

萎缩性鼻炎的中医治疗进展

王宇婷¹ 姜辉² 王嘉玺²

【摘要】 萎缩性鼻炎，中医称“鼻槁”，临床表现为鼻腔干燥、黏膜萎缩、嗅觉障碍等，严重影响患者生活质量。其发病率随环境空气污染、生活工作压力增加等原因逐年增高。中医治疗萎缩性鼻炎优势明显，通过辨证施治并采取丰富的治疗手段取得较好的疗效。现将近年来中医治疗萎缩性鼻炎进行综述。

【关键词】 萎缩性鼻炎；中医治疗；综合疗法

【Abstract】 Atrophic rhinitis, In Chinese we called "bigao", The clinical manifestations of atrophic rhinitis is nasal dryness, mucosal atrophy, olfactory disorders, etc., seriously affects the quality of life. Its incidence rate increases year by year due to environmental air pollution, increased living and working pressure. Chinese medicine has obvious advantages in treating atrophic rhinitis. It has achieved good curative effect by syndrome differentiation and taking rich treatment. In recent years, Chinese medicine has been reviewed for the treatment of atrophic rhinitis.

【Key words】 Atrophic rhinitis;TCM treatment;Combined treatment

萎缩性鼻炎，中医称“鼻槁”，其多发于青壮年，女性多于男性，分为原发性和继发性，在耳鼻喉科疾患中约占 3%^[1]。临床表现^[2]为鼻腔干燥、鼻黏膜萎缩、鼻腔异常宽大、嗅觉障碍、鼻腔内存在黄绿色脓痂，并有臭味，影响患者生活质量及社交活动，病程较长。萎缩性鼻炎西医手术治疗效果不理想，且患者痛苦大。中医治疗方法，包括中药内服、外用，针刺疗法，或将以上方法相结合的综合治疗，经临床病例观察，疗效显著，患者的症状、体征均有明显改善。现将近年来中医治疗萎缩性鼻炎的研究进行综述。

1 中药内服法

肺气通于鼻，鼻为肺之窍，鼻窍失濡，津液枯竭责之于肺、脾、肾三脏虚损。久病入络，络脉淤阻，淤水内停亦不能上荣鼻窍。故中药内服治疗萎缩性鼻炎强调司外揣内，辨证论治，临床中^[3,4]多将萎缩性鼻炎分为阴虚肺燥证、肺肾阴虚证、肺胃郁热证、气虚血瘀四类证型。治疗总有效率为 61.8%

~82.3%。阴虚肺燥证见鼻内干燥，鼻息灼热，嗅觉不灵，鼻腔有干痂，伴有咽痒干咳，秋季气候干燥时症状加重。舌质偏红，少苔，脉细数，治宜养阴润燥，宣肺散邪，清燥救肺汤、百合固金汤^[5]、益气滋阴清热方^[6]等加减治疗。肺肾阴虚证见鼻内干燥，涕浊腥臭，色微黄浅绿，痂皮量多，嗅觉消失，鼻甲萎缩较甚。舌质偏红，苔微黄腻，脉细濡数或细滑，治宜养阴清热润燥，选用甘露饮、六味地黄汤^[7]治疗。肺胃郁热证见鼻内干燥灼热，嗅觉减退，鼻黏膜萎缩，黏膜干红枯萎，鼻腔有干痂，伴有小便黄，口干舌质红，苔黄，脉有力而略数，治宜清利肺胃，生津润燥，升麻、葛根、桑皮、地骨皮等。气虚血瘀证见鼻内干燥，鼻黏膜干燥萎缩较甚，鼻腔可有少量干痂，黄绿秽涕，倦怠乏力，容易感冒，纳差，舌质红，苔薄白，脉细弱，治宜益气养血，升清润窍，补中益气汤合桃红四物汤^[8]加减治疗。另有程康明^[9]从肝脾论治萎缩性鼻炎，确立疏肝和脾法、泻黄泄木法和滋肝培土法，亦有疗效。

1.北京市和平里医院耳鼻喉科(100013)

2.北京中医药大学东方医院耳鼻喉科(100078)

2 中药外用法

外治法是中医治疗的优势,将具有祛腐生肌、抗炎消肿、滋润鼻腔的中药制成各种剂型,局部鼻腔粘膜给药,作用直接,方法简单,疗效显著费用少,外治法种类繁多,各具优势,通过辨证选择适合的方法治疗萎缩性鼻炎,患者接受程度高,疗效满意。

2.1 中药滴鼻剂

临床中,早期及轻度鼻粘膜萎缩患者,鼻腔容积改变不大,主要为黏膜功能障碍,可予中药制成水剂或油剂外用滴鼻,具有一定的治疗和预防的功效。唐小俊^[10]采用辛夷、苍耳子、白芷等制成的复方辛夷点鼻液治疗 9 例萎缩性鼻炎患者,芳香开窍通络,经三疗程治疗后有 7 例明显好转。熊世珍^[11]运用康复新液滴鼻治疗萎缩性鼻炎,活血生肌,22 例临床观察结果显示有效率 87%。韩桂亭^[12]等应用复方苍耳油滴鼻治疗萎缩性鼻炎,选择小麻油、苍耳子、细辛、辛夷等入肺经,通鼻窍之药,且具有散风祛寒清湿毒之功能,具现代医学研究,它们又有消炎止痛,抑菌之作用,通过 368 例临床观察,有效率达 89.4%。王振荣^[13]以鱼肝油为主药,辅以薄荷脑、樟脑等制成复方鱼肝油滴鼻剂治疗萎缩性鼻炎,减轻薄荷脑滴鼻液对鼻粘膜的刺激,临床观察疗效满意。

2.2 中药膏剂

中药膏剂较滴剂质地粘稠,可将药物有效成分黏附于鼻粘膜表面,除发挥药效外,亦可起到一定的湿润作用。康崇梅^[14]以京万红软膏治疗萎缩性鼻炎,内含金银花、黄芩等中药,具有抗感染,改善粘膜血液循环,活血化瘀,同时具有湿润保护作用,临床有效率 65%。刘小丰^[15]研制萎缩性鼻炎乳具有抗炎、除臭、软化鼻痂、滋润、修复鼻粘膜上皮细胞的作用,其所选方药中紫草、当归、红花具有活血、凉血、解毒、去癍痕的作用,白芷有止痛消肿作用,冰片有清热解毒作用,白芨胶有消肿生肌作用,治疗 38 例患者,18 例显效,20 例有效。

2.3 中草药前鼻孔堵塞

王钧鏢^[16]挑选大小合适完整的辛夷,中间挖出 2-4mm 左右的小孔后进行前鼻孔堵塞,塞前用生理盐水及蜂蜜滴鼻,7 日更换 1 次,治疗有效率达 86.4%,此方法取材方便,患者接受度高。

2.4 中药局部注射

部分萎缩较重,鼻粘膜色暗红的患者辩证多存在血淤证,活血化瘀类中药注射剂局部黏膜下注射可起到活血化瘀之功。李静娥^[17]用复方丹参液下鼻甲注射治疗萎缩性鼻炎患者,效果良好,复方丹参液成分为丹参、降香提取物,具有活血通络,促进组织再生的能力。王芸^[18]在传统口服维生素、鼻腔滴鼻的基础上,应用鱼腥草注射液(含丹参粉)于双侧下鼻甲粘膜下注射,总有效率的 93%。其考虑丹参粉剂稳定性好,不易受到气温的影响,高温下亦不影响疗效,优于丹参注射液。另有应用当归注射液进行下鼻甲注射治疗萎缩性鼻炎,总有效率亦达到 77%^[19]。

2.5 中药雾化吸入

雾化吸入可将药物微粒广泛均匀地与鼻粘膜接触,吸收快、无痛苦、无损伤。中药多以养阴清肺类为主,如卿丽华^[20]应用中药沙参麦冬汤加减制成鼻雾化吸入剂,经鼻雾化吸入药物微粒治疗萎缩性鼻炎,与生理盐水雾化吸入组做对照显示疗效明显高于对照组,且对鼻腔无刺激性,未发现毒副作用。兰梅香^[21]以清燥救肺汤为主方制成雾化吸入剂治疗萎缩性鼻炎,取得较满意疗效,总有效率达 85%。同时在临床观察中发现,治疗后偏小的鼻甲增大不明显,可能与骨质的萎缩难以可逆有关。

2.6 中药熏法

中药熏蒸疗法是中医传统有效常用的外治法,对于气滞血瘀、毒气郁结等疾病有显著疗效。是通过热、药双重作用而取效,热能松弛肌筋、疏松腠理、活血通络,加速血液循环,促进新陈代谢。胡养印等^[22]应用鱼腥草祛腐生肌汤(鱼腥草、桃仁、红花、川芎等)进行熏蒸鼻腔,同时结合半导体激光鼻腔局部照射治疗萎缩性鼻炎,总有效率为 91.18%。

3 针刺疗法

针刺疗法是中医的优势,穴位埋线属针刺疗法中的一种,具有更持久的穴位刺激效果。临床中^[23]常选用迎香穴埋线治疗萎缩性鼻炎中阴虚肺燥证患者,迎香穴为手阳明大肠经穴位,肺与大肠相表里,故可疏泄肺热,通利鼻窍,临床病例观察,疗效显著,有效率均超过 95%。杨俊^[24]等采用深刺鼻三针组穴治疗萎缩性鼻炎,通过症状评分及观察鼻粘液纤毛运输速率、鼻粘膜表面温度、鼻分泌物 PH 值及 24h 鼻分泌物量四项指标评价临床疗效,总有效率为 91.07%。

4 中医综合疗法

中医外科治疗常采用中药口服与局部外用相结合的形式。在辨证口服中药的基础上,结合局部治疗,往往收到更好的疗效。程均^[25]等以愈萎汤(西洋参、麦冬、五味子、银花、丹参、白芷等)内服配合萎鼻灵(黄连、蜂蜜)双侧鼻腔敷鼻治疗萎缩性鼻炎患者 30 例,总有效率 73.3%,其治疗患者主要以肺热伤阴,络脉淤阻证为主。张守杰^[26]应用升清生津法治疗萎缩性鼻炎,考虑鼻窍失濡源于人体气血津液输布不畅,清阳不升,不能上达鼻腔,故应用滋阴加柴胡、升麻、葛根等药内服结合药渣熏鼻,通过症状及体征评分,总有效率 89.95%。何中美^[27]用清燥救肺汤加减内服、千金苇茎汤加减灌鼻治疗阴虚肺燥证萎缩性鼻炎 15 例,患者症状均有缓解。

5 小结与展望

中医强调辨证论治,即应用个体化的方案治疗疾病可以达到事半功倍的目的,这也是中医疗法如此丰富的原因。通过以上疗法的总结可以给我们在临床工作中提供更多种的手段,从辨证的不同、发病时期、患者耐受度等多种角度考虑,选择最理想的方案治疗萎缩性鼻炎。同时,因为疗效评价标准欠统一,使统计有效率等观察指标存在差异,可建立统一的疗效评价体系方便使用。另外,对中医治疗萎缩性鼻炎的机理研究较匮乏,是未来研究的方向之一。通过对中医治疗萎缩性鼻炎的综述,北京

中医药大学东方医院耳鼻喉科正在开展一种新方法,予红花、白芷、白芨等中药经香油熬制成油,将明胶海绵浸润油剂作为载体,放置于总鼻道至其自然脱落或于 72 小时后更换一次,共治疗 4 次,临床观察 60 例患者有效率达到 92%。为中医治疗萎缩性鼻炎提供一种更行之有效的办法。

参考文献

- [1] 张静,孙升云,葛茂.沈英森临床经验拾零[J].辽宁中医杂志,2011,09:1737-1738.
- [2] 何岩.中药治疗萎缩性鼻炎的研究概况[J].西部中医药,2014,12:150-152.
- [3] 万海栋,肖焱,刘刚成,熊冬兰,潘云霞.中医对萎缩性鼻炎 157 例辨证论治[J].中国实用医药,2010,23:185-186.
- [4] 于向阳.中医治疗 62 例萎缩性鼻炎体会[J].亚太传统医药,2010,12:36-37.
- [5] 王歆.百合固金汤加味治疗萎缩性鼻炎 58 例[J].四川中医,2014,05:131-132.
- [6] 张艳红,靳明慧.益气清热滋阴法治疗萎缩性鼻炎 49 例临床研究[J].江苏中医药,2016,48(06):41-43.
- [7] 兰卓才.六味地黄汤治慢性萎缩性鼻炎一例[J].四川中医,1995,12:48.
- [8] 章春华.桃红四物汤加减治疗萎缩性鼻炎 35 例疗效观察[J].内蒙古中医药,2012,06:15-16.
- [9] 程康明.从肝脾论治萎缩性鼻炎三法[J].江苏中医,1989,07:30.
- [10] 唐小俊.复方辛荑点鼻液治疗萎缩性鼻炎疗效观察[J].江西医学院学报,1996,03:95.
- [11] 熊世珍,彭易坤,赵睿.康复新液治疗萎缩性鼻炎的疗效观察[J].华西药学杂志,2006,05:502.
- [12] 韩桂亭,房学贤,刘林,沈宏光,陈东泉,郑红梅,王学军.复方苍耳油治疗萎缩性鼻炎 368 例临床观察[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2005,06:345.
- [13] 王振荣.复方鱼肝油滴鼻剂的制备与应用

[13] .中国医院药学杂志,2000,03:48.

[14] 康崇梅.京万红软膏治疗萎缩性鼻炎的应用研究 [J] .中国医药科学,2013,13:83-84.

[15] 刘小丰,宋沧桑,王珩.萎缩性鼻炎乳的制备及临床应用 [J] .中国药师,2001,02:157.

[16] 王钧鏢.中草药辛夷前鼻孔填塞治疗萎缩性鼻炎 [J] .中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2002,04:188.

[17] 李静娥.复方丹参液下鼻甲注射治疗萎缩性鼻炎 30 例 [J] .贵阳医学院学报,2000,25 (2) :206-208.

[18] 王芸. 丹参粉、鱼腥草注射液治疗萎缩性鼻炎疗效观察 [J] .中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,1998,04:194.

[19] 崔淑敏,周燕,邱萍,吕华,文安惠.中药注射鼻甲治疗萎缩性鼻炎 [J] .辽宁中医杂志,2003,02:119.

[20] 卿丽华,朱力.中药超声雾化鼻吸入治疗萎缩性鼻炎的临床观察 附:125 例病例报告 [J] .成都

中医药大学学报,2005 (04) :18-19.

[21] 兰梅香, 罗红强.中药超声雾化鼻吸入治疗萎缩性鼻炎的临床观察 [J] .实用中西医结合临床,2007,7 (6) :63-65.

[22] 胡养印,朱镜飞,王斌.中药熏蒸合半导体激光治疗萎缩性鼻炎的临床观察 [J] .中外健康文摘,2012,26:278-279.

[23] 王燕如,李海燕,李峰.迎香穴埋线治疗萎缩性鼻炎 30 例 [J] .山东中医杂志,1998,01:23-24.

[24] 杨骏,张庆萍.深刺鼻三针为主治疗萎缩性鼻炎 23 例分析 [J] .中国中医药科技,1998,04:250-251.

[25] 程均,姚杰良.中药内服与内敷治疗萎缩性鼻炎 30 例疗效观察 [J] .四川中医,2008 (03) :109.

[26] 张守杰,王瑞华.升清阳补阴津法治疗萎缩性鼻炎 86 例 [J] .辽宁中医杂志,2005 (09) :912-913.

[27] 何中美.中药内服加灌鼻治疗萎缩性鼻炎 15 例 [J] .实用中医药杂志,2010,26 (10) :688.

(上接 20 页) 种疗法治疗 AR 的短期疗效良好,但长期疗效有待观察。临床上治疗时应延长治疗时间并加强患者用药的依从性以提高疗效。

参考文献

1.陈伊芮, 赵庚雷, 彭秀, 聂江洪, 彭顺林.彭顺林教授辨证论治鼻鼾临床经验浅谈. 中医眼耳鼻喉杂, 2017, 7 (4) :241.

2.中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组.变应性鼻炎诊断和治疗指南 (2015 年, 天津). 《中华耳鼻咽喉头颈外科志》, 2016, 51 (1) :6-24.

3.张有圣.针药结合治疗过敏性鼻炎 52 例. 山西中医, 2000, 8 (16) :37-38.

4.李红.刘大新教授治疗鼻鼾临床验案举隅. 中医眼耳鼻喉杂志, 2013, 3 (4) :213-214.

5.李晓晖.针药结合治疗过敏性鼻炎的临床观察.中国实用医药, 2014, 5 (18) :178-179.

6.梁超, 王静芝, 姜涛.针灸治疗过敏性鼻炎的随机对照临床研究文献 MeTa 分析. 针灸临床杂志, 2015, 31 (6) :43-48.

7.孙静远, 张永臣.针刺治疗过敏性鼻炎研究进展. 河南中医, 2013, 33 (7) :1175-1177.

疏肝和胃法治疗咽喉反流性疾病(肝胃不和证)的随机安慰剂对照研究

张静¹ 周立² 梁方琪² 邓建洪²

【摘要】目的 观察疏肝和胃法中药复方免煎颗粒治疗咽喉反流性疾病(肝胃不和证)的临床疗效。

方法 采用随机、安慰剂对照的临床试验设计。将符合纳入标准的 50 例患者随机分为试验组和对照组。两组治疗前均采取行为干预,试验组予以口服疏肝和胃法中药复方免煎颗粒,对照组予以口服安慰剂免煎颗粒,疗程均为 3 周。**结果** 治疗结束后试验组与对照组疗效分别为 78.26%与 30.00%,两组在疗效、持续清嗓、痰过多或鼻涕倒流、咽喉异物感、烧心胸膈胃痛、后联合增生上存在差异($P<0.05$)。**结论** 基于中医辨证论治理论的疏肝和胃法治疗咽喉反流性疾病(肝胃不和证)疗效确切,能缓解咽喉异物感、清嗓、痰多或鼻涕倒流、烧心胃痛等主要临床症状及后联合增生体征。

【关键词】 疏肝和胃法; 咽喉反流性疾病; 随机对照试验; 安慰剂

A randomized placebo-controlled study on the treatment of pharyngopharyngeal and laryngeal reflux disease (syndrome of incoordination between liver and stomach) with the methods of soothing the liver and stomach

ZHANG Jing ,ZHOU li,LIANG Fangqi ,DENG Jianhong

咽喉反流性疾病(Laryngopharyngeal reflux disease, LPRD)是指胃内容物反流至食管上括约肌(Upper esophageal sphincter, UES)以上部位,引起一系列症状和体征的总称。本病临床症状及体征无特异性,以咽喉部异物感、持续清嗓、声嘶、后联合增生、喉粘膜弥漫性充血等为主要表现^[1]。本病目前尚无相对应的中医病名及辨证分型,根据其临床表现,可归属于“喉痹”、“喉暗”、“梅核气”、“反酸”等病症范畴。中医普遍认为本病是由于各种原因导致胃失和降,浊气上冲至咽喉,表现在以咽喉部症状为主要临床特征的疾病。本研究采用具有疏肝理气、降逆和胃治法则自拟的中药复方免煎颗粒剂治疗 LPRD,取得良好疗效,现具体报到如下。

临床研究

1 试验设计

采用随机单盲、安慰剂平行对照的临床试验设计方法。将受试者以 1:1 的比例随机分为试验组与对照组。

2 研究对象

2.1 受试者

本研究所有受试者均来自于 2016 年 9 月至 2017 年 2 月期间就诊于成都中医药大学附属医院耳鼻咽喉科门诊的患者,本次临床研究共收集符合 LPRD 纳入标准的患者 50 例。

2.2 受试者诊断标准

2.2.1 西医诊断标准

根据《咽喉反流性疾病诊断与治疗专家共识(2015)》,所有 LPRD 疑似病例均参照 Belafsky 等

制定的反流症状指数量表 (RSI)、反流体征量表 (RFS) 进行诊断。以 RSI>13 分和/或 RFS>7 分作为咽喉反流性疾病的诊断标准。

2.2.2 中医辨证标准

中医对于本病尚无规范的诊断标准，根据普通高等教育“十二五”国家级规划教材《中医诊断学》及《中药新药临床研究指导原则》中关于肝胃不和证的中医证候诊断标准来确定 LPRD 肝胃不和证。

主症：脘肋胀满或胀痛，吞酸，嗝气，呃逆，脉弦。

次症：情志抑郁，烦躁易怒，不思饮食，善太息，胃脘嘈杂。

符合以上主症 3 项，或主症 2 项加次症 2 项，即可诊断。

2.3 受试者的选择和退出

2.3.1 纳入标准

- ① 符合咽喉反流性疾病西医诊断标准者；
- ② 符合中医肝胃不和证辨证标准者；
- ③ 年龄在 18-65 周岁之间，性别不限；
- ④ 自愿参加本次试验者。

2.3.2 排除标准

- ① 本次就诊前一月之内已采取其他相关治疗措施者；
- ② 年龄在 18 岁以下或 65 岁以上者；
- ③ 在妊娠、哺乳期，或处于备孕期者；
- ④ 已知对临床试验药物的组成成分过敏者；
- ⑤ 由于各种原因不能够理解并按要求完成病例观察表等相关记录者；
- ⑥ 正在参加其他药物临床试验者；
- ⑦ 怀疑有酒精、药物滥用病史者。

2.3.3 剔除和脱落标准

- ① 研究过程中患者拒绝进一步治疗或要求更改试验方案者；
- ② 出现不良事件或发生严重并发症者；
- ③ 使用了其他影响疗效与耐受性判断的药物者；
- ④ 不服从医嘱用药者；

⑤ 主动退出临床试验者；

⑥ 对于疗程小于 1/2 者，不纳入疗效统计之内。

2.3.4 脱落病例处理

① 因不良反应脱落的患者，应当对其进行评估以确认其出现与使用药物的相关性，并提供适宜的治疗建议；

② 因治疗无效为由而脱落者，应当根据实际情况采取相应措施；

③ 对于主动退出治疗的患者应了解其退出原因，并作相应记录。

3 干预措施

3.1 行为干预

入组后，在进行试验药物干预前以及试验研究期间，反复对患者生活方式及饮食习惯进行宣教，主要包括：

① 生活方式干预

避免精神紧张、抑郁情绪、过度劳累；适当运动，控制体重，餐后或睡前切勿剧烈运动；减少使腹内压增高的因素，如便秘、剧烈咳嗽、穿紧身衣、腰带过紧等；睡眠时取左侧卧位，并将床头抬高 15-20cm，等。

② 饮食习惯干预

适当增加食物稠度，少食多餐，避免过饱，就寝前 3 小时禁饮食；避免食用油炸食品、辛辣食品、高脂食品；避免食用柑橘类水果、苹果汁、南瓜、红薯、紫薯、酸奶、番茄酱、浓茶、巧克力、薄荷、大蒜、碳酸饮料等食物；避免食用咖啡和其他含咖啡因的食物、饮品；避免饮酒及含酒精的饮品；推荐低酸饮食，可适当食用碱性食物等。

3.2 试验药物

试验组予以由成都中医药大学附属医院免煎颗粒制剂室制备的具有疏肝和胃功能的中药复方免煎颗粒（组成：柴胡 10g，香附 10g，陈皮 10g，法半夏 10g，厚朴 10g，紫苏叶 10g，黄连 6g，诃子 10g，瓦楞子 10g，党参 15g，赤芍 10g，甘草 5g）。嘱患者以 100ml 温开水冲服，饭后半小时温

服，一次一格，一日三次，连续服用 3 周。

3.3 安慰剂

对照组予以由成都中医药大学附属医院免煎颗粒制剂室制备的在外包装、剂型、剂量、颜色、气味等与试验组相同的中药免煎颗粒安慰剂。嘱患者以 100ml 温开水冲服，饭后半小时温服，一次一格，一日三次，连续服用 3 周。

4 观察指标

4.1 一般观察指标

① 基本资料：姓名、性别、年龄、家庭住址及联系方式等。

② 病情资料：主诉、既往史、过敏史、不良嗜好等。

4.2 疗效观察指标

受试者分别于治疗前、治疗 1 周后、治疗 2 周后、治疗结束时填写 VAS 和 RSI 量表。研究者于治疗前、治疗后经由动态喉镜检查结果填写 RFS 量表。

4.3 疗效评价标准

参照《咽喉反流性疾病诊断与治疗专家共识(2015 年)》，治疗后症状好转程度用视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 评分，参照《中药新药临床研究指导原则》制定如下疗效判定标准：

