

川芎、丹参可加强活血止痛之效，党参、白术、茯苓、炙甘草、五爪龙益气健脾、渗湿消痰，其中五爪龙属岭南药材，还可化痰通络，具有补而不滞特点，方中炙甘草可调和药性，诸药合用可起到益气血、强筋骨、补肝肾、化痰祛瘀、通络止痛之效。皮内针为中医特色疗法，根据经络理论选择相应穴位后进行埋针，对穴位进行长时间刺激，与传统皮内针针具相比，揸针体积较小，针头细长，故刺入针体时皮肤疼痛感轻，且不易脱落、过敏，更易得到患者认可<sup>[7]</sup>。穴位中，内膝眼具有利腿膝的功效，主治膝关节酸痛、膝关节炎，外膝眼属足阳明胃经，有理气消肿、通经活络的作用，主治下肢疼痛痿痹证，阳陵泉位于膝外侧属阳，可治下肢痿痹、麻木、膝腘肿痛之症，诸穴配伍并行皮内针治疗，可起到理气疏经、通络止痛的作用。本研究结果显示，与单纯西药治疗相比，自拟补肝益肾通络方联合皮内针治疗在缓解疼痛等临床症状和改善膝关节运动功能上更具优势。

综上所述，自拟补肝益肾通络方联合皮内针治疗肝肾亏虚、痰瘀阻络型 KOA，可有效缓解患者疼痛等临床症状，改善膝关节功能，提高临床疗效。

〔参考文献〕

- (1) 郭波波, 常进奇, 马亮亮, 等. 膝关节炎的中医治疗进展 (J). 中医临床研究, 2018, 10(30): 92-94.
- (2) 中华医学会骨科学分会关节外科学组. 骨关节炎诊疗指南 (2018 年版) (J). 中华骨科杂志, 2018, 38(12): 705-715.
- (3) 中华中医药学会骨伤科分会膝痹病 (膝骨关节炎) 临床诊疗指南制定工作组. 中医骨伤科临床诊疗指南·膝痹病 (膝骨关节炎) (J). 康复学报, 2019, 29(3): 1-7.
- (4) 邓爱华, 张脉青, 朱建华, 补肝益肾通痹汤治疗肝肾亏虚型膝骨关节炎的临床观察 (J). 中国中医药科技, 2020, 27(5): 766-767.
- (5) 管垒, 田向东, 朱光宇, 等. 关节镜联合揸针对膝骨性关节炎患者血清及关节液部分炎性因子的影响 (J). 贵州医科大学学报, 2019, 44(2): 239-242.
- (6) 乐智卿, 陶平, 乐树生, 等. 温针灸配合益肾通络方治疗膝骨性关节炎临床疗效观察 (J). 光明中医, 2016, 31(5): 618-670.
- (7) 李晔, 齐越峰, 佟云. 手法结合揸针治疗膝骨关节炎短期疗效观察 (J). 北京中医药, 2020, 39(3): 280-282.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)06-0079-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.06.034

## 中医辨证治疗变应性鼻炎的临床疗效

练欣欣

(肇庆市端州区华佗医院, 广东 肇庆 526040)

〔摘要〕 **目的:** 探究变应性鼻炎 (AR) 实施中医辨证治疗的临床疗效。**方法:** 选取肇庆市端州区华佗医院 2017 年 1 月至 2019 年 12 月期间收治的 198 例 AR 患者, 随机抽取 99 例列为对照组, 实施常规治疗; 另 99 例列为观察组, 实施中医辨证治疗, 观察两组临床疗效、症状、体征积分及血清白细胞介素 4 (IL-4)、肿瘤坏死因子 (TNF- $\alpha$ )、C 反应蛋白 (CRP) 水平。**结果:** 观察组患者治疗总有效率为 90.91%, 高于对照组的 77.78%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗前两组患者的症状、体征积分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。经治疗后 3 周、8 周时观察组患者的症状、体征积分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗 3 周后两组血清 IL-4、TNF- $\alpha$ 、CRP 水平均显著降低, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 中医辨证治疗 AR 能够显著提高临床疗效, 改善患者的症状与体征, 减轻机体炎症反应, 促进恢复。

〔关键词〕 变应性鼻炎; 辨证论治; 盐酸西替利嗪

〔中图分类号〕 R 765.21 〔文献标识码〕 B

变应性鼻炎 (allergic rhinitis, AR) 是指特异性个体接触致敏原后由免疫球蛋白 E 介导释放、并有多重免疫活性细胞和细胞因子等参与的鼻黏膜慢性炎症反应性疾病, 可常年

发病, 表现为喷嚏、流涕、鼻痒等症状<sup>[1]</sup>。临床常见的治疗方法有药物治疗、免疫治疗、手术干预 3 大部分, 能够在一定程度上缓解症状, 但易复发且不良反应多。笔者将本院于

