

中医耳鼻喉科学研究 2022 年 8 月 (第 21 卷第 3 期)

(季版) 目 次

冀 L1100085
(Z) R1087

医学综述 --- 栏目主编 韩秀丽 责任编辑 霍会川

- 耳鸣的中医外治法研究进展..... 王珣 郭裕 王丽华 (1)
- 中西医治疗萎缩性鼻炎研究进展
..... 王子彤 王嘉玺 董叶青 高铭媛 黄创惠 胡生娇 任铁林 (5)

实验研究 --- 栏目主编 谢慧 责任编辑 孟庆利

- 肺气虚型变应性鼻炎患者黏膜组织中白细胞介素 - 33 的表达及意义
..... 柳普照 柴峰 陈文明 (12)

临床研究 --- 栏目主编 申琪 责任编辑 倪金秀

- “和法”在声带白斑治疗中的应用..... 李季 郭裕 王丽华 (17)
- 浅谈 2020 年欧洲鼻窦炎和鼻息肉意见书的草药与针刺治疗
..... 陈腾宇 周敏 阮岩 (21)
- 复方苍耳子片联合左西替利嗪治疗变应性鼻炎的临床观察
..... 兰家辉 郑荣华 (26)
- 补肾宁心通窍方联合长春胺缓释胶囊治疗心肾不交型耳鸣的临床疗效观察
..... 陶唯 譙凤英 (31)
- 督脉揆针联合辛桂防芷汤治疗肺气虚寒型变应性鼻炎的临床观察
..... 李玲珑 毛得宏 肖茂迪 雷玉婷 杨志联 (34)

名医名院 --- 栏目主编 韩秀丽 责任编辑 霍会川

- 河南省中医院耳鼻喉科介绍..... 柴峰 (39)

研究生校园 --- 栏目主编 谢慧 责任编辑 孟庆利

- 喉痹源流考..... 徐宁聪 李云英 (42)
- 从火论治倒经相关性鼻衄..... 秦丹 王倩 王鑫 (46)
- 针刺治疗变应性鼻结膜炎的临床观察..... 高玉婉 (50)

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

2000 册

印刷日期

2022 年 9 月 22 日

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3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，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、单位和符号，需注释处，用*、▲、#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、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)：起页一止页。

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: zhsh328@163.com，并注明作者简介：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. 本编辑部对来稿有删改权，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，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内交流出版物，2007年起被中国电子期刊杂志社收录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，来稿一经录用，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，此种行为与本编辑部无关。电话：4000-135-120。

OTORHINOLARYNGOLOGY RESEARCH IN TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

Vol. 21 No. 3 August 2022

CONTENTS

MEDICAL REVIEW

Research progress in external treatment of tinnitus with traditional Chinese medicine

WANG Xun, GUO Yu, WANG Lihua (1)

Research progress of atrophic rhinitis treated with traditional Chinese and western medicine

WANG Zitong, WANG Jiayi, DONG Yeqing, GAO Mingyuan, HUANG Chuanghui, HU Shengjiao,
REN Tielin (5)

EXPERIMENTAL RESEARCH

Expression and significance of interleukin-33 in mucosa of patients with pulmonary qi deficiency type allergic rhinitis

LIU Puzhao, CHAI Feng, CHEN Wenming (12)

CLINICAL RESEARCH

Application of "harmony method" in the treatment of vocal cord leukoplakia

LI Ji, GUO Yu, WANG Lihua (17)

A Brief Discussion on Herbal Medicine and Acupuncture Treatment in the European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020

CHEN Tengyu, ZHOU Min, RUAN Yan (21)

Clinical observation of compound Xanthium tablets combined with levocetirizine in the treatment of allergic rhinitis

LAN Jiahui, ZHENG Ronghua (26)

Clinical Observation on the Effect of Bushen Ningxin Tongqiao Formula Combined with Vinblastine Sustained Release Capsule in Treating Tinnitus of Heart kidney Disjoint Type

TAO Wei, QIAO Fengying (31)

Clinical Observation on the Treatment of Allergic Rhinitis of Lung Qi Deficiency Cold Type with Du Mai Pressing Needle and Xin Gui Fang Zhi Decoction

LI Linglong, MAO Dehong, XIAO Maodi, LEI Yuting, YANG Zhilian..... (34)

FAMOUS DOCTORS AND HOSPITALS

Intoduction to Department of Otolaryngology in Henan Traditional Chinese Medicine Hospital

CHAI Feng..... (39)

GRADUATE CAMPUS

A study on the origin and development of laryngeal arthralgia

XU Ningcong, LI Yunying..... (42)

Treatment of Epistaxis Associated with Retrograde Menstruum by Fire

QIN Dan, WANG Qian, WANG Xin (46)

Clinical Observation on Acupuncture Treatment of Allergic rhinoconjunctivitis

GAO Yuwan..... (50)

耳鸣的中医外治法研究进展

王珣¹ 郭裕² 王丽华²

【摘要】 耳鸣已经成为耳鼻喉科最常见的病证之一。目前,尚无特效药物能让耳鸣彻底消失。中医外治法在治疗耳鸣方面具有独特优势,临床治疗效果良好,副作用小,具有广阔的发展前景及较大的临床推广价值。本文主要收集整理了知网、万方等数据库中近 5 年来中医外治法对耳鸣的治疗文献,分别从常规疗法和其他疗法两个方面进行综述,以期为临床医生提供借鉴和参考。

【关键词】 耳鸣;中医外治法;研究进展;综述

在斯坦克《听力学词典》中,是这样描述的耳鸣:“无外部原因的颅内鸣响或其它声音的感觉”。美国听力学会对耳鸣的定义是:“指非外部声音产生的听觉感知,常被形容为嘶嘶声、嗡嗡声或尖声铃声”^[1]。由此可见,耳鸣是一种无外界声源或刺激,但患者自觉有声的一种病症。其发病率高、复发率高、疗程长、治疗效果不佳。是临床上最常见的病证之一,发病率高,保守估计成人耳鸣患病率为 10%~19%^[2]。在临床上,很多患者会因耳鸣而影响其工作、学习以及睡眠,甚至有些患者因忍受不了耳鸣,而产生焦虑、抑郁等情绪,甚至自杀倾向,严重影响了患者的生活质量。

目前,耳鸣的发病原因和发病机制尚无统一的认识,世界各国对耳鸣的诊治方案亦很不统一,临床上多采用综合疗法进行治疗^[3]。近年来,中医外治法在临床上运用普遍,疗效较好,同时,也为耳鸣的综合治疗提供了多种选择。本篇文章将从近 5 年来中医外治法治疗耳鸣的研究进展综述如下。

1 常规疗法

1.1 穴位注射

穴位注射疗法是按照穴位本身的主治功能和药物的药理作用,采用小剂量药物注入相应穴位以治疗疾病的一种方法^[4]。临床诸多医家将这一针、穴、药结合的疗法用于治疗耳鸣,取得了较好效果。马

进等^[5]将 100 例耳鸣患者随机平均分为穴位注射组和鼓室注射组进行治疗,两组药物均选择利多卡因联合甲强龙进行注射,治疗 2 周,随访半年后,多数患者反映耳鸣有缓解,且穴位注射组总有效率明显高于鼓室注射组。另外有研究表明,在颅息穴进行穴位注射疗法,可以明显改善耳鸣症状,提升疗效。胡伟妮^[6]将 80 例耳鸣患者分为研究组和对照组,研究组采用常规治疗+颅息穴穴位注射疗法治疗,对照组则单纯采用常规治疗,最后得出,研究组治疗总疗效为 95%,对照组为 57.50%。

临床上穴位注射疗法用于耳鸣的药物选择多样,陈潇等^[7]人将急性主观性耳鸣患者 64 例为研究对象,均分为对照组及治疗组,对照组采用静脉滴注银杏达莫注射液,口服甲钴胺、盐酸氟桂利嗪胶囊及醋酸泼尼松片进行治疗,治疗组在对照组基础上加用丹参注射液在患侧听宫穴进行穴位注射,治疗后发现治疗组在耳鸣响度、持续时间、睡眠评分均低于对照组,说明听宫穴注射丹参注射液治疗急性主观性耳鸣有较好的临床疗效。黄丽瑶^[8]研究表明对特发性耳鸣患者采用颅息穴穴位注射甲泼尼龙琥珀酸钠联合盐酸利多卡因注射液治疗,效果较为理想。李宝红^[9]研究认为,弥可保和维生素 B₁₂ 穴位注射可用于治疗神经性耳鸣,且疗效显著。其选择 160 例神经性耳鸣的病人,分为对照组和研究

1 贵州省务川自治县中医医院 耳鼻喉科, 564399

2 上海中医药大学附属市中医医院 耳鼻喉科, 200071

组, 对照组在耳门、听会穴注射弥可保 250ug, 研究组在对照组的基础上加用维生素 B₁₂ 25ug 进行穴位注射, 结果研究组在治疗总有效率及耳鸣响度减轻方面均优于对照组。

1.2 针刺疗法

1.2.1 单纯针刺

针刺选穴 《灵枢·口问》篇言:“耳者, 宗脉之所聚”, 人体经络联络贯通, 相互影响, 选穴应当以“经脉所过、主治所及”为原则。充分发挥腧穴的近治、远治以及特殊作用。纪珺^[10]选取了 428 篇关于“针灸”“耳鸣”的文献, 总结出了针灸治疗耳鸣主穴主要近取耳门、听宫、听会、翳风, 远取百会、中渚。配穴方面风热侵袭型可取外关、合谷、风池; 肝火上扰型可取太冲、侠溪、丘墟; 痰火郁结型可取丰隆、劳宫; 脾胃虚弱型可取足三里、气海; 肾精亏损型可取太溪、肾俞、关元。张丽丽等^[11]人认为针刺“老十针”联合“四神穴”能有效缓解耳鸣, 其将 60 例神经性耳鸣患者均分为针刺组和西药组, 针刺组选取主穴为“老十针”即上腕、中腕、下腕、气海、天枢(双)、内关(双)、足三里(双), “四神穴”即百会、四神聪、神庭、本神(双)、神门(双), 听宫, 配穴随证加减。西药组则口服盐酸氟桂利嗪胶囊及谷维素进行治疗。治疗 4 疗程后, 发现两组患者耳鸣严重强度均较治疗前显著降低, 且针刺组疗效 86.7% 要优于西药组的 66.7%。

针刺手法 石磊等^[12]人选取 384 例肝气郁结型耳鸣患者, 将其均分为两组。对照组选取百会、率谷、听宫、听会、瘰脉、阳陵泉、中渚, 常规消毒皮肤后, 以 0.30 mm × 25 mm(半寸)毫针进行针刺, 施行平补平泻手法, 针刺 30 min 后拔出。治疗组在对照组针刺的基础上再施以强刺激的行针手法, 分别采用强力捻转泻法、大幅度摇法等手法使针感直达病所。治疗后发现患者的耳鸣程度、THI、汉密尔顿焦虑量表评分均低于对照组。吴赛等^[13]人检索近 10 年关于单纯运用针刺治疗耳鸣的相关文献发现, 针刺治疗耳鸣方法之多, 其特殊刺法有: 开窍三段合刺法、子午流注针法、子午捣臼针法等等, 均用

于治疗耳鸣, 获得了显著疗效。宋文卉等^[14]人在听宫穴使用“发蒙”针法治疗 1 例耳鸣患者后, 患者耳鸣声音变小, 听力恢复正常。

另有文献研究表明留针时间长短影响耳鸣治疗疗效。温妍等^[15]人共筛选针刺治疗耳鸣临床文献共计 175 篇, 进行统计分析后发现留针时间多在 20min ~ 60min, 且总有效率和愈显率均不相同, 但总的来说, 针刺治疗耳鸣留针时间以 30min 为主, 平均总有效率为 83%, 平均愈显率为 55%; 而留针 60min 文献篇数较少, 但平均总有效率为 86%, 平均愈显率为 59%, 疗效较佳。

1.2.2 电针

电针是在针刺之后, 在针的位置加上微量的电流, 来增加刺激增加临床疗效的方法, 它具有促进循环、通窍活络的作用。陈志勇^[16]将 100 名风热侵袭型耳鸣患者分别分为对照组和研究组各 50 例, 对照组取听宫、听会、耳门、翳风为主穴。研究组选取主穴为听宫、听会、耳门、翳风, 配穴取曲池、合谷、外关、风池, 两组均用电针仪针刺, 留针 30min 每周 3 次, 治疗 10 次为一疗程。对照组总有效率 78.00%, 研究组总有效率 92.00%。研究组躯体、心理、社会及物质生活等生活质量评分高于对照组。

1.2.3 揆针

揆针可通过针刺皮部和络脉以调节经络而发挥活血止痛、补气养血等重要作用^[17]。何中美等^[18]将 60 例耳鸣患者随机分为观察组和对照组, 各 30 例, 观察组选取耳门、听宫、听会、内关、翳风、神门、安眠等俞穴, 将揆针分别贴于上述腧穴上, 左右交替选穴。对照组选取耳门、听宫、听会、内关、翳风、神门、安眠等腧穴, 采用常规针刺进行治疗, 治疗 2 周后总有效率观察组为 42.87%、对照组为 34.15%, 治疗 4 周后观察组为 64.28%、对照组为 41.46%, 结果证明, 揆针可以用于治疗耳鸣, 且治疗时间相对延长, 疗效越好, 从而达到巩固疗效、防止复发效果。

1.3 穴位埋线

穴位埋线是一种特殊的针灸疗法,一般选用羊肠线埋于皮下相应的穴位处,通过羊肠线在体内逐渐软化吸收,对穴位产生长久刺激,充分发挥穴位的调治作用,从而达到调整经络脏腑,改善循环的功效。张晴晴^[19]等选取 30 例神经性耳鸣的患者,选择患侧耳门、翳风、听会及双侧太溪、外关进行穴位埋线治疗,结果:痊愈 8 例,显效 17 例,有效 3 例,无效 2 例,总有效率约为 93.33%。周晓明等^[20]发现在第二掌骨全息穴位“肾”进行埋线治疗耳鸣具有良好的疗效。

1.4 灸法

王月梅^[21]抽取了 120 例神经性耳鸣患者作为研究对象,对照组 60 例进行辨证选穴普通针刺治疗,实验组 60 例进行捏鼻鼓气联合温针灸治疗,结果发现实验组治疗有效率为 91.67%,明显较对照组的 76.67% 高,进一步证实了温针灸治疗神经性耳鸣具有良好临床疗效及应用价值。另有研究发现,苇管灸、雷火灸、雀啄灸以及耳部熏灸疗法联合其他疗法在治疗耳鸣方面具有较好的临床疗效。钟玉梅等^[22]人将 60 例神经性耳鸣患者分别采用苇管灸配合针刺治疗为治疗组,常规针刺治疗对照组,连续治疗 4 各疗程后,治疗组总有效率为 86.7%,对照组的 73.3%,说明苇管灸配合针刺治疗神经性耳鸣疗效要优于常规针刺。宋春侠等^[23]人发现雷火灸联合声治疗对于神经性耳鸣患者临床治疗效果显著。田青乐^[24]根据临床经验发现耳部熏灸疗法结合灸法和熏法的优点,并与针刺结合可应用于治疗耳鸣疾病。姬毓娇等人^[25]研究发现雀啄灸红外治疗仪对于特发性耳鸣疗效要优于普通针刺及传统雀啄灸,能够有效缓解耳鸣严重程度及焦虑情绪。

1.5 穴位贴敷

曹汉海等^[26]将 92 例耳聋耳鸣患者为观察对象,分别采用针灸+穴位贴敷、单纯针灸进行治疗。结果发现加用穴位贴敷组总有效率明显优于未加用穴位贴敷组。程启翔等^[27]人将 90 例,随机均分为敷贴组、联合组及单纯声治疗组,敷贴组为将远红外理疗贴敷贴于患者颈部左右两侧人迎穴、扶突

穴;联合组是将王不留行籽放置于制备好的远红外贴片中央,两者结合贴于患者颈部左右两侧人迎穴、扶突穴;声治疗组则只进行声治疗,治疗 5 周后发现,敷贴组、联合组、声治疗组的总有效率分别为 73.3%、76.7%、63.3%。

1.6 耳穴压豆

王聪聪等^[28]对 37 例耳鸣患者采用王不留行籽对双侧耳廓敏感点进行耳穴压豆,结果 37 例患者中 9 例被治愈,25 例症状好转,3 例无效,总有效率为 91.89%,表明耳穴压豆对于耳鸣确实有很好疗效。廖敏芳等^[29]人发现耳穴贴压是治疗脾胃虚弱型耳鸣的有效方式,并能有效改善睡眠状况。

2 其他疗法

药物塞耳法 段建强等^[30]人根据肾精不足及肝火上扰两种证型制作出了“耳塞 0 号胶囊”和“耳塞 1 号胶囊”,主要是将中药粗粉装入空心胶囊,在胶囊的一侧使用针在胶囊的一侧顶端扎数个小孔,将有孔一侧放入外耳道口,另一侧卡在耳廓处。在治疗的 10 余例耳鸣患者中均取得了较好的疗效。五音疗法。石磊等^[31]将 78 例心神不宁型耳鸣患者,随机分为治疗组与对照组,每组 39 例。对照组选用归脾汤进行治疗,治疗组则在对照组基础上,加用五音疗法进行治疗,采用中国古典徵、角、羽、宫调式阳韵,以徵调为主,角调、羽调和宫调为辅,徵调 15 min+角调 5 min+羽调 5 min+宫调 5 min 循环播放进行治疗。治疗后发现两组患者 THI 总分、情绪性评分及功能性评分均较治疗前明显改善,其中治疗组总有效率为 66.67%,对照组为 35.89%。袁文虎^[32]选取门诊 36 例耳鸣患者,根据辨证取穴进行针刺治疗后,取患侧太阳、耳门、听宫、翳风、下关、曲泽等穴,每次选 2 穴,常规消毒后,用针向穴位中心快速点刺,再用玻璃罐用闪火法快速吸拔于点刺部位,留罐 10 ~ 15min,最后治疗总有效率为 89.9%。唐莫玲^[33]发现神经性耳鸣属实证者通过刺耳背筋脉法,刺经络循行处络脉法等刺血疗法进行治疗是一种有效的治疗手段。

推拿疗法 李京俊等^[34]将 112 例耳鸣耳聋分别

分为观察组 56 例、对照组 56 例。对照组患者接受常规药物口服治疗，观察组患者应用针灸配合推拿方法进行治疗，推拿主要诊断对翳风、听宫、耳门、听会等部位进行揉按，每次时间为 30min。治疗发现观察组总有效率为 98.2%，对照组为 85.7%，说明对耳鸣患者进行针灸配合推拿治疗，可有效缓解患者症状，提高患者生活质量与临床疗效。

3 讨论

近年来，耳鸣患者人数的持续增加，已经成为长期困扰患者和医生的一种顽固病症。据上述研究，中医外治法在治疗耳鸣方面方法众多、选择多样，不仅具有传统的针刺疗法、穴位敷贴、耳穴压丸、穴位埋线等，还有在传统疗法上挖掘出的药物塞耳法、五音疗法，给我们临床上提供了更多的思路及选择。但其也存在诸多不足：首先，中医外治法虽然方法众多，但其治疗方法未形成一个完整规范的治疗方案，在选择具体方法、穴位组成等方面具有很强的随意性，难以大规模推广应用。其次，耳鸣的中医外治法研究缺乏缺乏客观的疗效评价、流程和标准不统一、缺乏机制研究、远期疗效观察不够等等，制约了中医外治法的发展。最后，在临床上，中医外治法应用于耳鸣治疗尚不广泛，不同的医生，操作手法不相同，治疗方法不统一，患者感受不一致，临床疗效不确切等等，限制了中医外治法的应用。因此，在今后的研究中，应拓宽思路，规范中医外治法治疗耳鸣的流程和标准，开展多中心大样本研究，探索其作用机制，严格遵循实验研究的原则，使研究更具有统计学意义，制定合理的治疗方案，为耳鸣的治疗提供可靠依据。

参考文献

[1] David Jiang. 耳鸣及其美国的诊治指导方案[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2005(01):58-61.

[2] 卢兢哲, 钟萍, 郑芸. 欧洲多学科耳鸣指南: 诊断、评估和治疗[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2020,28(01):110-114.

[3] 张剑宁, 李明. 耳鸣的诊治及其与听

觉系统外疾病的关系[J]. 中华全科医师杂志, 2016,15(11):822-827.

[4] 赵永娇, 马红英, 蔡德光. 穴位埋线及穴位注射的临床和机制研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2013,22(07):784-787.

[5] 马进, 刘毅. 穴位注射与鼓室注射治疗特发性耳鸣的疗效比较[J]. 中国现代医学杂志, 2019,02:104-107.

[6] 胡伟妮. 研究颅息穴穴位注射疗法治疗耳鸣的临床疗效[J]. 首都食品与医药, 2019,26(12):194.

[7] 陈潇, 张勉, 桂雄斌, 等. 听宫穴位注射丹参注射液治疗急性主观性耳鸣临床研究[J]. 新中医, 2019,51(12):201-203.

[8] 黄丽瑶. 颅息穴位注射甲泼尼龙琥珀酸钠联合盐酸利多卡因在特发性耳鸣治疗中的应用[J]. 中外医学研究, 2021,19(02):28-30.

[9] 李宝红. 弥可保和维生素 B12 穴位注射治疗神经性耳鸣的临床疗效分析[J]. 中外女性健康研究, 2016(5):212, 207.

[10] 纪珺. 灸治疗耳鸣临床选穴述评[J]. 中医外治杂志, 2020,29(04):74-75.

[11] 张丽丽, 赵磊, 李嘉莹. 针刺“老十针”联合“四神穴”治疗神经性耳鸣临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志, 2019,34(03):1259-1262.

[12] 石磊, 冷辉, 李媛, 等. 强刺激针刺手法治疗肝气郁结型耳鸣的临床疗效研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2016,11(04):540-543.

[13] 吴赛, 毛红蓉, 张蔚. 针刺治疗耳鸣的特殊方法研究概况[J]. 湖南中医杂志, 2021,37(06):195-197.

[14] 宋文卉, 马祖彬, 贾茹. 发蒙针法治疗耳鸣案 1 则[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019,19(52):273.

[15] 温妍, 陈少宗, 杨莹萍, 等. 不同留针时间对针刺治疗耳鸣疗效的影响[J]. 中华中医药杂志, 2020,35(08):4204-4206.

(下转第 11 页)

中西医治疗萎缩性鼻炎研究进展

王子彤¹ 王嘉玺² 董叶青² 高铭媛² 黄创惠² 胡生娇² 任铁林²

【摘要】 本文从中医治疗和西医治疗两个方面总结萎缩性鼻炎中西医治疗方法的研究进展。中医治疗主要包括内服中药和中医外治法，其中外治法有鼻腔冲洗、各类滴鼻剂、软膏、蒸汽及超声雾化吸入等。西医治疗包括全身治疗：维生素治疗、微量元素治疗、雌激素替代疗法；局部治疗：鼻腔冲洗、鼻腔局部用药；手术治疗：鼻腔黏骨膜下填塞术、鼻腔外侧壁内移术、前鼻孔闭合术、腮腺导管移植术和局部自体组织鼻腔移植术等。本文对萎缩性鼻炎的治疗方法及其效果进行综述。

【关键词】 萎缩性鼻炎；综述

Research progress on the treatment of atrophic rhinitis with traditional Chinese and western medicine

WANG Zitong, WANG Jiayi, DONG Yeqing, GAO Mingyuan, HUANG Chuanghui,
HU Shengjiao, REN Tielin

【Abstract】 This paper summarizes the research progress of traditional Chinese and Western medicine treatment methods for atrophic rhinitis from two aspects of traditional Chinese medicine treatment and western medicine treatment. Traditional Chinese medicine treatment includes oral administration of traditional Chinese medicine, external treatment of traditional Chinese medicine (nasal irrigation, various nasal drops, ointment, steam and ultrasonic atomization inhalation), etc. Western medicine treatment includes systemic treatment (vitamin treatment, trace element treatment, estrogen replacement therapy), local treatment (nasal fushing, nasal topical medication), surgical treatment (nasal cavity subperiosteal packing, nasal lateral wall transposition, anterior nostril closure, parotid duct transplantation and local autologous tissue nasal transplantation) and so on. This article reviews the treatment methods and effects of atrophic rhinitis.

