

中医耳鼻喉科学 2017 年 7 月 (第 16 卷第 2 期)

(半年刊) 目 录

名医专栏

李淑良教授治疗鼻病经验总结

.....徐春英 李淑良(1)

医学综述

中医治疗过敏性鼻炎的研究进展

.....杨飞强 譙凤英 杨仕蕊(5)

临床研究

泻火化痰通窍法对耳蜗微循环障碍毛细胞凋亡的实验研究

.....冷辉 孙海波 王爱平 曲中源 马慧轩(10)

基于儿童特点的鼻-鼻窦炎中医施治思考

.....丛品(17)

射频消融术辅以中药鼻腔冲洗治疗变应性鼻炎疗效分析

.....张曼芸 杜建新 张珺珺(20)

益气固表祛风法治疗禀质特异型喉咳临床观察

.....陈潇 张勉(22)

鼻中隔偏曲与球型鼻甲泡的关系

.....钱亚昇 汪审清(25)

三九天穴位注射联合穴位敷贴治疗变应性鼻炎 90 例

.....臧江红 郭裕 刘佳 寻满湘(28)

中医烙法在耳鼻喉科临床治疗的应用

.....孙小迪(31)

专题论坛

“咽喉异物感”与咽喉反流关系初探

.....刘昱辛 刘静(33)

反流性咽喉炎中医证候特征及证型分布规律

.....钟秀婷 陈文勇 朱任良 谭梦佳(35)

以痿论治咽喉反流性疾病浅析

.....曲中源 冷辉 孙海波(39)

天突穴治疗反流性咽喉炎的临床评估

.....张弢 袁波 庄文杰 张治军 滕磊 沈卫东(42)

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

发送单位

北京及全国各医院耳鼻喉科

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

河北太行机械厂劳动服务公司印刷厂

短篇报道

运用六经辨证耳鼻喉科疑难病例治验二则

.....马胜民 陈清 季宏 刘福官 (45)

耳带状疱疹伴发喉返神经麻痹 2 例

.....吕华 (47)

继续教育园地

论太阳主表及其临床意义

.....蒋中秋 (48)

浅谈音乐疗法

.....曾辉 郭裕 (51)

药用心得

六神丸的来源及临床应用

.....刘建华 刘巧平 张亚力 李洵 (54)

除湿法在耳鼻咽喉科疾病中的应用体会

.....毛得宏 张锋 (56)

专科技术

经口-鼻内窥镜引导下腺样体刮除术 82 例临床疗效观察

.....杨茂森 张晶 (59)

信息动态

皮络疗法

..... (61)

营造强势合作医疗模式 寻求鼻病连锁专科加盟

..... (62)

李淑良教授治疗鼻病经验总结

徐春英¹ 李淑良¹

鼻科常见病、多发病为变应性鼻炎、急、慢性鼻窦炎、慢性鼻炎，三者祖国医学中分别属于鼻鼈、鼻渊和鼻室范畴。下面将李淑良教授对这三种疾病的辨证治疗思路、常用方剂、常用药物综述如下：

（一）李淑良教授对鼻鼈的认识和治疗经验

鼻鼈患者是以阵发性鼻痒、喷嚏、流清水样鼻涕为主要表现的临床常见病、难治病。

鼻鼈症状的最早描述在西周《礼记·月令》中：“季秋行夏令，则其国大水，冬藏殃败，民多鼈嚏。”《素问·脉解篇》曰：“所谓客孙脉，则头痛、鼻鼈、腹肿者，阳明并于上。”正式提出鼻鼈的名称。

此后古代文献也多次提到有关鼻鼈的病因病机。如《素问·气交变大论》云：“岁金不及，民病鼈嚏”。《素问·至真要大论》云“少阴司六，客胜则鼈嚏。”鼻鼈作为病名，经过了较长的历史时期演变，金·刘完素提出的“鼈者，鼻出清涕也”对后世影响很大，开始把鼻鼈作为一个疾病名称。在明、清医籍中，鼻鼈已经作为以鼻流清涕为主症的疾病名。1980 年上海科学技术出版社出版的 4 版教材《中医耳鼻喉科学》指出：“鼻鼈的主要症状是突然发作的鼻痒、喷嚏、流清涕。”这是现代中医耳鼻喉科学专家正式提出的鼻鼈的定义^[1]。

从文献来看，现代医家对鼻鼈病因认识基本达成共识，鼻鼈的发病内因皆与肺、脾、肾三脏虚损相关，外因是感受风寒外邪或异气乘虚而入。然而各个医家在辨证和治疗上却不尽相同^[2、3]。

李淑良教授认为各个医家在辨证和治疗上不尽相同是因为不同患者的病机不尽相同，如有的患者脾虚症状明显，有的患者表现为肺气虚弱，肺卫不足，有的患者兼有肾虚。脾虚患者有的又兼有水湿运化不良造成脾虚湿停、脾虚生痰、或兼有痰湿化热。且同一鼻鼈患者在不同发病时间、发病季节用药也不相同，另外，儿童和老年人发

病病机上大不相同。

李淑良教授认为鼻鼈患者发病前大多有饮食不节、嗜食寒凉、长期熬夜的习惯或长期处于生活节奏快，压力大，思虑过度的状态，这些不良习惯均造成患者脾胃失职。《四十九难》曰：饮食劳倦则伤脾。李东垣认为，饮食不节直接损伤脾胃，故云：“夫饮食不节则胃病，胃病则气短，……胃既病，则脾无所享受，脾为死阴，不主时也，故亦从而病焉。”李东垣在《脾胃论》中亦云：“形体劳役则脾病，脾病则怠惰嗜卧，四肢不收，大便泄泻，脾既病，则其胃不能独行津液，故亦从而病焉。”脾胃被称为后天之本，为气血生化之源，又是气机升降之枢纽，在人体生命活动中具有极其重要的地位。在慢性疾病过程中，气、血、津液大量损耗，气机升降逆乱，均会影响脾胃功能，导致脾胃虚损的发生。

李淑良教授认为脾虚必导致肺虚，第一，脾与肺为母子关系，母子相生，脾气虚弱，土不生金，可演变成肺气虚弱。如《脾胃论·脾胃胜衰论》所云：“肺金受邪，由脾胃虚弱不能生肺，乃所生受病也。故咳嗽、气短、气上、皮毛不能御寒……。”脾气虚与肺气虚并见，可形成脾肺两虚。第二，脾虚失运，水湿不化，聚湿为饮，饮化为痰，产生痰饮，上渍于肺，肺失宣降，则为咳嗽，吐痰清稀。第三，脾主运化，吸收水谷精微，化生气血津液，营养滋润全身，为气血生化之源。肺气的充实，有赖于后天水谷精气的不断充养。脾气虚弱，精微不化，气血不生，则会引起包括肺在内的全身脏腑失养。李淑良教授认为基于以上原因脾气虚弱易引起肺金受邪。临床中由于脾、肺二脏在气和水、津液方面有着密切的关系，所以他们在病理上亦互相影响。肺脾气虚往往同时存在，脾虚日久及肺，可导致肺气不足，肺失宣降，则津液停聚，使寒湿久凝鼻部而致病。肺虚日久及脾，导致脾气虚弱，清阳不升，鼻窦肌膜失养，

抗邪无力，邪毒久困不去，脾虚生湿，湿浊上泛，浸淫鼻之窦窍，使病情更加缠绵日久，难以治愈。李淑良教授认为鼻渊最终发展导致肺脾精气俱虚，肺失宣降、脾失健运的病理变化。

肺脾两虚，故当脾肺同治，临床中不必将肺气虚和脾气虚严格区分。鼻渊患者很多也表现为肺脾两虚的症状，如面色晦暗、畏风怕冷、喜热饮、便溏或便不成形、咳喘无力、气短、疲乏无力等几个症状同时存在。

鼻渊在儿童和老年人中亦很常见，小儿主要表现为鼻塞、流清涕，也有表现为上呼吸道感染后长时间鼻涕难清，李淑良教授认为小儿发育尚未完善，多有脾虚，治疗上宜益气健脾。正如钱乙《小儿药证直诀·虚实腹胀》有云：“小儿易为虚实，脾虚不受寒温，服寒则生冷，服温则生热，当识此勿误也。”若为先天性过敏性体质，肾虚禀赋薄弱，则症状更加明显。通过改善后天之肺脾功能，使藩篱坚固，提高机体的抵抗能力而御邪于外，是调整先天过敏体质之关键。老人的鼻渊表现往往只是鼻流清涕，有很多老龄患者表现为吃饭时闻到热气后鼻涕长流，而鼻痒、喷嚏、鼻塞不明显，这和肾虚，津液失摄有关。

李淑良教授认为临床上肺脾两虚多见，但临证时其他证型如气血不足、外寒内饮、肝郁脾虚、肝经湿热、肾阳虚、肾阴虚、肺经郁热、肺经风热等亦可见到。

在治疗上，李淑良教授曾选用的方剂有玉屏风散、四君子或六君子汤、参苓白术散、补中益气汤、小青龙汤、桂枝汤、逍遥散、地黄汤、麻杏石甘汤、杏苏散、生脉饮等加减。在鼻渊的治疗中善用黄精是老师的一大特点，应用玉屏风方剂时，用黄精易黄芪，虽然黄芪补气功能强于黄精，但因鼻渊患者时有合并肺热或虚火，老师认为黄芪性温，偏燥，有伤阴津之嫌，久用后易引起口燥、咽干，特别是舌质淡红者。而黄精气阴双补，补肺、健脾同时有益肾之功，补而不腻，用后患者无口燥咽干现象，为防止黄精滋腻碍脾，患者合并有痰湿时，可酌情加用砂仁、陈皮。

（二）李淑良教授对鼻渊的认识和治疗经验

鼻渊是指以鼻流浊涕、如泉下渗，量多不止为主要特征的疾病。常伴明显头痛、头胀、鼻塞、嗅觉减退，久则虚眩不已。

《杂病源流犀浊》详尽的描述了鼻渊“…鼻流浊涕，或稠涕似脓血腥臭难闻，或流黄水长湿无干，久必头眩…”。鼻渊病最早可见于内经之《素问·气厥论》：“胆移热于脑，则辛頞鼻渊。鼻渊者，浊涕下不止也…”。临床诸多医家以从肝胆论治鼻渊为主，尤以明代以前医家治疗鼻渊多从肝胆论治。如《济生方·鼻门》言：“热留胆府，邪移于脑，遂致鼻渊，鼻渊者，浊涕下不止也，传为衄衄瞑目，故得之气厥也。”指出了鼻渊和肝胆经湿热的关系。

李淑良教授认为鼻渊分实证和虚证，实证常见病因有风、火、寒外邪侵袭，胆热、肺热、湿热、外感风寒、风热皆可导致鼻渊的发生。古代文献中有此类记载，如费伯雄在《医醇滕义》卷二文中谈到：“脑漏者，鼻如渊泉，涓涓流涕。其致病有三，曰风也，火也，寒也。”《医碥·伤寒寒》文曰：“此鼻渊属风热入脑，热气上蒸涌涕伤鼻”，指出了肺经风热而致鼻渊的病机。《辨证录·卷四》云：“人有鼻塞不通，浊涕稠粘，已经数年……谁知是肺经郁火不宣。”指出了肺经郁热而致鼻渊的病机。李淑良教授认为病程短者，多为上呼吸道感染所引起，一小部分患者由风寒犯肺引起，治以疏风散寒，药物多用羌活、防风、细辛、白芷、辛夷等。大部分多属肺经风热或肺经湿热，治疗上以散风、宣肺、清热解毒为主，多用清热、散风的药物为：蝉衣、防风、桑白皮、大青叶、草河车、黄芩、车前草、鱼腥草、败酱草。病程久者多属肺经郁热。一部分患者也可由肝胆经湿热引起，治以清利肝胆经湿热，常用药物为：柴胡、薄荷、僵蚕、白蒺藜、蔓荆子、野菊花、夏枯草、草河车、大青叶等。实证鼻渊老师曾用方剂为杏苏散加减、川芎茶调散加减、麻杏石甘汤加减、小柴胡汤加减、温胆汤加减、龙胆泻肝汤加减等。

李淑良教授在治疗鼻渊时常用一些对症治疗的药物，如草河车、大青叶、夏枯草、鱼腥草有消肿排脓功效，对黄脓涕治疗效果较好。细辛、

苍耳子、皂角刺、石菖蒲、路路通、丝瓜络等有通络、通窍作用，对鼻塞较重者常用。实证鼻渊的头痛发病急，多在前额部、眉棱骨、枕部、太阳穴部位，除了白芷、辛夷、羌活辛香走窜、发散风寒、通窍止头痛外，老师还常选用入不同经络的药物来治疗不同部位的头痛，如葛根、白芷入足阳明胃经，常用来治疗前额及眉棱骨痛；柴胡、川芎均入心包、肝、胆经，二者常用于治疗太阳穴头痛；藁本入足太阳膀胱经，兼通肾脉，善达头顶，为治疗巅顶局部性头痛的要药。蔓荆子归膀胱、肝、胃经。能疏散风热，清利头目，能止三经头痛。

李淑良教授认为虚证多为正气不足，托毒无力，由于肺、脾、肾之脏气虚损，致使邪气久羁，滞留鼻窍。鼻渊属虚证者多为肺脾气虚引起，正如《诸病源候论·卷四十八》云：“肺主气而通于鼻，而气为阳，诸阳之气，上荣头面。若其气不和，受风冷，风冷邪气入脑，停滞鼻间，博于津液，脓涕结聚，即不闻香臭。”说明了肺气虚，复受寒邪侵袭，致使肺气宣发肃降功能失职，气机停滞，而发为鼻渊。对于肺脾气虚，邪滞鼻窍患者，李淑良教授多用生黄芪来扶助正气，生黄芪味甘，性微温，《本草汇言》谓其“补肺健脾，实卫敛汗，祛风运毒之药也”，具有健脾祛湿，利水消肿，益气活血，托毒外出之功效，《本经》云：“性虽温补，而能通调血脉，流行经络，可无碍于壅滞也”。老师治疗鼻渊用黄芪，一则发挥补肺脾、益气之功，二则发挥利水消肿、托毒、解毒生肌之功，使毒邪外托透达，又可助他药清解之力，以防湿热毒邪炽盛、伤阴耗气之势。

李淑良教授认为鼻渊属虚证者少部分为肾气不足所引起，正如《寿世保元》提出“……必因亏损元阳，以致外寒内热，甚则有滴下腥臭之恶者……。”《素问·至真要大论》：“少阴之复，甚则入肺，咳而鼻渊。”部分患者鼻流浊涕，是由于肾虚不能归纳元气，而致虚火上迫肺金，使得津液不能下降，转为浊涕，逆流所致。老师治疗此类患者用知柏地黄汤加減。

（三）李淑良教授对鼻室的认识和治疗经验

西医学上慢性鼻炎属于鼻室范畴，《素问玄机原病式·六气为病》曰：“鼻室，室，塞也”。鼻室是指鼻息不畅，时轻时重，或交替、反复发作，以至室塞不通，流涕，不闻香臭的一种慢性鼻病。其典型症状以鼻塞为主，并伴流粘白鼻涕，嗅觉减退等。

李淑良教授认为鼻室多为虚实夹杂证，鼻室和肺、脾有关，一部分患者为肺气虚弱，卫外不固，鼻窍易为外邪所伤，邪滞鼻窍，以致室塞不通，而发为本病。表现为患者平素容易感冒，怕风怕冷，上呼吸道感染造成伤风鼻塞后治疗不彻底，症状缠绵难愈。《灵枢·本神篇》曰：“肺藏气，气舍魄，肺气虚则鼻塞不利，少气。”老师认为肺气宣发则鼻气通利，若风寒袭肺，肺失宣发，寒邪循经上乘于鼻腔，则鼻失通利而成鼻室。故肺气失宣，邪滞鼻窍，是鼻室的主要原因之一。正如《诸病源候论·卷二十九·鼻病诸候》曰：“肺主气，其经手太阴之脉也，其气通鼻。若肺脏调和则鼻气通利，而知香臭。若风冷伤于脏腑，而邪气乘于太阴之经，其气蕴积于鼻者，则津液壅塞，鼻气不宣，故不知香臭而为鼾也。”《诸病源候论·卷四十八·小儿杂病诸候四》曰：“肺气通于鼻，而气为阳，诸阳之气上荣头面，其气不和，受风冷，风冷邪气入于脑，停于鼻间即气不宣和，结聚不通，故鼻塞也。”指出了肺气不足，邪滞鼻窍的病机。

李淑良教授对于这类患者治以散邪通窍为主，兼以补益肺气。组方时主要用的散风通窍的药物有：苏叶、防风、蝉蜕、细辛、辛夷、白芷、僵蚕等；应用的补益肺气药物有：黄精、生黄芪、太子参、诃子、五味子、百合等，此类患者多用方剂为玉屏风+苍耳子散加減、温肺止流丹加減。

李淑良教授认为造成鼻室的另外一个主要原因在脾，脾主升清阳，滋养鼻窍，《杂病源流犀烛》卷二十三曰：“鼻为肺窍，外象又属土”。若脾虚则清阳不升，浊阴上干，发为本病，导致鼻塞不通。古代文献也有很多这方面的论述，如《证治准绳·杂病》中说：“若因饥饱劳役损脾胃，生发之气既弱，其营运之气不能上升，邪塞孔窍，故鼻不利而不闻香臭。”又如《医学入门·卷四·鼻》

曰：“鼻塞久不愈者，必内伤脾胃，清气不能上升，非外感也。”此类患者老师多用二陈汤加減、六君子汤加減、温胆汤加減。

除此之外，李淑良教授认为一部分患者还和肺经郁热、气滞血瘀、痰瘀互结等有关。

由于鼻塞主要表现为鼻通气不佳，鼻塞不适，缓解鼻塞的药物是组方时必用，针对鼻塞时用药分三个层次，首先鼻塞间断发生、时轻时重时，用路路通、皂角刺、石菖蒲等通窍、通经络药物即可。当鼻塞较重，为持续性且下鼻甲较大肥厚、充血时，除通窍药物外，还要加活血药物如当归、赤芍、桃仁、红花等。当鼻塞严重，下鼻甲增生明显，甚至合并桑椹样、息肉样变时，需要加入散结、

化痰药物，如橘核、荔枝核、珍珠母、土贝母、僵蚕、海浮石、海藻、昆布等。方中老师善用薏苡仁，薏苡仁有健脾利湿热作用，同时也有散结作用。

参考文献

[1] 王德鉴. 中医耳鼻喉科学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1980:47.

[2] 张惠敏, 郑璐玉, 杨寅等. 王琦“主病主方”论治变应性鼻炎的经验. 安徽中医学院学报, 2013, 32(1):35-36.

[3] 刘铁陵, 何顺芬, 邓世明等. 中药治疗鼻鼽 265 例. 实用中医药杂志, 2002, 6(28):472-473.

(上接 9 页) [10] 王淑英. 麻黄附子细辛汤加味治疗过敏性鼻炎临床观察 [J]. 陕西中医, 2015, 02:188-189.

[11] 韩静, 刘金霞, 张升. 益气活血法治疗变应性鼻炎 32 例 [J]. 陕西中医, 2002, 09:794-795.

[12] 刘嵩. 桂枝汤加味治疗变应性鼻炎 36 例疗效观察 [J]. 河北中医, 2010, 02:182.

[13] 杨木溪. 辛蝉苍耳汤治疗过敏性鼻炎 32 例 [J]. 广东医学, 2001, 07:649.

[14] 鲍爱春, 朱静静, 龚齐. 小青龙合剂治疗变应性鼻炎的临床观察 [J]. 中国当代医药, 2013, 31:109-110.

[15] 谯凤英, 赵红, 赵铭辉, 朱慧贤, 葛仪方, 韩丽. 针刺治疗常年性变应性鼻炎 214 例临床观察 [J]. 中医杂志, 2008, 10:903-905.

[16] 邢潇, 贾海波, 肖维刚, 崔林华. 电针刺激双侧迎香穴治疗变应性鼻炎 133 例 [J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 18:2282-2283.

[17] 何天有, 李惠琴, 赵耀东, 高汉媛. 透刺为主治疗过敏性鼻炎 60 例 [J]. 中国针灸, 2006, 02:110-112.

[18] 赵佳佳, 张明波. 张明波教授针灸治疗过敏性鼻炎 30 例 [J]. 实用中医内科杂志, 2011, 12:13-14.

[19] 范志超. 针药并用治疗过敏性鼻炎 46 例 [J].

上海针灸杂志, 2011, 07:490.

[20] 杨华. 冬病夏治穴位敷贴疗法治疗过敏性鼻炎 135 例临床体会 [J]. 四川中医, 2013, 10:137-138.

[21] 朱赛男. 三伏天穴位敷贴治疗过敏性鼻炎的疗效观察及护理 [J]. 全科护理, 2010, 32:2942.

[22] 吴卫星. 穴位敷贴治疗变应性鼻炎疗效观察 [J]. 中国药物经济学, 2013, 06:237-238.

[23] 陆亚康, 刘敏. 穴位敷贴治疗过敏性鼻炎 50 例临床观察 [J]. 中国中医药科技, 2010, 03:262-263.

[24] 陈婵芳, 顾军养. 中药穴位敷贴治疗过敏性鼻炎的疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志.

[25] 王国洪, 崔丽笙, 林瑜. 穴位敷贴加耳穴贴压治疗过敏性鼻炎的临床疗效分析 [J]. 中国现代医生, 2010, 29:140-141.

[26] 徐德平. 激光配合中药治疗过敏性鼻炎 50 例 [J]. 河北中医, 2001, 07:512.

[27] 刘廷利, 孙宏伟. 中药雾化吸入去敏方法治疗过敏性鼻炎 110 例临床观察 [J]. 中国医师杂志, 2004, 5:242.

[28] 金诚, 张少禹, 袁凯. 中药雾化吸入治疗过敏性鼻炎 86 例效果观察 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 1999, 01:34.

中医治疗过敏性鼻炎的研究进展

杨飞强¹ 譙凤英² 杨仕蕊²

【摘要】过敏性鼻炎又称为变应性鼻炎，是耳鼻喉科门诊常见病和多发病之一，中医治疗过敏性鼻炎方法多样，具有一定优势，本文将近年来有关中医治疗过敏性鼻炎的病因病机、理论依据、治疗方法及临床研究的文献资料进行系统归纳总结，发现中医药对本病的治疗已基本建立了一套较为完整的体系，以中药、针灸、穴位敷贴等中医药传统方法治疗过敏性鼻炎，可以调节机体内外环境平衡，提高免疫力，有效防止复发，为临床应用提供参考。

【关键词】变应性鼻炎；中医治疗；综述

过敏性鼻炎 (allergic rhinitis, AR)，即变应性鼻炎，是机体接触变应原后主要由 IgE 介导的鼻黏膜非感染性炎症性疾病。可分为季节性和常年性变应性鼻炎两大类，本病在耳鼻喉科门诊属于常见病和多发病之一。相当于中医学“鼻鼽”，又称鼽嚏、鼽水，指以突然和反复发作的鼻塞、鼻痒、打喷嚏、流清涕为主要特征的鼻病。《素问·玄机原病式·六气篇》提到：“嚏，鼻中因痒而气喷作于声也。鼻为肺窍，痒为火化，心火邪热干于阳明，发于鼻而痒则嚏也。或故以物扰之，痒而嚏者，扰痒属火故也。”

1. 病因病机

古代医家认为，本病的根本在于肺脾肾三脏亏损，清·陈士铎《辨证录·卷三》：“人有鼻流清涕，经年不愈，是肺气虚寒，非脑漏也。”《素问·玉机真藏论》曰：“中央土以灌四旁……其不及，则令九窍不通。”这是脾与本病的关系。《素问·宣明五气论》曰：“五气所病……肾为欠为嚏。”《素问·阴阳应象大论》曰：“（肾）气大衰，九窍不利，下虚上实，涕泣俱出矣”。

王士贞^[1]提出，本病多由脏腑虚损，正气不足，腠理疏松，卫表不固，风、寒或异气侵袭，寒邪束于皮毛，阳气无以泄越，喷而上出为嚏，发为鼻鼽。主要分为肺气虚寒、脾气虚弱、肾失

温煦、肺经伏热四型。王庆国^[2]临证治疗过敏性鼻炎，从六经辨证出发，主要分为太阳少阴两感、太阴少阴合病、少阳不利，胆热犯肺型。樊长征^[3]等关于鼻鼽的病因病机的论述，主要为：肺虚火攻、外寒内热、肺虚感寒、肾气阴阳虚、热干阳明、脾气虚弱。柴向斌^[4]等探讨了血瘀证与常年性过敏性鼻炎的关系，认为两者关系密切，气虚、寒邪、热邪、久病入络均可导致血瘀，提出活血化瘀法治疗常年性过敏性鼻炎。

2. 辨证论治

2.1 中药治疗

强建华^[5]采用扶正祛邪法治变应性鼻炎 112 例，基本方药组成：黄芪 15～30g、白术 10g、防风 10g、黄精 10g、菟丝子 10g、辛夷 10g、苍耳子 10g、蝉衣 10g、荆芥 10g、泽泻 10g。若脾气虚弱明显者加薏仁、山药等；肾气虚明显者加仙灵脾、潼蒺藜等。每日一剂，水煎服。每天 2 次，1 个月为 1 疗程，可连续服 6 个疗程，经 1-6 个疗程治疗，痊愈 24 例，好转 77 例，无效 11 例，有效率为 90.2%。

雒焕文^[6]临床治疗脾肺虚寒型变应性鼻炎 120 例，实验组 60 例，予加味玉屏风散，药物组成：黄芪 20g、党参 20g、白术 15g、茯苓 15g、地龙 12g、五味子 12g、荆芥 9g、防风 9g、辛夷 9g、蝉蜕 9g、干姜 6g、细辛 6g、甘草 6g，水煎服，每日一剂，分两次口服，两周为一个疗程，连续服用两个疗程。对照组 60 例，予口服盐酸西替利嗪片，1 片/次，1 次/d，结果实验组有效率 93.3%，对照组有效率 78.3%，两组比较差别有统计学意义。

李辉^[7]等临床治疗变应性鼻炎 40 例，予玉屏风散加味，药物组成：黄芪 30g、防风 15g、白术 15g、蝉蜕 15g、苍耳子 15g。有恶寒发热，全身不适症状者加荆芥、柴胡、桂枝、葛根；伴鼻痒甚者加白蒺藜、当归；流清涕不止加石榴皮、

鱼脑石；鼻塞重加辛夷、薄荷、菖蒲、桃仁、红花；兼有风热而有浊涕者加连翘、黄芩、鱼腥草；咳嗽痰多加杏仁、瓜蒌、川贝；鼻黏膜红肿加赤芍、牡丹皮；流清涕量多加苍术、茯苓、藿香；周身怕冷加桂枝；周身倦怠加党参、神曲等；兼见腰膝酸软者加补骨脂、菟丝子。日 1 剂，水煎分 2 次服。7 天为 1 个疗程，总疗程为 4 周。治愈 33 例，好转 4 例，无效 3 例，总有效率为 92.5%。

肖云华^[8]等临床采用麻黄汤合苍耳散加减治疗肺脾气虚型过敏性鼻炎 53 例，药物组成：麻黄 10g、桂枝 12g、杏仁 12g、甘草 10g、苍耳子 9g、辛夷 12g、防风 15g、荆芥 15g、白术 20g、黄芪 30g、党参 15g、皂刺 12g、鹅不食草 12g、菊花 10g、大枣 3 枚，日 3 次，口服，30 天为 1 疗程，治疗期间停用其他抗过敏药物，少接触花粉，少吃海鲜、鱼、虾、牛肉、羊肉、辛辣油腻食物及酒类，出门戴口罩、眼镜，加强运动锻炼，增强抗体。治疗结果显示：53 例经治疗一个月，痊愈 28 例，显效 15 例，有效 8 例，无效 2 例，总有效率 96.2%。

孟动玲^[9]等采用温阳益气法治疗过敏性鼻炎 110 例，实验组 60 例，基本方：制附子 5g、细辛 5g、生姜 15g、大枣 15g、白芥子 6g、益智仁 6g、防风 6g、炙甘草 6g、补骨脂 9g、杜仲 9g、白术 9g、黄芪 30g，鼻塞甚而汗出少者加麻黄或辛夷花；鼻痒明显酌加紫草、地龙、蝉蜕等；鼻涕色黄久郁化火酌加黄芩；血瘀者加丹皮、桃仁等，水煎服，每日一剂，早晚饭前分服，女性月经期暂时停药。对照组 50 例：西替利嗪片，口服 10mg，1 次/d，若鼻塞严重者用 1% 麻黄素滴鼻液，每次 1-2 滴，每日 3-4 次，最长使用不要超过 10 天，两组均以 2 周为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程，治疗结果显示：治疗组痊愈 35 例，显效 14 例，有效 8 例，无效 3 例，总有效率为 95.0%。对照组痊愈 15 例，显效 19 例，有效 7 例，无效 9 例，总有效率 82.0%。两组总有效率对比有显著差异。

王淑英^[10]临床采用麻黄附子细辛汤加味治疗过敏性鼻炎 106 例，其中治疗组 53 例，治疗组用麻黄附子细辛汤加味：麻黄 3~5g，附子、

辛夷、苍耳子、杏仁、乌梅、五味子、防风、银柴胡、炙甘草、党参、陈皮各 10g，细辛 3g，石膏 10~30g，芦根 10~30g，生黄芩、桑白皮各 15g 等，均为浓缩颗粒剂型。每日 1 剂，分两次，口服，年龄在 15 岁以下药量减轻。对照组口服氯雷他定（国药准字 H20051904），10mg/d。两组均 7 d 为一疗程，连用 3 个疗程。结果显示：治疗组治愈 30 例，显效 17 例，有效 4 例，无效 2 例，总有效率 96.2%，对照组治愈 21 例，显效 10 例，有效 6 例，无效 8 例，总有效率 88.7%，两组疗效比较，具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

韩静^[11]等自拟中药组方，运用益气活血法治疗过敏性鼻炎 32 例，基本方：黄芪 18g、白术、当归、川芎各 10g、茜草 12g、辛夷 8g。如清涕量较多，畏寒肢冷者，加制附子 10g、桂枝 6g、乌梅 12g，纳差倦怠，加苍术 10g、陈皮 8g；鼻痒甚者，加苍耳子 8g、蝉衣、香附各 10g；头昏、头痛者加柴胡 8g、香附 10g。结果显示：32 例中显效 17 例，有效 12 例，无效 3 例，总有效率 90.63%。

刘蕾^[12]临床治疗变应性鼻炎 56 例，治疗组 36 例，服用桂枝汤加味治疗，基本方为：桂枝 9g、白芍 9g、干姜 6g、细辛 3g、荆芥 9g、辛夷花 12g、甘草 6g。前额痛者加白芷 6g；发热者加生石膏 20g；体虚者加黄芪 20g。对照组 20 例，口服氯雷他定片 10mg/次，1 次/d。两组均 5d 为 1 个疗程，治疗三个疗程，用药期间嘱病人避免与过敏原接触。治疗组治愈 12 例，好转 18 例，无效 6 例，总有效率 83.33%。对照组治愈 2 例，好转 12 例，无效 6 例，总有效率 70.00%。两组总有效率比较，无显著差异（ $P > 0.05$ ），两组治愈率比较，有显著差异（ $P < 0.01$ ）。

杨木溪^[13]采用辛蝉苍耳汤治疗过敏性鼻炎 32 例，其中风寒型 16 例，脾虚型 7 例，肾虚型 3 例，血郁型 6 例。方药组成：辛夷、蝉蜕及白芷各 6g，苍耳子、升麻、防风及桔梗各 10g，甘草 3g，黄芪 15g，水煎服。每日一剂，十天为一疗程。随症加减：风寒型可加薄荷 6g、生姜 3 片；脾虚型可加党参 12g、白术 10g、黄芪加至 30g；肾虚型偏阳虚者加肉苁蓉 10g、补骨脂 10g；偏阴虚者

加龟板 20g、女贞子 20g；血郁型可加川芎 5g、丹皮 8g；治愈 20 例，有效 8 例，无效 4 例，有效率 87%。

鲍爱春^[14]等临床观察小青龙合剂治疗过敏性鼻炎，分为治疗组和对照组各 30 例，治疗组服用小青龙合剂，1-2 支/次，3 次/d，对照组口服氯雷他定片，10mg/次，每晚口服 1 次，两组均 7d 为 1 个疗程，共服用 2 个疗程，治疗后 1 周，两组的 VAS 评分比较，差异有统计学意义。两周后两组比较无统计学意义。

2.2 针灸治疗

譙凤英^[15]等针刺治疗常年性变应性鼻炎 214 例，分为针刺组和中药组各 107 例，根据健脾益肺、祛风散邪、宣通鼻窍为治疗原则，取双侧的迎香、合谷、足三里、蝶腭神经节及印堂穴。每日针刺 1 次，12 天为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。中药组口服辛芩颗粒，每次 1 袋，每日 3 次，12 天为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。药物组成：细辛，黄芩，苍耳子，白芷，荆芥，防风，石菖蒲，白术，桂枝，黄芪等。四川志远广和制药有限公司生产（国药准字 Z20030026）。近期临床疗效针刺组总有效率为 87.9%，中药组 74.8%，远期疗效针刺组总有效率 80%，中药组 55%，近期疗效针刺组与中药组临床疗效比较， $P < 0.05$ ，具有统计学意义。

邢潇^[16]等治疗过敏性鼻炎 133 例，选取双侧迎香穴，向上平刺约 0.5 寸，加以电针（疏密波）刺激，留针 25 分钟，每日 1 次，10 次为 1 个疗程，休息 3 天后进行第 2 个疗程，共治疗 2 个疗程。经过 2 个疗程治疗后，显效 104 例，有效 20 例，无效 9 例，总有效率 93.2%。

何天有^[17]等以透刺法为主治疗过敏性鼻炎 120 例，随机分为治疗组 60 例，主穴取印堂透鼻根、四白透鼻根、迎香透鼻根、列缺、合谷、风池。配穴可辨证选取，如气虚加足三里、气海、百会；阴虚加关元、太溪；阳虚加肾俞、关元；血虚加血海、膈俞；风寒加大椎、曲池；风热加大椎、鱼际；痰热加丰隆、内庭。实证用泻法，虚证用补法，每次 30 分钟，期间行针 1 次。每天针刺 1 次，10 次为一疗程，疗程间隔 3 天。对照组 60 例，口服

鼻炎康，每次 4 片，每日 3 次，10 天为一疗程，疗程间隔 3 天。两组治疗 2 个疗程及随访半年统计疗效。治疗组痊愈 41 例，有效 10 例，无效 9 例，总有效率 85.0%。对照组痊愈 20 例，有效 16 例，无效 24 例，总有效率 60.0%，经统计学分析， $\chi^2 = 10.68$ ， $P < 0.01$ ，两组患者疗效比较有显著统计学意义。

