

中医耳鼻喉科学研究 2022 年 2 月 (第 21 卷第 1 期)

(季版)

目次

冀 L1100085
(Z) R1087

医学综述 --- 栏目主编 孙永东 责任编辑 霍会川

中医特色外治疗法治疗慢性鼻窦炎的研究进展 李岩 李文涛 (1)

实验研究 --- 栏目主编 杨荣刚 责任编辑 孟庆利

5% 碳酸氢钠滴耳液 +75% 酒精混合液治疗真菌性外耳道炎疗效观察
..... 禚达科 刘元献 杨龙 刘霞 杜文敏 (3)

临床研究 --- 栏目主编 刘建华 责任编辑 倪金秀

特发性耳鸣的中医心理学探析 柳普照 张治成 李丽 (9)

中药代茶饮治疗慢喉痹阴虚燥热证的临床效果评价研究
..... 史月莹 郭龙龙 常尚揆 (13)

中医灼烙技术治疗慢性扁桃体炎相关机理的研究进展 杨烨 孙永东 (17)

咽喉清口服液 (颗粒) 临床应用专家共识 中华中医药学会耳鼻喉科分会 (22)

甲泼尼龙筛区穴位注射减轻急性期梅尼埃病临床应用研究
..... 高彦斌 蔺耐荣 田晓霞 李国徽 (29)

名医名院 --- 栏目主编 孙永东 责任编辑 霍会川

黄氏喉科疗法流派传承工作室传承发展现状 季红健 刘赞 晏英 任思秀 (33)

研究生校园 --- 栏目主编 杨荣刚 责任编辑 孟庆利

李声岳运用辨证论治法治疗特发性突聋经验 成方圆 张燕平 (36)

玉屏风散加减方的临床应用概况 张滢颖 (38)

基层医师园地 --- 责任编辑 薛彦艳

外耳道疾病内因分析 朱彦坤 (43)

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
石家庄市建华南大街 118 号

电话
4000-135-120

传真
0311-85667550

印刷数量
20000 册

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—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，此种行为与本刊无关，本刊恕不录用。(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

OTORHINOLARYNGOLOGY RESEARCH IN TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

Vol. 21 No. 1 February 2022

CONTENTS

MEDICAL REVIEW

Research progress of traditional Chinese medicine characteristic external treatment in the treatment of chronic sinusitis

LI Yan, LI Wentao..... (1)

EXPERIMENTAL RESEARCH

5% sodium bicarbonate ear drops + 75% alcohol mixture Therapeutic effect of treating fungal otitis externa

XUAN Dake, LIU Yuanxian, YANG Long, LIU Xia, DU Wenmin..... (3)

CLINICAL RESEARCH

TCM Psychology of Idiopathic Tinnitus

LIU Puzhao, ZHANG Zhicheng, LI Li..... (9)

Clinical effect evaluation of traditional Chinese medicine Dai Cha Yin in the treatment of yin deficiency and dry heat syndrome of chronic laryngeal obstruction

SHI Yueying, GUO Longlong, CHANG Shangkui (13)

Research Progress on the mechanism of traditional Chinese medicine cauterization in the treatment of chronic tonsillitis

YANG Ye, SUN Yongdong (17)

Expert consensus on clinical application of HOUYANQING oral liquid (granule)

Otorhinolaryngology branch of Chinese society of traditional Chinese Medicine (22)

Clinical Application of Methylprednisolone Point Injection in Ethmoid Area to Alleviate Acute Meniere's Disease

GAO Yanbin, LIN Nairong, TIAN Xiaoxia, LI Guohui..... (29)

FAMOUS DOCTORS AND HOSPITALS

Inheritance and development status of Huang's laryngeal therapy

JI Hongjian, LIU Yun, YAN Ying, REN Sixiu..... (33)

GRADUATE CAMPUS

Li Shengyue's experience in treating idiopathic sudden deafness with syndrome differentiation
CHENG Fangyuan, ZHANG Yanping (36)

Clinical Application of Modified Jade–Screen Powder

ZHANG Yingying (38)

BASIC PHYSICIAN GARDEN

Analysis of internal causes of external auditory canal diseases

ZHU Yankun (43)

中医特色外治法治疗慢性鼻窦炎的研究进展

李岩¹ 李文涛²

【摘要】鼻窦炎是目前比较常见疾病之一，与社会环境、气候、体质等因素密切相关，临床多以鼻塞、流黏脓性黄涕、窦区疼痛为主要症状。中医特色外治法治疗鼻窦炎具有多年历史，在治疗鼻窦炎方面取得相对满意的临床疗效，本文将予以总结，以供临床学者进行参考。

【关键词】中医特色外治法；鼻窦炎；研究进展

慢性鼻窦炎 (chronic rhinosinusitis, CRS) 为耳鼻喉科常见高发病，临床以鼻塞、流黏脓性黄涕、窦区疼痛为主要临床表现，同时伴有头部胀痛、嗅觉减退等^[1-2]。目前西医主要治疗方法为药物和手术治疗，药物主要以皮质类激素和抗生素为主，但运用抗生素时会存在致病菌耐药性问题，手术以鼻内窥镜手术治疗为主要方法，临床见效迅速，但会有术中大量出血的可能性^[3]。慢性鼻窦炎中医又称为鼻渊，治疗上可采用中药、针灸以及雾化吸入、鼻负压置换等中医特色疗法，效果较为显著，现已成为广大临床工作者在治疗此病时的重要参考方法。现将近年来治疗慢性鼻窦炎的中医特色外治法总结如下。

1 针刺疗法

胡红芳^[4]通过用针刺与西药联合方法治疗慢性鼻窦炎临床收效显著。经常规穴位消毒后，以印堂及神庭为主穴，印堂穴采用提捏进针法向下平刺 0.3~0.5 寸，神庭穴循印堂穴方向平刺 1 寸，得气后留针 30 min，在此时间内采用平补平泻手法按每 5 分钟针刺 1 次的频率进行针刺，同时结合西药克拉霉素分散片和桉柠蒎肠溶软胶囊口服治疗，两个周期后停止治疗，经与单纯用上述西药治疗的参照组对比后发现，针药联合治疗有效率为 96.92% 高于参照组 81.54%，针刺治疗慢性鼻窦炎临床证明有效。

2 灸法

灸法同样作为祖国传统疗法，在治疗鼻渊病上有着独特疗效，雷雨利^[5]通过穴位隔姜灸法联合西药罗红霉素探究其对鼻渊的临床疗效，将艾绒填入预先制好的模具中并用木棒冲实，制成底面直径约 3cm，高 4cm 的艾柱条。先令患者仰卧于治疗床上，嘱咐患者闭目，面部神情自然放松，分别于两眉头中点、双侧上迎香穴处平铺白芷粉共 5g，再取直径约为 3-3.5cm、厚度为 1cm 的新鲜生姜片 3 片，表面用针打数孔，平铺于白芷粉处。每次灸一壮，每次 30-40min，以表面皮肤红晕并感觉微微灼热感为度，每日灸 1-2 次，7 天为一疗程，灸 2-3 疗程。结合西药罗红霉素口服，经与口服氯雷他定和罗红霉素的对照组比较后，治疗组总有效率达 90.5% 高于对照组 71.9%，证明艾灸疗法治疗鼻渊病临床效果较好。

3 鼻负压置换疗法

吴杰^[6]通过鼻负压置换与鼻腔冲洗联合疗法验证治疗儿童鼻窦炎临床效果。治疗前先令患儿采取平躺仰卧垂头位，用咪唑滴鼻液滴鼻进行麻醉，依次向鼻腔内滴入 3-5 滴置换液（氯化钠注射液 10 ml、氧氟沙星滴眼液 2.5 ml 和地塞米松注射液 5 mg），随即将一次性负压吸引头接通治疗侧鼻孔，连接吸引器，嘱咐患儿说“开”音，吸出鼻窦和鼻腔内粘液。每侧鼻腔滴 2-3 回药，抽

1 黑龙江中医药大学附属第一医院，黑龙江 哈尔滨 150040

2 黑龙江中医药大学，黑龙江 哈尔滨 150040

吸 4-5 次, 治疗后患儿起身直立, 半小时内不擤鼻, 负压置换后用海盐水或 0.9% 氯化钠注射液清洗鼻腔, 并口服头孢二代抗生素、黏膜促排剂和局部使用鼻喷激素。对照组仅采用鼻腔冲洗治疗, 最后观察总有效率治疗组 96% 高于对照组 70%, 证明鼻负压置换法临床效果显著。牛瑞雪^[7]采用鼻窦负压置换法联合罗红霉素方法治疗儿童鼻窦炎对比单独用罗红霉素口服治疗的临床效果差异, 置换药物选择麻黄碱, 治疗结束后, 观察两组疗效, 观察组患者经治疗后, 总有效率为 95.00%; 而对照组经治疗后, 总有效率为 70.00%, 证明了鼻窦负压置换法对临床中鼻窦炎患者的治疗效果明显, 此中医特色技术临床应用前景广阔。

4 超声雾化

超声雾化吸入法为利用超声波使药液变成细小的气雾状微粒, 直接作用于病灶局部的一种治疗方法。王振鹏^[8]运用中药雾化治疗鼻窦炎, 药物由苍耳子、辛夷、菊花、白芷、薄荷、黄芩、连翘、桔梗、荆芥、防风、甘草组成, 经煎药机煎煮 1 h 后, 反复过滤并取其上清液, 将药液装入无菌瓶中冷却后, 行超声雾化法治疗, 每次 20 mL, 时间 20 min, 一天雾化一次, 与标准桃金娘油肠溶胶囊(儿童装)、头孢泊肟酯干混悬剂口服联合治疗作为治疗组。对照组仅采用标准桃金娘油肠溶胶囊(儿童装)、头孢泊肟酯干混悬剂口服治疗, 3 个疗程后观察两组治疗效果, 治疗组总有效率达 84% 明显高于对照组总有效率 64%, 证明超声雾化法在治疗鼻窦炎过程中具有重要作用。

5 其他方法

孙亚威^[9]用辛夷、白芷、苍耳子、桂枝, 经烘干研末过筛制成药球进行塞鼻治疗鼻窦炎, 结果证明此方法有效。高国生^[10]等用苍耳子、辛夷、白芷、菊花, 晒干研成细末吹入鼻孔治疗慢性鼻窦炎, 结果总有效率为 98%, 临床证明有效。

6 结语

中医特色疗法近年来在临床治疗鼻渊病上效

果显著, 相比较西医治法, 其具备操作上更简便、不良反应相对较少、临床治疗效果较稳定等突出特点, 而且多数疗法可直接作用于病变位置, 作用较为迅速^[11]。临床中可与中药汤剂、西医特色治疗相配合, 对于鼻窦炎患者症状的改善及生活质量的提高具有重要意义。

参考文献

- [1] 孙立薇, 朱冬冬, 孟粹达. 难治性慢性鼻-鼻窦炎的综合治疗[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2021, 28(04): 212-214.
- [2] Rachelefsky GS, Katz RM, Siegel SC. Chronic sinusitis in the allergic child. *Pediatr Clin North Am.* 1988 Oct; 35(5): 1091-101.
- [3] 陆燕娜. 鼻窦炎内窥镜微创手术术中出血相关因素分析与护理对策[J]. 医学理论与实践, 2021, 34(12): 2142-2143.
- [4] 胡红芳. 针刺治疗慢性鼻窦炎的临床疗效[J]. 当代医学, 2019, 25(24): 129-131.
- [5] 黄海屏, 李红坤, 雷雨利. 改良隔姜灸联合罗红霉素治疗鼻渊的疗效观察[J]. 大家健康(学术版), 2014, 8(24): 196.
- [6] 吴杰. 鼻窦负压置换联合鼻腔冲洗在儿童鼻窦炎治疗的临床研究[J]. 当代医学, 2019, 25(27): 118-120.
- [7] 牛瑞雪. 鼻窦负压置换法治疗小儿慢性鼻窦炎的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2018, 16(27): 44.
- [8] 王振鹏. 中药雾化治疗儿童慢性鼻-鼻窦炎 50 例[J]. 中医研究, 2014, 27(05): 29-30.
- [9] 孙亚威. 辛夷散塞鼻治鼻窦炎[J]. 中国民间疗法, 2013, 21(11): 91.
- [10] 高国生, 赵新杰. 外用苍耳子、辛夷、白芷、菊花治疗鼻窦炎[J]. 吉林医药学院学报, 2007(02): 108.
- [11] 王杰, 毛得宏. 慢性鼻-鼻窦炎中医外治概述[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(03): 403-405.

5% 碳酸氢钠滴耳液 +75% 酒精混合液治疗 真菌性外耳道炎疗效观察

禰达科¹ 刘元献¹ 杨龙¹ 刘霞¹ 杜文敏¹

【摘要】目的 观察 5% 碳酸氢钠滴耳液 +75% 酒精混合制剂治疗真菌性外耳道炎的临床疗效。**方法** 将 60 例患者随机分为治疗组 (30 例) 和对照组 (30 例), 其中治疗组采用 5% 碳酸氢钠滴耳液 +75% 酒精混合制剂耳浴治疗, 对照组采用曲安奈德益康唑乳膏 (派瑞松软膏) 局部涂敷治疗。两组于治疗后第 1 周、第 2 周评价临床疗效。**结果** 治疗组治疗后第 1 周、第 2 周的总有效率分别为 86.7%、90.9%, 对照组分别为 83.3%、86.7%, 临床疗效差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 5% 碳酸氢钠滴耳液 +75% 酒精混合制剂治疗真菌性外耳道炎疗效良好、复发率低, 且简单方便易于操作, 值得临床推广。

【关键词】 真菌性外耳道炎; 5% 碳酸氢钠滴耳液; 75% 酒精; 曲安奈德益康唑乳膏

Observation on Curative Effect of Mixture of 5% Sodium Bicarbonate Ear Drops + 75% Alcohol in Treatment of Fungal Otitis Externa

Xuan Dake Liu Yuanxian Yang Long Liu Xia Du Wenmin

【Abstract】Objective To observe the clinical efficacy of 5% sodium bicarbonate ear drops + 75% alcohol mixture in the treatment of fungal otitis externa. **Methods** Sixty patients were divided into the treatment group (30 cases) and the control group (30 cases), The treatment group was treated with 5% sodium bicarbonate ear drops + 75% alcohol mixed preparation ear bath, and the control group was treated with local application of triamcinolone acetonazole cream (Pyrusone ointment). The two groups were evaluated for clinical efficacy at the first week and the second week after treatment. **Results** The total effective rate at the first week and the second week after treatment was 86.7% and 90.9%, respectively. The control group was 83.3% and 86.7%, respectively. There was no significant difference in clinical efficacy ($P > 0.05$). **Conclusion** 5% sodium bicarbonate ear drops + 75% alcohol mixture preparation is effective and stable in the treatment of fungal otitis externa, and it is simple and convenient to operate. It is worthy of clinical promotion.

【Key words】 Fungal otitis externa; 5% sodium bicarbonate ear drops; 75% alcohol; Compound Econazole Nitrate Cream

真菌性外耳道炎是真菌进入外耳道引起浅部皮肤感染, 主要侵及皮肤角质层, 常见致病菌以

曲霉菌、白色念珠菌等多见, 以空气传播和自体接种为感染方式, 夏季为多发期, 在气候潮湿、

1 深圳市中医院, 广东 深圳 518000

温暖地带发病率较高。每年我院耳鼻喉科诊治的外耳道疾病中,有近半数病例为真菌性外耳道炎,并有逐渐上升的趋势。目前临床治疗真菌性外耳道炎方法繁多,但一般不考虑全身用药,而常以局部用药为主。笔者将 60 例诊断为真菌性外耳道炎的患者分为两组,一组采用 5% 碳酸氢钠滴耳液+75% 酒精混合制剂耳浴治疗,另一组采用曲安奈德益康唑乳膏局部涂敷治疗,观察两组不同治疗方法的疗效并报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 7 月至 2019 年 6 月本院耳鼻喉科门诊诊治的 60 例真菌性外耳道炎患者,其中男 40 例,女 20 例,年龄 15~65 岁,病程最短为 3 天,病程最长为 12 个月。将 60 例患者随机分为治疗组和对照组,每组各 30 例。

1.2 病例的纳入与排除标准

纳入标准:符合《耳鼻咽喉头颈外科学》(人民卫生出版社,田勇泉)中关于真菌性外耳道炎的诊断标准^[1]:(1)临床表现为患耳发痒,夜间明显,或堵塞感,合并感染时可出现肿胀疼痛和流脓;(2)检查见:外耳道和鼓膜覆盖有黄黑色或白色粉末状或绒毛状真菌,有状如薄膜或呈筒状痂皮,除去后见患处充血潮湿。

排除标准:(1)近 1 个月有使用抗真菌药或糖皮质激素者;(2)妊娠妇女;(3)严重肝功能或肾功能不全者;(4)对酒精、派瑞松软膏过敏者;(5)合并鼓膜穿孔者。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 在耳内镜下彻底清理外耳道内的分泌物、霉菌团块,以 5% 碳酸氢钠滴耳液 3ml+75% 酒精混合制剂 2ml(院内制剂)嘱患者家中患耳耳浴,每次 5 滴,10 分钟,每日 2 次(早、晚),连用 1 周后门诊复诊,如外耳道有分泌物予以冲洗,继续混合制剂耳浴,每次 5 滴,10 分钟,每日 1 次,连用 1 周后门诊再次复诊。用药期间忌用其它药物,

注意保持外耳道清洁及干燥。

1.3.2 对照组 首次就诊在耳内镜下彻底清理外耳道内的分泌物、霉菌团块后予派瑞松软膏以耳科棉签涂抹患耳外耳道,此后嘱患者家中予派瑞松软膏涂患耳,每日 2 次(早、晚),连用 1 周后门诊复诊,如发现外耳道内分泌物或霉菌团块,再次于耳内镜下予以清理,继续用药,方法同前,连用 1 周后门诊再次复诊。用药期间忌用其它药物,注意保持外耳道清洁及干燥。

1.4 疗效判定

痊愈:症状消失,外耳道皮肤色泽正常,鼓膜标志清楚;有效:症状减轻,耳道内分泌物基本消失,外耳道皮肤、鼓膜稍充血;无效:治疗前后症状无缓解或加重,外耳道皮肤、鼓膜充血,耳内有分泌物。总有效率=治愈率+有效率。

1.5 统计学方法 采用 IBM SPSS Statistics 20 对数据进行统计学分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,符合正态分布采用 t 检验,不符合正态分布则采用方差分析;计数资料采用百分比表示,组间比较采用卡方检验。以 $P < 0.05$ 为相关差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一般资料分析

根据表 1 所示,治疗组中男 20 例,女 10 例,平均年龄为(31.0±10.0)岁,平均病程(1.7±2.0)月;对照组中男 20 例,女 10 例,平均年龄为(33.7±11.3)岁,平均病程(2.6±3.4)月。两组患者年龄均符合正态分布且方差齐性,差异均无统计学意义($P=0.913 > 0.05$),具有可比性。两组患者病程不符合正态分布,采用方差分析,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性

表 1 两组患者年龄、病程比较

组别	性别		年龄(岁)	病程(月)	t/Z	P
	男	女				
治疗组	20	10	31.0±10.0	1.7±2.0	0.967	0.338 ^a
对照组	20	10	33.7±11.3	2.6±3.4	0.651	0.423 ^b

a: 两组患者年龄 t 检验。b: 两组患者病程 Mann-Whitney 秩和检验

2.2 两组患者临床疗效比较

两组患者临床疗效比较,采用 Fisher 精确检验:

(1) 治疗组第一周总有效率 (86.7%) , 对照组第一周总有效率 (83.3%) , 差异无统计学意义 ($P=1.0 > 0.05$) , 见表 2-1; (2) 治疗组第二周总有效率 (90%) , 对照组第二周总有效率 (86.6%) , 差异无统计学意义 ($P=1.0 > 0.05$) , 见表 2-2。

表 2-1 两组患者第一周临床疗效分析比较

组别	痊愈	有效	无效	总有效率	P
治疗组	12	14	4	26 (86.7%)	1.000
对照组	7	18	5	5 (83.3%)	

表 2-2 两组患者第二周临床疗效分析比较

组别	痊愈	有效	无效	总有效率	P
治疗组	21	6	3	27 (90.0%)	1.000
对照组	13	13	4	5 (86.6%)	

2.3 各组患者治疗后第一周、第二周疗效比较

在对各组不同观察时间疗效的比较中,均采用 Fisher 精确检验: (1) 治疗组第一周与第二周总有效率差别无统计学意义 ($P=1.000 > 0.05$) , 痊愈率差别亦无统计学意义 ($P=0.407 > 0.05$) , 见表 3-1; (2) 对照组第一周与第二周总有效率差别无统计学意义 ($P=1.000 > 0.05$) , 痊愈率差别亦无统计学意义 ($P=0.422 > 0.05$) , 见表 3-2。

表 3-1 治疗组患者不同观察时间临床疗效分析比较

时间	痊愈	有效	无效	总有效率	P
第一周	12	14	4	26 (86.7%)	1.000
第二周	21	6	3	27 (90.0%)	0.407

表 3-2 治疗组患者不同观察时间临床疗效分析比较

时间	痊愈	有效	无效	总有效率	P
第一周	7	18	5	25 (83.3%)	1.000
第二周	13	13	4	26 (86.7%)	0.422

2.4 两组患者不良反应观察比较

在对两组患者不良反应发生率的比较,采用

Fisher 精确检验。治疗组不良反应发生率 13.3% , 对照组不良反应发生率 20.0% , 二者差异无统计学意义 ($P=0.731 > 0.05$) 。其中,治疗组不良反应中耳堵塞感 2 例,耳痛及耳内瘙痒感各 1 例。对照组不良反应中耳堵塞感 4 例,耳内瘙痒感 1 例。

