

# 中西医治疗耳源性眩晕研究进展

张琦<sup>1</sup> 冷辉<sup>1</sup>

**【摘要】** 本文从中医治疗和西医治疗两个方面总结耳源性眩晕中西医治疗方法的研究进展。中医治疗包括内治法（中药汤剂、中成药、智能颗粒）、外治法（贴敷、体针、头针、眼针、灸法、按摩、耳穴刺激）、中成药注射液、辨证食疗与药膳、基于中医理论的新发明（药磁手表、防晕帽）等。西医治疗包括口服药物（前庭抑制剂、抗胆碱能药、抗组胺类药、镇静药）、前庭康复锻炼、耳石复位治疗、穴位注射、鼓室给药、中耳压力治疗、手术治疗（前庭神经切断术、半规管阻塞术、内淋巴囊减压术、迷路切除术、前庭植入术）、心理治疗等。本文对耳源性眩晕的治疗方法及其效果进行综述。

**【关键词】** 耳源性眩晕；综述

## Advances in treatment of auricular vertigo with traditional Chinese medicine and Western Medicine

Zhang Qi Leng Hui

**【Abstract】** This article summarizes the research progress of traditional Chinese medicine and Western medicine in the treatment of otogenic vertigo. Chinese medicine treatment includes internal treatment (Chinese medicine decoction, Chinese patent medicine, intelligent granules), external treatment (sticking, body acupuncture, scalp acupuncture, eye acupuncture, moxibustion, massage, ear stimulation), Chinese patent medicine injection, dialectical diet and Chinese medicine diet, new inventions based on Chinese medicine theory (magnetic watch, anti-halo cap) etc. Western medicine treatment includes oral medicine (vestibular inhibitors, anticholinergics, antihistamines, sedatives), vestibular rehabilitation exercise, otolith reduction therapy, acupoint injection, tympanic administration, middle ear pressure treatment, surgical treatment (vestibular neurotomy, semicircular canal obstruction, endolymphatic sac decompression, labyrinthine resection, Vestibular implantation), psychological therapy, etc. This article reviews the treatment methods and effects.

**【Key words】** Auricular vertigo; review

在我国，眩晕疾病发生率高达千分之五左右<sup>[1]</sup>，其中耳源性眩晕占眩晕疾病的 70% 左右<sup>[2]</sup>。耳源性眩晕的一般治疗主要包括卧床休息，避光、避免头部运动，控制水分和食盐的摄取等。治疗耳源性眩晕，中医和西医方法各异也各具特色，本文就近年耳源性眩晕的治疗方案的最新研究进展进行整理阐述。

### 1 中医治疗

#### 1.1 内治法

#### 1.1.1 口服中药汤剂

口服中药汤剂治疗耳源性眩晕具有不良反应小，长期疗效好，标本兼治，可以根据辨证结果灵活组方，治疗主证之时可以照顾兼证，可随症状变化灵活加减等优势，临床上日益得到重视。但也存在煎煮耗时，携带不便的弊端。

沙弘千<sup>[3]</sup>统计和分析 2001 年至 2012 年文献中治疗耳眩晕药物使用规律，发现治疗耳眩晕 125 首方，包括中药 165 味，发现治疗耳眩晕高频中

药主要为：茯苓、川芎、白术、半夏、防风、当归、人参、黄芪、陈皮、白芍、菊花等。归经主要是：肝、肾、心、脾。药物分类主要是：补益药、化痰药、平肝药、祛痰药。李欧等<sup>[4]</sup>利用中国期刊全文数据库对近 5 年中药治疗眩晕的临床文献报道进行研究，发现使用频次由高到低依次为补虚药、平肝熄风药、活血化瘀药、清热药、利水渗湿药、安神药、理气药、解表药、化痰药、祛风湿药。

### 1.1.2 口服中成药

中成药是将中药材制成便于携带、服用、贮存、运输的剂型，使得其具有方便、疗效好、用量少、副作用较小、便于管理、有科学的规范标准为依据等优点。但也存在成本较高、生产流程繁琐等缺点。

刘超等<sup>[5]</sup>利用中医传承辅助平台（V2.5）分析 2015 年版《中国药典》及《中华人民共和国卫生部药品标准·中药成方制剂》发现 329 种治疗眩晕的中成药，其中实证型眩晕涉及 147 种中成药，证型以肝阳上亢和瘀血阻络为主，虚证型眩晕涉及 182 种中成药，证型以气血两虚和肝肾亏虚为主。

### 1.1.3 中药智能颗粒

中药智能颗粒剂是将中药饮片经浸提、浓缩、干燥、制粒等工艺精制而成的单味中药产品。产品保持了中药饮片的性味与功效，质量稳定可靠，应用于中医临处方剂的调配，且有不需煎煮，服用方便、吸收快捷、剂量准确、安全清洁、携带便利、替代手工抓药、精确称量、合理调配、规范封装等优点。但也存在成本高、对包装方法和材料要求高的缺点。

石磊等<sup>[6]</sup>设计临床试验观察钩泽合剂智能颗粒剂型（以下简称智能颗粒）与传统中药汤剂剂型治疗肝阳上扰型梅尼埃病的临床疗效，发现智能颗粒剂型组优于传统汤药组。智能颗粒剂型治疗梅尼埃病优势如下：梅尼埃病患者当控制饮水量，常规服用中药汤剂摄入量明显多于冲服智能颗粒；梅尼埃病患者多恶心欲吐，服用智能颗粒因

量少味淡使患者更易于接受；智能颗粒无须手工抓药，故取药速度快，且无繁琐的熬制过程，故可尽早服用；智能颗粒易于携带，适合外地患者或上班族服用。

## 1.2 外治法

### 1.2.1 贴敷

黎丽娟等<sup>[7]</sup>观察 80 例眩晕患者，对照组给予常规改善循环药物治疗。治疗组在对照组基础上加用穴位贴敷疗法，疗程为 14 天。结果治疗组无效率为 2.4%，对照组无效率为 15.3%说明穴位贴敷疗法在一定程度上可改善眩晕病患者的临床症状。卢少祥<sup>[8]</sup>观察吴茱萸贴敷双太阳穴法治疗眩晕的临床效果。其回顾性分析 87 例眩晕患者，对照组患者进行常规治疗，试验组患者加用吴茱萸贴敷双太阳穴法，连续用药 28 天。结果为试验组总有效率为 93.18%，对照组患者治疗的总有效率为 72.09%。

### 1.2.2 体针

王惟钊<sup>[9]</sup>整理并分析近 5 年针灸治疗眩晕的文献，发现运用主穴频次前 10 位分别是：风池、百会、颈夹脊、天柱、风府、足三里、大椎、太阳穴、阿是穴、完骨；配穴频次前 10 位分别是：足三里、丰隆、太冲、肾俞、太溪、中脘、内关、三阴交、肝俞、行间；廖逸茹等<sup>[10]</sup>探讨“泥丸内八阵”治疗前庭周围性眩晕残余症状临床有效性。其选取 30 例前庭周围性眩晕患者视物旋转症状完全缓解后运用“泥丸八阵”针刺治疗 1 个月后，明显改善率达 6.6%，中度改善 26.6%，轻度改善占 20%，无效 46.7%。得出“泥丸内八阵”法治疗可以明显改善患者生活质量，尽快消除眩晕残留症状，利于前庭功能康复的结论。

### 1.2.3 头针

梁智慧<sup>[11]</sup>用头针治疗 67 例眩晕症，其中治愈 41 例，占 61.2%，显效 16 例，占 23.9%，有效 7 例，占 10.4%，无效 3 例，占 4.5%，总有效率占 95.5%，说明头针疗法治疗眩晕症疗效可靠。曲中源等<sup>[12]</sup>观察头针治疗 BPPV 复位后残余症状临床疗

效, 其将 90 例 BPPV 复位后有残余症状的患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 45 例, 治疗组采用顶中线、额中线、颞后线、枕下旁线针刺。对照组患者进行前庭功能康复锻炼。治疗 4 周后、8 周后随访 DHI 总分、P、F 及 E 评分治疗组优于对照组, 得出头针可改善 BPPV 复位后残余症状及缓解焦虑抑郁情绪的结论。

#### 1.2.4 眼针

刘若实等<sup>[13]</sup>以眼针体针并用治疗肝阳上亢型眩晕 105 例。取百会穴以及双侧的风池、内关、太冲、太溪、太阳、印堂, 并加用眼针, 取穴为双上焦穴、肝区、肾区。每日针刺一次, 治疗 4 周。显效 81.12%, 有效 13.21%, 无效 5.67%, 总有效率为 94.33%。宋立辉等<sup>[14]</sup>观察王健教授运用眼针治疗眩晕 70 例, 取穴为双侧上、下焦区。肝阳上亢加肝区、肾区; 痰湿中阻加肝区、脾区、中焦; 瘀血阻窍加心区、肝区。10 次为 1 个疗程, 共观察 2 个疗程。治疗组总有效率 92.86%, 与西药对照组疗效有显著性差异。

#### 1.2.5 灸法

张荣伟<sup>[15]</sup>以艾灸百会穴治疗内耳性 66 例眩晕患者, 显效 73%, 有效 24%, 无效 3%, 总有效率为 97%。吴佳奇等<sup>[16]</sup>选取 90 例眩晕证患者, 研究组采用毫针加灸法治疗, 对照组采用穴位注射治疗, 治疗后两组患者总有效率比较无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 研究组患者眩晕消失时间、治疗时间及治疗费用均少于对照组 ( $P < 0.05$ )。得出毫针加灸法与穴位注射在眩晕证患者中治疗均能获得较为显著疗效, 但毫针加灸法可缩短患者临床症状改善时间, 缩短治疗时间, 降低治疗费用的结论。

#### 1.2.6 按摩

熊德兴等<sup>[17]</sup>采用推拿疗法治疗痰湿性眩晕症 40 例, 具体方法是用一指禅从印堂推至前发际; 由印堂沿眉弓推至太阳; 分推额部、眼眶部; 抹太阳至率谷; 用双手拇指按揉睛明、攒竹、太阳、角孙、四白; 用扫散法在头两侧胆经循行部位自前向后操作; 术者再立于患者左侧; 左手扶头,

右手按揉颈项部, 重点刺激风池及天柱穴; 术者立于患者后侧, 拇指按揉百会穴; 按揉中脘、足三里、丰隆。总有效率达 87.50%。

#### 1.2.7 耳穴刺激

童伯伦等<sup>[18]</sup>经临床试验研究表明, 适当的耳穴电脉冲刺激 ( $W_0-10C$  型穴位探测治疗仪) 可使被试者的科氏加速度耐力提高 30.74%, 对运动病的防护有效率为 35.3%, 说明采用穴位刺激方法防治运动病是有效的。陈叙波等<sup>[19]</sup>观察耳穴贴压防治晕动病的临床疗效。结果显效 35 例, 占 83.33%; 有效 5 例, 占 11.91%; 无效 2 例, 占 4.76%。总有效率达 95.25%。

#### 1.3 中成药注射液

中药注射剂是传统医药理论与现代生产工艺相结合的产物, 突破了中药传统的给药方式, 是中药现代化的重要产物。与其他中药剂型相比, 注射剂具有生物利用度高、疗效确切、作用迅速的特点。

川芎嗪能调节改善脑内及内耳循环, 起到缓解和消除内耳膜迷路积水的作用。刘智献<sup>[20]</sup>用川芎嗪治疗梅尼埃病 71 例, 眩晕与听力改善有效率分别为 83.1%、85.9%。沈红娟等<sup>[21]</sup>回顾性分析 102 例梅尼埃病患者, 对照组予西医常规治疗, 研究组在对照组基础上给予天眩清注射液 (昆明制药集团股份有限公司, 批准文号: 国药准字 600H41023)。经治疗, 眩晕总有效率研究组为 83.02%, 对照组为 61.22% ( $P < 0.05$ ); 听力改善率研究组为 88.68%, 对照组为 73.47% ( $P < 0.05$ )。

#### 1.4 辨证食疗与药膳

药膳“寓医于食”, 将药物作为食物, 又将食物赋以药用, 药借食力, 食助药威, 二者相辅相成, 相得益彰。眩晕患者可采用辨证食疗与药膳的方式来预防眩晕的再次发生。介绍眩晕辨证食疗方<sup>[22-24]</sup>: 肝火上扰证: 槐花菊花饮、复合芹菜汁等; 痰浊中阻证: 天麻橘皮泽泻饮、荸荠雪梨汁等; 气血两虚证: 何首乌煮鸡蛋、蜜饯龙眼红枣等; 肝肾阴虚证: 桑叶黑芝麻粉、麻桃蜜糕; 肝风内

动, 挟痰上窜证: 半夏白术粥、龙骨泽泻粥; 风热上扰证: 甘菊饮、山楂银花饮; 肝气郁结证: 麦冬郁金粥、郁金清肝茶; 肾精不足证: 苁蓉杜仲鸽、枸杞核桃粥; 清阳不升证: 鳝鱼粥、鹌鹑煲粥; 阴虚阳亢证: 人参枸杞蒸乌鸡、灵芝粥。

### 1.5 基于中医理论的新发明

#### 1.5.1 药磁手表

刘步升等<sup>[25]</sup>运用中医中药原理, 运用药、磁、穴综合作用, 于 2002 年研制了一种使用方便、造价低廉、无不良反应、小巧的防晕车晕船药磁手表。经试用, 防晕车有效率为 98%, 防晕船有效率为 95%。

#### 1.5.2 防晕帽

金占国等<sup>[26]</sup>设计试验观察防晕帽(专利号 ZL03255802.3)各组成部分对前庭自主神经反应的作用, 发现防晕帽中穴位磁片、风扇和负离子发生器的综合作用可有效降低前庭自主神经的反应程度, 为运动病的防控提供了新的思路和措施。防晕帽的防治晕动病的机制<sup>[27]</sup>主要包括: 通过帽内放置磁片所产生的磁场及中医的穴位原理对前庭系统产生抑制效应; 通过帽沿下方安放电风扇产生通风效应; 通过帽沿下安放负离子发生器产生负离子效应; 心理效应。

## 2 西医治疗

### 2.1 口服药物

本法具有服用快速方便, 起效快, 针对性强的优点, 但有些药物不利于前庭功能的代偿, 或不可从根本治疗耳源性眩晕。

#### 2.1.1 前庭抑制剂

目前临床上常用的前庭抑制剂主要分为抗组胺剂、抗胆碱能剂和苯二氮卓类。眩晕诊治专家共识<sup>[28]</sup>建议患者因眩晕发作持续数小时或频繁发作出现剧烈的自主神经反应并需要卧床休息可应用前庭抑制剂控制症状。但不宜应用过长时间以免抑制中枢代偿机制的建立。

#### 2.1.2 抗胆碱能药

目前, 抗胆碱能药物主要有东莨菪碱、盐酸

苯环壬酯、阿托品、山莨菪碱等, 但此药的副作用较大, 应用时应严格掌握适应症及禁忌症。

#### 2.1.3 抗组胺类药

抗组胺类药物常用的有茶苯海明、苯海拉明、异丙嗪、氯苯甲嗪、氯苯丁嗪等。茶苯海明<sup>[29]</sup>为组胺 H1 受体阻滞剂, 具有抑制血管渗出、减轻组织水肿、镇静以及止吐作用, 能防治眩晕、恶心、呕吐等, 但此药会引起嗜睡等副作用。

#### 2.1.4 镇静药

常用苯二氮卓类药物, 既有前庭抑制作用, 可减轻眩晕症状, 又能消除紧张、焦虑等症状。

此外, 用于治疗眩晕的还有血管扩张药、利尿脱水药、止吐药等, 临床时当根据患者病情合理眩晕, 严格掌握适应症及禁忌症。

### 2.2 前庭康复锻炼

前庭康复是指对因前庭系统疾病发生前庭功能紊乱而引起眩晕及平衡失调患者, 采取以训练为主的综合措施, 加速修复机体前庭系统的适应、习服机制或视觉、本体觉系统的替代机制, 使机体已受损的前庭功能和平衡功能获得提高, 从而减轻患者的症状。

孙利兵等<sup>[30]</sup>探讨 BPPV 患者成功手法复位后行康复训练对残余症状及生活质量的影响, 发现此方法有助于促进前庭中枢的代偿, 改善残余症状, 提高患者的生活质量, 可作为 BPPV 患者复位后残余症状的辅助治疗措施。王密<sup>[31]</sup>设计试验观察发现对眩晕及平衡障碍患者的个体化前庭康复训练, 其治疗效果相较于传统的单纯药物治疗更加显著, 前庭康复锻炼可作为治疗眩晕、平衡障碍患者的一种常规手段。张琦等<sup>[32]</sup>选取 72 例晕动病患者观察应用 SRM-IV 型全自动化 BPPV 诊断治疗系统进行阶梯习服方案联合针刺治疗晕动病的疗效, 得出阶梯习服方案联合针刺治疗晕动病疗效显著, 具有患者易于接受、无副作用、疗效长远等优点, 可推广应用的结论。

### 2.3 耳石复位治疗

在依据 Dix-Hallpike 试验和 roll test 诊断良性



阵发性位置性眩晕 (BPPV) 病变类型后合理选用 Epley、Barbecue、Gufoni 等复位法治疗。刘秋玲等<sup>[33]</sup>对 1240 例 BPPV 患者手法复位治疗,总治愈率为 94.2%,复发率为 5.7%。原红艳等<sup>[34]</sup>应用 SRM-IV BPPV 诊疗系统对 235 例 BPPV 患者进行治疗,总有效率为 97.02%。

2.4 其他疗法

2.4.1 穴位注射

潘怡静等<sup>[35]</sup>将 51 例眩晕患者随机分为两组,治疗组毫针加灸法治疗,对照组穴位注射(药物:5%当归注射液 2ml 与维生素 B<sub>12</sub> 注射液 500ug,混合后共计 3ml,其中头部穴每穴注射 0.5ml,余穴每穴注射 1~1.5ml,穴位:百会、晕听区(双)、风池(双)、足三里(双))法治疗。治疗结果为治疗组愈显率为 88.4%,对照组愈显率为 88% (P > 0.05),说明两组方法对治疗眩晕证均有良好疗效。曹春梅等<sup>[36]</sup>观察 48 例耳眩晕患者以穴位注射(药物:丹参注射液,每次每穴用药约 0.5ml,穴位:主穴为百会、内关,配穴为肝阳上亢者加太冲,虚证者加足三里,痰浊中阻者加丰隆)治疗的临床疗效,总有效率 91.67%。

2.4.2 鼓室给药

王庆林等<sup>[37]</sup>将 70 例单侧难治性梅尼埃病患者随机分成庆大霉素组和地塞米松组各 35 例,研究鼓室注射低剂量庆大霉素与地塞米松治疗难治性梅尼埃病的疗效与安全性。2 年后庆大霉素组完成随访 34 例,眩晕控制 A 级 27 例, B 级 5 例;而地塞米松组 32 例完成随访,A 级和 B 级分别为 13 例和 6 例,2 组差异有统计学意义 (P<0.05)。2 组患者治疗后的平均听阈及耳鸣残疾量表评分差异无统计学意义 (P>0.05)。得出对于单侧难治性梅尼埃病患者,鼓室注射低剂量庆大霉素能够有效控制眩晕的发作,且听力恶化的概率很低的结论。李健等<sup>[38]</sup>观察鼓膜切开置管术联合鼓室注射甲强龙治疗梅尼埃病的疗效,将患耳平均听阈>25dB,经常规治疗 3 个月未能缓解的 22 例单侧梅尼埃病患者,行侧鼓膜切开置管及鼓室注射甲强龙

(12mg/0.3ml,每周 1 次,共 4 周),随访 2 年。结果显示与 72.7%患者眩晕症状得到完全或基本控制,多数患者其耳鸣、耳闷症状也得到一定程度的改善。

2.4.3 中耳压力治疗

1982 年 Densert<sup>[39]</sup>通过放置鼓膜通气管使得中耳鼓室压力改变来治疗梅尼埃病。随着研究深入,基于此设计 Meniett 低压脉冲发生器用于梅尼埃病的治疗。Meniett 低压脉冲发生器通过鼓膜通气管间断将低频、低振幅压力脉冲传输到中耳鼓室并作用于圆窗膜,因内耳系统具有可压缩性,低压脉冲的能量诱发淋巴液的位移运动,从而引起内淋巴液向内淋巴管、内淋巴囊的纵向流动和吸收,以及在膜迷路内的局部循环和吸收,减少淋巴液总量,改善膜迷路积水,同时也使淋巴液达到动态平衡,最终达到治疗 MD 的目的<sup>[40]</sup>。郭洁<sup>[41]</sup>观察梅尼埃病的老年发病者行 Meniett 低压脉冲发生器治疗的临床疗效,发现 62.5%患者有不同症状的病情缓解。

2.5 手术治疗

2.5.1 前庭神经切断术

前庭神经切断术成为治疗梅尼埃病及耳性眩晕的重要方法之一。陈颖等<sup>[42]</sup>比较前庭神经切断及内淋巴囊手术治疗梅尼埃病效果,全面评估梅尼埃病患者情况后选择内淋巴囊减压或引流术、前庭神经切断术。结果行内淋巴囊手术 34 次,前庭神经切断术 45 次。术后 2 年眩晕控制率:内淋巴囊手术为 73%,前庭神经切断术为 100%。石国华等<sup>[43]</sup>研究前庭神经切断术治疗梅尼埃病的临床治疗效果、并发症和随访结果。结果为 35 例前庭神经切断术眩晕完全控制 33 例,基本控制 2 例,眩晕完全控制率 94%,83%的病人术后听力下降,无变化 17%,生活工作能力评定改善率 100%。术后有 2 例发生轻型脑水肿,1 例脑脊液漏,1 例术侧偏头痛,所有的病人术后出现平衡不稳感,2 例感音神经性聋。术后病人未出现严重或者致死的并发症。前庭神经切断术后耳鸣 21 例,术后 2 年随

访无变化。

### 2.5.2 半规管阻塞术

半规管阻塞术是在半规管骨管上开窗后，用骨蜡、骨屑、筋膜、生物胶或激光阻塞或阻断内淋巴流。梁旭晖等<sup>[44]</sup>探讨半规管阻塞术对 3、4 期顽固性梅尼埃病的疗效，将 29 例符合纳入标准的梅尼埃病患者半规管阻塞术。术后眩晕症状：89.7% 完全控制，10.3% 基本控制，得出半规管阻塞术能有效控制 3、4 期梅尼埃病患者的眩晕发作，短期疗效确切，能有效改善患者生活功能的结论。张道宫等<sup>[45]</sup>回顾性分析 328 例不同方式半规管阻塞术治疗顽固性梅尼埃病的临床疗效，对比分析不同阻塞方法对眩晕的控制及听力保留率，得出半规管阻塞术是治疗顽固性梅尼埃病的有效方法，三个半规管阻塞术眩晕控制有效率最高的结论。

### 2.5.3 内淋巴囊减压术

韩琳等<sup>[46]</sup>观察 6 例行内淋巴囊减压术治疗 Lermoyez 综合征患者的临床效果，结果术后 66.7% 患者眩晕完全控制，33.3% 患者眩晕基本控制，57.1% 患耳听力好转，33.3% 患耳耳鸣减轻，80% 患耳耳闷胀感减轻。宋任东等<sup>[47]</sup>探讨 14 例顽固性梅尼埃病患者以三个半规管阻塞加内淋巴囊减压治疗的疗效。术后均无面瘫及脑脊液漏，除 1 例失访外，余 13 例均未再发生眩晕，8 例听力较术前无变化，5 例语言频率平均骨导听力较术前下降 10~15dB，10 例耳鸣无变化，1 例耳鸣变为偶发，2 例耳鸣加重。得出半规管阻塞加内淋巴囊减压术对中、晚期梅尼埃患者中短期眩晕控制良好，但内淋巴囊减压并不能缓解半规管阻塞引起的听力损失风险的结论。

### 2.5.4 迷路切除术

杨瑶等<sup>[48]</sup>观察采用经鼓室内放置庆大霉素明胶海绵的改良化学性迷路切除术对顽固性梅尼埃病的远期疗效。回顾性分析 22 例梅尼埃病患者，5 例术后随访 4~16 个月，均无眩晕发作；17 例随访 2 年以上，13 例眩晕完全控制，另 4 例分别在治疗后 2 个月、4 个月、3 年和 5 年再发旋转性眩

晕。2 例患者出现听力轻度恶化，1 例术后一过性耳鸣加重。田慧琴等<sup>[49]</sup>选取经正规保守治疗无效、严重眩晕伴中-重度听力损失的顽固性梅尼埃病患者 6 例观察鼓室内放置庆大霉素 (30 mg/ml) 明胶海绵对顽固性梅尼埃病的疗效。结果 4 例患者首次治疗后眩晕完全控制，随访 1~3 年无复发。2 例治疗后仍有眩晕，其中 1 例重复治疗 1 次后随访 2 年眩晕控制，另 1 例给予鼓室内地塞米松注射，眩晕发作较治疗前减轻。6 例患者中，出现听力轻度恶化和一过性耳鸣加重各 1 例。得出鼓室内放置庆大霉素明胶海绵可能是一种治疗顽固性梅尼埃病安全、有效的新方法的结论。

### 2.5.5 前庭植入术

前庭植入器由 1 个刺激器和 3 个电极组成，通过乳突径路手术将 3 个电极分别插入 3 个半规管，以达到刺激前庭提高前庭信号输入的目的<sup>[50]</sup>。2015 年 Guinand 等<sup>[51]</sup>应用前庭植入术治疗双侧前庭损伤患者 11 例，取得了一定疗效，为前庭植入的临床应用进一步提供了支持。目前尚未发现前庭植入器广泛应用于耳源性眩晕的文献报道。

### 2.6 心理治疗

对眩晕患者进行心理疏导或心理治疗可消除因眩晕造成的恐惧、焦虑、抑郁等症状，必要时可合理使用帕罗西汀等抗抑郁、抗焦虑药物。常莹等<sup>[52]</sup>探讨心理干预在 BPPV 管石复位治疗中的作用，治疗组 30 例给予管石复位 (CRP) 联合心理干预治疗，对照组予以单纯 CRP 治疗，治疗 1 周后治疗组总有效率 93.33%，对照组有效率为 73.33% ( $P < 0.05$ )，随访 3 月，治疗组和对照组复发率分别为 7.14% 和 13.64% ( $P > 0.05$ )，得出 CRP 联合心理干预治疗 BPPV 短期疗效优于单纯 CRP 的结论。

### 3. 小结

中医与西医治疗眩晕的方法各具特色，临床上根据患者病情等各种因素综合分析判断，合理选用治疗方法尤为重要。中西医病证结合是当前的主要模式，可充分发挥两种医学在诊断、治疗、用药、科研中的优势。

参考文献

[1] 刘畅,刘大新,丁雷,等.眩晕疾病的发病率与患病特征分析 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013,48 (10) :862-864.

[2] 张道宫,樊兆民.耳源性眩晕疾病诊治新进展 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,28 (19) : 1453-1457.

[3] 沙弘千.耳眩晕证治的现代文献研究与探讨 [D]. 辽宁:辽宁中医药大学,2013.

[4] 冷辉著.治眩心悟 [M]. 北京:中国中医药出版社,2017.

[5] 刘超,陈光,高嘉良,等.中成药治疗眩晕用药规律分析 [J]. 中国实验方剂学志,2017,23 (11) : 202-207.

[6] 石磊,张琦.钩泽合剂智能颗粒剂型治疗肝阳上扰型梅尼埃病急性期临床研究 [J]. 辽宁中医药大学学报,2017,19 (12) :106-108.

[7] 黎丽娴,沈中琪,郑崇琦,等.穴位贴敷法治疗眩晕病 41 例 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2015,13 (06) :67-69.

[8] 卢少祥.用吴茱萸贴敷双太阳穴法治疗眩晕的临床效果观察 [J]. 当代医药丛,2014,12 (18) : 29-30.

[9] 王惟钊.基于数据挖掘针灸治疗中医眩晕的选穴配伍规律研究 [D]. 北京:北京中医药大学, 2016.

[10] 廖逸茹,窦豆,谢亭亭,等.针刺“泥丸八阵”治疗前庭周围性眩晕残余症状 [J]. 四川中医, 2017,35 (07) :198-201.

[11] 梁智慧.头针治疗眩晕症疗效观察 67 例 [J]. 中国医药指南,2010,8 (20) :264-265.

[12] 曲中源,冷辉,石磊,等.头针对良性阵发性位置性眩晕复位后残余症状的影响 [J]. 中国中西医结合杂志,2017,37 (09) :1078-1080.

[13] 刘若实.眼针体针并用治疗肝阳上亢型眩晕 105 例临床观察 [D]. 辽宁:辽宁中医药大学, 2008.

[14] 宋立辉,王健.王健教授运用眼针治疗眩晕 70 例 [J]. 实用中医内科杂志,2010,24 (7) :13-14.

[15] 张荣伟.艾灸百会穴治疗内耳性眩晕 66 例 [J]. 上海针灸杂志,2010,29 (12) :812.

[16] 吴佳奇,陈楚苗,吕俊彪.毫针加灸法与穴位注射法治疗眩晕证的效果分析 [J]. 牡丹江医学院学报,2017,38 (02) :106-107.

[17] 熊德兴.推拿疗法治疗痰湿性眩晕症 40 例 [J]. 中医外治杂志,2014,23 (4) :31.

[18] 童伯伦,裴静琛,朱天威.耳穴刺激抗运动病的研究 [J]. 航天医学与医学工程,1989,04:249-252,301-302.

[19] 陈叙波,郑富国,贾宁.耳穴贴压防治晕动病的疗效观察 [J]. 中医临床研究,2014,6 (23) :26-27.

[20] 刘智献,王丽,李晓辉.川芎嗪治疗梅尼埃病疗效观察 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 1999,7 (04) :159-160.

