中医耳鼻喉科学研究 2021 年 6 月 (第 20 卷第 2 期)

(季版)

目 次

<u>冀 L1100085</u> (Z) R1087

医学综述 栏目主编 申琪 责任编辑 张晓丁	主 管 中华中医药学会
中医治疗耳鸣的临床研究近况 郑妍妍 谯凤英(1)	主办
中医对鼻窦炎术后辨证及治疗的研究进展	石家庄康灵中医耳鼻喉 医院
实验研究 栏目主编 刘元献 责任编辑 孟庆利	编辑
鼓膜按摩联合鼻负压置换疗法治疗慢性分泌性中耳炎的疗效观察	《中医耳鼻喉科学研究》编辑委员会
薛彦艳(10)	荣誉总编
临床研究 栏目主编 刘建华 责任编辑 倪金秀	刘大新
从心身医学角度浅析耳鸣的中医临床问诊技巧: 病案举例	总 编 阮岩
喉源性咳嗽的临证经验	副总编工工艺工艺
结合《景岳全书》的"避疫五法"运用中医外治法防疫	王士贞 严道南
中医喉源性咳嗽从"虫邪"论治	主 编 赵 峰
研究生校园 栏目主编 刘元献 责任编辑 孟庆利	副主编 张晓丁 倪金秀
彭顺林教授辨证论治鼻鼽临床经验浅谈	出版
慢性鼻窦炎中西医研究进展	《中医耳鼻喉科学研究》 编辑部
基层医师园地 栏目主编 孙永东 责任编辑 薛彦艳	发送单位
110 例儿童急性鼻炎鼻窦炎的临床疗效观察	北京及全国各医院耳鼻喉科
浅谈粘液纤毛清除系统在儿童鼻科疾病治疗中的临床价值 薛彦艳(40)	地址
精准医学与辨证论治之我见 霍会川(44)	石家庄市建华南大街 118号
耳脐顺势疗法个性化治疗与精准治疗	电 话 0311-85673546
信息动态	传真
关于召开"第四届中医耳鼻喉国际论坛夏季峰会"的通知	0311–85667550
中华中医药学会国际交流部(49)	网址 http://www.zyebhkx.com
	印刷数量
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 中华中医药学会国际交流部(50)	20000 册
	印 刷 石家庄嘉年印刷有限公司
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	
山 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	

约稿通知

《中医耳鼻科学研究》是中华中医药学会主管的一家中医耳鼻喉科专业性刊物,为中国电子期刊杂志社入编期刊,中国科技论文统计源期刊、中国科技期刊数据库收录期刊。

本刊主要栏目:

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。

本刊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,并请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:文中必须附中文摘要,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 3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..夹在段落内的序号用①②···书写。
- 6. 文中图、表要用中文清晰明了,表格内容不与文字,插图重复,均采用三线表。表中参数应标明量和单位和符号,需注释处,用 *、▲、排等表示。
- 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/(kq.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,物理量量值必用拉伯数字,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,本刊 E-mail: zhsht328@163.com,并请注明作者简介: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: 石家庄市建华南大街 118 号《中医耳鼻喉科学研究》编辑部收。
- 11. 本刊对来稿有删改权, 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, 本刊一律不退稿。
- 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交流内刊,2007 年被中国电子期刊杂志社收编为电子版正刊,录入到中国医学期刊数据库,知网和万方数据库搜索引擎均能查阅,本刊已经录用,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,此种行为与本刊无关,我刊恕不录用。(4) 本刊目前尚未建立网络投稿系统,特此公告周知。电话:4000-135-120 网址:www.erbihou.com

OTORHINOLARYNGOLOGY RESEARCH IN TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

CONTENTS

Vol. 20 No. 2 June 2021

MEDICAL REVIEW
Recent clinical research on the treatment of tinnitus in traditional Chinese medicine
ZHENG Yanyan, QIAO Fengying
Research Progress of postoperative Dialectics and Treatment of Sinusitis in Traditional
Chinese Medicine
GAO Li(5)
EXPERIMENTAL RESEARCH
Effect of tympanic massage combined with nasal negative pressure replacement therapy on
chronic secretory otitis media
XUE Yanyan
CLINICAL RESEARCH
From the perspective of psychosomatic medicine, a brief analysis of tinnitus in Chinese
medicine clinical techniques :case to give an example
CHEN Jie, GUO Yu
Clinical experience of laryngeal cough
CHEN Xiao, ZHANG Mian, LI Yi, ZHENG Qinyuan, GAO Yang, FU Guanghu, LIAO Wei (18)
Combined with the "Five Methods of Preventing Epidemics" in Jingyue Quanshu, the external
treatment method of traditional Chinese medicine was used for epidemic prevention
CHEN Jie, GUO Yu (22)
Treatment of laryngogenic cough in traditional Chinese medicine from "insect pathogen"
ZHENG Qinyuan ZHANG Mian LI Yi GAO Yang CHEN Xiao
GRADUATE GAMPUS
Professor Peng Shunlin's clinical experience in treating allergic rhinitis based on syndrome
differentiation
CHEN Yirui, PENG Shunlin
Research progress of traditional Chinese and western medicine in chronic sinusitis
WU Die,CHEN Wenyong

BASIC PHYSICIAN'S GARDEN

Clinical observation of 110 cases of acute rhinitis and sinusitis in children	
WEI Yi	(38)
Clinical Value of mucociliary clearance System in the Treatment of pediatric nasal Disc	eases
in Children	
XUE Yanyan	(40)
My View on precision medicine and syndrome differentiation	
HUO Huichuan	(44)
Ear navel homeopathy, personality therapy and precision therapy	
NI Jinxiu	(46)

中医治疗耳鸣的临床研究近况

郑妍妍1谯凤英2

【摘要】本文综述了近年来中医治疗耳鸣的临床研究近况,整理了中医治疗耳鸣的各种治疗方法,主要有内治法(经方、验方)、外治法(针灸、穴位注射)、综合疗法(针药联合、体针结合耳穴埋针、穴位贴敷结合中药方剂)。通过整理总结大量的文献,发现了中医治疗耳鸣的优势及不足,为临床提供参考。

【关键词】中医; 耳鸣; 临床研究进展; 综述

耳鸣是以自觉耳内或颅内鸣响而外界无相应 声源为主要特征的病症[1]。国内研究表明, 耳鸣 患者发病率达 15.5%~18.6%, 严重影响正常生活 者占 0.4%~0.5%[2]。耳鸣常会引起心情烦躁、注意 力不集中、抑郁等一系列精神症状,严重者则会 影响人的工作、生活。西医治疗本病的方法有口 服或静脉滴注营养神经、扩张血管的药物、高压 氧仓、习服疗法等。中医认为耳鸣的发生主要与 饮食不节、睡眠不足、压力过大等导致脏腑功能 失调,其病机有虚有实,实者多因外邪侵袭痰湿 困结、肝气郁结, 虚者多因脾胃虚弱、心血不足、 肾元亏损而致。常用通窍法、祛痰法、疏肝法、 补益法治疗耳鸣。中医对本病的治疗有中药汤剂、 针灸、穴位注射、针药联合等。中医治疗耳鸣具 有简、便、廉、效等优势,逐渐被广大耳鸣患者 所接受。故本文将近几年中医治疗耳鸣相关的临 床研究综述如下。

一、内治法

1.1 经方

经方是指中医经典医药著作中所记载的方剂,是古代医家在治疗耳鸣过程中发现确有疗效的"经验之方"。经方组方简单、结构严谨,治疗耳鸣疗效好,被现代医家广泛使用。李氏^[3]采用补中益气汤加减治疗耳鸣 36 例,1 剂 / 日,3 次 / 日,共治疗 42 天。治愈 20 例,好转 12 例,无效 4 例,总有效率 88.9%。诸氏等 [4] 采用聪耳汤加味

治疗耳鸣80例。治疗组予聪耳汤加味,1剂/日, 2次/日。对照组予银杏叶片、呋喃硫胺片、盐酸 氟桂利嗪胶囊。两组均治疗35天。治疗组痊愈2 例, 显效 16 例, 有效 14 例, 无效 8 例, 总有效 率 32%, 疗效明显优于对照组 (P<0.05)。吴氏等 [5] 采用龙胆泻肝汤治疗耳鸣60例。治疗组予龙胆泻 肝汤,1剂/日,3次/日。对照组予口服泼尼松片。 两组均治疗14天。治疗组42耳,痊愈6耳,显 效 18 耳, 稳定 15 耳, 无效 3 耳, 与对照组疗效 比较, 差异具有统计学意义 (P<0.05)。 黄氏等 [6] 采 用补阳还五汤治疗耳鸣60例。治疗组予补阳还五 汤加减,1剂/日,3次/日。对照组予静脉滴注 低分子右旋糖酐及口服丹参片。两组均治疗15天。 治疗组痊愈8例、显效10例、有效10例、无效 2 例, 总有效率 93.3%, 总有效率明显优于对照组 (P<0.05)。许氏等^[7]运用益气聪明汤加减治疗耳鸣 50 例。1 剂 / 日, 1 次 / 日, 共治疗 35 天。痊愈 32 例, 有效 15 例, 无效 3 例。

1.2 验方

验方是指经过临床反复使用证明确有疗效的 自拟方剂,该类方剂系现代医家根据临床实际, 归纳总结出的适合治疗某些疾病,具有组方灵活、 疗效突出的特点。古今很多医家总结提出了大量 治疗耳鸣的经验方,临床收效佳。王氏^[8]认为气、 血、精不足,经脉瘀滞,耳窍失于濡养,则发为耳鸣, 故采用自拟益气补肾活血通窍汤治疗耳鸣 22 例。

¹ 天津中医药大学, 300193

²天津中医药大学第一附属医院,300193

方药组成:黄芪、丹参、葛根各30克,当归、川 芎、熟地、枸杞、黄芩各15克,柴胡、石菖蒲、 郁金各12克, 甘草6克。水煎服, 1剂/日, 3次 /日, 共治疗 23 天。痊愈 13 例, 好转 7 例, 无效 2例、总有效率90.91%。宋氏等 91认为肝肾与耳 关系密切, 目瘀阳耳窍, 气血运行不畅, 耳窍失 养,故采用自拟益肾柔肝通络汤治疗耳鸣 120 例。 治疗组予益肾柔肝通络汤加减,方药组成:熟地、 山萸肉各30克,川芎、石决明、丹参、葛根各20 克, 当归、白芍、牛膝、路路通各15克, 桔梗、 石菖蒲各12克。水煎服,1剂/日,2次/日。对 照组予口服西比灵、谷维素。两组均治疗30天。 治疗组痊愈27例,显效20例,有效9例,无效4例, 总有效率 93%, 疗效优于对照组 (P<0.05)。魏氏等 [10] 认为气滞血瘀之虚症者多兼脾虚、肾虚之象, 故采用自拟益气补肾活血开窍汤治疗耳鸣 43 例。 方药组成: 葛根 30 克, 磁石 24 克, 丹参、香附、 赤芍各15克,桃仁、路路通、柴胡各10克,川芎、 当归各6克,红花、地龙各5克。水煎服,1剂/日, 3次/日, 共治疗90天。痊愈21例, 显效11例, 有效 7 例, 无效 2 例, 总有效率 95.5%。

二、外治法

1针灸治疗

针灸治疗耳鸣是通过对耳周及相应腧穴的刺激,使刺激沿经脉传入体内,从而激发人体正气,起到疏通耳周经络,调节脏腑功能,调和阴阳,扶正祛邪的作用,以利耳鸣症状的缓解或消失。针灸治疗耳鸣方法较多,包括针刺、温针灸等。

1.1 针刺

赵氏等[11] 采用针刺治疗耳鸣 70 例。对照组 予口服盐酸氟桂利嗪胶囊、甲钴胺片。治疗组 在对照组基础之上予针刺。主穴取患侧耳门、翳 风、百会、神庭及双侧太溪、外关、悬钟。耳周 腧穴的针感要求向耳底或耳周传导,留针 30 分 钟。1 次 / 日。两组共治疗 60 天。治疗组痊愈 5 例,显效 16 例,有效 9 例,无效 2 例,总有效率 93.3%,疗效优于对照组 (P<0.05)。樊氏等[12] 采用 针刺治疗耳鸣 212 例。治疗组予针刺,主穴取耳前三穴、翳风、风池、完骨,实证用泻法,虚证用补法,1次/日,留针 20~30min,共治疗 28 天。对照组予口服盐酸丁咯地尔片,共服 28 天。治疗组痊愈 28 例,显效 36 例,有效 69 例,无效 32 例,总有效率 80.6%,疗效优于对照组 (P<0.05)。

1.2 温针灸

段氏等[13] 采用温针灸治疗耳鸣 53 例。治疗组予温针灸,主穴取下白、中白穴,针刺得气后行温灸,将 2 厘米艾条套于针尾,点燃施灸,灸 2 壮,待艾条燃尽后去灰烬,易柱再灸,留针 30 分钟后起针。1 次 / 隔日,3 次 / 周,共治疗 4 周。对照组予口服西比灵、复合维生素 B 片,共服 4 周。治疗组治愈 6 例,显效 13 例,有效 5 例,无效 2 例,总有效率 92.3%,疗效明显优于对照组 (P<0.05)。陈氏 [14] 采用温针灸治疗耳鸣 62 例。治疗组予温针灸,主穴取百会、风池、翳风、听宫等。针刺得气后于听宫穴行温针灸,将 2 厘米的艾条插于听宫穴毫针尾部,点燃,留针 30 分钟后起针。对照组仅予针刺治疗,取穴如前。两组均治疗 12 天。治疗组痊愈 10 例,显效 16 例,有效 5 例,无效 1 例,总有效率 96.88%,疗效优于对照组 (P<0.05)。

2 穴位注射

穴位注射是将药物注射入相应穴位从而发挥药效的一种治疗方式。可采用局部取穴法,取耳周穴位,待针刺得气后向穴位注入适量的药液[1]。穴位注射可以使药物在耳周皮下穴位持久刺激,有利于促进耳周气血之运行,起到营养耳周神经的作用[15],以缓解或消除耳鸣的症状。火氏等[16]采用穴位注射治疗耳鸣95例。治疗组予天麻素注射液,对照组予糖皮质激素,两组均取颅息穴行穴位注射,0.5毫升/次,2次/周,共注射10次。治疗组治愈1例,显效17例,有效22例,无效9例,总有效率81.63%,与对照组疗效比较无统计学意义(P>0.05)。谭氏等[17]采用耳迷根(耳轮脚后沟的耳根处)穴位注射治疗耳鸣120例。随机分为三组,A组: 予糖皮质激素,B组: 予葛根素,C组: 予

天麻素,三组均取耳迷根行穴位注射。0.5毫升/次,1次/周,共注射5次。A组治愈2例,显效30例,有效21例,无效7例,总有效率88.33%;B组治愈1例,显效3例,有效11例,无效15例,总有效率50.00%;C组治愈1例,显效9例,有效16例,无效4例,总有效率86.67%。A组疗效优于B组、C组。刘氏等[18]用复方麝香注射液行穴位注射治疗耳鸣153例。穴位注射取患侧翳风及听宫穴注入复方麝香注射液,0.2毫升/穴,1次/日,共注射15次。痊愈51例,显效36例,有效44例,无效22例,总有效率85.62%。

三、综合疗法

周氏等[19] 将耳聋 1号结合温针灸治疗耳鸣 70 例。治疗组予耳聋1号(药物组成:熟地黄、山药、 牡丹皮、煅磁石、丹参、石菖蒲、钩藤、制远志、 枸杞子、路路通、醋五味子、酒萸肉、泽泻)配 以温针灸。耳聋1号,1剂/日,2次/日。温针 灸取百会、听宫、翳风等,留针 25min,1次/日, 共治疗28天。对照组予口服甲钴胺片,0.5毫克/次, 3次/日,共治疗28天。治疗组痊愈6例,显效 13 例, 有效 5 例, 无效 2 例, 总有效率 92.3%, 疗效优于对照组 (P<0.05)。肖氏等 [20] 采用体针结 合耳穴埋针治疗耳鸣60例。治疗组予体针配以耳 穴埋针,体针主穴取百会、听宫、听会、率谷、翳风, 以提插捻转为主,实证用泻法,虚证用补法,留 针 30 分钟, 1次/日。耳穴埋针主穴取神门、皮 质、内耳、外耳、肝、肾等,1次/日,24小时后 取下。对照组予静滴舒血宁注射液、甲钴胺注射液。 两组均治疗20天。治疗组痊愈9例,显效12例, 有效 7 例, 无效 2 例, 总有效率 93.3%, 疗效优 于对照组 (P<0.05)。冯氏 [21] 采用穴位贴敷结合中 药治疗耳鸣 33 例。穴位贴敷用吴茱萸 200g 研末, 每包10克,每晚睡前取涌泉穴贴敷1包,次晨取下。 中药采用益气通窍汤加减,水煎服,1剂/日。10 次为1个疗程,疗程同穴位贴敷。最短治疗3个 疗程, 最长治疗8个疗程。治愈11例, 显效6例, 有效 8 例, 无效 8 例, 总有效率 75.8%。

四、结语

综上所述,中医治疗耳鸣方法多,包括经方、 验方、针灸、穴位注射等,临床疗效好,操作简单, 无副作用,优势突出。中医汤剂根据耳鸣患者病 情, 选方用药, 具有组方灵活, 随证加减的特点。 针灸是传统中医学的特色疗法,通过结合耳鸣患 者临床实际选穴,以达疏通耳周经络,调和阴阳, 扶正祛邪,通利耳窍之效。穴位注射以经穴为载 体,把药物运送到耳周相应区域或部位,从而发 挥药物和经穴通利耳窍、缓解耳鸣症状的作用, 以增强疗效。此外,治疗本病不拘泥于一种方法, 多种方法联合治疗本病亦取得较好治疗效果,如 针药联合、体针结合耳穴埋针、穴位贴敷结合中 药方剂等。但中医治疗耳鸣亦存在不足之处,即 发病机制尚不明确, 缺乏客观的耳鸣检查方法, 疗效评价标准尚不统一, 缺乏大样本的临床研究, 缺乏远期随访。故深入研究耳鸣发病机制,提高 耳鸣检测方法的客观性、准确性,进行大样本临 床研究以制定合理统一的临床疗效评价标准,同 时注重对耳鸣患者的远期随访为今后中医对耳鸣 研究的方向。

参考文献

[1] 刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学 [M]. 谢强. 丛品. 忻耀杰. 王汉明. 周凌. 刘建华. 新世纪第四版. 北京:中国中医药出版社, 2016: 93.

[2] 陈英,王建明.耳鸣诊断方法的新进展[J]. 中国当代医药,2014,21(13):183-185.

[3] 李豫. 补中益气汤加减治疗耳鸣 36 例 [J]. 云南中医中药杂志, 2011,32(6): 51.

[4] 诸劭洁, 李明, 张剑宁, 等. 聪耳汤加味治疗肝肾阴虚型耳鸣的疗效观察[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2016,24(4):289-292.

[5] 吴娇,周红,陈晓珍.龙胆泻肝汤对鼻咽癌放疗后耳鸣的临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2015,34(11):28.

[6] 黄亦形, 顾潜玉. 补阳还五汤治疗神经性

耳鸣疗效观察 [J]. 实用中医药杂志, 2008, 24(8): 487.

[7] 许君,张玉龙. 益气聪明汤治疗耳鸣 50 例 [J]. 四川中医, 2012, 30(1): 108-109.

[8] 王苹. 自拟益气补肾活血通窍汤治疗神经性耳鸣 22 例疗效观察 [J]. 临床合理用药, 2013, 8(6): 44.

[9] 宋世雄,王长垠,殷春萍.益肾柔肝通络汤治疗神经性耳鸣随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2013,27(3):45-47.

[10] 魏妍慧, 邹广华, 龚建奇. 益气补肾活血开窍汤治疗神经性耳鸣 43 例 [J]. 陕西中医, 2011, 35(7); 862-863.

[11] 赵岩,王胜,高珺,韩建坤,赵姿茗.针刺治疗主观耳鸣疗效例[J].上海针灸杂志,2016,35(9):1096-1098.

[12] 樊凌杉, 谯凤英. 针刺治疗神经性耳鸣 212 例 []]. 河南中医, 2013, 33(12): 2200-2201.

[13] 段圣德,周焕姣,吴松.肾与三焦相通理 论指导针灸治疗耳鸣临床观察[J].上海针灸杂志, 2016,35(4): 440-442. [14] 陈熠路. 温针灸治疗神经性耳鸣疗效观察 []]. 湖北中医杂志, 2012, 34(12): 61-62.

[15] 任晓楠. 颅息穴注射利多卡因治疗神经性耳鸣的疗效观察 [D]. 辽宁: 辽宁中医药大学, 2014: 21.

[16] 火英明, 陆芝敏, 潘秋贤. 颅息穴穴位注射疗法治疗耳鸣临床观察[J]. 四川中医, 2016,34(12): 190-192.

[17] 谭君颖,张剑宁,李明.耳迷根穴位注射治疗特发性耳鸣的疗效观察[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2015,23(1):16-18.

[18] 刘志. 穴位注射麝香治疗耳鸣的效果观察 []]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(18): 1978-1979.

[19] 周凌,高雪娇.耳聋1号结合温针灸治疗老年神经性耳鸣的临床观察[J].中医眼耳鼻喉杂志,2015,5(4):209-210.

[20] 肖贵容, 汪开洋. 体针结合耳穴埋针治疗神经性耳鸣疗效观察[J]. 实用中医药杂志,2016,32(9): 905-906.

[21] 冯昌荣. 穴位贴敷配合中药治疗神经性耳鸣 33 例 []]. 上海针灸杂志, 2009,28(4): 235.

