

医学综述 ----- 责任编辑 冯晓燕

近五年中医外治法治疗扁桃体炎的研究进展

.....曾冰沁 陶 波 (1)

分泌性中耳炎的中西医治疗进展

.....王 颖 (4)

实验研究 ----- 责任编辑 孟庆利

注射用双黄连(冻干粉)鼻腔冲洗对变应性鼻炎患者临床疗效观察及其对鼻黏膜中 IL-33mRNA 的影响

.....蒋 敏 刘 钢 吴飞虎 (7)

夏枯草开音合剂治疗血瘀痰凝型咽喉音声疾病的临床有效性和安全性再评价

.....王丽华 胡 蓉 张治军 滕 磊 郑荣华

董 伟 赵 坚 沈 伟 黄 卫 郭 裕 (11)

临床研究 ----- 责任编辑 倪金秀

鼻出血的诊疗经验探讨

.....冯文大 (14)

基于中医整体观的喉源性咳嗽各证型发病特点的流行病学研究

.....张 勉 陈 潇 黄卓燕 高 阳

李 艺 莫绍毅 谢 勇 郑琴媛 (16)

咽速清皮肤粘膜抑菌洗液治疗慢性鼻咽炎的疗效观察

.....冯晓燕 (20)

《临证指南医案》中从脾论治反流性咽喉炎的经验初探

.....李松键 李云英 (22)

疱疹性咽峡炎的病机特点及中医治疗思路

.....花君霞 (24)

譙凤英主任治疗儿童腺样体肥大临床经验介绍

.....乔 静 譙凤英 (26)

穴位敷贴结合鼻窦康皮肤粘膜抑菌洗液 B 型治疗儿童腺样体肥大虚证的疗效观察

.....薛彦艳 (28)

LED·KJY-硬管窥镜影像仪在鼻科及耳科检查的应用

.....张海涛 (30)

主 管

中华中医药学会耳鼻喉科分会

主 办

石家庄康灵中医耳鼻喉医院

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

石家庄天荣印刷有限公司

名医名院 ----- 责任编辑 冯晓燕

如何认识中医古方计量单位

.....刘大新(31)

浅谈喉接触性肉芽肿综合治疗

.....王嘉玺 李金飞 姜 辉(32)

北京中医药大学东方医院耳鼻喉科概况

.....王嘉玺(34)

研究生校园 ----- 责任编辑 孟庆利

严道南教授治疗慢喉暗经验总结

.....王侗蓉 严道南(36)

田理教授运用保和丸加味治疗儿童变应性鼻炎经验举隅

.....刘 婷 朱昕昀 肖志贤 陈 龙 田 理(38)

《景岳全书》喉痹论治思想初探

.....郑东海 杨淑荣(41)

基层医师园地 ----- 责任编辑 薛彦艳

中药治疗小儿分泌性中耳炎 18 例

.....张 瑞 张新亮(43)

针刺曲池、血海、迎香穴、风市穴配合康灵耳鼻喉鼻炎治疗仪治疗过敏性鼻炎 10 例

.....张 华(44)

特约讲座 ----- 责任编辑 薛彦艳

中医儿科耳鼻咽喉疾病特点及对策(之二)

.....赵胜堂(46)

信息动态 ----- 责任编辑 薛彦艳

耳鼻喉中医精准检测定向治疗项目高级研修班

.....(51)

营造强势合作医疗模式寻求耳鼻喉连锁专科加盟

.....(52)

CONTENTS

MEDICAL REVIEW-----Editor-in-Chief: Feng Xiaoyan

- Research Progress of TCM External Therapy against Tonsillitis in Recent Five Years
Zeng Bingxin, Tao Bo (1)
- Recent Advances in Treatment of Secretory Otitis Media with TCM and Western Medicine
Wang Ying (4)

EXPERIMENTAL RESEARCH-----Editor-in-Chief: Meng Qingli

- Clinical Observation of Nasal Irrigation with Shuanghuanglian Injection (Freeze-Dried Powder) for Allergic Rhinitis and Its Effects on IL-33mRNA on Nasal Mucosa
Jiang Min, Liu Gang, Wu Feihu (7)
- Revaluation of Clinical Effectiveness and Safety of Prunella Vulgaris Kaiyin Mixture Treating Otorhinolaryngologic Diseases with Phlegm Coagulation and Blood Stasis Symptom
Wang Lihua, Hu Rong, Zhang Zhijun, Teng Lei, Zheng Ronghua, Dong wei, Zhao Jian, Shen Wei, Huang Wei, Guo Yu. (11)

CLINICAL RESEARCH-----Editor-in-Chief: Ni Jinxiu

- Discussion of Clinical Experience on diagnosis and treatment of nosebleed
Feng Wenda (14)
- Epidemiologic study on Pathological Characteristics of Each TCM Syndromes of Laryngeal Cough Based on the Holistic Concept of Chinese Medicine
Zhang Mian, Chen Xiao, Huang Zhuoyan, Gao Yang, Li Yi, Mo Shaoyi, Xie Yong, Zheng Qinyuan. (16)
- Clinical Observation of Treatment with Yansuqing Skin Mucosa Bacteriostatic Lotiion for Chronic Nasopharyngitis
Feng Xiaoyan (20)
- Preliminary Study of Clinical Experience in Treatment of Laryngphageal Reflux through Spleen According to A Guide to Clinical Practice with Medical Record
Li Songjian, Li Yunying (22)
- TCM Pathogenesis of Herpangina and Its TCM Treatment Thoughts
Hua Junxia (24)
- Clinical Experience Introduction from Director Qiao Fengying about Treatment of Pediatric Adenoidal Hypertrophy
Qiao Jing, Qiao Fengying (26)
- Clinical Observation of Pediatric Adenoidal Hypertrophy Deficiency Syndrome Treated with Acupoint Application Combined with Bidoukang Skin Mucosa Bacteriostatic Lotiion Type B
Xue Yanyan (28)

Applications of LED • KJY rigid-tube endoscopic imager in examinations of otology and rhinology.

Zhang Haitao(30)

WELL-KNOWN HOSPITALS AND PHYSICIANS-----Director-in-Chief: Feng Xiaoyan

How to Learn about the Units of Measurement in TCM Ancient Prescriptions

Liu Daxin (31)

Brief Introduction of Comprehensive Therapy on Contact Granuloma

Wang Jiayi, Li Jinfei, Jiang Hui(32)

Profile of ENT Department at Dongfang Hospital at Beijing University of Chinese Medicine

Wang Jiayi(34)

GRADUATE CAMPUS-----Editor-in-Chief: Meng Qingli

Summary of Clinical Experience of Professor Yan Daonan in Treatment of Chronic Hoarseness

Wang Lirong, Yan Daonan (36)

Clinical Experience Synecdoche of Professor Tian Li in Treating Pediatric Allergic Rhinitis with Supplemented Baohe Pills

Liu Ting, Zhu Xinyun, Xiao Zhixian, Chen Long, Tianli(38)

Preliminary Study of Pharyngitis Syndrome Differentiation and Treatment in Jingyue's Complete Work

Zheng Donghai, Yang Shurong (41)

PRIMARY CARE PHYSICIAN FORUM-----Editor-in-Chief: Xue Yanyan

18 Cases of Pediatric Secretory Otitis Media Treated with TCM

Zhang Rui, Zhang Xinliang (43)

10 Cases Report on Treatment of Allergic Rhinitis with Acupoint Application on Quchi, Xuehai, Yingxiangxue and Fengshixue along with the Use of Kangling ENT Rhinitis Therapeutic Apparatus

Zhang Hua(44)

CONTRIBUTING LECTURE-----Editor-in-Chief: Xue Yanyan

Characteristics and Treatment of TCM Pediatric Otorhinolaryngologic Diseases. (Part II)

Zhao Shengtang (46)

MEDICAL INFO UPDATES-----Editor-in-Chief: Xue Yanyan

Advanced Seminar of ENT TCM Precise Examination and Targeted Therapies

.....(51)

Building Powerful Cooperative Medical System, Kangling is seeking for Chain ENT Specialized Institutions

.....(52)

近五年中医外治法治疗扁桃体炎的研究进展

曾冰沁¹ 陶波²

【摘要】扁桃体炎是一种很常见的咽部感染性疾病，属中医“乳蛾”范畴。随着空气污染、饮食不节等因素的加重，扁桃体炎的临床发病率也呈增高趋势。目前，西医常规使用抗感染治疗，但疗效不佳，且副作用大。中医外治法治疗扁桃体炎具有保留扁桃体及其功能的作用，价廉效佳，且无毒副作用，值得在临床上推广。本文试将近五年来扁桃体炎的中医外治法作一综述。

【Abstract】 Tonsillitis is one of the common pharyngeal infectious diseases, which belongs to acute tonsillitis in the field of traditional Chinese medicine. With the increasing air pollution in the cities and greater eating disorders among people, the incidence of tonsillitis is with higher trend in clinical practice. At present, Western medicine recommends anti-infective therapy for routine use, but the cure is not effective and has side effect. External therapy of traditional Chinese medicine preserves tonsil and its function, with the best bargain and effectiveness, which is significant to promote in a clinical context. This paper will summarize tonsillitis external therapy of traditional Chinese medicine in the recent five years.

【关键词】 扁桃体炎；中医外治法；综述

【Keywords】 tonsillitis; external therapy of traditional Chinese medicine; review

乳蛾是耳鼻喉科常见疾病之一，临床症状多表现为咽部异物感，咽干不适，喉核红肿疼痛，伴有刺激性咳嗽等。治疗扁桃体炎的中医外治法颇多，目前已记载的较为常见的有针刀刺营法、割治法、开壅刺血法、啄治法、针刺法、灼烙法、穴位贴敷法、推拿法、足浴法、灌肠法等。

一、针刀疗法

1.1 针刀刺营

谢强等^[1]应用综合针刀刺营微创疗法治疗急性扁桃体炎患者 64 例，其临床疗效佳。谢氏等人随机将 64 例急乳蛾患者分为试验组（针刀刺营组）和对照组（西药治疗组）。试验组采用丛刺扁桃体患处，点刺三商穴及耳轮三点相结合治疗（统称综合针刀刺营微创疗法）；对照组采用西药治疗，普鲁卡因青霉素 80 万单位，肌注，Bid。接连治疗七天后，两组愈显率分别为：试验组 93.75%、对照组 68.75%，试验组明显高于对照组，差异有统计学意义。通过试验表明，综合针刀刺营微创疗法治疗急性扁桃体炎有确切临床疗效，操作简单，安全可靠，具有临床推广意义。

1.2 割治法

李迎春等^[2]采用挑割法治疗 68 例慢乳蛾患者，使用一次性无菌钩刀进行挑割，对准扁桃体表面隐窝组织，呈“十”字形挑开，上、中、下各选取隐窝 1~2 个，共取 5~6 个，挑割出血即可，每周 2 次，10 次为 1 个疗程。对照组采用头孢抗感染治疗，治疗 10 次后两组总有效率分别为：治疗组 93.75%，对照组 61.76%。试验表明，挑割法治疗慢性扁桃体炎疗效比西医抗感染治疗更显著。譙凤英等^[3]采用割治法治疗急性化脓性扁桃体炎者 288 例，治疗组用镰状刀在扁桃体隐窝口做点状割刺，每次选取 5 个隐窝口，割刺出血即止，遂用口腔抗菌液喷于扁桃体表面，搭配静脉点滴；对照组单用头孢替唑钠静脉点滴。经过 5 天治疗后，两组患者均有不同程度的好转现象。治疗组临床总有效率达 100%，对照组总有效率为 77.8%，研究提示割治法治疗急性化脓性扁桃体炎临床疗效显著。

1.3 开壅刺血法

宋晓等^[4]采用开壅刺血法治疗儿童慢性扁桃体炎患者 60 例。治疗组均采用开壅刺血法，对照组予

以常规西医抗炎对症治疗。治疗后两组总有效率分别为：治疗组 96.67%，对照组 60%，治疗组优于对照组。该试验减轻了患儿的临床症状，抑制了患儿的反复发作，改善了患儿的生活质量，并且预后显著。宋氏认为，开壅刺血法临床疗效较西医抗炎治疗显著，且在治疗过程中，患儿无特殊不适，无毒副作用。

1.4 啄治法

刘春松^[5]选取了 90 例慢性扁桃体炎患者采用中医啄治法治疗。经过 1~3 个疗程的治疗后，治疗组总有效率为 93.8%。刘氏认为啄治法无需麻醉，可在门诊操作，患者易于接受，无特殊不适。王芳^[6]参考汪冰等人的“啄治法”，治疗观察患者 256 例，以一次性扁桃体手术弯刀，在扁桃体隐窝口及周围做点刺、挑割动作，总有效率为 95.3%。

二、针刺疗法

周珊玲等^[7]随机选取两组慢性扁桃体炎患者各 30 例。试验组以针刺咽安穴为主治疗，主穴：咽安（下颌角下缘颈侧部，谢强经验穴）；配穴：三阴交、上廉泉、合谷。对照组予以西医常规治疗。经过治疗后两组患者愈显率分别为：试验组 96.67%，高于对照组 60%。研究试验表明，以针刺咽安穴为主治疗慢性扁桃体炎临床疗效优于西医常规治疗。

三、灼烙法

陈隆晖等^[8]采用灼烧技术对 49 例慢性扁桃体炎患者（治疗 1 组：10 次疗程治疗）和 48 例患者（治疗 2 组：7 次疗程治疗）分别进行治疗。经过治疗后，两组总有效率分别为：治疗 1 组 100%，治疗 2 组 95.9%。试验表明，灼烧技术治疗慢性扁桃体炎临床综合疗效显著。曲汝鹏、孙海波等^[9]对 148 例慢性扁桃体炎患者采用中医传统烙法进行治疗，治疗一个疗程后观察其临床疗效。经过一个疗程治疗后，总有效率为 93.92%。张勉等^[10]对 45 例慢性扁桃体炎患者采用 TCA-1 型扁桃体灼烙器进行治疗，总有效率 93%。王丽鸣^[11]采用改良烙法治疗慢性扁桃体炎患者 30 例，总有效率 100%，其中好转 10 例，治愈 20 例，均取得最佳疗效。丛艳婷^[12]纳入 60 例慢性扁桃体炎患者，分别采用微波烙法 30 例（治疗组），对照组 30 例施以传统小烙铁烙法。通过研究试验，丛氏认为两种烙法均是简单有效的方法，而微波烙法是近年采用的新技术，无出血、愈合快、损伤小，较传统烙法更优。李永玉^[13]采用微波射频疗法治疗

慢性扁桃体炎患者 43 例，总有效率 100%。

四、穴位贴敷法

丁务高^[14]将 60 例急性扁桃体炎患儿分为两组，治疗组在西医常规治疗基础上加用釜底抽薪散涌泉穴贴敷治疗，对照组常规西医治疗。治疗后两组临床总有效率分别为：治疗组 97.7%，高于对照组 76.7%。通过试验表明，釜底抽薪散涌泉穴贴敷治疗小儿急性扁桃体炎临床疗效显著，简便易行，安全可靠。樊华等^[15]采用自制紫蝎穴位贴治疗慢性扁桃体炎急性发作患者 99 例，药物组成：新疆紫草、蝎尾、冰片。将蝎尾、冰片研药末，取适量混合，参入新疆紫草油、凡士林少许，调制糊状，取少许涂敷于大迎穴上（下颌角前方，咬肌附着部前缘，当面动脉搏动处），外用纱布固定包扎。对照组采用西医抗炎治疗。治疗后，总有效率：治疗组 90.38%，对照组 77.27%，说明紫蝎穴位贴敷法治疗慢性扁桃体炎临床疗效优于西医常规抗炎治疗。

张肖瑾等^[16]通过自己的研究分析，认为以冰片、大黄、吴茱萸三味药为主，研末敷贴治疗扁桃体炎疗效极佳。焦一菲^[17]将刁本恕老师治疗小儿急性化脓性扁桃体炎的方法加以经验总结，其指出，刁老常使用穴位贴敷法，贴于患者天突穴，加以耳针，内外合治，效果显著，且操作简便，成本低廉，安全可靠。

五、其它

5.1 推拿法

高树彬等^[18]对 240 例小儿慢性扁桃体炎反复发作者进行推拿控制治疗。治疗组定期对患儿进行按、揉手法，重点按揉角孙、风池、扁桃体穴、足三里，每穴位按揉 400 次，配合商阳、少商、肩井穴。对照组给予玉屏风口服液治疗。治疗一个月后试验组总有效率为 84.61%，对照组为 73.68%。通过该试验研究，高氏认为本推拿疗法有效改善了患儿的相关临床症状、体征，提高了患儿的生活质量，推拿法治疗扁桃体炎的临床疗效显著。

5.2 柴芩银栀汤足浴

邓雪等^[19]将 72 例急性扁桃体炎伴有发热的患儿随机分为两组，对照组治疗予抗生素治疗，治疗组在西医治疗基础上加用柴芩银栀汤足浴，3 天为 1 疗程。经过 1 疗程治疗后，治疗组临床疗效明显优于对照组。试验表明，柴芩银栀汤足浴辅助治疗小儿急性扁桃体

炎临床疗效显著。

5.3 五味消毒饮加减灌肠

高军等^[20]运用五味消毒饮加减灌肠治疗小儿乳蛾。药物组成:金银花 10g,蒲公英 10g,山豆根 10g,紫花地丁 10g,大青叶 10g,半枝莲 10g,连翘 6g,甘草 6g,用法:上药共煎水约 100ml,除去药渣,倒入皿器内,待药凉至约 38℃时,灌肠用。经试验表明,五味消毒饮加减灌肠治疗小儿乳蛾具有显著的临床疗效。

综上所述,由于目前尚未有特效抗病毒药物,加之抗生素的滥用,扁桃体的病程往往迁绵不愈,效果不佳,还易产生一定的耐药菌株,副作用大,西医治疗效果往往不尽人意。结合近五年来中医外治法治疗扁桃体的临床研究进展,发现中医外治法能够有效地改善临床症状,保留甚至提高患者的免疫力。通过近期研究表明,针刀刺营法治疗扁桃体炎具有抗炎消肿,祛邪外出的作用,且疏经通络、开咽利窍。割治法直接在扁桃体上放血排脓,使瘀血外泄,邪热疏散,具有祛邪止痛、化瘀排脓、经络疏散等作用。啄治法将分泌物顺利排出,减轻或消除了炎症的急性发作,解决了炎症的反复发作。针刺疗法可促进人体新陈代谢,增强其代谢活性,排出血液中的毒害物质,改善机体的微循环,从而提高机体的免疫作用。灼烙法与手术摘除相比,保留了扁桃体及其功能,并有效缓解了患者的临床症状。穴位贴敷法安全可靠,简便易行,疗效显著。推拿法集治疗与预防于一体,是控制小儿慢性扁桃体炎反复发作的理想方法。足浴、灌肠法临床疗效显著且操作简单,可重复使用,安全性好,无副作用。各式各样的中医外治法操作简便易行,患者易接受,减少患者服药、治疗的疼痛,治疗过程无特殊不适,无毒副作用,价廉效佳,预后良好,不易复发,值得在临床上进一步推广应用。随着医疗技术的进步,中医治疗扁桃体的外治法也在不断传承与创新,但目前机制研究尚缺乏,无大样本对照、无随机对照试验,这是今后需要深入完善研究的方向之一。

参考文献

[1] 谢强.综合针刀刺营微创疗法治疗急性扁桃体的疗效评价[J].实用中西医结合临床,2011,11(2):1-3

[2] 李迎春.扁桃体挑割法治疗慢乳蛾疗效观察[J].北京中医药,2015,34(8):655-657

[3] 譙凤英.割治法治疗急性化脓性扁桃体炎临床疗效、降低白细胞及体温的观察[J].中医耳鼻喉科学研究,2016,15(1):54-56

[4] 宋晓.开壅刺血法治疗儿童慢性扁桃体 30 例[J].中国中医药现代远程教育,2015,13(1):69-70

[5] 刘春松.扁桃体总发炎试试啄治法[M].医药与保健,2012,20(12):28-29

[6] 王芳.啄治术治疗慢性咽炎、扁桃体的体会[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2016,24(1)

[7] 周珊玲.针刺咽安穴为主治疗慢性扁桃体炎 30 例疗效观察[J].中医耳鼻喉科学研究杂志,2011,10(2)

[8] 陈隆晖.灼烧技术治疗慢性扁桃体炎 97 例临床观察[J].中医杂志,2012,53(13):1119-1122

[9] 曲汝鹏,孙海波.中医烙法治疗慢性扁桃体的多中心临床研究[J].辽宁中医杂志,2016,43(4):780-782

[10] 张勉.中医灼烙法在治疗咽部疾病的应用[J].辽宁中医杂志,2011,38(6):1153-1154

[11] 王丽鸣.改良烙法治疗慢性扁桃体炎 30 例[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(22):34-35

[12] 丛艳婷.烙法治疗慢性扁桃体的临床研究[D].长春中医药大学,2015,04

[13] 李永玉.扁桃体实质内烙法治疗慢性扁桃体炎疗效观察[J].亚太传统医药,2015,11(15):87-88

[14] 丁务高.釜底抽薪散穴位贴敷在小儿急性扁桃体炎治疗中的应用[J].中国临床研究,2015,28(5):661-663

[15] 樊华.紫蝎穴位贴敷治疗慢性扁桃体炎急性发作的临床疗效观察[D].新疆医科大学,2015,04

[16] 张肖瑾等.扁桃体炎中医外治法应用规律研究[J].山西中医,2014,30(8):39-41

[17] 焦一菲.刁本恕内外合治小儿急性化脓性扁桃体炎经验[J].中医外治杂志,2014,23(3):58-59

[18] 高树彬.推拿控制小儿慢性扁桃体炎反复发作的临床研究[J].中医药通报,2011,10(4):44-46

[19] 邓雪.柴苓银栀汤足浴辅助治疗小儿急性扁桃体炎疗效观察[J].山西中医,2016,32(3):44-45

[20] 高军.孙浩运用中医外治法治疗小儿呼吸道感染摘英[J].江苏中医药,2016,48(10):82-83

分泌性中耳炎的中西医治疗进展

王颖¹

【摘要】分泌性中耳炎 (Secretory Otitis Media, SOM) 是以中耳积液 (包括浆液, 黏液, 浆-黏液) 及听力下降为主要特征的中耳非化脓性炎性疾病, 可分为急性和慢性两种。发病机制尚不明确, 咽鼓管功能不良和感染学说是其主要病因。临床症状主要为听力下降、耳痛、耳内堵闷感、耳鸣等, 可伴有自听增强。本病虽不危及生命, 但却严重影响患者的生活质量, 分泌性中耳炎如果未能得到及时治疗, 可能导致鼓室内硬化病灶形成、鼓室粘连、胆脂瘤以及并发胆固醇肉芽肿等。其在小儿中的发病率较高, 是引起小儿听力下降的常见原因之一。因此探索有效的治疗方法具有积极的临床意义。西医临床主要有药物和手术治疗; 中医药治疗重视从整体出发, 注重辨证与辨病相结合, 局部和整体相联系。中医学与西医学对分泌性中耳炎的治疗各有其独到之处, 均取得一定疗效。

【关键词】分泌性中耳炎; 中西医治疗; 进展

分泌性中耳炎 (Secretory Otitis Media, SOM) 是以中耳积液 (包括浆液, 黏液, 浆-黏液) 及听力下降为主要特征的中耳非化脓性炎性疾病, 可分为急性和慢性两种。发病机制尚不明确, 咽鼓管功能不良和感染学说是其主要病因。临床症状主要为听力下降、耳痛、耳内堵闷感、耳鸣等, 可伴有自听增强。本病虽不危及生命, 但却严重影响患者的生活质量, 分泌性中耳炎如果未能得到及时治疗, 可能导致鼓室内硬化病灶形成、鼓室粘连、胆脂瘤以及并发胆固醇肉芽肿等。其在小儿中的发病率较高, 是引起小儿听力下降的常见原因之一。因此探索有效的治疗方法具有积极的临床意义。西医临床主要有药物和手术治疗; 中医药治疗重视从整体出发, 注重辨证与辨病相结合, 局部和整体相联系。中医学与西医学对分泌性中耳炎的治疗各有其独到之处, 均取得一定疗效, 现综述如下:

1. 西医治疗分泌性中耳炎的研究现状

主要有药物和手术治疗。药物治疗有抗生素、糖皮质激素和表面活性物质等。手术治疗常用的有鼓膜穿刺、鼓膜切开置管、鼓膜造孔等, 以及咽鼓管球囊扩张及电子鼻咽喉镜或鼻内镜下咽鼓管注药亦取得了较好的疗效。维持中耳内外气压平衡, 恢

复咽鼓管正常的生理功能是其治疗的重点和关键。

1.1 药物治疗

1.1.1 抗生素

过去由于未从中耳积液中检出细菌, 本病曾被认为是一种无菌性炎症, 现在随着检验手段的进步, 特别是 PCR 技术的应用, 多种致病菌从中耳积液中相继被检出, 主要有肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌、卡他布兰汉球菌及溶血性链球菌。因为有细菌感染的证据, 所以, 抗生素的应用也就有了依据, 抗生素治疗对中耳积液的消退具有重要意义。常用的有青霉素类、头孢类及大环内酯类。

1.1.2 糖皮质激素

糖皮质激素是 SOM 治疗的重要药物, 可口服或鼓室内注药, 一般短期用药, 长期用药需注意糖皮质激素的副作用。长期口服能造成骨质疏松或抑制儿童生长发育。研究发现, 患者中耳积液中的免疫成分水平较高, 说明有免疫反应参与, 为使用糖皮质激素提供了理论基础。鼓室局部使用激素不失为一种好的治疗措施。局部用药减少了全身用药的副作用, 而且局部药物浓度高, 可以更好地抑制炎症浸润及渗出, 并使细胞间质水肿消退, 提高治疗效果。

1.1.3 表面活性物质

临床研究发现,咽鼓管上皮内具有表面活性物质样的板层体结构,能产生表面活性物质,降低表面张力,利于咽鼓管的开放。临床上常用的促表面活性物质为氨溴索,氨溴索能增加咽鼓管和中耳黏膜表面活性物质的合成及分泌作用,因而可改变咽鼓管的开张压力和顺应性,改善通气,同时还能调整黏膜纤毛运输,促进中耳积液的排出,恢复咽鼓管功能,从而治疗 SOM。氨溴索治疗 SOM 的有效性在动物实验和临床上都得到了有效验证,疗效优于糜蛋白酶。

1.1.4 抗组胺药

变态反应是 SOM 的发病原因之一,抗组胺药抑制了炎性介质的释放,减轻了鼓室和咽鼓管的黏膜水肿,减少渗出。一般采用口服。

1.1.5 疫苗应用

目前尚无特别有效的疫苗能预防 SOM 的发生,卡介苗用于 SOM 的预防治疗国内研究较少,孙荣等实验研究发现卡介苗是有效的免疫调节剂,可能通过调节 Th1/Th2 的细胞平衡,达到治疗作用。国外此方面研究相对较多,已有疫苗应用于临床并取得了一定的预防效果。

1.2 手术治疗

1.2.1 鼓膜穿刺术

鼓膜穿刺术不但可作为 SOM 的一种诊断方法,更能作为其一种治疗手段,具有操作简单、损伤小的优点。从鼓膜前下方或后下方刺入鼓室,固定针头,吸尽积液,根据积液性质注入不同药物进行治疗。鼓膜穿刺鼓室注药,不但引流了鼓室积液,使中耳腔负压得到了部分缓解,更能使药物直接作用于中耳腔。穿刺时针头应与鼓膜垂直方向,不能向后上方倾斜,以避免损伤听骨或刺入蜗窗、前庭窗等引起较严重的并发症。鼓膜穿刺由于其通气时间短,穿刺口愈合时中耳腔内的炎症往往尚未痊愈,易于再次出现鼓室内渗出液,需要多次反复穿刺引流,这是其缺点。

1.2.2 鼓膜切开置管术

对于分泌性中耳炎反复发作迁延不愈者临床上常用鼓膜切开置管术。鼓膜切开置管术是将鼓膜切开后,将扣眼状的通气管置放于鼓膜切口上,通气管一般留置 6-8 周,最长可达 1 年。使患者鼓室内外气压长时间保持平衡,促进咽鼓管功能的恢复。

鼓膜置管后易出现术后通气管阻塞、感染、鼓膜穿孔等并发症,因而在手术治疗的同时,必须重视手术并发症的预防,以提高治愈率。鼓膜置管拔管后不要立即行修补术,而应认真处理穿孔边缘,保持其新鲜创面,以避免和防止边缘钙化,减少穿孔长期不愈合的发生。

1.2.3 鼓膜造孔术

激光、等离子鼓膜造孔术是近几年流行的一种手术方法。有临床研究显示,等离子鼓膜打孔术治愈好转率明显高于鼓膜置管术,其并发症少,复发率低,具有微创、安全、简单、疗效好的特点。但确切疗效需要进一步大样本临床研究证实。

1.2.4 鼻内镜下咽鼓管注药

这是近年来治疗 SOM 的一种方法,是在电子鼻咽喉镜或鼻内镜引导下经口或经鼻将导管插入咽鼓管口注入药物,药物经咽鼓管进入鼓室,可抗炎消肿,减少鼓室渗出液,促进和利于鼓室内积液排出,恢复鼓室内外压力。

1.2.5 咽鼓管球囊扩张术

咽鼓管的主要生理功能是平衡中耳与鼻咽部之间的压力,咽鼓管内存在表面活性物质,以降低表面张力,维持管腔正常开放,这对维持咽鼓管正常功能是必不可少的。SOM 后致咽鼓管分泌物增多,而活性物质减少,长时间咽鼓管肿胀,影响表面活性物质的分泌,而咽鼓管球囊扩张后,可使活性物质重新分布于黏膜表面,恢复咽鼓管功能。

