

黄芩贝母汤治疗儿童慢性鼻-鼻窦炎的临床疗效

四霄雪¹, 韩雪^{2*}, 赵闪闪¹

(1. 河南中医药大学儿科医学院, 郑州 450000;

2. 郑州大学附属儿童医院, 郑州 450000)

[摘要] **目的:**观察黄芩贝母汤治疗儿童慢性鼻-鼻窦炎的临床疗效。**方法:**采用随机、对照的临床研究方法,将70例符合要求的慢性鼻-鼻窦炎患儿随机分为中药组和西药组,每组各35例。西药组患儿采用糠酸莫米松鼻喷雾剂喷鼻,每侧鼻孔1喷,每日1次,疗程为2周;小剂量口服阿奇霉素干混悬剂($4\text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$),每日1次,每周服用3 d,停药4 d,疗程为2周;中药组患儿采用口服黄芩贝母汤进行治疗,每日1剂,疗程2周。评估治疗前后中医主证及体征评分、症状视觉模拟量表(VAS)评分、鼻窦计算机断层扫描(CT)疗效评分,以及2组患儿中医证候临床疗效,记录不良反应事件的发生情况。**结果:**中药组中医证候临床疗效总有效率为88.57%(31/35),西药组为71.43%(25/35),中药组总有效率高于西药组,差异有统计学意义($\chi^2=8.458, P<0.05$)。与本组治疗前比较,2组患儿VAS评分、中医主证鼻塞及流涕评分、体征评分均显著降低($P<0.01$);与西药组治疗后比较,中药组上述指标优于西药组($P<0.05, P<0.01$)。与本组治疗前比较,西药组患儿头痛无明显改善,而中药组头痛评分显著降低($P<0.01$)。2组CT评分均有降低趋势,但差异无统计学意义。2组患儿治疗过程中均未出现不良反应。**结论:**黄芩贝母汤可有效改善慢性鼻-鼻窦炎患儿临床症状,且安全有效。

[关键词] 黄芩贝母汤; 儿童; 慢性鼻-鼻窦炎; 疗效观察

[中图分类号] R242;R2-0;R2-031;R72;R272;R765.4+1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2023)10-0160-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20231697

[网络出版地址] <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20230313.2249.007.html>

[网络出版日期] 2023-03-14 16:27:09

Clinical Efficacy of Huangqin Beimutang in Treatment of Chronic Rhinosinusitis in Children

SI Xiaoxue¹, HAN Xue^{2*}, ZHAO Shanshan¹

(1. Medical College of Pediatrics, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, China;

2. Children's Hospital Affiliated to Zhengzhou University, Zhengzhou 450000, China)

[Abstract] **Object:** To observe the clinical efficacy of Huangqin Beimutang on chronic rhinosinusitis in children. **Method:** A randomized controlled trial (RCT) was conducted on 70 children who met the criteria for chronic rhinosinusitis, with 35 cases in the Chinese medicine group and 35 cases in the western medicine group. In the western medicine group, children received mometasone furoate nasal spray, one spray per nostril, once a day for two weeks, and also received a small dose of azithromycin suspension at $4\text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$, once a day, 3 days a week for 2 weeks. The children in the Chinese medicine group were treated with oral Huangqin Beimutang, one dose per day for 2 weeks. Before and after treatment, the scores of primary symptoms and signs of traditional Chinese medicine (TCM), visual analogue scale (VAS) symptom scores, sinus computed tomography (CT) efficacy scores, and clinical efficacy of TCM syndromes in the two groups were evaluated, and

[收稿日期] 2023-01-04

[基金项目] 2020年度河南省中医药科学研究专项(20-21ZY2094);韩雪中医学学术经验研究工作室建设项目(zsmzy201810)