[21] 沈红娟,朱政文.天眩清注射液辅助治疗梅尼埃病的临床观察 [J]. 中国药房,2016,27 (14) : 1986-1988.

[22] 曹霞.老年性眩晕的辨证食疗 [J]. 时珍国医国药,2002,13 (11) :711.

[23] 刘建英.耳性眩晕的辨证食疗 [N]. 中国中医药报,2007-01-11 (007) .

[24] 赵东平.浅谈眩晕发作期的饮食调护 [J]. 山西中医,2009,25 (04) :61-62.

[25] 刘步升,关玉华,王银屏,等.防晕车晕船药磁手表的研制 [J]. 解放军预防医学杂志,2003,21 (05) :376.

[26] 金占国,刘玉华,徐先荣,等.防晕帽各组成部分对前庭自主神经反应作用的分析 [J]. 军医进修学院学报,2012,33 (12) :1249-1250.

[27] 张扬,包纯安,徐先荣,等.防晕帽防治运动病的疗效观察 [J]. 军医进修学院报,2011,32 (09) : 900-901.

[28] 中华医学会神经病学分会,中华神经科杂

志编辑委员会.眩晕诊治专家共识 [J].中华神经科杂志,2010,43 (5) :369-374.

[29] 张石革,孙定人.眩晕与抗眩晕药 [J].中国药房,2005,16 (5) :400.

[30] 孙利兵,郑智英,王斌全,等.前庭康复训练对良性阵发性位置性眩晕复位后残余症状的疗效分析 [J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2017,31 (12) :897-900+905.

[31] 王密.眩晕与平衡障碍的前庭康复治疗 [D].河南:郑州大学,2015.

[32] 张琦,冷辉,石磊.阶梯习服方案联合针刺治疗晕动病临床研究 [J].辽宁中医药大学学报,2017,19 (05) :162-165.

[33] 刘秋玲,王跃进,周晓妮,等.1240 例良性阵发性位置性眩晕患者手法复位治疗 [J].中华耳科学杂志,2010,8 (4) :427-430.

[34] 原红艳,张淑香.SRM-IV 前庭功能诊疗系统治疗良性阵发性位置性眩晕疗效分析 [J].听力学及言语疾病杂志,2014,22 (3) :308-310.

[35] 潘怡静,王霁平.针灸与穴位注射对照治疗眩晕证 51 例 [J].陕西中医,2006,27 (02) :220-221.

[36] 曹春梅,贾颖,王丽华.穴位注射治疗耳眩晕 48 例 [J].中医外治杂志,2005,14 (03) :44-45.

[37] 王庆林,郭向东,梅祥胜,等.鼓室注射庆大霉素与地塞米松治疗难治性梅尼埃病的疗效分析 [J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2017,31 (02) :96-99.

[38] 李健,王辉兵,高云,等.鼓膜切开置管术联合鼓室注射甲强龙治疗梅尼埃病的疗效分析 [J].中国研究型医院,2017,4 (01) :27-30.

[39] Densert B,Densert O.Overpressure in treatment of Meniere's disease [J].Laryngoscope,1982,92 (11) :1285-1292

[40] 黄魏宁,刘芳.Meniett 低压脉冲发生器的临床应用 [J].中华医学文献耳鼻咽喉科学,2007,22

(2) :84-85.

[41] 郭洁,范崇盛.低压脉冲发生器在老年性梅尼埃病治疗中的应用 [J].中国实用医药,2015,10 (01) :95-96.

[42] 陈颖,杨军,黄琦,等.梅尼埃病的手术疗效分析 [J].中华耳科学杂志,2012,10 (01) :52-55.

[43] 石国华.前庭神经切断术和内淋巴囊手术治疗梅尼埃病临床研究 [D].山东:山东大学,2005.

[44] 梁旭晖,王辉兵,李健,等.半规管阻塞术治疗 3、4 期梅尼埃病的疗效观察 [J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2017,31 (04) :272-276.

[45] 张道宫,樊兆民,韩月臣,等.不同方式半规管阻塞术治疗顽固性梅尼埃病疗效分析 [J].中华耳科学杂志,2016,14 (04) :446-450.

[46] 韩琳,静媛媛,郑宏伟,等.内淋巴囊减压术治疗 Lermoyez 综合征患者效果评估 [J].中华耳科学杂志,2014,12 (02) :290-292.

[47] 宋任东,杨凤,肖跃华,等.半规管阻塞加内淋巴囊减压治疗顽固性梅尼埃病 [J].听力学及言语疾病杂志,2016,24 (05) :443-447.

[48] 杨瑶,陈智斌,周涵,等.改良化学性迷路切除术治疗顽固性梅尼埃病的远期疗效 [J].江苏医药,2017,43 (07) :483-485.

[49] 田慧琴,周涵,陈智斌.改良化学性迷路切除术治疗顽固性梅尼埃病初步观察 [J].江苏医药,2009,35 (11) :1339-1340.

[50] GOLUB J S, LING L,NIE K, et al. Prostheticim plantation of the human vestibularsystem [J]. Otol Neurotol,2014,35:136-147.

[51] GUINANDNVANDEBERGR, CAVUS-CENSS, et al.Vestibular implants:8 years of experience with electrical stimulation of the vestibular nerve in 11 patients with bilateral vestibular loss [J].ORL J Otorhi -nolaryngol Relat Spec.2015.77:227 -240.



# 中医外治法治疗过敏性鼻炎的研究进展

周靖雯<sup>1</sup>

**【摘要】**为了解中医外治治疗过敏性鼻炎的临床概况,本文对近 5 年的文献进行了归纳总结,从鼻部给药、针刺、艾灸、穴位敷贴、穴位埋线、穴位注射、耳穴治疗、自血疗法、联合治疗等方面进行论述,从而为临床治疗提供更明确思路。

**【关键词】**中医外治;过敏性鼻炎;综述

## Research progress of external therapy of Chinese medicine for allergic rhinitis

Zhou Jingwen

**【Abstract】**To understand the clinical condition of external treatment of traditional Chinese medicine in the treatment of allergic rhinitis, this paper summarizes the literature of recent 5 years from the nasal administration, acupuncture and moxibustion, acupoint application, acupoint catgut embedding, acupoint injection, auricular therapy, self blood therapy and combined treatment were discussed, so as to provide a clear idea for clinical treatment.

**【Key words】**external treatment of Chinese Medicine; allergic rhinitis; review

过敏性鼻炎(AR)以突然和反复发作的鼻痒、打喷嚏、流清涕、鼻塞等为主要症状,严重者可出现嗅觉减退,部分患者还会出现并发症眼部症状(结膜炎)及相关器官症状(支气管哮喘、中耳炎等),导致睡眠紊乱、情绪失调、日常活动受限,极大地影响了人们的身体健康、工作和学习,使生活质量下降。随着工业化的进展,现代生活方式和生态环境的污染,AR的发病率有全球性增长的趋势,其全球平均发病率为10%~25%,被视为“21世纪的流行病”。过敏性鼻炎又是由机体接触外界过敏原后所引起的以IgE介导为主的I型变态反应性鼻粘膜炎症反应疾病,属于免疫性疾病,不易根治。西医对于此疾病的治疗方法有很多,主要予药物治疗,大部分药物为激素类药物及抗组胺药物,但这两类药物均存在毒副作用,容易损伤肝肾功能、导致肥胖、感染等,长期使用还会导致药物性鼻炎,且一旦停药容易复发。中医治疗过敏性鼻炎,有内服和外治两种,但是

内服药的煎煮和服用不方便,且味道难闻,药效也比较慢。近年来有研究表明,外治法对治疗过敏性鼻炎具有较高的疗效,又因其便宜方便,患者痛苦小,毒副作用小,颇受临床欢迎,故此翻阅大量资料,了解外治法治疗过敏性鼻炎的临床概况,明确各方法的疗效、优势和不足,为临床治疗提供更明确思路,现综述如下:

### 一、鼻部给药

鼻部给药的方式有多种,临床多以鼻部塞药、滴鼻、中药雾化为主,疗效快、副作用小且方便,患者可以遵医嘱自行在家治疗。从疗效看,中药雾化的分子比滴鼻液和塞药颗粒都小,会更易吸收,且雾化给药均匀,在鼻部维持的药物浓度时间长,这些都使得中药雾化的疗效比滴鼻液和鼻内塞药高。从方便程度来说,滴鼻液携带方便,用法简单,更适合现代人的需求。从接受程度来说,鼻内塞药会让部分患者感到害怕,过程中会有不适感,这使得鼻内塞药在临床的应用受到限

制。

### (一) 鼻部塞药

高永忠,高振浩<sup>[1]</sup>采用自制的中草药膏剂、油剂填入鼻腔治疗过敏性鼻炎 540 例,3 个月内治愈 493 例,显效 25 例,好转 14 例,无效 8 例,治愈率 91%,总有效率 95%。药物直接作用于鼻腔,第一,自制的中草药膏剂能直接杀灭潜藏于鼻黏膜细胞内的病毒或鼻道、鼻窦的细菌、真菌。第二,膏剂还可以疏通鼻腔瘀阻的脉络,改善鼻腔粘膜微循环,促进细菌病毒的排出,并能有效缓解鼻塞的症状。第三,用油剂修复损伤的鼻粘膜细胞,提高细胞免疫功能,扶助正气,增强抗病力。祛邪扶正相结合,能有效地治疗过敏性鼻炎且无毒副反应,但在应用过程中值得注意的是:1. 上药后会打喷嚏,需用手指捂住棉球避免让药膏药棉喷出。2.15-30min 后会有鼻涕流出,低头避免混有药物的鼻涕流入咽喉部造成不适。

### (二) 滴鼻疗法

王婷婷<sup>[2]</sup>中药滴鼻液(辛夷、牡丹皮、赤芍、川芎、白芷、藿香、苍耳子等)治疗小儿过敏性鼻炎,经过 4 周连续治疗,治疗组总有效率 88%,高于用色甘酸钠滴鼻液对照组。通过辛夷、苍耳子辛散温通,善通鼻窍,并配伍白芷、藿香祛风散寒除湿,用牡丹皮、赤芍、川芎行气活血化瘀,共奏祛风除湿,活血通窍之功。全方除牡丹皮、赤芍都为辛温药,可见发散之力强,而且药物直接作用于病位局部,避免口服药物发散太过,而易耗气的弊端。

### (三) 中药雾化

刘毅,阮滨<sup>[3]</sup>中药(干姜 15g,徐长卿 30g,鹅不食草 30g,葶菴 30g,水蛭 10g,辛夷 20g,甘草 6g)雾化治疗常年性过敏性鼻炎临床观察,总有效率为 77.6%。方中鹅不食草祛风通窍,解毒消肿为君,配伍干姜、葶菴温中散寒,徐长卿祛风止痒,水蛭破血通经为臣,甘草调和诸药为佐,辛夷使诸药上达鼻窍为使药,兼有散风寒,通鼻窍之功,诸药合用,治疗常年性过敏性鼻炎疗效显著。

## 二、穴位治疗

### (一) 针刺治疗

针刺是具有传统中医特色的治疗手法之一,疗效可靠,无副作用,复发率低,主要分为普通针刺、蜂针疗法、电针。从疗效看,蜂针除了与普通针刺和电针一样通过针刺穴位发挥作用外,其带有的蜂毒也具有治疗和预防的效果,但是蜂针取穴的特点以浅表穴位为主且取穴宜少,具有一定的局限性。从方便程度来看,普通针刺操作流程相对简单,蜂针需要注意的事项则较多:1. 为避免出现阳性反应,提前进行皮试。2. 需要大量活的蜜蜂。3. 临床需要对蜜蜂进行严格的控制以蜜蜂乱飞防扎伤患者。从接受程度来说,不管是普通针刺、电针还是蜂针,部分人对针刺就会有恐惧,不愿尝试,但是蜂针相比普通针和电针,一般不会出现晕针的情况。目前在医院开展蜂针疗法的比较少。

#### 1. 普通针刺

李石良,刘乃刚,金银花<sup>[4]</sup>采用针刺蝶腭神经节,缓慢针刺颧弓下缘与下颌骨冠突后缘交界处,针尖朝向对侧颞部,深度 55-60mm 至蝶腭神经节,操作者针下有进入骨缝(翼腭裂)的感觉,同时患者鼻腔有放电或喷水感等感觉,反复刺激该神经节 2~3 下即出针。治疗后及 2 年后随访,患者总体症状和鼻部分类症状(鼻塞、流涕、喷嚏、鼻痒)、RQLQ 量表各维度(活动、睡眠、非鼻眼症状、实际问题、鼻部症状、眼部症状、情感)较治疗前均显著降低。张丽文<sup>[5]</sup>先针刺下关穴至蝶腭神经节,随后针刺双侧迎香穴、双侧合谷穴、双侧足三里、印堂穴及百会穴治疗过敏性鼻炎 57 例,经过 10 天治疗,治疗组总有效率 91.23%,明显高于予氯雷他定片和糖酸莫米松鼻喷雾剂对照组。由于炎症,蝶腭神经节的平衡关系被打乱,副交感神经过于兴奋,而交感神经受到抑制,则出现鼻塞、流清涕,通过针刺蝶腭神经节,可以使鼻黏膜及海绵体内血流量变小,即刻显示鼻甲缩小,鼻道变宽,继之分泌物减少,患者自觉通气好转及头痛等症状减轻或消失<sup>[6]</sup>。配迎香、印堂疏

通经气、宣通鼻窍，合谷、百会、足三里扶助正气，增强体质，驱邪扶正相结合，标本兼顾，有效改善过敏性鼻炎的临床症状。

### 2. 蜂针

钟小文, 王淑平, 王冬香, 崔威, 王彬, 成永明<sup>[7]</sup>采用蜂针刺入穴位(肺气虚寒者选肺俞、足三里; 脾气虚弱者选足三里、脾俞; 肾阳不足者选关元、肾俞; 肺经蕴热者选大椎、孔最)即点即出治疗儿童变应性鼻炎 45 例, 连续 4 个疗程后, 治疗组血清 IgE、IgG、IgA、IL-4 较治疗前显著改善, 用地氯雷他定的对照组仅 IgE、IL-4 指标差异, 治疗组优于对照组。蜂毒中单体多肽能使毛细血管的通透性下降, 抑制白细胞移行以及前列腺素 E2 的合成, 并且能够促进肾上腺激素的分泌, 起到抗炎的作用, 所含有的多肽类物质能够通过刺激垂体-肾上腺系统的功能, 使血液中的皮质醇激素含量显著增加, 从而间接地影响机体的免疫功能。此外蜂毒还能改善微循环, 促使微血管灌流变得通畅<sup>[8]</sup>。配合以虚则补之, 实则泻之为治疗原则取穴, 以有效发挥穴位的作用, 达到治病求本的功效。

### 3. 电针

邢潇, 贾海波, 肖维刚, 崔林华<sup>[9]</sup>向上平刺双侧迎香穴, 加以电针(疏密波)治疗变应性鼻炎 133 例, 2 个疗程治疗后, 总有效率 93.2%。陈泽莉, 冯祯根, 陈荷光<sup>[10]</sup>针刺双侧蝶腭神经节及该针边 0.3cm 处各再针一针, 每侧接一组电针(疏密波, 频率 80-100Hz)留针 30min 治疗过敏性鼻炎, 2 个疗程后, 治疗组有效率 93.3%, 高于对照组(操作与治疗组相同, 不接电针)。通过接电针可加强穴位刺激, 效果则更明显。

### (二) 艾灸

《内经》有云“正气存内, 邪不可干”, 当我们内在身体存在不足时, 才容易产生对诸多因素的过敏, 所以治本是关键。艾灸则通过刺激局部腧穴起到温经散寒通窍、助元固本之效, 李挺“凡一年四季, 各熏一次, 元气坚固, 百病不生”, 其疗效可靠, 无副作用, 且便宜, 方便, 可自行

在家操作, 也适合长期治疗的方法。张丽, 郑丽艳, 符健, 陈霞, 张贤英<sup>[11]</sup>采用无烟艾条穴位(大椎、肺俞、膏肓俞、肾俞)重灸, 每个穴位灸至皮肤潮红, 治疗半月, 治疗组有效率为 97%, 明显高于用盐酸西替利嗪片的对照组。丁定明<sup>[12]</sup>采用督脉铺灸, 取大椎至腰俞, 宽度为双侧足太阳膀胱经第一侧线范围内, 消毒后用生姜汁擦拭, 均匀撒铺灸药粉, 再铺捣碎的生姜泥, 最后铺撒陈细艾绒, 成带状, 点燃, 燃尽后易炷再灸, 以铺灸 3 壮为宜。3 个月后, 治疗组总有效率为 90.6%, 高于用氯雷他定片对照组。张丽等人重灸肺俞、肾俞温补肺肾, 大椎为诸阳之会, 灸大椎温一身之阳, 膏肓俞为治疗虚劳的有效穴, 丁定明取督脉、膀胱经振奋机体的阳气, 扶正祛邪, 通调全身脏腑气血的作用。张丽等人选取的无烟艾条避免艾绒燃烧时浓烈的气味刺激患者呼吸道, 丁定明加入了生姜等药物, 可扩张局部血管, 改善血液循环, 与灸火的温热刺激叠加, 增加温通效能, 调和气血, 促进新陈代谢, 提高抗病能力。

### (三) 穴位敷贴

穴位敷贴是药物联合刺激穴位发挥的功效共同达到治疗过敏性鼻炎的作用, 便宜方便、有效、副作用小, 深受临床欢迎。过敏性鼻炎具有季节性, 三九即冬春之交, 也是过敏性鼻炎的高发时段, 此时敷贴可有效地控制疾病的发作。《素问·四气调神大论》云“春夏养阳”, 特别在三伏天即夏秋之交, 是人体阳气血脉最为旺盛之时, 此时药物最易由皮肤渗入穴位经络, 透过经络气血直达病所, 疗效充分发挥, 达到冬病夏治的作用, 是敷贴的最佳时间。故穴位敷贴讲究时间。临床上也存在一个现象, 少数人群对医用胶布过敏, 这也是一个需要解决的问题。刘燕观<sup>[13]</sup>采用三九天灸疗法, 敷贴的药(延胡索、麻黄、细辛、白芥子、甘遂以 4: 2: 2: 2: 2 的比例用姜汁与蜂蜜调制)于穴位(一九: 肺俞、胃俞、志室; 二九: 脾俞、风门、大椎; 三九: 肾俞、定喘、中脘、下脘), 每次 2 小时, 9 天换 1 次, 27 天后治疗组的临床症状改善与 IL-4、IgE、IFN- $\gamma$  指标的变化比用盐



酸非索非那定和盐酸左西替利嗪片的对照组更明显。李文元,张娜,郭新,马玉侠<sup>[14]</sup>采用 2mg 斑蝥细粉末敷贴于鼻炎点(拇指按压在第 4、5 颈椎附近,患者疼痛难忍,则为这点)治疗过敏性鼻炎 19 例,总有效率 89.47%。王江<sup>[15]</sup>每年三伏天在穴位(大椎、肺俞、膏肓、肾俞、膻中等穴,随证添加穴位)上按摩至微微发红后再于敷贴(药用白芥子、甘遂、细辛等研末调成糊状),治疗组有效率 90%,明显高于用丙酸倍氯米松鼻喷雾剂对照组。延胡索、麻黄、细辛、白芥子、甘遂、斑蝥为性味温热、刺激性强甚至有毒的药物,皆有通经活络、走窜开窍之功,很好地体现了外治法“膏中用药,必得通经走络、开窍透骨、拔毒外出之品为引”的精髓<sup>[16]</sup>。以补虚和泻实为原则,取穴位的刺激,配合一年中最炎热的季节三伏天,人体阳气最旺,腠理疏松,药物最易透皮吸收,达到温阳益气、健脾补肾、益肺祛风散寒之效。我院的耳鼻喉科也经常采取穴位敷贴的手法治疗过敏性鼻炎,臧江红等人<sup>[27]</sup>用膏药(白芥子、甘遂、细辛、白芷、黄芩等)敷贴于穴位(大椎、双侧风门、肺俞、脾俞、肾俞及足三里)于三伏天中的初伏、中伏、末伏各敷贴一次,3 次为 1 个疗程,治疗结束半年后随访,有效率为 81.54%,症状体征明显发生变化。臧江红等人的治疗有一点与其他人不同是在辛热的膏药中加入了苦寒的黄芩,佐制白芥子、细辛大辛大热之性,并可引药入肺经,其中的黄芩苷还可以提高机体免疫力,诸药配合穴位刺激于三伏天治疗,疗效甚好,颇受患者欢迎。

#### (四) 穴位埋线

穴位埋线是针刺穴位的刺激和羊肠线异体蛋白的组织免疫疗法为一体的疗法,形成的持久而柔和的非特异性刺激冲动,协调脏腑、疏通经络、调和气血、补虚泻实等达到消除疾病的作用,安全、卫生、疗效可靠、无毒副作用。但是,穴位埋线过程中,患者酸痛会比较明显,同时也易出现不良反应,即发热、局部包块、掉发、局部红肿等,通常治疗过敏性鼻炎的取穴以就近原则会

有面部穴位,且此穴位功效显著,但面部皮肤比较敏感,易出现红肿包块,这会为患者造成一定的困扰,因此穴位埋线操作要谨慎,严格遵守无菌,面部头部取穴易少。田雪秋,席中原,牟开金<sup>[17]</sup>采用羊肠线埋于穴位(迎香、肺俞、曲池、足三里、大椎穴)治疗过敏性鼻炎 50 例,总有效率 82%。顾光,秦黎虹,刘颖杰<sup>[18]</sup>采用羊肠线埋于穴位(印堂、迎香、鼻通、大椎、肺俞、肾俞、曲池、足三里穴)治疗过敏性鼻炎 80 例,治疗组总有效率 92.5%,高于用盐酸左西替利嗪片的对照组。过敏性鼻炎为本虚标实之病,肺气虚、过敏体质为内因,六淫外邪为诱因,故迎香、曲池疏风散热,通利鼻窍,肺俞、足三里、大椎补脾益肺,调补阴阳,提高机体免疫力。顾光等人除此之外还加上了印堂、鼻通增加宣通鼻窍之效,肺气之根在肾,肾虚则摄纳无权,气不归元,风邪得以内侵,故埋线肾俞填补肾气。埋入体内的线体,可提高人体的免疫功能、促进血液循环、加速炎症吸收而产生良性诱导,达到消除疾病的目的<sup>[19]</sup>,且时间长而力专刺治着穴位,达到很好的疗效。

#### (五) 穴位注射

穴位注射是穴位的刺激和注射的药物的双重作用治疗过敏性鼻炎,整体治疗效应优于静脉注射、肌肉注射或单纯性针刺,作用强大而且迅速,具有较为明显的增效减副优势<sup>[20]</sup>。但笔者认为,面部的皮肤比较薄,面部的穴位若采用穴位注射,易出现皮肤局部肿胀,这对于特别是年轻女性是比较难接受的,同时也需要注意注射的药物是否对患者产生过敏。郭少武<sup>[21]</sup>注射针进针至患者穴位(双侧迎香穴、印堂穴、上星穴、双侧风池穴)有酸麻胀感后回抽无血,再将药液(康宁克通-A 1mg、利多卡因 1ml、维生素 B<sub>12</sub> 1ml)注射治疗过敏性鼻炎 60 例,每穴注入 0.5ml,10 天 1 次,3 次注射后治疗组有效率 86.7%,高于臀部肌肉注射的对照组。郭少武用抗炎药康宁克通-A 注射于以疏风解表,宣通鼻窍作用的穴位迎香、印堂、上星、风池,使穴位成为供缓慢吸收的储存库,持续的刺激,药物和穴位封闭的协同作用,增强



对过敏性鼻炎的疗效, 疗效作用时间甚久。而我院在用穴位注射治疗过敏性鼻炎时, 只取宣肺理气、行气散结的天突穴, 配合药物注射, 分别在发作期时用炎琥宁注射液, 缓解期时用核络注射液。炎琥宁能对抗组织胺所引起毛细血管通透性增加, 且明显促进机体肾上腺皮质功能, 使分泌皮质类固醇, 能快速缓解症状。核络可促进皮质激素的合成, 对抗 IgE 引起的过敏反应, 且能增强机体免疫力, 有效减少和控制症状的发生和发展。

#### (六) 特殊治疗

过敏性鼻炎的外治手段方法多种多样, 临床上还有耳穴治疗、自血疗法等。

##### 1. 耳穴治疗

《灵枢·口问》曰: “耳者, 宗脉之所聚也。”通过耳穴刺激可疏通经络、调整脏腑, 达到治病、防病的目的, 操作简单, 无痛苦, 疗效持久。耳穴疗法最常见的主要为耳穴贴和耳穴灸。从疗效看, 耳穴贴通过物理刺激耳穴, 耳穴灸借助灸火的阳热属性予耳穴温热刺激, 针灸家周楣声认为灸热不仅循经传导还可直达病灶, 因此耳穴灸收速效, 适用于急性发作期过敏性鼻炎的治疗。

##### (1) 耳穴贴

朱少可<sup>[21]</sup>放置王不留行籽的橡皮膏于耳穴(内鼻、外鼻、肾上腺、额、枕、肺、脾、肾、内分泌)治疗过敏性鼻炎 33 例, 每个穴位按压 3-5min 至耳廓发红发热, 每天 3-5 次, 每 5 天更换一次, 两耳交替治疗。治疗半年后, 治疗组总有效率 90.91%, 明显高于口服息斯敏片的对照组。取内鼻、外鼻、额、枕疏风解表, 宣肺开窍, 肺、脾、肾、肾上腺、内分泌补肺健脾、固肾通阳, 标本兼治, 改善疾病的发生发展。

##### (2) 耳穴灸

潘丽英, 农秀明, 陆素梅<sup>[23]</sup>线香施温和灸和回旋灸双侧耳穴(肺、内鼻、风溪、肾上腺、脾、肾) 20-30min 治疗急性发作期过敏性鼻炎, 2 个疗程后, 治疗组总有效率 98.08%, 高于用耳穴贴的对照组。肺、内鼻、风溪祛风解表通窍, 肾上

腺、脾、肾健脾益肾, 调和气血, 扶阳益气, 增强机体免疫力, 其中风溪、肾上腺具有显著的抗炎、抗过敏作用, 通过灸火刺激, 增加其温通和温补之效。

##### 2. 自血疗法

自血疗法是从患者静脉血管中抽取自身的血液, 然后注入局部肌肉或相关穴位中, 致敏细胞仅释放微量活性介质, 而不引发明显临床症状, 短时间内多次注射, 可使致敏细胞内活性介质逐渐耗竭, 从而消除机体致敏状态, 故自血疗法刺激机体非特异性免疫功能, 调节机体内环境, 降低机体敏感性和增强机体免疫力的作用, 融合了放血、针刺、穴位注射等传统的中医疗法, 选穴少却精、疗效可靠、安全、操作简便、成本低。周育霞<sup>[24]</sup>静脉抽血 2ml 分别注射于两侧肺俞、足三里穴, 每个穴位 0.5ml, 每周一次, 持续 4 周为一个疗程, 3 个疗程后治疗组总有效率为 93.33%, 明显高于针刺穴位(风池、双侧迎香、印堂、合谷、列缺、上星、风门、肺俞穴等穴位)治疗。血液注射于穴位后, 可引起脱敏作用且可较长时间持续地刺激穴位, 通过肺俞宣肺理气, 足三里健脾和胃、强壮保健, 既可缓解患者近期的症状, 还能发挥良好的预防作用。

#### 三、联合治疗

单一疗法会具有一定的局限性, 因此临床上通过联合治疗增加了治疗的有效率。王荣华, 杨贤海<sup>[25]</sup>采用平衡针刺颧髻穴至上唇麻木, 每天 1 次, 10 天为一个疗程, 配合膏药(将白芥子、延胡索、细辛、甘遂、白芷药粉等量用生姜汁、醋和蜂蜜调制)敷贴于穴位(大椎、大杼、风门、肺俞、膈俞、脾俞、肾俞) 10 天一次, 连续 4 次为一个疗程, 一个疗程后, 治疗组总有效率 74%, 明显高于用富马酸酮替芬滴鼻液和氯雷他定片对照组。张茂亮<sup>[26]</sup>针刺穴位(迎香、口禾髻、印堂、太阳、风池、合谷)留针 30min, 一天一次, 10 天一个疗程, 配合刮痧(双侧中府穴至云门穴一线、双侧百劳穴至定喘穴一线、双侧肺俞穴至膏肓穴一线) 3 次为一个疗程, 再配合黄芪注射液注射于穴位双

侧足三里，每个穴位 1-2ml，10 天一个疗程，休息一周后，行第二个疗程，结果，总有效率为 95%，49 例中治愈 37 例，好转 10 例，无效 2 例。

**讨论与展望：**

过敏性鼻炎，也就是中医所说的“鼻鼽”，其病位在“肺”，与脾、肾密切相关。《灵枢·本神》曰：“肺气虚则鼻塞不通”，即肺气虚弱，卫表不固，易感受风寒之邪，使肺失宣降，津液代谢失常，停聚鼻窍，产生喷嚏、鼻塞、流涕之象。《素问·玉机真藏论》曰：“脾不及，则令人九窍不通”，即脾气虚弱，生化不足，肺气亦虚，则鼻窍失养，外邪或异气从口鼻侵袭，停聚鼻窍而发为鼻鼽。《素问·玄明五气论》云“肾为欠为嚏”。肺气之根在肾，肾虚则摄纳无权，气不归元，风邪得以内侵。此外肺经素有郁热，肃降失职，邪热上犯鼻窍，亦可发为鼽。故中医的治疗，重在辨证的基础上，三因制宜，除此之外，1.重视风邪在过敏性鼻炎发病中的地位，外风致病者，当以辛散疏风为基本治法，可采用疏风透邪的药物，如辛夷、白芷、藿香、苍耳子、鹅不食草、徐长卿，在鼻部给药中最为常见；穴位则经常取曲池疏散风热，迎香、印堂、下关、鼻通、上星穴疏通经气、宣通鼻窍来改善鼻部症状，是针刺、埋线、穴位注射常取的穴位。2.治疗上将“扶正”原则贯彻始终，重视健脾益气，益肾温阳，故铺灸和刮痧常取“阳脉之海”督脉和主一身之阳气的膀胱经，肺俞、脾俞、肾俞、膏肓都在膀胱经上，与肺系疾病密切相关，又连接脏腑，扶正补虚，调节脏腑，振发阳气。针刺、埋线、穴位注射、穴位敷贴常取阳明经上的合谷、足三里，任脉、手太阳与少阳、足阳明之会又是胃之募穴的中脘，八会穴之气会膻中，督脉上的百会、大椎，膀胱经上的肺俞、肾俞、脾俞。用药上则重视温经散寒通络，故鼻部用药、艾灸时常加入干姜、生姜、菖菝。3.辨证基础上，可用辛夷、细辛、苍耳子等祛风通鼻窍；久病成淤，酌情配以活血化瘀、养血药物，如：牡丹皮、赤芍、川芎、延胡索；并随证加入脱敏中草药徐长卿、苍耳子、细辛等，

用于鼻部给药时疗效显著。敷贴用药可取性味温热、刺激性强甚至有毒的药物，如白芥子、细辛、甘遂、斑蝥皆有通经活络、走窜开窍之功；“耳者，宗脉之所聚也”，故刺激经络脏腑相对应的耳穴，可调节其相应经络脏腑的功能。

过敏性鼻炎常反复发作，需长时间坚持治疗，但治疗疗程太长容易降低患者的依从性，使患者不能坚持治疗，常使疾病不能得到有效的控制，因此疗效确切、疗程短、治疗次数少且复发率低的疗法是治疗过敏性鼻炎的一个重要方向。从疗效看，鼻部给药直接作用于患部可及时改善鼻部症状，驱邪之力强，扶正之力弱；穴位疗法为扶正祛邪相结合，短期疗效好，远期疗效可观，复发率低，治病也可预防；耳穴贴的刺激相对平缓，疗效相对缓慢，治疗时间长；自血疗法作为融合了放血、针刺、穴位注射疗法，可缓解患者近期的症状体征，还能发挥良好的预防作用，疗效高。从方便来说，鼻部给药、艾灸、穴位敷贴、耳穴贴都是可自行操作，对于患者来说比较方便；针刺、穴位埋线、穴位注射、自血疗法则需要医生操作且治疗需要时间和疗程，对于社会竞争剧烈，工作压力大，抽不出时间的年轻人不是一个好的选择。从接受度来说，针刺、穴位埋线、穴位注射、自血疗法对于部分患者会有畏针之虞，甚至会出现晕针，穴位埋线、穴位注射在脸部取穴容易出现局部红肿包块。然而，不管何种治疗方法，还要靠自己的努力，要忌食生冷、辛辣、油腻的食物及鱼虾等发物，积极锻炼，注重保暖。虽然中医外治治疗过敏性鼻炎的文献众多，但目前都在临床观察阶段，且每个实验的临床试验的样本量相对较少，信服力不够；过敏性鼻炎又以慢性为主，长期观察的时间不够，这导致远期疗效，复发率无法正确的计算，因此，对过敏性鼻炎的外治法治疗的研究仍需努力。

**参考文献**

[1] 高永忠，高振浩.中医外治法治疗过敏性鼻炎 540 例 [J]. 中医中药，2016,6 (2): 333-334.

