

- mortality and disability 1990- 2020 : Global Burden of Disease Study[J]. Lancet , 1997 , 349 (9064) : 1498-1504.
- [4] 李建生. 中医药治疗慢性阻塞性肺疾病研究的实践与若干思考[J]. 河南中医, 2005, 25(5): 13- 15.
- [5] Boriosi G, Cantooni T. 针灸经络在胚胎学方面对脏器形成的作用[J]. 国外医学: 中医中药分册, 1981, 3(3): 165- 167.
- [6] 王今达, 高天元, 崔乃杰, 等. 祖国医学“肺与大肠相表里”学说的临床意义及其本质探讨[J]. 中西医结合杂志, 1982, 2(2): 7.
- [7] 严兴科, 王宇, 张广全, 等. 肺与大肠相表里理论与研究进展[J]. 陕西中医, 2003, 24(4): 378- 380.
- [8] 黄进, 赵长鹰. 试论通腑法在肺系疾病中的运用[J]. 陕西中医, 2006, 27(11): 1452- 1453.
- [9] 张琼, 钱义明. 试论通腑法在老年肺炎中的应用[J]. 黑龙江中医药, 2012, (6): 54- 55.
- [10] 殷莉波. 自拟桑杏止咳汤治疗咳嗽变异性哮喘 48 例疗效观察[A]. 第十次全国中西医结合防治呼吸系统疾病学术研讨会论文集[C], 杭州: 2009: 198- 200.
- (责任编辑: 冯天保)

从痰瘀论治耳鼻咽喉疾病的思路与方法

郭强中, 李云英, 陈文勇

广州中医药大学第二附属医院耳鼻咽喉科, 广东 广州 510120

[摘要] 耳鼻咽喉诸窍均以空为用, 以痰浊为代表的病变属“变空为实”的典型, 在痰浊的基础上还会形成瘀血内结, 甚至痰瘀互结。因此, 在临床治疗耳鼻咽喉各种疾病, 尤应重视痰瘀的“实变”, 处方用药既要考虑痰浊的性状变化和兼夹淫邪之不同, 还要考虑痰浊在经在血之不同。此外, 根据痰瘀互结的程度及发展阶段制定出合理的综合治疗方案, 可为临床治疗本病提供有效方法。

[关键词] 耳鼻咽喉科; 常见病; 痰浊; 瘀血; 痰瘀互结

[中图分类号] R76 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2017) 03-0167-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.03.058

Thought and Method of Treating from Phlegm Stasis Method for Otorhinolaryngologic Diseases

GUO Qiangzhong, LI Yunying, CHEN Wenyong

Abstract: Patency is essential for orifices like ear, nasal, pharynx and laryngeal. Turbid phlegm is a representative lesions of turn patency to stasis, and it also can be a forming foundation of internal retention of blood stasis, even phlegm and blood stasis. Thus, during the clinical treatment of Otorhinolaryngologic diseases, importance of stasis variables should be attached. Prescription making and drug administration should pay attention to the difference between character change and pathogenous factors, and the difference between of turbid phlegm in the meridians and the blood. In addition, making a reasonable comprehensive therapeutic scheme should base on the degree and development stage of phlegm and blood stasis, to provide effective therapy for current clinical treatment.

Keywords: Otorhinolaryngologic diseases; Turbid phlegm; Blood stasis; Phlegm and blood stasis

[收稿日期] 2016-10-03

[基金项目] 国家自然科学基金项目 (81303010)

[作者简介] 郭强中 (1980-), 男, 副主任中医师, 主要从事中医药治疗耳鼻咽喉疾病的临床与基础研究。

中医学认为,痰由湿聚,湿自水来。水凝即是痰之始,水浊即是痰之渐,水腐即是痰之成;痰受寒则凝,受温则化,受热则焦。痰邪本性属水,故有流动性,这也是各类化痰药物应用的基础。若痰浊固化,失去流动性,单纯的化痰则常会让疗效捉襟见肘。加之痰可致瘀,故完全不考虑因痰致瘀或痰瘀互结的治疗方案亦不足取。为此,笔者就从痰瘀论治耳鼻咽喉疾病作一探讨,冀以为临床治疗提供思路。

