

中医耳鼻喉科学研究 2023 年 2 月 (第 22 卷第 1 期)

(季版)

目次

冀 L1100085
(Z) R1087

沉痛悼念中医大家、首都国医名师李淑良教授

..... 中华中医药学会耳鼻喉分会 (1)

医学综述 --- 栏目主编 何伟平 责任编辑 霍会川

儿童分泌性中耳炎中、西病因及治疗研究进展.....张姗姗 王玉明 (3)

数据挖掘技术应用于变应性鼻炎研究的进展.....李岩 张悦 (9)

实验研究 --- 栏目主编 杨荣刚 责任编辑 孟庆利

割治法治疗变应性鼻炎的疗效观察及对血清 IgE、IL-4 含量的影响

.....李金飞 王嘉玺 丁雷 (12)

临床研究 --- 栏目主编 周小军 责任编辑 倪金秀

国医大师干祖望辨治慢性鼻窦炎经验

.....陈洛萌 史军 陈小宁 刘玉 伍丹 侯晓菲 (16)

阮岩治疗儿童鼻病的临床经验

.....方彩珊 张驰名 徐玮祯 陈腾宇 李潇杰 朱锦祥 王睿智 周敏 阮岩 (21)

中医外治法治疗咽炎的研究进展.....朱雯 譙凤英 (26)

浅谈耳鸣心神不宁证.....蒋珍 彭顺林 (31)

突发性聋病因病机及中医药治疗研究概况.....赵梦迪 刘思敏 薛明 (35)

名医名院 --- 栏目主编 何伟平 责任编辑 霍会川

继承中医, 不忘先贤.....刘大新 (41)

云南省中医医院耳鼻咽喉科发展历史.....黄春江 (44)

研究生校园 --- 栏目主编 杨荣刚 责任编辑 孟庆利

黄春江教授运用柴苓抑眩方治疗痰浊中阻型梅尼埃病验案举隅

.....李璐璇 黄春江 王琮 李冶金 蒋炳娟 查入宁 刘瑞 (48)

王俊阁教授治疗鼻鼽病验案三则.....董寒毅 王俊阁 (51)

基层医师园地 --- 栏目主编 周小军 任编辑 薛彦艳

难治性鼻窦炎中西医治疗研究进展.....薛彦艳 (55)

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

2000 册

印刷日期

2023 年 3 月 22 日

印 刷

石家庄嘉年印刷有限公司

约稿通知

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

主要栏目有：

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

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

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

12. 特别提醒：(1)文章发表以作者回馈确认先后顺序为准，编辑部依据版面容量而定，自动将期数顺延。如有特殊情况或要求，请及时和编辑部工作人员沟通。(2)《中医耳鼻喉科学研究》是2002年经过河北省新闻出版局审批，中华中医药学会主管的行业内交流出版物，2007年起被中国电子期刊杂志社收录到中国医学期刊数据库，知网和万方数据库搜索引擎均能查阅，来稿一经录用，其它正刊不会再次刊登，敬请慎重斟酌。(3)近年来各类网站不断出现所谓《中医耳鼻喉科学研究》官网，收取高额审稿费用，此种行为与本编辑部无关。电话：4000-135-120。

OTORHINOLARYNGOLOGY RESEARCH IN TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

Vol. 22 No. 1 February 2023

CONTENTS

MEDICAL REVIEW

Research progress in the etiology and treatment of secretory otitis media in children

ZHANG Shanshan, WANG Yuming..... (3)

Progress in the application of data mining technology in the research of allergic rhinitis

LI Yan, ZHANG Yue..... (9)

EXPERIMENTAL RESEARCH

Therapeutic effect of cutting therapy on allergic rhinitis and its influence on Serum IgE and IL-4

LI Jinfei, WANG Jiayi, DING Lei..... (12)

CLINICAL RESEARCH

Experience of TCM master GAN Zuwang in treating chronic sinusitis

CHEN Luomeng, SHI Jun, CHEN Xiaoning, LIU Yu, WU Dan, HOU Xiaofei..... (16)

Ruan Yan's clinical experience in treating children with nasal disorders

FANG Caishan, ZHANG Chiming, XU Weizhen, CHEN Tengyu, LI Xiaojie, ZHU Jinxiang, WANG Ruizhi, ZHOU Min, RUAN Yan..... (21)

Research progress in the treatment of pharyngitis with external treatment of traditional Chinese medicine

ZHU Wen, QIAO Fengying..... (26)

A brief talk about tinnitus and disquieted heart spirit syndrome

JIANG Zhen, PENG Shunlin..... (31)

Research overview of the etiology and pathogenesis of Sudden Hearing Loss and its treatment with traditional Chinese medicine

ZHAO Mengdi, LIU Simin, XUE Ming..... (35)

FAMOUS DOCTORS AND HOSPITALS

Inherit traditional Chinese medicine and never forget the sages

LIU Daxin (41)

Development History of Otolaryngology Department of Yunnan Provincial Hospital of
Traditional Chinese Medicine

HUANG Chunjiang..... (44)

GRADUATE CAMPUS

Experience of Professor Huang Chunjiang in the Treatment of Memiere Disease with
Chailing Zhixuan Decoction

Li Luxuan, Huang Chunjiang, Wang Qiong, Li Zhijin, Jiang Bingjuan, Zha Runing, Liu Rui (48)

Three cases of Allergic Rhinitis Treated by Professor Wang Junge

DONG Hanyi, WANG Junge..... (51)

BASIC PHYSICIAN GARDEN

Research progress in the treatment of refractory sinusitis with traditional Chinese and
western medicine

XUE Yanyan (55)

沉痛悼念中医大家、首都国医名师、 中国中医科学院西苑医院李淑良教授



2023年2月9日16时16分，敬爱的李淑良教授因病医治无效，永远离开了我们，离开了他建设了六十载的西苑医院，离开了他挚爱的中医耳鼻喉事业！享年85岁。

李淑良，1938年生于北京，1957年以优异的成绩考入北京中医学院，在胡希恕先生、张志纯先生等中医大家的带领下，刻苦学习，打下了深厚的中医功底。1963年毕业后分配到西苑医院耳鼻喉科，一直从事中医耳鼻喉科工作，迄今已经六十载，先后历任耳鼻喉科住院医师、主治医师、副主任医师、主任医师，并担任耳鼻喉科主任。

李淑良教授医术精湛。进入西苑医院以后，李淑良常年在临床工作，在耿鉴庭先生的影响下，并跟师多位西苑医院名老中医，“师古师今师博览”，用中医理论指导临床实践，以中药为主治疗耳鼻喉科疾病，在常见病、疑难病的治疗方面积累了丰富的经验，为无数患者解除了病痛。同时，李淑良教授还作为中央保健会诊专家，为许多领导做好保健工作，并多次获得中央保健先进个人的荣誉，为国家、社会做出了巨大贡献。

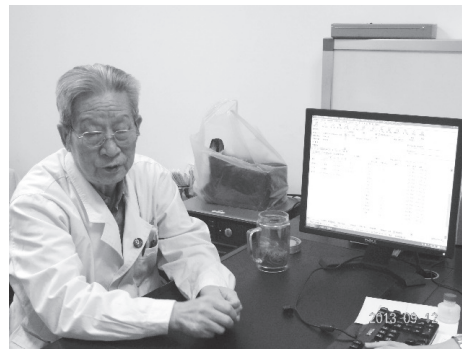
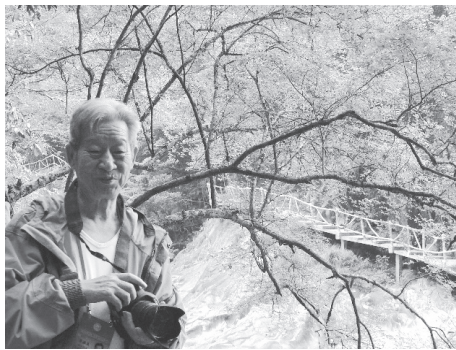
李淑良教授毕生致力于中医耳鼻喉事业，除了常年坚持中医临床工作，在中医理论等方面也多有阐发，如咽喉病“风邪为患”的病机学说，以及咽喉病“散风为先”的治疗原则，阐述“耳聋治肺”等，为后学者提供了很好的临床指导与借鉴。同时也培养了很多中医耳鼻喉专业高级人才。



李淑良教授医德高尚。“若有疾厄来求救者，不得问其贵贱贫富，长幼妍蚩，怨亲善友，华夷愚智，普同一等，皆如至亲之想。”这是李淑良教授一生治病救人的真实写照。

李淑良教授为人正直，高风亮节，不阿谀奉承，“友直友谅友多闻”是李淑良教授一生为人处世的标准。

六十年的悬壶生涯，凭借着精湛的医术、高尚的医德，李淑良教授赢得了广泛的认同，是国务院政府特殊津贴获得者，博士生导师，中医传承博士后指导老师，中国中医科学院学术委员会委员，国家中医药管理局名老中医师带徒二、三、四批指导老师。曾任中华中医药学会耳鼻喉分会主任委员及名誉主任委员、世界中医药学会联合会耳鼻咽喉口腔科专业委员会会长及名誉会长、中华人民共和国第九届药典委员会委员、国家药品食品监督管理局中药品种保护审评委员会委员、中央保健局会诊专家、国家医疗事故鉴定委员会委员、中国人民解放军医疗事故鉴定委员会委员等社会兼职。



李淑良教授的一生，是为中医耳鼻喉事业奋斗的一生！他留给了我们无限的知识财富，永远都是我们学习的榜样！

我们将永远牢记李淑良教授的嘱托，在临床、科研中坚持运用中医，用中医方法帮助患者解除病痛，将中医耳鼻喉事业发扬光大！

李淑良教授驾鹤西归，我们将永远怀念您！

李淑良教授一路走好！

中华中医药学会耳鼻咽喉科分会
世界中医药学会耳鼻咽喉口腔科专业委员会

2023年2月9日

儿童分泌性中耳炎中、西病因及治疗研究进展

张姗姗¹ 王玉明²

【摘要】 儿童分泌性中耳炎 (Otitis media with effusion, OME) 是耳鼻喉科常见的疾病,也是导致儿童听力下降的重要原因。慢性分泌性中耳炎多起病隐匿,若不仔细询问病史、进行详细的专科检查很可能造成误诊、漏诊,延误病情。OME 的病因尚未完全明确,目前可以采用中、西医的方法治疗儿童 OME。西医非手术治疗手段主要包括抗炎抗感染、改善咽鼓管通气功能和微波治疗等;手术治疗一般在保守治疗效果不佳且患儿有明确手术指征的情况下使用,主要包括腺样体切除术、鼓膜置管术和咽鼓管球囊吹张术,有时因治疗需要常常两种术式联合使用。中医辨证论治通过分析患儿症状,辨证分型,结合证型遣方用药;外治方法包括鼓膜按摩、耳穴压豆、“序贯疗法”等。现通过分析、归纳文献,总结儿童 OME 可能的病因及治疗方法,为临床治疗提供思路。

【关键词】 儿童分泌性中耳炎;咽鼓管功能障碍;非手术治疗;手术治疗;辨证论治

分泌性中耳炎 (OME) 是以传导性聋及鼓室积液为主要特征的中耳非化脓性炎性疾病。多发于冬春季节,是儿童期最常见的疾病之一,也是导致儿童听力减退的重要原因。慢性分泌性中耳炎起病隐匿,小儿多无听力下降的主诉,常因语言发育迟缓,对别人的呼唤声不理睬,看电视时要求过大的音量,学习不集中,学习成绩下降等原因就诊。如果单耳患病,也可长期不被察觉。临床以听力减退、耳堵闷感、耳鸣、耳胀痛为特点。分泌性中耳炎属于祖国医学“耳胀、耳闭”的范畴。

1 发病原因及机制

1.1 咽鼓管功能障碍

1.1.1 腺样体肥大

腺样体增生肥大,表面不平,纵行的沟隙形成隐窝,这些隐窝无疑为细菌提供了天然的保护池,作为咽淋巴环内的免疫组织,在局部炎症、免疫应答中发挥着极其重要的作用。当腺样体组织中条件致病菌发生增殖时^[1]腺体分泌增加、腺样体组织增生,咽鼓管周围淋巴组织增生,咽鼓管引流受限,鼓室负压增大,黏膜通透性增加,浆液渗出,产生积液。^[2]研究表明,正常腺样体和轻度腺样体肥大

引起中耳炎的概率较小且无明显差异,重度腺样体肥大的儿童患病率显著高于另外两组,所以 OME 的发病率与腺样体和咽鼓管的距离关系密切。^[3]另外,腺样体肥大时炎症顺着淋巴环回流,中耳的黏膜通过咽鼓管黏膜与鼻咽黏膜相互联系,炎性因子势必会沿着黏膜系统扩散至中耳腔。^[4]

1.1.2 咽鼓管黏液纤毛清除率下降

鼻咽、中耳的上皮通常衬有假复层纤毛柱状上皮,游离面分布有摆动的纤毛,黏液纤毛清除率取决于活跃的纤毛功能、黏液的性质、咽鼓管肌肉蠕动样进行性收缩以及咽鼓管的通畅性。研究发现,OME 患者咽鼓管黏液纤毛清除率要低于常人。^[5]当假复层柱状上皮细胞功能失调时,黏液纤毛清除率下降,导致咽鼓管中黏液积聚,严重时伴有中耳积液,导致儿童传导性听力损失。^[6]

1.2 感染

咽鼓管软骨部分的黏膜较厚,褶皱较多,儿童咽鼓管黏膜皱襞的数量与成年人存在显著差异。该黏膜与鼻黏膜具有相似的免疫学特征,^[7]当接触变应原时会迅速发生炎症反应。患儿往往继发于上呼吸道感染、鼻窦炎等,鼻咽部与中耳腔通过咽鼓管

1 山东中医药大学第一临床医学院,山东 济南 250014

2 山东中医药大学附属医院耳鼻喉科,山东 济南 250014

相通,所以鼻咽部的感染常常可以通过咽鼓管逆行性感染至中耳。接近 30% 的慢性 OME 患儿中耳积液中检测出呼吸道病毒,其中,鼻病毒阳性检出率最高。^[8] 在一项通过采用敏感度更高的 PCR 技术检测中耳积液细菌的研究中显示,肺炎链球菌和金黄色葡萄球菌阳性率居首,其次是耳炎差异球菌及流感嗜血杆菌。^[9]

1.3 免疫反应

先天免疫系统提供了一线的非特异性免疫。现主要阐释中耳上皮细胞和巨噬细胞在 OME 中的作用。^[10] 中耳上皮细胞主要释放防御素,对各种病毒、细菌具有抗菌功能,有的防御素可以直接抑制细菌毒素。中耳分泌物的数量和特征变化特别是黏蛋白的分泌,在 OME 的病理生理机制中被认为是重要的。中耳上皮细胞分泌过多的黏蛋白会妨碍正常的纤毛清除率,这种黏蛋白的存在阻止了声波从中耳传到内耳,从而导致传导性听力丧失。但是中耳上皮细胞产生过量黏蛋白的分子机制尚不清楚。中耳吞噬细胞对细菌的不完全吞噬可能导致细菌停留在中耳,炎性介质的持续释放会导致中耳积液。抗生素耐药性的出现以及抗生素潜在的耳毒性,促使人们关注这一领域的研究,为设计有效的非传统治疗方法开辟新的途径。

1.4 其他

1.4.1 年龄

年龄也是影响 OME 发病的独立因素,随着年龄的增长,发病率呈下降趋势。^[11] 张浩^[12] 通过 Meta 分析纳入符合要求涵盖 6737 例患者的 21 篇文献,指出中国儿童 OME 总患病率约为 4.0%; 0~3、4~6、> 7 岁组儿童 OME 患病率分别为 11.12%、6.61%、2.38%。在 1-7 岁儿童的研究中显示,1-3 岁组儿童 OME 的发病率远高于 4-7 岁组。^[113]

1.4.2 胃食管反流

胃食管反流 (GER) 是与分泌性中耳炎相关的一个潜在重要但相对未知的因素。GER 导致分泌性中耳炎的实际诊断是很难证明的,因为大多数儿科分泌性中耳炎中 GER 的诊断仅基于临床表现和父母观察而不是中耳中存在胃蛋白酶和胆汁酸。GER

导致上呼吸道疾病的重要机制可能是胃酸对黏膜的直接毒性作用,导致黏膜肿胀、黏液高分泌状态,并刺激炎性介质的分泌。^[13] 胃食管反流在 OME 患者中经常出现,由此推断它可能是导致该病的危险因素。^[14] 但有研究通过观察有胃食管反流倾向和无胃食管反流倾向儿童鼻咽和中耳微生物群的特征发现 GER 对两组儿童鼻咽和中耳微生物群没有明显影响。^[15]

1.4.3 过敏反应

研究发现,食入性和吸入性过敏原刺激均会导致儿童发生分泌性中耳炎,^[16] OME 患者的变应性鼻炎的患病率高于普通人群。^[17] 原因可能有咽鼓管黏膜与上呼吸道黏膜起于同一外胚层,上呼吸道过敏局部反应可通过黏膜系统引起咽鼓管周围水肿或中耳黏膜原发性疾病。^[18]

1.4.4 乳突气化不良

乳突气室系统与鼓室相通,其体积随着年龄的增加而增大。乳突气室系统体积越大,气体传输效率越高,由气体交换引起的中耳压力变化率越小,平衡中耳内外压力所需的有效咽鼓管开口频率越低,有效延长中耳产生负压所需要的时间,减少因为中耳负压引起的中耳炎的概率。乳突发育不良时,可能影响中耳的空气循环,诱发中耳炎、鼓膜穿孔,形成各种中耳疾病的恶性循环。^[19] 万会^[20] 在对 46 例难治性 OME 患者的研究中也证实了乳突气化不良是致病重要危险因素之一。

1.5 中医病因病机

中医学认为耳胀、耳闭是同一疾病的不同阶段,耳胀为病之初,多由外邪侵袭,经气痞塞而致;耳闭为病之久,由于邪毒滞留而致,并与脏腑虚损有关,故多为虚实夹杂。耳胀治疗不及时或误治可能会导致耳闭。干祖望老先生认为该病的病理机制主要为“气滞”和“痰阻”,气滞即气行不畅,痰阻即痰湿阻滞。儿童常见的发病原因常与成人相同,结合儿童生理特点、病因特点分为风邪外袭证、肝胆湿热证和脾虚湿盛证。

1.5.1 风邪侵袭,经气痞塞

儿童为稚阴稚阳之体,卫外功能较弱,又寒温

不自知,因而更容易被“六淫”邪气所伤,小儿为纯阳之体,伤于外邪以热化居多。风邪侵袭,循经上犯,结于耳窍,以致耳窍经气不宣,而出现耳胀。丛品^[21]根据多年经验总结出儿童分泌性中耳炎多继发于外感失治,邪气入里,停于耳窍。

1.5.2 肝胆湿热,上蒸耳窍

《沈菊人医案》中指出:“风热郁于少阳、阳明,耳胀、流水、脉弦数。”耳窍居于头面,其正常生理功能有赖于肝胆之气的条达和肝血的奉养,肝胆火升,复感湿热之邪,湿热交蒸,循经上结,积于耳窍发为耳胀。

1.5.3 脾虚湿盛,蒙蔽清窍

小儿“脾常不足”,且饮食不知自调,易为饮食所伤,导致脾失健运,水液运化失调,清阳不升,湿浊上犯蒙蔽清窍;脾虚气血生化乏源,耳窍失于濡养,久之则发为耳闭。孙海波^[22]认为耳居清窍,若脾虚失运,津停成痰,痰湿停滞于耳窍发为耳胀。

2 治疗进展及现状

2.1 西医非手术治疗

2.1.1 控制感染

抗生素能够减轻中耳积液的症状和持续时间,但长期使用会导致耐药性。在明确感染病菌类型的情况下,应选用相应抗菌谱的抗生素,不应滥用抗生素。必须权衡抗生素对个人和社会的益处和不良影响,鼓励减少风险因素,不建议长期使用预防性抗生素。

糖皮质激素在炎症早期,能够降低毛细血管通透性,减少炎症因子释放,可减轻炎症的渗出、水肿,减轻耳咽管水肿和管口黏膜水肿等现象,改善红、肿、热、痛等症状。在炎症后期,通过抑制毛细血管和成纤维细胞的增生,促进中耳积液吸收,防止粘连,减轻后遗症,减少并发症。主要作用方式包括静滴、口服、喷鼻、滴鼻、注射至鼓室。^[23]柳帅将 112 例分泌性中耳炎的患者随机分为静滴抗生素对照组和加用糖皮质激素观察组,结果显示观察组治疗有效率 91.33% 远高于对照组 75.5%,^[24]但其长期疗效缺乏。鼻用糖皮质激素,根据鼻咽和咽鼓管以及鼻腔等部位产生局部作用,疗效优于口服

强的松,且副作用小,便于携带,使用方便。^[25]部分鼻喷激素有令人不愉快的味道和气味,有的可引起鼻咽部干燥,极少数患儿会出现黏膜溃疡和鼻中隔穿孔、发育迟缓等不良反应。卢立国^[26]通过对比 2 种治疗儿童 OME 伴有腺样体肥大的模式,发现布地奈德体位滴鼻治疗组有效值和免疫功能均优于腺样体切除组,且前者安全性高,无创伤。鼓室注射直接作用于病灶,快速产生治疗作用,避免全身作用,耳闷和耳痛症状及声阻抗改善有效率高^[27],不良反应包括鼓室粘连和纤维化。^[28]有研究对比发现,鼓室内注射的给药方式疗效优于口服^[29]。

2.1.2 改善咽鼓管通气引流

咽鼓管吹张通过自然途径恢复中耳气体交换能力,平衡中耳内外气压,直接改善咽鼓管功能,^[30]改善自然听敏度,该方法治疗后气导阈值降低明显,短期疗效好,^[31]复发率低,并发症较少,且可自行进行操作。^[32]咽鼓管吹张似乎是唯一改善咽鼓管通气功能有效、低风险、低成本的非手术疗法,但是儿童可能因为不恰当的操作导致咽鼓管的功能无法恢复,不良反应还包括呼吸道感染、鼻出血。

黏液促排剂可以稀化黏液,促进纤毛摆动,增加咽鼓管黏膜中黏液纤毛输送系统的清除功能,使黏液移动速度加快,有利于分泌物经咽鼓管排出。在一项对 110 名 OME 患儿进行常规西医治疗和加用桉柠蒎肠溶软胶囊的报道中,加用桉柠蒎肠溶软胶囊组患儿耳痛减轻、听力提高效果明显,半年内复发率低。^[33]黏液促排剂偶有胃肠道不适及过敏、呼吸困难等不良反应。

2.1.3 其他

微波能够产生热效应,促进中耳毛细血管及小动脉扩张,提高血氧浓度,增强细胞的代谢,^[34]加快咽鼓管黏膜肿胀消退,促进中耳分泌物吸收,并可激活机体免疫系统,增加局部的防御能力。李建芳^[35]分析了随机抽取的 526 例 OME 患者运用常规药物治疗与联合微波照射加温治疗,发现观察组的有效率为 97%,大大高于对照组有效率 83.7%。此外,早期儿童 OME 单纯药物治疗效果不佳,家长又难以接受手术治疗的情况下,常规药物治疗联合

微波治疗在缩短治疗时间和改善患者耳部症状方面有明显优势。鼻用减充血剂激动肾上腺素受体，收缩局部血管，改善黏膜肿胀使鼻腔通畅，起效迅速。朱碧君^[36]观察了 80 名中耳炎患者发现在治疗中配合使用鼻用减充血剂能够改善咽鼓管功能。但在儿童分泌性中耳炎治疗指南^[37]中，因其疗效不确切，并不推荐使用。

2.2 中医治疗

2.2.1 辨证论治

病之初，多为感受风邪，证型可能有风寒、风热、风湿，在刘蓬主编的新世纪第四版《中医耳鼻喉科学》中以荆防败毒散加减服用。现总结现代医家对风热上扰证的经验方。有研究以消风散加减遣方治疗风热偏盛的患者发现疗效优于单纯西医治疗组^[38]。兰珊^[39]以 3-6 岁证属风热外袭的儿童为观察对象，观察组儿童给予自拟中耳炎 1 号方，对照组予以二丁颗粒，两组均配合欧龙马滴剂，中耳炎 1 号方组成包括为蒲公英、菊花、牡丹皮、赤芍、桑白皮、柴胡、黄芩、桔梗、夏枯草、蔓荆子、连翘，结果发现观察组鼓室积液消退及听力提高程度有明显优势。

龙胆泻肝汤能够清利肝胆湿热，清泄肝胆实火，耳胀证属肝胆湿热多用该方加减治疗。王丹凤^[40]对比观察了运用龙胆泻肝汤和常规西药治疗的患者，总结出龙胆泻肝汤治疗组的患者临床效果好，且不良反应发生概率低。

脾虚之痰，病程较久，清阳不升，则阴霾笼罩空清之窍，痰浊滞留于鼓室。此证治宜健脾化痰，多以参苓白术散加减服用。该组方药物有保肺、行气之功，治疗后患者耳部血液循环得到改善，且整体口感偏甜，更易被患者接受。^[41]有研究发现，^[42]血小板活化因子（PAF）能降低黏液纤毛清除率，加速中耳积液的形成。参苓白术散能够降低耳积液率，治疗后中耳积液及血清中 PAF 含量均降低。

2.2.2 中医外治方法

耳穴也可以称为耳部反射区，是指分布在耳廓上的一些特定的区域。耳穴压豆具有一定的止痛消炎、提高机体免疫力、促使疾病好转和痊愈。分泌

性中耳炎常用的穴位有外耳、内耳、肾上腺等。

《景岳全书》详细记载了鼓膜按摩的方法和作用：“凡耳窍或损或塞……即宜以手中指于耳窍中轻轻按捺，随捺随放，随放随捺，或轻轻摇动，以引其气。捺之数次，其气必至，气至则窍自通矣。”除了该方法，还有鸣天鼓法，均能起到对耳朵的预防保健作用。

“序贯疗法”根据患者的证型用相应的药方用蒸汽熏蒸鼻或者蒸馏液滴鼻的方法直接作用于鼻部，起效快，疗效明显，避开了内服中药口感差不易被患儿接受的弊端。陈其凤^[43]发现，该方法对病程在 3 个月以内证属风邪外袭的分泌性中耳炎患儿短期疗效好，但治疗时间较长，患儿不一定能坚持治疗。

2.3 手术治疗

2.3.1 腺样体切除联合鼓膜置管术

腺样体切除术至少有 2 年的临床疗效。年龄大的患儿可能病程比较长，咽鼓管黏膜及中耳黏膜受损比较严重，所以切除腺样体的同时进行鼓膜置管，可以在较长一段时间内平衡中耳内外压，促进黏膜功能恢复。张中义^[44]对比观察了 102 例予单纯鼓膜切开置管术治疗与加施腺样体切除术治疗的 OME 患儿，发现后组提高患儿听力的效果更好，炎症因子含量降低更明显，除此之外，在一定程度上提高患儿的免疫功能，患儿一年后的听力仍保持较好的水平，远期治疗效果佳。^[45]李洪淮^[46]发现二者联合使用显著减少术后并发症和复发率。鼓膜置管术后患者听力均有一定程度提高，但鼓膜硬化症是最常见的并发症。随访发现不少患者术后易出现耳漏及鼓膜置管脱落及通风管堵塞，这可能与患者个体免疫排斥反应、鼓膜切口大小不合适及通风管的材质有关。^[47]鼓膜置管并发症较多，应严格考虑其适应症和禁忌症，注重术后随访，及时发现并处理并发症，达到最大治疗效果。

2.3.2 咽鼓管球囊扩张术

咽鼓管球囊扩张后活性物质重新分布于黏膜表面，促进咽鼓管功能恢复，是治疗儿童和成人咽鼓管功能障碍的一种起效快^[48]，简单的方法，不良反

应发生率低,在门诊即可进行。李丹丹^[49]观察了 39 名 OME 病程超过两年且多次鼓膜置管手术治疗效不佳的患儿,对照组予鼓膜切开置管术,观察组予咽鼓管球囊置管术,对比两组前后纯音听阈差异及两组患儿术后听阈大小发现两组患儿纯音听阈较术前均降低,且观察组显著低于对照组。TischM^[50]回顾性分析了 60 名使用咽鼓管球囊扩张术治疗咽鼓管功能障碍的儿童,超过 80% 的患者临床症状有所改善,没有患者报告症状恶化,且参与调查的患儿家长对治疗结果表示满意。咽鼓管球囊扩张术扩张的是咽鼓管的软骨部分,它位于颈动脉管的安全距离处,所以打消了该术会对颈动脉在咽鼓管骨区走行异常而导致误伤颈动脉的担忧。

3 结语

目前没有研究出彻底根治分泌性中耳炎的治疗形式,但最近的文献完善了我们对不同治疗方法的有效性和不足的认识。准确认识各种原因引起的分泌性中耳炎,并对其做出最佳的检查和处理,是减少儿童这种常见疾病的误诊^[51]及过度治疗的关键。西医治疗方案中微波治疗和咽鼓管吹张配合常规药物治疗能够缩短治疗时间,减少疾病复发率。中医治疗以内服中药为主,平时可以进行耳部按摩、耳穴压豆等改善脏腑功能,增强体质,做到未病先防。当保守治疗效果不佳、病情反复且有手术指征时可以采用手术治疗,三种手术治疗方案各有千秋,应综合考虑患者基本情况、手术适应症和并发症制定最佳的手术方案。对适龄儿童进行听力检测,对曾患 OME 的患儿应反复进行听力测试,评估是否对儿童健康、行为和发育产生影响是降低 OME 患病率和复发率的有效方式。鉴于篇幅有限,文章未涉及中西医结合治疗儿童 OME 的疗效,目前的研究表明,中西医结合治疗儿童 OME 疗效、预后更好,日后应加强研究,逐步探讨更加完善的儿童 OME 治疗方式。

参考文献

[1] 赫莉,耿江桥,左路杰,等.学龄前儿童腺样体肥大合并分泌性中耳炎的相关因素分析[J].中华

耳科学杂志,2020,18(5):852-856.