中医对鼻窦炎术后辨证及治疗的研究进展

高莉1

慢性鼻-鼻窦炎(chronic sinusitis,CRS)的主要临床表现为鼻塞、黏脓涕、头面闷痛、嗅觉障碍,且持续12周以上,严重影响患者生活质量,功能性内窥镜鼻窦手术(functional endoscopic sinus surgery,FESS)是目前主要且有效的治疗方式^[1]。FESS后术腔粘膜的修复、鼻腔纤毛粘液系统的恢复、临床症状的改善及术后并发症等是临床关注的重要问题,西医主要予以盐水鼻腔喷雾器清洁术腔、抗生素和糖皮质激素抗感染、抗组胺药抗过敏及可吸收止血膨胀海绵和重组牛碱性成纤维细胞生长因子外用凝胶等促进创面修复。CRS属中医"鼻渊"范畴,诸多中医学家在鼻窦炎术后恢复上提出了独特、有效的治疗方法,丰富了"百花齐放、百家争鸣"的学术风气,值得我们晚辈拜读并总结,提高自身理论知识与经验。

1 祖国医学对鼻窦炎术后辨证的认识

中医对慢鼻渊术后的辨证并未统一,是治疗方式不同的基础。张兰研究发现 CRS 患者 FESS 后长期疗效与中医证型密切相关,其中肺气虚寒证、脾气虚弱证 CRS 患者 FESS 后的长期疗效欠佳,即 CRS 术后疗效与 "肺脾气虚"密切相关^[2]。吴方星研究认为慢鼻渊术后患者的中医证候分布与术前有显著差异,术后 4 周内证型之气虚证、血虚证、血瘀证在术后 1 月内无显著变化,而湿热证有显著变化并出现其他证型,且演变规律为实证向虚证转变^[3]。亦有医家根据鼻渊术后黏膜修复的分期而辨证论治,熊子文将 CRS 术后分为肺经蕴热型、肺脾气虚型和湿热型 3 型,分别予辛夷清肺汤加减清肺泻热通窍、参苓白术健脾益气通窍、黄岑滑石汤渗湿化浊通窍以治疗^[4]。

也有研究认为CRS术后中医证型分布具有一

定的规律性,徐庆文认为鼻渊术后1周以气血两 虚为主, 术后 2 周以气滞血瘀为主, 术后 3-10 周 表现为湿困内兼肺脾气虚,术后10-12周以脾气 虚弱、肺气虚寒为主^[5]。邱宝珊教授认为 FESS 后 1-4 周内多夹杂气虚血瘀的征象,辨证为肺脾湿 热困结夹瘀,治以清热祛湿、祛瘀通窍之辛夷清 肺饮或甘露消毒丹合苍耳子散, 酌加活血生肌祛 瘀排脓药:术后4周后术腔基本清洁,进入黏膜 生长的活跃阶段,大多兼有夹湿征象,辨证为肺 脾气虚、湿浊内困,治以健脾益气、祛湿通窍之 参苓白术散合苍耳子散以促进术腔黏膜上皮化[6]。 宋若会教授认为鼻渊术后鼻腔生理变化为:术后 72 小时内为肌膜受损、余邪留滞之黏膜肿胀;术 后 3 天后的 2-10 周为经脉受损、气血运行失常逐 渐减轻,表现为水湿停聚化热、化火,发展为脓 性分泌物、黏膜水肿等;术后10周后进入黏膜上 皮化阶段[7]。

2 祖国医学对鼻窦炎术后治疗的认识

中医对鼻渊术后的中医药治疗主要方法为内治法、外治法与针灸疗法,作用原理主要是影响鼻渊致病因素之细胞因子而发挥治疗效果,恢复鼻-鼻窦黏膜的生理功能。具体表现在改善鼻渊主症,减轻术区疼痛、出血和术腔黏膜充血、水肿,改善炎性反应,增强免疫功能,促进纤毛活化及黏膜纤毛的传输功能,调节组织重塑及黏膜上皮化,具有无明显毒副作用的优势^[8]。

2.1 内治法

2.1.1 经方加减及其制剂

无论是中医整体辨证论治的经典方剂还是耳 鼻喉科中的古代专方,现代中医家的运用既传承 经典又别出心裁,运用现代药理解释中医方剂,

¹ 鄂东医疗集团黄石市妇幼保健院耳鼻喉科 435000

更证明了中医的科学性、有效性。

干祖望教授拟创鼻渊合剂即暗合苍耳子散方, 具有促进 IL-10、抑制 p-p38 活化阻断 p38MAPK 通路抑制 IL-9 产生的药理作用,可配合其他攻剂 或补剂治疗鼻窦炎,标本兼顾 ^[9]。

参苓白术散功效健脾益气、渗湿化浊,是培土生金法治疗肺脾气虚证鼻渊及鼻渊术后正气受损的代表方^[10],尉瑞化裁麻芷参苓白术散治疗鼻术后患者,治疗组的症状、体征及病情的改善优于常规治疗组^[11]。

龙胆泻肝汤是清胆泻热法治疗胆腑郁热证疾病的代表方,熊大经教授根据此方拟创成药制剂"鼻渊舒口服液",具有抑制优势菌群表葡菌生物膜、上调关键基因 uxS 以降低了 AI-2 信号、双向调节 agr 相关粘附基因 atlE、影响表葡菌 BBF 形成等药理作用 [12]。

2.1.2 自拟经验方

鼻渊术后病情变化相对复杂,临床医师按照 术前证型予以常规辨证论治,根据经验结合病情 变化采用自拟方,是学术研究的重点。

王旭教授自拟醒窍汤(广藿香、鱼腥草、黄芩、苍耳子、白芷、辛夷、桔梗、生甘草)^[13]及清热利湿祛瘀汤(苍耳子 12g、白芷 12g、辛夷10g、川芎 12、当归 15g、鱼腥草 18g、泽泻 15g、黄芩 10g、菊花 10g、藿香 10g、龙胆草 10g、栀子10g、甘草 6g)^[14]治疗 CRSsNP术后,能有效清除炎症反应、抑制鼻腔异常分泌物,改善鼻腔通气和引流,分别有降低 IL-4、5、6、转化生长因子1表达量及下调 TGF-β1、IL-17 的药理作用。

王佳艳联合"苍耳子散"和"小柴胡汤"研制"清窦通窍方" (辛夷 10g、白芷 10g、薄荷 10g、蒲 0英 15g、鱼腥草 15g、藿香 10g、)加减口服并熏蒸 FESS 后术腔,益气扶正、祛痰排脓,促进临床症状改善及术腔黏膜形态与功能的恢复 [15]。

赵竞一等将自拟温阳通窍汤(细辛 3g、苍耳子 6g、败酱草 30g、菊花 18g、黄芪 20g、白术30g、茯神 30g、桂枝 9g、瓜蒌 15g、蒲黄 20g、红

花 9g、延胡索 15g、升麻 5g、桔梗 12g、炙甘草 12g)运用于慢性鼻窦炎鼻内镜术后患者,可改善患者症状,减轻黏膜嗜酸性粒细胞浸润,减少杯状细胞化生及细胞外基质沉积,抑制鼻黏膜重塑 [16]。

付志刚运用自拟四黄鼻渊方(黄芪 15g、黄芩 15g、黄连 10g、黄柏 15g、苍耳子 5g、菊花 10g、甘草 10g、白芷 10g、连翘 10g、川芎 10g、柴胡 10g、冰片 5g、赤芍 5g)治疗慢性鼻窦炎术后,可加快 MTR,改善嗅觉功能评分(L-K、L-M评分),降低炎症细胞因子水平(S-cRp、TNF-α、IL-6),抑制变态反应(TIgE 水平)[17]。

2.1.3 中成药

临床常用于治疗慢性鼻 – 鼻窦炎的中成药有通窍鼻炎颗粒、鼻渊通窍颗粒、鼻渊舒口服液等,且具有简便易得、适应症广、疗效被认可等优点,除了改善患者症状、体征及降低复发率,亦可降低 TNF-α、IL-4、IL-9、IL-10、IFN-γ等细胞因子水平^[18],改善 MTR、鼻腔分泌物中 IL-5 和IL-8、SNOT-20、VAS、鼻窦 CT 等指标^[19]。

2.2 外治法

术腔局部用药可使药物直达病所,针对性强,通过物理清洁、湿润术腔、软化痂皮、清除分泌物及黏膜表面滋生微生物的刺激,加快鼻黏液纤毛传播速率,减轻充血水肿及炎症,进而加快术腔黏膜功能的恢复;中药通过黏膜吸收后增加局部血液循环,预防感染,减少创面瘢痕形成,保持窦口引流通畅,促进术腔黏膜愈合与上皮化。

2.2.1 中药液冲洗、灌注法

彭文静运用 4% 浓度的苍辛通窍方(白芷颗粒 5g、薄荷颗粒 2g、辛夷颗粒 10g、苍耳子颗粒 10g、鱼腥草颗粒 5g、鹅不食草颗粒 5g、细辛颗粒 3g)冲洗鼻内镜术后术腔,可加快术腔清洁,促进鼻粘膜纤毛输送速率,改善患者症状^[20]。

辛营营运用自拟鼻窦炎合剂(龙胆草 15g、川芎 15g、黄芩 20g、辛夷 15g、栀子 15g、荆芥 10g、白芷 15g、薄荷 10g、黄芪 30g、茯苓 20g、

苍耳子 15g、木通 15g、桔梗 15g、麻黄 10g、柴胡 10g、龙血竭 10g、白及 10g) 行鼻术后术腔冲洗,较地塞米松磷酸钠+硫酸庆大霉素溶液更明显地促进术腔黏膜纤毛功能地恢复 [21]。

2.2.2 中药液熏洗、雾化法

陈瑜萍对胆腑郁热证型 CRS 术后予以辨证分型中药经鼻雾化吸入,患者于术后 3 个月鼻黏液纤毛输送率要明显高于布地奈德鼻喷剂喷鼻组^[22]。江燕予以 FESS 患者中药金莲花口服液(辛夷、金莲花、薄荷)雾化吸入,可有效改善其鼻通气功能及生活质量,抑制炎性反应,促进术腔黏膜组织的修复^[23]。

2.2.3 中药凝胶及膏、散剂

严啸天将化浊生新膏(黄芩、乌敛梅、天花粉、没药、麻油、蜂蜡)定期涂敷于 FESS 后术腔创面,可通畅术腔引流,改善症状和减轻术后痂皮、瘢痕形成及新生病变,抑制鼻粘膜重塑,促进术腔黏膜上皮化[24-25]。

宋若会教授采用生肌通窍法自制生肌通窍散 (海螵蛸、煅牡蛎、地榆炭、辛夷、细辛)、生 肌通窍止血明胶海绵(海螵蛸、炙麻黄及马勃、明胶海绵)、生肌通窍散温敏凝胶(海螵蛸、马勃及槐米,中药散承载于温敏性凝胶)对 FESS 术腔予以填塞治疗,可减少术腔出血及疼痛,通过调节术腔黏膜中的 IL-1 和 IL-4、EGF 和 VEGF 的表达抑制黏膜炎症反应,从而促进黏膜愈合及术腔黏膜上皮化 [26-28]。

2.2.4 中药纱条

黄河银将湿润烧伤膏纱条+化腐生肌膏纱条(丹参30g、当归30g、冰片15g、紫草15g、白芷15g、熟石膏15g、煅龙骨15g、煅牡蛎15g、血竭10g、没药10g、蜈蚣10g、枯矾5g、轻粉5g、白凡土林60g、香油500mL。炮制成化腐生肌膏,将之均匀的摊在纱条上,经高温高压消毒后备用)应用于鼻内镜术后术腔填塞,均可减轻患者术后疼痛,促进术腔黏膜上皮化,其中湿润烧伤膏纱条疗效优于化腐生肌油纱^[29]。曹李芳采用自制止

血通窍油纱于 FESS 后填塞术腔 3 天,可有效减少术后创面出血、面颌部疼痛等并发症^[30]。

2.3 针刺疗法

鼻渊术后针刺治疗的主要作用机制为改善术 区疼痛及术后生活质量,促进术腔黏膜愈合或上 皮化,王俪蓉对慢鼻渊术后患者针刺合谷、印堂、 迎香、足三里等穴位,术后初期疼痛明显改善且 优于对照组^[31]。也有研究者于鼻渊射频消融术中 应用针刺麻醉联合局麻,患者术中不同时间点血 压及心率低于仅用局麻组,发生气短、心慌以及 恶心等不良反应的几率亦低^[32]。

2.4 序贯疗法或联合疗法

张勤修教授创立了慢性鼻窍整体疏通序贯疗法,即鼻术后予以用清热解毒、消肿排脓的中药汤剂灌洗鼻腔以促进双窍内毒素排出,重建鼻窍气血津液升降出入通道,再予以通窍除涕功效的散剂塞鼻,即为三和开玄通窍汤系列方,具抗炎抗菌、镇痛的作用且疗效满意^[33]。

张书臣教授独创中医鼻病序贯疗法,并辨证论治应用于 CRS 术后患者,如对 CRS 肺脾气虚证患者 FESS 后常规诊疗的基础上予以苍耳子散合参苓白术散汤(党参 9 g、黄芩 9 g、苍耳子 6 g、辛夷 9g、白术 6 g、白芷 9g、薄荷 9g、川芎 9g、薏苡仁 6g、桔梗 6g、败酱草 9g)续贯治疗,连续 3月后治疗组症状与体征的改善、鼻黏膜的上皮化明显优于对照组 [34]。

纪丽娟对 ESS 患者术后第1天口服自拟温肺 通窍汤联合术后第3天开始针刺肺俞、大椎、迎香、印堂、足三里等穴位3月,综合疗效较好,能明 显改善患者的主观症状,缩短鼻腔黏膜形态及纤毛功能的恢复时间 [35]。

于玺泓运用自拟鼻窦方联合平补平泻法针刺择印堂、迎香及鼻通,可促进慢性鼻窦炎鼻内镜术后鼻腔黏膜修复,下调血清 IL-1 β、IL-5、IL-6、IL-17 表达,有助于改善患者生活质量,降低术后并发症和远期复发风险 [36]。

3总结

综上所述,对于鼻窦炎术后的治疗,中医方法众多、显著疗效。同时,古代医学里发明创造的中医方剂并不是针对鼻窦炎术后的,而现在的应用体现了中医的2个特点:中医药辨证论治,一种中药方不仅仅是针对某一个病;中医遵循维护人民利益的宗旨,在继承的基础上创新,实现中医药的现代化,应用更广。

参考文献

- [1]W.J.Fokkens, et al.European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. J Official Journal of the European and Interna tional Rhinologic Societies and of the Confederation of European ORL-HNS, (2020), 29: 1–480.
- [2] 张兰.慢性鼻窦炎患者 FESS 术后长期疗效 观察及与中医证型的关系 [D]. 成都中医药大学, 2020.
- [3] 吴方星.慢性鼻鼻窦炎脾胃湿热证功能性鼻内窥镜术后中医证型变化的初步研究[D]. 南京:南京中医药大学,2012.
- [4] 熊子文.不同中医辨证分型慢性鼻-鼻窦炎患者鼻内窥镜术后中医药治疗效果分析[J].临床与检验医学,2019,16(12):1732-1734.
- [5] 徐庆文, 孙一帆, 邱宝珊, 等. 中西医结合治疗慢性鼻窦炎的近期疗效观察 [C]. 全国中西医结合耳鼻咽喉科学术会议论文集, 2005:75-77.
- [6] 翟性友.慢性鼻窦炎-鼻息肉内窥镜术后中医辨证分型及疗效观察[D].广州中医药大学,2007.
- [7] 陈琼雪.TLR-2-NF-kB信号通路在鼻内镜术后黏膜修复中的作用及生肌通窍散温敏凝胶干预机制的研究[D].合肥:安徽中医药大学,2018.
- [8] 黄程程,王海.中医药治疗鼻窦炎及其对相关细胞因子影响的研究进展[J].河北中医,2019,41(3):476-480.
 - [9] 倪平敏, 赵晶晶, 吴拥军. 鼻渊合剂对急

- 性鼻窦炎模型大鼠鼻窦黏膜 p38MAPK 信号通路及 IL-9/IL-10 的影响 [J]. 南京中医药大学学报, 2019,35(2): 185-188.
- [10] 张伟群. 参苓白术散加减治疗脾气虚弱型慢性鼻 鼻窦炎的术后临床观察 [D]. 福建中医药大学, 2020: IV.
- [11] 尉瑞,李静波,袁艳红. 麻芷参苓白术散对鼻窦炎术后鼻黏膜愈合及纤毛清除功能的影响[]]. 中医学报,2018,33(12):2432 2435.
- [12] 曹刘. 鼻渊舒口服液调控慢性鼻 鼻窦炎 表皮葡萄球菌细菌生物膜相关 agrA、uxS 基因的研究 [D]. 成都: 成都中医药大学, 2018.
- [13] 徐 杨.通 过 对 血 清 中 IL-4、5、6、TGF-B1 的表达的研究探讨醒窍汤对慢性鼻鼻窦炎不伴息肉术后的作用机制 [D]. 南京:南京中医药大学,2019.
- [14] 张蓉,朱晓燕,王旭,等.清热利湿祛瘀汤联合布地奈德对慢性鼻-鼻窦炎术后患者的临床疗效[]].中成药,2021,43(1):81-85.
- [15] 王佳艳.清窦通窍方口服联合熏蒸治疗对鼻窦炎术后鼻粘膜修复的疗效观察 [D]. 宁波:宁波大学,2016.
- [16] 赵竞一,艾建伟,王雅琴,等.温阳通窍汤加减对慢性鼻窦炎鼻内镜术后患者鼻黏膜重塑的影响[]].中医杂志,2020,61(14)1247-1252.
- [17] 付志刚,张刚强.自拟四黄鼻渊方对慢性鼻窦炎鼻内镜术后患者嗅觉功能及炎性因子的影响[J].中国疗养医学,2020,29(12):1336-1338.
- [18] 胡菁,朱宁,张建.通窍鼻炎颗粒对慢性鼻窦炎伴鼻息肉远期复发的影响及其机制研究[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2018,26(6): 431-435.
- [19] 魏振鋆, 邱宝珊等. 鼻渊通窍颗粒联合曲 安奈德鼻喷雾剂对比曲安奈德鼻喷雾剂治疗慢性鼻 鼻窦炎疗效和安全性的 Meta 分析和试验序贯分析 []]. 中国药房, 2019, 30 (11): 1565-1570

- [20] 彭文静,黄俊慧,杨欢,等.慢性鼻窦炎伴鼻息肉鼻内镜术后苍辛通窍方鼻腔冲洗的效果分析[]].临床与实践,2020,18(29):32-34.
- [21] 辛营营. 鼻窦炎合剂冲洗对鼻内镜术后术 腔黏膜纤毛功能影响的研究 [D]. 南宁: 广西中医 药大学, 2019.
- [22] 陈瑜萍, 肖丽春. 难治性鼻 鼻窦炎胆腑 郁热证术后中医辨证治疗疗效评价 [J]. 中外医疗, 2018, (5): 182-187.
- [23] 江燕,齐银辉,胡慧娟,等.金莲花液雾化吸入对慢性鼻窦炎功能性内窥镜术后患者鼻通气功能、生活质量和血清炎性因子的影响 [J]. 现代生物医学进展,2020,21(2):316-319.
- [24] 严啸天. 化浊生新膏在鼻窦炎内镜手术后的疗效观察及对基质金属蛋白酶 MMP-2、7、9表达影响的研究 [D]. 南京:南京中医药大学,2019.
- [25] 严啸天, 王旭. "化浊生新膏"治疗 FESS 术后鼻黏膜上皮化45例临床研究[J]. 江苏中医药, 2019, 51(3): 33-35.
- [26] 韩玉洁.生肌通窍散对抑制鼻内镜术后粘膜瘢痕形成的作用机制研究[D].合肥:安徽中医药大学,2020.
- [27] 庶绪姜. 生肌通窍止血明胶海绵止血作用的实验研究及临床疗效观察 [D]. 合肥:安徽中医药大学,2016.
- [28] 潘文君. 生肌通窍散温敏凝胶促进止血及 鼻窦术后黏膜修复的机理研究 [D]. 合肥:安徽中

医药大学, 2017.

- [29] 黄河银,张勤修.湿润烧伤膏纱条和化腐生肌膏纱条促进鼻内镜术后鼻黏膜恢复的疗效比较[J]. 中华中医药杂志,2019,33(11):5228-5231.
- [30] 曹李芳, 熊高云. 自制止血通窍油纱条在功能性内窥镜鼻窦术后填塞的效果观察 [J]. 浙江中医杂志, 2019, 54(8): 590-591.
- [31] 王俪蓉. 针刺治疗对鼻内窥镜术后疼痛等症影响的临床研究[J]. 南京: 南京中医药大学, 2019.
- [32] 陈刚. 针刺麻醉联合局部麻醉在慢性鼻窦炎射频消融手术中的应用效果 [J]. 西部中医药, 2019, 32(3): 112-114.
- [33] 杨启悦,李艳.张勤修治疗鼻渊学术思想及临床经验浅析[J]. 江西中医药,2019,50(444):30-32
- [34] 李艳青, 张重华, 臧朝平, 等. 中药熏蒸 联合逐渊汤治疗慢性鼻窦炎的临床疗效研究 [J]. 临 床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2020,34(1): 5-8.
- [35] 纪丽娟, 肖艳红. 温肺通窍方联合针刺治疗慢性鼻鼻窦炎内窥镜术后临床疗效观察 [J]. 湖北中医药大学学报, 2020, 22(1): 71-73.
- [36] 于玺泓. 鼻窦方冲洗联合穴位针刺对慢性鼻窦炎鼻内镜术后患者鼻黏膜功能形态恢复及相关炎性指标的影响 [J]. 现代中西医结合杂志,2020,29(6):606-609.

鼓膜按摩联合鼻负压置换疗法治疗慢性分泌性中耳 炎的疗效观察

薛彦艳1

【摘要】目的 探讨鼓膜按摩联合鼻负压置换疗法治疗慢性分泌性中耳炎疗效。方法 随机化选取 2015年 5月-2017年 9月在我院就诊的慢性分泌性中耳炎患者 80 例并随机分为两组:对照组 41 例(49 耳),行鼓膜按摩治疗;治疗组 39 例(49 耳),行鼓膜按摩联合鼻负压置换治疗。7 天为 1 个疗程,比较两组疗效。结果 治疗组总有效率 91.8 %,对照组总有效率 77.6 %,治疗组有效率高于对照组(P<0.05)。结论 鼓膜按摩联合鼻负压置换疗法应用于慢性分泌性中耳炎患者进行治疗,取得较好疗效,可减少手术机率及并发症,且患者无明显不适感,满意度高,降低医疗费用,值得临床推广应用。

【关键词】鼓膜按摩;鼻负压置换疗法;慢性分泌性中耳炎

慢性分泌性中耳炎指的是急性分泌性中耳炎 未能及时获得治疗导致病情迁延反复发作至少3 个月,临床特征主要表现为鼓室积液与听力下降。 在慢性分泌性中耳炎的临床治疗上,关键在于重 新开放阻塞的咽鼓管,促使中耳内、外气压恢复 平衡。目前常用的治疗方法有口服药物治疗、鼓 膜按摩等,但疗效往往欠佳。鼓膜穿刺切开以及 鼓膜置管也是常用的治疗手段,但存在一定的风 险,故选择一种安全有效的治疗方案具有重要意 义。本研究在常规治疗及鼓膜按摩基础上联合给 予慢性分泌性中耳炎患者鼻负压置换疗法治疗取 得了满意效果,现报告如下。

1资料与方法

1.1 一般资料

随机选取我院 2015 年 5 月 -2017 年 9 月就诊的慢性分泌性中耳炎患者 80 例 (98 耳)。声导抗检查鼓室压图 B 型 36 耳, C型 62 耳; 所有患者镫骨肌反射均消失; 年龄 5 ~ 52 岁,全部患者病程均为 8 周以上,符合慢性分泌性中耳炎诊断标准¹¹。患者均排除鼻咽部肿瘤因素,治疗前有慢性鼻窦炎、鼻息肉和腺样体肥大者。

1.1.1 症状 所有患者均有不同程度的听力减

- 退,伴有耳闷症状;部分有耳鸣感。
- 1.1.2 局部检查 耳内镜示: 鼓膜呈灰蓝或乳白, 紧张部内陷, 短突呈白色; 部分患者可见液平或 气泡。
- 1.1.3 听力检查 声导抗示鼓室压力图为 B 型或 C 型, 纯音测听示单纯传导聋或混合聋, 言语频率平均气导听阈下降 15 ~ 60db
- 1.1.4 鼻内镜检查 患者多见中、下鼻甲肿大、肥厚,中鼻道或嗅裂见分泌物。
- 1.1.5 影像学检查 CT 扫描可见中耳系统及鼻窦气腔不同程度密度增高,但是不作为儿童常规检查。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法

将患者随机分为对照组和治疗组。对照组 41 例 (49 耳)采用鼓膜按摩治疗,按摩方法:应用速效鼓膜按摩仪(东舟 SGZ)按摩 15 ~ 20min/次,7天为 1 个疗程,治疗 1 ~ 2 个疗程。治疗组 39 例 (49 耳)在上述治疗基础上每日加行鼻负压置换(威海东舟医疗器械有限公司 DZBF-I 鼻窦负压置换仪)疗法,1次/日,5~7日为 1 个疗程,2 周后所有患者均复查声导抗、纯音测听、电耳镜

¹ 石家庄康灵中医耳鼻喉医院,河北石家庄 050031

及鼻内镜。

98 耳分泌性中耳炎患者分别用鼻窦康皮肤粘膜抑菌洗液(河北康灵医药科技有限公司生产)喷鼻,一日三次,根据辨证配合口服中药。

1.2.2 疗效及评定标准

治愈: 耳鸣、耳闷及耳堵等临床症状消失, 纯音听力测试言语频率听力范围提高至正常 (0~25dB)或恢复至发病前水平,声阻抗图呈 A型;好转: 耳鸣、耳闷及耳堵等临床症状减轻, 言语频率听力范围有所提高,但未达到正常范围 (0~25dB)或提高未达到15dB,声阻抗图呈C型; 无效:临床症状无好转,各项检查结果无改善。

1.3 统计学方法

采用 SPSS22.0 统计软件进行数据分析,数据的比较用 X2 检验, P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

对照组:治愈26耳,好转12耳,无效11耳,总有效率77.6%;治疗组治愈30耳,好转15耳,无效4耳,总有效率91.8%。治疗组及对照组在治疗前两组间鼓室导抗图图型构成比较差异无统计学意义(X²=2.773, P=0.249);对照组治疗前后鼓室导抗图图型构成比差异有统计学意义(X²=7.398, P=0.027);治疗组治疗前后鼓室导抗图图型构成比差异有统计学意义(X²=8.243, P=0.018);治疗组及对照组在治疗后两组间鼓室导抗图图型构成比较差异有统计学意义(X²=6.451, P=0.039)。

