

第十四讲 脱敏止嚏汤治疗变应性鼻炎的讨论※

● 倪 诚 张惠敏 王 济 李英帅 李玲孺 宋昊翀 郑燕飞 姚海强 张曾亮 陈雪梅 孙冉冉 王 琦▲

摘 要 本次“王琦讲堂”围绕变应性鼻炎的中西医治疗难点,对变应性鼻炎的合并症、发病学、病理学、主病主方及其化裁思路、疗效评价等展开讨论。王琦老师提出“三个观念”的转变和实施变应性鼻炎防治关口前移的目标;指出过敏体质和气虚体质是变应性鼻炎发生的特异因素和一般因素;分析了变应性鼻炎“素禀不耐,异气外侵,引发伏热,上干鼻窍”的病机要点;阐述了脱敏止嚏汤的制方思想和配伍特点及“1+3”的治疗策略和实施办法;介绍了适合变应性鼻炎名医门诊的病例报告、病例系列研究方法。通过讨论,大家明确了“从过敏病的诊断与治疗转向过敏人(即过敏体质)的辨识与调理”这一核心理念,学习领会了王琦老师论治变应性鼻炎的独特经验。

关键词 变应性鼻炎 鼻鼽 过敏体质 脱敏止嚏汤

1 王琦教授开讲

变应性鼻炎(Allergic rhinitis, AR)是特应性个体接触致敏原后由 IgE 介导的递质释放、并有多种免疫活性细胞和细胞因子参与的鼻黏膜慢性炎症反应性疾病。临床表现为鼻痒、眼痒、发作性喷嚏及清水样鼻涕,查体见鼻甲黏膜苍白,皮肤过敏原点刺实验阳性。ARIA(Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma)指出该病世界范围内的患病率大约在 15%~20%。变应性鼻炎严重地影响了病人的

睡眠、记忆和情绪,降低了病人的生活质量、工作和学习效率,增加了患者的经济负担,如果合并哮喘则病情更难控制^[1]。因此,亟需研究变应性鼻炎有效的治疗手段,提高变应性鼻炎的诊疗水平。

鼻痒、喷嚏、鼻流清涕、鼻塞等症,貌似寒象,实为素禀不耐,异气外侵,引发伏热,上干鼻窍所致。《明医指掌·卷八·鼻证》所云“肺热鼻塞流清涕”与《景岳全书·卷二十七·鼻证》所说“鼻涕多者,多由于火,故曰肺热甚则鼻涕出”,以及今人所谓“郁热熏鼻”或

“肺经伏热”,虽说到“火热”,并未论及体质因素,多从肺和胃肠等脏腑火热考虑。

临床上可采取“1+3”的治疗策略。“1”是指一个主方“脱敏止嚏汤”:乌梅 20g,蝉衣 10g,野生赤芝 10g,百合 20g,黄芩 10g,辛夷 10g(包煎),苍耳子 6g,防风 12g;“3”是指三个加减,即在“脱敏止嚏汤”主方基础上,结合辨体、辨病、辨证加减应用。前期临床观察 52 例成年人变应性鼻炎的病例,患者服用脱敏止嚏汤 4、6、8 周的显效率分别为 57.69%、59.45%、63.33%,总有效率分别为 88.46%、89.18%、90.00%^[2],显示脱敏止嚏汤治疗变应性鼻炎具有明显改善患者的症状、减少复发和减少不良反应少的优势,值得进一步深入研究。

2 医案介绍

田某,男,25 岁,大四学生,山

※基金项目 ①国家重点基础研究发展计划(973 计划)“中医原创思维与健康状态辨识方法体系研究”项目(No. 2011CB505403);②北京市自然科学基金面上项目“王琦名老中医体质学术流派研究”(No. 7132125);③国家中医药管理局王琦名老中医专家传承工作室建设项目;④北京中医药薪火传承“3+3”工程王琦名医传承工作站建设项目;⑤北京中医药大学名医工程王琦学术传承工作室建设项目。

▲通讯作者 王琦,男,著名中医学家。北京中医药大学教授,博士生导师,国家重点学科中医基础理论学科带头人,国家 973 项目首席科学家,中国科协中医原创思维论坛首席科学家。本刊学术顾问。E-mail: wangqi710@126.com

