

中医耳鼻喉科学研究 2023 年 11 月 (第 22 卷第 4 期)

(季版) 目 次

冀 L1100085
(Z) R1087

医学综述 --- 栏目主编 刘建华 责任编辑 霍会川

浅谈中医流派的形成与现实意义 刘大新 (1)

从肝脾论治复发性口腔溃疡 杨谋 杨龄 陈祖琨 (3)

《针灸甲乙经》对鼻病的论治探析 贺若楠 吴飞虎 刘业海 (7)

实验研究 --- 栏目主编 孙永东 责任编辑 孟庆利

变应性鼻炎患者的过敏原结果分析及护理干预研究

..... 王冬梅 王星 肖红 张丽 朱鑫宇 何子豪 (12)

新冠病毒感染患者的嗅觉功能障碍研究 郭宏 (16)

临床研究 --- 栏目主编 何伟平 责任编辑 倪金秀

刘静教授四步法治疗痉挛性发音障碍经验

..... 马湘婷 蔡婷婷 王昭倩 刘静 (19)

从肺论治嗓音疾病

.... 梅祥胜 马潇瑶 尚艳华 王冰 刘媛媛 赵丹丹 王瑞雪 熊丹丹 贾丽 (22)

探讨托里消毒散加减治疗新冠后分泌性中耳炎的治疗体会

..... 勾月 朱叶 黄春江 查入宁 蒋炳娟 刘瑞 李冶金 李璐璇 (24)

盱江名著《世医得效方》中耳鼻喉疾病篇章赏析 李雅雯 邓琤琤 (28)

咽部刺络结合内服中药治疗喉咳的临床经验举隅 南志勇 苗慧萍 (30)

名医名院 --- 栏目主编 刘建华 责任编辑 霍会川

盱江医学对喉科的影响与贡献 陶波 占娟 谢强 雷纯海 (34)

研究生校园 --- 栏目主编 孙永东 责任编辑 孟庆利

近 5 年乳蛾中医外治法的研究进展 郁凯华 李岩 (38)

中医治疗耳鸣的临床研究进展 王骁勋 譙凤英 (43)

信息动态

关于中华中医药学会耳鼻喉科分会第 29 次学术年会 刘续 (50)

主 管

中华中医药学会

主 办

石家庄康灵中医耳鼻喉医院

编 辑

《中医耳鼻喉科学研究》编辑委员会

荣誉总编

刘大新

总 编

阮 岩

副总编

王士贞 严道南

主 编

赵 峰

副主编

张晓丁 倪金秀

出 版

《中医耳鼻喉科学研究》编辑部

发送单位

北京及全国各医院耳鼻喉科

地 址

石家庄市谈固南大街 75-5 号

电 话

4000-135-120

传 真

0311-85667550

印刷数量

2000 册

印刷日期

2023 年 11 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: zhsh328@163.com，并注明作者简介：第一作者的个人简介及近期免冠照片，同时提供第一作者联系电话，也可用A4纸打印。来稿请寄：石家庄市谈固南大街75-5号《中医耳鼻喉科学研究》编辑部收。

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

12. 特别提醒：(1)文章发表以作者回馈确认先后顺序为准，编辑部依据版面容量而定，自动将期数顺延。如有特殊情况或要求，请及时和编辑部工作人员沟通。(2)《中医耳鼻喉科学研究》是2002年经过河北省新闻出版局审批，中华中医药学会主管的行业内交流出版物，2007年起被中国电子期刊杂志社收录到中国医学期刊数据库，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. 4 November 2023

CONTENTS

MEDICAL REVIEW

- A brief discussion on the formation and practical significance of TCM schools
LIU Daxin (1)
- Treatment of recurrent oral ulcer from liver and spleen
YANG Mou, YANG Ling, CHEN Zukun (3)
- An analysis on the treatment of nasal diseases in the jia yi classic of acupuncture and
moxibustion
HE Ruonan , WU Feihu, LIU Yehai (7)

EXPERIMENTAL RESEARCH

- Analysis of allergen outcomes in patients with allergic rhinitis and study of nursing
intervention
WANG Dongmei, WANG Xing, XIAO Hong, ZHANG Li, ZHU Xinyu, HE Zihao..... (12)
- A questionnaire study on olfactory dysfunction in patients infected with novel coronavirus
GUO Hong (16)

CLINICAL RESEARCH

- Professor Liu Jing's experience in the treatment of spastic dysphonia with four step method
MA Xiangting, CAI Tingting, WANG Zhaoqian, LIU Jing (19)
- Treatment of voice diseases from lung
*MEI Xiangsheng, MA Xiaoyao, SHANG Yanhua, WANG Bing, LIU Yuanyuan, ZHAO Dandan, WANG Ruixue,
XIONG Dandan, JIA Li* (22)

To explore the therapeutic experience of tuoli sanitizing powder in treating secretory otitis media after COVID-19

GOU Yue, ZHU Ye, HUANG Chunjiang, ZHA RuNing, JIANG Bingjuan, LIU Rui, LI Zhijin, LI Luxuan ... (24)

A textual appreciation of otorhinolaryngological diseases in the famous novel of Xu Jiang's "world medicine to get effect prescription"

LI Yawen, DENG Chengcheng..... (28)

The clinical experience of pharyngeal stinging combined with internal Chinese medicine in the treatment of laryngeal cough

NAN Zhiyong, MIAO Huiping..... (30)

FAMOUS DOCTORS AND HOSPITALS

The influence and contribution of Xu Jiang medicine to laryngology

TAO Bo, ZHAN Juan, XIE Qiang, LEI Chunhai (34)

GRADUATE CAMPUS

Research progress of traditional Chinese medicine external treatment of milk moth disease in recent 5 years

YU Kaihua, LI Yan..... (38)

Progress of clinical research on TCM treatment of tinnitus

WANG Xiaoxun, QIAO Fengying..... (43)

浅谈中医流派的形成与现实意义

刘大新¹

1 流派的概念

“流派”与“学派”有所不同的。《辞海》：“流派”本义是“河水支流”。河流有主干有支流，将中医“流派”引伸为学术上一个系统。《辞海》：“学派”为“一门学问因学说师承不同而形成派别。”“学说”是构成“学派”的要素，是学术上自成系统的主张、见解、理论。学派有其鲜明的学术观点，还可引发不同派别争鸣。如“伤寒学派”和“温病学派”之争，针灸学的“重针派”和“重灸派”之争等。“流派”比“学派”概念要广范，具有民族、地域、学术特色如：中医、藏医、傣医等民族医学及地域性的岭南医学、盱江医学、新安医学等。“流派”作为地区医学必须有鲜明特点才有研究传承价值。“流派”比“学派”的概念涉及范围广。“门派”则为师承、立场、见解、作风、习气、方法等不同而结合成的派别，多用于形容武林如武当派、少林派。

中医流派形成要具备三个条件：一是有学术奠基人，即开启山林的鼻祖；二是有理论独特的传世之作；三是有不断相传研习、传播实践的学术群体。当代中医多强调学术共性，缺少学术个性。亦有将固执己见，墨守流派，标新立异作为个性，这是中医发展中存在的问题。

2 中医早期及后期的流派

早期：1. 扁鹊派：主要成就是扁鹊撰写《难经》共有 81 个问答。2. 汤液经法派：商汤的宰相伊尹所著《汤液经》，其中“12 神方”奠定了中药汤剂始源。3. 养生派：代表作《黄帝内经》，中心思想源于道家，以哲学辨识生命与自然，形成完整的理论体系。

其实汉代医学书籍有《黄帝内经》、《黄帝外

经》、《扁鹊内经》、《扁鹊外经》、《白氏内经》、《白氏外经》等，可惜除《黄帝内经》全都失传。

后期：1. 伤寒派：张仲景的《伤寒论》是问世最早的流派。2. 脾胃派：李东垣创立《脾胃论》学说，也叫作补土派。3. 滋阴派：朱丹溪以“阳常有余，阴常不足”论点著《局方发挥》。4. 寒凉派：刘完素的《素问玄机原病式》提出：“伤寒火热病机，主寒凉攻邪”。5. 温补派：张景岳、薛己初创“温补学说”，提出“阴常不足，阳本无余”的论点。6. 温病学派：叶天士为代表所著《温热论》《临证指南医案》用药多以寒凉轻灵为特点。7. 火神派：主张补阳为先也称温阳派和扶阳派，代表人物是郑钦安。8. 学院派：不能称之为“派”，只代表学习经历。

3 流派形成的基础

中国幅员辽阔，地域差异显著。不同地区人群因自然环境、生活习惯、社会人文不同，具有各自特有的体质、生理病理特点、易感或多发疾病，当地医生因地制宜，因人制宜，因病治宜，经过长期实践，结合某一地区疾病规律，反复探索，实践验证，总结有效治疗方法并产生新的理论，形成浓厚的地域医疗特点，不断传承而形成。正所谓“一方水土养一方人”，“一方患者造就一方医学流派”。

中医流派在传承过程中形成的医家群体，经过长期的经验积累，具有鲜明学术特征，创建独特的医学理论或以经典为基础提出医学新说，完善即有中医理论，推动了中医学发展。因此，同一地域的医生往往具有近似的临证用药特点，如孟河之地多湿热，故用药以轻灵和缓见长；“岭南医学”特点见《医碥·卷六》：“岭南地卑土薄，人居其地，腠理汗出，气多上壅，春夏淫雨，人多中湿，肢体重倦，病多上腕郁闷，胸中虚烦，腰膝疼痛，腿足寒厥”；

1 北京中医药大学东方医院，北京 100078

上海较早接受西方医学,形成中西兼容的“海派医学”等。

4 中医喉科发展与学派

中医耳鼻咽喉口腔科的发展始终伴随着祖国医学历史进程。明清期间由于咽喉疫病流行,不少医家致力于咽喉病研究,并在此领域形成鲜明特点。全国各地医家因地、因时、因人审病求因,辨证论治,著书立说,传承发展,使喉科成为一个独立学科。同时具有影响力的喉科专著陆续问世,如张宗良的《喉科指掌》(1757年)、郑梅涧(约1727~1787)《重楼玉钥》、《喉症全科紫珍集》等至今仍有着重要参考价值。关于中国首部喉科医学专著学界尚有争论,有学者考证是清·许梈校订的《咽喉脉证通论》(成书于1278年撰人不详),有学者认为是明朝崇祯年间江西聂杏元所著《咽喉说》(失传),亦有学者提出镇江孙山所作《紫珍喉科》(抄本)早于聂氏的《咽喉说》。由此可见,这一历史时期中医喉科学术迅速发展,形成了地域鲜明的学术特色,如新安学派,盱江学派,上海学派,扬州学派,无锡学派,岭南学派,川蜀学派,紫真学派等等。

5 中医流派的意义与思考

中医学学术流派发展完善着中医药学理论与实践,其传承研究对于弘扬发展中医学至关重要。研究有代表性的中医学术流派,具有启发中医原创思维,提高中医临证疗效,继承中医学学术经验等重要意义和价值。流派的产生在长期医疗实践中逐渐形成,而不是短期内刻意“创建”。当代人生活与以往历史时期截然不同,随着社会发展,交通工具迅速现代化,人口流动大量增加,饮食习惯更加趋同,自然气候变化异常等,都减少了形成流派的基础。但“学派”、“学说”则会不断提出新的学术观点及中医技术,经过在实践中检验交流达成共识形成特色,不断充实完善中医学内涵建设。

学习流派是借鉴古代医家思想和医疗特色,目的是开阔医者思维,提高临证疗效,而不是刻意固守理念,标榜彰显个性,或不谙流派之理而沽名钓誉。如一些医者以“火神派”自居,临证不审病因

一概投以辛热之品;亦有“滋阴派”、“寒凉派”等不辨阴阳虚实,一味滋阴降火。这种现象如今并不罕见。

6 继承流派,师古不泥

新冠暴发初期,一些中医温病专家未到疫区,未见病人,未见舌脉,便给出中医治疗温病方药如银翘散、败毒散、普济消毒饮等。这种只从所学所知的理论判断治疗疾病,不符合中医基本的医疗行为。正如张仲景《伤寒论》序所言:“观今之医,不念思求经旨,以演其所知,各承家技,终始顺旧。省疾问病,务在口给,相对斯须,便处汤药,按寸不及尺,握手不及足,人迎、跌阳,三部不参,动数发息,不满五十,短期未知决诊,九候曾无仿佛,明堂阙庭,尽不见察,所谓窥管而已。”

我的学生在疫情期间查阅资料,将历代中医有载的瘟疫流行归纳总结三万余字,发现每次瘟疫流行过程多有一定规律,如始于大雪、发于冬至、生于小寒、长于大寒、盛于立春、弱于雨水、衰于惊蛰,完于春分,灭于清明。宋元以前,一种疫情波及3省以上者仅有2次,这与当时社会环境密切相关。反观“新冠”疫情,跨季节、跨地域、跨人群等特点(且是自然形成还是人为所致尚不清楚),再一味以固有理念“按图索骥”,如何体现中医药疗效优势。

“新冠”初期根据武汉患者发来病情症状及舌苔图片分析:此次疫情发病时值大寒,且阴雨连绵,寒湿严重,鄂地冬季无室内取暖,故早期为伤寒夹湿,所见发病初起多无高热亦无汗。寒主收引、主凝滞,与湿相和而成寒湿之邪,寒湿外侵,肺脾受之,出现发热而不高,咳嗽,乏力等;鼻为肺窍故嗅觉下降或丧失。此时治宜温通燥湿而非清热解毒。本次发病重责在脾,脾主升降,脾为肺母,脾胃一家,脾虚及肝。人体感受寒湿之邪,久必致瘀。因寒邪凝滞,湿聚阻络,经脉不畅,瘀血内生,此时治疗应增化瘀之法,宜加辛温活血之品。(而非散瘀,祛瘀。因寒致瘀者宜温化之,因热致瘀宜散之,取凉血活血之品。因气滞而瘀宜通之,取理气活血

(下转第6页)

从肝脾论治复发性口腔溃疡

杨谋¹ 杨龄² 陈祖琨³

【摘要】 陈祖琨教授经过长期的临床实践,认为复发性口腔溃疡的发病是多方面的,而主要病位在肝脾,宜从肝脾论治。临床辨证常以肝郁脾虚、肝火上炎、阴虚火旺、脾虚湿盛多见,分别给予疏肝健脾、清肝泻火、滋阴清热、健脾渗湿治疗之法。注重口窍局部病变,认为痰、瘀、热互结为口窍局部新的病变,针对这一局部病变善用外治法,创立口疮散,内外同治。临床取得很好疗效。

【关键词】 复方性口腔溃疡;口疮;肝脾论治;经验

复发性口腔溃疡又可称作复发性阿弗他溃疡,其临床表现为局部溃疡,好发于舌尖、舌缘、唇、软腭、腭弓和颊黏膜等部位,具有疼痛性、复发性、自限性等特征。患病率高达 20% 左右,居口腔黏膜病首位^[1]。复发性口腔溃疡在发作阶段会影响患者的语言、进食,甚至心情,疼痛剧烈,病情顽固,严重影响患者的生活质量,有时因经久不愈而表现为顽固性溃疡甚至癌变的可能,导致预后不佳^[2-4]。其发病原因复杂,目前多认为与口腔菌群失调、免疫功能异常、微循环障碍、感染、微量元素缺乏、内分泌失调、胃肠功能失调、精神心理因素、激素水平改变、饮食因素等多种因素有关,但其确切病因及发病机制至今不明,目前尚缺乏有效的根治方法^[5-8]。复发性口腔溃疡属于中医学“口疮^[7,11]”。目前,中医对复发性口腔溃疡病因病机认识多集中于心脾积热、阴虚火旺、脾肾阳虚、寒饮内停、络脉瘀阻、伏邪、中焦虚寒等^[9-13]。导师陈祖琨教授系云南省第五批中医药师带徒工作指导老师、云南中医药大学第二附属医院教授,擅长从肝脾论治复发性口腔溃疡,现将其经验总结如下。

1 审证求因

陈祖琨教授经过长期的临床实践,认为复发性口腔溃疡的发病是多方面的,而主要病位在肝脾,

宜从肝脾论治。肝经之气上行通于口腔。《灵枢》:“肝足厥阴之脉……其支者,从目系下颊里,环唇内。”“厥阴者,肝脉也……而脉络于舌本也。”口腔的肌膜及正常生理功能有赖于肝气的条达升发与肝血的奉养。脾主口唇,口为脾之窍,口唇为脾之官,《素问》:“脾主口,……在窍为口。”《普剂方》:“是太阴脾之经也,其气通于口。”《灵枢》:“脾足太阴之脉,……连舌本,散舌下。”胃上接口唇,为胃系所属,“足阳明胃之脉,……入上齿中,还出挟环唇,下交承浆。”脾主口,脾胃经脉之气均通于口舌。脾为后天之本,气血生化之源,主输布水谷精微,运化水湿,升清降浊,脾气健运,清升浊降,口窍得气血濡养则口舌肌膜光滑润泽,功能和利。肝脾密切相关,肝主疏泄,调畅气机,协调脾胃升降,《医贯》:“脾之用于动,是木气也。”脾气健旺,运化正常,水谷精微充足,气血生化有源,肝体得以濡养而使肝气冲和条达有利于疏泄机能的发挥,口和舌灵得以濡养,“脾和则口能知五谷矣。”随着社会生活节奏加快,工作学习生活压力较大,长期忧思不解易致肝失疏泄,气机郁滞,肝乘脾土,脾失健运,肝脾不和,运化失常,气血不能上承则口窍失于濡养。或肝郁日久,气郁化火,火性炎上,循厥阴经上扰口窍。肝火灼伤阴血,同时熬夜、吸

基金项目:云南省应用基础研究—中医联合专项(201601CH00093)

1 云南省老干部医院,云南 昆明 650034

2 云南中医药大学,云南 昆明 650500

3 云南中医药大学第二附属医院,云南 昆明 650041

烟、过食辛辣刺激性食物等耗伤阴血，阴不制阳，阴虚火旺而致病。先天禀赋不足，或劳倦过度，或饮食不节，或大量使用抗生素等损伤脾气，脾气虚弱，脾虚聚湿生痰，湿浊内生，困结中焦，致枢纽升降失常，清阳之气不能上达口窍。如《丹溪心法》：“口疮服凉药不愈者，因中焦土虚。”脾失健运也可影响肝失疏泄，导致“土壅木郁”之证，使口腔粘膜溃烂而成疮。临床以肝郁脾虚、肝火上炎、阴虚火旺、脾虚湿盛多见。

2 临证施治

2.1 肝郁脾虚

临床表现：溃疡基底灰白，疼痛轻微，散在性分布，数目不多，溃疡面不大，常在日久抑郁后发作，胸闷气短，胸胁胀痛，倦怠乏力，少气懒言、纳差，大便稀溏，舌淡红、苔白腻，脉弦细。治则：疏肝健脾。处方：小柴胡汤合四君子汤为基础方加减。伴恶心、呕吐，加旋覆花、代赭石降逆止呕；便溏、腹泻加茯苓、泽泻、猪苓健脾祛湿利水；纳差，加焦三仙健胃消食。

2.2 肝火上炎

临床表现：溃疡表面呈黄白色，数目较多，疼痛剧烈，常在恼怒后发生或加重，舌红、苔黄，脉弦数。治则：清肝泻火。处方：龙胆泻肝汤为基础方加减。伴头痛、眩晕加天麻、钩藤，夜寐不安加生龙骨、生牡蛎。

2.3 脾虚湿盛

临床表现：溃疡基底灰白，表面可有白膜覆盖，疼痛不剧烈，口淡或甜，身重，肢倦乏力，腹胀便溏，舌淡，或舌体胖大，边有齿印，苔白腻，脉细缓。治则：健脾渗湿。处方：参苓白术散为基础方加减。伴恶心呕吐较甚加旋覆花、代赭石，苔厚腻加苍术、藿香、佩兰。

2.4 阴虚火旺

临床表现：溃疡基底微红，疼痛在夜间为甚，熬夜后加重，平素腰膝酸软，舌红少苔，脉细数。治则：滋阴清热。处方：一贯煎或六味地黄丸为基础方加减。伴寐差加酸枣仁、夜交藤，盗汗、遗精

加煅龙骨、煅牡蛎，手足心热加知母、黄柏。

3 内外同治

治疗复发性口腔溃疡时，注重口窍局部病变，强调脏腑辨证与辨病相结合的思想。口窍居人体上部头面，为清阳之气上通之处，其窍属阳，喜清恶浊，喜通恶滞。《灵枢》：“十二经脉三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍，……走唇舌而为味。”口窍的和利有赖于脏腑功能协调、气血濡养及通利。若为邪滞，则气血难以通达，口窍失养而发病。肝郁则气滞，口窍血行不畅而瘀滞；脾气不足不能推动血行致血瘀口络；阴虚津亏不能载血以运行，则瘀阻口络。加之复发性口腔溃疡反复发作，病程较长，“久病入络”。口络瘀阻则肌膜失养，瘀阻日久化热，热盛血败肉腐化生痰浊。痰、瘀、热易于搏结。痰、瘀、热互结为口窍局部新的病变。针对局部病变特点，在整体辨证治疗“本”的同时，使用外敷药治其“标”，标本兼顾，内外同治，创立口疮散，此散由三七、石菖蒲、白及组成，将上三味中药研成粉末混合后涂抹于溃疡处。三七性温，味甘，归肝、胃经。化瘀止血、活血定痛，有化瘀而不伤正，止血而不留瘀之特点，为消肿定痛之要药。《本草纲目》：“止血、散血、定痛。”现代药理研究三七有抗炎、止血、活血、抗血栓、镇静、镇痛、抗纤维化、抗氧化、增强免疫力作用^[14-17]。石菖蒲辛苦温，归心、胃经。开窍化湿，宁心和胃。《本草经集注》：“通九窍，明耳目，……主耳聋、痈疮。”现代药理研究石菖蒲具有镇静、抗抑郁、抗焦虑、抗菌、抗炎等作用^[18-20]。白及性寒，味甘苦涩，归肺、胃、大肠经。收敛止血，消肿生肌。《本经》：“主痈肿、恶疮、败疽，伤阴死肌，胃中邪气。”现代药理研究有抗菌、抗病毒、抗肿瘤、抗氧化、抗溃疡、止血及促进创面愈合等作用^[21-22]。三七祛瘀生新，活血消肿定痛，石菖蒲芳香祛湿化痰，白及性寒，止血敛疮、消肿生肌，三药合用起清热化痰、活血敛疮之效。外治法药少力专，机械性保护创面，促进口腔溃疡愈合。

4 病案举隅

患者李某,女,42岁,教师,2021年7月17日初诊。主诉:反复口腔溃疡5余年,再发加重5天。患者近5年来反复出现口腔溃疡,伴肢倦乏力,每因劳累过度后诱发或加重。既往慢性胃炎病史。曾到当地医院就诊诊断为“复发性口腔溃疡”,并予抗生素及维生素类药物治,病情未见明显好转,期间患者多次中西医治疗,效果欠佳。5天前因工作劳累过度加之饮食不规律后,复发并加重。刻下症见:舌体及口腔溃疡处轻微疼痛,口甜,身重,肢倦乏力,腹胀,便溏,舌淡,苔白腻,脉细缓。查体:舌下、舌边及口唇内侧可见多处溃疡,直径约2~4mm大小,表面白膜覆盖,溃疡基底灰白,西医诊断:复发性口腔溃疡,中医诊断:口疮(脾虚湿盛),治以益气健脾、渗湿敛疮。方以参苓白术散加减:太子参30g,茯苓15g,黄芪30g,白术15g,炒山药15g,砂仁15g,薏苡仁30g,白扁豆15g,桔梗6g,葛根12g,厚朴10g,炒黄芩10g,黄连10g,生甘草6g。共7剂,每日1剂,水煎内服,每日3次。并外敷口疮散以清热化痰、活血敛疮,每日三次。

7月24日二诊:舌体无明显疼痛,口唇内侧稍疼痛,舌下、舌边溃疡已愈合,口唇内侧可见少量溃疡,数量较前减少,溃疡面较前减小,无口甜、身重、肢倦乏力,仍腹胀、便溏,舌淡,舌苔白腻,脉缓。上方加藿香15g,苍术15g,猪苓15g,泽泻15g化湿利水,共7剂,每日1剂,水煎内服,每日3次。并外敷口疮散,每日三次。

7月31日三诊:口唇无明显疼痛,口唇内侧溃疡已愈合,腹胀缓解,大便改善,舌淡,舌苔中部白腻,脉稍缓。效不更方,继予二诊处方7剂,每日1剂,水煎内服,每日3次。并外敷口疮散,每日三次。

8月7日四诊:患者药后诸症悉除,舌淡红,苔薄白,脉沉。予补中益气丸(大蜜丸),口服,一次1丸,一日2次,口服半月。随访半年未复发。

按语:本案属脾虚夹湿之口疮。患者既往肢倦

乏力,脾气本虚加之工作繁重劳累过度和饮食不规律后更加损伤脾气,脾气虚弱,脾虚聚湿生痰,湿浊内生,困结中焦,致枢纽升降失常,清阳之气不能上达口窍,舌体及口腔肌膜失养,加之脾气不足不能推动血行致血瘀口络,血瘀日久化热,热盛血败肉腐化生痰浊则发口腔溃疡。每因劳累过度后诱发或加重,肢倦乏力,舌淡为脾虚之征。口甜,身重,腹胀,便溏,苔白腻为湿盛之象。脉细缓为脾虚夹湿之征。故内治宜益气健脾、渗湿敛疮,以参苓白术散为基础方加减。外用口疮散清热化痰、活血敛疮。二诊,舌体无明显疼痛,口唇内侧稍疼痛,舌下、舌边溃疡已愈合,口唇内侧可见少量溃疡,数量较前减少,溃疡面较前减小,无口甜,身重,肢倦乏力,仍腹胀、便溏,舌淡,苔白腻等病候无变化,此为脾虚得健,湿困之征无改善,上方加以藿香、苍术、猪苓、泽泻化湿利水。三诊,患者溃疡已愈合,腹胀缓解,大便改善,舌淡,舌苔中部白腻,脉稍缓,湿困之征较前改善,二诊处方守用。四诊,病证悉除。口服补中益气丸半月,续健脾益气。

参考文献

- [1] 陈谦明,周曾同.口腔黏膜病学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2008:58.
- [2] 张军,李玉荣.复发性口腔溃疡的治疗研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(73):21-22.
- [3] 陈净,孙勤国.复发性口腔溃疡患者口腔微生态的研究进展[J].实用医学杂志,2015,31(19):3264-3266.
- [4] 许郑林,王蕾,靳泳秀,等.复发性口腔溃疡与免疫相关因素水平变化的研究进展[J].医学综述,2021,27(24):4893-4867.
- [5] 陈杰,丁维俊.复发性口腔溃疡微生物及免疫学机制与中医相关性探讨[J].中国实验方剂学杂志,2016,22(13):202-207.
- [6] 朱润秋,林旭馨,何佳苇.复发性口腔溃疡的

病因以及临床治疗研究概述 [J]. 黑龙江医学, 2020, 44(3):287-288.