[2] 黄璟,谢洪.探讨儿童分泌性中耳炎的发病原因及治疗效果[J].中国现代药物应用,2020,14(03):180-181.

[3] 郑贵亮,杨影,杨军.学龄前儿童腺样体大小与分泌性中耳炎的相关性研究[J].中国听力语言康复科学杂志,2021,19(5):365-367.

[4] 董家琪,姜妍,黄世勇,等.分泌性中耳炎儿童腺样体组织中 IL-10、IFN- γ 表达[J].听力学及言语疾病杂志,2020,28(02):149-152.

[5] Pöyhönen L, Kivekäs I, Silvola J, et al. Mucociliary function of the eustachian tube in the eustachian tube dysfunction. *Acta Otolaryngol.* 2019 Mar;139(3):238-242.

[6] Barbato A, Frischer T, Kuehni CE, et al. Primary ciliary dyskinesia: a consensus statement on diagnostic and treatment approaches in children. *Eur Respir J.* 2009 Dec;34(6):1264-76.

[7] Ozturk K, Snyderman CH, Sando I. Do mucosal folds in the eustachian tube function as microturbines? *Laryngoscope.* 2011 Apr;121(4):801-4.

[8] 赫莉,宋英鸾,耿江桥,等.儿童分泌性中耳炎中耳积液病毒和支原体及衣原体检测结果分析[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2020,27(12):683-686.

[9] 宋桂林,李湘胜,樊涛,等.儿童与成人慢性分泌性中耳炎细菌学特点的分析[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2017,23(3):256-261.

[10] Mittal R, Kodyan J, Gerring R, et al. Role of innate immunity in the pathogenesis of otitis media. *Int J Infect Dis.* 2014 Dec;29:259-67.

[11] Norhafizah S, Salina H, Goh BS. Prevalence of allergic rhinitis in children with otitis media with effusion. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.* 2020 May;52(3):121-130.

[12] 张浩,高静,朱琳,等.中国儿童分泌性中耳炎患病率的 Meta 分析[J].听力学及言语疾病杂志,2022,30(1):69-73.

[13] 敬云龙,黄敏,李赞,等.儿童分泌性中耳

炎耳内镜下鼓室置管术后复发因素分析 [J]. 临床小儿外科杂志, 2021, 20(7): 652-657.

[14] 魏璐璐. 胃食管反流疾病致分泌性中耳炎 36 例临床分析 [J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(18): 29-30.

[15] Boers SA, de Zeeuw M, Jansen R, et al. Characterization of the nasopharyngeal and middle ear microbiota in gastroesophageal reflux-prone versus gastroesophageal reflux non-prone children. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2018 May;37(5):851-857.

[16] 赫莉, 左路杰, 耿江桥, 等. 过敏原筛查在儿童分泌性中耳炎中的研究 [J]. 中华耳科学杂志, 2020, 18(5): 833-837.

[17] Songu M, Islek A, Imre A, et al. Risk factors for otitis media with effusion in children with adenoid hypertrophy. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2020 Apr;40(2):133-137.

[18] 欧阳文字. IgE/Fc ϵ RI 信号通路介导的超敏反应在分泌性中耳炎中的作用 [D]. 中国医科大学, 2020.

[19] Doyle WJ. The mastoid as a functional rate-limiter of middle ear pressure change. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007 Mar;71(3):393-402.

[20] 万会. 难治性分泌性中耳炎危险因素分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(50): 9914.

[21] 张辰嘉, 丛品. 儿童分泌性中耳炎辨治体会 [J]. 浙江中医杂志, 2021, 56(10): 766-767.

[22] 张雪, 孙海波. 儿童分泌性中耳炎的临床经验介绍 [J]. 中国医学文摘 (耳鼻咽喉科学), 2020, 35(2): 144-146.

[23] 何益明, 郑银意, 甄浩林. 糖皮质激素治疗分泌性中耳炎的临床研究 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(1): 175-176.

[24] 柳帅. 糖皮质激素应用在分泌性中耳炎治疗中的临床价值分析 [J]. 内蒙古医学杂志, 2020, 52(7): 806-807.

[25] 李珊, 李大立. 观察鼻用糖皮质激素治疗

分泌性中耳炎的疗效 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(60): 108-109.

[26] 卢立国. 布地奈德体位滴鼻治疗伴有腺样体肥大的小儿分泌性中耳炎的疗效 [J]. 中国医学文摘 (耳鼻咽喉科学), 2021, 36(03): 78-79.

[27] 李伟忠, 邹嘉平, 那丽颖. 布地奈德不同给药途径治疗儿童分泌性中耳炎的疗效 [J]. 江苏医药, 2014, 40(20): 2481-2483.

[28] 徐寅鹏, 黄鹂, 杨莹, 等. 桉柠蒎肠溶软胶囊辅助药物治疗儿童分泌性中耳炎的临床研究 [J]. 中国合理用药探索, 2021, 18(09): 58-62.

[29] 陈川. 激素不同给药方式对分泌性中耳炎的疗效影响 [J]. 中国民间疗法, 2021, 29(14): 93-95.

[30] 周珍, 倪海峰, 李勇, 等. 自动咽鼓管吹张器治疗儿童分泌性中耳炎 [J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2016, 23(1): 57-58.

[31] 吴泽斌, 袁虎威, 陈国威, 等. 应用自动咽鼓管吹张器治疗儿童复发性分泌性中耳炎 [J]. 中国医学文摘 (耳鼻咽喉科学), 2018, 33(3): 223-226.

[32] 李锐锋, 杨田福, 林浩然, 等. 咽鼓管吹张治疗儿童分泌性中耳炎的疗效分析 [J]. 中国医学文摘 (耳鼻咽喉科学), 2021, 36(05): 113-115.

[33] 臧亚荣, 史晓东. 桉柠蒎肠溶软胶囊对分泌性中耳炎患儿预后的影响 [J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(24): 90-91.

[34] 黄海芸, 伍尚贤. 微波治疗儿童分泌性中耳炎的疗效分析 [J]. 广东职业技术教育与研究, 2010(5): 107-108.

[35] 李建房. 微波照射加热治疗分泌性中耳炎的临床观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(69): 109.

[36] 朱碧君. 鼻用减充血剂对于渗出性中耳炎患者咽鼓管功能的影响 [D]. 上海交通大学, 2017.

[37] 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小儿学组. 儿童分泌性中耳炎诊断和治疗指南 (2021) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2021, 56(06): 556-567.

(下转第 20 页)

数据挖掘技术应用于变应性鼻炎研究的进展

李岩¹ 张悦²

【摘要】本文对近些年来数据挖掘技术应用于变应性鼻炎研究的文献进行系统归纳总结,发现隐形知识,从中医内治、外治、基因检测多方面进行论述,将被挖掘的大量的、隐含的、有价值的、深层次的医学数据进行列举,为传承学术思想和用药经验提供参考,对提升变应性鼻炎的诊治具有重要意义。

【关键词】变应性鼻炎;数据挖掘;研究进展;综述

过敏性鼻炎(allergic rhinitis, AR)又称变应性鼻炎,是指特异性个体接触致敏原后由 IgE 介导的介质释放,并有多种免疫活性细胞和细胞因子等参与的鼻黏膜慢性炎症反应性疾病^[1],以鼻痒、喷嚏、流鼻涕、鼻塞为主要特征,具有病程长、反复发作、难根治的特点,对患者的日常生活和工作都有一定影响,无论成人还是儿童都可能患病,严重影响生活质量,近些年来,数据挖掘技术在治疗变应性鼻炎方面起到了辅助作用,不仅将灵活的中药处方进行分析,发现规律,把握药物的关联,还从针灸、饮食、基因检测多方面进行探索,为变应性鼻炎的有效治疗提供数据支撑,本文将对变应性鼻炎的相关数据挖掘研究进行列举,以期从海量数据中汲取过往不被知道的有利用价值的潜在信息。

1 数据分析软件

文献中挖掘变应性鼻炎相关内容的软件涉及 IBM SPSS Statistics26、SPSS Modeler 18.0、WeKa 3.8、SAS 9.2、古今医案云平台、中医传承辅助平台、GeneCard 数据库、SQL Server 2014 Data mining。

2 数据挖掘在中药治疗变应性鼻炎中的应用

近些年来,数据挖掘技术广泛应用于对治疗变应性鼻炎内服方剂的组方规律研究中,将传统医学与现代的数据挖掘技术相结合,不仅能总结古代及现代名医的治疗经验,也能获取新处方,数据来源不仅能从名家医案获取,还可以从期刊数据库、古籍多方面进行收集,庞大的数据量以及多样的数据

分析方法为中药治疗变应性鼻炎的临床应用提供参考。

2.1 数据来源于现代医家

在中医传承的过程中,现代医家将前人的观点与自己的临证经验相结合,对治疗变应性鼻炎形成独特的见解,医案被视为最具有价值的知识载体之一,数目众多,若逐一翻阅则效率低下,用数据分析名家医案,挖掘用药经验,突出用药思想,使繁杂的医案简明化、清晰化、数字化,使名老中医的学术思想和用药经验得到更为广泛的推广。干祖望教授作为中医现代耳鼻喉学科的奠基人之一,行医八十余年,不仅提出“中介”说,还创立“五诊十辨”,在治疗中更是有自己鲜明的特色,学者李甜甜^[2]收集干祖望教授治疗变应性鼻炎的医案 55 个,不仅对学术思想和用药规律进行分析,总结出常用药对如蝉蜕—地龙、黄芪—地龙、白术—防风等,提取 8 个核心组合,4 个新处方,还认为新病属寒、久病属热,变应性鼻炎多为慢性进程,肺经伏热是其重要病因,在药性方面的数据分析也得出寒性药的使用频次最高,符合辨证论治,除此之外还对干祖望教授的经验方—干氏截敏汤进行临床疗效的分析,得出干氏截敏汤治疗变应性鼻炎 14 天后的总有效率为 51.7%,两个疗程后的总有效率为 79.30%。张思^[3]收集韩斐教授门诊就诊的 178 名过敏性鼻炎患儿病案的初诊处方,总结出辛夷、白芷、荆芥、藿香、桔梗等高频药物,得到核心药对白芷—辛夷,

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

并进一步对核心药对的作用机制进行探究,总结出韩斐教授治疗上以宣通鼻窍、祛风理肺为主。张琳婧^[4]对刘建华教授门诊所治过敏性鼻炎的处方进行收集,进行药物及功效频率、组方规律分析,数据显示关联度最高的药对是桂枝—白芍,这与刘教授认为肺脾气虚所致变应性鼻炎的论述相符,并提取了 8 个新处方,新处方体现了刘教授的用药规律,如处方 1:白芷、丝瓜络、炙甘草、葶苈子,处方 2:丝瓜络、炙甘草、大枣、辛夷,均可用于鼻塞、流涕较多的患者。

2.2 数据来源于期刊数据库

秦小盼^[5]收录中国期刊数据库中近 10 年来治疗变应性鼻炎的医案 319 篇,分析出临床所用发散风寒药和补气药频数最多,证实治疗当以补益肺脾之气为本,且对高频药物的剂量进行分析,均符合《药典》规定范围内,提取出 9 个新聚类和 10 个公因子,以期为后世医家合理规范用药提供新途径。除单独的中药治疗外,食疗也是独具特色,食疗是将中药与某些具有药用价值的食物相配,通过将食物赋以药用,药借食力,事半功倍的效果进行防病治病和保健,余静芳^[6]不仅从数据库收集中医治疗变应性鼻炎的文献,还对药膳方进行收集,收集到药膳方 39 首,施膳时分虚实,如肺气虚时可食用玉屏风粳米粥、银耳白果粥;脾虚可食用白术猪肚汤、芡实莲肉糕;肾虚时可食用鳝鱼猪腰汤、淮山药炖甲鱼等。食疗方面也证实解表药、补虚药在治疗变应性鼻炎之中的重要性,四气类药物喜用平、温,五味类药物喜用甘、温两味,组方特点上以黄芪、白术、葱白、大枣常用,这也是首次对变应性鼻炎的药膳方进行研究,食物和药物同样具有四气五味,食疗不仅能养生还能辨证施膳治疗疾病,所谓“药食同用”、“医食同源”,从这些观念出发,结合数据给予患者合理的膳食指导,从药物、食物多方面对患者的体质和症状进行干预。

2.3 数据来源于古籍

中国有几千年的文明史,图书作为重要的标志,文明的牌记,与文明社会并驾齐驱发展着,中医古籍是用来传承中医知识的关键,是珍贵的不可再生

知识资源,海量的古籍记载了几千年来无数医家的理论与经验,作为大量的数据载体,从中汲取出有利用价值的潜在信息,也是我们传播和发扬中医的关键。晏蔓柔^[7]认为赣鄱地区气候湿润,气温两极分化,且赣鄱地区民众喜食辛辣厚味,风寒湿邪易侵袭体表,加上脾胃痰热蕴积,针对这样的疾病特点,提出治疗上应以“辛苦寒温、相反相成”假说,遂以《中医方剂大辞典》为线索,筛选方剂 142 首,用 SQL Server 2014 Data mining 软件进行数据分析,得出过敏性鼻炎常用药物多为辛温芳香辛散之品,从药对之间关联情况来看,配伍方式也多为辛温和苦寒共用,并举例三则临床医案进行验证其假说,对于一些类似赣鄱地理和气候特点的地区可以复制推广此相反相成疗法,这是可行的。

3 在外治法中的应用概况

中医外治法积厚流光,手段多样,在对变应性鼻炎的治疗上也是颇有成效,常见于针灸疗法,针灸在治疗变应性鼻炎上具有简便验廉、不易复发、标本兼治等优点,且疗效明显,患者接受度高。余阳^[8]对 218 篇针灸治疗过敏性鼻炎的文献进行挖掘,得出最强关联规则迎香—合谷—印堂,并根据腧穴使用频次分析出临证以局部取穴为主,阳经取穴较阴经多,还体现了“腧穴所在,主治所在”、“经络所过,主治所及”等证治规律。廖鹏腾^[9]对中国知网和万方数据库的文献进行探索,提取 109 个穴位处方,涉及 62 个穴位,运用中医传承辅助平台,通过穴位分析功能,提取新方 5 个,并对核心组进行讨论,提出针灸治疗变应性鼻炎具有局部和远端配穴同用、标本同治、顾护卫阳等特点,且重用督脉,意为调节全身的阳气。穴位贴敷将药物和经络相结合,作用于人体相应的腧穴,达到药穴同疗的效果,但临床上取穴丰富、药物多样,怎么进行规范化和为患者减轻经济负担,避免资源浪费这体现了数据挖掘的必要性,精简出药物和腧穴,以期为患者提供更简便和更经济的治疗,且能更精准的为后续的实验研究提供方向。马欣^[10]选取 30 年来穴位贴敷治疗过敏性鼻炎的文献,筛选出包含药物的处方,进行聚类 and 关联分析,总结出核心处方为“肺

俞、大椎、肾俞、脾俞、风门、膏肓”，提取出五对核心药对，通过用穴、取穴分析，对应肺脾肾三脏亏虚的病机，也符合过敏性鼻炎的辨证论治。吴磊^[11]认为在三伏节气进行穴位贴敷不仅能防病、也能保健，对治疗变应性鼻炎来说不妨是一种经济、有效的手段，因此针对三伏天这一特殊时期，对相关文献进行检索，根据研究结果表明三伏天贴敷取穴以背俞、大椎为主，意为调肺脾肾及全身阳气，用药也重视温阳的作用，基础方为天灸方，以发泡药为重点，为温补法治变应性鼻炎提供了理论依据。

4 在基因检测中的应用在临床上，变应性鼻炎可能并发哮喘，但目前尚未有生物指标进行证实，变应性鼻炎合

并哮喘这一过程可能涉及多个基因的异常表达、失活，因此，找到相关的生物标记物基因对此过程可以进行早期预防和干预。薛金梅^[12]提取季节性变应性鼻炎（SAR）患者的下鼻甲黏膜，将合成的 cRNA 标记探针与 Affymetrix 人类全基因组芯片 HG-U133-plus2.0 杂交、洗脱等，并将芯片结果用 RT-PCR 进行验证，结合 GeneCard 和 pubmed-NLM 数据库、挖掘到 45 个与变应性鼻炎相关的基因，354 个哮喘相关基因，13 个变应性哮喘相关基因，再将此结果与 pubmed-NLM 数据库文献结果综合得出：鳞状上皮癌抗原 1（SCCA1, SERPINB3）和鳞状上皮癌抗原 2（SCCA2, SERPINB4）在 SAR 合并哮喘下鼻甲黏膜表达较 SAR 者上调 2—4 倍，可作为变应性鼻炎并发哮喘发生的相关生物标记。

5 小结

近年来，虽然越来越多数据挖掘技术应用于治疗变应性鼻炎方面上，但这些结果只是建立在数据的基础上，对于一些通过数据分析得出的核心药对、新处方等还需要进行临床的检验，除此之外，在针灸、证候等其他领域的数据挖掘研究均落后于中药治疗变应性鼻炎的文献研究，要拓宽数据挖掘的研究范围，从多角度、多学科进行探索。随着对医学的深入研究和人工智能的高速发展，要不断将变应性鼻炎的治疗与更多的数据挖掘算法相结合，力求找到最优的数据分析方法，以期提供更精确的预测

结果，发现和发展更多更优的治疗方法，通过数据使治疗变应性鼻炎简单化。

参考文献

- [1] 田勇泉. 耳鼻喉头颈外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 60-61.
- [2] 李甜甜. 干祖望诊治 AR 的用药经验研究及截敏汤治疗 AR 的疗效观察 [D]. 广州中医药大学, 2017.
- [3] 张思, 范菲, 韩斐. 基于数据挖掘及网络药理学探讨韩斐教授治疗小儿过敏性鼻炎经验 [J]. 湖南中医药大学学报, 2022, 42(01): 165-172.
- [4] 张琳婧, 孟言, 矫璐璐, 等. 基于数据挖掘方法分析刘建华治疗过敏性鼻炎用药规律 [J]. 北京中医药, 2020, 39(11): 1198-1202.
- [5] 秦小盼, 张佩佩, 吴秀艳. 基于数据挖掘探讨现代医家治疗过敏性鼻炎用药规律 [J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(17): 1871-1876+1885.
- [6] 余静芳. 过敏性鼻炎的中药应用规律及食疗药物研究 [D]. 山东中医药大学, 2021.
- [7] 晏蔓柔, 章文春, 叶耀辉, 等. 辛苦寒温、相反相成法治疗赣鄱地区过敏性鼻炎可行性研究 [J]. 中医临床研究, 2020, 12(10): 12-16.
- [8] 余阳, 陈星宇, 罗月红, 等. 基于数据挖掘探究针灸治疗过敏性鼻炎的用穴规律 [J]. 世界中医药, 2021, 16(12): 1839-1842+1848.
- [9] 廖鹏腾. 基于中医传承辅助平台的针灸治疗变应性鼻炎选穴组方规律分析 [J]. 针灸临床杂志, 2018, 34(08): 62-65.
- [10] 马欣, 张琼琼, 薛玺情, 等. 穴位贴敷治疗过敏性鼻炎的取穴用药规律研究 [J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2019, 21(04): 731-737.
- [11] 吴磊, 勇入琳. 基于数据挖掘分析三伏穴位贴敷治疗变应性鼻炎的选穴与用药规律 [J]. 新中医, 2019, 51(09): 209-212.
- [12] 薛金梅, 赵长青, 解军. 气道炎症相关生物标记物的基因检测 [J]. 山西医科大学学报, 2008(04): 302-305.

割治法治疗变应性鼻炎的疗效观察及对血清 IgE、IL-4 含量的影响

李金飞¹ 王嘉玺¹ 丁雷¹

【摘要】目的 观察割治法治疗变应性鼻炎的疗效，探讨其对变应性鼻炎患者血清 IgE、IL-4 含量的影响。**方法** 选取 2020 年 3 月~2021 年 6 月在北京中医药大学东方医院就诊并治疗的变应性鼻炎患者 80 例，随机分为观察组和对照组各 40 例。观察组应用鼻丘割治疗法，仅进行一次治疗；对照组使用糠酸莫米松鼻喷雾剂进行治疗。连续治疗 4 周为一疗程。观察 2 组治疗前后鼻部整体症状 VAS 评分、鼻结膜炎生活质量 (RQLQ) 评分及体征评分，比较 2 组临床疗效。**结果** 观察组总有效率 (87.5%) 明显高于对照组 (75%)；两组治疗后 VAS、RQLQ 总评分及体征评分均明显下降 ($P < 0.05$)，治疗后两组组间总评分比较，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；治疗后两组 IgE、IL-4 含量明显低于治疗前 ($P < 0.05$)，且观察组上述指标的变化较对照组更显著 ($P < 0.05$)。**结论** 鼻丘割治可明显改善变应性鼻炎患者的鼻部症状，提高其生活质量，其作用机理可能与降低变应性鼻炎患者血清 IgE、IL-4 水平有关。

【关键词】 变应性鼻炎；割治法；鼻丘；IgE；IL-4

Therapeutic effect of cutting therapy on allergic rhinitis and its influence on Serum IgE and IL-4

LI Jinfei, WANG Jiayi, DING Lei

(Department of Otolaryngology, Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100078, China)

【Abstract】Objective To observe the curative effect of cutting therapy on allergic rhinitis (AR) and to explore its influence on Serum IgE and IL-4 in patients with AR. **Methods** From March 2020 to June 2021, 80 patients with allergic rhinitis were treated in Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine. They were randomly divided into observation group and control group, with 40 cases in each group. The patients in the observation group were treated with nose hill cutting only once, while those in the control group were treated with Mometasone furoate nasal spray. The course of treatment was 4 weeks. Before and after treatment, the whole nasal symptoms, the quality of life (RQLQ) and the physical signs of the two groups were observed, and the clinical effects were compared. **Results** The total effective rate (87.5%) in the observation group was significantly higher

1 北京中医药大学东方医院耳鼻咽喉科，北京 100078

than that in the control group (75%). After treatment, the VAS、RQLQ and physical sign scores of the two groups were significantly decreased ($P < 0.05$), and the difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$); The levels of IgE and IL-4 in the two groups after treatment were significantly lower than those before treatment ($P < 0.05$), and the changes of the above indexes in the observation group were more significant than those in the Control Group ($P < 0.05$). **Conclusion** The Nasal Symptom and quality of life of patients with allergic rhinitis can be improved obviously by treating nasal colliculus. The mechanism may be related to lowering the level of Serum IgE and IL-4.

【Key words】 Allergic Rhinitis; cutting therapy; Nasal colliculus; IgE; IL-4

变应性鼻炎 (allergic rhinitis, AR) 又叫过敏性鼻炎, 是机体暴露于变应原后主要由 IgE 介导的鼻黏膜非感染性慢性炎症性疾病^[1]。据统计, 变应性鼻炎在全球的发病人数超过 5 亿, 是耳鼻咽喉科门诊最常见的疾病之一^[2]。近年的流行病学调查发现, 变应性鼻炎的患病人数呈持续增长状态, 人群中的发病率明显增加。变应性鼻炎不但影响人群的生活质量和健康, 还对社会和经济发展造成较大负担。虽然在近十年来人们对变应性疾病的研究有了较大进步, 但变应性鼻炎的防控仍然是一项亟待解决的医学课题。鼻丘割治法治疗变应性鼻炎最早由我科刘大新教授创立, 在近 20 年的临床验证中取得良好疗效。本研究通过分析割治鼻丘前后变应性鼻炎患者的视觉模拟评分量表 (Visual Analogue Scale, VAS) 及鼻结膜炎生活质量调查问卷 (Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire, RQLQ) 评分的变化进一步对此疗法进行评价, 并通过检测鼻丘割治对变应性鼻炎患者血清 IgE、IL-4 含量的影响, 探究鼻丘割治治疗变应性鼻炎的可能机制。

1 资料与方法

1.1 诊断标准 参照中国变应性鼻炎诊断和治疗指南 (2022 年, 修订版)^[1], 诊断依据为: ①症状: 打喷嚏、清水样涕、鼻痒和鼻塞等症状出现 2 个或以上, 每天症状持续或累计在 1h 以上, 可伴有眼痒、流泪和眼红等眼部症状; ②体征: 常见鼻黏膜苍白、水肿, 鼻腔水样分泌物; ③变应原检测: 至少一种变应原皮肤点刺试验和 / 或血清特异性 IgE 阳性。

1.2 纳入标准 ①符合上述变应性鼻炎的诊断

标准; ②年龄 18 ~ 65 岁, 性别不限; ③病史 1 年以上; ④患者悉知研究方案并同意入组, 自愿参加试验并按照方案配合完成随访。

1.3 排除标准 ①合并严重呼吸道及心脑血管疾病, 且处于急性发作期; ②妊娠期或哺乳期妇女; ③正在使用口服或局部使用糖皮质激素, 疗程超过 1 周者; ④严重肝肾功能不良或患有其他严重疾病者; ⑤过敏体质或已知对本研究所用药物过敏者。

1.4 脱落及剔除标准 ①虽符合纳入标准但未按照本方案积极治疗, 依从性较差者; ②治疗期间, 患者自行决定退出者; ③研究期间出现严重的不良反应或重大疾病而不能继续参与研究者。

1.5 一般资料 选取 2020 年 3 月 -2021 年 6 月在北京中医药大学东方医院就诊并治疗的变应性鼻炎患者 80 例, 按照随机数字表法随机分为观察组和对照组, 各 40 例。其中观察组男 18 例, 女 22 例, 年龄 25 ~ 57 岁, 病史 1 ~ 13 年。对照组男 23 例, 女 17 例, 年龄 18 ~ 55 岁, 病史 2 ~ 15 年。2 组患者的性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异无统计学意义 (P 均 > 0.05), 具有可比性。本研究方案经北京中医药大学东方医院伦理委员会同意并符合赫尔辛基宣言基本原则。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组: 使用糠酸莫米松鼻喷雾剂 (浙江仙琚制药有限公司; 国药准字 H20113481) 进行治疗, 50ug/ 喷, 每侧鼻孔 2 喷, 每日一次。连续治疗 4 周为一疗程。

1.6.2 观察组: 配置 1% 丁卡因麻黄素纱条, 采用鼻内窥镜监视系统, 把纱条置于双侧鼻腔各鼻道

行粘膜表面麻醉。用 15 号手术刀刺入双侧鼻丘黏膜下行“井”字型划痕, 每条划痕长约 1-1.5cm, 间隔 5mm, 深至骨膜, 并局部行松解、剥离, 治疗结束予丁卡因麻黄素纱条压迫止血至无明显渗血, 仅进行一次治疗。

1.7 观察指标

1.7.1 视觉模拟量表 (VAS) 患者自行评估鼻部整体症状和具体症状, 具体症状包括鼻塞、鼻痒、喷嚏、流涕, 在 0 ~ 10cm 标尺上记录相应分值, “0”表示没有此种症状; “10”表示此种症状最重。

1.7.2 鼻结膜炎生活质量调查问卷 (RQLQ) 本问卷是从 7 个维度评价变应性鼻炎患者生活质量的自测问卷, 共 28 个问题, 总分 168 分。

1.7.3 体征分级及计分 下鼻甲与鼻底, 鼻中隔紧靠, 见不到中鼻甲, 或中鼻甲黏膜息肉样变, 息肉形成, 记录为 3 分; 下鼻甲与鼻中隔 (或鼻底) 紧靠, 下鼻甲与鼻底 (或鼻中隔) 之间尚有小缝隙, 记录为 2 分; 下鼻甲轻度肿胀, 鼻中隔中鼻甲尚可见, 记录为 1 分^[3]。

1.7.4 疗效评定 根据中华医学会耳鼻咽喉科分会《变应性鼻炎的诊治原则和推荐方案》中制定的疗效标准执行。依据症状积分下降指数 (Symptom Score reduce Index, SSRI) 评价: $SSRI = (\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}$ 。总有效率 (%) = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%; 显效: $SSRI \geq 66\%$; 有效: $25\% < SSRI < 66\%$; 无效: $SSRI \leq 25\%$ ^[4]。

1.7.5 实验室指标 所有患者在治疗前、疗程结束后 24h 内抽取肘静脉血 3ml, 通过离心的方法取上层血清, 利用酶联免疫吸附试验法 (ELISA) 检测患者血清 IgE、IL-4 含量。所有实验操作均严格按照说明书进行, 所采用的试剂盒购于上海森雄科技实业有限公司。

1.8 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件, 计量资料呈正态分布用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 描述, 采用 t 检验; 非正态分布采用秩和检验; 计数资料用例数表示, 采用卡方检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 观察组总有效率 (87.5%) 与对照组总有效率 (75%) 比较差异有统计学意义。

