

慢性喉炎中医证型分布与嗓音障碍指数、反流症状指数评分、反流体征评分的相关性分析

吴国晶^{1,2}, 陈文勇^{1,2}

(1. 广东省中医院耳鼻咽喉头颈科, 广东广州 510120; 2. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东广州 510405)

摘要:【目的】探究慢性喉炎中医证型分布与嗓音障碍指数(VHI-10)及反流症状指数(RSI)评分和反流体征评分(RFS)的相关性。【方法】回顾性分析100例慢性喉炎患者的临床资料和中医证型分布情况,所有患者在完善电子鼻咽喉镜和/或动态喉镜后,由2位主治医师以上耳鼻咽喉科医生根据患者喉部体征进行RFS评分,最终结果取平均值;患者在医师的指导下对自身不适情况进行自评,填写VHI-10和RSI量表。最终将结果汇总至Excel表格中建成数据库,并用SPSS 23.0软件进行统计学分析。【结果】(1)100例慢性喉炎患者中,RSI > 13分和/或RFS > 7分者34例;VHI-10平均得分为(14.30 ± 9.05)分,RSI平均得分为(9.77 ± 6.04)分,RFS平均得分为(5.78 ± 1.78)分;VHI-10与RSI、RFS相关性系数分别为0.383($P < 0.001$)和-0.016($P > 0.05$),RSI与RFS相关性系数为0.101($P > 0.05$)。(2)100例慢性喉炎患者中,气虚痰结证9例(9.0%)、痰浊结聚证18例(18.0%)、痰气交阻证24例(24.0%)、气虚痰湿瘀阻证11例(11.0%)、痰瘀互结证25例(25.0%)、气滞血瘀痰凝证13例(13.0%)。(3)中医证型与VHI-10得分相关性系数为0.593($P < 0.05$),与RSI得分相关性系数为0.318($P < 0.01$),与RFS相关性系数为0.015($P > 0.05$)。【结论】慢性喉炎的诊疗中需考虑反流因素;在慢性喉炎的患者中,症状与体征并不完全相符,诊疗过程中同时应用VHI-10、RFS及RSI量表,能更全面了解慢性喉炎患者是否存在咽喉反流以及反流的严重程度;在纳入研究的患者中,辨证均以气、痰、瘀为主,并兼杂气虚等,且中医证型分布与VHI-10有中度相关性。

关键词:慢性喉炎;中医证型;嗓音障碍指数;反流症状指数评分;反流体征评分;相关性

中图分类号: R271.6

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)11-2306-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtem.2021.11.002

Correlation Analysis of the Distribution of Traditional Chinese Medicine Syndromes of Chronic Laryngitis with Voice Handicap Index, Reflux Symptom Index Scores and Reflux Finding Scores

WU Guo-Jing^{1,2}, CHEN Wen-Yong^{1,2}

(1. Dept. of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Guangdong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510120 Guangdong, China; 2. The Second Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China)

Abstract: Objective To investigate the correlation of the distribution of traditional Chinese medicine (TCM) syndromes of chronic laryngitis with voice handicap index (VHI-10), reflux symptom index (RSI) scores and reflux finding scores (RFS). **Methods** Clinical data and TCM syndrome distribution of 100 patients with chronic laryngitis were retrospectively analyzed. After all of the patients received the fiber-optic nasolaryngoscopy and/or dynamic laryngoscopy, RFS scores were evaluated by two or more attending otolaryngologists according to the findings of the patients' larynx, and the final results were averaged. Under the guidance of physicians, the patients made self-assessment of their discomforts, and filled in VHI-10 and RSI scales. Finally, the results were input to Excel to build a database, and then SPSS 23.0 software was used for statistical analysis. **Results** (1) Of the 100 patients with chronic laryngitis, 34 patients had RSI scores > 13 and/or RFS scores > 7. The mean scores of VHI-10, RSI and RFS were (14.30 ± 9.05), (9.77 ± 6.04) and (5.78 ± 1.78) respectively. The correlation