【Key words】 atrophic rhinitis; review

萎缩性鼻炎是一种缓慢发生的弥漫性、进行性以鼻黏膜萎缩为病理特征的炎性反应，病程长，目前无特效治疗方法。本病多发于青春期，女性多见，若其健康状况和生活条件较差，则易出现该病，给患者带来极大的痛苦和精神压力。萎缩性鼻炎在发

展中国家发病率较高，与生活水平、营养条件、地理环境、经济程度、职业状况等相关。本病病因复杂，可为原发，也可继发于鼻部炎症、有害粉尘及气体的长期刺激、鼻腔手术不当、特殊传染病。近年来随着鼻内窥镜手术的广泛开展和环境污染日益严

1 北京中医药大学东方医院耳鼻喉科，100078

2 北京中医药大学东方医院，100078

重,萎缩性鼻炎的发病率呈上升趋势。萎缩性鼻炎采取一般治疗主要包括提高营养、补充微量元素和维生素等,局部治疗主要包括鼻腔冲洗、滴鼻剂滴鼻等,治疗萎缩性鼻炎,中医和西医方法各异也各具特色,本文就近年萎缩性鼻炎的治疗方案的最新研究进展进行整理阐述。

1 中医治疗

1.1 中药内服

口服中药汤剂治疗萎缩性鼻炎不良反应少,通过辨证论治调整患者一身之阴阳,标本同治,亦可随证加减,灵活运用。

关于鼻槁的辨证论治,诸多医家未有统一论述,在此以刘蓬^[1]主编的《实用中医耳鼻喉科学》中相关分型治疗为主。燥邪犯肺主证:鼻内干燥,灼热疼痛,涕痂带血,鼻黏膜干燥,或有痂块,咽干咽痒干咳,特别在气候干燥季节,症状更加明显。舌尖红,苔薄黄少津,脉细数。治法及方药:清燥润肺,宣肺散邪。清燥救肺汤加减。常用药物:桑叶、石膏、人参、麦冬、阿胶、杏仁、火麻仁、甘草、枇杷叶等。肺肾阴虚主证:鼻干较甚,鼻衄,嗅觉减退,鼻黏膜色泽干燥,鼻甲萎缩,或有脓涕痂皮积留,鼻气恶臭。咽干,干咳少痰,或痰中带血,腰膝酸软、手足心热。舌红少苔,脉细数。治法及方药:滋养肺肾,生津润燥。百合固金汤加减。常用药物:熟地、生地、麦冬、百合、白芍、玄参、贝母、当归、甘草、桔梗等。脾气虚弱主证:鼻内干燥,鼻涕如浆如酪,头痛头昏,嗅觉减退,鼻黏膜色淡,干萎较甚,鼻腔宽大,涕痂积留。常伴纳差腹胀,倦怠乏力,面色萎黄。舌淡红,苔白,脉缓弱。治法及方药:健脾益气,祛湿化浊。参苓白术散加减。常用药物:茯苓、人参、炙甘草、山药、炒扁豆、莲子肉、砂仁、桔梗、薏苡仁等。肺胃郁热主证:鼻内干燥灼热,嗅觉不灵,鼻黏膜干红萎缩,鼻腔宽大,鼻腔可有干痂、黄绿秽涕,常伴口干、便秘、小便黄、舌质红、苔黄、脉数有力。治法及方药:清宣郁热,生津润燥。加味升麻葛根汤。常用药物:升麻、葛根、芍药、黄芩、甘草、地骨

皮、桑白皮、生地、麦冬等。若病程日久,迁延不愈,则久病入络夹瘀,根据“瘀血不去,新血不生”之理论,临证时可加活血化瘀药物,如当归、鸡血藤、桃仁、红花、丹参、路路通、水蛭、赤芍、土鳖虫之品,以活血通络,化瘀生肌。

朱其恩等^[2]运用翘荷汤加味治疗 1 例萎缩性鼻炎,用药 1 月后,治愈。郝娅妮^[3]运用养阴润肺汤治疗肺肾阴虚型鼻槁。实验组 30 例,主要以养阴润肺汤进行治疗,配合外用红霉素眼膏。对照组 30 例,服用维生素 C 和维生素 B₂,配合外用红霉素眼膏。连续观察两周,结果:实验组总有效率 83.3%,对照组总有效率 63.3%。樊银亮^[4]根据补土派原理,认为头为诸阳之会,鼻位于人体上部,皆为清阳之窍,脾主运化水谷精微及水湿,升清降浊。如脾胃虚弱,则清阳不升,浊阴不降,五官失养,邪毒留滞于鼻而致病。其运用健脾补气法治疗鼻槁,取得良好的效果。张艳红^[5]运用益气清热滋阴法治疗萎缩性鼻炎 49 例,治疗组给予益气清热滋阴中药汤剂口服,复方薄荷油外用滴鼻,对照组予维生素 AD 胶囊,复合维生素 B 片口服,复方薄荷油外用滴鼻。连续观察 21 天,结果:治疗组总有效率 91.84%,对照组 75%,中药治疗效果明显。

1.2 中医外治

中医注重整体概念,内外结合,故中医外治法也占据重要地位。现代研究表明,鼻腔黏膜下血管丰富,药物吸收迅速,起效快,无肝脏首过效应,受蛋白水解酶影响小,故鼻腔局部给药是有效治疗途径。主要包括:鼻腔冲洗、各类滴鼻剂、软膏、蒸汽及超声雾化吸入等。

1.2.1 各类软膏

京万红软膏是治疗萎缩性鼻炎时较为常用的药物。其能明显减少淋巴细胞和中性粒细胞浸润,抑制细菌生长繁殖,增强患者局部免疫功能,并能明显降低致病菌的致病性和毒性。

李欣^[6]应用京万红软膏涂鼻对比口服抗生素、维生素及葡萄糖滴鼻治疗萎缩性鼻炎,经为期两个月的治疗,治疗组患者显效 57 例,有效 40 例,无

效 3 例, 总有效率为 97%; 对照组患者显效 35 例, 有效 46 例, 无效 19 例, 总有效率为 81%。说明京万红软膏能明显提高治疗萎缩性鼻炎的疗效, 有一定临床价值。张洁瑕^[7]等人应用院内制剂全蝎软膏涂鼻对比红霉素眼药膏治疗燥邪伤阴型鼻槁, 全蝎软膏的治愈率为 43.3%, 总有效率达 83.3%; 而红霉素眼药膏的治愈率为 20%, 总有效率为 63.3%。全蝎软膏由全蝎、蜈蚣、冰片及凡士林加工而成, 可清热解毒, 祛瘀生新, 消肿止痛, 治疗燥邪伤肺型鼻槁方法简单, 治愈率高, 无痛苦。研究表明^[8], 生肌玉红膏有去腐生肌、消肿止痛、和血止血等功效, 治疗萎缩性鼻炎具有较好疗效。应用时将生肌玉红膏油纱片贴敷于患者中鼻甲、下鼻甲黏膜表面, 使药物直接接触鼻黏膜, 作用直接并持久。生肌玉红膏可有效改善鼻腔局部营养状况, 修复黏膜, 刺激腺体分泌, 促进溃疡面愈合。

1.2.2 鼻腔灌洗

严红^[9]应用“鼻渊合剂”灌洗鼻腔, 对照组则用生理盐水冲洗, 治疗鼻槁患者 11 例, 总有效率为 90.91%。药物组成为: 鱼腥草 20g、生地黄 15g、金荞麦 10g、蜂房 10g、藿香 10g、苍耳子 8g、辛夷 8g、夏枯草 5g、焦山栀 5g、路路通 5g、炙甘草 5g、白芷 5g。该疗法可缩短鼻腔黏液纤毛传输时间, 促进鼻黏膜纤毛运动功能的恢复。

1.2.3 中药熏蒸

程需新^[10]采用鱼腥草祛腐生肌汤进行中药熏蒸结合微波鼻腔局部照射治疗, 对比生理盐水冲洗鼻腔、维生素口服及 1% 链霉素溶液及 1% 复方薄荷樟脑油交替滴鼻治疗萎缩性鼻炎患者 98 例, 经随访患者半年以上, 结果发现, 实验组总有效率为 91.18%, 对照组总有效率为 80.00%, 说明中药熏蒸通过热和药的双重作用可加快血液循环, 促进新陈代谢。

1.2.4 雾化吸入

传统中医学中“熏法”能疏筋通脉、清热祛风, 但作用不持久, 药液冲洗鼻腔时同样存在药物停留时间短, 利用率低的特点, 而超声雾化吸入利用超

声波使液体变为微小的雾滴, 随呼吸可均匀分布到鼻腔黏膜, 作用直接, 吸收快, 生物利用率高。叶上珠^[11]应用辛苍液超声雾化吸入治疗鼻槁患者 60 例, 具体方法为辛苍液(组成: 辛夷、苍耳子、金银花、鱼腥草、薄荷、黄芩、牛蒡子等)超声雾化吸入鼻腔, 每次 15 分钟, 每天 1 次, 8 天为 1 疗程。结果显示治疗组总有效率 95%。

1.2.5 滴鼻油

韩桂亭^[12]等人, 应用复方苍耳油合并西药相结合治疗萎缩性鼻炎, 方法为: 每天滴复方苍耳油 3 到 4 次, 一个月为一疗程, 持续 2 到 4 个疗程, 期间配合口服抗生素及维生素 A、D、E。累计治疗 368 例患者, 取得较好疗效, 总有效率达 89.4%。

2 西医治疗

2.1 全身治疗

主要包括补充维生素和微量元素, 改善生活和工作环境从而达到治疗目的。

2.1.1 维生素治疗

维生素 A、B、C、D、E 均可使用, 其中维生素 A、B₂、C、E 疗效较好。维生素 A: 可以保护黏膜, 促进恢复上皮的完整性, 有助于防止组织感染等作用; 维生素 B₂: 能促进细胞、黏膜及皮肤新陈代谢, 加快其更新速度; 维生素 C: 可增加血管的致密度, 通过发挥其抗氧化作用以维持组织细胞的正常新陈代谢。

2.1.2 微量元素治疗

含铁、锌等微量元素的复方制剂对萎缩性鼻炎有一定疗效。罗耀俊^[13]等测定 47 例萎缩性鼻炎患者的血清铁含量, 结果表明患者鼻黏膜萎缩的程度与其缺铁程度呈正相关。锌参与细胞中 DNA 和 RNA 的合成, 可增加创伤组织中的胶原物质, 抑制肉芽组织形成, 促进创面愈合。高国芬^[14]等用一康灵(以锌为主的微量元素制剂)治疗萎缩性鼻炎患者 326 例, 有效率达 91.10%, 下鼻甲增长率为 55.21%, 且患者症状明显缓解。

2.1.3 雌激素替代疗法

有研究发现鼻腔黏膜的增生与萎缩和其表面广

泛分布的雌激素受体有关,且雌激素替代治疗对本病有一定效果。

2.2 局部治疗

2.2.1 鼻腔冲洗

冲洗鼻腔临床常用于鼻窦炎及其术后的治疗,现在该方法也广泛应用于其他鼻部疾病,如:过敏性鼻炎、干燥性鼻炎以及萎缩性鼻炎等。冲洗的目的在于清洁鼻腔,减轻脓痂导致的慢性炎症,湿润鼻腔,缓解鼻腔干燥感,减少异味,刺激萎缩的鼻粘膜使之活跃,恢复黏膜和纤毛的生理功能。临床中常用的冲洗液有温热的生理盐水,1:2000~5000高锰酸钾溶液,生理盐水中加入抗生素的冲洗液等。传统冲洗方法需要将冲洗液悬挂于吊架上,需要在医院由医护人员协助进行,过程繁琐。现多采用鼻腔冲洗器,患者可随时使用,操作方便。具体操作方法为:用接近体温的洁净水配置护理液,将喷头插入一侧鼻腔,注意喷嘴方向勿朝向鼻中隔,冲洗时身体前倾头部微垂,张开嘴呼吸,使液体从另一侧鼻腔流出,持续挤压不要停顿,直至冲洗完成,拔出后取下喷头。冲洗另一侧鼻腔前,清洗器具,以同样方法进行冲洗,冲洗完成后轻擤鼻涕,微波消毒器械。

2.2.2 鼻腔局部用药

应用各类软膏,滴鼻剂直接作用于鼻腔黏膜,起到抑制细菌生长、促进黏膜血液循环、刺激腺体分泌和保持鼻腔湿润等作用。

人表皮生长因子(hEGF):人表皮生长因子为可促进上皮细胞生长的活性肽,它能与靶细胞中的受体相结合,增强表皮细胞活性、促进上皮细胞、内皮细胞和表皮细胞增殖,从而发挥改善鼻腔黏膜微循环,促进黏膜修复的作用。尤景敏^[15]等将表皮生长因子运用于萎缩性鼻炎的治疗,疗效显著。

贝复剂(碱性成纤维细胞生长因子):该物质由美国科学家Gospodarowicz于1947年从牛的垂体中分离而得,是一种多功能细胞生长因子,可与相应受体结合诱导炎症细胞、激活巨噬细胞起到抑菌作用。其促进细胞增殖功能可使萎缩的鼻腔黏膜得到

修复,鼻甲变大,嗅觉神经纤维再生。熊世珍^[16]等应用贝复剂治疗萎缩性鼻炎患者78例,随访1~3年,总有效率达85.9%。

康复新液:康复新液中含有美国大蠊虫干燥虫体提取物,含多种活性物质,可提高免疫功能、修复破损创面、促进坏死物脱落以及改善微循环。根据这些药理作用,熊世珍等使用康复新液联合鼻腔冲洗治疗萎缩性鼻炎总有效率为86.36%。

复方碘薄荷液:其中含碘、薄荷、液体石蜡以及樟脑。碘为消毒防腐药,对鼻腔中由臭鼻杆菌、金葡菌等造成的炎症反应有较好控制作用。薄荷和樟脑可刺激神经末梢,促进腺体分泌。石蜡油起到保湿,保护鼻黏膜作用。吴先光^[17]等治疗本病采用复方碘薄荷液棉片湿敷于双侧下鼻甲,联合He-Ne激光照射和复方丹参液下鼻甲注射,患者临床症状明显改善,鼻腔黏膜中杯状细胞、腺体、纤毛柱状细胞数量增加,形态趋于丰满、整齐,黏膜下血管计数明显增加。

2.3 手术治疗

保守治疗无效者可采取手术治疗,目的为缩窄鼻腔、减少通气量、降低水分蒸发、减轻鼻腔干燥结痂。手术方法有:鼻腔黏骨膜下填塞术、鼻腔外侧壁内移术、前鼻孔闭合术、腮腺导管移植术和局部自体组织鼻腔移植术等等。

2.3.1 鼻腔黏骨膜下填塞术

鼻腔黏骨膜下填塞术是缩窄鼻腔常用的方法,可减少通气量、减轻气流对下鼻甲的刺激、防止鼻腔黏膜干燥,从而恢复鼻腔正常结构与功能。填塞材料有人工生物陶瓷、自体骨或软骨、塑料制品等。曹冠辉^[18]等采用鼻腔内同种异体骨植入塑填下鼻甲术治疗萎缩性鼻炎患者23例,总有效率达95.56%,下鼻甲重塑后能使鼻腔气流导向得到显著恢复,促进鼻腔黏膜生理功能的恢复;植入材料属于同种异体人骨组织,利用骨传导以及骨诱导功能和患者骨相融合,演变为人自体骨组织,不需进行血清学配型和使用免疫抑制剂;在鼻内窥镜下行微创手术,减轻对正常鼻腔黏膜得损伤,视野清晰,

植入位置准确。赵永光^[19]运用组织工程学方法骨髓间充质干细胞重构鼻甲手术治疗萎缩性鼻炎取得良好临床治疗处置效果。Goldenberg^[20]以及 shenoy^[21]等分别采用塑料溶胶和丙烯酸树脂填塞治疗萎缩性鼻炎,疗效可靠,未见并发症。喻继康^[22]应用羟基磷灰石微粒人工骨种植治疗萎缩性鼻炎患者 10 例,疗效满意。羟基磷灰石微粒为骨组织重要成份,其致密不吸收、生物相容性好、无排斥反应、能诱导新骨生成以及细胞毒性极低等特点,使其成为一种良好的填充物。

2.3.2 鼻腔外侧壁内移术

鼻腔外侧壁内移术是早期治疗萎缩性鼻炎的方法,其可使鼻腔外侧壁内移 5-8mm,严重病例还可以在黏膜下加垫填塞物,达到缩窄鼻腔的目的,但创伤大,反应重,且内移的侧壁可逐渐恢复到原位,疗效不佳,特别是术前鼻腔宽度大于 9mm 者,效果较差。上颌窦腔及内壁面积小或缺损者不宜行该手术。术前鼻窦 CT 检查可预知手术效果,十分必要。黄选兆^[23]等应用白合金有机玻璃片为固定物治疗萎缩性鼻炎 32 例,疗效显著,术后经 5 ~ 15 年随访,有效率达 88.24%。

2.3.3 前鼻孔闭合术

前鼻孔部分或全部闭塞手术治疗萎缩性鼻炎,其方法大同小异。研究表明,前鼻孔部分闭塞手术效果有保证,且保留直径 3mm 的腔隙,使患者可经鼻呼吸,成为此类主流术式。但前鼻孔部分缩窄术会导致患者术后鼻腔内结痂清理困难,需要二次手术扩大前鼻孔。杨滨^[24]等通过让患者佩戴鼻前庭模以缩小前鼻孔治疗萎缩性鼻炎 24 例,经 1 年以上随访,显效 21 例,有效 3 例;鼻前庭模由硅胶制成,制作容易,佩戴方便,不影响面部外观,价格便宜,疗效显著。刘文通^[25]等运用鼻中隔前置-鼻内孔缩窄术治疗萎缩性鼻炎总有效率达 96.88%,该术式增加了鼻中隔前部厚度,使鼻内孔缩窄,有效地减少气流中的湍流成分,减少鼻黏膜的水份蒸发,同时阻挡了外界干燥寒冷空气对鼻腔黏膜的直接刺激,进而改善了鼻腔生理环境,促进鼻腔黏膜

的修复及再生。

2.3.4 腮腺导管移植术

腮腺导管移植术的目的为将腮腺分泌液导入鼻腔,借以湿润萎缩的鼻腔黏膜,从而恢复其功能。腮腺的分泌物中无粘液及粘蛋白,与鼻腔分泌物成分无明显差异。不同的是唾液腺中含有酵素。该手术的缺陷为操作不便,术后易导致腮腺炎及腺管狭窄。秦永彦报告将腮腺导管移植入上颌窦腔或鼻腔,经随访观察,效果较好。该手术方法经多次改进,最后将腮腺导管开口处做方形黏膜瓣,可延长导管长度,在上颌窦的外前壁造口后进入上颌窦腔。

2.3.5 局部自体组织鼻腔移植术

局部自体组织鼻腔移植术常用的自体移植术有:腭扁桃体、颊肌、髂骨、肋软骨、腹部脂肪。采用自体移植术后,或多或少会影响供区功能,其主要并发症有供区组织感染、局部畸形、长期疼痛^[26]。长期以来,自体带蒂颊肌瓣作为移植术在萎缩性鼻炎的手术治疗中的应用报道较多,王晓燕^[27]发现,自体带蒂颊肌瓣鼻底转移术治疗本病取材于同一区域,操作简单;移植术有韧性,无排斥反应,手术成功率高;术后鼻腔黏膜完整,能经鼻呼吸;肌瓣血运好,可改善局部营养状况,促使鼻黏膜功能的恢复。张庆泉等^[28]应用带蒂唇龈沟黏膜及黏膜下组织瓣,移植入纵形切开的下鼻甲前端,可使鼻腔缩窄,且鼻部血流显著增加,缓解了患者的临床症状和改善了鼻腔血液循环,是治疗萎缩性鼻炎的有效方法。

3 小结

萎缩性鼻炎相当于中医学中的“鼻槁”。该病虽不致命,但其给患者带来的长期鼻干、鼻塞等症影响正常生活,故需要耳鼻咽喉科医师提起重视。对于本病的治疗,目前西医治疗包括口服维生素、冲洗鼻腔、各类滴鼻剂、手术等,中医可根据辨证论治原则给予口服汤药,也可选择中药制剂的滴鼻剂、软膏、蒸汽雾化吸入等,因鼻腔黏膜血供丰富,药物吸收快,全身不良反应小,故中医外治法成为治疗本病的特色,临床工作中应根据患者具体情况选

择不同治疗方法。中西医结合是当前诊疗的主要模式，也是今后的发展趋势，应充分发挥两种学科各自在其诊断、治疗方面的优势，取长补短。

参考文献

[1] 刘蓬. 实用中医耳鼻喉科学 [M]. 中国中医药出版社, 2020: 402-404.

[2] 朱其恩, 蔡春江, 王颖等. 翘荷汤加味治疗鼻异味症 1 例 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2015, 23 (6): 470, 473.

[3] 郝娅妮. 养阴润肺汤治疗肺肾阴虚型干燥性鼻炎的临床观察 [D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2012.

[4] 樊银亮. 健脾补气法治疗耳鼻喉疾病临床体会 [J]. 中医临床研究, 2016, 8 (26): 132-133.

[5] 张艳红, 靳明慧. 益气清热滋阴法治疗萎缩性鼻炎 49 例临床研究 [J]. 江苏中医药, 2016, 48 (6): 41-43.

[6] 李欣. 京万红软膏治疗萎缩性鼻炎 100 例临床疗效分析 [J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(10):110-111.

[7] 张洁瑕, 周凌. 全蝎软膏治疗燥邪伤肺型鼻槁 120 例临床观察 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2016, 24(02):131-132+125.

[8] 张金峰, 申娜, 周连仲, 等. 软膏在鼻科应用中的研究进展 [J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(01):142-144+148.

[9] 严红. 中药鼻腔灌洗疗效 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(19):149-150.

[10] 程需新. 中药熏蒸加微波理疗治疗萎缩性鼻炎 68 例临床观察 [J]. 实用中西医结合临床, 2012, 12(05):72.

[11] 叶上珠. 辛苍液超声雾化治疗干燥性鼻炎的疗效观察 [J]. 蛇志, 2012, 24(04):383-384.

[12] 韩桂亭, 房学贤, 刘林, 等. 复方苍耳油治疗萎缩性鼻炎 368 例临床观察 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2005(06):345.

[13] 罗耀俊, 郭玉德. 萎缩性鼻炎的治疗进展

[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 1990(04):243-245.

[14] 高国芬, 刘尚安. 补锌治疗萎缩性鼻炎 326 例疗效分析 [J]. 广东微量元素科学, 2001(02):44-46.

[15] 尤景敏, 汪建, 彭华等. 表皮生长因子治疗萎缩性鼻炎的效果观察 [J]. 广东医学, 2003(10):1057.

[16] 熊世珍, 程永华, 彭易坤. 贝复剂治疗萎缩性鼻炎 78 例疗效分析 [J]. 贵州医药, 2006(08):760.

[17] 吴先光, 康炜骠, 何淑华, 等. He-Ne 激光加复方丹参联合治疗萎缩性鼻炎的病理学观察 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2005(02):73-75.

[18] 曹冠辉, 吴丽娟, 李小平. 鼻腔内同种异体骨植入充填下鼻甲术治疗萎缩性鼻炎临床研究 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(61):121+124.

[19] 赵永光. 骨髓间充质干细胞重构下鼻甲治疗萎缩性鼻炎的疗效探讨 [J]. 全科口腔医学电子杂志, 2016, 3(10):106-107.

[20] David Goldenberg, Joshua Danino, Aviram Netzer, Henry Zvi Joachims. Plastipore implants in the surgical treatment of atrophic rhinitis [J]. Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 2000, 122(6):794-797.

[21] Vidya Kamalaksh Shenoy, Pratheek Shetty, Bhaskar Alva. Pin hole nasal prosthesis: A clinical report [J]. The Journal of Prosthetic Dentistry, 2002, 88(4):359-361.

[22] 喻继康. 羟基磷灰石微粒人工骨种植治疗萎缩性鼻炎的初步观察. 耳鼻喉学报, 1992, 6(4): 225.

[23] 张庆泉, 主编. 耳鼻咽喉学研究进展. 济南: 山东科技出版社, 1994.84.

[24] 杨滨, 曾强, 卢永德. 鼻前庭模治疗萎缩性鼻炎 24 例报告 [J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2000(03):136-137.

[25] 刘文通, 张娟, 岳绍伟. 鼻中隔前置 - 鼻内孔缩窄术治疗萎缩性鼻炎的疗效观察 [J]. 宁夏医科大学学报, 2017, 39(1):83-84.

[26] Tropel Philippe, Noël Danièle, Platet Nadine,

LegrandPierre,Benabid Alim-Louis,Berger François. Isolation and characterisation of mesenchymal stem cells from adult mouse bone marrow.[J]. Experimental cell research,2004,295(2):395-406.

[27] 王晓燕. 颊肌瓣充填鼻底治疗萎缩性鼻炎

的疗效观察[J]. 锦州医学院学报,2005,26(6):65.

[28] 张庆泉,等. 唇龈沟粘膜瓣下鼻甲成形术治疗萎缩性鼻炎. 中华耳鼻咽喉科杂志,1995,30(4):251.

(上接第 4 页)

[16] 陈志勇. 电针治疗耳鸣临床观察[J]. 实用中医药杂志,2021,37(01):119-120.

[17] 王凯廷,韩梅. 揠针疗法在耳鼻咽喉疾病中的研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(22):153.

[18] 何中美,李玲珑,张锋,等. 揠针治疗耳鸣临床观察[J]. 实用中医药杂志,2019,35(03):349-350.

[19] 张晴晴,赵翊,冯秀婷. 穴位埋线治疗神经性耳鸣 30 例[J]. 中国民间疗法,2017,25(09):25.

[20] 周晓明,史莹莹,虞定鹏,等. 第二掌骨全息穴位埋线治疗耳鸣的临床研究[J]. 上海针灸杂志,2016,35(3):306-307.

[21] 王月梅. 捏鼻鼓气联合温针灸治疗神经性耳鸣的临床疗效及有效性分析[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2021,36(03):31-33.

[22] 钟玉梅,赵征宇,成博,等. 苇管灸配合针刺治疗神经性耳鸣临床观察[J]. 上海针灸杂志,2019,38(08):892-897.

[23] 宋春侠,权兴苗,时菁静,等. 雷火灸联合声治疗对神经性耳鸣疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2019,38(05):525-528.

[24] 田青乐. 耳部熏灸法治疗耳部疾病医案三则[J]. 贵阳中医学院学报,2016,38(01):57-58.

[25] 姬毓娇,王丽华,胡蓉,等. 雀啄灸红外治疗仪治疗特发性耳鸣临床研究[J]. 亚太传统医药,

2019,15(06):150-152.

[26] 曹汉海,代秀丽,王艳. 针灸配合穴位贴敷治疗耳聋耳鸣的疗效探讨[J]. 中医临床研究,2016,8(21):93-94.

[27] 程启翔,纪波波,李明. 远红外理疗贴穴位敷贴联合声治疗干预特发性耳鸣临床观察[J]. 光明中医,2020,35(14):2185-2187.

[28] 王聪聪,薛奎情,盛洁. 耳穴压豆法治疗耳鸣 37 例[J]. 心理医生,2017,23(6):99-100.

[29] 廖敏芳,曾方兰,陈秀峰. 耳穴贴压在治疗脾胃虚弱型耳鸣中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育,2017,15(12):127-129.

[30] 段建强,余亚兰,宋虎杰. 辨证施用耳塞胶囊治疗耳鸣、耳聋经验介要[J]. 临床医学研究与实践,2018,3(17):116-117.

[31] 石磊,李媛,曲中源,等. 五音疗法联合归脾汤治疗心神不宁型耳鸣临床疗效研究[J]. 中华中医药学刊,2017,35(11):2791-2794.

[32] 袁文虎. 针刺配合刺血拔罐治疗耳鸣 36 例[J]. 实用中医药杂志,2019,35(10):1260.