- [2] 王婷婷.中药滴鼻液治疗小儿过敏性鼻炎 [J].吉林中医药, 2013,33 (9): 917-918.
- [3] 刘毅, 阮滨.中药雾化治疗常年性过敏性鼻炎临床观察 [J].广西中医药大学学报, 2014,17 (4): 49-50.
- [4] 李石良,刘乃刚,金银花.针刺蝶腭神经节治疗变应性鼻炎远期疗效观察 [J].上海针灸杂志, 2016,35 (8): 971-973.
- [5] 张丽文.采用下关穴为主针刺治疗过敏性鼻炎 57 例 [J].临床医学研究与实践, 2016,1 (8): 62.
- [6] 李新吾.针刺蝶腭神经节—“治鼻 3” 穴位治疗 [J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011.25 (5): 193-196
- [7] 钟小文, 王淑平, 王冬香, 崔威, 王彬, 成永明.无痛蜂疗法治疗儿童变应性鼻炎 45 例临床观察 [J].湖南中医杂志, 2016,32 (10): 105-107.
- [8] 张冰清, 刘晓波.蜂毒的主要成分及药理作用的研究进展 [J].药学研究, 2016.35 (3): 172-174
- [9] 邢潇, 贾海波, 肖维刚, 崔林华 {5} 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, 2011,20 (8): 2281-2283.
- [10] 陈泽莉, 冯祯根, 陈荷光.下关穴双针电针深刺治疗过敏性鼻炎的临床研究 [J].浙江省针灸学会 2015 学术年会, 35-37.
- [11] 张丽, 郑丽艳, 符健, 陈霞, 张贤英.穴位重灸治疗过敏性鼻炎的临床观察 [J].河北医学, 2013.19 (12): 1887-1888
- [12] 丁定明.采用督脉铺灸治疗变应性鼻炎疗效观察 [J].上海针灸杂志,2016,35 (8): 974-976.
- [13] 刘燕观.三九天灸疗法治疗变应性鼻炎临床疗效观察 [J].四川中医, 2016,34 (11): 200-202.
- [14] 李文元,张娜,郭新,马玉侠.采用斑蝥天灸治疗过敏性鼻炎 19 例 [J].中医外治杂志, 2016,25 (4): 27-28.
- [15] 王江.采用三伏贴治疗变应性鼻炎的临床研究 [J].世界中医药, 2016,11 (1): 55-61.
- [16] 朱立建, 吴明霞.天灸治疗过敏性鼻炎作用机制研究 [J].亚太传统医药, 2015.11 (22): 63-65
- [17] 田雪秋, 席中原, 牟开金.采用穴位埋线治疗过敏性鼻炎 50 例 [J].中医外治杂志, 2011,20 (6): 23.
- [18] 杨才德, 包金莲, 李玉琴, 龚旺梅, 田瑞瑞, 宋建成, 于灵芝, 程涛, 魏兵, 高政政, 侯玉玲, 周承蕊.穴位埋线疗法的治疗机理 [J].中国中医药, 2015.13 (2) 68-71.
- [19] 顾光, 秦黎虹, 刘颖杰.采用穴位埋线治疗过敏性鼻炎 80 例 [J].中医外治杂志, 2016,21 (6): 30-31.
- [20] 赵永娇, 马红英, 蔡德光.穴位埋线及穴位注射的临床和机制研究进展 [J].现代中西医结合杂志, 2013.22 (7): 784-787
- [21] 郭少武.穴位注射治疗过敏性鼻炎 60 例 [J].中医耳鼻喉科学研究杂志, 2012,11 (1): 43-33.
- [22] 朱少可.采用耳穴贴压治疗过敏性鼻炎 [J].中国民间疗法, 2012,20 (3): 19-20.
- [23] 潘丽英, 农秀明, 陆素梅.线香灸治疗急性发作期过敏性鼻炎的临床观察 [J].吉林中医药, 2013,33 (9): 917-918.
- [24] 周育霞.自血疗法治疗过敏性鼻炎疗效分析 [J].内蒙古中医药, 2014, (4): 65-66.
- [25] 王荣华, 杨贤海.采用针刺鼻炎穴配合天灸背俞穴治疗过敏性鼻炎疗效观察 [J].荆楚理工学院学报, 2015,30 (6): 69-72.
- [26] 张茂亮.三联疗法治疗过敏性鼻炎疗效观察 [J].中医临床研究, 2013, 5 (19): 65
- [27] 臧江红, 王丽华, 郭裕.三伏天穴位敷贴治疗过敏性鼻炎疗效观察 [J].中医学报, 2012, 27 (2): 245-246

# 嗓音训练矫治男声女调的 1 例报道

任全伟<sup>1</sup> 雷刚<sup>1</sup> 赵颜利<sup>1</sup> 吴俊慧<sup>1</sup>

**【摘要】目的：**通过对 1 例男声女调患者进行主观评估和嗓音训练，研究男声女调的嗓音矫治方法。**方法：**应用 VHI 主观量表对男声女调患者进行治疗前、治疗后的主观评估；治疗方面对患者进行嗓音训练，包括心理疏导、呼吸训练、喉部推拿、共鸣训练等嗓音矫治方法。**结果：**经过 2 个月的言语训练，患者的音调恢复正常，VHI 主观量表评估值下降。**结论：**心理疏导、呼吸训练、喉部推拿、共鸣训练等相结合的嗓音矫治方法可有效矫治男声女调，具有良好疗效。

**【关键词】**男声女调；嗓音训练；嗓音主观评估；嗓音障碍指数

## A case report of voice training in correction of male voice and female tone

Ren Quanwei, Lei Gang, Zhao Yanli, Wu Junhui

**【Abstract】 Objective:** To study the method of correction of male voice and female tone by subjective evaluation and voice training. **Methods:** Vhi subjective scale was used to evaluate the voice of male and female patients before and after treatment, and voice training including psychological counseling, breathing training, laryngeal massage, resonance training and so on. **Results:** After 2 months of speech training, the evaluation value of the subjective scale was decreased. **Conclusion:** The combination of psychological guidance, respiratory training, laryngeal massage, resonance training and so on can effectively correct male voice and female tone, and have good curative effect.

**【Key words】** Male and female tone ; Voice training ; Voice subjective assessment ; Voice disorder index

男声女调又名童声、青春期假声、变声后假声等,指某些变声期后的成年男性仍然保留变声期前的高、尖、细的嗓音,而喉部的各项客观检查并未发现器质性病变,多数学者将其归于功能性发声障碍的范畴。患者常因为音调异常,而产生极重的思想及心理负担,不愿与他人交流,从而对工作、学习及生活产生负面影响。目前嗓音训练为男声女调的首选治疗方式,包括心理疏导、呼吸训练、喉部推拿、共鸣训练等嗓音矫治方法,对于训练效果不佳者可施行松弛型喉成形术,从而使患者获得满意的嗓音。笔者于 2017 年 7 月采用心理疏导、呼吸训练、喉部推拿、共鸣训练等相结合的嗓音矫治方法矫治 1 例男声女调患者,取得了满意的疗效。现报道如下:

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 曹某,男,31 周岁,公司职员,患者青春期后仍然嗓音高而尖,影响日常工作、生活,曾多次外院就诊,多次予以口服药物治疗,症状无改善,病情长期难以得到改善,给患者造成极重的思想及心理负担。2017 年 7 月 4 日患者就诊于我科门诊,经电子喉镜检查,未见明显异常,发现患者音调明显高于成年男性平均水平,诊断为男声女调。

#### 1.2 研究方法

1.2.1 评估方法 采用 VHI 主观量表对患者进行病情评估,于治疗前、治疗 1 月及治疗后分别对患者进行 VHI 主观量表的问卷调查。

选择嗓音障碍指数量表中文版<sup>[1]</sup>作为观察量表,



受试者根据自身受嗓音问题影响严重程度对每道问题后的评分加以选择,经手工计算得出 P 值、F 值、E 值和 T 值。VHI 量表是了解嗓音疾病对患者生理功能、社会及心理功能影响的一个有效手段,可以系统全面地分析嗓音的不同侧面,探讨不同嗓音疾病主观评估特点,分析其与声带病变病理生理改变的一致性。徐文等<sup>[2]</sup>提出的 VHI 量表中文翻译版,经过评估后具有良好的信度和效度。本研究采用该量表作为患者主观评估的手段。

1.2.2 矫治方法 目前常用的治疗方法有心理疏导、呼吸训练、喉部按摩、共鸣训练等嗓音矫治方法。1 周就诊 1 次,每天自行训练 3 次,疗程暂定为 2 个月。

1. 心理疏导 通过对患者进行嗓音宣教,使患者认识到其喉部结构是完全正常的,了解正常成年男性的音域及其与正常男性音调的差别,同时使患者树立改变嗓音的决心。

## 2. 呼吸训练

1) 凸腹凹腹训练 训练时患者取直立位,双脚分开,与肩同宽,双手自然叠放于丹田位置(肚脐直下 3 寸),经前鼻孔吸气至丹田,随着吸气量的增加,腹部逐渐隆起—凸腹;然后气体经口缓慢呼出,随着呼气量的增加,腹部逐渐收缩—凹腹。多次训练,每次训练 5min。

2) 发摩擦音 自然站立,当患者吸气后腹部隆起,吸气肌肉群不放松,保持吸气的状态下,发/S/音;气息完全呼出后,口鼻同时吸气再开始发/S/音,多次训练,每次训练 5min。

3) 狗喘气训练(即快速呼气、吸气训练) 患者自然站立,经口鼻同时快速吸气致腹部隆起,经口鼻同时快速呼气致腹部内陷。在训练过程中呼吸的频率由慢吸慢呼逐渐过渡到快吸快呼,并注意保持足够的呼吸与腹部运动幅度,多次训练,每次训练 5min。

## 3. 喉部推拿

1) 推拿颈前三侧线 以一手拇指、食指和中指指腹分别在颈前第一侧线、第二侧线与第三侧

线进行从上到下的纵向按揉,施术时要求动作从容和缓、均匀深透,切忌使用暴力,推拿起止点之间术指约按揉 30 次,每条侧线推拿 3 次。

2) 穴位点揉 以一手拇指和中指指尖点揉双侧人迎穴、水突穴,点揉时要求动作轻快柔和,指力均匀深透,切忌使用暴力,穴位点揉频率约 120 次/min,保持 1min。

4. 哼鸣训练 用舒服的音调拉长发“嗯”(“mmm”) (体会脸前面部分震动,喉部放松),着重练习胸腔共鸣,同时结合/a/、/u/、/i/等元音哼鸣。患者掌握低音调发音后让患者加强练习,并在日常说话中使用。

## 2 结果及分析

2.1 矫治前后的 VHI 量表积分数据对比 矫治前后对比 F 值、p 值、E 值和 T 值均明显下降,说明通过矫治患者的症状明显改善,音调趋于正常。

表 1 治疗前后 VHI 量表积分数据

	F 值	p 值	E 值	T 值
治疗前	10	18	9	37
治疗 1 月	8	14	7	29
治疗后	4	9	5	18

## 3 讨论

虽然男声女调可通过声带手术(如甲状软骨成形术)来进行治疗,但言语训练是目前男声女调患者治疗的首选方法。男声女调患者的嗓音矫治方法主要包括心理疏导、呼吸训练、喉部推拿、共鸣训练等嗓音矫治方法。

心理疏导可以使患者了解嗓音基本原理和自身存在的嗓音异常,使患者树立改变音调的决心,积极配合治疗。呼吸训练可以纠正其错误的胸式呼吸方法,建立胸腹式联合呼吸法,增强呼吸相关肌群力量,增加吸气量,提升控制呼吸的能力。喉部按摩有助于发声相关肌群的放松,尤其是有利于喉内外肌肉的放松,降低声带张力,从而降低音调。哼鸣音的练习,特别是胸腔共鸣,有助于患者调整和改善发声方式,改变高而尖的音调,同时结合/a/、/u/、/i/等元音哼鸣、朗读练习,可使患

者熟悉并掌握低音调发声。

言语训练需要不断强化,该例患者依从性较好,同时医护人员积极随访,经过 2 个月训练,患者的音调就降至成年男性正常范围,并能进行自然的日常交流。VHI 量表有功能 (function, F)、生理 (physical, P) 和情感 (emotion, E) 3 个范畴,分别描述了患者日常生活中使用嗓音的障碍情况、喉部不适的感受、嗓音疾病引起的情感反应。分值越高则表示患者对自身嗓音问题的评估越糟糕。自我评估是评定嗓音障碍是否接受治疗的主要因素。临床上,本表不仅可应用于患者初次就诊时的自我评估,也可用于患者治疗的不同阶段的主观对比,可一定程度上反映嗓音治疗疗

效。通过对本例男声女调患者嗓音矫治方法的探索,证明包括心理疏导、呼吸训练、喉部推拿、共鸣训练等嗓音矫治方法是男声女调的一种有效的矫治方法。

参考文献

[1] 徐文,李红艳,胡蓉,等.嗓音障碍指数量表中文版信度和效度评价 [J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2008,43:670.

[2] 李红艳,徐文,韩德民,等.嗓音疾病自我评估特点及影响因素 [J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,44:109-113.

(上接 53 页) 防止鼓膜粘连,减少耳聋发生的重要措施。

参考文献

[1] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳,等.实用耳鼻咽喉头颈外科学 [M].第 2 版,北京:人民卫生出版社,2010:765.

[2] 邱丽华.分泌性中耳炎患者鼻咽部表面活性物的检测 [J].中华耳鼻咽喉科杂志,1999,34(4):297.

[3] 陈素平,凌玲.“C”型鼓室图在分泌性中

耳炎的临床意义 [J].浙江中医药大学学报,2008,32(1):62-64.

[4] 华清泉,胡春潮,常伟,等.“C”型曲线的中耳声学特性改变与鼓室积液的关系 [J].听力学及言语疾病杂志,1998,6(1):34-35.

[5] 安丰伟,蔺晓慧,周立辉,等.新编五官科疾病诊断与防治 [M].长春:吉林科学技术出版社,2014:258.

[6] 严福波,何源萍,曾旭东,等.声导抗检查对分泌性中耳炎诊断的临床意义 [J].听力学与言语疾病杂志,2004,12(5):343-344.

# 托里消毒散治疗难治性先天性耳前瘻管感染体会

张爱春<sup>1</sup> 张健<sup>1</sup>

**【摘要】目的：**探讨托里消毒散加减治疗难治性先天性耳前瘻管感染期的疗效。**方法：**收集 2013 年至 2015 年间难治性先天性耳前瘻管感染期 16 例，男 9 例，女 7 例；平均年龄 26 岁。左耳 11 例，右耳 5 例，均为感染期已行切开排脓患者。均位于耳轮脚前方。**结果：**16 例（16 耳）患者，3d 治愈 2 耳，4d 治愈 5 耳，5d 治愈 11 耳，6d 治愈 13 耳，7d 治愈 16 耳。**结论：**难治性耳前瘻管予托里消毒散加减口服可缩短病程，减轻患者换药痛苦，减少长时间服用抗生素产生耐药、胃肠肝肾损害等风险。

**【关键词】** 难治性先天性耳前瘻管感染期；托里消毒散

## Experience on treatment of refractory congenital preauricular fistula infection with Tori disinfectant powder

Zhang Aichun , Zhang Jian

**【Abstract】 Objective:** To investigate the effect of Toli Disinfection Powder (TXS) on refractory congenital preauricular fistula infection. **Methods :** From 2013 to 2015, 16 patients (9 males and 7 females) with refractory congenital preauricular fistula infection were collected, with an average age of 26 years. From 2013 to 2015, 16 cases of refractory congenital preauricular fistula infection were collected, including 9 males and 7 females, with an average age of 26 years. There were 11 cases in left ear and 5 cases in right ear. Are located in front of the earwheel foot. In front of your feet. **Results:** In 16 cases (16 ears), 2 ears were cured in 3 days, 2 ears were cured in 4 days, 5 ears were cured in 5 ears, 11 ears were cured in 6 days, 13 ears were cured in 6 days, 16 ears were cured in 7 days. **Conclusion:** The treatment of refractory preauricular fistula with Toxixuisan plus or minus oral administration can shorten the course of disease, alleviate the pain of changing medicine, reduce the risk of drug resistance, gastrointestinal liver and kidney damage and so on.

**【Key words】** refractory congenital preauricular fistula infection period; Tori disinfectant powder

先天性耳前瘻管是一种最常见的先天性耳畸形，瘻管多为单侧，也可为双侧，平时无症状，继发感染时出现局部红肿疼痛，反复感染可形成囊肿或脓肿，破溃后则形成脓瘻或瘢痕<sup>[1]</sup>。多数患者就诊时已经处于感染状态，甚至已破溃流脓，一般需先行控制急性炎症，局部有脓肿者应予以切开引流，待炎症控制后再行手术，这段时间往往持续 1 周至半个月以上，甚至半年。严重影响病人的生活、工作。如何尽可能地缩短这段时间，

笔者于 2013 年至 2015 年间，用托里消毒散加减治疗难治性先天性耳前瘻管 16 例，取得满意效果，现报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

本组 16 例，男 9 例，女 7 例；平均年龄 26 岁。左耳 11 例，右耳 5 例，均为感染期已行切开排脓患者。均位于耳轮脚前方。

#### 1.2 治疗方法

常规行脓肿切开引流术，术后用生理盐水反复冲洗脓腔并留置引流，坚持换药及口服抗菌素 1 到 2 周脓腔久不愈合，予托里消毒散加减，常用药及剂量：当归、赤芍、白术、白芍、乳香、没药各 10g、黄芪 20g、银花 15g、甘草、升麻各 6g。以瘻管口无明显脓性分泌物、局部炎症消退、创口愈合为治愈。

### 2 结果

16 例（16 耳）患者全部达到上述治疗标准，3d 治愈 2 耳，4d 治愈 5 耳，5d 治愈 11 耳，6d 治愈 13 耳，7d 治愈 16 耳。

### 3 讨论

先天性耳前瘻管 (Congenital Preauricular Fistula, CPF) 是一种临床上最常见的先天性外耳疾病，为第 1、2 鳃弓的耳廓原基在发育过程中发育不全所致<sup>[2]</sup>。临床上因不正确挤压或污染可造成局部感染，轻者局部红肿、疼痛，重者溢脓并反复发作。长期感染者，瘻管附近皮肤溃烂，有陈旧肉芽增生，形成疤痕，创面长期不愈合，长期渗液，或形成多个溢脓小孔，经久不愈。

中医认为本病初起多因风热邪毒引动肝胆湿

热循经上犯所致局部肿痛，可予五味消毒饮之类以达到疏邪清热、消肿止痛。常用药：麻黄、蚤休、地丁、蒲公英、银花、夏枯草、赤芍等。如果已溃出脓，而且脓液久不收敛，中医认为，脓为血化，液为津败，血耗气虚正不托邪之表现。可用托里消毒散之属，常用药：当归、赤芍、白术、白芍、乳香、没药、黄芪、银花、甘草、升麻等。当归、赤芍、白芍养血活血凉血，白术健脾益气养血，黄芪益气托毒排脓，银花清热解余毒，乳香、没药活血止痛、消肿生肌，升麻引药上行达病所，甘草调和诸药。诸药相合，扶正祛邪，疾病向愈。综上所述，难治性耳前瘻管予托里消毒散加减口服可缩短病程，减轻患者换药痛苦，减少长时间服用抗生素产生耐药、胃肠肝肾损害等风险。

### 参考文献

[1] 王士贞 中医耳鼻咽喉科学实用：中国中医药出版社，2007:37

[2] 黄选兆，汪吉宝，孔维佳 实用耳鼻咽喉头颈外科学：人民卫生出版社 2008:829

(上接 47 页) 头颈外科学 [M].北京：人民卫生出版社，2015:14

[8] 尹世芬. 外耳道真菌病三种抗真菌药物治疗的效果观察 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2012, 33 (8): 1005-1006

[9] 边洪荣，李小娜，王会教.重楼的研究及应用进展 [J]. 中药材.2002.25 (3): 218-220

[10] 陈枝岚，谢守珍. 14 种中草药体外抗白色念珠菌所用研究 [J]. 医药导报, 2006, 25 (8): 765-767

[11] 王丹辉，李刚，张静，张增珠，熊贤兵. 七叶一枝花酊提取工艺研究 [J]. 中国药师, 2013, 16 (9): 1364-1366



# 揸针治疗声疲理论探析

肖志贤<sup>1</sup> 周立<sup>2</sup> 田理<sup>2</sup>

**【摘要】** 声疲是一种功能性嗓音疾病，目前对其认识及研究并不深入。本文从声疲的发病机制、揸针作用机制方面探讨应用揸针治疗声疲的可行性，提出了一种用于声疲治疗的新方法，为未来的科学研究及临床提供必要的理论依据。

**【关键词】** 揸针；声疲；理论探析

## Discussion on the theory of vocal fatigue treated with thumbtack needles

Xiao Zhixian, Zhou Li, Tian Li

**【Abstract】** Vocal fatigue is usually regarded as a kind of functional voice disease, which has not been well studied. By reviewing the pathogenesis and mechanism of the vocal fatigue we discuss the feasibility of a new method in the treatment of vocal fatigu. We also look forward to providing the theoretical foundation for future research.

**【Key words】** Press needles; Vocal fatigue; Theory analysis

声疲是指长期在不适宜的音域范围内误用或滥用嗓音所致的以音质、音量下降为主要特征的嗓音疾病<sup>[1]</sup>。这样一个中医病名概念也是在 2008 年才由熊大经教授首次提出<sup>[2]</sup>，目的是为了弥补中医对于功能性嗓音疾病精准辨病的缺失。其治疗除了中医经典辨证内服中药论治外，还包括中医外治法及现代医学中如嗓音训练、喉手法治疗<sup>[3]</sup>、低强度红光疗法<sup>[4]</sup>、水化治疗<sup>[5]</sup>等。本文旨在探析揸针这样一种运用中医针刺理论改良后的新型针具治疗声疲的理论依据。

### 1. 声疲的发病机制

人之发声由多器官协调完成，包括心主神明的指挥协调，肺气充沛的动力，喉部声带的振动，鼻、咽喉、气管等的共鸣，因此正常的言语发声有赖于五脏功能健旺。音质、音量、音调的变化，关键在于脏腑功能、气血津液是否充沛。《景岳全书·卷二十八》指出：“声音出于脏气，凡脏实则声弘，脏虚则声怯”，以此推导声疲是由脏腑虚损所致。而发病的核心应归于肺、脾、肾三脏，因“肺为气之主，脾为气血生化之源，肾为气之

根”，而“声由气而发”。从其“肺阴虚损、喉失濡养；中气不足、气不上达；气血亏虚、神散音暗；肾脏亏损、声失根本”等辨证分型也可直观得出声疲的病机<sup>[2]</sup>。并且从以上病机可以发现，声疲发病时间的长短、人群特点等都是准确辨证的基本要点。

现代医学中，嗓音疲劳可以和声疲这一中医概念直接对应。但对于嗓音疲劳的研究并未得到足够的重视，可能与一部分学者认为嗓音疲劳属于临床症状，而不应列为独立疾病研究有关<sup>[1]</sup>。嗓音疲劳常见病因包括过度用嗓、滥用嗓音、发声方法不正确、咽喉部急慢性炎症或其他咽喉疾病<sup>[6]</sup>、内分泌变化、身体健康状况不佳、生活习惯不良、罹患呼吸道相关疾病等<sup>[6]</sup>。目前研究中，缓慢的氧摄取以及过度依赖局部厌氧资源，导致过量无氧代谢产物堆积<sup>[7]</sup>；血供不足、血流速度缓慢，引起代谢产物无法及时转移，都可导致神经肌肉效率低下，造成嗓音疲劳。另外持续发声的机械应力作用于声带粘膜，增加声带粘度，水化水平降低，导致发声阈值压力增高，也可造成嗓音疲劳<sup>[8]</sup>。此外，发

声过程中一部分喉内肌的过度代偿做功以及与发声紧密相关的呼吸肌疲劳<sup>[8]</sup>,也是导致嗓音疲劳的机制之一。

## 2. 揞针的作用机制

揞针属于皮内针的范畴,是中国针灸学家承淡安教授运用中医针刺理论在原有皮内针的基础上进行改良而成<sup>[9]</sup>。揞针分为不同规格,一般直径 0.2mm,长度 0.3-1.5mm,可根据针刺部位皮肉浅薄的不同而选择,其针身固定于防水透气微孔胶布上,取下直接贴于腧穴部位即可。揞针方便、无创痛,刺法安全,易于接受,留针期间不影响患者睡眠、工作和生活,节省时间和精力。同时因其胶布为肉色,也不会对外观有太大影响。

揞针疗法是皮部理论和腧穴理论相结合的具体运用,同时具有浅刺和久留针的特点。所谓“善治者治皮毛”,揞针持续而稳定地刺激皮部腧穴,提高腧穴的兴奋性和传导性,达到良性、双向性调节的作用,具有调整阴阳、运行气血津液、疏通经络、促进代谢、激发正气等作用<sup>[10]</sup>。下面对揞针疗法的理论和特点做系统介绍。

### 2.1 皮部理论

“皮部”一词首见于《黄帝内经》,也仅在《素问·皮部论》和《素问·缪刺论》中出现<sup>[11]</sup>,前者对于“皮部”概念及功能作用特点进行了精辟地论述,并且《内经》一直将皮部放在同脉、肉、筋、骨等相并列的位置<sup>[11]</sup>,充分说明了皮部的重要性。

皮部指经络功能活动反映于体表的部位,也是络脉之气散布所在,包括皮毛、玄府、浅在于体表的腠理、浮于体表可见的浮络<sup>[12]</sup>。如果说将经脉比作线状分布,络脉是网状分布,而皮部则是面状分布。皮部分区根据十二正经循行部位所划分,称之为“十二皮部”,其身体四肢部位的具体划分与正经循行基本是一致的,如体表胸腹头面属阳明皮部,躯干及头部侧面属少阳皮部,腰背及头项属太阳皮部<sup>[13]</sup>。但有学者认为奇经八脉也有相应皮部,故合之为“二十皮部”<sup>[14]</sup>。皮部位于人体最表层,在经络系统中是气血运行的开端,依次皮部-络脉-经脉-脏腑层层深入、紧密联系,联系通路

为各级脉络,动力则是营卫之气,尤以卫气为主(取于皮气而调卫气阳气)<sup>[15]</sup>,运行的有形物质基础为营血津液,无形物质基础也是气,气由营血津液化生,既是物质基础,也是动力源泉。外邪入侵首犯皮部,邪气太盛或营卫之气不足则由表至里,深入脏腑,邪气轻浅或正气充盛则不至入里或快速驱邪外出,而脏腑内生之疾也可由里达表反应于皮部。