收稿日期: 2021-03-10

作者简介: 吴国晶(1995-),女,硕士研究生;E-mail: guojingwu@126.com

通讯作者: 陈文勇(1969-),男,主任医师,硕士研究生导师;E-mail: gzdoctorcw@126.com

基金项目: 广东省李云英名中医传承工作室建设项目(编号: 粤中医办函[2017]17号)

coefficients of VHI-10 with RSI and RFS were 0.383 ($P < 0.001$) and -0.016 ($P > 0.05$) respectively. The correlation coefficient between RSI and RFS was 0.101 ($P > 0.05$). (2) Among the 100 patients with chronic laryngitis, there were 9 cases (9.0%) of *qi* deficiency and phlegm stagnation syndrome, 18 cases (18.0%) of accumulation of phlegm and turbidity syndrome, 24 cases (24.0%) of blockage of phlegm blended with *qi* syndrome, 11 cases (11.0%) of *qi* deficiency with blockage of phlegm-damp and blood stasis syndrome, 25 cases (25.0%) of phlegm blended with blood stasis syndrome, and 13 cases (13.0%) of *qi* stagnation, blood stasis and phlegm accumulation syndrome. (3) The correlation coefficient of TCM syndromes with VHI-10 scores, RSI scores, and RFS was 0.593 ($P < 0.05$), 0.318 ($P < 0.01$) and 0.015 ($P > 0.05$), respectively. **Conclusion** The reflux factor should be considered in the diagnosis and treatment of chronic laryngitis. The symptoms and signs are not completely consistent in the patients with chronic laryngitis. Moreover, the application of VHI-10, RFS and RSI scales in the diagnosis and treatment of chronic laryngitis can provide a more comprehensive understanding of the existence of laryngeal reflux in the patients with chronic laryngitis and the severity of reflux. In the patients who were included in the study, the syndrome element differentiation is predominated by *qi*, phlegm and blood stasis, and characterized by the complication of *qi* deficiency, and the distribution of TCM syndromes is moderately correlated with VHI-10.

Keywords: chronic laryngitis; traditional Chinese medicine (TCM) syndrome types; voice handicap index (VHI-10); reflux symptom index (RSI) scores; reflux finding score (RFS); correlation

慢性喉炎 (chronic laryngitis, CL) 是指喉部黏膜的非特异性慢性炎症, 可累及黏膜下层及喉内肌。主要表现为长期的声音嘶哑、喉部异物感、喉痛、频繁干咳等^[1]。反流性因素是慢性喉炎的病因之一^[2]。在我国的《咽喉反流性疾病诊断与治疗专家共识(2015)》中, 将反流症状指数 (reflux symptom index, RSI) 评分和反流体征评分 (reflux finding score, RFS) 作为初步诊断的依据^[3], 由于慢性喉炎有声嘶这一特征性的临床症状, 故在许多慢性喉炎的研究中都会引入嗓音质量评估相关的量表, 其中最常见的是嗓音障碍指数 (voice handicap index, VHI) 量表。本研究对 100 例慢性喉炎患者的中医证型分布及 VHI-10、RSI、RFS 评分结果进行分析, 以探究其相关性及其在慢性喉炎的诊断和中西医结合治疗中的临床价值, 现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取 2020 年 7 月至 2021 年 2 月就诊于广东省中医院耳鼻咽喉头颈科门诊及病房, 并由主治医师以上的耳鼻喉科医生诊断为慢性喉炎的患者, 共 100 例。本研究符合医学伦理学要求并通过广州中医药大学第二附属医院, 即广东省

中医院伦理委员会的审核批准 (批件号: YE2020-164-01)。

1.2 诊断标准 参照慢喉暗 (慢性喉炎) 中医临床路径诊疗方案^[4]中的中西医诊断标准。西医诊断标准: 参照全国高等医药院校五年制教材, 由田勇泉主编、人民卫生出版社出版的《耳鼻咽喉头颈外科学》^[5]。中医诊断标准: 参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》^[6]中的“慢喉暗的诊断依据、证候分类、疗效评定”和卫生部颁发的《中药新药临床研究指导原则 (第三辑)》^[7]的“中药新药治疗慢喉暗 (慢性喉炎) 的临床研究指导原则”中的诊断标准。

1.3 纳入标准 ①第一诊断必须符合中医慢喉暗和西医慢性喉炎的诊断标准, 且无治疗禁忌症; ②年龄在 18 周岁及以上, 性别不限; ③若同时具有其他疾病诊断, 则在治疗期间既不需特殊处理, 也不影响第一诊断的治疗; ④意识清楚, 沟通交流无障碍; ⑤愿意配合本课题调查的患者。

1.4 排除标准 ①急性喉炎、喉外伤、变声期发声障碍、双侧声带活动不良和咽喉部恶性肿瘤的患者; ②声带病变外院治疗方法不明的患者; ③复杂性嗓音疾病患者; ④妊娠期或哺乳期妇女; ⑤患有呼吸系统病变、心血管病变、血液学病变

