

薏苡附子败酱散化裁联合鼻内镜清创术治疗鼻咽癌放疗后鼻咽坏死的临床研究

覃泰杰¹ 黎小香² 廖敏¹

1.贺州市人民医院耳鼻喉科 广西壮族自治区 贺州 542899

2.贺州市人民医院呼吸与危重症医学科一病区 广西壮族自治区 贺州 542899

【摘要】目的：探讨薏苡附子败酱散化裁联合鼻内镜清创术治疗鼻咽癌放疗后鼻咽坏死（PRNN）的临床疗效。方法：选取2022年7月—2024年6月贺州市人民医院收治的40例PRNN脾虚湿困型患者，采用随机数字表法分为观察组和对照组，各20例。对照组予单纯鼻内镜清创术治疗，观察组在对照组基础上联用薏苡附子败酱散化裁口服治疗。随访1年，对比两组患者术后1周、1月、3月的临床疗效、疼痛评分（NRS）、鼻咽坏死复发率及症状改善情况。结果：观察组术后1周、1月、3月的治疗总有效率均显著高于对照组（ $P<0.05$ ）；治疗后1周，观察组NRS评分显著低于对照组；观察组术后1年鼻咽坏死复发率显著低于对照组；观察组患者头痛、鼻恶臭、反复鼻出血等临床症状缓解时间均短于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：薏苡附子败酱散化裁联合鼻内镜清创术治疗脾虚湿困型鼻咽癌放疗后鼻咽坏死，可提升疗效、缓解疼痛、降低复发、促进恢复，值得推广。

【关键词】：鼻咽癌；放疗后鼻咽坏死；薏苡附子败酱散；鼻内镜清创术

DOI:10.12417/2811-051X.26.09.058

鼻咽癌在我国南方高发，对放疗敏感，因此放疗是其基础治疗。但放疗会损伤鼻咽正常组织，鼻咽坏死是最严重的并发症，表现为头痛、鼻臭、出血等，严重影响患者生活且死亡率高，是康复治疗的重点难点^[1]。目前，临床治疗PRNN的手段主要包括内科抗感染、高压氧、鼻腔冲洗等及外科内镜下清创术，但内科治疗疗效有限，单纯鼻内镜清创术的治愈率低，术后创面上皮化困难是治疗失败的主要原因。中医药在肿瘤术后并发症及慢性创面修复中具有独特优势，遵循“异病同治”原则，结合PRNN的中医病机特点，选取经典方剂化裁治疗成为新的研究方向。薏苡附子败酱散出自《金匮要略》，具有排脓化毒、祛湿除邪、破瘀散结之效，其寒温并用、标本兼顾的配伍特点与PRNN“湿、热、瘀、毒、虚”的病机高度契合^[2-3]。本研究采用薏苡附子败酱散化裁联合鼻内镜清创术治疗PRNN脾虚湿困型患者，观察其临床疗效，为临床治疗提供循证医学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年7月—2024年6月贺州市人民医院耳鼻喉科收治的PRNN脾虚湿困型患者40例，采用随机数字表法分为观察组和对照组，各20例。观察组男12例，女8例；年龄32~65岁，平均（ 48.5 ± 7.2 ）岁；放疗结束至出现鼻咽坏死时间3~12个月，平均（ 6.8 ± 2.1 ）个月；PRNN分期：软组织坏死期15例，骨坏死期5例。对照组男13例，女7例；年龄30~67

岁，平均（ 49.2 ± 6.9 ）岁；放疗结束至出现鼻咽坏死时间2~13个月，平均（ 7.1 ± 2.3 ）个月；PRNN分期：软组织坏死期14例，骨坏死期6例。两组患者性别、年龄、病程、病情分期等一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：符合诊断标准，有根治性放疗史且剂量 $\geq 60\text{Gy}$ ，坏死灶可切除且未累及颈内动脉，年龄16-70岁，预计生存期 >3 个月，依从性好。

