

中医耳鼻喉科学研究 2024 年 2 月 (第 23 卷第 1 期)

(季版)

目次

冀 L1100085
(Z) R1087

医学综述 --- 栏目主编 杨荣刚 责任编辑 霍会川

国医大师干祖望以桂枝汤加减治疗鼻鼾的经验

..... 李珊 史军 陈鹤 刘玉 陈小宁 (1)

柴胡加龙骨牡蛎汤治疗耳鸣的研究进展述评 王莹 杨龙 (6)

实验研究 --- 栏目主编 周小军 责任编辑 孟庆利

切脉针灸治疗慢性耳鸣 (脾肾两虚证) 的临床研究

..... 王林林 雷刚 赵颜俐 苟春雁 (12)

新冠病毒 -19 大流行期间优化耳鼻喉科临床工作效率的研究 郭宏 (18)

临床研究 --- 栏目主编 郭裕 责任编辑 倪金秀

针刺蝶腭神经节治疗茎突综合征 1 例 翟玉燕 王嘉玺 (20)

鼻咽癌放疗后常见不良反应的中医治疗

..... 叶美婷 刘元献 付文洋 曹志 (23)

烙法治疗口咽部乳头状瘤 23 例疗效观察 姜锐 邓可斌 李辉 (29)

突发性聋伴眩晕的临床特征观察 王贤文 余文雅 (31)

通法在儿童鼾眠中的运用 姬毓娇 李斐 (33)

名医名院 --- 栏目主编 杨荣刚 责任编辑 霍会川

龙江医派耳鼻喉科传承发展现状及黑龙江中医药大学附属第一医院耳鼻喉科简介

..... 高雪娇 李岩 (36)

研究生校园 --- 栏目主编 孙永东 责任编辑 孟庆利

喉咳外治法研究进展 徐玮祯 阮岩 (40)

主管

中华中医药学会

主办

石家庄康灵中医耳鼻喉医院

编辑

《中医耳鼻喉科学研究》编辑委员会

荣誉总编

刘大新

总编

阮岩

副总编

王士贞 严道南

主编

赵峰

副主编

张晓丁 倪金秀

出版

《中医耳鼻喉科学研究》编辑部

发送单位

北京及全国各医院耳鼻喉科

地址

石家庄市谈固南大街 75-5 号

电话

4000-135-120

传真

0311-85667550

印刷数量

2000 册

印刷日期

2024 年 2 月 22 日

印刷

石家庄嘉年印刷有限公司

约稿通知

《中医耳鼻喉科学研究》是中华中医药学会主管石家庄康灵中医耳鼻喉医院主办的一家中医耳鼻喉科专业性出版物。

主要栏目有：

临床研究、医学综述、名医名院、知名专科、名医专栏、专题论坛、药用心得、研究生园地、基层园地、短篇报道、信息动态。

其中信息动态包括：(1)学术动态：包括科研课题立项、科研成果发布、学术会议报导等；(2)会议通知：包括中华中医药学会及各分会、世界中医药联合会、各地方相关学术会议通知；(3)培训通知：推介我学科的各种技术推广项目；(4)科室建设。

本出版物施行国家科技期刊编排规范和标准化，投稿要求如下：

1. 文稿要求：内容真实，论点明确，论据充分，重点突出，说理透彻，文字精练，具有实用性、真实性、科学性和逻辑性。

2. 文题应做到简明、醒目，反映出文章的主题。中文文题一般以20个汉字以内为宜，不能使用笼统的、泛指性很强的词语，避免使用简称、缩写、化学结构式、药品商品名等不规范的词语，尽量不设副标题。论文所涉及的课题凡取得国家或部、省级以上基金或属公关项目，应予说明，如“本课题受XX基金资助(编号XXX)”，并附基金证书复印件。论文刊登后获奖者，请及时通知编辑部，并将获奖证书复印件寄来。

3. 作者署名：作者姓名在文题下按序排列，排列应在投稿时确定，在编排过程中如需更动，应由第一作者出具书面证明并加盖单位公章。作者单位，应注明单位名称、科室、地址(XX市或县XX路XX号)、邮编。

4. 摘要及关键词：文中必须附中摘要，内容包括目的、方法、结果(应给出主要数据)及结论4个部分内容，要求以第三人称撰写200-300字为宜，并附3-8个关键词。有条件者，可将文题、作者、单位、摘要及关键词译成英文。

5. 文章内容层次：一般按3级，序号均用数字编号，左顶格书写，不同层次序号之间用下圆点相隔，如1, 1.1, 1.1.1. 夹在段落内的序号用①②…书写。

6. 文中图、表要用中文，表格内容不与文字、插图重复，均采用三线表。表中参数应标明量、单位和符号，需注释处，用*、▲、#等表示。

7. 文中涉及的量和单位应按《中华人民共和国法定计量单位》规定执行，并用规定缩写符号表示。每一个组合单位符号中，斜线不得多于1条，如每天每千克体重用药剂量应写成mg/(kg.d)。

8. 数字用法：凡是可以使用阿拉伯数字且很得体的地方，均应用阿拉伯数字。如公元世纪、年代、年、月、日、时刻。物理量量值、非物理量的量词(计数单位)前面的数字、计数的数字，文后参考文献(古籍除外)著录中的数字。应使用汉字数字的场合：固定词语中作语素的数字，相邻2个数字并列连用表示的概数，带有“几”字的数字表示的概数，中国及世界各国、各民族的非公历纪年，含有月日简称表示事件、节日和其他特定含义的词组中的数字，古籍参考文献标注中的数字。

9. 参考文献：必须是作者亲自阅读过的近年对本文有重要参考价值的正式文献。内部资料、转摘、保密资料、文摘等不能做为参考文献引用。文中出现的次序号，在引文末右上角方括号内注明，参考文献著录书写格式、间隔符号必须按照本刊规定：

期刊：[序号]作者(作者3名以内全部列出，3名以上者列出前3名后加“等”，作者之间加“，”)。文题.刊名，年，卷(期)：起页一止页。

书籍：【序号】作者(作者数同期刊要求).书名【M】.版次(如第1版可略)出版地：出版社(要写全称)，年：页。

10. 文稿最好用电子信箱投稿，本出版物E-mail: zhsht328@163.com, 并注明作者简介：第一作者的个人简介及近期免冠照片，同时提供第一作者联系电话，也可用A4纸打印。来稿请寄：石家庄市谈固南大街75-5号《中医耳鼻喉科学研究》编辑部收。

11. 本编辑部对来稿有删改权，审定录用的稿件将在30天内发出录用通知。凡2个月未接到采用或修改通知者，作者可电话咨询或将稿件另行处理，一律不退稿。

12. 特别提醒：(1)文章发表以作者回馈确认先后顺序为准，编辑部依据版面容量而定，自动将期数顺延。如有特殊情况或要求，请及时和编辑部工作人员沟通。(2)《中医耳鼻喉科学研究》是2002年经过河北省新闻出版局审批，中华中医药学会主管的行业内交流出版物，2007年起被中国电子期刊杂志社收录到中国医学期刊数据库；收录为中华中医药学会系列期刊。来稿一经录用，其它正刊不会再次刊登，敬请慎重斟酌。(3)近年来各类网站不断出现所谓《中医耳鼻喉科学研究》官网，收取高额审稿费用，此种行为与本编辑部无关。电话：4000-135-120。

**OTORHINOLARYNGOLOGY RESEARCH IN
TRADITIONAL CHINESE MEDICINE**

Vol. 23 No. 1 February 2024

CONTENTS

MEDICAL REVIEW

TCM master GAN Zuwang’ s experience in the treatment of allergic rhinitis by using Jiajian guizhi decoction.

LI Shan, SHI Jun, CHEN He, LIU Yu, CHEN Xiaoning (1)

Review of the research progress of chaihu plus longgu oyster decoction in the treatment of tinnitus

WANG Ying, YANG Long (6)

EXPERIMENTAL RESEARCH

Clinical study on the treatment of chronic tinnitus (spleen and kidney deficiency syndrome) with pulse cutting acupuncture

WANG Linlin, LEI Gang, ZHAO Yanli, GOU Chunyan..... (12)

Optimization of clinical work efficiency in otorhinolaryngology during the COVID-19 pandemic

GUO Hong (18)

CLINICAL RESEARCH

One case of styloid process syndrome was treated by acupuncture at sphenopalatine ganglion

ZHAI Yuyan, WANG Jiayi..... (20)

Traditional chinese medicine treatment of side effect after radiotherapy in nasopharyngeal carcinoma

YE Meiting, LIU Yuanxian, FU Wenyang, CAO Zhi. (23)

Observation on the therapeutic effect of cauterization on 23 cases of oropharyngeal papilloma

JIANG Rui, DENG Kebin, LI Hui..... (29)

Observation of clinical characteristics of sudden deafness accompanied by dizziness

WANG Xianwen, SHE Wenya..... (31)

Application of tongfa in children snoring syndrome

JI Yujiao, LI Fei..... (33)

FAMOUS DOCTORS AND HOSPITALS

The present situation of the inheritance and development of otolaryngology in Longjiang medical school and the introduction of otolaryngology department in the first affiliated hospital of heilongjiang university of traditional chinese medicine

GAO Xuejiao, LI Yan..... (36)

GRADUATE CAMPUS

Research progress in external treatment of throat cough

XU Weizhen, RUAN Yan..... (41)

国医大师干祖望以桂枝汤加减治疗鼻鼽的经验

李珊¹ 史军¹ 陈鹤¹ 刘玉² 陈小宁¹

【摘要】 鼻鼽是耳鼻喉科疾病中的常见病。国医大师干祖望（以下尊称干老）善用经方治疗鼻鼽。干老根据自己数十年临床经验提出其独树一帜的鼻鼽发病机制为“金叩乃鸣”，在鼻鼽病的治疗上干老运用经方结合临床经验创立自己的特色方剂。该文主要探讨干老运用加味桂枝汤治疗鼻鼽的临床经验，进而挖掘经方在耳鼻喉科领域运用的广度与深度。

【关键词】 加减桂枝汤；鼻鼽；干祖望；临床经验

TCM master GAN Zuwang's experience in the treatment of allergic rhinitis by using jiajian guizhi decoction.

LI Shan, SHI Jun, CHEN He, LIU Yu, CHEN Xiaoning

(1. Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu 210029, China; 2. Nanjing Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital Affiliated with Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu 210014, China)

【Abstract】 Allergic rhinitis is one of the most common and highest incidence otorhinolaryngological disease. TCM master GAN Zuwang (the following we will call professor GAN Zuwang respectively) was good at treating allergic rhinitis by classical prescriptions. Basing on decades of clinical experience, professor GAN Zuwang proposed his original pathogenesis of allergic rhinitis — it occurred when lungs was intrigued, furthermore, professor GAN Zuwang established his characteristic prescription at treating allergic rhinitis through the combination of classical prescriptions and his own clinical experience. To mainly explore the clinical experience of professor GAN Zuwang exerted Jia jian Gui zhi Decoction in order to cure allergic rhinitis and then dig the breadth and depth of application of classical prescriptions.

【Key words】 Modified guizhi decoction; allergic rhinitis; gan zu wang; clinical experience.

鼻鼽是指以突然和反复发作的鼻痒、喷嚏频频、清涕如水、鼻塞等为主要症状的鼻病^[1]，相当

基金项目：江苏省卫生健康委员会重点项目（ZD2021016）；江苏省中医药管理局“省名老中医陈小宁专家传承工作室”建设项目（No. 苏中医科教[2021]7号）；南京市卫生科技发展专项资金项目（YKK20159）；江苏省中医院科研项目（Y21027）；江苏省研究生科研创新计划[苏学位办函(2023)4号]

1 南京中医药大学附属医院，江苏 南京 210029

2 南京中医药大学附属南京市中西医结合医院，江苏 南京 210014

于现代医学中的变应性鼻炎 allergic rhinitis, AR(以下简称 AR), 也称过敏性鼻炎。国医大师干祖望(1912 年 9 月—2015 年 7 月), 作为中医现代耳鼻喉学科奠基人之一, 在治疗鼻鼽方面有丰富而独特的临床经验。本文将从病机入手阐发中医对鼻鼽的认识、桂枝汤的组成和功用, 以及干老如何从中医耳鼻喉科专科角度运用加减桂枝汤治疗鼻鼽的临床经验作介绍, 并附医案 1 则, 以飨同道。

古代医家对鼻鼽病机的认识

鼻鼽最早见于《素问·脉解篇》:“头痛、鼻鼽、腹胀者, 阳明并于上, 上者则其孙络太阴也, 故头痛、鼻鼽、腹胀也”^[1]。古代医家多从肺、脾、肾三脏立论, 病因病机可以总结为肺、脾、肾三脏气虚或阳虚, 卫表不固, 风寒外邪乘虚而犯及鼻窍, 邪正相搏, 肺气失宣, 津液停聚, 清窍阻塞, 遂致喷嚏、流清涕等症状^[2]。寒邪致病自古是鼻鼽发病机制的主流观点, 巢元方在《诸病源候论》认为:“夫津液涕唾, 得热即干燥, 得冷即流溢不能自收。肺气通于鼻, 其脏有冷, 冷随气入乘于鼻, 故使津液不能自收。”至金元时期, 刘完素提出了一种截然不同的说法: 伏热致病(肺热论)。其云“寒伤皮毛, 腠理闭塞, 热极怫郁, 而病愈甚也”^[3]。《素问·玉机真脏论》提出:“脾为孤脏……其不及则令人九窍不通”, 当肺脾两脏气虚, 气血生化乏源, 卫表不固, 腠理不密, 则风寒之邪可乘虚入于鼻窍而致鼻鼽。此外, 干老还敏锐地察觉到在鼻鼽初期或者季节性发作时, 此时因疾病发作时间短, 卫表尚未受到侵袭, 但营卫受邪扰而失于调和最终导致鼻鼽的发生。

桂枝汤的组成、功用、药理学认识和临床应用

1 桂枝汤的组成、功用

1.1 桂枝汤的来源、组方

桂枝汤出自张仲景《伤寒论》, 是此书中第一首方, 仲景对其论述颇多, 其配伍严谨, 功效卓越, 被柯韵伯^[4]赞为“仲景群方之魁, 乃滋阴和阳, 调和营卫, 解肌发汗之总方”。方中用辛温之桂枝驱寒解肌, 酸苦微寒之芍药和营敛阴, 二者散收相配, 共达调和营卫之功。生姜辛温散寒, 辅助桂枝调卫;

大枣甘温益胃, 襄助芍药和营。炙甘草调和诸药, 加之与桂枝相佐辛甘发散, 与芍药为助, 以酸甘化阴。全方五药, 助阳生强卫气以御外, 补人体之阴液使营气盛而驱邪出, 营卫、阴阳和而体安, 制方严谨, 配伍巧妙, 实为制方之典范^[5]。

1.2 桂枝汤的功效

桂枝汤内证得之, 不仅发表散寒, 调和营卫阴阳, 更有运行气血, 燮理脏腑阴阳, 疏通经络之功。更因肺主气属卫, 故能上达清窍、外合皮毛、内涉脏腑; 心主血属营, 故内通于心、外及血脉、下关冲任。此机体固有之内在联系, 亦桂枝证治广泛之渊藪^[6]。

1.3 桂枝汤的现代药理学及应用

现代药理研究表明桂枝汤不仅对体温、汗腺分泌、血压、免疫功能及胃肠运动有调节作用, 还具有抗炎、抗菌、抗病毒、降低血糖和心血管保护作用^[7]。因而桂枝汤被广泛应用于呼吸系统疾病、循环系统疾病、运动系统疾病、神经系统疾病及妇科儿科疾病等。

2 现代医家运用桂枝汤治疗鼻鼽

2.1 桂枝汤可调鼻鼽之根本

冯崇谦教授认为桂枝汤可调鼻鼽之根本, 临床常用桂枝汤合温胆汤加减调和营卫, 扶正祛邪。冯教授提出桂枝汤整方功效发汗解肌, 调和营卫, 主治太阳中风之表虚证。在桂枝汤基础上合用温胆汤, 意在桂枝汤护外和调和营卫的基础上, 以温胆汤顾内清痰湿, 健脾运中州, 恢复气机升降出入^[8]。

2.2 桂枝汤可调畅阴阳

严道南教授则常用桂枝汤的燮理阴阳, 调和营卫之功来治疗鼻鼽。并认为人体阴阳之气不相协调是鼻鼽发病的基础, 而暂时的和调只是一时表象, 阴阳和调的平衡一旦稍有倾斜, 将会成为喷嚏、鼻塞、鼻流清涕阵发的关节所在, 如若人体阴阳之气始终协和调畅, 那么喷嚏、鼻塞、鼻流清涕等症则无从发起。故予张仲景之桂枝汤为主加减, 使患者营卫和调, 卫阳升发正常, 则鼻窍得养, 诸症俱除^[9]。

2.3 桂枝汤作用于 AR 的现代药理学——调节免疫功能

现代药理学多从桂枝汤调节免疫功能为切入点研究其作用于变应性鼻炎的机制。李上云^[10]等认为桂枝汤可能通过提高体内 cAMP 含量,降低 cGMP 含量,抑制介质释放,减轻和缓解变应性鼻炎的局部症状。董培良等^[11]认为桂枝汤可通过抑制 Th2 细胞的分泌功能,减少白介素(IL)-4 的含量,从而降低变应性鼻炎的发作频率。张卫华^[12]等采用变应性鼻炎大鼠模型进行研究后发现桂枝汤可以上调 AQP5 和 p-CREB(ser133) 的表达,表明其作用和机制可能与影响 cAMP-PKA 信号通路,增强下游 p-CREB 的表达,增加 AQP5 及其 mRNA 的表达有关。

干老从专科角度运用加减桂枝汤治疗虚寒型鼻鼽

1 “金叩乃鸣”是虚寒型鼻鼽发病机制的来源

干老提出肺系病变是导致鼻鼽的主要原因,并根据《冯氏锦囊秘录》提出的鼻鼽病独树一帜的发病机制为:“金叩乃鸣”。“金”依据中医五行理论指出鼻鼽的主要受累脏腑是肺脏,干老认为鼻鼽乃“肺失平秘”的肺系病变;“叩”即指外界的刺激,例如遇风、受凉或接触到有刺激的物质,在虚寒型鼻鼽中上述刺激条件对鼻鼽的激发显得尤为重要;“乃”此处做“发出”解;而“鸣”是罹患鼻鼽时患者出现的反应,干老尤重鼻鼽“狂嚏”之症,甚至对现代以鼻鼽作为过敏性鼻炎古称的说法提出反对意见,认为鼽字并未突出过敏性鼻炎的“狂嚏”之症,本文不对此做深究。“金叩乃鸣”是干老提出的鼻鼽发病的总括机制,基于此总括机制,结合古今医家对鼻鼽发病机制的阐述,干老首先提出营卫不和、卫表不固,加之寒邪束肺均是虚寒型鼻鼽的发病的机制。

2 加味桂枝汤的组方

针对上述虚寒型鼻鼽的发病机制,干老提出散寒固表,调和营卫的治法,加味桂枝汤应运而生,干老认为加味桂枝汤最适合鼻鼽虚寒的各证型应用。加味桂枝汤的组成^[13]:桂枝、白芍、甘草、生姜、大枣、白芷、薄荷、细辛。桂枝汤本为张仲景论太阳中风表虚证的证治,干老通过加入治疗鼻病常用

药物创制为专治虚寒症鼻鼽的加味桂枝汤。方中君臣二药尤为重要,君药桂枝既能发散风寒,又能扶助卫阳奋力抗邪。臣药芍药酸收敛阴,解营阴泄弱,与桂枝相伍,是调和营卫的基础结构,使卫气旺行于外,营血充盈于内^[14],二药共奏散寒固表,调和营卫之功。白芷、薄荷、细辛等乃通鼻要药,用于此方中既可驱散表邪,又可助宣通鼻窍,可谓一举两得。值得一提的是,在辨证选方的同时,适当加入一两味具有抗过敏药理作用的中药,成为了干老治疗变应性鼻炎的特色方剂^[15],如蝉蜕、徐长卿、石榴皮、乌梅、地龙等都是现代药理研究具有抗过敏作用的中药,以传统配伍理论结合现代研究成果,干老这一治法无疑是中医理论和临床上的一次改革创新和大胆尝试。

3 以加减桂枝汤为基础方进行辨证加减

3.1 伴有寒邪束肺者,用加减桂枝汤+温阳散寒药

当鼻鼽因寒邪束肺时,干老常选用加减桂枝汤与诸如附子之类的温阳散寒药物合用。干老认为^[16]此证型虽曰肺寒,实则元阳首先无火,使鼻窍无温煦之气以养。因用此方一面调和肺气,一面重振元阳。

3.2 伴有肾阳不足者,用加减桂枝汤+肾气丸

而当寒邪不仅损害肺脏,进一步有害于肾脏,附子之类的温阳之品已不堪任用,此时改用肾气丸与加味桂枝汤合用,增强温肺肾之阳的功效。

3.3 伴有表虚不固者,用加减桂枝汤+玉屏风散

若寒邪尚驻于卫表,卫表不固之鼻鼽干老常在桂枝汤的基础上加上玉屏风散补气固表。

3.4 寒热不显且表不虚者,加减桂枝汤+脱敏汤

若寒邪尚未有碍于卫表,仅仅扰乱肌表之营卫,营卫不和、卫表不虚者,干老常选用桂枝汤合脱敏汤。脱敏汤乃干老自拟方,对于一般的过敏性鼻炎,而无明显脏腑虚损、阴阳失调者,干老常将其与桂枝汤合用^[17],效果十分满意。

4 后世医家对加减桂枝汤继承与发展

4.1 针对肺脾虚寒证创立了益气温阳方

干老提出虚寒型鼻鼽的病机是营卫不和、卫表不固,寒邪束肺,治以加减桂枝汤散寒固表,调和

营卫，以此理论为基石，后世医家发展出了一系列针对虚寒型鼻鼽的独具特色的方剂。严道南教授在此理论指导下总结出治疗鼻鼽辨证重点在辨寒热，而其中气虚阳虚者居多，总结出全新的益气温阳方。益气温阳方以补气药作为君药，方中干姜、五味子、桂枝、麻黄配伍，出自小青龙汤，是治疗过敏性鼻炎的“黄金搭档”，对肺脾虚寒者，屡投屡效^[18]。同时通过多家医院及 800 多例临床病例的观察研究，得出益气温阳方在 4 周内疗效显著优于安慰剂组（盲法），半年随访远期疗效优于西药组，上述临床疗效有力证明了益气温阳方在鼻鼽治疗中的优势。

4.2 针对肺虚感寒证创立了益气脱敏汤

陈小宁教授依据干老的鼻鼽辨证思想，经过多年的临床实践总结出“春夏当热反寒，应发而抑，必患疾病，故春夏应养阳，以从其根，应时而生”，并发现据此指导临床治疗肺虚感寒型鼻鼽有较强的实用性^[19]，最终结合干老的截敏乌梅汤形成了益气脱敏汤。史军^[20]通过观察比较西药氯雷他定组与中药益气脱敏汤组 2 组的临床疗效、症状体征等变化情况。最后得出益气脱敏汤治疗肺虚感寒型变应性鼻炎的疗效与氯雷他定相差无几，且益气脱敏汤在一些方面更优于氯雷他定，如疗效的稳定性、功效的持久性以及对症如鼻痒之类的症状改善方面。

5 医案举隅

程某，男，44 岁。初诊：1991 年 9 月 4 日。鼻病匝年，主症鼻痒、狂嚏，清涕滂沱，具消如水。症殊典型。四季唯遇冷风及闻异气，势必竿影而作。检查：鼻黏膜苍白，前庭充血粗糙。舌薄苔，脉平偏细。案解：鼽嚏一症，冯兆张称为“金叩之鸣”，实能作，虚亦能作，寒能作，热亦能作。而且更有互相并存者。用方则方无定律，今先取调和肺气，兼脱过敏手法，拟投石问路之计。处方：川桂枝 3g，白芍 6g，茜草 10g，墨旱莲 10g，干地龙 10g，蝉衣 3g，紫草 10g，诃子肉 10g，石榴皮 10g，甘草 3g，7 剂煎服。

