·临床经验·

闻式通督手法联合氯雷他定治疗肺经伏热型儿童变应性鼻炎临床观察

顾骁磊[1, 2]　马　珑[1]　陈　松[2, 3]　罗志辉[2]　李崇立[2]　陈子琴[2]　张艳琳[2]

过敏性鼻炎又称变应性鼻炎（allergic rhinitis，AR），是指易感患者接触变应原后引起主要由特异性 IgE 介导的鼻黏膜非感染性炎性反应，临床以鼻塞、流涕、鼻痒等为主要表现，常伴有流泪、眼睛灼热感等症状[1]。病情严重者可引发哮喘，严重影响生活质量和儿童的身心健康[2]。近年来 AR 的患病率逐年上升，成为儿科常见疾病。调查显示，我国儿童 AR 的患病率为 15.79%，其中以华中地区患病率最高为 17.20%，且随年龄的增长呈下降趋势[3, 4]。现代医学治疗 AR 的主要手段包括药物治疗和特异性免疫治疗（specific immunotherapy，SIT），SIT 是目前被证实的唯一方法，但却存在价格昂贵，治疗标准不统一，患儿难以坚持等问题[5]。小儿推拿作为中医特色外治方法，具有疗效可靠，安全简便，依从性高的特点。本院近年来通过通督手法治疗 AR 疗效可观，现报道如下。

资料与方法

1　诊断标准

1.1　AR 诊断标准　参照《儿童变应性鼻炎诊断和治疗指南》[6] 制定。症见清水样涕、鼻痒、鼻塞、喷嚏等症状出现 2 项以上（含 2 项），每天症状持续或累计约 1 h 以上。鼻黏膜水肿，鼻腔内有水样分泌物，并同时具备皮肤点刺试验或血清特异性 IgE 检测 2 项中任何 1 项的阳性结果。

1.2　中医辨证分型　参考《中医儿科临床诊疗指南·小儿鼻鼽》[7] 属肺经伏热型。

2　纳入标准　（1）符合 AR 中医及西医诊断标准；（2）年龄 3~10 岁，男女不限；（3）近期未用药物或其他疗法治疗；（4）家长同意并签署知情同意书；（5）依从性好。

3　排除标准　（1）伴有严重并发症者，如支气管哮喘等；（2）有呼吸道畸形或鼻腔手术史，或有明显鼻腔器质性病变者；（3）其他情况不适宜推拿治疗者。

4　一般资料　50 例均为 2018 年 1 月—2019 年 6 月期间在湖北中医药大学黄家湖医院（24 例）、湖北中医药大学附属国医医院（10 例）、湖北省荆州市第二人民医院（9 例）、湖北中医药大学国医堂外治中心（7 例）就诊的 AR 患儿，采用分层区组随机法（共 12 区组），将患者均分为对照组和治疗组，其中对照组 25 例，男性 13 例，女性 12 例，平均年龄（7.5±1.3）岁，平均病程（3.9±0.9）年，轻症 11 例，中重症 14 例；治疗组 25 例，男性 14 例，女性 11 例，平均年龄（7.6±1.2）岁，平均病程（3.7±1.0）年，轻症 10 例，中重症 15 例。两组患者年龄、性别、病程和疾病轻重程度比较，差异无统计学意义（P>0.05）。本研究湖北中医药大学黄家湖医院伦理审核（No.KY2022-034）。

5　治疗方法　对照组：予口服氯雷他定片（开瑞坦，每片 10 mg，拜耳医药（上海）有限公司，生产批号：H20030004），2~12 岁儿童：体重 >30 kg：每日 1 次，每次 10 mg；体重≤30 kg：每日 1 次，每次 5 mg。连续用药 30 天。

治疗组：在对照组治疗的基础上联合闻氏通督手法推拿治疗，推拿穴位及手法参考《小儿推拿学》[8]，具体：（1）开天门 50 次，上推至囟门，推坎宫 50 次，摩百会 50 次，点素髎 10 次；（2）揉天突 100 次，揉风府 100 次，揉中极 100 次，揉至阳 100 次，揉八髎 100 次；（3）捏脊 6 次。随症加减：痰多加揉丰隆、中脘 50 次；咳嗽加按揉列缺、一窝风 50 次；发热加清天河水 20 次；胸闷加摩膻中 50 次；眼痒、眼红加

