

中医耳鼻喉科学研究 2017 年 4 月 (第 16 卷第 1 期)

(半年刊) 目 录

名医专栏

耳鸣的中医治疗体会

.....李云英 (1)

吁江名医沙图穆苏《瑞竹堂经验方》耳鼻咽喉科特色初探

.....任伊梅 谢强 陶波 (6)

医学综述

关于慢性扁桃体炎的研究进展

.....刘珊珊 (9)

中西医治疗鼻鼾的近况

.....李 玮 (15)

临床研究

针药结合治疗变应性鼻炎 60 例临床疗效观察

.....吴佳妮 严道南 (18)

中西医结合治疗急性主观性耳鸣的临床观察

.....秦晏平 (22)

加味止嗽散配合耳压穴治疗感冒后咳嗽临床观察

.....王任霞 张春晖 (27)

扶正止鼾汤治疗变应性鼻炎(脾肾阳虚证)的随机对照研究

.....张治军 滕磊 袁波 等 (30)

针药结合配合心理干预治疗神经性耳鸣的临床研究

.....范小利 李 丽 (33)

37 例难治性鼻出血临床观察

.....张雄 刘莉萍 苏涛 王琴 徐芳 (37)

专题论坛

谢强经验方鼻窦排脓饮在 FESS 围手术期应用的疗效观察

.....任伊梅 陶波 谢强 (40)

鼻窦炎患者中医证型分布的初步调查研究

.....郭华民 邱宝珊 (43)

菊花通圣汤治疗急性鼻窦炎(肺经风热型)的临床观察

.....陈 扬 (47)

短篇报道

主 管

中华中医药学会耳鼻喉科分会

主 办

河北省康灵耳鼻喉医院

编 辑

中医耳鼻喉科学研究编辑委员会

总 编

李淑良

主 编

赵胜堂

副主编

刘大新 严道南

谢 强

出 版

中医耳鼻喉科学研究编辑部

发 行

中医耳鼻喉科学研究编辑部发行处

地 址

石家庄市建华南大街 118 号

电 话

0311-85673546

传 真

0311-85667550

网 址

<http://www.erbihou.com>

印 刷

石家庄市汇昌印刷有限公司

经前鼻孔取出巨大鼻结石一例
.....张 爽 (49)

继续教育园地

运用仲景方治疗梅尼埃病的经验体会
..... 王爱平 (50)

眩晕病因病机探讨
..... 魏国威 (53)

药用心得

柴胡桂枝汤治疗以咽痛为主症的外感热病
.....蒋中秋 (55)

专科技术

鼻内窥镜下带蒂鼻中隔黏骨膜瓣转位联合游离下鼻甲粘膜修补鼻中隔穿孔
.....董龙宝 薛 洁 田振华 (57)

耳鸣的中医治疗体会

李云英¹

【摘 要】随着心脑血管系统疾病的增加、人口的老齡化、工业环境噪声的增加，耳鸣的发病率逐年升高。西医目前治疗耳鸣的常用方法主要有：病因治疗、习服疗法、药物治疗、助听器、生物反馈、手术治疗等，但疗效不尽人意。中医药治疗耳鸣历史悠久，为本病提供了一套从预防、治疗到调理的方法，并且疗效较好。笔者结合个人的临床经验和体会，认为：耳鸣要明辨虚实两大类病因病机，治疗上要分清发病的急缓，辨证候的虚实，采取辨证论治、针灸导引等内外相结合的综合治疗方法，并要注重不同的个体，而制定最佳的“个体化”治疗方案。

耳鸣，是指患者自觉耳内或颅内响，但外部并无相应声源存在。一般人群中 10 ~ 30% 有不同程度耳鸣。随着心脑血管系统疾病增加、人口老齡化、工业环境噪声增加，耳鸣发病率逐年升高。

耳鸣可分为主观性耳鸣与客观性耳鸣，主观性耳鸣仅患者能听到耳鸣声音，他人不能听到，约占耳鸣总数的 95% 以上。耳鸣响度不一，严重耳鸣约占 0.4 ~ 2.8%，可扰人不安，影响工作及睡眠，而临床上又无特效药物和特效治疗方法，所以耳鸣现成为耳科三大难症（耳聋、耳鸣、眩晕）之一，并成为临床迫切需要解决的难题。

一、现代医学对耳鸣的认识

现代医学认为，耳鸣的主要机制是听神经纤维及各级中枢神经元自发电节律失常，高级听觉中枢错误地将听觉通路的这种异常神经活动感知为声音。常见病因有：1、耳源性耳鸣，由于听觉系统的病变引起，大多为感音神经性耳鸣。2、非耳源性耳鸣，指起源于听觉系统以外部位的耳鸣，多指体声。包括血管源性耳鸣，肌源性耳鸣，咽鼓管异常开放，颞颌关节病变。此外心血管疾病、

代谢性疾病如甲状腺功能异常、糖尿病、神经科疾病、贫血、偏头痛、碘或锌缺乏、肾病等均可引起耳鸣。

耳鸣不同的分类会对诊断和治疗产生影响，很重要。目前有如下分类：

1、据发生机制分：①客观性耳鸣：患者接收到体内在耳旁由自身的生理性声源发出的声音（如血管源性或肌源性）；②主观性耳鸣：在没有外界声源刺激的情况下出现的听觉通路上异常信号形成。2、据病变部位分：分为外耳、中耳、内耳、听神经、中枢性耳鸣；3、据病程分：①急性耳鸣：病程在 3 个月以内；②亚急性耳鸣：病程在 3 个月 ~ 1 年；③慢性耳鸣：病程在 1 年以上。4、据继发症状分：①代偿性耳鸣：患者能感到耳鸣，但是能够很好耐受，没有出现继发症状，没有或只有轻微干扰，没有明显影响患者的生活质量；②失代偿性耳鸣：耳鸣对生活影响很大，并引起继发症状（恐惧、睡眠障碍、抑郁等），有很大干扰，生活质量明显受到影响。

目前耳鸣的临床检查与分析包括：1、耳鼻喉科专科检查：外耳道有无耵聍或异物，鼓膜有无穿孔，有无各种类型的中耳炎，鼻咽部检查、咽鼓管功能检查等。2、电测听：明确听力情况，同时可以进行耳鸣的频率测定。低频耳鸣主要见于中、内耳病变以及颈椎病。3、声导抗：了解中耳情况。4、听性脑干诱发电位：排除蜗后病变。一侧的耳鸣伴听力下降需要进行 ABR 检查，以除外蜗后病变。5、耳声发射：了解耳蜗外毛细胞的功能。6、掩蔽试验：帮助确定耳鸣的类型及治疗方案。7、影像学检查：必要时可行 CT 及 MRI 检查，以除外颅内特别是小脑桥角的占位性病变。8、其它：颈椎检查、颅内外动脉多普勒超声检查。

耳鸣目前常用的治疗方法主要有：

1、病因治疗：积极治疗引起耳鸣的全身性疾病（如糖尿病、高血压、高血脂等）和听神经瘤、梅尼埃病、耳硬化症等疾病。随着原发病的治愈或好转，耳鸣也可能随之减轻或消失。

2、习服疗法：①不全掩蔽。②松弛训练。③转移注意力。④心理咨询和自我心理调适。

3、药物治疗：耳鸣的药物治疗疗效尚不肯定。如改善耳蜗血液循环、能量合剂、镇静、解痉之类。①局部麻醉药：利多卡因静注，大部分病例耳鸣可减轻。②抗抑郁药和抗焦虑药：如多虑平、舒乐安定、佳乐定等可以减轻耳鸣对患者的影响。③扩张血管和改善微循环药物：如前列腺素 E、赛莱乐、金纳多等。④抗惊厥药物：如卡马西平或酰胺咪嗪。对利多卡因有效者效果较好。

4、助听器：佩戴助听器后使外界环境噪声同时扩大，减轻患者对耳鸣的注意力，达到掩蔽耳鸣的作用。

5、生物反馈疗法：采用电子仪器将人体内的生理机能信息加以采集，在监视器上显示，让患者根据这种反馈信号来训练自己，对体内的不随意的机能活动进行调节，如放松肌肉、改变心率、镇静情绪等，重新建立正常的生理状态，从而使耳鸣得到减轻。

6、手术治疗。

7、其他治疗：包括高压氧、催眠疗法、电刺激疗法、磁疗、颈上神经节封闭、膝状神经节封闭、离子透入疗法、超声照射等。

二、中医学对耳鸣的认识

（一）病因病机

中医历代文献关于耳鸣的病因病机学说很多，但归纳起来可分为虚实两大类：

实证：1、六淫：风寒、风热、湿浊之邪侵犯耳窍；2、痰浊：蒙蔽清窍；3、火热：肝胆火旺或心火内炽上冲耳窍；4、瘀滞：瘀滞清窍。

虚证：1、肾阳不足。2、肾精亏虚。3、中气不足。4、营血虚损。5、气血双亏。

本病发病的根本病机，是由于各种原因导致

耳部气血瘀滞，耳脉闭塞，耳窍失养而出现耳鸣。

（二）耳鸣的中医治疗原则：笔者认为，耳鸣的中医治疗应：

1、分清缓急：辨耳鸣发病的缓急可帮助确定病邪的深浅、病位和病情。如耳鸣暴发，多为风、火、痰、瘀所致；而耳鸣渐发，则以脏腑亏虚多见。

2、明辨虚实：辨证论治是中医治疗疾病的精华，凡耳鸣者，首先应辩明虚实，以免犯虚虚实实之戒。因为实证误补，虚证误攻，危害很大。临床中，辨耳鸣的虚实可有如下方法：（1）从鸣声的音调与音量辨：张景岳认为：“鸣声大者多实，声细者多虚。”故音调高，音量大者属实，音调低，音量小者属虚。（2）从发病的急缓辨：耳鸣暴发多属实，耳鸣渐发多属虚。（3）从耳局部与全身的伴随症状辨。（4）从是否接受外来噪音辨。著名中医耳鼻喉专家干祖望教授认为：“拒绝外来噪音”（即听道中噪声，耳鸣声也相应而高亢，甚至刺耳，心烦神躁）——属实。“能接受外来噪音”（即鸣声可被噪音所淹没，或减低甚至消失。）——属虚。（5）从耳鸣的喜按否辨：《医贯》中辨别耳鸣虚实方法是：“耳鸣以平按之而不鸣，或减少者，虚也。平按之而越鸣者，实也。”

3、综合治疗：中医治耳鸣，内治固然重要，但结合如针灸、导引等外治综合方法则疗效更佳。

4、注重个体：中医认为，耳鸣之症有表里寒热虚实，药有寒热温凉，法有攻和补抢，患者的年龄、职业、体质、性格等亦各有差异，故应根据不同的个体，制定最佳的“个体化”治疗方案。

（三）耳鸣的中医治疗特色

1、辨证论治

证型	证 型	治 则	代 表 方
六淫外感	在流感、腮腺炎、带状疱疹等急性传染病的后期发作。耳鸣急发，鸣声轰轰高亢。耳内常有闷胀及堵塞感。或突聋。检查：鼓膜正常或稍有下陷。耳咽管常有堵塞。电测听：传导性聋为多。	总则—疏散外邪	
		风寒—辛温解表	香苏饮/荆防败毒散
		风热—辛凉解表	桑菊饮/银翘散
		湿浊—化浊利湿	八正散/五苓散
痰浊上蒙	发病有急有缓。耳鸣声量大而音调不高，多为持续性，检查：鼓膜浑浊，严重的可见光锥消失，标志不清。电测听：混合性聋。	湿痰—化湿消痰	二陈汤/温胆汤/导痰汤
		痰火—清火化痰	清气化痰丸
肝胆火旺	发病迅速。耳鸣声高亢刺耳或突聋。检查：鼓膜正常。电测听：感音神经性聋。	总则—清肝胆郁火	
		苦寒折火	龙胆泻肝汤/栀子清肝汤
		滋阴潜阳	杞菊地黄丸/丹栀逍遥散
心火内炽	较少见。耳鸣或耳聋都较严重，情绪激动时更为厉害。检查：鼓膜正常或轻度的充血潮红。电测听：感音性聋。	清心泻火	导赤散（轻证） 泻心汤（重证）
瘀滞清窍	鸣聋并作。电测听：感音性聋或混合性聋。	活血化痰	通窍活血汤（轻证） 加减三甲散（重证）
肾阳不足	鸣声低调而量小，耳聋为渐进性。检查：鼓膜正常或萎缩。电测听：感音性聋。	益肾温阳	桂附八味丸/右归饮
肾精亏虚	病程较长。耳鸣细小而长。电测听：感音性聋。	滋阴益肾	六味地黄丸/左归饮/耳聋左慈丸
中气不足	耳鸣声音量大而音调极低，疲劳后或饥饿时尤其明显。	补脾健土，益气升清	益气聪明汤/补中益气汤
营血虚损	鸣声时轻时重，耳聋程度不等。	滋补阴血	四物汤/归脾汤
气血双亏	鸣声音低，音量不大。检查：鼓膜失去光泽。	气血双补	八珍汤/十全大补汤

2、耳鸣的用药特色：

（1）从药物功效分类看：古代补肾药和补气养血药为治疗耳聋的常用药物。现代医家比较重视

活血化瘀药治疗耳聋。

（2）就药物归经看：历代医家注重选择归肾、脾二经的药物。

（3）就药物性味来说：药物配伍是以甘温益脏腑之气为主，以辛温芳香通窍、祛邪解表、行气活血为辅。

（4）用药频次：参考唐至清代具有代表性的历代方书，发现石菖蒲应用频率最高，其后依次为磁石、附子、黄芪、防风、人参、熟地、肉苁蓉。

（5）常用药物举隅：

①石菖蒲

其味辛性温，归心、胃经，功能芳香化湿、豁痰降浊、明耳目、通九窍。石菖蒲实乃聪耳开耳窍之圣药，有化痰开窍，通心气之用。香能醒神，辛可制风，温可通络，苦可燥湿化痰，辛苦之性能上能下，善治耳鸣耳聋闭气。

《本经》云其“通九窍，明耳目”。《名医别录》亦谓其“聪耳明目，益心智”。《药性本草》云其“治耳鸣”。《本经》认为菖蒲有开心神补五脏、通九窍、明耳目、出音声、久服轻身、不忘、不惑、延年等功效。医家用治耳目失聪、耳鸣等证。《本经》谓菖蒲“辛温”，当是取之补木生火之誉，李时珍言：“菖蒲气温味辛，乃手少阴、足厥阴之药，心气不足者用之，虚则补其母也”，这进一步阐明了石菖蒲的功效。

配伍：

1) 名老中医施今墨先生常用石菖蒲配蝉蜕治疗耳鸣耳聋，认为蝉衣轻清升散，宣肺窍以增音；菖蒲宣气通窍，两药相合，并走于上，启闭开窍甚妙，故可治疗耳鸣耳聋，尤宜治邪干清窍，气机闭阻者。

2) 张赞臣用石菖蒲配伍郁金治耳鸣耳聋，对伴有耳内发胀感者，有较好宣壅开闭之功。

3) 干祖望认为治耳鸣石菖蒲、路路通、荷梗等化浊通气开窍药物均为必用之品。

4) 徐景藩善用石菖蒲配伍通草，治疗耳鸣重听，闭气不适，耳窍不聪。菖蒲宣化痰浊，通心气，

开窍聪耳；通草通气开耳窍。二药合用开宣痰郁，通达气机，痰气开通，耳窍自聪。

5) 笔者认为石菖蒲为开耳窍之佳品，只要辨证精当，合理使用，在耳鸣的治疗中确能起到画龙点睛之妙用。

临床应用：

1、化痰开窍：——石菖蒲配通窍活血汤。

通窍活血汤活血祛瘀，菖蒲利气活血开窍。临床上用于脑梗塞病人的恢复期出现的耳鸣一症，或如蝉鸣，或如鼓声，或如风入耳。耳为清空之窍，全身各大脉络聚于耳，脑梗塞特别是多发性腔隙性脑梗塞，血栓阻塞脑部脉络，气血凝滞不通，日久清窍壅阻，则出现耳鸣。

2、化湿开窍：——菖蒲配五苓散。

五苓散化气行水，利水渗湿；方中蔓荆子、僵蚕上行祛风胜湿；苡仁渗湿健脾；石菖蒲刁心，辛温芳香，善化湿浊，聪耳明目。此方使湿邪去，耳窍灵，湿邪除，则脾胃健运输布功能正常其诸症皆愈。《普济方》载菖蒲散，用石菖蒲十两，苍术五两。锉成块子，置于瓶内，用米泔浸七日，去苍术不用，只将菖蒲于甑上，蒸三两时取出，焙干捣为细末。每天三钱，粳米饮调下。1 日 3 服，或将蒸熟者作指面大块，食后置口中时时嚼动，咽津亦可。方中菖蒲芳香化湿开窍，为历代治耳病之珍品，以此为君，又取苍术燥湿之力，实治湿浊上蒙耳鸣之良方。

3、补虚开窍：——石菖蒲磁石两味煎之送服六味地黄丸。

治疗老年耳鸣。石菖蒲芳香化浊，宣闭开窍，磁石益肾平肝、潜阳安神。二者配伍，一开一补，启闭开窍，平肝益肾，聪耳明目益彰。取六味地黄丸滋补肾阴。

4、其它

① 鸡血藤、钩藤、络石藤、红藤均为藤类，其活血化瘀，通络功能极强。

② 僵蚕、地龙为虫类药，二者一升一降，升降协调，通络止痉。

③ 生磁石、生石决明两药咸寒质重，滋肾水，涵肝木，有水木相生之妙用，共奏滋肾平肝，潜阳安神之功。

④ 益智仁、柏子仁、远志、熟枣仁、五味子、珍珠母均有安神助眠作用，对耳鸣导致烦躁、失眠患者尤佳。

⑤ 柴胡入肝、胆经，起引经作用。如通气散。

⑥ 佐以风药，升举清阳：升麻、柴胡等风药，目的不在祛风，而在升举。耳居人身之首部，东垣认为只有轻扬风药可使精气、清阳上行至耳。其主治耳鸣耳聋的名方柴胡聪耳汤。

5、针灸：

① 体针取穴：

耳区穴：为主，如耳门、听宫、听会、翳风。

手足少阳经穴：中渚、外关、阳陵泉、足三里、三阴交等穴。

外感风热加合谷、曲池；

肝胆火盛加太冲、丘墟，采用泻法，或平补平泻法；

脾气虚弱者主选足三里、三阴交；

心血不足者加通里、神门；

肾精不足者加太溪、然谷；

肾元亏虚者加肾俞、关元。针刺手法用补法，虚证耳鸣加灸足三里、关元。

② 耳针取穴：

内耳、肾、肝等穴，可达到通窍开闭的目的。

③ 头皮针取穴：晕听区。

④ 穴位注射取穴：听宫、听会、耳门、翳风、完骨等。

根据实证还是虚证，选用丹参注射液、当归注射液、人参注射液等，每次选用 2 ~ 3 个穴位，每穴注入药液 0.5 ~ 1ml，隔天 1 次，10 次为一疗程。

6、推拿疗法

① “营治城廓”法：（《内功图说·分行外功诀·耳功》）：两手接耳轮，一上一下摩擦之，每次可作 15 分钟左右，此法不仅可治疗耳鸣，而

且可作为防病保健。

②除耳鸣功：平坐伸一腿屈一腿，横伸两臂，直竖两掌，向前若推门状。扭头项左右各 7 次。

③“鸣天鼓”法：两手掌心紧贴两耳，两手指、食指、中指、无名指、小指对称横按在两侧枕部，两中指相接触到，再将两食指翘起叠在中指上面，然后把食指从中指上用力滑下，重重地叩击脑后枕部，此时闻及宏亮清晰之声如击鼓。先左手 24 次，再右手 24 次，最后两手同时叩击 48 次。此法亦具有疏通经络、运行气血的作用。

④鼓膜按摩法：以手中指（或食指）置外耳道口，轻轻捺按，两侧各捺按 15—30 次，每天 3 次。具有引动气血流通的作用。

结 语：

目前，耳鸣是医学上的难治性疾病，随着生活节奏的加快，工作压力的加大，耳毒性药物的滥用，各种理化不良刺激的增加，人口的老龄化等因素，本病的发病率也明显增加，严重影响人们的正常生活和工作。国外资料显示人群中约 35% ~ 45% 的人发生过不同类型的耳鸣，其发病率

逐渐增高，并由于多种因素均可引起本病，使治疗更加困难。

现代医学对耳鸣的研究正在不断深入。西医治疗的最大优势是对于本病早期的治疗可以最大程度的恢复或维持听力。但也存在诸多不足之处，如对于耳鸣早期预防缺乏有效的方法，且治疗效果欠佳及西药的副反应等。此外，临床上常用于治疗耳鸣的药物，因缺少双盲、随机、多中心、与安慰剂对照的严格研究，常常夸大其疗效。耳鸣疗效标准问题也值得特别重视：(1) 无客观疗效标准，耳鸣匹配仍是主观的，不是客观或“半”客观的；(2) 耳鸣疗效应该包括耳鸣和心理两个方面；(3) 不但要观察近期还应观察远期疗效。

中医药治疗耳鸣历史悠久，为本病提供了一套从预防、治疗到调理的方法，并且疗效较好。目前国内中医界对耳鸣的基础研究、中药药理研究、辨证论治、新药开发等方面不断的取得令人鼓舞的进展。相信随着基础研究和临床研究的深入开展，用中医药和中西医结合的方法治疗耳鸣将会取得越来越好的疗效。

（上接 17 页）临床合理用药杂志，2013,6（1）：51—52

[25] 史霞，史冬梅. 中西医结合治疗儿童过敏性鼻炎的疗效探讨. 中国保健营养，2012,14：235.

[26] 李鸣婧，张晓阳. 变应性鼻炎中医临床辨证研究现状和思考. 中华中医药学刊，2012,30（7）：1635—1637.

[27] 艾建伟，冯玮，益建青. 从肺脾肾论治鼻鼽的临床疗效观察. 中医眼耳鼻喉科杂志，

2013，3（3）：131—133.

[28] 李志鹏，曹月娇. 益气固卫汤治疗变应性鼻炎疗效观察. 浙江中西医结合杂志，2013,23（3）：223—224.

[29] 巩祥胜，赵青云，王建，等. 祛敏汤治疗常年性变应性鼻炎血瘀证疗效观察. 现代中西医结合杂志，2013,22（36）：4305—4306.

[30] 曹瑞雪，杨道文. 益气通窍方治疗变应性鼻炎临床疗效观察. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志，2014,22（6）：413—418.

吁江名医沙图穆苏《瑞竹堂经验方》 耳鼻咽喉科特色初探

任伊梅¹ 谢强² 陶波²

【摘要】吁江名医沙图穆苏，精于医道，注重实践，通晓诸科，著《瑞竹堂经验方》，对耳鼻咽喉疾患辨治有独到之处，不仅内服效方众多，且外治验方及方法亦繁多，尤其是重视咽喉局部用药，蘸、捻、吹、含直达病灶，简便效捷，沿用至今，对临床仍有着重要意义，足以启示后学。

【关键词】吁江医学；民间医术；沙图穆苏；瑞竹堂经验方；中医耳鼻咽喉科；吁江喉科流派；中医临床流派；地域医学

沙图穆苏，一作萨里弥实，字谦斋，号竹堂，生卒与里居不详，精于医道，元代医药学家。沙氏在任御史兼建昌（今江西吁江流域南城）太守时，考订名家方书及博采吁江民间经验良方，且亲自选药、炮制、尝药以验证诸方药，于元泰定元年（1323 年）在吁江建昌撰成《瑞竹堂经验方》^[1]。是书选方精要，切合临床，沿用至今，已列为中医非物质文化遗产临床经典读本。

元代著名理学家吁江临川人吴澄特为《瑞竹堂经验方》作序赞曰^[1]：“吁江郡侯（沙图穆苏）……犹注意于医药方书之事，每思究病之所由起，审药之所宜用……遇有得必谨藏之，遇有疾必谨试之，屡试屡验，积久弥富。守吁之日，进一二医流相与订正，题曰《瑞竹堂经验方》。”沙图穆苏是吁江喉科流派的主要代表人物，瑞竹堂经验方共 15 卷中，其中有头面口眼耳鼻、发齿、咽喉三卷专论有关耳鼻咽喉科的方药，对后世吁江喉科发展有着深远的影响。现将书中有关耳鼻咽喉科方药特色略作探析。

1. 辨治耳病

1.1 从风论治耳聋。沙氏治疗风证耳聋，在使用平肝息风之峻烈药物时，常酌配和养之品以监制之，擅用姜蝎散治疗耳聋^[1]。全方，仅用全

蝎（49 只）一味药；因全蝎有毒，沙氏对其炮制极为讲究“将蝎泡湿，用糯米半升于大瓦上铺平，将蝎铺于米上焙干，令米黄为度，去米不用，又切生姜四十九片，每片放蝎再焙，姜焦为度，去姜不用，将蝎碾为极细末”。方中，糯米甘温，有解毒和养之效；生姜亦可解毒调中。沙氏指出^[1]：“姜蝎散治耳聋神效……酒调服毕，任其人睡，切勿叫醒，令熟睡，却令人轻唤，如不听，得浓煎葱白汤一碗令服，耳即鸣。”此法，在《本草纲目》亦有记载：“耳聋，用小蝎四十九个、生姜（如蝎大）四十九片，同炒至姜干，研为末，温酒送服。至一、二更时，再服一次，醉不妨。次日耳中如闻笙簧声，即为有效。”可见，沙氏用姜蝎散治疗耳聋之良效可从后世医学家李时珍的记载中得到印证。

1.2 从风寒湿瘀论治耳聋。沙氏认为，风寒湿瘀也是耳聋的主要病因之一，在应用祛风散寒活血散瘀之药物时，常以大量酒剂参与药剂的配制过程，以酒上扬走窜之性，引诸药上行，以助药力，并且加强祛风散寒活血散瘀之效。沙氏擅以活络丹治耳聋^[1]，将草吁、金毛狗脊、川乌、苍术、杜仲、破故纸、仙灵脾、吴茱萸、续断、小茴香、独活、猪牙皂角、薏苡仁“用好酒三升，于瓷瓶内浸一宿，次日以文武火煮至约酒汁一升，控出，焙干，为细末，用煮药酒打面糊为丸，如梧桐子大，每服五七十丸，空心温酒或盐汤送下，与七乌丸相间服。”此法，《云笈七签》亦有记载：“社日饮酒一杯，能治聋疾。”可见，沙氏如此用酒参与治疗耳聋之法，由来已久疗效确切。

1.3 从脾肾论治虚证耳聋。沙氏对虚证耳聋重视直接治脾肾，补气益精从根本着手，并且以米汤和盐汤送服引诸药入脾肾。譬如，常用黑丸

子治之^[1]，“黑丸子，治精血耗竭面色黧黑，耳聋目昏，口干多渴，腰痛脚弱，小便白浊，上燥下寒，不受峻补者，宜服此药。”全方仅鹿茸、大当归两味药，煮乌梅膏子为丸，米饮汤送服。此外，亦常用盐汤送服聚宝丹（白茯苓、山茱萸、五味子、干山药、石莲子、鸡头肉、金樱子、巴戟、破故纸、杜仲、牛膝、熟地黄、石菖蒲、远志、枸杞子、龙骨、楮实、茴香、仙茅、苡蓉、沉香，枣肉为丸）或草还丹（苍术、胡芦巴、破故纸、覆盆子、茴香、川楝子、木香、山药、穿山甲、地龙、茯苓、枸杞子、牛膝），以补肾固元、利窍聪耳。

1.4 从寒闭经络论治耳聋。沙氏认为，耳聋亦与寒闭经络、气血痹阻有关，应重视外治以散邪通络，擅用温通开窍的“治耳聋方”灸治^[1]。“治耳聋方，用苍术一块，长七分，将一头削尖，一头截平，将尖头插于耳内，于平头上安箸头大艾炷灸，聋轻者，灸七炷；重者，灸十四炷，再觉耳内有热气者效。”可知，苍术艾炷灸治疗耳聋疗效甚佳，皆因苍术气味辛烈，有散邪辟秽、祛寒解郁、益气利窍之效，加之温灸，故能温通经络、行气活血、通阳开窍而治耳聋。

1.5 辨治眩晕 从痰浊论治眩晕。沙氏认为，眩晕之症以痰浊为患最多，所用涤痰之药多燥烈易耗伤气阴，宜佐配和中清热之品缓解燥烈之性，方能药到病除。沙氏擅用二陈汤或祛风导气化痰丸治眩晕，指出^[1]“二陈汤，治痰饮为患，或呕吐恶心，或头眩心悸，或中脘不快，或发寒热，或因食生冷。……热服，每服加竹茹。如：许卯大一块同煎，食前服。”又“祛风导气化痰丸，治……呕吐痰涎，头目昏晕……入糯米粉打薄糊为丸……食后临卧姜汤下。”沙氏在二方的制法、服法中，强调要用糯米粉为丸、热服、加竹茹服、姜汤送服等，这些均能和中健胃、清热化痰、除烦止呕，可缓解半夏、南星、附子温燥之性，又可增强除烦止呕之效。可见，沙氏组方、制法、服法之精妙。

2. 辨治鼻病

2.1 从气血亏虚论治鼻窍不利。沙氏认为，鼻腔不利多为肺气虚弱、心虚血少所致，因此不仅要重视益气亦要注意滋阴，擅用补气汤（黄芪、人参、甘草、麦门冬、苦桔梗）合益荣丹（当归、紫石英、柏子仁、酸枣仁、小草、木香、茯神、桑寄生、卷柏叶、熟地黄、龙齿、辰砂）治之^[1]。“盖心乃诸血之源，肺为诸气之候，心虚则血少，脉弱则气虚，遂致……鼻为之不利，怔忡白浊，腠理不密，易为感风寒，今以补气汤补气以养肺，益荣丹滋血以助心，荣卫日充，心肺戢治，诸疾自愈。”沙氏益气养血、和调营卫之法，对后世治疗鼻病亦有所启示。

2.2 从气滞血郁论治鼻塞。沙氏认为，鼻塞多为血脉不畅所致，治宜着重活血通络。譬如，用神圣方^[1]（乳香、没药、川芎、石膏、雄黄、盆硝为末）嗅鼻治疗鼻塞声重，甚为灵验；亦可治疗耳聋、牙痛。方中，取乳香、没药、川芎入心肝辛散香窜之性，以散邪活血、行气消肿、解郁通窍。