[7] 周雨慧, 李晓宁, 宋梦蝶, 等. 中医药治疗复发性口腔溃疡研究进展 [J]. 中医学报, 2020, 35(265):1207-1211.

[8] 张优琴, 江春霞, 王智巍, 等. 复发性口腔溃疡的临床治疗进展 [J]. 中国药房, 2015, 26(35): 5030-5032.

[9] 王永钦. 《中医耳鼻咽喉口腔科学》[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005:941-950.

[10] 洪燕珠, 奚胜艳, 许家佗, 等. 从“寒饮”论治复发性口腔溃疡临证体会 [J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(2):729-731.

[11] 郭小乐, 谢秋利, 莫为, 等. 国医大师张磊从瘀血论治顽固性口腔溃疡经验 [J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(9):4073-4075.

[12] 王上, 孙玉洁, 陈雨, 等. 李家庚治疗复发性口腔溃疡经验 [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(12):5429-5431.

[13] 王超, 张林, 宋佳, 等. 论虚寒性口腔溃疡的治疗 [J]. 环球中医药, 2019, 12(9):1398-1400.

[14] 王浴生, 邓文龙, 薛春生. 中药药理与应用 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1998:36-37.

[15] 张洁. 中药三七的药理作用及研究进展 [J]. 卫生检验, 2017, 28(40):40-41.

[16] 王莹, 褚扬, 李伟, 等. 三七中皂苷成分及其药理作用的研究进展 [J]. 中草药, 2015, 46(9):1381-1392.

[17] 蔡琳, 彭鹏. 三七药理作用的研究进展 [J]. 山东化工, 2021, 50(3):70-71.

[18] 梅婷婷, 闫璐, 陈晶. 石菖蒲化学成分及其药理作用概述 [J]. 中医药信息, 2022, 39(4):77-80.

[19] 石坚宏, 姬丽婷, 骆启晗, 等. 石菖蒲化学成分、药理作用及质量标志物预测分析研究进展 [J]. 中成药, 2021, 43(5):1286-1290.

[20] 张晓莹, 郭宏伟. 石菖蒲药理作用研究进展 [J]. 中国中医药科, 2019, 26(2):320-321.

[21] 李世琴, 熊丽丹, 何海伦, 等. 白芨的药理作用和临床研究进展 [J]. 中国美容医学, 2021, 30(11):176-178.

[22] 沈映君. 中药药理学 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 548-550.

(上接第 2 页)

之品。)所以早期大量使用清热解毒等寒凉药物是不恰当的。脾为后天之本，脾气一伤正气不足。故在祛邪同时还要配合健脾醒脾，和胃调胃之法。若病程一周以后可出现湿淤化热之象，再用清热利湿之法，同时应考虑患者年龄、性别、体质等诸多因素。史上瘟疫流行在春、夏季时，正值阳气生发或正盛之时，故清凉剂应运而生。如 1793 年京城温疫大行。纪晓岚《阅微草堂笔记》记载：“乾隆癸丑春夏间，京中多疫。以张景岳、吴又可之法治之，十死八九，不甚验。”此时吴鞠通正在京城检校《四库

全书》，见此疫情一心赴救，应变治法，实践出真知，总结撰写《温病条辨》，而银翘散成为治疗此次瘟疫的代表方。反观湖北疫情，发病大寒，以寒、湿、瘀合毒而为病，虽属瘟疫，然病因有别，时令有别，地域有别，体质有别……

无论哪个中医流派，都是以辨证为本，以患者为本。治法用药，四气五味，升降浮沉，而不是以“杀菌、杀病毒”为原则。所以，学习、研究、继承中医学学术流派是开阔思路，而不是“邯郸学步”。

《针灸甲乙经》对鼻病的论治探析

贺若楠¹ 吴飞虎² 刘业海³

【摘要】 为了探讨《针灸甲乙经》中关于鼻部疾病的治疗思路与方法,笔者对《针灸甲乙经》全文进行阅读,整理其中有关鼻病治疗条文,据此分析病因病机,统计取穴数目、应用频次、分布规律等,总结其选穴处方原则,并对其针刺方法加以分析,得出其治疗具有善用单穴处方,以循经取穴,选取阳经腧穴以及善于选用特定穴为主的特点,同时针具可选用鍤针,采用缪刺法等,对鼻部疾病的治疗都有良好疗效,因此熟练掌握其中有关的治疗方式与规律,可对现代临床针灸提供理论基础与治疗思路。

【关键词】 针灸甲乙经;病因病机;选穴特点;针刺方法

《针灸甲乙经》原名《皇帝三部针灸甲乙经》,由晋代皇甫谧所撰,总结了晋代以前在医学基础理论和针灸治疗等方面带有总结性的三部主要医学著作《素问》、《灵枢》和《明堂孔穴针灸治要》^[1]。《针灸甲乙经》不仅是我国现存最早的一部针灸学专著,而且也是深入研究《黄帝内经》等古传本的重要文献。对国内外的针灸学发展均有重大影响^[2]。从晋到宋的针灸书几乎都是以此书为基础进而发展而来。鼻部疾病也是临床上常见的多发疾病之一,《针灸甲乙经》是我国第一本详细讲解针灸治疗鼻鼽如何取穴以及具体针灸方法的著作^[3],因此熟读和掌握书中与鼻病有关的条文,分析其病因,病机,取穴方法,以及了解针灸处方的思路等,对现代鼻部疾患的研究具有很大的价值。

1 鼻的生理相关

鼻具有行呼吸、司嗅觉、助语言、御外邪的生理功能^[4]。对人体来说有着重要的作用,《针灸甲乙经·卷十二》^[5]：“口鼻者，气之门户也”，即口鼻为呼吸之气出入的道路。鼻司嗅觉，属肺系的一部分^[6]，正如《针灸甲乙经·卷一》^[5]云：“故肺气通于鼻，鼻和则能知香臭矣”。鼻御外邪主要通过两种途径，一为卫阳直接驱邪外出，二是通过喷嚏使鼻内存留邪毒不能客滞鼻窍^[4]，如《针灸甲乙经·卷十二》^[5]

所云：“阳气和利，满于心，出于鼻，故为嚏”，因此人体正气充盛是防御外邪入侵，维持鼻部正常生理功能的最重要的因素。

2 病因病机

2.1 脏腑病变

中医学认为人是一个有机的整体，生理上相互关联病理上相互影响，因此鼻与五脏六腑有着紧密的联系。《针灸甲乙经》中较具体的论述了肺、肝、胆、脾、胃与鼻病的关系。与肺相关具体表现在《针灸甲乙经·卷一》^[5]云：“肺气虚，则鼻息不利，少气”，《针灸甲乙经·卷一》^[5]：“肺脆则善病消瘵易伤于热，喘息鼻衄；肺端正则和利难伤”。鼻为肺窍，生理功能的正常有赖于肺气的濡养，若肺脏异常，则会导致鼻息不利，鼻衄等异常症状。与脾相关，《针灸甲乙经·卷四》^[5]：“脾脉，土也，孤脏，以灌四旁者也……太过则令人四肢不举；不及则令人九窍不通，名曰重强”。脾属土，为孤脏，土者生万物而法天地，脾运化水谷，化生津液，灌溉于肝、心、肺、肾，以充养九窍，若脾胃运化失司，则生化无权，五脏失养，九窍闭塞不通。此外，宗气对于鼻功能的正常行使也有至关重要的意义。《针灸甲乙经·卷四》^[5]：“其精阳之气，上走于目而为睛，其别气走于耳而为听，其宗气上出于鼻而为臭”。王

1 安徽中医药大学针灸推拿学院，安徽 合肥 230031

2 安徽中医药大学第一附属医院耳鼻喉科，安徽 合肥 230031

3 安徽医科大学第一附属医院耳鼻咽喉头颈外科，安徽 合肥 230000

垵涵等人^[7]也认为宗气可以调控人的呼吸,激发鼻的嗅觉功能。宗气由脾胃化生,走息道以行呼吸,贯心脉以行气血,脾主统血,鼻从结构上来说为血脉多聚之处,因此鼻的健旺有赖脾气的滋养。《素问·五脏别论》阐述到自然界的四时五气通过鼻这个通道进入心肺,吸入自然界的清气,浊气排出体外,新陈代谢正常,人体的机能活动才会正常^[8]。《针灸甲乙经·卷二》^[5]云:“故五气入于鼻,藏于心肺,心肺有病而鼻为之不利”。因此,王仁忠等人^[9]认为宗气一心肺一鼻可构成三位一体的整体功能结构状态。与胆相关,《针灸甲乙经·卷六》^[5]:“胆热移热于脑,则辛頞鼻渊者,浊涕下不止也,传为衄衄瞑目,故得之厥也”,胆为中清之腑,其清气上通于脑。若胆经有热,热气循经上行至脑,而犯于二颊和鼻,则可导致鼻梁内部有辛酸的感觉。“胆府”郁热,则少阳三焦气化失常,以致清阳不升,浊阴不降,浊阴携热上犯,正常润泽鼻腔的津涕继而受邪化为脓涕^[10]。临床上,实证、热证的鼻病,也多与胆经火热有关。与肝相关,“筋寒热,唾血短气,鼻酸,肝俞主之”^[5]。肝主筋,故筋寒热亦为肝寒热,肝脏受邪气侵犯而发寒热之病,可导致鼻酸的症状。肝主疏泄,为五脏之贼,肝气升发,若升发太过,则疏泄失职,气机失调,影响血液与津液的正常运行输布,使鼻窍失于濡养或血液上溢于鼻而发病。与肾相关,肺为呼吸之主,肾为纳气之根。肾气充沛,其摄纳功能正常发挥,肺与鼻才得通畅。若肾阳衰微,无法温煦脏腑,而肺为娇脏,易受外邪侵袭,则易于发生鼻病,《针灸甲乙经·卷五》^[5]:“刺中肾,三日死,其动为嚏”。《素问·宣明五气论》亦云:“五气所病……肾为欠为嚏。”郭荀等人^[11]在探讨鼻衄的发生与治疗时从“肺一卫一肾”立论。

心为君主之官,藏神则司嗅,肝经与鼻咽部相通,且肝胆互为表里,肺卫外的强弱又与心、脾、肾密切相关^[12],脾胃化生津液充养全身,使得九窍和安。若某一脏腑病变既可直接导致疾病的发生又可累及其他脏腑导致鼻病,正如《针灸甲乙经·卷六》^[5]:“脾移热于肝,则为惊衄”。因此五脏功能协

调,鼻才能发挥其正常的生理功能。

2.2 经脉病变

经络内属脏腑,外络肢节,沟通表里上下,联系脏腑器官,因此脏腑的病变可以通过经脉反映,经脉的变动亦可以导致脏腑的疾患。《针灸甲乙经·卷二》^[5]:“大肠手阳明之脉……左之右,右之左,上侠鼻孔,是动是主津所生病者……衄衄……”;“胃足阳明之脉,起于鼻交颊中,傍约太阳之脉,下循鼻外。……是主血所生病者……衄衄……”;“膀胱足太阳之脉,起于目内眦,上额交巅……是主筋所生病者……鼻衄……”,《针灸甲乙经·卷四》^[5]:“太阳厥逆,僵仆呕血擅衄”;“阳明厥逆,喘咳身热,善惊,衄血,呕血”。《针灸甲乙经·卷七》^[5]:“二日阳明受之,阳明主肉,其脉挟鼻,络于目,故身热目痛而鼻干不得卧”。故外邪或其他原因引起经脉的变动可导致鼻衄、衄、鼻干等病的发生。

2.3 外邪侵袭

《针灸甲乙经·卷四》^[5]:“肝脉……大甚为内痛,善呕衄”。肝热气盛,热邪内伏,若肝热上冲迫血外溢发为衄血。《针灸甲乙经·卷四》^[5]:“微急为肺寒热怠惰,咳唾血,引腰背胸,若鼻息肉不通”,风寒犯肺,正邪交争,肺气不行,发为咳而唾血,呼吸不畅。《针灸甲乙经·卷八》^[5]:“厥气生足溢,足溢生胫寒……起居不节,用力过度,则络脉伤,阳络伤则血外溢,溢则衄血。”说明了寒气与起居不节可致衄血。《针灸甲乙经·卷十一》^[5]因此,鼻病成因主要分为内外两面,外为六淫病邪侵袭,起居不节等因素,人体感受寒、热、风之邪发病,在内则责之于肺、肝、胆、脾、胃、肾等脏腑功能失调。

3 《针灸甲乙经》关于鼻病的治疗

3.1 选穴特点

笔者分析了《针灸甲乙经》中与鼻病治疗有关的 53 条原文,其中 50 条为单穴处方,3 条为配穴处方,共使用穴位 48 个,使用频次达 58 次,涉及鼻塞、鼻不利、鼻衄、鼻衄衄、衄、嚏、涕,鼻张、鼻酸、管疽、鼻中有蚀疮等病。从上述统计数据可以看出,《针灸甲乙经》中治疗鼻病多选用为单穴处

方。有研究表明^[13]，《甲乙经》中 1045 个处方中有 873 个单穴处方，占总数 83.5%。皇甫谧认为针灸治病取穴需少而精。《针灸甲乙经》中描述用针之道在于：“知形气之所在，左右上下，阴阳表里，血气多少，行之逆顺，出入之合，诛伐有过”^[5]；“先得其道，希而疏之”^[5]。这与现代临床针灸治疗有很大的差异。鼻通—印堂—迎香、鼻通—合谷—迎香、上星—迎香、合谷—肺俞—迎香、鼻通—迎香、上星—印堂—迎香、风池—合谷—迎香、风池—印堂—迎香、合谷—印堂—迎香^[14]是临床最常选用的治疗过敏性鼻炎的腧穴配伍。少商和合谷、合谷和上星^[15]则是选用频次最多的治疗鼻出血的腧穴配伍。这种差异的形成源于古人最初对腧穴治疗疾病认识的不全面。从晋代皇甫谧的《针灸甲乙经》到明代杨继洲所著的《针灸大成》针灸处方在理论上经历了一个由腧穴主对到配穴处方的归纳发展过程，明代才是配穴处方发展与针灸处方的成熟时期^[16]，皇甫谧所处时期针灸选穴配伍治疗疾病处于临床积累阶段。

3.1.1 循经选穴为主

在治疗鼻部疾病时，皇甫谧重视循经取穴，所统计的 48 穴都为十四经脉上的穴位，手阳明经、足阳明经、手太阳经、足太阳经和督脉等循行于鼻部或鼻旁。《针灸甲乙经》中详细记载了经脉的变动可导致多种鼻病的发生。《类经》中也反复论述了引起鼻病发生的主要原因是经络的变动^[17]。由此可以理解《针灸甲乙经》以循经选穴为主的原则，其体现了“经脉所过，主治所及”的思想，在涉及的 48 个穴位中，膀胱经穴 14 个，大肠经穴 6 个，督脉穴 6 个，小肠穴 3 个，任脉穴 2 个，胃经穴 1 个，共 32 穴，占比高达 66.67%。

3.1.2 选取阳经腧穴为主

在《灵枢·逆顺肥瘦》中：“手之三阴，从脏走手；手之三阳，从手走头；足之三阳，从头走足；足之三阴，从足走腹”，《灵枢·邪气脏腑病形》又说“诸阳之会，皆在于面。”手足阳经皆交汇于面部，而鼻位于面中，居诸阳经汇聚之处，为阳中之阳，与六阳经有着密切的关联。《针灸甲乙经》的选

穴也证实了这一点，统计的 48 个穴位中，阳经穴有 37 个，占比高达 77.08%（膀胱经 14 穴，大肠经 6 穴，督脉 6 穴，胆经 5 穴，小肠经 3 穴，胃经 1 穴，三焦经 1 穴）。由此可见，《针灸甲乙经》治疗鼻病取穴以阳经经穴为主，阴经经穴为辅。而在选取的阳经腧穴又以膀胱经上选穴最多。原因有二，其一，足太阳膀胱经位于背部，背部属阳，针刺其穴位具通调阳气的作用。其二，鼻部疾病大多与津液有关，而膀胱乃津液之府^[18]。故多选用膀胱经上腧穴。

3.1.3 选用特定穴为主

在所讨论的 48 个穴位中，特定穴占比为 70.83%。《针灸甲乙经·卷五》^[5]提到了：“冬取井荥，春不取腧”的四时刺法。井穴是经气始发之处，荥穴属火，为阳之本。冬日天阳之气在下，人的阳气潜于内，冬阴寒之邪盛，人常表现为阴常有余，阳常不足^[19]。鼻衄发病多在春天，是因春主少阳升发之气，病在少阳半表半里，以致少阳枢机不利，郁热上扰，熏蒸鼻窍而发鼻衄。阳气内郁，枢机不利，鼻窍失其清空之性^[20]，冬天阳气开始闭藏，而阴气渐盛。“《素问经注节解》注‘冬阴寒逆，抑之始下，冬阳气微，通之为贵’”^[5]因此在冬天刺井穴以降阴逆，逆其有余，取荥穴以通阳气，扶其不足，使春天阳气不至于升发太过而致鼻衄。这也反映了古人治未病的思想。关于井、荥穴的使用《针灸甲乙经》中选取了肺经、大肠经、心包经、小肠经、膀胱经的荥穴，肾经、脾经、膀胱经、胃经的井穴以治疗鼻部疾病。

4 针刺方法

4.1 针刺深度

《针灸甲乙经》中依据经络循行特点、病症特点、季节时间、病人肥瘦、针刺手法等方面的差异来选取不同的针刺深度^[21]。中医讲究人与自然的统一性，治疗需与四时相呼应。《针灸甲乙经·卷五》^[5]：“春气在毫毛，夏气在皮肤，秋气在分肉，冬气在筋骨。刺此病者，各以其时为齐”。若违逆四时，刺所非宜，不仅病证不愈，反而加重病势甚或引起其他病变。《针灸甲乙经·卷五》^[5]云：“冬刺春分，

病不愈，令人欲卧不能眠，眠而有见。冬刺夏分，病不愈，令人气上，发为诸痹。冬刺秋分，病不愈，令人善渴”。《针灸甲乙经·卷五》^[5]：“冬取诸井诸俞之分，欲深而留之”也正是遵循这一原则，又云“冬取井荣，春不鼽衄”，故冬末治变，针刺井荣防治鼽衄时，需深刺而久留之方可起效。

4.2 鍤针治疗

《针灸甲乙经·卷十二》^[5]：“暴瘧内逆，肝肺相薄，血溢口鼻，取天府，此为胃之大膈五部也”。衄血诸证，多由火热之邪侵袭伤及手足三阳经络，血热迫血妄行上溢而发衄。《针灸甲乙经·卷五》^[5]：“人之所以生成者血脉也。故为之治鍤针”。因此治疗此类病症可选用鍤针进行针刺。除衄血之外，临床研究表明^[22]，临床过敏性鼻炎采用鍤针治疗也有良好疗效。

4.3 缪刺之法

巨刺与缪刺皆为左病取右，右病取左。如何细别详分《针灸甲乙经》对此做出了详细解释。《针灸甲乙经·卷五》^[5]曰：“邪客于经也，左盛则右病，右盛则左病，病易且移者，左痛未已，而右脉先病，如此者必巨刺之，必中其经，非络脉也。故络病者，其痛与经脉缪处，故曰缪刺。”因此缪刺法适用与于病位较浅，病邪尚未深入，邪客于络者，巨刺之法则适用于病位较深，邪入于经者。《针灸甲乙经·卷五》^[5]：“邪客于足阳明之络，令人鼽衄，上齿寒，刺足大指次指爪甲上与肉交者，各一痛，左取右，右取左”。病邪外感客于足阳明之络，发为鼽衄，在尚未深入之时采取缪刺之法，可驱邪外出，鼽衄得愈，上齿不寒。

5 结语

综上所述，鼻部的疾病在古代范围就十分广泛，书中介绍鼻部疾病十余种，涉及鼻塞、鼻不利、鼻鼽、鼻鼽衄、衄、嚏、涕，鼻张、鼻酸、管疽、鼻中有蚀疮等等。病因病机也较为复杂，多与风寒热邪的侵袭和肺、肝、脾、肾等脏腑功能失调有关，心肺失调，肺虚受寒，肺经郁热，阳明郁热，痰火郁结，脾胃虚弱，肝胆热盛等均可导致疾病的发生。

共计选穴 48 个。《针灸甲乙经》中关于鼻病治疗重视循经选穴，选取特定穴和阳经腧穴，且多为单穴处方。而现代临床较少选取单穴治疗疾病，这与环境变化、医生针刺经验、患者心理需求、医疗成本等多方面的因素相关^[23]。关于治疗，《针灸甲乙经》介绍冬末治变的方法治疗鼽衄，且针刺要深而久留。刺入深度要顺应四时得其时当其位。还可选用九针之一的鍤针对其进行治疗，针刺方式可选用缪刺，这为现代临床针刺治疗鼻病提供了较好的思路于研究方向。

《针灸甲乙经》中对鼻部疾患的病因病机，选穴配伍，针刺方式等都进行了较为详细的阐述。作为第一部针灸学专著，所记载的腧穴形态特征及其规律，既是《内经》《难经》学术思想的延续，也是腧穴古典形态观的主要体现^[24]，为后世医家治疗此类病症提供了丰富的理论基础与选穴经验，对现代临床治疗有着重要的启示作用。

参考文献

- [1] 樊友平, 王大鹏, 朱世增. 中华性医学辞典: 北京; 南昌: 北京科学技术出版社; 江西科学技术出版社. 1997.
- [2] 高忻洙. 中国针灸学词典南京: 江苏科学技术出版社. 2010.
- [3] SOLOMON WONG. 针灸推拿治疗鼻鼽的古代文献整理研究 [C]. 厦门大学, 2019.
- [4] 曾仁宏. 鼻部常见病症术语的规范研究 [C]. 北京中医药大学, 2011.
- [5] 针灸甲乙经校释 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009.1.
- [6] 李凯庆, 丁园, 夏雪等. 孙远征教授针灸治疗病毒感染后嗅觉障碍经验 [J]. 浙江中医药大学学报, 2022, 46(10):1103-1106.
- [7] 王垚涵, 鲁艺. 浅析宗气理论在鼻鼽防治中的指导作用 [J]. 云南中医中药杂志, 2013, 34(11):24-25.
- [8] 曾雅婷. 基于红外热成像技术对中医藏窍理

论“肺开窍于鼻”的研究 [D]. 江西中医药大学:2020.

[9] 王仁忠. 宗气与鼻鼽发病的相关性研究 [D]. 山东中医药大学:2005.

[10] 姚兰, 李亚军. 从“胆移热于脑”浅述鼻渊 [J]. 西部中医药, 2022, 35(09): 69-72.

[11] 郭荀, 贾国兵, 谢慧, 等. 从“肾-肺-卫”论鼻鼽的发生与辨治 [J]. 中医杂志, 2022, 63(22): 2179-2182.

[12] 周光. “皮肤卫外功能”理论内涵探微 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(03): 323+354.

[13] 张胜春, 赵京生. 《针灸甲乙经》中处方用穴特点 [J]. 中国针灸, 2002, (07): 62-65.

[14] 王璇, 谭静, 张晓燕, 等. 针灸治疗过敏性鼻炎的选穴规律分析 [J]. 中医药导报, 2021, 27(02): 155-159.

[15] 曹方, 李铁, 哈丽娟, 等. 基于数据挖掘技术的针灸治疗鼻出血临床选穴配伍规律研究 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(05): 682-685.

[16] 周庆辉, 黄美明, 吴绍德. 针灸处方的发展与腧穴主对的关系 [J]. 中国针灸, 1992, (04): 45-47.

[17] 钟娟, 张勤修. 《类经》关于鼻及鼻部疾病论述的初探 [J]. 四川中医, 2014, 32(09): 16-18.

[18] 毛淑敏. 鼻鼽针灸治疗配穴的规律研究 [D]. 北京中医药大学:2009.

[19] 郑少祥. “冬取井荣, 春不鼽衄”浅析 [J]. 陕西中医, 1988, (02): 38.

[20] 王帆, 梁俊薇, 孙蒙. 从“春善病鼽衄”探讨春季变应性鼻炎的发病与防治 [J]. 湖北中医杂志, 2022, 44(07): 43-45.

[21] 冯建华. 基于《针灸甲乙经》探析古今针刺深浅异同奥秘 [J]. 中医外治杂志, 2022, 31(01): 130-132.

[22] 李远文. 火熨针结合埋线治疗过敏性鼻炎 120 例 [J]. 中国针灸, 2005, 25(S1): 147.

[23] 王艺颖, 李璜. 浅析《针灸甲乙经》中带下病的针灸治疗 [J]. 中国民间疗法, 2022, 30(03): 3-5.

[24] 金传阳, 武九龙, 张建斌. 论腧穴的古典形态观——以《针灸甲乙经》为例 [J]. 针刺研究, 2018, 43(05): 290-293.

