

肺也”、“此皆聚于胃,关于肺”,《医学三字经》中指出“气上呛,咳嗽生,肺最重,胃非轻”,都直接点明了咳嗽与胃之间的关系。黄元御在《素灵微蕴》中说“胃降则肺气亦降,故辛金不逆”,我们可以理解为当胃气和降通顺,即可助肺气下行。此外,肝与肺同样密切相关,《素问·刺禁论》云“肝生于左,肺藏于右”,肝从左而升,肺从右而降,肝从左升为阳道,肺从右降为阴道,肝升才能肺降,肺降才能肝升,升降得宜,出入交替,则气机舒展,肝升肺降,以维持人体气机的正常升降运动。叶天士指出:“人身气机合乎天地自然,肝从左而升,肺从右而降,升降得宜,则气机舒展。”因此,在病理状态下,如肝木过旺,金不能平木,木火刑金,呛咳亦作。

在以上理论支持下,“从胃治咳”主旨在于以疏肝和胃降逆为切入点,通过调理中焦气机,使肝胆之气调达,胃气和降,肺之宣发肃降功能归于正常,脏腑气机升降相因而诸邪得除。通降和胃方意在治病求本,该方特色在于既能谨守病机,以降为主(旋覆梗、代赭石),同时未忘燮理气机,升降得宜(柴胡、枳壳);又可各司期属,兼顾他证(黄连、吴茱萸、川楝子、焦山栀),佐以益气健脾,固本护胃(太子参、甘草),众药配伍,升降相因,肺胃相济,咳嗽自消。

本研究结果表明,通降和胃方能够有效地改善胃食管反流性咳嗽患者的临床症状,尤其在改善咳嗽、暖气方面优于奥美拉唑,说明通降和胃方在抗反流方面更有优势,其作用机制尚待进一步实验研究。

参 考 文 献

- [1] 亚太地区胃食管反流病的处理共识[J]. 胃肠病学,2008,13(7):421-436.
- [2] 赖克方,陈如冲,刘春丽,等. 不明原因慢性咳嗽的病因分布及诊断程序的建立[J]. 中华结核和呼吸杂志,2006,29(2):96-99.
- [3] 中国胃食管反流病共识意见专家组. 中国胃食管反流病共识意见(2006.10 三亚)[J]. 中华内科杂志,2007,46(2):170-173.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009,深圳)[J]. 中医杂志,2010,51(9):844-847.
- [5] 中华中医药学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2009 年版)[J]. 全科医学临床与教育,2009,7(6):573-575.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:124-129.
- [7] 李黎. 胃食管反流病中医古代文献溯源[J]. 环球中医药,2011,4(1):11-15.
- [8] 谢胜,张越,周晓玲. 胃食管反流病中医病机研究近况[J]. 环球中医药,2011,4(1):7-10.

(收稿日期:2013-05-24)

(本文编辑:刘群)

固本收涩法治疗尘螨变应性鼻炎 30 例

张予 提桂香

【摘要】 目的 观察固本收涩法治疗肺脾气虚型尘螨变应性鼻炎的远期疗效。**方法** 对符合入组标准的患者用随机数字表法分为治疗组和对照组,治疗组给予经验方,对照组用氯雷他定片治疗,两组疗程均为 8 周。在入组第 4 周末、第 8 周末进行疗效评定,服药结束后 3 个月、6 个月进行随访。**结果** 治疗组疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗结束后 3 个月、6 个月随访:治疗组复发率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 固本收涩法治疗肺脾气虚型尘螨变应性鼻炎疗效优于西药氯雷他定片,并具有良好的远期疗效,值得临床推广应用。