现代关于皮部理论机制研究不多,大多数研究从疗效结局指标来讨论。现代解剖学研究得出,皮肤组织结构分为表皮层、真皮层和皮下组织层<sup>[16]</sup>,而揞针皮部浅刺的深度为真皮层<sup>[17]</sup>,其中真皮层中的免疫细胞是皮肤中最重要的适应性免疫细胞。皮肤为“人体最大的免疫器官”<sup>[17]</sup>,不仅参与非特异性免疫,还参与特异性免疫的抗原识别、免疫细胞的激活及皮肤免疫应答的全过程<sup>[18]</sup>。另外皮肤分布交感和感觉两种神经,包含大量的神经纤维细胞<sup>[19]</sup>,信号通过神经传递,产生交感反射及释放效应,通过正负反馈调节参与到免疫反应之中,从多个水平、多个靶点、多个方位激活人体神经-内分泌-免疫网络,从而建立起皮肤神经、内分泌轴和免疫系统之间功能与循环交互的三维立体网络<sup>[17]</sup>。

### 2.2 腧穴理论

腧穴是人体脏腑经络之气血输注于体表的特殊部位,既是疾病的反应处,更是针灸的施术部位,包括经穴、奇穴、阿是穴。刺激腧穴,通过分经、分部主治,发挥近治、远治、特殊作用可以通其经脉,调其气血,使阴阳归于平衡,脏腑趋于和调<sup>[20]</sup>。腧穴理论贯穿大部分外治法,揞针治疗疾病也不例外。

现代关于腧穴理论的研究相对于皮部理论来说更加深入,但主要还是神经-内分泌-免疫系统。针灸刺激某一穴位后,兴奋局部的周围神经末梢,产生神经冲动传入相应的各级中枢,引起神经反射调节,这种调节涉及大脑、脊髓、脑干等多级中枢,还包括了特异投射系统、非特异投射系统、锥体系和锥体外系等复杂路径<sup>[21]</sup>。同时,穴位局部组织受针灸刺激后,引起血管、淋巴管反应,释

放生物活性物质,从而激活体液调节机制<sup>[2]</sup>,发挥治疗作用。

### 2.3 浅刺与久留针

浅刺与久留针是揞针治疗疾病的主要方法学内容,建立在皮部理论及腧穴理论基础之上。与常规针刺相比,不要求产生酸麻胀等针感<sup>[3]</sup>。古代没有明确皮部浅刺这一命名,但有浅刺之法,也有浅刺之理。现代研究者认为《内经》中提到的“毛刺”、“直针刺”、“浮刺”、“半刺”等为浅刺法的运用开端,在《灵枢·官针》、《灵枢·经水》、《素问·针解》中都有相关记载<sup>[4]</sup>。国内学者于 20 世纪 60 年代开始先后发明了要求刺在皮下组织的针法,如腕踝针疗法、浮针法、腹浮针疗法、皮内针疗法等等,这类针法都是皮部浅刺的具体创新运用,揞针属于皮内针疗法,其理论基础是一脉相承的。

久留针是通过给予皮部和经络持续而稳定的刺激,发挥刺激时间和强度的累积效应,有效防止刺激作用的衰减,从而不断促进经络气血的有序运行,调整经络脏腑功能,激发人体正气,以达到防治疾病的目的<sup>[5]</sup>。是否留针及留针时间的长短跟疾病的性质、患者体质及季节等因素密切相关。从《内经》中关于对留针的认识我们发现,久病的寒症、虚证是要求久留针的,久留针以引气至,祛除痼疾伏邪<sup>[6]</sup>。与短时间留针及多次针刺法比较,具有减少日针刺数,达到足够有效的刺激量,克服重复针刺给患者带来痛苦的优势。

### 3. 揞针治疗声疲

声疲是一类慢性、虚损性嗓音疾病,误用或滥用嗓音导致气的消耗,日久则肺、脾、肾三脏不同层次虚损。运用揞针治疗声疲本身是一种创新,除去中医辨证论治疾病的普遍适用性之外,其实并没有太多治疗手段,而揞针又是一种近乎无创、无痛苦、方便快捷的新疗法,故其被用于治疗声疲是具有先天优势的。

揞针治疗疾病,选穴以辨证为核心,结合针灸特有的选穴依据,实证选穴以开泻为主,扩大通道、疏通经络,促使营卫之气驱邪外出;虚证

以补益为治,刺激穴位以调补营卫气血、充养脏腑,并可沟通外界,引大自然清气充养正气,以扶助虚体;虚实夹杂则根据两者轻重,侧重选择,补泻兼施。在皮部理论及腧穴理论基础之上,分型辨证选穴、局部选穴及远端选穴相结合,贴于皮部穴位,通过浅刺及久留针累积针刺效应,达到持久的补益剂量,并且临床常结合穴位揉按助针取效,达到治疗声疲的目的。

而现代医学关于声疲发病机制的研究,就目前而言,不管是局部肌肉的氧化代谢缓慢或者是乳酸、磷酸肌酸代谢产物的堆积,最终导致的是喉内肌、喉外肌及发声所涉及的局部肌肉的劳损,从而引起发声效率的降低。针刺皮部腧穴后,应激反应使相关激活因子释放(局部肥大细胞脱颗粒,释放组织胺、5-羟色胺、p 物质等)<sup>[22]</sup>,从而激活免疫细胞产生免疫应答,随循环系统到达相应部位。另外揞针浅刺腧穴通过自上而下的神经调节机制改善神经功能,引起立毛肌收缩,通过立毛线路传递针刺信号,激活范围广而弥散的交感反射,引起远隔部位及内脏的释放效应<sup>[27]</sup>,并且神经纤维末梢分泌神经肽能影响活化的免疫细胞,而皮肤丰富的降钙素基因相关蛋白又以逆向方式刺激神经纤维末梢释放神经肽,进一步激活皮部免疫应答,通过累积效应持续刺激,沟通免疫、神经、内分泌等系统,作用于劳损的靶器官组织,加快氧代谢及运输代谢产物的速度,从而起到治疗声疲的目的。由此可见,这种复杂的调节过程涉及神经、内分泌系统,免疫系统中神经介质、内分泌激素、免疫活性物质之间的交叉联系,并且一直存在于针灸发挥治疗效应的始终。

### 4. 小结

笔者结合目前的研究现状及自身体会对揞针治疗声疲的理论进行了初步探析,从声疲的发病机制、揞针作用机制等方面探讨应用揞针治疗声疲的可行性,但这种新方法的理论及作用机制需要进一步去验证和挖掘。希望本文能为未来的科学研究及临床提供必要的理论依据,也希望有更多同道参与进来,共同探索这块熟悉而又陌生的



领域。

参考文献:

[1] Welham N V, Maclagan M A. Vocal Fatigue: Current Knowledge and Future Directions [J]. J Voice, 2003, 17 (1) :21-30.

[2] 熊大经,刘蓬.中医耳鼻咽喉科学 [M].北京:中国中医药出版社,2013.123-128.

[3] 徐洁洁, Mathieson L. 喉手法治疗对肌紧张性发声障碍治疗效果的初步研究 [J]. 听力学及言语疾病杂志, 2012, 20 (4) :399-400.

[4] Hoon Chung, Tianhong Dai, Sulbha K. Sharma, et al. The Nuts and Bolts of Low-level Laser (Light) Therapy [J]. Ann Biomed Eng, 2012, 40 (2) :516-533.

[5] Martins R H, do Amaral H A, Tavares E L, et al. Voice Disorders: Etiology and Diagnosis. [J]. J Voice, 2016, 30 (6) :761.e1-e8.

[6] 吕丹,杨慧,徐亚男,等.小学教师嗓音疲劳测试结果分析 [J]. 听力学及言语疾病杂志, 2016, 24 (5) :465-468.

[7] Davis M P, Walsh D. Mechanisms of fatigue. [J]. J.Support.Oncol, 2010, 8 (4) :164.

[8] Titze I R, Martin D W. Principles of Voice Production [J]. J Acoust Soc Am, 1998, 104 (3) :1148.

[9] 张树剑. 承淡安针灸学术思想特点简析 [J]. 中国针灸, 2011, 31 (11) :1027-1030.

[10] 徐菁,张大同.方便揞针留针候气干预腰肌劳损的疗效观察 [J]. 护理与康复, 2016, 15 (4) :382-383.

[11] 冉维正.《内经》皮部理论的研究 [D].北京中医药大学,2013.

[12] 张欣,刘明军,尚坤,等.基于“皮部”理论的中医临床诊疗技术与效应机制研究新思路 [J]. 时珍国医国药, 2013, 24 (12) :2957-2958.

[13] 胡波,谷世喆.经络皮部理论在砭石疗法中的应用 [J]. 吉林中医药, 2009, 29 (8) :692-693.

[14] 罗庆道,诸凤鸣,雷实惠,等.经络皮部理论探讨及其在针灸临床中的运用 [J]. 云南中医中药杂志, 1984 (4) .

[15] 黄斌洋,何延智,刘晓瑞,等.新型揞针联合低频点刺激治疗脊髓损伤后感觉功能障碍多中心随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29 (9) :80-82.

[16] 张秀英,王雪峰.基于皮部络脉理论探讨中药经皮给药传输途径 [J]. 中华中医药杂志, 2016 (3) :794-797.

[17] 高慧明,付于.付于主任“皮部浅刺”理论初探 [J]. 中医临床研究, 2016, 8 (19) :57-59.

[18] 王静.灸法与皮部理论相关性的探讨 [J]. 中国民间疗法, 2015, 23 (12) :5-7.

[19] 雷龙鸣, LeiLongming.应用皮部理论针灸治疗中风偏瘫的研究进展 [J]. 亚太传统医药, 2007, 3 (11) :27-30.

[20] 梁繁荣,赵吉平.针灸学 [M].北京:人民卫生出版社,2013:21-39.

[21] 赵娟.揞针辅助中药治疗口腔扁平苔藓(脾虚湿蕴证)的短期临床疗效观察 [D]. 成都中医药大学, 2016.

[22] 白杨,郭义.针刺效应/信号调节网络初探 [J]. 针刺研究, 2013, 38 (4) :330-333.

[23] 郝婷婷,付于.皮部浅刺法研究现状 [J]. 辽宁中医杂志, 2013 (5) :1048-1050.

[24] 徐立群.《内经》浅刺法临床运用体会 [J]. 针灸临床杂志, 2003, 19 (8) :51-52.

[25] 徐纬,孙丹,陈娜,等.皮内针久留针治疗卒中咽期吞咽障碍疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2017 (11) :1281-1285.

[26] 胡勇.用久留针法对寒痹型腰椎间盘突出症患者进行针刺治疗的效果观察 [J]. 当代医药论丛, 2016, 14 (22) :150-151.

[27] 许周洁,周立,贾德蓉.皮内针治疗头面部疾病的临床与作用机制研究进展 [J]. 湖南中医杂志, 2017 (12) :169-171.



# 200 例慢喉痹患者中医体质研究\*

丁雷<sup>1</sup> 陈策<sup>1</sup> 王嘉玺<sup>1</sup>

**【摘要】目的：**分析慢喉痹患者体质构成规律，体质类型与证候间内在联系，为中医防治保健提供参考。**方法：**纳入门诊慢喉痹患者 200 例，中医四诊合参证候分型，进一步问卷调查判定体质所属。**结果：**200 例慢喉痹患者体质构成依次为气虚质、平和质、阴虚质、阳虚质、痰湿质、气郁质、特禀质、湿热质和血瘀质。脾气虚弱证中气虚质 50 例 (50/71)；肺肾阴虚证中阴虚质 27 例 (27/50)；脾肾阳虚证中阳虚质 21 例 (21/35)；痰瘀互结证中痰湿质 17 例 (17/44)。**结论：**慢喉痹患者体质类型主要以气虚质、阴虚质、阳虚质、痰湿质为主。气虚质多见脾气虚弱证，阴虚质多见肺肾阴虚证，阳虚质多见脾肾阳虚证，痰湿质多见痰瘀互结证。临证时应注重体质辨识，适宜采取相应的防治保健措施。

**【关键词】**慢喉痹；防治；体质

## The constitution composition situations of 200 cases of outpatients with chronic pharyngitis

Ding Lei, Chen Ce, Wang Jiayi\*

**【Abstract】 Objective:** To analyze the constitution composition features of chronic pharyngitis patients, connection between composition features and syndrome type, so as to provide reference for the prevention and treatment of chronic pharyngitis using traditional Chinese Medicine. **Methods:** A total of 200 cases of outpatients with chronic pharyngitis into the clinic were involved, then incidence the syndrome type and received questionnaire survey. The scoring results were calculated to determine the constitution composition situations of enrolled patients. **Results:** In the incorporated 200 cases of chronic pharyngitis patients, their constitution compositions were Qi deficiency, gentle quality, Yin deficiency, Yang deficiency, phlegm dampness, Qi stagnation, special quality, damp-heat constitution and blood stasis. **Conclusion:** The constitution of Qi deficiency, Yin deficiency, Yang deficiency and phlegm dampness were the major type. Clinically, the identification of patients physical constitution composition should be paid attention to and appropriate measures should be taken suitably to prevent and treat chronic pharyngitis.

**【Key words】**Chronic pharyngitis; Prevention and cure; Constitution

《素问·阴阳别论篇》中指出：“一阴一阳结，谓之喉痹”，慢喉痹是以反复咽部微痛、咽干咽痒、异物感，或喉底颗粒肿起为主要特征的疾病，发病率高<sup>[1]</sup>。中医体质学在本病的应用相对较少，体质与慢喉痹证候关联性的研究，可以更好地指导治疗、调摄与防护。

### 1. 临床资料

#### 1.1 研究对象

全部资料来自 2017 年 6 月至 2018 年 3 月就诊于北京中医药大学东方医院耳鼻喉科门诊的慢喉痹患者，共计 200 例。

#### 1.2 诊断及证候标准

参照由中华中医药学会发布的《中医耳鼻喉科常见病诊疗指南·中医病证部分》2012 版<sup>[2]</sup>中慢喉痹诊断标准，①病史：可有急性咽炎反复发作史，或有嗜好烟酒、辛辣食物史，或长期烟尘、有

害气体刺激史等。②症状：咽部干燥，或有异物感、灼热感、轻微疼痛等不适感，或咽痒咳嗽、干呕等。病程较长，时轻时重。③检查：咽黏膜弥漫性充血，或见咽侧索肥厚，咽后壁淋巴滤泡增生，甚者融合成片；或咽黏膜干燥萎缩。具上述症状及 1 项或 1 项以上检查所见，即可诊断。

临床常见证候：脾气虚弱证、肺肾阴虚证、脾肾阳虚证、痰瘀互结证。

西医定义：慢性咽炎为咽部黏膜、黏膜下及淋巴组织的慢性炎症，常为上呼吸道慢性炎症的一部分<sup>[3]</sup>。

### 1.3 纳入标准

- ①符合慢喉痹的诊断标准；
- ②年龄在 18—70 岁；
- ③病程 3 个月及以上；
- ④意识清楚、思维正常、交流无障碍；
- ⑤愿意配合完成问卷调查。

### 1.4 排除标准

- ①明显焦虑抑郁者；
- ②理解能力差，无法配合问卷调查者。

### 1.5 问卷量表选择

中华中医药学会《中医体质分类与判定》，2009。<sup>[4]</sup>

### 1.6 体质判定标准

有平和质、气虚质、阴虚质、阳虚质、痰湿质、气郁质、特禀质、湿热质、血瘀质共 9 种体质，平和质为正常体质，其他可认为是偏颇质。

体质类型	条件	判定结果
平和质	转化分≥60 分	是
	其他 8 种体质转化分<30 分	
	转化分≥60 分	基本是
	其他 8 种体质转化分<40 分	
	不满足上述条件者	否
偏颇体质	转化分≥40 分	是
	转化分 30—39 分	倾向是
	转化分<30 分	否

## 2. 研究方法

### 2.1 资料收集

采用门诊现场问卷形式（他评式调查问卷“医问-患答”），按照《中医体质分类与判定》中的评定项目，对 200 例患者进行详细的询问、信息采集，包括一般资料、临床证候（局部症状、相关体征、舌象、脉象），在量表中相对应的项目和分值下打“√”，同时四诊合参证候分型。

### 2.2 数据整理

将所采集的 200 例患者的信息录入计算机，建立数据库，计算个体得分情况，依据《中医体质分类与判定》中体质的判定标准进行评判，根据得分情况计算出患者的体质所属关系。

### 2.3 体质判定方法

《中医体质分类与判定量表》中的每一个问题都被量化为 5 级，患者根据自身情况进行回答，研究者不要诱导性提问，得分后可以分别计算原始分和转化分，然后进行体质类型判断。

原始分=每一条目的分值总和

转化分数=[(原始分-条目数)÷(条目数×4)]×100

### 2.4 统计方法

SPSS 22.0 统计分析软件

## 3. 结果

### 3.1 患者一般资料

200 例患者中男性 82 例（41%），女性 118 例（59%），男女比为 1:1.44；患者年龄主要集中在 30-60 岁，占 70%。

### 3.2 体质构成情况分析

200 例慢喉痹患者体质构成依次为气虚质 67 例（33.5%）；平和质 33 例（16.5%）；阴虚质 28 例（14%）；阳虚质 23 例（11.5%）；痰湿质 19 例（9.5%）；气郁质 18 例（9.0%）；特禀质 8 例（4.0%）；湿热质 3 例（1.5%）；血瘀质 1 例（0.5%）；

### 3.3 体质类型与证候间内在联系

脾气虚弱证 71 例，其气虚质 50 例（70.4%）；肺肾阴虚证 50 例，其阴虚质 27 例（54%）；脾肾

阳虚证 35 例, 其阳虚质 21 例 (60%); 痰瘀互结证 44 例, 其痰湿质 17 例 (38.6%)。见表 1

表 1 200 例慢喉痹患者体质类型与证候间内在联系

证型	肺肾阴虚证	脾气虚弱证	脾肾阳虚证	痰瘀互结证
平和质	8	15	0	10
气虚质	12	50	3	2
阳虚质	0	1	21	1
阴虚质	27	0	0	1
痰湿质	1	0	1	17
湿热质	0	0	0	3
血瘀质	0	0	0	1
气郁质	1	2	6	9
特禀质	1	3	4	0
合计	50	71	35	44

#### 4. 讨论

体质在慢喉痹发生及其症候形成和转归过程中有着重要作用。王琦教授<sup>[5]</sup>提出的辨体-辨病-辨证结合的诊疗模式, 在临床中得到了很好的印证。辨体论治即是将人体体质作为认知点, 从人体体质特性来把握健康与疾病的整体观及个体差异, 在此基础上, 制定治疗方案, 从而达到“因人制宜”的目的。体质、病或证本来就是从不同角度阐释机体生理、病理状态的三维量度。体质反应个体的形态、生理和心理状况, 及对慢性咽炎性及其进展的倾向性; 如心态平和的人比急躁易怒的、多愁善感的人患病后易康复。“证”是指疾病发展过程中某一阶段的病理概括, 疾病的不同发展阶段可以表现为不同的证候。匡调元<sup>[6]</sup>认为, 体质的差异导致证候的多变性, 体质是同病异证、异病同证的基础。

体质的形成是由先天禀赋和后天环境两个重要因素所组成的, 它既有相对稳固的特性, 又有动态发展变化的特征。体质是可以影响人体在感受外邪后, 对于疾病病程长短, 证候所属以及愈后表现是否良好的结果。可以说, 体质的不同影响证候的分型, 体质基础对于病症的传变具有重要作用。所以对于慢喉痹患者, 临床辩证分析过程中也应当注重辨别个体的体质, 对于不同体质

特性的患者选择不同的方药治法。

中医学对慢喉痹的预防及治疗有丰富的经验, 将中医体质学说运用到慢喉痹的防治工作中, 辨清慢喉痹患者的体质分型, 探讨各型体质的防治, 将会对疾病的保健、预防、调摄大有裨益。体质的特殊性对某些疾病具有易感性, 如痰湿质易产生痰饮, 痰饮积聚后形成气滞血瘀, 故痰湿体质患痰瘀互结证的概率应该高于其他体质, 因此找到各种体质与几种证型间的联系尤其重要。辨清体质, 纠正易感体质, 防止病因的侵袭, 根据不同人群特点, 制定相应的饮食结构, 改善不良习惯, 适度运动, 调整生活规律, 保持健康心态, 从而预防慢喉痹的发病。

气虚质常因先天禀赋不足、劳作过度、久病耗伤、年老体弱等引起脏气虚损, 易导致气血失调, 化生不足, 卫外失司。脏腑气虚表现各有不同, 有异中存同, 那就是一个“虚”字。心气虚常表现为心悸心慌、胸闷、易叹息等; 肺气虚常表现为语声无力、懒言、易出汗、易感冒等表现不固的状态; 脾气虚则表现为五更泄泻、纳差, 肢体倦怠, 面无光泽等状态; 肾气虚则常表现为腰膝酸软、小便清长无力等; 舌脉则是呈现一派气虚之像, 舌体胖大, 舌质淡白, 苔薄, 脉沉细无力等等。调理以补气为法, 结合五脏辩证, 选用相应补脏腑之气的方药。气虚质慢喉痹防治: ①治疗过程中酌加益气药物, 如黄芪、党参、太子参、白术等, 可补气固表, 升提中气。②饮食调理, 益食补气益气、性平味甘的食物, 如米面等常见的碳水化合物; 忌食生冷之品损伤脾气, 忌食油腻厚味等食物阻滞脾胃。③适当运动、起居有时、切忌耗气、劳作有度。

阴虚质是指身体阴液亏耗, 阴虚无以制阳, 虚热内生, 发为喉痹。主要有以下症状: 形体羸弱, 肤暗少泽, 口鼻咽燥, 尤其是查体是可见咽后壁干燥少津, 两颧潮红, 双目干涩, 五心烦热, 虚烦少寐, 情志易激, 舌体瘦小、舌质干、色暗红、少苔甚则光滑无苔, 脉细数。防治: ①治疗

过程中酌加养阴清热的药物,如麦冬、玄参、丹皮等。②注意饮食调理,饮食结构中可以增加甘润养阴性味偏寒的食物,如绿豆、梨、海带、竹笋、冬瓜、枸杞、银耳、薏米、百合、麦冬、天冬等。忌食辛辣刺激、煎炸炒爆和过于温燥的食品,以免耗伤人体阴液,加重病情。③由于阴虚质的患者,阴虚阳亢,热盛扰神,易急易怒。在精神方面,注意调养,保持平和的心态,减少与人争执,做到“与世无争”。经常到户外修养,平静其内心。④环境居处方面,因其阴液亏虚失养,阴虚生内热,故肢体瘦消,虚火妄动,常常畏热贪凉、五心烦热、口干咽燥,故而避免接触炎热的环境。

阳虚质是机体阳气不足,温煦失司,肢体寒冷、阳虚内寒等虚寒征象。其慢喉痹患者主要有以下症状:咽部黏膜淡白少色、畏寒喜暖、形寒肢冷、皮肤不温、颜面皤白或萎黄、息微语弱、体倦嗜卧、甚者肢体浮肿、舌体胖大、色淡白、舌质嫩、苔白,脉沉微弱无力等一派阳虚之象。防治:①治疗过程中酌加温补阳气的药物,如桂枝、附子、肉桂、干姜等药味。②饮食上要多食温养的食物,如肉类中羊肉、牛肉等;菜类的韭菜、生姜、香菜;坚果类的核桃、腰果;水果类的荔枝、龙眼。食品中可以添加黄芪等补气助阳的配料,身体虚弱者可以少量使用鹿茸、人参、冬虫夏草等填精补阳之品。③体育锻炼方面,动则生阳,故进行强度适当的体育锻炼,循序渐进,坚持不懈,久之可以内生阳气,或是使已有阳气运转于周身,可选择传统太极拳、八段锦等。④起居有时,注意保暖,避免受风寒湿邪侵袭。④常用艾灸温补脾肾,选穴足三里、命门、关元等,补虚健体。

痰湿质的形成既可责之在平素饮食不节,常暴饮暴食、过食肥甘厚味,致湿浊内生,久酿成

痰,聚集体内;也可责之在年老病久,脾胃虚损,运化失常,无力化气行水,久则聚湿生痰;亦或寒湿之邪侵袭机体,寒湿困脾,致使脾失健运,痰湿形成。痰湿质患者主要表现为肢体沉重、倦怠、体型偏胖、痰多、喜食肥甘厚味;舌体胖大苔白腻、脉弦滑。防治:①治疗过程中酌加化痰祛湿的药物,如半夏、白术、苍术、陈皮、泽泻、茯苓、扁豆等运脾化湿药味。②饮食结构习惯方面,宜进食蔬菜、水果等富含维生素的食物,保持大便通畅,使得湿浊得以排除体外。切忌食肥甘厚味和寒凉生冷,寒凉生冷的饮食易中伤脾胃,生成痰湿,戒烟戒酒,因为中医讲“烟酒乃湿热邪毒”。③环境居处方面,应避免久居潮湿环境,注意保暖,避免淋雨涉水,特别湿在雨季节更应注意防湿防潮,防止寒湿邪气侵袭机体;在运动方面选择适合自己情况的体育锻炼,使机体气血调畅,加快湿浊代谢。如慢跑、球类运动等。

### 参考文献

[1] 阮岩.中医耳鼻咽喉科学 [M].人民卫生出版社.2012.

[2] 中华中医药学会.中医耳鼻喉科常见病诊疗指南·中医病证部分 [M].中国中医药出版社,2008.

[3] 孔维佳.耳鼻咽喉头颈外科学 [M].人民卫生出版社,2011.

[4] 中华中医药学会.中医体质分类与判定 [M].中国中医药出版社,2009.

[5] 王琦.中医体质学 [M].人民卫生出版社,2009.

[6] 匡调元.论辨证与辨体质 [J].中国中医基础医学杂志,2002,8(2):55-57.



