

血府逐瘀汤加减治疗慢性鼻炎 40 例

王 婕

(天津医院中医科, 天津 300050)

摘 要:目的 观察血府逐瘀汤加减治疗慢性鼻炎疗效。方法 40 例慢性鼻炎患者用血府逐瘀汤加减治疗。结果 治愈 16 例, 显效 13 例, 有效 8 例, 无效 3 例, 总有效率 92.50 %。结论 血府逐瘀汤加减治疗慢性鼻炎疗效较好。

关键词:慢性鼻炎; 血府逐瘀汤; 疗效观察

中图分类号: R 765.21 **文献标识码:** B **文章编号:** 2096-1340 (2016) 03-0076-02

DOI: 10.13424/j.cnki.jsctcm.2016.03.030

慢性鼻炎是临床耳鼻喉科常见及多发疾病, 是鼻黏膜及黏膜下层的慢性炎症, 主要特点是鼻塞, 鼻腔黏膜肿胀, 分泌物增多。刘河间《素问·玄机原病式》说:“但侧卧上窍通利, 而下窍闭塞”指出了慢性鼻炎的特点。本病一年四季均可发病, 大致的成因为急性鼻炎反复发作或由其他慢性炎症病灶引起, 吸烟饮酒过度等原因皆可引起慢性鼻炎, 其病程持续数月以上或反复发作, 迁延不愈。慢性鼻炎如不采取及时有效的治疗, 可引起患者头痛, 失眠, 记忆力下降及其他并发症, 严重影响患者的日常生活及工作。目前西医治疗方法很多, 主要以对症与手术为主, 损伤较大, 患者也很痛苦, 且疗效欠佳, 门诊复诊率高。中医治疗患者痛苦少, 疗效满意, 具有临床指导意义, 可以在临床上推广应用。近 2 年来, 笔者用血府逐瘀汤加减治疗慢性鼻炎取得较满意的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

共 40 例, 均为 2013 年 11 月至 2015 年 7 月我院门诊患者。男 23 例, 女 17 例, 年龄 21~56 岁, 病程最短 6 个月, 最长 10 年。所有病例在接受本治疗前均停用西药或其它治疗方法。上述病例均符合《现代耳鼻咽喉学》^[1]中关于慢性鼻炎的诊断标准。临床表现为长期持续鼻塞, 或间歇性、交替性鼻塞, 鼻涕量多, 有时伴有头昏、头痛、记忆力下降、失眠、耳鸣、耳内闭塞感等症状, 病程较长, 疲劳、受寒后症状加重; 鼻腔检查可见鼻黏膜充血, 呈深红色或暗红色, 鼻黏膜或鼻甲肿胀, 或增生性

肥厚, 鼻腔内有较粘稠分泌物。所有患者均无用药禁忌, 无鼻息肉, 无心血管药物引起的鼻炎及其他内分泌疾病引起的鼻炎。

2 治疗方法

血府逐瘀汤加减。生地 20g, 赤芍 15g, 川芎 20g, 当归 12g, 柴胡 15g, 甘草 6g, 枳壳 10g, 桃仁 15g, 红花 12g, 牛膝 10g, 桔梗 10g, 细辛 3g, 辛夷 10g, 苍耳子 12g。每日 1 剂, 水煎 2 次, 共取汁 400 mL, 分 2 次温服。1 个月为一个疗程, 2 个疗程后评价效果。

3 疗效标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]。治愈: 症状与体征完全恢复正常; 显效: 症状基本消失, 鼻通气良好, 鼻腔有少许分泌物; 有效: 自觉症状基本消失, 双鼻通气改善, 下鼻甲肿胀不明显, 分泌物减少, 冷空气刺激或饮酒后症状复发, 但不需要治疗可自愈; 无效: 治疗前后症状、体征无改善。

4 治疗结果

治愈 16 例, 占 40.00 %; 显效 13 例, 占 32.50 %; 有效 8 例, 占 20.00 %; 无效 3 例, 占 7.50 %; 总有效率 92.50 %。

5 典型病例

孙某, 女, 43 岁, 2013 年 12 月 4 日初诊。患有慢性鼻炎 6 年余, 鼻塞、喷嚏、流清涕, 晨起及遇风寒加重, 经中西药多方医治而疗效欠佳。刻诊: 鼻塞, 鼻痒, 鼻涕量多, 色黄或白, 质黏, 晨起及遇风寒加重, 卧位时鼻腔堵塞严重, 嗅觉减退, 时感头痛头胀, 舌质黯红有瘀点苔白, 脉弦涩。耳鼻喉科

检查:鼻黏膜红肿、肥厚,鼻腔内分泌物较多,眉棱骨内侧压痛明显。诊断为慢性鼻炎。证属久病致瘀,阻塞鼻窍。方用:生地 20g,赤芍 15g,川芎 20g,当归 12g,柴胡 15g,甘草 6g,枳壳 10g,桃仁 15g,红花 12g,牛膝 10g,桔梗 10g,细辛 3g,辛夷 10g,苍耳子 12g。每日 1 剂,水煎 2 次,分 2 次早晚温服。服 14 剂,鼻塞、头痛较前明显减轻,分泌物减少,又加减服用 42 剂,诸症消失。随访 1 年未再复发。