• 作者单位 北京中医药大学中医体质与生殖医学研究中心(100029)

西大同人。2012年4月23日初诊。主诉:鼻痒、喷嚏、流涕伴气喘12年。现病史:患者幼时易呼吸道感染,13岁时患过敏性紫癜,住院治疗2周痊愈。嗣后每年于8月份出现鼻痒,流鼻涕,打喷嚏,流眼泪,哮喘,胸闷憋气,在当地医院诊断为“过敏性鼻炎合并支气管哮喘”。近2年3、4月份也发作。就诊时过敏性鼻炎症状分级计分:喷嚏3分,流涕3分,鼻痒2分,鼻塞1分。平时口干,面生痤疮,手足心热。舌红苔薄白,脉浮数。既往史:2011年患“痛风”,西医治疗后好转,目前通过饮食控制。家族史:祖父有过敏史。个人史:身高183cm,体重77kg。不吸烟、不饮酒。诊断:西医为过敏性鼻炎合并支气管哮喘;中医为鼻鼽、哮喘。治法:脱敏清热,散邪通窍。处方:脱敏止嚏汤加减。药用:乌梅20g,蝉衣10g,制首乌30g,野生赤芝10g,辛夷10g(布包),苍耳子6g,炙枇杷叶20g(布包),桑白皮10g,百合20g,金荞麦30g。30付,水煎温服。

2012年6月4日二诊:服上方半个月后,鼻痒流鼻涕,打喷嚏,流眼泪,哮喘,胸闷憋气渐次缓解。处方:乌梅20g,蝉衣10g,制首乌20g,黄芩10g,百合20g,野生赤芝10g,辛夷10g(布包),苍耳子10g,金荞麦20g。30付,水煎温服。

2012年7月30日三诊:患者每年8月过敏性鼻炎合并支气管哮喘发作,拟巩固用药,以防复发。上方去金荞麦加防风10g。30付,水煎温服。

2012年9月10日四诊:过敏性鼻炎控制,无自觉症状(症状分级计分:喷嚏0分,流涕0分,鼻痒0分,鼻塞0分),哮喘亦未作。转为调理过敏体质。处方:乌梅20g,

蝉衣10g,制首乌30g,百合20g,野生赤芝10g。30付,水煎温服。

3 讨论

3.1 目前变应性鼻炎的中西医治疗难点是什么?

郑燕飞(王琦老师2011级博士研究生):目前西医治疗AR临床主要采用药物治疗、免疫治疗及手术疗法等。药物治疗主要有糖皮质激素、H1受体拮抗剂、抗白三烯药物、减充血剂等,通过对I型变态反应的各阶段进行阻止和干预,一般能够迅速控制症状,但易复发,有些药物还有一定的不良反应;免疫治疗即避免接触变应原和特异性减敏,该疗法疗效确切,但疗程较长,且受致敏源局限,据统计能有效脱敏者也仅占50%,且需要在数年内反复进行,病者大多不能坚持;手术、微波、激光或低温等离子消融等方法,仅在一定程度上降低鼻黏膜的神经敏感性,但远期疗效都不十分理想。中医干预AR手段主要有中草药、针灸、穴位、局部中药滴鼻及雾化吸入治疗等,注重辨证论治变应性鼻炎,强调对脏腑功能的调整,但有起效慢、疗程长等缺点^[3]。

归纳上述中西医治疗AR方法主要有以下三点:一是避免接触过敏原;二是适当的对症或辨证治疗;三是脱敏疗法。其治疗核心主要围绕摒除过敏原。但据文献记载有2万多种过敏原,防不胜防;过敏原可从不同的途径侵入人体,难以一一策应;治疗上虽可暂时缓解症状,但接触过敏原后容易复发,这都是AR治疗的难点。如何从根本上切断过敏反应的发生也已成为中西医共同面临的难题。在2011年11月召开的“全国变态反应学术会议”上,国内外的变态

反应研究者及呼吸科、皮肤科、儿科相关领域专家表达了同样的困惑。有研究者指出,AR发生前机体内环境会经历较长期的失衡变化,以往研究多集中在发病后机体的表现和病理机制研究上,而忽略病前状态,使得对AR的预防相对落后^[4];在临床诊疗上,缺乏AR个体化治疗方案等。

王琦教授:刚才燕飞同学将目前中西医治疗变应性鼻炎的现状作了很好的分析,指出了中西医共同面临的三大难题。我认为,要从根本上治疗变应性鼻炎,必须转变三个观念:一是从寻找/摒除过敏原转向针对过敏人,二是从治疗疾病状态转向调整病前状态;三是从大众化诊疗转向个体化诊疗。其核心理念是从过敏病的诊断与治疗转向过敏人(即过敏体质)的辨识与调理,从而实施变应性鼻炎防治关口前移的目标。

3.2 为什么变应性鼻炎与支气管哮喘会同时发生?