# 复方薄荷脑滴鼻液治疗 50 例慢性鼻炎患者的疗效观察

杨龙<sup>1</sup> 刘元献<sup>1</sup>

**【摘要】目的：**探讨复方薄荷脑滴鼻液治疗慢性鼻炎的临床疗效。**方法：**观察我科 2017 年 3 月到

2017 年 9 月确诊为慢性鼻炎的 50 例患者使用复方薄荷脑滴鼻液后的症状体征的前后情况对比。**结果：**复方薄荷脑滴鼻液有效缓解了慢性鼻炎的鼻干燥感、鼻塞、鼻痒的症状。**结论：**复方薄荷脑滴鼻液在治疗慢性鼻炎过程中，使用方便，疗效稳定，同时此药物价格低廉，能有效控制药品费用的增长。值得临床推广。

慢性鼻炎是耳鼻咽喉科常见病、多发病，其发病率在不同的地区区别较大。有文献报道南疆某部的发病率为 8.75%<sup>[1]</sup>，而在某些重度污染的区域慢性鼻炎的发病率高达 71.54%<sup>[2]</sup>。慢性鼻炎主要的临床表现为鼻塞，鼻干痒，少许鼻分泌物，在临床上常根据鼻腔病理不同分为慢性单纯性鼻炎和慢性肥厚性鼻炎。慢性鼻炎不会危及患者生命，但因为鼻塞、鼻干及鼻涕等症状严重影响患者的生活质量，并可能带给患者心理上的影响。临床上治疗慢性鼻炎的方法众多，各有特点，但治疗费用不菲。为探求治疗慢性鼻炎的有效又价格低廉的治疗方案，此次收集了 2017 年 3 月-2017 年 9 月在我科门诊就诊的 50 例慢性鼻炎患者，观察其使用复方薄荷脑滴鼻液后症状体征改变情况，详细报道如下。

## 1. 资料与方法

1.1 一般资料 取研究对象 50 例，均为我院 2017 年 3 月份到 2017 年 9 月份在门诊就诊的符合慢性鼻炎诊断标准的患者。男性患者 32 例，女性患者 18 例。年龄范围为 26 岁到 65 岁，平均年龄为 (44.3 ± 1.3) 岁。病程为 1 年到 15 年，平均病程为 (7.2 ± 1.0) 年。其中有 40 例患者为单纯性鼻炎，有 10 例患者为肥厚性鼻炎。

1.2 治疗方法 予我院制剂室调配的复方薄荷脑滴鼻液（批号粤药制字 Z20140133）每日 3 次。疗程 4 周。

1.3 观察指标 对患者的治疗前后情况进行观

察，包括鼻塞、鼻干、鼻痒、嗅觉、鼻腔分泌物、鼻粘膜情况的前后比较。

1.4 疗效的判定 疗效评价标准参考 1997 年中华医学会耳鼻喉科分会修订标准。

1.4.1 根据治疗前后症状和体征评分，计算症状缓解率。

$$\text{症状缓解率} \% = \frac{\text{治疗前总积分} - \text{治疗后总积分}}{\text{治疗前总积分}} \times 100\%$$

### 1.4.2 慢性鼻炎症状及体征计分

症状体征	0分(-)	1分(+)	2分(++)	3分(+++)
鼻塞	无	轻度, 间歇性, 不影响睡眠	中度, 介于轻度和重度之间	重度, 持续性, 张口呼吸并严重影响睡眠
鼻干	无	轻度, 鼻腔干燥可忍受, 每天滴药 ≤ 3 次	中度, 介于轻度和重度之间	重度, 鼻炎热感, 不可忍受, 每天滴药物 ≥ 6 次以上
鼻痒	无	鼻痒, 时有揉鼻, 喷嚏 1-2 个/次	中度, 介于轻度和重度之间	鼻痒, 频繁揉鼻, 喷嚏超 5 个/次
鼻涕	无	轻度, 少量粘脓涕或水样分泌物	中度, 介于轻度和重度之间	重度, 大量脓涕, 有后鼻漏
嗅觉异常	无	有但比患病前差	时有时无	无嗅觉
头痛	无	微痛或偶有头痛	头痛时作时止	持续性头痛, 难以忍受
鼻甲肿大	无	轻度, 粘膜轻度充血及水肿	中度, 介于轻度和重度之间	重度, 明显充血及水肿

### 1.4.3 疗效评价标准：

(1) 显效：病人临床症状和体征均消失或明显改善，症征缓解率  $\geq 51\%$

(2) 有效：病人症状和体征有好转，症征缓解率 50%–21%

(3) 无效：治疗前比较无变化或加重，症征缓解率  $\leq 20\%$

显效+有效合计为有效，据此计算有效率。

## 2. 结果

### 2.1 50 例患者治疗前后的症状体征比较

症状 体征	例数	治疗前				治疗后				症征缓解率
		-	+	++	+++	-	+	++	+++	
鼻塞	47	3	6	25	19	9	30	11	0	51.32%
鼻干	40	10	14	21	5	45	5	0	0	92.95%
鼻痒	35	15	16	20	4	19	23	7	1	41.17%
鼻涕	36	14	10	23	3	20	10	19	1	21.53%
嗅觉迟钝	18	22	19	6	3	29	16	3	2	30%
头痛	15	35	9	6	0	42	6	2	0	52.3%
鼻甲肿胀	50	2	7	25	19	9	30	11	0	54.38%

整体缓解率：51.01%

2.2 治疗过程中不良情况 在用药过程中有 2 例因为滴药过多引起鼻咽不适或呛咳症状，改变滴药方法后症状消失。其它无不良情况出现。

### 3. 讨论

慢性鼻炎是耳鼻咽喉科常见病、多发疾病，具有反复多次发作的特点，临床主要表现以鼻塞、鼻干痒、鼻涕为主要症状。临床常分为慢性单纯性鼻炎及慢性肥厚性鼻炎。二者病因学基本相似，临床症状主要表现在鼻塞的持续状况的不同。肥厚性鼻炎常表现为持续性的鼻塞，且对收缩剂反应较迟钝。慢性鼻炎一般不认为是感染性疾病。即使发生感染，也是继发性的。其致病因素一般分为局部因素、全身因素、职业及环境因素。病理表现为鼻粘膜深层动脉和静脉呈慢性扩张，通透性增加，粘液腺体的功能活跃，分泌增加。因为外界因素的反复刺激可出现粘膜、粘膜下层、骨膜和骨的局限性或弥漫性纤维组织增生、肥厚<sup>③</sup>。

慢性鼻炎的治疗分为局部治疗与全身治疗。

全身治疗以口服维生素、中药为主。局部治疗多以鼻腔局部用药为主，包括鼻腔的冲洗，鼻部药膏、鼻部滴剂、鼻部喷雾剂等直接作用于鼻腔粘膜，改变鼻部生理，缓解及消除鼻部症状。此外还有局部的穴位注射、耳穴压豆等。以往对慢性鼻炎的手术治疗较多，多采用切除部分下鼻甲改善鼻腔的堵塞情况。近年慢性鼻炎的手术多以低温等离子治疗为多见。但随着对鼻腔粘膜生理功能的研究及相关知识的普及，临床鼻科医生对慢性鼻炎手术治疗采取了更审慎的态度。

复方薄荷脑滴鼻液由薄荷脑、冰片、液体石蜡、维生素 AD 等成分组成。复方薄荷脑滴鼻液的主要成分中，薄荷脑能使皮肤或黏膜产生清凉感以减轻不适及疼痛感；冰片有消炎止痛作用，加入维生素 AD 油有利于鼻腔黏膜上皮细胞的修复，增强疗效，增加鼻内舒适度，减轻不适感与刺激性，薄荷脑、冰片在油剂中能较好地保持药效，作用持久，有利于药物的释放，增加药物对鼻黏膜的渗透性，改善皮肤黏膜的干燥、炎症状态<sup>④</sup>。观察 50 例患者的前后症状比较，复方薄荷脑滴鼻液能 100%改善鼻干症状，对鼻塞、鼻痒及鼻腔分泌物都有一定的疗效，整体有效率为显效。所有患者无明显不良反应，整个治疗周期费用低廉，对于减少社保支出，缓解患者对高额药品的抗拒都有巨大帮助，值得临床进一步推广使用。

### 参考文献

[1] 李世超. 新疆地区武警官兵鼻部疾病调查分析及防治[J]. 武警医学 Vol.16 No .03 2005-03.  
 [2] 高江华 大气污染与慢性鼻咽部疾患的关系 [J]. 上海环境医学 1989, 8 (1), 29-30.  
 [3] 田勇泉. 耳鼻咽喉头颈外科学 [M]. 第八版 人民卫生出版社, 2013.  
 [4] 沈瑞君 复方薄荷滴鼻液的制备与临床应用, [J]. 时珍国医国药 2005, 16 (11): 1119.

# 单一中医治疗或联合方案治疗过敏性鼻炎的网状 META 分析

翁霆耀<sup>1</sup> 凌雅萍<sup>1</sup>

**【摘要】目的:**采用网状 Meta 分析评价单一中医治疗或联合方案治疗过敏性鼻炎的临床疗效。**方法:**检索中国知网数据库、中国生物医学文献数据库、维普全文期刊数据库、万方数据库,利用网状 Meta 分析方法,纳入单一中医治疗或联合方案治疗过敏性鼻炎的随机对照研究,由两名研究者按照 Cochrane 手册 5.1.0 标准对每项纳入的研究进行质量和偏倚风险评估,数据采用 ADDIS 1.16.8 软件及 STATA 软件进行网状 META 分析。结果共纳入 43 项研究 (3936 例患者)。**结果:**中医联合疗法治疗过敏性鼻炎有效率优于单一中医疗法,针刺结合中药,针刺结合穴位敷贴,中药结合穴位敷贴和中药结合推拿与单纯针刺/单纯中药/单纯穴位敷贴之间疗效差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ );中药结合耳穴贴压与单纯耳穴贴压之间疗效差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),但排序结果显示不同的干预措施对不同的结果指标影响不一样。**结论:**中医联合方案治疗优于单一中医治疗,但确切的结论尚需要高质量的临床研究进行进一步验证

**【关键词】** 中医;过敏性鼻炎;随机对照试验;Meta 分析;网状 META 分析

## Network Meta Analysis of single Chinese medicine treatment or combined treatment for treatment of allergic rhinitis.

Weng Tingyao Ling Yaping

**【Abstract】 Objective:** Use network meta analysis to evaluation of clinical efficacy of single Chinese medicine treatment or combination treatment for allergic rhinitis. **Methods:** CNKI, CBM, VIP and the Wanfang database were searched. The randomized controlled trial of a single Chinese medicine treatment or a combination treatment for allergic rhinitis using a network meta-analysis, with two investigators assessing the quality and bias of each included study according to the Cochrane Handbook 5.1.0 criteria. The data was analyzed by ADDI 1.16.8 software and STATA software for network meta analysis. A total of 43 studies (3936 patients) were included. **Results:** TCM combination therapy is more effective than single Chinese medicine in the treatment of allergic rhinitis. The difference between acupuncture combined with traditional Chinese medicine, acupuncture combined with acupoint application, traditional Chinese medicine combined with acupoint application and traditional Chinese medicine combined with massage and acupuncture/Chinese medicine/acupoint application was statistically significant ( $P < 0.05$ ). The difference between traditional Chinese medicine combined with auricular acupoint pressing and auricular acupoint pressing was statistically significant ( $P < 0.05$ ), but the ranking results showed different interventions. The impact on different outcome indicators is different. **Conclusion:** The combination of traditional Chinese medicine treatment is better than single Chinese medicine treatment, but the exact conclusion still needs high quality clinical research for further verification.

**【Key words】** Chinese medicine; Allergic rhinitis; Randomized controlled trial; Meta analysis; Network meta analysis

过敏性鼻炎是临床常见疾病，以突然和反复发作性鼻塞、鼻痒、喷嚏、鼻流清涕为特征，中医称为鼻鼽。目前西医对过敏性鼻炎的主要防治方法包括避免过敏原、药物治疗及免疫治疗，必要时可以选择外科手术。药物治疗是缓解症状的有效手段之一，但其维持疗效时间短，副作用多，症状易于复发；免疫治疗可通过免疫调节机制改变过敏性鼻炎的自然进展过程，但其治疗周期长，费用高昂，且存在诱发严重过敏反应的可能性；手术治疗只适用于鼻炎合并并发症时，加上创伤大、费用高，患者不易接受。因此，寻找一种疗效确切、治疗时间较短、复发率低的治疗方法是一项重要的任务。中医治疗过敏性鼻炎疗效确切，在临床上的使用也非常广泛，许多研究表明其有助改善过敏性鼻炎的症状，降低复发率，提升生活质量。除了单一疗法的中医治疗外，临床上我们更多的是联合其他中医方法进行治疗以确保更理想的治疗效果，那么，单一或联合方案哪个治疗效果更佳呢？本研究采用网状 META 分析的方法探讨这些治疗方案对治疗过敏性鼻炎疗效的差异，通过相互分析比较，为治疗过敏性鼻炎的临床决策提供循证依据。

## 资料与方法

### 检索策略

收集文献数据库来源于中国知网数据库、中国生物医学文献数据库、维普全文数据库、万方数据库。中文检索词：针灸，针刺，推拿，耳穴，穴位敷贴，中药，过敏性鼻炎，临床研究，随机对照。检索日期截止于 2018 年 7 月 1 日。根据不同资料库的特征进行主题词、题名、关键词和全文的综合检索。

### 纳入及排除标准

纳入：(1) 研究类型：随机对照试验，无论是否使用盲法。(2) 研究对象：确诊为过敏性鼻炎。(3) 干预措施：干预措施分别为单一中医治疗或中医联合疗法（排除穴位注射、穴位埋线等特殊针法），治疗部位、治疗时间和疗程不限。(4) 结

果指标：包括疾病有效率。排除：(1) 非“对照试验”的临床研究文献；(2) 实验性研究；(3) 个案报道、经验总结、理论探讨、综述、摘要、护理等研究型文献；(4) 非治疗的临床研究；(5) 使用“中西医结合治疗”的文献；(6) 研究结果报道不清，研究数据不详细。

### 资料提取与质量评价

两位研究者独立阅读所获文献题目和摘要，对可能符合纳入标准的试验阅读全文，以确定是否真正符合纳入标准，而后交叉核对，对有分歧的文献通过讨论或由第 3 位研究者决定其是否纳入。根据 Cochrane 协作网的“偏倚风险评估”工具表进行评估。

### 统计学分析

采用 ADDIS 软件 1.16.8 对数据进行分析。针对计数资料（二分类资料）我们采用比值比（odds ratio, OR）及其 95% 可信区间（confidence interval, CI）为疗效分析的效应量。采用 STATA 软件进行网状图、森林图等绘制，针对同时存在直接证据和间接证据的闭合环路研究间采用 ADDIS 软件节点分析模型（node-splitting model）进行一致性检验，若无统计学差异（ $P > 0.05$ ）采用一致性模型（consistence model）进行网络 Meta 分析；若有统计学差异（ $P < 0.05$ ），则分析其非一致性来源，潜在的标尺缩减参数（potential scale reduced factor, PSRF）反映收敛性，若 PSRF 接近 1，说明收敛性良好，以一致性模型分析得到的结果稳定，结论可信度高。采用 STATA 软件进行“漏斗图”分析所收集的临床研究资料的分布形态，判断是否存在发表性偏倚。

### 结果

#### 文献检出情况

根据上述检索策略，初筛出 1039 篇，所检索出文献均为国内所著，经详读摘要及全文，凡重复研究、研究目的不符、非对照、无结果指标的研究都予排除，最终纳入 43 篇随机对照试验<sup>[1-43]</sup>。病例共 3936 例，共 12 种治疗方法。



### 纳入研究的质量

评价纳入的 43 项研究<sup>[1-43]</sup>均提到了采用随机方法,仅 3 项研究<sup>[10,20,37]</sup>提到了具体的随机方法及提到并通过密闭信封法恰当地实施了分配隐藏,43 项研究<sup>[1-43]</sup>均未采用盲法,43 项研究<sup>[1-43]</sup>脱落率低。提示研究总体质量水平不高。偏倚风险分布见图 1。

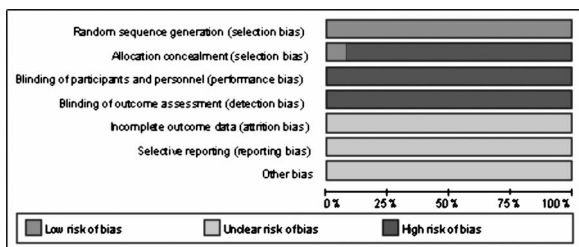


图 1

### Meta 分析结果

证据网络图中纳入 43 个研究 12 种治疗措施,共存在 16 种直接比较,其余比较均为无直接研究证据, A: 针刺; B: 中药; C: 穴位敷贴; D: 耳穴贴压; F 针刺结合中药; G: 针刺结合穴位敷贴; H: 中药结合穴位敷贴; I: 中药结合耳穴贴压; J: 中药结合推拿; K: 火针; L: 针刺结合火针; M: 针刺结合耳穴贴压; 点与点间有连线,表明两种干预措施有直接比较证据,无连线表明无直接比较证据,见图 2。

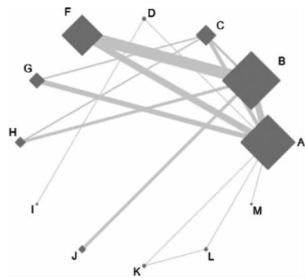


图 2

非一致性检验和 PSRF 参数:在节点分析模型下,  $P$  值均大于 0.05,说明非一致性均没有统计学差异,说明一致性良好,见表 1。在一致性模型下, PSRF 参数均接近 1,说明收敛性良好。

表 1

Name	Direct Effect	Indirect Effect	Overall	P-Value
针刺, 针刺结合中药	1.15 (0.44, 1.85)	0.90 (0.03, 1.78)	1.03 (0.43, 1.63)	0.64
针刺, 穴位敷贴	-0.69 (-1.45, 0.05)	0.46 (-0.52, 1.40)	-0.29 (-0.90, 0.31)	0.06
穴位敷贴, 中药结合穴位敷贴	1.43 (0.11, 2.83)	1.17 (-0.56, 2.95)	1.42 (0.36, 2.53)	0.8
针刺结合中药, 中药	-1.23 (-1.75, -0.74)	-1.52 (-2.73, -0.30)	-1.27 (-1.77, -0.78)	0.65
针刺, 针刺结合穴位敷贴	1.59 (0.83, 2.35)	1.28 (-0.62, 3.24)	1.52 (0.83, 2.22)	0.77
针刺结合穴位敷贴, 穴位敷贴	-1.57 (-2.90, -0.28)	-1.98 (-3.03, -0.95)	-1.81 (-2.65, -0.99)	0.6
针刺, 中药	-0.05 (-0.68, 0.57)	-0.45 (-1.21, 0.33)	-0.24 (-0.77, 0.28)	0.41
中药, 穴位敷贴	0.68 (-0.32, 1.69)	-0.60 (-1.49, 0.30)	-0.05 (-0.73, 0.63)	0.06

一致性模型下网状 Meta 分析结果: 采用症状和体征总分改善百分率 = (治疗前总分 - 治疗后总分) / 治疗前总分 \* 100%; 显著: 症状和体征改善百分率 > 51%; 有效: 症状和体征改善百分率在 50% - 21% 之间; 无效: 症状体征无明显改善, 症状及体征改善百分率 < 20%, (显著 + 有效) 定为疾病有效率。结果显示, 11 种中医治疗方案与单纯针刺比较: 针刺结合中药, 针刺结合穴位敷贴, 中药结合穴位敷贴和中药结合推拿与单纯针刺之间疗效差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ) [针刺结合中药 VS 单纯针刺: OR = 2.80, 95% CI (1.54, 5.12); 针刺结合穴位敷贴 VS 单纯针刺: OR = 4.57, 95% CI (2.30, 9.22); 中药结合穴位敷贴 VS 单纯针刺: OR = 3.11, 95% CI (1.06, 9.33); 中药结合推拿 VS 单纯针刺: OR = 4.40, 95% CI (1.31, 15.78)], 11 种中医治疗方案与单纯中药比较: 针刺结合中药, 针刺结合穴位敷贴, 中药结合穴位敷贴和中药结合推拿与单纯中药之间疗效差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ) [针刺结合中药 VS 单纯中药: OR = 3.55, 95% CI (2.18, 5.87); 针刺结合穴位敷贴 VS 单纯中药: OR = 5.82, 95% CI (2.48, 13.61); 中药结合穴位敷贴 VS 单纯中药: OR = 3.93, 95% CI (1.47, 11.06); 中药结合推拿 VS 单纯中药: OR = 5.58, 95% CI (1.85, 17.92)], 11 种中医治疗方案与单纯穴位敷贴比较: 针刺结合中药, 针刺结合穴位敷贴, 中药结合穴位敷贴和中药结合推拿与单纯穴位敷贴之间疗效差异具有统计学意义 ( $P <$

0.05) [针刺结合中药 VS 单纯穴位敷贴: OR=3.74, 95%CI (1.75, 8.21); 针刺结合穴位敷贴 VS 单纯穴位敷贴: OR=6.13, 95%CI (2.69, 14.17); 中药结合穴位敷贴 VS 单纯穴位敷贴: OR=4.15, 95%CI (1.44, 12.57); 中药结合推拿 VS 单纯穴位敷贴: OR=5.91, 95%CI (1.64, 22.85)], 11 种中医治疗方案与单纯耳穴贴压比较: 中药结合耳穴贴压与单纯耳穴贴压之间疗效差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ) [中药结合耳穴贴压 VS 单纯耳穴贴压: OR=7.52, 95%CI (1.13, 59.76)], 其余治疗方案之间差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 见表 2, 图 3-4。

表 2

针刺	4.69 (0.56, 53.32)	3.94 (0.44, 47.25)	2.80 (1.54, 5.12)	4.57 (2.30, 9.22)	0.61 (0.04, 6.64)	1.66 (0.23, 12.86)	0.79 (0.46, 1.33)	0.75 (0.41, 1.36)	4.58 (0.19, 107.42)	3.11 (1.06, 9.33)	4.40 (1.31, 15.78)
0.21 (0.02, 1.80)	针刺结合耳穴贴压	0.85 (0.03, 21.70)	0.60 (0.05, 5.53)	0.98 (0.08, 9.28)	0.13 (0.00, 3.25)	0.35 (0.02, 6.88)	0.17 (0.01, 1.53)	0.16 (0.01, 1.46)	0.95 (0.02, 43.23)	0.66 (0.05, 7.29)	0.94 (0.06, 11.38)
0.25 (0.02, 2.27)	1.18 (0.05, 31.10)	针刺结合火针	0.71 (0.05, 6.97)	1.16 (0.09, 11.47)	0.15 (0.00, 4.09)	0.42 (0.03, 4.06)	0.20 (0.02, 1.89)	0.19 (0.01, 1.86)	1.13 (0.02, 55.65)	0.78 (0.05, 9.09)	1.12 (0.07, 14.25)
0.36 (0.20, 0.65)	1.67 (0.18, 20.32)	1.41 (0.14, 18.41)	针刺结合中药	1.64 (0.66, 4.00)	0.22 (0.01, 2.61)	0.59 (0.08, 4.97)	0.28 (0.17, 0.46)	0.27 (0.12, 0.57)	1.63 (0.06, 40.38)	1.10 (0.37, 3.41)	1.58 (0.47, 5.54)
0.22 (0.11, 0.43)	1.02 (0.11, 12.86)	0.86 (0.09, 11.28)	0.61 (0.25, 1.51)	针刺结合穴位敷贴	0.13 (0.01, 1.62)	0.37 (0.04, 3.18)	0.17 (0.07, 0.40)	0.16 (0.04, 0.37)	1.00 (0.04, 24.98)	0.68 (0.19, 2.42)	0.96 (0.24, 4.05)
1.65 (0.15, 22.47)	7.92 (0.31, 280.34)	6.67 (0.24, 227.02)	4.61 (0.38, 66.76)	7.56 (0.62, 112.52)	耳穴贴压	2.72 (0.12, 75.11)	1.29 (0.11, 18.61)	1.23 (0.10, 17.65)	7.52 (1.13, 59.76)	5.10 (0.38, 85.48)	7.31 (0.48, 135.95)
0.60 (0.08, 4.37)	2.87 (0.15, 66.65)	2.36 (0.25, 29.60)	1.69 (0.20, 13.16)	2.74 (0.31, 22.44)	0.37 (0.01, 8.20)	火针	0.48 (0.06, 3.69)	0.45 (0.05, 3.55)	2.76 (0.06, 115.13)	1.86 (0.19, 18.31)	2.66 (0.25, 27.86)
1.27 (0.75, 2.16)	5.90 (0.65, 71.38)	5.01 (0.53, 63.85)	3.55 (2.18, 5.87)	5.82 (2.48, 13.61)	0.77 (0.05, 9.03)	2.10 (0.27, 17.50)	中药	0.95 (0.48, 1.87)	5.84 (0.23, 143.86)	3.93 (1.47, 11.06)	5.58 (1.85, 17.92)
1.34 (0.74, 2.47)	6.27 (0.68, 77.24)	5.29 (0.54, 69.00)	3.74 (1.75, 8.21)	6.13 (2.69, 14.17)	0.82 (0.06, 9.77)	2.23 (0.28, 19.12)	穴位敷贴	6.13 (0.24, 152.97)	4.15 (1.44, 12.57)	5.91 (1.64, 22.85)	
0.22 (0.01, 5.21)	1.05 (0.02, 57.30)	0.89 (0.02, 48.42)	0.61 (0.02, 15.52)	1.00 (0.04, 25.89)	0.13 (0.02, 0.89)	0.36 (0.01, 16.18)	0.17 (0.01, 4.32)	0.16 (0.01, 4.13)	中药结合耳穴贴压	0.68 (0.02, 19.52)	0.97 (0.03, 30.14)
0.32 (0.11, 0.94)	1.51 (0.14, 20.94)	1.28 (0.11, 19.06)	0.91 (0.29, 2.71)	1.47 (0.41, 5.16)	0.20 (0.01, 2.65)	0.54 (0.05, 5.37)	0.25 (0.09, 0.68)	0.24 (0.08, 0.70)	中药结合穴位敷贴	1.48 (0.05, 40.24)	1.42 (0.32, 6.65)
0.23 (0.06, 0.76)	1.07 (0.09, 15.85)	0.89 (0.07, 14.23)	0.63 (0.18, 2.12)	1.04 (0.25, 4.15)	0.14 (0.01, 2.09)	0.38 (0.04, 4.02)	0.18 (0.06, 0.54)	0.17 (0.04, 0.61)	1.03 (0.03, 30.81)	0.71 (0.15, 3.11)	中药结合推拿

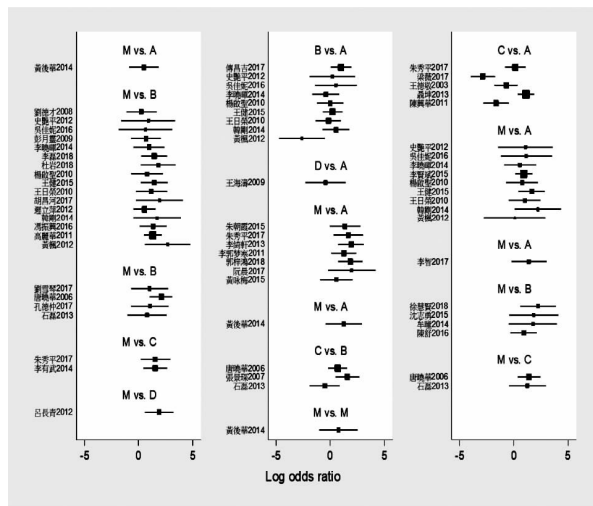


图 3

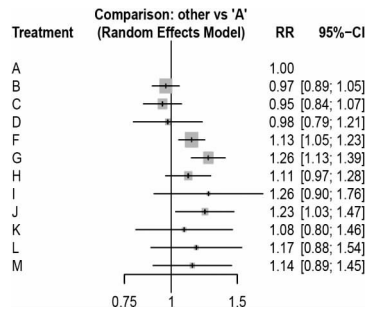


图 4

不同方案治疗过敏性鼻炎结局指标的排序概率, 见图 5。根据有效率的排序概率图, 针刺结合耳穴贴压>针刺结合穴位敷贴>中药结合耳穴贴压>中药结合推拿>针刺结合火针>中药结合穴位敷贴>针刺结合中药>单纯火针>单纯针刺>单纯中药>单纯穴位敷贴>单纯耳穴贴压。

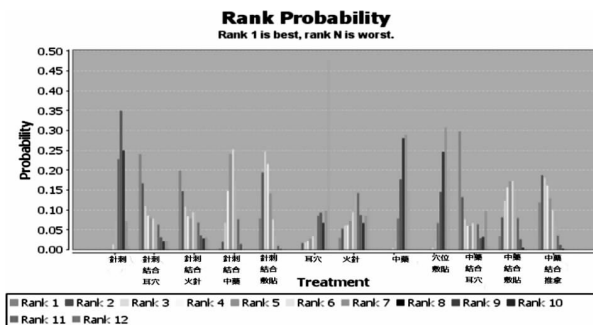


图 5

发表偏倚

各项研究在漏斗内完全均匀分布, 说明纳入

的研究未见发表偏倚, 见图 6。

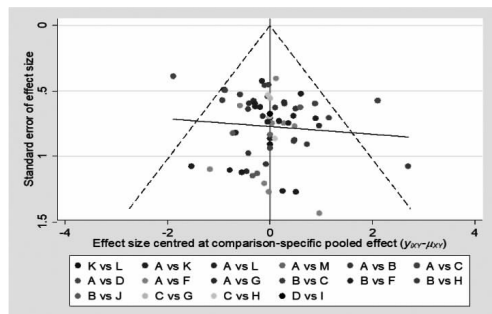


图 6

### 讨论

本研究通过网状 Meta 分析指出:中医联合疗法较单一疗法具有一定的优势, 但确切的结论尚需要高质量的临床研究进行进一步验证。因本研究纳入本网状 Meta 分析的研究研究质量普遍不高, 大部分未详细描述随机方法, 未使用盲法和分配隐藏, 在试验进行的诸多阶段都存在产生偏倚的可能, 使得本研究的证据强度降低, 从而降低了结论的可靠性。Meta 分析结论的客观性必须基于具有高质量的临床随机对照试验, 其可信度取决于纳入试验的质量, 是建立在前人研究成果基础上的一种量化分析方法, 受前人研究质量的影响较大。因此, 欲提高中医药治疗过敏性鼻炎的系统评价的质量, 必须开展高质量、大样本、多中心随机对照试验以提供更可靠的证据, 以进一步验证中医药治疗过敏性鼻炎的有效性。本研究引入的网状 Meta 分析这一新的循证评价方法, 对干预措施进行间接比较并排序, 可对其他中医药治疗方案的临床有效性提供新的思路和借鉴。尽管本研究非一致性检验显示无统计学差异 ( $P>0.05$ ), 但纳入研究所用的各种手法的取穴、方法、刺激量以及疗程等不尽相同, 且各项研究的干预周期、测量指标以及间隔时间等方面存在差异, 即使同一个研究中也存在辨证论治或者随症加减的区别, 因此这些因素可能导致潜在的非一致性。

此外, 纳入的 43 项研究均未对经济学指标进行描述, 因此, 判断联合疗法是否为成本-效果最优的治疗方案, 仍需要更多高质量的卫生经济学

研究的报道。今后的中医联合疗法临床试验, 应该通过设计严谨的的多中心随机对照试验提升原始资料的证据等级, 并可加入对经济学指标的描述, 以期治疗方案的选择提供更多参考。

### 参考文献

- [1] 李有武,赵冬娣,袁涛.温针灸结合“三伏贴”治疗过敏性鼻炎 53 例临床观察 [J]. 江苏中医药,2014,46 (07) :63-64.
- [2] 李晓晖.针药结合治疗过敏性鼻炎的临床观察 [J]. 中国实用医药,2014,9 (18) :178-179.
- [3] 李贤斌,吴海丽,肖艳林.中药口服与针灸联合治疗过敏性鼻炎临床观察 [J]. 四川中医,2015,33 (11) :159-161.
- [4] 韩刚,徐振明,顾伟.针药并用治疗过敏性鼻炎的临床观察 [J]. 中国中医急症,2014,23 (01) :63-64.
- [5] 高丽华,杨波,付春辉,杨岩,赵立萍.针灸配合中药治疗过敏性鼻炎 90 例 [J]. 中国中医药现代远程教育,2011,9 (07) :110-111.
- [6] 傅昌吉.和中止鼾汤与温针灸治疗变应性鼻炎的疗效比较 [J]. 四川中医,2017,35 (10) :135-137.
- [7] 梁薇,李晓燕,李尊元,刘志丹,杨艳,赵创,陈春兰.三伏针与三伏贴对比治疗过敏性鼻炎的临床研究 [J]. 针灸临床杂志,2017,33 (10) :1-5.
- [8] 黄枫,韩刚,顾伟,李品群.针药并用治疗过敏性鼻炎 38 例 [J]. 中国中医药现代远程教育,2012,10 (23) :56-57.
- [9] 胡昌河.桂枝屏风汤配合针灸治疗过敏性鼻炎 42 例的效果研究 [J]. 内蒙古中医药,2017,36 (Z1) :63-64.
- [10] 李绮轩.穴位敷贴结合针刺治疗过敏性鼻炎的临床研究 [D]. 广州中医药大学,2013.
- [11] 杜岩.针灸联合中药治疗过敏性鼻炎的临床疗效分析 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2018,6 (05) :185.