排除标准：过敏体质，合并恶性肿瘤等严重疾病，存在手术禁忌，精神疾病无法配合，妊娠或哺乳期，近1月内接受过其他治疗者。

1.2 治疗方法

对照组接受单纯鼻内镜清创术，患者在全麻下，经鼻内镜彻底清除坏死组织、脓液及肉芽组织至新鲜创面，并保护周围正常结构。术后每日冲洗鼻腔，根据需要使用抗生素及止血药。每月复查，有残留组织则及时清理。

观察组在对照组治疗基础上加用薏苡附子败酱散化裁口服。基础方为薏苡仁30g、制附子6g（先煎）、败酱草15g。随症加减：纳呆痞满加陈皮、厚朴；痰多加半夏、茯苓；腹胀腹泻甚加白术、山药；鼻出血甚加白茅根、仙鹤草。均用中药颗粒剂，每日1剂，分两次冲服，连续服用3个月。术后随访1年。

1.3 观察指标

临床疗效：术后1周、1月、3月评估疗效。显效为症状

完全消失、创面愈合；有效为症状减轻、坏死灶缩小 $\geq 50\%$ ；无效为症状无改善或加重、坏死灶缩小 $< 50\%$ 。总有效率=（显效+有效）/总例数 $\times 100\%$ 。

疼痛程度：治疗前及术后1周采用NRS评分评估疼痛，0-10分，分数越高越严重。症状缓解时间：记录头痛、鼻恶臭、鼻出血等症状的缓解时间。复发率：随访1年统计复发率，复发指鼻内镜下再次出现坏死灶。安全性：监测血常规、肝肾功能等指标，观察不良反应及并发症。

1.4 统计学方法

使用SPSS 26.0分析数据。计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间及组内比较分别采用独立样本与配对样本t检验；计数资料以率（%）表示，组间比较用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

观察组术后1周、1月、3月的治疗总有效率均显著高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 两组患者术后不同时间临床疗效比较[n（%）]

组别	例数	术后1周	术后1月	术后3月
观察组	20	12（60.00）	17（85.00）	19（95.00）
对照组	20	5（25.00）	9（45.00）	13（65.00）
χ^2	4.800	6.400	5.667	
P	0.028	0.011	0.017	

2.2 两组治疗前后NRS评分比较

治疗前，两组患者NRS评分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后1周，两组NRS评分均较治疗前显著降低，且观察组NRS评分显著低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表2。

表2 两组患者治疗前后NRS评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ ，分

组别	例数	治疗前	治疗后1周	t（组内）	P（组内）
观察组	20	7.55 \pm 1.23	2.10 \pm 0.85	18.362	<0.001
对照组	20	7.40 \pm 1.31	3.85 \pm 1.02	10.526	<0.001
t（组间）		0.385	6.024		
P（组间）		0.702	<0.001		

2.3 两组临床症状缓解时间比较

观察组患者头痛、鼻恶臭、反复鼻出血的症状缓解时间均显著短于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表3。

表3 两组患者临床症状缓解时间比较 $(\bar{x} \pm s)$ ，d

组别	例数	头痛缓解时间	鼻恶臭缓解时间	鼻出血缓解时间
观察组	20	5.25 \pm 1.32	3.10 \pm 0.95	4.80 \pm 1.15
对照组	20	8.90 \pm 2.15	6.85 \pm 1.52	8.25 \pm 1.80
t		7.012	9.036	7.265
P		<0.001	<0.001	<0.001

2.4 两组术后1年复发率比较

术后随访1年，观察组复发率显著低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表4。

表4 两组患者术后1年复发率比较[n（%）]

组别	例数	复发例数	复发率	χ^2	P
观察组	20	1	5.00	4.329	0.037
对照组	20	6	30.00	-	-

2.5 两组安全性指标比较

治疗期间，两组患者血常规、肝肾功能、电解质等指标均未出现明显异常，不良反应及并发症发生率低，患者耐受性良好，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。见表5。