症状改善百分率 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%

① 显效：症状基本消失，RSI ≤ 13 分；症状改善百分率 ≥ 80%；

② 有效：症状改善 50% 以上，RSI 降低，但仍 > 13 分；50% ≤ 症状改善百分率 < 80%；

③ 无效：症状无好转，症状改善率 < 50%，RSI 无降低。

4.4 安全性评价及标准

1 级：安全，无任何不良反应；

2 级：比较安全，出现不良反应，无需做任何处理可继续给药；

3 级：有安全性问题，出现中等程度不良反

应，合理处理后可继续给药；

4 级：因不良反应中止试验。

4.5 不良反应事件

4.5.1 不良事件的严重程度判断

轻度：受试者尚可以忍受，不影响治疗，不需要特殊处理，对受试者恢复亦无影响。

中度：受试者难以忍受，需要特殊处理，对受试者病情恢复有直接影响。

重度：危及受试者生命，可致残，甚至致死，需要立即抢救处理。

4.5.2 不良事件的记录

试验期间如实填写不良事件记录表，记录不良事件的发生时间、严重程度、持续时间、采取的有效措施及转归。

4.5.3 不良事件的急救处理

如果在试验期间发生任何不良事件，应立即采取相应的治疗；如果发生严重不良事件，则必须立即停用正在进行的相关治疗措施，并采取有效治疗。

4.6 提早结束试验

① 患者在试验过程中出现不适感，且有可能影响生命安全应立即停止；

② 课题采用的治疗药物效果欠佳，不具有研究观察意义；

③ 课题在方案设计上或施行过程中出现重大偏倚，药效评定受质疑。

5 样本量估算

本次试验，选取试验组与对照组，拟定试验为两组间有效率的比较，根据前期预试验及相关文献资料查阅，试验组有效率在 80% 左右，对照组有效率在 35% 左右，对两组进行随机样本设计的样本含量预估。检验标准：选取单侧检验；条件：非匹配且病例数与对照组相等的病例：n = n₁ = n₂；

样本量计算公式：

$$n = \frac{[z_{\alpha} \sqrt{2p(1-p)} + z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$p = (p_1 + p_2) / 2;$$

检验参数： α ：检验的显著性水平，取 0.05， $z_{\alpha}=1.645$ （取单侧检验）； β ：为犯 II 类错误的概率，取 0.10，即检验功效 $1-\beta=0.90$ ， $z_{\beta}=1.282$ （取单侧检验）； p_1 ：为试验组有效率； $p_1=80%$ ； p_2 ：为对照组有效率； $p_2=35%$ ；计算结果：经计算后得出 $n=n_1=n_2=20$ ；

经公式计算得出，当两组的单组样本含量为 20 例，总样本例数为 40 例时已具有检验效能。但是考虑试验中可能会有脱落病例，估计为 10%–20%，故适当扩大样本量。综上，当实际总体样本含量在 50 例左右时，能够减少系统误差，保证研究结论具有一定可靠性。同时可以避免样本含量过少引起的检验效能偏低的假阴/阳性，以及样本含量过大所造成的资源浪费。

6 随机方法及盲法

6.1 随机方法

采用随机数字表的方式，对符合纳入及排除标准的受试者，以就诊的先后顺序随机分为试验组与对照组。

6.2 盲法设定

本研究为自选课题，由于研究人员数量的限制等原因，本试验很难做到双盲研究。故采用单盲法，即在试验过程中，患者不知道分组信息及不同组之间的治疗方案，同时研究者不参与试验数据的统计。

7 统计学方法

本课题运用 SPSS22.0 对最终数据进行统计分析。对于计数资料运用 χ^2 检验；计量资料首先进行正态性检验，若符合正态分布的两样本均数比较采用独立样本 t 检验，同一样本治疗前后比较采用配对 t 检验，数据用 $(\bar{x} \pm S)$ 表达；两组间率的比较选取秩和检验；规定若 $P < 0.05$ ，则具有统计学意义。

研究结果

1 两组病例基线资料比较

表 1

组别	性别 (男/女)	年龄 (岁)	病程 (月)	VAS	RSI	RFS
试验组	8/15	41.09± 12.38	14.22± 19.61	7.00± 1.17	18.78± 3.63	8.39± 0.89
对照组	6/14	41.50± 9.90	17.20± 22.32	6.70± 1.08	17.05± 2.16	8.30± 0.87
统计量	$\chi^2=0.111$	$t=-0.120$	$t=-0.467$	$t=0.870$	$t=-1.864$	$t=0.340$
P	0.739	0.905	0.643	0.390	0.069	0.736

如上表所示，治疗前两组受试者基线资料、病情均衡，具有可比性。

2 试验病例情况

表 2

组别	入组病例	脱失病例	完成病例
试验组	25	2	23
对照组	25	5	20
合计	50	7	43

如上表所示，试验组脱失 2 例，脱失原因为其中一名患者在治疗期间外出受凉发生急性咽喉炎，另一名患者因其主动提出要求更改治疗方案（强烈要求在中药治疗的基础上行喉上神经封闭治疗）；试验组脱失 5 例，脱失原因为主动提出终止试验方案；7 例脱失患者未完成总疗程的 1/2，故均不予纳入后续统计分析。

3 治疗结束后两组症状、体征比较

3.1 治疗结束后两组症状评分比较

表 3

各项症状评分	试验组	对照组	T 值	P
声嘶或发音障碍	0.91±1.08	1.15±1.09	-0.713	0.480
持续清嗓	1.09±0.52	2.30±0.80	-5.984	0.000*
痰过多或鼻涕倒流	0.35±0.57	1.70±0.80	-6.279	0.000*
吞咽食物水或药片不利	0.26±0.86	0.50±0.69	-0.993	0.327
饭后或躺下后咳嗽	0.13±0.46	0.30±0.80	-0.866	0.391
呼吸不畅或反复窒息发作	0.09±0.29	0.30±0.47	-1.759	0.088
烦人的咳嗽	0.52±0.73	1.10±1.21	-1.863	0.072
咽喉异物感	2.00±0.74	2.55±0.89	-2.190	0.035*
烧心、胸痛、胃痛	1.35±0.94	2.10±1.07	-2.460	0.018*
RSI 评分	6.70±2.48	12.00±2.13	-7.475	0.000*
VAS 评分	2.96±1.07	4.70±0.87	-5.835	0.000*

由上表可知, 经独立样本 t 检验, 治疗结束后两组在持续清嗓、痰过多或鼻涕倒流、咽喉异物感、烧心胸胃痛、RSI、VAS 评分比较上存在统计学差异 ($P<0.05$), 具有临床意义。

3.2 治疗结束后两组体征评分比较

表 4

各项体征评分	试验组	对照组	T 值	P
假声带沟	0.35±0.78	0.30±0.73	0.207	0.837
喉室消失	1.39±0.94	1.50±0.89	-0.388	0.700
红斑充血	1.74±0.92	1.70±0.73	0.153	0.879
声带水肿	0.35±0.49	0.65±0.75	-1.549	0.131
弥漫性喉水肿	0.48±0.59	0.40±0.60	0.430	0.670
后联合增生	1.57±0.51	2.00±0.46	-2.952	0.005*
肉芽肿	0	0	0	1
喉内黏稠黏液附着	1.13±1.01	1.40±0.94	-0.899	0.374
RFS 总评分	8.20±0.83	8.26±0.81	-0.242	0.446

由上表可知, 经独立样本 t 检验, 治疗结束后两组在后联合增生评分比较上 $P=0.005$ ($P<0.05$), 差异具有统计学意义; 其余各项差异无统计学意义。

4 治疗后两组间疗效比较

4.1 治疗 1 周后

表 5 治疗 1 周后两组间有效率比较

组别	例数	显效	有效	无效	有效率(%)	Z	P
试验组	23	0	1	22	4.35	-0.933	0.351
对照组	20	0	0	20	0.00		

由上表可知, 经秩和检验, 在治疗 1 周后, 试验组与对照组疗效比较 $P=0.351$ ($P>0.05$), 两组疗效差异无统计学意义。

4.2 治疗 2 周后

表 6 治疗 2 周后两组间有效率比较

组别	例数	显效	有效	无效	有效率(%)	Z	P
试验组	23	0	8	15	34.78	-2.366	0.018*
对照组	20	0	1	19	5.00		

由上表可知, 经秩和检验, 在治疗 2 周后, 试验组与对照组疗效比较 $P=0.018$ ($P<0.05$), 两组疗效差异具有统计学意义。

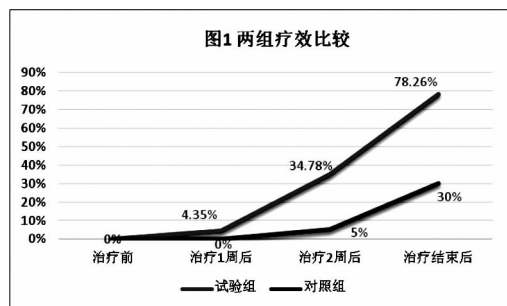
4.3 治疗结束后

表 7 治疗结束后两组间有效率比较

组别	例数	显效	有效	无效	有效率(%)	Z	P
试验组	23	1	17	5	78.26	-3.478	0.001*
对照组	20	0	6	14	30.00		

由上表可知, 经秩和检验, 在治疗结束后试验组与对照组疗效比较 $P=0.001$ ($P<0.01$), 两组疗效具有显著性差异。

4.4 两组治疗后具体疗效情况如下图所示:



讨论

1 本次试验立法依据及分析

1.1 行为干预

本次试验行为干预包括改变不良生活方式及饮食习惯。一项双盲、随机对照试验显示无论是否使用 PPI, 只要能改变生活方式 2 个月, 咽喉反流患者的症状就能得到显著改善^[2]。Kaltenbach 等^[3]研究发现吸烟、饮酒、巧克力和高脂饮食会降低食管下括约肌压力, 减轻体质量和抬高床头可改善反流症状。一项 meta 分析^[4]发现体质量增加与反流症状有明确关系。另有研究发现^[5]进食过饱、用力排便等可兴奋迷走神经增加胃酸分泌, 且可使腹内压增高、膈肌上抬、LES 一过性松弛从而引起胃内容物反流, 引起 LPRD 相应症状。Koufman 等^[6]认为在低酸饮食治疗同时改变抑郁情绪有助于提高治疗效果, 陈茹等^[7]研究也证实对于合并抑郁焦虑状态的患者, 给予相应心理及抗抑郁、抗焦虑治疗取得了良好效果。因此, 行为干预亦是 LPRD 治疗及预防的重要组成部分。

1.2 安慰剂

国内学者认为, 安慰剂对照在试验结果的准确性上具有无可比拟的优势, 是验证新药临床疗效必须使用的手段^[8]。同样, 2004 年美国食品与药

品监督管理局指出, 在新药研究中随机、双盲、安慰剂研究得到临床证据等级最高, 植物药研究中应该使用安慰剂^[9]。但中药汤剂具有特殊的颜色、气味和口感, 故中药的安慰剂制作困难极大^[10]。经过查阅相关文献^[11], 本研究使用的安慰剂, 采用辅料加药物稀释的方法进行制备。即在使用可溶性辅料糊精的同时, 加入 10 倍的稀释汤药共同制备成免煎颗粒剂。此种方法也曾在大型的中药临床研究中多次使用, 并且安慰剂得到无相关药理作用的实验验证^[12]。

1.3 肝胃不和证的证型分析

胃失和降、胃气上逆于咽喉为本病基本病机。肝失疏泄, 气机升降失常, 横逆反胃, 胃失和降, 浊气上逆于咽喉为本证的病机要点。《沈氏尊生书》言: “胃可纳食, 主乎通降, 其所以不通降而生病之故, 皆因肝气冲气逆, 阻胃之降也”, 清代叶桂有云: “肝气上逆, 久之则诸气均逆, 而三焦皆受, 不过胃当其冲矣”, 均指出肝气不舒可致胃失和降, 且《灵枢·经络》中提及: “肝足厥阴之脉……上贯膈, 布胁肋, 循喉咙之后, 上入郁颡”, 故肝胃不和最终影响咽喉而发为本病。《太平圣惠方·卷三十五》言: “脾胃有热, 则热气上冲, 致咽喉肿痛”, 《灵枢》认为“邪在胆, 逆在胃, 胆液泄则苦, 胃气逆则呕苦”, 提出了此病以“热”、“逆”为其病机特点。初期病在肝胃以实证为主, 后期累及脾以虚实夹杂为主。气滞、热郁、血瘀、痰浊为本证的病理因素。胃气上逆则暖气呃逆, 肝郁化火则反酸嘈杂, 肝气郁结则胃脘痞满、胸胁胀痛、情绪抑郁或急躁易怒, 气郁化火则多见舌红苔黄、脉弦。

1.4 疏肝和胃法的立法依据及组方要点

肝主疏泄, 肝疏则气通而不滞, 肝泄则气散而不郁。胃主通降, 以降为和, 以通为用。肝主疏泄是脾胃之气升降的重要条件, 遵《内经》“木郁达之”之旨, 故本病肝胃不和证的治法当以疏肝和胃为要。基于疏肝和胃的基本治法, 自拟方剂如下:

1.4.1 组成

柴胡 10g、香附 10g、法半夏 10g、陈皮 10g、厚朴 10g、紫苏叶 10g、黄连 6g、诃子 10g、瓦楞子 10g、党参 15g、赤芍 10g、甘草 5g。

1.4.2 功效

疏肝理气, 和胃利咽

1.4.3 方解

本方中柴胡, 入肝胆经, 其性升散, 历代作为治疗肝气郁滞之要药, 善疏肝解郁, 宣散透邪, 故为君药。香附, 入肝经而善疏肝解郁、理气止痛, 与柴胡合用共解肝经郁滞, 增强行气止痛之效; 法半夏, 归脾胃经, 其能燥湿化痰, 降逆和胃止呕; 共为臣药。陈皮, 归脾胃经, 为治脾胃气滞之要药, 功善行气调中, 燥湿化痰; 厚朴, 归脾胃经, 功能燥湿消痰, 下气除满, 与法半夏、陈皮相须为用, 行气调中燥湿除满; 紫苏叶, 归脾胃经, 行气宽中, 能宽中除胀、和胃止呕; 黄连, 苦, 寒, 归脾胃经, 清热燥湿、泻火解毒, 用于热郁中焦之痞满、呕吐、吞酸; 诃子, 功善利咽开音; 瓦楞子, 制酸止痛, 主治胃痛吐酸; 党参, 归脾经, 燥湿健脾, 为健脾第一要药, 《内经》“见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾”, 故见肝之病不能唯治肝当先顾护脾; 赤芍, 入肝经, 因“久病入络”, 故用于活血通络, 且能起引药入肝经之效; 共为佐药。甘草, 味甘性平, 调和诸药, 为使药。

1.4.4 现代药理学研究

根据相关现代药理学的研究结果可知^[13], 柴胡具有镇痛抗炎、抗抑郁、镇静、保肝利胆、促进胃排空等药理作用; 香附具有解热镇痛、镇静等药效; 半夏能明显抑制呕吐, 具有抗溃疡、保护胃粘膜及促进胃粘膜修复、促进胃肠运动、升高肝脏内酪氨酸转氨酶的活性等作用; 陈皮具有抗溃疡、利胆促进消化等作用; 厚朴能调节胃肠动力、抗炎; 紫苏叶具有促进消化液分泌、增加胃肠蠕动等药效; 黄连对胃肠运动有双向调节作用, 且能保护胃肠粘膜等药效; 甘草提取物具有解痉和抑制溃疡作用。综上, 本方诸药能够作用于 LPRD 发病的基本病理环节, 进而起到相应的治疗

作用。

2 本次试验结果分析

2.1 治疗前后 VAS、RSI 及各项症状评分分析

治疗结束后, 两组在持续清嗓、痰过多或鼻涕倒流、咽喉异物感、烧心胸痛胃痛、RSI、VAS 评分上存在差异 ($P<0.05$), 具有统计学意义, 说明治疗结束后试验组在改善持续清嗓、痰过多或鼻涕倒流、咽喉异物感、烧心胸痛胃痛症状、RSI、VAS 评分方面明显优于对照组。综上可知, 基于疏肝和胃法自拟的具有疏肝和胃功效的中药复方免煎颗粒治疗咽喉反流性疾病 (肝胃不和证) 有一定的临床疗效。能明显改善患者咽喉异物感、清嗓、痰多或鼻涕倒流、烧心胃痛等主要临床症状。

2.2 治疗前后 RFS 及各项体征评分分析

治疗结束后, 从试验组治疗前和治疗后的组内比较上可以看出, 在体征 (弥漫性喉水肿、后联合增生、喉内黏稠黏液附着) 评分上存在差异 ($P<0.05$), 具有统计学意义。但在治疗结束后, 从试验组与对照组的组间比较可以得出, 两组仅在体征后联合增生的比较上具有统计学意义 ($P<0.05$), 反映出试验组在改善后联合增生体征上明显优于对照组。两组在其余各项体征及 RFS 评分的比较上不具有统计学意义 ($P>0.05$), 两组比较无明显差异性。综合考虑, 本病治疗后在体征方面未见明显改善, 可能跟本试验疗程较短以及未做随访观察有关, 推测本病在症状的改善方面早于体征的改善。

2.3 疗效评价分析

治疗 1 周后, 试验组与对照组疗效分别为 4.35% 与 0.00%, 说明试验组在用药 1 周后即开始起效, 但两组疗效比较 $P=0.351$ ($P>0.05$), 差异无统计学意义。在治疗 2 周后, 试验组与对照组疗效分别为 34.78% 与 5.00%, 两组疗效比较 $P=0.018$ ($P<0.05$), 差异具有统计学意义, 说明在治疗 2 周后试验组疗效优于对照组。治疗结束后, 试验组与对照组疗效分别为 78.26% 与 30.00%, 两组疗效比较 $P=0.001$ ($P<0.01$), 具有显著性差异,

说明在治疗结束后试验组疗效显著优于对照组。综上可知, 试验组在治疗 1 周后即起效, 治疗 2 周后疗效明显, 在治疗 3 周后疗效显著高达 78.26%。对照组在治疗 2 周后存在一定疗效, 在治疗 3 周结束后疗效达 30.00%, 提示安慰剂对照组也有一定疗效, 但疗效较低, 考虑为经基础的行为干预后, 患者通过改变不良的生活方式及饮食习惯而起效。

结论

基于疏肝和胃法自拟的具有疏肝和胃功效的中药复方免煎颗粒治疗咽喉反流性疾病 (肝胃不和证) 有一定的临床疗效。能明显改善患者咽喉异物感、清嗓、痰多或鼻涕倒流、烧心胃痛等主要临床症状。说明其治法及组方用药切合临床实际, 符合 LPRD 的病机及病变规律; 自拟的具有疏肝和胃功效的中药复方免煎颗粒能改善患者后联合增生的临床体征, 但在其他各项体征方面未见明显改善, 考虑可能跟本试验疗程较短以及未做随访观察有关; 本次试验期间未出现明显不良反应, 本疗法安全有效, 值得在临床推广使用, 且有进一步深入研究价值。

参考文献

- [1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会咽喉组, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会咽喉学组. 咽喉反流性疾病诊断与治疗专家共识 (2015 年) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016, 51 (5): 324-326.
- [2] Ford CN. Evaluation and management of laryngopharyngeal reflux [J]. JAMA, 2005, 294 (12): 1534-1540.
- [3] Kaltenbach T, Crockett S, Gerson LB. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach [J]. Arch Intern Med, 2006, 166 (9): 965-971.
- [4] Eslick GD. Gastrointestinal symptoms and obesity: a meta-analysis [J]. Obes Rev, 2012, 13

(5): 469-479.

[5] Ludemann JP, Manoukian J, Shaw K, et al. Effects of simulated gastroesophageal reflux on the untraumatized rabbit larynx [J]. J Otolaryngol, 1998, 27: 127-131.

[6] Koufman JA. Low-acid diet for recalcitrant laryngopharyngeal reflux therapeutic benefits and their implications [J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2011, 120: 281-287.

[7] 陈茹, 林森, 陈崇喜, 等. 咽喉反流与焦虑、抑郁症状的相关分析和治疗 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2015, 22: 449-451.

[8] 毕京峰. 安慰剂对照设计在中药新药临床

试验中的应用研究 [D]. 成都中医药大学, 2009.

[9] Food and Drug Administration. Guidance for industry: botanical drug products [S]. 2004: 9-10.

[10] 张慧芝. 安慰剂在医学中的应用 [J]. 药物研究, 2003, 3 (5): 58.

[11] 酒井仲也, 刘嘉嘉, 郭永梅. 关于中药的临床试验问题 [J]. 日本医学介绍, 2003, 24 (2): 91-93.

[12] 黄庆花, 肖静, 孙艳梅, 等. 中药复方安慰剂的制作方法质量评价 [J]. 中医杂志, 2015, 56 (15): 1294-1297.

[13] 彭成. 中华道地药材 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011.

(上接 18 页) 10.5、21 μg/ml 对听细胞损伤率分别为 46.9%、92.4%，对听细胞损伤均有显著性差异 ($P < 0.01$, $P < 0.01$), 表明雷公藤多苷有听细胞毒性, 存在剂量依赖关系。

3.3 各药物处理 5dpf AB 系斑马鱼, 72h 后, 观察斑马鱼行为是否有异常 (身体侧翻), 肾包膜是否有水肿, 分别统计发生率。雷公藤多苷 2.625、5.25 μg/ml 组均无死亡, 侧翻率分别为 0、6.7%; 10.5 μg/ml 组死亡 30%, 余下斑马鱼中侧翻率达 57.1%; 21 μg/ml 组给药 72h, 斑马鱼全部死亡; 雷公藤多苷各浓度组中未观察到明显的肾包水肿现象, 结果表明雷公藤多苷随着剂量增加, 斑马鱼侧翻率增加, 这可能与前面结果中听毒性引起的平衡缺陷有关。从表型结果看对肾脏无明显影响, 需要结合病理切片综合分析。

谷胱甘肽是体内的重要氧自由基清除剂。谷胱甘肽预处理 1 h 后, 加入雷公藤多苷 10.5 μg/ml; 谷胱甘肽预处理 1h 后, 加入阳性对照庆大霉素 2.5 μg/ml; 共同处理 24 h 后, 用 DASPEI 染料进行活体斑马鱼染色, 拍照后, 用软件分析听细胞荧光强度, 观察谷胱甘肽对雷公藤多苷 10.5 μg/ml

诱导听细胞毒性的保护作用。结果表明: 庆大霉素 2.5 μg/ml 对听细胞损伤率达 85.8%, GSH 干预后, 听细胞损伤率下降到 55.2%, 两者有显著性差异 ($P < 0.01$), 表明 GSH 对庆大霉素诱导听毒性有保护作用。雷公藤多苷 10.5 μg/ml 对听细胞损伤率达 52.5%, GSH 干预后, 听细胞损伤率达 81.8%, 两者有显著性差异 ($P < 0.01$), 表明 GSH 对雷公藤多苷诱导听细胞毒性无保护作用, 反而加重听毒性;

总之, 本次实验观察结果表明雷公藤多苷有听毒性, 有剂量依赖关系, 且斑马鱼侧翻率也随剂量增加而增加, 这可能与听毒性引起的平衡缺陷有关; 谷胱甘肽对雷公藤多苷诱导听细胞毒性无保护作用。

参考文献

[1] 夏志林, 郑幼兰. 雷公藤内酯的药理和临床研究. 中国药理学通报, 1992, 6 (12): 427-431.