变应性鼻炎患者的过敏原结果分析及护理干预研究

王冬梅¹ 王星¹ 肖红¹ 张丽¹ 朱鑫宇¹ 何子豪¹

【摘要】 **目的** 分析 501 例患者的血清过敏原检测结果，为变应性鼻炎的常规护理提供临床依据。**方法** 纳入 2022 年 03 月 01 日至 2022 年 05 月 31 日就诊于北京中医药大学东方医院耳鼻咽喉科因变应性鼻炎而进行血清过敏原检测的患者 501 例，采用过敏原定量检测系统进行血清特异性 IgE 检查，通过 Excel 软件统计并分析相关资料。**结果** 在 501 例患者中，过敏原阳性检出率为 77.4% (388/501)。3 月份过敏原检出率为 69.27% (151/218)，4 月份过敏原检出率为 81.04% (171/211)，5 月份过敏原检出率 91.67% (66/72)。女性过敏原检出率为 77.95% (251/322)，男性过敏原检出率为 76.54% (137/179)。刺柏/桦 (29.74%/149) 的检出率最高。**结论** 血清过敏原检测结果能为变应性鼻炎的临床护理提供价值依据。

【关键词】 变应性鼻炎；过敏原检测；特异性免疫球蛋白 E

Analysis of allergen outcomes in patients with allergic rhinitis and study of nursing intervention

WANG Dongmei, WANG Xing, XIAO Hong, ZHANG Li, ZHU Xinyu, HE Zihao

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

[Abstract] **Objective** To analyze the serum allergen test results of 501 patients, and to provide a clinical basis for the routine care of allergic rhinitis. **Methods** 501 patients who visited the Department of Otolaryngology, Oriental Hospital of Beijing University of Traditional Chinese Medicine for allergic rhinitis and underwent serum allergen testing from March 1, 2022, to May 31, 2022 were included, and serum specific IgE was examined using the quantitative allergen detection system, and the relevant data were counted and analyzed by Excel software. **Result** Among 501 patients, the allergen positive detection rate was 77.4% (388/501). 69.27% (151/218) of allergens were detected in March, 81.04% (171/211) in April and 91.67% (66/72) in May. The allergen detection rate was 77.95% (251/322) for women and 76.54% (137/179) for men. The highest detection rate was found for prickly cypress/birch (29.74%/149). **Conclusion** Serum allergen test results can provide a valuable basis for the clinical care of allergic rhinitis.

[Key words] Allergic rhinitis; Detection of serum allergen; Specific immunoglobulin E

1 北京中医药大学东方医院耳鼻咽喉科，北京 100078

变应性鼻炎 (allergic rhinitis, AR) 是耳鼻喉科常见病, 影响世界 10% 至 40% 的人口, 其主要症状有鼻痒、喷嚏、流涕、鼻塞等^[1]。我国 AR 发病率存在显著的地区差异, 但总体来说患病率较高, 且随着气候环境、生活状况的改变, 以及危险因素的增多, 其发病率呈逐年上升的趋势^[2]。AR 作为一种慢性疾病, 不仅影响了居民的生活质量, 还增加了居民的经济负担, 属于全球性健康问题^[3]。血清过敏原特异性 IgE 检测能够有效地确定过敏原, 为 AR 的临床诊疗提供方向^[4]。本文对 501 例 AR 患者的过敏原检测结果进行分析, 意在为 AR 的护理提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 2022 年 03 月 01 日至 2022 年 05 月 31 日就诊于北京中医药大学东方医院耳鼻咽喉科因 AR 而进行血清过敏原检测的患者 501 例, 患者平均年龄为 (37.17 ± 15.47) 岁。其中, 男性患者 179 例, 女性患者 322 例。3 月份参检患者 218 例, 4 月份参检患者 211 例, 5 月份参检患者 72 例。变应性鼻炎的诊断标准参照《中国变应性鼻炎诊断和治疗指南 (2022 年, 修订版)》^[5]。

1.2 过敏原检测方法

抽取患者静脉血 3ml, 以 4000 转 / 分钟离心 10 分钟, 使用荧光免疫印迹法测定血清中 sIgE 含量, 通过德国 Mediwiss 过敏原检测系统检测 29 组过敏原。

1.3 过敏原结果分级

sIgE ≥ 0.35IU/ml 为阳性。

1 级: 低, Ig E 浓度 0.35-0.69IU/ml;

2 级: 增加, Ig E 浓度 0.70-3.49IU/ml;

3 级: 显著增加, Ig E 浓度 3.50-17.94IU/ml;

4 级: 高, Ig E 浓度 17.5-49.9IU/ml;

5 级: 较高, Ig E 浓度 50.0-100.0IU/ml;

6 级: 极高, Ig E 浓度 >100IU/ml^[6]。

1.4 统计方法

采用 Excel 软件进行数据分析, 计数资料以频数或百分率表示。

2 结果

2.1 过敏原检测结果总体情况

纳入的 501 例 AR 患者中, 388 例患者的血清过敏原检测结果为阳性, 比例为 77.4%。其中, 女性患者有 251 例, 阳性率为 77.95%; 男性患者有 137 例, 阳性率为 76.54%。3 月份过敏原检出率为 69.27% (151/218), 4 月份过敏原检出率为 81.04% (171/211), 5 月份过敏原检出率 91.67% (66/72)。见表 1。

表 1 过敏原结果阳性情况

	男性	女性	总计
3 月	38	113	151
4 月	66	105	171
5 月	33	33	66
总计	137	251	388

2.2 常见过敏原阳性率情况

在 29 组常见过敏原中, 阳性率排名前三的过敏原分别是刺柏 / 桦 (29.74%/149)、牛奶 (20.76%/104)、念珠菌 / 点青霉 / 分枝孢霉 / 交链孢霉 / 黑曲霉 (18.56%/93)。而腰果、开心果、榛子、杏仁、核桃、鱼、芝麻的阳性率最低。见表 2。

表 2 常见过敏原阳性率情况

过敏原	阳性率
户尘螨	17.76% (89)
粉尘螨	11.78% (59)
热带无爪螨	13.97% (70)
猫毛皮屑	18.16% (91)
狗毛皮屑	14.37% (72)
蟑螂	8.18% (41)
蚕丝	5.39% (27)
矮豚草	6.59% (33)
蒿	12.57% (63)
葎草	9.98% (50)
藜 / 反枝苋	8.38% (42)
刺柏 / 桦	29.74% (149)
悬铃木 / 白蜡	9.78% (49)
桉杨柳山毛榉橡胡桃	8.98% (45)
六月禾黑麦草梯牧草	4.99% (25)
复叶槭桑洋槐榆柏构树	10.38% (52)
烟曲霉	6.19% (31)
念珠菌点青霉分枝孢霉交链孢霉黑曲霉	18.56% (93)
鸡蛋黄	9.18% (46)
鸡蛋白	5.79% (29)
牛奶	20.76% (104)
花生 / 黄豆	3.59% (18)
芝麻	3.19% (16)

续表

过敏原	阳性率
小麦 / 荞麦	6.99% (35)
腰果开心果榛子杏仁核桃	2.2% (11)
牛肉 / 羊肉	3.39% (17)
鱼	2.99% (15)
虾 / 蟹	10.79% (54)
桃苹果芒果荔枝草莓	3.79% (19)

2.3 常见过敏原结果分级情况

选取阳性率排名前十四的过敏原进行分析。其中,念珠菌点青霉分枝孢霉交链孢霉黑曲霉、户尘螨、狗毛皮屑、热带无爪螨、虾/蟹、复叶槭桑洋槐榆柏构树、葎草、悬铃木/白蜡、鸡蛋黄的血清过敏原特异性 IgE 浓度级数主要集中于 1~2 级。刺柏/桦、牛奶、粉尘螨的血清过敏原特异性 IgE 浓度级数主要集中于 1~3 级。猫毛皮屑和蒿的血清过敏原特异性 IgE 浓度级数 1~6 级均有分布。见表 3。

表 3 常见过敏原结果分级情况

分级	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级	6 级
刺柏 / 桦	35	85	28	1	0	0
牛奶	25	47	32	0	0	0
念珠菌点青霉分枝孢霉交链孢霉黑曲霉	31	46	14	1	1	0
猫毛皮屑	19	31	23	12	1	5
户尘螨	38	31	16	4	0	0
狗毛皮屑	33	29	6	3	0	1
热带无爪螨	31	34	4	1	0	0
蒿	12	23	14	9	1	4
粉尘螨	18	22	19	0	0	0
虾 / 蟹	38	14	0	0	0	2
复叶槭桑洋槐榆柏构树	31	18	2	0	0	1
葎草	22	17	4	4	0	3
悬铃木 / 白蜡	26	19	3	1	0	0
鸡蛋黄	32	14	0	0	0	0

3 讨论

在此次研究的 501 例患者中,77.4% 患者的血清过敏原特异性 IgE 检测结果呈阳性,过敏原种类多样且存在个体差异,这与国内相关研究相符^[7, 8, 9]。其中,男性患者(76.54%)和女性患者(77.95%)的血清过敏原阳性率不相上下。3~5 月份间的过敏原检出率随月份的增长而增加,5 月份的过敏原检出率(91.67%)最高,这与其他地区存在差异^[10],可能与北京地区春季 5 月份气温升高,花草繁茂有

关。在 501 例患者中,吸入性过敏原为主要过敏原,刺柏/桦、牛奶、念珠菌/点青霉/分枝孢霉/交链孢霉/黑曲霉是阳性检出率最高的过敏原,这与其他地区存在差异。在郑州地区,成人自报过敏性鼻炎患者吸入过敏原排名前三位的是粉尘螨、户尘螨、梧桐花粉^[11]。在大连地区,吸入性过敏原中阳性检测率最高的是屋尘和粉尘螨^[12]。在上海地区,过敏原阳性率排名前三位的是尘螨、猫毛、屋尘^[13]。考虑与不同地区的气候特点和植被分布有关,北京地处华北,属于半湿润半干旱的季风气候,刺柏/桦属乔木,既具观赏价值,也具环境保护作用,分布较广,且柏树气味较浓烈,易引起呼吸刺激,牛奶则很常见,在潮湿的环境中霉菌易滋生。各组过敏原的血清特异性 IgE 浓度级数分布有一定特点,多分布在 3 级以下,3 级以上浓度级数的检出较少,共有 9 例患者对猫毛皮屑或蒿严重过敏,这与其他研究存在一定差异^[14],考虑蒿草多生长在路旁且其气味芳香、叶面有绒毛,而猫毛易沾落在居住环境中,更为容易引起呼吸道超敏反应。

研究表明 AR 患者的不合理饮食、不合理用药、不注重生活环境等均易影响病情,降低生活质量^[15]。因此,在临床护理中根据血清过敏原检测结果对患者进行相应护理具有重要意义。首先,在明确过敏原时要提醒患者避免接触相应过敏原,在易对呼吸产生不良影响的时期外出应佩戴口罩,如植被的花粉期、空气质量低下时,从源头上减轻过敏原对机体的刺激。其次,注重鼻腔护理,按时正确地使用生理盐水、生理性海水、中药等冲洗鼻腔,从而保持鼻腔黏膜的干净湿润。此外,还可使用穴位贴敷、按摩、针灸等中医特色护理,从而减轻患者不适症状,促进患者康复,提高患者的抵抗力^[16]。最后,对患者进行自我管理教育,例如定期科学除螨、按时鼻腔冲洗等,提高患者的健康意识,研究表明提升患者的自我护理能力能有效控制或减轻症状的反复发作并减少并发症发生,从而提高患者的生活质量^[17]。

AR 作为一种慢性炎症性疾病,在机体接触变应原刺激时便可诱发鼻痒、喷嚏、鼻塞、流涕等一系

列症状,与过敏性哮喘被称为“联合呼吸道疾病”,对于患者的身心健康及经济状况造成了负担^[18, 19]。对 AR 患者实施护理预防措施,有助于控制疾病发生,提升患者生活质量^[20]。血清过敏原检测具有较高的特异性、准确性、安全性,能够明确过敏原的分布情况,对于 AR 的临床护理具有参考价值。

参考文献

[1]Brozek J L,Bousquet J,et al.Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2016 revision[J].JOURNAL OF ALLERGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY,2020,140(4):950-958.

[2]孔维佳,陈建军.变应性鼻炎的流行病学研究[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2010,24(23):1098-1104.

[3]Bousquet Jean, Anto Josep M, et al. Allergic rhinitis[J]. NATURE REVIEWS DISEASE PRIMERS, 2020, 6(1).

[4]陈纯, 闵玮, 于亚峰, 等. 苏州地区变应性鼻炎和特应性皮炎患者过敏原特异性 IgE 的对比分析[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2021, 29(03): 195-199.

[5]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.

[6]CLSI. Analytical performance characteristics. [S]. PA: CLSI, 2015.

[7]孙瑞梅. 过敏性鼻炎患者常见过敏原检测及其预防护理干预研究[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学), 2022, 37(05): 142-144.

[8]滕伟强, 周恩辉, 朱乘婧, 等. 上海市杨浦区变应性鼻炎患者的血清过敏原检测结果分析[J]. 海军军医大学学报, 2022, 43(03): 266-269.

[9]杨邵华, 江燕, 王中霞, 等. 兰州地区秋季变应性鼻炎患者血清总 IgE 及过敏原检测结果分析

[J]. 甘肃科技, 2021, 37(20): 171-173.

[10]占少华, 杨楠, 苑腾, 等. 北京大学第三医院 16362 例过敏性疾病患者过敏原检测结果分析[J]. 中国医学科学院学报, 2022, 44(06): 1013-1022.

[11]杜文锦, 张秋兴, 张文超, 等. 郑州地区成人自报过敏性鼻炎患者吸入过敏原分析[J]. 中华全科医学, 2022, 20(10): 1675-1677+1804.

[12]黄杰, 苏颖. 大连地区过敏性皮肤病患儿过敏原检测结果分析[J]. 检验医学与临床, 2022, 19(18): 2502-2506.

[13]王炎, 田露芳, 龚静蓉, 等. 上海闵行区变应性鼻炎患者血清过敏原分析[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(13): 1839-1842.

[14]童澎成, 张华红, 牛利娟. 杭州城北地区 3088 例过敏性疾病儿童过敏原特异性 IgE 抗体检测分析[J]. 中国卫生检验杂志, 2023, 33(03): 332-337.

[15]王蕊, 周晓娜, 李芊, 等. 免疫标准化治疗联合家庭护理干预在变态反应性鼻炎患儿中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(11): 1327-1330.

[16]冯翠萍, 贺敏, 岑俏丹. 中医护理配合家庭干预对变应性鼻炎病人症状改善及睡眠质量的影响[J]. 循证护理, 2023, 9(02): 348-353.

[17]张中华. 自我管理模式在成人常年性变应性鼻炎病人中的应用及效果观察[J]. 护理研究, 2018, 32(07): 1102-1104.

[18]MORJARIA J B, CARUSO M, EMMA R, et al. Treatment of allergic rhinitis as a strategy for preventing asthma[J]. Curr Allergy Asthma Rep, 2018, 18(4): 1-9.

[19]RODITI R E, SHIN J J. The Influence of Age on the Relationship Between Allergic Rhinitis and Otitis Media [J]. Current Allergy and Asthma Reports, 2018, 18(12).

[20]孙瑞梅. 过敏性鼻炎患者常见过敏原检测及其预防护理干预研究[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学), 2022, 37(05): 142-144.

新冠病毒感染患者的嗅觉功能障碍问卷调查研究

原著: Nasim Raad, Neda Tajik, Jahangir Ghorbani 等 翻译: 郭宏¹

1 引言

嗅觉和味觉障碍与新冠病毒-2019 (Corona Virus Disease 2019, COVID-19) 感染有关^[1], 嗅觉障碍分为定量 (低嗅觉和无嗅觉) 和定性两种, 后者又分为味觉 (扭曲的气味感知) 和幻嗅觉 (没有气味剂的气味感知)^[2]。考虑到 COVID-19 的高发病率, 预计在这次大流行期间会有大量的嗅觉障碍患者。关于其他病因导致的定性嗅觉功能障碍的结果数据有限^[3], 而且继发于 COVID-19 的味觉障碍的数据也非常稀少。在这项研究中, 我们旨在评估因 COVID-19 感染引起的嗅觉障碍患者的患病率、特征和生活质量。

2 方法

我们在国家平台 <https://survey.porsline.ir/s/yh-fYb7W/ref=wh> 上发布了关于嗅觉功能障碍的在线调查问卷, 从 2020 年 11 月 1 日开始收集数据, 至 2020 年 12 月 26 日为止。纳入标准年龄至少为 15 岁, 在 COVID-19 大流行期间新发嗅觉功能障碍 (即 2020 年 11 月以来; 调查问卷包含在补充材料中)。经多聚酶链式反应 (Polymerase Chain Reaction, PCR) 检测证实的 COVID-19 参与者被纳入分析。为了评估嗅觉障碍对生活质量的影 响, 我们使用了嗅觉障碍问卷的修改版—否定陈述 (QOD-NS)^[4] (补充材料) 的修订版。我们选择 12.5 分作为区分正常与异常生活质量的分界线。

3 结果

3.1 人口统计学和临床特征: 在参与调查的 1531 人中, 有 1299 人完成了整个问卷调查。在这些参与者中, 有 140 人 (10.8%) 患有嗅觉异常, 并经 PCR 证实患有 COVID-19。表 1 概述了患有嗅觉异常的参与者的人口统计学和临床特征。

表 1 患有嗅觉障碍的参与者的人口统计学和临床特征

人口统计学和临床特征 (年龄 / 岁)	人数 (%)
15-20	7 (5%)
21-30	52 (37.1%)
31-40	57 (40.8%)
41-50	22 (15.7%)
>60	0 (0.0%)
性别	
男性	37 (26.4%)
女性	103 (73.6%)
过去的病史	
过敏	29 (20.7%)
哮喘或慢性阻塞性肺病	4 (2.9%)
糖尿病	3 (2.10%)
高血压	6 (4.30%)
心脏病	1 (0.70%)
甲状腺疾病	21 (15%)
目前的鼻腔症状	
鼻腔阻塞	39 (27.9%)
鼻腔分泌物	16 (11.4%)
鼻后滴漏	46 (32.9%)
鼻子发痒	10 (7.1%)
面部疼痛	19 (13.6%)
头痛	42 (30%)
以前与 COVID-19 有关的症状	
发烧	34 (24.3%)
头痛	54 (38.6%)
肌痛	41 (29.3%)
咳嗽	28 (20%)
呼吸困难	22 (15.7%)
眩晕	22 (15.7%)
胃肠道症状	31 (22.1%)

*COVID-19= 新冠病毒-2019.

70 名 (50%) 参与者自我报告的嗅觉异常是突然发生的。32 名 (22.9%) 参与者的嗅觉持续时间少于 1 个月, 37 人 (26.4%) 为 1 至 3 个月, 71 人 (50.7%) 超过 1 个月。71 人 (50.7%) 超过了 3 个月。大多数参与者 (130 [93%]) 通过任一鼻孔感知到的嗅觉没有差异。57 名参与者 (40.7%) 有自我报告的嗅觉丧失或嗅觉减退的病史 (表 2)。大多数参与者 77 人 (55%) 在白天的嗅觉严重程度没有任何变化。与嗅觉障碍有关的食物类型有: 鸡肉 (60%)、洋葱 (50.7%)、鸡蛋 (50%)、大蒜 (35%)、大米

1 天津中医药大学第四附属医院, 天津 310451

(32.1%)、黄瓜和番茄 (30.7%)、鱼 (29.3%)、蔬菜 (25.7%)、坚果 (23.6%)、牛奶 (22.9%)、面食 (16.4%) 和大豆 (11.4%)。40 名 (28.5%) 参与者接受了嗅觉恢复治疗, 其中 20 名 (50%) 报告有一定程度的改善。

表 2 COVID-19 患者的嗅觉和味觉功能障碍的特点

气味的特征	数量 (%)
嗅觉异常发作	
突发性	70 (50%)
渐进式	70 (50%)
嗅觉异常的持续时间	
1 个月	32 (22.9%)
1-3 个月	37 (26.4%)
3 个月	71 (50.7%)
有低嗅觉或无嗅觉的历史 (与 COVID-19 有关)	
有	57 (40.7%)
没有	83 (59.3%)
与 COVID-19 有关的嗅觉减退或无嗅觉的持续时间	
2 周	15 (26.3%)
2 周至 3 个月	33 (58%)
3 个月	9 (15.7%)
与嗅觉异常相关的食物种类	
鸡肉和猪肉类	84 (60%)
洋葱	71 (50.7%)
鸡蛋	70 (50%)
大蒜	49 (35%)
大米	45 (32.1%)
黄瓜和西红柿	43 (30.7%)
鱼类	41 (29.3%)
蔬菜	36 (25.7%)
坚果	33 (23.6%)
乳制品	32 (22.9%)
面食	23 (16.4%)
大豆	16 (11.4%)
同时出现的味觉障碍人数 (%)	
味觉功能障碍的模式	
无味觉 (ageusia)	15 (13.7%)
味觉感知减弱	55 (50.5%)
感知到不愉快的味道	39 (35.8%)
味觉障碍 / 幻觉重合	10 (10.1%)
主要口味的紊乱	
甜的	69 (69.7%)
酸味	68 (68.7%)
盐	65 (65.7%)
苦的	64 (64.6%)

*COVID-19 = coronavirus-2019

3.2 与嗅觉相关的味觉功能障碍

在患有嗅觉障碍的参与者中, 有 99 人 (70.7%) 有自我报告的味觉功能障碍; 15 人 (13.7%) 确有味觉障碍, 55 人 (50.5%) 有味觉减退, 39 人 (35.8%) 有味觉异常, 10 人 (10.1%) 有味觉障碍 / 低龄化和嗅觉障碍的重叠。69 名 (69.7%) 参与者报告了甜味的干扰, 68 名 (68.7%) 报告了酸味的干扰, 65 名 (65.7%) 报告了咸味的干扰, 64 名 (64.6%) 报告了苦味的干扰 (表 2)。

3.3 特定嗅觉的生活质量评估

QOD -NS 的平均得分是 26.9 ± 10.47 。关于饮食 (问题 3 和 7), 对不习惯嗅觉问题的焦虑 (问题 4)。嗅觉问题 (问题 4), 以及对嗅觉障碍的永久性认识。嗅觉障碍的永久性意识 (问题 2) 的得分最高。小于 12.5 分的 (即良好的生活质量) 只在 26 名 (18.6%) 参与者中被观察到。

4 讨论

据报道, 约有 7% 的患者有嗅觉功能障碍和疑似 / 非嗅觉功能障碍的味觉异常^[5]。本研究中自我报告的味觉异常 (11%) 较高, 可能是由于前次报告中包括的病毒性疾病的时间较短 (在呼吸道疾病的 2 周内), 在这种情况下, 嗅觉功能障碍通常发生在病毒感染后的后期^[6]。嗅觉神经元死亡或再生过程中可能出现定性嗅觉功能障碍。

在本研究中, 大多数参与者的自我报告的定量嗅觉功能障碍持续了 2 周以上的时间^[7]。因此, 味觉障碍可能是嗅觉减退 / 失嗅症的后遗症, 而且它在长期嗅觉减退 / 失嗅症患者中的发生率也很高。

在本研究中, 味觉障碍的发生可能表明味觉障碍发生在神经再生阶段。嗅觉功能障碍对生活质量有很大影响, 对情绪、对食物的享受有负面作用。同时, 对个人安全、卫生、社会交往和性生活也有负面影响^[8]。患有嗅觉异常的病人在生活质量方面有更多的抱怨^[9]。低嗅觉 / 无嗅觉的患者由于反射性嗅觉受损而不喜欢食物, 而无味觉的患者则对食物的难闻气味感到“厌恶”。事实上, 我们观察到患有味觉障碍的人最大的问题是对食物的享受上, 特

别是由洋葱和鸡蛋引发的厌食症。大多数患者的社交互动没有受到影响,这可能是由于在当前大流行期间被强制要求的社交距离所致。

与以前的研究相一致^[2],大约有一半的病人在接受治疗的同时,也接受了其他的治疗。接受过嗅觉康复治疗的患者中,约有一半报告说与 COVID-19 有关的味觉症状有一定程度的改善。在本研究中,COVID-19 的症状得到了改善。嗅觉训练可以恢复对不完整的嗅觉信息的认知处理,特别是在感染后的与其他原因相比的味觉异常^[2]。

我们的研究有几个局限性。这是一个在线调查,设计上有潜在的内在偏差,包括选择偏差。我们对数据进行了筛选,依据是我们根据参与者的主观评价来获取数据,并没有客观地验证这些数据,包括通过进行客观的嗅觉测试(例如心理物理测试)。这些数据是在每个参与者的特定时间点上收集到的,而且在研究设计中,跟踪调查是不可行的。我们使用了 QOD-NS(嗅觉障碍问卷的修改版—否定陈述补充材料的修订版),这是一个经过验证的用于慢性鼻炎的有价值的调查问卷,而不适用于其他嗅觉障碍。

我们需要进一步地研究,以评估潜在的 COVID-19 感染患者中嗅觉异常发病机制、临床过程、疾病管理以及嗅觉障碍的预后等等。

参考文献

[1] Karimi-Galougahi M, Safavi NA, Ghorbani J, et al. Emergence and evolution of olfactory and gustatory symptoms in patients with COVID-19 in the outpa-

tient setting. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020;28:1-7.

[2] Liu DT, Sabha M, Damm M, et al. Parosmia is associated with relevant olfactory recovery after olfactory training. *Laryngoscope.* 2021;131:618-623.

[3] Hummel T, Lötsch J. Prognostic factors of olfactory dysfunction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;136:347-351.

[4] Mattos JL, Schlosser RJ, De Conde AS, et al. Factor analysis of the questionnaire of olfactory disorders in patients with chronic rhinosinusitis. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2018;8:777-782.

[5] Bonfils P, Avan P, Faulcon P, et al. Distorted odorant perception: analysis of a series of 56 patients with parosmia. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005;131:107-112.

[6] Parma V, Ohla K, Veldhuizen MG, et al. More than smell COVID-19 is associated with severe impairment of smell, taste, and chemesthesis. *Chem Senses.* 2020;45:609-622.

[7] Leopold D. Distortion of olfactory perception: diagnosis and treatment. *Chem Senses.* 2002;27:611-615.

[8] Blomqvist EH, Brämerson A, Stjärne P, et al. Consequences of olfactory loss and adopted coping strategies. *Rhinology.* 2004;42:189-194.