二诊：1991 年 9 月 11 日。约进 7 剂，诸症缓解一些，而发作时间有所缩短。检查：鼻黏膜淡白，鼻前庭充血消失。利特尔区仍粗糙。舌少苔，脉细。

案解：采方温凉并取（桂枝汤、脱敏汤）理论，中西并存，获效尚称满意。当步原旨，再加深入一层。处方：川桂枝 3g，白芍 6g，干地龙 10g，茜草 10g，徐长卿 10g，紫草 10g，墨旱莲 10g，乌梅 10g，诃子肉 10g，石榴皮 10g，甘草 3g，7 剂煎服。

三诊：1992 年 4 月 8 日。去秋治后，有 2~3 个月平稳无恙。唯近来 2 个月鼻痒，开始发作，狂嚏再度重来，其状作痒、狂嚏、清涕，一如曩昔，不若过去严重。检查：左下甲肥大，黏膜正常，舌少苔，质胖而红，脉平。案解：鼽嚏顽症，客岁经治，一度平安。刻又卷土重来，幸无曩昔之严重，治以脱敏。处方：川桂枝 3g，白芍 6g，干地龙 10g，蝉衣 3g，紫草 10g，茜草 10g，墨旱莲 10g，徐长卿 10g，檀豆衣 10g，辛夷 6g，7 剂煎服。

按：肺系病变是导致鼻鼽的最主要原因，肺为娇脏，寒邪袭肺，经络壅塞，金叩乃鸣，而多鼽嚏；然痒为火化，火乘肺金，故鼻腔中发痒而气喷于声，四诊合参，可知本案例为寒热夹杂之病例。然患者虽鼻部症状典型，但并无脏腑虚损、阴阳失调之症，亦无明显全身表现，故干老治以和营卫脱敏。在桂枝汤基础上加地龙、蝉衣、石榴皮等抗过敏药物；由于鼻前庭充血粗糙，选用干老自创之脱敏汤（茜草、紫草、墨旱莲）来清热凉血脱敏。本案从初诊到三诊都是治疗过敏性鼻炎，裁方均从桂枝汤合脱敏汤着手。

6 小结

干老一生与书结下不解之缘，“读书教书藏书著书，一世靠书饱腹”是他的真实写照。对于经方的学习，干老认为：“耳鼻喉科病大多数是内科病，内科不能离开《伤寒论》、《金贵要略》，所以耳鼻喉科也不能不取用经方……正如李东垣谓：‘仲景药，为万事法，号群方之祖，治杂病若神。后之医者，宗《内经》之法，学仲景心，可以为师。’故仲景方，广泛地应用于耳鼻喉科病，并取得一定成绩，是毫不足怪的^[21]。”桂枝汤是张仲景《伤寒论》中第一首经方，主要用于治疗中风表虚证。干老通过加入通鼻要药及现代药理学中具有抗过敏作用的中药等措施将其发展为加减桂枝汤，用于治疗鼻鼽并

最终取得了较好疗效。我们后世学者应学习干老的精神,对于经方运用于耳鼻喉科疾病有更深层次的体悟与运用。

参考文献

- [1]熊大经,严道南.中医耳鼻喉科学[M].2版.上海:上海科学技术出版社,2017:105.
- [2]李志军,郭玥,景伟超,等.穴位贴敷治疗儿童变应性鼻炎作用机制的研究进展[J].中医药导报,2021,27(09):168-170+179.
- [3]薄全,胡蓉,郭裕.变应性鼻炎中医体质及治疗概况[J].辽宁中医药大学学报,2021,23(03):113-118.
- [4]丹波元简.伤寒论辑义[M].北京:学苑出版,2011:67-69
- [5]曹紫嫣,陈仁波,李佳佳,等.从制方原理及临床应用探讨桂枝汤何以为“群方之组”[J].世界中医药,2021,16(01):125-129.
- [6]李赛美,李宇航.伤寒论讲义[M].北京:人民卫生出版社,2018:26.
- [7]叶铁林,刘雪妮,史传奎.桂枝汤药理作用研究进展[J].药物评价研究,2022,45(02):390-396.
- [8]梁伟豪,冯崇廉.冯崇廉巧用经方组合治疗变应性鼻炎经验[J].中国中医药现代远程教育,2022,20(09):70-72.
- [9]晏英,严道南.严道南治疗鼻鼽经验举隅[J].中华中医药杂志,2011,26(10):2307-2308.
- [10]李上云,王岩.桂枝汤对变应性鼻炎豚鼠环核苷酸的影响[J].中医药学刊,2002(03):366-370.
- [11]董培良,曲娜,张天宇,等.桂枝汤治疗过敏性鼻炎的实验研究(Ⅱ)[J].中医药信息,2013,30(05):49-51.
- [12]干祖望.过敏性鼻炎的辨证施治[J].江苏医药,1976(05):47.
- [13]张卫华,刘舟,王俊壹,等.桂枝汤对AR大鼠鼻黏膜上皮细胞AQP5表达及cAMP/PKA-CREB信号通路的影响[J].中华中医药杂志,2016,31(01):283-287.
- [14]兰欣.仲景经方辨治变应性鼻炎临床研究进展[J].实用中医药杂志,2021,37(05):897-899.
- [15]严道南,黄俭仪.干祖望对变应性鼻炎的临证思辨方法—干祖望验案赏析之一[J].江苏中医药,2008(10):1-3.
- [16]干祖望.耳鼻咽喉科运用经方的点滴经验[J].江苏中医杂志,1983(05):9-10.
- [17]干祖望.一百年前中医论过敏性鼻炎[J].江苏中医,1997(06):27.
- [18]严道南.严道南效方治验—益气温阳方[J].江苏中医药,2021,53(08):5-6.
- [19]范巧真,陈小宁.陈小宁教授从“春夏养阳”治疗变应性鼻炎体会[J].河南中医,2010,30(03):261-262.
- [20]史军,刘玉.益气脱敏汤治疗肺虚感寒型变应性鼻炎临床观察[J].新中医,2017,49(12):110-112.
- [21]干祖望.张仲景方在耳鼻喉科病的运用[J].福建中医药,1989(05):9-11.

柴胡加龙骨牡蛎汤治疗耳鸣的研究进展述评

王莹¹ 杨龙²

【摘要】 原发性耳鸣，即患者自觉耳中有声响，响度不一，是临床上常见的一种病症。柴胡加龙骨牡蛎汤目前主要用于治疗精神或神经类疾病、突发性耳聋、梅尼埃病、原发性耳鸣等多种耳鼻喉科疾病，本文回顾性探究多方文献所记载柴胡加龙骨牡蛎汤治疗耳鸣的研究进展与临床疗效，并结合本人临床跟师跟诊所观察到的情况，可证实其在治疗耳鸣方面确有疗效。

【关键词】 柴胡加龙骨牡蛎汤；耳鸣；疗效；综述

特发性耳鸣 (Primary Tinnitus)，即耳中鸣响，常为患者主观症状。目前现代医学对于治疗耳鸣，主要有药物治疗，声治疗和助听器，行为认知治疗，高压氧治疗，神经调节治疗等方法。但是，由于耳鸣的发病机制尚未被清晰认知，目前未有特效药物和特效治疗方法。耳鸣若长期持续甚至加重，会导致患者易出现心烦、抑郁、焦虑、失眠等中医学上的郁证相关症状，因此会不同程度地影响患者的生活质量^[1]，甚至导致耳鸣症状进一步加重。

精化气，气化神，神化虚。神明之灵，是因气化而出。郁而气滞，气化不足，而神明不能发越，精神情志随之抑郁也。情志伤者，肝失疏泄，抑或合有少阳郁热、痰火内扰等病机，久则肝气郁结而化火，肝阳上亢而清窍被扰，失于濡养，进而可出现耳鸣的症状^[2]。同时，由耳鸣带来的恐惧、焦虑、甚至情绪障碍经过边缘系统的放大易形成“耳鸣-负性情绪-耳鸣增强”的恶性循环^[3]。肝胆经脉相互络属，从少阳胆理气解郁、升清降浊着手治疗特发性耳鸣，既可发挥治疗耳鸣之效，又利于缓解少阳各见症。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》第 107 条介绍了柴胡加龙骨牡蛎汤一方：“伤寒八九日，下之，胸满，烦惊，小便不利，谵语，不可转侧者，柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”该方和解少阳，解表通里，安神镇惊，临床可将本方运用于原发性耳鸣或由于情志变化致耳鸣加重的疾病治疗，常可取得良

好疗效。

本文针对原发性耳鸣，拟通过多方位文献回顾国内外临床使用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗耳鸣的相关研究以及研究进展进行综述，并对方药组成与化裁，临床疗效，研究现状及应用前景进行探讨，以期对将来的临床应用与研究有所参考和借鉴。

1 定义

《欧洲多学科耳鸣指南：诊断评估与治疗》将耳鸣定义为在没有外部声源的情况下产生的一种或多种声音的感知^[4]。有学者的统计分析发现^[5]，在亚洲国家，耳鸣的患病率高达 18.6%，在我国有 10% 的人有过耳鸣的体验，但是积极寻求治疗的人数仅有一半；同时耳鸣会对绝大部分人的情绪、生活与工作产生不同程度的影响；另外，随着年龄增加，耳鸣的患病率也逐步提高。由此可见，耳鸣作为一种较为常见的疾病，相关的治疗技术发展将对改善患者的社会生活产生有利影响，也因此更加需要我国积极开展对于国内近五年的大样本耳鸣患病率与流行病学相关研究。现代医学对耳鸣有很多种分类方法，目前尚无统一的分类方法与标准。如，美国耳鼻喉头颈外科学会 2014 年发布的《耳鸣临床应用指南》中按照耳鸣的发生原因，分为原发性耳鸣和继发性耳鸣^[6]。值得一提的是，越来越多学者关注到耳鸣带给患者的困扰会深刻影响其耳鸣自觉程度的问题，由此对耳鸣的程度划分与疗效

1 广州中医药大学第四临床医学院，广东 深圳 518021

2 深圳市中医院耳鼻咽喉科，广东 深圳 518048

标准也在不断完善^[7-8],并在国内外逐渐得到广泛应用,对临床治疗起到了重要作用。

2 临床疗效观察

临床研究中有不少将柴胡加龙骨牡蛎汤用于治疗精神或神经系统疾病并取得了较理想的疗效。尾台榕堂认为本方可以治疗“狂证,胸腹动甚,惊惧避人,妄言乱语、烦扰不宁、昼夜不寐,或多猜疑,或欲自死者”。有研究显示^[9],使用柴胡加龙骨牡蛎汤改善耳鸣患者心理状态与睡眠质量比起单独使用西药对症治疗更能缓解慢性耳鸣的主观症状。

中医学认为,耳鸣的发生与多种原因引起的耳窍闭塞有关,五脏六腑、十二经脉之气血失调皆可导致耳鸣。在这其中,肝胆火热循经上犯耳窍可形成实证^[10],肝阴不足、肝血虚皆可致耳病。笔者在查询相关文献资料^[11-13]时发现,耳鸣与睡眠困扰的相互关系越来越明显,无论是早期耳鸣患者还是慢性耳鸣患者,多有睡眠障碍相关的主诉,而由于自身睡眠状况低下,耳鸣患者的精神状态、生活质量都会受到不同程度的影响,这一点在笔者观察临床中来诊的耳鸣患者之主诉、情绪状态时也可以得到体现。因此,若能有效缓解患者的失眠困扰,对于耳鸣的治疗效果将是获益无穷的。金翔等人研究发现^[14],经过柴胡加龙骨牡蛎汤治疗的失眠大鼠的氧化应激反应得到有效抑制,失眠大鼠模型脑组织中的 MEK/ERK 通路蛋白磷酸化水平降低,失眠症状得到改善;王钦等^[15]通过建立慢性应激抑郁大鼠模型进行实验证实了柴胡加龙骨牡蛎汤可以显著改善模型大鼠抑郁状态;王斌等^[16]用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗 80 例肝郁化火型失眠患者后发现,该方能有效延长睡眠时间,提高睡眠质量,改善因睡眠困扰引起的头晕、头痛、胸闷等伴随症状。

我们可以关注到,柴胡加龙骨牡蛎汤正是从少阳之脉入手,和解少阳,疏理气机,其在治疗精神神经类疾病上受到了广泛关注与应用。例如:WangXing 等人^[17]通过动物实验、基础实验发现柴胡加龙骨牡蛎汤能够通过增加海马中 BDNF 的表达起到快速起效抗抑郁药物效果;孙小添等^[18]采用柴

胡加龙骨牡蛎汤对气郁质失眠患者进行试验探究,观测到该方能有效协调血清 SP、DA 及 5-HT 含量,降低 HAMD、SAS、PSQI 及 CCMQ 评分,显著改善气郁质失眠患者一系列焦虑、抑郁相关的临床症状,提高患者的生活质量与睡眠质量;沈晓英等^[19]使用柴胡龙骨牡蛎汤加减治疗肝郁型更年期睡眠障碍,临床观察到研究组治疗总有效率为 91.67%,高于使用艾司唑仑片治疗的对照组的 75.41%, $P < 0.05$,结果表明使用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗既能改善中医症状,且能大大减少使用艾司唑仑片带来的不良反应;赵国庆、赵晓玲等^[20]用此方加减治疗广泛性焦虑症,54 例患者中,痊愈 28 例,显效 18 例,有效 6 例,总有效率 96.3%;芮铁群^[21]以肝郁化火型失眠患者为研究对象,对照组使用安慰剂(谷维素片)以治疗,治疗组服用柴胡加龙骨牡蛎汤加减方颗粒剂治疗,最终治疗组与对照组的总有效率分别为 78.13% 和 38.23%,两组比较差异具有统计学意义($P < 0.05$),显示柴胡加龙骨牡蛎汤可以明显改善睡眠质量及肝郁化火证相关症状。

研究表明^[22],当耳鸣患者对于自身的耳鸣疾病抱有消极心态,该患者将会更容易出现焦虑、烦躁不安、心神不宁的情绪问题。倘若患者有耳鸣伴听力下降、耳鸣久治未愈等问题,则会更快陷入自觉不幸的悲观情绪,带来生活与工作上的不便。蒋健^[23]提出抑郁、焦虑、烦躁、忧思等隐性或显性的情志变化皆有可能导致耳鸣发生,临床诊治时不可忽视从郁论治,故笔者认为,从改善精神症状等思路入手,对于治疗肝胆气郁、痰热内扰,上扰清窍为主要病机的耳鸣也将有所见效,王嘉麟等^[24]相关的研究恰证了该理论。齐思涵等^[25]发现睡眠状况、有无听觉过敏及焦虑程度对耳鸣严重程度有重要影响。在临床研究上,众多文献报道的效果分析显示,柴胡加龙骨牡蛎汤可有效地改善耳鸣患者的临床症状,治疗耳鸣可得到较为满意的效果。例如:畅慧玲等^[2]在研究中为肝气郁结型耳鸣患者的观察组使用柴胡加龙骨牡蛎汤,为对照组患者则使用西药进行常规治疗,结果显示,观察组患者有效率、痊愈

率分别为 97.44%、25.64%，治疗的有效率高于对照组的 79.49%， $P < 0.05$ ；陆一兰等^[26]使用针刺联合柴胡加龙骨牡蛎汤治疗原发性耳鸣，其中针刺联合中药组的总有效率、痊愈率分别为 96.7%、50.0%，联合治疗组的效果优于仅针刺组。各项研究结果表明，用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗原发性耳鸣有确切的疗效。

3 药理研究

3.1 现代药理分析

耳鸣的治疗，除了把控生物诱因，还需要注意正确的心理干预、情绪管理等治疗要点。研究表明，耳鸣患者的焦虑、抑郁情绪与耳鸣严重程度呈正相关，现代研究显示，柴胡加龙骨牡蛎汤作用于脑内神经递质，产生降低自住神经兴奋性，缓解不良情绪的作用。

例如，康大力等^[27]发现，5-HTP 诱导甩头行为的实验中，柴胡加龙骨牡蛎汤能显著增加 5-HTP 诱导甩头行为，说明 5-HT 具有中枢抑制作用，同时，该方药抗抑郁作用与中枢 5-HT、NA 等单胺类递质的重摄取有关。王建云等^[28]发现通过对 5-HT 系统双相调节，柴胡加龙骨牡蛎汤对中枢兴奋性具有双相调节功能，并认为这很可能是其治疗耳鸣的作用机制。另外，除了下丘脑 - 垂体 - 甲状腺轴、NE 及 5-HT 等在抑郁机制中发挥关键作用以外，部分学者的研究^[29-30]还证明 MT 水平上调，HPA 轴亦会得到调解从而改善了实验小鼠的焦虑、抑郁行为。由此，为证明柴胡加龙骨牡蛎汤的抗抑郁、抗焦虑作用从而改善原发性耳鸣症状又提供了佐证。

海马是在众多脑区中被认为与抑郁症的关系最为密切的脑区之一，颧彦鹏^[31]通过实验发现，柴胡加龙骨牡蛎汤与氟西汀抗抑郁可改善海马区锥体细胞的结构和分布，从而改善海马神经元可塑性，由此提出柴胡加龙骨牡蛎汤抗抑郁机制为提高抑郁大鼠海马 5-HT_{2A}R、CaMK II α mRNA 浓度，增加 5-HT_{2A}R、CaMK II α 蛋白表达；陆洁等^[32]的实验证明柴胡加龙骨牡蛎汤有效部位能够显著加强星形胶质细胞保护海马神经元的功能，达到有效改

善抑郁样行为变化的目的；任鹏姣等^[33]通过研究发现，柴胡加龙骨牡蛎汤中后加入的龙骨、牡蛎、桂枝、茯苓、大黄五味具有抗抑郁作用，它们与柴胡加龙骨牡蛎汤两者均能提高慢性应激大鼠的水平运动及垂直运动、抵抗慢性应激造成的快感缺失、抑制海马体积的减小以及降低慢性应激大鼠的肾上腺指数。同时，其与周劲光等^[34]都提出了柴胡加龙骨牡蛎汤中的龙骨、牡蛎、桂枝、茯苓、大黄可能是该方抗抑郁的主要组成药物的设想。

从具体方药上分析，药物的个体作用与药物之间的配伍产生了不同程度的疗效。首先，张静艳等^[35]研究结果预示，柴胡中的柴胡皂苷，可以抑制下丘脑 - 垂体 - 肾上腺轴激活，降低皮质醇（Cortisol）水平；或通过降低胆碱能神经系统活性，提升 5-羟色胺（5-hydroxytryptamine, 5-HT）激素水平，以达抗抑郁功效。其次，柴胡 - 黄芩作为“小柴胡汤”中的核心药对，研究发现其配伍方式不仅促进了大鼠黄芩苷的吸收而且使其发挥药效作用的时间延长^[36]，同时柴胡和黄芩单用对多种类型肝损伤均有确切的保肝作用，另外还有解热、保护心肌血细胞、促进肠动力等作用^[37]。另外，龙骨与牡蛎针对精神问题有显著疗效，龙骨入肾，牡蛎入肝，两者合用对于惊恐患者有很好的安神作用。

3.2 组方分析

柴胡加龙骨牡蛎汤组成与化裁在原方基础上去除有毒的铅丹。组方：柴胡 10g、黄芩 10g、半夏 10g、党参 20g、桂枝 5g、龙骨 15g、牡蛎 15g、茯苓 10g、大黄 5g、生姜 2 片、大枣 6 枚。兼肾虚者加生地 20g，山茱萸 10g，川牛膝 10g；伴有口干口苦者，加龙胆草 9g、栀子 10g、丹皮 10g，野菊花 15g；伴有失眠寐差者，加百合 10g，酸枣仁 10g，合欢皮 10g，柏子仁 10g；伴有纳呆，加党参 15 克，炒白术 10 克，焦山楂 10 克，麦芽 15 克，枳壳 10 克；药物剂量需要根据患者病情严重程度、年龄等进行适当加减。

中医关于耳鸣的记载最早见于《黄帝内经》，当中强调了耳鸣的病因以及与肝及脾胃的相关性，

《素问·通评虚实论》：“头痛耳鸣，九窍不利，肠胃之所生也。”；手足三经脉气分布到耳，六阴经则由于表里两经脉气相通，故均与耳有联系，可见《灵枢·口问》：“耳者，宗脉之所聚也，故胃中空则宗脉虚，虚则下溜，脉有所竭者，故耳鸣。”治疗使用柴胡加龙骨牡蛎汤化裁，古代医家对于该方多从八纲辨证分析病机，认为是肝气郁结、三焦有失畅通以及中焦脾胃运化失常而导致上热下寒；六经辨证则表现以少阳证最为突出，兼夹其他各证。少阳失枢、胆火内郁、肝胆失调、心神被扰，则表现为心烦不安、健忘失眠，“肝主疏泄”、“主情志”，少阳枢机不利、三焦不畅则烦躁易怒、一身尽重，方以小柴胡汤和解少阳；汤中柴胡，行气解郁，《滇南本草》谓其“行肝经逆结之气”；加桂枝通阳，茯苓淡渗利水，二者相伍则温阳化气利水；加大黄泻热和胃，其与桂枝相伍则寒温并用，安内解外；龙骨、牡蛎重镇安神，共奏通达郁阳，和解泻热，宁心安神，通窍的作用。可见本方治疗肝郁脾虚型耳鸣，从肝着眼，而及心肾；从少阳入手，而旁顾太阳、阳明，以三阳并治之法，滋阳明之燥，助少阳之枢；从气机立法，而不忘虚实，从根源着手，升清降浊，一身气机通畅，对于改善耳鸣临床症状起到有效作用。

4 讨论

耳鸣患者容易出现注意力不集中、焦虑、失眠等不良表现，导致精神、心理障碍，并因此持续加重耳鸣的症状。研究认为，饮酒、情绪激动、疲劳、耳部器质性损伤、药物毒性等都可能引起急性耳鸣出现，即耳鸣的出现是多方面因素共同作用导致的，研究表明^[38-40]，耳鸣严重程度与负性情绪、人格缺陷紧密关联。虽然没有特殊的预防与护理措施，但对于肝气郁结型耳鸣患者，保持情志舒畅十分必要，这也成为了中医临床治疗原发性耳鸣的重要着手点。中医中药经过反复临床试验不断扬弃而流传至今，笔者认为，中药方剂的多味药、多种配伍正能联合作用于多个靶点，解决多个症状。说“中”必论“阴阳”，相对性是阴阳的特质之一，阴阳和

合则“中”可发挥应有作用，促进寒热、虚实、脏腑、气血协调平衡统一，柴胡加龙骨牡蛎汤是少阳兼表里三焦俱病的主方，其正是通过和解少阳，解郁安神，达到调和阴阳的目的。

常兴革等^[41]在论述柴胡加龙骨牡蛎汤治疗的多种内科杂病时表示，柴胡加龙骨牡蛎汤方可随证加减而用于邪犯少阳而致枢机不利引发的系列疾病，故正如笔者如上所述及的耳鸣伴随症状，如失眠、焦虑等，都可以在柴胡加龙骨牡蛎汤加减中得到改善。本人在临床跟师过程中观察到，老师使用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗原发性耳鸣百余例，该方确能有效改善患者睡眠状况与焦虑状态，同时结合正确的心理暗示让患者减轻心理负担，从而有效缓解患者的耳鸣及相关症状。另外，石菖蒲气味芳香，既具有化湿和胃、辟秽化浊的功效，又能够补五脏、通九窍、明耳目、出音声，现代医学研究表明其有镇静安神、抗惊厥、抗抑郁中枢神经的双向调节作用，王秉衡《重庆堂随笔》云：“石菖蒲舒心气，畅心脉，怡心情，益心志，妙药也。”在老师临床应用柴胡加龙骨牡蛎汤时可以发现，于辨证基础上增用本品，多奏殊功。探究其在神经系统的药理作用，据文献报道，柴胡加龙骨牡蛎汤能影响中枢单胺能神经系统，增加脑内 NA、DA 及 5-HT 等有关单胺类介质^[42]，改善患者睡眠质量与心理感觉^[9]，产生抗抑郁作用，达到中医学所说的疏泄三焦、通调机体的作用，使患者情志畅达。

中医学认为，情志不畅会导致肝气郁结，柴胡加龙骨牡蛎汤侧重和解少阳、通阳泄热、重镇安神。但是始终需谨慎的是，柴胡加龙骨牡蛎汤证病位虽仍在少阳，临床上却常见邪气已兼及心脾与胃^[43]；病变以少阳枢机不利为主，又有阳虚、阴乏、胃燥、神浮之病理相杂，临床见多证相杂合时，观其脉症，分清主证与次证，有是证，用是方，选是药。结合多方临床研究结果能够证明，柴胡加龙骨牡蛎汤治疗原发性耳鸣效果较为理想，可以有效地减轻患者临床症状，但是临床仍亟需进行针对性较强的、有一定样本量的研究，使得柴胡加龙骨牡蛎汤治疗原

发性耳鸣的疗效更具说服力, 发展出更多的疾病治疗方法, 使其能够作为临床治疗方法得到更多推广。

参考文献

[1]杨学平, 何茹. 耳鸣患者异常心理状态的诊治研究进展 [J]. 中国医学创新, 2021, 18(09): 176-180.