张明波^[18]教授临床针灸治疗过敏性鼻炎患者 30 例，选择印堂、上星、头维、合谷穴，配穴：肺经风热加尺泽、少商；湿热阻窍加曲池、阴陵泉。印堂穴向下平刺，向鼻梁正中刺入，针深约 20-25mm，使针尖透至鼻中，针感传至鼻尖，患者可觉两鼻孔酸胀难忍；上星穴向百会方向沿皮平刺，进针宜深，20-25mm，使局部有酸、胀、走窜感为度；双侧头维穴向鼻尖方向沿皮平刺，进针约 20-25mm，使局部有酸、胀、走窜感至鼻尖为度；双侧合谷贴近第二掌骨桡侧缘进针，针尖对准劳宫方向直刺，进针 20mm，以得气为度，留针 20-30 分钟，一天一次，十天为一疗程，治疗 2-4 个疗程。经 3 个疗程治疗，临床痊愈 19 例，好转 9 例，无效 2 例，总有效率 93.33%。

范智超^[19]采取针药并用治疗过敏性鼻炎 92 例，其中治疗组 46 例，运用针灸配合中药治疗，针刺取穴：印堂、迎香、合谷穴。针刺印堂时，针尖从上垂直向下平刺达鼻根部；针刺迎香时行过梁针法，即从鼻根部进针沿皮下，透过上迎香穴直达迎香穴，左右各 1 针，得气后行平补平泻法。开始每天治疗 1 次，每次留针 30min，10d 为 1 个疗程，至第 2 个疗程时，隔天治疗 1 次，连续治疗 3 个疗程。中药治疗将本病分为 3 型，肺气虚寒型采用玉屏风散加减；脾气虚弱型采用补中益气汤加减；肾阳不足型采用金匱肾气丸减。鼻塞、鼻流清涕多，加细辛、辛夷、白芷、苍耳子；鼻痒或咽、眼痒甚，加蝉衣、僵蚕。每日 1 剂，水煎服，10d 为 1 个疗程，至第 2 个疗程时，隔天治疗 1 次，连续治疗 3 个疗程。对照组 46 例，采用单纯中药治疗，方药、疗程同治疗组。治疗结果：治疗组治愈 38 例，显效 6 例，无效 2 例，总有效率为 95.7%；对照组治愈 27 例，显效 12 例，无效

7 例,总有效率为 84.8%。两组总有效率比较,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.3 穴位敷贴

杨华^[20]采用冬病夏治穴位敷贴疗法治疗过敏性鼻炎,穴位外敷药物取白芥子、延胡索、甘遂、细辛、麻黄、法半夏,按照 7:7:4:4:4:1 比例调配,研成细粉,使用时将以上药细末,用姜汁调成糊状。穴位选择,根据“阴病阳治”和循经取穴的原则,选取大椎、大杼、风门、肺俞、定喘、肾俞、脾俞、天突、膻中穴,每次选取 5-6 个穴位,每次治疗交替取穴。治疗结果:135 例患者经治疗,治愈 26 例,显效 73 例,有效 28 例,无效 8 例,总有效率为 94.07%。

朱赛男^[21]临床采用穴位敷贴治疗过敏性鼻炎 91 例,治疗组 47 例,采用敷贴中药组方:白芥子、细辛、延胡索、甘遂、生半夏,3:2:1:1:2 比例,共研细末,取穴:大椎、膻中、风门(双侧)、肺俞(双侧)、脾俞(双侧)、肾俞(双侧)。对照组 44 例,给予口服西替利嗪 10mg,每天 1 次,局部应用伯克纳鼻喷剂喷鼻,1 次 2 喷,每日 3 次,连用 10d 停药。结果:治疗组治愈 30 例,好转 14 例,未愈 3 例,有效率 93.6%。对照组治愈 12 例,好转 18 例,未愈 14 例,有效率 68.2%,两组有效率比较, $P < 0.05$,具有统计学意义。

吴卫星^[22]等临床采用穴位敷贴治疗过敏性鼻炎 84 例,治疗组 42 例,敷贴药组成:将白芥子、甘遂、麻黄、细辛、黄芩等按比例配制,将上述药物研成细末,混合备用,姜汁调糊状,取穴:膏肓、大椎、风门、肺俞、脾俞、气海、足三里、肾俞、关元。对照组用 H_1 受体拮抗剂,口服氯雷他定片,10mg/次,1 次/日。局部应用丙酸倍氯米松鼻喷雾剂喷鼻,日 3 次,连用 10 天停药。治疗组显效 31 例,有效 9 例,无效 2 例,总有效率 95.2%,对照组显效 20 例,有效 15 例,无效 7 例,总有效率 83.3%。两组综合疗效比较 $H_c=8.22$, $P < 0.05$,具有统计学意义。

陆亚康^[23]等临床运用穴位敷贴治疗过敏性鼻炎 80 例,敷贴治疗组 50 例,敷贴组方:将白芥子、甘遂、延胡索、细辛按 1:1:1:1/2 的比例磨

成粉末状,混合均匀后用生姜汁调匀,做成 1 元硬币大小的药饼,分别用脱敏橡皮膏敷贴于肺俞、百劳、定喘、膏肓俞、膻中等穴。初、中、末伏(每年夏至后的第 3、4 个庚日,立秋后的第 1 个庚日)共 3 次,每次敷贴 8 小时,并在初伏前 1 天和末伏结束后 1 天,晨起空腹用硅化注射器从肘静脉抽取血液 5ml,应用放射免疫法测定血浆中环磷酸腺苷(cAMP)和环磷酸鸟苷(cGMP)的含量。并在三伏天结束后,统计治疗结果。西药组 30 例,口服西药开瑞坦片,每次 10mg,每日 1 次,连服 6 天,停 3~4 天后,如病情未缓解者再续服 6 天,然后统计治疗结果。结果:穴位敷贴组治愈 40 例,显效 5 例,好转 3 例,无效 2 例,总有效率 96%。西药组治愈 15 例,显效 4 例,好转 6 例,无效 5 例,总有效率 83%。两组疗效比较, $P < 0.05$,具有统计学意义。穴位敷贴组治疗前后血浆环核苷酸变化,治疗前后比较 $P < 0.05$,具有统计学意义。

陈婵芳^[24]等治疗小儿过敏性鼻炎 74 例,其中治疗组 40 例,选用含有辛香、逐瘀、温阳、驱寒的中药复方,如麻黄、细辛、白芥子、辛夷等,用生姜汁调糊状,贴于患者脊椎旁开的大椎、肺俞、膏肓、内关等特定穴位,贴敷前先在穴位处按摩 1-5 分钟,以微微发红为宜,贴敷时间为 2 小时,以产生酸、麻、热感为宜,治疗 3 次为 1 个疗程,连续 2-3 年。对照组 34 例。给予小儿达芬霖喷雾剂加 2mg 地塞米松针治疗,喷雾剂早晚 1 次,每次 2-3 喷,直至症状缓解停用。治疗组 40 例,显效 35 例,好转 5 例,总有效率 100%,对照组 34 例,显效 18 例,好转 12 例,无效 4 例,总有效率 88%,两组患儿疗效比较, $P < 0.05$,具有统计学意义。

王国洪^[25]等采用穴位敷贴加耳穴贴压治疗过敏性鼻炎 116 例,并观察其临床疗效,药物组成:藿香、白芥子、细辛各占 20%;甘遂、白芷各占 15%;元胡占 10%,上药共碾为细末,用鲜姜汁调成糊状备用。取穴:大椎、肺俞、风门、脾俞、肾俞。穴位常规消毒,然后再将上药贴敷在穴位上,一般敷贴 5-6 小时。耳穴贴压:风溪、内鼻、肺、肾上腺。每次每穴按压 2-3 分钟,3d 换药 1 次,

双耳交替。一年为一个疗程,三个疗程后,总有效率达到 94.9%。

2.4 其他疗法

徐德平^[26]激光配合中药治疗过敏性鼻炎 100 例,对照组 50 例采用二氧化碳激光机,先把麻黄素和丁卡因混合液浸泡的棉片放入鼻腔收缩麻醉粘膜后,激光切割肥大鼻甲部分和烧灼鼻丘敏感区。术后鼻腔涂红霉素软膏并放 1 条消毒棉片,4h 后取出,点滴鼻净 2~3 滴,每日 4 次,口服螺旋霉素 0.2g,每日 3 次。一周后复查,清除结痂和分泌物,并于鼻腔内涂抹少量红霉素软膏即可。治疗组 50 例,同用激光治疗,并内服自拟鼻鼈汤:党参 15g、黄芪 15g、山药 15g、白术 15g、防风 10g、秦艽 12g、细辛 3g、石菖蒲 12g、甘草 10g、五味子 15g。粘膜水肿加丹参 15g。每日 1 剂,水煎服,10 日为 1 个疗程。治疗结果显示:治疗组痊愈 48 例,显效 2 例,治愈率 96%,总有效率达 100%,对照组痊愈 34 例,显效 6 例,无效 10 例,治愈率为 68%,总有效率为 80%。随访 1~3 年复发 10 例。2 组总有效率比较有显著性差异 ($P<0.05$)。

刘延利^[27]等采用中药雾化吸入法治疗过敏性鼻炎 214 例,治疗组 110 例,给予自拟去敏方,药物组成:黄芪 100g、辛夷 50g、苍耳 45g、白芷 60g、甘草 45g、水煎 1 次余 300ml,去渣,过滤,加入适量防腐剂,装瓶备用,每日取药液 50ml,分两次雾化吸入。对照组 104 例,口服鼻炎康 3 片,3/d;1% 呋麻液鼻液,3/d。两组每 10d 为 1 个疗程,共用 3 个疗程,每疗程相隔 7d,观察 1~4 个月统计。结果显示:治疗组 110 例患者,显效 56 例,有效 41 例,无效 13 例,显效率 50.9%,总有效率 88.2%。对照组 104 例,显效 23 例,有效 37 例,无效 44 例,显效率 22.1%,总有效率 57.7%。两组显效率及总有效率比较 $\chi^2=30.82$, $P<0.001$,具有统计学意义。

金诚^[28]等运用中药雾化吸入治疗过敏性鼻炎鼻窦炎 86 例,治疗组 56 例,将黄芪、附子、肉桂、细辛、苍耳子、辛夷、防风等多种药各 100g,加入 2000ml 水,煎至 500ml 时,用纱布过滤 2 次,每次 35ml,加热至 50℃,放入超声雾化器雾化后

经鼻吸入,每次 20 分钟,每日 2 次,7 天为 1 个疗程。对照组 30 例,采用复方麻黄素滴鼻 (1% 麻黄素 8ml,内加地塞米松注射液 5ml,庆大霉素注射液 4 万 U),每日 2 次,每次 3~5 滴,2 周为 1 疗程。总有效率 91.07%,对照组总有效率 60.00%,两组疗效比较 $P<0.01$,具有统计学意义。

3. 前景与展望

过敏性鼻炎是耳鼻喉科的常见病和多发病,由于病情的反复以及疗程的漫长,会严重影响患者的生活质量,并给患者带来较大的心理压力和负担,随着工业化的快速发展,导致环境的污染及生活压力的增加,过敏性鼻炎的发病率逐渐上升,过敏性鼻炎的防治成为临床工作的重点,应不断探索新的治疗方法,寻找新的药物,以期达到更有效的治疗效果。

参考文献

- [1] 王士贞. 中医耳鼻咽喉科学 [M]. 北京:中国中医药出版社. 2007:122.
- [2] 赛佳洋,赵琰,王雪茜,王庆国. 王庆国教授运用六经辨证治疗过敏性鼻炎举隅 [J]. 中国中医急症,2013,12:2046-2047.
- [3] 裴玉蓁,樊长征,张文江,张燕萍,苗青,张琼. 略论中医古文献对变应性鼻炎的认识 [J]. 国医论坛,2014,06:47-48.
- [4] 袁颖. 瘀血与变应性鼻炎的证治 [J]. 中国中医基础医学杂志,2005,03:217-219.
- [5] 强建华. 扶正祛邪法治疗过敏性鼻炎 112 例 [J]. 时珍国医国药,2001,11:989.
- [6] 雒焕文. 加味玉屏风散治疗脾肺虚寒型变应性鼻炎 60 例 [J]. 中医研究,2012,05:35-36.
- [7] 李辉,曾永春. 玉屏风散加味治疗变应性鼻炎 40 例 [J]. 甘肃中医学院学报,2005,03:44-37.
- [8] 肖云华,牟金亭. 麻黄汤合苍耳散加减治疗过敏性鼻炎 53 例临床总结 [J]. 内蒙古中医药,2013,07: 91+116.
- [9] 赵英颖,吴飞虎,刘钢. 清热凉血法治疗变应性鼻炎的经验 [J]. 中医药临床杂志,2014,03:277-278.

(下转 4 页)

泻火化瘀通窍法 对耳蜗微循环障碍毛细胞凋亡的实验研究

冷辉¹ 孙海波¹ 王爱平¹ 曲中源¹ 马慧轩¹

【摘要】目的：探讨泻火化瘀通窍法改善豚鼠耳蜗微循环障碍的作用机制。**方法：**健康豚鼠 70 只，随机分成 5 组，每组 14 只，即正常组、模型组、行气组、活血化瘀组、泻火化瘀通窍组，除正常组外，其余各组分别进行光化学诱导法造模，成功后正常组：予 0.9% 生理盐水 4ml/ 只 / 天灌胃；模型组：予 0.9% 生理盐水 4ml/ 只 / 天灌胃；行气组：予行气中药 4ml/ 只 / 天灌胃（含生药 1g）；活血化瘀组：予活血化瘀药物 4ml/ 只 / 天灌胃（含生药 2g），共连续给药 10 天；泻火化瘀通窍组，予泻火化瘀通窍药物 4ml/ 只 / 天灌胃（含生药 4g），各组均每日分二次给药，共连续给药 10 天。10 天后取耳蜗组织行实时荧光定量 PCR 检测 Bcl-2mRNA 及 BaxmRNA，并用 Western blot 方法检测 Bcl-2 及 Bax 蛋白表达。**结果：**Bcl-2mRNA 表达：泻火化瘀通窍组 > 活血化瘀组 > 行气组 > 模型组，且各组比较均有显著性差异 $p < 0.05$ ；BaxmRNA 表达：泻火化瘀通窍组 < 活血化瘀组 < 行气组 < 模型组；其蛋白表达：Bcl-2/Bax：泻火化瘀通窍组 > 活血化瘀组 > 行气组 > 模型组。**结论：**1、Bcl-2 和 Bax 基因和蛋白均参与豚鼠耳蜗微循环障碍损伤，而且损伤后 Bcl-2/Bax 比值下降是促进凋亡的重要因素。2、泻火化瘀通窍法和活血化瘀法均能通过显著提高 Bcl-2/Bax 比值，抑制细胞凋亡，且泻火化瘀通窍法抑制细胞凋亡能力高于活血化瘀法。

【关键词】耳蜗微循环障碍；毛细胞；凋亡
细胞凋亡 (apoptosis, APO) 又称细胞程序性死亡 (programmed cell death, PCD)，是细胞受到生理或病理信号刺激后启动自身内部机制，主要是通过内源性核酸内切酶激活而发生的细胞死亡过程。Bcl-2 基因是一种原癌基因，具有抑制细胞凋亡的作用，Bcl-2 家族按功能分为两类，一类

如 Bcl-2 具有抑制凋亡作用，另一类如 Bax 具有促进凋亡的作用。Bcl-2 抑制凋亡的机制为具有抗氧化作用，可减少氧自由基产生和脂质过氧化物的形成来抗凋亡；具有维持细胞钙稳定和线粒体膜的稳定调节凋亡；具有抑制凋亡蛋白酶的激活等作用。Bcl-2 高表达时，可形成 Bcl-2/Bax 异源二聚体，能够抑制细胞凋亡。Bax 高表达时，可形成 Bax/Bax 同源二聚体，促进细胞凋亡。本实验旨在探析泻火化瘀通窍法对耳蜗微循环障碍耳蜗组织细胞凋亡的影响及其作用机制，通过检测与凋亡相关基因和蛋白 Bcl-2、Bax 表达的变化，明确泻火化瘀通窍法是否可抑制细胞凋亡，并探讨泻火化瘀通窍法抑制耳蜗微循环障碍的分子生物学机制。

材料与方法

1. 实验材料

1.1 实验动物

健康纯白红目 Hartley 豚鼠 70 只，雌雄不拘，耳廓反射正常，体重 320g ~ 350g。由辽宁中医药大学实验动物中心提供。

1.2 实验药品及制备

行气组药物：由枳壳 15g、香附 15g、夜交藤 25g，即泻火化瘀通窍组药物中具有行气作用的中药组成。活血化瘀组药物：由丹参 30g、红花 15g、葛根 30g、川芎 15g，即泻火化瘀通窍组药物中具有活血化瘀的中药组成。泻火化瘀通窍组药物：由柴胡 15g、栀子 15g、钩藤 25g、节菖蒲 25g、丹参 30g、红花 15g、葛根 30g、川芎 15g、枳壳 15g、夜交藤 25g、香附 15g、甘草 15g 组成。上述药物，均一次性购于辽宁中医药大学附属医院门诊药局。药物煎煮两次，煎煮前先用凉水浸泡 30min，后分别加 10 倍水、8 倍水煎煮 60min、

40min, 将煎煮液合并, 过滤, 行气组药物浓缩至 0.25g 生药 /ml, 活血化瘀组药物浓缩至 0.5g 生药 /ml, 泻火化痰通窍组药物浓缩至 1.0g 生药 /ml, 并分别置于 4℃ 冰箱保存备用。

1.3 主要试剂

10% 水合氯醛, Triazol Reagent: 美国 Invitrogen Life technologies 公司, 引物合成北京华大基因公司, 荧光定量 PCR 试剂盒大连宝生物有限公司, 硝酸纤维素膜: Millipore 公司。其它试剂: 无水乙醇、三羟甲基氨基甲烷 (Tris)、十二烷基磺酸钠 (SDS)、丙烯酰胺 (Acr)、甲醇、脱脂奶粉等均购于华美公司。

液体配制: DEPC 水: 吸出 1ml 放在 1000ml 双蒸水中配成 1% DEPC 水, 放在 1000ml 容量瓶中静置 4 小时备用, 75% 乙醇: 用无水乙醇 +DEPC 水配, 然后放 -20℃ 保存 (其中 DEPC 水需先高压)。

1.4 主要仪器及设备

脑干诱发电位仪 (丹麦), 小型台式离心机 (美国 SIGMA, 1-13), 高速冷冻离心机 sigma 31k5C 型 (美国), PCR 扩增仪 (美国 ABI 7500 扩增仪), 紫外分光光度计 (英国 UV-visible Spectrometer, UV300), 电泳仪: 美国 BIO-RAD, PowerPac200, 垂直板电泳装置: 美国 BIO-RAD, Mini-Protein III, DYY 40B 型转印电泳槽、水平摇床: 北京六一仪器厂, Chemi Imager5500 凝胶电泳成像分析系统: 美国 Alphainnotech chemi Imager。

2. 实验方法

2.1 造模方法

采用光化学法诱导耳蜗微循环障碍, 该方法目前可作为一种较理想的耳聋模型制作方法^[1]。10% 水合氯醛 (3.5ml/100g) 豚鼠腹腔注射麻醉。豚鼠俯卧位, 固定头部及四肢, 耳后径路打开左侧听泡, 用棉花拭去耳蜗表面的黏骨膜并注意保持鼓膜和听骨链的完整。于桡静脉注入 2%RB, 注射剂量 20mg/kg 后, 用 150W 卤素灯冷光源 (Olympus CLE-10 日本) 相连的光导纤维 ($\phi=2$ mm), 经滤光后形成波长为 (540±40)nm、光强为 (500~600) mW/cm² 的绿色光束, 其末端与被照射部位相距

0.5cm, 垂直照射耳蜗 10 分钟后, 碘伏消毒, 1 号丝线切口缝合。造模诱导局部血管纹 (stria vascularis, SV) 内微血栓形成。

2.2 动物分组

本实验共分 5 组, 每组各 14 只。正常组 (ZC n=14), 模型组 (MX n=14), 行气组 (XQ n=14), 活血化瘀组 (HXHY n=14), 泻火化痰通窍组 (XHHTQ n=14)。

2.3 实验给药

2.3.1 给药剂量

豚鼠中药给药剂量根据动物体表面积折合法计算, 计算公式如下^[2]:

$$D_b = D_a (K_b / K_a) (W_a / W_b)^{1/3}$$

D_a 、 D_b 是两种动物的公斤体重剂量 (mg/kg); K_a 、 K_b 是动物体型系数; W_a 、 W_b 是动物的体重 (kg) 值, (下标 a、b 分别表示已知动物和欲求动物)。

本实验在计算时采用新法计算的体型系数值, 即人体型系数 K_a 0.1057, 豚鼠体型系数 K_b 0.092; 成人标准体重 W_a 60kg, 豚鼠标准体重 W_b 0.4kg。各组中药豚鼠的等效剂量及豚鼠每日给药量结果见表 1。

表 1 各组豚鼠的等效剂量及每日给药量

组 别	豚鼠等效剂量 (mg/ kg/day)	豚鼠每日药量 (mg/只/day)
行气组	2.83×10^3	$\approx 1 \times 10^3$
活血化瘀组	4.63×10^3	$\approx 2 \times 10^3$
泻火化痰通窍组	11.11×10^3	$\approx 4 \times 10^3$

2.3.2 给药方法

正常组: 予 0.9% 生理盐水 4ml/ 只 / 天灌胃, 每日分二次给药, 共连续灌胃 10 天; 模型组: 造模成功术后 12h, 予 0.9% 生理盐水 4ml/ 只 / 天灌胃, 每日分二次给药, 共连续灌胃 10 天; 行气组: 造模成功术后 12h, 予行气中药 4ml/ 只 / 天灌胃 (含生药 1g), 每日分二次给药, 共连续给药 10 天; 活血化瘀组: 造模成功术后 12h, 予活血化瘀药物 4ml/ 只 / 天灌胃 (含生药 2g), 每日分二次给药, 共连续给药 10 天; 泻火化痰通窍组: 造模成功术

后 12h, 予泻火化痰通窍药物 4ml/ 只 / 天灌胃 (含生药 4g), 每日分二次给药, 共连续给药 10 天。

2.4 实验取材

给药 10 天后处死, 豚鼠处死后快速断头取耳蜗, 在体视解剖显微镜下, 小心剥除蜗壳, 抽除听神经, 连同基底膜、螺旋韧带、血管纹、蜗轴放入经过 DEPC 水处理的 5ml 离心管内, 每管取两只豚鼠的耳蜗组织, 每个离心管内加入 1ml Trizol; 另将两只豚鼠的耳蜗组织放入 5ml 离心管内, 即各实验组均为 6 管标本 (3 管行 real-time RT-PCR 检测, 3 管行 Western blot 检测), 立即放入 -80℃ 冰箱保存备用。实验过程中有 3 只豚鼠出现中耳感染现象, 2 只豚鼠用药期间死亡, 将其剔除, 各组至少有 12 只标本进行检测。

3. 听觉脑干诱发电位 (ABR) 测试

各组豚鼠分别检测 ABR 阈值 (于造模后用药前), 测试操作在隔音屏蔽室内进行。正常组平均听阈为 (22.85±3.26dB), 模型组平均听阈为 (63.75±8.25 dB), 二者比较有显著性差异 (P<0.05), 表明光化学法诱导耳蜗微循环障碍模型是成功的。

4. real-time qPCR 方法检测耳蜗组织中 Bcl-2 mRNA 及 BAX mRNA 表达

Trizol 法抽提总 RNA: 参照 Trizol 说明书采取一步法提取总 RNA。取 0.1g 组织置于 1.5 毫升离心管中加入 Trizol 1ml, 在冰浴中迅速匀浆 15—30 秒以充分研碎组织, 置于室温中 5 分钟, 后加入 0.2ml 氯仿振荡 15 秒, 置室温 3 分钟, 以 12,000×g 4℃ 离心 15 分钟, 吸取上清液 0.5ml 加入 0.5ml 异丙醇摇匀, -20℃ 置 2 小时, 12,000×g 4℃ 离心 15 分钟, 弃上清, 加 75% 乙醇 1ml, 7500×g 4℃ 离心 15 分钟, 弃上清, 加 Nuclease free water 5μl。采用紫外可见分光光度计测定 260nm、280nm OD 值, 样品 -80℃ 保存备用。RNA 浓度和纯度测定: 取 1μl RNA 样本, 加 79μl DEPC 水, 紫外分光光度计测 OD260 与 OD280, 二者比值应 1.8~2.0, 提示样本中 RNA 纯度合格。RNA (μg/μl) 浓度 = OD260×40×稀释倍数/1000。按照反转录试

剂盒说明将其反转录成 cDNA, 无 RNA 酶的双蒸水将其稀释 10 倍。进行荧光定量 PCR 扩增, 以 β-actin 为内参, 采用 Livak (2^{-ΔΔCt}) 法进行相对定量。基因 BCL-2 产物长度 226bp, 上游引物: 5'-GTGGTGGAGAACTCTTCAGGGATG-3', 下游引物: 5'-GGTCTTCAGAGACAGCCAGGAGAAA TC-3'; 基因 BAX 产物长度 288 bp, 上游引物: 5'-GGGTTTCATCCAGGATCGAGCAG-3', 下游引物: 5'-GAGTCCGTGTCCACGTCAGCAAT-3'; 基因 β-actin 产物长度 107bp, 上游引物: 5'-ATGTGGCCGAGGACTTTGATT-3', 下游引物: 5'-AGTGGGTGGCTTTTAGGATG-3'。

5. Western blot 检测耳蜗组织中 Bcl-2 及 BAX 蛋白的表达

5.1 样品蛋白的提取

取出标本 100mg, 加入冰预冷的细胞裂解液 500 μl, 冰水浴中超声粉碎。4℃、12000×g 离心 1 小时, 取上清。

5.2 样品蛋白浓度的测定

采用酚试剂法。标准蛋白为 1mg/ml, 分别取蛋白样品, 标准蛋白 10 μl, 做好标记, 空白管加入 10 μl 蒸馏水。每个管中加入 2.5ml 碱性铜液混匀, 室温放置 20 分钟, 分别加入 0.25ml 酚试剂, 混匀室温放置 30 分钟。650nm 处、1cm 光径, 空白管调零, 测各管吸光度值。根据检测结果, 用裂解缓冲液调整各标本至相同蛋白浓度。

5.3 蛋白变性

取标本蛋白 100 μl, 加入 100 μl 样品缓冲液 (2×), 煮沸 5 分钟, 进行电泳, 结束后将凝胶上的蛋白转移到硝酸纤维素膜上。用含 5% 去脂奶粉的 TTBS 封闭 4℃ 过夜。分别加入一抗 (1:400), 室温下 2 小时, TBS 洗膜 3 次, 加入碱性磷酸酶标记的二抗 (1:2000), 室温下 2 小时, TTBS 洗涤 2 次, TBS 洗涤 1 次。酶显法, 显色剂显色, 采用 FlourChem V 2.0 凝胶成像分析软件 (America) 分析, 记录每条蛋白电泳带的灰度值, 进行定量分析。

6. 统计学处理

应用 SPSS17.0 软件进行统计分析, 计量资

料实验数据以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 多组间均数比较采用单因素方差分析, 以 $p < 0.05$, $p < 0.01$, 作为显著性和极显著性差异的标准。(注: 为减少实验误差, 每管所测得 Ct 值分别减去同组每个 β -actin 的 Ct 值。即统计样本量 $n=9$)。

结 果

1. 耳蜗组织中 BaxmRNA 和 Bcl-2mRNA 的表达

运用 Livak ($2^{-\Delta\Delta Ct}$) 法计算正常组、模型组、行气组、活血化瘀组、泻火化痰通窍组, 耳蜗组织中 BaxmRNA 和 Bcl-2mRNA 的表达量, 见表 2。

表 2 各组豚鼠耳蜗组织中 Bcl-2 mRNA、Bax mRNA 的表达 ($\bar{x} \pm s$)

组 别	n	Bcl-2	Bax	Bcl-2/ Bax
正常组	9	1.17 $\pm$ 0.22▲☆	0.79 $\pm$ 0.43★△	1.48 $\pm$ 0.25
模型组	9	0.63 $\pm$ 0.13▲☆	11.66 $\pm$ 0.31△	0.05 $\pm$ 0.007
行气组	9	1.34 $\pm$ 0.49▲☆	5.39 $\pm$ 0.23★△	0.25 $\pm$ 0.08
活血化瘀组	9	4.33 $\pm$ 0.57▲	2.67 $\pm$ 0.89★△	1.62 $\pm$ 0.35
泻火化痰通窍组	9	10.84 $\pm$ 1.64☆	1.82 $\pm$ 0.23★	5.96 $\pm$ 0.61

Bcl-2: 与泻火化痰通窍组比较: ▲ $p < 0.05$; 与活血化瘀组比较: ☆ $p < 0.05$;

Bax: 与模型组比较: ★ $p < 0.05$; 与泻火化痰通窍组比较: △ $p < 0.05$;

1. 1 各组豚鼠耳蜗组织中 Bcl-2mRNA 表达的结果

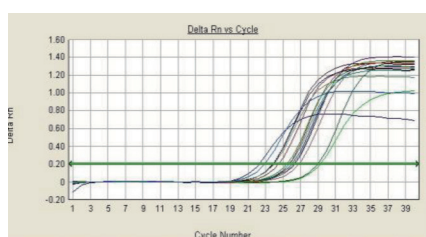


图 1 耳蜗组织中 Bcl-2mRNA 表达的扩增曲线

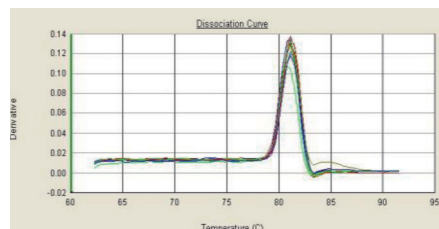


图 2 耳蜗组织中 Bcl-2mRNA 表达的熔解曲线

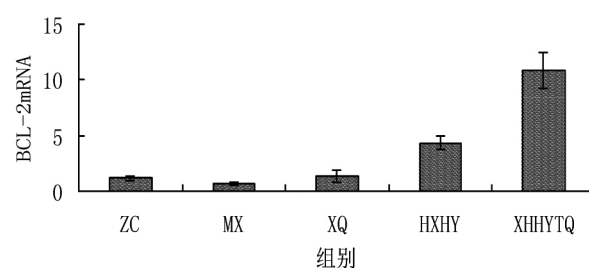


图 3 各组耳蜗组织 Bcl-2mRNA 表达

由图 1、图 2、图 3 可以看出各组 Bcl-2mRNA 的 PCR 扩增曲线整齐均匀, 熔解曲线为只有单峰型的曲线, 扩增是特异性的。经统计学分析, 泻火化痰通窍组与各组比较有显著性差异 $p < 0.05$; 活血化瘀组与各组比较有显著性差异 $p < 0.05$; 正常组与模型组相比较有显著性差异 $P < 0.05$, 与行气组相比较有显著性差异 $p < 0.05$; 行气组与模型组相比较有显著性差异 $p < 0.05$ 。

1. 2 各组豚鼠耳蜗组织中 BaxmRNA 表达的结果

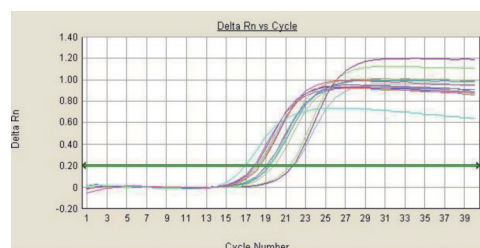


图 4 耳蜗组织中 BaxmRNA 表达的扩增曲线

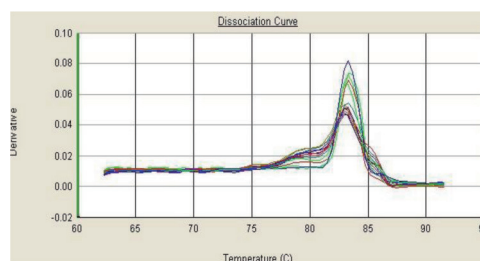


图 5 耳蜗组织中 BaxmRNA 表达的熔解曲线

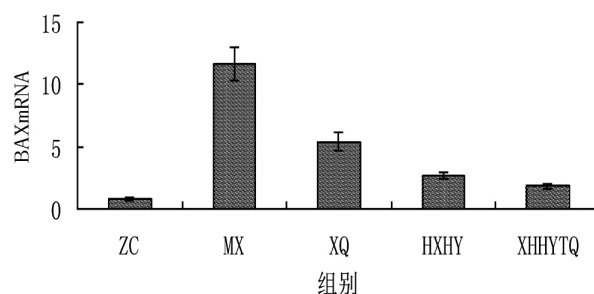


图 6 各组豚鼠耳蜗组织中 BaxmRNA 的表达

由图 4、图 5、图 6 可以看出各组 BaxmRNA 的 PCR 扩增曲线整齐均匀，熔解曲线为只有单一峰型的曲线，扩增是特异性的。经统计学分析，模型组与各组比较均有显著性差异 $p < 0.05$ ；泻火化瘀通窍组与各组比较有显著性差异 $p < 0.05$ ；活血化瘀组与行气组比较有显著性差异 $p < 0.05$ 。

1.3 各组豚鼠耳蜗组织中 β -actinmRNA 表达的结果

由图 7、图 8 可以看出各组 β -actinmRNA 的 PCR 扩增曲线整齐均匀，熔解曲线为只有单一峰型的曲线，扩增是特异性的。

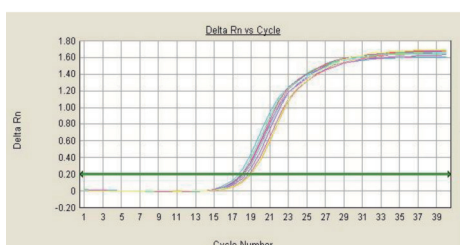


图 7 β -actinmRNA 表达的扩增曲线

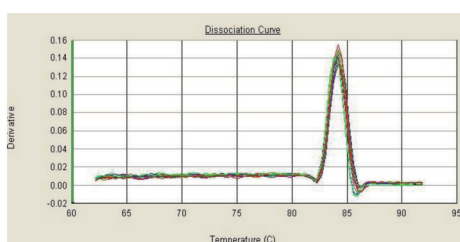


图 8 β -actinmRNA 表达的熔解曲线

2. 耳蜗组织中 Bax 和 Bcl-2 蛋白表达结果

各组豚鼠耳蜗组织中 Bax 和 Bcl-2 蛋白表达结果，见图 9。并根据所记录的每条蛋白电泳带的灰度值，进行定量分析，结果见表 3。

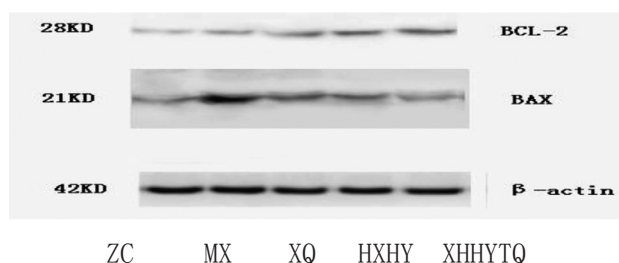


图 9 各组豚鼠耳蜗组织中 Bax 和 Bcl-2 蛋白表达

表 3 各组豚鼠耳蜗组织中 Bax/ β -actin 及 Bcl-2/ β -actin 表达的比较

组别	n	Bcl-2/ β -actin	Bax/ β -actin	Bcl-2/ Bax
正常组	9	0.24 $\pm$ 0.03	0.33 $\pm$ 0.03	0.72 $\pm$ 0.06
模型组	9	0.34 $\pm$ 0.04▲★	0.98 $\pm$ 0.08△☆	0.33 $\pm$ 0.02
行气组	9	0.45 $\pm$ 0.05▲★	0.63 $\pm$ 0.05△☆	0.71 $\pm$ 0.06
活血化瘀组	9	0.56 $\pm$ 0.07▲	0.55 $\pm$ 0.05△	1.04 $\pm$ 0.08
泻火化瘀通窍组	9	0.65 $\pm$ 0.06	0.48 $\pm$ 0.03	1.33 $\pm$ 0.18