1.2.6 腺样体切除术

腺样体肥大致使咽鼓管咽口受阻是部分 SOM 儿童患者发病的重要原因,腺样体在 SOM 发病机制中的作用主要包括:(1)肥大的腺样体引起咽鼓管器质性和功能性阻塞;(2)促进咽鼓管逆流;(3)是致病菌的贮藏所。目前,临床多采用全麻鼻内镜下腺样体等离子射频消融切除术,该手术视野清晰,操作方便,不易损伤周围组织,并发症少。腺样体切除有利于咽鼓管通气,改善中耳的通气引流,从而利于 SOM 治愈。

1.2.7 完璧式乳突手术

对伴发隐性乳突炎或胆固醇肉芽肿性中耳乳突炎患者,可行乳突改良根治术或上鼓室凿开术,充分开放鼓室、乳突气房,清除积液,去除咽鼓管口的肉芽。手术以乳突高度轮廓化为要求,清除全

部气房及其黏膜。鼓室诸壁必须保持完整，形成独立的、与乳突无关的空腔。

另外根据病因不同，可采取不同手术的联合治疗，如腺样体切除术联合鼓膜切开置管术。针对病因同时还需药物与手术综合治疗，总之，去除病因，维持中耳内外气压平衡，恢复咽鼓管正常的生理功能是西医临床治疗的重点。

2. 中医治疗分泌性中耳炎的研究现状

中医学将其病因病机归于外邪、瘀、虚、气逆等方面，涉及的脏腑经络主要有肺、肾、肝及手太阳、少阳经脉等。现代多数学者认为本病的病因病机主要为风邪侵袭，痹阻耳脉；湿浊侵袭，留滞耳脉；邪毒滞留，气血瘀阻；脾胃虚弱，痰湿蒙蔽；以及肝肾虚损，虚火上炎。临床上主要有内治法及外治法。

2.1 内治法

2.1.1 从肺论治

认为肺之络会于耳中，其气不通，故令耳聋。其分型与治法大致可分为：①风寒袭肺型。治宜疏风散寒，宣肺通窍；②风热袭肺型，治宜疏风清热，宣肺通窍；③痰热郁肺型，痰火郁肺，络闭而致。治宜清热化痰，宣肺通窍；④痰湿阻肺型，邪毒滞留，肺失宣肃，湿浊停聚耳窍而成。治宜燥湿化痰，宣肺通窍；⑤肺气虚型，病久，肺气虚弱，肺失宣降所致，治宜培土生金，益气通窍。

2.1.2 从痰论治

干祖望认为本病乃因四种痰“作祟”，分别为风邪之痰、湿浊之痰、脾虚之痰和肾虚之痰。风邪之痰又有风热与风寒之分。偏于风热者，应疏风清热消痰，用银翘散合二陈汤；偏于风寒者，应疏风祛寒消痰，用荆防败毒散合二陈汤；湿浊之痰应清热利湿化痰，用五神汤合二陈汤；脾虚之痰应健脾化痰，用参苓白术散合二陈汤；肾虚之痰则应温阳补肾，用附桂八味汤，根据中耳内液体的不同，稀者用王氏二陈汤，稠者用温胆汤，极稠者用控涎丹。

2.1.3 从湿热瘀论治

认为本病是由邪毒内侵，湿热毒邪积滞，耳窍

经气痞塞不宣而致，也有因失治、误治或反复发作致邪毒滞留，脉络受阻，气滞血瘀，致使清阳浊阴升降失常，清窍失其濡养耳窍闭塞而成。因此用药上多采用活血化瘀、祛热除湿等药。如：桃仁、红花、丹皮、赤芍、川芎、当归、柴胡、升麻、石菖蒲、泽泻、薏苡仁、白芷、丝瓜络、黄芪、地龙等。

2.1.4 从肝胆论治

认为从足少阳胆经之脉循耳后，其支者从耳后入耳中，出走耳前，肝胆互为表里出发，认为肝胆疾病互为影响，肝胆湿热壅盛可影响耳部，用龙胆泻肝汤治疗分泌性中耳炎。

2.1.5 从虚论治

认为脾气不升，则九窍不利，主要从脾肾气虚论治，常用健脾补肾利水方。另外，也有实验研究表明健脾利水方可有效提高咽鼓管表面物质的含量，减少中耳渗液。常用药物有：黄芪、防风、白术、薏苡仁、车前子、茯苓、杏仁、石菖蒲等。

2.2 外治法

2.2.1 针灸疗法

有中西医结合实验表明针刺蝶腭神经节，刺激机体交感、副交感神经达到平衡，改善咽鼓管功能，减轻咽鼓管的水肿，从而降低中耳负压，提高分泌性中耳炎疗效。上海市中医医院耳鼻喉科采用翳风穴注射地塞米松和山莨菪碱治疗分泌性中耳炎，亦取得一定疗效，可供参考。但要注意操作中注意事项。

2.2.2 鼓膜按摩

鼓膜按摩最早记载于《景岳全书·卷二十七》，其通过使外耳道交替产生正负压，引起鼓膜运动而引起按摩鼓膜的作用。但要嘱咐患者注意力度及强度，不可过激，急性期不适用。

分泌性中耳炎是耳鼻喉科常见的疾病，由于病因的难去除性临床治疗中很多患者不能达到预期效果，中医与西医治疗各有其优势及缺点，因此治疗中不应拘泥于一种方法，采取中西医结合治疗效果往往更为显著。对于复发性分泌性中耳炎患者要注意鉴别诊断，以免延误病情。

注射用双黄连（冻干粉）鼻腔冲洗 对变应性鼻炎患者临床疗效观察及其 对鼻黏膜中 IL-33mRNA 的影响

蒋敏¹ 刘钢² 吴飞虎²

【摘要】1. 目的：（1）观察注射用双黄连（冻干粉）鼻腔冲洗对变应性鼻炎患者的临床疗效。

（2）检测经药物治疗前后过敏性鼻炎患者鼻黏膜中 IL-33mRNA 相对表达量的改变，进一步探讨注射用双黄连（冻干粉）鼻腔冲洗治疗变应性鼻炎可能的作用机理。

2. 方法：选取 2015 年 11 月至 2016 年 8 月安徽省中医院耳鼻咽喉科门诊过敏性鼻炎患者 100 例，随机分为双黄连组（50 例）和布地奈德组（50 例）。双黄连组应用注射用双黄连（冻干粉）冲洗鼻腔，每日 1 次，左右交替冲洗双侧鼻腔。布地奈德组选用布地奈德鼻喷雾剂喷鼻，一次一侧鼻腔各 1 喷，1 次/天。治疗期间均暂停使用其他抗过敏药物。统计实验数据，并对治疗后两组患者的症状体征积分及鼻黏膜中 IL-33mRNA 的相对表达量进行比较。

3. 结果：注射用双黄连（冻干粉）鼻腔冲洗和布地奈德鼻喷雾剂喷鼻皆能有效改善变应性鼻炎患者的鼻部症状，而且两组比较差异不显著。总体的疗效方面，双黄连组的显效率为 14.0%，总有效率可达 96.0%，无效率仅 4.0%；布地奈德组的显效率是 18.0%，总的有效率为 98.0%，无效率仅有 2.0%，两组疗效比较， $P > 0.05$ ，差异不具有统计学意义，因此注射用双黄连（冻干粉）鼻腔冲洗治疗过敏性鼻炎的疗效相当于布地奈德鼻喷雾剂。双黄连组和布地奈德组过敏性鼻炎患者鼻黏膜中 IL-33 mRNA 的相对表达量分别为 (0.48 ± 0.25) 和 (0.49 ± 0.21) 。

4. 结论：注射用双黄连（冻干粉）鼻腔冲洗可以明显降低变应性鼻炎患者鼻黏膜中 IL-33mRNA 的相对表达量，而且与鼻用糖皮质激素比较无明显差异；注射用双黄连（冻干粉）鼻腔冲洗可以显著改善变应性鼻炎患者的鼻部症状及体征，其临床疗效与鼻用糖皮质激素相当，且未发现明显的不良反应，在临床上具有推广及应用价值。

【关键词】变应性鼻炎；双黄连冻干粉；IL-33；鼻腔冲洗

变应性鼻炎 (Allergic Rhinitis AR)，也就是所谓的过敏性鼻炎，是耳鼻咽喉科临床中的常见病、多发病，过敏原侵入机体后产生的由 IgE 介导的以组胺等炎性介质释放为首的、且有很多免疫活性细胞和细胞因子介入的鼻黏膜慢性非感染性炎症性疾病^[1]。典型临床表现为反复发作性的鼻痒、鼻塞、流大量水样涕及打喷嚏等，可伴有眼痒、结膜充血、咽痒等邻近器官的症状。加上其病程长，严重影响了患者的生活质量。

依据国内外的流行病学资料显示，近些年过敏性鼻炎的患病率大幅增加。按照国际变态反应组织公布的来自 30 个国家的流行病学资料显示，变态反

应性疾病的患病率可达 21%，而 WHO 估计全球大约有 6 亿人罹患过敏性鼻炎^[2]。因为我国地域广阔，不同地区气候、卫生环境以及经济水平等存在差异，可能导致了过敏性鼻炎的患病情况有差别。在我国大陆地区的调查中显示，过敏性鼻炎的患病率波动在 4% ~ 38%^[3]。AR 虽不能致命，但发病时鼻塞、鼻痒、打喷嚏及流清涕，甚至出现嗅觉障碍，这些症状可不同程度的影响患者的睡眠、发音、面部发育及心理状态等，并可导致其他相关疾病如鼻窦炎、鼻息肉、哮喘及分泌性中耳炎的产生和发展，或与过敏性结膜炎同时发生，严重影响患者生存质量及社会经济。

因而，过敏性鼻炎的治疗和预防成为临床工作

者关注的焦点。防止接触过敏原是预防的关键，然而，过敏原的种类繁多，无法完全避免接触，因此，治疗对于变应性鼻炎患者来说是必不可少的，目前临床仍以药物治疗为主。近年来鼻腔冲洗逐渐进入了人们的视线，被普遍用于鼻部疾病的治疗中。而且在最新的（2015 年，天津）《变应性鼻炎诊断和治疗指南》中推荐使用鼻腔冲洗的方法治疗变应性鼻炎。系统性回顾以及 Meta 分析 1994 ~ 2010 年鼻腔冲洗治疗 AR 的情况，结果发现鼻腔冲洗治疗 AR 有效，而且安全、可耐受、简单、经济实惠^[4]。近年来关于中药鼻腔冲洗治疗变应性鼻炎的研究报道较多，但冲洗液的成分各不相同，有中成药鼻腔冲洗，亦有自制中药组方鼻腔冲洗的研究，疗效不一。本文主要探究注射用双黄连（冻干粉）鼻腔冲洗治疗过敏性鼻炎的临床疗效，并且检测注射用双黄连（冻干粉）鼻腔冲洗治疗前后变应性鼻炎患者鼻黏膜中 IL-33 mRNA 相对表达量的改变。

目前，公认的过敏性鼻炎的发病机制为过敏原作用于特异的机体后出现由 IgE 介导的 Th2 免疫反应为主导的 I 型变态反应性疾病。Th2 细胞分泌的有 IL-4、IL-5、IL-10 以及 IL-13 等因子，这些因子可以促进 Th2 的增殖。近些年有研究表明，IL-33 主要与其受体 ST2 结合而发挥生物学效应，并激活下游的信号通路，可以促使 Th2 细胞免疫反应，从而调节免疫反应等作用^[5]。有研究显示，中国过敏性鼻炎患者的血清中 IL-33 的水平与健康个体比较明显升高，说明 IL-33 与变应性鼻炎的发生有相关性^[6]。并且本课题组研究人员在其前期课题研究中已经证实变应性鼻炎患者经过药物治疗可以调节过敏性鼻炎患者鼻黏膜中 IL-33 基因的表达量，并且达到了改善患者临床症状的目的^[7-8]。本课题通过实时荧光定量 PCR 技术检测变应性鼻炎患者经过注射用双黄连（冻干粉）鼻腔冲洗后鼻黏膜中 IL-33mRNA 相对表达量的改变，并且观察变应性鼻炎患者经注射用双黄连（冻干粉）鼻腔冲洗治疗前后的症状体征，从而为注射用双黄连（冻干粉）鼻腔冲洗在临床的进一步应用及推广提供循证医学依据。

一、病例选择

1. 一般资料

本试验研究病例均来源于 2015 年 11 月 ~ 2016 年 8 月安徽省中医院符合变应性鼻炎诊断标准的门诊病例 100 例。随机分为双黄连组和布地奈德组，每组 50 例。其中双黄连组男 31 例，女 19 例，年龄

6 ~ 70 岁，平均年龄 (22.84 ± 15.43) 岁。布地奈德组男 28 例，女 22 例，年龄 6 ~ 70 岁，平均年龄 (22.16 ± 14.62) 岁。两组患者在年龄、性别方面比较，差异都没有统计学意义 (P > 0.05)。所有受试者实验前均被告知实验目的和实验内容并签署知情同意书。

表1 两组患者性别分布比较

组别	例数	男	女	χ^2	P
双黄连组	50	31	19	0.372	0.542
布地奈德组	50	28	22		

表2 两组患者的年龄分布比较

组别	例数	平均年龄	χ^2	P
双黄连组	50	22.84 ± 15.43	0.226	0.822
布地奈德组	50	22.16 ± 14.62		

2. 诊断标准

符合（2015 年，天津）中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会鼻科组和中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组的关于 AR 诊断标准^[1]：

- (1) 临床症状：打喷嚏、流水样涕、鼻塞、鼻痒等症状表现 2 项或 2 项以上，24 小时症状持续或累计在 1 小时以上。可伴有眼部症状；
- (2) 体征：鼻黏膜苍白、水肿，鼻腔内可见水样分泌物，酌情给予鼻内镜和鼻窦 CT 等检查；
- (3) 皮肤过敏原点刺试验阳性反应，至少有一种过敏原为 (++) 或 (++) 以上；
- (4) 血清特异性的 IgE 检测：可以作为诊断过敏性鼻炎的实验室指标之一；
- (5) 确诊变应性鼻炎需临床表现符合皮肤点刺试验或血清特异性 IgE 检测结果。

3. 病例纳入标准

- (1) 符合以上 AR 的诊断标准；
- (2) 年龄在 6 ~ 70 周岁；
- (3) 自愿接受鼻腔冲洗治疗，并能坚持定期复查，通过医院伦理审查委员会审查，并且签署知情同意书者。

4. 病例排除标准

- (1) 不符合 AR 的诊断标准及纳入标准的患者；
- (2) 鼻腔冲洗患者近一个月内接受糖皮质激素和抗组胺等药物治疗者；
- (3) 妊娠、哺乳期的女性患者；
- (4) 同时伴有鼻息肉、鼻窦炎、严重的鼻中隔偏曲、支气管哮喘以及急性呼吸道感染的患者；
- (5) 伴有心、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病及精神疾病患者。

5. 病例剔除标准

- (1) 纳入患者遵从性差，没有按照规定时间定期进行复查或服用了对疗效有影响的药物；
- (2) 患者耐受性差，无法耐受鼻腔冲洗者；
- (3) 未按给予的说明用药，不能判断疗效或资料不全面对疗效判断有影响的患者；
- (4) 患者自行退出，不愿继续接受临床试验者。

二、治疗方法

1. 治疗药物

注射用双黄连冻干粉：每支 1.2g，哈药集团中药二厂生产，国药准字 Z20043425；主要由金银花、连翘、黄芩三味药经工艺提取而成的粉针剂；多为静脉给药，用于治疗外感风热表现出发热、咳嗽、咽痛等症状，上呼吸道感染、轻度肺炎、扁桃体炎等出现上述证候者。

布地奈德鼻喷雾剂：又名雷诺考特，120 喷 / 支，64ug / 喷，阿斯利康生产，国药准字 J20090079；主要用于治疗季节性和常年性过敏性鼻炎。

2. 给药方法

双黄连组：给予双黄连鼻腔冲洗，将注射用双黄连冻干粉两支（儿童一支）稀释溶解于 500ml（儿童 250ml）生理盐水后冲洗鼻腔，左右交替的冲洗双侧鼻腔，每次冲洗时间在 10 ~ 15 分钟。每日 1 次。冲洗时患者取坐位，身体微微向前倾，低头，尽量面部与地面平行，面前放一水盆或在水池前进行，张开嘴，告知患者通过口缓慢平静的呼吸，将鼻腔冲洗的橄榄头堵住一边前鼻孔，使其全部封闭后开始冲洗（冲洗液可以从一侧鼻孔流入鼻腔再从对侧鼻孔或口中流出）。（每周随访一次）。3 周为 1 疗程。

布地奈德组：采用布地奈德鼻喷雾剂喷鼻，成人（儿童）一次一侧鼻腔 1 喷，一天 2（1）次，一天的最大用量不能超过 8 喷（256ug），3 周为 1 个疗程。使用时嘱患者用左手喷右鼻孔，右手喷左鼻孔，为避免直接将药物喷向鼻中隔。

三、观察指标及疗效评定标准

症状及体征记分原则及疗效评定标准参照（2015 年，天津）《中华耳鼻咽喉头颈外科杂志》中过敏性鼻炎的诊断和治疗指南。

1. 变应性鼻炎的症状积分标准（表 3）

表3 变应性鼻炎症状记分标准

分级 记分	喷嚏（1次 连续的个数）	流涕（每日 擤鼻的次数）	鼻塞	鼻痒
0分	无	无	无	无
1分	3 ~ 5	≤ 4	有意识吸气时觉	间断
2分	6 ~ 10	5 ~ 9	间歇性或交互性	可忍受蚁行感
3分	≥ 11	≥ 10	几乎全天用口呼吸	难忍受蚁行感

2. 变应性鼻炎体征记分标准（表 4）

表4 变应性鼻炎体征记分标准

分级记分	下鼻甲肿大程度
0分	无
1分	下鼻甲轻度肿大，鼻中隔、中鼻甲尚可见
2分	下鼻甲与鼻底、鼻中隔紧靠，之间留有缝隙
3分	下鼻甲与鼻底、鼻中隔紧贴，见不到中鼻甲

3. 疗效评价标准

按照治疗前和治疗后症状加体征积分的总和计算改善的百分率，疗效判定：

疗效 = (治疗前的总分 - 治疗后的总分) / 治疗前的总分 × 100% ≥ 66 % 为显效，26 % ~ 65 % 为有效，≤ 25 % 为无效。

四、实验材料与方法

1. 实验方法

1.1 标本采集与保存

所有患者用 1% 丁卡因鼻腔黏膜表面麻醉后，用刮匙刮取部分下鼻甲黏膜组织，放入冻存管，并做相应标记，然后用液氮速冻，而后冷冻并保存在 -70℃ 冰箱，以备提取组织中的 RNA 时用。

1.2 RNA 的提取

(1) 称取 50 ~ 100mg 的组织，剪碎，液氮中研磨，并加 1ml 的 TRIzol 试剂。

(2) 4℃ 下 12000rpm 离心 10min，除去没有完全裂解的组织以及脂肪等。

(3) 加 0.2ml 的氯仿，手动剧烈振荡管体 15s，室温下静置 2 到 3 分钟。

(4) 4℃ 下 12000rpm 离心 15min，取约 500ul 水相上层加入到另一干净的离心管中。

(5) 加入 0.5ml 的异丙醇混合以沉淀其中的 RNA，混匀后室温下放置 10min。

(6) 4℃ 下 12000rpm 再次离心 10min，移去上清液。

(7) 加入 1ml 的 75% 乙醇（用 DEPC 水配制），清洗 RNA 沉淀。混匀后 4℃ 下 12000rpm 离心 5min。

(8) 室温放置 30min 干燥 RNA 沉淀。

(9) 加入 20-50 μl DEPC 水，55℃ 下溶解 10min，获得的 RNA 溶液保存在 -80℃ 备用。

1.3 RT 反应

(1) 在 0.2ml 离心管中，加入质量为 1ug 的总 RNA、10 μM Oligo (dT) 1 μL、DEPC 水补充到 12 μL，慢慢混匀、点动离心。

(2) 65℃ 下 PCR 仪上加热 5min，立刻冰浴 3min。

(3) 在上述离心管中加入 5×Reaction Buffer 4.0 μL、10mM dNTP Mix 2ul、Ribolock™ Rnase

inhibitor 1 μL、RevertAid™ M-MuLV Reverse Transcriptase 1 μL。

(4) 42℃ 60min, 70℃ 5min。

(5) 得到的上述反应液, 就是 cDNA 溶液, 保存在 -80℃ 备用。

1.4 荧光定量 PCR

(1) 设计合成引物

以 β-actin 作为内参, 由 invitrogen 公司合成引物, 所有引物的序列如下:

引物名称	引物序列	产物长短
β-actin	Forward primer 5'	180bp
	-GGGAAATCGTGCGTGACATTAAGG -3'	
	Reverse primer 5'	
IL-33	- CAGGAAGGAAGGCTGGAAGAGTG -3'	141bp
	Forward primer 5'	
	- CAGACTCCTCCGAACACAGA -3'	
Reverse primer 5'	- TTTGCTTGCTGTGTTCTCC -3'	

(2) 取出 cDNA 作为反应的模板, 反应体系如下:

体系	体积
2×SYBR Green mixture	5uL
Forward primer (10uM)	1uL
Reverse primer (10uM)	1uL
cDNA	1uL
RNase Free water	2uL
Total	10uL

1.5 荧光定量 PCR 数据分析

扩增的数据采用相对定量 $2^{-\Delta\Delta Ct}$ 计算, 计算各样本平均 CT 值、 ΔCT 值 (目的样本 CT - 内参 CT)、 $\Delta\Delta CT$ 值 (治疗后 ΔCT - 治疗前 ΔCT), 最后计算 $2^{-\Delta\Delta Ct}$, 即表示各组治疗后目的基因的表达量相对于治疗前表达量的相对倍数。

五、统计学分析

选用 SPSS17.0 软件对数据进行处理, 将 $P < 0.05$ 的视为具有统计学意义。对所检测的指标进行正态性检验, 定量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm S$) 表示, 组内比较选用配对样本 t 检验, 组间比较选用两独立样本 t 检验; 定性资料采用 χ^2 检验或秩和检验。

六、实验数据经统计分析后, 得出以下结论:

1. 注射用双黄连 (冻干粉) 鼻腔冲洗能明显降低变应性鼻炎患者鼻黏膜中 IL-33mRNA 的相对表达量;
2. 注射用双黄连 (冻干粉) 鼻腔冲洗可以有效改善变应性鼻炎患者的鼻部症状, 其缓解程度与鼻用糖皮质激素无明显差异 ($P > 0.05$);

3. 注射用双黄连 (冻干粉) 鼻腔冲洗治疗变应性鼻炎的总体疗效相当于布地奈德鼻喷雾剂, 可以避免患者及患儿家长对鼻用糖皮质激素有无副作用的顾虑;

4. 在注射用双黄连 (冻干粉) 鼻腔冲洗治疗变应性鼻炎的过程中, 未发现患者有明显的不良反应, 在临床中有推广与应用价值。

参考文献

[1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 变应性鼻炎诊断和治疗指南 (2015 年, 天津)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016, 51(1): 5-24.

[2] BOUSQUET J, BACHERT C, CANONICA G W, et al. Unmet needs in severe chronic upper airway disease (SCUAD)[J]. J Allergy Clin Immunol, 2009, 124: 428-433.

[3] ZHANG Y, ZHANG L. Prevalence of allergic rhinitis in china[J]. Allergy Asthma Immunol Res, 2014, 6(2): 105-113.

[4] Hermelingmeier KE, Weber RK, Hellmich M, et al. Nasal irrigation as an adjunctive treatment in allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. Am J Rhinol Allergy, 2012, 26: e119-125.

[5] 阙文君. IL-33 及其受体 ST2 的结构和在疾病中的作用 [J]. 国际检验医学杂志, 2014, 35(12): 1606-1608.

[6] 陈剑雄, 李延武, 李卓成. 变应性鼻炎患者血清白介素 -33 水平分析 [J]. 现代检验医学杂志, 2014, 29(4): 122-123.

[7] 宋任洁. IL-33 与变应性鼻炎的相关研究——IL-33 基因家族的分子进化分析及在用药 (复方辛夷滴鼻液) 患者体内的表达模式分析 [D]. 合肥: 安徽中医药大学, 2015.

[8] Renjie Song et al. Molecular Evolution of the Allergic Rhinitis Associated Gene Family IL-33 in Mammalian Species[J]. Sch J Agric Vet Sci 2015; 2(1B): 67-78.

[9] 赵琰, 王雪茜, 赛佳洋, 等. 王庆国教授应用双辛鼻散治疗过敏性鼻炎的经验 [J]. 环球中医药, 2015, 8(10): 1206-1207.

夏枯草开音合剂治疗血瘀痰凝型 咽喉音声疾病的临床有效性和安全性再评价

王丽华¹ 胡蓉¹ 张治军² 滕磊² 郑荣华³ 董伟³ 赵坚⁴ 沈伟⁴ 黄卫⁵ 郭裕¹◆

【摘要】目的：研究夏枯草开音合剂治疗咽喉音声疾病的临床有效性及安全性。方法：将 150 例慢性咽喉炎、声带小结、声带息肉患者随机分为 2 组，治疗组 76 例予夏枯草开音合剂，同时口服色型味均似于金嗓散结丸的安慰剂；对照组 74 例予金嗓散结丸，同时口服色型味均似于夏枯草开音合剂的安慰剂。两组均以 28 天为 1 个疗程，1 个疗程后比较临床疗效、治疗前后体征及症状评分及安全性。结果：治疗组总有效率为 86.84%，对照组总有效率为 72.97%。两组间比较有统计学意义 ($P < 0.05$)。用药前两组体征及症状评分及一般情况无统计学差异，两组具有可比性。用药一周后及两周后，两组间比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)；用药四周后治疗组评分为 5.01 ± 3.08 ，对照组评分为 7.12 ± 3.26 ，两组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论：夏枯草开音合剂治疗咽喉音声疾病具有较好的临床疗效。治疗过程中无不良反应，具有较好安全性。

【关键词】夏枯草开音合剂；咽喉音声疾病；有效性；血瘀痰凝型

咽喉音声疾病主要是指慢性咽喉炎、声带小结、声带息肉等引起的咽喉不适嗓音嘶哑等疾患，为耳鼻喉科常见病、多发病。目前，用于治疗咽喉音声疾病的中成药临床上非常之多，但仍有很大一部分咽喉音声疾病患者受咽喉不适之痛而无法缓解。分析其中原因认为目前临床应用于咽喉音声疾病中成药种类虽多，但大都是疏风清热利咽开音之药，而很大一部分患者并非皆属风热证者，而是迁延日久属气滞血瘀痰凝之证，故用疏风清热之药而无效，甚者加重病情。夏枯草开音合剂是郭裕主任医师针对血瘀痰凝的发病机理而设的我院自制制剂。在我院应用十余年，取得了较好疗效。本研究采用多中心随机对照方法，在夏枯草开音合剂治疗慢喉暗取得较好疗效^[1-2]的基础上进一步研究夏枯草开音合剂治疗咽喉音声疾病的临床有效性、安全性及与市场成熟用药金嗓散结丸的对比疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究病例为上海中医药大学附属市中医医院、上海中医药大学附属曙光医院、上海中医药大学附属龙华医院、上海中医药大学附属普陀医院及上海

中医药大学附属第七人民医院五家分布于上海不同区域的三级医院门诊患者，自 2015 年 5 月 -2016 年 11 月共收集咽喉音声疾病病例 150 例，年龄 20-65 岁，平均 44.62，随机分为两组，治疗组 76 例，男 26 例，女 50 例；年龄 20-65 岁；病程 20 天 -180 天。对照组 74 例，男 31 例，女 59 例；年龄 20-65 岁；病程 25 天 -120 天。两组一般资料比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性（见表 1）。

表 1 一般情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	性别		年龄(岁)	平均病程(天)
		男	女		
治疗组	76	26	50	44.58±12.66	45.34±22.76
对照组	74	30	44	44.66±13.09	44.67±26.75
P	/	0.50		0.97	0.89

1.2 诊断、纳入及排除标准

1.2.1 诊断标准

参照《实用耳鼻咽喉科学》^[3]。主要症状为咽喉不适，声嘶，初起为间歇性声嘶，渐变为持续性，伴咽喉分泌物增加，咽喉部不适感及干咳等；喉镜检查可见咽后壁粘膜暗红，淋巴滤泡增生，喉黏膜肥厚；声带肥厚，声门闭合不全；室带常肥厚，

1. 上海中医药大学附属市中医医院 (200071)
2. 上海中医药大学附属曙光医院 (201203)
3. 上海中医药大学附属龙华医院 (200032)
4. 上海中医药大学附属普陀医院 (200062)
5. 上海中医药大学附属第七人民医院 (200137)

遮盖部分声带。

1.2.2 中医诊断标准

参照国家中医药管理局拟订的《中医病证诊断疗效标准》^[4]之慢喉暗诊断标准。①以咽喉部干燥不适、长期声音嘶哑为主要症状，伴咳嗽、咯痰等症；②病程较长，时轻时重；③从事话务员、教师、播音员、营业员等用嗓较多职业者易患本病，多因急喉暗反复发作而转为慢性，亦有长期发音过度、缓慢起病者；④喉镜检查多有黏膜暗红充血、肿胀或萎缩，咽后壁淋巴滤泡增生，声带肿胀、肥厚，声门闭合不全，或室带肥厚、超越。