表 4 两组患者不良反应观察比较

组别	耳痛	耳内瘙痒	耳堵塞感	不良反应发生率	p
治疗组	1	1	2	4 (13.3%)	1.000
对照组	0	1	5	6 (20.0%)	

2.5 两组患者复发率比较

在对两组患者复发率的比较,采用 Fisher 精确检验。治疗组中经治疗后 26 例有效病例中,第二周有 1 例复发病例,占 13.3%。对照组中经治疗后 25 例有效病例中,第二周有 2 例复发病例,占 8% , 二者差异无统计学意义 ($P=0.731 > 0.05$) 。

表 5 两组患者复发率比较

组别	总有效病例数	复发病例数	复发率	p
治疗组	26	1	3.8%	1.000
对照组	25	2	8%	

3 讨论

真菌性外耳道炎在我国东南沿海地区是一种常见的、多发的地方性疾病,特别是热带、亚热带地区,广东省地区潮湿温暖的气候持续时间比较长,适合真菌生长繁殖^[2-5]。真菌性外耳道炎致病菌多数为曲霉菌、青霉菌、酵母菌、念珠菌及毛霉菌等,均属条件致病菌,与自然界大多数真菌一样适合在酸性潮湿环境下生存,正常人体外耳道偏弱酸性,有抑制微生物生长作用,在发病时外耳道往往偏向酸性且潮湿,从而适合真菌生存。长期用抗生素或肾上腺糖皮质激素、化疗等对人体免疫系统产生危害的治疗方式均会导致人体内的真菌平衡被破坏,人体免疫系统功能下降,从而极大增加人体患真菌病的概率^[6]。真菌性外耳道炎诱因主要为各种原因引起的外耳道创伤和外耳道微环境的改变。外耳道是一条自耳道口至

鼓膜的弯曲管道，具有潮湿和温暖的特点，慢性化脓性中耳炎长期流脓、长期游泳等造成耳道潮湿，有利于真菌的定植和繁殖。而频繁洁耳对外耳道皮肤产生长期不良刺激，容易引起耳道清洁与保护功能下降，尤其是当外耳道皮肤出现破损时，真菌可通过挖耳勺、棉签等工具进入外耳道内，引发感染致病。

在真菌性外耳道炎出现初期，患者未引起足够认识，而长期滥用抗生素，也会导致真菌感染的进一步恶化。临床治疗真菌性外耳道炎多以局部用药为主，以达克宁霜、硝酸咪康唑乳膏、伊曲康唑、曲安奈德益康唑乳膏为代表的药膏涂耳，具有药性温和、作用强、疗效快、疗程短及不良反应轻等优点^[7-10]。派瑞松是一种复合外用制剂，其主要成分为 0.1% 的曲安奈德和 1% 的硝酸益康唑。曲安奈德是一种中效糖皮质激素，具有抗炎、抗渗出以及抗过敏、止痒等作用，可减轻外耳道的红肿，促进皮肤黏膜修复，从而快速、有效地缓解真菌性外耳道炎的症状^[11]，而硝酸益康唑属于咪唑类抗真菌药，具有广谱抗真菌作用^[11]。本研究中，选用派瑞松软膏作为对照组，临床总有效率为 86.6%，与其它研究结果相符合，复发率则相对更低^[12-13]，考虑与本研究在用药前在耳内镜下能都较完全清理耳道内分泌物及霉菌团块有关。

目前，氟康唑注射液作为抗真菌药液体制剂被广泛应用于真菌性外耳道炎的治疗。氟康唑注射液是一种新型高效双三唑类抗真菌药，抗菌谱广^[14]，对真菌性外耳道炎常见真菌（念珠菌、隐球菌等）抗菌活性最高，但对曲菌作用较差。且氟康唑毒性低，性质温和，对皮肤刺激极小，不需要进行稀释即可直接作用于患处，方便易用^[15-16]。本研究中，治疗组选择碳酸氢钠与酒精混合制剂作为耳浴药物，总有效率为 90%，与其它研究中氟康唑注射液耳浴临床疗效研究基本一致^[17-18]，且较药膏涂耳可避免遗留外耳道真菌生存死角，

减少病情复发。而相较氟康唑注射液等抗真菌药物，碳酸氢钠与酒精混合制剂耳浴有其优势。

首先，真菌多为嗜酸性微生物，其生存的条件为 PH 在 4.7 至 5.5 之间，而碳酸氢钠作为一种弱碱性溶液，可纠正酸性环境，耳浴后改变了真菌生长的微环境，抑制真菌生存。而且碱性溶液具有皂化功用，可软化上皮坏死物及耵聍促其排出，有利于外耳道保持干燥，且不损伤外耳道皮肤，保持其完整性，从而抑制真菌的定植及生长。

其次，乙醇是医院最常用的一类消毒剂，医用乙醇为无色澄清溶液，乙醇对革兰氏阳性菌、阴性菌和真菌具有良好的杀灭性能^[19]，杀菌谱较宽，对人体安全无刺激^[20]。乙醇的杀菌机制主要是通过除去细菌菌膜中的脂类，使细菌菌体蛋白质变性凝固发挥杀菌或抑菌作用。乙醇具有扩张局部血管，增强血液循环，从而改善血管内皮细胞功能，使细胞间液快速脱水^[21]的作用，可有效减轻因感染病变而引起的耳道皮肤水肿。乙醇易挥发，挥发时可带走机体的热量，使局部皮肤温度降低而起到冷敷作用，而血管内皮细胞的抗损伤能力在低温状态下增强，局部组织细胞活力受到抑制，神经末梢敏感性降低^[22]，从而发挥局部麻醉及止痛功效。虽与碳酸氢钠滴耳液混合后，浓度稀释，其灭菌效果有所下降，但仍可发挥较好灭菌作用^[23]。酒精脱水收敛作用，有助于外耳道皮肤干燥。有研究显示，在人体其它部位真菌感染治疗中，抗真菌药物辅用碳酸氢钠后，加强抗真菌药物治疗效果，缩短疗程^[24-26]。

最后，随着咪唑类药物的长期广泛使用，出现了耐药菌株^[27]，一般不能长期使用超过 4 周，对频繁复发病例，须更换药物治疗。以往亦有以硼酸酒精或水杨酸酒精滴耳或耳浴，但临床应用过程中可引起耳部烧灼、刺痛等不良反应^[28]，导致患者不能坚持用药，疗效下降，病情反复，目前已较少应用。本研究中，治疗组只有 1 例患者

出现耳痛，而且是首诊时耳内镜下清理外耳道痂块后直接滴耳引起，后续滴耳并无明显不适。碳酸氢钠与酒精混合制剂，既不产生耐药菌株，又对患耳刺激性较小。

本研究中，治疗组与对照组均出现复发病例。主要考虑：（1）由于外耳道狭长，特别是外耳道峡部以内区域，神经末梢分布丰富，痛觉敏锐，患者很难把药膏均匀涂抹于外耳道各处，特别是外耳道狭窄的患者，即使耳内镜清理后亦难免残留少许难以观察到的菌丝，患者较难将软膏涂抹于在外耳道峡部与鼓膜之间区域，以及鼓环周围及鼓膜表面，给致病菌留下生存的死角，易导致复发。尤其在部分缺乏耳内镜等相关设备的基层医院，无法在内镜下完整清理外耳道内分泌物及霉菌团块，情况可能更明显；（2）由于药物容易附着在鼓膜表面，患者产生耳内堵塞感甚至听力下降等不适反应，影响患者坚持用药，引起复发；（3）真菌性外耳道炎为条件性致病，治愈后其导致该病的诱因及原因仍长期存在；（4）碳酸氢钠与酒精混合液对某些种类真菌灭菌效果不明显；③稀释或挥发酒精浓度下降，可能影响灭菌效果。因此，在真菌性外耳道炎的治疗过程前后，需做好患者的健康宣教，嘱其避免不良挖耳习惯，避免长时间使用耳内抗生素及激素等。

综上所述，5% 碳酸氢钠滴耳液 3ml+75% 酒精混合液 2ml（院内制剂）耳浴治疗真菌性外耳道炎，不仅药物可到达外耳道深部及感染创面，且不留死角，可持续发挥抗菌、抑菌的作用；药物直接接触外耳道皮肤，可以增加局部的血液循环，促进新陈代谢和增强皮肤组织的免疫功能，促进炎症渗出的吸收，加快病变组织修复，对人体无明显毒性、副反应等；同时，该治疗方法操作简单，患者在家中即可随时自行用药，不需经常往返医院，对患者的工作及生活影响较小，且费用低廉，复发率低，值得临床上推广应用。因缺乏内镜支

持且存在较难将外耳道真菌痂块或分泌物一次性清理完全的情况下，可考虑直接行 5% 碳酸氢钠滴耳液 3ml+75% 酒精混合液 2ml 患耳耳浴，一周后予以耳道冲洗，后继续耳浴一周，亦可能收到较好疗效。

后续临床研究中，5% 碳酸氢钠滴耳液与 75% 酒精配置比例对治疗效果的影响进行标准化研究，将有益于更好的临床推广及应用。

参考文献

- [1] 田勇泉. 耳鼻咽喉头颈外科学 [M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 317-318.
- [2] 廖伟华, 管志伟, 叶燕华, 等. 可视耳镜下清理冲洗外耳道联合药物治疗真菌性外耳道炎 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2018, 28(15): 179-181.
- [3] 程炳文, 胡利群, 项文坤, 等. 扶严宁治疗真菌性外耳道炎的疗效观察 [J]. 中国医学创新, 2012, 9(4): 148-149.
- [4] 曾雄文, 朱兆钧, 熊远香, 等. 沙井地区耳部真菌感染流行病学研究 [J]. 中国实用医药, 2018, 13(24): 185-186.
- [5] 冯国权, 冯先权. 真菌性外耳道炎的治疗体会 [J]. 中国实用医药, 2016(8): 166-167.
- [6] Emirel G, Celik I H, Erdeve O, et al. Prophylactic Saccharomyces boulardii versus nystatin for the prevention of fungal colonization and invasive fungal infection in premature infants [J]. Eur J Pediatr, 2013, 172(10): 1321-1326.
- [7] 李建伟. 派瑞松联合耳内镜清理冲洗治疗真菌性外耳道炎的效果观察 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2018, 28(7): 140-141.
- [8] 刘春玲, 张少燕, 李三立, 等. 氟康唑

联合硝酸咪康唑对真菌性外耳道炎血清炎症因子变化、临床疗效及安全性分析 [J]. 四川医学, 2018, 39(4): 463-466.

[9] 卢晓华. 伊曲康唑与硝酸咪康唑乳膏对患者真菌性外耳道炎的临床疗效评价 [J]. 抗感染药, 2018, 15(2): 355-357.

[10] 袁佛良, 张松, 吴祥林, 等. 真菌性外耳道炎的临床研究 [J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2017, 16(5): 20-22.

[11] 倪力, 李清波, 苏文字, 等. 耳浴联合耳内镜下用药治疗真菌性外耳道炎的应用研究 [J]. 长治医学院学报, 2017, 31(3): 215-217.

[12] 张晓伟, 武建朝, 郭一蒙. 伊曲康唑和派瑞松乳膏联合应用治疗真菌性外耳道炎的临床疗效观察 [J]. 中国实用医药, 2014, 9(31): 148-149.

[13] 姜妍, 沈莹. 两种不同药物治疗霉菌性外耳道炎疗效分析 [J]. 听力学及言语疾病杂志, 2018, 26(5): 564-565.

[14] 钟泗华. 氟康唑氯化钠注射液外用于外耳道治疗真菌性外耳道炎的疗效 [J]. 中国医药指南, 2015, 13(18): 87-88.

[15] 黄秀花, 朱怀文, 阮奕劲, 等. 双唑泰泡腾片治疗真菌性外耳道炎的临床疗效观察 [J]. 中国医学创新, 2016, 13(16): 53-56.

[16] 王志远, 张宏, 张革化. 白念珠菌对唑类药物的耐药与对策 [J]. 中国人兽共患病学报, 2011, 27(12): 1126-1129.

[17] 徐海燕, 钱成根, 杨志泉. 氟康唑注射液稀释治疗真菌性外耳道炎 45 例疗效观察 [J]. 青岛医药卫生, 2017, 49(5): 324-326.

[18] 黄雄超, 廖首本, 董仕婷, 等. 氟康唑注

射液耳浴治疗真菌性外耳道炎 71 例 [J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2015, 29(3): 29-30+42.

[19] 石庆珊, 彭永根, 安洪伟. 75% 乙醇对黑曲霉菌的杀灭效果研究 [J]. 机电信息, 2018, (32): 36-39.

[20] 武昌俊, 蔡标, 童琳, 等. 3 种临床消毒剂杀菌效果和皮肤刺激性的比较研究 [J]. 安徽医学, 2018, 39(9): 129-1033.

[21] 南京药学院. 药物化学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1978: 68-70

[22] 姜安丽. 新编护理学基础 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 253-257, 322-326, 445.

[23] 熊平源, 边藏丽, 张万明, 等. 乙醇消毒液污染调查及其杀菌效果观察 [J]. 中国消毒学杂志, 2008, 25(4): 435-436.

[24] 瞿章书, 徐小平, 姚茂军, 等. 氟康唑联合碳酸氢钠治疗获得性免疫缺陷综合征合并口腔念珠菌病疗效分析 [J]. 中国医药, 2013, 8(8): 1188.

[25] 巫剑峰. 碳酸氢钠佐治真菌性肺炎的疗效观察 [J]. 吉林医学, 2013, 34(20): 4051-4052.

[26] 潘丽丽. 碳酸氢钠与克霉唑栓联合治疗霉菌性阴道炎的临床分析 [J]. 实用妇科内分泌杂志 (电子版), 2017, 4(1): 177, 179.

[27] 王志远, 张宏, 张革化. 白念珠菌对唑类药物的耐药与对策 [J]. 中国人兽共患病学报, 2011, 27(12): 1126-1129.

[28] 叶青, 王海青, 郝亚楠, 等. 苦参酊剂外涂治疗真菌性外耳道炎疗效观察 [J]. 上海中医药杂志, 2014, 48(1): 56-57.

特发性耳鸣的中医心理学探析

柳普照¹ 张治成¹ 李丽²

【摘要】耳鸣发病率逐渐升高,临床症状明显且严重影响生活质量,现已成为一种心身疾病。减轻耳鸣患者临床症状,提高其生活质量是治疗耳鸣的重要内容之一。中医对耳鸣的治疗优势逐渐凸显出来,中医心理学是中医学与心理学的交叉学科,是一门既古老又新兴的学科。患者的心理情绪变化直接或间接地伤及脏腑功能或气机失调,从而影响甚至决定疾病的发生、发展和转归。本篇着重探讨中医心理学中因郁致病和因病致郁在耳鸣中的发病机制,介绍了情志相胜法、移精变气法和以理遣情法在治疗耳鸣中的运用。运用中医心理治疗,可以有效地打破因病致郁或因郁致病这一导致疾病恶性循环的重要因素,从而达到治病必求于本的目的,以提高临床疗效,是治疗耳鸣的新方向。

【关键词】特发性耳鸣; 中医心理学; 病因病机; 情志治疗

TCM Psychology of Idiopathic Tinnitus

Liu Puzhao¹ Zhang Zhicheng¹ LI Li²

(1. ENT, the First Affiliated Hospital of Henan University of traditional Chinese Medicine, Henan Zhengzhou 450002; 2 School of basic medicine, Henan University of traditional Chinese medicine, Henan Zhengzhou 450056)

【Abstract】 The incidence of Tinnitus is gradually increasing, the clinical symptoms are obvious and seriously affect the quality of life, has become a psychosomatic disease. Reducing the clinical symptoms of tinnitus patients and improving their quality of life is an important part of the treatment of Tinnitus. The advantages of TCM in the treatment of Tinnitus are gradually highlighted. TCM psychology is an interdisciplinary subject of TCM and psychology, which is both old and new. Patients' psychological and emotional changes directly or indirectly affect the viscera function or Qi dysfunction, thus affecting or even determining the occurrence, development and outcome of the disease. This article mainly discusses the pathogenesis of Tinnitus in TCM psychology, and introduces the application of the methods of emotion matching, energy changing and emotion removing in the treatment of Tinnitus. The psychological treatment of TCM can effectively break the important factor which leads to the vicious circle of disease, so as to improve the clinical curative effect. It is a new direction to treat tinnitus.

【Key words】 Idiopathic tinnitus; Psychology of traditional Chinese medicine; Etiology and pathogenesis; Emotional therapy

基金项目: 河南省高等学校重点科研项目(15A360007)

1 河南中医药大学第一附属医院耳鼻喉科, 河南 郑州 450002

2 河南中医药大学, 河南 郑州 450056

耳鸣是指在外界无相应声源或电刺激存在的情况下,患者自觉耳内或颅内有声音的一种主观症状,伴或不伴有听力下降、睡眠障碍、心烦、恼怒、注意力无法集中、焦虑、抑郁等不良心理反应^[1]。我国近年流行病学调查显示,耳鸣患者占耳鼻咽喉科就诊患者的 7.5%,耳鸣患者存在不良心理反应者占 89.6%,表现为心情烦躁者占 83.8%,影响睡眠者占 63.7%,注意力难以集中者占 30.3%^[2]。

临床上病因治疗是最好的治疗方法,但是耳鸣的病因复杂,病变部位多变,故有效治疗尚有很大困难,所以主要是采用对症治疗方法,推荐使用的方法包括认知行为疗法、声治疗、助听器疗法^[3]。随着人们的生活节奏方式的变化,该病的发病率逐年升高,已严重影响生活质量。减轻耳鸣患者临床症状,提高其生活质量是治疗耳鸣的重要内容之一。

随着对耳鸣认识的逐渐深入,中医对耳鸣治疗的优势逐渐凸显出来,总结起来可归纳为中药治疗包括活血化瘀、化痰开窍、升清降浊、疏肝解郁、补脾益肾等。多种方法综合运用可增强疗效,减轻耳鸣;针灸治疗包括体针、腹针、穴位注射、艾灸等,局部取穴与远端取穴配合,穴位刺激可改善耳内微循环,产生新兴奋灶,降低交感神经兴奋性,改变耳内缺血,缓解耳鸣^[4]。中医心理学是中医学与心理学的交叉学科,既是一门古老的学科,又是一门新兴学科。患者的心理情绪变化直接或间接地伤及脏腑功能或引起气机失调,从而影响甚至决定疾病的发生、发展和转归。基于中医心理学理论,笔者就耳鸣的诊治浅析如下。

1 中医心理与耳鸣病因病机

1.1 因郁致病

郁,一是指疾病病机,是引发疾病过程中人体的气血功能、脏腑功能郁滞不通的病理状态;二是指一类病证,是情志怫郁造成气机郁滞不畅,如朱震亨所言:“气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉,故人身诸病,多生于郁”,即气之失于

通畅是诸郁产生的根本原因,“郁”是现代功能性疾病的基础病机特点^[5],主要症状表现为心情抑郁、易怒欲哭、胸胁胀闷不舒等^[6]。心主情志,肝主疏泄,调畅情志,情志之郁,总源于心肝,况且情志之郁多致内脏功能紊乱,气血运行失调,出现脏腑气血诸病。《严氏济生方·耳门》中所曰:“忧愁思虑得之于内,系乎心。心气不平,上逆于耳,亦致聋聩、耳鸣”。“心气不平”是指心脏功能失调所产生的各种临床表现^[7]。心主血脉而藏神,寄窍于耳,耳为宗脉之所聚,血脉以通为用。心主身之血脉,血行脉中而濡养五官九窍,心脏功能正常,输布于耳则耳窍得养,聪敏而闻五音。心血虚耗,则心神失养,神不内守,使耳窍失用,故可发生耳鸣耳聋。故有《古今医统大全·耳病门》曰:“忧愁思虑则伤心,心虚血耗必致耳鸣耳聋”。

1.2 因病致郁

中医认为疾病的发生是由于阴阳失衡,脏腑功能失用,气血津液失常而不得发越,导致气机失调所致,特别是现在某些疾病尚无特效的治疗方法和药物,这必然会影响情志气机的失调而产生郁,或郁于气,或郁于血,或郁于表,或郁于里,或郁于脏,或郁于腑,而郁的产生反过来必然会加重原发疾病,延长治疗周期,降低患者治疗的依从性,使原发疾病的治疗更加复杂化,出现“神不使”,从而使治疗转向干预郁证为主^[8]。

情志因素直接损伤内脏,导致心神失藏,肝失疏泄、气机不畅,脾失健运、运化失司;或者导致脏腑气机升降失常,而气机失调又可妨碍脏腑的气化,引起精气血津液代谢失常,继而引起耳窍失养失用而致耳鸣产生;或由于失治误治,疾病迁延不愈,进一步影响气机运行不畅,气机郁滞或疏泄失常,引起情志变化;或由于对疾病认识不足,患者产生焦虑抑郁心理,加重患者的病情,形成“郁-病-郁”的无限循环^[9]。