[2]畅慧玲. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗肝气郁结型耳鸣的效果分析 [J]. 当代医药论丛, 2019, 17(20): 162-163.

[3]Jastreboff PJ. Phantom auditory perception (tinnitus): mechanisms of generation and perception. *Neurosci Res.* 1990; 8(4): 221-254. doi:10.1016/0168-0102(90)90031-9

[4]Cima RFF, Mazurek B, Haider H, et al. A multidisciplinary European guideline for

[5]tinnitus: diagnostics, assessment, and treatment. *Multidisziplinäre europäische Leitlinie für Tinnitus: Diagnostik, Einschätzung und Behandlung. HNO.* 2019; 67(Suppl 1): 10-42.

[6]李纪辉, 磨宾宇, 冯海燕, 等. 耳鸣患病率和危险因素流行病学研究进展综述 [J]. 当代医学, 2018, 24(02): 178-180.

[7]贺璐, 王国鹏, 彭哲, 等. 耳鸣临床应用指南 [J]. 听力学及言语疾病杂志, 2015, 23(02): 116-139.

[8]王洪田, 李明, 刘蓬, 等. 耳鸣的诊断和治疗指南 (建议案) [J]. 中华耳科学杂志, 2009, 7(03): 185.

[9]刘蓬, 徐桂丽, 李明, 等. 耳鸣评价量表的信度与效度研究 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012(09): 716-719.

[10]游本铨. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗郁证的探讨 [D]. 北京中医药大学, 2010.

[11]贾若, 刘博. 耳鸣患者睡眠质量的临床分析 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2019, 33(10): 961-965.

[12]连纯利, 刘元献, 杨龙, 等. 耳鸣患者与睡眠质量相关性的临床分析及治疗探讨 [J]. 中国现代医生, 2021, 59(17): 73-77.

[13]张心平, 杨美霞, 张守中, 等. 《黄帝内经》不寐证的理论探讨及临床应用 [J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(12): 5765-5767.

[14]金翔, 张微, 张德新, 等. 基于 MEK/ERK 通路探讨柴胡加龙骨牡蛎汤治疗失眠大鼠的机制 [J]. 中药药理与临床, 2020, 36(01): 51-54.

[15]王钦, 蔡萧君, 李宇, 等. 柴胡加龙骨牡蛎汤对慢性应激抑郁大鼠海马 BDNF/TrkB/CREB 通路的影响 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(21): 37-46.

[16]王斌, 张谈, 裘磊, 等. 基于仲景柴胡方证理论运用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗失眠的临床研究 [J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(06): 1430-1433.

[17]Wang X, Chen J, Zhang H, et al. Immediate and persistent antidepressant-like effects of Chaihu-jia-Longgu-Muli-tang are associated with instantly up-regulated BDNF in the hippocampus of mice. *Biosci Rep.* 2019; 39(1): BSR20181539. Published 2019 Jan 11. doi:10.1042/BSR20181539

[18]孙小添. 柴胡加龙骨牡蛎汤对气郁质失眠患者疗效及焦虑抑郁状态影响 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(01): 89-92.

[19]沈晓英, 陈菊华, 张力. 柴胡龙骨牡蛎汤加减治疗肝郁型更年期睡眠障碍临床观察 [J]. 光明中医, 2021, 36(06): 878-880.

[20]赵国庆, 赵晓玲, 王严. 柴胡加龙骨牡蛎汤加减治疗广泛性焦虑症 54 例临床观察 [J]. 中国社区医师 (医学专业半月刊), 2008(14): 116.

[21]芮轶群. 柴胡加龙骨牡蛎汤加减治疗肝郁化火型失眠临床观察 [D]. 山西中医药大学, 2020.

[22]贾若, 刘博. 情绪认知理论在耳鸣研究中的应用 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 29(08): 691-695.

[23]蒋健. 郁证发微 (七) — 郁证耳鸣论 [J]. 上海中医药杂志, 2016, 50(02): 4-7.

[24]王嘉麟, 邢佳, 贺立娟, 等. 柴胡加龙骨牡蛎汤加减方治疗痰热内扰证失眠症的短期疗效观察 [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(04): 1548-1552.

- [25]齐思涵,秦兆冰,陈秀兰,等.影响慢性主观性耳鸣严重程度的相关因素分析[J].听力学及言语疾病杂志,2014,22(04):367-370.
- [26]陆一兰,陈利民.针刺联合中药治疗神经性耳鸣疗效观察[J].中医药临床杂志,2019,31(05):925-927.
- [27]康大力,瞿融,朱维莉,等.柴胡加龙骨牡蛎汤对抑郁动物下丘脑-垂体-肾上腺轴的影响[J].中国临床药理学与治疗学,2005(11):1231-1235.
- [28]王建云.柴胡加龙骨牡蛎汤治疗神经系统药理分析及运用研究简况[J].实用中医内科杂志,2013,27(19):63+66.
- [29]黄莉莉,闫金铭,王艳艳,等.去卵巢或联合睡眠剥夺对雌性小鼠焦虑行为的影响及柴胡加龙骨牡蛎汤的干预[J].中国药物依赖性杂志,2019,28(06):432-435.
- [30]刘亚鹭,徐士欣,张军平,等.基于HPA轴探讨柴胡加龙骨牡蛎汤治疗卒中后抑郁[J].中华中医药杂志,2019,34(04):1629-1631.
- [31]颀彦鹏.基于5-HT_{2A}R、CaMK II α 表达变化研究柴胡加龙骨牡蛎汤抗抑郁机制[D].黑龙江省中医药科学院,2020.
- [32]陆洁,厉璐帆,瞿融,等.柴胡加龙骨牡蛎汤有效部位对慢性应激大鼠行为及海马神经组织的影响[J].药学与临床研究,2011,19(03):231-234.
- [33]任鹏姣,马世平,瞿融,等.柴胡加龙骨牡蛎汤组方配伍研究(Ⅲ)——对慢性应激大鼠的抗抑郁作用[J].药学与临床研究,2008(02):86-89.
- [34]周劲光,杨霄鹏.柴胡龙骨牡蛎汤对慢性应激大鼠的抗抑郁作用[J].中国实用神经疾病杂志,2010,13(19):5-7.
- [35]张静艳,张晓杰.柴胡皂苷对抑郁模型大鼠海马乙酰胆碱代谢及组织形态学影响的实验研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2011,32(4):506-508.
- [36]刘明华.黄芩—柴胡“药对”配伍的药学及药代动力学研究[D].山东中医药大学,2011.
- [37]胡煜明,李顺祥,严建业,等.柴胡、黄芩药对的研究进展[J].湖南中医杂志,2014,30(07):199-201.
- [38]孙慧颖,冯国栋,高志强.影响慢性主观性耳鸣严重程度的关键因素分析:基于复杂网络分析的研究[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2021,35(07):586-592.
- [39]李尧,王铭歆,周婧,等.特发性耳鸣患者的焦虑和抑郁状态研究及相关因素分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2019,33(05):416-421.
- [40]白雪,林颖,齐柳,等.常规纯音测听正常的耳鸣患者临床特征与严重程度影响因素分析[J].中华耳科学杂志,2021,19(05):769-773.
- [41]常兴革,侯云云,徐京育.柴胡加龙骨牡蛎汤治疗内科杂病研究进展[J].辽宁中医杂志,2019,46(02):439-441.
- [42]瞿融,孟海彬,褚蔚,等.柴胡加龙骨牡蛎汤对抑郁模型大鼠脑内单胺递质的影响[J].中药药理与临床,2003(06):1-3.
- [43]曹祖威,岳凤娟,何伟平,等.从脾胃论治耳鸣探析[J].中国中医基础医学杂志,2017,23(04):473+557.

切脉针灸治疗慢性耳鸣（脾肾两虚证）的临床研究

王林林¹ 雷刚¹ 赵颜俐¹ 苟春雁¹

【摘要】 目的 观察切脉针灸治疗慢性耳鸣（脾肾两虚证）的临床疗效。方法 将 2022 年 1 月~ 2022 年 12 月于重庆市中医院收治的资料完整的 90 例“慢性耳鸣（脾肾两虚证）”患者，按中央随机平均分成三组，其中脱落 7 例，共纳入 83 例统计。试验组予以切脉针灸治疗，对照组 1 予以董氏奇穴治疗，对照组 2 予以辨证论治针灸治疗。在治疗前、治疗后 1 周、2 周分别完成耳鸣评价量表（TEQ）评估，治疗前及治疗后 2 周完成耳鸣残疾评估量表（THI）、中医症候积分评估，统计 3 组慢性耳鸣（脾肾两虚证）患者治疗 2 周后的临床疗效。结果 三组治疗 1 周后及 2 周后通过 TEQ 评分进行耳鸣疗效的比较，试验组与对照组 1、对照组 2 比较 $P < 0.05$ ，以上两者差异有统计学意义，对照组 1 与对照组 2 比较 $P > 0.05$ 差异无统计学意义，结合三组总有效率对比可知，经治疗 1 周及 2 周后切脉针灸组疗效优于董氏奇穴组及辨证施针刺组。三组耳鸣残疾评估量表（THI）评分均比治疗前下降， $P < 0.05$ ，试验组与对照组 1、对照组 2 比较 P 均 < 0.05 ，差异有统计学意义，对照组 1 与对照组 2 比较 $P > 0.05$ 差异无统计学意义。三组治疗前脾肾两虚主要中医症候积分评分比较 $P > 0.05$ ，差异无统计学意义，各组与同组治疗前比较， P 均 < 0.05 ；试验组与对照组 1、对照组 2 治疗 2 周后比较， $P < 0.05$ ，在中医中医症候积分上切脉针灸组疗效优于董氏奇穴组及辨证施针刺组。结论 切脉针灸治疗脾肾两虚型慢性耳鸣有一定疗效，但有效率不高，不过可以为复杂的、难治的慢性耳鸣提供一个新的思路，具有一定的推广意义。

【关键词】 切脉针灸；董氏奇穴；慢性耳鸣；脾肾两虚证

Clinical study on the treatment of chronic tinnitus (spleen and kidney deficiency syndrome) with pulse cutting acupuncture

WANG Linlin, LEI Gang, ZHAO Yanli, GOU Chunyan

(Chongqing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chongqing 400021, China)

【Abstract】 Objective To observe the clinical efficacy of pulse cutting acupuncture in the treatment of chronic tinnitus (spleen kidney deficiency syndrome). **Methods** A total of 90 patients with chronic tinnitus (spleen kidney deficiency syndrome) admitted to Chongqing Traditional Chinese Medicine Hospital from January 2022 to December 2022 were randomly divided into three groups with complete data. Among them, 7 cases were lost and a total of 83 cases were included in the statistics. The experimental group was treated with pulse cutting acupuncture, the control group 1 was treated with Dong’s unique extra-ordinary points acupuncture therapy, and the control group

基金项目：重庆市卫健委医学科科研项目（2022WSJK125）、重庆市中医院第三批师带徒项目

¹ 重庆市中医院，重庆 400021

2 was treated with acupuncture based on syndrome differentiation and treatment. Complete the tinnitus evaluation questionnaire (TEQ) evaluation before treatment and 1 week and 2 weeks after treatment. Complete the tinnitus handicap inventory (THI) and Traditional Chinese Medicine Syndrome Score evaluation before and 2 weeks after treatment, and calculate the clinical efficacy of three groups of chronic tinnitus (spleen kidney deficiency syndrome) patients after 2 weeks of treatment. **Results** After one week and two weeks of treatment, the therapeutic effects of tinnitus were compared among the three groups using TEQ scores. The comparison between the experimental group, control group 1, and control group 2, $P < 0.05$, showed statistically significant differences. The comparison between control group 1 and control group 2, $P > 0.05$, showed no statistically significant difference. Based on the comparison of the total effective rates of the three groups, it can be seen that after one week and two weeks of treatment, the effect of the pulse cutting acupuncture group was better than that of the Dong's unique extra-ordinary points acupuncture therapy group and the syndrome differentiation acupuncture group. The scores of the three groups of tinnitus handicap inventory (THI) decreased compared to before treatment, $P < 0.05$. Compared with control group 1 and control group 2, $P < 0.05$, the difference was statistically significant. Compared with control group 1 and control group 2, $P > 0.05$, the difference was not statistically significant. The comparison of the integral scores of the main traditional Chinese medicine symptoms of spleen and kidney deficiency before treatment among the three groups ($P > 0.05$) showed no statistically significant difference. Compared with the same group before treatment, all groups had $P < 0.05$; After 2 weeks of treatment, the experimental group was compared with control group 1 and control group 2, and $P < 0.05$. The efficacy of the pulse cutting acupuncture group was better than that of the Dong Qi acupoint group and the syndrome differentiation acupuncture group in terms of traditional Chinese medicine syndrome score. **Conclusion** Pulse cutting acupuncture has a certain therapeutic effect on chronic tinnitus of spleen kidney deficiency type, but the effective rate is not high. However, it can provide a new approach for complex and difficult to treat chronic tinnitus, and has certain promotion significance.

[Key words] pulse cutting acupuncture ; Dong's unique extra-ordinary points acupuncture therapy; Chronic tinnitus; Spleen and kidney deficiency syndrome

耳鸣是指在没有外源性的声电刺激的情况下,患者主观感受到在耳内或者颅内有声响的一种感觉。近年来,随着生活节奏的加快、工作压力增大等社会性因素,导致耳鸣的发病率逐年增高,特别在体质偏弱的人群(如脾肾不足、气虚、阳虚)中表现更为明显,有研究显示^[1]耳鸣的患病率为11.9%~30.3%其中大约1%~5%的患者患有严重或灾难性的耳鸣,这极大地降低了耳鸣患者的生活质量,出现焦虑抑郁、失眠、注意力不集中、甚至自杀,耳鸣对患者危害性很大,其已经成为临床上迫切解决的难题。耳鸣在急性期尚且能够按照突发性耳聋治疗方案治疗^[2],但是针对慢性耳鸣,没有明确及系统的治疗方案^[3-4],仍以改善循环、营养神

经、认知行为疗法等对症治疗,但疗效欠佳。脾肾不足主要表现为乏力、神倦、纳差、腹泻、腰酸疼痛、性欲减退等亚健康症状,脾肾不足导致先后天之精气不能荣养耳窍,导致耳鸣不适,同时脾肾不足人群多为气虚、阳虚体质,此类人群易于发生焦虑、抑郁等心理健康问题,造成心理、生理上的双重困扰,严重影响生活质量。

切脉针灸是一种切脉与针灸相结合的治疗方法,通过辨别人迎、寸口、冲阳、太溪及人体各条经脉大小、盛衰、滑涩,指导针灸临床的一种方法。苟春雁主任医师在长期治疗耳鸣的临床实践中,针对脾肾两虚型耳鸣,以切脉针灸的“金补银泻”手段,从整体观出发,通过发挥机体的自身调节能力

以化解虚实之邪，以调节气血不和的状态，既治疗耳鸣，也能达到补脾益肾的功效。笔者师从苟春雁主任，对于耳鸣的认识与苟春雁主任一脉相承。现将切脉针灸治疗脾肾两虚慢性耳鸣结果报道如下：

1 资料与方法

1.1 诊断标准 西医参照参照 2014 年由美国耳鼻咽喉头颈外科学会《耳鸣临床应用指南》中的定义进行界定：原发性耳鸣是指伴或不伴感音神经性聋的特发性耳鸣^[4] 中医诊断标准参照新世纪（第二版）全国高等中医药院校规划教材《中医耳鼻咽喉科学》中耳鸣的辨证标准制定^[5] 具体如下：脾肾两虚证：耳鸣绵绵，或如蝉鸣，夜间益甚，甚者虚烦失眠，遇劳或房事后加重，兼见神疲乏力，纳差便溏，食欲不振，脘腹胀满，大便溏薄，腰膝酸软，夜尿频多等，舌淡胖，边见齿痕，脉沉细或弱。

1.2 纳入标准 ①符合中西医诊断标准，年龄 18~65 岁之间。②以耳鸣为主证。③根据病史、局部检查、纯音测听和声导抗等检查排除继发性耳鸣后确诊为特发性耳鸣。④持续耳鸣，病程在 12 个月以上，并自愿接受治疗者。⑤签署书面知情同意书。

1.3 排除标准 ①孕妇、哺乳期妇女。②年龄小于 18 岁或者大于 65 岁可能会影响调查质量的患者。③严重的肝肾疾病、血液系统疾病、自身免疫病、慢性严重感染及其它可能影响正确评估疗效的患者。④耳鸣主观调查表信息填写存在自相矛盾的耳鸣患者，或者经过分析调查表信息明显不真实的耳鸣患者。⑤血管搏动性耳鸣。⑥幻听。⑦不具备以上中医辨证标准中的典型证候，或者证型兼杂主证不突出的耳鸣患者。

1.4 一般资料

收集整理和分析自 2022 年 1 月~2022 年 12 月于重庆市中医院收治的资料完整的 90 例“慢性耳鸣（脾肾两虚证）”患者。按中央随机分配成三组，脱落 7 例，共纳入 83 例进行统计。按中央随机分配成三组，脱落 7 例，共纳入 83 例进行统计。试验组（切脉针灸治疗组）26 人，男 12 例，女 14 例；年龄 21~60(42.7±9.7) 岁，对照组 1（董氏奇穴治疗组）

28 人，男 13 例，女 15 例；年龄 26~57(39.2±10.4) 岁，对照组 2（辨证论治针灸治疗组）29 人，男 13 例，女 16 例；年龄 25~58(44.8±8.2) 岁，3 组患者一般资料比较差异均无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审核通过 (2022-ky-78)。

2 治疗方案

2.1 针刺方案

切脉针灸方案：切脉针灸主穴选择：（金针）百会、四神聪、耳门、听会、太渊、内关、足三里、腹四针（中脘、天枢、气海、关元）、阴陵泉三针（阴陵泉、阴陵泉下 1.5 寸、阴陵泉下 0.5 寸贴胫骨边）、补肾四针（三阴交、复溜、太溪、照海）、失眠七针（安眠穴、手神门、耳神门、三阴交、照海、申脉），（银针）翳风、丰隆、上巨虚；每 15 分钟切脉一次，以根据情况行补泻手法；

董氏奇穴针灸方案：双侧驷马（上、中、下）、肾关、腕顺、下三皇、通肾、通背、通胃操作方法：操作：泻驷马补肾关、下三皇、通肾、通背、通胃；

辨证论治施针方案：太溪、肾俞、听宫、翳风、气海、足三里操作方法：补法为主；

以上三法，留针 30min，每 5 天一次，休息 2 天，共计 10 次；

2.2 治疗方法

试验组：接受切脉针灸治疗；对照组 1：接受董氏奇穴针灸治疗；对照组 2：接受辨证论治针灸治疗；

2.3 疗效评定标准

在治疗前、治疗后 1 周、2 周分别完成耳鸣耳鸣评价量表（TEQ）评估，治疗前及治疗后 2 周完成耳鸣残疾评估量表（THI）、中医症候积分评估。耳鸣有效性评估依据刘蓬教授^[6]提出的根据各项指标的总评分将耳鸣的严重程度由轻到重分为 I~V 级，根据以上耳鸣严重程度分级，治疗前后评定疗效：痊愈：耳鸣消失。有效：评分下降 ≥ 2 分。无效：评分下降 < 2 分；中医症候积分根据《中药新药临床研究指导原则》制定症状程度分级标准，分为重度、中度、轻度，分别以 6 分、4 分、2 分计算。

2.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 处理数据, 计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 经正态性检验和方差齐性检验, 多组间比较采用单因素方差分析, 计数资料组间比较采用 χ^2 检验, 进一步两两比较采用 Bonferroni 法。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 三组耳鸣疗效的比较

3.1.1 三组治疗 1 周后耳鸣疗效的比较

由表 1 可见, 经秩和检验分析耳鸣评价量表得分, ★试验组与对照组 1 比较 P 为 $0.036 < 0.05$, ※试验组与对照组 2 比较 P 为 $0.018 < 0.05$, 以上两者差异有统计学意义。▲对照组 1 与对照组 2 比较 P 为 $0.183 > 0.05$ 差异无统计学意义。结合三组总有效率对比可知, 经治疗 1 周后切脉针灸组疗效优于董氏奇穴组及辨证施针刺组。

表 1 三组治疗 1 周后耳鸣疗效的比较

组别	例数	痊愈	有效	无效	有效率	Z	P
试验组	26	0	11	15	42.31	-2.162	*0.036
对照组 1	28	0	8	20	28.57	-1.280	▲0.183
对照组 2	29	0	7	22	24.13	-3.529	**0.018

3.2 三组治疗 2 周后耳鸣疗效的比较

由表 2 可见, 经秩和检验分析, ★试验组与对照组 1 比较 P 为 $0.019 < 0.05$, ※试验组与对照组 2 比较 P 为 $0.025 < 0.05$, 以上两者差异有统计学意义。▲对照组 1 与对照组 2 比较 P 为 $0.174 > 0.05$ 差异无统计学意义。结合三组总有效率对比可知, 经治疗 2 周后切脉针灸组疗效优于董氏奇穴组及辨证施针刺组。

刺组。

表 2 三组治疗 2 周后耳鸣疗效的比较

组别	例数	痊愈	有效	无效	有效率	Z	P
试验组	26	0	12	14	46.15	-2.291	*0.019
对照组 1	28	0	11	17	39.29	-1.710	▲0.174
对照组 2	29	0	9	20	31.03	-3.462	**0.025

3.3 三组治疗 2 周后耳鸣残疾评估量表 (THI) 的比较

由表 3 可见, 经秩和检验分析, ★试验组与对照组 1 比较 P 为 $0.01 < 0.05$, ※试验组与对照组 2 比较 P 为 $0.023 < 0.05$, 以上两者差异有统计学意义。▲对照组 1 与对照组 2 比较 P 为 $0.081 > 0.05$ 差异无统计学意义。结合三组 THI 得分对比可知, 经治疗 2 周后切脉针灸组疗效优于董氏奇穴组及辨证施针刺组。

表 3 三组治疗 2 周后耳鸣残疾评估量表 (THI) 的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
试验组	26	38.62 ± 6.85	22.19 ± 5.70	2.215	* < 0.01
对照组 1	28	37.23 ± 5.32	27.56 ± 6.61	3.629	▲ < 0.081
对照组 2	29	39.41 ± 4.83	26.34 ± 6.31	5.817	** < 0.023

