中体现了温肺止流方在此方面的卓越疗效。

郭清华^[9]进行的实验研究结果证实了使用温肺止流丹之后变应性鼻炎大鼠模型血清中 IL-4 含量降低并且 IFN- γ 含量升高；同时改善了大鼠鼻部过敏症状和鼻黏膜的过敏状态，因此，温肺止流丹可以调节变应性鼻炎大鼠模型血清中 IL-4 和 IFN- γ 含量，可能是温肺止流丹治疗变应性鼻炎的相关机制。

项春晓、梁山^[10]两位研究者观察温肺止流丹加味治疗变应性鼻炎的临床疗效和生活质量评估。得出结论，温肺止流丹加味治疗变应性鼻炎临床疗效较为显著，并且对提高患者的生活质量起到积极作用。马莉、张颖^[11]两位研究者观察温肺止流丸治疗常年性变应性鼻炎的临床疗效。证实温肺止流丸治疗常年性变应性鼻炎疗效好、安全、持久。

另有研究温肺止流丹对常年性变应性鼻炎患者血清白细胞介素 4(IL4) 和干扰素 (IFN- γ) 的影响。得出结论，温肺止流丹是通过调节细胞因子 IL4、IFN- γ 的水平而对于变应性鼻炎发挥治疗作用，并且作用显著^[12]。

还有研究表明温肺止流丹可以有效改善常年性变应性鼻炎的症状和体征，其近期治疗效果较好。常年性变应性鼻炎患者的血清 IL-4 水平升高，INF- γ 水平下降。温肺止流丹能明显降低常年性变应性鼻炎患者血清 IL-4 水平，升高常年性变应性鼻炎患者血清 INF- γ 水平，对失衡的 Th1/Th2 有良好的调节作用。从而证明温肺止流丹治疗常年性变应性鼻炎具有较好的安全性^[13]。

3.1.2. 温肺止流方与他法合用治疗变应性鼻炎的临床效果研究

李头清^[14]观察温肺止流丹合玉屏风散治疗变应性鼻炎的临床疗效。方法是将 84 例变应性鼻炎患者，随机分成治疗组给予温肺止流丹合玉屏风散治疗，以及对照组给予氯雷他定治疗。观察两组患者治疗前后临床症状和体征的改善情况。得出结论，温肺止流丹合玉屏风散对于治疗变应性鼻炎有较好的临床疗效。

陈楚丽、彭树文^[15]等观察温肺止流丹、穴位药物注射联合西药治疗变应性鼻炎疗效。得出结论，温肺止流丹、穴位药物注射联合西药治疗变应性鼻炎，疗效和维持效应较单服西药长，且毒副作用较少，值得推广，也说明温肺止流方在临床既可以单独发挥治疗作用，也可以同其他治疗方法结合起到增效作用。

众多研究皆表明，临床应用温肺止流丹治疗变应性鼻炎，无论是单独给药还是联合应用，都有显著效果。

3.2. 温肺止流方主治肺气虚寒型变应性鼻炎疗效研究

卢健敏^[16]观察温肺止流丹对肺气虚型变态反应性鼻炎大鼠模型血清中嗜酸粒细胞阳离子以及白细胞介素 4 的影响，探讨温肺止流方治疗变应性鼻炎的机制。结果证明，温肺止流丹能够降低实验性变应性鼻炎大鼠血清白细胞介素 4、嗜酸粒细胞阳离子的含量。可以得出结论，温肺止流丹可能通过降低大鼠血清白细胞介素 4、嗜酸粒细胞阳离子水平，对实验性变应性鼻炎大鼠发挥治疗作用，证明温肺止流丹对于治疗肺气虚寒型变应性鼻炎有明显效果。

廖龙燕、张燕平^[17]等研究者观察温肺止流丹加减治疗小儿肺气虚寒型鼻鼽的临床治疗效果。同样得出结论，温肺止流丹加减治疗肺气虚寒型鼻鼽临床效果显著。

苏宗柳、杨玉川^[18]等应用温肺止流丹加减治疗肺气虚寒型变应性鼻炎，通过整体观念辨证施治，从调节脏腑功能入手，产生了较显著而持久的疗效，效果明显优于西药治疗，且一定程度上避免了西药的毒副作用，体现了中医药特色优势，证明了温肺止流方治疗变应性鼻炎，尤其是肺气虚寒型效果明显。

景朝丽^[19]观察温肺止流丹加减治疗肺气虚寒型变应性鼻炎的疗效。得出结论，温肺止流丹加减治疗变应性鼻炎肺气虚寒型可明显提高临床疗效，并能改善炎症指标。

杨荣刚、姚期^[20]等研究者的研究表明温肺止流丹具有简、验、廉的特点，为验证其临床疗效和观察不良反应，应用温肺止流丹治疗肺虚感寒型常年性变应性鼻炎 30 例，取得了较好疗效，因此可以得出结论温肺止流丹对于肺虚感寒型常年性变应性鼻炎具有明显疗效，且无明显副作用，并可能具疗效持久等特点，进一步证实应用温肺止流方是治疗常年性变应性鼻炎较为实用的方法。

邵剑楠、唐英^[21]两位研究者探讨加减温肺止流饮治疗成人中一重度变应性鼻炎的效果。根据治疗结果可以得出结论，联合加减温肺止流饮对成人中一重度变应性鼻炎相比单纯应用西药治疗起效更快，改善症状更迅速，治疗肺气虚寒型变应性鼻炎具有速效性，且短期应用于临床无明显不良反应。

陈文明^[22]等研究者观察温肺止流丹治疗肺气虚寒型变应性鼻炎的疗效及安全性。研究表明，温肺止流丹可明显改善肺气虚寒型变应性鼻炎患者的临床症状和血清炎症因子和免疫指标，且不良反应发生率。

方军、沈翠干^[23]等研究者，观察温肺止流丹治疗肺气虚寒型变应性鼻炎的疗效。证实温肺止流丹治疗肺气虚寒型变应性鼻炎疗效满意，并且无严重不良反应。

综上所述，温肺止流丹作为传统方剂，主要治疗肺气虚寒型变应性鼻炎，效果显著且安全性高，值得临床推广应用以及不断深入研究。

4 结语

随着社会环境的改变和生活压力的增大，变应性鼻炎患者逐渐增多，发作时患者会鼻痒、喷嚏频作、清涕不止、鼻塞等症状，且不易根治，反复发作，严重影响患者生活质量。临床应用温肺止流方化裁，治疗常年性变应性鼻炎，尤其是肺气虚寒证型效果明显，而且无论是成年患者还是儿童患者均适用，副作用也相对比较小。使用药物的同时也要注意良好生活方式的配合，在花粉或者尘螨比较多的情况下，最好要佩戴口罩来

防止接触过敏原，发作期要注意饮食宜忌。关于温肺止流方治疗变应性鼻炎，临床已经有了一定的进展，但尚有一定局限性，今后应继续潜心研究不断发展，无论是化裁方面还是应用于治疗其他鼻部疾病方面，都应该继续加深对于温肺止流方的了解。

参考文献

- [1] 田勇泉, 韩东一. 耳鼻咽喉头颈外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 32-33.
- [2] 张廷模. 中药学 [J]. 北京: 中国中医药出版社, 2000: 270-271.
- [3] 马莉, 刘洋. 中医药学报 [N]. 黑龙江中医药大学, 2018.41(6): 123.
- [4] 胡铁阳, 徐复娟, 李胜. 温肺止流丹联合参苓白术散治疗儿童过敏性鼻炎疗效观察 [J]. 中医杂志, 2016.48(4): 137-139.
- [5] 王宝琮. 温肺止流丹加味佐治儿童过敏性鼻炎 37 例 [J]. 陕西中医杂志, 2017.24(11): 996.
- [6] 黄桂锋. 温肺止流丹治疗常年性变应性鼻炎的临床观察 [J]. 甘肃中医杂志, 2018.21(6): 15-16.
- [7] 安云芳. 小鼠变应性鼻炎合并急性细菌性鼻窦炎的初步研究 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017, 42(2): 138-142.
- [8] 牟月, 朱雪霖, 张梦妮. 肺气虚寒型变应性鼻炎中医经方治疗概况 [D]. 成都中医药大学, 2016.
- [9] 郭清华. 温肺止流丹对变应性鼻炎大鼠模型血清 IL-4、IFN- γ 含量的影响 [D]. 南京中医药大学, 2017.
- [10] 项春晓, 梁山. 温肺止流丹加味治疗变应性鼻炎临床疗效观察及生活质量评估 [J]. 中医中药中西医结合杂志, 2017.4(5): 116-117.
- [11] 马莉, 张颖. 温肺止流丸治疗常年性变应性鼻炎的临床观察 [N]. 中医药学报, 2018.36(1):

57-58.

[12] 黄桂锋. 温肺止流丹对常年性变应性鼻炎患者血清 IL-4、IFN- γ 的影响 [J]. 杏林中医药杂志, 2018.28 (12): 884-885.

[13] 黄桂锋. 温肺止流丹治疗常年性变应性鼻炎的临床研究 [D]. 贵阳中医学院, 2017.

[14] 李头清. 温肺止流丹合玉屏风散治疗变应性鼻炎 42 例疗效观察 [J]. 湖南中医杂志, 2016.32 (3): 78-79.

[15] 陈楚丽, 彭树文, 苏宗海. 温肺止流丹、穴位药物注射联合西药治疗变应性鼻炎随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2018.27 (4): 98-99.

[16] 卢健敏. 温肺止流丹对变应性鼻炎大鼠免疫调节作用机制的研究 [J]. 泉州医学高等专科学校, 2018.26 (7): 26-27.