表 1 两组临床疗效对照表

| 组别 | 例数 | 显效 [例, (%)] | 有效 [例, (%)] | 无效 [例, (%)] | 总有效率 [例, (%)] |
|----|----|--------------|--------------|--------------|----------------|
| 观察 | 40 | 24 (60) | 11 (27.5) | 5 (12.5) | 35 (87.5) * |
| 对照 | 40 | 18 (45) | 12 (30) | 10 (25) | 30 (75) |

注: 与对照组比较, *P < 0.05

2.2 两组 VAS、RQLQ 总评分及体征评分比较 两组治疗前 VAS、RQLQ 总评分及体征评分比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05)。与治疗前比较, 两组治疗后 VAS、RQLQ 总评分及体征评分均明显下降 (P < 0.05), 治疗后两组组间总评分比较, 差异有统计学意义 (P < 0.05)。

表 2 两组患者 VAS、RQLQ 总评分及体征评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 时间 | VAS 总评分 | RQLQ 总评分 | 鼻腔体征评分 |
|----|----|-----|---------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 观察 | 40 | 治疗前 | 31.42 ± 2.33 | 97.37 ± 5.11 | 2.73 ± 0.45 |
| | | 治疗后 | 12.24 ± 1.97 [△] | 35.40 ± 2.39 [△] | 1.27 ± 0.62 [△] |
| 对照 | 40 | 治疗前 | 30.63 ± 2.53 | 95.21 ± 6.03 | 2.66 ± 0.51 |
| | | 治疗后 | 20.08 ± 1.75* | 53.26 ± 2.74* | 1.88 ± 0.73* |

注: 与本组治疗前比较, *P < 0.05; 与对照组治疗后比较, [△]P < 0.05

2.3 两组血清 IgE、IL-4 含量比较 两组治疗前 IgE、IL-4 含量比较差异均无统计学意义 (P > 0.05); 治疗后两组 IgE、IL-4 含量明显低于治疗前 (P < 0.05), 且观察组上述指标的变化较对照组更显著 (P < 0.05)。

表 3 两组患者 IgE、IL-4 含量比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 时间 | IgE (IU/ml) | IL-4 (pg/ml) |
|----|----|-----|---------------------------|---------------------------|
| 观察 | 40 | 治疗前 | 258.22 ± 9.58 | 53.06 ± 5.68 |
| | | 治疗后 | 76.37 ± 4.18 [△] | 18.25 ± 3.64 [△] |
| 对照 | 40 | 治疗前 | 260.12 ± 8.37 | 55.69 ± 5.87 |
| | | 治疗后 | 124.38 ± 5.79* | 35.35 ± 4.35* |

注: 与本组治疗前比较, *P < 0.05; 与对照组治疗后比较, [△]P < 0.05

3 讨论

流行病学调查显示, 全球变应性鼻炎发病率高达 20% 左右, 我国发病率超过 10%, 且呈逐年上升趋势, 它已成为一个全球性的健康问题^[5]。变应性鼻炎会严重影响患者的生活质量和身心健康, 并

且对社会经济造成较大负担^[6]。现代研究认为,变应性鼻炎发病的核心机制是 IgE 介导的 I 型变态反应,IgE 在变应性鼻炎的发病过程中起重要作用。变应原是引起变态反应的抗原物质,当机体接触变应原后,产生特异性 IgE,在 IgE 的介导下,肥大细胞和嗜碱性粒细胞脱颗粒,释放组胺、白三烯等炎症介质,在这些炎症介质的刺激下,分布在鼻腔黏膜的副交感神经兴奋性增高,从而引起鼻痒、打喷嚏、流清水样涕等多种症状^[7]。所以,体内 IgE 含量的多少可作为判断变应性鼻炎病情程度的可靠指标。另有研究表明,变应性鼻炎与血清白介素(IL-4、IL-6、IL-34)等细胞因子密切相关^[8]。IL-4 是参与变应性鼻炎发生、发展过程中重要的炎症因子之一。现有研究认为,IL-4 能促进 IgE 的产生,其机制为 IL-4 能活化 B 细胞,使 B 细胞由产生 IgM 转换成产生 IgE 抗体^[9]。因此,IL-4 与 IgE 的生成呈正相关,机体 IL-4 含量增加必然导致 IgE 合成增多。IL-4、IgE 均参与变应性鼻炎的免疫发病机制^[10],所以降低 IL-4 含量,减少 IgE 合成是防治变应性鼻炎的重要途径之一^[11]。

变应性鼻炎治疗策略概括为“四位一体、防治结合”。目前主要采用药物和免疫治疗,联合环境控制、健康宣教的方式。但部分患者经传统一线用药效果未必理想,且免疫治疗疗程较长、患者依从性差、费用高;而外科手术治疗,作为变应性鼻炎的辅助治疗手段,一致存在争议^[12]。中医药治疗变应性鼻炎具有独特优势,因其具有疗效确切、副作用小、治疗费用相对低廉等特点,被业内称为绿色治疗^[13-14]。尤其是中医外治疗法,充分发挥了传统医学简、便、验、廉优势。鼻丘割治疗法治疗变应性鼻炎最早由我科刘大新教授创立,在临床已应用二十余年,经验证疗效显著,复发率低,无明显不良反应。

鼻丘外观呈一小丘状隆起,在解剖结构上位于中鼻甲前端外上方,这一部位有筛前神经和蝶腭神经的分支走形,经鼻呼吸时,该部位直接接受气流刺激,所以该部位是变应性鼻炎最重要的病变靶区。研究认为,变应性鼻炎的发病与副交感神经的活性

密切相关,而筛前神经和蝶腭神经的组成成分中含有丰富副交感神经纤维,所以,鼻丘对于变应性鼻炎的发病具有重要意义。割治法从传统针灸疗法演化而来,其操作方法类似于“输刺法”,《灵枢·官针篇》记载“输刺者,直入直出,深内之至骨,以取骨痹”。割治鼻丘通过直接刺激靶区鼻黏膜、副交感神经纤维,能够改善鼻黏膜的病理状态,作用直接而迅速^[15]。另外,鼻丘与迎香穴内外相应,迎香穴归属手阳明大肠经,是治疗鼻炎第一要穴。中医认为肺与大肠相表里,肺开窍于鼻,肺和则鼻窍通利。通过割治鼻丘,使经气得以激发,正气得以补益,从而进一步调节脏腑经络功能。肺气调和,变应性鼻炎的各种症状均得到缓解,鼻腔功能恢复正常^[16]。

本研究结果显示,治疗后两组血清 IgE、IL-4 水平均有不同程度的降低,但与对照组相比,观察组在降低血清 IgE、IL-4 含量方面具有更明显优势,说明鼻丘割治疗法能显著降低变应性鼻炎患者血清 IgE、IL-4 水平,这也有可能是其治疗变应性鼻炎的作用机理之一。

综上,鼻丘割治疗法可明显改善变应性鼻炎患者的鼻部症状、体征和生活质量,疗效优于单纯鼻喷激素治疗。而且,多数患者只需一次治疗。术中患者痛苦相对轻微,出血量较少,所以患者依从性较好。同时,在鼻内镜引导下,术区视野清晰,定位准确,术者操作方便,故本疗法可作为变应性鼻炎治疗的有益补充。

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分会鼻科学组.中国变应性鼻炎诊断和治疗指南(2022年,修订版)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2022,57(02):106-129.

[2] Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organi-

(下转第 43 页)

国医大师干祖望辨治慢性鼻窦炎经验

陈洛萌¹ 史军¹ 陈小宁¹ 刘玉² 伍丹¹ 侯晓菲¹

【摘要】国医大师干祖望教授认为，慢性鼻窦炎发作期多以胆热移脑证为主要证型，治疗以伐肝泻震，补虚培中之品，体现其急则治其标和标本兼治的学术思想。文章通过临床手稿整理、数据挖掘等手段，探讨干老辨治鼻窦炎的用药经验。

【关键词】慢性鼻窦炎；干祖望；数据分析；辨治经验；

Experience of TCM master GAN Zuwang in treating chronic sinusitis

CHEN Luomeng¹, SHI Jun¹, CHEN Xiaoning¹, LIU Yu², WU Dan¹, HOU Xiaofei¹

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

[Abstract]According to professor GAN Zuwang, the main syndrome of chronic sinusitis in acute stage is brain influenced by gallbladder-heat based on clearing liver-fire and purging lung, tonifying the deficiency and cultivating the middle quality in the treatment of chronic sinusitis. Through clinical case collection, organization, data excavation, The article discusses the experience of treating chronic sinusitis based on syndrome differentiation by professor GAN Zuwang.

[Key words]Chronic sinusitis; Gan Zuwang; data analysis; medication law; Differentiation and treatment experience

鼻窦炎 (sinusitis) 是以鼻腔和鼻窦黏膜炎症为特征^[1]，多与慢性鼻炎同时存在，故也称为鼻-鼻窦炎 (rhino-sinusitis)，是耳鼻咽喉科常见病之一。按照症状体征的发生和持续时间分为急性鼻-鼻窦炎 (acute rhinosinusitis, ARS) 和慢性鼻-鼻窦炎 (chronic rhinosinusitis, CRS)。其发病机制复杂，我

国患病率约 8%，发病常与病毒细菌感染、解剖及纤毛系统损伤等因素相关^[2]，报道指出急性鼻窦炎与变应性鼻炎、哮喘及气道高反应的关系密切^[3]，鼻道息肉样改变与慢性鼻窦炎的严重程度有关^[4]。现代西医指南推荐：鼻用糖皮质激素；大环内酯类药物，抗组胺药和抗白三烯药，黏液溶解促排剂，减

基金项目：国家自然科学基金青年项目 (81674035)；南京中医药大学中医学优势学科三期项目开放课题 (ZYX03KF028)；国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目 (国中医药人教发 [2010]59 号)

1 南京中医药大学附属医院，江苏 南京 210029；

2 南京市中西医结合医院，江苏 南京 210014

通讯作者：史军，主任中医师，硕士研究生导师，博士，研究方向：耳鼻喉科疾病的中医药临床治疗与基础研究。E-mail: shijun197610@aliyun.com。

充血剂；此外，复杂或难治的病例还需手术治疗^[5]。慢性鼻窦炎及伴随产生的鼻息肉是一种慢性疾病，85% 的患者在手术后 20 年可能反复发生，所以深入探究病因和诊疗防治鼻窦炎是临床亟待解决的问题。

鼻窦炎祖国医学称“鼻渊”，最早见于《黄帝内经》，《素问·气厥证》：“胆移热于脑，则辛頞鼻渊，鼻渊者，浊涕下不止也。”^[6]《素问·至真要大论》曰：“少阳之变，甚则入肺，咳而鼻渊”。其中一些治疗方法及辨证方法沿用至今，对于轻证、儿童、老年人、拒绝手术患者及无法手术治疗的患者，中药复方治疗一直是全国中医院中主要治疗手段。国医大师干祖望教授（以下尊称“干老”）医术精湛，是目前我国唯一的耳鼻喉科专业国医大师，是中医现代耳鼻喉学科奠基人之一^[7]。擅长治疗耳鼻咽喉及口腔等各科疑难杂病，在鼻窦炎治疗中也有其独特见解。干老在中医耳鼻喉科学科理论与临床方面做出了巨大贡献，他的学术经验是整个医学界的宝贵财富^[8]，也是后学者重要学习参考，所以对其经验的总结和发掘是非常重要和迫切的工作。慢性鼻窦炎是以鼻塞、头痛、嗅觉障碍和鼻流脓涕为主要症状^[9]。本次研究采集了干老治疗慢性鼻窦炎的医案，对其处方用药进行系统化和数据化处理，系统性、多角度、客观化深入挖掘其治疗慢性鼻窦炎的用药规律和独特经验，以期更加精准的指导临床用药^[10]，浅述如下。

胆热移脑，治以伐肝泻震

本病急性发作时一为鼻塞不通，二为流黄绿色脓涕，伴有腥臭味。干老以取象比类为理论基础，五行中黄绿为肝胆之色，胆汁同为绿色，认为脓涕中的黄绿色为肝胆湿热上泛头面所致，结合体格检查见鼻黏膜色红，双下鼻甲肿大的体征，干老以肝胆湿热上扰清阳为病机，症为胆经湿热之象，定证以胆热移脑证，常伴随鼻塞不通，失嗅，头痛不适，耳闷堵感等；缓解期时则以鼻涕白粘，反复发作，头晕头痛，胸闷不适，易疲劳，舌胖有齿痕为主要症状，以肺脾气虚证为主。《摄生消息论》：“肝属木，为青帝，卦属震。”干老由此出发，辨证时认

为，发作期应伐肝泻震为核心，方宗苍耳子散辨证加减；《齐氏医案》：“肺经素有火邪，火郁甚则喜得热而恶见寒，故遇寒便塞，遇热便发也”，病情严重者干老则清肝泻肺、除脾湿、排浊邪，诸法并用，以苍耳子散为基合参苓白术散、龙胆泻肝汤等辨证成方，采用藿香、佩兰等芳香醒脾，开胃化浊。太子参、茯苓、白术等健脾燥湿。并联合柴胡、升麻等升提之品，既引中焦清阳之气上达鼻窦，又升散达邪^[11]。病情平稳缓解期常以培土生金之法，方取补中益气汤合益气温明汤以益气升阳、健脾培土。



图 1 伐肝泻震作用示意图

中医医案是中医医家临床活动的记录，反映了医家的学术思想和临证经验^[12]。通过收集干老医案手稿 5000 余份并选取其中 313 份鼻窦炎病案，经中医传承辅助平台分析后发现，其中鼻窦炎的治疗以清泻肝胆为主，又有补中固表结合的特点。干老治疗鼻窦炎总以苍耳子散为基本用药核心，随诊加减，进行配方。结合对于干老临床手稿进行网络拓扑学分析（图 2）可见，



图 2 处方药物网络拓扑图

发作期所属胆热移脑证中，以苍耳子散（苍耳子、辛夷、白芷、黄芩、薄荷）加清热排脓药物（鱼腥草、桑叶、芦根等）成加减苍耳子散。此方为干老在行医 50 余年中临床应用，并于 80 年代总结成方，在此经验基础上开发为江苏省中医院的院内制剂鼻渊合剂^[13]（白芷、苍耳子、桑叶、辛夷、桔梗、鱼

腥草、芦根），并广泛运用于临床，此药已于临床应用 20 余年，每年用量万余瓶，疗效显着，有疏风清热，排脓消炎之效，主治慢性鼻窦炎急性发作，通过激活 p38MAPK 信号通路，产生 IL-10 以抑制中性粒细胞激活，加快促炎因子降解，抑制 IL-9 产生，控制炎症发展，加快局部黏膜组织的修复^[4]。其中君药苍耳子发散风寒，通鼻窍，祛湿止痛；辛夷、白芷解表散寒，祛风止痛，通鼻窍，消肿排脓；黄芩清热燥湿，泻火解毒；薄荷疏散风热，清利头目，利咽透疹，疏肝行气；桑叶疏散风热，清肺平肝；芦根清热泻火，利尿。急性治标辨证加减时，或以桑叶和菊花疏风清热，或藿香和佩兰芳香化湿，或龙胆草清泻肝胆，或黄芪和党参补中益气固表，或鸭跖草清化痰湿，或三棱和莪术活血化瘀等。

案 1：患者何某，女，18 岁，1991 年 2 月 8 日初诊。前年患有典型的过敏性鼻炎，经中医治疗而痊愈，去年上半年平稳康宁。去岁十月初，即开始复发，主症为涕多且脓，时有黄色，伴有血丝（不常有），鼻塞两侧交替而作，运动后及暖环境缓解，嗅觉正常。头痛在两鬓，鼻塞严重时两耳有憋气感，唇干时有两月余。查体：两下甲肥大，鼻腔时有脓性分泌物潴积，四窦区未有明显压痛，舌红，苔薄，脉平偏细。中医诊断：鼻渊（胆热移脑证）。治以清肝泻胆。方以苍耳子散合龙胆泻肝汤加减，药用龙胆草 3g，山梔 10g，柴胡 3g，辛夷 6g，白芷 6g，苍耳子 10g，薄荷 5g，石菖蒲 3g，路路通 10g，鱼腥草 10g，5 副内服，每日 1 剂，水煎早晚饭后半小时服。药后诸证缓解，继服 14 剂。

讨论分析：干老指出，患者两次鼻病，病证各殊，刻下之患，胆热移脑之鼻渊也，诸多皆为慢性鼻窦炎发作期典型症状。鼻塞流黄涕为胆热上扰清窍，两鬓头痛为胆经通达之所，受热所扰，耳闷则为耳鼻喉相通之咽鼓管受热闭塞不畅所致，唇干舌燥舌红苔薄具为一派实热之像。先取苍耳子散加味，方疏风祛邪通肺窍，专攻涕色黄浊之鼻病，又以少量白芷清肺通窍，消肿排脓；石菖蒲、路路通豁痰通窍，引诸药之力直达头面；龙胆草与山梔子清肝

泻胆，泻肺火以克实热急证。

鼻塞失嗅，从心治之

鼻塞之病，诸医常言经云：肺气通鼻，肺和而鼻知香嗅，故诊治辨证热证常治以清肺泻热，通达肺气；寒证常以补肺益气，敛涕通鼻窍为治。干老治鼻既尊古法而不泥古，遵行热证清肺而寒证补肺之法，又立鼻塞治心之法，即于慢性期长期鼻塞之时为鼻甲留瘀^[15]，以补心气，通心阳而治鼻塞。经云：鼻塞治心，心主鼻。《难经》：“心主五臭，肺主诸气，鼻者肺窍，反闻香臭者，何也？盖以窍言之肺也，以用言之心也。因卫气失守，寒邪客于头面，鼻亦受之不能为用，是不闻香臭矣”。常辨鼻病治肺，因以窍言之肺气通于鼻，肺主一身之气，掌呼吸。鼻为气体入出之通道，通过气管及咽腔与肺直连，故肺气不畅则鼻塞不同，此法于临床亦可治疗大部分急慢性鼻塞症状，实用非常。而干老所立鼻塞治心之法，实因头面诸窍，皆清阳游行之所，邪处于中，则为堵塞，阳气不司流行，必畏寒形颓，发为鼻塞，又因其内痹必郁而成热，热者则发为鼻鼽鼻衄。干老此法治疗鼻塞实则宗以脏腑经络所言心主血脉为理论基础，法以补心气，通心阳，使清阳畅达头面诸窍，方选补阳还五汤；兼治破血行气，行化心肺之瘀浊，方取活络效灵丹。

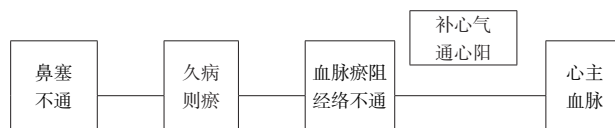


图 3 鼻塞治心作用示意图

案 2：患者李某，男，20 岁，1986 年 9 月初诊。鼻塞不通，交替而作，四季皆发，经治之后有所好转，但最近几天又来反复，伴有头痛，全年中仅有秋天稍感轻松之外，其他季节皆鼻塞头痛严重，在运动之后可以暂时通畅。查体：双下甲肥大，舌淡红，苔薄，脉大。中医诊断：鼻渊（气滞血瘀证）。治以破血行气通窍。方以活络效灵丹加减，药用三棱 6g，莪术 6g，红花 6g，桃仁 10g，当归尾 10g，赤芍 6g，乳香 2g，石菖蒲 3g，路路通 10g，落得打 10g，10 副内服，每日 1 剂，水煎早晚饭后半小时

服。

讨论分析：微循失畅，瘀滞涕门，宗鼻塞治心之法求之。头面诸窍邪瘀堵塞，清阳游行不畅，发为久塞。治疗行宣肺通窍、温阳化浊、升阳益气等诸法不效，可以从心之法考虑。本病以鼻塞头痛为主证，经久不愈，实为顽症，结合四诊辨证为气滞血瘀证，治以张锡纯之活络效灵丹，此方主治各种瘀血阻滞之痛症，干老加减化裁后，以当归、赤芍活血化瘀养血，通络止痛；乳香活血行气，通经止痛；三棱、莪术破血行气止痛；红花、桃仁活血散瘀止痛；石菖蒲、路路通豁痰利水，活络通经止痛；落得打清热利湿消肿止痛。

邪尽土衰，“扶畅固”三法并用

干老所言“邪尽土衰”之时，实为症情缓解肝肺之热皆清，唯残邪余热困与中州，难以畅尽，故宗以张子和“强加于人之邪气路尽”和李东恒“土衰清阳不升”为方药依据，“扶固”以升麻、葛根、黄芪、党参扶正固卫；“畅”因湿浊徘徊中州，积热困束肺胃，法从清肃以藿香、佩兰、车前子、桑白皮、丹皮、侧柏叶畅肺气。外邪一彻，清阳皆举，本病迁延日久归因于清阳失举，肺气不用而然，治从益气升清化裁。扶卫气以祛邪，畅肺气以通窍，固卫气以退烧，“扶畅固”三法并用。数据挖掘中补中类药物（茯苓、白术、山药、太子参、党参）的出现的频次较多，亦可佐证干老在治疗慢性鼻窦炎中“培土”为基础的思想，并延伸为“扶畅固”三法同用治疗本病。

案 3：患者徐某，女，17 岁，1986 年 11 月初诊。多年以来，遇冷时令，鼻涕增多，其色时清时浊，左侧头位时及工作之际多，流涕之后时有头痛，通气及嗅觉尚可，平素易感冒。查体：鼻黏膜偏红，左侧鼻腔有较多干痂，舌红，苔薄，脉平。中医诊断：鼻渊（肺脾气虚证）。治以补脾益气，敛涕泻肺。方以苍耳子散合玉屏风散加减，药用黄芪 10g，白术 6g，防风 6g，山药 10g，乌药 6g，益智仁 10g，鱼腥草 10g，辛夷 6g，苍耳子 10g，5 副内服，每日 1 剂，水煎早晚饭后半小时服。

讨论分析：逢冬鼻病，愈室愈剧，则肺冷严重，似无疑议，但局部查体见鼻腔黏膜红润，干痂滞留，则为内蕴肺经之热。虽有清代医家陈士铎言：肺气遏失，重化为水，但仍不应放弃探瓢轻取之法，以清化之法除其重涕之湿，又因其素来体虚湿盛，故探取扶正收敛清化之法，治其鼻病。

小结

干老用药精简精悍，治上如羽，直击病因。头面五官疾病或为清阳不升，痰湿蒙蔽；或为火热外邪，上扰清窍；或为久病之后，血瘀孔窍。分析总结干老医案发现慢性鼻窦炎常从以上三个方面论治，所见证型中又以胆热移脑证为主，治以伐肝泻震之法。以苍耳子散为核心，用药多以清轻升举，常以 6-10g 轻量入药，多取解表清热通窍之剂力求以升为用，药达病所。对于鼻塞经久难愈者，干老又立通阳治心的观点；对于正虚邪未尽者又以“扶畅固”三法，强调补土扶正需兼顾清邪之要务，干老其治疗经验和用药思路对后世中医耳鼻喉科医生用药有重要启示意义。

参考文献

[1] Kutluhan A, Çetin H, Kale H, Kara Ö, Mişe Hİ, Oğuzhan T, Bulut KŞ. Comparison of natural ostiodilatation and endoscopic sinus surgery in the same patient with chronic sinusitis. Braz J Otorhinolaryngol. 2020 Jan-Feb;86(1):56-62.

[2] 孔维佳, 周梁. 耳鼻喉头颈外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005:296.

[3] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组, 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组. 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.

[4] Kim YH, Kim J, Kang MG, Lee DH, Chin HS, Jang TY, Kim NR. Optic nerve changes in chronic sinusitis patients: Correlation with disease severity and relevant sinus location. PLoS One. 2018 Jul 10;13(7):e0199875.

[5] Morcom S, Phillips N, Pastuszek A, Timperley D. Sinusitis. Aust Fam Physician. 2016 Jun;45(6):374-7.

[6] 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.

[7] 袁媛,陈小宁.国医大师干祖望“泻离填坎”法论治耳鸣经验探析[J].时珍国医国药,2016,27(06):1500-1502.

[8] 陈子茵,陈腾宇,陈国铭,等.基于数据挖掘的国医大师治疗心悸用药规律探讨[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(01):58-61.

[9] 白银,奥彦云,徐丛,等.慢性鼻-鼻窦炎临床表型及炎症特征的初步分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2017,31(02):107-110+115.

[10] 常佳婧,何院生,孙建萍.基于中医传承辅助平台研究名中医治疗老年肺癌与中青年肺

癌用药规律异同[J].世界科学技术-中医药现代化,2020,22(04):1011-1019.

[11] 郑华平,郝春花.国医大师干祖望耳鼻喉科临证中的升降思想探析[J].浙江中医杂志,2020,55(08):553-554.

[12] 佟奕霖,杨宇峰,石岩.基于中医传承辅助平台的消渴医案用药规律分析[J].辽宁中医杂志,2020,47(07):32-36+221

[13] 陈晓斌,周琴妹,张登山.鼻渊合剂的质量标准[J].中国药师,2010,13(10):1437-1439.

[14] 倪平敏,赵晶晶,李乐,等.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.

[15] 廖月红,李云英.干祖望教授治疗鼻病经验介绍[J].新中医,2003,35(8):7-8.

(上接第 8 页)

[38] 蔡传羽,刘钢,吴飞虎.中西医结合治疗风邪外袭型分泌性中耳炎的临床观察[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2019,27(2):93-95,148.

[39] 兰珊.中耳炎 1 号治疗儿童分泌性中耳炎的临床观察[D].黑龙江中医药大学,2018.

[40] 王丹凤.龙胆泻肝汤治疗分泌性中耳炎肝胆湿热型临床研究[J].实用中医药杂志,2018,34(2):159-160.

[41] 廖维婷.参苓白术散治疗脾虚湿困型分泌性中耳炎的作用研究[J].名医,2020(12):332-333.

[42] 孙志超,孙麦青,叶放蕾.参苓白术散治疗分泌性中耳炎的效果及对血清与耳积液中 PAF 含量的影响[J].光明中医,2020,35(18):2789-2792.

[43] 陈其凤,孙书臣,刘瑞,等.中医鼻病序贯疗法外治法辨证治疗分泌性中耳炎的疗效研究[J].中国全科医学,2020,23(33):4227-4235.

[44] 张中义.儿童分泌性中耳炎采取腺样体切除治疗的临床效果[J].首都食品与医药,2020,27(01):41-42.

[45] 廖海石,苏宏钊,唐国鹏,等.鼓膜置管术联

合腺样体切除术治疗儿童分泌性中耳炎的远期疗效研究[J].现代医药卫生,2020,36(14):2236-2237.

[46] 范振兰.耳镜下鼓膜置管术联合腺样体切除术治疗儿童分泌性中耳炎的效果[J].中外医学研究,2021,19(28):33-36.

[47] 李洪淮.内镜下鼓膜置管治疗分泌性中耳炎的效果分析[J].华夏医学,2021,34(06):108-110.

[48] 高信忠,林宗通,沈翎,等.咽鼓管球囊扩张联合腺样体切除术治疗儿童分泌性中耳炎疗效分析[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2022,36(1):7-12.

[49] 李丹丹,宋伟.应用咽鼓管球囊扩张治疗儿童难治性分泌性中耳炎的临床分析[J].中国现代药物应用,2020,14(12):106-108.

[50] Tisch M, Maier H, Sudhoff H. Balloon dilation of the Eustachian tube: clinical experience in the management of 126 children. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2017 Dec;37(6):509-512.

[51] 陶振峰,肖淑芬,陈坤,等.儿童分泌性中耳炎 76 例误漏诊原因分析及治疗观察[J].临床误诊误治,2018,31(01):51-53.