1.2.3 症状、体征分级量化标准

声音嘶哑：正常（0分），无；轻度（3分），稍有声音嘶哑或偶有声音嘶哑；中度（6分），有持续的声音嘶哑；重度（9分），有持续的声音嘶哑且发音乏力。咽喉部黏膜红肿、有增生：正常（0分），无；轻度（3分），咽喉黏膜暗红，声带局部有充血水肿；中度（6分），喉黏膜充血肥厚；重度（9分），黏膜充血肥厚，后壁淋巴滤泡增生，声带纤维样小结增生或声带肥厚或息肉样增生。

1.2.4 纳入标准

①符合慢性咽喉炎诊断标准者；②符合中医慢喉暗诊断标准者；③18-65岁成年患者（性别不限、包括18岁、65岁患者）；④中医症状分级量化标准积分达8分或8分以上者；⑤自愿加入本研究，愿意服从治疗方案及流程者。

1.2.5 排除标准

①不符合慢性咽喉炎或中医慢喉暗诊断标准者；②年龄<18岁或>65岁，或妊娠期、哺乳期妇女；③未服从治疗方案及流程的诊疗者；④1周内使用过抗生素者；⑤1周内使用过治疗急、慢性喉炎的其他药物者；⑥2周内使用过糖皮质激素者。所有病例均排除喉结核、喉癌等其他疾病。

1.2.6 辨证分型

血瘀痰凝型：咽喉部黏膜色暗红，后壁淋巴滤泡增生，声带肥厚，或粘痰附其上或室带肥厚、超越，甚有小结或息肉，舌质暗滞、脉涩。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组

予患者夏枯草开音合剂及金嗓散结丸安慰剂。夏枯草开音合剂药物组成：三棱、莪术、桃仁、

红花、葛根、山楂、半夏、陈皮、茯苓、桔梗、夏枯草、海蛤壳、威灵仙、胖大海等。（沪药制字Z05190765）。每次20mL，每日2次口服。同时口服色型味均似于金嗓散结丸的安慰剂，每次60粒，每日两次。

1.3.2 对照组

予金嗓散结丸及夏枯草开音合剂安慰剂。金嗓散结丸药物组成（西安碑林药业股份有限公司（国药准字Z61020814），药物组成：金银花、板蓝根、玄参、木蝴蝶、蒲公英、麦门冬、丹参、蝉蜕、浙贝母、桃仁（去皮）、鸡内金（炒）、泽泻等16味）60粒，每日2次口服。同时口服色型味均似于夏枯草开音合剂的安慰剂，每日两次，每次20mL。2组均1个月为1个疗程。

1.4 统计学方法

结果采用SPSS17.0版本进行统计学分析。两组间计量资料比较采用t检验，各病例组间参数比较采用方差分析，计数资料两组间比较用卡方检验，检验标准取0.05。

2 结果

2.1 疗效评定

治疗组76例患者中痊愈12例，显效24例，有效30例，无效10例，总有效率为86.84%，对照组74例患者中痊愈10例，显效20例，有效24例，无效20例，总有效率为72.97%。两组间比较有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。（见图1及表2）

表2 疗效比较（例）

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	76	12	24	30	10	86.84*
对照组	74	10	20	24	20	72.97

注：* 表示 $P=0.0416 < 0.05$

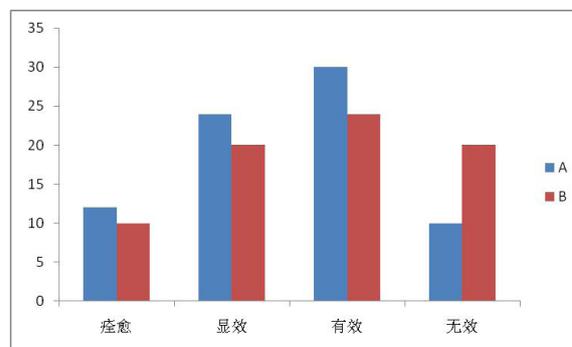


图1 两组间疗效比较

注：A：治疗组；B：对照组

2.2 症状体征评分组间比较

在用药前治疗组评分为 16.99 ± 4.38 ，对照组评分为 16.88 ± 4.01 ，两组间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；用药一周后治疗组评分为 13.81 ± 5.03 ，对照组评分为 13.73 ± 4.68 ，两组间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；用药两周后治疗组评分为 8.65 ± 4.07 ，对照组评分为 10.58 ± 4.40 ，两组间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；用药四周后治疗组评分为 5.01 ± 3.08 ，对照组评分为 7.12 ± 3.26 ，两组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。(见表 3 及图 2)

表 3 症状体征评分结果

	用药前	一周后	两周后	四周后
治疗组	16.99 ± 4.38	13.81 ± 5.03	8.65 ± 4.07	5.01 ± 3.08
对照组	16.88 ± 4.01	13.73 ± 4.68	10.58 ± 4.40	7.12 ± 3.26
P	0.872	0.919	0.053	$P < 0.05$

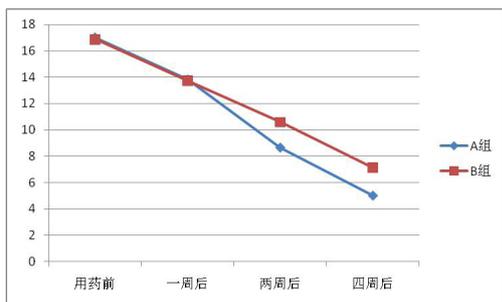


图 2 两组间评分比较 (A 为治疗组, B 为对照组)

3. 讨论

咽喉音声疾病是由于或过食辛辣或长期吸收有害气体或粉尘或用声过度,鼻腔、鼻窦、咽部或下呼吸道慢性炎症直接扩展到咽喉部、急性咽喉炎长期反复发作或迁延不愈而引起的病变。包括慢性咽喉炎、声带小结及声带息肉。临床上通常采用口服中成药、雾化吸入等方法治疗^[5],但效果往往不够理想。即使是手术后,保养不当亦容易复发。究其原因一为引起咽喉音声疾病的因素持续存在,有不可避免者,使其容易复发;二为咽喉音声疾病的临床证候分型不尽相同,而医生用药不能完全根据辨证论治,虽病同而证异,同药却不能同效;三为临床多祛风清热利咽喉中成药,而少活血化瘀祛痰利咽喉中成药,而咽喉音声疾病多为反复发作迁延日久,多为瘀为痰,故药不能尽效。中药煎剂多根据辩证论治,可起到较好疗效,但由于受煎煮、携带不便等因素影响,不能在临床中发挥最大作用。咽喉音声疾病虽属小病,却严重影响患者的生活质量,由于上述因素使其易复发、不易痊愈。故完善临床中成药,寻得疗效确切的血瘀痰凝型咽喉音声疾病

用药,是中医耳鼻喉科医生急需解决的重要临床问题。名老中医干祖望先生认为,过度发音,喉咙络受损;咽喉病后余邪未清,结聚于喉,致血瘀痰凝^[6],也正符合中医久病成瘀理论。夏枯草开音合剂与咽喉音声疾病这一发病机理不谋而合,方中三棱、莪术、山楂、桃仁、红花活血化瘀,为君;夏枯草、海蛤壳、威灵仙、葛根化痰消肿,软坚散结,为臣;佐以半夏、陈皮、茯苓化痰利咽;使以胖大海、桔梗利咽开音。全方共奏活血化瘀兼顾消痰散结之效^[2]。本研究临床验证了夏枯草开音合剂的这一疗效。

本项目通过随机对照多中心临床研究,对夏枯草开音合剂治疗血瘀痰凝型咽喉音声疾病的临床疗效进行评价,结果显示治疗组总疗效明显优于对照组,分别为 86.84% 及 72.97% ($P < 0.05$),治疗组 76 例患者中痊愈 12 例,显效 24 例,有效 30 例,无效 10 例,对照组 74 例患者中痊愈 10 例,显效 20 例,有效 24 例,无效 20 例。而从症状体征评分统计结果显示:治疗三周后开始治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$),详见结果 2.2。由结果可知两组对于咽喉音声疾病的治疗均有较好疗效,但夏枯草开音合剂疗效更胜于临床常用药金嗓散结丸。

另外本药剂型采用合剂,既保持了汤剂的特点,又避免汤剂临时煎煮的麻烦,便于携带、储存和服用。

综上所述表明:夏枯草开音合剂治疗咽喉音声疾病具有较好地临床有效性及安全性,且具有中药的验、效、便特点。

参考文献

- [1] 郭裕,马凤梅,王丽华等.夏枯草开音合剂治疗慢性喉炎 40 例临床研究[J].河北中医,2012,3(3):337-339.
- [2] 王丽华,郭裕,胡蓉等.夏枯草开音合剂治疗慢喉暗多中心临床规范化研究[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2016,(04):298-301
- [3] 郭裕,何宗德.开音合剂治疗声带小结型喉炎 126 例临床观察[J].中国中医药科技,2003,10(1):55-56.
- [4] 黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻喉科学[M].北京:人民卫生出版社,1998.464-465.
- [5] 贝政平,舒怀,周梁.现代临床医学诊断标准丛书-眼、耳鼻喉科疾病诊断标准[M].北京:科学出版社,2001,533.
- [6] 田勇泉.耳鼻喉-头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,2007,207-209.
- [7] 王德鑑,干祖望.中医耳鼻喉科学[M].上海:上海科学技术出版社,1985.83-85.

鼻出血的诊疗经验探讨

冯文大¹

【摘要】目的：探讨鼻出血的原因及治疗方法。方法：对 91 例鼻出血患者进行回顾性分析。结果：鼻出血的主要原因是立特氏区炎症、变应性鼻炎、慢性鼻炎急性发作、鼻腔小血管瘤；对于出血量较少的鼻出血使用硝酸银烧灼止血疗效良好，对于出血量较多的鼻出血使用鼻内镜辅助下等离子射频止血疗效良好。结论：鼻出血可由多种原因所致，应针对具体病因采用最适合的治疗方法。

【关键词】鼻出血；鼻内镜；等离子射频；硝酸银

鼻出血是耳鼻喉科的常见急诊之一，可发生于任何年龄。许多全身和局部疾病均可引起鼻出血，长期间断的鼻出血可引起贫血，局部严重出血可导致患者惊恐、呛咳甚至休克。选择迅速、有效、操作简便的方法治疗鼻出血，对减轻患者痛苦、减少并发症十分重要。本人在门急诊接诊了较多鼻出血的患者，对该病的诊疗积累了丰富的临床经验，特此总结，为该病的临床诊疗提供参考。本文对我院 2016 年 7 月至 2017 年 8 月期间以“鼻出血”为主诉前来就诊的门急诊病例 91 例进行回顾性分析，现报道如下：

1 临床资料

1.1 一般资料

91 例患者中，男性占 59 例，女性占 32 例。14 岁以下占 28 例，14 岁至 60 岁占 56 例，60 岁以上占 7 例。出血量较少的（小于 20ml）占 80 例，其中 54 例单纯由立特氏区黏膜的充血、糜烂所致，12 例伴有变应性鼻炎，7 例伴有慢性鼻炎急性发作，3 例伴有上感高热，2 例由下鼻甲前端黏膜糜烂所致，还有 1 例由鼻中隔偏曲明显，嵴突面血管扩张所致；出血量较多的（大于 20ml）占 11 例，其中 2 例伴有高血压，1 例伴有血小板明显减少，还有 7 例检查发现长有小血管瘤，1 例为吴氏鼻 - 鼻咽静脉丛出血。

1.2 治疗方法

1.2.1 安抚患者

询问病史及出血情况，确认出血源于鼻腔相邻

组织，排除咯血和呕血；估计出血量，评估患者出现出血性休克的风险，根据情况决定是否建立静脉通道；测量血压，安慰患者，指导家属为患者减压，心理暗示，增强治病信心，缓解紧张情绪。指导患者避免擤鼻涕、抠鼻子，并避免近期饮食辛辣燥热的食物。

1.2.2 药物治疗

91 例鼻出血患者中有 78 例由鼻底前端和（或）鼻中隔前下方（立特氏区）黏膜发炎引起，检查可见其毛细血管扩张、局部黏膜糜烂。此类患者可用金霉素眼膏或四环素眼膏外涂消炎，减轻毛细血管扩张，同时可以预防局部黏膜干燥、裂伤出血。用 0.1% 肾上腺素小棉枝轻微擦拭，若诱发出血者，可以先用 0.1% 肾上腺素小棉枝压迫患者数分钟，待止血以后，用硝酸银烧灼止血。若怀疑患者合并变应性鼻炎，可予口服抗组胺药；若检查见患者整个鼻腔黏膜充血，可运用中医“清热凉血、收敛止血”的方法，推荐使用院内制剂紫地合剂，效果更佳。若患者合并上感高热，则予抗感染退热治疗。另外有 2 例患者检查发现下鼻甲前端黏膜糜烂，表面见血痂附着，予硝酸银烧灼止血。

1.2.3 填塞治疗

91 例鼻出血患者中有 3 例用到了填塞止血，其中两名患者年龄均超过 60 岁，收缩压达 170mmHg 以上，予高膨胀止血海绵填塞的同时控制血压，急诊留观发现患者鼻腔可止血。另外一例需要填塞止

血的是一个白血病的儿童患者,其白细胞血小板计数低至 $5 \times 10^9/L$,因为患儿反复鼻出血,并倒流入口,最后用了高膨胀止血海绵配合导尿管行前后鼻孔填塞才能止住血,止血同时输血小板对症治疗。

1.2.4 等离子射频止血

91 例鼻出血患者中有 7 例检查发现长有小血管瘤,因患者就诊描述出血量较多,内镜下检查发现出血情况呈涌泉状或喷射状,鼻腔小血管瘤不难发现,内镜下可见淡红色凸起,即为鼻腔小血管瘤。其中 4 例小血管瘤生长在立特氏区,前鼻镜检查也容易发现;2 例在下鼻道靠后端的穹窿部,充分收缩下鼻道后也不难发现,并可用等离子顺利射频止血。唯有 1 例患者因出血情况较剧烈,当时只有予凡士林纱条用力填塞嗅裂及中鼻道才能止血,两日后病情稳定复查才发现嗅裂后端见小血管瘤,然后予等离子射频止血。91 例鼻出血患者中尚有 1 例比较特殊,就是一个老年患者在吴氏鼻-鼻咽静脉丛出血,用等离子反复射频了数次才能止血,后用少许明胶海绵贴敷于术口,促进伤口愈合。

2 结果

91 例鼻出血患者中,除了 1 例白血病的儿童患者未找到出血点外,其余 90 例患者都能找到明确的出血点。此外,91 例鼻出血患者中,除了 1 例患者在嗅裂后端长了小血管瘤,当时出现止血困难,其余 90 例患者都能当日顺利止血。91 例鼻出血患者中,最终使用了硝酸银烧灼止血的有 42 例,最终使用等离子射频止血的有 8 例,需要靠填塞止血的有 4 例。

3 讨论

患者鼻出血的原因有多种,全身疾患有关心血管病、血液病、上呼吸道感染发热等疾病;局部疾患有关外伤、炎症、鼻中隔疾病、肿瘤等。全身疾病引起者,可能两侧鼻腔内交替或同时出血,而局部疾患引起的鼻出血,多限于一侧鼻腔^[1]。另外,气候及环境因素亦可能对鼻出血有一定的影响。春秋气候干燥,患者的鼻腔黏膜容易缺水,进而导致血管变脆破裂、加剧出血风险。鼻出血部位因年龄而异,儿童与青年多在鼻中隔前下方的立特氏区或者鼻底前端;中老年以后,鼻腔顶部和下鼻道后端的吴氏鼻-鼻咽静脉丛是比较容易出血的部位,与高血压及动脉硬化有关,此部位出血一般较为凶猛,不易止血,出血常迅速流入咽部,从口吐出。王郁^[2]对 172 例

鼻出血患者进行回顾性分析发现,小于 30 岁的鼻出血患者占 12.20%,30~50 岁占 34.88%,大于 50 岁占 52.91%。小于 30 岁的患者常见出血部位是立特氏区,其次是嗅裂;30~50 岁的患者常见的出血部位依次是中鼻道后上端、下鼻道顶部、嗅裂,大于 50 岁的患者常见出血部位依次是吴氏鼻-鼻咽静脉丛、中鼻道后上端、嗅裂。鼻出血患者的常见出血部位与年龄有关,儿童与青年嗜食辛辣燥热食物,损伤体内津液,鼻腔分泌物容易结痂附着于鼻腔前端,部分儿童与青年有挖鼻屎的习惯,容易损伤立特氏区黏膜。另外,儿童与青年容易对周围环境过敏,导致鼻腔瘙痒感,其挖鼻或者喷嚏、咳嗽时引起一时性血压升高,可冲破菲薄的立特氏区黏膜而导致鼻出血;此外,儿童容易感冒发热,导致鼻腔黏膜扩张,血管脆性增高,也会导致鼻出血。而老年人的血管弹性降低、质脆,容易产生高血压,常可导致鼻出血的发生。

临床所见的鼻出血,其绝大多数患者出血量较少(小于 20ml),接诊医师需要安抚患者紧张的情绪,给患者止血的信心,使之配合诊疗。本人在耳鼻喉急诊一线 5 年,诊治了许多鼻出血患者,发现硝酸银烧灼止血的方法比较常用,而且对于治疗立特氏区黏膜糜烂的鼻出血患者,其效果显著。然而,硝酸银烧灼属于化学烧灼法,有一定的风险性,使用时应当注意。本人在治疗之前一般告知患者,使用硝酸银烧灼止血的方法比较有效,但是会产生鼻腔一过性灼痛、瘙痒,常会导致短时间喷嚏连连,治疗之后鼻腔若有分泌物只允许吸进咽部再吐出来,应避免擤鼻涕,否则会导致外鼻皮肤局部小黑斑,需要一两个月才能脱落。若患者同意并配合治疗之后,可予配合口服抗组胺药数日及外用金霉素眼膏,如此,临床疗效甚佳。

临床所见的鼻出血,少数患者的出血量较多。一般针对伴有高血压者或血小板异常、凝血机制异常者,使用高膨胀止血海绵配合导尿管填塞,止血效果相对安全可靠。而排除了由于高血压和血液疾病导致的出血量较多的鼻出血患者,本人建议行鼻内镜探查止血,警惕鼻腔小血管瘤及后鼻孔附件的小动脉出血。目前,随着鼻内镜手术技术在临床的广泛应用,为鼻出血的检查、诊断和治疗提供了一个先进和准确的技术手段。借助鼻内(下转第 37 页)

基于中医整体观的喉源性咳嗽 各证型发病特点的流行病学研究

张勉¹ 陈潇¹ 黄卓燕¹ 高阳¹ 李艺¹ 莫绍毅¹ 谢勇² 郑琴媛¹

【摘要】目的：对喉源性咳嗽各证型的发病特点进行研究，为喉源性咳嗽的分型诊断提供流行病学的依据。方法：选择 539 例喉源性咳嗽患者，通过病史、临床症状、体征的数据采集，填写调查问卷表，建立数据库，用 SPSS22.0 软件进行统计学分析。结果：①先将 4 组证型的发病人数进行拟合优度的 χ^2 检验，结果差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，再将 4 组证型两两比较，卫表不固、禀质特异型与风邪犯肺型比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，其余两组间比较差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。②分别对 4 组证型各自的发病时间进行拟合优度的 χ^2 检验，结果阴虚火旺型的发病时间差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；③风邪犯肺型、脾虚痰浊型及卫表不固、禀质特异型的发病时间差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$)，再分别对这 3 组各自的发病时间进行两两比较，差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。④对 4 组证型的病程时间进行秩和检验，结果差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)，再进行组间两两比较，结果脾虚痰浊型与阴虚火旺型比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，其余两组间比较，差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。⑤对 4 组证型的病情 (轻、中、重) 进行秩和检验，结果差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，再进行组间两两比较，结果风邪犯肺型与脾虚痰浊型比较及脾虚痰浊型和卫表不固、禀质特异型比较，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，其余两组间比较差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$)。⑥对 4 组证型关于鼻变态反应伴随发生率进行交叉表 χ^2 检验，结果差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。⑦对眼变态反应在各证型中的发生率进行比较，结果差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。⑧对痰在各证型中的发生率进行比较，结果差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，再对 4 组证型分别进行两两比较，风邪犯肺型与阴虚火旺型比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，其他两两比较差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。⑨对异物感在各证型中的发生率进行比较，结果差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，再分别进行两两比较，结果风邪犯肺型与卫表不固、禀质特异型比较及脾虚痰浊型与阴虚火旺型比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，余两组间比较差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。结论：①喉源性咳嗽四大证型以卫表不固、禀质特异型与风邪犯肺型最常见，其次为脾虚痰浊型，阴虚火旺型最少见。②阴虚火旺型喉源性咳嗽发病时间无早中晚差异。③风邪犯肺型喉源性咳嗽发病时间以晚上最常见，卫表不固、禀质特异型及脾虚痰浊型喉源性咳嗽发病时间以上午最常见。④风邪犯肺型喉源性咳嗽发病的病程以 < 1 月最常见，卫表不固、禀质特异型的病程以 3-12 月最常见，脾虚痰浊型、阴虚火旺型的病程以 > 12 月最常见。⑤阴虚火旺型可见于各种病情；⑥风邪犯肺型与卫表不固、禀质特异型喉源性咳嗽发病的病情以轻、中度最常见，脾虚痰浊型病重度常见。⑦有喉源性咳嗽者不一定合并有变应性鼻炎或变态反应性结膜炎。⑧痰在脾虚痰浊型中最多见，风邪犯肺型与阴虚火旺型其次，而在卫表不固、禀质特异型中较少见。⑨异物感在脾虚痰浊型与阴虚火旺型中最多见，在风邪犯肺型与卫表不固、禀质特异型中较少见。

【关键词】喉源性咳嗽；证型；流行病学

喉源性咳嗽，又称喉咳，指咽喉疾病所造成的咳嗽，以阵发性咽喉干痒，咳嗽无痰，或痰少或咽异物感为主要特征^[1]。咽喉部检查可见正常或慢性充

血或咽后壁淋巴滤泡增生，胸部拍片无异常^[1]。与西医的变应性咽炎有相似之处^[2]。近年来，喉源性咳嗽患病人数越来越多。目前，西医没有明确疗效的治

疗方法, 中医中药治疗虽多有效, 但以往研究较少, 缺乏大样本的流行病学研究成果, 在临床上缺乏规范化的评价标准。国外关于变应性咽喉的临床报导较少, 人们对它仍然缺乏足够的认识。临床治疗变应性咽喉炎仅凭医生的个人经验, 没有一个规范的诊疗指南^[3]。我们在中医学整体观与辨证思维的理论指导下, 开展对 539 例喉源性咳嗽各证型分布规律的研究, 现将具体研究情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 539 例广西中医药大学第一附属医院耳鼻喉科门诊 2013 年 1 月至 2016 年 10 月的喉源性咳嗽患者作为研究对象。对四大证型(风邪犯肺型, 脾虚痰浊型, 阴虚火旺型, 卫表不固、禀质特异型)的总例数、咳嗽时间(上午、下午、中午)、病程(< 1 月、1-3 月、3-12 月、> 12 月)、病情(轻度、中度、重度)、伴随症状(是否伴有鼻变态反应或眼变态反应; 是否有痰、是否有异物感)进行流行病学的观察研究, 具体分布情况如表 1。

表1 喉源性咳嗽患者各证型特点具体分布情况

证型总例数	风邪犯肺型 211	脾虚痰浊型 64	阴虚火旺型 17	卫表不固、禀质特异型 247
咳嗽时间				
上午	74	32	4	144
下午	13	15	6	37
晚上	124	17	7	86
病程				
< 1 月	137	5	1	76
1-3 月	65	8	2	42
3-12 月	8	19	5	116
> 12 月	1	32	9	13
病情				
轻度	75	14	5	98
中度	113	22	6	92
重度	23	28	6	57
伴随症状				
鼻变态反应	13	7	2	12
眼变态反应	8	7	0	11
痰	85	37	3	9
异物感	11	34	11	13

1.2 研究内容

对所有纳入研究对象按照《基于中医整体观的喉源性咳嗽发病基础及其流行病学研究临床记录卡》进行问卷调查, 其主要内容有:

一般项目资料: 姓名、性别、年龄、主诉、病程、家庭地址、电话号码等。

病情资料: ①发病的时间及伴随症状; ②主要症状及其程度的量化计分: 将能够分级的症状分为轻、中、重 3 级。轻度为阵发性咽痒, 干咳偶有发作, 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; 中度为阵发性咽痒, 干咳每天发作 3-4 次, 每次持续 1-2 分钟, 症状较重, 日常生活稍受影响; 重度: 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, 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。

既往病史: 包括变应性鼻炎、变应性结膜炎及全身其它疾病史等。

1.3 研究方法

采用 SPSS 22.0 软件进行统计学分析, 用拟合优度的 χ^2 检验、秩和检验及交叉表 χ^2 检验方法, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各证型总体例数分布情况(详见表 2)

表2 各证型资料总体例数分布情况

证型	人数	构成比 (%)
风邪犯肺型	211	39.1%
脾虚痰浊型	64	11.9%
阴虚火旺型	17	3.2%
卫表不固、禀质特异型	247	45.8%
合计	539	100%

先将 4 组证型的发病人数进行拟合优度的 χ^2 检验, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 再将 4 组证型两两比较, 卫表不固、禀质特异型与风邪犯肺型比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 其余两组间比较差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。

2.2 各证型具体分布情况

2.2.1 各证型发病时间分布情况(详见表 3)

表3 各证型喉源性咳嗽患者的最主要发病时间分布情况

证型	上午	下午	晚上	合计
风邪犯肺型	74	13	124	211
脾虚痰浊型	32	15	17	64
阴虚火旺型	4	6	7	17
卫表不固、禀质特异型	144	37	86	247

对风邪犯肺型的上午、下午、晚上进行拟合优度的 χ^2 检验, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 再分别对上午、下午、晚上两两比较, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。对脾虚痰浊型的上午、下午、晚上进行拟合优度的 χ^2 检验, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 再分别对上午、下午、晚上两两比较, 结

果下午和晚上比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 上午和晚上比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 上午和下午比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。对阴虚火旺型发病时间进行拟合优度的 χ^2 检验, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。对卫表不固、禀质特异型上午、下午、晚上进行拟合优度的 χ^2 检验, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 再分别对上午、下午、晚上两两比较, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。

2.2.2 各证型病程分布情况 (详见表 4)

表 4 各证型喉源性咳嗽患者的最主要发病时间分布情况

证型	< 1 个月	1-3 月	3-12 月	> 12 月	合计
风邪犯肺型	137	65	8	1	211
脾虚痰浊型	5	8	19	32	64
阴虚火旺型	1	2	5	9	17
卫表不固、禀质特异型	76	42	116	13	247

对 4 组证型进行秩和检验, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 再进行组间两两比较, 结果脾虚痰浊型与阴虚火旺型比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 其余两组间比较差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。其中风邪犯肺型病程 < 1 个月发病人数占比 64.9%; 脾虚痰浊型病程 > 12 月发病人数占比 50.0%; 阴虚火旺型病程 > 12 月发病人数占比 52.9%; 卫表不固、禀质特异型病程 3-12 月发病人数占比 47.0%。

2.2.3 各证型病情分布情况 (详见表 5)

表 5 各证型喉源性咳嗽患者的病情分布情况

证型	轻度	中度	重度	合计
风邪犯肺型	75	113	23	211
脾虚痰浊型	14	22	28	64
阴虚火旺型	5	6	6	17
卫表不固、禀质特异型	98	92	57	247

对 4 组证型进行秩和检验, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 再将 4 组证型两两比较, 结果风邪犯肺型与脾虚痰浊型比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 脾虚痰浊型和卫表不固、禀质特异型比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 其余两组间比较差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$)。其中风邪犯肺型病情中度人数最多, 占 53.6%; 脾虚痰浊型病情重度人数最多, 占 43.8%; 卫表不固、禀质特异型病情轻度最多, 占 39.7%。

2.2.4 各证型伴随症状分布情况

对各证型喉源性咳嗽患者的鼻变态反应、眼变态反应、痰、咽异物感这 4 个伴随症状进行统计分析,

具体资料分布情况详见表 6。

表 6 各证型喉源性咳嗽伴随症状分布情况

伴随症状	风邪犯肺型	脾虚痰浊型	阴虚火旺型	卫表不固、禀质特异型
鼻变态反应	13	7	2	12
眼变态反应	8	7	0	11
痰	85	37	3	9
咽异物感	11	34	11	13

四组证型关于鼻变态反应伴随发生率的比较, 采用交叉表 χ^2 检验, 详见表 7。

表 7 四组证型关于鼻变态反应伴随发生率的比较

证型	有鼻变态反应	无鼻变态反应	总计
风邪犯肺型	13	198	211
脾虚痰浊型	7	57	64
阴虚火旺型	2	15	17
卫表不固、禀质特异型	12	235	247

$P > 0.05$

对鼻变态反应在各证型中的发生率进行比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

以同样的方法, 对眼变态反应在各证型中的发生率进行比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

以同样的方法, 对有痰在各证型中的发生率进行比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 再将 4 组证型两两比较, 风邪犯肺型与阴虚火旺型比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 其余两组间比较差异均无统计学意义 (均 $P < 0.05$)。

以同样的方法, 对异物感在各证型中的发生率进行比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 再将 4 组证型两两比较, 结果风邪犯肺型与卫表不固、禀质特异型比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 脾虚痰浊型与阴虚火旺型比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 其余两组间比较, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$)。