[2] 黄伟, 冯群等. 雷公藤不同样品对正常小鼠急性毒性实验研究. 中国药物警戒, 2014, 11 (1):

雷公藤多甙对斑马鱼听毒性和肾毒性的实验研究

唐旭霞¹ 谌晶晶¹ 李斌¹ 张辰¹ 韩朝²

【摘要】目的 研究雷公藤多甙的斑马鱼听毒性和肾毒性。**方法** 采用斑马鱼模型, 本实验分别对雷公藤多甙和马兜铃酸进行浓度摸索实验, 各药物处理 5dpf AB 系斑马鱼, 24h 后, 用 DASPEI 染料进行活体斑马鱼染色, 拍照后, 用软件分析听细胞荧光强度分析; 观察斑马鱼行为是否有异常(身体侧翻), 肾包膜是否有水肿, 分别统计发生率。谷胱甘肽预处理 1h 后, 加入阳性对照庆大霉素 2.5 $\mu\text{g/ml}$; 共同处理 24 h 后, 用 DASPEI 染料进行活体斑马鱼染色, 拍照后, 用软件分析听细胞荧光强度。**结果** 1.MNLC 分别为 21 $\mu\text{g/ml}$ 、3.4 $\mu\text{g/ml}$, 后续实验中分别选择 MNLC、1/2MNLC、1/4MNLC、1/8MNLC 进行听细胞毒性实验。2.庆大霉素 2.5 $\mu\text{g/ml}$ 对听细胞损伤率达 88.5%–89.5%, 有显著性差异 ($P < 0.01$), 表明庆大霉素有严重听细胞毒性, 这与临床结果一致。雷公藤多甙低剂量 2.625、5.5 $\mu\text{g/ml}$ 对听细胞损伤率分别为 8.9%、10.9%, 对听细胞有损伤趋势, 但均无统计学差异。雷公藤多甙高剂量 10.5、21 $\mu\text{g/ml}$ 对听细胞损伤率分别为 46.9%、92.4%, 对听细胞损伤均有显著性差异 ($P < 0.01$, $P < 0.01$), 表明雷公藤多甙有听细胞毒性, 存在剂量依赖关系。3.各药物处理 5dpf AB 系斑马鱼, 72h 后, 雷公藤多甙 2.625、5.25 $\mu\text{g/ml}$ 组均无死亡, 侧翻率分别为 0、6.7%; 10.5 $\mu\text{g/ml}$ 组死亡 30%, 余下斑马鱼中侧翻率达 57.1%; 21 $\mu\text{g/ml}$ 组给药 72h, 斑马鱼全部死亡; 雷公藤多甙各浓度组中未观察到明显的肾包水肿现象, 结果表明雷公藤多甙随着剂量增加, 斑马鱼侧翻率增加, 这可能与前面结果中听毒性引起的平衡缺陷有关。从表型结果看对肾脏无明显影响, 需要结合病理切片综合分析。4.庆大霉素 2.5 $\mu\text{g/ml}$ 对听细胞损伤率达 85.8%, GSH 干预后, 听细胞损伤率下降到 55.2%, 两者有显著性差异 ($P < 0.01$), 表明 GSH 对庆大霉素诱导听毒性有保护作用。雷公藤多甙 10.5 $\mu\text{g/ml}$ 对听细胞损伤率达 52.5%, GSH 干预后, 听细胞损伤率达 81.8%, 两者有显著性差异 ($P < 0.01$), 表明 GSH 对雷公藤多甙诱导听细胞毒性无保护作用, 反而加重听毒性。**结论** 本次实验观察结果表明雷公藤多甙有听毒性, 有剂量依赖关系, 且斑马鱼侧翻率也随剂量增加而增加, 这可能与听毒性引起的平衡缺陷有关; 谷胱甘肽对雷公藤多甙诱导听细胞毒性无保护作用。

【关键词】 雷公藤多甙; 斑马鱼; 耳毒性; 肾毒性

Experimental study on auditory and Renal toxicity of *Tripterygium wilfordii* Polyglycosides in zebrafish

TANG Xuxia, CHEN Jingjing, LI Bin, ZHANG Chen, HANChao

【Abstract】 Objective To study the auditory and renal toxicity of *Tripterygium wilfordii* polyglycosides in zebrafish. **Methods** Zebrafish model was used. The concentration of *Tripterygium wilfordii* polyglycoside and aristolochic acid were studied in this experiment. After 24 hours of treatment with 5dpf ab, the zebrafish were stained with daspei dye and photographed. The fluorescence intensity analysis of auditory cells was used to analyze the abnormal behavior of zebrafish and whether there was edema in the renal capsule. After pretreatment with glutathione for 1 h, the positive control gentamicin was added at 2.5 $\mu\text{g/ml}$. After 24 hours of treatment, the zebrafish were stained with daspei dye and photographed, and the fluorescence intensity of the cells was analyzed

by software. **Results** 1. Mnlc was 21 μ g / ml and 3.4 μ g/ml, respectively. In the subsequent experiments, mnlc, 1/2mnlc, 1/4mnlc, 1/8mnlc was selected for auditory cytotoxicity test. The injury rate of gentamicin 2.5 μ g/ml to auditory cells was 88.5- 89.5. The difference was significant ($P < 0. 01$), which indicated that gentamicin had severe auditory cytotoxicity, which was consistent with the clinical results. The injury rate of low dose 2.6255.5 μ g/ml of Tripterygium wilfordii to auditory cells was 8.9 and 10.9, respectively. There was a tendency of injury to auditory cells, but there was no significant difference between them. The rate of hearing cell injury was 46.9% and 92.4 μ g/ml in high dose 10.5 μ g/ml, respectively, and there was significant difference in hearing cell damage ($P < 0.01$), which indicated that tripterygium wilfordii polyglycoside had hearing cytotoxicity and had a dose-dependent relationship ($P < 0.01$, $P < 0.01$), which showed that there was a dose-dependent relationship between the damage rates of hearing cells and that of tripterygium wilfordii polyglycoside. After 72 hours of 5dpf ab treatment, there was no death in the 2. 625 μ g/ml and 5. 25 μ g/ml groups of tripterygium wilfordii polyglycosides, and the rollover rates were 0 ~ 6. 7 μ g/ml and 10. 5 μ g/ml, respectively. The side flip rate of the remaining zebrafish was 57.1% and 21 μ g/ml for 72 h, and all the zebrafish died. No obvious renal edema was observed in all concentration groups of Tripterygium wilfordii polyglycosides. The results showed that the side-flip rate of zebrafish increased with the increase of the dose of tripterygium wilfordii polyglycosides, which may be related to the balance defect caused by auditory toxicity in the previous results. From the phenotypic results, there is no obvious effect on the kidney, which needs to be combined with pathological section analysis. 4. 4. The injury rate of Gentamycin 2.5 μ g/ml to auditory cells reached 85.8% and the rate of hearing cell damage decreased to 55.2 after intervention by Gentamycin, which indicated that gsh had protective effect on gentamicin induced hearing toxicity ($P < 0. 01$). The injury rate of hearing cells induced by tripterygium wilfordii polyglycoside 10.5 μ g/ml was 52.5% and 81.8% ($P < 0 01$). The results showed that gsh had no protective effect on hearing cells induced by tripterygium wilfordii polyglycoside, but aggravated the hearing toxicity. **Conclusion** The results of the present study indicate that tripterygium wilfordii polyglycosides have audiotoxicity and dose-dependent relationship, and the overturning rate of zebrafish also increases with the increase of dose, which may be related to the balance defect caused by hearing toxicity. Glutathione has no protective effect on hearing cytotoxicity induced by tripterygium wilfordii polyglycoside.

【Key words】 Tripterygium wilfordii polyglycosides; zebrafish; ototoxicity; nephrotoxicity

雷公藤是我国传统中医学中的一种常用中药，现代药理表明其具有抗肿瘤、抗炎以及免疫抑制等药理活性^[1]。雷公藤提取物研制的制剂用于治疗类风湿性关节炎、白血病、肾病综合症、肿瘤等取得了较好的疗效并已被广泛认可^[2]。然其性辛苦性寒，有大毒，为中国植物图谱数据库收录的有毒植物。在雷公藤众多毒性中，耳毒性也有所报道，但目前尚无有实验研究报告。

斑马鱼听细胞沿着侧线分布，听细胞和基质细胞组成神经丘，其结构和功能与哺乳动物内耳毛细胞相似。结合斑马鱼身体透明的特点，利用 DASPEI 荧光染料进行活体听细胞染色，这为高通量进行药物听细胞毒性及听细胞保护剂研究提供基础。本研究利用斑马鱼分别观察雷公藤多苷在不同浓度下对听细胞的损伤情况，以及对行为（身体侧翻）、肾包膜的影响，同时观察谷胱甘肽

对雷公藤多苷诱导听细胞毒性的保护作用,为临床雷公藤的使用提供参考。

1 材料与方法

1.1 实验材料

1.1.1 受试样品

雷公藤多苷片(浙江得恩德制药有限公司,10 mg/片,批号 1307101B,用 DMSO 配制成浓度为 20 mg/ml 的储备液,-20℃保存),庆大霉素(阿拉丁,批号 39970,用超纯水配制成 25 mg/ml 的储备液,-20℃保存)。

1.1.2 实验仪器与试剂

荧光立体显微镜(Nikon AZ 100, Japan);6 孔板(Nest Biotech);二甲基亚砜(DMSO,阿拉丁,批号 1095515);DASPEI 染料(sigma,批号 109k1336)。

1.1.3 实验动物

斑马鱼胚胎的繁殖以自然成对交配的方式进行。每次交配准备 4~5 对成年斑马鱼,平均每对能产 200~300 个胚胎。在受精后 6 小时(即 6 hpf)和 24 hpf 对胚胎进行清理(移除已死亡胚胎),并根据胚胎的发育阶段挑选合适的胚胎(Kimmel et al. 1995)。在 28℃条件下用养鱼用水孵育胚胎(养鱼用水水质:每 1L 反渗透水中加入 200 mg 速溶海盐,电导率为 480~510 μS/cm;pH 为 6.9~7.2;硬度为 53.7~71.6 mg/L CaCO₃)。因为胚胎可以从自身的卵黄囊中获取营养物质,所以在受精后 9 天内(9dpf)不需要喂食。实验完成后,用三卡因甲磺酸对各个发育阶段的斑马鱼进行过度暴露处理,从而将斑马鱼麻醉处死。麻醉处死的操作步骤符合美国兽医协会(AVMA)对动物麻醉处死的规范要求。

1.2 实验设计

1.2.1 确定药物的最大非致死浓度(MNLC)

用待测药物处理 AB 品系,5dpf 斑马鱼,每种待测药物设置多个不同的浓度,每个浓度均处理 15 尾斑马鱼;

待测药物的五个初始检测浓度分别为:雷

公藤浓度设计为 100、50、25、10、5 μg/ml;阴性对照组:溶剂组(1% DMSO);

空白对照组用于证明溶剂不会对斑马鱼造成有害影响;

所有实验组(除空白对照组)均含有相同浓度的溶剂;

药物处理 24h 结束后,统计各实验组的斑马鱼死亡数量,使用 Graphpad prism 6.0 统计学软件绘制最佳的浓度效应曲线,并计算 LC1(MNLC);

1.2.2 评价药物的听细胞毒性

依据浓度致死曲线,每种待测药物选取 4 个浓度进行检测(MNLC、1/2 MNLC、1/4 MNLC、1/8MNLC),每个浓度均处理 30 尾斑马鱼,AB 品系,5dpf 斑马鱼;

阳性对照组:庆大霉素 2.5 μg/ml;

溶剂对照组:1% DMSO;

所有实验组均含有相同浓度的溶剂;

1) 药物处理 24h 后,每组随机选取 10 尾斑马鱼用听细胞特异性荧光染料 DASPEI 对斑马鱼进行染色,其中 DASPEI 染料终浓度为 1 mM(DMSO1%),染色 1h 后,清洗三次。在荧光显微镜下观察听细胞分布和排列,同时拍照整体斑马鱼图片并保存;

用图像处理软件进行图像分析,计算听细胞荧光强度(S)。统计学处理结果以 $\bar{x} \pm SE$ 表示;

待测药物对斑马鱼的听细胞损伤率计算公式如下:

$$\text{听细胞损伤率}(\%) = \left(1 - \frac{S(\text{化合物处理组})}{S(\text{溶剂组})}\right) \times 100\%$$

根据听细胞损伤率绘制剂量效应曲线;

统计学分析采用方差分析和 Dunnett's T-检验, $P < 0.05$ 为差异性显著;

2) 每个实验组剩余的 20 尾斑马鱼继续药物处理 48h,处理结束后,观察斑马鱼行为是否有异常(身体侧翻),并统计斑马鱼行为异常的发生

率(若高浓度在连续处理 72h 后出现死亡, 则只分析未出现死亡的浓度组); 以及是否有肾包膜水肿;

- 3) 观察结束后, 将每组的 20 尾斑马鱼用 4%多聚甲醛固定, 固定后将斑马鱼转移到 70%乙醇中; 固定后, 送交委托方进行组织病理学分析;
- 提供具有代表性的实验图谱。

1.2.3 评价谷胱甘肽对药物诱导听毒性的保护作用

- 观察谷胱甘肽对雷公藤多苷 10.5μg/ml 诱导听细胞毒性的保护作用;

- 阳性对照组: 庆大霉素 2.5μg/ml+谷胱甘肽 450μM;

- 溶剂对照组: 1% DMSO;

- 所有实验组均含有相同浓度的溶剂;

- 药物处理 24h 后, 每组随机选取 10 尾斑马鱼用听细胞特异性荧光染料 DASPEI 对斑马鱼进行染色, 其中 DASPEI 染料终浓度为 1mM (DM-SO1%), 染色 1h 后, 清洗三次。在荧光显微镜下观察听细胞分布和排列, 同时拍照整体斑马鱼图片并保存;

- 用图像处理软件进行图像分析, 计算听细胞荧光强度 (S)。统计学处理结果以± SE 表示;

- 待测药物对斑马鱼的听细胞损伤率计算公式如下:

$$\text{听细胞损伤率}(\%) = \left(1 - \frac{S(\text{化合物处理组})}{S(\text{溶剂组})}\right) \times 100\%$$

- 统计学分析采用方差分析和 Dunnett' s T-检验, $P < 0.05$ 为差异性显著;

2 结果

2.1 确定药物的 MNLC

雷公藤多苷诱发的斑马鱼死亡率见表 1。

根据表 1 中的数据, 用 GraphPad 6.0 拟合浓度致死曲线 (图 1), 经过曲线拟合, 求得雷公藤多苷的 $LC_{10} = MNLC = 21 \mu\text{g/ml}$ 。

表 1 雷公藤多苷诱发的斑马鱼死亡率 (n=15)

浓度(μg/ml)	死亡率(%)
0	0
5	0
10	0
25	67
50	100
100	100

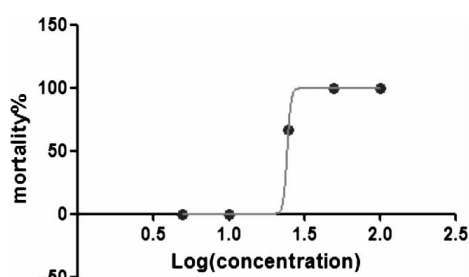


图 1 雷公藤多苷浓度致死曲线图

2.2 定量评价药物的听细胞毒性

各药物处理 5dpf AB 系斑马鱼, 24h 后, 用 DASPEI 染料进行活体斑马鱼染色, 听细胞与染料结合后, 发绿色荧光。听细胞分布在侧线神经及头部, 如图 2 标记所示。拍照后, 用软件分析图 2 中红色部分中听细胞荧光强度, 然后各组进行统计分析。结果如下: 庆大霉素 2.5 μg/ml 对听细胞损伤率达 88.5%~89.5%, 有显著性差异 ($P < 0.01$)。雷公藤多苷低剂量 2.625、5.5 μg/ml 对听细胞损伤率分别为 8.9%、10.9%, 对听细胞有损伤趋势, 但均无统计学差异。雷公藤多苷高剂量 10.5、21μg/ml 对听细胞损伤率分别为 46.9%、92.4%, 对听细胞损伤均有显著性差异 ($P < 0.01$, $P < 0.01$), 见图 3、图 4、表 3。马兜铃酸 0.425、0.85、1.7、3.4 μg/ml 各组对听细胞抑制率分别为 12.4%、-0.4%、6.9%、-7.2%, 均无统计学差异, 见图 5、图 6、表 4。

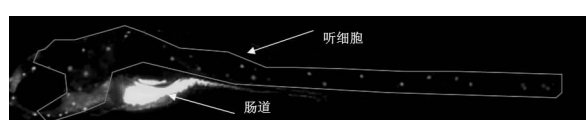


图 2 正常斑马鱼 DASPEI 染色后图片 (红色部分中绿色荧光为听细胞)

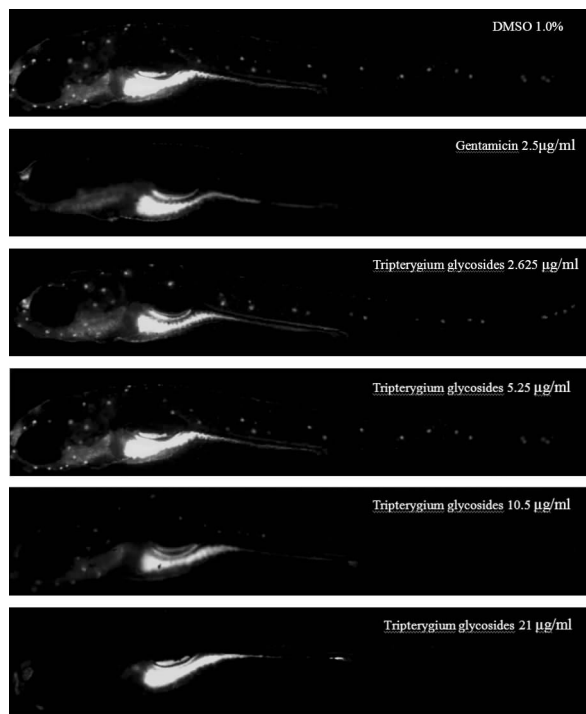
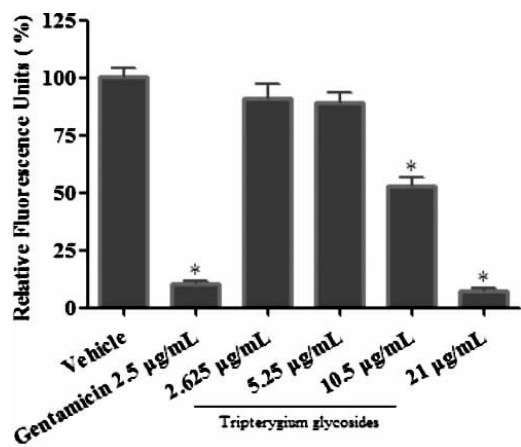


图 3 雷公藤多苷对斑马鱼听细胞荧光强度的影响

表 3 雷公藤多苷听细胞毒性 (mean±SE)

组别	浓度(µg/ml)	相对荧光强度	听细胞损伤率(%)
溶剂组	DMSO1.0%	100±4.3	-
庆大霉素	2.5	10.5±1.4	89.5*
	2.625	91.1±6.0	8.9
雷公藤多苷	5.25	89.1±4.4	10.9
	10.5	53.1±3.6	46.9*
	21	7.6±1.0	92.4*

与溶剂组比较, *: P < 0.01



compared with vehicle *, P<0.01

图 4 雷公藤多苷对斑马鱼听细胞的作用

2.3 评价药物对斑马鱼行为及肾包水肿的的影响

各药物处理 5dpf AB 系斑马鱼, 72h 后, 观察斑马鱼行为是否有异常 (身体侧翻), 肾包膜是否有水肿, 分别统计发生率。雷公藤多苷 2.625、5.25 µg/ml 组均无死亡, 侧翻率分别为 0、6.7%; 10.5 µg/ml 组死亡 30%, 余下斑马鱼中侧翻率达 57.1%; 21 µg/ml 组给药 72h, 斑马鱼全部死亡; 雷公藤多苷各浓度组中未观察到明显的肾包膜水肿现象。

表 5 药物对行为及肾包膜的影响

组别	浓度(µg/ml)	侧翻发生率%	肾包水肿发生率%
溶剂组	DMSO1.0%	3.3	0
庆大霉素	2.5	10	0
	2.625	0	0
雷公藤多苷	5.25	6.7	0
	10.5	57.1	0
	21	全部死亡	-

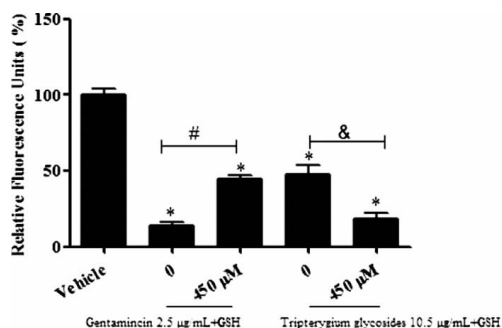
2.4 评价谷胱甘肽对药物诱导听毒性的保护作用

谷胱甘肽预处理 1h 后, 加入雷公藤多苷 10.5 µg/ml; 谷胱甘肽预处理 1h 后, 加入阳性对照庆大霉素 2.5 µg/ml; 共同处理 24 h 后, 用 DASPEI 染料进行活体斑马鱼染色, 听细胞与染料结合后, 发绿色荧光。听细胞分布在侧线神经丘及头部, 如图 2 标记所示。拍照后, 用软件分析图 2 中红色部分中听细胞荧光强度, 然后各组进行统计分析, 观察谷胱甘肽对雷公藤多苷 10.5 µg/ml 诱导听细胞毒性的保护作用。结果如下: 庆大霉素 2.5 µg/ml 对听细胞损伤率达 85.8%, GSH 干预后, 听细胞损伤率下降到 55.2%, 两者有显著性差异 (P < 0.01), 表明 GSH 对庆大霉素诱导听毒性有保护作用。雷公藤多苷 10.5 µg/ml 对听细胞损伤率达 52.5%, GSH 干预后, 听细胞损伤率达 81.8%, 两者有显著性差异 (P < 0.01), 表明 GSH 对雷公藤多苷诱导听细胞毒性无保护作用, 反而加重听毒性。

表 6 谷胱甘肽对药物诱导听毒性的保护作用 (mean±SE)

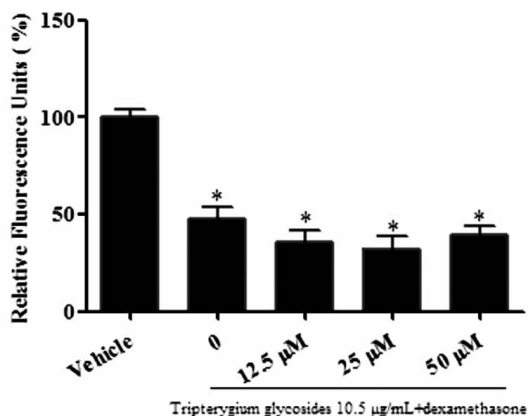
组别	谷胱甘肽 (μM)	相对荧光强度	听细胞损伤率 (%)
溶剂组	-	100±3.7	-
庆大霉素 2.5μg/ml	-	14.2±2.4	85.8*
	450	44.8±2.1	55.2* #
雷公藤多苷 10.5μg/ml	-	47.5±5.9	52.5*
	450	18.2±4.2	81.8*&

与溶剂组比较, *: $P < 0.01$; 与庆大霉素 2.5μg/ml 组比较, #: $P < 0.01$; 与雷公藤多苷 10.5 μg/ml 组比较, &: $P < 0.01$



compared with vehicle *, $P < 0.01$
 compared with Gentamicin 2.5 μg/mL #, $P < 0.01$
 compared with Tripterygium glycosides 10.5 μg/mL &, $P < 0.01$

图 8 谷胱甘肽对药物诱导听毒性的保护作用



compared with vehicle *, $P < 0.01$

图 9 谷胱甘肽对药物诱导听毒性的保护作用

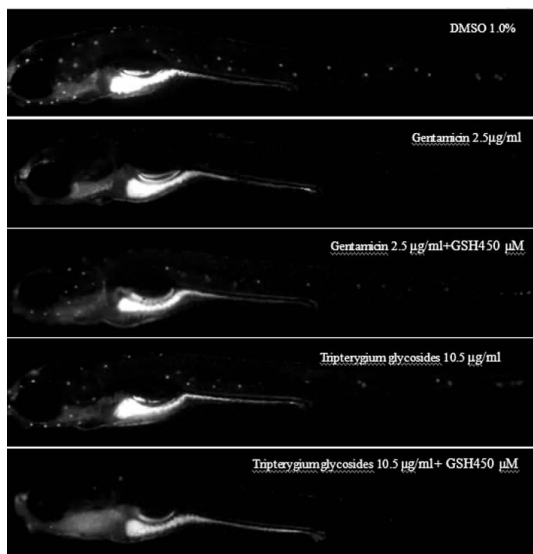


图 10 谷胱甘肽对雷公藤多苷诱导听毒性的保护作用图

3 讨论

斑马鱼听细胞沿着侧线分布, 听细胞和基质细胞组成神经丘, 其结构和功能与哺乳动物内耳毛细胞相似。结合斑马鱼身体透明的特点, 利用 DASPEI 荧光染料进行活体听细胞染色, 这为高通量进行药物听细胞毒性及听细胞保护剂研究提供基础。本研究利用斑马鱼分别观察雷公藤多苷在不同浓度下对听细胞的损伤情况, 以及对行为(身体侧翻)、肾包膜的影响, 同时观察不同浓度地塞米松对雷公藤多苷诱导听细胞毒性的保护作用, 为临床雷公藤的使用提供参考。

3.1 本实验分别对雷公藤多苷进行浓度摸索实验, 得出其 MNLC 分别为 21 μg/ml、3.4 μg/ml, 后续实验中分别选择 MNLC、1/2MNLC、1/4MNLC、1/8MNLC 进行听细胞毒性实验。

3.2 各药物处理 5dpf AB 系斑马鱼, 24h 后, 用 DASPEI 染料进行活体斑马鱼染色, 拍照后, 用软件分析听细胞荧光强度分析。结果表明: 庆大霉素 2.5 μg/ml 对听细胞损伤率达 88.5% - 89.5%, 有显著性差异 ($P < 0.01$), 表明庆大霉素有严重听细胞毒性, 这与临床结果一致。雷公藤多苷低剂量 2.625、5.5 μg/ml 对听细胞损伤率分别为 8.9%、10.9%, 对听细胞有损伤趋势, 但均无统计学差异。雷公藤多苷高剂量 (下转 12 页)

鼻内针灸联合孟鲁司特钠治疗变应性鼻炎的疗效观察

刘雪冰¹ 马伟¹ 王嘉玺²

【摘要】目的 评估鼻内针灸联合孟鲁司特钠治疗变应性鼻炎的疗效。**方法** 将 90 例变应性鼻炎患者随机分为三组：针灸组、药物组及针药组，分别在治疗前，治疗结束后 2 周及治疗结束后 4 周对鼻部症状进行 VAS 评分。**结果** 针药组治疗变应性鼻炎的各 VAS 评分与药物组及针灸组相比有显著差异，药物组及针灸组相比各症状 VAS 评分无显著差异。**结论** 鼻内针灸联合孟鲁司特钠治疗变应性鼻炎的疗效要优于药物组及针灸组，临床上值得推广应用。