基金项目：湖北省教育厅科学计划研究指导性项目（No. 鄂教科函〔2021〕13 号）

作者单位：1. 湖北中医药大学黄家湖医院康复科（武汉 430061）；2. 湖北中医药大学针灸骨伤学院，针灸治未病湖北省协同创新中心（武汉 430061）；3. 湖北省荆州市第二人民医院康复科（湖北 434000）

通讯作者：马　珑，Tel：027-68890110，E-mail：872011385@qq.com

DOI：10.7661/j.cjim.20220627.301

清肝经 30 次。手法治疗隔日 1 次，持续 30 天。

6 观察指标及检测方法

6.1 观察症状、体征改善情况 治疗前后对主症（喷嚏、流涕、鼻塞、鼻痒），兼症（眼痒、流泪、眼红、眼睛灼热感、喘息、咳嗽、气急、胸闷），体征（下鼻甲、鼻底、鼻中隔）进行评分；鼻腔分泌物嗜酸性粒细胞计数（eosinophil counts，EOS）。

6.2 评分标准 参照《变应性鼻炎的诊治原则和治疗方案》[9] 拟订。0 分：每次连续喷嚏 <3 次，无流涕，无鼻塞，无鼻痒，鼻甲无肿胀；1 分：每次连续喷嚏 3~5 个，每日擤鼻 <4 次，吸气时有鼻塞感觉，间断性鼻痒，鼻甲轻度肿胀，鼻中隔、中鼻甲可见；2 分：每次连续喷嚏 6~10 个，每日擤鼻 5~9 次，有间接性、交互性鼻塞，鼻部有可忍受的蚁行感，鼻甲与鼻中隔（或鼻底）紧靠，下鼻甲与鼻底（或鼻中隔）之间尚有小缝隙；3 分：每次连续喷嚏 >11 次，每日擤鼻 >10 次，几乎全天用口呼吸，鼻部有难以忍受的蚁行感，下鼻甲与鼻底、鼻中隔紧靠，不见中鼻甲，或中鼻甲黏膜息肉样变、息肉形成。兼症评分标准参照 *Clinical Practice · Allergic Rhinitis*[10] 拟订。0 分：无症状；1 分：症状轻微，易于忍受；2 分：症状明显，令人厌烦，但仍能忍受；3 分：症状不能忍受，影响日常生活和（或）睡眠。

6.3 疗效评定 根据《变应性鼻炎的诊治原则和推荐方案》[7] 计算疗效指数。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 >65%，有效：疗效指数 65%~25%，无效：疗效指数 <25%。

6.4 鼻腔分泌物 EOS 检测 参考文献 [11] 方法，分别于治疗前后用无菌棉签蘸取患儿鼻腔内分泌物，均匀涂布在无菌载玻片上，采用苏木精 - 伊红染色，利用多功能高倍镜检分析系统（山东仕达思生物产业有限公司，型号：YZB/ 鲁 0132-2014）进行 EOS 计数。

7 统计学方法 采用 SPSS 26.0 软件进行统计学处理，符合正态分布且方差齐的数据采用 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较采用独立样本 *t* 检验，组内比较采用配对 *t* 检验。若数据不符合正态分布，采用 *Mann-Whitney U* 检验进行组间比较，*Wilcoxon* 检验进行组内比较。等级资料采用 *Wilcoxon* 检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

结 果

1 脱落情况 治疗组共脱落 4 例，其中 1 例因患儿居住地改变，3 例因患儿不配合，完成 21 例；对照组亦脱落 4 例，其中因患儿不配合 2 例，主动退出 2 例，完成 21 例。脱落病例作无效统计。