[9] Frasnelli J, Hummel T. Olfactory dysfunction and daily life. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2005;262:231-235.

刘静教授四步法治疗痉挛性发音障碍经验

马湘婷¹ 蔡婷婷¹ 王昭倩² 刘静¹

【摘要】 探讨痉挛性发音障碍的综合治疗方法。通过临床病例总结痉挛性发音障碍的治疗经验。笔者认为肝郁、心火是本病的主要病机，“解痉”是治疗本病的首要步骤，针药并用联合嗓音训练四步法能够调和气血、疏通经络、调畅气机、利喉开音，有效缓解喉肌痉挛，改善发音状态，值得临床借鉴。

【关键词】 痉挛性发音障碍；针药并用四步法；刘静；临床经验

痉挛性发音障碍 (spasmodic dysphonia, SD) 是喉科常见病，也是喉科疑难病，是一种中枢运动神经系统障碍。由于神经肌肉接头处乙酰胆碱释放异常，发音时喉部一块或多块肌肉非随意痉挛，使声门过度内收和开放，导致痉挛样发音伴发音中断^[1]。目前西医以肉毒素 A 注射为主要治疗手段，疗效短暂且不稳定^[2]。

痉挛性发音障碍属于中医“肝郁失音”“喉瘖”“声涩”等范畴，中医认为嗓音与五脏六腑密切相关，《景岳全书·声音》提出：“声音出于脏气，凡脏实则声弘，脏虚则声怯，故凡五脏之病，皆能为喑。”目前中医临床以针灸治疗为主^[3]，部分患者配合嗓音训练，但是少有将针、药、训练系统融合用于诊治本病的报道。

西苑医院耳鼻喉科是国家中医药管理局十二五重点专科，在临床实践中总结出运用“四步法”治疗痉挛性发音障碍，采用针药结合、配合嗓音训练、综合调养，现将经验介绍如下。

1 嗓音治疗四步法

1.1 第一步：颈喉放松术

喉肌痉挛是导致痉挛性发音障碍的最直接原因，临床上导致喉肌痉挛的因素有很多，如颈部肌肉、筋膜、心理紧张等^[6]。其最终表现是喉部肌肉

不能随意运动，呈现痉挛状态，导致发音中断或断续。缓解喉肌痉挛是最重要的一步。首先要放松患者机体的紧张状态，同时要使患者的心理得到疏导、放松。主要采用针刺配合心理疏导的方法。

针灸主要采用颊针、体针联合的方式。主要取穴：颊针选择头穴 CA-1（颧弓中点上缘向上 1 寸）、颈穴 CA-5（颧弓根上缘）、肩穴 CA-9（颧颞缝中点）、背穴 CA-6（颧弓根下缘颞颌关节下）、上焦穴 CA-2（下颌骨冠突后方与颧弓下缘交叉点）^[7]，并在头穴、颈穴处进行加强。部分患者加用体针，天突、人迎、颈夹脊等。留针 30 分钟。针刺具有疏通经络、调和气血、调畅气机的作用。颊针属于微针范畴，是在全息理论指导下，通过在面颊部针刺，可以缓解靶器官（颈部、喉部肌肉痉挛）的症状，帮助患者很好地放松颈部、喉部肌肉。

心理紧张异常也是本病的重要因素之一，同时长期的言语障碍也给患者心理带来较大的压力，进一步加剧患者的发音痉挛。^[6]因此要同时给予患者心理支持和疏导，让患者放松心情，树立信心。为患者简明扼要地讲解相关疾病知识，解释即将采取的治疗措施，以及需要患者配合的方面，使患者对医生产生信任，有利于患者放松身心，方便实施下一步诊疗措施。

1.2 第二步：丹田嗓音训练

基金项目：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（国中医药人教函〔2012〕149 号）

1 中国中医科学院西苑医院，北京 海淀 100091

2 北京中医药大学，北京 朝阳 100029

通讯作者：刘静，博士，主任医师，研究方向：中医防治耳鼻喉科疾病。邮箱：liuj032679@vip.sina.com

经过第一步的放松术,患者的喉肌、颈部肌肉明显放松,肌肉由紧张状态变松软,接着进行嗓音训练,主要采用腹式呼吸加丹田气发音的嗓音训练方法。

发音训练分两步走:第一,练习腹式呼吸。嘱患者自然站立,双脚分开与肩同宽,全身放松,采用鼻吸口呼的方式练习腹式呼吸。吸气时小腹逐渐膨隆,然后快速用口呼气,小腹同时回缩。注意训练时患者双手置于丹田穴(脐下3寸),感受呼吸时小腹隆起与回缩,同时保持肩颈放松,防止抬肩挺胸的动作。第二,练习丹田气发音。患者能较熟练使用腹式呼吸后,在呼气的同时开始练习发音。先从元音开始练习,如a、i、u等,其次发联合音,如哈、嘿等。注意纠正患者的发音位置,让患者明白正常发音位置及发音感觉,逐渐调整发音,直至发出正常或接近正常的声音。为了提高发音训练的效率,在训练中借助一些动作来分散患者发音时对喉部的过度关注,如在发音的同时甩手臂、跺脚等,也可以同时增加发音时的声门下压,借助非发音直接相关肌肉的兴奋来抑制甚至消除发音时的喉肌痉挛。还同时增加治疗的趣味性,有助于患者发泄压抑情绪,缓解精神压力,帮助提高发音效率^[8]。

患者经过半小时左右的训练,痉挛性发音的状态多可得到有效纠正。但是患者每日要进行自我练习。在日常生活中逐渐养成腹式呼吸和丹田气发音的习惯。

1.3 第三步:辨证论治

痉挛性发音障碍属于中医“肝郁失音”“喉痞”“声涩”等范畴,患者发病前多有强烈的情志刺激史。中医辨证以从肝郁、心火论治为主,脾虚、肾虚为辅。

①从肝论治:本病多见于女性^[9],《临证指南医案》言:“女科病,多倍于男子,而胎产调经为主要。淋滞痃泄,奇脉空虚,腰背脊脊,牵掣似坠,而热气反升于上。从左而起,女人以肝为先天也。”提出“女子以肝为先天”的思想。声带为筋属肝,肝藏血,主疏泄,主调畅气机,肝藏魂,为“声音之枢”。若情志失调,肝郁气滞,气机失调,声带运动

失司;或肝郁日久化火、伤阴、耗血,导致热、痰、瘀壅滞,影响声带的正常开合^[10]。故临床治疗以疏肝理气、化痰通络为法,常用乌梅丸、逍遥散、大小柴胡汤、大小泻肝汤、大小补肝汤等方,常用药物为柴胡、乌梅、当归、白芍、枳实(壳)、赤芍、木蝴蝶、党参、黄芪等。

②从心论治:“心者,君主之官,神明出焉”,“心主血脉,藏神”,“心气通于舌”,心为五脏六腑之大主,心经的经筋与别络均系于舌。语言功能的正常亦有赖于心神之明。若心血不足,则心神失养,咽喉失于濡润,或心火偏亢,火热上冲咽喉,影响声带开合。此火来源有二,一为情绪、熬夜等造成的心火(虚火);二与小肠热有关。心与小肠相表里,由于饮食(主要与食物不耐受相关)等因素容易造成小肠积热,小肠移热于心,热邪上攻,亦可导致声音失常。故临床治疗以清心泻热、养血安神为法,常用导赤散、大小补心汤、大小泻心汤、酸枣仁汤、猪苓汤等方加减,常用药物有淡竹叶、生地、通草、炒枣仁、知母等,适当辅以化痰、活血、健脾、补肾等方法及药物。同时要严格禁食过敏或不耐受的食物。

1.4 第四步:综合调护

主要避免过度使用嗓音,如大声、长时间用嗓,注意使用腹式呼吸丹田气发音的方法,经常练习声带放松术(比如发泡音),尤其是在发音后要加强对声带的放松。

调畅情志是重要一环。本病患者情绪容易剧烈变化,因此要通过各种方式减缓情绪的波动,可以采用锻炼、听佛乐、交流等方式。

饮食方面应避免辛辣、甜食、高油脂、咖啡、浓茶及饮料等饮食的摄入。尤其是要注意避免过敏食物的摄入。充足的睡眠也是保障嗓音的重要条件^[11]。

“食饮有节,起居有常,不妄作劳”是《素问·上古天真论》中提出的调养原则。重视日常生活调养,法于阴阳,和于术数,恬淡虚无,有利于本病的康复。

2 验案

患者女, 45 岁, 瑜伽教练。因“发音费力伴发音中断 1 年余”就诊, 患者于 2019 年冬季感冒后咳嗽 2-3 月, 曾有着急大声喊叫史, 之后出现发音中断, 严重时不能上课(瑜伽)。平素月经量少。查体: 患者身形高瘦, 颈肩肌肉柔软。舌质略红, 苔略黄腻, 脉关弦微滑尺沉略紧。频闪喉镜检查喉部未见异常。西医诊断: 痉挛性发声障碍。中医诊断: 喉暗。辨证: 肝脾肾亏虚。治疗原则: 疏肝解郁, 理气开音。治疗方案: ①针灸: 颊针头、颈、肩, 并在头部加强, 配合体针天突、人迎、鱼际、二间、印堂, 留针 30 分钟。②嗓音训练: 针灸后患者立即感觉喉部“紧”的感觉减轻, 让患者带针站立, 练习腹式呼吸及丹田气发音, 掌握后进行嗓音训练 30 分钟。③中药处方: 柴胡 10g, 当归 20g, 白芍 30g, 党参 15g, 茯苓 20g, 陈皮 10g, 生龙骨 30g, 生牡蛎 30g, 夏枯草 10g, 法半夏 6g, 木蝴蝶 10g, 北沙参 20g, 盐车前子 20g, 肉桂 10g, 生姜 10g, 大枣 10g。共 7 剂, 水煎服, 日 1 剂。并嘱患者注意日常生活调护。

二诊: 患者声音嘶哑、言语不稳明显改善, 自觉嗓音好转。继续针灸、嗓音训练, 中药上方基础上加炒蒺藜 20g, 紫苏梗 10g, 黑顺片 3g, 大枣 10g。14 剂。

三诊: 声音嘶哑痉挛感不明显, 偶有发音轻微不稳定, 偶有胸闷感。中药上方加丹参 20g。14 剂, 配合针灸、嗓音训练。

按: 患者有情绪激动史, 月经量少, 舌脉等都提示患者肝郁、脾虚、肾寒, 兼有痰湿, 故以逍遥散、二陈汤、四君子为基础方化裁, 疏肝健脾温肾, 养血化痰理气, 降逆开音之品。配合针灸、嗓音训练, 生活调护, 四步法综合施治疗效显著。

3 小结

综上所述, 刘静教授“四步法”治疗痉挛性发声障碍, 在颊针治疗的同时配合嗓音训练及呼吸运动, 喉局部针感更强, 可以快速缓解颈部、喉肌的痉挛状态, 使局部血运及淋巴循环加速, 增强局部

的濡润滋养, 提升嗓音训练的效果, 再配合中药辨证、健康宣教、日常生活调护, 简单易行且疗效显著。无需使用特殊的医疗器械, 安全性高, 为该疾病的治疗提供了临床行之有效的参考。

参考文献

- [1] Stewart CF, Sinclair CF, Kling IF, et al. Adductor focal laryngeal. Dystonia: correlation between clinicians' ratings and subjects' perception of Dysphonia. J Clin Mov Disord, 2017, 4: 20.
- [2] 徐文, 韩德民, 侯丽珍, 等. 痉挛性发音障碍诊断及治疗的研究 [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40(4): 253-257.
- [3] 管志敏, 屈璐, 侯胜开, 等. 针刺颈项部腧穴治疗痉挛性构音障碍 60 例 [J]. 河南中医, 2016, 36(11): 1929-1930.
- [4] 张作文, 车福友, 撒俊鹏, 等. 从厥阴病论治帕金森病疗效分析 [J]. 中国中医药信息杂志, 2012, 19(07): 62-63.
- [5] 徐志男. 加味乌梅丸汤剂治疗围绝经期抑郁的临床观察 [C]. 中国中医科学院, 2017.
- [6] 刘玮. 痉挛性发音障碍研究进展 [J]. 医学理论与实践, 2015, (12): 1580-1582.
- [7] 王永洲. 颊针疗法 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 39-46.
- [8] 高妍, 郭莹, 王芸芸, 等. 嗓音训练联合拳击动作治疗青春期假声的疗效观察 [J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科志, 2020, 26(03): 302-305.
- [9] Tanner K, Roy N, Merrill RM, Kimber K, Sauder C, Houtz DR, Doman D, Smith ME. Risk and protective factors for spasmodic dysphonia: a case-control investigation. J Voice. 2011 Jan; 25(1): e35-46.
- [10] 宋秋莹, 韩梅. 喉瘖的中医诊疗概况 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, (28): 160-161.
- [11] 韩德民, 徐文. 嗓音医学 (M). 北京: 人民卫生出版社, 2007: 157-161.

从肺论治嗓音疾病

梅祥胜¹ 马潇瑶¹ 尚艳华¹ 王冰¹ 刘媛媛¹ 赵丹丹¹ 王瑞雪¹ 熊丹丹¹ 贾丽¹

【摘要】 嗓音疾病指因过度用声、不良用声、病毒感染等导致的声带小结、声带息肉、声带黏膜炎性病变等发声障碍类疾病，中医将其概括为“喑”，认为五脏皆与其相关，尤以肺脾肾为甚。本文将从“金实不鸣”“金破不鸣”和“金阻不鸣”的角度出发，分别论述肺脏对声嘶、失声等嗓音疾病的影响。

【关键词】 金实不鸣；金破不鸣；金阻不鸣；喉喑

嗓音是指人的发音器官发出的声音，广义的嗓音包括言语声、歌唱声、笑声、哭声、咳嗽声等，是人与生俱来的一种重要交流工具，良好的嗓音状态是人类社会活动的重要组成部分。嗓音是人类自身的发声器官通过生理性呼吸活动转换为物理性的发声活动后产生的声音，其作为一种声波，具有频率、波长、声强、相位等物理学特性，其对应声学特征有音调、音域、响度和音色^[1, 2]。嗓音疾病是指由喉发出的声音在音调、响度或音质上的异常，导致声音嘶哑、发声无力、发声易疲劳、男声女调等发声障碍，直接影响日常交流，影响生活质量。

1 现代医学对嗓音病病机的认识

目前研究表明，嗓音疾病与不良发声习惯、用声过度、病毒感染、喉返神经损伤、环杓关节脱位、精神情绪、激素水平、先天发育障碍以及吸烟喝酒、熬夜等不良生活习惯有关。现代医学根据发病原因将嗓音疾病分为五类：不良发声行为性嗓音病、声带先天性病变、声带运动障碍性疾病、功能性发声障碍和其他声带良性病变^[3]。过度用声导致的嗓音疾病与喉肌劳损、肌张力不足导致的嗓音疾病，以及因不良用声习惯所致的声带小结、声带息肉、声带黏膜炎性病变等病均属于不良发声行为性嗓音病。声带的先天性病变包括：声带沟、声带表皮样囊肿、喉蹼等。声带运动障碍性疾病一般与支配声带运动的喉返神经损伤有关。痉挛性发声障碍、青春期变声障碍、男声女调、女声男调、心因性发

声障碍、焦虑样嗓音属于声带功能性发声障碍。其他的声带良性病变如声带任克水肿、声带突肉芽肿、喉淀粉样变、声带瘢痕等。

2 中医对嗓音病病机的认识

中医对嗓音疾病的认识历史悠久，古籍将声音嘶哑等嗓音障碍类疾病统称为“喑”“瘖”。声音是声带、会厌、舌、唇等多个器官综合作用的结果，《灵枢·忧恚无言论》载：“喉咙者，气之所以上下者也。会厌者，音声之户也”，喉为呼吸之气的必经之路，为肺之门户，声音出于肺气，肺为声音之门，滋于脾气，根于肾气^[4]。古人认为喉喑与五脏皆有关联，《景岳全书》“声音出于脏气，凡五脏之病皆能为喑”，然尤与肺的功能作用至为密切，肺气是发声的动力，所以《难经·四十难》说“肺主声”，声音的发出必须凭借肺气通畅、鼓荡有力及肺之津气对相关器官的滋养润泽作用。《三因极一病症方论》“喉通五脏以系肺”，《张氏医通·瘖》载：“失音大都不越于肺。然须以暴病得之，为邪郁气逆；久病得之，为津枯血槁……昔人所谓金实不鸣，金破不鸣也。”肺病，或肺虚失所养，或肺窍为邪所壅，皆可造成声音嘶哑，甚至失音。而现代医家在“金破不鸣”因虚致病的基础上，提出本病亦有“金阻不鸣”，乃因实而致病，证见虚实夹杂或本虚标实的病机表现，从而发展和丰富了从气滞血瘀，痰湿结聚等实证方面论治慢喉喑的理论^[5]。

“金”本意指金属乐器，金属作器，使之悬空，

1 河南中医药大学第一附属医院，河南 郑州 450000

叩之则鸣，塞实或破碎时皆不能鸣响。又因肺在五行中属金，《素问·阴阳应象大论》谓：“西方生燥，燥生金，金生辛，……辛生肺其在天为燥，在地为金，在体为皮毛，在脏为肺”，《灵枢·热病论》谓“金者肺也”，故前代医家“取类比象”而用之，古人多将肺与金器相联系。陈修园《医学三字经》即有“肺如钟，撞则鸣”之语，强调了肺与发声的关系。“实”指邪气壅实；“破”指肺虚而损；“不鸣”意为失音，表现为声音嘶哑，发音疲劳，甚则口不能发声。

《柳选四家医案》认为“咽痛声哑，有肺损肺闭之分。所谓金破不鸣，金实亦不鸣也。”故喑哑之病当首辨虚实（即先辨其为“金实”抑或为“金破”）。《景岳全书》载：“喑哑之病，当知虚实。实者其病在标，因窍闭而喑也；虚者，其病在本，因内夺而喑也”，《医方集解》亦云：“肺属金，声之所从出也。有物实之，则金不鸣。燥湿除痰，则金清而声自开矣。有声嘶而哑者，是肺已损也”。

2.1 金实不鸣

“金实不鸣”多属于外感之实证，是由邪浊之气壅塞犯肺，阻遏气道，气门开合不利，而见声音嘶哑，乃至失音，多伴有咽喉疼痛或喉间作痒。此类失音，起病较急，大多突然发病，故又称为“暴喑”。

2.2 金破不鸣

“金破不鸣”是指肺脏的气阴虚损，阴液不能上承，咽喉或声带失于濡润，或肺气不足，对声带冲击无力，不能使之做声；或久咳伤损了声带均能造成失音，多呈慢性进行性经过，既可间歇地出现，又可持续存在。声带发音必借助于肺气的冲击作用。肺主气，肾纳气。“肺为水之上源”，因此，“金破不鸣”多见于肺肾两虚之际。《续名医类案》载“肺金衰则金不鸣”，此证型一般是没有外感表证的，但感受外邪时可以使之加重，其既无表证也无痛痒之感，却多伴有咽喉干燥不舒的感觉。其声音特点是声嘶、音低、息弱，正气虚衰，馭气无力，旷日不愈，逐渐形成，逐渐加重，故又称为“久喑”。暴与久的时间概念是二者区别的重要标志之一，但不可将“金

破不鸣”初见喑哑时当做“金实不鸣”。过度用声、用声不当或过劳会耗伤肺气导致的慢性喉炎、晚期肺结核、喉结核多属于“金破不鸣”的范畴。

2.3 金阻不鸣

“金阻不鸣”是指因痰湿结聚等实证致病，证见虚实夹杂或本虚标实的喑哑类型。《素问·脉要精微论篇》提出中焦有湿气可致瘖，文中载：“五藏者……声如从宫中言，是中气之湿也”，此外《脾胃论·卷下》谓：“湿胜则声音如从瓮中出……言其壅也、远也、不出也，其为湿审矣”，《医学摘粹·七窍病》曰：“气之所以病者，由于己土之湿，土湿而声瘖矣”，以上医家都继承了《内经》湿气致瘖的学说。清代张温认为脾虚湿盛，湿聚生痰，痰湿阻于气通，则声道不畅而为瘖，其《张氏医通·卷四》载：“肥人痰湿壅滞，气道不通而声瘖者，二陈导痰开涤之，一切滋补，皆为禁剂。至若久病失音，必是气虚挟痰之故”。

3 小结

声之能发，与五脏六腑皆所相关，尤与肺、脾、肾关系最切，其以肾者气之根，脾者气血生化之源，肺者气之所主。而肺为声之门户，“肺主声”，发声与肺直接关联。肺属金，“金”者，肺也。邪遏肺闭者，可致喑哑；肺气虚怯，喉失润养，气乏无力下至丹田可出现喑哑；痰湿阻于气通，声道不畅亦可出现喑哑。对于喑哑的辨治，首先是在辨虚实。辨证无误，治法准确，用药精当，多能获得满意效果。“暴喑”“金实不鸣”者，多暴喑属实，治以祛邪宣肺、散结开音为主，不可盲目使用滋补、收敛之品，以免闭门留寇，邪恋不去，肺气阻遏更甚而声音将更不出。“金破不鸣”者，多久喑属虚，其治又宜以治病求本之原则，当以补养扶正为主，缓图缓治，莫求速效，谨防事与愿违。“金阻不鸣”者多为虚实夹杂、本虚标实之证、应审清病因，健脾祛湿，宣肺化痰开音，以求标本兼治。

参考文献

[1] 杨和钧,徐文.嗓音医学进展[J].中国耳鼻

(下转第 27 页)

探讨托里消毒散加减治疗新冠后分泌性中耳炎的治疗体会

勾月¹ 朱叶² 黄春江² 刘源³ 查入宁² 蒋炳娟² 刘瑞² 李治金² 李璐璇²

【摘要】 目的 介绍新冠后分泌性中耳炎的治疗经验；方法 分析运用托里消毒散治疗新冠后分泌性中耳炎的理论基础、病因病机及遣方用药的治疗体会；总结 新冠所致的分泌性中耳炎中医认为多与疫毒夹湿致病有关，当以“通窍化湿解毒”为原则来治疗，运用托里消毒散加减治疗具有不错的临床疗效；结论 黄春江教授灵活将托里消毒散运用于新冠后分泌性中耳炎的治疗，其临床经验值得借鉴。

【关键词】 托里消毒散；分泌性中耳炎；新冠

新型冠状病毒肺炎（简称“新冠肺炎”）发生后，我国政府发布《关于进一步优化落实新冠肺炎疫情防控措施的通知》，采取了积极有效的应对措施^[1]。在新冠肺炎的发生过程中出现了大量与耳鼻喉科相关的病症表现，其中分泌性中耳炎发病率明显较高。

分泌性中耳炎是以传导性聋及鼓室积液为主要特征的中耳非化脓性炎症，其发病与咽鼓管功能障碍、感染及免疫反应等因素有关^[2]，属于中医“耳胀”“耳闭”范畴^[3]，一般认为多由风邪侵袭、气血瘀阻、邪犯耳窍所致^[4]，若长时间耳窍痞塞不宣，邪毒留滞耳窍，则治疗难度增大，恢复周期延长^[5]。

黄春江主任认为新冠后引起的分泌性中耳炎大多数与疫毒夹湿、上犯清窍有关，遵循“通窍化湿解毒”的治则，运用托里消毒散加减治疗新冠后分泌性中耳炎效果显著，临床治疗皆遵循此法。托里消毒散出自明代陈实功所著的《外科正宗》，由人参、川芎、白芍、黄芪、白术、茯苓、当归、金银花、白芷、甘草、桔梗、皂角刺组成，其中黄芪为君，甘温，补中益气，生肌生血，为排脓托疮之圣药，具有益气生肌之功效；皂角刺、白芷具有托毒排脓，亦可引气血直达肌表；党参补中益气 and 胃；

桔梗宣肺排脓，载药上行；白术补气健脾；茯苓，入肺经，益脾渗湿；银花清热解毒治脓疡；当归养血活血；川芎，活血行气；佐以甘草益气和胃，通十二经络，配以白芍缓急止痛，全方共奏益气补托、清透排脓之效。

耳鼻咽喉皆为清窍，喜通恶滞，具有以通为用的特点，感邪后容易发生痰瘀阻窍，脓液积聚窦窍，形成化脓性疾病，如化脓性中耳炎、化脓性鼻窦炎等耳鼻喉科疾病。托里消毒散常被运用于治疗毒邪外袭，正气虚损，上攻头面所致的慢性化脓性疾病。

新冠肺炎后分泌性中耳炎患者治疗验案：

病案一

一诊：王某，女，65岁，2023年1月7日以双耳耳闷3周为主诉前来就诊，患者自诉12月27日以耳闷于省内某三甲医院就诊，纯音听阈测试结果示传导性聋，右耳听力损失55dB，左耳听力损失40dB，双侧声导抗图均呈平坦型（B型）（如图1），予盐酸赛洛唑啉喷雾剂对症治疗，未见明显好转，遂至我院就诊，二便可，睡眠欠佳，舌质淡暗，苔黄略厚，脉弦滑。补充：2022年12月18日患者新型冠状病毒核酸咽拭子筛查检测结果阳性，自服“布洛芬缓释胶囊”对症治疗，8天后结果转阴。患

1 云南中医药大学，云南 昆明 650000

2 云南中医药大学第一附属医院，云南 昆明 650000

3 云南中医药大学第三附属医院，云南 昆明 650000

者自诉发热、干咳等症状消失，仅留耳部症状。查体：电耳镜可见双侧外耳道通畅，鼓膜完整，耳内镜检查可见双侧鼓膜松弛部内陷，可透过鼓膜看见液平面（如图 2）。西医诊断：分泌性中耳炎；中医诊断：耳胀耳闭（气滞湿阻）。治则：清热透表，化湿和中，方选托里消毒散加减：滇柴胡 15g，石菖蒲 10g，川芎 15g，升麻 10g，半枝莲 10g，炒苍耳子 6g，甘草片 10g，蜜麻黄 10g，茯苓 15g，桔梗 15g，黄芪 35g，辛夷 9g，白芷 15g，广藿香 15g，五付，一日一剂，分三次饭后温服。

