

• 思路与方法学 •

试论耳鼻咽喉科领域的中西医结合

湖南中医学院附属二院五官科 谭敬书

本文根据临床实践和有关资料,从病因、病理、诊断与治疗等几个方面,对耳鼻咽喉科领域的中西医结合探讨如下。

关于病因方面的中西医结合

中西医都认为病因是决定疾病性质的重要因素之一,是辨病和辨证的重要根据之一。西医对致病的外因研究得比较具体,如感染性疾病对微生物病原体的研究,变态反应性疾病对各种致敏原的研究等,均通过科学实验的方法直接观察证实,是其所长。中医则强调人体内部因素在疾病发生发展过程中的作用,如《内经》说:“正气存内,邪不可干”、“邪之所凑,其气必虚”。“邪”即致病因素(外因),它必须通过人体的正气虚弱(内因)才能致病,正如《矛盾论》所指出:“唯物辩证法认为外因是变化的条件,内因是变化的根据,外因通过内因而起作用”,这是中医之所长。所以,中西医必须结合。在病因方面,即强调内因在疾病发生发展过程中的根本作用,又重视具体致病因素的致病作用,才能创立较为完善的、符合唯物辩证法的、外因通过内因而起作用的我国独特的病因学。

如变态反应性鼻炎,西医重视致敏原的发病作用,在治疗上强调寻找致敏原,以便采取避免法予以防治之,对不易避免的致敏原,如屋内尘土、羽毛、霉菌等,则可采用脱敏疗法。但致敏原往往难以准确找出,有的诱发因素如冷、热空气,就无法避免,因而西医也认为要加强锻炼,改变体质,但缺乏满意的方法。中医恰恰相反,对该病的外因研究得较少,且较笼统,而对产生过敏的内在因素则很强调,并有一套相应的有效治疗方法,以纠正人体内部各系统器官间的不平衡状态而获疗效,所以这种治疗完全是积极的、有益的、无副作用的。

以往我们对变态反应性鼻炎多按风寒论治,效果不好,后来从该病与支气管哮喘有不少相似之处而得到启发,采用温肾的方法,方用右归丸加减,获得较佳效果。这是因为变态反应性鼻炎患者,多系素体阳虚(主要为肾阳虚),卫表不固,易受风寒异气的侵袭而发病。风寒异气(外因),只有通过肾阳虚、卫表不

固(内因)才能致病,而温肾法正是解决了西医所谓“体质”问题。由此可见,变态反应性鼻炎病因方面的中西医结合,应是汲取西医的致敏原学说和中医关于机体内部阴阳、脏腑、经络等失调的内因学说,以创立独特的病因学。

关于病理方面的中西医结合

病理变化是致病动因作用于机体后引起机体以损害为主的矛盾运动形式,它是各种临床现象的本质,是辨病、辨证的基础。西医病理学从实验研究出发,对各种病因所引起的病理变化,有较为深入的研究,是比较科学的、现代化的,但也应该看到,由于近百年来西医受细胞病理学的影响较深,重局部而较忽视整体。中医从长期丰富的临床实践中总结出一套与其理论基础相适应的病理概念,其中比较独特的是气滞血瘀、痰凝、湿滞等病理概念,实践证明是客观存在的,并有其物质基础。

耳鼻咽喉科疾病,如内耳微循环障碍所致的感音性聋,鼓室或咽鼓管纤维组织增生而致的导音性聋;鼻甲静脉曲张、纤维组织增生而形成的慢性肥厚性鼻炎;鼻粘膜及骨部的血管发生闭塞性动脉内膜炎的萎缩性鼻炎;咽部粘膜慢性充血、结缔组织增生的慢性咽炎;声带任克氏层内静脉丛充血、水肿、出血或血栓形成,纤维组织增生的声带息肉等都与气滞血瘀有关。此外,有资料表明⁽¹⁾,美尼尔氏综合征球结膜血管不规则,走行迂曲,局部有囊状扩张,血流明显减慢以至停滞,有水肿及局部出血;耳硬化症,球结膜常出现长而直的微血管,有局部缺血区,可出现红细胞聚集;血管运动性鼻炎,甲皱微血管管祥延长,管径增宽,尤以输出端显著,管祥形态有明显改变,多为变异型。这些微循环的改变,也与气血瘀滞有关。与痰凝、湿滞有关的疾病,如迷路积水所致的美尼尔氏病;鼓室积液的分泌性中耳炎;肺脾肾气虚,水湿不化,气不摄津,清涕自溢的变态反应性鼻炎;肺气虚弱,运化失司,水湿内停之慢性鼻窦炎;声带任克氏层水肿所致的声带息肉;痰气互结于咽喉的梅核气(咽部异感症)等,均与“痰”“湿”有关。