2 中医心理学主要治疗方法

2.1 情志相胜法

根据五脏主五志应五行理论,结合五行相生相克的原理,采取情志相胜疗法。五行相生即五行之间存在着有序的递相资生助长和促进的关系,相克即五行之间存在着有序的递相克制制约和抑制的关系。“志相胜”的基本精神就是运用以偏纠偏的原理,用一种情志活动去纠正另一种情志刺激所引起的疾病,从而达到愈病的目的^[10]。主要包括喜胜忧,怒胜思,悲胜怒,恐胜喜,思胜恐五种心理疗法。金元四大家张子和在《儒门事亲·九气感疾更相为治衍》中对此进行了详细的叙述,曰:“悲可以制怒,以恻怛苦楚之言感之;喜可以治悲,以谑浪褒狎之言娱之;恐可以治喜,以恐惧死亡之言怖之;怒可以治思,以侮辱欺罔之言触之;思可以治恐,以虑彼忘此之言夺之。”“五音”是中国古代音乐的一种基本音,分别为宫、商、角、徵、羽。五音中的宫、商、角、徵、羽分别对应于五脏(脾、肺、肝、心、肾)和五志(思、忧、怒、喜、恐),能作用于相应的脏腑,影响气机变化,影响疾病的转归。耳鸣的治疗中声音治疗具有重要作用,可依据五志相胜的原理治疗耳鸣凸显中医心理治疗的特色^[11]。

2.2 移精变气法

《素问·灵兰秘典论》指出:“心者,君主之官,神明出焉。”心藏神而为五脏六腑之大主,因此各种情志活动的产生,都是在心神的主宰下,各脏腑协调作用的结果。反过来,情志所伤首先影响心神。故《景岳全书》曰:“思忧忿怒最为伤心”“情志之郁,则总由乎心。”移精变气法通过祝说病由,转移患者的精神,而达到调整病人气机,使精神内守以愈病的方法^[9]。它主要包括将心理疾病转移到躯体加以排除或将躯体疾病转移到心理加以缓解。对于耳鸣患者,可以通过将患者的注意力从过分关注耳鸣声音的大小是持续性还是间断性等症状或焦虑、抑郁障碍和躯体形式的不适分散到自己的爱好活动中;同时劝诫患者提高自我疗养意识,作息规律,清心怡神,配合食疗以及自我导引,使得脏腑气血阴阳得以平衡,正气充足^[12],

从而达到事半功倍的效果。

2.3 以理遣情法

针对病人不同的思想实际和个性特征,正确运用“言语”这一工具,对病人采取启发诱导、劝慰开导,以解除病人的思想顾虑,提高其战胜疾病的信心,使之主动积极地配合医生进行治疗,从而促进心身的康复^[11]。《灵枢·师传》曰:“人之情,莫不恶死而乐生,告之以其败,语之以其善,导之以其所便,开之以其所苦。”医生首先要给患者指出疾病发病的病因、危险因素以及造成的后果,应引起病人的高度注意,使病人对疾病有正确的认识,以消除不必要的心理负担,耳鸣是一种主观症状,现在找不到明确的致病原因,应充分利用听力学检查方法和耳鸣的客观测定方法,给予患者以解释已知的病因、危险因素和不良后果;其次要患者积极配合医生,治疗方法正确是可以治愈的,即使不能治愈,也能大大的缓解病人的痛苦,以增强病人战胜疾病的信心,虽然耳鸣的病因治疗难以进行,但是医生充分利用中药、针灸、推拿、西药、助听器治疗等方法完全可以做到直接减轻或消除因耳鸣所引起的躯体不适感、睡眠障碍、焦虑甚至抑郁状态,达到和发病前一样的状态;再次要告诉患者如何进行调护,具体的治疗方法,以便患者心中明白治疗的进程,及时调整状态,以最佳的精神面貌来配合医生的治疗方案,应告知患者必须做到生活规律,改掉不良的生活习惯,遵循“法于阴阳,和于术数,饮食有节,起居有常,不妄作劳”达到“恬淡虚无,真气从之,精神内守”;同时消除患者的悲观心理,克服焦虑抑郁情绪,减少体内“负能量”,增加“正能量”,最大程度的调动体内的正气以祛邪外出。

3 典型案例分析

王某,女,42岁,以“双耳耳鸣两年余,加重1周”为主诉就诊,耳鸣似蝉鸣声,单调高频,持续性,无耳闷耳胀,无听力下降,影响睡眠,时有心烦易怒,查舌尖红,苔薄黄,脉涩。追问病史患者诉近两年来家庭关系不和,工作压力较

大,遂致双耳耳鸣,时轻时重,心烦易怒,两胁胀疼,情绪烦躁时耳鸣明显加重,缓解后减轻。近一周来家庭关系严重不和,上症明显加重,耳鸣总是影响睡眠,心烦意乱,影响工作,伴有面容憔悴,头晕不适,晨起咽干口苦,舌尖红,苔薄黄,脉涩。行纯音听阈检查:双耳听力正常,声导抗检查:双耳“A”型,耳鸣的音调匹配 8KHz,响度匹配听阈上 5dB,掩蔽曲线为汇聚型和残余抑制效应(+),耳鸣严重程度分级为 V 级^[13]。诊断为耳鸣,辨证为心热肝郁,上扰心神。治法清心疏肝、安神息鸣,治疗:第一给予五音中“徵”调音乐为主,辅以“角”调音乐和“宫”调音乐。每次 30 分钟左右,“徵”调音乐 20 分钟,“角”调音乐和“宫”调音乐各 5 分钟,声音大小与耳鸣响声一样。第二嘱其改善家庭关系,放松心情,避免安静环境。第三给予药用:丹皮 12 克、焦栀子 12 克、醋柴胡 12 克、当归 10 克、生白术 15 克、茯神 30 克、炒白芍 21 克、薄荷 3 克、柏子仁 30 克、泽泻 10 克、川芎 12 克、甘草 6 克,7 剂。一周后,心烦急躁减轻,咽干口苦明显减轻,睡眠改善,耳鸣、头晕稍减,耳鸣严重程度分级为 IV 级。嘱其继续使用音乐治疗,调和家庭矛盾;中药去薄荷,加葛根 15 克、酸枣仁 30 克,14 剂。服药两周后,耳鸣由持续性变为间断性,心烦急躁明显减轻,睡眠好转,耳鸣严重程度分级为 III,随后加减出入服用药物治疗 1 月,继续使用五音治疗。3 月后电话随访,只有在非常安静的环境中才能感觉到耳鸣,耳鸣严重程度分级为 I 级。

按语:

患者由于情志不调、肝失疏泄、气郁化火、上扰耳窍因而出现耳鸣,正如《素问·至真要大论》所云:“厥阴之胜,耳鸣头弦”,《类证治裁》卷六亦云:“有肝胆火盛,常闻蝉鸣者……”。肝胆相为表里,肝火上炎,胆气随之上逆,胆汁上溢,故口苦咽干。火扰心神,神不守舍,故而影响患者睡眠,心烦易怒。胁为肝脉循行部位,肝气郁结可见两胁胀疼。舌尖红、苔薄

黄、脉涩均为气郁不通、心肝火盛之证。

五音疗法属情志相胜法的一种,徵音抑扬咏越,可调畅全身气血,使精神抖擞;角音平和调畅,可消除忧伤,助人入眠;宫音悠悠谐和,以健运脾土,使气血生化有源,以助心血;羽音柔和透彻,以补益肾气,使心肾得交,以助睡眠^[12]。

方用逍遥散疏肝理气解郁,方中加丹皮、栀子清解郁热,柏子仁养心安神。二诊后效如桴鼓,诸证均减,继用前方去薄荷,加葛根、酸枣仁养血宁心安神并继续配合五音疗法以巩固疗效。

本病在治疗上注重中医辨证与西医辨病相结合,注重患者情志调节、平素的饮食,达到辨证通窍治疗耳鸣的目的^[14]。

4 小结

耳鸣患者具有明显的焦虑、抑郁障碍和躯体形式障碍,必须给予患者合理的心理干预才能达到治疗效果。中医心理学肇始于《黄帝内经》,以阴阳五行学说、藏象理论、病因病机为基础,强调整体观念、形神合一、因人制宜、辨证论治等特征,这与现代社会-心理-生物医学模式基本相符。运用中医心理治疗,可以有效的打破因病致郁或因郁致病这一导致疾病恶性循环的重要因素,从而达到治病必求于本的目的,以提高临床疗效,是治疗耳鸣的新方向。

参考文献

- [1] 田道法,李云英. 中西医结合耳鼻咽喉科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:239.
- [2] 邵茵,黄娟,李明. 1240 例耳鸣患者的临床表现分析[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2009,44(9):641.
- [3] 李明,张剑宁. 2014 年美国《耳鸣临床应用指南》解读[J]. 听力学及言语疾病杂志,2015,23(2):112-115.
- [4] 王恒,王颖,戴俭宇. 中医治疗耳鸣(神经性耳鸣)研究概况[J]. 实用中医内科杂志,2019,33(4):68-70.

(下转第 28 页)

中药代茶饮治疗慢喉痹阴虚燥热证的临床效果评价研究

史月莹¹ 郭龙龙¹ 常尚揆¹

【摘要】目的 探讨应用中药代茶饮治疗慢喉痹阴虚燥热证的临床效果及社会效益的评价。**方法** 将 2018 年 7 月至 2020 年 6 月新疆昌吉州中医医院收治的 60 例慢喉痹患者随机分为对照组 30 例和观察组 30 例，对照组采用西吡氯铵含片、甘桔冰梅片治疗，观察组在对照组基础上联合中药代茶饮治疗，疗程为 10 天，并于 3 个月及 6 个月后随访，观察中药代茶饮治疗慢喉痹阴虚燥热证的临床症状改善、症状积分及临床疗效。**结果** 1. 症状比较：异物感、咽痒、咽部黏膜慢性充血、咽部淋巴滤泡增生等症状的积分两两比较， $P > 0.05$ ，二组患者治疗 10 天后上述症状的差异无统计学意义；3 个月、6 个月后症状积分前后比较 $P < 0.05$ ，差异有统计学意义；观察组症状改善时间明显短于对照组患者，两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；2. 在治疗结束后的 3 个月内及 6 个月内其病情的复发率均低于对照组患者 ($P < 0.05$)，具有统计学意义；3. 对患者进行服药依从性调查发现，观察组患者服药依从性调查量表各维度得分、总分均高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 采用中药代茶饮短时间内治疗慢喉痹阴虚燥热证对临床症状异物感、咽痒、咽部黏膜慢性充血、咽部淋巴滤泡增生等症状临床改善效果与对照组无明显差别，均能有效改善患者临床症状；而对患者 3 个月、6 个月随访后症状改善有明显意义；相对对照组，观察组症状改善时间较短，能较快有效改善患者的临床症状及体征；在随后随访中，能降低其病情的复发率，且中药代茶饮相对携带及服用方便，能提高患者服药依从性。

【关键词】 中药；代茶饮；慢喉痹；阴虚燥热证

慢性咽炎 (chronic pharyngitic) 为临床常见病及难治病，症状顽固，又易反复发作，其因环境因素、饮食习惯而发病率较高^[1]。流行病学调查发现，门诊就诊人次第一位为其它急性上呼吸道感染，第二位为急性喉炎及气管炎，第七位为急性扁桃腺炎，第九位为流行性感冒，与第一位同属急性呼吸道感染，占总就诊人次之 35.9%，以此推估，约占四分之一的人口遭受咽喉疾病之苦。慢性咽炎病因多且杂，由患者平素生活习惯如长期烟酒过度或过食辛辣、生活环境如长期生活在干燥多粉尘或化学气体的环境中或有害气体的长期刺激、各种鼻病致长期张口呼吸及鼻涕倒流刺激咽部及全身因素 (如消化不良、心脏病、风湿病、内分泌紊乱、植物神经失调等) 等引起^[2-4]；故而在治疗上除消除各种致病因素、对症治疗及

增强体质外，主要采用局部治疗，如各种漱口液漱口、喉片含化、咽局部封闭、超声雾化、理疗，甚至运用烧烙、冷冻、激光、微波、射频等疗法^[5-6]。这些虽然能缓解患者的局部症状，在短期内有一定的疗效，但其治法重在治标不治本，且远期疗效尚不肯定。因此，一般来说慢性咽炎属“难治愈的慢性病”。基于既往新疆对慢喉痹证型研究基础上，对慢喉痹患者进行证型分布分析，进一步明确新疆地区慢喉痹患者的主要证型为阴虚燥热证。本研究运用中药代茶饮自拟方联合蜀葵子，进行中药方剂治疗慢性咽炎临床疗效评估研究，以验证中药方剂治疗慢性咽炎的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2018 年 7 月至 2020 年 6 月慢性咽炎患者，进行临床证型的统计，并将阴

1 新疆昌吉州中医医院耳鼻喉科，新疆 昌吉 831100

虚燥热型 60 例进行研究,其中男 35 例,女 25 例,年龄 20-56 岁,依据治疗方法的不同,将患者随机分为观察组和对照组,每组 30 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准:参照《耳鼻咽喉头颈外科学》七版(沈晓明·人民卫生出版社出版)。病史:多有急性咽炎反复发作史,病程在 3 个月以上;症状:咽部有各种不适感,如干燥、灼热、微痛、微痒、异物感、痰粘着、梗阻感,时轻时重,常咳出少许粘痰,易恶心作呕;分型:慢性单纯性咽炎:咽部粘膜弥漫充血,色暗红,并附有少量粘稠分泌物,粘膜下结缔组织及淋巴组织增生,粘液腺肥大,分泌亢进。慢性肥厚性咽炎:粘膜充血肥厚,粘膜下有广泛的结缔组织及淋巴组织增生,围绕咽后壁粘液腺的淋巴组织多形成颗粒状隆起,咽侧索淋巴组织呈条索状增生。

1.2.2 中医诊断标准:根据《中华中医药学会中医耳鼻咽喉科常见病诊疗指南》慢喉痹的诊断标准和高等中医药院校教材《中医耳鼻喉科学》(沈晓明·全国中医药行业高等教育十二五规划教材)制定。

1.3 治疗方法

对照组:给予诊疗指南中慢性咽炎的常规西药西吡氯铵含片(黄氏制药股份有限公司,批号:国药准字 JX20040164, 2mg/次 3 次/日,含化);甘桔冰梅片(重庆华森制药股份有限公司,批号:国字准号 Z20026258, 0.4g/次 3 次/日,口服);10 天为一个疗程。

观察组:在对照组治疗的基础上,给予中药代茶饮加减,底方为养阴清肺汤加减,选自《重楼玉钥》:生地 12g,玄参 12g,麦冬 8g,牡丹皮 9g,薄荷 6g,白芍 10g,生甘草 3g,桔梗 8g,玉竹 10g,蜀葵子 6g,用开水泡服,待稍温后,代茶饮,日服数次,10 天为一疗程。

观察随访三个疗程(30 天),比较两组慢性咽炎的临床疗效。

1.4 临床疗效评定标准

慢性咽炎疗效评定标准参照《中华人民共和国中医药行业标准中医病证诊断疗效标准》和《中药新药临床研究指导原则》制定:

疗效指数 $N = [(治疗前积分 - 治疗后积分) \div 治疗前积分] \times 100\%$

痊愈:治疗后症状恢复正常,体征基本消失,病症诊断积分疗效指数 $N \geq 90\%$;

显效:治疗后症状接近正常,体征大部分消失,病症诊断积分疗效指数 $66.67\% \leq N < 90\%$;

有效:治疗后症状体征较前减轻,病症诊断积分疗效指数 $33.33\% \leq N < 66.67\%$;

无效:治疗前后症状体征无明显改变,病症诊断积分疗效指数 $N < 33.33\%$ 。

1.5 统计学处理

临床研究结束后,所有资料汇总并输入计算机,建立数据库,进行数据管理,在研究结束后通过计算 POWER 来验证是否存在样本含量不足而造成的假阴性结果。对实验结果采用 SPSS 18.0 统计软件进行分析。计量资料符合正态分布的,描述其均值、标准差,以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示;不符合正态分布的,兼以描述其最大值、最小值、中位数、四分位间距;计数资料用频数表、构成比进行描述。多组计量资料间差异用方差分析和 q 检验;两组计量资料用 t 检验;两组或多组计数资料用 χ^2 检验;两组以上的组间比较用 F 检验,或秩和检验的 H 检验;相关性分析采用 Pearson 法进行数据间的相关性检验。等级资料用 Ridit 分析,样本量小时采用秩和检验。检验水准 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 作为有显著性统计学意义, $P < 0.01$ 作为有高度显著性统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料分析

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

表 1 两组患者在性别、年龄、治疗前各类评分比较

组别	性别 (男/女)	年龄 (岁)	治疗前病情 轻重比较	治疗前症状 体征积分比较
----	-------------	-----------	---------------	-----------------

观察组	17/13	39.6 ± 15.2	6.06 ± 1.00	14.00 ± 4.58
对照组	18/12	38.1 ± 17.9	5.92 ± 1.23	14.90 ± 4.99

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

2.2 症状比较

如表 2 所示，两组治疗前异物感、咽痒、咽部黏膜慢性充血、咽部淋巴滤泡增生等症状的积分两两比较， $P > 0.05$ ，二组患者治疗 10 天后上述症状的差异无统计学意义；3 个月、6 个月后症状积分前后比较 $P < 0.05$ ，差异有统计学意义；治疗组症状改善时间明显短于对照组患者，两组比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 两组治疗前、治疗后的 10 天、3 月、6 月症状评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	咽异感症	咽痒	咽部黏膜慢性充血	咽部淋巴滤泡增生
观察组	治疗前	1.36 ± 0.55	1.06 ± 0.63	1.73 ± 1.52	1.40 ± 0.96
	治疗后 10 天	0.70 ± 0.55	0.70 ± 0.82 ¹	0.96 ± 0.66 [#]	1.43 ± 0.72
	治疗后 3 月	0.46 ± 0.50 ^{1,2,#}	0.60 ± 0.46 ^{1,2,*}	0.563 ± 0.50 ^{1,2,#}	1.00 ± 0.90 ^{1,2,#}
	治疗后 6 月	0.20 ± 0.48 ^{1,2,#}	0.39 ± 0.96 ^{1,2,*}	0.60 ± 0.56 ^{1,2,#}	0.60 ± 0.59 ^{1,2,#}
对照组	治疗前	1.23 ± 1.00	1.23 ± 0.43	1.46 ± 1.33	1.30 ± 0.91
	治疗后 10 天	0.70 ± 0.70	0.60 ± 0.56	0.70 ± 0.73 [#]	1.30 ± 0.91
	治疗后 3 月	0.36 ± 0.55 ^{1,2,#}	0.36 ± 0.55 ^{1,2,*}	0.35 ± 0.57 ^{1,2,#}	0.83 ± 0.74 ^{1,2,#}
	治疗后 6 月	0.10 ± 0.30 ^{1,2,#}	0.10 ± 0.30 ^{1,2,*}	1.39 ± 0.40 ^{1,2,#}	0.10 ± 0.30 ^{1,2,#}

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

2.3 治疗后疾病复发率比较

如表 3 所示，在治疗结束后的 3 个月内及 6 个月内其病情的复发率均低于对照组患者 ($P < 0.05$)，具有统计学意义。

表 3 两组患者治疗后 3 月、治后 6 月复发率比较

组别	治后 3 月	治后 6 月	P 值
观察组	4	2	0.002
对照组	2	0	0.01

注： $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2.3 患者依从性比较

如表 4 所示，对患者进行服药依从性调查发现，观察组患者服药依从性调查量表各维度得分、总分均高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 4 两组患者依从性比较

组别	依从人数	P 值
观察组	30	0.001
对照组	21	0.01

注： $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

3 讨论

慢性咽炎病理改变为咽部黏膜，黏膜下及淋巴组织的慢性炎症，常为上呼吸道慢性炎症的一部分，病程较长，复发率高，以咽部干燥、干痒、咳嗽、灼热、微痛、异物感、黏痰感等咽部不适为主要临床表现，检查可见咽部黏膜慢性充血，咽后壁淋巴滤泡增生，或咽侧索肥厚，或咽部黏膜干燥萎缩。慢性咽炎相当于中医学“喉痹”范畴，古今医家对慢性咽炎的病因病机多有论述，对本病病因病机的认识多着眼于肺、肾二脏的虚损。认为肺、肾阴虚，相火无制，虚火上炎，熏蒸咽喉，咽喉失于濡养而发病。如明·张景岳《景岳全书》言：“一阴肝与心也，一阳胆与三焦，肝胆属木，心主三焦属火，四经皆从热化，其脉并络于喉，热邪内结，故为喉痹”；清·沈金鳌《杂病源流犀烛》曰：“喉痹者，痹者，闭也，必肿甚，咽喉闭塞，为天气不通，乃风痰郁火，热毒相攻之证”^[7-8]；新疆地处祖国西北边陲，其地理环境干燥，加之当地嗜食辛辣炙烤之品，故在证型上多以阴虚为主，气虚、阳虚相对少见，以虚为本，邪实为标，或在虚证基础上兼挟“痰凝”或“瘀血”而表现为虚中夹实。相关文献资料及古代医家对喉痹的病因病机分析中，多突出了火与风的病因和证候，而较少提及燥邪与燥证，惟独清初名医喻嘉言独具卓识，将燥邪病因的地位提高至与风、寒、暑、湿、火同等重要的地位。不过临床医家结合自己经验对慢性咽炎病机的认识又各有侧重，

其临床辨证治法也不尽相同：有从肺阴虚、肾阴虚着手的，也有从肝肾亏损、脾肾虚损考虑的。总之，目前各医家对慢性咽炎的病因病机的认识未趋一致，而且临床疗效的判定亦没有统一标准，有关中医药治疗慢性咽炎也主要局限于一方一药的临床报道和一些文献的综述，尚缺乏对中医药防治慢性咽炎的证治规律和疗效机理的深入研究及广泛的慢性咽炎流行病学调查^[9]。针对西北地区研究中，周铭心等在 2004 年西北燥证流行病学调查时已经发现西北地区慢性咽炎病人受燥邪影响明显，其外燥证表现尤为突出^[10-11]。认为燥邪对慢性咽炎的发病起到关键性作用，新疆因地理环境因素临床所见以阴虚为多，加之西北燥邪的长期侵袭，故而出现阴虚燥热证为主的慢喉痹患者。在新疆对疾病治疗过程中发现，蜀葵子作为一个传统的维吾尔药用植物在新疆有多种用途^[12]，具有清热止咳、消炎止痛、消肿生津、清肠除痰、利尿排石等功效，以蜀葵子为主要成分的维药复方制剂有“降热比那甫西糖浆”、“复方木尼孜其颗粒”、“解毒苏甫皮赛尔尼塔尼胶囊”等，在临床疗效中显效明显^[13-15]。相关文献研究表明，蜀葵子其主要化学成分为亚油酸、油酸和棕榈酸，其药理研究表明，蜀葵子有镇痛抗炎、抑菌、抗血栓形成、抗氧化及抗抑郁等功效^[16]；综上所述，本研究在治疗上自拟代茶饮方加以维药蜀葵子探讨新疆慢喉痹的中医治疗临床疗效。本方中重用生地甘寒入肾，养阴清热，为君药；玄参养阴生津、泻火解毒，麦冬、玉竹养阴清肺，共为臣药；佐以丹皮清热凉血消肿，白芍益阴养血，贝母润肺化痰、清热散结；少量薄荷辛凉而散、疏表利咽，生甘草泻火解毒，调和诸药，以为使；桔梗引诸药上行达病位，为佐使，加用蜀葵子清热解毒、凉血滋阴，合而成方，具有养阴清肺，解毒利咽之功。在本临床研究中患者症状及体征改善明显，疗效确切，为中药及维药在慢喉痹的治疗上提供了一定临床依据。

参考文献

[1] 马群. 慢性咽炎的中医体质分布及局部症状体征的临床研究 [D]. 2019.