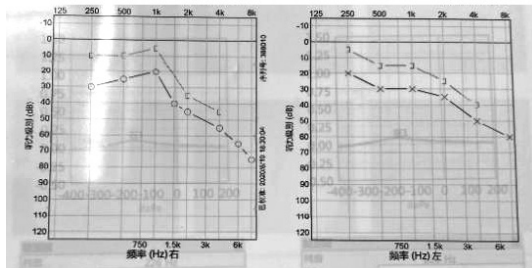


图 1 患者治疗前听力纯音听阈声导抗图



图 2 患者治疗前耳内窥镜图

二诊：2023 年 1 月 12 日，患者自诉耳闷耳胀明显好转，查体：脉弦滑，舌质淡暗，苔白，原方基础上加丹参 10g，减半枝莲，蜜麻黄减为 6g，五付，巩固治疗。

三诊：2023 年 1 月 17 日患者自诉已无耳闷耳胀，无特殊不适，查体：脉弦滑，舌质淡暗，苔白，

纯音听阈测试结果显示听力低频恢复至 20dB，高频稍下降（如图 3），耳内镜可见鼓膜透亮无积液（如图 4）。

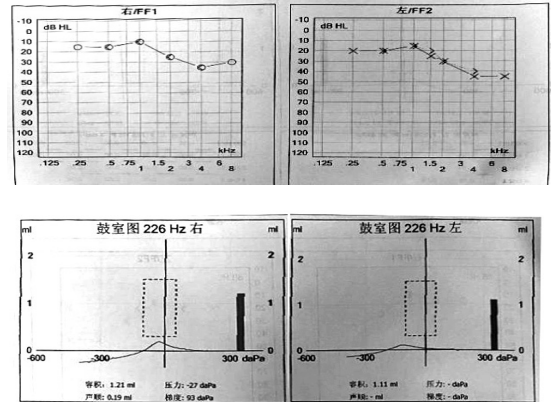


图 3 患者治疗后听力纯音听阈声导抗图

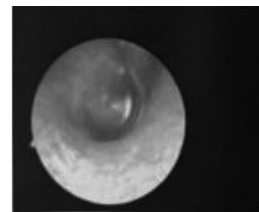


图 4 患者治疗后耳内窥镜图

按语：患者为中老年女性，平素性情急躁、生气易怒，七情所伤，复感受时疫之毒，正邪交阻，气机不利，血脉不畅，津液疏布代谢障碍，积于鼓室，痞塞耳窍，加之其肝经火盛，湿热搏结于耳窍，阻隔耳窍，故发为耳胀耳闭。治以清热透表、化湿和中，方用托里消毒散加减，方中升麻、半枝莲、蜜麻黄透热解毒；辛夷、苍耳子宣通鼻窍；滇柴胡疏肝解郁；川芎养血活血；茯苓健脾益气；黄芪、桔梗、白芷、石菖蒲益气托毒排脓；藿香化湿和中；甘草调和诸药。二诊患者耳闷大部分好转，正气渐复，正能胜邪，邪毒可解，脓液可止，故减半枝莲及蜜麻黄减量，防止过伤正气，加丹参 10g 加强通利血脉之功。

病案二

一诊：李某，女，24 岁，因“耳闷 2 周余伴双耳吞咽有声”于 2023 年 1 月 5 日前来就诊，纳食欠佳，大便质黏，小便清长，舌质淡红，苔白滑，脉

细滑。补充：患者于 2022 年 12 月 23 日自测抗原阳性；查体：电耳镜可见双侧外耳道通畅，鼓膜完整；纯音听阈测试结果示传导性聋，左侧声导抗图均呈平坦型（B 型）（如图 5）；耳内镜检查可见鼓膜内陷，光锥缩短，鼓膜失去正常光泽，呈淡黄色（如图六）。西医诊断：分泌性中耳炎；中医诊断：耳胀耳闭（脾虚湿困型）。治则：利湿解毒，健脾益气，方选托里消毒散配方颗粒加减：广藿香 12g，炙甘草 10g，升麻 10g，法半夏 9g，泽泻 15g，滇柴胡 15g，白术 15g，炒苍耳子 6g，麻黄 6g，黄芪 25g，辛夷 9g，七付，每日 3 次，开水冲至 150ml，顿服。

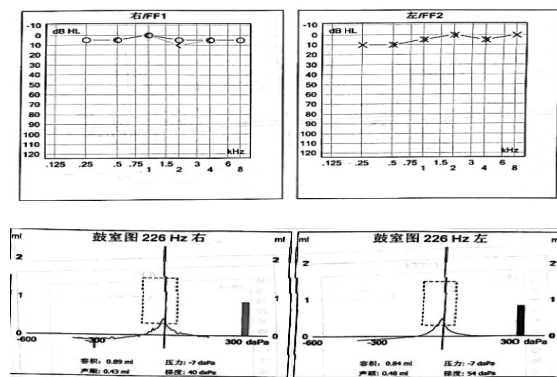


图 7 患者治疗后听力纯音听阈声导抗图

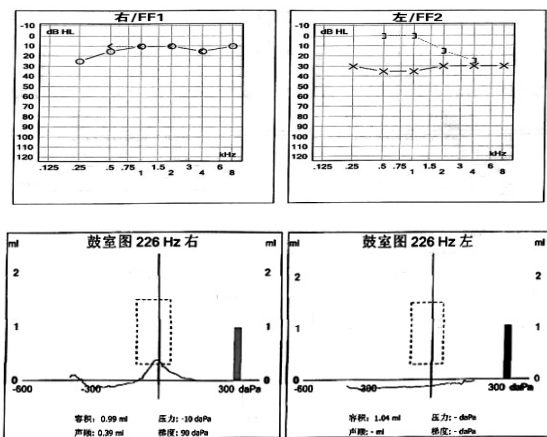


图 5 患者治疗前听力纯音听阈声导抗图

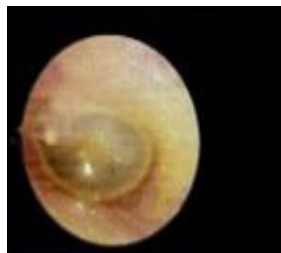


图 8 患者治疗后耳内镜图



图 6 患者治疗前耳内镜图

二诊：2023 年 1 月 12 日患者诉耳闷明显缓解，仍偶有双耳吞咽有水声，查体：舌质淡红，苔白滑，脉细滑，上方基础加川芎 10g，石菖蒲 10g，白芷 15g，五剂。

三诊：2023 年 1 月 19 日患者诉患者自诉已无耳闷耳胀，无特殊不适，查体：舌质淡红，苔白，脉细滑，纯音听阈测试结果示听力恢复（如图 7），耳内镜可见鼓膜透亮无积液（如图 8）。

按语：患者自幼脾胃虚弱，土不生金，肺气也虚，复感受时疫之毒，肺失宣发，治节不利，水道与络脉不畅，水湿泛滥，脾不能运化水湿，故积于鼓室，壅阻耳窍。治以利湿解毒，健脾益气，方用托里消毒散加减，方中升麻、蜜麻黄、滇柴胡透热解毒；苍耳子、辛夷宣通鼻窍；茯苓、泽泻、法半夏利水渗湿；黄芪、桔梗、白术、石菖蒲益气托毒排脓；广藿香化湿和中；甘草调和诸药。二诊患者耳闷明显缓解，仍偶有双耳吞咽有水声，加川芎 10g，石菖蒲 10g，白芷 15g，以增强通窍利湿之功。

讨论：新冠病毒对上呼吸道的侵害影响较大，大多数患者都会分泌大量清涕或脓涕，鼻腔内分泌物过多且引流不畅，经过后吸、涕倒流等方式，细菌和病毒就很容易通过咽鼓管逆行，感染到中耳，导致中耳积液，表现为耳闷耳胀感，即分泌性中耳炎。我科门诊规律发现新冠肺炎可导致分泌性中耳炎的高发病率，但由于收集数据有限，尚未得到支持验证。《灵枢·邪气脏腑病形》曰：“十二经脉，

三百六十五络,其血气皆上于面而走空窍……”,头面为诸阳之所聚,耳鼻咽喉是清阳交汇之所,皆为清窍,喜通恶滞。新冠后遗症所致的分泌性中耳炎中医上认为多与疫毒夹湿致病有关,当以“通窍化湿解毒”为原则来治疗。中医在分泌性中耳炎的治疗中有独到见解,通过辨证分型,合理用药,将疾病根除,防治反复发作,缓解痛苦,促进耳功能的恢复^[6],遵循此治法收到较满意疗效。

参考文献

[1] 黄勋, 吴安华. “新十条”后医务人员新型冠状病毒感染管理、居家治疗及返岗建议 [J] 中国

感染控制杂志 .2022,12(21):1157-1160.

[2] 刘玉红, 苏法仁. 分泌性中耳炎的相关发病机制及治疗研究 [J] 中华耳科学杂志, 2018,16(2):234-238.

[3] 张良, 刘蕊. 分泌性中耳炎病因与治疗新进展 [J]. 中国城乡企业卫生, 2015,30 (10):43-45.

[4] 翟云浩. 分泌性中耳炎临床治疗研究 [J]. 内蒙古中医药, 2017,36(18):7.

[5] 杨文华. 中医治疗分泌性中耳炎的研究进展 [J]. 内蒙古中医药, 2022,41(3):161-163.

[6] 涂雅丹, 陈勇, 方邦江, 等. 重庆市 1200 例新型冠状病毒肺炎中医证候特点与临证举隅 [J]. 陕西中医药大学学报, 2022.

(上接第 23 页)

咽喉头颈外科, 2004(01):40-42.

[2] 黄冬雁. 嗓音疾病诊断治疗新进展 [J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2016,14(05):321-324+327.

[3] 梅祥胜. 嗓音疾病的中西医诊疗现状 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2019,27(04):246-249.

[4] 闫随刚. 慢喉瘖的古今文献研究 [D]. 云南中

医学院, 2017.

[5] 卢标清, 李云英. 从金破不鸣与金实不鸣论治慢喉瘖的临床研究 [A]. 中华中医药学会耳鼻喉科分会. 中华中医药学会耳鼻喉科分会第十九届学术交流会暨贵州省中西医结合学会耳鼻咽喉分会第二次学术交流会论文汇编 [C]. 中华中医药学会耳鼻喉科分会: 中华中医药学会, 2013:270-275.

盱江名著《世医得效方》中耳鼻喉疾病篇章赏析

李雅雯¹ 邓琤琤¹

【摘要】 元代著名医学家危亦林撰写的《世医得效方》流传于世，此书包含了内、外、妇、儿、五官及骨伤等病证及其治疗与方药，其中卷十七对口齿兼咽喉科作了详细描述。危亦林在临床上治疗耳鼻喉疾病时注重整体观及同病异治，使用药时则重视气血双补，在使用药物治疗的同时也善于使用针灸治疗，将针、药巧妙结合，使得患者的病痛得以快速地缓解，危亦林的辨证论治的经验深刻地影响着后世医学者。

【关键词】 世医得效方；耳鼻喉疾病；危亦林；盱江医学

危亦林，字达斋，江西南丰人，盱江医学代表人物之一。世医出身，家中医道五世不衰，广览医经，参考古方以及家中祖传经验方，结合自己行医过程中的总结，历经十余年编撰书籍《世医得效方》，该书遍及诸科^[1-4]，对当时甚至后世医家都有深远的影响，后世医家也大多遵循其法，重视针药结合，此书在治疗中体现了整体观及同病异治，外治与内治相结合也是独具特色。本文仅就书中对耳鼻喉疾病治疗浅析如下：

1 整体观及同病异治

危亦林治病强调随证加减，重视整体观。辨治耳聋时提及“苁蓉丸治肾虚耳聋。或风邪入于经络，耳内虚鸣”^[1]。方中有着菟丝子、山茱萸、附子等调补肾阳的药物以及一味大补肾精之药——鹿茸。又如“羊肾丸治肾虚耳聋，或劳顿伤气，中风虚损，肾气升而不降，或耳虚鸣”^[1]。方中既有补肾精的苁蓉、菟丝子等，也有补肾阴的山茱萸和干地黄，以及补肾阳的巴戟、蛇床子等。可见，危亦林在治疗耳鸣、耳聋疾病时，注意脏腑形窍之间的联系，巧妙运用阴阳五行的理法，体现了中医学中整体观的思想方法。

书中提及：“且药进医手，而方传古人，古方之行于世者何算，一证而百方具，将为所适从哉”^[1]。认为同一种疾病，可以依据不同的发病情况，用以不同的治法。同是耳聋，但由于证有所不同所以使用的药物也有所差别，例如肾虚耳聋兼虚鸣宜羊肾

丸；肾衰耳聋兼虚鸣宜苁蓉丸；劳损久聋宜地黄丸^[2]。是故危氏在治疗的过程中重视整体观及同病异治。

2 重视气血

危亦林在治疗疾病时，注重气血双补，他在《世医得效方》中指出“人之有生，血气顺则周流一身，脉息和而诸疾不作，气血逆则运动滞涩，脉息乱而百病生”^[1]。并认为气血的运行影响着疾病的发生、发展以及预后，“血消气沮之人，偶或伤之，病在顷刻，中之则名中”，从书中方药使用中不难看出，危亦林临证时，处处体现气血流通之要义。例如在治疗耳病的时候使用的苁蓉丸、地黄丸等都可以看到石菖蒲以及磁石，石菖蒲质轻可起升清之效，而磁石之重可达降浊之功，一升一降，相得益彰，可见危亦林重视气机的升降。又如喉科的常用方胜金散，郁金与麝香搭配，行气活血，则体现了治疗喉部疾病贵在气流通。他在方药中，常配伍细辛、香附、紫苏、枳壳、赤芍药、陈皮等调畅气血之品，这些都体现了他善于调理气血的风格。

3 外治与内治相结合

危亦林在治疗喉科疾病时，不仅重视气血的影响，同时善于将针灸与药物结合使用，如治疗喉缠风，实热针足三里，虚热灸足三里，使用雄黄散治疗缠喉风喉闭。又如“咽喉生疮，冷闭声不出者，秘传降气汤去陈皮，加黄芩煎。仍于喉下咽管口灸三壮即愈”^[1]。由此可见，危亦林在治疗喉病的时候使用汤药的同时善于使用针灸分治，解除患者疼痛

1 江西中医药大学附属医院，江西 南昌 330006

于须臾之间，危亦林提及“治舌强。肿起如猪胞，以针刺舌下两边大脉，血出即消。”这种刺络放血的方式沿用至今，后世医者仍然使用此法达到泻热解毒、消肿止痛的作用。

专卷中，关于喉科的治疗也颇具特色，危亦林创导了喉针、喉药、喉枪相结合的综合治疗，例如“治上膈壅毒，口舌生疮，咽嗌肿痛。少许掺患处，咽津。寒水石（煨，三两），辰砂（二钱半，别研），生脑子（半字），上为末，日夜数次用。”“雄黄散，治缠喉风喉闭，先两日胸膈气紧，取气短促，忽然咽喉肿痛，手足厥，气闭不通，不治……如口噤咽塞，用小竹管纳药，吹入喉中，须臾吐利即效。”^[1]反映了其针药结合、内外兼治的独特临证风格。

4 注重实践，勇于创新

危亦林注重实践，勇于创新，临证时不拘泥于前人之见，在喉科疾病的辨证论治方面有诸多的创新，并取得良好的疗效。首创了喉风的分类，明确阐述了单蛾风、双蛾风、缠喉风等喉科 18 种喉风症的辨识，这对当时喉风疾病的诊断和预后判断，均具有重要的临床指导意义^[3]。

同时，他在临床上善于打破常规，应用相反相畏药，在特定条件下，相激相成。书中讨论了反药合用的原理：“若夫炮炙之法，又当以相须、相合、相反、相恶。相须者，以桂得葱而软；相合者，磁石引针；相反者，大戟、芫花等反甘草之类也。相恶者，如牛黄忌龙骨是也。且方中各有避忌，此亦

举其略。或以甘草击起芫花之性而用者，犹在斟酌。”^[1]

5 结语

危亦林在《世医得效方》中对耳鼻喉疾病的辨证论治独具特色，方药效验，善于将针灸以及方药相结合，在须臾之间解决患者的病痛。并且重视气血的流通，强调气血在耳鼻喉疾病中的地位，同时很好地将整体观以及同病异治的观念融入治疗过程中，其在继承历代医家思想与认识的基础上，推陈出新，形成危氏独具特色的耳鼻喉科诊疗思想与经验，其辨证独到，方药效验，针灸效佳，在临床上力求实用与“得效”。危亦林作为盱江医家杰出代表，其治病理念对后世五官科有着极深远的影响并为其发展有着重要的指导意义，值得进一步挖掘和研究。

参考文献

- [1] 危亦林. 世医得效方 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006:17,526-580.
- [2] 袁莉蓉, 谢强, 黄冰林. 盱江名著《世医得效方》辨治耳鼻喉疾病特色探微 [J]. 中华中医药杂志, 2020,35(05):2470-2473.
- [3] 卢娜环, 谢强. 盱江名医危亦林喉科学术特点初探 [J]. 江西中医药大学学报, 2014,26(02):8-11.
- [4] 谢强. 源远流长的盱江医学—盱江医学发展探寻 [J]. 江西中医药大学学报, 2014,26(02):1-4.

咽部刺络结合内服中药治疗喉咳的临床经验举隅

南志勇¹ 苗慧萍²

【摘要】 随着环境大气污染和人们饮食习惯的改变，喉源性咳嗽的发病率越来越高，临床表现为阵发性咽部瘙痒不适、干咳不止、咽部干涩或微痛、咳而不爽。局部查体：局部无异常体征或有时可见咽部黏膜暗红充血、咽后壁淋巴滤泡增生、咽侧索肥厚。目前西医治疗以抗过敏、抗炎、对症治疗为主。笔者总结多年临床经验，采用山西省非物质文化遗产项目郭氏喉科外治疗法中咽部刺络方法配合调肝、理肺、化痰消痰为治则的内服中药汤剂综合治疗喉源性咳嗽，取得良好的临床疗效。

【关键词】 喉源性咳嗽；咽部刺络；内服中药汤剂

The clinical experience of pharyngeal stinging combined with internal Chinese medicine in the treatment of laryngeal cough

NAN Zhiyong, MIAO Huiping

(1. Affiliated Hospital of Shanxi University of Chinese Medicine, Taiyuan 030024, China; 2. Shanxi University of Traditional Chinese Medicine, Taiyuan 030024, China)

【Abstract】 With the change of environmental air pollution and people's eating habits, the incidence of laryngeal cough is getting higher and higher. The clinical manifestations are paroxysmal pharyngeal itching discomfort, dry cough, dry or slightly painful pharynx, and unpleasant cough. Local physical examination: no local abnormal signs or sometimes dark red hyperemia of the pharyngeal mucosa, lymphatic follicular hyperplasia of the posterior pharyngeal wall, and hypertrophy of the pharyngeal cord. At present, Western medicine treatment is mainly anti-allergic, anti-inflammatory, symptomatic treatment, and the clinical effect is not good. The author summarizes many years of clinical experience and uses the pharyngeal stabbing method of Guo's laryngeal extraneological treatment method of the intangible cultural heritage project of Shanxi Province to comprehensively treat laryngeal cough with internal Chinese medicine decoction that regulates the liver, manages the lungs, dissolves stasis and eliminates phlegm, and achieves good clinical efficacy.

【Key words】 laryngeal cough; pharyngeal spines; Oral Chinese medicine decoction

喉咳即喉源性咳嗽，最早是由南京中医药大学干祖望教授于 1989 年提出的中医病名。该病是临床

咳嗽中的一种特殊病症。其发病前可有外感病史，全身或局部过敏病史，经治疗其他症状消失，惟有

1 山西中医药大学附属医院耳鼻喉科，山西 太原 030024

2 山西中医药大学硕士研究生 2022 级，山西 太原 030024

咳嗽迁延不愈^[1]。临床表现为阵发性咽部瘙痒不适、干咳不止、咽部干涩或微痛、咳而不爽。局部查体：局部无异常体征或有时可见咽部黏膜暗红充血、咽后壁淋巴滤泡增生、咽侧索肥厚。传统认为该病病因病机多因起居不慎、饮食不节，外邪侵袭，使得肺失清肃，邪气壅滞于咽喉，津不上承，咽喉失于濡养而致^[2, 3]。笔者临证时见多数患者由于失治误治，反复发作、病程日久、缠绵难愈。其病机多见肝郁气滞、肺失宣降、痰瘀互结。临床应用山西省非遗项目郭氏喉科外治法咽部刺络疗法结合内服中药治疗该病疗效确切，现举几例以殚同道。

1 病例分享

1.1 病案一：患者李 xx，女性，5 岁，2023 年 1 月 17 日就诊。半月前流感，经治疗其他症状好转，唯有咳嗽未见减轻，咽部异物感明显，咽痒而咳嗽不能自控，呈阵发性，咳甚则恶心呕吐，夜间咳醒，影响睡眠，遂前来寻求中医治疗。查体：患者咽部黏膜充血，喉底可见颗粒状突起，舌尖红苔白，脉弦缓。诊断：喉咳，邪气壅肺、肺失宣降型。治则：宣肺散邪、调畅气机。治疗方案：(1) 咽部刺络治疗。治疗后患者自诉咽部异物感消失。(2) 三拗汤加减。处方：麻黄 4g，杏仁 9g，甘草 3g，钩藤 9g，地龙 9g，化橘红 9g，姜半夏 6g，蝉蜕 9g，枇杷叶 12g，冬瓜子 6g，3 剂，水煎服。

二诊：自诉咽部异物感消失，咳嗽减轻，纳差，二便正常。舌淡红苔白，脉缓。在原方基础上加山药 9g，4 剂，水煎服。2023 年 4 月 1 日随访患者已痊愈。按：《疮疡经验全书·卷一》说：“喉应天气，乃肺之系也。”喉与肺的关系最为密切，肺实乃喉之根本，《医学三字经·咳嗽》中亦有：“五脏六腑皆令人咳，非独肺也。然肺为气之主，诸气上逆于肺则呛而咳，是咳嗽不止于肺，然不离于肺也。”该患者受外感邪毒，治疗不当，壅滞肺气，气血失和故咳嗽难愈^[4, 6]。治法首当轻宣肺气，调畅气机，采用郭氏喉科外治法咽后壁刺络放血以疏通经络，调和气血，缓解患者局部不适症状。辅以中医内治法，方用三拗汤加味^[6]，麻黄、杏仁、枇杷叶、姜半夏、橘红宣肺止咳，钩藤、蝉蜕、地龙祛风止痒

利咽，甘草调和诸药。

二诊时患者纳差，故在原方基础上加山药以健脾益胃。

1.2 病案二：患者许 xx，女性，45 岁，2022 年 1 月 12 日就诊。自诉 3 月前感冒，口服药物（具体不详）后诸症减轻，唯有轻微咳嗽，期间与家人发生争执加之油烟刺激后咳嗽明显加重，自觉咽部异物感，口服“枇杷止咳露”一周（具体不详），症状改善不明显，油烟刺激时症状明显。为求进一步诊疗遂来诊。现症见：阵发性咳嗽，咽痒、咽部异物感明显，口干、口渴，心烦易怒、肋下痛，食纳可，眠差易醒，大便干，小便调。查体：患者咽部黏膜充血，喉底可见颗粒状突起，咽侧索肥厚，舌红苔少，脉弦细。诊断：喉咳，肝火犯肺、肺阴不足型。治则：清肝止咳、养阴润肺。治疗：(1) 咽部刺络疗法 1 次。治疗后患者自诉咽部轻松，咽痒、异物感减轻，咳嗽可自行控制。(2) 三拗汤合荆防四物汤加减。处方：炙麻黄 6g，杏仁 12g，甘草 6g，荆芥 6g，防风 6g，生地 15g，当归 24g，白芍 24g，川芎 9g，百合 12g，麦冬 12g，醋柴胡 9g，6 剂，水煎服。(3) 嘱患者调畅情志，避免接触油烟等刺激性气味。

二诊：自诉咽部异物感减轻，咽痒不明显。咳嗽频次明显减少，口干、口渴较前好转，肋下痛减轻，二便正常。舌红苔白，脉弦缓。再次行咽部刺络疗法一次，继服原方 6 剂，水煎服。

三诊：自诉咽部异物感消失，咳嗽减轻，无口干、口渴，无肋下痛，二便正常。舌淡红苔白，右寸脉弦细。在二诊基础上去荆芥、防风加太子参 12g。随访患者已痊愈。

按：《读医随笔》说“凡脏腑十二经之气化，皆必借肝胆之气化以鼓舞之，始能调畅而不病”。该患者感冒未愈又与家人产生争执，肝气失于调畅，导致其肝气郁结，肝木横逆肺金，伤肺之气阴，肺金失于濡润，则发为咳嗽。采用郭氏喉科外治法咽部刺络放血疏通经络、活血生津利咽，减轻患者咽部异物感、缓解局部刺激，从而改善患者咳嗽症状^[7, 8]。内治法以清肝止咳、养阴润肺，方用三拗

汤合荆防四物汤加味^[9, 10], 麻黄、杏仁宣肺止咳, 荆芥、防风、川芎祛风散邪, 白芍、柴胡疏肝柔肝、理气止咳, 生地、百合、麦冬金水相生, 养阴润肺。三诊时, 患者仍有轻微咳嗽, 去荆芥、防风加太子参补土生金, 益气止咳。

1.3 病案三: 患者王 xx, 男性, 32 岁, 2022 年 9 月 28 日就诊。咳嗽半年余, 咽部有异物感, 咳时可见白痰, 曾服用咳特灵胶囊 (1 粒 / 次, Tid), 咳嗽时好时坏, 后又于中医诊所服用中药汤剂调理, 未见好转。为求明确诊疗, 遂来诊我科。现症见咳嗽阵发性, 时轻时重, 平卧及夜间明显, 咽部异物感, 咳而有痰, 食纳可, 眠可, 二便调。查体: 患者咽部黏膜干燥, 双侧咽侧索肥厚。舌暗有瘀点苔白腻, 脉弦滑。诊断: 喉咳, 痰瘀互结, 气血失和型。治则: 化痰祛瘀、调和气血。治疗: (1) 咽部刺络疗法 1 次。治疗后患者自诉咽部异物感消失, 咳嗽减轻。(2) 血府逐瘀汤加减。处方: 桃仁 12g, 红花 9g, 当归 24g, 生地 24g, 川芎 9g, 桔梗 12g, 赤芍 9g, 枳壳 9g, 甘草 6g, 法半夏 12g, 化橘红 12g, 炒紫苏梗 24g, 枇杷叶 12g, 6 剂, 水煎服。