表5 两组患者不良反应及并发症发生情况比较[n（%）]

组别	例数	轻微口干	鼻腔少量渗血	总发生率（%）	χ^2	P
观察组	20	1（5.00）	0（0.00）	5.00	0.254	0.614
对照组	20	0（0.00）	2（10.00）	10.00		

3 讨论

鼻咽癌放疗会损伤局部组织和微循环，导致组织坏死。同时放疗还抑制免疫功能并易引发感染，形成恶性循环。当前以鼻内镜清创为主要治疗，但无法有效改善局部微循环障碍、免疫低下及创面愈合缓慢，治愈率低。内科治疗可控制感染但难以促进修复。因此，需一种能同时清除坏死、抗感染、促修复并调节免疫的综合疗法以提高疗效^[4]。中医认为放射性损伤属“热毒”范畴，熏灼鼻咽致PRNN。同时病程日久，热毒伤阳致脾肾阳虚，形成“湿、热、瘀、毒、虚”夹杂病机，脾虚湿困为最常见证型。故治疗应以健脾祛湿、清热解毒、活血化瘀、温阳扶正为原则^[5-6]。

薏苡附子败酱散是《金匮要略》治疗肠痈脓已成的经典方剂，由薏苡仁、附子、败酱草三味药组成，其配伍精妙，寒温并用，标本兼顾，与PRNN的病机高度契合^[7]。薏苡仁为君药，味甘、淡，性微寒，归脾、胃、肺经，既能利水渗湿、健脾止泻，又能清热排脓、消肿止痛，兼顾健脾祛湿与清热解毒，契

合脾虚湿困、热毒壅盛的核心病机；败酱草为臣药，味辛、苦，性微寒，归胃、大肠、肝经，具有清热解毒、消痈排脓、活血化瘀之效，助君药增强清热排脓、散瘀止痛之功；附子为佐药，味辛、甘，性大热，归心、肾、脾经，温阳散寒、补火助阳、散结止痛，既能温补脾肾阳虚，扶助正气，又能制约薏苡仁、败酱草的苦寒之性，防其损伤脾胃阳气，同时辛温散结，助瘀血消散、湿邪运化。三药按 10:2:5 的比例配伍，遵循洛书阴阳术数理论，具有“补火生土”之意，恰合脾虚湿困型 PRNN 的治疗需求^[8-9]。本研究根据患者具体症状辨证化裁，加用陈皮、厚朴理气和中，半夏、茯苓燥湿化痰，白术、山药健脾止泻，白茅根、仙鹤草凉血止血，使方剂更贴合患者临床证候，提高治疗针对性。

结果显示，观察组术后 1 周、1 月、3 月的总有效率均显著高于对照组，术后 1 年复发率显著低于对照组，提示薏苡附子败酱散化裁与鼻内镜清创术联用具有显著的协同治疗作用。鼻内镜清创术能直接清除坏死组织和脓性分泌物，迅速去除感染源，缓解局部梗阻，为组织修复创造良好的局部环境，这是治疗的基础；而薏苡附子败酱散化裁口服则从全身调理入手，通过健脾祛湿、清热解毒、活血化瘀、温阳扶正，发挥多靶点、多环节的治疗作用，弥补单纯手术的不足^[10]。

薏苡仁中的薏苡仁油、薏苡仁多糖等成分具有抗炎、抗氧化、调节免疫、促进创面愈合的作用，能减轻放疗后局部炎症反应，改善机体免疫功能，促进肉芽组织生长和创面上皮化；败酱草中的皂苷、黄酮类成分具有广谱抗菌、抗炎、抗凝血、