[第一作者] 四霄雪,在读硕士,从事中医药防治小儿呼吸疾病研究,E-mail:sxx202021@qq.com

[通信作者] *韩雪,硕士,主任医师,从事中医药防治小儿呼吸疾病研究,E-mail:hx1016@163.com

the occurrence of adverse events was recorded. **Result:** The total effective rate of clinical efficacy of TCM syndrome in the Chinese medicine group was 88.57% (31/35), which was higher than 71.43% (25/35) in the western medicine group ($\chi^2=8.458, P<0.05$). The VAS scores, scores of TCM primary symptoms of nasal obstruction and runny nose, and physical sign scores in both groups were lower than those after treatment ($P<0.01$). The above indicators in the Chinese medicine group were superior to those in the western medicine group after treatment ($P<0.05, P<0.01$). Compared with the conditions before treatment, there was no significant improvement in headache in the western medicine group, while the headache score in the Chinese medicine group decreased after treatment ($P<0.01$). The CT scores of the two groups showed a downward trend, but the difference was not statistically significant. There were no adverse reactions during treatment in both groups. **Conclusion:** Huangqin Beimutang can effectively improve the clinical symptoms of patients with chronic rhinosinusitis, and it is safe and effective.

[Keywords] Huangqin Beimutang; children; chronic rhinosinusitis; efficacy observation

慢性鼻-鼻窦炎(CRS)是儿童常见的耳鼻咽喉病,是指鼻腔与鼻窦黏膜的慢性炎症,病程超过12周。临床表现为鼻塞、流黏涕或脓涕,头面部胀痛、嗅觉减退或丧失等症状^[1],常伴见腺样体肥大、扁桃体肥大、过敏性鼻炎、反复呼吸道感染等并发症^[2],易反复发作,严重影响患儿的生活、学习质量。目前常规治疗主要为鼻用糖皮质激素、抗菌药物、黏液溶解促排剂、抗组胺药物及鼻腔冲洗,但是用药疗程较长^[1],且停药后易复发^[3]。中医学将其归于“鼻渊”范畴,认为本病多为感受外邪治疗不当,余邪未尽或脏腑亏虚,反复感邪,邪毒滞留所致。研究表明,中医药治疗CRS有其独特优势,治疗疗程较短且复发率较低^[4-7]。

黄芩贝母汤出自清代名医黄元御所著《四圣心源》^[8],方药组成为黄芩、柴胡、芍药、苦杏仁、玄参、桔梗、五味子、贝母,主治鼻孔发热生疮。目前尚无其相关研究,课题组临床应用黄芩贝母汤替代糖皮质激素及抗生素,用于治疗儿童CRS取得较好疗效,现报道如下。

1 资料

1.1 一般资料 依据预试验结果估算样本量,采用公式 $n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 2P(1 - P)}{(P_1 - P_2)^2}$, $\alpha=0.05, \beta=0.1, Z_\alpha=1.645, Z_\beta=1.282, P_1$ 为中药组有效率, P_2 为西药组有效率, $P = \frac{P_1 + P_2}{2}$, 计算每组样本量 $n=31.98 \approx 32$ 例,考虑10%的脱落率,共纳入70例患儿。

选取2022年1月至2022年9月于河南省儿童医院中医科门诊及中医慢性鼻炎门诊的患儿70例,运用SPSS 22.0软件,依据患儿就诊先后顺序将患儿随机分为中药组和西药组。其中中药组35例,男

20例,女15例,平均年龄(6.89±2.29)岁,平均病程(8.69±5.35)个月;西药组35例,男21例,女14例,平均年龄(6.42±1.71)岁,平均病程(9.26±6.27)个月,2组患儿一般资料比较,差异无统计学意义,资料具有可比性。本研究已通过河南中医药大学第一附属医院伦理委员会审批(伦理批件号2022HL-478-01)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《鼻-鼻窦炎诊断和治疗建议(2012年,昆明)》^[1]中慢性鼻-鼻窦炎的诊断标准。①症状为鼻塞、流黏(脓)性鼻涕,或伴头痛、嗅觉减退或丧失,病程≥12周;②体征为下鼻甲充血、肥大,鼻腔内可见黏(脓)性分泌物,咽后壁可见黏(脓)性分泌物附着;③鼻窦计算机断层扫描(CT)为窦口鼻道复合体或鼻窦黏膜病变,密度增高。