[17] 廖龙燕, 张燕平. 温肺止流丹加减治疗儿童肺气虚寒型鼻鼾的临床疗效观察 [J]. 全科口腔医学杂志, 2016.3 (21): 52-54.

[18] 苏宗柳, 杨玉川. 温肺止流丹加减治疗变应性鼻炎 56 例疗效观察 [J]. 中国民间疗法杂志, 2013.21 (12): 39-40.

[19] 景朝丽. 温肺止流丹加减治疗变应性鼻炎肺气虚寒型疗效观察 [J]. 实用中医药杂志, 2018.34 (12): 1432-1433.

[20] 杨荣刚, 姚期, 司晓文. 温肺止流丹对肺气虚感受风寒型常年性变应性鼻炎的疗效 [J]. 临床医学杂志, 2017.26 (9): 257-258.

[21] 邵剑楠, 唐英. 加减温肺止流丹治疗成人中一重度变应性鼻炎 20 例疗效观察 [J]. 云南中医中药杂志, 2016.37 (12): 65-66.

[22] 陈文明, 李静波, 王慧敏等. 温肺止流丹治疗肺气虚寒型变应性鼻炎及机制 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2019.25 (22): 55-59.

[23] 方军, 沈翠干. 温肺止流丹治疗肺气虚寒型变应性鼻炎随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2016.29 (10): 51-53.

(上接第 67 页)

宣降, 热邪炽肺, 上凌于鼻, 致发鼻鼾。

主要症状: 鼻塞, 酸痒不适, 喷嚏频作, 鼻涕浊涕, 咳嗽、咽痒、心中烦热、遇热加重、下鼻甲肿胀色红、舌红苔黄, 脉弦细。

治法: 清热宣肺

方药: 龙胆草、藿香、薄荷、桔梗、黄芩、茯苓、石膏、辛夷、苍耳、鹅不食草、姜蚕、蝉蜕等随症加减, 灵活使用。

临床工作中对于过敏性鼻炎我们多在正确辩证论治口服中药的同时, 配合中医外治疗法(鼻腔粘膜局部给药、经络疏通、腧穴定向透药治疗), 取得了非常好的治疗效果, 中医学认为, 花粉症的发生是由于先天禀赋不足, 人体在某个时期内存在着肺、脾、肾三脏的亏损, 卫气虚弱, 卫阴不固, 痰浊内生等方面的病理基础, 在外邪的侵袭下导致过敏反应。由于“内外合邪”而发为本

病。在医疗实践中, 我们不是以过敏为对象, 而是以调节患病机体状况为基本原则, 再依据中医“塞因塞用”的法则, 同时应用鼻窦康皮肤黏膜抑菌洗液和抑菌散剂(河北康灵医药科技有限公司生产)喷鼻攻其鼻部, 造成假性花粉过敏, 可选择性激活伤害性感觉神经纤维末梢促其去极化, 产生鼻黏膜刺激症状, 接着出现阻滞反应。如此反复使用可致鼻腔神经元耗竭, 依赖性酶失活(此酶可使人产生依赖性), 鼻黏膜敏感性降低到正常水平, 当再次接受伤害性过敏刺激时, 而不能引起鼻腔病理性副交感神经反射, 以及由此引发的各种典型症状, 这种内外兼顾, 标本兼治的方法收到了良好的临床效果, 在此基础上还要连续三周年发病前半月预防性治疗, 这样过敏性鼻炎症状即不发作, 追踪病例显示连续预防三年后大多数过敏性鼻炎患者不再复发, 临床效果良好。

近 20 年穴位注射治疗慢性咽炎临床选穴规律的文献研究

田文霞¹ 苏雪梅¹ 王琼¹ 李潞璇¹ 李冶金¹ 任丹妮¹ 黄春江²

【摘要】目的 对近 20 年穴位注射治疗慢性咽炎的临床研究文献选穴统计分析,探索其选穴规律,为临床上穴位注射治疗慢性咽炎提供参考。**方法** 检索 2000 年 1 月 1 日至 2020 年 6 月 31 日中国知网(CNKI)、万方数据(WAN-FANG DATA)、维普中文科技期刊数据库(VIP)中收录的以穴位注射为主要方法的治疗慢性咽炎的临床研究文献。对获得的文献经穴整合分析,对穴位注射治疗慢性咽炎所选的腧穴及其归经、使用频次、穴位分布及特定穴进行统计分析,探究其选穴规律。**结果** 共纳入 32 篇穴位注射为主治疗慢性咽炎的相关文献,共涉及 9 条经络,穴次 76 次;使用频率最高的穴位是天突穴;使用穴次最多的经脉为任脉;选穴使用频次最多的部位为头颈部;特定穴中选穴频次最多的为交会穴。**结论** 近 20 年以来穴位注射治疗慢性咽炎选穴相对集中,以阴经穴位为主,总结出循经选穴,局部选穴,特定选穴、新穴及奇穴等规律。

【关键词】 慢性咽炎; 穴位注射; 选穴规律; 文献研究

慢性咽炎(Chronic Pharyngitis),中医称为“慢喉痹”,为咽部粘膜、粘膜下及淋巴组织的弥漫性炎症,常为上呼吸道炎症的一部分,多见于成年人,病程较长,症状顽固,容易反复发作。慢性咽炎一般无明显全身症状。咽部可有各种不适感觉,如异物感、干燥、灼热、发痒、微痛等。常有黏稠分泌物附着于咽后壁,晨起时可出现频繁的刺激性的干咳,伴恶心,甚至咳出带血的分泌物。由于分泌物增多而黏稠,常有清嗓动作。萎缩性咽炎时咽干较重,有时可咳出带臭味的痂皮^[1]。目前西医对慢性咽炎的研究主要着眼于其病因学的改变、病原微生物的变化、发病机制及病理改变等方面。针对本病治疗原则除对症治疗、去除各种致病因素、增强体质外,主要采用局部支持治疗,如喉片含化,漱口液漱口,咽局部封闭,甚至运用烧灼、激光、射频、微波等物理疗法等,但疗效不佳,容易复发^[2]。中医在长期实践中针对慢性咽炎的治疗积

累了丰富的经验,中医认为^[3]慢性咽炎的病机多为肺肾阴虚、脾胃虚弱、脾胃阳虚、痰瘀互结等,确立了滋养肺肾,降火利咽;益气健脾,升清利咽;补脾益肾,温阳利咽;理气化痰,散瘀利咽等治法。并在慢性咽炎的治疗中,运用针灸、推拿、刮痧、中医针刀等多种中医治疗方法,取得较好疗效^[4]。近年来研究表明,穴位注射治疗慢性咽炎能够有效缓解症状,疗效颇佳。现本文基于临床文献,对近 20 年穴位注射治疗慢性咽炎的选穴规律进行了综合分析,报告如下。

1 资料与方法

1.1 文献纳入标准

1)明确诊断为慢性咽炎的临床研究,包括“慢性肥厚性咽炎”/“慢性单纯性咽炎”/“慢性萎缩性咽炎”,具有明确诊断标准和疗效标准;2)临床研究包括临床随机对照试验和临床疗效观察的研究;3)治疗方法是以穴位注射或穴位注射联合其他治疗方法;4)有明确治疗效果;5)患者性别

1 云南中医药大学

2 云南中医药大学第一附属医院 / 云南省中医医院, 云南 昆明 650000

年龄不受限制。

1.2 文献排除标准

1) 综述性论文、名医经验、个案的文献；2) 重复发表、重复记载的论文，或同一临床研究的不同文献；3) 动物实验类研究；4) 治疗慢性咽炎的方法以穴位注射作为对照组的文献；5) 临床研究结果为无效或疗效不明确的文献；6) 治疗选穴描述不清的文献；7) 论文内容无法获取的文献。

1.3 文献检索来源

所有文献资料的数据来源于 2000 年 1 月 1 日至 2020 年 6 月 31 日中国知网 (CNKI)、万方数据 (WAN-FANG DATA)、维普中文科技期刊数据库 (VIP)。数据库以“慢性咽炎”(或“慢喉痹”)和“穴位注射”为主题词进行检索。

1.4 数据录入

文献检索人员通读所有收录的文献全文，将明确符合纳入标准的文献进行分类整理筛选，对符合要求的文献进行录入，录入内容包含作者、发表时间、病例数、腧穴名称、腧穴个数、穴位注射使用药物、注射次数等。

1.5 统计学方法

用 Excel2010 建立慢性咽炎处方数据库，按照穴位出现的频次、腧穴归经及所属部位等进行数据分析和整理。

2 结果

2.1 文献检索结果

3 个数据库检索情况如下：知网 45 篇，万方 47 篇，维普 29 篇，根据纳入、排除标准进行文献筛选，删除与本研究无关的文献，最终纳入符合本次研究的文献共计 32 篇。

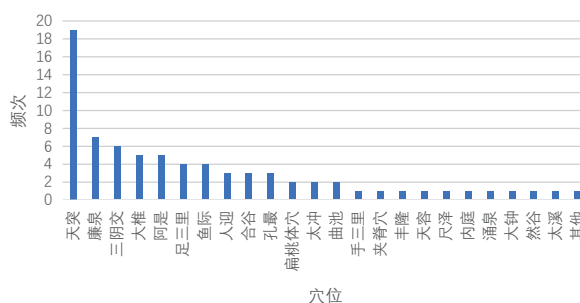
2.2 腧穴频次

在符合本研究要求的文献中，穴位注射治疗慢性咽炎共涉及穴位 24 个，出现频率从高到低的前 8 位依次为天突、廉泉、三阴交、大椎、阿是穴、足三里、鱼际、人迎。(见表 1、图 1)