讨论

慢性分泌性中耳炎是耳鼻咽喉科常见病,是 儿童和成人听力下降的主要原因,其确切病因不 清,通常认为与咽鼓管功能不良、感染和免疫反 应有关,其中咽鼓管功能障碍是基本原因,目前 临床多采用全身抗生素治疗以控制患者炎症反应、 抑制黏液的分泌。临床研究表明^[2],该治疗对改 善患者鼻腔黏膜充血肿胀,并保持咽鼓管和鼻腔 的通畅对恢复咽鼓管功能,恢复患者听力具有重 要作用^[3]。同时夏忠芳等^[4]研究证实,咽鼓管功 能障碍在慢性分泌性中耳炎的发病中占主导地位。 一般认为, 在慢性分泌性中耳炎的患者中, 其咽 鼓管几乎均存在不同程度的堵塞,如慢性鼻窦炎, 可因脓性鼻涕经鼻后孔流至鼻咽部,导致咽鼓管 周围的黏膜及淋巴组织产生炎性反应: 而脓液本 身亦可阻塞咽鼓管口[5]。近年来, 林杰等[6] 总结 出了"鼻源性分泌性中耳炎"的概念,提出对于 鼻腔结构异常造成咽鼓管堵塞及功能障碍所致分 泌性中耳炎,主张早期保守治疗,恢复鼻腔通气。 清除中耳积液、改善咽鼓管通气引流、以及病因 治疗等综合治疗为本病的治疗原则。因此、本院 在病因治疗的基础上采用鼓膜按摩联合鼻负压置 换治疗慢性分泌性中耳炎, 并取得了满意效果。 即通过不断地发送如同大气压一样的生理脉冲波 作用于鼓膜, 使鼓室内压力增高, 促使液体向咽 鼓管口方向排出。同时鼓膜被动运动的同时,调 节了咽鼓管的气压,促进中耳气压恢复,而鼓膜 被动运动的同时听骨链各关节也被动地运动起来, 从而逐渐恢复了听骨链各关节的活动度^[7]。如此 反复,同时推动了外淋巴液活动,从而增强内耳 淋巴液及毛细血管微循环, 有利于听力恢复, 减 轻或预防了并发症的出现;同时进行鼻负压置换 时药物流过鼻腔和鼻咽达到鼻窦, 置换出鼻腔和 鼻窦脓性分泌物,消除黏膜肿胀,缓解鼻塞,增 加鼻腔通气有利于空气经咽鼓管进入中耳腔。刘 真贞[8] 亦证实, 鼻负压置换疗法对合并慢性鼻窦 炎的分泌性中耳炎有显著疗效。从本研究结果来 看,治疗组(49耳)经过1~2个疗程治疗后, 45 耳耳堵感有不同程度的改善, 其中 30 耳治愈, 耳闷和耳鸣等自觉症状消失, 鼓膜检查正常, 纯 音听力正常, 鼓室导抗图恢复为 A 型; 另外 15 耳 症状和体征也有不同程度的改善; 无效 4 耳与患 者可能未能坚持治疗有关。与对照组比较,治疗 组有效率差异有统计学意义,说明采取鼓膜按摩 联合鼻负压置换疗法应用于慢性分泌性中耳炎患 者进行治疗可明显改善患者鼓膜活动度和鼓室曲 线,提高患者听力,临床有效率高,可减少手术

(下转第17页)

从心身医学角度浅析耳鸣的中医临床问诊技巧:病案举例

陈婕¹郭裕²

【摘要】耳鸣患者均伴有不同程度的不良心理反应,目前的主推方法是对患者进行一定的心理干预、 消除患者对耳鸣的错误观念。问诊是中医四诊之一,通过问诊使医生了解患者产生耳鸣鸣的原因、患者对 耳鸣声的性质描述、患者对耳鸣的严重程度的评估。当医生进行引导式的询问其他症状时,可以帮助患者 对症状的关注进行重建、使患者对耳鸣的认知得到改变、打破耳鸣恶性循环式思维体系。同时明白医生建 立医疗方案的原因,愿意积极配合,建立良好的医患关系。本文从心身医学角度对中医临床问诊耳鸣患者 的方法和技巧进行分析,这对于耳鸣治疗的临床实践具有一定的意义。

【关键词】心身医学; 耳鸣; 中医问诊; 行为认知疗法

To analyze the Techniques of TCM consultation for Tinnitus based on the Perspective of Psychosomatic Medicine

[Abstract] Patients with tinnitusare associated with adverse psychological reactions to varying degrees. The current main method is to carry out certain psychological interventions on patients to eliminate the patients' misconceptions about tinnitus. Interrogation is one of the four consultations of traditional Chinese medicine. Through the consultation, doctors can understand the causes of tinnitus in patients, the nature description of tinnitus, and the assessment of the severity of tinnitus. At the same time, when doctors ask other symptoms in a guided manner, they help patients rebuild their attention to the symptoms, so that patients' perception of tinnitus is changed, and the vicious circular thinking system of tinnitus is broken. When the patient understands the reason why the treating doctor establishes a medical plan, he is willing to cooperate actively and establish a good doctor-patient relationship. This article analyzes the methods and techniques of clinical diagnosis of tinnitus patients from the perspective of psychosomatic medicine, which has certain significance for the clinical practice of tinnitus treatment.

Key words Psychosomatic Medicine; Tinnitus; TCM Interrogation; CBT

所记录的病案是描述了从心身医学融合中医 临床问诊技巧角度治疗耳鸣的过程。患者朱某是 一位 63 岁的妇女, 就诊时表现出反复的右耳鸣, 耳鸣声似"蝉鸣"并发听力下降, 查阅她先前的 辅助检查结果,纯音听阈提示高频听阈下降;耳 鸣匹配提示耳鸣频率 8KHz, 耳鸣响度为听阈上 8dBHL; 耳声发射显示高频均为引出; 镫骨肌反

射均延长;双耳声阻抗呈 A 型。据她自述耳鸣症 状干扰了她的社交活动(例如打羽毛球和跳广场 舞)和日常活动(例如影响睡眠)。朱女士否认 有任何精神病诊断史或治疗服用精神药物或自杀 未遂, 在经过一系列西医常规诊治后, 自觉症状 改善不明显, 因此急切寻求新的治疗方法以希望 得到改善。

¹上海市长宁区天山中医医院,上海 200051

²上海中医药大学附属市中医医院,上海200071

1 耳鸣的中西医认识

耳鸣是指在无外界声源时, 耳内或颅内感知 有一种或多种声音,分为客观性耳鸣和主观性耳 鸣。主观性耳鸣无法检查到,由听觉系统中的异 常活动引起,是一种很复杂的疾病,具有多因素 起源[1]。耳鸣的病因众多,包括听觉系统的损伤、 激素水平改变、睡眠障碍等, 甚至有学者认为耳 鸣是一种生命信号,类似于心跳、呼吸等自体产 生的声音[2-3]。有研究提示全部耳鸣患者均伴有不 同程度的焦虑、抑郁情绪一。针对不良心理反应 的各种非药物干预治疗成为耳鸣辅助治疗的重要 组成之一, 对患者进行一定的心理干预, 提供科 普信息和必要的支持,消除对耳耳的错误观念, 是目前主要推荐的方法。中医自古就讲究对情志 的关注,《医门法律·问病论》: "医,仁术也。 仁人君子,必笃于情。"《东医宝鉴》说:"欲 消其疾、先治其心、必正其心、乃资于道。"《三 因方》中也明确指出:"七情人之常性,动之则先 自脏腑郁发,外形于机体。"

2 耳鸣患者的临床常认知模式

强迫状态指的是以强迫观念、强迫情绪、强 迫动作等分别或某种结合形式。强迫情绪是正常 的任何一个人都有这样的表现。情绪是自我的, 自己的感受,并不是他人所强加的。从患者对于 耳鸣的认知模式分析,其具有高估强迫性思维的: 如果有耳鸣,我就是有病的人;高估事件后果的 严重性:如果我不治疗好耳鸣,一定会出事;追 求完美:我耳鸣了,我就有残缺了;错估焦虑的 后果:治疗的目的就是让耳鸣完全消失,如果不 消失,我就无法恢复成正常人。

3 耳鸣患者的临床常见症状及评估

耳鸣是一种患者的主观症状,即便现在临床 有专业的听力检查、专门的耳鸣检查,均是以患 者的主观判断基础上实施的。临床上常见的症状 单侧或双侧的耳鸣,或持续性或间歇性,耳鸣声 如吹风样、蝉鸣、流水声、钟鸣等,夜间或安静 时加重,可伴随有头晕头重、胸闷乏力、心烦易怒、 多梦失眠等^[5]。中医很早就对耳鸣有了详细的认识,古代文献均有较多记载,《明医杂著·卷三》:"耳鸣证,或鸣甚如蝉,或左或右,或时闭塞,世人多作肾虚治。"《外科证治全书·卷二》:"耳鸣者,耳中有声,或若蝉鸣,或若钟鸣,或若火熇熇然,或若流水声,或若簸米声,或睡着如打战鼓,如风入耳。"

4 中医病因病机

耳鸣表现虽然局限在耳部,但中医强调了要有整体医学观,五脏之间各司其职,互相资生、制约。因此耳鸣只是一个症状,临床上病因病机大部分在全身,五脏之间的调节、精神关系失调引起。

五脏之中, 多与脾、肾、肝关系较为密切, 耳为肾之窍, 为十二经脉之所灌注, 内通于脑, 肾精亏损,则髓海空虚,不能上濡清窍,发为耳 鸣。《 医林绳墨·耳》提到: "耳属足少阴肾经…… 肾气虚败则耳聋,肾气不足则耳鸣。"肝为肾之 子,肾水不济或肝火内郁,互相影响,久病亏虚, 脏真不足,导致耳鸣症状加重。脾为气血生化之 源,脾气亏虚则经脉空虚,不能上奉于耳,同时 脾虚运化不健,湿浊不化,上壅清窍,耳为浊气 所蒙引起耳鸣。《灵枢·本神篇》说: "心怵惕 思虑则伤神,神伤则恐惧自失。""脾愁优而不 解则伤意,意伤则挽乱。""肝悲哀动中则伤魂. 魂伤则狂妄不精。""肺喜乐无极则伤魄,魄伤 则狂。""肾盛怒而不止则伤志,志伤则善忘其 前言。"体现了中医关于神的理论、《灵枢·天年》 说: "血气已和, 荣卫已通, 五藏已成, 神气舍心, 魂魄毕具,乃成为人。"意识、思维、情志等精 神活动是人体生命活动的最高级形式, 心神是精 神活动的主宰,统率魂、魄、意、志。心主神明,《素 问·灵兰秘典论》: "心者, 君主之官, 神明出焉。" 人体官窍的生理功能,都需在心神的主宰和调节 下分工合作。心神清明, 有助于肝主疏泄, 调畅 情志。思出于心,而脾应之。患者对于耳鸣的认 知, 迫使他/她们进入反复不停的思考循环模式中。

思虑太过伤脾,母病及子,强迫状态的患者常会伴有焦虑、紧张及抑郁情绪,焦虑、紧张属于"忧",抑郁属于"悲"。忧、悲由肺气化生而成,《素问·阴阳应象大论》说: "在藏为肺……在声为哭……在志为忧。忧伤肺,喜胜忧。"悲忧过度损伤肺气,肺气虚衰,则机体对外来刺激耐受能力下降,更易出现悲忧的情绪变化。肺气久虚,则累及到肾,使上气不足,脑为之不满,耳为之苦鸣。

5 耳鸣的中医治疗方法

中医治疗是根据患者描述的耳鸣具体声响、 联合各系统脏腑的症状及舌苔脉象,进行辨证论 治的。《景岳全书·耳证》: "凡暴鸣而声大者 多实;渐鸣而声细者多虚;少壮热盛者多实;中 衰无火者多虚;饮酒味厚,素多痰火者多实;质 清脉细,素多劳倦者多虚。"中药内服依据疾病 发生的新久虚实,以疏风、散热、开郁、宣窍、 化痰、通耳、调气、安肾为治疗原则,如银翘散 治风热上扰之症;龙胆泻肝汤治肝火挟湿之症; 温胆汤治疗痰火郁结之症;耳聋左慈丸治疗肾精 亏虚之症;益气聪明汤治疗脾虚气弱清气不升之 症。中医特色外治法治疗耳鸣包括穴位注射、针 刺治疗、耳针等方法,起到局部加强刺激、提高 临床疗效的效果。

6 耳鸣的西医治疗方法

西医对于耳鸣的治疗主要以加强对耳鸣病 因的诊断分析和对各种不同类型耳鸣的病理生 理机制的研究为主。上世纪九十年代,Jastreboff [6]提出了耳鸣的"神经生理模型",将耳鸣与 认知、情绪及行为系统地联系起来,为耳鸣患者 提供了新的治疗思路。认知行为疗法(cognitive behavioural theory,CBT)其目的是改变功能失调 的行为和信念,以减少症状,改善日常生活功能, 并最终促进从疾病中恢复。该疗法用于治疗耳鸣 已研究几十年,并被证明其在减少耳鸣的严重性 或痛苦程度及改善耳鸣相关恐惧、认知问题及日 常生活功能等方面有效。近年来一种认知行为疗 法一生物反馈(biofeedback)疗法对多种与社会 心理应激有关的身心疾病都有较好的疗效,为有 不良心理反应的耳鸣患者提供了非药物干预的辅助治疗^[7]。

上述几种方法主要包括心理疏导、放松训练、注意力转移等,运用到耳鸣治疗中主要是医护人员通过和患者沟通后,根据患者就诊时产生的负面心理,有针对性的实施心理指导;向患者讲解耳鸣的基础知识,使患者能够了解耳鸣,消除恐惧的心理;然后指导患者闭目养神、静心,学会放松的方法;治疗过程中告诉患者可以使用播放音乐、电视、大自然的声音等方式,转移患者的注意力,减少患者对耳鸣的关注,并将声音调至合适的范围内,使患者去适应耳鸣,与耳鸣共存。

心理治疗是以临床心理学理论系统为指导,以良好的医患关系为基础,运用临床心理学的技术与理论治疗病人心理疾病的过程。其受到医生必须是精神科执业医师、治疗模式单一、对治疗空间时间的要求、对患者文化程度要求较高、心理不良反应表述不到位等一系列条件因素制约。并且患者对于以"耳鸣"为第一主诉,就诊精神科的接受度普遍较低,并不认为耳鸣是认知缺乏的心理障碍,只以为是一种躯体疾病。

7 中医问诊内容

中医的问诊是临床诊察疾病、收集疾病资料的基本方法,医生和患者沟通的渠道,医生可以抓住疾病的线索,依据自己的临床经验,与病人进行有目的地交谈。《大医精诚·论治病略例》中:"问而知之,别病深浅,名曰巧医。"问诊的内容包含有关疾病情况,病人的自觉症状,既往病史,生活习惯等。"十问歌"《十问歌》是明代医学家张景岳在总结前人问诊要点的基础上写成的,《景岳全书·传忠录·十问篇》:"一问寒热二问汗,三问头身四问便,五问饮食六胸腹,七聋八渴俱当辨,九因脉色察阴阳,十从气味章神见,见定虽然事不难,也须明哲毋招怨。"其涵盖面之广,是对临床诊断治疗的高度浓缩、提炼。

7.1 中医临床问诊的优势

7.1.1 突破沟通的障碍

问诊过程中, 医生的询问可以使患者觉得自

己被关注,在与患者互动的过程中,以一种医患间的寻常模式为基础,让患者感觉到除了自己关心耳鸣的问题,他/她的接诊医生也同样关心他/她们,患者将处于低阻抗状态,构建了一个良好的医患关系的基础。《医门法律·问病论》言:"诚以得其欢心,则问者不觉烦,病者不觉厌,庶可详求本末,而治无误也。"

7.1.2 因人制宜

以人为本,医生根据治疗需要进行适当的提问,提问的方式以一种平和的、易于接受的语言进行,使患者"内观"自己的身体变化,从而影响患者的认知,让患者自己发现自身需要治疗的问题。问诊的过程坚持"以人为本",针对性的进行询问,如年龄因素、饮食因素、情志因素、地理因素、疾病治疗史等,又如恶寒恶热、食多易饥、纳谷欠馨、睡眠质量、就寝时间、排便频率、排便性质等。《素问·徵四失论》载: "诊病不问其始,忧患饮食之失节,起居之过度,或伤于毒,不先言此,卒持寸口,何病能中。"

7.1.3 充分运用语言技巧优势

中医的问诊以"十问歌"为纲领,但有别于心理治疗过程中的单一固定程序,其结合"望、闻、切"的其他诊疗技巧,相互补充、相互为用,以立体的模式展现在患者面前,使患者感受到诊疗过程的服务内涵。《黄帝内经》中有言:"数问其情,以从其意。"同时医生言语的频率、语速、柔和度也会影响患者的感受。在问诊过程中,适当融入一些科普养生知识,使患者对于治疗的参与度加深,对于耳鸣治疗的方案易于达成一致。

7.1.4 结合西医心理治疗的中医方法

有别于低阻抗意念导入疗法^[8](Low Resistance State Thought Induction Psychotherapy,简称 TIP 疗法),中医问诊不以治疗为主,是医生临床采集信息和观点的方法,是融合了医学与心理学元素的中医传统诊疗技术,是属于交叉学科,有助于医患双方了解疾病的发生、发展、诊治经过、就诊时的症状和相关疾病的整体情况。

8 耳鸣的中医问诊技巧

通过中医问诊,可以以其他主观感受为切入点,改变患者的认知,对其起到心理支持的作用,当患者自行发现自己有一种情绪障碍时,就不会浪费力气去自责,接受耳鸣这一症状,然后会通过医生问诊过程中的引导,清楚自己还有哪些症状更应该要关注,如何去应付。降低患者对于耳鸣必须完全治愈的百分之百的要求;关注引起耳鸣的其他症状,了解耳鸣可能是自身机体不协调所发出的信号;针对患者治疗过程中的实际情况评估耳鸣的疗效。

8.1 具体方法

8.1.1 问诊内容

对于耳鸣的初诊患者,我们可以先采用对患者进行有目的地询问,包括患者的姓名、性别、年龄、职业等一般情况;重视了解耳鸣的起始(如是否有噪音接触史、药物中毒史)、发展、变化及治疗经过、患者耳鸣的自觉症状(如耳鸣的持续时间、耳鸣的音调、耳鸣的响度、是否影响听力)和其他与疾病有关的情况(如眩晕症状、睡眠状况、二便情况、心烦程度等)。

对于复诊的患者,我们打破问诊的常规流程,不以耳鸣为问诊中心,而是先询问患者就诊时所感到的其他不适或与耳鸣有关的全身情况进行询问切入(如眩晕症状改善程度、情绪如何、食欲食量、睡眠质量好坏、二便顺畅与否等),通过对全身症状的改善程度的反馈,来初步评估患者对治疗的满意度及对耳鸣的承受度,再顺势询问患者的耳鸣自觉症状(如耳鸣的持续时间、耳鸣的音调、耳鸣的响度)及变化与否。

8.1.2 问诊技巧

考虑耳鸣是患者的主观感受症状,因此在对耳鸣患者的初诊问诊,从专业角度考虑,全面详细地收集疾病资料,是医生分析病情、判断病位、掌握病性、辨证治疗的可靠依据。《素问·征四失论》:"诊病不问其始,忧患饮食之失节,起居之过度,或伤于毒,不先言此,卒持寸口,何病能中。"同时也可以使患者对于医生进行评估,充分肯定医生的专业水平,为建立后面的良好医

患就诊模式奠定基础。复诊过程的询问方式,应 以获取患者正反馈的、好的信息为目标,以便强 化这些好的信息,让患者感受到治疗的方法对自 己是有效的,关注到自己的身体已经发生了改变, 弱化耳鸣对于患者所产生的不良的影响。当患者 主动描述自己在前期问诊时未提供的自认为"不 重要"症状信息时,应给与鼓励和支持,这是对 于医患关系良性建立的强化,也可以帮助医生更 好地了解患者的病情,建立更有效的个性化治疗 方案。

在问诊的过程中,尽可能使用通俗易懂的语言,避免使用患者无法接受或听不懂的专业医学术语,不可凭个人主观意愿去暗示套问患者。同时医生在问诊过程中应以"微笑"、"闲谈"、"以人为本"的模式来突破与耳鸣患者间的沟通障碍。

9 病例评估与治疗

9.1 病例治疗过程

2020年4月30日初诊

朱女士通过利用认知行为治疗,告知患者检查结果及前期所接受的治疗方案均提示患者无器质性的恶性疾病,可以放下心里对疾病的恐惧包袱认识到她的心理影响,减少耳鸣的严重性或痛苦程度及改善耳鸣相关恐惧。根据朱女士的病情,与其进行交流,解释给患者听耳鸣的产生会与睡眠、情绪互相关联,形成循环,我们可以通过寻找一个切入点进行治疗,打破这个恶性循环。建议从睡眠和情绪上以开始治疗,以解决与耳鸣症状有关的压力管理和应对,耳鸣的问题作为下一阶段的关注点。朱女士在整个治疗过程中始终由一名具有心理咨询资质的中医师进行评估和治疗。并通过耳鸣问卷量表、VAS量表、广泛性焦虑症7(GAD-7;Spitzer,Kroenke,Williams,& Löwe,2006)。

同时给与中药内服交通心肾、解郁安眠,以改善睡眠、情绪为主。并且给与耳鼻咽喉科特色中医外治法(包括穴位注射翳风穴、针刺耳前三穴、配合上海中医药大学附属市中医医院耳鼻喉科主

任郭裕教授与音乐学院合作创制的五音乐曲治疗 等手法)局部及整体结合治疗耳鸣,进行有规律 的治疗。

医生在初诊时花了较多时间对患者进行了一定的病史询问及倾听患者的病历陈述,既可以分析病情、判断病位、掌握病性、辨证治疗的可靠依据,同时也使患者对于医生进行评估,充分肯定医生的专业水平,为建立后面的良好医患就诊模式奠定基础。

2020年5月14日,2周以后复诊

该患者在第二次复诊时主动告知了睡眠得到 改善,同时在复诊中医问诊睡眠情况时主动告知 其入睡时间的巨大改动,以及因为耳鸣受到家人 阻止限制其打羽毛球和跳广场舞,以防止耳鸣症 情加重等重要信息,以帮助医生可以及时调整治 疗手段,调整其睡眠周期及节律。所有主诉信息 均以正反馈为主,提示了患者感受到治疗的方法 对自己是有效的,关注到自己的身体已经发生了 改变,弱化耳鸣对于患者所产生的不良的影响, 对于自己治疗耳鸣的医从性良性建立的强化。

2020年5月28日,4周以后复诊

此次复诊时,患者主动告知睡眠及情绪已经得到较大的改善,并且主诉耳鸣声较前减轻,已完全认同医生的治疗方案,并愿意积极配合,包括有规律的服药及接受治疗,在家愿意按时规律得播放医生给予的五音音乐进行治疗,并接纳和坚持其他养生指导,积极恢复日常社交和生活状态。

9.2 病例成果评估方法

最后评估朱女士的主要是耳鸣评分量表和 VAS评分, GAD-7 问卷量表只是作为基准量度。

表1耳鸣评分量表和 VAS 量表全程评分

	初诊	2周复诊	4周复诊
耳鸣评分量表	19	11	6
VAS	9	6	2

朱女士初诊时在耳鸣评分量表评估显示处于 5 级,对于所有的评分子集,均处于最高打分。在 第二次复诊时,其耳鸣严重程度评分降至 3 级 (11 分),其中以子集"耳鸣影响睡眠"、"耳鸣妨害工作学习"、"耳鸣感到心烦"几项评分降低最明显。在4周后复诊中,耳鸣评分量表的所有子集项目评分均呈现低分项,总分处于1级。在VAS评分项显示,患者无论在耳鸣严重程度、对治疗的满意度等综合评分均有不同程度降低(表1)。并且上述两项分值的减少被认为是临床上有意义的改变。

10 小结

通过本次案例的分析总结,解铃还须系铃人, 耳鸣的治疗是需要患者从心理、生理、社会三方 面进行认知、领悟活动,而这需要医生在与患者 进行问诊沟通过程中进行思想与生活实践相融合。 通过问诊使医生了解患者产生耳鸣的原因、患者 对耳鸣声的性质描述、患者对耳鸣的严重程度的 评估,同时引导式的询问其他症状时,帮助患者 将对症状的关注进行重建,使患者在对耳鸣的认 知改变时,产生"顿悟",耳鸣恶性循环的打破, 需要从其他症状点的切入才能有效打破,从而明 白医生建立医疗方案的原因,并愿意积极配合。 同时在中医问诊过程中,导入养生方法的建议, 对于建立良好的医患关系起到积极的作用。

参考文献

- [1] 卢兢哲, 钟萍. 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.
- [2] 赖仁淙, 马鑫. 耳鸣观念的文艺复兴 [J]. 中华耳科学杂志, 2016, 14(2): 6-8.
- [3] 赖仁宗. 耳鸣, 是救命的警铃 [M]. 皇冠出版社(香港)有限公司, 2016, 4:124-127.
- [4] 顾明丽,陈娟,徐晶晶.焦虑抑郁情绪与失代偿性耳鸣发生的相关性[J]. 中国健康心理学杂志,2019,27(10): 1461-1464.
- [5] 阮岩, 郭裕, 天理, 等. 中国耳鼻咽喉科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 106-114.
- [6]Jastreboff PJ. Phantom auditory perception (tinnitus): mechanisms of generation and perception[J]. Neuroscience Research, 1990, 8:221.
- [7] 颜肖,张剑宁,李明.生物反馈疗法干预 耳鸣的原理及应用研究进展[J].听力学及言语疾病 杂志,2018,26(5):560-563.
- [8] 吕学玉,冯帆,丰云舒,等.中医心理低阻抗意念导入疗法(TIP 技术)治疗抑郁症的临床疗效研究:一项多中心、随机对照试验[J].世界中医药,2019,14(12):3410-3413.