1.2.2 中医诊断标准 参照中国中医药出版社“十三五”教材《中医耳鼻咽喉科学》^[9]制订胆腑郁热证诊断标准。①鼻塞、脓涕量多、头痛或头晕;②鼻黏膜红肿、鼻腔可见黏性或脓性分泌物;③舌质红,苔黄或腻,脉弦数。

1.3 纳入标准 ①符合西医诊断标准及中医诊断标准;②年龄3~12岁;③入组前1周无鼻部疾病治疗史;④患儿及家属均知情同意且签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①合并其他急性呼吸道疾病;②对本研究药物过敏的患儿;③合并其他系统的基础性疾病。

1.5 脱落标准 ①治疗过程中出现严重不良反应;②治疗过程中私自应用其他药物;③各种原因退出治疗。

2 方法

2.1 治疗方法 西药组给予①糠酸莫米松鼻喷雾剂(内舒拿, Schering-Plough Labo NV, 进口药品注册证号H20140100)喷鼻, 每侧鼻孔1喷, 每日1次, 疗程为2周; ②小剂量阿奇霉素干混悬剂(希舒美, 辉瑞制药, 国药准字H10960112)口服, $4\text{ mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$, 每日1次, 每周服用3 d, 停药4 d, 疗程为2周。

中药组给予黄芩贝母汤为基础方, 具体组成为黄芩(2201395401)10 g、浙贝母(2201482401)10 g、白芍(2112077401)10 g、北柴胡(2201758401)12 g、桔梗(2201041401)10 g、玄参(2112093401)10 g、煨苦杏仁(2201069401)10 g、五味子(2212222401)10 g。伴有清涕者加陈皮(2110005401)10 g、茯苓(2202634401)10 g、生姜(21101841)10 g、法半夏(21071751)6 g; 流黄涕者加生石膏(21097244)10 g、茯苓10 g、法半夏6 g、生姜10 g; 伴腺样体肥大者加牡丹皮(2112090401)6 g、煨桃仁(2204285401)10 g、桂枝(21092511)6 g、茯苓10 g; 头痛者加当归(2112081401)10 g、川芎(2204187401)6 g、泽泻(2110022401)10 g、茯苓10 g。中药颗粒剂(国药集团江阴天江药业), 每日1剂, 早晚分2次开水冲服。3~9岁患儿药量为以上药量, 9~12岁患儿为以上剂量的3/2。疗程为2周。

2.2 观察指标

2.2.1 观察临床疗效 参照视觉模拟量表(VAS)评分法, 评价鼻塞、流涕、头痛、鼻痒/喷嚏、张口呼吸/打鼾5个方面, 轻度0~3分, 中度4~7分, 重度8~10分, $\text{VAS}>5$ 分即表示患儿生活质量受到影响。

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[10]制订中医证候及体征积分评分标准。鼻塞: 0分, 无; 2分, 偶有鼻塞; 4分, 间断性鼻塞, 不影响睡眠; 6分, 持续性鼻塞, 张口呼吸, 影响睡眠。流涕: 0分, 无; 2分, 鼻涕量少; 4分, 鼻涕量多; 6分, 鼻涕量多, 影响呼吸。头痛: 0分, 无头痛; 2分, 微痛或偶有头痛; 4分, 头痛, 不影响生活学习; 6分, 头痛, 影响生活及学习。体征评分, 黏膜充血肿胀: 0分, 正常;

1分, 黏膜苍白; 2分, 黏膜淡红; 3分, 黏膜鲜红。鼻腔分泌物: 0分, 无; 1分, 少量分泌物; 2分, 中等量分泌物; 3分, 大量分泌物。于治疗前、治疗1周后、治疗2周后评分。

