

近五年中西医治疗慢性咽炎的研究进展

吴慧¹

【摘要】文章综述了近五年中西医治疗慢性咽炎的研究进展。显示慢性咽炎的治疗主要包括中医治疗、西医治疗及中西医结合治疗,三者均有一定的治疗效果。西医治疗本病多以改善局部症状为主,中医从整体出发,调节人体阴阳平衡。结果,反映了中西医结合治疗本病的效果较好,是首选的治疗方法。

【关键词】慢性咽炎;中医;西医;中西医结合;综述

慢性咽炎属祖国医学“慢喉痹”范畴,其发病主要与急性咽炎反复发作迁延,或有嗜好烟酒、辛辣食物史,或长期烟尘、有害气体刺激史;病变以咽黏膜肥厚或萎缩为主要特征。喉痹一名,最早见于《素问·阴阳别论》:“一阴一阳结,谓之喉痹”。痹者,闭塞不同也。如《杂病源流犀烛·卷二十四》:“喉痹,痹者,闭也,必肿甚,咽喉闭塞。”

1 中医治疗

1.1 内治法

唐燕等^[1]用玄麦甘桔汤合苍耳子散治疗慢性咽炎 100 例。方剂组成为:牛蒡子 20g,防风 15g,玄参 25g,酒大黄 3g,蝉蜕 15g,桔梗 10g,麦门冬 20g,党参 20g,生甘草 10g,白芷 15g,辛夷花 10g,苍耳子 20g,薄荷 15g,生地 30g,木蝴蝶 10g。日 1 剂,水煎 3 次,分别取 100mL 药汁混匀,分 3 次于早中晚饭后服。10 天为一疗程,3 个疗程后统计疗效。结果显示治愈 73 例,显效 12 例,有效 10 例,无效 5 例,总有效率 95%。

李勇^[2]用会厌逐瘀汤加味治疗慢性肥厚性咽炎 70 例。方剂组成为:党参、桔梗、红花、百合、生地黄各 10 克,玄参、赤芍药、桃仁、当归、枳壳、甘草各 6 克,柴胡 3 克。每天一剂,早晚各服用 200ml。治疗一个月。参照组金嗓散结丸治疗,9g/次,2 次/d,治疗一月。结果显示研究组总有效率(97.14%)明显比参照组高(85.71%)。

田霜^[3]用滋阴活血汤治疗慢性咽炎 56 例。方

法:对照组采用庆大霉素注射液 8 万单位加地塞米松注射液 5mg 雾化吸入治疗。每日 1 次。7 日为 1 个疗程。治疗组在对照组治疗的基础上,采用自拟滋阴活血汤加减治疗。方药如下:生地黄、熟地黄、麦冬、玄参、桃仁各 12g,白芍、红花各 10g,当归、赤芍、桔梗、木蝴蝶各 6g,蝉蜕、甘草各 3g。少气懒言,倦怠乏力,面色萎黄者可加人参 10g,黄芪 15g,柴胡 6g;若声带肿胀,湿重痰多者,可加半夏、茯苓、贝母各 10g。服药方法:水煎服,每日 1 剂,7 日为 1 个疗程。结果显示治疗组总有效率(89.29%)明显比对照组高(66.07%)。

范红霞^[4]用“海藻开音汤”治疗慢性咽炎 52 例。方法:治疗组予以海藻开音汤口服。方药组成:海藻 10g,昆布 10g,僵蚕 10g,浙贝母 10g,当归 10g,赤芍 10g,玄参 10g,射干 10g,木蝴蝶 10g,蝉衣 6g,桔梗 10g,枳壳 6g。每日 1 剂,由本院中药房自动煎药机煎取药液 300mL,分装成 2 袋,分早晚 2 次服用。对照组予以庆大霉素 8 万单位、地塞米松 5mg、糜蛋白酶 4000U,在间接喉镜下喉部滴药,每日 1 次。结果显示治疗组 52 例,痊愈 16 例,显效 18 例,有效 14 例,无效 4 例,总有效 92.31%;对照组 52 例,痊愈 8 例,显效 10 例,有效 16 例,无效 18 例,总有效率 65.38%。

1.2 外治法

李华等^[5]用喉部按摩联合梅氏发声训练治疗慢性咽炎 30 例。方法:采用梅氏科学发声矫治法联合

喉部按摩治疗,统计治疗前后症状体征积分,差异具有显著性意义。

1.3 针灸治疗

陈丹等^[6]应用谢强醍醐灌顶针灸法治疗慢性咽炎 84 例。方法:针法:针刺廉泉、天突、气海、中脘、百会、大椎、开音一号、开音二号等穴,施以平补平泻手法,以得气为准,留针 20min,在针刺及留针过程中施以呼吸吐纳导引,嘱患者吸气时舌抵上腭搭鹊桥,以交通任督,交会阴阳。灸法:艾灸涌泉穴,先围绕穴位回旋灸 5min,再对准穴位行温和灸 15min,温和为度,不可烫伤。隔日一次,2 周为 1 疗程,共治疗 2 疗程。对照组采用金嗓清音丸口服,水蜜丸 60 粒(6g),一日 2 次。2 周为 1 疗程,共治疗 2 疗程。愈显率(50.00%)、结果显示治疗组总有效率(85.71%)均高于对照组。

2 西医治疗

申金霞等^[7]用支撑喉内镜下声带注射术治疗慢性肥厚性咽炎 40 例。方法为:全身麻醉下,术者放置支撑喉镜后,放入 15°直径 4mm 喉内镜充分暴露双侧声带,用上述注射器械抽取得宝松混悬液 1 支(1mL,质量浓度 1mg/mL),行双侧声带注射,每侧声带分前、中、后 3 点,每点注入 0.15mL。术后禁声 1 周,声休 2 周。结果显示患者术后频率微扰、振幅微扰、噪谐比及噪音障碍指数(VHI)得分均较术前明显降低,差异有显著性意义。

刘丹^[8]用喉腔滴药联合超声雾化加音频治疗慢性咽炎 306 例。方法:普通组给予喉腔滴药加超声雾化治疗。即选用盐酸林可霉素注射液 0.6g 和地塞米松注射液 5ml 混合液于注射器内后,套入长弯形喉滴管中经间接喉镜进行喉腔药物滴入,每次滴入 2~3 滴。喉腔滴药结束后 15min,进行超声雾化治疗,雾化药物仍为地塞米松注射液和盐酸林可霉素注射液混合液,治疗时间为 20min,每天 1 次,治疗 14d 为 1 个疗程。音频组在普通组基础上添加音频治疗仪治疗结果显示音频组总有效率为 91.50% 高于普通组 80.39%,差异有统计学意义。

3 中西医结合治疗

杨玉真^[9]用自拟中药金嗓开音方联合西药治疗慢性咽炎 30 例。方剂组成为:金银花 20g,木蝴蝶 15g,桔梗 12g,熟地黄、石斛、山茱萸各 10g,蝉衣、加翹、前胡、藏青果、胖大海以及山慈菇各 9g,苦杏仁 7g。对于咽干者加用茅根、天花粉各 10g;对于胃部嘈杂、便溏者加用上药 15g、白术 10g。水煎药方至 300 ml,早晚各 1 剂,连续用药 1 个月。对照组采用地塞米松 5 mg + 庆大霉素注射液 8 万 U,加入生理盐水 20ml 混匀后雾化吸入,2 次/d,7d 为 1 疗程,总疗程 27d。结果显示观察组治愈 12 例,显效 10 例,有效 6 例,无效 2 例,总有效率为 93.33%;对照组治愈 7 例,显效 9 例,有效 4 例,无效 10 例,总有效率为 66.67%。观察组总有效率高于对照组。

胡军朝^[10]等用中西药联合治疗慢性咽炎 120 例。方法:对照组采用单纯西药治疗,以 0.9% 氯化钠溶液 10ml 溶解庆大霉素 8 万 U、地塞米松 5mg、 α -糜蛋白酶 4 000U 等西药,倒入雾化器中实施雾化吸入,2 次/d,7d 为 1 个疗程,共 3 个疗程。观察组在对照组的基础上予以金嗓开音方:熟地黄 10g,山茱萸 10g,石斛 10g,金银花 20g,蝉衣 9g,加翹 9g,木蝴蝶 15g,前胡 9g,藏青果 9g,苦杏仁(去皮)7g,胖大海 9g,桔梗 12g,山慈菇 9g。1 剂/d 水煎至 300ml 左右,分为早晚 2 次饭后服用,7d 为 1 个疗程,连续用药 3 个疗程。结果显示观察组总有效率为 95.0% 明显高于对照组的 80.0%,差异具有统计学意义

4 结语

慢性咽炎是一种慢性非特异性炎症,具有病程长,症状顽固,缠绵难愈等特点。对人们的工作和生活造成的严重的影响。西医治疗多以抗炎为主,大多采取局部治疗及抗生素类药物。但是因为抗生素长期使用,人体中微生物会对抗生素产生抗药性,进而对抗生素产生无效反应。中医强调辨证论治,从疾病的整体出发。但就目前而言,中医药治疗慢性咽炎尚不能制定严格的方案,再者就是,用法或药剂型应方便患者,用药途径和方法应更简便。因此,要想更充分的发挥中药这一领域的作用,不仅要深化对疾病的认识,而且要提高科研水平,加大对新药的研

发投入。综上所述,中西医结合治疗慢性咽炎,在治疗上可以互补,能更好的改善患者的临床症状,有较好的临床应用价值。

参考文献

- [1]唐燕,付小琴.玄麦甘桔汤合苍耳子散治疗慢性咽炎 100 例[J].实用中医药杂志.2014.30(2):112.
- [2]李勇.会厌逐瘀汤加味治疗慢性肥厚性咽炎的临床效果[J].中医中药. 2017.17(18):110.
- [3]田霜.滋阴活血汤治疗慢性咽炎 56 例[J].四川中医.2013,31(7):96-97.
- [4]范红霞.“海藻开音汤”治疗慢性咽炎 52 例临床观察[J].江苏中医药.2012.44(3):36-37.
- [5]李华,李凯.喉部按摩联合梅氏发声训练治疗慢性咽炎临床观察[J].新中医.2015,47(1):208-210.

[6]陈丹,谢强.应用谢强醍醐灌顶针灸法治疗慢性咽炎的临床观察[J].时珍国医国药.2014.25(2):458-459.

[7]中金霞,余力生.支撑喉内镜下声带注射术治疗慢性肥厚性咽炎[J].中医内镜杂志.2014.20(9):960-962.

[8]刘丹.喉腔滴药联合超声雾化加音频治疗慢性咽炎的疗效观察 [J]. 临床合理用药.2017.10(8A):142-143.

[9]杨玉真.中药金嗓开音方治疗慢性咽炎临床效果观察[J].河南医学研究.2016.25(5):904-905.

[10]胡军朝,张雪英,甄志贤.中西药联合治疗慢性咽炎的临床效果观察[J].临床合理用药.2015.8(10):71-72.

(上接 10 页)明在一定浓度范围内,随着药物浓度增加,疗效更好。因此我们认为夏枯草开音合剂对血瘀痰凝型慢喉暗具有确切的疗效。

参考文献

- [1]郭裕,马凤梅,王丽华.夏枯草开音合剂治疗慢性喉炎 40 例临床研究 [J]. 河北中医,2012,34(3):337-339.
- [2]郭裕,马凤梅,王丽华.夏枯草开音合剂治疗慢性喉炎的临床研究[A].世界中联耳鼻喉口腔专业委员会换届大会及第三次学术年会暨中华中医药学会耳鼻喉科分会第十七次学术交流会暨广东省中医及中西医结合学会耳鼻喉科学术交流会议论文集汇编[C];2011 年.
- [3]曹奕,黄平,蔡建峰等.畅声饮治疗慢性喉炎 49 例[J].上海中医药杂志,2012,(12):18-19.
- [4]胡军朝,张雪英,甄志贤.中西药联合治疗慢性喉炎的临床效果观察 [J]. 临床合理用药,2015,8(10):71-72.
- [5]胡立新.用喉腔滴药疗法、超声雾化疗法联合音频疗法治疗慢性喉炎的疗效观察[J].求医问药

(下半月刊),2013,11(9):45-46.

[6]潘成军,林华.布地奈德雾化吸入治疗急性喉炎的疗效及安全性[J].海峡药学,2011,23(11):119-120.

[7]叶天士.临证指南医案[M].北京:人民卫生出版社,2011:95.

[8]张雷,赵丽娜,姜秀文;大鼠声带瘢痕动物模型的建立及价值[A];2006 年浙江省耳鼻咽喉科学学术会议论文集[C];2006 年.

[9]Tomoko Tataya;Ichiro Tateya;Jin Ho Sohn; Diane M Bless.Histologic characterization of Rat vocal fold scarring.The Annals of Otolaryngology;Mar2005;1143;Health&Medical Completepg183-192

[10]路遥,王嘉奎,裴桂芳等.慢性喉炎血瘀痰凝证证候诊断指标临床流行病学观察[J].北京中医药大学学报,2013,20(4):26-29.

[11]赵丽娜.鼠声带损伤动物模型的建立及修复早期声带 III 型胶原和纤维粘连蛋白的表达[D].浙江:浙江大学,2007.

慢性鼻-鼻窦炎的中医外治法

毋桂花¹ 张琪¹

【摘要】慢性鼻-鼻窦炎为耳鼻咽喉科常见病之一。当患者选择至专科就诊时，症状困扰日久，少数患者甚至已出现烦躁、焦虑、抑郁等心理疾患的前兆，严重影响患者生活质量。通过查阅近年文献，发现中医外治法治疗本病历史悠久，且具有一定的优势。包括中药洗鼻滴鼻、熏蒸雾化、吹鼻纳鼻以及针灸理疗按摩等，以上方法既可单独运用某一种，也可多种手段联合应用。现将常用治疗慢性鼻-鼻窦炎外治法做一综述，为临床治疗提供一定的思路。

【关键词】慢性鼻-鼻窦炎；中医外治；综述

慢性鼻-鼻窦炎(chronic rhinosinusitis, CRS)指症状持续超过 12 周的鼻窦黏膜的慢性炎症性疾病,属于中医“鼻渊”范畴。其以鼻流浊涕,量多不止为主要表现,临床上常伴有头痛、鼻塞、嗅觉减退等症状。《管子·度地》言:“水出地而不流,命曰渊水”。仅“渊”一词,清楚说明了本病的主要特点。中医药在鼻渊的外治方面,方法众多,但良莠不齐,因此,笔者整理并归纳出鼻渊的常用外治法。

1 慢性鼻-鼻窦炎发病机制的认识

慢性鼻-鼻窦炎的发病机制多且复杂,多与感染、变态反应、鼻腔鼻窦解剖学异常等因素密切相关,又有环境因素、遗传因素、胃炎、胃食管反流、呼吸道纤毛系统疾病、全身免疫学功能低下等诱因。中医认为鼻渊的发生与外邪、饮食、脏腑功能失调关系密切,历代医家对本病发病机制的认识讨论颇多,总体而言,其病机不外乎责之于虚实两端,实者,肺、脾胃、肝胆也,虚者,肺、脾虚也。实证多认为是外邪袭肺或胆腑郁热所致,虚证多认为是久病正气亏虚,无力驱邪外出,邪滞鼻窍而为发病。

2 外治法

2.1 洗鼻、滴鼻法

洗鼻法是指将中药煎煮冷却至体温后通过鼻腔冲洗器进行鼻腔冲洗的方法,滴鼻法是指将中药制成液体制剂,滴入鼻腔的方法。二者旨在通过药液与鼻腔黏膜组织的接触,达到清洁鼻腔、治疗鼻

病的目的。赵乐等^[1]运用自行研制的紫银洗剂(紫草、金银花、连翘、鹅不食草、苍耳子、辛夷等)400ml 日三次治疗慢性鼻窦炎,总有效率达到 92%。吴晖、唐月英^[2]将中药鼻渊汤与生理盐水在常规西医治疗的基础上将 60 例肺脾气虚型慢性鼻-鼻窦炎儿童患者分两组进行对比,观察患儿临床症状、鼻内镜评分以及黏液纤毛传输速率,显示治疗组优于观察组。滴鼻法在唐代便有记载,因其易于给药,携带方便,目前仍为治疗鼻病的主要方法之一。王萍等^[3]以辛芷滴鼻液治疗慢性鼻-鼻窦炎患者 598 例,随机分为丙酸氟替卡松、罗红霉素组对照组及辛芷滴鼻液试验组,结果显示随着治疗时间的延长试验组的改善情况优于对照组。马代林、董现明^[4]以辛夷花、细辛、藜芦、牛黄、青黛等药制成辛藜滴鼻剂治疗慢性鼻炎、鼻窦炎,对改善鼻塞、头痛、流涕、记忆力减退、失眠有较好的效果。

2.2 熏蒸、雾化法

熏蒸法是指将中药煮沸后产生的蒸汽以对流、传导方式熏入鼻内,借助药物和热力的共同作用治疗疾病的方法。毛秀文^[5]以防风、蝉蜕、鹅不食草、薄荷、石膏、黄芩、乌梅等药物制成通窍方水煎后熏蒸鼻窍治疗慢性鼻窦炎,有效率为 80%。杨晓芸^[6]自拟辛苍鼻渊汤(辛夷花,苍耳子,白芷,黄芩,土茯苓,细辛,桔梗,柴胡,紫草,川芎,枇杷叶,桑白皮)为主方,结合患者病情随症加减,煮沸熏鼻降温后服下,

观察 54 例患者临床疗效,临床治愈率为 70.4%。中药雾化法是利用超声雾化吸入器通过波声能的作用使中药药液分解为细微的气雾状微粒由呼吸进入呼吸道,直接作用于鼻腔粘膜的一种方法。陈艳春等^[7]对慢性鼻窦炎术后 59 例患者进行观察,将自制浓缩药汁与蒸馏液混匀加灭菌蒸馏水至 1000ml 做成雾化液,每次 20ml,日 2 次;对照组为雷诺考特鼻喷剂,日 1 次。用药时间均为 3 月,随访 1 年后评定疗效,结果显示试验组 94.8% 优于对照组 82.8%。魏晓萍^[8]将 150 例患者均分为研究组与对照组,观察鼻窦炎口服液超声雾化吸入治疗本病的效果。研究组将鼻窦炎口服液超声雾化吸入,而对照组采用传统口服方式,1 月后观察疗效显示患者的临床症状均有改善,但对照组总有效率低于研究组。

2.3 吹鼻、纳鼻法

吹鼻法是指将中药极细末以管状器皿或喷药器吹入鼻内,经鼻腔黏膜吸收而治疗本病的方法。宋阿冬,朱立春等^[9]以辛冰组方(辛夷花、冰片、泽泻、石菖蒲、瓜蒂、黄芪等)置于西瓜霜喷剂空瓶中吹鼻治疗儿童副鼻窦支气管炎,证实辛冰组方在改善患者症状、控制鼻黏膜炎症以及全身抵抗力方面疗效满意,总有效率为 97%。纳鼻法是将药物细粉加附型剂制成栓子,纳入鼻腔治疗本病的方法。纳鼻时,应保证安全,避免使用刺激性太强的药物直接接触鼻腔黏膜,掌握纳鼻药物用量及药物停留时间。钱俊华等^[10]将 108 例儿童鼻窦炎患者,分成治疗组 70 例,对照组 38 例,治疗组以鼻渊塞鼻剂(苍耳子、辛夷、石菖蒲、三七、黄芩、黄连、麻油)纳鼻,对照组口服藿胆丸。3 周为一疗程,一疗程后观察疗效,治疗组总有效率为 88.57%,对照组总有效率为 73.68%,两组之间有显著差异。

2.4 穴位治疗

中医传统穴位疗法在治疗慢性鼻-鼻窦炎方面,方式颇多,不仅能控制患者的症状,还能在一定程度上减少复发率,故穴位治疗疗效也逐渐得到认可。穴位治疗有普通针刺、艾灸、穴位注射、穴位按摩、穴位贴敷等。诸法各有侧重,标本兼顾,宜根据环境、气候、病情轻重、个体因素等选用选择恰当的

方法。针灸作为世界卫生组织推荐治疗慢性鼻窦炎的方法之一^[11],其疗效毋庸置疑。苏喜军^[12]以神庭、印堂、鼻通、迎香、合谷、风池为主穴针刺治疗慢性鼻窦炎 36 例,随症加减配穴,每 10 分钟行针 1 次,留针 40 分钟,留针期间以 TDP 照射额部。隔日 1 次,5 次为 1 疗程,治疗 2-3 疗程。结果显示 36 例患者治愈 23 例,好转 10 例,未愈 3 例,总有效率为 91.7%。尚军^[13]以印堂、迎香、合谷及通窍穴为主穴,以内关、足三里、丰隆、太冲为配穴应用普通针刺治疗慢性鼻窦炎患者 60 例,取得满意效果。王茂珩^[14]将 200 例慢性鼻-鼻窦炎患者分为治疗组和对照组,各 100 例,对照组用罗红霉素联合曲安奈德鼻喷雾剂治疗,治疗组患者在西药基础上加用改良隔姜灸,疗程结束后观察患者各项指标,分析得出治疗组患者总有效率为 97.0%,高于对照组 78.0%。唐年亚^[15]针对肺俞、合谷穴采用穴位注射法治疗 CRS,治疗组 58 例以鱼腥草注射液及香丹注射液各一半联合运用,对照组 58 例仅注射鱼腥草注射液,用药均为每穴 0.5ml,隔日 1 次,连续治疗 30 天。30 天后对比疗效发现治疗组治愈率为 66.1%,有效率为 98.3%,对照组治愈率为 45.8%,有效率为 86.4%。罗瑞玲,武慧卿^[16]以慢性鼻窦炎术后的 240 例患者为研究对象,探讨耳穴贴压加穴位按摩对缓解术后疼痛的影响。将患者分为冰敷组、单纯穴位按摩组以及耳穴联合按摩组,每组 80 人,方法为冰敷鼻额部,按摩合谷、迎香、风池穴,耳穴取鼻、肺、皮质下、神门,结果显示其它两组疼痛评分明显高于冰敷组。王武章^[17]观察 30 例以指压按摩迎香穴手法治疗的鼻渊患者,结果显示指压按摩穴位疗法治疗鼻渊疗效明显。张燕平等^[18]选取风池、完骨、足阴窍、肩井为主穴,根据证型随证配穴,以贴敷膏药(黄芩、柴胡、白芷、鹅不食草、棉籽油、红丹)外用贴敷穴位,日 1 次,一疗程 4 周。对照组 30 例以丙酸倍氯米松喷鼻,治疗组在对照组基础上加用以上敷贴膏药,观察分析后疗效满意。

4 小结

综上所述,慢性鼻-鼻窦炎的中医药外治法具有悠久的历史,独特的优势,丰富的经验以及良好

的疗效,既能改善症状又能减少本病的复发率,值得临床推广应用。但就所查阅文献而言,仍然存在大多外用方药未予分型论治、文献所采用的标准各异,样本数量不一,没有统一的疗效观察和统计指标等因素影响其运用。在往后的工作中可能仍需探索是否在辨病辨证的基础上分型用药,同时也需要多中心、大样本、标准统一的高质量临床观察为其推广打下坚实的基础。

参考文献

[1] 赵乐,汪常伟,李彦华,樊华.新疆中药制剂紫银洗剂治疗慢性鼻窦炎的临床观察[J].中医耳鼻喉科学研究杂志,2015,14(1):24-25.

[2] 吴晖,唐月英.鼻渊汤鼻腔冲洗配合西药治疗肺脾气虚型儿童慢性鼻一鼻窦炎的临床观察[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2012,20(1):31-34.

[3] 王萍,刘光斌,代得银.辛芷滴鼻液对慢性鼻-鼻窦炎患者的疗效观察[J].航空航天医学杂志,2015,26(3):267-269.

[4] 马代林,董现明.辛藜滴鼻剂治疗慢性鼻炎及慢性鼻窦炎的疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2003,12(3):291.

[5] 毛秀文.通窍方熏吸治疗慢性鼻炎及鼻窦炎 80 例[J].河北中医药学报,2012,27(1):31.

[6] 杨晓芸.辛苍鼻渊汤熏蒸结合内服治疗慢性鼻窦炎疗效观察[J].上海中医药杂志,2013,47(7):71-72.