2.2 从阳络伤论治鼻衄。沙氏治疗鼻衄首当清热收敛止血，擅用画粉散治鼻衄^[1]，“画粉散，治鼻衄血出不止，一二服可除根。白土即画匠所用画粉，上极细研，每服五钱，新井花水调服立止。”方中，取画粉收敛和新汲井水寒澈之性，以清降阳络之热而收摄外溢之血。可见，沙氏临证思虑周详，匠心独到，用药简便，取效迅速，一二服后即可除根。

2.3 从郁热论治鼻头红赤。沙氏认为，体内蕴热郁结于鼻故有鼻头红赤之症，擅用外搽内服之法治之，以内清蕴热、外散郁热，达到散火止痒、消肿通窍之目的。用“槟榔散，治鼻头赤。鸡心槟榔、舶上硫黄各等分、片脑少许，上为细末，用襁绢帛包裹，时时于鼻下搽磨，鼻闻其臭效，又加蓖麻子肉为末，酥油调，临睡少时搽于鼻上，终夜得闻。又方，枇杷叶（一两，去毛阴干，新者佳）、栀子（半两），上为细末，每服二三钱，

温酒调下，早晨服先去左边，临卧服去右边，效如神。^[1]可见，沙氏采用槟榔散“时时于鼻下搽磨”“临睡少搽于鼻上”，延长了鼻部给药时间，使药效能较长久的作用于鼻，其法甚妙。

3. 辨治喉症

3.1 从风毒论治喉风。沙氏认为，喉风多为风邪火毒困结喉窍所致，治疗当以散风泄毒为重，擅用“墙上土蜂巢（一个，碾极细）。上先用楮叶，将病人舌用叶擦破，微令血出，将蜂巢土用醋调，用鹅毛蘸药于喉中捻之，令痰涎出为效，后用扁竹根搗碎，调冷水与病者，只服三口，利三行即愈，就用冷水漱口，立愈。^[1]”此方，内外结合，先外治散风泄毒消肿，后内服清热解毒消痰；并且，还可用于治疗单双乳蛾。如遇急喉风，情况紧急，救喉如救火，沙氏急用“灯草（用手一大握，除去两头），上将灯草用新瓦一个盛之，又用新瓦一个盒之，以火焚烧成灰，再将盐一大匙头，于就瓦上炒存性，二物和合，用苇筒一个，用药一捻，吹于喉中，涎出为效，吹三次立愈。”可见，此法妙在探吐痰涎，救危于顷刻。

3.2 从寒痰结聚论治喉闭。沙氏辨证缜密，认为喉闭亦可为寒痰困结所致，临证当以温喉消痰为治。譬如，以膏注（膏）治喉闭^[1]，用当归、附子、川芎、防风、白芷、升麻、细辛、侧柏、萆薢、甘草、桑白皮、白及、垂柳枝、桃仁、黄芪、白芷、僵蚕、杏仁、雄黄、麝香、硫磺、黄丹制为膏剂，“膏注，……喉闭含化咽津液下”。可见，沙氏熟谙《伤寒论》少阴咽痛含咽之法，切合临床。

3.3 从痰毒困结论治哑瘖喉。沙氏认为，哑瘖喉多为瘟毒痰火壅喉所致，当以解毒消痰为治，用“哑瘖哑喉乳蛾方，雄黄（五钱，研），郁金（五

钱），白矾（二钱半，生用，研），胆矾（半钱，研）。上为极细末，以竹筒吹入喉中，立能言语。^[1]可见，沙氏善用外治法治疗喉疾，注重局部治疗，故能收到立竿见影之效。

4. 结 语

吁江名医沙图穆苏，致力于考订名家方书及博采民间经验良方，在《瑞竹堂经验方》中记载了许多切实可行的方药和治法，膏丹丸散俱全，不仅内服效方众多，且外治验方及方法亦繁多，尤其是重视咽喉局部用药，蘸、捻、吹、含直达病灶，简便效捷，极具前瞻性。正如吴澄赞曰^[1]：“噫世之医方甚繁，用之辄效者盖鲜，今之所辑悉已经验，则非其他方书所可同也。”可见，《瑞竹堂经验方》具有较高的临床使用价值，值得进一步深入挖掘和研究。

参考文献

- [1] 元·沙图穆苏著，宋白杨校注. 瑞竹堂经验方 [M]. 北京：中国医药科技出版社, 2012: 校注说明，序二，3，12，26，39，41，44-45，51-52，55，58，63-64，79.
- [2] 谢强，周思平，黄冰林. 吁江流域及吁江医学地域分布今考 [J]. 江西中医学院学报, 2012, 24(6): 11-14.
- [3] 谢强，周思平. 吁江医家医籍及地域分布略考 [J]. 江西中医药, 2013, 44(3): 3-6.
- [4] 谢强，黄冰林. 吁江医学发展纪年 [J]. 江西中医学院学报, 2013, 25(3): 15-23.
- [5] 王育林，四库全书总目子部医家类汇考 [M]. 北京：学苑出版社, 2013: 198.

关于慢性扁桃体炎的研究进展

刘姗姗¹

【摘要】慢性扁桃体炎为腭扁桃体炎的慢性炎症，是耳鼻喉科临床上常见的多发病。慢性扁桃体炎的特点是常有急性发作史，而平时多无明显自觉症状，相当于中医学的“乳蛾”范畴，若因肺肾阴虚而致者，又称“虚火乳蛾”，临床表现有时感咽部不适，发痒，发干，灼热，异物感，或间发刺激性咳嗽等，可有口臭。本病的发病机制为肺肾阴虚，虚火上炎，脾胃虚热，喉核失养，痰瘀互结，凝聚喉核。现代医学认为 I 型溶血性链球菌是本病的主要致病菌，其次是肺炎球菌，金黄色葡萄球菌，流行性感菌杆菌及卡地球菌等。在临床研究方面，目前西医治疗为手术和非手术治疗为主，而近年来研究表明扁桃体具有重要的免疫功能，不能一味的完全摘除，为此人们做了大量的探索与研究。中医内治无论是经方化裁还是自拟组方，以及中医外治如针灸、敷贴疗法、烙法等都是在辨证论治的基础上滋养肺肾，健脾和胃，活血化瘀，清利咽喉等作用，改善预后，缓解症状，缩短疗效，减少单纯西医治疗的相关不良反应。

【关键词】乳蛾；慢性扁桃体炎；辨证论治

1. 慢性扁桃体炎为腭扁桃体炎是指以咽痛或异常不适，喉核红肿，表面或有黄白脓点为主要特征的咽部疾病。

2. 病因病机

2.1 中医病因病机：慢性扁桃体炎属中医学的“乳蛾”。历代医家根据形态，病变部位及病因病机等的不同，又有多种病名。从病因来分，因风热或热毒而致者，称“风热乳蛾”；若因肺肾阴虚而致者，称“虚火乳蛾”或“阴虚乳蛾”。中医认为本病以脏腑虚损，虚火上炎为主要病因，多由于风热乳蛾或风热喉痹治而未愈，缠绵日久，邪热伤阴所致，或温热病后余邪未清而引起。亦

有因脾胃虚弱或邪毒久滞喉核而致病。起病急骤者，多为风热之邪乘虚外袭，火热邪毒搏结喉核而致。若病久体弱，脏腑失调，邪毒久致喉核，易致病程迁延，反复发作。其病因病机可分为以下几个类型：

2.1.1 阴津耗伤，虚阳上浮 张德光认为：慢性扁桃体炎属于中医学“乳蛾”范畴，其中触之硬实、气血凝滞者又称“石蛾”。多因咽喉久受熏蒸，阴液耗伤，阴津亏损，无以制火，阳无所主，虚阳浮于上所致^[1]。

2.1.2 风热邪毒，蕴结咽喉 周伟认为：慢性扁桃体炎多由急性扁桃体炎反复发作迁延不愈而成，急性扁桃体炎往往由高热数日不退且反复数次，风热邪毒灼伤阴液，火毒结于乳蛾而不得外泄，演变为慢性病灶^[2]。

2.2 西医病因病机：

根据慢性扁桃体炎患者局部细菌培养的结果，乙性溶血性链球菌是本病的主要致病菌，其次是肺炎球菌、绿色链球菌、金黄色葡萄球菌、卡他球菌及流行性感菌杆菌等。

3. 治疗方法

3.1 分型分期论治

3.1.1 肺肾阴虚，虚火上炎 邪毒滞留，耗伤阴津，或温热病后余邪未清，肺肾亏损，津液不足，不能上输，咽失濡养，阴虚生内热，虚火循经上炎，喉核受灼而为病。主症：咽部干燥不适，微痛，微痒，干咳无痰或痰少而粘，一般以午后症状明显，可有午后颧红，潮热盗汗，手足心热，精神疲乏，讲话乏力，或有头晕眼花，腰膝酸软，耳鸣耳聋，虚烦失眠等症，舌质红或干少苔，脉细数。治则：滋养肺肾，清利咽喉。方药：百合固金汤加减。

基本处方：百合 15g，生地黄 15g，玄参

15g, 芍药 15g, 麦冬 15g, 当归 6g, 桔梗 12g, 熟地黄 15g, 贝母 12g, 甘草 6g。每日一剂, 水煎服。

加减法: 偏于肺阴虚者, 可用养阴清肺汤加减以养阴清肺; 若偏于肾阴虚者, 可用知柏地黄汤加桔梗, 玄参以滋养肾阴; 如扁桃体质硬或肿大, 加生牡蛎、路路通、丹参以活血通络, 软坚散结。

3.1.2 脾胃虚弱, 喉核失养 素体脾胃虚弱, 不能运化水谷精微, 气血化生不足, 喉核失养, 或脾不化湿, 湿浊内生, 久郁成痰, 痰浊邪毒互结喉核而为病。主症: 咽干痒不适, 异物梗阻感, 胸脘痞闷, 易恶心呕吐, 咳嗽痰白, 口淡不渴, 大便不实, 舌质淡, 苔白腻, 脉缓弱。治则: 健脾和胃, 祛湿利咽。方药: 六君子汤加减。

基本处方: 白术 15g, 茯苓 15g, 党参 15g, 陈皮 10g, 甘草 10g, 法半夏 12g。每日一剂, 水煎服。

加减法: 如扁桃体肿大不消者, 加生牡蛎, 浙贝母以化痰软坚散结; 若湿邪重者, 加枳壳, 厚朴以宣畅气机, 祛湿利咽。

3.1.3 痰瘀互结, 凝聚喉核 邪毒滞留, 日久不去, 痰浊内生, 气机不畅, 气滞血瘀, 痰瘀互结喉核, 脉络闭阻而为病。主症: 咽干不利, 或刺痛胀痛, 痰粘难咳, 迁延不愈。舌质红有瘀点, 苔白腻, 脉细涩。治则: 活血化瘀, 祛痰利咽。方药: 会厌逐瘀汤合二陈汤加减。

基本处方: 红花 6g, 当归 10g, 生地黄 15g, 玄参 15g, 柴胡 12g, 陈皮 10g, 法半夏 12g, 桃仁 12g, 赤芍 15g, 桔梗 12g, 甘草 6g, 茯苓 15g, 赤芍 15g, 枳壳 12g。

加减法: 如复感热邪, 溢脓黄稠, 加蒲公英, 车前子, 黄芩, 皂角刺以清热化痰; 若扁桃体暗红, 质硬难消者, 加丹参, 莪术, 昆布, 路路通, 水蛭, 生牡蛎以活血软坚散结。

3.2 专病专方

3.2.1 山菊汤 山豆根 10 ~ 15g, 甘草、菊花各 10g (小儿酌减)。若虚火上炎者配知柏地黄丸; 体虚易感者, 愈后再服玉屏风散以巩固

疗效。以上方剂每日 1 剂, 水煎服。罗熙财用其治疗扁桃体炎 43 例, 取得疗效显著。同时指出: 山豆根为喉科要药, 又因其小毒, 诸多医家作佐使之用。罗氏通过临床验证筛选, 摒弃它药, 以此为君, 配以甘草、菊花, 一则增强疗效, 二则缓其苦寒之性, 用于临床, 每多获验^[3]。

3.2.2 破血消蛾汤 地鳖虫、莪术、贝母、生甘草、三棱、桔梗各 10g, 玄参、丹参各 30g。加减变化: 热毒瘀久明显者加山豆根 20g, 牛蒡子 15g; 瘀久化热伤阴者, 加生地 20g, 重用玄参至 50g; 大便干燥者加制大黄 10g; 合并淋巴结肿大者加夏枯草 15g, 白头翁 30g; 容易感冒者加僵蚕 10g, 黄芪 20g, 上方水煎服, 日一剂, 15 日一个疗程。功效: 破血逐瘀, 养阴清热, 养血活血。安俊义治疗 41 例慢性顽固性扁桃体肿大患者, 经 1 ~ 3 个疗程后, 31 例痊愈, 10 例好转, 全部有效^[4]。

3.2.3 清咽汤 生地 10 ~ 20g, 赤芍 6 ~ 20g, 麦冬 10 ~ 15g, 牛蒡子 5 ~ 9g, 板蓝根 10 ~ 15g, 桔梗 6 ~ 10g, 半夏 3 ~ 6g, 甘草 3 ~ 6g。盖欣治疗 55 例年龄 2 ~ 10 岁患儿, 病程分别为半年 ~ 5 年。慢性期、低热、扁桃体充血不甚, 可用基础方服 15 ~ 30 剂; 若患儿控制在一个月内不发热, 扁桃体明显缩小, 精神佳, 可在基础方加党参、防风、黄芪、砂仁来增强免疫功能, 结果痊愈 47 例, 占 85.5%, 好转 8 例, 占 14.5, 总有效率 100%^[5]。

3.2.4 清肺消蛾汤 由麦冬、生地、地龙、桔梗、大力子、沙参、赤芍、焦山楂组成, 王忠全用于治疗慢性扁桃体炎 34 例, 病程 1 ~ 9 年, 服药 4 ~ 10 剂, 痊愈 22 例, 好转 9 例, 无效 3 例, 总有效率为 91.18%。王忠全认为: 肺阴不足, 复感外邪, 瘀热为患, 上聚喉咙为其病理基础, 治以清肺化痰, 全方选药平淡, 较清热解毒之剂疗效稳定^[6]。

3.2.5 壁虎粉 夏秋将壁虎捕捉后, 立即去内脏, 晒干研粉备用。李治芳用壁虎粉喷喉治疗慢

性扁桃体炎,治疗后炎性肿胀消失或明显缩小^[7]。

3.3 经方化裁

3.3.1 限蛾汤

组成:山豆根 9g,浙贝母 9g,金莲花 6g,马勃 6g,玄参 9g,甘草 4.5g。

加减法:口臭加知母,黄芩;淋巴结肿大加公英、土贝母;咽干加石斛;低烧加白薇或地骨皮、丹皮。痰带血丝及明显阴虚火旺者,加雪里青^[8]。

3.3.2 干祖望 将慢性扁桃体炎分为三种类型进行辨证①肾阴亏损、虚火上炎,选用知柏八味丸加减:熟地、黄柏、知母、泽泻、山药、天竺兰、丹皮、射干、桔梗、甘草;②肺气虚弱,邪毒留恋,用百合固金汤加减:熟地、生地、白芍、川贝母、山药、当归、桔梗、生地、玄参;③禀赋不足、气血双亏,用八珍汤加减:黄芪、山药、当归、桔梗、甘草、茯苓、白术、党参、川芎^[9]。

3.4 中医外治

3.4.1 针灸治疗

崔世奎^[10]采用针灸治疗急慢性扁桃体炎 30 例,取双侧涌泉与照海穴,平补平泄,临床治愈 12 例,好转 3 例,两穴合用可滋阴清热,豁痰化瘀,调理阴阳,效果显著。刘海英等针刺三阴交、照海、太溪、少商、天突、鱼际、天柱穴,针刺用补法,每隔五分钟针刺一次以增强针感,提高疗效,每日或隔日行针刺疗法一次,结果 160 例急慢性扁桃体炎患者,治愈率 90%,无效率 1.88%,总有效率 98.12%^[11]。巨建芳采用穴位注射治疗扁桃体炎 1028 例,取双侧太冲穴常规消毒,用 6 号针头注射器,取葡萄糖氯化钠注射液 3ml 每穴,垂直刺入大概一寸左右,产生酸麻胀针感并向上放散后,快速推注药液,药液全部推注后将针拔出。慢性期,日一次,5 次一个疗程,一般一个疗程即可达到理想效果^[12]。

3.4.2 敷贴疗法 王君等^[13]外用乳蛾散(斑蝥 10g、乳香、血竭、僵蚕、全蝎、没药各 5g,冰片 1g,樟脑、元参各 2g,)用上药共研细末,装入瓶内备用。穴位贴敷治疗 69 例急慢性扁

桃体炎患者,治疗两个疗程后痊愈者 42 例,好转 15 例,总有效率 100%,提示本法具有祛风清热、化瘀散结、消肿止痛的功效。

3.4.3 烙灼法 烙灼法是用小烙铁烧烙患处来破坏病变组织。它的优点是通过灼烧后,使肥大的扁桃体缩小,消除咽部不适症状,并且能保持扁桃体原来的免疫功能,减少复发。陈隆辉等对 90 例慢性扁桃体炎患者进行烙法治疗,进行红细胞免疫标志物测定,并进行为期一年以上的临床随访。据统计,临床效果十分显著,治愈有效病例红细胞 C3b 受体花环和红细胞比免疫复合物花环指标明显改善^[14]。石钟坤等改良传统中医烙法,研制了具有烙铁加热和喷射油剂性能手枪式的中医电烙器,分别对 40 例患者进行治疗观察,其疗程与中医火烙法相比,缩短疗程约 3/4^[15]。孙海波等^[16]以烙法治疗慢性扁桃体炎患者,研究表明,在达到停烙标准的残留扁桃体组织切片中,淋巴组织仍为正常。因此提示了仍有产生免疫球蛋白的功能。张金溪^[17]以此法治疗慢性扁桃体炎患者 30 例,总有效率为 86.6%,且儿童效果高于成人,1 年内均未复发。中医用烙法治疗慢性扁桃体炎,施烙部位在扁桃体游离区内时,患者丝毫无痛感觉。临床上这种现象与扁桃体神经分布规律相吻合^[18]。

3.4.4 中药雾化吸入 复方当归注射液 2ml,鱼腥草注射液 4ml,雾化吸入给药,一日一次。刘崇达报道治疗咽喉慢性疾患总有效率为 93%^[19]。

3.4.5 啄治法 扁桃体啄治法是中医外治法之一,曾施用在民间。病人取坐位,用扁桃体手术弯刀,在扁桃体上做雀啄样动作,每侧 4~5 下,伴少量出血以吐 2~3 口血为适度,5 次为一疗程,2~3 天为一次,一般行 1~2 个疗程,不超过 3 个疗程。通过多次的刺激啄治扁桃体组织促进唾液免疫球蛋白分泌而改善咽腔环境,以保证慢性扁桃体炎的疗效。汪冰等^[20]用此法治疗慢性扁桃体炎患者 50 例,总有效率 98%;对照组 30 例,

服用螺旋霉素(1片/日4次,5天一疗程,行2个疗程),总有效率67%。二组相比:治疗组效果明显优于对照组($P<0.01$)。何伟平等用此法治慢性扁桃体炎患者80例,总有效率93.8%^[21]。其缺点是扁桃体易出血且易对患者心理及身体产生不利影响,增加医疗风险。

3.4.6 三爪钳挤压浸药治疗法 三爪钳挤压浸药治疗扁桃体是在中医针刺扁桃体的基础上通过爪的尖部刺破隐窝肿胀的小脓腔,引流扁桃体隐窝,通过挤压使阻塞的隐窝内容物排出,消除肿胀,改善扁桃体血液循环。食醋气味酸、苦,消肿止痛、散水气,杀邪毒,散瘀血;食醋含漱清洗伤口,抑菌,促进伤口愈合^[22]。黄志峰^[23]等用此法治134例,76例效果显著,占56.72%;好转病例50例,占37.32%;无效8例,占5.90%。该方法容易复发,易出血,需要麻醉等缺点。优点可使肿大的扁桃体缩小,避免手术摘除的痛苦。

3.5 西医治疗

3.5.1 转移因子注射疗法 黄安荣在1990~2000年间采用扁桃体旁注射转移因子治疗慢性扁桃体炎76例,取得了良好的疗效;其中痊愈47例,咽部症状全部消失,好转29例,咽部灼痛干燥感缓解,偶尔有复发而无高热和吞咽困难,全部病例治愈或好转^[25]。

3.5.2 缩腺疗法 任毅^[26]等运用黄柏、金银花、海藻、鱼腥草、乌梅制成缩腺药液直接注入扁桃体内治疗慢性扁桃体炎。观察1060例患者,治愈796例,168例有效,90例好转,无效6例。现代药理认为上药对溶血型链球菌、肺炎双球菌及葡萄球菌有较强抗菌作用,能促进抗体生成,提高免疫力。黄晓阳,李洪湘等^[27]对以缩腺疗法治疗慢性扁桃体炎2061例,治愈1971例,占总数95.6%,显效72例,有效18例,总有效率100%。

3.5.3 激光疗法 激光疗法的原理是激光的汽化热凝效应,扁桃体组织迅速凝固、汽化、坏死、脱落,使其局部组织形态被改变,表面及隐

窝内病原体被杀死。刘润秋、刘亭颜等应用YAG激光对50慢性扁桃体炎患者的扁桃体组织进行部分凝固术,对激光治疗前后的血清IgA、IgM、IgG及补体C₃浓度的检测,临床随访6~12个月,认为此方法即能达到消除局部炎症,又能保留扁桃体免疫功能^[28]。马士功用Nd-YAG激光治疗慢性扁桃体炎100例,一次治愈86例,2次以上治愈14例^[29]。李祎宁,杨桂琴^[30]等应用Nd:YAG激光治疗慢性扁桃体炎,均取得了满意的效果。

3.5.4 电刀治疗 陈良采用电刀切除部分扁桃体或隐窝病灶治疗慢性扁桃体炎12例,单纯扁桃体肥大者6例疗效明显,隐窝型痊愈2例,3例发病次数明显减少分别为1~1.5次每年^[31]。

3.5.5 微波疗法 微波治疗慢性扁桃体炎主要是通过利用热效应使扁桃体组织凝固、坏死、脱落以达到治疗目的,是一种安全、简便、有效的治疗方法。魏克菊、杨金华^[32]等用此法治47例慢性扁桃体炎后得出结果:45例一次治愈,有效率占95.74%,2例显效,占4.26%。杜成东,杨旭敏等用微波治疗慢性扁桃体炎患者96例,治愈92例,占95.8%;无效4例,占4.2%,且无并发症。与常规手术疗法相比,手术创面小,可留下部分扁桃体组织,术后不出血,操作方便,反应轻,不影响进食^[33]。杜铁流对128例扁桃体炎患者进行微波热凝治疗,临床治愈90例,占70.3%;有效29例,占22.7%;无效9例,占有效率93%。但对于三度肥大的扁桃体及病灶扁桃体还是以传统的手术切除疗法比较安全^[34]。王大明采用微波热凝治疗慢性扁桃体炎患者50例,临床均达到显著疗效,一次治愈34例,占68%;二次治愈16例,占32%^[35]。彭杰、陆灵娟用微波热凝治疗慢性扁桃体炎190例均取得显著疗效,157例治愈,有效33例^[36]。

3.5.6 激光治疗 射频治疗是利用低频电磁波对人体组织产生热效应,使组织蛋白凝固,血栓形成,血管鼻塞,使组织达到萎缩或脱落坏死

的目的。王加慧、马宜祥^[37]用射频治疗仪治疗慢性扁桃体炎患者 53 例,经过三年随访,扁桃体急性发作基本消失,有效率接近 100%。

刘浩^[38]等用此法治疗慢性增生性扁桃体炎,治疗组 109 例患者进行射频治疗,对照组 96 例行手术治疗。治疗结果:治疗组治愈率 88.1%,对照组治愈率 100.0% ($P<0.05$)。总有效率:治疗组 96.3%,对照组 100.0% ($P>0.05$)。复发率:治疗组 3.7%,对照组无 ($P>0.05$)。并发症:治疗组无出血。对照组出血率 5.2% ($P<0.05$)。术后感染:治疗组 0.9%,对照组 2.1% ($P>0.05$)。体会到射频治疗扁桃体炎虽不能完全替代手术,但能制止扁桃体炎的复发还能保留扁桃体的免疫功能,并发症少,安全可靠,值得推广。

针对慢性扁桃体炎临床有许多治疗方法,“扁桃体摘除术”虽可根治,但患者失去了腭扁桃体淋巴器官,损害了人体的免疫功能。且术中有时出血量大,术后疼痛较重。新型手术器械的问世不仅缩短了手术时间,还降低了术中出血量;而手术一直有并发症存在,临床曾报道扁桃体摘除术后并发颌面及颈部大面积皮下气肿、气胸^[39-41];扁桃体摘除术后并发应激性胃溃疡^[42];术后并发双侧软腭麻痹^[43]等。

4. 结 语

由于慢性扁桃体炎病程较长,且发作间歇期无明显症状,即使轻度不适也可耐受,因此临床上发作期间往往采用中药辨证或西药抗感染,对症治疗;缓解期则以中药配合外治或手术治疗为主。在慢性缓解期以防为主,中药辨证论治,烙法或激光、理疗,配合气功、食疗,增强体质,防患于未然,可降低本病的发病率。

参考文献

- [1] 张德光. 升阳散火汤治疗慢性扁桃体炎 65 例. 实用中药杂志, 2003,1998): 409.
- [2] 周伟, 升阳清热法治疗小儿慢性扁桃体炎 30 例. 四川中医, 2003,21(8);71.

[3] 罗熙财, 自拟三菊汤治疗扁桃体炎. 贵州中医学院学报, 1996,18(1):18.

[4] 安俊义, 自拟破血消蛾汤治疗顽固性扁桃体肿大 41 例. 浙江中医杂志, 1993,28(2):69.

[5] 盖欣, 清咽汤治疗小儿慢性扁桃体炎 55 例. 辽宁中医杂志, 1992,19(7);35.

[6] 王忠全, 清肺消蛾汤治疗乳蛾. 云南中医杂志. 1991,12(4):23.

[7] 李治芳, 壁虎粉吹喉治疗扁桃体炎. 山东中医杂志, 1989,(6):40.

[8] 鹿道温, 中西医临床耳鼻咽喉科学. 北京: 中国中医药出版社, 1998.265.

[9] 干祖望, 干祖望中医五官科经验集. 北京: 人民卫生出版社, 2000.140.

[10] 崔世奎, 针灸治疗慢性扁桃体炎 30 例. 中国针灸, 2001,21(6):352.

[11] 刘海英, 焦红波, 焦念学. 针刺治疗急慢性扁桃体炎 160 例观察. 中医外治杂志, 2002,11(5):26.

[12] 巨建芳, 穴位注射治疗慢性扁桃体炎 1028 例. 实用中西医结合杂志, 1994,7(7):436.

[13] 王君, 李兴瑞. 外用乳蛾散治疗急慢性扁桃体炎 69 例, 陕西中医, 1995,16(11):493.

[14] 陈隆晖, 陈瑶, 杨家惠, 等. 90 例灼烙法治疗慢性扁桃体炎患者红细胞免疫复合物检测报告. 泸州医学院报告, 2004,27(1):48 ~ 49.

[15] 石钟坤, 曹海, 于清涛, 等. 中医电烙法治疗慢性扁桃体炎的临床观察. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志, 2003,11(2):80 ~ 81.

[16] 孙海波, 李向荣. 中医烙法治疗慢性扁桃体炎的进展 (一)[J]. 中医函授通讯, 1987(3): 36.

[17] 张金溪, 烙法治疗慢性扁桃体炎 30 例观察 [J]. 广西中医学院学报, 1988(3): 14.

[18] 郭少武, 腭扁桃体的神经分布 (摘要)[J]. 中华耳鼻喉科杂志, 1994, 29(4): 254.

[19] 刘崇达, 鱼腥草、复方当归注射液超声

雾化吸入治疗咽喉疾病. 云南中医杂志, 1991, (5): 20.

[20] 汪冰, 郝迎五, 刘琳, 等. 扁桃体啄治法治疗咽部疾病的临床与实验研究 [J]. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志, 2000, 8(5): 228.

[21] 何伟平, 王玉明. 啄治法治疗慢性扁桃体炎 80 例临床观察 [J]. 广东医学, 2009, 30(7): 1171.

[22] 李时珍, 本草纲目 [M]. 北京: 人民出版社, 1985. 1554.

[23] 黄志峰, 邓启如. 慢性扁桃体炎三爪钳挤压浸药治疗 134 例观察 [J]. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志, 2002, 10(1): 41.

[24] 张金溪, 烙法治疗慢性扁桃体炎 30 例观察 [J]. 广西中医学院学报, 1988(3): 143.

[25] 黄安荣, 局部注射转移因子治疗慢性扁桃体炎 76 例疗效观察. 中华医药学杂志, 2003, 2(5): 33.

[26] 任毅, 盛传亮. 缩腺技术治疗慢性扁桃体炎 1060 例的临床报告. 中国校医, 2000, 14(2): 124 ~ 125.

[27] 黄晓阳, 李洪湘, 宋茹. “缩腺疗法”治疗慢性扁桃体炎 2 061 例临床观察 [J]. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志, 1998, 6(2): 92.

[28] 刘润秋, 刘亭延. 激光扁桃体部分凝固术. 中华耳鼻喉科杂志, 1994, 29 (3): 170.

[29] 马士功, Nd-YAG 激光治疗扁桃体炎 100 例. 中华理疗杂志, 1990, (1): 22.

[30] 李祎宁, 杨桂琴, 文连姬. 扁桃体的 Nd:YAG 激光治疗及其机理的研究 [J]. 激光杂志, 2007, 28(4): 87—88.

[31] 陈良, 电刀治疗慢性扁桃体炎体会. 现在医药卫生, 2004, 19(5): 550 ~ 551.