(上接第11页)

机率及并发症,减轻患者痛苦,降低医疗费用,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 孔维佳. 耳鼻咽喉头颈外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社,2010:116.
- [2] 陈岚.鼻部联合治疗儿童急性分泌性中耳炎的疗效分析 []]. 中国临床医学,2012,19(6):674.
- [3] 张慕然. 中西医结合治疗急性分泌性中耳炎 36 例临床观察 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2012,20(3):198.
- [4] 夏忠芳, 王智楠, 徐忠强, 等. 分泌性中 耳炎和慢性鼻-鼻窦炎患儿咽鼓管口形态及功

能的观察与分析 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,28(13):929-931.

- [5] 黄选兆, 汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998:838.
- [6] 林杰, 牟忠林, 况光仪, 等. 鼻源性分泌性中耳炎的诊断及治疗[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011,25(7):301-306.
- [7] 梁凤英, 王春芳. 鼓膜按摩在分泌性中耳炎治疗中的应用[J]. 现代中西医综合杂志,2002,11(13):1239.
- [8] 刘真贞. 急性化脓性中耳炎合并慢性鼻窦炎的临床治疗研究 []]. 中国社区医师,2014,30(12):78-79.

喉源性咳嗽的临证经验

陈潇 张勉 李艺 郑琴媛 高阳 伏广虎 廖巍 1

【摘要】我科通过近 10 多年对喉源性咳嗽的辨病辨证的研究,认为治疗该病时应首分外感还是内伤,再分虚、实、寒、热,基于四诊合参选择方药对症治疗。重视"浊气"致病论,临床运用祛风、化痰、祛 瘀及补益肺脾肾之法,治疗效果肯定。

【关键词】喉源性咳嗽;辨病;辨证论治

喉源性咳嗽是以阵发性咽喉奇痒、干咳连连 为主要特征的疾病。与古代医藉中的"干咳"、"呛 咳"、"燥咳"、"风咳""郁咳"等病有相似 之处。本病是近代提出的病名,临床症状除咽痒、 干咳外,可伴随有咽干不适,或有咽喉异物感. 或出现频繁清嗓动作症状。其病严重影响人们的 生活水平和身心健康,已成为让医生感到棘手、 患者感到苦恼的公共卫生问题。喉源性咳嗽临床 上患病率较高, 临床上往往容易错误误判为感染 性疾病而滥用抗菌药物,目前西医治疗效果一般。 我们通过对本病的多年潜心研究, 发现以往喉源 性咳嗽中医治疗偏少, 缺乏系统的病因学等研究 成果, 在指导防治方面缺乏科学规范性的评价标 准,在一定程度上影响了研究的科学性。因此对 喉源性咳嗽的病因规律、病机及治则方面研究并 进一步寻求有效可靠的方法对该病进行防治十分 重要。

1 中医证候分型的临床研究

喉源性咳嗽命名由近代干祖望教授根据"喉为肺系"理论提出,至今30年,其临床证候许多,医者均以各人的临床经验为主,证候分型认识上百家争鸣,对喉源性咳嗽治疗经验的推广,疗效的客观评定及规范交流存在一定的瓶颈,故需完善、规范和统一喉源性咳嗽的证候分型。我们以临证病例资料为基础,认为喉源性咳嗽多由浊气上逆所致,但浊气之来,实由相关脏腑功能减弱所致,

因此实中有虚。对于具体患者, 究竟偏于实证, 还是偏于虚中夹实,必须详加辨别。如初起多为 实证,病程较短,多见于外邪侵袭(风热、风寒 之邪),或有慢喉痹。近期多有外感病史,风邪 外袭, 而咽喉为气息出入之门, 为肺胃之外窍, 乃气息出入之通道。风邪犯肺, 多见咽痒, 咽中有 异物感,喉头痒甚,痒即作咳,咽痒如蚁索行,咽 痒则咳剧, 多呈阵发性, 无痰或少痰或有少许白 沫痰。虚证病程较长,多以肺、脾、肾虚为多。 虚中夹实病程较长, 喉咳很少有单纯的虚证或实 证,往往是虚中夹实较为多见。而脾虚痰浊者, 因外感失治误治,或内伤饮食,使脾气虚弱,运化 失司,或久病机体气机运行不畅,气滞血瘀,即所 谓"久病成瘀"。临床上应详查病症,从症求因, 治疗上分清邪正虚实,辨明疾病寒、热、虚、实, 病位归于何脏何腑, 合理遣方用药。

张勉团队对 800 例喉源性咳嗽患者进行了中 医辨证分型研究并总结归纳,认为喉源性咳嗽在 临床上以"风邪犯肺"、"脾虚痰浊"、"阴虚 火旺"及"卫表不固、禀质特异"四型多见,其 中以卫表不固、禀质特异型与风邪犯肺型最常见, 其次为脾虚痰浊型,阴虚火旺型最少见口。并基 于中医整体观的指导下对各证型发病特点的流行 病学研究,发现脾虚痰浊型,卫表不固、禀质特 异型喉源性咳嗽发病时间以上午最常见。风邪犯 肺型,阴虚火旺型发病时间以晚上常见,符合中

¹ 广西中医药大学第一附属医院耳鼻喉科,广西南宁 530023

医学子午流注规律:上午为阳中之阳,为足阳明 胃经及足太阴脾经所主。而风邪犯肺型的咽痒及 咳嗽症状在一天中皆可发生,但以晚上为多见。 夜晚乃阳气渐衰,阴气始增,阴液亏损之人,此时 阴气当盛而不盛,影响阳气敛藏,虚火上越,肺失 清肃,发为咳嗽[3]。白昼为阳,若咳嗽为阳邪所感, 则两阳相搏,外邪引动内邪,故咳嗽加重[5];从 病程来看,时间最短为风邪犯肺型,常常<2个月; 其次为卫表不固、禀质特异型,病程约3-12个月; 脾虚痰浊型及阴虚火旺型的病程常 > 12 个月。从 病情轻重来分析,各证型依次分布情况为风邪犯 肺型、卫表不固、禀质特异型、脾虚痰浊型。而 从咽异感轻重程度来看, 脾虚痰浊型及阴虚火旺 型较另两个证型明显。且总结出喉源性咳嗽与变 态反应性疾病之间的关系: 变态反应性疾病可导 致喉源性咳嗽病发生, 但喉源性咳嗽患者不一定 伴有变态反应性疾病。

2 对喉源性咳嗽病因病机的认识

根据我们对喉源性咳嗽的多年临证经验,考 虑喉源性咳嗽的发生可能与过敏体质及机体受凉 刺激、接触化学粉尘、细菌病毒感染等多种致敏 因素密切相关[1]。西医的变应性咽炎与喉源性咳 嗽有相似之处。该病并非单纯细菌、病毒直接感 染的炎症,它与机体防御和免疫功能下降、粉尘及 有害气体刺激、烟酒过度密切相关; 也和长期慢 性炎症的刺激有关,使咽部黏膜及黏膜下微循环 障碍、腺体分泌功能失调、组织缺氧、代谢紊乱, 咽部末梢神经处于长期的慢性刺激状态 [3]。张勉 教授延承历代医家治疗咳嗽的基础上, 查阅文献 资料,结合多年的临床实践观察及科学研究,认 为喉源性咳嗽的病位在咽喉,与肺、脾、肾关系 密切; 病因病机以"风"、"虚"、"痰"常见, 乃肺脾气虚或肺肾阴虚于内, 感受风邪或异气侵 袭于外,外邪作用于内虚,邪壅咽喉,不得外越 而致。咽喉为肺胃之气出入之道,肺为喉之根本, 胃实为咽之根本,素体肺气虚,卫表不固或脾气虚, 运化失司,易遭受风邪、异气侵袭,肺失清肃而 发病。素体阴虚日久或久病损伤肺肾之阴,阴津 不足, 咽喉失于濡养, 虚火上灼咽喉发病。其病 位在咽喉,与肺脾肾关系密切。张勉教授通过研究, 单因素和多因素 Logistic 回归分析,发现受凉、感 冒、劳累、对尘螨过敏是喉源性咳嗽发病的主要 影响因素,其中受凉对喉源性咳嗽发病的影响最 大,与"肺主皮毛"、"喉应天气,乃肺之系也" 之生理特点及功能相符。重视风邪致喉源性咳嗽 发病特点,风为百病之长,六淫之首,其性轻扬 开泄,易袭阳位,常易侵袭人体的上部,风邪犯肺 则肺失清肃功能, 咽喉作痒、干咳。风有内外之 分。外风致咳者,多为外感六淫之后,余邪夹风客 于咽喉引发;内风致咳者,多为肝郁化火动风,风 淫上扰咽喉所致(肝风之咳,每见咽喉作痒,气逆 作咳,咳时面赤,胸胁胀痛,口干苦等症)。亦有 因脏腑功能失调或素体禀赋不足,精微不能上承, 咽喉失于濡养而致喉咳病症其病位虽在咽喉, 但 涉及肺、脾胃、肝、肾等脏腑。同时重视"浊气" 致病论,指出咽痒、干咳者,必然有"浊气"在上, 常见的浊气有三大类,即外邪、痰浊、瘀血。咽 喉平时没有咽痒、干咳,只是在受异气得刺激时 咽喉即作痒干咳,这是无形的浊气阻塞,使气机 不畅导致喉源性咳嗽; 气血瘀阻咽喉, 津不上承, 咽喉失养,即所谓"久病成瘀"。"瘀能致燥"燥 能生风,风可致痒,痒作即咳。

我们认为本病病机特点有三方面:一是本病常反复发作,迁延不愈。每因感受外邪或异气侵袭机体而发病:咽喉奇痒,咳嗽连连,咳而不爽,甚少有痰。二是强调并重视"浊气"致病因素,认为"无风不作痒",痒而咳,属风邪致病特点以及因痰致咳、因瘀致咳;三是本病病理性质多为本虚标实,患者体质虚弱,正气不足,遭受外邪,相合而发病。从现代医学观点看,即机体免疫力功能降低,可使呼吸、消化、代谢等功能紊乱,而使机体发生一系列病理变化而生病。

3 辨证论治思路及要点

我们认为喉源性咳嗽是从属于呼吸系统疾病

"咳嗽"的同一疾病,但呼吸系统分上呼吸道和下呼吸道,喉源性咳嗽是指上呼吸道的病变,喉源性咳嗽以咽喉疾病所致的咳嗽为主,症状与下呼吸道疾病引起的咳嗽又不尽相同。据其病机的不同,若单从肺部入手而不兼顾咽喉多难收功。临床上还需根据舌脉症,尤其是主症咳嗽的特点进行综合分析,在此基础上结合对咽喉的局部辨证,才能够有的放矢,提高临床疗效。主张根据"审因溯源,标本兼治"原则,对喉源性咳嗽一病应按四诊八纲全面分析辨治,辨证和辨病相结合、整体与局部相结合。

《内经素问·咳论》记载"五脏六腑皆令人咳, 非独肺也"。"皮毛者肺之合也。皮毛先受邪气, 邪气以从其合也"。喉源性咳嗽发病一与脏、腑 均相关, 二与感受风邪, 夹杂寒、热邪相关。临 证时要仔细辨识风邪犯肺、肺卫不固、脾气虚弱 及阴虚火旺四大症候类型。1) 风邪犯肺型多因患 者起居不慎, 感受风寒之邪发病, 临床特点咽痒 干咳遇风则加重,兼见风寒或风热之表证。治疗 应以疏风散邪,宣肺止咳入手。2)肺卫不固、禀 质特异型患者多为体虚、特敏质,稍遇风冷或粉 尘、有害气体、敏感性气体等"异气"刺激发病, 治宜益气固表, 祛风止咳。3) 脾气虚弱型患者痒 咳多遇劳加重,兼见脾虚症候,治宜健脾益气, 利咽止咳。4)阴虚火旺型患者痒咳无痰,以夜间 明显,同时可伴肾阴虚症候,治法宜滋阴降火, 润肺止咳。四个证型的诊察过程还应兼顾五行相 生相克, 肺主气, 肺失清肃, 肺气上逆作咳, 子 病及母, 致脾脏虚损"脾主运化、升清"功能失司, 痰浊内生, 津不上承于咽喉; 母病及子, 肺金病 及肾水, "肾主藏精、纳气"功能失常, 肺肾阴虚, 虚火上灼咽喉,尚须注意肾水与肺金的功能协调。 临证时还重视调肺及健运脾胃,强调健脾贵在运不 在补。因此, 喉源性咳嗽的症状虽表现在咽喉部, 其病根实在脏腑。对于喉源性咳嗽的患者,辨证 的重点在于辨外邪、辨脏腑、辨虚实三个方面。

根据中医藏象学说肺与大肠相表里的脏腑关

系,"肺肠同治"也是治疗喉源性咳嗽的方法。 肺在上,主宣发肃降,吐故纳新;大肠在下,以通 为用,主司传导,推陈出新。两者在人体气机升降 上是相辅相成的。《杏轩医案》云:"肺与大肠相 表里,肠热上熏,肺燥则痒,痒则咳,此咳嗽之故, 非关于风,而实由于燥也"。因此在治疗同时伴有 便秘喉源性咳嗽时在使用基本方基础上加用通腑 之药,达通腑泄气之效,肠热得清则气机得顺, 肺宣发肃降功能正常,则咳嗽减轻。

我们还认为喉源性咳嗽的辨证要局部和全身相结合,咽喉局部的辨证也很关键。咽喉为饮食、呼吸要道,也是经脉循行交会之要冲,咽喉功能实为内在的脏腑功能所推动。此外还应与咽部其他疾病、感冒咳嗽及肺病咳嗽等三类疾病进行鉴别。

4 喉源性咳嗽的治疗思路

治疗喉咳的主要目的和基本思路是尽快消除 咽痒、干咳及其相关的伴随症状,并防止复发,围绕这个目的,治疗时须考虑治本与治标两个方面。治本方面针对外邪、痰浊、瘀血等不同浊气的来源,在辨证的基础上,指导患者积极及时地治疗上呼吸道感染。患病期间应注意戒烟酒、肥甘厚味及海腥食物,避免接触刺激性、敏感性气体,忌滥用甜味的糖浆制剂。治标方面如何快速缓解症状是治疗时需要考虑的,尽快缓解咽痒、干咳的症状不仅能尽快解除痛苦,也能增强患者对治疗的信心。快速缓解症状一般可选用各种外治法。如可选用含漱、含噙法、灼铁法及开雍刺血法。

5 喉源性咳嗽常用方药

喉源性咳嗽患者虚实夹杂,补肺健脾益肾的同时,针对风邪、痰浊辨证施治以达到最佳治疗效果^[4]。对于风邪犯肺型,基本方予以止嗽散加减,方药:荆芥、防风疏风解表;桔梗、白前、紫苑、百部宣降肺气而止咳;陈皮、甘草理气健脾。风寒者合三拗汤治疗;风热者可加蝉蜕、薄荷、牛蒡子等疏风清热、利咽止痒之品。肺卫不固证、禀质特异型,基本方选玉屏风散合桂枝汤加减,

方药: 黄芪益气固表; 白术补气健脾; 防风散风 邪: 桂枝、白芍相合调和营卫: 牛姜散寒暖胃: 大枣、炙甘草益气和中。咳甚者加用五味子、乌 梅、诃子肉收敛止咳之品。脾气虚弱型, 予补中 益气汤加减,方药党参、黄芪、白术、甘草健脾 益气; 陈皮理气; 当归养血; 升麻、柴胡升阳。 可酌加防风、苏叶祛风止痒;紫苑、款冬花肃肺 止咳。阴虚火旺型, 予百合固金汤加减, 方药百 合、生熟地滋养肺肾阴液; 麦冬养肺阴, 清肺热; 玄参益肾阴,降虚火;当归、芍药养血和营;贝母、 桔梗润肺利咽止咳:甘草健脾和中。若咳而溃溺, 可加入狗脊、续断、益智仁等以固肾。伴大便秘 结者,通腑方药可予以莱菔子降气化痰导滞,白术、 茯苓既可补肺气之不足,又能益气通便;白芥子利 气豁痰; 麻仁润肠通便。对于白天咳嗽肺卫不固、 脾虚痰浊者, 多考虑阳气在外还可酌加清热药; 而好发晚上咳嗽之风邪犯肺者在祛风止咳之品基 础上还可酌加滋阴之品。喉源性咳嗽,病位在咽喉, 投方祛风利咽止咳为主。

5 结语

喉源性咳嗽为全国名老中医干祖望教授首创 提出,意为咳嗽由咽喉部疾患刺激引起。此病在临 床上较为多见,一年四季均可发生,以"痒"、 "咳"为特点。患者会自觉咽喉部突发奇痒而咳 嗽,干咳严重时面色红赤,咳嗽过后如常人,此咳嗽为难以控制的干咳。阵发性的咽痒、干咳的症状来无影、去无踪,与鼻鼽的鼻痒、喷嚏发作特点有类似之处。病程可长可短,常易反复发作,迁延不愈。对于喉源性咳嗽而言,咽喉部检查及肺部检查均无明显异常,这是与其他疾病进行鉴别的主要依据。张勉教授认为喉源性咳嗽辨证该病时应首分外感还是内伤,再分虚、实、寒、热,基于四诊合参选择方药治疗对证。无论是"浊气"致病还是"肺脾肾"虚损发病,在辨识疾病的过程中需细致观察,准确辩证,标本兼顾;还可根据子午流注规律、中医藏象及五行学说实施于临床实践中。临证之时,岂可拘执一端乎!遣方用药灵活方可取良效。

参考文献

- [1] 张 勉,陈 潇,黄 卓 燕,等.喉 源 性咳嗽发病的影响因素研究[J].中国全科医学,2017,20(22):2793-2795.
- [2] 杨红霞,王静.自拟润咽止嗽煎辨治风热郁咽型喉源性咳嗽 42例 [J]. 环球中医药,2018,11:1813-1815.
- [3] 刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学 [M] 北京. 中国中 医药出版社.2016:138-142.

结合《景岳全书》的"避疫五法"运用中医外治法防疫

陈婕¹郭裕²

【摘要】文章以张景岳的避疫五法为基础,对应于耳鼻咽喉科的中医外治方法,探讨对于新型冠状病毒肺炎的病因病机、防治方法的认识,发挥"未病先防、既病防变、防治结合"的优势。

【关键词】景岳全书; 耳鼻咽喉科; 外治法; 疫病; 新型冠状病毒肺炎

Combined with the "Five Methods of Avoiding Epidemic Diseases" in "Jingyue Quanshu", applying the special external treatment method of traditional Chinese medicine to prevent epidemic

[Abstract] The article is based on Zhang Jingyue's five methods of epidemic avoidance, corresponding to the characteristic external treatment of traditional Chinese medicine in otolaryngology, to explore the understanding of the etiology, pathogenesis and prevention methods of COVID-9. The advantage of combining disease prevention.

Keywords Jing Yue Quanshu; Otorhinolaryngology; External treatment; Epidemic diseases; COVID-9.

新型冠状病毒(SARS-CoV-2)感染引起的新型冠状病毒肺炎(COVID-9,简称"新冠肺炎")为急性呼吸道传染病,根据其临床表现及流行特点,《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第七版)》中明确本病归属于"疫病"^[1]。

"疫"在中医病因学中称为疠气,又称为"疫毒"、"异气"、"疫气"等。张景岳认为瘟疫是中医外感病因之一,并指出是感受了疫邪且无论年长年幼症状大体相似的疾病才是瘟疫。在《景岳全书》中对瘟疫病因病机、预防治疗进行论述,认为其发生与流行受到多种因素的影响,强调人体正气盛衰在疫病发生发展过程中起重要作用,载有"瘟疫乃天地之邪气,若人身正气内固,则邪不可干,自不相染"。提出了"调畅情志劳欲"、

"隔离"、"焚香配香"、"噙福建香茶饼法"、 "雄黄末涂鼻孔法"避疫五法。

异气的传途径是通过空气与接触,由口鼻进入而致病。鼻是呼吸道的首端,因其特殊的结构,所以是呼吸系统的第一道"防线"。以张景岳的避疫五法为基础,结合中医的外治特色,可以发挥"未病先防、既病防变、防治结合"的耳鼻喉科特色防治优势。

一、病因病机分析

1. 病因

国家卫健委针对新型冠状病毒肺炎采取甲类 传染病的预防、控制措施,同时将其纳入检疫传 染病管理。传染病属于中医"疫"病范畴,病因 为感受"疫戾"之气。《瘟疫论·原序》: "夫

基金项目: 上海市"杏林新星"计划 ZY(2018-2020)-RCPY-3018

¹上海市长宁区天山中医医院,上海200051

²上海中医药大学附属市中医医院,上海200071

通信作者: 郭裕, 主任医师, E-mail: quoyilun007@sina.com

瘟疫之为病,非风非寒非暑非湿,乃天地间别有一种异气所感。"具有传染性强,易于流行,发病急骤,病情危笃,发病症状相似的特点。《素问·刺法论》载:"五疫之至,皆相染易,无问大小,病状相似。"《素问·六元正纪大论》曰:"疠大至,民善暴死。"疫病又称为"天行"、"时行",指出还受到气候、环境等因素影响。

2. 病机

新型冠状病毒肺炎早期临床症状表现为发热、 乏力和/或呼吸道症状。其中以咽痛、干咳为上呼 吸道主要表现,少数患者伴有鼻塞流涕症状。

新型冠状病毒肺炎的发病是以呼吸系统为主要表现,其传播途径主要是通过空气、飞沫与密切接触,由口鼻进入而致病。《灵枢·五阅五使》"鼻者,肺之官也。"《类经》:"喉为肺系,所以受气,故上通于天。"《素问·调经论》:"上焦不通利,则皮肤致密,腠理闭塞,玄府不通,卫气不得泄越,故外热。"中医认为肺在窍为鼻,其门户为喉,在体合皮。气统于肺,金性清凉而降敛,血司于肝,木性温暖而升法,肺气清降则窍合,肝血温升则窍开。人之汗孔,春夏而开,则疫气中之。

二、外治方法

1. 焚香配香 — 中药超声雾化口鼻吸入

《香谱》记载焚香用的香为经过"君、臣、佐、使"的"合香"方式配制而成的,可有各种形式,如香丸、线香或香的散末。从中医的角度,焚香当属一种独特的"气味疗法",这是因为制香所用的原料,绝大部分是木本或草本类的芳香药物,从而可以利用燃烧发出的特殊气味,通过空气传播,经有鼻腔吸入,起到醒神益智、养生保健的功效。

现代中医耳鼻咽喉科的特色治疗方法 — 中药 煎煮超声雾化吸入是通过辨证中药组方,按照 7 剂的分量混合分包。取 800ml 清水,倒入雾化机器(医用超声雾化器,GYS-WHQ-I,国医华科苏州医疗科技发展有限公司)的煎煮器械内,放入药包一袋,将温度设置在 100℃,标准煎煮法,