【关键词】 变应性鼻炎; 固本收涩法; 远期疗效

【中图分类号】 R 276.1 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.07.019

变应性鼻炎近年来发病率逐年升高^[1],成为耳鼻喉科的多发病和疑难病。因其能够间接增加鼻窦炎、中耳炎和支

气管哮喘的发病机会,严重影响患者学习、生活质量、生产能力和社交能力,已经成为一种严重的医疗负担。中华医学会耳鼻咽喉头颈外科分会鼻科学组与中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科学组于 2009 年修订了《变应性鼻炎的诊断和治疗指南》^[2],在治疗中指出,部分中药对缓解变应性鼻炎症状有效。笔者临证 17 年,逐渐摸索出应用固本收涩法治疗尘螨变应性鼻炎。2011 年以来,笔者对固本

作者单位:100053 北京,中国中医科学院广安门医院耳鼻喉科(张予);中国中医科学院广安门医院预防保健科(提桂香)

作者简介:张予(1972-),女,硕士,副主任医师。研究方向:中医药治疗过敏性鼻炎。E-mail: gam2739@yahoo.com.cn

收涩法治疗尘螨变应性鼻炎进行了远期疗效观察,现汇报如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

全部病例均来自 2011 年 3 月 1 日至 2012 年 3 月 30 日,中国中医科学院广安门医院耳鼻喉科门诊患者。本次或曾经被诊断为肺脾气虚型尘螨变应性鼻炎。按照随机数字表法,分为两组,其中治疗组 30 例,男 13 人,女 17 人;对照组 30 例,男 14 人,女 16 人;病程均在 2~3 年,两组性别、年龄、身高、体重、体温、心率、呼吸、收缩压、舒张压等治疗前比较,基线一致($P>0.05$),有可比性。

1.2 纳入标准

确诊为变应性鼻炎者^[2],病程大于 2 年;符合中医肺脾气虚辨证标准者^[3];年龄 ≥ 18 岁且 ≤ 60 岁,性别不限;皮肤点刺试验和/或血清特异性 IgE 检测显示屋尘螨和/或粉尘螨阳性;自愿签署知情同意书者。

1.3 排除标准

(1) 伴有上呼吸道感染、慢性阻塞性肺疾病、肺纤维化及哮喘者;(2) 慢性或间歇性使用皮质类固醇;(3) 1 周内服用抗组胺药物;(4) 非变应性鼻炎、鼻窦炎、鼻息肉、严重鼻中隔偏曲、眼部感染患者;(5) 既往患有严重心、脑、肾等系统疾病;有糖尿病,精神疾病病史者;(6) 进入本研究前 3 个月内曾参加其它药物临床试验者;(7) 孕妇、哺乳期妇女;(8) 研究者认为不适合参加本研究者。

1.4 剔除标准

不符合入选标准或符合排除标准者;签署了知情同意书后从未用药者。

1.5 退出试验的标准

违背研究方案要求或服用禁忌药物者;违约或失访的患者;试验过程中出现哮喘的患者;发生不良事件或严重不良事件,需要退出者;服药 1 周后,经研究者判定为无效的受试者。

1.6 治疗方法:

治疗组:白芷 20 g、辛夷 10 g、薄荷 6 g、苍耳子 6 g、五味子 10 g、乌梅 10 g、煅牡蛎 30 g、生黄芪 30 g、白术 10 g、防风 10 g。临床上根据患者病情作少许加减,气虚重的加茯苓、山药,阳虚重的加制附子、肉桂,兼有阴虚的加早莲草、百合。水煎服,每日一剂,每次 150 ml,每日服 2 次。对照组选用氯雷他定片,每次 10 mg,每晚服 1 次。两组疗程均为 8 周。

1.7 观察指标

指标为根据鼻部症状和体征进行的评分,并在入组第 4 周末、第 8 周末进行疗效评定,服药结束后 3 个月、6 个月进行随访,观察复发率。鼻部症状记分标准^[5],见表 1。本次研究入组时患者在四项中至少有两项得分为 1 分或以上。无记 0 分。