经统计学分析

Bcl-2 蛋白表达：泻火化瘀通窍组与活血化瘀组、行气组、模型组相比较均有显著性差异 $p < 0.05$ ；活血化瘀组与行气组、模型组相比较均有显著性差异 $p < 0.05$ ；行气组与模型组相比较有显著性差异 $p < 0.05$ 。

Bax 蛋白表达：泻火化瘀通窍组与活血化瘀组、行气组、模型组相比较均有显著性差异 $p < 0.05$ ；活血化瘀组与行气组、模型组相比较有显著性差异 $p < 0.05$ ；行气组与模型组相比较有显著性差异 $p < 0.05$ ；

Bcl-2/ Bax：泻火化瘀通窍组 > 活血化瘀组 > 行气组 > 模型组，且各组比较均有显著性差异 $p < 0.05$ （图 10）。

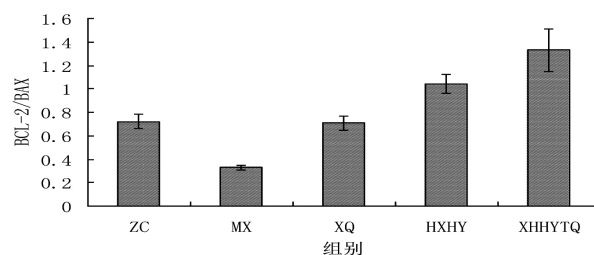


图 10 各组豚鼠耳蜗组织中 Bcl-2/ Bax 比值

讨 论

1. Bax 与 Bcl-2 的生物学特性

1.1 Bax 的生物学特性

Bax 相对分子量 21000，可与 Bcl-2 形成异源二聚体，Bcl-2 抑制凋亡必须与 Bax 形成异源二聚体来实现。Bax 是极重要的促细胞凋亡基因之一。Bax 的表达十分广泛，它可出现在血管平滑肌细

胞中、肾小管上皮细胞、肝细胞、呼吸道上皮细胞和支气管平滑肌细胞。

1.2 Bcl-2 的生物学特性

Bcl-2 主要分布在细胞膜内表面、内质网膜、线粒体外膜以及核膜等处,广泛存在于上皮细胞、神经细胞、造血细胞、淋巴细胞等。迄今的研究表明 Bcl-2 可抑制许多因素引起的细胞凋亡, Bax 促进细胞的凋亡,而 Bcl-2 却是抑制细胞的凋亡, Bcl-2/Bax 两者的比率决定了在凋亡刺激下细胞是否进入凋亡程序^[3], Bcl-2 抗凋亡的机制目前认为主要有四个方面:其一,抑制促凋亡基因 Bax;其二,抑制促凋亡的蛋白质细胞色素 C 自线粒体释放到胞质;其三,阻抑胞质中的细胞色素 C 激活半胱氨酸蛋白酶;其四,具有抗氧化作用及维持细胞内钙离子稳态等作用。

2. Bcl-2/Bax 与细胞凋亡机制

在组织缺血损伤机制中,细胞凋亡、线粒体、Bcl-2/Bax 三者之间存在着密切的关系。目前认为, Bcl-2 抑制细胞凋亡是通过与 Bax 形成异源二聚体来实现,而此机制主要取决于两者的表达水平。当 Bax 高表达时, Bax 同源二聚体形成,诱导凋亡,当 Bcl-2 蛋白表达增加,就形成比 Bax-Bax 更稳定的 Bcl-2/Bax 异源二聚体,从而“中和”了 Bax-Bax 二聚体诱导凋亡的作用。即细胞内 Bcl-2 与 Bax 的比例决定了凋亡的发生^[4]。缺血再灌注所激发的多种损伤通路最后殊途同归,集中影响到线粒体,引起线粒体通透性转变孔(MPTP)的开放所引起, MPTP 的不可逆过度开放可导致线粒体跨膜电位的崩溃,呼吸链的解偶联, ATP 合成停止,线粒体基质外流,还原性谷胱甘肽耗竭,超氧阴离子大量产生,其最终结果是导致基质渗透压增高,线粒体内腔肿胀。由于线粒体内膜嵴的折叠使内膜拥有比外膜大得多的表面积,最终导致外膜破裂,位于膜间腔的细胞色素 C(Cytoc)和凋亡诱导因子(AIF)及 pro-caspases 等释放于细胞浆。Cytoc 进入胞浆与凋亡蛋白酶激活因子 1 (Apaf1)和 pro-caspase9 形成凋亡体(apoptosome),随后激活下游的 caspase3, caspase3 进一步酶解切割特异性的底物如聚 ADP 核糖多聚酶 PARP, DNA 依

赖性蛋白激酶(DNA-PK)和固醇调控元件结合蛋白(SREPB)等最终导致细胞凋亡^[5]。Bcl-2 参与上述途径的调节,主要是通过抑制 Cytoc 从线粒体内释放及与 Apaf1 结合从而抑制凋亡^[6],而 Bax 则可促进 Cytoc 从线粒体内释放及与 Apaf1 结合从而促进凋亡^[7]。

3. iNOS 与 Bcl-2/Bax

iNOS 与 Bcl-2 的表达关系密切, iNOS 的过度表达所产生的高浓度 NO 环境能抑制 Bcl-2 基因的表达,进而诱导细胞凋亡^[8]。NO 既是细胞因子又是自由基, NO 能与含铁硫中心的酶和含巯基的多肽反应使之失活,从而抑制线粒体功能和 DNA 合成。NO 能与 O^{2-} 反应形成超氧亚硝酸盐($ONOO^-$),后者可分解成更具毒性的 $-OH$ 和 NO_2^- 而引起细胞损伤。在生理状态下, NO^- 和 O^{2-} 处于平衡状态,没有毒性作用。NO 大量生成,导致渗透转运小孔的开放,从而导致细胞色素 C 从线粒体内释放,从而促进细胞凋亡。NO 还可直接激活 Bax, 引发细胞色素 C 的释放而导致细胞凋亡,研究表明 iNOS 与 Bcl-2/Bax 比值二者呈负相关。

4. Bcl-2/Bax 在耳蜗微循环障碍治疗中的作用

大量动物实验证明, Bcl-2 表达上调是缺血产生保护作用的机制之一^[9]。组织缺血再灌注后细胞是否存活取决于 Bcl-2/Bax 表达的比值,比值越高,细胞存活率越高;比值越低,细胞凋亡率越高。许多中药的有效成分和复方可通过上调或改善 Bcl-2/Bax 的比值在组织中的表达,从而起到抑制细胞凋亡。本方中活血化瘀类药物、丹参、红花、葛根、川芎均能够增加缺血再灌注组织中的 Bcl-2/Bax 比值,从而抑制细胞凋亡^[10-13]。方中清肝泻火药物柴胡可明显改善抑郁状态,可能是通过下调 Bax、上调 Bcl-2 蛋白的表达而抑制了神经细胞凋亡^[14]。栀子有效成分五乙酰基京尼平苷通过特异性激活 δ 蛋白激酶 C, 进一步激活原癌基因 C-Jun 氨基端激酶(JUN)使 C-Jun 磷酸化抑制 Fas-L 与 Fas 的表达和阻止 p53、c-mys、Bax 基因在细胞核中的定位,诱导 Bcl-2 有关^[15]。方中开窍药石菖蒲主要含有石菖蒲挥发油和 β -细辛醚,能够增加神经细胞 Bcl-2/Bax 的比值,具

有抑制神经细胞凋亡的作用^[16]。甘草有效成分为甘草酸二铵研究表明可上调 Bcl-2 蛋白表达, 下调 Bax, 提高 Bcl-2/Bax 比值, 而抑制细胞凋亡的发生, 以保护缺血再灌注损伤^[17]。本方中行气类药物均没有显著提高 Bcl-2/Bax 比值的作用, 故在本实验中, 药物干预后, 泻火化瘀通窍组蛋白 Bcl-2/Bax 比值最高, 活血化瘀组次之, 而行气组比值最低, 与各组 mRNA 表达相一致。

参考文献

[1] 何景春, 周维镨, 严之曼等. 光化学法诱导豚鼠耳蜗微循环障碍模型 [J]. 中国耳鼻喉头颈外科, 2007, 14 (6): 361-364.

[2] 黄继汉, 黄晓晖, 陈志扬等. 药理试验中动物间和动物与人体间的等效剂量换算 [J]. 中国临床药理学与治疗学, 2004, 9(9): 1069-1072.

[3] Jialong Guo, Kailun Zhang, Yanmei Ji, et al. Effects of ethyl pyruvate on myocardial apoptosis and expression of Bcl-2 and Bax proteins after ischemia reperfusion in rats [J]. Huazhong Univ Sci Technol Med Sci, 2008, 28(3): 281-3.

[4] Li JS, Zhang W, Kang ZM, et al. Hyperbaric oxygen preconditioning reduces ischemia-reperfusion injury by inhibition of apoptosis via mitochondrial pathway in rat brain [J]. Neuroscience. 2009, 159(4): 1309-1315

[5] Cardoso CM, Almeida LM, Custodio JB. Protection of tamoxifen against oxidation of mitochondrial thiols and NAD(P)H underlying the permeability transition induced by prooxidants [J]. Chem Biol Interact, 2004, 148: 149-161.

[6] Lawrence MS, McLaughlin JR, Sun GH, et al. Herpes simplex viral vectors expressing Bcl-2 are neuroprotective when delivered after a stroke [J]. J Cereb Blood Flow Metab, 1997, 17: 740-744.

[7] Antonawich FJ, Federoff HJ, Davis IN. Bcl-2 transduction, using a herpes simplex virus amplicon, protects hippocampal neurons from transient global ischemia [J]. Exp Neurol, 1999, 156: 130-137.

[8] Jayasurya A, Dheen ST, Yap WM, et al. Inducible nitric oxide syn-thase and Bcl-2 expression in nasopharyngeal cancer: correlation with outcome of patients after radiotherapy [J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2003, 56(3): 837-845.

[9] Shimizu S, Nagayama T, Jin KL, et al. Bcl-2 antisense treatment prevent induction of tolerance to focal ischemia in the rat brain [J]. Cereb Blood Flow Metab, 2001, 21(3): 233-243.

[10] 李浩, 刘开祥. 丹参酮 II A 对鼠脑缺血再灌注损伤 Bcl-2 和 caspase-3 表达的影响 [J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(8): 691-693

[11] 戴雍月, 徐正衿, 王万铁等. 红花注射液对肺缺血再灌注损伤时细胞凋亡及 Bcl-2 和 Bax 基因的影响 [J]. 中国动脉硬化杂志, 2007, 15 (6): 415-419.

[12] 许益笑, 王万铁, 徐正衿. 葛根素对兔肺缺血再灌注损伤时 Bcl-2、Bax 及 caspase-3 的影响 [J]. 温州医学院学报, 2007, 37 (2): 126-129.

[13] 胡永红, 周爱民, 田野, 等. 川芎嗪促进脑缺血耐受形成的作用及机制研究 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16 (8): 671-674.

[14] 樊蔚虹, 姚建平, 赵文景. 柴胡疏肝散对卒中后抑郁大鼠海马组织 Bcl-2、Bax 蛋白表达的影响 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 11 (3): 181-183.

[15] Peng CH, Tang TH, Huang CN, et al. Optosis induced by penta-acetyl geniposide in C6 glioma cells is associated with JNK activation and Fas ligand induction [J]. Toxicol Appl Pharmacol, 2005, 202 (2): 172-179.

[16] 方永奇, 匡忠生, 谢宇辉, 等. 石菖蒲对缺血再灌注脑损伤大鼠神经细胞凋亡的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2002, 11(17): 1647-1649.

[17] 蒋建刚, 吴基良, 陈金和. 甘草酸二铵对大鼠心肌缺血再灌注损伤后细胞凋亡的影响 [J]. 微循环学杂志, 2004, 14 (4): 31-33.

基于儿童特点的鼻 - 鼻窦炎中医施治思考

丛 品¹

【摘要】目的：基于儿童特点的鼻 - 鼻窦炎中医施治方法。**方法：**从儿童的生理病理，局部结构，病机转归、症状表现、治法忌宜五个方面归纳论述儿童鼻 - 鼻窦炎特点，并提出相应对策。

结论：1、儿童鼻窦炎初发阶段或复发初期，宣肺气疏少阳，使邪自表透转而解；2、反复发作胶着阶段，健脾运利湿浊，匡扶正气贯穿全程；3、不忘守护稚阳，顾脾胃忌寒凉，用药平和中病即止；4、结合外治喷洗，畅鼻道筑防线，方法得当事半功倍。

【关键词】儿童；鼻 - 鼻窦炎；中医治疗

儿童鼻 - 鼻窦炎是目前临床常见的一类问题，发病率高，反复发作对儿童生长发育及面颌周围器官有不良影响。在临床实践中，儿童由于本身的发育水平和发病特点，其病因病机、诊断方式、方案疗程、药味选择和成人都有较大不同。儿童鼻窦炎通常选择保守治疗，口服中药或西药，配合一些适宜儿童的治疗手段，临床中医治疗优势明显。笔者在长期实践中积累了一些儿童鼻窦炎中医临床诊治经验，现就儿童鼻 - 鼻窦炎发病特点和相应的治疗对策共同探讨。

一、儿童鼻窦炎的几个特点

1. 卫外不固 肺经受邪

从病因特点上看：儿童期机体娇嫩，腠理开疏，冷热不能自调，饮食饥饱失常，易为六淫所侵。肺为华盖外合皮毛，外邪侵袭肺先受之。儿童肌肤薄脆，卫外不固，容易感受外邪，鼻为肺窍，华盖阖闾，御敌薄弱，门户失守，邪滞鼻窍，肺经受邪，清化失司，宣降失常而致病。

2. 鼻窍结构 未臻健全

从局部结构特点上看：鼻窍诸结构尚未发育完善。表现为鼻甲易肿胀肥大，多个鼻窦开口狭小，复合体引流不畅为常态；常伴有腺样体增生肥大妨碍通气；儿童禀赋稚阴稚阳，正气脆弱不足，抗病力不足，自我防护能力差。且儿童多发感冒，

易为外邪所害，一旦罹患鼻窦炎，容易窍道堵塞，引流不畅，邪滞难消，容易迁延不愈。

3. 肝常有余 脾肾不足

从儿童生理病理特点来看：表现为肝常有余，脾肾不足。此话原意为肝藏血主疏泄，肾藏精主生发，脾运化主升降，所以肝得肾水滋养柔和而不刚，脾得肝气疏泄升降而健运，肾得脾之精微濡养而充盈，三者互相制约平衡。儿童脏腑娇嫩，精气不足，肝常有余，外邪侵袭初始虽在表，感邪之后若正气薄弱，易入少阳引动肝热，使病证从阳化热，表现为热像；所以鼻窦炎初期往往呈现肺热或肝经郁热证候，由于外邪留驻少阳，引动肝经郁热上犯鼻窍，此为标证，随着疾病发展很快会转换。而迁延日久的鼻窦炎，“肝有余”的病机则往往是脾虚肝旺，肾精不足，其本质是脾肾不足，脏腑失衡。这和成人鼻窦炎往往为肝胆蕴热和肝胆火盛的实热证候不能相提并论，所以病初以疏解少阳，病久以扶脾疏肝方法治之。

4. 湿浊壅盛 升降失常

从儿童鼻窦炎的症状特点来看：流涕和鼻塞是主要症状，鼻甲肿胀明显，鼻道可见多量分泌物。流涕和鼻塞首先责之脾气虚弱，水湿滞留。脾为后天之本，儿童处于生长发育期，脾胃健旺的重要性不言而喻。若脾虚化生不足，升降失常，湿浊停滞，无以输布及运化精微充养肺肾，致使肺难以宣肃，肾难以蒸化，湿浊内伏源源不断，聚湿成痰，聚痰成瘀，则成肿胀肥大。鼻窦炎病初根肺脾，病久必累及肾。湿浊壅盛停聚鼻腔，黏膜肿胀不消则鼻塞；脾虚清阳不升，浊阴不降则流涕不止，肾阳有温化蒸腾水液作用，因此忌讳用过寒凉，以免损伤肾阳脾阳。

5. 脾胃薄弱 不耐久治

从施治方法上看：儿童有脏气清灵，随拨随应特点，用药精当对证，疗程不宜过长。儿童“脾常不足”，脾胃消化能力薄弱，平素喂养不当，

饥饱不调, 便易损伤脾胃。目前西医按现行规范使用大环内酯类抗生素治疗鼻窦炎, 最大的弊端就是损伤脾胃。来我处就诊的儿童绝大多数已经在其它医院看过, 用过西药或抗生素, 脾胃已伤, 胃纳不佳, 舌淡苔白腻者比比皆是。儿童不能耐受长时间口服药物, 辨证施治以分阶段治疗配合外治为宜, 首期阶段疗程 2 周, 目标改善鼻塞鼻涕, 注重兼顾脾胃。可以结合局部治疗手段如喷鼻、洗鼻、敷贴、推拿、负压置换等, 减少胃负担增加疗效, 中病后改为扶脾补肺善后。

二、基于儿童特点的鼻窦炎中医治疗对策

1. 御外邪: 宣肺气 疏少阳 邪自表解

鼻窦炎初起或感冒后复发, 时间不长邪尚在表, 采取疏散外邪, 宣肺通窍方法。六淫所侵, 肺先受之, 若正气不足, 易走少阳入里, 治则以清宣散邪为主, 使邪自表透转而解为上策。这种治法适用儿童鼻窦炎初发阶段或复发初期, 辨证常见有三种情况, 风寒、风热、里热炽盛; 如遇风寒而发, 治以清宣散邪, 常用荆防败毒散加辛温解表药物如防风、荆芥、蔓荆子、白芷、僵蚕、蝉衣、辛夷等。遇风热而发, 治则清热宣肺通窍, 常用桑菊饮合苍耳子散, 常用药如生山栀、菊花、桑叶、黄芩、鱼腥草、白芷、桔梗、辛夷、蔓荆子等。在此阶段酌用柴胡、菊花、生山栀、黄芩、既可以清宣通窍, 又可疏解少阳, 截邪进路, 是为要药。若邪实入里炽盛, 表现为鼻塞严重, 鼻涕黄稠, 前额或面颊胀痛, 鼻黏膜红肿明显, 治则清热泻火, 解毒排脓, 肺胃蕴热用升麻解毒汤, 肝经有热用泻青丸或龙胆泻肝汤加减, 先挫其锐气, 再图后效。清热泻火组方用药比较寒凉, 对儿童而言视为猛药, 方不宜过周。

2. 扶正气: 健脾运 利湿浊 贯穿全程

儿童鼻窦炎反复发作是最令家长头痛的问题, 此阶段时间持续可以很长, 复发频率和表现特征根据儿童正气虚实和体质偏颇相差很大, 其中脾虚是主要问题。脾为后天之本养护不易, 日常饮食不节, 患病用药都可损伤脾胃, 使得运化失健, 湿浊滞留, 精微不布, 肺失宣降。反复发作阶段中医治疗主线是健脾运, 利湿浊, 匡扶正气。同

时根据儿童体质, 在生活起居、饮食忌宜、日常调适方面给家长提出指导性意见。临证常见儿童体虚易感冒, 鼻涕量多或黄或白, 鼻塞重, 时有头胀头昏, 嗅觉减退; 兼见面色萎黄, 食少纳呆, 易出汗, 舌淡苔白, 脉细弱。鼻粘膜及鼻甲肿胀, 鼻道分泌物积蓄; 治法以健脾益气化湿通窍为主, 扶正祛邪并举。然而在应用时可以有主次、先后之分。如有脾虚湿滞见证可用参苓白术汤加减; 若有以上见证加之平素体虚易感冒, 动则易出汗, 为肺气虚卫表不固者, 用玉屏风散加减以益气固表; 肺气虚兼见外邪滞留用温肺止流丹加减; 脾肺俱虚可用补中益气汤加减益气健脾, 在健脾扶正基础上再加用利湿排浊药味如苍术、陈皮、川朴花、生薏仁、白蔻仁、皂角刺、桔梗等。鼻涕黄稠可加清热利湿药味如黄芩、苍耳子、茵陈、鱼腥草、蒲公英等; 如鼻塞严重加通窍药味如藿香、佩兰、川芎、丹皮、柴胡、炙麻黄以芳香行滞; 合并腺样体肥大用陈皮、皂角刺、制半夏、山棱、赤芍、蛤壳化痰散结; 加黄芪、太子参、茯苓、白术、山药、白扁豆、米仁健脾益气助运, 总之健脾利湿扶正祛邪是主线, 临证应用或先扶正后祛邪, 充养脏腑以御敌; 或先祛邪后扶正, 挫邪锐气后转入扶正。

3. 护稚阳: 顾脾胃 忌寒凉 中病即止

鼻窦炎是与体质相关的疾病, 病程日久的儿童中, 常有脾肾阳虚见证, 或存在先天不足禀赋异常。临证可见鼻塞鼻涕稀薄量多, 嗅觉减退, 遇寒症状加重, 鼻黏膜色淡肿甚, 精神萎靡, 面色淡白, 畏寒肢冷, 夜尿遗尿, 舌淡苔白, 脉细弱等虚寒见症。究其原因一是先天不足禀赋异常, 二是后天养护失宜损及稚阳, 后者也包括用药过于寒凉, 时间太过久长。受西医鼻窦炎诊疗指南影响, 现在普遍疗程偏长, 而儿童脾胃功能薄弱, 不耐久治。儿童阶段稚阳未充, 稚阴未长, 对维持生命活动的需求比成人大, 而脏腑功能尚未完善, 容易不及或过用, 尤其肾藏精寄元阴元阳主生发, 更宜维护有加。儿童生理上表现为肺脾常虚, 肾气未充。病机上卫外不固易感受外邪是为肺不足; 化生精微运化失健是为脾不足, 肾气肾阳温

煦失常是为肾不足。肺主呼吸出入，脾主生气运气，肾主温煦化气，不及或过用都可损及脾肾元气，肾阳不足脾阳不运，痰湿蕴内，经久难愈则成顽症。因此儿童鼻窦炎治法忌久用寒凉，如果有脾肾阳虚见证，邪滞用温肺止流丹加味，正虚不妨以补中益气汤、肾气丸加减组方，以温阳散寒，健脾补肾。疏解外邪用药尽量选择性味平和如防风、荆芥、桂枝、白芷、辛夷、苍耳子、蝉衣、僵蚕、菊花、桑叶、柴胡等；性热的麻黄、细辛、干姜只要辨证准确用量恰当有益无弊。清热药味选择入肝肺两经如栀子、黄芩、知母、连翘、鱼腥草、蒲公英、金荞麦等，弃过于苦寒的不用或少用。如方药偏于寒凉，疗程尽量控制 1-2 周之内，中病即止，转为健脾扶正调理。

4. 宜喷洗：畅鼻道 筑防线 事半功倍

儿童鼻窦由于发育尚未完善，鼻甲肿胀肥大，鼻窦开口狭小，引流不畅为常态。所以治疗方案中借助外治手段如鼻负压置换、鼻腔喷药和鼻腔冲洗等，既有局部治疗作用，又减少口服药物，

有事半功倍之效。

用高渗或等渗生理盐水喷鼻，或借助合适器具盥洗，较小的儿童由于不能配合盥洗，以喷洗为宜。如鼻涕黄稠量多，采用负压置换治疗，1-2 天做一次，可以排除鼻涕，通畅鼻道。

儿童鼻腔喷药要采用适合儿童的制剂，内舒拿喷剂适合 3 岁及以上儿童，具有局部抗炎消肿作用，但使用需要连续一段时间，不能少于 2 个月，初始用药达效后维持平台期不少于 3 周，再逐步减量过度到停，每次减量的平台期也要维持 2-3 周。初始用时如果鼻塞厉害，提前 15 分钟先喷一次达芬霖喷剂（儿童用）以开放鼻道，有利于内舒拿进入鼻腔分布发挥作用，我们称之为“开路先锋”，一般 3-7 天待通气改善就可以停用达芬霖。对于 3 岁以下的幼儿，可以用高渗海水（希诺宁）喷剂，喷头压力不要过大，有清洗和通气的双重作用。儿童鼻黏膜柔嫩不建议用自制中药吹鼻、滴鼻以免损害鼻腔黏膜。

（上接 21 页） patients.Otolaryngol Head Neck Surg, 2005;133:429-435.

[2]Bousquet PJ, Combescure C, Neukirch F, et al. Visual analog scales can assess the severity of rhinitis graded according to ARIA guidelines. Allergy, 2007, 62: 367-272.

[3]INOUE T, TANABE T, NAKANOBH M, OGURA M. Laser surgery for allergic and Hypertrophic rhinitis (In Process Citation).Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl 1999;180:3-19.

[4]Lin H C, Lin P W, Su C Y, et al. Radiogrequency for the treatment of allergic rhinitis refractory to medical therapy, Laryngoscope. 2003,

113: 673-678.

[5] 王国军, 李平. 围手术期中药冲洗对鼻内镜手术疗效影响的观察. 四川医学, 2009, 12(30): 1906-1907.

[6] 吴德松, 卿晨. 升麻药理学活性研究进展. 医学综述, 2009, 3(15): 918-920.

[7] 徐玉田黄芩的化学成分及现代药理作用研究进展. 光明中医, 2010, 3(15): 544-545.

[8] 任志强, 孙兰军. 川芎嗪的心血管药理作用. 中西医结合心脑血管病杂志, 2008, 6(5): 570-572.

[9] 刘环香, 傅道珍, 张倩, 等. 复方苍耳子散提取物的体外抗菌作用研究. 中国医院药学杂志, 1999, 19(6): 348.

射频消融术辅以中药鼻腔冲洗治疗 变应性鼻炎疗效分析

张曼芸¹ 杜建新¹ 张珺珺²

【摘要】目的：观察低温等离子射频消融术及术后中药鼻腔冲洗对变应性鼻炎的治疗效果。**方法：**对 559 例变应性鼻炎的患者进行治疗后 6～36 个月随访，分别对治疗后 6 个月和 1 年后的疗效进行评定，并对疗效结果进行分析。**结果：**治疗后 6 个月疗效评定，总有效率为 93.20%；治疗后 1 年疗效评定，总有效率为 88.97%。**结论：**低温等离子射频消融术结合中药鼻腔冲洗疗效显著，是一个值得推广的治疗方法。

【关键词】低温等离子射频消融术；中药鼻腔冲洗；变应性鼻炎

变应性鼻炎是接触变应原后由 IgE 介导的鼻黏膜慢性炎症反应性疾病。其临床症状包括流涕、鼻塞、鼻痒和喷嚏等症状^[1]。近年来变应性鼻炎发病率呈上升趋势，临床上除了应用药物或免疫治疗外，还采用微创手术和激光等治疗方法^[2]。我科于 2006 年起采用低温等离子射频消融手术治疗变应性鼻炎患者 559 例，术后辅以自制中药鼻腔冲洗治疗，经临床观察疗效显著，现报道如下：

1. 资料和方法

1.1 临床资料

按中华医学会变应性鼻炎诊断标准选择 2006 年 1 月至今确诊为变应性鼻炎患者 559 例，其中男 289 例，女 270 例，年龄 12～87 岁，平均 46.2 岁。病程均在 1 年～10 年。

1.2 手术方法

患者取坐位，以 1% 地卡因棉片置于鼻腔黏膜表面，麻醉下鼻甲。1% 利多卡因行下鼻甲局部浸润麻醉。采用美国安泰 System 2000 低温等离子射频消融系统强度调至 5 档，使用 Reflex Ultra 45 等离子刀浸入生理盐水中，以确保消融组织时能形成等离子薄层。根据下鼻甲肥厚部位选择进刀点，一般从下鼻甲前缘平行鼻甲黏膜下进入，

消融到后端及下方游离缘停顿 10 秒左右。打孔多少根据情况而定，孔道间应有一定距离，以局部黏膜有轻度变色收缩为度。除消融下鼻甲处，同时将鼻丘处、中鼻甲游离缘后端消融。手术完毕后给予 1% 麻黄素滴鼻以收缩鼻甲粘膜止血。

1.3 鼻腔冲洗

1.3.1 中药冲洗液的配制

将黄芪 20g，当归 15g，赤芍 15g，川芎 10g，黄芩 9g，升麻 9g，茜草 3g，炒苍耳子 6g，细辛 3g 每天煎煮成 250ml，经过滤去渣，静置后装入鼻腔冲洗器，温度保持 30～40℃。

1.3.2 鼻腔冲洗方法

术后第二天由责任护士配制中药冲洗液冲洗鼻腔，将鼻腔冲洗器的橄榄头插进其前鼻孔，开启电源后冲洗液自口或另一侧鼻孔自然流出。冲洗时嘱患者勿用力擤鼻或做吞咽动作，以免引发中耳炎。每次冲洗量为 250ml，每天 1 次，左右鼻腔交替进行，连续冲洗 1 周。如冲洗出的液体为血性时，应暂停冲洗。每日冲洗后询问患者自觉症状（头昏、头痛、鼻塞、流涕、嗅觉），并评估患者鼻腔黏膜有无水肿，窦口的开放，鼻腔分泌物、血痂、伪膜以及鼻腔湿润情况。

2. 结果

2.1 疗效评定标准

术前及术后 3～6 个月的鼻腔通气及打喷嚏、鼻漏情况均采用视觉模拟量表（VAS）评分^[2]。对治疗前后进行对比分析。VAS 评分时，让患者根据自身对鼻腔通气及打喷嚏、流涕的感受，用一长度约为 10cm 的评分卡，在 0～10 分之间选择出与症状程度相匹配的分值，分值越高代表症状越重，将鼻腔通气及打喷嚏、鼻漏症状分为轻度（0～3）、中度（4～6）、重度（7～10），0 为正常，10 为严重症状。根据症状记分评定疗效，记

分方法: (治疗前总分 - 治疗后总分) / 治疗前总分 $\times 100\%$ 。结果 $\geq 66\%$ 为显效, $65\% \sim 26\%$ 为有效, $\leq 25\%$ 为无效。

2.2 治疗结果

559 例变应性鼻炎患者经低温等离子射频消融术辅以中药鼻腔冲洗治疗后随访 6 ~ 36 个月, 分别对治疗后 6 个月和 1 年进行疗效评定。治疗后 6 个月显效 364 例 (占 65.12%); 有效 157 例 (占 28.09%); 无效 38 例 (占 6.80%) 总有效率达 93.20%; 治疗后 1 年疗效评定, 显效 349 例 (占 61.12%); 有效 159 例 (占 27.85%); 无效 63 例 (占 11.03%), 总有效率达 88.97%。

3. 讨论

变应性鼻炎 (allergic rhinitis, AR), 即过敏性鼻炎, 是机体接触变应原后主要由 IgE 介导的鼻黏膜非感染性炎症性疾病^[3]。临床上治疗变应性鼻炎方法很多, 主要以避免接触过敏原; 药物治疗 (抗组胺药、糖皮质激素、抗白三烯药、色酮类药等); 免疫治疗 (皮下注射和舌下含服) 等方法。但各种方法在某种方面都存在着一定的弊端。低温等离子体是用于软组织微创手术的一项新技术, 其基本原理是低温消融, 即利用低温等离子射频的能量使靶组织的细胞分解为碳水化合物和氯化物, 造成组织凝固性坏死产生瘢痕收缩, 达到减容的效果, 有效地改善鼻腔通气功能。

我们选用下鼻甲为治疗部位, 是因为下鼻甲黏膜深层存在独立的副交感神经节, 通过射频消融治疗可降低感觉神经敏感性从而降低血管通透性, 减少腺体分泌并使其对外界的物理、化学不良刺激敏感性降低, 血管活性肽的分泌减少, 抑制喷嚏反射减少流涕, 改善鼻腔通气^[4], 从而达到治疗变应性鼻炎的目的。

变应性鼻炎属中医“鼻鼽”范畴, 病位在鼻, 与肺、脾、肾密切相关, 主要由于肺气虚, 卫表不固, 腠理疏松, 风寒乘虚而入犯及鼻窦, 邪正相搏, 肺气不得通调, 津液停聚, 鼻窦雍塞, 遂致喷嚏, 流清涕等症状。肺气的充实有赖于脾气的输布, 脾气虚则肺气虚, 而气之根在肾, 肾虚则摄纳无权, 气不归元阳气易于耗散, 风邪得以内侵致病。

中医学认为, 手术损伤易使气血凝聚, 脉络痹阻。患者术后局部可见鼻甲粘膜形成伪膜并处于反应性水肿状态, 鼻腔粘膜受损, 缺乏粘液清除功能, 并形成棕黄色的痂皮。手术每致不同程度上的气血双损, 加上患者术后脾胃虚弱, 脾失运化, 湿浊内蕴化热, 以致湿热熏蒸, 蒸灼鼻部粘膜, 因而出现诸多鼻内不适。本研究用补阳还五汤加减, 黄芪甘温益气; 当归、赤芍、川芎健脾理气养血; 黄芩化湿敛肺; 苍耳子、细辛燥湿通窍; 并茜草可解细辛之毒性, 升麻升提阳气上通于鼻为引经之药。诸药合用有气血双补, 调和气血、清热祛湿之功。现代药理研究表明黄芪^[5]在体内外均能促进淋巴细胞增殖, 增加天然杀伤细胞 (NK) 的活性及诱生干扰素促进, 加强单核 - 吞噬系统吞噬作用, 提高血中 IgM、IgE、cAMP 增强免疫功能。升麻和黄芩均有抗变态反应的活性^[6-7], 川芎^[8]可以直接清除氧自由基, 并能抑制 PAF 等炎性介质, 改善血液流变学的作用; 赤芍、茜草可改善微循环, 降低血粘度, 促进炎症渗出的吸收; 苍耳子、细辛^[9]可增加血流速度, 尚有抗菌、抑菌、抗组胺和抗变态反应作用。全方能有效抑制局部细菌繁殖, 控制炎症渗出, 促进炎症吸收和预防感染, 还有抗变态反应作用及促进局部组织再生粘膜上皮化, 增强免疫功能, 发挥“植物激素”物质作用, 在抑制细菌的同时还能增进血液循环, 促进炎症吸收, 分解粘连, 修复增生的结缔组织, 做到标本同治。