3.4 中医症候积分比较

由表 4 可见, 三组治疗前脾肾两虚主要中医症候积分评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 各组与同组治疗前比较, ★ $P < 0.05$; 试验组与对照组 1 治疗后比较, ▲ $P < 0.05$; 试验组与对照组 2 治疗后比较, ※ $P < 0.05$; 三组各项评分均低于治疗前, 且试验组低于对照组 1、对照组 2, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 4 两组治疗前后中医症候积分的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	腰膝酸软		倦怠乏力		便秘	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	26	5.03 ± 0.98	3.17 ± 1.34 *▲*	4.25 ± 1.28	2.21 ± 0.94 *▲*	2.60 ± 1.50	1.32 ± 0.81 *▲*
对照组 1	28	5.21 ± 0.64	3.69 ± 1.02 *	4.17 ± 1.42	2.63 ± 0.88 *	3.16 ± 1.09	1.89 ± 1.31 *
对照组 2	29	4.97 ± 1.21	3.53 ± 0.80 *	4.56 ± 0.80	2.90 ± 1.17 *	2.79 ± 0.89	1.12 ± 0.76 *
F 值		0.634	12.375	0.952	9.389	0.097	7.128
P 值		0.527	0.003	0.379	< 0.001	0.442	< 0.001

4 讨论

苟春雁主任中医师曾提出，耳鸣是一种症状，其根本原因在于机体的阴阳属性不平衡所致，耳鸣的发生发展，既涉及到耳局部脉络瘀滞、清窍失养，如：风邪闭窍、痰浊上蒙、气郁闭窍、瘀阻清窍，又涉及到全身辨证论治后归结于五脏六腑失调的根本原因，如肝胆火旺、中气下陷、营血不足、肾虚精脱等，所以，要治疗耳鸣，需要恢复机体的阴阳平衡功能。切脉针灸^[7-8]就恰好是一种切脉与针灸相结合的治疗方式，通过辨别人迎、寸口、冲阳、太溪及人体各条经脉大小、盛衰、滑涩，指导针灸临床的一种方法。大、数、滑、实、紧等实脉用银针泻之，小、迟、涩、虚、软等虚脉用金针补之，通过“金补银泻”^[9]手段，通过增强机体免疫能力，促进机体自我修复，以调节气血达到平衡。正如切脉针灸发明者俞云教授所言，切脉针灸是“建立在脉象及经络理论基础之上，并以阴阳、五行为中心的中医理论为指导，以经络穴位为诊治对象，以脉象变化为主要得气的表现，以症状改善或病情痊愈作为疗效评价指标，是一种切脉与针灸相结合的临床诊疗方法”^[7]，而我们中医最终目标，也是使人体阴阳达到自身的动态平衡。

《灵枢·九针十二原》云：“凡用针者，必先诊脉，视气之剧易，乃可以治也”^[10]，耳鸣属脾肾两虚者，清阳不升，故以百会、四神聪提升阳气，醒脑开窍，调人迎之虚；局部耳门、听会疏通经络以调节气血，太渊、内关以补寸口之气虚；足三里、腹四针补冲阳之虚，足三里为补脾胃之要穴，中脘为胃之募穴，天枢为大肠募穴，关元为小肠募穴，与气海为补益元气要穴，腹四穴合用调节胃肠气机。阴陵泉三针由阴陵泉、阴陵泉下 1.5 寸、阴陵泉下 0.5 寸贴胫骨边，临床验证对补益太溪脉有较强作用，局部三针同刺加强疗效；补肾四针，三阴交为足三阴经交点，复溜为肾经金穴（暗合金水相生），太溪为肾经原穴，照海为肾经穴位、八脉交会穴之一通阴跷脉，合用补益肾之阴阳；失眠七针可平衡阴阳、重镇安神。翳风疏通气血，以泻为主，故以银针，脾肾不足，气不运水，有形无形之水易于形

成痰湿，蒙蔽清窍，故行丰隆、上巨虚之穴以散邪。

本次研究根据苟春雁主任的指导，对照组选择了两种具有代表性的针刺方案，一组为董氏奇穴针灸，该法是台湾董景昌先生家传针法^[11-12]。按照全息理论将人体划分为多个部分，穴位的分布、排列、行针的手法与传统针法有明显不同，广泛用于各种疑难杂病，以异于正统，取穴少、疗效奇为特点，自成学派，对照组取穴在《董氏奇穴治疗析要》推荐治疗耳鸣穴位基础上加了下三皇、通肾、通背、通胃等相关补脾肾穴位。耳鸣作为耳鼻喉三大疑难杂症之一，使用董氏奇穴针灸治疗作为对照组有重要意义。另一组对照组为传统的辨证论治施针，取穴方案为局部取穴与辨证取穴相结合，方案选自《针灸学》教科书，也即是目前常用的方案。切脉针灸的对照组，一为董氏奇穴针灸，属于奇，一为辨证施针方法，属于正，切脉针灸既有辨证施针的理念，也有董氏奇穴中异于传统的思想，故选择此二组作为对照组，具有较大的临床意义。

本研究结果显示，切脉针灸治疗慢性耳鸣脾肾不足证，疗效要优于董氏奇穴针刺及传统辨证施针，但有效率也不是很高，董氏奇穴及传统辨证施针有一定疗效，但疗效更低。三种针刺方式，均是根据耳鸣脾肾两虚辨证，结合针灸学派自身辨证施针的方案，为何切脉针灸组要优于其他两组，考虑其中有以下原因：一、经气在脉络中运行是一个动态的过程，必须通过仔细诊察三部九候不同部位不同时间脉象的大小变化，实者以银针泻之，虚者以金针补之，切脉针灸强调的是针随脉化，正如《灵枢·九针十二原》曰：“凡将用针，必先诊脉，视气之剧易，乃可以治也”。针灸临证中必须先诊脉，通过诊脉察知经络脏腑虚实，从而指导针灸治疗，“选穴施针是以脉定”，克服了针刺的盲目性。董氏奇穴及传统辨证论治大多是在针灸前完成辨证施针，而切脉针灸针刺期间有一个随气血动态变化的针刺调整，当脉息已达到或接近正常的时，则达到治疗的最佳效果^[13]。二、切脉针灸对于针刺得气的判断能力更强。针灸是通过调气来治疗疾病的，要调气首先要得气，针下则气动，脉能察气，气动脉象必然

发生相应的变化。《灵枢·九针十二原》曰：“气至而有效”。只有通过切脉，才能察觉到针刺时实证用了泻法，脉象是否转向虚软，虚证用了补法，脉象是否转向坚实。如果脉象没有变化，通过切脉可知针刺没有得气，可通过调整让针刺重新达到得气，这样才能保证疗效。明显董氏奇穴及传统辨证施针没有通过脉诊得针刺前后脉象的变化，不能判断针灸是否“得气”，而后根据脉象变化做出适当的补泻调整来提高针灸临床疗效。综上所述，切脉针灸治疗脾肾两虚型慢性耳鸣有一定疗效，可以为复杂的、难治的慢性耳鸣提供一个新的思路，具有一定的推广意义。

参考文献

- [1] McCormack A, Edmondson-Jones M Somerset S, et al. A systematic review of the reporting of tinnitus prevalence and severity [J]. *Hear Res*, 2016, 337: 70-79.
- [2] 王洪田, 李明, 刘蓬, 等. 耳鸣的诊断和治疗指南(建议案)[J]. *中华耳科学杂志*, 2009, 7(03): 185.
- [3] 卢兢哲, 钟萍, 郑芸. 欧洲多学科耳鸣指南: 诊断、评估和治疗 [J]. *听力学及言语疾病杂志*, 2020, 28(1): 110-114.
- [4] 贺璐, 王国鹏, 彭哲, 等. 耳鸣临床应用指南. *听力学及言语疾病杂志*, 2015, 23(2): 116-139.
- [5] 熊大经, 刘蓬. *中医耳鼻咽喉科学*. 北京: 中国中医药出版社, 2012, 88-93.
- [6] 耳鸣程度分级与疗效评定标准的探讨 [J]. *中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志*, 2004, 12(4): 181-183.
- [7] 俞云. *切脉针灸: 黄帝内经针法* [M]. 北京: 人民卫生出版社 2013.
- [8] 俞云. *切脉针灸治癌* [M]. 合肥: 安徽科学技术出版社 1994.
- [9] 熊倩, 周丽雅. 切脉针灸理论及临床运用 [J]. *长春中医药大学学报*, 2018, 34(3): 483-485.
- [10] 佚名. *灵枢经* [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [11] 陈显翔. 从董氏奇穴特点论与传统经穴异同的文献研究 [D]. 南京; 南京中医药大学.
- [12] 邱雅昌. 论“董氏奇穴”的特点和理论基础 [J]. *北京中医药大学学报*, 1999, 22(6): 76-77.
- [13] 彭桂原, 俞云, 杨黎, 等. 切脉针灸改善晚期鼻咽癌患者化疗期间生存质量的观察 [J]. *广东药学院学报*, 2016, 32(4): 522-525, 536.

新冠病毒 -19 大流行期间 优化耳鼻喉科临床工作效率的研究

原著: Amarbir S. Gill, Kerry Kelly, Gretchen Oakley 等 翻译: 郭宏¹

在 2019 年冠状病毒疾病 (COVID-19) 大流行期间, 由于担心新型严重急性呼吸道综合征冠状病毒 -2 (SARS-CoV-2) 通过空气传播, 气溶胶的产生和空气交换引起了全球医学界的极大关注^[1]。许多耳鼻喉科诊室已经采用了高效微粒空气 (HEPA) 过滤器以提高诊室内的空气过滤^[2]。然而, 既往在门诊诊室中常规使用 HEPA 过滤器的信息非常有限, 而且缺乏关于如何计算 ACH 的实用信息^[1, 3, 4]。本研究的目的是探讨耳鼻喉科门诊诊室空气净化系统中的气流量对房间周转率的影响, 并进一步评估 HEPA 过滤器对耳鼻喉科诊室工作效率的影响。

1 材料和方法

本研究被医学专业机构审查委员会 (IRB) 确定为豁免, 因为它符合非常情况下人体研究的定义 (IRB#00138135)。检测美国犹他大学盐湖城分校耳鼻喉—头颈外科一个具有正向气流和标准化尺寸的门诊诊室空气通风系统中的气流量 (共 1049 平方英尺) 和温度 (70.5°F)。采用阿尔诺流罩 (明尼苏达州肖尔维尤 TSI 公司生产) 用于测量洁净空气输送率 (CADR)。洁净空气输送率 (CADR) 以立方英尺 / 分钟 (ft³/minute[cfm]) 为单位。CADR 是在基线和使用风扇过滤装置 (FFU) HEPA 过滤器 (CleanRoomsInternational, MI) 的低端和高端设置下分别测定的^[5]。这种 HEPA 过滤器拥有最低效率报告值 (MERV) 为 17, 可以去除 >99.97% 的气溶胶, 最小尺寸为 0.3 微米^[6]。基准测量是在美国采暖、制冷和空调工程师协会 (ASHRAE) 的纤维过滤器辅

助的情况下进行的^[6]。其 MERV 值为 14, 可以去除小至 0.5 微米的气溶胶, 效率为 95%^[7]。使用已知的房间容积, 然后用 CADR 来计算达到 6 次换气所需的 ACM、ACH 和房间周转时间 (表 1)。可以在基线时检查的病人数量 [在基线状态下 (无 HEPA 过滤器) 以及在低和高 HEPA 设置下诊室的病人数量] 是根据 15 分钟的复诊病人 (RPV) 和 30 分钟的新就诊病人 (NPV) 作为观察对象。根据该项工作的目的, 房间周转时间被定义为在一个诊室中实现 6 次换气所需的时间 (以分钟为单位)。因此, 房间周转倒计时在病人就诊开始后开始计算, 而不是在就诊结束后才开始。

表 1 ACH、ACM 和房间周转时间的示例计算

过滤器状态	CADR / 限定容积	ACM		房间周转率 (6 次空气换气次数 / ACM) (分钟)	每个 RPV 的总时间 (分钟)	每小时总净现值 NPV ^a (分钟)
		CADR / 限定容积	ACH			
无高效过滤器	50 立方英尺	0.05	29	120	120	120
赫帕低	225 立方英尺	0.22	129	27	27	30
赫帕高	500 立方英尺	0.48	28.6	12.5	15	30

注: 房间条件: 房间容积 = 1049 英尺³; 房间温度 = 70.5°F。a 每个 NPV 和 RPV 的总估计时间是基于房间的周转率, 正如本文方法一节所定义的那样, 从门诊就诊开始就开始倒计时, 而不是在门诊结束后开始倒计时。ACH = 每小时换气次数; ACM = 每分钟换气次数; CADR = 洁净空气输送率; cfm = 每分钟立方英尺; HEPA = 高效微粒空气过滤器; NPV = 新病人就诊; RPV = 复诊病就诊

1 天津中医药大学第四附属医院, 天津 310451

表 2 过滤器状态和房间周转率对门诊病人数量的影响——基于 1 个房间的预测

过滤器状态	半日门诊 ((240 分钟))		1 天门诊 (480 分钟)		6 个月的诊室工作量 (基于每周 3 个诊室日; 共 34560 分钟)		诊室使用率 (病人/小时) ^a	
	复诊	初诊	复诊	初诊	复诊	初诊	复诊	初诊
	(240/ 总时间每 RPV) ^b	(240/ 总时间每净现值) ^c	(480/ 总时间每以下)	(240/ 总时间每净现值) ^c	(34,560/ 总时间每 RPV)	(34,560/ 总时间每净现值)		
无高效过滤器	2	2	4	4	288	288	0.5	0.5
赫帕低	8.9	8	17.8	16	1280	1152	2.2	2
赫帕高	16	8	32	16	2304	1152	4	2

注: a 房间使用率基于 1 天诊室的使用时间计算(480 分钟)。b 复诊基于 15 分钟的就诊。c 初诊基于 30 分钟的就诊。HEPA= 高效微粒空气过滤器; NPV= 新病人就诊; RPV= 复诊病人

2 结果

2.1 关于 CADR, ACH 和 ACM

CADR 是在基线时计算的, HEPA 过滤器在低等级设置和在高等级设置下, 分别产生 50、225、和 500cfm (表 1)。实测的 CADR 用于确定以下在这些相同的设置下的 ACH 和 ACM 值(高等级设置): 分别为 2.9、12.9 和 28.6ACH, 以及低等级设置下分别为 0.05、0.22 和 0.48ACM (表 1)。这 3 个场景下实现 6 次换气所需的房间周转时间分别为 120、27 和 12.5 分钟(表格 1)。

2.2 HEPA 过滤对诊室工作效率的影响

基于 15 分钟的 RPV 和 30 分钟的 NPV, 在 3 种过滤方案中分别确定了以下每小时可能的诊所就诊次数: 0.5、2.2、4 和 0.5、2、2 (表 2)。这意味着在 1 天内, RPV 的房间利用率有如下可能的使用增加: 340% (HEPA 低与无 HEPA), 700% (HEPA 高与无 HEPA) 和 82% (HEPA 中与 HEPA 低)。相应地, 它导致以下 NPV 百分比的房间利用率增加: 150%、300% 和 50%。

3 讨论

门诊耳鼻喉科诊室在 COVID-19 的背景下, 为了达到疾病预防控制中心 (CDC) 推荐的 6ACH 空气污染物清除效果, 必须增加通风换气时间。一些大学附属医院的标准化诊室已经开始采用 HEPA 过滤器, 以减少诊室周转时间。然而, HEPA 过滤对门诊空气分配系统、房间周转时间和诊室工作效率的影响尚不清楚。为此, 我们模拟了门诊诊室空气过滤的状况, 探讨了在标准化房间条件下的空气如何正向流动, 并证明了在使用 FFU 的情况下, 可以

显著减少房间的周转时间。这反过来又使耳鼻喉科门诊诊室的临床工作效率提高了 700%/ 每小时 (取决于访问类型和 HEPA 设置)。

在医院决策层努力维持新冠病毒时代之前的临床量而一筹莫展, 在 COVID-19 大流行期间, 我们的研究结果可用于告知全世界耳鼻喉科学界关于改善这一被动局面的优化策略。此外, 将 HEPA 过滤器纳入常规门诊临床护理, 使 COVID-19 传播的风险大大降低, 理论上降低到了最大限度, 可能是另一种提高耳鼻喉科门诊诊疗安全性的风险管控策略。

这项研究的局限性包括实施数学模型而不是采用实时评估来确定气流对房间周转时间的影响和对诊所工作效率的影响。诊所的工作效率是基于 RPVs 需要 15 分钟, NPVs 需要 30 分钟, 而这两项指标并没有反映出所有复诊和初诊病人的实际就诊时间。诊所的工作效率是基于整合所有复诊或初诊病人的整个工作日的工作量, 然而, 在实践中, 每个门诊日都是由复诊和初诊病人组成的复合体, 难以截然划分。数学模型研究表明, 在耳鼻喉科门诊空气流通系统中补充 HEPA 过滤器可以显著提高临床科室在 COVID-19 时代的工作效率。

参考文献

[1] Kohanski MA, Lo LJ, Waring MS. Review of indoor aerosol generation, transport, and control in the context of COVID-19. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2020; 10:1173 -1179.

(下转第 28 页)

针刺蝶腭神经节治疗茎突综合征 1 例

翟玉燕¹ 王嘉玺¹

【摘要】 茎突综合征又称 Eagle 综合征，是由于茎突与邻近的肌肉、血管、神经、黏膜相贴近，转动头颈或做吞咽、发音动作时刺激邻近血管神经产生咽痛、反射性耳痛、头颈部痛、体位性眩晕和涎液增多等一系列症状。现代医学治疗以手术为主，保守治疗方法有限。本文通过医案 1 例介绍针刺蝶腭神经节治疗茎突综合征的经验，为安全、便捷、快速、有效缓解茎突综合征患者疼痛提供思路和经验。

【关键词】 茎突综合征；蝶腭神经节；保守治疗

1 临床资料

患者女，70 岁，因左侧咽部发作性疼痛 8 月余于 2022 年 02 月 16 日就诊北京同仁堂中医医院耳鼻喉科（以下简称我科）。患者 2021 年 5 月 7 日行心脏支架术，术后见突发左侧咽部剧痛伴左耳放射性疼痛，影响吞咽及说话，持续约 1-2 分钟。6 月 1 日因疼痛剧烈于医院就诊，经血常规、纤维电子喉镜及胃食管反流试验检查后结果无明显异常，诊断为神经性疼痛，建议转至神经内科门诊，嘱患者口服布洛芬，疼痛逐渐缓解，9 月 7 日因咽痛复发再次于医院就诊，CT 检查结果显示：右侧茎突 31.8mm，左侧茎突 35.9mm，诊断为茎突过长综合征。2022 年 2 月 16 日，患者突发左侧头颈部痛，放射至左侧耳部、颞颌关节处，说话、咀嚼、吞咽以及打哈欠时疼痛加重，无咽部异物感，无咳嗽、无体位性眩晕，无涎液增多。左侧下颌下区触诊有触痛，经口咽触诊，左侧扁桃体窝区后可触及硬质突起伴疼痛加重。既往无扁桃体切除或头部和颈部创伤的病史。



2 诊疗经过

取穴：蝶腭神经节。针刺方法：患者坐位，医生站立于患者侧后方，常规 75% 酒精消毒双手，以拇指自瞳孔直下颧弓下缘向后按寻弓形切迹，弓下约 1 ~ 2mm 左右露出的缝隙即是进针点。确定位置后以 75% 酒精对进针点周围皮肤消毒，使用 0.35 × 55mm 的特制针灸针自进针点缓缓进针，患者主诉出现局部酸胀后疾速出针，出针后嘱患者自行以棉签按压进针位置 2 分钟。本治疗需连续性，建议患者一周 2 次，一次针刺一侧面颊，10 次为一疗程。施针一次后患者即觉咽部疼痛感减轻，此后每周施针 2 次，共计施针 7 次。患者疼痛感完全消失，随访 1 月，无复发。

3 讨论

茎突综合征病因复杂，包括茎突长度或角度异常、分节、弯曲，周围组织骨化、吞咽等动作产生的机械拉力、手术或创伤诱发以及慢性炎症、退行性病变等^[2-7]。统计发现仅有 4% 的茎突过长患者会出现临床症状^[8]，由此推论茎突结构异常并非是引起临床表现的唯一主导因素。综合该患者的情况，笔者认为除患者本身存在解剖结构异常外，咽喉部慢性炎症也是重要原因，其机制可能是：1、巨噬细胞、中性粒细胞等分泌的 TGF-β 等细胞因子可诱导成纤维细胞增生，促进成纤维细胞表型发生改变，提高组织重塑基因的表达水平，促进胶原生成、胞外基质的沉积的同时下调 FGF-10、中期因子、多

1 北京中医药东方医院耳鼻喉科，北京 100078

效生长因子等内皮生长因子的水平,抑制细胞增殖修复,导致局部纤维化,贴近茎突^[9];2、炎症长期刺激使粘膜充血,小血管扩张,粘膜下层结缔组织增生,粘液腺肿大,加重茎突对周围压迫^[10];3、巨噬细胞和炎症因子聚集促进间充质干细胞向成骨细胞分化,导致茎突舌骨韧带等处出现异位骨化,加重解剖结构异常^[11-12]。

茎突综合征类似中医“喉痹”范畴。《素问》总结喉痹之病机为“一阴一阳结”,《灵枢》载“受谷者浊,受气者清”。咽纳食水谷为六腑之通衢,喉交换外界清气为五脏之总门,咽喉是阴阳升降之通道。当阴阳失和,气机升降失司,气血津液搏结于咽喉部,引起喉痹^[13-15]。

三叉神经中的上颌支在翼腭窝上部聚合形成结节状膨大的蝶腭神经节,其中包含交感根、副交感根与感觉根^[16]。针刺蝶腭神经节缓解本病临床表现的原因可能是:1、调整神经兴奋性,抑制腺体分泌,减轻水肿,缓解压迫^[17-18];2、改变血管活性肠多肽(VIP)阳性纤维,辅酶 II 硫辛酰胺脱氢酶和 NO 合成酶等扩血管物质浓度,增加组织灌注,改善微循环,防止浆液纤维蛋白渗出引起局部粘连、纤维化^[19-20];3、下调促炎症神经肽和促炎症因子,降低炎症因子水平^[21];4、广泛分布在蝶腭神经节中的脑啡肽,可能参与头面部内脏运动调节,释放内源性阿片样物质,阻滞痛觉传导^[22-24];5、蝶腭神经节进针部位接近足阳明胃经之下关穴,足阳明胃经其支者,下人迎,循喉咙,入缺盆。所谓经脉所寻,主治所及,通过针刺蝶腭神经节调整交感与副交感神经功能的平衡来畅通气血,平衡阴阳,在理论上具有一致性^[25]。

茎突综合症在咽喉部疾病中发病率低,疼痛症状明显,需与舌咽神经痛、三叉神经痛、咽异物感等疾病进行鉴别^[26]。对于此类疾病,要在鉴别诊断的基础上,拓展临床思维,寻求新的治疗方法。希望通过对该病例的介绍,为保守治疗茎突综合征提供新的思路和方向。

参考文献

- [1] 李进让,陈曦,孙建军.茎突综合征[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2005(07):465-466.
- [2] 陈启才,李克军.茎突综合征的诊断及治疗[J].山东医药,2008,48(33):100-101.
- [3] 陈怀宏,程勇,刘雄,等.茎突三维 CT 重建对茎突综合征患者手术的指导作用[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,28(21):1688-1690.
- [4] 谭旭民,杨桦,孙清荣.茎突综合征患者茎突韧带钙化的 X 线摄片研究[J].重庆医学,2008(20):2276-2279+2256.
- [5] 汪焱开.中西医结合治疗茎突综合征的临床观察[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2014,22(02):138-139.
- [6] 陈伟良,王建广,李劲松,等.茎突综合征和翼钩综合征手术疗效与病理学观察[J].口腔颌面外科杂志,2002(04):349-350.
- [7] Priya Jeyaraj. Histopathological Analysis of Elongated Styloid Processes: A New Light on Etiopathogenesis of Eagle's Syndrome[J]. Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery, 2021, : 1-11.
- [8] 李进让,陈曦,孙建军.茎突综合征[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2005(07):465-466.
- [9] Jonathan L. McQualter et al. TGF- β signaling in stromal cells acts upstream of FGF-10 to regulate epithelial stem cell growth in the adult lung[J]. Stem Cell Research, 2013, 11(3) : 1222-1233.
- [10] 彭顺林,钟渠,熊大经,等.慢性咽炎动物模型病理形态学观察[J].成都中医药大学学报,2001(02):22-23.
- [11] Mario Tirone et al. Severe Heterotopic Ossification in the Skeletal Muscle and Endothelial Cells Recruitment to Chondrogenesis Are Enhanced by Monocyte/Macrophage Depletion[J]. Frontiers in Immunology, 2019, 10 : 1640.
- [12] 曹国瑞,裴福兴.创伤性异位骨化的研究进

展 [J]. 中国修复重建外科杂志, 2022,36(03):386-394.