[33] 唐莫玲. 刺血疗法治疗神经性耳鸣浅析[J]. 中国民间疗法,2020,28(10):93-94.

[34] 李京俊,张艳. 针灸配合推拿治疗耳鸣耳聋的临床疗效分析[J]. 中国农村卫生,2019,11(20):81-83.

肺气虚型变应性鼻炎患者黏膜组织中白细胞介素 - 33 的表达及意义 *

柳普照¹ 柴峰² 陈文明²

【摘要】 **目的** 观察肺气虚型变应性鼻炎 (AR) 患者鼻黏膜组织中白细胞介素 - 33 (IL-33) 的表达与嗜酸性粒细胞 (Eos) 的浸润情况, 探讨 IL-33 与 Eos 在其发病中作用及相关性。**方法** 采用免疫组织化学 ELISA 法分别检测肺气虚型 AR 患者 (观察组) 15 例和单纯鼻中隔偏曲患者 (对照组) 16 例的鼻黏膜组织中 IL-33 的表达情况; 苏木精 - 伊红染色下观察炎性细胞浸润程度并对 Eos 计数; 全血细胞分析法测定两组患者血液中嗜酸性粒细胞含量。**结果** (1) 肺气虚型 AR 患者鼻黏膜组织中上皮层及间质内 Eos、中心粒细胞为主的炎性细胞及部分腺体内有 IL-33 的表达; (2) 观察组 IL-33 阳性细胞数、Eos 计数均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。Eos 计数与 IL-33 阳性细胞数在 AR 中存在正相关性 ($P < 0.05$)。**结论** IL-33 是一种新型的细胞因子, 在肺气虚 AR 患者体内高表达, 可能与嗜酸性粒细胞浸润互相促进, 在 AR 发生发展中具有重要的作用。

【关键词】 肺气虚型变态反应性鼻炎; 白细胞介素 -33; 嗜酸性粒细胞

Expression and significance of interleukin-33 in mucosa of patients with pulmonary qi deficiency type allergic rhinitis

LIU Puzhao¹, CHAI Feng², CHEN Wenming²

(1. Henan Province Hospital of TCM (The Second Affiliated Hospital of Henan University of TCM), Zhengzhou 450002, 2. The First Affiliated Hospital of Henan University of TCM, Zhengzhou 450003)

[Abstract] Objective To observe the expression of interleukin-33 (IL-33) and the infiltration of eosinophils (Eos) in nasal mucosa of patients with pulmonary qi deficiency type allergic rhinitis (AR), and to explore IL-33 and The role and relevance of Eos in its pathogenesis. **Methods** Immunohistochemical ELISA was used to detect the expression of IL-33 in nasal mucosa of 15 patients with pulmonary qi deficiency type AR (observation group) and 16 patients with simple nasal septum deviation (control group). Inflammatory cell infiltration and Eos count were observed by hematoxylin-eosin staining, and eosinophil content in blood was measured by whole blood cell anal-

*2016 年度河南省中医药科学研究专项课题, 项目编号: 2016ZY2064, IL-33 在肺气虚型变应性鼻炎炎症中的分子机制及宣肺益气法调控研究。

1 河南中医药大学第一附属医院, 郑州 450003
2 河南省中医院 (河南中医药大学第二附属医院), 郑州 450002

ysis. **Results** (1) The expression of IL-33 in the epithelial and interstitial Eos, central granulocyte-based inflammatory cells and some glands in the nasal mucosa of patients with pulmonary qi deficiency type AR; (2) observation group IL-33 The number of positive cells and Eos count were higher than the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). There was a positive correlation between Eos count and IL-33 positive cells in AR ($P < 0.05$). **Conclusion** IL-33 is a novel cytokine, which is highly expressed in AR patients and may promote mutual infiltration with eosinophils. It plays an important role in the development of AR.

[Key words] Pulmonary qi deficiency type allergic rhinitis; Interleukin-33; Eosinophils

变态反应性鼻炎 (allergic rhinitis, AR) 是鼻黏膜的 I 型 (速发型) 变态反应性疾病, 属于中医“鼻鼽”范畴, 从临床实践中发现患者以虚证居多, 其中又以肺气虚证占大部分^[1]。白介素 - 33 (Interleukin-33, IL-33) 是一种炎性因子, 与多种慢性变态反应性炎症性疾病有关, 在哮喘的发生发展中起着重要的作用^[2], 基于“同一气道, 同一疾病”理论, 而有关于其在 AR 中的表达未见报道。本研究通过检测 IL-33 在鼻粘膜组织的表达水平, 并与 Eos 浸润进行相关性分析, 以探讨 IL-33 在肺气虚型 AR 患者发病过程中的可能作用机制。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2016 年 12 月 ~ 2018 年 12 月年河南省中医院、河南中医学院第三附属医院耳鼻咽喉科的门诊和住院病人为研究对象, 入选标准: (1) 年龄 18~60 岁; 性别不限; (2) 按照《变应性鼻炎诊断和治疗指南 (2015 年, 天津)》(中华医学会耳鼻咽喉头颈外科分会) 中 AR 的诊断标准, 患者处于典型发作期; (3) 肺气虚型^[3]: 主症 (应至少 2 项): 鼻塞、鼻痒、喷嚏频频、清涕如水; (3) 次症: 畏风怕冷、自汗、气短懒言、语声低怯、面色苍白; (4) 舌脉: 舌质淡、苔薄白、脉虚弱; (4) 3 天内未接受抗组胺药物治疗, 且 2 周内未用皮质激素者; (5) 经检查除鼻炎外, 无其他有可能影响试验的疾病, 如上呼吸道感染、鼻息肉、鼻窦炎。(6) 所有入选病例均已知情同意, 本研究已获得河南省中医院伦理委员会批准。其中 AR 患者 15 例 (因鼻中隔偏曲而行矫正手术的肺气虚型变应性鼻炎患者) 为观察组,

男 5 例, 女 10 例; 年龄 18 ~ 60 岁, 平均 37.8 岁。单纯鼻中隔偏曲患者 16 例为对照组, 男 9 例, 女 7 例; 年龄 20 ~ 56 岁, 平均 32.6 岁。两组患者的年龄及性别构成经统计学检验具有可比性。

1.2 研究方法

1.2.1 试验试剂 采用人 IL-33 ELISA 试剂盒 (北京博奥森有限公司生产) 严格按照说明书进行操作, 每个待测样本均设置副孔。二、三抗, 生物素化山羊抗兔, 辣根酶标记链卵白素 (北京中山金桥生物技术有限公司)。

1.2.2 标本收集 (1) 血液: 于患者入院第 2 天清晨抽取 6 ml 肘静脉血, 3 ml 用于全血细胞分析; 3ml 室温凝固 30 min, 离心取血清置 -20℃ 保存。(2) 组织: 两组患者均于术中取鼻黏膜组织置于 4% 甲醛固定, 制成石蜡块包埋、切片。

1.2.3 检测方法 (1) IL-33 的检测。采用免疫组织化学染色法: 切片脱蜡, 蒸馏水冲洗, PBS 浸泡 5min, 3% H_2O_2 去离子水孵育 5 ~ 10 min。浸入 0.01 mol/L 枸橼酸盐缓冲液 (pH 6.0), 高压 3 min, 冷却后 PBS 洗涤。加封闭抗原室温孵育 10 min, 低价 1:1200 稀释液的兔抗人 IL-33 多克隆抗体, 4℃ 过夜, PBS 冲洗 3 min × 3 次; 滴加生物素化山羊抗兔 1:1200 于 37℃ 孵育 30 min, PBS 冲洗 3 次, DBA 显色剂显色, 自来水冲洗。苏木精复染 3 min, 脱水, 透明, 树胶封片。(2) Eos 的检测。采用苏木精 - 伊红染色方法: 显微镜下观察炎性细胞浸润情况, 并在高倍视野下对 Eos 进行计数。

1.3 判定标准

(1) 苏木精 - 伊红染色 Eos 计数方法: Eos 光镜

400 倍下见细胞质染为粉红色，细胞多呈圆形且体积相对较大，深蓝色分叶或肾形双核；随机选择 5 个高倍镜（×400）视野数 Eos，取平均值代表该样本 Eos 计数。(2) 免疫组化标准：采用 Fromowitz 等^[4]提出的阳性半定量法：胞质内出现棕黄色颗粒视为 IL-33 阳性表达。选择背景清晰、阳性表达明显的 5 个部位，高倍视野（×400）进行观察，分 4 级判定强度并计分：0 分：无染色；1 分：浅黄色；2 分：棕黄色；3 分：黄褐色。阳性细胞百分数判定：每个视野计数 100 个细胞，取平均值：0 分：阳性细胞百分数 < 5%；1 分：5% ~ 25%；2 分：26% ~ 75%；3 分：> 75%。将染色强度与阳性细胞百分数分值相加即为切片各指标最终得分：0 ~ 1 分为阴性（-），2 分为弱阳性（+），3 ~ 4 分为阳性（++），5 ~ 6 分为强阳性（+++）。2 分以上计为阳性表达。

1.4 统计学处理

采用 SPSS18.0 统计软件进行统计学分析，采用 Mann - Whitey U 非参数检验 IL-33 的表达程度，采用 χ^2 检查分析 IL-33 的表达阳性率，Spearman 等级相关分析 IL-33 细胞表达与嗜酸性粒细胞浸润程度的相关性，以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 IL-33 表达情况

免疫组化结果：所有切片染色背景清晰，IL-33 在 AR（观察组）上皮层表达明显，主要在间质的炎性细胞中；对照组不表达或表达较弱。见图 1、2。在高倍镜下观察组表达阳性率为 80.2%，高于对照组的 8.4%，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。Mann - Whitey U 检验示 IL-33 在 AR 组织表达程度高于对照组（ $P < 0.05$ ）。

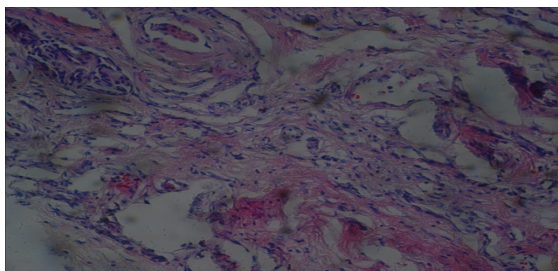


图 1

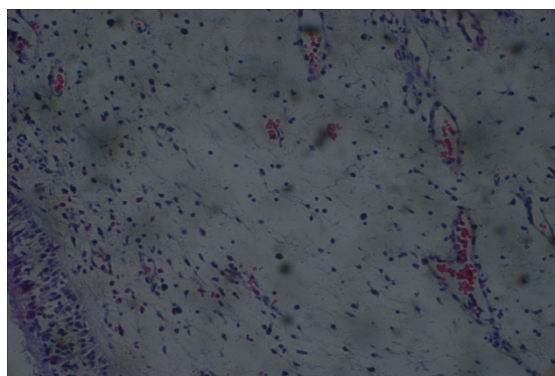


图 2

2.2 Eos 表达情况

苏木精 - 伊红染色结果：光镜下见 AR（观察组）上皮层及间质内以 Eos 为主，伴少量中性粒细胞、淋巴细胞、浆细胞等；对照组则有少量或无明显 Eos 细胞浸润。见图 3、4。在高倍镜下，观察组（ 21.03 ± 10.15 ）高于对照组（ 9.21 ± 2.78 ），差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。血液 Eos 水平：观察组为（ 2.95 ± 3.02 ） $\times 10^8/L$ ，对照组为（ 2.78 ± 2.29 ） $\times 10^8/L$ ，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

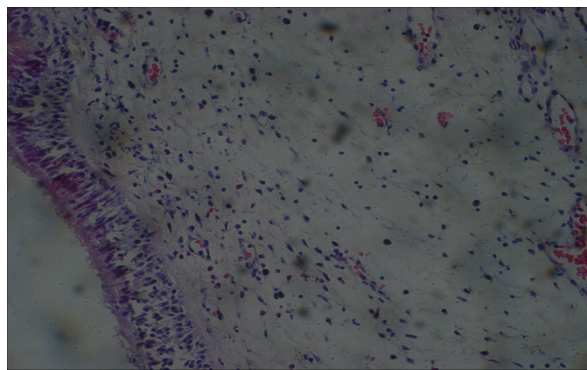


图 3

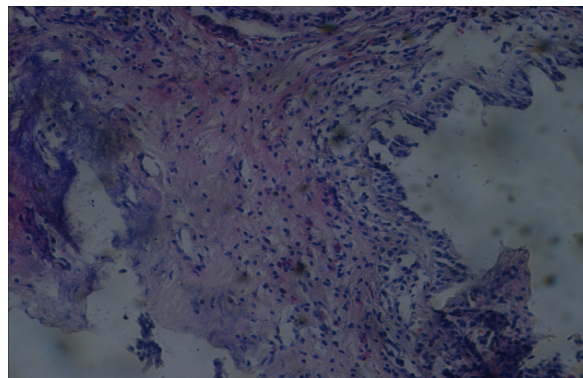


图 4

2.3 相关性分析

Spearman 等级相关显示, AR 组织中 Spearman 表达与 Eos 浸润程度呈正相关趋势 ($r = 0.642, P < 0.05$)。

3 讨论

变应性鼻炎,在中医属于“鼻鼽”的范畴,多因肺、脾、肾虚损,感受风寒或异气而诱发。临床中患者以虚证居多,其中又以肺气虚证占大部分,肺气虚寒,正气不足,腠理疏松,卫表不固,邪气侵袭,寒邪束于皮毛,阳气无从泄越,故喷而上出为嚏;肺受寒邪,肺气失宣,则鼻窍不利而为鼽。《诸病源候论》言:“肺气通于鼻,其脏有冷,冷随气入乘于鼻,故使津涕不能自收”。肺气虚型是变应性鼻炎最常见也是最早期的表现,肺主皮毛,肺气强盛,则皮毛卫外的功能正常,风寒之气不易侵入鼻窍,从五行关系上,肺为金,土生金,肺气有赖于脾气的充实,脾气虚,肺气也虚。气之根在肾,肾虚则摄纳无权,气不归元,阳气易于耗散,风邪得以内侵致病。变应性鼻炎和肺脾肾关系密切,我们研究肺气虚的可以进一步防止证型的传变,同时刘福太等^[1]的研究显示:伊犁地区患者以肺气虚寒型最高(69.10%)。所以本研究我们选取肺气虚型变应性鼻炎作为研究对象。

IL-33 是近年发现的 IL-1 家族第 11 个炎性细胞因子,可由免疫细胞与非免疫细胞产生,IL-33 可促进 Th2 细胞产生,并释放 IL-4、IL-13 等 Th2 细胞因子。ST2 位于人体 2 号染色体,是 IL-33 的配体,基因转录成 mRNA 后经过剪切,翻译成跨膜型的 ST2L 与 IL-1 受体辅助蛋白结合形成受体复合物,再与 IL-33 结合后产生 TH2 相关因子,参与 TH2 细胞免疫应答,而 AR 正是由 Th2 细胞介导的 I 型变态反应。IL-33 具有双重作用^[5],既可作为可溶性细胞因子调节 TH2 型免疫反应,刺激肥大细胞产生前炎性因子,又可作为核因子调控基因转录。IL-33 在呼吸道、消化道等与外界接触的黏膜系统中表达较高,当创伤和感染引起内皮细胞和上皮细胞损伤时,坏死细胞释放的 IL-33 可作为警报素,向机体

免疫系统发出警报^[6]。IL-33 对疾病发挥着前炎性因子的作用,又具有抗炎作用,参与多种炎症性疾病,如哮喘、变应性皮炎、肠炎等,其表达也与这些疾病的严重性相关。支气管哮喘与变应性鼻炎在病因学、发病机制等方面极为相似,并与鼻息肉的发生发展密切相关。IL-33 可能通过众多的细胞因子和炎症递质参与 AR 的发病过程。IL-33 在鼻-鼻窦炎伴鼻息肉患者体内高表达,可能与嗜酸性粒细胞浸润互相促进,在鼻-鼻窦炎伴鼻息肉发生发展中具有重要的作用^[7]。本研究 AR 患者 IL-33 水平高于健康人群也可说明 IL-33 与 AR 相关。

IL-33 对嗜酸粒细胞的作用是通过诱导产生细胞因子和趋化因子从而增强炎性反应。Th2 分泌的 IL-5 可诱导嗜酸粒细胞的活化、增殖及抑制嗜酸粒细胞凋亡。IL-33 在人体广泛分布,在血液、鼻黏膜高表达,可诱导 Th2 细胞、嗜酸粒细胞聚集在鼻黏膜,释放炎症因子,这提示 IL-33 可参与促进 Th2 细胞因子介导的过敏反应。研究表明,变应性鼻炎黏膜组织中的 Th1 和 Th2 细胞因子的表达均增加,但以 Th2 细胞因子的表达占优势。IL-33 通过由位于细胞膜表面的模型 ST2 及相关信号传导蛋白 Acp 受体复合物,将活化信号传递到胞内,经过一系列的信号传递,激活核因子 κB (NF - κB) 和丝裂原活化蛋白激酶 MAPK 等,导致 IL-4、IL-5 和 IL-13 等在 Th2 细胞上表达,加重黏膜组织的病理性损伤^[8]。

本研究结果显示,IL-33 在肺气虚型 AR 患者的组织中表达显著,间质中腺腔内和血管周围炎细胞均有不同程度表达,较对照组表达明显增强。AR 患者局部组织中 IL-33 表达阳性细胞计数和 Eos 计数均较对照组高,并呈正相关趋势,提示 IL-33 在肺气虚型 AR 的发病中有一定的作用并与嗜酸性粒细胞的浸润调控密切相关。

综上,肺气虚患者的组织中 IL-33 表达比正常组增高,可以帮我们进一步辨证分型,IL-33 能否为肺气虚患者的一种特异性指标,通过纠正该因子,是否能进一步改善的肺气虚的状态。IL-33 具

有多效性，主要参与了 Th2 细胞介导的免疫应答，发挥了前炎因子引起组织特异免疫病理改变，参与了 AR 中炎性细胞的浸润和黏膜的重塑过程。进一步研究 IL-33 的作用机制将有助于我们更深入地认识 Th1/Th2 细胞因子失衡所致的慢性变态反应性疾病，有望为 AR 的进一步防治提供新的思路。

参考文献

[1] 刘福太, 姜孝芳, 戴江红, 等. 伊利地区变应性鼻炎患者的中医证型调查研究 [J]. 中国全科医学, 2011, (12): 1337-1339.

[2] Liu X, Li M, Wu Y, et al. Anti-IL-33 antibody treatment inhibits airway inflammation in a murine model of allergic asthma [J]. Biochem Biophys Res Commun, 2009, 386(1): 181-185.

[3] 田道法, 李云英. 《中西医结合耳鼻咽喉科学 (第十版)》. 中国中医药出版社: 103.

[4] Fromowitz FB, Viola MV, Chao S, et al. Ras p21 expression in the progression of breast cancer [J]. Human pathology, 1987, 18: 1268-1275.

[5] Kurowska-Stolarska M, Hueber A, Stolarski B, et al. Interleukin-33: A novel mediator with a role in distinct disease pathologies [J]. Journal of internal medicine, 2011, 269: 29-35.

[6] Matzinger P. The danger model: A renewed sense of self [J]. Science, 2002, 296: 301-305.

[7] 胡琦, 姚东方, 郭清妍, 等. 白细胞介素-33 在慢性鼻-鼻窦炎伴鼻息肉患者黏膜组织中的表达及意义 [J]. 蛇志, 2015 27(1): 10-12.

[8] Schmitz J, Owyang A, Oldham E, et al. IL-33, an interleukin-1-like cytokine that signals via the IL-1 receptor-related protein ST2 and induces T helper type 2-associated cytokines [J]. Immunity, 2005, 23: 479-490.

“和法”在声带白斑治疗中的应用

李季¹ 郭裕¹ 王丽华¹

【摘要】 声带白斑是耳鼻喉科常见疾病，以声音嘶哑为主要临床表现。因其是最常见的喉癌前病变，故引起了临床医生的高度重视。“和法”是中医治法“八法”中的一法，经过历代医家的研究和探索，得到不断发展。疏肝健脾和胃、调和寒热、调和气血、攻补兼施等具体治法在治疗声带白斑时疗效确切，可以有效减轻症状，恢复嗓音功能，减少复发，降低复发率。文章综述了“和法”在声带白斑治疗中的应用进展，为今后临床应用提供新思路。

【关键词】 声带白斑；中医治法；和法

【Abstract】 Vocal leukoplakia is a common disease in otorhinolaryngology, with hoarseness as the main clinical manifestation. Because it is the most common precancerous lesion of the larynx, clinicians attach great importance to it. "Harmonizing Therapy" is one of the "eight methods" of traditional Chinese medicine, which has been continuously developed through the research and exploration of physicians in past dynasties. Specific therapies such as soothing the liver, strengthening the spleen and stomach, harmonizing cold and heat, harmonizing qi and blood, and applying both attack and tonic methods are effective in treating vocal cord leukoplakia, which can effectively reduce symptoms, restore voice function, reduce recurrence and reduce recurrence rate. This article reviews the application progress of "Harmonizing Therapy" in the treatment of vocal leukoplakia, and provides new ideas for clinical application in the future.

【Key words】 Vocal leukoplakia; TCM treatment; Harmonizing Therapy

声带白斑 (Leukoplakia of vocal cord) 又称喉白斑，表现为喉黏膜不易拭去的白色病灶，范围局限，多发于声带黏膜，以声音嘶哑为首发症状，可伴有咽喉不适、异物感、声嘶等症^[1]，因其是最常见的喉癌前病变^[1]，故引起了耳鼻喉科医生的高度重视。声带白斑在古籍中尚无对应病名，根据其症状，且易反复发作，将声带白斑归于“慢喉暗”疾病范畴。近年来，各中医医家纷纷对声带白斑的治疗进行了探索。其中，以“和法”应用最为广泛。笔者梳理近年来的文献，总结“和法”在声带白斑治疗中的应用，以期今后的疾病治疗提供新思路。

1 “和法”释义

和，和解、调和也。和法作为“八法”之一，

是常见的中医治法，经过历代医家的探索与实践，理论体系日益完善。“和法”源于《黄帝内经》，奠基于《伤寒杂病论》，发展于《伤寒明理论》，成熟于《医学心悟》^[2]。和法应用广泛，适用于少阳病、脏腑失调、寒热错杂、气血失和等证，如《广瘟疫论》载：“寒热并用之谓和，补泻合剂之谓和，表里双解之谓和，平其亢厉之谓和”。《医学心悟》总结为“和之法变化无穷焉”，现代常用的和法有和解少阳、开达膜原、表里双解、疏肝和胃、调和肝脾、调和寒热等^[3]。

整理相关文献，对于声带白斑的治疗，常用到的具体治法有疏肝健脾和胃、调和寒热、调和气血、攻补兼施。

基金资助：声带白斑的中西医协作诊疗（编号：ZXYXZ-201912）

1 上海中医药大学附属市中医医院，上海 200071

2 治法应用

2.1 疏肝健脾和胃

《素问》谓：“肝生筋”，干祖望教授认为筋乃白色且富有弹性和韧性的纤维组织，形态上如韧带一般扁平且薄长，基于此，干老提出了“有形之质者，声带属肝”的理论观点^[4]。刘大新^[5]教授继承并丰富了“声带属肝”的理论，以肝郁为中心论治声带白斑，将病机总结为肝气犯脾、气滞血瘀、肝郁化热、肝郁犯胃四方面。以小柴胡汤为基础进行加减，配伍白术、陈皮、党参以健脾气，加旋覆花、厚朴、姜半夏以和胃降气。

脾升胃降的气机运动得赖于肝疏泄功能的协调。若肝失疏泄，犯脾克胃，气逆作呕，邪犯咽喉，伤及声带黏膜则生白斑。这一病机与现代医学的反流性咽喉炎的发病机制相类似^[6]。研究表明，咽喉反流是声带白斑发生的危险因素之一^[7]，与疾病的发展有一定的关系^[8]，且发生率高达 80% ~ 85%^[9]。中医证候特征及证型分布研究发现，肝胃不和型占比最高，达 34.36%^[6]。陈小宁^[10]教授自拟疏肝和胃汤（柴胡、白芍、当归、陈皮、焦山楂、焦神曲、黄芩、香附各 10g，炒麦芽、炒谷芽各 15g，川厚朴花、薄荷各 6g，生甘草 3g）以疏肝理气、降逆和胃之法治疗肝胃不和型声带白斑患者，疗效显著。刘元献教授^[11]基于“三焦竭部”理论指出，咽喉反流病位在上焦，但病源中焦，强调了中焦脾胃疾病的传变的重要性。同时提出“健中焦，和肝胃”，肝郁脾虚证以健脾补虚，疏肝和胃为主，方选六君子汤和旋覆代赭汤加减；肝胃不和证以健脾疏肝，和胃降逆为主，方选四逆散和半夏厚朴汤加减。

无论是调和肝脾还是调和肝胃，均以疏肝为本。肝疏泄功能失司，易引起情志活动异常，疏泄太过则烦躁易怒，疏泄不及则抑郁寡欢，故需“平其亢厉”。白长川^[12]教授临证多年发现，社会压力的增加使得声带白斑呈现年轻化的趋势，焦虑抑郁可加重疾病的发生发展，故常配伍小柴胡汤畅达气机，气畅则情舒。张重华^[13]教授在治疗声带白斑时强调身心并治。对于肝气郁结偏重的患者，常配伍广郁

金、佛手、绿萼梅、合欢花等疏肝解郁、调畅情志的中药。陈国丰^[14]教授同样重视声带白斑患者的情绪调理，认为应给予患者及时的心理疏导，可以促进白斑的消除，增强疗效。正如《纬略卷》云：“气清则神畅”，精神愉快，心情舒畅，气和志达，血气平和，则有利于声带白斑疾病的恢复。