[32] 魏克菊, 杨金华, 王革. 慢性扁桃体炎

微波治疗 47 例临床分析 [J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2008, 11(5): 661.

[33] 杜成东, 杨旭敏, 王秀芬. 微波治疗慢性扁桃体炎 96 例临床分析, 中华综合医学杂志, 2004, 6 (1): 29 ~ 30.

[34] 杜铁流, 微波热凝术治疗慢性扁桃体炎 128 例临床分析. 新乡医学院学报, 2003, 20(4): 279 ~ 280.

[35] 王大明, 微波热凝治疗慢性扁桃体炎 50 例疗效观察. 中华临床新医学, 2003, 3 (9): 829.

[36] 彭杰, 陆灵娟. 微波治疗慢性扁桃体炎疗效分析. 广西中医学院学报, 2003, 6(3): 36.

[37] 王加慧, 马宜祥. 射频治疗慢性扁桃体炎 53 例分析. 广州医药, 2002, 33(1): 52 ~ 53.

[38] 刘浩, 张风格. 射频治疗慢性扁桃体炎的临床疗效分析 [J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(23): 2903—2904.

[39] 崔文杰, 尹长海. 扁桃体摘除术后并发颌面及颈部大面积皮下气肿一例 [J]. 临床耳鼻喉科杂志, 1989, 3(4): 236.

[40] 陈德珍, 刘冰, 余晓旭. 扁桃体摘除术后严重皮下气肿、气胸一例 [J]. 临床耳鼻喉科杂志, 2002, 16(7): 341.

[41] 曲玲, 张丽君, 于华鹏. 扁桃体切除术后并发颈部皮下气肿一例 [J]. 耳鼻喉头颈外科, 2002, 9(5): 312.

[42] 王铁华, 邱旭, 任桓. 扁桃体摘除术后并发应激性胃溃疡一例 [J]. 耳鼻喉头颈外科, 2000, 7(3): 166.

[43] 赵东铭, 周湘君. 扁桃体摘除术后并发双侧软腭麻痹一例 [J]. 临床耳鼻喉科杂志, 1990, 4(2): 73.

中西医结合治疗鼻鼾的近况

李玮¹

【摘要】变应性鼻炎在中医属于鼻鼾范畴，是特异性个体接触致敏原后由 IgE 介导的鼻黏膜反应性疾病。症状主要是打喷嚏、大量清水样鼻涕、鼻塞、鼻痒、嗅减等，病程长、反复发作，给患者生活和工作带来很大痛苦。过敏性鼻炎已成为一个全球性健康问题。近年来过敏性鼻炎的患病率逐年升高，并且有相关数据显示其与哮喘具有相关性。目前本病治疗方法包括避免接触过敏原、免疫治疗、药物治疗。而药物治疗仍然是过敏性鼻炎最重要的治疗手段之一。儿童过敏性鼻炎的治疗原则与成人相同，但应特别注意各类药物适应年龄段。目前中医中药治疗过敏性鼻炎的疗效被广泛的关注。

【概述】变应性鼻炎在中医属于鼻鼾范畴，是特异性个体接触致敏原后由 IgE 介导的鼻黏膜反应性疾病。症状主要是打喷嚏、大量清水样鼻涕、鼻塞、鼻痒、嗅减等，病程长、反复发作，给患者生活和工作带来很大痛苦。过敏性鼻炎已成为一个全球性健康问题。近年来过敏性鼻炎的患病率逐年升高，并且有相关数据显示其与哮喘具有相关性。目前本病治疗方法包括避免接触过敏原、免疫治疗、药物治疗。而药物治疗仍然是过敏性鼻炎最重要的治疗手段之一。^[1] 中医中药治疗本病的疗效越来越被关注。^[2] 现就近年来过敏性鼻炎的中西医诊疗情况概述一下。

【发病】变应性鼻炎的诊断临床上需要结合症状、体征、血常规检查，特别是特异性 IgE 检测等综合做出诊断。变应性鼻炎的确诊不能仅靠病史和体征，必须要有变应原的检查结果，只有将症状、体征和辅助检查三者相结合才能做出准确地诊断^[3]。张金梅等^[4]通过对天津地区过敏性鼻炎的观察发现秋季是本病多发季节。天津地区花粉过敏秋季最高，以杂草类植物的花粉致敏

最强。中医认为空中飘浮的花粉属燥，燥生金，五季属秋，五脏属肺，鼻为肺之门户，而以肺气虚寒型过敏性鼻炎又常见。石志红等^[5]认为自然界气机变动剧烈之时如春季、秋季，人体自身调节失和，不能适应气机变化，从而出现变态反应。姚聆清等^[6]认为过敏性在婴儿时期即可出现症状，过敏性鼻炎随年龄增长部分患者症状可缓解，在这些缓解的患者中大部分是接受过正规治疗的。这提示有效的预防和治疗措施可能阻止过敏性鼻炎的进一步致敏和发展。他们认为我国与欧美国家在治疗本病过程中最大差别是对患者的教育，从预防角度告知患者应尽量避免接触过敏原。王丽等^[7]认为由于气候条件不同，变应原存在地区差异。社会的发展使空气污染加重过敏原增多，另外，气候恶化也是变应性鼻炎增多的原因。对医生而言，确定本地区的主要变应原非常重要。程雷等^[8]认为变应性鼻炎属 I 型变态反应，特异性抗原导致机体产生特异性 IgE 抗体后，附着于递质细胞或肥大细胞、嗜酸粒细胞表面，从而使机体处于致敏状态。孟娟等^[9]通过对变应性鼻炎的患者分析，本病虽然不会威胁生命，但与支气管哮喘，鼻窦炎、鼻息肉、分泌性中耳炎及变应性结膜炎等病的发生发展密切相关，严重影响患者的生活质量。易华容等^[10]通过对血清特异性 IgE 检测与皮肤点刺试验进行研究发现两者存在很大差异，在临床诊断中是不可相互取代的。周文华等^[11]认为变应性鼻炎是由于免疫细胞功能下降导致细胞因子 IL-10 的分泌降低，最终导致本病的发生。邱前辉等^[12]发现随着人们生活方式的改变，雾霾天气的增多，大气污染的加剧，空调的普及等等因素使变应性疾病逐年增多。室内的装修、装饰又适合粉尘螨的生长，人们更容易接触变应原而致敏。^[1] 中医认为本病多由肺气

虚弱，风寒之邪侵及鼻窦发病。

【治疗】目前本病治疗方法包括避免接触过敏原、免疫治疗、药物治疗，药物治疗仍然是过敏性鼻炎的主要治疗手段。中西医结合治疗本病临床越来越常见。郭旭等^[13]将 150 例患者随机分为 2 组，A 组 83 例用氟替卡松联合中药玉屏风散口服治疗，B 组单纯用氟替卡松鼻喷剂治疗。疗效随访 1 年 A 组显效率明显高于 B 组。樊锐敏^[14]通过玉屏风散颗粒联合地氯雷他定口服治疗小儿过敏性鼻炎 36 例均取得明显疗效。张婉容等^[15]通过自血穴位注射配合超短波治疗变应性鼻炎，随机分为两组，每组 30 例。治疗组取自血 2 毫升分别注入双风门、双肾俞穴各 0.5 毫升，隔日一次。注射后取鼻两侧迎香穴超短波治疗 20 分钟。观察组口服西替利嗪治疗。经过 2 个疗程治疗，结果治疗组总有效率 93.3%，显著高于观察组。刘霞云等^[16]通过使用粉尘螨滴剂联合玉屏风颗粒治疗变应性鼻炎，结果粉尘螨滴剂联合玉屏风颗粒治疗组疗效明显优于单纯粉尘螨滴剂组。研究发现玉屏风颗粒可抑制 IgE 的产生。刘飞^[17]发现玉屏风颗粒还可调节血浆环核苷酸水平，改善细胞的形态和功能，恢复黏膜纤毛功能，减少组织水肿。通过单纯用玉屏风颗粒治疗 70 例患者均取得明显疗效。宋培荣等^[18]认为小儿过敏性鼻炎现在是临床的常见病、多发病，临床用药要注意区分非过敏性和过敏性，虽然都有鼻塞、流涕等相似症状，但治疗和护理不尽相同。生理盐水喷鼻治疗本病可以起到辅助治疗的作用，毒副作用小，尤其适用于儿童。易华容等^[19]研究认为标准化尘螨变应原制剂是唯一可以影响变应性疾病自然进程的病因治疗方法，并可防止过敏性鼻炎发展成哮喘或其他过敏性疾病。王婷婷^[20]通过中药滴鼻液（辛夷、牡丹皮等）治疗 50 例患者效果满意。刘晓玲等^[21]研究发现抗白三烯治疗变态反应性疾病有效。现在全球大多数地区过敏性鼻炎呈持续流行增加趋势，免疫治疗是目前针对变应性鼻炎唯一的对因治疗。杨立新等^[22]研究发现玉屏风散能

使变应性大鼠鼻黏膜和肺黏膜中的嗜酸粒细胞减少。吴继勇等^[23]通过中药鼻敏感颗粒研究变应性鼻炎小鼠树突状细胞免疫调节的研究，本方用于治疗肺脾虚寒型鼻炎能有效抑制成熟 DC 标志性细胞因子，从而发挥免疫调节作用。药物组成生黄芪、党参、干姜、桂枝、麻黄、五味子、辛夷、乌梅、地龙、甘草。崔榕等^[24]对符合过敏性鼻炎标准且粉尘螨皮肤点刺试验阳性的患者分 2 组，一组舌下含服加药物治疗，一组单纯药物治疗。半年时间综合治疗组总有效率 92%。史霞等^[25]采用治疗前后自身对照的方法，比较 39 例患者在治疗前及免疫治疗 1 年、2 年后的症状评分，药物评分及不良反应发生率，评价其疗效和安全性，结果表明通过免疫治疗过敏性鼻炎患者的症状和用药性均有改善，舌下含服标准粉尘螨变应原疫苗加用氟替卡松是安全有效的。李鸣婧等^[26]认为中医对变应性鼻炎的辨证分型主要是两类，一以脏腑辨证为依据，一以病因病机结合脏腑辨证为依据，大多属虚实夹杂，以虚证为主。艾建伟等^[27]也认为本病虚证多见故采用中药玉屏风散和缩泉丸加减治疗 30 例患者效果显著。本方采用补肺温脾滋肾法效果显著，无副作用。李志鹏等^[28]认采用益气固卫汤加味治疗过敏性鼻炎 40 例，总有效率 92.5%。巩祥胜等^[29]通自拟祛敏汤益气祛风养血治疗本病有效率 73%。曹瑞雪等^[30]通过对 50 例过敏性鼻炎患者用益气通窍方治疗，总有效率 95%。

【展望】中医中药治疗过敏性鼻炎历史悠久，根据整体观念及辨证施治的理论，从调整患者过敏体质治疗过敏性鼻炎具有突出优势。虽然目前对中药的研究用现代理论解释还远远不够，但中药有比西药的副作用轻微，可较长时间服用的优点。今后若加强中医临床方剂药理作用的研究，必有更广泛的前景。

参考文献

[1] 曹爱娟，董伟达，曹彦. 中西医结合治疗

常年性变应性鼻炎疗效分析, 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2014, 22 (1) : 39--40.

[2] 谯凤英, 葛仪芳, 刘鼎, 等. 中医治未病之三伏天穴位敷贴治疗常年性变应性鼻炎 4200 例的疗效观察. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2014, 22(5) : 371—373.

[3] 钟伟, 黄小燕, 张剑. 变应性鼻炎的治疗新发展. 国际耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 37 (3) : 162—164.

[4] 张金梅, 谯凤英, 郝正, 等. 天津地区秋季变应性鼻炎中医辨证分型与变应原的相关性. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2014, 22 (2) : 105—108.

[5] 石志红, 石志富. 中医对过敏性鼻炎病因病机的认识. 内蒙古医学学报, 2012, 34 (5) : 842—846.

[6] 姚聆清, 邱建鹤, 巢长江, 等. 江苏省常州地区变应性鼻炎患者变应原分析. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012, 26 (5) : 1066—1069.

[7] 王丽, 王寅, 王小奇, 等. 沧州地区 565 例变应性鼻炎患者血清 SIgE 结果分析. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2014, 22 (2) : 109—111.

[8] 程雷. 变应性鼻炎的诊断和治疗. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2013, 27(1) : 1—4.

[9] 孟娟, 刘亚峰, 张虹婷, 等. 变应性鼻炎患者眼部症状的临床特点分析. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 28 (17) : 1321—1325.

[10] 易华容, 刘远华, 叶靖, 等. 尘螨变应原疫苗治疗变应性鼻炎的早期疗效观察. 临床合理用药, 2013, 6 (4) : 69—70.

[11] 周文华. 木渎地区呼吸道过敏性疾病患者过敏原谱调查分析. 中国实用护理杂志, 2013, 29 (1) : 62--64.

[12] 邱前辉, 卢川, 陈建军, 等. 变应性鼻炎冲击免疫治疗的安全性研究. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 28 (11) : 776—779 784.

[13] 郭旭, 陈登胜. 氟替卡松联合玉屏风胶

囊治疗变应性鼻炎的疗效观察. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2014, 22 (4) : 291—292 251.

[14] 樊锐敏. 玉屏风颗粒联合地氯雷他定治疗小儿过敏性鼻炎 36 例. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11 (11) : 41—42.

[15] 张婉容, 梁建刚, 黄臻, 等. 自血穴位注射配合超短波治疗变应性鼻炎的疗效观察. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2014, 22 (6) : 422—423 407.

[16] 刘霞云, 欧阳顺林, 褚玉敏. 粉尘螨滴剂联合玉屏风颗粒治疗变应性鼻炎的临床观察. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2014, 22 (6) : 424—426. 医学研究杂志, 2013, 42 (1) : 40—43.

[17] 刘飞. 玉屏风颗粒治疗变应性鼻炎 70 例疗效观察. 山东医药, 2012, 52 (9) : 78--79.

[18] 宋培荣, 马恩明. 生理性盐水喷鼻治疗儿童变应性鼻炎的临床观察. 现代中西医结合杂志, 2013, 22 (18) : 1997—1998.

[19] 易华容, 刘远华, 叶靖等. 标准化尘螨变应原制剂治疗变应性鼻炎的不良反应观察. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 28(23) : 1870—1872.

[20] 王婷婷. 中药滴鼻液治疗小儿过敏性鼻炎. 吉林中医药, 2013, 33 (9) : 917—918.

[21] 刘晓玲, 罗鸿, 张建斌, 等. 持续性变应性鼻炎患者白三烯代谢水平与抗白三烯治疗反应的相关性研究. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2012, 19 (11) : 612—614.

[22] 杨立新, 赵伍西, 周宁等. 联合玉屏风颗粒治疗变应性鼻炎的疗效观察. 医学理论与实践, 2013, 20 (26) : 2665—2666 2669.

[23] 吴继勇, 严道南, 马华安, 等. 鼻敏感颗粒对变应性鼻炎小鼠树状突细胞免疫调节机制的研究. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 28(13) 983—985.

[24] 崔榕, 范敏, 袁冬花, 等. 舌下含服粉尘螨滴剂治疗变应性鼻炎的疗效. (下转 5 页)

针药结合治疗变应性鼻炎 60 例临床疗效观察

吴佳妮¹ 严道南²

【摘 要】目的 观察中药结合针刺治疗变应性鼻炎的临床疗效。方法 选择 2014.05—2014.10 在江苏省中医院就诊的肺脾虚寒型变应性鼻炎 60 例，按就诊顺序分为针药（鼻敏感方联合针刺）组 30 例、西药（氯雷他定片口服或加用布地奈德喷鼻）组 30 例，治疗两周后观察治疗前后患者症状及体征积分，对比两组临床疗效。结果 针药组总有效率 86.67%，西药组总有效率 80.00%，两组比较有统计学差异（ $P<0.05$ ）。结论 针药结合是治疗变应性鼻炎的有效方法之一，且因其副作用小，远期疗效优于西药，故有进一步研究和临床推广价值。

【关键词】变应性鼻炎；肺脾虚寒型；针刺；鼻敏感方

变应性鼻炎属于中医“鼻鼽”范畴，是机体接触变应原后主要由 IgE 介导的鼻黏膜非感染性炎性疾病^[1]。笔者于临床发现，变应性鼻炎辨证属虚寒者甚多，此类患者常表现为鼻痒、喷嚏、鼻涕清稀、遇寒加重等，查体可见鼻黏膜色淡。严道南教授从事变应性鼻炎的辨证治疗已三十余载，其在益气温阳方基础上又创鼻敏感方，屡用于临床治疗变应性鼻炎肺脾虚寒证，发现疗效显著，而针刺治疗变应性鼻炎的有效性及安全性更是得到了国内外学者的一致认同，其已被美国最新制定的变应性鼻炎诊疗指南所纳^[2]。本次研究笔者采用针刺联合中药的方法综合治疗肺脾虚寒型变应性鼻炎 30 例，并设西药组 30 例作为对照组，以期探讨针药治疗变应性鼻炎的临床疗效。

1. 临床资料

1.1 一般资料

从 2014 年 5 月至 2014 年 10 月，选取江苏省中医院耳鼻喉科门诊患者中肺脾虚寒型变应性鼻炎典型病例 60 例，分为 2 组，针药组 30 例，

西药组 30 例。其中针药组男 16 例，女 14 例；年龄 14—25 岁 10 例，26—45 岁 12 例，46—65 岁 8 例；病程 1—2 年 10 例，3—5 年 14 例，超过 5 年 6 例；病情重度 7 例，中度 19 例，轻度 4 例。西药组男 17 例，女 13 例；年龄 14—25 岁 11 例，26—45 岁 12 例，46—65 岁 7 例；病程 1—2 年 9 例，3—5 年 16 例，超过 5 年 5 例；病情重度 8 例，中度 11 例，轻度 3 例。通过比较两组患者性别、年龄、病程、病情程度的分布，结果显示无统计学差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 纳入标准

参照 2004 年兰州会议《关于变应性鼻炎的诊治原则和推荐方案》^[3] 及 2009 年武夷山会议《变应性鼻炎诊断和治疗指南》^[4]：常年性变应性鼻炎患者，临床表现为鼻痒、喷嚏连作、鼻塞、鼻涕清稀量多，时作时休。鼻黏膜色淡或苍白，肿胀。变应原（屋尘螨、粉尘螨、花粉、动物毛等变应原皮肤点刺试液，德国默克公司生产）皮试阳性。

排除标准

年龄 <4 岁或 >65 岁的患者；急性鼻炎及上呼吸道感染等；合并有心、肺、脑、肝、肾、内分泌系统和造血系统等严重疾病及精神病患者；合并高血压、糖尿病等影响患者生存质量的慢性病患者。

1.3 中医证候标准

参照 2010 年国家中医药管理局中医药标准化项目《中医耳鼻喉科常见病诊疗指南》^[5]，选择临床常见的肺脾虚寒证：证见发作性鼻痒，喷嚏连作，清涕量多，鼻塞，嗅觉减退；鼻黏膜色淡、肿胀；或伴语声低，易患感冒，经常咳嗽咯痰，食少便溏，四肢倦怠；舌质淡红，苔薄白，脉细弱。

2. 方 法

2.1 分组

采用对照设计方法。将患者就诊序号按照随机表进行分为治疗组和对照组，所有患者均知情同意，接受相应治疗。

2.2 治疗方法

2.2.1 针药结合组 针药组用鼻敏感方（黄芪、干姜、桂枝、麻黄、五味子、地龙等）水煎服，早晚饭后半小时服用，每次 200ml，连续服用 2 周，在此期间同时配合针刺疗法，选取迎香、印堂、合谷、百会、足三里、三阴交。操作方法：各穴常规消毒后，迎香朝鼻根方向平刺 0.5 寸左右，印堂朝鼻根方向平刺 0.5 ~ 0.8 寸，百会向前平刺 0.5 ~ 0.8 寸，合谷、足三里、三阴交垂直进针 1 ~ 1.5 寸，用平补平泻法，得气后留针 30min，每 10min 行针 1 次，起针后常规按压针孔，每周 3 次。

2.2.2 西药组 根据病情程度分级标准，病情轻度者使用氯雷他定片（上海先灵葆雅公司生产）口服，每晚一次，一次 10mg；病情中、重度者使用氯雷他定片口服和布地奈德鼻喷剂（阿斯利康公司生产）喷鼻，早晚各一次，每次每侧鼻孔一喷。

2.3 统计学处理

运用 SPSS19.0 统计软件进行统计学分析。计量资料如年龄、症状体征积分等以均数 ± 标准差表示，数据服从正态分布者采用独立样本 t 检验，不服从正态分布者采用秩和检验。计数资料如性别、病程、病情程度等比较采用 Pearson 卡方检验（样本含量 > 40 且理论频数 ≥ 5）、校正卡方检验（样本含量 > 40 但有 1 ≤ 理论频数 < 5）或 Fisher 确切概率法（样本含量 < 40 或理论频数 < 1）。所有统计检验均采用双侧检验，显著性水平 $\alpha = 0.05$ ，若 $P < 0.05$ 认为有差异，或差异有统计学意义，若 $P < 0.01$ 认为有显著差异。

3. 结果

3.1 疗效评定标准

3.1.1 参考中华医学会耳鼻咽喉科分会全国

会议的症状体征量化标准（1997 海口会议制订，2004 兰州会议及 2009 武夷山会议修订）^[3-4]，将鼻痒、喷嚏、流涕、鼻塞、鼻甲肿大 5 项症状体征。根据其有无及轻重程度分为 0 分、1 分、2 分、3 分。

3.1.2 综合疗效

根据症状体征和次症积分评定疗效，计算公式：（治疗前总分 - 治疗后总分）/ 治疗前总分 × 100%。

治愈：症状完全消失，症状评分为 0 分；

显效：症状评分减少 65% 以上；

有效：症状评分减少在 26% ~ 65% 之间；

无效：症状评分减少低于 25%。

3.2 治疗结果（见表 1）

表1 治疗2周后两组治疗结果比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
针药组	30	9	13	4	4	86.67
西药组	30	5	9	10	6	80.00

4. 讨论

变应性鼻炎又称过敏性鼻炎，随着工业化的发展，其发病率逐年增高且发病年龄呈现低龄化。现代医学认为其发病机制主要是由于变应原特异性 IgE 附着于肥大细胞和嗜碱细胞表面，当再次接触变应原后，激活肥大细胞、嗜碱细胞释放组胺及白三烯等介质，从而刺激鼻黏膜引发一系列症状^[7]。肥大细胞诱导嗜碱细胞、T 细胞和嗜酸细胞聚集于变态炎症发生部位^[8]，从而促使变应性疾病的发生。

鼻用糖皮质激素与抗组胺药物是治疗变应性鼻炎的常规用药，氯雷他定片属于长效三环类抗组胺类药物，能有效地抑制组胺引起的血管扩张、毛细血管通透性增高、平滑肌痉挛、腺体分泌增多和痒感，从而有效地缓解鼻溢、喷嚏和鼻痒。但是临床应用中部分患者出现不良反应如乏力、头痛、嗜睡、口干、胃肠道不适及皮疹等现象。布地奈德鼻喷剂是鼻用糖皮质激素的一种，能降低血管通透性，抑制炎症反应细胞活化，抑制炎症介质和细胞因子的生成，但是但其长期服用对

下丘脑－垂体－肾上腺轴抑制，儿童生长发育影响及所需经济负担一直以来受到临床关注^[6]。

中医认为鼻鼽的发病外由感受风寒之邪，内由肺、脾、肾三脏虚损所致。《诸病源候论卷·二十九》曰：“肺脏为风冷所乘，则鼻气不和，津液壅塞而为鼻鼽。”指出外感风寒邪气，肺当先受之，致肺宣降失司，津液内停，而鼻为肺之窍，导致鼻塞、喷嚏、流涕等症状。《医学入门》曰：“鼻乃清气出入之道，清气者，胃中生发之气也。”指出脾胃为气血生化之源，脾主升清，胃主降浊，若饮食、劳倦所伤，致脾气虚弱，运化失司，津液停运，凝聚成痰，壅塞鼻窍。正如《素问·阴阳应象大论》所说：“清气在下，则生飧泄，浊气在上，则生腹胀。”《素问·宣明五气论篇》云：“五气所病…，肾为欠为嚏”。指出肾气不足，摄纳无力，则呵欠、喷嚏。因此变应性鼻炎总的治疗应以益气温阳，祛邪通窍为主。

鼻敏感方主要针对的是临床常见的肺脾虚寒型变应性鼻炎患者。本方主要由黄芪、干姜、桂枝、麻黄、五味子、地龙等组成。黄芪入肺、脾经，补气健脾，升阳固表，为君药；干姜入肺、脾、肾经，温中散寒，桂枝入肺经，温经通脉，二者相伍温肺、脾之阳以补气，为臣药；麻黄入肺经，宣肺散寒以解在表之邪，五味子入肺、肾经，敛肺生津，二者相伍，散中寓收，既可益肺气，又可制约温药辛散温燥太过之弊，地龙入肝、脾经，活血通络，具有“抗过敏”作用，三者为佐使药。诸药合用，配伍严谨，阳气得复，气机得调，散中有收，开中有合，则诸症自平。严道南等^[9]采用益气温阳方治疗肺脾虚寒型变应性鼻炎患者，结果显示总有效率达 92.0%。吴继勇等^[10]研究表明，鼻敏感颗粒能够显著抑制未成熟 DC 向成熟的分化，从而发挥抗炎、抗过敏和免疫调节的作用。

针刺治疗变应性鼻炎已有大量文献报道^[11-13]。研究表明^[14]针刺可以纠正变应性鼻炎患者 Th1/Th2 的失衡，使嗜酸性粒细胞的浸润降低，从而改善上皮损害，改善患者症状及体征。本次

研究所选穴位是迎香、合谷、印堂、百会、足三里、三阴交，迎香为手太阴肺经与手阳明大肠经的交会穴，而且位于鼻翼两侧，可起到疏通肺气、通利鼻窍的作用；合谷为手阳明大肠经原穴，又肺与大肠相表里，故针刺合谷可起到疏风解表，宣肺通窍的功效；印堂为经外奇穴，有通阳益气的功效；百会位于巅顶，为督脉穴，可振奋阳气，通阳开窍；足三里为足阳明胃经合穴，可健脾益气，三阴交为足太阴脾经、足厥阴肝经、足少阴肾经交会穴，起到健脾益肾的功用，诸穴相配，即可宣肺通窍以疏散外感之风寒，又可健脾益气以扶正固本，标本兼治，鼻窍乃通。

本次研究表明，鼻敏感方结合针刺能有效改善肺脾虚寒型变应性鼻炎患者症状体征，针药结合组的总有效率高于西药组（ $P<0.05$ ），针刺治疗过敏性鼻炎已被西方主流医学认可，且具有副作用小的优点，具有进一步研究和临床推广的价值。

参考文献

- [1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009 年 44 卷 12 期.
- [2] Otolaryngol Head Neck Surg.2015 Feb;152(1 Suppl):S1-S43.Otolaryngol Head Neck Surg.2015 Feb;152(2);197-206.
- [3] 顾之燕, 董震. 变应性鼻炎的诊治原则和推荐方案 [J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2005, 40(3): 166.
- [4] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会鼻科学组, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 变应性鼻炎诊断和治疗指南 (2009 年, 武夷山) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44(12):977.
- [5] 中华中医药学会. 中医耳鼻喉科常见病诊疗指南 [C]. 中国中医药出版社, 2012:17.
- [6] 张珂, 柯嘉, 马芙蓉, 张迎宏, 等. 变应性鼻炎联合用药及鼻用激素维持治疗的疗效 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科. 2010, 17(11): 571-574.

- [7] Miescher SM,Vogel M.Molecular aspects of allergy.Mol Aspects Med,2002,23(6):413.
- [8] Pawankar R. Mast cells in allergic airway disease andchronic rhinosinusitis.Chem Immunol Allergy, 2005, 87 : 111.
- [9] 严道南,马华安,郭小红,等.益气温阳方对变应性鼻炎肺脾虚寒证的临床疗效[J].南京中医药大学学报.2011,27(1):19-21.
- [10] 吴继勇,严道南,马华安,等.鼻敏感颗粒对变应性鼻炎小鼠树突状细胞免疫调节机制的研究[J],临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,28(13):983-985.
- [11] 王旭,颜延凤.针刺治疗变应性鼻炎 30 例临床观察[J].江苏中医药.2015,47(1):55-56.
- [12] 周浩权,郭锡全,林红旭,袁文昊.鼻三针治疗过敏性鼻炎的方案优化实验研究[J].中医临床研究.2012,4(6):36-36.
- [13] 王胜,杨晨,韩建,坤田,等.“鼻炎十针”治疗过敏性鼻炎的疗效对比观察[J]针灸临床杂志,2015,31(1):14-16.
- [14] 林诚.针灸对常年性变应性鼻炎患者血清 Th1/Th2 细胞因子的影响[D].福州:福建中医学院,2007.