- [12] 史艳平. 针药结合治疗肺脾虚寒型变应性鼻炎临床疗效观察 [D]. 南京中医药大学, 2012.
- [13] 刘德才. 针刺、中药与穴位埋针治疗过敏性鼻炎的临床研究 [D]. 广州中医药大学, 2008.
- [14] 聂坤, 李云晓. 夏季伏天中药穴位贴敷治疗过敏性鼻炎随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27 (04) : 46-47.
- [15] 张景琛. 三伏天天灸疗法治疗小儿过敏性鼻炎的临床研究 [D]. 广州中医药大学, 2007.
- [16] 迟立萍. 小青龙汤配合针灸治疗变应性鼻炎 30 例观察 [J]. 实用中医药杂志, 2012, 28 (07) : 544-545.
- [17] 王海涛. 耳穴贴压治疗过敏性鼻炎的临床研究 [D]. 长春中医药大学, 2009.
- [18] 彭月灵, 冯德荣. 针药结合治疗过敏性鼻炎的疗效观察 [J]. 中国社区医师 (医学专业半月刊), 2009, 11 (01) : 60-61.
- [19] 黄后华. 针刺加火针治疗常年变应性鼻炎临床研究 [D]. 南京中医药大学, 2014.
- [20] 杨启圣. 针药结合治疗过敏性鼻炎的临床观察 [D]. 广州中医药大学, 2010.
- [21] 吴佳妮. 针药结合治疗肺经伏热型变应性鼻炎临床疗效观察 [D]. 南京中医药大学, 2016.
- [22] 王德敬. 隔姜灸、毫针刺、穴位贴敷治疗变应性鼻炎的临床研究 [D]. 山东中医药大学, 2003.
- [23] 李郭梦寒. 针刺结合“三伏贴”治疗过敏性鼻炎 30 例临床观察 [J]. 江苏中医药, 2011, 43 (05) : 72-73.
- [24] 黄咏梅, 牟军伟, 崔鹏, 朱凤娟. 针刺结合“三伏贴”治疗过敏性鼻炎的临床观察 [J]. 中医临床研究, 2015, 7 (15) : 98-99.
- [25] 李智. 针灸联合耳穴贴压对过敏性鼻炎的研究 [J]. 健康前沿, 2017, (第 2 期) .
- [26] 阮晨. 针刺配合穴位贴敷治疗过敏性鼻炎临床观察 [J]. 上海针灸杂志, 2017, 36 (04) : 435-438.
- [27] 王健, 邱利梅, 唐丽梅. 针刺配合中药治疗过敏性鼻炎疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2015, 34 (07) : 652-654.
- [28] 孔德仲. 穴位敷贴配合中药治疗小儿过敏性鼻炎 60 例临床观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17 (92) : 155.
- [29] 石磊, 杨丽, 曲中源. 玉屏风散加减合中药穴位贴敷治疗过敏性鼻炎临床观察 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15 (06) : 184-185.
- [30] 吕长青. 辨证内服中药合耳穴按压治疗过敏性鼻炎 60 例疗效观察 [J]. 中国社区医师 (医学专业), 2012, 14 (17) : 228-229.
- [31] 冯振兴, 张春霞, 张银川. 平衡针刺配合中药治疗小儿过敏性鼻炎的临床疗效观察 [J]. 中国初级卫生保健, 2016, 30 (12) : 71-72.
- [32] 李磊, 王海龙, 曾小红. 针刺联合醒翹汤治疗过敏性鼻炎 65 例 [J]. 河南中医, 2018, 38 (04) : 626-629.
- [33] 刘雪琴. 中药穴位贴敷配合益肺健脾通窍中药治疗过敏性鼻炎 35 例疗效观察 [J]. 湖南中医杂志, 2017, 33 (10) : 104-105, 125.
- [34] 唐晓华, 郑静, 唐芹芳. 三伏天穴位敷贴配合益气健鼻汤治疗过敏性鼻炎 102 例 [J]. 上海中医药杂志, 2006 (12) : 52-53.
- [35] 沈志勇. 鼻鼽推拿术配合中药治疗儿童鼻鼽的临床研究 [D]. 广州中医药大学, 2015.
- [36] 陈舒. 鼻鼽推拿术治疗儿童鼻鼽的临床研究 [D]. 广州中医药大学, 2016.
- [37] 王日荣. 针药结合治疗常年性变应性鼻炎的辨证论治研究 [D]. 广州中医药大学, 2010.
- [38] 牟瞳. 小儿推拿配合中成药治疗小儿过敏性鼻炎肺脾气虚证 60 例临床观察 [D]. 长春中医药大学, 2014.
- [39] 陈兴华, 文庆华, 徐涵斌. 伏天穴位贴敷治疗过敏性鼻炎 116 例临床观察 [J]. 江苏中医药, 2011, 43 (01) : 64-65.
- [40] 徐慧贤, 沈志勇, 陈舒, (下转 44 页)



【本刊特约稿件】

# 不忘初心 传承创新 争创一流

——成都中医药大学附属医院耳鼻喉科

成都中医药大学附属医院是我国最早成立的四所中医药高等院校附属医院之一。经过 60 年的发展，医院已是全国示范中医院，国家中医临床研究基地，中医药国际合作交流基地，国家中药临床试验研究（GCP）中心，全国中医眼病医疗中心，全国中医急症医疗中心。医院开放床位达 2136 张，年门诊量 210.7 万人次、年出院病人约 5.58 万余人次。医院拥有郭子光、刘敏如、廖品正三位国医大师，张发荣、陈绍宏两位全国名中医和多位中医药学领军人物。常年有 300 余名专家、教授在门诊为病员服务。医院有临床和医技科室 44 个、国家级重点学科 3 个、国家中医药管理局重点学科 13 个、国家临床重点专科 6 个。



**艰苦创业、砥砺前行，成绩斐然。**

耳鼻喉科于 1973 年由我国著名中医耳鼻喉专家熊大经教授创建，是国内最早创建的中医耳鼻喉专科之一。现已发展成集临床、教学、科研于一体的特色专科。现为国家教育部重点学科，国家中医药管理局重点学科、重点专科，博士、硕士学位授予点。



科室现编制床位 40 张，实际开放床位 70 张。近 3 年，年门诊病人 11 万余人次，年住院病人年均 2400 余人次，开展各类手术年均约 1500 台，年均收入达 5600 余万元。



科室技术力量雄厚，现拥有教授/主任医师 9 人，副教授/副主任医师 10 人，其中博士生导师 4 人，硕士生导师 8 人。享受国务院政府特殊津贴 2 人，省级以上名中医 4 人，省级以上专业学术团体担任主任委员及副主任委员 5 人，为中华中医药学会耳鼻喉科分会副主任委员单位，四川省中医药学会耳鼻喉科专业委员会主任委员单位。科室现拥有国内一流的专科检查机器、手术设备及就诊环境，如前庭功能检查仪、全高清鼻内镜

系统、电子频闪喉镜、嗓音分析仪、耳显显微镜、喉显显微镜手术系统、耳鼻喉动力系统、耳鼻喉手术导航系统等上百件进口设备，价值 3000 万元以上。

### 坚持特色、中西结合，争创一流。

科室中医特色突出，在 2 名国家级师承指导老师，1 名四川省第二届十大名中医的带领下，创建了一流的中医传统诊疗团队。他们研制上市了中成药“鼻渊舒口服液”、“鼻窦炎口服液”以及院内制剂“鼻炎舒口服液”；他们在全国首创小针刀治疗前庭性眩晕急性发作及其他类型眩晕，疗效显著；他们把切脉针灸用于耳鼻咽喉头颈部肿瘤放化疗及手术后的康复；针灸、揶针、扁桃体烙法、穴位埋线、刺血疗法等均有较好开展，达到了国内外先进水平。

#### 中 药 瑰 宝



科室采用中西医结合治疗耳鼻咽喉及头颈部疾病取得良好疗效。特别是在难治性鼻-鼻窦炎、变应性鼻炎、耳鸣耳聋、眩晕、嗓音疾病等方面具有独特的优势。在国内首先开展特发性鼻痛（额窦非炎症性头痛）的临床实践，在西南地区率先开展鼻窦球囊扩张术治疗慢性鼻窦炎、嗓音训练、早期喉癌等离子刀切除术等治法，疗效显著。在中耳炎听力重建手术、鼻内镜下颅底手术、头颈肿瘤手术及康复方面也取得较好成效，积累了丰富的临床经验，达到省内外先进水平。



### 潜心专研、紧跟前沿，开拓创新。

近 5 年科室科研成果丰厚。获得了“国家自然科学基金”7 项，省部级以上科研项目 10 余项，发表论文论著 600 余篇，其中 SCI 文章及国家核心期刊文章 200 余篇，培养博士、硕士研究生近 100 人，科研、教学水平国内一流。

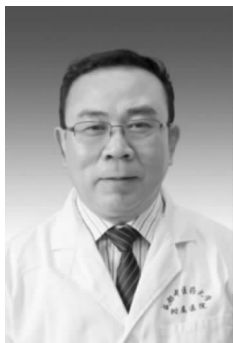
科室紧跟本专业的国内外发展方向，掌握从二级学科直接向优势四级学科发展趋势，自 2013 年始，相继开展了嗓音门诊、中耳炎门诊、鼻窦炎门诊、过敏性鼻炎门诊、耳鸣门诊等专病门诊，使得相关疾病的诊断和治疗得到长足发展，达到国内一流水平。



至今，成都中医药大学附属医院耳鼻咽喉科已经具有 45 年的历史，成绩斐然，并且正在传承与发展中不断的前进。



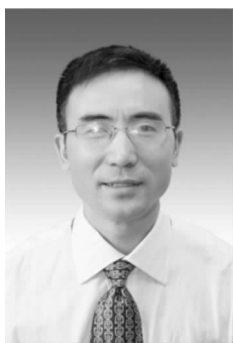
# 成都中医药大学附属医院耳鼻喉科专家资料



熊大经 教授、四川省第二届十大名中医。国家食品药品监督管理局新药审评专家、国家自然科学基金委同行评议专家、国家发改委药品价格评审核心专家、中华中医药学会耳鼻喉专委会副主任委员。中华中西医结合学会四川省耳鼻喉科分会主任委员。



田 理 主任医师、博导、副院长、享受国务院政府津贴专家、四川省名中医。国家中医药管理局重点学科中医耳鼻喉科带头人、国家中医学实验教学示范中心主任、四川省学术技术带头人，首批四川省优秀中青年中医师。现任中华中医药学会耳鼻喉科分会副主任委员、世界中医药联合会耳鼻喉科专业委员会副会长、四川省中医药学会耳鼻喉科专业委员会主任委员等学术职务。擅长中医、中西医结合治疗过敏性鼻炎、急慢性鼻炎、鼻窦炎、急慢性咽炎、声带息肉、声带小结、耳鸣、耳聋、眩晕等疾病；鼻咽癌、喉癌等耳鼻喉科肿瘤的中医诊治及放化疗后康复。体质辨识与调理。

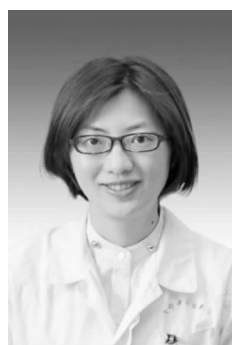


张勤修 主任医师、四川省名中医，博士生导师，二级教授，全国优秀中医人才。四川省学术与技术带头人，四川省有突出贡献专家。中国中医药研究促进会中医全科分会会长，中华中医药特色疗法分会副会长、耳鼻喉科分会常委，《中国中西医结合耳鼻喉科杂志》副总编。编写教材与专著 15 部。主持国家科技支撑计划等课题 11 项，发表论文 136 篇。精通易经、五运六

气、道教养生，提出命火-气血论、张氏经穴疗法，擅长诊治耳鼻喉疑难杂症与体质调理。耳聋耳鸣、眩晕、中耳炎、鼻炎鼻窦炎鼻息肉、咽喉炎、声带疾病、扁桃体炎、鼾症、咳嗽、头颈肿瘤、小儿耳鼻喉疾病等。



蒋路云 主任医师，硕士生导师，科主任。四川省中医药管理局学术带头人。中华中医药学会耳鼻喉分会委员；中国中西医结合学会耳鼻喉专委会委员，四川省中医药学会耳鼻喉专委会副主任委员等。主持及参研国家级、省部级课题 7 项；发表专业相关文章 10 余篇（其中 SCI 索引 2 篇）；参与编著教材 2 部。牵头修订国家局“鼻渊（鼻窦炎）临床诊疗指南”。在省内率先开展了“慢性鼻窦炎鼻窦球囊扩张术”，使鼻窦炎的手术治疗向“接近于无创”发展。四川省第五批老中医师承弟子。擅长难治性鼻窦炎、鼻源性头痛的中西医结合治疗，鼻颅底手术，鼾症多平面等离子手术，头颈肿瘤手术及中医康复治疗。



谢 慧 主任医师、科室副主任、教授、博士，中组部西部之光访问学者、四川省学术技术带头人后备人选、四川省中医药管理局学术技术带头人。任中国医药教育协会眩晕专业委员会会员、世界中联耳鼻喉口腔专业委员会常务理事兼副秘书长等。作为课题负责人参与 14 余项科研课题，部省级以上科研获奖 4 项，出版专著 9 部，参译专著 1 部。发表论文 50 余篇。获“第六届全国高等院校优秀中医青年、第四批全国老中医药专家学术经验继承工作优秀继承人”等称号。擅长于针（包括针灸、小针刀）药并用治疗眩晕、难治性耳鸣耳聋、儿童腺样体肥大、过敏性鼻炎、



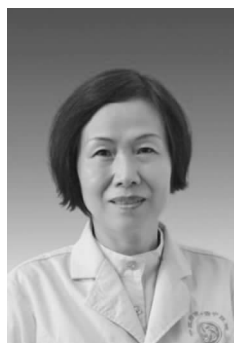
急性慢性鼻炎、鼻窦炎、嗓音等疾病。



刘茂辉 主任医师、学士、主任医师，1965年毕业于华西医科大学，1983年毕业于四川省西学中班，从事耳鼻喉临床教学工作50余年。擅长运用中西医结合治疗急、慢性鼻炎、鼻窦炎，嗅觉障碍，鼻源性头痛，过敏性鼻炎，萎缩性鼻炎，鼻出血；急、慢性咽炎，扁桃体炎，口腔溃疡，梅核气，顽固性咳嗽，声嘶，中耳炎，耳鸣、耳聋、耳源性眩晕等病。尤其擅长喉源性咳嗽的诊治。



朱智泉 主任医师、教授、硕士生导师、大学本科，担任《中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志》编委，主编《中国中西医结合临床耳鼻咽喉学》一书，先后以第一作者核心期刊发表论文5篇，带硕士生多名。成都中医药大学耳鼻咽喉变态反应（过敏性）疾病中心资深专家。耳鼻咽喉科变态反应（过敏性）疾病，鼻炎、鼻窦炎、咽喉炎及耳鸣耳聋，尤疑难重症；耳鼻咽喉科的占位性病变及肿瘤。

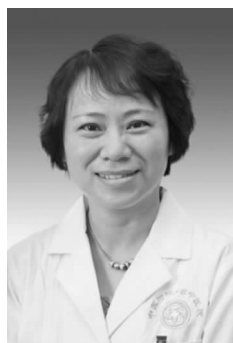


贾德蓉 教授、主任医师、硕士生导师  
中华中医药学会耳鼻咽喉科学专业委员会委员、四川省中医药学会耳鼻咽喉专业委员会副主任委员、第四批四川省拔尖中医师、第五批全省老中医药专家学术经验继承工作指导老师。1983年毕业于成都中医药大学后留用至今，专职从事耳鼻咽喉科医、教、研工作34年。其间，先后在广州中医药大学耳鼻喉科进修半年、在华西医科大学耳鼻喉科进修1年。出版专著（含教材）9部，其中主编1部，副主编4部。以第1作者公开发表论文20余篇。主研科研项目12

项。擅长以中医为主，中西医结合鼻炎、鼻窦炎、咽喉炎、扁桃体炎、中耳炎诊治；鼻咽癌、喉癌诊断及手术、放化疗后的中医治疗儿童鼻炎、鼻窦炎、扁桃体炎诊治；药物配合针灸及穴位治疗鼻炎、嗓音疾病、耳鸣耳聋、周围性面瘫。



彭顺林 教授、博士生导师、医院科研部部长。四川省学术和技术带头人，享受国务院特殊津贴专家，成都市政协委员，中华中医药学会、中西医结合学会耳鼻喉科常务委员，四川省中西医结合耳鼻喉专业委员会主任委员，国家自然科学基金评审专家。作为课题负责人已经完成了国家自然科学基金面上项目1项，部省级课题20余项。目前承担国家自然科学基金1项，部省级项目3项。作为课题负责人获中华中医药学会科学技术三等奖1项，四川省科技进步三等奖1项，成都市科技进步三等奖2项；发表（包括SCI）论文40余篇，研制了医院制剂“玄麦利咽合剂”。中医为主，中西医结合治疗急慢性咽炎、变应性鼻炎、鼻（窦）炎、耳鸣、耳聋、眩晕、声带小结、声带息肉等疾病，鼻咽癌放化疗后的康复调理及用中医传统方法进行体质调理。



李涛 主任医师、学士、四川省中医药学会耳鼻咽喉专业委员会常务委员。四川省中西医结合耳鼻咽喉专业委员会委员。主研国家自然科学基金项目一项，负责成都市科技局项目一项。任编委编写专著1部，参研多项科研课题。擅长中耳炎、耳聋、眩晕、急慢性咽喉炎、急慢性鼻炎、鼻窦炎、过敏性鼻炎的诊断与中西医结合治疗。擅长手术治疗慢性鼻-鼻窦炎、鼻息肉，擅长睡眠呼吸暂停低通气综合症（鼾症、包括小儿鼾症）的诊断与治疗，尤其是鼾症的手术治疗。擅长喉显微镜下声带肥厚、声门闭合不全、声带麻痹及各种喉部疾病的手术治疗。



# 譙凤英教授运用通窍法辨证论治耳科疾病经验举隅

张鹏<sup>1</sup> 譙凤英<sup>2</sup>

**【摘要】** 譙凤英教授认为耳为清空之窍，以通为用，与脏腑关系密切，临床耳窍发病多与瘀、火、风、湿、虚相关，治疗上从气血、肝胆、肺、脾角度出发，运用通窍法辨证论治耳科疾病，通过多年临床实践，疗效甚佳。

**【关键词】** 譙凤英；通窍法；辨证论治；耳科疾病

## Qiao Fengying's experience in treating ear Diseases with Tongqiao method based on differentiation of symptoms and signs

Zhang Peng, Qiao Fengying

**【Abstract】** Qiao Fengying thinks that the ear is a clear orifices, which is used for communication and has close relationship with the viscera organs. The clinical ear orifices are mostly related to blood stasis, fire, wind, dampness, deficiency, and treatment from the angles of qi and blood, liver, gallbladder, lung and spleen. Through many years of clinical practice, the treatment of auricular diseases with syndrome differentiation of orifices and orifices is very effective.

**【Key words】** Qiao Fengying; Tongqiao method; Syndrome differentiation and treatment; ear diseases

通窍法，即选用辛散、走窜、芳香、化浊、升清功效的药物，促使透邪外出，舒畅气机，消除壅滞，升举清阳，从而达到诸窍通利的目的，用以治疗清窍闭塞一类的疾病，为治疗耳科疾病常配合使用的治法，是耳科特色内治法之一。<sup>[1]</sup>《临证指南医案·眩晕门》说：“头为诸阳之首，耳目口鼻皆系清空之窍”。耳位于头部两侧，为“清窍”之一，以通为用，清升浊降，窍道自利。《灵枢·口问》曰：“耳者宗脉之所聚”，《灵枢·营气》云“五脏不和则七窍不通”，耳与肝胆、肺、脾等脏腑关系密切，外邪侵袭、脏腑失调，气机升降失常，瘀、火、风、湿诸邪上泛耳窍，均可致耳窍发病。

譙凤英，主任医师，教授，天津中医药大学第一附属医院耳鼻喉科主任，从事耳鼻喉专业临床与教学三十余载，运用中医药治疗耳科疾病有着丰富经验，尤善使用通窍法辨证论治耳科疾病。

譙教授依据耳窍发病多与瘀、虚、火、风、湿相关的特点，将通窍法灵活运用于临床：气血瘀滞耳窍，治以活血通窍；脾胃虚弱，清阳不升，耳窍宗脉空虚，治以升阳通窍；肝火郁结耳窍，治以疏肝通窍；风邪侵袭，经气痞塞耳窍，治以疏风通窍；湿浊困阻耳窍，治以化湿通窍。笔者有幸师从譙老师，现将其运用通窍法辨证论治耳科疾病的经验总结如下。

### 验案一：活血通窍法治疗耳鸣

于某，男，35岁，工人，初诊日期：2016年10月3日。主诉：右耳鸣，如蝉鸣，持续发作，夜间加重5月，头昏沉，纳可，寐差，便调。既往体健。检查：双外耳道畅，鼓膜(-)，纯音听阈示：双耳听力大致正常，声导抗示：双耳A型图。舌暗红，苔薄白，脉弦。西医诊断：耳鸣(IV级)(右)。中医诊断：耳鸣。证型：气滞血瘀，闭阻耳窍。治则：活血化瘀，行气通窍。处

方：通窍活血汤合四藤龙牡汤加减。方药：桃仁 10g，红花 10g，赤芍 10g，川芎 10g，石菖蒲 15g，路路通 15g，络石藤 15g，鸡血藤 15g，首乌藤 15g，钩藤 15g（后下），生龙骨 30g（先煎），生牡蛎 30g（先煎），百合 20g，远志 20g。共七剂，每日一剂，水煎服 300ml，分两次服，每次 150ml。二诊：2016 年 10 月 11 日，主诉：右耳鸣、头昏沉均较前缓解，纳可，寐安，便调。检查：双外耳道畅，鼓膜正常，舌暗红，苔薄白，脉弦。前方去百合、远志，继服七剂，每日一剂，水煎服 300ml，分两次服，每次 150ml。三诊：2016 年 10 月 19 日，主诉：耳鸣、头昏沉基本消失，纳可，寐安，便调，继服七剂，以巩固疗效。

按：谯师认为耳为清空之窍，患者耳鸣症状缠绵不愈，迁延 5 月之久，病久必瘀，瘀血停滞，闭阻耳窍，则发为耳鸣；头为诸阳之首，气血瘀滞头部则头昏沉；发病日久，且夜深人静，耳鸣之声尤著，致心神被扰，神不安舍故寐差；舌暗红，苔薄白，脉弦均为气滞血瘀之象。方中桃仁、红花为君，活血祛滞，赤芍行血中之瘀滞，与桃仁、红花配合用于瘀滞证，且味苦微寒，借以缓和辛温之性；川芎辛温香窜，能行气活血，乃血中之气药，能上行头面，与桃仁、红花、赤芍配伍使用，加强行气散瘀作用；石菖蒲芳香通窍，路路通活络通经，现代医家研究其治疗耳鸣，疗效显著<sup>[2][3]</sup>；络石藤、钩藤、首乌藤、鸡血藤、生龙骨、生牡蛎为吾师自拟四藤龙牡汤，临床常将六者用于耳鸣耳聋，依据中医取象比类原理，藤类药物可通经络，络石藤凉血通络，钩藤息风通络，鸡血藤活血疏经活络，首乌藤养心安神通络，生龙骨潜阳安神，生牡蛎重镇安神，六药合用共奏活血通络，养心安神之功；患者夜寐差则耗伤心阴，阴不制阳，心阳偏亢，心火内生，上扰耳窍则加重耳鸣，故加百合、远志以安神，睡眠安，则心神内守，耳鸣得减，诸药合奏活血化瘀，行气通窍之功，二诊睡眠改善，故去百合、远志，守方继服。

### 验案二：升阳通窍法治疗耳鸣

张某，女性，46 岁，职员，初诊：2016 年 9 月 2 日，主诉：双耳鸣 3 年余，嗡嗡样，持续性，劳累后加重，乏力，纳呆，寐安，便溏。检查：双外耳道畅，鼓膜（-），纯音听阈：双耳听力大致正常，声导抗：双耳 A 型图。舌淡红，苔薄白，脉弱。西医诊断：耳鸣（IV 级）（双）。中医诊断：耳鸣。证型：脾胃虚弱，耳窍失养。治则：健脾益气，升阳通窍。处方：益气聪明汤合四藤龙牡汤加减。方药：太子参 10g，炙黄芪 15g，升麻 6g，葛根 30g，蔓荆子 10g，白芍 10g，黄柏 10g，石菖蒲 15g，路路通 15g，钩藤 15g（后下），鸡血藤 15g，络石藤 15g，首乌藤 15g，生龙骨 15g（先煎），生牡蛎 15g（先煎），炙甘草 6g。共七剂，每日一剂，水煎服 300ml，每次 150ml。二诊：2016 年 9 月 9 日，主诉：双耳鸣、乏力均较前减轻，纳可，寐安，便调。检查：双外耳道畅，鼓膜（-）。舌淡红，苔薄白，脉弱。效不更方，续服七剂。三诊：乏力基本消失，双耳鸣较前减轻，纳可，寐安，便调，检查：双外耳道畅，鼓膜正常。舌淡红，苔薄白，脉弱。继服七剂后双耳鸣症状消失。

按：《难经·四十九难》曰：饮食劳倦则伤脾。患者平素劳倦过度，脾胃虚弱，清阳不升，耳窍失养，故耳鸣。脾主肌肉四肢，脾虚精微不布，气血不能营养全身，故乏力；脾失健运，食而不化则纳呆；脾不升清，胃浊难降，气结中焦，水湿不运，流注肠中，则便溏，舌淡红，苔薄白，脉弱为气虚之象。方中太子参、黄芪健脾益气；升麻、葛根，皆入脾胃经，善引脾胃清阳之气上升，升提作用显著，有引经药之用；诸子皆降，蔓荆独升，故用蔓荆子轻扬升发，清利头目；三药合用可加强轻扬升发之力，鼓舞胃气，上行头目，中气既足，清阳上升，则九窍通利，耳聪矣；白芍敛肝防升散太过；黄柏反佐防参、芪之温燥，石菖蒲、路路通以通窍活络，四藤龙牡汤以活血通络、养心安神，炙甘草调和诸药，共奏健脾益

气，升阳通窍之功。

### 验案三：疏肝通窍法治疗耳聋

谢某，男性，33岁，职员，初诊：2017年5月6日。主诉：双耳听力下降半月余，头胀痛，口苦，时胁肋胀痛，急躁易怒，纳可，失眠，便秘。检查：双外耳道畅，鼓膜(-)，纯音听阈示：双耳轻度感音神经性聋，声导抗示：双耳A型图，舌红，苔黄，脉弦。西医诊断：感音神经性聋(双)。中医诊断：耳聋。证型：肝火上扰，困阻耳窍。治则：清肝泄火，开郁通窍。处方：龙胆泻肝汤合通气散加减。方药：龙胆15g，生栀子10g，黄芩10g，生地10g，当归10g，柴胡10g，醋香附10g，川芎10g，石菖蒲15g，路路通15g，大黄10g。共七剂，每日一剂，水煎服300ml，分两次服，每次150ml。二诊：2017年5月14日。主诉：双耳听力下降、头胀痛、口苦、胁肋胀痛、失眠、便秘均较前好转，纳可，寐安。效不更方，续服七剂。三诊：2017年5月22日，主诉：双耳听力下降、头胀痛、口苦、胁肋胀痛消失，纳可，寐安，便调，复查纯音听阈示双耳听力大致正常，舌淡红，苔薄白，脉弦。

按：患者平素情志不遂，因生气诱发耳聋，情志抑郁则肝气郁结，肝气郁而化火，肝火上炎，肝胆互为表里，足少阳胆经属胆络肝，下耳后，其支者从耳后入耳中，出走耳前，肝火移胆上犯耳窍则耳聋；肝在志为怒，怒则气上，肝火上扰清窍则头胀痛；肝经上贯膈，布胁肋，肝火郁于胁肋则胁肋灼热疼痛；肝主疏泄，调畅情志，在志为怒，肝失疏泄，则易急躁易怒；肝火扰动心神，心神不安而失眠；胆附于肝，肝之余气溢于胆，聚而成精，则为胆汁，肝火上炎，迫使胆汁上行则口苦；肝属木，脾属土，肝主疏泄，脾主运化水液，肝气郁滞，木郁乘土，进而导致水液运化失常，肠道失润，故大便秘结。舌红、苔黄、脉弦均为肝火上扰之象。方中龙胆草为君，苦寒直折，清泻肝胆实火，栀子、黄芩为臣，清热泻火，加强君药泻火之力；本方苦寒之药甚多，易

耗伤阴血，故用生地养阴，当归养血；肝喜条达恶抑郁，柴胡、香附皆归肝经，既可疏肝解郁，又能引诸药入肝经；川芎味辛，性温，归肝经，祛风止痛，为治头痛要药；石菖蒲、路路通以通窍活络，大黄清热泻火，通便，共奏疏肝泻火开郁通窍之功，肝火去，耳窍通。

### 验案四：宣肺通窍法治疗耳胀

王某，女性，28岁，职员。初诊2017年6月13日，主诉：双耳堵闷3天，纳可，寐安，便调。既往史：患者三天前感冒史。检查：双外耳道畅，右鼓膜(-)，左鼓膜呈淡黄色，活动度降低，声导抗示：左耳B型图，右耳A型图，舌淡红，苔薄黄，脉浮数。西医诊断：分泌型中耳炎(左)。中医诊断：耳胀。证型：肺经风热，上犯耳窍。治则：疏风祛湿，宣肺通窍。处方：宣肺通窍汤(自拟)加减。方药：苍耳子15g，辛夷10g，白芷10g，薄荷6g(后下)，炒苦杏仁10g(后下)，炒紫苏子10g，炒莱菔子10g，炒芥子10g，广藿香10g，泽泻15g，茯苓15g，地龙10g，石菖蒲20g，路路通20g，炙甘草6g。共七剂，每日一剂，水煎服300ml，分两次服，每次150ml。二诊：2017年6月20日。主诉：双耳堵闷基本消失，纳可，寐安，便调，舌淡红，苔薄白，脉弦，复查声导抗示双耳A型图。