表 1 穴位注射治疗慢性咽炎使用频率前 8 位的腧穴

穴位	频次 / 次	频率 / %
天突	19	25%
廉泉	7	9.21%
三阴交	6	7.89%
大椎	5	6.58%
阿是	5	6.58%
足三里	4	5.26%
鱼际	4	5.26%
人迎	3	3.95%

图 1 穴位注射治疗慢性咽炎的腧穴使用频次



2.3 临床选穴归经分析

在 32 篇临床研究文献中，穴位注射治疗慢性咽炎的选穴中，共涉及十二经脉中的 7 条，奇经八脉中的 2 条，其中任脉使用穴位频次最多 (26 次)，其次为胃经 (9 次)、肺经 (8 次)、脾经、大肠经各 6 次。(见表 2、图 2)

表 2 临床选穴归经频率及频次

归经	腧穴频次 / 次	频率 / %	腧穴数量 / 个	腧穴及频次
任脉	26	38.8	2	天突 19, 廉泉 7
胃经	9	13.4	4	足三里 4, 人迎 3, 丰隆 1, 内庭 1
肺经	8	11.9	3	鱼际 4, 孔最 3, 尺泽 1
脾经	6	8.9	1	三阴交 6
大肠经	6	8.9	3	合谷 3, 曲池 2, 手三里 1
督脉	5	7.4	1	大椎 5
肾经	4	5.9	4	涌泉 1, 大冲 1, 然谷 1, 太溪 1
肝经	2	2.9	1	太冲 2
小肠经	1	1.4	1	天容 1

图 2 临床选穴归经及选穴频次

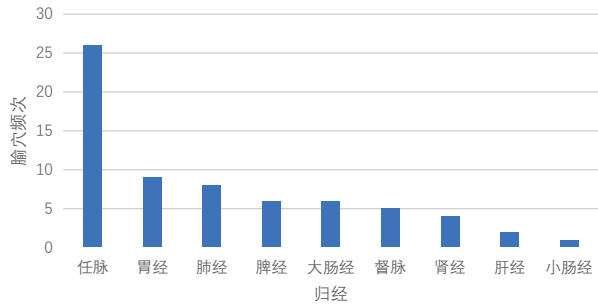
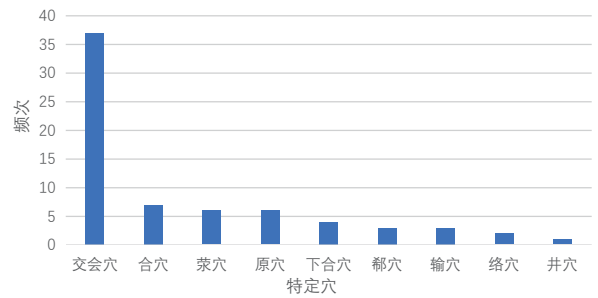


图 4 特定穴使用频次



2.4 穴位部位分析

本研究将人体分为头颈部, 胸腹部, 腰背部, 上肢部, 下肢部共 5 个部位, 按这 5 个部位将 24 个腧穴的使用频次及百分比、穴位个数等进行统计, 发现选穴主要集中在头颈部和四肢部。(见表 3)

表 3 穴位部位分析结果

分布部位	频次	百分比	穴位	腧穴及频次
头颈部	32	45.7		天突 19, 廉泉 7, 人迎 3, 扁鹊穴 2, 天容 1
上肢	14	20	6	鱼际 4, 合谷 3, 孔最 3, 曲池 2, 手三里 1, 尺泽 1,
胸腹部	0	0	0	
腰背部	6	8.6	2	大椎 5, 夹脊穴 1,
下肢	18	25.7	9	三阴交 6, 足三里 4, 太冲 2, 丰隆 1, 内庭 1, 涌泉 1, 大钟 1, 然谷 1, 太溪 1

2.5 特定穴应用分析

纳入文献中共计特定穴总应用 69 次 (本文如果同一个腧穴出现在不同特定穴中, 则重复计算出现频次), 主要包括交会穴、合穴、荣穴等 10 种特定穴。其中交会穴使用频次最多, 为 37 次。(见表 4、图 4)

表 4 特定穴应用分析结果

特定穴	频次 / 次	频率 / %	腧穴个数	腧穴及频次
交会穴	37	53.6	4	天突 19, 廉泉 7, 三阴交 6, 大椎 5
合穴	7	10.1	3	足三里 4, 曲池 2, 尺泽 1
荣穴	6	8.7	3	鱼际 4, 然谷 1, 内庭 1
原穴	6	8.7	3	合谷 3, 太冲 2, 太溪 1
下合穴	4	5.8	1	足三里 4
郄穴	3	4.3	1	孔最 3
输穴	3	4.3	2	太冲 2, 太溪 1
络穴	2	2.9	2	丰隆 1, 大钟 1
井穴	1	1.4	1	涌泉 1

2.6 注射药液分析

分析发现, 穴位注射药液涉及 18 种, 使用较多的注射液为地塞米松磷酸钠、利多卡因注射液、鱼腥草注射液、葛根素、炎琥宁、丹参注射液等 (见表 5)。其作用主要集中在减少咽部炎症反应、刺激穴位、延长作用时间等方面。

表 5 使用频率前 6 的注射药液

注射药物	频次 / 次	频率 / %
地塞米松磷酸钠	6	13.6
利多卡因注射液	6	13.6
鱼腥草注射液	6	13.6
葛根素	4	9.1
炎琥宁	4	9.1
丹参注射液	3	6.8

3 讨论

穴位注射疗法又名水针疗法, 是一种利用针刺作用和药物作用相结合来治疗疾病的方法, 可根据所患疾病按照穴位的治疗作用和药物的药理性能, 选择相应的腧穴和药物, 发挥其综合效应, 达到治疗疾病的目的^[5]。本文通过对有关穴位注射治疗慢性咽炎的临床文献中所选取的腧穴进行总结, 从腧穴频次、选穴归经、选穴部位、特定穴等 4 个方面进行统计和分析, 总结穴位注射治疗规律。

3.1 循经选穴

研究发现穴位注射治疗慢性咽炎选穴主要集中在任脉 (26 次) 和足阳明胃经 (9 次)、手太阴肺经 (8 次) 等, 体现“经脉所过, 主治所及”的原则。任脉循行于前正中线, 《素问·骨空论》说: “任脉者, 起于中极之下……上关元, 至咽喉……”,

因此任脉膻穴能够治疗咽喉肿痛、梅核气、暴暗等咽喉疾病。足阳明胃经支脉沿喉咙入缺盆，《灵枢·经脉》：“其支者：从大迎前，下人迎，循喉咙，入缺盆……”，针对脾胃虚弱型慢喉痹，由于脾胃虚弱，运化失司，津液不能上达，导致咽喉失养，这类证型选用胃经膻穴能够健益脾胃，以升清利咽，达到治疗咽喉疼痛等目的。手太阴肺经从肺系（气管喉咙部）向外横行至腋下，从体内达体表，《灵枢·经脉》说：“肺手太阴之脉……从肺系，横出腋下，下循膈内……”，肺上通咽喉，开窍于鼻，选用鱼际、孔最、尺泽等穴位可以治疗咳嗽、咽痛、急慢性咽炎等肺系疾病。

3.2 局部选穴

慢性咽炎病位在咽，临床研究文献中，头颈部选穴频次最多，为 32 次。体现“膻穴所在，主治所在”的选穴原则，占总穴数的 45.7%。多采用天突、廉泉、人迎、大椎、扁桃体穴、天容等临近咽部的穴位，通过穴位注射有较好的改善局部循环，通利咽部经络作用。

3.3 特定选穴

本研究发现，特定穴使用频率最高的是交会穴，为 53.6%，其次为合穴（10.1%）、荣穴与原穴（各 8.7%）。其中交会穴为天突、廉泉为任脉与阴维脉交会穴，三阴交为足三阴经交会穴，大椎为督脉与手三阳经交会穴。中医认为慢性咽炎以阴虚为本，治疗当以滋阴为主，故选穴以阴经交会穴居多。其中肺肾阴虚型慢喉痹，因阴虚少津，虚火上炎，咽喉失养所致，而任脉为“阴脉之海”，具有调节全身诸脉阴气的作用；阴维脉具有维系、联络全身阴经的作用，故选用天突、廉泉意在调节任脉及阴维脉，继而调节全身阴气；三阴交对肝、脾、肾三条阴经具有调节作用。肺肾阳虚型慢喉痹，因阳虚导致阴寒内生，咽失温煦所致，穴位注射

大椎意在调节手三阳经，激发阳气，以通利咽窍。

3.4 新穴及奇穴

奇穴为十四经脉系统外的经穴，针对某些病症具有特殊治疗效果。本研究发现采用的奇穴多为扁桃体穴、C2-4 夹脊穴。扁桃体穴，又名扁桃腺穴，位于颈部，下颌角直下 0.5 寸处。主治急慢性咽喉炎、扁桃体炎、声音嘶哑等^[6]。C2-4 夹脊穴与咽喉部属颈夹脊穴的分布区，刺激穴位产生的神经冲动可由中枢系统整合对咽部炎症产生抑制效应，穴位注射 C2-4 夹脊穴具有通调局部气血，疏通经络，通利咽喉的作用^[7]。

综上，穴位注射是一种常用的中医外治方法，治疗慢性咽炎具有一定优势，但是临床研究文献记录的穴位注射治疗慢性咽炎选穴具有多样性，尚不能为慢性咽炎治疗提供直接的选穴依据。因此，研究整理、归纳近 20 年穴位注射治疗慢性咽炎的临床研究文献的选穴规律具有重要意义。

参考文献

- [1] 田道法, 李云英. “十三五”中西医结合耳鼻咽喉科学 [M]. 中国中医药出版社, 2016.8
- [2] 涂小红. 利咽合剂治疗慢性咽炎的临床疗效观察 [C]. 成都中医药大学, 2014.
- [3] 阮岩. “十三五”中医耳鼻咽喉科学第 2 版 [M]. 中国中医药出版社, 2016.
- [4] 陈利; 陆守昌. 慢性咽炎的中医治疗进展 [J]. 贵阳中医学院学报, 2017, v.39; No.179, 101-104.
- [5] 李镁. 临床穴位注射治疗法 [M]. 北京: 军事科学出版社. 2003:105.
- [6] 高忻洙, 胡玲主编. 中国针灸学词典 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 545.
- [7] 刘斌. 电针配合穴位注射治疗慢性咽炎 53 例 [J]. 上海针灸杂志, 2015, v.34, 65-66.