3 讨论

喉源性咳嗽的病因、病位、病性、症状、体征和治疗上都具有明显的特殊性^{[1][4-5]}, 它与中医的急喉痹、慢喉痹和西医学中的上呼吸道感染或慢性咽喉炎、支气管炎、肺炎、肺结核及其他器质性病变所致的咳嗽是迥然不同的, 如何正确辨证论治喉源性咳嗽还有待广大临床医师的共同努力。

综上所述, 我们得出以下结论: 喉源性咳嗽四大证型以卫表不固、禀质特异型与风邪犯肺型最常

见,其次为脾虚痰浊型,阴虚火旺型最少见。风邪犯肺型喉源性咳嗽发病时间以晚上最常见,卫表不固、禀质特异型及脾虚痰浊型喉源性咳嗽发病时间以上午最常见。风邪犯肺型喉源性咳嗽发病的病程以 < 1 月最常见;脾虚痰浊型,阴虚火旺型的病程以 > 12 月最常见,卫表不固、禀质特异型的病程以 3-12 月最常见。风邪犯肺型与卫表不固、禀质特异型喉源性咳嗽发病的病情以轻、中度最常见;脾虚痰浊型以重度最常见。有喉源性咳嗽者不一定合并有变应性鼻炎或变态反应性结膜炎。痰在脾虚痰浊型中最多见,风邪犯肺型与阴虚火旺型其次,而在卫表不固、禀质特异型中较少见。异物感在脾虚痰浊型与阴虚火旺型中最多见,在风邪犯肺型与卫表不固、禀质特异型中较少见。

喉源性咳嗽四大证型的分布结果与我们前期研究成果^[1]大致相符合。现代人多食肥甘厚味,又作息时间不规律,缺乏锻炼,体质偏弱,加上环境污染的日益加重,大气中的雾霾,室内外灰尘及油烟等异味气体的刺激,各种病原微生物的感染,导致卫表不固,虚邪贼风易从口鼻外袭,邪毒循经上犯咽喉,发为咳嗽。《诸病源候论·卷十四》云“咳嗽者,肺感于寒,微者则成咳嗽也。肺主气,合于皮毛。邪之初伤,先客皮毛,故肺先受之。”风为六淫之首,风为百病之长,《素问·太阳阳明病篇》云“伤于风者,上先受之”。故风邪致病,首先犯肺,肺失宣肃,邪聚咽喉,咽喉不利,发为咳嗽。

从各证型的发病时间来分析:风邪犯肺型发病时间在一天中皆可发生,但以晚上为多见。喉源性咳嗽,外感风邪,多为寒邪,寒为阴邪,夜晚为阴,咳嗽为阴邪所感,外邪引动内邪,则阴邪两感旺盛,故咳嗽加重^[6]。上午为阳中之阳,从子午流注理论来分析,正好对应为足阳明胃经及足太阴脾经所主,故考虑此时咳嗽为脾虚痰浊所致。卫表不固、禀质特异型咳嗽发病时间目前尚没有相关文献报导。

有部分学者认为“变态反应”是喉源性咳嗽发

病的重要病因^[7],本研究结果发现喉源性咳嗽各证型发病不伴随鼻变态反应和眼变态反应,因此我们认为,变态反应性疾病可导致喉源性咳嗽病,但喉源性咳嗽患者不一定伴有变态反应性疾病。

本研究为国内较大样本的喉源性咳嗽各证型发病特点的流行病学调查。通过本课题的研究,能够初步建立喉源性咳嗽症候诊断模型,为进一步规范喉源性咳嗽症候诊断,健全喉源性咳嗽诊疗指南提供参考依据,以期更好的发挥中医中药防治喉源性咳嗽的优势作用,对临床指导喉源性咳嗽病的防治有一定的实践意义。但本样本涉及的证型特点有限,未能全面反应喉源性咳嗽各证型的发病特点,因此,未来如何正确辨证喉源性咳嗽,提高临床疗效,减轻长期遭受喉源性咳嗽疾病的患者的痛苦,还需要临床各同道的共同努力。

参考文献

- [1] 阮岩.《中医耳鼻咽喉科学》[M].北京市:人民卫生出版社,2012:177~178.
- [2] 韩德民.《耳鼻咽喉科学》普通高等教育“十五”国家级规划教材[M].北京大学医学出版社.2004:285.
- [3] Liu J, Yan Z, Zhang M. Clinical diagnosis and treatment of allergic pharyngitis [J]. Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2015,29(15):1401-5.
- [4] 高亭,袁菲,段凤英.慢性咳嗽 98 例临床分析 [J]. 实用医学杂志,2013,29(16):2627~2629.
- [5] 张勉,冯纬纭,黄卓燕等.800 例喉源性咳嗽中医证候分型的研究 [J]. 北京中医药,2008,27(12):923~924.
- [6] 刘存勇.中医诊治咳嗽的时间医学探讨 [J]. 中国中医基础医学杂志,2011,11(17):1276~1278.
- [7] 韦子章,变态反应是喉源性咳嗽的重要病因 [J]. 内蒙古中医药,2008,27(7):62-63.

咽速清皮肤粘膜抑菌洗液 治疗慢性鼻咽炎的疗效观察

冯晓燕¹



冯晓燕，副主任中医师，毕业于河北医科大学中医临床系，跟师于广州中医药大学第二附属医院李云英教授进修中医耳鼻喉科专业，主研方向为嗓音病，后研修于浙江中医药大学耳科学专业，研究课题为《言语与听力障碍关系学》。代表研究课题《基

于云计算的中医体质健康与耳鼻喉单元病综合服务体系》发表于《中国中西医结合耳鼻喉科杂志》；主研课题《中医耳鼻喉科常见病标准化诊疗系统的研发》发表于《临床合理用药杂志》。现任石家庄康灵中医耳鼻喉医院执行院长、《中医耳鼻喉科学研究》责任编辑。中国中医药信息研究会名医学术传承信息化分会理事、河北中西医结合学会适宜技术推广专业委员会委员。

【摘要】目的：观察咽速清皮肤粘膜抑菌洗液对慢性鼻咽炎，与对照组鼻咽清毒颗粒的临床效果对比，客观评价咽速清皮肤粘膜抑菌洗液对鼻咽炎的临床应用价值，以期为鼻咽炎治疗提供一种疗效可靠的中药剂型，提高中医药在鼻咽炎治疗中地位具有重要意义。方法采用平行随机对照法，将 60 例慢性鼻咽炎患者分成 2 组，实验组 30 例，采用咽速清皮肤粘膜抑菌洗液通过下鼻道喷入鼻咽部治疗，对照组 30 例采用鼻咽清毒颗粒口服治疗，2 周后进行疗效评估。结果 2 周后实验组有效率 96.7%，对照组有效率 80%，统计学分析 $p < 0.05$ ，提示咽速清皮肤粘膜抑菌洗液治疗组疗效优于鼻咽清毒颗粒治疗组。

【关键词】慢性鼻咽炎；咽速清喷剂

鼻咽部，中医称之为“頄颡”，此部位具有行呼吸、御邪毒、共鸣等作用^[4]。由于其所处解剖位置较深，症状不典型，常被邻近器官病变所掩盖，尚未引起足够重视，然而，临床发现许多原因不明耳鼻喉疾病及症状会随着慢性鼻咽炎的痊愈或好转得到有效控制，甚至痊愈。随着人们生活压力的加大，饮食习惯不良，咽喉不适后滥用寒凉药物，导致慢性鼻咽炎已经成为耳鼻喉科常见病、多发病，并且呈逐年上升趋势。因长期得不到有效的对症治疗导致咽喉络脉痹阻，古人将其归纳为：“络瘀喉痹”，总因脉络痹阻，气血瘀滞，津液停聚，气机升降失调，气不归元导致本病难除，迁延难愈，患者痛苦不堪。

1. 临床资料

本文选取石家庄康灵中医耳鼻喉医院 2017 年 3 月至 2017 年 5 月确诊为鼻咽炎的患者 60 例，年龄 18-70 岁，男女不限。治疗组（咽速清皮肤粘膜抑菌

洗液治疗组）30 例患者，对照组（鼻炎清毒颗粒组）30 例患者。

2. 诊断标准

2.1 中医诊断标准

依据中华中医药学会 2012 年发布的《中医耳鼻喉科常见病诊疗指南》行业标准^[5]：

病史：可有急喉痹反复发作史，或有嗜好烟酒、辛辣食物史，或长期烟酒、吸入有害气体史。

临床表现：咽部干燥，或有异物感、灼热感、轻微疼痛等不适，或感觉咽痒咳嗽、干呕等。病程较长，时轻时重。

检查：鼻咽部粘膜充血、肿胀；或见鼻咽部粘膜增生；或见鼻咽部粘膜干燥。

2.2 西医诊断标准

依据孔维佳主编的《耳鼻喉头颈外科学》中的诊断要点制定^[5]：

症状：鼻咽部干痛，烧灼感，异物感，有粘稠样分泌物不易咯出，可伴有咳嗽，恶心，鼻塞，流涕，声嘶，耳堵闷胀感，头痛头晕，乏力，低热等全身或局部症状。

体征：可见鼻咽粘膜慢性充血水肿，增生肥厚，可覆以分泌物或干痂。

2.3 纳入标准^[2]

- (1) 符合鼻咽炎诊断的患者；
- (2) 一周内未接受过针对鼻咽炎的任何治疗；
- (3) 年龄在 18 周岁至 70 周岁，性别不限；
- (4) 自愿参加本院研究，能坚持用药，依从性好，并坚持门诊治疗 2 周者。

2.4 排除标准^[2]

- (1) 年龄在 18 周岁以下，70 周岁以上者，或符合标准不能配合治疗者；
- (2) 合并严重的心脑血管疾病、免疫缺陷、精神障碍或肝肾功能严重损害者；
- (3) 一周内接受过鼻咽炎相关治疗者；
- (4) 妇女月经期、妊娠期、哺乳期；
- (5) 正在参加其他药物或实验的患者；
- (6) 伴有严重的鼻窦炎、鼻窦炎伴发息肉或其他严重鼻炎患者。

3. 实验方法

将入选病例随机分组，依次编号，根据末位数为单数的随机序号者分配为治疗组（咽速清皮肤粘膜抑菌洗液治疗组）；双数及零者进入对照组（鼻咽清毒颗粒），平衡两组例数，用信封密封，当合格研究对象进入研究时则按照其进入顺序打开信封，根据其方案进行治疗，如无特殊原因，不得更改。

4. 治疗方法

(1) 治疗组：选用咽速清皮肤粘膜抑菌洗液（河北省康灵医药股份有限公司生产）经下鼻道喷入鼻咽部，日 2 次，连续两周；

(2) 对照组：选用鼻炎清毒颗粒（广州奇星药业有限公司）每次 20g 冲服，每日两次，连续 2 周。

5. 疗效评价方法

本次研究只针对该研究疗程前后的疗效比较，未进行远期疗效观察，故只反映该次治疗效果的评价。疗效评定依据《中医病症诊断疗效标准》2012 版中慢喉痹的疗效评定^[6]。

治愈：咽部症状消失，检查正常

好转：咽部症状和体征明显减轻

未愈：症状和体征无明显变化

6 统计学分析

所用数据采用 SPSS16.0 统计学软件进行统计学分析，其中计量资料采用 t 检验，计算资料采用 χ^2 检验，等级资料采用秩序和检验，结果 $p < 0.05$ 为具有显著性差异，具有统计学意义。

7 结果

两组总疗效情况例（%）

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效率
实验组	30例	18例 (80.0)	11例 (36.7)	1例 (3.3)	(96.7)
对照组	30例	0例 (0)	24例 (80)	6例 (20)	(80)

经秩和经验， $z = 2.300$, $p = 0.028 < 0.05$, 提示两组间总疗效有显著性差异

8 讨论

慢性鼻咽炎为粘膜非特异性炎症，是耳鼻喉科临床常见病、多发病，并且发病率逐年上升，已经逐渐被临床专科医师所重视。本研究用咽速清皮肤粘膜抑菌洗液治疗慢性鼻咽炎 30 例效果良好，总有效率达到 96.7%，并同期设立鼻咽清毒颗粒治疗慢性鼻咽炎 30 例作为对照组，总有效率 80%。统计学分析 $p < 0.05$ ，结果提示咽速清皮肤粘膜抑菌洗液治疗组疗效优于鼻咽清毒颗粒组。分析认为是因咽速清皮肤粘膜抑菌洗液选用活血行气类中药，可达到调畅气机、引火归元的作用，又因口服药物，难使有效成分被病变组织吸收，无法呈现更好的疗效，而咽速清皮肤粘膜抑菌洗液可直接用于局部，可使药物发挥更有效的作用。并且咽速清皮肤粘膜抑菌洗液可随身携带，便于使用，可考虑临床推广。

参考文献

- [1]. 陈小瑞, 谢强, 杨淑荣. 中医辨证治疗鼻咽炎兼口甘 [J]. 湖北中医杂志, 2011, (2): 58-58
- [2]. 李洁旋, 芪菊泡茶治疗气虚热毒蕴结型鼻咽炎的临床研究 [D]. 广东省, 广州中医药大学. 2011.
- [3]. ZYYXH/T307 ~ 321-2012, 中医耳鼻喉科常见病诊疗指南 [S].
- [4]. 熊大经, 刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学 [M]. 中国中医药出版社: 2012.
- [5]. 孔维佳. 耳鼻喉头颈外科学 [M]. 人民卫生出版社: 2005.7.
- [6]. ZY / T001.1-94. 中医病症诊断疗效标准 [S]

《临证指南医案》 中从脾论治反流性咽喉炎的经验初探

李松键¹ 李云英¹

【摘要】本文通过分析叶氏的代表著作《临证指南医案》及其脾胃学术相关医案，总结李云英教授治疗反流性咽喉炎的临床宝贵经验，结合临床实际病例讨论“从脾论治”，“治胃不越脾”等理论，在指导中药组方治疗反流性咽喉炎的良好临床疗效。结论：从脾论治思想在治疗反流性咽喉炎有其独到的经验及特点，其辨证精准，疗效显著，值得临床治疗反流性咽喉炎借鉴。

《临证指南医案》为一部由叶天士门人整理其晚年的医案日记所编成的医著，比较全面地展示和反映了叶天士融汇古今、独创新说的学术特点。本书共十卷，以内科杂病医案为主，兼收外科及五官科医案，是一部对临床诊疗过程影响很大的名医医案专著。近期在研习《临证指南医案》过程中，笔者发现该书的医案中有从脾论治反流性咽喉炎的经验，故结合临床诊疗工作，总结学习经验如下数点：

一、咽喉病从脾论治的理论依据

自古以来就不少中医医家认为：咽喉病可从脾论治。咽喉司饮食、行呼吸、发声音，上接口腔，下连肺胃，又是经脉循行交汇之处。《灵枢·忧恚无言》说：“咽喉者，水谷之道也；喉咙者，气之所以上下者也”，指出了咽喉的生理功能。《诸病源候论》曰：“夫咽喉者，脾胃之候也。”《重楼玉钥·诸风秘论》也曰：“咽属地气，属脾土。”；从经络走向来看，足阳明胃经“循咽喉，入缺盆”，脾经“上膈，挟咽”。

脾的生理功能主要有：主运化，升清，主统血。脾主管食物的消化、吸收和运输。包括运化水谷精华和运化水湿两方面。食物经脾消化、吸收后转化为水谷精微，脾将水谷精微上输归肺、散布于全身，以营养五脏六腑及各组织器官。胃主受纳、腐熟水谷。饮食入口，经过食管（咽）进入胃中，在胃气的升降作用下，由胃接受和容纳。若过食辛辣油腻，胃腑热盛，临床上表现为咽部的红、肿、热、痛；若是脾气虚弱，气血津液不能被输布到头面咽喉，咽喉失于濡养，则表现为咽痛、咽部干燥不适等症状；

若由于脾虚运化乏力，聚湿生痰上泛，结滞咽喉，会出现咽喉部痰多、痰附感；同时因为湿停于内，阻止津液上乘，亦可出现咽喉干燥感。临床上慢性咽炎患者多伴脾胃失调引起的局部或全身症状^[1]，所以《素问·阴阳类论》谓：“喉咽干燥，病在土脾。”可见，脾胃与咽喉在生理和经络上有非常密切的关系，咽喉病从脾论治有一定的理论基础。

二、叶氏医案从肝脾论治的心得

众所周知，叶天士重视脾胃、倡养胃阴的观点，是对李东垣脾胃学说的的发展。《临证指南医案》中的许多观点，如“脾宜升则健，胃宜降则和”、“太阴阴土，得阳则运，阳明阳土，得阴自安”、“脾喜刚燥，胃喜柔润”等，构成了叶氏胃阴学说的主要内容。无论从理论或实践上来看，胃阴学说都具有相当的创新性。

综合《临证指南医案》中有关医案可以看出，叶天士以不饥不纳或少纳、音低气馁、口干舌干、大便秘结为胃阴不足的主要指征，以清养悦胃、甘凉濡润、酸甘济阴、甘缓益胃为养胃阴的主体方法，以北沙参、麦冬、玉竹、石斛、生扁豆、粳米、甘草等为养胃阴的基本药物，形成了一种理法方药一线贯穿的完整理论。《临证指南医案》所记载的养胃阴之方（麦冬、生扁豆、玉竹、生甘草、桑叶、大沙参），被后世命名为叶氏养胃汤，现已成为治疗各种阴虚型胃病的基本方。

叶氏认为在病理上，肝为起病之源，胃为传病之所^[2]。阳明胃土，独挡木火之乘辱，木火一旺，首犯

胃土,木乘土位,阳明必虚;胃厚可制肝逆,胃虚制约不力,必遭乘克;胃有浊邪,阻滞气机,引动肝木等。其关系类型主要有厥阴盛冲逆阳明和阳明虚厥阴来乘两种。如医案中提到“厥阴肝脏中阳,过胃贯膈,冲逆不已”、“肝风鸱张,胃气必虚”、“肝风内扰,阳明首当其冲”等,属于肝盛犯胃;而“厥阴内风乘胃虚以上僭,胃脉日虚”“肝风阳气,乘阳明之虚上冒”、“阳明素弱,厥阴来乘”等属于胃虚肝乘。而胃实引动肝气虽较少见,但也出现过,如“冷湿伤胃,肝木上侮”和“肥腻滞胃,肝木始得再乘土位”等。《临证指南医案》提到:在病理上不管是肝旺犯胃或是胃弱招乘,均是肝对胃的侵犯,肝在病变过程中起主导作用。这是叶氏医案从肝脾论治的依据。

三、从脾论治反流性咽喉炎的经验

反流性咽喉炎是指胃内容物反流至食管上括约肌以上部位,引起咽喉部位一系列症状和体征的总称,临床症状常表现为声嘶或发声障碍、咽喉疼痛、咽部异物感、烧灼感、喉痰感等等。喉部体征可见声带后软骨区域黏膜增生、肥厚,声带弥漫性充血、水肿,严重时出现肉芽肿,喉室消失,声门下狭窄等^[3]。属于中医的“喉痹”范畴。

反流性咽喉炎患者占耳鼻咽喉科门诊患者比例非常高,常见原因有很多,治疗时如果没能找到正确原因,效果往往不尽人意。针对反流性咽喉炎的病因,目前公认的治疗方案是使用抑制胃酸的药物,包括西药、中成药和中药,由此可见叶氏从脾论治咽喉病是与现代治疗方法相一致的。另一方面叶氏虽然在理论上强调脾胃分治,但在用药上却“治胃不越脾”。肖莹等曾分析《医案》中提及 233 例医案涉及疾病近 60 种,使用药物达 164 种之多,对使用频次大于 10 的药物作重点分析,可以看出,除桂枝、杏仁不入肝或脾胃经外,余药中有 16 味独入脾胃经,10 味独入肝经,9 味两经同入。在叶天士的用药中独入脾经的以茯苓、人参为多,同时,胃隶属于脾系统,多数药物在归经上同入脾胃经。叶氏认为:胃虚益气而用人参,非半夏之辛,茯苓之淡,非通剂矣^[4]。个人认为此属叶氏脾胃论治精华之一。

从《医案》中所见,叶氏认为喉痹一证,有急有缓,有实有虚。外感六淫邪气,突然而起多为实;因内伤饮食或情志所伤,多逐渐形成,常为虚。急者多实,缓者多虚,治疗原则上多从“金实不鸣、金破不鸣”立论,实者,宜宣散清疏,虚者,宜补土生金。近年来随着对有关咽喉反流性疾病认识的增加,遇到咽喉症状治疗效果不佳的患者时,有意识地增加了

病史的追问及电子喉镜检查、PH 值监测等处理,明显提高了对于咽喉反流性疾病的诊断率和治疗的有效率。

叶天士在临证识病过程中面面俱到,细致入微,体察脏腑关系,明示天人相应,本文中论述的“咽喉病从脾胃论治”是叶氏辨证重视脏腑的一个典型例子,临床中我们也经常效仿叶氏《临证指南医案》中的“从脾论治”,“用药不越脾胃”等理论,用于治疗反流性咽喉炎,往往收到很好的效果。现附李云英教授指导临床医案一例:陈某,女,56 岁,声音嘶哑 3 月余。伴反酸,口苦咽干,胁胀,腹胀。睡眠欠佳,纳可,小便短黄,大便粒状不成条。舌尖红,苔薄白,脉弦细,尺沉。病人平素常反酸水,无呕吐,腹部胀。性格急躁,常常容易发怒,面色偏红赤。间接喉镜见:双侧扁桃体大 1 度,未见红肿、脓点,咽后壁充血淋巴滤泡增生,未见明显分泌物停留。电子喉镜示:双侧声带肥厚,弥漫性充血,活动可。中医诊断为“喉暗”,西医诊断为“反流性咽喉炎”。李教授指导辩证论治:此病为“喉暗”,暗之所生,虽最关肺,而实与五脏皆相牵连,该患者平素肝火旺盛,肝属风木,内寄相火,肝喜条达舒畅,郁则易化火上犯。兼遇肺燥津伤,金不制火而反被火刑,肝火犯肺则肺津耗伤,咽喉失于滋润濡养,导致嘶哑,治宜平肝泻火润肺。笔者自拟方:桑叶 10g,北沙参 10g,枇杷叶 10,麦冬 10g,石斛 10g,白芍 10g,白扁豆 15g,苦杏仁 10g 打碎,升麻 5g,海螵蛸 20g 先煎,甘草 5g。连服 7 日。二诊症减大半,三诊症消。笔者认为此案例正体现叶氏治则以脾胃为本,从肝论治咽喉疾病,可见《临床指南医案》中治法思路宽广,疗效显著,非常值得进一步研读。

【参考文献】

[1] 季幸姝,陈冠林,周小军,等.周福生教授从脾胃论治慢性咽炎经验介绍[J].新中医,2008,40(8):10-11.

[2] 叶天士.临证指南医案[M].北京:人民卫生出版社,2006.

[3] 李进让.咽喉反流性疾病的诊断和治疗[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,44(2):172-175.

[4] 《临证指南医案》之“肝—胃”相关理论探析余洁英,邱仕君,肖莹广州中医药大学学报.2008.3:25(2):169-172.

疱疹性咽峡炎的病机特点及中医治疗思路

花君霞¹

【摘要】 本文探讨分析了疱疹性咽峡炎的病因病机并总结了治疗思路及用药，对中医治疗疱疹性咽峡炎有指导意义。

【关键词】 疱疹性咽峡炎；病因病机；中医治疗

疱疹性咽峡炎是一种急性上呼吸道传染性疾病，每年夏秋季高发，近年来在儿科的发病已呈上升趋势，成为夏秋季多发病。中医治疗本病具有很好疗效，故探讨其病机特点及治疗思路可进一步提高临床疗效，并为有效预防该病的发生提供理论指导。

1 病因病机探讨

本病证见咽部软腭上出现粟粒大疱疹，周边有红晕，或见舌边尖红疹伴发热甚至高热，咽部疼痛，不愿进食。现代医学认为疱疹性咽峡炎多为柯萨奇病毒感染所导致。传统医学认为属于“口疮”、“口糜”、“喉痹”等范畴。但其发病季节性较强，多集中发病，从其流行性发病的特点而言，与一般的“口疮”不同。有专家指出应归属于“疫疔”的范畴，其病名似可命名为“疫毒喉疮”。根据其病因认为此乃感染疫毒之邪所致。^[1]有专家指出疱疹性咽峡炎“主要是由外感暑热时邪疫毒而致，是一种时行疫疾，可归属于暑温病，为暑热时邪疫毒引起。”^[2]有的认为“本病感受特殊戾气（引起本病的病邪）而致病，发病多为暑热明显季节，辨病为疱疹性咽峡炎，辨证为暑湿证”。^[3]这些论述涵盖了发病特点和症状特点，指出了本病的病邪特点，即暑湿、热毒为患。

心在窍为舌，脾在窍为口，心脾积热则口舌生疮。《幼幼集成》曰：“口疮者，满口赤烂。此因苔禀本厚，养育过温，心脾积热，熏蒸于上，以成口疮。”《圣济总录·口齿门》言“口舌生疮者，心脾经蕴热所致也……两脏俱蓄热毒，不得发散，攻冲上焦，故令口舌之间生疮。”疱疹性咽峡炎发病时节其天气闷热生湿，湿壅化热，湿热交蒸，不得宣散，腠理开合失司。外在暑湿与内里湿热相因，得以为病，故

心脾积热是发病的内因，外感暑热时邪（暑夹湿邪）是发病的诱因，两者互为作用。小儿形气未充，以致卫外不固常受外邪侵袭，脾常不足易为饮食所伤，不论外感或内伤均易为患，故小儿较易发病。暑邪致病，其发病较速，传遍亦快，符合该病的发病特点。疱疹性咽峡炎的典型症状为口咽部、舌部出现红疹、疱疹，为热伤血络，伤及营血，营阴受损，热窜血络，外达于肌膜，故出现咽部红疹的特征性表现。《小儿卫生总微方论·咽喉总论》言“小儿咽喉生病者，由风毒湿热博于气血，随其经络虚处所著，则生其病。”

故疱疹性咽峡炎的病因病机可总结概括为：外感暑热时邪，内有心脾积热，湿热上蒸咽喉，营阴受损。

2 中医治疗思路

近年来中医治疗疱疹性咽峡炎的报道很多，从不同角度总结了具体的治法或方药，通过分析其主方用药和随证加减用药，结合以上病因病机的分析，笔者总结其治疗思路主要包括以下几个方面：

2.1 疏散暑邪

本病以咽部出现疱疹为重要特征，症见疹色红甚至赤红并伴发热甚至高热，属气分、营分证候，叶天士言“入营犹可透热转气”，治疗疱疹性咽峡炎应疏散外邪，即透邪外出。

刘某等检索 1995 年 1 月至 2015 年 10 月中药治疗儿童疱疹性咽峡炎的 17 篇文献（包含 1740 例患者），结果显示“使用频率较高的药物即金银花（15/17）、连翘（11/17）、黄芩（11/17）、牛蒡子（8/17）、板蓝根（7/17）、甘草（9/17）”。^[4]疏散暑邪常选用辛

凉疏散之剂,如银花、连翘、荆芥、防风、薄荷、生柴胡等。其中银花轻宣疏散、连翘轻扬散结,两药相伍疏散风热、清热解毒,为最常用药。《施今墨对药》中有:“二药伍用,并走于上,轻轻升浮宣散,清气凉血,清热解毒的力量增强……以消肿散结止痛。”笔者在临床中还常选用僵蚕祛风止痛,解毒散结。《寒温条辨》言之“以清化之品,涤疵病之气,以解温毒,散肿消郁。”杨栗山《伤寒温疫条辨》十五方中皆有僵蚕。疱疹性咽峡炎为感暑热时邪而至,以疏散暑邪为要,在此基础上需配合清肺热、泻火解毒、清热利咽之剂,如黄芩、石膏、夏枯草、板蓝根及桔梗、牛蒡子、射干等。其中黄芩善清上焦尤其是肺经实火。石膏善清泻温热病气分实热。伴舌尖部疱疹者,配合竹叶、通草、灯心草、黄连等以清心泻火。

2.2 气营同治

疱疹性咽峡炎病起突然,传遍亦速,就诊时多见高热,咽峡充血、疱疹,证属热入气分或气营两燔。“在此病早期治疗使用疏风清热、解毒利咽的同时,需兼顾气营,防止病邪进一步深入。”^[5]因此疱疹性咽峡炎的治疗不能单纯疏风清热、解毒利咽,还应清营凉血,常用药为赤芍、丹皮、玄参、生地等。其中赤芍、丹皮清热凉血力强并能活血,玄参、生地清热凉血并有良好的养阴作用,玄参并能利咽散结。清营凉血配合疏散暑邪之剂,使入营之邪在内可清并宣透外解,是治疗不可或缺的治则。

2.3 清热化湿

疱疹性咽峡炎见红疹、疱疹,溃后成为溃疡。疱疹、溃疡均属湿邪为患,其夹湿之原因为暑常夹湿,热蒸湿动,或厚味甜腻,内生湿热。病机为脾胃积热或脾胃伏火。因其病在脾胃,因此其治疗应注重清热化湿、健运脾胃。常选用藿香、佩兰、薏苡仁、石菖蒲、白豆蔻、通草、砂仁等。有医家报道以“甘露消毒丹”、“加味泻黄散”治疗该病^{[6][7]},亦含此意,在治疗用药中均应用了清热化湿、除湿之剂。“在治疗过程中,清利湿热,解毒利咽,不仅要祛除外湿,还要清理内湿,且要兼顾清除脾胃积热。”^[8]湿之化需赖气机运行,心脾蕴热,亦需发散郁火,因此,治疗中常配合陈皮、枳壳、防风、厚朴等宣畅气机之剂。发热、舌苔厚腻者选用大黄,泻火去浊。

2.4 药证相合

该病病邪暑热湿浊夹杂,病势气营两燔,治疗应依据具体症状特点权衡用药,有所偏重。发病初以宣散透邪为主,疱疹渐多则以清化湿热为要,治

疗中又须辨湿与热之轻重。如舌红疹赤,加重疏风清热、清热解毒之剂;苔厚浊腻,则加重化湿理气用药;发热选加石膏、柴胡、大黄,或疏泄清肺或泻浊清热。具体治疗选药及药量依据病邪轻重恰当把握。因热易除湿难化,后续治疗以化湿健脾或补益肺脾为主。湿之成,源于脾不运化,邪之入,为肺卫不固,故后期巩固治疗以益气固表、健运脾胃为主。

疱疹性咽峡炎属温病范畴,病因为外感暑热时疫,内有心脾积热,病机特点为湿热为患,伤及气营。中医治疗思路应注重疏散、清化,同时气营同治,权衡病邪轻重对证用药。疱疹性咽峡炎与手足口病证候特点相似,中医辨证有相通之处,有专家指出同期疱疹性咽峡炎与手足口的感染病原可能相平行^[9],故探讨疱疹性咽峡炎病因病机特点和治疗用药,对于应用中药治疗手足口病亦有意义。

参考文献

- [1] 许启蒙.利咽解毒汤治疗儿童疱疹性咽峡炎 96 例疗效观察[J].湖南中医杂志,2016,32(12):63-64
- [2] 董丹.喜炎平注射液雾化吸入治疗儿童疱疹性咽峡炎临床分析[J].辽宁中医药大学学报,2017,19(6):185.
- [3] 殷齐辉.咽峡炎 1 号方治疗疱疹性咽峡炎疗效观察[J].中国中西医结合儿科学,2016,8(3):296-298.
- [4] 刘璐佳.张鑫.曲婉莹等.中药治疗儿童疱疹性咽峡炎的 Meta 分析[J].中医药导报,2016,22(22):90.
- [5] 杨昆.陈燕子.周富雍.清营利咽汤治疗小儿疱疹性咽峡炎临床观察[J].实用中医药杂志,2016,32(7):648.
- [6] 刘璐佳.施国善.王有鹏基于寒地特点运用甘露消毒丹治疗儿科疾病验案 3 则[J].江苏中医药,2016(48)8:47-49.
- [7] 孙梦甜.陈文利.加味泻黄散治疗小儿疱疹性咽峡炎的临床分析[J].中国医药导刊,2017,19(2):178.
- [8] 刘晓菲.崔文成教授治疗小儿疱疹性咽峡炎的经验[J].云南中医中药杂志,2013,34(8):6.
- [9] 陈向前.施学文.曹青.手足口病流行期疱疹性咽峡炎的病原及临床分析[J].临床儿科杂志,2013,31(5):431).