1 根据痰浊的性状变化制定治疗方案

耳鼻咽喉诸窍均位于头面,属上焦之上,因其势高,故水流经诸窍均以下行为“顺”,以气化无形为“顺”;若水停诸窍而不行则为“逆”,水聚成形亦为“逆”。水液在耳鼻咽喉诸窍不停聚则无阳性症状,稍一停聚即成湿浊,湿浊化腐则成痰浊,痰湿在诸窍的表现形式即是各种涕、脓、痰。

湿聚于耳则发积液(耳胀),积液日久可化腐成痰(胶耳),痰浊腐蚀鼓膜,则见耳道流脓不止(脓耳);湿聚于鼻致涕流反复(鼻渊),涕化成腐则见脓涕不止(鼻渊);湿聚于咽致痰稀易咯,化腐成脓则痰粘难咯(喉痹)。

痰湿在诸窍积聚之始,若其尚能流动,应积极用药,以促其排出或温化为无形,故治疗上利水与温阳常相须而行。因耳鼻咽喉诸窍均经息道与肺相通,且位于肺之上梢,故主入肺经的宣肺、温肺之品最为常用,诸如麻黄、细辛、白芷、生姜、苍耳子、辛夷花等常为首选,取其辛温出上窍之力,不仅能够温化、消散痰湿水浊之邪,还能促进阳气在诸窍之内的流动,有利于诸窍功能的恢复。

若痰湿在诸窍久滞不行,聚而成积,外为肌膜包绕则成痰包(囊肿),按部位之不同可发为耳壳流痰(耳廓假性囊肿)、鼻窦痰包、鼻咽痰包、会厌痰包,甚至流窜至诸窍之外,形成腮腺痰包(腮腺囊肿)、甲舌痰包(甲状舌管囊肿)等病变。治疗此类痰包疾病,除常规使用化痰中药以及根据其部位所络属经络进行选药组方之外,主要还是依靠手术祛痰。手术治疗的目的在于破除包绕痰浊之肌膜,使痰邪有出路可去,腐去则创面自平,正气自安。

若滞留诸窍之痰湿由液态转为固态,则此时非手术移除病灶不可。中耳痰聚成脓,流脓日久则腐骨,胆脂瘤随之渐成;痰浊聚于鼻窦,久则化腐,粘滞难出,即成真菌性鼻窦炎;痰湿聚于喉核,久而干腐,则致扁桃体角化症;痰浊腐蚀声带,致其秽浊色白,即成声带白斑。此类病变中痰浊已成固态之邪,常规药物已不能促使其流动,亦难以将其温化,故非手术不足以将其清除。

2 根据痰浊兼夹病邪的不同属性选方用药

因痰浊来源于水,故其易受风、寒、热、火的影响而会体现出不同的变化,尤其耳鼻咽喉诸窍均位于上焦之上,最易受外邪攻击。风邪夹痰入于耳络则易致耳眩晕(梅尼埃病),风痰聚于会厌则成急喉风(急性会厌炎);痰入喉核间隙,受火炙则化腐成脓致喉关痛(扁桃体周围脓肿);入耳、鼻之痰,受寒凝

则脓、涕多色白质稀,受热灼则脓、涕多色黄质稠(化脓性中耳炎、鼻窦炎等)。根据痰浊兼夹风、寒、热、火诸邪属性之不同,治法亦当有祛风化痰、温化寒痰、清热化痰、托毒排脓之不同。由此延伸的组方用药也应作相应变化,祛风可选防风、荆芥、苍耳子等;散寒可选麻黄、桂枝、生姜、熟附子等;清热可选连翘、金银花、野菊花等;脓未成当泻火解毒,选用石膏、黄芩、黄连及其它苦寒之品;若脓已成则当托毒排脓,可选穿山甲、皂角刺、桔梗等。