综上所述, 低温等离子射频消融术治疗变应性鼻炎具有方法简便、易操作, 对鼻黏膜损伤小, 保存黏膜纤毛功能的特点。术后中药鼻腔冲洗能保持鼻腔湿润, 促进术腔清洁和伤口的修复。两者的联合应用有效地防止并发症的发生, 缩短疗程, 提高疗效, 是一个值得临床推广的治疗方法。

参考文献

- [1] CIPRANDI G, CIRILLO I, KLERSY C, MARSEGLIA GL, CAIMMI D, VIZZACCARO A. Nasal obstruction is the key symptom in hay fever

(下转 19 页)

益气固表祛风法治疗禀质特异型喉咳临床观察

陈潇¹ 张勉¹

【摘要】目的：观察玉屏风散合桂枝汤加减治疗禀质特异型喉咳的疗效。**方法：**选择禀质特异型喉咳患者 60 例随机分为对照组和治疗组各 30 例，治疗组口服中药汤剂玉屏风散合桂枝汤加减，对照组口服氯雷他定分散片，对照观察两组临床疗效。**结果：**治疗组总有效率为 86.7%，对照组总有效率为 70%；两组疗效有显著性差异（ $P < 0.05$ ）。**结论：**益气固表祛风治疗禀质特异型喉咳疗效好，对中医临床实践有着重要的指导意义和使用价值。

【关键词】喉咳；禀质特异型；益气固表祛风疗法

喉咳，亦称喉源性咳嗽^[1]，由咽喉疾病所造成的咳嗽，是咽喉科较为常见的疾病，由著名中医耳鼻咽喉科专家干祖望教授在 20 世纪 80 年代首次提出，以咽痒如蚁行或如有异物阻塞，咽痒必咳为其主要临床症状^[2]。禀质特异型喉咳系指素属禀赋特异之躯，卫表不固，感受化学异气，虚邪贼风侵袭机体所致的咳嗽^[3]。据临床症状特点分析，本病相当于现代医学中的慢性变应性咽炎即慢性过敏性鼻炎^[4]。我科自 2012 年 10 月至 2014 年 1 月，通过中医辨证运用益气固表祛风法治疗禀质特异型喉咳 30 例，并采用单纯抗组胺药物治疗 30 例作为对照观察，在缓解临床咽痒干咳等症状及提高患者的生活质量方面获得较好的临床疗效，现将临床观察总结如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料 将 2012 年 10 月～2014 年 1 月入选的来自广西中医药大学第一附属医院耳鼻喉科门诊的 60 例符合禀质特异型喉咳患者，随机分 2 组每组 30 例。治疗组男 19 例，女 11 例；年龄 18～60 岁，平均 36.1 岁；病程 14～172 天，平均 54.3 天。对照组男为 18 例，女为 12 例；年龄 21～58 岁，平均 36.9 岁；病程 14～200 天，平均 69.6 天。2 组患者病程、年龄、性别经比较，

$P > 0.05$ ，差异无统计学意义。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准 参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》，以及 2008 年全国高等院校精编教材《中医耳鼻咽喉科学》^[3]。阵发性咽喉部奇痒干涩，随之干咳直冲而出；从第一声咳嗽起，即连续不断而且紧凑急促的咳嗽，如联珠般地不歇狂作，甚至无呼吸歇气时间，自觉咳的起点在喉；愈咳愈感喉头干燥、粗糙、作痒^[5]；一经咳作，无法休止，咳声干枯气短，很少有痰，饮水可暂缓；喉中不舒服感久不消失；每天或每小时可发作多次，夜间睡眠之际，减少或加重（存在个体差异）。检查：肺部无阳性体征，咽部无明显异常改变或咽部黏膜不同程度水肿，少部分咽峡慢性充血，干燥少津，咽后壁淋巴滤泡增生^[6]。禀质特异、卫表不固型临床主要表现：咳嗽遇风、冷即发，或受异气刺激咽喉即作痒干咳，阵发不止，甚则呛咳而作呕、遗溺，伴见畏风怕冷，气短懒言等；舌淡、苔薄白，脉弱。

1.2.2 西医诊断标准 慢性变应性咽炎的诊断参照 2012 年普通高等教育“十一五”国家级规划教材《耳鼻咽喉头颈科学》^[4]。病史：多见近期有上呼吸道感染病史，经治疗后其它症状消失，唯遗留下咳嗽不愈或较前加重。可伴见变应性鼻炎、哮喘、皮炎病史。考虑生活环境和工作环境是否存在致敏因素，或有不良的理化性刺激诱发或加重病情。症状：咽痒、干咳为本病的主要症状。其特点为：咽部紧缩感、痒、刺激性干咳，伴有鼻痒、喷嚏、鼻塞等鼻变态反应性症状和喉水肿等喉变态反应性症状。体征：咽部黏膜正常或咽部黏膜水肿、水样分泌物增多，并可见舌体肿胀、悬雍垂水肿等。辅助检查：血常规正常，胸 X 线摄片或胸 X 线透视排除肺部病变。皮肤过敏原试验或食物过敏原试验阳性者，还可参考血清总 IgE 和特异性 IgE 检测等。

1.3 纳入标准 ①符合以上诊断的标准；②年龄 <12 岁或者 >70 岁者；

1.4 排除患者的标准 年龄 <12 岁或者 >70 岁者；存在感染或传染病者；检查兼有鼻窦炎、鼻炎、喉炎、肺炎、肺结核等邻近器官和组织病变者；血常规明显异常，胸部 DR 提示肺部或者支气管异常者；同时合并有如循环、消化道和内分泌系统等全身基础疾病；精神病患；使用能影响鼻腔、咽喉相关的药物者；处于或者正在哺乳期或者妊娠期的妇女。

1.5 方法

1.5.1 治疗方法

1.5.1.1 治疗组 中药经方：玉屏风散合桂枝汤加减：防风 10g，白术 10g，白芍、桂枝尖、生姜 9g，大枣 3g，黄芪 20g，炙甘草 6g，辨证加减：咽痒较甚者加蝉蜕、荆芥等祛风解表止痒，咳嗽甚者可酌情加五味子、乌梅、诃子以敛肺止咳；肺气虚的患者加用山药、党参益气补肺；肾气虚可予蛤蚧、核桃补肾纳气。水煎至 200ml，早晚各服 100ml，每天 1 剂。

1.5.1.2 对照组 氯雷他定分散片口服，10mg，每晚 1 次。

连续服用 10 日为 1 疗程，服药 1 个疗程后统计治疗效果，对以上病例门诊随访，随访期为 1 个月。

1.5.2 观察指标 主要以患者症状以及体征的积分来评定其治疗的效果，从治疗前后的以下 6 个项目来观察：①阵发或者刺激性干咳发作频次的情况。②咽痒发作的频次。③清嗓、咽干的严重程度。④黏膜（口咽部）水肿的程度。⑤咽后壁淋巴滤泡增生数量多少。⑥伴随的相关症状以及治愈和缓解的情况。根据以上两组患者治疗前后的情况进行计分和积分。根据积分值变化的百分率判断（具体按照尼莫地平法）从而进行计算：疗效指数 (n) = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。

1.5.3 疗效判断标准

症状评分方法及中医病情轻重分级（由本科室结合《中药新药临床研究指导原则》自拟）

(1) 单项中医症状及咽喉部体征评分标准

阵发性刺激性干咳

2 分：每天偶有发作，次数在 2 次以下，每次持续 1 分钟以内，症状较轻，可自行缓解，不影响日常生活。

4 分：每天发作 3-4 次，每次持续 1-2 分钟，症状较重，外界理化性刺激较易诱发。日常生活稍受影响。

6 分：每天发作 6 次以上，每次持续 3 分钟左右，症状很重，一经咳作，无法休止。容易被外界理化刺激诱发。日常生活受影响，甚至严重影响睡眠，夜间不能入睡或入睡后突然呛咳而醒。精神状态差。

清嗓，咽干

2 分：每天清嗓 0-3 次，偶觉咽干、清嗓，咽干不欲饮。不影响日常生活。

4 分：每天清嗓 5-10 次，自觉咽干喜清嗓，喜饮不善多饮，饮后即觉缓解。日常生活稍受影响。

6 分：每天清嗓 10 次以上，频频清嗓，觉得咽干难忍，喜多饮。自觉饮后仍然无明显缓解。日常生活受影响。夜间睡眠质量降低。

咽痒

2 分：咽痒轻微，偶有感觉，自觉症状不明显。

4 分：咽痒较甚，与干咳伴见或持续存在，自觉症状明显。饮水可稍缓解。不影响日常生活。

6 分：咽部奇痒难忍，持续存在，常诱发干咳，饮水不能缓解，严重者甚至影响日常生活，夜间不能安然入睡。

口咽部黏膜充血

2 分：黏膜不充血或稍充血，颜色淡白或稍红。

4 分：黏膜轻度充血，颜色淡红。无悬雍垂充血水肿。

6 分：黏膜充血严重，颜色鲜红或暗红，甚至可见出血点，一般不见活动性出血。

咽后壁淋巴滤泡

2 分：咽后壁无或少量淋巴滤泡增生，数量为 0-2 颗，呈散在分布。

4 分：咽后壁可见淋巴滤泡增生，数量为 3-5 颗，少许融合成团块。咽侧索未见明显肥厚。

6 分：咽后壁可见大量淋巴滤泡增生，数量在 5 颗以上，融合成片状。可见咽侧索明显肥厚增生。

常见伴随症状和体征：鼻痒、喷嚏、鼻塞、流鼻涕等鼻变态反应性症状，喉水肿等喉变态反应性症状，皮肤过敏性疾病，咽异物感，舌根滤泡增生。

2 分：伴见 1 类伴随症状或体征。

4 分：同时伴见 2-3 类伴随症状或体征。

6 分：同时伴见 4 类及 4 类以上伴随症状或体征

(2) 中医症状总疗效评定标准 参照《中药新药临床指导原则》修订。

临床痊愈：临床症状消失，咽喉部病理征恢复正常，总积分降低 $\geq 90\%$ 。

显效：临床症状消失，咽喉部病理征基本恢复正常，总积分降低 $\geq 70\%$ 。

有效：临床症状明显好转，咽喉部病理征改善，总积分降低 $\geq 30\%$ 。

无效：临床症状无明显好转，咽喉部病理征无明显变化，症状加重或积分降低 $< 30\%$ 。

(3) 治疗结果 无效为 $n < 30\%$ 、有效为 $30\% \leq n < 70\%$ 、显效为 $70\% \leq n < 90\%$ 、治愈为 $n \geq 90\%$ 。

1.5.4 统计学方法 计量资料均采用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验，所有的资料采用统计软件 SPSS20.0 进行分析。

2. 结果

2.1 两组临床疗效结果比较（如表 1）

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	30	11	6	9	4	86.7①
对照组	30	6	6	9	9	70.0

与对照组比较，① $P < 0.05$ ，差异有统计学意义，治疗组总有效率优于对照组。

2.2 中医单项症候治疗前后积分比较（如表 2）

表 2 两组患者治疗前后的中医单项症候积分情况比较

症状体征	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
阵发性刺激性干咳	5.90 $\pm$ 0.68	2.11 $\pm$ 0.25*	5.29 $\pm$ 0.68	4.79 $\pm$ 0.18*
清嗓咽干	3.68 $\pm$ 1.62	1.28 $\pm$ 1.72*	3.96 $\pm$ 1.92	3.59 $\pm$ 0.72*
咽痒	4.15 $\pm$ 1.59	1.19 $\pm$ 0.94*	4.34 $\pm$ 0.77	2.29 $\pm$ 1.41*
口咽部黏膜充血	3.91 $\pm$ 1.65	1.07 $\pm$ 0.48*	4.01 $\pm$ 1.17	3.93 $\pm$ 0.39*
伴随症状和体征	4.68 $\pm$ 0.63	1.95 $\pm$ 1.20*	3.09 $\pm$ 0.83	2.93 $\pm$ 0.64*

注：“*”示 $p < 0.01$ ，即治疗组治疗后积分明显低于治疗前；

“•” $p < 0.05$ 即治疗组治疗后积分低于治疗前。

3. 讨论

体质可以决定疾病的易感性，禀质特异型喉咳常指过敏体质人群接触过敏原或因咽喉疾病失治误治后引起的病变部位在咽喉部的咳嗽。喉咳临床上存在发病率高，给患者身心造成极大影响，如失眠、精神紧张、乏力及容易烦躁等临床症状，从而影响患者的生活、工作及社交。治疗上容易误判为感染性疾病而滥用抗菌药物，西医方面治疗该病多使用抗组胺药及抗生素类药物和止咳药，其短期治疗效果确切，但长期用药有较大的副作用，长期随访疗效欠佳，因此西医治疗本病有一定的局限性，成为临床上常见的顽症。中医学治病重在“审证查因”和“治病求本”，认为“风为百病之长”、“无风不作痒”，风邪作祟则咽痒；禀质特异型患者，肌腠不密，感受虚邪贼风或化学异气，邪毒入血，交结血分，凝聚肺系，正邪相争，肺气上逆等发为本病，故治法宜益气固表，祛风止咳。故补益肺气，卫表兼固，佐以祛风，则邪无以入，正所谓“正气存内，邪不可干”。根据本病病因病机，予经方玉屏风散合桂枝汤加减治疗该证型患者，与其病机病理丝丝相扣。玉屏风散出自《丹溪心法》，桂枝汤出自《伤寒杂病论》，前方具有益气固表止汗的功效，该方中黄芪甘温，在外能固表止汗，在内可大补脾肺之气，故为君药。白术益气健脾，能助黄芪加强益气固表之功，合用两药使表实气旺，汗不外泄，外邪不侵。佐予防风散风以祛风散邪，防风配黄芪，则祛风不伤正，黄芪得防风，则表固不留邪。后

（下转 27 页）

鼻中隔偏曲与球型鼻甲泡的关系

钱亚昇¹ 汪审清²

【摘要】目的：分析鼻中隔偏曲与球型鼻甲泡的关系。**方法：**分析 972 例患者的鼻窦冠状位 CT 片，观察鼻中隔偏曲和球型鼻甲泡的发生率，并把鼻中隔偏曲分为高位偏曲和低位偏曲，测量鼻中隔偏曲角度（SDA）和球型鼻甲泡的横径，探讨鼻中隔偏曲与球型鼻甲泡的关系。**结果：**182 例鼻中隔偏曲患者的球型鼻甲泡发生率为 17.03%，790 例无鼻中隔偏曲患者的球型鼻甲泡发生率为 14.05%，两组之间球型鼻甲泡的发生率无显著性差异（ $P > 0.05$ ）。69 例高位偏曲患者的球型鼻甲泡发生率为 33.33%，122 例低位偏曲患者的球型鼻甲泡发生率为 9.02%，两组之间球型鼻甲泡发生率有显著性差异（ $P < 0.01$ ）。20 例高位偏曲伴球型鼻甲泡组 SDA 平均值为 $14.55^\circ \pm 3.61$ ，偏曲凹侧球型鼻甲泡横径均值为 $5.93 \pm 1.88\text{mm}$ ，两者之间无相关性（ $P > 0.05$ ）。11 例低位偏曲伴球型鼻甲泡组 SDA 平均值为 $13.36^\circ \pm 2.42$ ，偏曲凹侧球型鼻甲泡横径均值为 $4.86 \pm 1.40\text{mm}$ ，两者之间无相关性（ $P > 0.05$ ）。**结论：**鼻中隔高位偏曲与球型鼻甲泡的发生有关，尤其是凹侧易出现球型鼻甲泡。球型鼻甲泡大小并不随鼻中隔偏曲角度增大而增大。

【关键词】鼻中隔偏曲；鼻甲泡；断层摄影术；X 线计算机

解剖结构变异是慢性鼻-鼻窦炎的发病因素之一，其中最常见是中鼻甲气化和鼻中隔偏曲。中鼻甲下部气化称为球状型鼻甲泡，我们简称为球型鼻甲泡，并应用鼻窦 CT 和计算机图像分析技术，分析鼻中隔偏曲与球型鼻甲泡的关系，报道如下。

1. 材料和方法

1.1 患者来源 选取 2011 年 1 月～2011 年 10 月在我院行鼻窦 CT 检查的患者共 972 例，均除外鼻腔鼻窦外伤、手术史、肿瘤、鼻息肉及先天畸形、真菌性鼻窦炎、牙源性上颌窦炎，CT 检查因为

鼻塞、流涕、头痛、鼻出血、面部麻木等，病史 3 月～30 年。

1.2 CT 扫描方法 采用 Sytec 4000i 全身扫描机（美国 GE），矩阵 320×320 和 512×512 ，分别作水平位和冠状位扫描，骨窗，窗宽 1500 HU，窗位 150 HU，层厚 2 mm，层距 2～5 mm。

1.3 实验方法

1.3.1 鼻中隔偏曲评判标准：鼻中隔偏曲角度（SDA） $> 10^\circ$ 。SDA 是指 CT 片上显示鼻中隔最完整的层面上，测量鼻中隔软骨长轴与鼻中线之间角度。把中鼻甲前端以后、游离缘以上区域相对应的鼻中隔偏曲称为高位偏曲，中鼻甲前端以后、游离缘以下部位发生的鼻中隔偏曲称为低位偏曲。

1.3.2 球型鼻甲泡横径测量方法：用 Adobe photoshop 软件对 CT 图像进行加工，调用图形测量软件在显示窦口鼻道复合体的筛漏斗层面测量球型鼻甲泡骨性冠状位横径，并依据 CT 片上给出的比例尺换算为实际值，长度单位为 mm。按左右侧分别进行观察。用横径来判断球型鼻甲泡的大小。

1.3.3 观察鼻中隔偏曲组和非鼻中隔偏曲组的球型鼻甲泡的发生率，观察高位偏曲组和低位偏曲组的球型鼻甲泡的发生率，在鼻中隔偏曲并发生球型鼻甲泡患者中，观察鼻中隔偏曲角度与球型鼻甲泡大小的关系。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行 χ^2 检验和 pearson 线性相关分析。

2. 结果

2.1 鼻中隔偏曲与球型鼻甲泡的发生率

观察 972 例患者的鼻窦冠状位 CT 片，其中有鼻中隔偏曲患者 182 例，发生球型鼻甲泡 31 例，其中 1 例为双侧球型鼻甲泡，30 例为鼻中隔偏曲凹面侧出现球型鼻甲泡，球型鼻甲泡发生率为 17.03%（31/182），无鼻中隔偏曲患者 790 例，

发生球型鼻甲泡 111 例, 其中 48 例为双侧球型鼻甲泡, 63 例为单侧球型鼻甲泡, 球型鼻甲泡发生率 14.05% (111/790)。两组之间球型鼻甲泡发生率有显著性差异 ($\chi^2=1.055$, $P > 0.05$)。

182 例鼻中隔偏曲患者中, 高位鼻中隔偏曲患者 60 例, 其中发生单侧球型鼻甲泡 20 例, 无双侧发生球型鼻甲泡, 发生率 33.33% (20/60); 低位鼻中隔偏曲患者 122 例, 发生单侧球型鼻甲泡 10 例, 发生双侧球型鼻甲泡 1 例, 发生率 9.02% (11/122)。高位鼻中隔偏曲组与低位鼻中隔偏曲组之间球型鼻甲泡的发生率有显著性差异 ($\chi^2=16.829$, $P < 0.01$)。

2.2 鼻中隔偏曲角度与球型鼻甲泡横径的关系

20 例高位偏曲伴球型鼻甲泡组 SDA 平均值为 $14.55^\circ \pm 3.61$, 偏曲凹侧球型鼻甲泡横径均值为 $5.93 \pm 1.88\text{mm}$, 两者之间无相关性 ($r=0.199$, $P > 0.05$)。11 例低位偏曲伴球型鼻甲泡组 SDA 平均值为 $13.36^\circ \pm 2.42$, 偏曲凹侧球型鼻甲泡横径均值为 $4.86 \pm 1.40\text{mm}$, 两者之间无相关性 ($r=-0.028$, $P > 0.05$)。

3. 讨论

鼻中隔偏曲是常见解剖变异, 依据偏曲部位可分为高位偏曲和低位偏曲。许多研究表明^[1,2,3], 鼻中隔高位偏曲与慢性鼻-鼻窦炎有关。Richard R. Orlandi^[4]系统回顾了 13 篇关于鼻中隔偏曲与鼻窦炎关系的论文。把鼻中隔偏曲定义为: 鼻中隔偏曲角度 (Septal Deviation Angle, SDA) $> 10^\circ$ 。其中有 3 篇论文 (Elahi^[5,6], Yasan^[7]) 通过 SDA 量化鼻中隔偏曲程度来分析鼻中隔偏曲与鼻窦炎的关系, 发现随着 SDA 增大, 鼻窦炎发病率增加, 而且鼻中隔偏曲两侧的鼻窦炎发病率无差异。因此, 为了统一研究标准, 我们把鼻中隔偏曲评判标准设定为鼻中隔偏曲角度 (SDA) $> 10^\circ$ 。

中鼻甲气化又称鼻甲泡, 即中鼻甲内出现气腔。Bolger 将其分为 3 型: ①板状型, 气腔位于中鼻甲垂直板内; ②球状型, 中鼻甲下部骨部气化; ③广泛型, 中鼻甲骨板均有气腔。较大的中鼻甲气化可阻塞中鼻道或筛漏斗, 导致慢性鼻-鼻窦

炎的发生。中鼻甲下部气化更容易阻塞窦口鼻道复合体, 因此, 中鼻甲球状型气化在临床上更有意义。我们把球状型中鼻甲气化称为球型鼻甲泡, 并研究了球型鼻甲泡与慢性鼻-鼻窦炎的关系, 发现球型鼻甲泡与慢性鼻-鼻窦炎有关^[8]。

但是, 鼻中隔偏曲与鼻甲泡发生的关系仍有一定争议, 与球型鼻甲泡的关系缺少研究, 是鼻中隔偏曲导致中鼻甲气化, 还是中鼻甲气化导致鼻中隔偏曲, 还存在争论。鼻中隔偏曲往往伴有同侧中、下鼻甲的发育不良, 而偏曲对侧则可能出现鼻甲肥大、气化。Uygur^[9]对 100 例鼻中隔偏曲患者进行 CT 扫描, 分析鼻中隔偏曲角度 (SDA) 和甲泡。结果提示鼻中隔偏曲并不增加甲泡的形成, 但中甲气腔的增大有赖于 SDA。Yigit^[10]回顾性研究了 672 例鼻窦炎的 CT 资料, 认为甲泡在正常不偏曲鼻腔中可能趋向于双侧发育, 在鼻中隔偏曲患者中, 单侧尤其是对侧甲泡的发生率增加, 提示鼻中隔偏曲可能阻止同侧甲泡的发生。

我们研究发现, 鼻中隔偏曲患者和无鼻中隔偏曲患者的球型鼻甲泡发生率无显著性差异, 但是高位偏曲患者的球型鼻甲泡发生率显著高于低位偏曲患者, 而且本研究高位偏曲患者中均是偏曲凹侧出现球型鼻甲泡。提示我们, 鼻中隔高位偏曲与球型鼻甲泡的发生有关, 尤其是凹侧易出现球型鼻甲泡。关于鼻甲泡形成机制, Stammberger^[11]提出两种可能性, 第一种是鼻中隔偏曲引发了泡状中鼻甲; 第二种是鼻中隔偏曲和鼻甲泡是两种同时发生、相互独立存在的解剖变异。胎儿期筛骨垂直板的发育过度或与犁骨之间发育不平衡, 是导致鼻中隔偏曲的主要原因, 至胚胎 16 周鼻中隔发育基本完成。而 Earwaker^[12]的研究发现气化的中鼻甲可由前组筛房 (72%)、后组筛房 (13%) 扩展形成, 筛迷路的发育气化可直至青春期。因此, 一般情况下, 鼻中隔偏曲早于中鼻甲气化。我们推测, 正是鼻中隔高位偏曲导致凸侧鼻腔狭窄, 中鼻甲气化极少见, 而凹侧鼻腔宽敞, 导致中鼻甲气化出现率较高。

我们研究还发现, 无论高位偏曲还是低位偏曲, 鼻中隔偏曲角度与球型鼻甲泡横径无相关性。

球型鼻甲泡大小并不随鼻中隔偏曲角度增大而增大。提示我们,影响球型鼻甲泡大小的因素不光是鼻中隔偏曲,还存在其他因素,比如筛泡大小,Haller 气房等,这还需要进一步研究。

鼻中隔高位偏曲与球型鼻甲泡的发生有关,尤其是偏曲凹侧更容易出现球型鼻甲泡,从而堵塞窦口鼻道复合体,可能导致慢性鼻-鼻窦炎的发病。因此,我们建议对存在高位鼻中隔偏曲和球型鼻甲泡者行鼻中隔矫正术和中鼻甲外侧部分切除术,以改善鼻窦引流。

参考文献

- [1] 马振波,马得廷,盛蕾.鼻中隔偏曲与鼻窦炎相关性的 MSCT 分析.泰山医学院学报.2009,30(2):111-113.
- [2] 姜菲菲,阎艾慧,王强等.鼻中隔偏曲与鼻窦炎关系的 CT 影像学分析.解剖科学进展.2010,16(2):135~137.
- [3] Torissen M. Anatomical variations and sinusitis. Acta Oto RhinoLaryngologica Belg, 1997, 51(3): 219.
- [4] Richard R. O. A Systematic Analysis of Septal Deviation Associated With Rhinosinusitis.

Laryngoscope, 2010, 120: 1687-1695.

- [5] Elahi MM, Frenkiel S, Fageeh N. Paraseptal structural changes and chronic sinus disease in relation to the deviated septum. J Otolaryngo 1997;26:236 - 240.
- [6] Elahi MM, Frenkiel S. Septal deviation and chronic sinus disease. Am J Rhinol 2000;14:175 - 179.
- [7] Yasan H, Dogru H, Baykal B, et al. What is the relationship between chronic sinus disease and isolated nasal septal deviation? Otolaryngol Head Neck Surg 2005;133:190-193.
- [8] 钱亚昇,汪审清.球型鼻甲泡与慢性鼻-鼻窦炎的关系.浙江医学.2012,34(17):1450-1452.
- [9] Uygur K., Tuz M., Dogru H. The correlation between septal deviation and concha bullosa. Otolaryngol Head Neck Surg. 2003,129(1): 33-36.
- [10] Yigit O., Acioglu E., Cakir Z. A.et.al. Concha bullosa and septal deviation. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2010,267(9): 1397-1401.
- [11] Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery, the Messerklinger technique. Philadelphia:B. C.Decker;1991:156~68.
- [12] Earwaker J. Anatomic variants in sinonasal CT. Radiographics, 1993,13(2): 381~415.

(上接 24 页) 方的功效:解肌发表,调和营卫。方中的桂枝具有解肌发表的作用同时又祛在表的风邪,为君;芍药具有益阴敛营的作用,与桂枝联合,营卫同治之意;生姜性辛味温,助桂枝发散卫表之邪;大枣补中益气;炙甘草与桂枝相须为用,辛甘化阳,与芍药则酸甘化阴达到实卫和营之效。此二精方合用达到益气固表祛风之功效。

本研究结果显示,益气固表祛风治疗禀赋特异型喉咳在改善症状、体征、疗效、生活质量方面具有可靠作用,体现辨证论治与辨病论治相结合的思想,对中医临床实践有着重要的指导意义和使用价值,符合中医药学科发展趋势。

参考文献

- [1] 陈国丰,徐轩,千千.干祖望耳鼻喉科医案选粹[M].北京:人民卫生出版社,2000:5.
- [2] 黄河清,李新军.喉源性咳嗽的中医药研究进展[J].光明中医,2011,26(5):1081-1083.
- [3] 张勉.喉咳[M].上海:上海科学技术出版社,2008:6.
- [4] 田勇全.慢性咽炎[M].北京:人民卫生出版社,2012:11.
- [5] 王立志.辨证分型和方剂加减治疗喉源性咳嗽[J].中国医药指南,2012,10(30):275-276.
- [6] 唐小晓,张元兵.喉源性咳嗽研究概况[J].江西中医药,2015,46(01):78-80.

三九天穴位注射联合穴位敷贴 治疗变应性鼻炎 90 例

臧江红¹ 郭裕² 刘佳¹ 寻满湘¹

【摘要】目的：观察三九天穴位注射联合穴位敷贴治疗常年性变应性鼻炎的确切疗效。**方法：**在三九天采用穴位注射联合敷贴的方法，治疗变应性鼻炎患者 90 例，于一九、二九、三九各治疗一次，3 次为一疗程，治疗结束后随访，分析比较治疗效果。**结果：**联合治疗组有效率为 91.11%，穴位敷贴组有效率为 73.33，两组比较有显著性差异 ($P < 0.05$)。其中性别、年龄对疗效影响无统计学意义 ($P > 0.05$)，病程因素分析时，两组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论：**三九天穴位注射联合穴位敷贴治疗变应性鼻炎效果良好，明显优于单纯穴位敷贴组，不受年龄、性别等影响，但是病程越短，治疗效果越好。

【关键词】变应性鼻炎；三九天；穴位注射；穴位敷贴

变应性鼻炎 (allergic rhinitis, AR) 又称过敏性鼻炎，是特异性个体对某些致敏原敏感性增高而出现的以鼻腔内黏膜病变为主的一种慢性炎症反应性疾病，属于鼻黏膜的 I 型 (速发型) 变态反应，以阵发性鼻痒、喷嚏连作、分泌大量清水样鼻涕、鼻塞为主要临床表现^[1]。近年来该疾病的发病率呈现逐年增长的趋势，严重影响了广大患者的生活质量。目前对于该病的治疗尚无特效、理想的方法，现代医学主要采用药物和手术方法治疗，疗效均不尽人意。近 2 年来，我科在三九天运用穴位注射联合穴位敷贴方法治疗过敏性鼻炎 90 例，取得了较满意的疗效，现总结报告如下。

1. 临床资料

1.1 一般资料

全部患者均来源于我院耳鼻喉科门诊，联合治疗组 45 例，其中男性 20 例，女性 25 例；年龄 12~65 岁，平均年龄 29.4 岁；病程 0.5~16 年，

平均病程 9.25 年。穴位敷贴组共 45 例。其中男性 25 例，女性 20 例；年龄 12~64 岁，平均年龄 27.7 岁；病程 0.5~16 年，平均病程 9.37 年。(表 1、表 2、表 3) 两组患者一般情况比较无显著性差异 ($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断符合 2004 年中华医学会耳鼻咽喉科分会对变应性鼻炎诊断标准^[2]；中医符合《中医病症诊断疗效标准》^[3]鼻渊的诊断标准。

1.3 排除标准 ①未按照本研究设计程序治疗者；②<12 岁，>65 岁的患者；③合并鼻窦炎、鼻息肉等其它鼻部疾患者；④合并或患有心肺及其它系统疾患者；⑤对药物成分过敏或可疑过敏者；⑥一周内使用过激素者；⑦一周内使用过治疗过敏性鼻炎的其他药物者；⑧孕妇、哺乳期患者；⑨恶性肿瘤患者；⑩精神病患者；⑪诊疗过程中断或未完成本观察者。

2. 治疗方法

时间选择：在一九天、二九天及三九天中各治疗一次。

2.1 对照组 (穴位敷贴组) 选穴：大椎、风门 (双)、肺俞 (双)、脾俞 (双)、肾俞 (双)、足三里 (双)。操作：患者取坐位，穴位局部用 75% 酒精棉球擦试消毒后，用创可贴将块状敷贴药膏贴于上述穴位之上。敷贴时间和疗程：成人一般每次敷贴 3~6 小时；儿童可适当缩短 (据患者皮肤耐受情况而定)，嘱病人可以经常按摩贴敷穴位，共敷贴三次为一疗程。

2.2 治疗组：(穴位注射联合穴位敷贴组)

选穴：天突、大椎、风门 (双)、肺俞 (双)、脾俞 (双)、肾俞 (双)。操作：①选用 5 毫升注射器，6 号针头。患者穴位局部用 75% 酒精棉球擦试消毒后，刺入天突穴穴位，得气后，回抽无

血则缓慢注入卡介菌多糖核酸注射液 1ml + 2% 利多卡因注射液 1ml，注射后拔出针头，用消毒棉球按压片刻，以防出血。②穴位敷贴治疗的操作同穴位敷贴组。共三次为一疗程。

3. 疗效观察

3.1 疗效标准 参照 2004 年兰州会议修订变应性鼻炎疗效评定标准^[4]，计算出治疗前后的总分，求出改善百分率来评定疗效，

疗效评定： $\geq 66\%$ 为显效， $65\% \sim 26\%$ 为有效， $\leq 25\%$ 为无效

$$\text{有效率} = \frac{\text{显效} + \text{有效}}{n} \times 100\%$$

3.2 统计学方法 利用 SPSS 19.0 统计软件进行统计分析，计量资料用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，计数资料采用 χ^2 检验；计量资料采用方差分析，若方差齐则用 t 检验，方差不齐用秩和检验；等级资料用秩和检验、等级相关分析等方法进行统计学处理。如果 $p < 0.05$ 则为有统计学意义。

3.3 治疗结果

一个疗程治疗结束后，对患者进行各指标评分，评定疗效，结果为：见表 1、

表 1 治疗结束后总体疗效比较

	显效 (%)	有效 (%)	无效 (%)	合计	有效率 (%)	平均秩次
联合治疗组	18 (40.00)	23 (51.11)	4 (8.89)	45	91.11*	41.46
穴位敷贴组	5 (11.11)	28 (62.22)	12 (26.67)	45	73.33	59.95
合计	23 (25.56)	51 (56.67)	16 (17.78)	90	82.22	—

注：* 与穴位敷贴组比较， $P < 0.001$ ，两组间差异有统计学意义，可认为两组的临床疗效有显著性差异。结合两组的有效率，可认为穴位注射联合穴位敷贴治疗过敏性鼻炎的总体疗效要比单纯穴位敷贴治疗效果更明显。

3.4 不同因素对治疗效果的影响

3.4.1 性别，见表 2

	显效	有效	无效	合计	有效率 (%)
男性 (例)	12	27	6	45	86.67*
女性 (例)	11	24	10	45	77.78*
合计 (例)	23	51	16	90	82.22

注：* 与穴位敷贴组比较， $P < 0.001$ ，两组间差异有统计学意义，可认为两组的临床疗效有显著性差异。经秩和检验， $P = 0.803$ ， $P > 0.05$ ，两组间差异无统计学意义，提示在此观察中性别因素对两组疗效的判定没有影响。

3.4.2 年龄，见表 3

	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	合计	有效率 (%)
12—30 岁	14	32	10	56	82.14*
31—49 岁	8	14	4	26	84.61*
50—65 岁	1	5	2	8	75.00*
合计	23	51	16	90	82.22

注：* 与穴位敷贴组比较， $P < 0.001$ ，两组间差异有统计学意义，可认为两组的临床疗效有显著性差异。经等级相关分析得， $p > 0.05$ ，两组间差异无统计学意义，提示在此观察中年龄因素对两组疗效的判定没有影响。

3.4.3 病程，见表 4

	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	合计 (例)	有效率 (%)
<10 年	16	40	4	60	93.33*
≥ 10 年	7	11	12	30	60.00*
合计 (例)	23	51	16	90	82.22

注：* 与穴位敷贴组比较， $P < 0.001$ ，两组间差异有统计学意义，可认为两组的临床疗效有显著性差异。经秩和检验得， $P < 0.05$ ，两组间差异有统计学意义，提示在此观察中病程因素对两组疗效的判定有影响。

4. 讨论

变应性鼻炎属于中医学“鼻鼽”的范畴，其病机主要是脏腑功能失调为内因，其中以肺、脾、肾虚为主，外因方面是由于机体感受风寒、异气之邪侵袭鼻窍所致。治疗原则主要是温肺健脾补肾，兼以芳香通窍，并注重外治法。

三九天穴位敷贴疗法是以中医基础理论为指导，顺应四时特性而变通应用的一种内病外治法。即在农历“三九”期间，选用具有辛散温通的天然中草药，在特定穴位进行贴敷，以气相应，以

味相感,通过药物对穴位的温热刺激,温煦阳气,驱散内伏寒邪,或以达到清宣肺气、健脾益肾作用^[5],从而提高机体免疫能力,用以防治过敏性鼻炎的一种外治方法,为中医“冬病冬治”特色疗法中最常用的治疗手段。

穴位注射疗法,是在经络、腧穴、压痛点或皮下阳性反应物上,适量注入液体药物^[6],以防治疾病的一种治疗方法。它是针灸学的重要分支,因其所注射用的药物大多数是液体,故又称“水针疗法”。具有操作简便,用药量少、费用低廉、疗效显著等优点,深受广大患者和医务工作者的欢迎^[7]。

大椎穴有温阳壮体之功,对肺脏功能有显著的改善和调整作用;风门穴可治腠理不密、伤风、外感及一切鼻中诸病,风门一穴,为风邪出入之门户,是临床上驱风最常用的穴位之一。肺俞、脾俞、肾俞内应肺、脾、肾,贴敷这三个穴位,可以起到健脾、益肾、补虚、扶正、固本的功效;足三里为全身强壮保健要穴。本治疗选用的药物大多为辛温走窜之品,利用其辛温走窜之性,达到温煦阳气,驱散寒邪之效。卡介菌多糖核酸注射液为一种新型免疫调节剂,可以调节机体免疫水平,增强机体的抗感染和抗过敏能力。穴位贴敷的方法,一方面药物的吸收过程可持续刺激穴位使之作用时间延长,加强了背俞穴的作用;另

一方面药物的直接作用。诸穴配伍共奏祛邪散寒,通利鼻窍、补肺益脾、通阳益肾的作用。

综上所述,三九天穴位注射联合穴位贴敷治疗过敏性鼻炎效果良好,明显优于单纯穴位贴敷组,治疗效果不受年龄、性别等因素影响,但是与病程长短有关系,病程越短,治疗效果越好。

参考文献

- [1] 孔维佳.耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,75-76.
- [2] 孔维佳.耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,2005:78.
- [3] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:124.
- [4] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会、中华医学会耳鼻咽喉科分会.变应性鼻炎的诊治原则和推荐方案(2004,兰州)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005,40(3):166.
- [5] 黄宗瀚,索承美等.三九贴双向调节及治疗过敏性鼻炎临床疗效观察[J].辽宁中医药大学学报,2010,12(12):121.
- [6] 李镔.穴位注射疗法临床大全[M].北京:中国中医药出版社,1996:3-68.
- [7] 徐汝德.穴位注射千家妙方[M].北京:金盾出版社,2007:1.