[2] 陈其冰, 王燕, 李芬, 等. 慢性咽炎病因和发病机制研究进展 [J]. 听力学及言语疾病杂志, 2019, 027(002): 224-228.

[3] 黄波贞. 经方在慢性咳嗽治疗中的应用进展 [J]. 湖南中医杂志, 2019(6): 156-158.

[4] 查雄. 咽异感症 100 例病因与治疗分析 [J]. 中国继续医学教育, 2018, 10(30): 129-131.

[5] 吴瑞, 王竹风, 魏军平. 浅谈慢性咽炎的中医治疗 [J]. 中医药信息, 2018.

[6] 刘婷婷. 庆大霉素雾化吸入在慢性咽炎治疗中的作用分析 [J]. 中国现代药物应用, 2019, 013(002): 108-109.

[7] 吴谦. 医宗金鉴 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 920.

[8] 沈金鳌. 杂病源流犀烛 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 770.

[9] 黄兰嫻. 台湾地区慢性咽炎流行病学调查暨中药临床疗效评估 [D]. 广州中医药大学, 2006.

[10] 周铭心. 西北燥证研究概述 [J]. 上海中医药杂志, 2005, 39(11): 43-46.

[11] 周铭心, 宋晓平, 单丽娟, 等. 西北燥证证候类型分析 [J]. 新疆医科大学学报, 2007, 30(1): 1-6.

[12] 金钟学. 一种黄蜀葵子利水代茶及其制备方法: 中国 [P]. 1993-04-14.

[13] 韩冬雪, 甄希成. 复方木尼孜其颗粒联合班赛凝胶治疗寻常痤疮疗效观察 [J]. 中医临床研究, 2012, 04(010): 108-109.

[14] 邹汉金. 祖卡木颗粒治疗小儿急性上呼吸道感染的临床研究 [J]. 北方药学, 2020, 017(002): 70-71.

[15] 贺金华, 薛桂蓬, 康雨彤, 等. 热感赛比斯坦颗粒定性定量方法研究 [J]. 药物分析杂志, 2015(1): 139-145.

[16] 刘枫. 维药蜀葵子质量标准研究 [D]. 2015.

中医灼烙技术治疗慢性扁桃体炎相关机理的研究进展

杨焯¹ 孙永东¹

【摘要】灼烙技术最初为火烙法，作为极具中医特色的外治法，其运用于五官疾病的治疗，可追溯到一千多年前唐代孙思邈运用火烙法治疗乳蛾病。依据现代医学的需要、经历多位大家调整改进为如今的灼烙技术，其运用于治疗慢性扁桃体炎经过大量的临床实践证明有确切的疗效，但机理未完全明确，大量研究表明与后天获得性免疫、增加隐窝上皮屏障功能、生成细菌生物膜、改变变态反应等有关。

【关键词】灼烙技术；慢性扁桃体炎；机理

中医灼烙技术治疗慢性扁桃体炎的相关机理虽未完全明确，但大量的研究表明，与以下几个方面有关。

1 后天获得性免疫

扁桃体是一个免疫器官，其内的生发中心，有不同功能期的淋巴细胞，当遭受抗原刺激后，即产生浆母细胞（T、B 细胞）、抗体（免疫球蛋白 Ig）及记忆细胞，起到局部及全身的免疫作用。扁桃体还具有捕获微生物信息、产生信使淋巴细胞的作用，将免疫信息传递给各淋巴器官，以动员全身的防御功能，这些抗体的产生，信息的传递，通常受 CD4⁺ 和 CD8⁺ 的共同调节。由于慢性扁桃体炎患者的 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 低于正常水平，扁桃体局部及全身免疫应答受抑制，免疫调节障碍，最终导致免疫失常，使扁桃体局部抵抗疾病能力下降，这可能是导致慢性扁桃体炎反复发作的一个重要因素。

陈隆晖最初进行了治疗前后 T 细胞亚群检测研究，证明灼烙法能提高局部和全身免疫功能。陈隆晖等采用灼烙法治疗慢性扁桃体炎 90 例，治疗前及随访结束时分别检测患者 T 细胞亚群，结果表明：CD4⁺ 较治疗前升高；CD8⁺ 较治疗前降

低；CD4⁺/CD8⁺ 比值升高，提示了扁桃体经过灼烙治疗后，机体的 T 细胞功能得到了一定的恢复^[1]。还进行红细胞免疫复合物检测探索性研究，对 90 例病员进行了治疗前后外周血红细胞 C3b 受体花环和红细胞 IC 免疫复合物花环检测。C3b 分别为 14.86 ± 6.39 %、13.44 ± 3.35 %；IC 分别为 5.21 ± 3.47 %、4.98 ± 2.63 %，两者有显著性差异 P < 0.05。结论：经灼烙方法治疗后，患者的红细胞免疫复合标志物水平明显升高，临床治愈有效率达 97.78%，证明灼烙法能提高全身免疫功能。

冷辉等研究表明烙治后血清 IgM 浓度较烙治前明显升高，且接近正常人水平，这可能是因为烙法治疗慢性扁桃体炎可以改变扁桃体局部组织形态，使坏死的组织、坏死的病原体作为抗原物质刺激机体产生免疫应答，合成免疫球蛋白增加，同时“热”作用于生物组织，其作用可产生一些生物效应物质，可促进更多的免疫球蛋白形成^[2]。进一步研究表明，慢性扁桃体炎烙治前后，扁桃体组织内均以 T 淋巴细胞为主，说明烙法后扁桃体的免疫功能仍然存在，仍然可以发挥免疫功能，为中医烙法治疗慢性扁桃体炎可保留免疫功能提供了形态学依据^[3]。还研究中医烙法对血清免疫球蛋白的影响，

1 西南医科大学附属中医医院，四川 泸州，646000

烙后血清 IgG、IgA、IgM 浓度较烙前明显升高,且接近正常人水平,这可能是因为烙法治疗慢性扁桃体炎可以改变扁桃体局部组织形态,使坏死的组织、坏死的病原体作为抗原物质刺激机体产生免疫应答,合成免疫球蛋白增加,同时“热”作用于生物组织,其作用可产生一些生物效应物质,可促进更多的免疫球蛋白形成。检测结果说明中医烙法治疗慢性扁桃体炎,可在短期内改善患者的免疫应答能力。补体 C3 是血清中含量最高的补体的成分,有助于抗原与抗体形成细胞密切接触,在体液免疫反应的诱导中起一定作用。补体 C3 缺乏意味着机体抗感染调理作用削弱,可产生严重的化脓性感染。施烙组治疗前后补体 C3 浓度相比较无显著性差异^[4]。

李莉莉^[5]通过对慢性扁桃体炎患者扁桃组织的病理学研究证实,灼烙技术治疗后扁桃体组织的巨噬细胞、淋巴滤泡及生发中心面积均有下降与减少,从而提示灼烙技术治疗的免疫调节的机制作用。孙兴俊^[6]等人通过对慢性扁桃体炎患者灼烙技术治疗患者扁桃体中 β 防御素的研究表明该治疗方式可以提高患者扁桃体组织中 hBD-2 的表达水平从而达到治疗慢性扁桃体炎的作用。

李媛^[7]等研究表明施烙前治疗组血清 IgM 含量明显低于对照组,施烙后 1 个月血清 IgM 浓度较施烙前明显升高,已接近对照组水平。这是由于中医烙法治疗慢性扁桃体炎可以改变扁桃体形态,施烙后的坏死组可刺激机体产生免疫应答,其温热作用可产生生物效应物质,进而促进免疫球蛋白的形成。T 淋巴细胞作为机体免疫系统实现细胞免疫和细胞调节的重要成分,可以较好的反应外周血 T 淋巴细胞亚群的免疫状态。CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ 和 CD4⁺/CD8⁺ 是评估机体免疫状态的可靠指标。施烙后治疗组血清 CD4⁺ 含量较施

烙前升高,CD8⁺ 含量较施烙前下降,CD4⁺/CD8⁺ 值较施烙前提升^[7]。

杜楠等表明扁桃体本身也是一个免疫器官,其内有较大的生发中心及不同功能期的淋巴细胞,即可以产生浆母细胞(T 细胞、B 细胞)、抗体(免疫球蛋白)及记忆细胞,起到局部及全身的免疫作用。其研究证明灼烙治疗可多次、反复地刺激扁桃体的生发中心,从而激发人体免疫功能,提高免疫力,减少感染的发生^[8]。

中医烙法对慢性扁桃体炎具有抗炎作用,可提高患者免疫球蛋白表达水平,从而提高机体免疫能力。

2 增加隐窝上皮屏障功能

扁桃体为二级淋巴器官,属于粘膜相关淋巴组织,有滤泡旁区,滤泡区,生发中心。扁桃体的结构主要特点是具有复杂而特殊的隐窝管道网络系统,不仅有分支,而且分支间广泛吻合,成人隐窝的表面积平均达 295cm²。隐窝的特殊结构决定了扁桃体的功能主要是滞留过路的抗原,供免疫系统处置,因此隐窝上皮结构是扁桃体行使免疫功能的重要组织保障。隐窝上皮呈海绵样结构,主要有网状上皮细胞 (reticulated epithelium) 及下面的基底膜构成,基底膜与上皮细胞之间的网孔内有非上皮细胞 (infiltrating nonepithelial cells) 分布,如淋巴细胞、浆细胞、巨噬细胞等,淋巴细胞和上皮细胞之间相互依存,称为淋巴上皮共生 (the lymphoepithelial symbiosis), 构成了扁桃体组织与外界的保护屏障。特别是网状上皮细胞,为上皮层内的免疫效应细胞提供了理想的微环境,对抗原的转运呈递和粘膜免疫具有重要意义^[9]。有三种特化上皮细胞即: (1) 表面有微绒毛, (2) 表面有纤毛, (3) 胞质内有许多分泌颗粒,统称为 M 细胞。覆盖于类 III 型微隐窝开口处。其结构与

肠道 M 细胞相似,其数量随扁桃体炎的反复发作而减少。形态表明微隐窝是浸润细胞和外来抗原的出入口。M 细胞与抗原的摄取及传递有关。光镜免疫金银法观察证明,上皮浸润细胞中多数为 OKT8⁺ 细胞,其中 OKT4⁺ 者只占多数而 OKT8⁺ 细胞较少,这些细胞是隐窝上发参与免疫应答的结构基础。

吴华英等^[11]观察灼烙技术治疗慢性扁桃体炎患者前后扁桃体隐窝上皮结构中细胞的数量及 CK4、CK13 的表达水平的变化,对灼烙法与隐窝上皮屏障功能的相关性进行分析,发现:1.慢性扁桃体炎患者灼烙法治疗前扁桃体组织中 CK4、CK13 的数目明显高于健康人,提示该类患者扁桃体存在局部免疫功能异常。2.慢性扁桃体炎患者灼烙法治疗前隐窝上皮结构中细胞的出现率低于对照组,可能提示扁桃体隐窝上皮屏障功能下降。3.灼烙法治疗后,发现患者 CK4、CK13 的数目明显减少及扁桃体隐窝上皮中细胞出现率较治疗前明显增多,提示该法可能有改善和提高隐窝上皮屏障功能和扁桃体免疫功能作用,与隐窝上皮屏障功能的恢复具有相关性。

扁桃体的网状上皮的屏障功能,是扁桃体发挥正常免疫机能的重要结构,或者叫“关卡点”,所以任何治愈慢性扁桃体炎的保守措施,从组织学上首先必须恢复隐窝上皮的屏障结构。灼烙法能完全治愈慢性扁桃体炎,那么灼烙法的热效应使扁桃体的组织结构如特化上皮细胞(M 细胞)、网状上皮细胞、非上皮细胞等发生重构,重建了隐窝上皮的部分或全部屏障功能,从而达到治愈慢性扁桃体炎的目的。

3 生成细菌生物膜

慢性扁桃体炎多由急性扁桃体炎反复发作,或隐窝引流不畅导致隐窝内细菌(如以类杆菌为主

的厌氧菌,以金黄色葡萄球菌为主的需氧菌等)、病毒(如 EB 病毒、腺病毒、柯萨奇病毒等)或酵母样真菌感染所致。有研究表明,多数慢性扁桃体炎患者的扁桃体表面附着一层“细菌生物膜”,这种生物膜是由细菌附着于机体表面产生多种多糖基质、蛋白等复合物相互聚集,使多种细菌黏附成微菌集落所致的膜样物。很多细菌能够形成这样的生物膜。生物膜中的酸性代谢产物能够对抗生素发挥拮抗作用;生物膜产生的多糖等具有抵御抗生素的作用;生物膜内的细菌较浮游细菌能产生基因表型的改变,将细菌的耐药性提高至 1000 倍以上^[12]。以上各种原因导致患者耐药性提高,以致于慢性炎症迁延不愈。故通过中医烙法的“热”效应灼烧慢性扁桃体炎患者扁桃体表面形成的这一层“细菌生物膜”,使这层膜坏死、脱落,达到了既能去掉感染灶、控制慢性炎症,又能保留患者扁桃体、不影响患者自身的免疫功能的目的。

4 改善变态反应

随着免疫学的发展,有研究表明,变态反应与慢性扁桃体炎亦存在密切关联^[13]。扁桃体是一个能够诱导局部免疫应答和全身免疫应答的器官。由于扁桃体在口咽中的特定位置及永久性抗原刺激作用,扁桃体炎往往迁延为慢性炎症。杨珍^[14]通过免疫组织化学方法证实,IL-4 和 IL-5 在慢性扁桃体炎中高表达,而 IL-4 通过一系列信号转导途径启动 Th2 病理免疫反应,导致扁桃体变态反应的发生;IL-5 能够刺激 B 细胞增殖分化和嗜酸粒细胞的产生,促进免疫球蛋白 E 的合成,进而影响慢性扁桃炎变态反应的发生。周昌莉等^[15]采用免疫荧光技术检测出 CTLA-4 在慢性扁桃体炎患者的扁桃体组织活化 T 细胞中高表达。以 B7-CD₂₈/CTLA-4 为主的共刺激通路是 T 细胞活化

增殖的必要条件,这两种存在于 T 细胞表面的跨膜蛋白对 T 细胞的免疫应答具有正负调节作用, CD₂₈ 促进免疫反应的发生,而 CTLA-4 通过下调免疫反应而抑制 T 细胞的活化、增殖,促进发生免疫耐受,从而诱导和建立免疫抑制。CTLA-4 在慢性扁桃体炎患者组织中高表达,表明在患者炎症的缓解期存在免疫抑制机制,同时证实了慢性扁桃体炎反复发炎的原因。

孙永东等认为血清中 TLR2、TLR4、IL-4、IL-5、IL-10、NF-κB、INF-γ、TGF-β 均参与了慢性扁桃体炎患者疾病的发生与发展,灼烙技术对慢性扁桃体炎的治疗作用与干预上述免疫因子的表达关系密切,中医灼烙技术治疗慢性扁桃体炎的机制与 TLR-NF-κB 信号通路及该通路的关键细胞因子关系密切,且可能主要通过 TLR2 介导的 TLR-NF-κB 信号通路为主。

曲汝鹏等认为中医烙法的作用机制为抑制细胞因子表达实现消除慢性炎症,提高患者的免疫力。慢性扁桃体炎发生时,扁桃体组织局部 IL-4、IL-5、IL-10、INF-γ、TGF-β 等细胞因子的高表达状态是导致其局部炎症反应发生的关键因素,介导了局部炎症反应的发生;中医烙法可能是由于“热”刺激改变扁桃体局部微环境,抑制扁桃体局部组织中 IL-4、IL-5、IL-10、INF-γ、TGF-β 的合成与分泌^[16]。曲汝鹏等还研究表明在中医烙法干预治疗后,烙后组扁桃体所有的组织 TLR1、TLR2、TLR6、MyD88; IRAK、NF-κB 表达蛋白表达及 TLR1-TLR2 双阳、TLR2-TLR6 双阳计数显著下调,提示中医烙法对 TLR2-MyD88 上游信号通路和 IRAK-NF-κB 下游信号通路均有明显的抑制作用,通过抑制上、下游整条信号通路表达,达到对 NF-κB 的表达和活化的抑制作用。进而抑制如 IL-4、IL-5、IL-

10 及 INF-γ、TGF-β 等细胞因子的释放,达到消除扁桃体炎症发作的目的。因此,我们可知中医烙法对 TLR2-MyD88-NF-κB 各节点蛋白因子均有一定的抑制作用,通过抑制上、下游整条信号通路表达,抑制细胞因子的释放,达到消除扁桃体炎症发作的目的^[17]。

5 其他

急性时相反应蛋白 (APRPs) 是机体对各种急性炎症、创伤、心肌梗塞等刺激以及肿瘤坏死、活动性胶原疾病所引起的血液中多种浓度升高或下降的蛋白。孙海波等研究表明慢性扁桃体炎患者血清 α1-AGP、α1-AT 浓度显著高于正常人水平,而 Tf 浓度却明显降低,说明患者扁桃体确实存在不同程度的慢性炎症。对慢性扁桃体炎患者烙治前后急性时相反应蛋白 (APRPs) 进行检测,结果显示烙治后 α1-酸性糖蛋白 (α1-AGP)、α1-抗胰蛋白酶 (α1-AT) 均明显降低,转铁蛋白 (Tf) 明显升高。表明中医烙法治疗慢性扁桃体炎有消除扁桃体炎症的效果^[18]。

综上所述,中医灼烙技术治疗慢性扁桃体炎的机理主要集中在提高局部或全身的免疫功能,除此之外,还包括增加隐窝上皮屏障功能、生成细菌生物膜、改善变态反应等等。未来还需要更多的研究来进一步明确和证实灼烙技术治疗慢性扁桃体炎的机理,以更好地为临床治疗疾病服务。

参考文献

- [1] 陈隆晖,程涛,姜玉良,等.改进灼烙法对慢性扁桃体炎临床及免疫功能的研究[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2004(01):22-24.
- [2] 冷辉.中医烙法治疗慢性扁桃体炎的实验研究[D].辽宁中医学院,2004.
- [3] 冷辉,孙海波,等.中医烙法治疗慢性

扁桃体炎形态学研究[J]. 中医耳鼻喉科学研究, 2006(04):21-22.

[4] 冷辉, 孙海波, 吕洪, 等. 中医烙法治疗慢性扁桃体炎临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2008(09):1346-1349.

[5] 李莉莉. 灼烧技术治疗慢性扁桃体炎前后扁桃体 HE 染色病理结构变化和巨噬细胞数量的研究[D]. 泸州医学院, 2010.

[6] 孙兴俊, 陈新年, 李娟, 等. 慢性扁桃体炎中人 β -防御素-3 的表达及意义[J]. 兰州大学学报(医学版), 2013(02):7-10.

[7] 李媛, 孙海波, 石磊, 等. 中医烙法对慢性扁桃体炎患儿免疫球蛋白影响的临床研究[J]. 中国医学文摘(耳鼻喉科学), 2017, 32(05):246-248.

[8] 杜楠, 李秀锋, 高亚楠. 灼烙法与保守法治疗扁桃体结石的疗效对比[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2019, (09):511-512.

[9] 王智楠, 徐忠强, 王淑芬, 等. 慢性扁桃体炎患儿扁桃体抗隐窝上皮角蛋白的免疫组化观察, 辽宁中医杂志 2008, 35(9)1346.

[10] 吴华英. 探讨灼烙法在治疗慢性扁桃体炎中对扁桃体 M 细胞及 CK4、CK13 的影响[D]. 泸州医学院, 2010.

[11] Kania R E, Lamers GE, Vonk MJ, et al. Demonstration of bacterial cells and glycocalyx in biofilms on human tonsils[J]. Arch Oto-laryngol Head Neck Surg, 2007, 133(2):115-121.

[12] 高玮, 刘鸣. 慢性扁桃体炎的病因及治疗研究进展[J]. 医学综述, 2017, 23(22):4518-4521+4526.