煮药 15min; 煎煮完毕后,将雾化面罩一端连接雾化机器,嘱患者将面罩贴合口鼻区域,依据患者的耐受力,设置雾化量的大小,将雾化温度设为20℃,按下开始键。每次雾化吸入时间为 20min,每日 1-2 次。有保护鼻黏膜的作用,对于多种致病菌有抑制作用。

鼻黏膜细胞上有很多微细绒毛,大大提高了药物吸收的有效面积,鼻黏膜细胞下有丰富的血管和淋巴管,可以使吸收的生物大分子药物迅速通过血管壁进入体循环,提高药物的起效速度。相对于口服给药,鼻腔中的酶含量较少,药物经鼻腔吸收后直接进入体循环,可以避免肝首过效应,有效提高生物药物的生物利用度。同时,鼻腔吸入给药使用方便,提高患者的医从性^[2]。

2. 隔离一中药超声雾化净化空气

《景岳全书》病宜速治提到"一人不愈,而 亲属之切近者,日就其气,气从鼻入,必将传染, 此其病之微甚,亦在乎治之迟早耳。"同时提到"避 其毒气"的方法,就是现代传染病学中主要是控 制传染源和切断传播途径的防疫思想。空气净化 是治理室内空气污染,提高室内空气质量的主要 手段,是疾病感染管理控制的关键措施之一。

超声雾化利用超声雾化器所发出的一定强度的超声波,使液体分子脱离液体表面,在气相中形成细小的微粒雾滴。人们已经将其应用到,如空气的加湿、消毒等多个领域,如在超声雾化器水箱中滴入些香辛植物精油,通过气相熏蒸对常见的革兰氏阳性呼吸道致病菌表现出较好的抗菌活性^[3、4]。室内环境中的污染浓度因季节而变化,在冬春交替之季最高,这个时候世间万物具有寒、静的特性,属于阴。因此雾化组方时主要采用味辛、气温的药物,药物组成宜温肺化浊为主、依据辨证加减。药物主方有:藿香、苍术、细辛、辛夷、白芷等。然后中药通过煎煮超声雾化可以起到清除病毒、净化空气,祛湿化浊,宣肺通窍的功效。

3. 雄黄涂敷鼻孔 — 六神丸外用涂敷鼻孔 药物涂敷鼻孔之法其主旨是要守住鼻窍这一 关,把疫气阻挡在鼻外。通过药物的药理学特性 可以防止疫气通过鼻腔进入人体。

将取六神丸 10 粒,用少量温水化开,用棉签 蘸取化开的六神丸溶液后再蘸取少许香油,均匀 涂抹在前鼻孔皮肤及粘膜周围。

六神丸由六味药物组成,分别是珍珠粉、牛黄、 麝香、雄黄、冰片、蟾酥。其中珍珠粉,味甘、咸, 微凉, 入手太阴肺、足厥阴肝经, 具有明目去翳、 安魂定魄的作用,现代药理学提示具有抗氧化、 抗溃疡、提高机体免疫功能。牛黄,味苦、凉, 归手少阴心、足厥阴肝经,具有凉肝息风、清心 豁痰、开窍醒神、清热解毒的作用,药理学中提 示其具有解热、抗炎、抗病原微生物,对中枢神 经系统有镇静作用。麝香,味辛、温,归手少阴心、 足太阴脾经, 具有开窍醒神、行气止痛的功效, 其重在开窍,对于寒闭、热闭均可用,尤其外用 时可以到活血祛瘀的作用,现代药理学中提示麝 香有免疫抑制作用。雄黄,为解毒杀虫药,味辛、 温,入足厥阴肝经,具有燥湿行瘀、医疮杀虫、 化瘀避秽解毒的功效,《金匮要略》中提到将雄 黄碾成粉末,烧熏用来杀虫,《神农本草经》云 其能"杀精物恶鬼邪气",五代《日华子本草》 谓其能治"岚瘴",故对温疫具有辟疫解毒之效, 使之成为历代预防温疫常用药。现代药理提示雄 黄对体外多种菌种有杀灭抑制作用。因其含砷, 对胃肠等组织有损,故外用更安全。冰片,味辛、 凉,入手少阴心、太阴肺、足太阴脾、足厥阴肝经, 具有开痹通喉、去翳明目、开窍散火的作用,现 代药理学研究提示冰片中的有效成分对各种菌种 呈现低浓度抑菌, 高浓度杀菌的作用。蟾酥, 味辛、 微温, 入手少阴心经, 具有涩精助阳, 败毒消肿 的功效。具有强心、解毒、抗菌、增强免疫的药 理作用。

香油,是从芝麻中提炼出来的,具有特别香味, 故称为香油。芝麻,味甘、气平,入足厥阴肝、 手阳明大肠经,具有补虚润肺、医一切疮疡、败 毒消肿的功效。现代药理学研究提示芝麻提炼的 油富含维生素 E、亚油酸、铁、钙,可以起到防止皮肤干燥、粗糙,对皮肤粘膜有滋润保养的作用,因此和六神丸混合,可以缓和六神丸中某些药物成分对鼻腔粘膜的刺激。

3. 调畅情志 — 五音疗法

张景岳强调,突遇瘟疫时,应从心态和情志 上予以调整,不可怨天忧人,产生消极心态,而 应该有战胜疫情的信心。针对呼吸道感染的病因 病机特点,中医认为毒邪侵入人体,最先受累的 是肺脏,肺为娇藏,感邪后虚。同时中医认为肺 藏魄,在志为忧。《素问·阴阳应象大论》:"在 脏为肺……在志为忧。"悲和忧均为人体正常的 情绪变化,但过度则可损伤肺气。肺气虚则会影 响一身之气的生成及运行,无法有效吸入自然界 的清气,影响宗气的生成,机体生命活动衰弱; 宣发肃降失常,使卫气无法得到有效宣发,影响 发挥其卫护人体,避免外邪入侵的作用。

从五行生克变化的关系来看, 肺与其他四脏 之间通过相互制约,相辅相成,才能维持其相互 平衡的正常状态。肺气的不足,无法将吸入的清气, 下纳于肾, 肺与肾母子相生, 母病及子, 也会导 致肾阴得不到滋养,不能上滋肺阴。"肺为主气 之枢, 脾为生气之源", 脾与肺为母子关系, 只 有互相协调配合, 互相影响, 才能保证精液正常 输布与排泄,"培土生金"通过相生关系,健脾 使水谷精微上输达肺,使肺的到滋养而维持正常 的生理功能。肺主气、心主血,《难经·四难》: "呼 出心与肺。"说明肺司呼吸功能的正常发挥受到 心主血脉的功能影响, 心气足可行血脉, 使肺气 宣降功能正常,呼吸顺畅。情志所伤,首伤心神, 心气受损,无力正常推动血脉,濡养制约肺脏。《素 问·调经论》说:"神有余则笑不休,神不足则悲。" 肺藏受损,肺金弱则无法制约木,导致肝之疏泄 作用异常。肝气疏泄,畅达气机,才能促进协调 脾胃之气的升降运动。

宫调式乐曲的风格悠扬沉静、谐和温厚。宫 音入脾,宫音可稳定神经系统、旺盛食欲、促进

消化系统等^[5]。商调式的风格高亢铿锵,肃劲悲壮。商音入肺,商音可加强呼吸系统的机能,同时也具有善治燥怒的特性。角调式乐曲悠扬,生机勃勃。角音入肝,角调可使人除忧解思,止痛安神,对侧胸部疼痛、胸闷憋抑等病症具有缓解作用^[6]。徵调的风格欢快,轻松活泼,徵音入心,对心血管、情绪调节的功能具有促进作用,对受气虚影响的诸症尤为适合^[7]。羽调的音乐风格清纯柔润,苍凉哀婉,行云流水,在阴阳五行中属水,羽音柔和,有助肾之妙用,羽调式的音乐可以提高肾能力、滋补肾精,对阴虚火旺,肾精亏损,具有治疗作用。

三、总结

耳鼻咽喉科医护人员可能会接触到更多的呼吸道疾病患者,甚至可能早于呼吸科、发热门诊的医生与患者的接触,在新型冠状病毒感染的疫情防控期间应有序开展专科相关诊疗工作,作为"助攻",并非"主攻",在疫情之下,发挥中医"顺应自然"、"药物预防"的预防优势,运用操作方便,中西医结合的特色外治方法,严格控制感染,有效遏制疫情扩散和蔓延,降低新型冠状病毒对民众健康造成的危害。

参考文献

- [1] 国家卫生健康委办公厅, 国家中医药管理局办公室. 新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第七版)[EB/OL].[2020-03-16].http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653p/202003/46c9294a7dfe4cef80dc7f5912eb1989.shtm].
- [2] 杨林, 贾梅, 甄丽英. 鼻腔给药系统研究进展[J]. 西北国防医学杂志, 2016, 37(10): 671-673.
- [3] 吴克刚,林雅慧,柴向华,等.香辛植物精油对常见呼吸道致病菌气相抗菌作用的研究[J]. 天然产物研究与开发,2014,26:1669-1672.
- [4] 刘晓生, 庄东红, 朱慧,等. 五种芳香植物精油及精气对支气管炎病菌的抑菌效果研究[J]. 湖北农业科学,2016,55:354-358.
- [5] 杨徐杭. 从中医理论探讨音乐疗法 [J]. 理论探讨中国民间疗法,2010,18(2):5-6.
- [6] 许继宗,李玉华,张喆.体感五行音乐疗法 联合参苓白术散治疗功能性腹泻疗效观[J]. 现代中 西医结合杂志,2012,21(35):3905-3906.
- [7] 彭红华,余方.五行音乐疗法在中医临床中的运用[]].福建中医药,2013,44(1),45-46.



中医喉源性咳嗽从"虫邪"论治

郑琴媛 张勉 李艺 高阳 陈潇

【摘要】目的 探究虫邪—肺炎支原体与中医喉源性咳嗽得病的相关性。方法 随机抽取门诊符合诊断 标准的 100 例喉源性咳嗽患者和 100 例慢喉痹患者作为实验研究对象。所有患者同时行血常规、C- 反应 蛋白、肺炎支原体血清学试验、间接鼻咽镜、间接喉镜或电子喉镜、胸部X线片等相关检查,比较两组患 者患病与中医虫邪—肺炎支原体感染的相关性。结果 患喉源性咳嗽的支原体感染发生率与患慢喉痹的支原 体感染发生率,差异有统计学意义(P<0.05)。结论 喉源性咳嗽患病与支原体感染可能有关,中医临床诊 治喉源性咳嗽可将虫邪—肺炎支原体纳入指标。

【关键词】喉源性咳嗽;支原体感染;虫邪;喉痹

On the treatment of laryngeal cough in traditional Chinese Medicine from "Chongxie"

ZHENG Qin yuan * ZHANG Mian , LI Yi , GAO Yang , CHEN Xiao

Department of ENT, the First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine

[Abstract] Objective To explore the relationship between Chongxie—Mycoplasma Pneumoniae and laryngeal cough. Methods 100 patients with laryngeal cough and 100 patients with Chronic pharyngitis were randomly selected as the experimental subjects. All patients were examined by routine blood test, C-reactive protein, Mycoplasma Pneumoniae, indirect nasopharyngoscope, indirect laryngoscope or electronic laryngoscope, chest X-ray, etc. to compare the relationship between the two groups and Mycoplasma Pneumoniae infection. Results There was a significant difference between the incidence of Mycoplasma Pneumoniae infection in patients with laryngeal cough and that in patients with Chronic pharyngitis (P < 0.05). Conclusion The incidence of laryngeal cough may be related to Mycoplasma Pneumoniae infection. Chongxie—Mycoplasma Pneumoniae infection can be included in the clinical diagnosis and treatment of laryngeal cough.

Key word Laryngeal cough; Mycoplasma pneumoniae; Chongxie; pharyngitis

1989年,干祖望教授首次提出喉源性咳嗽, 目前该病已成为临床上的常见病、多发病。该病 主要特点为"咽痒作咳",易反复发作。有数据 显示 [1], 喉源性咳嗽与受凉、感冒、劳累及对尘 螨过敏者呈高度相关性。慢喉痹相当于现代医学 慢性咽炎范畴,该疾病发病机制多样,与长期酗酒, 上呼吸道病变刺激,以及空气内的粉尘或其它有害 气体刺激等相关。本课题研究,旨在明确中医虫 邪一肺炎支原体感染与喉源性咳嗽发病的关系, 以提高临床疗效, 充分体现中西医结合诊治喉源

¹ 广西中医药大学第一附属医院耳鼻喉科,广西南宁 530023

性咳嗽的优势。

1资料与方法

1.1 临床资料

选择来自 2017 年 8 月 -2019 年 8 月在广西中 医药大学第一附属医院耳鼻喉科门诊符合诊断标 准的 100 名喉源性咳嗽患者作为实验组,100 例慢 喉痹患者作为对照组。本研究已获得本院伦理委 员会的批准。

1.2 纳入和排除标准

诊断标准:参照 2012 年全国高等中医药院校 教材《中医耳鼻咽喉科学》"喉咳"、"喉痹", 西医学相关疾病诊断标准参考西医高等医学院校 教材 2004 年普通高等教育"十五"国家级规划教 材《耳鼻咽喉头颈科学》。

排除标准:①确诊为严重或特殊感染、传染病患者;②年龄<12岁或>70岁;③胸部X线片示有肺部及气管病变者;④血常规检查异常;⑤并发肝肾功能不全、心脑血管及严重原发性疾病、精神病患者;⑥使用影响鼻、咽、喉黏膜的药物者。

1.3 研究方法

对所有纳入对象按照《喉源性咳嗽临床观察 表》和《慢喉痹临床观察表》进行详细记录,其 主要内容包括:一般项目资料:包括姓名、性别、 年龄、主诉、电话号码。

检查资料:内容包括间接鼻咽镜、间接喉镜 或电子喉镜、胸部 X 线片检查。

实验室检验指标:血常规、C-反应蛋白、肺炎支原体血清学试验。

1.4 观察指标

比较患喉源性咳嗽的支原体感染发生率与患慢喉痹的支原体感染发生率。

1.5 统计学方法

使用 SPSS22.0 软件进行数据分析。采用两样本率的卡方检验或 Fisher 确切概率法分析,以 P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

喉源性咳嗽患者和慢喉痹患者的支原体感染的发生率比较,差异有统计学意义 (P < 0.05), 见表 1。

表1喉源性咳嗽患者和慢喉痹患者的支原体感染的发生率

组别	支原体感染(例)	发生率	
喉源性咳嗽	36	64	36%
慢喉痹	5	95	5%

(P < 0.05)

3 讨论

喉源性咳嗽,亦称"喉咳",是指因咽喉疾病引致的咳嗽,基本特征为:阵发性咽痒干咳,咳嗽少痰或无痰,或仅有咽部异物感。与"慢喉喑"及"慢喉痹"有相似之处。目前,西医尚未有明确有效的治疗方法,中医药疗法虽多有效,但缺乏大样本的流行病学基础研究。临床上治疗喉源性咳嗽,医生单凭个人的实践经验治疗,缺少一个规范的诊疗标准。

李声岳^[2]认为,咽喉为肺胃之气出入之通道,如若起居不慎,冷暖失调,或由于过度疲劳,以致风邪犯肺,肺失于清肃,邪壅咽喉,而发为喉源性咳嗽。喉源性咳嗽大部分开始于咽喉,咽喉为肺脏的首要通道,从五行理论来说它属肺,《医旨绪余·下篇》云"喉主出纳……喉咙通于肺……"。基于这些理论,李声岳教授认为喉源性咳嗽的病位是咽喉,与肺最密切相关。风为阳邪,易袭阳位,风邪上扰,肺的宣发肃降失常而为咳嗽。因此,李声岳教授提出喉源性咳嗽主要病机为风邪上犯,肺气不利。

刘玉洁^[3]指出喉源性咳嗽首先病位在咽喉,并与肺、脾、肝、肾密切有关,病因为外感六淫、内邪扰喉,病机为邪气犯肺、咽喉不利。治疗上先辨外感还是内伤,外感治予祛风,兼予祛邪;内伤先辨虚实,以虚为主者,治予补虚,兼以祛邪,以实为主者,治以祛邪,兼予扶正。另外,刘教授在中医"不治已病治未病"的观念指导下,提出增强皮毛腠理卫外、抗邪能力对预防该病极其重要。

蒋健^[4]指出,除了传统的六淫之外,应当把"雾霾"当作外感第七"淫"。"雾霾"目前正以无法确定的能量危害着人类健康,不仅会诱发呼吸、循环系统的多种病症,甚至会诱发癌症在内的多种其它病症。临床上发现:"喉咳"的发病情况与PM2.5值的增减密切相关。蒋健教授认为,由于雾霾污染严重,可能会使显现"禀赋特异(过敏体质)"者逐渐增多。

柏正平^[5]指出,喉源性咳嗽的主要致病因素 是风、热,并夹痰、夹虚、夹瘀。治疗上应为疏 风化痰,清热利咽,滋阴化瘀。

曾韵萍⁶¹认为慢性咳嗽病的主要病机为"风痰"相兼,起病从"风"而起,或为外风,或为内风,治则应为祛风化痰,理气止咳,方用止嗽散加减,取得了较好的治疗效果

杨天明^[7]使用六君子汤加减治疗 40 例脾气虚弱证喉源性咳嗽,取得满意效果。指出喉源性咳嗽患病主要在肺脾,"脾为生痰之源,肺为贮痰之器",所以对于喉源性咳嗽应治以益气健脾、燥湿化痰。

陈普德^[8] 自拟喉咳汤药治疗喉源性咳嗽,取得满意效果。认为喉源性咳嗽致病的主要因素为热、痰、虚、瘀。治疗上应偏重于清热化痰、利咽止咳、养阴散结。

喉源性咳嗽特点为"咽痒作咳",作者认为咳嗽的原因可能主要是因"痒"作咳。而除了有"风胜、湿胜、热胜、血虚"致痒外;也有"虫邪"致痒。支原体可归为中医的"无形之虫",本研究结果显示中医喉源性咳嗽发病与虫邪—肺炎支

原体感染密切相关,但尚缺乏大样本数据的支持。 临床医师在诊治喉源性咳嗽时可将虫邪—肺炎支 原体感染纳入检查指标,希望对诊治喉源性咳嗽 有一定帮助。

参考文献

- [1] 张 勉,陈 潇,黄 卓 燕,郑 琴 媛. 喉 源性咳嗽发病的影响因素研究[J]. 中国全科医学,2017,20(22):2793-2795.
- [2] 廖龙燕, 张燕平, 李声岳. 李声岳教授治疗喉源性咳嗽的经验总结 [J]. 贵阳中医学院学报, 2019,41(02):11-13.
- [3] 艾博海, 王平生, 刘晓静. 刘玉洁辨证治疗喉源性咳嗽经验 [J]. 北京中医药, 2019, 38(08):780-782.
- [4] 耿琦,崔晨,李敬伟,李欣,李威,杨晓帆, 周丹,蒋健.蒋健教授诊治"喉咳"的临床经验[J]. 世界中医药,2018,13(10):2543-2546.
- [5] 胡宗仁,柏正平.柏正平教授从咽论治慢性咳嗽的临床经验[J].湖南中医药大学学报,2016,36(10):54-55.
- [6] 曾韵萍, 李静. 慢性咳嗽从风痰论治 [J]. 现代中医药, 2016, 36(03):54-56.
- [7] 杨天明. 六君子汤加减治疗脾气虚弱证喉源性咳嗽的临床疗效观察[J]. 内蒙古中医药,2019,38(05):25-26.
- [8] 程丽, 陈普德. 陈普德喉咳汤治疗喉源性咳嗽[J]. 实用中医内科杂志, 2016, 30(12):16-17.

彭顺林教授辨证论治鼻鼽临床经验浅谈

陈伊芮¹彭顺林²

【摘要】彭顺林教授从医 30 余年,在辨证论治鼻鼽方面积累大量经验,特别是其自拟摄涕止鼽颗粒,临床上治疗鼻鼽收到满意的疗效,本文主要介绍彭顺林教授辨证治疗鼻鼽的临床经验。

【关键词】鼻鼽; 临床经验; 彭顺林; 辨证论治; 病案举例

Professor Peng Shunlin 's clinical experience in the treatment of allergic rhinitis according to syndrome differentiation

CHEN Yirui, PENG Shunlin

(1.Chengdu University of TCM, Chengdu, Sichuan, 610075; 2. Affiliated Hospital Chengdu University of TCM, Chengdu, Sichuan, 610072)

[Abstract] Peng Shunlin ,a professor who has been working in clinic for more than 30 years, has accumulated a lot of experience, especially his shetizhiqiu Granules has received satisfactory results. In this study, we introduce the clinical experience of Professor peng when treating Allergic rhinitis according to syndrome differentiation.