譙凤英主任治疗儿童腺样体肥大临床经验介绍

乔静¹ 譙凤英¹

【摘要】总结譙凤英主任运用消腺方治疗儿童腺样体肥大的临床经验。譙凤英主任通过对本病病因、病位及中药药理学研究,结合小儿用药特点,以自拟消腺方熏鼻治疗儿童腺样体肥大,取得较好的临床疗效。并举案例 1 则,以资验证。

【关键词】腺样体肥大;消腺方;临床经验;譙凤英

腺样体又称增殖体,是位于鼻咽顶壁与后壁交界处的一团淋巴组织,为咽淋巴环内环的组成部分,正常生理情况下,儿童 2~6 岁时增生最为显著,10 岁后逐渐萎缩,成人基本消失。若腺样体增生肥大,并引起相应症状者称为腺样体肥大^[1]。腺样体肥大好发于 10 岁以下小儿,尤以 6~7 岁者最为多见,据文献报道,其发病率为 9.9%~29.9%^[2]。

古代医书中没有本病的相应病名,但因腺样体肥大所引起的症状,散见于古代医籍中,如《诸病源候论·卷之三十一·癭瘤等病诸侯》有“鼾眠者,眠里咽喉间有声也。人喉咙,气上下也。气血若调,虽寤寐不妨宣畅;气有不和,则冲击咽喉而作声也。”的记载,其临床表现与本病一致,故有医家将本病归于鼾眠一病。《灵枢·忧恚无言》有“顽颡者,分气之所泄也……人之鼻洞涕出不收者,顽颡不开,分气失也”的论述,其特点与本病类似,故也有医家称本病为顽颡不开症,或顽颡闭塞症。

譙凤英主任从事中医耳鼻喉工作 30 余年,在临床治疗中以中医整体观念为指导,在继承传统疗法的基础上不断发展创新,在诊治常见病,多发病和疑难病方面创立了独特的中医诊疗技术和中西医结合治疗方法,取得较好的临床疗效。现将譙凤英主任治疗儿童腺样体肥大的临床经验总结如下,以飨同道。

1. 腺样体肥大临床表现及解剖特点

腺样体位于鼻咽顶壁与后壁交界处,位置隐蔽,临床表现复杂。

1.1 与睡眠呼吸障碍相关症状

增生肥大的腺样体阻塞后鼻孔,使气流通过鼻腔时受限,表现为睡眠期间打鼾、张口呼吸、呼吸暂停、鼻翼煽动、汗出过多、遗尿及体位异常等症状,若长期张口呼吸,还可导致“腺样体面容”。

1.2 鼻部症状

腺样体肥大三联征包括慢性鼻塞(包括打鼾和习惯性张口呼吸)、流涕和闭塞性鼻音^[1]。由于增生肥大的腺样体阻塞后鼻孔,导致鼻腔分泌物潴留,持续刺激鼻腔粘膜,进而引起继发感染,导致鼻炎或鼻窦炎久治不愈。腺样体肥大和鼻炎、鼻窦炎等鼻腔疾患互为因果,形成了恶性循环。

1.3 耳部症状

增生肥大的腺样体阻塞咽鼓管咽口,引起鼓室负压致鼓室粘膜渗液,同时妨碍咽鼓管引流,从而引起分泌性中耳炎,出现耳闷胀感、耳痛和听力下降等症状。

1.4 咽、喉部及下呼吸道症状

增生肥大的腺样体阻塞后鼻孔,导致鼻腔引流不畅,分泌物可倒流至咽部,引起上气道咳嗽综合征,出现持续性咳嗽,咽异物感等症状,甚至并发气管炎。

1.5 全身症状

腺样体肥大患儿可出现生长发育迟缓,注意力不集中,记忆力下降,学习困难,多动障碍,焦虑,抑郁等症状,多数学者认为这与患儿夜间缺氧及频繁觉醒导致睡眠结构异常相关^[3]。

2. 辨证思路

譙凤英主任总结大量临床经验,认为腺样体肥大一病,病初起者,多为气虚痰凝,小儿肺脏虚弱,卫外功能下降,易为邪毒侵犯,正气不足,清肃无力,则邪毒易滞留颞颥,久而不去。病久者,多为气血瘀阻,久病脾胃运化失健,易致湿邪内停,循经上犯颞颥,湿停日久则凝聚为痰,痰浊结聚,壅遏气血,痰瘀互结,致腺样体肿胀不消,而成本病。

3. 治疗方法

因腺样体位置较深,口服中药汤剂难以直达病所,针对此特点,譙凤英主任以“消腺方”为基础方加减,以宣肺通窍、健脾益气,化痰散结。并将传统口服中药汤剂改为熏鼻治疗,使煎煮汤药过程中产生的挥发油直接作用于鼻腔粘膜,可收缩黏膜血管,保护黏膜,并促进分泌物的排出,减轻炎症,使鼻腔通畅,减轻腺样体肿胀。消腺方组成:赤芍、牡丹皮、鱼腥草、黄芩、辛夷、白芷、薄荷、荆芥、防风、细辛、鹅不食草、藿香、石菖蒲、路路通、甘草组成。局部组织肥厚增生,可加僵蚕、贝母、蛤壳、海浮石等以加强化痰散结之功;夹湿者,可加茯苓、薏苡仁健脾利湿;血瘀重者加桃仁、红花活血化瘀。上药加水 300ml 浸泡半小时,大火煮沸后,小火煮 20 分钟,在第 15 分钟时加入后下药,煎取 150ml 药汁,以 40℃~42℃ 热气熏蒸鼻窍 5~10 分钟,此过程中药液若变冷可再加热。早晚各熏蒸 1 次,28 天为一个疗程。如患儿鼻部皮肤破溃、对所使用药物过敏、体温 >38℃,禁用中药汤剂熏蒸。熏蒸过程中需要有监护人看护,严格控制中药汤剂温度,避免烫伤。

处方分析:方中赤芍,牡丹皮清热凉血,散瘀止痛,收缩鼻黏膜血管,共治瘀血日久之癥瘕痞块,为君药。石菖蒲,藿香芳香化湿,醒脾健胃,又可化浊祛痰,开窍宁神,为涤痰开窍之要药,可减轻鼻黏膜水肿,两者共具臣药之功。辛夷、白芷、薄荷、荆芥、防风、细辛、鹅不食草皆可入肺经治以疏风开宣肺气,通利鼻窍;鱼腥草清热解毒、消痈排脓,路路通活络通经,既可助君药软坚散结,又可隔绝生痰之水。以上同为佐药。甘草清热解毒,调和诸药,有使药之效。纵观全方结构缜密,标本同治,诸药缺一不可。

4. 病案举例

患儿张某,男,4 岁 10 月,2017 年 3 月 21 日初诊。家长诉患儿夜间打鼾伴张口呼吸 3 个月。现夜间睡

眠打鼾,伴张口呼吸,日间鼻塞,呼吸音粗,喷嚏,伴清涕,纳少,眠差,二便尚调。查体:双侧下鼻甲肿大,黏膜色淡、水肿,鼻底可见少量清稀分泌物,舌淡略胖,苔薄白,脉缓。辅助检查:鼻咽部侧位片示腺样体肥大。譙凤英主任诊断如下:西医诊断:过敏性鼻炎;腺样体肥大。中医诊断:鼻鼾,鼾眠。证型:肺脾气虚。治则:健脾益气、宣肺通窍、化痰散结。予消腺方加减:赤芍 10g、牡丹皮 10g、鱼腥草 10g、辛夷 10g、白芷 10g、薄荷 6g、荆芥 10g、黄芪 10g、白术 10g、防风 10g、细辛 3g、鹅不食草 10g、藿香 10g、石菖蒲 10g、甘草 6g,7 剂,水煎,外用熏鼻,每日 1 剂。3 月 28 日复诊:患儿夜间鼾声较前减轻,日间鼻塞、喷嚏、流清涕均较前缓解,上方加苍耳子 6g,14 剂,嘱继续熏鼻治疗。4 月 11 日三诊:患儿夜间打鼾基本消失,偶张口呼吸,日间呼吸通畅,无明显喷嚏、流涕,纳食尚可,上方去苍耳子,加瓜蒌 10g、川芎 6g,连续熏鼻 1 月,以巩固疗效。1 月后患儿夜间无明显鼾声,无张口呼吸,日间呼吸通畅,无明显不适。

按语 小儿肺气虚弱,脾气不足,反复感受外邪,痰浊与邪毒结滞,阻于颞颥,致腺样体肥大。故譙凤英主任用消腺方加减以健脾益气、宣肺通窍、化痰散结。加入黄芪、白术补益肺脾之气,苍耳子宣通鼻窍,全方健脾益气,宣肺通窍,化痰散结。三诊时患儿鼻塞、喷嚏、流涕症状消失,但痰浊与邪毒结滞,阻于颞颥,日久难消,故去苍耳子,加瓜蒌、川芎等健脾化痰、活血祛瘀之品以调理善后,连续用药 1 月后患儿夜间无明显鼾声,日间呼吸通畅,无明显不适。1 月后随访患儿症状未见复发,嘱其避免接触过敏原,适时增减衣物,避免感冒,少食油腻及甜食,避免复发。

参考文献

- [1] 张亚梅,张天宇主编.实用小儿耳鼻喉科学.北京:人民卫生出版社,2011:312.
- [2] Bower Cm, Gungor A. Pediatric obstructive sleep apnea syndrome [J]. Otolaryngology Clin North Am,2000;133(1):49-75.
- [3] 刘大波,周丽枫,钟健文,等.阻塞性睡眠呼吸暂停综合征儿童睡眠结构的改变 [J]. 中华儿科杂志.2004;4(4):284-287.

穴位敷贴结合鼻窦康皮肤粘膜抑菌洗液 B 型 治疗儿童腺样体肥大虚证的疗效观察

薛彦艳¹



薛彦艳, 主治中医师, 毕业于河北医科大学中医临床系, 研究方向为中西医结合耳鼻喉科学, 主研名老中医耳鼻喉医学流派传承智能化推广应用, 代表研究课题《中医健康管理系统的智能化构建》发

表于《医学前沿》2016,18(6)57; 为《中医综合健康管理系统》、《咽鼓管声导抗管理系统》、《耳鼻喉科常见病智能诊疗系统》、《中医耳鼻喉窥镜影像信息管理系统》等九个医疗软件著作权第三完成人。现任石家庄康灵中医耳鼻喉医院临床医疗部副主任、《中医耳鼻喉科学研究》责任编辑。

【摘要】目的: 观察穴位敷贴疗法结合鼻窦康皮肤粘膜抑菌洗液-B型治疗儿童腺样体肥大的临床疗效及安全性。方法: 运用穴位敷贴疗法结合鼻窦康皮肤粘膜抑菌洗液-B型治疗60例儿童体肥大腺样体肥大肺脾气虚证, 1周为一个疗程, 共治疗2个疗程。结果: 显效27例, 占45.0%, 有效28例, 占46.7%; 无效5例, 占8.3%, 总有效率91.7%。结论: 运用穴位敷贴疗法结合鼻窦康皮肤粘膜抑菌洗液能安全有效的治疗儿童腺样体肥大, 值得推广应用。

【关键词】赵胜堂; 穴位敷贴; 儿童腺样体肥大; 鼻窦康皮肤粘膜抑菌洗液; 中医外用; 肺脾气虚证

赵胜堂教授系河北康灵健康管理集团董事长兼康灵中医耳鼻喉医院院长, 任河北医科大学常年客座教授, 从事耳鼻喉科科研及临床四十余载, 医德高尚, 医术精湛, 笔者跟师期间, 获益良多, 观察老师运用穴位敷贴疗法结合鼻窦康皮肤粘膜抑菌洗液-B型喷剂治疗儿童腺样体肥大肺脾气虚证, 疗效满意, 兹报告如下:

1. 临床资料

1.1 一般资料

观察对象为我院耳鼻喉科2016年9月至2017年2月接诊腺样体肥大儿童, 随机化选择3至12周岁门诊患者60例。男女各半, 年龄, 性别, 病程无统计学意义($P>0.05$)。临床表现: 睡眠打鼾, 张口呼吸, 部分鼻塞, 病程3月—2年, 治疗前行鼻咽侧位X线片检查, 腺样体与鼻咽部口径的比值(A/N)均高于正常(正常范围:A/N比值 ≤ 0.60)。0.51~0.60为I度肥大, 0.61~0.70为II度肥大; 0.71以上为III度肥大。

1.2 诊断标准

a. 症状: 患儿有白天嗜睡, 晚上睡觉张口呼吸, 打呼噜, 甚至呼吸暂停; b. 鼻咽部检查: 腺样体 I ~

III度肥大。

1.3 排除标准

儿童肥胖、鼻息肉及上气道神经肌肉紧张等其他原因所致。腺样体肥大鼻流浊涕者不在本实验范围内。

2. 治疗方法

①外用鼻窦康皮肤粘膜抑菌洗液-B型(河北康灵医药科技有限公司生产, 冀卫消证字(2011)第0013号), 主要成分为当归、丹参、附子、细辛、辛夷、白芷等中药提取物; 功效主治: 温阳散寒, 祛湿除痹, 芳香透窍, 宣肺止涕; 将鼻窦康鼻窦康皮肤粘膜抑菌洗液-B型装入专用喷雾器中, 每次每例鼻腔2-3喷, 每日3次, 先喷雾化剂, 再喷增效剂。一周为一个疗程, 连续治疗两个疗程。

②外用穴位敷贴: 附子, 肉桂粉碎, 用香油调制为糊状, 至于穴位敷贴治疗贴中央部位, 贴于大椎穴、神阙穴、双侧陶道穴, 每日一次, 每次两小时, 连用两周。

3. 疗效观察

3.1 疗效标准

根据中华人民共和国中医药行业标准《中医耳

耳鼻喉科病症诊断疗效标准》(ZY/T001.6—94) 自拟：疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。显效：用药一周以内主要症状和体征减轻，2 周以内临床症状和体征基本消失，疗效指数 ≥ 66%，半年以上无复发。有效：用药一周以内症状和体征减轻，2 周以内临床症状和体征基本消失，疗效指数 26%—66%。无效：用药两周内症状有减轻或无减轻，体征无明显改善，疗效指数 < 26%

3.2 治疗结果

显效 27 例，占 45.0%，有效 28 例，占 46.7%；无效 5 例，占 8.3%，总有效率 91.7%。

4. 病案举例

张某，男，8 岁，于 2017 年 2 月 15 日来我院就诊，主诉：反复鼻塞，夜间张口呼吸并打鼾半年余。患者于半年前受凉后出现鼻塞、流涕症状，按感冒治疗一直症状持续，继而出现夜间张口呼吸和打鼾症状，医院就诊 X 光影像检查示腺样体Ⅲ度肿大，医生建议手术治疗，患儿家属顾虑手术未治疗，自行购买鼻腔喷剂，效果不佳，后经人介绍来我院就诊。来诊时前鼻镜下检查见双侧下鼻甲粘膜肿胀，鼻腔底部可见分泌物，中鼻甲肿大，中鼻道狭窄，经电子鼻咽内镜检查示：鼻咽部可见大量透明浆液性分泌物，鼻咽顶部可见大量橘瓣样淋巴组织增生，Ⅲ度肥大，舌质淡红，舌苔白，脉浮缓。采用穴位敷贴疗法结合鼻窦康皮肤粘膜抑菌洗液治疗一周后，患者自觉症状明显减轻，家长述其夜间打鼾症状基本消失；检查双侧下鼻甲轻度肿大，色淡红，总鼻道通畅，可见少量分泌物，腺样体缩小至 50% 左右；治疗两周后，患者自觉症状消失，家长述夜间打鼾及张口呼吸症状均消失，检查鼻粘膜及鼻甲恢复正常，腺样体约占后鼻孔的 2/5，嘱其根据天气及时增减衣物，均衡饮食，结合体育锻炼，预防感冒，电话随访半年无复发。

5. 讨论

腺样体也叫咽扁桃体或增殖体，属于淋巴组织。当腺样体因炎症反复刺激而发生病理性增生时，会堵塞后鼻孔，影响呼吸，出现鼻塞、打鼾、张口呼吸，甚至呼吸暂停，阻碍鼻腔引流，鼻炎鼻窦炎分泌物又刺激腺样体使之继续增生，形成互为因果的恶性循环；小儿腺样体^[1-2]有时还会阻塞耳咽管，影响咽部与中耳的通气，使听力受影响；并与慢性腭扁桃体炎合并存在。因抗生素等药物治疗效果不佳，故一般主张手术治疗。腺样体对儿童，特别是 3 ~ 5 岁的小儿咽部和整个上呼吸道的局部免疫功能有重要作用，手术后患儿免疫功能严重下降，术后在慢性炎症的刺激下有很高的复发率。

腺样体位于鼻咽部，中医^[3]讲肺开窍于鼻，咽部为肺之门户，故本病病变部位主要在肺。脾为生痰之

源，其病机关键为脾运失健，痰浊互结，上扰鼻咽，阻遏脉络。本方中辛夷有“鼻科圣药”之称，具有祛风发散、通利鼻窍之功效，细辛祛风通窍；附子温阳散寒，丹参活血祛瘀，白芷芳香升散、具有祛风解表、除湿通窍，消肿排脓的功效，运用先进的技术提取其有效成分，可达到芳香透窍，温阳散寒，祛湿除痹的作用。

近年来小儿耳鼻喉疾病的发病率较以往有明显的增多，笔者认为跟环境污染、饮食、生活方式的改变有很大关系，随着生活水平的提高，现在很多孩子饮食结构不合理，过多的饮食肥甘厚味，久而久之损伤脾胃功能，中气相对虚弱，肺为娇脏，居于阳位，易感外邪，肺脾气虚，正气不足不能很好的抵御外邪，《黄帝内经·素问》讲“正气存内，邪不可干；邪之所凑，其气必虚”；加之现在儿童缺乏室外锻炼及小儿的生理病理特点：肺常不足，脾常不足，肾常不足，易患外感及耳鼻喉科疾患。

赵老师注重局部养护与整体调理，医家对辨证分型^[4]各持己见，熊大经^[5]认为责之于“肺脾亏虚”老师对此深表认同，遂研制并利用鼻窦康皮肤粘膜抑菌洗液 B 型喷于病灶表面，达到温阳散寒，祛湿除痹，芳香透窍，宣肺止涕的作用，穴位敷贴疗法，附子为阳中之阳，其性浮而不沉，其用守而不走，温经散寒，肉桂补火助阳，两药相合可达到通行十二经脉之功效，籍以皮肤吸收、腧穴刺激，发挥膏药和穴位的双重效应，起到调理脾肺等内脏功能的作用。

外治法是中医学独特的治疗方法，属“自然疗法”“绿色医学”范畴，采用纯中药配方，无毒副作用，将内服药变换为外敷和外用喷剂，减轻了小儿喂药难及喂药后呕吐的困难，起到甚至超过内服药的作用，具有效应显著、安全便捷、乐行依从的优点，故穴位敷贴疗法结合鼻窦康皮肤粘膜抑菌洗液值得临床进一步研究与推广。

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, 2010: 353-354.
- [2] 郑中立. 耳鼻咽喉科诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 381-382.
- [3] 李领明, 李辉, 李健, 刘晓睿. 中医治疗儿童腺样体肥大 68 例疗效观察 [J]. 中国卫生工程学, 2010, 9(S1): 49-51. [2017-08-31].
- [4] 陈云兰, 郭少武. 分型辨治儿童腺样体肥大小简况 [J/OL]. 实用中医内科杂志, 2017, 31(04): 83-86. (2017-04-07)[2017-08-31].
- [5] 熊大经. 实用中医耳鼻咽喉口齿科学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2001: 254-255.

LED·KJY-硬管窥镜影像仪 在鼻科及耳科检查的应用

张海涛¹



张海涛，毕业于河北医科大学，研究方向为耳鼻喉科脱落细胞学与细菌微生物形态学快速检验法。就

职于石家庄康灵中医耳鼻喉医院，主管检验师，现任功能检查部主任，承担国家中医耳鼻喉窥镜影像诊断学与信息化数据共享系统研究自选课题。

耳鼻咽喉为人体的自然腔道，深邃而病变隐匿，不易窥视；医务人员及患者迫切需要直观、完备的检查设备，以提供高质量、便捷、快速、可保存检查的服务。我科室采用硬管窥镜影像仪对门诊患者进行检查，随机选择 659 例患者进行临床检查，旨在进一步验证窥镜影像仪在临床的应用价值。

资料与方法：659 例患者中，423 例患者进行鼻腔检查，236 例进行鼻内镜或耳内镜检查耳部疾病。

内窥镜计算机处理系统包括：河北康灵医药科技有限公司 LED·KJY-硬管窥镜影像仪，联想一体机；主要软件有耳鼻咽喉科报告系统、图像编辑器、2345 看图王等图像处理系统及惠普喷墨打印机。

应用方法及范围：1. 常规摄像：利用该设备在不同强度光照下能获得清晰图像，适用于各种浅表病例常规检查。2. 腔内摄像：通过 LED·KJY-硬管窥镜影像仪，可拍摄外耳道、鼓膜、鼻腔、鼻咽及口咽等部位的检查情况，便于之后对病变进一步观察、分析、诊断以及随访复查有很大的临床价值，并可通过打印机打印彩色图片报告单。

结果：自该系统应用，对 659 例患者进行拍摄检查，帮助诊断鼻息肉 28 例，鼻窦炎 141 例，鼻甲肥大 182 例，鼻中隔偏曲 87 例，鼻腔异物 1 例；鼓膜穿孔 27 例，分泌性中耳炎 39 例、耳异物 3 例；并应用该系统帮助发现了 49 例常规检查未能发现的疾病，其中鼻中隔后位、高位偏曲 33 例，鼻甲后段肥大 16 例。

讨论：图像影像资料是现代医学诊断学的重要依据，也是现代医学发展的趋势和科研、教学中必不可少的资料和方法^[1]，应用 LED·KJY-硬管窥镜影像仪配合计算机除了可捕捉清晰的静态和动态的

检查图像外，还可同时打印出彩色图文报告，并可收集、储存、整理病案资料。影像图像资料的拍摄记录已成为现代医学的一个发展方向^[2]。通过对 659 例病例的临床应用，我们认为有以下优点：1、本系统对于 659 例病例检查资料说明可用于对耳鼻咽喉科病例进行常规检查拍片打印；2、作为“微侵袭（微创）耳鼻咽喉科”检查技术，对耳鼻咽喉科特殊病例、复杂结构的细微病变进行图像适当放大、追踪观察，并拍摄下彩色图片储存资料，可以使图像诊断摒弃传统的肉眼观察和主观判断，为医学诊断提供更客观的信息。3. 对检查过程进行摄像，并作为重要的病案资料保存，影像资料还可用于会诊、讨论、总结经验、交流及临床教学等。4. 用于耳鼻咽喉科手术后复查、疗效观察及评估。5. 有利于科研学术交流，如与远程医疗软件配套，为医学远程会诊提供资料。

总之，计算机及信息技术的飞速发展，使医学诊断、治疗模式发生了巨大的改变，使医疗活动从过去的经验主导模式逐渐向更加科学、精确的数字化模式转变^[3]。LED·KJY-硬管窥镜影像仪应用于耳鼻咽喉科的临床检查、科研和教学有很大的实用价值，值得在临床当中推广。

参考文献

- [1] 王容光. 鼻窦内窥镜手术图解 [M]. 北京: 解放军出版社, 1998.5-177.
- [2] 后群. 内窥镜计算机图像处理系统在耳鼻咽喉科的应用. 云南医药. 2002, 23(6): 451~452
- [3] 张密 吴效明 郭圣文 医学影像工作站的发展现状和趋势 世界科技研究与发展 2008.8(4) 493-496

如何认识中医古方计量单位

刘大新¹



国家级名老中医，北京中医药大学东方医院主任医师、教授，博士生导师。“国家中医药管理局重点专科学术带头人”，“国家中医药管理局重点学科学术带头人”，“北京市中医耳鼻喉科学诊疗中心学术带头人”，“北京市住院医师规范化培训委员会主任委员”，“北京市教书育人先进个人”。

学术兼职：中华中医药学会耳鼻喉科分会名誉主任委员，中国中药协会药物临床评价研究专业委员会副主任委员，世界中医药联合会耳鼻喉口腔科专业委员会顾问，中国中医药标准化委员会委员，中国中医名词术语委员会委员，中华中医药学会科技成果评审委员会委员等。

在学习中医经典时，中药处方的计量单位有时使我们感到费解，也是不少学生提的问题。本人摘录编辑了以下内容供大家参考。

1 石 = 四钧 = 29760 克；1 钧 = 三十斤 = 7440 克；1 斤 = 16 两 = 248 克 = 液体 250 毫升；1 两 = 24 铢 = 15.625 克；1 圭 = 0.5 克；1 撮 = 2 克；1 方寸匙 = 金石类 2.74 克 = 药末约 2 克 = 草木类药末约 1 克；半方寸匙 = 一刀圭 = 一钱匙 = 1.5 克；一钱匙 = 1.5-1.8 克；一铢 = 0.65 克；一铢 = 100 个黍米重量；一分 = 3.9-4.2 克；1 斛 = 10 斗 = 20000 毫升；1 斗 = 10 升 = 2000 毫升；1 升 = 10 合 = 200 毫升；1 合 = 2 龠 = 20 毫升；1 龠 = 5 撮 = 10 毫升；1 撮 = 4 圭 = 2 毫升；1 圭 = 0.5 毫升。

梧桐子大 = 黄豆大；蜀椒一升 = 50 克；葶苈子一升 = 60 克；吴茱萸一升 = 50 克；五味子一升 = 50 克；半夏一升 = 130 克；虻虫一升 = 16 克；附子大者 1 枚 = 20-30 克；附子中者 1 枚 = 15 克；强乌头 1 枚小者 = 3 克；强乌头 1 枚大者 = 5-6 克；杏仁大者 10 枚 = 4 克；梔子 10 枚平均 15 克；瓜蒌 1 枚平均 =

曾撰写专业书籍 46 部，学术论文 72 篇。

为人处世原则：“认真做事，诚恳待人，谦以养德，廉以立身”。

学术观点及理念：1. 提出“肾虚不是当代耳鸣主要病因”，而“脾虚是耳鸣主要病因”。2. 提出“今之虚非古之虚”的观点。3. 提出“咽部异物感不等于梅核气”。4. 提出“虚证喉痹治从脾胃”学术理论。5. 提出人体患病的“两因学说”，即疾病“客观病因”与病人“主观病因”。6. 提出临床辨证“以患为师”、“无为而治”思维方式，7. 强调文化修养是中医思维基础，8. 提出为医者要有“善辨思智悟性与慈悲不妒胸怀”。9. 强调“克服浮躁，精进坚守，努力继承”学习精神。10. 主张“中医互补，取长补短，造福患者”。