2.2 调和寒热

邱宝珊教授^[15]认为老年人声带白斑发病的原因在于劳倦脾虚、湿热困脾加之外邪侵袭而致，符合“脾胃虚弱，湿热内蕴，寒热错杂”病机，故选用甘草泻心汤加减，以寒热并用、辛开苦降之法疗之，再搭配郁金、白花蛇舌草、猫爪草增强消肿散结之力，加木蝴蝶、蝉蜕增利咽开音之效。

2.3 调和气血

气机，即气的升降出入，维系着人体脏腑经络、气血津液的正常生理功能。《风痙痲膈四大证治》载：“血随气行，周六不停。”《类经》曰：“三焦气治，则脉络通而水道利。”若肝气郁结，易出现血瘀、痰湿等病理产物。研究发现，声带白斑的中医证型分布中痰瘀型占比最大，可达 40.7%^[16]。

譙凤英^[17]教授善用会厌逐瘀汤治疗血瘀痰凝型声带白斑，治以行气活血，化痰开音，选方以四物汤活血祛瘀为君，紫苏梗、枳壳行气为臣，君臣搭配，增强药效。熊大经^[18]教授临证治疗气滞痰凝型声带白斑的患者，善用柴胡、枳壳以行气，瓜蒌皮、瓜蒌子、炒苍术、法半夏、浙贝母以祛痰散结。陈小宁^[19]教授针对痰瘀型声带白斑，常以僵蚕、胆南星、大贝、天竺黄化痰散结，配合射干、桔梗理气；赤芍、夏枯草、生山楂活血化瘀，为防化痰太过，加玄参养阴生津。刘大新^[20]教授从气郁血瘀辨治声带白斑，活用通窍活血汤，君药以白芷易麝香，搭配桃仁、红花、赤芍、川芎为臣药，以气行之力增强活血祛瘀之效，疗效显著。陈小宁^[19]教授针对痰瘀型声带白斑，常以僵蚕、胆南星、大贝、天竺黄化痰散结，配合射干、桔梗理气；赤芍、夏枯草、生山楂活血化瘀，为防化痰太过，加玄参养阴生津。

2.4 攻补兼施

虚实辨证是八纲辨证中辨别邪正盛衰的两个纲领。《素问·通评虚实论》：“邪气盛则实，精气夺则虚。”由此常用的治法有“虚则补之”、“实则泻之”。声带白斑属于“慢喉暗”范畴，久病则虚，耗气伤阴，余邪未清，外邪难挡，常虚实夹杂，成本虚标实之证。

陈国丰教授^[14]认为声带白斑发病当属脾、肺、肾虚损为本，痰、湿、瘀、毒为标。其中，痰、湿、瘀是脏腑虚损所致，且互相影响，加之外因毒邪乘虚而入，形成白斑。基于此，陈老创立了“陈氏化斑汤”，方由藿香、佩兰、制厚朴、浙贝母、三棱、莪术、蚤休各 10g，三七粉 5g，蛇舌草 15g，桔梗、蝉衣各 6g，生麻黄、甘草各 3g 等组成，若脾虚，则加党参、白术、茯苓、白扁豆等。

胡陟教授^[21]认为声带白斑的病机属正虚邪深，病邪搏结于咽喉，久病则瘀、邪气难消，则正气不达；邪气日盛，正气愈衰，邪气愈深，两者互为因果。一方面以祛湿解毒之法攻其邪气，药如地龙、油松节、海桐皮、络石藤等；一方面以健脾升清之法治其本，药如黄芪、柴胡、枳实、枳壳、白术、苍术、茯苓、薏苡仁等。

李云英教授^[22]持相似观点，以肺脾气虚为本，痰瘀夹风为标。宣肺常用六味汤，风寒盛者，加麻黄、杏仁等；风热盛者，加蝉蜕、瓜蒌等。醒脾常用二陈汤或六君子汤，常酌加木香、砂仁、紫苏梗、藿香等芳香醒脾之品。李老善用虫类药物，如僵蚕、蝉蜕、咸竹蜂，用其搜刮之力祛风邪、散痰瘀。

3 临床应用

3.1 减轻症状，恢复嗓音功能

会厌逐瘀汤载于《医林改错》，适用于气滞血瘀证的慢喉暗疾病。戴桂林^[23]选用会厌逐瘀汤进行了临床研究，对照组 50 例采取常规西医治疗，研究组 50 例在对照组基础上应用会厌逐瘀汤加减治疗，观察治疗前后的症状体征积分、嗓音障碍指数以及疗效。结果发现，治疗 14d 后，研究组的有效率显著高于对照组（92%vs74%， $P < 0.05$ ），无论是中医

症候积分还是嗓音障碍指数，研究组均低于对照组（ $P < 0.05$ ）。

利咽开音方化裁于“陈氏化斑汤”，原方去蝉蜕、桔梗、浙贝母、蚤休、三七粉、加陈皮、苍术、枳壳、苏子、木蝴蝶增强行气祛痰之力，脾虚者加党参、茯苓、山药，阴虚者加玄参、麦冬、女贞子等。安静娟^[24]在此基础上，通过临床疗效观察，发现治疗后 4 周和 8 周观察组在声音嘶哑、咽部异物感、频频清嗓的症状积分均低于对照组（ $P < 0.05$ ），且治疗声带白斑伴咽喉反流时疗效优于对照组（91%vs76%， $P < 0.05$ ）。

3.2 减少复发，降低复发率

参苓白术散载于《太平惠民和剂局方》，是补脾益肺的良方。董国华^[25]用加味参苓白术散（原方基础上加入夏枯草、蝉衣、胖大海）治疗声带白斑切除术后患者，用药 1 个月，并随访 6 个月~2 年；结果发现，加味参苓白术散治疗组总有效率显著高于对照组（91.4%vs84%， $P < 0.01$ ），且术后复发率低（23.1t/d < 29.2t/d， $P < 0.01$ ）。

4 结论

“和法”是治疗大法，具体治法丰富，对于声带白斑这种病程长，病机复杂的疾病，治疗疗效显著。但目前这些治法研究多以名家经验分享、理论分析为主，前瞻性的临床对照研究较少。基础机制的研究几乎是空白。为进一步科学化、系统化、规范化的阐述中医“和法”在声带白斑治疗中的有效性，还需设计科学严谨的多中心，大样本的临床研究方案进行论证，为中医“和法”治疗声带白斑增加循证证据。

参考文献

- [1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会咽喉组中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会头颈外科学组. 喉白斑诊断与治疗专家共识 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2018(8): 564-569.
- [2] 李月炜, 党赢, 张锁, 等. “和”法源流及其在中医学中的应用范围探讨 [J]. 西部中医药,

2022(05): 48-50.

[3] 李冀. 方剂学 [M]. 中国中医药出版社, 2012:8.

[4] 干祖望. 干祖望医话 [M]. 人民卫生出版社, 2012:204-205.

[5] 翟玉燕, 丁雷, 魏然, 等. 刘大新从肝论治声带白斑临床经验 [J]. 北京中医药, 2021(04): 389-390.

[6] 刘春林, 朱任良, 钟秀婷, 等. 反流性咽喉炎中医证候特征及证型分布规律研究 [J]. 新中医, 2016(07): 204-206.

[7] 倪鑫, 王小轶. 声带白斑与胃食管咽喉反流的相关分析 [J]. 中华医学杂志, 2008(19): 1323-1326.

[8] 庄佩耘, 蒋家琪. 反流性喉炎与声带白斑关系的初步探讨 [J]. 听力学及言语疾病杂志, 2010(5): 448-452.

[9] ORMSETH E J. Reflux laryngitis: pathophysiology, diagnosis, and management. [J]. AMERICAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY, 1999, 94(10): 2812-2817.

[10] 陈琪, 陈小宁. 陈小宁治疗声带白斑经验探析 [J]. 山东中医杂志, 2021(05): 511-514.

[11] 李许娜, 禰达科, 刘元献. “三焦竭部”理论在咽喉反流性疾病中的应用 [J]. 中医眼耳鼻喉杂志, 2021(02): 98-100+120.

[12] 周琪, 尚东, 王秀丽, 等. 白长川从“毒”“滞”论治声带白斑 [J]. 中国中西医结合杂志: 1-4.

[13] 李艳青, 臧朝平, 顾思远, 等. 张重华诊治声带白斑经验 [J]. 中医文献杂志, 2016(01): 47-49+73.

[14] 余冰倩, 马俊, 马华安, 等. 陈国丰从“痰

湿瘀毒”论治声带白斑经验撷粹 [J]. 浙江中医药大学学报, 2019(05): 465-467.

[15] 杨素娟, 邱宝珊. 邱宝珊应用甘草泻心汤经验介绍 [J]. 新中医, 2019(05): 64-65.

[16] 陈彩凤, 李云英, 林文敏, 等. 喉癌前病变中医证候特点的调查研究及聚类分析 [J]. 中华中医药杂志, 2015(07): 2567-2569.

[17] 欠雅蓉, 譙凤英. 譙凤英治疗声带白斑验案 2 则 [J]. 湖南中医杂志, 2016(09): 111-112.

[18] 谢慧. 熊大经教授治疗声带白斑 1 例 [J]. 中医药导报, 2012(05): 107-108.

[19] 袁媛, 陈小宁. 陈小宁教授治疗声带白斑 1 例 [J]. 云南中医中药杂志, 2012(12): 5-6.

[20] 姜辉, 王嘉玺, 魏然, 等. 刘大新以加减通窍活血汤治疗声带白斑验案二则 [J]. 环球中医药, 2020(03): 474-476.

[21] 李乐, 马华安, 胡陟. 胡陟从湿毒论治声带白斑经验拾萃 [J]. 山东中医杂志, 2022(07): 772-776.

[22] 周星赅, 周世卿, 李云英. 李云英从痰瘀挟风治疗声带白斑经验 [J]. 广州中医药大学学报, 2020(01): 160-163.

[23] 戴桂林, 方晓颖, 肖光倩. 会厌逐瘀汤加减治疗声带白斑的临床疗效观察 [J]. 中国医学文摘 (耳鼻咽喉科学), 2022(04): 56-58.

[24] 安静娟, 吴昆旻, 李泽卿, 等. 利咽开音方治疗伴咽喉返流的声带白斑的疗效观察 [J]. 中医临床研究, 2021(04): 73-75.

[25] 董国华, 任登霄, 朱艳菊. 加味参苓白术散对声带白斑切除术后的疗效观察 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2009(02): 99-100.

浅谈 2020 年欧洲鼻窦炎和鼻息肉意见书的草药与针刺治疗

陈腾宇¹ 周敏² 阮岩²

【摘要】 2020 年欧洲鼻窦炎和鼻息肉意见书 (EPOS 2020) 是耳鼻咽喉科的一部重要指南。与 EPOS 2012 相比, EPOS 2020 逐渐关注草药、中医药、针刺治疗对鼻窦炎的治疗作用。紫锥菊制剂对治疗急性病毒性鼻窦炎无益。仙璐贝、天竺葵、桃金娘油等草药制剂对急性鼻窦炎有显著疗效, 安全性好, 有应用价值。EPOS 2020 目前无法对仙璐贝等草药治疗慢性鼻窦炎提出意见。EPOS 2020 不建议推荐使用中医药与针刺治疗慢性鼻窦炎。笔者认为 EPOS 2020 存在一定局限性, 可能与检索策略、现有研究质量较低等原因有关。未来国内需开展高质量的临床研究, 在新一版 EPOS 更新草药、中医药与针刺治疗的证据分级。

【关键词】 鼻窦炎; 草药; 中医药; 针刺治疗

A Brief Discussion on Herbal Medicine and Acupuncture Treatment in the European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020

CHEN Tengyu¹, ZHOU Min², RUAN Yan²

(1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou, Guangdong Province, 510405; 2. the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou, Guangdong Province, 510405)

[Abstract] The European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020 (EPOS 2020) is an important otorhinolaryngological guideline. Compared with EPOS 2012, EPOS 2020 has focused on the therapeutic effects of herbal medicine, traditional Chinese medicine, and acupuncture on rhinosinusitis. Echinacea preparations are not beneficial in the treatment of acute viral sinusitis. Herbal medicine such as Sinupret, Pelargonium sidoides, and Myrtol is safe and has significant curative effects on acute rhinosinusitis, worthy of administration. The EPOS 2020 steering group cannot give clear advice on the use of herbal medicine such as Sinupret. It does not recommend the use of traditional Chinese medicine and acupuncture for the treatment of chronic rhinosinusitis. The authors hold the viewpoint that EPOS 2020 has certain limitations, which may be related to the search strategy and the existing low-quality researches. In the future, it is necessary to conduct high-quality clinical researches in China, updating the level of evidence of herbal medicine, traditional Chinese medicine and acupuncture in the new version of

1 广州中医药大学, 广东 广州, 510405;

2 广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州, 510405

EPOS.

[Key words] Rhinosinusitis; Herbal medicine; Chinese medicine; Acupuncture

2020 年 2 月, 欧洲鼻科协会和国际鼻科协会在 *Rhinology* (鼻科学) 杂志更新发表了欧洲鼻窦炎和鼻息肉意见书(以下简称 EPOS 2020)。这是一部关于鼻窦炎与鼻息肉诊治的重要指南, 在国际上有相当广泛的影响力。该指南此前依次有 2005 年、2007 年、2012 年版本三个版本。与 EPOS 2012 相比, EPOS 2020 篇幅大大增加, 内容有相当大的变动, 对鼻窦炎、鼻息肉的分型、诊断、保守治疗与外科治疗提出很多新理念。草药、中医药、针刺治疗对鼻窦炎的作用也逐渐引起关注。本文将对 EPOS 2020 指南当中草药、针刺治疗的部分进行简要介绍, 并对其内容简要提出笔者的看法。由于 2012 年版欧洲鼻窦炎和鼻息肉意见书(以下简称 EPOS 2012)与 EPOS 2020 联系紧密, 故 EPOS 2012 的草药治疗等内容也会简略提及。

1 EPOS 2020 急性鼻窦炎的草药与针刺治疗

根据 EPOS 2020 的定义, 急性鼻窦炎是指突然出现鼻塞或(和)鼻分泌物且病程小于 12 周的急性鼻部疾病, 可伴有面部胀闷疼痛感或嗅觉障碍, 两次发作间无症状。其中, 症状在 5 天后加重或者症状持续超过 10 天的急性鼻窦炎又归类为病毒感染后急性鼻窦炎; 急性鼻窦炎中, 病毒感染居多, 少部分为细菌感染, 故除病毒感染后急性鼻窦炎, 又分为急性病毒性鼻窦炎(通常又称为感冒)与急性细菌性鼻窦炎^[1]。

过去在 EPOS 2012, 只有少数随机双盲安慰剂对照试验证实部分草药制剂对急性鼻窦炎有一定疗效, 仅限于诸如天竺葵、桃金娘提取物等部分草药制剂, 草药治疗证据分级为 b^[2]。天竺葵提取物可能有助于成人急性鼻窦症状缓解。桃金娘油降低急性鼻窦炎总体症状评分, 减少抗生素使用需求, 2007 年即已被德国耳鼻喉科学会临床指南推荐用于急慢性鼻窦炎的治疗^[3]。紫锥菊制剂的疗效存在争议, 5 篇随机对照研究得出其可降低急性鼻窦炎患者总

体症状评分的结论, 另外 5 篇随机对照研究则认为其疗效与对照组药物无显著差异。因此 EPOS 2012 对紫锥菊制剂的证据分级是 Ia^[2]。EPOS 2012 没有关于针刺治疗对急性鼻窦炎疗效的相关描述。

EPOS 2020 关于草药治疗急性鼻窦炎的论述有所增加。针对急性病毒性鼻窦炎, 紫锥菊制剂(疗效存疑), EPOS 2020 结论是紫锥菊产品对治疗感冒无益, 尽管某些紫锥菊产品可能有较弱的作用, 证据分级为 Ia(-)。欧龙马/仙璐贝/BNO1016 鼻喷雾剂或片剂(含五种草药成分: 龙胆草、报春花、酢浆草、洋接骨木、马鞭草)、桉叶素、穿心莲提取物对急性病毒性鼻窦炎有显著疗效, 减轻鼻塞等症状, 改善鼻窦混浊等影像学表现, 且安全性好, 无重大不良事件, 证据分级为 Ib; 对于病毒感染后鼻窦炎, 使用仙璐贝、仙客来鼻喷雾剂、天竺葵滴剂、桃金娘油标准化胶囊等草药制剂效果均优于安慰剂, 有显著效果, 无明显不良反应, 证据分级为 Ib^[1]。也有研究者对仙璐贝与糠酸氟替卡松鼻喷雾剂进行疗效对比, 但由于没有采取统计学分析, 仅能认为仙璐贝治疗病毒感染后急性鼻窦炎不良事件少于鼻用激素, 相对安全^[1]。对于急性细菌性鼻窦炎的草药治疗 EPOS 2020 没有相关论述。此外, EPOS 2020 同样没有谈及针刺治疗急性鼻窦炎。

2 EPOS 2020 慢性鼻窦炎的草药与针刺治疗

EPOS 2020 对慢性鼻窦炎采纳了全新的分型标准, 不再沿用分为慢性鼻窦炎伴鼻息肉与慢性鼻窦炎不伴鼻息肉的分类方式, 而是解剖分布、主导内型、表型依次进行分类^[5]。因此过去 EPOS 2012 评估干预措施对慢性鼻窦炎伴或不伴鼻息肉的治疗会分开表述, 而 EPOS 2020 的治疗均合并为慢性鼻窦炎进行论述。

EPOS 2012 认为草药治疗慢性鼻窦炎不伴鼻息肉的临床数据不足, 证据分级为无证据。而草药治疗慢性鼻窦炎伴鼻息肉则没有符合要求的临床研

究,因此证据分级也归为无证据^[2]。到了 2020 年, EPOS 2020 里慢性鼻窦炎的中医药治疗有了明确的证据分级,并且首次提及了针刺治疗在慢性鼻窦炎的运用。草药治疗成人慢性鼻窦炎的证据分级为 Ib,口服仙璐贝萃取片等内服草药制剂在治疗 12 周时患者主要症状评分明显优于安慰剂;在四项评估不同局部草药治疗的研究中,涉及黑种草鼻喷雾剂、茴芹鼻用滴剂等局部用药,有三项研究显示出良好疗效。但由于并非所有研究采用盲法,各研究质量参差不齐,部分研究证据质量很低, EPOS 2020 小组目前无法对草药治疗慢性鼻窦炎提出建议^[1]。

EPOS 2020 针刺治疗与中医药治疗慢性鼻窦炎的证据分级均为 Ib(-)。EPOS 2020 仅纳入了 2 篇关于苍耳子散颗粒治疗慢性鼻窦炎的双盲安慰剂对照试验,未能显示出苍耳子散比抗生素(阿莫西林或红霉素)加安慰剂更有效^[6,7]。因此 EPOS 小组认为目前没有证据表明中医或针灸治疗慢性鼻窦炎比安慰剂更有效,安全性也尚不清楚。EPOS 2020 同样仅纳入 2 篇非国人开展的针灸治疗慢性鼻窦炎的临床试验,治疗周期为 4 周,显示传统针刺治疗与假针刺在改善生活质量、症状评分上没有显著差异^[8,9]。同时提出,在使用针灸期间可能会发生轻微和严重的不良事件。由此, EPOS2020 指导小组不建议使用中医药或针灸。

3 EPOS 2020 存在的问题及启示

欧洲鼻窦炎和鼻息肉意见书的内容不是一成不变的,其推荐意见随着循证医学证据的更新而动态变化。如既往 2012 年 EPOS 小组提出草药治疗慢性鼻窦炎无证据,现 2020 年证据分级已调整为 Ib。笔者认为 EPOS 2020 对于草药、中医药、针灸的意见具有局限性,以下将从几个方面进行论述。

3.1 EPOS 检索策略存在的不足

EPOS 2020 是欧洲学者牵头的意见书, EPOS 小组检索使用的数据库主要为 OVID MEDLINE、Embase、PubMed 数据库。虽然在制定检索策略时并未对文献语言进行限制,但由于不少针灸、中医药的文献仅收录于中国知网、万方、中国生物医

学文献数据库等中文数据库,难免会出现文献漏检的问题。不仅是在中国大陆,中医药或汉方药、针灸的文献亦广泛发表于中国台湾地区、韩国、日本,越南也有散见的文献。未纳入 CiNii 数据库、J-STAGE 数据库、医中志 Web 数据库等日文数据库与 Nurimedia 韩国学术期刊数据库等韩文数据库亦使笔者对 EPOS 2020 该部分内容抱有保留意见。EPOS 2020 在论述中医治疗慢性鼻窦炎的文献检索过程中,直言“Most of the papers are not easily accessible(大多数文献不容易获取)”,反映了 EPOS 小组已意识到这个问题,但因条件限制未纳入可能符合条件的中医药或针灸治疗的文献。EPOS 2020 有 3 位中国学者参与撰写,但没有中医界的专家,可能也是该部分未受足够重视的原因之一。未来中医或中西医结合专家的参与,可为中医药与针刺治疗鼻窦炎得到更多的关注与重视。

3.2 关于针刺治疗的研究存在的问题

针刺治疗价格低廉,简便易操作,可疏通经络、调畅气血、调和阴阳、提升正气,使邪气自除,从现代医学的角度认为其可有效减轻慢性鼻窦炎动物模型鼻部症状、减轻鼻腔黏膜炎症、促进黏膜修复^[10]。有系统综述认为针刺联合药物治疗是慢性鼻窦炎及术后疼痛治疗提高总有效率、降低视觉模拟评分与改善症状体征评分的最佳方法^[11]。EPOS 2020 纳入的 2 篇针刺治疗均为挪威学者完成,文献较旧(分别于 2005 年与 2008 年发表),其中有一项研究^[8]有进行辨证施治,根据不同证型选取合适的穴位,如针对阳明湿热证选用合谷、曲池、丰隆、内庭、肝火上炎证选用阳陵泉、行间、合谷、太冲等穴位。另一项研究未明确说明针刺穴位^[9]。根据临床试验结果,针刺治疗的效果不优于假针刺与常规药物治疗。这可能与纳入研究数量、病例数过少有关。

此外,第一项研究 44% 的针刺组患者出现了不良事件,其中 36% 患者出现针刺部位小出血,16% 患者出现神经痛(数小时至数天后可自行缓解)以及晕针现象(4%)^[8]。针刺部位微小出血在出针时很常见,一般要求出针时使用棉签或无菌棉球按压针

刺部位以防出血，同时也起到减轻疼痛的作用。笔者无从得知研究者是否严格按照针刺规范流程进行操作。基于不同研究的针灸医生能力参差不齐，不良事件发生率也各不相同。将针刺部位的小出血归为不良事件可能高估了不良事件发生率，对此 EPOS 小组认为针刺治疗安全性需进一步评估。但笔者认为由这两项国外研究认为针刺治疗不安全而不推荐针刺治疗是稍欠妥当的。

3.3 关于草药与中医治疗的研究存在的问题

EPOS 2020 肯定了仙璐贝等草药制剂对急性鼻窦炎的 application 价值与安全性，而草药制剂在慢性鼻窦炎的应用仍需要更多临床证据加以佐证。EPOS 2020 纳入的中医治疗慢性鼻窦炎的研究^[6,7]均是中国台湾学者开展的，使用的药物为中成药——苍耳子散颗粒，没有纳入使用中药汤剂的文章。纳入的两篇台湾地区的研究也均未对患者进行辨证，可能对其阴性结果产生影响。苍耳子散在中国大陆有广泛的应用，但目前缺乏高质量的随机对照试验。

苍耳子散为治鼻病之要方，其配方为苍耳子、辛夷、白芷、薄荷，可起到疏风散邪、排脓通窍的作用，《重订严氏济生方》称其可散风邪，通鼻窍，主风邪上攻致成鼻渊，鼻流浊涕不止，前额疼痛^[12]。苍耳子散不仅可以缓解慢性鼻窦炎非手术患者临床症状，还有效改善鼻内镜鼻窦手术后症状评分，加速鼻腔黏膜上皮化，促进鼻腔修复^[13,14]。与针刺治疗不同，EPOS 小组纳入的中医药治疗慢性鼻窦炎的两篇研究均未报道中药治疗有相关的不良事件，安全性可，因此，笔者对 EPOS 2020 不推荐使用中医药治疗慢性鼻窦炎持保留意见，认为应像草药制剂以“无证据”作为证据分级更为合适。

4 结语

EPOS 2020 有不少亮点，如认为对于急性鼻窦炎的治疗，草药制剂的运用是有价值的，也首次关注与详尽谈及中药与针灸在慢性鼻窦炎的应用情况。但 EPOS 2020 仍有几个方面尚未谈及，如儿童急、慢性鼻窦炎的中医药辨证干预效果，中药汤剂对于所有类型鼻窦炎的治疗效果，以及急性鼻窦炎的

的针刺治疗效果。高质量的针刺、中药治疗慢性鼻窦炎的随机对照研究也亟待开展。这些都是未来几年可以进一步研究的内容。未来国内开展高质量的临床研究是我们的努力方向，也期待更多更高水平的研究成果发表在海外高水平杂志上发表，这样有望在新一版 EPOS 更新草药、中医药与针刺治疗的证据分级。

参考文献

[1] Fokkens W J, Lund V J, Hopkins C, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020[J]. *Rhinology*,2020,58(Suppl S29):1-464.

[2] Fokkens W J, Lund V J, Mullol J, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012[J]. *Rhinol Suppl*,2012,23:3, 1-298.

[3] Stuck BA, Bachert C, Federspil P, et al. Leitlinie "Rhinosinusitis" der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie [Rhinosinusitis guidelines of the German Society for Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery]. *HNO*, 2007,55(10):758-777.

[4] Passali D, Loglisci M, Passali G C, et al. A Prospective Open-Label Study to Assess the Efficacy and Safety of a Herbal Medicinal Product (Sinupret) in Patients with Acute Rhinosinusitis[J]. *ORL*,2015,77(1):27-32.

[5] 杨钦泰, 孙悦奇, 吴庆武, 等. 2020 年欧洲鼻窦炎和鼻息肉意见书解读 [J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*,2020,55(03):304-305.

[6] Liang K L, Su Y C, Tsai C C, et al. Postoperative care with Chinese herbal medicine or amoxicillin after functional endoscopic sinus surgery: a randomized, double-blind, placebo-controlled study[J]. *Am J Rhinol Allergy*,2011,25(3):170-175.