[Key words] Allergic rhinitis; clinical experience; Professor Peng; syndrome differentiation; case

"鼻鼽"属祖国医学的范畴,相当于西医的变应性鼻炎,临床上多以突然和反复发作的鼻痒、鼻塞、喷嚏、流清涕为主要表现,还可伴有嗅觉减退,眼、耳、咽痒等不适,严重影响患者生活质量。近几年来,在经济发展、工业化进程加速、生活方式改变等多种因素的共同作用下,该病的患病率明显增加,世界范围内的患病率大约在15%-20%,我国的患病人数应超过5千万,高发地区已达34.31%^[1]。彭顺林教授长期从事变应性鼻炎的基础及临床研究,从机体的整体出发结合中医辨证论治及中药的性味、归经及现代药理研究等方面治疗鼻鼽,已有研究表明其总有效率达

90.44%,且远期疗效稳定达 84.21%^[2],取得了满意的临床疗效。笔者有幸跟随导师临证学习,获益良多,遂将其经验自拟方及辨证施治思路浅析如下,以期同道共享。

1 病因病机

导师彭教授认为,肺肾阳虚是鼻鼽的主要病机。《礼记·月令》中有"季秋行夏令,则其国大水,冬藏殃败,民多鼽嚏。"前人已认识到鼻鼽与气候的变化有着密切的关系。《素问·脉解》正式命名为鼻鼽。而中医认为本病外因为肺气虚弱,正气不足,卫表不固,外邪乘虚而入,或感受花粉、灰尘及不洁之气所致;发病内因以肺气亏虚为主,

¹ 成都中医药大学,四川 874159089@qq.com

²成都中医药大学附属医院,四川 成都 610072。

与脾、肾亏虚也有一定关系。

2 辨证论治

2.1 脾肾阳虚,温煦失职

肾位于下焦,藏精,主水液,主纳气,肾的 开阖作用影响着人体津液代谢平衡。肺的宣降, 脾的运化输布,肾的气化是机体水液代谢的中心 环节。《普济方·卷二十二》提到肾的重要性:"水 旺则金旺, 子能令母实, 肺者肾之母。"关于"嚏" 与肾的关系,内经多处提及,《素问·盲明五气论篇》 有"五气所病…肾为欠,为嚏"。《素问·刺禁论》: "刺中肾,六日死,其动为嚏。"此外,《素问·阴 阳应象大论》: "年六十, 阴痿, 气大衰。九窍 不利,下虚上实,涕泣具出矣"提出了肾虚鼻涕 失制的病机。《类证治裁・卷之二》曰:"肺为气 之主, 肾为气之根, 肺主出气, 肾主纳气, 阴阳 相交,呼吸乃和。"阐明正常的呼吸运动是肺肾 相互协调的结果,肾气足,摄纳有职,肺肃降正 常,方可纳气于肾,鼻窍得利。如先天禀赋不足, 后天失养, 劳倦过度, 均可致肾阳不足, 肺失温 煦,寒水上泛于鼻。缓解期多表现为此。临床上 常表现为鼻痒, 喷嚏连作, 流清涕量甚多, 鼻粘 膜及双下鼻甲明显肿胀,色苍白,鼻道可见水样 分泌物,可伴有腰膝酸软,四肢不温,怕冷等症, 舌质淡, 苔薄白, 脉沉细。皆表现为肾阳不足。 对于此型患者,导师认为,肺肾阳虚,鼻失温养 是变应性鼻炎的重要病机之一,此时期外邪已退, 病机以肺肾不足为主,治当以培土生金,固本温阳, 在治疗上提出了益肺肾之气、温阳通窍、摄涕止 鼽之法。在遣方用药上总结前方经验所得,归纳 总结出益气温阳方-摄涕止鼽汤,应用于临床并 获得满意疗效。方由黄芪 25g, 炒白术 20g, 干姜 10g, 肉桂、制附子(先煎)、防风各 15g, 细辛 3g组成。方由玉屏风散加减所得,方中所加附子 辛、甘,大热,干姜辛、热,肉桂辛、甘,大热, 直入三阴, 共奏温阳散寒之功; 细辛善于祛风散 寒。总观全方,在前方基础上侧重补益肺脾之气, 温肺肾之阳, 共达益气温阳之效。若鼻痒甚, 可 加蝉蜕 10g 祛风止痒; 风寒外袭, 可加紫苏叶、荆芥各 15g 解表散寒; 鼻流清涕量多, 可加乌梅收敛固涩等, 再据临床症状灵活加减运用。

2.2 肺气亏虚,卫表不固

肺位于上焦,为娇脏,主气司呼吸,其为华盖, 不耐寒热,易受外邪侵袭。肺开窍于鼻,外合皮毛, 由于肺气亏虚,卫表不固,腠理疏松,外邪易侵 犯,使肺失宣降,水液通调不利,津液停聚,鼻 窍壅塞,遂致鼻鼽。而这里所指外邪多以寒邪居 多,笔者跟师学习过程中也多见此证,患者患病 初期大多表现为此。再者《医门法律・肺痈肺痿 门》曰:"人身之气,享命于肺,肺气清肃则周身 之气莫不服从而顺行"。说明肺气作为一身之气 推动人体气机之运行, 使得气的升降出入运动正 常。《证治要诀》言:"清涕者,脑冷肺寒所致"。 《诸病源候论·卷二十九》又曰"肺气通于鼻, 其脏有冷,冷随气入乘于鼻,故使津涕不能自收。" 阐明肺脏有寒,外邪侵袭乘于鼻而入肺,若肺气 虚则风寒之邪犯肺, 邪正相搏, 机体欲驱邪外出, 则突发鼻痒, 频作喷嚏; 肺失宣降, 气不摄津, 故见涕清如水,鼻粘膜苍白肿胀;肺气不足,故 见气短懒言,腠理疏松,畏风,怕冷,自汗。此 型属临床最常见类型,主要采用益气固表,辅之 疏风祛邪通窍之法。导师常用其自拟经验方进行 加减治疗。原自拟方主要药味为:生黄芪 25g,生 白术 20g, 防风、路路通、藿香各 15g, 生白芍、 地龙、五味子、石菖蒲、桂枝、辛夷各 10g, 细辛 3g。方中黄芪用量最大,性甘温,内可大补肺气, 外可固表实卫; 白术健脾益气, 助黄芪以加强益 气固表之力,两药合用,使气旺表实;防风走表 而散风御邪,黄芪得防风,则固表而不留邪,防 风得黄芪则祛风而不伤正;细辛、辛夷善于祛风 散寒,通鼻窍;石菖蒲、藿香芳香走窜通鼻窍; 地龙、路路通祛风止痒; 肺气虚者, 针对此证型, 鼻流清涕量多者,外加五味子或乌梅以收敛固涩。 若鼻痒甚者,将细辛改蝉蜕 10g,以加强止痒之功 效,还可据临床症状灵活加减运用。对于此证之

患者, 彭教授特别强调个人平时的自我调护, 嘱 患者适量参加户外运动以强身健体, 增强机体自 身抗邪能力, 避免接触过敏源等以预防本病的发 生, 这也有利于减少相关并发症的发生, 从而改 善患者的生活质量。

2.3 肺脾气虚,湿浊内生

脾位于中焦, 主运化, 为后天之本, 气血生 化之源,肺的宣发肃降,有赖于脾的运化,脾气 虚者,影响肺的宣发肃降功能,所以本病亦多见 脾气虚,或者肺脾气虚。《脾胃论·脾胃盛衰论》 "肺金受邪,由脾胃弱不能生肺乃所生病也"。 又恰如《素问·玉机真藏论》曰: "中央土以灌四 旁…其不及,则令人九窍不通"。可见肺所主之 气皆依赖于脾运化水谷精微之功能, 脾虚则精微 不能输布致肺气不足,津液停聚,寒湿凝滞鼻部, 其再者精微亦不能上荣于鼻,皆可引起鼻部的相 关症状。此证患者常表现为鼻塞、鼻流清涕量较多、 打喷嚏、兼见脾气虚脘腹胀满、食后益甚、大便 溏稀、完谷不化,舌淡胖,苔白腻,脉沉缓等症。 从地域上看,导师为四川人,并长期居住于此, 四川属盆地,气候潮湿而多雨,而脾喜燥恶湿, 湿易困脾,同时夏季多热,湿易从化热,故此地 患者易表现为湿热症候。彭教授结合四川地域特 点,对此地区鼻鼽的病因病机,彭教授在强调肺、 脾、肾虚是鼻鼽发病的重要内因的同时, 也注重 强调脾虚湿困及湿邪化热在鼻鼽发病的作用,治 疗上官健脾补气固表结合清热化湿,在上述自拟 方的基础上将黄芪减量至 20g, 去辛夷、藿香加薏 苡仁 25g、佩兰 10g, 砂仁 10g, 加强其行气宽中、 醒脾化湿之功;外加赶黄草 3g(重者可用到 6g)以 清热祛湿。对于此型患者, 彭教授特别强调患者 自身应该注重调畅情志,若情志失调、思虑过度, 饮食不节可损及脾气,致脾气虚弱,进而伤及肺气, 从而影响肺窍 —鼻。

3 病案举例

郭某,女,25岁,2016年3月7日初诊。主诉:反复鼻塞,喷嚏伴鼻痒,清涕2年,加重1月。

每次发作时自行服用抗过敏药物,症状有所改善, 一旦停药则上诉症状再次出现, 每遇季节变换, 尤以花粉季节上述症状加重。诊见:持续性鼻塞, 清涕, 阵发性鼻痒, 遇刺激性气味则喷嚏不止, 两眼发痒,严重影响其生活、工作,面色晄白无华, 怕冷, 尤其冬季手脚不温, 纳呆, 寐可, 舌胖大 边有齿痕,脉沉细。鼻内镜检查:鼻黏膜色苍白, 双侧中、下鼻甲色淡肿胀,鼻咽、底部大量水样 分泌物储留,悬雍垂稍水肿。诊断为鼻鼽。辨证 为肺脾气虚,肾阳不足。治以温补肾阳、益气健脾。 处方:黄芪、薏苡仁各 25g,白术、防风、白芍各 15g, 肉桂、制附子各 15g, 制附子(先煎)、干姜、 蝉蜕、紫草、乌梅各 10g; 5剂, 水煎, 每日一剂, 一日三次,每次 120ml,饭后半小时温服。嘱其饮 食清淡,加强身体锻炼,避风寒。二诊:上述症 状均有所减轻, 比较明显减轻的症状为清涕、喷 嚏,仍有鼻塞、鼻痒,改善相对不明显。杳见: 双下甲色淡, 鼻底见少量分泌物。治疗仍守上方, 肉桂改为桂枝 15g, 去紫草, 乌梅加黄精 25g, 桑 叶 15g, 砂仁 10g; 5剂, 如前煎服。三诊, 症状 基本消失, 偶有喷嚏、鼻痒, 纳、寐尚可, 舌红、 苔薄白,脉数,守上方7剂以固本。服药后诸症 基本消失。6月后随访,患者诉基本未见明显症状, 偶有发作, 但程度较轻, 短时间内缓解, 不影响 工作及生活。

4 结语

就鼻鼽而言,彭教授认为该病为反复发作性疾病,仅用西药虽能短期内有效缓解症状,但远期疗效较差,遇季节变化及刺激性气味容易诱发,患者常发展为慢性,中医认为病久及肾,肾阳虚与鼻鼽的发生也有着密切的联系,在导师临证中也发现这类病人呈逐年增多的趋势,所以在临证用药中导师特别注重温补脾肾之阳,固护人体元阳,以达到驱邪外出的目的。笔者认为:第一,中药治疗鼻鼽,既存在中药的毒副作用问题,也存在中药耐药性问题,现如今我们应寻求更多的非药物治疗方法配合传统中药治疗,类似于针灸、

(下转第37页)

慢性鼻窦炎中西医研究进展

吴蝶¹陈文勇²

慢性鼻窦炎(Chronic rhinosinusitis,CRS),是 发生在鼻腔、鼻窦粘膜的慢性炎症,临床根据鼻 内镜检查结果分为慢性鼻窦炎伴鼻息肉(Chronic rhinosinusitis with nasalpolyps,CRSwNP)和慢性鼻 窦炎不伴有鼻息肉(Chronic rhinosinusitis without nasal polyps,CRSsNP)。慢性鼻窦炎在中医属于"鼻 渊"范畴,又有"脑漏"、"脑渗"、"脑崩" 等别称。病名首见于《内经》:"胆移热于脑,则 辛頞鼻渊。鼻渊者,浊涕下不止也"。现代医学 的急慢性鼻渊均属于此范畴。现将慢性鼻窦炎的 中西医研究进展报道如下:

1 西医研究进展

1.1 病因及发病机制

1.1.1 鼻腔解剖异常

异常的鼻腔解剖结构可能会导致鼻腔的通气和引流障碍从而导致鼻窦炎的发生。有学者对 240例 CRS 患者进行观察,发现 4 种常见的变异类型:鼻中隔变异、中鼻甲变异、钩突变异和筛窦变异,其中鼻中隔偏曲是最常见的原因,占 48.8%^[2]。鼻中隔高位偏曲发生率高于低位偏曲发生率,另外气房的形成也是常见原因之一,包括 Haller 气房、鼻丘气房、中鼻甲气化等 ^[3]。

1.1.2 感染因素

常见的感染因素包括细菌、病毒、真菌的感染。 细菌包括革兰氏阳性菌、革兰氏阴性菌、厌氧菌, 其中以肺炎链球菌和金黄色葡萄球菌为主的革兰 氏阳性菌感染为主^[4]。目前认为细菌感染的致病 机制主要有超抗原学说和细菌生物膜学说,超抗 原直接激活免疫应答从而导致粘膜损伤,细菌生 物膜则对细菌产生保护作用,与耐药性密切相关 [3]。王雪峰等研究发现在鼻病毒感染所致哮喘发作患儿鼻窦炎发病率高达 81.67%, 明显高于初诊无鼻病毒感染患儿 [5],说明慢性鼻窦炎的发病与鼻病毒的感染可能有关。真菌感染则常见的病原菌为曲霉菌、念珠菌、毛霉菌等,可能与免疫制剂滥用和基础疾病导致的免疫力下降相关 [6]。

1.1.3 纤毛运动障碍

鼻腔和鼻窦正常情况下分泌的黏液、粉尘等通过纤毛的运动功能实现,当纤毛的运动功能异常,则分泌物不能及时排除,导致引流障碍,导致和加重 CRS 的发生。纤毛运动功能障碍分为原发性和继发性,原发性包括原发性纤毛运动障碍和囊性纤维化为主,均属于遗传性疾病,电镜下均可见动力蛋白臂缺陷、纤毛停止摆动摆动无效[7]。继发性纤毛摆动障碍则与细菌感染密切相关,炎症刺激下的纤毛传运速度减慢^[8]。

1.1.4 免疫因素

近年来,对于慢性鼻窦炎的免疫病理学特点的认识逐步加深,有助于进一步认识 CRS 的发病机制。CRS 发病中主要以 T 细胞介导的免疫应答为主,II 型免疫应答主要特点是刺激分泌白介素等炎症因子,与过敏性炎症密切相关。相关研究发现 CRSwNP 组织中有较高水平的 Th2 细胞,以及细胞因子 IL-5 和 IL-13,表现为嗜酸性粒细胞增多,此型 CRS 常合并哮喘,组织中 IgE 水平也升高,白种人发病率高于亚洲人,CRSsNP则主要以 Th1 细胞介导为主,中性粒细胞的水平通常高于嗜酸粒细胞,亚洲人的发病则高于白种人^[9]。基于此,可将 CRS 分为嗜酸粒细胞性 CRS 与非嗜酸粒细胞性 CRS。嗜酸粒细胞的浸润程度对于判

¹ 广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510405 2 广东省中医院耳鼻喉科, 广东 广州 510120

断 CRS 的预后可能有着指导性意义,目前较普遍的判断标准为病理组织嗜酸性粒细胞百分比及外周血嗜酸性粒细胞百分比。研究者提出病理组织中嗜酸性粒细胞占比大于 10% 作为判断指标 [10]。 王明婕等提出将外周血嗜酸粒细胞比例 5.65% 作为诊断截断值 [11],另有学者研究得出血嗜酸性粒细胞绝对计数 0.215*10(9)/L 的诊断灵敏度为74.2%,特异性为 86.5%,而血嗜酸性粒细胞百分比 3.05% 诊断嗜酸性粒细胞 CRSwNP 的灵敏度为80.3%,特异性为 75.3%,目前普遍认为外周血嗜酸粒细胞比例 5.65% 更具有诊断特异性 [12]。

综上,慢性鼻窦炎的病因及发病机制复杂,可能与鼻腔解剖、感染、纤毛功能障碍、免疫因素等相关,但是单一因素无法解释鼻窦炎的发病。但是今年来,随着对 CRS 免疫病理学的认识加深,逐步提出 CRS 的内在分型,为 CRS 的精准治疗提供了一定依据,值得更进一步深入广泛的研究。

1.2 治疗

1.2.1 糖皮质激素

糖皮质激素是 CRS 治疗中的重要药物,具有抗炎、减轻鼻粘膜水肿等作用,分为局部用药和全身用药,鼻用糖皮质激素作为一线用药。2018年 CRS 诊疗指南推荐鼻用糖皮质激素使用 1 ~ 2次/天,每侧鼻腔至少 100ug,用药 12 周以上。术后患者通常在第一次清理术腔后开始用药,根据术腔恢复情况,持续用药 3-6个月^[13]。给药方式有鼻喷雾剂外,还有鼻腔冲洗和雾化吸入等^[14,15]。药物选择对 CRS 的预后产生一定的影响,夏君等研究发现甲泼尼龙比泼尼松能更有效地减少术腔重塑,促进鼻粘膜的复,还可减少术后出血事件,有利于促进鼻粘膜功能的恢复^[16]。

口服糖皮质激素建议使用安全性和耐受性较好的甲泼尼龙。研究发现术前口服糖皮质激素可以控制炎症、改善症状、提高手术术野清晰度,且能够使 CRSwNP 患者的外周血中嗜酸性粒细胞百分比下降,可用于 CRSwNP 早期的临床治疗,减轻炎症及减少术后复发[17]。但是长时间使用全身

性糖皮质激素可能引起如胃溃疡、骨质疏松症、高血压、糖尿病、库欣综合征、抑郁和睡眠障碍等不良反应,相比之下局部使用糖皮质激素则很少发生不良反应,故临床全身性使用糖皮质激素需慎重^[18]。

1.2.2 大环内酯类药物

指南推荐对于常规药物治疗效果不佳、无嗜酸性粒细胞增多、血清 IgE 水平不高且变应原检测阴性患者可小剂量、长期使用大黄内酯类药物。常用的有红霉素、阿奇霉素、克拉霉素和罗红霉素,临床常在激素治疗的基础上联合大环内酯类药物,其中阿奇霉素疗效最佳,其次为罗红霉素、红霉素和克拉霉素 [19]。其同时具有抗炎、抗菌、和免疫调节的作用,联合手术治疗疗效更佳 [20,21]。不良反应主要是胃肠道的反应,其次还有心率失常和耳毒性等不良反应,但总体来讲排除危险因素后使用大环内酯类药物是安全的 [13,22]。

1.2.3 抗菌药

抗菌药物在治疗慢性鼻窦炎有严格的适应症,针对 CRS 急性发作可酌情使用抗生素。金黄色葡萄球菌是引发慢性鼻窦炎患者感染的主要病原菌 [^{23]}。由于 CRS 经常反复急性发作,治疗周期长,加上临床用药不规范,临床耐药现象严重。研究表明联合使用抗菌药和抗菌药物使用频次(≥3次/年)是产生多重耐药菌的重要危险因素之一,因此临床应该严格遵守抗菌药物的使用原则,避免过多的使用经验性抗菌药,根据药敏试验结果合理选用抗生素以减少耐药菌感染 [^{24]},对慢性鼻窦炎的预后意义重大。

1.2.4 抗组胺和抗白三烯

变态反应在 CRS 的发病中有着一定的作用,部分学者认为变态反应加速了 CRS 的病情发展,对疾病的复发起着一定的促进作用,鼻腔及鼻窦的高反应性状态引起黏膜持续肿胀,渗出物增多,影响鼻腔鼻窦内引流情况 [25,26]。变态性炎性反应是导致难治性慢性鼻窦炎的重要相关因素之一[27]。组胺和白三烯是变态反应中重要的炎症介质, CRS

的治疗中联合抗组胺和抗白三烯的使用可有效改善临床症状。相关研究西替利嗪联合孟鲁司特治疗 CRS 疗效明显,可以明显改善症状 [28]。

1.2.5 其他药物治疗

临床常联合使用粘液溶解促排剂及减充血剂 来达到促进粘液排出和减轻充血和水肿,从而助 于改善是引流,恢复鼻腔的通气功能。粘液溶解 促排剂总体来说安全性较好,偶有胃肠道和过敏 等反应。但长期使用减充血剂可导致药物性鼻炎 以及对药物的耐受,从而加重鼻塞症状,其他不 良反应更主要发生于心血管方面,故选择使用减 充血剂应慎重。

1.2.6 手术治疗

针对规范药物治疗后无效的 CRS, 手术是主要的治疗方法。目前功能性鼻内窥镜手术(FESS)技术已日渐成熟并广泛应用于临床, 具有创口小、操作精细、复发率低等显著优势 [29]。随着低温等离子、射频消融术等微创技术的逐步发展, 逐渐发现鼻内镜手术联合不同的微创技术临床疗效更佳。研究发现鼻内镜鼻窦手术联合鼻甲射频消融手术疗效优于鼻内镜鼻窦手术联合下鼻甲骨折外移手术 [30]。徐旭等研究发现鼻内镜手术联合低温等离子刀辅助治疗在改善患者鼻腔容积, 促使其嗅觉功能、肺通气功能快速恢复方面优于单纯的鼻内镜手术 [31]。

治疗上,以全身治疗与局部治疗相结合为原则,以糖皮质激素、大环内酯类药物、抗菌药物、抗组胺及抗白三烯等药物为主,对于难治性慢性鼻窦炎考虑手术治疗,即使手术,药物治疗也要贯穿全过程,多采用联合用药,最终目的是改善鼻窦口的引流,恢复鼻窦和鼻腔的粘膜和形态功能。

2 慢性鼻窦炎的中医研究进展

2.1 病因病机

鼻渊的发生多与肺、脾胃、胆相关。《诸病源候论》:"肺主气而通于鼻,而气为阳,诸阳之气,上荣头面,若气虚受风冷,风冷客于头脑,

即其气不和,令气停滞,搏于津液,脓涕结聚, 即不闻香臭。"提出肺气虚寒而致鼻渊。李东垣 提出:"若因饥饱劳役损脾胃, 生发之气既弱, 其 营运之气不能上升, 邪塞孔窍, 故鼻不利而不闻香 臭也"。饮食伤脾、失于健运、则湿浊内生。《辨 证录・鼻渊门》: "肺本清虚之府, 最恶者热也。 肺热则肺气必粗,而肺中之液必上沸而结为涕, 热甚则涕黄, 热极则涕油, 败油之物, 岂容于清 虚之府, 自必从鼻之门户而出矣"。提出肺经风 热致鼻渊, 西医中的急性鼻窦炎常由此发病。《景 岳全书》: "此证多因酒醒肥甘或久用热物,或 火由寒郁,以致湿热上熏津汁。"《张氏医通》: "鼻出浊涕,皆阳明伏火所致也。"提出脾胃湿 热而致病。基于《内经》"胆热上移于脑"的观点, 《圣济总录》提出:"夫脑为髓海,藏于至阴,故 藏而不泻,今胆移邪热上入于脑,则阴气不固,而 藏者泻矣。故脑液下渗于鼻,其证浊涕出不已,若 水之有渊源也。"

综各医家之说,鼻渊病位主要在肺、脾胃、胆, 实证以肺经风热、脾胃湿热、胆腑郁热为主,虚 证则以肺气虚寒和脾虚湿困。

2.2 治疗

中医在治疗慢性鼻窦炎中具有较大优势,在 辨证施治的基础上结合各种中医特色外治法,疗 效明确,副作用小,安全性高。

2.2.1 内治法

袁野等研究发现桂枝二陈加黄芪汤加减对慢性鼻窦炎头痛、头晕、乏力症状更早起到缓解作用,温肺止流丹合玉屏风散加减对鼻塞、鼻流涕、自汗畏风寒的伴随症状缓解作用则更加明显^[32]。徐丽娜等研究发现在基础治疗上加用补气助阳汤治疗小儿肺气虚寒型慢性鼻窦炎,既可以避免抗生素的耐药性及鼻部应用糖皮质激素的副作用,又可以调节患儿的免疫功能^[33]。陈俊曦等研究发现参苓白术散加减治疗肺脾气虚证慢性鼻窦炎可以增强鼻黏膜纤毛功能,提高生活质量,改善免疫功能,抑制炎症反应从而改善临床症状^[34]。陈辉清教授

用麻杏石甘汤治疗小儿慢性鼻窦炎疗效显著 [35]。 蔡楚君研究发现甘露消毒丹对脾胃湿热型慢性鼻 - 鼻窦炎患者临床疗效确切 [36]。曾屹生等用黄芩滑石汤治疗脾胃湿热型慢性鼻窦炎,发现其对术后术腔黏膜形态的恢复具有促进作用 [37]。江晓婷等研究龙胆泻肝汤与克拉霉素缓释片+桉柠蒎肠溶软胶囊组对于慢性鼻窦炎胆腑郁热证的临床效果,结果发现两者疗效相当,但龙胆泻肝汤的副作用少 [38]。徐丽娜经过用药规律分析发现治疗 CRS 的核心药物是:辛夷、白芷、苍耳子、甘草、黄芩、川芎、桔梗、薄荷、金银花、黄芪,其中使用频次最高的药物是辛夷 [39]。

2.2.2 外治法

中医外治法治疗慢性鼻窦炎种类颇多,常见 有鼻腔冲洗、中药超声雾化、中药熏蒸、针灸等。 鼻腔冲洗、超声雾化、中药熏蒸均是通过局部给 药,使药物直达病所,减轻粘膜水肿,消除炎症, 清除鼻腔分泌物起到关键作用。鼻腔冲洗是术后 首选治疗方法,鼻内镜术后予以苍辛通窍方鼻腔 冲洗能够有效改善患者症状及纤毛功能,缩短术 腔清洁及术腔上皮化时间,能够促进患者病情的恢 复[40]。中药超声雾化在小儿慢性鼻窦炎的治疗中 具有优势, 其安全性好, 患儿配合度更高[41]。中 药熏蒸则常配合中药内服同时使用,经济高效。《黄 帝内经》提出:"药之不及,针之不到,必须灸之"。 潘庆春等研究温针灸联合通窍鼻炎方治疗慢性鼻 窦炎患者的临床效果及生存质量改善情况,发现 治疗组的情感结局,睡眠障碍,炎症指标均较对 照组有显著的降低[42]。针刺治疗可有效缓解鼻内 镜术后疼痛,为临床提供一种疗效确切、使用安全、 操作简单的中医特色镇痛方案[43]。

参考文献

[1]Shi JB, Fu QL, Zhang H, Cheng L, Wang YJ, Zhu DD, Lv W, Liu SX, Li PZ, Ou CQ, Xu G. Epidemiology of chronic rhinosinusitis: results from a cross–sectional survey in seven Chinese cities. Allergy.

2015 May;70(5):533-9.

[2]Alsowey Ahmed M, Abdulmonaem Ghada, Elsammak Ahmed, et al. Diagnostic Performance of Multidetector Computed Tomography (MDCT) in Diagnosis of Sinus Variations. Polish Journal of Radiology, 2017, 82:713–725.