二诊: 自诉咽部异物感消失, 咳嗽减轻, 咳而无痰, 二便正常。舌暗红苔白, 脉细涩。再次行咽部刺络疗法 1 次, 在原方基础上加丹参 30g, 6 剂, 水煎服。电话随访患者无不适。

按:《诸病源候论》有:“诸痰者, 此由血脉壅塞, 饮水积聚而不消散, 故成痰也。”说明痰与瘀之间关系密切, 痰的形成多因血脉壅塞不通变为瘀血, 由此变生痰瘀互结之象^[11]。该患者病初起为风寒痰壅之证, 因病程迁延, 反复发作, 使得病情胶着, 缠绵难愈, 久病虚实夹杂, 则成痰瘀互结、气血失和之证, 局部施以郭氏喉科外治疗法咽部刺络调和气血, 祛瘀散结, 缓解症状, 达到祛瘀生新之效, 改善局部血液循环, 中医内治法治以化痰祛瘀、调和气血, 方用血府逐瘀汤加减, 方中桃仁、红花活血, 赤芍、当归活血散瘀, 桔梗、枳壳、紫苏梗宣肺利咽喉, 法半夏、橘红理气化痰, 诸药并用, 共奏化痰祛瘀、调和气血之功。二诊时患者咳嗽减轻, 咳而无痰, 脉细涩。故在原方基础上加丹参养

血和血。

1.4 病案四: 患者卢 XX, 女性, 45 岁, 2022 年 10 月 10 日初诊。主诉咽部干涩, 刺激性咳嗽, 反复发作 3 年加重半月。遇风诱发, 秋季明显。平素月经不规律, 量少, 余无不适。纳眠正常, 二便正常。多处就诊中西药物口服, 效果不佳。经人介绍来诊。主诉刺激性干咳, 无痰, 无咽痛, 无发热。咽喉自觉干涩不适, 不喜饮。查体: 咽部黏膜暗红干涩, 散在淋巴滤泡增生。双扁桃体不大。气道激发试验检查未见明显异常。舌淡, 苔白干燥。脉细弦。诊断: 喉咳, 血虚生风, 风燥犯肺型。治则: 养血祛风, 润燥止咳。治疗: 1) 咽部刺络疗法 1 次。治疗后患者自诉咽部干涩改善。2) 荆防四物汤和杏苏散化裁。处方: 荆芥 6g, 防风 6g, 当归 30g, 生地 30g, 川芎 12g, 赤芍 12g, 桔梗 9g, 枳壳 9g, 紫苏叶 6g, 杏仁 12g, 北沙参 9g, 川贝母 6g, 密枇杷叶 10g, 法半夏 6g, 前胡 6g, 6 剂, 水煎服。

二诊: 自诉药后咳嗽症状明显改善, 咽部有痰粘感, 舌淡苔白, 脉细弦。再次行咽部刺络疗法 1 次, 在原方基础上加旋复花 10g, 丹参 30g, 10 剂, 水煎服。电话随访患者症状消失。

按: 肝主疏泄、主藏血、体阴用阳^[12]。说明其具有储藏血液、调节血量、调畅气机、疏泄情志的功能。简而言之, 肝具有调节气血的功能。成无己曰“肝者血之源”^[13]。清代著名医家叶天士在《临证指南医案·淋带》中明确提出“女子以肝为先天”^[14]。该病患者年近七七, 月经紊乱, 量少, 加之久病耗损、久病入络, 肝血不足, 血虚生风。故咳嗽反复发作, 咽部干涩。金秋燥气当令, 金克木, 故咳嗽加之。治则局部施以郭氏喉科外治疗法咽部刺络疏通气血经络, 祛瘀生津, 缓解症状, 改善局部黏膜敏感性, 中医内治法治以养血祛风润燥化痰止咳, 方用荆防四物汤和杏苏散化裁。方中荆芥、防风祛风止咳, 四物汤养血活血散瘀, 桔梗、枳壳、紫苏叶宣肺利咽喉, 法半夏、北沙参、川贝母润燥止咳化痰。二诊时患者咳嗽明显减轻, 咽部痰粘感, 脉细弦。故在原方基础上加旋复花, 下气祛痰, 丹参养血和血。

2 结语

中医内治法和外治法各有特色。由上述四则验案可见针对喉源性咳嗽，中医外治法有显著疗效，尤其是作为山西省非物质文化遗产项目郭氏喉科外治法，其咽部刺络对患者咽部异物感、咽部黏膜充血，喉底颗粒状突起具有立竿见影之效。临床具体操作时，要求术者头戴头灯，嘱患者张口，用压舌板压舌前 1/3 暴露口咽部，然后持一次性毫针 3 根（规格：125mm/5 寸）对准咽后壁之扩张血络或颗粒状突起、舌根及肥厚之咽侧索，散在多部位浅点刺、见血为止。每周 1-2 次，每次 2-3 分钟^[15]。该操作在临床可起到疏通经络，调和气血，化瘀散结，改善局部微循环和黏膜敏感性的作用，并在短时间内减轻患者局部不适症状^[16]。

参考文献

[1] 刘蓬. 中医耳鼻喉科学 [M]. 中国中医药出版社, 北京: 2018, 11:134-136.

[2] 董振华, 李婉玲, 张弦. 疏风润肺针法治疗喉源性咳嗽 30 例疗效观察 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2022,30(03):199-201.

[3] 梁芳琴, 李芳, 黄明儒. 喉源性咳嗽中医内外治法研究进展 [J]. 湖北中医杂志, 2019,41(11):64-66.

[4] 姜辉, 王嘉玺, 魏然, 等. 刘大新教授运用“和法”治疗喉源性咳嗽经验探析 [J]. 河北中医, 2022,44(05):721-724+728.

[5] 薛珊珊, 熊汉琪, 孙焯宸, 等. 祛风止咳方治疗风邪犯肺型喉源性咳嗽临床疗效观察 [J]. 中华中医药杂志, 2021,36(09):5649-5652.

[6] 刘奕含, 马华安, 马俊, 等. “加味三拗方”

治疗喉源性咳嗽 [J]. 江苏中医药, 2020,52(12):77-78.

[7] 赵梦迪, 薛明. 喉咳方加减治疗阴虚火旺型喉源性咳嗽的临床观察 [J]. 世界中西医结合杂志, 2022, 17(12):2464-2468.

[8] 黄茜, 金朝晖. 从“木火刑金”论治支气管扩张伴咯血 [J]. 中国民族民间医药, 2022, 31(05):107-109.

[9] 熊汉琪, 吴拥军. “祛风止咳方”化裁治疗喉源性咳嗽验案 3 则 [J]. 江苏中医药, 2021,53(03):50-52.

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

[11] 左旭锐, 肖照岑. 基于“痰瘀同源”辨治咳嗽初探 [J]. 天津中医药, 2019,36(10):971-972.

[12] 李娜, 樊旭. 基于肝“体阴用阳”理论论治失眠 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2019,21(05):136-138. DOI:10.13194/j.issn.1673-842x.2019.05.036.

[13] 归雯佳, 王月娇, 李盛楠, 等. 浅析“女子以肝为先天”理论及其临床应用 [J]. 上海中医药杂志, 2022, 56(08):45-49. DOI:10.16305/j.1007-1334.2022.2004194.

[14] 依秋霞, 李敬林. 从舌象再议女子以肝为先天以血为用之理论——李敬林教授学术思想传承 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2023,21(03):75-77.

[15] 陈家伟, 谢强, 兰智慧, 等. 谢强针药结合治疗喉源性咳嗽经验 [J]. 中医药导报, 2020,26(14):178-179+187.

[16] 刘晨, 詹强, 沈琛越, 等. 中医外治法治疗喉源性咳嗽临床研究进展 [J]. 新中医, 2020, 52(17):22-24.

盱江医学对喉科的影响与贡献

陶波¹ 占娟² 谢强¹ 雷纯海¹

【摘要】 盱江流域，名医辈出，著作宏富，形成了诸多各具特色的学术及临床流派，成为江西医学昌盛的标志。盱江历代医家致力于中医理论的创新和医疗技术的发明，在中医各个领域做出了杰出的学术成就，其中喉科流派是盱江医派中颇有特色的流派，喉科在我国古代医学分科中出现得比较晚，起源于汉晋时期、兴于宋元、盛于明清、成就于现代，喉科医派杰出人物众多，为我国喉科的发展有着重要的影响与贡献^[1]。

【关键词】 盱江医学；喉科流派；地方医学

从古至今，盱江医学对我国中医喉科的影响和发展至为深远，从汉晋时期喉科开始流传，宋代时期将医学分科，才有了喉科的独立成科，擅长喉科的医家不计其数，传衍不绝，传承模式百般而灵活，不外于家传、师承、私塾等，从单个医家到医门、医派不断的壮大，在各自擅长领域独具一格，因治疗技术、用药差异，形成不同的医门与派系，为喉科流派的形成与发展奠基了重要的基础。现将盱江医学对喉科的影响及贡献进行阐述：

1 汉晋时期

葛玄、葛洪医门

盱江喉科，起源于晋代道医葛洪之葛氏医门，地处江西省樟树市的阁皂山，长于临床应用本专业及药材的炮制技术，尤其精于丹药和传统的养生方法，对点穴技术也有自己的造诣，尤其推崇中华艾灸疗法，推动了盱江医药、建昌药帮、樟树药帮等的产生与发展，后代学者众多，使此医派流传了下来^[2]。葛玄的侄孙葛洪，功绩尤为突出，其善于道教文化，擅治喉症，是盱江医学喉科医学派的主要奠基人，建立了盱江喉科学派针药并治的特色临床风格，所撰写《肘后备急方》中记载有吹喉、嚼化、熏洗、熨敷、针灸等多种喉科内、外治法及方药，主要论治耳鼻喉急症经验丰富，简便有效，为耳鼻喉科的发展有着重大的贡献^[3]。

2 宋元时期

2.1 席弘医门

宋代时期席氏医门开始兴起，地处现抚州市临川区，家中擅长临床的诸科急症，特别是用针灸治疗，一直传承至今。席弘将家学针灸技术发扬光大，成为我国家传最久远的针灸医门，是江西针灸学派鼻祖，擅用针灸治疗耳鼻喉口齿疾病，活灵活现，所著《席弘赋》、《席弘家针灸书》等名著，为后世医家提供了宝贵的意见，流传至今，书中对喉科疾病的辨治，达到了精、别、细、清为一体，奠基了应用针灸治疗喉科疾病的理论基础^[2]。席氏针灸医派，取穴精简、用穴得当、配穴严谨、辨证精确，积累了自己独特的针灸学术经验，为喉科的发展提供了新的创新点，并提倡针刺放血治疗，用以治疗耳鼻喉科常见的急症，对后世医家的治疗有重要的指导意义，值得我们将其不断的推广和发扬光大^[4]。

2.2 危云仙医门

宋代时期危氏医门开始兴起，地处于现江西省南丰县，长于临床诸科，以内、外、骨伤、五官科见长，危氏师从葛氏医门、席氏医门的学术思想，以及陈自明医门的治疗喉科疾病的经验，后又随同里范叔清专门学习喉科治疗，危氏医门吸取前人经验，并加以创新，为我国喉科学术史上留下了不朽的贡献^[2]，后代危亦林《世医得效方》对喉科疾病

1 江西中医药大学附属医院，江西 南昌 330006

2 江西中医药大学，江西 南昌 330006

的辨治描述十分的详细,成为元代著名医家之一,通晓临床诸科,尤其擅长喉科,对于喉科临床辨治的方法独具一格,并根据喉风的发病特点,总结出 18 种喉风证,倡导直接在喉部进行针刺,刺完之后在患处吹药治疗,并用竹管吹药等特色治疗方法,首次开采了针药结合疾病的方法,并内外联合治疗,该方法对耳鼻喉科的临床操作治疗有着重要的指导意义^[5]。

2.3 陈自明医门

陈氏医门兴起于宋代,地处现抚州市临川区,长于临床诸科,以喉科、妇、外更为擅长,与葛氏医门、席弘医门一样重视灸法,其学者高足众多,传承至今。陈自明,为南宋著名的吁医,对于喉科疾病,长于治声音嘶哑、咽喉疼痛、喉源性咳嗽、口疮等诸多疾病,推动宋代吁江喉科的进一步发展,故所著《妇人大全良方》、《外科精要》等著作,对喉科疾病的辨治提出独特的见解,其论述要点精练,推动喉科流派的发展起到了重要的作用^[6]。

2.4 范叔清医门

范叔清医门兴起于元代时期,地处现抚州市临川区,擅长五官科疾病,私学弟子众多,影响深远。其后代范叔清,学习葛弘、席弘等医家的学术思想,熟悉诸科疾病,对喉科疾病的认识更为深透,在我国史籍的中是我国第一个临床喉科大家,范氏医门传承模式多样,如谢氏继承其学术思想,将其临床经验编撰成《喉症十九种临证手录》、《眼喉药方录》等著作,传承至今。范氏喉科传承无家承之风。后世师承学子众多,师承有聂杏园、黄明生、郑于丰、郑于蕃,郑梅润等人,郑梅润根据喉科病症六气七情,以阴阳为纲,论述 36 种喉风的著作症状、辨证、治疗以及方药,编撰成《重楼玉钥》,并为此基础著成《喉科三十六症》,耳鼻喉科必读的经典名著,流传至今,其新创新安喉科,以经络学认识命门学,在临床上强调“寒热虚实禀赋”五纲审证,为吁江喉科的传承创新具有科学性和实用性^[2]。

3 明清时期

3.1 聂素贵医门

聂氏医门兴起于明代,地处江西樟树市,对于妇、儿、喉科较为擅长,聂素贵医门,学习儒学精通道教,中医药较为精通。后代医家聂尚恒,热爱岐黄,凭医术高湛救人无数,撰写《痘科慈航》、《医学汇涵》等著作。聂尚恒之子聂杏园,擅长外科以及喉科疾病,其所作《医学集义》、《咽喉说》等著作,《咽喉说》是我国第一部专门记录咽喉科疾病的专著。聂氏医门主要以家传为主,传承的时间较为久远,后裔中清代的著名代表医家有聂松园、民国时期有聂詠丰、在当代有聂明鉴等,皆为中医药的发展作出重大贡献,对喉科流派的发展影响深远^[2]。

3.2 龚信医门

龚氏医门开始于明代时期,位于江西省金溪县,精通药物炮制,擅长于内、外、妇、儿、五官科,爱养生、灸术,拜访的人众多,龚氏医门传承至今。龚廷贤,字子才,被称为“天下医之魁首”,秉着家传医术,又访贤求师,危亦林等先辈的学术思想,通晓各科医学,对五官科喉部疾病尤为擅长,在喉痹、疔腮、喉疮等疾病的治疗上有着自己独特的见解,龚氏结合经验并进行创新,在其著作中记载了许多切合实际的方药和治法,进行内外联合,并重视自己的经验用药,通俗易懂,为后人学习提供便利。其所著《寿世保元》、《云林神效》中记载详细的喉科疾病的辨证方法及方药,不断的推动吁江喉科的发展,值得后人进一步挖掘和研究^[7]。

3.3 王杏林医门

王氏医门开始于明代时期,位于江西省南城,其医门擅长针灸,通晓内、外、妇、耳鼻喉科等,通晓各种医药,擅长药物的炮制研究,家中有秘方传承,所著《医学钩玄》、《秘传神仙巧术各色奇方》、《幽谷回春》等书,收集各地民间验方并结合家传秘方整理成集。后代王文谟,所著《济世碎金方》,记载各色奇方,主要为走方医所用的方术和方剂,大量记载的考察古代走方医的经验,为现代很罕见的方书,为临床上提供罕见的经验良方,同时探究了走方医的发展史,值得后人关注。王氏医门在喉科方面,特色治疗为善用挑治疗法,对于急、

慢喉痹、乳蛾等疾病，常用小针刀进行治疗，效果显著，为后世医家提供了宝贵的经验^[2]。

3.4 谢士骏医门

谢氏医门开始于清代时期，位于江西省南城，传承至今已有 7 代，精通各科医学知识。谢氏医门精通医药，其后裔皆进行传承并在此基础上进行发展，常常用于治疗临床上的急危重症，重视辨治学说，先辨病再治病。后代医家谢星焕，学习清代著名医家喻嘉言的学术思想，对喉科疾病较为擅长，治疗急性喉风、慢性咽炎、咽部异物感等疾病得心应手，成为盱江喉科流派的重要代表人物。其名著《谢映庐医案》，记载并讨论治疗喉科垂危重症，善于灵活运用散火、甘缓、涌吐等医治方法，并重视疾病后期的精神调护；治疗喉痹时，尊崇喻嘉言辨证方法，议病时必分阴阳虚实，重视在疾病的发展期间重视脾胃思想。在前人的经验上不断的进行改正及创新，形成自己独具一格的喉科临床理念，足以启示后学^[8]。

3.5 谢绮云医门

谢氏医门在清代时期兴起，地处于江西省临川县，从古至今已传承已有 10 代。从一代谢绮云，精通医药，学习儒学，擅长葛氏医家的中药炮炙术。二代谢国英，三代谢怀翎，四代谢用章，五代谢灵孙，六代谢安浪、杨满金等。后裔谢用章，继承家中所留下的医学经验，中医药师承于范叔清，精通外、眼、内、喉科疾病，并勤奋学习，钻研喉科疾病，对喉科的嗓音病特别拿手，针对当地群众爱好歌唱活动者易患喉疾声病的特征，苦心钻研，撰《喉症十九种临证手录》、《眼喉药方录》等书籍，在书中率先提出声疾的分类鉴别，提出了声涩、声怯、声弱、声塌、声散等十多种嗓音疾病^[2]，并提出了局部行针药的特殊方法手段防治了喉疾声病，自清代至民国时期该技术的应用日益发展和创新，给中国喉科历史上留下了珍贵的瑰宝。

3.6 谕兆徵医门

谕氏医门从西汉时期兴起，东汉时谕氏后代将谕改姓为“喻”，后代均以“喻”姓。喻氏从西蜀迁

至江西后，从此定居于江西南昌，尊崇道家医术。谕兆徵、谕钟祥、谕周楨传承三代，对中医药研究深透，对其贡献较大，喻氏家门医风高尚，常救济贫困百姓。后裔喻嘉言，禀着“不为良相，便为良医”满怀壮志，悬壶济世，晚年入庙专心研习佛学，以道佛相融合，承佛学慈悲之怀，并苦学医术，医学大成，创《医门法律》、《秋燥论》、《喻选古方试验》等著作，为清初三大名医之首^[9]，修改了《伤寒论》中的条目，弥补《伤寒论》中伤寒和温病等不足之处，将温病学说的发展加以完善并发扬光大。喻氏对耳鼻喉科疾病的辨证有着自己独特的方法，临床实践经验丰富，并首次阐述耳鼻咽喉科的生理病理，以及对耳鼻喉科疾病辨治观，提出“秋燥论”中的秋燥致病特点及治疗方法和用药，首创清燥救肺汤，开创了清、润、宣、降于一身的创新疗法体系，对耳鼻咽喉科的发展具有重要科学性和指导意义。

3.7 江鸣玉医门

江氏医门发源于清代，地位于江西南昌，从古至今相传有十五代，江氏医门善于治疗时疫、喉疾等病症，祖祖辈辈均为医，且专学儒学与道术，江鸣玉经常到民间体会黎民百姓的疾苦，故辞官后返乡为医，毕生都为医术付出了重大贡献。江镜清深受其父的教诲，毕生精心钻研业务于岐黄临床医学，因医术精湛，被称为江西中医“四大金刚”之荣誉称号，在民国初期，曾任中华深州医学会江西分部副主任委员，并编写了《江镜清医案》《江氏医录》《江氏疑难病症心得》等书籍^[2]，在临床辨证时非常重视“脾胃升降湿热”的思想，以顾护人体元气，其后人皆于中医事业上颇有成就，因而驰名至今。

4 小结

盱江喉科流派从医家的传承规律看来主要以家传、师授为主，从汉晋代时期道教的兴起，葛洪传叔公葛玄之学，运用多种喉科内、外治法及方药开创了盱江喉科的先河，形成了盱江喉科流派针药并治的独特临床风格；宋元时期咽喉独立成科，席弘、危亦林、陈自明、范叔清四位医家重视传承以

及倡导针药结合的喉科独特诊疗风格,出现了我国史籍记载最早的咽喉科医家和医籍咽喉科专卷;至明清时期是江西盱江医学最繁荣的时期,也是盱江喉科繁盛时期,明代聂杏元所撰《咽喉说》成为我国的第一部喉科专著,龚廷贤、谢星焕、王杏林、喻嘉言等医家将盱江喉科流传八方,发扬光大。盱江喉科从汉晋时期至今,历经两千多年的历史,一路走来不断壮大,名医辈出,学术繁荣,为我国盱江喉科留下了宝贵的财富。

参考文献

- [1] 谢强,卢娜环.盱江喉科流派传衍探析[J].江西中医药大学学报,2014,26(01):11-15.
- [2] 谢强,章德林,黄冰林.盱江医派志略(续二)[J].江西中医药,2019,50(10):3-10.
- [3] 谢强,卢娜环.葛洪在盱江流域创教行医

及对耳鼻咽喉科急症的贡献[J].江西中医药大学学报,2014,26(06):1-3+14.

[4] 黄纪彬,谢强.盱江席弘针派耳鼻喉科学学术特点初探[J].江西中医药,2014,45(11):3-4+11.

[5] 卢娜环,谢强.盱江名医危亦林喉科学学术特点初探[J].江西中医药大学学报,2014,26(02):8-11.

[6] 方晓颖,谢强,曾敏华.盱江名医陈自明喉科学学术思想探讨[J].江西中医药,2015,46(07):3-4+15.

[7] 曾冰沁,陶波,谢强.盱江名著《云林神效》耳鼻咽喉科应用初探[J].江西中医药,2018,49(02):3-5.

[8] 李思宏,谢强.清代盱江名医谢星焕辨治喉症经验探析[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(04):458-459+471.

[9] 任伊梅,谢强.盱江名医喻昌耳鼻咽喉科学学术特点初探[J].江西中医药,2015,46(01):3-5.