[7] Jiang R S, Wu S H, Tsai C C, et al. Efficacy of Chinese herbal medicine compared with a macrolide in the treatment of chronic rhinosinusitis without nasal

polyps[J]. Am J Rhinol Allergy,2012,26(4):293-297.

[8] Rössberg E, Larsson P G, Birkeflet O, et al. Comparison of traditional Chinese acupuncture, minimal acupuncture at non-acupoints and conventional treatment for chronic sinusitis[J]. Complementary Therapies in Medicine,2005,13(1):4-10.

[9] Stavem K, Rössberg E, Larsson P G. Health-related quality of life in a trial of acupuncture, sham acupuncture and conventional treatment for chronic sinusitis[J]. BMC research notes,2008,1(1):37.

[10] 李璐, 李辉, 朱天民, 等. 慢性鼻—鼻窦炎的的治疗方法概述 [J]. 中华中医药学刊,2019,37(12):2860-2862.

[11] 秦玲利, 蒋磊, 李显, 等. 针刺治疗慢性鼻窦炎及术后疼痛的网状 Meta 分析 (英文)[J/OL]. World Journal of Acupuncture-Moxibustion. <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.2892.R.20220209.1556.002.html>.

[12] 邵建华, 何露, 项兰琼, 等. 苍耳子散加减联合抗生素治疗慢性鼻窦炎的临床研究 [J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(63):48-49.

[13] 马世明. 苍耳子散加减治疗难治性慢性鼻窦炎 169 例疗效观察 [J]. 内蒙古医学杂志,2017,49(06):690-691.

[14] 王涂路, 冯娟. 苍耳子散加减内服及薰鼻对慢性鼻窦炎内窥镜术后的临床疗效 [J]. 中国实验方剂学杂志,2012,18(12):291-292.

复方苍耳子片联合左西替利嗪治疗变应性鼻炎的临床观察

兰家辉¹ 郑荣华¹

【摘要】 **目的** 观察复方苍耳子片联合左西替利嗪治疗变应性鼻炎的临床疗效。**方法** 选取上海中医药大学附属龙华医院 2018 年 10 月至 2019 年 12 月收治的 120 例变应性鼻炎患者,随机分为治疗组与对照组,治疗组采用复方苍耳子片与左西替利嗪联合治疗,对照组单纯采用左西替利嗪治疗。观察治疗前后两组患者的鼻部症状及体征,测定患者血清中抗原 IgE 的变化,并进行比较。**结果** 治疗后两组患者的鼻痒、喷嚏、流涕及鼻塞的鼻部症状及体征评分均较本组治疗前明显下降 ($P < 0.05$),且治疗组优于对照组;两组治疗后患者的 IgE 水平较本组治疗前显著降低 ($P < 0.05$);与对照组治疗后相比,治疗组患者的 IgE 水平明显降低 ($P < 0.05$);治疗组总有效率与对照组比较,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。随访治疗 6 月后治疗组患者的鼻痒、喷嚏、流涕及鼻塞的鼻部症状及体征评分、IgE 水平均较本组治疗前明显下降 ($P < 0.05$),对照组无明显下降 ($P > 0.05$)。**结论** 复方苍耳子片治疗变应性鼻炎有效,能显著缓解临床症状,值得在临床推广使用。

【关键词】 变应性鼻炎;复方苍耳子片;左西替利嗪

Clinical observation of compound Xanthium tablets combined with levocetirizine in the treatment of allergic rhinitis

LAN Jiahui, ZHENG Ronghua

Department of Otolaryngology, Longhua Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine

[Abstract] Objective To observe the clinical efficacy of compound Xanthium tablets combined with levocetirizine in the treatment of allergic rhinitis. **Methods** 120 patients with allergic rhinitis admitted to Longhua Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine from October 2018 to December 2019 were randomly divided into a treatment group and a control group. The treatment group used compound Xanthium tablets and levocetirizine Combined treatment, the control group was treated with levocetirizine alone. Observe the nasal symptoms and signs of the two groups of patients before and after treatment, determine the changes of antigen IgE (immunoglobulin E) in the patients' serum, and compare. **Results** After treatment, the nasal itching, sneezing, runny nose and nasal congestion nasal symptoms and signs scores of the two groups were significantly lower than that of

基金项目: 龙华医院科研基金课题资助 (Y1816)

1 上海中医药大学附属龙华医院, 200032

this group before treatment ($P < 0.05$), and the treatment group was better than the control group; The level of IgE was significantly lower than that of this group before treatment ($P < 0.05$); compared with the control group, the IgE level of patients in the treatment group was significantly reduced ($P < 0.05$); the total effective rate of the treatment group was statistically different from that of the control group Academic significance ($P < 0.05$). After 6 months of follow-up and treatment, the nasal symptoms and signs scores and IgE levels of the patients in the treatment group were significantly lower than those before treatment in the treatment group ($P < 0.05$), while the control group had no significant decrease ($P > 0.05$). **Conclusion** Compound Xanthium tablets are effective in the treatment of allergic rhinitis, can significantly relieve clinical symptoms, and are worthy of clinical promotion and use.

[Key words] Allergic rhinitis; compound Xanthium tablets; levocetirizine

变应性鼻炎又称过敏性鼻炎,是指发生在鼻腔黏膜的变态炎症反应性疾病,在特异性抗原进入特异性个体后,由 IgE(免疫球蛋白 E)介导的介质(主要是组胺)释放,并引起血管扩张、平滑肌收缩、腺体分泌增多等多种病理变化,使机体处于发敏状态。临床以鼻塞、阵发性喷嚏、清水样鼻涕以及鼻痒为主要症状,且具有反复发作及病程长的特点^[1]。随着社会经济的发展,环境污染的加重,变应性鼻炎患病率显著增高,据世界卫生组织指出,变应性鼻炎已成为全球性的健康问题^[2]。临床上治疗变应性鼻炎主要有抗组胺、抗白三烯及皮质类激素等药物,但疗效只能暂时控制症状,停药后易复发。中医药对变应性鼻炎具有很好的疗效,能显著改善临床症状,且疗效稳定,因此,中医治疗变应性鼻炎成为研究的热点,本研究采用复方苍耳子片联合左西替利嗪治疗变应性鼻炎,取得较好的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 临床资料

1.1.1 一般资料

选取上海中医药大学附属龙华医院 2018 年 10 月至 2019 年 12 月收治的 120 例变应性鼻炎患者,采用随机数表法将所有患者随机分为治疗组与对照组各 60 例。治疗组中男 32 例,女 28 例;年龄 18 ~ 70 岁,平均 (36.2 ± 11.6) 岁;病程 3 个月 ~ 8 年。对照组中男 29 例,女 31 例;年龄 18 ~ 65 岁,平均 (34.66 ± 12.3) 岁;病程 4 个月 ~ 9 年。两组患者年龄及性别等一般资料相比较,差异无统计学意义

($P > 0.05$),具有可比性。所有患者均符合《中医病症诊断疗效标准》及《变应性鼻炎诊断和治疗指南》的诊断标准^[3,4]。

1.1.2 纳入标准 年龄 18 ~ 70 岁,症状和体征符合变应性鼻炎的中医和西医诊断标准;4 周内未使用糖皮质激素、抗组胺及白三烯拮抗剂等药物;所有患者及其家属均对此次研究内容知情,并自愿签署同意书。

1.1.3 排除标准

有上、下呼吸道感染、鼻窦炎、鼻息肉等疾病的患者;有严重肝肾不全、消化道溃疡等;精神类疾病患者;对本研究药物过敏或不耐受者。

1.2 治疗方法 治疗组给予左西替利嗪片(鲁南贝特制药有限公司)5 mg,口服,每晚 1 次;复方苍耳子片(龙华医院院内制剂),口服,每次 5 片,每天 3 次,2 周为 1 个疗程。所有病例均治疗 2 个疗程,随访 6 个月。对照组给予左西替利嗪片(鲁南贝特制药有限公司)口服,每晚 1 次,2 周为 1 个疗程,全部病例均治疗 2 个疗程,随访 6 个月。两组患者治疗前后均测定血清 IgE 水平。

1.3 疗效评定

两组病例进行鼻部症状和体征分级记分。(1)症状积分,按照严重程度分别记为 1、2、3 分,分数越高表明症状程度越重;(2)体征积分:鼻甲肿胀程度、中鼻甲及鼻中隔可见的严重程度分别记为 1、2、3 分,分数越高表明体征程度越重。以得分的总和来评定治疗效果,治疗前总分 - 治疗后总分

/ 治疗前总分 $\times 100\%$, $\geq 66\%$ 为显效, $65\% \sim 26\%$ 为有效, $\leq 25\%$ 为无效。总有效率 = 显效率 + 有效

表 1 症状及体征分级记分标准

分级记分	喷嚏	流涕	鼻塞	鼻痒	检查
1 分	3 ~ 5	≤ 4	有意识吸气时感觉	间断	下鼻甲轻度肿胀, 鼻中隔及中鼻甲可见
2 分	6 ~ 10	5 ~ 9	间歇性或交替性	蚁行感, 但可忍受	下鼻甲、鼻中隔或鼻底紧靠, 下鼻甲与鼻底或鼻中隔之间有小缝隙
3 分	≥ 11	≥ 10	几乎全天用口呼吸	蚁行感, 难忍	下鼻甲与鼻底及鼻中隔紧靠, 但见不到中鼻甲

注: 1 次连续喷嚏个数; 每日擤鼻次数

1.4 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件进行数据处理与分析。计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$ 表示), 两组间采用 t 检验; 计数资料以例数 (n) 及率 (%) 表示, 采用卡方检验。以 $\alpha = 0.05$ 为检查水准。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后主要症状和体征评分比较 治疗前两组的鼻痒、喷嚏、流涕及鼻塞等主要症状体征评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后两组患者的鼻痒、喷嚏、流涕及鼻塞等主要症状及体征评分均显著降低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 且治疗组优于对照组。结果见表 2。

表 2 两组患者的症状体征积分比较 [$(\bar{x} \pm s)$, 分]

组别	时间	鼻痒	鼻塞	流涕	喷嚏	鼻黏膜肿胀
治疗组	治疗前	2.6 ± 0.36^a	2.1 ± 0.27^a	2.7 ± 0.45^a	2.1 ± 0.29^a	1.78 ± 0.21^a
	治疗后	$0.8 \pm 0.19^*$	$0.7 \pm 0.23^*$	$0.9 \pm 0.32^*$	$0.7 \pm 0.25^*$	$0.62 \pm 0.18^*$
对照组	治疗前	2.74 ± 0.41	2.36 ± 0.31	2.63 ± 0.29	2.24 ± 0.21	1.64 ± 0.33
	治疗后	1.15 ± 0.39	1.03 ± 0.27	1.17 ± 0.23	1.06 ± 0.17	1.08 ± 0.25

注: 与对照组治疗后比较, $^*P < 0.05$; 与对照组治疗前比较, $^aP > 0.05$

2.2 治疗前后两组患者 IgE 水平比较 与治疗前比较, 治疗组和对照组治疗后患者 IgE 水平均明显下降, 差异具有统计学意义 (P

< 0.05); 治疗组和对照组治疗后比较, 治疗组患者 IgE 水平较低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结果见表 3。

表 3 两组患者的 IgE 水平比较 [$(\bar{x} \pm s)$, IU/ml]

组别	治疗前	治疗后
治疗组	452.36 ± 50.32	218.65 ± 41.67^{ab}
对照组	463.71 ± 46.76	310.78 ± 37.59^a

注: 与本组治疗前比较, $^*P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $^{ab}P < 0.05$

2.3 两组有效率比较

治疗 2 个疗程后, 治疗组的总有效率为 91.6%, ($P < 0.05$)。结果见表 4 对照组的总有效率为 76.6%, 差异具有统计学意义

表 4 两组患者治疗后疗效的比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	60	20	35	5	91.6 [*]
对照组	60	8	38	14	76.6

注: 与对照组比较, $^*P < 0.05$

2.4 随访治疗后第 6 月与治疗前主要症状和体征评分比较

治疗组治疗后第 6 月与治疗前患者鼻痒、喷嚏、

流涕及鼻塞等主要症状及体征评分显著降低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 对照组治疗后第 6 月与治疗前差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结果见表 5。

表 5 两组患者的症状体征积分比较 [($\bar{x} \pm s$) , 分]

组别	时间	鼻痒	鼻塞	流涕	喷嚏	鼻黏膜肿胀
治疗组	治疗前	2.6 ± 0.36 ^a	2.1 ± 0.27 ^a	2.7 ± 0.45 ^a	2.1 ± 0.29 ^a	1.78 ± 0.21 ^a
	治疗后第 6 月	1.13 ± 0.23 ^b	0.81 ± 0.18 ^b	1.01 ± 0.22 ^b	0.84 ± 0.31 ^b	0.76 ± 0.17 ^b
对照组	治疗前	2.74 ± 0.41	2.36 ± 0.31	2.63 ± 0.29	2.24 ± 0.21	1.64 ± 0.33
	治疗后第 6 月	1.98 ± 0.36	2.11 ± 0.24	2.46 ± 0.17	1.95 ± 0.23	1.61 ± 0.28

注: 与对照组治疗后比较, ^a $P < 0.05$; 与对照组治疗前比较, ^b $P > 0.05$

2.5 随访治疗后第 6 月与治疗前两组患者 IgE 水平比较

治疗组治疗后第 6 月与治疗前患者 IgE 水平明显下降, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 对照组治疗后第 6 月与治疗前差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结果见表 6。

表 6 两组患者的 IgE 水平比较 [($\bar{x} \pm s$) , IU/ml]

组别	治疗前	治疗后 6 月
治疗组	452.36 ± 50.32	286.46 ± 31.83 ^{cd}
对照组	463.71 ± 46.76	396.58 ± 41.62 ^e

注: 与本组治疗前比较, ^c $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^d $P > 0.05$

3 讨论

变应性鼻炎属于中医“鼻鼽”“鼻嚏”范畴,《素问玄机原病式·六气为病》曰:“鼽者,鼻出清涕也,嚏者,鼻中因痒而气嚏作于声也”。指出了本病的主要症状为鼻痒、喷嚏、流清涕。中医认为变应性鼻炎的病因病机主要分为内因和外因两种:一是外在因素,多为感受风邪寒邪、异气之邪侵袭鼻窍而致病;二是脏腑亏损,正气不足引发鼻鼽发作。《杂病源流犀烛》:“又有鼻鼽者,鼻流清涕不止,由肺经受寒而成”。《医学入门·卷三》:“鼻塞久不愈者,必内伤脾胃,清气不能上升,非外感也。”《素问·宣明五气》有“五气所病……肾为欠,为涕”等。这些表明变应性鼻炎的发病与肺脾肾三脏密切相关,多为本虚标实之证。很多经典方运用于治疗

变应性鼻炎,如治疗肺气虚寒型,采用小青龙汤加减或玉屏风散合苍耳子散加减;治疗脾气虚弱,采用补中益气汤或四君子汤合苍耳子散加减。多个证型中均采用苍耳子散加减治疗,说明苍耳子散在变应性鼻炎的治疗中运用广泛。

苍耳子散又名苍耳散,出自南宋医家严用和所撰《严氏济生方》。《重辑严氏济生方》:“苍耳散(《续方》):治鼻流涕不止,名曰鼻渊。辛夷仁半两,苍耳子(炒)二钱半,香白芷一两,薄荷叶半钱。上并晒干,为细末,每服二钱,用葱、茶清,食后调服。”本院院内制剂复方苍耳子片由苍耳子、白芷、薄荷脑制作而成,与苍耳散组成大致相同,主要用于变应性鼻炎、鼻窦炎的治疗,在临床使用方面观察到能明显改善患者鼻塞、流涕、头痛的症状。苍耳子是治疗鼻炎的要药,归肺经,温和疏达,味辛祛风,具有外散风寒、宣通鼻窍的作用,在常用的治疗过敏性鼻炎、鼻窦炎的 30 余种中药方剂中,含苍耳子的有 20 余种,且均作为君药或者臣药使用。胡岗^[5]等研究表明,苍耳子提取物具有明显抑制或消除变应性鼻炎的体征及症状,修复鼻黏膜组织结构,抑制炎症反应,降低血清的 IgE 水平。另外,苍耳子具有稳定肥大细胞膜,减少组胺释放而产生抗过敏作用^[6]。白芷也是治疗变应性鼻炎的常用药物之一,归肺、胃、大肠经,性味辛温,具有祛风止痛,通鼻窍的作用,有研究显示^[7],在治疗变应

性鼻炎的药物中，白芷的用药频次为 98.1%，是使用频次最高的药物。薄荷脑是薄荷中提取的一种成分，具有疏风清肺止痒的作用，广泛用于治疗急慢性咽炎、鼻炎、湿疹等，对鼻塞有明显的改善作用，因此对于变应性鼻炎有明显的治疗效果。

盐酸左西替利嗪是新型的二代抗组胺药物，为 H1 受体竞争性拮抗剂，因其高生物利用度，低分布容积及低代谢度的药效学和药代学特性，广泛用于变应性鼻炎及其他变态反应性疾病的治疗^[8]。与第二代抗组胺药物西替利嗪相比，其药物活性作用更强，不容易通过血脑屏障，无明显中枢抑制及抗胆碱能作用，同时还具有更强的抗炎作用，其突出优势在于显著改善变应性鼻炎患者的鼻塞症状^[9]。Syuji Yonekura 等^[10]的随机、双盲、安慰剂的对照研究显示，左西替利嗪组治疗变应性鼻炎有效率明显高于地氯雷他定组。邹游^[11]等对左西替利嗪的一项荟萃分析显示，左西替利嗪可降低患者的鼻部症状评分，减少鼻腔炎症细胞计数，有效改善鼻腔通气气流，降低患者总的生活质量评分，显著缓解变应性鼻炎患者的临床症状且无明显不良反应发生。

研究表明，复方苍耳子片联合左西替利嗪治疗变应性鼻炎比单独使用左西替利嗪治疗效果显著，治疗组在治疗后鼻塞、流涕等鼻部症状及体征评分均显著降低，治疗前后患者的血清 IgE 水平改变有显著差异，说明中药复方苍耳子片治疗能够有效降低患者血清 IgE 水平，改善变应性鼻炎的临床症状，减轻过敏反应，增强人体免疫功能，达到标本兼治的效果。左西替利嗪治疗变应性鼻炎能够快速控制过敏症状，治其标，复方苍耳子片具有疏风止痒，通利鼻窍，散寒固表的作用，治其本，两药联用，能有效改善病情，提高治疗效果。因此，复方苍耳子联合左西替利嗪的治疗方案，具有疗效肯定，效果显著等优点，值得临床推广使用。

参考文献

[1] David I. Bernstein, Gene Schwartz, Jonathan A. Bernstein. Allergic Rhinitis: Mechanisms and

Treatment[J]. immunol allergy clin north am, 2016, 36(2):261-278.

[2]Bousquet J. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision[J]. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2010, 126(3):466-476.

[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994:107-108.

[4] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科学组, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 变应性鼻炎诊断和治疗指南 (2015 年, 天津) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016, 051(001):6-24.

[5] 胡岗, 陈鹏, 尹美珍, 等. 单味苍耳子滴鼻剂对变应性鼻炎的疗效观察 [J]. 时珍国医国药, 2016, v.27;No.246(02):101-102.

[6] 刘玉红, 郝震峰. 苍耳子化学成分及药理作用研究进展 [J]. 山东医药工业 (1):22-23.

[7] 徐春英, 石颖, 刘昱莘. 李淑良治疗鼻鼾医案数据挖掘 [J]. 山东中医杂志, 2017(06):47-50.

[8]DuBuske, Lawrence M. Levocetirizine: The latest treatment option for allergic rhinitis and chronic idiopathic urticaria[J]. Allergy & Asthma Proceedings, 2007, 28(6):724-734.

[9] 汪建, 彭华. 新 2 代抗组胺药在变应性鼻炎中的应用 [J]. 中国医学文摘: 耳鼻咽喉科学, 2013, 028(002):80-82.

[10]Syuji Yonekura, Yoshitaka Okamoto,Daiju Sakurai,etal.Efficacy of Desloratadine and Levocetirizine in Patients With Cedar Pollen-Induced Allergic Rhinitis:ARandomized,Double-Blind Study [J]. Int Arch Allergy Immunol,2019,180(4):274-283.

[11] 邹游, 陈始明, 张雷波, et al. 左西替利嗪治疗变应性鼻炎随机对照试验的 Meta 分析 [J]. 中国医药导报, 2014, 11(8):73-78.

补肾宁心通窍方联合长春胺缓释胶囊治疗心肾不交型耳鸣的临床疗效观察

陶唯¹ 譙凤英²

【摘要】 目的 观察补肾宁心通窍方联合长春胺缓释胶囊治疗心肾不交型耳鸣的临床效果。方法 对天津中医药大学第一附属医院门诊纳入的 60 例确诊为心肾不交型耳鸣的患者, 随机分为 2 组, 各 30 例。对照组用长春胺缓释胶囊口服, 治疗组在此基础上联合补肾宁心通窍方。2 个疗程后, 根据耳鸣评分量表 (TEQ) 及耳鸣残疾评估量表 (THI) 进行评估, 探讨补肾宁心通窍方联合长春胺缓释胶囊的临床疗效。结果 治疗组 TEQ 评分及 THI 评分均低于对照组 ($P < 0.05$), 治疗组总有效率优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 补肾宁心通窍方联合长春胺缓释胶囊治疗心肾不交型耳鸣效果良好, 临床值得推广。

【关键词】 耳鸣; 心肾不交; 补肾宁心通窍方

耳鸣 (tinnitus) 为在外界无相应声源刺激的情况下, 患者自身耳内或颅内闻及声音的主观感受, 可呈间断性或持续性, 发作于单耳或双耳或颅内作响。因耳鸣声响可持续不断, 甚至日益加重, 故而对人们生活质量产生极大的负面影响。随着社会节奏加快、工作压力增加, 临床观察显示, 工作强度大、压力大的人群近年来耳鸣发病率居高不下。^[1] 而中医认为, 肾藏精, 主骨生髓, 为封藏之本, 心藏神, 主血脉, 为五脏六腑之大主, 且人与自然和谐统一, 夜间属阴, 应静卧休眠以养肾阴心血。若熬夜伤肾、劳神伤心, 致使水不济火, 脑髓失养, 心血暗耗, 清空失司, 出现耳鸣、头晕、心烦、健忘等症。故譙师提出从心肾论治耳鸣, 采用补肾宁心通窍方联合长春胺缓释胶囊的方法治疗心肾不交型耳鸣, 效果良好, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

共 60 例, 均为 2021 年 10 月至 2021 年 12 月我院门诊患者, 随机分为两组。治疗组 30 例, 男 15 例, 女 15 例; 年龄 35 ~ 55 岁, 平均 (43.96 ± 4.01) 岁; 左耳 12 例, 右耳 10 例, 双耳 8 例。对照组

30 例, 男 17 例, 女 13 例; 年龄 37 ~ 54 岁, 平均 (44.14 ± 3.87) 岁; 左耳 9 例, 右耳 12 例, 双耳 9 例。治疗前, 两组性别、年龄、耳鸣部位、耳鸣严重程度量表 (TEQ) 评分及耳鸣残疾评估量表 (THI) 评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准

①西医标准参照《耳鼻咽喉头颈外科学》第九版: 以耳鸣为主诉, 自觉单耳或双耳鸣响, 且外界无相应声源; 耳和全身的体格检查、听力学检查、影像学检查以及实验室检查等均未发现明显异常; 耳鸣对患者的工作、精神、生活造成不同程度的影响。②中医标准参照《中医诊断学》“十四五”教材制定, 辨证为心肾不交证。主症为耳鸣, 起病或加重与情绪相关, 次症为心烦不寐, 心悸多梦, 腰膝酸软, 潮热盗汗, 五心烦热。舌红, 少苔, 脉细数。以上临床表现符合主症及舌脉诊, 次症具备 2 个及以上即可确立辨证。③ TEQ 评分耳鸣严重程度 \geq II 级。④年龄在 18 ~ 65 岁, 性别不限。⑤病程 \geq 3 个月。⑥患者自愿接受治疗者。⑦近 1 周内未服用任何药物治疗本病。

1 天津中医药大学第一附属医院、国家中医临床针灸医学研究基地, 300381

2 天津中医药大学第一附属医院, 300381

1.3 排除标准

①排除继发性耳鸣及客观性耳鸣②计划妊娠、处于妊娠期或哺乳期的妇女；③合并有肝、肾、心血管以及造血系统、内分泌系统等严重原发病，精神病患者；④对本研究使用药物过敏及过敏体质者。

2 研究方法

治疗组口服长春胺缓释胶囊（烟台鲁银药业有限公司，国药准字 H20000714），30mg，一日两次。同时根据中医辨证，予补肾宁心通窍方加减（山药、酒萸肉、茯苓、泽泻、牡丹皮各 10g，熟地、钩藤、首乌藤、鸡血藤、络石藤、酸枣仁各 15g，煅龙骨、煅牡蛎各 20 克，百合 30g，炙甘草 6g），日一剂，水煎服 300ml，早晚分服。

对照组口服长春胺缓释胶囊（烟台鲁银药业有限公司，国药准字 H20000714），30mg，一日两次。

两组均以 4 周为一疗程，2 个疗程后观察疗效。

3 观察指标

根据耳鸣严重程度量表（TEQ）^[2]从耳鸣出现环境、持续时间、对睡眠的影响、对生活工作的影响、对情绪的影响、患者对耳鸣的总体感受 6 项内容对耳鸣严重程度进行评估。

根据耳鸣残疾评估量表（THI）^[3]从功能性、情感性及严重性对耳鸣残疾程度进行评估，最高分 100 分，分值与耳鸣残疾程度呈正相关。

4 疗效评定标准

痊愈：耳鸣及伴随症状消失，随访 1 个月无复发；

显效：耳鸣程度降低 2 个级别以上（包括 2 个级别）；

有效：耳鸣程度降低 1 个级别；

无效：耳鸣程度无改变。

5 统计学方法

采用 SPSS22.0 统计学软件处理数据，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示、用 t 检验，计数资料以 n 和 % 表示、用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