46 克；枳实 1 枚约 14.4 克；石膏鸡蛋大 1 枚约 40 克；厚朴 1 尺约 30 克；竹叶一握约 12 克。

《汉书·律历制》记载：千二百黍重十二铢，两之为两，十六两为斤，三十斤为钧，四钧为石。就是说 1200 个黍米重 12 铢，两个 12 铢是一两。明确的指出了汉代的度量衡制度，用量单位和进位关系。单位应用了铢、两、斤、钧、石。石这里读（十），在后来读（担），是衡量单位。

汉代司农铜权，是东汉国家最高的管理农业的行政部门，制定标准衡重器具，汉代 1 斤 = 250g，1 两 = 15.625g，约等于 15g。

容量单位，《汉书·律历制》中记载：千二百黍实其龠（月），合之为合（格），十合为升，十升为斗，十斗为斛。这是五个容量单位。结果是：1 合 = 20ml 1 升 = 200ml 1 斗 = 2000ml。故麻黄汤每次服用 8 合，就是 160ml，桂枝汤每次服用 1 升就是 200ml。

《伤寒论》用到了度量，如五苓（下转第 50 页）

浅谈喉接触性肉芽肿综合治疗

王嘉玺¹ 李金飞¹ 姜辉¹



王嘉玺，男，主任医师、教授，北京中医药大学东方医院耳鼻喉科主任，国家级名老中医刘大新工作室负责人，兼任中华中医药学会耳鼻喉科分会副主任委员，北京中西医结合学会耳鼻咽喉专业委员会副主任委员、秘书长，中国研究型医院眩晕医学专业委员会副主任委员，世界中医药联合会耳鼻喉口腔科专业委员会常

务理事，中国中药协会药物临床评价研究专业委员会常委。

从事医、教、研 27 年，熟练掌握微创鼻中隔、鼻甲及鼻窦等手术及咽部的咽腭成形术，全麻下儿童腺样体、扁桃体切除术，耳部的乳突根治术、鼓膜修补术等，喉部的声带息肉、声带血管瘤、乳头状瘤切除术及会厌囊肿切除术等，采用中药、中医外治法等对耳鼻喉常见病如咽炎、鼻窦炎、过敏性鼻炎、声带小结有良好疗效。

【摘要】目的：探讨喉接触性肉芽肿治疗方法。方法：对接触性肉芽肿病例采用中药雾化吸入及穴位贴敷，并配合局部微波及口喷糖皮质激素综合治疗，结果：术后复发接触性肉芽肿或首发患者一个月后痊愈，随访无复发。结论：中西医结合治疗接触性肉芽肿疗效满意，复发率低。

【关键词】喉；肉芽肿；综合治疗

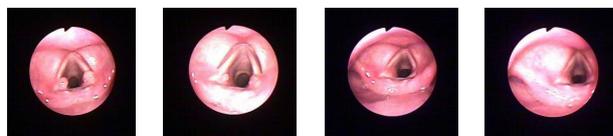
喉接触性肉芽肿指喉部声带突处粘膜由于物理或化学原因引起损伤、溃疡，进一步组织增生形成的肉芽肿样改变，多表现为杓状软骨声带突表面或内侧光滑呈淡黄色、粉红色或白色肉芽肿样物，可分叶，病因复杂，可由全麻插管、胃酸反流、用声不当等引发。

1. 资料和方法：我科采用稀释清开灵注射剂雾化吸入、局部微波照射及中药穴位贴敷，同时给予丙酸氟替卡松气雾剂口喷综合治疗。典型病例报告：

病例 1：患者王某，男性，35 岁，因声嘶逐渐加重半年，以右侧声带息肉收住院，行喉镜检查可见右侧近声带突处粉红色新生物，表面光滑，分叶状，声带运动正常。全麻支撑喉镜切除肿物。病理回报：肉芽肿样改变。术后 2 个月再感声嘶，喉镜检查原肉芽肿部位粉红色新生物，直径约 3-5 毫米，表面光滑。给予上述治疗 1 个月，声嘶见好转，行喉镜检查新生物基本消失，继续丙酸氟替卡松气雾剂口喷综合

治疗 2 个月。一年后喉镜检查右声带突粘膜光滑。

病例 2：患者程某，女性，50 岁，因巨大甲状腺腺物切除术后插管一周后，渐感声嘶，术后一个月行喉镜检查可见双侧近声带突处淡白色新生物，表面光滑，声门运动正常。给予稀释清开灵注射剂雾化吸入、局部微波照射及中药穴位贴敷，同时给予丙酸氟替卡松气雾剂口喷综合治疗一周。声嘶症状好转，喉镜检查双侧肿物缩小；1 个月后声嘶消失，喉镜检查双侧肿物消失。3 个月后随访无复发。如图



治疗前 一周 一个月 三个月

2. 结论：采用中西医结合治疗复发性及原发性接触性肉芽肿取得满意疗效，随访 3 个月无复发。

3. 讨论：喉接触性肉芽肿临床少见，尽管自 1935 年文献首次报道该病以来已逾 70 年，但其确切

病因、形成机制仍不清楚,尤其是如何治疗至今尚无统一方案^[1]。喉接触性肉芽肿的形成机制不明,推测肉芽肿的形成是在损伤引起的喉黏膜溃疡(接触性溃疡)的基础,继发感染,刺激肉芽增生所致。喉接触性肉芽肿的发病率占嗓音疾病的 0.9%~2.7%^[2]。它是引起声音嘶哑的病因之一,其临床表现为:声嘶、声音改变、咽部异物感、阻塞感、刺痛感、烧灼感、慢性咳嗽、反复清嗓、过多分泌物、咽部疼痛等。

目前比较公认的治疗一般首先采取内科保守治疗,控制发声、改变发声习惯,糖皮质激素气雾剂吸入治疗,内科治疗无效可采取手术切除、患侧甲杓肌肉毒素注射等综合治疗。尤其近年对胃食管反流对咽喉部疾病作用的研究日益受到重视,胃酸长期刺激咽喉部黏膜可造成反流性咽喉炎、喉接触性溃疡和肉芽肿,应用抑酸性药物治疗取得较好疗效。

我科采用中西医结合治疗接触性肉芽肿,清开灵雾化吸入疗法,其中清开灵注射液是依据《温病条辨》中安宫牛黄丸拆方改制而来,由牛黄、珍珠母、板蓝根、水牛角、黄芩、栀子、金银花 7 味药组成,具有清热解毒、泻火除烦、化痰通络、醒神开窍等作用。现代药理学研究证明,清开灵具有抗菌、抗病毒作用,主要作用于脑、肝、心、肺等器官,能改善这些器官的循环,具有解热、镇静、抗病毒、抗菌作用,能抑制病毒复制和多种致病菌生长。具有免疫调节作用,可抑制白细胞的粘附,减少白细胞的渗出,缓解过度的炎症反应与免疫应答^[3]。

中药天突穴位贴敷,就天突穴本身作用而言,《针灸大成》记载其“主面皮热,上气咳逆,咽肿咽冷,声破,暗不能言,胸中气梗梗”。一些药物通过对穴位的刺激作用,连同药物本身的偏性,产生双重的治疗作用,其中,穴位起引导作用,药物起主导作用,也就是说,药物利用自身的偏性来调节人体的阴阳失衡,而穴位,由于所属经脉的不同,联系脏腑的不同,针对精气的流注、邪气留驻的部位,起着引导药物归向的重要作用,我们贴敷药物以红花、

制香附等药物具有活血祛瘀、行气散结、清利咽喉、调节肌肉痉挛、抗炎等作用。

微波局部理疗是将微波能集中照射到病变组织部位,被人体软组织吸收。由于微波是高频电磁场,它可以穿透入人体组织内部,因此这种生物效应不仅局限在人体表皮产生,而在被照射到的全部组织上,从表皮到深部同时产生上述微波生物效应,表现出局部组织温度上升,导致促进机体血液循环、增强新陈代谢、提高免疫功能和改善局部营养等一系列生物学作用。通过动物实验、病理分析及大量临床验证表明,在促进伤口愈合、软组织损伤等临床治疗中有消炎、缓解疼痛和促进水肿液吸收作用。微波对微生物细菌有杀伤作用,因此在外伤伤口愈合治疗中有降低感染率效果。

我们利用糖皮质具有的抗炎作用、免疫抑制作用,治疗肉芽肿减少复发率。

综上所述,喉接触性肉芽肿的形成机制不明,治疗方法多样,疗效不同,我们认为采用中西医结合治疗喉接触性肉芽肿疗效满意,利用中药活血祛瘀、行气散结、清利咽喉、调节肌肉痉挛、抗炎等作用及局部理疗促进机体血液循环、增强新陈代谢、提高免疫功能和改善局部营养等一系列生物学作用参与该病治疗较单一方疗法更可靠,给药方便、安全,值得推广应用。

参考文献

- [1] HOFFMAN HT, OVERHOL T E, KARNELL M, et al. Vocal process granuloma[J]. Head Neck, 2001, 23: 1061-1074.
- [2] Ylitalo R, Lindestad PA. Laryngeal finding in patient s with contact granuloma: a long time follow-up study [J]. Acta Otolaryngol, 2000, 120: 655
- [3] 任钧国, 邱全瑛, 郝玉, 等. 清开灵对白细胞-血管内皮细胞粘附的影响 [J]. 中国中医药信息杂志, 2003, 10(5): 161

北京中医药大学东方医院耳鼻喉科概况

王嘉奎¹

【本刊特约稿件】

耳鼻咽喉科创建于 1959 年，是国内最早成立的中医耳鼻咽喉专业科室之一。经过近 50 年的发展，已成为人员结构合理，专业特色突出，专科设备先进的临床科室。“211 中医研究基地”重点科室，北京中医耳鼻咽喉科诊疗中心，国家中医药管理局十二五重点专科，国家中医药管理局中医药重点学科。

本科通过科研促进临床，经过不断总结经验，对专科疾病治疗有显著特点。中医辨证论治配合穴位植入、脉冲微波治疗耳聋、耳鸣。采用中医外治法如：鼻丘割治，穴位贴，针法，灸法，罐法等对过敏性鼻炎，慢性咽喉炎疗效显著，采用先进监测设备对鼾症、睡眠呼吸暂停综合征的监测及治疗，中药治疗鼻咽癌放化疗反应、嗓音疾病、耳源性眩晕诊治等均在本科开展多年。根据专科疾病的特点，在内窥镜、显微手术方面亦有新的进展，在应用射频技术治疗鼾症及鼻部、咽部疾病方面有较多的临床体会。

本科以开拓进取的精神，积极探索新的技术发展，使科室业务得到不断提高，中医特色更加突出，以更好的医疗水平，诚心诚意地为患者服务。

耳鸣、耳聋、眩晕治疗

该病属多发病、难治病，国内外耳科学术界非常重视对本病的治疗，从各类专业学术杂志报道的治疗效果统计来比较，本科治疗耳鸣、耳聋的方法具有中西医结合的特色。我们的科研课题“综合疗法治疗感音神经性耳聋的临床观察与实验研究”从客观的检查、诊断、疗效判定等方面深入地对耳聋、耳鸣进行了系统观察，并取得较好效果。科室拥有全套耳部检查电生理及眩晕检查设备，如：纯音测听、宽频声导抗、眼震电图、VAT、脑干诱发电位，前庭诱发肌电位等设备为眩晕定性定位提供准确依据，使治疗更准确、有效。我科应用中医辨证论治，整体调节人体机能并进行特色前庭康复训练，同时

结合脉冲微波、穴位植入、穴位注射等治疗方法达到治疗目的。

“打呼噜”的诊断及治疗

“打呼噜”是病，不是睡的香已逐渐得到人们的认识，医学上称为鼾症，据统计，我国发病率约为 13.4%，60 岁左右为高峰，在打鼾人群中约有 60% 以上的患者合并为睡眠呼吸暂停综合征。主要临床表现为睡眠打鼾，张口呼吸，口干舌燥，频繁呼吸暂停，白天困倦，疲乏无力，嗜睡，在工作、开会或驾驶时睡着，睡眠时反复憋醒，睡眠时动作异常，肢体抽动，经常发生夜间心绞痛或心律失常，睡眠时头痛、头晕，晨起血压升高，记忆力减退，反应迟钝，性格改变，性功能减退等。

我科开展鼾症诊疗已经 18 年，积累了较多临床经验，特别是应用低温等离子射频结合腭咽成形术等方法治疗鼾症取得了较满意的效果，轻度鼾症单纯用等离子射频治疗只需很短时间，特点是精确、微创、不用住院。

过敏性鼻炎

用局部多种疗法如针刺、穴位贴敷、微波、封闭、药物注射等，对鼻丘及鼻腔内敏感的部位进行中医特色割治治疗，降低其敏感性，配合中医辨证论治，口服中药，达到标本兼治的目的，此疗法为国家中医药管理局中医特色疗法推广项目；本科开展变态反应检测，并可根据检查结果有针对性治疗，不仅适用于过敏性鼻炎，也适用于其它过敏性疾病。

嗓音病

嗓音病多发于用声较多的教师、演员、服务类职业，本科开展以中医为主对嗓音病的防治工作，运用中药雾化、穴位贴配合口服及局部理疗等，对本病的预防、治疗、保健起到了良好的作用。

鼻部恶性肿瘤中医药治疗

采用中药辅助治疗能显著减轻耳鼻咽喉肿瘤放疗后的不良反应。

慢性咽炎慢性扁桃体炎

慢性咽炎及慢性扁桃体炎是咽部多发病,局部表现为多种症状,与全身性疾病有着密切关系,故反复发作不易治愈。我们根据该病的不同类型和不同表现,进行中医结合西医、局部结合全身的治疗方法,自制外用“咽炎贴”配合口服及局部理疗,扁桃体割治疗法、针刀刺营等,能够明显缓解病人症状,取得良好的临床效果。

内窥镜技术在耳鼻喉科的临床应用

耳鼻咽喉科领域内窥镜技术的应用在我国近十余年得到了快速发展,与影象系统和微波、激光、射频等配合使用,克服了单纯使用内窥镜的弱点,兼具放大及双眼视野的完整性、立体性视觉,使很多疾病得到早期发现,配合微波、射频等技术止血、切割等功能,更快、更好地进行各种手术。我科开展内窥镜技术多年,有完整的内窥镜及其配套设备,积累了一定的临床经验,开展的手术有功能性内窥镜手术、根治性手术等;还开展了纤维鼻咽镜、纤维喉镜、纤维气管镜、支撑喉镜、硬性食道镜等对疾病诊断及治疗。耳内窥镜的应用使我科对耳部疾病的诊断和治疗水平有了较大的提高。

学术带头人:

刘大新,教授,主任医师、教授,专业技术工作时间 40 年,北京市第四批师承工作指导老师,全国第五批、第六批名老中医师承工作指导老师,北京首届西学中高级研究班指导老师。兼任中国中医药标准化委员会委员、中医名词术语审定委员会委员、中华中医药学会耳鼻喉科分会名誉主任委员、世界中医药联合会耳鼻喉口腔科专业委员会副会长、北京中西医结合学会理事兼耳鼻喉科分会名誉主任委员等。培养学术继承人 19 人。学生人员组成来源于七家医疗单位,其中包括:北京中医药大学东方医院,北京中医药大学东直门医院,宣武区中医医院,鼓楼中医医院,北京同仁医院,清华大学医院,河南中医学院。其中:高级职称 12 人,中级职称 5 人,初级职称 2 人;博士 2 人,博士后 2 人,硕士 8 人,

本科 3 人;中医专业 13 人,针灸专业 1 人,西医专业 5 人。主要学术思想:耳鸣耳聋并非责之于肾虚、鼻鼾不单是变态反应性鼻炎、鼻鼾从痰论治、咽部异物感不等于梅核气、从文字训诂考证喉痹、喉痹虚证多由脾胃因素所致。临床方面首开开展割治法在耳鼻喉科的应用、“穴位植入”治疗耳鸣耳聋,中药贴敷治疗咽炎、喉炎、鼻炎等。

学科带头人:

王嘉玺,主任医师、硕士研究生导师,北京中医药大学东方医院耳鼻喉科主任,教研室主任。国家级名老中医刘大新工作室负责人。兼任北京中西医结合学会耳鼻咽喉专业委员会主任委员,中华中医药学会耳鼻喉科分会副主任委员,中华中医药学会耳鼻喉科分会中医外治法学组顾问,中国研究型医院眩晕医学专业委员会副主任委员,世界中医药联合会耳鼻喉口腔科专业委员会常务理事,中国中药协会药物临床评价研究专业委员会常委等。

从事医、教、研 27 年,发表专业论文 20 余篇,完成科研课题五项。完成多项药物临床实验观察。医疗上能够熟练应用耳鼻喉科各种腔镜完成检查及治疗,熟练掌握电视内窥镜下微创鼻中隔、鼻甲及鼻窦等手术及咽部的咽腭成形术,全麻下儿童腺样体、扁桃体切除术,耳部的乳突根治术、鼓膜修补术等,喉部的声带息肉、声带血管瘤、乳头状瘤切除术及会厌囊肿切除术等。不断加强中医知识学习,并将中医药运用于临床工作中,在“小茴香散”基础上研制鼻腔冲洗剂,对于促进术腔创面愈合取得良好效果,完成“中药冲洗对鼻窦术腔粘膜功能恢复的研究”工作。真对过敏性鼻炎、慢性咽喉炎、耳鸣、耳聋等疾病开展鼻丘割治,咽部封闭割治,穴位注射、埋线等中医外治法疗效显著。多年来努力改进手术方式以减少并发症、减轻患者痛苦、缩短愈合时间,目前开展的鼾症诊断治疗,低温等离子咽腭成形术、小儿鼾症治疗,内镜下鼓膜修补、无痛耳道异物取出术等取得良好的社会效益及经济效益,开展显微镜下耳瘻管切除术,鼻面部恶性肿瘤切除一期转移皮瓣修补术等效果显著。

严道南教授治疗慢喉暗经验总结

王伶俐¹ 严道南²

【摘要】慢喉暗，是指以声音低沉、讲话费力、声音嘶哑、日久不愈为主要特征的慢性疾病，同时也是喉部的常见疾病。其发病缓慢，病程长，多为阴虚、气(阳)虚、痰瘀所致。西医学中喉的慢性炎症性疾病、声带息肉、声带小结、声带麻痹等可参考本病进行辨证施治。导师严道南教授师从国医大师干祖望教授，从事耳鼻喉科临床及科研工作 35 年，对于慢喉暗的中医药治疗有较深入研究，取效明显，现将其经验略述一二。

【关键词】慢喉暗；肺脾气虚；气滞血瘀

1. 病因病机：

关于慢喉暗的病因病机，历代医家医书已有一定概论，唐代《备急千金要方·卷十七》认为，肺气不足，言语失声。明代《景岳全书》提出：“声由气而发，肺病则夺气”，“败中气而喘促为暗者，脾之病也”。明代《证治准绳·杂病·第五册》亦提出了癖血失音的病因、病机及辨证治疗，均对后世产生了一定影响。

严道南教授认为其有虚实之分，虚证病因病机主要为多言劳累，损伤肺气，子病及母，影响脾气，气虚运血无力，咽喉失养，无力鼓动声门，发为此病；临床多表现为声音嘶哑，不能久言，劳累后症状加重，休息后可稍好转，体格检查可见咽粘膜色淡，咽后壁淋巴滤泡增生，声带色淡白、肿胀或水肿，闭合欠佳，声时较短；可伴腹胀、便溏、少气懒言等其他症状；舌淡，苔薄白，脉细弱。治以补益肺脾，敛气开音为主要原则；兼以行气化痰，以防气虚不运，气滞生痰，痰气互结。实证病因病机多为久病气虚不运，气滞于经络，气为血之帅，血行瘀阻，久困声门，声带开合受限，言语失明，发为此病；临床多表现为声音嘶哑，说话费力，时出破音，喉内伴有异物感，体格检查可见喉粘膜暗淡，声带色暗红或增厚，可见声带息肉或声带小结，息肉色多偏紫红或暗红，无分泌物黏附，声门闭合不全；可伴有胸中烦闷、颈前有紧束感等其他症状；舌暗或边有瘀点，苔白腻，脉涩。治以行气活血，化瘀散结为主要原则。

2. 病案举隅：

案例一：余某，男，41 岁，2016 年 11 月 3 日初诊，南京

主诉：声音嘶哑反复发作 1 年余，加重伴咽部不适 5 天

病史：患者为大学讲师，1 年前无明显诱因下出现声音嘶哑伴咽喉部疼痛，自行口服清咽滴丸 3-5 日后自行好转，后反复发作，未予重视，5 天前患者声音嘶哑加重，时有破音，伴咽喉部疼痛不适，异物感明显，自行口服清咽滴丸未能好转，至门诊就诊。

检查：咽部轻度充血，喉粘膜色暗红；纤维喉镜下见：两声带色红肿胀，前中三分之一处对称性隆起，声带闭合差。舌暗红，苔白腻，脉涩。

四诊合参，辨病属于祖国医学“慢喉暗”范畴，辨证为“气滞血瘀”，治以行气活血，化瘀散结。

诊断：中医：慢喉暗（气滞血瘀证）；西医：声带小结。

处方：醋三棱 10g，莪术 10g，红花 10g，当归 10g，地龙 10g，土鳖虫 10g，浙贝母 10g。金果榄 10g，桂枝 6g，炙甘草 3g，14 付煎服，早晚各一次。

二诊：2016 年 11 月 17 日，药进 14 付后，患者自诉咽部疼痛较前好转，咽部异物感不显，声音嘶哑较前好转，经治疗后患者病情明显好转，继续巩固治疗，嘱患者注意声带休息，锻炼科学发声，药后患者无明显咽部疼痛及异物感，声音嘶哑较前明显好转。

三诊：2016 年 12 月 22 日，患者复诊，声音无明显嘶哑，纤维喉镜示：声带色白，前中三分之一

处对称性隆起,较 2016 年 11 月 16 日有所减小。

按语:患者为大学讲师,长期发音不当,致声带负担增加,未及时接受治疗、休息声带、矫正发音方法以致发为此病,严教授沿袭干祖望教授的观点,方以三棱、莪术化痰散结,此二药虽药性峻猛,但针对久病顽疾疗效显著,红花、当归调血化瘀,地龙通络止痛,土鳖虫破血逐瘀,桂枝宣导活血药物,以增强化痰止痛之效,浙贝母化痰散结,金果榄利咽开音。若体虚者,则佐以参术以滋补。多药合用,疗效明显。

案例二:陈某,女,34 岁,2017 年 05 月 04 日初诊,南京

主诉:声音嘶哑半年余

病史:患者半年前因长时间加班举行会议后出现声音嘶哑,休息后症状略好转,言语后复作,不能久言,至当地医院查纤维喉镜示:咽后壁淋巴滤泡增生,声带肿胀,声门运动欠佳。口服黄氏响声丸、甘桔冰梅片后疗效不显。遂至门诊就诊。

检查:喉粘膜色淡,咽后壁淋巴滤泡增生;间接喉镜示:声带肿胀,表面少许分泌物,闭合欠佳。声时:15s。舌淡,苔薄白,脉细。

四诊合参,辨病属于祖国医学“慢喉暗”范畴,辨证为“肺脾气虚”,治以补益肺脾,敛气开音。

诊断:中医:慢喉暗(肺脾气虚证);西医:慢性喉炎。

处方:太子参 10g,炒白术 10g,陈皮 10g,半夏 10g,砂仁 3g,桔梗 10g,白菊花 6g,金果榄 10g,甘草 3g。7 付煎服,早晚各一次。

二诊:2017 年 05 月 11 日,药进 7 付后,声音嘶哑较前好转,效不更方,再服 7 剂巩固疗效,随诊至今,无明显声音嘶哑。

按语:患者平素工作劳累,加班举行会议后用声过度,损耗肺气,致肺脾气虚,咽喉失养,故见声带肿胀,表面少许分泌物,闭合欠佳。方以太子参、白术益气健脾,砂仁、桔梗、陈皮、半夏行气化痰,白菊花、金果榄甘寒清热,以“轻清轻养”之法善后,诸药共用,药达病所。

参考文献

- [1] 慢性喉炎中医药治疗近况_李锐键 [J]. 中华中医药学会耳鼻喉科分会论文集, 2009
- [2] 慢性喉炎的治疗进展与中医家庭保健_张东霞 [J]. 亚太传统医药, 2010 (5)
- [3] 干祖望辨治喉暗的学术思想及加减三甲散治疗喉癌前病变的疗效研究_邹浩波 [J]. 广州中医药大学
- [4] 中医古籍论喉暗的辨治_李云英 [J]. 广州中医药大学学报, 1999 (04)
- [5] 《景岳全书》辨治声音嘶哑的临床思路探微 [J]. 李凯, 陈海, 刘湘. 新中医. 2016(05)

(上接第 15 页)镜易于明确鼻腔各部位活动出血点,特别是鼻腔后部出血,同时在直视观察下通过鼻腔区域性填塞、激光、微波、高频电凝、等离子射频等手段完成止血治疗,损伤小,患者痛苦少,止血准确且迅速,效果良好。对于我们首诊时就采用内镜诊治,避免了鼻腔的多次填塞甚至是后鼻孔填塞,减轻了患者的痛苦和负担。张艳^[3]对 120 例鼻出血患者进行研究,对比内镜下治疗鼻出血与传统鼻填塞方法的临床疗效,结果发现内镜下治疗鼻出血患者 3 个月内未发生再出血的情况,一次性治愈率高,且治疗过程中患者的疼痛感明显轻于对照组,治疗费用也明显低于对照组。本人对于出血量较多(大于 20ml)的鼻出血患者排除高血压及血液疾病所致的病例外,全部使用鼻内镜探查鼻腔,发现鼻腔小

血管瘤 7 例,吴氏鼻-鼻咽静脉丛出血 1 例,都使用等离子射频止血,其疗效显著,患者半个月复诊皆未再出现鼻出血。因此,本人认为对于出血量较多的鼻出血患者,使用鼻内镜辅助下等离子射频止血疗效显著,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 赵瑞力,赵岩,等.耳鼻咽喉头颈外科学[M].军事医学科技出版社,2013,2(1):134.
- [2] 王郁.鼻出血患者的出血部位与治疗[J].中国健康医学,2016,28(04):34-35.
- [3] 张艳,杨红旺.鼻出血的治疗方法比较[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(86):140.

田理教授运用保和丸加味 治疗儿童变应性鼻炎经验举隅

刘婷¹ 朱昕昀¹ 肖志贤¹ 陈龙¹ 田理¹

【摘要】介绍田理教授运用中医药治疗儿童变应性鼻炎的临床经验。变应性鼻炎属于中医“鼻鼽”范畴，常因脏腑虚损，正气不足引起。田理教授认为，小儿形体未充，脏腑“易虚易实”，儿童变应性鼻炎的发病则主要在于肺脾两脏易虚易实的生理病理特点，与喂养不当、脾虚食积有密切关系，其常以保和丸消食和中治疗儿童变应性鼻炎，以健脾气、降胃气为主要治疗出发点，疗效确切、特色鲜明。

Prof. TIAN Li' s Experience in Treating Pediatric Allergic Rhinitis

ABSTRACT This article introduces Professor TIAN Li' s clinical experience in using Chinese Medicine to treat allergic rhinitis. Allergic rhinitis is induced by deficiency of viscera and healthy qi. Prof. TIAN holds that children' s physiques is unaccomplished and their Zang-Fu organs are easy getting deficiency or excess syndromes. Pediatric allergic rhinitis is usually related to improper nutrient intake, spleen deficiency and food stagnation. Thus she often applies Bao He Wan to treat pediatric allergic rhinitis, which has the function of reinforcing spleen qi and descending stomach qi. This specific therapy is precisely effective.