2 两组临床有效率比较 治疗组 25 例中，显效 11 例，有效 8 例，无效 6 例，总有效率 76.00%（19/25）；对照组 25 例中，显效 3 例，有效 11 例，无效 11 例，总有效率 56.00%（14/25），两组总有效率比较，差异有统计学意义（*P*<0.05）。

3 两组治疗前后主症及体征评分比较（表 1）与本组治疗前比较，两组在治疗后主症及体征评分均显著降低（*P*<0.05）；治疗后组间比较，治疗组喷嚏症状评分改善较对照组明显（*P*<0.05）。

4 两组治疗前后兼症评分比较（表 2） 与本组治疗前比较，两组治疗后兼症评分均显著降低（*P*<0.05）；治疗组胸闷评分改善较对照组明显（*P*<0.05）。

表 1 两组治疗前后主症及体征评分比较 （分，$\bar{x} \pm s$）

组别	例数	时间	喷嚏	流涕	鼻塞	鼻痒	鼻甲肿胀
对照	25	治疗前	2.19 ± 0.51	2.00 ± 0.55	2.10 ± 0.62	1.86 ± 0.79	2.14 ± 0.57
	21	治疗后	1.52 ± 0.68*	1.33 ± 0.73*	1.14 ± 0.65*	1.48 ± 0.60*	1.38 ± 0.74*
治疗	25	治疗前	2.10 ± 0.62	2.14 ± 0.79	1.90 ± 0.62	2.00 ± 0.71	1.90 ± 0.77
	21	治疗后	1.05 ± 0.80*△	1.52 ± 0.75*	1.29 ± 0.78*	1.48 ± 0.75*	1.38 ± 0.92*

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 两组治疗前后兼症评分比较 （分，$\bar{x} \pm s$）

组别	例数	时间	眼痒	流泪	眼红	灼热感	喘息	咳嗽	气急	胸闷
对照	25	治疗前	1.71 ± 0.85	1.67 ± 0.73	2.00 ± 0.63	1.62 ± 0.80	1.57 ± 0.68	1.57 ± 0.98	2.00 ± 0.89	1.71 ± 0.72
	21	治疗后	0.67 ± 0.73*	1.24 ± 0.70*	0.71 ± 0.72*	0.95 ± 0.59*	1.10 ± 0.70*	1.00 ± 0.77*	1.24 ± 0.77*	1.19 ± 0.51*
治疗	25	治疗前	1.57 ± 0.60	1.52 ± 0.93	1.76 ± 0.77	1.52 ± 0.81	1.48 ± 0.68	1.67 ± 0.73	1.52 ± 0.51	1.71 ± 1.01
	21	治疗后	0.81 ± 0.60*	1.05 ± 0.67*	1.10 ± 0.62*	0.90 ± 0.70*	0.76 ± 0.70*	0.95 ± 0.74*	1.05 ± 0.74*	0.81 ± 0.51*△

注：与本组治疗前比较，*P<0.05；与对照组治疗后比较，△P<0.05

中国中西医结合杂志

5　两组治疗前后鼻腔分泌物 EOS 比较（表 3）与本组治疗前比较，治疗后两组 EOS 计数均降低（P<0.05）；但两组治疗后比较，差异无统计学意义（P>0.05）。

6　两组复发情况比较　对照组 1 年内复发次数 < 2 次 4 例，3~5 次 10 例，>5 次 4 例；治疗组复发次数 <2 次 12 例，3~5 次 5 例，>5 次 4 例，差异有统计学意义（P<0.05）。

表 3　两组治疗前后 EOS 计数比较　（10 个 /mL，$\bar{x} \pm s$）

组别	例数	时间	EOS
对照	25	治疗前	0.37 ± 0.04
	21	治疗后	0.26 ± 0.02*
治疗	25	治疗前	0.35 ± 0.04
	21	治疗后	0.27 ± 0.03*

注：与本组治疗前比较，*P<0.05

讨　论

AR 是 IgE 介导的Ⅰ型变态反应，涉及免疫、神经、血管多个系统。AR 患者的鼻黏膜较健康人更为敏感 [12]，当外界刺激来临时，鼻黏膜阻力血管收缩，容量血管扩张，导致鼻塞，鼻甲肿大；毛细血管通透性增加，引起肥大细胞、EOS 等免疫细胞浸润 [13]，同时副交感神经活性增高，腺体分泌旺盛，感觉神经敏化，出现流涕及喷嚏连连等症状。