6 观察结果

两组治疗前后 TEQ 评分比较见表 1。

表 1 两组治疗前后 TEQ 评分比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	14.37 ± 2.95	11.77 ± 3.22* Δ
对照组	30	13.98 ± 2.48	13.07 ± 2.59*

注：与本组治疗前比较，* $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义；与对照组治疗后比较，Δ $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义。

两组治疗前后耳鸣 THI 评分比较见表 2。

表 2 两组治疗前后耳鸣 THI 评分比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	51.43 ± 7.24	34.1 ± 6.17* Δ
对照组	30	50.08 ± 7.69	42.6 ± 6.76*

注：与本组治疗前比较，* $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义；与对照组治疗后比较，Δ $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义。

两组临床疗效比较见表 3。

表 3 两组临床疗效比较（例，%）

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	1	2	17	10	66.7 Δ
对照组	30	0	1	11	18	40.0

注：与对照组比较，Δ $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义。

7 疗效分析

本研究共纳入病例 60 例，对照组 30 例予长春胺缓释胶囊，治疗组 30 例在此基础上联合应用补肾宁心通窍方。通过对治疗前后 TEQ 评分、治疗前后 THI 评分及疗效观察，治疗组总有效率为 66.7%（20/30）；对照组总有效率为 40.0%（12/30），两组差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

因此，以补肾宁心、通窍息鸣为总治则，选取补肾宁心通窍方联合长春胺缓释胶囊治疗心肾不交型耳鸣的疗效较单纯口服长春胺缓释胶囊的疗效更为显著。

8 讨论

8.1 现代医学对耳鸣的认识

现代医学研究认为，耳鸣是一种主要病变位于外周和中枢听觉系统、多因素协同作用而产生的临床症状，其产生的基础是听觉传导通路中的异常神经元电活动，可能与听觉中枢、听觉传导路径病变或耳蜗微循环障碍有关。^[4]因其发病机制复杂多样，且患者的主观感受也千差万别，故给临床治疗造成了较大难度。现代医学对于耳鸣的主要治疗方法有

认知行为疗法、声治疗以及药物治疗等^[5]，尚无特异性药物治疗耳鸣，多以扩张血管、营养神经为主，或应用抗焦虑、抗抑郁、抗惊厥药物改善耳鸣患者的伴随症状，以缓解其心理因素对耳鸣的影响。

8.2 祖国医学对耳鸣的认识

中医认为，肾藏精主水，开窍于耳，肾之精气上通于耳，主宰耳窍生长发育；心藏神主血脉，司听觉与平衡感。而心所藏之神为君火所变，与肾主水、藏精密切相关，只有心肾相交，水火既济，才能使中焦脾土化生的清阳之气随血脉上达清窍，从而听觉聪敏。若久病伤阴、房事过度，暗耗肾阴，则肾气不能上奉于心，致使心火偏亢；或思虑过度，情志抑郁化火伤阴，心火内炽，不能下交于肾；或心火独亢，不能下温肾水，肾水独寒，可导致水火既济失调，清窍失司，发为耳鸣。如《景岳全书·卷二十七》曰“人于中年之后，每多耳鸣，如风雨、如蝉鸣、如潮声者，皆是阴衰肾亏而言”；《圣济总录·耳门》云：“耳者心之寄窍，肾气所通也。脏腑和平，则其窍通而无碍”；《证治准绳·耳》云：“盖肾治内之阴，心治外之阳，合天地之道，精气无处而不交通，故清净精明之气上走空窍，耳受之而听斯聪矣”；如《辨证录·耳》所云：“凡人心肾交，始能上下清宁以司视听；心肾不交，皆能使听闻之乱。然肾欲交心，心必能受，心欲交肾，肾必能受，始相安也。倘若肾火大旺，心必畏肾之炎，不敢下交于肾矣，均能使两耳之鸣。但心不交于肾者，耳鸣轻，肾不交于心者，耳鸣重。”

8.3 药物分析

补肾宁心通窍方以六味地黄丸为基础方，合用谯师多年临床治疗耳鸣经验总结之四藤龙牡汤进行加减。方中熟地滋阴补肾、填精益髓；酒萸肉补养肝肾；山药健脾固肾；泽泻利水渗湿，防熟地滋腻碍脾；牡丹皮清泄相火，凉肝而泻阴中伏火，制酒萸肉之温涩；茯苓渗湿健脾，既助山药补脾，又助泽泻利水，且防熟地滋腻碍运化。六药合用，三补三泻，标本兼顾，是滋补肾阴的经典名方。酸枣仁、百合均入心经，前者可养心益肝、安神、敛汗，

后者养心阴、清心热、宁心安神，二药合用可养心宁神，清心除烦。此外，谯师认为患者肾精不足，脉络失养，气血运行无力，久病因虚致瘀，虚实夹杂，因此，治疗上在补肾填精的基础上合用四藤龙牡汤以活血通络，镇静安神。鸡血藤、络石藤入肝、肾两经，合用以活血补血通络；钩藤、首乌藤以镇静养血安神；四药合用，取类比象，发挥了藤类药物的通络作用，可以改善脑供血及血液流变学指标；^[6]煅龙骨、煅牡蛎镇静安神，平肝潜阳；炙甘草调和诸药。

全方着眼于补肾填精、宁心安神、活血通窍，以补肾滋阴治本，宁心安神治标，标本兼治，心肾两顾，从而达到水火既济、阴阳平衡、耳窍得通的目的。

长春胺缓释胶囊主要成分是从长春花中提取的生物碱-长春碱，具有较高亲脂性，可提高神经元对于葡萄糖以及血氧的利用率，有效扩张毛细血管以及脑部血管，恢复缺血区域正常血流量。^[7]研究发现，本药对患者不良情绪也有明显改善功能且提高睡眠质量。^[8]故在临床上，具有联合使用以治疗耳鸣的可行性。

经临床观察，补肾宁心通窍方联合长春胺缓释胶囊治疗心肾不交型耳鸣效果良好，值得推广。

参考文献

- [1] 杨东,周慧芳.耳鸣的发病率与病因分析[J].中国医药学,2014,4(11):39-42.
- [2] 刘蓬.耳鸣评价量表的研发思路[J].中国听力语言康复科学杂志,2018,16(5):330-333.
- [3] 陈知己,郑芸,钟萍,等.耳鸣评价量表的临床应用价值研究[J].听力学及言语疾病杂志,2017,25(3):242-245.
- [4] 安俊楠,郑芸.耳鸣发病机制研究进展[J].现代临床医学,2021,47(1):57-60
- [5] 杨仕蕊,谯凤英,刘鼎,等.耳鸣的中西医研究现状[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2020,28(05):386-390.

(下转第 38 页)

督脉揞针联合辛桂防芷汤治疗 肺气虚寒型变应性鼻炎的临床观察

李玲珑¹ 毛得宏¹ 肖茂迪¹ 雷玉婷¹ 杨志联*

【摘要】目的 探讨督脉揞针联合辛桂防芷汤治疗肺气虚寒型变应性鼻炎的临床疗效。**方法** 将 66 例肺气虚寒型变应性鼻炎患者随机分为：治疗组、对照组，两组口服辛桂防芷汤的同时，治疗组采用督脉揞针治疗，对照组采用针刺治疗，1 周为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。治疗 2 周后，评价 2 组的鼻部症状总评分 (TNSS)、症状视觉模拟评估表 (VAS)、鼻结膜炎相关生活质量问卷 (RQLQ)，比较两种治法疗效的差别。**结果** (1) 治疗 1 周后，治疗组有效率 66.67%，对照组有效率 60.00%，两组有效率无统计学差异 ($P > 0.05$)。 (2) 治疗 1 周后，在 TNSS 评分、VAS 评分、RQLQ 评分方面治疗组优于对照组，但无统计学差异 ($P > 0.05$)。 (3) 治疗 2 周后，治疗组有效率 90.90%，对照组有效率 83.33%，差异无统计学差异 ($P > 0.05$)。 (4) 治疗 2 周后，在 TNSS 评分、RQLQ 评分方面治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)；VAS 评分中鼻塞、流清涕治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)，打喷嚏、鼻痒两项症状相比无明显差异 ($P > 0.05$)。**结论** 督脉揞针治疗肺气虚寒型变应性鼻炎能够有效地缓解患者鼻塞、流清涕的症状，从而提高患者的生活质量，疗效显著。

【关键词】 变应性鼻炎；督脉；揞针；针刺

变应性鼻炎 (Allergic Rhinitis, AR)，对应中医系统中“鼻鼽”、“鼽涕”范畴，临床上多以鼻塞、鼻流清涕、鼻内瘙痒、反复连续打喷嚏为主，常伴畏风畏寒、气短懒言或咳嗽痰稀，发病多与气候变化相关，具有发病反复、难以根治的特点。关于治疗本病的方法不断在探索发展，但是其发病率仍呈上升趋势，因此仍需不断发挥中医治病优势，积极探索其他中医特色疗法提高治疗本病的疗效。揞针作为一种新型的皮内针，在临床上应用广泛，具有痛刺激小、操作简单、节省时间成本、刺激时间持续等多种优点。毛得宏教授治疗肺气虚寒型鼻鼽的临床常用基础方辛桂防芷汤^[1]，通过临床研究^[2]发现，其临床疗效显著。本研究采用督脉揞针联合辛桂防芷汤治疗肺气虚寒型变应性鼻炎，取得显著疗效，现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 病例来源

2020 年 10 月 -2021 年 12 月重庆医科大学附属永川中医院耳鼻喉门诊就诊的变应性鼻炎患者 (肺气虚寒型) 66 例。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准

参照 2012 年中华中医药学会发布的《中医耳鼻咽喉科常见病诊疗指南》^[3] 中肺气虚寒型鼻鼽诊断标准：主症：发作性鼻痒、喷嚏连作、流水样鼻涕、鼻塞、嗅觉减退等症状。次症：畏风怕冷、自汗、气短懒言、语声低微、面色苍白，或咳嗽痰稀，易患感冒等。鼻部检查：鼻粘膜色淡、淡白或灰白，下鼻甲肿胀光滑，鼻腔内水样分泌物。舌象：舌质淡，舌苔薄白或舌淡红，苔薄白，脉象：脉虚弱或脉细弱。

1.2.2 西医诊断标准

《变应性鼻炎诊断和治疗指南》^[4] (2015 年，天津)，纳入本课题的确诊患者需要具备的以下标准：

基金项目：重庆市永川区自然科学基金计划项目 (编号：Ycstc,2020nb0242)

1 重庆市永川区中医院耳鼻喉科，402160；

* 通讯作者：杨志联 主任护师，E-mail:1144186285@qq.com

①症状：阵发性喷嚏、清水样涕、鼻痒和鼻塞等症状出现 2 个或以上，每天症状持续或累计在 1h 以上，可伴有眼痒、流泪和眼红等眼部症状；②体征：常见鼻黏膜苍白、水肿，鼻腔内水样分泌物；③变应原检测：至少一种变应原 STP 和 / 或血清特异性 IgE 阳性。

1.3 纳入标准

①符合西医变应性鼻炎诊断标准和中医鼻鼽肺气虚寒型诊断标准。②年龄在 18-65 周岁，性别不限。③病程至少一年。④近一周来未接受特异性免疫疗法或未使用抗过敏药物患者。⑤病人在观察治疗期间未用其他与本病治疗有关的药物或 / 和治疗措施。

1.4 排除标准

①合并心、肾、脑、造血系统、消化系统等严重疾病者，中重度哮喘病患者，精神病患者。②接受过特异性免疫疗法或近一周使用抗过敏药物患者。③合并鼻中隔明显偏曲者，或合并较严重慢性鼻炎、鼻窦炎、血管运动性鼻炎、嗜酸性细胞增多性非变态反应性鼻炎、严重鼻息肉者。④妊娠妇女、有意向妊娠妇女或哺乳期妇女。⑤不接受针灸或揶针治疗者，或治疗穴位皮肤有破损者。

1.5 治疗方案

1.5.1 治疗组（揶针组）

A. 揶针治疗：(1) 选穴：印堂、大椎、腰阳关、至阳、迎香、（双）肺俞、（双）脾俞、（双）肾俞。(2) 器具选择：针具：选择日本进口清铃揶针（生产厂家：日本静冈县清铃株式会社（SEIRIN CORPRATION），规格型号：直径：0.2mm，针长：1.2mm。(3) 操作方法：用棉签蘸取碘伏消毒穴位局部皮肤，再进行埋针。埋针后留针 2 天，留针期间嘱患者每日自行按压 3-4 次，每 4 小时按压一次，有酸胀感为宜。一周为 1 个疗程，共治疗两个疗程。

B. 口服中药：由我院（重庆医科大学附属永川中医院）中药房统一熬制中药煎剂辛桂防芷汤。方剂组成：桂枝 10g、白芷 10g、炒苍耳子 9g、辛夷 10g、薄荷 10g、地肤子 10g、蝉蜕 10g、防风 10g、

白术 10g、黄芪 20g、甘草 6g。服用方法：每剂水煎服 300ml，分早中晚三次服用，每日一剂，连续服用两周。

1.5.2 对照组（针刺组）

A. 针刺治疗：(1) 选穴同治疗组（揶针组）(2) 器具选择：佳健医疗牌无菌针灸针（厂家：无锡佳健医疗器械股份有限公司，规格：0.25 mm*25 mm 0.30mm*50mm）。其中印堂、迎香穴选取 0.25 mm*25 mm 规格毫针，大椎、至阳、脾俞、肾俞、腰阳关选取 0.30mm*50mm，余材料同治疗组（揶针组）。(3) 操作方法：患者俯卧位保持仰面。待有针感后留针 30min 后取针。一周连续针刺 6 天，休息 1 天，为一个疗程，共 2 个疗程。

B. 中药治疗同治疗组（揶针组）

1.6 观察指标

(1) 鼻部症状总评分（TNSS）^[4]

参考《变应性鼻炎诊断和治疗指南》（2015 年，天津），对鼻部症状喷嚏、流涕、鼻痒、鼻塞进行打分，以 0-3 分评估症状严重程度，0 分：无症状，1 分：轻度症状（症状轻微，易于忍受），2 分：中度症状（症状明显，令人厌烦，但尚可以忍受），3 分：重度症状（症状令人烦恼，不能忍受，影响日常工作、生活，不能获得正常睡眠）。参考《变应性鼻炎诊断和治疗指南》（2015 年，天津）

(2) 症状视觉模拟评估表（VAS）

在 0-10cm 标尺上标出四个主要症状（鼻塞、鼻痒、打喷嚏、流鼻涕）相应分值，按 0-10 分评价，“0”代表毫无影响，“10”代表严重影响，以此类推。

(3) 鼻结膜炎相关生活质量问卷（RQLQ）^[5]

该量表针对患者近一周从鼻部症状、非鼻部或眼部症状、情感、睡眠、日常生活 5 个维度共 20 个问题衡量 AR 对患者生活质量的影响，据自身情况打分，范围 0-3 分，该评分反映患者生活质量的高低，总分越高则生活质量越低。

1.7 疗效指标

参照中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会和

中华医学会耳鼻咽喉科分会 2004 年版《变应性鼻炎的诊治原则和推荐方案》^[6] 拟定。疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。显效: 临床症状明显改善, 66% ≤ 疗效指数 ≤ 100%; 有效: 临床症状好转, 26% ≤ 疗效指数 < 66%; 无效: 临床症状无改善, 甚或加重, 疗效指数 < 26%。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总病例数 × 100%。

1.8 统计方法

采用 SPSS 25.0 统计软件进行数据分析, 计量资料用均数 ± 标准差表示, 计数资料用构成比、率表示。两组间不符合正态分布者, 采用非参数检验 (秩和检验); 两组间符合正态分布, 采用独立样本 t 检验; 组间有效率比较用卡方检验。组内前后符合正态分布, 采用配对样本 t 检验, P < 0.05 具有统计学意义。

2 结果

2.1 基线资料

两组性别、年龄、病程、鼻部症状总评分 (TNSS)、鼻部各症状评分、RQLQ 评分、体征评分比较, 差异均无统计学意义 (P > 0.05), 表明 3 组患者的基线特征基本一致, 具有可比性。

2.2 患者失访情况比较

本次临床实验按照要求纳入肺气虚寒型 AR 患者 66 例, 随机纳入治疗组与揞针组各 33 例。治疗组无病例脱落。对照组脱落 3 人, 其中 1 人因工作原因无法坚持每日于我院针刺治疗, 1 人因外地读书无法继续治疗, 1 人因反复扎针后因自觉疼痛不适产生恐针情绪中途要求退出治疗。最终治疗组完成 33 例, 对照组完成 30 例。

2.3 治疗前后 2 组 TNSS 评分比较

表 1 鼻部症状 0 周、1 周、2 周总评分 (TNSS) 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	0 周	1 周	2 周	t ¹	t ²	P ¹	P ²
治疗组	6.70 ± 2.32	5.48 ± 1.89	2.70 ± 1.38				
对照组	7.00 ± 1.89	5.23 ± 2.06	3.43 ± 1.30	0.505	-2.170	0.615	0.034

注: 治疗 1 周: 经配对样本 t 检验, 两组治疗后均低于治疗前, 差异具有统计学意义 (P < 0.05); 经独立样本 t 检验, 治疗后两组相比, t¹=0.505, P¹=0.615, 差异无统计学意义 (P > 0.05)。治疗 2 周: 经配对样本 t 检验,

两组治疗后均低于治疗前, 差异具有统计学意义 (P < 0.05); 经独立样本 t 检验, 治疗后两组相比, t²=-2.170, P²=0.034, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。

2.4 治疗前后 2 组 VAS 评分比较

表 2 治疗 1 周 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	对照组	治疗组	对照组	
36	6.72 ± 2.07	1.91 ± 1.53	2.76 ± 1.88	-1
70	6.21 ± 2.19	1.39 ± 1.06	2.14 ± 1.41	-2
09	6.28 ± 1.71	1.61 ± 1.37	2.28 ± 1.16	-2

注: 经配对样本 t 检验, 两组治疗后各症状均较治疗前降低, 差异具有统计学意义 (P < 0.05); 经独立样本 t 检验, 治疗后两组相比, 各症状值分别为 t=-1.363、-1.510、-1.489、-0.842, P=0.178、0.136、0.142、0.403, 差异无统计学意义 (P > 0.05)。

表 3 治疗 2 周 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

鼻部症状	0 周		2 周		z	P
	对照组	治疗组	治疗组	对照组		
打喷嚏	6.24 ± 2.36	6.72 ± 2.07	1.91 ± 1.53	2.76 ± 1.88	-1.743	0.081
流涕	5.97 ± 2.70	6.21 ± 2.19	1.39 ± 1.06	2.14 ± 1.41	-2.031	0.042
鼻塞	5.76 ± 2.09	6.28 ± 1.71	1.61 ± 1.37	2.28 ± 1.16	-2.379	0.017
鼻痒	6.27 ± 2.05	6.41 ± 2.04	1.48 ± 1.15	2.03 ± 1.05	-1.937	0.053

注: 经秩和检验, 两组治疗后各症状均较治疗前降低, 差异具有统计学意义 (P < 0.05); 经秩和检验, 治疗后两组相比, 流涕、鼻塞值分别为 Z=-2.031、-2.379, P=0.042、0.017, 差异具有统计学意义 (P < 0.05); 打喷嚏、鼻痒值分别为 Z=-1.743、-1.937, P=0.081、0.053, 差异无统计学意义 (P > 0.05)。

2.5 治疗前后 2 组患者治疗前后 RQLQ 评分比较

表 4 治疗 0 周、1 周、2 周两组 RQLQ 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	0 周	1 周	2 周	t ₁	t ₂	P ₁	P ₂
治疗组	33.48 ± 9.27	22.70 ± 8.68	13.30 ± 6.34				
对照组	32.00 ± 9.83	23.60 ± 8.39	17.27 ± 5.90	-0.419	-2.562	0.677	0.013

注: 治疗 1 周: 经配对样本 t 检验, 两组治疗后均低于治疗前, 差异具有统计学意义 (P < 0.05); 经独立样本 t 检验, 治疗后两组相比, t¹=-0.419, P¹=0.677, 差异无统计学意义 (P > 0.05)。治疗 2 周: 经配对样本 t 检验, 两组治疗后均低于治疗前, 差异具有统计学意义 (P < 0.05); 经独立样本 t 检验, 治疗后两组相比, t²=-2.562, P²=0.013, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。

2.6 治疗前后 2 组患者疗效比较

表 5 两组临床疗效比较

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率	P
治疗组	33	0	16	14	3	90.90%	0.601
对照组	30	0	6	19	5	83.33%	

注: 经校正卡方检验, P > 0.05, 两组有效率无统计学差异。

3 讨论

“邪之所凑，其气必虚”，若肺脏亏虚，卫外不固，外邪侵袭，鼻窍难逃受累。肺开窍于鼻，鼻窍作为人体呼吸系统的入门通于外界，是人体卫外的第一门户，四时之气变化，外邪侵犯，首当其冲。手足六阳经与督脉皆上循于头面，“头为诸阳之首，百脉所通”，鼻窍居头面正中，属清空之窍。正如《辨证录》：“人有鼻流清涕，经年不愈，是肺气虚寒”。故鼻鼽发病，肺虚感寒是主要因素。本研究纳入的患者，均是肺虚感寒型，除常见临床症状外，常表现不同程度的畏寒、怕风，且平素易反复感冒，免疫力较低。本课题选用的辛桂防芷汤为毛得宏教授治疗肺气虚寒型鼻鼽临床常用基础方^[1]具有散寒通窍，补肺益气，祛风止痒之效，通过临床研究^[2]发现，辛桂防芷汤治疗本病临床疗效显著。

本研究从督脉入手，意在治病求本，扶阳散寒，充实五脏，调和营卫，通窍利窍。督脉“沿头部正中线，……经前额下行鼻柱至鼻尖的素髎穴”，“经脉所过，主治所及”，调治督脉，阳气循经过鼻，卫风散寒，阳气温煦，循经调节鼻部络脉气机，缓解鼻窍症疾。通过揞针、针刺刺激督脉穴位振奋阳气，结合鼻旁腧穴，通络通窍，配合中药补肺益气，散寒通窍，可以增强机体抵御外邪的能力，减少此类鼻鼽的发病。同时，脏腑虚损，是鼻鼽发病的重要病机。督脉“贯脊，属肾，络膀胱”，其循行上与足少阴肾经紧密相连^[7]。又称“阳脉之海”，总调一身之阳，内达五脏，外应经络，阳气直接传输至各脏腑，机体阳气充实，益肺、健脾、温肾。同时督脉在大椎处同六阳经交汇，脏腑经气相通，五脏阳气间接性得到滋源。肺、脾、肾均得以温煦，肺气调畅御邪、脾阳充实健运、肾脏阴阳互济，鼻鼽发病自然减少。大椎、至阳、腰阳关皆属于督脉中阳气旺盛的穴位，在内阳气盛，则五脏“满”、六腑“实”，在表阳气旺，则腠理密，御外邪。此三穴分别位于背部督脉上段、中段、下段，印堂位于头面，揞针埋针后，督脉阳气能在各端受到激发，阳气运转承上亦能启下。本课题共选八个穴位，皆为阳经

取穴，从阳引阴，诸穴相配，共奏温阳散邪，通利气血，宣通鼻窍之功，扶正散邪，标本共治。

古代医家在针刺中提出“静以久留”的观点，揞针即是基于此理论在传统针刺留针法的发展。揞针“久留”以“候气”、“调气”、“行气”，以调和气血，平衡阴阳。若久病入络，又有行气活血通络之效。本课题选择肺气虚寒型鼻鼽患者为研究对象，外感风寒之邪，肌肤腠疏松，卫气不固，风寒侵袭，则易发病，正如“善治者，治皮毛”所说，通过揞针细短的针身在皮肤浅层持续性的刺激，一方面激发卫气运行，巩固腠理，抵御外邪，一方面运行浮络经气，调节脏腑虚实。同肺气虚寒型鼻鼽的治疗须扶正祛邪的治法不谋而合。

治疗后 2 组患者的 TNSS 评分均改善 ($P < 0.05$)，且在治疗 2 周后治疗组在改善 TNSS 评分方面优于对照组，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组患者在治疗 1 周时 VAS 评分均改善 ($P < 0.05$)，2 组患者之间比较无明显差异 ($P > 0.05$)；治疗 2 周时鼻塞、流清涕治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。2 组患者的 RQLQ 评分均有所改善 ($P < 0.05$)，且治疗组在改善 RQLQ 评分方面优于对照组，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组有效率为 90.0%，对照组有效率为 83.3%，2 组之间的总有效率无统计学差异 ($P > 0.05$)。由上可见督脉揞针与普通针刺治疗该病都能达到较好的疗效，两种方式的疗效相当。但针刺治疗具有耗费时间，且部分患者恐针，不愿意接受针刺治疗的缺点，揞针作为皮下埋针的治疗方式，针体短，与普通针刺相比，避免了晕针、断针、弯针、滞针等风险；在保证疗效的同时，更兼具安全性、便捷性、不适感小、使用依从度更高的优点，在远期治疗推广应用中有巨大的潜力。

综上所述，督脉揞针联合辛桂防芷汤治疗肺气虚寒型变应性鼻炎能够有效地缓解鼻塞、流清涕等症并改善生活质量，临床效果显著，为临床治疗肺虚型变应性鼻炎提供了新的实践依据，值得在临床进一步推广应用。

参考文献

[1] 毛得宏, 庠红红. 变应性鼻炎内外兼顾辨治思路 [J]. 中医杂志, 2016, 57(19): 1697-1699.

[2] 毛得宏, 李玲珑, 张锋, 等. 中医特色预防调养干预过敏性鼻炎的疗效观察 [J]. 中国中医急症, 2021, 30(1): 140-143.

[3] 中华中医药学会. 中医耳鼻咽喉科常见病诊疗指南 [M]. 北京: 中国中医药出版社. 2012:12.

[4] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科学组, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 变应性鼻炎诊断和治疗指南 (2015 年, 天津) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016, 51(1):6-24.