阮岩治疗儿童鼻病的临床经验

方彩珊¹ 张驰名¹ 徐玮祯¹ 陈腾宇¹ 李潇杰¹ 朱锦祥¹ 王睿智¹ 周敏² 阮岩²

【摘要】 阮岩教授是广东省名中医，师承著名中医耳鼻咽喉科专家王德鉴教授和王士贞教授。阮岩教授从事耳鼻喉科临床工作三十余年，对耳鼻喉科疾病，尤其是鼻病，积累了丰富的临床经验。鼻病种类繁多，阮岩教授尤其对儿童鼻鼾、小儿鼻渊、小儿鼾眠有独到而深入的见解。阮岩教授认为，儿童患鼻鼾、鼻渊、鼾眠病虽症状表现各异，却都有基本一致的核心病机，即肺脾不足为本，寒饮、湿热、痰湿为标。分清内因外因，针对病机，阮岩教授常选用四君子汤合苍耳子散加减治疗。异病同治，抓住核心，灵活加减，寒热并用，相制相成，是阮岩教授临床辨治思路的精髓所在。此外，根据岭南地卑土薄和气候炎热的特点，阮岩教授认为岭南居民有其独有的体质特征，推崇使用岭南特色道地药材如五指毛桃、猫爪草、龙脷叶、土茯苓等；而且，阮岩教授在治疗鼻病时还推崇内外治相结合、治养相辅成，可获捷效。外治法包括鼻腔冲洗、穴位贴敷、耳穴压豆、鼻三针（揸针）、鼻部按摩等；预后调护包括生活起居有常、饮食有节、运动适度、预防感冒等。

【关键词】 鼻病；病因病机；经验；阮岩

Ruan Yan's clinical experience in treating children with nasal disorders

FANG Caishan¹, ZHANG Chiming¹, XU Weizhen¹, CHEN Tengyu¹, ZHOU Min², RUAN Yan²

(1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405, China; 2. Department of Otolaryngology, the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405, China)

【Abstract】 Professor Ruan Yan is a famous Chinese medicine practitioner in Guangdong Province. He was trained under Professor Wang Dejian and Professor Wang Shizhen, renowned otorhinolaryngologists in Chinese medicine. Professor Ruan Yan has been practicing Otorhinolaryngology for more than thirty years and has accumulated rich clinical experience in otolaryngological diseases, especially nasal diseases. With a wide range of nasal disorders, Professor Ruan Yan has a unique and in-depth knowledge of allergic rhinitis, sinusitis and adenoid hypertrophy in children in particular. According to Professor Ruan Yan, although the symptoms of allergic rhinitis, sinusitis and adenoid hypertrophy in children are different, they all have the same core pathogenesis, which is based

基金项目：①基于 miR-375/TSLP/ILC2 轴探讨小青龙汤治疗变应性鼻炎的机制研究（国家自然科学基金面上项目：82274590）；②小青龙汤通过 ILC2s 介导 JAK/STAT 通路治疗变应性鼻炎的机制研究（国家自然科学基金面上项目：8197151814）；③2020 年阮岩省名中医传承工作室项目（2100600145）

1 广州中医药大学第一临床医学院，广东 广州，510405

2 广州中医药大学第一附属医院，广东 广州，510405

通讯作者：阮岩，教授，主任医师，研究方向：中医药防治耳鼻喉科疾病，Email: ruanyan63@163.com

on deficiencies of the lungs and spleen, with cold rheum, damp-heat and phlegm-dampness as the symptoms. To distinguish the internal and external causes, Professor Ruan Yan often uses Si Jun Zi Decoction combined with Cang Er Zi Powder to treat paediatric nasal disorders according to the main pathogenesis. It is the essence of Professor Ruan Yan's clinical approach to treating different diseases together, grasping the same core, adding and subtracting flexibly, combining with Chills and fever, and opposing each other also complement each other. In addition, based on the thin soil and hot climate of Lingnan area, Professor Ruan Yan believes that the inhabitants of the area have their own unique physical characteristics. This is why he promotes the use of Lingnan's characteristic authentic herbs such as Radix fici, Radix ranunculi ternati, Folium sauropi and Rhizoma heterosmilacis. Finally, Professor Ruan Yan also promotes the combination of internal and external treatment methods and the combination of treatment and regimen in the treatment of nasal diseases, which can yield curative results. External treatments include nasal irrigation, acupoint application, Auricular points plaster therapy, needle embedding therapy and nasal massage, etc. Regimen includes living and eating regularly, exercising moderately, and preventing colds.

[Key words] Nasal diseases; Etiology and pathogenesis; Experience; Ruan Yan

阮岩教授是广州中医药大学第一附属医院二级教授、博士研究生导师,是广东省名中医,师承著名中医耳鼻咽喉科专家王德鉴教授和王士贞教授。阮岩教授从事耳鼻喉科临床工作三十余年,对耳鼻喉科疾病,尤其是鼻病,积累了丰富的临床经验。鼻病种类繁多,阮岩教授尤其对小儿变应性鼻炎、小儿鼻窦炎、小儿鼾眠有独到而深入的见解,现将阮岩教授长期在临床上治疗小儿鼻病的临床心得与经验介绍如下:

1 阮岩教授浅谈小儿鼻病病因病机

阮岩教授认为鼻部功能与肺脾两脏密切相关,肺开窍于鼻,属肺之系;而鼻尖居面之中央,中央属土,故鼻尖属脾。《严氏济生方·鼻门》载:“夫鼻者,肺之候……其为病也,为衄,为疔,为息肉,为疮疡,为清涕,为窒塞不通,为浊脓,或不闻香臭。此皆肺脏不调,邪气蕴积于鼻,清道壅塞而然也”。《素问·玉机真脏论》言:“脾为孤脏,中央土以灌四傍……其不及,则令人九窍不通。”脾为后天之本,气血津液生化之源,而鼻为一身血脉多聚之处。鼻部加湿、加温和司嗅觉等功能离不开脾之清阳。因此,肺宣发失常,脾失健运、清阳不升均可导致清窍失养。肺失肃降、痰湿困脾则“清窍为之壅塞,浊邪害清也”。小儿脏腑娇嫩,其中以肺、脾、肾三脏不足更为突出,常表现为肺脏娇弱、脾

常不足、肾常虚的特点。小儿肺脏较弱,肌表薄弱,腠理不实,卫外功能不固,疾病常经鼻窍而入,引发鼻部症状,继而发展为鼻部疾病。小儿脾常不足,运化功能尚未健全,易脾胃积食,痰浊内生,积于肺,上循孔窍,发为涕或痰。小儿肾常虚,肾阳温煦不足,鼻窍遇冷易出现鼻痒打喷嚏流清涕等症状。

变应性鼻炎中医名“鼻鼽”,其病因复杂,主要可分为环境因素和禀赋不足两大方面。《礼记·月令》记载“季秋行夏令,则其国大水,冬藏殃败,民多鼽嚏”,若秋季反而像夏天一样闷热多雨,气候反常,物品易受潮腐败,环境中霉菌易滋生,导致人群中多出现流清涕、打喷嚏。阮岩教授认为,环境因素是诱因,禀赋不足是内因。大气污染、花粉、灰尘、宠物皮毛、住宿通风不良等环境因素常加重对鼻腔造成影响,且在南方,气候较潮湿闷热,屋尘螨是最主要的过敏原之一。阮岩教授结合岭南特点及三十多年的临证经验,认为小儿鼻鼽的证型可简化为两大类,一为虚寒证,二为肺热证,临床上以虚寒证为主。小儿由于“脏腑娇嫩,形气未充”的生理特性,常因肺气虚寒、脾气虚弱而容易外感邪气,尤以风寒之邪为甚,发为鼻鼽。

鼻窦炎属于中医鼻渊范畴,《内经》:“鼻渊者,浊涕下不止也”。阮岩教授认为小儿鼻渊乃本虚标实之病,其发病与肺脾功能失调密切相关,可涉及肝

胆。与成人不同的是，小儿的热证之热往往并非火热实邪，其本为脾气虚弱，气虚无法正常运化，水液代谢不能正常输布，日久生痰，蕴而化热^[1]。变应性鼻炎患儿并发鼻窦炎几率明显增高，因反复的鼻粘膜肿胀易妨碍鼻窦的自然引流，造成鼻窦腔负压和黏膜炎症。岭南地区气候炎热潮湿，小儿本身脏腑娇嫩，脾胃功能发育尚未成熟，易受天气影响，湿热困厄脾胃，影响运化，容易食积，食积进一步加重伤脾。因此，阮岩教授认为小儿鼻渊以脾胃虚弱为本，食积化热为标，外感是最常见诱发因素。

中医认为，小儿鼾眠是指眠时打鼾或张口呼吸的一种疾病。与成人不同的是，小儿鼾眠常与变应性鼻炎、鼻窦炎、腺样体肥大或扁桃体肥大有关，有些患儿可同时存在两种或两种以上的合并疾病。鼻腔和口咽是气道与外界相通的通道，当其中一条呼吸道出现堵塞或者同时堵塞时，小儿即可出现眠鼾。阮岩教授认为小儿先天肺脾常不足，脾气不足，运化失调，肺治节无权，水津失于输布，凝液成痰存贮于内。故本病以肺脾气虚，痰湿蕴结，阻塞清窍为主要病机。病之根本，责之肺脾^[2]。

综合来看，鼻鼾、鼻渊、鼾眠病虽症状表现各异，却都有基本一致的核心病机，即肺脾不足为本，寒饮、湿热、痰湿为标。分清内因外因，针对病机治疗，可获捷效。

2 阮岩教授治疗小儿常见鼻病的经验

2.1 擅长应用经典方剂

在小儿常见鼻病的治疗中，阮岩教授重视结合小儿的生理特点，常以补肺健脾为基本治法，方用四君子汤为基础方。

阮岩教授的门诊中鼻鼾患儿的证型多属肺气虚寒，卫外不固，因此阮岩教授常用小青龙汤加减治疗，方中较为辛温的中药剂量酌情减少。《杂病源流犀烛》：“鼻鼾者，鼻流清涕不止，由肺金受寒而成也”，宜姜辛桂夏温肺化饮，鼻痒喷嚏频频用生麻黄开表，阮岩教授常加荆芥、防风增强祛风解表之力，表寒不显则用蜜麻黄宣肺，现代研究认为小青龙汤有良好抗过敏作用^[3]。临床上成年鼻鼾患者常用小青龙汤治疗，儿童鼻鼾患者治疗，阮岩教授也会效

仿小青龙汤之意，但麻黄桂枝的量会减少。《诸病源候论》：“肺气通于鼻，其脏有冷，冷随气入乘于鼻，故使津涕不能自收”，对于清涕多不能自收者，阮岩教授则加重五味子用量，加乌梅敛肺止涕。鼻塞重或合并有分泌性中耳炎者，加泽泻、石菖蒲化浊开窍。眼痒加蝉蜕、木贼祛风止痒。合并皮肤瘙痒者可加路路通，僵蚕祛风散邪。

治疗鼻窦炎时阮岩教授常用四君子汤合苍耳子散加减。四君子汤是古典名方，原方中的人参，阮岩教授多用党参或太子参代替，甘平益气，补肺健脾，茯苓与白术相配，健脾祛湿，炙甘草益气和中，调和诸药。四药配伍，共奏益气健脾之功。对于气虚明显的患儿，阮岩教授则善用补中益气汤。苍耳子散由苍耳子、辛夷、薄荷、白芷四味药组成，药简效专。皆走肺经，其中辛夷偏于消肿，白芷偏于止痛，尤其是累及额窦眉棱骨痛时，白芷常重用。苍耳子祛风通窍，有小毒，炒后用可使其毒蛋白变性，且利于煎出。四者共同发挥芳香通窍作用。小儿脾胃功能较差，容易食积化热，出现口臭、鼻涕黏稠秽，阮岩教授常用鸡内金、建曲等健脾和胃消积；小儿鼻塞明显，阮岩教授常用路路通利水消肿。鼻涕量多浓稠者，加鱼腥草、桔梗、冬瓜仁、桑白皮等清热化湿祛浊。

阮岩教授认为小儿鼾眠的治疗应针对病因治疗，对于由鼻部疾病如变应性鼻炎等引起的呼吸不畅，应积极治疗原发病。辨证治疗时需标本兼顾，在补肺健脾的同时也要理气通窍。方药可以采用四君子汤合苍耳子散加减以益气健脾及芳香通窍，同时根据兼症酌情选用化痰、活血、补肾等中药^[2]。

鼻鼾、鼻渊、鼾眠有其内在联系，当阮岩教授辨证为肺脾不足，痰浊为标时，常常选用四君子汤合苍耳子散加减治疗^[4]，异病同治，抓住核心，灵活加减，寒热并用，相制相成，是阮岩教授临床辨治思路的精髓所在。

2.2 推崇岭南特色中草药

一方水土养一方人，一方草药治一方病。根据岭南的气候特点和患者体质，阮岩教授在临证加减时常使用岭南特色中草药。其中在小儿鼻病的治疗

中常用五指毛桃、猫爪草、龙脷叶、毛冬青、陈皮、砂仁、佛手、毛冬青等。

五指毛桃，性味甘，微温，健脾化湿，有南黄芪的美称。作为药食两用的五指毛桃，是广东人煲汤的必备佳品。岭南气候炎热潮湿，容易影响脾胃运化。阮岩教授在夏季补肺脾气时常用五指毛桃代替黄芪，避免黄芪助热化火^[5, 6]。

猫爪草，因其块根像猫爪子而得名，《中华本草》载：“味甘、辛，性平，归肝、肺经”，擅于解毒化痰散结，小儿腺样体肥大时，阮岩教授推荐使用猫爪草化痰消肿。小儿积食时阮教授擅长用佛手理气调中，砂仁、陈皮健脾和胃，独脚金清热消积。对于鼻塞通气不畅引起口周或眼周瘀黑时，可使用毛冬青活血通经。

2.3 小儿鼻病外治法

阮岩教授在治疗鼻病时推崇内外治相结合。在小儿鼻病的外治法中，阮岩教授常用鼻腔冲洗来治疗小儿鼻腔脓涕较多或变应性鼻炎发作期，用鼻三针（揸针）调理鼻腔功能，缓解鼻塞。此外，在中药的调理下，配合穴位贴敷和耳针等全身调理患儿脏腑功能。对于变应性鼻炎患儿，阮岩教授常指导患儿进行鼻部的按摩，起到振奋正气、抵御外邪的作用。

3 阮岩教授对鼻病调护的认识

疾病三分治七分养，小儿鼻病也不例外。医生的干预可能只能暂时缓解患儿的症状，如果患儿想要减少鼻病的复发次数或痊愈，需要针对具体的病因治疗。阮岩教授认为鼻病的内外治法相结合固然重要，但是预后调护也需做到位。建议家长在育儿时应做到让患儿生活起居有常、饮食有节、运动适度。感冒是儿童鼻病最主要的诱发因素，因此，预防感冒在儿童鼻病防治中起很重要作用，因此阮岩教授在诊疗中常常叮嘱患者家长一定要预防感冒。

3.1 生活起居有常

充足的睡眠对小儿的生长发育来说十分重要。现代生活丰富多彩，很多家长熬夜的同时，也在慢慢带动小孩晚睡。小儿的发育和体质不但和睡眠时长相关，与入睡时间点也有关。入睡时间点越晚，

对儿童的发育的负面影响越大。

3.2 饮食有节

《内经》有云：“饮食自倍，肠胃乃伤”。现代人民的生活水平普遍提高，饮食营养方面是有过之而无不及。阮岩教授指出，现代治病或者调护应该结合患儿家庭生活经济等各方面因素进行考虑。对于小儿而言，本身脏腑功能尚未成熟，长期大鱼大肉的摄入，容易损伤脾胃，引起脾胃功能失调，所以应该重视顾护脾胃，均衡饮食，各类食物的摄入应平衡而有节制，勿过食肥腻辛辣或过饱过饥，特别是夏季，禁贪食冷饮。在门诊经常有患儿家属咨询高蛋白饮食的注意事项。阮岩教授强调，儿童是不提倡清淡饮食的。孩子的成长发育需要有充足的营养和能量，只要不是食物过敏，各种含有优质蛋白、对儿童的生长发育有帮助的食物，都不应予以否定。但也切忌嗜食或过食某些容易引起患儿疾病发作的食物。因此，对儿童来说，在饮食方面，应该食物多样，均衡饮食，提高患儿体质。

3.3 运动适度

阮岩教授强调小儿适度运动有益身体健康。现代儿童学业繁重，在室内时间较多，运动较少，长期以来，身体的抵抗力会逐渐下降，导致多种慢性疾病产生。夏天长期待在空调房内，更容易诱发变应性鼻炎发病。因此，患儿不但需遵嘱服药，也要劳逸结合，坚持户外运动，改善自身的免疫功能，减少或避免疾病再发。这也就是中医所讲的正气，“正气存内，病安从来？”阮岩教授提倡患儿应该加强运动，增强体质，如游泳、跑步等。

4 典型医案介绍

患儿吴某，男，8岁，因“反复鼻流脓涕1年余，加重伴睡眠打鼾1周”于2020年9月27日初诊。家长代诉患儿1年前无明显诱因反复出现鼻流脓涕，治疗后缓解，但症状反复。1周前患儿因感受风寒后出现鼻塞、睡眠打鼾，鼻流脓涕症状加重，遂来门诊就诊。刻下症见：精神稍疲倦，持续性鼻塞，伴鼻流粘涕，质稠量多，晨间尤甚，时有鼻涕倒流入口，无嗅觉减退。肢倦乏力，头闷且重。眠时张口呼吸，声粗，无憋醒，无发热恶寒、咳嗽咳

痰等不适。纳眠差，小便调，大便质粘，2-3 次 / 日。舌质淡胖，苔白腻，脉细滑。查体：鼻粘膜肿胀色淡，双下鼻甲肿大，鼻腔见白粘涕；双侧扁桃体不大，咽后壁见鼻涕倒流。中医诊断：鼻渊病。中医辨证：脾虚湿困。西医诊断：慢性鼻窦炎。治则治法：健脾益肺、化湿通窍。处方四君子汤合苍耳子散加减：太子参 15g，茯苓 10g，生白术 10g，甘草 6g，山药 30g，辛夷花 5g，白芷 10g，皂角刺 10g，路路通 10g，僵蚕 8g，薄荷 6g（后下），蔓荆子 10g，广藿香 10g，甜叶菊 1g。7 剂，水煎服，日 1 剂。同时配合口服苍耳子、鼻腔冲洗、耳穴压豆等治疗，嘱鼻部按摩。2020 年 10 月 4 日二诊，家长代诉鼻塞流涕减轻，眠好，无张口呼吸，守方续服 14 剂，后电话随访 2 周，无复发。

按：缘患儿素体肺脾气虚，复感风寒外邪，痰浊凝聚。痰浊阻塞鼻窍，而出现鼻塞流涕、量多不止；痰浊凝聚于颧颞，则出现眠好伴张口呼吸。脑为元神之府，长期打鼾影响睡眠，清阳不升，元神失养，则精神疲倦。浊阴不降，困阻脑窍，则头闷且重。脾虚失运，痰浊内生，故肢倦乏力，纳差少食，大便质粘。鼻粘膜肿胀色淡，舌质淡胖，苔白腻，脉细滑亦可为脾虚湿困的佐证。方中四君子汤固护脾胃，阮岩教授将人参改为太子参，加山药以补脾益肺；辛夷花辛散温通，宣通鼻窍，为鼻塞要药；白芷燥湿通窍排脓、皂角刺消肿托毒排脓，两药合用以助浊涕排出；路路通味苦降泄，利水通

窍；僵蚕咸辛平，味辛能散，咸能软坚，具有化痰软坚散结之功；薄荷、蔓荆子清利头目，以助清阳上达头目，改善头闷重感。广藿香芳香化湿醒脾。甜叶菊 1g 以改善汤药口感。因使用院内制剂加味苍耳子丸，含有苍耳子成分，故本方不用苍耳子，防苍耳子量大有毒性。诸药合用，清阳得升，浊阴得降，肺脾得补，痰浊得消，疗效显著。

参考文献

- [1] 刘铮, 王建慧, 徐慧贤, 等. 阮岩治疗儿童鼻渊经验撷英 [J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(04): 2133-2135.
- [2] 刘铮, 阮岩. 阮岩治疗小儿鼾眠病经验 [J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(06): 902-905.
- [3] 郑永艳, 周园, 周联, 等. 小青龙汤抗过敏作用及其机制研究 [J]. 时珍国医国药, 2017, 28(05): 1052-1055.
- [4] 高增金, 阮岩. 阮岩运用四君子汤合苍耳子散加减治疗耳鼻咽喉疾病验案举隅 [J]. 山东中医杂志, 2020, 39(10): 1112-1114.
- [5] 方彩珊, 蔡向军, 高帅, 等. 基于数据挖掘分析岭南名中医治疗鼻鼾用药规律 [J]. 国际中医中药杂志, 2022, 44(03): 319-324.
- [6] 殷贝, 李佑生, 陈玲玲, 等. 沈英森应用“一气周流”理论治疗过敏性鼻炎 [J]. 中医杂志, 2018, 59(15): 1272-1274.

中医外治法治疗咽炎的研究进展

朱雯¹ 譙凤英¹

【摘要】 咽炎是耳鼻喉科常见病，其发病率现逐年呈上升趋势，中医内治法对于咽炎的主要治疗手段是辨证内服汤药或对症中成药，中医外治法由于方法多样、不良反应少、疗效显著，受到越来越多人的关注。笔者通过对近年来中医外治法治疗咽炎的文献进行整理、归纳，就其针灸疗法（针刺疗法、火针疗法、电针联合疗法），穴位贴敷疗法，穴位注射疗法，中药雾化吸入法，放血疗法（穴位放血法、咽部刺营法、针刀放血法）等进行综述，为咽炎的中医外治应用提供临床思路。

【关键词】 咽炎；中医外治法；研究进展

咽炎包括急性咽炎和慢性咽炎，急性咽炎是咽黏膜、黏膜下组织的急性炎症，多累及咽部淋巴组织；慢性咽炎是咽部黏膜、黏膜下及淋巴组织的弥漫性慢性炎症，常为上呼吸道慢性炎症的一部分^[1]。急、慢性咽炎的临床表现都是以咽部干燥感、灼热感、粗糙感或不同程度的咽痛感为主。急、慢性咽炎在中医均归属于喉痹的范畴。中医外治法相比西医、中医内治法治疗方法多样、不良反应少、疗效明显，现对中医外治法治疗咽炎的近期研究进展作出综述如下。

1 针灸疗法

1.1 针刺疗法

针刺疗法是通过针刺入人体穴位以治疗疾病的一种方法，具有调畅气血、疏通经络、平衡脏腑阴阳的作用。罗燕^[2]等将 84 例急性咽炎患者随机分为 2 组，各 42 例。对照组采用药物雾化吸入治疗：布地奈德混悬液 2ml，雾化吸入，每日 1 次，每次 30min；治疗组采用药物雾化联合针刺治疗（双侧取穴：天容、尺泽、列缺、外关、合谷、照海），每日 1 次，每次得气后留针 30min。两组均治疗 5 次。结果显示：对照组总有效率 85.7% 低于治疗组 97.6% ($P < 0.05$)；对照组不良反应发生率 19.0% 高于治疗组 2.4% ($P < 0.05$)。超声雾化是治疗急性咽炎的主要方法之一，搭配上“通经络，调气血”的，

针刺疗法，可以有效调节患者脏腑功能，以达治疗目的。田忠惠^[3]等将 42 例慢性咽炎患者随机分为 2 组，各 21 例。对照组采用药物口服治疗：慢严舒柠清喉利咽颗粒，口服，每日 3 次，每次 5g，7 日为一疗程，共治疗 4 个疗程。治疗组采用前廉泉穴联合八脉交会穴针刺治疗（双侧取穴：内关、外关、列缺、后溪、公孙、申脉、照海、足临泣），每日 1 次，6 日为一疗程，疗程间隔 1 日，共治疗 4 个疗程。两组均治疗 1 月。结果显示：对照组治愈 2 例，显效 6 例，有效 9 例，无效 4 例；治疗组治愈 6 例，显效 9 例，有效 4 例，无效 2 例，对照组总有效率为 81.0% 低于 90.5% ($P < 0.05$)。

1.2 火针疗法

火针疗法是用火烧红的针尖迅速刺入人体穴位以治疗疾病的一种方法，具有借火助阳、以热引热、祛邪外出的作用。《备急千金要方》中关于火针疗法记载有“当头以火针，针入四分即瘥”。火针治疗具体操作如下：嘱患者取坐位并张口，将火针在酒精灯上灼烧 8-10s，医者左手持压舌板按压患者舌根，完全暴露口咽，借助外光源及反光额镜照明下，在咽后壁红肿的淋巴滤泡处点刺 2-3 针，以滤泡变白色为度。周凌^[4]等将 93 例急性咽炎患者随机分为 3 组，各 31 例。其中 A 组采用火针治疗，每日 1 次。B 组采用药物口服治疗：蒲地蓝消炎口服液，

1 天津中医药大学第一附属医院 国家中医临床针灸医学研究基地，天津 300381

通讯作者：譙凤英，教授 Email: 13920338800@163.com

口服, 每日 3 次, 每次 1 支。C 组采用药物口服联合火针治疗。三组均治疗 5 日。结果显示: A 组治愈 7 例, 显效 8 例, 有效 8 例, 无效 7 例, 总有效率 76.67%, B 组治愈 6 例, 显效 8 例, 有效 8 例, 无效 8 例, 总有效率 73.33%, C 组治愈 16 例, 显效 8 例, 有效 3 例, 无效 3 例, 总有效率 90.00%。治疗结束后 A、B、C 组急性咽炎患者总有效率具有显著差异 ($P < 0.05$), 两两比较结果显示 C 组总有效率显著高于 A、B 组 ($P < 0.05$), A 组总有效率高于 B 组, 但无统计学差异 ($P > 0.05$)。刘峥^[5]等将 80 例肺胃热盛型急性咽炎患者按随机数字表法分为 2 组, 各 40 例。对照组采用药物含服治疗: 清咽滴丸, 含服, 每日 3 次, 每次 4 丸。治疗组采用药物含服联合火针治疗, 每 5 日治疗 1 次。两组均治疗 5 日。结果显示: 对照组治愈 15 例, 显效 8 例, 有效 12 例, 无效 5 例; 治疗组治愈 20 例, 显效 11 例, 有效 7 例, 无效 2 例, 对照组总有效率 87.5% 低于治疗组 95% ($P=0.025 < 0.05$)。急性咽炎患者的咽痛症状最为困扰, 据“经脉所过, 主治所及”施针以点刺, 直达病所, 借“火郁发之”以达清热祛邪, 通经络、消肿痛之功。

1.3 电针联合疗法

电针疗法是用针刺入人体穴位得气后, 针上加人体可以感应的生物微电流波以治疗疾病的一种方法, 具有加强针感、疏通经络的作用。灸法是点燃艾灸后, 直接或间接熏灼体表穴位以治疗疾病的一种方法, 具有通畅气机、调和营卫、温经散寒、扶阳固脱的作用。临床上常见电针治疗与灸法联合应用。周兴玮^[6]等将 180 例慢性肥厚性咽炎患者随机分为 2 组, 各 90 例。对照组采用药物口服治疗: 慢严舒柠清喉利咽颗粒, 口服, 每日 3 次, 每次 1 袋。治疗组采用温阳通络针灸疗法治疗(双侧取穴: 气海、足三里、丰隆、太冲、合谷, 人迎及廉泉)。电针治疗: 双侧丰隆、太冲, 人迎及廉泉得气后加电针, 断续波, 隔日 1 次, 每次留针 30min。灸法治疗: 双侧足三里、气海、合谷针后加灸, 隔日 1 次, 每次灸治 15min, 以局部透热为度。两组均治疗 2 周。结果显示: 对照组总有效率 67.8% 低于治

疗组 95.6% ($P < 0.05$)。此外, 电针联合耳穴压贴治疗临床中也有应用。经银峰^[7]等将 48 例慢性咽炎患者分为单纯性咽炎 36 例, 肥厚性咽炎 10 例, 萎缩性咽炎 2 例。三组均采用电针(双侧取穴: 照海、太溪、天容、风池、列缺、鱼际及廉泉)联合耳穴压贴治疗。电针治疗: 照海、太溪进针得气后接电针治疗仪, 连续波电刺激, 电流强度以患者能够承受为宜, 每日 1 次, 每次留针 30min。耳穴压贴治疗: 将王不留行籽耳贴贴压在耳穴: 咽喉、肺、肾、神门、肾上腺、耳屏外三穴, 嘱患者每日自行按压 4 次, 每次每穴按压 1min 至有胀痛感觉为止, 双耳交替, 每 3 日更换 1 次。三组均治疗 2 个疗程(7 日一个疗程, 疗程间休息 3 日)。结果显示: 48 例病例中, 38 例痊愈, 总有效率 79.1%。其中, 单纯性咽炎显效 28 例, 有效率 58.3%, 萎缩性咽炎组显效 7 例, 有效率 14.5%; 肥厚性咽炎组症状减轻 3 例, 有效率 6.2%。将电针联合耳穴压贴应用于慢性咽炎的临床治疗, 两者有互补作用, 其效果相较于应用单一疗法效果更显著。

2 穴位贴敷疗法

穴位贴敷疗法是利用不同药物粉末与融合剂调匀后, 制成药膏或药饼贴敷在相应的穴位上发挥作用以治疗疾病的一种方法, 具有调畅气机的作用。其主要依据是中医的经络学说, 具体操作如下: 将药物研末, 用蛋清、醋、酒、水等调成糊状后制成饼状等形态贴敷在患者的某一穴位, 使药力经皮肤作用于脏腑和经络, 以达到治疗疾病的目的^[8]。黄欣^[9]等将 70 例慢性咽炎患者随机分为 2 组, 各 35 例。对照组采用药物雾化治疗: 硫酸庆大霉素注射液 8 万 U、地塞米松磷酸钠注射液 5mg, 雾化吸入, 每日 2 次, 每次 10min。治疗组采用药物雾化联合止痛化痰穴位贴敷治疗(穴位贴主要药物组成: 栀子 10g、大黄 10g、苦杏仁 5g; 取穴: 天突、膻中、双肺俞、阿是穴), 每日 1 次, 每次 8 小时。两组均治疗 1 月。结果显示: 对照组总有效率 77.14% 低于治疗组 91.43% ($P < 0.05$)。姚秀丽^[10]等将 134 例慢性咽炎患者随机分为 2 组, 各 67 例, 对照组采用药物口服治疗: 咽炎片, 口服, 每日 3 次, 每次

5 片。治疗组采用药物口服联合中药穴位贴敷治疗(穴位贴主要药物组成:白芥子 50g、细辛 25g、延胡索 50g、生半夏 50g;取穴:大椎、双肺俞、双脾俞、双肾俞),每 10 日贴敷 1 次,每次不超过 6 小时。两组均治疗 30 日。结果显示:对照组总有效率 68.66% 低于治疗组 86.57%($P < 0.05$)。穴位贴敷疗法既可以通过药物刺激相应的穴位,以达治疗目的,又可以起到药物透过肌肤的局部治疗效果,对于慢性咽炎的治疗有很好的辅助功效。