的患者；⑥患有恶性肿瘤、艾滋病等影响生存期的严重疾病患者；⑦无法配合研究的患者。

1.5 研究方法 回顾性分析100例慢性喉炎患者的临床资料和中医证型分布情况。所有患者在完善电子鼻咽喉镜和/或动态喉镜后，由2位主治医师以上耳鼻喉科医生根据患者喉部体征进行RFS评分，最终结果取平均值；同时，患者在医师的指导下对自身不适情况进行自评，填写VHI-10和RSI量表。最终将结果汇总至Excel表格中建成数据库，分析慢性喉炎中医证型分布及VHI-10与RSI评分和RFS评分的相关性。本研究使用的VHI-10量表来自于李红艳等^[8]已进行过信度、效度检验的VHI简化量表。RSI评分和RFS评分均采用中文版量表。RSI > 13分和/或RFS > 7分为咽喉反流性疾病(laryngopharyngeal reflux disease, LPRD)量表阳性。

1.6 统计方法 采用SPSS 23.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)描述，计数资料用率或构成比描述。相关性分析方面，计量资料若符合正态分布，则计算Pearson相关系数，反之，计算Spearman相关系数。采用双侧检验，以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 100例慢性喉炎患者的一般资料及中医证型分析 本研究共纳入100例患者，其中，男45例(45.0%)，女55例(55.0%)，男女比例为1:1.2；年龄范围为22~73岁，平均年龄为(48.31 ± 12.14)岁；病程平均值为(19.89 ± 38.76)个月，中位数为5个月；中医证型方面：气虚痰结证9例(9.0%)、痰浊结聚证18例(18.0%)、痰气交阻证24例(24.0%)、气虚痰湿瘀阻证11例(11.0%)、痰瘀互结证25例(25.0%)、气滞血瘀痰凝证13例(13.0%)。

2.2 100例慢性喉炎患者的VHI-10、RSI、RFS量表评分结果 VHI-10量表共100份，得分最小值为0分，最大值为40分，平均得分为(14.30 ± 9.05)分(如图1)。RSI量表共填写100份，得分最小值为1分，最大值为40分，平均得分为(9.77 ± 6.04)分(如图2)。RFS量表共填写100份，得分最小值为3分，最大值为11分，平均得分为(5.78 ± 1.78)分(如图3)。采用Shapiro-Wilk检验进行正态性检

验，VHI-10、RSI及RFS得分均不符合正态分布，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

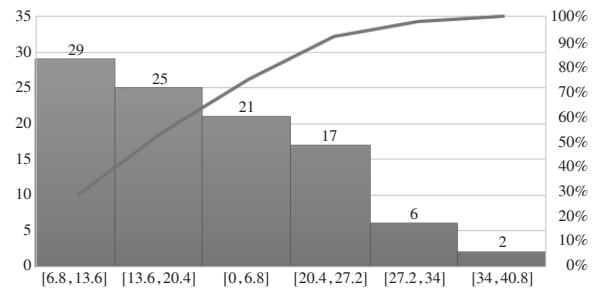


图1 100例慢性喉炎患者的VHI-10量表得分分布情况
Figure 1 Distribution of VHI-10 scores in 100 patients with chronic laryngitis

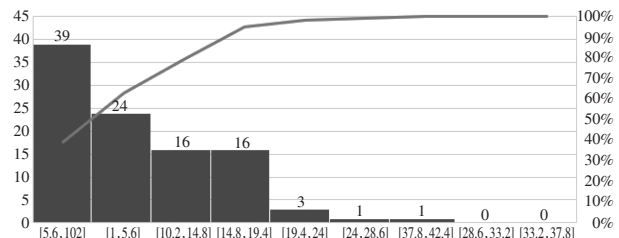


图2 100例慢性喉炎患者的RSI量表得分分布情况
Figure 2 Distribution of RSI scores in 100 patients with chronic laryngitis

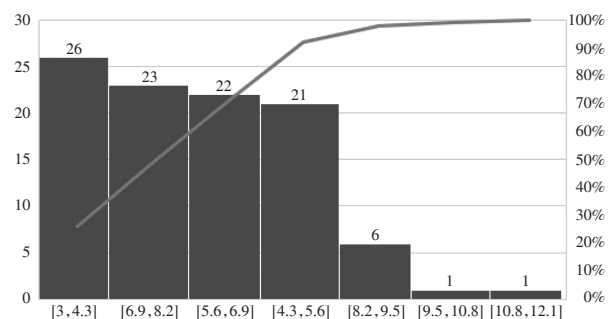


图3 100例慢性喉炎患者的RFS量表得分分布情况
Figure 3 Distribution of RFS in 100 patients with chronic laryngitis