按：肺为娇脏，且居高位，与天气相通，肺主宣发肃降，通调水道，患者感受风热之邪，首先犯肺，肺失宣降，气机失常，“肺经之结穴在耳中”，气贯于耳，闭阻耳窍，肺主通调水道功能失常，则津液不布，聚而为痰湿，积于耳窍，故耳堵闷。舌淡红、苔薄黄、脉浮数为肺经风热之象。方选吾师经验方宣肺通窍汤加减治疗，方中苍耳子疏风散湿，上通脑顶，外达皮肤；白芷其气芳香，能通九窍；辛夷味辛性温，《本草新编》云“辛夷，通窍而上走于脑舍。”；薄荷味辛性凉，入肺经，善清利头目；凡仁皆降，故用炒苦杏仁以宣肺降气；紫苏子、莱菔子、白芥子、广藿香、泽泻、茯苓可化痰除湿；耳胀虽为中耳积液，亦

属皮里膜外，故用白芥子祛皮里膜外之痰，苏子降气化痰、莱菔子下气祛痰，三子合用加强降气豁痰之功；广藿香芳香化湿；茯苓、泽泻利水渗湿，《本草正》云茯苓“能利窍去湿”；以上六药合用共奏化痰利湿之功；石菖蒲通窍豁痰，路路通以通窍活络，地龙性走窜，善于通络。以上诸药合用共达疏风祛湿，宣肺通窍之功。

### 验案五：化湿通窍法治疗耳胀

张某，女性，32岁，职员，初诊：2017年3月11日，右耳堵闷半月，纳呆，寐安，大便溏，一天一行。检查：双外耳道畅，右鼓膜膨隆，左鼓膜(-)，声导抗示：右耳B型图，左耳A型图。舌淡红边有齿痕，苔白腻，脉细缓。西医诊断：分泌性中耳炎(右)。中医诊断：耳胀。证型：脾虚湿困，闭阻耳窍。治则：健脾利湿，化浊通窍。处方：参苓白术散合通气散加减。方药：太子参15g，炒白术10g，茯苓10g，山药10g，炒白扁豆10g，生薏苡仁10g，砂仁12g(后下)，桔梗6g，香附10g，川芎10g，石菖蒲15g，路路通15g，炙甘草6g。共七剂，每日一剂，水煎服300ml，分两次服，每次150ml。二诊：2017年3月17日，主诉：右耳堵闷较前减轻，纳可，寐安，便调。检查：双外耳道畅，右鼓膜膨隆较前减轻，左鼓膜正常，声导抗示右耳C型图，左耳A型图。舌淡红边有齿痕，苔白腻较前减轻，脉细缓。效不更方，继服七剂。三诊：2017年3月25日，主诉：右耳堵闷消失，纳可，寐安，便调。舌淡红，苔薄白，脉弦。检查：双外耳道畅，鼓膜正常，声导抗示双耳A型图。

按：患者素体脾气虚弱，运化失常，则气血

生化乏源，耳窍失养，脾虚则精微失于输布，聚湿生痰，阻于耳窍故耳内胀闷堵塞。胃主受纳，脾主运化，脾气虚弱，运化失职，纳运乏力，饮食不化，故纳呆；脾气虚弱，运化乏力，水谷不化，湿气滞留，水谷湿气下流肠中导致大肠传导失司，清浊不分，故便溏；舌淡红边有齿痕，苔白腻，脉细缓均为脾虚湿困之象。方中太子参、白术、茯苓、甘草为四君子汤，功能益气健脾，为补气基础方；配伍山药助君药太子参以补气健脾兼能止泻，并用白扁豆、薏苡仁助白术、茯苓以健脾渗湿，均为臣药。砂仁醒脾和胃，行气化滞为佐药。桔梗宣肺理气，通调水道，又能载药上行，培土生金，为使药。川芎行气活血，能上行头面，香附理气，石菖蒲、路路通以通窍活络。七剂后，患者症状减轻，故守方继续治疗。

### 总结

以上是谯师运用通窍法治疗耳科疾病的几个典型病例，无论活血通窍、升阳通窍治疗耳鸣，疏肝通窍治疗耳聋，还是宣肺通窍、化湿通窍治疗耳胀，均是以通窍法为基础，结合耳窍与气血、肝胆、肺、脾脏腑气机之间的关系，辨证论治，遣方用药。因辨证准确，用药得当，故效如桴鼓。

### 参考文献

[1] 刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学. 北京: 中国中医药出版社 [M], 2016  
 [2] 曹淑霞, 唐迎雪. 石菖蒲治耳鸣作用浅析 [J]. 中华当代医学, 2005 (12): 75-76.  
 [3] 王启俊. 路路通治耳鸣 [J]. 四川中医, 1991 (12).

(上接 36 页) 邵傲凌. 推拿联合中药治疗儿童变应性鼻炎临床研究 [J]. 新中医, 2018, 50 (03): 135-138.

[41] 朱朝霞. 穴位敷贴联合针刺治疗过敏性鼻炎疗效观察 [J]. 大家健康 (学术版), 2015, 9 (18): 63.

[42] 朱秀平, 陈宝维, 钟慈琼, 袁宁生, 黄钊明, 梁盛. 温针灸颈夹脊穴联合穴位敷贴治疗过敏性鼻炎临床研究 [J]. 陕西中医, 2017, 38 (01): 107-108.

[43] 郭梓鸿, 江丽敏, 张俏云. 穴位贴敷联合电针治疗过敏性鼻炎临床观察 [J]. 中国民族民间医药, 2018, 27 (01): 124-125.



# 七叶一枝花酊剂外涂治疗真菌性外耳道炎疗效观察

刘媛媛<sup>1</sup> 刘元献<sup>2</sup> 熊雅岚<sup>1</sup> 杨龙<sup>2</sup> 洪冬冬<sup>1</sup> 邹练强<sup>1</sup>

**【摘要】目的：**观察七叶一枝花酊剂治疗真菌性外耳道炎的临床疗效。**方法：**回顾性研究方法，将 67 例患者分为治疗组（35 例）和对照组（32 例），分别予七叶一枝花酊剂及达克宁软膏局部涂敷。两组疗程均为 14 天，分别于治疗后 1 周、2 周评价临床疗效。**结果：**治疗组治疗后 1 周、2 周的总有效率分别为 85.71%、91.43%，对照组分别为 81.25%、87.50%；组间治疗后 1 周、2 周的临床疗效差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。**结论：**七叶一枝花酊剂治疗真菌性外耳道炎疗效良好、稳定，且简单方便易于操作，可用于治疗真菌性外耳道炎。

**【关键词】**真菌性外耳道炎；七叶一枝花；酊剂；达克宁

## External application of Paris polyphylla tincture for the treatment of fungal otitis externa

Liu Yuanyuan, Liu Yuanxian, Xiong Yalan, Yang Long, Hong Dongdong, Zou Lianqiang

**【Abstract】Objective:** To observe the clinical efficacy of Paris polyphyllatincture in treating fungal otitis externa. **Methods:** 67 were divided into two groups: treatment group in which 35 cases were treated by Paris polyphylla tincture, and control group in which 32 cases were treated by Miconazole Nitrate ointment, with the course of 14 days. The clinical efficacy was observed 1 week and 2 weeks after treatment. **Results:** In treatment group, the total effective rate was 85.71% for 1 week after treatment and 91.43% for 2 weeks after treatment. In control group, the total effective rate was 81.25% for 1 week after treatment and 87.50% for 2 weeks after treatment; no significant difference was found between the two groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** Paris polyphyllatincture has positive stable effect on fungal otitis externa.

**【Key words】** fungal otitis externa; Paris polyphylla; tincture; Miconazole Nitrate ointment

真菌性外耳道炎，多为真菌感染引起，又称外耳道真菌病，其主要症状为外耳道瘙痒、渗液、疼痛、耳闷或阻塞感。在我国南方居民发病率较高，且有增加的趋势，夏秋季为疾病高发时期，病变范围多较局限于外耳道鼓膜等，多与不良卫生习惯有关<sup>[1]</sup>。由于真菌有传染性，真菌性外耳道炎易复发或再感染发作，部分患者依从性较差，易导致治疗失败<sup>[2]</sup>。另外本病易误诊，患者反复就医，严重影响患者听力及其生活质量<sup>[3]</sup>。目前本病常规选用达克宁软膏等外耳局部用药治疗，但是软膏

制剂涂抹方法不当易导致治疗效果不佳。因此，寻找一种使用方便、疗效肯定的外用药物来治疗真菌性外耳道炎具有重要的临床意义。近年来，我院用七叶一枝花酒精提取液制成酊剂，用于治疗本病取得了较好的临床疗效，现总结报告如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 诊断标准

真菌性外耳道炎诊断符合《耳鼻咽喉头颈部感染性疾病》<sup>[4]</sup>中的有关标准

(1) 症状为外耳道瘙痒、闷胀感或堵塞感,部

分有耳痛感，听力下降。

(2) 实验室检查：外耳道分泌物细菌培养结果为酵母菌、毛霉菌或白色念珠菌等真菌。

(3) 电子耳内镜检查：外耳道深部有白色、灰色、黄色或烟黑色霉苔，清除外耳道霉苔，见外耳道皮肤充血、肿胀、糜烂，或有少量渗出。

### 1.1.2 纳入标准

符合上述诊断标准，性别、年龄不限。

### 1.1.3 排除标准

(1) 严重心、肝、肾功能不全患者；(2) 酒精过敏者；(3) 鼓膜穿孔患者排除；(4) 拒绝配合外耳道上药的患者；(5) 精神病患者。

### 1.2 一般资料

共选择 67 例病例，其中以 2015 年 10 月至 2017 年 4 月在广州中医药大学第四临床医学院深圳市中医院第二门诊部耳鼻喉科门诊就诊的 35 例患者为治疗组，以同期在深圳市中医院第一门诊部耳鼻喉科门诊就诊的 32 例患者为对照组。治疗组中男性 24 例，女性 11 例；年龄 26~77 岁，平均  $(43.4 \pm 11.53)$  岁；病程 1 个星期至 1 个月，平均  $7.63 \pm 5.34d$ 。对照组中男性 20 例，女性 12 例；年龄 23~58 岁，平均  $(37.1 \pm 10.67)$  岁；病程 1 个星期至 1 个月，平均  $(9.73 \pm 6.25d)$ 。两组一般资料差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，具有可比性。

1.3 治疗方法 两组均用生理盐水溶液 250ml 清洁外耳道，去除外耳道耵聍、皮屑，注意勿伤及外耳道皮肤。分泌物较多者，可先予 3% 双氧水清洗；耳道充血明显、有湿疹样改变者，先清洗分泌物，消毒干棉签拭干创面。两组患者每周复诊 1~2 次，总疗程 2 周。

1.3.1 对照组用耳科棉签将达克宁乳膏涂抹外耳道及鼓膜处，嘱患者回家后用类似方法涂抹达克宁于患侧外耳道及鼓膜处，每日 2 次，7 天为 1 个疗程，连续使用 2 个疗程。

1.3.2 治疗组 患耳朝上，将自制七叶一枝花酒精提取液酊剂经外耳道口滴入外耳道，5~10 滴，使液体充满外耳道以不溢出为度，保持患耳朝上

10min；每日早晚各 1 次，7 天为 1 个疗程，连续使用 2 个疗程。七叶一枝花酒精提取液制备：取七叶一枝花饮片 100g，(康美药业股份有限公司)放入 1000 ml 浓度为 75% 的酒精中，浸泡 3 个月制成 10% 七叶一枝花酊剂 (相当于每 100 ml 溶液含七叶一枝花生药 10g)。

1.4 观察项目与方法 患者 2 周疗程结束后进行临床疗效评定，参照有关文献标准 [5-6] 判定临床疗效。①痊愈:症状消失，外耳道清洁，无充血、糜烂，真菌镜检和培养均阴性;②显效:症状消失，外耳道中仍有轻度充血和糜烂，真菌镜检和培养均阴性;③有效:症状和体征较治疗前改善，但真菌镜检和 (或) 培养阳性;④无效:症状和体征无改善，真菌镜检和 (或) 培养阳性。治疗时间为 2 周，其中分别于治疗后 1 周、2 周进行疗效评价，治疗有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数  $\times 100\%$ 。所有患者均进行健康宣教，告知治疗方案，治疗前检查，告知患者关于治疗前后可能出现的情况，治疗期间起居饮食需注意的问题，复诊等情况，记录患者在治疗中出现的变异。

1.5 统计学方法 用 SPSS 21.0 对数据进行统计学处理，计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示，采用秩和检验，以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 实验结果

2.1 不良反应 治疗组与对照组均未出现严重并发症。

### 2.2 两组疗效比较

2.2.1 两组治疗 1 周后有效率比较，两组比较差异无统计学意义 ( $Z = -0.824, P = 0.41, P > 0.05$ )。

表 1 治疗 1 周后有效率比较

	痊愈	显效	有效	无效	有效率
治疗组	22	5	3	5	85.71%
对照组	17	5	4	6	81.25%

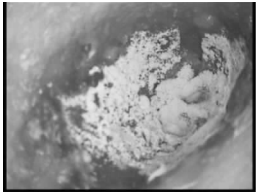
2.2.2 两组治疗 2 周后有效率比较，两组比较差异无统计学意义 ( $Z = -1.071, P = 0.284, P > 0.05$ )。

表 2 治疗 2 周后有效率比较

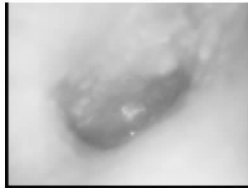
	痊愈	显效	有效	无效	有效率
治疗组	26	4	2	3	91.43%
对照组	20	4	4	4	87.50%

## 2.2.3 治疗前及治疗两周后电子耳内镜疗效比较

比较



治疗前右耳鼓膜



治疗 2 周后右耳鼓膜

## 3 讨论

外耳道长 2.5~3.5cm, 略呈 S 型弯曲<sup>[7]</sup>, 由于这一解剖特点, 增加了外耳道感染病原菌的危险, 加上我国大部分省份夏秋季节天气潮湿也为病原菌大量繁殖提供了条件, 同样, 这也增加了外耳道外用药物的涂抹难度。相比较而言, 体表浅层的真菌病, 使用乳膏或凝胶制剂疗效更佳, 这是由于此类剂型的药物在治疗部位能够维持更长的作用时间, 药效更加持久。但是外耳道部位特殊, 解剖复杂, 要将药膏涂抹在外耳道内, 大多数时间还需涂抹到鼓膜附近位置, 难免会出现因药物涂抹不到位而不能达到很好的治疗效果的情况, 部分患者甚至会因自行涂抹药物过多而产生耳堵、耳鸣的现象<sup>[8]</sup>。此之外, 外耳道皮下组织甚少, 皮肤与软骨膜和鼓膜相贴, 药膏涂擦不当时容易造成外耳道损伤, 从而引起剧痛, 可加重本病或引起其他外耳道炎症。另外随访发现, 治疗无效或者效果较差者, 一般是未规律用药, 导致病程加长, 反复发作。因此, 药物剂型的选择也会影响到药物治疗效果, 用七叶一枝花酊剂治疗本病既可以使药物较好的达到治疗部位, 起到治疗疾病的作用, 同时又可以避免损伤外耳道, 减轻患者痛苦, 从而达到预期的治疗效果。

七叶一枝花, 性微寒、味苦, 有清热解毒、消肿止痛、凉肝定惊、镇咳平喘等功效, 文献记载七叶一枝花醋磨可治耳内生疮热痛。此外, 七

叶一枝花还有抗菌抑菌、抗炎、抗肿瘤、镇静镇痛、免疫调节、止血、抑制精子活性等作用<sup>[9]</sup>。研究表明, 七叶一枝花主要药效成分为重楼皂苷, 其具有抗真菌作用, 尤其是对白色念珠菌具有体外抑制作用, 最小抑菌浓度为 (50mg/ml)<sup>[10]</sup>。75%乙醇提取七叶一枝花酊中重楼总皂苷得率比用 95%乙醇的高<sup>[11]</sup>, 本次临床观察采用的是抑菌效果较好的七叶一枝花 75%乙醇提取液, 采用七叶一枝花酊剂局部外用治疗真菌性外耳道炎。本文比较达克宁软膏与七叶一枝花酊剂治疗真菌性外耳道炎的疗效发现, 治疗组治疗后 1 周、2 周的总有效率分别为 85.71%、91.43%, 两周治疗有效率均高于选用达克宁的对照组, 其中治疗组的临床疗效与对照组差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 电子耳内镜检查结果显示患耳外耳道及鼓膜表面未见明显真菌菌落, 表明七叶一枝花酊剂与达克宁软膏疗效相当, 但由于七叶一枝花酊剂操作便利, 有利于药物均匀作用于患处, 且不良反应少, 患者依从性较好, 值得临床推广常规治疗真菌性外耳道炎。

## 参考文献

- [1] 范静平, 陈争明. 耳鼻咽喉真菌性疾病 [J]. 中国真菌学杂志, 2012, 7 (2) :65-69.
- [2] 李嘉宁, 李亚, 杨凤奇. 真菌性外耳道炎 287 例临床分析 [J]. 湖北科技学院学报 (医学版), 2013, 27 (3) :200
- [3] 何平, 钱晓, 琼陆. 伊曲康唑治疗难治性复发性真菌性外耳道炎的临床疗效观察 [J]. 中华耳科学杂志, 2012, 10 (4) :479
- [4] 谢民强, 王荣光, 任基浩. 耳鼻咽喉头颈部感染性疾病 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2005: 260-261
- [5] 林红艳. 真菌性外耳道炎的临床治疗观察 [J]. 中国实用医药, 2010, 5 (33) : 116-117
- [6] 金声扬. 外耳道真菌病临床诊断及治疗体会 [J]. 北京医学, 2003, 25 (2) :95
- [7] 孔维佳, 周梁. 耳鼻咽喉 (下转 20 页)

# 从风动则鸣探讨耳鸣病因病机

王熙<sup>1</sup>

**【摘要】**取象比类为中国古代传统文化思维方式之一，古人以自然之象解释人体出现的各种变化。自然界中鸣之声往往伴随风起而现，故可从风动则鸣探讨耳鸣的病因病机。风蕴含阳热之性，故阳热胜则风动。内风由脏腑病变而致，其中实证多因肝胆实热、阳明积热，虚证涉及脾肾，虚实夹杂证多为水不涵木、心肾不交、脾虚生痰化热、脾病及肝、脾不濡肺而致。外风侵袭以正气亏虚为基础，主要与以下几方面相关：卫气亏虚，卫外不固；肾精不足，耳脉空虚；少阳中风，风火相煽；内有蕴热，风火相召。

**【关键词】**耳鸣；外风；内风；风动则鸣

## Discussed the etiology and pathogenesis of tinnitus from pneumatics

Wang Xi

**【Abstract】** The thinking of classification according to manifestation is the main thinking pattern of the Traditional Chinese Medicine theory. The ancients use natural phenomenon analyze the change of our body. The ring is often accompanied by wind in nature. This paper discusses the etiology and pathogenesis of tinnitus from pneumatic then ring. The wind pathogen is characterized by dispersing so it can cause wind pathogen when yang is excessive. The endogenous wind caused by organ disease. The interior excess syndrome mostly caused by syndrome of upper hyperactivity of liver yang and syndrome of exuberant stomach fire. The interior deficiency syndrome related to spleen and kidney. The syndrome of intermingled deficiency and excess are due to water failing to nourish wood, syndrome of disharmony between heart and kidney, And syndrome of damp-heat stagnating in spleen. Spleen disease affect the liver and lung. The exogenous wind invasion based on the asthenia of healthy energy and related to the following aspects: weakened wei qi; syndrome of deficiency of kidney essence, syndrome of affection of Shaoyang by wind, interior accumulation of heat leads wind attack the body.

**【Key words】** tinnitus; exogenous wind; endogenous wind; pneumatic then ring

### 1 风动则鸣

取象比类是中国传统文化思维方式之一，取生活中常见之象，进行类比，进而归纳形成理论，再用于解释其它象。如刘完素《素问玄机原病式》中言“亢则害，承乃制，火热至极反兼水化”即是源于夏季炎热之时，瓜果腐烂流水这一生活现象。古人观察到自然界风善行数变，风气流动产生鸣响，进而归纳出风动则鸣这一象，并多次出

现于古人诗篇中，如陆机《猛虎行》中：“崇云临岸骇，鸣条随风吟。”即描述枝条因风而摇动发声的景象，王维《观猎》中：“风劲角弓鸣，将军猎渭城。”借劲风致弦鸣展现出狩猎的场面和声势。在我们的生活中，鸣声随风起而现亦为常见之象，如北风怒号，鸣鸣作响，且鸣声大小高低随风势强弱起伏。人体中亦有鸣之象，耳鸣为其中一种，时大时小，时作时止，或如蝉鸣、或如



鼓声,性质多变,与自然界风主动,善行而数变的特点相似,天人相应,故可以天地之风喻人文之风,由风动则鸣探讨耳鸣病因病机。

## 2 内风外风均可致耳鸣

内风外风同类相召,常相兼为病。外风易引动内风,内风可召外风,为外风侵袭的基础<sup>[1]</sup>。陈士铎在《外经微言》中提到:“五脏不虚,内既无风,外风何能入乎。”即言无内风则外风不可侵入人体。

头为诸阳之会,耳居头面两侧,为少阳胆经循行之位,以清灵空虚为用。风为阳邪,头为人体阳位,同气相求。李东垣云:“高巅之上,惟风可到”外风侵袭或风气内动,均易上僭清窍,致耳中鸣响。

## 3 脏腑病变生风致耳鸣

《素问·阴阳应象大论》言:“阳之气,以天地之疾风名之。”张景岳解释道:“气本属阳,阳胜则气急,故以天地之疾风名之。”即阳胜以致气急而为风。阳胜则热,热盛为火,故火热易生风。《素问·阴阳应象大论》中言:“风气通于肝”,内风由脏腑病变生热而致,与肝关系最为密切,涉及心、肺、脾、肾。实证多因肝胆实火或阳明积热,虚证多由脾肾亏虚而致,虚实夹杂者多为水不涵木,心肾不交,脾虚生痰,脾病及肝,脾不濡肺所致,金中空虚,如响沙也。

### 3.1 肝失疏泄,化火生风

足少阳胆经,行于头侧部,其别支入耳中行耳前,故胆气通于耳。肝胆相表里,二者共主疏泄。肝胆疏泄正常,则耳之用正常。肝气升发太过,则阳亢于上,且易挟胆热上犯,动火生风,上壅于耳以致耳鸣;朱丹溪云:“气有余便是火”,肝胆疏泄不及,肝郁气滞,亦可化火生风导致耳鸣。

### 3.2 积热不化,动火生风

饮食不节,嗜食辛辣,或外寒入里化热,或温热邪气直犯胃腑,均可致阳明积热,火盛风动,风火相煽上扰于耳<sup>[2]</sup>。

### 3.3 肾精亏虚,阴虚风动

《灵枢·海论》曰:“髓海不足,则脑转耳鸣”。《灵枢·经脉》又言:“人始生,先成精,精成而脑髓生”故脑髓的物质基础为肾精。肾精充盛,则髓海亦充足,耳之用正常。年老、久病或嗜欲无节均可导致肾精萎弱,无力上承濡养头面诸窍。精者,阴之属也,肾精亏虚,则可致阴虚内热,生风上窜耳窍发为耳鸣。

### 3.4 水不涵木,虚风上犯

肝藏血,肾藏精,精血同源源于脾胃运化之水谷精微,二者相互滋生。生理状态下,肝阴不断补充肾阴使肾水不亏,肾阴充足资养肝阴,方可使肝阳不亢。就五行而言,肝属木,肾属水,水生木,这种母子关系称为水能涵木。年老体虚,或久病及肾,或房事太过,均可致肾水亏虚,不能涵养肝木,致肝阳上亢火盛生风,扰于耳窍。

### 3.5 心肾不交,水火不济

心居上属阳,于五行中属火;肾居下属阴,于五行中属水。生理状态下,心火下降于肾,使肾水不寒;肾水上济于心,使心火不亢。心火与肾水相互制约协调的关系称为心肾相交,水火既济。《医彻·耳病》中言:“心开窍于舌,寄窍于耳。”肾阴亏虚,或情志不遂郁而化火,或外感热病均能导致心肾不交,水火不济,心火独亢于上,风火相召,以致耳鸣。

### 3.6 中气失养,阴火上浮

大病久虚、饮食劳倦等易致中宫失养,阴火上浮,火动风生,上窜耳窍致耳鸣。

### 3.7 脾肾阳虚,阳虚风动

脾与肾,先后天相滋,生生不息。脾阳不足易累及于肾。肾水之中,寓有龙雷之火。肾阳虚之体,或脾病及肾均可致肾水过寒,无力潜藏龙雷之火,以致上燔。且肝肾同源,龙雷之火易挟肝风上扰<sup>[3]</sup>。

### 3.8 脾湿生痰,痰热生风

朱丹溪言:“湿土生痰,痰生热,热生风”。脾胃虚弱,运化水湿无力,生痰成饮,或饮酒、

嗜食肥甘厚味致湿热内生，均可阻滞气机，郁而化火生风，挟痰热上壅于耳。

### 3.9 脾病及肝，风气内动

脾胃为后天之本，运化水谷精微，灌溉四旁，上输头面，使五脏六腑、头面诸窍功能正常。脾胃化生之气血可充肝血，使肝木条达。若脾胃虚弱，则肝血亏虚，肝阳亢盛，化火生风。由五行而言，木克土，土生金，金克木。若脾土虚弱，则肝木乘之，且土病弱金，无以制肝，风气内动<sup>[4]</sup>，故《临证指南医案》中言：“盖阳明胃土已虚，厥阴肝风振动内起。”

### 3.10 脾不濡肺，气阴不足，化火生风

《灵枢·口问》言：“上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣。”脾虚则土不资金，则肺中气阴不足，火动风生，上扰耳窍。

## 4 外风侵袭以致耳鸣

### 4.1 肺脾气虚，卫气不足，卫外不固

《素问·评热病论》云：“邪之所凑，其气必虚”，即人体受邪气侵袭，必存在正虚。外风致病，皆由表而入。卫气布散于体表，抵抗邪气。卫气虚弱，卫外不固，则常感外邪发病。《灵枢·营卫生会》中言：“人受气于谷，谷入于胃，以传与肺，五藏六府皆以受气。其清者为营，浊者为卫”胃受纳腐熟水谷，经由脾之运化成为精微物质，后经肺之输布，达于五脏六腑，其中重浊者方为卫气，故卫气盛衰与脾胃及肺密切相关。若脾胃亏虚，失于健运，或肺气虚损，宣降失常，布散不及，则卫气亦不充盛，卫外不固，则易受邪袭，如响沙之声。

### 4.2 肾精不足，耳脉空虚，风邪入乘

《太平圣惠方》中言：“若经脉虚损，气血不足，为风邪所乘，入于耳脉，则正气痞塞，不能宣通，邪正相击，故令耳虚鸣也。”耳与肾俱为宗脉之所聚，肾精、肾气向上输布濡养耳窍。若精亏肾疲，无以上濡，则经脉空虚，风邪趁虚入乘，以致耳鸣。

### 4.3 少阳中风，风火相煽

《伤寒论》264 条：“少阳中风，两耳无所

闻。”手少阳三焦经从耳后，入耳中，出走耳前，足少阳胆经循于耳后。风邪侵袭少阳经脉，少阳又主相火，风火相煽，循经上犯于耳，可致耳鸣<sup>[5]</sup>。

### 4.4 内有蕴热，风火相召

平素阴虚内热，或情志失调，气郁化火，或饮食失宜胃腑蕴热者，由于同气相求，易召外感风热之邪侵袭，上扰耳窍。

## 5 内风外风相合为病

《杂病广要》中言：“人之为风，有外之风，亦有内生之风，而天人之气，互相感召，真邪之动，往往相因。”内风外风同类相召，易相互引动，相兼为病，且有相互助长之势。火郁之体，易动火生风，而火性上炎，风从上受，同类相召，易风火相煽，合而为病；脾肾亏虚，气血不足之体，易致虚风内动，复因正气不足，易受外风侵袭，相兼为病。

综上所述，风动则鸣，内风外风均可上犯耳窍导致耳鸣。而风动的本质在于阴阳失调，阳盛则动，浊阴不能下行出九窍。临床所见耳鸣有单侧为患亦有双侧同时发病，声音大小、音调高低不尽相同，耳鸣声的特点性质与风动则鸣的关系还有待进一步临证观察与总结，且有各种兼证应同时考虑辨识。

## 参考文献

- [1] 周唯.外风与内风相关性探讨 [J].山东中医杂志,2009,28 (08):529-530.
- [2] 吕国凯,于河,马家驹,等.107 例阳明内热证患者相关四诊信息分布调查研究 [J].辽宁中医杂志,2014,41 (07):1380-1381.
- [3] 付伟,杨道文.从阳虚风动论治咳嗽晕厥综合征一则 [J].环球中医药,2017,10 (08):918-920.
- [4] 雷辉.风气内动六因分析 [N].中国中医药报,2017-08-23 (004).
- [5] 熊曼琪.伤寒学 [M].北京:中国中医药出版社,2007.
- [6] 张伯臾,董建华,周仲瑛.中医内科学 [M].北京:人民卫生出版社,1988.