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的病因 及干预研究进展

宋云¹ 王旭²

【摘要】阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征是指睡眠时上气道塌陷阻塞引起通气不足或呼吸暂停，常伴有习惯性打鼾与睡眠结构紊乱，本病在危害人体身心健康的同时，对日常的工作生活也会造成极大的影响，因此了解其发病机制及治疗方式的选择是获得令人满意疗效的重要前提。OSAHS 发病机制复杂且治疗方式繁多，本文从中医与西医两方面对 OSAHS 的发病及干预进展作一综述，以期为临床诊治提供参考。

【关键词】阻塞性睡眠呼吸暂停；OSAHS；低通气

Research Progress on etiology and intervention of obstructive sleep apnea hypopnea syndrome

【Abstract】 obstructive sleep apnea hypopnea syndrome refers to insufficient ventilation or apnea caused by upper airway collapse and obstruction during sleep, often accompanied by habitual snoring and sleep structure disorder. This disease not only endangers human physical and mental health, but also has a great impact on daily work and life, Therefore, understanding its pathogenesis and the choice of treatment is an important premise to obtain satisfactory curative effect. The pathogenesis of OSAHS is complex and there are many treatment methods. This paper summarizes the pathogenesis and intervention progress of OSAHS from two aspects of traditional Chinese medicine and Western medicine, in order to provide reference for clinical diagnosis and treatment.

【Key words】 obstructive sleep apnea; OSAHS; Hypoventilation

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(obstructive sleep apnea hypopnea syndrome, OSAHS) 以睡眠过程中反复出现上呼吸道部分或完全塌陷，导致通气不足或呼吸暂停，持续至少 10 秒为特征，习惯性打鼾、白天过度嗜睡、呼吸中断是本病的典型症状，临床亦常见碎片化睡眠，患者常感乏力、困倦、无精打采；有些患者常晨起头痛^[1]或夜间醒来时或可伴有喘息或呼吸困难，或呼吸暂停低通气指数(AHI) ≥ 15 次/h^[2]，此外，有临床研究发现在 OSAHS 患者中，夜间食管反流^[3]、鼻炎、

性功能障碍^[4]、高血压、糖尿病、房颤^[5]、肺栓塞^[6]等病的发生率也相对较高。OSAHS 不仅危害人体身体健康，对人体的精神状况也会有一定的影响，抑郁、焦虑和 OSAHS 症状有明显的重叠，OSAHS 患者的注意力、工作记忆、情景记忆和执行功能都有所下降，在某些领域，未经治疗的 OSAHS 导致的认知功能缺陷是不可逆的，甚至会导致永久性的脑损伤，在持续气道正压通气(CPAP) 治疗一段时间后只能部分恢复^[7-9]。本病对日常的生活、工作会造成极大影响，其发病机制复杂，目前尚

1 南京中医药大学, 210023

2 南京中医药大学附属南京市中西医结合医院, 210014

无特效的治疗方法。近年来,随着科学技术的发展,针对 OSAHS 的发病机制及相关研究也得到极大进展。本文就 OSAHS 的病因病机及干预进展等作一综述。

一、病因

1. 上呼吸道解剖异常

上呼吸道由鼻腔和咽部组成,上呼吸道解剖异常主要包括上呼吸道狭窄、咽部延长与上呼吸道的塌陷^[10]。鼻部相关疾病常会引起局部粘膜肿胀和肥大增加鼻阻力;咽腔内外压力相互作用使咽腔出现狭窄变化;上呼吸道软组织过量堆积使腔外压力上升,如扁桃体、悬雍垂软组织肥大等,或围绕咽部的颌面部骨骼体积减小。鼻咽部病变使上气道直径减小,造成上气道狭窄。舌骨的移位也可导致口咽的延长和狭窄,通过增加上呼吸道可折叠长度使上呼吸道塌陷^[10]。男性的上呼吸道比女性更长,因此男性 OSAHS 发病率较女性偏高。

2. 咽部扩张肌功能受损

在睡眠时,保持咽部气道的反射功能消失,咽部的正常形态和气道的保持需要依赖感觉和肌肉的反射活动。在生理状态下,吸气时气道产生负压,气道扩张肌和咽肌等收缩,肌张力增大,维持气道开放。咽部扩张肌受损,肌张力减弱,气道开放不足,会使咽壁软组织被动性塌陷,出现上呼吸道阻塞症状或呼吸暂停。此外,颏舌肌是咽部最大的扩张肌,其收缩可使口咽腔开放、上呼吸道通畅,在发病过程中起重要作用。有研究显示,在睡眠状态下,患者颏舌肌活动幅度远低于正常个体,这些患者不能维持必要的肌肉活动使呼吸道通畅,而致咽部塌陷;而在清醒状态下,患者颏舌肌中枢运动传导性增加,这与 OSAHS 的严重程度有关^[10]。

3. 唤醒阈值低

轻度气道狭窄会导致过早苏醒,扰乱睡眠连续性,如此反复会使血气持续紊乱,睡眠出现碎片化,促进周期性呼吸的发展,患者无法进入稳定、

深层次的睡眠阶段;此外,唤醒阈值的降低使得神经肌肉补偿机制克服气道狭窄、稳定呼吸的机会减少,导致阻塞性睡眠呼吸暂停加重^[11]。

4. 环路增益

环路增益是描述呼吸反馈控制系统稳定性的一个术语,高环路增益表明通气控制系统不稳定。环路增益高的人对二氧化碳水平的最小增加有夸张的通气性反应,即使是细微的波动也会引起呼吸肌驱动增加,进而引起上气道负压迅速增大、塌陷性增加,最终导致气道关闭^[12]。Yanru Li 等通过研究上气道手术对 OSAHS 患者呼吸回路增加的影响发现上气道手术可降低高环路增益,也在一定程度上说明环路增益升高是 OSAHS 的原因之一^[13]。

5. 肠道菌群失调

肠道微生态系统是人体最庞大、最重要的微生态系统,参与多个代谢途径的调节,参与宿主的健康维持与疾病发生。高脂诱导的肠道微生物群的变化、有害肠道细菌的增加与肥胖中观察到的局部轻度炎症之间有很强的联系^[14-16]。有研究发现 OSAHS 患者最长呼吸暂停时间越长,梭菌纲/目或相关菌属的丰度就越低($P<0.05$), OSAHS 患者存在肠道菌群整体数量增加与分布改变,这种改变或可为 OSAHS 全身损害的机制及干预提供新的方向^[17]。

6. 肥胖

肥胖导致颈部脂肪过多沉积,增加上气道周围软组织体积,加重上气道狭窄;此外,肥胖还可引起腹部内脏脂肪的堆积,在横膈上抬、胸壁运动减弱、上气道阻力增加等因素的共同作用下,导致肺活量减低、肺容量减少,引起 OSAHS 的发生。瘦素,是一种主要在白色脂肪组织中产生的肽激素,在调节能量稳态、新陈代谢、炎症和交感神经活动有重要作用,且血浆瘦素水平与 OSAHS 严重程度呈正相关^[18]。肥胖是本病的一个主要危险因素,而两者之间的关系是双向的。与肥胖密切相关的各种情况,如氧化应激、全身性

炎症、血脂异常和胰岛素抵抗也可能作为 OSAHS 相关表现出现。

7. 中医病因

OSAHS 属于中医学“鼾症”范畴,《鼾症中医诊疗专家共识意见(2019年)》认为其病因主要包括先天禀赋不足、饮食不节、外感六淫、体虚劳倦,多为本虚标实之证,标实以痰浊贯穿始终,本虚则以肺脾肾三脏虚衰为主^[19];严桂珍教授认为脾为本病主要病变脏腑,脾气亏虚,健运无力,痰瘀内阻,致使气道受压塌陷或狭窄,气机不畅出现打鼾,应从脾辨治本病,以脾气亏虚为本,痰湿、瘀血内阻为标,善用益气健脾、豁痰通窍、行气散瘀之法^[20];孙英等人从体质角度对 OSAHS 患者进行研究分析,发现 OSAHS 患者多为中老年肥胖男性,以气虚质和(或)痰湿质为主^[21];张文江等人从虚-瘀-毒论治,卫气行于阴阳,分为昼夜,阴阳调和则人体能正常睡眠,“阴盛阳衰,卫气行迟”或正气不足,卫气虚弱不能抵御外邪会导致本病不断发展,此外有毒物质吸入会引起呼吸道炎症反应出现水肿、分泌物增多等症,致使口咽部狭窄出现睡眠呼吸暂停,这三者相互影响,体虚易致血瘀,更易外感毒邪,无力驱邪外出,邪毒留恋,致使病情不断发展^[22];陈清丹等人认为本病可归因于三焦气化失司,中焦气化不利使痰饮内生,发为肥胖,上焦气化不利则痰饮内停,痰阻血瘀,出现打鼾、呼吸暂停,下焦气化不利则易引起代谢障碍,阳气虚衰,使得痰瘀阻滞,出现嗜睡、打鼾等症,亦可并发冠心病^[23]。