〔收稿日期〕 2021-01-12

〔作者简介〕 练欣欣, 女, 主治中医师, 主要研究方向是中西医结合治疗耳鼻喉科疾病。

2017年1月至2019年12月期间收治的99例AR患者进行中医辨证治疗,并与同时期接收的99例进行常规治疗的患者进行比较,观察两组患者临床疗效,现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取本院2017年1月至2019年12月期间收治的198例AR患者,所有患者自愿参与本研究且知情同意,随机抽取99例列为对照组,另99例列为观察组。对照组男58例,女41例;年龄18~70岁,平均年龄(48.32±5.21)岁。观察组男56例,女43例;年龄18~69岁,平均年龄(47.95±5.15)岁。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

#### 1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 符合变应性鼻炎诊断标准<sup>[1]</sup>。中医辨证标准参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>及《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>。

1.2.2 纳入标准 所有患者均符合变应性鼻炎诊断标准及中医辨证标准者;病程>1年;临床资料完整。

1.2.3 排除标准 患有鼻畸形、鼻甲肥大等疾病;合并心、肝、肾等器官功能障碍者。

#### 1.3 方法

1.3.1 对照组 常规治疗,盐酸西替利嗪片(广东彼迪药业,国药准字H20103387)10 mg·次<sup>-1</sup>,口服,1次·d<sup>-1</sup>,连续治疗21 d。

1.3.2 观察组 中医辨证治疗:(1)脾气虚弱型:生黄芪30 g,太子参、白术、当归、炒扁豆、辛夷、白芷、蝉衣、防风、升麻、柴胡各10 g,陈皮、干姜各6 g;(2)肺经郁热型:黄芩、桑白皮、丹皮、辛夷、白芷、蝉衣、防风、麦冬各10 g,车前草30 g,甘草6 g。(3)肺气虚寒型:荆芥、防风、蝉衣、党参、辛夷、白芷、桔梗、五味子、诃子各10 g,细辛、甘草6 g。(4)肾阳虚型:熟地黄、山萸、山药各15 g,泽泻、丹皮、茯苓、辛夷、白芷、防风、制附片、菟丝子各10 g,桂枝6 g。将上述各方中药加入清水熬制,取汁300 mL,每日1剂,分2次服用(早晚各150 mL)。连续治疗21 d。

#### 1.4 观察指标

对流泪、喷嚏、鼻塞、鼻痒症状、体征进行评分,从轻至重每项分别计为1~3分;疗效评定标准:按照尼莫地平公式将治疗前后症状、体征计分作为疗效评定标准<sup>[4]</sup>。疗效指数=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分×100%。显效:疗效指数>64%;有效:疗效指数26%~64%;无效:疗效指数<26%。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。抽取患者空腹外周血3 mL采用酶联免疫吸附测定发检测血清白细胞介素4(interleukin-4, IL-4)、肿

瘤坏死因子(tumor necrosis factor, TNF-α)、C反应蛋白(C-reaction protein, CRP)水平<sup>[5]</sup>。

#### 1.5 统计学处理

采用SPSS 22.0软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用t检验,计数资料用百分比表示,采用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为90.91%,高于对照组的77.78%,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 两组患者治疗总有效率比较(n=99, n(%))

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	42(42.42)	35(35.35)	22(22.22)	77(77.78)
观察组	52(52.53)	38(38.38)	9(9.09)	90(90.91) <sup>a</sup>

与对照组比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$

#### 2.2 两组患者治疗前后症状、体征积分比较

治疗前两组患者的症状、体征积分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。经治疗后3周、8周时观察组患者的症状、体征积分均低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表2。

表2 两组患者治疗前后症状、体征积分比较

(n=99,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	治疗前	治疗后3周	治疗后8周
对照组	9.18±1.64	6.13±1.48	5.11±0.86
观察组	9.06±1.58	4.51±1.06 <sup>b</sup>	4.05±0.65 <sup>b</sup>

与对照组同时期比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$

#### 2.3 两组患者治疗前后血清IL-4、TNF-α、CRP水平比较

治疗3周后,两组血清IL-4、TNF-α、CRP水平均显著降低,且观察组低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表3。

表3 两组患者治疗前后血清IL-4、TNF-α、CRP水平比较

(n=99,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	IL-4 /mmol·L <sup>-1</sup>	TNF-α /mmol·L <sup>-1</sup>	CRP /mg·L <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	131.22±15.67	44.55±8.76	12.45±3.56
	治疗3周后	72.54±11.33 <sup>c</sup>	26.65±5.43 <sup>c</sup>	6.76±1.96 <sup>c</sup>
观察组	治疗前	129.88±16.04	43.78±8.25	12.56±3.69
	治疗3周后	47.66±8.96 <sup>cd</sup>	18.76±3.65 <sup>cd</sup>	4.52±0.54 <sup>cd</sup>