3 穴位注射疗法

穴位注射疗法是将药物注射液注入相应穴位以治疗疾病的一种方法,具有直接刺激穴位、疏通经络的作用。穴位注射法具体操作如下:患者仰靠坐位,局部常规消毒后取对应穴位,针头刺入穴位的方向与皮肤垂直,进针 1.0-1.5cm 后回抽无血,才可缓慢进行推注,拔针后用棉棒进行按压止血。朱炼兵^[11]等将 600 例慢性咽炎患者随机分为 2 组,各 300 例。对照组采用药物口服治疗:银黄颗粒,口服,每日 2 次,每次 2 袋。治疗组采用药物口服联合廉泉穴穴位注射法治疗:2%利多卡因注射液,甲泼尼龙琥珀酸钠注射液,各 0.5ml 混合,皮下注射,每周治疗 2 次,1 周为一疗程,共治疗 2 个疗程。两组均治疗 2 周。结果显示:对照组总有效率 60.7% 低于治疗组 92.0%($P < 0.01$)。方芳^[12]等将 100 例慢性咽炎患者随机分为 2 组,其中对照组 48 例、治疗组 52 例。两组患者均进行基础治疗,利咽甘草合剂联合局部微波照射治疗,每日 1 次。对照组在基础治疗上采用药物雾化治疗:布地奈德混悬液,雾化吸入,每日 1 次,每次 4 ml。治疗组在基础治疗上采用药物雾化联合穴位注射法(天突穴注射复方当归注射液+咽后壁分次注射穿心莲注射液)治疗。天突穴注射:2%利多卡因 0.8ml+40mg 复方当归注射液 0.8ml+5mg 地塞米松磷酸钠注射液 0.2ml,皮下注射,隔日治疗 1 次。咽后壁分次注射:穿心莲注射液 0.8ml+ 2%利多卡因 0.8ml+5mg 地塞米松磷酸钠注射液 0.2ml,皮下注射,分两次将药液注射至两侧咽后壁粘膜下,穿刺者感到咽后壁粘膜刺破感后方可推注药液,注射处随即呈苍白小泡隆起,隔日

治疗 1 次。观察两组治疗起效时间,结果显示:对照组 2-3 日内起效 3 例,4-5 日内起效 11 例,6-7 日内起效 15 例,治疗组 2-3 日内起效 13 例,4-5 日内起效 22 例,6-7 日内起效 12 例,两组比较差异具有统计学意义($\chi^2 = 6.34, P < 0.05$)。对照组总有效率 60.42% 低于治疗组 90.38%($P < 0.05$)。穴位注射疗法是一种将针刺与药物相结合的治疗方法,通过针刺及药物的双重治疗作用,以达疾病穴药协同的目的。咽喉是各经脉循行交会之处,使用小剂量的药物通过穴位经络从而发挥大作用,一定程度的避免了大剂量用药对机体所造成的某些危害。

4 中药雾化吸入法

中药雾化吸入法是指中药制剂在雾化装置的作用下,分成微小的水雾或微粒,后由呼吸道吸入以治疗疾病的一种方法,具有直达病所优点,有利咽止痛、化痰消肿的作用。宋卫军^[13]等将 60 例急性单纯性咽炎风热证患者随机分为 2 组,其中对照组 28 例,治疗组 32 例。对照组采用生理盐水 10ml 超声雾化,每日 2 次,每次 20min。治疗组采用三根方煎液 10ml(组方:山豆根、岗梅根、冰片、薄荷)超声雾化,每日 1 次,每次 20min。两组均治疗 3 日。结果显示:对照组总有效率 10.71% 低于治疗组 93.75%($P < 0.01$)。郭防^[14]等将 80 例慢性咽炎患者按照随机双盲法分为 2 组,各 40 例。对照组采用庆大霉素 8 万 U+地塞米松 5mg 雾化吸入,每日 1 次,每次 10min。治疗组采用天竺雾化剂 5ml(组方为天竺黄、瓜蒌皮、木香、两面针、千年健、僵蚕、葶苈子、鱼腥草)雾化吸入,每日 1 次,每次 10min。两组均治疗 2 周。结果显示:对照组总有效率 60.0% 低于治疗组 85.0%($P < 0.05$)。雾化吸入的西药选择存在一定单一性,长期使用后会产生耐药,可以使用中药成分雾化剂作为主要雾化药物或是联合使用,继而达到理想疗效。

5 放血疗法

5.1 穴位放血法

穴位放血疗法是用三棱针、粗毫针或小尖刀刺破或划破人体特定的穴位浅表脉络,放出少量血液,外泄内蕴之热毒以治疗疾病的一种方法,具有通络

止痛、调畅气机的作用。此法使邪有出路，热随血出，通则不痛，《寿世保元》中记载有“大抵治喉痹，用针出血，最为上策……内经火郁发之，发为发汗，咽喉中岂能有汗，故出血者，乃发汗之一端也”。吴娟^[15]等将 80 例急性咽炎患者随机分为 2 组，各 40 例。对照组采用药物雾化治疗：庆大霉素 8 万 U+ 地塞米 5mg+ 糜蛋白酶 4000U，雾化吸入，每日 1 次，每次 30min。治疗组采用药物雾化联合针刺放血治疗（双侧取穴：少商），挤压放血 3-5 滴，每日 1 次。两组均治疗 3 日。结果显示：对照组总有效率 87.5% 低于治疗组 97.5% ($P < 0.05$)。杨郁^[16]等将 78 例急性咽炎患者随机分为 2 组，各 39 例。对照组采用常规西医治疗方案：阿莫西林胶囊，口服，每日 2 次，每次 0.5mg；地塞米松 5mg，雾化吸入，每日 2 次，每次 15min。治疗组采用针刺放血治疗（双侧取穴：耳尖、少商），耳尖放血 18-25 滴，少商放血 3-5 滴，每日 1 次。两组均 3 日为一疗程。结果显示：一疗程结束后对照组总有效率 84.61% 低于治疗组 94.87% ($P < 0.05$)。选用相应穴位进行放血，以清热解毒、祛瘀通络、消肿散结、镇静止痛，可以较快缓解急性咽炎患者的咽痛症状，有效缩短其病程。

5.2 咽部刺营法

咽部刺营法，又称刺营放血法，是通过尖锐针头局部集中点刺咽后壁，使血溢出，祛邪以治疗疾病的一种方法，具有通经活络、泄热解毒、活血祛瘀、消肿除痞的作用。咽部刺营法具体操作如下：①患者取坐位，头部固定稍向后倾，将咽后壁表面麻醉 2 次。②施术时，嘱患者张口，调整呼吸，医者用左手持一次性压舌板压定其舌前 2 / 3，暴露口咽部，右手持 1ml 一次性使用无菌注射器将针头对准咽窝患部，以丛刺法轻浅地点刺咽后壁 5-10 下，咽侧索充血或增厚明显者，可轻浅地点刺 3 下直刺 0.1mm，急入急出，微出血为度。③对于少量增生的淋巴滤泡，采用丛刺法，将单个滤泡中间及周边全部刺破，直到有鲜红或暗红色血液涌出，让患者将血液吐出。对于咽后壁血管扩张明显或连接成血管网的患者，可以对其充盈的血管行刺放血，或对

血管网的密集分布处、衔接处行刺放血。对于连接成纵行的淋巴滤泡，可以以针头如梳辫子样从上往下进行梳理。④术毕，嘱患者适量冷水漱口，忌剧烈咳嗽、咳痰。邓可斌^[17]等将 120 例慢性咽炎患者随机分为 2 组，各 60 例。对照组采用甘桔冰梅片口服治疗，每日 3 次，每次 2 片。治疗组采用咽部刺营法治疗。两组均治疗 2 个疗程（7 天一个疗程，疗程之间间隔 3 日）。结果显示：两组治疗均有效，在改善患者咽部异物感、咽部充血、咽干灼热、咽痒咳嗽、吭咳吐痰、咽痛等症状体征上，治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)，差异均有统计学意义。邓可斌^[18]等将 100 例慢性肥厚性咽炎患者随机分为 2 组，各 50 例。对照组采用头孢地尼胶囊口服治疗，每日 3 次，每次 0.1g。治疗组采用咽部刺营法治疗，每 3 日治疗一次。两组均为 3 日一疗程，均治疗 2 个疗程。结果显示：对照组总有效率 62.0% 低于治疗组 92.0% ($P < 0.05$)。咽部刺营疗法可以有效疏通经络气血，调整脏腑功能，迅速泄热解毒以达“开门祛邪”的效果。

5.3 针刀放血法

针刀疗法是在治疗部位刺入深部至病变处，继而剥离有害组织以治疗疾病的一种方法，具有疏通经络、止痛祛病的作用。陶波^[19]等将 80 例急性咽炎患者随机分为 2 组，各 40 例。对照组采用蓝芩口服液口服治疗，每日 3 次，每次 2 支。治疗组采用谢氏针刀刺营微创疗法（针刀联合锡类散）治疗：治疗过程中，患者保持坐位，张口头稍后倾，操作者左手持压舌板压下舌体前 1/3 部分，使咽后壁充分暴露，右手持 5 寸毫针对咽后壁局部进行集中点刺，先刺最肿胀处，再刺其周围，快速刺入约 0.1cm，疾入疾出，微出血即可；刺割后用锡类散喷于咽后壁黏膜表面，隔日治疗 1 次。两组均治疗 1 周。结果显示：对照组总有效率 90%，低于治疗组 97.5% ($P < 0.05$)。任伊梅^[20]等将 104 例痰凝血淤型慢性咽炎患者根据随机数表法分为 2 组，各 52 例。对照组采用药物口服治疗：蓝芩口服液，口服，每日 3 次，每次 2 支。治疗组采用药物口服联合谢氏针刀刺营微创疗法（针刀联合锡类散）治疗，隔日治疗 1

次。两组均治疗 1 周。结果显示：对照组总有效率 78.85% 低于治疗组 94.23% ($\chi^2=5.283, P < 0.05$)。针刀疗法创伤小、无痛，是针灸学的一种延续，可以有效针对慢性咽炎，缩短其症状缓解时间，有效促进其预后发展。

6 结语

中医外治法的疗效独特，作用迅速，历史悠久，具有简、便、廉、验之特点。常见的中医外治法有针灸、按摩、熏洗、针刀、敷贴等，其治疗范围十分广泛。与中医内治法相比，中医外治法具有“殊途同归，异曲同工”之妙，其优势在于：其一，作用直接，效果明显，见效较快；其二，可以针对不能内服药物的患者，“不肯服药之人，不能服药之症”；其三，外治法可采取的方法众多，适应症多；其四，避免内服药物带来的副作用。近些年来的文献研究，中医外治法治疗咽炎疗效明显，不良反应少，但目前仍存在问题：临床研究多以观察疗效为主，缺少对外治法作用机制的研究；临床研究有些实验纳入样本量少，或是缺乏对照组等。希望在以后会出现更多与中医外治法作用机制相关的临床研究内容，使临床医师有更多可供参考的诊疗方案。

参考文献

[1] 刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 129.

[2] 罗燕, 罗琴. 针刺配合布地奈德雾化吸入治疗急性咽炎的疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(7):885-888.

[3] 田忠惠, 张彬彬, 揭子慧. 针刺前廉泉穴联合八脉交会穴治疗慢性咽炎临床观察 [J]. 中国针灸, 2019, 39(12):1285-1288.

[4] 周凌, 韩凯丞, 王殿一. 火针治疗急性咽炎临床观察 [J]. 针灸临床杂志, 2019, 35(8):59-61.

[5] 刘铮, 阮岩 (指导). 火针配合清咽滴丸治疗急性咽炎的临床研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(3):165-167.

[6] 周兴玮, 王剑, 童心科, 等. 温阳通络针灸疗法治疗慢性肥厚性咽炎疗效观察 [J]. 山西中医,

2021, 37(5):34-35.

[7] 经银峰. 电针配合耳穴贴压治疗慢性咽炎的临床观察 [J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(1):47-48.

[8] 王茹, 伍惠惠, 冯玲媚. 八脉交会穴配合咽四穴穴位贴敷治疗慢性咽炎的临床观察 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2017, 4(34):126-126.

[9] 黄欣, 戴建兴. 止痛化痰穴位贴辅助治疗慢性咽炎的临床观察 [J]. 中国民间疗法, 2020, 28(8):53-55.

[10] 姚秀丽. 咽炎片配合中药穴位贴敷治疗慢性咽炎痰凝血瘀型临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2018, 34(3):295-296.

[11] 朱炼兵, 谢建宏, 黄义泉, 等. 穴药协同治疗慢性咽炎的疗效观察 [J]. 福建医药杂志, 2021, 43(1):114-116.

[12] 方芳, 孔亚平, 李辉. 当归与穿心莲联合穴位注射治疗慢性咽炎效果分析 [J]. 白求恩医学杂志, 2020, 18(1):10-11.

[13] 宋卫军, 黄坤平, 胡富宜, 等. 三根方超声雾化喷喉治疗急性单纯性咽炎风热证临床观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(9):1876-1878.

[14] 郭防, 王麒. 中药天竺雾化剂治疗慢性咽炎的临床观察研究 [J]. 中医临床研究, 2021, 13(1):76-79.

[15] 吴娟. 雾化联合针刺放血治疗急性咽炎临床观察 [J]. 科技视界, 2019(18):214-215.

[16] 杨郁. 耳尖、少商穴位放血治疗急性咽炎的临床疗效观察 [J]. 中国医药科学, 2017, 7(11):53-55.

[17] 邓可斌, 雷西熙, 田波, 等. 咽部刺营法治疗慢性咽炎 60 例临床观察 [J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(6):89-90.

[18] 邓可斌, 雷西熙. 咽部刺营法治疗慢性肥厚性咽炎疗效观察 [J]. 新中医, 2017, 49(10):120-122.

[19] 陶波, 官佳意. 盱江谢氏喉科针刀刺营微创疗法治疗急性咽炎 80 例 [J]. 江西中医药, 2017, 48(12):5-6.

[20] 任伊梅, 熊晓炜. 盱江谢氏喉科针刀刺营微创疗法治疗痰凝血瘀型慢性咽炎的疗效评价 [J]. 中外医疗, 2021, 40(26):173-176.

浅谈耳鸣心神不宁证

蒋珍¹ 彭顺林²

【摘要】 耳鸣是指自觉耳内或颅内有鸣响而周围环境中并无相应声源。本文主要从耳与心的关系、心理因素与耳鸣的关系及治疗方法研究进展三个方面来介绍耳鸣心神不宁证,以供临床参考,同时希望大家更加重视耳鸣的心理问题。

【关键词】 耳鸣;心神不宁证;焦虑抑郁;

A brief talk about tinnitus and disquieted heart spirit syndrome

JIANG Zhen, PENG Shunlin

【Abstract】 tinnitus refers to the subjective feeling of sound in the ear or intracranial without external sound source or external stimulation. This paper mainly introduces tinnitus restlessness syndrome from three aspects: the relationship between ear and heart, the relationship between psychological factors and tinnitus and the research progress of treatment methods, so as to provide clinical reference. At the same time, people should pay more attention to the psychological problems of tinnitus.

【Key words】 tinnitus; Restlessness syndrome; Anxiety and depression;

耳鸣既是一种症状也是一种疾病,既是耳鼻喉科的常见病也是耳鼻喉科的疑难病。全球约有10~15%人口有耳鸣的经历^[1],可致失眠、精神紧张、烦躁、多疑等,严重者可导致患者出现抑郁、焦虑等不良心理,极大地影响了患者的正常生活,加重了患者的精神压力^[2]。耳鸣的病因广泛,其发病机制十分复杂,目前尚未达成共识。随着社会环境的变化,人们的精神压力也越来越大,耳鸣也有愈加年轻化的趋势。

耳鸣之心神不宁证是因患者思虑、劳心过度致心血暗耗,或因病后,心血耗伤,或气虚心化源不足,皆可致心血不足,不能濡养耳窍,引起耳鸣。主要表现为耳鸣的发生或加剧与精神压力过大

相关,伴有心烦意乱失眠、悸动不安,注意力难以集中,舌质淡,苔薄白,脉细弱^[3]。目前,耳鸣伴随的焦虑与抑郁是本证的难点。

1 耳与心的关系

1.1 心寄窍于耳

耳为心之客窍,《素问·金匱真言论》曰:“南方赤色,入通与心,开窍于耳。”《证治准绳·杂病·第八册》也有说明:“心在窍为舌,以舌非孔窍,因寄窍于耳,则肾为耳窍之主,心为耳窍之客。”

1.2 生理关系

1.2.1 耳与心主血脉的关系

心主血脉,耳为宗脉之所聚,心气推动血液运行,血液上行至耳窍,耳窍得心血濡养才能功能健

基金资助:四川省科技厅重点研发项目,编号(2018SZ0107),中医耳鼻咽喉科专家智能诊疗系统开发研究。

1 成都中医药大学临床医学院,四川 成都 610075

2 成都中医药大学附属医院耳鼻喉科,四川 成都 610075

旺,若心血不足,则耳窍失养,故见耳鸣。心脏疾病在耳的外形上也有所反映,孙家祥^[4]等对 1057 人的耳垂皱褶进行了观察,发现心肌梗塞患者耳皱阳性率为 97.6%,而心绞痛及缺血性 ST-T 改变患者耳皱阳性率 85.3%,表明耳皱与心脏疾病有一定的关联。而在治疗上,也常通过活血化瘀的治法取得疗效,例如李仲^[5]等使用黄豆苷元片联合巴曲酶注射液治疗耳鸣,在取得疗效的同时,还可有效改善患者的血液流变学情况。

1.2.2 耳与心主藏神的关系

心主神明,耳司听觉,受心之主宰,《古今医统·耳病》说:“忧愁思虑则伤心,心血亏耗必致耳鸣耳聋。”可见,情志失调可导致耳鸣,而五志过极同样也能影响耳鸣的产生,如《医学正传·耳病》曰:“心火上炎,其人两耳或鸣或聋。”此外,耳鸣的产生与大脑密切相关,Jastreboff P J^[6]认为大脑听觉皮层中枢、自主神经系统及边缘系统是导致耳鸣发生的主要相关部位,其中边缘系统既是控制行为和表达情绪的重要结构,也是耳鸣心理问题发生的主要部分。

1.3 经络关系

手少阴心之脉络于耳中,手太阳小肠经入耳中,心与小肠相表里,心经气血通过本经络直通于耳。根据肠脑轴(GBA)观点,肠道细菌合成的脑肠肽(P物质、5-羟色胺等)和菌群发酵物,在应激状态下,可通过血液循环进入中枢系统,改变了大脑神经内分泌功能,从而影响中枢和边缘系统,进而造成耳鸣的变化^[7]。

2 心理因素与耳鸣的关系

由于生物-心理-社会这种新医学模式的提出,许多学者认为精神和心理因素在耳鸣的形成和变化中起到越来越重要作用,主要原因包括耳鸣的持续性、耳鸣的难治性和耳鸣的伴随症状^[8,9]。耳鸣时,耳鸣声通过杏仁核使患者出现恐惧情绪,并推动海马区对耳鸣产生恐惧记忆,这种经杏仁核皮层下通路产生的情绪可能就是耳鸣患者合并焦虑抑郁的关键原因^[10]。同时,不少研究显示耳鸣与焦虑、抑郁情绪有较大关联。陈秀兰^[11]等对 201 例特发性耳

鸣患者进行耳鸣严重程度、情绪及人格特征评估。结果表明:耳鸣严重程度与负性情绪和人格特征相关,负性情绪和人格缺陷可加重耳鸣症状,而人格特征可调节情绪和耳鸣严重度。魏远宁^[12]等的研究发现,职业性噪声聋患者焦虑和抑郁程度与患者的耳鸣及睡眠质量呈正相关。李尧^[13]等对 167 例特发性耳鸣患者采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)以及一般情况调查表进行评分,结果共检出伴有焦虑状态患者占总人数 32.93%,伴有抑郁状态患者占 25.75%,二者均有患者占 16.17%,该研究同时显示焦虑、抑郁程度与耳鸣程度、睡眠障碍及病程长短相关。刘颖^[14]等收集了 415 例耳鸣患者的资料进行分析,结果检出伴有焦虑或抑郁者 146 例,占总人数 35.2%,男性、伴随睡眠障碍及声敏感、耳鸣评价量表(TEQ)总分>14 分的耳鸣患者发生焦虑、抑郁的风险更高。

3 治疗方法研究进展

3.1 内治法

心神不宁证常用归脾汤加减进行治疗,方中黄芪、党参、白术和炙甘草健脾益气,使化生有源;当归、龙眼肉养血和营;远志、茯神、酸枣仁宁心安神;木香理气和胃,使补而不滞;生姜、大枣调和脾胃,诸药为伍,共奏益气养血、宁心通窍之功。现代研究显示,归脾汤可促进骨髓造血功能,增强机体免疫力。蔡蔚然^[15]等探究归脾汤治疗心血不足型原发性耳鸣临床疗效,与使用盐酸氟桂利嗪胶囊联合甲钴胺片西药治疗相比,结果显示中药组耳鸣严重程度评分、耳鸣残疾评估(THI)量表评分均优于西药组,中药组总有效率为 86.7%,西药组为 70.0%,中药组疗效优于西药组。李芮^[16]也运用归脾汤治疗心脾两虚之耳鸣,取得了不错的疗效。

此外,王爱平^[17]等运用百合地黄汤治疗焦虑抑郁耳鸣患者,结果显示使用百合地黄汤的耳鸣患者疗效明显高于未使用者,且用药后患者 SAS、SDS 评分比未使用者显著下降,表明百合地黄汤能治疗耳鸣的同时,也能明显改善耳鸣患者焦虑抑郁的情绪。

3.2 五音疗法

中医五音疗法,是将五行学说中的五音理论与

中医的藏象、情志等理论相互结合,用以防病、治病的一种音乐疗法^[18]。早在两千年前,《内经》就有“五音疗疾”的说法,在实践中,一般选用脏腑辨证法,首先选取对应五脏的五音调式(角、徵、宫、商、羽),然后依据“虚则补其母,实则泻其子”的原则,再配合各五音调式的阳韵或阴韵,来确定选曲范围^[19]。五音各项特征见表 1。

在五音理论指导下,也有不少关于五音疗法治疗耳鸣的研究。马轶轩^[20]等,运用五音疗法和掩蔽治疗相比,结果显示:两组患者耳鸣程度较前均有所改善,但治疗后的两组患者之间差异不甚明显;而使用五音疗法患者的汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分以及匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分与未使用者相比明显下降,表明五音疗法有效治疗耳鸣,并可改善患者耳鸣及焦虑抑郁状态。邓文娴^[21]采用五行音乐疗法和归脾汤分别治疗耳鸣,结果显示:五音疗法组耳鸣持续时间、睡眠情况、情绪、患者耳鸣严重程度均显著低于归脾汤组,且前者疗效显著优于后者,表明五音疗法治疗耳鸣的效果高于口服归脾汤治疗。石磊^[22]等将五音疗法与归脾汤内服结合起来治疗心神不宁型耳鸣患者,结果显示:二者联合使用的患者 THI、SAS、睡眠状态自评表(SRSS)评分与单用归脾汤者相比均有明显改善,联合使用总有效率为 92.31% 明显高于单用归脾汤的总有效率 69.23%,表明五音疗法配合归脾汤可有效改善心神不宁型原发性耳鸣患者临床症状,且二者联合治疗优于单独口服中药,远期疗效良好。

表 1 五音特性表

| 五音 | 所属脏腑 | 音调特性 | 作用 | 代表曲目 | 适合人群 |
|----|------|-----------|-----------|---------|------|
| 角 | 木 | 朝气蓬勃、柔和舒缓 | 疏肝解郁、柔肝健脾 | 《梅花三弄》 | 易怒之人 |
| 徵 | 火 | 热烈欢快、活泼轻松 | 活血通脉、养心益肺 | 《四大景》 | 浮躁之人 |
| 宫 | 土 | 悠扬沉静、醇厚庄重 | 健脾和胃、养血安神 | 《阳关三叠》 | 思虑之人 |
| 商 | 金 | 高亢悲壮、铿锵雄伟 | 补肺益气、调和营卫 | 《梧叶舞秋风》 | 悲伤之人 |
| 羽 | 水 | 婉转清悠、哀怨流畅 | 养阴益肾、补肝利心 | 《梁祝》 | 多恐之人 |

3.3 心里干预及认知干预

心里干预与认知干预的目标都是促进患者心理

健康和幸福,不同的疾病心理干预和认知干预的方式也不一样。李伟^[23]通过在常规治疗耳鸣患者基础上再给予患者口服黛力新片,及心理疏导和注意力转移等心理干预治疗,与常规治疗相比,结果显示:加用心理干预组总有效率为 88.9%,而常规治疗组总有效率为 58.8%,同时,心理干预治疗还可显著降低患者焦虑、抑郁水平。邹雁秋^[24]观察认知护理对耳鸣患者焦虑抑郁心理状态的影响,认知护理与常规护理相比较,结果显示认知护理组焦虑抑郁水平、睡眠质量均优于常规护理组,表明认知护理可缓解耳鸣患者伴随的焦虑抑郁情绪。梁倩倩^[25]等在常规护理基础上行认知护理干预,结果显示认知护理组治疗后 SDS 评分和 SAS 评分明显低于常规护理组,认知护理后患者适应率显著高于常规护理者,得出了认知护理干预可提高患者对耳鸣的认知,从而改善焦虑抑郁情绪的结论。

3.4 抗焦虑抑郁药物

5-羟色胺(5-HT)是感觉、情绪、睡眠/清醒周期调控通路中的重要神经递质,目前认为焦虑、抑郁障碍主要是 5-HT_{1A} 与 5-HT_{2A} 受体之间失衡所致,并且听觉中枢也普遍存在 5-HT_{1A} 与 5-HT_{2A} 受体,与声音的觉察调控有关^[26],而抗焦虑抑郁药物就是通过 5-羟色胺(5-HT)来发挥作用。兰新海^[27]发现,与金钠多、西比灵、Vit B1 等常规治疗耳鸣手段相比,添加使用黛力新药物每日 2 片可明显提高耳鸣患者的有效率,表明抗焦虑抑郁药物对耳鸣的治疗是有效的。孙华^[28]等也发现在常规治疗上加用氟西汀,也可显著提高耳鸣患者疗效。

4 小结

一直以来,耳鸣多从肝肾论治,但因心理因素而起的耳鸣或因耳鸣而发生的心理问题不应该被忽视,多数患者在就诊时表明除耳鸣之外还存在一定的心理问题,所以,在治疗时应该加强对患者睡眠、情绪等的支持。

参考文献

[1]Bhatt J M,Lin H W,Bhattacharyyanp,et al

.Prevalence,severity,exposures,and treatment patterns of tinnitus in the United States[J]. JAMA,2016,142(10):959-965.

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

[3]阎晓琳.耳鸣的严重程度与中医证型的相关性研究及耳穴贴压治疗脾胃虚弱型耳鸣的疗效观察[D].成都中医药大学,2019.

[4]孙家祥,郭秀玉.1057人耳垂皱褶的观察分析[J].山东医药,1986(11):19-20.

[5]李仲,张慧,汤建芬,等.黄豆苷元片联合巴曲酶治疗突发性耳聋耳鸣的疗效观察[J].现代药物与临床,2021,36(06):1241-1244.

[6]Jastreboff P J, Hazell J W.P, Graham R L. Neurophysiological model of tinnitus: Dependence of the minimal masking level on treatment outcome[J]. Hearing Research, 1994, 80(2): 216-232.

[7]石青霞,陈小宁.基于肠脑轴理论探讨“心与小肠相表里”与耳鸣[J].中华中医药杂志,2021,36(06):3343-3346.

[8]宋凡.急、慢性耳鸣的临床和心理声学特征分析[D].郑州大学,2017.

[9]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.

[10]黎志成,古若雷,曾祥丽.耳鸣患者焦虑情绪的再认识[J].国际耳鼻咽喉头颈外科杂志,2012(05):305-308.

[11]陈秀兰,宋凡,秦兆冰,等.耳鸣严重程度与焦虑、抑郁及人格特征的相关性[J].听力学及言语疾病杂志,2021,29(04):444-446.

[12]魏远宁,邓小峰,等.职业性噪声聋患者焦虑、抑郁与耳鸣、睡眠质量相关性分析[J].中国职业医学,2021,48(04):407-411.

[13]李尧,王铭歆,等.特发性耳鸣患者的焦虑和抑郁状态研究及相关因素分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2019,33(05):416-421.

[14]刘颖,丁然然,等.耳鸣患者的焦虑抑郁状况及其影响因素研究[J].中国听力语言康复科学杂志,2020,18(02):106-110.

[15]蔡蔚然,陈绘,等.归脾汤治疗心血不足型原发性耳鸣临床疗效观察[J].上海中医药杂志,2020,54(S1):113-115.

[16]张洋,李芮.李芮应用归脾汤加减治愈顽固性耳鸣案[J].山西中医,2017,33(11):31.

[17]王爱平,孙海波,冷辉.百合地黄汤治疗耳鸣焦虑抑郁情绪障碍的疗效观察[J].内蒙古中医药,2014,33(35):34-35.

[18]邵丹,潘聿,张丹.中医五音理论用于治疗疾病及养生概述[J].云南中医学院学报,2011,34(06):62-66.