2.2.2 疗效评价标准 参照国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》^[11], 制订临床中医证候疗效判定标准如下。痊愈为鼻塞、流涕及其他症状消失或基本消失, 证候积分减少 $\geq 95\%$; 显效为偶有鼻塞、流涕, $70\% \leq$ 证候积分减少 $< 95\%$; 有效为鼻塞、流涕等症状减轻, $30\% \leq$ 证候积分减少 $< 70\%$; 无效, 鼻塞、流涕等症状未减轻, 证候积分减少 $< 30\%$; 治愈率=(痊愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

2.2.3 鼻窦CT疗效评分 采用Lund-Mackay评分法, 评估两侧上颌窦、前组筛窦、后组筛窦、蝶窦、额窦、窦口鼻道复合体。鼻窦: 0分, 无异常; 1分, 部分浑浊; 2分, 全部浑浊。窦口鼻道复合体: 0, 无阻塞; 2分, 阻塞。总分0~24分。于治疗前、治疗2周后评分。

2.2.4 安全性评估 记录、随访患儿的不良事件, 分别于治疗前后检测2组患儿的血常规、肝肾功能, 观察研究期间出现的不良反应, 发生严重不良反应的退出试验并积极对症治疗。

2.3 统计学分析 采用SPSS 22.0软件对数据进行分析处理, 计数资料以频数表示, 采用卡方检验或秩和检验, 计量资料进行正态性检验, 符合正态分布者以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用独立样本 t 检验或配对样本 t 检验进行比较; 不符合正态分布者以中位数(四分位数) $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示; 采用独立样本秩和检验或两相关样本秩和检验进行比较, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

3 结果

3.1 2组患儿中医证候临床疗效比较 治疗2周后, 西药组患儿总有效率为71.43%(25/35), 中药组患儿总有效率为88.57%(31/35), 中药组临床疗效明显高于西药组, 差异具有统计学意义($\chi^2=8.458$, $P < 0.05$)。见表1。

表1 治疗前后2组患儿中医证候临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical effects of traditional Chinese medicine(TCM) syndromes between two groups of children before and after treatment

组别	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
西药组	1	2	22	10	71.43
中药组	2	10	19	4	88.57 ¹⁾

注: 与西药组比较¹⁾ $P < 0.05$

3.2 2组患儿治疗前后VAS评分比较 2组患儿VAS评分治疗前差异无统计学意义。与本组治疗前比较,治疗2周后2组患儿VAS评分均显著降低($P<0.01$)。与西药组治疗后比较,中药组患儿VAS评分显著降低,疗效更佳($P<0.01$)。见表2。

3.3 2组患儿治疗前后中医主证积分比较 研究结果显示,2组患儿治疗前各项主证积分比较差异无统计学意义。与本组治疗前比较,治疗2周后2组患儿鼻塞、流涕积分均显著降低,中药组患儿头痛积分显著降低,差异具有统计学意义($P<0.01$)。

表3 2组患儿治疗前后中医主证积分比较 [M(P₂₅, P₇₅), n=35]

组别	时间	鼻塞	流涕	头痛
西药组	治疗前	4(4,6)	4(2,4)	0(0,0)
	治疗后	2(2,4) ¹⁾	2(0,4) ¹⁾	0(0,0)
中药组	治疗前	4(4,6)	4(4,6)	0(0,2)
	治疗后	2(0,2) ^{1,2)}	0(0,2) ^{1,2)}	0(0,0) ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P<0.01$;与西药组治疗后比较²⁾ $P<0.05$ (表4和表5同)

3.4 2组患儿治疗前后体征积分比较 2组患儿治疗前各项体征积分差异无统计学意义。与本组治疗前比较,治疗2周后2组患儿黏膜、分泌物积分均显著降低($P<0.01$)。与西药组治疗后比较,中药组患儿黏膜、分泌物积分均明显降低,改善效果更明显($P<0.05$)。见表4。

表4 2组患儿治疗前后体征积分比较 [M(P₂₅, P₇₅), n=35]