中医有“久病非痰即瘀”的说法，阐明痰、瘀的科学实质，将大大丰富中西医结合的病理学内容。

关于诊断方面的中西医结合

西医的病主要以特异的致病因素和病理变化为其诊断依据，而中医的“证”则是疾病运动形式的高度概括。从现代病理生理学的角度看，“证”在一定程度上反映了机体的机能、代谢、组织结构和神经体液调节、免疫反应等，受到致病动因的作用影响，产生病理变化和相应地产生抗病反应时的那个状态。中医辨证就是辨别患病机体当时所处的反应状态，后者往往是影响疾病发生、发展的发病学主导环节，因此，在一定程度上辨证包含着发病学、病因学和病理学诊断的意义在内。因此辨病与辨证相结合，既对一个病的特异致病因素和病理变化有较深入的、科学的认识，又适时地了解运动、变化着的患病机体当时所处的反应状态；辨病和辨证相结合，是中西医互相取长补短，把病因学诊断、病理学诊断和发病学诊断有机地结合起来，更有利于揭示疾病及其过程的本质。可以预料，阐明“证”的科学实质，即是说把宏观辨证发展到微观辨证，必将大大地促使中西医在理论方面进一步合流。

在耳鼻咽喉科的临床实践中，我们体会到辨病与辨证相结合，能较准确地、全面地揭示疾病及其过程的本质，是我国独特的诊断方法。以慢性咽炎为例，该病在临床上表现为咽部干燥、异物感，或有痰粘着感，检查可见咽部粘膜呈慢性充血，或咽后壁淋巴滤泡增生，粘膜增厚，这些临床表现，西医多从局部病理变化来解释，治疗也多针对局部，疗效颇差。中医则不然，多从整体辨证，认为慢性咽炎多属于虚火，系机体各脏腑之间阴阳平衡失调的局部表现，一般来说多见于肾阴虚，虚火上炎。我们曾经参加测定慢性咽炎和复发性口疮植物性神经机能状态的研究，发现阴虚火旺的患者多为交感神经兴奋性偏高，有资料表明^(2,3)，阴虚火旺患者，尿17-羟皮质类固醇升高（阴虚肝火旺），尿儿茶酚胺升高（阴虚心火旺），交感——肾上腺髓质功能亢进；cAMP含量明显升高；红细胞糖酵解作用加强。由此可见，阴虚火旺主要表现为机能偏亢，分解代谢增强，能量产生加速，产热效应加强，热量散发快，心跳脉搏加速等。可以认为：交感神经兴奋性增高，使末梢微血管痉挛，造成局部血液循环障碍，营养代谢障碍，导致咽部粘膜增厚、水肿、充血，淋巴组织增生，故出现异物感。腺体分泌量增加，质也发生改变，故出现有痰粘着感。

由于分解代谢加强，产热效应加速，热量散发加快，局部水分蒸发较快，故出现咽部干燥感。由于局部血液循环、营养代谢障碍，则抵抗力降低，因而机体与原存于咽部细菌之间的平衡破坏，而细菌得以生长繁殖，其毒素或代谢产物刺激咽部组织，加重了局部的病理变化，后者又进一步致使局部抵抗力降低，这样可形成恶性循环。所以必须改善机体阴虚火旺的状态（发病学主导环节），以使植物神经、能量代谢等等偏盛偏衰的情况恢复平衡，才能从根本上改善局部病理变化，打断恶性循环，以促使疾病痊愈。由此可见，辨病与辨证相结合，把局部和整体、内因与外因有机地结合了起来，从而较为全面地揭示了该病的本质，显示了诊断方面中西医结合的优越性。

关于治疗方面的中西医结合

治疗方面的中西医结合，是将中医辨证论治和西医治疗有机地结合起来，即是把病因学治疗、病理学治疗和发病学治疗有机地结合起来，但对其具体疾病来说，必须抓住疾病及其发展过程中的主要矛盾和主要矛盾方面，在符合辨证论治原则下，可以着重地针对病因、针对病理、或针对病因、病理，择优选用中医、西医或中西医结合的治疗方法，以达最佳疗效为目的。

一、针对病因。即是把病因学治疗和发病学治疗有机地结合起来。以急性扁桃体炎为例，西医认为其病因主要为细菌感染，用抗菌消炎药物有效。按中医辨证一般可分为风热和胃火两个类型，按风热、胃火论治，一方面可以作病因学治疗（抗菌消炎），同时也是发病学治疗（改善了风热或胃火的机体状态）。中医一些祛风清热解毒药如防风、银花、连翘、黄芩、黄连、大黄等都已证实有抗菌消炎作用⁽⁴⁾；另一方面这些药物还能改善患病机体的反应状态，而使风热或胃火之证消除，这与黄连、黄芩等药物还能提高机体的免疫力和改善机能和代谢偏亢的作用有关^(2,5)。所以中医辨证论治治疗急性扁桃体炎，不单只是抗菌消炎。临床上对比较严重的化脓性扁桃体炎，甚至引起了扁桃体周围炎的患者，只要在符合辨证论治原则下加强抗菌作用较强的一些中药，加大用量，多次分服，疗效是肯定的。往往一些用过西药抗菌素未能奏效的病例，单纯采用中医辨证论治收到满意效果。某些严重病例，采取中西医结合治疗的方法，其疗效往往优于单用中医或西医疗法，显示了治疗方面中西医结合的优越性。