【关键词】 变应性鼻炎；针灸；孟鲁司特钠

变应性鼻炎 (Allergic rhinitis, AR) 是机体暴露于变应原后主要由 IgE 介导的鼻粘膜非感染性慢性炎性疾病。变应性鼻炎属于中医学“鼻鼽”范畴，临床上多以突然和反复发作的鼻痒、喷嚏、鼻塞、流清涕为主要表现^[1]。目前在变应性鼻炎诊疗指南中，主要以糖皮质激素、抗组胺药、抗白三烯药、特异性免疫治疗及鼻腔冲洗等治疗为主^[2]。中医认为肺开窍于鼻，外邪侵犯、肺气失宣则津液壅塞、鼻窍不通且清涕不止。治法以宣补肺气防风祛湿为主，并配合针灸治疗。2017 年 1 月至 2017 年 11 月我院耳鼻喉科门诊诊治 90 例 AR 患者，随机分为三组，分别给予针灸治疗，药物治疗及针药联合治疗，效果分析如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本组 90 例患者中随机分为三组：鼻内针灸组 (针灸组)，孟鲁司特钠组 (药物组) 及针药联合组 (针药组)。

1.2 病例入选标准

符合变应性鼻炎诊断标准；临床症状：喷嚏、清水样涕、鼻塞、鼻痒等症状出现 2 项以上 (含 2 项)；每天症状持续或累计在 1h 以上，病程 1 年或 1 年以上；年龄在 18~65 岁之间，男女不限；皮肤点刺试验或血清特异性 IgE 检测阳性。

1.3 病例排除标准：

研究开始前 1 月内口服或鼻腔局部用过抗过敏药物、激素类药物、减充血剂和抗生素者；合并支气管炎、肺病及过敏性哮喘者；最近 1 年内曾接受过特定免疫疗法或系统激素治疗；严重的心、肝、肺、肾、血液疾病及全身其他严重疾病；对针灸抵触，依从性差者以及对试验药物成分有过敏史者；妊娠期或哺乳期妇女。

2. 治疗方法

2.1 针灸组 鼻内窥镜下选取内迎香穴 (双侧下鼻甲前端)，针尖朝鼻根，平刺 1 寸，局部感觉酸胀明显，患者有流泪感或者泪出。鼻丘穴，针尖朝内眦，平刺 0.5~0.8 寸，酸胀之感扩散至鼻根，进针以捻转补法为主，留针 30 分钟，隔日针刺 1 次，疗程 2 周。

2.2 药物组 采用孟鲁司特钠片 10mg (顺尔宁，默沙东公司) 口服，每晚 1 次，每次 1 片，疗程 2 周。

2.3 针药组 即药物组和针灸组联合治疗，疗程 2 周。

2.4 疗效评定 分别在治疗前，治疗结束后 2 周及治疗结束后 4 周对鼻部症状 (鼻塞、鼻痒、喷嚏及流涕) 进行 VAS 评分。见表 1。

表 1 鼻塞 VAS 评分量表

	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周
针灸组	6.77	1.35	1.43
药物组	6.73	1.33	1.40
针药组	6.63	0.77*	0.97*

表 2 鼻痒 VAS 评分量表

	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周
针灸组	5.43	1.07	1.57
药物组	5.47	0.90	1.67
针药组	5.53	0.47*	1.20*

表 3 喷嚏 VAS 评分量表

	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周
针灸组	4.5	0.83	1.53
药物组	4.53	0.93	1.57
针药组	4.57	0.43*	1.17*

表 4 流涕 VAS 评分量表

	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 4 周
针灸组	4.97	1.17	1.27
药物组	5.03	0.97	1.30
针药组	5.07	0.53*	0.90*

*P<0.05

2.6 统计学分析

数据均采用 SPSS22.0 软件进行统计学处理和分析, 频数分布采用多组频数分布的 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

针药组治疗 2 周及 4 周时的各 VAS 评分与药物组及针灸组相比差异有统计学意义 ($P<0.05$)。药物组及针灸组之间差异无明显统计学意义 ($P>0.05$)。随着停药时间的延长, 治疗效果会出现反复。

4. 讨论

近年来由于空气污染、个人体质等多因素影响, AR 的发病率逐年上升, 症状持续时间长, 严重影响患者的睡眠、学习、工作和生活, 并造成经济上的沉重负担。AR 现代中医学认为, 先天禀

赋不足, 脏腑阴阳失调, 特别是肺、脾、肾三脏虚损为其发病基础, 加以外邪侵袭鼻窍为其致病原因^[3]。过敏性疾病患者大多平素体虚, 肺气虚损, 卫外不固, 风寒易时常乘虚而侵, 病情易反复发作。刘大新教授在治疗鼻鼽时强调标本兼治, 以益气固表为基础, 注重辨证与辨病相结合, 既有辨证原则性, 又有对症灵活性, 使机体的整体体质得到改善, 以求取得最佳临床效果^[4]。

鼻鼽的发病部位在鼻, 选穴主要考虑鼻部周围穴位, 疏通鼻窍, 减轻鼻粘膜水肿, 改善鼻涕、鼻塞的症状。迎香是手太阴肺经和手阳明大肠经在鼻部的交会穴, 可疏通肺气, 宣通鼻窍。现代研究有显示, 刺激该穴位能有效降低炎症反应, 抑制组胺形成释放, 解除鼻塞等症状^[5], 故选取位于下鼻甲前端的内迎香穴有其特殊意义。鼻丘气房分布着筛前神经的分支, 辨证取穴主要是从肺论治, 选取肺经的合穴、络穴, 尺泽、列缺, 可补益肺气, 宣调气机, 肺与大肠相表里, 故以手阳明大肠经的合谷穴祛邪外出, 开窍通鼻。

“鼻鼽”病因分为外因和内因, 外因包括寒邪和热邪袭肺, 导致肺气不畅, 鼻窍不通, 内因是患者体虚, 就是所谓的“邪之所凑, 其气必虚”。针灸治疗 AR 多内外因同调, 选头面局部和肺经、大肠经穴位为主, 以“宣肺通窍”同时配以阳明经穴或背俞穴来“益气固本”^[6]。中医针灸治疗过敏性鼻炎疗效确切, 并具简便易行、不良反应少、治疗费用低、能有效降低复发率、患者易于接受与坚持完成治疗疗程、注重未病先防等优点日益成为中医治疗的主流方法^[7]。

我科结合鼻内窥镜的优点采用鼻内针刺内迎香穴及鼻丘穴治疗 AR, 在改善患者鼻塞症状方面效果显著。孟鲁司特钠为白三烯受体拮抗剂, 为 AR 治疗指南推荐用药, 临床上疗效确切。我们的研究表明单独鼻内针刺法及药物治疗 AR 均能改善症状, 但针药结合治疗效果更佳, 疗效更持久。同时, 我们的研究也显示停药 4 周后各 VAS 评分均有不同程度的增加, 这说明这三 (下转 4 页)

耳穴埋豆联合常规用药治疗突发性耳聋的临床疗效观察*

严丹敏¹ 薛明¹

【摘要】目的 探讨耳穴埋豆联合常规用药治疗突发性耳聋的临床疗效观察。**方法** 将2015年1月至2017年12月我院我科病房收治的62例突发性耳聋患者，随机分成对照组和研究组，研究组采用王不留行籽贴于患耳所选穴位处，每周换2次，嘱患者每日按压穴位处，同时联合常规药物治疗。对照组仅予常规药物治疗，疗程2周。**结果** 研究组治疗前后的平均听阈提高值，显著高于对照组， $P<0.05$ ，有统计学差异。研究组的治愈率19.4%，对照组9.7%；研究组治愈率明显高于对照组。**结论** 耳穴埋豆联合常规药物治疗突发性耳聋较常规药物治疗疗效更佳，且耐性、依从性好，无明显不良反应。

【关键词】 耳穴埋豆；突发性耳聋

Curative effect of ear acupoint bean embedding combined with routine medication in the treatment of sudden deafness.

YAN Danmin, XUE Ming

【Abstract】Objective To observe the curative effect of ear acupoint bean embedding combined with routine medication in the treatment of sudden deafness. **Methods** Sixty-two patients with sudden deafness from January 2015 to December 2017 in our hospital were recruited, randomly divided into the control group and the study group, the study group were treated with Wang Buliu Xingzi paste on the ear selected acupoints, twice a week, asked patients to press the acupoints daily, at the same time, combined with conventional medication treatment. The control group was treated with conventional medication only for two weeks. **Results** The average hearing threshold of the study group before and after treatment was significantly higher than that of the control group ($P < 0.05$). The cure rate was 19.4% in the study group and 9.7% in the control group, and the cure rate in the study group was significantly higher than that in the control group. **Conclusion** Ear acupoint bean embedding combined with routine medication is more effective than routine medication in the treatment of sudden deafness, with good tolerance and compliance, and no obvious adverse reactions.

【Key words】 ear acupoint bean embedding; sudden deafness

突发性聋简称突聋，是指72小时内突然发生的、原因不明的感音神经性听力损失，至少在相邻的两个频率听力下降 $\geq 20\text{dBHL}$ 。中医称之为“暴聋”，系指耳内骤感胀闷堵塞，听力急剧下降的急性耳病^[1]。随着生活压力的增加，我国突聋发病率呈逐年上升的趋势，成为耳科的常见疾病。常规治疗使用糖皮质激素、扩血管及改善微循环、抗凝、营养神经等药物。本研究在西医药物治疗

基础上，结合中医的耳穴埋豆疗法，以期提高疗效、改善伴随症状。

1 资料与方法

1.1 一般资料

入选患者均符合中华医学会耳鼻喉科学会制定的突聋诊断标准^[1]。选取2015年1月至2017年12月在上海市中西医结合医院耳鼻咽喉科病房收治并确诊为突聋的患者62例，轻度听力下降者18

人，中度听力下降者 29 人，重度听力下降者 15 人。所有收治的病例均经耳科检查（包括耳周皮肤，淋巴结，外耳道及鼓膜等）、音叉检查（包括 Rinne 试验，Weber 试验以及 Schwabach 试验）、头颅及内听道 CT 或 MRI、听力学检查（纯音听阈检测，声导抗、耳声发射等），排除耵聍栓塞、中耳炎、内耳畸形、内听道桥小脑角等颅内病变、伪聋等。随机分为研究组（31 例），对照组（31 例）。男性 31 例，女性 31 例；年龄范围 32 岁~78 岁，平均年龄 52.94 岁，其中糖尿病、高血压患者 17 人，听力下降时间距离就诊时间为 12 小时~1 周不等，平均天数约（4.7±2.2）天，系统治疗时间为 7 天~14 天，平均天数 11.12 天。

1.2 治疗方案

对照组的患者均行常规西药治疗：NS100ml+地塞米松针 10mg/静滴 每日 1 次；NS250ml+丹红注射液 20ml/静滴 每日 1 次；鼠神经生长因子 30 ug/肌肉注射，每日 1 次；3 天后地塞米松针剂逐步减量。对伴有耳鸣的患者加用倍他司汀片 6mg/口服，每日 3 次；对伴有耳闷、耳胀的患者加用甘油果糖 250ml/静滴，每日 1 次。

研究组的患者则在常规用药治疗的基础上，结合耳穴埋豆的治疗方案。根据患者的中医辨证，取耳部穴位（常用神门、内耳及皮质下，亦可加肾或心等）。使用衡水添旭医疗器械公司生产的耳穴贴。具体操作如下：先用 75%酒精消毒患耳的耳廓，然后用手按揉耳朵一分钟左右，再用镊子夹住胶布一角将带有王不留行籽的胶布从塑料片上取下，逐一将王不留行籽压于相对应的穴位，贴好后用手按揉穴位使王不留行籽粘贴牢固。嘱患者每日自行按压穴位处 4 次~5 次，每次每穴位 2 分钟左右，以局部感觉温热为宜，14 天为一疗程，每周更换王不留行籽两次。

1.3 观察指标

- 1) 首先在入组时收集患者的一般情况，包括患者的性别、年龄、病程长短、病情严重程度。
- 2) 分别在治疗前、治疗第 7 天、治疗第 14 天进行纯音听阈检测。

1.4 疗效评定标准

按照突发性聋诊断和治疗指南(2015)^[1]疗效分级

- (1) 痊愈：受损频率听力恢复至正常，或达健耳水平，或达此次患病前水平。
- (2) 显效：受损频率听力平均提高 30db 以上。
- (3) 有效：受损频率听力平均提高 15db~30db。
- (4) 无效：受损频率听力平均提高不足 15db。

1.5 统计学方法

对研究组对照数据应用 SPSS19.0 统计分析软件进行分析、处理，计数资料采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 作为差异有统计学意义的标准。

2 结果

1) 两组突聋患者年龄、性别比例见表 1。患者构成无统计学差异， P 值 > 0.05 。

表 1 两组患者的年龄、性别情况

组别	年龄均值(岁)	性别(例)
研究组	51.52	男 16/女 16
对照组	54.35	男 15/女 17
P 值	0.34	0.75

2) 两组突聋患者病情情况见表 2。两组患者病情无统计学差异， $P > 0.05$ 。

表 2 两组患者的病情程度比较

		研究组及对照组病情比较			合计
		病情			
		轻度听力下降	中度听力下降	重度听力下降	
研究组	计数	8	14	9	31
	组别中的 %	25.8%	45.2%	29.0%	100.0%
对照组	计数	10	15	6	31
	组别中的 %	32.3%	48.4%	19.4%	100.0%
合计	计数	18	29	15	62
	组别中的 %	29.0%	46.8%	24.2%	100.0%
P 值					0.65

3) 两组突聋患者治疗前后平均听阈比较见表 3

选取两组患者治疗前后受损频率平均值，行配对 t 检验，两者 P 值 < 0.05 ，差异有显著统计学意义。

表 3 两组患者的治疗前后平均听阈提高值比较

组别	人数	治疗前平均听阈 (db)	治疗后平均听阈 (db)
研究组	31	56.57	28.95
对照组	31	51.09	36.41
P 值		0.10	0.04

4) 两组突聋患者疗效评价 见表 4

两组患者治疗前后按疗效分级, 获得两组无效率、有效率、痊愈率及总有效率。两组总有效率 P 值大于 0.05, 无显著统计学差异。但研究组治愈率 19.4%, 对照组治愈率 9.7%。研究组的治愈率明显高于对照组。

表 4 两组治疗效果比较 [n (%)]

组别	人数	无效	有效	痊愈	总有效
研究组	31	7(22.6)	18(58.1)	6(19.4)	24(77.42)
对照组	31	11(35.5)	17(54.8)	3(9.7)	20(64.52)
P 值					0.38

3 讨论

突发性耳聋目前较为认可的病因有血管性疾病、病毒感染、自身免疫疾病、传染病、肿瘤等。一般认为, 精神紧张、压力大、情绪波动、生活不规律、睡眠障碍等可能是突聋的主要诱因。临床表现常见有, 听力下降、耳鸣、耳闷胀感、眩晕或头晕、听觉过敏或重听、耳周感觉异常(全聋患者常见)等, 部分患者会出现精神心理症状, 比如焦虑、睡眠障碍等, 影响生活质量。目前西医基本治疗采用糖皮质激素+血液流变学治疗+营养神经药物。本研究尝试采用传统中医学的治疗方法, 以助疗效。《灵枢脉度》说: “肾气通于耳, 肾和则耳能闻五音矣”。《灵枢·海论》则提出“髓海不足则脑转耳鸣”, 《黄帝内经》认为“暴聋”的病因病机与脏腑亏虚、情志不调和经脉阻滞不通有关。据此“暴聋”中医多从肾虚, 肝郁和血瘀论治^[2]。国内有文献报道, 耳穴埋豆可改善患者的血液循环障碍^[3], 减少血小板的聚集, 降低血液粘稠度。中医的经络学机制认为, 通过刺激穴位可调整全身的气血, 缓解患者的焦虑、紧张情绪^[4]。且耳穴埋豆作为辅助治疗突发性耳聋较单纯的常规治疗疗效更佳^[5]。针对睡眠障碍及耳鸣的患者,

耳穴埋豆能减轻症状^[6,7]。对不良情绪的患者, 亦能改善其症状^[8]。中医学提出, 肾开窍于耳, 机体脏腑的相应病变可反应于耳部的相应部位。耳穴埋豆可形成一个固定刺激, 改善人体的恒定磁场。采用王不留行籽而不取普通的磁珠, 基于王不留行具有祛瘀活血、通络的功效。《本草纲目》记载其能走血分, 乃阴阳冲任之药, 历代的医家均有用其治疗耳鸣耳聋的记载^[9]。本课题中所取常用耳穴中的神门穴: 定位在三角窝内, 对耳轮上下脚分叉处稍上方。有安神、镇静的作用。内耳穴: 位于耳垂正面后中部, 此穴性平, 能养血益精, 补肾聪耳。皮质下: 位于对耳屏边缘下 1/3 的内侧面中点处。此穴能宁心安神, 升清利窍。此三穴联合应用, 辅以肾或心, 活血通络, 能减轻患者的不良情绪, 改善患者的睡眠质量。耳为宗脉之聚, 使用耳穴埋豆的疗法不仅能改善耳蜗的血液循环, 且因其按摩的操作方法简单, 无明显毒副作用^[10]。

综上所述, 耳穴埋豆是一种方便、价廉、依从性好的治疗方式, 结合常规药物治疗突发性耳聋的患者, 不仅能增其疗效, 更能改善患者的伴随症状及不良情绪。长期随访期间, 患者的预后佳, 复发率低, 值得临床推广。

参考文献

[1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会. 突发性聋的诊断和治疗指南 (2015) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 50 (6): 443.

[2] 严满红. 耳穴埋籽治疗耳鸣耳聋的疗效观察和护理 [J]. 实用临床医药杂志, 2013, 28 (7): 648-649.

[3] 俞亚琴. 耳穴贴压治疗神经性耳鸣 26 例 [J]. 上海针灸杂志, 2002, 8 (20): 27.

[4] 袁欣, 尚晓颖. 耳穴埋豆的临床应用. 黑龙江医药科学, 2006, 29 (1): 35.

[5] 袁芳. 耳穴埋豆对突发性耳聋患者的辅助治疗效果观察. 医学理论与实践, 2015, 28 (18):

2498-2499.

[6] 赵明芬.耳穴埋籽应用于突发性耳聋患者的效果评价.医药前沿, 2013,8: 294-295.

[7] 谭开,张冲.针刺、中药、西药治疗神经性耳鸣疗效对比研究 [J].中国针灸, 2007, 27 (4): 249-251.

[8] 孙建华,彭素清等,耳穴压豆联合书写表达

积极情绪在突发性耳聋中的运用效果 [J].临床与病理杂志,2016,36 (9): 1277-1282.

[9] 柳瑞熙,安杨,张春梅,李彦华.新疆中医药, 2010,28 (1) :21.

[10] 肖开阳,洪滔.江西中医药大学学报, 2014, 8 (26): 4.

(上接 27 页) al.Clinical Effect of Endo- scopic Vidian Neurectomy on Bronchial Asthma Out- comes in Patients with Coexisting Refractory Alergic Rhinitis and Asthma [J].Am J Rhinol Aergy, 2018, 32: 139-146.

[6] 中国行为医学科学编委会.行为医学量表手册 [M].北京:中华医学会电子音像出版社, 2005: 64-486.

[7] 黄选兆,汪吉宝,孔维佳.实用耳鼻咽喉头颈外科学 [M].北京:人民卫生出版社, 2008:222-222.

[8] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组.变应性鼻炎诊断和治疗指南 (2015 年, 天津) [J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016, 51 (1) : 6-24.

[9] Halderman A,Sindwani R. Surgical management of vas - omotor rhinitis: a systematic review [J].Am J Rhinol Al- lergy, 2015,29 (2) : 128-134.

[10] Zhang H, Micomonaco DC, Dziegielewski PT, et al.Endoscopic vidian neurectomy: a prospective case series [J]. Int Forum Allergy Rhinol, 2015, 5 (5) : 423-430.

[11] Lee JC, Kao CH, Hsu CH, et al. Endoscopic transsphenoidal vidian neurectomy [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2011, 268 (6) : 851-856.

[12] 熊大经, 刘鹏.中医耳鼻咽喉科学 [M].

北京:中国中医药出版社, 2008.

[13] 刘志庆, 谢慧, 李玲珑, 等.针灸治疗过敏性鼻炎研究进展 [J].中医眼耳鼻喉杂志, 2017, 7 (3) :169-173.

[14] 徐小旺.温针灸治疗过敏性鼻炎 [J].云南中医中药杂志, 2017, 38 (3) :63-65

[15] 曹春梅, 贺金亮, 张志斌, 等.割治鼻丘治疗变应性鼻炎的临床观察 [J].山西中医学院学报, 2018, 19 (2) : 23-25.

[16] Ruskell GL. The orbital branches of the pterygopalatine ganglion and their relationship with internal carotid nerve branches in primates [J]. J Anat, 1970, 106 (Pt 2) : 323-339.

[17] Nishihira S. The autonomic innervation of the nasal capac- itance and resistance vessels in the cat [J]. Nippon Jibi - inkoka Gakkai Kaiho, 1990, 93 (4) : 583-589.

[18] 谭国林.难治性变应性鼻炎的外科治疗 [J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2016, 22 (1) : 1-4.

[19] KLOSECSN, MAHLAKOIVT, MOELLER J B, et al.The neuropeptide neuromedin U stimulates innate lymphoid cels and type 2inflammation [J].Nature, 2017, 549 : 282-286.

[20] 徐明, 江凯, 王新东, 等.翼管神经的应用解剖学 [J].解剖学报, 2015, 46 (2) : 227-231.

翼腭割治法治疗顽固性变应性鼻炎疗效观察

钟伦坤¹ 何娴¹ 朱佳丽¹ 骆晓琴¹ 周兴玮¹ 胡文健¹ 孙永东¹ 陈隆晖¹

【摘要】目的 探讨翼腭割治法治疗顽固性变应性鼻炎 (AR) 的方法及疗效。**方法** 对 54 例经规范化药物治疗和 (或) 免疫治疗效果欠佳的顽固性 AR 患者行翼腭割治法治疗, 根据视觉模拟量表评分 (VAS) 评定其疗效。**结果** 治疗后 6 个月、12 个月与治疗前 VAS 评分, 差异具有统计学意义。治疗后总有效率达到 98.15%, 随访 6 个月与 12 个月的有效率无统计学差异。**结论** 翼腭割治法治疗顽固性 AR, 操作简单、并发症少、疗效显著, 值得临床推广。

【关键词】 翼腭割治法; 顽固性; 变应性鼻炎; 疗效

A Study of The Curative Effect of Pterygopalatine-subcutaneous Tissue Resection Therapy on Patients with Intractable Allergic Rhinitis

ZHONG Lunkun, HE Xian, ZHU Jiali, LUO Xiaoqin, ZHOU Xingwei, HU Wenjian, SUN Yongdong, CHEN Longhui

【Abstract】 Objective To investigate the feasibility and curative effect of pterygopalatine-subcutaneous tissue resection therapy on patients with intractable allergic rhinitis. **Method** Pterygopalatine-subcutaneous tissue resection therapy were operated on patients with intractable allergic rhinitis who were insensitive to drugs and desensitization treatment, curative effect were evaluated by the Visual Analogue Scale (VAS). **Result** The VAS score of preoperative, six months and twelve months after operation, the difference is statistically significant. The rate of the total was 98.15%, without statistical difference between 6 months later and 12 months later.

Conclusion Treatment of intractable AR with pterygopalatine-subcutaneous tissue resection therapy were operated easily, with less complications and remarkable curative effects. Therefore, it is worthy clinical promotion.