组别	时间	黏膜	分泌物
西药组	治疗前	3(2,3)	2(2,3)
	治疗后	2(1,2) ¹⁾	1(1,2) ¹⁾
中药组	治疗前	3(2,3)	3(2,3)
	治疗后	1(1,2) ^{1,2)}	1(0,1) ^{1,2)}

3.5 2组患儿治疗前后CT评分比较 2组患儿治疗前CT评分差异无统计学意义。与本组治疗前比较,治疗2周后2组患儿CT评分均显著降低($P<0.01$)。与西药组患儿治疗后比较,中药组患儿CT评分差异无统计学意义。见表5。

3.6 不良反应发生情况 2组患儿治疗过程中均未出现不良反应。

4 讨论

儿童CRS可分为CRS伴鼻息肉和CRS不伴鼻息肉2种^[1]。儿童CRS发病机制较复杂,多认为与儿童鼻-鼻窦发育、免疫能力不够成熟,细菌、病毒

表2 治疗前后2组患儿VAS评分比较 [M(P₂₅, P₇₅), n=35]

Table 2 Comparison of VAS scores between two groups of children before and after treatment [M(P₂₅, P₇₅), n=35] 分

组别	治疗前	治疗后
西药组	7(5,8)	4(2,5) ¹⁾
中药组	7(6,8)	2(1,4) ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P<0.01$;与西药组治疗后比较²⁾ $P<0.01$

与西药组治疗后比较,中药组患儿鼻塞、流涕、头痛积分均明显降低,改善效果更优,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表5 治疗前后2组患儿CT评分比较 [M(P₂₅, P₇₅), n=35]

Table 5 Comparison of CT scores of two groups of children before and after treatment [M(P₂₅, P₇₅), n=35] 分

组别	例数	治疗前	治疗后
西药组	35	8(6,10)	5(3,6) ¹⁾
中药组	35	9(7,11)	5(4,8) ¹⁾

感染,过敏、遗传、环境等因素有关^[12-16]。临床研究及临证经验发现儿童CRS常与过敏性鼻炎、腺样体肥大、分泌性中耳炎、哮喘、抽动障碍等并发,严重影响患儿身心健康^[17-21]。目前常规治疗多采用鼻用糖皮质激素、抗菌药物、鼻腔冲洗、黏液促排剂等,用药疗程长达4周至6个月^[1],而长期应用鼻用糖皮质激素会出现鼻腔干燥、声音嘶哑、鼻出血等不良反应^[22-23],临床常用抗菌药物有不同程度耐药性^[24],儿童及家长对长期服药依从性差,常规药物治疗易复发^[25]等局限性仍不可避免。儿童是否适合手术治疗,目前仍然存在争议,且家长更倾向于保守治疗^[26-27]。另外研究表明手术治疗仍有术后并发症多、复发率高的不足^[28-29]。

中医将鼻窦炎归属于“鼻渊”范畴,“鼻渊者,浊涕下不止也”。肺开窍于鼻,在液为涕,流涕则为肺气下降受阻,郁塞鼻窍而致。黄元御^[8]创立“一气周流”理论,认为鼻渊病标在肺,病本在脾胃,与人体气机升降失调有关。“清气不升,浊气上逆则病见于鼻”。而清阳、浊阴的升逆依赖于肝脾左升、脾胃

右降。小儿脾常虚,若平素饮食不节,失于调护,或他病损及中阳,致中气不运,脾胃升降功能失常,胆随胃降,脾不升则胃不降,胆亦无降路,胆胃逆升,则浊气上逆,循经上犯鼻窍,肺无降路,肺金壅满,肺气郁滞,雾气瘀浊而流涕,日久滞塞胶黏,臭秽秽恶,胆腑郁热上犯鼻窍,燔灼气血,熏腐黏膜则鼻孔发热生疮,脓涕多黄,胆热上攻头目则可见头痛、目赤、眼痒等。鼻渊之表象是因肺气郁塞,而根本原因是脾虚失运,胃失和降,胆胃上逆,浊气填塞,肺无降路,即使不感风寒而浊涕时下。