(上接 34 页)

Laryngopharyngeal reflux: position statement of the committee on speech, voice, and swallowing disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2002, 127(1): 32-35.

中医烙法在耳鼻喉科临床治疗的应用

孙小迪¹

【摘要】目的：介绍中医烙法在耳鼻喉科的应用，主要治疗慢性扁桃体炎，慢性滤泡性咽炎，扁桃体乳头状瘤。**方法：**采用自制小烙铁，加热后对准病灶进行施烙。**结果：**本技术治疗上述疾病总有效率 96%。

【关键词】中医烙法；慢性扁桃体炎；慢性滤泡性咽炎

中医烙法最早记载于孙思邈《千金翼方》，已有 1300 余年的历史，至今仍应用于中医耳鼻喉科，疗效较好。中医烙法具有不麻醉，无疼痛，不出血的特点。自 2010 年以来，笔者用中医烙法治疗慢性扁桃体炎，慢性滤泡性咽炎，扁桃体表面的乳头状瘤，疗效满意。现将 200 例资料完整、跟踪 1 年以上的病例总结报道如下。

1. 临床资料

200 例患者中，慢性扁桃体炎患者 150 例，男性 80 例，女性 70 例，年龄 4-40 岁，平均年龄 17.8 岁，病程 0.5-20 年。慢性滤泡性咽炎的 40 例，男性 25 例，女性 15 例，年龄 20-55 岁，平均年龄 35.6 岁，病程 1-25 年。扁桃体乳头状瘤的患者 10 例，男性 3 例，女性 7 例，年龄 35-50 岁。平均年龄 40 岁，病程 3-5 年。

2. 治疗方法

2.1 治疗工具

应用自制小烙铁，烙铁头部弯曲，呈圆形，所用的材质为紫铜，直径 0.5cm，厚度 0.3cm。手柄为铁条，长度为 35cm，直径为 0.2cm。

2.2 施烙方法

2.2.1 慢性扁桃体炎 医生带好额镜，调节光源，聚光点落在患者的扁桃体上，患者面对医生，张口端坐，医生向患者讲解施烙的过程，使其放松心情，对于儿童嘱其家人在背后扶头，施烙者左手用直角压舌板将舌压下，观察扁桃体的大小，使其充分暴露，选择三把小烙铁在酒精灯上加热，当烙铁烧至通红时，取一把蘸少许香油，以执笔

法握住手柄，迅速送入患者口腔，对准扁桃体进行灼烙，当听到“滋啦”声后立刻取下小烙铁，退出口腔，换另一把小烙铁按照同样的方法进行施烙，烙的同时嘱患者发出“啊”的声音，使灼烙后的烟气排除口腔，以免引起呛咳。可以双侧扁桃体交替施烙，也可以先烙一侧，再烙另一侧，根据扁桃体的大小施烙的次数有所不同，但每侧不小于 20 次，直到整个扁桃体变成焦黑色。每次烧烙后，扁桃体的烧烙面形成一片焦黑的烙痂（焦化坏死组织）。此烙痂从第二天开始逐渐脱落，随之生成一片白膜（纤维渗出膜）。此白膜初时与其下方的组织粘连紧密，不易剥下，烙后第四天即自行脱落后粘连松弛，剥之即能脱落。在烙痂和白膜形成时，其周围的粘膜无充血和肿胀等改变。停止烙治后扁桃体表面见有轻微瘢痕形成，隐窝开口明显可见。根据扁桃体的大小：I 度不少于 5 次灼烙，II 度不少于 10 次灼烙，III 度不少于 15 次灼烙。

2.2.2 慢性滤泡性咽炎 灼烙的方法与上述方法基本相同，对准咽后壁增生的淋巴滤泡进行点烙，大的滤泡可在烙的过程中稍作停留，小的滤泡点下即可，每个滤泡的大小不同，点烙的次数各异，1-8 次不等。灼烙后咽后壁出现白膜，白膜脱落后可再行灼烙，根据患者滤泡的多少总灼烙次数 2-5 次不等。

2.2.3 扁桃体表面的乳头状瘤 灼烙的方法与上述方法基本相同，反复灼烙瘤体，待瘤体焦黑膜脱落，复查后进行灼烙，反复几次直到瘤体消失，基底部彻底清除。此法可以和慢性扁桃体炎同时治疗。

3. 注意事项

①上呼吸道感染或急性扁桃体炎不宜施烙，治愈后可以继续施烙，不影响疗效。②不能配合者不宜施烙。③凝血功能有障碍者不宜灼烙。④有危及生命的全身急性病症尚未痊愈者不宜施烙。

⑤哺乳期或妊娠期妇女不宜灼烙。⑥有严重心脑血管、肝、肾等疾病者不宜施烙。

4. 可能出现的意外情况及处理办法

①烙铁深入口腔过程中，要防止患者因紧张或闭嘴而灼伤正常组织，因此，使用压舌板有两个重要的作用，一是保护舌体，二是阻挡患者牙关紧闭，尤其是儿童，当牙齿咬闭后也可用压舌板翘开，便于抽出小烙铁。

②为防止灼烙过程中可能出现烙铁头与周围组织粘连，其对应办法是：注意控制烙铁头与粘膜接触时的温度，时间，触压力度及烙铁头所涂香油的厚度。

③若在灼烙过程中出现创面少许渗血，再次灼烙渗血创面即可达到止血作用。

5. 疗效判定标准

治愈：半年内无复发，各种症状体征消失。

显效：半年内有复发，但次数明显少于过去的 2/3，症状轻微不需要治疗即可消失。

有效：半年内有复发，但次数明显少于过去的 1/3，需要口服药物治疗即可消失。

无效：多发次数如前，症状如前，口服药治疗无效，需要采用其他方法治疗。

6. 结果

200 例中医烙法治疗后的患者，治愈 103 例，显效 69 例，有效 20 例，无效 8 例，总有效率 96%。见表 1

表 1 200 例中医烙法治疗后患者愈显率统计

病种	n	治愈	显效	有效	无效	有效率
慢性扁桃体炎	150	73	57	15	5	96.7%
慢性滤泡性咽炎	40	20	12	5	3	95%
扁桃体乳头状瘤	10	10	0	0	0	100%
合计	200	103	69	20	8	96%

7. 讨论

①中医称慢性扁桃体炎为“虚火乳蛾”，是耳鼻喉科的常见病，多发病，尤其是儿童较为多见，本病以脏腑虚损，虚火上炎为主要病因病理。多因风热乳蛾或风热喉痹治而未愈，缠绵日久，邪热伤阴而致，或温热病后余热未清而发。小儿

脏腑柔弱，形气未充，易为外邪所感，病后不仅阴液受伤，阳气也常受损，抗病能力减退，即使邪毒不重，也不易清除而滞留于咽部，遂成本病。西医通常认为该病发病多是由于急性扁桃体炎的反复性发作，或者是由于隐窝的引流不通畅，在隐窝内部潜藏的细菌或者是病毒得以较好的滋生、繁殖，进而演变为慢性扁桃体炎。在临床当中，慢性扁桃体炎的病程往往易缠绵反复，并且其临床并发症也比较多，通常较为多见的是风湿性关节炎、风湿热、肾炎、长期低热以及心脏病等。临床慢性扁桃体炎的致病菌通常以链球菌及葡萄球菌为主。目前对于本病的临床发生机制有学者认为与自身的免疫反应有着一定的相关性，以往的治疗方法常常采取手术摘除扁桃体，但是随着人们对于疾病的认识不断的深入以及临床免疫学，不断的发展，过早的摘除扁桃体对于人体的免疫力所产生的影响也逐渐受到关注，而且扁桃体摘除术的临床禁忌证比较多，有许多的患者对于手术不能够较好的耐受。中医烙法与手术不同，只是烙除部分扁桃体组织，剩余的扁桃体组织仍属正常，免疫功能也存在，该疗法特别适用于急性扁桃体炎反复发作的发育期儿童。烙法所用器械简单，不需全身或局部麻醉，无疼痛，不出血，烙后即可进食，既不影响正常工作、学习和生活，又可避免手术的痛苦。

②慢性滤泡性咽炎是耳鼻喉科常见病，多伴有异物感、紧束感和恶心等自觉症状。检查时发现咽后壁有大小不等的点状或片状的淋巴滤泡增生，其病理改变为咽部粘膜慢性充血、肿胀、分泌物增多和粘膜增厚。慢性滤泡性咽炎虽然不是严重的疾病，但有病在咽，中药和抗生素也难使其病变消除。一般治疗效果不是很理想，病情时好时坏，常给患者造成精神上的压力。近年随着科学技术的发展，微波、激光技术在耳鼻喉科应用，治疗滤泡性咽炎，但此种方法对粘膜损伤比较重。此病经中医烙法治疗后，临床观察，其损伤小，术后反应轻。烙滤泡时以滤泡烙平为度，不能损伤正常的咽部粘膜，避免引起长期的咽干

(下转 38 页)

“咽喉异物感”与喉咽反流关系初探

刘昱辛¹ 刘静¹

【摘要】目的：探讨以“咽喉部异物感”就诊的门诊患者中符合反流症状指数量表（reflux symptom index, RSI）和反流体征指数量表（reflux finding score, RFS）的患者数量。**方法：**结合既往消化道病史及病程记录，采用 RSI 和 RFS 量表，进行综合评估。**结果：**符合喉咽反流的主要伴随症状是声音嘶哑（声嘶），在 30-39、50-79 岁年龄段的女性患者人数为男性患者的两倍。伴随症状为“胃部不适”的患者中，最突出的症状为“胃胀、胃痛”和“清嗓/咳嗽”；伴随症状中无“胃部不适”的病程 < 2 月的患者中，主要伴随症状是“咳嗽、痰多”，≥ 2 月的患者主要伴随症状是“鼻涕倒流、痰多、清嗓”。为临床耳鼻喉科医师诊治“咽异物感”开拓了思路。

【关键词】咽异物感；喉咽反流；男女比例

“咽异物感”为耳鼻喉科临床常见病，发病原因复杂，常易反复发作，患者主要以“咽喉异物感/堵闷感”为第一主诉，兼证可出现“恶心、咳嗽、咽痛”，其中伴“烧心、反酸”者为喉咽反流（Laryngo-pharyngeal Reflux, LPR）高疑人群，中医学归属“喉痹”范畴。门诊常用 RFS 和 RSI 对患者进行“喉咽反流”初筛，在国内外临床上已广泛应用，其可信度及准确性也有相关报道，现为初步探索此类患者人群数量，结合病史及相关量表进行门诊初步筛查。

1. 研究对象与方法

1.1 研究对象

2014 年 9 月至 2014 年 10 月因“咽喉部异物感/堵闷感”就诊于耳鼻喉科门诊的患者，共计 80 例，其中男 26 例，女 54 例，年龄 19 岁-84 岁。

纳入标准：①主诉为“咽部异物感/堵闷感”；②能配合医生进行纤维喉镜检查及问卷调查者。

1.2 研究方法

1.2.1 采集患者病史及伴随症状，并调查相关消化道疾病既往史。

1.2.2 RSI 和 RFS 量表评估 所有符合纳入标准的患者在同一名耳鼻喉科医生的指导下填写 RSI 量表，RSI 为 Belafsky 等^[1]制定的表格填写的，并由制定医生核对所有表格；并由该名医生完成纤维喉镜或电子喉镜检查及其 RFS 量表评分，喉镜下体征采集完成后，根据统一标准^{[2]、[3]}完成 RFS 评分。量表评分中满足 RSI > 13 或 RFS > 7，门诊初步诊断为喉咽反流。

2. 结果

2.1 病史及伴随症状

2.1.1 既往史中，经胃镜确诊患“慢性浅表性胃炎”13 人，“萎缩性胃炎”3 人，“胃食管返流”5 人。既往史中患胃病的患者数为 21 人，占人群总人数的 33.87%。

2.1.2 伴随症状：主诉中，“咽异物感”病程不超过 2 个月的患者 20 人，有胃部症状患者 12 人（占 60%），伴随症状为“胃胀胃痛 12 人，咳嗽清嗓 10 人，痰多 6 人，鼻涕倒流 4 人，反酸 9 人，声嘶 8 人，夜间咳嗽 1 人”；无胃部症状者 7 人，伴随症状为“痰多 2 人，声嘶 6 人，咳嗽 7 人，会厌囊肿 1 人”。

“咽异物感”病程 2 月以上的患者 41 人，其中有胃部症状者 29 人（占 70.73%），伴随症状为“胃胀胃痛 29 人，咳嗽清嗓 27 人，反酸 17 人，声嘶 20 人，夜间咳嗽 7 人，痰多 13 人，鼻涕倒流 10 人”，无胃部症状者 13 人，伴随症状以“清嗓 10 人，痰多、鼻涕倒流各 5 人，声音嘶哑 10 人，夜间咳嗽 2 人”为主。

2.2 RSI 和 RFS 评估结果

RSI > 13 和 / 或 RFS > 7 共筛出疑喉咽反流病人 62 人（77.5%），其中男 23 人，女 39 人，在小样本统计中 30-39、50-79 岁年龄段女性为男性的两倍，年龄分布如下图：

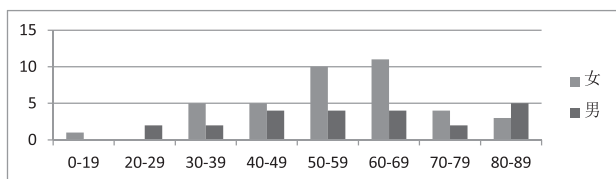


图 1 患者年龄分布图表

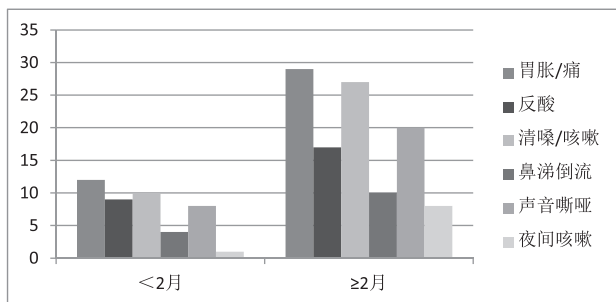


图 2 不同病程、不同症状的患者比例 (有胃部症状者)

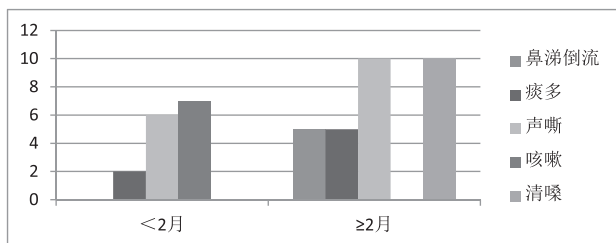


图 3 不同病程、不同症状的患者比例 (无胃部症状者)

3. 讨论

咽喉反流是胃内容物返至咽喉部并造成咽喉部黏膜损伤,引起咽喉部症状的疾病。有报道 10% 的耳鼻喉科门诊患者存在咽喉反流性疾病^[5]。其客观诊断方法争论颇大,确诊所需的相关方法及数据目前仍是临床难题。虽然 LPR 在临床上暂无诊疗指南,但 Belafsky 等制定的 RSI 和 RFS 量表用于临床上可以简便、快速筛选出 LPR 高疑人群。此项问卷调查中,高疑人群因“咽异物感”或“咽喉堵闷感”就诊于耳鼻喉科,但伴随症状出现“胃部不适”的患者 41 人,占 66.13%,以“胃胀”“反酸”为主,RSI 及 RFS 评分显示均为咽喉反流高疑人群,其中 21 人(51.22%)胃镜确诊其相关既往胃病史。

量表对“咽喉反流”高疑人群进行症状研究显示,声嘶均为频次出现最多的病理伴随症状;

主诉中包含胃部症状的患者中,病程 ≥ 2 月及病程 < 2 月的患者伴随症状均以“清嗓/咳嗽、胃胀/胃痛”为主;在主诉中无胃部症状的患者人群中,病程 2 个月以内的患者伴随症状以痰多、咳嗽等咽部刺激征为主要伴随症状,喉镜下以红斑、充血为主要病理表现;而病程 ≥ 2 月的人群中,以清嗓、鼻涕倒流、痰多等慢性咽喉刺激征为主要伴随症状,喉镜下以黏膜肥厚、慢性充血为主要病理表现。

咽喉部对酸清除机制与食管不同,一周出现三次反流可出现咽喉粘膜的病理性改变^[5],其相关性需进一步研究。因此病程 2 个月以内的患者极易与支气管炎、急性咽炎、鼻后滴漏综合症等疾病混淆,引起误诊;而病程大于 2 月的患者常出现鼻涕倒流,其原因亦有待大数据研究结果取证。

参考文献

- [1] BELAFSKY P C,POSTMA G N,KOUFMAN J A.The validity and reliability of the reflux finding score(RFS).Laryngoscope,2001,111:1313-1317.
- [2] 李兰,赵宇,马翔宇,张德伦,吴泽斌,陈珊.儿童咽喉反流的特点及诊治初探[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,(15).
- [3] 华杜鹃.反流症状指数量表和反流体征指数量表在咽喉反流性疾病诊断中的应用研究[M]中国耳鼻咽喉头颈外科,2013,3(20):144-146.
- [4] 国家中医药管理局.2Y/T001.1-001.9-94 中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.
- [5] KOUFMAN J A.The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD):a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury[J].Laryngoscope,1991,101(4 Pt 2 Suppl 53):1-78.
- [6] Koufman J, Aviv J, Casiano R, et al.

(下转 30 页)

反流性咽喉炎中医证候特征及证型分布规律

钟秀婷¹ 陈文勇² 朱任良² 谭梦佳²

【摘要】目的：探讨反流性咽喉炎中医证候特征及证型分布规律。**方法：**对 195 例 LPRD 患者进行调查填表，对其进行辨证，对所得资料进行统计分析，探讨反流性咽喉炎中医病因病机、证候特点及证型分布规律。**结果：**中医辨证共有 7 个证型：肝胃不和证（34.36%）、肝郁脾虚证（22.56%）、脾胃虚弱证（14.36%）、肝胃郁热证（10.26%）、痰气交阻证（8.72%）、胃阴亏虚证（5.64%）、气滞血瘀证（4.10%）。肝胃不和、肝胃郁热、痰气交阻病程多小于 6 月，肝郁脾虚、胃阴亏虚病程多见为 1-5 年，病程为 5-11 年者多见于脾胃虚弱。脾胃虚弱以饮食因素及饮酒为主要诱因，而肝胃不和、肝郁脾虚、胃阴亏虚则以烟酒及情志因素为主。肝郁脾虚证与脾胃虚弱 RSI 总分比较有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。脾胃虚弱和痰气交阻、胃阴亏虚和痰气交阻的 RFS 总分比较有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。**结论：**肝胃不和证、肝郁脾虚证、脾胃虚弱证、肝胃郁热证、痰气交阻证、胃阴亏虚证和气滞血瘀证是反流性咽喉炎的主要证型，各证型病程、诱因、RSI 总分和 RFS 总分分布具有一定的差异。

【关键词】反流性咽喉疾病；中医证型分布；反流症状指数量表；反流体征评分量表

反流性咽喉炎（laryngopharyngeal reflux disease, LPRD）是指胃内容物返流至咽喉部，因刺激损伤咽喉部黏膜从而引发相关临床症状的总称。其主要症状包括癔球症、声嘶或发音困难、慢性清嗓、咳嗽、轻度呼吸困难和吞咽困难等，喉镜检查主要以后联合或杓间区、声门红斑、水肿、增生为其主要体征。中医对反流性咽喉炎的研究取得了一定的进展，通过辨证施治、饮食调护等措施，可达到标本兼治、缩短病程的治疗效果。然而，中医对反流性咽喉炎的病因病机认识还不够全面，目前尚无统一的辨证分型。本研究通过对反流性咽喉炎患者的临床观察，探讨其证候

特征及证型分布规律特点，为本病的中医辨证治疗等深入研究提供初步依据。

1. 对象与方法

1.1 研究对象

自 2014 年 2 月至 2015 年 2 月在广州中医药大学第二附属医院（广东省中医院）耳鼻喉科门诊及病房确诊为 LPRD 的患者共 195 例。

1.2 LPRD 入组标准

1.2.1 LPRD 诊断标准

符合 Belafsky^[1,2]设计的反流症状指数量表（Reflux symptom index, RSI）评分 >13 分和/或咽喉反流的体征量表（Reflux finding score, RFS）评分 >7 分，即可诊断。RSI 共 9 项，包括声嘶或发声障碍、持续清嗓、痰过多或鼻涕倒流、吞咽时梗阻感、饭后或躺下后咳嗽、呼吸不畅、烦人的咳嗽、咽部异物感、胃灼热或胸闷。根据每项严重程度进行评分，将 RSI 评分 >13 分定为阳性。RFS 主要对咽喉部检查的情况进行描述并打分，共 8 条，包括声门下水肿、弥漫性喉水肿、喉室消失、后连合肥大、红斑或充血、肉芽肿及咽喉部黏性分泌物滞留等。根据每项严重程度进行评分，将 RFS >7 分者定为阳性。

1.2.2 纳入标准 符合诊断标准，年龄 18-65 周岁，自愿加入本研究。

1.2.3 排除标准 ①年龄在 18 岁以下或 65 岁以上；②妊娠期、哺乳期妇女；③具有心血管病变、肝脏疾病、肾脏病变、肺脏疾病、血液学病变或影响生存的严重疾病，如肿瘤或艾滋病；④严重认知障碍（痴呆）、失语、精神障碍；⑤不同意参加本次调查者。

1.3 研究方法

1.3.1 《反流性咽喉炎中医证候量表》的制定 对近十年来（2004—2014 年）中国知网所收录的反流性咽喉炎中医研究的相关文献进行检索，经过仔细阅读文献后，共筛选出 42 篇文献。根据《中

医诊断学》、《中医内科学》、《中华人民共和国国家标准—中医临床诊疗术语（证候部分）》、《中药新药临床研究指导原则》相关证候的描述，并结合专业知识，对文献中涉及的证候名称进行规范和整理，最终归纳形成反流性咽喉炎中医证候量表。

1.3.2 调查表内容包括 4 个部分 ①一般资料：包括姓名、性别、年龄、病程、诱因、职业等；②反流症状指数量表和反流体征分数表；③症状调查表：包括声嘶、咽喉不适、咳嗽、吞咽不畅、清嗓等症状，按其严重程度进行评分，同时进行舌脉的记录；④中医辨证部分：根据中医望闻问切，辨证分型，由观察的中医师填写并签名。

1.3.3 中医证型确定 收集病例并填写反流性咽喉炎中医证候量表，由两位中级以上职称耳鼻喉科中医师以盲法完成对患者的中医辨证，二人辨证不统一者则交由第三名耳鼻喉专业副高级以上职称者对其进行辨证，不能确定者予以剔除。

1.3.4 统计与分析方法 使用 Epidata 3.1 统计软件建立中医证候数据库，采用双人双输入法进行数据录入。使用 SPSS18.0 统计软件进行数据统计分析，临床资料的计数资料用频数频率表示，计量资料用“均数 ± 标准差”形式表示，统计方法采用描述性分析、计数资料采用卡方检验、计量资料采用方差分析。检验标准 $\alpha = 0.05$ ， $P < 0.05$ 表示差别有统计学意义。

2. 结果

2.1 患者一般资料描述

共收集 195 例病例，其中男 87 例（占 44.62%），女 108 例（占 55.38%），男女之比为 1:1.24。年龄最小为 18 岁，最大为 64 岁，平均年龄 40.64 ± 12.60 岁。将患者年龄分为三段，其中 18-35 岁 80 人，36-50 岁 64 人，51-65 岁 51 人。病程为 7 天-11 年，按病程长短分组，其中 6 月以下 77 人（39.49%），6 月-1 年（包括 6 月）24 人（12.31%），1-5 年 71 人（36.41%），5-11 年（包括 5 年）23 人（11.79%）。

2.2 反流性咽喉炎证型分布

表 1 195 例反流性咽喉炎证型分布表

证型名称	例数	比例 (%)
肝胃不和	67	34.36
肝郁脾虚	44	22.56
肝胃郁热	20	10.26
脾胃虚弱	28	14.36
胃阴亏虚	11	5.64
气滞血瘀	8	4.10
痰气交阻	17	8.72
合计	195	100

由表 1 可见，195 例 LPDR 患者中，证型以肝胃不和证及肝郁脾虚证为多，分别为 67 例（34.36%）和 44 例（22.56%），其次为脾胃虚弱证、肝胃郁热证、痰气交阻证，分别为 28 例（14.36%）、20 例（10.26%）和 17 例（8.72%），胃阴亏虚证及气滞血瘀证相对少见，分别为 11 例（5.64%）和 8 例（4.10%）。

2.3 反流性咽喉炎证型与病程的关系

表 2 反流性咽喉炎证型与病程的关系 频数 (%)

证型名称	病程			
	<6 月	6 月-1 年	1-5 年	5-11 年
肝胃不和	37 (18.97)	6 (3.08)	21 (10.77)	3 (1.54)
肝郁脾虚	9 (4.62)	6 (3.08)	26 (1.33)	3 (1.54)
肝胃郁热	15 (7.69)	2 (1.02)	2 (1.02)	1 (0.51)
脾胃虚弱	4 (2.05)	3 (1.54)	9 (4.62)	12 (6.15)
胃阴亏虚	3 (1.54)	1 (0.51)	5 (2.56)	2 (1.02)
气滞血瘀	2 (1.02)	2 (1.02)	3 (1.54)	1 (0.51)
痰气交阻	7 (3.59)	4 (2.05)	5 (2.56)	1 (0.51)
合计	77	24	71	23

经统计得出： $\chi^2 = 28.752$ ， $P < 0.01$ ，得知反流性咽喉不同中医证型的病程长短差异有统计学意义。通过表 2 可见，肝胃不和、肝胃郁热、痰气交阻病程多小于 6 月，肝郁脾虚、胃阴亏虚病程多见为 1-5 年，病程为 5-11 年者多见于脾胃虚弱，且两两比较具有显著统计学意义。

2.4 反流性咽喉炎证型与相关因素的关系

表 3 反流性咽喉炎证型与相关因素的关系 频数 (%)

证型名称	烟酒	情志因素	劳累	饮食因素	无明显诱因
肝胃不和	16 (8.21)	13 (6.67)	8 (4.10)	11 (5.64)	35 (17.95)
肝郁脾虚	12 (6.15)	7 (3.59)	3 (1.54)	3 (1.54)	30 (15.38)
肝胃郁热	5 (2.56)	1 (0.51)	1 (0.51)	2 (1.03)	17 (8.72)
脾胃虚弱	10 (5.13)	0	4 (2.05)	10 (5.13)	21 (10.77)
胃阴亏虚	3 (1.54)	2 (1.03)	0	1 (0.51)	8 (4.10)
气滞血瘀	0	1 (0.51)	2 (1.03)	1 (0.51)	5 (2.56)
痰气交阻	2 (1.03)	0	0	3 (1.54)	15 (7.69)
合计	48	24	18	31	131

经卡方检验, $\chi^2=32.643$, $P=0.037<0.05$, 不同中医证型的诱因构成有统计学意义。从表 3 可见, 脾胃虚弱以饮食因素及饮酒为主要诱因, 而肝胃不和、肝郁脾虚、胃阴亏虚则以烟酒及情志因素为主, 他们之间的比较有统计学意义。

2.5 反流性咽喉炎证型与 RSI 评分的关系

表 4 反流性咽喉炎证型与 RSI 评分的关系 ($\bar{x} \pm s$)

证型	肝胃不和 证	肝郁脾虚 证	肝胃郁热 证	脾胃虚弱 证	胃阴亏虚 证	气滞血瘀 证	痰气交阻 证
RSI 总分	16.97± 2.52	17.32± 2.75*	16.25± 2.10	17.79± 2.99*	17.00± 2.19	18.00± 2.99	16.94± 2.61

注: 表中 * 表示 $P<0.05$, 同一标注表示两个证型相互比较。

经方差分析, RSI 总分中肝郁脾虚证与脾胃虚弱比较 $P=0.046<0.05$, 有统计学意义。

2.6 反流性咽喉炎证型与 RFS 评分的关系

表 5 反流性咽喉炎证型与 RFS 评分的关系 ($\bar{x} \pm s$)

证型	肝胃不和 证	肝郁脾虚 证	肝胃郁热 证	脾胃虚弱 证	胃阴亏虚 证	气滞血瘀 证	痰气交阻 证
RFS 总分	9.30± 1.69	9.11± 1.30	8.85± 1.39	9.68± 1.91*	9.82± 2.04△	9.50± 1.31	8.59± 0.94△

注: 表中 *、△均表示 $P<0.05$, 同一标注表示两个证型相互比较。

经方差分析, 7 个证型 RFS 总分比较中, 脾胃虚弱和痰气交阻 ($P=0.025<0.05$)、胃阴亏虚和痰气交阻 ($P=0.044<0.05$) 比较有统计学意义。

3. 讨论

在临床上, 胃食管反流病以慢性咽喉炎的首发症状就诊于耳鼻喉科并不少见, 这种慢性咽喉炎又被称为反流性咽喉炎。据调查统计, 耳鼻喉科就诊的患者, 有 4%–10% 咽喉部的症状与反流性

咽喉炎相关^[3]。中医诊断多以“慢喉瘖”、“梅核气”、“胃咽病”等为主, 在辨证上尚无统一的标准。本研究通过临床调查的方式对反流性咽喉疾病进行证候特点及证型分布研究, 有助于从整体上进一步认识反流性咽喉疾病的中医机理, 为中医辨证治疗等深入研究奠定基础。

在对 195 例 LPDR 患者进行调查后共得出 7 个常见的中医证型, 其中以肝胃不和证及肝郁脾虚证为多, 其次为脾胃虚弱证、肝胃郁热证、痰气交阻证, 胃阴亏虚证及气滞血瘀证相对少见。这七个证型无一不与肝、脾、胃相关, 从而说明 LPDR 的病位在咽喉和食管, 基本的病机为胃失和降, 其发病与肝、脾、胃有着密切的关系。如《寿世保元·吞酸》中所述: “夫酸者肝木之味也, 由火盛制金, 不能平木, 则肝木自甚, 故为酸也”, 说明反流性咽喉炎与肝气关系密切。肝主疏泄, 对气机的调节有着重要的作用, 脾胃为气机升降的枢纽, 脾以升清胃以降浊, 两者相辅相成, 使水谷化为精微, 而转换为气血津液供养全身。肝的疏泄可影响脾胃的升降功能, 故有“木旺乘土”之说。反流性咽喉炎患者治疗需要长期的服药, 疗效并不是立竿见影, 这类患者多存在焦虑、抑郁、失眠等问题, 这又会引起或加重肝气郁结, 从而出现恶性循环。丛品教授认为此类病症, 表现虽在咽喉, 其病位在胃和食道, 脾虚肝郁气滞是其关键病机, 治疗重在疏肝健脾和胃, 理气化痰降逆^[4]。故在治疗反流性咽喉炎时, 除要谨记和胃降逆大法, 亦要重视疏肝理气, 在此基础上辨证用药, 才能取得良好的临床疗效。

对 195 例反流性咽喉炎患者 RSI 总分进行分析, 当中肝郁脾虚证与脾胃虚弱 RSI 总分比较 $P=0.046<0.05$, 有统计学意义。RSI 评分总分由低到高依次为: 肝胃郁热 < 肝胃不和 < 痰气交阻 < 胃阴亏虚 < 肝郁脾虚 < 脾胃虚弱 < 气滞血瘀, 实证评分较虚证评分低, 这大致符合初病多为实, 久病多为虚的中医理论。各证型在 RFS 评分从低至高的表现依次为: 痰气交阻 < 肝胃郁热 < 肝郁脾虚 < 肝胃不和 < 气滞血瘀 < 脾胃虚弱 < 胃阴亏虚。可见, 本病实证及虚实夹杂证在喉镜下表现

比虚证轻。反流性咽喉炎实证及虚实夹杂患者多病程较短，正气受损不明显，而且发病年龄较小，机体抗反流能力较强，故黏膜损伤轻，且黏膜修复能力强；再进一步发展，气郁日久，脾胃功能逐渐减退，脾失健运，痰湿、湿热等病理因素自内而生，故以虚实夹杂证为主；本病到后期以虚证为主，久病失调，正气损伤，机体生理功能下降，抗反流能力下降，黏膜修复能力易下降。所以，在治疗反流性咽喉炎的过程当中，早期应以疏肝、解郁、清热为主，中期应健脾益气兼以祛邪，晚期则以补益脾胃为主。在中国，临床上已将 RFS 评分对咽喉反流性疾病患者进行初筛，而且具有很好的一致性和重复性^[5]。本次研究将 LPRD 喉镜或间接喉镜下表现与中医辨证分型相结合，也为以后更大范围内的中医辨证论治的客观化研究做基础。

参考文献

- [1] Belafsky P, Postma G, Koufman J. Validity and reliability of the reflux symptom index(RSI)[J]. J Voice, 2002, 16(2): 274-277.
- [2] Belafsky P, Postma G, Koufman J. The validity and reliability of the reflux finding score(RFS)[J]. J Voice, 2001, 111(8): 1313-1317.
- [3] Ahmed TF, Khandwala F, Abelson TI, et al. Chronic laryngitis associated with gastroesophageal reflux: Prospective assessment of differences in practice patterns between gastroenterologists and ENT physicians [J]. Am J Gastroenterol, 2006, 101 (3) : 470 — 478.
- [4] 李斐, 丛品. 丛品治疗反流性咽喉炎的经验 [J]. 浙江中医杂志, 2011, 46 (2) : 90-91.
- [5] 李进让, Peter C Belafsky, 张立红. 中国喉科医师应用反流体征评分量表的信度研究 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2012, 07: 388-390.