(上接 58 页) 屡次服用荆芥、防风、大青叶、银花、连翘等疏风清热中药,或动则采用桑菊银翘之类,患儿均不得汗出,曾叹息“中药治高热无效也,发汗乏力。”实为辨证失误,而对风寒类感冒认识不到位。

体会:柴胡桂枝汤治疗以咽痛为主症的外感热病,具有以下特点:首先所有的咽痛为主症的外感热病,均具有虚体特征,虚体特征具体表现为月经期虚体、久病体虚,发热反复,休作有时,病情迁延。此时外感,风寒外袭,则病情复杂,变化反复。与常人外感殊有不同,其治疗上《伤

寒论》中早有明示,《伤寒论》97 条“血弱气尽,腠理开,邪气因人与正气相搏,结与胁下,正邪分争,往来寒热,休作有时,默默不欲饮食,藏府相连,其痛必下,邪高痛下,邪高痛下故使呕也,小柴胡汤主之”。《伤寒论》394 条“伤寒差以后,更发热,小柴胡汤主之”。其次必须兼有太阳表证,发热、畏寒或畏风,周身酸胀不适,或关节酸痛,尤以重在肢节酸胀疼痛,此乃太阳表邪寒困皮毛肌肤之象,为合用桂枝汤的条件。关于石膏的应用,对于以咽痛为主症的外感热病,无论咽部是否充血,均需要加用生石膏治疗。

中西医结合治疗急性主观性耳鸣的临床观察

秦晏平¹

【摘 要】目的 观察对急性主观性耳鸣中西医结合治疗组和西药对照治疗组及用药的疗效。方法 将 172 例急性主观性耳鸣患者随机分为两大组，其中中西医结合治疗组和西医治疗对照组各 86 例，每个大组再分成三个组（29，29 和 28 例）。在 2012 年 4 月—2014 年 6 月期间，中西医结合治疗组使用的方法是用中医辨证治疗，分别用耳鸣验方，加上红枣加蜜方，或者天麻钩藤饮等，与西医治疗相结合的方法治疗，疗程最长为 30 天。如果中途耳鸣消失或者患者满意则中止治疗。西医治疗对照组实验的方法是扩血管，改善微循环的方法。结果 临床观察结果表明治疗后在两组患者中，大多数的耳鸣症状治愈了。总有效率：中西医结合治疗组为 91.95%，西医治疗对照组为 70.93%；中西医结合治疗组均显著地高于西医治疗对照组（ $P=0.0283$ ）；治愈率分别为 43.68% 和 25.58%，差异具有统计学意义（ $P=0.0178$ ）。结论 为了进一步提高急性主观性耳鸣的治疗效果，作者推荐用中西医结合治疗方法。

【关键词】急性主观性耳鸣；中西医结合治疗；辨证施治；临床观察

耳鸣是耳科常见的一种临床症状，一般有主观性耳鸣和客观性耳鸣之分。其中主观性耳鸣又称为自觉性耳鸣，或神经性耳鸣，属于耳科疾病中较为难治的疾病。目前，现代医学对神经性耳鸣的研究证明在耳科的各项基本检查当中，纯音测听、声导抗、内听道、头颅 CT 或 MRI 以及鼻咽、鼻窦、中耳检查比较，耳鸣与无耳鸣患者之间并无显著差异，仅听性脑干反应差异有显著性^[1]，由此可以推断引起耳鸣的原因的确是神经通路和神经反射有关。随着心血管系统疾病的增加、人口老龄化以及工业、环境噪声的增加耳鸣发病率有逐年升高的趋势^[1]。由于神经性耳鸣的致病

机理非常复杂，目前它的病因还未明了，用现代医学的临床诊疗方法治疗，疗效不佳，因此在国际上，有的学者认为其可归于心理治疗的范畴，比如认知行为疗法是当前最好、最有效的方法之一^[2]。另外，有的学者认为尝试通过声音刺激和迷走神经刺激，及通过神经调节是治疗耳鸣的新途径^[3]。一直以来现代医学提倡耳鸣的习服疗法，实际就是一种习惯性的自适应方法，主要包括掩蔽疗法、松弛训练、转移注意力、心理调适等方法，一般适用于耳鸣日久，慢性耳鸣的患者治疗。对耳鸣早期的治疗，作者建议要特别重视所用药物早期干预的重要性。通过作者在 2012 年 4 月—2014 年 12 月期间对耳鸣患者的临床治疗、疗效观察发现：中西医结合治疗组使用的方法即用中医辨证治疗，分别用 1) 红枣加蜜方，2) 天麻钩藤饮，3) 荆防败毒散加减配方等，与西医治疗相结合的方法治疗，治疗效果优于用西医治疗。因此，本文报告的中西医结合治愈方法对临床治疗急性主观性耳鸣症状有重要的参考价值。

资料与方法

1. 临床资料及治疗标准

1.1 病例选择和耳鸣诊断及判定标准^[4]：患者以耳鸣为第一主诉患者耳内或颅内有鸣响的声音主观感觉，但外界并无相应的声音的客观来源。其中不应包括声音幻觉或错觉。耳鸣这种令人厌烦的声音对患者的睡眠、生活、工作和学习、情绪等造成了不同程度的影响。听力正常或伴有不同程度的感音神经性听力下降。排除来自耳周围的体声。

耳鸣评分及分级标准^[5]：表 1 是世界中医药学会联合会耳鼻喉口腔科专业委员会及中华中医药学会耳鼻咽喉科分会推荐的《耳鸣严重程度评估与疗效评定参考标准》（2007 年，青岛）。

表 1 耳鸣严重程度评估指标及评分标准

评估指标	0分	1分	2分	3分
耳鸣出现的环境	无耳鸣	安静环境	一般环境	任何环境
耳鸣	无耳鸣	间歇时间大于持续时间	持续时间大于间歇时间	持续性
耳鸣对睡眠的影响	无影响	有时影响	经常影响	总是影响
耳鸣对生活及工作的影响	无影响	有时影响	经常影响	总是影响
耳鸣对情绪的影响	无影响	有时影响	经常影响	总是影响
患者对耳鸣严重程度的总体评价	由患者自己对耳鸣程度的实际感受进行评分 (0~6分)			

注：根据最近1周的表现，出现的时间≤1/5定义为“有时”，≥2/3定义为“总是”，二者之间定义为“经常”。根据以上各项指标的总评分将耳鸣的严重程度由轻到重分为Ⅰ~Ⅴ级：Ⅰ级：1~6分。Ⅱ级：7~10分。Ⅲ级：11~14分。Ⅳ级：15~18分。Ⅴ级：19~21分。

凡符合上述诊断标准，年龄>18周岁，同意参加本方案研究，并能完成全程治疗，无合并其他全身性疾病者纳入本观察。排除标准：有明确的耳鸣原因，耳鸣持续时间>3月，或鼓膜穿孔或流脓，合并肝、肾、及其它代谢性疾病者。

1.2 一般资料 作者本人是太原市中医医院耳鼻喉临床医生，172例均为本院2012年4月—2014年6月来就诊的耳鼻喉科患者，均以耳鸣为第一主诉，经诊断为主观性耳鸣。采取的步骤如下：首先进行耳鸣严重程度评估，评估分值>7分，即耳鸣严重程度Ⅱ级以上随机分组进入中医治疗组和西医对照组，每组病源量保持均衡。经检验总体耳鸣患病时间、耳鸣严重程度、年龄和性别等均无显著性差异 ($P \geq 0.05$)。

2. 治疗方法

2.1 中西医结合治疗组治疗方法

中西医结合治疗组治疗方法：予荆防败毒散加减的耳鸣验方，基本方：荆芥 8g，防风 10g，连翘 10g，石菖蒲 12g，薄荷 6g，当归 10g，川芎 9g，枳壳 8g，桔梗 8g，赤芍 10g，黄芪 15g，蔓荆子 8g，怀牛膝 10g，夜交藤 10g。本方取饮片加水 0.6L，浸泡 1 小时后，水煎 30 分钟，取汁 0.4L，日一剂，分早晚两次饭后 1 小时温服。荆防败毒散同一方名源自四部不同的经典书籍，配方各不相同，本文耳鸣验方结合了急性主观性耳鸣的临床特点进行了加减变化。

耳鸣患者如伴有贫血病史，则合并使用红枣加蜜方^[7]：红枣 250g，用 0.5L 自来水浸泡 1 小时后，水煎 1 小时，取上清液 0.3L。在室温下放置，等温度至 35~45℃，再加入蜂蜜 0.01L。患者口服，日 1 次。

若有高血压病病史，或在来诊时经过测量血压在 130/95mmHg 以上者，则先期使用天麻钩藤饮：天麻 10g，钩藤 15g（后下），石决明 15g（先煎），知母 10g，杜仲 12g，桑寄生 12g，怀牛膝 15g，黄芩 10g，夜交藤 12g，茯神 10g，益母草 10g，以上取饮片加水 0.6L，浸泡 1 小时后，水煎 30 分钟，取汁 0.4L，日一剂，分早晚两次饭后 1 小时温服。治疗 7 日后，继用耳鸣验方治疗。

治疗观察周期最长控制在 30 日以内。其中中医辨证为实证患者或伴有高血压病史患者结合西药治疗，方案同西药对照治疗组，贫血病史患者及虚证患者不结合使用西药治疗。

2.2 西医对照组治疗方法

西医对照组治疗方法如下：

急性耳鸣症状耳鸣患者：病程小于 3 个月的，给予扩张血管，改善微循环，营养神经等治疗。

方案：

低中频耳鸣患者：采用激素改善微循环治疗，5% 葡萄糖 0.25L、银杏黄酮苷 105mg、地塞米松 10 mg 静脉滴注。

高频耳鸣患者：0.9% 氯化钠注射液 0.25L，2% 利多卡因 0.01L，地塞米松 10mg 静脉滴注^[6]。

以上患者，在治疗期间均停用其它治疗耳鸣的药物。

2.3 耳鸣的疗效评定标准

按如下方法评定疗效：痊愈：耳鸣消失，且伴随症状消失，随访一个月无复发。显效：耳鸣程度降低 2 个级别以上（包括 2 个级别）。有效：耳鸣程度降低 1 个级别。无效：耳鸣程度无改变。

疗效评价方法：根据附表 1：耳鸣严重程度评估指标及评分标准进行记分。在治疗前与治疗前后分别对患者的耳鸣严重程度进行评分，根据总

分值对耳鸣严重程度进行分级（I ~ V 级），再根据治疗前后耳鸣程度的级别改变判断为痊愈、显效、有效、无效。^[5]

2.4 统计学方法 中西医结合治疗组和西医治疗组的病例分别分成 3 个组，进行治疗、观察并记录。结果用 T-test 方法（SAS 9.1, SAS Institute, Cary, North Carolina, USA), 进行统计计算。如果 $P < 0.05$ 表示二者有显著性差异。

结 果

1. 两组疗效比较：经过一个疗程的治疗，中西医结合治疗组完成治疗数 86 人，治愈总有效率 93.01%，其中总有效 80 人，总有效率 93.1%；痊愈 38 人，治愈率 44.18%；无效 7 人，无效率 8.13%。；西医对照组完成治疗数 86 人，其中总有效 61 人，总有效率 70.93%；痊愈 22 人，治愈率 25.58%；无效 25 人，无效率 29.06%（表 1 和表 2）。比较两组疗效效果，发现治中西医结合与西药治疗急性主观性耳鸣总有效率（ $P = 0.028$ ）和总痊愈率（ $P = 0.0178$ ）均有显著差异。表 2 中西医结合与西药治疗急性主观性耳鸣有效率比较（ $\bar{x} \pm SD$ ）

处理	病例	有效人数				总有效人数	总有效率(%)
		第一组	第二组	第三组	平均值		
中西医结合治疗	86	27	29	24	26.67±1.45A	80	93.01A
西药治疗 (CK)	86	22	18	21	20.33±1.20B	61	70.93B

注：将 172 例急性主观性耳鸣患者随机分为两大组，其中中西医结合治疗组和西医治疗对照组各 86 例；然后每个大组再分成 3 个组（29、29 和 28 例），治疗后记录有效人数、进行统计、计算。平均值后跟随不同的字母表示差异显著（ $P = 0.0283$ ；T-test, SAS）。

表 3 中西医结合与西药治疗急性主观性耳鸣治愈率比较（ $\bar{x} \pm SD$ ）

处理	病例	有效人数				总治愈人数	总治愈率(%)
		第一组	第二组	第三组	平均值		
中西医结合治疗	86	12	15	11	12.67±1.20A	38	44.18A
西药治疗 (CK)	86	8	6	8	7.33±0.67B	22	25.58B

注：将 172 例急性主观性耳鸣患者随机分为两大组，其中中西医结合治疗组和西医治疗对照组各 86 例；然后每个大组再分成 3 个组（29、29 和 28 例），治疗后记录治愈人数、进行统计、计算。平均值后跟随不同的字母表示差异显著（ $P = 0.0178$ ；T-test, SAS）。

2. 两组药物不良反应比较的个别病例观察：

用中西医结合治疗组的 86 个患者无明显的不

良反应，但是西医对照组的 86 个患者中出现耳鸣加重的患者 1 例。这是个体严重差异所致。

3. 关于不同疗法的疗效观察

观察、记录中医红枣加蜜方，天麻钩藤饮和耳鸣验方的疗效。

3.1 耳鸣验方－荆防败毒散的疗效：本方经临床验证对于耳鸣初期，有明显闷堵感，鼓膜内陷的患者，疗效较好。

3.2 中医红枣加蜜方^[7]的疗效：本方在临床治疗有贫血病史的耳鸣患者屡见奇效。一般疗程为 3-7 天。治疗记录：其中 4 位女性患者曾在生育后或年轻时有贫血病史，耳鸣出现时并无贫血指征，服药后 2 位患者在 3 天内痊愈，1 位在 3 天症状明显减轻，七天后消失。还有一位 7 日耳鸣减轻，未能完全消失。另外，一位男性患者并无贫血病史，但其出现耳鸣的诱发原因是心脏搭桥手术。术后出现体位相关性耳鸣。即卧位或头低位时耳鸣消失，直立行走时耳鸣出现，作者考虑为心脏供血能力下降，头部供血不足，故亦选用红枣加蜜方，临床治疗 3 日后耳鸣消失，以上患者至今无一人复发。

3.3 天麻钩藤饮^[8]的疗效：天麻钩藤饮治疗肝阳上亢型高血压及高脂血症、血管性头痛均有明显的疗效。因此，本次中医诊疗方案结合现代研究，对高血压病患者出现耳鸣者首先采用天麻钩藤饮进行治疗。治疗 7 日后，血压稳定在正常水平，但耳鸣未能消失的患者，继续使用耳鸣验方。

讨 论

耳鸣是耳科疾病中的顽症之一。对于主观性耳鸣治疗，与西药对照治疗组相比，本文结果证实了中西医结合治疗组使用的方法即用中医辨证治疗，分别用 1) 荆防败毒散加减耳鸣验方，2) 红枣加蜜方，3) 天麻钩藤饮等，与西医治疗相结合的方法治疗的效果佳，其治疗效果优于用西医治疗。

荆防败毒散加减耳鸣验方中使用的荆防败毒散原方为解表剂，本文取其方进行加减用以治疗

急性主观性耳鸣,其中取其荆芥、防风、桔梗、川芎、薄荷等药上行头面,发散耳窍病邪之气,同时用黄芪、当归以补助其气血。据临床观察,有部分患者早期使用西药治疗效果差,甚至有耳鸣加重的情况,笔者考虑可能与西药在改善微循环的过程中,局部血管扩张,神经通路畅通的同时,没有能够充分重视气血及营养物质的补充,在没有足够气与血运行于脉中的情况下,单纯疏通通路,并不能达到有效的治疗疾病根本的目的。因此中药耳鸣验方中加入了益气的黄芪和养血的当归。药物怀牛膝本身不仅有补益肝肾的作用,同时可以佐制解表发散药物的过度升腾,防止血压上升。中医理论耳为肾之窍,耳鸣一直以来与肝肾的虚损的关系不容忽视,因此用怀牛膝补益肝肾。方中选用夜交藤乃何首乌的藤茎,有通络祛风,养心安神的作用。急性耳鸣患者多有神经功能失调,心神不安,容易失眠,因此方中加用夜交藤。蔓荆子可清利头目、治疗头晕耳鸣。石菖蒲可化湿开窍,醒神益智,对中枢神经系统有镇静作用,一直以来为治疗耳鸣的要药。因此,本文耳鸣验方选用荆防败毒散加减的耳鸣验方中选用以上药物相结合,共同起到开窍散邪,补肝肾、益气血,从而达到治疗和消除耳鸣的功效。本文主旨在于将西医的治疗纳入中医的辨证当中,对于虚证及贫血病史的患者,不主张加用西药治疗,原因也是考虑防止所用西药改善微循环的过程,中医认为是疏通作用太过,而缺乏相应的能量物质基础,可能会加重部分虚证耳鸣患者的症状,从而经斟酌不予使用的。作者用耳鸣验方经临床验证对于耳鸣初期,有明显闷堵感,鼓膜内陷的患者,疗效比较好。

中医红枣加蜜方^[7]所含的红枣不仅含有多种氨基酸、钙、铁等微量元素及丰富的维生素 A、维生素 C、维生素 B1、维生素 B2,此外还含有胡萝卜素等,营养十分丰富,有利于患者康复,而且含有大量环磷酸腺苷的物质,具有扩张血管,抗过敏,增强心肌收缩力的作用。中医认为枣性

味:微温,甘。功用:补脾益气,养血安神。蜜红枣能提高人体免疫力,并可抑制癌细胞,药理研究发现,红枣能促进白细胞的生成,降低血清胆固醇和血脂,提高血清白蛋白,保护肝脏。蜂蜜是一种营养丰富的天然滋养食品,也是最常用的滋补品之一。据分析,蜂蜜含有与人体血清浓度相近的多种无机盐和和维生素、铁、钙、铜、锰、钾、磷等多种有机酸和有益人体健康的微量元素。蜂蜜能改善血液的成分,促进心脑和血管功能。食用蜂蜜能迅速补充体力,消除疲劳,增强人体对疾病的抵抗力,促进耳鸣病人康复。

用天麻钩藤饮^[8]既有降压作用,又有调节高级神经活动的作用。它的功能包括头痛眩晕,失眠抽搐,半身不遂,高血压病,头痛,晕眩,失眠。耳鸣眼花等。中医认为耳鸣多与肝肾有关,而春气通肝,春季也最易使肝旺,肝气上冲,出现耳鸣也就不足为奇了。除了药物治疗外,可以辅助以下的按摩手法,从而促进耳部血液循环、刺激听神经,对减轻症状、缓解病情都很有好处。

耳中有若蝉鸣之声,叫个不停,令人心绪不宁中医医学认为,有耳鸣之疾,属肾功能弱,患者常伴有腰背痛症状。中医学认为,此病有虚实之分,每一种中药的功能不同,然而辨证治疗的好处是对症下药。例如中药柴胡能抑制毛细血管通透性增加或渗出水肿^[9],在以后的治疗中可以考虑使用。宋世雄等^[10]采用西医治疗相结合的方法治疗神经性耳鸣,有效率达到 95%,但是没有提及治愈率。本文作者所用的中西医结合的方法治疗急性主观性耳鸣达到 90% 的患者有效,治愈率 44%,由于治疗的疾病不完全相同,所以二者没有可比性。为了提高治愈率,作者所用的中西医配方需要进一步的改进。同时需要进一步研究对混合中药化学成分的协同作用,以便明了它们的作用方式。

结论:对于急性主观性耳鸣治疗,与西药对照治疗组相比,本文结果证实了中西医结合治疗方法显示出明显的优势。由于中医诊疗方法比较

注重个体化差异；关注个人体质差别，使用的治疗方法灵活性较高。与之相比，西医诊疗方法显得有的儿僵化，缺乏灵活性，以后有待改进。另外，本文考虑运用中医的辨证思维，将西医的诊疗方案纳入到中医的辨证范畴，并结合中医诊疗特点灵活应用，取得了良好的耳鸣治疗的效果。将来，主观性耳鸣的临床治疗还需要进一步改进和提高，特别是对不同患者要分别对待，精确用药量。

参考文献

[1] 金玲, 葛荣明, 赵小虎, 等. 耳鸣临床常用检查方法的评价. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志, 2012 (20): 327 - 330.

[2] Kreuzer, Peter M. Chronic tinnitus: an interdisciplinary challenge. Deutsches Arzteblatt international, 2013; 110 (16): 278 - 84.

[3] Navzer D. Directing neural plasticity to understand and treat tinnitus. Hearing research.

2013; 295: 58 - 66.

[4] 王士贞主编, 《中医耳鼻咽喉科临床研究》, 人民卫生出版社, 2009: 432.

[5] 中医耳鼻咽喉科临床研究. 世界中医药, 耳鸣严重程度评估与疗效评定参考标准, 2008 (3): 71.

[6] 耳鸣的诊断与治疗《临床诊疗进展圆桌论坛》. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010 (1): 35 - 40.

[7] 申砚鸿. 家庭实用偏方精选. 河北科学技术出版社出版, 1990. 178.

[8] 张桂萍, 曹晓岚. 天麻钩藤饮的现代临床应用. 世界中西医结合杂, 2012(4): 366 - 368.

[9] 徐绍勤, 彭宾, 刘佳运, 等. 复聪片及其拆方拮抗庆大霉素耳毒性反应的实验研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 1998, 18 (6): 365.

[10] 宋世雄, 王长垠. 中西医结合治疗神经性耳鸣的临床观察. 光明中医, 2013(7): 1435 - 1436.

(上接 36 页) 心理疗法辅治耳鸣的疗效观察 [J]. 浙江中西医结合杂志, 2002, 12(12): 769.

[13] 黄治物, 耳鸣的诊断和治疗现状及思考

[J]. 中国医学文摘耳鼻咽喉科学, 2007, 22(2): 92 - 93.

加味止嗽散配合耳压穴治疗感冒后咳嗽临床观察

王任霞¹ 张春晖¹

【摘要】目的：观察加味止嗽散配合耳压穴治疗感冒后咳嗽的临床疗效。**方法：**90 例感冒后咳嗽患者随机分为治疗组和对照组各 45 例，治疗组给予加味止嗽散内服配合耳压穴治 10 天，对照组给予盐酸西替利嗪片及咳必清片口服治疗 10 天，观察两组患者治疗后的痊愈率及总有效率。结果：治疗组痊愈率为 24.44%，总有效率为 91.11%，对照组痊愈率 8.89%、总有效率为 64.44%，两组患者痊愈率及总有效率经检验 $P < 0.05$ ，具有显著差异性。结论：加味止嗽散配合耳压穴是临床治疗感冒后咳嗽的良好方法。

【关键词】感冒后咳嗽；加味止嗽散；耳压穴；临床疗效

感冒急性期症状消失后，咳嗽迁延不愈，临床上称之为感冒后咳嗽^[1]，中医临床亦称之为喉源性咳嗽^[2]，以咽痒，刺激性干咳为主，可伴有少量白色粘痰，咳嗽多夜间发作，异味或吸入冷空气刺激后症状加重，症状多持续 8 周左右，西医亦将该病统称为感染后咳嗽（Postinfectious Cough）。近年来，随着大气污染的加重及雾霾指数的增加，该病的发病率呈持续上升趋势，长期的咳嗽不仅影响患者的日常工作和生活，更给患者带来精神的极大压力，有些患者好像认为该病无法治愈，无特效药，就诊时极为烦躁，悲观甚至抑郁。我们以加味止嗽散内服配合耳压穴治疗该病，取得良好的临床疗效，现报告如下。

1. 临床资料

1.1 一般资料

90 例感冒后咳嗽患者全部来自我院 2013 年 9 月至 2015 年 3 月耳鼻喉科门诊以咽痒咳嗽为主诉就诊的患者。将所有患者随机分为治疗组 45 例与对照组 45 例。治疗组男 27 例，女 18 例，年龄最大 56 岁，最小 15 岁，平均年龄 (28.58 ± 9.12) ，

病程最长 11 周，最短 2 周，平均 (6.82 ± 2.05) 周。对照组男 24 例，女 21 例，年龄最大 57 岁，最小 14 岁，平均年龄 (29.31 ± 8.95) ，病程最长 12 周，最短 3 周，平均 (6.12 ± 1.95) 周；治疗组与对照组在性别、年龄、病程等因素在资料统计分析无显著性差异（ $P > 0.05$ ）。

1.2 诊断标准

西医诊断标准：参照《咳嗽的诊断与治疗指南》^[3]：有呼吸道感染引起，感染控制后咳嗽迁延不愈，表现为刺激性干咳或咳少量白色黏液痰，肺部无阳性体征或仅有呼吸音粗糙，无固定性湿罗音，胸部 X 线检查无明显病变。

中医诊断标准：参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]确定为感冒后咳嗽，临床以咳嗽为主证，以咽痒、咽干或咳少量白粘痰等为次要症状，遇冷空气、异味刺激等因素则上述症状突发或加重，夜卧咳剧，舌苔薄白，脉浮，或紧，或弦。

1.3 病例入组标准

纳入标准：①近期确有上呼吸道感染病史，感染控制后咳嗽仍迁延不愈；②症状以咽痒，刺激性干咳为主，可伴有少量白色粘痰，咳嗽多夜间发作，异味或吸入冷空气刺激后症状加重；③咽喉部黏膜色淡红或暗红，无其他阳性体征；④胸透或胸片检查未见异常体征；⑤血常规检查正常；⑥自愿接受随访观察疗效者。

排除标准：①患有严重心肝肾及血液系统疾病病史者或精神病患者；②有明确的肺系疾病患者；③妊娠或哺乳期妇女；④过敏体质及治疗所用药物有不适者；⑤随访观察疗效期间失去联系者。

1.4 疗效评定

评定方法：每个病例的单项症状疗效及综合疗效均按治疗前后症状体征积分值变化的百分率

进行判断（尼莫地平法）。参照 2002 年版的《中药新药临床研究指导原则》^[4]中的相关内容自拟临床症状评分标准，以咳嗽、咽痒及咯痰为主要观察指标。咳嗽评分：昼夜咳嗽频繁，影响工作和睡眠记 6 分；间断咳嗽，不影响正常生活和工
作记 4 分；偶有短暂咳嗽记 2 分；无咳嗽记 0 分。咽痒评分：咽痒难忍，痒即咳记 6 分；咽痒可忍 4 分；偶有咽痒记 2 分；无咽痒记 0 分。咯痰评分：每次咳嗽均有少量痰咳 4 分；偶有咯痰记 2 分；无痰咳记 0 分。记录每位患者各临床症状的积分计算出平均积分及平均总积分。

临床疗效评定标准：参照 2002 年版的《中药新药临床研究指导原则》^[4]，即（治疗前总积分值－治疗后总积分值）/ 治疗前总积分值 × 100%。以用药 10 天为治疗时间段，治愈：临床症状及体征消失，积分减少 ≥ 95%；显效：临床症状及体征明显改善，积分减少 ≥ 70%；有效：临床症状及体征有改善，积分减少 ≥ 30%；无效：临床症状及体征无明显改善，积分减少不足 30%。

2. 药物与方法

2.1 治疗组：给予加味止嗽散内服及耳压穴治疗。方药：炒桔梗 15g、荆芥 15g、紫苏 15g、百部 12g、白前 12g、陈皮 12g、蝉蜕（后下）12g、五味子 9g、百合 12g、甘草 6g，水煎 300ml，分两次温服，共服 10 日；耳穴：取双耳部神门、肺及咽喉穴，75% 酒精局部消毒耳廓，将附有王不留行籽的活血止痛膏小贴贴在选定的穴位的敏感点上，嘱患者每天自行按压 3～5 次，每次按压 2～3 min，以耳穴发热或出现微痛酸胀感为度，每贴压 4 d 休息一天，共治疗 10 日。

2.2 对照组：盐酸西替利嗪片（昔利，扬子江药业集团有限公司国药准字 H19980059），10mg，每晚 1 次口服，咳必清（丹东医创药业有限责任公司，国药准字 H21022140），每次 25mg，每日 2 次口服，共服 10 日。不足 10 日痊愈者可停药。

所有患者治疗期间禁私自加用其他抗生素，

糖皮质激素，抗组胺药物及其他止咳药物，同时禁辛辣冰冷饮食饮品，禁止熬夜，注意防寒保暖。

3. 统计方法

采用 SPSS17.0 统计软件进行统计分析，数据统计描述用 $\bar{x} \pm s$ 表示，同组治疗前后比较采用 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验，计数资料比较采用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 作为有显著性统计学差异。

4. 结果

从表 1 可以看出，治疗前，两组患者各临床症状平均积分及平均总积分比较无差异（ $P > 0.05$ ）；治疗后，治疗组患者各临床症状平均积分及平均总积分与对照组比较均有显著差异（ $P < 0.05$ ）；从表 2 可以看出治疗组患者的治愈率为 24.44%，总有效率为 91.11%，对照组患者治愈率为 8.89%，总有效率为 64.44%，两组患者治愈率及总有效率比较均匀显著差异（ $P < 0.05$ ）。表 1 治疗前后两组患者各临床症状平均积分及平均总积分（ $\bar{x} \pm s$ ）

项目	例数	治疗天数	咳嗽	咽痒	咯痰	平均总积分
治疗组	45	治疗前	4.96±0.85▲	5.25±0.56▲	3.05±0.66▲	13.54±2.06▲
		治疗后	0.55±0.24★	0.85±0.66★	0.65±0.55★	2.35±0.96★
对照组	45	治疗前	4.89±0.76	5.36±0.52	3.28±0.59	13.69±2.15
		治疗后	1.75±0.94	2.05±0.79	1.25±0.65	4.26±1.58

注：治疗前与对照组比较▲ $P > 0.05$ ；治疗后与对照组比较★ $P < 0.05$

表 2 治疗后两组痊愈率及总有效率对比 n(%)

组别	例数	痊愈(%)	显效(%)	有效(%)	无效(%)	总有效率(%)
治疗组	45	11(24.44)★	14(31.11)	16(35.56)	4(8.89)	41(91.11)★
对照组	45	4(8.89)	9(20.00)	16(35.56)	16(35.56)	29(64.44)

注：与对照组比较★ $P < 0.05$

5. 讨论

感冒后咳嗽中医临床亦称之为喉源性咳嗽，近年来随着大气污染的加重及雾霾指数的增加，该病临床发病率呈上升趋势。西医亦称该病为咳嗽变异性哮喘、变应性咳嗽，认为该病病因多由呼吸道病毒、肺炎支原体、衣原体感染引起，但给予抗生素、抗组胺药物及镇咳药治疗效果不理想，所以认为该病发病机制尚未明确，且无特效疗法。

自古以来就有“百病易治，咳嗽难医”之说，感冒后咳嗽应属于这类难治咳嗽范围之内。中医临床认为该病病位在咽喉，咳点在声门，病因病机为风邪束肺、肺失宣降。笔者认为该病病机为风邪夹寒或夹热伤人肌表，形成表证，给予辛温解表或辛凉解表治疗后，因调护不当，风邪作为余邪留滞机体，扰乱气机，肺失清肃，肺气抗逆，故咳嗽；因风邪为阳邪，久留必致机体耗气伤阴，故致干咳无痰或少痰；风盛则痒，故出现喉痒咳嗽症状；风性善行，夜卧需阳入阴，然风动不止，故咳嗽夜甚。基于以上因素，故治疗给予加味止嗽散治疗。止嗽散出自中医大家程钟龄的《医学心悟》，专于风邪犯肺之咽痒咳嗽，并有止咳化痰，疏表宣肺之功，历代医家以此方加减治疗咽痒咳嗽，均取得了良好的治疗效果。笔者在方中加蝉蜕可加强其祛风止咽痒之功效，久咳耗肺气伤肺阴，故加五味子少量轻敛肺气，百合养肺阴，诸药共奏疏风宣肺止咳之功，达到咽痒止咳嗽停的目的。

《灵枢·口问》说“耳者，宗脉之所聚也。”耳压穴主要通过刺激耳穴调节经脉，传导感应，调整虚实，使人体各部分的功能活动得到调整。耳压穴为中医外治方法，其治病范围较广，操作

方便，副作用小，在临床已被广泛应用。患者久咳不愈，产生心情烦躁，失眠等各种不良生活状态，需及时给予调整。临床证明耳穴神门具有显著的镇静安神及消炎止痒作用^[5]，故取神门贴压以达宁心安神、消炎止痒、镇咳平喘；局部刺激耳穴肺及咽喉符合全息医学理论，可以达到调理肺气，利咽止咳的临床疗效，取穴简单，但临床疗效显著。

仍有部分患者对上述治疗方法反应欠佳，所以临床仍然面临进一步探讨该病的最佳治疗方法及方药。

参考文献

- [1] 赖克方. 慢性咳嗽 [M]. 北京：人民卫生出版社，2008：130.
- [2] 干祖望. 中医喉科学 [M] 北京：光明日报出版社. 1987：127.
- [3] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南（2009 版）[J]. 中华结核和呼吸杂志，2009，32（6）：407-413.
- [4] 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，2002：26-28.
- [5] 吴锡强. 耳穴神门穴的临床应用探讨 [J]. 陕西中医，2009，30（10）：1374-1376.