- [3] 庄双豪, 姚俊. 慢性鼻窦炎病因及致病机制研究进展[]]. 现代医药卫生,2020,36(10):1509-1512.
- [4] 姜琳.慢性鼻窦炎患者细菌学特征及耐药性分析[]].河南医学研究,2018,27(14):2526-2528.
- [5] 王雪峰, 付宁, 杨林, 赖晓敏. 鼻窦炎患儿鼻病毒感染致哮喘发作中的观察研究 [J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(18): 4265-4267.
- [6] 程清峰, 薛金梅, 冀永进. 真菌性鼻 鼻窦炎的研究进展 [J]. 临床医药实践, 2015, 24(06): 442-445.
- [7] 李鹏, 李源, 孙亚男. 鼻黏膜纤毛损伤和功能障碍的病因及机制 [J]. 国外医学. 耳鼻咽喉科学分册, 2005(04):237-240
- [8] Nuutinen J, Rauch-Toskala E, Saano V, et al. Cilliary beating frequen-cy of chronic sinusitis. Arch Otol Laryngol Head Neck Surg, 1993, 119(6):645-647.
- [9] 孙立薇,朱冬冬,孟粹达.慢性鼻窦炎的内型研究及临床应用[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2020,34(08):765-768.
- [10]Cao PP, Li HB, Wang BF, Wang SB, You XJ, Cui YH, Wang DY, Desrosiers M, Liu Z. Distinct immunopathologic characteristics of various types of chronic rhinosinusitis in adult Chinese. J Allergy Clin Immunol. 2009 Sep;124(3):478–84, 484.e1–2.
- [11] 王明婕,周兵,李云川,黄谦.外周血嗜酸粒细胞比例在慢性鼻-鼻窦炎伴鼻息肉分类中的作用[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,48(08):650-653.
- [12]Hu Y, Cao PP, Liang GT, Cui YH, Liu Z. Diagnostic significance of blood eosinophil count in eosinophilic chronic rhinosinusitis with nasal polyps in

Chinese adults. Laryngoscope. 2012 Mar;122(3):498–503.

[13] 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.中国慢性鼻窦炎诊断和治疗指南(2018)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2019,54(2):81-100.

[14] 朱雅静,刘环海,陶绮蕾,王天宇,杜煜聪.应用糖皮质激素进行鼻腔冲洗对慢性鼻窦炎患者鼻腔菌群多样性和生物膜的影响[J].中国微生态学杂志,2020,32(06):710-715.

[15] Wang C, Lou H, Wang X, Wang Y, Fan E, Li Y, Wang H, Bachert C, Zhang L. Effect of budesonide transnasal nebulization in patients with eosinophilic chronic rhinosinusitis with nasal polyps. J Allergy Clin Immunol. 2015 Apr;135(4):922–29.e6.

[16] 夏君,阮仕斌,夏铭阳,吴晓红,赵冬梅,简萌,赵毓.慢性鼻-鼻窦炎伴鼻息肉鼻内窥镜手术后应用不同中效糖皮质激素的临床效果[J].西部医学,2019,31(08):1260-1263.

[17] 张松雪. 口服激素治疗不同分型慢性鼻窦炎患者疗效观察及对外周血嗜酸性粒细胞百分比的影响 [D]. 中国医科大学,2020.

[18] 李蓓, 苏雪萍, 张龙城. 糖皮质激素治疗成人慢性鼻-鼻窦炎的研究进展[J]. 微创医学,2015,10(05):642-645.

[19] 周鹤, 赵春阳, 那堃, 姜明燕. 大环内酯类药物治疗慢性鼻窦炎的 Meta- 分析 [J]. 药物评价研究,2019,42(01):173-181.

[20]Smith TL, Kern R, Palmer JN, Schlosser R, Chandra RK, Chiu AG, Conley D, Mace JC, Fu RF, Stankiewicz J. Medical therapy vs surgery for chronic rhinosinusitis: a prospective, multi–institutional study with 1–year follow–up. Int Forum Allergy Rhinol. 2013 Jan;3(1):4–9.

[21] 张立彬, 夏晓生, 普薇, 唐爱琴. 大环内酯 类药物配合内镜手术治疗慢性鼻窦炎的临床效果 观察[J]. 临床合理用药杂志, 2015,8(28):85-86. [22]Anders Cervin, Ben Wallwork. Efficacy and Safety of Long-Term Antibiotics (Macrolides) for the Treatment of Chronic Rhinosinusitis. 2014, 14(3):1–7.

[23] 张跃东,桂蓓,雷刚.慢性鼻窦炎患者金黄色葡萄球菌耐药性分析[J].中国病原生物学杂志,2017,12(01):71-75.

[24] 谢朝云,陈东,陈应强,熊芸,孙静,杨忠玲.慢性鼻窦炎多重耐药菌感染危险因素 Logistic 回归分析 [J]. 中国医学科学院学报,2018,40(06):803-808.

[25]Shen KC, Lin YT, Lin CF, Chang CH, Yeh TH. Allergy accelerates the disease progression of chronic rhinosinusitis. Acta Otolaryngol. 2019;139(1):75-79.

[26] 王鸿,张罗,周兵,张伟,刘华超,刘铭, 黄谦.慢性鼻窦炎鼻息肉与变应性因素相关性的探讨[]].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2005(03):10-13.

[27]Muneif A.S, 左可军, 史剑波, 许庚. 难治性慢性鼻窦炎的相关因素探讨[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科志, 2010(12):1003-1007.

[28] 赵勇. 西替利嗪联合孟鲁司特治疗慢性鼻窦炎的效果观察[J]. 现代实用医学,2020,32(09):1092-1094.

[29] 郭德强,王增光.功能性鼻内窥镜手术治疗慢性鼻窦炎的疗效观察[J].中国继续医学教育,2018,10(08):86-87.

[30] 赵伟斌. 鼻内镜鼻窦手术联合鼻甲射频消融术在慢性鼻——鼻窦炎治疗中的应用效果 [J]. 临床合理用药杂志, 2020,13(26):163-164.

[31] 徐旭,潘新宇,梁宏非.鼻内镜手术联合低温等离子刀辅助治疗对慢性鼻窦炎患者术后鼻腔容积及肺通气功能的影响[J].临床和实验医学杂志,2020,19(17):1891-1894.

[32] 袁野. 桂枝二陈加黄芪汤治疗鼻渊 - 头痛(慢性或复发性鼻窦炎性头痛)肺气虚寒证的临床研究[D]. 云南中医药大学,2020.

[33] 徐丽娜, 孙海波. 补气助阳汤治疗小儿肺气虚寒型慢性鼻窦炎临床研究[J]. 亚太传统医药,2020,16(01):136-138.

[34] 陈俊曦,黄东辉,陈舒,左晓辉,冼小燕.参 苓白术散加减治疗肺脾气虚证慢性鼻窦炎的疗效 观察[J]. 中医临床研究,2020,12(07):5-8.

[35] 林鹤. 陈辉清主任医师运用麻杏石甘汤治疗儿科病的经验[]]. 福建中医药,2016,47(01):7.

[36] 蔡楚君. 甘露消毒丹治疗脾胃湿热型慢性 鼻-鼻窦炎随机对照试验[D]. 新疆医科大学,2019.

[37] 曾屹生, 唐月英, 陈宇, 张国庆, 许亚桦, 王丽云, 郑晓雯. 从黄芩滑石汤探讨利湿通窍法对 脾胃湿热证型慢性鼻窦炎术后疗效 [J]. 山西中医学 院学报, 2016,17(06):34-36.

[38] 江晓婷. 龙胆泻肝汤治疗慢性鼻窦炎胆腑

郁热证的临床疗效观察 [D]. 南京中医药大学,2018.

[39] 徐丽娜. 中医药治疗慢性鼻窦炎的用药规律分析 [D]. 辽宁中医药大学,2020.

[40] 彭文静,黄俊慧,杨欢,陈舒华.慢性鼻窦炎伴鼻息肉鼻内镜术后苍辛通窍方鼻腔冲洗的效果分析[]].中外医学研究,2020,18(29):32-34.

[41] 马淑巍, 方旭华, 陈洁. 超声雾化及鼻窦 负压置换联合药物治疗小儿慢性鼻窦炎的临床价值研究 [J]. 临床和实验医学杂志, 2019,18(14):1567-1569.

[42] 潘庆春,李四军,喻望博.温针灸联合通 窍鼻炎方治疗慢性鼻窦炎的效果及生活质量变化 [J]. 中华中医药学刊,2019,37(08):1932-1934.

[43] 陈永娜. 针刺缓解鼻窦炎鼻内镜术后疼痛的临床研究 [D]. 成都中医药大学,2012.

(上接第31页)

按摩、各种物理疗法都有良好的治疗作用,而这 类方法往往简、便、易、廉。第二,在治疗鼻鼽 过程中,还应充分考虑患者地域民族等问题,针 对不同地区、不同民族的不同特点,做出相应个 体化的诊疗方案。第三,摄涕止鼽汤方中含辛甘 大热之品,用药时应尤其注意煎服法,用药过程 中如出现鼻干,鼻出血,口腔溃疡等症,应根据 病情酌情减量使用。

参考文献

[1] 刘禹欣,李淑瑶.过敏性鼻炎流行病学及中医药治疗现状 [I]. 内蒙古中医药,2016,5: 148.

[2] 彭顺林, 钟渠, 袁晓辉. 摄涕止鼽颗粒治疗常年性变应性鼻炎 42 例临床观察 [J]. 中医杂志,2004,45:836-837.

110 例儿童急性鼻炎鼻窦炎的临床疗效观察

韦祎1

【摘要】目的 探讨治疗儿童急性鼻炎鼻窦炎的较好方法。方法 回顾性研究将 2015 年 6 月 -2016 年 3 月我院收治的 110 例儿童急性鼻炎鼻窦炎患儿分为两组,观察组和对照组,各组人数均为 55 例。对照组采用西药常规治疗,观察组在对照组的基础上加用通窍清鼻汤治疗,比较两组的治疗效果。结果 对照组治愈 35 例,好转 4 例,总有效率为 70.91% (39/55),观察组治愈 49 例,好转 3 例,总有效率为 94.55% (52/55)。观察组的总有效率明显高于对照组,P<0.05。结论 治疗儿童急性鼻炎鼻窦炎中西医结合为较好的治疗方法。

【关键词】儿童;急性鼻炎,鼻窦炎;对照;回顾性研究

儿童急性鼻炎常伴随鼻窦炎的发生,且急性鼻窦炎为儿童急性鼻炎最常见的并发症之一,陈远惠^[1]研究表明,如果儿童急性鼻炎患者感冒持续1周,脓涕仍不见减少反而增多以及症状加重者,应考虑儿童患上了急性鼻窦炎。儿童急性鼻炎鼻窦炎一般采用西药常规治疗,因为儿童鼻腔结构还在发育,手术创伤较大,所以常常采用保守治疗^[2],但是,临床上这种单纯的西药保守治疗效果一般。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2015 年 6 月 -2016 年 3 月我院收治的 110 例儿童急性鼻炎鼻窦炎患儿,分为两组,观察组和对照组,均为 55 人,其中观察组男 28 人,女 27 人,年龄为 6-12 岁,平均为 (7.1 ± 2.0);对照组男 26 人,女 29 人,年龄为 5-14 岁,平均 (7.3 ± 2.6)。两组基线资料(性别、年龄等)均衡可比(P<0.05)。

1.2 患者入选标准

参照《实用儿童耳鼻咽喉科学》的诊断标准, 排除鼻息肉、鼻腔鼻窦良性肿瘤,严重鼻中隔偏 曲及牙源性上颌窦感染。

1.3 治疗方法

对照组采用常规西药治疗,采用静脉静滴二

代头孢菌素注射液,鼻腔局部使用 0.5% 的呋麻滴 鼻液及地塞米松注射液 2mg,每天 6次;采用辅 舒良喷鼻,每天 2次,一周为一个疗程,然后复查; 每个月行鼻内窥镜检查及 CT 复查。观察组在对 照组的基础上加用中药通窍清鼻汤治疗,根据患 儿病情,可以在基础方上进行加减,鱼腥草 30g, 菊花 15g,连翘 10g,辛夷 12g,黄芪 12g,石菖蒲 9g,苍耳子 9g,白芷 9g,薄荷 9g,桔梗 9g。每日 1剂,分 2次温服。两组都以一周为一个疗程,两 个疗程之后进行复查。

1.4 疗效判断标准[3]

将疗效分为治愈、好转、无效三个等级。治愈是指临床症状消失(如头痛、鼻塞等),鼻腔黏膜色泽正常,鼻道、嗅裂处无脓性分泌物,鼻通气好,CT扫描鼻窦黏膜正常;好转是指临床症状明显减轻(如头痛、鼻塞等),鼻道、嗅裂脓性分泌物有减少的迹象,鼻黏膜明显消肿,色泽基本正常,CT检查示鼻窦内黏膜仍增厚,但厚度明显减小,或软组织影未消失者;无效是指临床症状无好转,鼻道分泌物很多,鼻窦黏膜厚度没有改变,CT检查示鼻窦内黏膜无明显改善等。总有效率=痊愈率+好转率。

1.5 统计学分析方法

采用 SPSS21.0 进行统计学的分析。计量资料

¹ 重庆市铜梁区中医院, 重庆 402560

采用 X^2 检验,以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2. 结果

对照组治愈 35 例, 好转 4 例, 总有效率为 70.91%(39/55), 观察组治愈 49 例, 好转 3 例, 总有效率为 94.55%(52/55)。见表 1。

表 1 观察组与对照组疗效结果 (n, %)

组别	治愈	好转	无效	总有效率	P	
观察组	49 (89.09%)	3 (5.45%)	3 (5.45%)	94.55%	<0.05	
对照组	35 (63.64%)	4 (7.27%)	16 (29.09%)	70.91%		

3 讨论

儿童急性鼻炎鼻窦炎是由多种因素导致的儿童的常见疾病,由于儿童鼻腔和鼻窦等结构处于生长阶段,与成人差异很大,且鼻黏膜功能也处于不成熟的状态,临床上多采用药物治疗^[4]。中西医在治疗急性鼻炎鼻窦炎的观点一致,均认为抗炎是治疗鼻炎鼻窦炎的关键环节。中医认为鼻炎鼻窦炎与气虚不固,外邪侵袭,脏腑虚衰有关。

在长期临床的治疗发现,单独使用西医的疗效大不如中西医结合 [4-5]。

本研究的结果也发现中西医治疗效果大于西

医常规治疗,观察组总有效率为94.55%,对照组总有效率为70.91%。本研究采用的中药方剂通窍清鼻汤,具有疏风散热、宣通鼻窍、引流痰浊兼扶正祛邪之功,在观察组的研究结果表明,比较有差异性。

综上所述,采用中西医结合治疗儿童急性鼻炎鼻窦炎的总有效率显著高于单纯西医治疗的对 照组。治疗儿童急性鼻炎鼻窦炎较好的方法是中 西医结合,效果较好,值得在临床上推广。

参考文献

- [1] 陈远惠. 中西医结合治疗儿童慢性鼻窦炎300 例疗效观察 []]. 中国医药指南,2008,23(1):18.
- [2] 薛翠. 儿童鼻炎鼻窦炎保守治疗的临床价值研究[]]. 吉林医学,2012,33(26):5627-5628.
- [3] 罗红强,赖云英.中西医结合诊疗儿童慢性 鼻窦炎 35 例 []]. 江西中医药,2007,33(1):58.
- [4] 李延清. 儿童鼻炎鼻窦炎的治疗体会 [J]. 吉林医学,2011,32(27):5644.
- [5] 赵斌,王献伟,李咏梅.儿童鼻炎鼻窦炎的治疗体会[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(68):115.

浅谈粘液纤毛清除系统在儿童鼻科疾病治疗中的临床价值

薛彦艳1

由于儿童的解剖、生理和病理特点明显异于成人,所以儿科疾病的诊治绝不是处理成人疾病的简单缩小,这在耳鼻咽喉科领域更为突出。例如发生于成人的听力损失,不再影响其已形成的言语能力;但儿童的听力损失却会严重影响其言语和认知的发育。又如成人的急性喉炎主要表现为声音嘶哑,而婴幼儿急性喉炎却可能表现为严重的呼吸困难,危及生命。

有些疾病如分泌性中耳炎、扁桃体和腺样体肥大,常可以由鼻腔、咽喉免疫反应性疾病引起, 且又是儿童听力下降,导致语言障碍的直接原因。

儿童的患病率远高于成人,儿童约占全部耳鼻咽喉科患者的 1/3^[1]。所以小儿耳鼻咽喉科学是源于耳鼻咽喉科学和儿科学的一门相对独立的科学,国外有专门的学会和杂志,这为学科发展提供良好平台。

1. 鼻腔鼻窦粘液纤毛清除方向

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

鼻腔鼻窦粘液纤毛清除系统^[2]的意义:鼻腔、窦腔通气引流的重要生理基础在于维护鼻腔、窦腔正常生理状态;也是鼻腔、窦腔的第一道生理防线。

2. 鼻腔鼻窦粘液纤毛功能影响因素

- (1)气候因素:过度干燥、寒冷、高温
- (2) 化学因素:酸或碱度过强、吸烟
- (3)物理因素: 手术、外伤
- (4)炎症因素:病毒、细菌毒素
- (5)药物因素:庆大霉素、利多卡因、麻黄素(滴鼻净)、石蜡油、薄荷油、抗胆碱能药、

某些心脑血管药物等.

3. 鼻腔鼻窦粘液纤毛清除系统功能障碍性疾病 的病理特征

(1) 渐进性功能障碍与炎症的蔓延:

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

- (2) 功能障碍的形态结构特点:
- 1) 纤毛及纤毛柱状细胞缺失, 甚至鳞状上皮化
- 2) 纤毛失方向性及短纤毛再生
- 3) 杯状细胞增多, 粘液过度分泌
- 4)粘液粘稠度改变

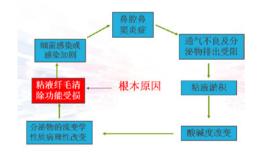
上述损伤是局部和可转归的

- (3)炎性鼻病特征:细菌生物膜、定植 炎症反应 渐进性气道炎症 炎症恶性循环
 - (4)鼻腔鼻窦炎症的恶性循环特征;

小儿鼻道狭窄 - 粘膜充血水肿 + 粘液毯粘稠 是常态

4. 鼻道粘液纤毛清除系统系统功能检测评估方法

(1)目前对粘液纤毛清除系统的评价主要有两方面的目的:



¹ 石家庄康灵中医耳鼻喉医院,河北石家庄 050031

第一:评价粘液纤毛清除系统 MC 的结构与功能是否正常

第二:了解药物对粘液纤毛清除系统的作用。

(2)评价方法主要有三种:

评价指标。	观察项目		
粘液液变学评估。	粘液的粘稠度 (Viscosity, η)。 粘液的弹性 (Elastic, G)。		
纤毛活性评估。	纤毛的摆动频率。 (CiliaBeatTrequency, CBF)。		
粘液纤毛清除能力评估。	精液纤毛清除速率。 (<u>Mucociliary</u> Clearance Transport MCT) →		

5. 测量粘液纤毛清除速率 (MCT) 为最佳选择

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

测定方法:糖精实验^[3]用于评估鼻纤毛传送糖精的甜味从鼻腔到口咽部的时间

时间测定:放置糖精开始到受试者报告感觉有 甜味的那一时刻,以分钟來计吞咽频率30秒/次,禁止擤鼻/吸气动作。正常的"鼻粘膜清理时间" 小于30分钟。

出现甜味的时间越短表明粘液纤毛清除率越快,此测量方法简便,低成本,无放射性物质。

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

测定结果

6. 鼻 - 鼻窦炎的治疗关键:

不适当的通气引流障碍会导致鼻腔鼻窦的炎症^[1],只有正常的粘液纤毛清除系统功能才能保证适宜的通气引流。因此,恢复受损的粘液纤毛清除系统功能是鼻 – 鼻窦炎治疗的关键所在。

7. 粘液纤毛清除系统恢复剂:

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

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

目的: 改善粘液毯与纤毛互动关系。

8. 临床治疗价值

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

(1) 鼻 - 鼻窦炎治疗的关键

不适当的通气引流障碍会导致鼻腔鼻窦的炎 症只有正常的粘液纤毛清除系统功能才能保证适 宜的通气引流

因此,恢复受损的粘液纤毛清除系统功能是 鼻 - 鼻窦炎治疗的关键所在

(2) 粘液纤毛清除系统恢复剂

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

- 1) 改变粘液的粘稠度和弹性
- 2) 调节腺体的分泌
- 3) 改善纤毛的活性 最终改善粘液毯与纤毛互动关系。
- (3)粘液纤毛清除系统恢复剂的临床价值 临床治疗价值包括三个方面:
- 1)有效解除粘液纤毛清除系统障碍。
- 2)提高粘液的转运能力,改善气道的通气引流,从而有效缓解临床症状。
- 3)打破气道炎症的恶性循环,防止急性炎症 向慢性化发展以及慢性炎症的进一步恶化。

(4)冰连素皮肤粘膜抑菌洗液/乳膏是唯一的粘液纤毛清除系统恢复剂。

液体喷剂(冰连素)喷鼻:通过三条途径作用 于整个

碱化粘液, 使粘液恢复	\rightarrow	降低粘液的粘
至正常的 PH 值		滞度
发挥 β 拟交感效应, 刺	\rightarrow	加快纤毛的摆
激纤毛摆动		动
调节分泌,恢复粘液毯	\rightarrow	为纤毛摆动提
的比例	\rightarrow	供正常空间

乳膏制剂贴敷: 腺样体 + 扁桃体穴位刺激分泌 免疫球蛋白 = 增加鼻道免疫

鼻窦康皮肤粘膜抑菌涂膜剂:鼻部穴位涂膜刺激 神经受体分泌激活纤毛摆动速率

中药芪归芩辛白:是提高三磷酸腺苷水平-促进粘液纤毛运输能力=如鱼得水

10. 儿童分泌性中耳炎咽鼓管咽口及其周围形态学观察

儿童分泌性中耳炎 (SOM) 的病因及发病机制 至今仍未完全明确 [4], 但咽鼓管功能不良是其基 本原因之一。SOM 是引起听力损失的常见病、特 别是儿童期 SOM 将严重影响语言和智力发育。儿 童 SOM 病因较复杂,中耳积液的产生原因和机制 目前仍不甚清楚,常常是一个或几个因素,共同 作用的结果,咽鼓管功能障碍、感染和变态反应 是常见的病因。一般认为咽鼓管功能障碍可分为 机械性阻塞和功能性阻塞两种, 均可使中耳通气 和引流不畅形成负压而产生中耳积液。咽鼓管软 骨部具有调节功能,通过调节腭帆张肌、腭帆提 肌及咽鼓管咽肌,可使咽鼓管开放,致咽鼓管形 态不同。目前研究表明,正常成人咽鼓管形态以 三角形为主,我们的研究表明,正常儿童及 SOM 患儿咽鼓管形态都以缝隙形为主,但儿童咽鼓管 咽口形态与 SOM 发病无显著差异 (P>0.05)。与成 人相比, 儿童咽鼓管具有管腔短、峡部宽、管腔大、 不易弯曲、肌肉收缩力差及咽鼓管弹性差、软骨 段管壁易塌陷等特点,故咽鼓管更容易发生堵塞。

成人患 SOM 时,咽鼓管咽口可呈缝隙状,其咽鼓 管形态与 SOM 存在显著差异。但 SOM 患儿与咽 鼓管咽口形态无关,可能与咽鼓管堵塞后不易恢 复有关,这值得进一步研究。同时我们研究发现, 对照组与 SOM 组咽鼓管周围病理变化有明显差异 (P<O. 05)。SOM 组中,粘脓性分泌物覆盖咽口的 患儿占49%, 腺样体肥大压迫咽口35%, 咽鼓管 扁桃体肥大占8%,咽口水肿占8%。表明儿童 SOM 与咽鼓管咽口形态关系不大,而与咽鼓管周 围病理变化相关,有研究表明,无腺样体压迫者 SOM 发病率低, 而腺样体挤压紧贴咽鼓管咽口者, SOM 发病率高。同时有研究表明,与急性、亚急 性鼻窦炎相比,慢性鼻窦炎患儿多半咽鼓管口有 粘脓性物附着, 其次是咽鼓管咽口粘膜充血或肿 胀呈缝隙状,以及咽鼓管圆枕肥厚,由此导致咽 鼓管功能障碍, 咽鼓管内粘性分泌物增多, 活性 物质减少, 纤毛功能障碍, 故检查鼓室导抗图及 纯音测听异常发生率较高。通过解剖学研究发现, 下鼻甲与咽鼓管圆枕间的距离差异很大, 最近者 仅 3mm, 故下鼻甲稍肥大, 充血时即可堵塞咽口。 由此可见, 鼻部炎症及腺样体的形态位置, 对咽 鼓管形态及功能有极大的影响。因此, 儿童咽鼓 管咽口周围的病理变化是 SOM 发生的重要因素, 对患儿必须作详细,、系统的检查,在可能条件 下应采用鼻咽镜检查, 使其能直接观察到鼻腔深 处及鼻咽部的情况,有助于进一步了解病因,积 极治疗鼻腔、鼻咽部疾病,以提高疗效。