RSI或RFS阳性29例(29.0%)，RSI > 13分的有21例(21.0%)，RFS > 7分的有18例(18.0%)，满足RSI > 13分和RFS > 7分的有5例(5.0%)，RSI或RFS均为阴性的有66例(66.0%)，具体情况见表1。根据2015专家共识，在慢性喉炎患者中，LPRD疑诊患者为34例(34.0%)。

2.3 VHI-10与RSI、RFS的相关性分析

2.3.1 VHI-10得分与RSI得分的相关性 VHI-10得分不满足正态分布($P < 0.05$)，RSI得分也不满

表 1 100 例慢性喉炎患者的 RSI、RFS 得分统计结果
 Table 1 Statistical results of RSI and RFS scores in 100 patients with chronic laryngitis [例(%)]

项目	RSI > 13 分	
	是	否
RFS > 7 分	是	5(5.0)
	否	13(13.0)
	是	16(16.0)
	否	66(66.0)

足正态分布 ($P < 0.001$), 对 100 例患者的 VHI-10 得分与 RSI 得分进行相关性分析, 结果显示: Spearman 相关系数为 0.383, 差异有统计学意义 ($P < 0.001$)。结果见图 4。

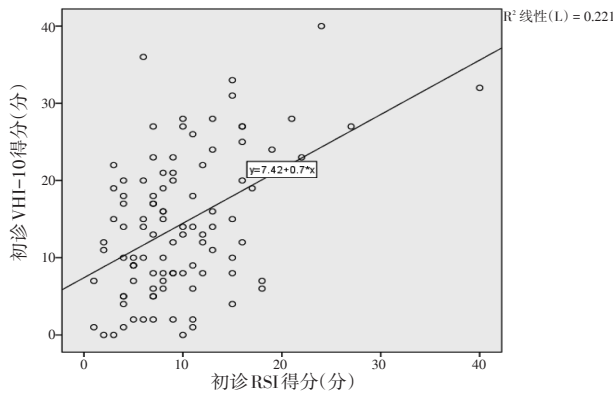


图 4 100 例患者 VHI-10 得分和 RSI 得分相关性趋势图
 Figure 4 Tendency chart of the correlation between VHI-10 scores and RSI scores in 100 patients ($r = 0.383$)

2.3.2 VHI-10 得分与 RFS 得分的相关性 VHI-10 得分不满足正态分布 ($P < 0.05$), RFS 得分也不满足正态分布 ($P < 0.001$), 对 100 例患者的 VHI-10 得分与 RFS 得分进行相关性分析, 结果显示: Spearman 相关系数为 -0.016, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结果见图 5。

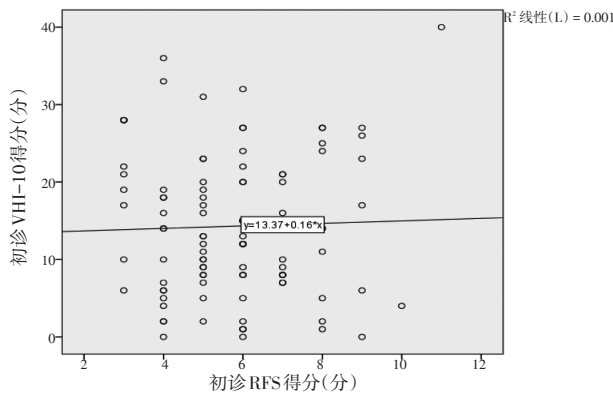


图 5 100 例患者 VHI-10 得分和 RFS 得分相关性趋势图
 Figure 5 Tendency chart of the correlation between VHI-10 scores and RFS in 100 patients ($r = -0.016$)

2.3.3 RSI 得分与 RFS 得分的相关性 RSI 得分不满足正态分布 ($P < 0.001$), RFS 得分也不满足正态分布 ($P < 0.001$), 对 100 例患者的 RSI 得分与 RFS 得分进行相关性分析, 结果显示: Spearman 相关系数为 0.101, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结果见图 6。