扶正止鼾汤治疗变应性鼻炎（脾肾阳虚证） 的随机对照研究

张治军¹ 滕磊¹ 袁波¹ 张弢¹ 施陈燕¹ 余韵诗¹ 张金铭¹

【摘要】目的 评价扶正止鼾汤治疗变应性鼻炎的临床疗效和安全性。**方法** 采用随机对照方法，将 120 例变应性鼻炎（脾肾阳虚证）分两组，对照组予以鼻用糠酸莫米松喷鼻，试验组在鼻喷激素的基础上，口服扶正止鼾汤，连续治疗 4 周。分别于治疗前、治疗后第 4 周对鼻部症状进行评估。查血常规、肝肾功能，比较治疗前后各指标变化。**结果** 治疗后第 4 周两组鼻部症状均较治疗前明显改善。与治疗前相比，各症状评分差异有统计学意义。治疗后第 4 周，试验组鼻阻评分低于对照组。两组血常规、肝肾功能在治疗前后均无明显变化。**结论** 单用鼻用糠酸莫米松或联合扶正止鼾汤治疗 AR 均可取得良好效果，联合扶正止鼾汤可更好地缓解鼻塞症状。服用 4 周扶正止鼾汤，不会造成血常规、肝肾功能的变化。

【关键词】 鼻炎；变应性；常年性；扶正止鼾汤；糠酸莫米松；鼻喷雾剂

变应性鼻炎（allergic rhinitis, AR）已成为全球性健康问题，严重影响人体健康。我国城市 AR 患病率为 8%~20%^[1]，且有逐年上升趋势。AR 除了鼻塞、流涕、鼻痒和喷嚏等典型症状外，是造成失眠、白天疲乏、学习能力下降、认知能力减退和工作效率下降的主要原因^[2]。因此，寻求有效控制中-重度持续性 AR 的药物具有重要的临床意义。本研究采用随机对照方式，观察中药“扶正止鼾汤”联合鼻用糠酸莫米松治疗对持续性中-重度 AR 患者各项临床症状、血象和肝肾功能的影响，以期验证该汤药的疗效和安全性。

资料与方法

1. 患者入选、排除标准及临床资料

1.1 入选标准 参照 2009 年中华医学会耳鼻喉科学分会武夷山会议制定的变应性鼻炎诊断

和治疗指南^[3]，结合中医证候辨证分型，选择持续性中-重度变应性鼻炎（脾肾阳虚证）患者 120 例，年龄 14~70 岁，性别和种族不限，经变应原皮肤点刺试验或血清特异性 IgE 检测证实，其鼻塞症状评分 ≥ 2 ，鼻部症状评分总分 ≥ 8 。

脾肾阳虚证表现为畏寒肢冷，面色㿔白，腰酸，腹部冷痛，完谷不化，或浮肿少尿，舌淡胖，苔白滑，脉沉迟无力等。

1.2 排除标准：妊娠及哺乳期妇女；合并哮喘并接受治疗者；有鼻息肉、鼻中隔偏曲显著者；明显器质性心脏病、肝肾功能异常者；近期应用相关药物（如糖皮质激素和其他中药）者。入选患者签署知情同意书。

1.3 临床资料 选择 2010 年 3 月~2012 年 11 月间在上海中医药大学附属曙光医院耳鼻咽喉科门诊中-重度 AR 患者（脾肾阳虚证）120 例，采用数字随机表法分两组，试验组和对照组各 60 例。试验组中，男 31 例，女 29 例，年龄 15~68 岁，平均年龄 (35.6 ± 12.4) ，平均病程 72 个月；对照组中，男 35 例，女 25 例，年龄 14~70 岁，平均年龄 (34.9 ± 15.1) ，平均病程 74 个月。治疗过程中退出 3 例，病例脱落率 2.5%，其中试验组 2 例系外地出差中止治疗，对照组 1 例系用药两周症状无缓解而停药。最终完成疗程纳入统计分析的患者共 117 例。

2. 治疗方案 鼻用糠酸莫米松（内舒拿，上海先灵葆雅制药有限公司），200 $\mu\text{g}/\text{d}$ （晨起每次每侧鼻孔 2 喷，每日 1 次）；中药“扶正止鼾汤”（仙灵脾 12g，山萸肉 12g，炙黄芪 15g，炒白术 12g，防风 9g，蝉衣 9g，煅牡蛎 15g，丹皮 9g，桔梗 4.5g，炙甘草 3g），每剂煎煮 200ml，分 2 次餐后 1 小时等量温服。疗程 4 周（28d）。治疗

期间不使用其他治疗 AR 的药物，忌食鱼、虾、油腻及牛羊肉等食物。

3. 观察指标 分别于患者开始治疗时（访视 1）、治疗后第 4 周（访视 2）由医生和患者共同对临床症状进行评估。临床症状评分标准（见表 1）：对鼻涕、鼻塞、鼻痒和喷嚏 4 项症状进行评分。0 分：正常；1 分：轻度（症状轻微，但容易忍受）；2 分：中度（症状明显，但能忍受）；3 分：重度（症状难以忍受，影响日常生活）。评分时可以使用半分（如 0.5、1.5、2.5）。鼻部症状总分为 4 项症状得分的总和。

表 1 变应性鼻炎症状评分标准

症状	0	1	2	3
喷嚏(个/次)	无	3~9	10~14	≥15
流涕(次/日)	无	≤4	5~9	≥10
鼻塞	无	偶有	介于两者之间	几乎全天用口呼吸
鼻痒	无	间断	蚁行感，可忍受	蚁行感，难忍受

4. 统计方法 所有数据分析以 SAS 8.2 软件包完成，两组间性别分布比较采用卡方检验，年龄均数比较采用 t 检验。各组治疗前后的症状评分比较采用配对 t 检验，采用成组 t 检验做两组间治疗后症状评分值的比较，所有假设检验均取 $\alpha=0.05$ ，以 $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。

结 果

1. 两组在性别 ($\chi^2=0.539$, $P=0.463$)、年龄 ($t=0.274$, $P=0.785$) 分布上差异无统计学意义。

2. 鼻部症状 治疗 4 周后，试验组和对照组鼻部各症状评分以及鼻部症状总分较治疗前相比明显下降（表 2），差异有统计学意义 ($P<0.05$)。鼻阻缓解情况试验组优于对照组，从表 2 可以看出，治疗 4 周后试验组鼻阻症状评分低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 2 两组治疗前后症状评分及评分差的比较 ($\bar{x} \pm s$)

项目	鼻痒	喷嚏	流涕	鼻阻	总分
访视1					
试验组	2.18±0.64	2.35±0.52	2.38±0.47	2.39±0.56	9.30±1.12
对照组	2.15±0.66	2.30±0.63	2.28±0.59	2.38±0.61	9.11±1.24
访视2					
试验组	0.63±0.61**	0.68±0.54**	0.70±0.57**	0.52±0.65**	2.53±1.71**
对照组	0.68±0.62*	0.71±0.65*	0.79±0.68*	0.93±0.64*Δ	3.11±2.14*Δ

注：1. 组内比较（与治疗前基线水平相比）：* P 、** $P<0.05$ 。

2. 组间比较（治疗后 4 周症状评分）：Δ $P<0.05$ 。

3. 不良反应评估

治疗过程中与使用药物相关的不良事件发生率为 6.8% (8/117)，主要包括上腹部胀满感、鼻部刺激感、鼻出血、鼻干、鼻痒和鼻灼热感等，但未出现全身性严重不良事件。

讨 论

变应性鼻炎以近 20% 的发病率居鼻科疾病之首，是威胁人类健康的主要疾病之一，严重影响人们的工作与生活。变应性鼻炎是由 IgE 介导的 I 型变态反应，其发病是通过致敏细胞介质的释放和作用来实现的，以鼻痒、喷嚏、流清涕为主要临床症状，阻断过敏反应发生的任何环节均能有效控制变应性鼻炎临床症状，但很难从根本上消除疾病的发生。鼻用糖皮质激素对 AR 患者各种鼻部症状都有明显的改善作用，已经成为治疗中—重度持续性 AR 的首选用药之一^[4]。研究表明，鼻用糠酸莫米松具有较强的鼻黏膜局部作用和更小的全身生物利用度^[5]。国内多中心临床研究发现，鼻用糠酸莫米松治疗 AR 患者（200 μg/d，疗程 4 周），能够很好地控制患者的主要症状，临床疗效随治疗时间延长有所提高^[6]。由此提出临床在使用鼻用糠酸莫米松治疗持续性中—重度 AR 时，应坚持使用 4 周以上^[6]。

由于变应性鼻炎病因复杂，与过敏性体质密切相关，涉及机体内分泌、植物神经和免疫系统的功能失调等，鼻喷激素虽然可迅速控制症状，但停药后容易反复。变应性鼻炎，中医称之为“鼻鼽”，最早源于《内经》。刘河间曰：“鼽者，鼻出清涕也”。中医理论认为，鼻鼽的发生主要

由于肺气虚，卫表不固，腠理疏松，风寒乘虚而入，犯及鼻窍，邪正相搏，肺气不得通调，津液停聚，鼻窍壅塞，遂致喷嚏流清涕。《诸病源候论》载：“肺气通于鼻，其脏有冷，冷随气入乘于鼻，故使涕不能自收”。《素问·宣明五气论》有“五气所病……肾为欠、为嚏”之说。故此，张重华教授认为，鼻鼽其标在肺，其本在脾肾。这与临床上大多数鼻鼽患者具有肾阳虚的症状，如怕冷、舌体淡胖、边有齿印，以及苔白润、脉沉细等较为一致。脾气虚与肺气虚的根本在于肾气虚，盖因“气之根在于肾”，肾虚而摄纳无权，气不归元浮上则嚏，阳气耗散寒水犯鼻则涕清。因此张重华教授特别强调“补肾、健脾、益肺”治疗鼻鼽的新思路，并自订“扶正止鼽汤”。方药组成如下：仙灵脾、山萸肉、炙黄芪、炒白术、防风、蝉衣、煅牡蛎、丹皮、桔梗、炙甘草。其功效可概括为补肺温肾，益气固表，祛风散邪，收敛固涩。方中主药仙灵脾味辛甘性温，入肝肾经，具有补肾助阳，祛风除湿，温养补虚的作用；配山萸肉，味酸性温，能补益肝肾，收涩固脱。山萸肉微温不燥，补而不峻，平补阴阳，与仙灵脾同用，温肾固涩，止涕止鼽。方中黄芪重用益气固表，盖“黄芪系补肺健脾、实卫敛汗、驱风运毒之药也”。配防风走表散风邪，白术健脾益气、燥湿利水；蝉衣性味甘寒，入肝肺经，能疏风散热，祛风止痒。全方具有固表而不留邪、祛邪而不伤正，补散兼施的作用。鼻用糠酸莫米松控制症状快，扶正止鼽汤跟进巩固疗效好，两者联合具有标本兼治的优势。从结果可以看出，联合中药扶正止鼽汤比单用鼻喷激素能更好地缓解鼻塞症状，可能与中药具有益气温阳和清透通窍的作用有关。中医治疗变应性鼻炎，多从肺脾肾着手，辨证论治，兼顾活血、利水、疏风通络^[7]，收到较为满意的

临床效果，显示其独特的优势。

整个治疗过程中，药物相关不良事件发生率为 6.8%，主要有上腹部胀满感、鼻部刺激感、鼻出血、鼻干、鼻痒、鼻灼热感等，未出现严重不良事件。提示鼻用糠酸莫米松联合扶正止鼽汤治疗 AR 是安全的。

参考文献

- [1] 韩德民，张罗，黄丹，等. 我国 11 城市变应性鼻炎自报患病率调查. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2007, 42: 378-384.
- [2] Juniper EF. Measuring health-related quality of life in rhinitis. J Allergy Clin Immunol, 1997, 99: 742-749.
- [3] 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. 变应性鼻炎诊断和治疗指南 (2009 年, 武夷山). 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44: 977-978.
- [4] Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen). Allergy, 2008, 63 Suppl 86: 8-160.
- [5] 张罗，韩德民. 鼻用皮质类固醇的临床选择. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2008, 15: 113-116.
- [6] 张罗，许庚，王向东，等. 鼻用糠酸莫米松治疗中-重度变应性鼻炎的多中心临床研究. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2009, 44: 455-459.
- [7] 李姝淳，廖月红. 中医药治疗变应性鼻炎概述. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2004, 12: 289-291.

针药结合配合心理干预治疗神经性耳鸣的临床研究

范小利¹ 李丽¹

【摘要】目的 观察针药结合配合心理干预与常规药物治疗神经性耳鸣的临床疗效差异，寻找治疗该病的较佳疗法。**方法：**将 68 例神经性耳鸣患者随机分为治疗组 35 例和对照组 33 例，治疗组采用针刺耳门、听宫、听会、翳风及随证取穴，每日 1 次；中药汤剂辨证，每日 1 付，分两次服用；配合心理干预治疗。2 周为一疗程。对照组采用常规药物甲钴胺每次 1 片，每日三次和活力苏口服液每日一次，每次 1 支，睡前服用。1 个月后观察两组患者的临床疗效差异。结果：治疗组总有效率 85.71%，对照组总有效率 69.70%，提示治疗组临床疗效明显优于对照组 ($P < 0.01, P < 0.05$)。结论：针药结合配合心理干预治疗神经性耳鸣疗效显著，是较佳的治疗方法。

【关键词】神经性耳鸣；针药结合；辨证论治；心理干预

神经性耳鸣是一种临床常见症状，为常见疑难病症之一，其发病原因目前还不清楚，一般认为多与血管、病毒感染导致神经病变、自身免疫等因素有关^[1]。目前，也有观点认为心理因素在耳鸣患者中也有比较明显的表现，影响耳鸣的发病、病情和治疗效果。该病尚无根治方法和特效药物。一般常采用血管扩张剂、神经营养剂及高压氧等，以增加局部缺血组织的血流量，减轻血管内膜水肿，改善内淋巴循环，但临床上常不能达到预期效果。我们采用针药结合配合心理干预治疗耳鸣 35 例，并与常规药物甲钴胺和活力苏口服液治疗 33 例对照观察，结果如下：

1. 临床资料

1.1 一般资料

全部病例 68 例按照就诊顺序采用信封法随机方法分为针药结合配合心理干预组（治疗组）

和常规药物治疗（对照组）。2 组在性别、年龄、病程等一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。详见表 1

表1 两组神经性耳鸣患者一般资料比较

组别	例数	性别		年龄			病程		
		男	女	最大	最小	平均($\bar{x} \pm s$)	最短	最长	平均
治疗组	35	16	19	74	35	47.82±11.07	1月	2年	4.63±3.56
对照组	33	14	19	73	36	46.88±10.65	0.5月	2.5年	4.78±3.85

1.2 诊断标准

根据《中药新药临床研究指导原则》^[2] 确诊。中医辨证依据《干祖望耳鼻喉科医案选粹》^[3] 分为肾阴不足型、肝胆火旺型、心火亢盛型及清阳不升型。

1.3 纳入标准

年龄 35 ~ 75 岁；以耳鸣为主要症状就诊，并诊断为主观性耳鸣者；能够理解并完成症状自评量表 (SCL-90)^[4] 及耳鸣致残量表 (tinnitus handicap inventory, THI)^[5]；专科检查无外耳疾病或中耳急性炎性疾病。

1.4 排除标准

客观性耳鸣；外耳疾病或中耳急性炎性疾病；孕妇或哺乳期妇女以及准备妊娠妇女；合并脑肿瘤或其他恶性肿瘤患者；合并活动期消化性溃疡，或恶性肝、肾疾病、尿毒症等；未经控制的急性感染者。

1.5 剔除标准

依从性差，不能配合检查、测试及中断治疗者；治疗期间出现严重的不良反应，或因药物过敏而停药者；其他原因中断治疗者。

2. 治疗方法

2.1 治疗组 采用针刺结合中药辨证治疗并且配合心理干预的方法。

2.1.1 针刺治疗：依据中医近远部取穴原则

以及辨证取穴的原则，局部取穴：耳门、听宫、听会、翳风；远端取穴：中渚。肾阴不足配肾俞、关元；肝胆火旺配太冲、丘墟；心火亢盛配少府、少冲；清阳不升配足三里、三阴交。常规皮肤消毒后，采用 0.35mmx40mm 一次性毫针进针，针刺耳门、听宫、听会时令患者张口，直刺 0.5-1 寸，足三里、三阴交直刺时，进针 1-1.5 寸。均留针 30 分钟，每日 1 次，配合中药治疗和心理辅导，2 周为一疗程。

2.1.2 中药辨证治疗

2.1.2.1 肾阴不足型 证见耳聋、耳鸣声细小，音调较高如蝉鸣，昼夜不息，夜间较甚，兼见头晕目眩，腰痠发软，心烦不寐，舌质红，少苔，脉细数。治宜滋补肾阴。方用耳聋左慈丸加减。药物组成：熟地黄 15g，山药 15g，茯苓 15g，牡丹皮 15g，泽泻 15g，山茱萸 15g，磁石 30g，五味子 9g，生龙骨 30g，生牡蛎 30g。

2.1.2.2 肝胆火旺型 证见耳聋耳鸣，郁怒后加重，鸣声高亢如闻潮声或风雷声，常突发加重，多伴有面赤目红，口苦咽干，烦躁不宁，大便秘，舌质红，苔黄，脉弦数有力。治宜清肝泻火。方用龙胆泻肝汤加减。药物组成：龙胆草 9g，栀子 12g，柴胡 10g，黄芩 15g，车前子 15g，泽泻 15g，生地黄 15g，当归 10g，白芍药 15g，川楝子 15g，郁金 15g。

2.1.2.3 心火亢盛型 证见耳鸣或耳聋都较严重，情绪激动时加重，心烦怔忡，面赤，小便黄赤，夜寐不宁，甚则常伴口舌生疮，舌质红，苔少，尖红绛，脉数。治宜清心通窍。方用导赤散加减。药物组成：生地黄 6g，木通 6g，生甘草 6g，竹叶 6g。

2.1.2.4 清阳不升型 证见耳鸣，时轻时重，休息暂缓，烦劳则加重，四肢困倦，神疲乏力，食少，大便溏薄，苔薄白腻，脉细弱。治宜益气升清。方用补中益气汤加减。药物组成：党参 15g，黄芪 15g，白术 15g，甘草 5g，当归 10g，陈皮 10g，升麻 9g，柴胡 10g，茯神 15g，石菖

蒲 10g。

7 剂水煎服，每日 1 剂，煎 2 次，共取汁 200ml，分为 2 份，早晚各服 1 次，2 周为 1 疗程。

2.1.3 心理干预 运用认识矫正的方法减轻患者对耳鸣的焦虑，对患者的担忧给予解答。运用行为疗法教给患者一些适应环境的行为和技巧，如听音乐等，以分散对耳鸣的注意力。当耳鸣减轻时，运用强化方法巩固疗效，如给患者恰当地鼓励。

2.2 对照组 予常规成药治疗。给予甲钴胺片（扬子江药业集团，国药准字：HZ20052325，0.5mg）每次 1 片，每日三次；活力苏口服液（成都华神集团股份有限公司，国药准字：Z51020209，10ml）每日一次，每次 1 支，睡前服用。

3. 疗效观察

3.1 疗效标准 依据 2007-09 山东省青岛市召开的全国中医耳鼻咽喉科学术研讨会上讨论通过的标准^[6]，将耳鸣的严重程度由轻到重分为 I ~ V 级。临床痊愈：耳鸣消失，且伴随症状消失，随访 1 个月无复发；显效：耳鸣程度降低 2 个级别以上（包括 2 个级别）；有效：耳鸣程度降低 1 个级别；无效：耳鸣程度无改变^[7]。

3.2 观察指标

3.2.1 症状自评量表（SCL-90），SCL-90 由 90 个项目组成，可以概括为 9 个因子，分别为躯体化、强迫症状、人际关系、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执和精神病性，可以反映患者一定时期的心理状态。其结果总分大于 160 分，或者阳性项目数大于 43 项，或者任意因子分大于 2 分，提示筛查结果阳性；两组患者治疗前、治疗后均由心理科医师进行评估。评估结果两组之间、治疗前后均进行比较分析。

3.2.2 耳鸣残疾评估量表（tinnitus handicap inventory, THI）查：THI 由 25 个条目组成，每个条目有 3 个选择项，分别为否、有时、是，得分分别是 0 分、2 分、4 分。统计 25 个条目得分，合计总分，满分为 100 分治疗后 THI 的评分比治

疗前 THI 评分减少 ≥ 20 分时, 表明所用治疗方式有效^[7]。2 组患者治疗前、治疗后均在专科医师指导下填写, 评估两组之间、治疗前后均进行比较分析。

3.3 统计学处理

采用 SPSS 11.0 统计学软件进行统计学分析, 计量资料采用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验; 计数资料率的比较采用 χ^2 检验。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组临床疗效比较 (见表 2)

表2 2组神经性耳鸣患者临床疗效比较

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率%
治疗组	35	14	11	5	5	83.71
对照组	33	6	9	8	10	69.70

2组总有效率比较差异有统计学意义($P < 0.05$), 治疗组临床疗效优于对照组。

3.4.2 2 组治疗前后 SCL-90 症状评分比较见表 3。

表3 2组治疗前后SCL-90评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

	治疗组 (n=28)		对照组 (n=27)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
躯体化	1.70 $\pm$ 0.49	1.45 $\pm$ 0.38	1.81 $\pm$ 0.73	1.80 $\pm$ 0.76
强迫	2.19 $\pm$ 0.67	1.59 $\pm$ 0.37	2.05 $\pm$ 0.58	2.01 $\pm$ 0.69
人际关系	1.76 $\pm$ 0.64	1.40 $\pm$ 0.35	1.73 $\pm$ 0.56	1.68 $\pm$ 0.68
抑郁	2.03 $\pm$ 0.72	1.50 $\pm$ 0.35	2.03 $\pm$ 0.75	1.85 $\pm$ 0.73
焦虑	1.92 $\pm$ 0.72	1.65 $\pm$ 0.39	2.11 $\pm$ 0.81	1.99 $\pm$ 0.90
敌对	2.09 $\pm$ 0.86	1.41 $\pm$ 0.38	1.81 $\pm$ 0.59	1.68 $\pm$ 0.73
恐怖	1.65 $\pm$ 0.54	1.23 $\pm$ 0.32	1.53 $\pm$ 0.53	1.42 $\pm$ 0.53
偏执	1.61 $\pm$ 0.57	1.25 $\pm$ 0.41	1.68 $\pm$ 0.64	1.46 $\pm$ 0.68
精神病性	1.74 $\pm$ 0.62	1.2 $\pm$ 0.31	1.73 $\pm$ 0.62	1.69 $\pm$ 0.59

与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

3.4.3 2 组治疗前后 THI 总分比较见表 4

表4. 2组治疗前后THI总分比较

组别	治疗前	治疗后
治疗组 (n=28)	51.23 $\pm$ 18.70	33.18 $\pm$ 22.02
对照组 (n=27)	58.19 $\pm$ 20.67	49.13 $\pm$ 22.02

与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

4. 讨论

中医学对耳鸣很早就有的认识。《内经》中有关耳鸣的记载多达数十处。《诸病源候论》并指出“耳鸣不止, 则变成聋”, 给后世以“鸣者,

聋之渐也”学说奠定了理论基础。《景岳全书》对耳鸣虚、实辨证方面, 更加详备, 凭爆鸣、渐鸣、声大、声细、身形、脉品来作出准确的分析, 尤其是声大、声细的辨证是有力的依据。目前中医辨证尚无统一的方法。罗氏等^[8]则认为耳鸣耳聋主要病因是脾胃虚弱, 肾精亏虚、痰火上扰壅结耳窍, 选用自制聪耳熄鸣丸, 治疗耳鸣患者 100 例, 结果: 痊愈 4 例, 有效 64 例, 无效 32 例, 有效率 68%。而临床研究中, 一些中药辨证配合其它药物的临床研究也有报道。譙凤英^[9]等用中药辨证治疗配合川芎嗪静滴配合治疗 302 例神经性耳鸣、耳聋, 总有效率达 67%, 与对照组有效率 33.8% 比较, 有显著差异 ($P < 0.05$)。本研究采用《干祖望耳鼻喉科医案选粹》中辨证论治的方法, 将神经性耳鸣分为: 肾阴不足型、肝胆火旺型、心火亢盛型及清阳不升型。肾开窍于耳, 肾阴亏虚, 不能生髓充脑, 耳窍失养, 故耳中鸣响, 甚或耳聋。肾阴不足也是耳鸣最为常见的证候, 以耳聋左慈丸在六味地黄丸滋肾阴的基础上, 加磁石、五味子益肾聪耳。肝胆火旺型耳鸣系因肝失条达而致肝阳上亢所致, 肝胆之络附耳, 因之循经上犯耳窍, 则耳中鸣声高亢刺耳, 伴头痛头胀, 头昏眩晕等不适。故以龙胆泻肝汤泻肝胆实火。心寄窍于耳, 肾开窍于耳, 心主君火, 肾主相火, 心火亢盛也能病及相火, 故心火亢盛则头面诸窍蒙受其害, 两耳鸣响严重。故以导赤散清心利水养阴。头面清窍, 依赖机体清阳之气, 清阳不升, 浊阴即可乘隙而入, 导致清窍闭塞, 在耳则为耳鸣耳聋。故以补中益气汤补中升阳。辨证比较贴近于临床, 理法方药准确合理, 取得较好的临床效果。

《灵枢·终始》曰: “凡刺之道, 气调而止, 补阴泻阳, 音气益彰, 耳目聪明, 反此者血气不行。”针刺治病就是通过采用各种针刺方法, 刺激一定的腧穴, 以激发经气, 疏通全身气血, 使脏腑的功能趋于和谐平衡, 从而达到治疗疾病的目的。现代研究表明, 针刺耳部穴位能明显改善

红细胞聚集状态,提高红细胞变形能力,从而有效地改善局部缺血、缺氧状态,促进局部血液循环和组织细胞恢复^[10],为耳神经功能的恢复提供物质基础。与耳关系最密切的经脉有胆、三焦、小肠,其经络循行均经过耳,故耳部疾病多取穴于此,耳门、翳风、中渚为手少阳三焦经穴,听宫为手太阳小肠经穴,听会为足少阳胆经穴。均为治疗耳病的主要穴位,可改善耳周的血供,刺激耳部神经的功能恢复。选用耳门、听宫、听会、翳风等穴位进行局部刺激,加强局部治疗,利于耳窍功能的恢复^[11]。

随着现代生活节奏的加快,耳鸣的发生可与心理社会因素有关,而耳鸣发生后也可引起各种心理问题。研究中采用的症状自评量表(SCL-90)是目前心理疾病诊断最常采用的量表之一,耳鸣致残量表(tinnitus handicap inventory, THI)是目前国际上广泛采用的评估耳鸣相关残疾程度的量表。单纯药物治疗效果较介入心理治疗差的原因主要是患者得不到医生对疾病的圆满解释,心理上仍然承受着疾病的压力和心理问题本身带来的困扰。心理疗法的介入可使患者对病情有比较全面和客观的了解,以利于减轻或消除心理负担,使之能主动配合治疗^[12]。对于严重的耳鸣患者或怀疑有心理障碍的患者,应对患者的心理状况进行评定,如果患者存在较严重的心理障碍,可建议患者进行心理治疗或采用适合的精神类药物^[13]。

综上,针刺、中药辨证、心理干预均在治疗神经性耳鸣的治疗上有着积极的作用。本研究采用综合的方法治疗神经性耳鸣,结果显示,采用针药结合配合心理辅导能够明显提高耳鸣的治疗效果,减轻患者临床症状,使经络之气得复,虚实证候得调,不良情绪得舒,诸法合用,共奏止鸣复聪之功,也为耳鸣的治疗和疗效评定观察指标提供更多的方法和思路。其疗效确切,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 张彦哲,王满.中西医结合治疗神经性耳鸣 63 例[J].现代中西医结合杂志,2010,19(27):3479.
- [2] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则:第 1 辑[S].1993:314-317.
- [3] 陈国丰,徐轩,干千.干祖望耳鼻喉科医案选粹[M].北京:人民卫生出版社,1999:58.
- [4] 汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册:增订版[M].北京:中国心理卫生杂志社,1999:127.
- [5] 孟照莉,郑芸,王恺.推荐一种耳鸣主观评估量表.听力学及言语疾病学杂志,2007.15(4),325-327.
- [6] 世界中医药学会联合会中医耳鼻喉口腔科专业标准审定委员会,中华中医药学会耳鼻咽喉科分会.耳鸣严重程度评估与疗效评定参考标准[J].世界中医药,2008,3(2):71.
- [7] an BI, Lee HW, Kim TY, et al. Tinnitus: characteristics, causes mechanisms, and treatments[J].Clin Neurol, 2009, 5(1):11-19.
- [8] 罗军,董明敏,卢伟,等.聪耳熄鸣丸治疗感音神经性耳聋、耳鸣的疗效观察.中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2001,9(3):112-113.
- [9] 谯凤英,赵铭辉等,中医药治疗神经性耳聋、耳鸣临床观察[J]中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2004,4:188-190.
- [10] 刘丽伟,杜宇征.针刺治疗原发性高血压病伴耳鸣及先天性高脂血症 1 例[J].针灸临床杂志,2012,28(1):25.
- [11] 秦彩虹,张伟,陆小左.针药结合治疗神经性耳鸣 46 例[J].辽宁中医杂志,2012,39(3):522-523.
- [12] 黄琴,许敏达,赵智翔.心理疗法辅治耳鸣的疗效观察[J].浙江中西医结合杂志,2002,12(12):769.(下转 26 页)

