

中西医结合治疗慢性鼻窦炎 169 例

湖南中医学院附属第二医院耳鼻喉科(长沙 410005) 李凡成

笔者近几年来运用中西医结合方法治疗慢性鼻窦炎, 疗效满意。现将资料较完整的 169 例整理报告如下。

临床资料

一、诊断标准: (1) 持续性或间歇性鼻塞, 伴有脓涕或粘脓涕症状; (2) 中鼻道或嗅裂有脓性分泌物, 未并发鼻息肉; (3) 经近期 X 线确诊为慢性鼻窦炎。

二、一般资料: 全部患者均为门诊病例。男 86 例, 女 83 例。年龄在 2~67 岁。病程 6 个月~1 年者 30 例, 1~5 年者 79 例, 6~10 年者 39 例, 10 年以上者 21 例。其中慢性上颌窦炎 53 例, 多组鼻窦炎 116 例。

三、辨证分型

1. 郁热型: 共 63 例。鼻塞涕黄, 鼻粘膜红肿, 咽干, 口微渴, 或大便偏干结, 小便黄, 舌质红或红胖, 脉缓有力或滑。此为肺胃郁热证, 48 例。兼见口燥咽干, 鼻腔干燥感, 涕粘黄量少难出, 舌红少津, 脉细数等阴液不足者 10 例; 兼见口苦咽干, 心烦易怒, 舌边尖红, 脉弦或弦数等肝胆郁热者 5 例。

2. 气虚型: 共 92 例。面色不华, 倦怠乏力, 头昏沉重, 动辄出汗, 腹胀纳差, 舌质淡或淡胖, 脉细弱或细缓。(1) 气虚兼寒: 34 例。并见鼻塞, 涕粘白, 遇寒冷则症状明显或加重, 鼻粘膜肿胀, 色偏淡暗, 苔薄或白。乃肺脾气虚, 寒湿滞留之证。(2) 气虚挟热: 58 例。并见鼻塞, 涕黄白或黄, 量偏多, 鼻粘膜或红肿带暗, 舌苔白黄多微腻。此乃肺脾气虚, 湿浊留恋, 久郁化热之证。

3. 阳虚型: 共 14 例。面色不华, 畏寒肢凉, 小便清长, 夜尿多, 舌质淡或淡胖, 脉沉细。兼寒凝督脉者, 鼻塞重, 鼻根或额头等处疼痛或胀痛明显, 头顶怕凉, 但鼻涕一般较少, 9 例; 兼湿阻清窍者, 头额等处胀痛或疼痛, 头昏沉重, 涕粘白偏稀, 量较多, 有时或流出清涕, 鼻粘膜色淡暗肿胀, 5 例。

治疗方法

一、辨证论治

1. 郁热型: 清热化浊通窍, 升麻葛根汤加味。升麻 6g 葛根 15g 赤芍 12g 生甘草 6g 辛夷或苍耳

子 10g 白芷 10g 黄芩 10g 川芎 10g 木通或小蓟 10g。小儿酌减(下同)。涕多黄浊, 酌加生黄芪 15g, 生苡仁 15g, 金银花或鱼腥草 12g, 以解毒排脓; 兼头痛者, 酌加羌活 10g, 蔓荆子 10g, 祛风止痛利头目; 兼阴液不足者, 酌加玄参 15g 或生地 10g, 麦冬 15g 以养阴清热; 兼肝胆郁热者, 酌加柴胡或藿香 10g, 夏枯草 10g, 栀子 6g, 以清疏肝胆。

2. 气虚型: 益气调荣, 化浊通窍, 仿参苓白术散立方加减。白术 10g 苡仁 15g 当归 10g (鼻塞时间长则改归尾 10g), 川芎 10g 辛夷或苍耳子 10g 白芷 10g 石菖蒲 6g 或桔梗 10g。腹胀纳差加陈皮 6g, 麦芽或神曲 10g; 兼寒湿滞留者, 加炙黄芪 15g, 党参 10g, 藿香或荆芥 6~10g, 以助健脾化湿, 散寒祛邪, 或酌加附片 6~10g 以助温阳益气; 头痛者加细辛 1~3g, 羌活 10g, 祛寒止痛。兼湿热滞留者, 加生黄芪 15g, 黄芩 10g, 银花 12g 以助托里解毒排脓, 或加木通或小蓟 10g 以助清热利湿通窍; 头痛加蔓荆子 10g, 羌活 10g 祛风止痛。

3. 阳虚型: 温阳散寒, 芳香通窍, 方用麻黄附子细辛汤合真武汤加减。麻黄 10g 附子 10g 细辛 3g 白芍 10g 白术 10g 黄芩 10g 辛夷 10g 白芷 10g。寒凝督脉者, 酌加川乌、草乌各 3~6g, 川芎或羌活 10g, 以助散寒通经止头痛; 湿浊上蒙者, 加泽泻 10g 或苡仁 15g, 茯苓 10g, 黄芪 15g, 助益气健脾, 利湿化浊。

上述各组病例, 如见有中鼻甲水肿明显, 或中鼻甲早期息肉样变者, 必须于第 1~2 疗程中用麻黄 10g, 杏仁 10g, 葶苈子 10g, 泽兰 10g, 以宣肺利水, 酌减其他药物。