[5] DIETZ DE LOOS D A E, SEGBOER C L, GEVORGYAN A, et al. Disease-specific quality-of-life questionnaires in rhinitis and rhinosinusitis: review and evaluation [J]. Current Allergy and Asthma Reports, 2013, 13(2): 162-170.

[6] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会耳鼻咽喉科分会. 变应性鼻炎的诊治原则和推荐方案 (2004 年, 兰州) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40(3): 317-319.

[7] 沈雪勇. 经络腧穴学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 216-217.

(上接第 33 页)

[6] 张盈, 谯凤英, 杨仕蕊等. 四藤龙牡汤辨证治疗耳鸣的临床研究 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2020, 28(5): 342-343, 323.

[7] 王银歌, 王宝勇, 张德才. 葛根素葡萄糖注射液联合长春胺缓释胶囊治疗前部缺血性视神经病变的临床效果 [J]. 药物评价研究, 2021, 44(1): 116-

121.

[8] 黄宇菲, 叶瑞绿, 郭海花. 长春胺缓释胶囊对卒中后抑郁及神经功能恢复的临床效果观察 [J]. 首都食品与医药, 2020, 27(02): 73.

河南省中医院耳鼻喉科介绍

科室简介：河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）耳鼻喉科是河南省成立较早的中西医结合耳鼻喉诊疗专科，现已发展成集临床、教学、科研为一体的现代化中西医结合特色专科。是河南省卫健委批准的河南省中医专科诊疗中心（耳鼻喉）建设项目单位、河南省中医（中西医结合）鼻内镜咽喉内镜质量控制中心，河南中医药大学中医五官学科硕士学位点及学科带头人单位，中华中医药学会耳鼻喉分会副主任委员单位，河南省中医药学会耳鼻喉分会主任委员单位。



全科现有医技护 38 人，其中主任医师、教授 5 人；副主任医师、副教授 5 人；主治医师 4 人；医师 1 人；医技 5 人；专科护士 18 人。科室设有 4 个亚专业，两个病区开放床位 70 张。门诊就诊区面积约 400 余平方米，年门诊量 13 万人次，中医特色鲜明，诊疗辐射全国。其中设有蔡氏喉科传承工作

室、耳鸣门诊，耳鼻喉内镜中心、听力学中心、中医特色综合治疗室及睡眠监测室。

近年来科室荣获厅局级科技成果一等奖 2 项，国家发明专利 5 项；参与国家级科研课题 2 项，主持厅局级课题 11 项；近五年发表论文 100 余篇，其中国家核心期刊 30 余篇。



科室配备有高端超细 NBI 电子鼻咽喉镜、纤维喉镜及内镜手术显示系统；拥有听觉诱发电位、耳声发射、多频稳态、耳鸣治疗平台、前庭功能检查系统；拥有先进的鼻阻力、鼻声反射、嗅觉功能检测系统及手术显微镜等。

学科特色优势

河南省中医院耳鼻喉科“蔡氏喉科”自蔡福养教授开创以来，不断耕耘，历经三十年岁月积淀，具有先进的诊疗理念及独特的治疗方法。至第三代蔡纪堂教授在系统整理蔡老临床医案、用药特点、思辨特点的基础上，提出利用温阳化湿理论治疗变应性真菌性鼻窦炎、鼻息肉，并创立新方“咽喉舒



此外，科室规范开展耳鼻咽喉的常规及疑难手术。

在全省较早开展鼻内镜微创外科技术。如：鼻内镜下鼻腔、鼻窦手术，鼻内镜下鼻中隔矫正术、鼻腔鼻窦良恶性肿瘤各类手术。在鼻眼相关外科、鼻-颅底外科疾病的诊疗方面不断进取突破。

在省内率先开展耳内镜外科技术。如：耳内镜下耳屏软骨鼓膜修补技术及耳内镜下的鼓室探查、上鼓室胆脂瘤及听骨链重建手术等。

开展耳显微外科的各类中耳手术。如：各型鼓室成形术、听骨链重建术，各类乳突根治术、面神经减压术，耳廓、外耳道的各类良、恶性肿瘤手术等。

茶”，临床运用效如桴鼓。应用蔡老经验方“鼻康复”鼻腔填塞治疗鼻窦炎、过敏性鼻炎、腺样体肥大效果显著。2021 年该疗法获得国家中医药管理局中医特色技术传承项目支持，作为适宜技术向全国推广。新型冠状病毒肺炎出现的早期提出上呼吸道是其发病的主要部位，应用清肺开窍排痰中药进行鼻腔填塞治疗，缓解改善呼吸道症状作用明显。

同时科室首任主任王永钦教授在发掘名老中医临床经验基础上，研制了多种院内制剂，如：鼻舒乐丸、通窍聪耳丸、聪耳熄鸣丸、润喉利咽丸、九味利咽茶等，至今在临床上尚广泛使用。



开展低温等离子支撑喉镜下的咽喉部微创技术。如：喉良恶性肿瘤的微创手术，扁桃体、腺样体切除术，以及成人、儿童的鼾症手术等。



专家介绍



李静波 主任医师、教授、硕士研究生导师、科室主任兼五官教研室主任。兼任河南省中医药学会耳鼻喉分会副主任委员；河南省医学会耳鼻喉-头颈外科分会常务委员兼中西医结合及嗓音学组组长；河南省医院协会睡眠障碍管理委员会副主任委员；河南省康复协会无喉者专业委员会副主任委员；河南省保健委员会干部保健会诊专家。主持参与课题 6 项、发表论文 20 余篇。

擅长：中西医结合治疗难治性鼻窦炎、过敏性鼻炎；耳鸣、眩晕；耳内镜中耳手术，成人及儿童鼾症手术等。



柴峰 主任中医师、教授、耳鼻喉科名誉主任。兼任中华中医药学会耳鼻喉分会副主任委员、外治研究组副组长，中国中药协会耳鼻喉药物研究专业委员会副主任委员，世界中联耳鼻喉口腔科专业委员会常务理事，中国中西医结合学会耳鼻喉头颈学会委员，河南省中医药学会耳鼻喉分会主任委员。

擅长：中西医结合治疗耳鼻喉科疾病。



蔡纪堂 主任中医师、教授、硕士研究生导师。出身于中医世家，全国著名耳鼻喉专家、第二批名老中医蔡福养教授的学术经验继承人，中华中医药学会耳鼻喉分会委员，中国中西医结合学会耳鼻喉科分会中医药研究专家委员会常务委员，河南省中医药学会耳鼻喉分会常务委员。河南省保健委员会干部保健专家，郑州干部保健特聘专家。

擅长：运用中医治疗过敏性鼻炎、难治性鼻窦炎、儿童鼻窦炎及腺样体肥大、鼻源性头痛、慢性咽喉炎、嗓音病、耳源性眩晕、耳鸣耳聋等耳鼻喉科疑难病。

喉痹源流考

徐宁聪¹ 李云英²

【摘要】 喉痹是中医耳鼻喉科的常见疾病之一，追溯其历史渊源已达上千年。笔者通过查阅历代中医古籍，探寻喉痹中医病名及其渊源，并对其病因病机和治疗进行综合性分析，发现其因病因病机和喉部形态不同有不一样的病名。笔者将各个时期的喉痹进行分类，探索其病因病机与治疗方法，为当代中医耳鼻喉临床提供参考。

【关键词】 喉痹；病名；病因病机

喉痹是指以咽部红肿疼痛或异物感不适为主要特征的咽部疾病^[1]，是喉科常见病、多发病之一，常伴有咽痒、咽干、咽灼热感和咽喉异物阻塞感等症，亦可伴有全身症状恶寒发热等，相当于现代医学的急、慢性咽炎。祖国医学对喉痹的认识源远流长，喉痹首见于帛书《五十二病方》^[1]，各代医家对于其病因病机和辨证论治的认识，更是百家争鸣，众说纷纭。笔者通过查阅古代医籍，浅述喉痹病名及探究其各类病名的源流，对各代医家对其各病名论述分类总结，为临床诊疗喉痹献出绵薄之力。

1 喉痹病名

喉痹一词最早见于帛书《五十二病方》^[1]，再到《黄帝内经》开始对喉痹有多次论述，据笔者统计《黄帝内经》中共有 15 处提到“喉痹”一词，如《素问·阴阳别论》：“一阴一阳结，谓之喉痹。”痹者，闭塞不通也。唐代医家王冰疏注：“一阴谓心主之脉，一阳谓三焦之脉，三焦、心主，脉并络喉，气热内结，故为喉痹。”^[2]这是从经络方面解释喉痹形成的原因，一阴指手厥阴心包经，一阳指手少阳三焦经，二者经脉络于喉，气热互结，闭塞不通，则发为喉痹。而从《黄帝内经》后历代医家对喉痹发病缓急、不同的病因病机和喉部形态不同，对喉痹的称呼也不同，笔者按病因病机和症状体征不同对喉痹病名进行分类。

2 喉痹病名按病因、病机分类

2.1 风热喉痹 风热喉痹是指风热之邪，侵犯咽喉，或风热之邪直接犯肺，肺失宣肃，风热邪毒循经上升，致咽喉红肿，气机郁闭阻塞咽喉气机，形成风热喉痹。其主要症状是咽喉红肿热痛，同时伴有恶寒、头痛等全身症状。《喉科集腋·喉痹》云：“风热喉痹，其肿红而微紧，其形如拳，其人面青而目上视，外瘰壮热，恶寒，俨若伤寒，此病久积热毒，因而感风所致，如病人声音不响，宜用润肺之药治之。”^[3]此外，《焦氏喉科枕秘》和《包氏喉证家宝·咽喉七十二证考》均有提及风热喉痹。若热毒积聚日久，未能及时清热解毒，邪热犯肺胃，热毒由表传里，积聚于上焦与中焦，则形成肺胃热盛之证，《圣济总录》有此提及：“咽喉中妨闷，如有物者，乃肺胃壅滞，风热客搏，结于咽喉使然。”^[4]

2.2 风毒喉痹 风毒喉痹，咽喉部因感受风毒之邪，此证脸部腮部肿痛，咽喉部微红肿带白色，全身症状恶寒而无发热。清代医家顾世澄认为风毒喉痹乃风痰相搏导致，并结于寒邪于喉间，《疡医大全·卷十七》指出：“风毒喉痹，外赤肿，内肿微红带白色，其形似蒸饼，连腮肿痛。外证身恶寒而无热，腮颌浮肿，牙关紧强，此乃风痰相搏，结寒喉间。”^[5]

2.3 阴毒喉痹 阴毒喉痹，因冬月感受寒湿与火

基金项目：李云英全国名老中医药专家传承工作室（国中医药办人教函[2021]270号）

1 广州中医药大学第二临床医学院，广州 510120；2 广东省中医院，广州 510120

通讯作者：李云英，广东省中医院耳鼻咽喉头颈科，E-mail: gdliyuning@163.com

邪而成。喉部红肿形似紫李子,全身症状伴有恶寒,身体抽搐震动,腰痛,脚部发冷。血微红、喉部肿处软,喉中有痰可治。血甚甚至黑色,肿处硬且喉干,则表示难治。《疡医大全·卷十七》提出了其病因、症状及治法:“阴毒喉痹,肿如紫李,现黑色,其色光血红可治;阴毒血黑不治。外证恶寒,其身瞤动振,腰痛脚冷,此乃冬月感阴湿火邪相干也。其血微红及肿处软,喉中有痰可治;血黑甚,肿硬喉干难治。先服五福化毒丹,次以苏子降气汤,再吹药,一月之内戒酒。”^[5]此外,《喉科集腋·喉痹》和《焦氏喉科枕秘·卷一》均有阴毒喉痹的相关论述。

2.4 虚火喉痹 虚火喉痹,多因少阴因起居不常、房劳、醉酒、过饱导致的虚损,加以阳明湿热熏蒸,湿热之邪耗伤肾阴,阴阳不调,使虚火上炎结于喉部形成虚火喉痹。症见咽喉部红肿疼痛,咽干,口干,手足心热,腰膝酸软,两颧潮红,舌红少苔,脉细数。《喉科金钥全书·上卷》提及其病因病机。

2.5 阴虚喉痹 阴虚喉痹,即因素体阴虚导致咽喉部失去津液的濡养,形成喉痹。症见内热,口渴口干,唇红颊赤,盗汗,腰膝酸软。或因肺燥阴虚导致喉痹,则可出现干咳无痰、唇燥。相当于现代医学的慢性咽炎。《景岳全书》讨论阴虚喉痹,指出其根本病因在于肾阴亏损,水火不济,“阴虚喉痹,其证亦内热口渴喉干,或唇红颊赤,痰涎壅盛,然必尺脉无神,或六脉虽数而浮软无力,但察其过于酒色,或素禀阴气不足,多倦少力者,是皆肾阴亏损,水不制火而然。”^[6]《重订囊秘喉书·卷上》亦有提及阴虚喉痹的病因病机:“凡阴虚喉痹,口舌生疮破烂,或声哑者,皆水亏火旺之症。初起宜加味射干汤,次用滋阴消痹汤。亦有未成劳瘵,遽然音哑,以致嗽唾无休。”^[7]《喉舌备要秘旨》与《喉科大成》均有提及阴虚喉痹的病因病机。

2.6 阳虚喉痹 阳虚喉痹,古代医家认为并非阳虚导致喉痹,而因为喉痹导致阳虚,因患喉痹清热解毒药攻伐过盛,或因饮食不节过食寒凉,损伤胃气,使中阳受损,致阴寒内盛。《景岳全书》云:“阳

虚喉痹,非喉痹因于阳虚,乃阳虚因于喉痹也。盖有因喉痹而过于攻击,致伤胃气者,有限于饮食,仓廩空虚,亦伤胃气者。”^[6]《喉科大成》、《医碥》、《喉舌备要秘旨》均有对喉痹病因病机有提及。

2.7 格阳喉痹 格阳,乃指阳气虚衰,阴寒内盛,格阳于外。而格阳喉痹则因火不归元,形成上热下寒之证,将无形之火格于咽喉,形成格阳喉痹。《景岳全书》云:“格阳喉痹,由火不归元,则无根之火客于咽喉而然,其证则上热下寒,全非火证。凡察此者,但诊其六脉微弱,全无滑大之意,且下体绝无火证,腹不喜冷,即其候也。”^[6]《喉舌备要秘旨》亦有与格阳喉痹相关记载。然在清代医家张山雷则提出附子可治格阳喉痹,且叙述了格阳喉痹的病因病机和症状体征。《本草正义·卷之七》云:“又谓治格阳喉痹,则阴盛于下,格阳于上,是喉痹中之特殊一种,虽不多见,确是有之,但喉中痛不红不肿,或喉色淡白,微有数缕红丝,舌亦淡白无华,肌肤亦必惨。”^[8]

2.8 酒毒喉痹 酒毒喉痹,故由饮酒而生。酒乃湿热之品,过度饮酒后,因上焦受热,心脾两脏积热,热毒上行,壅塞喉间。症见喉部鲜红肿胀,光亮如镜,形如鸡子,双目上视,全身症状可见恶寒发热。《疡医大全·卷十七》认为:“酒毒喉痹,乃酒毒蒸于心脾二经,则壅咽喉,其人面赤而目睛上视者是也。取痰法如前,再用冰片散吹之,清凉散饮之。又云:酒毒喉痹其形若鸡子,其肿鲜红,其光如镜。外证发热恶寒,头痛颈强。此上焦积热,心脾受之,盖心脾二经主上焦。宜服粘子解毒汤。”^[5]

2.9 气痛喉痹 气痛喉痹,因痰与气互结于喉,症见体发寒热。《疡医大全·卷十七》认为:“气痛喉痹,此证为因聚毒塞于喉间,痰涎稠实,发寒热者,仍分上中下三关。毒在下关者难治,上中二关用吹药吹喉,茶汤送下雄黄化毒丸七粒。”^[5]

3 喉痹病名按症状体征分类

3.1 帘珠喉痹 帘珠喉痹,其“帘珠”为咽后壁淋巴滤泡增生突起,因喉底有许多粒状突起,如白网状,挂满喉间,称为帘珠喉痹。其病因则因郁积

热毒而发，属上实下虚之症。症见满喉有如白网状突起，咽侧索肿胀，两侧腺体可见白色分泌物，舌红肿，喝水即痛。相当于西医学的慢性肥厚性咽炎。《喉科指掌·卷之三》有对帘珠喉痹的症状、病因病机和治疗的描述：“帘珠喉，满喉如白油状，两边微肿，根有白点，带红色，小舌红肿，嚥水大痛。此症因郁积热毒而发，其脉两寸浮洪，两尺亦洪大，上盛下虚之症也。治宜清火，用六味汤……吹紫雪、金不换，六七日而愈。”^[10]六味汤加黄柏、黄芩、知母、石膏、山豆根、玄参、山栀子等清热解毒药治疗帘珠喉痹，亦提出外治法吹药治疗。

3.2 淡红喉痹 淡红喉痹，乃喉痹肿胀之处色淡红也。《喉科指掌·卷之四》提出淡红喉痹的症状及针刺疗法：“淡红喉痹，肿如鸡子，饮食不下，身发寒热，眼红呕吐，恐有斑毒在内，急针：少商、少阴、商阳、关冲（左右八穴）。”^[10]《咽喉秘集》提出用六味汤加加苏叶、羌活、葛根各六克、鲜芫荽十五克治疗：“淡红喉痹肿似鸡子……六味汤加苏叶、羌活、葛根各六克、鲜芫荽十五克，服一剂，满身发出痧疹，呕吐即止。”^[11]

3.3 白色喉痹 白色喉痹，因喉部肿胀之处白色而命名。其病因是肺胃受寒，症见脉迟身热。《咽喉秘集》：“白色喉痹，此症因肺胃受寒，脉迟身热，用六味汤加细辛三分，羌活二钱，苏叶、陈皮各一钱，二服可愈。若变红色干痛，去前四味，换加山栀、木通、酒炒黄芩、生地、黄柏各一钱；痰多加海浮石、半夏、花粉各一钱。”^[11]

3.4 烂喉痹 烂喉痹，症见喉部溃烂如花瓣，伴有白斑，疼痛至不欲饮食，目睛上视，脉洪大。其因肝胃热毒，感受外邪所致。《咽喉秘集》：“烂喉痹因肝胃热毒，外感时邪而发，形如花瓣，烂肿白斑，痛叫不食，目睛上泛，六脉洪大”^[11]

4 治疗

本病当以明辨虚实，基于不同的病因病机、体征，进行辨证施治，配合外治法，方可得到更好疗效。

4.1 从风论治

喉属肺系，风邪入侵，当先犯肺，所以喉痹与风密切相关。

4.1.1 疏风清热解毒利咽

喉部因风受邪，积热而成喉痹。《焦氏喉科枕秘》指出：“牙关强急。宜探风痰。发热恶寒。服荆芥防风败毒散表之。后服加四物汤。以滋阴降火。并用此方。黄连、桔梗、贝母、甘草、花粉、牛蒡、射干、杏仁、薄荷，用水煎服。风热喉痹受热风。忽生红紫塞喉咙。目睛上视有寒热。荆芥败毒表相攻。”^[9]方中黄连、牛蒡、射干、天花粉疏风清热解毒利咽，桔梗宣发肺气，贝母清热化痰，杏仁祛痰止咳平喘，甘草调和诸药，共奏疏风清热解毒利咽之功。

4.1.2 疏风散寒解毒

风邪侵犯，亦可夹带寒毒。王肯堂的《证治准绳》谓“活人半夏桂枝甘草汤治暴寒中人咽痛，此外感风寒作喉痹之治法也。”^[12]，提出了风寒喉痹当以半夏桂枝甘草汤治疗。方中半夏化痰，桂枝解表散寒，甘草调和，各药等分，以祛喉部风寒之邪。《喉科指掌》中提到白色喉痹的治疗，以六味汤为底方治疗，“白色喉痹，此症因肺胃受寒脉迟身，六味汤加细辛三分，羌活二钱，苏叶二钱，陈皮一钱，二服可愈。或二服后变红色干痛，去前四味换加山栀、木通、酒炒黄芩、生地、黄柏、各一钱；痰多，加浮石、制半夏、天花粉各一钱”。^[10]

4.2 清热解毒，兼以化痰祛湿

古代医家多认为喉痹与“火”、“热毒”有关，所以以清热解毒为法治喉痹的医家数目也较多。《医学心悟·六卷》中记载三黄解毒汤治疗，《尤氏喉科秘卷》提出使用八宝丹治疗喉痹，治喉风夹痰缠于喉间，用牛黄一分、熊胆二分、珍珠五分、琥珀三分、乳香三分、没药三分、冰片三分、麝香一分清热解毒兼以化痰祛湿。《临证指南医案·十卷》中提出喉痹当以辛散咸软之品，祛风痰解热毒，推荐使用元参升麻汤、透关散、普济消毒饮等治疗。

4.3 滋阴降火

古代医家发现喉痹不仅与风、痰、寒、热毒相

关,还与伤阴、阴盛格阳等病机相关。《景岳全书》提出阴虚喉痹的治疗若当作实火治疗,则祸如反掌,应以滋阴八味煎、六味地黄汤、加减一阴煎之类治疗。^[6]《喉舌备要秘旨》中提出患者喉痹若用清热泻火之类药物太过,使实火变虚火,应用理阴煎及大补元煎治疗。

4.4 温补阳气,大补元气

此法多用于危急重症患者,阴盛格阳,随时可能出现阳气暴脱的情况。《景岳全书》中提出阳虚喉痹者应立即以人参浓煎大补元气,否则阳气暴脱则难以救治,而阴盛格阳者,宜速用镇阴煎,引火归元,八味地黄汤则次之,兼含蜜附子补阳,再用寒凉则不救。

4.5 外治法

古代医家外治法治疗喉痹常用于急症、热毒所致的危急重症。《焦氏喉科枕秘》外治法治疗风热喉痹,有外敷法及吹药法,“外吹秘。若外肿。以金箍散敷之。声音嘶哑当清肺。四物滋阴藉神通。腮项红肿金箍散。还将秘药入喉中。”^[9]。《焦氏喉科枕秘》中,多次提出金箍散可用多种喉痹,如酒毒喉痹、气痛喉痹,“金箍散。十八方。敷之服之相当。气痛喉痹。酒毒喉痹。二者同涂。”^[9]《理渝骈文》提出虚火喉痹的外治法:“虚火喉痹,远志肉末或白芥子末,醋涂颈,或用醋化牛胶,黄丹收,摊贴颈上,亦可加药。”《咽喉秘集》中提出烂喉痹情况危急,虚迅速针刺治疗:“烂喉痹……速针少商、商阳、关冲、少冲,两手八穴,有血生,无血死。”^[11]

5 结语

喉痹从《黄帝内经》开始被世人所认识,但笔者认为其在《黄帝内经》里含义较为广泛,更多的表示一种症状,与其他喉科急性疾病出现的症状亦混合一起,且多认为喉痹乃实性为主。到了明代《景岳全书》才开始提及虚证性喉痹,且对各种喉痹的

症状也有表述,喉痹才开始更接近于现代医学的急性咽炎。清代开始中医喉科学迅速发展,各医家对喉痹的描述亦越来越多,病因病机和症状体征的描述亦越来越多,治疗方法亦是各有异同。本文从探究喉痹各病名的源流进行分类,亦有其古代医家的对其治法。故考究其源流,梳理病因病机及治法脉络,希望对现代中医喉科学治疗喉痹提供参考。

参考文献

- [1] 王士贞. 中医耳鼻喉咽喉科学 [M]. 中国中医药出版社:北京,2003:113.
- [2] 张登本,孙理军. 王冰医学全书 [M]. 中国中医药出版社:北京,2005:56.
- [3] 清·沈青芝. 喉科集腋 [M]. 中医古籍出版社:北京,1982:24.
- [4] 徽宗敕. 圣济总录纂要 [M]. 上海古籍出版社:上海,1991:421.
- [5] 清·顾世澄. 疡医大全 [M]. 人民卫生出版社:北京,1987:639,640,640,639.
- [6] 明·张介宾. 景岳全书 [M]. 中国中医药出版社:北京,1994:336,336,336.
- [7] 清·杨龙九. 重订囊秘喉书(中国医学大成二十四) [M]. 上海科学技术出版社:上海,1990:20.
- [8] 清·张山雷. 本草正义 [M]. 福建科学技术出版社:福建,2006:309.
- [9] 清·金德鉴. 焦氏喉科枕秘 [M]. 上海科学技术出版社:上海,1989:3,21-22.
- [10] 清·张宗良. 喉科指掌 [M]. 人民卫生出版社:北京,1989:14,26,25.
- [11] 清·佚名,张建伟(校注). 咽喉秘集 [M]. 中国中医药出版社:北京,2015:27,25,24.
- [12] 明·王肯堂,证治准绳(类方),北京人民卫生出版社,1991:1162.