【Key words】 pterygopalatine-subcutaneous tissue resection therapy; Intractable; allergic rhinitis; curative effects

变应性鼻炎 (allergic rhinitis, AR), 中医学称为“鼻鼽”, 属于 I 型变态反应性疾病, 是 IgE 主要介导, 多种炎性介质参与的鼻黏膜非感染性炎症性疾病。临床症状主要为: 鼻痒、打喷嚏、流鼻涕、鼻塞。目前对于部分变应性鼻炎通过规范的药物、特异性免疫治疗等方法能够基本控制, 但对于一些顽固性的变应性鼻炎, 我们在临床实践中发现上述治疗措施疗效并不十分理想。通过查阅资料^[1-5], 并结合解剖学研究, 我们采用翼腭割治法治疗顽固性变应性鼻炎, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 研究对象

选择 2015.10-2017.10 在我科住院的顽固性 AR 患者 54 例, 其中男 32 例, 女 22 例; 年龄 18~60 岁, 平均年龄 37 岁。所有患者均经规范化药物治疗 (抗组胺药和鼻用糖皮质激素) 和 (或) 免疫治疗 2 年以上症状改善不理想或拒绝继续药物治疗, 严重干扰患者的正常生活。患者治疗前均进行视觉模拟量表评分 (visual analogue scale, VAS), 属于中重度 AR 者。

1.2 治疗方法

所有患者均采用全身麻醉。用含微量 0.1% 肾上腺素的 1% 丁卡因棉片收敛双侧鼻腔黏膜, 鼻内镜引导下, 切除中鼻甲后端, 暴露中鼻甲根部

(图1), 等离子刀(美创 404 刀头)切除中鼻甲根部周围 1cm 内所有黏膜及黏膜下组织, 直达骨面(图 2), 咬除腭骨蝶突, 暴露腭鞘管(图 3), 继续切除腭鞘管内软组织(图 4), 最后切除残留中鼻甲根部组织并电凝止血(此处不易过度切除, 避免损伤翼腭窝内组织, 造成面部及硬腭麻木)。创面覆盖明胶止血海绵, 每侧鼻腔填塞半块膨胀海绵, 24-48 小时取出膨胀海绵后生理盐水冲洗鼻腔, 每天 2 次, 持续 3 个月~半年。

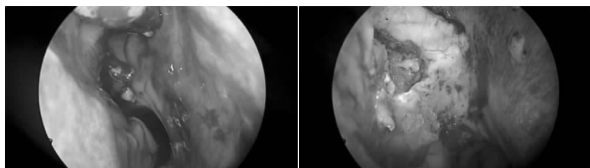


图 1

图 2

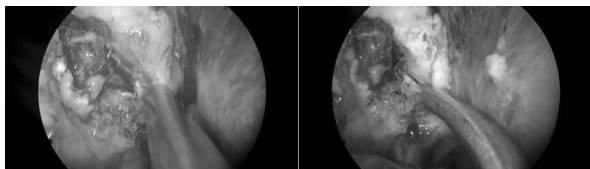


图 3

图 4

1.3 疗效评价

将所有参与治疗的患者治疗前和治疗 6 个月、12 个月后的鼻痒、打喷嚏、流鼻涕、鼻塞等症状和全身总体感受进行视觉模拟量表评分 (visual analogue scale, VAS)^[6], (0 分表示为无症状, 0-3 分表示为轻度, 4-7 分表示为中度, 8-10 分为重度, 10 分为症状最严重)。对比治疗前与治疗后分值差, 显效: $\geq 66\%$;有效: $26\% - 65\%$;无效: $< 26\%$, 并统计总有效率^[7]。

1.4 统计学方法

数据录入 SPSS 20.0 统计学软件中分析, 计数资料用百分率 (%) 表示, 使用 χ^2 检验, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 使用 t 检验, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前与治疗 6 个月后、12 个月后症状 VAS 评分比较, 参与治疗的患者共 54 例, 将每一位患者治疗前和治疗后 6 个月、12 个月的鼻痒、打喷嚏、流鼻涕、鼻塞、全身总体感受的 VAS 评

分录入 SPSS 20.0 统计软件中, 比较治疗后 6 个月、12 个月与治疗前 VAS 评分, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 治疗前后症状 VAS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

症状	治疗	治疗 6 个月后	治疗 12 个月后
鼻痒	8.90±1.07	5.69±0.92	5.70±1.13
喷嚏	8.85±0.93	5.61±1.16	5.63±1.16
清涕	8.78±1.01	3.28±1.48	3.30±1.54
鼻塞	8.85±1.00	2.78±1.57	2.81±1.56
全身总体感受	9.00±1.10	2.96±1.33	2.98±1.30

注: 与治疗前比较, $P < 0.05$ 。

2.2 治疗前与治疗后分值差 治疗 6 个月与治疗后 VAS 评分差显示: 显效 36 例 (66.67%), 有效 17 例 (31.48%), 总有效率 98.15%; 治疗 12 个月与治疗后 VAS 评分差显示: 显效 37 例 (68.51%), 有效 16 例 (29.63%), 总有效率 98.15%; 治疗 6 个月与治疗后 12 个月后的总有效率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 治疗前后 VAS 分值差比较

时间	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
6 个月后	36	17	1	53(98.15%)
12 个月后	37	16	1	53(98.15%)

注: 治疗 6 个月与 12 个月比较, $P > 0.05$ 。

2.3 并发症 54 例患者治疗后有 1 例出现面部麻木, 半年后减轻; 1 例 7 天后出现鼻腔出血; 1 例出现鼻腔纤毛功能受损, 3 个月后恢复; 无眼干、无泪、骨坏死等并发症发生。

3 讨论

目前对于 AR 的治疗主要是通过 4 种方式^[8]: 避免接触过敏源; 抗组胺、鼻用糖皮质激素等药物治疗; 特异性免疫治疗和外科治疗。保守治疗作为首选治疗方式, 在治疗很多较轻的 AR 时效果理想, 但对于一些常年性和顽固性的 AR 却存在一些不足: 比如由于担心药物副作用, 不愿长期药物治疗; 对于部分 AR, 药物控制效果不佳; 因免疫治疗时间太长, 部分患者难以坚持, 而且免疫治疗, 对于一些患者效果没有想象中好。根据变应性鼻炎诊断和治疗指南 (2015 年-天津),

在给予了系统性药物治疗及或免疫疗法,鼻塞、流涕等无缓解,鼻腔检查可见明显变应性鼻炎征相,严重困扰患者日常生活,另外鼻腔若存在显著结构异常,并影响鼻腔正常功能者,可以行外科治疗^[8]。翼管神经切断术是其中一种目前较有效的治疗变应性鼻炎的方法之一^[9-10]。但由于翼管神经本身的解剖部位比较深在、复杂,手术切除的难度较大,对手术者要求高,且术后眼干、无泪、上腭麻木的并发症不少见^[11]。

在中医学中 AR 归于“鼻渊”范畴,认为多因肺气虚寒、脾气虚弱、肾阳不足,卫表不固,风邪、寒湿之气乘机侵袭所致^[12]。临床上常采用温肺、健脾、补肾,同时联用芳香通窍之法。针刺疗法也广泛在临床中开展,并取得了一定效果^[13-14]。但西医治疗本病的困惑类似,很多患者不能坚持长期口服中药和针刺治疗,导致远期疗效不一定理想,特别是一些顽固性 AR,仍是长期困扰医生的一个问题,因此我们希望找到更简单、更有效、疗效更持久、并发症更少的方法。《灵枢·官针篇》中有“输刺者,直入直出,深内之至骨,以取骨痹”,文中所提“输刺法”,逐渐演变为割治法,有疏经络、导气血、协阴阳、调节微循环的作用^[5]。翼管者居于鼻腔后部,中鼻甲根部所处之地,内为蝶腭孔,翼管神经通过蝶腭神经节换元后的鼻后神经和咽支由此孔发出。翼管神经包含副交感神经和交感神经,其分支支配鼻腔和鼻窦 3/4 的血管运动和腺体活动。正常状态下,两种神经互相制约、相互调节,但当某些致病因素打破了这种平衡,就会出现相关的鼻部症状。有学者发现,翼管神经的副交感成分比交感成分更多^[16],翼管神经在受到微量电流作用后,鼻腔的腺体分泌会增多、毛细血管明显扩张,并会导致肥大细胞脱颗粒^[17]。当切断翼管神经后,鼻腔黏膜大部分副交感神经支配被阻断,鼻黏膜下血管和腺体对外界刺激的反应大大降低,腺体分泌减少,黏膜下毛细血管扩张被抑制,从而控制变应性鼻炎发作时的症状^[18]。有学者从神经-免疫机制方面研究证实翼管神经与变应性鼻炎的密切关联^[19]。解剖

研究发现,翼管神经中支配泪腺分泌的成分在经过蝶腭神经节换元后加入到了上颌神经的颧支支配泪腺,并不经过蝶腭孔^[20]。我们采用等离子刀割治翼管可以立即阻断 AR 时翼管神经的副交感神经纤维对鼻腔黏膜毛细血管和腺体分泌的异常调节,恢复鼻腔的正常状态,而且由于没有损伤泪腺支,不会出现干眼、无泪。同时等离子刀的低温特性,也降低了对蝶腭神经节和鼻腔正常组织的热损伤,避免术后出现硬腭麻木、骨坏死等并发症。采用本法出现的 1 例术后面部麻木与初期解剖不够熟悉,导致上颌神经损伤有关,1 例术后迟发性鼻出血,1 例鼻腔短暂纤毛功能受损。其余患者均未出现明显术后并发症。治疗过程中,由于等离子刀可以很好的控制出血,因此出血量不多,操作中视野清楚,也起到了降低术后并发症的作用。

翼管割治法采用中医传统的割治方法,结合现代医学对翼管神经的解剖研究,以及变应性鼻炎的病理生理特点,同时以等离子刀替代传统的“冷刀”直接对翼管进行割治治疗,操作简单、并发症少、疗效显著。当然由于翼管割治术运用于临床的时间还不够长,病例数还不足够多,长期疗效还需要进一步的临床观察论证,有效率也需要更多的循证医学来验证。

参考文献

- [1] LEE J C, HSU C H, KAO C H. Endoscopic vidian neurectomy. An online video tutorial: how to do it [J]. Clin Otolaryngol, 2010, 35:496-499.
- [2] LEE J C, KAO C H, HSU C H, et al. Endoscopic transphenoidal vidian neurectomy [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2011, 268:851-856.
- [3] 张锋, 田媛媛, 许必芳, 等. 熊大经鼻部“五度辨证”思想及应用 [J]. 中医杂志, 2014 55 (2): 106-109.
- [4] 谢慧. 变应性鼻炎的中医治疗 [J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2016, 30 (2): 22-25.
- [5] AI J, XIE Z, QING X, et al. (下转 24 页)

河南省中医院耳鼻喉科简介

【本刊特约稿件】

河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）是一所集医疗、教学、科研、预防、保健、康复为一体的现代化综合性三级甲等中医院。医院始建于 1985 年，现有职工 2000 余人，拥有享受国务院特殊津贴的专家，全国名老中医学术经验继承工作指导老师，河南省名中医，博士生导师及硕士生导师近 100 人，正副主任医师近 300 人。医院文化氛围浓厚，院区环境优雅、整洁、舒适。



医院临床医技科室设置齐全，布局合理。设有 60 余个临床医技科室，开放床位 2000 张。国家中医药管理局重点专科 5 个；国家临床重点专科建设项目 5 个；国家局重点专科建设单位 5 个；河南省重点中医专科建设单位 1 个；国家局重点学科 5 个；河南省中医名科 3 个。河南省第八批重点学科 7 个。同时，医院为全国中医医院建设全科医学项目。

河南省中医院耳鼻喉科是河南省成立较早的中西医结合类型耳鼻喉科医疗中心，多年以来，在老一辈中医耳鼻喉专家带领下，取得了长足的发展，现已发展成集临床、科研、教学为一体的现代化中西医结合专科，科室现有省级知名专家 2 名，教授、主任医师 3 名，副教授、副主任医师 3 名，主治医生 5 名，专科护士 16 名；拥有河南地区先进的鼻内窥镜检查系统、动力刨削系统、电视光导纤维鼻咽镜电脑成像检查系统、低温等离子手术系统、DNR 多用途数字等离子治疗仪、脑干诱发电位、声导抗、电测听、耳鸣耳聋治疗仪、前庭功能检查系统、多功能耳鼻咽喉诊疗台等先进仪器设备，能够满足耳鼻咽喉临床和教学的各种需要。

中医传统诊疗优势突出

本科室继续发扬中医优势，在继承蔡福养学术思想及临床基础上，结合中医古方，运用现代科学技术，研制了多种中药制剂，如“鼻舒乐丸、通窍聪耳丸、聪耳息鸣丸、润喉利咽丸”经多年临床应用以来，对一些临床疑难杂症，在现代医学无良好效果的同时，往往取得良好效果，科室广泛开展具有专科性质的中医特色治疗，如运用鼻康复填塞治疗非手术适应症的慢性鼻-鼻窦炎具有良好效果，开展的穴位贴敷、耳针、督灸等治疗对于慢性咽炎、中耳炎、耳鸣耳聋等具有明显效果。科室着重开展耳眩晕的研究，对于常见的耳石症，治疗效果较好，对梅尼埃病的治疗，结合中医中药，明显巩固患者临床效果，降低复发率，提高治愈率。

现代诊疗设备技术先进

科室以临床常见病、疑难病为研究治疗重点，着重于国内先进技术的引进和发展，广泛开展了经内窥镜鼻窦手术、鼻中隔成形术、鼻腔扩容术、低温等离子下的扁桃体切除术、腺样体切除术及

泪前隐窝入路上颌窦良性肿瘤切除术。口咽部手术着重开展鼾症的研究，利用手术及射频等离子刀等技术治疗鼾症，显著提高了鼾症患者的手术效果；在耳科治疗上以中西医结合治疗为主，对常见的难治性中耳炎、突发性耳聋、神经性耳鸣都具有良好的治疗效果。



柴峰，主任中医师、教授，耳鼻喉科名誉主任。中华中医药学会耳鼻咽喉分会副主任委员，世界中联耳鼻喉口腔专业委员会常务理事，中国中西医结合学会耳鼻咽喉头颈学会委员，河南省中医药学会耳鼻喉专业委员会副主任委员，河南省中西医结合学会耳鼻喉专业委员会副主任委员，河南省呼吸与危重症学会睡眠呼吸障碍分会副主任委员，河南省中西医结合眩晕学会常务委员。临床擅长中西医结合治疗耳鼻喉科疾病。

河南省中西医结合学会耳鼻喉专业委员会副主任委员，河南省呼吸与危重症学会睡眠呼吸障碍分会副主任委员，河南省中西医结合眩晕学会常务委员。临床擅长中西医结合治疗耳鼻喉科疾病。



蔡纪堂，主任中医师，教授。出身于中医世家，1985年毕业于河南中医学院。全国著名耳鼻喉专家、第二批名老中医蔡福养教授的学术经验继承人。现任中华中医药学会耳鼻咽喉分会委员，河南省中医、中西医结合耳鼻咽喉分会常委；河南省医学会耳鼻咽喉-头颈外科分会中西医结合及嗓音学组委员；河南省康复协会无喉者专业委员会常委；郑州市抗癌协会头颈肿瘤专业委员会常委。河南省保健委员会干部保健会诊专家，郑州干部保健特聘专家。擅长运用中医治疗过敏性鼻炎、难治性鼻-鼻窦炎、儿童鼻-鼻窦炎及腺样体肥大、鼻源性头痛、慢性咽喉炎、嗓音病、耳源性眩晕、耳鸣耳聋等耳鼻喉科疑难病。

河南省医学会耳鼻咽喉-头颈外科分会中西医结合及嗓音学组委员；河南省康复协会无喉者专业委员会常委；郑州市抗癌协会头颈肿瘤专业委员会常委。河南省保健委员会干部保健会诊专家，郑州干部保健特聘专家。擅长运用中医治疗过敏性鼻炎、难治性鼻-鼻窦炎、儿童鼻-鼻窦炎及腺样体肥大、鼻源性头痛、慢性咽喉炎、嗓音病、耳源性眩晕、耳鸣耳聋等耳鼻喉科疑难病。



李静波，副主任医师，耳鼻喉科主任。从事耳鼻喉临床工作 35 年，现任河南省医学会耳鼻咽喉-头颈外科分会常务委员兼中西医结合及嗓音学组组长；河南省

康复协会无喉者专业委员会副主任委员；擅长：中西医结合治疗过敏性鼻炎、难治性鼻窦炎、嗓音病；内镜手术治疗慢性鼻窦炎、慢性中耳炎、鼓膜穿孔；中西医结合治疗耳鸣、耳聋、眩晕等耳鼻喉科疑难杂症。



贺星华,副主任医师,耳鼻喉科副主任。1994 年参加工作,2007 年在解放军总医院耳鼻咽喉头颈外科进修学习,曾多次参加国内各大医院的颞骨解剖学习班、鼻内窥镜学习班。

擅长:耳科手术如鼓膜穿孔、慢性中耳炎、鼓室硬化、传导性耳聋等;鼻科手术:鼻炎、鼻窦炎、鼻中隔偏曲、鼻腔鼻窦肿瘤的内镜下微创手术;咽喉部手术:扁桃体肥大、腺样体肥大、声带小结、声带息肉等咽喉部良恶性肿瘤。中西医结合治疗过敏性鼻炎、耳鸣、耳聋、眩晕等。

孙麦青,主任医师、教授、医学硕士、硕士研究生导师,省级知名专家,毕业于郑州大学。现任世界中医药联合会耳鼻喉专业委员会理事,



中华中医药学会耳鼻喉分会委员,河南省免疫学会粘膜免疫专业副主任委员,河南省睡眠研究会呼吸与睡眠障碍分会常委。擅长治疗咽喉炎,嗓音病,鼻-鼻窦炎,耳鸣耳聋,儿童鼾症,咳嗽等。发表论文 30 余篇,科研获河南省科技进步二等奖

1 项,教育厅一等奖 1 项,二等奖 1 项,主持教育厅课题 1 项,中医药管理局课题 2 项。



李泳文,副主任中医师、副教授,1987 年毕业于河南中医学院中医系,曾在广州医学院第一附属医院学习,2001 年被选拔为河南省首届继承型中医人才。发表论文 20 余篇。参与编写 2 部专著。参与完成省级科研课题 2 项并获奖。

擅长:中西医结合治疗各种鼻病及耳性眩晕、耳鸣、咽异感症、嗓音病等。

(上接 39 页) (11) :2743-2745

[8] 冯冰虹,赵宇红,黄建华. 桑白皮的有效成分筛选及其药理学研究. 中药材,2004,27 (3) :204-205.

[9] 天麻的活性成分及功能性研究进展 [J] .

食品工业科技.2016 (8) :392-395.399.

[10] 王英荣.半夏在方剂配伍中的作用及现代药理研究 [J] .中国冶金工业医学杂志.2009 (26) :605.

嗓音疾病的中成药应用

王俊杰¹ 柴峰¹

嗓音疾病是指嗓音的音量、音调、音质、发音持续时间以及发音的轻松程度和共鸣等出现了异常。南宋文字学家戴侗《六书故》既有“失声不能言谓之喑。”声音沙哑，中医称为喑，是喉部疾病临床常见的症状之一。轻者，讲话或歌唱时声音不清亮，声音发闷、发毛、发沙；严重者，声音嘶哑，讲话费力，甚或完全失音等。声音沙哑可由很多喉部疾病引起，常见如急性喉炎、慢性喉炎、声带小结、声带息肉、声带麻痹、喉肌弱症等，严重疾病如喉肿瘤、喉癌等。其中以急性喉炎、慢性喉炎最为多见。

嗓音病发生的病因繁多，因其内连脏腑，外通口鼻，声音出于脏气，故凡脏腑之外，六淫之乱，七情之伤，以及用声失当，生活失宜等皆能为病，其主要原因有^[1]：

1. 外邪客袭

外邪犯喉，或从口鼻直客咽喉，或从皮毛袭肺犯喉，其病理皆为壅遏肺气，肺失宣肃，邪滞喉门，金实不鸣而致喑。临床表现有不同程度的声音异常外，且发病大多迅速，病程亦短，并伴有发热恶寒，咽喉肿痛，咳嗽鼻塞，头身不适，脉浮有力等邪毒袭表之证。

2. 用声失当

声音出于脏气。故用声失当不但可直接损害发声器官，且每能损伤脏腑，致使脏腑功能失调，致气不充喉，声户失养而病喑。用声失当尚可壅遏腑之气，以致脏腑气盛蕴热，熏灼喉门，或留湿滞血，痰瘀阻喉，而致喉门红肿，生结长息，妨碍发声。

3. 七情失和

喜怒忧思悲恐惊七情和调，气血和利，则志得意逸，声音畅亮。反之，七情失和，声不随意，

则可致发声异常。《景岳全书·杂证谟·声喑》曰：“忧思积虑久而致喑者，心之病也；惊恐愤郁猝然致喑者，肝之病也。”故情志致暗大多与心肝功能失调有关，且其疾虽轻而难瘥。

4. 生活失宜

生活规律，饮食适度，作息有节，劳逸得当，用嗓合理，则气血阴阳和调而痼疾不起。若生活舛乱，毫无规律，失于调适，则气血失和，阴阳损衰，使声音失主，乏源竭本；或致火热内起，痰湿内生，气血瘀阻，壅滞于喉，则易声带红肿、增厚，生结长息等。

5. 脏腑虚损

祖国医学认为，声由气发，关乎五脏。并认为“心为声音之主，肺为声音之门，脾为声音之源，肝为声音之枢，肾为声音之根”。“气盛则声宏，气弱则声哑”。若五脏功能正常，气血旺盛，阴精阳气充足，则发声响亮，不易发生声音疾病；若五脏功能失调，气血不足，阴虚阳弱，则发声无力，容易发生声音疾病等，故凡能导致脏腑功能失调，气血阴阳虚衰或紊乱的因素均可导致声音沙哑的发生。

6. 痰饮瘀血

嗓音病由于痰、瘀者甚众，痰饮、瘀血阻于喉厌，聚而不散，遏制声户，则每致声带暗红增厚，或变生息肉，或促生结节；倘若痰瘀互结，则病程较长，久喑不愈，甚或发生癌瘤等。

中医治疗嗓音疾病方法众多，但辨证论治是一切治疗的基础，内治治疗多从调理脏腑入手，并根据发病病因与证候表现不同，采用不同的方药治疗，多能取得良好的效果。随着中医学的发展，社会的演变，中成药具有使用方便的特点逐渐被人接受。中成药是以中药材为原料，在中医

药理论指导下,为了预防及治疗疾病的需要,按规定的处方和制剂工艺加工成一定剂型的中药。因此,中成药是我国历代医家经千百年来医疗实践创造、总结的有效方剂之精华,各级医院已广泛使用。但中成药的使用原则与汤剂相同,需审病求因,辨证施治,同时也要明确中成药的适用范围、应用禁忌与注意事项。这是疗效的基础。临床常用中成药治疗嗓音疾病的有:

1. 疏风解表^[1]

因风为百病之长,风邪侵袭常挟寒、挟热、或夹湿夹燥而至。故本法又有疏风散寒、疏风清热、疏风祛湿、疏风宣燥而解表的不同治则,适用于风邪侵袭,郁遏卫表而致的急性嗓音病。

如症见卒然嘶哑,咽喉疼痛,恶寒发热,无汗身痛,舌淡红,苔薄白,脉浮紧等。适用疏风散寒解表,常用六味汤(片)、三拗片、荆防败毒口服液等。

疏风清热解表用于卒然嘶哑,咽喉红肿疼痛,发热恶风,或微恶风寒,头身不适,舌尖红,苔薄黄,脉浮数之风热表证。用方如夏桑菊、银翘散、金果饮、鼻咽灵片、清咽润喉丸、金嗓开音丸、甘桔冰梅片、润喉丸、清喉利咽颗粒、复方草珊瑚含片、西瓜霜润喉片等。

若风湿表证,声嘶喉痛,发热头重,汗出不扬,身体困重,关节酸楚,胸闷纳呆,舌苔薄黄而腻,脉浮缓或濡数等。则予疏风祛湿解表,方药香需饮、金嗓利咽丸等。

2. 清热泻火

适用于火热伤喉而致暗者。火热实证,有因外犯,有从内生。外犯者,得之火热客袭,或六淫化火;内生者,每起于肺、脾胃、心。然无论外犯,内生火热致暗,其病多急,且咽喉红肿较甚,疼痛较剧,口渴便秘,或高热,烦躁,舌红,苔黄,脉数而实等。治宜清热解毒,或清泻火热,常用方药如清热利咽茶、黄芩胶囊、泻白糖浆、导赤片等。若火热炽盛,迫血妄行,或灼血致瘀,声带出血,咽喉肿痛俱甚者,治宜清热泻火,凉血消肿,活血祛瘀,用方如清肺凉血饮、犀角地黄丸、牛黄解毒丸等。

喉咽之病,火热固多。但因喉咽为肺胃之门户,气息饮食出入之道,故邪毒侵袭,大多肺经表证未解,而胃腑里证已甚,以致发热恶寒,咽喉肿痛,口臭便秘,口渴尿赤等表里之证互见。治宜解表清里,泻热解毒。常用方如清咽利膈丸、响声破笛丸、健民咽喉片、黄氏响声丸等。

3. 化痰散结

适用于痰浊或痰热结滞于喉而致暗者。若痰浊结滞者,常表现为声音沉闷不扬,或嘶哑,喉门声带色白肥胖,或生息肉色白,或长小结白硬,喉间不利,如痰粘堵,咯痰白粘,胸闷纳呆,苔白而腻,脉滑缓等。治宜温化痰浊而散结。常用方如导痰丸、二陈丸、消瘰丸等。若痰热、痰火致暗者,则常见喉门声带红肿疼痛,咯痰黄稠,烦躁便秘,舌红苔黄腻,脉滑数等。治宜清热化痰,散结消肿,用方如清气化痰丸、雄黄解毒丸、黄氏响声丸等。

4. 利湿消肿

用于水湿滞留,上泛喉门声带而致之声带水肿、囊肿、肥厚,声音嘶哑之症。常用方如五苓散、五皮饮等。此外,水湿之成,因有内外。诸加风湿热邪侵袭,肺脾肾功能失调,常用方如实脾饮(散)、济生肾气丸。若湿热为患,喉门声带红肿,溃烂生腐,声嘶喉痛,舌红苔黄腻者,则宜清化湿热,消肿解毒。用方如清肺饮、金嗓利咽丸、金嗓利咽胶囊等。