3 重视脉外之痰的治疗

根据痰浊在脉道内外不同,又可分为脉内之痰和脉外之痰。脉外之痰行于脉外,游走于经络之中,随阳气之升、降、出、入而行遍头面五官,遇邪外阻或内限而停留:留于面部经络则面麻无痛(面瘫),入于耳络致耳如蝉鸣(耳鸣)或耳窍失聪(耳聋),入于鼻络致鼻甲肌膜失养(鼻槁)或鼻嗅下降(失嗅),入于咽络致咽干失润(喉痹),入于喉络致声音干哑(喉痹)。痰浊阻络常致经气痞塞,不通而痛:阻于面络致三叉神经痛,阻于耳络致颞区疼痛,阻于鼻络致眉棱骨痛,阻于咽络致咽干疼痛或吞咽疼痛,阻于喉络致发音疼痛。此类疾病若从濡养经络、行气止痛入手常有局限;故当重视祛痰之必要。组方时宜酌用化痰之品,可从温阳化气、行气利水角度择药组方,注重肺、脾、肾三脏阳气的运行和流动,必要时可辅以针灸治疗,以促进局部阳气的运行。若治疗不及时,痰浊羁留日久则生痰包,或生固化之变,或引发瘤、癌。

4 辨析脉内之痰与脉内之瘀的关系

痰亦可行于脉中,《伤寒论》云:“营行脉中,卫行脉外。”意即脉之内有阳气推动血液周流不休,脉之外有阳气伴行,亦是周流不休。血液中有大量的水,其同样会受到风、寒、热、火等诸邪的影响。因此,血中亦会生痰,血中之痰随血而行,亦可到达头面各窍。

4.1 先痰后瘀 受外邪、肥甘厚腻食物的影响,血中之水渐浊,日久而化为血中之痰,痰性粘滞稠厚,不仅易与血结,而且易堆积于脉道之内,造成血脉狭窄、壅滞。痰血互结而成瘀,脉道拥堵而成塞,若脉道瘀塞不通,则百病由生。痰瘀互结于头面诸窍血络,则致旁络增生、扩张以改善脉道的瘀塞,至新痰与新瘀互结于旁络,新的旁络又致增生、扩张,如此循序渐进,日积月累,局部即可见新生物隆起。具体到部位即有:外耳道乳头状瘤、鼻腔或鼻窦乳头状瘤、口咽乳头状瘤、喉乳头状瘤、鼻腔或鼻咽血管瘤、鼓室或乳突肉芽(骨疡型化脓性中耳炎),此类病变均以血管增生为主要表现(血管轴心丰富)。若痰瘀互结中痰浊壅滞较盛,因痰浊由水化而来,故新生物常伴有不同程度的类似水肿样改变,包括鼻腔或鼻窦息肉、声带息肉。若痰瘀互结发展到一定程度,超出单纯增生性改变的范畴,即引起恶性变,诸如中耳癌、鼻咽癌、鼻窦癌、舌癌、软腭癌、下咽癌、喉癌等。

4.2 先瘀后痰 血瘀形成的病机主要包括六方面:痰浊、气

滞、血热、外伤、气虚和阳虚^[1-2]。除了前面提到的痰浊致瘀外，在耳鼻咽喉诸窍，最常见的是外伤致瘀，包括耳、鼻及咽喉的皮肉筋骨受外伤而致瘀血内生血络，滞留不行则可见局部瘀斑、瘀肿等。至于情志抑郁、内热久而不退并灼津炼液、久病不愈、房劳过度、忧思过极等因素，均会对体内瘀血的形成有一定的影响。在以上六大因素的影响下，若痰浊在瘀血阻于诸窍的基础上内生于血脉，则会导致络脉更加瘀阻，不通之处更加壅塞，从而加重上述病症，恶化病情。

4.3 痰瘀互结的治疗 对于耳鼻咽喉各类因痰瘀互结而生成之病变，治疗的基本思路和方法都是化痰祛瘀，代表方剂有以化痰为主的二陈汤、半夏白术天麻汤，以及以祛瘀为主的通窍活血汤、会厌逐瘀汤。代表药物也多是化痰和祛瘀两方面来选择，诸如擅长治痰的陈皮、半夏、胆南星、鱼腥草、桔梗等，以及擅长治瘀的川芎、桃仁、红花、丹参、赤芍等。但值得一提的是，即便是化痰与祛瘀中药一并使用，其对痰瘀互结诸类病变的治疗效果也不是能够立竿见影的，因为这些已经“成形”的病变对于中药来说，不仅需要长时间持续的作用，而且逆转的难度非常之大。临床上对于良性增生性病变(如肥厚性鼻炎、声带小结、声带息肉)化痰祛瘀类中药具备一定的疗效；但对耳鼻咽喉各部位良性肿瘤以及恶变的各类癌症来说其疗效仍待观察，目前主流的治疗思路仍是在中药持续治疗的基础上结合手术、放射或化学治疗。