参考文献：

- [1] 宗丹,黄文轩,郭业松,等.鼻咽癌首程根治性放疗后鼻咽坏死治疗策略及预后分析[J].中华放射肿瘤学杂志,2024,33(9):797-803.
- [2] 侯思源,王振霖,齐岩,等.鼻中隔黏膜瓣重建鼻咽部放疗后坏死有效率的 Meta 分析[J].中国耳鼻喉颅底外科杂志,2022,28(6):79-86.
- [3] 孙燕.薏苡附子败酱散抗肝癌效应及配伍特点研究[D].南京中医药大学,2020.
- [4] 欧阳希.初治 M0 期鼻咽癌 VMAT 放疗后鼻咽坏死的危险因素分析[D].南昌大学医学部,2023.
- [5] 李俨,汪红艳,蒋俊,等.中医辨证治疗鼻咽癌放疗所致鼻窦炎疗效及对 hs-CRP、IL-17、TNF- α 指标的影响研究[J].中华中医药学刊,2025,43(6):175-178.
- [6] 王顺兰,王曦,李春桥.中医辨证联合清创术治疗鼻咽癌放疗后鼻咽坏死的临床研究[J].辽宁中医杂志,2021,48(7):100-103.
- [7] 马兴艳,石慧,周英,等.薏苡附子败酱散化学成分、药理作用和临床应用研究进展及其潜在质量标志物预测分析[J].中华中医药学刊,2025,43(4):168-175.
- [8] 韦柳溢,郝二伟,侯小涛,等.薏苡附子败酱散的临床应用与药理作用研究进展[J].中国中药杂志,2023,48(18):4893-4901.
- [9] 陶江涛,张敏,刘方,等.薏苡附子败酱方对痛性关节炎(湿热痹阻证)患者疗效、关节功能、血清促炎因子的研究[J].中医药信息,2021,38(4):72-76.
- [10] 何宛谦,张少霞,温丁女,等.中医辨证联合调强放疗对局部中晚期鼻咽癌患者免疫功能的影响[J].中国卫生标准管理,2024,15(23):147-150.
- [11] 李娟,杨柱,龙奉玺,等.国医大师刘尚义教授薏苡附子败酱散医案举隅[J].成都中医药大学学报,2017,40(4):66-68.
- [12] 马兴艳,石慧,杨周洁,等.经典名方薏苡附子败酱散的基准样品量值传递研究[J].中草药,2025,56(1):108-120.

改善微循环的作用，能有效控制局部感染，减轻组织水肿，改善放疗后鼻咽部微循环障碍，增加局部组织血供；附子中的乌头碱等成分具有镇痛、抗炎、调节免疫的作用，能快速缓解患者头痛症状，同时增强机体免疫力，提高组织修复能力。三者联用，既能发挥手术的局部清创优势，又能通过中药的全身调理，实现“局部与整体结合、祛邪与扶正兼顾”，从而提高临床疗效，降低复发率^[11-12]。

本研究还发现，观察组治疗后 1 周 NRS 评分显著低于对照组，头痛、鼻恶臭、鼻出血等症状缓解时间均短于对照组，提示薏苡附子败酱散化裁能有效缓解 PRNN 患者的疼痛症状，加快临床症状改善。这与方剂中附子的镇痛作用、败酱草的抗炎消肿作用及薏苡仁的清热止痛作用密切相关，同时中药改善局部微循环、控制感染的作用，能快速减轻局部组织炎症刺激，缓解疼痛和异常分泌物，提高患者生活质量。安全性方面，观察组仅出现 1 例轻微口干，对照组手术并发症发生率低，两组均无严重不良反应，提示薏苡附子败酱散化裁联合鼻内镜清创术治疗 PRNN 安全性良好，患者耐受性高。

综上，薏苡附子败酱散化裁联合鼻内镜清创术治疗鼻咽癌放疗后鼻咽坏死的脾虚湿困型患者，能有效提高总有效率，缓解疼痛、头痛、恶臭及鼻出血等症状，降低一年复发率，且安全性好、耐受性高。该方案结合西医局部清创与中医全身调理，符合疾病机制，为临床提供了有效的中西医结合治疗方案，值得推广并进一步。