二、干预措施

1. 减肥和运动、避免仰卧睡姿、禁烟酒

对于体位性阻塞性睡眠呼吸暂停患者,将睡眠限制为侧卧位或俯卧位可能是较好的治疗方法^[24]。有研究发现在身体健康或体重不变的情况下,运动训练可以通过减少夜间从腿部转移到颈部的液体量和同时增加上气管腔大小来降低 AHI,改善睡眠质量。

2. 持续气道正压通气(CPAP)

持续气道正压通气是降低 AHI 最有效的措施,在改善顽固性高血压、降低夜间食管反流^[31]上也有不错的效果。CPAP 装置通过面罩向气道施加压力,防止吸气时气道塌陷。在佩戴该装置时,超过 90% 的患者的 AHI 恢复正常。疗效取决于坚持治疗,每晚使用时间越长,症状改善越好。CPAP 治疗依从性高有助于减少合并重度 OSAHS 妊娠女性的妊娠合并症及不良妊娠结局^[25];改善 OSAHS 相关认知功能受损,早期治疗可能对 OSAHS 的预后具有积极意义^[26]。

3. 口腔矫正器

口腔矫正器主要对轻中度 OSAHS 患者是较为有效的治疗。临床上主要分为舌牵引器、腭作用器、下颌前移矫治器三类,其中下颌前移矫治器是目前广泛使用的一种^[27]。下颌前移矫治器不能完全替代 CPAP 的治疗效果,但在一定程度上可以推进下颌骨,减少气道的塌陷。这种矫正器需要患者坚持每夜戴用,长此以往,会对牙齿、牙龈及下颌骨产生一定的压力,出现颌面部酸痛、颞下颌关节异常声响等副作用^[28]。

4. 舌下神经刺激

舌下神经刺激可使机体出现伸舌运动^[29],扩大咽腔^[30],解除因舌根后坠引起的气道狭窄,从而解决呼吸阻塞问题^[31-33]。B.Tucker^[34]等人对 OSAHS 患者进行单侧舌下神经植入,并跟踪随访 5 年,收集其预后资料并进行整理分析,严重的打鼾从基线的 54% 减少到 60 个月时的 2%;没有打鼾或轻微打鼾从 17% 增加到 90%。在第 1 年、第 3 年和第 5 年,参与者夜间使用电子设备的比例分别为 86%、81% 和 80%,唤醒指数也显著降低,表明针对中重度 OSAHS 患者,舌下神经刺激疗法可以显著改善睡眠质量。Kezirian^[35]发现 0.1-0.8V 可能是最佳刺激电压,在此电压下刺激舌下神经不会唤醒患者。Kent^[36]等人通过对 20 例患者植入舌下神经刺激装置发现患者的 AHI 指数及 Epworth 嗜睡量表评分明显下降;Strollo^[37]等人对 126 例舌下神经刺激治疗的患者进行 18 个月的随访发现其

平均 AHI 从 29.3 次/h 降至 9.7 次/h; Woodson 等人^[38]对进行舌下神经刺激治疗的患者进行了 3 年随访,并对部分自愿进行多导睡眠监测(PSG)的患者统计分析,发现在 PSG 监测患者中,74% 的患者达到了预期目标,AHI 指数降至 6.2 次/h,打鼾患者降至 17%,显著提高了患者的生存质量,这些数据为舌下神经刺激在治疗 OSAHS 中的作用提供了有力的支持。

5. 药物治疗

药物治疗包括增加气道肌肉张力、增加通气驱动力或提高唤醒阈值的药物。Jayne C.^[39]等研究发现唑吡坦提高了唤醒阈值和咽扩张肌反应,与无药夜相比,标准计量唑吡坦(10 毫克)耐受性良好,患者睡眠效率显著提高。Yves^[40]等在使用选择性组胺 H3 受体拮抗剂 Pitolisant 治疗拒绝 CPAP 的中重度 OSAHS 患者时发现该药显著降低了患者日间嗜睡与疲劳症状。

6. 雌激素治疗

流行病学研究显示,OSAHS 在男性、多囊卵巢综合征(PCOS)和绝经后女性中发生率较高。Rowley^[41]等的研究表明雌激素对呼吸暂停阈值有正向影响,雌激素缺乏妨碍了 CPAP 对绝经后 OSAHS 患者血清 VD 浓度的有益作用;雌激素介导可通过一系列反应减轻支气管收缩,减轻睡眠障碍^[41]。

7. 手术治疗

分段手术主要有两期,OSAHS 患者上气道梗阻的发生部位各不相同,包括软腭、咽侧壁、舌底或下咽,I 期手术治疗是基于术前评估确定的梗阻程度,使用特定的手术程序以减轻目前的梗阻。第一阶段手术方案包括鼻重建、悬雍垂腭咽成形术(UPPP)、颏舌肌前移术、舌骨肌切开悬吊术等。鼻重建术和 UPPP 是用来治疗鼻和咽部梗阻的,后者用于治疗舌底梗阻。术后约 6 个月,未获得手术成功或治愈的患者进入 II 期手术;II 期手术重建主要通过 Le Fort I 型上颌和下颌骨矢状劈裂截骨术,在物理上扩展面部骨骼框架,从而实现

鼻咽、腭后和下咽气道的扩大^[42]。牛林等人^[43-44]通过临床研究发现改良悬雍垂腭咽成形术联合鼻部同期手术能够有效改善 OSAHS 患者日间嗜睡状态,两种手术方式的作用机制虽然不同,但两者均有各自的优势,联合实施能够起到互补的作用,不仅可以改善患者呼吸暂停与睡眠障碍症状,还可以从根本上尽可能地解决 OSAHS 病因,以提升患者的治疗效果,促进其预后改善。

8. 中医治疗

《鼾症中医诊疗专家共识意见(2019 年)》将本病分为痰湿内阻、痰瘀互结、痰热内蕴、气虚痰瘀、肺脾气虚、脾肾两虚等证,根据邪实正虚的偏胜,分别治以扶正或祛邪,邪实者在健脾益气的基础上配合化痰祛瘀、开窍醒神、清热化痰、平肝泻火,正虚者重在调和阴阳,健脾益肺固肾,佐以化痰开窍^[19]。除常用方剂外,严桂珍教授自拟“鼾症一号方”(黄芪 30g、石菖蒲 12g、郁金 9g、川芎 9g)从脾治疗本病,以黄芪为君健脾补中,臣以石菖蒲泄浊、醒脾,佐以川芎、郁金行气活血,解郁散瘀,取“气行则血行”之意^[20];褚铮等人运用化痰祛瘀开窍汤联合综合干预治疗本病,对照组使用家庭呼吸机 CPAP 联合常规宣教治疗,观察组在对照组的基础上加用疏风通窍汤(丹参、白术、橘红、郁金、川芎、生半夏、茯苓、杏仁、石菖蒲、白芥子)及个性化宣教,干预 4 周后,观察组治疗总有效率(91.49%)显著高于对照组(74.47%),且血清 ET-1、CT-1、IL-6 水平、AHI 及 ESS 评分均显著下降,患者睡眠状况有很大改善^[45];周洪波等人利用针刺治疗本病,认为经络可以“外联肢节,内通脏腑”,以“通经开咽”为法,疏通经络、运行气血,对照组给予单纯健康宣教,观察组在对照组基础上予针刺(印堂、迎香、旁廉泉、安眠、列缺、太溪、太白)治疗,5 天一疗程,观察 4 个疗程,观察组临床总有效率达 82.4%,对照组为 22.9%,观察组治疗后 AHI、夜间最低 SaO₂ 和 ESS 评分均优于治疗前,且均优于对照组治疗后,表明针刺治疗可

有效地改善患者的临床症状,临床疗效优于单纯健康宣教^[46];张培丽采用电针治疗,通过深刺廉泉穴,刺激廉泉下的舌下神经及肌肉,增强咽部肌肉收缩力,有效开放舌后气道,维持上气道的肌张力,改善缺氧症状,观察组给予喉三针电针治疗(廉泉、旁廉泉),接 G6805 II 型电针仪,频率 2Hz,电流强度以患者耐受为度,10d 一疗程,治疗 2 个疗程后,患者血氧和睡眠指标、睡眠时间方面,均优于采用常规治疗的对照组^[47];崔鲁佳等人认为扁桃体肥大是导致气道狭窄的重要致病因素之一,通过刺血疗法可祛邪,使气血调和、阴阳平衡,对 40 例患者进行扁桃体刺血疗法,总有效率达 95%^[48];周可林采用颈椎“七线拨筋”手法治疗一例重度 OSAHS 患者且有明显好转,为 OSAHS 发病机制可能与颈椎疾病有关提供了新的思路^[49];张馨月采用穴位埋线联合 CPAP 治疗,对照组给予 CPAP 治疗,观察组在对照组治疗基础上另给予穴位埋线治疗(脾俞、三焦俞、关元、中脘、水分、丰隆、大横、阴陵泉、天枢、水道),共治疗 8 周,观察组血压相关指标、炎症因子水平、睡眠质量均大大改善且优于对照组^[50]。

睡眠呼吸暂停综合征发病机制复杂,治疗方法也是因人而异、复杂多变,临床上可多种治疗方法或中西医结合使用达到较为满意的治疗效果,在治疗过程中也应该根据病情的发展及时调整治疗方案,为患者提供更精准的个性化治疗,此外应重视健康教育的认识,提高患者对疾病的认识及治疗配合度,做到“未病先防,既病防变”;此外,除了倡导健康的生活方式外,西医主要通过 CPAP、外科手术、口腔矫正器、药物等方式治疗本病,但也存在一些弊端,如 CPAP 价格昂贵且佩戴易产生不适感,手术治疗主要针对中重度患者,口腔矫正器舒适度亦欠佳,因此中医在治疗此类疾病上有一定的优势性,近年来虽有大量研究,但仍需要大量的数据支撑理论,在临床实践中还需向大样本、多中心方向努力,为临床提供更可靠、优质的治疗路径。