[7] 陈艳春,陈志凌,尹文华.中药雾化吸入治疗慢性鼻窦炎术后 58 例临床观察[J].浙江中医杂志,2012,47(3):174.

[8] 魏晓萍.鼻窦炎口服液超声雾化吸入治疗

慢性鼻-鼻窦炎的临床效果初评[J].中国医药指南,2016,14(22):199.

[9] 宋阿冬,朱立春,冯秋斌等.辛冰组方吹鼻治疗小儿副鼻窦支气管炎临床观察[J].中国中医急症,2010,19(12):2024.

[10] 钱俊华,陈怀耳,陈国孝等.鼻渊塞鼻剂治疗儿童鼻窦炎的临床研究[J].中国中医药信息杂志,2001,8(1):67-68.

[11] Biel MA,Sievert C,Usacheva M,et al.Antimicrobial photodynamic therapy treatment of chronic recurrent sinusitis biofilms[J].In Forum Allergy Rhinology,2011,1(5):329.

[12] 苏喜军.神庭透印堂留针治疗慢性鼻窦炎 36 例的临床疗效[J].中国社区医师,2016,32(3):101-103.

[13] 尚军.针刺治疗慢性鼻窦炎 60 例[J].世界中医药,2011,6(1):55.

[14] 王茂珩.改良隔姜灸联合罗红霉素治疗鼻渊临床体会[J].亚太传统医药,2016,12(8):89-90.

[15] 唐亚年.鱼腥草注射液与香丹注射液联用穴位注射治疗慢性鼻窦炎 118 例疗效观察[J].医学理论与实践,2011,24(19):2299-2300.

[16] 罗瑞玲,武慧卿.耳穴贴压加穴位按摩对鼻内镜手术术后疼痛的影响[J].中国处方药,2015,13(6):141-143.

[17] 王武章.迎香穴治疗鼻渊指压方法及其临床疗效探讨[D].[博士学位论文].广州:广州中医药大学研究生院,2012.

[18] 张燕平,李维谊,晏英.中药穴位贴敷治疗 I 型慢性鼻窦炎 30 例观察[J].实用中医药杂志,2010,26(10):707.

夏枯草开音合剂治疗慢喉喑药效学研究

曾辉¹ 王丽华¹ 丁毅¹ 姬毓娇¹ 陈媛¹ 郭裕¹

【摘要】目的 建立血瘀痰凝型大鼠慢喉喑模型, 研究夏枯草开音合剂对大鼠慢喉喑的治疗效果。**方法** 采用 SPF 级 SD 大鼠 50 只, 随机分成空白对照组 (A), 模型对照组 (B), 中药低浓度组 (C), 中药中浓度组 (D), 中药高浓度组 (E), 血瘀痰凝型慢喉喑大鼠造模成功后, A、B 组使用生理盐水, C-E 组分别使用低、中、高浓度夏枯草开音合剂灌胃, 灌胃 30 天后取声带标本观察病理改变, 并进行统计分析。**结果** 大鼠声带各项检验指标表明实验造模成功。灌胃 30 天后, 夏枯草开音合剂对声带充血、水肿、炎细胞浸润、组织增生指标的疗效有统计学差异, 并且在低中高 3 种药物浓度范围内, 疗效随着药物浓度增高而提高。**结论** 夏枯草开音合剂对血瘀痰凝型大鼠慢喉喑具有显著的治疗作用。

【关键词】 大鼠; 慢喉喑; 夏枯草开音合剂; 实验研究

慢喉喑是以声音低沉费力, 日久不愈, 甚则嘶哑失音的喉科常见慢性疾病, 包括现代医学的慢性喉炎、声带小结、声带息肉等喉部疾病。主要表现为声带或室带黏膜毛细血管扩张充血, 炎细胞浸润, 细胞间质水肿, 甚至黏膜肥厚, 出现声带小结、声带息肉。随着生活节奏不断加快, 人际交往越发频繁, 用嗓过度的问题愈发突出, 慢喉喑的发病率也越来越高, 且慢喉喑病程长, 易反复发作, 临床上中成药品种虽多, 但多清热解毒类, 治疗急喉喑效果好, 对慢喉喑疗效较差。因此, 慢喉喑成为困扰广大患者的常见耳鼻咽喉科疾病。

夏枯草开音合剂是上海市中医医院耳鼻喉科主任医师郭裕教授通过长期临床观察, 根据多年辨证经验结合喉镜所示局部体征, 创制而成的以活血化瘀、祛痰散结为主的院内自制制剂。临床疗效确切, 副作用小^[1-2], 储存、携带、服用方便。本研究通过建立血瘀痰凝型大鼠慢喉喑模型, 研究夏枯草开音合剂对慢喉喑大鼠声带组织充血、间质水肿、炎细胞浸润等方面的治疗效果。以补充夏枯草开音合剂治疗慢喉喑药效学的实验研究, 为进一步市场开发奠定基础。现介绍如下:

1 材料与方

1.1 实验动物: SPF 级 SD 大鼠 50 只, 体重 $400 \pm 20\text{g}$, 由上海杰思捷实验动物有限公司提供, 合格证号: 2010002608336。

1.2 主要器材和试剂:

显微内窥镜、冷光源、光导纤维、电脑显示器、主机、显微咬钳、负压吸引器、大鼠固定板、2ml 注射器、体重计、固定皮套若干、干棉球若干、酒精棉球若干、灌胃针、镊子等。

夏枯草开音合剂 (上海市中医医院院内制剂, 沪药制字 Z05190765), 10% 水合氯醛, 生理盐水, 10% 福尔马林, 脱水剂, 二甲苯, 石蜡, 染色液, 蒸馏水, 乙醇等。

1.4 方法:

①分组: 50 只 SPF 级 SD 大鼠 50 只, 随机分成空白对照组 (A 组), 模型对照组 (B 组), 中药低浓度组 (C 组), 中药中浓度组 (D 组), 中药高浓度组 (E 组) 5 组, 每组 10 只。动物喂养在同一标准化条件下 (2-3 只大鼠/笼, 温度为 $20-24^{\circ}\text{C}$, 相对湿度 $45\%-65\%$, 12 小时的光/暗周期), 整个研究中一直提供食物和水。

②模型制作: 用 10% 水合氯醛以 $0.3\text{ml}/100\text{g}$ 剂量行腹腔注射进行麻醉, 3-4 分钟后大鼠进入深睡眠后将鼠固定在鼠固定板上, 将上门牙向大鼠背部方向牵拉并固定, 下门牙与舌一起用橡皮筋牵拉并固定, 使口咽气道充分暴露。在显微内窥镜下, 用显微咬钳沿内窥镜旁伸入声门处, 迅速钳伤大鼠双侧声带上皮层, 成功后使用负压吸引器吸除声门处渗血及痰液, 使大鼠呼吸道保持通畅。B-E 组 40 只大

鼠在同一条件下由同一人顺次完成。

③给药方法:A 组和 B 组大鼠使用 0.9%生理盐水 4ml,每天分 2 次灌胃(7am,4pm);C 组用夏枯草开音合剂按公式换算后,8.3mg/100g 生药,0.9%生理盐水稀释为 4ml,每天分 2 次灌胃(7am,4pm);D 组夏枯草开音合剂按公式换算后,16.6mg/100g 生药,0.9%生理盐水稀释为 4ml,每天分 2 次灌胃(7am,4pm);E 组夏枯草开音合剂按公式换算后,33.2mg/100g 生药,0.9%生理盐水稀释为 4ml,每天分 2 次灌胃(7am,4pm)。由实验组四人协作完成,共灌胃 30 天。控制室温在 18-22℃,定时清洁笼具,充足供应大鼠饲料和水。

④制作标本:灌胃 30 天后处死大鼠,使用 10%水合氯醛 3ml/100g 体重的量进行腹腔注射,3-5 分钟后大鼠死亡,在耳显微内窥镜下使用耳显微咬钳取出双侧声带标本,用 10%福尔马林固定,常规脱水、浸蜡、包埋程序制作 4μm 石蜡连续切片,进行 HE 染色,观察组织充血、间质水肿、炎性细胞浸润、组织增生等指标,按其严重程度分为四个等级:- (未出现)、+(轻度)、++(中度)、+++ (重度)。

⑤统计学方法。数据统计学分析采用 SPSS21.0 软件进行,两组间比较采用 Wilcoxon 秩和检验,多组间比较采用 Kruskal-Wallis H 检验,检验标准以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

各组大鼠性别、体重无统计学差异,具有可比性。A 组及 D 组各有一只大鼠因操作失误死亡。

2.1 组织充血指标:

表 1 空白对照组及模型对照组组织充血指标(n,%)

等级	A 组	B 组	P
-	9(100)	1(10)	
+	0(0)	3(30)	
++	0(0)	5(50)	<0.001
+++	0(0)	1(10)	
总计	9(100)	10(100)	

表 1 所示为 A 组和 B 组在声带充血指标方面的秩和检验,结果提示两组间有统计学差异 ($P < 0.001$),说明在声带组织充血方面造模成功。

表 2 模型对照组及不同浓度药物组组织充血指标(n,%)

等级	B 组	C 组	D 组	E 组	P
-	1(10)	2(20)	4(44)	5(50)	
+	3(30)	6(60)	4(44)	5(50)	
++	5(50)	2(20)	1(11)	0(0)	0.015
+++	1(10)	0(0)	0(0)	0(0)	
总计	10(100)	10(100)	9(100)	10(100)	

由表 2 可知,四组在组织充血方面经秩和检验,结果有统计学差异 ($P=0.015 < 0.05$),说明夏枯草开音合剂能缓解慢喉暗声带组织充血状况。且在本实验中的 3 种药物浓度中,随着药物浓度增加,治疗效果越好。

2.2 声带水肿指标:

表 3 空白对照组及模型对照组声带水肿指标(n,%)

等级	A 组	B 组	P
-	9(100)	1(10)	
+	0(0)	4(40)	
++	0(0)	3(30)	<0.001
+++	0(0)	2(20)	
总计	9(100)	10(100)	

表 3 所示为 A 组和 B 组在声带水肿指标方面的秩和检验,结果提示两组间有统计学差异 ($P < 0.001$),说明在声带组织水肿方面造模成功。

表 4 模型对照组及不同浓度药物组声带水肿指标(n,%)

等级	B 组	C 组	D 组	E 组	P
-	1(10)	4(40)	9(100)	9(90)	
+	4(40)	4(40)	0(0)	1(10)	
++	3(30)	2(20)	0(0)	0(0)	<0.001
+++	2(20)	0(0)	0(0)	0(0)	
总计	10(100)	10(100)	9(100)	10(100)	

由表 4 为四组在声带水肿方面的秩和检验,结果显示有统计学差异 ($P < 0.001$),说明夏枯草开音合剂能有效缓解血瘀痰凝型慢喉暗声带组织水肿,且在此 3 种药物浓度中,随着浓度增加,治疗效果越好。

2.3 炎细胞浸润指标:

表 5 空白对照组及模型对照组炎细胞浸润指标(n,%)

等级	A 组	B 组	P
-	8(89)	1(10)	
+	1(11)	2(20)	
++	0(0)	7(70)	0.001
+++	0(0)	0(0)	
总计	9(100)	10(100)	

表 5 为两组在炎细胞浸润指标方面的秩和检验,差异具体统计学意义($P=0.001<0.05$),说明动物造模造成了大鼠声带的炎细胞浸润。

表 6 模型对照组及不同浓度药物组炎细胞浸润指标(n,%)

等级	B 组	C 组	D 组	E 组	P
-	1(10)	3(30)	3(33)	5(50)	
+	2(20)	3(30)	5(56)	4(40)	
++	7(70)	4(40)	1(11)	1(10)	0.032
+++	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	
总计	10(100)	10(100)	9(100)	10(100)	

表 6 为四组炎细胞浸润指标的秩和检验, $P=0.032<0.05$,有统计学差异。表明夏枯草开音合剂能有效治疗大鼠慢喉暗声带的炎细胞浸润状况,并且在实验的 3 种药物浓度范围内,随着药物浓度增加而疗效越好。

表 7 空白对照组及模型对照组声带组织增生指标(n,%)

等级	A 组	B 组	P
-	9(100)	1(10)	
+	0(0)	5(50)	
++	0(0)	2(20)	<0.001
+++	0(0)	2(20)	
总计	9(100)	10(100)	

经秩和检验, $P<0.001$,结果有统计学差异。说明造模后大鼠声带组织增生。

表 8 模型对照组及不同浓度药物组声带组织增生指标(n,%)

等级	B 组	C 组	D 组	E 组	P
-	1(10)	7(70)	9(100)	10(100)	
+	5(20)	2(20)	0(0)	0(0)	
++	2(70)	1(10)	0(0)	0(0)	<0.001
+++	2(0)	0(0)	0(0)	0(0)	
总计	10(100)	10(100)	9(100)	10(100)	

表 8 表明,在改善声带组织增生方面夏枯草开

音合剂有显著疗效($P<0.001$),此疗效随着药物浓度增高而提高。

各组大鼠声带病理切片结果如下图

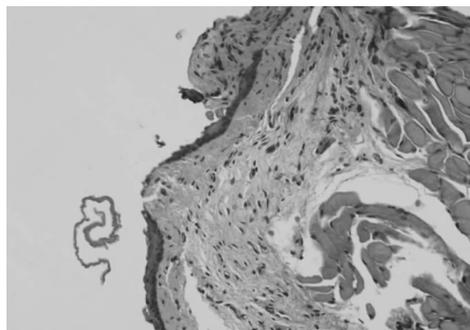


图 1 A 组大鼠声带病理标本

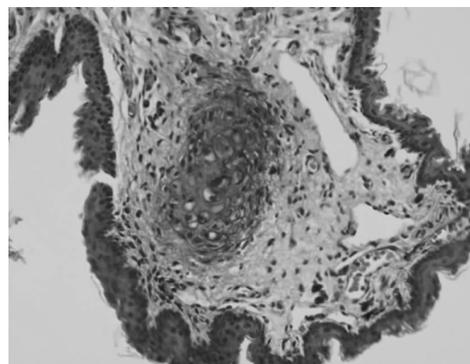


图 2 B 组大鼠声带病理标本

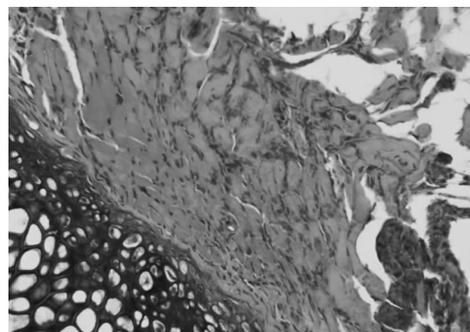


图 3 C 组大鼠声带病理标本

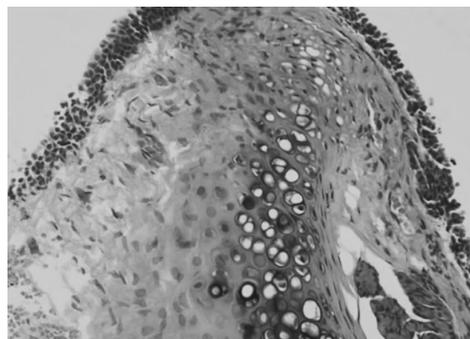


图 4 D 大鼠声带病理标本

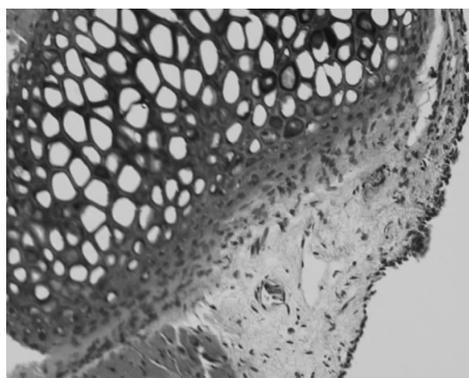


图 5 E 大鼠声带病理标本

3 讨论

慢喉暗相当于现代医学的慢性喉炎,声带小结和声带息肉等嗓音疾病。现代医学认为其发病主要是由发声过度或者用声不当、大量吸入有害气体以及呼吸道疾病长期刺激使喉部黏膜血管扩张而成^[3-4]。西医多采用抗生素加激素治疗。但慢性喉炎很少有细菌感染,采用抗生素治疗不但不能起到很好的治疗效果,反而因大多数抗生素对人体有副作用,会危害人体健康^[5],采用类固醇激素静脉注射和口服治疗慢性喉炎,此类药物在患者声带中浓度低,不能起到很好的治疗效果,且长期使用会产生一些副作用^[6],因此,临床上更倾向于使用疗效确切、副作用低的中药制剂。

祖国医学认为慢喉暗病因病机较为复杂,多责之阴虚、气虚、痰浊、淤血。《素问》中有“五邪所乱,搏阴则为暗。”“中盛脏满,气胜伤恐者,声如从室中言,是中气之湿也。”等记载,认为暗哑与阴虚、痰浊有关。《备急千金要方》:“补肺汤,治肺气不足,咳逆短气,寒从背起,口中如含霜雪,语无音声而渴,舌本干燥方。”指出肺气虚损致暗哑。及至明代,楼英所著《医学纲目》中才首次提出“喉暗”病名。《证治准绳·杂病·第五册》“肺间邪气,胸中积血作痛,失音”,首次提出了淤血致暗。《景岳全书·卷二十八》认为:“五脏之病皆能为暗”。“暗哑之病,当知虚实。实者,其病在标,因窍闭而暗也;虚者,其病在本,因内夺而暗也。”奠定了喉暗“金实不鸣”、“金破不鸣”的理论基础。清朝《临证指南医案·卷二》说:“发声之本在于肾,其标则在乎肺。病有虚实,由咳嗽而起者居多。或肺有燥火,外感寒邪,火气郁而暗者;有肺金燥甚,木火上炎,咽干喉痹而暗者;有风热痰

涎,壅遏肺窍而暗者;有嗔怒号叫,致伤会厌者;亦有龙相之火上炎,凌烁肺金,久咳不已而暗者;有内夺而厥,则为暗瘵,此肾虚也。”^[7]提出了肺阴虚、心火灼肺、肺肾阴虚发为暗哑的观点。导师郭裕教授从慢喉暗患者声带充血、室带肥厚增生等病理改变认为暗哑最常见的病因病机是气滞血瘀痰凝,这与现代名老中医干祖望老先生的观点不谋而合。针对这一病因病机,郭裕教授自创夏枯草开音合剂来治疗慢喉暗,其药物组成为:三棱、莪术、桃仁、红花、葛根、山楂、半夏、陈皮、茯苓、桔梗、夏枯草、海蛤壳、威灵仙、胖大海。方中君药三棱、莪术、桃仁、红花、山楂活血化瘀;臣药夏枯草、半夏、陈皮、茯苓、桔梗、葛根利咽开音,引药上行为使,全方共奏活血化瘀、祛痰消肿、软坚散结、利咽开音之功。在临床应用中,夏枯草开音合剂治疗慢喉暗取得了较好疗效,为进一步推广应用,并为进一步市场化奠定基础,我们补充研究夏枯草开音合剂治疗慢喉暗药效学实验研究。

在国内研究中,大多数学者采用更为方便直观的家兔或狗进行声带病变实验研究,但狗和家兔声带与人类声带存在较大差异,且价格较为昂贵,生长周期长,造模困难等导致观察周期过长^[8]。Tateya T et al^[9]等研究表明大鼠声带与人类声带结构更为相似,且大鼠生长周期短,价格低廉,较狗和家兔具有明显的优势,故本实验采用大鼠进行慢喉暗实验研究。目前国内外尚无大鼠慢喉暗造模成功标准,但有研究表明,喉镜检查结果可作为慢性喉炎血瘀痰凝证症候诊断的客观依据^[10],血瘀痰凝证慢性喉炎声带喉镜主要表现为声带黏膜肿胀、慢性充血,本实验参考文献大鼠声带动物模型建立方法进行大鼠慢喉暗建模^[11],并于造模后第三天内窥镜检查大鼠声带,声带充血、水肿,符合血瘀痰凝型慢性喉炎的诊断。

在本实验中,充血、水肿、炎细胞浸润、组织增生四个指标 A 组和 B 组对比均有统计学意义,说明造模成功。从数据看,夏枯草开音合剂对声带充血、水肿、炎细胞浸润、组织增生指标的疗效有统计学差异,并且在本实验采用的 3 种药物浓度范围内,疗效随着药物浓度增高而提高,说(下转 3 页)

刺营法治疗儿童慢性扁桃体炎的临床观察

施正贤¹

【摘要】慢性扁桃体炎儿童患者较为多见。扁桃体刺营术是一种外治法,是中医传统手术方法的改进。笔者在运用扁桃体刺营治疗儿童慢性扁桃体炎 30 例,取得显著疗效,并作陈述及探讨分析。

【关键词】儿童慢性扁桃体炎;刺营法;疗效观察

慢性扁桃体炎是耳鼻喉科常见病,在儿童尤为常见,扁桃体刺营术是一种外治法,是中医传统方法的改进。其主要方法是用三棱针或者一次性皮试针针头,在扁桃体上做针刺及切划动作。本法操作简单,不需麻醉,无痛苦,无副作用。笔者于 2016 年 11 月~2017 年 5 月用该法治疗 30 例,现报告如下。

1 一般资料

观察病例均为我院耳鼻咽喉科门诊患者,共 30 例,其中男 16 例,女 14 例;患者年龄最小 4 岁,最大 10 岁,病程最短 3 个月,最长 2 年余。诊断标准参照《中医耳鼻咽喉科病证诊断疗效标准》,主要症状有反复咽痛,部分患者伴有打鼾等,局部检查见:双侧扁桃体慢性充血,Ⅱ、Ⅲ肿大。

2 治疗方法

操作方法

(1)刺割扁桃体:患者端坐张口,头稍向后倾,固定不动,压舌板将舌体前三分之一压下,充分暴露扁桃体,以一次性皮试针头对扁桃体用丛刺法浅刺(即在局部进行集中点刺),每侧刺 5 下,先刺最肿胀处,再刺其周围,迅速刺入约 0.2cm,立即退针,微出血即可;扁桃体隐窝口则用针斜面作点状刺割,每次选 5 个隐窝口,在其边缘各刺割 1 下,出血即可;刺割后用黄氏喉科的消肿散喷于扁桃体表面,每日 1 次。每周 1~2 次,5 次为 1 个疗程,一般 2 个疗程。伴有腺样体肥大的予以内舒拿喷鼻每天一次。

3 疗效标准与结果

结果疗效标准依据《中医耳鼻咽喉科病证诊断疗效标准》,其中痊愈 17 例,占 56.7%,好转 11 例,

占 36.7%,无效 2 例,占 6.7%,总有效率为 93.3%。随访三个月,复发 3 例。

4 讨论

慢性扁桃体炎属中医“慢乳蛾”范畴,中医学认为多因邪气反复侵袭、脏腑虚损、虚火上炎客于咽喉所致,日久痰、气、血互结于咽喉脉络,是耳鼻咽喉科的一种常见病和多发病,儿童更为常见,反复发展也容易引发腺样体肥大,引起儿童打鼾。抗菌消炎及手术切除是西医治疗慢性扁桃体炎的常规方法,但由于扁桃体是人体的免疫器官,具有体液免疫和局部免疫的功能,且儿童基本上采取全麻,患者家属顾虑很多。

中医学认为血之与气,并行脉中,周流全身,宜通不宜滞,诸病皆因血气壅滞,不通则痛。扁桃体刺营放血,则是治疗慢性扁桃体炎、宣通气血最直接的方法。直接在扁桃体上放血,热随血行,可使邪热外泄,使扁桃体局部壅滞的气血消散。解剖结构提示扁桃体表面有多个隐窝,脱落上皮、细菌及其代谢产物堵塞隐窝口是慢性炎症长期不愈的原因。刺营法有利于开放隐窝口,有利于引流,同时局部刺激产生防御反应,大量的白细胞、吞噬细胞向扁桃体周围聚集,杀伤细菌或改变细菌生长环境,达到消除炎症的目的。

刺营法直接在扁桃体上放血排脓,疏导瘀阻,使邪热外泄,热随血散,瘀血祛散。不仅可以治愈慢性扁桃体炎,而且不影响扁桃体组织及其功能。本法是祖国医学刺血疗法和针刺法的综合使用,反复发作的扁桃体可同样视为“阿是穴”。本法具有操作简便、疗效独特的特点,值得应用和推广。