(上接 32 页) 等咽部不适的症状。

③扁桃体乳头状瘤高出扁桃体粘膜表面，乳头状突起。多数肿瘤表面呈砂粒状、带蒂小蘑菇状，也有无蒂可移动的扁平状、桑葚状，呈淡红色或灰色，质较软，瘤体多为几个毫米大小，也有达数厘米的。多数病人无自觉症状，或在咽部检查时发现，少数可有咽干、痒、异物感等，较大者可有吞咽障碍及呼吸不适的症状。多数患者是单发，但小儿可呈弥漫性、多发性。病理特点为复层鳞状上皮呈乳头状增生，表层细胞角化过度及角化不全，细胞大而圆。层次较多，排列整齐。病因不明，有学者曾认为是乳头瘤病毒感染引起。

临床上诊断并不难，但极易复发，易癌变。中医烙法主要针对较小的，单发或多发在扁桃体上乳头状瘤进行施烙。且创面较小，出血少，可以将乳头状瘤的基底部清除，损伤周围粘膜少，防止大的出血，也利于粘膜的修复，防止复发。

总之，中医烙法在耳鼻喉科的临床应用很广，此技术既可以消除扁桃体的慢性炎症，保留扁桃体的免疫功能，还可以根除慢性滤泡性咽炎和扁桃体表面的乳头状瘤。且方法简单，不受时间和地点的约束，门诊就可进行治疗。施烙的工具成本低廉，无需特别维护。无严格禁忌症，许多不适合手术的患者也可适用。

以痿论治咽喉反流性疾病浅析

曲中源¹ 冷辉¹ 孙海波¹

【摘要】从咽喉反流性疾病的发病机制浅析与痿病的关系,提出以痿论治咽喉反流性疾病,以“治痿独取阳明”为旨,治以“补益脾胃,调畅气机”之法,兼以化痰祛瘀,清利咽喉积滞,针刺人迎、扶突、水突穴以调阳明,畅气机。

【关键词】咽喉反流;痿证;补中益气汤;治痿独取阳明

咽喉反流性疾病(laryngopharyngeal reflux disease, LPRD)是胃内容物反流至食管上括约肌(upper esophageal sphincter, UES)以上的咽喉部而造成的局部组织损害^[1],临床以声音嘶哑、慢性咳嗽及咽部异物感等咽喉症状为主,传统中医学中并无咽喉反流的论述,多以喉暗、喉痹、咳嗽及梅核气等辨证治疗,随着现代医学对咽喉反流性疾病病因病机的不断认识以及纤维及电子喉镜的使用,逐渐成为耳鼻咽喉科医生关注的热点。本文将痿论治咽喉反流性疾病从以下几个方面进行分析。

1. 咽喉与脾胃

咽下连食道,通胃腑,水谷疏通关隘之处,《医贯·咽喉痛论》谓:“咽者胃脘,水谷之道路,主纳而不出”,认为咽包括食管及胃,脾与胃互为表里,经络互相络属,《重楼玉钥·诸风秘论》亦云:“咽主地气,属脾土”。胃主腐熟降浊,脾主运化升清,故《素问·经脉别论》曰“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行”。脾胃升清降浊的功能正常,喉才能呼清气,发声音。《素问·痿论》说:“脾主身之肌肉”,咽喉部相关肌群及运动功能都要依靠脾胃运化的水谷精微滋养,若脾胃功能的障碍,可致肌肉痿软无力,松弛不用。

2. 咽喉反流性疾病

2.1 咽喉反流的发病机制

食管下括约肌(LES)、食管上括约肌(UES)、

食管的蠕动及咽喉部的黏膜抗酸功能的正常,可以避免胃内容物反流对咽喉部黏膜的损害。短暂性LES松弛、LES低压及食管裂孔疝可能是反流物由LES进入食管的原因,UES收缩功能欠佳^[2]及食管蠕动能力的降低^[3],共同参与了反流物至咽喉的过程,尤其是UES的屏障功能障碍是LPRD发生的重要因素,马进玉等^[4]发现UES压力和食管下段收缩力对阻止反流物从食管进入咽喉部起重要作用。最终因胃内容物反流致咽喉部黏膜损伤引发咳嗽、声音嘶哑、咽部异物感、咽喉疼痛等症状及声带水肿、接触性溃疡或者肉芽肿形成等病理变化。

2.2 咽喉反流的症状

临床上,LPRD的症状复杂多样,早期可无明显症状,病程发展可致包括慢性声嘶,咽异物感,频繁清嗓,慢性咳嗽,吞咽困难及喉部黏液过多等症状,但这些症状对诊断LPRD均不特异。Book^[5]等对美国气管食管学会全体会员进行的一项问卷调查显示,最常见的症状包括持续性清嗓(98.3%),慢性咳嗽(96.6%),咽部异物感或声嘶(94.9%)。Belafsky等^[6]根据咽喉反流的症状制定了一项有9条自测项目的反流症状指数(reflux symptom index, RSI)评分来评价LPRD的严重程度,以最近一月是否有下列症状作为反流指数评分内容:①有发音问题或声音嘶哑;②有清嗓动作;③有过多的喉分泌物或涕倒流;④难以吞咽食物、液体或药片;⑤当吃饭或平卧时会引发咳嗽;⑥有呼吸困难或窒息现象;⑦受慢性咳嗽困扰;⑧咽部异物感;⑨烧心、胸痛、消化不良或反酸。0分=没有问题,5分=问题严重,总分45分,并建议评分超过13分即为异常。

2.3 咽喉反流的体征

电子喉镜检查是耳鼻咽喉科医师在咽喉反流诊疗过程中最常用的检查方法,如喉镜下观察杓区、杓间区充血肿胀,喉部黏膜红肿,杓间区黏膜呈

现鹅卵石样改变,声带接触性溃疡、肉芽肿,咽喉部黏性分泌物滞留等须考虑 LPRD 的可能,不能单独作为确诊的体征,并须与 RSI 评分结合诊断。Belafsky 等^[7]对喉镜所见体征进行分类量化,制定了反流检查计分量表(the reflux finding score, RFS),反流体征评分内容包括:①声门下水肿,没有=0,有=2;②喉室消失,没有=0,部分=2,完全=4;③红斑/充血,没有=0,杓区=2,弥漫=4;④声带水肿,没有=0,轻度=1,中度=2,重度=3,息肉=4;⑤弥漫性喉水肿,没有=0,轻度=1,中度=2,重度=3,梗阻=4;⑥后连合肥大,没有=0,轻度=1,中度=2,重度=3,梗阻=4;⑦肉芽肿,没有=0,有=2;⑧黏性分泌物,没有=0,有=2,总分 26 分,<5 分没有显著意义,>7 分考虑 LPRD。

3. 痿证与咽喉反流性疾病

痿证是肢体筋脉弛缓、软弱无力,不能随意活动,日久而致肌肉萎缩的一种病证。《内经》中首先形成痿证的理论雏形,在《素问·痿论》将痿证分为五种:“肺热叶焦,则皮毛虚弱急薄,著则生痿躄也;心气热,则下脉厥而上,上则下脉虚,虚则生脉痿,枢折挈,胫纵不任地也;肝气热,则胆泄口苦筋膜干,筋膜干则筋急而挛,发为筋痿;脾气热,则胃干而渴,肌肉不仁,发为肉痿;肾气热,则腰脊不举,骨枯髓减,发为骨痿。”后世医家多从《内经》“治痿独取阳明”论治。现代医学研究表明 LES、UES 及食管的蠕动功能异常导致胃内容物反流,咽喉黏膜受胃酸及蛋白酶损伤,产生一系列咽喉部症状及病理变化。食管括约肌属中医“肌肉”范畴,《素问·痿论》云:“脾主身之肌肉”,《素问集注·五脏生成篇》说:“脾主运化水谷之精,以生养肌肉,故主肉”。

故究其咽喉反流性疾病之本在脾胃功能障碍,气血生化乏源,不能濡养咽喉肌肉,食管括约肌痿弱不用或功能异常,咽喉失养,津不上乘,故咽喉干灼而频繁清嗓;脾主升清,胃主降浊,中土不足,肝木乘侮,气机升降失常,致清气不升,浊阴不降反而上越;脾失健运,母病及子,肺气不足而生暗哑;肺失肃降,痰浊停滞咽喉则涎唾

较多;痰气交阻,搏结于咽喉而如物在梗,咳之不出,咽之不下;胃为燥土,阴津化生不足,失于濡养,胃火上炎,则咽喉黏膜红肿;久病必瘀,痰瘀互结,致咽喉颗粒或成咽喉瘤。

4. 治痿独取阳明与咽喉反流

《素问·痿论》说:“论言治痿者独取阳明,何也?曰:阳明者,五脏六腑之海,主润宗筋,宗筋主束骨而利机关也”。咽喉反流性疾病从痿论治,亦遵“治痿独取阳明”之法,其本为脾胃虚弱,肌膜失养,痿废不用,气机逆乱,升降失常,“形不足者,温之于气”,遵李东垣之补中益气汤加减,治以“补益脾胃,调畅气机”之法,兼以化痰祛瘀,清利咽喉积滞。以黄芪为君健脾补中,升阳益肺。臣以人参,白术,炙甘草甘温益气,助黄芪健脾益肺。以当归补脾胃生化乏源之血,濡筋肉,助升降;清阳不升,浊阴不降,伍以陈皮,启升降之机,使清浊各行其道;桔梗、枳壳开清浊之门,宣上畅中,使气机流通,共为佐药,桔梗合炙甘草宣肺化痰,止咳利咽。少入柴胡、升麻为佐使,引脾气之精上行,润咽喉而利肺气,柴胡又舒肝郁而利气机。诸药配伍,补脾益胃,荣肌助运,调理气机,清利咽喉。声音嘶哑加诃子、蝉蜕利喉开音;咽喉异物感加半夏、厚朴、茯苓消痰行气;咽喉肌膜红肿加桔梗根、玄参、生地清热利咽;咽喉见颗粒或成瘤加瓜蒌、浙贝、桃仁、赤芍化瘀消痰。“治痿独取阳明”中的“阳明”,不应单纯认为是阳明脾胃,亦应从阳明经脉的角度治疗,故选足阳明胃经之人迎穴,水突穴,手阳明大肠经之扶突穴针刺以润咽喉,调气机。人迎穴,又名天五会、五会,于结喉旁 1.5 寸,两侧颈总动脉搏动处。人迎名意指胃经气血由本穴向身体部位传输。《灵枢·海论》曰:“膻中者,为气之海,其输上在柱骨之上下,前在于人迎。”作为头气街与胸气街的连接处,具有调畅气血,濡养肌肉的功能。水突穴位于胸锁乳突肌前缘,人迎与气舍连线的中点,可宣肺止咳,化痰散结。严道南^[8]等通过推拿及脉冲电刺激人迎、水突穴,具有调气血、畅气机之功效。扶突于结喉旁,胸锁乳突肌前后缘之间功善宣肺利咽,降逆调气。

三穴同用，共奏调阳明，畅气机之功。

5. 病案举隅

张某，女，53 岁，2014 年 3 月 4 日初诊，反复咳嗽伴咽喉部异物感 2 年余，偶有音哑，咽喉部粘腻感，每需清嗓后症状略减，饱食加重，呃逆时作，便溏，舌淡红，苔白腻，脉缓。查：咽黏膜色淡红，双声带略水肿，杓区黏膜轻度充血肿胀，后连合轻度增生，双侧梨状窝少量粘白分泌物，声门下充血。RSI 评分 21 分，RFS 评分 13 分。诊为咽喉反流性疾病，辨证为脾胃虚弱，痰气交阻，治以补中益气，理气化痰，方用：黄芪 20g，人参 10g，白术 10g，陈皮 10g，柴胡 5g，升麻 5g，桔梗 15g，法半夏 10g，厚朴 5g，茯苓 10g，瓜蒌 10g，玄参 10g，蝉蜕 5g。每天 1 剂，水煎服，连服 7 剂。扶突穴向颈椎方向刺入 0.5 寸，人迎穴避开颈总动脉取穴，针 0.3 寸，水突直刺 0.3 寸，留针 10 分钟，每日一次。3 月 11 日二诊，咳嗽减轻，仍有咽喉异物感，偶清嗓，吐少量白痰，语音清亮，大便成形。查：双声带水肿减轻，杓区黏膜轻度充血，后连合增生，双侧梨状窝无粘白分泌物，声门下略充血。于原方去人参、茯苓、蝉蜕，桔梗改为 10g，加当归 10g，桃仁 10g，7 剂煎服。3 月 18 日三诊，晨起时偶有咳嗽，咽喉异物感减轻，查：双声带色正常，无水肿，杓区黏膜略肿胀，后连合增生，双侧梨状窝无粘白分泌物，声门下无充血。效不更方，仍按上方再服 7 剂。

按本例为脾胃虚弱，气血生化乏源，无以荣养肌肉，痿弱无力，失其束约之职；运化失常，痰浊内停，肝木趁虚相乘，气机逆乱，痰气交阻，浊阴上犯于咽喉，故其本应从痿论治，以治阳明之法，补益脾胃，升清降浊，针以手足阳明经穴疏通气血，调畅气机。

参考文献

- [1] Koufman J, Sataloff RT, Toohill R. Laryngopharyngeal reflux: consensus conference report[J]. J Voice, 1996, 10: 215-216.
- [2] Lipan M J, Reidenberg J S, Laitman J T. Anatomy of reflux: a growing health problem affecting structures of the head and neck[J]. Anat Rec B New Anat, 2006, 289: 261-270.
- [3] Postma GN, Tomek MS, Belafsky PC, et al. Esophageal motor function in laryngopharyngeal reflux is superior to that in classic gastroesophageal reflux disease[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2001, 110: 1114-1116.
- [4] 马进玉, 齐颖, 邱岩, 等. 食管动力在咽喉反流发生中的作用[J]. 世界华人消化杂志, 2009, 17 (34): 3543-3546.
- [5] Book DT, Rhee JS, Toohill RJ, et al. Perspectives in laryngopharyngeal reflux: an international survey [J]. Laryngoscope, 2002, 112(8): 1399-1406.
- [6] Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI) [J]. J Voice, 2002, 16: 274-277.
- [7] Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS) [J]. Laryngoscope, 2001, 111: 1313-1317.
- [8] 严道南, 耿晓文, 刘赞, 等. 人迎、水突穴推拿及脉冲电刺激治疗慢性喉炎的临床观察[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2007, 15(1): 59.

天突穴治疗反流性咽喉炎的临床评估

张弢¹ 袁波¹ 庄文杰² 张治军¹ 滕磊¹ 沈卫东³

【摘要】目的：观察通过天突穴来治疗反流性咽喉炎的临床疗效评估。**方法：**105 例反流性咽喉炎患者通过四周的天突穴穴位针刺治疗，并利用纤维喉镜检查、咽喉反流症状指数（Reflux symptom index, RSI）量表和咽喉反流体征评分（Reflux finding score, RFS）量表进行疗效评估。**结果：**经过四周天突穴穴位治疗，咽喉反流症状及体征均有明显好转。RSI 量表中饭后或躺下后咳嗽、持续清嗓、咽异物感和烦人的咳嗽在治疗前后评分差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），RFS 量表中杓会厌襞充血、声带水肿、喉黏膜水肿和后联合肥厚在治疗前后评分差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。**结论：**天突穴穴位治疗可以治疗反流性咽喉炎。

【关键词】天突穴；反流性咽喉炎；针灸

天突穴是任脉与阴维穴在咽喉的交会穴，任脉循行于膈，故刺激天突穴能够降逆止膈、利咽止呃、理气降逆^[1]。在临床工作中，常利用针刺天突穴来治疗顽固性膈肌痉挛、呃逆、中风后吞咽障碍等^[1-3]疾病。现代医学认为，针刺天突穴可以加快咽喉部血液循环，协调咽喉部肌肉运动，提高咽喉部神经功能^[4]。凭借天突穴的这项功效，我们观察到刺激天突穴也可以改善咽喉反流情况，并通过咽喉反流症状指数量表（Reflux symptom index, RSI）和反流体征评分量表（Reflux finding score, RFS）来进行诊断和疗效评价。经过各项数据的统计分析，我们认为刺激天突穴可以改善咽喉部反流症状和治疗反流性咽喉炎（laryngopharyngeal reflux disease, LPRD），现报道如下。

1. 材料和方法

1.1 临床资料 2014 年 1 月至 2014 年 3 月就诊于我院耳鼻喉科门诊被诊断为 LPRD 的患者 105 例，其中男 44 例，女 61 例；年龄 16 ~ 67 岁，中位数 51 岁。105 例 LPRD 患者中合并慢性咽炎 63 例，咽异感症 85 例，慢性喉炎 38 例，声带息

肉 11 例，声带小结 7 例，假声带沟 11 例，喉接触性肉芽肿 1 例，任克间隙水肿 5 例，胃食管反流病 14 例。

1.2 反流症状评分和反流体征评分 对门诊就诊患者中怀疑有咽喉反流症状者在同一名医生指导下填写 RSI 量表。RSI 是对患者在过去几个月里是否存在声嘶或发音障碍，持续清嗓，痰过多或鼻涕倒流，吞咽食物、水或药片困难，饭后或躺下后咳嗽，呼吸困难或窒息发作，烦人的咳嗽，咽部异物感，烧心、胸痛、胃痛等 9 类症状 6 个程度进行等级评分（总分 0 ~ 45 分）。当 RSI>13 分时判断为异常，即下一步行纤维喉镜检查，并填写 RFS 量表。RFS 对包括假声带沟，喉室消失，红斑和（或）充血，声带水肿，弥漫性喉水肿，后联合黏膜增生，肉芽肿，喉内黏液附着等 8 项临床体征评估分度（0 ~ 26 分），当 RFS 总分 ≥ 7 分时，即诊断为 LPRD，并进入天突穴穴位治疗疗程。

1.3 治疗方法 对初步诊断为 LPRD 的患者进行抗反流的生活指导和天突穴穴位针灸治疗。生活指导包括：①避免进食辛辣、油腻、过分酸甜等食物；②避免一次性进食过多，饭后忌马上躺卧，建议饭后适当散步行走；③睡眠时适当头高位。天突穴穴位治疗：取天突穴穴位，选用 1.5 寸毫针，先直刺 0.2 寸，然后针尖转向下方，沿着胸骨柄后缘、气管前缘向下刺入 1.0 寸采用捻转强刺激手法，针刺得气后留针 30 分钟，当中 15 分钟时行针一次，行针 1 分钟。针刺治疗每周两次，连续四周。四周后门诊随访，复查纤维喉镜，再次填写 RSI 量表和 RFS 量表。

1.4 统计学分析 应用 SPSS17.0 软件建立数据资料库进行统计学分析。采用 Kolmogorow-Smirnov 检验数据的正态性。非正态分布数据以中位数 [25 分位数；75 分位数] (M[P25; P75]) 表示，以秩和检验分析其差异。检验水平以 $P<0.05$ 为具

• 42 • 1. 上海中医药大学附属曙光医院耳鼻喉科（201203）
2. 上海华东医院耳鼻喉科（200040）
3. 上海中医药大学附属曙光医院针灸科（201203）

有统计学意义。

2. 结果

2.1 天突穴穴位治疗后症状改善结果及 RSI 评分

105 例患者天突穴穴位治疗后咽喉反流症状有所好转, RSI 评分较治疗前明显下降。治疗前 RSI 评分 15[11.5; 17.0] 分, 治疗后评分降低为 10.0[8.0; 12.0] 分, 评分下降度明显且具有统计学意义的是饭后或躺下后咳嗽、持续清嗓、咽异物感和烦人的咳嗽 (P 值均 <0.05), 见表 1。105 例患者中在治疗前有反复饭后或躺下后咳嗽症状 101 例, 治疗后症状消失 54 例, 好转 24 例, 没有无效病例; 治疗前有持续清嗓 99 例, 治疗后消失 12 例, 好转 63 例。治疗前有咽部异物感 89 例, 治疗后好转 43 例, 症状完全消失 4 例。

表 1 105 例 LPRD 患者天突穴穴位治疗前后 RSI 评分比较 (M[P25; P75])

症状	治疗前	治疗后	Z 值	P 值
声嘶或发音障碍	1.0[0.0; 2.0]	0.0[0.0; 1.0]	-1.964	0.05
持续清嗓	3.0[2.0; 4.0]	2.0[1.0; 3.0]	-2.949	0.003 ^a
痰多或鼻涕倒流	2.0[1.0; 4.0]	1.0[1.0; 3.0]	-1.774	0.076
吞咽困难	0.0[0.0; 0.0]	0.0[0.0; 0.0]	0.000	1.000
饭后或躺下后咳嗽	3.0[2.0; 4.0]	3.0[2.0; 3.0]	-3.198	0.001 ^a
呼吸困难	0.0[0.0; 0.0]	0.0[0.0; 0.0]	0.000	1.000
烦人的咳嗽	3.0[0.5; 4.0]	2.0[0.0; 3.0]	-2.171	0.030 ^a
咽异物感	3.0[1.0; 3.5]	2.0[1.0; 3.0]	-2.309	0.021 ^a
烧心胸痛胃酸反流	0.0[0.0; 2.0]	0.0[0.0; 2.0]	-0.443	0.658
总分	15[11.5; 17.0]	10[8.0; 12.0]	-4.061	0.000 ^a

注: a 为差异有统计学意义, 下表同

2.2 天突穴穴位治疗后体征改变及 RFS 评分

105 例 LPRD 患者治疗前均有杓会厌襞充血表现, 另外伴有假声带沟 11 例次, 喉室部分或完全消失 22 例次, 声带水肿 87 例次 (其中包括声带息肉 11 例, 声带小结 7 例, 任克间隙水肿 5 例, 喉接触性肉芽肿 1 例), 喉黏膜水肿 74 例次, 后连合肥厚 67 例次, 喉部黏液蓄积 34 例次。治疗后复查纤维喉镜显示杓会厌襞充血好转 36 例次, 声带水肿缓解 57 例次, 喉室消失好转 6 例次, 喉黏膜水肿好转 24 例次, 后连合肥厚好转 31 例次, 喉部黏液蓄积消失 7 例次, 声带小结好转 1 例, 假声带沟、声带息肉、肉芽肿未见好转。

穴位治疗后 RFS 评分较治疗前有所下降, 治

疗前 RFS 评分 9.0[7.0; 11.0] 分, 治疗后 RFS 评分降低为 5.0[4.5; 6.5] 分, 评分下降度明显且具有统计学意义的是杓会厌襞充血、声带水肿、喉黏膜水肿和后联合肥厚 (P 值均 <0.05), 见表 2。

表 2 105 例 LPRD 患者天突穴穴位治疗前后 RFS 评分比较 (M[P25; P75])

体征	治疗前	治疗后	Z 值	P 值
假声带沟	0.0[0.0; 0.0]	0.0[0.0; 0.0]	0.000	1.000
喉室消失	0.0[0.0; 0.0]	0.0[0.0; 0.0]	-0.761	0.447
杓会厌襞红斑/充血	4.0[2.0; 4.0]	2.0[2.0; 4.0]	-3.885	0.000 ^a
声带水肿	2.0[1.0; 2.5]	1.0[0.0; 2.0]	-3.308	0.001 ^a
喉黏膜水肿	1.0[0.0; 2.0]	1.0[0.0; 1.0]	-2.458	0.014 ^a
后联合肥厚	2.0[0.0; 2.0]	1.0[0.0; 2.0]	-2.528	0.011 ^a
肉芽肿	0.0[0.0; 0.0]	0.0[0.0; 0.0]	0.000	1.000
喉部黏液蓄积	0.0[0.0; 2.0]	0.0[0.0; 2.0]	-1.061	0.288
总分	9.0[7.0; 11.0]	5.0[4.5; 6.5]	-5.830	0.000 ^a

3. 讨论

咽喉反流是胃内容物反流至上食管括约肌以上的咽喉部的一种表现。多数学者认为咽喉反流发生部位仍在贲门, 反流物通过食管上括约肌进入咽喉部而引起咽喉损伤^[5]。因咽喉黏膜对胃酸和胃蛋白酶损伤的易感性高^[6], 可以出现声嘶或发音障碍、持续清嗓、痰过多或鼻涕倒流、吞咽困难, 饭后或躺下后咳嗽、呼吸困难或窒息发作、咽部异物感等表现, 局部可出现喉黏膜充血和水肿、后连合黏膜增生、喉室变浅及消失、喉内黏液、声带水肿、声带肉芽肿、假声带沟等现象^[7]。24 小时食道 pH 监测联合可移动式多通道腔内气阻仪是目前证实检测反流最好的方法和研究反流性疾病的重要工具^[8], 但是较低的患者依从性和昂贵的费用限制了其应用。Belafsky 等设立的反流症状指数量表 (RSI) 和反流体征评分量表 (RFS) 作为目前广泛接受的一线评估方法, 可以尽可能地准确诊断 LPRD, 且更符合一线临床工作的需要。

轻度的咽喉反流一定程度上是生理性的, Merati 等^[9] 研究分析认为无症状的健康人约 10% ~ 30% 存在咽喉反流, 而有症状的咽喉反流者, 其酸暴露时间和反流事件发生次数明显增高。反流内容物中含有的胃蛋白酶在酸性条件激活, 直接损伤了咽喉部黏膜及周围组织; 激活态胃蛋白酶也可导致碳酸酐酶 III 耗竭, 造成咽喉黏膜的

炎性损伤。另外，源于相同胚胎起源的食管和支气管树都受迷走神经支配，当远端食管部位的胃酸刺激迷走神经时，通过反射弧导致支气管收缩，引发的反复清嗓动作和刺激性咳嗽也可损伤咽喉部黏膜。咽喉反流可以诱发一系列疾病，目前研究认为声带息肉的部分患者存在食管上、下括约结构与功能障碍，出现咽喉反流和胃食管反流^[10]；李湘平^[11]等发现在声带白斑及早期声带癌患者中咽喉反流阳性比较高；睡眠呼吸暂停低通气综合征与咽喉反流也有密切的相关性^[12]，^[13]，甚至在儿童中也有反流发生^[14]。

天突穴是任脉与阴维脉在咽喉的交会穴，《针灸甲乙经》载“本穴阴维、任脉之会，别名玉户。”，《经穴释义汇解》提到：“穴在璇玑一寸，因喻穴处之脉气于天部，故名天突。”。刺激天突穴在治疗呃逆^[1]、顽固性膈肌痉挛^[2]、中风后吞咽障碍^[3]等治疗中有较好的疗效，他们认为刺激天突穴除可以治疗本穴局部或附近脏腑疾病，还具有调节本脉气机作用。因任脉循行于膈，故针刺天突穴能够降逆止膈、利咽止呃、理气降逆。根据这一原理，我们刺激天突穴在治疗反流性咽喉炎中也获得了明显的疗效。刺激天突穴抑制胃酸反流至咽喉部，其作用的机制可能为：①增强了上食管括约肌的功能，减少食管上括约肌异常的瞬时舒张次数及程度。②调节迷走神经，通过增加兴奋性神经递质如乙酰胆碱和 P 物质促使下食管括约肌的收缩。③协调食管各肌群，防止食管动力障碍及阻止逆向蠕动。

RFS 用于初步评估反流性咽喉炎患者已经较为广泛使用，在欧美国家很多文献肯定了这两个观察量表在评估筛选咽喉反流的临床价值^[15]，在国内有学者证实不同职称、不同医院喉科医生对咽喉反流体征评分量表的应用结果一致，不受教育背景和临床经验影响^[16]。当然，24 小时食道 pH 监测联合可移动式多通道腔内气阻仪可以检测实时反流事件并提供客观数值，被认为是检测及诊断反流疾病的“金标准”，以利提高该病诊断的特异性和敏感性。

参考文献

- [1] 上官书辉. 以天突穴为主穴治疗顽固性膈肌痉挛 24 例. 中国社区医师, 2010, 12(27): 162.
- [2] 何树泉. 针刺天突穴为主治疗呃逆的临床观察. 针灸临床杂志, 2009, 25(2): 36.
- [3] 黄丽萍, 孙玲莉, 张晓霞. 针刺配合康复训练治疗中风后吞咽障碍临床观察. 陕西中医, 2011, 32(3): 329-330.
- [4] 高金立, 高维滨. 针灸六绝. 北京: 中国医药科技出版社, 2000: 287.
- [5] Groome M, Cotton JP, Borland M, et al. Prevalence of laryngopharyngeal reflux in a population with gastroesophageal reflux. Laryngoscope, 2007, 117(8): 1424-1428.
- [6] Bulmer DM, Ali MS, Brownlee IA, et al. Laryngeal mucosa: its susceptibility to damage by acid and pepsin. Laryngoscope, 2010, 120(4): 777-782.
- [7] Koufman JA, Aviv JE, Casiano RR, et al. Laryngopharyngeal reflux: position statement of the committee on speech, voice, and swallowing disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Otolaryngol Head Neck Surg, 2002, 127(1): 32-35.
- [8] Wenzl TG, Benninga MA, Loots CM, et al. Indications, methodology, and interpretation of combined esophageal impedance-pH monitoring in children: ESPGHAN EURO-PIG standard protocol. Pediatr Gastroenterol Nutr, 2012, 55(2): 230-234.
- [9] Merati AL, Lim HJ, Ulualp SO, et al. Meta-analysis of upper prob measurements in normal subjects and patients with laryngopharyngeal reflux. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2005, 114(3): 177-182.
- [10] 张蕊, 李湘平, 王路, 等. 食管动力和反流事件在声带息肉发病机制中的意义. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 48(6): 455-460.
- [11] 李湘平, 黄榕峰, 吴婷, 等. 咽喉反流在声带白斑及早期声带癌发病中的初步观察. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 49(5): 362-367.