王济(副主任医师,医学博士,王琦老师2011届博士后):西医认为,变应性鼻炎是上呼吸道疾病,而支气管哮喘是下呼吸道疾病,这两种疾病都属于慢性呼吸道过敏性疾病,有许多相似之处。因此,近年来有专家提出“同一气道,同一疾病”的观点^[5]。流行病学研究发现,变应性鼻炎和支气管哮喘常并发于同一个患者,近80%的哮喘患者同时患有变应性鼻炎。变应性鼻炎与支气管哮喘有类似的发病机制,表现为两者累及的组织结构均为呼吸道黏膜,鼻黏膜和下呼吸道黏膜结构相似;两者都是以嗜酸性粒细胞为主的过敏性炎症;两者有共同的触发因素,如室外过敏原以花粉和霉菌为常见,室内过敏原以粉尘螨、动物皮毛和蟑螂过

敏原为主,非甾体类抗炎药如阿司匹林等;两者共同的炎症反应过程是相互关联的:接触过敏原后产生相似的炎症级联反应,半胱氨酰白三烯是上、下呼吸道共同的炎症介质;两者的生理机制相关联:下呼吸道激发试验可引起鼻黏膜炎症,鼻激发试验同样可引起下呼吸道炎症。变应性鼻炎患者的气道反应性也会增加。

陈雪梅(王琦教授 2012 级博士研究生):从西医角度讲,变应性鼻炎是鼻黏膜的慢性炎症反应性疾病,而支气管哮喘是气道的慢性变态反应性炎症性疾病。特异性个体接触过敏原后,IgE 介导的如肥大细胞脱颗粒释放如白三烯、血小板活化因子和嗜酸性粒细胞趋化因子等炎症介质,这些炎症介质如果与鼻黏膜产生炎症反应便会产生变形性鼻炎,如果影响到气道黏膜,引起支气管平滑肌痉挛、微血管渗漏、黏膜水肿等则会产生支气管哮喘。鼻黏膜和气道黏膜相连,所以两者属于同一类疾病,往往相兼发生。鼻黏膜炎症如果不及控制,很容易发展到气道,使得气道黏膜受到损害,造成气道炎症,从而引发哮喘,这也是为什么变应性鼻炎久治不愈引发支气管哮喘的原因所在。

倪诚(双博士,教授,主任医师,博士生导师,王琦教授的学术继承人,北京中医药大学中医体质与生殖医学研究中心主任):下面我从中医角度讲解两者的关联。变应性鼻炎与支气管哮喘分属于中医“鼻鼽”、“哮喘”范畴。生理上,中医学认为肺主气,司呼吸,上通气道、咽喉而开窍于鼻。因此,将气道、咽喉、鼻归属于肺系。发病上,中医体质学认为变应性鼻炎与支气管哮喘均因素禀不耐(即过

敏体质),异气外侵(过敏原)而发病。病理上,两病均有“夙根”,中医体质学认为变应性鼻炎为宿热内伏,中医学历来认为支气管哮喘为宿痰内伏。当素禀不耐,异气外侵,引动伏热,上干鼻窍而致鼻鼽,如其迁延不愈,伏热灼津为痰,进而变生伏痰,壅塞气道,又可合并哮喘。

王琦教授:三位从中西医不同角度谈了变应性鼻炎与支气管哮喘会同时发生的机理,认识两病之间的关联,不仅对于变应性鼻炎防控本身,而且对于支气管哮喘合并症防控均具有积极意义。

3.3 变应性鼻炎的发病是过敏体质还是气虚体质问题?