咽喉舒袋泡茶治疗急性咽喉病 368 例疗效观察

洪铭¹

【摘要】目的 观察咽喉舒袋泡茶治疗急性咽喉病的临床疗效。**方法** 采用咽喉舒袋泡茶治疗 368 例急性咽喉病患者。每天 1 剂，5-7 天为 1 疗程，治疗 1 疗程。**结果** 1 疗程后咽痛症状改善 100%，喉痛症状改善 100%，异物感症状改善 97.45%，干燥症状改善 93.48%，声嘶症状改善 86.36%，咳嗽痰多症状改善 95.77%，咽喉黏膜充血症状改善 96.20%，扁桃体肿大改善 98.04%，咽后壁淋巴滤泡增生改善 94.93%，咽侧索增生充血改善 91.20%，声带边缘肥厚改善 96.77%，颌下淋巴结肿大改善 76.92%，声带弥漫充血改善 92.86%，声带闭合不全改善 90.00%。治疗后，临床疗效总有效率急性咽炎为 100%，急性喉炎为 68.29%，急性扁桃体炎为 90.00%。**结论** 咽喉舒袋泡茶疗效显著，方法简便，是值得推广的治疗急性咽喉病的有效方法。

【关键词】 咽喉病；中医疗法；咽喉舒袋泡茶

急性咽喉病是耳鼻喉科常见病、多发病，又是不易治愈、复发率较高的疾病。笔者于 2002-2010 年在科室“清咽袋泡茶”（已在临床应用 6 年，2002 年论文曾在《中国中医药信息杂志》上发表）的基础上进行了处方部分调整后，在临床观察治疗 368 例急性咽喉病，疗效满意，现报道如下。

1 临床资料

368 例均为门诊就诊的急性咽炎、急性喉炎、急性扁桃体炎患者，其中男 168 例，女 202 例，年龄 18-65 岁，病程 1-5 天。诊断标准和疗效判断参照《中医耳鼻喉科学》^[1]。

2 治疗方法

采用咽喉舒袋泡茶治疗。方药组成：生大黄 3g，金银花、野菊花、蒲公英、红花、仙人掌各 5g，生甘草 10g，冰片 0.05g，花茶少许。方用无纺布装订成袋，用开水沏泡 15 分钟左右，频频饮用，并继续倒开水于杯中，至茶水转淡为止，每天 1 剂，5-7 天为 1 疗程，治疗期间不服用其他药物，1 疗程后观察疗效。

3 疗效标准与治疗结果

3.1 疗效标准 急性咽炎：痊愈：用药 3 天以

内症状减轻，5 天以内临床症状及体征消失；显效：用药 5 天以内症状减轻，大部分体征消失；有效：用药 5 天以内症状减轻，部分体征消失；无效：用药 1 周以内不能使症状及体征消失。急性扁桃体炎：痊愈：治疗 7 天以内临床症状及体征消失，体温、白细胞计数恢复正常；有效：治疗 7 天以内主要症状、体征改善；无效：未达到有效标准或恶化者。急性喉炎：痊愈：7 天内声音恢复正常，喉部检查正常；有效：7 天以内主要症状、体征改善；无效：7 天以内未达到有效标准或恶化者。

3.2 治疗后症状、体征变化情况 见表 1。1 疗程后咽痛症状改善率 100%，喉痛症状改善率 100%，异物感症状改善率 97.45%，干燥症状改善率 93.48%，声嘶症状改善率 86.36%，咳嗽痰多症状改善率 95.77%，咽喉黏膜充血改善率 96.20%，扁桃体肿大改善率 98.04%，咽后壁淋巴滤泡增生改善率 94.93%，咽侧索增生充血改善率 91.20%，声带边缘肥厚增生改善率 96.77%，颌下淋巴结肿大改善率 76.92%，声带弥漫充血改善率 92.86%，声带闭合不全改善率 90.00%。

表 1 治疗后症状、体征变化情况

症状、体征	n	消失	显著减轻	减轻	无变化	改善率(%)
咽痛	368	236	82	50	0	100
喉痛	186	142	28	16	0	100
异物感	235	122	86	21	6	97.45
干燥	92	42	21	23	6	93.48
声嘶	22	12	5	2	3	86.36
咳嗽痰多	142	76	38	22	6	95.77
咽喉黏膜充血	368	166	122	66	14	96.20
扁桃体肿大	102	54	24	22	2	98.04
咽后壁淋巴滤泡增生	276	165	71	26	14	94.93
咽侧索增生充血	125	56	38	20	11	91.20
声带边缘肥厚	62	28	26	6	2	96.77
颌下淋巴结肿大	26	10	8	2	6	76.92
声带弥漫充血	42	26	8	5	3	92.86
声带闭合不全	10	2	5	2	1	90.00

3.3 临床疗效 治疗后,236 例急性咽炎患者,痊愈 113 例,显效 66 例,有效 57 例,无效 0 例,总有效率 100%。82 例急性喉炎患者,痊愈 26 例,有效 30 例,无效 26 例,总有效率为 68.29%。50 例急性扁桃体炎患者,痊愈 17 例,有效 28 例,无效 5 例,总有效率 90.00%。

4 讨论

喉痹,历代医家从火、热、风、痰立论者居多,如刘河间云:“喉痹,不仁也,俗作闭,犹闭塞也。火主肿胀,故热客上焦而咽嗑肿胀也。”因气候骤变,起居不慎,冷热失调,肺卫不固,风热邪毒外袭,自口鼻直犯咽喉,以致热灼伤津,气血阻滞,壅结咽喉,故咽喉红肿热痛,有异物感。正如徐春圃云:“喉痹之病,属痰、属火、属风之者而已。”《喉科紫珍集》载:“以风热感于膈间或过食厚味,以致火动痰生。”若因失治、误治而致邪传脏腑,肺胃热壅成毒,则病情加重,致局部灼热,干燥,甚至肿痛加重而影

响吞咽。肺胃有热,灼津伤阴而口渴喜饮,炼液为痰则咳痰黄稠。此外,本证亦可因风寒外袭,营卫失和,邪郁化热,壅结咽喉,以及五志过极,饮食失宜,蕴热化火,循经上蒸,蒸灼咽喉而致。

本方以清热解毒、活血消肿、利咽止痛为目的,适用于风热喉痹、风热乳蛾,症见咽喉红肿疼痛,或喉核肿大,灼热,干燥,有异物感,甚则吞咽困难,咳嗽痰黄黏稠,口渴喜饮,大便秘结,小便短赤,舌质红、苔薄黄而腻,脉弦数或滑数有力等。方中大黄苦寒,入肺、胃、大肠经,功能清热解毒,彻热下行而清其里,《本草切要》言其善治:“阳明胃火,痰涎壅盛,喉痹乳蛾,腮颊肿痛连及口齿”,有清热降火之效,是为君药。金银花甘寒,入肺、胃、大肠经,既可清热解毒,又可轻宣肺胃,《景岳全书·本草正》言其“善于化毒……毒未成者能散,毒已成者能消”;野菊花性微寒、苦、辛,归肺、肝经,《百草汇言》言其能“破血疏肝,解疔散毒”,清热解毒消肿,是治疗咽喉肿痛的要药;蒲公英苦、甘寒,归肝、胃经,清热解毒,消痈散结,《本草备要》载其能“专治痈肿、疔毒”;生甘草旨在增加清热解毒、利咽止痛之用,以上四味共为臣药。仙人掌清热解毒,又助红花活血化瘀,加强消肿之力,为佐药。冰片辛、苦、微寒,功能清热开窍止痛,为使药。茶叶清热解毒,抑菌杀菌,又有增强机体免疫力之功效。

咽喉舒袋泡茶疗效显著,方法简便,是一个值得推广的治疗急性咽喉病的有效方法。

参考文献

[1] 王士贞. 中医耳鼻喉科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003:23-33.

归脾汤加减方在慢性鼻-鼻窦炎患者 鼻内镜术后治疗的临床研究

常尚揆¹ 郭龙龙¹ 史月莹¹ 孙欢欢¹ 王伟¹

【摘要】目的 观察慢性鼻-鼻窦炎鼻内镜术后应用归脾汤加减方内服的临床疗效及安全性分析。**方** **法** 选择慢性鼻-鼻窦炎患者 50 例 (75 侧), 随机分为观察组 25 例 (35 侧) 和对照组 25 例 (40 侧)。对照组鼻-鼻窦炎鼻内镜术后常规给予抗生素、激素类鼻喷剂药物等治疗, 而观察组术后在对照组基础上加中药方剂口服。观察术前、术后及术后 3 个月患者临床主观症状 VAS 评分、鼻内镜检查 Lund-kennedy 评分、鼻窦 CT 评分 Lund-Macky 评分方法、安全性分析以及临床疗效分析。**结果** 两组术前、术后 1 月、术后 3 月症状评分比较, 术后 1 月及术后 3 月时鼻塞、鼻漏、嗅觉下降、头面部疼痛症状评分水平较前均明显降低; $P < 0.05$, 差异具有统计学意义; 两组之间比较, 术后 3 月, 鼻塞、嗅觉下降及头面部疼痛症状评分水平观察组较对照组下降明显, $P < 0.05$, 差异有统计学意义; 鼻漏症状评分水平对照组较观察组下降明显, $P < 0.05$, 差异有统计学意义; 两组术前、术后 1 月、术后 3 月 VAS 评分总分、L-K 评分、L-M 评分比较, 术后 1 月及术后 3 月时 VAS 评分总分、L-K 评分、L-M 评分水平较治疗前明显降低, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义; 两组之间比较, 术后 3 月, VAS 评分总分、L-K 评分、L-M 评分水平观察组较对照组下降明显, $P < 0.05$, 差异有统计学意义; 两组临床疗效比较, 观察组有效率为 92.6%, 对照组有效率为 72.6%, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。**结论** 对慢性鼻窦炎鼻内镜术后患者运用辨证论治, 可改善患者不适症状, 缩短鼻内镜术后鼻腔粘膜恢复病程, 疗效确切可靠, 为中医药在慢性鼻窦炎鼻内镜术后治疗上提供一定的临床依据及治疗思路与途径。

慢性鼻-鼻窦炎 (Chronic Rhinosinusitis, CRS) 是耳鼻喉科常见疾病之一, 根据流行病学调查发现, 全球约为 5~12%^[1], 我国约为 2~8%^[2-3], 因其有着较高的发病率, 因此 CRS 的研究更加有必要。慢性鼻-鼻窦炎多由多种致病因素共同导致, 症状多以鼻塞、流脓涕、头痛、嗅觉减退为主, 病程 ≥ 12 周, 通过鼻内镜或鼻窦 CT 等辅助检查即可诊断^[4]。目前 CRS 的治疗仍为药物干预及鼻内镜手术治疗。随着 CRS 的深入研究, 以及精准治疗观念的深入, CRS 的治疗更加个体化及精准化, 功能性内窥镜鼻窦手术 (Functional Endoscopic Sinus Surgery, FESS) 治疗地位更加重要, 随之而来的则是手术后患者随访及综合治疗同手术本身比较, 有着同等重要的意义^[5-6], 成为 CRS 治疗中不可缺少的重要环

节。本研究为慢性鼻-鼻窦炎的发病的危险因素以及鼻内镜术后患者口服归脾汤加减方后的临床症状、体征、安全性等进行分析, 为中医药在慢性鼻-鼻窦炎术后治疗过程提供一定的思路和方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究选取 2017 年 6 月-2018 年 6 月就诊于昌吉州中医医院耳鼻喉科实施手术的 CRS 患者 50 例 (75 侧), 整理患者基础资料 (年龄、性别、吸烟史、饮酒史、既往疾病病史等), 其中男 27 例, 女 23 例; 年龄为 17~69 岁, 随机分为观察组 25 例 (35 侧) 和对照组 25 例 (40 侧), 观察组男 14 例、女 11 例, 年龄 (39.6 \pm 15.2) 岁; 对照组男 13 例、女 12 例, 年龄 (37.1 \pm 17.9) 岁; 两组患者在性别、年龄等方面比较

差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准及排除标准

1.2.1 入选标准

1.2.1.1 西医诊断标准:符合 EPOS 2012^[7]、海口标准^[8]及 CRS 诊疗指南(2012,昆明)^[4]明确诊断为 CRS;

1.2.1.2 患者相关资料完整、依从性好,能够配合医师客观完成 VAS 评分填写;

1.2.1.3 手术方式均为 FESS,手术由科室主任统一完成,且由同一位医师复查;

1.2.1.4 相关病史均有患者提供的既往病例作为参考依据。

1.2.2 排除标准

1.2.2.1 未满 16 岁的未成年患者;>70 岁的老年患者;

1.2.2.2 继发于外伤的 CRS 或有鼻科相关手术病史;

1.2.2.3 合并遗传性疾病及干扰疾病诊断的患者。

1.3 干预方法

1.3.1 对照组治疗方法

术前处理:术前行鼻内镜检查、鼻窦 CT 扫描;术中处理:均采用 Merssklinger 术式,切除钩突,根据病变情况开放各窦口,清除鼻腔及窦内病变组织,保留中鼻甲和窦内黏膜,鼻腔给予高膨胀海绵填塞止血。

术后处理:术后常规滴注头孢类抗生素 3~5 天;口服氯雷他定片 10 mg,1 次/日,连用 2 周;术后第 3 天抽出高膨胀海绵;第 4 天开始每天在鼻内镜下清洁鼻腔内血痂和分泌物;第 5 天开始,用丙酸倍氯米松鼻喷雾剂-内舒拿喷鼻,每次 2 掀,日 2 次,连用 2 月并用生理盐水溶液冲洗鼻腔,日 2 次;术后 1 个月内处理:每周复查 1 次,并用生理盐水溶液冲洗鼻腔,日 2 次。

术后 3 个月内每 2 周复查 1 次,并用生理盐水溶液冲洗鼻腔,日 1 次。

术后 3 个月后每月复查 1 次,随访 6 个月为

止。

1.3.2 观察组治疗方法

手术及手术后处理方式同对照组治疗方案;观察组此基础上加归脾汤加减方口服,每次 150 ml,每天 2 次,持续 12 周。

1.4 观察指标及疗效评定标准

对所有患者进行危险因素分析,以及术前、术后 1 个月和 3 个月的鼻部症状、total nasal symptoms VAS Score 评分表(VAS 评分表)、鼻内镜检查量化评估 Lund-kennedy 评分、鼻窦 CT 检查评分 Lund-Macky 评分、实验室安全性指标及临床疗效参照海口标准进行分析。

1.5 统计学分析

数据采用 Epidata 3.1 录入,采用 SPSS 22.0 软件进行统计学分析,其中定量资料符合正态分布采用 t 检验,不符合正态分布采用秩和检验;分类变量资料使用卡方检验分析;多因素分析应用 Logistic 回归模型,以 $P<0.05$ 认为存在统计学差异。

2 结果

2.1 一般资料分析

如表 1 所示,两组患者在性别、年龄、治疗前症状评分及 L-K 评分中, $P>0.05$,差异无统计学意义,两组有可比性。

表 1 两组患者在性别、年龄、治疗前各类评分比较

组别	性别(男/女)	年龄(岁)	VAS 评分	L-K 评分	L-M 评分
观察组	14/11	39.6±15.2	5.26±1.82	6.06±1.00	14.06±2.34
对照组	13/12	38.1±17.9	6.19±2.39	5.92±1.23	14.18±2.33

注:两组性别经卡方检验, $P>0.05$,两组年龄经 t 检验 $P>0.05$,余经秩和检验 $P>0.05$ 。

2.2 两组术前、术后 1 月、术后 3 月症状评分比较

对手术前后症状进行统计比较,主要以鼻塞、鼻漏、嗅觉下降及头面部痛为主,对其进行比较分析,如表 2 所示,组间进行比较,两组在术前鼻塞、鼻漏、嗅觉下降、头面部疼痛症状评分水平相比较无明显统计学差异, $P>0.05$,各组之间具有可比性。

术后,两组组内时间前后比较,术后 1 月时鼻

塞、鼻漏、嗅觉下降、头面部疼痛症状评分水平较术前明显降低;术后 3 月时鼻塞、鼻漏、嗅觉下降、头面部疼痛症状评分水平较术前明显降低; $P<0.05$,差异具有统计学意义;两组之间比较,术后 1 月时,两组间鼻塞、鼻漏及头面部痛症状评分水平比较, $P>0.05$,差异无统计学意义,而嗅觉下降症状评分比较, $P<0.05$,差异有统计学意义;术后 3 月时,其中鼻塞、嗅觉下降及头面部疼痛症状评分水平观察组较对照组下降明显, $P<0.05$,差异有统计学意义;鼻漏症状评分水平对照组较观察组下降明显, $P<0.05$,差异有统计学意义。

表 2 两组术前、术后 1 月、术后 3 月症状评分比较(x±s)

组别	时间	鼻塞	鼻漏	嗅觉下降	头面部痛
观察组	治疗前	7.62±1.08	5.78±1.30	4.18±0.92	5.79±2.87
	术后 1 月	5.22±1.37 ¹	5.11±0.82 ¹	2.34±1.09 ^{1,2}	2.73±0.78 ¹
	术后 3 月	2.02±1.36 ^{1,2#}	2.69±0.55 ^{1,2*}	1.03±1.10 ^{1,2#}	1.92±0.46 ^{1,2#}
对照组	治疗前	7.59±1.39	6.12±0.13	3.58±1.06	5.43±2.46
	术后 1 月	5.76±1.29 ¹	5.81±0.47 ¹	2.26±1.12 ^{1,2}	2.78±0.99 ¹
	术后 3 月	2.77±1.43 ^{1,2#}	2.62±0.69 ^{1,2*}	1.39±0.96 ^{1,2#}	2.01±1.89 ^{1,2#}

注:每组组间比较 1 表示与术前比较 $P<0.05$,2 表示与术后 1 月比较 $P<0.05$,差异有统计学意义;相同时间中,两组组间比较 # 表示观察组较对照组降低差异 $P<0.05$,* 表示对照组较观察组降低差异 $P<0.05$,差异有统计学意义。

2.3 两组术前、术后 1 月、术后 3 月 VAS 评分总分、L-K 评分、L-M 评分比较

如表 3 所示,组间进行比较,两组在术前 VAS 评分总分、L-K 评分、L-M 评分相比较无明显统计学差异, $P>0.05$,各组之间具有可比性。

术后,两组组内时间前后比较,术后 1 月时 VAS 评分总分、L-K 评分、L-M 评分水平较治疗前开始明显降低;术后 3 月时 VAS 评分总分、L-K 评分、L-M 评分水平较治疗前开始明显降低; $P<0.05$,差异具有统计学意义;两组之间比较,术后 1 月时,两组间 VAS 评分总分、L-K 评分、L-M 评分水平比较, $P>0.05$,差异无统计学意义,术后 3 月时,VAS 评分总分、L-K 评分、L-M 评分水平观察组较对照组下降明显, $P<0.05$,差异有统计学意义。

表 3 两组治疗前、术后 1 月、术后 3 月 VAS 评分总分、L-K 评分、L-M 评分比较(x±s)

组别	时间	VAS 评分总分	L-K 评分	L-M 评分
观察组	治疗前	23.37±6.17	6.06±1.00	14.06±2.34
	术后 1 月	15.4±4.06 ¹	3.12±2.30 ¹	5.25±2.60 ¹
	术后 3 月	7.66±3.47 ^{1,2#}	2.13±1.27 ^{1,2#}	2.54±0.47 ^{1,2#}
对照组	治疗前	22.72±5.04	5.92±1.23	14.18±2.33
	术后 1 月	16.61±3.87 ¹	3.77±2.43 ¹	6.03±2.30 ¹
	术后 3 月	8.79±4.97 ^{1,2#}	2.57±1.69 ^{1,2#}	3.10±1.36 ^{1,2#}

注:每组组间比较 1 表示与术前比较 $P<0.05$,2 表示与术后 1 月比较 $P<0.05$,差异有统计学意义;相同时间中,两组组间比较 # 表示观察组较对照组降低差异 $P<0.05$,* 表示对照组较观察组降低差异 $P<0.05$,差异有统计学意义。

2.4 两组临床疗效比较

如表 4 所示,观察组有效率为 92.6%,对照组有效率为 72.6%, $P<0.05$,差异有统计学意义。

表 4 两组患者在性别、年龄、治疗前各类评分比较

组别	人数	治愈人数	好转人数	无效人数	有效率/%
观察组	25	15	8	2	92
对照组	25	10	10	5	80

注:有效率为治愈人数与好转人数之和除以总人数百分比,观察组较对照组 $P<0.05$ 。

2.5 安全性分析

两组治疗过程中,未发生全身不良反应;且在肝肾功及三大常规检测中未出现相关指标的异常。说明此治疗方法安全性较好。

3 讨论

慢性鼻-鼻窦炎为耳鼻喉科常见疾病之一,在日常生活及工作中对人们造成了严重的影响,最近的调查显示,全球约为 5~12%^[1],我国约为 2~8%^[2-3],欧美国家受 CRS 影响的人群约占总人口的 5~15%,降低了人们的生活质量下降,为人们带来很大的经济负担,因此慢性鼻-鼻窦炎的个体化及精准化及改善预后的治疗研究越来越深入。

CRS 在中医学属中鼻渊范畴,多由外邪侵犯,引起肺、脾胃、胆而发病;或因肺脾气虚,邪气久羁,滞留鼻窍,以致病情缠绵难愈^[9]。在慢性鼻-鼻窦炎中医辨证论治过程中分为肺经风热、胆腑郁热、脾胃湿热、肺气虚寒、脾气虚弱,在临床使用过程中

随症加减;手术过程中耗气伤血,气血亏虚,脏腑不足以荣养,脏腑功能渐衰,运化功能差甚,久之气虚血瘀更甚;故而中药内服在术后的优势越来越明显,已为医师及患者广泛接受^[10]在中医治疗过程中,根据病机及手术后患者的辨证论治中,属气血亏虚及损伤脾胃者较多,故而在治疗上多以健脾行气、活血通络为主,故在本次选方中以归脾汤为底方。

本研究选归脾汤加减,方中包括:党参、麸炒白术、黄芪、茯神、龙眼肉、当归、制远志、酸枣仁、木香、炙甘草、阿胶、三七为主,根据每个患者的症状表现,四诊和参进行加减;术后患者临床症状多由以下几方面:1.术中损伤经络,气滞血瘀,不通则痛,且术后有再次出血可能,方中本次选方为归脾汤加减,三七根所含的三七素为水溶性非蛋白质氨基酸,可促使血小板释放二磷酸腺苷(ADP)、血小板因子Ⅲ和Ca²⁺等止血活性物质,使血小板发生伪足伸展、聚集、变形、脱颗粒反应,最终表现为促凝血作用而起到止血的作用;而三七总皂甙其主要有效成分为三七皂甙Rg和三七中的原人参三醇型皂甙,可使血小板内cAMP含量增加,减少血栓素A₂(TXA₂)的生成,因此具有明显抗凝,抑制血小板聚集作用^[11];2.术后耗气伤血,损伤脾胃,方中党参配伍以增强网状内皮系统功能:促进粘膜恢复;麸炒白术、龙眼肉、当归、阿胶、木香等中氨基酸及微量元素如:甘氨酸通过调节血清铁、精氨酸可使机体生长激素和睾丸酮分泌增多促进血红蛋白的合成,有补血作用^[12];3.术后气血耗伤加之气滞血瘀,清窍痹阻且失荣,患者表现为寐欠安,方中酸枣仁、茯神中酸枣仁苷及羧甲基多糖有镇静作用^[12-13];4.术后麻醉类药物抑制作用,患者有头晕不适,远志提取物、皂苷类和糖脂类化合物有保护脑细胞、促进脑细胞活性、抗抑郁等作用;炙甘草为调和诸药^[14];慢性鼻鼻窦炎长期流溢脓涕耗损津液,日久必致体虚,属虚实夹杂之证,故须同时注重健脾、益气以治本,本次研究方选归脾汤,正如汪昂《医方集解·补养之剂》:“此手少阴、足太阴药也。血不归脾则妄行

……而诸症悉除矣。及《正体类要》卷下:“跌仆等症,气血损伤;或思虑伤脾,血虚火动,寤而不寐;或心脾作痛,怠情嗜卧,怔忡惊悸,自汗,大便不调;或血上下妄行。”所评价,归脾汤作用广泛,本治疗意在益气、通络、健脾、安神,本次研究也证实归脾汤加减可改善患者术后临床症状、体征及安全性较高,未出现肝肾功能损伤等,因此,在鼻窦炎鼻内镜术后常规给予抗生素、激素、抗组胺药治疗的基础上,分阶段进行中医辨证分型,并针对性施治,做到药随证出,随证施治,体现了中医的辨证论治理念。术后3月时,其中鼻塞、嗅觉下降及头面部疼痛症状评分水平观察组较对照组下降明显,提示此方对鼻内镜术后鼻腔粘膜恢复疗效确切。

综上所述,对慢性鼻-鼻窦炎鼻内镜术后运用归脾汤加减对促进鼻内镜术后早日黏膜恢复,疗效确切可靠,有效地减少了鼻内镜术后并发症及临缩短病程,为慢性鼻-鼻窦炎鼻内镜术后用药提供一条新思路、新途径,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] Bachert C,Zhang L,Gevaert P.Current and future treatment options for adult chronic rhinosinusitis: Focus on nasal polyposis[J]. Journal of Allergy & Clinical Immunology, 2015, 136(6):1431-1440.
- [2] Wang X D, Zheng M, Lou H F, et al. An increased prevalence of self - reported allergic rhinitis in major Chinese cities from 2005 to 2011: [J]. Allergy, 2016, 71(8):1170-1180.
- [3] Shi J B, Fu Q L, Zhang H, et al. Epidemiology of chronic rhinosinusitis: results from a cross-sectional survey in seven Chinese cities [J]. Allergy, 2015, 70(5):533-9.
- [4] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组. 慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南 (2012年,昆明)[J]. 中国医刊, 2013, 48(11):92-94.
- [5] 刘丹, 刘维荣, 王桃姣. 术前治疗对减少鼻内镜下鼻息肉手术中出血的疗效观察[J]. 医学临

床研究, 2012, 29(1):161-162.