[13] 杨珍. 扁桃体组织中 IL-4 与 IL-5 的表达和意义[J]. 内蒙古医学杂志, 2011, 43(04):398-400.

[14] 周昌莉, 刘业海, 笪红婷, 等. CTLA-4 在慢性扁桃体炎发病机制中的作用[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017, 31(13):977-980.

[15] 曲汝鹏, 冷辉, 孙海波. 中医烙法对慢性扁桃体炎扁桃体组织中细胞因子表达影响的实验研究[J].

[16] 曲汝鹏. 中医烙法对慢性扁桃体炎组织中细胞因子及 TLRs-NF- κ B 信号通路影响机制研究[D]. 辽宁中医药大学, 2018.

[17] 孙海波, 冷辉, 吕洪, 等. 中医烙法治疗慢性扁桃体炎急性时相反应蛋白的实验研究[J]. 中医耳鼻喉科学研究, 2012, 11(01):13-16.

咽喉清口服液（颗粒）临床应用专家共识

中华中医药学会耳鼻喉科分会

急性咽炎（Acute Pharyngitis）是咽黏膜、黏膜下组织及其淋巴组织的急性炎症，为上呼吸道感染（Upper Respiratory Tract Infection）的一部分^[1]，在中医学里属于急喉痹范畴。2006 年美国全国医院门诊医疗护理调查报告显示：2006 年约有 1500 万名患者因急性咽炎就诊，约占门诊病人的 1.3%^[2]。我国的一项关于急性咽炎、急性扁桃体炎的流行病学调查显示：1998 年、1999 年两年夏季的发病率分别为 17.6%、13.2%；A 组 β 溶血性链球菌的检出率分别为 82.5%、85.3%^[3]。急性扁桃体炎（Acute Tonsillitis）为腭扁桃体的急性非特异性炎症，是常见的咽部感染疾病，多继发于上呼吸道感染^[4]。一份广州市 2008 ~ 2014 年 8 家医院共 48886 例急性上呼吸道感染（Acute Respiratory Tract Infection）住院病例的流行病学调查报告提示：急性扁桃炎的病例数占急性呼吸道感染的 5%^[5]。链球菌感染与急性咽炎/扁桃体炎密切相关，美国密歇根州立大学的一项调查显示：A 组链球菌（化脓性链球菌）诱发 5 ~ 15% 的成人急性咽炎和 20 ~ 30% 的儿童急性咽炎病例^[6]。据哈佛大学医学院统计，2005 年 10 月至 2006 年 1 月美国“儿童链球菌性咽炎”的花销在 2.24 亿至 5.39 亿美元之间^[7]。急性咽炎/扁桃体炎作为常见的上呼吸道感染，给社会带来了不可忽视的经济负担。

现阶段药物治疗仍是治疗急性咽炎/扁桃体的主要手段，西医临床常用药物有解热镇痛类、抗生素类、漱口水、含片、喷剂等^[8]。其中抗生素的使用十分普遍，在美国仅 2009 年抗生素的处方费用就达到了 107 亿美元^[9]，但是在门诊的抗生素处方中约有 50% 是不必要的或是不合时宜的^[10]。相比较而言，中医药有着疗效好、毒副作用少的特点，及不易产生耐药性且能调节机体免疫

力的优势，逐渐在急性咽炎/扁桃体炎的防治过程中起到补充或替代抗生素的作用^{[11][12]}。

咽喉清口服液（颗粒）源自湖南省一位老中医验方^[13]，遵循“病证结合”的原则，发挥“异病同治”的优势，具有组方精简、使用方便、疗效突出等特点，临床运用于肺胃实热型急性咽炎/扁桃体炎的治疗。自上市以来，咽喉清口服液（颗粒）也进行了一系列临床及基础研究，但仍缺乏对该药研究的归纳、总结，亦缺少规范的指导性意见供一线医生参考。基于以上分析，由中华中医药学会立项，中华中医药学会耳鼻喉科分会、广州中医药大学第一附属医院耳鼻咽喉科牵头，系统梳理自上市以来的各项研究成果，采用国际临床医学专家共识研制方法，基于现有最佳证据，结合专家经验，形成推荐意见/共识建议。本共识旨在规范咽喉清口服液（颗粒）的临床应用，提高临床疗效，提高临床用药安全性，更好服务于临床一线医生。

1 共识编制方法及过程

1.1 问卷调查及确定临床问题

为确定临床问题清单，共识项目组在充分考虑临床证据及专家经验的基础上，共开展两轮问卷调查。第一轮调查医生为 115 名，第二轮调查医生 107 名，通过线上（问卷星）及纸质问卷相结合的形式调查临床医生，累计 222 人次；科室分布主要为耳鼻咽喉科，其次为儿科，少部分为全科、内科等；医生类别主要是西医或中西医结合医生，少部分是中医生；医生级别全部为主治医师以上，副主任医师以上级别占 55%。筛选出临床医生关注的咽喉清口服液（颗粒）相关临床问题 18 个。根据名义组法^[14]，基于 PICO

（participants, interventions, comparisons, outcomes,

基于循证医学理论的一种将信息格式化的检索方式)原则(人群目标、干预措施、对照措施、结局指标)^[15], 21 名耳鼻喉、中药学及方法学专

家对备选临床问题进行充分讨论并投票。最终甄选出 12 个咽喉清口服液(颗粒)临床使用中急需解决的优选问题, 详见表 1。

表 1: 咽喉清口服液(颗粒)临床应用专家共识临床问题清单

问题	专家投票 同意比例	投票 轮数
1 咽喉清口服液(颗粒)治疗急性扁桃体炎最主要的疗效点是什么?(抗病毒、抑菌、缓解咽痛症状、缩短咽痛时间、缓解咽部症状(干燥感灼热感异物感)、缓解口干症状、缓解咳嗽症状、缓解便秘症状、退热)	100%	1
2 咽喉清口服液(颗粒)治疗急性咽炎最主要的疗效点是什么?(抗病毒、抑菌、缓解咽痛症状、缩短咽痛时间、缓解咽部症状(干燥感灼热感异物感)、缓解口干症状、缓解咳嗽症状、缓解便秘症状、退热)	100%	1
3 咽喉清口服液(颗粒)对于儿童患者的用药是否有特殊的用法、用量、疗程和禁忌症?	86%	1
4 咽喉清口服液(颗粒)治疗急性扁桃体炎能否减少西药的使用?(解热镇痛药、抗生素、抗病毒药物、激素)	95%	1
5 咽喉清口服液(颗粒)治疗急性扁桃体炎能否减少西药的使用?(解热镇痛药、抗生素、抗病毒药物、激素)	95%	1
6 咽喉清口服液(颗粒)治疗急性扁桃体炎是否需要与西药联用?指征是什么?	100%	1
7 咽喉清口服液(颗粒)与哪种药物合用可增加其不良反应风险?	81%	1
8 咽喉清口服液(颗粒)治疗急性咽炎是否需要与西药联用?指征是什么?	81%	1
9 咽喉清口服液(颗粒)临床应用时有何其他的用药禁忌?	76%	1
10 咽喉清口服液(颗粒)更适合治疗急性扁桃体炎哪个类型?	71%	1
11 哪一类人群不适合使用咽喉清口服液(颗粒)?	71%	1
12 咽喉清口服液(颗粒)治疗急性扁桃体炎是否需要与中成药联用?指征是什么?	71%	1

1.2 证据检索与综合

基于 PICO 临床问题, 对中英文数据库中关于咽喉清口服液(颗粒)疗效及安全性的相关研究进行检索。

中文主题词: 咽喉清口服液; 咽喉清颗粒; 英文主题词: Houyangqing Oral solution, Houyangqing granule; 检索范围: 生物医学文献(SinoMed)、万方数据库(CSPD)、中国知网(CNKI)、维普数据库(VIP)、Embase、PubMed、Cochrane 等数据库。检索时间: 2019 年 5 月 8 日。

纳入标准:

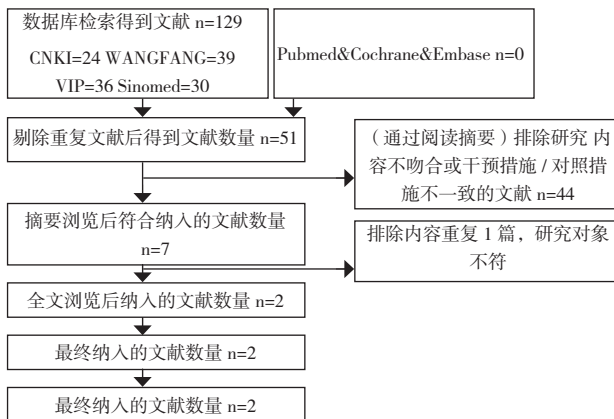
研究设计类型: 临床研究, 不限研究设计类型。
研究对象: 急性咽炎/急性扁桃体炎。对病情、

性别、年龄不做限定。干预措施: 咽喉清颗粒/咽喉清口服液单用或联合抗生素、抗病毒治疗和常规对症处理。对照措施: 抗生素、抗病毒治疗和常规对症处理。结局指标: 抗病毒、抑菌作用; 症状改善(如缓解咽痛症状、缩短咽痛时间、缓解咽部症状、缓解口干症状、缓解咳嗽症状、缓解便秘症状、退热等); 有效率。

排除标准: 无法提取数据的文献; 重复文献, 提取年份最早的一篇; 治疗措施或结局指标描述不明的文献; 无法获取全文的文献。

检索结果: 共检索文献 129 篇, 将其导入文献管理软件 Endnote 8, 排除重复文献 78 篇, 阅读题目及摘要后排除 44 篇, 阅读全文后排除 5 篇,

最后纳入 2 篇 RCT，其中喉咽清口服液 2 篇，喉咽清颗粒 0 篇，对纳入文献进行资料提取。具体过程详见流程图。



1.3 证据评价及形成共识

本共识推荐意见 / 共识建议的形成考虑以下几个方面：证据质量、临床疗效、经济性、安全性、不良反应。对于有证据支持的条目，根据 GRADE (Grades of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)^[15] 方法，进行网格计票，形成最终的推荐意见；对于无证据支持的条目，根据名义组法^[14]，依据多数投票规则，以超过 50% 投票形成最终的共识建议。

2 推荐意见 / 共识建议概要表

《喉咽清口服液（颗粒）临床应用专家共识》达成以下推荐意见 / 共识建议概要表，详见表 2

表 2：喉咽清口服液（颗粒）临床应用专家共识达成的共识推荐意见 / 共识建议概要表

序号	共识条目	证据等级	推荐意见 / 共识建议
1	喉咽清口服液（颗粒）具有抑菌、抗病毒作用，可以有效缓解急性咽炎患者的咽痛症状。	C 级	强推荐
2	喉咽清口服液（颗粒）具有抑菌、抗病毒作用，可以有效缓解急性咽炎患者的咳嗽症状。	C 级	强推荐
3	喉咽清口服液（颗粒）具有抑菌、抗病毒作用，可以有效缓解急性咽炎患者的发热症状。	C 级	强推荐
4	喉咽清口服液（颗粒）适合急性扁桃体炎、急性咽炎全程应用，对非化脓性炎症疗效更佳。	-	建议
5	喉咽清口服液（颗粒）对于治疗放射性咽炎有一定疗效。	-	建议
6	喉咽清口服液（颗粒）对于治疗疱疹性咽峡炎有一定疗效	-	建议
7	当患者发热 >38.5℃时，可合并使用其它药物。	-	建议
8	当患者出现扁桃体化脓、扁桃体周围炎或白细胞增高、中性粒细胞增高等情况，可合并使用抗生素。	-	建议
9	孕妇患者禁用喉咽清口服液（颗粒）。	-	建议
10	1 岁以下患儿酌情使用喉咽清口服液（颗粒）。	-	建议
11	糖尿病患者应慎用喉咽清口服液（颗粒）。	-	建议
12	体质虚寒，大便溏稀患者应慎用喉咽清口服液（颗粒）。	-	建议
13	目前未发现喉咽清口服液（颗粒）与其他药物合用会增加其不良反应的情况。	-	建议
14	适用于咽部红、肿、痛、舌红苔黄表现的急性咽炎、急性扁桃体炎患者。	-	建议
15	喉咽清口服液（颗粒）具有抑菌、抗病毒作用，可以有效缓解急性扁桃体炎患者的咽痛症状。	-	建议
16	喉咽清口服液（颗粒）具有抑菌、抗病毒作用，可以有效缓解急性扁桃体炎患者的咳嗽症状。	-	建议
17	喉咽清口服液（颗粒）具有抑菌、抗病毒作用，可以有效缓解急性扁桃体炎患者的发热症状。	-	建议
18	喉咽清口服液儿童用法用量：1 岁以下 3ml/次，2-3 次/日；1-3 岁 10ml/次，2-3/日；3-14 岁 10ml/次，3 次/日。 喉咽清颗粒儿童用法用量：1 岁以下 1/3 袋/次，2 次/日；1-3 岁 1 袋/次，2 次/日；3-14 岁 1 袋/次，3 次/日。	-	建议

3 范围

本共识提出了喉咽清口服液(颗粒)治疗急性咽炎、急性扁桃体炎的适应症及证候特点、介入时机、疗程特点、用法用量(成人、儿童),以及特殊人群用药禁忌、注意事项等安全性问题。本共识适用于三级、二级、基层医院的耳鼻咽喉科、呼吸科、儿科等科室中医、西医和中西医结合医师在使用喉咽清口服液(颗粒)治疗急性咽炎、急性扁桃体炎时使用。

4 药物基本信息

4.1 处方信息

喉咽清口服液(颗粒)属于纯中药制剂,为湖南省老中医世家祖传验方,由土牛膝、马兰草、车前草、天名精等四味药材组成。方中土牛膝味苦降泄,既清热泻火,又解毒利咽,为治火毒上攻喉痹之要药,故为君药。马兰草清热消肿、解毒利咽,为臣药。车前草甘寒滑利,清热渗湿,使热随小便而出;天名精清热解毒、活血散瘀,共为佐药,以助君臣药清热利咽。四药共奏清热解毒、利咽止痛之效,适用于急性咽炎(急喉痹)、急性扁桃体炎(急乳蛾),辨证属肺胃实热型者。中医认为,咽喉乃肺之门户,肺之所属,禀赋不足者或起居不慎时,遇气候骤变,风热外袭,循经犯肺而热结,表邪不解壅盛传里,内外邪热搏结,熏蒸咽喉而为病。喉咽清口服液(颗粒)是在“异病同治”指导思想下治疗急性咽炎/扁桃体炎的典范。

4.2 药物组成

土牛膝、马兰草、车前草、天名精。

4.3 功能主治

清热解毒,利咽止痛。用于急喉痹(GB/T 15657-1995 中医病证分类与代码 BRY021)、急乳蛾(GB/T 15657-1995 中医病证分类与代码 BRY011)之肺胃实热证,症见咽部红肿、咽痛、发热、口渴、便秘、舌红苔黄、脉浮数/浮滑。

4.4 政策准入情况

喉咽清口服液(颗粒)纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2017年版)》、

《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2019年版)》用药。

5 疾病诊断

5.1 中医诊断/辨证要点

疾病诊断参照国家中医药管理局发布的国家标准 GB/T15657-1995[16],国家中医药管理局颁布的国家标准《中医病证诊断疗效标准》^[17]及国家卫生和计划生育委员会十三五规划教材《中医耳鼻喉科学》^[18]。

5.1.1 急喉痹

主要症状:咽痛或吞咽痛,痰多而粘稠,咽部稍红或鲜红、黏膜水肿,悬雍垂红肿,咽后壁淋巴滤泡红肿隆起,表面可见黄白色分泌物。次症:口渴喜饮,大便秘结,小便黄。舌脉:舌红,苔黄,脉浮数/浮滑。喉咽清口服液(颗粒)适用于表现为咽部红、肿、痛、舌红苔黄的肺胃实热证急性咽炎和急性扁桃体炎患者。

5.1.2 急乳蛾

主要症状:咽痛或吞咽痛,痰多色黄而粘稠,扁桃体红肿,或有黄白色脓点。次症:口渴喜饮,大便秘结,小便黄。舌脉:舌红,苔黄,脉浮数/浮滑。

5.2 西医诊断要点

参照世界卫生组织发布的《国际疾病分类》第11版^[18]及《耳鼻咽喉头颈外科学8年制第3版》^[4]

5.2.1 急性咽炎

临床表现:初起时咽部干燥、灼热。继之有咽痛,吞咽、进食时加剧,疼痛可放射至耳部。可伴有发热、头痛、食欲减退、四肢酸痛等。体征:口咽及鼻咽部黏膜呈急性弥漫性充血、腭弓、悬雍垂水肿,咽后壁淋巴滤泡和咽侧索红肿。实验室检查:咽部细菌培养以链球菌、葡萄球菌和肺炎双球菌为主。

5.2.2 急性扁桃体炎

临床表现:剧烈咽痛,多伴有吞咽痛且疼痛常放射至耳部。部分可出现胃寒、高热、头痛、食欲下降、疲乏无力等症状。体征:咽部黏膜弥

慢性充血，以扁桃体及双侧腭弓最为明显，腭扁桃体肿大，表面覆盖白色或黄色点状渗出物。实验室检查：咽部细菌培养以链球菌、葡萄球菌和肺炎双球菌为主。

6 临床应用建议

6.1 适应症

喉咽清口服液（颗粒）使用时需遵循“病证结合”的原则，明确急性咽炎/扁桃体的西医诊断，同时精准把握肺胃实热证的特点（口渴喜饮、小便色黄、大便秘结、舌红苔黄、脉浮数/浮滑）。

6.1.1 急性咽炎（急喉痹）

喉咽清口服液（颗粒）具有抑菌、抗病毒作用，可以有效缓解急性咽炎患者的咽痛症状^{[20][21]}（C级，强推荐）、发热症状^{[20][21]}（C级，强推荐）、咳嗽症状^{[20][21]}。（C级，强推荐）

6.1.2 急性扁桃体炎（急乳蛾）

喉咽清口服液（颗粒）具有抑菌、抗病毒作用，可以有效缓解急性扁桃体炎患者的咽痛（共识建议）、发热症状（共识建议）、咳嗽症状（共识建议）。

喉咽清口服液（颗粒）适用于急性扁桃体炎全病程应用，对非化脓性炎症疗效更佳。（共识建议）

6.1.3 临床运用领域拓展

喉咽清口服液（颗粒）对于缓解放射性咽炎咽干咽痛症状有一定疗效^[22]。（共识建议）；喉咽清口服液（颗粒）对于缓解疱疹性咽峡炎咽干咽痛症状有一定疗效^[23]。（共识建议）喉咽清口服液（颗粒）适用于急性咽炎全病程应用，对非化脓性炎症疗效更佳。（共识建议）

6.2 用药方案

根据药品说明书，结合专家用药经验，对喉咽清口服液（颗粒）临床用药方案进行细化，涵盖方法、剂量、联合用药建议等。详见表 3、表 4。

表 3 喉咽清口服液用药方案

用药人群	给药方法	给药剂量	联合用药（共识建议）
成人	直接口服（含服）	一次 10ml ~ 20ml，3 次 / 日	1. 当患者出现扁桃体化脓、扁桃体周围炎或白细胞增高、中性粒细胞增高等情况，可合并使用抗生素。 2. 当患者发热 > 38.5℃ 时，可合并使用其它药物（如退热药等）。
儿童（共识建议）	直接口服（含服）	1 岁以下一次 3ml，2 ~ 3 次 / 日	
	直接口服（含服）	1 ~ 3 岁一次 10ml，2 ~ 3 次 / 日	
	直接口服（含服）	3 ~ 14 岁一次 10ml，2 ~ 3 次 / 日	

表 4 喉咽清颗粒用药方案

用药人群	给药方法	给药剂量	联合用药（共识建议）
成人	开水冲服	一次 1 袋 ~ 2 袋，3 次 / 日	1. 当患者出现扁桃体化脓、扁桃体周围炎或白细胞增高、中性粒细胞增高等情况，可合并使用抗生素。 2. 当患者发热 > 38.5℃ 时，可合并使用其它药物（如退热药等）。
儿童（共识建议）	开水冲服	1 岁以下 1/3 袋 / 次，2 次 / 日	
	开水冲服	1 ~ 3 岁 1 袋 / 次，2 次 / 日	
	开水冲服	3 ~ 14 岁 1 袋 / 次，3 次 / 日	

7 安全性

7.1 不良反应

说明书中的不良反应：尚不明确。

未见喉咽清口服液（颗粒）严重不良反应的临床和文献报道。国家食品药品监督管理总局（CFDA）不良反应监测中心（<http://www.cdr-adr.org.cn/>）2017—2021 年监测的喉咽清口服液（颗粒）相关不良反应，偶有过敏性皮炎、瘙痒、荨麻疹等不良反应，停药后症状均消失或缓解，未监测到严重不良反应。

7.2 使用禁忌

说明书中的禁忌：孕妇禁用。

孕妇患者禁用喉咽清口服液（颗粒）。（共识建议）

7.3 注意事项

a) 忌烟、酒及辛辣食物。

- b) 不宜在服药期间同时服用滋补性中药。
- c) 如有高热体温超过 38.5℃ 及扁桃体肿大者, 请及时上医院就诊。
- d) 有高血压、心脏病、糖尿病、肝病、肾病等慢性病者应在医师指导下服用。
- e) 服药 3 天症状无缓解, 应去医院就诊。
- f) 儿童、年老体弱者应在医师指导下服。
- g) 对本品过敏者禁用, 过敏体质者慎用。
- h) 本品性状发生改变时禁止使用。
- i) 儿童必须在成人监护下使用。
- j) 请将本品放在儿童不能接触的地方。
- k) 如正在使用其他药品, 使用本品前请咨询医师或药师。

7.4 专家共识注意事项

糖尿病、体质虚寒、大便溏稀患者应慎用喉咽清口服液(颗粒)。(共识建议)

1 岁以下患儿酌情使用喉咽清口服液(颗粒)。(共识建议)

利益冲突声明

所有参与制定的共识组成员均正式签署了利益冲突声明书, 声明“无利益冲突”, 且已在正式工作开始前公开了利益声明和评价结果。

起草单位及参与人

本共识为中华中医药学会专家共识(GS/CACM 283—2020)。

共识起草单位: 中华中医药学会耳鼻喉科分会、广州中医药大学第一附属医院耳鼻喉科。

项目负责人: 阮岩

共识执笔人: 阮岩*, 刘大新, 何伟平, 郭裕

* 通讯作者 ruanyan63@163.com

共识专家组成员(按姓氏笔画排序): 王仁忠 王贤文 王嘉玺 田道法 刘大新 刘元献 江青山 安淑华 阮岩 孙中武 李云英 李春花 李继红 杨洪军 肖旭平 何伟平 张建基 陈焯 陈薇 罗仁忠 高云海 高胜利 郭裕 唐玲 黄明寿 黄春江 彭解人 廖星 譙凤英 霍习敏

注: 贺雪诚博士参与了本文写作。

参考文献

[1] Llor C. Streptococcal pharyngitis. *N Engl J Med.* 2011;364(24):2366.