黄芩贝母汤出自黄元御所著《四圣心源》^[8],结合《长沙药解》及《玉楸药解》,分析黄元御黄芩贝母汤组方方义。黄芩苦寒,入肝、胆经,善清上焦少阳经郁热。贝母苦、微寒,入肺经,清肺泄热,消痰降浊,黄芩、贝母合用,泄热凉金降浊。柴胡味苦,微寒,入胆经,善“降胆胃之逆,升肝脾之陷”。柴胡黄芩合用,一升一降,调畅气机兼清热。芍药酸、微苦寒,入肝胆经,走胆腑而泄热,柴胡、芍药合用,泻胆热,降浊阴。五味子酸收涩固,入肺经,善敛金气,降辛金。苦杏仁味甘、苦,入肺经,“降冲逆而开痹塞,泻壅阻而平喘嗽”。桔梗味苦、辛,入肺经。可散结消肿,化凝排脓,开宣肺气,“善下冲逆,最开壅塞”。桔梗、杏仁、五味子合用,一宣一降一敛,使肺气升降正常。玄参味甘,微苦,入肺、肾经,清肺金,涤心胸烦热、头目郁蒸。玄参、苦杏仁合用清肺热。诸药合用,黄芩贝母汤具有清热降逆,宣肺开壅、消痰排脓之效。

本研究结果表明,治疗后中药组患儿VAS评分、中医主证评分、体征评分均低于西药组,治疗后2组患儿鼻窦CT评分均降低,提示运用黄芩贝母汤治疗儿童CRS可以有效缓解鼻塞、流涕、头痛症状,改善鼻腔黏膜充血水肿、鼻腔分泌物增多的体征及生活质量,减少了激素及抗生素的应用。本研究期间2组患儿均无不良反应,提示药物相对安全。

综上所述,说明黄芩贝母汤治疗儿童慢性鼻-鼻窦炎具有一定优势,值得临床推广应用。不足之处在于纳入病例较少、观察疗程较短、评估指标不足,在之后的研究中,将扩大样本量、观察长期疗效及复发情况,评估更多生化指标,进一步明确其作用机制。

[利益冲突] 本文不存在任何利益冲突。

[参考文献]

[1] 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. 慢性

鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2012年,昆明)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 48(2): 92-94.

- [2] 沈翎,林宗通,林兴,等. 伴上呼吸道疾病的儿童慢性鼻-鼻窦炎治疗探讨[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017, 31(6): 446-450, 455.
- [3] 刘爽,马文成,隋强,等. 鼻窦炎口服液联合布地奈德超声雾化吸入对慢性鼻-鼻窦炎术后患者黏膜形态和功能转归的影响[J]. 陕西中医, 2020, 41(7): 929-931, 944.
- [4] 徐鑫铭,蔡纪堂,李静波,等. 温阳止涕汤治疗肺气虚寒型慢性鼻窦炎的临床研究[J]. 南京中医药大学学报, 2022, 38(2): 109-114.
- [5] 叶建. 消风宣窍汤联合阿奇霉素分散片治疗儿童慢性鼻窦炎风热犯肺证58例临床观察[J]. 中医儿科杂志, 2021, 17(4): 62-66.
- [6] 谢柳,谭业农,符国庆,等. 清窍汤联合西药治疗对慢性鼻-鼻窦炎患者鼻腔菌群和鼻腔功能的影响[J]. 西部中医药, 2021, 34(2): 92-95.
- [7] 朱洪海,朱晓远,程根阳. 鼻渊通窍颗粒对儿童慢性鼻窦炎鼻黏膜纤毛传输功能及炎症因子的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(10): 188-191.
- [8] 黄元御. 黄元御医书全集[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2016: 1222-1223.
- [9] 刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 4版. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 113-114.
- [10] 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: 397.
- [11] 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.
- [12] 孙悦奇,刘文龙,史剑波. 儿童慢性鼻窦炎的相关研究进展[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2021, 56(10): 1125-1130.
- [13] 张婧,张东利,王旻. T细胞在慢性鼻窦炎中的作用机制[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2022, 28(3): 106-110.
- [14] MARCUS S, DELGAUDIO J M, ROLAND L T, et al. Chronic rhinosinusitis: Does allergy play a role? [J]. Med Sci (Basel), 2019, 7(2): 30.
- [15] BOSE S, GRAMMER L C, PETERS A T. Infectious chronic rhinosinusitis [J]. J Allergy Clin Immunol Pract, 2016, 4(4): 584-589.
- [16] LELAND E M, ZHANG Z, KELLY K M, et al. Role of environmental air pollution in chronic rhinosinusitis [J]. Curr Allergy Asthma Rep, 2021, 21(8): 42.
- [17] HELMAN S N, BARROW E, EDWARDS T, et al. The role of allergic rhinitis in chronic rhinosinusitis [J]. Immunol Allergy Clin North Am, 2020, 40(2): 201-214.
- [18] BULFAMANTE A M, SAIBENE A M, FELISATI G, et al. Adenoidal disease and chronic rhinosinusitis in children-