[6] 黄业武, 冯时滨, 李东, 等. 自拟中药内服在慢性鼻窦炎内镜术后的辨证施治效果分析[J]. 右江医学, 2015, 43(3):329-333.

[7] Fokkens W J, Lund V J, Mullol J, et al. E-POS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists[J]. Rhinology, 2007, 45(2):97-101.

[8] 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会, 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会. 附: 慢性鼻窦炎鼻息肉临床分型分期及内窥镜鼻窦手术疗效评定标准(1997 年, 海口) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 1998, 33(3):

[9] 罗成荣, 吴淑芳. 四君子汤合苍耳子散加

减治疗慢性鼻窦炎 60 例观察 [J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(34):33-33.

[10] 舒鸿飞. 升降散在五官科的临床应用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017(01):144-146.

[11] 王珍, 杨靖亚, 宋书杰, 等. 三七素对凝血功能的影响及止血机制[J]. 中国新药杂志, 2014(3): 356-359.

[12] 杨楠, 叶晓川. 酸枣仁汤的神经药理作用及分子机制研究进展 [J]. 湖北中医药大学学报, 2017, 19(3):114-117.

[13] 王颖. 安神丸治疗肝热阴阳失调型失眠临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(05):37-39.

[14] 刘丽. 中药远志的研究进展概论[J]. 中医临床研究, 2017(34):146-148.

(上接 21 页) 中西医结合治疗鼻窦炎提供了临床证据。

参考文献

[1] 郑铭, 青卉, 娄鸿飞, 等. 中国主要城市鼻-鼻窦炎患病率调查[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2017, 24(4):185-190.

[2] 江燕, 王辉, 齐银辉, 等. 慢性鼻-鼻窦炎围手术期中西医结合综合治疗进展[J]. 中国中医药信息杂志, 2016, 23(7):125-127.

[3] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2012 年, 昆明) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2013, 48(2):92-94.

[4] 欧晓翼. 吉雷通窍汤治疗胆腑郁热型急鼻渊临床研究[D]. 成都中医药大学研究生论文, 2006. DOI:10.7666/d.y1007627.

[5] 郭蓓, 袁琨, 张帆, 等. 慢性鼻-鼻窦炎患者功能性内镜鼻窦手术前后的主客观评估及相关性分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 24(8):344-347.

[6] 金志鑫, 李春甲, 翟瑞成, 等. 鼻渊舒在鼻窦炎和鼻息肉内窥镜围手术期的疗效观察[J]. 天津医药, 2006, 34(7):498-499.

[7] 史剑波, 杨钦泰, 文卫平, 等. 慢性鼻窦炎鼻息肉围手术前期处理对术中出血影响的观察[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2003, 38(3):202-205.

[8] 袁晓辉. 清胆泻热法治疗鼻渊机理研究[D]. 成都中医药大学研究生论文, 2008. DOI:10.7666/d.d168736.

[9] 陈文明. 鼻渊合剂对 FESS 术后鼻粘膜纤毛运动的影响[D]. 南京中医药大学研究生论文, 2011. DOI:10.7666/d.y1945385.

吉雷通窍汤在胆腑郁热型鼻渊病的围手术期疗效分析*

张维文¹ 薛明¹ 程宇晟¹

【摘要】目的 临床分析吉雷通窍汤在鼻窦炎围手术期的疗效。**方法** 选取我院病房收治的胆腑郁热型患者 58 例,分为对照组 20 人及研究组 38 人两组,研究组术前术后给予吉雷通窍汤口服,记录患者手术前后主观病情 VAS 评估,术中鼻内镜评估,出血量及术后 3 个月时鼻内镜情况。**结果** 研究组 VAS 改善较对照组有明显区别 ($P=0.002$),术中鼻内镜评分与对照组无显著统计学意义,术中出血量较对照组少 ($P=0.002$),术后 3 月时鼻腔粘膜水肿、粘涕及结痂较对照组好。**结论** 围手术期使用吉雷通窍汤能明显减轻鼻腔炎症情况,改善症状,能减少出血,对术后伤口愈合及减少复发有效。

【关键词】 吉雷通窍汤; 鼻渊病; 围手术

Analysis of curative effect of GLei Tong Qiao Decoction in the perioperative period of nasosinusitis (depression of gallbladder—heat type)

ZHANG Weiwen, XUE Ming, CHENG Yusheng

【Abstract】 Objective Clinical analysis of the curative effect of Glei Tong Qiao Decoction in the perioperative period of nasosinusitis. **Methods** 58 patients of gallbladder—heat type in our hospital were recruited. Cases were randomly divided into two groups, 20 patients in the control group and 38 patients in the study group. The study group were given the Glei Tong Qiao Decoction before and after operation. Preoperative and postoperative VAS evaluation, endoscopic evaluation, blood loss and nasal endoscopy 3 months later were recorded. **Results** The improvement of VAS in the study group was significantly different than that of the control group. The preoperative nasal endoscopic score was not significantly and blood loss in the operation was less. The healing of the mucous membrane of the nasal cavity was better. **Conclusion** Using Glei Tong Qiao Decoction during the perioperative period can obviously reduce the inflammation of the nasal cavity, improve the symptoms, reduce the blood loss mildly, and effective for postoperative wound recovery and reduction of recurrence.

【Key words】 Glei Tong Qiao Decoction; Nasosinusitis; Perioperative period

鼻-鼻窦炎即鼻渊是鼻腔鼻窦黏膜的急慢性化脓性炎症,全球约有 16% 的发病率^[1],且有进一步增加的趋势,是耳鼻咽喉科的常见病、多发病。该病引起鼻塞流涕,甚至头痛耳胀等症状,影响患者的生活质量。自从鼻腔功能性内窥镜手术发展以来,鼻窦炎的治疗已经有了长足的进步,但术中术后出血和术后复发等问题仍困扰着临床医师。目前国内外已有大量相关研究表明,系统性的围手术期治疗将

有效减轻鼻腔和鼻窦黏膜炎性反应,并能减少术腔粘连、术腔囊泡和息肉形成、保持窦口开放引流、加速黏膜上皮化减少复发^[2]。目前现代医学围手术期一般应用糖皮质激素、抗菌素及黏液促排剂等药物。而祖国医学在治疗鼻窦炎方面虽有渊远的历史,但对围手术期患者的治疗疗效方面的相关研究却很少。本次研究对胆腑郁热型鼻渊病患者围手术应用吉雷通窍汤,以期客观评价其在鼻窦炎围手术

*基金项目名称:上海市卫计委、上海市中医药发展办公室中医耳鼻喉科建设项目(ZRZK2016005)
中医优势病种培育项目(Zybz-2017014)

1.上海中医药大学附属上海市中西医结合医院(200082)

期使用的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料:

选取我院 2016 年 11 月~2017 年 11 月收治的 58 例慢性鼻-鼻窦炎患者(年龄 18-65 岁)。临床诊断符合西医诊断及分型标准^[3],并符合中医诊断及辨证分型标准为胆腑郁热型鼻渊^[4]。主要表现为鼻塞,鼻涕黄浊量多。可兼有嗅觉减退、头痛剧烈、烦躁易怒、口苦、咽干、耳鸣耳聋、寐少梦多、小便黄赤等全身症状。舌苔脉象表现为舌质红,舌苔黄或腻,脉弦数。排除肝肾功能明显异常及伴有严重疾病的患者,并剔除失访病例。将 58 例患者随机分成两组,治疗组 38 人,平均年龄 43.11±2.034;对照组 20 人,平均年龄 43.65±3.250。

1.2 治疗方法:

对照组(20 例):住院常规检查了解一般情况,行鼻窦冠状位 CT 及鼻内镜了解鼻腔情况。术前 3 天给予抗生素头孢唑啉 1g,bid 及地塞米松 10mg 静滴,每天生理盐水鼻腔冲洗一次并予布地奈德鼻喷剂每侧一喷 qd。手术均全身麻醉下施行鼻内窥镜手术,采用 Messer-Klinger 术式,清除不可逆的病变组织,尽可能保留鼻腔、鼻窦正常黏膜结构,同时开放鼻窦窦口,达到良好通气、引流并彻底清除病灶的目的。术中填塞生物止血膜和止血愈合海绵。术后继续给予头孢唑啉 1g bid 3 日,泼尼松 10mg bid 口服 7 日,术后 48 小时内拔除膨胀海绵并开始鼻腔清理冲洗。出院后第 1 周、第 3 周、第 7 周及第 12 周分别复诊。

治疗组(38 例):在对照组常规治疗基础上,从术前 5 天至术后 9 天加用吉雷通窍汤口服,共口服 14 天。药物组成:柴胡 9g 黄芩 9g 白芷 9g 川芎 9g 黄芪 30g 炒枳壳 9g 瓜蒌皮 9g 地龙 9g。每日 1 剂,水煎剂分 2 次服用,每次 200ml,餐后 20~60 分钟温服。服用中药期间,饮食方面忌食辛辣、生冷、油腻食品。

1.3 观察指标:

术前对患者的主观病情进行评估^[5]:采用视觉

模拟量表(visual analogue scale,VAS)。按照 VAS 评分将病情分为:轻度 0—3;中度>3~7;重度>7—10。若 VAS>5,则表示患者的生活质量受到影响。

术中的鼻内镜检查量化评估采用 Lund—Kennedy 评分法^[6],Lund—Kennedy 评分标准:双侧鼻腔分别评分:①息肉:0 分=无息肉,1 分=息肉仅在中鼻道,2 分=息肉超出中鼻道;②水肿:0 分=无,1 分=轻度,2 分=严重;③鼻漏:0 分=无,1 分=清亮、稀薄鼻漏,2 分=黏稠、脓性鼻漏;④瘢痕:0 分=无,1 分=轻度,2 分=重度(仅用于手术疗效评定);⑤结痂:0 分=无,1 分=轻度,2 分=重度(仅用于手术疗效评定);⑥每侧 0~10 分,总分 0~20 分。

计算出血量,出血量计算方法^[7]:平均出血量根据负压引流瓶中总量加上止血时使用纱条的总量(每 10cm 约为 1.5ml)即为术中出血总量。

术后 3 个月复诊时再次行 VAS 评分及 Lund—Kennedy 评分。

1.4 统计学方法:对研究组及对照组数据应用 SPSS 19.0 统计学软件进行分析处理。正态计量资料"±s"表示,正态计量数据采用 t 检验,以 p < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况比较

两组病人的年龄、病程、性别构成无统计学差异,P 值>0.05。

表 1 一般情况

基础资料	对照组	研究组	P 值
平均年龄(岁)	43.65 ± 3.250	43.11 ± 2.034	0.8822
平均病程(月)	46.20 ± 8.165	51.53 ± 4.637	0.5430
性别(男:女)	9:11	22:16	0.4130

2.2 手术前后 VAS 量表评估

术前研究组和对照组组间 VAS 量表评分无明显统计学差异,术后两组间评分有统计学意义,研究组评分显著低于对照组(p=0.002)。

表 2 手术前后 VAS 量表评估

	对照组	研究组	P 值
术前	5.100 ± 0.2606	5.263 ± 0.1874	0.6122
术后	2.600 ± 0.2103	1.789 ± 0.1419	0.0018

2.3 术中出血量评估:

对照组术中平均出血量为:115.8 ± 4.119ml, 研究组术中平均出血量为:95.51 ± 2.924ml (P=0.002), 两者有显著统计学差异。

2.4 手术前后 Lund—Kennedy 评分

术前研究组 Lund—Kennedy 评分平均值略低于对照组, 但无明显统计学差异 (p=0.28), 术后研究组 Lund—Kennedy 评分均值显著低于对照组 (p=0.045)。其中对照组术后 3 月有 2 例患者鼻中道复发息肉, 研究组有 1 例复发息肉。各项评分指标中主要水肿及结痂 2 项存在显著统计学差异, P 值 < 0.05。

表 3 手术前后 Lund—Kennedy 评分

Lund—Kennedy 评分	对照组	研究组	P 值
术前	7.550 ± 0.4728	6.947 ± 0.3199	0.2852
术后	4.850 ± 0.4827	3.711 ± 0.3131	0.0449

3 讨论

中医上称慢性鼻窦炎为“鼻渊”, 鼻渊有实证与虚证之分, 实证多由外邪侵袭, 导致肺、脾胃、肝胆的病变而发病; 虚证多因肺脾气虚, 邪毒久困, 凝聚鼻窍而致。其中胆为奇恒之腑, 上通于脑, 脑为精髓之海, 下通于鼻, 即胆之经气上通于脑, 脑下通于颞, 颞之下为鼻, 故胆通过髓海与鼻相互联系。临床上也以胆腑郁热型病人较多。

吉雷通窍汤是名老中医熊大经根据“胆移热于脑, 则辛颞鼻渊”的理论基础提出的。由柴胡、黄芩、白芷、川芎、黄芪、炒枳壳、瓜蒌皮、地龙等组成, 旨在清胆泻热, 排脓通窍。

方中柴胡苦辛, 疏肝解郁, 和解退热, 升举阳气; 黄芩苦寒, 清热燥湿, 泻火解毒; 柴胡升清阳, 黄芩降浊火, 二药合用, 升清降浊、调和表里, 和解少阳。柴胡长于开郁, 黄芩善于泄热两药合用, 即可疏

通肝胆之气机, 又能清泄内蕴之湿热。川芎辛温芳香, 入少阳经, 性善走散。上行头目, 下达血海, 既活血又行气, 有“血中气药”之称, 为祛风止痛之佳品。白芷辛香升散, 可祛风除湿止痛, 二药都辛香走散, 上行于头, 有止痛之功, 合而用之, 祛风止痛, 芳香通窍之效大增。炒枳壳、瓜蒌皮、地龙行气理气, 化痰驱邪, 加强了宣通之效果。全方合而用之, 共成清泄胆热, 利湿通窍之剂。若鼻塞甚者, 可酌情加入苍耳子、辛夷花等; 若鼻涕浓稠量多者, 可酌情加入陈皮、半夏等; 若头痛者, 可酌情加入蔓荆子、菊花等; 若鼻涕带血者, 可酌情加入仙鹤草、白茅根、鱼腥草及蒲公英等。

围手术期治疗的主要目的是为成功手术创造条件。术中影响手术效果的主要问题是出血量和黏膜重度水肿。因鼻窦炎的发病原因即为炎症, 而炎症可致黏膜血管异常增生、扩张、血管脆性增强, 是出血的主要原因。黏膜炎性水肿使其与骨质间的连接疏松, 可轻易被黏膜钳或吸切器撕脱, 这种损伤会直接影响术后鼻窦黏膜形态与功能的恢复, 也是局部长期发生囊泡、息肉、肉芽的主要原因, 即“去黏膜化反应”。因此, 术前系统的抗炎治疗, 对于减轻术中出血, 完整保护黏膜以及手术全程的精细处理 具有重要意义。

现代医学研究表明^{[8][9]}清胆泻热可以降低鼻分泌物 pH 值至接近正常值, 以保证鼻腔内环境的协调。并可降低血清 CRP 浓度、增强鼻黏膜 IL-4 mRNA 和 IL-10 mRNA 的表达、抑制鼻黏膜 IFN- γ mRNA 的表达, 起到抗炎的作用。同时可以减轻内质网扩张、线粒体肿胀, 促进鼻黏膜纤毛传输系统恢复正常, 起到减轻术后水肿, 促进愈合的作用。

本次研究通过对术中鼻腔情况、出血量及术后伤口愈合情况的相关指标进行观察记录, 并行统计学分析, 结果提示围手术期使用吉雷通窍汤可有效改善炎症及症状, 减少术中出血量, 提供一个清晰的术野, 并能改善患者体质, 增强抵抗力, 改善术后水肿及结痂情况。可证明中药在鼻窦炎治疗中有积极作用。为临床进一步推广围手术期 (下转 18 页)

和中止鼾颗粒调控 TLR-NF-κB 通路治疗 变应性鼻炎的机制研究

孙永东¹ 刘强¹ 向小红¹ 杨朝纲² 贺晓芳² 钟伦坤¹ 周兴玮¹ 王丽¹ 彭顺林³ 邱传禄⁴

【摘要】目的 探讨和中止鼾颗粒治疗变应性鼻炎的机制。**方法** 招募变应性鼻炎患者和健康志愿者，变应性鼻炎患者予以口服和中止鼾颗粒治疗，在治疗前后分别对患者采集少许血液及鼻粘膜组织，ELISA 方法测定血清 IFN- γ 、IL-4 表达量，RT-PCR 检测鼻黏膜组织 TLR4 和 NF- κ B 的 mRNA 水平，Western Blot 法检测鼻黏膜组织 TLR4 和 NF- κ B 下游蛋白 P50/P65 表达。健康志愿者不予任何干预，仅采集一次少许血液及鼻粘膜组织，作为对照实验。**结果** 与健康者相比，变应性鼻炎患者 IFN- γ 血清含量降低，IL-4 血清含量升高，TLR4 和 NF- κ B 在 mRNA 水平和蛋白水平都升高，变应性鼻炎患者通过和中止鼾颗粒治疗后，IFN- γ 血清含量明显升高，IL-4 血清含量明显降低 ($p < 0.05$)，TLR4 和 NF- κ B 在 mRNA 水平和蛋白水平都升高，明显降低 ($p < 0.05$)，**结论** 和中止鼾颗粒能通过调控 TLR4-NF- κ B 通路达到治疗变应性鼻炎的作用。

【关键词】 和中止鼾颗粒；变应性鼻炎；TLR-NF- κ B 通路；P50/P65

Mechanism of Hezhong Zhiqiu Granules on TLR-NF- κ B Pathway Regulated of allergic rhinitis

SUN Yong-dong, LIU Qiang, XIANG Xiao-hong, YANG Chao-gang, HE Xiao-fang, ZHONG Lun-kun,
ZHOU Xing-wei, WANG LI, PENG Shun-lin, QIU Chuan-lu

【Abstract】 Objective To investigate the mechanism of treatment of allergic rhinitis with Hezhong Zhiqiu.
Methods Recruiting allergic rhinitis patients and healthy volunteers, patients with allergic rhinitis oral Hezhong Zhiqiu therapy, the treatment of patients before and after a little blood and nasal mucosal tissue, Serum IFN- and IL-4 were determined by ELISA. The expression levels of TLR4 and NF- κ B in nasal mucosa were detected by RT-PCR. The expression of TLR4 and NF- κ B downstream protein P50/P65 in nasal mucosa were detected by Western Blot. healthy volunteers will not be any intervention, only collect a little blood and nasal mucosa tissues, as a control experiment **Results** Compared with healthy subjects, IFN- serum levels were decreased in patients with allergic rhinitis, IL-4 serum levels were elevated, TLR4 and NF- κ B were elevated in both mRNA and protein levels, and patients with allergic rhinitis passed and discontinued. After treatment with sputum granules, the serum levels of IFN- were significantly increased, serum levels of IL-4 were significantly decreased ($p < 0.05$), and both TLR4 and NF- κ B were significantly increased at both mRNA and protein levels ($p < 0.05$). **Conclusion** Hezhon Zhiqiu can achieve the therapeutic effect of allergic rhinitis by regulating TLR4-NF- κ B pathway.