5. 理气解郁

适用于忧思恚怒,情志不畅,肝气郁结,七情失和而致暗者。症见卒然失音,或发声不扬,情志波动时尤甚,叹息噎气,情志抑郁,胸胁闷胀,自觉喉咽紧缩不利,用声不遂,苔薄白,脉弦等。常用方药如柴胡疏肝丸、逍遥散及金嗓利咽丸、金嗓利咽胶囊等。

6. 活血化瘀^[2]

瘀血在嗓音病中发病相当广泛,故活血化瘀亦是治疗嗓音病的重要法则之一。凡嗓音病属淤或夹瘀而致,症见声音嘶哑,久而不愈,喉门、声带肌膜暗红,或声带小结,息肉色暗,久而不消,舌暗或生瘀点,或舌下青筋暴露等,皆可运用本法治之。常用方

药血府逐瘀胶囊,金嗓散结丸,开音颗粒等。

7. 益气养血^[2]

适用于气虚、血虚,或气血两虚而致暗者。气血两虚,声户失养,则常见声带运动乏力,或麻痹松弛,音哑日久不愈,喉部肌膜淡白或苍白,气短乏力,歌力不足,面色萎黄,唇舌色淡,脉虚弱等症。用方如八珍胶囊、归脾丸等。声音出于脏气,嗓音病由气、血亏虚而致者,尤以气虚为多,故益气之法较为常用。气虚者,多表现于肺脾肾三脏,故补益肺脾肾之气乃治疗虚性嗓音病之要法。常用方如保元丸、补肺复声汤、补中益气丸、滋肾丸等。

8. 滋阴降火^[3]

适用于阴液不足,津不上承,喉失滋养,或阴虚火旺,虚火上炎,客滞喉门而致暗者。嗓音病因于阴虚者,主要表现为于肺、肾。症见声音嘶哑,不耐疲劳,发声多则干涩声嘎,喉间干痛,灼热不适,喉部肌膜微红微肿,日久不愈,或干燥萎缩,溃烂生癣,口干口渴,干咳少痰;或痰带血丝,手足心热;或午后潮热,舌红少苔,脉

细或细数等。治宜滋养阴津,降火润喉。常用润喉丸清咽片、金嗓清音丸、铁笛丸、六味地黄丸、加味固本丸及健民咽喉片等。

嗓音病的中成药应用,概括其常用者主要有以上几个方面。但由于临证证情表现复杂,表里、寒热、虚实之间往往兼杂互现,故治疗之法亦当根据病情灵活变通,恰当配合。临床应用也可以根据患者辨证将两种或几种中成药加减应用,对于有些中成药不能照顾到兼证的也可以应用部分较少中药煎水送服。

参考文献

- [1] 蔡福养,王永钦,主编.嗓音病的中医论治 [M].北京:人民卫生出版社,1988:22-25,36-40.
- [2] 周照燕.开音颗粒治疗慢性喉炎 34 例临床观察 [J].江苏中医药,2007,39(7):40-41.
- [3] 李静波,柴峰,蔡纪堂.中医药治疗喉肌弱症疗效观察 [J].辽宁中医杂志,2005,32(8):799-800

(上接 52 页)

附件:

第二届中医耳鼻喉国际论坛参会回执

姓名		性别		职称	
民族		年龄		电话	
单位					
地址				邮编	
备注					

张勤修教授运用丹栀逍遥散治疗耳鼻喉科疾病举隅

刘志庆¹ 杨莎莎¹ 向南¹ 阎晓琳¹ 杨左² 张勤修²

【摘要】 丹栀逍遥散是在调和肝脾名剂逍遥散基础上加味而成，张勤修教授临证善用丹栀逍遥散治疗具有肝郁脾虚，内有郁热特点的耳鼻喉科疾病，对临床中应用丹栀逍遥散具有启发意义。

【关键词】 丹栀逍遥散；耳鼻喉科；张勤修；应用

Examples of Professor Zhang Qingxiu in Treating otolaryngology Diseases by Danzhixiaoyao Powder

LIU Zhiqing, YANG Shasha, XIANG nan, YAN Xiaolin, YANG Zuo, ZHANG Qinxiu

【Abstract】 Danzhixiaoyao Powder is based on xiaoyao Powder named for regulating the function of the liver and spleen, Professor Zhang Qingxiu is skilled in treating ophthalmic diseases characterized by Liver and spleen deficiency, inner heat by Danzhixiaoyao Powder. That is helpful to the clinical application.

【Key words】 Danzhixiaoyao Powder; Otolaryngology; Zhang Qinxiu; Application.

张勤修教授，博士生导师，享受国务院特殊津贴专家，全国有突出贡献的中青年专家，四川省名中医。从事耳鼻喉科临床科研工作 30 年，学验俱丰，善用经方治疗疑难杂症，多获奇效。现仅就张勤修教授临床运用丹栀逍遥散的验案例举如下。

1 突发性耳聋

王某，女性，31 岁，2016 年 8 月 2 日初诊。主诉：左耳听力突然下降 3 天。3 天前因得知其母突然离世后出现左耳听力下降，伴有持续耳鸣，如“嗡嗡”声，自服“六味地黄丸”2 天无效，遂前来就诊。现症：左耳听力下降，耳鸣、耳胀，头昏头胀，口苦，纳差，神疲倦怠，情绪抑郁，小便黄，大便少，失眠，舌质红，苔黄，脉弦。专科检查：左耳轻度感音神经性听力损失，右耳听力检查未见明显异常；双侧外耳道通畅，鼓膜完整。四诊合参，中医诊断为暴聋；证属肝郁化火，上扰耳窍；治当疏肝降火，开郁通窍；予以丹栀逍

遥散加减治疗。处方如下：柴胡 15g，当归 10g，生甘草 5g，茯苓 10g，白术 15g，芍药 15g，牡丹皮 10g，郁金 10g，合欢皮 10g，薄荷 10g（后下），炒栀子 15g，石菖蒲 5g，香附 10g。10 剂，每天 1 剂，水煎服。服完后复诊，听力较前好转，心烦口苦减轻，去白术、甘草又 12 剂后复查听力恢复正常，耳鸣基本消失。

按：肝主疏泄，主一身气机，一旦为情志所伤，肝气郁结，气机紊乱，逆气上扰耳窍，则易耳鸣耳聋。如《素问·脏气法时论》所载：“肝病者，……气逆则头痛，耳鸣不聪”。耳聋有虚实两者。猝然发生者，即暴聋，多为实证。本例患者因亲人骤然离世而肝气极度郁结，郁而化火，上扰耳窍，当属实证，正如《丹溪治法心要·耳》所云：“少阳、厥阴热多，皆属于火”，故患者自行进补“六味地黄丸”无效。中医诊断：暴聋，辨证为肝郁化火，上扰耳窍，治当疏肝泻火，开郁通窍，方选丹栀逍遥散^[3]加减，方中柴胡疏肝解郁；

丹皮、栀子清肝降火开郁；茯苓、白术、当归养血健脾以扶土抑木，防木克土；白芍养血柔肝；石菖蒲、郁金增强通窍开郁；香附行气活血散郁；甘草调和诸药。全方泻肝火而少佐补气血，泻而不伤正，兼养血健脾，故获奇效。

2 慢性咽炎

李某，女，62岁，2016年10月25日，咽部异物梗阻感3月余，加重1周，曾先后经当地医院中医内科、西医喉科多方诊治，症状均无明显改善。自觉咽部异物梗阻甚重，局部发胀有堵塞感，吸气不顺，咽部干燥感，不伴咽痛，声嘶，进食无碍，舌红、苔薄黄腻，查：两咽侧壁暗红肿明显，咽后壁淋巴滤泡高突增生，融合成片，咽反射敏感，经院外多次喉镜及钡餐检查均未有阳性发现，诊为：“慢性咽炎”。初以为痰火结于咽窍，郁闭清窍，遂投温胆汤加消瘰丸之剂，不验；改用黄连温胆汤加减，仍不效。再查：咽部粘膜充血较前稍有减轻，口涎较多，纳呆便秘，情绪苦闷，舌转暗红，脉弦数，此乃干土克木，遂投丹栀逍遥散加减：柴胡15g，茯苓15g，白术15g，牡丹皮10g，当归尾10g，白芍10g，薄荷5g（后下），北沙参10g，郁金10g，陈皮15g，紫苏梗15g，厚朴10g，浙贝母10g，栀子10g。进药6剂，诸症均减，精神调畅；守方10剂，诸症消失而愈，随访一年未复发。

按：此属中医“喉痹”。初拟传统治法，一派滋阴清热、解毒化痰之品，苦寒过甚，折伤脾气，致气虚湿阻，故头晕欲呕，口涎量多，咽部肿胀，久难获效。张教授曰本例患者乃气滞痰凝所为，非一般治法所及，故需另辟蹊径，从肝论治，以理气和中缓急之品为宜。改用丹栀逍遥散加减，方症相符，诸证速去。

3 过敏性鼻炎

梁某某，男，27岁。发作性鼻塞、鼻痒、打

喷嚏、流涕3年，遇风加重，近半年鼻塞严重而持续，终日头昏脑胀，心烦胁闷。曾自服“鼻炎康”、“鼻炎灵片”等不效。检查：鼻粘膜充血、水肿、鼻腔有较多水样分泌物。舌质红，苔薄黄，脉弦。西医诊断：过敏性鼻炎。中医诊断：鼻鼽^①。辨证：肝经郁热，肺窍失利。治法：疏肝泄热，宣肺通窍。方用丹栀逍遥散加减：柴胡15g，茯苓15g，牡丹皮15g，栀子10g，甘草10g，薄荷（后下）10g，菊花15g，白芷10g，辛夷10g，防风15g，白芍15g，荆芥15g。水煎服，1日1剂。服10剂后，鼻塞、鼻痒及打喷嚏、流涕明显减轻，其余症状随之消失。上方继服14剂症状悉除，鼻粘膜充血水肿基本消失。

按：《不居集》有云：“百病皆生于郁”，情志不畅则肝失于条达，郁而化火则心烦胁闷，舌质红、苔薄黄，脉弦；肝木反侮肺金，进而影响肺气的宣肃，宣肃不利而致鼻塞、流涕等。治当疏肝泄热、宣肺散邪通窍，故用丹栀逍遥散加辛夷、荆芥、防风、白芷等，以疏肝泄热、散邪通窍，方证合拍，故能奏效。

4 大疱性鼓膜炎

张某，男，18岁，高三学生，2014年5月25日。近1年反复发作右耳疼痛，经中西医诊治后症状可缓解，易复发。本次发作右耳疼痛5天，加重1天，牵扯同侧头痛头胀，郁郁寡欢，神疲倦怠，寐欠佳，小便短黄。查：右外耳道下壁可见一血痂（患者掏伤），鼓膜完整，充血，后上方看见一紫红色血疱，舌质淡红，苔薄黄，脉弦。诊断：“大疱性鼓膜炎（右）”。中医诊断：耳疮，辨证为肝郁脾虚，内火郁扰，当以疏肝实脾，清火凉血止痛为法。予丹栀逍遥散加减：柴胡15g，白芍10g，薄荷10g（后下），当归尾10g，白术10g，茯苓15g，生地15g，路路通12g，生甘草6g，泽泻15g，牡丹皮15g，栀子10g。服药6剂，复诊

诸症改善明显，查血疱明显变小，守方 8 剂，诸症悉除，随访两年无复发。

按：中医认为，此例耳疮的发生由于学习压力大，劳累紧张引起，劳累思虑伤脾，紧张郁闷伤肝，肝气郁结，肝失调达，久而化火，循经上扰耳窍，因此耳痛，鼓膜生疮同侧头痛，心情郁闷，舌淡红，苔薄黄，脉弦，责之于肝；神疲倦怠，寐则欠安，责之于脾。劳累思虑，导致脾气虚弱，清阳不升，中气不足，故神疲倦怠，寐则欠安。这是本例的病因病机。立法：疏肝实脾，清火凉血止痛。处方选丹栀逍遥散加减，柴胡、薄荷、泽泻清热疏肝，当归、白芍养血柔肝，茯苓、白术健脾益气，生地、牡丹皮清热凉血，在此基础上又加路路通通络止痛的作用，共奏清肝泻火通络，健脾凉血止痛之效。

小结：丹栀逍遥散出自明·薛己所著的《内科摘要》。薛己在《太平惠民和剂局方》逍遥散的基础上加了牡丹皮和炒栀子两味，又名丹栀逍遥散^[4-6]，用于肝郁脾虚发热之证。药物组成：白术，柴胡，当归，茯苓，甘草，牡丹皮，山栀，芍药，生姜，薄荷。方中柴胡疏肝理气，使木得条达，为君药；炒山栀、牡丹皮性寒味苦，皆入肝经，用以清解肝经气郁之火；当归、白芍养血柔肝，使木体得养，共为臣药；薄荷、生姜助肝疏散条达之性，

白术、茯苓健脾祛湿，以资化源，均为佐药；炙甘草调和诸药为使。诸药配伍，补肝体，又助肝用，肝脾兼顾，气血同调，刚柔并济^[2]。丹栀逍遥散临床应用较广，临证时根据患者情况，辨证得当，随症化裁，均能收到比较满意的效果。

此外，张勤修教授根据多年的临床经验认为，还应对耳鸣耳聋等肝郁患者进行人文关怀，心理疏导。

参考文献

[1] 熊大经, 刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012.123-128.

[2] 李冀, 连建伟. 方剂学 (新世纪四版) [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016.72-74.

[3] 朱昕玥, 彭海燕. 丹栀逍遥散化裁治验四则 [J]. 中华中医药杂志, 2013, 07: 2047-2050.

[4] 闫金海, 刘跃刚. 丹栀逍遥散加减治疗焦虑症临床观察 [J]. 大家健康 (学术版), 2013, 14: 29-30.

[5] 李展, 陈业强. 陈业强应用丹栀逍遥散的学术思想 [J]. 辽宁中医杂志, 2011, 12: 2346-2348.

[6] 徐志伟, 王文竹, 苏俊芳, 严灿, 吴丽丽. 丹栀逍遥散四种提取物抗抑郁、焦虑作用的实验研究 [J]. 中华中医药杂志, 2006, 05: 302-303.

譙凤英主任运用自拟四皮定眩汤治疗痰浊中阻型耳眩晕临床观察

譙凤英¹ 王丹丹²

【摘要】目的 分析观察譙凤英主任运用自拟四皮定眩汤论治痰浊中阻型耳眩晕的疗效。**方法** 将门诊患者,按就诊顺序,采用 1:1 比例分为两组,治疗组 32 例,以自拟四皮定眩汤辨证加减治疗,7 天为一疗程;对照组 32 例,用敏使朗,每次 6mg,每日 3 次,7 天为一疗程。**结果** 治疗组总有效率为 96.9%,优于对照组总有效率 65.6% ($P < 0.05$)。**结论** 运用自拟四皮定眩汤论治痰浊中阻型耳眩晕副作用小、疗效显著,值得临床推广使用。

【关键词】 自拟四皮定眩汤;痰浊中阻;耳眩晕

耳眩晕是以头晕目眩、天旋地转,甚或恶心呕吐为主要特征的疾病^[1],是耳鼻喉科常见病之一,据调查显示眩晕发病率约为 5%~8%,而其中前庭周围性眩晕占 70%以上^[2],尤以成年人居多。本病常反复发作,日久迁延难愈,严重影响患者的工作和生活。

现代医学在治疗耳眩晕方面多采用前庭神经镇静药、止呕吐制剂、利尿及脱水药、改善微循环药物、激素类、营养神经药,因本病易反复发作,长期使用均有副作用产生。而中医注重整体观念、辨证论治,且毒副作用小,在治疗眩晕方面有其独特的优势,临床屡获佳效。吾师譙凤英主任通过三十多年的临床经验总结发现,“脾”在耳眩晕的辨证治疗中起到了重要作用,现代人饮食营养丰富,多食肥甘油腻,易内生痰湿,而“脾为生痰之源”,若脾虚失于健运,水液不能正常输布,滋生痰浊,痰浊邪气可随气机升降,流窜全身,困遏清阳导致头晕目眩。故吾师在古人基础上加之自身体会从“脾”辨证论治耳眩晕,以健脾利湿、化痰定眩为主要治疗原则,自拟四皮定眩汤辨证加减,治疗痰浊中阻型耳眩晕,取得了很好的疗效。

1 资料与方法

1.1 资料

1.1.1 一般资料

选取我院 2015 年 1 月—2017 年 6 月门诊就诊的中医辨证为痰浊中阻型的耳眩晕病人 64 例,按就诊顺序,采用 1:1 比例分为两组,见表 1:

表 1

样本量	性别		治疗后					症征缓解率	
	男	女	< 20 岁	20-30 岁	31-40 岁	41-50 岁	> 50 岁	最短	最长
治疗组	32	11 21	1	3	7	7	14	2 天	10 余年
对照组	32	11 21	2	5	1	7	17	1 周	10 余年

两组患者在性别、年龄以及发病时间上均无明显差异 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.1.2 诊断标准:

1.1.2.1 中医诊断标准:依照《中华中医药学会标准·中医耳鼻咽喉科常见病诊疗指南》(2009):①多有反复发作史,部分患者可有过度劳累、或精神紧张等诱因;②突然发病,自觉天旋地转,多伴有恶心呕吐,但神智清楚,可伴有耳鸣、波动性听力下降,发作期可有患侧耳内胀闷感;③外耳道及鼓膜检查无异常,发作时多有自发性、水平性的眼震。痰浊中阻证见:眩晕而见头重如蒙,胸中闷闷不疏,呕恶较甚,痰涎多,或见耳鸣耳聋,心悸,纳呆倦怠。舌苔白腻,脉濡滑。

1.1.2.2 排除标准:排除全身疾病等引起的眩晕,如颈椎病、椎基底动脉供血不足、颅内占位、

高血压等。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法

治疗组：予四皮定眩汤，药物组成为：冬瓜皮 15g、大腹皮 15g、地骨皮 15g、生桑白皮 15g、泽泻 30g、清半夏 10g、天麻 10g、陈皮 6g、竹茹 10g、炒白术 20g、茯苓 20g、大枣 3 枚、甘草片 6g。随症加减：若头重如蒙加天麻，胸闷加瓜蒌、薤白，纳呆加砂仁、枳壳，呕恶较甚加旋覆花，伴耳鸣、耳聋甚者加龙骨、牡蛎，耳堵闷者加石菖蒲、路路通。用法用量：日 1 剂，水煎服，共 300ml，分 2 次温服，每次 150ml。

对照组：敏使朗（甲磺酸倍他司汀片，卫材中国药业有限公司生产，国药准字国药准字 H20040130），口服，每次 6mg，每日 3 次。

两组均以 7 天为一疗程，连服 4 个疗程，若期间症状消失则停止服药，疗程结束后统计疗效。

1.2.2 疗效指标^[3]

参考《中医病证诊断疗效标准·耳眩晕》的评定标准：治愈：临床症状及体征全部消失。好转：临床症状及体征明显减轻。未愈：症状及体征无明显减轻。

2 结果（见表 2）

表 2

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效率
治疗组	32	10	21	1	96.9%
对照组	32	3	18	11	65.6%

两组疗效对比，经秩和检验， $Z=-3.368$ ， $P=0.001<0.05$ 差异具有统计学意义，治疗组总疗效明显优于对照组。

3 典型案例

刘某某，男，70 岁，干部。初诊：2017 年 6 月 14 日。主诉：头晕 1 年余伴左耳听力下降、堵闷。现病史：1 年前无明显诱因出现头晕、昏沉，体位变换不能诱发，左耳听力下降、耳堵闷感，每次持续时间短则数小时长则数月，可自行缓解，严重时伴恶心、呕吐。纳食后腹胀，寐安，大便粘腻 2 次/日。舌淡红，苔白腻，脉弦滑。既往史：无高血压、

糖尿病病史。体格检查：左外耳道畅，耳膜内陷。辅助检查：纯音测听：左耳中度感音神经性耳聋（平均听阈 55dB），右耳轻度感音神经性耳聋（平均听阈 35dB）。声导抗测试：双耳 A 型图。前庭功能检查：1、视动系统功能正常 2、变位试验阴性 3、右侧水平半规管低频功能低下（CP22%右侧 DP13%左侧）诊断：西医诊断：眩晕、感音神经性耳聋（双侧）。中医诊断：耳眩晕、耳聋病，证型：痰浊中阻证。治则：健脾利湿、化痰定眩。予四皮定眩汤加减，拟方如下：冬瓜皮 15g、大腹皮 15g、地骨皮 15g、生桑白皮 15 克、泽泻 30g、清半夏 10g、天麻 10g、陈皮 10g、竹茹 10g、茯苓 20g、炒白术 20g、甘草片 6g、络石藤 15g、鸡血藤 15g、首乌藤 15g、钩藤 15g、地龙 10g、槟榔 10g。共七剂，日 1 剂，水煎服，共 300ml，分 2 次温服。嘱患者禁食辛辣食物及鱼虾等发物，避风寒及大幅度体位变化。二诊：2017 年 6 月 22 日。未出现恶心、呕吐，食后腹胀消失，头昏沉较前好转，左耳听力下降、堵闷感时轻时重。纳可，寐安，便粘腻 1 次/日。舌淡红，苔薄黄，脉弦滑。检查：左外耳道畅，耳膜内陷。遂前方减槟榔，加黄芩 10g、佩兰 10g、藿香 10g，服法同前，继服七剂。三诊：2017 年 6 月 29 日。头昏沉消失，左耳堵闷感、听力下较前明显好转。纳可，寐安，便调。舌淡红，苔白，脉弦。检查：左外耳道畅，耳膜完整、光锥缩短。遂前方减黄芩、藿香、佩兰，加石菖蒲、路路通各 10g，继服 7 剂后左耳堵闷消失，听力左耳平均听阈恢复到 35dB，右耳平均听阈恢复到 23dB。

治疗结束后对患者进行电话随访至今，眩晕及耳部症状消失，且未复发。

4 讨论

耳眩晕是耳窍功能失常引起的一种疾病，是耳鼻喉科较常见的慢性难治性疾病，《内经》云：“虚实皆可致眩”，历代医家通常认为耳眩晕病机多虚实夹杂，实证以风、火、痰、瘀居多，虚症以肝脾肾亏虚为主。而吾师临床发现耳眩晕患者脾虚湿盛者较多，痰浊中阻证型多见。《素问·玉

机真脏论》所说：“脾不及，则令人九窍不通”。朱震亨认为“头眩，痰夹气虚并火……无痰则不作眩”。饮食、劳倦、忧思伤脾，导致脾失健运，水液输布失常则内生痰湿，故舌脉均为痰湿之象；头为清阳之腑，湿浊阻遏气机，清阳不升、失于濡养，浊阴不降、邪气上扰则发为头晕；湿邪困阻中焦，脾胃失和，“浊气在上”则出现纳食后腹胀、恶心呕吐；湿浊上蒙耳窍，则出现耳鸣、耳聋及耳堵闷；痰湿下注则大便粘腻。

对于痰湿致眩的治疗，朱氏提出“治痰法，实脾土，燥脾湿是治其本”，“善治痰者，不治痰而治气”的基本法则，并针对痰的不同性质，病证的不同部位，结合体质的盛衰，加减化裁。吾师在此基础上自拟四皮定眩汤加减治疗痰浊中阻型耳眩晕疗效突出。

方中冬瓜皮、大腹皮、地骨皮、生桑白皮、泽泻化湿行水，其中冬瓜皮味甘，性寒，归脾、小肠经，可“走皮肤，去湿追风，补脾泻火”，清热利水消肿，《滇南本草》记载，冬瓜皮可“止渴，消痰，利小便”^[4]；大腹皮味辛，性微温，归脾、胃、大肠、小肠经，能行气宽中、利水消肿，可治“痰膈醋心”；地骨皮味甘性寒，为“走表又走里之药，消其浮游之邪”，《本草述》记载可消水肿，《药品化义》记载可“下利大小肠”；生桑白皮性寒，走气分，利水消肿，行水而不伤阴，与地骨皮合用，一走气，一走血，气血双清，与大腹皮合用，桑白皮清水之上源，大腹皮能下气宽中，上源水道清，中焦脾运健，水湿自去，正如《藏府药式补正》记载“地骨皮，能清骨中之热，泄火下行，以视桑皮，则寒凉又胜一筹。而清肺热，导气火，亦引皮肤水气顺流而下，不嫌燥烈伤津、破耗正气，则与桑皮异曲同工”；泽泻善利水中之滞，利水而不伤阴。故四皮与泽泻合用，加强全方利湿行水之力。半夏、天麻、陈皮、竹茹共奏化痰之效，半夏为燥湿化痰之要药、还可降逆止呕、消痞散结，《本经》记载，半夏可治“头眩胸胀”；天麻可化痰熄风止眩；陈皮归脾经，可燥湿化痰，与生姜合用又增强理气健脾之功；