- Is there a link?[J]. J Clin Med, 2019, 8(10):1528.
- [19] 张灵敏,李静波,蔡纪堂,等. 加味化疔漏芦汤治疗慢性鼻-鼻窦炎伴分泌性中耳炎毒热证患者术后的康复及机制[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(17): 77-82.
- [20] MATUCCI A, BORMIOLI S, NENCINI F, et al. Asthma and chronic rhinosinusitis: How similar are they in pathogenesis and treatment responses?[J]. Int J Mol Sci, 2021, 22(7):3340.
- [21] 裴卓. 60例儿童频频清嗓病因分析[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2005, 12(10):673-674.
- [22] 李华斌,王向东,王洪田,等. 鼻炎分类和诊断及鼻腔用药方案的专家共识[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2019, 25(6):573-577.
- [23] 陈海娟,侯艳鹏. 鼻用糖皮质激素的常见不良反应[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2022, 28(1):95-98.
- [24] 褚连军. 慢性鼻窦炎病原学特征及药敏结果分析[J]. 中国病原生物学杂志, 2022, 17(6):702-705.
- [25] 骆平莉,殷婷. 桉柠蒎肠溶软胶囊联合糠酸莫米松治疗慢性鼻炎的疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2020, 35(7):1421-1425.
- [26] 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.
- [27] JONES N S. Acute and chronic sinusitis in children [J]. Curr Opin Pulm Med, 2000, 6(3):221-225.
- [28] 李静波,王俊杰,蔡纪堂,等. 加减舒中化痰汤替代激素治疗慢性鼻-鼻窦炎合并腺样体肥大患儿术后的临床疗效[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(2): 98-103.
- [29] 汪文华,王广科,武天义,等. 根治性鼻内镜手术治疗嗜酸粒细胞增高型慢性鼻窦炎伴鼻窦炎的疗效分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2023, 37(1): 20-24.

[责任编辑 王鑫]

·书讯·

射干麻黄汤联合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床效果 ——评《儿科名医儿童哮喘大讲堂》

小儿咳嗽变异性哮喘,是哮喘的一种特殊类型,又称为不典型哮喘。临床表现为儿童出现阵发性、刺激性干咳、无痰,反复咳嗽,没有明显的气喘症状。患儿一般夜间的1点到3点阵发性咳嗽,或者睡前咳嗽明显。儿童哮喘急性发作的治疗,选择镇静、吸氧,平喘、祛痰,抗过敏,避免接触致敏源。只有规范治疗,才能彻底消除炎症,使哮喘得到完全控制,不再发作。随着现代的医学科学知识的发展,使儿童哮喘得到了理想的控制。