参考文献

- [1] 秦岭,张颖超,毕素芝,等.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征并发头痛的临床特征分析[Z], 2019.
- [2] 成人阻塞性睡眠呼吸暂停基层诊疗指南(2018年)[J].中华全科医师杂志,2019,18(1):21-29.
- [3] Kaiser g. lim,Timothy i. morgenthaler,David a. katzka. Sleep and Nocturnal Gastroesophageal Reflux: an Update[J]. Chest, 2018.
- [4] 李国平,姜娜,金晓盛.影响男性阻塞性睡眠呼吸暂停综合征患者阴茎勃起功能障碍的因素[J].温州医科大学学报,2020,50(6):493-496.
- [5] Asmaa m. abumuamar,Paul dorian,David newman, et al. The Prevalence of Obstructive Sleep Apnea in Patients with Atrial Fibrillation[J]. John Wiley & Sons, Ltd, 2018, 41(5).
- [6] Fabian geissenberger,Florian schwarz,Michael probst, et al. Obstructive Sleep Apnea Is Associated with Pulmonary Artery Thrombus Load, Disease Severity, and Survival in Acute Pulmonary Embolism[J]. Clinical Research in Cardiology, 2020, 109(6).
- [7] Vanek jakub,Prasko jan,Genzor samuel, et al. Obstructive Sleep Apnea, Depression and Cognitive Impairment.[J]. Sleep Medicine, 2020, 72.
- [8] 赵莹,祝丽巍,牟丽.阻塞性睡眠呼吸暂停对记忆巩固的影响及机制[J].四川精神卫生,2021,34(4):377-381,392.
- [9] 沈若兰,裴翀,李秀.不同程度阻塞性睡眠呼吸暂停患者嗜睡与焦虑、抑郁的相关性分析[J].医学信息,2021,34(17):87-90.
- [10] Whyte andy,Gibson daren. Adult Obstructive Sleep Apnoea: Pathogenesis, Importance, Diagnosis and Imaging.[J]. Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology, 2020, 64(1).
- [11] Osman amal m,Carter sophie g,Carberry jayne c, et al. Obstructive Sleep Apnea: Current Per-

spectives.[J]. Nature and Science of Sleep, 2018, 10.

[12] Puri shipra,Elchami mohamad,Shaheen david, et al. Variations in Loop Gain and Arousal Threshold During Nrem Sleep Are Affected By Time of Day Over a 24 Hour Period in Participants with Obstruc-tive Sleep Apnea.[J]. Journal of Applied Physiology (bethesda, Md. : 1985), 2020.

[13] Li yanru,Ye jingying,Han demin, et al. The Effect of Upper Airway Surgery on Loop Gain in Obstructive Sleep Apnea.[J]. Journal of Clinical Sleep Medicine : Jcsm : Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine, 2019, 15(6).

[14] Jehan shazia,Zizi ferdinand,Pandi-perum-al seithikurippu r, et al. Obstructive Sleep Apnea and Obesity: Implications for Public Health.[J]. Sleep Medicine and Disorders : International Journal, 2017, 1(4).

[15] 苏焕章,胡安可,柯智元,等. OSAHS 合并高血压病与肠道菌群失调机制 [J]. 国际呼吸杂志, 2020, 40(24): 1910-1914.

[16] 杨冲,张娜,王蓓. 肠道菌群及相关代谢产物在阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征及其相关并发症中作用的研究进展 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2020, 28(S1): 18-22.

[17] 陈凤惟,陈坤,马靖,等. OSA 患者肠道微生物生态特点的观察性研究 [C]// 中国睡眠研究会第十届全国学术年会汇编, 2018: 242.

[18] 马青青,朱述阳,朱洁晨. 肥胖低通气综合征患者血清瘦素水平的变化及意义 [J]. 科学技术与工程, 2020, 20(1): 118-122.

[19] 陈志斌,兰岚. 鼾症中医诊疗专家共识意见 [J]. 中国中医药信息杂志, 2019, 26(1): 1-5.

[20] 李斌,严桂珍. 严桂珍自拟“鼾症一号方”治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征经验 [J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(1): 214-216.

[21] 孙英,李宁,范爱欣,等. 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征中医体质分布规律初探 [J]. 时珍国医

国药, 2020, 31(11): 2691-2693.

[22] 张文江,侯春艳,樊长征. 从“虚-瘀-毒”论治慢性阻塞性肺疾病合并睡眠呼吸暂停综合征 [J]. 中国医药导报, 2018, 15(22): 112-114.

[23] 陈清丹,陈沁,陈珺滢. 从三焦气化失司论阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征合并冠心病中医病机 [J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(7): 2932-2934.

[24] Srijithesh p r,Aghoram rajeswari,Goel amit, et al. Positional Therapy for Obstructive Sleep Apnoea.[J]. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019, 5.

[25] 谷亮,吴波. 持续气道正压通气治疗依从性对妊娠合并阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者妊娠结局的影响 [J]. 临床内科杂志, 2021, 38(8): 522-525.

[26] 刘婷,欧阳若芸. 持续气道正压通气对阻塞性睡眠呼吸暂停患者认知功能的影响 [J]. 中南大学学报(医学版), 2021, 46(8): 865-871.

[27] 徐平. 口腔矫治器在阻塞性睡眠呼吸暂停综合征治疗中的应用 [J]. 世界睡眠医学杂志, 2020, 7(6): 1113-1114.

[28] 赵圆,杨婷,彭文涛,等. 下颌前移矫治器治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的研究进展 [J]. 国际口腔医学杂志, 2020, 47(3): 328-335.

[29] Philippe delaey,J é r?me duitit,Catherine be-hets, et al. Specific Branches of Hypoglossal Nerve to Genioglossus Muscle as a Potential Target of Selective Neurostimulation in Obstructive Sleep Apnea: Anatomical and Morphometric Study[J]. Surgical and Radiologic Anatomy, 2017, 39(5).

[30] Afonso delgado lidia,Micoulaud franchi jean-arthur,Monteyrol pierre-jean, et al. [implantable Nerve Stimulation for Obstructive Sleep Apnea Hypopnea Syndrome].[J]. Presse Medicale (paris, France : 1983), 2016, 45(2).

[31] Clemens heiser md,Erica thaler md,Mau-rits boon md, et al. Updates of Operative Techniques

for Upper Airway Stimulation[J]. The Laryngoscope, 2016, 126.

[32] Rodrigo t. martins, Jayne c. carberry, Danny j. eckert. Breath-to-breath Reflex Modulation of Genioglossus Muscle Activity in Obstructive Sleep Apnea[J]. Sleep Medicine, 2016, 21.

[33] Liancai mu, Ira sanders. Human Tongue Neuroanatomy: Nerve Supply and Motor Endplates[J]. Clinical Anatomy, 2010, 23(7).

[34] B. tucker woodson, Kingman p. strohl, Ryan j. soose, et al. Upper Airway Stimulation for Obstructive Sleep Apnea: 5-year Outcomes[J]. Otolaryngology-head and Neck Surgery, 2018, 159(1).

[35] Eric j. kezirian md M. Acclimation Settings with Identical Or Similar Sensation and Functional Thresholds[J]. The Laryngoscope, 2016, 126.

[36] David t. kent, Jake j. lee, Patrick j. strollo, et al. Upper Airway Stimulation for Osa[J]. Otolaryngology-head and Neck Surgery, 2016, 155(1).

[37] Strollo patrick j, Gillespie m boyd, Soose ryan j, et al. Upper Airway Stimulation for Obstructive Sleep Apnea: Durability of the Treatment Effect at 18 Months.[J]. Sleep, 2015, 38(10).

[38] Woodson b tucker, Soose ryan j, Gillespie m boyd, et al. Three-year Outcomes of Cranial Nerve Stimulation for Obstructive Sleep Apnea: the Star Trial.[J]. Otolaryngology-head and Neck Surgery : Official Journal of American Academy of Otolaryngology-head and Neck Surgery, 2016, 154(1).

[39] Jayne c. carberry, Ronald r. grunstein, Danny j. eckert. The Effects of Zolpidem in Obstructive Sleep Apnea-an Open-label Pilot Study[J]. Journal of Sleep Research, 2019, 28(6).

[40] Dauvilliers yves, Verbraecken johan, Partinen markku, et al. Pitolisant for Daytime Sleepiness in Patients with Obstructive Sleep Apnea Who Refuse Continuous Positive Airway Pressure Treatment. a

Randomized Trial.[J]. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2020, 201(9).

[41] Lixiu zhang, Xiyan ou, Tonggang zhu, et al. Beneficial Effects of Estrogens in Obstructive Sleep Apnea Hypopnea Syndrome[J]. Sleep and Breathing: International Journal of the Science and Practice of Sleep Medicine, 2020, 24(5).

[42] Joosten simon a., Landry shane a., Wong ai ming, et al. Assessing the Physiological Endotypes Responsible for Rem and Nrem Based Obstructive Sleep Apnea.: Rem and Nrem Osa[J]. Chest, 2020(prepublish).

[43] 银兴贵. 悬雍垂腭咽成形术联合同期鼻腔扩容术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的临床观察 [J]. 中国药物与临床, 2021, 21(7): 1122-1124.

[44] 牛林, 杨相立, 韩薇薇, 等. 改良悬雍垂腭咽成形术与鼻部同期手术治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者的临床效果 [J]. 山西医药杂志, 2021, 50(14): 2189-2191.