从火论治倒经相关性鼻衄

秦丹¹ 王倩¹ 王鑫¹

【摘要】鼻衄，即鼻中出血，是耳鼻喉科的一个常见病症。倒经是指妇女每值经期或经期前后出现有规律的吐血或衄血等症状。倒经与鼻衄关系密切，在临床上较为少见。近 4 年来，我们对数例患有倒经相关性鼻衄的女性进行了临床观察，并采用局部辨证结合全身辨证的原则从火论治，取得了良好的疗效。

【关键词】 鼻衄；倒经；火

2019-2022 年，我们对数例因鼻出血就诊于我院耳鼻喉科又转诊于妇科门诊的女性进行了临床观察，得知其鼻衄的发作时间与月经周期有紧密关系。月经期间上述患者均可见鼻腔出血，且出血量较多、色鲜红，经过耳鼻喉专科检查发现鼻腔黏膜肿胀、充血。鉴于此类女性鼻衄如月经一样行周期性变化，临床上我们采用局部辨证结合全身辨证的原则从火论治，获得明显的临床疗效。

1 鼻衄与倒经

鼻衄，即鼻中出血，是耳鼻喉科的一个常见病症，亦是临床多种疾病反应于鼻部的症状。早在《内经》对此症就有记载，如《灵枢·百病始生篇》指出“阳络伤则血外溢，血外溢则衄血。”明代《医学入门》曰“血乃水谷之精变成，生化于脾，主总于心，藏于肝，布于肺，施于肾。脉络脏腑，耳目手足，资为运用。然阴道易亏，一有感伤，调理失宜，以致阳盛阴虚，错注妄行，火载则上升，夹湿则下行，足以上溢清道，从鼻而出为衄。”《寿世保元·卷四》中云“衄血者，鼻中出血也，阳热拂郁。”^[1]

女性总是伴随月经出现周期性鼻出血并不是简单的鼻出血。在妇科学上有一疾病称为倒经，又称逆经、经前吐衄，是指妇女每值经前后或正值经期出现有规律的吐血或衄血等症状。现代医学上也称之为“代偿性月经”“替代性月经”。^[2]《沈氏女科辑要谋生笺正·月事异常》曰“倒经一症，亦曰逆经，乃有升无降，倒行逆施，多由阴虚于下，阳反上冲。”《医宗金鉴·妇科心法要诀》曰“经期吐血

或衄血，上溢妄行日逆经。”《本草纲目·妇人月水篇》曰“有行期只吐血、衄血者，或眼耳出血者，是谓逆行。”

这种鼻中出血并不是真正意义上的由子宫中倒流入鼻腔而是一种周期性的子宫之外的出血，因为鼻黏膜与妇女的生殖系统之间有较为肯定的联系^[3]，某些哺乳动物的嗅觉神经与性中枢的联系密切，所以部分专家将鼻腔黏膜看作为原始的性器官的构成部分，鼻黏膜的某些特定区域对卵巢分泌的雌激素反应非常敏感。有动物研究发现，注射了雌激素的猴的鼻黏膜可见充血、发红等症状，血管也伴随着异常改变。有的经前期紧张综合征患者在月经前期鼻粘膜过度充血、水肿而出现鼻溢现象，鼻出血则是这种变化程度加剧的表现。正常的月经来潮是由于雌激素的周期性变化而使子宫黏膜皱缩、小动脉极度变曲及收缩，内膜表层血运停滞，缺血坏死，乃致出血，月经就这样形成了。由于鼻黏膜对这一激素敏感，也发生上述生理变化，雌激素可使毛细血管扩张，脆性增加，因而易破裂出血。这就导致了鼻出血的周期性发生。当然，这是鼻腔的局部出血，而非其他脏器出血倒流过来的。在既往对“倒经”的观察中发现：与鼻出血性质相同的“代偿性月经”还可出现在肾、肠、膀胱、肺、胰腺、皮肤、外耳道、眼及眼睑等部位，^[4]但总是以鼻出血占的比例最多，约为 30%^[5]。现代医学则认为代偿性月经大多是由于子宫内膜异位症引起。据 Rorh 统计，异位至鼻腔者占异位月经的三分之一^[6]。而传统医学

1 黑龙江中医药大学，黑龙江哈尔滨 150040

上则认为肝经郁火和肺肾阴虚导致血热而冲气上逆，迫血妄行。总之，古今医者对鼻衄及倒经的论述颇多，为鼻衄及倒经的理论研究及临床证治提供了宝贵的经验。

2 火与鼻衄、倒经

火既是外感六淫之邪之一，也是内生五邪中的一员。火为阳邪，阳胜则热，其性燔灼升腾趋上，故火热病证以头面五官多见。火热易耗血动血，系多脏腑郁发或邪郁化火。^[7] 中医认为除外伤性鼻出血外均责于火因。鼻出血按中医理论可分为实火上炎与虚火上扰两种^[8]。而妇女以血为本，火邪又容易耗血动血，故在经期极容易因火邪发生衄血。诚如《血证论》所论肺火壅盛，胃火浮越，肝火横逆，肾经虚火上炎督脉而为衄。^[9] 火邪中以五邪中的肝火最为常见。妇女以血为本的同时也以肝为先天，足厥阴肝经上过巅顶，冲脉附于肝，肝的生理功能对妇女经、孕、产、乳这些特殊的生理特点起着决定性的作用^[10]。肝主疏泄，为全身气机调畅之枢纽，而妇女属气有余而血不足之体，且善感多郁，若因平素情志抑郁或暴怒伤肝等原因致肝郁化火，冲脉附着于肝，肝移热于冲脉，当经期血海充盈，冲气旺盛，血海之血随冲气夹肝气上逆，或者肝火炽盛，火性上炎冲于肺，灼伤络脉，血热妄行而成倒经，表现为鼻衄。正如《傅青主女科》云“经行前一二日，忽然腹疼而吐血，人以为火热之极也，谁知是肝气之逆乎！夫肝之性最急，宜顺而不宜逆，顺则气安，逆则气动。血随气为行止，气安则血安，气动则血动。”^[11] 热邪壅肺或者肺阴不足，虚火冲逆，灼伤肺络，络损血溢则为倒经。鼻为肺窍，血溢鼻腔而为衄。足阳明胃经循行与鼻密切相关，热炽胃中，胃火循经上熏灼伤阳络，迫血外溢则为鼻衄。脾脏受损，脾气亏虚，脾不统血而致鼻衄。肾阴虚损或久病房劳损伤肾以致虚火内扰，经行之际，阴血下溢，阴血亏虚，上冲于肺，灼伤阳络，气随火逆，血随气升，血不循常道而外溢，故出现鼻衄。

3 从火论治倒经相关性鼻衄

《万病回春》云“错经妄行，于口鼻者，是火

载血上，气之乱也，治当滋阴降火，顺气调经，经自准也。”^[12] 明确指出了经行吐衄与火热的密切关系，倒经因血热气逆而发。火热之邪与血相搏，流注冲任，热壅血瘀，阻滞气血，下不通则循上行之道。机体脏腑功能失调，气血失和，致部分经血不循常道而逆行，治疗本着“热者清之”“逆者平之”的原则，以清热降逆、引血下行为主^[13]，或清肝凉血，或泻肺滋阴，或滋肾壮水等，总之，我们对与月经病有关的鼻衄从火论治取得了良好疗效。现举典型病例如下。

3.1 清肝火

王某，女，34岁，教师，2019年6月10日初诊。经行鼻衄5年，经停血止，曾于当地医院多次中西医治疗，疗效均欠佳。末次月经2019年6月8日，今正值行经第3日，鼻衄不止，出血量较多且色鲜红，而月经量少，色黯红，有血块，痛经（+），伴有头痛头晕，心烦易怒，口干口苦，肢体疲乏，食纳差，睡眠欠佳，小便黄赤，大便干结，三日一行。舌红，苔薄黄腻，脉弦细数。鼻腔因在耳鼻喉科施行凡士林油纱条填塞术紧急止血而未行检查。证属肝经郁火，经血上溢。治宜清肝凉血，引血下行。方用龙胆泻肝汤化裁：龙胆草6g，黄芩、山栀子、柴胡、盐黄柏、制大黄、生甘草各10g，泽泻、车前子、川牛膝、生地、益母草各15g，白茅根20g。3剂，水煎服，日1剂。二诊时患者鼻衄已止，月经已转，月经量较前增多，上方去山栀、泽泻、白茅根，加炒当归、炒白芍、麦芽，续服7剂，服用方法同上。并嘱下次经前续服中药汤剂。经本门诊调治3个月经周期，诸恙告愈，嘱其常服中成药龙胆泻肝丸或柴胡疏肝散善后，随访6个月未复发。

按：本例患者属肝经郁火，肝火炽盛，迫血妄行而成倒经。如冲气挟肝火上冲于肺，则为倒经、鼻衄。尿黄、便结、舌红苔黄、脉弦细数均是肝火炽盛所致。故选龙胆泻肝汤化裁而获效。故以龙胆草、山栀、黄芩清肝降火；生地、白茅根凉血止血；泽泻、车前子、制大黄使肝胆郁火从二便而出；川牛膝、益母草、黄柏引血归经；柴胡舒畅肝胆之气；

甘草调和诸药。全方药证相符，故收良效。^[14]

3.2 降肺火

田某，女，26 岁，公司职员，2020 年 9 月 5 日初诊。经行鼻衄 2 年，经净血止，量时多时少，末次月经 2020 年 8 月 10 日。患者自述 2020 年 8 月 10 日月经来潮时，鼻出血量多，色鲜红，鼻干稍痒，咳血，月经量较多，色暗红，有血块，痛经（±），纳眠尚可，小便短赤，大便稍干，舌红苔黄，脉数。鼻腔于耳鼻喉科紧急用凡士林纱条作前鼻孔填塞压迫止血治其标。证属肺火壅盛，经血上溢。治宜清疏风散热，凉血止血。方用桑菊饮加味：白茅根、丹皮、桑叶各 10g，菊花 15g，桔梗、生甘草、仙鹤草各 5g，芦根 12g，薄荷 3g 后下，生地黄 20g，阿胶珠 10g 烊化，3 剂，水煎服，日 1 剂，嘱其经前服用，二诊时患者行经时鼻衄、咳血未见，月经量适中，无血块，嘱下次经前续服中药汤剂。经本门诊调治 3 个月经周期，诸恙告愈，随诊 6 个月未复发。

按：本例证属热邪塞肺，损伤肺络，络损血溢则为倒经。鼻为肺窍，血溢鼻腔而为衄。咳血、小便短赤、大便干、舌红苔黄、脉数均由肺热壅盛所致。故选桑菊饮加味而获效。方中以桑叶、菊花甘凉轻清，疏散风热以薄荷助之；芦根甘寒清热，生津止渴；生地、白茅根、丹皮、仙鹤草凉血止血；同用阿胶养血止血；生甘草清热泻火并调和诸药，使风热得散，血热得平，全方药证相符，故收良效。

3.3 制肾火

高某，女，18 岁，学生，2021 年 4 月 25 日初诊。经行鼻衄 1 年，经断血止，末次月经 2021 年 4 月 21 日，今正值行经第 5 日，经期前 2 日出血量较多，现点滴而出，色鲜红，而月经量中，色深红，血块（一），痛经（一），伴有耳鸣，腰膝酸软，纳眠正常，小便频，大便正常。舌红少苔，苔薄黄，脉细数。证属肾阴不足，阴虚火旺。治宜清热滋阴，凉血顺经。方用三黄汤加减：黄连 3g，黄芩 6g，黄柏、女贞子、赤芍、白芍、旱莲草、知母各 10g，川

牛膝、茜根炭、生地、熟地各 15g，小蓟草、益母草、煅瓦楞各 30g。3 剂，水煎服，日 1 剂。二诊时患者鼻衄已止，月经已畅，上方稍作加减再服 7 剂，服用方法同上。并嘱下次经前续服中药汤剂。经本门诊调治 3 个月经周期，诸恙告愈，随访 6 个月未复发。

按：本例患者属系肾阴不足，虚火上炎，气随火逆，血随气升，灼伤阳络，故出现鼻衄而成倒经。耳鸣、腰膝酸软、小便频、舌红少苔、苔薄黄、脉细数均是虚火作祟所致。故选三黄汤加减而获效。故以因此把“壮水之主以制阳光”

作为治疗原则，故用黄芩、黄连、黄柏清上、中、下三焦之邪热；熟地、白芍、女贞子、旱莲草滋肾壮水、以制肾火；生地、赤芍、小蓟草、茜根炭凉血止血；

知母清虚热；川牛膝、益母草、黄柏引血归经。诸药同用，共奏清热滋阴、凉血止血之功，故收良效。

4 小结

倒经是指妇女每值经前后或正值经期出现有规律的吐血或衄血等症状，鼻衄，即鼻中出血，可以是倒经的一个典型临床表现。经血以下行为顺，上行为逆，经行吐衄缘于血热气逆，血热而冲气上逆，迫血妄行所致。出于口者为吐，出于鼻者为衄，临床上以鼻衄为多。常常由三脏之火引起，分别为肝火、肺火及肾火。女性平素情志抑郁不欢，或暴躁愤怒伤及肝脏，肝郁化火，冲脉附于肝，肝移热于冲脉，当经期血海充盈，冲气旺盛，血海之血随冲气逆上而为吐血、衄血。如冲气挟肝火上冲于肺亦可经行吐衄。热邪塞肺，损伤肺络，络损血溢则为倒经。鼻为肺窍，血溢鼻腔而为衄。同时，素体肺肾阴虚，虚火上炎，经行之际，阴血下溢，阴血亏虚，阴虚更甚，虚火内炽，气随火逆，血随气升，灼伤阳络，则吐衄。本病应结合病史、临床症状、体征以及相关检查进行诊断，需与内科吐血、衄血相鉴别，辨证时应从出血时间、出血的量、色、质

及兼证辨虚实。治疗本着“热者清之”“逆者平之”的原则,以清热降逆、引血下行为主。^[15]也可选用“通因通用”之法。因本病发作于月经期,故清热不可过于苦寒,以免寒凝血滞而留瘀;也不可过用下法,以免重伤阴血;忌用升麻、柴胡等升提之品,以免升阳助火。

参考文献

- [1] 孟嗣周,尤敏.鼻衄、倒经从肝论治[J].河北中医,2001(07):522-523.
- [2] 柴玉,贾跃进.鼻子出血不是“上火”那么简单[J].中医健康养生,2018,4(09):19-21.
- [3] 蔡雪芬,陈峻,余平,等.丹栀逍遥散加减治疗逆经 60 例[J].中国中药杂志,2004(07):86-87.
- [4] 张宏伟.便血为主的代偿性月经 1 例[J].甘肃中医,1997(05):34-35.
- [5] 佟彤.按月发生的鼻出血是怎么回事?[J].家庭中医药,1996(03):29.
- [6] 刘秀兰,宁廷英,宋霞.原发性鼻腔子宫内膜异位症 1 例[J].中级医刊,1998(03):35.
- [7] 张登本,李翠娟,陈震霖.《黄帝内经》“三阴三阳”六气发病机理模型的研究[J].中医药通报,2022,21(03):7-11.DOI:10.14046/j.cnki.

zyybt2002.2022.03.016.

- [8] 鲍守范.鼻出血 203 例临床处理[J].吉林医学,1997(03):54-55.
- [9] 程庚银.辨证治疗鼻衄 4 则[J].安徽中医临床杂志,1998(01):37.DOI:10.16448/j.cjtc.1998.01.040.
- [10] 丁宁,姜秀新,徐世杰.基于“女子以肝为先天”思想论治围绝经期无排卵性异常子宫出血[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(13):191-198. DOI:10.13422/j.cnki.syfjx.20211394.
- [11] 辛雪艳,杨丛旭,付中学.许家松治疗痛经经验撷英[J].中医学报,2021,36(09):1919-1922. DOI:10.16368/j.issn.1674-8999.2021.09.403.
- [12] 穆超超,赵志恒,赵轩竹,等.试论《医学衷中参西录》中白芍于女科之用[J].中国中医基础医学杂志,2019,25(09):1292-1294.
- [13] 梁菊清.倒经需从五脏论治[J].长春中医药大学学报,2011,27(01):76.DOI:10.13463/j.cnki.cczzy.2011.01.031.
- [14] 郭兴法.从“火”论治倒经经验案 3 则[J].浙江中医杂志,2011,46(01):56.
- [15] 孙清廉.经血逆行说倒经[J].家庭中医药,2018,25(02):42-43.

针刺治疗变应性鼻结膜炎的临床观察

高玉婉¹

【摘要】 目的 探究针刺治疗变应性鼻结膜炎的临床疗效。方法 观察 2021 年 2 月至 2022 年 2 月收治的变应性鼻结膜炎患者 96 例，按照随机数字表法分为观察组 48 例，对照组 48 例。对照组予以常规西药治疗，观察组予以西药联合针刺治疗，对比分析两组方法的治疗效果。结果 观察组治疗总有效率高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组临床症状评分均低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；结论 针刺治疗变应性鼻结膜炎临床效果显著，值得推广应用。

【关键词】 过敏性结膜炎；过敏性鼻炎；针刺治疗

变应性鼻结膜炎 (Allergic rhinoconjunctivitis, ARC) 是临床上对于过敏性鼻炎 (Allergic rhinitis, AR) 伴发过敏性结膜炎 (Allergic conjunctivitis, AC) 的统称,是一种发病率相对较高的变态反应性疾病,可发生于任何年龄段。过敏性结膜炎是眼科常见病,以眼部奇痒、流泪、异物感等不适为主要症状,病程缠绵,复发率较高,严重影响患者日常生活^[1]。过敏性结膜炎是过敏性鼻炎的常见并发症,临床诊治通常结合经前鼻镜检查,发现多合并过敏性鼻炎。过敏性鼻炎是机体对外界某些特异性过敏原敏感性增高,而表现出的以鼻黏膜病变为主的变态反应,具有反复发作、迁延难愈的特点^[2]。对于变应性鼻结膜炎患者,临床上常采用药物治疗,单纯的西药治疗具有一定的疗效,但复发率高,毒副作用也比较大^[3]。由于该类型患者较多,为了弥补药物治疗的局限性,本研究旨在探讨针刺治疗变应性鼻结膜炎的临床疗效,取得满意的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2021 年 2 月 ~ 2022 年 2 月就诊于我院的变应性鼻结膜炎患者 96 例,按照随机数字表法分为两组,各 48 例。观察组男 28 例 (58.33%),女 20 例 (41.67%);年龄 18 ~ 47 岁,平均 (34 ± 5.53) 岁;病程 1 ~ 5 年,平均 (2.57 ± 0.71) 年。对照组男

25 例 (52.08%),女 23 例 (47.92%);年龄 21 ~ 45 岁,平均 (32 ± 5.71) 岁;病程 0.8 ~ 4 年,平均 (2.74 ± 0.25) 年。所有患者均符合变应性鼻结膜炎的诊断标准,两组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准:①所有患者均同时满足 AR(变应性鼻炎)^[4]与 AC(变应性结膜炎)^[5]的诊断标准,症状:1 周内出现鼻痒、鼻塞、流清涕、打喷嚏,眼痒、流泪、眼红等症状。体征:主要是双侧鼻粘膜苍白肿胀、下鼻甲水肿、充血,双眼结膜充血、结膜水肿、分泌物增多。②3 个月内全身及局部未应用糖皮质激素。③对该研究知情同意并自愿参与者。

1.3 排除标准:①化脓性鼻炎以及鼻息肉、鼻窦炎;②干眼、青光眼及角膜溃疡者排除;③妊娠患者、哺乳期妇女、有精神方面的疾病患者、语言沟通障碍病患、肺结核病患者。

2 治疗方法

对照组给予西药治疗:氯雷他定片(规格:10mg/片)口服,1 次/d,1 片/次,0.1% 普拉洛芬滴眼液滴眼(规格:0.1% 5mg/支),3 次/d,1 滴/次,丙酸氟替卡松鼻喷雾剂(规格:50 μg/支)喷鼻,每鼻孔喷 2 次,2 次/d。观察组在对照组的基础上给予针刺治疗,主穴:印堂、迎香、上迎香、

1 黑龙江中医药大学,黑龙江 哈尔滨 150040

承泣、风池、合谷。配穴：寒邪客肺型配肺俞、风门；肺脾气虚型配肺俞、脾俞、足三里；脾肾阳虚型配肾俞、脾俞、太溪；久治不愈者加刺蝶腭神经节。操作：患者取坐位或者俯卧位，风池穴向鼻尖方向斜刺，使针感传至眼、鼻处，印堂、迎香刺透鼻根，平补平泻，留针 30min，日一次，每周五次。两组均治疗 15d。

3 疗效观察

3.1 观察指标

主要症状积分：鼻部症状：鼻痒、鼻塞、流清涕、打喷嚏，鼻部体征：鼻粘膜苍白肿胀、下鼻甲充血水肿；眼部症状：眼痒、流泪，眼部体征：结膜充血、结膜水肿、分泌物。计分制为 0 ~ 3 分，观察治疗前及治疗后，对症状体征进行评分，0 分提示无症状，1、2、3 分别提示轻度（容易忍受）、中度（难以忍受）、重度症状（影响日常生活），评分越高、则症状越严重。

3.2 临床疗效判定标准状的改善程度 < 30%。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

3.3 统计学方法

本次研究采用 SPSS25.0 统计学软件进行统计分析。计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用配对 t 检验；计数资料采用 χ^2 检验，当 $P < 0.05$ 时，表示差异具有统计学意义。

3.4 结果

两组患者主要症状积分均较治疗前降低，但观察组治疗后各项评分较对照组更低，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。两组患者治疗效果比较：观察组治疗总有效率 (91.7%) 高于对照组 (79.7%)，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

参考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制定的《变应性鼻炎诊断和治疗指南》判定此次治疗效果^[6]，显效：患者喷嚏、鼻塞、流涕、眼鼻痒等症状的改善程度 > 80%；有效：患者喷嚏、鼻塞、流涕、眼鼻痒等症状的改善程度在 30 ~ 79% 之间；无效：患者喷嚏、鼻塞、流涕、眼鼻痒等症

表 1 两组患者治疗前后症状比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	48	11.49 ± 0.3	9.83 ± 1.65#*
对照组	48	13.05 ± 2.56	12.28 ± 1.32*

注：与本组治疗前比较 * $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较 # $P < 0.05$

表 2 两组患者治疗效果比较 (n)

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组	28	16	4	91.7%*
对照组	17	21	10	79.7%

注：与对照组比较 * $P < 0.05$

3.5 不良反应

观察组出现头晕 1 例，食欲不振 1 例；对照组出现腹痛 1 例。两组不良反应发生率无明显差异 ($P > 0.05$)。

4 讨论

近年来，人民生活条件的改变、空气污染以及饮食结构的改变，导致免疫力下降，全球过敏性鼻炎的发生率占总人口的 20% ~ 30%，过敏性鼻炎正以 1% 的发病率逐年上升。变应性鼻结膜炎发病机制为 I 型变态反应，现代医学认为该病的基本病理为毛细血管扩张，通透性增高和腺体分泌物增加，促进组胺形成和释放，以及嗜酸性粒细胞浸润等^[2]。从神经调节机制分析，在这一阶段，患者的自主神经系统、交感副交感神经处于失衡状态。动物毛发、花粉、尘螨、真菌等都可成为其诱因，且任何人群均可发病，对生活、工作、学习都会带来不便，故需要及时治疗。药物治疗是目前常用的治疗手段，主要目的是减轻症状和避免发生并发症，其次为消除相应的体征。常用的药物有抗组胺类、肥大细胞稳定剂、非甾体抗炎药、糖皮质激素、免疫调节剂等。单纯使用药物治疗欠佳，可采用其他治疗手段，针灸副作用小，起效快，复发率低，已被纳入美国变应性鼻炎的治疗指南^[7]。

本病在中医学中属于“鼻鼽”范畴。《灵枢》曰：“肺气虚，则鼻塞不利少气。”《诸病源候论》：“肺脏为风冷所乘，则鼻气不和，津液壅塞而为鼻鼽。”提示病位在肺，多因肺脾气虚，中气不足，外邪趁虚而入，致肺气失宣，津液内停鼻窍而发病^[8]。针刺通过局部刺激，可调节鼻部气血运行，改善鼻的生理功能^[9]。印堂为经外奇穴，穴位分布着滑车上神经、面神经，针刺印堂可促进毛细血管收缩、调和气血、宣通鼻窍；迎香、上迎香位于鼻旁，分布着眶下神经和面神经，皆起近治作用，通利鼻窍；承泣为阳跷、任脉、足阳明之会，多气多血，起疏风活络、开窍明目的作用；风池为足少阳与阳维汇聚之所，祛风要穴，针刺风池可促进鼻粘膜毛细血管收缩，调节气血运行，疏通经络，引邪外出；合谷属于手阳明大肠经，与肺经相表里，循行头面，可疏散头目风邪、宣肺气、通窍明目。诸穴相配，可振奋清阳，调和气血，宣通鼻窍。从解剖学上看，上述穴位分布有神经的交感支与副交感支及血管分支，针刺既可以增加自主神经功能失衡的自我修复，又能够减少机体形成和释放组织胺，在降低微循环通透性方面效果显著^[2]，抑制过敏反应。通过针刺可促进过敏性鼻炎鼻黏膜自主神经功能失衡的恢复，从而达到治疗目的。另外，尽量避免或减少接触过敏原、改善生活环境，有助于缓解和控制病情。

本研究结果显示，观察组的总有效率高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；在口服西药等基础治疗的基础上加用针刺有助于改善症状，疗效更佳。而且，两组治疗后患者打喷嚏、鼻塞、流涕、眼鼻痒等症状评分较治疗前降低，而观察组治疗后各项评分较对照组更低，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结果表示，在口服西药等基础治疗上加用针刺治疗，更能显著改善患者临床症状。综上，应

用针刺治疗变应性鼻结膜炎临床效果明显，能加速缓解临床症状，可以辨证施针灵活应用，值得临床推广。

参考文献

- [1] 钟慧,秦虹,王慧娟,等.过敏性鼻炎研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(09):213-216.
- [2] 陈仲新.针刺治疗过敏性鼻炎疗效观察[J].中国针灸,2007,27(8):578-580.
- [3] 杨玉成.整体理念在变应性鼻炎诊治中的作用[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2017,25(3):164-165.
- [4] 程雷,董震,孔维佳,等.变应性鼻炎诊断和治疗指南(2015年,天津)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,51(01):6-24.
- [5] 孟青青,高健生,接传红,等.川椒方和奥洛他定滴眼液治疗过敏性鼻炎的疗效观察[J].中国中医眼科杂志,2013,23(06):398-402.
- [6] 中华耳鼻咽喉科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.变应性鼻炎诊断和治疗指南(2015年,天津)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,51(1):6-24.
- [7] SEIDMAN MD.,GUREGEL RK.,LIN SY.,et al.Clinical practice guideline: allergic rhinitis[J].Otolaryngology Head Neck Surgery,2015,152(1 Suppl):S1-S43.
- [8] 杨志忠,吴丹,郑智生,等.自拟扶正祛风汤治疗中-重度变应性鼻炎(肺气虚寒证)的有效性和安全性[J].辽宁中医杂志,2019,46(11):2364-2367.
- [9] 曾菊蓉,王武军,谢晓红,等.针刺配合穴位贴敷及药物治疗过敏性鼻炎的疗效观察[J].上海针灸杂志,2020,39(7):893-898.