【Key words】 Hezhon Zhiqiu granules; Allergic Rhinitis; TLR-NF- κ B signaling pathway; P50/P65

1.西南医科大学附属中医医院耳鼻咽喉科(646000)

2.西南医科大学中西医结合学院 硕士研究生(646000)

3.成都中医药大学附属医院耳鼻咽喉科(610000)

4.自贡市富顺县中医医院五官科(643000)

前言

变应性鼻炎 (allergic rhinitis, AR) 是耳鼻咽喉科的常见病之一, 是特应性个体接触致敏原后由 IgE 介导的以递质释放为开端的、多种免疫活性细胞和细胞因子等参与的鼻黏膜慢性炎症反应性疾病^[1]。AR 的发病机制极为复杂, 涉及大量的细胞因子和炎症介质。Th1/Th2 细胞因子的平衡被看做变应性疾病发生发展的关键^[2]。AR 炎症反应中起核心作用的是 CD4+T 细胞, 它通过释放一系列的细胞因子, 调节疾病的发生发展^[3]。在机体的免疫系统中, TOLL 样受体 (Toll-like receptors, TLRs) 家族在机体天然免疫、对病原体的识别中发挥重要作用, TLRs 参与了机体免疫细胞对变应原的识别、结合, 并介导免疫细胞对外来变应原的杀伤, 同时介导体液免疫、诱导炎症反应^[4-5]。变应原激活 TLRs 后, 可能通过活化多个信号传导通路参与免疫应答, 其中核因子 (Nuclear factor-kappa B, NF- κ B) 活化通路的研究日受关注, TLR-NF- κ B 通路可能调节 Th1 和 Th2 细胞因子的表达, 从而介调细胞免疫^[6]。

AR 属中医学“鼻鼽、鼻嚏”范畴。《脾胃论·脾胃盛衰论》指出了脾胃虚弱引起肺金受邪, 是致鼻鼽的主要病因病机。脾的盛衰, 关系到鼻部血脉的盈虚与血液的运化情况, 鼻的正常生理功能有赖于脾气的健旺。鼻鼽辨证分型以肺脾气虚证为主, 治疗多以补肺益脾为主。本研究使用和中止鼽颗粒治疗鼻鼽, 并探讨其对 TLR-NF- κ B 信号通路的干预作用。

1 材料和方法

1.1 诊断标准

西医诊断标准: 参照 2015 年天津会议诊断标准^[7]制定。中医诊断标准: 参照《中医耳鼻咽喉科病证诊断疗效标准》中鼻鼽肺脾气虚型诊断标准^[8]制定。

1.2 纳入标准

①诊断明确; ②年龄 18~65 周岁; ③病程在 1 年以上; ④所有研究对象在受检前 1 周均停用任何药物。

1.3 排除标准

①需长期服用阿司匹林或糖皮质激素的患者; ②妊娠期患者; ③伴发心、脑、肾、肝等器质性疾病; ④伴发支气管哮喘、特异性皮炎的患者; ⑤合并有慢性鼻窦炎、鼻息肉或鼻中隔明显偏曲等鼻病者。

1.4 分组及治疗方案

治疗组: 治疗组口服中药制剂和中止鼽颗粒 (由黄芪、白术、防风、肉桂、细辛、升麻、柴胡、蝉蜕、诃子等组成, 规格: 9g/袋。由西南医科大学附属中医医院制剂室提供), 每天 3 次, 每次 1 袋, 7 天为 1 个疗程, 连续服用 4 个疗程。同期招募健康自愿者为对照组 5 例, 不服用任何药物。本试验经西南医科大学附属中医医院伦理委员会审批通过。

1.5 观察指标及测定方法

1.5.1 临床疗效的观察

包括临床症状、体征的记录及填写生活质量问卷调查。体征分级: 下鼻甲与鼻底、鼻中隔紧靠, 见不到中鼻甲, 或中鼻甲粘膜息肉样变、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。根据治疗前后症状和体征记分的总和, 改善的百分率按下列公式评定常年性变应性鼻炎的疗效: (疗前总分-治疗后总分)/(治疗前总分)100%。 $\geq 51\%$ 为显效, $50\% \sim 21\%$ 为有效, $\leq 20\%$ 为无效。

1.5.2 酶联免疫吸附试验 (ELISA) 方法测定血清 IFN- γ 、IL-4 水平

AR 患者分别于治疗前及治疗后抽取肘部静脉血, 同期招募的健康自愿者仅抽取 1 次肘部静脉血, 抽取的静脉血置于真空抗凝采血管中, 离心后分离出血清, 编号后于实验室 -80°C 冰箱保存, 采用 ELISA 法检测 Th1 细胞因子 (IFN- γ), Th2 细胞因子 (IL-4) 的变化。

1.5.3 实时定量 PCR 检测鼻黏膜组织 TLR4 和 NF- κ B 基因水平

AR 患者分别于治疗前及治疗后取少许鼻黏膜组织, 同期招募的健康自愿者仅取 1 次少许鼻黏膜组织, 用 Trizol 法提取组织总 RNA。引物列表见表 1; 应用 SYBR Green I 荧光染料技术进行实时定

量 PCR 反应,PCR 反应体系 25 μ L,获取各组标本的扩增曲线和溶解曲线,计算机分析 Ct 值。目的基因 mRNA 的相对表达量为 $2^{-\Delta\Delta Ct}$,目的基因 $\Delta Ct =$ 目的基因 Ct-内参照基因 Ct。

表 1 RT-PCR 检测引物列表

	上游引物	下游引物	产物长度
TLR4	5' CCGCTTTCACCTCTCTCAC 3'	5' CATCTGGCATCATCTCTCAC 3'	182 bps
NF- κ B	5' ACTATGTGGGACCAGCAAG 3'	5' ATACACGCCTCTGTTCATTCC 3'	223 bps
GAPDH	5' CAGCCACTCTCCACCTTTG 3'	5' CCACCACCTCTGTGCTGTAG 3'	110 bps

1.5.4 Western Blot 检测鼻黏膜组织 TLR4 和 NF- κ B 蛋白表达

取鼻黏膜组织,按蛋白抽提试剂盒提取并进行蛋白定量和变性,凝胶电泳,PVDF 转膜,一抗 孵育 (TLR4 1:200,NF- κ B 1:200),4 $^{\circ}$ C 孵育过夜。二抗(1:1000)室温孵育 1h。进行化学发光曝光,鉴定并进行分析。Quantity One 图像分析软件测定各组 TLR4、NF- κ B 蛋白以及内参 GAPDH 蛋白平均灰度值,两者相除得到 TLR4、NF- κ B 蛋白表达相对量。

1.5.5 SPSS 25.0 统计软件包进行统计学分析,数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,各实验组间差异的显著性检验均采用方差分析和重复测量,方差齐时用 LSD 法进行两两比较,方差不齐时用 Tamhane'T2 法进行两两比较, $p < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

本研究共有 12 例 AR 患者,5 例健康志愿者知情同意并完成试验研究,其中 AR 患者男 5 例,女 7 例,平均年龄 35.67 ± 9.42 岁,健康志愿者男 2 例,女 3 例,平均年龄 36.60 ± 10.76 岁,AR 患者经和中止鼾颗粒治疗后,显效 8 例,有效 3 例,无效 1 例,有效率 91%。

2.2 各组血清 IFN- γ 、IL-4 表达量的比较

AR 患者与健康志愿者血清中 IFN- γ 、IL-4 表达情况见表 2,AR 患者与健康志愿者比较,Th1 细胞分泌的 IFN-降低,Th2 细胞分泌的 IL-4 升高 ($p < 0.05$),表明 AR 患者 Th1/Th2 细胞比例失调。经和中止鼾颗粒治疗后 IFN-明显升高 ($p < 0.05$),IL-4 明显降低 ($p < 0.05$),表明和中止鼾颗粒对恢复

Th1/Th2 细胞平衡有一定的作用。

表 2 各组血清 IFN- γ 、IL-4 的比较($\bar{x} \pm s$ pg/mL)

组别	治疗前	治疗后	健康组
IFN- γ	223.84 \pm 41.03	548.60 \pm 66.89 ^a	499.36 \pm 23.01 ^b
IL-4	51.14 \pm 1.96	31.37 \pm 2.22 ^a	34.53 \pm 0.77 ^b

注 a:治疗后与治疗前比较, $p < 0.05$;b:对照组与治疗前比较, $p < 0.05$

2.3 RT-PCR 检测各组鼻黏膜组织 TLR4 和 NF- κ B 基因水平表达

AR 患者与健康志愿者鼻黏膜 TLR4 和 NF- κ B 的 mRNA 表达情况见图 1,AR 患者相对于健康志愿者,TLR 和 NF- κ B 的 mRNA 表达值明显增高 ($p < 0.05$)。经和中止鼾颗粒治疗后 TLR4 和 NF- κ B 明显降低 ($p < 0.05$)。

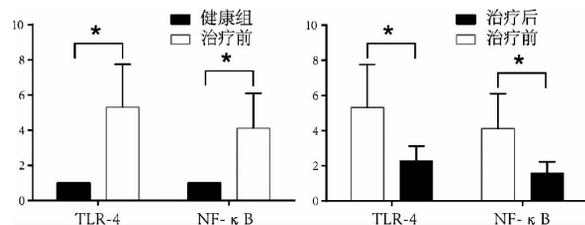


图 1 实时定量 PCR 检测 TLR4 和 NF- κ B 的 mRNA 表达情况

注*: $p < 0.05$

2.4 Western Blot 检测鼻黏膜组织 TLR4 和 NF- κ B 蛋白结果

AR 患者与健康志愿者鼻黏膜 TLR4 和 NF- κ B 蛋白通过 Western Blot 检测结果见图 2,表 3 为数据统计图,AR 患者治疗前 TLR4 和 NF- κ B 蛋白表达较健康组明显增高 ($p < 0.05$),治疗后 TLR4 和 NF- κ B 蛋白表达较治疗前明显降低 ($p < 0.05$)。

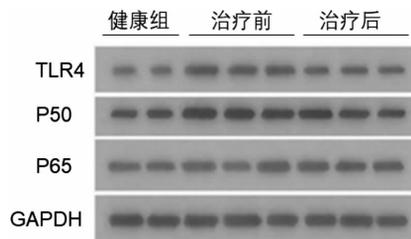


图 2 Western Blot 检测 TLR4、NF- κ B-P50 和 NF- κ B-P65 蛋白的表达情况

表 3 检测鼻黏膜组织 TLR4 和 NF-κB 蛋白结果($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后	健康组
TLR4	1.26±0.15	0.91±0.24 ^a	0.57±0.13 ^b
NF-κBp50	1.35±0.25	1.17±0.22 ^a	0.70±0.21 ^b
NF-κBp65	0.84±0.16	0.72±1.00 ^a	0.66±0.23 ^b

注 a:TLR4、NF-κBp50、NF-κBp65 治疗后与治疗前比较, $p < 0.05$; b:TLR4、NF-κBp50、NF-κBp65 健康组与治疗前比较, $p < 0.05$;

3 讨论

变应性鼻炎是耳鼻咽喉科的常见病多发病,近年来发病率呈现持续上升趋势。变应性鼻炎在中医学中称为“鼻鼽、鼽嚏”,中药对鼻鼽的治疗具有独特的疗效。鼻鼽辨证分型以肺脾气虚证为主,治疗时应同时考虑从肺脾论治,而由于脾土生肺金的五行关系,理当重视从脾为先为母为本^[9],鼻为上窍,治疗中在健脾的同时,还应注意升阳助气的重要性。笔者根据多年临床经验,结合孙光荣教授“中和流派学术理论”,总结了治疗变应性鼻炎的经验方—和 中 止 鼽 汤 治 疗 变 应 性 鼻 炎, 临 床 应 用 效 果 良 好^[10-11]。此后根据此方进一步优化,经本院中药制剂室加工制成和 中 止 鼽 颗 粒。和 中 止 鼽 颗 粒 主 要 功 效 为 健 脾 升 阳,和 中 止 鼽。方 解:黄 芪 为 君 药,健 脾 益 气 固 表,即 可 补 益 脾 气,又 可 固 营 卫 之 气,是 为 君 药;白 术、防 风 为 臣 药,白 术 助 黄 芪 健 脾 益 气 之 功,防 风 祛 风 固 表,黄 芪 得 防 风 固 表 而 不 留 邪;细 辛、升 麻、柴 胡、蝉 蜕、诃 子、肉 桂 为 佐 药,细 辛 祛 风 散 寒 通 鼻 窍,升 麻 升 阳 举 陷,柴 胡 和 解 表 里,升 阳 举 陷,蝉 蜕 疏 风 抗 敏,诃 子 收 涩 敛 涕,肉 桂 暖 脾 补 阳,共 为 佐 药;甘 草 调 和 诸 药 为 使 药。

AR 的发病机制极为复杂,涉及大量的细胞因子和炎症介质。根据相关文献,Th1/Th2 细胞因子的平衡被看做变应性疾病发生发展的关键^[12]。Th1 细胞主要分泌干扰素 γ 等细胞因子,Th2 细胞主要分泌 IL-2、IL-4 等细胞因子。Th1 和 Th2 细胞通过分泌细胞因子,可进行相互调节和抑制,保持平衡的状态。TLR-NF-κB 通过调节免疫和炎症相关因子及炎症递质的表达,在炎症和免疫反应中起枢纽作用^[13-14]。我们前期课题组初步研究发现和 中 止 鼽 颗

粒是通过调控 NF-κB 信号通路而发挥治疗作用,同时也发现治疗患者 TLR4 的 mRNA 水平降低,TLR4 蛋白表达、Th2 类因子的释放也有减少^[15]。本研究发现,AR 患者与健康志愿者比较,Th1 细胞分泌的 IFN-降低,Th2 细胞分泌的 IL-4 升高,经和中止鼽颗粒治疗,IFN-明显升高,IL-4 明显降低,能够在一定水平上恢复 Th1/Th2 细胞平衡,也验证了 Th1/Th2 细胞因子的平衡被看做变应性疾病发生发展的关键。同时,AR 患者与健康志愿者比较,TLR4 和 NF-κB 的 mRNA 和蛋白表达值明显增高,接受治疗后 TLR4 和 NF-κB 的 mRNA 及蛋白表达较治疗前明显降低,进一步说明,核因子 NF-κB 位于 TLR-4 下游信号通路的枢纽位置,TLR-4 通过 NF-κB 通路调节 Th 细胞因子的释放,干扰 Th1/Th2 细胞因子的平衡而参与免疫、炎症的发生、发展等生理病理过程,表明 TLR-NF-κB 通路在 AR 发病中发挥着重要作用。

综上所述,和 中 止 鼽 颗 粒 提 高 TLR 的 耐 受 性 而 干 预 变 应 性 鼻 炎,可 下 调 患 者 AR NF-κB 的 表 达,减 少 IL-4 因 子 释 放,即 通 过 干 预 TLR-NF-κB 信 号 通 路 发 挥 免 疫 抑 制 作 用。从 而 本 研 究 结 果 为 中 药 治 疗 变 应 性 鼻 炎 提 供 了 理 论 依 据。

参考文献

- [1]周兵,王向东,魏均民.2004 年全国变应性鼻炎与哮喘关系专题学术会议纪要[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005(03):23.
- [2] CHANG Xu-hong,FU Yan-yun,ZHANG Yin-jian.Effects of Th1 and Th2 cells balance in pulmonary injury induced by nano titanium dioxide[J].Environmental Toxicology and Pharmacology,2014,37(1):275-283.
- [3] Hassannia H, Abediankenari S, Ghaffari J. FOXP3 and TGF-β Gene Polymorphisms in Allergic Rhinitis[J].Iran J Immunol.2011;8(4):218-25.
- [4] MARRAS M, BORGES R O, ALVES R. Spirometric parameters and levels of interferon gamma and IL-5 in induced sputum from patients with allergic

rhinitis or asthma [J]. *Rhinol Allergy*, 2011, 25 (5): 196-199.

[5] CHANG Xu-hong, Fu Yan-yun, ZHANG Yin-jian, et al. Effects of Th1 and Th2 cells balance in pulmonary injury induced by nano titanium dioxide [J]. *Environmental Toxicology and Pharmacology*, 2014, 37(1): 275-283.

[6] 邢淑丽, 孙艳明. 论“肺阳”. 中国·天津第四届国际中医学药学术交流会议[C].

[7] 变应性鼻炎诊断和治疗指南 (2015 年, 天津).

[8] 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: 24.

[9] 林霞, 张庆祥, 孟庆岩. 变应性鼻炎发病规律与辨证分型研究. *河南中医*, 2014, 34(4): 682-683.

[10] 唐洪. 益气温阳法治疗变应性鼻炎的临床研究. 成都中医药大学硕士研究生毕业论文, 2009, 导师: 彭顺林.

[11] 黄玉婷, 涂小红, 何跃, 蔡粤川, 彭顺林. 彭顺林教授益气温阳法治疗变应性鼻炎经验介绍. *新*

中医, 2014, 46(2): 34-35.

[12] 盖沂超, 王寅, 张妙兴. 薯蓣丸对变应性鼻炎大鼠模型 IL-4、AQP5 的影响 [J]. *湖南中医杂志*, 2014, 30(8): 158-160

[13] Kim HH, Yoo JS, Lee HS, Kwon TK, Shin TY, Kim SH. Elsholtzia ciliate inhibits mast cell-mediated allergic inflammation: role of calcinm, p38 mitogen-activated protein kinase and nuclear factor-(1)B. *Experimental Biology and Medicine*, 2011, 236 (9): 1070-1077.

[14] Han NR, Kim HM, Jeong HJ. Inactivation of cystein-aspartic acid protease (caspase)-1 by saikosaponin A. [J]. *Biological and Pharmaceutical Bulletin*, 2011, 34(6): 817-823.

[15] 杨朝纲, 孙永东. 2017. 和中止鼾汤治疗脾肺气虚型变应性鼻炎临床对照研究. Presented at 中华中医药学会耳鼻喉科分会第二十三次学术年会世界中联耳鼻喉口腔科专业委员会第九次学术年会, 中国江苏张家港

(上接 35 页) 痛、咽干, 纳眠可, 白带正常。喉镜提示声带无明显充血, 左声带息肉较前体积缩小。

按: 患者声带息肉术后, 职业用嗓过度, 余邪未清, 又未好好保养, 邪聚咽喉, 又因平素工作压力大, 心烦失眠, 气滞经络, 血瘀痰凝, 声音嘶哑; 三餐不定, 饮食不调, 中焦虚弱, 痰湿内生, 阻脾运化, 故纳差; 日久化热, 流于下阴, 煎熬肾阴, 故见阴痒, 白带增多呈豆腐渣样。加之过度操劳, 损伤肾阴, 则见白发早衰、腰酸。吾师认为, 脾为气之源, 肾为气之根, 患者声嘶乃是本虚标实, 主因调护不当, 痰瘀凝结, 致后天之本亏虚, 先天之本不固, 治当标本兼治, 固本培元。方选会厌逐瘀汤合四君子汤、逍遥散、二至丸等加减。桃仁、当归、牡丹皮、丹参、鸡血藤活血祛瘀; 白芍、柴胡以疏肝理气, 气行则血行, 血行则瘀散, 参苓术草及黑枣健脾益气, 固护中焦

脾胃, 陈皮、厚朴理气化痰, 熟地黄滋阴补血, 栀子泻三焦湿热, 木蝴蝶、诃子敛肺开音, 薄荷利咽开音, 墨旱莲、女贞子补肾而乌须发, 首乌藤养心安神, 郁金、佛手理气疏肝解郁; 阿胶、龟甲、鹿角胶补肾滋阴养血, 辅以黄酒走窜以行气通络, 蜂蜜以甘甜调和之用。全方健脾补肾, 养血活血, 虚实标本兼顾, 攻补有度, 工整平和。

参考文献

[1] 王士贞主编. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 中国中医药出版社, 2003: 169-176.

[2] 华浩明. 膏方的历史源流及现代进展概要[J]. *江苏中医药*. 2006(11).

[3] 王清任. 医林改错[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 44-45.

“春夏养阳,秋冬养阴”探析及其对耳鼻喉科临床的指导意义

刘静¹

【摘要】 文章对历代医家对于“春夏养阳,秋冬养阴”的含义进行了总结分析,并提出了自己的观点,认为春夏养阳实际指春夏应注意调养肝心,秋冬养阴实指从肺肾论治,并从中医耳鼻喉科临床的角度阐述了该句经文的指导意义。

【关键词】 春夏养阳; 秋冬养阴; 本义探析; 春夏养阳从肝心; 秋冬养阴从肺肾

“春夏养阳,秋冬养阴”出自《素问·四气调神大论》:“夫四时阴阳者,万物之根本也,所以圣人春夏养阳,秋冬养阴,以从其根,故与万物沉浮于生长之门。逆其根,则伐其本,坏其真矣。故阴阳四时者,万物之终也,死生之本也,逆之则灾害生,从之则苛疾不起,是谓得道也。”这被视作养生的原则,在各种场合被反复提及。

数千年来,各位医家根据自己对经典的理解,结合自己的临床实践,对“春夏养阳,秋冬养阴”做出了自己的阐释,真是体现了“仁者见仁智者见智”,也充分展示了中医所具有的各家学说的特点。阴阳理论是中医最基础理论,中医的所有知识体系基本都是在阴阳基础上构建的。如何理解阴阳?理解阴阳理论在防病治疗中的指导作用非常重要。是笔者在此也试对此句经典做出自己的探索,并从耳鼻喉科的角度初步探讨其临床指导意义。

1. 历代著名医家的解析

在历代医家中,有各种解释,最主要的医家是王冰、张景岳、张志聪、高士宗等注解《内经》的大家。

王冰认为“养即制也。”因此他注说:“阳气根于阴,阴气根于阳,无阴则阳无以生,无阳则阴无以化,全阴则阳气不振,全阳则阴气不穷。春食凉,夏食寒,以养于阳;秋食温,冬食热,以养其阴。滋苗者必因其根,伐下者必枯其上,故以斯调节,从顺其根。二气常存,盖由根固,百刻晓春,食亦宜然。”在

王冰的注解中,存在着难以理解的地方,即“春食凉,夏食寒,以养于阳;秋食温,冬食热,以养其阴”的说法自相矛盾。食用寒凉怎能不伤阳?食用温热如何不伤阴?何以春夏食寒、秋冬食温?为何要违逆天道?难以理解。但是另一大家却对此表达了同样的见解,即元代医家朱丹溪在《不治已病治未病》文中认为:“…以之食凉食寒而养其阳,圣人春夏治未病如此…以之食温食热而养其阴,圣人秋冬治未病者如此。”春夏阳盛之时服用寒凉药食以制约亢阳,防止暑热伤人津液;秋冬阴盛之际服用温热之品以制阴寒之盛。果真如此?

注解此句的另一大家是张景岳:“所以圣人春夏则养阳,以为秋冬之地,秋冬则养阴,以为春夏之地,皆从其根也。今人有春夏不能养阳者,每因风凉生冷,伤此阳气,以致秋冬多患泄泄,此阴胜之为病也;有秋冬不能养阴者,每纵欲过热,伤此阴气,以致春夏多患火证,此阳胜之为病也。”张介宾认为春夏、秋冬互为根基,养阳、养阴皆为阴阳互根之意,这也算是体现中医特点吧。但是其从预防角度提出春夏季节天虽热但不可贪凉,秋冬季节天虽寒而不可过热,似乎有一定的道理,但又不尽然。仍然是语焉未详的感觉。

清代大家张志聪则注解道:“春夏之时,阳盛于外而虚于内,秋冬之时,阴盛于外而虚于内。故圣人春夏养阳,秋冬养阴,以从其根培养也。”这又是另外一种意义的阴阳互根的体现。这也是目前广为接

受的说法。张志聪从机体阴阳对比的角度说明了机体在不同时节的体内阴阳变化的情况。但是,何以春夏就阳气外盛而内虚、秋冬就阴气外盛而内虚?初春春寒料峭、初秋燥热袭人又如何解释?张志聪仍未提出证据,所以仍然不能令人完全信服。

另一注解《内经》的清代大医家高士宗则注解道:“所以圣人春夏养阳,使少阳之气生,太阳之气长,秋冬养阴,使太阴之气收,少阴之气藏。”对于此种解释,也有人认为高士宗致厥阴、阳明于不顾,是被四季所迷惑,其犯了“实实”之戒,仍是难以令人信服。但是笔者认为这个观点还是比较符合《素问·四气调神大论》所论的起居顺应四时阴阳的原意,但是,其未能解释清楚少阳、太阳、太阴、少阴等的含义而已。同为阴阳,在不同地方会有不同的属性而已。

2. 笔者对于本句经文的认知

春夏应肝心,阳气左升,从少阳初生,阳气渐长,至夏至阳气最盛而阴气渐生;秋冬应肺肾,从夏至之后,阳气渐减,阴气渐增,到冬至之时阴气极盛而阳气初生。《四气调神大论》详细叙述了一年四季中适应气候变化的摄生法则,并指出违反四时气候的变化规律,将诱发疾病。从而被推崇为养生的第一法则。在这种顺应四时阴阳的养生原则中,最主要的就是要遵循“春夏养阳、秋冬养阴”。因此“顺”天时就可以“养生”。如何做? 仍然应该从《素问》中寻找答案。

2.1 关于字面考证

春、夏、秋、冬即为四季,这是毫无疑问的。但是,仅仅指四季吗? 笔者以为不尽然。《内经》乃“不为良相即为良医”的古代贤人所著,“借代”是文人墨客的常用写作技巧之一,作者以甲代乙,也就为后世对于该句文意的理解产生了歧义。这在以上各医家的注解中也可可见一斑。在《四气调神大论》中有“春三月……逆之则伤肝……夏三月……逆之则伤心……秋三月……逆之则伤肺……冬三月……逆之则伤肾”的记载,因此,春夏秋冬不仅仅为四季,其还有一个含义,就是春夏为肝心,秋冬为肺肾。阳、阴则分别指事物相互对立的两个方面,其中

“阳”具有高明、温暖等含义,“阴”则具有低暗、寒凉等含义,在此则分别暗示了春夏、秋冬的性质。同时,此处的阴阳亦可能为“借代”的修辞手法所掩盖,可能分别指肝心、肺肾。

养的本义是饲养、供养,《礼记·郊特牲》中记载:“凡食养阴气也,凡饮养阳气也。”

那么,合为一体时该如何理解“春夏养阳、秋冬养阴”呢? 笔者以为,仍需贯彻“探本穷源”的原则,需要从《内经》本身寻找答案。

2.2 “春夏养阳”当为养肝心,“秋冬养阴”当为护肺肾

在《素问·六节藏象论篇第九》中说:“帝曰:脏象何如? 岐伯曰:心者,生之本,神之变也;其华在面,其充在血脉,为阳中之太阳,通于夏气。肺者,气之本,魄之处也;其华在毛,其充在皮,为阳中之太阴,通于秋气。肾者,主蛰,封藏之本,精之处也;其华在发,其充在骨,为阴中之少阴,通于冬气。肝者,罢极之本,魂之居也;其华在爪,其充在筋,以生血气,其味酸,其色苍,此为阳中之少阳,通于春气。”其中,明确指出了心为太阳,通于夏气;肺为太阴,通于秋气;肾为少阴,通于冬气;肝为少阳,通于春气。至此,春夏、秋冬所养的阴、阳已经清楚,阴代指肺肾,阳代指肝心,所以“春夏养阳”实为养肝心,“秋冬养阴”实为护肺肾。

2.3 养生的原则是“顺四时”