[45] 褚铮, 管小娟, 谷彬, 等. 化痰祛瘀开窍汤联合综合干预治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 [J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37(2): 351-354.

[46] 周洪波, 李安洪, 胡竞雅. 针刺治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的临床观察 [J]. 上海针灸杂志, 2021, 40(4): 390-393.

[47] 张培丽. 电针治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 50 例 [J]. 中医研究, 2016, 29(4): 54-56.

[48] 崔鲁佳, 李云波, 卞晓辉, 等. 扁桃体刺血疗法治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 40 例疗效观察 [C]// 中华中医药学会耳鼻喉科分会第二十五次学术年会暨世界中联耳鼻喉口腔科专业委员会第十一次学术年会论文集, 2019: 322.

[49] 周可林, 董硕, 任美玲, 等. 拨筋疗法治疗中度阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 1 例 [J]. 北京中医药, 2020, 39(7): 769-770.

[50] 张馨月, 付世东. 穴位埋线联合持续正压通气治疗睡眠呼吸暂停综合征合并高血压疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(2): 198-202.

小儿鼻腔异物 1 例

吕伟丽¹

【摘要】 本文报道一例小儿鼻腔异物长期未取出伴鼻出血的治疗经过，探讨加强卫生安全宣教及专科医师认真询问病史和检查的重要性。

【关键词】 小儿；鼻腔；异物

鼻腔异物以小儿最常见，需要先到医院经检查确定异物的位置及大小，然后再由医生使用专用器械将异物取出，对于位置较深，且孩子不配合的可能需要在全麻的情况下将异物取出，平时家长要多留意孩子的动向，不要让孩子随意将东西放入鼻腔，如发现异常应及时就医，以免耽误病情。

1 案例：

患者，男，6 岁。

主诉：右侧鼻腔鼻塞有臭味伴鼻出血一年

现病史：2016 年 4 月，患者母亲诉一年前发现孩子右鼻腔堵塞伴有腥臭味，于当地卫生室检查后按鼻窦炎予以抗菌消炎治疗，用药后鼻部症状有所缓解，数天后症状如前，经多方治疗均如此反复，遂来我院就诊。

患儿既往体健，予以常规电子鼻内镜检查，镜下见右鼻下甲轻度肥大，右侧总鼻道可见白色块状异物，其周围见大量脓性味臭的分泌物，用枪状镊子及耵聍钩碰触，异物质硬，随用枪状镊将其取出，后用清水冲洗发现异物为塑料制品。清理后鼻粘膜表面可见糜烂面且附着脓性分泌物及少量新鲜血液，予鼻窦康皮肤粘膜抑菌洗液 H 型喷剂（河北康灵医药科技有限公司生产）外用于

患处，每日四次；鼻腔清洗介入治疗，每日一次，7 天后复查创面愈合，鼻异味及鼻塞、鼻出血等症状消失。

2 讨论：

鼻腔异物以小儿最常见，主要是由于小儿玩耍时不慎或好奇将异物塞入鼻腔内，若异物较大不易自行排出而易形成鼻腔异物。大多数患儿能及时诉说异物史，容易确诊，经专科医生诊治，可降低危险性。部分患儿不能诉说异物史，易误诊。也有因就诊于非专科医生或专科医生没有认真询问病史和仔细检查导致误诊。该患儿就因此误诊而导致异物存留于鼻腔一年之久。为了防止和杜绝类似误诊的发生，笔者有以下几点体会：(1) 加强卫生安全宣传，使家长了解小儿鼻腔进入异物的危险性，告诫小儿不要将橡皮、瓜籽、塑料珠子等异物塞入鼻腔，一旦发生，应立即带小儿去找专科医生就诊，以免延误病情。(2) 专科医生或非专科医生在诊治时，一定要仔细追问病史认真检查，尤其对反复发作的单侧鼻塞，流脓涕的患儿更要追问异物史。(3) 专科医生在取异物时，一定要依据异物性状选择简单易行、安全有效的方法，以免发生医源性损伤或操作不当导致异物向后滑脱进入气管或食道造成不良后果。

1 石家庄康灵中医耳鼻喉医院，050031

浅谈中医药论治过敏性鼻炎

南保平¹

过敏性鼻炎属于中医鼻鼽的范畴,是一种常见病,又是难治之症,严重影响着人们的工作和学习。当前,随着人们生活节奏的加快和生活环境的恶化,鼻鼽病的发病率越来越高。现代医学认为过敏性鼻炎为变态反应性疾病,侧重对变应原和炎症的研究,故采用消炎、抗过敏或穿刺手术方法,效果仍不尽人意。过敏性鼻炎又称变应性鼻炎,是发生在鼻粘膜的变态反应性疾病,鼻粘膜反应性增高是其主要特点,可引起各种并发症,临床上常有常年性和季节性之分,中医认为都属于鼻鼽的范畴,季节性过敏常由花粉引起,故称花粉症,常年性过敏性鼻炎则由于起居密切相关的变应源引起如尘土虫螨等,由于上述变应源经呼吸道吸入又称吸入性变应原,其某些食物可引起本病但较少见,此外其某些化妆品、化学剂等偶可引发过敏性鼻炎。

本病多由肺脾肾虚弱,外加邪气侵袭邪犯鼻窍而成,鼻鼽可分四种类型,肺气虚弱风寒外袭型,肺脾气虚水湿上泛型,肾气亏虚肺失温润型,肺经郁热风热侵袭型。治疗鼻鼽病要辩证论治,要对症下药,对号入座方能取效。也当注意论治审因为本,鼻炎症状虽然基本相似,由于并发于寒、热、虚、实的不同,除了解可能作为致病因素的客观条件外,主要是以病症的临床表现为依据,通过分析疾病的症状、体征来推求病因、性质、部位以及邪正之间的关系,概括、判断为某种性质的病症,然后再确定治疗方案。临床辩证分型如下:

一、肺气虚弱,风寒外袭,肺气虚弱,卫外不固,腠理不密,风寒侵袭内犯与肺,肺失宣降,津液停聚,上犯于鼻流涕而发鼻鼽。

主要表现为:鼻窍奇痒,喷嚏频作,清涕量多,鼻塞不通,嗅觉减退,畏寒喜温,遇冷易感冒,

反复不愈,倦怠懒言气短音低,面色晄白,舌淡苔白,脉虚弱。

治法:温肺散寒

方药:黄芪、当归、防风、白术、五味子、首乌、辛夷、苍耳、桂枝、细辛、鹅不食草等随症加减。

二、肺脾气虚,水湿泛鼻,肺主气,脾为气血津液生化之源,如脾气虚弱,可导致肺气不足,肺失宣降,则津液停聚,使寒湿之邪凝滞鼻中而发鼻鼽。

主要表现为:鼻塞较重,鼻流清涕或粘白涕,量多,嗅觉迟钝,双下鼻甲粘膜肿胀苍白或灰暗,伴有头重头晕,气短怯寒,四肢倦怠,胃纳不佳,大便或溏舌有齿痕,脉濡弱。

治法:健脾化湿、补肺敛气。

方药:当归、白术、党参、太子参、黄芪、甘草、茯苓、辛夷、苍耳、五味子、防风、首乌、鹅不食草、附子、细辛等随症加减,遵法煎药。

三、肾气亏虚,肺失温润,肾为诸阳之本,肺气之根,只有肾气充盛,肺气才能得到温养,吸入之气才能通过肺的肃降下纳于肾,若肾气不足,失于摄纳,气浮于上,肺失温煦,宣降失常,而致喷嚏频作,若肾阳不足,寒水上泛,致鼻流清涕不止。

主要表现为:鼻涕清稀如水,喷嚏连连;粘膜苍白;水肿,背寒恶风,四肢不温,精神不振,腰膝酸软,夜尿频多,舌质淡,脉沉细。

治法:温肾补肺

方药:附子、细辛、干姜、炙草、黄芪、首乌、五味子、当归、防风、白术、辛夷、苍耳、鹅不食草随症加减,遵法煎药。

四、肺经郁热,风热外袭,如肺经素有郁热,复为风热之邪,乘袭两阳相合,肺气壅塞,失于

¹ 甘肃省庆阳市宁县和盛镇杏苑中医诊所, 745201

鼻衄验案一例

杨喜娟¹ 王小花¹ 张建新¹

冯 xx, 男, 60 岁, 2016 年 2 月 14 初诊, 患者自诉于 2 月 13 日夜睡梦中不自觉的大口咽血后惊醒, 醒来发现左侧鼻孔出血, 血流不止, 自行用卫生纸填塞, 血流时断时续; 14 日晨起于当地卫生院就诊, 给予鼻腔填塞法压迫之血, 血从口中流出, 并呕有血块, 血未止, 未服用药物, 随来我院就诊, 查验血常规, 提示: 血红蛋白含量 65g/L, 余未见明显异常, 患者平素体质差, 性情抑郁, 胸胁胀闷, 冬季易发咳喘, 无高血压、糖尿病; 经内科医师会诊, 暂不考虑血液病及其他血性病。平素喜食羊肉, 喜饮酒, 鼻干而燥, 口干、苦而臭, 常见肠中灼热, 小便黄赤, 大便干燥, 舌苔黄, 脉浮滑, 左关弦数, 症见肝胃郁热, 血热妄行, 胃脾上交鼻额, 热蒸迫血, 加之肝部日久生火, 肺虚肝旺, 木火刑金, 肺开窍于鼻, 故发大量鼻血, 治则宜平肝清胃, 凉血止血。

拟方: 水牛角 15g 生石膏 20g 生地 20g 薄荷 9g 栀子 20g 丹皮 15g 知母 15g 沙参 15g 蒲黄炭 10g 牛膝 15g 白茅根 20g 大黄 9g(后下)