[13] 罗芳. “一阴一阳结, 谓之喉痹” 之探讨 [J]. 四川中医, 2011,29(11):46-47.

[14] 薛晓明, 荆旭峰. 慢性咽炎的临床诊治浅析 [J]. 中医临床研究, 2021,13(21):74-76.

[15] 郑丽容, 陈宇. 升清降浊法治疗慢性咽喉炎的理论探讨 [J]. 光明中医, 2022,37(03):395-397.

[16] 程鹏, 张继玉, 王弟红, 等. 针刺蝶腭神经节结合穴位注射治疗周围性面瘫后遗症的临床研究 [J]. 检验医学与临床, 2021,18(24):3554-3556.

[17] 张鹏, 商晓娟, 谭翊, 等. 针刺蝶腭神经节对 222 例变应性鼻炎患者症状改善的临床观察 [J]. 北京中医药大学学报, 2021,44(06):569-576.

[18] 钟琼, 郭有, 陈新荣, 等. CT 引导下蝶腭神经节阻滞治疗慢性鼻炎的临床应用 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2015,21(08):620-622.

[19] 姚蓉, 倪家骧. 难治性蝶腭神经痛诊断与治疗研究进展 [J]. 疑难病杂志, 2004(05):309-311.

[20] 张广建, 李仁淑, 金文哲, 等. 蝶腭神经节连续射频治疗慢性偏头痛疗效的临床研究 [J]. 中国疼

痛医学杂志, 2016,22(02):144-147.

[21] 王奎吉, 陈陆泉, 王阳, 等. 针刺蝶腭神经节对正常人鼻腔神经功能的影响 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2016,23(08):483-486. DOI:10.16066/j.1672-7002.2016.08.011.

[22] 王国建, 王喜臣, 胡英华. 针刺蝶腭神经节治疗慢性紧张性头痛的临床观察 [J]. 河北中医, 2020,42(01):111-114.

[23] 姚蓉, 倪家骧. 难治性蝶腭神经痛诊断与治疗研究进展 [J]. 疑难病杂志, 2004(05):309-311.

[24] 和岚, 刘天琪, 李晨. 针刺神经节、神经孔治疗原发性三叉神经痛的临床研究 [J]. 中华中医药杂志, 2013,28(11):3449-3451.

[25] 李新吾, 司银楚. 蝶腭神经节针刺技术的研发与临床应用 [J]. 中华中医药杂志, 2018,33(12):5680-5682.

[26] 彭俊红, 袁德华, 王仁法. MSCT VR 与 MIP 诊断成人茎突综合征的临床价值 [J]. 放射学实践, 2008(01):23-25.

鼻咽癌放疗后常见不良反应的中医治疗

叶美婷¹ 刘元献¹ 付文洋¹ 曹志¹

【摘要】 鼻咽癌是我国最常见肿瘤之一，由于鼻咽癌细胞对放射线敏感，放疗是其首选治疗。但放疗后易出现不良反应，少部分患者出现无法耐受。中医药可有效治疗鼻咽癌放疗后不良反应，提高免疫力，改善生活质量。本文主要目的是结合业内著名的鼻咽癌治疗专家的思路，寻求降低放疗后的不良反应的中医治疗方法。

【关键词】 鼻咽癌放疗后；不良反应；中医治疗

Traditional chinese medicine treatment of side effect after radiotherapy in nasopharyngeal carcinoma

YE Meiting, LIU Yuanxian, FU Wenyang, CAO Zhi

(ENT department, Traditional Chinese Medicinal hospital of Shenzhen, Guangdong, 518000, China)

【Abstract】 Nasopharyngeal Carcinoma(NPC) is the one of the most common tumors in China. The cells of NPC are sensitive to radioactive ray which becomes a preferred treatment. However, there are side effects after radiotherapy in NPC and some patients cannot tolerate. Traditional Chinese Medicine(TCM) can cure the side effects as well as enhance immunity to improve life quality effectively. This passage focuses on combining the thoughts of experts in treating NPC and seek TCM treatment of side effects after radiotherapy in NPC.

【Key words】 after radiotherapy in Nasopharyngeal Carcinoma; side effects; Traditional Chinese Medicine Treatment

鼻咽癌属于中医“真头痛”、“上石疽”、“失荣”、“控脑砂”等范畴。鼻咽癌多属本虚标实之证，本虚以气虚、阴虚为主，标实以痰浊、毒热、瘀血为患。放疗后常出现头痛头晕、全身乏力、恶心呕吐、鼻窦炎、鼻出血、分泌性中耳炎、口腔溃疡、颈部活动受限等不适。在放疗后的早期仍以实证突出为主，常见证型有肝肺蕴热，痰浊结聚，气血凝滞；放疗后期常见虚证为主，有脾胃虚弱，气阴两虚，肝肾亏虚等证型。以下介绍各著名医家对不同中医辨证

分型的治疗方法。

1 中医药辨证施治

1.1 肝肺蕴热

常见于在鼻咽癌放疗后早期，正气未见大伤之时。病因为肺气不宣，上焦热盛，肝郁气逆化火，肺、肝的毒热炼液为痰，痰火上犯，进而气、血、痰、毒互结，阻络而成肿瘤。肝火上犯，可见头痛头晕、恶心呕吐；肝火内炽，则见尿黄便结，夜寐梦多，口干舌燥；肺经郁热或兼肝火犯肺，可见鼻

1 广州中医药大学深圳市中医院耳鼻喉科，广东 深圳 518000

涕浓稠，甚则有涕中带血，微咳痰黄。舌质红，舌苔薄黄，脉弦数，应属肝肺蕴热，应当疏肝清肺，泻热解毒。周小军教授认为可予银翘散合黄连解毒汤加减^[1]。以银翘散宣散上焦之肺热，以黄连解毒汤清三焦之热毒。临证可酌加白花蛇舌草、半枝莲等目前研究有抗癌作用的中药^{[2][3]}。王德鉴、田道法教授认为，此为“染毒”之症，若只见肝热火毒症状明显，证见有菜花状溃烂，颈部恶核，鼻涕带血，污秽腥臭，头痛，心烦失眠，口干口苦，便结尿黄，临证可用柴胡清肝汤，酌加大黄以泻热结而通便^{[4][5]}。潘敏求教授亦有认为肺热症状明显而不见肝热之症者，可予苍耳子散，宣散肺窍，疏风清热。若见有热迫血行，出血量不多，仅见黑便，可在基本方基础上加白及、地榆炭、乌贼骨、仙鹤草；出血量大可直接吞服生大黄粉、三七粉、云南白药粉、白及粉等^{[6][7]}；周维顺教授认为在此证型的药物加减上，可加用宣肺清热、消肿散结药，如瓜蒌 30g，射干 10g，白芷 10g，炒黄芩 12g，半枝莲 30g，白花蛇舌草 30g，浙贝母 10g 等^[8]。王士贞教授擅长应用岭南中草药治疗鼻咽癌，认为山海螺功效不仅败毒抗癌、消肿排脓，还可补气养血。主要用于鼻咽癌毒盛并体虚者，适用范围广，故较多选用。石上柏性凉，味甘、微苦、涩，功效可清热解毒，祛风除湿，抗癌，止血，亦为王教授治疗此病热象显著的经验用药^{[9][10]}。

1.2 痰浊结聚

《外科正宗》谓此病常因“郁火所凝，隧痰失道，停结而成”。脾为生痰之源，痰湿困脾，脾气不运，则不欲饮食，痰浊阻道，清气不升，蒙蔽上窍则见头昏头重，运化无力则气血生化不足，加之痰浊阻迫，肢体失荣，则见肢体乏力，胸闷体倦，上泛清水。痰浊内阻，内郁气血，结于颈项，则见颈部淋巴结肿大，亦蓄积成有形癌块及瘀滞。舌质偏胖，舌苔腻，脉滑，符合痰湿结聚的辨证，王德鉴教授在多年的诊治经验中认为，颈淋巴结肿大难消者加生牡蛎、夏枯草、海藻、昆布等软坚散结药，若见痰热者，考虑其痰热壅塞，阻滞气血，可酌加蜈蚣、水蛭、三棱、莪术、浙贝母等，活血逐瘀，

破痰散结，效果更佳^[4]。周小军教授与王教授的思路基本相同，认为治法当以化痰散结，解毒消肿为主，主方予清气化痰丸。若有脾虚可加茯苓，用量至 20g；若见郁痰化热者，可酌加壁虎（炙黄）300g，蜈蚣 30g，水蛭 150g，蟾酥 3g，人参 100g。各药研粉拌匀，一日服 3 次，每次 5g，配合服用^{[11][12]}。此外，周维顺教授认为，在驱邪基础上还应该顾护脾胃，加健脾燥湿、化痰软坚药，半夏 10g，苍术 10g，杏仁 10g，胆南星 9g，猪苓 15g，茯苓 15g^[8]。王士贞教授在临床治疗中常用猫爪草。此药性味甘、辛，微温，归肝、肺经，功可化痰散结，解毒消肿。原用于瘰疬痰核，疔疮等，王教授认为，猫爪草化痰散结解毒，可治疗鼻咽癌之颈淋巴结转移者^[9]。

1.3 气血凝滞

《外科大成》谓“石疽”成因乃“由沉寒客于经络，气血凝滞而成”。肝郁气滞，血行受阻，气血凝滞，积聚成块，顽痰瘤成。瘀血内阻，则可见头痛如刺，夜间明显，肝郁气滞，则见脘闷不舒，易有食饱暖气，大便不调。肝开窍于目，目失肝之濡养，则视物模糊或复视。《素问·至真要大论》曰：诸风掉眩，皆属于肝。肝气不舒，内风则生，临床上多见的面神经、视神经等受损，有面麻、舌歪、复视，亦为内风煽动，气血凝滞，阻滞经络之表现，考虑为放射性脑病、颅底骨侵犯或颅神经受损者，常属此证型，临床常用血府逐瘀汤治疗^[13]。舌质暗红、青紫或见瘀斑瘀点，治当行气活血，软坚散结，王德鉴教授认为可予丹栀逍遥散。面麻、舌歪、复视严重，则加蜈蚣 5 条、僵蚕 6g、钩藤 15g，重用通络祛风之药，可见显效^[12]。周维顺教授认为，气郁型加清肝泻火、消肿散结药，野菊花、蛇莓 30g，青皮、陈皮、炙乳香、没药、制香附各 10g，延胡索 15g，颅神经受侵为主的类型当加熄风通络药，钩藤 30g，全蝎 3g，鸡血藤 30g，丝瓜络 10g^[8]。王士贞教授认为此型属于“放射性脑病”，其病因病机是气血亏虚，脉络痹阻不通，脑失所养，当以活血

化痰、补气益血、滋肾养髓、通窍醒脑。方用活血健脑方，药物包括桃仁、红花各 10g，黄芪、女贞子、熟地黄各 15g，白附子、石菖蒲各 12g，首乌、猫爪草各 30g。若有复视、舌肌萎缩或面瘫者，选加白屈菜 15g，蜈蚣 4 条，壁虎、全蝎各 10g；四肢不利者，选加鸡血藤 30g、威灵仙 15g^[9]。

1.4 脾胃虚弱

放化疗中后期，患者常出现精神萎靡，头晕乏力，倦怠少言，口鼻干燥，消瘦，脘腹胀闷，纳呆，食少无味，舌淡胖或淡暗，脉细或弱或滑。证属脾胃虚弱，治当健脾和胃，补气养营，各家认为可予六君子汤加减以运脾胃之气。王德鉴教授认为，可用陈夏六君子汤。腹胀闷甚可加藿香，布渣叶，食少者加神曲、麦芽、鸡内金、山楂，呕逆者可加竹茹、生姜汁等，口干少津者加知母、太子参等滋阴生津，头晕倦怠者酌加山药、五味子、桑葚、黄芪、鸡血藤，以补气养营^{[4][15]}。王士贞教授秉承其思想，喜用香砂六君子汤加减，同时认为脾胃气虚则血无以化生，津血同源源于水谷精微，伴有气血虚弱者可用健脾养心之法，酌用归脾汤、十全大补汤等加减^[11]。周维顺及潘敏求教授的经验中发现，病程长、慢性失血患者常见气血亏虚之象，治宜扶正为主，不宜攻伐，应温补气血、健脾和胃，给予归脾汤加减^{[6][8]}。周小军教授认为患癌后脏腑日衰，失却荣养，但癌毒内存，应将调理脾胃及补虚解毒结合，酌加白花蛇舌草、石上柏、半枝莲、生南星等抗癌解毒之品^[12]。

1.5 气阴两虚

放化疗后，由于放疗耗伤阴津，内不能滋润脏腑，外不能濡润孔窍肌肤，而见口干咽燥、舌上无津、唇焦喜饮、皮肤粗糙、间有涕血，头昏目眩，耳鸣，气短乏力，胃纳欠佳，恶心呕吐^[16]。舌无苔或舌苔开裂或有裂纹，脉细或细数，证属气阴两虚，临床上各家都认为鼻咽癌放疗后患者以此型居多。钱伯文、余桂清、沈炎南等著名医家都有治疗此病的经验方，经临床验证有效，大都以益气养阴为主，兼清热解暑、软坚散结，养血通络等功效^[12]。王德鉴教授主张养阴清热、生津润燥，方用增液汤，选加天花粉、石斛、沙参、知母、芦根、玉竹、葛根、

乌梅、梨皮干等生津润燥之品，白术、茯苓健脾益气，若兼纳差、恶心呕吐选加竹茹、法半夏、陈皮、生姜，若疲倦乏力、头晕心悸，选加何首乌、枸杞子^[4]。王士贞教授认为若偏重肺气阴虚者，证见口鼻干燥，干咳少痰，或痰粘难咯，则用养阴清肺汤加减，脾胃气阴虚者，干呕，或呃逆、恶心烦热，方用沙参麦冬汤或麦门冬汤加减^{[11][17]}。周小军教授认为，可结合生脉散与四君子汤加减，若见回吸性鼻涕中带血者加仙鹤草、旱莲草、侧柏叶，咳嗽无痰者加北沙参 30g、百合 20g，川贝母 10g(另研末，冲服)、桔梗，倦怠无力或白细胞减少至 $3 \times 10^9/L$ 以下者加何首乌、黄精各 20g，补骨脂 15g，鸡血藤、黄芪(或党参)^[12]。潘敏求教授认为，若气阴虚兼有内热者，可酌加加牡丹皮、地骨皮、麦冬、鳖甲^[6]。

1.6 肝肾亏虚

疾病后期常累及肝肾，临床上放疗后期常见肝肾亏虚的类型，以阴虚为主证，兼有头晕目眩，耳聩耳鸣，腰膝酸软，潮热盗汗，心烦失眠，四肢厥冷，手足麻痹等累及肝肾的表现。肾虚不能生髓，髓海不充，脑失所养，清窍受蒙而为病甚则出现放射性脑病。林丽珠教授的抗癌经验时提及，到中晚期都可引起直接蔓延、淋巴管转移、血液转移至肝、肺、骨、肾、脑等器官，治法当以补益肝肾，兼滋阴降火^[18]。王德鉴教授认为，在补养气血的基础上选加何首乌、熟地黄、黄精、桑葚、枸杞、阿胶等滋肝肾阴效果更佳^[4]。王士贞教授认为放射性脑病不仅与气血凝结有关，更与肾相关。肾主骨，精主髓，脑为髓之海，治疗放射性脑病不仅要补气活血通窍，也当滋肾宜髓，她的活血健脑方中，熟地黄补气血，滋肾水，益真阴；女贞子、何首乌补养肝肾，益精血；益智仁补脾肾，益精健脑^[11]。周小军教授认为此型以肝肾阴虚为主，以滋水清肝饮加女贞子，山茱萸，枸杞子^[12]。

2 治疗

鼻咽癌放疗后常见的不良反应除了全身性的头晕乏力、纳差食少等症状外，还有局部的放射性鼻窦炎、鼻出血、分泌性中耳炎、口腔溃疡、颈部

活动受限表现^{[19][20]}。除了用中药内服调理机体的同时,针灸也是不可或缺、见效显著的治疗手段^[21]。江西中医学院的谢强教授介绍了转移兴奋灶针灸法为主治疗鼻咽癌放疗后口咽黏膜放射性损伤的疗效,研究结果显示,针灸结合内服中药比单纯内服中药疗效明显要优,可见针灸的全身取穴可以调理经络,局部取穴能改善局部血液循环,缓解症状。以下主要介绍改善鼻咽癌放疗后全身辨证的基础上,局部症状的主要选穴^[22]。

2.1 针刺治疗

2.1.1 鼻咽癌致头痛,可用取穴:头维、太阳、下关、四白、合谷、颊车、列缺等穴为主穴,选风池、迎香、太冲、阳陵泉等穴为配穴。鼻咽癌放疗后恶心呕吐取双侧足三里、内关补平泻。放疗期间出现血白细胞减少,可选大椎、命门、足三里、三阴交、太溪等补益正气,治当补法^[23]。

2.1.2 鼻咽癌后常出现鼻塞、流浊涕、鼻涕倒流等鼻窦炎的症,针刺疗法主穴:迎香、攒竹、上星、禾髎、印堂、阳白等;配穴:合谷、列缺、足三里、三阴交等,手法以捻转补法为主^[22]。

2.1.3 鼻咽癌放疗后常见鼻出血的并发症,辨证肺经蕴热者,取少商、迎香、尺泽、合谷、天府等穴;肝火上逆者,取巨髎、太冲、风池、阳陵泉、阴郄等穴;肝肾阴虚者,取太溪、太冲三阴交、素髎、通天等穴;脾胃虚弱、脾不统血者,取脾俞、肺俞、足三里、迎香等穴。实证用泻法,并可点刺少冲、少泽、少商等穴出血;虚证用补法,或平补平泻法^[24]。

2.1.4 若有耳胀耳闭的并发症出现,常用局部取穴与远端取穴相结合的方法。耳周取听宫、听会、耳门、翳风;远端可取合谷、内关。用泻法,留针 10 分钟,每日 1 次。耳闭而脾虚表现明显者,加灸足三里脾俞、伏兔等穴,肾虚加刺三阴交、关元、肾俞,用补法或加灸^{[25][26]}。

2.1.5 若有颈面部肌肉僵硬,选颊车、听宫、上关,夹脊穴、外关;口咽黏膜放射性损伤取穴:咽安、廉泉、合谷、足三里、三阴交、然谷、太溪、大钟。放射性脑病取穴:翳风、听宫,巨髎、四白、

合谷^[27]。

2.2 艾灸

鼻咽癌的艾灸疗法一般与针刺疗法结合运用,本疗法对中医辨证为虚寒性疾病者疗效确切,如鼻咽癌疼痛者,可取三间、合谷、头临为主穴,根据神经走行路径酌情选择配穴,选用温灸器灸半小时左右,一般结合针刺;放化疗期间呕吐者,可用隔姜灸,取中脘、关元、天枢穴,以艾条隔姜灸至局部发热且能忍受为度,每次 20 分钟,每日 1 次或 2 次,或取神阙、内关和足三里,艾条悬灸;放化疗期间血白细胞减少者,可于腹部隔蒜灸,每次半小时;张口困难者亦可用灸疗,取下关、颊车、听宫、上关等穴,可用隔姜灸,效果更好,但要避免面部皮肤烫伤^{[28][29]}。

2.3 耳针

鼻咽癌致头痛可取穴:枕、额、皮质下、神门。鼻咽癌致鼻塞不通,流浊涕、色黄腥秽,可选耳穴中的内鼻、肾上腺、额、肺等穴。放疗致恶心呕吐,可取穴:口、胃、食管、神门、交感、内分泌。鼻咽癌致耳鸣、耳胀、耳闷、耳聋,取穴:神门、肺、肝、肾、肾上腺、内分泌。放疗致张口困难,取穴:耳尖、神门、皮质下^[30]。

3 讨论与总结

放疗是利用放射线如放射性同位素产生各类 X 射线消灭肿瘤细胞,患者常有口鼻粘膜干燥、分泌物减少、皮肤破溃等共性表现,故常常被认为是同一证型。但“辨证论治”是中医的基本原则,每个人的先天体质不同,鼻咽癌放疗后的不良反应和辨证分型均有不同。本文通过详阅名家之经验,将鼻咽癌放疗后的证型分为肝肺蕴热、痰浊结聚、气血凝结、脾胃虚弱、气阴两虚、肝肾亏虚六种证型,总结提炼众医家的治疗经验以供参阅。四诊合参,辨证施治,配合针刺、艾灸、耳针等治疗,对鼻咽癌放疗后饱受不良反应的患者大有裨益。

随着人们的健康防治意识提高及检测技术的日益成熟,鼻咽癌的早期发现率已大幅提高^[31]。这对提高鼻咽癌患者治愈率和生存率有极大的帮助,但这也代表了鼻咽癌放疗后的患者数量大幅增加,

有放疗后不良反应的人群越来越多。现代医学的应用能非常高效地剿灭癌细胞，但是战胜癌症之后，提高生活质量也是一个巨大的难题。中医药作为中华传统的瑰宝，在众多著名中医摸索治疗中，对鼻咽癌放疗后的不良反应都展现了良好的治疗效果，故集众名家治疗鼻咽癌放疗后不良反应的用药、治疗经验，以飨同道。

参考文献

[1] 周小军, 蓝倩. 鼻咽癌主诉发病的运气特征[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(08): 4587-4590.

[2] 邹攀, 刘洁, 许红森, 等. 基于网络药理学探讨黄连和黄芪治疗鼻咽癌的作用机制[J]. 中国新药与临床杂志, 2021, 40(04): 276-281.

[3] 何立丽, 顾恪波, 陈兰羽, 等. 孙桂芝辨治鼻咽癌经验琐谈[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(02): 884-887.

[4] 刘森平. 王德鉴教授治疗鼻咽癌放疗化疗后经验介绍[J]. 新中医, 2002(02): 10-11.

[5] 余文雅, 田道法, 王贤文. 田道法教授基于“气虚染毒”学说治疗鼻咽癌临证经验总结[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2023, 31(01): 69-74.

[6] 迟芳兵, 潘敏求, 潘博, 等. 潘敏求治疗鼻咽癌放疗后放射性口腔黏膜炎经验[J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(04): 36-37.

[7] 柳淑洪, 彭军, 唐立滨, 等. 八珍汤合五味消毒饮加减对气阴两虚型局部晚期鼻咽癌同期放化疗患者疗效及生存质量的影响[J]. 中国临床医生杂志, 2024, 52(01): 115-118.

[8] 胡元, 李云芳, 徐亚萍. 周维顺治疗鼻咽癌经验简介[J]. 山西中医, 2011, 27(04): 9-10.

[9] 张蓓, 黄圆圆. 中医治疗鼻咽癌临证经验及研究进展[J]. 中医肿瘤学杂志, 2019, 1(02): 54-58.

[10] 黄萍, 李黎, 徐莹. 敛疮解毒方中药含漱护理改善鼻咽癌放疗患者口腔干燥症的效果研究[J]. 护理与康复, 2023, 22(05): 13-17.

[11] 周小军. 王士贞教授治疗鼻咽癌经验[J]. 新中医, 2013, 45(02): 184-186.

[12] 贺国庆. 一种鼻咽癌的中医治疗新方法[P].

山东: CN106902240A, 2017-06-30.

[13] 赵悦欣, 鹿红, 刘婕, 等. 血府逐瘀汤防治鼻咽癌患者急性放射性口腔黏膜炎的临床疗效观察[J]. 中医药信息, 2023, 40(02): 70-74.

[14] 周彤, 姚子昂, 胡帅航, 等. 基于中医传承辅助平台探讨侯炜教授中医维持治疗鼻咽癌的用药规律[J]. 中医药导报, 2021, 27(06): 137-141.