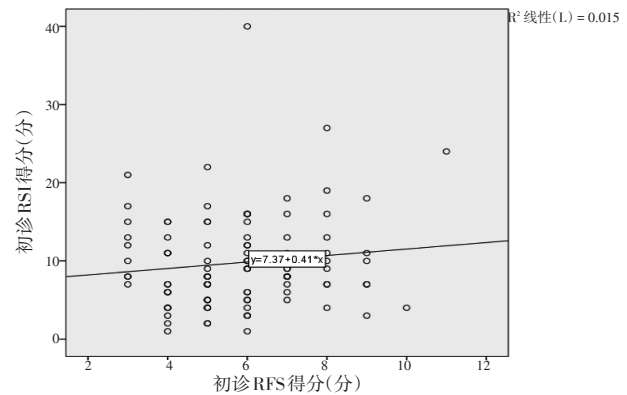
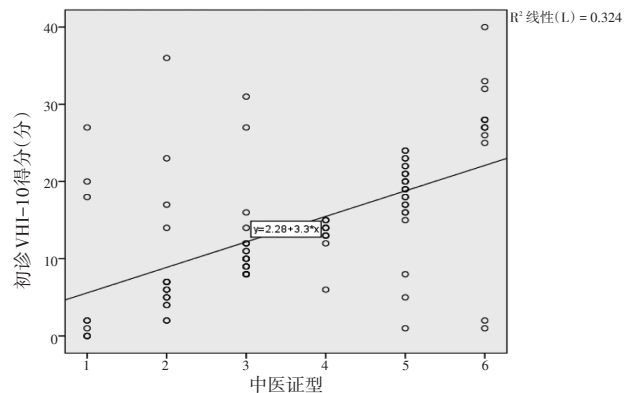


图 6 100 例患者 RSI 得分和 RFS 得分相关性趋势图
 Figure 6 Tendency chart of the correlation between RSI scores and RFS in 100 patients ($r = 0.101$)

2.4 中医证型与 VHI-10、RSI、RFS 的相关性分析

2.4.1 中医证型与 VHI-10 得分的相关性 VHI-10 得分不满足正态分布 ($P < 0.05$), 对 100 例患者中医证型与 VHI-10 得分进行相关性分析, 结果显示: Spearman 相关系数为 0.593, 差异有统计学意义 ($P < 0.001$)。结果见图 7。

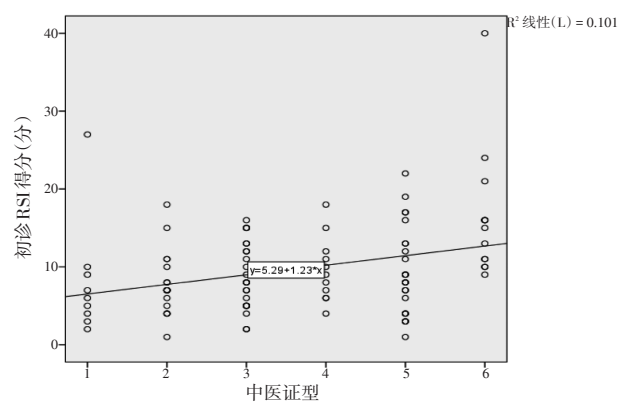


- 1. 气虚痰结证; 2. 痰浊结聚证; 3. 痰气交阻证;
- 4. 气虚痰湿瘀阻证; 5. 痰瘀互结证; 6. 气滞血瘀痰凝证

图 7 100 例患者中医证型与 VHI-10 得分相关性趋势图
 Figure 7 Tendency chart of correlation between TCM syndromes and VHI-10 scores in 100 patients ($r = 0.593$)

2.4.2 中医证型与 RSI 得分的相关性 RSI 得分不满足正态分布 ($P < 0.001$), 对 100 例患者中医证型与 RSI 得分进行相关性分析, 结果显示: Spearman

相关系数为0.318, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。结果见图8。

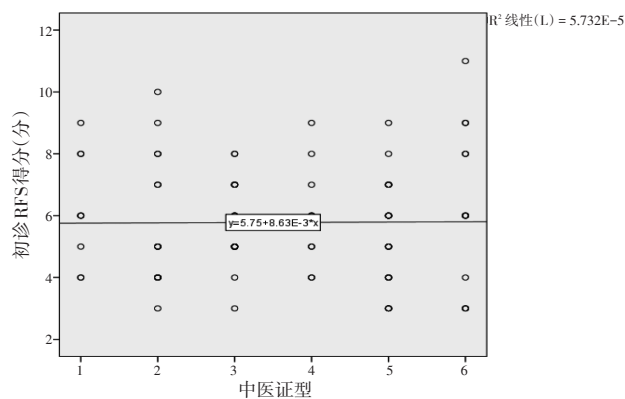


1. 气虚痰结证; 2. 痰浊结聚证; 3. 痰气交阻证;
4. 气虚痰湿瘀阻证; 5. 痰瘀互结证; 6. 气滞血瘀痰凝证

图8 100例患者中医证型和RSI得分相关性趋势图

Figure 8 Tendency chart of the correlation between TCM syndromes and RSI scores in 100 patients ($r = 0.318$)