《儿科名医儿童哮喘大讲堂》由李云主编,湖南科学技术出版社2018年7月出版。儿童哮喘不同于成年人哮喘,有其自身的发展与特点,其发病机制、治疗效果与预后都不同于成年人。本书从5个方面介绍相关的儿童哮喘防治知识,包括儿童哮喘的转归、诊断、预防、治疗及与儿童哮喘有关的疾病。由于哮喘涉及的内容较多,本书编写分为5个部分。第1部分改变儿童哮喘的转归,儿童哮喘防治的发展,预防治疗的必要性、长期性及相关工作。第2部分描述了儿童哮喘的临床诊断与鉴别。第3部分为儿童哮喘的预防。第4部分为儿童哮喘的药物治疗。第5部分介绍儿童哮喘相关疾病。儿童哮喘的药物治疗包括2个主要内容,一是缓解急性症状的发作,包括 β 受体激动剂、胆碱能受体阻滞剂等。主要为扩张支气管,缓解支气管痉挛。同时药物帮助解决由于哮喘引起的其他病变,如抗生素的应用、祛痰、抗组胺治疗。抗生素应用较广,在大多数哮喘儿童,抗感染不作为主要治疗。而在缓解期,主要治疗是吸入性糖皮质激素、白三烯受体调节剂及特异性免疫治疗。根据不同年龄,不同情况进行给药治疗。儿童哮喘急性发作期主要是控制症状,预防并发症,积极采取抗炎治疗,应对症状缓解后仍有可能复发。儿童哮喘也有些治疗不够理想,对下列情况应为高度重视的对象,可能会延长治疗的时间。严重湿疹延续至幼儿期,多因素诱发哮喘发作,变应原检测多项变应原阳性,难以控制的变应性鼻炎与上呼吸道咳嗽综合征,治疗期间发病,停药后马上发病,长期得不到规范的治疗。哮喘治疗应注重解决呼吸道的慢性炎症,有利于保护气道,保护肺功能,防止反复发作造成的肺损伤,影响儿童及未来成年后的肺功能。白三烯被认为是哮喘的一种重要的炎症介质,白三烯调节剂是一类非激素类抗感染药。采用调节白三烯受体的药物即可缓解哮喘的发作,预防和抑制白三烯导致的血管通透性增加、呼吸道嗜酸性粒细胞浸润和支气管痉挛的作用。目前临床常用的白三烯受体拮抗剂有扎鲁司特及孟鲁司特等为口服剂型。孟鲁司特可明显降低2岁以上儿童的哮喘症状,每天采用孟鲁司特1次治疗,连续治疗1年可推迟哮喘发作时间,降低激素的使用量。在呼吸道感染早期服用孟鲁司特钠片,还可以减少学龄前间歇性哮喘患儿的病毒诱发性喘息,引起支气管平滑肌痉挛诱发哮喘发作,有利于哮喘所引起的不良症状得到改善。关于哮喘的发病因素中医认为,先天禀赋不足与遗传、胎传等因素有关,后天则由于调养失宜,致反复外感,导致肺、脾、肾三脏气虚不足,造成小儿痰气内伏的特殊体质,可内外相感而发病。发病机制为外邪袭肺,触动伏痰,痰邪交结,郁于肺经,气道受阻,肺失宣降,肺气上逆则发为喘息哮喘。射干麻黄汤是中药方剂,主要功效是温肺化痰、止咳平喘。对咳嗽变异性哮喘患儿采取射干麻黄汤联合孟鲁司特钠治疗的目的,控制症状,维持正常活动水平,包括运动能力,维持肺功能水平尽量接近正常,预防哮喘急性发作。

《儿科名医儿童哮喘大讲堂》编写的目的是注重向哮喘儿童家长宣传哮喘防治的新知识,采取有效的哮喘防治措施以解决儿童哮喘的长期发作。同时,本书的相关医学知识也可作为医学生及基层医护人员学习、宣教与工作的参考。

(作者沈志峰,湖州市南浔区双林人民医院,浙江 湖州 313011)