Keywords pediatric allergic rhinitis; experience of famous doctor; Bao He Wan

变应性鼻炎 (allergic rhinitis, AR), 是机体暴露于变应原后主要由 IgE 介导的鼻黏膜非感染性慢性炎性疾病^[1], 儿童变应性鼻炎的主要症状包括突发鼻痒, 喷嚏, 流涕, 鼻塞等^[2]。近年来有关研究显示, 北京、重庆、武汉等我国主要城市儿童变应性鼻炎发病率普遍高于 10%^[3,4], 而全球平均发病率则达到 8.5% (6-7 岁) 和 14.6% (13-14 岁)^[5]。变应性鼻炎的治疗原则包括环境控制、药物治疗、免疫治疗和健康教育等^[1], 主要治疗手段包括: 鼻用糖皮质激素、第二代抗组胺药, 以及口服白三烯受体拮抗剂和变应原特异性免疫治疗等。但上述治疗可能出现鼻腔干燥, 药物依赖等不良反应, 且症状控制不满意, 易于复发。有研究证明中医药对于改善常年性、持续性变应性鼻炎的症状有效, 安全性良好, 且价格低廉、易于推广^[6-8]。

田理, 教授, 主任医师, 博士生导师, 四川省名中医, 享受国务院政府津贴专家, 其从医 30 余年, 在临床工作中辨证准确、用药审慎、组方严谨, 对

耳鼻喉科常见疾病具有丰富的理论知识和临床经验。田理教授对小儿鼻鼽的中医诊治有独到的见解, 其以保和丸加减治疗该病效果突出、特色鲜明, 笔者有幸成为门下弟子, 待诊于成都中医药大学附属医院, 期间收获颇多, 遂作本文以分享该经验。

一、鼻鼽的常见中医病因病机

变应性鼻炎中医属于“鼻鼽”的范畴, 中医认为本病多由脏腑虚损, 正气不足, 腠理疏松, 卫表不固引起, 风邪、寒邪或异气侵袭, 寒邪外束皮毛, 阳气无从泄越, 故喷而上出为嚏^[9], 常见分型有肺气虚寒证、脾气虚弱证、肾阳不足证和肺经伏热证等。常见治疗包括中药内服、外敷、针灸、推拿等, 常用方剂有温肺止流丹、补中益气汤、金匱肾气丸和辛夷清肺饮等^[10]。

AR 患儿常因西医治疗效果不佳或产生副作用及耐药性等原因就诊于中医, 现有研究表明某些中药成分具有抗过敏, 抗炎和免疫调节作用^[11,12], 中医药对于改善常年性、持续性 AR 的鼻部症状有效, 且安

全性良好^[13,14]。

二、保和丸治疗鼻鼽特色经验

保和丸出自《丹溪心法》，是消食和中治法的代表方，主治食积停留于胃，功能消食化积，和中燥湿。田理教授运用保和丸和胃消食以治疗鼻鼽，主要是因为小儿形体未充，脏腑“易虚易实”，如钱乙《小儿药证直诀》所言：“小儿五脏六腑，成而未全，全而未实……易虚易实，易寒易热……”的生理病理特点。而在儿童变应性鼻炎的发生发展过程中则主要与肺脾两脏易虚易实有关，故以健脾气、降胃气为主要治疗出发点。

虽鼻为肺之窍乃是常识，但鼻病的发生发展，不光与肺有关，治鼻单从肺论虽为常法，然临床效果不佳者常有，故在鼻病的诊治中，田理教授重视五脏合参，对小儿鼻鼽的诊治，更重对脾胃虚实的审查，如《素问·玉机真藏论》有言：“……中央土以灌四旁，其不及，则令脾气虚弱，化生不足，鼻窍失养，外邪或异气从口鼻侵袭，停聚鼻窍而发为鼻鼽……”同时，脾为肺之母，土气虚则金气不生。因此，田理教授认为，小儿鼻鼽的发病，与脾虚关系密切，其在学习上突破健脾运脾等常法，选用保和丸消食和胃作为主方，有如下几点依据：

首先，在当下的临床实际中，小儿脾虚与食积的关系密切，随着大众生活水平的提高，小儿在生长发育的过程中大量摄入各类营养品、保健品，这些过量的营养摄入常因小儿脾气不足而难以被转化为气血精微，所以，食积是小儿脾虚的重要结果；同时，水谷停滞于胃，胃气不降则脾气无以为升，因而中土气机升降不利，胃气凝滞、脾气愈虚，此时，食积又更是造成进一步脾虚的重要病因。所以，消除食积，既是消除脾虚病因，亦是清理脾虚之病理结果，加之小儿生长旺盛、正气充足，故田理教授认为，食积消除之后，小儿脾虚常易于恢复，故无须使用过多的扶脾健脾药物，以防矫枉过正。

其次，《灵枢·经脉》有言：“……胃足阳明之脉，起于鼻之交頄中，旁纳太阳之脉，下循鼻外……是动则病洒洒阵寒……鼽衄……”所以，鼻鼽的发病与胃的功能失常具有直接的联系。现代医学研究发现，在儿童 AR 患者中，可出现特异性体征“变应性暗影”（allergic shiner），即患儿下眼睑肿胀导致静脉回流障碍而出现的下睑暗影^[1]，该变应性暗影与小

儿鼻鼽密切相关，其出现的位置正好位于足阳明胃经的循行部位上，可谓与《灵枢》所述不谋而合。

同时，脾胃作为一个整体系统，五行属土，鼻为肺之窍，肺属金，因此培土生金是治疗鼻病最重要的治法之一，但这一治法的具体实施又可以有多种体现形式和具体方药。其中，田理教授受黄元御《四圣心源》之启发，认为培土生金的关键在于帮助胃气之下降，黄氏在该书中提出：“……清浊之间，是谓中气……所谓土也……清气左旋，升而化火，浊气右旋，降而化水……方其半降，未成水也，名之曰金……”所以，中土之气降则成金，其又言：“……土分戊己，中气左旋，则为己土，中气右旋，则为戊土，戊土为胃，己土为脾……戊土下行，阳降而化阴，阴降于右，则为肺……”，此即指出，肺的生成直接来源于胃气下行。田理教授认为，黄氏之说具有重要的指导意义，却亦被临床医家所忽视，其在该理论指导下，以保和丸降胃而成培土生金之功，屡试不爽、效如桴鼓。

综上所述，田理教授认为，在小儿鼻鼽的治疗上，消食即可健脾、降胃即可生金，因而，其从充分的理论依据出发，结合长年的临床经验，以保和丸为主方治疗小儿鼻鼽，常能取得满意的疗效。

三、病案举隅

杨某，男，5岁2月，病例号1864690，2017年6月8日初诊。因“晨起时喷嚏、流清涕2年余”就诊，两年来迭经中西医治疗，时症状缓解，但易反复，且每遇春夏季节加重。刻诊：体瘦、神疲，晨起喷嚏，流粘稠白涕，鼻痒，咽喉痒，偶有鼻部出血，纳少、时眠差，小便调，大便时干结难解，舌红苔白腻，脉滑。PE：鼻黏膜色淡，各鼻道大量水样分泌物，利氏区血管稍暴露。究其生活喂养史，其家长诉该小儿喜食用肉类制品，鲜食蔬果谷物，其不喜运动。

诊断：鼻鼽；辨证：肺脾气虚证。治当运脾消积，通窍固表，处方以保和丸合玉屏风散加味，处方如下：焦山楂15g，炒莱菔子15g，法半夏10g，陈皮10g，茯苓15g，炒鸡内金15g，黄芪20g，白术15g，防风10g，黄芩10g，柴胡10g，白芷10g，川芎10g，荆芥15g，地龙10g，诃子10g，蒲公英15g，牡丹皮10g，茜草10g。予4剂，水煎服，一日半一剂，每日两次，早、晚餐后半小时温服。

2017年6月20日复诊。患儿母亲家长诉：服药

后诸症明显减轻,近两日停药后喷嚏症状稍反复。刻诊:体瘦、精神可,时喷嚏,喜清嗓,纳眠可,二便调,舌淡红苔薄白腻,脉濡。PE:同前。诊断辨证同前,处方如下:法半夏 15g,陈皮 15g,茯苓 15g,生黄芪 20g,酒黄芩 15g,柴胡 10g,白芷 10g,川芎 10g,鸡内金 15g,防风 10g,防风 10g,牡丹皮 15g,蒲公英 15g,白术 10g。

2017 年 6 月 27 日复诊。患儿家长诉,二诊服药两天后,诸症消除,至今未见反复,但昨日外出受风后出现恶寒、咽痛、流涕等外感症状,遂予辨证方药处之。

按:该案患儿因鼻鼽反复就诊,前医治之乏效,乃因自囿于通窍治鼻,从而忽略了其喂养不当、食积不化之素体宿疾。患儿初诊时,已有脾虚食积的明显病理表现:体瘦、神疲、纳差、眠差、大便结等,故首诊以保和丸为主方,健脾消食,同时辅以玉屏风散,取其以健肺脾之气、标本同治。二诊时,患儿鼻部症状减轻,且脾虚食积表现明显减轻,但因苔薄白腻、脉濡,提示中焦尚有余积未尽,故减保和丸之制,只留鸡内金一味消食药以全原方之意。

四、总结

以保和丸为主方,配合对症方药治疗小儿鼻鼽,是田理教授在临床工作中总结出的特色经验,其乃充分理论依据和反复实践验证结合的结果,适用于以食积不化、土运不调为关键病机的患儿,该类患儿在临床实际中蔚为多见,然而,常医易囿于鼻病治鼻、画地为牢,往往忽视了这一证形或治法的普遍存在,故对其治疗效果不佳或病情频繁反复。田理教授以保和丸行消食和中法,治疗小儿鼻鼽屡起沉疴,笔者见闻,倍受启发,故作本文推广其特色经验。

参考文献

[1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 变应性鼻炎诊断和治疗指南 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016-51[1]: 6-24

[2] 《中华耳鼻咽喉头颈外科杂志》编辑委员会鼻科组,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组、小儿学组,《中华儿科杂志》编辑委员会. 儿童变应性鼻炎诊断和治疗的专家共识 [J]. 中华儿科杂志, 2011-49 [2]: 116-117

[3] Zhao J, Bai J, Shen k, et al. Self-reported prevalence of childhood allergic diseases in three cities of China: a multicenter study[J]. BMC Public Health, 2010,10:551.DOI: 10. 1186/1471-2458-10-551.

[4] Kong WJ, Chen JJ, Zheng ZY, et al. Prevalence of allergic rhinitis in 3-6-year-old children in Wuhan of China[J]. Clin Exp Allergy, 2009, 39(6): 869-874.DOI: 10. 1111/j.1365-2222.2009.03206.

[5] Ant K, Pearce N, Anderson HR, Ellwood P, Montefort S, Shah J. Global map of the prevalence of symptoms of rhinoconjunctivitis in children: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood ISAAC Phase Three. Allergy 2009;64:123 - 148.

[6] Hu G, Walls RS, Bass D, et al. The Chinese herbal formulation bimminne in management of perennial allergic rhinitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled, 12-week clinical trial[J]. Ann Allergy Asthma Immunol, 2002,88(5):478-487.

[7] Zhao Y, Woo KS, Ma KH, et al. Treatment of perennial allergic rhinitis using Shi-Bi-Lin, a Chinese herbal formula [J]. J Ethnopharmacol, 2009, 122(1): 100-105.DOI:10. 1016/j. jep. 2008.12.005.

[8] Wang S. Tang Q.Qian W.et al. Meta-analysis of clinical trials on traditional Chinese herbal medicine for treatment of persistent allergic rhinitis [J]. Allergy, 2012,67(5): 583-592. DOI:10.1111/J.1398-9995.2012.02806.x.

[9] 王士贞 主编. 中医耳鼻咽喉科学 [M]. 中国中医药出版社, 2007: 122.

[10] 刘大新,严道南,白桦,等. 中医耳鼻咽喉科常见病诊疗指南 [J]. 国家中医药管理局中医药标准化项目.

[11] Borchers AT, Hackman RM, Keen CL, et al. Complementary medicine[J]. Am J Clin Nutr, 1997,66(6): 1303-1312.

[12] 沈朝斌,顾君,林千里,等. 玉屏风散与 T 细胞亚型表达的 Meta 分析 [J]. 上海中医药杂志, 2004, 38 (11) :59-61.

[13] Hu G, Walls RS, Bass D, et al. The Chinese herbal formulation bimminne in management of perennial allergic rhinitis; a randomized , double-blind ,placebo-controlled,12-week clinical trial[J]. Ann Allergy Asthma Immunol ,2002,88(5):478-487.

[14] Zhao Y, Woo KS, Ma KH, et al. Treatment of perennial allergic rhinitis using Shi-Bi-Lin, a Chinese herbal formula[J]. J Ethnopharmacol , 2009,122(1): 100-105.DOI:10.1016/j. jep.2008.12.005.

《景岳全书》喉痹论治思想初探

郑东海¹ 指导：杨淑荣²

【摘要】以《景岳全书》咽喉门为基础论述喉痹的理法证治。集中展示喉痹的辨证思维，认为喉痹亦有非火证的，所属诸经亦有虚实之别。喉痹病是耳鼻喉科临床的常见病种，本文通过对《景岳全书》咽喉门有关喉痹病因病机、论治方药的系统分析，探讨张景岳治疗喉痹的学术思想和临床经验，为后世更好地指导临床提供参考。

【关键词】喉痹；学术思想；临床经验；张景岳

喉痹是指因外邪壅遏肺胃或脏腑虚损、咽喉失养所致的以咽痛或咽部异物不适感，咽部红肿，或喉底有颗粒状突起为主要特征的咽部疾病，相当于现代医学中的咽炎范畴^[1]。喉痹一词在《素问·阴阳别论》中说：“一阴一阳结，谓之喉痹。”喉痹在临床上可分为急喉痹和慢喉痹，其中急喉痹起病急，病程短暂易变，治疗时间短；慢喉痹起病缓慢，病程长，缠绵难愈，治疗易反复。

张景岳，又名张介宾，明末会稽（今浙江绍兴）人，是我国明代著名的医学家，为温补学派的代表，晚年结合个人丰富的临证经验和独到深湛的理论，撰成《景岳全书》，载临床内外妇儿各科的理法方药，是一部较完整的“全书”。《景岳全书》中专列一篇“咽喉门”总结了明以前对咽喉病的认识，形成了自己的学术思想，在咽喉病方面的理法证治上有独特见解，尤其在咽喉门中对喉痹的认识论述详实且辨证精当，值得当今临床借鉴和学习。

一、辨证审慎，寻根究源

1. 火有真假，故当详辨

张景岳在喉痹的论证上别出新裁，发前人之未发。喉痹一证，古人大都认为由相火所致，而张景岳则不然，认为：“此证虽多由火，亦有非火证者。火有真假，凡实火可清者，即真火证也；虚火不宜清者，即水亏证也；且复有阴盛格阳者，即真寒证也。”^[2]可见张景岳在辨证上认识到喉痹的病因不仅有实火，亦有虚火，亦有真假，故当详辨。

2. 经络不同，辨证有异

张景岳认为喉痹所属经络不同，虚实辨证则有很大的差异，于是从经络辨证的角度认为：“喉痹所属诸经，凡少阳、阳明、厥阴、少阴皆有此证，但其中虚实各有不同。少阳、厥阴为木火之脏，固多热证，阳明为水谷之海，而胃气直透咽喉，所以说惟有阳明之火最盛。欲辨此者，但察其以情志郁怒而起者，多属少阳厥阴；以口腹肥甘，辛热太过而起者，多属阳明。凡患此证者，多以实火论治。如果是少阴的证候，则不能以实火论治。因少阴之脉络于横骨，终于会厌，系于舍本，凡阴火逆冲于上，多为喉痹，但少阴之火，也有虚有实，不能都从火来判断。如果是因实火，自有火的证候和火的脉象；如果是因酒色过度，以致真阴亏损者，此证是肾中之虚火证也，非壮水不可；又有火虚于下而格阳于上，此乃无根之火，即肾中之真寒证也，非温补命门不可。”^[2]可见张景岳在辨证上原机灵活，辨证精当。从各个方面考虑喉痹的病因病机，认识到情志所伤多属少阳厥阴实火所致，嗜食肥甘多属阳明实火所致，故论治当从实火着手，因酒色过度致真阴亏损，出现肾中虚火证，故应壮水滋阴为主；因火虚于下而格阳于上导致下焦虚寒，虚火浮越于外，出现肾中真寒证，应温补命门为主。

张景岳在咽喉证火的论证上也做出了详细辨证，认识到：“单乳蛾，双乳蛾及缠喉风在火的论证上也有不同。肿于咽之两旁者为双蛾，肿于一边者为单蛾，形状必圆突如珠，乃痈节之类结于喉间，故多致出毒，或宜刺出其血而愈。如果是缠喉风则满片红肿，多

不成脓，亦不必出血，但使火降，其肿自消。”^[2]可见张景岳在临床上对咽喉证有细致的认识，较早地通过对肿痛的形态、部位对咽喉证进行了分类，并阐述了各证之间的治法，对指导临床具有丰富的临床价值。

二、病机详实，理法自明

1. 火证喉痹

火证喉痹，即实火证，因遵循“实则泻之”的治法，以清法为主。张景岳在火证喉痹的论治上，认为：“火甚者，宜以抽薪饮主之，火不甚者，宜徒薪饮主之。凡肝胆火盛者，宜以芍药、栀子、草龙胆为之；……凡单双乳蛾，若毒未甚、脓未成者，治之自可消散，若势甚而危者，必须砭出其血，庶可速退，此因其急，亦不得已而用之也。又古法用三棱针刺少商穴出血，云治喉痹立愈。”^[2]张景岳从火证喉痹的不同病机出发，结合前人经验给出了不同的富有见地的治疗方法。其所创的抽薪饮、徒薪饮及辨证思路，灵活借用古法针砭放血对于临床实证喉痹的治疗具有很大的指导意义。

2. 阴虚喉痹

张景岳认为阴虚喉痹应以“内热口渴喉干，或唇红颊赤，痰涎壅盛，然必尺脉无神，或六脉虽数而浮软无力”^[2]为主证。因其病机为肾阴亏损，水不制火所致，张景岳在论治上指出“火甚者，宜滋阴八味煎，加减一阴煎之类主之；火微而不喜冷物，及大便不坚，小便不热者，宜六味地黄汤、一阴煎之类主之；若因思虑焦劳，兼动心火者，宜二阴煎主之。”^[2]因此在阴虚喉痹的论治上注重用一阴煎、二阴煎、六味地黄汤之类以滋阴降火。

3. 格阳喉痹

张景岳对格阳喉痹进行了全面阐述，认为格阳喉痹，是由火不归元，无根之火客于咽喉所致。出现上热下寒的表现。并以“凡察此证者，诊其六脉微弱，全无滑大之意，且下体绝无火证，腹部不喜冷，即其证候也。”^[2]作为格阳喉痹的主证。指出“此证必得于色欲伤精，或泄泻伤肾，或本无实火而不过服寒凉”^[2]损伤阳气所致，在治疗上提出：“速宜用镇阴煎为上，八味地黄汤次之，或用蜜附子含咽亦妙，若再用寒凉，必致不救。镇阴煎由熟地一二两，牛膝二钱，炙甘草一钱，泽泻一钱半，肉桂一二钱，制附子五七分或一二三钱组成，如治格阳喉痹上热者，当以此汤冷服。”^[2]可见张景岳在格阳喉痹的论

治上，详实病机，病机已明，则治法方药即可确立。镇阴煎以大剂熟地为君填精益髓，大补真水；用牛膝引火归元；炙甘草调和诸药，通利血脉；泽泻补肾而不增水湿，以泻肾浊；少佐肉桂，制附子补火助阳，引火下行。故其用镇阴煎治疗格阳喉痹临床疗效独特。

4. 阳虚喉痹

张景岳认为阳虚喉痹，是因喉痹引起的阳虚。有因喉痹过于攻伐损伤胃气的；有因难于入食，仓廩空虚损伤胃气的；有因素体素弱，不耐劳倦损伤胃气的。终究因中气内虚，疼痛外逼，导致元阳浮越于外，脉浮而散，或弱而涩。出现声如鼾睡，痰如曳锯，一派肺胃垂绝的证候。张景岳认为治宜“速宜挽回元气，以人参一味浓煎，徐徐饮之。如痰多者，或加竹沥、姜汁亦可。如迟，多致不救。如作实火治之，则祸如反掌。”^[2]可见张景岳在治疗上告诫后人辨证精当仔细则救人，反之则害人。

张景岳对喉痹证，瘟毒喉痹，锁喉风证，杨梅结毒等病亦有论述，本文从临床出发着重论述了火证喉痹、阴虚喉痹、格阳喉痹、阳虚喉痹的理法证治。从中我们可以较清晰程度地领悟张景岳的辨证思路，病机明则治法易。

三、按语

通过对《景岳全书》咽喉门关于喉痹的论治思想与经验的总结，表明张景岳对慢喉痹的病机认识较前更深更广，治法也更加丰富，总结了前人治疗喉痹的辨证经验，对后世辨治本病有较大的影响。其在格阳喉痹中阐述的上热下寒学说为后世以阳虚论治慢喉痹奠定了基础。现在临床上诊治喉痹多从阴虚、痰火证着手，养阴润肺、解毒利咽为常见治法，但也有属虚寒者，应引起重视，不可忽视辨证而概施寒凉。张景岳在喉痹的理法证治上则体现了上述辨证思路，其富有见地的学术思想和临床经验为我们提供了重要的临证指导。因此，通过借鉴前人的学术思想和临床经验有助于初学者及从业人员提高自己的辨证水平。

参考文献

[1] 熊大经、刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 151
[2] 张景岳. 景岳全书 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 326-328.

中药治疗小儿分泌性中耳炎 18 例

张瑞¹ 张新亮¹

【摘要】采用自拟中耳炎Ⅰ号和中耳炎Ⅱ号方治疗小儿分泌性中耳炎 18 例，总有效率 98%，两方作用分别具有疏风清热，行气开窍，健脾渗湿，行气开窍之功。

【主题词】中耳炎；中医疗法；中耳炎Ⅰ号；中耳炎Ⅱ号；治疗作用

近年来，笔者在临床上应用中医辨证治疗，自拟中耳炎Ⅰ、Ⅱ号方，治疗小儿分泌性中耳炎 18 例，取得显效，现报告如下：

一般资料：本组 18 例，男 12 例，女 6 例，年龄最小 15 天，最大 12 岁，以 2-6 岁为常见，双耳发病者 13 例。

治疗方法：凡耳聋，鼓膜充血明显，内陷较轻，活动较好，舌红，苔薄黄，脉浮或数者，纹紫为热；用Ⅰ号方以疏风清热，行气开窍。药为：金银花，菊花，地丁草，夏枯草各 6g，柴胡，辛夷花，佛手各 5g，虫退，地龙，荆芥各 5g，水煎服，每日一剂；而耳聋，鼓膜淡红，混浊，内陷明显，活动差，甚至粘连，伴不思饮食，舌淡，苔白厚，脉濡或缓，为水湿停聚用Ⅱ号方，以健脾渗湿，行气开窍。

药用：党参，白术，云苓，甘草，陈皮，猪苓各 10g，辛夷花，节菖蒲，通草各 5g；川芎，木香各 4g，地龙，姜虫各 3g，水煎服，每日一剂。

疗效标准：痊愈：耳聋消失，鼓膜色泽正常，

活动好，无内陷，经电测听，声阻抗检查均正常者。

好转：耳聋减轻，鼓膜内陷减轻，活动度提高，色泽转向正常，电测听，声阻抗检查均示好转者。

治疗结果：18 例中痊愈 15 例，好转 3 例，8 例为风热，10 例为水湿停聚者，其中 8 例风热者服药 3-7 剂后，全部治愈，水湿停聚 10 例，除 3 例服用 12 剂，耳聋好转后未继续治疗外，其余 7 例服药 7-15 剂，全部治愈。

讨论：笔者认为本病多由风热邪气侵袭耳道，经气郁塞七窍，闭塞不通，或脾气不足，运化失常，水湿停聚耳道，气血不畅而病发。依据不同病因机理，分别以疏风清热，行气开窍，或健脾渗湿，行气开窍。中耳炎Ⅰ号以金银花，菊花，虫蜕，夏枯草，疏风清热，祛邪为主；以柴胡，地龙，菖蒲行气开窍为主，请药合用，祛邪而七窍畅通。中耳炎Ⅱ号，以健脾益气为主，以二苓利水渗湿，再配木香，柴胡，菖蒲，川芎，地龙，姜虫行气开窍，诸药合用，则正气存，邪气去，窍自通。

针刺曲池、血海、迎香穴、风市穴 配合康灵耳鼻喉鼻炎治疗仪治疗过敏性鼻炎 10 例

张华¹

【摘要】过敏性鼻炎属于变态反应性疾病，主要表现为鼻塞，鼻痒、打喷嚏、流清涕。迁延难愈。笔者采用针刺结合康灵鼻炎治疗仪治疗过敏性鼻炎 10 例，效果满意，特报道如下。

1. 临床资料

1.1 病例选择：

10 例患者均来自门诊。其中男性 6 例、女性 4 例；年龄最大者 46 岁、最小者 17 岁；病程最短 3 月，最长 3 年。患者每因气候变化及过敏原接触而反复发作，本组患者在治疗期间未使用任何中西药物。

1.2 症状体征

反复发作，遇热、遇冷易发作，喷嚏连连，鼻流清涕，鼻塞时有时无，多数患者伴有眼睛发痒，流泪，嗅觉减退，脉象细滑，舌淡苔薄白。

1.3 兼证

兼风寒者鼻塞流清涕，喷嚏频作，恶寒，周身酸疼者，鼻粘膜水肿，水样分泌物多。兼风热鼻涕略稠，鼻痒连连，兼有发热恶风，口渴，舌淡红，苔薄，脉细数。兼有脾虚，则腹胀便溏，口淡乏味。若兼肾虚则怕冷，易患感冒，动则气喘，舌淡苔薄，脉沉细。

1.4 实验室检查

所有患者均做血常规检查，检测仪器为南京普朗五分类全自动血球分析仪，检测结果发现所有患者均有不同程度嗜酸性粒细胞增高。

运用电子窥镜检查均发现不同程度的鼻腔粘膜肿胀苍白或者灰白。

2. 治疗方法

针灸取穴：曲池、血海、风市、迎香穴配合康灵鼻炎治疗仪治疗，每日一次，七天为一治疗周期。

针刺：用 28 号 1.5 寸毫针刺双侧迎香穴，针尖自鼻翼旁开 0.5 寸处进针刺入皮下沿鼻骨向印堂穴方

向透刺，长度约 1.5 寸，患者自觉有酸胀感即可，不可大幅度运针。继而在针刺曲池、血海、风市。注意一点采用上病下治，左病右治进行取穴针刺，留针 30 分钟效果会非常显著。在针刺结束后，让患者稍事休息，缓解紧张情绪，帮患者轻揉迎香穴，太阳穴，风池穴，足三里穴各 2 分钟，然后用河北石家庄康灵耳鼻喉医院专用鼻炎治疗仪进行治疗，治疗步骤先用 B-B-B-90 粉，按照先后顺序依次鼻腔给药，使鼻腔通气改善，患者自觉舒服许多，然后使用鼻炎治疗仪按照治疗处方 4，介入治疗 32 分钟。

3. 疗效观察

3.1 疗效标准：

痊愈：临床症状消失，半年以上不复发。显效：临床症状基本消失，偶尔受过敏原刺激，又轻度出现鼻痒流涕。好转：气候变化时复发次数较以前减少，症状出现，使用以上治疗手段即可控制。无效：治疗前后无明显变化。

3.2 治疗效果

本组 10 例患者治愈 6 例，显效 3 例，有效 1 例，总有效率 100%

治愈病例中：治疗一个疗程 2 例，治疗两个疗程 3 例，治疗三个疗程 1 例。显效病例中：治疗两个疗程 2 例，三个疗程 1 例，有效病例中：治疗一个疗程 1 例

4. 典型病例

患者侯某，男，现年 45 岁，私企负责人，该患者自 2014 年开始每年 4-7 月间出现鼻流清涕，鼻塞，眼睛痒，打喷嚏等症状，病史了解：患者鼻塞，夜晚

加重,遇冷热交替时出现症状,主要症状流鼻涕,打喷嚏,鼻痒,食欲不振,有时腹胀便溏,舌苔白腻,舌质淡红,脉象沉细。患者每年发病均在4月以后发病,出现症状后即服用氯雷他定,扑尔敏等抗过敏药后症状逐渐缓解,时间不久又出现症状,症状反复,迁延不愈。检查:双侧鼻腔黏膜水肿,黏膜颜色灰白,鼻腔水性分泌物多,下鼻甲肥大,诊断为过敏性鼻炎,中医辨证脾虚湿盛型,选用针刺疗法和康灵鼻炎治疗方案,取穴:曲池、血海、风市、迎香、足三里、阴陵泉。迎香穴双侧取穴,其余均单侧取穴,进针获取针感,运用补泻手法,留针30分钟,结束后按摩迎香穴,足三里穴2分钟,然后运用康灵鼻炎治疗方案开始治疗,介入处方B-B-B-90,鼻炎治疗机处方4,治疗时间32分钟再介入给药一次,经针刺结合康灵鼻炎介入治疗7次,患者自诉效果满意,鼻痒症状基本消失,鼻腔通气正常,打喷嚏流涕减少为每日3-4次,夜晚睡觉感觉舒服。在第一疗程结束后让患者休息一周,医嘱患者食清淡饮食,注意休息,戒烟限酒、适度运动。休息1周后按上述方法继续巩固治疗2个疗程,症状完全消失。半年后随访未见复发。

5. 讨论与体会

过敏性鼻炎也称变态反应性鼻炎,发病与季节环境气候变化,接触过敏原有关,是临床常见病、多发疾病,与内外因素有关,是人体对过敏原以鼻黏膜为主的一种异常反应。中医认为过敏性鼻炎属外邪袭肺,首先表现为寒邪犯肺、阳经不利。鼻窦与外界相通,是人体卫外的第一道门户,对四时之气敏感,最易感受风寒,风为阳邪,易袭阳位,同时头为诸阳之会,风夹寒邪侵袭,则鼻户首先受累,表现为流涕、鼻痒、鼻塞、喷嚏等;其次表现为卫阳不充,正气不足。临床发现异味气体刺激亦可引发过敏性鼻炎相关症状。所谓邪气,不正即为邪,包括范围甚广,凡能引起人体疾病的因素,不论外因内因,皆可称为邪气。因卫属阳,具有循行肌表,防御外邪,温养全身,调控腠理的作用,故卫气充盛,则腠理固密,汗孔开合有度,贼邪无可乘之机,正所谓“正气存内,邪不可干,邪气所凑,其气必虚”即说明卫阳、正气在机体抵抗邪气贼风中的重要作用。还有,是由肺为娇脏,不耐寒热的特点所决定的,表现为肺气不宣,肺脏虚寒。肺主气,司呼吸,开窍于鼻,合皮毛而卫外,无论是对鼻窦功能还是

卫阳功能都具有支持作用,其中肺阳最是关键,而肺为华盖,肺阳亦最易受寒邪损伤。反复发病导致肺脏虚寒,肺脏虚寒的存在又使鼻更易发病,以此恶性循环,过敏性鼻炎呈常年发作。肺主一身之气,卫阳功能的正常运行有赖于肺脏阳气的推动、温煦、促进和宣发功能,正气顾护作用亦有赖其支持作用。故笔者认为各种原因引起的机体阳气不足是临床引发此病最常见的原因。因此,患者往往开始是季节性发作,入秋或开春反复发作不加干预的话,就可能逐步发展为常年发作,痛苦难言。