[15] 周铁成. 桑葚羹防治放射性口腔干燥的临床研究[J]. 中药药理与临床, 2021, 37(05): 181-185.

[16] 朱潇雨, 王晞星. 中医药治疗鼻咽癌放疗后口干症证治分析[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(06): 2512-2514.

[17] 迟宇昊, 李暘, 申远. 麦冬化学成分及药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报, 2021, 38(02): 189-192.

[18] 李菁, 张弛, 鲁可, 等. 林丽珠中医维持治疗鼻咽癌用药规律的数据挖掘分析[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(07): 1084-1090.

[19] 谢民强. 鼻咽癌治疗研究进展[J]. 中国耳鼻喉颅底外科杂志, 2023, 29(06): 1-10.

[20] 汪德辉, 王中亮. 鼻咽癌放疗后并发症研究进展[J]. 中国医学文摘(耳鼻喉科学), 2024, 39(01): 180-184.

[21] 李天健, 张蓉, 周振峰等. 优质护理对鼻咽癌放疗后患者的影响[J]. 光明中医, 2024, 39(04): 804-807.

[22] 谢强, 杨淑荣, 陈丹, 等. 转移兴奋灶针灸法为主治疗鼻咽癌放疗后口咽黏膜放射性损伤的临床观察[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2010, 18(01): 34-36.

[23] 高娟, 王传英, 洪鹰, 等. 鼻咽癌患者营养现状及干预策略研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(01): 310-314.

[24] 邓琤琤. 盱江名医谢强教授治疗鼻咽病方药法辨析[C]// 中华中医药学会, 世界中医药学会联合会. 中华中医药学会耳鼻喉科分会第二十五次学术年会暨世界中联耳鼻喉口腔科专业委员会第十一次学术年会论文集. 江西中医药大学附属医院, 2019: 1.

[25] 秦静, 刘蓓. 特定穴针灸干预对中耳炎听力障碍患者的预后影响 [J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(07): 1476-1479.

[26] 宋红梅, 黄觉之, 邓婧, 等. 新九针疗法治疗分泌性中耳炎案 [J]. 中国针灸, 2023, 43(10): 1217-1218.

[27] 陈毅, 杨海芳. 针灸治疗鼻咽癌放疗后吞咽障碍临证思路与方法 [J]. 中国民间疗法, 2021, 29(12): 7-9.

[28] 吴莉, 刘琤琤. 多种中医传统灸法联合护理干预减轻鼻咽癌放疗所致恶心呕吐的疗效观察 [J]. 中医药导报, 2019, 25(05): 113-115.

[29] 韩金玉. 艾灸神阙穴联合耳穴压豆对鼻咽癌化疗患者毒副反应及生存质量的影响 [J]. 中国医学文摘 (耳鼻咽喉科学), 2023, 38(01): 131-133+139.

[30] 李曼, 李卫阳, 朱丽婵, 等. 穴位埋针联合头颈功能锻炼对鼻咽癌患者口干及生活质量的影响 [J]. 浙江中医杂志, 2023, 58(09): 675-676.

[31] 江旭, 夏巍, 李学华, 等. 广西五地区 25 万自然人群 EB 病毒 VCA-IgA 联合 EBNA1-IgA 鼻咽癌筛查结果分析 [J]. 中华肿瘤防治杂志, 2021, 28(02): 100-105.

(上接第 19 页)

[2] Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID), Division of Healthcare Quality Promotion (DHQP). Appendix B. Air. Guidelines for Environmental Infection Control in Health Care Facilities. Atlanta, GA: CDC; 2003. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html>. Accessed December 29, 2020.

[3] Zhao B, An N, Chen C. Using an air purifier as a supplementary protective measure in dental clinics during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. Infect Control Hosp Epidemiol. 2020;1-2. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.292>. Accessed December 29, 2020.

[4] Shaughnessy RJ, Sextro RG. What is an effective portable air cleaning device? A review. J Occup Environ Hyg. 2006;3:169-181, quiz D145.

[5] Pacific Gas and Electric Company (PG&E). Application note: Using an Alnor EBT721 balometer for air flow measurements. <https://www.pge.com/includes/docs/pdfs/about/edusafety/training/pec/toolbox/tll/appnotes/ALNOR%20EBT721.pdf>. Accessed December 29, 2020.

[6] American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE). Filtration/Disinfection. Peachtree Corners, GA: ASHRAE; 2020. <https://www.ashrae.org/technical-resources/filtration-disinfection>. Accessed December 29, 2020.

[7] U.S. Environmental Protection Agency (EPA). Indoor air quality (IAQ): What is a HEPA filter?. Washington, DC: EPA; 2019. <https://www.epa.gov/indoor-air-quality-iaq/what-hepa-filter-1>. Accessed December 29, 2020.

烙法治疗口咽部乳头状瘤 23 例疗效观察

姜锐¹ 邓可斌¹ 李辉¹

【摘要】 目的 观察烙法治疗口咽部乳头状瘤的疗效。方法 选取我院 2019 年 1 月~2021 年 3 月我科门诊就诊的口咽部带蒂乳头状瘤患者共 23 例,局麻下进行烙法治疗,均一次性治愈,总有效率 100%。全部病例随访 1 年,均无复发。结论 烙法具有治疗费用低,创伤小,出血少、操作简单、术后反应轻、愈合快、安全有效、复发少等优点,经过临床观察实践证明,此治疗方法行之有效,值得推广。

【关键词】 口咽部乳头状瘤,烙法治疗,疗效观察

[Abstract] Objective To observe the efficacy of oropharyngeal papilloma branding treatment. **Methods** A total of 23 cases of patients with oropharyngeal papillomas treated in our outpatient clinic from January 2019 to March 2021 were selected, and after local anesthesia treatment, they were all cured at one time, with a total effective rate of 100%. All cases were followed up for 1 year, and no recurrence was seen. **Conclusion** The branding method has the advantages of low treatment cost, small trauma, less bleeding, simple operation, light postoperative response, fast healing, safe and effective, and less recurrence, etc. After clinical observation and practice, this treatment method is effective and worth promoting.

[Key words] oropharyngeal papilloma, branding treatment, efficacy observation.

口咽部乳头状瘤是耳鼻咽喉科比较常见的良性肿瘤之一。多发生于悬雍垂底部、软腭、腭舌弓、腭咽弓及扁桃体表面^[1]。乳头状瘤外观呈乳头样,色苍白或淡红,带蒂或基底宽广。瘤体较小时患者一般无明显自觉症状,瘤体增大后,可出现咽部异物感。临床多主张将其手术切除。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院 2019 年 1 月~2021 年 3 月我科门诊就诊的口咽部带蒂乳头状瘤患者共 23 例,扁桃体乳头状瘤除外。其中男性 13 例,女性 10 例,年龄 16~63 岁不等,病程数月至数年不等。其中 19 例患者于检查咽部其他疾病或自己无意中照镜发现咽部有新生物而来医院就诊,4 例患者自觉咽部异物感而来院就诊。其中 9 例发生于腭垂(悬雍垂)底部,6 例发生于软腭,4 例发生于腭舌弓,2 例发生于腭咽弓,2 例为多发性生长。瘤体形如桑葚,色

白或淡红色,瘤体直径均不超过 1.0cm。患者均无手术禁忌证及无合并其他严重疾病者(如心脏病、糖尿病、血液疾病等)。

1.2 治疗方法

所有患者均取坐位,以 1%利多卡因注射液局部浸润麻醉口咽部黏膜,待麻醉充分后,术者左手用 Allis 钳夹持乳头状瘤体部,右手将直径 2mm 小号烙铁头加热至发红,蘸麻油后边缘紧贴肿物根部进行烧烙,听到“啞啞”声音后立即移开退出,然后再次加热,反复重复进行,直至肿物脱落,然后再对基底部进行凝固、止血治疗,以防其复发。摘除后的肿瘤组织送病理检查。

1.3 术后观察及处理

患者术后 3-5 日左右白膜开始脱落,术后 1 周左右白膜基本消失,手术部位基本恢复正常形态。术后 3 天、1 周、2 周、1 个月、6 个月、1 年各复诊 1 次,未见复发。

1 湖北中医药大学附属医院,湖北 武汉 430061

2 结果

全部病例均顺利完成烙法治疗, 23 例患者经烙法治疗均一次性治愈, 总有效率 100%。术后病理检查均证实为乳头状瘤。无术后出血、感染及瘢痕形成等副反应的发生。

3 讨论

3.1 口咽乳头状瘤的病因

口咽部乳头状瘤是耳鼻咽喉科比较常见的良性肿瘤之一。乳头状瘤为良性上皮组织肿瘤, 发源于覆盖上皮, 向表面呈外生性生长, 形成许多手指样或乳头状突起, 呈菜花状或绒毛状外观, 由于肿瘤常呈乳头状, 故称乳头状瘤。有蒂与正常组织相连。其组织学分类大多为鳞状上皮乳头状瘤。其确切病因尚不清楚, 曹前等研究表明口咽部乳头状瘤的发生发展与人乳头状瘤病毒 (humanpapillomavirusHPV) 16 感染有密切相关。人乳头状瘤病毒与人类许多疾病有关, 其致病过程涉及病毒基因组的整合、病毒基因的激活及其细胞信号转导的改变, 最终导致宿主细胞的异常增殖, 甚至恶变^[2]。所以一旦确诊, 应尽早治疗, 多主张手术彻底切除, 以防其复发。

3.2 烧烙过程中应注意的问题

①施烙前选择适当的烙铁, 在酒精灯上加热, 将烙铁烧至通红, 立即蘸上麻油, 不延迟地送进口腔到咽部, 对准乳头状瘤根部进行灼烙。注意烙铁在酒精灯上烧红的温度为 500-600℃, 烙铁蘸芝麻油温度迅速下降至 120-150℃, 若时间延迟, 温度骤降, 起不到烧烙作用^[3]。当听到烙铁烙着的“嗞啦”声音后立即退出, 不宜停留, 用同样操作方法再烙。②在施烙时让病人发“啊”音, 能使软腭抬高, 咽腔扩大, 即能看清手术部位, 便于施烙, 又能避免误烙他处。③若在灼烙过程中出现创面少许渗血, 再次灼烙渗血创面即可达到止血作用。④烧烙治疗的范围不可过深过广, 以防止局部水肿明显, 引起术后疼痛较重, 影响进食^[4]。⑤注意烙铁进出口腔时, 必须在压舌板上进出, 以免烫伤口唇、口角, 烙铁进入口腔前应轻触一下压舌板, 黏去多

余的热油, 以免滴入口腔内发生烫伤。

3.3 烧烙治疗咽部乳头状瘤的作用机制

烙治法是通过高温使局部病变组织出现瞬间高温凝固 (约 100℃)、组织变性、坏死、血管闭塞^[5], 反复对相同部位进行烧烙, 还可起到切割的作用, 在不出血的情况下, 从而达到治疗目的。

3.4 口咽部乳头状瘤的治疗方法选择

对于患口咽部乳头状瘤基底较宽者, 不适合此种方法, 一般需采用手术治疗, 如手术刀切或电刀、激光、等离子等切除, 根蒂位于扁桃体表面者, 往往需与扁桃体一并切除。既往口咽乳头状瘤亦多采用手术切除治疗。其特点创伤大, 易出血, 需住院手术, 费用较高, 术后恢复时间也较长。笔者通过临床观察, 大部分口咽部乳头状瘤以根蒂偏窄型患者居多, 所以绝大多数患者可以选用烙法治疗。

总之该法具有治疗费用低, 创伤小、出血少、操作简单、术后反应轻、愈合快、安全有效、复发少等优点, 经过临床观察实践证实, 此治疗方法行之有效, 值得推广。

参考文献

- [1] 黄选兆, 汪吉宝, 孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 348.
- [2] 曹前, 骆文龙. 咽喉乳头状瘤中 HPV16 及 C-erbB2 基因的表达. 重庆医学, 2006, 35 (8): 703 - 704.
- [3] 冷辉, 孙海波, 马仲平, 等. 中医烙法治疗慢性扁桃体炎作用机理研究 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2008, 16: 224-225.
- [4] 张勉, 陈潇, 陈隆晖. 中医烙法在治疗咽部疾病的应用 [J]. 辽宁中医, 2011, 38 (6): 1153-1154.
- [5] 钱金英. 口咽部乳头状瘤微波凝固治疗 30 例疗效观察 [J]. 哈尔滨医科大学学报, 2012, 46 (4): 398-40

突发性聋伴眩晕的临床特征观察

王贤文¹ 余文雅¹

【摘要】 目的 探讨突发性聋伴眩晕与突发性聋不伴眩晕的临床疗效差异。方法 选取 2020 年 1 月至 2022 年 6 月湖南中医药大学第一附属医院收治的 200 例突发性聋患者, 根据是否伴有眩晕症状分为突聋伴眩晕组(81 例)与突聋不伴眩晕组(119 例)。其中, 突聋伴眩晕组中进一步将其分为突聋伴 BPPV 组(45 例)和突聋伴眩晕(非 BPPV)组(36 例)两组。通过入院后完善听力相关检查, 根据不同的类型采取对症治疗, 记录不同分组的听力恢复程度。结果 突聋伴 BPPV 组与突聋伴非 BPPV 组比较, 两组听力有效改善率无统计学意义($P>0.05$); 突聋不伴眩晕组听力改善程度明显高于突聋伴眩晕组($P<0.05$)。结论 对于突聋伴眩晕者听力改善程度较低, 其中突聋 BPPV 或突聋伴非 BPPV 两组疗效基本一致, 单纯突聋患者听力改善程度较高, 提示眩晕是影响其预后的关键因素之一。

【关键词】 突发性聋; 良性阵发性位置性眩晕; 临床疗效分析

突发性聋是指 72 小时内突然发生的且原因不明的感音神经性听力损失, 至少在相邻的 2 个频率听力下降 $\geq 20\text{dB}$, 是耳鼻喉常见的疾病之一。突发性聋主要症状表现为突发的听力下降, 多以单侧常见, 可伴有耳鸣、耳胀闷感, 易可引发眩晕、听觉过敏或重听以及耳周感觉异常等。部分患者会出现精神心理症状, 如失眠、焦虑等, 严重者影响生活质量。突聋根据其听力损失的程度及频率主要分为低频下降型、高频下降型、平坦下降型以及全聋型。目前约 90% 的突发性聋患者病因尚不明确, 一般认为精神紧张、压力大、情绪波动、生活作息不规律、睡眠障碍等是突聋的主要诱因。目前公认的发病机制包括内耳血管痉挛、血管纹功能障碍、血管栓塞过血栓形成、膜迷路积水以及毛细胞损伤等。近年来, 我国突聋发病率有上升趋势, 但仍缺乏大样本多中心临床研究。突聋常伴随眩晕, 且常常是导致突聋预后不良的因素之一。本研究旨在比较突发性聋伴眩晕综合征与突聋不伴眩晕的临床疗效差异, 分析导致突聋预后不良的相关因素。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月至 2022 年 6 月湖南中医药大

学第一附属医院收治的 200 例突发性聋患者为研究对象, 其中突聋不伴眩晕组(119 例), 突聋伴眩晕组(81 例)。突聋不伴眩晕组中, 男 57 例, 女 62 例, 平均年龄(47.5 ± 10.75)岁。突聋伴眩晕组中, 男 36 例, 女 45 例, 平均年龄(45.5 ± 6.75)岁。其中, 根据眩晕的类型, 又将其分为突聋伴 BPPV 组(45 例)和突聋伴非 BPPV 组(36 例)两组。

突聋患者的诊断参照《突聋诊断与治疗指南(2015)》^[1]。突聋伴眩晕者均行纯音听阈、声导抗、眼震电图、前庭功能及 BPPV 诱发、颅脑 + 内听道 MRI 等检查。突聋伴 BPPV 组患者选取符合突聋诊断排除其他器质性疾病及遗传基因等因素, 并且 BPPV 诱发试验阳性者。突聋伴眩晕非 BPPV 组指患者符合突聋诊断并伴有耳源性眩晕排除 BPPV 诊断者。突聋伴眩晕组与突聋不伴眩晕组比较, 两组性别、年龄差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

治疗上西药参照 2015 突聋国家治疗指南进行用药, 主要以改善内耳循环、营养神经、前庭康复等对症支持治疗为主。对于静脉注射全身使用糖皮质激素效果不佳者则改用局部鼓室注药。伴 BPPV 者行复位治疗, 对于首次复位后眩晕再次复发者可

1 湖南中医药大学第一附属医院耳鼻喉科, 湖南 长沙 410021

酌情再行复位治疗。同时配合予以中医药治疗。根据患者舌脉象及相关临床症状进行辨证处方用药,同时予以耳穴压豆、针灸等中医特色治疗 2 周。入院后 1 周和 2 周对患者行纯音听阈检查。

1.3 疗效评估

突聋疗效评估标准分为四类。①痊愈:受损频率听力恢复至正常,或达健耳水平与此次患病前水平;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 15~30dB;④无效:受损频率听力平均提高不足 15dB。B 眩晕疗效评估标准分为 3 类。①治愈:眩晕消失;②改善:眩晕和(或)眼震减轻,但未消失;③无效:眩晕和(或)眼震未减轻,甚至加剧。

1.4 统计学方法

应用 SPSS25.0 统计学软件,正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两样本均数比较采用独立样本 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

突聋伴 BPPV 组经手法复位治疗 2 周后评估,治愈 29 例(64.44%),症状改善 14 例(31.11%),无效 2 例(4.44%);突聋非 BPPV 组经治疗 2 周后评估,治愈 22 例(61.11%),症状改善 11 例(30.56%),无效 3 例(8.33%);突聋不伴眩晕组治疗 2 周后评估,治愈 92 例(77.31%),症状改善 25 例(21%),无效 2 例(1.68%)。其中,在 45 例突聋伴 BPPV 组患者中,通过 Dix-Hallpike 试验及 Roll 试验,显示累及后半规管者 25 例,累及外半规管者 20 例,两者之间听力有效改善率比较差异无统计学意义($t=1.2, P > 0.05$)。36 例突聋伴非 BPPV 组患者中,通过前庭功能检查、冷热试验、视频眼震图检查,显示右侧前庭功能下降者 21 例,左侧下降者 15 例,两者之间听力有效改善率比较差异无统计学意义($t=0.56, P > 0.05$)。突聋伴 BPPV 组、突聋非 BPPV 组以及突聋不伴眩晕组听力曲线中均以全聋型比例最高;在分型的 4 种听力曲线中,突聋伴 BPPV 组与突聋非 BPPV 组比较,两组听力有效改善率无统计学意义($t=2.3, P > 0.05$)。突聋不伴眩晕组听力有效改善率明显高于突聋伴 BPPV 组及突聋非 BPPV 组

($t=50.2, P < 0.05$),其中突聋不伴眩晕组的全聋型患者治疗后听力有效改善率最高。

3 讨论

突聋是目前临床上较为常见的感音神经性听力下降,其中发病后 1 周内为治疗的黄金期,越早治疗疗效越佳。研究发现,有约 30%~40% 的突聋患者伴有眩晕。刘博等^[2]对突聋患者进行前瞻性、随机、单盲法临床多中心研究发现 28.91% 的患者伴有眩晕/头晕症状。陈志凌等^[3]发现突聋继发 BPPV 的发生率约为 17.4%。

在本研究突聋伴 BPPV 组的 45 例患者中以后半规管型 BPPV 居多,外半规管型 BPPV 次之。发病规律总体与原发性 BPPV 相似。曹海南等研究发现突聋伴 BPPV 患者经积极治疗后治愈率约为 65.62%,症状改善 18 例(28.12%),无效 4 例(6.25%),这与本研究基本相似,且在突聋伴眩晕的患者中,其听力预后明显差于突聋不伴眩晕者。侯佳宾等对 1659 例突聋患者进行回顾性分析发现,突聋伴 BPPV 的总有效率为 50%,痊愈率为 7.3%。而在突聋不伴 BPPV 的患者中其总有效率和痊愈率分别为 67.95%、28.9%^[4],这与本研究数据存在一定差距,可能与本研究样本量较小,缺乏大数据流行病学调查相关。谌国会等^[5]发现在全聋型突聋患者中,患者往往多伴有眩晕、耳鸣与耳胀闷感等症状,部分患者伴有慢性疾病,诱发因素以劳累多见。突聋伴眩晕患者常听力下降与眩晕同时出现,部分患者首先出现听力下降,随后出现眩晕症状。研究表明,听力损失和眩晕同时发生可能与微循环障碍有关,血管受损可能会影响整个迷路。听力损失和眩晕先后出现可能与病毒感染相关,病毒感染导致前庭系统和耳蜗系统受累的时间可能因病例而异^[6]。多数突聋患者经积极治疗后听力及眩晕程度可得到不同程度缓解,其中,以单纯低频下降型预后最佳,全聋型或伴有眩晕者预后不佳。

突发性聋中医属“暴聋”范畴,其病机多与“风、火、痰、瘀”密切相关。总体认为,突聋以“气滞血瘀”证型最为常见,治疗上多采取活血化瘀,行

(下转第 39 页)

通法在儿童鼾眠中的运用

姬毓娇¹ 李斐¹

【摘要】 通过分析通法内涵，以及儿童鼾眠发生的病因病机，总结临床上运用“通法”治疗儿童鼾眠的经验。笔者认为儿童鼾眠虽表现为上呼吸道症状，但中焦阻滞贯穿疾病始终，临床治疗以健脾、消食、通腑为原则，根据不同证型分别可用健脾化痰、消食导滞、通腑泄热等法常获良效。

【关键词】 通法；儿童鼾眠；通腑

Application of tongfa in children snoring syndrome

JI Yujiao, LI Fei

(Xian Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xian 710021, China)

【Abstract】 By analyzing the connotation of Tonghua and the etiology and pathogenesis of children snoring sleep, the clinical experience of treating children snoring sleep with Tonghua was summarized. The author believes that although children snore sleep shows the symptoms of upper respiratory tract, the middle jiao block goes through the disease all the time. Clinical treatment is based on the principles of strengthening spleen, eliminating food and promoting fu-organs. According to different syndromes, the methods of strengthening spleen and resolving phlegm, eliminating food and guiding stagnation, and promoting fu-organs and dissipating heat are often effective.