[2] Hing E, Hall MJ, Xu J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 outpatient department summary. *Natl Health Stat Report.* 2008;(4):1-31.

[3] 姜小兵, 纪维纲. 两次急性扁桃体炎、咽炎暴发流行的调查报告[J]. *临床耳鼻咽喉科杂志*, 2001(03):125-126.

[4] 孔维佳. 耳鼻咽喉头颈外科学 8 年制第 3 版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015, 3.

[5] 刘慧, 肖新才, 张丹萍, 等. 广州市 2008—2014 年急性呼吸道感染住院病例流行特征和经济负担研究[J]. *华南预防医学*, 2016, 42(05):401-406.

[6] Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. The rational clinical examination. Does this patient have strep throat?. *JAMA.* 2000;284(22):2912-2918.

[7] Pfoh E, Wessels MR, Goldmann D, Lee GM. Burden and economic cost of group A streptococcal pharyngitis. *Pediatrics.* 2008;121(2):229-234.

[8] 刘大波, 谷庆隆. 儿童急性扁桃体炎诊疗——临床实践指南(2016 年制定)[J]. *中国实用儿科杂志*, 2017, 32(03):161-164.

[9] Suda KJ, Hicks LA, Roberts RM, Hunkler RJ, Danziger LH. A national evaluation of antibiotic expenditures by healthcare setting in the United States, 2009. *J Antimicrob Chemother.* 2013;68(3):715-718.

[10] Hicks LA, Taylor TH Jr, Hunkler RJ. U.S. outpatient antibiotic prescribing, 2010. *N Engl J Med.* 2013;368(15):1461-1462.

[11] 张霞, 谢雁鸣, 李光熙, 高扬, 赵元辰, 唐菁菁, 姚晓燕, 李萌. 中医药治疗急性咽炎的优势与问题探讨[J]. *中国中药杂志*, 2017, 42(19):3819-

3825.

[12] 樊长征, 苗青, 张琼, 等. 中医药防治成人急性扁桃体炎的优势与证据 [J]. 中国中药杂志, 2017, 42(08): 1430-1438.

[13] 胡蓉, 王明, 王丽华, 等. 喉咽清颗粒治疗风热喉痹临床疗效及安全性 [J]. 中成药, 2018, 40(12): 2824-2826.

[14] MACPHAIL A. Nominal Group Technique: A useful method for working with young people [J]. Bri Educat Res J, 2013, 27(2): 161 - 170.

[15] BALSHEM H, HELFAND M, SCHNEMANN HJ, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence [J]. J Clin Epidemiol, 2011, 64(4): 401 - 406.

[16] GB/T 15657-1995. 中医病证分类与代码 [S]. 1995.

[17] 国家中医药管理局发布中华人民共和国中医药行业标准—《中医病证诊断疗效标准》 [J]. 中

医药管理杂志, 1994(06): 2.

[18] 阮岩. 中医耳鼻喉科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016. 6.

[19] 卫健委印发《国际疾病分类第十一次修订本 (ICD-11) 中文版》 [J]. 医学信息学杂志, 2019, 40(02): 95.

[20] 高文华. 联合应用喉咽清口服液和利巴韦林气雾剂治疗儿童急性咽炎的疗效观察 [J]. 当代医药论丛, 2014, 12(05): 133-134.

[21] 宁来忠. 喉咽清口服液联合利巴韦林气雾剂治疗儿童急性咽炎疗效观察 [J]. 世界临床药物, 2013, 34(10): 593-596.

[22] 王贤文, 唐纯玉, 朱镇华, 等. 喉咽清口服液防治放射性口腔溃疡及咽炎的疗效研究 [J]. 湖南中医药大学学报, 2021, 41(05): 770-774.

[23] 叶冰, 孙文慧. 喉咽清口服液联合开喉剑喷雾剂治疗小儿疱疹性咽峡炎的临床疗效及其安全性 [J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(21): 51-54.

(上接第 12 页)

[5] 魏玮, 荣培晶, 陈建德, 等. 虚、滞、瘀、郁—现代慢性疾病中医病机新认知 [J/OL]. 中国中西医结合杂志.

[6] 张国松, 易法银. 中医之“郁”探讨 [J]. 中医杂志, 2020, 61(3): 261-263.

[7] 王永钦. 论耳鸣治心—耳鸣治心的方法与实践 [J]. 中医药通报, 2008, 7(1): 20-23.

[8] 邢风举, 颜新. 论因病致郁对病势和病情转归影响的重要性 [J]. 中华中医药杂志. 2017, 32(1): 34-36.

[9] 徐亭亭, 张宇, 程艳梅, 等. 非糜烂性胃食管反流病的中医心理学探析 [J]. 新中医, 2017, 49(7): 187-198.

[10] 王洪图. 内经 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 362.

[11] 石磊, 李媛, 曲中源, 等. 五音疗法联合归脾汤治疗心神不宁型耳鸣临床疗效研究 [J]. 中华中医药学刊, 2017, 11: 2791-2794.

[12] 朱磊, 陈以国, 张志星. 陈以国治疗耳鸣病例分析及经验总结 [J]. 中医药临床杂志, 2018, 30(3): 421-424.

[13] 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, 47(9): 716-719.

[14] 王明科, 虎喜成, 刘敬霞. 刘敬霞辨证通窍治疗耳鸣 [J]. 长春中医药大学学报, 2019, 35(3): 451-453.

甲泼尼龙筛区穴位注射减轻急性期梅尼埃病 临床应用研究

高彦斌¹ 蔺耐荣¹ 田晓霞² 李国徽¹

【摘要】目的 观察甲泼尼龙筛区穴位注射治疗梅尼埃病急性期的临床效果。**方法** 选取 2020 年 1 月~2021 年 3 月于银川市中医医院就诊的符合标准的梅尼埃病患者 60 例,分为对照组(30 例)和治疗组(30 例),前者予以口服银杏叶提取物片及甲磺酸倍他司汀片,后者加用筛区穴位注射甲泼尼龙,观察两组患者的纯音听阈、耳蜗电图、眩晕控制情况,进行统计分析。**结果** 治疗组患者的听功能改善情况、眩晕控制率、活动能力改善率明显高于对照组。**结论** 甲泼尼龙筛区穴位注射可改善患者眩晕症状,提高患者活动能力,值得临床推广应用。

【关键词】 甲泼尼龙;筛区;穴位注射;梅尼埃病;临床研究

Clinical Application of Methylprednisolone Point Injection in Ethmoid Area to Alleviate Acute Meniere's Disease

Gao Yanbin¹ Lin Nairong¹ Tian Xiaoxia² LI Guohui¹

(1.Yinchuan Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Ningxia Medical University,Yinchuan 750001, Ningxia, China; 2.Ningxia Medical University,Yinchuan 750001, Ningxia, China;)

【Abstract】Objective Objective to observe the clinical effect of methylprednisolone point injection in ethmoid area in the treatment of acute Meniere's disease.**Methods** 60 patients with Meniere's disease from January 2020 to March 2021 in Yinchuan Hospital of traditional Chinese medicine were selected and divided into control group (30 cases) and study group (30 cases). The former was treated with Ginkgo Biloba Extract Tablets and betahistine mesylate tablets, while the latter was treated with methylprednisolone injection at the ethmoidal acupoint. The pure tone hearing threshold, cochlear electrogram and vertigo control of the two groups were observed and compared Statistical analysis.**Results** The improvement rate of hearing function,vertigo control rate and activity ability of the study group were significantly higher than those of the control group.**Conclusion** Methylprednisolone point injection in ethmoid area can improve the symptoms of vertigo and activity ability of patients, which is worthy of clinical application.

【Key words】 Methylprednisolone; Ethmoid area; Acupoint injection; Meniere's disease;
Clinical study

基金项目:宁夏医科大学科学研究基金项目(XM2019192)

1 宁夏医科大学附属银川市中医医院,宁夏 银川 750001

2 宁夏医科大学,宁夏 银川 750001

(梅尼埃病 (Meniere's disease, MD) 是特发性内耳疾病, 已经证实内耳主要病理改变为膜迷路积水。临床表现为反复发作性眩晕, 波动性感音神经性耳聋、耳鸣、耳闷感, 因其是独立的内耳疾病, 现在不主张用梅尼埃综合征等词。MD 治疗方法繁多, 反映疗效不佳, 治疗方法大多根据发病机制之各种学说和文献报道治疗经验的积累及经验发现。常用的治疗手段以利尿、营养神经、改善微循环及糖皮质激素治疗等改善急性临床症状为主^[1]。本研究采用甲泼尼龙筛区穴位注射, 减轻急性期梅尼埃病患者临床症状。筛区穴位于乳突上嵴、外耳门后方延长线、外耳道上棘之间的一浅凹。因该处骨面含有多数小孔, 为导血管经过之处, 又称为“筛区”, 故以此处骨性解剖标志命名。经过大量临床研究表明, 该区穴位注射甲泼尼龙疗效较好, 现将本次研究报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月 ~ 2021 年 3 月我科收治的 60 例梅尼埃病患者作为研究对象。按照随机数字表法将其分为对照组与研究组, 每组各 30 例。对照组男 15 例, 女 15 例; 年龄 25~65 岁, 平均 (43.6±3.4) 岁; 病程 1~10 年, 平均 (6.1±1.3) 年; 研究组男 15 例, 女 15 例; 年龄 25~65 岁, 平均 (43.2±3.6) 岁; 病程 1~11 年, 平均 (6.2±1.2) 年。两组患者的一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审核及同意。患者均知晓本研究情况并签署知情同意书。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: 与中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会制定的“梅尼埃的诊断与治疗指南”标准^[2]相符: 该病典型症状发作次数 >2 次, 每次发作持续 20min~12h。

排除标准: 其他疾病导致的晕眩患者; 血压偏低患者; 妊娠期患者; 精神障碍患者; 非自愿参与研究患者。

1.3 治疗方法

对照组患者给予口服银杏叶提取物片 (德国威玛舒培博士药厂, 国字号 H20140768), 每次 80mg, 每日 3 次; 及口服甲磺酸倍他司汀片 (卫材 (中国) 药业有限公司、国字号: H20040130), 每次 12mg, 每日 3 次。两种药物共服用 15 日。研究组在对照组的基础上, 同时予耳后筛区穴位注射甲泼尼龙 (Pfizer Manufacturing Belgium NV; 进口药品注册证号: H20080284)40mg: 0.9ml+ 盐酸利多卡因 0.1ml, 双侧各注射一半 (0.5ml), 隔日一次, 疗程 15 日。

1.4 观察指标

①听功能: 所有患者均行纯音听阈测定检查, 并依据测定结果评价其听力水平。测试 250 ~ 2000Hz 的纯音听阈, 计算 250、500、1000 和 2000Hz 言语频率的纯音听阈均值, 分为正常 ($\leq 25\text{dBHL}$)、轻度耳聋 (26~40dBHL)、中度耳聋 (41~55dBHL) 和重度耳聋 (56~70dBHL)^[3]。比较两组各频段听力改善情况, 做统计学分析。

②耳蜗电图 (ECochG): 所有患者患耳和健耳均进行 ECochG 检测。记录电极置于外耳道鼓环处, 刺激强度 90dBnHL, 记录 ECochG 的 SP/AP 振幅比, 若至少有一侧耳 SP/AP ≥ 0.4 判定为 ECochG 异常。

③两组患者眩晕控制情况的比较: 将两组患者治疗期间眩晕发作次数进行比较, 按照分值进行计算, 分数为 0 ~ 100, 分值越高, 出现眩晕次数越多。眩晕情况分为完全控制、基本控制、部分控制、无法控制。完全控制: <20 分; 基本控制: ≥ 20 ~<40 分; 部分控制: ≥ 40 ~<60 分; 无法控制: ≥ 60 分。控制率 = (完全控制 + 基本控制 + 部分控制) 例数 / 总例数 * 100%^[4]。

1.5 统计学方法

用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 用 t 检验; 计数资料以 (%) 表示、用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 纯音听阈测定结果比较

对照组和研究组患者听力在 250Hz 时无统计学差异 ($P>0.05$)，两组患者在 500、1000、2000Hz 改善明显，治疗组优于研究组 ($P<0.05$)，详见表 1。

表 1 两组各频段听力改善情况比较 ($\bar{x} \pm s$ dBHL)

组别	频率	250Hz	500Hz	1000Hz	2000Hz
对照组		48.44±1.56	45.50±1.42	44.17±1.10	42.68±1.08
治疗组		45.50±1.13	41.53±1.21*	40.57±1.17*	38.90±1.27*
t		1.52	2.13	2.24	2.43
P		0.066	0.015	0.014	0.009

注：对照组比较，* $P < 0.05$ 。

2.2 ECoChG 测定结果比较

两组患者 ECoChG 正常率比较，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，详见表 2。

表 2 两组患者 ECoChG 结果比较

组别	例数	正常	异常	未引出	正常率
对照组	30	13	12	5	43%
治疗组	30	18	8	4	60%
χ^2					5.78
P					0.016

2.3 眩晕控制率

根据患者眩晕发作控制情况分为完全控制、基本控制、部分控制、无法控制，对两组患者控制率做统计学分析 ($P<0.05$)，治疗组眩晕发作控制情况明显优于对照组，详见表 3。

表 3 两组患者眩晕控制率的比较 (例)

组别	例数	完全控制	基本控制	部分控制	无法控制	控制率
对照组	30	8	6	8	8	73%
治疗组	30	12	4	10	4	87%
χ^2						5.553
P						0.0184

3 讨论

梅尼埃病属于中医学“眩晕、眩冒”范畴，有关眩晕病机大致可以概括为风、火、痰、虚这四个方面，清代陈修园主张依据虚实不同进行辨证论治^[5]。于建锋^[6]等人认为中医学眩晕的发生主要由于“风、热、寒”邪侵所致，在治疗中需要

采用滋补肾阴、平肝熄风、活血利水、补血益气为主要方法。现代临床针灸治疗 MD 以辨证选穴为主，辅以局部或经验取穴。取穴主要为百会、风池、翳风、内关、足三里、丰隆等^[7]。而穴位注射疗法是以中医基本理论为指导，将药物注射到相关腧穴或特定部位，利用针刺和药的协同作用以治疗疾病的方法。既发挥了药物的作用，又发挥了针刺穴位、经络体系的作用，使药物和针刺协同作用，从而提高疗效。目前没有确定疗效的药物能够彻底治愈梅尼埃病且防止器官受损。多项研究表明，倍他司汀能够有效控制梅尼埃病患者的眩晕症状^[8]。刘艳华研究表明^[9]糖皮质激素可明显改善梅尼埃病的症状，糖皮质激素具有强大的抗炎、抗病毒作用，可有效抑制炎症反应，减少组织损伤，减少毒素吸收。大量研究表明糖皮质激素在梅尼埃病的治疗中疗效肯定，在国内外被广泛认同，激素的给药方式也受到关注^[10]。袁源^[11]观察耳后乳突区骨膜下局部注射糖皮质激素与全身应用糖皮质激素治疗梅尼埃病疗效肯定，为梅尼埃病治疗过程中激素的给药途径提供新的思路，他的研究表明耳后注射皮质类固醇激素治疗梅尼埃病疗效可靠，可作为梅尼埃病激素治疗的初始给药方法。

本次研究主要采用筛区穴位注射甲泼尼龙的研究方法，筛区（乳突上嵴，外耳门后方延长线外耳道上棘之间的一浅凹（Macewen 式三角）该处骨面含有多数小孔，为导血管经过之处，又称为筛区^[12]，故以此解剖学标志命名为筛区穴），把传统的针灸和药物治疗有效的结合起来。通过本次研究结果显示，治疗组患者听功能改善明显优于对照组，差异具有临床统计学意义。耳蜗电图正常率 (60%)、眩晕控制率 (87%) 明显高于对照组 (43%，73%)，差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。筛区穴位注射具有更为明显的优势。值得注意的是，本研究结果显示，两组 MD 患者 ECoChG 存在一定的未引出率，因此，未引出 ECoChG 不排除听功能的异常和膜迷路水肿未得到有效改善。本研

究认为, 给予口服银杏叶提取物片、甲磺酸倍他司汀片并联合耳后筛区穴位注射甲泼尼龙治疗 MD 效果良好。糖皮质激素对炎症与免疫具有很强的抑制作用。急性期用药能够对 MD 患者的免疫系统形成很强的非特异性免疫抑制作用, 影响 T 淋巴细胞与 B 淋巴细胞分裂与作用^[13]。另由于耳后筛区特殊的解剖构造, 将糖皮质激素从此处注射, 使药物更容易透过筛骨, 就近吸收, 减少扩散, 避免首过效应, 而使 MD 患者症状能得到迅速控制。

综上所述, 相较于传统的治疗手段, 在治疗梅尼埃病时采用耳后用药在改善患者听功能、膜迷路积水及活动能力及减少药物不良反应上能起到更加积极的作用。

参考文献

[1] 张炜悦, 李峰, 马捷, 等. 梅尼埃病的中西医治疗研究进展 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(11): 1577-1579.

[2] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会. 梅尼埃病诊断和治疗指南 (2017) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017, 52(003): 167-172.

[3] 王蕊, 单希征, 王恩彤, 等. 梅尼埃病耳蜗电图特征分析 [J]. 北京医学, 2017: 39(008): 796-798.

[4] 唐艳丽, 郭有新, 赵明, 等. 突聋伴糖尿病

患者耳后骨膜下注射地塞米松临床疗效观察 [J]. 河北医学 2016, 22(2): 301-302.

[5] 张焕, 王玉龙, 刘秋燕, 等. 中医药治疗梅尼埃病的研究进展 [J]. 中国中医急症, 2016, 25(2): 472-476.

[6] 于建锋, 王冬香, 张劼, 等. 中医辨证疗法辅治眩晕症的临床疗效观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(12): 37-38.

[7] 蒋丽元, 针灸治疗梅尼埃病研究进展 [J]. 中华中医药学会, 2018, 36(12): 2925-2926.

[8] 李远军, 金占国, 徐先荣. 梅尼埃病发病相关基因的研究进展 [J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2017, 31(4): 318-323.

[9] 朱文娟, 杨子璐, 杨琪, 等. 凝视稳定性训练对双侧前庭功能低下患者干预效果分析 [J]. 陕西医学杂志, 2020, 49(11): 1476-1478.

[10] 龙宇. 庆大霉素与糖皮质激素治疗梅尼埃病效果的系统评价 [D]. 重庆医科大学, 2015.

[11] 刘艳华. 梅尼埃病的临床治疗分析 [J]. 系统医学, 2017, 16(2): 31-35.

[12] 许庚, 王跃建. 耳鼻喉临床解剖学 [M]. 山东科学技术出版社, 2010.

[13] 谢治年, 杨建. 鼓室内注射地塞米松及利多卡因液治疗突发性聋的疗效观察 [J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2015(1): 46-48.