笔者选穴迎香穴,迎香穴位于鼻旁该穴是阳明经穴,阳明与太阴互为表里,经脉循行都上至鼻部,针刺时以迎香向印堂方向透刺可使气至病所,扶正祛邪,疏通鼻窍。针刺曲池,风市,血海,足三里等穴,旨在治风先治血,血行风自灭之意其目的在于调节全身机能,增强机体免疫力、健脾益胃、扶正培阳、培土生金、通调水道。

再者笔者运用康灵鼻炎治疗技术,突破鼻炎治疗手术风险大、费用高、易复发的难题,应用电子内窥镜检查、定位,介入治疗使中药有效精准的作用于鼻腔特定部位。同时采用穴位介入、微热中频等外治技术。其用药特点及优势在于:1.本疗法作用于鼻部的各种刺激,可通过经络系统而起到畅通经络气血传导刺激感应,调整脏腑虚实,平衡阴阳失调的作用。还可通过刺激鼻腔粘膜的神经系统,产生反应而传入大脑,再通过大脑对全身进行调节,从根本上防治疾病。2.由于鼻腔给药没有消化道的吸收和肝脏的首过效应,避免了药物的有效成份被破坏,其用量少而起效速,患者易于接受,便于推广应用。是一种较为理想的给药新途径。3.安全无风险的新疗法新技术:该技术属国内首创,国际先进水平,具有简便易学,不禁食,不开刀,不住院,不复发,彻底治愈各类鼻炎,安全无痛苦,具有治疗中无医疗风险的优势。4.收费低廉。5.配套先进鼻炎电子检查仪器及治疗设备有先进鼻炎电子内窥镜检查仪器及治疗设备,应用检查设备检测、定位,中医外治技术,具有诊断准、治疗精、用药快、效果佳、疗程短、治愈率高的优势。

笔者认为将传统针灸与现代医学相结合治疗过敏性鼻炎,有相得益彰之功效,二者合用对机体细胞、体液、神经、内分泌、免疫调节机制的作用有待进一步实践总结。此法简便易行,无副作用。

中医儿科耳鼻咽喉疾病特点及对策(之二)

——中医小儿耳鼻咽喉科学的形成之管见

赵胜堂¹

(接 2017 年第 3 期)

四、小儿耳鼻咽喉科病理生理学特征

(一) 粘液 - 纤毛清除系统在儿童呼吸道疾病中的作用

气道呼吸道在呼吸过程中会持续遭受环境中有害气体和病原微生物的侵袭,对有害吸入物的及时清除需要依靠呼吸系统的防御机制。正常的气道粘液 - 纤毛转运系统对维护气道的防御功能有重要意义。许多复杂的防御机制参与了气道保护,以保持肺内的无菌状态和正常的气体交换。肺防御机制涉及咳嗽反射、解剖学屏障、粘液 - 纤毛清除、空气动力学变化及细胞免疫机制等。其中气道粘液 - 纤毛清除功能(MCC)是呼吸系统重要的防御机制之一。MCC 由粘液和纤毛两部分组成,正常的 MCC 不仅要求粘液具有最佳的弹性和厚度,而且要求足够数量、结构完整的纤毛和良好的纤毛摆动频率。粘液起到物理和化学屏障的作用,可黏附颗粒性的吸入物及病原微生物。通过纤毛的协调摆动,可将鼻道中的粘液推进到口咽,在口咽部粘液或被吞咽或被咳出。

1. 生理因素对粘液 - 纤毛防御功能的影响

许多生理因素会影响到粘液 - 纤毛的防御功能,包括年龄(纤毛摆动频率在新生儿和青少年时期增高;在成人期减低)、性别(男性比女性慢)、睡眠(在睡眠期减少)、运动(剧烈运动能增强黏液 - 纤毛的清除功能;轻度运动对黏液纤毛的清除功能没有影响)、体位(在健康个体不影响粘液纤毛功能;体位引流可有助于囊性纤维化患者的粘液纤毛清除功能)等。

2. 纤毛上皮的功能及纤毛摆动的调节

纤毛上皮具有多种不同的功能,可帮助局部粘液纤毛防御。纤毛上皮细胞能够调节气道表面液体并产生抗微生物肽类物质。呼吸粘液纤毛上皮是一

个效率极高的废物处理系统。纤毛上皮细胞的主要功能是清除粘液,该过程的完成既需要单个纤毛间的高度协调性,也需要纤毛具有针对不同刺激后增加纤毛摆动频率的能力。在活动的纤毛区域,在摆动的纤毛之间存在一个不同的相位,产生一种波称之为“节奏波”,它允许大量的单个纤毛同时进行推进,但并不干扰其他纤毛的运动。纤毛摆动清除黏液是一个循环往复的过程,包括三种状态:静息状态、复原摆动和有效摆动。

纤毛呈连续的波浪状有规律地向咽侧摆动,将表面的粘液、尘埃、细菌等推向咽部排除。纤毛摆动受表面黏液的黏度、温度、湿度、酸碱度及呼吸频率等影响。现代研究显示,纤毛传输的效率摆动频率呈线性依赖,传输效率的增加依赖于纤毛摆动频率的增加。纤毛活动受一个复杂的信号网络系统控制,后者依赖 Ca^{2+} 和环核苷酸通道的相互作用。现认为, Ca^{2+} 是一种重要的纤毛摆动调节剂, Ca^{2+} 的提高是触发纤毛摆动频率增强的重要触发剂之一。钙内流调节纤毛活动,持续增加局部 Ca^{2+} ,部位在接近质膜处,该处细胞溶质保持着低水平的 Ca^{2+} 。这种排列允许纤毛摆动保持长时间的活力而没有被高浓度的 Ca^{2+} 损伤。钙不能单独调节纤毛摆动频率,而是作为一种复杂的网络信号。虽然起初认为 Ca^{2+} , cAMP 和 cGMP 是各自独立的纤毛调节通道,但目前的证据表明,所有这三种通道都是密切互联的。在 Ca^{2+} 和纤毛摆动频率增强之间的解耦联可通过抑制性钙调蛋白或通过抑制环核苷酸通道完成。

3. 气道粘液的保护作用

覆盖于气道上皮的黏液提供一个黏液保护层,通过产生半渗透屏障能使营养、水和气体(绝大多数病原不能通透)进行交换。接近 90% 的吸入颗粒,包括呼吸道病毒,靠黏液 - 纤毛系统从细支气管传

输到气管。气道黏液成分复杂,已鉴定出约 200 种不同的蛋白,如抗微生物物质(溶菌酶和防御素)、细胞因子和抗氧化蛋白。黏液不断地由上皮内杯状细胞和黏膜下腺的黏液细胞产生。呼吸道黏液的主要成分是黏蛋白类,具有抗病毒和抗炎成分并能与其它黏液成分相互作用,如 IgA、胶原凝素和防御素类。迄今为止,至少 11 种黏蛋白类(MUC1,-2,-3,-4,-5AC,-5B,-6,-7,-8,-13, and -19)已经在人类气道中被检测到,MUC5AC 和 MUC5B 是痰液中的主要黏蛋白。气道黏蛋白的产生可被许多呼吸道病毒所诱导,包括鼻病毒和流感病毒。黏液的增加和产生对病毒的清除非常有利。不过,黏蛋白过度产生,能导致气道阻塞和原有气道疾病的恶化,使体内固有的免疫清除系统转变为损伤性机制。

4 原发性及继发性纤毛运动障碍

4.1 原发性纤毛缺陷病

原发性纤毛运动障碍(PCD)又称纤毛不动综合征(ICS),是一种常染色体隐性遗传性疾病。PCD 可由多种不同的纤毛缺陷引起,纤毛运动障碍的原因是周围微管的动力臂缺失。纤毛运动障碍可导致黏液纤毛的清除功能失效,进而导致上下呼吸道感染的反复发生。PCD 中 50% 的病例合并内脏转位,形成综合征。PCD 患者可出现复发性中耳炎、慢性鼻窦炎、支气管炎、肺炎、支气管扩张等症状,严重时可出现咯血、呼吸困难及喘憋。发病年龄可自婴幼儿至成年,但以学龄儿童及青年为多。本病易误诊,许多患者症状期存在数年后才得以正确诊断。早期诊断非常重要,恰当的治疗能预防疾病的进展。男性 PCD 患者由于超微结构缺陷可导致不育;女性 PCD 患者可导致异位妊娠的风险增加。PCD 的诊断涉及纤毛摆动频率及摆动方式的鉴定、纤毛超微结构和定向性的分析等。

4.2 继发性纤毛功能障碍

继发性纤毛缺陷和功能障碍可以由多种因素引起,包括病原微生物、毒素、有害气体、吸烟、外伤等。其中呼吸道感染是儿童最常见的原因,主要见于病毒及细菌感染。呼吸道感染可影响黏液纤毛清除。有体外研究显示,黏液转移速度在急性支气管炎大鼠较正常对照组显著减慢。也有研究认为:呼吸道感染可通过两个重要机制破坏黏液纤毛的清除功能,即对气道上皮的细胞毒性效应(如病毒)或通过微

生物产生的毒素(如绿脓菌素)破坏黏液纤毛清除功能。

4.2.1 病毒感染对呼吸道黏液纤毛的影响

病毒是引发呼吸道感染性疾病的最常见病原,病毒能干扰和破坏纤毛柱状细胞的微管功能,以及使病变周围黏液的黏滞度发生变化。病毒感染能破坏局部防御系统,促使感染性病原微生物在上气道定植。急性病毒感染可引起气道上皮细胞损伤并伴有纤毛损失,使黏液纤毛的防御功能受损,影响黏液纤毛的清除效率;呼吸道上皮恢复到正常需要几周的时间。也有研究显示:在急性病毒感染期间,黏液纤毛清除虽有破坏,但对纤毛摆动频率没有明显的影响。最近研究显示,冠状病毒能引起纤毛运动的显著异常和鼻部纤毛上皮的破坏;但没有引起纤毛摆动频率的显著减少。病毒感染可增加黏液产生并改变黏液的流变性。

4.2.2 病毒感染后的气道黏液纤毛清除异常对细菌感染的影响

最近研究显示,流感病毒的感染可增加继发性肺炎链球菌感染的易感性。其假说之一,流感病毒诱导的吞噬功能缺乏(比如,破坏中性粒细胞的趋化性和杀菌活性),增加对肺炎链球菌的易感性。假说之二,流感病毒诱导的呼吸道上皮损伤改变了上皮细胞的特性,通过暴露表面分子和细胞受体使肺炎链球菌更易黏附。不过,另外一个可能性是上皮细胞损伤也能导致黏液纤毛清除机制的损坏,导致细菌停留于呼吸道的数量增加。有学者研究显示,流感病毒感染的小鼠从气管中清除金黄色葡萄球菌的能力较对照组明显减低。为确定流感病毒感染是否能抑制黏液纤毛对肺炎链球菌的清除,测定了气管的黏液纤毛速率;结果发现:先期流感病毒感染能减低黏液纤毛的速率,它是导致细菌清除减低的机制之一。黏液纤毛的清除速率减低可导致气管腔内肺炎链球菌数量的增加,并且随之引起细菌对气管上皮黏附的增加。本研究显示:流感病毒感染后,气管内肺炎链球菌的负荷增加,极有可能是由于流感病毒诱导的黏液纤毛对肺炎链球菌的清除障碍所致。减少肺炎链球菌的清除可增加肺炎球菌存留于气管内(可能黏附到黏膜)的可能性,最终侵入肺内引起肺炎。

4.2.3 细菌及其毒素对呼吸道黏液纤毛的影响

流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌和铜绿假单胞菌，可产生特殊的毒素来破坏纤毛运动和协调性。细菌和细菌毒素也能破坏人呼吸道上皮。体外研究显示，未分型的流感嗜血杆菌、铜绿假单胞菌和肺炎链球菌能减低纤毛摆动频率和损伤呼吸道上皮；绿脓菌素和 1-羟吩嗪、铜绿假单胞菌的吩嗪色素类可破坏正常的纤毛运动；可破坏气管支气管和鼻部黏液纤毛清除效应（支气管扩张患者而不是 PCD 患者）。但也有报道支气管扩张患者的纤毛摆动频率正常。

细菌对黏液层有很高的亲和性，可增加黏液产生。由此提示，增厚黏液层的产生，可引起该区域纤毛清除功能失效。由细菌产生的毒素可减慢纤毛摆动频率并引起纤毛运动异常。例如，铜绿假单胞菌可产生绿脓菌素，后者能通过 cAMP-介导机制抑制纤毛摆动频率。现研究显示，绿脓菌素在摆动频率方面的作用可通过使用长效 β_2 激动剂逆转，后者增加细胞内 cAMP。肺炎球菌可释放肺炎球菌溶血素，一种可溶血的毒素，能显著干扰纤毛运动并引起上皮细胞损害。在健康细胞内，纤毛朝着同一方向协调摆动；但在细菌感染期间，纤毛可以在细胞内改变其朝向并向不同方向摆动，从而降低了黏液的清除。应用抗生素和局部用激素治疗后，纤毛方向紊乱的程度减轻从而使黏液的清除功能改善。绿脓杆菌是一种常见的呼吸道病原，可引起黏液纤毛功能障碍患者的严重感染，如囊性纤维化患者。由于异常稠厚的黏液存在，该类患者更易于产生纤毛功能障碍的后果。此外，肺炎支原体分泌的过氧化氢也可抑制纤毛运动。

4.2.4 污染物对气道黏液纤毛的影响

公共环境污染物质，如二氧化硫（ SO_2 ）、硫酸、二氧化氮（ NO_2 ）是已知的能影响气道黏液纤毛系统功能的有害物质。其他如喷发剂、吸烟、烟雾暴露等也可在一定条件下影响气道黏液纤毛系统功能。长期暴露于污染物如 NO_2 和 SO_2 ，可引起黏液纤毛清除的逐渐减少，增加了呼吸道上皮细胞对吸入病原的暴露时间，虽然上述观点还存有争议。有报道，健康志愿者暴露于含 NO_2 浓聚物的工作环境中 45min，可引起纤毛摆动频率的明显减少。动物暴露于远远高于环境水平的 SO_2 ，可导致纤毛摆动频率的剂量依赖性减低、上皮完整性损伤和黏液产生增加。

臭氧（ O_3 ）没有显示出对黏液纤毛清除作用的影响。许多研究显示，长期暴露于香烟烟雾中能减慢对黏液及放射性气溶胶的清除率。

4.2.5 创伤对气道黏液纤毛的影响

创伤可由多种因素引起，包括气管内插管、吸引管刺激及肺部手术后等，可影响黏液纤毛的运输。在动物模型上将气管横向切断，随后吻合，可导致黏液运输的明显减少，需要 3 ~ 4 周才能恢复。在肺移植后，支气管清除率减低。

5. 治疗策略

主要是对症治疗，改善粘液-纤毛清除功能为主，鼻腔清洗介入疗法为辅。改善纤毛运动包括：

(1) 增加纤毛摆动频率；

(2) 具有扩张气道及促进黏液清除双重功效的方法；

(3) 黏液分泌调节剂：稀化和碱化黏液、增加呼吸道黏液浆液腺分泌及减少黏液腺分泌、增强黏液纤毛运动等；

(4) 高渗超细粉剂：可以使气道内黏液水化，改变呼吸道上皮黏液的流变学特性，提高黏液清除率及改善肺功能；

(5) 减少慢性气道炎症所致的黏液高分泌、改善纤毛周围炎症。

(二) 粘液纤毛清除系统在鼻科疾病治疗中的临床价值

1. 鼻腔鼻窦粘液纤毛清除方向

上呼吸道纤毛的运动方向依次为：鼻窦-朝窦口方向；鼻腔-朝咽部方向；口咽部-咳出或咽下被清除的粘液毯。

鼻腔鼻窦粘液纤毛清除系统的意义：鼻腔、鼻窦通气引流的重要生理基础在于维护鼻腔、鼻窦正常生理状态；也是鼻腔、鼻窦的第一道生理防线。

2. 鼻腔鼻窦粘液纤毛功能影响因素

(1) 气候因素：过度干燥、寒冷、高温

(2) 化学因素：酸或碱度过强、吸烟

(3) 物理因素：手术、外伤

(4) 炎症因素：病毒、细菌毒素

(5) 药物因素：庆大霉素、利多卡因、麻黄素（滴鼻净）、石蜡油、薄荷油、抗胆碱能药、某些心脑血管药物等

3. 鼻腔鼻窦粘液纤毛清除系统功能障碍性疾病

的病理特征

(1) 渐进性功能障碍与炎症的蔓延：

鼻腔鼻窦引流障碍 - 粘液稠度增加 - 纤毛运动受限 - 粘液淤积 - 病原体定植 - 感染、积脓 - 毒素及代谢产物引起纤毛运动能力下降 - 粘膜肿胀 - 形成:鼻炎、鼻窦炎、鼻咽炎 - 腺样体肥大 - 咽鼓管炎(中耳炎) - 咽喉炎症

(2) 功能障碍的形态结构特点：

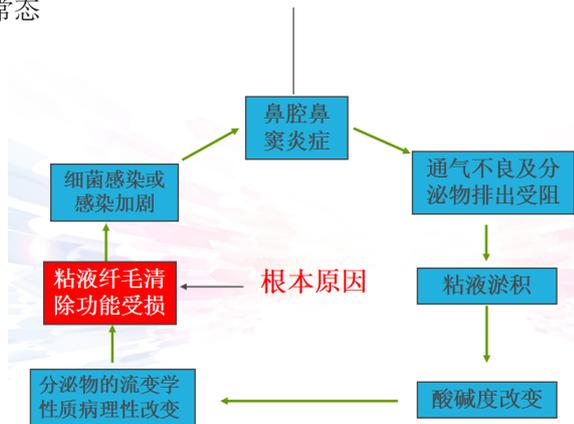
纤毛及纤毛柱状细胞缺失，甚至鳞状上皮化
纤毛失方向性及短纤毛再生
杯状细胞增多，粘液过度分泌
粘液粘稠度改变

上述损伤是局部和可转归的

(3) 炎性鼻病特征:细菌移位、定植 - 炎症反应 - 渐进性气道炎症 - 炎症恶性循环

(4) 鼻腔鼻窦炎症的恶性循环特征；

小儿鼻道狭窄 - 粘膜充血水肿 + 粘液毯粘稠是常态



4. 鼻道粘液纤毛清除系统系统功能检测评估方法

(1) 目前对粘液纤毛清除系统的评价主要有两方面的目的：

第一：评价粘液纤毛清除系统 MC 的结构与功能是否正常

第二：了解药物对粘液纤毛清除系统的作用。

(2) 评价方法主要有三种：

评价指标	观察项目
粘液流变学评估	粘液的粘稠度 (Viscosity, η) 粘液的弹性 (Elastic, G)
纤毛活性评估	纤毛的摆动频率 (Cilia Beat Frequency, CBF)
粘液纤毛清除能力评估	粘液纤毛清除速率 (Mucociliary Clearance Transport, MCT)

测量粘液纤毛清除速率 (MCT) 为最佳选择

因为粘液清除速率是粘液纤毛清除系统各个成分发挥功能的综合结果。包括粘液、纤毛，能客观准确地反映该系统结构的完整性以及其功能粘液毯与纤毛之间互动协作这三方面的因素。所以粘液清除速率的测量是验证气道粘液纤毛清除功能的最佳方法。

测定方法：糖精实验用于评估鼻纤毛传送糖精的甜味从鼻腔到口咽部的时间

时间测定：放置糖精开始到受试者报告感觉有甜味的那一时刻，以分钟来计吞咽频率 30 秒 / 次，禁止擤鼻 / 吸气动作。正常的“鼻粘膜清理时间”小于 30 分钟，出现甜味的时间越短表明粘液纤毛清除率越快，此测量方法简便，低成本，无放射性物质。

测定结果

ST (min.)	显示 Denotes
1 - 4	急性过敏 acute allergy
5 - 7	正常 normal
9 - 15	感染 infection
16 - 28	慢性疾病 chronic disease
30+	不可逆疾病 irreversible

5. 鼻 - 鼻窦炎的治疗关键：

不适当的通气引流障碍会导致鼻腔鼻窦的炎症，只有正常的粘液纤毛清除系统功能才能保证适宜的通气引流。因此，恢复受损的粘液纤毛清除系统功能是鼻 - 鼻窦炎治疗的关键所在。

6. 粘液纤毛清除系统恢复剂：

粘液纤毛清除系统恢复剂是指能全面作用于整个粘液纤毛清除系统的药物，同时作用于粘液纤毛清除系统的三条途径：

- 1) 改变粘液的粘稠度和弹性
- 2) 调节腺体的分泌
- 3) 改善纤毛的活性

目的：改善粘液毯与纤毛互动关系。

7. 临床治疗价值

- (1) 有效解除粘液纤毛清除系统障碍
- (2) 提高粘液的转运能力,改善气道的通气引流,从而有效缓解临床症状
- (3) 打破气道炎症的恶性循环,防止急性炎症向慢性化发展以及慢性炎症的进一步恶化

8. 粘液纤毛系统恢复剂治疗鼻 - 鼻窦炎的临床意义

(1) 鼻 - 鼻窦炎治疗的关键

不适当的通气引流障碍会导致鼻腔鼻窦的炎症

只有正常的粘液纤毛清除系统功能才能保证适宜的通气引流

因此, 恢复受损的粘液纤毛清除系统功能是鼻 - 鼻窦炎治疗的关键所在

(2) 粘液纤毛清除系统恢复剂

粘液纤毛清除系统恢复剂是指能全面作用于整个粘液纤毛清除系统的药物, 同时作用于粘液纤毛清除系统的三条途径:

- 1) 改变粘液的粘稠度和弹性
- 2) 调节腺体的分泌

3) 改善纤毛的活性

最终改善粘液毯与纤毛互动关系。

(3) 粘液纤毛清除系统恢复剂的临床价值

临床治疗价值包括三个方面:

- 1) 有效解除粘液纤毛清除系统障碍。
- 2) 提高粘液的转运能力, 改善气道的通气引流, 从而有效缓解临床症状。

3) 打破气道炎症的恶性循环, 防止急性炎症向慢性化发展以及慢性炎症的进一步恶化。

(4) 冰连素皮肤粘膜抑菌洗液 / 乳膏是唯一的粘液纤毛清除系统恢复剂。

(未完待续)

(上接第 31 页) 散“白饮和服方寸匕”, 麻子仁丸“厚朴用 1 尺”。那么 1 寸和 1 尺究竟是多少呢? 《汉书·律历制》记载: 一黍为分 (这句不是原话), “十分为寸, 十寸为尺, 十尺为丈, 十丈为引”。所以分、寸、尺、丈、引是汉代关于度量的 5 个计量单位。进位关系都是十进位。从全国博物馆所保存的 14 把汉代尺子测量来看, 1 寸 = 2.3cm, 1 尺 = 23cm, 三国大将关羽身高 8 尺, 也就是 184cm。

晋朝在衡重的两和铢之间加了分, 6 铢 = 1 分 4 分 = 1 两。在《伤寒中》只有一个方子用了分, 就是麻黄升麻汤, 显然在仲景时代是不会用分来做单位的, 是后人在传抄时进行了换算, 或者这张方子不是仲景的方子。在《金匱要略》中出现了许多用分为计量单位的方子, 肯定是晋唐以后在抄写时改过的。有的方剂如三物白散, 说桔梗三分, 巴豆一分, 贝母三分, 这个分不是实际的衡重单位, 而是药物之间的剂量比例, 是份的意思。四逆散中各十分也是一样的意思。但是《金匱要略》中好几张方子是用分作为计量单位。

从晋朝到宋朝, 度量衡发生了很大变化。如 1 斤从 200g 上升到了 600g 左右, 1 升从 200ml 上升到 1000ml, 1 尺从 23cm 上升到了 33cm。在不到 1000

年的时间里发生了这样大的变化, 为什么呢? 据研究人员认为, 这个时期地主收租想多收, 国家收税也想多收, 于是地主偷偷把斗扩大, 国家也新制定度量衡。但是到宋代以后一直到清代库平制, 中国度量衡制基本稳定了。此期的经济发生大的变化, 收税不再单纯收粮食, 而是收银子或银票, 再改度量衡已经失去了意义。

晋、唐、宋度量衡逐渐发生变化, 但医药和天文是关系人命和国家兴衰的大事, 故度量衡均用旧制, 其他行业用新制。孙思邈的《千金要方》、王焘的《外台秘要》药物计量仍然保留汉制, 宋朝以前的中药书都是应用的汉制。宋朝在各方面都进行了改革, 包括中药服用方法及中药剂量, 宋朝应用煮散的方法, 就是把药物作成粗散, 煮过后连药渣一起吃, 这是宋朝独特的服药方法, 如果连药渣一起吃的话, 药量一定要减少, 这样它就用了宋朝当时的度量衡制, 从衡重方面来看, 用了斤、两、钱、分、厘、毫。从宋代到清代, 度量衡没有发生太大变化, 此后的方书基本用宋代这种度量衡制。因此说虽然度量衡在我国历史上发生过很大的变化, 但是在中医药方面确很简单, 就是宋朝以前是汉制, 宋朝到解放前用的是宋制。

河北康灵中医耳鼻喉研究所文件

冀康中研 [2018] 第 01 号

关于 2018 年度国家继续医学教育研讨班通知

各有关医疗单位：

由石家庄康灵中医耳鼻喉医院主办、河北康灵中医耳鼻喉研究所承办、《中医耳鼻喉科学研究》编辑部协办的 2018 年度国家中医药继续医学教育项目获得批复。

项目标号：2017HBZYJJ02110001

项目名称：中医耳鼻喉新技术与移动医疗新模式

拟授学分：6 分（课时：40 学时；考核：笔试）

招收期限：11 期 每月一期（2 月份除外）

每期人数：120 名（形式：研讨班）

收费标准：480 元

主要内容：中医耳鼻喉科常见病的发病、病理、诊断及药物剂型方面新理论、新方法，以及移动视频医疗会诊新模式。本项目中《鼻窦康治疗鼻窦炎的应用研究》、《炎性鼻病血液流变学变化与活血方的影响》、已经通过省级鉴定，并获得省卫生科技进步一、三等奖和省首届发明创造奖，另外关于耳鼻喉科九项发明专利均被评为国内外领先水平。移动医疗新模式系指利用电子耳鼻喉内窥镜与电脑成像系统通过互联网成像传导信息，完成远程病情诊断、用药及治疗方案。本项耳鼻喉科影像医学诊断与网络远程传输技术，属于视频远程会诊医疗医学研究领域。已经通过国家食品药品监督管理局鉴定，目前该领域属于国内创新技术、同科目属于技术创新。

备注说明：

- （1）本项目培训班费用由河北康灵医药科技有限公司提供资金支持。
- （2）属于耳鼻喉科专业的在校研究生学费全免，免费提供食宿。
- （3）属于乡镇卫生院、村级卫生所等基层医务人员学费全免，免费提供食宿。
- （4）每期研讨班选择 10 户基层医疗机构开展“中医耳鼻喉专科共建帮扶活动”，属于中医耳鼻喉专科诊断治疗设备全部由河北康灵健康管理集团免费提供，免费培训中医耳鼻喉专科技术，定期委派专家会诊帮扶医疗。
- （5）《耳鼻喉中医精准医疗定向透药疗法》项目正在进入国家中医药管理局高新适宜技术审批程序，敬请关注。

河北康灵中医耳鼻喉研究所
石家庄康灵中医耳鼻喉医院
《中医耳鼻喉科学研究》编辑部
2017 年 12 月 18 日

营造强势医疗模式 寻求现代耳鼻咽喉专科加盟

公告——河北省康灵中医耳鼻喉医院

河北康灵健康管理集团（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、产为一体的耳鼻咽喉专科医药集团：下设耳鼻咽喉研究所、医药科技有限公司、耳鼻喉医院、《中医耳鼻喉科学研究》编辑部、中医耳鼻喉健康管理有限公司、河北供求网、景康大药房等七个法人机构。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研究所运用独特的市场运作模式，发展新形势下的城乡社区卫生事业。自 1999 年 10 月 25 日开始举办第一期“鼻病新理论与新技术”高级研修班。同年经河北省中医药管理局批准，以“中医耳鼻喉新理论与新技术”为主题，举办乡村医生高级研修班。至今共举办了 200 期，参班人数达 36152 人次。2000 年 5 月国家中医药管理局又批准为国家继续医学教育项目 I 类学分面向全国推广。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，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、加盟合作条件：

有医疗机构营业许可执照，并具备农村医疗资格的独立法人单位。

三、加盟许可级别：

金卡会员：每县（市）辖区内一家；银卡会员：每乡镇辖区内一家；普通会员：3-5 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。合作成功后保证金即转为设备和药品购买资金使用。

1、首次投放加盟单位的专科设备及药品清单：

(1) 按功能配送专科设备：

普通会员 耳鼻喉康复医疗设备

银卡会员 精准检测设备、单科康复医疗设备

金卡会员 专科精准检测设备、耳鼻喉全科康复医疗设备

(2) 按级别配送耳鼻喉专科药品。

2、政策支持：

(1) 加盟全程跟踪：定期到加盟总部医院学习技术，市场业务主管和带教老师全程跟踪维护。

(2) 重奖任务达标：加盟 6 个月专科经营达标（推广代理购药金额）者，为半年模范会员，参加总部的旅游考察项目。

五、加盟专科许诺：

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，我们的目标就一定能够实现！

详情索取连锁加盟方案

加盟电话：0311-85661424 85667550

河北省石家庄康灵中医耳鼻喉医院

河北康灵中医耳鼻喉研究所