本病属中医学“鼻鼽”“鼻渊”的范畴。历代医家认为本病是多由肺、脾、肾三脏亏损，正气不足所致 [14]，现代部分学者发现 AR 患儿在发作期多见热象 [14, 15]。这是因小儿脏腑娇嫩，体禀纯阳，风寒来袭时正气不能御邪，由口鼻入肺而内生郁热。因此，AR 发作时既有正虚为本，又有邪实为标。研究显示，口服氯雷他定能够及时抑制症状，但复发率较高 [16, 17]。小儿推拿作为中医儿科特色外治法，以传统中医理论为基础，因操作简便，疗效可靠在民间广为流传，与口服氯雷他联合治疗能达到“标本同治”的目的。

闻庆汉教授作为第五批全国名老中医药专家学术继承工作指导老师，中医临证 50 余年，尤精小儿推拿，闻老认为治疗小儿 AR 应取督脉为主。手法以开天门，推坎宫为起势，将开天门上推至囟门穴，可增强清散之力；肺开窍在鼻，点素髎是局部取穴，宣通鼻窍；百会为“三阳五会”，能激发阳气，提高患儿免疫力，并能升提气机，令肺气宣降，邪热自消。风府、至阳、八髎等穴位于筋骨结合处，揉之能放松核心肌群，调整脊柱形态，骨正则督脉通，阳气得以畅达，另配天突、中极引邪热从小便而出。最终以捏脊总收，进一步加强通督行气之力。上述手法配合，利用督为阳脉之海的特点，通过调节督脉经气宣肺祛邪、补虚培正。此外，督脉循行“至鼻柱”，抵畜门（喉屋上通鼻之窍门）[18]，本法遵“经络所过，主治所及”理论，减小头面部操作，提高了患儿的依从性。

EOS 是变态反应中重要的效应细胞 [19]，EOS 浸润能引起鼻黏膜膜组织中肥大细胞脱颗粒、黏液细胞增生、间质水肿等一系列炎性反应 [20]，是 AR 生理病理的中心环节 [21, 22]。研究表明，AR 患儿鼻腔分泌物中 EOS 含量明显高与正常儿童 [23]，且 EOS 水平与 AR 病情有正向相关性 [24]。通督手法联合氯雷他定能降低 AR 患儿鼻腔分泌物中 EOS 含量，缓解临床症状。且长期疗效更佳，值得在临床中推广。

（致谢：在此特别感谢湖北中医药大学附属国医医院推拿科乔松，湖北中医药大学针灸骨伤学院韩永丽、王昆秀、陈佳、陈贝、周婷对本课题开展提供的协助）

利益冲突：无。

参　考　文　献

［1］ Brozek JL，Bousquet J，Agache I，et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma（ARIA）guidelines–2016 revision[J]. J Allergy Clin Immunol，2017，140（4）：950–958.

［2］ Shen Y，Zeng JH，Hong SL，et al. Prevalence of allergic rhinitis comorbidity with asthma and asthma with allergic rhinitis in China：a meta-analysis[J]. Asian Pac J Allergy Immunol，2019，37（4）：220–225.

［3］ 王孟，郑铭，王向东，等 . 中国过敏性鼻炎流行病学研究进展 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科，2019，26（8）：415–420.

［4］ 胡思洁，魏萍，寇巍，等 . 变应性鼻炎患病率及危险因素 Meta 分析 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志，2017，31（19）：1485–1491.

［5］ 刘懿霆，郑军，朱冬冬，等 . 变应性鼻炎特异性免疫治疗研究进展 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科，2018，25（1）：53–56.