11. 儿童分泌性中耳炎与粘液纤毛清除系统

到 3 岁时 75% 儿童至少发作过一次急性中耳炎,过三分之一的儿童反复发作多次,小于 11 岁



的小儿每年有 3000 万是因急性中耳炎而就诊。以 中耳积液及听力下降为主要特征的中耳炎性疾病, 分急性和慢性两种,儿童的高发年龄为 5 岁。咽 鼓管功能不良、感染、免疫反应是儿童分泌性中 耳炎的三大因素。

黏液纤毛运输系统 (MTS) 是中耳重要的防御机制之一,中耳腔及咽鼓管黏膜通过纤毛和黏液毯的活动行使其对中耳的保护和清洁功能,如果其输送功能低下,将促使多种中耳疾病的发生和发展。越来越多的研究发现炎性递质在中耳疾病的发生中起了重要的作用,血小板活化因子 (PAF)是一种强有力的炎症递质,它被认为对多种组织细胞都有着广泛的影响,特别是在炎症反应和过敏反应中发挥了重要的作用口。对中耳黏液纤毛运输系统运输功能的直接影响,可引起分泌性中耳炎 (SOM)^[5],在其病因和发病机制中发挥作用。

(五)总结

粘液纤毛清除系统承担着整个传导性气道的 清除与防御功能,粘液纤毛清除系统功能损害是 形成气道炎症恶性循环的关键因素,恢复粘液纤 毛清除功能的治疗,不仅有利于改善气道的通气引流,更能帮助打破恶性循环,从而实现治愈鼻 – 鼻窦炎的目的。

参考文献

- [1] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组.中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学会分会鼻科学组.慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2012.昆明)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,48(2):92-94.
- [2] 粘液纤毛清除功能与呼吸道感染 [J]. 邢春燕,王欣,赵颖,张志芹. 临床医学. 2006(05)
- [3] 糖精实验测定正常青年人鼻腔黏液纤毛传输时间[J]. 王奎吉,张罗,韩德民,宋晓红,羡慕. 中国耳鼻咽喉头颈外科. 2008(03)
- [4] 儿童咽鼓管解剖结构特点及其与分泌性中耳炎的关系研究[J]. 付玉. 数理医药学杂志. 2017(01)
- [5] 分泌性中耳炎的临床诊治进展 [J]. 李大鹏, 黄辉,何苗,柴伟. 中华耳科学杂志. 2017(01)

精准医学与辨证论治之我见

霍会川1

自精准医学这一新生的医学概念产生以来, 因其研究模糊了疾病的界限和定义,所以可能出 现很多类似于中医辨证论治体系中"同病异治" 和"异病同治"的情况。

辨证论治¹¹是中医学诊断疾病的基本原则, 是中医学理论及临床治疗的主要特色。辨证论治 作为中医理论的核心,是联系中医基础理论与临 床医学的重要桥梁,是病理与药理之间相互联系 的纽带。同病异治、异病同治是中医治疗疾病的 特点,它充分体现了中医辨证论治之精华。同病 异治、异病同治这两条治则广泛应用于临床。如 头痛,其治疗方法与用药可因病人病因病机和身 体状况不同而有所差异,是为同病异治的例证。

精准医学根据病人个体特异性制定个体化精 准预测、精准预防、精准诊断、和精准治疗方案。 精准医学是通过基因组、蛋白质组等组学技术和 医学前沿技术,对于大样本人群与特定疾病类型 进行生物标记物的分析与鉴定、验证与应用,从 而精确寻找到疾病的原因和治疗的靶点,并对一 种疾病不同状态和过程进行精确分类,最终实现 对疾病和特定患者进行个体化精准治疗^{[2][3]}。

所谓的精准医学是个体化医疗的基本要素, 个体化医疗才是历史发展的必然、而精准医学是 个体化医学的基本要素,内涵更为广泛,例如它 将有关模式生物的海量数据,将来基础研究人员 和临床医生全都能使用"精准医学"建立的数据 平台。

精准医学与个性化医疗不同。个性化医疗强 调为个体设计独特的治疗方式,而精准医学是服 务于疾病新分类的需求,是整合生物医学研究和 临床医学信息,并根据不同分子学基础定义疾病 亚型,从而达到在分子学水平为临床疾病亚型群体提供更精确的诊断和治疗^[4]。

个体化医疗是以每个患者的信息为基础,来 制定治疗方案,针对不同的基因组成或表达中可 能会产生的不同治疗效果或毒副作用等,给予每 个患者最适宜的药物和治疗。

中医学辨证论治思想,是最能体现中医诊疗特色与优势的技术,具有完整的理论体系、独特的临床思维和确切的临床疗效,是建立在整体观念上的个体化诊疗技术,犹如量体裁衣。所谓"精准医学"就是都给对的人在对的时间施加对的治疗。

中医学认为,疾病的发生、发展与转归受多方面因素影响,如时令气候、地理环境、体质强弱、年龄大小等。因而在治疗上须依据疾病与气候、地理、病人三者之间的关系,制定相适宜的治疗方法,才能取得预期的治疗效果,这也就是中医通常所讲的"三因制宜",包括"因时制宜"、"因地制宜"和"因人制宜"。"三因制宜"是中医学的整体观念和辨证论治在治疗上的具体体现。目前医学界所推崇的"精准医学"的设计无不体现出传统的"因人制宜"与"因地制宜"的诊治理念。

辨证论治是中医理论的核心和特色,也是中医临床的精髓,是理法方药的有机结合。

辨证论治中的同病异治和异病同治理论在精准医学中有了更好的体现。美国癌症研究学会在2014年的癌症进展报告中特别指出,针对精准癌医学的创新性临床试验可分为两大类,一类称为"篮子实验",即将把带有相同靶基因的不同癌症放进一个"篮子"里进行研究,篮子试验的本

¹ 石家庄康灵中医耳鼻喉医院, 河北 石家庄 050031

质就是用一种药物应对不同的肿瘤。第二类试验称为"雨伞试验",即撑起一把"打伞",把具有不同驱动基因的癌聚拢在同一把"雨伞"之下,将不同的靶点检测在同一时间里完成,然后根据不同的靶基因分配不同的精准靶药物。

因时、因地、因人制宜的治疗法则充分体现了中医治病的整体观念和辨证论治在实际应用上的原则性和灵活性,其目的就是针对疾病进行精确的辨治。比如子午流注针灸取穴法。

中药的归经理论是研究中药作用的归属,趋向于某些脏腑、经络或特定部位等定位、定向的理论,应用归经理论,分经论治,循经用药,使药专力强直达病所,对于提高临床疗效起到了积极有益的作用(如肉桂,辛、甘,热。归心、肾、肝、脾经。具有补火助阳,引火归元,散寒止痛,温通经脉的功效。对于下元虚冷、虚阳上浮之上热下寒证,本品大热入肝肾,能使因下元虚衰所至之虚阳回归故里,名曰引火归元)。引经药对作用点或靶器官具有较强的选择性和亲和性,在复方中使用适当的引经药物,靶向引导复方作用于病变的脏腑经络,提高中药的定向作用效能,其目的就是为了实现精准治疗。

中医认为,自然界任何事物或现象都包含着既相互对立,又互根互用的两个方面。"精准医学"的发展是以基因为研究对象,而基因之间亦是相互作用的,部分基因对人类健康起到积极、促进作用,部分同时起到消极、抑制作用。借用阴阳

学说来解释最为合适。

辨证论治是中医学的特色,是中医临床诊断和治疗的精髓。而现代医学在经历了无数次科学研究与分析,对于自然、人体与疾病的认知仍然得回到最初最自然的状态。运用先进的医学科学技术,结合古老传承的智慧结晶,虽然还得花费大量人力、资源去建立庞大的基因数据库,并且找出其间的关键联系,但对于西方医学这种回归根本的做法,其方法和想法是具有革命性的。

虽然,现代医学和传统中医在发展历程和技术运用上有着本质的区别,但医学本身所研究和服务的对象是相同的,其目的是治病救人,最终针对的是个体,在诊疗过程中信息的有效性、诊断的准确性、用药的精准性等方面,各有所长,各有所短,在各自的发展中,必然相互渗透、取长补短,希望在不久的将来,中西医能够完美的结合,更好的造福人类^[3]。

参考文献

- [1] 中医基础理论(五版教材)印会河主编 上 海科学技术出版社 1985 年出版
- [2] 浅谈精准医疗[J]. 刘欣然,袁月鸣,徐芷涵, 周慧 当代医学 2017 (21)
- [3] 论中医辨证论治与精准医学 [J] 张秀琴 付 志斌 家庭医药.就医选药 2018. (12)
- [4] 精准医学研究进展 何明燕等《世界临床药物》2015 年第 36 卷第 6 期 418-422

耳脐顺势疗法个性化治疗与精准治疗

赵胜堂1倪金秀1

【摘要】耳脐顺势疗法是在中医脏腑、经络理论的指导下,在患者耳部特定穴位和刺激辐射区域使以治疗,加快耳部组织器官的血液循环和新陈代谢,促进耳神经细胞恢复功能,从而达到治疗耳鸣耳聋的目的。本文从中医耳与脏腑的关系、耳周经络的循行、"一岐三源"与"一脉三穴合二为一""的角度,阐述了耳脐顺势疗法的个性化治疗与精准治疗。

【关键词】耳脐顺势疗法; 精准治疗

耳脐顺势疗法是采用现代生物学与传统理论的精华相结合,通过清耳毒、开耳窍、激活耳神经三步来治疗耳科疾病。并结合"引经归元、舒络复聪疗法",快速通窍,在患者耳部特定穴位和刺激辐射区域使以治疗,加快耳部组织器官的血液循环和新陈代谢,促进耳神经细胞恢复功能,从而达到治疗目的。两者有机地相结合,使耳部疾病的治愈率大大提高。该疗法的产生,是在中医脏腑、经络理论的指导下,结合现代生物医药新科技,及生物电效应,共同作用于耳部,达到精准治疗的目的。

一、中医治疗耳病渊源

耳窍位居头部两侧,多条经脉皆汇聚于耳。 在经络的联系下,耳与全身脏腑有着密切联系, 脏腑的经气、津液循经温煦滋养耳窍,耳窍得养 则耳聪灵敏,反之,脏腑失调,气血失和,经络 欠通,则耳窍失养导致耳鸣、耳聋、头晕目眩等。 因此,耳部经络的通畅与否,在耳病的生理、病 理上起着至关重要的作用。那么对耳窍直接施治, 可以方便快捷调节耳部的生理病理状态,为此, 康复耳病当为首选。其理论依据如下。

1. 耳与经络的关系

耳为宗脉之所聚

宗,有"总"的含义,在中医学中频频出现, 根据语言环境的不同,可有多种含义(或解释)。

- 1.1 按照宗脉的语言环境来解释其含义
- (1) 宗脉, 特指本经的主脉
- (2)宗脉泛指多条经脉的集合处。如《灵枢·口问篇》说: "耳者,宗脉之所聚也。"即:五脏六腑的精气通过各自所属经脉上浮汇聚于耳窍,才能使耳很好地发挥其功能。
- (3)宗脉,在这里特指宗脉之气,即宗气。 中医学指出,宗气由水谷精微化生,聚积胸中, 与呼吸之气相合发挥作用的气。饮食物经过脾胃 的受纳、腐熟,化生为水谷精气,水谷精气赖脾 之升清而转输于肺,与由肺从自然界吸入的清气 相互结合而化生为宗气。肺和脾胃在宗气的形成 过程中起着重要的作用。
- (4) 宗脉,特指分布在重要器官上,由很多 经脉汇聚而形成的主脉或大脉。如《灵枢·口问篇》:"目者,宗脉之所聚也。"又如张志聪《灵枢·经集注》说:"夫肺朝百脉,宗脉者,百脉所宗,肺所主也。"
- 1.2 耳为宗脉所聚,十二经脉均与耳有直接联系

《灵枢·口问篇》: "耳者,宗所之聚也,故胃中空则实际虚,虚则下,溜脉有所竭者,故耳鸣。"这是胃阳不足,精气不能上承所表现的耳鸣。后人多用益气聪明汤,升阳复聪。

虽然十二经循行汇聚于耳, 其中与耳窍关系

¹ 石家庄康灵中医耳鼻喉医院,河北 石家庄 050031

密切:病理上相互影响的经脉有以下几条:

- (1)足少阳胆经:其经脉起于目锐眦,上抵 头角,下耳后,其脉从耳后入耳中,出走耳前。 其经气上达于耳,对耳窍的生理、病理变化影响 较大。耳部实证热证的病机变化,多与胆经失调 有关。常用主穴听会、风池。
- (2) 手少阳三焦经: 其经起于环指之端, 上到耳后, 另一支脉从耳后入耳中, 出走耳前。常用主穴有翳风、瘈(chì)脉、耳门。
- (3)足阳明胃经:起于鼻之颃颡(háng sǎng)中(鼻咽部),下循鼻外,上耳前,过客主人(即下关穴)。常用主穴下关、足三里、解溪。
- (4)足太阳膀胱经:起目内眦,上额交巅, 其支脉从巅至上耳角。常用主穴为昆仑。
- (5) 手太阳小肠经: 起于小指指端, 其中一 支脉从缺盆循颈上颊, 至目锐眦, 却入耳中。常 用主穴有听宫。
- (6) 手阳阴大肠经:有络支从颊下过耳前通脉会于耳中。常用主穴为宗脉穴(经验穴)
- (7)有络脉循耳者有八条:它们是手足少阴、太阴、阳明、足少阳、足厥阴。如《素问·缪刺论》说"形容手足少阴、太阴、足阳明之络,此五络,皆合于耳中,上络左角。"《医学心悟·卷四》说:"足厥阴肝、足少阳胆经皆络于耳。"张志聪说:"手阳明之络,其别者入耳,合于宗脉。"

2 耳与脏腑的关系

耳与脏腑的关系除了经络相联系外,其在生理、病理方面与脏腑有着密切的关系,并由皮部显现出来。

2.1 与生理相关性:《素问·金匮真言论》说: "南方赤色,入通于心,开窍于耳,藏精于心,《灵枢·五阅五使》说:"耳者,肾之官也。"《灵枢·脉度》说:"肾气通于耳,肾和则耳能闻五音矣。" 《杂病源流犀烛》说:"肺主气,一身之气贯耳"。

而《厘正按摩要求》在汇集前人经验基础上, 提出了耳背与五脏的关系,指出: "耳珠属肾, 耳轮属脾,耳上轮属心,耳皮肉属肺,耳脊玉楼 属肝"的生理联系。

- 2.2 与病理相关性:《素问·脏器法时论》说: "肝病者,……虚则无所视,耳无所闻",《素问·玉 机其脏论》说: "脾为孤脏……其不及则令人九 窍不通",《证治准绳》说: "肺气虚则少气,…… 足以耳聋。"
- 2.3 "视其外应,以知内脏":如《灵枢·本脏》说:"耳,黑色小理者肾小,……耳薄不坚肾脆",《证治准绳》说:"凡耳轮红润者生,或黄或黑或青儿枯燥者死,薄而白、薄而黑者皆为肾败。

现代医学研究表明,耳与脏腑器官在生理方面密切关联,不仅存在相关性,而且具有特异性,这为耳针诊治疾病提供了可观依据。通过观察耳廓、耳周、外耳道和鼓膜的皮肤色泽变化、压痛点、空虚状、脉络的变化,以及皮屑的表现来分析诊断为何经何脏何腑之病变,为皮络医学在耳部的诊断治疗打了坚实的基础。

- 3. 耳为清窍属水, 司听觉主平衡
- 3.1 耳为清窍: 耳位于头面两侧, 清阳之气上 注于耳, 故耳为头面清阳之窍, 清窍以通为用, 故耳为听。

全身经脉多汇集于耳,使耳与全身脏腑、经络密不可分,只有脏腑之经气及阴液温煦、滋养清窍,耳窍方能维持正常之生理功能,《灵枢·邪气脏腑病形》篇说:"十二经脉,三百六十五络,其血气皆上于面而走空窍……其别气走于耳为听。"反之,脏腑经络失调,气血失和则耳窍为病。

耳窍空能感应,清能纳声,耳窍清,静则纳声而听敏;躁动则耳鸣头昏不已而为满。萦浊则听觉失聪而为聋。为此, 耳窍清阳升而浊阴降则耳窍聪明,清升降浊耳病可除,这一理论为我们多年来倡导免疫损伤性耳毒新概念提供了可靠依据,清耳毒,开耳窍,全面激活耳神经三部疗法治耳病是可行的。

二、"一岐三源"与"一脉三穴"合二为一

"一岐三源"之治:源于经络理论。据考经 络中直接入耳中者有三:足少阳胆经从耳后入耳 中;手太阳小肠经,却入耳中;手阳明大肠经, 过耳前通脉会于耳中。

临床考证,外耳道内,耳屏向内软骨与骨部交界处,耳道峡部,挤压此处均可向内、外和后部放射性疼痛,也为耳廓软骨在此处形成软骨环后的终上点,当宗脉汇集之处,定位宗脉一穴,或针刺、或药敷、或热熨、或按摩均能获事半功倍的显奇效。

耳前三穴分别为耳门、听宫、听会三穴。《类 经集注》云:"手阳阴之络,其别着人耳,合于宗脉。"

"一脉三穴"之合:瘛脉穴为手少阳三焦经耳后之穴(位于乳突中央,当角孙穴与翳风穴之间沿耳轮连线中下三分之一交点处),合于耳门。临床上按摩瘈脉,在此处贴敷治疗,也即治疗瘈脉,兼具翳风和颅息的治疗效果。由于合于耳门穴,故称一瘛三穴。为此,我们在耳后乳突部位,以瘛脉为中心点进行治疗;在此同给予耳道内宗脉穴为主的施治,二穴合二为一,可谓一锤定音治耳病。

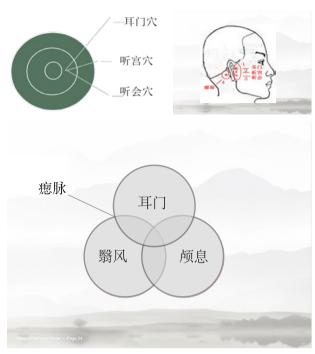
三、现代医学看耳窍

根据耳的应用解剖特点从现代医学的角度解释宗脉穴。

耳由外耳、中耳和内耳三部分构成。

1. 外耳包括耳廓和外耳道。外耳道起于耳甲腔底,向内直至鼓膜,该腔道长约 2.5~3.5cm,略呈 S型。其外 1/3 为软骨部,并与耳廓相延续,内 2/3 为骨部。二者交界处较狭窄,称外耳道峡;新版耳鼻喉科学为外耳道有两个狭窄处,第二处为骨部距鼓膜约 0.5cm 处,称外耳道峡;外耳道皮肤在软骨部较厚,含有类似汗腺结构的耵聍腺,能分泌耵聍,并附有毛囊和皮脂腺。骨性耳道皮肤很薄;外耳道皮下组织很少,与软骨和骨膜粘着很紧,外耳道的后上方有一缺口,为结缔组织所代替;软骨部前下方有 2-3 垂直的裂隙,内充结缔组织,称外耳道软骨切迹,并有血管神经通过。外耳道后上方的裂隙为一瘛三脉学说奠定了基础。

外耳道3裂隙为耳前三穴经脉汇入之处,其脉入耳中,以及别络入耳中,合于宗脉之说基本吻合,临床应用宗脉穴治疗耳病的效果观察,也支持一岐三源络于宗脉的正确性。



以此理论为指导,石家庄康灵中医耳鼻喉医院以康灵医药科技有限公司为依托,临床开发了耳立清系列外耳道皮渗液及耳周涂抹药物,可起到清理外耳道炎症、促进耳部血液循环、加快耳神经的新陈代谢,营养耳神经,促进听神经修复等作用。同时,结合耳鼻喉三才辨证、神阙穴、涌泉穴穴位贴敷给药,在局部治疗的同时,对全身机体进行综合康复调理,达到清耳毒、开耳窍、激活耳神经的治疗目的,这就是所谓的耳脐顺势疗法。

耳脐顺势疗法运用于临床的几年来,我们康 灵的科研团队,对该疗法在耳鸣和耳聋的治疗进 行了相关的疗效观察,结果表明,具有临床效果 良好,无副作用、患者治疗无痛苦等优点,受到 患者好评,值得临床推广。

中会国际发[2021]10号

关于召开"第四届中医耳鼻喉国际论坛 夏季峰会"的通知

各有关单位、有关专家:

为进一步贯彻落实《中共中央、国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》与全国中医药大会精神,传承精华,守正创新,挖掘和传承中医药宝库中的精华精髓,为耳鼻喉工作者搭建国际交流平台,共享海内外中医耳鼻喉先进科学技术,让知名中医耳鼻喉技术下沉基层,开展基层中医耳鼻喉专科共建帮扶工作,共同推动中医耳鼻喉科学的传承创新发展,由中华中医药学会主办的"第四届中医耳鼻喉国际论坛夏季峰会"定于2021年7月9-11日在山东省青岛市召开,现将有关事项通知如下:

一、主办、承办单位

主办单位:中华中医药学会

承办单位:中医耳鼻喉国际论坛专家委员会

二、会议主题

中医防治过敏性鼻炎(鼻鼽)的传承与创新

三、会议时间

2021年7月9-11日(7月9日报到,10日会议,11日离会)

四、会议地点

会议地点:青岛大学国际学术交流中心(地址:山东省青岛市崂山区宁夏路 308 号)

五、会议内容

- (一)中医防治过敏性鼻炎(鼻鼽)经验交流分享。
- (二)中医防治过敏性鼻炎(鼻鼽)创新技术交流研讨。

六、会议征文及要求

为了促进学术交流,诚向各有关单位及参会人员征集相关学术论文,论文将择优收录到《中医耳 鼻喉科学研究》2021年第3期(会议专刊)中。

- (一)征文内容
- 1. 中医耳鼻喉医疗、教学、科研方面的新进展及实用经验。
- 2. 中医耳鼻喉名老中医学术经验传承与经典理论讲解。
- 3. 中医耳鼻喉内外治技术临证经验。
- 4. 过敏性鼻炎中医药防治的理论研究临证经验。

(二)投稿方式

- 1. 投稿论文之后须注明作者单位、职称/职务、电话、邮箱、是否大会发言等信息,未注明以上信息者,安排大会发言时将不予考虑。
- 2. 投稿论文请以 word 格式发到以下邮箱: 444961110@qq.com, 邮件名称请写"会议投稿+论文题目"。
 - 3. 截稿日期: 2021年6月25日。

(下转第52页)

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

各位会员并各相关单位:

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日上午报到,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

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、申报方式:

- 1. 单位推荐或个人自荐,通过微信或者电子邮件发送至指定地址。
- 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

(上接第49页)

七、会议费用

会议费800元/人,食宿大会统一安排,食宿及交通费用自理。

八、报名方式

(一)河北康灵中医耳鼻喉研究所

联系人: 杜娟 15081815573

齐芳 13472123203

联系电话: 4000-135-120

E-mail: 444961110@qq.com

通讯地址:石家庄市裕华区建华南大街 118 号

(二)中华中医药学会国际部

联系人: 彭程、刘诗韵、闫铮

联系电话: 010-64206805

通讯地址:北京市朝阳区樱花东街甲4号

(三)中医耳鼻喉国际论坛官网

http://guoji.erbihou.com



扫描二维码在线报名

附件: "第四届中医耳鼻喉国际论坛夏季峰会"参会回执(略)

中华中医药学会 2021年6月28日