2.4.3 中医证型与RFS得分的相关性 RFS得分不满足正态分布($P < 0.001$), 对100例患者中医证型与RFS得分进行相关性分析, 结果显示: Spearman相关系数为0.015, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结果见图9。



1. 气虚痰结证; 2. 痰浊结聚证; 3. 痰气交阻证;
4. 气虚痰湿瘀阻证; 5. 痰瘀互结证; 6. 气滞血瘀痰凝证

图9 100例患者中医证型和RFS得分相关性趋势图

Figure 9 Tendency chart of the correlation between TCM syndromes and RFS in 100 patients ($r = 0.015$)

3 讨论

慢性喉炎是指喉部黏膜的非特异性慢性炎症, 可累及黏膜下层及喉内肌, 主要表现为长期的声音嘶哑、喉部异物感、喉痛、频繁干咳等^[9]。

根据病变程度及临床特点可分为慢性单纯性喉炎、慢性萎缩性喉炎、慢性增生性喉炎。Ewen H^[10]在1840年记录了两个慢性喉炎的病案并对其中1例进行气管切开术。现在国内暂无关于慢性喉炎的大型流行病学调查, 检索文献, Ban M J等^[11]引用Stein D J等^[12]的流行病学研究指出, 慢性喉炎在美国的年发病率为0.347%, 且高达21%的人可能在其一生中逐渐发展成为慢性喉炎。也有研究^[13]指出, 男性慢性喉炎和喉气管炎的诊断率比女性高26.32%。引起慢性喉炎的病因众多, 而喉咽反流是引起慢性喉炎的主要病因之一^[14]。

嗓音障碍指数(VHI)量表是1997年由Johnson A F等^[15]提出, 包含功能、生理和情感3个范畴共30个条目。徐文等^[16]对中文版VHI量表进行信度和效度评价, 结果提示VHI量表中文版有很好的信度和效度, 可以作为发音障碍自我评估工具应用。李红艳等^[8]通过对VHI量表进行简化, 得到VHI-10、VHI-13量表, 并对其进行评价, 结果显示VHI-10、VHI-13量表均具有良好的信度和效度, 可以作为嗓音障碍指数量表的简化中文版应用于发音障碍的自我评估, 其中VHI-10比VHI-13更加简洁, 更易于推广使用。Belafsky P C等^[17-18]制定了反流症状指数(RSI)和反流体征评分(RFS)量表, 并通过试验, 认为其可作为喉咽反流性疾病(LPRD)患者临床诊断与疗效评估的简便工具。华杜鹃等^[19]进行的研究结果提示RFS与RSI量表与24 h双探针pH监测诊断LPRD一致性较好。专家共识^[3]指出RSI > 13分和/或RFS > 7分可诊断为LPRD疑似患者。再经过8周以上质子泵抑制剂(PPI)治疗, 如有效则可以确诊。RSI、RFS量表作为简便有效的LPRD诊断及疗效评估工具, 被广泛应用于临床及科研活动中。

本研究对100例慢性喉炎患者进行RSI、RFS量表评估, 结果显示RSI > 13分和/或RFS > 7分者34例, LPRD疑诊率达34.0%。结果提示临床治疗慢性喉炎时, 应考虑到反流因素, 若慢性喉炎规范治疗后效果不佳, 应考虑加入PPI治疗。邬晓力等^[20]的研究认为慢性咽炎治疗效果欠佳, 与LPRD存在很大关系。

在本研究中, VHI-10得分与RSI得分相关系数为0.383($P < 0.001$)。相关系数大于0.7为强相关, 0.3~0.7为中度相关, 小于0.3为弱相关^[21]。由

此可得, VHI-10与RSI有中度相关性,提示LPRD疑诊患者有一定的嗓音困扰。RFS得分与VHI-10得分、RSI得分分别为负相关(相关系数为-0.016, $P > 0.05$)和弱相关(相关性系数为0.101, $P > 0.05$),体现在慢性喉炎患者中,患者的反流体征与其自身感觉不相符。RSI及VHI-10均为主观量表,受患者的主观感觉影响较大,容易造成自觉症状严重程度与体征不相符的结果。Oyer S L等^[22]研究发现,有焦虑抑郁的患者,RSI的评分会偏高。同时,将VHI-10、RFS及RSI量表应用在慢性喉炎的诊疗过程中,能更全面了解患者是否存在咽喉反流以及反流的严重程度。