[19]吕鹏,李芮.中医五音疗法研究进展[J].河南中医,2021,41(08):1291-1296.

[20]马槌轩,石磊,任晓楠,等.中医五行音乐疗法治疗耳鸣及耳鸣所致失眠、焦虑抑郁临床研究[J].辽宁中医药大学学报,2021,23(06):217-220.

[21]邓文娟.中医五行音乐疗法对心神不宁型耳鸣的临床研究[D].广州中医药大学,2020.

[22]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,2017,35(11):2791-2794.

[23]李伟.心理干预在耳鸣伴焦虑、抑郁患者治疗中的应用[J].中国美容医学,2012,21(10):271.

[24]邹秋雁.认知护理对耳鸣患者焦虑抑郁心理状态的影响[J].中国药物经济学,2015,10(09):163-164.

[25]梁倩倩,莫志芳,李秋红.认知护理干预对改善耳鸣患者焦虑、抑郁情绪的观察与效果[J].牡丹江医学院学报,2015,36(05):112-113.

[26]何方红,潘小平.帕罗西汀对伴有抑郁焦虑症状耳鸣患者的疗效观察[J].疑难病杂志,2008,(05):276-278.

[27]兰新海.抗焦虑抑郁药物治疗耳鸣的疗效观察[J].中国现代医学杂志,2012,22(10):93-96.

[28]孙华,陈平.氟西汀参与耳鸣治疗的意义[J].听力学及言语疾病杂志,2005,(02):91-93.

突发性聋病因病机及中医药治疗研究概况

赵梦迪¹ 刘思敏¹ 薛明¹

【摘要】突发性聋是一种突然发作且原因不明的感音神经性听力下降。目前国内外对 SHL 的病因、发病机制尚不明确，西医认为此病可能与血管微循环障碍、病毒感染、迷路积水及心理因素相关。传统中医认为此病病因病机要从外感和内伤两方面考虑，涉及风、火、瘀、痰、虚等因素，与五脏关系密切。因此，充分探讨突发性聋的中西医病因、发病机制，有助于对突发性聋的治疗进行新的探索。

【关键词】突发性聋；病因；发病机制

Research overview of the etiology and pathogenesis of Sudden Hearing Loss and its treatment with traditional Chinese medicine

ZHAO Mengdi, LIU Simin, XUE Ming

(Shanghai TCM-Integrated Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200082, China)

【Abstract】 Sudden Hearing Loss is a sudden sensorineural hearing loss of unknown causes. At present, the etiology and pathogenesis of sudden hearing loss are not clear in the world. Western medicine believes that sudden hearing loss may be related to vascular microcirculation disorders, viral infection, labyrinthine hydrocephalus, and psychological factors. TCM believes that the etiology and pathogenesis of sudden hearing loss should be considered from both external and internal injuries, mainly caused by wind, fire, blood stasis, phlegm, and deficiency, and closely related to the five viscera doctrine. Therefore, fully exploring the etiology and pathogenesis of sudden hearing loss in traditional Chinese and western medicine is helpful to explore the treatment of sudden hearing loss.

【Key words】 Sudden hearing loss; Etiology; Pathogenesis

突发感音神经性耳聋，简称突发性聋（sudden hearing loss, SHL），是指 72 小时之内突然发生且原因不明的感音神经性听力下降，多发生在单侧，纯音测听（PTA）可见相连的 3 个听力频率至少下降 30 分贝（dB）以上，或伴有耳鸣、眩晕等症状^[1]。近年来，随着社会压力加大、人群心理健康问

题增多，因 SHL 就诊的患者越来越多，每年患病率约 5 ~ 27 / 10 万人^[2]。SHL 已成为耳鼻咽喉科常见病之一，SHL 所造成的听力不良事件，已经成为了严重的社会公共卫生问题。SHL 的病因多样且复杂，目前国际上对其发病机制尚未研究清楚，尽管国内外均已公布了 SHL 的诊疗指南，但治疗方案上

基金项目：耳鼻咽喉科中医优势专科培育及提升项目（HGY-YSZK-2018-05）

1 上海中医药大学附属上海市中西医结合医院，上海 200082

通讯作者：薛明，主任医师，硕士生导师，主要从事中西医治疗耳鼻咽喉科疾病；Email: shuemin@qq.com

仍存在差异。因此, 本文将对 SHL 的病因、发病机制进行梳理, 旨为 SHL 的防治提供参考借鉴。

1 西医对突聋的认识

局部和全身因素都能导致听觉系统受损, 从而诱发并导致 SHL 的发生发展, 但目前仍未有明确的循证医学证据。国内外学者普遍认为 SHL 的发生与血管微循环障碍、病毒感染、内迷路积水、免疫系统和心理因素有关^[3]。

1.1.1 血管微循环障碍学说

内耳微循环血液供应主要来自迷路动脉, 此动脉直径狭小、走行似弹簧且没有侧枝循环, 因此代偿能力较差, 不能耐受缺血缺氧, 极易产生局部微循环障碍^[4]。毛细胞是耳蜗的听觉感受器, 与神经相连, 一旦耳蜗因微循环障碍产生的氧自由基超过自我清除力时, 过剩的氧自由基就会诱导耳蜗毛细胞发生退行性改变或坏死, 内耳毛细胞损伤在短时间内是可逆的, 一旦病程较长或治疗不及时, 可造成不可逆的听力损伤, 不利于预后^[5-7]。血脂代谢异常是引起微循环障碍的重要原因之一, 有研究表明甘油三酯、总胆固醇代谢异常可以引起血管内的炎症反应和微血栓的形成, 血脂水平与 SHL 疗效相关, 但目前对高脂血症引起 SHL 的认识仍存在争议^[8-9]。

1.1.2 病毒感染

病毒感染是引起 SHL 较常见的病因之一。SHL 的病毒感染途径主要有三种, 一是当发生上呼吸道感染和颅内感染时, 嗜神经性病毒, 如麻疹、流感、单纯疱疹、巨细胞病毒及梅毒等可通过血液和外淋巴管到达内耳, 导致螺旋器感染, 感染使局部血管内皮细胞水肿、血液处于高凝状态, 造成血液流变学变化而致使耳蜗缺血缺氧, 引起毛细胞损伤^[10]; 二是内耳本身就有潜在的嗜神经性病毒, 在一定条件下被激活后损伤内耳, 引起听力下降; 三是病毒侵犯机体, 引起全身或其他部位感染后, 诱发内耳的免疫应激反应, 导致听力下降^[11]。

1.1.3 迷路积水学说

膜迷路积水又称为内淋巴积水, 被认为是 SHL 的病理基础。内淋巴由耳蜗血管纹及前庭暗细胞产

生, 内含细胞内液样离子成分, 呈高钾低钠, 并通过局部循环到达内淋巴囊而被吸收。血管纹是一个多层上皮, 主要是由分泌 K^+ 的边缘细胞和基底细胞组成, 它是决定声音在耳蜗中转换成神经冲动的重要因素^[12]。边缘细胞产生的 K^+ , 不仅是维持内耳电位和提供电荷载体的需要, 而且也是维持内淋巴恒定体积的保障^[13]。病理状态下, 各种原因引起的内耳缺氧、炎症或变态反应均可造成内淋巴产生过多或局部回流受阻, 使内淋巴积水, 而破坏耳蜗稳态、影响毛细胞功能^[14]。我国 2015 版 SHL 治疗指南已经将改善静脉回流药物列入低频 SHL 的治疗方案, 但内淋巴积水导致 SHL 的发生尚缺乏直接证据验证, 还需要进一步研究。

1.1.4 免疫因素

除血管循环障碍或病毒感染之外, 内耳的局部免疫反应能损伤血管纹、螺旋神经节等, 越来越多的证据表明免疫系统与 SHL 有关。内耳在组织结构上具有免疫功能的形态学特征, 有关研究表明内淋巴囊含有多种淋巴细胞如 sIgA、IgG、IgM 等, 结构和功能上类似于黏膜淋巴系统, 是内耳处理抗原并产生免疫应答的主要部分^[15]。虽有研究表明自身免疫标记物与 SHL 发病相关, 但其具体发病机制尚未完全清楚, 积极探索免疫标记物与 SHL 的关系是未来需要努力的目标。

1.1.5 心理因素

SHL 患者较正常人相比, 心理健康整体较差, 焦虑抑郁是 SHL 患者普遍出现的心理问题^[16-17]。负面情感的出现会促使交感-肾上腺素能系统活动亢进, 使得去甲肾上腺素、肾上腺素等分泌增多, 继而出现微小血管的痉挛收缩、血流动力学改变等, 从而引起内耳的功能障碍^[18]; SHL 与心理健康两者互相影响, 不管是心理因素诱发 SHL, 还是 SHL 引起或加重了心理健康问题, 在治疗方面都要注重诱导患者心理健康的良性发展, 辅助加强药物治疗的疗效。

1.1.6 其他

此外, 听力的改变与听觉传导通路有关的神经以及周围组织结构病变都有关联。内耳听神经瘤、

胆脂瘤、脑卒中等均可引起 SHL，可以使用影像学检查进行鉴别。

2 传统中医对突聋的认识

2.1 病名溯源：

传统中医将突聋归为“暴聋”“卒聋”“风聋”“厥聋”的范畴，古时对于耳聋和突聋的定义未详细区分。耳聋一词最初见于《左传·僖公二十四年》。而暴聋是在《素问·厥论》中首次提出，即“少阳之厥，则为暴聋颊肿而热”。晋代《小品方》提出耳聋分风聋、劳聋、干聋、虚聋和聩聋，此处“风聋”同“暴聋”相似。隋代巢元方的《诸病源候论》对耳聋进行了专门的论述，提出了偏重风邪诱发的“风聋”和脏腑虚衰引起的“虚劳耳聋”、“劳聋”、“久聋”等概念。至明朝，《普济方》将耳聋分为暴聋、风聋、劳聋、暴热耳聋和久聋五类，各医家对暴聋的定义更加明细化，并对两者的病因病机进行了更加详尽的记载。张景岳在《景岳全书·杂证谟·耳证》中提出了厥聋，又称气闭耳聋，即“耳聋诸证…气闭者，多因肝胆气逆，其证非虚非火，或因患怒，或因忧郁，气有所结而然”。据此可见，古时病名虽不尽相同，但各医家对暴聋都有相关认识，随着历代医学的发展，暴聋的定义和鉴别也渐趋完善。

2.2 五脏与突聋的关系

古时有“五脏不和则七窍不通”一说，五脏功能与耳密切相关。肺主气，其气贯于耳，肺有宣降之功则清浊宣达有常，五官九窍清灵得养。金代刘河间首次提出了耳聋治肺的理论^[19]；清代王清任在《医林改错》中写到“两耳通脑，听之声归肺”。所以肺的宣降正常则耳气机调畅能听。肝为风木之脏，体阴而用阳，主疏泄以调畅气机，又主藏血，气血调和，上养耳脉则能听。《黄帝内经素问·脏气法时论》首先提出肝气上逆致耳聋，即“肝病者，……气逆则头痛，耳聋不聪”。所以肝脏气血调和而有常则耳能听。心寄窍于耳，耳为宗脉之处也，心主血脉，血气荣和上充于面，滋养空窍，入耳络而助其听。《素问·金匱真言论》中云：“南方赤色，入通于心，开窍于耳，藏精于心”；《古今医统》有“忧愁思虑则伤心，心虚血耗必致耳聋”。故心主血

上供于脑，血足则五官充盈，耳可听声。肾开窍于耳，为一身阴阳之根本。《灵枢·脉度》中有云：“肾气通于耳，肾和则耳能闻五音矣”；《景岳全书·耳证》亦云：“劳伤血气，精脱肾惫，必至聋。”所以肾精充足则耳窍得濡养，所觉聪灵。脾居中焦，为气血生化之源，主运化，能向上输布精微物质，则耳脉经气流畅，耳窍清灵。《素问·玉机真藏论》曰“脾为孤脏……其不及则令人九窍不通”；《嵩崖尊生全书》有言：“脾胃一虚，耳目九窍不利，故治脾为耳症第一要义。”故脾脏运化正常，则精气血津液可以向上充养耳窍。综上所述，气血是耳窍得听的物质基础，五脏功能正常则是耳聪清灵的根本，五脏六腑机能正常，则气血充沛，清窍得养。

2.3 病因病机及辨证论治

传统医学对本病的记载颇多，综合各家之言，暴聋的发病不外乎外感和内伤两大类。实证为多因外邪侵袭、耳窍闭塞，气滞血瘀、经脉痞塞，肝胆火旺、气逆而上，或痰火郁结、壅阻清窍；虚证为脏腑羸弱，耳窍失濡，多因气血亏虚、无以濡养，禀赋不足、肾精亏虚等^[20]。

2.3.1 外邪侵袭，耳窍闭塞

外感六淫，风为百病之长，风邪首犯肺卫。《肘后方》云：“风邪乘之，风入于耳之脉，使经气闭塞不宣”。风邪犯表，易袭阳位，易兼加它邪，致使风寒或风热之邪循经而上扰耳窍，经气痞塞、血脉挛滞，致耳窍失用；或肺宣发肃降功能失调，不能向上向外宣发清气，耳遭受蒙蔽失去其感音之能，从而导致耳聋。陈悦宁等^[21]认为玄府是存在于皮毛的结构细微，是人体内气血津液传输的重要通路，风药辛散轻扬，能通气，是开通耳窍的有效药物；杨子璐等^[22]在使用三拗汤联合西药治疗风邪外犯型突发性聋患者时，以宣肺通窍为原则，能有效改善患者临床症状，降低耳聋伤残率。王士贞教授^[23]认为耳为清窍之器，易蒙蔽浊邪，在治疗时要重点使用轻灵之药，如蔓荆子、菊花等，达到清利头目、散邪通络的效果，同时强调在疾病后期要重视补易肺脾之气。

2.3.2 气滞血瘀，经脉痞塞

营行脉中，卫行脉外，气行血行，气滞则血瘀。不管是情志因素、病理产物堆积或因外伤、爆炸巨响等伤及气血，致使气血运行不畅，郁结于内，均可导致瘀血壅塞耳窍脉络，耳窍失用则发为突聋。王璐璐等^[24]认为“血瘀”是突聋发病的关键和基本病机，瘀血阻滞耳窍是病理因素的终末阶段，一般采用活血化瘀通络之法；廖绍斌等^[25]使用以通气化瘀、活血开窍为功效的益气聪明汤加减联合甲磺酸倍他司汀片治疗突发性聋，具有较好的临床疗效，可有效改善患者的听阈和血液流变学指标；王歆婷^[26]等认为气滞血瘀型突发性聋与西医中突发性聋的内耳循环障碍机制相吻合，可以针刺项三穴以活血化瘀改善患者的听力，有利于提高临床疗效。王任炜^[27]使用耳聪丸联合西药治疗气滞血瘀型突发性聋，发现同单纯使用西药组对比，治疗效果更佳。

2.3.3 肝胆火旺、气逆而上

肝胆经脉辖于耳，肝胆主藏血，与情志密切相关。若肝不藏血，血不能上容于耳，耳不受血则听力下降；也可因情志郁结，肝失调达，气行不畅，气郁化火，肝火上扰，致使耳窍络脉闭阻。胡莹等^[28]对肝火上扰型突发性聋患者在改善微循环、营养神经等治疗上，联合龙胆泻肝汤及针灸治疗，可以明显提高患者的听力；董明雪^[29]在使用电针治疗肝胆火盛型突聋患者时可有效提高患者听力水平，缓解临床症状，疗效优于普通针刺；崔云江^[30]认为本病主要因肝胆功能失调，治疗上要注重清肝泻热，在使用清肝疏郁汤联合针刺治疗时，取得了较好的临床疗效；蔡正等^[31]使用自拟方通窍耳康汤加减结合鼓室内灌注地塞米松治疗肝火上炎型突发性聋，以疏肝泻火、镇静安神、行气通窍为原则，可以明显改善患者症状和血液流变学指标；田永远等^[32]以疏肝、通窍、泻火为原则，使用清肝通窍汤治疗肝火上扰型暴聋同西医基础治疗相比，发现观察组在改善耳聋耳鸣、眩晕及易怒情绪方面均优于对照组。

2.3.4 痰火郁结、壅阻清窍

《古今医统·耳证门》云：“耳聋证乃气道不遥，痰火郁结，壅塞而成聋。”明代医家张景岳称痰火郁结之暴聋为“火闭”。痰为百病之源，痰为阴邪，

重浊、粘滞，易闭阻清窍。脾为生痰之源，脾胃本虚，无力运化，或饮食不节，贪食肥甘厚味，或情志郁结，伤至脾胃，致使水湿停内，土虚木克，聚而生痰，痰郁化火，随经塞闭清窍，从而导致耳聋；郭成^[33]使用以清利湿热，通利耳窍为功效的清热利湿复聪汤治疗湿热证急性低频突聋患者，临床疗效显著，在总有效率上高于单纯使用西药治疗的对照组；李泳文等^[34]发现使用银杏叶提取物注射液联合半夏白术天麻汤治疗突发性聋，以开窍通络、化痰燥湿、活血熄风为原则，可显著改善血液流变学指标，提高患者听力水平。

2.3.5 气血亏虚，无以濡养

脾胃为气血生化之源，为中土以灌四旁，是全身的枢纽，可以向上布散精微物质以濡养耳窍。脾胃为后天之本，当饮食、情志或劳累过度，损伤脾胃，致使中焦运化无力，气血乏源，精微不能散布，耳脉空虚，故可因失于濡养，或清阳不升，清窍闭塞，引发为暴聋。《景岳全书》就有关于以补易脾胃为原则治疗耳鸣耳聋的论述。刘艳等^[35]采用针药结合的方法调补脾胃，资后天以补先天，治疗老年性突聋取得了良好的效果；林育珊等^[36]采用归脾汤加西药治疗气血亏虚型突聋伴耳鸣患者，在临床有效率方面明显优于单一西药治疗；王士贞教授^[41]认为气血亏虚型突聋多因脾胃虚弱，生化不及，不能荣养耳窍，要注重补虚，常使用四君子汤、归脾汤加减等治疗；何伟平等^[37]使用针药结合的方法治疗气血亏虚型突聋，同采用西医治疗方法的患者对比，发现中医内外法治疗不仅疗效好，而且安全性高；梁云雷等^[38]以调补脾胃，通利耳窍为原则，使用引气归元针联合鼓室内注射治疗气血亏虚型暴聋，在提高听力、改善耳鸣方面效果明显优于常规西医疗法。

2.3.6 禀赋不足，肾精亏虚

肾为先天之本，肾精充沛，气血津液流转得当，则五脏得养。肾开窍于耳，耳司听觉，若先天不足，后天失养，肾精不能上荣于头面，则耳窍失其顾护。故素体不足、肾精亏损，或劳损过度、耗损肾精，均可导致耳窍失司而不利，故发为暴聋。董彬

彬等^[39]认为肾阳不足则虚寒内生,寒性收引凝滞,易导致病理产物的堆积,而“痰、瘀、滞”又可以损伤人体真阳,使用潜阳封髓丹治疗肾阳不足型突聋效果较好;超氧化物歧化酶(SOD)广泛存在于耳蜗,已有相关文献报道 SOD 基因多态性与听力损失存在一定关系^[40-41-42],刘梦晨^[43]认为血清超氧化物歧化酶是保护人体免受自由基损害的一种重要酶,SOD 水平低下可能与肾虚之间存在相关性,使用补肾通窍 I 号方治疗肾精亏损型突发性聋,使用后患者听力、耳鸣症状较前好转,考虑其作用机制可能与 SOD 含量提高有关。

3 小结

综上所述,现代医学对于 SHL 的病因病机尚不明确,目前较公认的学说有微循环障碍、病毒学说、迷路积水、免疫因素和心理因素等。随着医学不断发展,对 SHL 病因和发病机制也会有更加深入和明确的认识。传统中医各家对于 SHL 病因病机的认识虽不尽相同,但从整体观念和辩证论证出发,均取得良好的治疗效果,中医治疗 SHL 具有一定优势和广阔前景。目前对于 SHL 的中西医研究越来越多,中医治疗多以临床研究为主,而现代医学多在基础机制研究角度,今后可加强探讨和寻求中西医研究的交互点,优势互补,不断丰富补充 SHL 发病机制和治疗的内容。

参考文献

[1]Chandrasekhar SS, Tsai Do BS, Schwartz SR, et al. Clinical Practice Guideline: Sudden Hearing Loss (Update) Executive Summary. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019;161(2):195-210.

[2]余力生,杨仕明,韩东一,等.中国突发性聋分型治疗的多中心临床研究[J].*中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*,2013(05):355-361.

[3]Chau Justin K,Lin June RJ,Atashband Shahnaz,et al. Systematic review of the evidence for the etiology of adult sudden sensorineural hearing loss.[J].*The Laryngoscope*,2010,120(5):1011-1021.

[4]李洁,刘威,伍群丽,等.弗明汉危险评分与

突发性聋听力预后的相关性[J].*听力学及言语疾病杂志*,2022,30(01):50-53.

[5]雷培良,马静,张义,等.围绝经期突发性耳聋患者血液流变学特征分析及意义[J].*山东医药*,2018,58(42):69-71.

[6]李亚楠.颈部七线法联合西药治疗突发性聋的临床研究[D].北京中医药大学,2021.

[7]冯梅,王敏,乐晖,等.高压氧不同治疗时机对突发性聋疗效的影响[J].*实用医学杂志*,2018,34(22):3767-3769.

[8]刘阳云,曹杭,张彩霞,等.血脂对突发性聋预后的影响[J].*中华耳科学杂志*,2017,15(05):518-522.

[9]杨安妮,李琦,李湘平.突发性聋预后研究进展[J].*中华耳科学杂志*,2021,19(02):306-310.

[10]王敏,任海棠.突发性聋的发病机制及治疗进展研究[J].*中国处方药*,2020,18(03):21-22.

[11]Lazarini PR, Camargo AC. Idiopathic sudden sensorineural hearing loss: etiopathogenic aspects. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2006;72(4):554-561.

[12] Marcus DC, Wu T, Wangemann P, et al. KCNJ10 (Kir4.1) potassium channel knockout abolishes endocochlear potential. *Am J Physiol Cell Physiol.* 2002 Feb;282(2):C403-7.

[13] Wangemann P. Adrenergic and muscarinic control of cochlear endolymph production. *Adv Otorhinolaryngol.* 2002;59:42-50.

[14]张姝,高晶,李玲香.突发性聋发病机制的研究进展[J].*听力学及言语疾病杂志*,2012,20(01):60-63.

[15]孔维仁,周梁主编.耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社.2015.

[16]兰忠,白忠,张志茂,等.社会心理因素与突发性聋的相关性研究[J].*中华耳科学杂志*,2019,17(06):916-921.

[17]盛宇,马秀岚.心理因素在突发性聋中的作用机制及干预策略[J].*中华耳科学杂志*,2021,19(04):666-669.

[18]王共明,王春华.心理干预对单耳突发性聋疗效影响的相关性研究[J].中国医药报,2010,7(22):49-50.

[19]石青霞.补肾填精法联合 TSC 治疗突发性耳聋后期耳鸣的临床疗效观察[D].南京中医药大学,2017.

[20]刘琴,姚行齐.突发性耳聋中医病因病机探析[J].中西医结合研究,2016,8(04):214-215.

[21]陈悦宁,吴浩然,吕超,等.基于“玄府”理论探讨风药辨治突发性聋[J].中国中医急症,2021,30(02):293-296.

[22]杨子璐,马华安.中西医综合疗法治疗风邪外犯型平坦型突发性耳聋的临床研究[J].贵阳中医学院学报,2019,41(05):39-43.

[23]廖晓君,何伟平.王士贞教授治疗突发性聋的经验介绍[J].中国医药导报,2019,16(09):141-144.

[24]王璐璐,刘逸远,谭愿,等.“血瘀”理论对突发性聋临床指导意义[J].辽宁中医药大学学报,2021,23(07):77-80.

[25]廖绍斌,张全秀,黄治洲.益气聪明汤联合甲磺酸倍他司汀片治疗突发性耳聋临床观察[J].光明中医,2021,36(14):2420-2422.

[26]王歆婷,郑士立,方芳,等.针刺项三穴治疗突发性聋的临床疗效及对血液流变学的影响[J].浙江中医杂志,2021,56(03):213-214.

[27]王任炜.耳聪丸治疗气滞血瘀型暴聋(突发性聋)的临床观察[D].湖南中医药大学,2021.

[28]胡莹,孙海波,王爱平.中西医结合综合治疗肝火上扰型突发性耳聋的临床研究[J].辽宁中医杂志,2016,43(05):1018-1020.

[29]董明雪.电针治疗突发性耳聋(肝胆火盛型)临床疗效观察[D].山东中医药大学,2020.

[30]崔云江.清肝疏郁汤联合针刺治疗突发性耳聋肝火上炎型疗效分析[J].实用中医药杂志,2018,34(06):631-632.

[31]蔡正,王梦怡,孟盼盼.通窍耳康汤结合鼓室内灌注地塞米松对暴聋(肝火上扰证)患者血液流变学指标的影响[J].中国中医急症,2022,31(02):278-280.

[32]田永远,吴学志,张安东,等.清肝通窍汤治疗肝火上扰型暴聋患者临床研究[J].陕西中医,2018,39(11):1548-1550+1568.

[33]郭成.清热利湿复聪汤治疗突发性聋(急性低频感音神经性聋)湿热证的临床研究[D].长春中医药大学,2018.

[34]李泳文,孙麦青,陈璐璐.半夏白术天麻汤加减联合银杏叶提取物注射液治疗突发性耳聋临床观察[J].新中医,2018,50(10):130-133.

[35]刘艳,谢慧,张玉箫,等.健脾滋肾法针药合用对老年突发性耳聋伴低言语识别患者的临床疗效观察[J].中医眼耳鼻喉杂志,2020,10(04):203-205+209.

[36]林育珊,卢标清.从心脾论治突发性耳聋的疗效观察[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2020,34(06):6-11.

[37]何伟平,刘蓬,曹祖威,等.气血亏虚型突发性聋中医规范化综合治疗方案的验证性研究[J].广州中医药大学学报,2018,35(04):619-623.

[38]梁云,雷刚,王林林,等.腹针“引气归元”针法联合鼓室注射治疗暴聋(气血亏虚证)临床研究[J].中国中医急症,2021,30(03):454-457.

[39]董彬彬,刘钢,金龙.扶阳法治疗突发性耳聋临床观察[J].中医药临床杂志,2021,33(04):722-725.

[40]龙梦琦,冯永,吴学文.氧化应激相关基因多态性与突发性聋的研究进展[J].中华耳科学杂志,2020,18(02):358-362.

[41] Wang SL, Yu LG, Liu RP, et al. Gene-gene interaction of GJB2, SOD2, and CAT on occupational noise-induced hearing loss in Chinese Han population. Biomed Environ Sci. 2014;27(12):965-968.

[42] Liu YM, Li XD, Guo X, Liu B, Lin AH, Rao SQ. Association between polymorphisms in SOD1 and noise-induced hearing loss in Chinese workers. Acta Otolaryngol. 2010;130(4):477-486.

[43]刘梦晨.补肾通窍 I 号方治疗肾精亏损型突发性耳聋的临床研究及对血清中性激素水平、SOD 含量的影响[D].安徽中医药大学,2019.