表 1 鼻部症状记分标准

记分	喷嚏(1 次连续个数)	流涕(鼻塞涕次数/日)	鼻塞	鼻痒
1 分	3~5	≤ 4	有意识吸气时感觉	间断
2 分	6~10	5~9	间歇性或交界性	蚁行感,但可忍受
3 分	≥ 11	≥ 10	几乎全天用口呼吸	蚁行感,难忍

体征记分标准^[5]:下鼻甲与鼻底、鼻中隔紧靠,见不到中鼻甲或中鼻甲粘膜息肉样变,息肉形成,记 3 分;下鼻甲与鼻中隔(或鼻底)紧靠,下甲与鼻底(或鼻中隔)之间尚有小缝隙,记 2 分;鼻甲轻度肿胀,鼻中隔、中鼻甲尚可见,记 1 分。

疗效评定标准:依据 2004 年(兰州)中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学会《变应性鼻炎的诊断原则和推荐方案》^[5],根据治疗前后的症状和体征记分评定疗效。记分方法:(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分 $\times 100\%$,结果: $\geq 66\%$ 为显效,65%~26% 为有效, ≤ 26 为无效。观察疗程结束时的症状和体征,并在服药后 3 个月和 6 个月各随访 1 次,观察复发率。

1.8 统计方法

采用 SPSS 17.0 进行统计处理,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验, $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组证候积分疗效比较

入选本研究的治疗组与对照组变应性鼻炎患者服药 4 周、8 周后的主要鼻部症状体征评分总积分均有所下降(见表 2)。服药 8 周后两组总积分经 t 检验, $P<0.05$,差异有统计学意义,说明治疗组疗效优于对照组。

表 2 疗前、服药 4 周、8 周后治疗组与对照组主要鼻部症状体征评分总积分比较表

组名	n	疗前总积分	服药 4 周总积分	服药 8 周总积分	P 值
治疗组	30	9.71 \pm 2.10	6.81 \pm 1.41	3.70 \pm 1.82	0.0006
对照组	30	9.50 \pm 2.31	7.90 \pm 1.17	6.78 \pm 1.79	0.0043

服药 4 周后,治疗组鼻部症状体征总积分下降(3.29 \pm 1.26)分,对照组下降(2.17 \pm 1.54)分;服药 8 周,治疗组鼻部症状体征总积分下降(5.32 \pm 1.53)分,对照组下降(1.13 \pm 2.19)分,经 t 检验, $P<0.05$,差异均有统计学意义,见表 3。

说明治疗组疗效优于对照组。

表 3 治疗组与对照组

鼻部症状体征评分总分积分治疗后下降分值比较表

组名	n	疗前总积分	服药 4 周后	服药 8 周后	P 值
治疗组	30	9.71 ± 2.10	3.29 ± 1.26	5.32 ± 1.53	0.0040
对照组	30	9.50 ± 2.31	2.17 ± 1.54	1.13 ± 2.19	0.0000

2.2 证候等级疗效比较

在服药 8 周后,治疗组 30 例,显效 25 例,有效 5 例,无效 0 例,总有效率 100%;对照组 30 例,显效 17 例,有效 11 例,无效 2 例,总有效率 93.33%。经 χ^2 检验, $P < 0.01$,差异有统计学意义,见表 4。说明治疗组证候等级疗效优于对照组。

表 4 服药 8 周后治疗组与对照组证候疗效比较表

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率%	P 值
治疗组	30	25	5	0	100%	0.0000
对照组	30	17	11	2	93.33%	0.0001

2.3 远期疗效评价

治疗结束后 3 个月对患者进行随访,治疗组 30 例,复发 5 例,复发率 16.67%,对照组 30 例,复发 24 例,复发率 80%。经 χ^2 检验, $P < 0.01$,差异有统计学意义。治疗结束后 6 个月对患者进行随访,治疗组 30 例,复发 12 例,复发率 40.0%,对照组 30 例,复发 28 例,复发率 93.3%。两组复发率经 χ^2 检验, $P < 0.01$,有显著的统计学意义见表 5。可见治疗组复发率显著低于对照组,远期疗效治疗组有显著优势。