竹茹性寒滑利，祛痰力强，四药合用以助痰消。白术、茯苓、大枣、甘草补气健脾，以助湿化。其中白术健脾益气，燥湿利水；茯苓健脾宁心，利水渗湿，与泽泻、陈皮、半夏合用还可增强化痰定眩之功；大枣味甘、性温，补中益气、养血生津；甘草补中益气、调和诸药，以上四药合用可健运脾气，以消痰浊。

现代药理研究：白术具有促进胃排空及小肠推动功能，调节脾淋巴细胞的作用^[5]；大枣具有镇静、抗惊厥的作用^[6]；桑白皮浸膏的丙酮提取物有显著的平喘、利尿作用^[7]，而桑白皮碱提取物有祛痰作用^[8]；天麻有镇静催眠、抗癫痫、改善微循环的作用^[9]；半夏中的总生物碱具有止呕、祛痰的作用^[10]。现代药理研究表明四皮定眩汤之组方中药味具有促消化、化痰、利尿、镇静、改善微循环的作用，与中医健脾利湿、化痰定眩相吻合，为运用该方辨证治疗痰浊中阻型耳眩晕提供了依据。

以上诸药合用使脾气得健，气行湿散，痰浊以消，阴翳得散，清窍得养，眩晕自除。共奏健脾利湿、化痰定眩的作用，用以治疗痰浊中阻型耳眩晕取得了良好的效果，值得临床推广借鉴。

参考文献

- [1] 刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学 [M]. 中国中医药出版社: 2016: 94-98.
- [2] 王中卿, 郭兆慧. 常见前庭周围性眩晕精准医疗常态化进展综述 [J]. 系统医学. 2016 (1): 72-74.
- [3] 王士贞. 中医耳鼻咽喉口腔科医学. 北京: 人民卫生出版社, 1994. 293-305.
- [4] 梁迎春. 有益于健康的冬瓜皮 [J]. 农产品加工, 2012 (8): 27.
- [5] 白明学. 白术的现代药理研究与临床新用 [J]. 中国中医药现代远程教育. 2008(96): 609.
- [6] 张建梅. 大枣的药用探讨 [J]. 新疆中医药. 1995, 16 (3): 40.
- [7] 韦媛媛, 徐峰, 陈晓伟, 等. 桑白皮黄酮平喘作用实验研究. 时珍国医国药, 2009, 20 (下转 30 页)

心理干预疗法结合中药汤剂及耳穴贴压治疗咽异感症

朱静静¹ 吴曙辉¹ 闫勇¹ 鲍爱春¹ 张太¹

【摘要】目的 了解咽异感症患者给予心理干预和中西医治疗的临床疗效。**方法** 运用汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 和汉密尔顿焦虑量表 (HAMA) 对 100 例咽异感症患者进行抑郁、焦虑评价后, 随机分为两组, 每组 50 例, 中医治疗组运用中药汤剂+耳穴贴压, 综合治疗组应用心理干预疗法结合中药汤剂及耳穴贴压对咽异感症患者实施干预性治疗, 4 周一疗程, 治疗 3 个疗程再次以 HAMD 及 HAMA 量表评分, 评估疗效。**结果** 综合治疗组咽异感症疗效较中医治疗组明显好转 ($P < 0.05$)。**结论** 应用心理干预疗法结合中药汤剂及耳穴贴压治疗咽异感症有比较好的疗效, 可临床推广应用。

【关键词】 中西医结合疗法; 心理干预; 咽异感症; 半夏厚朴汤加味

Psychological intervention therapy combined with traditional Chinese medicine decoction and auricular point sticking pressure for the treatment of pharyngeal paraesthesia

ZHU Jingjing, WU Shuhui, Yan Yong, Bao Aichun, Zhang Tai

【Abstract】Objective To observe the clinical effects of pharyngeal paraesthesia treated by psychological intervention combined with integrative Chinese and western medicines. **Methods** Using Hamilton Depression Scale (HAMD) and Hamilton Anxiety Scale (HAMA) to evaluate the depression and anxiety status of 100 patients with pharyngeal paraesthesia. After that, the patients were randomly divided into two groups, 50 patients as a group. The two groups were implemented therapy separately. For the TCM treatment group, using traditional Chinese medicine decoction and auricular point sticking method; For the combined treatment group, using psychological intervention combined with traditional Chinese medicine decoction and auricular point sticking method. Four weeks is a course of treatment. After the third course, each patient will get an evaluation of the clinical effect by using HAMD and HAMA. **Results** The clinical effects of combined treatment group are better than the TCM treatment group's ($P < 0.05$). **Conclusion** There is a good result for pharyngeal paraesthesia treatment by using psychological intervention combined with traditional Chinese medicine decoction and auricular point sticking method. Which can be used for clinical application.

【Key words】 Integrative Chinese-Western Medicine; Psychological Intervention; Subjective Obstruction in Throat; Modified Banxia Houpu Decoction

咽异感症是耳鼻咽喉科常见多发病之一, 常用“慢性咽炎、喉炎、咽部神经官能症、梅核气”去解释病人的症状, 有 20-30% 的病人病因不明^①。即使诊断为咽异感症, 治疗效果也不佳, 复发率高。患者咽部不适的症状反复发作, 许多人焦虑

不安, 自疑患有不治之症, 甚至影响正常的生活和工作。随着现代生活节奏的加快, 生活和工作压力的增加, 咽异感症的发病率也呈逐渐增高的趋势。因此, 如何正确诊断和有效治疗咽异感症是亟需解决的课题。本研究以中药半夏厚朴汤及

耳穴贴压,配合心理干预综合治疗咽异感症,取得了较好的疗效,报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象选择

筛选在我院连续就诊的咽异感症患者 100 例。参照《实用耳鼻咽喉科学》对咽异感症的诊断标准^[2]。所有患者均符合以下三个条件:①所有患者均伴有除疼痛外的多种咽部异常感觉或幻觉,比如咽喉异物阻塞感、紧迫感、痰痒感、豁附感、烧灼感、贴叶感、蚁行感,以及吞咽梗塞感,不伴有呼吸困难、呼吸不畅感和吞咽不畅。②食道 X 线钡透、颈椎及茎突 x 线摄片、胃镜、食管镜、各种心血管检查及五官科专科检查,排除明显的器质性病变。同时排除一些全身性疾病,如甲状腺功能低下、缺铁性贫血及糖尿病等。③病程大于 2 月。

1.2 分组及方法

所有病人由专人用汉密尔顿抑郁量表 (Hamilton depression scale,HAMD) 和汉密尔顿焦虑量表 (Hamilton anxiety scale HAMA)^[3] 进行抑郁、焦虑评价后,随机分成 2 组,中医治疗组采用半夏厚朴汤加减,配合耳穴贴压,用王不留行籽黏在 0.5 厘米×0.5 厘米方胶布上,贴于双耳耳部穴位,嘱患者自我按压,用拇指及食指相对按压,由轻到重,直至患者出现麻、胀、痛感,每日 3 次,每次 10 分钟,每 5 天更换 1 次,中间休息两天。综合治疗组在中药汤剂及耳穴贴压的基础上,加用心理干预疗法。通过对患者进行健康心理咨询和认知疗法,详细耐心向患者解释病情,改善患者对疾病的认识,消除患者的疑虑和担忧,缓解患者的心理症状,鼓励患者积极治疗该病的同时保持平和心态,帮助患者树立战胜疾病的信心,有利于本症的康复。对于有明显躯体化症状及焦虑抑郁患者,在行对症躯体治疗的同时,可配合应用抗抑郁、抗焦虑等药物。

1.3 评估方法

汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 及汉密尔顿焦

虑量表 (HAMA) 评分。HAMD 包括体质量、迟缓、日夜变化、睡眠障碍以及绝望焦虑 7 个项目,每个项目从无症状、轻度、中度、重度、极重度采用 0-4 分的 5 级评分,分数越高,表明患者的抑郁越严重。根据最后的分数结果,可分为严重抑郁 (总分>35),轻中度抑郁 (总分> 20),可能抑郁 (总分≥8),及没有抑郁 (总分<8)。HAMA 包括 14 个检查项目,包括精神性焦虑和躯体性焦虑 2 部分,每个项目从无症状、轻度、中度、重度、极重度采用 0-4 分的 5 级评分,分数越高,表明患者的焦虑越严重。根据评估结果,可分为严重焦虑 (总分>21),伴有焦虑 (总分>14),可能焦虑 (总分≥7),及没有焦虑 (总分<7)。

1.4 疗效标准

依据国家中医药管理局发布,1995 年 1 月 1 日实施的《中医病证诊断疗效标准》:显效:咽部异物感消失;有效:咽部异物感症状明显减轻;无效:异物感无明显变化。

1.5 统计方法

调查全部资料经过复核后,由专业人员统一录入数据,进行逻辑检查。应用 SPSS 12.0 软件进行统计学分析。

2 结果

两组病例治疗 12 周后,各进行 HAMD、HAMA 评分进行评估。综合治疗组 50 例,治愈 32 例,有效 15 例,有效率 94%。中医治疗组 50 例,治愈 26 例,有效 14 例,有效率 80% (见表 1)。综合治疗组及中医治疗组治疗前后的 HAMD、HAMA 评分有统计学意义 ($P<0.05$) (见表 2-5)。

表 1 两组治疗效果比较

组别	例数	显效	有效	无效	有效率 (%)
综合治疗组	50	21	18	11	78
中医治疗组	50	17	15	18	64

表 2 中医组治疗前后 HAMD 评定结果

组别	例数	严重抑郁 (总分>35)	轻中度抑郁 (总分>20)	可能抑郁 (总分≥8)	没有抑郁 (总分<8)
治疗前	50	5	13	26	6
治疗后	50	4	9	23	14

表 3 综合组治疗前后 HAMD 评定结果

组别	例数	严重抑郁 (总分>35)	轻中度抑郁 (总分>20)	可能抑郁 (总分≥8)	没有抑郁 (总分<8)
治疗前	50	4	15	24	7
治疗后	50	3	9	19	17

表 4 中医组治疗前后 HAMA 评定结果

组别	例数	严重焦虑 (总分>21)	伴有焦虑 (总分>14)	可能焦虑 (总分≥7)	有焦虑 (总分<7)
治疗前	50	7	13	28	2
治疗后	50	5	10	27	8

表 5 综合组治疗前后 HAMA 评定结果

组别	例数	严重焦虑 (总分>21)	伴有焦虑 (总分>14)	可能焦虑 (总分≥7)	没有焦虑 (总分<7)
治疗前	50	8	14	25	3
治疗后	50	3	8	21	18

3 讨论

咽异感症又称为咽部感觉异常^[4],是一种常见复杂疾病,其病因和发病机制难以准确阐明,也无特效的治疗方法。患者咽部感到似有异物、蚁行、灼热、紧束、闷塞、狭窄等感觉,有的患者感到有树叶、发丝、线头、肿物及痰着感。中医文献也有记载,称其为“上塞咽喉,有如炙脔,吐咽不下,皆七气所生”,这些不适感更会加重病人的不良情绪。咽异感症患者往往性格多有内向,心情焦虑抑郁,咽部不适加重身体关注,部分患者甚至出现“恐癌”心理^[5],这就奠定了以疏导和调理情志治疗咽异感症的理论基础。故在药物治疗的同时,应配合一定的心理治疗,生理上改善患者的不适症状,心理上帮助患者认识疾病,了解疾病,疏导患者焦虑抑郁的情绪,同时建立治愈疾病的信心。

本研究中,对前来就诊的患者采用中医疗法半夏厚朴汤加减,引自《金匱要略》^[6]:“妇人咽中如有炙脔,半夏厚朴汤主之”,因中医药文献《仁斋直指方》记载,本病由于“七情气郁,结成痰涎,随气积聚,坚大如块,在心腹间,或塞咽喉”所致^[7],患者因情志不畅,导致肝气不舒,木不疏土,进而脾失健运,痰浊内生,导致咽部“如有炙脔”,半夏厚朴汤中,采用中医经典方剂的君、

臣、佐、使原则^[8],半夏辛温,性能行散,化痰散结,去除脾胃湿痰,用来治根,做为君药;厚朴苦辛,下气除满,燥湿下痰,配合理气化痰及健脾化湿,做为臣药;苏叶解表散寒;茯苓渗利痰湿;生姜消痰散结;几味药制成汤药服用,行气解郁、消痰降逆。现代研究发现,半夏厚朴汤具有抗抑郁作用,其提取物可提高大鼠的蔗糖摄入量,抗抑郁效果接近百忧解^[9],有效改善患者过度担忧,焦虑抑郁的心理状态,调节病人的不良情绪^[10]。

本研究在服用传统中药半夏厚朴汤的基础上,加用耳穴贴压法,引自《灵枢·口问》:“耳者,宗脉之所聚也”,可见耳部是全身经络汇集之处,耳部的穴位可以说是全身各个部位在耳部的缩影,行耳穴贴压按摩,疏经通络,行气解郁。现代研究同样发现,行耳穴贴压可以抑制脑干的网状激活系统,使大脑皮质得到放松,起到安神镇静的作用^[11];耳穴贴压还可以通过刺激皮下穴位调节植物神经系统的兴奋性和抑制性,同时抑制交感神经,舒张血管,改善局部血液循环,进而改善咽喉部不适。本研究耳穴贴压^[12]选穴为肾、肺、肝、咽喉、神门、口等,起到疏肝解郁、镇静安神、解痉止痛、消炎止痒的作用,缓解咽异感症病人咽喉不适产生的阻塞感、痒痒感、豁附感、烧灼感、贴叶感、蚁行感等咽部不适感,进而缓解患者的焦虑抑郁情绪^[13]。本研究中医治疗采用的半夏厚朴汤及耳穴贴压治疗,秉承了中医治疗的特点,同时结合了咽异感症这一疾病的特殊性,因病施治,患者在治疗 12 周后获得比较不错的疗效,总的有效率为 64%,取得了比较好的治疗效果。

本研究还在传统治疗的基础上,对患者进行认知干预,向患者详细解释疾病的病因以及发病机制,告知患者咽喉不适的各种致病因素,使患者对自身病情有充分的了解,缓解患者的“恐癌心理”,使患者精神上放松下来,消除由于疾病产生的焦虑及抑郁情绪。同时向患者强调日常生活中注意防范,如清淡饮食忌辛辣、注意用嗓适度,保持周围环境清洁,适度运动,增强自身抵抗力,

同时注意定期复查,及时控制病情。提高患者对疾病的充分认知,提高患者治愈疾病的信心,进一步排解焦虑、抑郁等负面情绪。对于症状严重及明显焦虑抑郁的患者,应进一步了解有无精神因素,如近期工作压力较大,过度劳累,生活中遇到不如意事件等^[4],同时在传统治疗及心理干预的基础上加用抗焦虑及抗抑郁药物,帮助患者改善心理症状,更有助于疾病的好转康复^[5]。本研究中中医治疗组及综合治疗组病人,在进行相应治疗 12 周以后,都有一定的疗效,两组疗效分别为 64% 及 78%,综合治疗组较中医治疗组明显偏高,同时 HAMD 及 HAMA 的评分结果综合治疗组较中医治疗组改善明显,可见对患者进行相应的心理治疗更有助于患者咽异感症症状改善及疾病恢复。

总之,咽异感症病因不明且复杂,在传统治疗基础上,发挥中医药治疗的优势,并重视精神因素,辅以心理疏导,从心理及躯体同步缓解患者症状,收到的治疗效果更佳。

参考文献

- [1] 张均超.射频联合甘桔冰梅片治疗咽异感症疗效观察 [J].中国实用医药,2012,7 (18): 46-46.
- [2] 樊忠,王天铎.实用耳鼻喉科学 [M].第 1 版.济南:山东科学出版社,1997: 473-475.
- [3] Ferbeyre Binelfa L, Ramfrez Bolla J, Bautista Pia V, et al.Fibromatosis of the breast.Report of two cases and review of the literature [J].Cir, 2009, 77 (4): 313-291.
- [4] 姜泗长.耳鼻咽喉-头颈外科诊断与鉴别诊断 [M].北京:中国协和医科大学出版社,2001: 237-238.

[5] 叶浩昕.咽异感症患者心理因素评析及心理干预疗效分析 [J].山东大学耳鼻喉眼学报,2014,28 (6):47-49.

[6] 祁向争,李慧臻,吴春江.刺络拔罐配合半夏厚朴汤治疗梅核气病因病机探讨 [J].内蒙古中医药,2014,33 (16):86-86.

[7] 蓝晓明,谢薇,卢凯荣等.中西医治疗咽异感症 66 例 [J].中国民间疗法,2005,10 (13):15-16.

[8] 杨洁,彭伟,齐向华等.半夏厚朴汤加味治疗思虑过度状态失眠症初探 [J].江苏中医药,2015,47 (7):61-62.

[9] Luo L, Nong Wang J, Kong LD, et al. Antidepressant effects of Banxia Houpu decoction, a traditional Chinese medicinal empirical formula. Journal of ethnopharmacology, 2000, 73 (1-2): 277.

[10] 彭伟,滕晶,王琪聃等.运用半夏厚朴汤治疗思虑过度状态失眠症经验 [J].山东中医杂志,2013, 32 (7): 498.

[11] 宋娟,叶海燕,江莉等.耳穴贴压联合丙泊酚静脉全麻对人工流产术的影响 [J].河南中医,2015, 35 (8): 1591-1593.

[12] 王会丽.针刺配合穴位贴敷治疗梅核气 98 例 [J].中国民间疗法,2013,21 (5):24-24.

[13] 陈东,孙远征.电针-结合耳穴贴压治疗脑卒中后抑郁的临床观察 [J].中药临床研究,2016,8 (2):35-36.

[14] 钟纯,钟庄龙.认知行为疗法在功能性咽异感症治疗中的应用 [J].中耳耳鼻喉咽喉颅底外科杂志,2013, (4):367-368.

[15] 王长虹,丛中.临床心理治疗学 [M].北京:人民军医出版社,2004:104-107.

鼻鼽的中医膏方治疗

傅锡品¹ 肖小玉¹ 章龙飞¹

【摘要】目的 观察①鼻鼽中医膏方治疗的有效性；②鼻鼽膏方治疗的优越性；③从临床角度阐释中医治未病的意义。**方法** 将 160 例鼻鼽（过敏性鼻炎）患者随机分为治疗组和对照组，对照组行西药常规治疗，治疗组行西药常规治疗配合中医膏方治疗，两组均治疗 2 月，随访 1 年，观察两组短期和长期疗效。**结果** 两组在短期疗效上有明显差异，有统计学意义 ($P<0.05$)，治疗组在长期疗效上明显优于对照组 ($P<0.01$)。**结论** 中药膏方治疗鼻鼽在症状和体征改善方面具有优势，尤其在远期疗效方面更具优势，大大减少复发次数，使发作症状显著减轻。

【关键词】 鼻鼽；膏方；治疗

一、引言

鼻鼽是指以突然和反复发作的鼻痒、喷嚏、鼻流清涕、鼻塞为特征的鼻病，源于西周时期，《礼记·月令》中有“季秋行夏令，则其国大水，冬藏殃败，民多鼽嚏”。刘完素在《素问玄机原病式·六气为病》中给予恰当的解释：“鼽者，鼻出清涕也。”“嚏，鼻中因痒，而气喷作于声也。”囊括了现代医学的变态反应性鼻炎和血管运动性鼻炎是诱发支气管哮喘的重要因素之一，即‘一个呼吸道，一种疾病’，从而使之更受重视。

鼻鼽临床上治疗药物有很多，大量的患者是采用西医西药治疗的，其中应用最广的是抗组胺药（开瑞坦、西替利嗪等）和激素类喷鼻剂滴鼻剂（辅舒良、雷诺考特等），西医西药的优势是疗效明显和使用方便，同时劣势也是显而易见的。首先，抗组胺药对一部分患者不起作用，在有效的病例中也难以避免嗜睡等副作用，长期应用对机体更是不利。其次，局部用激素疗效虽好（有一些学者认为，在鼻腔局部用皮质激素，权衡利弊是利大于弊），但是如果长期用激素，副作用依然是不容置疑的。为提高鼻鼽的治疗疗效，减少鼻鼽在西医治疗中的副作用，我科在临床治疗鼻鼽中采用了中医治疗方法配合西医西药治疗，取得了很好的疗效。

二、研究方法及临床资料

1. 病例筛选

2012—2014 冬令来院就诊的 160 例鼻鼽患者随机分为 2 组各 80 例进行治疗。其中男性 76 例，女性 84 例；年龄最大 57 岁，最小 7 岁（见下表）。所有病例均符合变应性鼻炎诊断标准：参照中华医学会耳鼻咽喉科学会《变应性鼻炎的诊治原则和推荐方案》(2004 年兰州)^[1]；中医辨证标准：根据中华中医药学会耳鼻咽喉科专业委员会制定的《鼻鼽的诊断和治疗标准》。

组别	例数	性 别		年龄(岁)($\bar{x}\pm s$)
		男	女	
治疗组	80	44	36	27.98±14.02
对照组	80	32	48	26.46±13.36

上表中性别经 X^2 检验，年龄经 t 检验，均显示 $P>0.05$ ，无统计学差异，具有可比性。

2. 纳入标准

- ① 诊断符合鼻鼽的患者；
- ② 鼻鼽的时间 ≥ 1 年；
- ③ 年龄 7~60 岁，性别不限；
- ④ 能配合治疗。

3. 排除标准:

- ① 合并急性鼻炎、鼻窦炎、鼻息肉、支气管炎、肺炎、肺结核、肺癌等疾病；

- ②妊娠期或哺乳期患者；
- ③过敏体质或局部皮肤不能耐受者，甚至过敏者；
- ④有吸烟和（或）嗜酒、辛辣饮食史；
- ⑤合并有心、肝、肾等其他系统严重疾病者。

4. 记分标准：

(1) 有明确吸入物致敏原线索。有个人或家族过敏性疾病史。发作时有典型的症状和体征。各记 1 分，共 3 分。

(2) 特异性 IgE 抗体检测阳性或变应原激发试验阳性，且与皮肤试验及病史符合，各得 2 分，共 4 分。

5. 疗效评定标准

为了准确地、客观评定疗效，应进行：

(1) 症状分级

喷嚏 连续 3~5 个记录为 1 分；连续 6~10 个记录为 2 分；连续 11 个记录为 3 分；

流涕每日擤涕次数小于 4 次记录为 1 分；每日擤涕次数 5~9 次记录为 2 分；每日擤涕次数大于等于 10 次记录为 3 分；

鼻塞吸气时有感觉记录为 1 分；间歇性或交互性记录为 2 分；几乎全天用口呼吸记录为 3 分；

鼻痒间断记录为 1 分；蚁行感记录为 2 分；，不可忍受蚁行感，难忍记录为 3 分；

(2) 体征分级：

下鼻甲与鼻底，鼻中隔紧靠，见不到中鼻甲，或中鼻甲息肉样变，息肉形成，记录为 3 分；

下鼻甲与鼻中隔（或鼻底）紧靠，下鼻甲与鼻底（或鼻中隔）之间尚有小缝隙，记录为 2 分；下鼻甲轻度肿胀，鼻中隔、中鼻甲尚可见，记录为 1 分。

(3) 特异性 IgE 抗体检测结果前后比较

7. 疗效评定

按中华医学会耳鼻喉科学会制定（2004 年，兰州）评分标准进行计分评定。

①显效：（治疗前总分-治疗后总分）/治疗前总分×100%≥66%；

②有效：（治疗前总分-治疗后总分）/治疗前总分×100%=26%~65%；

③无效：（治疗前总分-治疗后总分）/治疗前总分×100%≤25%。

8. 统计学方法：

计数资料用 X² 检验；计量资料用 t 检验；相关分析采用二元变量相关分析。

9. 治疗方法

对照组：孟鲁司特钠片 10mg qn，内舒拿晨每鼻一喷 qd，达芬霖一喷 bid（用七天停两天继续使用）。

治疗组：在西药常规治疗的基础上加中药膏方运用：用基本方部分辛夷 60g、防风 60g、升麻 60g、白芷 100g、蔓荆子 100g、陈皮 80g、绿萼梅 80g、黄芪 150g、白术 120g、山药 150g、生熟地各 120g、紫草 80g、茜草 80g、蝉衣 80g、甘草 60g。

肺寒饮犯加肉桂，芍药等，肺气亏虚加诃子、党参等，脾气亏虚加远志、酸枣仁、大枣等，肺脾气虚证用补中益气汤、参苓白术散加减，肺肾气虚用肾气丸加减，肾阳亏虚加巴戟天、淫羊藿等，郁热熏鼻加黄芩、知母、桑白皮等。阴虚者以鳖甲胶为底胶，阳虚者以鹿角胶或阿胶为底胶，肺热者以平淡为底胶。连服两个疗程约 2 个月，感冒发热期间停服膏方。

三、结果

两组患者治疗后短期和长期疗效比较

表 1 两组治疗 1 疗程结束时临床疗效（2 月） 例（%）

组别	n	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	80	57(71.25)	18(22.50)	5(6.25)	75(93.75)
对照组	80	47(58.75)	17(21.25)	16(20.00)	64(80.00)

注：1)与对照组比较,P<0.05

表 2 两组治疗后随访 1 年临床疗效 例（%）

组别	n	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	80	53(66.25)	17(21.25)	10(12.50)	70(87.50)
对照组	80	28(35.00)	21(26.25)	31(38.75)	49(61.25)