慢喉暗是因各种病因凝聚于声门,以长期声音嘶哑为特征的慢性喉病,主要指慢性喉炎,亦包括声带小结、声带息肉^[6]。暗,同“瘖”,在《说文解字》中是指小儿哭泣不止的意思,现意为嗓子哑,不能出声;失音。喉暗即指以声音嘶哑为主要特征的喉部疾病。自20世纪80年代开始用“慢喉暗”之名。古籍专著论述慢喉暗的章节甚少,主要散落在各种著作之中。在殷商时代的甲骨卜辞中有“音有疾”“疾言”的记载,但“喉暗”一词最早出现于明代楼英的《医学纲目》中:“喉暗但喉中声嘶,而舌本则能转运言语也”。而《医阶辨证》中也对其有所描述:“喉暗者,喉不出声而舌能转掉”。在各种古代医著中也有对其病因进行论述,如《三因方》中指出:“有内热痰郁,窒塞肺金,声哑不出,及久咳气伤而散者,此内因也;有外受风寒,束其内热,嗽而声哑者,此外因也;有争竞号叫,或歌唱伤气,而声不出者,此不内外因也”。张路玉在《张氏医通》中提出“失音大都不越于肺,然以暴病得之,为邪郁气逆;久病得之,津枯血槁”的理论。而张景岳在《景岳全书》中提出:“暗哑之病,当知虚实。实者,其病在标,因窍闭而暗也;虚者,其病在本,因内夺而暗也。”为《临证指南医案·失音》中的“金实则无声,金破亦无声”理论提供了依据,也为后世治疗慢喉暗疾病提供了理论依据。

本次研究结果显示,在纳入研究的患者中,辨证均以气、痰、瘀为主,并兼夹气虚等病理因素,总体而言,即气虚或气行不畅,痰湿或痰瘀结聚于喉部,致气行不畅加剧,窍闭而暗。通过

检索文献也发现,虽然临床中对慢喉暗的分型众多,但大多类似,主要证型为肺脾气虚、肺肾阴虚以及气滞血瘀痰凝证^[23]。

本研究结果还显示,中医证型与VHI-10有中度相关性($r = 0.593$)。笔者考虑,原因如下:钟非等^[24]对114例慢性喉炎患者进行观察,结果显示声音嘶哑、咽喉干燥与病灶血瘀痰凝相关,VHI-10主要关注的临床症状为声嘶,而本研究纳入的患者的辨证中均有痰和/或血瘀,综合以上两点,故出现中医证型与VHI-10有中度相关性的结果。中医证型与RSI、RFS的相关性研究较少,有待今后进一步深入研究。

参考文献:

- [1] 翁锦凌,刘元献,邓文娟,等.滋阴清火汤加减联合天竺雾化剂治疗慢性喉炎疗效观察[J].广州中医药大学学报,2020,37(4):631-635.
- [2] 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,2007:442.
- [3] 李进让,肖水芳,李湘平,等.咽喉反流性疾病诊断与治疗专家共识(2015年)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,51(5):324-326.
- [4] 中华中医药学会耳鼻喉科分会、世界中联耳鼻喉口腔专业委员会.慢喉暗(慢性喉炎)中医临床路径[A].2012年“中华中医药学会耳鼻喉科分会第18届学术交流暨世界中联耳鼻喉口腔专业委员会第4届学术年会”中西医结合耳鸣耳聋新进展学习班论文集[C].中华中医药学会耳鼻喉科分会、世界中联耳鼻喉口腔专业委员会:中华中医药学会,2012:10.
- [5] 田勇泉.耳鼻咽喉头颈外科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008.
- [6] 慢喉暗的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(2):55.
- [7] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第三辑)[S].北京:中国医药科技出版社,1997.
- [8] 李红艳,徐文,胡蓉,等.嗓音障碍指数量表简化中文版的研究[J].听力学及言语疾病杂志,2010,18(6):566-570.
- [9] 何露,胡文健.慢性喉炎诊疗新进展[J].世界最新医学信息文摘,2018(62):86-87.
- [10] EWEN H. Two cases of chronic laryngitis: in one of which tracheotomy was performed [J]. Prov Med Surg J (1840), 1841, 3(65): 254-255
- [11] BAN M J, KIM WON SHIK, PARK K N, et al. Korean survey data reveals an association of chronic laryngitis with tinnitus in men[J]. PLoS One, 2018, 13(1): e0191148.
- [12] STEIN D J, NOORDZIJ J P. Incidence of chronic laryngitis[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2013, 122(12): 771-774.
- [13] 孔维佳,周梁.耳鼻咽喉头颈外科学[M].3版.北京:人民卫