服药方法: 均每日一剂, 水煎分两次服。3~6 剂为 1 个疗程。疗程不拘多少, 均连续服药。

二、西医配合治疗

1. 常规应用鼻腔点药。取仰卧头低位, 点左侧时头偏左, 点右侧时头偏右。先点血管收缩剂, 常用 1% 麻黄素, 呋麻液, 待鼻腔明显通气时再点解毒、消炎液, 常用 50% 鱼腥草液、鹅不食草链霉素液, 辛夷链霉素液。每日 3~5 次。

2. 有 15 例脓涕特别多者, 接受了 1 次上颌窦穿刺冲洗术。

3. 有 20 例双侧全组鼻窦炎患者接受了 5~10 次置

换疗法。

结 果

一、疗效标准：同田平忠等采用的标准^{〔1〕}。

二、结果：169例痊愈38例(郁热型18例，气虚型15例，阳虚型5例)，占22.5%；显效49例(三型分别为22、19、8例)，占29.0%；有效68例(三型分别为19、48、1例)，占40.2%；无效14例(郁热型4例，气虚型10例)，占8.3%。总有效率91.7%。痊愈者平均服药21.1剂，显效者16.4剂，好转者13.3剂，无效者6.4剂。

体 会

一、疗效与疗程的关系：本组治愈者平均服药21.1剂，疗程较长，连续服药剂数多，对改善症状、体征与巩固疗效，有重要意义。所以，若想取得较好的疗效，一般治疗不应少于连续4个疗程(16~22剂)。

二、疗效与证型的关系：本组以阳虚型疗效最好(治愈与显效共13/14例，占该证92.9%)，郁热证次

之(40/62例，63.5%)，气虚型最差34/92例，37.0%)。气虚型患者的疗效较差，一是症状难消失，体征难改善；二是疗效不巩固，在半年之内容易复发而加重。应考虑从其他疗法上加强治疗与预防，以改善体质，提高机体免疫力。

三、疗效差原因分析：其一，除与体质或证型有一定关系外，本组疗效较差者都是30岁以上患者，病程长，对治疗信心不足，或工作忙，难于坚持治疗。当头痛、涕多、鼻塞重等症状好转后，即中止治疗，因此，仍时有涕涕，且易复发而加重。对此，后期应当采用以丸剂代汤剂，方便患者继续缓调以固本。其二，本组鼻腔有中鼻甲早期息肉样变者，除单纯水肿型者完全消除肿胀外，多数患者仅有不同程度改善而未最终消除，尚须寻求其他治疗方法。

参 考 文 献

1. 田平忠,等. 中西医结合治疗慢性鼻窦炎. 中医杂志 1982; 23(1):51.
2. 张运舒,等. 中西医结合治疗慢性鼻窦炎. 中西医结合杂志 1987; 7(5):298.

三联疗法治疗肋端综合征28例

广西宁明县中医院 (广西 532500) 黄敬伟

笔者自1988年6月以来，用三联疗法治疗肋端综合征，疗效满意，现将资料记录较完整的28例报告如下。

临床资料 28例中，男7例，女21例。年龄最小23岁，最大69岁，平均35.78岁。急性2例，余系慢性病例。病程3天~6年。皆有重体力劳动或剧烈活动后发病史。胸廓局部疼痛及牵涉性反应为主要临床表现，疼痛于前上胸部者18例，于软肋弓者6例，于胸骨中下段及腋肋部者各2例。

牵引性反应症状为本症临床突出表现的形式，由于同脏器位置重叠及远程反应等，极易发生混淆性的疑诊、误诊。本组28例中，曾被列为胸痛待查的2例神经官能症的16例，咽喉异物感的8例，诊断依据不成立但长期当肝炎病例医治的2例。体征：常于胸肋关节、肋弓软骨骨衔接处局部隆起，触压疼痛、凹凸不平，个别有微弱的骨擦音。常于锁骨下肌、胸大肌、前锯肌、背棘肌、肋间外肌等的肌腱、肌腹及其所附着的骨面部位，有触压疼痛或触及索状物与“痛性小结”。

治疗方法 采用病灶按摩、针刺、拔火罐的三联疗法施治。依据病灶的位置、病情，按摩着重运用戳、按、揉、搓手法，面积较宽的软组织加施捏法；硬结病灶以局部多针刺疗(3~5针)，再于针孔皮表，施以拔火罐，使局部充分潮红充血，病灶松解。每日或隔日治疗1次，3~5次为1个疗程，疗程间距5~7天。本组病例最长为3个疗程。

结 果 病灶消失、症状消除为痊愈；病灶缩小、症状显著解除为显效；症状减轻为有效；病情如故为无效。结果：痊愈14例(其中治疗1次2例，1个疗程4例，两个疗程5例，三个疗程3例)，显效11例，有效3例。

体 会 肋端综合征常因上肢的过度活动，导致胸肋关节超限运动及硬软骨间衔接部的强牵引，发生关节、韧带、软骨膜及参与活动的软组织损伤、无菌性炎症及结缔组织增生，呈现胸廓的病态综合征，属于中医的“胸肋骨痹”范畴，目前未找到特效的治疗方法。运用按摩、针刺、拔火罐的三联疗法，方法简便、疗效满意、成本低，无副作用，值得推广运用。