与同组治疗前比较, <sup>c</sup> $P < 0.05$ ; 与对照组比较, <sup>d</sup> $P < 0.05$

注: IL-4—白细胞介素4; TNF-α—肿瘤坏死因子; CRP—C反应蛋白

### 3 讨论

AR属于现代医学中的I型变态反应性疾病,临床分为

常年性和季节性两型，可引起多种并发症，病因主要与过敏原如花粉、尘螨、毛发等接触有关。中医学认为 AR 多由脏腑虚损，正气不足，卫外不固，风寒邪气乘虚而入，寒束肌表，阳气不得宣泄，上扰鼻窍而成病。虚损脏腑涉入肺、脾、肾三脏，且较少单一脏腑虚损。属于中医里的“鼻鼽”范畴，可分为实证与虚证两大类。实证者，多因肺经素有郁热，肃降失职，邪热上犯鼻窍而发病，治遵“急则治其标”原则，分别给予清宣肺气，通利鼻窍；虚证者，多因肺气虚弱，风寒乘虚犯及鼻窍，津液停聚，鼻窍壅塞，致喷嚏、流清涕；或脾虚致肺气不足，肺失肃降，津液停聚，寒湿久凝鼻部而致病；或肾精不足，气不归元，肾失摄纳，气浮于上致喷嚏频频，若肾之阳气不足，寒水上泛，则致鼻流清涕不止；治遵“缓则治其本”原则，并区别肺气虚寒、脾气虚弱、肾气不足，分别给予温肺散寒、益气固表，益气健脾、升阳通窍、温补肾阳、固肾纳气等治疗。AR 的病程往往有缓解期和发作期。因此在治疗时，急则治标，缓则治本。虚证的鼻鼽在缓解期以补益脏腑虚损为主，在发作期，其主要诱发的原因是风寒异气外袭，可由寒化热，寒热错杂，因此要祛邪兼扶正。虚寒之间可相互转化影响，故中医治疗 AR 应结合分型进行治疗，使得治疗措施具有针对性，从而提高疗效。

本研究将 AR 分为四型进行辨证施治。白芷通鼻窍，祛风湿，解表散寒，具有解热、抗炎、镇痛、解痉等作用；白术健脾益气，燥湿利水，有助于体内积滞疏通；防风祛风解表，胜湿止痛，改善肺、脾、肺虚损；蝉衣能够抵御外邪，疏散风热；辛夷能入肺、胃等经，引诸经清阳上行于鼻，祛邪止涕、通塞利窍。以上述 5 种中药为基础，加减应用治疗 AR。脾气虚弱型加用太子参、生黄芪、炒扁豆健脾益气；当归养血；升麻、柴胡升举阳气；干姜温中散寒；陈皮理气健脾，使补而不滞。肺经郁热型加用黄芩清热燥湿，泻火解毒；桑白皮、车前草清肺利水；丹皮清热凉血，活血化瘀；

麦冬清肺润燥，并使方药清肺而不伤阴。肺气虚寒型加用荆芥疏风散寒；党参健脾益肺；五味子、诃子收敛肺气；桔梗宣肺除涕；细辛发散风寒、温肺通窍。肾阳虚型加用熟地黄、山萸、山药滋补肝肾；泽泻、丹皮、茯苓利水渗湿，补渗相辅，使补而不腻；配以附子、菟丝子、桂枝以温补肾中元阳。结果显示，对照组临床有效率 77.78%，观察组有效率 90.91%，且观察组患者治疗后 3 周、8 周的症状、体征积分较对照组明显降低，两组比较，差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ) 说明中医辨证论治效果确切。AR 的发生与 T 细胞、嗜酸性粒细胞、肥大细胞等多种免疫细胞有关，组胺、白三烯、缓激肽等参与该病的发展，故血清炎症因子水平显著升高。本研究结果显示，经过治疗后两组血清 IL-4、TNF- $\alpha$ 、CRP 水平均有所降低，且观察组低于对照组 ( $P < 0.05$ )，说明中医辨证治疗能够减轻体内炎症反应，改善机体免疫紊乱，从而有效缓解临床症状。

由此可见，中医辨证治疗 AR 能够显著提高临床疗效，改善患者的症状与体征，减轻机体炎症反应，促进患者恢复。

#### [参考文献]

- (1) 黄选兆, 汪吉宝, 孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学 (M). 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 218-225.
- (2) 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 (M). 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- (3) 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (M). 北京: 中国医药科技出版社出版, 2002.
- (4) 黎柱培, 蔡燕文. 中医辨证分型结合割治法在变应性鼻炎中的应用研究 (J). 辽宁中医杂志, 2017, 44(11): 2332-2334.
- (5) 孙欢欢, 王东方. 变态反应性鼻炎中医证型与白介素 -2 受体的相关性研究进展 (J). 吉林中医药, 2015, 35(4): 428-430.