至此,我们已经明了“春夏养阳”实为养肝心,“秋冬养阴”实为护肺肾,那么,该如何养护? 其实在《四气调神大论》中也同样给了我们答案:那就是“春三月……夜卧早起,广步于庭,被发缓形”,否则就会“逆之则伤肝,夏为寒变,奉长者少”;“夏三月……夜卧早起,无厌于日,使志勿怒”否则,“逆之则伤心,秋为痎疟,奉收者少,冬至重病。”而“秋三月……早卧早起,与鸡俱兴,使志安宁”,否则,“逆之则伤肺,冬为飧泄,奉藏者少”;“冬三月……早卧晚起,必待日光……去寒就温”,否则,“逆之则伤肾,春为痿厥,奉生者少”。而且,在文中还更加强强调了“逆”的恶果:“逆春气则少阳不生,肝气内变。逆夏气则太阳不长,心气内洞。逆秋气则太阴不收,肺气

焦满。逆冬气则少阴不藏,肾气独沉”。这充分说明了起居养生必须顺应自然界变化规律。但是,这仅仅是指导养生吗?笔者以为不尽然。因此试从中医耳鼻喉科临床的角度探讨“春夏养阳、秋冬养阴”的指导意义。

3. “春夏养阳秋冬养阴”的临床指导意义

笔者以为“春夏养阳秋冬养阴”不仅仅是指导养生保健的法则,对于中医耳鼻喉科临床也有很好的指导意义。其实,同样在《内经》中,就已经给出了答案。

3.1 春夏调肝心

春季如何调肝?如《素问·阴阳应象大论篇第五》中说:“东方生风,风生木,木生酸,酸生肝,肝生筋,筋生心,肝主目。其在天为玄,在人为道,在地为化。化生五味,道生智,玄生神。神在天为风,在地为木,在体为筋,在脏为肝,在色为苍,在音为角,在声为呼,在变动为握,在窍为目,在味为酸,在志为怒。怒伤肝,悲胜怒,风伤筋,燥胜风,酸伤筋,辛胜酸”。这全面说明了肝的特性,从中我们可以明白调肝的重点是:用药物以辛酸为主,注重调整情志,戒怒。

夏季如何调心?《素问·阴阳应象大论篇第五》中说:“南方生热,热生火,火生苦,苦生心,心生血,血生脾,心主舌。其在天为热,在地为火,在体为脉,在脏为心,在色为赤,在音为徵,在声为笑,在变动为忧,在窍为舌,在味为苦,在志为喜。喜伤心,恐胜喜,热伤气,寒胜热,苦伤气,咸胜苦。”从中我们可以体会到调心应注重以下方面:用药适当以苦、咸为主,兼以调情志。

春季肝阳升发,肝风动,因此耳鼻喉科常见鼻鼾,该病以“爆发骤停、发作过后一如常人”为特点,颇类“肝风”特点,因此可以考虑从肝论治,适当予以小柴胡、桂枝汤之类药物治疗。

夏季天气炎热,心火偏亢,患者常见口疮、耳鸣等疾病,治之以苦,可用酸枣仁汤等治疗,常用药物

有淡竹叶、灯芯草等。

3.2 秋冬益肺肾

秋冬如何调肺?《素问·阴阳应象大论篇第五》中说:“西方生燥,燥生金,金生辛,辛生肺,肺生皮毛,皮毛生肾,肺主鼻。其在天为燥,在地为金,在体为皮毛,在脏为肺,在色为白,在音为商,在声为哭,在变动为咳,在窍为鼻,在味为辛,在志为忧。忧伤肺,喜胜忧,热伤皮毛,寒胜热,辛伤皮毛,苦胜辛。”因此我们从中可以体会调肺的要点是:用药以辛苦为主,但是因其在天为燥,应该适当予以滋阴之品。同时亦应注意调整情绪。林黛玉即是忧郁伤肺不治而亡的例子。

秋冬如何益肾?《素问·阴阳应象大论篇第五》中说:“北方生寒,寒生水,水生咸,咸生肾,肾生骨髓,髓生肝,肾主耳。其在天为寒,在地为水,在体为骨,在脏为肾,在色为黑,在音为羽,在声为呻,在变动为栗,在窍为耳,在味为咸,在志为恐。恐伤肾,思胜恐,寒伤血,燥胜寒,咸伤血,甘胜咸。”从中我们可以体会益肾的要点是:用药以咸甘为主,同时注意调整情志。

秋季燥性横行,多见口鼻干燥、鼻出血等病症,因此常以养阴清肺汤、清燥救肺汤等加减治疗。

冬季天寒地冻,精气内敛,常见耳鸣耳聋等疾病,多用偏于滋补肾精的药物,如地黄丸之属。

4. 小结

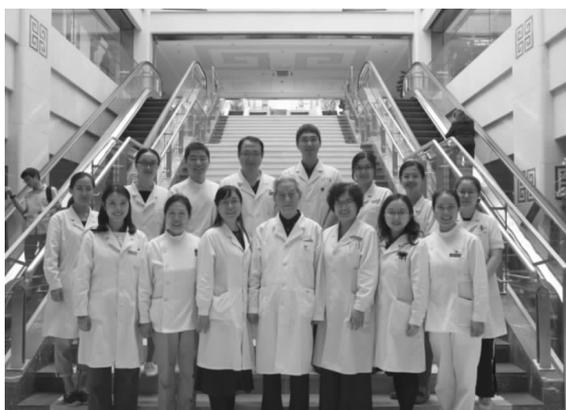
《素问·四气调神大论》最后总结:“从阴阳则生,逆之则死;从之则治,逆之则乱。反顺为逆,是谓内格。是故圣人不治已病,治未病;不治已乱,治未乱,此之谓也。夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸锥,不亦晚乎?”这不仅仅局限于指导养生,也是指导临床用药的原则。“从阴阳”即是顺从根本,阴阳和则“精神乃治”。“春夏养阳秋冬养阴”即是指临床中要注意春夏调养肝心,秋冬调养肺肾,至于调养之法,则仍以顺为要。

中国中医科学院西苑医院耳鼻喉科室介绍

刘静¹ 李蕾¹ 徐春英¹

【本刊特约稿件】

一、科室简介



中国中医科学院西苑医院成立于 1955 年,耳鼻喉科同期成立,是北京地区、最早成立的诊治耳鼻喉科疾病的中医特色专科之一,在全国范围内也是最早成立的耳鼻喉科之一。在李亚、耿鉴庭、李月娟、李淑良等老专家的带领下,西苑医院耳鼻喉科一直沿着中医为主,中西医结合并重的路线发展。2011 年成为北京市中医耳鼻喉诊疗中心,2012 年成为国家中医药管理局重点专科,同年成立了李淑良名老中医工作室。

耳鼻喉科承担了大量临床、科研与教学工作,现有医师 9 人,护理 3 人,包括主任医师(教授、博士生导师)3 名,副主任医师 1 名,中级职称 2 人,初级职称 3 人,护理人员 3 人,研究生 3 人。其中,久享盛誉的李淑良教授是中医耳鼻喉科博士生导师,全国名老中医师带徒第 2、3、4 批指导老师,长期指导科内的临床、科研、教学工作,曾任中华中医药学会耳鼻喉专业委员会主任委员及名誉主任委员、世界中医药学会联合会耳鼻咽喉口腔科专业委员会会长名誉会长,中国国家食品药品监督管理局审评中心专家库专家、中药品种保护审评委员、中央保健会诊专家等多项职务。刘静主任是中医传承博士

后,全国第四批师带徒优秀继承人,中华中医药学会耳鼻喉专业委员会副主任委员,世界中联耳鼻咽喉口腔科专业委员会副秘书长,北京市中西医结合耳鼻喉科学会副主任委员等,临床专业硕士生导师。

在重视中医的基础上,不断完善科室硬件建设,现科室拥有多种先进的检查、治疗设备,如麦迪森电测听、声阻抗、畸变耳声发射检测仪,耳鸣综合治疗仪,电子喉镜、纤维喉镜、鼻内窥镜、硬性耳内窥镜,嗓音测试仪,耳鼻喉科综合台、微波治疗仪、雾化红光设备等,这些西医诊疗设备的不断引进,也大大提高了我科疾病诊断的能力。

鼻咽喉镜室



治疗室



我科年均门诊量超过 6 万人次,患者来自国内外,外地患者占比超过 30%,诊治病种涉及耳鼻喉科常见病、疑难病,治疗方法以中医、中西医结合为主,西医治疗为辅,以中药为主,配合针灸、雾化、红光等治疗,在多种常见及疑难病症的治疗中取得了

良好的疗效,如过敏性鼻炎、鼻窦炎、咽炎、喉炎、中耳炎、耳聋、喉乳头状瘤、喉肉芽肿、声带息肉等嗓音疾病等。同时,西苑医院耳鼻喉科在长期的临床实践中,总结名老中医临床经验,研制出多种院内制剂,如玉蝉卫肺丸、清热通窍口服液、通窍止涕胶囊、清热润喉丸、靖咽丸、化腐生肌定痛散等,临床应用超过 30 年,深受广大患者欢迎。

近年来,在国家、医院的支持下,科室充分利用深厚的历史积淀,实施名老中医学术经验传承,大力实施中医人才培养,科室中青年医师全部进行了跟师学习,包括全国第四批师带徒、北京市西学中高级研修、西苑医院的人才工程等,培养了与中医传承相关的博士后、博士、硕士等多人,极大的提高了中青年医师的中医水平,也在科室中形成了努力学习中医、运用中医的良好学术氛围,中医药治疗耳鼻喉科疾病的疗效不断提高,也吸引了越来越多的患者求治于中医。

耳鼻喉科为国家药监局中医耳鼻喉专业新药临床研究基地,每年承担多种新药临床研究任务,现已完成数十个新药研究工作;近年来科室参与、主持了国家、北京市科委、中国中医科学院等科研课题 10 余项,为提高中医耳鼻喉科的科研水平贡献自己的一份力量。

历经数十载的风雨,在各位同仁不断地努力下,西苑医院耳鼻喉科形成了中医为主、中西医并重的发展模式,医疗、科研、教学等方面均取得了较好的成就,为耳鼻喉科的医疗、科研、教学持续发展奠定了良好的学术基础。

二、科室高职医师简介

1、李淑良主任医师



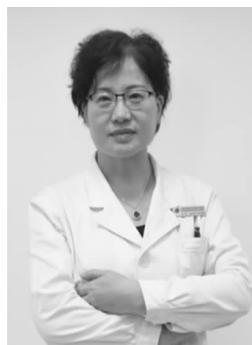
李淑良,1963 年毕业于北京中医学院,从事中医耳鼻喉工作 56 年,主任医师,博士生导师、中医传承博士后导师,第二、三、四批全国老中医药专家学术经验继承指导教师,第二届首都国医名师,曾任中华中医药学会耳鼻喉分会第一届副

主任委员、第二、三届主任委员、名誉主任委员等。曾任世界中医药学会联合会耳鼻咽喉口腔科专业委员会会长、名誉会长等。享受国务院特殊津贴。耳鼻喉科学术带头人。

李淑良在以整体观念为基础的学术思想指导下,阐述了较为独特的学术观点,并为业界所接受,主要有:1.“耳聋治肺”。从肺虚、肺实论治耳聋;2.咽喉病风邪为患的病机及散风为先的治疗原则;3.扶正兼以祛邪治疗耳鼻喉科肿瘤。同时,李淑良形成了一系列行之有效的临床思路,如暴聋从肝肺论治、“培土生金”治鼻病、化痰散结治疗嗓音病、从水饮治疗眩晕病、病证结合辨治疑难杂症等。李淑良主编参编《中医耳鼻喉科》《李淑良耳鼻喉科临证经验集》等 30 余部,论文 40 余篇。培养中医耳鼻喉博士后、博士、硕士等 10 余名。

“师古师今师博览,友直友谅友多闻”是李淑良的座右铭,“路漫漫其修远兮,吾将上下而求索”是李淑良从医半个多世纪的写照。

2、刘静主任医师



刘静,博士,全国首批中医传承博士后,主任医师,中国中医科学院西苑医院耳鼻喉科主任,北京中医药大学教授,硕士生导师,全国第四批名老中医师带徒优秀继承人,师从中医耳鼻喉前辈李淑良教授。中国中医科学院

第二届青年名中医。

1993 年起从事中医耳鼻喉科临床、教学及科研工作,以中医为主、中西医结合为辅、以中药内服为主、各种外治法为辅防治耳鼻喉科疾病,在耳鸣、耳聋、耳眩晕、过敏性鼻炎、鼻窦炎、嗓音疾病等治疗方面积累了较丰富的临床经验。承担或参与各级课题 10 余项,主编、参编著作 10 余部,发表论文 20 余篇。

目前担任中华中医药学会耳鼻喉分会副主任委员、世中联耳鼻咽喉口腔科专业委员会副秘书长、北京市中西医结合耳鼻喉分会副主任委员等。

传承中医, 共同分享, 禀大爱之心, “但愿世间人无病, 何妨架上药生尘!”

3、徐春英主任医师



徐春英, 中西医结合博士, 中国中医科学院西苑医院耳鼻咽喉科主任医师, 北京市首届西学中高级研究班毕业。师从首都名老中医、中医耳鼻喉前辈李淑良教授。

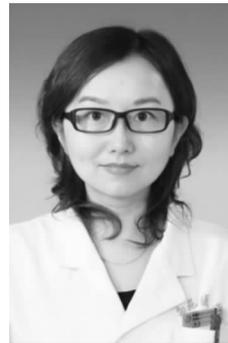
1996 年起从事中西医结合耳鼻咽喉科临床、教学及科研工作, 用中西医两种方法

诊治耳鼻喉科疾病, 中药内服配合各种外治法防治耳鼻喉科疾病, 在过敏性鼻炎、鼻窦炎、慢性咽喉炎、耳鸣、耳聋、耳眩晕等疾病治疗方面积累了较丰富的临床经验。承担或参与各级课题 10 余项, 主编、参编著作 5 部, 发表论文近 20 篇。

目前担任中华中医药学会耳内科分会青年委员、北京市中西医结合眩晕分会委员等。

“不破万卷书, 安试药三品”。孜孜不倦, 医者仁心, 除人类之疾痛, 助健康之完美。

4、李蕾副主任医师



李蕾, 硕士, 副主任医师, 全国第四批师带徒李淑良老师学术继承人。

2001 年起一直从事耳鼻咽喉临床、教学及科研工作。擅长中西医结合治疗耳鼻咽喉疾病, 尤其关注变应性鼻炎、慢性鼻-鼻窦炎、慢性咽炎、耳鸣

耳聋的诊疗指南及学科前沿进展, 善于个体化综合治疗。发表相关学术论文 20 余篇, 主持及参与科研课题 10 余项。承担北京中医药大学、滨州医学院、住院医师规范化培训等耳鼻喉科的教学工作。

目前担任北京市中西医结合耳鼻咽喉专业委员会委员, 世界中医药联合会耳鼻咽喉口腔专业委员会青年委员, 北京耳内科分会青年委员。

(上接 37 页) 微赤, 加升麻、柴胡。

例 3: 患者王某, 女, 25 岁。2016 年 2 月 15 日就诊。患者既往有过敏性鼻炎病史, 曾至多家医院就诊, 效果不显。平素饮食油腻, 三餐不定。刻下: 每日喷嚏连连, 鼻部作痒不适、流清涕、鼻塞, 有时涕中带血, 今日晨起鼻部出血, 量不多, 轻压后停止。伴饮食减少, 全身疲乏无力, 面色白, 大便稀溏, 舌质淡舌苔薄, 边尖齿痕, 脉大无力。中医诊断: 鼻鼽(气虚发热, 上犯鼻窍); 西医诊断: 过敏性鼻炎。治宜甘温除热、止涕通窍。方以生黄芪 10g, 党参 10g, 当归 6g, 陈皮 6g, 升麻 6g, 柴胡 6g, 白术 6g, 苍耳子 10g, 墨旱莲 10g, 茜草 10g, 紫草 10g, 生甘草 3g, 7 剂水煎服。3 月 02 日二诊喷嚏、流涕、鼻塞基本控制, 且患者饮食改善、胃口转佳。效不更方, 再服 7 剂巩固序效。随访至今, 鼻鼽痊愈。

按: 患者既往有过敏性鼻炎病史, 见鼻嚏, 鼻痒、流清涕、鼻塞, 平素食实肥甘厚腻, 又三餐不定, 损伤脾胃, 致中焦气机阻滞, 运化失常, 故见纳食差, 大便稀溏; 久之脾气虚弱, 气虚无力推动, 导致气郁发热, 上犯鼻窍, 则涕中带血, 甚至鼻出血。舌

质淡舌苔薄, 边尖齿痕, 脉大无力都是中焦气虚的表现。据此, 严道南教授运用补中益气汤甘温除热合脱敏汤凉血抗过敏。治病求本方取甘味药生黄芪、党参、当归、陈皮、白术补益脾胃中气, 苍耳子通鼻窍, 墨旱莲、紫草、茜草既除热止血又抗过敏。诸药共用, 药达病所, 疗效显著。

严师在临证时, 并不是单纯使用上述三法中之一法, 也常多法并用, 处方力求简约轻灵, 遣药精炼, 内涵深邃。

参考文献

[1] SeidmanMD, GurgeRK, LinSY, et al. Clinical practice guideline: Allergic rhinitis[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2015, 152(1Suppl): S1-43.

[2] 史艳平. 严道南从虚论治变应性鼻炎经验[J]. 山东中医杂志, 2012, 1(1): 57-58.

[3] 翟文静, 熊永伟, 田理. 浅析古代医家以热论治鼻鼽[J]. 光明中医, 2010, 25(7): 1156-1157.

[4] 王雪莉. 甘温除热法小议[J]. 中国中医急诊, 2009, 18(4): 645.

邱宝珊教授运用膏方治疗慢喉暗临床经验*

李丽君¹ 邱宝珊²

【摘要】目的: 探讨邱宝珊教授应用膏方治疗慢喉暗的临床经验。**方法:** 通过导师面授、门诊及查房整理导师对慢喉暗的病因病机认识、遣方用药特点, 观察膏方治疗该疾病的优势及有效方法。**结果:** 膏方治疗慢喉暗的优势明显, 疗效显著。**结论:** 膏方治疗慢喉暗服用方便, 疗效显著, 值得在喉科推广。

【关键词】 慢喉暗; 膏方; 名医经验;

Professor QiuBaoshan's Experience in treating for chronic hoarseness with Herbl Extract of Chinese Medicine LI Lijun, QIU Bao shan

【Abstract】Objective: To investigate the Bao-shan Qiu, a professor at the application of herbal extract of Chinese medicine's clinical experience in the treatment of chronic hoarseness. **Methods:** Through face-to-face, outpatient and ward round finishing tutor's knowledge of the etiology and pathogenesis of chronic hoarseness sent the clinical characteristics, observe the herbal extract of Chinese medicine advantages and effective method for the treatment of the disease. **Results:** The obvious advantages of herbal extract of Chinese medicine treatment chronic hoarseness curative effect is remarkable. **Conclusion:** Taking chronic hoarseness convenient herbal extract of Chinese medicine treatment, curative effect is distinct, and is worth popularizing in throat.

【Key words】 Chronic hoarseness;herbal extract of Chinese medicine;famous doctor's experience

慢喉暗是中医对声音嘶哑反复发作、迁延不愈一类嗓音疾病的统称,相当于现代医学中的慢性喉炎、声带小结、声带息肉、喉肌弱症、声带麻痹、喉癌前病变等疾病。此病以声音嘶哑及紧缩感、咽部异物感、干燥、发痒等为主症,好发于各年龄层,女性略多于男性,以用嗓职业者多见。

中医治疗慢喉暗以养阴益气开音为主,或兼行气、活血、祛痰、散结、清热等法,内服中药,配合针灸推拿导引等特色疗法,收效较著。但长期汤药煎煮对许多快节奏生活的现代人来说多有不便,故仍有许多祖国医药的瑰宝等待我们去探索挖掘。“凡汤丸之有效者,皆可熬膏服用。”膏方,又名膏剂,是中药的剂型之一,由于其不仅服用方便,可以针对个体需求处方,治病强身,还可延年益寿,故以其独特的魅力越来越受到现代人的喜爱和追求。它不但适用于老年人、女性、儿童的进补,也适用于大病、重病、手术、产后等康复患者的进补,更适合亚健康

康、慢疲劳者调理全身,因此也非常适合慢喉暗患者服用,在治疗喉科疾病方面具有巨大潜力与优势。

邱宝珊教授作为全国名老中医王士贞教授的学术继承人,多年来致力于膏方治疗耳鼻咽喉科疾病的应用研究,在应用膏方治疗慢喉暗经验颇丰,疗效显著,在迅速缓解咽喉部临床症状之余,帮助患者调理全身,减少复发。笔者有幸跟随老师出诊,从旁学习,聆听教诲,受益良多。本文将恩师邱宝珊教授治疗慢喉暗的临证膏方经验介绍如下,与同道共享。

1 对慢喉暗病因病机的认识

《景岳全书》云:“五脏之病,皆能为暗。”邱宝珊教授认为,本病多责之于肺肝脾肾之虚损,尤其在肺,即所谓“金破不鸣”。主要病因病机为过度发音、耗气太甚;或饮食、情志失调,肝脾不和;或日夜操劳,损伤肾阴;或热病伤阴,虚火上炎;或素体虚弱,

*基金项目: 岭南中医耳鼻喉科学术流派传承建设项目(2015LP03)

1.广州中医药大学 2014 级硕士研究生(510405)
2.广州中医药大学第一附属医院(510405)

久病失调,损伤肺脾;或喉病日久,余邪未清,邪聚于喉,阻滞脉络,血瘀痰凝,致声带肿胀,或形成小结、息肉。以上诸种,均可导致声门失健,开合不利,发为喉暗,其甚者,久暗难愈。总之,本病发生病机与肺肝脾肾功能失调及痰瘀密切相关,其病性多为虚证或虚实夹杂,多属肺肾阴虚、肺脾气虚、肝脾不和或血瘀痰凝。喉镜下声带的形态、色泽以及声门的闭合可作为辨证的参考。

2 岭南膏方治疗慢喉暗的用药特点

膏方,是将饮片再三煎熬,去渣浓缩,加阿胶等动物胶质、滋补细料及黄酒、冰糖、木糖醇或蜂蜜收膏而成的半流体状或固体状物。一般膏方以 20-50 味中药为宜,大多数膏方在 30 味左右。膏方的处方必须在中医整体观念与辨证论治思想指导下,因人、因时、因地制宜,以滋补为主,攻补皆可应用。因此,邱宝珊教授认为,在运用膏方治疗慢喉暗时,除了因人处方,对症下药外,还应注意岭南多湿热、其人多痰湿的特点,使用健脾化湿、理气祛痰之药,如陈皮、橘红;以及广东人偏于柔弱、消瘦,体质以阴虚、气虚或气阴不足居多的特点,不宜峻补,不可过用参、茸等血肉有情之品;整首方应以“和”为贵,不得过于滋补,亦不可过于攻伐,偏颇不失,方为妙用。

3 对慢喉暗方底的选择

3.1 以会厌逐瘀汤合半夏厚朴汤为基础

邱老师认为,“岭南百病皆湿”,临床上亦最多见声嘶日久,或有小结、息肉,或咽喉不爽、痰黏着感而来就诊的患者,以教师、生意人多见。缘其病日久,气滞血瘀痰凝,结聚喉咙,黏附声带,常见其人声带、室带、杓间暗红肥厚,或有小结、息肉、粘液附于声带边缘,但宜行气活血,化痰开音,与会厌逐瘀汤。会厌逐瘀汤,源自王清任《医林改错》卷下,原方用治痘,五六天后,饮水即呛者,是因“温毒烧炼,会厌血凝,不能盖严气门”,故需“化开会厌中瘀血,其呛立止”。组成方药有桃仁五钱(炒),红花五钱,甘草三钱,桔梗三钱,生地四钱,当归二钱,玄参一钱,柴胡一钱,枳壳二钱,赤芍二钱。上述诸味,适于养血活血化痰散结,然而妇女者,久病者,多容易忧思