5 制止痰瘀互结的进一步发展

痰瘀互结所生病变，不仅对耳鼻咽喉不同部位造成不同程度的破坏，引发相关功能的障碍，而且还会诱发他病，引起新的痰浊结聚和瘀血阻络，渐至新的痰瘀互结的形成，病情就是在这样的恶性循环中不断加重和恶化。

痰瘀互阻于鼻(如形成鼻息肉)之后，其对鼻窦窦口的阻塞常导致鼻窦痰浊的聚集，鼻窦不能继续发挥“以空为用”的功能，遂出现流脓涕不止(鼻渊)；而反复的鼻流脓涕不止又会刺激鼻甲肌膜，造成局部气血运行障碍，瘀血渐生，加之痰浊入络，导致鼻甲因痰瘀互结而形成肥大(鼻塞)。

中耳因痰瘀互阻形成肉芽或癌灶之后，对乳突及鼓室骨质造成大量破坏，瘀血广泛，不仅离经之血常出，耳道亦流脓不止，耳窍同样失去“以空为用”的功能；而反复积聚的由痰浊化腐而成的脓液不断刺激中耳肌膜，造成鼓室及乳突区黏膜的普遍增厚以及听神经功能的减退(耳聋)。

痰瘀互结于喉核致喉核肿大(扁桃体炎)，喉核的肿大造成息道的狭窄，易引发鼾症；痰瘀互结于声带，可引起声带各类癌、瘤病变，不仅阻碍声带气血的运行而出现声嘶，而且因为阻塞了气道而引起讲话费力，甚至呼吸困难。癌瘤的进一步增大，导致痰浊在气道的聚集。痰浊的堆积又引起肺脏气血运行的不畅出现胸闷、咳嗽。

处理诸如上述因耳鼻咽喉痰瘀互结病变造成的新的痰浊结聚和瘀血阻络，除了要根除病因之外，还要积极治疗伴发病，同时关注继发病。在治疗思路上应先用手术彻底根除病因，在此基础上运用化痰祛瘀药物针对性的治疗伴发病和继发病，必要时可合并手术同期处理。

6 结语

痰和瘀既可以看作是不同的病理产物和致病因素，也可以看作是水液在人体内调节失常的必然结果。痰浊是水的一种衍化存在形式，而瘀血则是血液去水化的一种存在形式。血液中的水液浊化既是脉内之痰形成的必经之路，也是血液去水化的一种方式，是痰浊致瘀的基础^[3-4]。痰和瘀都与水有关，痰化可成水，瘀散因得水。故有痰先化痰，有瘀先治水，痰瘀有互结，既要化痰为水又要引水入脉，这是中药治疗痰瘀病变的基本思路。结合耳鼻咽喉均属头面之窍，在用药上则有散水宜轻、利水宜重；温化宜和、清化宜苦；祛风宜辛，散寒宜热等诸多活法^[5]。

[参考文献]

- [1] 黄小燕,李青莉,唐娜娜,等.血瘀证及活血化痰法临床运用探讨[J].江西中医药,2014,45(5):7-9.
- [2] 张辰浩,王阶.气滞血瘀证的微观辨证研究概况[J].现代中西医结合杂志,2015,24(35):3987-3990.
- [3] 王青,王雪梅,李倩,等.痰瘀互结理论基础渊流探赜[J].云南中医学院学报,2011,34(2):5-6.
- [4] 杜松,胡镜清,卢红蓉.痰瘀互结证现代理论研究进展述评[J].中国中医基础医学杂志,2015,21(4):477-482.
- [5] 薛松妍,任秦有,杜永平,等.“血瘀证”临床辨证新体会[J].中国中医急症,2014,23(9):1652-1653.

(责任编辑:冯天保)