水煎服, 1 日 1 剂, 连服 3 剂, 后经调治而愈, 未发。

按《寿世保元》鼻衄者, 鼻中出血也, 阳气拂郁, 动劫胃经, 胃火上烈, 则血妄行。经云: “阳络伤则血外溢, 血外溢则衄血”。阳络伤表之于胃, 肝郁生火, 骤犯肺部, 通血上行, 石膏、知母、沙参清胃热, 养胃阴, 降火折冲, 夏枯草、薄荷、栀子清肝散火; 陈皮、白茅根、茜草, 凉血行淤; 水牛角、生地凉血清热, 牛膝引血下行; 大黄行淤止血, 通泻胃肠, 使邪有出路, 达到清热降火, 衄血自止。

血止后查内窥镜提示: 左侧鼻腔粘膜充血、肿胀, 下鼻甲、中鼻甲肿大, 总鼻道狭窄; 鼻腔内未见明显溃疡面;

继续给予中医定向透药疗法(河北省非物质文化遗产项目): 耳鼻喉皮络疗法配合治疗, 一日一次, 连用 14 天以巩固疗效。用药期间忌食辛辣刺激食物, 忌食羊肉; 忌饮酒。

¹ 崇信新瑞中医康复医院, 744200

第四届中医耳鼻喉国际论坛夏季峰会会议报道

刘续¹

为更好促进耳鼻喉行业发展，提高耳鼻喉诊疗水平。2021年7月9日，由中华中医药学会主办，中医耳鼻喉国际论坛专家委员会承办，河北康灵中医耳鼻喉研究所协办的“第四届中医耳鼻喉国际论坛夏季峰会”在青岛大学国际学术交流中心召开。中华中医药学会刘平副秘书长，中华中医药学会国际部闫铮主任，青岛市卫生健康委党组成员、副主任、青岛市中医药管理局专职副局长赵国磊，中医耳鼻喉国际论坛专家委员会主任委员、河北康灵健康管理集团赵峰总裁，世界中联耳鼻喉口腔科专业委员会会长刘蓬教授，世界中联耳鼻喉口腔科专业委员会名誉会长王士贞教授，广州中医药大学第一附属医院耳鼻喉科主任医师邱宝珊教授，山东中医药大学附属医院耳鼻喉科主任王仁忠教授，南京中医药大学附属江苏省中医院史军教授、石家庄康灵中医耳鼻喉医院霍会川主任、石家庄康灵中医耳鼻喉医院韩忠成主任、石家庄康灵中医耳鼻喉医院吕伟丽主任等领导、专家出席了本次会议，泰国中医药学会陈少挺会长也十分关注本次会议的召开，并发来致辞视频。

开幕式



赵峰

首先，中医耳鼻喉国际论坛专家委员会主任委员、河北康灵健康管理集团赵峰总裁代表中医耳鼻喉国际论坛专家委员会向远道而来的专家教授及参会医学同道表示热烈的欢迎和诚挚的感谢。他表示本次会议以“中医防治过敏性鼻炎（鼻鼽）的传承与创新”为主题，针对这一临床常见病、多发病进行具体研讨，全面传授中医特色的诊治思路、具体方法以及疗效。

聚焦基础学术发展最前沿、临床诊疗新技术、新理论实时动态，以国际的视野，推陈出新，推进耳鼻喉科领域创新思维模式和学术理念形成和落地，全面提高临床先进诊疗技能和理论实践的有效推广，真实高效的增进业内学术交流。让知名中医耳鼻喉技术下沉基层，开展基层中医耳鼻喉专科共建帮扶工作，成立公益培训基地，助力地区打造区域医疗新高地，进而带动整个耳鼻喉科学的传承创新与发展。



赵国磊

赵国磊局长代表青岛市卫生健康委员会、青岛市中医药管理局对大会的顺利召开表示祝贺，他指出为进一步深入贯彻落实习近平总书记在十九大报告中提出的“传承发展中医药事业”的重要指示精神，青岛近年来按照党中央、国务院决策部署，在中医药领域扎实开展工作，中医药事业发展取得亮眼成就。下一步会继续着力发挥中医药产业优势和资源禀赋，重视中医药人才培养，加强中医药现代化科研布局，挖掘民族医药特色，助力青岛中医药事业高质量发展。希望此次中医耳鼻喉国际论坛的成功举办，能够进一步提高青岛耳鼻喉科学的发展水平。

1 石家庄康灵中医耳鼻喉医院，050031

中华中医药学会刘平副秘书长在致辞中指出本次学术会议的召开进一步深入贯彻落实了习近平总书记关于中医药的重要论述、《中共中央国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》和全国中医药大会精神，挖掘和传承中医药宝库中的精华精髓，整理海内外中医耳鼻喉科技术，为耳鼻喉医学工作者搭建国际交流平台，共享中医耳鼻喉先进科学技术，让富有特色的中医耳鼻喉技术落地生效，全面提升中医耳鼻喉科的临床诊疗水平，共同推动中医耳鼻喉科学的持续发展。



刘平

泰国中医药学会陈少挺会长因疫情防控未能到青岛参加本次论坛会议，通过视频向全国耳鼻喉科同道致辞。陈少挺会长代表泰国中医药学会祝贺第四届中医耳鼻喉国际论坛隆重召开，感谢大会搭建此次国际平台，共享海内外中医耳鼻喉先进科学技术，推动中医耳鼻喉科学的传承和发展。期待通过各位专家教授的交流共享，能够对过敏性鼻炎的治疗有进一步的研究和发展，造福世界人民健康。



陈少挺



中华中医药学会国际部
闫铮主任



世界中联耳鼻喉口腔专业委员会
会长 刘蓬教授



世界中联耳鼻喉口腔专业委员会
名誉会长 王士贞教授



广州中医药大学第一附属医院耳鼻喉科
主任医师 邱宝珊教授



山东中医药大学附属医院耳鼻喉科主任
王仁忠教授



南京中医药大学附属江苏省中医院
史军教授



石家庄康灵中医耳鼻喉医院
韩忠成主任



石家庄康灵中医耳鼻喉医院
霍会川主任



石家庄康灵中医耳鼻喉医院
吕伟丽主任

专家授课

7月10日学术会上，耳鼻喉权威专家——刘蓬教授、王士贞教授、邱宝珊教授、王仁忠教授、史军教授、霍会川主任、韩忠成主任等围绕《鼻炎的中医防治策略》、《鼻病病案二则》、《应用膏方治疗变应性鼻炎的体会》、《针刺蝶腭神经节治疗耳鼻喉科疾病》、《国医大师干祖望教授治疗鼻鼾学术经验体系的形成与发展》、《清代古方 非物质文化遗产“中医耳鼻喉皮络疗法”的传承与创新》、《皮络疗法在耳鼻喉科疾病中的应用》等主题一一授课，传经送宝，为大家带来了精彩的学术演讲。各位专家结合临床实际，就相关问题进行了生动详细的讲解，参会人员均表示受益匪浅。会议演示环节，石家庄康灵中医耳鼻喉医院吕伟丽主任带领康灵医务工作人员对我院医疗产品及疗法进行了现场演示，对参会同道提出的学术问题进行详细解答。



刘蓬教授《鼻炎的中医防治策略》



王士贞教授《鼻病病案二则》



邱宝珊教授《应用膏方治疗变应性鼻炎的体会》



王仁忠教授《针刺蝶腭神经节治疗耳鼻喉科疾病》



史军教授《国医大师干祖望教授治疗鼻鼾学术经验体系的形成与发展》



霍会川主任《清代古方 非物质文化遗产“中医耳鼻喉皮络疗法”的传承与创新》



韩忠成主任《皮络疗法在耳鼻喉科疾病中的应用》



吕伟丽主任 现场演示康灵产品和疗法

先进表彰

为了进一步团结全国优秀耳鼻喉医务工作者，加强交流、融合，助力中医耳鼻喉科学人才队伍建设，中华中医药学会中医耳鼻喉国际论坛专家委员会不断吸收优秀耳鼻喉医务工作者加入，使得越来越多的中医耳鼻喉精英参与到学会工作中，助推中医耳鼻喉科学事业新发展，中医耳鼻喉国际论坛专家委员会主任委员、河北康灵健康管理集团赵峰总裁为

新任委员颁发聘书。

同时，对上半年度优秀医疗机构及先进个人进行表彰，并由优秀代表山东济宁何坤宇医师、河北邢台许少东医师与大家进行成功经验分享，树立榜样，弘扬先进。



山东济宁何坤宇医师
分享成功经验



河北邢台许少东医师
分享成功经验

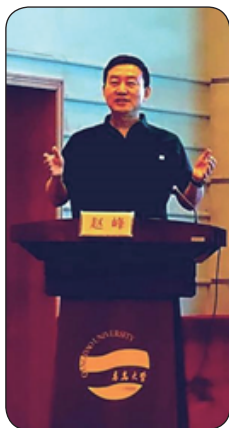


赵峰总裁为新任委员颁发聘书并合影

会议总结

最后，赵峰总裁对会议进行了总结：再次感谢各位领导对本次会议的大力支持，感谢各位专家教授的精彩授课，感谢三个多月以来辛勤筹备会议的，来自河北康灵集团的会务组的同事们！更要感谢多年以来坚定支持我们的广大合作伙伴们！你们是我们每次举办学术会议的坚强后盾。

每一次学术交流会的召开，都是众医者思想上的火花碰撞。期待我们下次相见！



现场盛况



第四届中医耳鼻喉国际论坛会议全体合影留念



会议现场



石家庄康灵中医耳鼻喉医院
吕伟丽主任现场答疑解惑



茶歇休息



石家庄康灵中医耳鼻喉医院王琳护士现场演示