【Key words】 Tongfa children snore sleep purging fu-organs

1 通法浅析

1.1 通法渊源

“通法”思想在中医学的运用，通，即去除阻塞、通畅调达。通法最早由北宋徐之才提出，他认为：“药物有十种归类，即宣、通、补、泄、轻、重、涩、滑、燥、湿”，故宋之后药物有十种剂型。通法属通剂，是十剂之一，通可去滞^[1]。唐代大家孙思邈曾在《千金方》中提到：“欲疗诸病，当先以汤荡涤五藏六腑，开通诸脉，治道阴阳，破散邪气，润泽枯朽，悦人皮肤，益人气血^[2]”。宋元时期“攻下

派”代表张从正对汗、吐、下法的运用有独到的见解，他多将疾病产生归因于外界不同邪气的侵袭，认为：若先补人之正气，则“反助长邪气，而更损伤正气^[3]”。明清时期张介宾在《景岳全书·标本论》中提到：“诸病皆当治本，而惟中满和小大不利两证当治标耳。盖中满，则上焦不通；小大不利，则下焦不通，此不得不为治标，以开道路，而为升降之所由”，上、下焦不通，则气机升降失司。需要先以通法疏通道路，调畅气机，再予或益气、或温阳等方法治疗其本。标本皆治，方可起到极佳的

1 西安市中医医院耳鼻喉科，陕西 西安 710021

通信作者：李斐，女，副主任医师，研究方向：中医耳鼻喉咽喉疾病诊疗，Email:315909098@qq.com

效果^[4]。叶天士则在《临证指南医案》中曰：“夫痛则不通，通字须究气、血、阴、阳，便是看诊要旨矣”，他又强调：“气、血、虚、实之治，古人总以一‘通’字立法，已属尽善。此‘通’字，勿误为‘攻下通利’讲解，所谓通其气血则不痛是也”，叶氏提出：“通法”并非与“攻下通利”等同，提醒医者切忌对其片面理解^[5]。

1.2 通法内涵

临床中属于“不通”的病症很多，故通法有广义、狭义之分。广义通法包含通腑、散寒、理气、活血、解郁等，狭义通法则专指通腑、通里。中医“通法”始终贯穿人体与万物的生理病理以及治疗之中，如《灵枢·行针》^[6]中对阴阳的描述：“阴阳和调，而血气淖泽、滑利”，认为阴阳通调为安。人体气血、脏腑的正常功能以“通”为安，失“通”则病，如《灵枢·决气》^[6]所言：脏安定，血脉和利，精神乃居”。所以“通”是保持气、血、津液正常运行的基础。如程钟龄在《医学心悟》^[7]中曰：“论病之源，从内伤外感四字括之，论病之情，则以寒、热、虚、实、表、里、阴、阳八字统之，而治病之方，则又以汗、和、下、消、吐、清、温、补八法尽之^[8]”。品味前人之经验，自觉八法之中，无一不蕴含“通法”精髓，通法在“八法”之外，却贯穿八法运用之中。故通法是一种畅通气血，驱除病邪，恢复正气的治疗方法，凡诸不通之证皆可用之。

2 儿童鼾眠的临床症状及体征、病因病机

2.1 临床症状及体征

典型症状：如夜间打鼾、张口呼吸、睡眠中反复惊醒、耳闷胀感、听力下降。

体征：多为腺样体肥大或扁桃体肥大。

2.2 病因病机

儿童鼾眠与成人鼾证的病机大有不同。因儿童“五脏六腑，成而未全，全而未壮”，脏腑柔嫩，极易为外邪侵袭、内伤食滞所伤。故肺脾气虚为本，痰湿、食积为标。从气道结构上来讲，发生鼾眠，与鼻塞、鼻渊、鼻鼽、顽痰核、乳蛾的发生密不可分。《灵枢经脉第五十二·卫气》^[9]：“足阳明之本，在厉兑，标在人迎，颊挟顽痰也”《灵枢经脉第

十》^[9]：“肝足厥阴之脉...循喉咙之后，上入顽痰”。可知腺样体与足阳明胃、足厥阴肝有密切关系。顽痰、咽喉、喉关是呼吸气流出入的必经通道，亦为肺之门户，若该气道因上述疾病等多种原因出现狭窄，则睡眠时气流出入受阻，冲击震动作声，则发生鼾响；若气道完全阻塞，气流难以通过，则发生呼吸暂停、憋醒。追其根源，儿童为何多发鼻、咽疾病从而阻塞气道，笔者纵观前人之经验，以为病位在肺，更在脾胃。现代小儿物质条件佳，多好食肥甘厚腻之味，久则中焦积滞，气机不畅，化热则向上熏蒸，热腐痰滞，化生痰核。“通法”思想在脾胃的应用中，恰恰以脾、胃的生理功能、病理变化为基础，以温通之法去恢复脾胃升降功能，有助于提高疗效。呼吸气道以清、通为用，当体内六淫、痰浊、食积造成脏腑功能瘀滞时，则清阳不升、清窍不通，若此时未化积滞，而一味的健脾补气，脏腑未通而再生积滞，甚而化热，则可能进一步发展为反复性的、顽固性的痰湿、食滞。

3 通法在儿童鼾眠中的应用

《素问·五脏别论篇》^[10]云“六腑者，传化物而不藏，故实而不能满也”。《黄帝内经·素问·逆调论》^[10]：“不得卧而息有音者，是阳明之逆也。足三阳者下行，今逆而上行，故息有音也。阳明者，胃脉也，胃者，六府之海，其气亦下行，阳明逆，不得从其道，故不得卧也。《下经》曰：“胃不和，则卧不安”。说明小儿酣眠与胃不降气关系密切，主因痰、湿、瘀阻塞中焦，上逆于气道，导致呼吸不利而出现酣眠，涉及脏腑与肺、脾、胃相关。对于喜食甘甜、体质中痰浊较重的儿童患者而言，以通法入手更能加快疾病向愈，尤其儿童稚阴稚阳，若补益恐难以运化、吸收，若健运恐稚阴稚阳难堪其重，反而耗伤正气，复为积滞，从而加重病情。“通腑”并不是单纯地使用通便类中药获效，而是根据患儿体质辨证论治，以达到气机畅通的目的，脏腑污浊尽去，便可如释重负一般，逐渐恢复其本身的生理功能。若虚损过多或先天禀赋不足的患儿，脏腑气机通畅后，酌加配合健脾补气、滋阴养血之品，则可调和阴阳，使失养的咽喉肌肉重新振作，张弛有

度, 气道功能方能逐渐恢复正常。

4 验案举隅

男, 4 岁, 2023 年 4 月 16 日初诊。

夜间打鼾 1 年。患儿 1 年前无明显诱因下出现夜间睡眠不安, 频繁翻身, 打鼾, 张口呼吸, 不伴呼吸暂停, 时有鼻塞, 多痰, 喜食甜食、肉类, 身形偏胖, 讲话声大, 活动汗多, 大便干燥。鼻咽镜检查显示腺样体肥大, 堵塞后鼻孔约 80%, 鼻粘膜淡红, 双中甲肿大。双扁桃体 II 度大, 无充血。舌淡, 舌尖红, 苔薄白腻, 脉滑。

中医诊断: 鼾眠

辨证: 肺脾虚滞, 痰气内郁

治法: 宣肺健脾, 降气化痰

处方: 蜜麻黄 6g, 炒苦杏仁 6g, 薏苡仁 10g, 法半夏 10g, 北柴胡 6g, 黄芩片 6g, 炒僵蚕 10g, 蝉蜕 3g, 大黄 3g, 姜黄 3g, 焦陕六神曲 10g, 炒麦芽 10g, 甘草 3g; 7 剂, 水煎服, 日 1 剂 200ml, 分早晚温服。

调护: 嘱忌食生冷、炙烤及肥甘厚腻之品, 适当运动, 注意保暖, 预防感冒。

2023 年 4 月 23 日二诊: 患儿夜间鼾声减轻, 夜睡较前安宁, 鼻塞, 痰多仍有, 大便较前通畅。舌淡红, 苔白, 脉滑。守原方加白芷 10g, 浙贝母 10g, 陈皮 10g。

继服 7 剂。

2023 年 4 月 30 日三诊: 夜睡鼾证明显减轻, 无鼻塞, 二便调, 舌淡红, 苔薄白, 脉滑。检查: 双下甲、中甲不大, 淡红, 双鼻腔干净, 双扁桃体 II 度大, 无充血。

处方: 党参 10g, 炒白术 10g, 薏苡仁 10g, 陈皮 10g, 法半夏 8g, 路路通 10g, 白芷 10g, 浙贝母 10g, 北柴胡 6g, 黄芩片 6g, 焦陕六神曲 10g, 炒麦芽 10g, 净山楂 15g, 牡蛎 15g, 赤芍 6g, 炙甘草 3g; 7 剂, 水煎服, 日 1 剂 200ml, 分早晚温服。

2023 年 5 月 15 日随诊: 其母代诊, 询问其情况, 告知: 患儿药后已无鼾眠症状, 生长发育良好。

按: 患儿体胖, 平素多痰湿, 又因喜食肥甘厚腻之品, 脾虚与食滞互为因果。脾气不充则脾湿内

困, 食滞胃肠则腑气不通, 肺气难降。故治疗先予温通为法, 荡涤胃肠积滞, 后予健脾和胃、化痰散结。方用“消腺汤”, 以麻杏薏甘汤、小柴胡汤、升降等组成。首诊察患儿脾胃积滞, 兼有少阳郁火, 素体肺虚有寒, 故全方以麻黄、苦杏仁、薏苡仁散寒除湿运脾为君; 柴胡、黄芩、半夏疏利少阳郁火为臣; 僵蚕、蝉蜕、生大黄、姜黄降气降火为佐助; 六神曲、麦芽健胃醒脾引经、甘草调和诸药为使。全方共奏健脾、散寒、理气、解郁、消食之广义“通法”之效。二诊主症减轻, 仍未彻, 鼻塞加辛夷、白芷以通窍; 痰多、扁桃体肥大, 加浙贝母、陈皮以宣肺化痰散结。三诊: 诸证已除, 宜调整脾升降之枢纽平衡, 六君子配以消食散结之品, 经过调治, 鼾眠已除, 避免手术之苦。

参考文献

- [1] 柏树纲, 姜凯. 中医通法概论 [J]. 辽宁中医杂志, 2006(01):77.
- [2] 孙思邈. 备急千金要方 [M]. 天津: 天津古籍出版社, 2009.
- [3] 胡文娟, 张秉韬, 吴锐. 炎症损伤、血小板活化与血瘀证的关系 [J]. 南昌大学学报 (医学版) [J]. 2012, 52(4):81-90.
- [4] 张介宾. 景岳全书 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [5] 叶天士. 临证指南医案 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [6] 佚名. 黄帝内经 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2013.
- [7] 程国彭. 医学心悟 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019.
- [8] 姚杰良, 黎忠民. “八法皆通”论 [J]. 河南中医, 2015, 35(03):461-462.
- [9] 明·马莒. 黄帝内经灵枢注证发微 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 1998.
- [10] 清·高亿. 黄帝内经素问祥注直讲全集 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2016.

龙江医派耳鼻喉科传承发展现状 及黑龙江中医药大学附属第一医院耳鼻喉科简介

高雪娇¹ 李岩¹

【摘要】 龙江医派，是东北地区较有影响力的一支流派。本文将龙江医派重要组成部分，最具代表性的黑龙江中医药大学一附院耳鼻喉科为例，对其传承发展作一介绍。

【关键词】 龙江医派耳鼻喉科；医派传承；龙中一附院

龙江医派耳鼻喉科

龙江医派耳鼻喉科始建于 1963 年，传承至今已近 60 年，黑龙江中医药大学附属第一医院（龙中一附院）耳鼻喉科，现为国家中医管理局重点专科、黑龙江省重点专科、黑龙江省中医管理局重点学科、国家药物临床试验专业、黑龙江省住院医师规范化培训专业、黑龙江省中西医结合耳鼻咽喉科专业委员会会长依托单位、国家中医局耳鼻咽喉科临床路径协作单位。现就将以龙中一附院耳鼻喉科为例，对其传承发展工作现状做一简介。

1 龙江医派耳鼻喉科历史

黑龙江位于中国最东北部，属温带大陆性季风气候，冬季寒冷，风大干燥，耳鼻咽喉属官窍，与外界环境接触紧密，耳鼻咽喉疾病发病率居高。^[1] 上世纪三十年代初，上海中国医学院首届毕业生高仲山来哈尔滨创业。他遍访结识了左云亭、刘巧合、安子明、安世泽、高香岩、王子良等中医名宿，于 1937 年成立了中医学学术团体，“哈尔滨汉医学研究会”，并被推选为会长，标志龙江医派建立。^[2] 龙江中医耳鼻喉科是龙江医派的重要组成部分，在其独特的历史、文化、经济、地理、气候等诸多因素作用下逐渐形成的，具有鲜明地域特点和特别的黑土文化特色。建国后龙江医派耳鼻喉科逐步形成，在上世纪五十年代龙江医派耳鼻喉科以黑龙江中医学院（现为黑龙江中医药大学）教育资源及人才培养

为基础，以附属医院为依托，经过十数年几代人的奋斗，最终形成以医、教、研为一体的龙江医派耳鼻喉科，服务龙江人民，影响至东北、内蒙等地。

2 龙江医派耳鼻喉科传承发展现状

2.1 龙将医派耳鼻喉科传承方式

龙江医派耳鼻喉主要以黑龙江中医药大学的四所直属附属医院为依托进行耳鼻喉专科人才培养。其培养方式结合了学院教学、规培带教、师承教育为一体。黑龙江中医药大学附属第一医院（龙中一附院）耳鼻喉科是龙江医派的中坚力量。龙中一附院耳鼻喉科是以突出中医药特色、中西医结合为发展方向，以全心全意为病人服务为宗旨，以不断提高临床疗效为核心，是集医疗、教学、科研于一体的现代化中医、中西医结合耳鼻咽喉科高级专业人才的培养基地及医疗研究基地。具有博士、硕士学位授予权，并承担黑龙江中医药大学的耳鼻咽喉科博士、硕士、本科教学任务。现拥有博士研究生导师 2 人，硕士研究生导师 3 人，第五批全国老中医药专家学术经验继承指导老师 1 名，黑龙江省名中医 1 名，省青年名中医 1 名，校名中医 2 名。

2.2 龙中一附院耳鼻喉科团队简介

龙中一附院耳鼻喉科目前拥有医护 22 人，其中医生 9 人及专科护士 13 人。医生中硕士学位以上占比 78%，高级职称占比 45%，中级职称占比 45%，后备人才队伍平均年龄 34 岁，医生团队人才梯队

¹ 黑龙江中医药大学附属第一医院，黑龙江 哈尔滨 150040

通信作者：李岩，主任医师，黑龙江中医药大学附属第一医院，Email:61040260@qq.com

组成合理。专科护士中, 专职门诊护士 4 人, 病房护士 9 人, 全部为主管护师, 本科以上学历 11 人, 硕士学历 1 人, 护士团队整体学历水平较高。

周凌耳鼻喉科学科带头人主任医师教授

博士研究生导师, 黑龙江省名中医, 首批龙江名医, 校名中医, 第五批全国老中医药专家学术经验继承指导老师, 国家中医管理局重点专科带头人, 黑龙江省重点专科带头人, 黑龙江省中医管理局重点学科带头人, 龙江医派耳鼻喉科传承人。中国中医药研究促进会耳鼻喉科专业委员会副会长, 世界中医药学会联合会耳鼻喉科专业委员会常务理事, 中华中医药学会耳鼻喉科专业委员会常委。《中国中西医结合耳鼻喉科杂志》编委, 中国中西医结合学会耳鼻喉科专业委员会委员, 黑龙江省中西医结合耳鼻喉科专业委员会会长。黑龙江省保健委员会干部保健专家。

主持科研并参与课题 10 余项, 其中国自然面上项目 1 项, 获得省部级以上奖项 10 项, 发表高质量学术论文 60 余篇。参编、副主编全国高等中医院校《中医耳鼻喉科学》《中西医结合耳鼻喉科学》研究生教材《中医耳鼻喉科临床与研究》多部。出版学术著作 10 余部, 其中 7 部为主编, 约 1000 余万字。

李岩耳鼻喉科主任主任医师教授

博士研究生导师, 黑龙江省首批青年名中医; 第四批全国老中医药专家学术经验继承人; 全国中医临床特色技术传承人才; 十二五国家重点专科学术继承人。国家中医药管理局龙江医派工作室传承人; 中华中医药学会耳鼻喉科分会第六届委员会常务委员; ; 世界中联耳鼻喉口腔科专业委员会第四届理事会理事; 中国中药协会耳鼻喉药物研究专业委员会常务委员; 中国中医药研究促进会耳鼻喉科专业委员会常务理事; 黑龙江省医学会耳鼻喉头颈外科常务委员; 黑龙江省中西医结合学会第六届耳鼻喉分会副会长兼秘书长; 黑龙江省中西医结合学会膏方治疗学分会青委会副会长; 黑龙江省医师协会中西医结合专业委员会常务委员; 黑龙江省康复医学会听力语言康复专业委员会常务委员。

主持并参与 12 项课题研究, 获得省部级各种奖项 11 项, 国家发明专利 1 项, 发表 SCI3 篇, 学术核心期刊论文 30 余篇, 主编参编著作 8 部, 其中包括 2 部全国规划教材, 全国中医药行业高等教育十四五规划教材《中西医结合耳鼻喉科学》, “十四五”普通高等教育中医药系列规划教材《中医耳鼻喉科学》。

马莉教授医学硕士

硕士研究生导师。世界中医药学会联合会耳鼻喉口腔科专业委员会理事、中华中医药学会耳鼻喉分会委员、中华中医药学会耳鼻喉分会外治研究组副组长、黑龙江省中西医结合耳鼻喉专业委员会副会长、黑龙江省康复医学会听力语言专业委员会委员、省委保健委员会干部保健专家、世界中医药学会联合会医道融合安养专业委员会理事等。

王殿一副主任医师医学博士

第五批全国老中医药专家学术经验继承人、中华中医药学会耳鼻喉专业委员会青年委员、中华中医药学会耳鼻喉科分会外治研究组委员、中国中医药研究促进会耳鼻喉科专业委员会理事、中国中西医结合耳鼻喉科专业委员会中医药研究专家委员会委员、黑龙江省抗癌协会头颈肿瘤专业青年委员、黑龙江省龙江医派研究会理事、黑龙江省中西医结合学会耳鼻喉分会委员兼秘书、哈尔滨市医师协会耳鼻喉科医师分会理事。

2.3 龙中一附院耳鼻喉科诊疗特色

龙中一附院耳鼻喉科在医疗上采用中医药、中西医结合方法治疗常见病、多发病及疑难病证, 尤其对急、慢性鼻炎、鼻窦炎、变应性鼻炎、干燥及萎缩性鼻炎; 急慢性咽炎、扁桃体炎、喉炎、干燥及萎缩性咽炎、小儿腺样体肥大、急慢性中耳炎、耳鸣、耳聋等疾病的治疗有独到之处, 并对上述疾病的研究已确立方向, 充分发挥了中医药治疗慢性病及疑难病的长处, 研制出经验方 20 余种, 临床疗效显著。同时, 开展各种特色治疗及手术。

2.3.1 鼻部疾病的诊疗特色

根据多年临床经验总结成科室特色鼻病经验方, “鼻炎 1 号、2 号、3 号” 广泛应用于临床不同类

型的鼻炎、鼻窦炎,临床收效良好。其中用于治疗脾气虚型变应性鼻炎的“鼻炎 1 号”组成为党参,黄芪,白术(炒),茯苓,荆芥,防风,诃子,五味子,辛夷花,苍耳子,枸杞子,女贞子,细辛等。治疗气滞血瘀型慢性鼻炎的“鼻炎 2 号”,组成为桃仁、红花、赤芍、川芎、当归,苍耳子、辛夷、细辛、白芷;石菖蒲、郁金、泽泻,桔梗。治疗胆腑郁热型急性鼻窦炎的“鼻炎 3 号”,组成为鱼腥草、蒲公英、败酱草、皂角刺、菊花、连翘、白芷、辛夷、苍耳子、柴胡、黄芩、龙胆草、桔梗、石菖蒲、甘草。在此自拟经验方基础上,临证加减,体现辨病论治与辨证论治相结合的中医理念。最先在省内开展鼻内针刺,选择鼻腔内的鼻丘穴及内迎香穴,填补省内在治疗变应性鼻炎和慢性鼻炎上的技术空白。同时开展中药熏药治疗、鼻腔负压置换冲洗,面部揸针治疗等中医特色外治法,临床效果明显,受到患者广泛好评。在专科病特色护理上,提出“治未病”的重要性,提倡冬病夏治,未病先防,开展“三伏贴”中药贴敷。在养生保健上,鼓励鼻病患者多参与体育锻炼,提高体质,带领住院患者练习太极拳、八段锦、五禽戏等中医保健功法,受到患者广泛欢迎。

2.3.2 耳部疾病的诊疗特色

耳聋、耳鸣疾病是龙中一附院的治疗优势病种。提出虚证耳聋、耳鸣宜补益肝肾,调畅气血运行;实证耳聋、耳鸣宜清肝泻火,利湿化浊,并总结成科室经验方“耳聋 1 号”及“耳聋 2 号”。治疗虚证耳聋、耳鸣的“耳鸣 1 号”,其主方:熟地黄、山茱萸、牡丹皮、五味子、钩藤、磁石、远志、党参、路路通、石菖蒲。治疗实证耳聋、耳鸣的“耳聋 2 号”,其主方:桃仁、郁金、丹参、当归、白芍、川芎、柴胡、钩藤、石菖蒲、地龙、路路通、香附。同时主张针药并施,在针刺治疗上以耳门、听宫、听会、百会、四神聪、翳风为主穴,配合散刺晕听区、及奇穴供血穴,辅以临证远端选穴,利用针刺补泻手法临床效果颇佳。同时开展与之相辅相成的中医特色护理项目耳尖放血,耳周刮痧,耳穴压豆,耳后放血拔罐等方法,临床效果十分显著。

2.3.3 咽喉疾病的诊疗特色

龙中一附院耳鼻喉科在治疗咽喉病上有着悠久的历史,龙中前辈龙江医派的王圣云先生 30 年前就潜心研究多年,创立的特色院内制剂牛黄利咽丸治疗肺胃热盛型口疮、咽炎、扁桃体炎,创立的清咽甘露丸治疗干燥性咽炎、萎缩性咽炎。这两种制剂至今仍为龙中医特色院内制剂的代表。周凌教授自拟方清咽利喉加减治疗急性咽喉炎,以及自拟方清音汤治疗声带小结、声带息肉等,也是龙中一附院的传统内服中药的特色组方。龙中医一附院除了内服中药,还广泛应用中成药雾化吸入,喉头滴入等外治法治疗咽喉疾病。其广泛开展的烙治法、灼烙法、啄治法治疗急慢性咽炎、扁桃体炎等适宜技术,临床效果好,患者依从性高。

2.4 主要院内制剂简介

牛黄利咽丸:清热解毒,凉血利咽。适用于肺胃热盛型口疮、咽炎、扁桃体炎。

清咽甘露丸:润肺生津,养阴润肺。肺肾阴虚型干燥性咽喉炎、萎缩性咽炎。

温肺止流丸:补气敛肺,散寒通窍。肺脾气虚型变应性鼻炎。

清鼻丸:清热燥湿,排脓解毒。用于急慢性鼻窦炎。

利鼻消炎丸:活血化瘀,通窍解毒。适用于慢性鼻炎。

鼻乐颗粒:散风寒,通鼻窍。适用于风邪外袭型鼻炎、鼻窦炎。

2.5 龙中一附院耳鼻喉科发展现状

龙中一附院耳鼻喉科作为黑龙江唯一的国家级耳鼻喉科重点专科,优势特色突出,为省内中医耳鼻喉科龙头单位,多年来为东北医疗卫生事业作出突出贡献。目前龙中一附院耳鼻喉科门诊有诊室 4 个,配有测听室、检查室、治疗室、处置室、腔镜室、眩晕检查室各一个。年门诊量大约在 45000 ~ 50000 人次。平均日门诊量为 150 ~ 200 人次。在科研方面,已在核心期刊发表学术论文 200 余篇,出版著作 40 余部,已结题项目 20 余项,在研项目 5 项,获黑龙江省科技进步奖二等奖 2 项、三等奖 1 项,黑龙江省自然科学基金成果奖 2 项、黑龙江省中医药科技进

步奖一等奖 3 项、二等奖 1 项、三等奖 1 项,优秀高等教育科学研究成果二等奖、三等奖各 1 项,总结出系列中药(汤、丸、散)制剂,形成“科有专病、人有专长”的局面。在教学方面,本学科人员素质高、业务强、团结进取,务实求真,与时俱进,开设承担学校各层次、各专业学生《耳鼻喉科学》课程教学任务。完成教学课题 3 项,获教学成果奖 2 项,参编新世纪全国高等中医院校规划教材《中医耳鼻喉科学》《中西医结合耳鼻喉科学》研究生教材《中医耳鼻喉科临床与研究》各 1 部,全国中医药行业高等教育“十二五”规划教材、卫生部“十二五”规划教材《中医耳鼻喉科学》各 1 部,分别由中国中医药出版社及人民卫生出版社出版,卫生部“十三五”规划教材《中医耳鼻喉科学》1 部。自 2001 年开始招收硕士研究生,已培养硕士研究生 105 人,毕业获硕士学位 79 人;自 2004 年开始招收博士研究生,目前在读博士研究生 3 人。同时承担规培、住培等

教学带教活动,每年参与培训的学生约为 200 余人。

3 小结

时光荏苒龙江耳鼻喉经过半个多世纪的发展,已经从当年的五官科分支出来并发展壮大形成具有地域特色的一支独特流派。龙中一附院耳鼻喉的发展正是龙江医派耳鼻喉发展的一个缩影,也是龙江医派发展的一个写照。龙江医派耳鼻喉科的发展不仅传承了龙江中医文化,更造福当地百姓。在黑龙江中医药大学的领导下,一代又一代龙中人不断奋斗,勇于创新,砥砺前行,愿龙中医文化继续发扬光大,为祖国中医药事业增光添彩!