- 生出版社, 2015: 486-488.
- [14] ZHUKHOVITSKAYA A, VERMA S P. Identification and management of chronic laryngitis [J]. *Otolaryngol Clin North Am*, 2019, 52(4): 607-616.
- [15] JOHNSON A F, JACOBSON B, GRYWALSKI C, et al. The voice handicap index (VHI): Development and validation [J]. *Am J Speech Lang Pathol*, 1997, 63(6): 66-70.
- [16] 徐文, 李红艳, 胡蓉, 等. 嗓音障碍指数量表中文版信度和效度评价[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2008, 15(9): 670-675.
- [17] BELAFSKY P C, POSTMA G N, KOUFMAN J A. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS) [J]. *Laryngoscope*, 2001, 111(8): 1313-1317.
- [18] BELAFSKY P C, POSTMA G N, KOUFMAN J A. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI) [J]. *J Voice*, 2002, 16(2): 274-277.
- [19] 华杜鹃, 屈季宁, 周涛. 反流症状指数量表和反流体征指数量表在喉咽反流性疾病诊断中的应用研究[J]. *中国耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2013, 20(3): 144-146.
- [20] 郭晓力, 郭永清. 慢性咽炎患者喉咽反流分析[J]. *中国耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2007, 14(1): 63-65.
- [21] 刘朝杰. 问卷的信度与效度评价[J]. *中国慢性病预防与控制*, 1997(4): 32-35.
- [22] OYER S L, ANDERSON L C, HALUM S L. Influence of anxiety and depression on the predictive value of the reflux symptom index [J]. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 2009, 118(10): 687-692.
- [23] 冯甜. 基于中医传承辅助平台分析李云英治疗慢性喉炎用药经验[D]. 广州: 广州中医药大学, 2017.
- [24] 钟非, 路遥, 王嘉玺, 等. 慢性喉炎证候诊断要点与临床局部征象相关性分析[J]. *北京中医药*, 2013, 32(11): 830-833.

【责任编辑: 陈建宏】

慢性鼻窦炎患者的中医体质调查研究

林巧如¹, 朱任良²

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

摘要:【目的】探讨慢性鼻窦炎患者的易感体质, 为慢性鼻窦炎辨体论治提供理论依据。【方法】以调查研究形式, 对228例慢性鼻窦炎患者进行体质辨识及分析。【结果】(1)228例慢性鼻窦炎患者中, 平和质23例(10.1%), 偏颇体质205例(89.9%)。根据主要体质类型分布频数由高到低依次为阳虚质46例(20.2%), 湿热质33例(14.5%), 痰湿质和特禀质各29例(12.7%), 气虚质24例(10.5%), 平和质23例(10.1%), 阴虚质20例(8.8%), 血瘀质和气郁质各12例(5.3%)。(2)慢性鼻窦炎患者的主要体质类型在不同年龄组、对日常生活困扰的视觉模拟量表(VAS)评分和鼻腔鼻窦结局测试-22(SNOT-22)评分方面, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。青年组以湿热体质最多见, 中老年组以阳虚质最多见; VAS评分较高的体质为血瘀质、气郁质和特禀质; SNOT-22评分较高的体质为血瘀质、气郁质和阴虚质。(3)Logistic回归分析结果显示: 年龄与湿热质呈负相关[OR为0.919, 95%CI为(0.877, 0.964)], VAS评分与血瘀质、气郁质呈正相关[OR分别为2.065和1.992, 95%CI分别为(1.041, 4.096)和(1.057, 3.751)], 差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。【结论】慢性鼻窦炎的易感体质为阳虚质、湿热质、痰湿质及特禀质; 青年组以湿热质最多见, 中老年组以阳虚质最多见; 其中血瘀质和气郁质的慢性鼻窦炎患者的主观不适评分较高。

关键词: 慢性鼻窦炎; 中医体质; 体质辨识; 阳虚质; 湿热质; 痰湿质; 特禀质中图分类号: R271.6; R765.4¹

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)11-2312-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.11.003

收稿日期: 2021-04-03

作者简介: 林巧如(1994-), 女, 硕士研究生; E-mail: 18813750703@163.com

通讯作者: 朱任良, 男, 硕士, 主任医师, 硕士研究生导师; E-mail: entzrl@126.com