(下转 55 页)

运用六经辨证耳鼻喉科疑难病例治验二则

马胜民¹ 陈清¹ 季宏¹ 刘福官²

【摘要】两个耳鼻喉科疑难病案，一例急喉痹案，辨为太阳阳明合病，以表里双解法之葛根汤合小承气汤治愈；一例头面发热案，辨为少阳阳明合病，以养阴透热法之小柴胡合青蒿鳖甲汤治愈。从个案角度深入分析其治疗机理，探讨六经病证发展变化过程，为选择合适方药提供理论依据。从经络循行和六经辨证关系，揭示六经辨证的实质，从而得出理论来源于实践，实践将检验理论。

【关键词】伤寒论；六经辨证；耳鼻喉科；太阳病；阳明病；少阳病

张仲景著《伤寒论》，将外感疾病演变过程中的各种证候群，进行综合分析，归纳其病变部位，寒热趋向，邪正盛衰，而区分为太阳、阳明、少阳、太阴、厥阴、少阴六经。几千年以来，它有效地指导着中医学的辨证施治。六经病证，是经络，脏腑病理变化的反映。其中三阳病证以六腑的病变为基础；三阴病证以五脏的病变为基础。所以说六经病证基本上概括了脏腑和十二经的病变。运用六经辨证，不仅仅局限于外感病的诊治，对耳鼻喉科疾病的论治，也同样具有指导意义。现就本人运用六经辨证治疗的两例耳鼻喉科疑难病例进行探讨，以飨读者。

1. 验案一：表里双解法治疗太阳阳明合病急喉痹一例

患者韩某某，女性，43岁，住院号1404496。

因“反复咽痛伴发热半月余”由门诊以“急性咽炎”于2014年05月03日收入院。患者半月来咽痛反复发作，吞咽困难，每日下午体温升高，但不超过38.5度，查：咽粘膜急性充血，软腭悬雍垂稍充血水肿，双侧扁桃体I度肿大，右侧颈部压痛明显。血常规：白细胞计数 $15.50 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 $11.67 \times 10^9/L$ ，血沉27.00mm/h，超敏C反应蛋白13.00mg/L，颈部B超提示：双侧

颈前淋巴结肿大。诊断为急性咽炎，予以头孢替安3.0g，左氧氟沙星0.2g，补液抗感染治疗三天后，症状体征均无明显好转。

观患者发热咽痛，口渴欲饮，恶寒，发热，颈项强痛，大便干结如粒状，每日一行，腹部满胀，胸前汗出，睡眠差，舌红苔黄腻，脉滑，诊断急喉痹，辨证属太阳阳明合病，表邪未解，入里化热，予以葛根汤合小承气汤加减治疗，方药：葛根20g，麻黄10g，桂枝10g，天花粉15g，枳实10g，厚朴10g，生大黄6g，大枣10g，白芍10g，炙甘草6g，黄芩10g，生姜6g，3剂，日1剂水煎服共3剂。2日后患者即热退，咽痛颈部疼痛症状明显好转，大便软，无明显口渴症状，查血象等恢复正常，停补液，继续原方1剂后，患者不适症状均消失，停药留院观察两日，无反复，予以出院，出院一周后复诊，患者一般情况可，无不主诉，二便调，夜寐可，胃纳佳。

按：伤寒论32条：太阳与阳明合病者，必自下利，葛根汤主之。伤寒论33条：太阳与阳明合病，不下利但呕者，葛根加半夏汤主之。伤寒论208条：若汗多，微发热恶寒者，外未解也，一法，与桂枝汤。其热不潮，未可于承气汤；若腹大满不通者，可与小承气汤，微和胃气，勿令至大泄下。

本案患者头项强痛而发热恶寒，为太阳表证，而口渴欲饮，大便干结如粒状，腹满胀，每日一行，舌红苔黄腻，脉滑明显为阳明里证，实属伤寒论太阳阳明合病。表证未罢即出现里证，不可直接攻下，故予以葛根汤合小承气汤加减治疗，葛根性平味甘辛，能解肌退热，生津舒经治项背痛，麻黄、桂枝发汗，葛根、麻黄、桂枝三药合用解表邪，生姜、大枣、甘草益中焦而治胃气，防寒凉药伤胃，小承气汤中大黄苦寒泄热去实，厚朴行气除满，枳实理气消痞，天花粉泻火止热病烦渴，大黄、黄芩清泄里热，芍药、葛根敛阴生津，诸药合用，表里双解，共治太阳病表未解里邪已

重之太阳阳明合病。

无下利，却用葛根汤，胸前有汗，却用麻黄，似乎离经叛道，但居然出奇取效，究其原因：无下利，说明阳明里证已大于太阳表证。经典阳明经证为痞满燥实，而本案中患者大便干结，每日一行，仅有腹胀满，故弃用大承气汤苦寒重下，改用用小承气汤苦寒轻下。

2. 验案二：养阴透热法治少阳阳明合病头面发热一例

患者丑某某，男，53 岁，2015 年 3 月 22 日初诊。

患者自诉 2 个月前开始感到左侧面颊部、耳后、颈胸部发热，肌肤灼热感强烈，宛如涂了辣椒水一般，火辣之状，昼夜不减。以手摸左侧头面皮肤微微发热，自测体温不高。在多家医院诊治，各种检查均未发现异常。期间有医生给予中药一清片、六味地黄丸、知柏地黄丸治疗，亦有中医予清热滋阴类中药煎服，均无半点起色。近日患者发热范围扩大至四肢，昼夜无缓解，左耳耳鸣，左侧头部疼痛麻木，连及左侧牙齿疼痛。口苦，咽干，头目晕眩，烦躁不安，口中有异味，大便干结难下，日一行，睡眠质量差。舌红，中根部苔薄黄，边有齿印，脉数，左细右弦。诊断发热，辨证属邪在少阳阳明，化火伤阴，立少阳阳明两解、养阴透热之法。方以小柴胡汤合青蒿鳖甲汤加减，方药：柴胡 30 克，黄芩 15 克，黄柏 10g，防风 9g，法半夏 10 克，党参 15 克，蒲公英 30 克，板蓝根 20 克，连翘 20 克，金银花 15 克，地骨皮 15 克，知母 15 克，鳖甲 15 克，青蒿 10 克，白薇 15g，丹皮 15 克，生地 15 克，甘草 10 克，葛根 10g，白芷 6g。5 剂，水煎服。服完 3 剂面热及身热即退，效不更方，继续加减服用 7 剂，余症亦随之而除。随访 1 个月未发，困扰患者近半年的顽疾终获治愈。

按：《灵枢·经脉》“胆足少阳之脉，起于目锐眦，上抵头角，下耳后，循颈……”“大肠手阳明之脉……其支者，从缺盆上颈，贯颊，入下齿中……”《伤寒论》263 条：“少阳之为病，口苦、咽干、目眩也。”《伤寒论》101 条：“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具……”今患者左侧面颊部、左侧牙痛，左侧耳后、颈胸

四肢部发热不退，兼见口苦，咽干，目眩，烦躁不安，口中有异味，大便干结难下，舌红，中根部苔薄黄，脉数，左细右弦辨属少阳与阳明合病。阴液耗伤，邪伏阴分，伏热偏甚，故夜间低热，次日微减。舌红苔薄黄，脉细数，为阴虚内热之征。此时阴液虽虚，但不能纯用养阴之品，以免滋腻太过而留邪；又非纯属实火，故亦不能任用苦寒，以免化燥伤阴。法当少阳与阳明同治，养阴与透热并进。故以小柴胡汤去姜、枣，和解少阳，扶正祛邪，加甘寒之金银花、蒲公英兼泻阳明之热；板蓝根、连翘以清热解毒利咽；合青蒿鳖甲汤养阴透热，加白薇、地骨皮、牡丹皮等入阴分以清虚热，葛根养阴，柴胡、葛根、白芷引经。诸药合用，共奏两解少阳阳明，养阴透热之功。方证合拍，故收佳效。

3. 六经辨证体会

六经辨证被广泛应用于临床各科，尤其对复杂性辨证，其往往能取到常规辨证无法达到的结果^[1]。

在西医占主导地位的今天，很多中医学了《伤寒》却依然不能真正理解何为六经辨证。六经指什么？有人认为六经就是脏腑，即手太阳小肠经，足太阳膀胱经；手阳明大肠经，足阳明胃经；手少阳三焦经，足少阳胆经；手少阴心经，足少阴肾经；手太阴肺经，足太阴脾经；手厥阴心包经，足厥阴肝经。这种想法只是看到了单纯一经的问题，却忽视了六经传变的发展过程。而单纯认为六经就是发展变化也忽视了单纯一经的内部问题。

真正了解六经的关键是理解“经”的含义。其意有二：其一，“经者，径也”。六经就像道路一样，是邪气进退的出路，因此才有太阳经为表，少阳经半表半里，阳明经为里的认识。其二，“经者，界也”。六经病各有其界限和范围，包括发病脏腑、邪正关系、发病情况等，所以临床辨证的时候才能据经以认识。所以六经和经络有关，但不仅仅和经络有关。他反映了疾病的部位也反映了疾病发展的趋势。

笔者临床中经常使用六经辨证治疗一些临床
(下转 47 页)

耳带状疱疹伴发喉返神经麻痹 2 例

吕华¹

1. 病例介绍

例 1: 患者, 男, 46 岁, 因左耳及咽喉疼痛 5 天, 左耳周疱疹 2 天, 声嘶 1 天, 经门诊治疗无效, 于 2006 年 3 月 5 日入院。入院时查体: 体温 37.5℃, 心、肺、腹无异常。左耳廓及外耳道布满疱疹, 咽黏膜充血, 软腭及咽后壁散在小疱疹, 双声带略充血, 左声带运动欠佳, 未见新生物。检验回报: 血白细胞正常, 淋巴细胞所占比例略高。诊断为左耳带状疱疹、左侧喉返神经麻痹。该患者入院后 2 天出现左周围性面瘫。入院时应用大剂量糖皮质激素, 抗病毒, 抗生素、营养神经, 辅以中药、针灸、理疗等治疗。症状逐渐改善, 住院 15 天出院, 出院时查体: 左侧轻度面瘫, 耳廓及耳周疱疹结痂, 咽黏膜无疱疹, 左侧声带活动尚可。出院 1 个月复诊, 左侧鼻唇沟略浅, 左侧声带活动良好。

例 2: 患者, 女, 61 岁, 因喉部不适、声嘶 3 天, 于门诊治疗, 查体: 咽黏膜轻度充血, 左侧声带充血, 左声带及披裂活动略差, 咽喉部均未见新生物。无外伤及手术史, 经甲状腺彩超及胸部 X 线片检查未见异常。门诊诊断为病毒性声带炎, 经抗病毒, 抗生素治疗效果不佳。患者于 2 天后出现左耳廓及耳后疱疹, 左侧周围性面瘫。

于 2006 年 4 月 14 日入院, 经大剂量糖皮质激素、抗病毒、抗生素、营养神经、扩血管, 辅以中药、针灸、理疗等治疗。住院 18 天, 出院时查体: 左耳廓及耳后疱疹消失, 左侧面瘫略减轻, 左声带略充血, 运动欠佳, 声带闭合有小裂隙。

2. 讨论

耳带状疱疹是由水痘一带状疱疹病毒引起, 以侵犯面神经为主的疾病^[1]。病变常累及一侧, 疲劳、受凉、机体抵抗力下降为重要诱因。主要表现为耳痛及耳部疱疹、面瘫。因耳廓和外耳道的感觉神经除面神经支外, 还有第 V、IX、X 颅神经分支, 它们和面神经的分支有吻合支, 故疱疹可出现在这些神经的分布区, 如口腔、软腭、扁桃体、喉部及颈部。由于受侵犯的神经节发炎及坏死, 产生神经痛^[2]。本文 2 例患者, 均伴有单侧喉返神经不全麻痹, 若不注意观察, 容易造成漏诊及误诊。本病的预后, 一般数日或数周面瘫逐渐减轻, 伴有其他颅神经受损者, 面神经功能恢复较差。

参考文献

- [1] 黄选兆, 汪吉宝. 实用耳鼻喉科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 955.
- [2] 吴志华. 皮肤性病学 [M], 第五版. 广州: 广东科技出版社, 2006: 78.

(上接 46 页) 难治性疾病^{[2][3]}, 认为中医学辨证论治的真正内涵与精髓是六经复杂性辨证论治思维, 运用六经复杂性辨证论治思维可以解决纷繁复杂的临床问题, 经常转换辨证思路, 同病异治, 异病同治。这才是“辨证论治”的真谛。上述两个案例对经典的运用, 告诉我要从实际出发, 不能死搬教条, 理论来源于实践, 实践将检验理论。

参考文献

- [1] 吴波. 从经方活用探讨《伤寒论》六经复杂性辨证论治思维 [D]. 山东中医药大学博士论文, 2013
- [2] 马胜民, 刘福官. 从《伤寒论》少阳证论治耳眩晕. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(6): 98-100
- [3] 马胜民, 刘福官等. 耳眩晕从少阳证论治体会. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2015, 23(1): 74-75, 60

论太阳主表及其临床意义

蒋中秋¹

六经分三阳经与三阴经两大部分，三阳即太阳、阳明、少阳，三阴即太阴、少阴、厥阴，每经又有手足之分。太阳，指足太阳膀胱经与手太阳小肠经而言。足太阳膀胱经，起于目内眦，上额，交巅，络脑，下项，挟脊抵腰，络肾属膀胱。体现主人一身之表。故以太阳命病，意在反映人体皮毛、肌腠等浅表层受邪发病的特点。由于肺合皮毛，所以太阳病与手太阴肺的病变，也有密切的关系。在六经中太阳的主要生理功能是主表，如柯韵伯《伤寒来苏集》所云“六经虽各有表证，惟太阳主表。故表证表脉，独太阳得其全”。太阳经循行人体背部足部大部分体表，主一身阳气，是抵抗外界的第一道屏障，即是主一身之表，太阳同时具有卫外、固表、抗御外邪、保护人体不受外邪侵犯以维持人体正常生理活动的功能。太阳病正气和邪气的斗争部位在体表，体表就是皮毛、腠理、肌肉，邪气客于体表，正气抗邪也在体表，故邪气客于体表的时候先伤太阳之经。太阳分而言之有三，叫体之太阳、经之太阳、腑之太阳。体之太阳就是主表的太阳，表面的都是太阳；经之太阳就是说它的经脉，头项强痛就是它的经脉不利；腑之太阳就是膀胱气化功能的问题。

一、太阳主表的条件及依据

太阳主表，是指足太阳膀胱及其经脉而言，其理犹如阳明主肠胃、太阴脾主四肢的道理一样，是因为六经各有自己所居之部位和所主之部位，亦各有其相应所病之部位。皮、脉、肌、筋、骨五体和五官为相应的脏腑所主，这是中医学理论中的“生理学”的整体观的具体表现。

1、膀胱足太阳为六腑之一，膀胱位居于体内，在下焦，而能主司在表的皮毛腠理，这是由膀胱及其经脉所具有的特性所决定的。膀胱足太阳之经脉起于目内眦而下行至足小趾外端，从头到足，最长。其行于背的部分，自项以下至腰间的经脉又分为四条分支，纵行挟脊，两侧而下，所以足

太阳经脉之行最广。经脉能通达脏腑之气，“行血气而营阴阳，濡筋骨，利关节”。膀胱足太阳之经脉布敷于体表背部，最长又最广，这是足太阳主表的一个物质基础。舍此，太阳主表就无从谈起，没有了通路就无所谓主，也无法主司。

2、正因为膀胱足太阳之经脉布敷于体表最长最广，所以膀胱才能外应于腠理毫毛，即《灵枢·本脏篇》所言“三焦膀胱者，腠理毫毛其应”。膀胱为“州都之官，津液藏焉，气化则能出矣”，其所气化之津液，布敷于腠理毫毛而润泽于表，主司于表。

3、膀胱与肾为表里之脏腑，其经脉相互络属，所以肾中元阳之气即可通过经脉之络属关系而通达于膀胱及其经脉。“阳者，卫外而为固也”（《素问·生气通天论》），膀胱及其经脉得到肾阳之充养，自然可发挥其卫外之功能。

4、人体所有诸阳经之气归督脉所总辖，而足太阳经脉又籍风府穴与督脉相贯通，从而得到人体诸阳经之气的资助而司其主表之职，《素问·热论》有言：“巨阳者，诸阳之属也，其脉连于风府，故为诸阳主气耳”即此之谓。

人体五脏六腑各有其“俞”穴，如“心俞”、“肝俞”、“脾俞”、“肺俞”、“肾俞”等，皆分布在足太阳经脉上，《灵枢·九针十二原》云：“经脉十二、络脉十五，凡二十七气，从上下所出为井……所注为俞……二十七气所行，皆在五俞也。”“俞”穴是经气灌注之处，这就意味着人体十二正经、十五络脉的二十七条经络之气，也即人体五脏六腑之气，人身所有之正气，从里达表，皆灌注于分布在足太阳经脉上的相应的脏腑之“俞”穴。

足太阳经脉籍五脏六腑这些“俞”穴而源源不断地得到人身所有正气之充养，从而主司人体一身之表。在这个意义上讲，我们又可以把太阳主表体会为五脏六腑也主表、人体所有正气主

表,只不过是借助足太阳经脉作为通路而达于表,以司主表之用。

正因为主表的足太阳经脉有如此的生理特点,所以当外邪侵入时,“若五脏元真通畅,人即安和”。若因素体或由于失治误治而造成某一脏腑之正气损伤、阴阳失调,则外邪又可通过其分布在足太阳经脉上的“俞”穴而内传于其脏腑,出现了太阳病不解,内传阳明或少阳,或三阴等情况,这是六经辨证中出现太阳之邪不解而内传它经的道理和途径之一。总而言之,太阳主表是要有其强大的物质基础的,这便是,肾阳、诸阳经之气、人身五脏六腑所有之正气、卫阳之气等都汇集于太阳经脉之中,并通过太阳经脉而布敷于体表,从而起到抵御外邪,卫外而为固也的主表之能。

二、太阳主表的临床意义

太阳主表的临床意义表现在二方面,首先太阳经脉受邪,太阳经脉所支配的部位及区域出现不同的疾病症候,其共同证候是“太阳之为病,脉浮,头项强痛而恶寒”,《医宗金鉴》说:“太阳主表,表统营卫,风邪中卫,寒邪伤营,均为表病也。脉浮,表病脉也,头项强痛、恶寒,表病证也。太阳经脉上额交巅,入络脑,还出别下项,连风府,故邪客其经,必令头项强痛也。恶寒者,因风寒所伤,故恶之也。首揭此条,为太阳之提纲,凡称太阳病者,皆指此脉证而言也。”故前辈有“有一份恶寒则有一份表证”,“有一份浮脉就有一份表证”之论述,邪在体表,病在太阳经证,又分为太阳伤寒及太阳中风两证,“太阳病,发热,汗出,恶风,脉缓者,名为中风”,“太阳病,或已发热,或未发热,必恶寒,体痛,呕逆,脉阴阳俱紧者,名曰伤寒”。太阳病治疗方法主要是汗法,其对应方为桂枝汤及麻黄汤。根据外邪侵入太阳经脉体表不同部位呈现的不同兼证,可有大青龙汤、小青龙汤、葛根汤、桂枝加葛根汤等不同选方。《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”,此为太阳本经感受风寒的治疗。成天己说:“太阳病项背强几几,汗出恶风者,中风表虚也,项背强几几,无汗恶风者,中风表实也。

表虚宜解肌,表实宜发汗,是以葛根汤发之也”。葛根汤方即桂枝汤方加麻黄、葛根。方以桂枝汤加麻黄增强发汗祛邪,加葛根升津舒络并助麻桂解表。证属太阳伤寒兼证而不用麻黄汤加葛根,是因为麻黄汤为发汗峻剂,过汗更伤其阴,则有碍升津濡经,故用桂枝汤加麻黄以免过汗伤阴之弊。如面颊部连及眉骨疼痛,如每次发作诱因均为吹冷风所致,是疼痛部位有寒气刺入感,恶风全身无汗,舌质淡,符合葛根汤证主要症状及病机,就可选用葛根汤解表治疗。

其次,太阳病合并阳明、少阳疾病,甚至太阳表里经同病,两感与寒,治疗上均需配合发散解表方法,“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。此为太阳与阳明合病表现,如病毒性感冒早期伴有严重咽痛者,为邪在太阳,阳明热毒,可用大青龙汤汗出而痛减。国医大师张琪尤其擅长使用柴胡桂枝汤治疗太阳少阳合病的病毒性感冒,提出本方证候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,此乃太阳与少阳合病所致。头痛者,有太阳头痛、阳明头痛、少阳头痛及厥阴头痛。辨证之法,则头脑、额颞虽三阳俱有所会,无不可痛,然太阳在后,阳明在前,少阳在侧,此又各有所主。而太阳头痛则用汗法,蔓荆子散主之。

三、太阳主表理论临床运用举隅

1、桂枝加葛根汤治疗头痛案

李某某,男,26岁,门诊号:Z05530043。初诊日期:2013年12月12日。半年前前额疼痛,自汗,前额凉气刺入感,受寒则加重,经桂枝汤加葛根汤半月治疗而愈。今因受凉前额疼痛十天再次来院就诊。刻诊:前额胀痛,晨轻午后重,头重如裹,疼痛严重时感头晕,精神萎,疲乏欲睡,自汗,不发热,前额有凉风吹入感,口不干,纳食可,二便调。苔薄黄,舌微红,脉弦。专科检查:鼻粘膜充血,双下甲充血肿大。证属太阳中风表虚证,

治以调和营卫，佐以疏风散邪。

葛根 20g 桂枝 10g 白芍 10g 炙甘草 6g
蔓荆子 10g 白芷 6g 川芎 10g 生姜 4 片
大枣 5 枚

共 7 剂，日一剂，分二次服。

二诊（2013 年 12 月 19 日）：自述药后自汗减轻，头重如裹减轻，但前额疼痛缓解不明显，仍有凉风吹入感，药已对症，加重疏风。上方加羌活 10g、防风 10g、威灵仙 15g、蜈蚣二条，继续服 7 剂。

三诊（2013 年 12 月 26 日）：药累进 14 剂，药后自汗消失，头重如裹消失，前额凉风感减轻，前额疼痛局限于双侧眉角。药已奏效，二诊方加姜黄 10g，再进 7 剂，以助温通活血之力。

四诊（2014 年 1 月 2 日）：自述与三诊时症状变化不大，目前局限在眉角疼痛缓解不明显，余无不适。加重疏风散邪止痛之品。

葛根 20g 桂枝 10g 白芍 10g 炙甘草 6g
蔓荆子 10g 川芎 10g 白芷 10g 蜈蚣二条
威灵仙 30g 徐长卿 30g 角针 20g 防风 10g
姜黄 10g 生姜 4 片 大枣 5 枚

共 7 剂，日一剂，分二次服。

五诊（2014 年 1 月 9 日）：上药服后第二天，即感眉角胀痛明显缓解，即使午后眉角仅为轻微疼痛，不影响工作学习。病已中的，原方继进 7 剂扫尾。

六诊（2014 年 1 月 16 日）：药后头痛消失，主动要求继续服用上方 7 剂。

按：《景岳全书·卷之二十六》：“凡诊头痛者，当先审久暂，次辨表里。盖暂病者，必因邪气；久病者，必兼元气。以暂病言之，则有表邪者，此风寒外袭于经也，治宜疏散，最忌清降。”

《活人书》云：“头痛者，阳证也，太阳证头痛，发热恶寒，无汗麻黄汤，有汗桂枝汤。”本病为表虚之体，自汗频频，感寒则前额胀痛；表虚不固，入侵系寒邪难去，故本病使用桂枝加葛根汤固表散寒后自汗、怕冷、头重如裹等症一一消除，但前额胀痛虽逐渐局限于眉角，但迟迟未得缓解。经加用通痹汤（金实教授经验方：防风、白芷、

威灵仙、徐长卿、蜈蚣）后寒邪得以逐出，疼痛方缓解。本案调和营卫、固表祛邪同时兼顾，疾苦方能解除，此为心得。

2、柴胡桂枝汤治疗病毒性感冒案

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，柴胡桂枝汤加減。

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 虎杖 10g 炙甘草 6g

共 3 剂，日一剂，分二次服。

第二天电话联系其爱人，服药后有汗出，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：本方证候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。《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，而麻杏石甘汤非本病所宜，因汗出而喘无大热者方可用麻杏石甘汤，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，为太阳少阳合病。病毒性感冒症状呈现发热，无汗，血常规正常，以前治疗常服用荆芥、防风、大青叶、银花、连翘等疏风清热中药，甚至采用桑菊银翘之类，患者均不得汗出实为辨证失误，而对风寒类感冒

（下转 60 页）

浅谈音乐疗法

曾辉¹ 郭裕¹

【摘要】音乐疗法是以音乐活动作为治疗的媒介,增进个体身心健康的一种自然保健疗法。它是集音乐、医学和心理学为一体的学科。音乐疗法作为一种特殊的医疗手段已被越来越多的人认可,但其在临床上的应用仍相对局限。

【关键词】音乐疗法;起源;原理;功用

音乐疗法是指通过本人唱歌、演奏乐器或选择欣赏音乐来达到治病效果的一种治疗方法,它是医学心理学与音乐相互结合交叉渗透的产物。

1. 音乐疗法的起源

1.1 “乐”字的本意是“音乐”,“快乐”是晚出意。乐为疗的正字。“疗,治也。”药、疗均从乐得声,乐、药、疗三字同源,可见,音乐与药物、治疗具有天然的联系^[1]。

我国是音乐治疗最古老的发源地之一,早在两千多年前,我国现存最早的一部医学专著《黄帝内经》中就指出“内有五脏,以应五音”,“喜伤心,怒伤肝,忧伤肺,思伤脾,恐伤肾。故音乐者,所以动荡血脉流通精神而和正心也”。《素问·阴阳应象大论》曰:“身中有自然之五音:脾音为歌,歌者宫也;肝音为笑,笑者角也;心音为言,言者徵也;肝音为哭,哭者商也;肾者为叫,叫者羽也。此天地之元声之变也。”^[2]《吕氏春秋·适音》中载:“故乐之务,在于和心;和心在于行适”。王安石《临川先生文集·礼乐论》中载:“礼者,天下之中经;乐者,天下之中和;礼乐者,先王所以养人之神,正人气而归正性也”。说明古人把“乐”看的和“礼”同样重要。元代名医朱震亨明确提出:“乐者,亦为药也”,主张将音乐作为一种精神治疗。《晋书·律历上》指出:“是以闻其宫声,使人温良而宽大;闻其商声,使方廉而好义;闻其角声,使人恻隐而仁爱;闻其徵声,使人乐养而好施;闻其羽声,使人恭俭而好礼。”^[3]嵇康《琴赋》称:“可以导养神气,宣和情志,处穷独而不闷者,莫近于音声也。”

白居易《好听琴》诗曰:“本性好丝桐,尘机闻即空,一声来耳里,万事离心中。情畅堪销疾,恬和好养蒙,尤宜听《三乐》,安慰白头翁。”^[4]宋代文学家欧阳修在《欧阳文忠公集》中记载:他曾因忧伤政事,形体消瘦,屡进药物无效。后来,每天听古曲《宫声》数次,心情逐渐从忧郁、沉闷转为愉快、开朗。欧阳修深有感触地说:“用药不如用乐矣。”真可谓“乐”到病除。

1.2 现代的音乐治疗始于美国,从二战时期美国护士用音乐缓解战士的“战壕休克”开始,到密西根州立大学和堪萨斯大学先后建立了专门的音乐治疗课程来训练专业音乐治疗师,再到后来美国成立专门的音乐疗法协会,音乐治疗作为一门新兴的学科正式成立了。1958年英国建立了英国音乐治疗协会,此后澳大利亚、德国、法国等45个国家先后成立了音乐治疗机构,150所大学设立音乐治疗教育。1979年以来已多次召开世界范围的音乐治疗学术会议^[5]。

我国现代音乐疗法始于1979年美国音乐治疗博士刘邦瑞教授应邀到中央音乐学院讲学,第一次把欧美音乐治疗学介绍到国内,拉开了我国音乐治疗学科建设的帷幕。中国从上个世纪80年代开始进行音乐疗法,在不到30年的时间,我国的音乐治疗取得了出人意料的发展^[6]。早期音乐疗法主要应用于精神病治疗领域,近年来已扩展研究领域,音乐疗法已应用于儿科、外科、精神科、心血管内科甚至牙科疾病辅助治疗。现在,我国已经发展了音乐电疗法、音乐电针灸、音乐电针麻醉以及音乐电磁疗法等音乐治疗方法。

2. 音乐疗法的基本原理及功用

2.1 现代医学认为音乐疗法是通过生理和心理两个方面的途径来治疗疾病。音乐声波的频率和声压会引起生理上的反应。人们通过接触不同的音乐信息,体会到愉快、满足、轻松、甜蜜或悲怆、愤怒、叹息、惊异的情绪,引起强烈的感

情共鸣,调节自身的情绪,达到新的平衡状态^[7]。音乐的频率、节奏和有规律的声波振动,当这种声波振动在某一个频率范围内的时候就会引起人体组织细胞发生和谐共振现象,这种声波引起的共振现象会直接影响人的脑电波、心率、呼吸节奏等^[8]。科学家认为,当人处在优美悦耳的音乐环境之中,人体会分泌一种有利于身体健康的活性物质,这种活性物质可以调节体内血流量和神经传导。美好的音乐能刺激大脑皮层,提高大脑皮层的兴奋性,从而改善人们的情绪,激发人们的感情,振奋人们的精神。同时,有助于消除心理、社会因素所造成的紧张、焦虑、忧郁、恐怖等不良心理状态,提高应激能力^[9]。作为一种治疗手段,音乐的作用可通过艺术感染力作用于心理,以情导理,既能增强人体的抗病能力,又可以减轻甚至消除精神上的不良因素。节奏鲜明的音乐能振奋人的情绪,如军乐曲、进行曲等,一般都具有鲜明的节奏感,可以使人兴奋、激动、热血沸腾;旋律优美悠扬的乐曲,则能使人情绪安定放松,让人感到轻松愉快。李世霞(2004)运用中国古典音乐对胃癌病人的术前焦虑进行研究^[10],随机将60例早期胃癌病人分成实验组和对照组。两组均给予解释、指导、鼓励、安慰等支持性治疗,实验组再给予音乐治疗,应用Zung氏焦虑自评量表(SAS)对两组病人进行评估。结果实验组的评分明显优于对照组,说明中国古典音乐能影响人的情绪行为,引起愉快、舒适的情绪,有改善和调整人的大脑皮层的功能。音乐还可以通过音调影响人的情绪。这种现象早在古希腊就已经被注意到了。他们认为,E调安定,D调热烈,C调和缓,B调哀怨,A调高扬。在我国,张志亨、毛晨星等曾经应用不同类型音乐对应激小鼠淋巴细胞活性及血浆皮质醇含量影响进行了实验,实验得出了轻柔、舒缓的音乐对应激小鼠的免疫能力有一定的缓解作用,而与噪声类似的刺激性音乐加重了小鼠的免疫抑制的结论^[11],用实践证明了音乐类型不同其作用结果也不相同。

2.2 中国古人将人的情志活动归纳为喜、怒、忧、思、悲、恐、惊,称为“七情”。七情中某

种情志变化太过,就会导致疾病的发生。古代先哲根据“同声相应,同气相求”的规律,把自然界中的声音分为宫、商、角、徵、羽五音,并将五音与五行、五脏、五志有机地结合起来。即“肝,在音为角,在志为怒;心,在音为徵,在志为喜;脾,在音为宫,在志为思;肺,在音为商,在志为忧;肾,在音为羽,在志为恐”。“怒伤肝、喜伤心、思伤脾、悲伤肺、恐伤肾”。中医五音对五脏的理论,与现代美国科学家的实验结论不谋而合。美国科学家发现细胞从生到死具有声音的改变,这些声音虽然频率在人的听觉范围内,但振幅太小,因而不能被人们察觉,《素问·阴阳应象大论》指出“悲胜怒、恐胜喜、怒胜思、喜胜忧、思胜恐”即是以情治情的方法。因此,可以利用不同声调的音乐克服和纠正人们不正常的情绪变化,也可借助同样情调的音乐达到情感的宣泄和平衡^[12]。角为春音,属木主生。正角调式能促进体内气机的上升、宣发和展放,具有疏肝解怒、养阳保肝、补心利脾、泻肾火的作用。徵为夏音,属火主长。正徵调式能促进全身气机上升,具有养阳助心、补脾利肺、泻肝火的作用。宫为长夏音,属土主化。正宫调式能促进全身气机的稳定,调节脾胃之气的升降。具有养脾健胃、补肺利肾、泻心火的作用。商为秋音,属金主收。正商调式能促进全身气机的内收,调节肺气的宣发和肃降,具有养阴保肺、补肾利肝、泻脾胃虚火之功效。羽为冬音,属水主藏。正羽调式能促进全身气机的潜降,具有养阴、保肾藏精、补肝利心、清泻肺火的功效^[13]。

比如说高血压病人,属肝阳上亢类型,容易发怒,我们给予有商调式或悲伤色彩较浓的音乐聆听,如《小胡笳》、《汉宫秋月》等,这些乐曲,以悲情见长,凄切感人,有良好制约愤怒和稳定血压作用,比较其它类型音乐差异显著。如果是阴虚阳亢类型患者,还可以选择羽调的水乐,如《二泉映月》、《平沙落雁》等,这些乐曲有柔和、清润的特点,能导引精气,滋阴潜阳。有时候,根据具体心理特点,投其所好,安排一些有欢乐愉快类型的乐曲,如《花好月圆》、《喜相逢》等,或升发调畅类型的音乐,如《光明行》、《赛龙

夺锦》等,使患者进入情绪状态,或温厚、中和类型的音乐,如《梅花三弄》、《阳春白雪》等,使得患者的愤怒情绪需要顺势转移、宣泄或抚慰,再以悲调乐曲施之,则亢阳兴奋的状态得到化解,气血回复平衡,心中平和自然显现。SW 音乐治疗对高血压患者的降压研究表明了音乐疗法有显著的降压效果^[14]。

在耳鸣的治疗上,美国耳鸣研究最富盛名的 Sweetow 教授通过多年对耳鸣的研究指出,音乐疗法是目前医学界公认的行之有效的治疗方法之一。音乐能够掩蔽不想聆听的声音和干扰的噪声。音乐带来的积极情绪和心理效应在文献中有很多记载,大多数研究者同意音乐可以减轻压力,使人感觉轻松、舒适,减少焦虑。而中医根据五行五音对耳鸣的音乐治疗有独特的见解,对耳鸣不同证型“辨证施乐”。

3. 总结

音乐对人身心的调节作用是肯定的,其作用安全、经济,且治疗方法使用方便,在人心身疾病治疗康复上有广阔的应用前景。但目前我国对音乐疗法的研究较少,从文献量统计可知我国音乐疗法在 2000 年到 2008 年发展缓慢,2009 年到 2013 年稍有起色^[15],且应用主要局限在抑郁症、痛症、高血压病等方面,对于五官疾病的治疗研究相对较少。但是音乐疗法要走的路还很长,技术的更新也会更快,今后音乐治疗的发展应是全方位发展,向纵深发展,与中医学的五行理论,心理咨询心理治疗联手发展,以不同类型音乐治疗不同类型疾病,形成中国自己的特色,使音乐疗法可以得到更好更快的发展。

参考文献

[1] 朱杰. 说“乐”——音乐治疗与中医药[J]. 辽

宁中医杂志,2007,34(1):38-39.

[2] 殷克敬. 音乐疗法消忧以养生谈[J]. 现代中医药,2014,34(6):64-66.

[3] 刘瑛. 浅谈音乐 DE 作用[J]. 黄河之声,2005,(01):10-12.

[4] 李航,郭德步,柳灵芝. 传统音乐疗法的中医理论分析[J]. 中医文献杂志,2010,(03):30-31.

[5] 郑璇,徐建红,龚孝淑. 音乐疗法的进展和应用现状[J]. 解放军护理杂志,2003,20(07):42-43.

[6] 刘斌,余方,施俊. 音乐疗法的国内外进展[J]. 江西中医学院学报,2009,21(04):89-91.

[7] 邱萍. 音乐疗法的临床应用简述[J]. 中华现代临床护理学杂志,2007,2(1):12-16.

[8] 李勇明. 现代人音乐疗法趣谈[J]. 科学之友,2009,(09):26.

[9] 牛雪莹,张慧光. 音乐疗法的功能与应用[J]. 辽宁医学院学报(社会科学版),2011,9(03):43-45.

[10] 李世霞. 运用中国古典音乐应对胃癌病人的术前焦虑[J]. 护理研究,2004,3(18):471-472.

[11] 毛晨星,张志亭,张瑞华,王耀. 不同类型音乐对应激性小鼠 NK 细胞与非特异性杀伤细胞活性的影响[J]. 康复与疗养杂志,1992,7(02):38-41.

[12] 张晶. 我国音乐疗法的中医理论探讨[J]. 中华中医药杂志,2011,26(05):1013-1017.

[13] 林惠芬. 中国音乐疗法的历史溯源[J]. 中国临床康复,2006,10(11):156-157.

[14] 李晔,吴慎,陈春玲,张松伦,李桂英,高琦. SW 音乐治疗对亚健康人群及高血压患者的应用效果分析[J]. 中国医学装备,2014,11(12):154-156.

[15] 曲宁,廖东华,钟志兵,吴明义. 新世纪中医音乐治疗研究文献的计量分析[J]. 江西中医药大学学报,2014,26(6):79-81.