二、针对病理。即是把病理学治疗和发病学治疗

有机地结合起来。近几年来较普遍地采用以丹参为主的方药治疗某些感音性聋，就是针对内耳微循环障碍病理改变的。又以慢性喉炎为例，可针对声带局部的病理变化(局部辨证)而进行治疗，如声带慢性充血，可采用养阴清肺法，方用养阴清肺汤；声带水肿、或边缘膨出、息肉样变，可采用补脾益气渗湿法，方用参苓白术散；声带弛缓无力，可采用补中益气法，方用补中益气汤，往往收到良好效果。这种针对局部病理改变(局部辨证)而辨证论治的方法，是辨证论治整体与局部相结合、宏观与微观相结合的深入发展。

三、针对病因病理。即把病因学治疗、病理学治疗和发病学治疗有机地结合起来。以急性外耳湿疹为例，西医认为系变态反应性疾病，症状有奇痒，局部病理变化有红肿、糜烂及浆液性分泌物。中医认为其病因、病理系风，湿、热毒熏蒸耳部，痒属风，为其主要病因，“风”在很多情况下系指过敏；红肿属热，浆液性分泌物及糜烂属湿，为其病理变化。治疗上一方面是针对病因——过敏，同时还应改善其局部病理变化。该病中医的疗效较好，且药物无明显副作用。临床上我们遇到这样的病例，用过各种西药(包括肾上腺皮质激素内服)未能奏效者，用中药内服、外洗及药粉外撒，常可迅速奏效，所用之药物多属祛风清热除湿之品，祛风药如防风、荆芥、地肤子、蝉衣等，有人认为这些药物有抗过敏作用^(6,7)；清热药物如黄芩、胆草、苦参、黄柏除有抗菌消炎作用外⁽⁴⁾，

还可抑制免疫反应^(6~9)；除湿药有云苓、泽泻、地肤子、土茯苓、木通等；外洗药采用苦参、蛇床子、防风、荆芥、银花、枯矾等；局部撒布青黛散。这样在辨证论治原则下，整体和局部结合用药，既消除了过敏反应这一病因，又改善了病理变化，从而获得满意疗效，显示了中医药治疗过敏反应性疾病的优越性。运用中医药治疗这类疾病，是中西医结合很有希望的课题。

从耳鼻咽喉科领域的中西医结合已经取得的成绩看，耳鼻咽喉科中西医结合学派的形成，已有了一个良好的开端，只要我们进一步组织起来、不断交流经验，就可以取得更大的成绩。

参 考 文 献

1. 田牛：《微循环》第1版，第179页，科学出版社，1980
2. 沈自尹：中医基础理论研究进展。中医杂志 23(1):75, 1982
3. 沈自尹：中医基础理论研究概论。中医杂志 10:15, 1979
4. 中山医学院《中药临床应用》编写组：《中药临床应用》第1版，广东省人民出版社，1975
5. 徐辉光：中药治疗外感热病的进展。上海中医药杂志 8:32, 1981
6. 刘正才：试探祖国医学对免疫学的一些认识。浙江中医药 4:11, 1977
7. 黎泽泉等：中医与免疫。新中医 42(3):50, 1977
8. 骆和生：中草药与免疫。新医药通讯 4:47, 1976
9. 骆和生：中草药与免疫。新医药通讯 1:42, 1977

舌下血管异常对血瘀证诊断意义

山西省榆次市第二人民医院 李蔚生 中医指导 梁剑秋

舌诊是中医望诊的重要内容，舌下血管的观察简便易行，患者乐于接受。本文就舌下血管异常变化，对血瘀证的诊断意义作初步探讨。

一、舌下血管异常在血瘀证的发生情况：本文统计分析1,001例具有典型血瘀证的不同病例(其中包括大连市中医院李寿山报告的135例血瘀证病例)的舌下血管异常发生率，发现冠心病、心肌梗塞、慢阻肺、肺心病、脑梗塞、慢性肝炎、肝硬化、脉管炎、糖尿病、紫癜、痛经等患者舌下血管异常者比例较高，说明舌下血管异常可做为血瘀证的一项重要诊断指标。

二、舌下血管异常与其它血瘀见证的关系：103例有舌下血管异常的脑梗塞患者，有肢体痛71例占68.9%；青紫舌62例占60.2%；肢体肿胀及毛细血管

充盈延长95例占92.2%。72例有舌下血管异常的肺心病患者，有青紫舌65例占90.3%；肝大48例占66.7%；紫绀25例占34.7%。说明血瘀证出现舌下血管异常同时，可见其它血瘀见证。

三、舌下血管异常与活血化瘀的关系：17例脑梗塞舌下血管异常患者，经益气活血汤30~90付治疗后，随着病情的好转有11例舌下静脉曲张减轻或消失占64.71%；10例舌下毛细血管曲张减轻或消失占58.82%；出血瘀点减轻或消失7例占41.17%。说明活血化瘀可改善舌下血管异常。

以上结果表明：舌下血管异常是血瘀证的重要见证，可做为血瘀证诊断和判断活血化瘀药疗效的一个主要依据。