继承中医，不忘先贤

刘大新¹

中医耳鼻喉科发展到今天，我们不能忘记当代那些为此做出毕生贡献的前辈们。没有继承就没有发展，我们要传承他们的学术思想，学习他们的高尚德行，延续他们的治学理念，完成好我们这一代人的历史使命。



张赞臣

(1904-1993) 江苏武进人，中医世家，尤以外科、喉科见长。1926 年在上海创办“医界春秋”社出版学术月刊；1929 年对国民党“废止中医”议案，他组织全国中医药界奋力抗争，推荐五人代表团赴

南京请愿，最终迫使国民政府取消原议。1935 年，不顾个人安危，揭露汪精卫阻挠实施“国医条例阴谋，捍卫了中医事业。



千祖望

(1912 ~ 2015) 上海金山区人，21 岁始在上海行医。1951 年挂出了第一块“中医耳鼻咽喉科”招牌，1956 年调至江苏省中医院，从事医史文献和外科临床工作，1972 年成立耳鼻咽喉科。1987 ~ 2001

年担任中华中医药学会耳鼻喉科分会主任委员。1980 ~ 1986 年主办了 6 期全国中医耳鼻喉科培训班，为全国培养了大批中医耳鼻喉科专科人才。



杨志仁

(1909 ~ 1986) 广东南海县人，1914 年始读私塾诵《四书》《五经》及诗词歌赋，1917 年学习英文，1932 年进入广东中医专科学校，1934 年与两位毕业于西医的姐姐一同开设“曦云医务所”。1938

年在香港行医；1944 年回广州，1952 年进入广东省中医院，1959 年到广州中医学院喉科教研室，主编《中医喉科学讲义》《中医喉科学中级讲义》1978 年授予“广东省名老中医”。



熊雨田

(1912 ~ 1963) 重庆人，中医世家，先祖熊吉之为清末喉科名医。祖传“铁板吹喉丹”“吉雷通窍汤”（鼻渊舒、鼻窦炎口服液）源于熊氏家族。自幼诵读四书五经，《伤寒》《金匱》《温病》等皆能“包本”背

颂。1946 年筹备建立重庆市中医学校，1952---1954 年被选为重庆市人民代表，1955 年起任重庆市第一届政协委员，曾任中华医学会耳鼻喉科分会理事，副主任委员，中国科学院四川分院特约研究员。

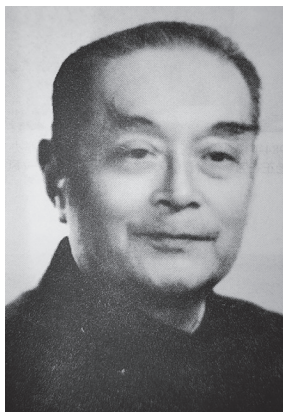
¹ 北京中医药大学东方医院，北京 100078



李鸿全

(1913 ~ 1993) 辽宁庄河县人, 20 岁行医, 拜名老中医黄香九为师并学习中医烙法, 擅治口腔黏膜病, 被誉为“口齿病圣人”。1959 年调入辽宁中医学院, 1990 年被授予辽宁省名老中医。

1960 ~ 1987 年自编《中医耳鼻咽喉科学讲义》《中医口齿病讲义》先后为本科生、西学中班、调干班、工农兵学员等授课并代教培训全国各 40 余名中、西医师。为弘扬中医耳鼻咽喉科事业做出贡献。



耿鉴庭

(1915 ~ 1999) 生于扬州祖籍山东。耿氏六代行医, 幼承家学, 饱读文史, 兼顾考古, 精于岐黄。14 岁学习中医, 18 岁独立应诊。尤为擅治耳鼻咽喉疾病。1955 年成立中医研究院, 奉调入京从事医史、考古等。亲手筹建“中医古籍出版社”, 担任中华医学会医史分会主任委员, 是国务院鉴真遗像归国迎接委员会委员, 曾两度参与针灸铜人的鉴定工作, 并任开封大相国寺重铸针灸铜人鉴定验收的主任委员。

1955 年成立中医研究院, 奉调入京从事医史、考古等。亲手筹建“中医古籍出版社”, 担任中华医学会医史分会主任委员, 是国务院鉴真遗像归国迎接委员会委员, 曾两度参与针灸铜人的鉴定工作, 并任开封大相国寺重铸针灸铜人鉴定验收的主任委员。



蔡福养

(1917 ~ 2006) 河南南乐县人, 自幼私塾学习, 历经瘟疫流行, 立志习医。17 岁拜师学医, 1940 年单独行医, 1958 年入选河南中医学院, 1960 年开始长期担任河南中医学院耳鼻咽喉科教研室主任,

1988 年被授予河南省名老中医称号, 1997 获全国第二批名老中医经验继承指导教师。编写第四、五版《中医耳鼻喉科学》, 主编《中医嗓音病学》《蔡福养临床经验辑要》等。



郑景岐

(1918 ~ 1992) 安徽省歙县人, 新安医学世家, 郑氏 13 世传人, 幼承庭训, 精研医典。1942 年行医, 主治咽喉口齿唇舌及和内科疾病。1962 年调入安徽中医学院, 创建中医喉科教学和临床科室。首届

中国中医学会耳鼻喉科专业委员会顾问, 新安医学研究会顾问, 国家首批名老中医药专家学术经验继承工作指导老师。



王德鉴

(1926 ~ 2006) 广东省台山县人, 幼承祖传医术, 1946 ~ 1951 在广东省中医药专科学校学习, 1960 年进入广州中医学院, 历任耳鼻咽喉科教研室主任。1974 年开办全国首届中医耳鼻咽喉科师资培训班, 于

1984、1986、1988 年又陆续举办三届。1993 年授予广东省名中医称号, 是全国首批老中医药专家学术经验指导老师。主编多部《中医耳鼻咽喉科学》教材。



黄莘农

(1928 ~ 2009) 江苏无锡市人, 黄氏喉科九代传人。20 世纪 40 年代随父于无锡行医, 1954 年参加组建无锡市中医院(前身), 使喉科得到传承发扬。70 年代承担中医喉科培训任务, 先后举办七期

学习班, 全国 300 余人参加学习并结业, 对喉科发展作出贡献。黄氏祖传秘方“黄氏响声丸”获国家中管局、江苏省、无锡市“优秀产品奖”“无锡市科技进步二等奖”。



谭敬书

(1931 ~ 2008) 湖南湘潭人, 1956 年毕业于中山医学院, 留校二附院耳鼻咽喉科工作。1959 年就读广州中医学院西学中班, 1962 年留校从事中医耳鼻咽喉科工作。1974 年调入湖南中医学院五官科, 历任科

室及教研室主任, 中国中西医结合耳鼻咽喉科专业委员会委员, 中华中医药学会耳鼻咽喉科分会顾问; 荣获湖南省首批名中医。1991 年主持“鼻黏膜微循环显微镜研制与应用”获湖南省科技进步三等奖。

总结上述先辈临证经验和学术观点: 1. 博学多识是学习中医的重要基础。2. 学习经典是临证创新的源泉。3. 传承家学但不固守, 结合时代发展不断完善。4. 强调局部疾病与全身的关系, 即使外用药亦需要辨证施治, 不可一药通用。5. 重视中西医结合, 摒弃学术偏见。

纵观各位前辈学习及行医经历, 正如明·裴一中《言医·序》中所言:“学不贯今古, 识不通天人, 才不近仙, 心不近佛者, 宁耕田织布取衣食耳, 断不可作医以误世! 医, 故神圣之业, 非后世读书未成, 生计未就, 择术而居之具也。是必慧有夙因, 念有专习, 穷致天人之理, 精思竭虑于古今之书, 而后可言医。”

(上接第 15 页)

zation, GA(2)LEN and AllerGen).[J]. Allergy,2008,63 Suppl 86: 8-160.

[3] 中华医学会耳鼻喉科学分会, 中华耳鼻咽喉科杂志编辑委员会. 变应性鼻炎诊断及疗效评定标准(1997 年修订, 海口)[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1998, 33(3):134-135.

[4] 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科分会. 变应性鼻炎的诊治原则和推荐方案(2004 年, 兰州)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40(3):166-167.

[5] 顾瑜蓉, 李华斌. 变应性鼻炎的发病机制与精准治疗[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2019,25(06):578-584.

[6] 何婵, 冯彦, 王斌全. 变应性鼻炎患者生活质量及心理研究进展[J]. 中国医药导报, 2019,16(21):24-27+50.

[7] SINGH S, SHARMA BB, SALVI S, et al. Allergic rhinitis, rhinoconjunctivitis, and eczema: prevalence and associated factors in children[J]. The Clinical Respiratory Journal, 2018,12(2). 547-556.

[8] 王周美, 李勇, 杨杭. 变应性鼻炎患者血清 IL-34 水平及与血清炎症因子的相关性[J]. 中国现代医学杂志, 2019,29(18):82-85.

[9] 吴革平, 章如新, 温武, 等. 地塞米松对实验

性变应性鼻炎动物血清 IgE、IL-4 和 IL-17 含量影响的实验研究[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2006(02): 69-72+138.

[10] 江占良, 唱文娟. 过敏性鼻炎患者血清 IL-4 与 IgE 水平及其关系的研究[J]. 山西职工医学院学报, 2000(02):14-15.

[11] 李彦华, 张新日, 亚生江, 等. 欧博鼻炎冲剂对变应性鼻炎大鼠血清总 IgE、Th2 细胞因子活性的影响[J]. 陕西中医, 2012,33(03):369-370.

[12] 程雷. 变应性鼻炎治疗中应关注的几个临床问题[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2020(05):437-439.

[13] 陈晓晴, 潘红玲, 许天兵. 中医治疗变应性鼻炎的临床研究近况[J]. 针灸临床杂志, 2019,35(06):87-91.

[14] 许航宇, 舒海荣, 宋建新. 通窍鼻炎颗粒对中重度持续性变应性鼻炎患者的疗效及作用机制[J]. 中药材, 2017,40(02):485-487.

[15] 闫占峰, 矫璐璐, 巩政, 等. 鼻内针刺联合益气解敏汤治疗中重度变应性鼻炎肺脾气虚型 60 例临床观察[J]. 中医杂志, 2018,59(12):1035-1038.

[16] 刘巧平, 刘建华, 张亚力. 针刺鼻丘穴治疗变态反应性鼻炎[J]. 北京中医药大学学报, 2005(03):75-76.

云南省中医医院耳鼻咽喉科发展历史

黄春江¹

【摘要】 云南省中医医院耳鼻咽喉科拥有 40 年余的发展历史，是云南省中医耳鼻喉专业发展的牵头单位，具有一定的地域影响力，现将其历史及发展现状予以介绍。

【关键词】 中医耳鼻喉 历史发展 专业特色

云南省中医医院耳鼻咽喉科始建于 80 年代初期，建院初期即成立了耳鼻喉科，是全国较早设立中医耳鼻咽喉科的单位之一。40 多年来，科室继承和发扬祖国传统中医药精髓，结合现代医学先进技术，学科建设取得了长足的发展，形成了以中医为主、中西医并重，具有综合优势的特色学科。现为云南省中医耳鼻咽喉专业委员会组长单位，带领着省内学科及专科的发展。

1 科室发展历史

1.1 历代学科带头人介绍

金长乐，主任医师。云南省中医医院耳鼻咽喉科由老一代医家金长乐在 80 年代初期创立，是昆明最早成立的耳鼻喉专科之一，作为老一辈西学中的学者和中医耳鼻喉专业奠基人，他提出了“中医为本，西医为伸”，中西医有机结合的思想，为专业建立和人才培养做出了不可磨灭的贡献。

郭兆刚，云南省名中医，教授。以耳鼻喉科临床常见病、多发病为研究方向，以提高临床疗效为目标；深究古人之法，博采众家之方，吸收现代病理、药理研究成果，创立了“鼻塞通药膜”、“固表止嚏汤”等多个有效方剂；形成了“耳鼻咽喉化脓性疾病从疮论治”、“肺卫气虚不耐风寒异气是过敏性鼻炎的基本发病环节”、“感音性耳鸣为逆气上冲，治宜安神降逆”、“喉源性咳嗽忌辛燥祛痰”“鼻窦炎宜断绝脓源、通窍畅窦、排脓引流”等学术思想。

周家璇，云南省名中医，主任医师。师从国医大师干祖望。曾担任中华中医药学会耳鼻喉分会常务委员，世界中医药联合会耳鼻喉科常务理事，云南

省中医药学会中医耳鼻喉科专业委员会主任委员。主持完成的科技厅级课题“鼻敏爽”对变应性鼻炎的抗过敏、抗炎及扶正的试验研究，并获得省卫生厅科技成果三等奖；根据长期的临床经验得出了慢性咽炎以肝郁气滞、脾胃虚弱主要病因病机这一新观点，并以此为基础，根据健脾益气、疏肝理气的思想而开发研制了“咽炎消合剂”，应用于临床并得到了较好的疗效。

黄春江，主任医师，研究生导师。现任耳鼻喉科学学术带头人。云南省中医药学会中医耳鼻喉科专业委员会主任委员。主持了国家中医药管理局中药标准化项目慢喉痹指南修订；急喉痹中医诊疗指南修订。参与完成了中华中医药学会（金嗓散结胶囊丸）治疗声带小结声带息肉临床应用专家共识，中华中医药学会（喉咽清口服液）治疗急性咽炎，急性扁桃体炎临床应用专家共识，中华中医药学会专家共识（鼻渊通窍颗粒）治疗急性鼻窦炎急性鼻炎临床应用专家共识。黄春江主任就任学科带头人 10 年来，致力于推动云南地区中医耳鼻喉学术发展，多次举办国家级、省级继教项目，使得耳鼻喉科的专科业务工作量、临床疗效与效益都有了极大提高，学科得到了跨越式的发展，让云南省中医医院耳鼻喉科成为了省内学科领军单位。

1.2 学科发展介绍

云南省中医医院耳鼻咽喉科属于国家中医药管理局“十一五”重点专科，同时也是国家中医药管理局“十二五”重点学科。还是国家药物临床实验机构/GCP 中心，完成了中医耳鼻喉专业临床药物 II

¹ 云南省中医医院耳鼻咽喉科，云南 昆明 650021

期、III 期研究项目 20 余项。专科建设已历经了 10 年时间,通过不断努力,极大的推动了本专科临床的建设与发展。

学科是国家中医药管理局“急喉痹中医临床诊疗指南修订研究”、“慢喉痹中医临床诊疗指南修订研究”项目组长单位;云南省中医药学会中医耳鼻喉科专业委员会主任委员单位。每年都举办“中西医结合耳鼻喉科诊疗新进展学习班”,学科带头人在 10 余年间,致力于推动云南地区中医耳鼻喉学术发展,先后在云岭大讲堂、云南省内各地州县医疗、教学、科研及企事业单位进行巡回演讲数百次,听课人员超过 10000 多人次,不仅进行了专业学术、医患沟通技巧传授,还大力宣传了中医养生理念,让中医学术造福民生,惠及民众。

科室充分发挥中医药特色优势,在急、慢性鼻窦炎,急、慢性扁桃体炎,急慢性咽炎,急、慢性喉炎,耳鸣耳聋,耳源性眩晕,鼾症,急慢性化脓性中耳炎等疾病诊疗过程中,充分发挥中医整体辩证观优势,同时发挥专科中医特色,广泛开展中医特色外治疗法,如:烙治法、鼻丘割治法、“三伏贴”冬病夏治、“三九贴”夏病冬治、穴位贴敷、中药足浴、中药热奄包、针灸疗法、穴位注射、梅花针外治疗法,具有明显的中医特色优势,在域内形成较强辐射能力。

另外科室结合专科特色,充分利用现代科技成果,配备有先进设备,总值超过 500 万。拥有丹麦 madson 测听仪、声阻抗仪、脑干诱发电位仪、前庭功能检查系统、日本奥林巴斯纤维鼻咽喉镜、电子喉镜、德国 WOLF 耳鼻咽喉内窥镜、STORZ 鼻内镜、美敦力鼻科耳科动力系统、美国杰西低温等离子消融系统、蔡司耳显微镜、史赛克耳科动力系统先进诊疗设备。能够满足专科常见病、疑难危重疾病诊断和治疗。

近年来通过长远规划和努力,目前在耳、鼻、咽喉头颈等各个亚专业方向上广泛开展以传统中医药为围手术期治疗手段的外科手术。鼻科可以开展以中医药为治疗基础下的鼻内镜鼻窦手术、鼻息肉切除手术、鼻腔扩容术、鼻中隔矫正术、中下鼻甲

部分切除术、鼻腔鼻窦良恶性肿瘤切除术等技术,向鼻眼相关、鼻颅底外科延伸。咽喉科从扁桃体切除术、儿童腺样体内镜下切除术、鼾症手术、声带小结及声带息肉切除术等手术,向咽喉部良恶性肿瘤切除术延伸。耳科从耳前瘘管切除术、耳廓畸形矫正术、外耳道肿瘤、外耳道胆脂瘤、纤维骨瘤切除术、鼓膜穿刺置管术、改良乳突根治术、鼓室成形术、鼓膜修补术等常规手术,向颅神经微血管减压术、听力重建术、人工听觉技术延伸。头颈外科从鳃裂瘘切除术、甲状舌管囊肿切除术、气管切开术、腮腺混合瘤切除术、颈部良性肿瘤切除术等,向头颈恶性肿瘤延伸。具备了疑难危重症诊疗能力,特别是在难治性鼻窦炎、突发性聋、变应性鼻炎、慢性咽炎、慢性喉炎、耳鸣、耳眩晕、鼻腔鼻窦良恶性肿瘤、鼻眼相关疾病、颅神经微血管病、急性会厌炎、咽喉脓肿、头颈肿瘤等疑难危重症诊疗能力取得长足进步。部分技术处于省内乃至国内先进水平。如: Draf 额窦系列手术、泪前隐窝入路鼻腔鼻窦肿瘤切除术、鼻腔泪囊吻合术、高选择性翼管神经切断术、乙状窦后入路颅神经微血管减压术等。

2 专业特色

2.1 队伍建设情况

科室共有执业医师 14 人。其中有第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师 1 人,云南省名中医 2 人,云南省第五届优秀青年中医 1 人,主任医师(教授)4 人,副主任医师(副教授)8 人,主治医师(讲师)1 人,住院医师 4 人。具有博士学位 3 人,硕士学位 5 人,硕士生导师 5 人。先后从外院引进高级职称人才 2 名。

2.2 医疗及科研水平

① 优势病种、中医诊疗方案优化完善

科室积极应用国家中医药管理局印发的优势病种中医诊疗方案,并结合本专科有效的中医技术和方法,对优势病种中医诊疗方案进行优化完善。现有暴聋、耳鸣耳聋、鼻渊、鼻鼈、耳眩晕及慢乳蛾 6 个优势病种。

② 临床疗效总结分析

专科年均门诊量超过 4 万余人次, 专科门诊中医治疗率 80.23%。住院治疗人次 1500 人以上, 病房中医治疗率 79%。区域外患者比例超过 30%。专科诊断准确率达到三级甲等中医医院要求。诊断标准参照《中医病症诊断疗效标准》。诊断正确率及中医辨证论治准确率均在 95% 以上。

③ 中医药特色技术和疗法应用情况

科室开展了扁桃体啄治、鼻丘割治法、穴位注射、毫针技术, 火针技术, 埋线技术, 平衡针技术, 靳三针技术, 电针技术, 头针技术, 导引技术, 耳针技术, 刮痧技术, 拔罐(留罐、闪罐、走罐)技术, 刺络拔罐技术, 腹针技术, 隔物灸技术, 三伏天灸技术, 温针灸技术, 雷火灸技术, 穴位敷贴技术, 中药热熨敷技术, 中药熏蒸技术, 中药泡洗技术, 三棱针技术, 皮内针技术等 24 种特色服务项目。其中腹针、刺络拔罐技术、埋线、靳三针技术、中药熏蒸、头针、雷火灸等 7 项为 2020 年新增中医特色治疗技术, 2020 年还新增了前庭康复训练及中医前庭康复技术。积极开展治未病工作, 自 2013 年起一直开展三九三伏穴位贴敷治疗, 至今已开展 7 年, 取得了良好的社会效益和经济效益。

④ 专科应用的医疗机构中药制剂

参芪鼻舒胶囊(曾用名鼻敏爽胶囊)、通鼻消涕颗粒、知石利咽合剂(曾用名咽炎消合剂)、臭灵丹合剂、紫连膏(曾用名黄金万红膏)。以上制剂已获药监部门批准生产, 在云南省中医医院及云南省中医医疗集团医院使用超过 10 余年, 患者使用数量超过 100 余万人次。使用以上院内制剂的医院共超过 90 余家, 如宣威市中医医院、弥勒市中医医院、楚雄市中医医院、泸西县中医医院、嵩明县中医医院、勐腊县中医医院、大理州中医医院等。

⑤ 科研教学

近五年来科室人员获省部级科技奖两项。目前主持在研国家自然科学基金项目 2 项, 校级项目 1 项; 主持并完成省厅级科研项目 5 项, 院级课题 4 项, 参与厅级课题 2 项, 该 2 个课题均已结题。在核心期刊上发表论文 20 余篇, SCI 收录 3 篇。指导硕士生 30 余人次。参与编写教材 3 部、专著 8 部、副主编

2 部。

学科以研究生教育为重点, 同时承担全国老中医药专家学术经验继承人、云南省中青年学术和技术带头人后备人才等培养工作, 6 年来, 正培养全国第六批名老中医学术继承人 2 名; 云南省优秀青年名中医 1 人; 培养毕业硕士研究生 37 名, 毕业研究生就业率 100%。

近 10 年来, 学科教研室共承担云南中医药大学本科 1000 余学时的教学任务。科室临床带教研究生、规培生、本科、专科班学生 1000 余名。

2.3 学术创新

①慢性鼻窦炎鼻息肉预后判断新指标: 针对慢性鼻窦炎鼻息肉预后判断无客观指标这一问题, 后备学科带头人吴敏曼博士提出了一种新的预后判断方法, 并进行了慢性鼻窦炎鼻息肉预后判断的客观指标的研究。在研究中应用了差异蛋白质组学方法, 即在同一实验体系中高通量筛选慢性鼻窦炎、鼻息肉和正常鼻粘膜组织间差异表达的蛋白质, 初步选定一批差异蛋白质分别作为慢性鼻窦炎和鼻息肉的候选生物标记物用于进一步研究。在慢性鼻窦炎、鼻息肉和正常鼻黏膜组织间差异蛋白质组学研究中发现的三十个差异表达的蛋白质点中大部分与气道炎症反应、免疫应答、氧化应激和炎症刺激引起的代谢反应增强有关。其中重要的是发现一批保护性蛋白质在慢性鼻窦炎组织中表达最高, 而在鼻息肉组织中表达最低。这些蛋白在慢性鼻窦炎组织中高表达而在鼻息肉组织中反而降低, 从而可以推测细菌、病毒、真菌等病原体引起鼻黏膜炎症同时激活了鼻黏膜的免疫防御反应系统; 而鼻息肉的发病可能与这种免疫防御反应系统受到破坏有关。当炎症防御反应机制受到破坏或先天缺陷, 慢性炎症可能迁延不愈或转化为鼻息肉。

②慢性咽炎以肝郁气滞、脾胃虚弱为主要病因病机: 周家璇教授根据长期的临床经验得出了慢性咽炎以肝郁气滞、脾胃虚弱主要病因病机这一新观点, 并以此为基础, 根据健脾益气、疏肝理气的思想而开发研制了“咽炎消合剂”, 应用于临床并得到了较好的疗效。以该学术观点为指导的课题“咽炎

消合剂”对慢性咽炎大鼠咽粘膜修复作用的研究证明了“咽炎消合剂”对咽粘膜的修复作用优于仅有清热利咽功效的阳性药物治疗组,说明了健脾利咽的治疗指导思想的正确性,实现了新观点新理论指导临床应用,实现了临床应用价值的转化。

③基于中医“情志致病”理论的慢性咽炎发病机制:该观点的提出进一步补充和完善了中医“慢喉痹”的“情志致病”学术思想,以该理论为基础,成功利用慢性应激原理诱导建立了“肝郁脾虚型慢性咽炎大鼠模型”,这一动物模型是在前人“标准慢性咽炎动物模型”的基础上创立的,比标准模型更合乎临床病理特征,证实大鼠体内慢性咽炎的发生发展与影响情绪的关键物质神经递质的异常表达有直接的关联,证明了慢性咽炎中医致病理论“情志致病”的正确性。在此新观点的基础上开发的院内制剂“咽炎消合剂”已广泛应用于临床。由此学术思想推断并研究慢性咽炎与 5-羟色胺(5-HT)代谢异常、转化生长因子- $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$)表达可能有一定相关性,即咽粘膜的长期炎症与伴随的中枢精神症状可能具有相关性,并有待进一步阐明。④突发性聋与中医体质具有相关性:在耳鸣耳聋的中西医结合临床研究的方向上,学术骨干王艺提出了“突发性聋与中医体质具有相关性”的学术观点,并由此开展了临床课题研究--突发性聋患者中医体质学特点的研究,该研究分析了突发性聋患者的各种不同的体质特征,得出了“肝郁气滞”型体质的患者的预后差于其余体质,为中医对该病的治疗干预提供了思路。

2.4 学术交流及影响

2.4.1 对推动中医耳鼻喉学术进步及实际应用的贡献

①国家中医药管理局“急喉痹中医临床诊疗指南修订研究”、“慢喉痹中医临床诊疗指南修订研究”项目已完成,作为项目组长单位,该项目的研究结果已经由中华中医药学会耳鼻喉分会主导下进行了推广,对全国各等级中医院耳鼻喉科医师在“急喉痹”、“慢喉痹”的临床诊疗过程中起到一定的指导和借鉴作用。

②建立了云南省中医耳鼻喉科学继续医学教育基地,通过学术推广和辐射,改善了云南地区中医耳鼻喉人才缺乏情况。

③学术带头人、学术带头人以及学科成员共主办国家级继续教育项目及学术会议 3 次,省级继续教育项目 4 次进行国内学术交流 20 余人次。致力于推动云南地区中医耳鼻喉学术发展,先后在云岭大讲堂、云南省内各地州县医疗、教学、科研及企事业单位进行巡回演讲数百次,听课人员超过 10000 多人次,不仅进行了了专业学术、医患沟通技巧传授,还大力宣传了中医养生理念,让中医学术造福民生,惠及民众。

科室以常见病、多发病的疗效为出发点,对诊疗方案上进行系统的研究,建立耳鼻喉科常见病、多发病的诊疗方案和临床疗效评价体系,整理和评价中耳鼻喉科学名家的验方,充分发挥中医耳鼻喉科防治疾病的优势,进一步提高中医耳鼻喉科的学术水平。在更远的将来,我们将拓展现代中医耳鼻喉科学研究、挖掘和发展中医耳鼻喉科学临床特色和优势;进一步探索本学科疾病的发病与证治规律,提出新的观点、新的理论,不断充实、系统、完善中医耳鼻喉科学理论,带领云南中医耳鼻喉科取得更多佳绩。

黄春江教授运用柴苓止眩汤治疗痰浊中阻型梅尼埃病经验

李潞璇¹ 黄春江² 王琼¹ 李冶金¹ 蒋炳娟¹ 查入宁¹ 刘瑞¹

【摘要】 梅尼埃 (Menière disease) 是一种以发反复眩晕为主要表现的疾病, 多发于中、青年人, 严重影响工作和生活。西医学中本病病因尚不明确, 但祖国医学从整体出发, 辨证用药, 对本病有良好疗效。现分享案例二例, 从中总结经验与启发, 探寻运用中药治疗痰浊中阻型梅尼埃病的用药思路。

【关键词】 柴苓止眩汤; 梅尼埃病; 辨证用药

Experience of Professor Huang Chunjiang in the Treatment of Memiere Disease with Chailing Zhixuan Decoction

LI Luxuan, HUANG Chunjiang, WANG Qiong, LI Zhijin, JIANG Bingjuan, ZHA Runing, LIU Rui

[Abstract] Memiere disease is a disease characterized by recurrent vertigo, which often occurs in middle-aged and young people, thus seriously affecting the quality of work and life. The etiology of this disease remains unclear in western medicine, but traditional Chinese medicine has a good efficacy on this disease by starting from the whole and dialectical medication. Here, 2 cases were shared, from which the experience and inspiration were summarized, so as to explore the medication ideas of using traditional Chinese medicine to treat Memiere disease with phlegm obstructing type.