过度,致损肝脾,气滞于喉,或暗久不愈或咽异物感明显,则宜配合半夏厚朴汤一类。半夏厚朴汤,出自张仲景《金匱要略》“妇人咽中如有炙肉,半夏厚朴汤主之。”《医宗金鉴·订正金匱要略注》:咽中有痰涎,如同炙肉,咯之不出,咽之不下者,即今之梅核气病也。此病得于七情郁气,凝涎而生。故用半夏、厚朴、生姜,辛以散结,苦以降逆;茯苓佐半夏,以利饮行涎;紫苏芳香,以宣通郁气,俾气舒涎去,病自愈矣。此证男子亦有,不独妇人也。”邱宝珊教授认为,半夏、厚朴用于膏方之中,不仅可行气活血化痰,更可籍厚朴之破气,紫苏之芳香使整个膏方滋而不腻,在人体运达全身。肝脾郁结者,可酌加佛手、香附、郁金等开郁解烦之品。以会厌逐瘀汤之主药联合半夏厚朴汤常常能在临证时较快缓解症状,取得不错的疗效。

3.2 妙用贝母瓜蒌散

贝母瓜蒌散,出自《医学心悟·卷三》:“燥痰涩而难出,多生于肺,肺燥则润之,贝母瓜蒌散。”冉先德《历代名医良方注释》:“燥痰之证,多由肺阴不足、虚火灼津而成。方以贝母清热润肺,止咳化痰为君;瓜蒌、花粉清热涤痰而润燥为臣;茯苓、橘红健脾理气以祛痰为佐;桔梗载诸药入肺,宣肺利气为使。共奏清热润燥,理气化痰之功,使肺阴润而燥痰可除,清肃有权则咳逆可止。”邱教授认为,肺主皮毛,司呼吸,若热郁于内,肺失宣肃,痰浊内生,肺金不清则闭塞喉窍,开阖不致,故无音。肺热痰生,灼伤肺阴,炼津成痰者,适以贝母瓜蒌散之类,效果颇佳。

3.3 妙用百合固金汤与沙参麦冬汤

百合固金汤,出自《周慎斋遗书·卷 7》,原书主治“手太阴肺病,有因悲哀伤肺,患背心、前胸肺募间热,咳嗽咽痛,咳血,恶寒,手大拇指循白肉际间上肩背,至胸前如火烙,宜百合固金汤。”《医方论》谓其“此方金水相生,又兼养血,治肺伤咽痛失血者最宜。”至于沙参麦冬汤,源自《温病条辨·卷一》,方中沙参、麦冬清养肺胃,玉竹、花粉生津解渴,生扁豆、生甘草益气培中、甘缓和胃,配以桑叶,清宣燥热,合而成方,有清养肺胃、生津润燥之功。故邱老

师在临证时,遇久嗽声哑,元气大伤,肺肾俱损者,甚喜以沙参、麦冬、玉竹、百合、花粉一类,补肺滋肾,养金润燥,若耗气太盛,说话费力,必加以木蝴蝶、诃子开音收敛以治其标。

3.4 妙用四君子汤与半夏泻心汤

四君子汤,源自《太平惠民和剂局方·卷三》,主治“荣卫气虚,脏腑怯弱。心腹胀满,全不思食,肠鸣泄泻,呕哕吐逆,大宜服之。”方中人参甘温,为君,益气补中;白术健脾燥湿,合人参以益气健脾为臣;茯苓为佐,渗湿健脾;炙甘草甘缓和为为使。四味皆为平和之品,温而不燥,补而不峻,故名四君子汤。吾师认为,岭南人痰湿盛,又喜饮凉茶,加之容易积馁疲劳,日久而见中气受损,少气乏力者,其病主在脾,故慢喉暗者其方底中宜添四君子汤一类作底,一来以参苓术草健运脾气,顾护中焦,可使虚不受补之人助运消化;二来可避免会厌逐瘀汤一类活血散血药过于攻伐,并添加冰糖、木糖醇以甘甜调和,柔和缓中。而若中气虚弱,又食积于胃,胀满口臭者,此为寒热错杂,宜与半夏泻心汤,尤以黄芩、黄连之苦,所以泻其痞热。半夏泻心汤,出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治》:“但满而不痛者,此为痞,柴胡不中与之,宜半夏泻心汤。”本方证病机较为复杂,既有寒热错杂,又有虚实相兼,以致中焦失和,升降失常。本方即小柴胡汤去柴胡、生姜,加黄连、干姜而成。全方寒热互用,和其阴阳,顾其虚实,苦辛并降,补泻兼施。但吾师认为,芩、连甚苦,大量用于膏方之中影响口感,使人不欲进服,故用量酌情减少,黄连一般不过 50g。

4 拟取膏方注意事项

膏方为大方,一贴一般可用 1 月,开方之前,应全面了解患者的病情、体质、需求等,根据患者体质辨证选药。在服用膏方前,可先用 1-2 周开路方,重点调理脾胃,以防滋腻,使患者逐渐适应药味。若发生外感证,发热恶寒时,应暂停服用,待治愈后再继续服用。症状轻微者,在治疗同时,可酌情减量服用。对于急性感染、诊断未明确的病症,如急性喉炎、喉肿瘤等,需完善相关检查,切不可操切拟方,掷珠玉于泥沙,使邪气滞留,耽误病家病情。

5 预防与调护

本病易复发,治愈后常因饮食不节、用嗓过度等原因而诱发或加重,故预防复发应重在强调嗓音卫生宣教。通过宣教使患者认识到不正确的发声方式与生活习惯,将导致声带产生病理性改变,促使患者逐渐重视健康生活方式和科学发声方式的养成,从源头上治疗嗓音疾病。嘱咐患者应适当减少说话的时间、降低说话的音量与强度;避免浓茶、酒、浓咖啡和进食辛辣、过冷、过热和粗糙食物,以免刺激声带;勿常清嗓,多喝温水,少饮用冷水,特别是觉得咽喉灼热、干涩时候;适当体育锻炼,增强体质,陶冶情操;起居有时,保持心情愉悦;外出及工作时做好防护,避免粉尘及有害气体刺激。

6 案例举隅

林 XX,女,34 岁,销售行业,既往声音嘶哑 2 年余。2012-06 于外院行左声带息肉手术(具体不详),术后 1 月自觉声音较前有所恢复。术后 3 月因业务繁忙,工作压力大,声嘶再发,未予理会,日益严重,2012 年 12 月 20 于我师门诊求诊。因工作常需出差在外,煎煮中药不便,故请求膏方治疗。刻下:面色萎黄,消瘦,声音嘶哑,说话费力,咽中痰黏感,微咽痛、咽干,无口苦,纳差,心烦多梦,白发增多,腰酸,白带多,呈豆腐渣状,阴部瘙痒,二便调。舌暗红,苔微黄白腻,脉细滑。喉镜下见杓间及声带肌暗红充血,左声带边缘前中 1/3 可见暗红隆起。辨证属血瘀痰凝夹脾虚湿热、肾阴不足。治宜行气活血,化痰开音,兼以健脾祛湿,补肾养阴。膏方处方:白术 150g,茯苓 150g,甘草 100g,当归 100g,白芍 150g,熟地黄 200g,黑枣 150g,熟党参 200g,牡丹皮 150g,栀子 100g,柴胡 100g,薄荷 50g(后下),鸡血藤 200g,首乌藤 200g,木蝴蝶 100g,丹参 150g,燻桃仁 100g,墨旱莲 150g,女贞子 100g,阿胶 200g(烊化),鹿角胶 100g(烊化),醋龟甲 200g(先煎),蜂蜜 500g,黄酒 300ml,佛手 80g,诃子 100g,郁金 100g,姜厚朴 80g,陈皮 50g。每日早晚一勺,白开水兑入 150ml 冲服,连服 2 月。嘱放松心情,注意休息。后患者面色红润,自觉声音恢复尚可,说话费力程度较前减轻,无咽中痰黏感,无咽(下转 26 页)

严道南从脾论治变应性鼻炎三法

江晓婷¹ 严道南²

【摘要】 介绍严道南教授从脾论治变应性鼻炎经验，以“补气健脾，升阳通窍”、“健脾祛湿，温阳通窍”、“甘温除热，止涕通窍”三端为法。临证获效者众，本文试以对其进行详细剖析，并举医案两例，以证效验。

【关键词】 严道南；变应性鼻炎；鼻鼽；脾

Yan Daonan's three laws from the spleen treatment allergic rhinitis

Jiang Xiaoting, Yan Daonan

【Abstract】 This paper introduces professor Yan Daonan's experience in treating allergic rhinitis, treatment with Spleen Qi, spleen dampness, Sun Tongqiao . Wen Yang, Qing Tongqiao spleen and GanWen heat removal, stopping tears Tongqiao. The clinical effect by the public, this paper tries to carry on the detailed analysis of the medical records, and illustrate two, to prove efficacy.

【Key words】 Yan Daonan; allergic rhinitis; allergic rhinitis; spleen

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,以阵发性喷嚏、清水样涕、鼻痒和鼻塞为典型症状^[1],相当于祖国医学“鼻鼽”的范畴。

严道南教授系南京中医药大学教授、主任医师、博士生导师,师从国医大师干祖望教授,从事中医耳鼻喉科临床及科研工作 35 年,在变应性鼻炎的诊治方面积累了丰富的经验,其临证善于从脾论治 AR,临床每获良效,求诊者络绎不绝。吾有幸侍诊其后,受益匪浅,现将其经验略述一二。

1 补气健脾升阳气

“脾气”指脾的功能及赖以产生的精微物质或动力。脾气健旺,清阳升浮,则鼻窍通利,如《脾胃论·脾胃盛衰论》:“饮食入胃,先行阳道,而阳气升浮也。浮者,阳气散满皮毛,升者,充塞头顶,则九窍通利也^[2]。”若脾气虚弱,水谷精微不化,清阳不升,则鼻窍失养,若此时寒邪异气乘虚而袭,正气为抗邪外出,则发生鼻痒喷嚏等症。严道南教授认为头

面五官均属“空清之窍”,有赖于脾胃清阳之气上升而濡养。若脾虚清阳不升,常见鼻痒、清涕滂沱、喷嚏频频、鼻塞等鼻窍不利之症,全身可伴有面白无华,形体消瘦,食少纳呆,脘腹胀满,神疲乏力,四肢倦怠,少气懒言,舌质淡,舌苔薄白,脉弱无力等。治疗以补脾益气、升阳通窍为主。严师根据干祖望经验用药,结合自身多年临床、科研经验,创立益气温阳方,方中用黄芪、党参、干姜、桂枝、乌梅、五味子、地龙、生麻黄。临证若见自汗、反复外感者,加白术、防风以益气固表;见纳呆、大便稀溏者,加山药、白扁豆等化湿运脾,,总以“补气健脾,升阳通窍”为基本大法,随证加减。

例 1:患儿李某,女,6 岁。2016 年 5 月 20 日就诊。1 月前因感冒后出现鼻痒、狂嚏、流清涕、鼻塞,每日晨起后发作明显,入睡则止,遇寒加重。平素饮食偏嗜,胃纳欠佳,全身乏力,面色偏黄,大便稀溏,舌质淡,边有齿痕,苔薄白,脉细。中医诊断:鼻鼽(脾气虚弱,清阳不升证);西医诊断:变应性鼻炎。

治以补气健脾, 升阳通窍。选用益气温阳方加减, 处方: 生黄芪 10g, 党参 10g, 桂枝 6g, 干姜 6g, 麻黄 6g, 地龙 10g, 五味子 10g, 白术 6g, 生甘草 3g, 7 剂, 水煎服。5 月 27 日二诊: 鼻痒、喷嚏、流涕、鼻塞诸证较前明显减轻, 自觉胃口转佳。效不更方, 再服 7 剂巩固疗效, 随访 2 月未再复发。

按: 患儿平素饮食偏嗜, 胃纳欠佳, 久之脾气虚弱。脾为后天之本, 气血化生之源, 但脾气虚弱, 健运失职, 散精无力, 清阳不升, 鼻窍失养, 则外邪乘虚而入, 发为鼻痒; 正气奋起格邪外出, 则喷嚏狂作; 脾失健运, 湿邪内停, 故鼻流清涕、鼻塞; 全身疲乏无力, 大便溏薄, 面色青黄, 舌质淡, 边有齿痕, 苔薄白, 脉细均为脾气虚之证。方以黄芪、党参、白术补气健脾, 干姜、桂枝温阳以助补气, 五味子固涩以防宣发太过, 同时又可制约温药辛散温燥太过之弊, 地龙抗过敏, 生麻黄宣通周身阳气, 引经入鼻。诸药共奏补气健脾, 升阳通窍之功, 药证相合, 直中病机, 病遂能愈。

2 温阳健脾化水湿

“脾阳”指脾的运化功能及在运化活动过程中起温煦作用的阳气, 是人体阳气在脾脏功能方面的反映。临床常见 AR 患者涕清如水、遇冷即作, 此类患者病因多为脾阳不振, 失于健运, 水液代谢失常, 湿聚鼻窍, 故鼻塞、清涕量多。严道南教授认为鼻涕为五液之一, 人之五液虽各为五脏所主, 却均有赖于脾之运化。若脾阳不足, 常见鼻塞难通、遇寒加重、嗅觉障碍、涕如清水、喷嚏频频, 全身伴有四肢不温、畏寒、纳呆、大便稀溏、稍遇冷风则诸症加重, 舌淡、舌体胖大、边有齿痕, 苔白滑, 脉沉细。治疗则以健脾祛湿、温阳通窍为法。严师常选用参苓白术散合理中丸加减。若见肢冷、鼻粘膜苍白者, 加高良姜以温中助阳; 鼻涕量多者, 加苍耳子、辛夷、苍术化湿通窍; 鼻塞明显者, 加干姜温阳通窍; 嗅觉减退者, 加苍耳子、白芷以通利鼻窍。

例 2: 陈某, 男, 45 岁, 既往变应性鼻炎病史 7 年, 尤以鼻涕量奇多, 偶为黄色。2 年后, 诸症加重, 增添鼻痒而狂嚏。3 月前外院就诊, 方药从益肺固卫, 酌参活血化瘀为主, 服药至今, 清涕仍然, 通气

尚可, 鼻咽腔有涕潴留, 时从喉中吐出, 痰中夹带少量血丝。喷嚏已少, 偶尔尚可一作。脾胃一受轻凉则隐痛。舌薄苔, 脉细。辨证: 脾气虚弱、水湿内停。方药: 党参 10g, 白术 6g, 茯苓 6g, 山药 10g, 白扁豆 10g, 益智仁 10g, 乌药 6g, 焦米仁 10g, 陈皮 6g, 甘草 3g。

按: 患者服药 3 月, 症状已有好转, 今仍见清涕, 且痰中带血丝, 兼之脾胃受凉, 治疗颇为棘手, 药取偏温则涕血, 偏凉则腹泻, 严道南教授斟酌取李东垣从脾论治。脾为中土之脏, 运化全身水湿, 脾气健旺则水津四布, 脾失健运则气不摄水、清涕滂沱。方中党参、白术、茯苓益气健脾渗湿, 山药、白扁豆、焦米仁健脾益气助君药健脾渗湿, 陈皮理气健脾燥湿, 益智仁、乌药敛涕。众药合用, 共奏健脾祛湿, 温阳通窍之功。

3 甘温除热通鼻窍

临床上 AR 辨证属虚属寒者多, 但亦不乏热证者, 此类患者常自觉鼻腔干燥感、有热气, 查体可见鼻甲充血明显。查阅古代文献, 不乏从热论治鼻渊之论述, 然其大多从肺热入手^[3], 如《素问·至真要大论》: “火淫所胜, 则温气流行, 金政不平……咳唾血, 烦心胸中热, 甚则衄衄, 病本于肺。”严道南教授从现代人饮食特点出发, 认为多食肥甘厚腻, 损伤脾胃, 引起其升降失司, 气机不畅, 阻滞清窍, 亦可见鼻塞不利, 如《医学纲目·肺大肠部》曰: “肥人鼻流清涕, 乃饮食痰积也。”此类患者常见鼻塞、鼻痒、喷嚏频频、嗅觉障碍、鼻出血, 劳倦后加重, 伴有饮食无味, 少气懒言, 舌质淡, 舌苔薄, 脉大无力等。治疗以甘温除热, 止涕通窍为法, 甘温除热法源于《内经》“劳者温之”, “损者益之”, 汉代张仲景进行了补充和延伸, 金元名医李东垣作了广泛推广^[4], 其法本是治疗气虚发热或血虚发热, 严道南教授独辟蹊径将其应用于变应性鼻炎中, 临证患者除鼻塞、鼻痒、喷嚏频频, 还会出现涕中带血, 甚至鼻出血, 严道南教授认为此种情况多是饮食失节, 损伤脾胃, 至脾胃气虚, 运化失常, 升降失司, 气机滞涩, 郁而发热, 上犯鼻窍所致, 方用补中益气汤合脱敏汤加减。若见鼻色赤, 加石膏、山栀泄脾胃积热, (下转 32 页)

孙海波教授治疗鼻渊经验

刘萌¹ 指导:孙海波

【摘要】 孙海波教授学验丰富, 临床灵活施治各种耳鼻咽喉科疾病, 取得良好的效果。在治疗鼻渊也有独到的见解, 临证常从“化浊”的角度论治, 临证加减, 疗效显著。

【关键词】 孙海波教授鼻渊经验

孙海波教授从事中医耳鼻咽喉科的临床和教学 30 余年, 医术精湛, 学验丰富, 善于辩证各种耳鼻咽喉科及口腔学疑难杂症, 受到众多患者的高度好评。本人有幸跟从孙海波教授出诊, 受益匪浅, 感受良多, 现将孙海波教授治疗鼻渊的经验总结如下:

1. 疾病渊源

鼻渊是耳鼻喉科最常见、最多发的疾病之一, 据《内经》记载鼻渊系因气之厥逆, 使胆移热于脑而成。张介宾曰: “鼻渊症总由太阳督脉之火甚者, 上连于脑而津津不已, 故又名脑漏。此症多由酒醴肥甘, 或火由寒郁, 以致湿热上熏, 津液流溢而下, 离经腐败, 有作臭者, 有大臭不闻者。” 该病常有鼻塞、流脓涕 (鼻涕反流) 为主要症状, 还有头痛、嗅觉功能减退或消失等并发症。《素问·气厥论篇》云: “胆移热于脑, 则辛頞鼻渊。鼻渊者, 浊涕下不止也。” 鼻与外界交通, 六淫之气最易侵犯, 而致本病反复发作, 迁延难愈, 日久可出现肺脾气虚证和肺胃阴虚证 (慢性鼻窦炎)。与西医急、慢性鼻窦炎相类似。急性者, 多为肺经风热、胆经郁热、脾胃湿热上蒸所致; 因风热邪毒袭肺犯鼻, 邪毒燔灼气血熏腐肌膜为患; 临床中急性鼻窦炎以肺经风热型鼻渊多见。慢性者, 因肺气虚寒, 脾气虚弱, 机体抗病祛邪能力不足, 邪毒留滞鼻窍, 固结于鼻窦, 浸淫肌膜为患。

2.1 鼻渊之为病责之肺、肝胆、脾

2.1.1 病初多在于肺, 他认为: “肺气通于鼻,

肺和则鼻能知香臭矣。” 即“鼻开窍于肺”。肺主宣发肃降, 肺气清利, 则肺之气上注清窍, 鼻得清阳充养则窍道顺畅、嗅觉灵敏。故肺和鼻之间相互影响, 他们之间有着密切联系。肺气营卫不固, 鼻子则容易受风寒或风热表邪侵袭; 肺失肃降, 邪毒脓涕留滞于鼻腔, 导致各种各样鼻病。

2.1.2 肝胆之火循经上扰, 如《素问·气厥论篇》云: “胆移热于脑, 则辛頞鼻渊。鼻渊者, 浊涕下不止也。” 肝胆之火循经上扰, 上犯鼻窍, 则燔灼气血, 熏腐黏膜, 上攻头目则清窍不利; 胆热内郁, 则易扰乱神明。

2.1.3 久病失养者, 易损伤脾胃, 致脾胃虚弱, 气血运化不足则鼻窍失养, 加之脾虚, 升清降浊功能失调, 浊湿内生, 困聚与鼻窍而发为病。

2.2 鼻渊的治疗大法孙海波教授采用“升清荡浊, 益气化痰”的治疗大法, 所谓“升清”意在利用补脾药而升举轻清之气, 兼以利用疏风解表药, 宣发肺气; 所谓“荡浊”意在化浊, 重驱邪, 将体内浊气从各个渠道排出。“益气化痰”, 补益肺脾之气而有利于浊涕的排出, 同时扶住正气以防止攻下药物损气太过, 兼以调理气血。

2.3 潜方用药

孙海波教授多年临床实践总结的经验, 常采用菊花通圣汤加减方治疗鼻渊, 本方由由《宣明论方》中防风通圣汤化裁加减而成。药物组成: 地黄 25g, 酒黄芩 15g, 白芷 10g, 甘草 10g, 防风 15g, 粉葛 15g, 栀子 10g, 苍耳子 10g, 广藿香 15g, 细辛 3g, 薄荷 10g, 茵陈 25g, 荆芥

穗 15g, 菊花 25g, 紫苏叶 15 g, 黄连 10 g。方中菊花、薄荷、芥穗皆清轻之品, 风热之邪在巅项者, 得之由鼻而泄; 防风、葛根均为解表之药, 风热在表者, 得之由汗而泄; 大黄攻下通利, 邪热在胃肠者, 得之由后而泄; 黄连、黄芩、栀子清气分邪热, 祛诸经游火; 生地凉血分之热, 兼

润燥滋阴; 茵陈清热利湿; 甘草调和诸药。诸药配伍, 相辅相成, 具有清热宣肺通窍之效。临证时常随症状不同而进行加减, 鼻塞, 咳嗽痰多者, 加杏仁, 紫苑; 涕多者, 加半夏、陈皮; 若涕中夹有血丝者, 加白茅根、茜草; 汗多者加白术、黄芪。临证之时可灵活运用。

(上接 40 页) 突起, 见于咽痹; 若一侧或双侧喉核红肿肥大, 表面有脓点, 咽痛不适者, 见于乳蛾; 若咽喉部红肿高突, 疼痛剧烈, 吞咽困难, 身发寒热者, 见于喉痹; 若咽部溃烂, 覆盖苍白或灰白色膜, 不易拭去, 强剥出血, 很快复生者, 见于白喉。

2.4 诊辨析 望舌为望诊中的重要内容。早在《内经》中就有望舌诊病的记载;《金匱要略》中指出“病人胸满, 唇痿舌青……为有瘀血”。曹炳章《辨舌指南》云:“辨舌质可辨脏腑之虚实, 视舌苔可察六淫之浅深。”望舌体形态, 主要是望舌体的运动状态。舌体的颤动、吐弄、歪斜、强硬等多因心热、脾燥、肝内动; 舌体萎软提示津液大亏, 筋脉失养; 舌体短缩不能伸展者, 或为寒凝筋脉, 或为痰湿内阻, 或为热极伤津, 皆属危候。望舌色, 若舌质淡红, 伴白苔, 见于风热表证, 心火亢盛; 若舌质淡红, 苔薄黄, 属热轻证, 若舌质鲜红, 黄干苔, 见于气分热盛, 阴液耗损; 若舌质绛红, 无苔, 见于热入血分, 阴虚火旺; 若舌质青紫, 白润苔, 见于阳衰寒盛, 气血凝滞; 舌质淡白, 无苔, 见于久病阳衰, 气血俱虚。

2.5 分泌物观察 望分泌物可辨病性的寒热虚实。耳流脓色黄, 多为肝胆火热; 脓中带血, 多为热毒壅盛, 伤及血分; 脓色白或色青多属脾虚; 脓液腐污秽, 多为肾虚, 湿浊困结。若脓液臭秽, 有豆腐样物, 见于脓耳 (中耳炎伴胆脂瘤形成)。鼻涕多

清稀, 伴表证者, 多属风邪犯鼻; 若系久病, 且阵发性发作, 多为鼻渊, 证属肺、脾、肾虚。若鼻涕黄浊如脓样, 或带血丝, 量多, 涕自上而下引流, 鼻甲红肿, 见于鼻渊; 若久病涕黄绿, 或干结成痂, 鼻内干燥, 见于鼻槁。