# 导管吹张法对鼓室积液的诊治价值评估

蔡青<sup>1</sup> 张霞<sup>1</sup>

**【摘要】目的：**通过耳内窥镜检查、声导抗测试、导管吹张法及鼓膜穿刺法对鼓室积液的判断，评估导管吹张法对鼓室积液的诊治价值。**方法：**收集 2014 年 11 月-2016 年 10 月就诊的分泌性中耳炎患者 124 例，记录耳镜检查、声导抗测试及导管法咽鼓管吹张结果，对任何一种检查方法发现鼓室积液均作鼓膜穿刺抽液验证。对比三种方法判断鼓室积液灵敏度，比较导管吹张法与声导抗测试、鼓膜穿刺抽液判断鼓室积液一致性。**结果：**导管吹张法与耳镜检查法检出鼓室积液一致程度差  $Kappa=0.3365$ ， $Z=1.8642$ ，与声导抗测试法检出鼓室积液一致程度较好  $Kappa=0.5136$ 。与鼓室穿刺法检出鼓室积液一致性好  $Kappa=0.8452$ 。**结论：**导管吹张法对鼓室积液检测灵敏，同时也是分泌性中耳炎的有效治疗法之一，对鼓室积液具有较高诊治价值。

**【关键词】**分泌性中耳炎；导管吹张法；声导抗测试；鼓膜穿刺

分泌性中耳炎是以鼓室积液及听力下降为主要特征的中耳炎性疾病。判断鼓室积液的方法很多，如耳镜检查、咽鼓管吹张、声导抗测试及鼓室穿刺，各有优势及缺陷，如果选择不当可能延误治疗。鼓室积液如果不能早期消除，可能会形成粘连性中耳炎、鼓室硬化，甚至导致耳聋。为此，笔者收集来我科就诊的 124 例分泌性中耳炎患者资料，通过对比耳镜检查、声导抗测试、导管吹张法及鼓膜穿刺法对鼓室积液的判断，评估导管吹张法对鼓室积液的诊治价值，现报道如下。

## 1 对象和方法

**1.1 对象** 本组收集了 2014 年 11 月-2016 年 10 月来我科就诊的分泌性中耳炎患者 124 例，年龄 14~70 岁，中位数年龄 35 岁，其中男 68 例，女 56 例，病程最短 3 天，最长 4 年。所有患者均经过询问病史、耳镜检查、声导抗检查、导管吹张记录，经任一项检查显示鼓室积液征象，即诊断为分泌性中耳炎鼓室积液，并与患者沟通鼓室穿刺术的治疗作用及可能出现的意外和并发症，经患者同意并签署手术同意书后，做鼓膜穿刺抽液。所有患者均行鼓膜穿刺抽液治疗，鼓室积液主要为浆液、粘液。

**1.2 耳镜检查** 清理干净外耳道盯聆。鼓膜像可显示鼓膜内陷，光锥变形变短或消失，色泽呈橙色、琥珀色，见到气液平面或气泡即可诊断鼓室积液。

**1.3 声导抗仪器** 采用 MADSENzodiac901 中耳分析仪，按常规进行测试，记录患者的鼓室导抗图，探测音为 226Hz,85dB SPL。方向由正 (+) 向负 (-)，测试压力以 +200daPa 为起始压力，终止压力 -400daPa，压力变化速度为 400daPa/s。同时记下静态声顺值及同对侧镫骨肌反射阈。具体操作严格按照中耳分析仪仪器说明书进行，并在检测前进行全面校准。鼓室导抗图根据 Jerger 分类法分为：A 型正常型，Ad 型声导抗增高型，As 型声导抗减低型，B 型平坦型，C 型负压型，其中 C 型如同时合并声导抗增加，振幅增高，称为 Cd 型，如合并声导抗降低，振幅减小，称为 Cs 型<sup>[1]</sup>。声导抗测试 B 型鼓室导抗曲线，提示鼓室积液。C 型曲线提示咽鼓管阻塞，中耳功能障碍。

**1.4 导管吹张方法** 操作由我科同一位技术熟练的专业人员施行，吹气用力适当，动作轻柔，操作前排除患者急性上呼吸道感染、鼻出血、鼻腔及鼻咽部肿瘤、溃疡、清除鼻腔及鼻咽部分泌

物、脓痂。采用咽鼓管圆枕法<sup>[2]</sup>,鼻腔用 1%麻黄素和地卡因收缩麻醉 15 分钟。吹张时,先将听诊管橄榄头端塞于受试耳外耳道口,另一端橄榄头塞于检查者外耳道口。检查者右手持导管末端,前端开口向下,插入前鼻孔后,沿鼻腔底部缓缓伸达鼻咽部。当导管前端达鼻咽后壁时,将导管向受试侧旋转 90°,并向后退少许,越过咽鼓管圆枕,落入咽鼓管咽口处,再将导管向外上方旋转 45°,使导管插入咽口内。检查者即换用左手持导管,右手拿吹气橡皮球,对准导管末端吹气数次,并注意通过听诊管仔细听气流通过咽鼓管的声音。吹张完毕,将导管前端向下方旋转,顺势缓缓退出鼻腔。

鼓室积液诊断标准:检查者可听到水泡声或捻发音;受试者有时也可听到耳内有水泡音。

1.5 鼓膜穿刺术 笔者严格按照无菌操作,75%酒精消毒鼓膜外耳道及耳廓,鼓膜表面用 2%地卡因液麻醉。在明视下,以针尖斜面较小的 7 号针头,从鼓膜前下方或后下方刺入鼓室。固定针头,用 2ml 注射器抽吸液体,吸尽为止。如液体粘稠,注射器不易吸出时,用电动负压吸引器从穿刺针眼吸引,以消毒棉球塞于外耳道口,术毕。

1.6 统计学方法 用 SPSS18.0 统计软件对数据进行处理,采用一致性检验分析。

## 2 结果

2.1 病史 耳闷、耳内堵塞感 100 例,伴耳鸣耳内嗡嗡响 54 例、啪啪响 10 例、涨潮声 2 例,听力下降 32 例,偶伴耳痛 2 例。

2.2 耳镜检查 鼓膜呈淡红色,光锥变短 31 例;鼓膜淡黄色光锥变短 41 例,光锥消失 10 例;鼓膜呈琥珀色,光锥消失 20 例;鼓膜呈乳白色混浊,光锥消失 14 例;鼓膜灰蓝色,光锥消失 2 例;鼓膜周围混浊,中央菲薄 6 例。其中见鼓室内发丝样弧形液平面者 49 例,鼓室内气泡者 18 例,明确鼓室积液 67 例。

2.3 声导抗测试 124 例患者中鼓室图 A 型 2 例,B 型 88 例,C 型 34 例,提示鼓室积液 88 例。

2.4 导管吹张法 检查者听到水泡音 82 例(其中患者听到气泡音 10 例),捻发音 20 例,轻柔嘘嘘声 14 例,尖锐吹风声 8 例,提示鼓室积液 102 例。

2.5 鼓膜穿刺法 抽出淡黄色清亮液体 62 例,棕黄色液体 15 例,因过于粘稠抽不出经负压吸引器吸出胶冻样分泌物 10 例,淡黄色粘液少许或气泡样 11 例,抽出鼓室积液 98 例,未抽出积液 26 例。

表 1 四种检查法鼓室积液检出率比较

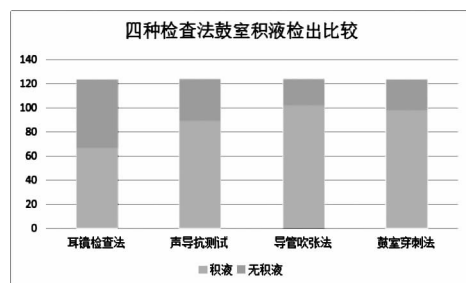


表 2 导管吹张法与耳镜法、声导抗法及鼓穿法积液检出一致性比较

导管吹张法	耳镜检查法		声导抗测试法		鼓室穿刺法	
	积液	无积液	积液	无积液	积液	无积液
积液	65	37	84	18	97	5
无积液	2	20	4	18	1	21
合计	67	57	88	36	98	26
Kappa 值	0.3365		0.5136		0.8452	
*P 值						

## 3 结论

导管吹张法与耳镜检查法检出鼓室积液一致程度差,与声导抗测试法检出鼓室积液一致程度较好,与鼓室穿刺法检出鼓室积液一致性最好。

## 4 讨论

分泌性中耳炎病因复杂,目前认为其发病因素与咽鼓管功能障碍、感染因素、免疫变态反应有关<sup>[3]</sup>。分泌性中耳炎的主要临床特征是鼓室积液,鼓室积液的形成主要是咽鼓管功能不良或阻塞,中耳气体被吸收形成负压,鼓膜内陷,病变逐渐进展,可导致鼓室渗液。鼓室积液如果不能早期消除,可能会形成粘连性中耳炎,鼓室硬化,甚至导致耳聋,因此早期发现鼓室积液非常重要。



分泌性中耳炎的鼓室积液检查方法包括：耳镜检查鼓膜像、声导抗测试、导管法咽鼓管吹张、鼓室穿刺抽液。

耳镜检查：鼓室积液早期鼓膜位置尚正常，稍呈云雾状混浊，松弛部及锤骨柄处有放射状或环状充血，锤骨柄呈粉红色或乳白色，向后上方水平移位，锤骨短突明显外突，光锥变形、缩短呈点状或分裂状甚或消失。鼓室积液时，鼓膜失去正常光泽，呈淡黄色、淡红色或琥珀色，如油纸样透明，少数呈棕褐色、暗蓝色，如下鼓室少量积液无明显变化。如积液过多，仍是内陷状，偶有外突，若积液未充满鼓室，可见发丝状中央凹下的弧形液平面，随头部位置变化而移动，有时可见小气泡，鼓膜混浊、增厚、乳白色钙化斑、鼓膜中央萎缩菲薄，很像鼓膜穿孔，因此对少许积液或者积液过多充满鼓室时不易检出。本组患者耳镜检查鼓室积液检出率仅 54.03%，耳镜检查出积液 67 例经鼓室穿刺验证均有积液。

鼓室导抗图特征性的改变,可以反映分泌性中耳炎不同发展阶段。开始时咽鼓管功能不良或堵塞，中耳气体被吸收形成负压，鼓膜内陷，鼓室压峰压点向负压侧位移，以 C 型曲线多见，当病变逐渐进展，鼓膜更加内陷，出现鼓室积液。极微量积液滞留鼓室时，鼓室导抗图可无变化，呈 A 型，积液超过鼓膜脐部时，峰压点随鼓膜内陷加重，更加偏负，鼓室导抗曲线的峰压点失去陡峭渐变圆钝。随积液增加，听骨链活动受限，声顺值减低，峰压点一再降低，由圆钝渐呈无法辨认的 B 型曲线。典型的 B 型图提示有鼓室积液，有资料表明，C 型图鼓室负压低于-140daPa 即可能为分泌性中耳炎鼓室积液<sup>[4]</sup>。也有资料显示，鼓室压-150~-200daPa 存在液体的可能性为 50%，<-200daPa 存在液体的可能性为 60%~80%<sup>[5]</sup>。鼓室导抗图 B 型多见于中耳积液、鼓膜大穿孔或听骨链堵塞。本组患者中排除鼓膜大穿孔及听骨链堵塞，本组 B 型曲线 88 例，声导抗鼓室积液（B 型）检出率占 70.97%，鼓室穿刺 4 例未抽出液体，84 例抽出

液体，假阳性率 4.55%；C 型曲线 34 例，抽出积液 14 例，假阴性率 41.18%。

声导抗检测无创、简单、快捷，但有假阴性及假阳性结果。

咽鼓管导管吹张法是检查咽鼓管功能状态的手段之一，有经验的专业人员实施导管法咽鼓管吹张时对鼓室积液判断相当敏感，本组患者中听到水泡音及捻发音共 102 例，检出率 82.26%，经鼓室穿刺抽液验证积液 98 例，符合率达 96.08%。咽鼓管吹张法能使中耳内氧分压增高，促使向黏膜扩散增加吸收，是 SOM 的有效治疗方法之一<sup>[6]</sup>。导管吹张法对操作者要求较高，应技术娴熟，对鼻腔情况及咽鼓管咽口判断准确，有敏锐的鼓室积液判断力，用力适中，轻巧熟练，既能达到治疗作用又避免咽鼓管咽口黏膜损伤，以及鼓膜破裂。对患者来说，鼻腔条件要求严格，操作前要清理鼻腔及鼻咽部分泌物，鼻腔及鼻咽部无肿物及溃烂，鼻中隔无严重偏曲鼻腔通畅，有少部分患者可能因紧张恐惧而拒绝实施。

鼓室穿刺抽液法属于有创操作，可能出现麻醉意外、眩晕、耳鸣、听力下降及感染导致鼓膜穿孔，久不愈合，遗留永久化脓性中耳炎等。即便检测准确度极高，也不宜作为鼓室积液的诊断性检查，笔者通过本组 124 例分泌性中耳炎患者，对导管吹张法与声导抗测试、耳镜检查法、鼓室穿刺法对积液检出的一致性及其敏感性作了观察，发现导管吹张法与鼓室穿刺法检出鼓室积液基本一致。临床上有下列情况之一需行鼓膜穿刺抽液治疗：1.耳镜检查见鼓室积液；2.声导抗法鼓室导抗图 B 型曲线，排除鼓膜大穿孔、听骨链堵塞；3.声导抗未显示积液经导管吹张有积液提示。

综上所述，咽鼓管导管吹张法对早期发现诊断分泌性中耳炎及中耳积液具有重要价值，同时也可作为鼓室积液治疗的手段，咽鼓管导管吹张法是一种敏感、快速和创伤较小的检测方法,大多患者也容易接受。如能早期治疗多可获得满意的治疗效果，也是促使积液排除后，（下转 18 页）

# 咽腔封闭结合玄麦甘桔颗粒治疗慢性咽炎 60 例小结

王云<sup>1</sup> 吕培德<sup>1</sup>

**【摘要】目的：**探讨咽腔封闭结合玄麦甘桔颗粒对慢性咽炎的治疗效果。**方法：**选取 2014 年至今我院门诊收治确诊为慢性咽炎患者 180 例，随机分为治疗组（咽腔封闭结合玄麦甘桔颗粒治疗），对照组一（咽腔封闭治疗），对照组二（玄脉甘桔颗粒治疗），每组 60 例。治疗后对比疗效。**结果：**治疗组总有效率 98.33%，对照组一总有效率 86.67%，对照组二总有效率 88.33%。治疗组效果优于对照组，总有效率有显著性差异( $P < 0.05$ )<sup>[1]</sup>。**结论：**在临床上，对慢性咽炎，咽腔封闭结合玄麦甘桔颗粒，可以提高临床治疗效果。

**【关键词】**慢性咽炎；咽腔封闭；玄麦甘桔颗粒

慢性咽炎为咽部粘膜、粘膜下及淋巴组织的慢性炎症。多见于成年人，病程长，症状易反复发作<sup>[2]</sup>。我们自 2014 年至今使用咽腔封闭配合玄麦甘桔颗粒治疗慢性咽炎 60 例，取得满意的疗效，并与单纯咽腔封闭的 60 例和单纯玄麦甘桔颗粒的 60 例作对比观察，现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料<sup>[3]</sup> 治疗组和对照组各选 60 例，所选患者近 1 个月内未采用其他治疗慢性咽炎的 药物及局部治疗方法。治疗组 60 例，年龄 14-62 岁，其中男 25 例，女 35 例。对照组一 60 例，年龄 15-60 岁，男 27 例，女 33 例。对照组二 60 例，年龄 16-63 岁，男 24 例，女 36 例。三组患者按病因分类见表 1。三组资料经统计学处理，无显著性差异( $P > 0.05$ )，具有可比性<sup>[4]</sup>。

表 1 三组患者按病因分类 (例)

组别	职业因素者(教师)	急性咽炎反复 发作	上呼吸道慢性 炎症	自主神经失调	其他
治疗组 60	28	18	7	4	3
对照组一 60	26	16	10	4	4
对照组二 60	27	19	9	3	2

1.2 诊断标准<sup>[5]</sup> 临床症状：咽部不适，异物感、痒感、灼热感、干燥感或刺激感，晨起出现较频繁的刺激性咳嗽，伴恶心，甚至干呕，无痰

或仅有少量白粘痰。检查：压舌易作呕，咽部粘膜弥漫性充血，血管扩张，呈暗红色；粘膜增厚，咽后壁上有较多粒状隆起的淋巴滤泡，两侧咽侧索淋巴组织增生肥厚；粘膜干燥、萎缩变薄，色苍白且发亮。

## 2 治疗方法

治疗组：咽腔封闭结合口服玄麦甘桔颗粒，取盐酸利多卡因注射液、维生素 B<sub>12</sub> 注射液、维生素 B<sub>6</sub> 注射液，于咽后壁黏膜下注射，间隔 3 天注射 1 次，注射 3 次为一疗程，治疗 2 个疗程（2 周），同时口服玄麦甘桔颗粒，10g/次，3 次/日。对照组一：咽腔封闭治疗 2 个疗程。对照组二：口服玄麦甘桔颗粒，10g/次，3 次/日，连服 2 周。且在治疗期间三组患者均忌辛辣刺激饮食、冷饮、烟酒等。

## 3 治疗结果

3.1 疗效评价标准<sup>[6]</sup> (1) 显效：症状全消失，查咽部粘膜无充血，咽后壁增生的淋巴滤泡消除；(2) 有效：咽干，异物感消失，查咽部粘膜充血好转，咽后壁淋巴滤泡缩小或减少；(3) 无效：症状、体征无改善。

3.2 治疗效果 经过 2 个疗程的治疗，从表 2 可以看出，三组的治疗均取得一定疗效，但治疗组效果明显优于对照组， $P < 0.05$ ，差异有统计学

意义。

表 2 两组患者治疗总有效率比较 (例)

组别	显效	有效	无效	总有效率
治疗组 60	42	17	1	59(98.33%)
对照一组 60	33	19	8	52(86.67%)
对照二组 60	35	18	7	53(88.33%)

表 3 病因分类及总有效率比较 (例)

组别	职业因素 者(教师)	急性咽炎 反复发作	上呼吸道 慢性炎症	自主神经 失调	其他
治疗组 59(98.33%)	28(100%)	18(100%)	7(100%)	4(100%)	2(66.67%)
对照一组 52(86.67%)	23(88.46%)	14(87.5%)	9(90%)	3(75%)	3(75%)
对照二组 58(88.33%)	26(96.30%)	18(94.74%)	6(66.67%)	2(66.67%)	1(50%)

#### 4 讨论

慢性咽炎为咽喉科中常见病, 症状易反复发作, 不同人群、不同致病原因, 其治疗效果各有差异。消除各种致病因素和增强体质, 如戒除烟酒、改善工作和生活环境(避免粉尘及有害气体)、积极治疗鼻和鼻咽部慢性炎症等, 对本病的防治甚为重要<sup>[7]</sup>。

咽腔封闭是临床上治疗慢性咽炎的常用局部治疗方法, 将营养神经的药物直接作用于咽腔局部血管、神经, 从而改善咽腔黏膜的功能, 减轻局部症状, 副作用小, 见效快, 尤其是对上呼吸道慢性炎症所致者效果较明显。但职业因素(教师)、体质因素、急性咽炎反复发作等所致者不能采用咽腔封闭治疗, 避免引起咽腔黏膜功能失调。另外, 据我们观察, 从病理分型上, 咽腔封闭对萎缩性咽炎及干燥性咽炎临床症状的消除或改善具有明显效果。从中医理论讲, 慢性咽炎系阴虚火旺, 虚火上扰, 以致咽喉失养。玄麦甘桔颗粒中玄参、麦冬以滋阴润燥、养阴生津; 桔梗、甘草宣肺祛痰、利咽<sup>[8]</sup>。如表 3 所示, 尤其对职业因素(教师)、急性咽炎反复发作较单纯咽腔封闭临床效果更好。另外据我们临床观察, 对于女性患者疗效优于男性患者。

如表 2 所示, 单纯咽腔封闭治疗和单纯玄麦甘桔颗粒治疗均取得一定疗效, 然而将二者结合起来的治疗方法, 如表 3 所示, 可以相互补充其各自单独使用时在治疗疗效上的不足, 从而提高各类慢性咽炎的临床总有效率, 达 98.33%。综上所述, 咽腔封闭结合玄麦甘桔颗粒治疗慢性咽炎较单纯使用咽腔封闭治疗和单纯使用玄麦甘桔颗粒治疗临床效果更佳。

#### 参考文献

- [1] Roth T, Coulovrat C, Hajak G, et al. Prevalence and perceived from the America Insomnia Survey [J]. Biological psychiatry, 2011. 141-143.
- [2] 耳鼻咽喉头颈外科学, 2015 年 8 月第一版, 北京: 人民卫生出版社, 146-147.
- [3] Roth T. Comorbid insomnia: current directions and future challenges, [J]. The American journal of managed care, 2009, 15 (Suppl): S6-13
- [4] Covassin N, de Zambotti M, Sarlo M, et al. Cognitive performance and cardiovascular markers of hyperarousal in primary insomnia [J]. International journal of psychophysiology, 2011, 80 (1): 79-86.
- [5] 中华医学会精神分会. 中国精神障碍分类与诊断标准 [S]. 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 4.
- [6] 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: 19-20.
- [7] 周仲瑛, 金实, 李明富等. 中医内科学 [M]. 北京: 中国医药出版社, 2003: 273.
- [8] Mansbach R. In vitro pharmacological profile of doxepin, a sleep-promoting histamine H1 antagonist. European.

# 中华中医药学会

中会国际〔2018〕005 号

## 关于开展《全国中医耳鼻喉防治技术免费培训 专科共建精准帮扶实施计划》的通知

各有关单位、有关专家：

按照中医耳鼻喉国际论坛专家委员会总体工作任务，组织中医耳鼻喉科学优势资源下沉，提升全国各地基层医疗机构中医耳鼻喉专业服务能力，拓展论坛专家委员会服务科技工作者、服务创新驱动发展战略的渠道，助力中医耳鼻喉青年科技人才队伍建设，根据《中华中医药学会关于开展青年人才托举工程 2017-2019 年度项目实施工作的通知》精神，具体要求通知如下：

### 一、项目简介

《中医耳鼻喉防治技术免费培训专科共建精准帮扶实施计划》是由中医耳鼻喉国际论坛专家委员会审议通过，河北康灵健康管理集团承办，探索采用中医药扶贫资金支持模式，对全国各地基层医疗机构中医耳鼻喉专科帮扶共建和人才队伍进行资助培养，旨在探索、创新基层医疗机构中医耳鼻喉适宜技术人才的培养模式、中医药专科服务评价标准，为全国基层医疗机构中医耳鼻喉防治能力储备力量。

### 二、申报条件

1. 县级（城市区级医院）医院、乡镇卫生院（城市社区卫生服务中心）、村级卫生所（城市街道卫生服务站），西部偏远地区优先。
2. 拥护中国共产党的领导，热爱祖国，具有创新、求实、协作、奉献的科学精神和优秀的职业道德。
3. 热爱并致力投身于中医药事业的基层医务人员和医疗机构；具有独立开展医疗临床的能力和基本条件；申报单位和人员应客观真实填报有关材料，不得编造材料。如发现存在信息不实或虚报现象，将取消其申报资格。

### 三、项目申报：

1. 单位推荐和个人自荐，通过微信或者电子邮件发送指定地址。
2. 根据培训计划和申报单位所在地区，分配到相应的培训点和班次参加免费培训进修学习和专科共建精准帮扶项目建设。

### 四、进度安排

1. 项目实施：2018 年 6 月 18 日-2023 年 5 月 18 日



2. 培训安排：(1) 项目承办单位每月一次培训班，每班 120 名，培训期 2 天 (2) 全国各省（市）级培训点每季度一次培训班，每班 120 名，培训期 1 天

## 五、联系方式

联系单位 1：中医耳鼻喉国际论坛专家委员会秘书处

联系人：杨晓娜 15831177501

杜 娟 15081815573

通讯地址：石家庄市裕华区建华南大街 118 号康灵中医耳鼻喉医院

联系电话：0311-85661424

电子邮件：zhshht321@163.com

联系单位 2：中华中医药学会国际交流部

联系人：严利依、杨一玖

通讯地址：北京市朝阳区樱花园东街甲 4 号中华中医药学会

联系电话：010-64206805

电子邮件：zyyxhgjb@163.com

中华中医药学会

2018 年 6 月 27 日

# 关于开展《全国中医耳鼻喉防治技术免费培训 专科共建精准帮扶实施计划》的通知

各位会员及各相关单位：

按照《首届中医耳鼻喉国际论坛专家委员会五年工作规划》（以下简称：专家委员会）要求，组织中医耳鼻喉科学优势资源下沉，提升全国各地基层医疗机构中医耳鼻喉专业服务能力，启动《全国中医耳鼻喉防治技术免费培训专科共建精准帮扶》计划项目。经中华中医药学会批准，河北康灵健康管理集团承办，采用专项中医药扶贫资金支持方式，助力全国各地基层医疗机构中医耳鼻喉专科帮扶共建和人才队伍进行资助培养。旨在探索、创新基层医疗机构中医耳鼻喉适宜技术人才的培养模式，为全国基层医疗机构中医耳鼻喉防治能力储备力量。

## 一、会议举办

主管：中华中医药学会国际交流部

主办：中医耳鼻喉国际论坛专家委员会

承办：石家庄康灵中医耳鼻喉医院

协办：河北康灵中医耳鼻喉研究所

## 二、会议日程

### （一）会议日期

每月 15 日上午报道，15 日下午及 16 日上午开会，会期一天

### （二）会议地点：石家庄康灵中医耳鼻喉医院

## 三、联系方式

联系单位：中医耳鼻喉国际论坛专家委员会秘书处

通讯地址：石家庄市裕华区建华南大街 118 号康灵中医耳鼻喉医院

联系人：杨晓娜 杜娟

联系电话：0311-85661424 手机：15831177501 15081815573

电子邮件：zhsht321@163.com

2018 年 7 月 25 日

# 中医耳鼻喉国际论坛专家委员会

## 《中医耳鼻喉防治技术免费培训精准帮扶讲座》第三季度培训计划

### 2018 教学大纲

#### 一、2018 年 7 月份中医耳鼻喉防治技术免费培训耳病专题讲座计划

传承创新耳病诊疗新技术-耳脐顺势疗法 & 精准医疗主题讲座

培训地点：待定

##### 1. 主题演讲：中医耳病精准检测靶向治疗高级论坛

- (1) 皮络医学三才辨治-耳病精准检测靶向皮络疗法 (45 分钟)
- (2) 精准医疗与中医耳鼻喉定向透药疗法 (90 分钟)
- (3) 网络影像工作站中的耳内窥镜与脱落细胞学诊断 (30 分钟)
- (4) 开发纯音听力测试软件提升中医耳病基层适宜技术水平 (15 分钟)
- (5) 发明咽鼓管声导抗仪让耳功能诊断和治疗更加精准便捷 (15 分钟)
- (6) 耳脐顺势疗法的个性与精准治疗 (60 分钟)

##### 2. 延伸课题：

- ① 喷嚏连连不全是过敏性鼻炎 (60 分钟)
- ② 声音嘶哑当看喉关节病变 (30 分钟)
- ③ 小儿中医耳鼻喉科发病特征及其对策 (60 分钟)

#### 二、2018 年 8 月份中医耳鼻喉防治技术免费培训鼻病专题讲座计划

中医鼻疗的传承与创新技术-鼻脐平衡疗法 & 精准医疗主题讲座

培训地点：待定

##### 1. 主题演讲：中医鼻病精准检测靶向治疗高级论坛

- (1) 皮络医学三才辨治-中医鼻疗的传承与创新 (45 分钟)
- (2) 精准医疗与中医耳鼻喉定向透药疗法 (90 分钟)
- (3) 网络影像工作站中的鼻内窥镜与脱落细胞学诊断 (30 分钟)
- (4) 鼻嗅通气功能检测软件助力鼻病专科更专业 (15 分钟)

- (5) 鼻解剖生理学特征与鼻脐平衡疗法治鼻病 (60 分钟)
- (6) 花粉播散期与过敏性鼻炎的防治 (30 分钟)
- (7) 喷嚏连连不全是过敏性鼻炎 (60 分钟)
- (8) 鼻塞并非都是病 (15 分钟)
- (9) 鼻息肉的形成与中药配方喷鼻消除鼻中息肉的方法 (15 分钟)
- (10) 羊水性鼻炎的发生与防治 (15 分钟)

2. 延伸课题:

- ① 耳门堵塞型耳病当从咽鼓管论治 (60 分钟)
- ② 声音嘶哑当看喉关节病变 (30 分钟)
- ③ 小儿中医耳鼻喉科发病特征及其对策 (60 分钟)

**三、2018 年 9 月份中医耳鼻喉防治技术免费培训咽喉病专题讲座计划**

传承创新发展中医喉疗技术-喉脐导引疗法 & 精准医疗主题讲座

培训地点: 待定

1. 主题讲座: 中医喉病精准检测靶向治疗高级论坛

- (1) 皮络医学三才辨治-中医喉疗的传承与创新 (45 分钟)
- (2) 精准医疗与中医耳鼻喉定向透药疗法 (90 分钟)
- (3) 网络影像工作站中的喉内窥镜与脱落细胞学诊断 (30 分钟)
- (4) 喉声发射咽喉图谱检测软件推动咽喉专科医疗更精准 (15 分钟)
- (5) 咽喉解剖病生理学特征与喉脐导引疗法治疗咽喉疾病 (60 分钟)
- (6) 声音嘶哑当看喉关节病变 (30 分钟)
- (7) 梅花刺络与铍刀针割治舌扁桃体肥大 (15 分钟)

2. 延伸课题:

- ① 耳门堵塞型耳病当从咽鼓管论治 (60 分钟)
- ② 反流性咽炎与咽源性咳嗽的防治 (30 分钟)
- ③ 小儿中医耳鼻喉科发病特征及其对策 (60 分钟)