37 例难治性鼻出血临床观察

张雄¹ 刘莉萍¹ 苏涛¹ 王琴¹ 徐芳¹

【摘要】目的 寻找治疗难治性鼻出血安全有效、疗效可靠的治疗方法。方法：回顾 2011 年 6 月—2012 年 6 月在我科治疗的 37 例难治性鼻出血住院患者，探讨鼻出血电凝止血法及 50% 葡萄糖注射液鼻腔注射的疗效。结果：37 例患者中，32 例采用鼻内镜下电凝止血法，其中有 4 例治疗后再次出血，给予出血点加压注射 50% 葡萄糖注射液后血止痊愈；另有 5 例后鼻孔出血未找到出血点者，给予蝶腭孔注射并填塞，均血止痊愈。结论：对于在鼻内镜下未能一次电凝止血者及未能找及出血点的后鼻孔出血患者，给予 50% 葡萄糖注射液加压注射于局部或蝶腭孔，止血效果良好。

【关键词】鼻出血；鼻内镜；蝶腭孔；50% 葡萄糖注射液

难治性鼻出血一直以来都被视为耳鼻咽喉科难治重症之一，常因不能准确找到出血点，使患者未能得到及时有效的处理，导致其出现贫血、失血性休克甚至危及生命。该类患者出血量大，来势凶猛，临床治疗多采用规范的前后鼻孔填塞，从理论上讲可以将鼻腔可能出血的部位有效加压，但实际上由于鼻腔内沟、凸、裂隙较多，常难以使各鼻道受压，出血难以制止。此类患者，出血部位多来自鼻腔后方，部位多不明确，即使后鼻孔填塞纱球准确压住出血点，往往随着患者吞咽、说话等咽腔运动，纱球移位而再次出血，导致治疗效果不佳。我科采用鼻内镜下电凝止血、蝶腭孔加压注射 50% 葡萄糖注射液及指套填塞法止血取得满意疗效，现将我科 2011 年 6 月至 2012 年 6 月间收治的 37 例难治性鼻出血患者的资料做回顾性分析，报告如下：

1. 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例均为经门诊、急诊前后鼻孔填塞仍未能控制的鼻出血患者。37 例难治性鼻出血患者中：男性 28 例，女性 9 例，年龄 19 岁—79 岁，平均 51.2 岁。其中 40—55 岁之间者 28 例，占 75.7%，19 例患者合并不同程度的高血压病、动脉硬化、冠心病或肝病，6 例患者曾长期服用活血化瘀、补气壮阳类中药及抗风湿类西药。外伤、血液病、鼻腔新生物、前鼻孔出血或行前后鼻孔填塞可止血者均未纳入该统计。本组患者出血病史最短者 3 天，最长者 14 天；19 例从基层医院转入；入院时有贫血者 11 例；曾行 1 次前后鼻孔填塞者 10 例，行 2 次前后鼻孔填塞者 21 例，行 3 次以上（含 3 次）前后鼻孔填塞者 6 例。

1.2 术前准备

该类患者由于在门诊或急诊接受了数次前后鼻孔填塞，术前较为紧张，向患者解释清楚该法的原理和经过，缓解其精神压力，取得良好配合至关重要。术前 30 分钟肌注阿托品 0.5mg、鲁米那 0.1g，准备好长头单极电凝及铁头吸引器管（均戴好橡胶外套、露出电凝头端及吸引管头端），另备较粗多孔吸引管、注射器、长头鼻腔内注射针头、2% 丁卡因 + 0.1% 副肾素棉片、盐水纱条、0.75% 利多卡因、50% 葡萄糖注射液、立止血针，并建立静脉通路。

1.3 治疗方法

患者取仰卧位，先抽取前鼻孔填塞纱条，根据纱条减压部位出血的不同，大概判断出血的部位。前鼻孔纱条抽取完未见出血，再取后鼻孔填塞纱球，抽取完鼻腔填塞物后，小心吸净鼻腔内血液、鼻涕，然后在鼻内镜下、在可疑出血部位放置 2% 丁卡因 + 副肾素棉片止血、麻醉、收缩鼻粘膜。根据棉片血染部位进一步判断出血部位。如果处于活动性出血状态，可沿着出血方向边吸

血边寻找,若出血于下鼻道流向后鼻孔,可将下鼻甲翻起(向内上骨折移位),认真检查下鼻道;若出血从上而下顺鼻中隔流入鼻咽部,可认真检查嗅裂、中隔部;有时中鼻甲前对应的中隔部出血射向中鼻甲,并从中鼻甲表面流下,酷似中鼻甲出血,可将中鼻甲向外移位;中鼻甲后下部出血及下鼻甲上缘近中鼻道侧出血可将中鼻甲内移,以明确准确出血部位。若出血量大,小吸引管难以清除随时流出的血液,可换带侧孔的大吸引管边加压边吸引,将盐水纱条加压“层叠式”填塞,待出血稍减缓再逐层抽取,以明确可能的出血部位。对于处于出血静止期的患者,一般多可找到红色“点珠样”或表面白色腐点的痕迹,用棉签轻触,或用吸引器头轻吸,可立即出现活动性出血。只要通过以上办法找到出血点,便可采取电凝止血。对于出血量较大,副肾素棉片无法制止的出血,采用边吸引边电凝的办法,切不可用电凝刀头在血液表面电凝,最好采取先周边后中央的“花瓣式”电凝,或在局部粘膜下注射大量的生理盐水,待出血量稍减再行电凝。电凝后对于下鼻道穹窿部及中鼻道出血,可行明胶海绵填塞。对于鼻中隔后端、中鼻甲后端、中鼻道后端、蝶窦前方部位的出血,可行凡士林指套填塞。对于经反复检查仍找不到明确出血点的静止性出血患者,给予蝶腭孔加压注射 50% 葡萄糖注射液后,用凡士林纱条指套经前鼻孔行后、前鼻孔填塞,防止再次出血,48h 后经前鼻孔取出填塞物。

1.4 疗效判断

治愈标准:治疗后 7-10 天未再次出血。

2. 结 果

37 例患者中,处于出血活动期者 24 例,其中可观察到搏动性出血者 16 例,未见搏动性出血者 8 例;处于出血静止期 13 例,其中可查及出血点者 8 例,(4 例可见搏动性出血),5 例未查及出血点。查及出血点的 32 例患者均行鼻内镜下电凝止血,其中有 4 例搏动性出血患者经电凝止血术后再次出血,其余 28 例均一次电凝

止血成功,成功率为 87.5% (28/32)。电凝止血对于搏动性出血患者的一次成功率为 80.0% (16/20),对于无搏动性出血的患者成功率为 100% (12/12)。4 例电凝止血失败的搏动性出血患者再次行局部注射 50% 葡萄糖注射液,未找到出血点的 5 例出血静止期的患者,直接采取蝶腭孔加压注射 50% 葡萄糖注射液,均一次治疗痊愈,成功率为 100% (9/9)。

3. 讨 论

3.1 鼻出血在耳鼻喉科临床中属常见疾病,一般性填塞或电凝止血等方法即可止血。而难治性鼻出血患者出血部位一般较隐蔽,经反复的前后鼻孔填塞后,出血仍不止。对于反复多次出血、体质较差、合并症较多的难治性鼻出血患者,临床医生多期待在一般填塞止血法的基础上,加强全身止血药及对症处理,尽量少做局部治疗,消极“观察”较多,等失血较多、贫血貌重、出血加剧时再手忙脚乱地进行鼻内镜检查治疗,此时全身状况差、鼻腔粘膜损伤加之鼻腔填塞后感染使粘膜更易渗血,导致渗血点与出血点不易辨认,给治疗带来一定的困难和风险。因此,对于难治性鼻出血患者,我科提倡早决断、早处理。

3.2 对于动脉搏动性出血者,常出血量大、迅猛,单孔小吸引器头吸血不及,可更换较大侧边多孔的吸引器头吸引,或用副肾素盐水纱条暂时以“层叠式”从鼻腔后部向前边吸引边填塞,待出血减缓时小心从前一点一点抽取纱条,待明显出血时,即可依次判断大致出血部位,再细致寻找出血点。此类出血点找到后,不能急于电凝,应先加 0.75% 利多卡因或生理盐水在局部粘膜下注射,使局部粘膜肿胀,血管受压,出血减缓,再从周边进行“花瓣式”电凝^[1]。

3.3 检查鼻后孔出血时,受到传统观念的影响,常将鼻咽部静脉血管怒张认为是可能出血原因,其实反复发作、来势凶猛的鼻出血很少是静脉出血^[1]。本组 24 例活动性出血的患者,其中 16 例可观察到搏动性出血,占 66.7% (16/24),

此类可视为动脉出血，相对于无搏动性出血的患者，该部分患者出血量大，难止血，单纯的电凝止血多不可靠。除了局部电凝止血外，还应给予相应的压迫填塞。对于中、下鼻道出血者，可用明胶海绵填塞，对于中鼻甲后端、鼻中隔后端及下鼻道后下方、蝶腭孔前方的出血，不可放松警惕，还应行凡士林纱条指套填塞法。同时观察发现，搏动性出血的行电凝止血后再出血的 4 例患者，多由于焦痂脱落或动脉压升高再次出血，因此建议电凝止血后适当的延长加压时间或局部注射 50% 葡萄糖注射液，以达到局部血管封闭、组织硬化的作用。

3.4 本组 5 例未找到出血点的患者，均采用蝶腭孔 50% 葡萄糖注射液加压注射，并在中、下鼻道明胶海绵填塞，总鼻腔指套内凡士林纱条填塞，以起到多重“保险”的作用。该填塞法填塞完成时，可用鼻内镜经对侧鼻腔后部观察，指套后端已填入鼻咽部，相当于常规行前、后鼻孔填塞，但该填塞法痛苦明显比传统填塞法轻。蝶腭动脉是上颌动脉的终末支，出蝶腭孔后供应于鼻孔外侧壁的上、中、下鼻甲及鼻中隔后半部，是鼻腔最重要的终末血管之一^[2]，供应着鼻腔粘膜 90% 的血液，因此鼻腔深部出血多由蝶腭动脉引起，加之蝶腭孔的特殊解剖结构，因此在此区加压注射可使粘膜肿胀血管受压，出血减少或终止。目前，国内外报导处理蝶腭动脉最有效的方法是结扎法和电凝法^[3, 4]，该方法均需要分离动脉血管，操作相对复杂，要求精确度高。我科采用蝶腭孔

50% 葡萄糖注射液加压注射，操作简单，可在中鼻甲后端注射 0.75% 利多卡因，将注射针头朝向上、后、外方，从中甲骨质后端进针寻找，当有落空感时再进针 0.3–0.5cm，回抽无回血即可加压推注 50% 葡萄糖注射液 0.5–1ml。该法可能的作用是：急时在局部形成压力使动脉血管受压，短时间内局部形成粘膜无菌性炎性水肿，长期形成局部硬化以达到止血的目的。该组 37 例有 5 例未找到出血点者使用该法，亦有 4 例搏动性出血电凝后再出血者，给予局部注射 50% 葡萄糖注射液，止血痊愈，未发现任何副作用。糖尿病患者慎用此法，可考虑用消痔灵注射液稀释后注射，由于此观察病例数量尚少，有待进一步观察验证。

参考文献

- [1] 杨大章，程立静，韩军，等. 难治性鼻出血的出血部位及治疗. 中华耳鼻喉头颈外科杂志，2005，40（5）：360–362.
- [2] 张维天，王磊，于栋祯，等. 鼻内镜下蝶腭动脉电凝术治疗顽固性鼻出血. 临床耳鼻喉头颈外科杂志，2009.23（8）343–345.
- [3] 李辉，杨军. 鼻内镜下蝶腭动脉电凝术治疗顽固性鼻出血 23 例. 四川医学. 2011，32（4）：557–558.
- [4] 李彦，涂德根. 鼻内镜下蝶腭动脉结扎术在难治性后鼻出血患者中的应用 [J]. 临床耳鼻喉头颈外科杂志，2008，22（20）：959–960.

（上接 42 页）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学杂志，2013，48(2)：92–94.

谢强经验方鼻窦排脓饮在 FESS 围手术期应用的疗效观察

任伊梅¹ 陶波² 谢强²

【摘 要】目的 观察谢强教授经验方鼻窦排脓饮应用于 FESS 围手术期治疗的临床疗效，并探索其治疗机理，为该方药的临床使用和研究提供一定的参考依据。方法：将 80 例慢性鼻 - 鼻窦炎患者随机分为两组（对照组和试验组），每组各 40 例。对照组采用 FESS 常规围手术期治疗，试验组在对照组的基础上予鼻窦排脓饮口服。结果：试验组总有效率为 97.5%，对照组为 92.5%，两组疗效比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：FESS 围手术期配合口服鼻窦排脓饮综合治疗疗效优于 FESS 常规围手术期治疗。

【关键词】围手术期；鼻窦排脓饮；功能性鼻内镜手术；慢性鼻 - 鼻窦炎；吁江医学；谢强

功能性鼻内镜鼻窦手术（Functional endoscopic sinus surgery, FESS）^[1]，在鼻内镜和电视监视下，纠正鼻腔解剖学异常、清除不可逆的病变，尽可能保留鼻 - 鼻窦黏膜，重建鼻腔鼻窦通畅引流，为鼻腔鼻窦黏膜炎症的良性转归创造生理性局部环境，最终达到鼻 - 鼻窦黏膜形态与自身功能的恢复。目前，FESS 已逐渐成为慢性鼻 - 鼻窦炎（Chronic rhinosinusitis, CRS）外科治疗的首选术式，与此同时，手术前后的术腔处理及综合性治疗也被日渐重视^[2]。笔者运用谢强教授经验方鼻窦排脓饮（本院协定处方制剂）配合 FESS 及其围手术期西药治疗 CRS 患者 40 例，疗效满意。现报告如下。

1. 一般资料

选则符合纳入标准的于江西中医药大学附属医院耳鼻咽喉科住院手术治疗 CRS 的患者 80 例，就诊时间为 2012 年 10 月至 2014 年 9 月。诊断标准参照 2012 年《中华耳鼻咽喉头颈外科学杂志》

中的 CRS 诊断和治疗指南^[3]。所有患者均符合 CRS 诊断标准，具有手术指征，能耐受手术，持续或间断保守治疗无效，自愿接受 FESS 手术治疗及围手术期综合治疗，半个月以上未对相关疾病进行药物治疗，年龄 ≥ 18 岁且 ≤ 65 岁，可定期术后复诊并完成随访。采用完全随机化分组的方法，借助 SPSS 软件作出随机数字表，根据办理入院的顺序，以随机数字表的顺序将纳入患者分为试验组与对照组。试验组男 19 例，女 21 例；年龄 18 至 62 岁，平均 39.23 岁；对照组男 18 例，女 22 例；年龄 20 至 64 岁，平均 38.22 岁。两组患者的性别、年龄等一般资料比较，差异无统计学意义，具有可比性。

2. 研究方法

2.1 手术方式

两组患者手术均采用 Messerklinger 术式。手术时患者取仰卧位，先以丁卡因 10ml+ 盐酸肾上腺素 2ml 浸透棉片，将棉片填入术腔，进行表面麻醉 3 次，充分麻醉和收缩中鼻道及嗅裂，再以利多卡因 2-5ml 局部浸润麻醉。根据鼻窦 CT 扫描结果确定手术范围。术中切除钩突，根据病变部位开放窦口，吸除窦腔内脓性分泌物，并清除病变组织。伴有鼻息肉者用吸切器吸切息肉。术毕术腔填塞 PVF 膨胀海绵及明胶海绵。

2.2 围手术期治疗

对照组：术前 3 天开始围手术期治疗，头孢唑肟钠 2.0g 配 0.9%NaCl 溶液 100ml 静滴，2 次 / 日，卡络磺钠氯化钠注射液 100ml 静滴，2 次 / 日。手术前 30 分钟白眉蛇毒血凝酶 2 单位肌注。术后当天予头孢唑肟钠 2.0g 配生理盐水 100ml、卡络磺钠氯化钠注射液 100ml 静滴 1 次，术后第 1 天至第 3 天继予静脉滴注，2 次 / 日。

于术后第 2 天抽出术腔内的填塞物，若无特殊情况，第 3 天不对术腔做其他处理。术后第 4 天开始，使用快舒进行鼻腔冲洗，每次每侧鼻腔使用 10ml 药液兑温开水至 100ml 进行冲洗，3 次 / 日，至术腔上皮化。手术后 1 个月内每 7 天检查并清理术腔 1 次，手术后 2—6 个月期间每 15—30 天检查并清理术腔 1 次，直至术腔上皮化。处理方式主要为清理囊泡、肉芽、小息肉、分泌物、纤维性粘连等病变及术腔痂皮，同时观察鼻腔及窦口黏膜上皮转归情况。

试验组：在对照组治疗方案基础上予鼻窦排脓饮（本院协定处方制剂）口服。鼻窦排脓饮组成：金银花 15 克，冬瓜仁 15 克，鱼腥草 15 克，薏苡仁 15 克，桔梗 15 克，蝉衣 6 克，皂角刺 12 克，天花粉 15 克，生黄芪 20 克，葛根 15 克，辛夷花 10 克。制法：将上药加水 500 毫升，浸泡 30 分钟，煎药取汁 150 毫升，真空密封包装。每日早晚各一次温服，每次 150ml，于术前 3 天开始服用，连续服用 3 个月。

观察记录患者入院当天，术后第 7 天，术后 3 个月，术后 6 个月的情况，进行疗效评定。

2.3 疗效判定标准

参照 2012 年《中华耳鼻咽喉头颈外科学杂志》中的 CRS 诊断和治疗指南^[3]，对患者术后 6 个月时观察的指标进行综合疗效评价：

(1) 病情完全控制（治愈）：主要症状基本消失，手术后内镜检查窦口开放良好，窦腔黏膜水肿消失，无黏性或黏脓性分泌物，上皮化良好。

(2) 病情部分控制（有效）：主要症状明显改善但未完全消退，鼻内镜检查见窦腔黏膜部分区域水肿、肥厚或少量肉芽组织形成，有少量脓性、黏脓性分泌物。

(3) 病情未控制（无效）：症状无改善或无明显改善，内窥镜检查见术腔粘连，黏膜明显水肿，窦口狭窄或闭锁，息肉形成，黏脓性分泌物量多。

2.4 观察指标

(1) 主要指标：鼻内镜检查和主观症状。

鼻内镜检查指标有术腔痂皮脱落、黏膜水肿、分泌物、息肉、瘢痕形成情况。症状指标有鼻塞、鼻涕、头痛、嗅觉障碍、全身症状。

(2) 参考指标：术腔清洁时间和术腔上皮化时间。

患者出院后根据复查时间，进行术腔鼻内窥镜检查，并记录术腔黏膜转归过程。术腔清洁时间监测标准为：黏膜渗血停止，伪膜基本消退，痂皮基本消失，术腔轮廓清楚；术腔黏膜上皮化时间监测标准为：术腔黏膜薄而光滑，与骨壁紧密相连，术腔各部清晰，窦口通畅为术腔上皮化。

2.5 安全性评价标准

1 级：安全，无任何不良反应；2 级：比较安全，有轻度不良反应，可不做任何处理，对受试者恢复无影响，可以继续接受本试验治疗；3 级：有安全性问题，受试者出现中等程度的不良反应，经处理后不良反应消失，可以继续接受本试验治疗；4 级：因不良反应中止本试验。安全性指标：血、尿、大便常规，心电图，肝肾功能。

2.6 统计分析方法

所有数据借助 SPSS 19.0 for Windows 软件进行处理，所有统计检验均采用双侧检验。以 $P < 0.05$ 作为显著性统计学意义，以 $P < 0.01$ 作为极显著性统计学意义。定性资料采用卡方检验、Fisher 精确概率法、秩和检验进行分析；符合正态分布的定量资料用 t 检验（方差不齐时用校正 t 检验），不符合正态分布用有序秩和检验。

3. 研究结果

3.1 两组患者综合疗效比较（见表格 1）

表格 1 综合疗效比较

组别	例数 (例)	治愈 (例)	有效 (例)	无效 (例)	有效率 (%)	Z	P
对照组	40	21	16	3	92.5	-2.404	0.016
试验组	40	25	14	1	97.5		

注：比较两组患者综合疗效采用有序秩和检验。经统计， $P=0.016$ ，按 $\alpha=0.05$ 水准， $P<0.05$ ，差异有统计学意义，可以认为两组的综合疗效有差异。

结果显示：试验组总有效率为 97.5%，试验组综合疗效在统计学上优于对照组。

3.2 术后术腔清洁时间（见表格 2）

表格2 两组术腔清洁时间比较

组别	例数	1周	2周	3周	4周以上	Z	P
对照组	40	12	17	8	3	-3.331	0.001
试验组	40	16	19	4	1		

注：比较两组 患者术腔清洁时间采用有序秩和检验。经统计， $P=0.001$ ，按 $\alpha=0.05$ 水准， $P<0.05$ ，差异有统计学意义，可以认为两组患者的术后术腔清洁时间有差异。

结果显示：试验组术后术腔清洁时间在统计学上较对照组短。

3.3. 术后术腔上皮化时间（见表格 3）

表格3 两组术后术腔上皮化时间比较

组别	例数	小于8周	8至12周	13至16周	大于16周	Z	P
	(例)	(例)	(例)	(例)	(例)		
对照组	40	14	21	3	2	-2.917	0.004
试验组	40	14	23	2	1		

注：比较两组患者术腔上皮化时间采用有序秩和检验。经统计， $P=0.004$ ，按 $\alpha=0.05$ 水准， $P<0.05$ ，差异有统计学意义，可以认为试验组与对照组的术后术腔上皮化时间有差异。

结果显示：试验组术腔上皮化时间在统计学上较对照组短。

3.4 安全性评价

试验组和对照组 80 例患者无任何不良反应，所有病例安全性评价均为 1 级。

4. 讨论

中医认为，手术是祛邪的一种治疗方法，但同时也耗伤气血，形成气血亏虚、气滞血瘀，中医学依据辨证论治，对鼻窦炎鼻内镜手术围手术期进行综合治疗，取得良好疗效，中医药在此可充分发挥优势，得到更广泛的应用。中药汤剂在 FESS 围手术期的治疗是局部和全身辨证论治，注重调节机体功能，扶正与祛邪兼顾，以帮助恢复鼻窦的生理功能。但是，目前就 FESS 术后的中医辨证分型的相关研究很少。FESS 术后慢性鼻窦炎炎症型是否发生变化，及其变化规律仍需进一步的临床研究和总结，FESS 手术后的中医辨证分型亦缺少规范化。

谢强教授指出，中医药治疗能对围手术期患者产生良好的干预，通过中医辨证论治，兼顾扶正与祛邪，配合 FESS 手术及围手术期常规治疗，可帮助恢复鼻窦的生理功能，进一步提高手术疗

效。

鼻窦排脓饮是谢强教授传承吁江医学经验所研制的经验方，有清热解毒，芳香化浊，排脓通窍的功效。方中用黄芪补气升阳，益卫固表，既可补气以生血，补气以行血，治疗术后气虚血虚血瘀，又可实卫而御外邪，防止因术后体虚而至外感诸证。通过大量临床实践总结，FESS 术后患者以肺脾湿热困结夹瘀，肺脾气虚、湿浊内困等证型为主，方中薏苡仁、冬瓜仁、鱼腥草、天花粉清热排脓，健脾利湿，皂角刺开窍化痰，桔梗开宣肺气，祛痰排脓。蝉衣、金银花和辛夷花可疏散风邪，辛夷花又宣通鼻窍，为治鼻渊之要药。天花粉、葛根清热生津而使阴血渐充，天花粉亦可消肿排脓，葛根又可鼓舞脾胃清阳之气上升，引药上行。诸药合用，疏散表邪，固护卫气，振奋脾阳，利湿化浊，宣肺通窍。在围手术期通过调动机体抗病御邪机能，提高患者手术适应能力，促进术后术腔恢复，减少术后并发症的发生。

以上试验结果表明，在 FESS 围手术期治疗中配合鼻窦排脓饮口服可有效提高 FESS 手术疗效，减少术后术腔清洁时间和术腔上皮化时间。就本次试验观察，治疗组患者术后术腔黏膜转归状态更稳定，患者鼻塞、流涕、头痛等症状，尤其是全身症状改善明显。通过鼻窦排脓饮在 FESS 围手术期的应用，笔者认为，在 FESS 围手术期，该法可减少抗生素的应用，替代激素的常规运用。在围手术期治疗中，应充分发挥中医药的治疗特色，进行综合治疗，以缩短患者的治疗时间，减轻患者的心理和经济负担。

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]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.151.
- [2] 许庚, 李源. 内窥镜鼻窦外科学 [M]. 广州: 暨南大学出版社, 1994.123-126.
- [3] 中华耳鼻咽喉头颈外科学 (下转 39 页)

鼻窦炎患者中医证型分布的初步调查研究

郭华民¹ 邱宝珊¹

【摘要】目的：分析和探讨鼻窦炎患者的中医证型分布规律及证候特点，研究探讨鼻窦炎的病因病机，从而指导临床，提高中医辨证的准确度和治疗疗效。**方法：**对就诊于广州中医药大学第一附属医院耳鼻喉科的符合标准的鼻窦炎门诊及住院部患者 301 例，认真填写问卷调查表，记录所选对象的基本情况、具体症状及证型。**结果：**鼻窦炎的中医证型分布依次是脾气虚弱型（53.49%）、脾胃湿热型（29.90%）、肺经风热型（8.30%）、肺气虚寒型（6.98%）、胆腑郁热型（1.33%）。不同病程时间的各中医证型分布不相同（ $P < 0.01$ ），病程 ≥ 3 个月的患者在脾胃湿热型、肺气虚寒型和脾气虚弱型中所占的比例要高于其他两组。在证候特点方面，鼻塞、流涕、嗅觉减退、头痛、头晕五个常见症状在各中医证型的分布没有显著性差异（ $P > 0.05$ ），打喷嚏为肺经风热型、肺气虚寒型病人较常见的症状，出现的比例要高于其他三组病人（ $P < 0.05$ ）。在兼夹证方面，不同兼夹证分布有显著性差异，夹湿一证明显高于夹湿热和夹瘀血两证。**结论：**1. 脾气虚弱型、脾胃湿热型是广州地区鼻窦炎的常见证型；在各中医证型的兼夹证中，夹湿是最主要的兼夹证。2. 病程：不同病程时间的各中医证型分布不相同，病程 ≥ 3 个月的患者在脾胃湿热型、肺气虚寒型和脾气虚弱型中所占的比例要高于其他两组。3. 各中医证型常见症状及特点是：鼻塞、流涕、嗅觉减退、头痛、头晕五个常见症状在各中医证型的分布没有显著性差异，打喷嚏为肺经风热型、肺气虚寒型病人较常见的症状。

【关键词】鼻窦炎；中医病机；辨证论治

鼻窦炎，是耳鼻喉科常见疾病之一。鼻窦炎有急、慢性之分，但以后者多见。急性鼻窦炎经积极正确治疗，预后较好。若急性鼻窦炎反复发

作未彻底治愈而迁延，则易转为慢性鼻窦炎。目前西医学对鼻窦炎的病因和发病机制进行了大量研究，但仍有一些争论的地方。治疗方面，主要注重疾病的局部病理改变，也取得一定疗效。近年来发现，单纯的手术或西药治疗不能完全解决病人的所有症状。中医对鼻窦炎的治疗从宏观的辨证入手，采用辨证与辨病相结合的方法，充分体现了个体化治疗，取得很好的疗效，而辨证规律的研究是提高疗效的关键。本文对鼻窦炎的中医证型分布及证候特点进行调查研究，现总结如下。

1. 临床资料

1.1 诊断标准 疾病的诊断参照《广东省常见病基本诊疗规格》^[1] 制定。所有病人均根据临床症状，检查鼻道 / 嗅裂有脓性分泌物，或 CT 检查窦腔密度增高，即可诊断。

1.2 一般资料 301 例患者均为 2008 年 7 月至 2011 年 3 月就诊于广州中医药大学第一附属医院耳鼻喉科门诊及住院部的鼻窦炎患者，籍贯属安徽、贵州、黑龙江、吉林、辽宁、山东、新疆患者各 1 人，浙江患者 2 人，河南、江苏患者各 3 人，海南、江西、重庆患者各 4 人，福建、广西患者各 5 人，湖北患者 9 人，四川患者 11 人，湖南患者 19 人，其余 225 人均为广东患者。男性 204 例，女性 97 例（男：女 = 2.1：1）。年龄最小 5 岁，最大 65 岁，平均年龄 31.81 岁。病程最短 3 天，最长 40 年，平均 4.61 年。病程 < 3 个月的有 61 人， ≥ 3 个月的有 240 人。

1.3 病例选择标准

1.3.1 纳入标准：符合上述诊断标准的门诊、住院患者；不具备排除标准中任一项；配合医生调研、检查。

1.3.2 排除标准：鼻窦炎术后患者；合并有

鼻腔肿瘤，或其他疾病治疗后的合并症（如鼻咽癌放疗后）；伴其它系统疾病，影响临床证候结果（如心脑血管、肝、肾和造血系统疾病、精神病）；因各种因素而影响资料收集者；年龄 <5 岁，>65 岁者。