6 讨论

慢性鼻炎,系鼻黏膜的慢性炎症病变,为临床常见疾病,证属中医“室塞”“鼻窒”之范畴。以鼻塞不通(呈交替性),嗅觉减退,头胀不适或头痛反复发作,病程漫长,缠绵难愈为其主症。《太平圣惠方》中多处谈“鼻塞不闻香臭”、“鼻塞不通,常有涕”的记载,尤其突出了一个“常”字,来证实本病是一个旷日持久的慢性病。鼻乃清空之窍,内连脏腑,故外感六淫,内伤七情,均可导致脏腑功能失调,而致窍道病变。

中医认为肺气宣发,顺气道上行布散于鼻,肺中阴津上注于鼻,鼻得津液则濡养,不燥不萎、肺气充盛则呼吸通畅,嗅觉灵敏;脾属土,肺属金,脾为肺之母,具升清降浊之功能,脾气健旺,肺之精气充盈,鼻窍得清气则保持通畅;肾脏主水,藏精,肾之精气循督脉灌脑入鼻,鼻内肌肤红润光泽,通气流畅。故鼻之功能正常与肺脾肾密切相关^[3]。故肺气虚弱,易受风寒,鼻息不畅,嗅觉失灵;肺脾气虚,邪塞孔窍,水湿泛鼻则鼻塞,鼻涕增多,不闻香臭;肾气亏虚,气不归元,鼻失濡养致喷嚏频频,浊涕不止,而发病。大多医者多从肺脾肾论治,往往效果一般,或者很难根治。

笔者考虑慢性鼻炎多由急性鼻炎失治、治不如法、或久治不愈而成。其病位主要在鼻甲,尤其是下鼻甲。无论风寒还是风热,气虚还是气滞都是由于邪毒滞留于鼻甲,鼻甲长期充血,日久成瘀而致。肺脾肾气虚型若不及时治疗,日久邪毒滞留,壅阻脉络,阻遏气血,血运不畅,故形成血瘀。瘀血既成之后,又往往成为一种新的致病因素作用于机体,从而影响气血的运行,导致脏腑功能失调而加重病情。所以,瘀血既是某些病因所致的病理产物,又是一种重要的致病因素,这就奠定了其发病的内在依据。气滞血瘀,鼻腔壅滞,故鼻塞

持续,鼻甲暗红肥厚;浊邪阻滞脉络,蒙蔽清窍,故头痛头胀、耳胀闷堵塞感;舌质暗红或有瘀点,脉弦涩为气滞血瘀之证。

故治疗上可以选用行气活血,化瘀通窍之法^[4]。气行血运,推动血瘀,则瘀渐化,窍自开,即采用血府逐瘀汤加减治疗。血府逐瘀汤载于清代王清任所著的《医林改错》,为活血化瘀、理气止痛之剂。为治疗气滞血瘀诸病的良方,妙在该方是气血并治,活中寓养,升降得宜,全身各部凡由瘀血所致的疾病,都可加减运用,而不拘泥于某一系统疾病,从而体现了中医学异病同治的特点和辨证论治的原则。

王清任在《医林改错》中云:“查患头痛者,无表证,无里证,无气虚、痰饮等症,忽犯忽好,百方不效,用此方一剂而愈。”方中桃仁、红花、川芎、赤芍活血祛瘀,且赤芍行血中气滞,破凝滞之血;当归、生地活血养血,使瘀血去而不伤血;柴胡、枳壳、疏肝理气,使气行则血行;牛膝破瘀通经,引瘀血下行;桔梗载药上行,直达病所;又配以辛夷、苍耳子、细辛等宣通鼻窍,此方药香窜,辛散通利散结,使瘀痹得祛,窍道得通,阳气得宣而取效^[5]。

但应注意的是,方中主药桃仁、红花、赤芍、当归、川芎,加减时不能随意减去,否则会使活血化瘀之力减弱,影响疗效;本方久服耗气,须警惕瘀祛正损,部分病人自觉身软乏力,可适当少服该方,或配服益气之品,时时顾护正气最为紧要;素有便溏之人,桃仁用量宜偏小;使用该方时要注意灵活加减,随病之不同,药量亦有侧重,以发挥本方最佳效果。

参考文献

- [1]王正敏,陆书昌.现代耳鼻咽喉科学[M].北京:人民军医出版社,2001:637-639.
- [2]王净净,龙俊杰.中临床病症诊断疗效标准[M].长沙:湖南科学技术出版社,1993:267-268.
- [3]王焱,马伟民.过敏性鼻炎的辨证论治[J].现代中医药,2004,24(1):35-37.
- [4]王俊壹,张卫华,刘舟.近五年中药治疗变应性鼻炎的实验研究进展[J].现代中医药,2013,33(5):134-136.
- [5]李云龙.血府逐瘀汤新用[J].现代中医药,2006,26(1):45.

(收稿日期:2015-07-07 编辑:杨芳艳)