注：1)与对照组比较,P<0.01

表 1 示：两组患者在治疗 1 疗程结束时（2 个

月) 的治疗效果明显差异, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 示: 两组患者在治疗后随访 1 年的治疗效果, 有显著统计学意义, 治疗组要明显优于对照组 ($P < 0.01$)。

表 3 治疗组 IgE 结果比较 $\bar{x} \pm s$

组别	n	治疗前	治疗 2 个月	治疗 1 年后
治疗组	80	242.82±21.38	102.92±12.25	53.11±7.57
对照组	80	251.02±18.91	118.46±10.64	92.20±10.54

注: 1) 与对照组比较, $P < 0.05$, 治疗组两两之间比较均有显著统计学意义, $P < 0.01$, 对照组治疗前与治疗 2 个月、治疗 1 年比较均有统计学意义, 治疗 2 个月与治疗 1 年后比较无明显差异。

四、讨论

鼻鼽是指以突然和反复发作的鼻痒、喷嚏、鼻流清涕、鼻塞为特征的鼻病, 即现代医学过敏性鼻炎。鼻鼽的病因与肺、脾、肾虚损有密切关系, 各种原因导致的肺、脾、肾任何一脏亏虚, 都可影响其免疫功能, 此为鼻鼽的主要发病原因。除此之外, 还有一些具有热象表现的可为肺经素有郁热, 肃降失职, 邪热上犯鼻窍而发为鼻鼽。再有, 地区环境的差异及人体反应的不同, 鼻鼽还可以在此基础上反应出多种不同的辨证类型, 如气滞血瘀、阴虚火旺、水湿停留等, 但从总体来看, 在治疗方面, 掌握从肺、脾、肾三脏辨证的原则是治疗鼻鼽的重点。值得提出的是, 现代中医针对鼻鼽研究的内容, 基本都是对于变应性鼻炎的中医证型, 或中药对免疫功能调节的论证和观察。应用中医药治疗, 从两方面切入, 一是在方剂中选用具有抗过敏作用的中药, 二是调节脏腑气血阴阳, 通过改善机体内环境来降低其易感性。两者相比, 前者收效较快, 后者的疗效作用较为持久, 副作用小, 更能体现中医特色。且中医膏方简便易行, 经初步临床应用效果明显。

本次研究, 遵循中医“治未病”的指导思想, 膏方中苍耳子、辛夷、防风、露蜂房、广地龙、蝉衣祛风止痒通窍为方中之君药; 白术、白芍、甘草、地肤子、茜草、紫草、丝瓜络益血缓急、祛风散邪、补而不泻为方中之臣; 黄芪、乌梅、阿胶、生山楂、茯苓、山药补肝肾、通血管、益肺气、健脾胃为佐; 陈皮、绿萼梅调和药味, 升麻、石菖蒲引药归经为使。方中白芍与甘草相配伍, 出自《伤寒杂病论》是调和气血的名方, 而过敏性鼻炎鼻腔黏膜苍白, 打喷嚏不止, 正是血虚生风, 气虚收摄无力的表现。地龙治疗鼻病最早见于《圣愈方》, 具有清热, 熄风, 通络, 平喘、利尿作用; 地肤子清湿热, 消肿胀, 对改善鼻黏膜水肿有较好疗效。其中紫草、茜草清热活血; 蝉衣、地龙熄风清热通络; 防风、乌梅配伍, 防风升散祛风, 乌梅敛肺抗过敏, 一散一收, 也是施金墨先生爱用的对药。再随症加减, 平衡阴阳, 调理脏腑, 起到未病防萌, 欲病防发, 已病防变, 初愈防复的目的。运用“治未病”的指导思想, 中药膏方不失为鼻鼽疾病难以根治的有效解决办法。本实验从临床角度阐释中医治未病的意义, 也充分体现了膏方治疗鼻鼽在症状和体征改善方面优势, 尤其在远期疗效方面更具优势, 大大减少复发次数, 使发作症状显著减轻。因此膏方治疗鼻鼽具有副作用小, 安全有效, 治疗方便, 符合“简、便、廉、验”的中医特色。

参考文献

[1] 中华医学会耳鼻咽喉科学会, 变应性鼻炎的诊治原则和推荐方案 (2004 年兰州) .
 [2] 孔维佳, 变态反应性鼻炎, 耳鼻喉科学, [M], 北京: 人民卫生出版社, 2006:62-63.

中医儿科耳鼻咽喉疾病特征及其对策(之四)

——中医小儿耳鼻咽喉科学的形成之管见

赵胜堂¹

(上接 2018 年第 2 期)

八、小儿耳鼻咽喉科常见病治疗方法

(一) 治疗方案:

1. 治疗原则:

(1) 采纳“耳鼻咽喉兼顾综合调理+局部辨证个体化给予”的治疗原则。

(2) 婴幼儿给予敷贴为主, 口服和熏服为辅的给药方案。

2. 健康管理:

(1) 七日一疗程, 分期管理, 分为“干预期、康复期、防御期”。

(2) 愈后三个月做一次耳鼻咽喉科全面体检, 以后每六个月检查一次。

(3) 每年秋冬和冬春交替时节(换季时), 口服中药预防不少于 4 个疗程。

(二) 治疗方法

1. 干预期: 2 个疗程

(1) 电释药鼻疗: 药物喷鼻/定向穴位透药, 2/日(病情轻者只选择药物喷鼻)。

(2) 置换按摩疗法: 用于耳部按摩, 鼻部按摩吸引置换, 每日 1-2 次。

(3) 贴敷疗法: 下关/扁桃体穴贴敷, 1/日; 大椎穴位贴敷, 1/日。

(4) 熏服疗法: 中药袋泡剂熏服, 2/日。

2. 康复期: 2 个疗程

(1) 敷贴鼻疗: 药物喷鼻/穴位贴敷, 1/日(既干预期停用治疗仪)。

(2) 足部反射疗法: 足部中药贴敷, 1/日。

(3) 中药脐疗: 神阙穴位贴敷, 1/日。

3. 防御期: 2 个疗程

(1) 鼻部贴敷: 鼻部/大椎穴位涂膜, 1/日。

(2) 中药口服: 特殊医学配方中药, 2-4/日

(可以制作液体饮料应用)。

(三) 临床运用

1. 释药鼻疗+穴位贴敷:

(1) 应用药品: 康灵皮肤粘膜抑菌洗液乳膏-RHX 型

【产品规格】液体/膏剂(鼻腔喷药/穴位

消毒两用+穴位贴敷专用)

①_x0001_液体制剂:

【主要配方】辛夷提取液、辛夷挥发油、冰片、吐温-80、辛夷芳香水、尼泊金乙酯。

【适应人群】鼻腔喷药/穴位消毒两用药品。对小儿鼻腔系统粘膜有较强的免疫机制, 控制该系统粘膜组织炎性水肿。主要用于儿童鼻-鼻窦炎、腺样体、扁桃体等淋巴免疫组织炎性肥大, 以及涉及的咽鼓管和中耳分泌性炎症; 也用于穴位贴敷疗法的局部消毒, 防止或降低贴敷疗法过敏反应。

② 乳膏制剂:

【主要配方】青黛、五倍子、细辛、微乳液赋形剂。

【功能主治】泻热散结, 消水通窍。主要用于小儿鼻腔系统粘膜组织水肿、淋巴系统肿大等症的专用穴位贴敷。

(2) 使用方法

① 药物喷鼻: 选择上述药品中的液体制剂喷鼻, 用于干预期和康复期两个阶段。

A. 扩张清洁鼻道: 先用液体喷剂每次两侧鼻孔各一喷, 每隔一分钟重复一次, 连续三次, 期间如有鼻涕堵塞尽量擤出后再喷。(目的是: 消

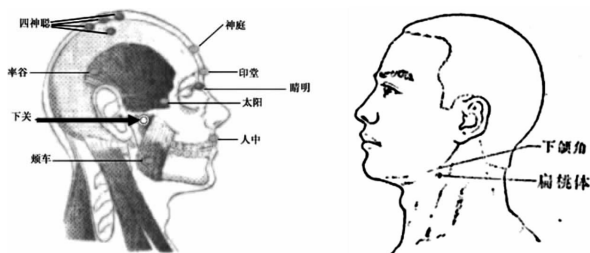


除水肿-稀释粘液-清洁鼻腔-扩张鼻道-暴露腺样体)

B. 治疗气道疾病：第三次喷药后再隔 3 分钟 (共计 5 分钟) 两侧鼻孔各喷 2 喷 (目的是：将药物充分喷洒到鼻咽部位以及腺样体)

C. 佩戴仪器治疗：干预期应用，上述治疗结束后佩戴仪器治疗。4-6 岁治疗 5 分钟，1-2 岁治疗 10 分钟后关机，再喷药一次加强治疗，2/日；重症者在两次间隔期间加喷一次喷剂；3 岁以下及轻度患者不宜佩戴设备治疗，13 岁以上按照成人治疗方案治疗。

②穴位贴敷：选用上述药品中的乳膏制剂分别贴敷于：下关穴、扁桃体穴、大椎透陶道穴位 (督脉皮络原穴)，用于干预期和康复期两个阶段。



A. 下关/扁桃体穴位：先用液体喷剂在贴敷区



域喷洒洗液用以消毒抗敏，再用微乳膏剂喷至耳鼻喉贴的远红外纤维层 2-3 喷，分别贴敷于两侧下关/扁桃体穴位上面，贴后用食指分别在 2 个穴位上面顺时针用力按压旋转至酸胀有唾液分泌时停止；贴敷 3 小时/次，1 次/日，3 次后休息 1 日再贴 3 次，7 日为 1 疗程。

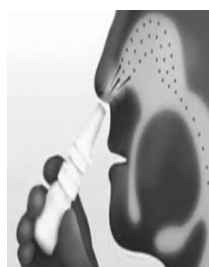
B. 大椎/陶道穴位：再选择大椎与陶道呈椭圆形区域喷药消毒抗敏，然后将微乳膏剂喷至穴位

贴敷治疗贴的吸水棉中 4-6 喷，使其均匀一致后贴敷于该区域。胶布压紧后用食指分别旋转式按压两个敷贴中心的磁珠微针进行针灸治疗，每一贴按压 1 分钟，热性实性病行顺时针按压式旋转，虚性寒性病逆时针旋转，每日贴敷 1 次，每次 4-6 小时即可，连续三次休息 1 天，再次贴敷三次为 1 疗程；连续两个疗程治疗期结束 (如果是风寒病症严重则改用鼻窦康皮肤粘膜抑菌涂剂涂抹膏剂贴敷)。

(3) 儿童鼻疗新药注意事项

由新型鼻窦康皮肤粘膜抑菌洗液喷雾剂和乳膏贴敷剂组成，其中液体为喷鼻治疗和穴位贴敷时用于消毒和预防贴敷过敏双重用途。

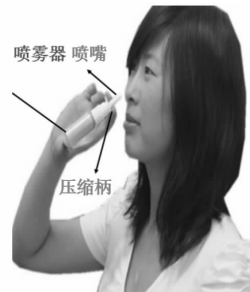
错误操作



A. 液体喷剂应用：

治疗者身体直立，头稍后仰，治疗器与身体形成四十五度夹角。(喷雾方向线性关系比较)

正确用法：鼻腔喷药时，右手食指/中指分别按住喷头上的压缩柄，拇指托住瓶体，将喷嘴送入鼻腔深处，此时，中指正好压住鼻头，食指压紧上唇处，这样既起到固定喷雾器的作用，使之在按压喷嘴喷药时不至于左右上下摇摆，又处在一个与身体形成 45 度夹角的最佳喷药位置。



B. 乳膏贴敷应用：

乳膏应均匀涂抹到吸水棉上面不得流入到胶布粘贴部位，以免胶布粘贴不够牢固而容易脱落。



C. 敷贴介绍

耳鼻咽喉贴

【主要结构】本品由远红外陶瓷粉、丙烯酸压敏胶、水刺无纺布、医用吸水棉垫、离型纸、密封袋制成。

【技术指标】压敏胶剥离强度不小于 1.0N/cm,持续粘度不大于 2.5mm,远红外发射波长范围 $8\mu\text{m}-15\mu\text{m}$,法相比辐射率大于 75%。

【规格型号】22mm×10 贴/条×100/袋。

【适用范围】本品针对人体特定穴位起到刺激作用;可以加载药物敷贴治疗;

一般贴敷 3 小时,如系加载涂膜制剂贴敷,贴敷时间范围控制在 0.5-1 小时以内。

穴位贴敷治疗贴

【主要结构】本品由远红外陶瓷粉、丙烯酸压敏胶、水刺无纺布、不锈磁化钢珠、防水圈、医用吸水棉垫、储药槽、离型纸、密封袋制成。

【技术指标】压敏胶剥离强度不小于 1.0N/cm,持续粘度不大于 2.5mm,远红外发射波长范围 $8\mu\text{m}-15\mu\text{m}$,法相比辐射率大于 75%。

【规格型号】70mm×70mm×3 贴/袋×2 袋/盒。

【适用范围】本品针对人体特定穴位起到刺激作用;可以加载药物敷贴治疗;

一般贴敷 4-6 小时,如系加载涂膜制剂贴敷,贴敷时间范围控制在 3 小时以内。

2. 电疗涂膜:

(1) 使用药品:鼻窦康皮肤粘膜抑菌涂抹膏剂+耳鼻咽喉贴

【包装规格】每瓶 15 克

【主要成分】蟾酥、冰片、蜈蚣、川芎、辛夷提取物,配合高分子化合物研制的新型穴位涂膜剂。

【功能主治】攻毒散结,消肿镇痛,通络开窍,防腐生肌。现代研究证实:可对多种球菌、杆菌、真菌具有抑制作用。

【适用范围】可用于鼻部区域穴位、特殊穴位的贴敷;既可以单独应用也可以涂抹到远红外贴



中的吸水棉上贴敷治疗。

1 大椎透陶道穴:颈后高骨第七颈椎是大椎,第一胸椎下为陶道穴。

2 上迎香穴:又叫鼻通穴。仰靠坐位,在面部,当鼻翼软骨与骨甲的交界处,近鼻唇沟上端处。

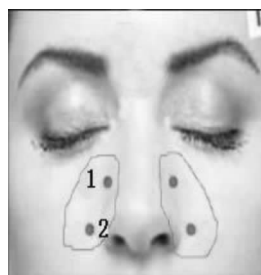
3 迎香穴:在鼻翼外缘中点旁,当鼻唇沟中(见下图)。

【使用方法】首先打开穴位涂抹器具的密封盖,右手持笔状将涂抹器的走珠端斜向前下方。

取仰靠坐位,先将旋转走珠在手掌部位旋转抹擦,等待乳膏制剂流出时,再对准相应部位,轻轻反复旋转,即可将乳膏均匀涂抹,涂抹范围直径在 15-30 毫米之间/厚度约为 0.5 毫米即可。然后盖上密封盖,用力拧紧勿使其漏气。

【注意事项】本品一经开封应用,务必连续使用至完毕,中途不可停用,以免引起氧化反应,从而失去应用价值,每次贴敷 40-60 分钟后去除乳膏制剂,一日涂抹三次,每疗程使用 1 瓶,一般应用两个疗程即可痊愈,病程长而又是疑难病症者,可增加一个疗程涂膜制剂(涂膜治疗不宜超过三周;一次未愈,应该停用一周后再行涂抹治疗)。涂抹于鼻部组织后,立即会形成一层薄膜状态,随后便会产生凉爽、麻胀、针刺的感觉,继而局部出现轻度局部热胀,鼻清气爽,呼吸通畅的效应。

注意事项:面部穴位药物贴敷疗法,谨防药物进入眼内。



新型系列产品与使用方法(内部资料,严禁公开)

- 鼻部区域应用鼻窦康皮肤粘膜抑菌乳膏涂膜剂
- 穴位涂膜治疗示意图



2. 中药协定处方水泡熏服疗法：干预期用药

(1) 小儿耳鼻喉袋泡剂-B 型：规格：每袋 6/9 克。

【方剂组成】白芷 1 辛夷 1 黄芪 3 当归 1 黄芩 2 甘草 0.5 甜叶菊 0.5

【功能主治】补气养血，解毒利湿，消肿止痛，止涕利鼻。主要用于小儿鼻-鼻窦炎、免疫性淋巴免疫组织（腺样体、扁桃体等）炎性肥大、咽喉炎、分泌性中耳炎，中医证型属于正气不足，气血虚弱引起的病症。

(2) 小儿耳鼻喉袋泡剂-T 型：

【方剂组成】甜叶菊 0.5 公英 5 黄芪 2 当归 辛夷 1 甘草 0.5

【功能主治】调气养血，清热解毒。主要用于小儿鼻-鼻窦炎、免疫性淋巴免疫组织（腺样体、扁桃体等）炎性肥大、咽喉炎、分泌性中耳炎，中医证型属于正邪相争，热入营血，寒热往来，热毒壅盛引起的病症。

(3) 小儿耳鼻喉袋泡剂-H 型：规格：每袋 6/9 克。

【方剂组成】黄芪 6 当归 1 防风 0.5 辛夷 1 甘草 0.5

【功能主治】调气养血，清热解毒。主要用于小儿鼻-鼻窦炎、免疫性淋巴免疫组织（腺样体、扁桃体等）炎性肥大、咽喉炎、分泌性中耳炎，中医证型属于正邪相争，热入营血，寒热往来，热毒壅盛引起的病症。

(4) 小儿耳鼻喉袋泡-C 型

【方剂组成】苍耳子 2 白芷 2 辛夷 2 细辛 1 薄荷 1 芦根 1

【功能主治】

(5) 小儿耳鼻喉袋泡剂-P 型

【方剂组成】蒲公英 3 芦根 2 杏仁 2 荷叶 2

【功能主治】

2. 使用方法：1 袋/日，每袋浸泡 2 次。用时（暖壶）开水水泡熏蒸口鼻部 3-5 分钟，余液体口服，早晚浸泡熏服 1 次；4 岁及以上儿童可用，6 岁以下 6 克装，6-12 岁 9 克装。

3. 中药脐疗 康复期应用

(1) 鼻窦康皮肤粘膜抑菌洗液—RHP：先用液体喷剂局部消毒擦拭干净，再喷一次药液预防皮肤过敏。

(2) 再将微乳膏剂喷到穴位敷贴治疗贴（10 岁以上改用隔物灸）的吸水棉上面 4-6 喷，贴于脐部，按压 1 分钟，贴敷 6 小时。1 次/日，3 次后休息 1 天再次贴敷 3 次；根据儿童伴随症状的轻重缓急，可以加载中药细粉，撒药法贴敷脐部。

4. 足部反射疗法：康复期应用

康灵皮肤粘膜抑菌洗液喷剂—RHX 型的微乳膏剂，加药 4-6 喷至穴位敷贴治疗贴的吸水棉后，贴于足心部位，贴敷前也应该应用液体喷剂喷洒贴敷区域消毒抗敏。6 小时/次，1 次/日，3 次后休息 1 日，再贴 3 次。

5. 鼻部/大椎穴位涂膜：防御期应用

【应用药品】皮肤粘膜抑菌乳膏涂抹膏剂

【产品规格】15g

【产品编码】BHG

【功能主治】攻毒散结，消肿镇痛，通络开窍，防腐生肌。现代研究证实：可对多种球菌、杆菌、真菌具有抑制作用。能改善组织的微循环、延长凝血时间、降低血粘度，并有明显的镇痛、抗炎及局麻作用。兼具中医针灸学方面的针刺疗法、药物灸治疗法、膏药透皮吸收疗法于一身



【主要用途】鼻部专用穴位涂膜生物医药制剂，卫生用品。配合鼻腔喷雾制剂联合应用。适宜各种鼻病引起的鼻塞不适，鼻粘膜炎性改变的鼻病患者。涂布鼻部周围穴位后，数秒钟内就会形成透气薄膜，十分钟内药物分子即能吸收并且产生疗效，三十分钟内药物被完全吸收，并且在局部组织停留 3-4 小时后才被分解排泄。更加适合穴位给药的治疗目的，并且显著减少了药物在体内的半衰期，延长了药物分子（或有效部位）在体内的释放速率，易于药物在体内形成离子化状态，有效参与组织的生物调节与修复过程，提高了药代动力学的生物利用度。

（待续）

中华中医药学会

中会国际发〔2019〕1 号

关于召开“第二届中医耳鼻喉国际论坛”的通知

各有关单位：

为贯彻落实习近平总书记在十九大报告中提出的“传承发展中医药事业”重要指示精神，挖掘整理海内外中医耳鼻喉先进科学技术，加强传承与创新工作，让知名中医耳鼻喉技术下沉基层，并在基层医疗机构开展中医耳鼻喉专科共建帮扶，为耳鼻喉医学工作者搭建国际交流平台。中华中医药学会定于 2019 年 4 月 17 日—21 日在广西北海市召开“第二届中医耳鼻喉国际论坛”。现将有关事项通知如下：

一、主办、承办单位

主办单位：中华中医药学会

承办单位：河北康灵健康管理集团有限公司

二、会议时间

报到时间：2019 年 4 月 16 日（周二）

会议时间：2019 年 4 月 17 日—21 日（周三至周日）

三、会议地点

广西北海市南洋国际大酒店

（地址：广西壮族自治区北海市海城区北海大道 209—1 号）

四、会议征文及要求

为了促进学术交流，诚向各有关单位及参会人员征集相关学术论文，大会收录的论文将编辑成大会论文集。

（一）征文内容：

论文选题范围包括但不限于以下范围：

1. 中医脏腑器官理论在中医耳鼻喉科中的传承与应用
2. 中医藏象思维方式诊断治疗耳鼻喉科疾病
3. 中医精准医疗定向透药治疗耳鼻喉疾病的原理与优势
4. 中药“注射器”一穴位动力学经皮给药的核心技术
5. 靶向透皮给药吸收制剂系统的研究现状

- 6. 促进药物透皮吸收的物理学新方法
- 7. 定向透皮给药系统的研究步骤与规范化设计
- 8. 中医经皮给药精准医疗的临床探索与展望

(二) 征文要求:

1. 征文要求资料真实, 数据可靠, 未公开发表。论文将择优在《中医耳鼻喉科学研究》2019 年第二期特刊发表。

2. 论文采用 MicrosoftWord 文档格式, 论文字数 3000-5000 字, 并附 300 字左右的中英文摘要, 需列出 3 至 5 个关键词。

3. 以附件形式发送电子版到邮箱: zhstang323@163.com, 投稿邮件中请详细注明: 姓名、所属单位或团队、通讯方式 (电话、电邮、传真), 并注明参加“第二届中医耳鼻喉国际论坛”论文。

4. 论文收集截稿日期: 2019 年 3 月 20 日前, 如逾期将无法录入大会论文集。

五、会议费用

会议费 680 元/人, 食宿由大会统一安排, 食宿及交通费用自理。

六、联系方式

1. 河北康灵中医耳鼻喉研究所

联系人: 杨晓娜

联系电话: 0311-85661424 手机: 15831177501

通讯地址: 石家庄市裕华区建华南大街 118 号

邮编 050031

Email: zhstang323@163.com

2. 中华中医药学会国际部

联系人: 彭程 杨一玖

联系电话: 010-64206805

Email: zyxyhgjb@163.com

通讯地址: 北京市朝阳区樱花东街甲 4 号

七、注意事项

本次会议提供国家 I 类继续教育学分 6 分, 请需要的参会人员提前备注。

附件: 第二届中医耳鼻喉国际论坛参会回执

中华中医药学会

2019 年 1 月 20 日

(下转 33 页)

第二届《中医耳鼻喉国际论坛专家委员会》

公益性培训专科精准帮扶项目 2019 年上半年培训计划

项目编号：2019HBZYJJ02110001

项目名称：耳鼻喉皮络疗法定向透药新模式

项目类型：河北省中医药继续医学教育项目 I 类（国内通用）

所属学科：中医临床医学/中医耳鼻喉科

主办单位：石家庄康灵中医耳鼻喉医院

项目负责人：赵胜堂

公益性培训：中医耳鼻喉国际论坛专家委员会

公益培训主管：中华中医药学会国际交流部

招生对象：基层医务人员 拟招生人数：300 教学时数：36

办学方式：研讨班 考核办法：笔试 拟授学分：6（3 月份起授予）

培训班次：1 月 11 日（周五；3 月 19 日授予学分）、2 月 22 日（周五；3 月 19 日授予学分）、3 月 19 日（周二）、4 月 17 日（周三）、5 月 17 日（周五）、6 月 26 日（周三；授予 6 月 19 日学分）

培训主会场：石家庄康灵中医耳鼻喉医院多功能厅

各地分会场：同步进行培训

第二届中医耳鼻喉国际论坛暨耳鼻喉皮络疗法定向透药新模式 2019-4 期，于 2019 年 4 月 18 日同期召开，地点：广西北海-越南河内同期举办（学分另行申报）

河北康灵集团 20 周年大庆暨耳鼻喉皮络疗法定向透药新模式 2019-6 期于 2019 年 6 月 26 日同期召开，地点：河北省北戴河疗养院

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