近 5 年乳蛾病中医外治法的研究进展

郁凯华¹ 李岩²

【摘要】 乳蛾病是耳鼻咽喉科常见病之一，类似于西医扁桃体炎。因环境、饮食习惯改变，近年来乳蛾发病率逐年上升。西医治疗以抗生素为主，但抗生素的滥用导致细菌耐药性增强。中医外治法可以消除炎症，保留扁桃体及其功能，且疗效较好，毒副作用少，具有较大优势。本文将近 5 年乳蛾的中医外治法综述如下。

【关键词】 乳蛾；中医外治法；综述

乳蛾病是耳鼻喉科常见病，分为急乳蛾病和慢乳蛾病。常表现为咽痛、咽干不适、咽部异物感、喉核红肿甚则化脓、刺激性咳嗽等。因气候变化及人们生活习惯改变，近年来乳蛾发病率逐年上升，学龄前及学龄期儿童多发。其病原体广泛而多样，主要致病菌为 A 组乙型溶血性链球菌^[1]。清·郑梅涧《重楼玉钥》曾言：“喉间诸症，为患单双蛾者最多，症虽轻而易治，却难速予平滑”，可见乳蛾易反复发作。急乳蛾反复发作或隐窝引流不畅易演变为慢乳蛾^[2]。慢乳蛾并发症较多，炎症向周围扩散，可引起扁桃体周围脓肿、中耳炎、颈部淋巴结炎。若救治不及时，甚则引起肾小球肾炎、心肌炎、风湿热等，严重影响患儿生活质量^[2]。西医保守治疗以抗感染为主，但抗生素的滥用导致细菌耐药性增强。而扁桃体切除对患儿免疫功能可能产生影响^[3]。中医外治法不仅可以消除炎症、保留患儿扁桃体，且疗效较好，疼痛较轻，又可避免口服药物困难等问题，具有较大优势。为此，本文将近 5 年乳蛾的中医外治法临床应用概述如下。

1 烙治法

烙法治疗慢性扁桃体炎源远流长，《千金翼方》中记载：“治咽中肿垂肉不得食方，先以竹筒内口中，热烧铁从竹中拄之，不过数度愈。”是烙法治疗慢性扁桃体炎的最早记载；《外科正宗》中：“凡喉闭不刺

血，喉风不倒痰，喉痈不放脓，喉痹、乳蛾不针烙，此皆非法。”明确刺烙是治疗乳蛾的方法之一；《咽喉经验秘传》中：“年小者用大针，年大者用火针或刮去下烙。”可看出烙具为针型；《焦氏喉科枕秘》记载：“烙铁用纹银打茶匙样，用陈艾包烙铁，外以棉花包住，蘸桐油，灯上烧尽无烟，搁在灯上，取圈撑住口，令人扶住，捺定舌根，使人刮净烙铁，看真患处，连烙一烙即出，不可缓慢，恐伤犯蒂疗。”详细记录了器具的质地、外观及烙法操作过程、注意事项。曲汝鹏^[4]等随机抽取 10 名慢性扁桃体炎患者，分别取首次烙法治疗前及末次治疗后的扁桃体组织作烙前组、烙后组，另选 10 名特发性扁桃体肥大正常人的扁桃体组织作对照组。采用酶联免疫吸附法检测三组扁桃体组织中 IL-4、IL-5、IL-10、IFN- γ 、TGF- β 含量。结果显示，烙前组与烙后组扁桃体组织中细胞因子含量相较于对照组而言均显著升高，差异有统计学意义；与烙前组比较，烙后组的扁桃体组织中细胞因子含量均不同程度降低，有统计学差异。可见，中医烙法通过“热”刺激改变扁桃体局部环境，具有抗炎作用，其作用机制可能是抑制扁桃体组织中 IL-4、IL-5、IL-10、IFN- γ 、TGF- β 等细胞因子表达水平。孙永东^[5]等同样通过实验得出烙治可通过影响 TLRs — NF — κ B 通路相关细胞因子的表达而起到治疗慢性扁桃体炎的作用。

1 黑龙江中医药大学研究生院，黑龙江 哈尔滨 150040

2 黑龙江中医药大学附属第一医院，黑龙江 哈尔滨 150040

中医烙法治疗慢性扁桃体炎的首篇 meta 分析研究显示^[6],烙法与内服中药、西药及其他器械设置的对照组相比较,差异均具有统计学意义,说明烙法治疗慢性扁桃体炎疗效明确。研究中无不良反应报道,提示烙法治疗慢性扁桃体炎安全性高。meta 分析研究结果为中医烙法治疗慢性扁桃体炎提供了循证医学依据,推动烙法治疗慢性扁桃体炎的进一步发展。

随着中医烙法在临床运用中不断发展,医务人员对烙具进行更新,使其更好地适应当代社会,CO₂激光烙法在临床中应用日益广泛^[7],其作用机制与传统烙法一致。相较于传统烙具消毒困难,CO₂激光头一人一用,减少交叉感染风险。且工具简单,能批量生产,对医生操作要求降低,有利于烙法的大力推广。在治疗过程中,CO₂激光烙法不接触扁桃体表面,出血量更少,且总治疗次数减少,减轻患者就医压力。

2 刺络放血法

刺络放血法是使用毫针、梅花针等针具点刺病灶处或特定穴,放出少量血液,以期泄热、消肿、止痛的中医传统治疗方法。《灵枢·九针十二原》言:“菟陈则除之”,《灵枢·阴阳二十五人》:“其菟陈血不结者,则而予之”,是刺络放血的理论基础。以刺血法治疗乳蛾古已有之。《外科理例·卷六》:“咽喉肿痛:重则用金钥匙,及刺患处出血最效,否则不救,针少商二穴亦可,但不若刺患处之神速耳”,表明治疗急乳蛾时,针刺扁桃体局部放血最为快速有效;吴又可《广瘟疫论》:“时疫咽痛,为热淫于肺。……有结者红肿……结甚则起紫泡、白泡,是为乳蛾,必以针刺去恶血,再服清热之方妙”,强调针刺治疗乳蛾的必要性。

刺血法通过刺激骨髓造血功能,加快新陈代谢,改善微循环,重建内循环稳态^[8]。核心机制是血管和血液的互动过程及引起的整体变化^[9]。因此,刺血疗法可以调节人体血流变化、体温、神经肌肉功能等,具有快速退热、解毒、泻火、消肿的功效。

少商、商阳、耳尖及扁桃体局部放血使用频率最高。黄石屏《针灸论述》记载:“咽痛少商穴放血少许极效,男宜先针左,女先刺右,重症加刺合谷,再重加刺少海、天突。”耳者,宗脉之所聚也。故对于急性扁桃体炎患者,针刺耳尖放血能排肺脏热邪之毒,达到利咽止痛之效^[10]。

马军等^[11]将 112 例热毒壅滞型慢性扁桃体炎患者随机分为数量相等的两组,对照组予常规西医治疗,观察组在对照组基础上联合针刀刺营疗法治疗,治疗期为 2 周。2 周后,观察组 hs-CRP、TGF- β 1、IL-5 低于对照组,差异有统计学意义;观察组 IgG、NK 淋巴细胞、CD4+ /CD8+ 高于对照组,差异有统计学意义;观察组主次症状积分均低于对照组,差异有统计学意义;观察组总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义。由此可见,针刀刺营联合疗法能有效减轻热毒壅滞型慢性扁桃体炎患者炎症反应,改善其免疫功能,疗效显著。姚俊丽等^[12]研究发现,在少商及耳尖的基础之上加四缝穴放血,退热效果更明显,临床疗效更为显著。

另外,邓小春^[13]等 Meta 分析显示,刺络放血疗法无论单独应用还是作为中药及西药的辅助疗法在总有效率、症状体征的改善、退热时间等方面均优于单纯西药治疗,但血白细胞计数的 Meta 分析显示无统计学意义,暂不能认为刺络放血疗法能有效地改善血液的炎症指标。

3 啄治法

啄治法是用扁桃体手术弯刀在腭扁桃体游离面上做雀啄或挑刺样动作以扩大隐窝口,排泄其中堆积物的一种方法,属于传统中医刺血疗法,主要用于治疗慢性扁桃体炎,具有排脓消肿、疏经通络、祛散瘀血的作用。与烙法相比,啄治法不会产生隐窝口瘢痕阻塞、局部气滞血瘀的问题,但在扁桃体缩小程度方面不如烙治法有效。郑贇^[14]等将 80 例慢性扁桃体炎患者随机分为两组,对照组予头孢克肟咀嚼片,口服每次 50~100mg,每天 2 次,7d 为一个疗程。观察组予扁桃体啄治法,每侧啄治 4~5 下,深度 2~3cm。治疗期间患者吐出口中血液以 2~3

口为宜, 2~3 天治疗一次, 5 次为一个疗程。治疗后, 观察组临床症状的消失时间比对照组更短, 差异有统计学意义; 观察组白细胞计数、转化生长因子- β 水平、干扰素- γ 水平相比对照组均明显更低, 差异有统计学意义; 观察组治疗后临床总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义。提示啄治法治疗慢性扁桃体炎, 可更快促进基本症状缓解, 提高抗感染力及免疫调节, 临床效果更理想。岳小雪^[15]等将 90 例慢性扁桃体炎患者随机等分为人数相等的三组, 实验组第 1、2、3、5 次予啄治法治疗, 第 4、6 次予烙法治疗; 对照组 1 采用啄治法治疗; 对照组 2 采用烙法治疗, 三组均每周治疗 1 次, 共治疗 10 周。实验组治疗总有效率 96.67%; 对照组 1 治疗总有效率 86.67%; 对照组 2 治疗总有效率 90.00%, 实验组疗效明显优于其他两组; 在治疗优势方面, 实验组治疗咽痛疗效明显优于对照组 1、2 ($P < 0.05$); 实验组治疗刺激性咳嗽疗效明显优于对照组 2 ($P < 0.05$); 实验组、对照组 2 治疗扁桃体大小疗效显著优于对照组 1 ($P < 0.01$); 实验组、对照组 1 治疗扁桃体充血、前后弓充血疗效显著优于对照组 2 ($P < 0.01$)。啄治法与烙治法联合治疗能有效提高临床疗效, 避免单一治疗方法的不足。

4 推拿法

自古就有以推拿治疗咽喉病,《喉科种福》中有此记载:“推针法, 其法令患者端坐, 两手下垂, 医以两手从患者身后及喉嚨之侧, 正对喉内患处, 骈指往下顺推至缺盆穴, 两手从缺盆下推, 至肘内廉, 从肘内廉侧行主臂外廉, 推至鱼尾穴, 极力推至大指尖。”《一指定禅》中记载:“乳蛾, 下喉, 上关轻、下关重, 其形如蛾来风, 难治。缠见喉部颈间, 上胸背各穴治之。”现代研究^[16]表明, 推拿可改善扁桃体局部血液循环, 加速清除分泌物, 有效调节患儿免疫细胞和免疫球蛋白分布, 增强细胞免疫和体液免疫, 从而减少疾病发作。马丽^[17]将 140 例慢乳蛾患儿随机分为人数相等的两组, 对照组予玉屏风口服液, 3~5 岁每次 5ml, 每天 3 次; 6~12

岁每次 10ml, 每天 3 次。观察组在对照组基础上联合推拿治疗: 按揉角孙、风池、扁桃体、足三里 400 次, 对掐少商、商阳 100 次, 提捏肩井 5 次。两组均治疗的第 1 周, 每天 1 次, 自第 2 周起, 每周 2 次, 共治疗 4 周。观察组治疗后 6 个月内反复发作次数少于对照组 ($P < 0.01$); 观察组治疗总有效率为 90.00%, 对照组总有效率 77.14%。提示推拿辅助治疗慢性扁桃体炎的临床疗效显著, 治疗后反复发作次数明显减少, 值得临床推广。

5 易罐刮痧疗法

易罐是钟士元教授发明的新型医疗器具, 由传统火罐改良而来, 形似火罐, 操作更为简单安全, 治疗病种更为广泛。易罐主要材质为硅胶, 吸附能力强, 使用时只需挤压即可吸附于皮肤, 相较于传统火罐点火产生负压, 易罐安全性更高。加之硅胶易于变形, 可用于关节等不易吸附之处。因硅胶具有一定吸附力且材质柔软, 使用易罐刮痧时更易出痧, 且患者不会有坚硬疼痛感。易罐疗法作用机制主要是负压刺激局部皮肤血液循环, 提高人体新陈代谢^[18]。段晓征^[19]等将 60 例风热犯肺型乳蛾患儿随机分为观察组、对照组各 30 例。对照组予西医常规抗生素治疗, 观察组在前者基础上加易罐刮痧疗法。将甘油涂抹于易罐口分别在以下四部位走罐: ①自颈后部发际线(正中)至大椎穴; ②自双侧扁桃体穴沿胸锁乳突肌前缘至锁骨上; ③颈部正中至天突穴; ④自双侧风池穴, 沿膀胱经第一侧线走罐。3d1 次, 2 次 1 组。观察组总有效率 93.3%, 对照组总有效率 83.3%; 观察组体温恢复时间、咽痛缓解时间、脓点消退时间均短于对照组。实验表明, 临床应用易罐辅助治疗儿童风热犯肺型乳蛾效果明显, 操作便携, 患儿依从性高。

6 结语

目前, 西医治疗分为药物与手术治疗, 前者由于抗生素的滥用, 往往造成耐药菌株产生, 使乳蛾反复发作、迁延难愈; 后者可快速改善乳蛾的临床症状, 但扁桃体作为免疫系统的重要器官可动员全身的防御功能^[20], 对儿童而言扁桃体的免疫功能极

其重要,且手术切除仍有一定局限性。

综合上述文献可知,中医外治法治疗乳蛾治愈率远高于单纯口服中药、西药。中医外治法不仅能够缓解临床症状,保留扁桃体及功能,甚则可以提升患者免疫能力。此外,因外治法局部作用于病灶,见效更快。外治法无特殊不适,又可避免口服中药困难、内服药物存在毒副作用等问题,患者依从性较高。临床表明,外治法复发率低,同时操作简便易学,价格低廉,患儿家属接受度高。

笔者在收集、整理文献时发现,近 5 年来,中医外治法也在逐渐更新治疗器具与手段,使之更符合现代临床需求,其独特优势为乳蛾患者带来更好的选择^[21]。随着现代技术的不断发展,更多报道着重于外治法作用机制的研究,曲汝鹏、冷辉、孙海波等教授^[4]着力于中医烙法治疗乳蛾的作用机制,为临床治疗提供研究依据。清·吴师机《理渝骈文》中记载“外治之理即内治之理,外治之药即内治之药,所异者法耳”。近年来,越来越多的医者注意到外治法治疗时同样需要辨证论治,抓住中医外治的精髓,极大提高临床疗效。

外治法也存在部分问题。例如,邓小春发现纳入 Meta 分析的 RCT 部分存在方法学质量较低、报告不规范及结局指标选择单一等问题,针对此类问题建议尽可能参考中医药 RCT 详细阐述试验设计相关因素,如随机分组方法、分配隐藏方法,从而降低研究的偏倚风险。同时建议试验报告的结局指标将总有效率、症状体征改善等临床指标与白细胞计数、中性粒细胞百分比以及 CRP 等炎症指标相结合,综合评价治疗效果,为临床治疗方法的选择提供高质量研究证据^[13]。此外,报道的临床疗效观察文献纳入对象样本量较少,唯有严格遵循随机对照原则,通过严谨的大样本、多中心的临床研究,才能使研究更具统计学意义。

参考文献

[1] 伍瑜,王梦舒,方兴,等.扁桃体隐窝内分泌物细菌谱及药敏分析[J].中华医院感染学杂志,

2023,33(16): 2478-2483.

[2] 王春兰,苏冠凤,魏娟,等.中医药治疗小儿急性扁桃体炎(急乳蛾)研究进展[J].光明中医,2023,38(01): 194-196.

[3] 彭港,谢慧.中医烙法治疗慢性扁桃体炎的研究进展[J].中医眼耳鼻喉杂志,2023,13(01): 41-43.

[4] 曲汝鹏,冷辉,孙海波.中医烙法对慢性扁桃体炎扁桃体组织中细胞因子表达影响的实验研究[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2019,27(04): 250-255.

[5] 孙永东,贺晓芳,杨朝纲,等.灼烧技术治疗慢性扁桃体炎对患者免疫功能的影响[J].重庆医学,2018,47(14): 1941-1943.

[6] 李玲娟,龚琦胜,杜孟芯,等.中医烙法治疗慢性扁桃体炎的系统评价和 Meta 分析[J].中医眼耳鼻喉杂志,2020,10(04): 194-198.

[7] 李斐,戈智花,边芳子,等.基于传统烙治的 CO₂ 激光烙法治疗儿童慢性扁桃体炎的疗效及安全性观察[J].中国医药导刊,2021,23(09): 662-666.

[8] 杨娟利,王玉珍,郭晓雅,等.耳穴刺络放血疗法联合梅花针治疗慢性支气管炎的疗效及对凝血功能影响[J].血栓与止血学,2021,27(01): 17-19.

[9] 杨丽,袁秀丽.刺络放血疗法机理探讨及研究进展[J].亚太传统医药,2016,12(02): 67-69.

[10] 许锦珠,郑玉石.耳尖、扁桃体穴放血配合叩齿咽津导引法在风热型急乳蛾中的应用[J].黑龙江中医药,2022,51(06): 16-18.

[11] 马军,龚远清,徐拓,等.针刀刺营疗法对热毒壅滞型慢性扁桃体炎患者炎症因子及免疫功能的影响[J].全科医学临床与教育,2021,19(06): 524-527.

[12] 姚俊丽,高志强,陈黎,等.四缝穴刺络放血疗法治疗小儿急乳蛾肺胃热炽证的疗效观察[J].中国中医急症,2018,27(06): 1051-1053.

[13] 邓小春,蒋运兰,邱娟,等.刺络放血疗法治疗急性扁桃体炎有效性的 Meta 分析[J].右江医

学, 2020,48(10): 736-744.

[14] 郑贇, 李斌. 扁桃体啄治法用于慢性扁桃体炎患者治疗基本症状控制及临床有效性观察 [J]. 中医临床研究, 2022,14(13): 72-75.

[15] 岳小雪, 高英恺, 吴铭, 等. 啄治法与烙法联合治疗小儿慢性扁桃体炎的临床研究 [J]. 中医外治杂志, 2021,30(04): 3-5.

[16] 夏天, 傅剑萍, 唐宏亮, 等. 推拿防治小儿脾肺气虚型反复呼吸道感染的临床观察 [J]. 南京中医药大学学报, 2018,34(03): 273-276.

[17] 马丽. 推拿辅治小儿慢性扁桃体炎反复发作的临床效果观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2019,12(02): 138-139.

[18] 黄卓健, 申坚, 高胜嘉, 等. 易罐疗法临床应用研究进展 [J]. 中国处方药, 2022,20(01): 184-185.

[19] 段晓征, 孟祥月. 易罐辅助治疗儿童风热犯肺型乳蛾的临床研究 [J]. 中国中西医结合儿科学, 2021,13(02): 158-160.

[20] 刘岩, 张雯, 张宁, 等. 刺络拔罐治疗小儿急性扁桃体炎临床疗效观察 [J]. 现代中医临床, 2022,29(06): 6-10.

[21] 李斐, 李高彪, 刘丽颖, 等. 基于中医传统烙法的 CO₂ 激光烙法在扁桃体疾病治疗中的应用探究 [J]. 中国中医急症, 2019,28(05): 869-871.

中医治疗耳鸣的临床研究进展

王骁勋¹ 譙凤英

【摘要】 耳鸣是耳鼻喉科的难治疾病之一。随着饮食,睡眠,压力过大等生活习惯的变化,耳鸣患病率逐渐增加,且发病逐渐年轻化。现代医学治疗本病效果欠佳。中医治疗耳鸣包括内治法和外治法,其中内治法包括时方、自拟方、中成药等,外治法包括针灸治疗(针刺、电针、温针灸、苇管灸)、耳穴贴压、穴位注射、塞药及按摩等,具有方式多样、副作用小、疗效显著等优势,为治疗耳鸣提供了更多的选择。本文归纳总结耳鸣的病因病机及治疗方法,以期对临床有参考价值。

【关键词】 中医;耳鸣;病因病机;内治法;外治法

耳鸣是指患者自觉耳内有声音,但无相应的声源,往往会出现失眠、抑郁、注意力下降等问题,影响生活质量^[1]。现代医学主要有药物治疗、声音疗法、认知行为等治疗手段^[2],治疗效果并不理想。中医在治疗耳鸣方面具有方式多样、副作用小等特点,使患者愈加青睐中医治疗。本文基于近 5 年相关文献,对中医病因病机、内治法和外治法进行综述。

1 病因病机

张志远教授^[3]认为耳鸣的病机主要分为实证和虚证。实证多与肝相关,肝主疏泄、主藏血。肝气郁结,疏泄失司,致耳窍气机阻滞,发为耳鸣。久郁化火,肝火炽盛,循经上扰耳窍,亦可见耳鸣。肝胆火热与体内湿邪互结,滞于耳窍导致耳鸣。肝之阴血不足,耳窍失养,或阴阳失衡,致肝阳上亢而扰乱清窍,则见耳鸣。虚证多与脾肾相关,饮食不节或过度思虑、劳倦致脾胃运化无权、升降失调,无法将水谷转化为濡养耳窍的精微物质,同时脾虚易致津液输布障碍,内生痰湿,上壅耳窍,发为耳鸣。先天禀赋不足或劳伤、房事过度耗伤肾精,阴精虚损,髓海失充,耳失滋养,或阴虚火旺致虚火上炎,扰乱耳窍而见耳鸣。

郑日新教授^[4]认为耳鸣的病因多是风热、肝火、

痰火、血瘀,另有脾气虚弱、肾气亏虚、气血匮乏等,耳鸣分虚实。实证病机主要为瘀,火热、虚寒、气虚、气滞、损伤等均可致瘀阻血络,耳窍失养,发为本病。虚证以脾胃气虚和肾精亏损为主,脾虚导致清阳不升,耳窍失养,发作耳鸣;先天禀赋不足,肾气不充,肾精亏损,耳窍失养而发病。

申琪等^[5]在制定《耳鸣中医诊疗指南》过程中,采用德尔菲法,在文献计量研究基础上编制《专家问卷调查表》,发送于专家以收集意见,专家集中认为将耳鸣辨证为风热侵袭、肝火上扰、痰火郁结、脾胃虚弱、肾精亏损 5 型。

2 内治法

2.1 时方治疗

时方主要于唐宋时期创立使用,在经方的基础上进行发展或变化,具有灵活多变、适用范围广的特点^[6]。井晓煦等^[6]对 82 例神经性耳鸣患者随机分为 2 组,各 41 例。对照组口服甲磺酸倍他司汀片(每日 3 次,每次 6mg),观察组在对照组基础上左归饮加减治疗(组成:熟地黄 15g,石菖蒲、山药、路路通各 12g,枸杞子、山茱萸、丹参、茯苓各 10g,柴胡、当归、郁金各 9g,炙甘草 6g,水煎服,日 1 剂,早晚分服)。两组均连续治疗 4 周。结果显示:观察组总有效率(90.20%)高于对照组(70.70%),

1 天津中医药大学第一附属医院、国家中医针灸临床医学研究基地,天津 300381

通讯作者:譙凤英,天津中医药大学第一附属医院耳鼻喉科主任医师。E-mail:13920338800@163.com

差异有统计学意义。蔡蔚然等^[8]将 60 例心血不足型耳鸣患者随机分为 2 组,各 30 例。对照组口

服盐酸氟桂利嗪胶囊(每晚 1 粒,每粒 5mg)及甲钴胺片(每日 3 次,每次 0.5mg),观察组予归脾汤治疗(组成:黄芪 30g,党参、白术各 20g,茯苓、龙眼肉、酸枣仁、当归、远志各 10g,木香 5g,甘草 6g,水煎服,日 1 剂,午餐后 1 小时温服)。两组均以 7 天为 1 疗程,治疗 4 疗程。结果显示观察组总有效率(86.70%)高于对照组(70.00%),差异有统计学意义。吕楠楠等^[9]对 78 例中老年主观性耳鸣患者随机分为 2 组,各 39 例。对照组予盐酸倍他司汀注射液,每日 1 次。观察组在此基础上加用通窍活血汤加减口服治疗(组成:赤芍、当归、桃仁、川芎各 15g,红花 9g,鸡血藤 20g,麝香 0.15g 后下,水煎服,日 1 剂,早晚分服)。两组均治疗 2 周。结果显示:观察组总有效率(64.10%)高于对照组(41.03%),差异有统计学意义。余亚斌等^[9]将 180 例患者随机分为 3 组,各 60 例。中药组予补中益气汤治疗(组成:黄芪 30g,党参、白术各 15g,甘草、当归、陈皮、升麻、柴胡各 10g,水煎服,日 1 剂,早晚分服);西药组口服西比灵(每晚 1 次,每次 5mg)及呋喃硫胺片(每日 3 次,每次 50mg);声治疗组选择最喜欢的大自然界声音 3~5 种作为声治疗的声音,每日上午、下午、晚上共 3 次,每次 1 小时,音量大小不可超过耳鸣,以感到舒适为度,音量小于或等于耳鸣声为宜。三组均治疗 5 周。结果显示:通过 THI 量表评估临床疗效中药组总有效率(73.33%)高于西药组(50.00%)和声治疗组(63.33%),差异有统计学意义。

2.2 自拟方治疗

自拟方指医生根据自身临床经验以法立方,临床应用更加灵活,对耳鸣治疗有确切的疗效。谯凤英等^[11]将 326 例耳鸣患者随机分为 2 组,对照组 161 例,观察组 165 例。对照组口服甲钴胺分散片(每日 3 次,每次 0.5mg)和长春胺缓释胶囊(每日 2 次,每次 30mg)治疗,观察组予以四藤龙牡汤辨证加减治疗(组成:钩藤、首乌藤、络石藤、鸡血

藤各 20g,龙骨先煎、牡蛎先煎各 30g,水煎服,日 1 剂,早晚分服)。两组均以 7 天为 1 个疗程,治疗 4 个疗程。结果显示观察组总有效率为(72.73%)高于对照组(63.97%),差异有统计学意义。刘宪宾^[12]随机将 104 例老年耳鸣患者随机分为 2 组,各 52 例。两组均接受抗惊厥、营养耳神经、改善微循环等常规治疗,对照组另口服卡马西平(每日 3 次,每次 0.1g),观察组在对照组基础上加用固中汤治疗(组成:炙甘草、砂仁、石菖蒲各 10g,干姜、大枣、桂枝、白术各自 15g,黄芪、党参各 30g,水煎服,日 1 剂,早晚分服)。两组均持续治疗 28 天。结果显示:观察组总有效率(96.15%)高于对照组(82.69%),差异有统计学意义。贾志姣^[13]将 80 例肝郁脾虚型耳鸣患者随机分为 2 组,各 40 例。对照组予免煎中药安慰剂颗粒(5%的原药、糊精,每日 2 次,每次 1 袋),观察组予逍遥聪耳方免煎中药颗粒治疗(组成:柴胡、茯苓各 20g,白术、白芍、路路通、葛根、合欢花、郁金、丹参、玫瑰花、远志、合欢皮各 10g,川芎 9g,香附 15g,温开水冲服,每日 2 次,每次 1 袋)。两组均治疗 20 天。结果显示观察组总有效率为(89.47%)高于对照组(44.44%),差异有统计学意义。郭延林等^[14]将 60 例耳鸣患者随机分为 2 组,各 30 例。对照组静脉滴注天麻素注射液(天麻素 1000mg,250ml0.9%生理盐水稀释,每日 1 次),口服甲钴胺胶囊(每日 3 次,每次 0.5mg)和维生素 B1(每日 3 次,每次 10mg),观察组在对照组基础上用清热耳鸣方颗粒(组成:柴胡、茯苓、太子参、赤芍、蝉蜕、炒僵蚕各 30g,黄芩 15g,清半夏、浙贝母、桂枝、炙甘草各 10g,葛根 60g,水冲服,日 1 剂,早晚 2 次温服)。两组均治疗 14 天。结果显示观察组总有效率(73.30%)高于对照组(56.70%),观察组 SDS 评分改善优于对照组,观察组 SAS 评分优于对照组,观察组血清 5-HT 改善优于对照组,差异有统计学意义。

2.3 中成药

中成药指将配方的中药加工或提取后制成一

定规格,可直接防病治病的一类药品,如丸剂、散剂、冲剂等,简化了煎煮药物的过程,方便携带、储存和服用。田文浩^[15]将 79 例耳鸣患者随机分为 2 组,对照组 39 例,观察组 40 例。对照组口服盐酸氟桂利嗪(每日 1 次,每次 5mg),观察组在对照组基础上予复方血栓通胶囊(每日 2 次,每次 0.66g)治疗。两组均治疗 14 天。结果显示观察组总有效率为(97.50%)高于对照组(82.05%),差异有统计学意义。黄东辉等^[16]将 50 例耳鸣患者随机分为 2 组,各 25 例。对照组予甲钴胺片(每日 3 次,每次 0.5mg)、敏使朗(每日 3 次,每次 12mg)治疗,观察组在对照组基础上予乌灵胶囊(每日 3 次,每次 3 粒)治疗。两组均治疗 4 周。结果显示观察组 THI 评分较治疗前下降 30.6%,PSQI 下降 31.4%,对照组 THI 评分较治疗前下降 16.3%,PSQI 下降 7.8%,差异有统计学意义。