六神丸的来源及临床应用

刘建华¹ 刘巧平¹ 张亚力¹ 李洵¹

一、六神丸的来源

历代医家所创丸散中叫六神丸者有十余种，如《圣济总录》载名为六神丸的方有 4 个，既有治疗痔瘻者，又有平补诸虚，大益气血治疗虚劳者。又如《妇人良方》中载有一方名六神丸者，治疗赤白痢。

这里介绍的六神丸是指雷氏六神丸，也是应用最广的六神丸，其来源于雷允上的《雷允上诵芬堂方》，为雷允上创立的诵芬堂药店的名特产品之一。

相传在康熙年间，有个叫雷大升（字允上）的人进京殿试，因病未能如愿，遂弃儒从医，专攻医学。他在走遍全国各地、为人治病的长期实践中，积累了不少民间秘方，著有《金匱辨证》、《要证论略》、《丹丸方论》等书。雷大升在苏州开设的雷允上诵芬堂药铺，集医药于一身。既有坐堂门诊，又研药卖药，名噪姑苏。1860 年，因江南一带战乱爆发，苏州雷允上药店毁于战火。雷氏后裔重振祖业，在上海分设雷允上诵芬堂药铺。相传同治三年（1864），绮三房雷子纯根据祖传秘方、经多次试验，开发出用于外症和咽喉炎症的新品种——六神丸。常年验证因有“药效如神”之功，故定名“六神丸”。颗粒微小，为全国首创。由于处方的精妙和选料的优良，加之雷氏后人的精益求精，逐步形成了一套独特的制作工艺使其日臻完美。“六神丸”不但畅销国内各地，也为日本及东南亚各地视为若干病症的特效药。被列为国家保密品种、国家一级中药保护品种，是中华国药之瑰宝。

二、六神丸的组成及功能

六神丸药物配伍少而简单，取用名贵药材牛黄、雄黄、珠粉、麝香、冰片、蟾酥 6 味研末，酒化蟾酥为丸，最后以百草霜为衣而成。方中的牛黄能清心开窍、清热解毒，具有治疗咽喉肿痛、口舌生疮、痈疔疮毒的作用。珍珠具有解毒生肌

的作用，能治疗口疮咽喉肿痛及糜烂等症。中医《圣济总录》书中有将牛黄与珍珠配伍研细末制成珠黄散，吹于咽部可治疗咽喉肿烂、口腔溃疡等症的记载，冰片又名龙脑，是樟脑和松节油等药用化学方法合成的制品，具有清热、止痛、解毒的功效。蟾酥为癞蛤蟆耳后腺分泌和浆液经加工干燥后制成的具有一定的毒性的中药，蟾酥有消肿止痛及解毒除秽的功能，常用于治疗疔疮痈肿、瘰癧疮疹、咽喉肿痛、齿龈疼痛等症。雄黄也叫石黄，是一种含有硫化的矿石，具有解毒杀虫、燥湿功能。在外科常用于治疗痈疔疮喉风、喉痹、湿疣、疥疹等症。麝香是人们较熟悉的名贵中药，具有通络、消肿、行瘀、止痛的功效，在外科与其他消肿、化瘀、止痛药合用，可治疗红肿痈疔、口咽糜烂等症。诸药合用，共奏清热解毒，化腐消肿止痛之功，是治疗热毒所致咽喉肿痛、痈疽疔疮的良药。

对治时邪、病毒、烂喉、丹痧、喉风、喉痹、双单乳蛾、疔疮、对口、痈疽、发背、肠痈、腹疽、乳痈、乳岩及一切无名肿毒确有显著疗效。

三、六神丸的临床应用

六神丸长期受到医生和病人的珍爱，救治了无数病人，历经数百年而不衰。在应用过程中，通过历代医学家的观察和研究总结，发现了六神丸许多新的治疗作用，特别是近年来在治疗病毒感染性疾病、免疫功能失调性疾病、心脏病、恶性肿瘤等方面的独特疗效，显示出在抗病毒感染、调节人体免疫功能、改善心肺功能、抗肿瘤等多方面的功效，引起人们的关注，在海内外掀起了新一轮研究六神丸药理作用的“六神丸热”，许多人在出国时，都常常购买许多六神丸作为赠送国外亲友的礼品，那些在国外的亲朋好友也把六神丸看作贵重礼品而倍加珍惜。六神丸既可内服，又可外敷。药理研究证明六神丸有明显的抗病毒、抗炎镇痛、增强免疫功能、强心、抗肿瘤等作用。

可用于治疗急慢性咽喉炎、急慢性扁桃腺炎、咽喉肿痛化脓、白喉、淋巴管炎、面颈部淋巴结炎、牙周炎、牙周化脓、颌下腺炎、小儿热疔、乳腺炎、毛囊炎等感染性疾病，治疗流行性感、流行性腮腺炎、流行性出血热、带状疱疹、风疹、病毒性肝炎等病毒感染性疾病，支气管哮喘、急性肾小球肾炎、过敏性紫癜性肾炎、慢性非特异性溃疡性结肠炎、婴儿湿疹等免疫功能失调性疾病，白血病、食道癌、贲门癌等恶性肿瘤，心力衰竭、心房纤颤、心房扑动、小儿肺炎呼吸衰竭等心肺疾病，均有良好疗效。

四、六神丸的用法及不良反应

用法：口服，一日 3 次，温开水吞服；一岁每服 1 粒，二岁每服 2 粒，三岁每服 3～4 粒，四岁至八岁每服 5～6 粒，九岁至十岁每服 8～9 粒，成年每服 10 粒。另可外敷在皮肤红肿处，以丸十数粒，用冷开水或米醋少许，盛食匙中化散，敷搽四周，每日数次常保湿润，直至肿退为止。如红肿已将出脓或已穿烂，切勿再敷。

注意事项：孕妇忌服，运动员慎用。

不良反应

1. 过量毒性反应：六神丸中含有蟾酥、雄黄、麝香，均可引起中毒，但主要是由于过量服用而引起。发病离服药时间，最快者 20 分钟，大多数在 0.5-2 小时。可一次服药后发病，也可多次服药后发病。中毒的症状主要表现为：（1）肠道反应：

常见有恶心、呕吐、腹泻，新生儿中毒可出现吐奶。

（2）循环系统反应：可出现四肢冰冷，末梢紫绀，脉搏扪不到等。大部分中毒患者可出现心动过缓，心律不齐，严重者出现房室传导阻滞及循环衰竭而死亡。（3）呼吸系统反应：胸闷、气急，呼吸增快、浅表或不规则。有文献报道，曾有一患儿因呼吸衰竭而死亡。（4）造血系统反应：出现紫绀、鼻血。

2. 过敏反应：以成人多见，本品内服，外用均可导致过敏。出现过敏反应时间，快者 1 小时，多数患者在 24 小时之内发病。主要表现为：

（1）过敏性药疹：药疹在六神丸过敏反应中占首位，以麻疹样为多见。（2）过敏性休克：出现胸闷、心悸、呼吸急促、头晕、面色苍白、昏睡等。（3）毛发脱落：常误服用六神丸 3-4 日后头发大量脱落，未及 1 月全身毛发全部脱落。（4）喉头水肿：出现咽喉梗塞，呼吸不畅，咽部充血，吞咽困难等。

3. 其他反应：六神丸中所含雄黄，是一种有毒的砷化物，如过量或长期使用会导致慢性砷中毒，可使皮肤严重角化、皲裂、色素沉着、肝功能损害等。另有报道六神丸内服诱发急性胃粘膜病变。

六神丸在临床应用广泛，疗效显著。为避免不良反应的发生，应严格掌握适应症，中病即止，不易长期使用和过量使用。

（上接 44 页） [12] Kuribayashi S, Massey BT, Hafeezullah M, et al. Upper esophageal sphincter and gastroesophageal junction pressure changes act to prevent gastroesophageal and esophagopharyngeal reflux during apneic episodes in patients with obstructive sleep apnea. Chest, 2010, 137(4): 769-776.

[13] 曲玥, 叶京英, 郑莉, 等. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征与胃食管反流性疾病发生的相关性研究. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012, 47(11): 899-903.

[14] 陈珊, 李兰. 并发咽喉反流的睡眠呼吸暂停低通气综合征儿童临床治疗初步观察. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2014, 49(5): 379-383.

[15] Almeida AG, Saliture TB, Silva AS, et al. Translation and cultural adaptation of the Reflux Finding Score into Brazilian Portuguese. Braz J Otorhinolaryngol, 2013, 79(1): 47-53.

[16] 彭莉莉, 李进让, 张立红. 三位不同职称喉科医师对咽喉反流体征评分量表的应用研究. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 48(6): 461-464.

除湿法在耳鼻咽喉科疾病中的应用体会

毛得宏¹ 张锋¹

【摘要】本文介绍应用除湿法治疗耳鼻咽喉科常见病的经验。笔者认为耳鼻咽喉之窍位居头面部，属空灵清阳之窍，有赖于人体清阳之气上升而营养之，才能发挥正常功能，即所谓“清阳出上窍”；湿邪痰浊滞留清窍，则清阳之窍失其灵动，常为耳鼻咽喉科疾病的发病病机，笔者根据耳鼻咽喉专科的生理、病理特征，结合其三十余年临床经验，认为耳鼻咽喉科疾病除湿勿忘升清降浊，祛湿还应调节少阳三焦之枢，使清气得升，浊气得降，少阳调畅，三焦通利，湿邪得除，清窍空灵。

【关键词】湿邪；除湿法；耳鼻咽喉；升清降浊；少阳三焦

除湿法是中医常见的祛邪方法，我们结合耳鼻咽喉官窍其生理病理特点，以及湿邪致病特点，认为祛除耳鼻咽喉湿邪勿忘升清降浊，同时还应调节少阳枢机，从而达到清气得升，浊气得降，少阳调畅，三焦通利，湿邪得除。现将除湿法在耳鼻咽喉科疾病中的应用体会整理如下，以飨同道。

1. 湿邪与耳鼻咽喉官窍的关系

湿邪系由肺、脾、肾三脏的气化功能障碍，或三焦水道失调，水液停滞而成；或多由外邪犯肺，肺脏失调或肺脏虚损，输布失职，水湿停聚；或由脾虚失运，聚湿为痰；亦可由肾阳虚衰，气化失职。过食肥甘厚腻，耽饮酒浆，素体湿邪^[1]；内蕴体内水湿之蒸化输布，如天地之云雾，上蒸浮游，尝遇空窍，则停凝不去，聚湿为痰，痰湿蒙闭清窍，则清窍为之不利，耳为之壅塞不通而目眩耳鸣，鼻为之涕多而鼻塞，喉为之声嘶而声暗。在耳鼻咽喉诸窍常出现津气代谢障碍，表现如鼻塞、鼻涕、咽喉异物感、耳胀耳闭等；湿性黏滞，湿邪为病多缠绵难愈，湿邪长期滞留耳鼻咽喉之窍，病程较长或反复发作。

2. 治法

2.1 化湿勿忘升清降浊

《素问·阴阳应象大论》曰：“清阳出上窍”。五官之窍为清窍，乃清阳交会之所，就是通过脾的升发作用，使清气上达于官窍，官窍才得以通利^[2]。脾之升清，与胃之降浊相对而言。脾宜升则健，胃宜降则和。脾胃为人体气机升降的枢纽。李东垣提出：“饮食入胃，先行阳道，而阳气升浮也。浮者，阳气散漫皮毛；升者，充塞头顶，则九窍通利也”。故五官之“清空之窍”以通为用，许多表现为耳胀耳闭、鼻塞、咽喉肿痛等疾病，湿浊阻窍为其首要病因。耳鼻咽喉的慢性炎症，往往见分泌物增多，色白量多或秽浊，迁延日久，呈现出“湿浊为患”之征，湿性趋下，清阳不升，清窍空虚，故湿浊之邪氤氲上蒸，上蒙清窍致病。因此，对于耳鼻喉之湿浊停聚之证，治当化湿泄浊，配合升发清阳药物以通窍宣闭，用降浊通腑药物以降浊祛湿。常用基础方为：黄芪 30g、柴胡 10g、升麻 15g、茯苓 30g、苍术 20g、羌活 20g、白芷 20g、石菖蒲 20g、枳实 15g、瓜蒌 15g、半夏 10g、大黄 6g。

2.2 调节少阳枢机

耳鼻咽喉窍膜位居半表半里，是耳鼻咽喉卫气水津液升降之路，是摄纳清气、水谷、输泄废物之所，既是外邪入里必由之路，也是祛邪外出途径之一。陈潮祖老先生肝主筋膜^[3]及三焦膜腠理论^[3]认为大至骨肉筋膜，小到每一细胞都属于筋膜，少阳三焦是由膜腠组成，少阳三焦是津气出入之路。故《素问·灵兰秘典论》说：“三焦者，决渎之官，水道出焉”。清·高士宗《素问直解》说：“凡有形者，谓之器。人与万物生于天地之中，皆属有形，均谓之器。是以升降出入，无器不有。”即每一器官组织的新陈代谢均在少阳三焦间隙进行交换，新入废出，吐故纳新。由于三焦外达肌表，内通脏腑，表里上下，无所不达，所以脏腑失调引起的水湿雍滞，均可随三焦水道壅于任何部位，

出现不同症状。如果湿邪停聚耳鼻咽喉之窍，则官窍升降之路受阻，少阳三焦之枢运转不利，发为耳鼻咽喉之疾，常表现为耳胀耳闭、鼻塞、鼻涕、咽喉不利等疾病，治当化湿泄浊，配合调节少阳三焦之枢，通达膜窍，湿邪祛除有径。基础方：黄芩 15g、黄连 10g、半夏 10g、白芍 20g、柴胡 10g、甘草 16g、枳实 15g。

3. 除湿法在耳鼻咽喉科的临证心得

3.1 鼻渊

鼻渊，是指鼻流浊涕，如泉下渗，量多不止为主要特征的鼻病^[5]。常伴头痛、鼻塞、嗅觉减退，鼻窦区疼痛，久则虚眩不已。病机为少阳三焦津气代谢异常，津气郁滞，湿浊上聚，胆腑郁热，郁则化火，腐蚀筋膜，久则酿脓，阻塞清窍，故出现流浊涕，头痛，鼻塞等症状。治宜调理少阳，除湿降浊通窍，药用：黄芪 20g、柴胡 10g、升麻 10g、枳实 15g、茯苓 20g、瓜蒌 15g、半夏 10g、白芍 15g、川芎 10g、白芷 20g、皂角刺 20g、黄芩 10g、败酱草 15g、鱼腥草 10g。鼻塞甚者，加苍耳子 15g、辛夷 15g 等；头疼甚者，加蔓荆子 15g、菊花 15g、藁本 15g 等；鼻出血者，加仙鹤草 30g、白茅根 20g、丹皮 15g 等；脓涕量少者，减半夏、瓜蒌等。

3.2 喉痹

一阴一阳结谓之喉痹^[6]。喉痹是指以咽痛或异物感不适，咽部红肿，或喉底有颗粒状突起为主要特征的咽部疾病^[7]。病机常因气不舒畅，或痰饮中滞，呕逆恶心，为少阳三焦津气代谢异常所致，气郁、痰凝、湿聚，结聚喉膜，久则喉底有颗粒状突起，频频清嗓，故出现咽痛或异物感不适，咽部红肿等症状。治宜调理枢机、通腑顺气、化痰除湿、升清利咽。此外，咽喉为水谷之通道，宜润通为用，药用：柴胡 10g、枳实 15g、茯苓 20g、瓜蒌 15g、半夏 10g、厚朴 10g、白芍 15g、苏子 10g、紫苏叶 10g、薤白 10g、郁金 15g、川芎 15g、南沙参 25g。临证还应结合四诊资料酌情加减，有瘀者，加丹参 20g 等；咽痒者，加天花粉 20g、射干 15g、地肤子 15g、蝉衣 15g 等；咳嗽者，加麻黄 10g、杏仁 15g、桔梗 20g 等；干咳

无痰加玄参 20g、麦冬 15g 减半夏、瓜蒌等；梅核气者，加橘核 15g、拂手 15g 等。

3.3 耳胀耳闭

耳胀耳闭，是以耳内胀闷堵塞感及听力下降为主要特征的中耳疾病。《医林绳墨·卷七》说：“耳闭者，乃属少阳三焦之经气之闭也”。耳胀耳闭多因外邪或脏腑功能失调致使经气闭塞耳窍，久则湿毒蕴积耳窍。也可认为少阳三焦津气代谢异常，耳窍筋膜失司，气闭耳窍，久则湿停耳窍，则出现耳内胀闷、听力下降等症状。耳窍筋膜失司所致经气痞塞耳窍与西医分泌性中耳炎咽鼓管功能障碍的病机如出一辙。治宜通利耳之玄府^[8]，除湿降浊通窍。药用：胆南星 20g、柴胡 10g、石菖蒲 20g、枳实 15g、茯苓 20g、瓜蒌 15g、半夏 10g、香附 10g、荆芥穗 10g、礞石 10g、白芍 15g、葛根 10g。临证还应结合四诊资料酌情加减，肝胆火热者，加龙胆草 10g、黄芩 15g 等；肝风上扰者，加天麻 15g、钩藤 15g、刺蒺藜 15g 等；耳鸣者，加酸枣仁 30g、川牛膝 20g、夜交藤 20g、磁石 20g 等。

3.4 脓耳

脓耳，是指以鼓膜穿孔、耳内流脓、听力下降为主要特征的耳病。《仁斋直指方·卷之七》说：“热气乘虚，随脉入耳，聚热不散，脓汁出焉，谓之脓耳。”不论实证或者本虚标实，常因湿浊困阻耳窍，郁久化热，循经上蒸，腐蚀鼓膜，化腐成脓。治宜清利少阳，通利三焦，调达肝胆，除湿化浊通窍。药用：黄芩 15g、柴胡 10g、龙胆草 15g、栀子 10g、木通 10g、当归 15g、泽泻 10g、枳实 15g、瓜蒌 15g、半夏 10g、车前子 15g、桔梗 20g、白芷 15g。临证还应结合四诊资料酌情加减，耳内疼痛甚者连翘 10g、丹皮 20g、黄连 10g 等；流黄水多者，加蒲公英 20g、路路通 20g 等；耳鸣者，加酸枣仁 30g、川牛膝 20g、夜交藤 20g、磁石 20g 等。

4. 典型病案

王某，女，45 岁。初诊时间：2012 年 07 月 21 日。主诉：鼻塞、流黄稠脓涕 5 余年，伴右侧头胀痛、烦躁，纳眠差，便秘。患者自诉 5 年前因外感出

现以上症状，期间先后予以滴鼻、口服药物（具体不详）等治疗，疗效欠佳，病情反复，时轻时重。为求进一步治疗，遂来就诊。

初诊症状：鼻塞，流黄稠脓涕、右侧头胀痛，记忆力下降，烦躁，纳眠差，便秘，神疲乏力。专科检查：鼻腔黏膜充血肿胀，双中、下鼻甲肥大，右侧中鼻道、右侧后鼻孔附近有较多脓性分泌物。舌质红，苔黄腻，脉滑数。诊断：鼻渊（慢性鼻窦炎）。辨证：肝胆湿热。治法：清泄胆热，利湿通窍。方药：黄芪 20g、柴胡 10g、升麻 10g、枳实 15g、茯苓 20g、瓜蒌 15g、半夏 10g、白芍 15g、川芎 10g、白芷 20g、皂角刺 20g、黄芩 10g、败酱草 15g、鱼腥草 10g，6 剂，水煎服，每日 1 剂。

二诊：上方服用 6 剂后，患者复诊，自诉服药后鼻塞、脓涕量稍有减少，大便正常，仍头痛，记忆力下降。专科检查：鼻腔黏膜充血肿胀，双下鼻甲肥大，右侧中鼻道附近有较多脓性分泌物。舌质红，苔黄腻，脉滑数。治以芳香化浊、通窍止痛为主，主旨通鼻窍湿浊，泻少阳胆热，加蔓荆子 15g、菊花 15g、藁本 15g 止头痛，无便秘减瓜蒌。方药：黄芪 20g、柴胡 10g、升麻 10g、枳实 15g、茯苓 20g、蔓荆子 15g、菊花 15g、藁本 15g、半夏 10g、白芍 15g、川芎 10g、白芷 20g、皂角刺 20g、黄芩 10g、败酱草 15g、鱼腥草 10g，6 剂，水煎服，每日 1 剂。

三诊：患者复诊自诉头痛、鼻塞减轻，脓涕量明显减少，检查见鼻黏膜轻度充血肿胀，鼻甲轻度肥大，分泌物减少，舌红苔薄黄。肝胆湿热已减，治以化湿泄浊，益气通窍。方药：黄芪 20g、柴胡 10g、升麻 10g、枳实 15g、茯苓 20g、白芷 10g、川芎 10g、法半夏 10g、地龙 20g，4 剂，水煎服，每日 1 剂。继服上方 4 剂后症状基本消失，随访一年，期间偶因摄生不当而复发。

分析：患者平素喜食肥甘，湿热内蕴，病机为少阳三焦津气代谢异常，津气郁滞，湿浊上聚，胆腑郁热，郁则化火，腐蚀筋膜，久则酿脓，阻塞清窍，故出现流浊涕，头痛，鼻塞等症状。久病正气虚弱，加之湿热蕴结于内，脾胃运化失司，则神疲乏力；舌质红苔黄腻，脉滑数乃肝胆湿热

之象。治宜调理少阳，除湿降浊通窍，前期以疏通少阳三焦之枢，后期益气扶正确保少阳三焦通利调顺。

5. 小结

笔者又认为耳鼻咽喉具其独特的生理、病理特性，为此除湿法在耳鼻咽喉疾病的应用颇具特色，结合笔者三十余年临床体会，认为祛除耳鼻咽喉湿邪应配合升清降浊，祛湿还应调节少阳枢机，即“三焦通利，少阳枢机调畅，升清降浊有序，湿浊痞气得解，窍复空灵”。运用于临床，疗效卓著。随着西医科学理论的进一步完善，笔者有趣的发现很多耳鼻咽喉疾病西医的病因病机与“少阳三焦是津气出入之路”^[3]、“少阳三焦为其津气升降出入之枢”^[3]等理论惊人的相似。从而一方面验证了中医学的科学性，另一方面提供了研究中西医耳鼻咽喉疾病的切入点与交汇点。

参考文献

- [1] 赵新秀, 秦龙建. 燥热夹湿咳嗽治疗体会 [J]. 中医杂志, 2001 年第 03 期: 149-150
- [2] 张锋, 田媛媛, 许必芳, 谢慧. 熊大经鼻部“五度辨证”思想及应用 [J]. 中医杂志, 2014 年第 2 期: 106-109
- [3] 陈潮祖主编.《中医治法与方剂》第五版 [M]. 人民卫生出版社, 2009.12: 8-13
- [4] 王斌全主编. 耳鼻咽喉头颈外科应用解剖学 [M]. 人民卫生出版社, 2004.6: 11.12
- [5] 王士贞主编.《中医耳鼻咽喉科临床研究》[M]. 人民卫生出版社出版社, 2009.7: 202
- [6] 田代华主编.《中医必读百部名著·耳鼻咽喉科卷》[M]. 华夏出版社, 2007.9: 57
- [7] 王士贞主编.《中医耳鼻咽喉科学》[M]. 中国中医药出版社, 2003.1: 130
- [8] 钟渠. 开通玄府在耳聋中的运用体会 [J]. 现代中医, 1996: 第 1 期 (总第 30 期) (25)

经口 - 鼻内窥镜引导下腺样体刮除术 82 例 临床疗效观察

杨茂森¹ 张晶¹

【摘要】目的：对腺样体刮除术的手术指征和手术方式进行探讨。**方法：**回顾性分析我院 2008 年 6 月—2010 年 6 月共 82 例腺样体肥大患者的临床资料，其主诉以睡眠打鼾、张口呼吸、憋气症状，变换体位无缓解，耳鸣、耳内闷胀感，反复听力下降为主；根据手术径路的不同分为传统组（38 例）和经口—鼻内窥镜组（44 例）。**结果：**术后 1 周，患者睡眠呼吸恢复正常，3～5 周后听力较术前提高 10—30dB，术后 3 个月纤维鼻咽镜检查：经口—鼻内窥镜组无腺样体残留，未发生并发症。**结论：**纤维鼻咽镜检查及头颅侧位摄片有助于手术适应证的确定，经口—鼻内窥镜引导下腺样体刮除术具有直视下操作，视野清晰、开阔，切除彻底，手术安全，可避免损伤周围重要结构的特点，我们认为应作为腺样体切除术的首选方法。

【关键词】腺样体肥大；鼻内窥镜；临床观察
腺样体又称为增殖体或咽扁桃体^[1]，位于鼻咽顶后壁交界处，为咽部淋巴环的组成之一，呈剥皮桔子样，表面不平。出生时即存在，6-7 岁时最大，10 岁以后逐渐萎缩，极少数人至成年亦不萎缩。腺样体肥大是儿童常见病、多发病，可引起睡眠打鼾、张口呼吸、憋气、长时间张口呼吸致面颅骨发育异常而引起“增殖体面容”，肥大的腺体压迫咽鼓管咽口或隐藏的病菌反复引起上呼吸道感染而致分泌性中耳炎及慢性咽炎，鼻炎、鼻窦炎反复发作，久治不愈。腺样体肥大的诊断可通过临床症状、鼻咽侧位片或电子鼻咽喉镜检查得以确诊，诊断明确后应尽早行手术治疗。我院自 2008 年 6 月——2010 年 6 月经鼻内窥镜下行腺样体电动切吸术 44 例，取得较好效果，现报道如下：

1. 资料与方法

1.1 临床资料

经电子鼻咽喉镜或鼻咽侧位片检查确诊的腺样体肥大患儿 82 例，男 40 例，女 42 例，年龄 4～16 岁，平均 6.5 岁，病程 6 个月至 5 年，临床表现全部有睡眠打鼾、张口呼吸、憋气症状，变换体位无缓解。其中并发分泌性中耳炎 18 例，表现为耳鸣、耳内闷胀感及听力下降，声导抗示鼓室压力图为 B 或 C 型曲线。将上述患者随机分为 2 组，传统组 38 例，采用经口腺样体盲视刮除术，内镜组 44 例，采用经 30° 鼻窦内镜直视下腺样体电动切吸术。

1.2 手术方法：

1.2.1 经 30° 鼻窦内镜直视下腺样体电动切吸术：共施行 44 例，均采用气管插管静吸复合麻醉，合并扁桃体肥大或慢性扁桃体炎者先行扁桃体切除术，合并慢性分泌性中耳炎者可行鼓膜穿刺或置管术。患者取平卧位，垫肩枕，上 Davi's 开口器，从前鼻孔导入 2 根细导尿管，由口腔引出并打一活结，将软腭及悬雍垂拉起。由口腔置入 30° 鼻窦内镜，观察腺样体大小、范围及其与周围组织关系。以 30° 美国 STRYKER 电动切吸钻直视下切吸肥大的腺体组织，压迫，电凝止血。

1.2.2 传统腺样体刮除术：共施 38 例，按传统方法全麻后经口腔选择不同型号的腺样体刮匙作腺样体盲视下切除。合并扁桃体肥大或慢性扁桃体炎者行扁桃体摘除术，合并慢性分泌性中耳炎者可行鼓膜穿刺或置管术。

所有病例术后均予全身应用抗生素 5d 预防感染。

2. 结果

2.1 疗效标准：术后随访 3-6 个月，平均随访时间为 4.3 个月。根据症状、声导抗、电子鼻咽喉镜或鼻咽侧位片检查评价疗效。治愈：打鼾、张口呼吸、憋气症状消失，伴慢性分泌性中耳炎

者听力提高,耳胀闷感消失,声导抗鼓室压力图正常,电子鼻咽喉镜或鼻咽侧位片检查:腺体无残留,气道无狭窄。好转:打鼾、张口呼吸、憋气症状减轻,伴慢性分泌性中耳炎者听力提高,耳胀闷感减轻,声导抗鼓室压力图基本正常,电子鼻咽喉镜或鼻咽侧位片检查:腺体少许残留,气道略狭窄。无效:打鼾、张口呼吸、憋气症状无改善,伴慢性分泌性中耳炎者听力无明显提高,声导抗鼓室压力图无明显变化,电子鼻咽喉镜或鼻咽侧位片检查:腺体残留明显,气道狭窄。

2.2 治疗结果:

组别	睡眠打鼾、张口呼吸、憋气症状			耳鸣、耳内闷胀感及听力下降症状		
	治愈	好转	无效	治愈	好转	无效
内镜组	40	4	0	7	2	1
传统组	29	3	6	2	1	5

二组治疗结果经统计学处理打鼾症状 $\chi^2=0.53$ $P > 0.005$ 无统计学意义,中耳炎症状用四格表确切概率法 $p=0.03$ 有统计学意义

3 讨论

本资料结果表明经鼻内窥镜腺样体切除术后慢性分泌性中耳炎症状改善有效率明显高于传统术式 ($P < 0.05$),而夜间打鼾改善有效率两种术式无显著性差异。术后纤维鼻咽镜检查发现传统术式中 9 例患者存在腺样体残留。残留的腺样体主要位于鼻咽上、前部及后鼻孔内^[2],因为这些部位刮匙难于达到。另发现 1 例患者有不同程度的咽鼓管咽口狭窄,这 1 例患者术前无耳部症状而术后出现分泌性中耳炎的症状,这是由于传统术式术中盲目操作或操作不当,造成咽鼓管圆枕、咽口不同程度的损伤所致。经鼻内窥镜术式中由

于有了鼻内窥镜显示系统。术者可通过内镜由口咽部^[3]直视鼻咽部,对整个鼻咽腔观察得很清晰,使整个手术在明视下操作进行。电动切割器的原理是将旋转刀片置于吸引装置内,依靠微型电动机带动齿状刀片高速旋转,将病变组织绞碎并由吸引装置吸走。^[4]运用 30° 的切割吸引器吸切头可彻底将腺样体切除,不会导致残留,不会损伤正常的咽鼓管咽口及鼻咽腔正常结构,更不会损伤咽后壁粘膜。两种术式术后夜眠打鼾改善有效率无显著性差异,可能跟合并扁桃体肥大和慢性扁桃体炎者均作扁桃体摘除术有关。经鼻内窥镜术较传统术式尚有术中、术后出血少,易止血,创伤小,恢复快等优点,鼻内窥镜下腺样体手术不仅适用于儿童,也适用于成人。鼻内窥镜辅助动力切割器行腺样体切除术,手术快捷、清楚、安全微创,疗效佳。可值得临床推广。不过经鼻内窥镜腺样体吸切术需内窥镜及显像系统、电动吸切器等较昂贵的手术器械,增加了患者的经济负担。

参考文献

- [1] 黄选兆.汪吉宝.实用耳鼻喉科学.第1版.北京:人民卫生出版社:2004.348
- [2] Canone C R. Replogle W H. Schenk M P. Endoscopic—assisted dnoideotomy. Otolaryngol Head Neck Surg,1999,121: 740
- [3] Huang HB,Chao MC,Chen YL,et al. A Combined method Of conventional and endoscopic adenoidectomy. Laryngoecope,1998,108(7): 1104.
- [4] 黄桂球,熊国军.全自动动切割钻在鼻内窥镜手术中的应用.广东医学,1999,20(9): 707

(上接 50 页) 认识不到位所致。

四、结语

太阳病,是风寒之邪致病的初级阶段,以“脉浮,头项强痛而恶寒”为提纲,体现人体浅表受邪,致卫外不固,营卫不调,正邪相争,太阳经气不利的病理。太阳伤寒及太阳中风两证,属于风寒

表证,用辛温解表法治疗,太阳中风则用调和营卫之法,汗法是正治之法。太阳主表,即提示病证在表,无论太阳本经受邪,还是太阳病合并阳明、少阳疾病,甚至太阳表里经同病,两感与寒,治疗上均需配合发散解表方法,解表贯穿在太阳病治疗全过程。

皮络疗法

交流、观摩、培训、实习

一、中医耳鼻喉新技术与新理论（河北省继续医学教育项目 编号：JZ-2009-05-037）

- 1、鼻脐平衡疗法治疗鼻炎－鼻窦炎
- 2、喉脐导引疗法治疗咽炎与扁桃体炎
- 3、耳脐顺势疗法治疗耳鸣耳聋

二、新技术

- 1、一种外用中药微乳膏贴剂的制备方法
- 2、一种自热式磁共振敷可贴的制备方法

三、特色专科合作联盟：具备合法医疗资质

会议费用：免收会议费、培训费；河北省康灵医药科技有限公司免费提供食宿。

会议待遇：获得继续医学教育证书，6 学分。

主办：河北医科大学中医药研究院临床医学院

承办：石家庄康灵中医耳鼻喉医院 **协办：**河北康灵医药科技有限公司

电话：0311-85673546 **手机：**15931144580

----- (沿此线剪下注册--此表剪裁和复印有效) -----

免 费 报 名 注 册 表										
单位名称		(公章)								
单位地址									邮编	
姓名		性别		民族		学历		职称		职务
姓名		性别		民族		学历		职称		职务
电话			传真			手机 1、	2、			
随行人员	名	赴会方式				☐ 火车	☐ 汽车	☐ 飞机		
单位领导意见：										

负责人：(公章) 年 月 日

河北省石家庄康灵中医耳鼻喉医院
《中医耳鼻喉科学研究》编辑部
年 月 日

营造强势合作医疗模式 寻求鼻病连锁专科加盟

精品名牌打造 团队资源共享

河北康灵医药集团（原河北医科大学下属单位）是由河北医科大学常年客座教授赵胜堂为主组建的科、教、医、产为一体的耳鼻喉专科医药集团，下设耳鼻喉科研究所、医药科技有限公司、耳鼻喉医院和《中医耳鼻喉科学研究》编辑部四个法人机构。独立承担国家和省级重大科技项目，现有国家发明专利技术九项，省级科研成果三项。获河北省卫生科技进步一、二、三等奖各一项，获河北省首届发明创造奖两项。河北康灵中医耳鼻喉医院是全国唯一一所中医耳鼻喉医院，全部应用本集团开发生产的现代化专科设备、专科技术、专科药品，以及独特的市场运营模式，发展新形势下的城乡社区卫生事业。为配合全国开展的农村合作医疗制度，营造强势专科医疗，资源共享，努力打造鼻病康复温馨工程，特向全国范围内寻求专科合作医疗连锁加盟：

一、合作加盟对象：

全国各县（市）级医院、乡镇中心卫生院、乡卫生院、城乡卫生所、城镇社区医疗站点。

二、合作加盟条件：

有医疗机构营业执照，并具备农村医疗资格的独立法人单位。

三、加盟许可级别：

一级加盟：每县（市）辖区内一家；二级加盟：每乡镇辖区内一家；三级加盟：每一自然村一家。

四、投资加盟办法：

连锁总部分级吸收医疗机构加盟合作，合作单位按照加盟级别缴纳加盟保证金，连锁总部即可配送全套专科设备和部分专科药品，供临床推广试用。试用期间可以提出退（换）货或终止加盟。合作成功后保证金即转为设备和药品购买资金使用，今后加盟单位只要在加盟总部累计购进一定数量的专科药品时，其剩余货款可以免除。

1. 首次投放加盟单位的专科设备及药品清单：

（1）按级别配送专科设备：

标准型	电子内窥镜检测仪	1 台	额镜	1 把
标准型	视频生物显微镜	1 台	鼻镜	1 把
鼻炎治疗仪（温热中低频治疗仪）	1 台	便携显微镜五官检查器	1 套	

（2）按级别配送鼻病专科药品。

2. 全国统一挂牌（“全国鼻病连锁专科合作医疗加盟单位”和“中国鼻病温馨工程单位”牌匾）、统一收费标准、统一经营运作模式、统一使用专利技术、统一配送专科设备。

五、特色疗法培训：

凭此公告可领取国家中医药管理局批准的“全国鼻病新疗法与新技术培训班·免费培训通知”，全部免收学费、免费提供食宿、不收取任何费用。

六、加盟专科承诺：

让您在当地迅速成为学科带头人，快速提升您的知名度和信誉度，加盟后 3-6 个月收回成本，每年纯收入 10-30 万元。

我们坚信：只要有您的参与，这项利国利民又利己的公益事业就一定能够完成，我们的目标也就一定能够实现！

详情请索取连锁加盟方案 加盟电话：0311-85667550/85673546 短信发送：15931144580

河北省石家庄康灵中医耳鼻喉医院 河北康灵医药科技（集团）有限公司