参考文献

- [1] 周凌. 耳鼻喉疾病辨治思路与方法 [M]. : 科学出版社, 2019. 4.
- [2] 姜德友, 常存库. 龙江医派的发展 [N]. 中国中医药报, 2011.

(上接第 32 页)

气通窍之法,主以通窍活血汤加减。同时根据其全身情况辨证论治,临证加减。肾精亏虚者,可加以龟甲、磁石、菟丝子、熟地等补肾填精,滋阴潜阳;气血亏虚者,可加以黄芪、党参、当归等益气养血;肝气郁结者加用柴胡、香附、芍药等疏肝解郁。同时可配以针灸、耳穴压豆、鸣天鼓等中医特色疗法进行辨证论治。

目前关于突聋伴眩晕的临床疗效及预后尚有争议,本研究进一步扩大了突聋患者样本量,以获得更有可信度的研究数据,并扩充了研究数据,不仅局限在突聋伴 BPPV 患者,还有突聋伴非 BPPV 患者。

综上所述,对于突聋伴眩晕(BPPV 或非 BPPV)患者,眩晕是影响其疗效及预后的关键因素之一,无论是 BPPV 还是非 BPPV 的眩晕综合征,均会明显降低突聋患者治疗后听力有效改善率及预后。但目前关于突聋伴眩晕的发病机制、临床特点及预后尚存在争议,仍需大样本量的临床数据深入研究。

参考文献

- [1] 余力生,杨仕明. 突发性聋诊断和治疗指南(2015). 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志. 2015. 50(06): 443-447.
- [2] 刘博,韩德民,张祎,等. 伴有眩晕或头晕的突发性聋患者的临床疗效分析. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志. 2015. 50(06): 463-467.
- [3] 叶海杉,周淑娟,林玉婷. 继发于突发性聋的良性阵发性位置性眩晕的临床治疗分析. 吉林医学. 2020. 41(10): 2346-2347.
- [4] 侯佳宾,韩春姬,李楠,等. 突发性聋伴良性阵发性位置性眩晕预后影响的 Meta 分析. 中国听力语言康复科学杂志. 2021. 19(02): 100-103.
- [5] 湛国会,王洪阳,高云,等. 全聋型突发性聋患者的临床特征及转归分析. 中华耳科学杂志. 2022. 20(02): 211-216.
- [6] 冯文静,李元惠,高云海. 特发性与继发于突发性聋的良性阵发性位置性眩晕的比较研究. 中国耳鼻咽喉头颈外科. 2021. 28(09): 542-544.

喉咳外治法研究进展

徐玮祯¹ 阮岩²

【摘要】 喉源性咳嗽提出至今已有三十余年历史,中医药对喉咳治疗方式多种多样,尤其在外治法方面。为深入系统地认识喉源性咳嗽的中医外治法,本文对三十年来中医外治法治疗喉源性咳嗽进行了总结分析。

【关键词】 中医外治法;喉源性咳嗽;喉咳;研究进展;综述

喉源性咳嗽,是我国著名中医耳鼻喉科专家干祖望在 20 世纪 80 年代最早提出的病名,1993 年由全国中医耳鼻喉学术年会专门讨论,经熊大经教授精炼提出“喉咳”,作为病名首见于 1997 年国家技术监督局发布的《中医临床诊疗术语·疾病部分》。

喉咳的主要特征是“痒咳”,因痒致咳,咽痒、阵发剧烈咳嗽。与古代医籍中的“风咳”、“干咳”、“呛咳”、“燥咳”、“郁咳”等病有相似之处,常由慢性咽炎、慢性喉炎、慢性扁桃体炎等咽喉部位疾病引起。

该病自提出至今三十余年来,已被广泛采用,众多临床医师对该病进行了研究,丰富了对喉咳的病因病机、辨证分型认识,开创了多种治疗方法。其中,最常见的治法是中药内服。在外治法方面,采用了多种多样的方法,包括针刺、放血、烙治、艾灸、贴敷以及结合了现代技术的中药雾化吸入等方法。内外治相结合也是常用的治法。本文就三十年来喉咳的中医外治法进行总结分析。

1 局部外治法

喉咳是以疾病的部位加症状而命名的,强调咽喉部位疾病为其主要致病原因,病位局限于咽喉部位,合并症状少。在喉咳的外治法中,针对咽喉的局部治疗是其一特点。

1.1 局部非药物疗法

喉咳的局部非药物疗法主要包括针对咽喉局部的放血、烙治等操作。喉咳除了突出的咽痒、咳嗽等特征症状外,还常伴有咽喉局部的体征改变。

王俊杰等^[1]对 120 例喉源性咳嗽行电子鼻咽喉镜检查,发现所有患者均具有咽喉部疾病,咽部黏膜充血、咽后壁及舌根淋巴滤泡增生是其主要特征。王东方^[2]认为喉源性咳嗽是由于咽喉部位炎症反应刺激了喉部感受器,而引起了一系列协调反射效应,导致咳嗽的发生。故可采取直接改变咽喉部炎症病理特征的局部治疗。

王玉明等^[3]采用开壅刺血法治疗喉咳。其纳入的患者均有明显咽喉部体征,包括:咽后壁慢性充血,悬雍垂肥大,咽侧索肿胀,咽后壁淋巴滤泡增生,扁桃体呈 I 度以上肿大,瘢痕粘连,表面及隐窝口或有分泌物等。开壅刺血法即是在咽喉局部放血,放血部位依次为扁桃体、咽后壁淋巴滤泡、肿胀的咽侧索。作者认为该刺法是通过改善近咽部的上气道阻力、机体体液免疫功能而发挥治疗喉源性咳嗽的作用^[4-5]。寻满湘等^[6-7]采用针刀微创疗法,即用小针刀点刺咽后壁淋巴滤泡的方法治疗喉咳。经统计发现,小针刀治疗各证型喉咳的疗效均优于药物治疗方法,且各证型之间疗效无显著性差异,说明在治疗喉咳上,针刀微创刺血法辨病即可采用。

局部刺血治疗咽喉病是历代医家都提倡的方法,《儒门事亲》中云:“大抵治喉痹用针出血最为上策。”《外科发挥》中指出,治喉痹,以“束口患处,出血最效,否则不救。针少商亦可,不若刺患处。”说明局部刺血治疗咽喉病是卓有成效且疗效迅速的办法。20 世纪 90 年代汪冰教授在刺血疗法的基础上研制创新了啄治法,用于慢性扁桃体炎的治

1 广州中医药大学第一临床医学院,广东 广州 510405

2 通信作者:阮岩,博士研究生导师,主要从事中西医结合治疗变应性鼻炎研究工作。

疗,其认为啄治法有切开排脓、疏导瘀阻的作用^[8]。开壅刺血法、针刀微创疗法均与啄治法类似,只是将其应用范围扩大到了喉咳的治疗上,其治疗喉咳的有效性也反证了本病的“咽喉病”属性。

此外,张勉等^[9]采用扁桃体烙烙器烙治咽后壁淋巴滤泡表面粘膜,以治疗喉咳,其疗效优于咽部超声雾化吸入西药。烙治法古已有之,20世纪50年代由辽宁中医学院黄九香先生改进烙治工具并推广,采用局部火针、刀割、烧烙的方法治疗扁桃体炎^[10],疗效肯定,遂发展成为治疗慢性扁桃体炎的常用方法之一。

啄治法、烙治法为中医耳鼻喉科常用治法,主要用于治疗咽喉部疾病,喉咳作为一种咽喉部疾病,经研究证实,采用啄治、烙治法均可取得确切疗效。且在临床采用此法时,辨病即可使用,适用于各类证型。

1.2 局部药物疗法

中药雾化吸入也是治疗喉咳的常用疗法。雾化技术是现代医学治疗呼吸道疾病的局部给药方法,也是慢性咳嗽常用疗法之一,中医传统疗法中也有类似的熏蒸疗法。中药超声雾化结合了现代医学技术,使中药以雾滴(气溶胶)的形式更高效、充分地咽喉局部黏膜吸收而发挥作用。

刘景等^[11]使用慢性咽炎雾化剂超声雾化吸入治疗喉源性咳嗽。慢性咽炎雾化剂药物组成为麦冬、生地、玄参、牡丹皮各30g,射干、厚朴、浙贝、夏枯草各15g,薄荷10g,木蝴蝶10g,制成200ml药液,每次取20ml行咽喉部超声雾化吸入15分钟,每天二次。与对照组地塞米松联合庆大霉素的雾化吸入疗法相比,中药在有效率及刺激性干咳、咽痒、咽干、清嗓等症状改善方面明显更优。也有临床医师采用中西药联合雾化对比单纯西药雾化的疗效。张勉等^[12]将慢性咽炎雾化剂加西药组180例和单纯西药雾化剂组180例对比。结果证明中西医结合雾化吸入治疗喉源性咳嗽具有良好的临床效果,且优于单纯西药治疗组。

在中药雾化吸入疗法中,选用的中药多为清热

宣肺、利咽化痰之品。对照组采用的西药多为激素、抗生素、抗组胺药等,或单用,或联合使用。临床试验多采用中药或中西药联合雾化,对比单纯西药雾化的设计。使用中药雾化吸入法的有效率多可达90%以上,有效率及症状改善上均优于单纯使用西药。此外,周兴玮等^[13]将慢性咽炎雾化剂改为含漱剂,用以治疗喉咳,总有效率达95%。

含漱法和雾化吸入法也是中医耳鼻喉科常用的治疗咽喉疾病的外治法。咽喉病局部用药可使药物充分作用于局部,局部黏膜药物吸收率高,从而达到药效最大化,是针对病位的精准治疗方式。多位临床医师的对照实验也证实含漱法、雾化吸入法治疗喉咳的疗效较好。

2 腧穴相关外治法

2.1 针刺疗法

刘学俊等^[14]针刺“咽四穴”为主,配廉泉、天突、肺俞、合谷治疗喉咳,总有效率可达93.5%,明显优于西药对照组。咽四穴为江苏省中医院盛灿若教授所发现穴位,位于喉结旁,即前正中线旁开约2寸“以喉结高点水平”沿甲状软骨边缘向上、向下各5分,左右共4个治疗点^[15]。平江涛等^[16]运用谢氏针刺运动疗法治疗喉咳,采用针刺双“开音1号穴”(谢强教授经验穴,位于甲状软骨切迹向外侧旁开1寸处)。对照组采用联邦止咳露口服。结果针刺组的治愈率、有效率、各项体征积分、生活质量评分均优于对照组。杨淑荣等^[17]运用谢氏“转移兴奋灶”针灸法治疗喉源性咳嗽,试验组予针刺开音1号、咽安、三阴交等穴并结合艾灸涌泉穴治疗,对照组予西医常规治疗。结果试验组总有效率高于对照组。

此外,王荣受针灸歌赋启发,从肝论治,选取百会、太冲、照海、列缺、三阴交穴治疗喉源性咳嗽^[18]。王国杰根据生物全息理论,选用手针穴位咽喉点为主穴,配肺点、鱼际穴,利咽止痒治疗喉咳^[19]。

喉咳病位在咽喉,其病不在脏腑,但又与脏腑相关,喉为肺系,张景岳云:“咳证虽多,无非肺病”。这使喉咳的针刺治疗在传统局部取穴配合远

端取穴的特点之外,还具有以下特点:①出现以咽喉局部为治疗靶点的针刺法,如咽四穴,其针刺要点是进针后局部出现如鱼刺梗在咽喉部的感觉,否则疗效不佳^[15]。开音 1 号穴则要求留针过程中患者进行咀嚼、吞咽、深呼吸等局部运动以配合针刺法^[16]。②取穴上重视治疗肺系疾病的近部腧穴,胸背部近肺部位的穴位天突、肺俞、大椎、定喘等都是治疗咳嗽的有效穴。

2.2 穴位贴敷

李文华等^[20]采用三九、三伏天穴位敷贴治疗禀质特异型喉咳。药物组成为白芥子、细辛、甘遂、白芷、黄芩等,打粉后以姜汁调匀贴于穴位。取穴为:大椎、天突、风门、肺俞、肾俞。在三九和三伏节气开始十日敷贴一次,共 8 次为一疗程,治疗结束后随访半年。结果治疗组 40 例,总有效率为 82.5%。王英波^[21]等选用麻黄、细辛、白芥子、百部、地龙磨成粉,以鲜姜汁调为膏状,贴于天突穴。患者每天贴敷 8h,连续 7d 为 1 疗程,治疗 3-5 疗程。结果治疗组 35 例,总有效率 85.71%。其他使用穴位贴敷治疗喉咳的药物组成也都与上述类似,均采用辛温走窜、发散风寒、理肺化痰类药。喉咳目前病理生理机制尚不十分明确,普遍认为感染和过敏体质是主要发病原因。从中医的角度看,禀质特异的喉咳患者多为阳气虚寒型体质。使用天灸法,借助三九、三伏天特殊天时之利,可有效改善虚寒体质;在发病时日常使用,也可以取得较为理想的效果。

2.3 穴位注射

王伟等^[22]选用核酪注射液,取定喘穴,每穴注入 2ml,隔天 1 次,10 次为 1 个疗程。针头方向直刺略偏向脊柱。2 个疗程结束后治愈率为 80%,总有效率为 100%。文献中还有使用核酪注射液联合地塞米松、盐酸利多卡因进行穴位注射,黄芪注射液穴位注射等^[23-24]。穴位注射使用的药物并无一定规律与规范,尚待进一步研究。

2.4 穴位埋线

李素荷^[25]采用穴位埋线法治疗喉咳,将羊肠线

埋入双侧孔最、肺俞穴。每周治疗 1 次,2 次为一疗程。56 例患者中,治愈率为 75.0%,总有效率为 100%。

2.5 灸法

陈敏君等^[26]采用赵氏雷火灸治疗喉咳,赵氏雷火灸采用艾绒及防风、苍耳子、木香、沉香、麝香、黄芪、乌梅、甘草等中药制成,施灸部位除常用的大椎、风门、定喘诸穴之外,还可在胸骨上窝区域施灸,一后一前,可轮流先后施灸,也可前后相对施灸。作者认为,前后相对施灸,祛风止痒之力更强,游离于咽喉络属诸经的风邪则无处藏匿,非祛而出之不可。风去则痒止,痒止则咳消。

2.6 其他

此外,尚有自血疗法、中药冰黄爽咽方离子导入颈部穴位治疗喉咳的报导^[27-28]。

3 多种外治法联合治疗

有医师采用多种外治法联合治疗喉咳。杨淑荣等^[29]采用针刺结合艾灸法治疗喉咳,针刺取穴为开音 1 号穴、天容穴、廉泉穴、天突穴、三阴交,艾灸采用热敏化悬灸,选取双侧涌泉,总有效率为 95%。梁俊薇^[30]采用咽宁波谱治疗贴贴于天突穴、大椎穴,联合自制清咽雾化液(大黄、玄参、郁金、牛蒡子、青果、硼砂,制成 30% 中药灭菌溶液)行超声雾化吸入,治疗喉咳 68 例,总有效率为 91.2%。

4 内外治联合治疗

中药内服联合外治法是治疗喉咳的常用方法。中药内服常配合穴位贴敷、耳穴贴压、穴位注射、针刺、艾灸、拔罐、雾化吸入、咽喉封闭等。陈欢等^[31]采用咽安穴透热灸配合生津利咽饮为主治疗喉源性咳嗽 30 例,有效率为 93.33%。透热灸的热敏点多数出现在咽安、肺俞、扶突、孔最、曲池、太溪、风池、大椎区域。张宽智等^[32]运用针刺联合自拟麦杏润咽汤治疗喉源性咳嗽 56 例。痊愈占 64.3%;总有效率 94.7%。针刺取穴以天容、扶突、肺俞、太渊为主,随证加减。杨青^[33]采用耳穴贴压配合利咽汤治疗喉源性咳嗽 39 例,痊愈率 94.9%。耳穴贴压取穴为咽喉、下屏尖、神门、肺、内鼻。

霍桦^[34]运用自拟蛤清止咳汤配合穴位拔罐治疗喉源性咳嗽 40 例,在定喘、肺俞等穴行拔罐治疗,留罐时间约 15min。对照组单服中药治疗。结果治疗组的治愈率和总有效率均高于对照组。周燕等^[35]运用双黄连注射液咽后壁黏膜下注射治疗喉咳,配合口服熊胆丸,银黄含化片含服,共治疗 200 例,总有效率为 96%。黄卓燕等^[24]采用中药内服配合外用三联疗法,即雾化、揸针、穴位注射治疗稟质特异型喉咳,对照组只口服中药,令外设立假揸针组。结果各组疗效比较,三联组优于其余两组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。内外治联合治疗可充分发挥各种疗法的优势,既着眼于整体调节,又兼顾疾病局部的特点,标本兼治,以达到最佳疗效。

5 小结

喉咳的中医外治法中,总体可分为两大类,一类外治法着眼于病位,在咽喉部直接施治,包括啄治法、烙治法以及中药雾化吸入法。另一类以腧穴为主要治疗部位,包括针刺、穴位贴敷、穴位注射、穴位埋线、艾灸法等。这类外治法治疗喉咳,所取腧穴以治疗肺系病的常用胸背部腧穴为主,使用频率较高的有天突、大椎、风门、肺俞、定喘。

中医内外治结合治疗的研究相对较多。这反映了在喉咳的治疗中,既遵循中医整体辨证施治的治疗原则,又具有五官疾病治疗上重视局部的特点。中医外治法种类丰富,但缺乏系统性地研究。部分疗法如穴位注射缺乏统一标准,难以窥其规律。部分疗法如拔罐、自血疗法、穴位埋线研究较少,尚待深入研究。

参考文献

- [1] 王俊杰,安杨.喉源性咳嗽的局部病理改变与中医辨证的相关性[J].陕西中医,2010,31(06):690-691.
- [2] 王东方,干祖望,覃都安.喉源性咳嗽病因学调查及其病理生理学基础[J].辽宁中医杂志,1995(04):145-146.
- [3] 王玉明,韩秀丽.开雍刺血法治疗喉源性咳嗽

43 例临床观察[J].新中医,2010,42(02):11-12.

- [4] 王玉明,张梅,刘宝义,等.开雍刺血法对喉源性咳嗽患者免疫球蛋白和 T 细胞亚群的影响[J].新中医,2013,45(08):36-37.

- [5] 王玉明,张梅,刘宝义,等.开雍刺血法治疗喉源性咳嗽疗效观察及对上气道阻力的影响[J].新中医,2013,45(05):45-47.

- [6] 寻满湘,滕磊,江德胜.小针刀治疗不同证型喉源性咳嗽的疗效观察[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2014,22(02):134-135.

- [7] 寻满湘,滕磊,金伟国.针刀微创疗法治疗喉源性咳嗽的临床疗效观察[J].中医药信息,2011,28(05):89-90.

- [8] 汪冰,郝迎五,刘琳,等.扁桃体啄治法治疗咽部疾病的临床与实验研究[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2000(05):228-230.

- [9] 张勉,陈潇.中医烙烙法治疗喉源性咳嗽的临床疗效观察[J].湖北中医杂志,2012,34(12):39-40.

- [10] 齐强.小烙铁治疗扁桃体疾患方法介绍[J].中医杂志,1966(03):27-28+37.

- [11] 刘景,张勉,黄卓燕,等.慢性咽炎雾化剂超声雾化吸入治疗喉源性咳嗽的疗效观察[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2009,17(05):281-283.

- [12] 张勉,高阳,刘景.慢性咽炎雾化剂加西药超声雾化吸入治疗 180 例喉源性咳嗽临床观察[C]//中华中医药学会耳鼻喉科分会第 15 届学术交流会论文集,2009:656-662.

- [13] 周兴玮,余亮,张勉,等.慢性咽炎雾化剂含漱治疗喉源性咳嗽临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2010,12(10):136-137.

- [14] 刘学俊.针刺“咽四穴”为主治疗喉源性咳嗽疗效观察[J].黑龙江中医药,2011,40(04):43-44.

- [15] 盛灿若,李梅芳.“咽四穴”的临床应用体会[J].江苏中医,1991(09):29.

- [16] 平江涛,谢强,杨淑荣,等.谢氏针刺运动疗法治疗喉源性咳嗽的临床研究[J].当代医学,2019,25(03):72-74.

[17] 杨淑荣, 谢强, 朱海燕. “转移兴奋灶”针灸法治疗喉源性咳嗽的临床研究 [C]//.2012 年“中华中医药学会耳鼻喉科分会第 18 届学术交流会暨世界中联耳鼻喉口腔专业委员会第 4 届学术年会”中西医结合耳鼻咽喉新进展学习班论文集, 2012:310.

[18] 王楠, 董媛斐, 王荣. 王荣在针灸歌赋指导下从肝论治喉源性咳嗽 [J]. 中国民间疗法, 2020,28(22):20-22.

[19] 王国杰. 手针治疗喉源性咳嗽 [J]. 中医外治杂志, 2004(05):44-45.

[20] 李文华, 沙一飞, 王丽华. 三九、三伏天穴位敷贴治疗喉源性咳嗽(禀质特异型)80 例疗效观察 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2018,26(02):131-133.

[21] 王英波, 范军, 梁润, 等. 中药敷贴治疗喉源性咳嗽 35 例 [J]. 中医外治杂志, 2012,21(06):26-27.

[22] 王伟, 陈勇. 定喘穴穴位注射治疗喉性干咳的临床研究 [J]. 针灸临床杂志, 2005(08):3-4.

[23] 钱火辉, 赵星星, 何贤芬. 穴位注射治疗喉源性咳嗽 62 例 [J]. 山东中医药大学学报, 2010,34(04):341-342.

[24] 黄卓燕, 张勉, 杨培培, 等. “雾化-揸针-穴位注射”三联疗法治疗禀质特异型喉咳临床观察 [J]. 山东中医杂志, 2019,38(12):1131-1136.

[25] 李素荷, 江莹. 穴位埋线治疗喉源性咳嗽 56 例 [J]. 上海针灸杂志, 2009,28(04):230-231.

[26] 陈敏军, 郭强中, 汪蓉, 等. 赵氏雷火灸在耳鼻咽喉疾病中的应用 [J]. 中国中医药信息杂志, 2011,18(08):90.

[27] 万志超, 邓琤琤. 自体血穴位注射治疗喉源性咳嗽 60 例疗效观察 [C]//. 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专业委员会第九次学术年会论文集.[出版者不详], 2017:290-291.

[28] 熊欣. 中药冰黄爽咽方离子导入治疗喉源性咳嗽疗效观察 [J]. 中医临床研究, 2016,8(35):39-41.

[29] 杨淑荣, 许增华, 李颖, 等. 针刺结合艾灸法治疗喉源性咳嗽的疗效观察 [J]. 中华中医药杂志, 2010,25(07):1128-1130.

[30] 梁俊薇. 咽宁波谱贴结合中药雾化治疗喉源性咳嗽 68 例 [J]. 实用中医药杂志, 2001(06):10-11.

[31] 陈欢, 谢强, 杨淑荣. 咽安穴透热灸配合生津利咽饮为主治疗喉源性咳嗽 30 例疗效观察 [C]//. 中华中医药学会耳鼻喉专业委员会山东中西医结合学会耳鼻喉专业委员会学术研讨会论文集汇编, 2007:340-342.

[32] 张宽智, 林建民, 丁兆生. 针刺、中药治疗喉源性咳嗽 56 例 [J]. 中国针灸, 2000(09):61.

[33] 杨青. 耳穴贴压配合利咽汤治疗喉源性咳嗽 39 例 [J]. 河南中医, 2004(08):44.

[34] 霍桦. 自拟蛤清止咳汤配合穴位拔罐治疗喉源性咳嗽 40 例 [J]. 实用中医内科杂志, 2007(08):28.

[35] 周燕, 崔淑虹. 双黄连注射液局部注射治疗喉源性咳嗽 200 例 [J]. 新中医, 2008(04):80.