黄氏喉科疗法流派传承工作室传承发展现状

季红健¹ 刘赟¹ 晏英¹ 任思秀¹

【摘要】基于源远流长的黄氏喉科疗法所建立的黄氏喉科疗法流派工作室是目前无锡地区乃至全国都有一定影响力的流派工作室。本文将就黄氏喉科疗法流派传承工作室传承发展现状作一简要介绍。

【关键词】黄氏喉科；流派传承；流派发展

黄氏喉科疗法流派工作室（以下简称工作室）2012 年 12 月被列为全国中医学学术流派传承工作室项目。其发端于无锡斗山，通过多年的传承发展，目前已成为无锡地区唯一现存的有较大影响力的喉科流派。现就黄氏喉科疗法流派工作室发展现状做一简介。

1 黄氏喉科疗法流派传承工作室渊源

黄氏喉科^[1]自乾隆时期黄文炳开创以来，不断耕耘，至第六代黄元音，“黄氏喉科”已可立足无锡斗山地区，甚至影响力辐射至周边地区。此后历经第七代黄鹤鸣（1880 年-1935 年）、第八代黄冠群（1904 年-1967 年）和黄冕群（1907 年-1970 年）、第九代黄莘农（1928 年-2009 年）声名更盛。但所谓盛极自衰，故至第十代、第十一代又有式微之感。

此中缘由大抵因为黄氏喉科属于秘传，故其秘法只在其家族内部传承。也正因为是秘传，其影响力始终无法得到进一步的扩大。但其秘术传承不断，并进行不断地改良以获得更好的疗效，可以说是一大奇迹（可参考尤氏喉科的消亡过程），其中过程是艰辛与曲折的，这是家族传承之功劳。黄氏喉科之所以有再次兴盛的趋势，乃因第八代传承人黄冕群，第九代黄莘农冲破思想牢笼，加入师徒传承模式，经由陆野、任思秀的传承发展，尤其以任思秀为主导的团队共同努力，才发展出全新局面。

2 黄氏喉科疗法流派传承工作室传承发展现状

2.1 黄氏喉科疗法流派传承工作室传承模式

工作室目前传承模式为家族传承、师徒传承共存模式，家族传承以黄氏喉科技艺传承为主，师徒传承模式则在技艺传承的基础上偏向黄氏喉科理论挖掘为主。

2.2 主要传承人介绍

2.2.1 任思秀（1961-），副主任医师，师徒传承人代表人物，1994 年跟师于黄莘农，以恩师“创业难，守业更难”的教诲，兢兢业业在传承黄氏喉科秘术的同时，积极扩大黄氏喉科的影响力。

在任思秀的领导和团队协作下，黄氏喉科在 2010 年成功入选无锡市非物质文化遗产（传统医药项目）；2012 年任思秀被列为市非物质文化遗产代表性传承人；2012 年 12 月“无锡黄氏喉科疗法流派”被列为全国中医学学术流派传承工作室项目；2016 年“黄氏喉科疗法”入选江苏省非物质文化遗产（传统医药项目）。任思秀参与黄氏喉科相关科研项目数项，曾获得江苏省中医药管理局中医药科技进步三等奖和无锡市科技进步四等奖。发表黄氏喉科相关介绍文章数篇。发表于《江苏省中医药》杂志的《无锡黄氏喉科疗法流派钩沉》简要介绍了黄氏喉科的渊源和主要诊疗特色。其主编的《黄氏喉科传真》一书较为系统的介绍了黄氏喉科诊治疾病的相关理论与经验。

在全国建立了 10 个黄氏喉科流派疗法二级工作站，新增流派传承人 30 余名，并多次举办国家级、省级继教项目，使得黄氏喉科疗法在中医学

1 无锡市中医医院，江苏 无锡 214000

鼻喉科领域内得到进一步推广。

2.2.2 黄正色（1951-），第十代家族传承人，九代家族传承人黄莘农之子，目前为江苏省非物质文化遗产项目代表性传承人，主要精研喉科吹药的临床配伍、制作与应用。

2.3 流派团队介绍

黄氏喉科目前拥有医生及专科护士共 18 位，硕士学位以上占比 55.6%，高级职称比例 33.3%，中医类别执业医师占医师总数的 73.33%。团队人才梯队组成合理，人才后备队伍平均年龄 36.8 岁。师徒传承人与家族传承人实行统筹管理。

主要后备传承人：刘赟（1981-），中医博士在读，副主任医师，2010 年起跟随任思秀主任、陆野主任学习黄氏喉科疗法，并于 2013 年正式拜任思秀为师，成为黄氏喉科第十一代传承人。跟随任师学习黄氏喉科吹药的选材、配伍、制作，对黄氏喉科学术思想进行总结整理，并对黄氏喉科吹药进行临床和实验研究。发表相关学术文章多篇，主持参与黄氏喉科科研项目数项。

主要后备传承人：晏英（1974-），中医博士，副主任医师，博士毕业后即跟师任思秀主任，对黄氏喉科吹药的制作传承有深入研究，并传承了黄氏喉科疗法治疗急乳蛾的经验并对理论进一步进行了梳理。发表较高水平相关文章多篇，主持参与黄氏喉科科研项目数项。

2.4 诊疗特色

工作室诊疗特色在黄氏喉科疗法的继承传统基础上，不断开拓创新。在中医基础理论和整体观念指导下，采用整体与局部相结合的辨证观；传统与现代相结合、内治与外治相结合的治疗观；治疗与干预相结合、药物与饮食相结合的“治未病”观。现将常见不同疾病的诊疗特色简介如下：

2.4.1 喉暗

黄氏辨证分型如下：风邪外袭、痰热壅肺、讴歌伤喉、肺肾阴虚、肺脾气虚、痰滞血瘀、寒气上泛。

在辨证基础上创立了多种黄氏喉科内服药系列。其中黄氏 IX 号方演化形成的“黄氏响声丸”，在国内乃至国际上均享有很高评价，造福了无数喉暗患者。在外治上以黄氏喉科消肿散为基本方辨证加减外用。喉暗针灸特色疗法（参照无锡市中医医院第一批全国老中医师承导师杜晓山的经验方辨证选方施穴）。还有黄氏喉科发声训练法对患者进行训练，纠正错误发声习惯，达到“治未病”的目的。亦会采用现代与传统相结合的手段，如应用中药超声雾化吸入、中药离子导入疗法等手段使药物更易局部吸收，发挥作用。

2.4.2 口疮

注重病灶局部的望诊闻诊，溃疡的色泽、肿胀程度、范围、有无伪膜腐肉及其伪膜的颜色、分泌物的粘稠度及分泌物有无气味等，并根据口疮的“四色、四脓液、三肿胀、三腐烂”用八纲辨证分型论治。根据八纲辨证分型后，采用黄氏系列方内服、养阴生肌散或祛腐散外用，吴茱萸粉敷涌泉穴以引火归原。内外兼治，随症加减，临床疗效显著，部分疾病可临床治愈，部分疾病可缩短发病时间、减少复发几率，有着良好的社会效益和经济效益，弥补了西医治疗本病的不足之处。

2.4.3 喉痹、乳蛾

尤其注重病灶局部的望诊闻诊，采用现代化的诊疗手段，进一步明确诊断、辨证施治。治疗上采用黄氏系列方内服、黄氏吹口药外用、针灸治疗、蒸汽或超声雾化吸入等方法，辨证选方施治。吹药以消肿散为底方，辨证加减外用，配合内服药物，内外兼治，疗效显著。

在治疗风热喉痹、风热乳蛾时，首辨风重还是热重，而后针对性用药。若久病不愈，反复发作，因体质不同，可有阴虚、气虚等不同证型。其中又以虚火喉痹、虚火乳蛾为多见，治疗以清热养阴为主。对于喉痹后期，则要重视顾护中焦，常用培土生金之法。在稳定期，可以黄氏袋泡茶

方饮用,达到“治未病”的目的。对于咽部淋巴滤泡增生明显或扁桃体肿大明显,亦在黄氏喉科疗法基础上,选用刺营法、扁桃体啄治法等手段。

综上,咽喉疾病多有黄氏喉科特色吹药的参与。黄氏喉科在吹药的配伍、制作和运用上以“灵活、精研、效宏”为主要特色。

2.5 主要用药简介

黄氏喉科内服药系列:

【黄氏 I 号方】(又名清咽汤)功效:疏风清热,消肿化痰。

【黄氏 II 号方】(又名清喉宣解汤)功效:清热疏风,利咽消肿。

【黄氏 III 号方】功效:清热解毒,消肿利咽。

【黄氏 IV 号方】功效:养阴清热,生津利咽。

【黄 V 号方】功效:健脾益气,生津利咽。

【黄氏 VI 号方】功效:清心导赤,解毒消肿。

【黄氏 VII 号方】功效:滋阴降火,交通心肾。

【黄氏 VIII 号方】功效:益气健脾,温阳补肾。

【黄氏 IX 号方】(又名:“黄氏响声丸汤”,后经九代家族传承人黄莘农改良并临床实践后,改为“黄氏响声丸”方无偿贡献给当时的无锡中药厂,1985 年上市后广受好评。)功效:疏风清热,化痰散结,利咽开音。

【黄 X 号方】功效:祛痰化痰,散结利咽。

【黄氏 XI 号方】功效:理血开音。

【黄氏 XII 号方】功效:活血化痰。

黄氏喉科外用吹药系列:

【黄氏消肿散】功效:清热解毒,消肿止痛,祛痰利咽。

【黄氏生肌散】功效:清热、解毒、消肿、生肌、止痛。

【黄氏祛腐散】功效:清热解毒,消肿止痛,祛腐生肌。

2.6 黄氏喉科疗法流派传承工作室发展现状简介

工作室目前发展势头良好,师徒传承模式的

优势进一步显现,体现在不断融入新理论、新疗法、新技术于传统黄氏喉科疗法,包括但不限于龙砂、金陵、吴门、新安、盱江等医派的学术特色。并积极合理地应用现代医学,并尝试黄氏喉科疗法现代化研究,积极引进现代医学方向学科带头人:朱杭军,男,1971.5,毕业于第二军医大学,硕士研究生,主任医师,从事耳鼻咽喉科专业 27 年。无锡市医学会变态反应学专业委员会,无锡市医学会耳鼻咽喉科专业委员会委员,安徽医科大学耳鼻咽喉头颈外科系兼职副教授,硕士研究生导师,徐州医学院兼职副教授,硕士研究生导师。第一作者在统计源以上期刊(中国耳鼻咽喉头颈外科杂志、临床耳鼻咽喉头颈外科杂志、中国临床解剖学、中国耳鼻咽喉颅底外科杂志等)发表论著 30 余篇,南京军区首批“122”人才,第一完成人荣获军队医疗成果三等奖一项,市级科技进步二等奖一项,三等奖两项。年均开展鼻内镜、耳内镜手术 200 余例,熟练开展咽旁间隙、腮腺肿瘤、喉癌、乳突根治、口咽部肿瘤切除、腭咽成形等手术。

坚持守正创新。近年来工作室主要工作集中在流派建设交流、黄氏喉科流派传承脉络梳理细化工作、大数据挖掘黄氏喉科内服方药特点、外用吹药的理论总结提炼及吹口药制作工艺的研究上。目前获市级立项课题三项,已结题一项。发表核心期刊及统计源文章多篇。有关黄氏吹口药理论的相关文章即将发表于《中华中医药杂志》。

3 小结

黄氏喉科疗法流派传承工作室立足传统,吸取相关流派传承经验,并不断跟上时代步伐,在不断壮大自我的同时,也为擦亮中医这块金子招牌和建立中华文化自信贡献一份绵薄之力。

参考文献

[1] 任思秀. 无锡黄氏喉科疗法流派钩沉. 江苏中医药, 2017, 49(04): 70-73.

李声岳运用辨证论治法治疗特发性突聋经验

成方圆¹ 张燕平¹

【摘要】介绍名老中医李声岳运用辨证论治法治疗特发性突聋的经验。李声岳教授认为临床许多特发性突聋主要病机是血瘀不行，主张在整体观的指导下，治病求本，重视活血化瘀法，标本兼治，用药专于五官而不囿于五官。

【关键词】特发性突聋；辨证论治；活血化瘀；名医经验；李声岳

李声岳是贵州中医药大学教授，第三批全国名老中医药专家学术经验继承工作指导老师，全国第二批优秀中医临床研修人才指导老师，贵州省名中医。曾任贵阳中医学院五官教研室主任、贵阳中医学院第二附属医院五官科主任，从事中西医结合五官科临床工作 50 多年，对五官科疾病，尤其是应用中医药救治耳鼻咽喉的疑难病、急危重症有其独到经验。近年来，特发性突聋发病率逐年上升，美国每年新发大概 6.6 万例，全球每 10 万人大概 5 ~ 27 人发病^[1]。李老对特发性突聋诊疗具有丰富的临床经验，现将李老的临证总结如下。

1 重视辨证

李老在临床诊治疾病中始终重视辨证论治，并以此为基础，结合现代医学知识，强调原则性与辨证灵活性相结合，常提施今墨先生的名言：“临证如临阵，用药如用兵，必须明辨证候，详慎组方，灵活用药。不知医理，即难辨证；辨证不明，无从立法；遂致堆砌药味，杂乱无章。”

2 强调治病必求本

疾病的过程是邪正相搏消长盛衰的动态过程，机体的阴阳失调是疾病发生发展的根本原因。《素问·阴阳应象大论篇》言：“治病必求于本。”张介宾《景岳全书·求本论》中所说：“直取其本，则所生诸病，无不随本皆退。”强调中医临证治病

之时，在追求理法方药高度统一的同时，决策思路应当灵活多变，但无论如何其核心不能出“谨守病机”，“随证治之”之外。《素问·至真要大论》说：“审查病机，无失气宜”“谨守病机，各司其属，有者求之，无者求之，盛者责之，虚者责之，必先五脏……”。始终强调抓病机、抓主证的重要性。

3 强调四诊合参

重视四诊合参，不止问，还要辨别脉、舌、气色，辨别兼证与主证之间的关系，从论治的结果选方用药，分别君、臣、佐、使，拟定出处方。

4 诊疗思路

特发性突聋属于中医“暴聋”范畴，“暴聋”一词首见于《黄帝内经》，据《内经》相关论述，暴聋的病因病机包括外感、内伤、失治、脏腑失调以及气血逆乱等^[2]。现代医家在此基础上又延伸出肝郁气滞、肝火上扰、气滞血瘀等理论。李老认为临床以肝郁气滞血瘀最为多见，气行则血行，气滞则血瘀，气血不和，不能上荣耳窍，耳窍脉络空虚，则致突聋；故在诊疗时以活血化瘀为主法，辅以解郁通窍之品；此外若遇痰湿素盛之体，易致痰瘀互结，加重病情，常需辅以化痰通络、平肝潜阳之品以防病于未然；后期患者邪祛正虚，故应扶正固本，巩固疗效，故以补益肝肾、活血通络为主法。

¹ 贵州中医药大学临床二系，贵州 贵阳 550025

验案举隅

患者黄某,女,28岁。初诊:1天前患者因情绪郁闷且受惊吓出现右耳听力骤降,并伴持续性高音调嗡嗡声,伴耳闷、耳胀、眩晕,时有恶心欲呕,无头痛、耳痛、耳道流脓等,无恶寒、发热等症,精神差、纳眠差,二便调。检查:双外耳无畸形,外耳道无明显异常,双耳鼓膜无充血,双耳鼓膜轻度混浊及内陷,光锥存,稍有短缩。听力学检查:右耳平均听阈 88dBHL,左耳平均听阈 15dBHL;双耳鼓室压图:“A”型;声反射:左耳均未引出,右耳同侧 1kHz 引出,对侧未引出;咽鼓管功能:左侧不良,右侧良好。舌红,苔薄,脉弦涩。中医诊断:暴聋(气滞血瘀);西医诊断:右耳特发性突聋。治以活血化瘀,解郁通络复聪。方以血府逐瘀汤减生地、甘草、桃仁、赤芍,加磁石、石菖蒲、五味子、丹参、蝉蜕、地龙、延胡索、土鳖虫以增行气活血通络、复聪之效。处方:红花 10g、柴胡 6g、枳壳 12g、桔梗 10g、怀牛膝 12g、磁石 12g、石菖蒲 10g、五味子 12g、当归 10g、川芎 10g、丹参 15g、蝉蜕 10g、地龙 10g、延胡索 12g、土鳖虫 10g,7 剂,水煎服,日 1 剂,分 3 次服用。另予以 VitB₁ 0.5ml+VitB₁₂ 1ml+2%利多卡因注射液 0.2ml 右耳听宫、听会、翳风穴位注射, qod: 耳正负压治疗右耳。qd。并嘱患者注意休息,避免噪声环境。二诊:右耳听力稍有提升,但仍有持续性高音调嗡嗡声,耳闷、耳胀、眩晕减轻,仍时有恶心欲呕,无头痛、耳痛、耳道流脓等,无恶寒、发热等症,精神差、纳眠差,二便调。检查:双外耳无畸形,外耳道无明显异常,双耳鼓膜无充血,双耳鼓膜轻度混浊及内陷,光锥存,稍有短缩。舌红,苔薄,脉弦。患者经上法治疗后症状有所改善,但仍有精神差、纳眠差。中医治以活血通络为主,辅以平肝潜阳、养血安神。方以原方减当归、川芎、丹参、地龙、延胡索、土鳖虫,加穿山

甲、皂角刺、水蛭、全虫、杜仲、白芍、鸡血藤以增疗效。处方:柴胡 6g、枳壳 12g、桔梗 10g、怀牛膝 12g、磁石 12g、石菖蒲 10g、五味子 12g、杜仲 12g、穿山甲 10g、皂角刺 10g、水蛭 15g、蝉蜕 10g、全虫 12g、白芍 12g、鸡血藤 15g,7 剂,水煎服,日 1 剂,分 3 次服用。余治疗同一诊。三诊:右耳听力提升,耳鸣减轻呈间断性低音调“嗡嗡”声,耳闷、耳胀消失,眩晕减轻,恶心欲呕感消失,无头痛、耳痛、耳道流脓等,无恶寒、发热等症,精神好转、纳眠情况好转,二便调。检查:双外耳无畸形,外耳道无明显异常,双耳鼓膜无充血,双耳鼓膜轻度混浊及内陷,光锥存,稍有短缩。舌红,苔薄,脉弦。患者经上法治疗后症状有所改善,但仍有精神差、纳眠差。中医治以活血通络为主,辅以行气通络,重镇安神。处方:磁石 15g、石菖蒲 12g、五味子 12g、珍珠母 12g、丹参 10g、杜仲 12g、川续断 10g、三七 10g、水蛭 10g、郁金 10g、柴胡 6g、川芎 10g、桃仁 10g、红花 6g(后下)7 剂,水煎服,日 1 剂,分 3 次服用。余治疗同前诊。四诊:自觉右耳听力提升甚多,仍有耳鸣,但耳鸣呈间断性低音调,耳闷、耳胀消失,眩晕消失,恶心欲呕消失,无头痛、耳痛、耳道流脓等,无恶寒、发热等症,精神可、纳眠情况好转,二便调。检查:双外耳无畸形,外耳道无明显异常,双耳鼓膜无充血,双耳鼓膜轻度混浊及内陷,光锥存,稍有短缩。舌红,苔薄,脉弦。复查纯音听阈报告回示:右耳平均听阈 38dBHL,左耳平均听阈 15dBHL。中医治以活血通络为主,辅以行气化痰通络,养血安神。原方减郁金、柴胡、川芎、桃仁、红花,加三棱、莪术、生地、熟地、胆南星、丝瓜络、全虫、鸡血藤、蝉蜕、地龙。处方:磁石 15g、石菖蒲 12g、五味子 12g、穿山甲 10g、皂角刺 10g、三七 10g、水蛭 10g、杜仲 12g、川续断 10g、丹参 10g、

(下转第 44 页)

玉屏风散加减方的临床应用概况

张滢颖¹

【摘要】玉屏风散是中医扶正的经典方剂，由三味药组成，具有益气固表止汗的功效，主治肺卫气虚证或体虚外感证。药理研究发现，玉屏风散对于人体免疫系统具有调节作用，可用于免疫反应低下造成的各种疾病。现拟从汗出异常、肾脏疾病、耳鼻喉疾病、过敏性疾病等方面，综述玉屏风散加减方在临床疾病中的应用，以期为今后相关方剂的研究提供一定启发。

【关键词】玉屏风散；临床应用；研究进展

Clinical Application of Modified Jade-Screen Powder

ZHANG Yingying

【 Abstracts 】Jade-screen Powder is a classical prescriptions for strengthening body resistance in traditional Chinese medicine. Composed of three medicines, it has the effect of supplementing qi, solidifying the surface and stopping perspiration and mainly used for lung qi deficiency syndrome or body deficiency exogenous syndrome. Pharmacological studies have found that Jade-screen Powder can regulate the human immune system and can be used for various diseases caused by low immune response. To summarize the application of modified Jade-screen Powder in clinical diseases and provide some inspiration in researches of related prescriptions from now on in abnormal sweating, kidney diseases, otolaryngology diseases, allergic diseases and so forth.