表 5 疗后 3 个月、6 个月复发例数表

组别	复发例数(率)	P 值
治疗组(n=30)		
疗后 3 个月	5(16.67%)	0.0000
疗后 6 个月	12(40%)	0.0000
对照组(n=30)		
疗后 3 个月	24(80%)	0.0000
疗后 6 个月	28(93.3%)	0.0001

3 讨论

变应性鼻炎作为临床的多发病,越来越多的患者病情反复,往返求治,治疗手段少,让医生不免尴尬。远期疗效好,病情得到稳定是医生与患者追求的共同目标。

变应性鼻炎属中医鼻鼽范畴。在病机方面,在古代多有

论述^[4]。《诸病源候论》卷二十九云:“肺气通于鼻,其脏有冷,冷随气入乘于鼻,故使津液不能自收。”《景岳全书》卷二十七云:“凡由风寒而塞鼻者,以寒闭腠理,则经络壅塞而多鼽嚏。”近年来,医家对该病的诊疗经验多有报道,笔者曾作综述一篇^[6],已有论述。总结多年临床经验,本病大部分患者是由于肺脾气虚,卫表不固,腠理疏松,外邪乘虚而入(包括风寒,异气或异味等),犯及鼻窍,邪正相搏,肺气不得通调,津液停聚,鼻窍壅塞,遂致喷嚏、流清涕。正如《证治要诀》说:“清涕者,脑冷肺寒所致。”而肺气的充实,有赖于脾气的输布,所以脾气虚则肺气虚,变应性鼻炎患者往往病程日久,成为肺脾两虚之证。而在症状方面,患者大量流涕,鼻塞,表面看来似为实证,因此,本病的病因病机概括为风寒等邪外袭,肺脾内虚。依照本虚标实的思路,又变应性鼻炎反复发作,时轻时重,故笔者在治疗时考虑采用中医理论“标本兼治”的方法,拟固本收涩为法。方中以生黄芪为君,补中益气健脾益肺,防风、白术合用,取玉屏风散之意,以益气卫外,扶正达邪,臣以白芷、辛夷、薄荷、苍耳子,四药为苍耳子散,散风止痒,通利鼻窍。佐五味子、乌梅、煅牡蛎收敛固涩以止涕。全方组合,使肺脾得到全面补益,正气得复,正能盛邪,气机调畅,清涕收敛,喷嚏减少,达到标本兼治的效果。固本收涩,标本兼治是本法的独到之处。众所周知,中药可以提高机体的免疫功能,因此在收涩法控制症状的同时补中益气健脾益肺,达到调整免疫平衡,改善机体免疫状态,这正是其具有满意的远期疗效的根本所在。

综上所述,固本收涩法治疗肺脾气虚型尘螨变应性鼻炎疗效优于西药氯雷他定片,在临床上取得了较好的疗效,并具有较好的远期疗效,大大提高了患者的生活质量,值得临床应用。

参 考 文 献

- [1] Bousquet J. Allergic rhinitis as a global health problem[J]. ACL Inter, 2001, 13(4):137.
- [2] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会鼻科组,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 变应性鼻炎诊断和治疗指南[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(12):977-978.
- [3] 国家中医药管理局.《中医病症诊断疗效标准》[M]. 南京大学出版社, 2001:134.
- [4] 王德鉴,干祖望. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 上海:上海科技出版社, 1985, 1:47-48.
- [5] 顾之燕. 变应性鼻炎的诊治方案和推荐方案[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40(3):166-167.
- [6] 张予. 中医药治疗变应性鼻炎综述[J]. 中医耳鼻喉科学研究, 2007, 6(2):24-30.

(收稿日期:2013-02-28)

(本文编辑:黄凡)