3 外治法

3.1 针灸治疗

3.1.1 针刺

针刺是在经络学说的指导下,通过刺激人体穴位,调节和平衡人体的气血、阴阳、脏腑等生理机能,以达到治疗疾病的目的。贺阿利等^[17]将 60 例神经性耳鸣患者随机分为 2 组,各 30 例。对照组予常规针刺法(取穴:患侧耳门、听会、听宫、翳风、中渚、侠溪,根据患者证型加减穴位),观察组针刺患侧耳鸣穴(完骨穴向下 1cm)配合常规针刺法治疗。两组均采用平补平泻,得气后留针 30min,每日 1 次,每周 5 次,以 5 次为 1 个疗程,治疗 4 个疗程。结果显示观察组总有效率(90.00%)高于对照组(86.67%),差异有统计学意义。姚卫杰等^[18]将 78 例肝火上扰型耳鸣患者随机分为 2 组,各 39 例。两组均予耳鸣咨询和心理指导等基础干预,对照组口服银杏叶片(每日 3 次,每次 40mg)和甲钴胺胶囊(每日 3 次,每次 0.5mg),观察组予针刺治疗(取穴:患侧耳门、听宫、翳风、完骨、中渚、太冲,耳门、听宫轻微提插直刺,以针感达内耳、局部酸麻胀痛感为度;耳根方向斜刺翳风,轻微提插、捻

转,以局部酸麻胀痛感为度;完骨直刺,中渚向心斜刺,得气后行泻法;太冲穴朝涌泉泻法刺入,得气即可。留针 30min,隔日 1 次)。两组均以 2 周为 1 个疗程,治疗 2 个疗程。结果显示观察组总有效率(89.70%)高于对照组(71.80%),治疗后 TEQ 评分、THI 评分治疗组低于对照组,差异有统计学意义。魏然等^[19]将 60 例神经性耳鸣患者随机分为 2 组,各 30 例。对照组予常规针刺治疗(取穴:患侧听宫、听会、耳门、翳风,双侧中渚、外关、侠溪、足三里、太冲、太溪、丰隆),其中四肢采用平补平泻法,留针 20min,期间需行针 2~3 次,每日 1 次,连续治疗 4 周,观察组予毫针针刺蝶腭神经节治疗,患者有放电感或鼻腔喷水感为得气,顺势出针,每周针刺 2 次,连续治疗 4 周。结果显示观察组总有效率(93.30%)高于对照组(80.00%),差异有统计学意义。

3.1.2 电针

电针是针刺得气后,在毫针上通以微量的电流波刺激穴位,以扩大治疗范围、准确控制刺激量。高维滨^[20]采用电针乳突四穴为主治疗神经性耳鸣 30 例(取穴:患侧乳突 1 穴(耳廓后沟后 0.4 寸,平外耳道上缘)、乳突 2 穴(耳廓后沟后 0.4 寸,平外耳道下缘)、乳突 3 穴(耳廓后沟后 0.8 寸,平外耳道上缘)、乳突 4 穴(耳廓后沟后 0.8 寸,平外耳道下缘)、耳门、听会、风池、供血(风池下 1.5 寸)),耳门与听会、风池与供血、乳突 1 与乳突 3、乳突 2 与乳突 4 分别接电,连续波,留针 30min,每日 1 次,6 天为 1 疗程,疗程间休息 1 天,治疗 2 个疗程。结果显示总有效率达 96.70%。王飞宇^[21]将 72 例神经性耳鸣患者随机分为 2 组,各 36 例。对照组行普通针刺治疗(取穴:患侧耳门、听宫、听会、翳风、中渚、侠溪、率谷、三阴交等),其中耳门、听宫、听会均张口取穴,向耳内方向直刺,使针感传到耳底或耳周,翳风向耳前方向斜刺,将针感到达耳内,率谷向耳尖方向平刺,其余穴位常规针刺,得气留针 30min,观察组在对照组基础上予患侧耳门、听会穴电针治疗,选用疏密波,电针 15min,留

针 30min。2 组均每日 1 次，每周治疗 5 次，15 天为一个疗程，连续治疗 3 个疗程。结果显示观察组总有效率为 (86.00%) 高于对照组 (64.00%)，差异有统计学意义。

3.1.3 温针灸

温针灸是在留针期间，将艾绒搓团裹在针柄上点燃，通过针体将热力传入穴位，起到温通经脉、行气活血等作用。尚艳杰等^[22]将 60 例脾虚型耳鸣患者随机分为 2 组。对照组予益气聪明汤治疗（水煎服，日 1 剂，早晚分服）。观察组在对照组基础上予温针灸治疗（取穴：患侧耳门、听宫、听会、翳风、足三里、气海），在耳门、听宫、听会、足三里、气海上进行温针灸，待艾条燃尽后留针 20min，每周 6 次。两组均以 2 周为 1 个疗程，治疗 3 个疗程。结果显示观察组总有效率 (86.70%) 高于对照组 (70.00%)，差异有统计学意义。李成龙等^[23]观察不同灸量温针灸治疗耳鸣临床疗效，随机将患者分为 3 组，分别施灸 1 壮、3 壮、5 壮。三组均取患侧听会、翳风、风池、百会，双侧侠溪和中渚，得气后取听会、翳风行温针灸，留针 60min，隔日治疗 1 次，共治疗 30 次。结果显示 1 壮治疗总有效率为 69.00%，3 壮治疗总有效率为 87.10%，5 壮治疗总有效率为 93.30%，3 壮和 5 壮相比无统计学意义，结果提示适宜灸量为 3 壮。马剑雪等^[24]将 76 例肝肾不足型耳鸣患者随机分为 2 组，各 38 例。对照组予卡马西平治疗（每日 3 次，每次 200mg），观察组予卡马西平联合温针灸联合治疗（取穴：耳门、听宫、听会、翳风（单侧耳鸣取患侧，双侧耳鸣取双侧），双侧中渚、侠溪、太溪、太冲，关元），得气后，于听宫行温针灸，留针 20min，每日 1 次，5 次为 1 疗程，疗程间休息 2 天。两组均治疗 2 周。结果显示观察组总有效率为 (94.44%) 高于对照组 (86.11%)，差异有统计学意义。

3.1.4 苇管灸

苇管灸是用芦苇的根茎制成灸器，于耳内施灸的一种方法，直到病处以疏通经脉、温补散结。钟玉梅等^[25]将 60 例耳鸣患者随机分为 2 组，各 30 例

（对照组脱落 2 例，观察组脱落 1 例）。对照组予针刺治疗（取穴：双侧翳风、听会、中渚、足三里、太冲穴），平补平泻，留针 30min，观察组在此基础上施灸（将苇管一端削成半个鸭嘴形以放艾绒，另一端截平，用砂纸打磨平滑，把平端放入外耳道内，周围放置棉花固定苇管及隔绝空气，将黄豆粒大小的艾柱置于鸭嘴形的一端，用线香点燃，燃完一壮再换艾柱，每次 5~9 壮，使外耳道有温热感为宜）。两组均隔日针灸 1 次，连续治疗 5 次，休息 2 天，5 次为 1 疗程，治疗 4 个疗程。结果显示观察组总有效率 (86.70%) 高于对照组 (73.30%)，差异有统计学意义。杨蕾等^[26]将 60 例痰火壅结型耳鸣患者随机分为 2 组，各 30 例。对照组予针刺治疗（取穴：患侧耳门、听宫、听会，双侧翳风、丰隆、大椎），得气后，取泻法，留针 30min，观察组在此基础上行苇管灸治疗，艾绒自然燃尽为 1 壮，共放置 5 壮，为 30min 左右。两组均每日治疗 1 次，6 次治疗后休息 1 天，两周为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。结果显示观察组总有效率 (96.67%) 高于对照组 (83.33%)，差异有统计学意义。

3.2 耳穴贴压

耳穴贴压是采用适中的胶贴将王不留行籽、磁珠贴敷于相关耳穴，用手指按压耳穴进行刺激，调控人体脏腑功能，平衡阴阳，达到治疗疾病目的的一种方法。宁丽娜等^[27]将 60 例耳鸣患者随机分为 2 组，各 30 例。对照组予甲钴胺片（每日 3 次，每日 0.5mg），观察组在对照组基础上予耳穴贴压护理（取穴：神门、交感、内耳、外耳和内分泌等穴位），每次按压 5min，每天 3~4 次，感到肿胀时，减轻按压力度和次数。治疗后，结果显示观察组总有效率为 (93.33%) 高于对照组 (70.00%)，差异有统计学意义。吕琨等^[28]将 90 例患者随机分为 3 组，各 30 例。对照组予补肾活血方治疗（组成：熟地、山茱萸、郁金各 15g，桑椹子、菟丝子、葛根、石菖蒲各 12g，丹参、三七、泽泻、蔓荆子各 10g，磁石 30g，远志、蝉蜕各 6g，水煎服，日 1 剂，分 2 次服），对照组 2 在对照组 1 基础上配合电针（取穴：

听宫、听会、耳门、中渚、翳风), 连续波, 通电 20min, 隔日 1 次。观察组在对照组 2 基础上加用耳穴压豆治疗(选取神门、心、肾、交感、皮质下为主要穴位), 每日按压 5 次, 每次 20min, 以产生酸、麻、胀、热感为度, 隔天换药, 双耳交替。三组均以 7 天为 1 个疗程, 共治疗 4 个疗程。结果显示观察组总有效率为 (86.70%) 高于对照组 1 (50.00%) 和对照组 2 (53.30%), 差异有统计学意义。

3.3 穴位注射

穴位注射是通过在穴位上注射药物以治疗疾病。张新玲等^[29]将 56 例耳鸣患者随机分为 2 组, 各 28 例。对照组予益气活血通窍安神汤剂(组成: 西洋参、生黄芪、紫丹参各 7g, 肥知母、正川芎、茯神、龙眼肉、川郁金各 10g, 生甘草 5g, 酸枣仁 30g, 水煎服, 每日 2 次, 早晚各 1 剂), 连续服用 3 个疗程, 观察组在对照组基础上进行耳周穴位注射(取穴: 患侧耳门、听宫、听会及翳风穴), 注射利多卡因注射液、甲钴胺注射液及生理盐水混合液, 每穴注射 0.5ml, 每日 1 次, 连续 7 天为 1 个疗程, 治疗 3 个疗程。结果显示观察组总有效率为 (92.86%) 高于对照组 (75.00%), 差异有统计学意义。陈潇等^[30]选取 64 例急性耳鸣患者随机分为 2 组, 各 32 例。对照组静脉滴注银杏达莫注射液 10ml (加入生理盐水 500mL, 每日 2 次), 口服甲钴胺 (每日 3 次, 每次 0.5mg)、盐酸氟桂利嗪胶囊 (每晚 1 次, 每次 5mg) 及醋酸泼尼松片 (每日 2 次, 每次 10mg), 观察组在对照组基础上予患侧听宫穴位注射丹参注射液 0.5ml 治疗, 每日 1 次。其中醋酸泼尼松片用药 5 天后停用, 两组均连续治疗 14 天。结果显示观察组总有效率为 (81.25%) 高于对照组 (68.75%), 差异有统计学意义。

3.4 塞药

塞药法指将适当药物制成粉末状后用薄绢包裹成合适大小, 直接塞入外耳道内; 或制成

液体浸泡药棉或纱布, 或制成膏剂涂在药棉或纱布表面, 再将药棉或纱布塞入外耳道内, 其释放缓慢, 作用持久, 以达通络开窍的治疗效果。谈

太鹏等^[31]将 80 例痰火郁结型耳鸣患者随机分为 2 组, 各 40 例。对照组予针刺治疗(取穴: 患侧听宫、听会、翳风、风池), 得气后留针 40min, 观察组在对照组基础上用耳宁棉方(将石菖蒲、连翘等药物以适当比例研磨成末, 取适量药末用消毒脱脂棉包裹, 用 75% 酒精浸湿, 塞入耳道口, 保持 2h)。两组均每日 1 次, 7 天为 1 个疗程, 共治疗 4 个疗程。结果显示观察组总有效率 (92.50%) 高于对照组 (62.50%), 差异具有统计学意义。罗露洁^[32]将 60 例耳鸣患者随机分为 2 组, 各 30 例。对照组口服聪耳息鸣饮颗粒剂(组成: 柴胡、五味子、黄柏各 6g, 黄精、黄芪各 15g, 白芍、泽泻、牛膝、骨碎补、葛根、石菖蒲各 10g, 龙骨、牡蛎各 20g 等, 每日 1 剂, 每日 2 次, 早晚分服), 观察组加用补虚息鸣塞耳方胶囊塞耳(组成: 石菖蒲、细辛、磁石、生地各三份, 骨碎补、牛膝、当归、川芎、柴胡各二份, 冰片一份等, 睡前置入, 夜塞昼取, 每日 1 次)。两组均以 15 天为 1 个疗程, 治疗 2 个疗程。结果显示观察组总有效率 (83.33%) 高于对照组 (66.67%), 差异具有统计学意义。

3.5 按摩

按摩是医者运用手法, 在患者体表特殊部位进行, 疏通经络气血, 达到聪耳开窍的效果。魏国威等^[33]将 60 例耳鸣患者随机分为 2 组, 各 30 例。对照组口服银杏叶片 (每日 3 次, 每次 40 mg) 和甲钴胺片 (每日 3 次, 每次 0.5mg), 观察组在对照组基础上运用按摩治疗(从神庭穴沿督脉揉至风府 15 下; 百会、四神聪、双侧耳门、听宫、听会、翳风穴点按; 完骨、天柱、风池穴按揉; 摩擦两侧耳轮 5min; 食指置两侧外耳道口轻轻捺按, 一按一放, 共 30 下; 鸣天鼓 24 下。每日 1 次)。两组均治疗 4 周。结果显示观察组总有效率 (86.70%) 高于对照组 (70.00%), 差异有统计学意义。许友星^[34]将 50 例肾精不足型耳鸣患者随机分为 2 组, 各 25 例。对照组服用耳聋左慈丸 (每日 2 次, 每次 1 丸), 且每晚睡前做鸣天鼓 (每晚 360 下), 观察组在对照组基础上增加益肾通耳推拿法治疗(①选穴: 耳门、

听宫、听会、率谷、翳风等穴；②手法：头部穴位推拿时患者呈仰卧位，医师于患者侧头位，用拇指点按穴位，每穴 1min，以患者耐受为度，顺序为百会、头维、神庭、悬厘、率谷、印堂、耳门、听宫、听会、翳风、风池，上述穴位按摩后提拿肩部肌肉，同时嘱患者做缓慢颈部主动划圈运动，共用时 15min。腹部穴位推拿时嘱患者仰卧位，点按患者腹部穴位，每穴 1min，以酸胀感为度，顺序是中脘、气海、关元、育俞、天枢、神阙，点按时配合患者的呼吸，患者呼气时点按，吸气时松开，随后掌按法按摩神阙穴，共用时 5min。背部推拿时嘱患者俯卧位，用推法、滚法、揉法对督脉、膀胱经穴位进行推拿，用时约 15 min。下肢穴位推拿时嘱患者仰卧位，医师站立于患者侧身处，用拇指点按足三里、太溪、三阴交，用时约 10 min。最后拿肩井穴 5 次结束。两组均治疗 1 月。结果显示观察组总有效率（92.00%）高于对照组（64.00%），观察组 TEQ 评分和 PSQI 评分均明显低于对照组，差异有统计学意义。

4 结语

中医认识耳鸣历史悠久，医家对病因病机各有见解，多从虚实论治，内治法和外治法可以较好地减轻患者的临床症状，改善身心健康，提高生活质量，已成为许多临床患者所接纳的疗法。但是仍存在一些问题：（1）中医治疗耳鸣缺乏统一的诊断和疗效评价标准；（2）治疗后缺乏长期随访；（3）中医治疗耳鸣中临床观察类文献较多，其作用机制研究相对匮乏；（4）缺乏大样本、多中心的临床观察。今后应重视内治法和外治法在耳鸣治疗过程中的应用，规范中医治疗耳鸣的诊断标准和疗效评价标准，并对患者进行长期随访，进一步研究内治法和外治法治疗耳鸣的作用机制，为临床提供理论支持。

参考文献

[1]贺璐,王国鹏,彭哲,等.耳鸣临床应用指南[J].听力学及言语疾病杂志,2015,23(02):116-139.
[2]母晓松,蒲晓兵,刘一瑾,等.耳鸣治疗的

国内外研究进展[J].四川医学,2020,41(01):16-19.
DOI:10.16252/j.cnki.issn1004-0501-2020.01.004.

[3]鲁婷婷,田径,刘朴霖,等.张志远从肝、脾、肾论治耳鸣经验[J].中医杂志,2023,64(13):1308-1311+1321.DOI:10.13288/j.11-2166/r.2023.13.003.

[4]刘娜娜,朱玲,屠彦红,等.郑日新辨治耳鸣耳聋经验撷菁[J].中国民间疗法,2023,31(09):35-39.
DOI:10.19621/j.cnki.11-3555/r.2023.0912.

[5]申琪,严道南,刘蓬.《耳鸣中医诊疗指南》的德尔菲法评价与结果分析[J].中医学报,2011,26(06):678-680.DOI:10.16368/j.issn.1674-8999.2011.06.019.

[6]孙月蒙,徐书,徐樱.经方与时方结合,专病专药临床辨治方略[J].中华中医药杂志,2022,37(12):6895-6898.

[7]井晓煦,师会.左归饮加减联合常规西药治疗神经性耳鸣临床研究[J].河南中医,2022,42(06):939-943.DOI:10.16367/j.issn.1003-5028.2022.06.0203.

[8]蔡蔚然,陈绘,施陈燕,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.DOI:10.16305/j.1007-1334.2020.S1.034.

[9]吕楠楠,廖哲,任程艳.通窍活血汤联合倍他司汀注射液治疗中老年主观性耳鸣临床观察[J].实用中医药杂志,2023,39(04):752-754.

[10]余亚斌,张剑宁,李明,等.补中益气汤治疗脾虚型耳鸣的临床观察[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2020,28(05):337-341+382.DOI:10.16542/j.cnki.issn.1007-4856.2020.05.008.

[11]张盈,譙凤英,杨仕蕊,等.四藤龙牡汤辨证治疗耳鸣的临床研究[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2020,28(05):342-344+323.DOI:10.16542/j.cnki.issn.1007-4856.2020.05.009.

[12]刘宪宾.固中汤联合卡马西平治疗老年耳鸣临床观察[J].实用中医药杂志,2023,39(04):704-706.

[13]贾志姣.逍遥聪耳方治疗肝郁脾虚型耳鸣临床观察[D].北京中医药大学,2021.DOI:10.26973/

d.cnki.gbjzu.2021.000230.

[14]郭延林,郭晓洁,张树泉.清热耳鸣方治疗神经性耳鸣(邪郁少阳痰瘀阻窍证)临床疗效及对血清5-羟色胺的影响[J].中医临床研究,2020,12(07):62-64.

[15]田文浩.复方血栓通胶囊联合盐酸氟桂利嗪治疗耳鸣临床观察[J].实用中医药杂志,2021,37(11):1858-1859.

[16]黄东辉,卢杰,钟艳萍,等.乌灵胶囊治疗耳鸣伴睡眠障碍的临床研究50例[C]//中华中医药学会,世界中医药学会联合会.中华中医药学会耳鼻喉科分会第二十五次学术年会暨世界中联耳鼻喉口腔科专业委员会第十一次学术年会论文集.[出版者不详],2019:29.DOI:10.26914/c.cnkihy.2019.075348.

[17]贺阿利,王晓霞,赵颖丹,等.针刺耳鸣穴为主治疗神经性耳鸣临床研究[J].陕西中医药大学学报,2021,44(05):87-90.DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2021.05.018.

[18]姚卫杰,张治成,郭向东,等.针刺治疗特发性耳鸣肝火上扰型临床观察[J].实用中医药杂志,2021,37(09):1572-1574.

[19]魏然,王嘉玺,姜辉,等.针刺蝶腭神经节治疗神经性耳鸣疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2022,31(15):2094-2098.

[20]王春英,高维滨,王琳晶,等.电针乳突四穴为主治疗神经性耳鸣30例[J].中国针灸,2022,42(12):1377-1378.DOI:10.13703/j.0255-2930.20220107-k0003.

[21]王飞宇.电针耳门和听会穴治疗神经性耳鸣临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(04):90-91.

[22]尚艳杰,郭浩东,钱雨彤,等.温针灸联合益气聪明汤治疗脾虚型耳鸣的临床观察[J].中国中医药科技,2022,29(06):1092-1094.

[23]李成龙,张利达,韩为,等.不同灸量温针灸治疗主观性耳鸣的临床观察[J].上海针灸杂志,2022,41(03):279-284.DOI:10.13460/j.issn.1005-0957.2022.03.0279.

[24]马剑雪,房繁恭,李景涛,等.温针灸联合卡马西平治疗肝肾不足型主观性耳鸣的随机对照研究[J].世界中医药,2019,14(07):1871-1875.

[25]钟玉梅,赵征宇,成博,等.苇管灸配合针刺治疗神经性耳鸣临床观察[J].上海针灸杂志,2019,38(08):892-897.DOI:10.13460/j.issn.1005-0957.2019.08.0892.

[26]杨蕾,万红棉.针刺结合苇管器灸治疗痰火壅结型耳鸣疗效观察[J].中国民族民间医药,2018,27(14):96-99.

[27]宁丽娜,李仲巧.耳穴贴压中医护理技术在耳鸣患者中的应用探究[J].中国医学文摘(耳鼻喉咽喉科学),2022,37(05):137-138+128.DOI:10.19617/j.issn1001-1307.2022.05.137.

[28]吕琨,孙勤国,罗蒙,等.补肾活血方联合电针及耳穴压豆治疗耳鸣患者的临床效果[J].中国医药导报,2021,18(14):140-144.

[29]张新玲,於荣铸,陶春平,等.益气活血通窍安神汤剂联合穴位注射治疗耳鸣的临床疗效及对不良反应的影响分析[J].内蒙古中医药,2022,41(01):13-14.DOI:10.16040/j.cnki.cn15-1101.2022.01.007.

[30]陈潇,张勉,桂雄斌,等.听宫穴位注射丹参注射液治疗急性主观性耳鸣临床研究[J].新中医,2019,51(12):201-203.DOI:10.13457/j.cnki.jncm.2019.12.061.

[31]谈太鹏,张静,王琳,等.耳宁棉方治疗痰火郁结型耳鸣80例临床观察[J].黑龙江中医药,2020,49(02):63-64.

[32]罗露洁.补虚息鸣塞耳方治疗主观性耳鸣(脾肾两虚)临床研究[D].江西中医药大学,2022.DOI:10.27180/d.cnki.gjxzc.2022.000117.

[33]魏国威,谯凤英,刘鼎,等.按摩治疗耳鸣临床观察[J].中国城乡企业卫生,2020,35(05):177-178.DOI:10.16286/j.1003-5052.2020.05.071.

[34]许有星.益肾通耳推拿法对肾精不足型耳鸣患者睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2022,9(12):2300-2302.

关于中华中医药学会耳鼻喉科分会第 29 次学术年会 世界中联耳鼻喉口腔专业委员会第 15 次学术年会 云南省中医药学会耳鼻喉科专业委员会 2023 年学术 年会的会议纪要

11 月 24 日，由中华中医药学会、世界中医药联合会主办，中华中医药学会耳鼻喉科分会、世中联耳鼻喉科口腔专业委员会、云南省中医药学会中医耳鼻喉科专业委员会、云南省中医医院 / 云南中医药大学第一附属医院承办的中华中医药学会耳鼻喉科分会第 29 次学术年会、世界中联耳鼻喉口腔专业委员会第 15 次学术年会、云南省中医药学会耳鼻喉科专业委员会 2023 年学术年会在昆明召开。云南中医药大学党委书记邱勇，云南省卫健委副主任、云南省中医药管理局局长周红梅，云南省中医医院 / 云南中医药大学第一附属医院副院长陈涛，中华中医药学会耳鼻喉科分会主任委员阮岩，世中联耳鼻喉科口腔专业委员会会长刘蓬出席会议并致辞。来自国内外耳鼻喉科及口腔科同道共 520 余人现场参加，300 余人线上参加会议。会议时长 3 天，授课专家 64 人，授课总时长为 38.4 学时。



11 月 24 日，大会正式开幕，由云南省中医医院 / 云南中医药大学第一附属医院耳鼻喉科黄春江主任、广州中医药大学第一附属医院何伟平主任共同主持，会议在全体与会者高唱国歌中拉开序幕。



开幕式当日，刘大新教授的《新冠过后话新冠》与大家分享了新冠期间通过临床实践发挥中医药优势及疗效的思考与体会，深入浅出地总结了中医药在新冠治疗中的重要价值及其不可或缺的地位，得到与会者的广泛认同。随后阮岩主委、刘蓬会长、王仁忠教授、刘静教授等 5 名专家详细为大家讲解经典名方在耳鼻喉科的运用等 5 个主题演讲。



11 月 25 日，由首都医科大学附属北京中医医院王俊阁教授、山东省中医药王玉明教授、广东省佛山市第二人民医院陈舒华教授、日本島本齒科診療室島本英治（日本）教授、台湾台大医院孙安迪（台湾）教授等众多海内外专家带来了自己从医多年经验总结、最新的学术科研成果以及对未来中医药耳鼻喉科学发展的新的探索思路。



11 月 26 日，由上海市中医医院郭裕教授、成都中医药大学附属医院田理教授、辽宁中医药大学第一附属医院冷辉教授、四川大学华西医院郑芸教授、天津中医药大学第一附属医院譙凤英教授等 23 名知名专家带来《主观性耳鸣—中医诊疗思路漫谈》《眩晕疑难病例分享与解析》《中医思维应用于耳鸣临床实践的体会》《经典名方温胆汤及其类方治疗眩晕的药理与临床研究进展》等 23 个专题讲座。

会议现场，中国中医科学院西苑医院刘静教授、广西中医药大学第一附属医院张勉教授、辽宁中医药大学附属医院曲汝鹏等 17 名专家详细介绍并现场演示蝶腭神经节穿刺、颊针、人迎穴针刺等多种中医耳鼻喉科特色治疗。



会议期间，省内外多名专家及同道参观了云南省中医医院 / 云南中医药大学第一附属医院耳鼻喉科住院部及门诊，观摩了科室特色治疗及多种外治方法。