2. 研究方法 设计调查问卷表，内容包括姓名、性别、年龄、病程、病史、症舌脉体征等，中医证型分为^[2]五型：肺经风热型、胆腑郁热型、脾胃湿热型、肺气虚寒型、脾气虚弱型。由专人填写调查表，中医证型由 2 名副高级职称以上专家最后核定。统计学方法采用 χ^2 检验。

3. 结 果

3.1 中医证型的频数分布情况

中医证型的频数分布依次是脾气虚弱型 161 例（53.49%）、脾胃湿热型 90 例（29.90%）、肺经风热型 25 例（8.30%）、肺气虚寒型 21 例（6.98%）、胆腑郁热型 4 例（1.33%）。

3.2 各中医证型与病程的关系

根据患者的病程，分为两组：<3 个月为一组，≥ 3 个月为一组。经检验， $\chi^2=16.85$ ， $P<0.01$ ，认为不同病程时间的各中医证型分布不相同。病程 ≥ 3 个月的患者在脾胃湿热型、肺气虚寒型和脾气虚弱型中所占的比例要高于其他两组（见表 1）。

表 1 各中医证型的病程分布

病程 (年)	肺经风热型 例 (%)	胆腑郁热型 例 (%)	脾胃湿热型 例 (%)	肺气虚寒型 例 (%)	脾气虚弱型 例 (%)
<3个月	12(48.00)	2(50.00)	21(23.33)	3(14.29)	23(14.29)
≥3个月	13(52.00)	2(50.00)	69(76.67)	18(85.71)	138(85.71)

3.3 各中医证型的常见症状频数分布

本次研究的 301 例病例中，以鼻塞，流涕、打喷嚏、嗅觉减退、头痛、头晕等为常见症状，在各中医证型具体分布情况见表 2。

表 2 各中医证型的常见症状频数分布情况表

症状	肺经风热 型例(%)	胆腑郁热 型例(%)	脾胃湿热 型例(%)	肺气虚寒 型例(%)	脾气虚弱 型例(%)	χ^2	P
鼻塞	23(92.00)	3 (75.00)	84(93.33)	18(84.71)	152(94.41)	5.10	$P>0.05$
流涕	24(96.00)	3 (75.00)	76(84.44)	19(90.48)	138(85.71)	3.27	$P>0.05$
打喷嚏	12(48.00)	1 (25.00)	23(25.56)	12(57.14)	47(29.19)	11.00	$P<0.05$
嗅觉减退	11(44.00)	3 (75.00)	42(46.67)	9(42.86)	82(50.93)	2.03	$P>0.05$
头痛	10(40.00)	1 (25.00)	32(35.56)	5(23.81)	48(29.81)	2.38	$P>0.05$
头晕	5(20.00)	0 (0)	13(14.44)	2(9.52)	16(9.94)	2.99	$P>0.05$

注：鼻塞、流涕、嗅觉减退、头痛、头晕五个常见症状在各中医证型的分布没有显著性差异 ($P>0.05$)，打喷嚏为肺经风热型、肺气虚寒型病人较常见的症状，出现的比例要高于其他三组病人 ($P<0.05$)。

3.4 各中医证型兼夹证的频数分布

本次研究中，各中医证型中出现有兼夹证的病例有 128 例，占全部病例的 42.52%，具体分布情况见表 3。

表 3 各中医证型兼夹证频数分布情况表

兼夹证	肺经风热 型例 (%)	胆腑郁热 型例 (%)	脾胃湿热 型例 (%)	肺气虚寒 型例 (%)	脾气虚弱 型例 (%)	χ^2	P
夹湿	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	109(87.20)	9.07	$P>0.05$
夹湿热	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	14(11.20)	6.07	$P>0.05$
夹瘀血	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	2(1.60)	13.41	$P>0.05$

注：本表显示，各中医证型组兼夹证不存在显著性差异，考虑到肺经风热型、胆腑郁热型、脾胃湿热型的兼夹证各仅有 1 例，肺气虚寒型没有兼夹证，样本量少，予以排除，不作分析。仅脾气虚弱型一证，经检验， $\chi^2=164.94$ ， $P<0.01$ ，可认为不同兼夹证分布有显著性差异，夹湿一证明显高于其余二种。

4. 讨 论

4.1 鼻窦炎的中医证型分布特点 本研究结果显示：301 例鼻窦炎患者的中医证型分布，按频数由高至低依次是脾气虚弱型、脾胃湿热型、肺经风热型、肺气虚寒型、胆腑郁热型。其中脾气虚弱型 161 例，占 53.49%，脾胃湿热型有 90 例，占 29.90%，脾气虚弱型及脾胃湿热型是本地区鼻窦炎的最主要证型，也说明脾胃失调在本地区鼻窦炎的病因病机中占有极其重要的位置。

中医学认为，鼻居面中，为一身血脉多聚之处，虽为肺窍，但外象属土，故在《小儿药证直诀》中有“鼻为脾”之说。脾统摄血液，又是气血生化之源，脾的盛衰，关系到鼻部血脉的盈虚与血液运行情况，鼻的正常生理功能有赖于脾气的健旺。鼻与脾有关，虽指脾，也包括胃腑。如《临证指南医案·脾胃》中提到：“胃属戊土，脾属己土……纳食主胃，运化主脾。脾宜升则健。胃

宜降则和……太阴湿土得阳始运，阳明阳土得阴自安，以脾喜刚燥，胃喜柔润也。”《吴医汇讲·辨脾胃升降》中亦云：“《内经》曰：‘脾胃为仓廩之官，五味出焉’。盖脾主生化，其用在于无形。其属土，地气主上腾，然后能载物，故健行而不息，是脾之宜升也明矣。胃者，水谷之海，容受糟粕，其主纳，纳则贵下行，譬如水之性莫不就下，是胃之宜降也又明矣。……俾升降失宜，则脾胃伤”。皆说明了脾与胃的关系非常密切。而且脾胃为气血生化之源，九窍受五脏的支配，五脏接受五谷之营养，只有脾胃发挥其正常功能，九窍才能通利。当脾胃的功能失调，气血生化之源不足，则鼻失所养，易为邪毒滞留而致鼻病，如《素问·玉机真脏论》：“脾为孤脏……其不及则令人九窍不通。”《素问·刺热论》中也有“脾热病者鼻先赤”的记载。充分地说明了脾胃与鼻的关系非常密切。本研究中，在各中医证型中出现兼夹证的 128 例患者中，以脾气虚弱型出现兼夹证为主，其中兼夹湿的病人有 109 例，夹湿热的病人有 14 例，夹瘀血的病人有 2 例，其构成比分别是 87.20%、11.20%、1.60%，经检验， $P < 0.01$ 。说明在兼夹证中，夹湿是最主要的兼夹证型。《素问·气厥论》云：“鼻渊者，浊涕下不止也。”此浊涕，即有形之湿。《内经》“伤于湿首如裹”，一旦气机被湿邪阻遏，清阳不升，就可出现鼻渊之头昏、嗅觉减退、记忆力下降等症状。而慢鼻渊病程较长，难痊愈，亦与湿性粘滞的特点相符。湿邪的产生，主要有两个方面，一个是内湿，一个是外湿。内湿的产生，主要与脾胃有关。脾主运化，具有调节水液代谢的功能。肺为水之上源，肾为水之下源，而脾居中焦，为水液升降输布的枢纽，凡水液的上腾下达，均有赖于脾气的枢转。脾气散精，将水精和部分谷精一同上输于肺，其中清纯部分经肺的宣发作用，输布于皮毛、肌腠和头面诸窍而润泽之，浓厚部分在肺的肃降作用下，下行濡润五脏六腑。输送到皮肤腠理的津液被利用后可化汗排出体外，输

送到脏腑的水精，被脏腑利用后化为浊液归肾或膀胱，经肾气的蒸化作用，浊中之清上升，经脾气之转输上达于肺，再次参与水液代谢，浊中之浊变为尿液排出体外。或因疲劳思虑过度，或因饮食失节，损及脾胃，脾气运化水液的功能失常，必然导致水液在体内停聚而产生水湿等病理产物。正如《医学摘粹·七窍病》所说的“（鼻渊）究其本原，总由土湿胃逆，浊气填塞于上，肺是以无降路矣。”而外湿的产生，则多与气候有关。广州地处岭南地带，其地域气候特点与其他地方不同。岭南雨水较多，气候潮湿炎热，易感受湿（热）之邪。这些湿（热）之邪内停，上困鼻窍，而发为鼻渊。正如《素问·异法方宜论》谓“地势使然也”。说明地区方域不同，疾病的表现也会出现某些地区性的特点，故治疗也必须因地制宜。

4.2 各中医证型病程的分布情况 参与本研究的鼻窦炎患者的病程在 3 天~40 年之间，平均病程为 4.61 年。各中医证型平均病程分别为肺经风热型 2.94 年，胆腑郁热型 4.77 年，脾胃湿热型 4.08 年，肺气虚寒型 3.92 年，脾气虚弱型 5.25 年。因风热侵袭人体，或风寒外袭，郁而化热，邪气停留于机体的肌肤卫表层次，且时间较短，此时可表现为肺经风热之表证，但或因正气受损、或邪气过盛，或因失治误治等因素，以致表邪不解，容易传变入里，出现里证的表现。正如《素问·皮部论》说：“百病之始生也，必先于皮毛；邪中之则腠理开，开则入客于络脉；留而不去，传入于经；留而不去，传入于腑。”因此，我们在临床上所见之肺经风热型，一般距离其起病的时间较近，病程较短，而随着时间的推进，病邪进一步内传，可出现一系列里证的症状。

本研究发现，不同病程时间的各中医证型分布不相同。病程 ≥ 3 个月的患者在脾胃湿热型、肺气虚寒型和脾气虚弱型中所占的比例要高于其他两组。中医有“久病必虚”之说。由于久病体弱或失养，或误治失治，损伤脏腑，导致肺气虚弱，无力托邪外出，或脾气虚弱，运化失健，加之湿

浊内生，或湿浊郁久化热，湿浊（热）困聚鼻窍而为其病因病机，故病程较长时，此时患者可能多表现为脾胃湿热型、肺气虚寒型、脾气虚弱型等证型。同时，本研究亦发现，病程时间较长的一部分病人中，仍以肺经风热型为其中医辨证证型，可能患者失治误治，表邪未解，虽病程较长，而邪气仍滞留于表有关。所以病程长短在鼻窦炎患者的辨证方面可作为一项指标参考，但不能拘泥。

4.3 鼻窦炎的证候分布情况 本研究发现，鼻塞、流涕、嗅觉减退、头痛、头晕五个常见症状在各中医证型的分布没有显著性差异 ($P>0.05$)，打喷嚏为肺经风热型、肺气虚寒型病人较常见的症状，出现的比例要高于其他三组病人 ($P<0.05$)。鼻为肺系之前端，连于喉，接气道，下通于肺，有助肺行呼吸、主嗅觉之功能。肺主鼻，《素问·金匱真言论》中说：“西方白色，入通于肺，开窍于鼻。”《灵枢·五阅五使》：“鼻者，肺之官也。”，《诸病源候论》亦云：“鼻是肺之候，肺气通于鼻。”故鼻既为肺之窍，又为肺之官。说明鼻与肺有着密切的关系。肺气通于鼻，只有肺气充沛，肺鼻才能互相协调，鼻的正常功能才能得以发挥。正如《医学见能》卷一所说的：“肺气通调，鼻自安。”当肺的功能失调，则容易导致鼻病的发生。《灵枢·本神》：“肺气虚则鼻塞不利，少气。”鼻塞是鼻窦炎的突出症状之一。这可能与以下两方面的原因有关，其一是浊涕停留在鼻道内，空气不能通过，引起鼻塞；其二是鼻窦的炎症大多累及鼻腔，造成鼻腔内黏膜水肿增厚，尤其是下鼻甲的肿胀，容易导致鼻塞的出现。鼻涕，即鼻腔分泌物。鼻为肺窍，故其分泌物亦属肺。《素问·宣明五气篇》说：“五脏化液

……肺为涕。”早在《素问·气厥论》：“鼻渊者，浊涕下不止也。”提出了鼻流浊涕为鼻窦炎的主要症状。嗅觉减退为鼻窦炎的又一主要症状之一。肺主宣发肃降，《灵枢·脉度》：“肺气通于鼻，肺和则鼻能知臭香矣。”就说明了只有肺气清利，才能嗅觉灵敏。如果肺的宣发肃降功能失调，就可能出现嗅觉减退的症状。现代医者认为其主要原因是嗅区黏膜炎性病变，甚则息肉样变，或因脓涕潴留阻塞嗅裂所致，所以对于鼻窦炎的患者，我们还应该注意询问其嗅觉情况。头为清阳之会，鼻为肺之外窍，居头面中央。三阳经脉直接循行于头部与鼻之外窍，鼻的病变常常会引起头痛头晕。打喷嚏，是由肺气上冲于鼻而作。肺气虚弱，卫气不能宣发于肌表，腠理不固，寒邪得以外袭，肺为寒邪所迫，清肃失常，寒邪凝聚鼻窍，津液滞停，出现喷嚏连连，涕清稀。而西医学者认为这可能提示部分鼻窦炎的发生可能与变应性因素有关，根据 Gutman 等^[3]的研究，我们对于这部分的鼻窦炎患者，应行变应原试验、相关免疫球蛋白等检查了解其是否有变态反应的因素存在。

参考文献

- [1] 广东省卫生厅. 广东省常见病基本诊疗规范, 广东: 官桥彩印厂, 2003, 第一版.
- [2] 王士贞. 中医耳鼻咽喉科学, 北京: 中国中医药出版社, 2003, 第 1 版: 131-133.
- [3] Gutman M, Torres A, Keen KJ, et al. Prevalence of allergy in patients with chronic rhinosinusitis[J]. Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 2004; 130(5): 545-552.

菊花通圣汤治疗急性鼻窦炎（肺经风热型）的临床观察

陈扬¹

【摘要】目的：观察菊花通圣汤治疗急性鼻窦炎（肺经风热型）的临床疗效。方法 将 90 例确诊为急性鼻窦炎（肺经风热型）的患者随机分为两组。治疗组 45 例治疗采用菊花通圣汤治疗，对照组 45 例口服罗红霉素治疗。治疗 1 疗程（7d）进行疗效判定。结果 治疗组总有效率 93.33%，对照组总有效率 84.44%，总有效率治疗组均优于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论 菊花通圣汤治疗急性鼻窦炎（肺经风热型）疗效满意，值得在临床上推广应用。

【关键词】急性鼻窦炎；鼻渊；肺经风热；菊花通圣汤；罗红霉素；临床观察

前言：急性鼻窦炎系鼻窦粘膜的急性炎症。主要症状为鼻塞、流脓涕、头痛、重者畏寒、发热、全身不适。是临床常见、多发病，给患者带来很大困扰。近年来我们应用菊花通圣汤与罗红霉素对比治疗急性鼻窦炎（肺经风热型）共 90 例，应用菊花通圣汤取得更满意的疗效，现报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料 观察 90 例我院确诊为急性鼻窦炎患者，随机分为两组。两组在年龄，性别，病程，治疗前症状体征积分均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料（n, $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	性别		年龄 (岁)	平均年 龄(岁)	病程 (d)	平均病 程(d)	症状体征 积分(分)	平均症状体 征积分(分)
		男	女						
治疗组	45	22	23	10~49	21.15±12.7	0.5~3	1.64±0.7	6~36	22.43±4.69
对照组	45	24	21	12~54	19.62±13.8	0.5~3	1.39±0.9	6~36	22.27±4.97
统计值		$\chi^2=0.010$			$t=0.478$		$t=0.309$		$t=0.041$
P值		0.921			0.490		0.579		0.841

1.2 诊断标准 (1) 病史：有急性鼻炎、流感或急性感染性疾病史。(2) 症状：交替性或持续性鼻塞，嗅觉减退，鼻腔内有大量粘脓性或脓性分

泌物，头痛可出现在前额、鼻根部、眉间或枕部，鼻窦局部疼痛。(3) 检查：鼻黏膜充血、肿胀，鼻腔内有大量粘脓性或脓性分泌物，鼻窦区有压痛。(4) 辅助检查：鼻窦 CT 冠扫鼻窦黏膜增厚^[1]。(5) 中医症候诊断标准^[2]：鼻塞，鼻涕量多而白黏或黄稠，嗅觉减退，头痛，可兼有发热恶风，汗出，或咳嗽，痰多，舌质红，苔薄白，脉浮数。(6) 症状和体征的分级量化评分标准：分别将以上症状体征及辅助检查按无、轻、中、重程度分别评分为 0 分、2 分、4 分、6 分。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 给予孙海波教授经验方菊花通圣汤，药用菊花 20g，薄荷 10g，芥穗 15g，防风 15g，葛根 20g，细辛 3g，白芷 10g，苍耳子 15g，酒芩 15g，黄连 15g，川芎 10g，藿香 15g，苍术 15g，甘草 10g。煎服方法：煮开 12 ~ 15min 后取汁，待药汁冷却过程中，可用蒸汽熏鼻，1 次 60ml（儿童酌减），3 次 /d，饭后口服。

1.3.2 对照组 罗红霉素每次 150mg，2 次 /d，口服。（儿童每日 2.5 ~ 5.0mg/kg，分 2 次服用）。无合并用药。

1.3.3 疗程 7d 为 1 个疗程，治疗 1 个疗程后进行疗效判定。

1.4 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]。痊愈：症状体征积分减少 $\geq 95\%$ ；显效：症状体征积分减少 $\geq 70\% < 95\%$ ；进步：症状体征积分减少 $\geq 30\% < 70\%$ ；无效：症状体征积分减少 $< 30\%$ 。

注：疗效指数计算公式（尼莫地平法）= [（治疗前积分 - 治疗后积分）÷ 治疗前积分] × 100%

1.5 统计学方法 采用 SPSS15.0 软件，计量资料：采用配对 t 检验、方差分析等方法。计

数资料：卡方检验，等级资料采用秩和检验。组间比较采用 t 检验，率的比较采用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结 果

治疗 1 疗程，总有效率治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组疗效比较 (%)

组别	n	痊愈	显效	进步	无效	总有效率%
治疗组	45	17 (37.78)	20 (44.44)	5 (11.11)	3 (6.67)	93.33*
对照组	45	9 (20.00)	17 (37.78)	12 (26.67)	7 (15.56)	84.44

注：与对照组比较，* $\chi^2=2.538$ ， $P=0.011$ 。

3. 讨 论

鼻窦炎是鼻科常见疾病，中医理论将以鼻流浊涕，量多不止，常伴有头痛、鼻塞、嗅觉减退为主要表现的疾病称为鼻渊。风热外感或风寒日久化热，肺受其邪，清肃失常，热邪循经上炎，灼伤鼻窦肌膜，故流黄涕，湿热浊邪阻滞，肺经气机不利而致鼻塞，头痛，嗅觉减退或消失。风热外袭，则发热恶风、汗出^[2]。治以菊花通圣汤，菊花清阳上达鼻窍，《本草正义》载：“宣扬疏泄”之性，可散邪通窍。薄荷清扬升浮，《医学衷中参西录》言其可治“鼻渊”。荆芥《滇南本草》称“通肺气，治鼻窍塞闭”治鼻渊。防风常

用于鼻科病症之头痛。葛根散邪排脓，宣利肺气，又能升阳清气，以充养上窍，可消除鼻渊之因。酒芩善于清肺之火及上焦之热。黄连善清胃火。川芎活血行气，祛风止痛。藿香芳香化湿，疏理气机。苍术燥湿健脾，避秽化浊。白芷祛风散寒燥湿，宣利肺气，升阳明之清气，以充养上窍，可以消除鼻渊之因，其通鼻窍，止疼痛，以改善鼻塞不通，浊涕不止，前额及眉眶疼痛，又可治标。细辛常用于鼻渊所致鼻塞浊涕头痛。苍耳子祛风散寒以逐邪，通利鼻窍以除鼻塞，苦温燥湿以止浊涕，缓和前额痛鼻胀痛^[4]。经笔者观察菊花通圣汤治疗急性鼻窦炎（肺经风热型）疗效确切，值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 田勇泉. 耳鼻咽喉头颈外科学 [M]. 第 7 版. 北京：人民卫生出版社，2008：82-83.
- [2] 王士贞. 中医耳鼻咽喉科学 [M]. 第 2 版. 北京：中国中医药出版社，2007：128.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则（试行）[S]. 北京：中国医药科技出版社，2002：327.
- [4] 高学敏. 中药学 [M]. 北京：中国中医药出版社，2002：68.

经前鼻孔取出巨大鼻结石一例

张爽¹

患者，女，64岁，以“左侧鼻腔堵塞，流脓，鼻出血十几年”为主诉来我院就诊，经前鼻镜检查见左鼻腔内有一黑褐色占位性病变，以枪镊触之质地坚硬，可微动，发金属样摩擦音，周围附有脓性分泌物，拍鼻窦CT（辽宁奉天中医院 2013，09，21 编号 14180）显示左侧鼻腔中部可见一密度均匀一致，CT值 1190Hu，直径上下 3.0cm、左右 2.8cm 大小高密度影，嵌顿于鼻中隔软骨与下鼻甲骨间，周围附有大量低密度软组织阴影，确定诊断为：左鼻腔结石。患者各项术前常规检查指标正常，于 2009 年 9 月 28 日 13 时在局部麻醉下行左鼻腔结石取出术，前鼻镜下以止血钳夹持鼻石困难，遂以咬骨钳，鼻息肉钳逐步咬除结石周边组织，取出大量坏死样组织，使其活动前移，并多次夹持，最终鼻石碎成数块，经前鼻孔分次取出约 3.0cm×2.8cm×2cm，黑褐色石头样组织，手术结束。术中患者出血量少，各项生理指标稳定，手术无副损伤。

讨论：鼻石又名鼻结石或鼻石病，多发于一侧鼻腔，成人多见，有真性及假性之分，真性鼻石是以血、黏液、细菌、痂皮为核心；假性鼻石

以棉絮、种子、牙齿或其他异物为核心^[1]，在鼻腔内、鼻窦内滞留时间过长，炎性分泌物日久蒸发，浓缩分解出多种无机盐类，逐步沉积于异物表面，逐渐形成结石，其外壳成分有钙、镁、磷、氯化钠等盐类，因成分不同，鼻石颜色可有差异^[2]。本例患者年轻时经常鼻出血，可能以血痂为核心，逐渐机化形成 3.0cm×2.8cm 巨大鼻石，加上附着软组织，直径超过 4.0cm，常规需施行经鼻唇龈沟—鼻底切开手术取出^[3]，易增加患者痛苦、术中副损伤引起大出血、术后鼻翼畸形影响美观。今在无损伤下从前鼻孔取出巨大结石，实为一成功病案。

参考文献

- [1] 徐金荣. 鼻石症 1 例 [J]. 中国基层医药, 2006, 13(10): 1760.
- [2] 孔维佳. 王斌全耳鼻咽喉科学人民卫生出版社, 2002 年 2 月第 1 版 P74.
- [3] 陈彦. 鼻石病 [J]. 国外医学 (耳鼻咽喉科分册), 2003, 27(2): 1.12.

运用仲景方治疗梅尼埃病的经验体会

王爱平¹

【摘 要】梅尼埃病是耳鼻喉科临床常见病之一，临床表现称为“耳眩晕”。汉代医圣张仲景所著《伤寒论》、《金匱要略》，药少力专，被后世医家尊崇为“经方”。本文选取其中经方泽泻汤、苓桂术甘汤、五苓散、小半夏加茯苓汤、真武汤治疗耳眩晕，疗效确切。

【关键词】仲景；梅尼埃病；耳眩晕

梅尼埃病是以反复发作的旋转性眩晕，波动性、进行性感音神经性聋为主要表现的耳鼻咽喉科临床常见病。该病主要的病理改变为膜迷路积水（endolymphatic hydrops）。本病多发生于 30 ~ 50 岁的中、青年人。一般单耳发病，也可双耳受累。病因还不是十分明确，可能与先天性内耳异常、内淋巴生成过多、植物神经功能紊乱、病毒感染、免疫反应、内分泌障碍、内耳微循环障碍、水钠代谢失调等有关。目前普遍认为内淋巴回流受阻或吸收障碍是其主要的致病原因。

本病根据其临床表现属于祖国医学“眩晕”范畴，即“耳眩晕”。如《灵枢·海论篇》所说：“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。”又如《丹溪心法·卷四》谓：“眩者言其黑运转旋，其状目闭眼暗，身转耳聋，如立舟车之上，起则欲倒。”耳眩晕为脏腑内伤所致，以肾、脾二脏亏虚居多，又有风、火、痰、浊等不同因素之兼杂。其病根属虚，病象如实，因此，大多属本虚标实之证。有文献分析表明，虽然中医临床医生对梅尼埃病的认识有所不同，但是多认为肝脾肾为本，风火痰瘀为标，结合患者自身情况进行辨证论治，因此中医治疗梅尼埃病的有效率达 80% ~ 100%^[1]。

汉代医圣张仲景所著《伤寒论》、《金匱要略》，法度严谨，疗效确切，被后世医家尊崇为“经方”。其方所论，以内科杂病为多，但不乏耳鼻

喉科应用领域，特别是针对耳眩晕，虽未明确提及病名，但逐本溯源，亦有据可循，眩晕多从水饮论治。临床见脾胃阳虚，当分轻重，轻者以泽泻汤利水补脾；重者用苓桂术甘汤温阳蠲饮，健脾利水；脾阳虚而寒饮停聚，三焦膀胱气化不行者，当用五苓散化气行水，通利小便；胃阳虚而水饮上逆，饮邪增重，更见头眩、心悸者，治宜小半夏加茯苓汤，化饮降逆，利水宁心；如脾肾阳虚，或以肾阳虚衰较甚，水气泛滥者，可予真武汤治疗以温阳利水。临床若辨治得当，常可一举得效，效如桴鼓。

兹撷取临诊常用经方经验介绍如下：

泽泻汤证

见于《金匱要略》“心下有支饮，其人苦冒眩，泽泻汤主之。”本条论述痰饮眩冒的证治。“心下有支饮”即饮停心下，支撑上冒，因饮停部位在心下，当属狭义痰饮。饮停心下，心阳被遏，清阳不升，病发时头目沉重，眩晕，双目紧闭，不欲视物，动则呕吐清水。浊阴上冒，尚可见头痛，鼻塞不通，耳鸣如潮，面色黧黑等症，这是痰饮常见的症状。治以泽泻汤，方中泽泻利水除饮，白术补脾制水，二药配伍，共奏补脾利饮之效。对于耳部闷胀不适，耳鸣，听力下降者可配伍茯苓以减轻迷路水肿，加用石菖蒲而通清窍。如外感风寒者可酌加辛夷、防风、苍耳子。外感风热者加桑叶、菊花；血分郁热者可加赤芍、丹皮、丹参等。

附：医案举例 刁某，59 岁。2 天来头晕目眩反复发作，动则更甚，呕吐痰涎，伴耳闷。西医诊断梅尼埃病，查舌胖有齿痕，苔白水滑，脉弦细。证属水停心下，清阳不升，浊阴上逆。治宜蠲除痰饮。处方：泽泻 30 克，白术 30 克，石菖蒲 20 克。水煎 100ml 日三次温服。服药 2 次

后眩晕症减, 继服 2 次病愈^[2]。

苓桂术甘汤证

主要见于《金匱要略》痰饮咳嗽病脉证并治篇“心下有痰饮, 胸胁支满, 目眩, 苓桂术甘汤主之。”本条论述狭义痰饮的证治。心下即胃脘所在的部位, 饮停于胃, 阻滞气机, 饮邪弥漫于胸则胸满, 溢淫于胁则胁满, 故胸胁支满; 水饮中阻, 清阳不升, 故头目眩晕。病因脾胃阳虚而致狭义痰饮, 治以苓桂术甘汤温阳蠲饮, 健脾利水。方中茯苓淡渗利水, 桂枝辛温通阳, 两药合用, 具有温阳化饮之功; 白术健脾燥湿, 甘草和中益气, 两药相协, 又能补土制水, 有温化三焦水饮之功, 为苓桂剂的祖方。

《伤寒论》第 67 条云: “伤寒, 若吐若下后, 心下逆满, 气上冲胸, 起则头眩, 脉沉紧, 发汗则动经, 身为振振摇者, 茯苓桂枝白术甘草汤主之”, 本条方后注又云“分温三服, 小便则利”可知, 本证除胸胁支满、目眩外, 尚可兼有心下逆满、气上冲胸、小便不利、脉象沉紧等症。苓桂术甘汤具有健脾渗湿, 通阳利水之效, 为治痰饮病的主方, 亦是“温药和之”的代表方剂。

临床以苓桂术甘汤随证加减: 头目眩晕甚者, 加泽泻; 咳嗽呕吐涎沫者, 加半夏、陈皮; 干呕、颠顶头痛, 因肝胃阴寒水饮上逆者, 加吴茱萸; 伴见心悸脉结, 加黄芪、五味子、人参; 身动而水气上泛者, 加附子等。

附: 医案举例 李某某, 女, 35 岁。2013 年 7 月 12 日就诊。因天气炎热, 贪凉饮冷, 一周内眩晕频繁发作, 伴右耳鸣, 听力未明显下降, 胸闷不畅, 泛泛作恶, 舌苔白腻, 脉象濡滑。证属脾阳不振, 痰饮内停, 上蒙清阳, 给予温阳化饮。处方: 茯苓 15 克, 桂枝 15 克, 白术 20 克, 法半夏 20 克, 陈皮 15 克, 炙甘草 6 克。二剂, 药后眩晕消失, 诸证悉平^[3]。

五苓散证

见于《金匱要略》痰饮病篇“假令瘦人, 脐下有悸, 吐涎沫而癫眩, 此水也。五苓散主之。”

本条论述下焦水逆的证治。“瘦人”指患病后形体消瘦。脐下悸动说明饮停下焦, 因膀胱气化不行, 浊阴不得下泄, 有上逆之势; 下焦停饮上逆则吐涎沫, 饮邪内阻, 清阳不升则头目眩晕; 本证上下俱病, 但病之微结在下焦, 治宜利小便, 使水饮就近而去, 方用五苓散, 方中茯苓、猪苓、泽泻淡渗利水, 白术健脾除湿, 桂枝通阳化气, 平冲降逆, 五药相合, 共奏通阳化气, 利尿行水之效, 俾水饮一去, 冲逆自平, 诸证向愈。