［6］ 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组，小儿学组中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组，中华儿科杂志编辑委员会 . 儿童变应性鼻炎诊断和治疗指南（2010 年，重庆）[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科

杂志，2011，46（1）：7–8.
［7］ 汪受传，李辉，徐玲 . 中医儿科临床诊疗指南 · 小儿鼻鼽 [J]. 中华中医药杂志，2016，31（4）：1352–1355.
［8］ 吕明等主编 . 小儿推拿学 [M]. 上海：上海科学技术出版社，2017：31–67.
［9］ 顾之燕，董震 . 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，（3）：8–9.
［10］ Wheatley LM，Togias A. Clinical practice · Allergic rhinitis[J]. N Engl J Med，2015，372（5）：456–463.
［11］ 勾晶，王一川，卢君 . 岩盐气溶胶疗法治疗小儿变应性鼻炎的临床疗效及机制探讨 [J]. 中国现代医生，2022，60（10）：69–72.
［12］ 高翔，童红霞，马鹏飞，等 . 变应性鼻炎的机制研究和治疗进展 [J]. 临床医药文献电子杂志，2020，7（30）：188–189.
［13］ 孙虹等主编 . 耳鼻咽喉头颈外科学 [M]. 北京：人民卫生出版社，2018：206–207.
［14］ 薄全，胡蓉，郭裕 . 变应性鼻炎中医体质及治疗概况 [J]. 辽宁中医药大学学报，2021，23（3）：113–118.
［15］ 许少菊 . 通窍脱敏汤治疗儿童变应性鼻炎肺经伏热证的临床疗效观察 [D]. 南京：南京中医药大学，2020.
［16］ 侯明月 . 氯雷他定、孟鲁司特钠治疗季节性变应性鼻炎疗效对比观察 [J]. 山东医药，2016，56（26）：99–101.
［17］ 汪婵，肖露露 . 自拟健脾通窍汤联合氯雷他定对变应性鼻炎（肺脾气虚型）患儿血清炎性因子水平及复发率的影响 [J]. 四川生理科学杂志，2022，44（2）：293–295.
［18］ 温小华，杜鑫，李志道，等 .《黄帝内经》中督脉循行刍议 [J]. 中国针灸，2019，39（10）：1109–1110.
［19］ 王丽娜，舒卫宁，羡慕 . 变应性鼻炎患者血浆对氧磷酶活性、嗜酸性粒细胞阳离子蛋白水平与氧化应激的关系研究 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科，2022，29（2）：104–106.
［20］ 陈希，郭梓君，郑佩燕，等 . 哮喘并过敏性鼻炎儿童血清总 IgE、外周血嗜酸性粒细胞、过敏原致敏程度与呼出气一氧化氮间的关系 [J]. 实用医学杂志，2017，33（15）：2501–2505.
［21］ 朱真真，王威清，陈玉洁，等 . 慢性鼻窦炎伴鼻息肉复发手术时的组织病理学及外周血特征变化 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志，2021，56（3）：249–255.
［22］ 田从哲，杜锦朵，肖二彬 . 鼻息肉中 IgE、GM-CSF 与嗜酸性粒细胞浸润的关系及意义 [J]. 河北职工医学院学报，2006，（3）：47–48.
［23］ 刘飞，刘军 . 鼻息肉与变应性鼻炎患者鼻黏膜 IL-17 水平及嗜酸性粒细胞计数变化及其相关性 [J]. 山东医药，2016，56（29）：73–75.
［24］ 吴思仿，周丽芹，吴峰 . 支气管哮喘患者 ICAM-1、EOS 水平与病情严重程度的相关性分析 [J]. 临床肺科杂志，2019，24（5）：803–806.

（收稿：2020–12–01　在线：2022–07–19）
责任编辑：段碧芳
英文责编：张晶晶

中国中西医结合杂志社微信公共账号已开通

中国中西医结合杂志社已经开通微信公共账号，可通过扫描右方二维码或者搜索微信订阅号“中国中西医结合杂志社”加关注。本杂志社将通过微信不定期发送《中国中西医结合杂志》及 *Chinese Journal of Integrative Medicine* 的热点文章信息，同时可查看两本期刊的全文信息，欢迎广大读者订阅。

中国中西医结合杂志