【 Keywords 】Jade-screen Powder; clinical application; research progress

玉屏风散由防风、黄芪、白术组成，为补气剂，具有益气固表止汗之功效，主治肺卫气虚证或体虚外感证，临床症状多见汗出恶风，或易感风邪，面色㿔白，少气乏力，舌淡苔薄白，脉浮虚软^[1]。药理研究表明，玉屏风散具有增强人体免疫力，抗菌抗病毒等作用，广泛应用于免疫力低下造成的各种疾病。近年来，此方在肾脏疾病、耳鼻喉疾病、过敏性疾病等中均具有广泛应用，取得了一定进展，现将有关资料综述如下。

1 汗出异常

人体由于先天肾精不足，或者后天脾胃虚弱，造成肺脾两脏气虚，卫气不能起到固护肌表的作用，导致腠理疏松，汗液外泄，出现自汗，动后汗出加重的症状，临床称为气虚自汗证。陈涛^[2]认为自汗多是在阳虚基础上复感风邪而导致腠理开泄汗出，因此，可以考虑在解肌敛汗方剂中加养阴补虚之品，邪正兼顾；他运用玉屏风散加减治疗营卫不和、肝肾亏虚型自汗，并提出根据病

1 北京中医药大学中医学院 2020 级本科生，北京 102488

程长短和是否有瘀血配伍养心药、活血药。谢斯炜^[3]认为产后汗症包括“产后自汗”和“产后盗汗”，其中自汗多是由于产后气虚，卫气不能固摄肌表，导致津液外泄；盗汗多是由于产时出血过多，营阴不足，阴不敛阳，阳浮于肌表，迫汗外出；故以玉屏风散加味治疗气虚型产后汗症，将患者分为两组，治疗组以玉屏风散加浮小麦、牡蛎、麻黄根、当归治疗，对照组口服谷维素、维生素 B₁，结果发现治疗组疗效突出。曾凤^[4]运用玉屏风散治疗肺卫不固型自汗，合桂枝汤加减治疗；她认为自汗多是由于气虚或阳虚引起的肺卫不固，治疗上需益气固表止汗、养阴生津，达到阴阳并调的效果。与成人相比，小儿脏腑比较娇嫩，元气尚未充足，不能固护肌表，容易出汗；黄元琴^[5]运用玉屏风散加减药浴治疗小儿汗证，根据肺与皮肤的对应关系，通过皮肤吸收药液达到治疗脏腑疾病的效果，这一治疗方法既可减少药物对小儿消化系统等的影 响，又可避免中药汤剂难以服下的问题。

综上所述，肺卫气虚是导致人体自汗的主要原因。此外，阴虚、阳虚也会导致自汗，多是由于阴阳失调、营卫不和导致，故临床需辨证论治，根据患者具体情况施治，通过补气、助阳、滋阴等方法阴阳并调，从根本上治疗患者自汗的症状。

2 肾脏疾病

中医通常将慢性肾炎归于“水肿”等内容，病机多为本虚标实、虚实夹杂等复杂的标本现象，本病多为虚证，包括气虚、阳虚等；标病多为实证，包括痰饮、瘀血等有形实邪；申正日^[6]采用补中益气汤联合玉屏风散治疗慢性肾炎，通过白术、黄芪等药在利水渗湿的同时健脾益气，具有明显的疗效，患者恢复良好。中医普遍认为人体可以

通过提高自身的正气来保持机体健康状态，从而不会发病，同样发病患者通过补充正气可以增强抵抗力，实现对疾病的治疗；邹昀等^[7]利用玉屏风散治疗慢性肾小球肾炎患者，根据患者出现尿血、尿蛋白、浮肿等症状进行加减，通过调节人体免疫系统，增强机体抵抗力，从而实现疾病的治疗，降低疾病复发率。小儿肾性血尿是儿童泌尿系统常见病，临床通常采用中药治疗，而玉屏风散可以通过增进肾血流量等作用，有效起到止血功效；关霖静^[8]认为小儿脏腑比较娇嫩，脾作为后天之本，通常存在脾气不足的症状，所以在治疗过程中根据具体症状对玉屏风散进行加减，通过诊断患者寒热表现、虚实症状对玉屏风散进行配伍，疗效明显高于单独使用玉屏风散的效果。

经研究发现，玉屏风散对免疫系统具有双向调节作用，这一特点有利于对肾病进行治疗。临床肾病通常是由虚实夹杂等复杂病机引起，故治疗上通常采用标本兼治的方法，通过对玉屏风散加减，可以实现有效的治疗，改善肾病患者的各种临床症状。

3 过敏性疾病

中医普遍认为变应性鼻炎是由于患者卫气虚，护卫肌表功能较弱，同时外感风寒邪气导致，治疗应增强其卫外功能，加强免疫力，而玉屏风散恰好有此功效；虞华^[9]使用玉屏风散合苍耳子散加减治疗变应性鼻炎，根据患者肺、脾、肾虚，鼻塞、多汗等症状对方剂进行合理配伍，疗效突出。万雪梅等^[10]总结玉屏风散加味治疗变应性鼻炎，将患者分为脾气虚、肺气虚、肾阳虚三类，对不同 类型患者的加减治疗进行了一定归纳，同时总结使用玉屏风散作为内服药、局部药、配合针灸手法、与西药结合治疗等各个方面的使用效果，

证实了使用玉屏风散治疗变应性鼻炎具有非常好的效果。慢性咳嗽病机复杂,主要成因是正虚邪犯,或邪从中生,治疗上应注重补充患者正气;王莹^[11]用玉屏风散加减治疗慢性咳嗽,将患者分为两组,对照组采用普通西药治疗,试验组在使用西药的同时加入玉屏风散加减治疗,通过对比患者治疗前后各项指标可知,在正常治疗的同时加用玉屏风散治疗,效果突出。小儿过敏性咳嗽经常发生,且病情经常迁延难愈,临床比较常见,由于患儿心智尚未成熟,配合度通常较低,使用玉屏风散加减和穴位敷贴治疗,可以更好地适应儿童的特点,高效地治疗疾病;陈桂芳^[12]将过敏性咳嗽患儿分为两组,对比组采用西药雾化治疗,观察组根据鼻塞流涕、喷嚏、流涕、汗出怕风、痉咳、痰黄稠而喘程度不同对玉屏风散加减进行治疗,观察组疗效明显高于对比组。随着人类工业文明的发展,大量污染物排放到环境中,导致环境污染加重,过敏性结膜炎发病率逐渐升高,针对此类疾病,目前,临床主要通过包括眼药水在内的各种西药进行治疗,但长期使用激素类药物的副作用较大,容易使人体免疫系统受损,诱发眼部感染;李华^[13]通过实验发现,将六味玉屏风散内服联合中药外用洗眼与色甘酸钠滴眼液配合使用治疗过敏性结膜炎,效果明显优于单独使用西药或者西药与内服中药同时使用,患者恢复良好。何慧英等^[14]认为,慢性荨麻疹属于本虚标实病,发病的内在条件为人体正气虚弱,外在条件是感受风邪,邪正相搏于肌表,病位通常是肺、肝、脾三脏,治疗上需辨证论治,补充正气的同时兼顾祛风湿邪气;他们使用玉屏风散合加味过敏煎治疗,根据患者是否出现风寒、肝气郁滞、心火炽盛等症状进行加减治疗,明显改善了患者的过

敏症状。

耳鼻喉疾病多见鼻塞、咳嗽等症状,多与肺脾肾三脏有关,尤其以肺为主,治疗上应注重补肺气,从而加强卫气的卫外功能。玉屏风散中黄芪可以大补元气,增强机体免疫能力,使卫气固护肌表的功能加强,达到缓解症状、治疗疾病的效果。过敏性疾病主要是由于人体正气不足,免疫力低下,不能抵御邪气,导致邪气侵犯肌表,故治疗上需要注重补充正气,恢复患者免疫力。玉屏风散中防风对于人体抗体产生以及免疫功能有增强作用,黄芪具有强大的补气作用,白术亦可健脾益气,通过配伍可以增强本方的补气功效,有效恢复人体正气,阻止外邪侵犯,临床对于过敏性疾病具有良好疗效。

4 其他疾病

郭慧丽^[15]总结得出,自汗、产后痹症、水肿、心悸四种疾病都表现为虚实夹杂,以气虚为主伴有外邪,治疗上应注重补气,通过补肺气、补养气血、补肺脾肾、养心血等方法进行对应治疗,均有明显疗效。药理研究表明,玉屏风散在免疫系统方面有广泛的影响,包括细胞免疫、体液免疫、免疫调节等^[16]。咳嗽多是由于肺卫不固,感受外邪,肺失宣降所致,故治疗上需要注重补肺气;阿依江·木拉提汗等^[17]运用玉屏风散辅助医治上呼吸道感染后咳嗽的患者,通过对比单独使用西药治疗和在西药基础上加用玉屏风散辅助治疗后患儿病情的恢复情况,发现玉屏风散辅助治疗后患儿免疫功能恢复更显著。慢性阻塞性肺疾病的主要病机是肺气虚,兼有痰饮和瘀血,治疗上应注意补肺气,祛瘀化痰;程羽等^[18]通过研究发现,玉屏风散加味方可以延缓慢性阻塞性肺疾病的发生,其对于慢性阻塞性肺疾病中气道重塑的影响

作用可能是通过调节气道局部细胞因子 MMP-9、TIMP-1 和 TGF- β_1 表达实现的, 并且与其他剂量相比, 使用高剂量玉屏风散时患者恢复情况更好。李红念等^[19]研究发现玉屏风散对一些具有免疫效应, 可以参与抵抗感染和炎症修复的细胞因子如 IL、IFN- γ 、TNF- α 均有一定的影响, 故玉屏风散可通过对细胞因子发挥作用来发挥调节免疫系统等各种药理作用。潘小平^[20]通过多方面调查发现, 玉屏风散对人体免疫系统、过敏反应等都有一定的影响, 尤其在多途径、多靶点免疫调节机制方面有显著治疗效果, 由此类特性可知, 玉屏风散可以提高机体免疫能力, 但就深层次的作用机理和临床应用研究尚不明确, 有待实验进行进一步明确。

综上, 玉屏风散主要作用于人体免疫系统, 对细胞因子有较强的影响, 故临床应用集中于人体免疫力低下造成的各种疾病, 通过改善人体免疫能力, 有效治愈此类疾病。

5 小结

玉屏风散是中医扶正固本的经典方剂。其中, 黄芪为君药, 可大补脾气、肺气, 固表止汗; 白术为臣药, 具有益气健脾的功效, 与黄芪配伍, 可增强益气实卫、固表止汗的能力; 防风为佐药, 可辛散疏风, 抵御外邪侵袭。本方仅由三味药组成, 药味少, 药效高, 补中寓散, 散中有补, 可达到祛邪而不伤正, 固表而不留邪的功效。作为提升免疫力的千古名方, 玉屏风散自古以来便被众多医家应用, 由于其安全性和治疗的高效性, 许多方剂都可以在玉屏风散的基础上加减获得, 治疗范围也明显扩大, 例如自汗较重者, 可加浮小麦、煅牡蛎、麻黄根用以固表止汗; 偏气虚体质者, 可加党参、当归、甘草等以益气固表, 扶正解毒;

表虚外感风寒, 汗出不解, 脉缓等太阳中风证者, 可与桂枝汤合用; 其他症状也可以根据实际情况加减治疗, 从而发挥较高的疗效。

玉屏风散用药简单, 基础方仅三味药组成, 药用剂量小, 可显著降低服药带来的副作用, 同时疗效突出, 临床使用会有明显的治疗效果。但需要注意的是, 玉屏风散治疗的疾病是由气虚引起, 并不是所有人出现的相关症状都可以运用此方治疗, 临床需辨证论治, 例如外感自汗或者是身体虚弱盗汗体质的人不宜使用。

玉屏风散作为中医经典之一, 蕴含着古人千百年来的智慧。由于中医治疗具有疗程长的特点, 故虽玉屏风散的短期疗效并不显著, 但胜在可以标本同治, 长期疗效突出, 能够有效地减少疾病复发, 使用更加安全。然而目前玉屏风散的应用范围尚不广泛, 局限于体虚感冒等很小的领域, 其加减方的应用范围也比较局限。由于玉屏风散对于人体免疫系统影响较为显著, 对于人体正气的固护具有显著优势, 故可考虑将其应用到肿瘤、癌症等正虚邪实之类的疾病或外感六淫邪气所致的疾病。因此, 探索玉屏风散在呼吸道、免疫、过敏性疾病等方面的治疗, 利用其加减方开辟多方面应用, 是目前玉屏风散的一大发展方向。故本文通过整理玉屏风散加减方在临床中的应用概况, 希望能对今后相关方剂的研究提供一定启发。

参考文献

- [1] 谢鸣. 方剂学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 191-192.
- [2] 陈涛. 加味玉屏风散治疗气虚自汗体会 [J]. 中国民族民间医药 (医疗论坛), 2012, 21(19):

86-86.

[3] 谢斯炜. 加味玉屏风散治疗气虚型产后汗症临床观察 [J]. 山西中医, 2015, 31(12): 36-36.

[4] 曾凤. 玉屏风散合桂枝汤加减治疗肺卫不固型自汗临床研究 [J]. 亚太传统医药, 2016, 12(6): 139-139.

[5] 黄元琴. 玉屏风散加减药浴治疗小儿汗证 60 例 [J]. 中医医药指南 (中医中药), 2012, 10(24): 578-578.

[6] 申正日. 补中益气汤合玉屏风散对慢性肾炎的疗效及相关指标的影响 [J]. 中医药导报, 2014, 20(11): 78-79.

[7] 邹昀, 于亚涛, 臧宗兰. 玉屏风散治疗慢性肾小球肾炎临床观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(102): 38-40.

[8] 关霖静. 加味玉屏风散治疗小儿肾性血尿 28 例临床报告 [J]. 《中外医学研究》, 2012, 10(19): 134-134.

[9] 虞华. 玉屏风散合苍耳子散加减治疗变应性鼻炎 85 例 [J]. 中国药业, 2012, 21(10): 84-84.

[10] 万雪梅, 李瑛, 彭顺林. 玉屏风散加味治疗变应性鼻炎的临床研究进展 [J]. 中国现代医生, 2008, 46(28): 25-26.

[11] 王莹. 玉屏风散加减治疗慢性咳嗽的临床研究 [J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(13): 33-34.

[12] 陈桂芳. 玉屏风散加减治疗小儿过敏性咳

嗽的临床观察 [J]. 中医临床研究, 2014, 6(20): 117-118.

[13] 李华. 六味玉屏风散联合洗眼法治疗过敏性结膜炎临床观察 [J]. 浙江中医药大学学报, 2014, 38(10): 1188-1191.

[14] 王金娜, 何慧英, 曹毅. 何慧英运用玉屏风散合加味过敏煎治疗慢性荨麻疹经验 [J]. 江西中医药大学学报, 2016, 28(5): 27-29.

[15] 郭慧丽. 玉屏风散临证应用 4 则 [J]. 光明中医, 2012, 27(4): 783-784.

[16] 王秋菊. 玉屏风散的免疫药理学研究进展 [J]. 兽医导刊 (兽药研究与应用), 2010, (1): 45-47.

[17] 阿依江·木拉提汗, 韩宜均. 玉屏风散辅助治疗对上呼吸道感染后咳嗽患儿免疫功能的影响及临床疗效分析 [J]. 辽宁医学杂志, 2016, 30(4): 11-14.

[19] 程羽, 陈静, 羊忠山, 等. 玉屏风散加味方干预 COPD 气道重塑相关细胞因子作用研究 [J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(1): 7-10.

[19] 李红念, 梅全喜, 戴卫波, 等. 玉屏风散的临床应用与药理作用研究进展 [J]. 广州中医药大学学报 (文献综述), 2016, 33(2): 284-287.

[20] 潘小平. 玉屏风散免疫调节机制及其治疗白细胞减少症机理概况 [J]. 湖南中医杂志 (文献综述), 2008, 24(6): 91-93.

常见外耳道疾病内因分析

朱彦坤¹

【摘要】当下医学发展逐渐完善,根据不同的病因、病机及不同的临床症状,对疾病的诊断越来越细化,越来越明确,因病位相同,病名和症状虽有不同,但疾病病因仍有相同特征。

【关键词】耳疮;旋耳疮;外耳道疔;弥漫性外耳道炎

外耳道疾病为耳科常见病,主要临床症状有耳闷堵感、流脓水、疼痛、耳痒等,清理外耳道后,根据电子耳镜检查结果,均可见外耳道壁的充血、肿胀,多为急性炎症;进行耳内分泌物的化验检测,可发现大量中性细胞,经细菌培养,大多为革兰氏阳性球菌。根据上述临床表现,结合电子耳镜及耳内分泌物的检测,可明确西医诊断为外耳湿疹^[1],外耳道疔,外耳道炎;中医诊断为旋耳疮,外耳道疔,耳疮。

①旋耳疮是指旋绕耳廓或耳周而发的湿疹,以耳部皮肤潮红、瘙痒、黄水淋漓或脱屑、皲裂为特征。

②外耳道疔是指发生于外耳道的疔肿,以耳痛、外耳道局限性红肿、突起如椒目为特征。

③耳疮^[2]是指以外耳道弥漫性红肿疼痛为主要特征的疾病,多指“弥漫性外耳道炎”。

中医对耳科疾病多有论述,以脏腑辨证为主,但也可以根据患病部位,依据经络分布加以分析。

如《灵枢·经脉》篇,手太阳小肠经中,“其支者,从缺盆循颈,上颊,至目锐眦,却入耳中”;手少阳三焦经中,“其支者,从耳后入耳中,出耳前,过客主人,前交颊,至目锐眦”;足少阳胆经中,“其支者,从耳后入耳中,出走耳前,至目锐眦后”。此三经均“入耳中”,而其他各经脉为“循颊车,上耳前”,或“从巅至耳上角”,故根据患病部位,“耳内之患”应与手太阳小肠经、手少阳三焦经、足少阳胆经此三经相关。

《素问·调经论》提出“经隧”之说,“五脏之道皆出于经隧,以行血气”。十二经脉内属脏腑,亦有相应的表里相合,故脏腑之患,循经外达,以为病。

《灵枢·本输》云“三焦者,中渎之腑也,水道出焉,属膀胱,是孤之腑也,是六腑之所与合者”。三焦虽无脏器,但以功能汇聚而成,所以三焦为虚脏,以吸收、转化、传输为主要功能,当其功能异常,传输阻滞,气化失常,水道不通,故临床可见“渗水”症状,质清稀,色淡黄。

《素问·五藏别论篇》云“夫胃、大肠、小肠、三焦、膀胱,此五者,天气之所生也,其气象天,故泻而不藏,此受五藏浊气,名曰传化之府,此不能久留,输泻者也”。手太阳小肠经与小肠内外相连,而足少阳胆经与胆腑内外相连;小肠、胃、胆均为只泄而不藏,当嗜食辛辣时,辛味入肝经,疏泄失司,犯肝胆,以致气火循经上逆于耳,则耳肿痛;或肥甘厚腻,湿热蕴脾,气机阻滞,升降失常,湿热泛溢,顺经上逆,犯于耳窍,故肿痛、流脓。

上述脾胃运化失常,蕴热传于肝胆,或因情志失调,造成脏腑蕴热,多为下焦或中焦致病,表现病情较重;较轻者,湿热循经上蒸,犯于耳窍,此类以耳部皮肤潮红、瘙痒、黄水淋漓或脱屑、皲裂为主症的旋耳疮;以外耳道弥漫性红肿、溃疡、渗液等为特征的耳疮;如蕴久化毒,发为耳道内疔肿。

1 石家庄康灵中医耳鼻喉医院,河北 石家庄 050031

综上所述,耳疮、旋耳疮、外耳道疔肿等病,病名、症状虽有不同,但内因相同,可以异病同治,当以清热利湿消肿为治疗原则,可用蒿芩清胆汤加减,以畅三焦气机,泄胆中伏火;或龙胆泻肝汤加减,以清肝胆实火。

参考文献

[1] 孔维佳.耳鼻咽喉头颈外科学[M],人民卫生出版社,2012,12.

[2] 王士贞.中医耳鼻喉科学[M],中国中医药出版社,2003,1.

(上接第 37 页)

三棱 10g、莪术 10g、生地 10g、熟地 10g、胆南星 10g、丝瓜络 10g、全虫 10g、鸡血藤 20g、蝉蜕 10g、地龙 10g,7 剂。水煎服,日 1 剂,分 3 次服用。余治疗同三诊。五诊:自觉右耳听力与左耳同,耳鸣偶有出现,耳闷、耳胀消失,眩晕消失,恶心欲呕感消失,无头痛、耳痛、耳道流脓等,无恶寒、发热等症,精神可、纳眠可,二便调。检查:双外耳无畸形,外耳道无明显异常,双耳鼓膜无充血,双耳鼓膜轻度混浊及内陷,光锥存,稍有短缩。舌红,苔薄,脉细。患者经上法治疗后症状有改善,脉象示邪已祛,故中医治以扶正固本为主,辅以活血通络。方以金匱肾气汤减肉桂、附子,加桂枝、杜仲、菟丝子、郁金、地龙、磁石、石菖蒲、五味子以增补益肝肾,通络开窍之效。处方:山药 12g、泽泻 12g、牡丹皮 12g、茯苓 10g、熟地 10g、桂枝 10g 杜仲 10g、菟丝子 12g、郁金 10g、地龙 10g、磁石 12g、石菖蒲 12g、五味子 12g,7 剂,水煎服,日 1 剂,分 3 次服用。再次复诊时患者无特殊不适。

按语:《素问·脏气法时论》中说:“肝病者, ... 气逆,则 ... 耳聋不聪。”《素问·六元正纪大论》说:“木郁发之 ... 甚则耳鸣,眩转。”《金匱钩李玄·附录》中说:“荣都,水谷之精也,和调五脏,洒陈于六腑,乃能入于脉也 ... 耳得之而能听。”本案患者因受惊吓后致肝郁气滞,气行则血行,气滞则血瘀,气

血不和,不能上荣耳窍,故患者听力骤然下降,并伴耳鸣、耳闷、耳胀;精血不能上利清窍,故有眩晕;血瘀不能养神,故有精神差、眠差;肝郁乘脾,影响脾运化,故有纳差。故在初诊时治以活血化瘀为主法,辅以解郁通络之品以调气血功能。气滞血瘀,血不养肝,肝不藏血,故有肝阳上亢扰心神之举,治以活血通络为主,辅以平肝潜阳、养血安神。久病多郁、多痰故辅以疏肝解郁、通络化痰之品以防病于未然。后期患者邪祛正虚,故应扶正固本,巩固疗效,故以补益肝肾、活血通络为主法。

参考文献

[1] CHANDRASEKHAR S S, TSAI DO B S, SCHWARTZ S R, 等. Clinical Practice Guideline: Sudden Hearing Loss (Update)[J]. Otolaryngology—Head and Neck Surgery: Official Journal of American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery, 2019, 161(1_suppl): S1 - S45.

[2] 世界中联耳鼻喉口腔科专业委员会, 中华中医药学会耳鼻喉科分会, 贵州省中西医结合学会耳鼻喉分会. 中医耳鼻喉科常见病诊疗指南[C]// 世界中联耳鼻喉口腔科专业委员会第五届学术年会、中华中医药学会耳鼻喉科分会第十九届学术交流会暨贵州省中西医结合学会耳鼻喉分会第二次学术交流会论文汇编.[C]//2013.