五苓散一方, 原为行膀胱之水而设, 主治太阳表邪不解, 循经入里而影响膀胱气化功能, 以致水饮内停的太阳蓄水证。逐内外水饮之剂以五苓散为首, 耳鼻喉科疾病因脾阳虚而表现为耳鼻部水湿停聚, 水无所摄, 需助脾扶火渗湿者, 均可以五苓散加减应用。临床应用时不一定兼有表证。

附: 医案举例 张某某, 女, 25 岁。2012 年 5 月 12 日来诊。患者 2 年前无明显诱因出现眩晕, 视物旋转发作, 每次眩晕持续 1—2 小时不等, 缓解后一如常人。近日劳累后出现眩晕、视物旋转发作, 眩晕持续 3 小时, 恶心, 呕吐胃内容物, 耳闷, 小便不利, 于急诊对症治疗后眩晕缓解, 仍觉头晕, 心悸, 舌淡苔腻。诊脉右沉滑带弦, 左沉而小滑。拟降逆平冲, 逐饮利气之法。大剂五苓散加味: 泽泻 60 克、白术 30 克、茯苓 60 克、猪苓 20 克、桂枝 20 克、法半夏 15 克。三剂。药后眩晕未发。继以上方加减 15 剂, 头晕心悸消失, 随访 2 年未发病^[4]。

小半夏茯苓汤证

证见《金匱要略》之痰饮病篇“卒呕吐, 心下痞, 膈间有水, 眩悸者, 小半夏加茯苓汤主之。”

本条主要论述痰饮呕吐眩悸的证治。饮停于胃, 则心下痞满, 胃失和降, 水饮上逆, 则卒然呕吐; 清阳不升, 浊阴上冒, 则头目昏眩; 水上凌心, 则心下悸。治以小半夏加茯苓汤, 该方是由小半夏汤加茯苓而成, 小半夏汤和胃化饮, 降逆止呕, 茯苓导水下行, 宁心安神。

医案举例 刘某，男，42 岁，2011 年 1 月 10 日初诊。头眩反复发作半年，伴心悸，咽部不适，左耳听力下降，耳鸣如蝉，近日加剧，以致精神恍惚，疲惫不堪。双温实验：左侧前庭功能低下。刻诊：头眩心悸，咽中不适，恶心，心下痞，全身软弱无力，舌淡，苔白腻，脉虚弱。证属脾胃虚弱，痰饮内阻。治宜健脾温胃，散饮止呕。方用小半夏加茯苓汤化裁：半夏 10 克，茯苓 12 克，生姜 10 克，党参 20 克。煎汤代水，随访半年未发^[5]。

真武汤证

见于《伤寒论》“太阳病发汗，汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身动，振振欲擗地者，真武汤主之。”

这一条论述太阳病过汗伤阳而致阳虚水泛的证治，“太阳病，发汗”，太阳病应该发汗，“汗出不解”，如果汗出太多，会损伤少阴肾中阳气，故而病不解。“其人仍发热，心下悸，头眩，身动”，少阴阳气亏虚，水寒之邪内盛，阳气外越，故见发热。肾为主水之脏，阳虚则主水无权，阴邪搏阳，故见心下悸，头眩。阳虚阴盛，周身经脉失于阳气的充养，故见身动，振振欲擗地。振振就是振摇，欲擗（倒、仆之意）地就是站立不稳。以上均为水邪泛滥周身的典型证候。

真武汤温阳利水，主治脾肾阳虚，水湿内停，小便不利者。方中附子大辛大热，温肾助阳，以化水气兼暖脾土，茯苓、白术健脾利水渗湿，生姜助附子以温阳祛寒，而尤妙在芍药酸能泄肝木以疏水。临床多应用于梅尼埃病证属脾肾阳虚，不能温化水湿，寒水内停，上泛于耳而为眩晕。应用真武汤加减以温脾胃，除寒水而止晕眩，如呕吐频繁者加吴茱萸、陈皮、半夏；耳鸣甚者加磁石、石菖蒲；兼有肝风者加天麻、钩藤。

病例：赵某，男，55 岁，2013 年 1 月 24 日初诊。20 天前早晨起床之时，突然感到一阵头晕目眩，

右耳胀闷，闭目约五分钟后头晕自止。数十分钟后，出现旋转性眩晕，不敢睁眼，平卧于床上，亦感如坐舟车中，有欲倾倒之势，睁眼则晕甚，晕时恶心呕吐，吐出物呈水样。送入当地医院急诊，诊为梅尼埃病，对证治疗后仍头晕目眩，不敢独自行走。诊见患者头晕，转头常可诱发眩晕，行走时，向一侧偏斜，稍以转头，即眩仆欲倒，而且呕吐食水。患者形体消瘦，饮食呆滞，语声低怯，气短乏力，下肢轻度浮肿，踝部为甚，舌体大，苔白滑，脉沉弦紧。病为眩晕，属阳虚水气上逆，清窍被蒙所致。给真武汤扶阳镇水、化饮降逆。处以：附子 15 克，白术 30 克，茯苓 45 克，赤芍 45 克，生姜 15 克水煎服，100ml 日三次。服 2 剂后，眩晕未作，恶心呕吐已止，头沉项僵，能独自小步缓慢行走，小便自利。又继服上方 2 剂，眩晕已止，纳增，下肢肿消。为巩固疗效，继服 3 剂，至今未见复发。

张仲景方被尊为“群方之祖”，所列之方，药少而力专。上述只是个人临诊应用仲景方的一些认识及体会，仍有许多未及深入的地方。在实际应用时，还需师古而不泥古，在原方基础上，善于明察病机，知常达变。“观其脉证，知犯何逆，随证治之”，灵活变通，方获奇功。

参考文献

- [1] 谢立红，许文婷. 中医治疗梅尼埃病临床研究概况 [J]. 江西中医药，2014，45（12）：77.
- [2] 孙和文. 泽泻汤治疗美尼尔氏综合征 [J]. 山西中医，1987，（5）：43.
- [3] 任达然. 苓桂术甘汤的临床应用 [J]. 江苏中医，1984，（4）：37.
- [4] 许世瑞. 五苓散的临床运用 [J]. 四川中医，1883，（4）：58.
- [5] 武秀全. 小半夏加茯苓汤治疗呕吐三则 [J]. 中医杂志，1982（12）：16.

眩晕病因病机探讨

魏国威¹

【摘要】眩晕是继发热、头痛两大临床症状之后的第三大临床就诊症状。眩是指眼花或眼前发黑，晕是指头晕或感觉自身或外界景物旋转，二者常同时并见，中医统称为“眩晕”。本文从中医角度探讨眩晕的病因病机，希望能给临床工作提供理论借鉴。早在先秦时期，《内经》对眩晕已有记载，称之为“眩冒”，对病因病机作了较多论述：《素问·至真要大论》云：“诸风掉眩，皆属于肝”，认为眩晕病因与风、虚有关，病位在脑，病变脏腑在肝。此后的历代医家，如张仲景首次提出了痰饮是眩晕发病的原因之一；刘完素从风火立论，并从五运六气的太过不及揭示了眩晕的发病原因；虞抟于提出“血瘀致眩”之说。总之，眩晕之病多因情志不遂、饮食不节、肾亏体虚、跌扑损伤、淤血内阻引起，其病理变化不外虚实两端。虚者髓海不足，或气血亏虚，清窍失养；实者为风、火、痰、瘀扰乱清窍。病位在头窍，病变脏腑与肝、脾、肾三脏相关。

【关键词】眩晕；病因病机

眩晕是继发热、头痛两大临床症状之后的第三大临床就诊症状^[1]。眩是指眼花或眼前发黑，晕是指头晕或感觉自身或外界景物旋转，二者常同时并见，中医统称为“眩晕”。该症是介于耳鼻喉科与神经科之间的复杂综合征，同时又涉及内科及骨科等多个学科，临床表现多种多样，病人陈述用语模糊，临床诊断治疗困难，因此只有将该症的病因病机探讨清楚，才会达到简、便、廉、验的理想境界。中医二千多年前对眩晕已有记载，此后历代医家对眩晕病因病机的认识进行归纳总结，不断完善，使眩晕证病因病机逐步形成了较为系统理论。

一、古代对眩晕病因病机的阐述

1、眩晕最早见于《黄帝内经》称之为“眩冒”，

对病因病机作了较多论述：《素问·至真要大论》云：“诸风掉眩，皆属于肝”；《素问·六元正纪大论》云“木郁之发，太虚埃昏……甚则耳鸣眩转”；《灵枢·海论》云：“髓海不足，故脑转耳鸣”；《灵枢·卫气》云：“上虚则眩”；《灵枢·口论》云：“上气不足，脑为之不满……目为之眩”。《内经》认为眩晕病因与风、虚有关，病位在脑，病变脏腑在肝。

2、汉代张仲景《金匮要略》有“心下有痰饮，胸胁支满，目眩”；“诸肢节疼痛，身体羸，脚肿如脱，头眩，短气……”等关于痰饮、水湿导致眩晕的证治的记载，首次提出了痰饮是眩晕发病的原因之一，为后世从痰饮论治眩晕提供了理论基础，直至现在，痰饮仍被认为是眩晕发病的重要原因之一^[2]。

3、两宋时期眩晕证病因病机理论得到了进一步发展，医家十分重视外因致眩。陈言的《三因极一病证方论》曰：“如中伤风寒暑湿在三阳经，皆能眩人，头重项强，但风则有汗，寒则掣痛，暑则热闷，湿则重着，吐逆眩倒，属外所因；喜怒忧思，致藏气不行，郁而所生，涎结为饮，随气上厥，伏留阳经，亦使人眩晕呕吐，眉目疼痛，眼不得开，属内所因；或饮食饥饱，甜腻所伤，房劳过度，下虚上实；拔牙金疮，吐衄便利，去血过多及妇人崩伤，皆能眩晕，眼花屋转，起则眩倒，属不内外因，治之各有法。”将眩晕病因区分为内因、外因和不内外因三种，外因系由素体本虚，风寒暑湿诸邪气伤及三阳经；内因即为七情内伤，致脏气不和，遂生痰邪；不内外因则为饮食所伤、房劳过度、吐衄便利等，伤及气血，致精血不足，上不荣脑所致^[3]。

4、金元时期，各家争鸣，丰富了对眩晕的认识，刘完素《素问玄机原病式·五运主病》言：“头

目眩运者，由风木旺，必是金衰不能制木，而木复生火 两动相搏，则为之旋转。”认为本病发生系由内生风火所致，主张此病的病因病机应从风火立论，并从五运六气的太过不及揭示了眩晕的发病原因，为临床诊治提供了理论依据。

5、明清时代对眩晕的论述日臻完善。虞抟于《医学正传》中提出“血瘀致眩”之说，认为多种因素致血瘀不行，瘀血停聚胸中，迷闭心窍，火郁成邪，发为眩晕，故治宜行血清经，散瘀结则眩晕可愈此说首创了瘀血致眩之论。张景岳提出了“无虚不作眩”的观点，《景岳全书·眩运》中说：“眩运一证，虚者居其八九，而兼火、兼痰者不过十中一二耳”，故在治疗上认为应以“治其虚”为主^[4]。

二、当代对眩晕病因病机的认识

王永钦认为梅尼埃病眩晕分为发作期和缓解期，发作期多由风、痰、瘀作祟，缓解期多由心、脾、肝、肾失调为患，发病有标本缓急之分。孟真等认为耳性眩晕发病病因为内因，外因属诱因。其病有实、有虚、有虚实夹杂之分，累及脏腑，主要为肝、脾、肾，可旁及心肺。王鹏总结导师范华教授治疗颈性眩晕经验，认为《灵枢》和张介宾的“上虚作眩”，与现代医学的颈椎病椎动脉供血不足所引起的眩晕十分相似。麻晓示等认为耳源性眩晕病变在耳，病根在肾，病机特点是耳中积水，肾主耳，因此要抓住“肾”与“水”这一邪正矛盾的特点，其病理特征是水湿瘀积，积水不运。秦润笋介绍郑绍周教授治老年眩晕经

验，认为其病机特点以虚为本，本虚标实，虚包括元气亏虚和脾肾亏虚，实则以风痰瘀为主。故主张治疗应该以补肾益气健脾为原则^[5]。

三、讨论

古今医家对眩晕病因病机的认识随着中医的发展而深入，不同时期各有侧重，总结起来：眩晕之病多因情志不遂、饮食不节、肾亏体虚、跌扑损伤、瘀血内阻引起，其病理变化不外虚实两端。虚者髓海不足，或气血亏虚，清窍失养；实者为风、火、痰、瘀扰乱清窍。病位在头窍，病变脏腑与肝、脾、肾三脏相关。从目前的临床报道来看，对缺血性脑血管病、颈椎病及内科疾病所引发的眩晕疗效较好；对周围性（前庭性）眩晕的研究，还缺乏科学的证据，这正是我们需要努力的方向。

参考文献

- [1] 张素真, 吴子明. 眩晕症的诊断与治疗. 北京: 人民军医出版社, 2014.1.
- [2] 韩明亮. 浅析张仲景从痰饮论治眩晕. 河南中医, 2010 年第 30 卷 10 月第 10 期: 944.
- [3] 朱敬秀. 许彦来. 历代中医名家论眩晕. 实用医药杂志, 2007 年 08 月第 24 卷第 08 期: 999.
- [4] 韩向辉. 刘轲. 浅谈中医对眩晕病因病机的认识. 光明中医, 2009 年 10 月第 24 卷第 10 期: 1870.
- [5] 李志. 张崇泉. 眩晕中医辨证进展. 中医药导报, 2009, 15(7), 90.

柴胡桂枝汤治疗以咽痛为主症的外感热病

蒋中秋¹

柴胡桂枝汤出于《伤寒论》，由春柴胡、法半夏、黄芩、党参、炙甘草、桂枝、白芍、生姜、大枣组成。是小柴胡汤与桂枝汤之合方，主要用于少阳病兼表的证治。治疗伤寒六七日发热微恶寒，支节烦疼，微呕，心下支结，外证未去者。既有发热微恶寒，支节烦疼表邪不解太阳证，又有微呕，心下支结的少阳证，对于以咽痛为主症的外感热病，如果症状和体征呈现太阳少阳合病，辨证正确，使用柴胡桂枝汤治疗，效如浮鼓，现从临床病例探讨柴胡桂枝汤使用规律。

急性咽炎案：

龚某某，女，28 岁，门诊号 ZZJ1707789。初诊日期 2014 年 8 月 12 日。咽痛一天伴发热，体温为 39℃，吞咽疼痛，无汗、恶寒，全身疼痛不适，且经期 15 天未净，急查血常规：WBC： $5.72 \times 10^9/L$ ，N：80%，L：9.4%，检查咽后壁淋巴滤泡充血增生明显，扁桃体 I°，间接喉镜下：喉部未见异常。证属经期感寒，风邪外袭，太阳经气失宣。柴胡桂枝汤加味。

春柴胡 20g、法半夏 10g、黄芩 10g、党参 10g、炙甘草 5g、桂枝 10g、白芍 10g、生石膏（先下）30g、虎杖 10g、大青叶 10g、生姜 4 片、大枣 5 枚。三剂，水煎服，日一剂，不分时间频饮。

二诊（2014 年 8 月 14 日）自述上方服后半小时即感汗出，全身当晚体温下降至 38℃，药后第一天身疼痛亦缓解，咽痛减轻，体温接近至正常。药后第二天全身疼痛消失，体温正常，精神明显好转，但出现咽部痰阻感，频发咳嗽，咳嗽时咽痛剧烈，不咳时则咽痛轻微，鼻塞，进食正常，二便正常。月经量明显减少。咽部检查同首诊，风邪在表，肺经有热，麻杏石甘汤加味：生麻黄 6g、杏仁 10g、生石膏（先下）30g、炙甘草 6g、蝉衣 6g、荆芥炭 10g、防风 10g、川贝母

10g。四剂，日一剂，分两次服。

患者同时表述因工作忙，如症状消失则不再复诊，4 天后患者未再来。

按：本案女性患者，经期过长达 15 天之久，迟迟未结束。虽值青年，也造成体质虚弱，稍有不慎，外寒易袭，正所谓“邪之所凑，其气必虚”。虚体受邪，则为小柴胡汤所适宜，而患者同时伴有恶寒，全身疼痛之症，为太阳经气不舒之候，故柴胡桂枝汤更适宜，根据国医大师张琪经验，如伴高热、咽痛，则可在上方基础上加入生石膏，则形成“柴石汤”。其经验为病有内热，验其舌燥脉数，发热不适者，重用石膏，稍加解表之药，无不收效。尤以柴胡与石膏合用，服药后汗出即愈。二诊时太阳表证解除而现咳嗽、咽部痰阻感，符合“汗出而喘，无大热者，麻杏石甘汤主之。”故以麻杏石甘汤加入疏风散邪止咳之品，四剂而愈。

慢性扁桃体炎急性发作案：

张某某，男，17 岁。门诊号 ZZJ1694735，初诊 2014 年 8 月 12 日。

患者有慢性扁桃体炎反复发作史 10 年。每年均有 15—20 次发作史。以致每月无咽痛症状时间不足一周，无法满足切除病灶扁桃体条件。每次急性发作均需静滴抗生素 3—4 天。随后口服抗生素一周以上症状方可消失，但稍有不慎，气温变化或饮食不节均可诱发。刻下咽痛 6 天，静滴抗生素治疗 4 天。目前口服“阿奇霉素”治疗，体温正常，无汗，关节酸痛，无头痛，食纳尚可，二便调。血常规：白细胞 $5.61 \times 10^9/L$ ，中性 56.5%，淋巴细胞 37.1%。既往有“头孢类、青霉素类”抗生素过敏史。检查：咽喉粘膜急性炎症，双侧扁桃体 I 度表面充血。未见脓性分泌物，间接喉镜下检查未见异常，舌质红，苔薄黄，

脉弦有力。乳蛾屡发，体虚受邪，肺胃蕴热。内外邪搏结于咽喉部，治拟益气疏邪，清泻肺热。柴胡桂枝汤加味。春柴胡 20g、法半夏 10g、黄芩 10g、党参 10g、炙甘草 5g、虎杖 10g、人中黄 10g、射干 6g、大青叶 10g、桂枝 10g、白芍 10g、生石膏后下 30、生姜 4 片、大枣 5 枚。7 剂，日一剂，分二次口服。

二诊：2014 年 8 月 19 日，药后即感汗出，全身有舒适感，服药 3 天后咽痛、关节痛减轻明显，精神好转。目前偶有咽痛，精神爽，咽部有痰阻感，无关节酸痛，体温正常，大便正常，舌质淡红，苔薄黄，脉弦。检查：咽峡充血减轻，双侧扁桃体充血减轻，药已中的，原方继续 7 付，再观。

三诊（2014 年 8 月 26 号）：药后大便偏稀，咽部微痛已无大碍，进食正常，全身无不适，舌质仍偏红，苔薄黄，脉弦，检查：咽峡充血减轻，但仍有慢性充血，热毒已衰，脾气不足。治当健脾益气兼清余邪，拟方如下：炒党参 10g、炒白术 10g、云茯苓 10g、炒扁豆 10g、人中黄 10g、川连 5g、挂金灯 5g、淮山药 10g、桔梗 6g、生甘草 5g。7 剂，日一剂，分二次口服。

按语：反复发作扁桃体十余年，屡治屡发，抗生素屡投，稍有不慎，受寒则发，患儿家长无奈采取一出现咽痛症状，就立马输液抗生素治疗，可缩短咽部感染康复时间，以致月月均发，无法满足扁桃体切除条件而求助于中医治疗，本案特点：1、长期抗生素使用，耗伤阳气，正不胜邪，以致咽痛屡发；2、就诊时虽体温正常，但周身不适，关节酸痛，精神不振，此乃邪束太阳之候；血常规检查正常，咽痛剧烈，咽峡部充血明显，但无水肿。结合病机为虚体外感，邪束太阳、少阳，治当取用和法，不可一味清热解毒，拟方柴胡桂枝汤加味生石膏，和解少阳兼解表邪，清泻肺热，后期从中焦调理脾胃以健脾益气兼清余邪为主，提高机体免疫力，方可免炎症之苦。

病毒性感冒案：

尤某，女，53 岁。初诊日期：2014 年 6 月 12 日。

受凉后高热一天，伴剧烈咽痛，体温 39℃，周身肢节酸楚疼痛，无汗，全身乏力，疲倦，恶寒轻发热重，纳食不香，大便正常，舌质淡红，脉弦。检查：咽部不充血，扁桃体 I°，间接喉镜下检查会厌不充血，血常规检查正常，诊断：病毒性感冒，证属寒邪外袭，太阳表邪入里，郁而化热，柴胡桂枝汤加减。

春柴胡 20g、黄芩 10g、太子参 10g、法半夏 10g、生姜 4 片、大枣 5 枚、桂枝 10g、生石膏 30g（先下）、大青叶 10g。药后汗出，体温降至 38℃，咽痛、肢体酸痛缓解，但仍有头痛。6 月 15 日再次联系其爱人，口服三剂药后体温已降至正常，咽痛、肢体酸痛消失，头痛已缓解，但全身仍有乏力感，在家自服正柴胡冲剂善后。

按：国医大师张琪尤其擅长使用柴胡桂枝汤治疗病毒性感冒，提出本方证侯之特点在于表邪不解，发热恶寒，肢节烦痛，此头痛证往往迁延，发热不退，舌白苔，脉浮滑或小有数象，尤以需微汗出而愈，如舌苔燥，可加生石膏清热，但柴胡桂枝为必用之药。石膏不仅清热，尤善有解肌之功，与柴胡合用更增强解肌除外邪之效。吴鞠通《温病条辨》对于用白虎汤有四禁之说，即“白虎汤本为逐热出表，若其人脉浮弦而细者，不可与也；脉沉者不可与也；不渴者，不可与也；汗不出者，不可与也，常须识此，勿令误也。”但此观点与临床实用不符合，不可拘泥。本证高热无汗，重用生石膏清热透汗，临床有效且无不适。

《伤寒论》：“太阳病，头痛，发热，身疼，腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘者，麻黄汤主之。”“太阳中风，脉浮紧，发热，恶寒，身疼痛，不汗出而烦躁者，大青龙汤主之。”所以，此两方与本证型相符，均可采用，因汗出而喘无大热者方可用麻杏石甘汤，故麻杏石甘汤非本病所宜，而本病采用柴胡桂枝汤加味生石膏治疗，是考虑本患者平素体弱，已有衰老之象，是体虚受寒之表现。忆及十多年前我儿时经常发热，无汗，血常规正常，呈现病毒性感冒症状，（下转 21 页）

鼻内窥镜下带蒂鼻中隔黏骨膜瓣转位联合游离下鼻甲粘膜修补鼻中隔穿孔

董龙宝¹ 薛洁¹ 田振华¹

【摘要】目的 探讨鼻内窥镜下行带蒂鼻中隔黏骨膜瓣转位联合游离下鼻甲黏膜瓣修补鼻中隔穿孔的疗效。**方法** 在鼻内窥镜下于鼻中隔穿孔一侧行带蒂鼻中隔黏骨膜转位贴补穿孔，另一侧采用游离的下鼻甲黏膜组织瓣贴补，并且与鼻中隔黏骨膜缝合固定。**结果** 12 例鼻中隔穿孔均一次性修补成功，随访 3 个月以上未见再穿孔。**结论** 鼻内窥镜下行带蒂鼻中隔黏骨膜瓣转位联合游离下鼻甲黏膜瓣修补鼻中隔穿孔是疗效显著的方法。

【关键词】 鼻中隔穿孔；鼻内窥镜；带蒂鼻中隔黏骨膜瓣转位；游离下鼻甲黏膜瓣

鼻中隔穿孔的修补方法及使用的修补材料很多，但往往因手术方法复杂或取材工作繁琐，手术效果不佳。我科自 2006 年 2 月至 2013 年 12 月，在鼻内窥镜下行带蒂鼻中隔黏骨膜瓣转位与游离下鼻甲黏膜瓣修补鼻中隔穿孔 12 例，均一次性修补愈合。现报告如下：

1. 资料与方法

1.1 一般资料 2006 年 2 月至 2013 年 12 月，共收治 12 例患者，其中男性 9 例，女性 3 例，年龄为 17—55 岁，平均年龄 36 岁，其中感染引起的穿孔 3 例，外伤性穿孔 2 例，医源性穿孔 7 例，穿孔 1.2 最大的为 $0.6 \times 1.0\text{cm}$ ，最小的为 $0.4 \times 0.8\text{cm}$ ，平均大小 $0.5 \times 0.9\text{cm}$ ，穿孔均在软骨部，均为陈旧性穿孔，病程 1 ~ 12 年，平均为 6 年。

1.2 治疗方法

1.2.1 手术与设备 鼻内窥镜购自浙江桐庐，光源及成像系统购自德国 STORZ 公司，另备常用鼻部手术器械。

1.2.2 术前准备 术前 2 天用生理盐水进行鼻

腔冲洗，并根据鼻腔粘膜的充血情况及鼻腔内是否有脓性分泌物情况，酌情全身使用抗生素。

1.2.3 手术方法 所有病例均在局麻下进行手术，麻醉方法同鼻中隔手术。步骤如下：①先按照鼻中隔手术进行鼻腔表面麻醉及鼻腔浸润麻醉。②鼻内窥镜下根据穿孔的形状，于穿孔的一侧的上、下或前、后制备 2 条带蒂的鼻中隔黏骨膜瓣，宽在 $0.5 \sim 0.8\text{cm}$ ，将带蒂的 2 条黏骨膜瓣的游离端转位覆盖在穿孔上，原则是其游离端超出穿孔缘并尽量伸至穿孔中央。在穿孔的另一侧将穿孔边缘刮制成新鲜创面，于同侧或对侧下鼻甲表面切取小片下鼻甲黏膜组织，修剪成片状且面积大于穿孔面积，并将之覆盖于穿孔处，再以“0”号丝线与同侧穿孔周围的黏骨膜缝合固定，将对侧的带蒂粘骨膜瓣贴平于修补的下鼻甲黏膜瓣上，用小片膨胀海绵于双侧鼻腔对称堵塞固定，术后静脉滴注抗生素预防感染，鼻腔滴用 3% 林可霉素眼液。术后 5 天取出膨胀海绵，隔日换药共一周，并每天鼻腔滴用 3% 林可霉素眼液 3 ~ 5 次。

2. 结果

12 例患者 5 天后取出膨胀海绵后转位黏骨膜瓣及贴补游离下鼻甲黏膜组织瓣均平整无移位，色泽红润，穿孔封闭好，隔日清理鼻腔换药一周，后每周来院换药一次约 3 ~ 4 次。见修补的鼻甲黏膜组织瓣色泽鲜红，无脱落，穿孔完全覆盖，未见新穿孔及坏死。所有病例均随访 3 个月以上，无再穿孔。

3. 讨论

鼻中隔穿孔修补的方法很多，报道也甚多，常用的手术方法有减张缝合法、减张缝合植皮法、下鼻甲粘膜瓣修补法、游离中鼻甲粘—骨膜片修补法、硅橡胶片植入法^[1]、改良鼻中隔黏骨膜瓣

移位修补法^[2]、钛膜支架植入联合鼻腔底黏骨膜瓣修补法^[3]、复合瓣封闭法^[4]、钩突粘膜带钩突骨质修补法^[5]、异种脱细胞真皮基质修复法^[6]。以往修补鼻中隔穿孔由于光源亮度不足,手术时操作困难,手术效果大受影响,采用内窥镜下操作,鼻腔结构清晰,术野清楚,操作方便、轻松^[7]。我们采用鼻中隔黏膜瓣转位加游离下鼻甲黏膜瓣修补鼻中隔穿孔,结合了上述 2 种以上的方法,有以下优点:①取材方便。②操作方便,损伤小,患者痛苦少。③适合于各种大小的穿孔,因其取材方便,可根据穿孔的大小取材,更适合于穿孔直径大于 1.0cm 的穿孔。④手术后成功率高。谢永汉等^[2]用单纯的鼻中隔黏骨膜瓣径路修补穿孔,而对于较大的穿孔仍需用其他材料贴补。董庆龙^[8]用单纯的下鼻甲黏骨膜修补鼻中隔穿孔,也收到好的效果。而带蒂瓣膜转位与游离下鼻甲黏膜贴合,不但增加了血供的面积,更使游离的组织瓣更易于成活。另外采用自体组织可避免免疫排斥反应^[9]。

总之,在鼻内窥镜下利用带蒂鼻中隔黏骨膜瓣转位加游离下鼻甲黏膜瓣修补鼻中隔穿孔,操作方便,成功率高,值得在临床中应用和推广。

参考文献

[1] 黄选兆.汪吉宝.实用耳鼻咽喉头颈外科

学.北京:人民卫生出版社,2007:147-148.

[2] 谢永汉.黄纪逸.鼻内窥镜下行改良式鼻中隔黏骨膜瓣移位修补术治疗鼻中隔穿孔.中国内镜杂志,2004,10(11):97-98.

[3] 邓婵娟.李锐锋,等.钛膜支架植入联合鼻腔底黏骨膜瓣修补鼻中隔大穿孔.临床耳鼻咽喉科杂志,2006,4(20):358-359.

[4] 黎柱杨.肖红俊.鼻中隔穿孔的手术修补.临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2008,2(22):1099-1101.

[5] 俞德顺.鼻中隔穿孔修补(取钩突黏膜带钩突骨质修补).临床医学,2013,33:46-48.

[6] 唐一萍.唐嗣,等.异种脱细胞真皮基质修复鼻中隔穿孔的临床分析.中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2014,1(20):53-55.

[7] 覃道芬.陈峰,等.鼻内镜下三层移植物鼻中隔穿孔修补术.中国微创外科杂志,2009,7(9):644-645,650.

[8] 董庆龙.下鼻甲黏骨膜在 7 例鼻中隔穿孔修补术中的应用.中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2007,2(13):98.

[9] 罗建城.带蒂鼻腔底黏膜瓣修补鼻中隔穿孔 11 例.临床耳鼻咽喉科杂志,2005,10(19):935-936.