总之, 望诊在耳鼻喉科的诊疗过程中占有很重要的地位, 但是在诊断时, 也不能过分强调其重要性, 而将其与其他诊断方法分割开来独立诊病。这是因为在临床实践中, 患者的疾病情况往往复杂多变, 有时其身体上还会出现一些虚假症状。所以, 如果医生在诊断时仅仅依靠望诊, 往往不能全面的了解病情, 甚至有时还会得出错误的诊断结论, 从而影响对疾病的治疗。因此, 医生在诊断病情时, 应当注意要四诊合参; 不仅要通过望诊收集患者的基本病情, 还应当通过闻诊来观察患者身体及排出物的气味, 通过问诊来了解患者的既往病史、患病时间以及平时的发病症状等; 通过切诊来了解患者的脉象和身体其他部位出现的异常状况等, 并将这四诊所得的病情资料结合起来, 才能全面、详细地了解病情, 从而做出正确的诊断, 并保证治疗的有效性。

参考文献

- [1] 王世贞. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007. 148

中医望诊在耳鼻喉科临床中的应用体会

张建新¹

中医诊断是判断疾病和治疗疾病的前提,人体是一个有机的整体,局部与全身是紧密联系的。局部的病变可以影响至全身,从五官、四肢、体表多个方面反应出来。四诊是中医诊察病情、判断病种和辨别证候的基础,通过望、闻、问、切这 4 种诊断方法,诊察疾病表现在各个方面的症状,就可以了解疾病的病因性质和它的内在联系,从而为进一步的辨证论治提供依据。

望诊在四诊中居于首位,在中医诊断中有重要的作用和意义。《灵枢·本脏篇》曰:“视其外应,以知其内脏,则知所病矣。”《难经》有“望知之谓之神”之说。所谓望诊,就是医生用眼睛观察病人全身和局部神色、形态的变化,包括全身望诊、局部望诊、望舌象及望排泄物等,其理论基础是与以五脏为中心、以气血精津为载体的整体生命观一致的。在中医耳鼻喉科工作中,望诊对于耳耳鼻咽喉疾病的诊断及治疗都有极为重要的作用,通过望诊,运用中医司内揣外、见微知著、以常达变的原理,来测知异常变化与病因。

1 整体望诊首重神色

望诊首先望神,主要观察病人的神志、眼神和精神状态。望神之旺与衰,是形体强与弱的重要标志之一。由于神是以精气为物质基础的,是脏腑气血盛衰的外露征象,所以通过望诊可辨虚实,尤其重在察目。《灵枢·大惑论》曰:“目者,心之使也,心者,神之舍也。”又说:“五脏六腑之精气,皆上注于目而为之精。”因此在临证中,须重视观察病人的目光神采,特别对危急重症的诊断有较大意义。如两目晦滞,目光乏神,面色少华,暗淡不荣,精神不振,动作缓慢见于长期耳聋、耳鸣未愈或反复眩晕的患者;两目晦暗,目光无彩,面色无华,晦暗暴露,精神萎靡,骨枯肉脱见于恶性肿瘤晚期,如鼻咽癌晚期患者。望面色也是望诊中较重要的部分,

包括颜色和光泽两部分,面部的色泽反应了脏腑血的盛衰。面色淡白无华,唇舌色淡,主气气血两虚,可见于反复鼻衄引起的出血量多等患者;面色苍白,见于鼻衄出血过多而致休克的患者。若小儿唇周发青,面色青紫,见于急喉风患者。

2 局部望诊据证重察

在具体临证望诊中,除了从整体上把握神色的变化以外,还必须根据具体的病证有的放矢地局部望诊。在耳鼻喉科的临床诊法中,面部望诊尤为重要,可直接反映疾病的症状。面部为脏腑精气上荣的部位,观面部之表现,不仅可以了解耳鼻咽喉之病于证,而且可以观察脏腑精气的盛衰。

2.1 耳部望诊 耳部望诊主要观察耳廓的形态、小,有无畸形,局部皮肤有无红肿、增厚、瘰口口、瘀斑等;外耳道有无无红肿、疔肿、瘰口、新生物、异物等;鼓膜有无穿孔、瘢痕、疱疹、肉芽等变化。若外耳道见流脓水,多见于肝胆湿热所致中耳炎;若耳道之内见赘生小肉团,见于耳痔;若耳道后部红肿,见于耳疔;若外耳道口、耳甲腔皮肤潮红、糜烂、渗黄色脓水干后结痂,见于旋耳疮。

2.2 鼻部望诊 鼻部望诊主要观察外鼻的形态,有无红肿、畸形,鼻前庭有无糜烂、出血、穿孔、结痂;鼻腔鼻道是否通畅,有无异物、息肉、肿物及分泌物;鼻中隔有无偏曲、糜烂、出血;鼻甲有无肿胀、肥大、息肉样变。若鼻头红肿并有黄色脓点,见于鼻疔;若鼻头红肿伴生粉刺,见于酒渣鼻;若鼻柱溃陷,见于梅毒;若鼻柱塌陷伴眉毛脱落,见于麻风。

2.3 咽喉部望诊 咽喉部望诊主要观察鼻咽有充血、隆起、新生物;口咽部有无红肿、溃疡;咽喉壁有无颗粒突起,腭扁桃体有无红肿、脓点;喉咽咽部有无红肿、异物、新生物;会厌活动情况;声带有增厚、增生、新生物;喉外部有无畸形等。若咽部深红、咽黏膜增生肥厚,咽后壁颗粒状 (下转 39 页)

平秘解毒排毒液治愈一例颞下颌关节炎报告

田玉峰¹

【关键词】 颞下颌关节炎，平秘解毒排毒液

金 xx，男，22 岁，河北石家庄人，身份证号，130103XXXXXXXXXXXX，教师。2018 年 8 月发现张口进食困难。随后在省会多家医院治疗效果不佳。河北省口腔医院诊断为颞下颌关节炎。2018 年 10 月 7 日，经人介绍到我中心就诊，追问病史得知 16 年前被父亲打过一巴掌，第二天发现左侧下颌关节脱臼，然后到医院复了位，后未发现其他不适。三年前自觉吃饭时张合不利，容易咬腮帮子，爱长口疮，近三个月来更甚，说话也欠流利。

所见（如下图）：

- 1、涂药两分钟后局部就变色。
- 2、涂药八分钟后自己就能够张开嘴。
- 3、涂药三次 20 分钟后，在侧颊部就有黄色液体流出。

4、涂药两天后结痂。

5、涂药半月后痂陆续脱落，无痕迹。

诊断：气滞血瘀浊堵。

治疗原则：理气活血祛浊。

方药：

局部外涂平秘解毒排毒液。

检查所见，开口一指，右颊处皮肤温度低，颜色偏暗，活动显得僵硬。舌淡，苔薄白，脉沉缓。

注：平秘解毒排毒液为全蝎水蛭的醇制剂。

10 月 7 日三次涂药后的变化



10 月 14 日情形



讨论：

- 1、人体外伤后多会发生瘀血浊毒凝聚。
- 2、平秘解毒排毒对此有很好的治疗作用。
- 3、配合三七和水蛭的内服治疗也是必要的。

中医儿科耳鼻咽喉疾病特征及其对策(之五)

——中医小儿耳鼻咽喉科学的形成之管见

赵胜堂¹

(上接 2019 年第 1 期)

6. 特殊医学配方中药饮品：防御期应用

(1) 鱼腥草姜枣

汤：正虚邪盛应用
(属于配方颗粒-P 型)



【产品规格】

10g/袋×10 袋/盒

【主要成分】鱼

腥草、白芷、甘草、
生姜粉、大枣

【产品类型】固体饮料。味甘苦气香，性平和，黄褐色极细粉，扶正饮品

【功能主治】扶正祛邪，解毒消肿，通经止痛。主要用于耳鼻咽喉科疾病病久反复难愈者，现代研究表明具有抗菌、抗炎、抗病毒和提高机体免疫功能。

(2) 蒲公英竹叶饮：湿热壅盛应用 (属于配方颗粒-D)

【产品规格】10g/袋×10 袋/盒

【主要成分】蒲公

英、淡竹叶、金银花、
藿香叶、罗汉果、大枣

【气味形状】味苦

甘，性寒凉，绿色色极
细粉，清热饮品



【功能主治】清热解毒，行气除湿。现代研究具有抗菌消炎，拮抗多种病毒的作用。用于耳鼻咽喉科急性感染或慢性感染急性发作类疾病。

(3) 桑葚枸杞茶：气血虚弱应用 (属于配方颗粒-HB)

【产品规格】10g/袋×10 袋/盒

【主要成分】桑葚、枸杞、覆盆子、茯苓、

麦芽

【气味形状】味甘，性温，黑褐色极细粉，补益饮品

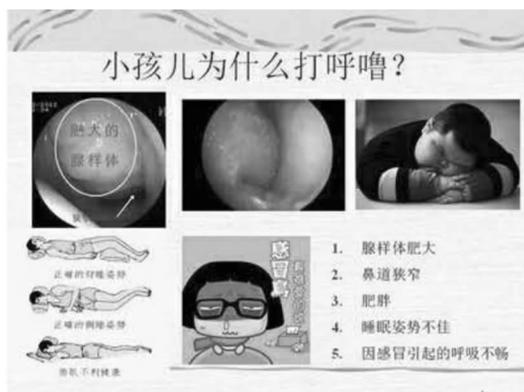


【功能主治】补精益

气，和胃生津。现代研究 (1) 防止血管硬化 (2) 健脾胃，助消化 (3) 补充营养 (4) 乌发美容 (5) 抗疲劳。

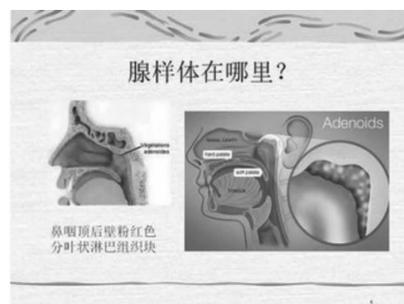
(四) 小儿耳鼻咽喉科常见病症的治疗

1. 小打呼噜怎么办?



寻找病因对症治疗，常见因素是腺样体肥大和腭扁桃体肥大。

咽扁桃体肥大又称腺样体肥大，本病为咽扁桃体的病理性增生的病理性增生肥大，常起于咽部感染和反



复炎症刺激。在寒冷、潮湿和气候多变的地区比较常见。儿童期急性传染病、营养不良和体质因素等亦可诱发，本病虽为儿童疾病，但对身体的正常发育与健康却有较深远的影响。应该辨别是

生理性肥大还是感染性炎症肥大，治疗方法各异。根据病史，症状，体征易于诊断，通过小儿型鼻咽镜检查有助于诊断，要注意与鼻后孔鼻咽肿瘤，如淋巴肉瘤相鉴别。

(1) 临床症状

①耳部症状：由于咽扁桃体肥大及鼻咽部炎症分泌物积聚，使咽鼓管咽口受阻，可并发非化脓性或化脓性中耳炎，导致听力减退和耳鸣、耳闷。

②鼻部症状：咽扁桃体肥大常并发鼻炎，鼻窦炎，病人有鼻塞、流涕、张口呼吸、流涎、讲话时带闭塞性鼻音、睡眠打鼾等症状。

③呼吸道感染症状：由于炎症盛行，分泌物刺激呼吸道粘膜，常引起咽喉，气管及支气管炎，故病人可出现咽部不适，声音改变，咳嗽咳痰，气喘，低热等症状。

④“腺样体面容”：由于长期张口呼吸，影响面骨发育，上颌骨狭长，硬腭高拱变窄，牙齿外突，牙列不整，咬合不良，下颌下垂，唇厚，上唇上翘，下唇悬挂，外眦下拉，鼻唇沟浅平，加有精神萎靡，面部表情呆板，愚钝，即成所谓“腺样体面容”。

⑤全身症状：主要为慢性中毒症状及神经反射症状，表现为营养发育差，鸡胸，贫血，消瘦，低热，消化不良，易乏力，头痛，注意力不集中，烦闷，易惊，性情暴躁，夜间睡眠磨牙，遗尿等。

(2) 局部检查：可见鼻咽部充血，咽后壁附有炎性脓性分泌物，鼻咽部指诊可触及鼻咽顶后壁有柔软的淋巴组织团块，不出血，颈部可扪及肿大的淋巴结，可以合并扁桃体肥大，诊断为腺样体炎性肥大；如果鼻咽部粘膜正常，腺样体表面也无脓性分泌物附着，呈淡红色，应视为腺样体生理性肥大。

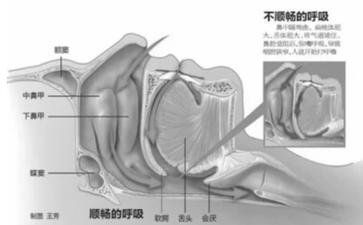
(3) 治疗方案

A.腺样体炎性肥大：上述常规治疗外，鼓膜按摩仪+咽鼓管声导抗仪联合应用，以预防感冒，提高机体免疫力的措施非常重要。

B.腺样体生理性肥大：选择袋泡剂熏服保持鼻道通畅清洁，口服中药配方颗粒饮品增强上呼吸道免疫力，避免感冒，腺样体自动缩小至身体发育阶段相适应的形态。

2. 小儿经常不能顺畅的呼吸怎么办？

查明原因至关重要，一般与鼻粘膜溃疡、上颌窦炎症、生理性腺样体和扁桃体中等肥大。



(1) 鼻前庭溃疡：鼻前庭与鼻中隔夹角处多患此病，患儿结痂阻碍气道呼吸所致。红霉素眼药膏，2次/日，3日后改为1次/日，7天大多痊愈。

(2) 慢性上颌窦炎症：鼻道积脓，面部窦区压痛。上述常规治疗，加用鼻腔介入疗法。

(3) 淋巴免疫腺体生理性肥大:增加上呼吸道免疫功能。选用中药熏服和中药饮品联合应用。

3. 小儿扁桃体肥大怎么办？

腭扁桃体 (也称扁桃腺) 是每个人自出生之日起就存在于咽部的一对形似扁桃样的淋巴组织，俗称扁桃体。儿童扁桃体的大小因人而异，一般都在正常范围内。过去，医学界认为扁桃体是一个多余无用的组织，有害无益，因此医生常常动员患儿摘除，以清除诱发疾病感染的病灶。其实，扁桃体也是人体免疫体系淋巴组织的一部分，经近年来免疫学研究证实，扁桃体长在口咽部的两侧，能产生吞噬细胞，具有防御和抵抗外界病菌侵入机体的免疫功能。这种功能在儿童时期比较明显，因此，扁桃体适度的肥大并非都是病态，而是儿童的一种正常代偿功能和抵抗疾病的生理现象。在 14~15 岁以后，儿童发育到青春期，随着免疫系统的逐渐完善，扁桃体自行萎缩，完成了自己的历史使命。

(1) 单纯性扁桃体炎性肥大：有的儿童的扁桃体经常发炎，这种炎症分为急性和慢性两种，

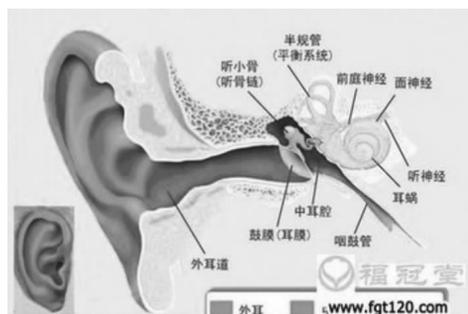
急性扁桃体炎发病急，引起的原因多为身体抵抗力薄弱，受凉或细菌感染等，主要症状有恶寒发热、全身不适、扁桃体红肿、吞咽困难且疼痛，有时还伴有呕吐或腹泻，一般经一周左右治疗可以痊愈。慢性扁桃体炎的症状一般较轻，病孩常感到咽部不适，有轻度梗阻感，有时影响吞咽和呼吸。除上述常规治疗外，加用咽喉喷剂配合治疗即可。



慢性扁桃体炎的症状一般较轻，病孩常感到咽部不适，有轻度梗阻感，有时影响吞咽和呼吸。除上述常规治疗外，加用咽喉喷剂配合治疗即可。

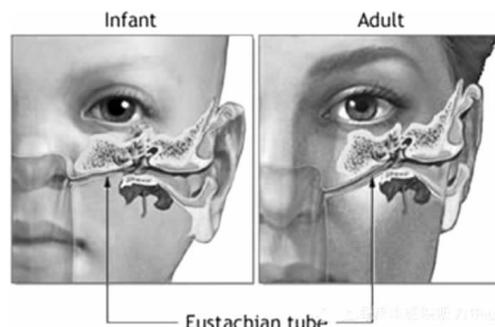
(2) 病灶性扁桃体：

另有一部分扁桃体过度肥大的儿童，吞咽功能受到影响，给吃饭进食造成困难。特别是两个肥大的扁桃体碰在一起堵住咽喉，使呼吸受阻，入睡时憋气、打鼾，常常被憋醒。由于长期慢性缺氧和休息不好，阻滞了儿童的正常发育。急性扁桃体炎反复发作，还可诱发一些链球菌感染的全身性疾病，如肾炎、心肌炎、风湿性关节炎、风湿性心脏病等，对人体的危害更大。以后每次扁桃体急性发作时，这些合并症都会出现不同程度的反复和加重，医学称为病灶性扁桃体。除上述常规治疗外，加用咽喉喷剂和扁桃体梅花刺疗法会逐渐恢复扁桃体常态。



4. 小儿分泌性中耳炎反复发病怎么办？

分泌性中耳炎是由于咽鼓管（是一个使鼻腔和中耳腔相通的管子，起着调节中耳气压的作用）不通畅或阻塞后等引起的以传导性聋和鼓室积液的病理改变，并出现耳闷、听力下降等为主要特征的中耳非化脓性炎症性疾病。冬春季多发；是小儿常见的听力下降原因之一。



(1) 病因病理：尚未完全明确。目前认为主要与咽鼓管功能障碍、感染和免疫反应等有关。

①咽鼓管功能障碍：一般认为此为本病的基本病因。

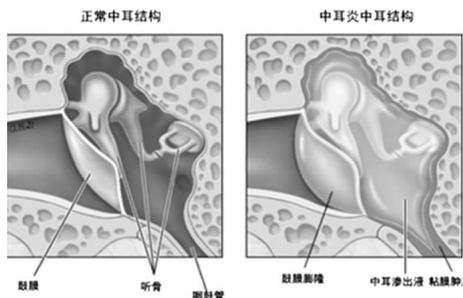
A.机械性阻塞：如小儿腺样体肥大、肥厚性鼻炎影响咽鼓管咽口的开放。

B.功能障碍：即咽鼓管开闭的肌肉收缩无力；咽鼓管软骨弹性较差，当鼓室处于负压状态时，咽鼓管软骨段的管壁容易发生塌陷，儿童咽鼓管短而宽，近于水平位，因此鼻咽部的感染易扩散至中耳，此为小儿分泌性中耳炎发病率高的解剖生理学基础之一。

②中耳及咽鼓管粘液纤毛派送系统障碍：中耳炎症时粘膜上皮分泌细胞增多，纤毛上皮细胞相对减少，造成比例失调，纤毛与粘液之间的比

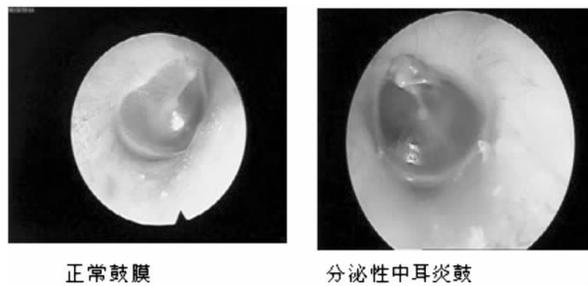


例失调导致排送系统障碍，粘液堆积，咽鼓管派送运动增强，中耳形成负压，恶性循环链条形成。



③中耳感染：过去曾认为分泌性中耳炎是无菌性炎症，近年来的研究发现中耳积液细菌培养阳性者约为 1/2-1/3，其中主要致病菌为流感嗜血杆菌和肺炎链球菌。

④免疫反应：小儿免疫系统尚未完全发育成熟，这可能也是小儿分泌性中耳炎发病率较高的原因之一。



⑤其他：分泌性中耳炎在患感冒或其它上呼

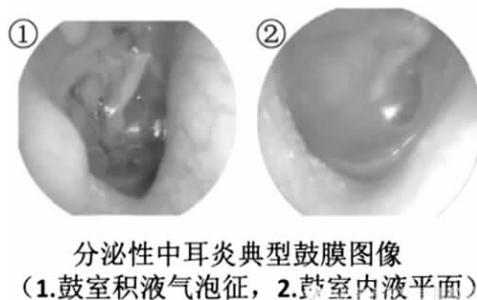
吸道感染的儿童中很常见；平卧位喂奶、接触其他患上呼吸道感染的孩子、被动吸烟等因素都可以增加儿童患分泌性中耳炎的可能。

(2) 检查诊断：

- ①外耳道拍片
- ②咽鼓管功能测定
- ③鼻内镜检查
- ④鼻细胞学检验
- ⑤纯音听力测试

(3) 常规治疗

- ①按照上述方法常规治疗
- ②鼓膜按摩仪+咽鼓管声导抗仪联合治疗
- ③积极治疗原发疾病
- ④预防感冒
- ⑤提高机体抗病能力



分泌性中耳炎典型鼓膜图像
(1.鼓室积液气泡征, 2.鼓室内液平面)

(完)

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；6 月 19 日授予学分）

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 8 月 10 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假现象，将取消其申报资格。

三、期日申报：

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：zhsht321@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

关于举办“中医鼻鼽-花粉过敏性鼻炎防治 名医学术研讨会”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”重要指标精神，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。由中华中医药学会主办的“中医鼻鼽-花粉过敏性鼻炎防治名医学术研讨会”定于 2019 年 8 月 10 日在河北省秦皇岛市召开。现将有关事项通知如下：

一、主办、承办、协办单位

主办单位：中华中医药学会

承办单位：世界中医药联合会耳鼻喉口腔专业委员会

河北康灵健康管理集团有限公司

协办单位：日本 NPO 法人日中健康科学会

河北省北戴河疗养院

二、会议时间

2019 年 8 月 9 日—11 日（9 日全天报到，10 日会议，11 日离会）。

三、会议地点

地点：河北省北戴河疗养院（地址：秦皇岛市北戴河区东经路 198 号）。

四、会议日程

8 月 9 日全天报到		
8 月 10 日 8:00-9:00	(一)领导讲话 (二)会议合影	
8 月 10 日 9:00-18:30 (一)名医讲坛	讲座题目	授课专家
	从中医整体观认识鼻 鼽的病因病机与防治 策略	广州中医药大学博士生导师、世界 中医药学会联合会耳鼻喉口腔专 业委员会副会长兼秘书长、中医 耳鼻喉国际论坛专家委员会秘书 长 刘蓬教授
	膏方在鼻鼽中的临床 应用	南京中医药大学博士生导师、中华 中医药学会耳鼻喉科分会顾问、中 医耳鼻喉国际论坛专家委员会荣 誉主任委员 严道南教授
(二)现代研究	鼻鼽 (过敏性鼻炎)与 肺脾肾辨证论治经验	广州中医药大学博士生导师、中华 中医药学会耳鼻喉科分会主任委 员 阮岩教授
	日本花粉症临床研究 现状与中医学最新可 能性	日本中山齿科矫正医院 院长 中山孔壹教授 主讲/日本 NPO 法 人日中健康科学会全选甫教授/副 理事长同步翻译
	中医药在日本花粉症 临床治疗和预防中的 优势与特色	日本 NPO 法人日中健康科学会 全选甫教授 /副理事长
(三)一技之长	花粉过敏性鼻炎为何 反复难愈	中华中医药学会耳鼻咽喉科分会 顾问、中医耳鼻喉国际论坛专家 委员会主任委员 赵胜堂教授
	一滴鼻涕十分钟即可 鉴别诊断花粉过敏性 鼻炎	河北省石家庄康灵中医耳鼻喉医 院功能科 张海涛主任
	花粉过敏性鼻炎的防 治当从“大洗”开始	中医耳鼻喉国际论坛专家委员会 培训部主任 韩忠成主治医师

五、费用与注册

会议费每人 600 元，食宿由大会统一安排，餐费免费，住宿费自理。与会人员可携带花粉过敏性鼻炎患者 5 名，现场免费检验诊断、免费治疗、赠送专科专病中医外治疗法产品，现场诊疗过程不收取任何费用。

六、联系方式

(一) 河北康灵中医耳鼻喉研究所

电话：0311-85661424 手机：15831177501

联系人：杨晓娜

(二) 中华中医药学会国际交流部

电话：010-64206805

联系人：杨一玖

中华中医药学会国际部

2019 年 5 月 21 日