[Key Words] Chailing Zhixuan Decoction; Menière disease; medication

梅尼埃病 (Menière disease) 是一种以反复出现的视物旋转、波动性感音神经性听力减退、耳鸣和耳胀满为主要临床表现的疾病^[1]。在最新的《梅尼埃病的诊断和治疗指南(2017)》^[2]中指出本病的诊断需满足: 2次及以上眩晕发作, 每次持续 20min 至 12h; 病程中至少有 1次听力学检查证实患耳有低至中频的感音神经性听力下降。患耳有波动性听力下降、耳鸣和(或)耳闷胀感; 排除其他疾病引起的眩晕, 此外, 还需要排除继发性膜迷路积水。

梅尼埃病与良性阵发性位置性眩晕、前庭神经

炎、耳毒性药物前庭耳蜗损害、迷路炎等同属“耳源性眩晕”。目前医学界普遍认为, 本病的发病机理为特发性膜迷路积水。在中医学中, 耳源性眩晕相当于“耳眩晕”。耳眩晕是指: 由内耳病变所致, 以头晕伴有视物转动、站立不稳如乘舟车等为主要特点的疾病。部分患者有耳鸣、听力下降的症状同时出现。古代文献中的“眩运”、“眩冒”、“旋晕”、“头旋”等, 亦属此病的一类。由于梅尼埃病在耳眩晕中较为多见, 所以本文所说的耳眩晕主要是指梅尼埃病。

1 云南中医药大学, 云南 昆明 65050

2 云南中医药大学第一附属医院 / 云南省中医医院, 云南 昆明 650021

梅尼埃病好发于 40~60 岁的青壮年^[3]。在治疗方法上,西班牙格拉纳达大学提出了发作间歇期阶梯治疗^[4],第一级为生活方式改变:强调减少应激,避免过度劳累,保持情绪稳定,饮食营养均衡;生活规律,适当锻炼,保证睡眠充足。第二级是口服药物维持治疗,可用利尿剂改变内淋巴电解质平衡,倍他司汀改善循环,也可使用抗焦虑和安神药物改善梅尼埃病常见的伴随症状,如焦虑抑郁情绪。在对患者的主观感受调查的量表中就包括焦虑自评量表。第三级:鼓室内注射糖皮质激素使药物直接作用到内耳;第四级,鼓室内注射庆大霉素,此方法主要针对难治性梅尼埃病,经前三级治疗无效或效果不佳可考虑,主要机理为破坏迷路,该方法相对安全有效;第五级:内耳手术,如半规管堵塞术、内淋巴囊减压术等。此外,中医药治疗梅尼埃病也卓有成效,根据本病的临床病理特点和多年的临床诊疗经验,黄春江教授在“虚”与“痰”的基础上,综合考虑眩晕与五脏的密切关系,自拟柴苓止眩汤加减治疗本病,具有确切的临床疗效,值得参考。

1 病因病机

东汉医家张仲景的《伤寒杂病论》一书中首次提出“痰能致眩”^[5],从病因病机、治法方药对痰饮致眩作了详细论述“心下有痰饮,胸胁支满,目眩”,提出“病痰饮者,当以温药和之”,饮食、情志等因素致脾失健运,水湿内停,日久成痰,痰浊阻滞中焦,则清阳不升、浊阴不降,脑窍失于濡养,则眩晕。首创五苓散、泽泻汤等经典方剂功在利水渗湿,泄热消肿。明代医家张景岳在此基础上提出“无虚不作眩”,年老体弱多虚,虚者亦可生痰,上蒙清窍,亦可发为眩晕。

黄老师认为,眩晕的发生,不仅是脾虚生痰,还有肾虚肾精不能濡养脑窍而致髓海不足。宋金元时期危亦林在《世医得效方》提出了“下虚致眩”的理论:“下虚……阴阳不升降,上热下冷,头目眩晕。”危氏认为“下虚乃肾虚”。一方面,肾中所藏的“先天之精”为人体脏腑阴阳之本,故肾被称为“先天之本”。肾中精气的盛衰对于机体的生长、发育和生殖能力有重要作用,同时能够保证脑窍的

充盈和发育。《灵枢·海论》中“髓海不足,则脑转耳鸣,脘酸眩冒,目无所见,懈怠安卧”。脑为“髓海”,脊髓上通于脑,髓聚而成脑。肾中精气充盈,则髓海得养,能够发挥其“精明之府”的生理功能。反之,若肾中精气不足,则髓海失养而发为眩晕。由此可见,不管是什么病机引起的眩晕,在它的发生发展过程中,都离不开“虚”与“痰”

2 诊疗特点

半夏白术天麻汤出自《医学心悟》^[6]:“眩,谓眼黑;晕者,头旋也。古称头旋眼花为也……头旋眼花,非天麻,半夏不除也,半夏白术天麻汤主之。”原方组成为天麻、半夏、茯苓、白术、橘红、生姜、大枣、甘草。柴苓止眩汤重用粉葛、川芎活血通窍,通太阳经,法半夏、车前子、茯苓、泽泻利水渗湿,化痰通窍,加之柴胡、夏枯草以清肝、散结,骨碎补填肾精、酸枣仁安神以滋髓海,全方清补结合,如患者头痛可加羌活、藁本,心悸失眠多梦,可用茯神代茯苓,加制远志、煅磁石宁心安神。以此为用,常效如桴鼓。

3 医案举隅

案一:冯某,女,55岁。

初诊:2021年7月下旬因反复眩晕2周就诊,患者2周前无明显诱因出现眩晕,呈阵发性,每次发作持续时间约半小时,眩晕时自觉耳鸣、耳闷,同时伴恶心、呕吐5次,每次呕吐物均为胃内容物。自服眩晕宁片、甲磺酸倍他司汀片后后可稍缓解,1天前无明显诱因眩晕再次发作,并觉听力下降,眩晕时明显,查体:双侧外耳道、鼓膜未见明显异常,眼震电图可见轻微双侧水平眼震。舌质淡,苔白腻,脉弦滑。2021-07-22 我院电测听示左耳(500-1000-2000-4000Hz) AC 35-40-30-30dB, BC 30-35-30-30dB,右耳(500-1000-2000-4000Hz) AC 45-45-40-30dB, BC 45-45-40-30dB。前庭功能检查见右侧前庭功能减弱。行乳突内听道 CT、颅脑 CT 未见明显异常。

根据患者病史、症状、体征及辅助资料,暂可排除其他中枢性、周围性眩晕疾病,故诊断为“梅尼埃病”,中医诊断为:耳眩晕,根据患者病情及舌

脉象，中医四诊合参，辨证为“痰浊中阻证”，故口服中药柴苓止眩汤 5 剂，水煎服，煮取 2 升，分 6 次服完。2 剂 / 日。少食高蛋白、油腻、辛辣刺激食物，注意休息。

二诊：以上药方服用完后复诊，患者告诉眩晕改善 70% 左右，听力较前回升，耳鸣、耳闷较前缓解 50% 左右。睡眠情况较以前有所改善。2021-08-05 我院电测听检查结果示：左耳（500-1000-2000-4000Hz）AC 25-25-20-15dB, BC 25-25-20-15dB, 右耳（500-1000-2000-4000Hz）AC 45-45-40-30dB, BC 45-45-40-30dB。效不更方，续予前方 3 剂口服。

三诊：后续复诊，患者感眩晕较第一次就诊缓解 85%，耳鸣、耳胀满感缓解 80%，症状渐除，未再反复。予口服银杏叶片巩固疗效，建议患者加强营养，避免劳累。至今未再发作来诊。

案二：

刘某，女，43 岁，2021 年 11 月 5 日初诊。反复阵发性眩晕，伴耳鸣 3 月余。患者 3 月前因劳累突发眩晕，视物旋转，如乘舟车，伴汗出，恶心，呕吐，休息 2-3 小时后可缓解。随后眩晕时发，初数 1 月 1 次，渐渐 1~2 周 1 次，耳鸣渐甚，2 周前感眩晕再发，程度较前明显加重，且伴有听力下降、耳胀满感，眩晕发作时加重。检查：双眼球水平震颤明显，2021-11-05 院电测听示左耳（500-1000-2000-4000Hz）AC 45-50-35-30dB, BC45-50-35-30 dB, 右耳（500-1000-2000-4000Hz）AC 20-25-25-20dB, BC 20-25-25-20dB，双耳 A 型曲线。左侧前庭功能减弱。乳突内听道 CT、颅脑 CT 均未见明显异常。

考虑患者素来体质虚寒，又受风寒侵袭，脾胃受累，运化失司，痰浊内阻，虚风上犯。予以柴苓止眩汤 5 剂，水煎服，每日 1 剂。

二诊：服药后眩晕未再发作，口淡、恶心等症

状及精神较前明显好转，左耳鸣、听力下降、耳胀满感较前改善，饮食较前改善，小便清长，舌淡、苔白，脉细。继用上方 4 剂，水煎服，每日 1 剂。

三诊：药后眩晕全消，2021-12-01 我院电测听示左耳（500-1000-2000-4000Hz）AC30-40-30-25dB, BC30-40-30-25dB，右耳（500-1000-2000-4000Hz）AC20-20-25-20dB, BC 20-20-25-20dB，双耳 A 型曲线。

4 小结

柴苓止眩汤，药味精简，但疗效显著。主要是因为诊疗思路清晰，辨病辨证准确，用药如用兵，则屡获奇效。在临床上，一个疾病的发展往往是多证型齐头并进，而不是单一证型的变化，在治疗上，要综合考虑病因、病机、常见合并症、预后等多种疾病的中间因素，治病求本，方能取得良好的疗效。

参考文献

- [1] 黄虹. 梅尼埃病中医药治疗研究进展 [J]. 中国现代药物应用, 2007(09): 70-71.
- [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: 167-172.
- [3] 董美, 宋颖慧, 孙素芬, 等. 梅尼埃病相关基因研究及应用进展 [J]. 中华耳科学杂志, 2022, 20(02): 354-359.
- [4] Espinosa—Sanchez JM, Lopez-Escamez JA. The pharmacological management of vertigo in Meniere disease[J]. Expert Opin Pharmacother, 2020.21:1753-1763.
- [5] 常学辉, 张学芝. “无痰不作眩”之我见 [J]. 中国民间疗法, 2020, 9(28): 17.

王俊阁教授治疗鼻鼽病验案三则

董寒毅¹ 王俊阁¹

【摘要】 本文介绍王俊阁教授临床应用小青龙汤、桂枝麻黄各半汤和栀子芍药豉汤辨治鼻鼽病验案三则，并附以浅析。鼻鼽病为中医病名，主要对应西医学的变应性鼻炎，为耳鼻咽喉科的常见病、多发病和难治病。王教授传承仲景学术体系，认为鼻鼽病是表里合病以表为所急所苦，由于津血虚导致津液温煦、濡养、推动、防御、固摄作用的下降，表位寒湿困束，导致鼻痒、喷嚏频频、清涕如水、鼻塞等症状，治疗上辨证论治，以法统方，效如桴鼓。

【关键词】 鼻鼽；仲景学术体系；病案；经验；

Three cases of Allergic Rhinitis Treated by Professor Wang Junge

DONG Hanyi, WANG Junge

【Abstract】 This article introduces professor Wang Junge's clinical application by three cases of allergic rhinitis, the treatment based on syndrome differentiation by Xiaoqinglong Decoction, Guizhi Mahuang Geban Decoction and Zhizi Qinshaochi Decoction. Allergic rhinitis is the name of the disease in traditional Chinese medicine, which mainly corresponds to allergic rhinitis in Western medicine, and it's a common disease, multiple disease and difficult to treat in the department of otolaryngology. Professor Wang inherited zhongjing's academic system and believes that allergic rhinitis is a dual disease of the exterior and interior, take the exterior as the anxious and suffering, cold-dampness encumbering the exterior, cause nasal itching, frequent sneezing, clear nose like water, nasal congestion and other symptoms. On the treatment of syndrome differentiation, choose the prescription according to the theory, there is a good curative effect.

【Key words】 Allergic Rhinitis; Zhongjing's academic system; cases; Experiences;

鼻鼽，又名“鼽鼻”、“鼽水”、“鼻流清涕”，对应西医学的变应性鼻炎、血管运动性鼻炎、嗜酸性粒细胞增多性非变应性鼻炎等疾病^[1]，临床表现为鼻痒、喷嚏、流清涕、鼻塞等症，近年来鼻鼽病的患病率显著增加^[2]，是耳鼻咽喉科的常见病、多发病和难治病。北京中医医院耳鼻咽喉科王俊阁教授传承仲景学术体系，用“经方三观：表里观、正邪

观、津液观”诠释鼻鼽病病因病机，治疗时选用经典名方，以法统方，方证相应，以平为期，临床擅长运用经典名方辨治鼻鼽、鼻塞、乳蛾、癭肿、喉瘤等多种疾病。本文就王俊阁教授论治鼻鼽病的临床特点进行阐述。

1 鼻鼽病的病因病机

王俊阁教授认为仲景学术体系的精髓就是以三

基金项目：国家自然科学基金面上项目基金资助项目（No.82174448）。

1 首都医科大学附属北京中医医院，北京 100010

通讯作者：王俊阁，主任医师，E-mail: wangjunge@bjzhongyi.com;

观统六经，用“三阴三阳”功能和病位概念定位六病，精准把握病机^[3]。王教授用“三阴三阳”功能和病位的概念定位六病，采用不同理法“假药味之滋，……，致水火之齐”，调节患者津液的输布离合和阴阳的状态，达到“以通闭解结”的临床疗效^[4]。王教授认为鼻鼽病在仲景经方学术体系中是表里合病以表为所急所苦^[5]，由于津血虚导致津液温煦、濡养、推动、防御、固摄作用的下降，表位寒湿困束，表现为以突然或反复发作的鼻痒、喷嚏频频、清涕如水、鼻塞等为主要表现的鼻病。《金匮要略》^[6]言“风气相搏，风强则为瘾疹，身体为痒，痒为泄风，久为痂癞”，“痒为泄风”是给邪气以出路，邪气出表的反应。痒者，非为风邪，即为气虚或血燥。当津血虚时，其温煦推动作用减弱，邪正交争，则痒成为持续的反应，故鼻痒。由于寒邪困束，津液凝滞于表，玄窍闭塞不通，气不旁流，导致气逆。邪实导致气道不畅而出现自救及排异反应，即打喷嚏。寒邪困束导致津液凝滞于表，卫表失于固护，不能摄津，故津液外泄，可出现流涕。由于卫气不能防御温煦，寒邪困束，津液凝滞，故出现鼻塞。

2 鼻鼽病的治疗

王俊阁教授临证鼻鼽病时选用经典名方^[7]，即经过长期实践，有确切的临床疗效和较低的安全风险，在古代中医典籍所记载的方剂。方机对应病机，在仲景理法的统摄下，以“三观”辨证论治为基础，用“三阴三阳”功能和病位的概念定位六病，精准把握病机后，应用经典原方中的药物，不增加或减少中药。若患者年幼或体弱，可酌情减量使用。因为中药的品质不同，中药产品质量可控性差^[8]，以及经现代研究表明部分中药含肝肾毒性^[9-11]，可遵循《中华人民共和国药典》^[12]选用其他药物替代或减量使用。

2.1 小青龙汤证

《伤寒论》第 40 条“伤寒表不解，心下有水气”为小青龙汤经典病机特点，表有寒邪困束，里有胃虚水饮冲逆。治疗当以补益津血、温中化饮、解表散寒为法。

2.1.1 典型案例

患者，男，5 岁 9 个月，2021 年 9 月 6 日初诊。主诉：间断鼻塞、打喷嚏、流鼻涕 2 年。现病史：鼻塞、打喷嚏、流鼻涕，呈季节性，晨起后加重，遇冷加重。时有咳嗽，气短。纳眠可，小便可，大便日 1-2 次，先干后稀。体格检查：眼睑淡白，肌肤可。脉象：浮细。舌象：舌淡红，苔略腻。西医诊断：变应性鼻炎。中医诊断：鼻鼽，太阳太阴合病。立法：补益津血，温中化饮，解表散寒，方选小青龙汤。处方：麻黄 9g、白芍 9g、桂枝 9g、细辛 3g、干姜 6g、炙甘草 4g、五味子 9g、法半夏 9g。服上方 7 剂后，鼻塞、打喷嚏、流鼻涕、咳嗽等症状均基本控制，有汗出，大便日 1 次，质软。舌象：舌淡红，苔薄腻。脉象：细。病情缓解，临床治愈。

按语：本患者年幼，病程长，四诊合参，辨证为太阳太阴合病。太阳主一身之大表，太阴主一身之大里。外感寒邪侵袭人体，邪正交争于体表，僵持不下为太阳病，可表现为鼻塞、打喷嚏、咳嗽、脉浮等症。太阴病津虚液少血弱，症见眼睑淡白，脉细。津血虚少，温煦、推动作用不足，肠道无力推动则大便久不下，初头干，无力腐熟水谷则大便质稀。里虚寒，津液不化逐渐形成水证，胃虚导致水饮冲逆，症见流涕，苔略腻。治疗以补益津血、温中化饮、解表散寒为法，方选小青龙汤。因患者年幼，遂减量。麻黄可以苦泄凝滞于表的废水，麻黄配伍桂枝辛温解表，表束开则气逆止。桂枝味辛甘性温配伍甘草，起到辛甘化阳之效。芍药味酸，《神农本草经》载其“主邪气腹痛，除血痹，破坚积，寒热癥瘕，止痛，利小便，益气。”有酸敛、酸泄、除血痹之效，配伍甘草，酸甘化阴，补益津血。病淡饮者，当以温药和之^[13]。细辛、半夏、干姜均性温，可温化寒水，同时降冲逆的水饮。加上味酸的五味子，《本草经疏》言：“其主咳逆上气者，气虚则上壅而不归元，酸以收之，摄气归元则咳逆上气自除矣。”可敛气降逆。服药后，汗出增多，因解表汗孔开。方机与病机相应，故取得较好疗效。

2.2 桂枝麻黄各半汤证

桂枝麻黄各半汤出自《伤寒论》第 23 条：“太

阳病，得之八九日……面色反有热色者，未欲解也，以其不能得小汗出，身必痒，宜桂枝麻黄各半汤。”寒邪困束，津血在表既充盈凝滞，又有不足。治疗当以解表散邪、补益津血为法。

2.2.1 典型案例

患者，男，45岁，2020年10月26日初诊。主诉：间断鼻塞、打喷嚏、流鼻涕2年，加重20日。现病史：打喷嚏、流鼻涕，晨起后加重，轻度鼻塞，自觉嗅觉减弱，怕风怕冷，汗出增多，夜间口干，渴喜热饮，纳可，饭后腹胀，腹中肠鸣，眠可，小便可，大便日2-3次，质可。体格检查：眼睑红鲜，肤痒。舌象：舌红，苔薄。脉象：缓。西医诊断：变应性鼻炎。中医诊断：鼻鼽，太阳病。立法：解表散邪、补益津血。方选桂枝麻黄各半汤。处方：麻黄6g、桂枝10g、杏仁8g、炙甘草6g、白芍6g、生姜6g、大枣8g。11月2日服上方7剂后，未如期复诊，电话咨询病情：患者诉鼻塞、打喷嚏、流鼻涕等症状明显减轻，大便日2次，质可。

按语：本患者为中年男性，此次鼻鼽发病20日，脉证相合，辨证为太阳病。太阳病日久不愈，二便基本正常说明邪气未传入里位，无三焦不通利的症状说明未传入半表里。风寒困束，津液被调动至体表与邪气交争，津液凝滞，故表现为鼻塞，打喷嚏，眼睑红鲜等症。津液在表为营卫，在里为气血。表的卫阳不固，营阴外泄，故怕风怕冷，汗出增多，而汗出更损耗津液。在里津液不足，温煦、推动的作用不足，里虚寒，津液无力输布周身，口干，渴喜热饮。津液不能濡养，故肤痒，嗅觉减弱。治疗以解表散邪，补益津液为法，方选桂枝麻黄各半汤。相对于麻黄汤和桂枝汤，历代医家临床应用桂枝麻黄各半汤的记载较少，常用于变态反应性疾病及皮肤瘙痒类疾病^[14]。方中桂枝汤与麻黄汤按等比例用量合方，剂量为原方的三分之一，用于太阳病的风寒两感证，有轻微的风和寒，但达不到中风和伤寒的程度，处于两者之间。既有津液不足，又有津液充盈而在表凝滞。故达不到“太阳病伤寒”那种津液在表过度凝滞，导致的发热、恶寒、身痛的状态。而是处于半虚半实的状态，所以身不疼，只是痒。

本方刚柔并济，解表而不留邪，补益津液，调和营卫，诸药合用，解表安里而病自愈。

2.3 栀子芩芍豉汤证

栀子芩芍豉汤出自《外台秘要》：“疗天行五六日头痛，骨节疼痛，腰痛兼痢，黄芩汤方。黄芩（三两）、栀子仁（三两）、芍药（三两）、豉（一升绵裹）。”其中“栀子仁”作“栀子仁”解释。阳明火证灼伤津液，治疗当以顾护津液、解表清热为法。

2.3.1 典型案例

患者，女，14岁，2021年2月1日初诊。主诉：间断鼻塞、喷嚏、流清涕半年余。现病史：鼻塞，鼻干，偶有喷嚏、流清涕，无怕风怕冷，轻度口干，饮水多，纳可，入睡困难，小便可，大便日一行，时有大便干燥。月经提前，无痛经，带可。体格检查：眼睑充血，面部痤疮。舌象：舌淡红，苔略腻，舌体略大。脉象：滑。西医诊断：变应性鼻炎。中医诊断：鼻鼽，太阴阳明合病。治以顾护津液、解表清热为法，方选栀子芩芍豉汤。处方：生栀子18g、黄芩18g、白芍18g、淡豆豉48g。服上方7剂后，鼻塞、打喷嚏、流鼻涕等症状明显减轻，大便质可。

按语：本患者为青春期女性，病程久，四诊合参，辨证为太阴阳明合病。患者津液虚少，太阴不能与阳明抱合，虚热内生，故大便干燥。火证导致津液进一步损伤，出现里虚，津液不化，形成水饮，与热结合，形成水热上扰，壅盛在上焦，故出现眼睑充血、鼻塞、脉滑等症。营血内热，面部起痤疮。故治疗当顾护津液，解表清热，方选栀子芩芍豉汤。栀子味苦寒，性升散，《汤液本草》言“用仁去心胃中热”。淡豆豉是发酵制品，性味酸温可以建中除水。栀子苦寒又可降气，配伍豆豉宣郁，一宣一降中恢复人体气机。黄芩汤由黄芩、芍药、大枣和甘草组成，其中黄芩和芍药构成其主要方干。黄芩虽然性苦寒，可能燥伤津液，但其清热且能够入血分，除血痹，配伍芍药可以补益津液，防止黄芩苦寒伤阴。此方既包含黄芩汤方干，有濡养顾护津液的作用，又含栀子豉汤方干，有酸苦涌邪解表的作用，在顾护津液的同时除火、除热、除湿。在阳明

火证灼伤津血时，治疗时不适合用攻下的方法，否则会导致邪深入里。即在火证中兼有水证、虚证、寒证、表证的时候，治疗时应立足于水血，用苦寒的法度清热，酸温的法度^[15]滋养津液，顾护津血而解表清热。

3 小结

王俊阁教授认为鼻鼽病基本病机为津血虚导致津液温煦、濡养、推动、防御、固摄作用的下降，导致虚寒、水饮、虚热、寒凝、血痹等形成，从而引起水饮上逆、热灼津伤、寒湿凝滞以及表位津血凝滞或不足等病机形成。王教授临证以仲景学术体系之“三观”统摄病机，采用遍诊法，四诊合参，除关注患者自觉症状，更注重医生的他觉症状，精准辨治，以法统方，病机方机对应，故效如桴鼓。笔者总结王俊阁教授的诊疗思想，以期能给诸位临床中医师应用经方时提供新的思路。

参考文献

[1] 刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学 [M]. 4 版. 北京: 中国中医药出版社, 2018:108-109.

[2] 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. 中国变应性鼻炎诊断和治疗指南 (2022 年, 修订版) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2022, 57(02):106-129.

[3] 董寒毅, 王俊阁. 王俊阁教授经方辨治鼻鼽病的经验总结 [J]. 中国医药导报, 2023, 20(3):122-125.

[4] 张舜徽. 汉书艺文志通释 [M]. 武汉: 湖北教

育出版社, 1990:293.

[5] 王俊阁, 许家栋, 闫新宇. 变应性鼻炎经典名方临床应用专家共识 [J]. 北京中医药, 2022, 41(02):141-144.

[6] 汉·张仲景. 金匱要略 [M]. 北京: 中医古籍出版社, 1997:37-38.

[7] 张鹏, 刘安, 邬兰, 等. 经典名方概述与开发探讨 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(15):183-194.

[8] 董林林, 段永刚, 汪波, 等. 品质中药的管理体系及发展策略 [J]. 中国中药杂志, 2021, 46(17):4307-4313.

[9] 李芝奇, 范琦琦, 陈美琳, 等. 中药肝毒性的物质基础与作用机制研究进展 [J]. 中草药, 2021, 52(13):4082-4095.

[10] 庄延双, 蔡宝昌, 张自力, 等. 中药肾毒性的研究进展 [J/O]. 南京中医药大学学报, 2022(05):390-396[2022-05-23].

[11] 付璐, 金艳, 彭华胜, 等. 基于本草古籍的中药毒性分级及影响因素探讨 [J]. 中国药物警戒, 2022, 19(04):349-352.

[12] 国家药典委员会编. 中华人民共和国药典一部 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2020.02.

[13] 晋·王叔和. 脉经 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1958:88.

[14] 黄栋芳, 叶放. 桂枝麻黄各半汤古今源流及应用探析 [J]. 光明中医, 2021, 36(01):27-29.

[15] 张丰跃, 刘畅, 张晓轩, 等. 经方酸药法探析 [J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(03):1534-1537.

难治性鼻窦炎中西医治疗研究进展

薛彦艳¹

【摘要】 难治性鼻窦炎是临床中较为难治的疾病之一，本文阐述了中西医在难治性鼻窦炎中的应用，中医在鼻窦炎治疗中具有独特的疗效，因而临床可以深入研究中西医结合疗法，进而提高难治性鼻窦炎患者的治疗效果，提高临床治愈率。

【关键词】 慢性炎症；难治性；鼻窦炎；研究进展；中西医治疗

慢性鼻窦炎（CRS）的发病机制较为复杂，部分患者经手术与药物治疗后，症状仍未得到有效控制，形成难治性鼻窦炎。临床症状主要为鼻塞、头痛、流脓涕、嗅觉减退或消失、咳嗽等，部分患者可在饮酒、低头、弯腰等状态下有头痛加重现象，也可引起患者记忆力减退、易困倦、头昏等症状，降低了患者的生活质量^[1]。本文对难治性鼻窦炎的临床中西医治疗研究进展进行了相关阐述，具体内容如下：

1 西医治疗

鼻窦炎的西医病因病机：鼻窦是指鼻腔周围颅骨内含气空腔总称，均有窦口与鼻腔相通，若机体出现感冒或气压改变迅速则可能会引发鼻窦炎，其主要原因是上呼吸道及邻近组织的感染以及鼻腔特殊结构导致的。鼻窦炎患者若不进行有效治疗，则鼻窦病变会向附近组织蔓延，进而引发各种并发症，严重时延至患者颅脑，则可能危及患者生命。

随着现代医疗技术及理念不断发展，鼻内窥镜手术逐渐替代了传统手术，前者操作简单、副作用小，且能够将患者鼻窦内不可逆病变组织清除，有利于鼻腔及鼻窦内分泌物的排出，同时还能降低鼻窦内息肉复发率，叶继才^[2]、刘井池^[3]等研究者在其各自研究中证实了鼻内窥镜手术对鼻窦炎患者的治疗效果更为显著，且相比于糖皮质激素药物治疗，鼻内窥镜手术术后患者并发症率更低。药物治疗可采用抗生素药物、糖皮质激素类喷剂外用喷鼻等，主要是进行感染控制、消肿排脓等治疗，但西

药不可长期使用，否则易引起药物性鼻炎或其他并发症。

2 中医治疗

鼻窦炎的中医病因病机：鼻窦炎属于“鼻渊”范畴，鼻窦炎多由外邪侵袭，气虚不固，邪入化热引起，导致患者鼻塞，鼻流浊涕、嗅觉减退、头痛头胀等，常易外感，进而导致鼻窦炎加重，如此反复、互为因果；其中痰浊脓液是鼻窦炎的产物也是新的病因，因此中医认为清除痰浊脓液是治愈鼻窦炎的关键，需要升清降浊、除湿通窍是中医治疗法则^[4]。

黄延昌学者在研究中给予鼻窦炎患者中药配方进行补肺益脾通窍治疗，方药由茯苓、黄芪、鹅不食草、莲子肉、薏苡仁、桔梗、山药、白术以及党参片组成，用其煎水取汁，分早晚两次温服，能够健脾益气、补益脾肺、除湿通窍益气的功效，中药配方（94.87%）与常规西药相比治疗效果（76.92%）更高。朱晓朴在研究中将慢性鼻窦炎患者分别使用西药及中药汤剂分组进行治疗，经治疗后中药汤剂治疗有效率为 95.83%，显著高于西药治疗的 83.33%，组间差异较大（ $P < 0.05$ ）；中药为其自拟醒窍汤：生甘草 3g、桔梗 6g、苍耳子 10g、辛夷 10g、白芷 10g、黄芩 10g、广藿香 10g、鱼腥草 30g，西药为必通生理性海水鼻腔喷雾器喷鼻、布地奈德鼻喷剂喷鼻、阿莫西林克拉维酸口服液。

中医认为针灸、穴位按摩对难治性鼻窦炎具有显著的治疗作用，对患者的鼻部相关穴位进行针灸，

1 石家庄康灵中医耳鼻喉医院，河北 石家庄 050031

可以促进鼻部微循环,缓解疼痛,增强鼻部免疫防御能力,同时还能对鼻部起到消炎的作用;吴海金在鼻窦炎研究中证实在慢性鼻窦炎患者中实施温针灸能够有效改善该类患者的远期生活质量。穴位按摩可以对患者的足底、足背及足外侧反射区相关穴位进行按摩,对治疗鼻窦炎具有一定的辅助作用。

3 中西医结合治疗

洪登日^[5]在研究中对难治性鼻窦炎患者实施中西医结合治疗,在鼻内镜手术治疗后应用清热通窍汤进行治疗,经联合治疗后患者治疗有效率高且复发率更低,能够有效缓解患者的鼻塞、流脓涕等临床症状,有助于缓解患者鼻部和头部疼痛。侯小兵、夏晶晶^[6]等人在难治性鼻窦炎研究中,联合中药苍耳子散、鼻内镜手术进行治疗效果显著;研究中给予气虚卫表不固型者苍耳子散合玉屏风散,气滞血瘀型者苍耳子散合桃红四物汤,辨证加减用药能够有效缓解患者的临床症状,其中苍耳子散由辛夷花、白芷、苍耳子以及薄荷组成,具有宣通鼻窍、疏风清热功效,对鼻炎、鼻窦炎均有优良的治疗作用,在难治性鼻窦炎患者鼻内镜术后应用可以有效缓解患者鼻部不适症状,对鼻内镜术后效果具有一定的提高作用。

综上所述,中西医结合治疗难治性鼻窦炎副作用小且对临床症状具有显著的缓解及改善作用,提高患者的生活质量,值得临床中进一步研究和探索。

参考文献

- [1]蔡富才. 中西医治疗难治性鼻窦炎的新进展[J]. 健康大视野, 2018(7): 292.
- [2]叶继才;陈秋恒. 鼻内镜手术治疗慢性鼻窦炎伴鼻息肉的临床疗效[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020(24)
- [3]刘井池;徐新国. 功能性鼻内镜手术治疗慢性鼻窦炎鼻息肉的临床效果分析[J]. 名医, 2020(19)
- [4]陈瑜萍,肖丽春,刘华,等. 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, 2018,37(5):182-184,187.
- [5]洪登日. 清热通窍汤联合应用功能性鼻内镜手术与轮廓化鼻内镜手术治疗难治性鼻窦炎的临床效果[J]. 黑龙江中医药, 2022,51(2):10-12.
- [6]侯小兵,夏晶晶,王君,等. 难治性鼻窦炎鼻内镜手术联合中药“苍耳子散”应用78例疗效观察[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2017,25(2):150-152.