李英帅(副研究员,医学博士,王琦老师 2006 级博士研究生):刘完素在《素问玄机原病式·六气为病》中指出:“鼽者,鼻出清涕也”;“嚏,鼻中因痒,而气喷作于声也。”从这一描述来看,“鼻鼽”则囊括了西医的变应性鼻炎(AR)和非变应性鼻炎(NAR)。有学者对 1008 例鼻鼽患者进行体质调查,发现特禀(过敏)质和阳虚质分别与 AR 或者 NAR 有较强的正向关联,而气虚质又是两者所共有的特点^[6]。因此,关于变应性鼻炎发病是过敏体质还是气虚体质的问题,实际上是特殊性与普遍性的问题。

就广义的鼻炎来讲,其发病与气虚质关系密切。如《内经》虽未直言鼻鼽属虚,但在多处论及流涕与体虚有关。《素问·阴阳应象大论》:“年六十,阴痿,气大衰,九窍不利,下虚上实,涕泣俱出矣。”有学者进行的流行病学调查也发现卫气虚与变应性鼻炎密切相关^[7]。

就与过敏原相关的变应性鼻炎来讲,其发病与特禀(过敏)质最相关。在一项对特禀体质人群的

研究中发现,流涕、鼻塞、喷嚏、哮喘等过敏表现在特禀体质人群中较非特禀质人群出现率高,且 93 例特禀质人群中 88 例有过敏史^[8]。提示在变态反应性疾病的决定因素中,特禀体质排在绝对重要的位置。研究也发现,包括变应性鼻炎在内的过敏性疾病的发病也体现出明显的个体性和家族聚集性,一项针对过敏性疾病家族史与婴儿过敏性疾病发病率的研究表明:家族史阳性的婴儿过敏性疾病的发病率明显增多,而其一级亲属中有过敏史的例数越多,婴儿过敏的发病率越高,并且家族史类型对过敏性疾病的类型也有不同影响,在临床中对阳性家族史的婴儿早期干预,对预防过敏性疾病的发生有着积极意义^[9]。

倪诚:英帅介绍的以上文献表明,变应性鼻炎发生的主要因素是过敏体质。判断过敏体质发生变应性鼻炎是否兼夹气虚体质,应根据是否有气虚体质的特征表现,如平时易疲劳、易感冒、气短、自汗等。值得注意的是,临证需界定气虚体质与气虚证候。气虚体质特征在未病状态、形成缓慢、相对稳定、长期存在、反映机体整体状态、治病求本等特点,有别于气虚证出现在疾病状态、形成短暂、演变较快、短期存在、反映疾病演进过程中阶段性病理、消除病因等特点。

王琦教授:过敏体质是在禀赋遗传基础上形成的一种特异体质,在外在因子的作用下,生理机能和自我调适力低下,反应性增强,其敏感倾向表现为对不同过敏原的亲亲和反应性呈现个体体质的差异性和家族聚集的倾向性^[10]。从发病来讲,英帅认为过敏体质是变应性鼻炎发生的特异因素,气虚体质是其发生的一般因素,谈得很

到位。倪诚老师提到的过敏体质是否兼夹气虚体质,需要结合体质特征表现来判断很重要。我治疗变应性鼻炎,主要针对过敏体质脱敏调体,如兼夹气虚体质,也兼顾益气。

3.4 变应性鼻炎的病机是主寒还是主热?

李玲孺(讲师,医学博士,王琦老师 2009 级博士研究生):古今医家关于鼻鼽的病机认识有主寒、主热、外寒内热、主虚、经脉与胞痹等不同学说^[11]。其中主寒、主热、外寒内热说争议较大。关于主寒说,历代医家有在肺、在脑、在肝等不同的认识,如《杂病源流犀烛·卷二十三·鼻病源流》云:“又有鼻鼽者,鼻流清涕不止,有肺经受寒而成也”;《备急千金要方·卷六上》有“治鼻塞脑冷清涕出方”;《读医随笔·卷四·论嚏》则曰:“夫肝水见嚏者,肝寒感于肾也。”

主热说有火热与肺热致病两种认识。持“火热”观的医家基于《素问·气交变大论》、《素问·五常政大论》、《素问·六元正纪大论》、《素问·至真要大论》等篇中有关运气与疾病关系的论述,对运气与鼻鼽或鼽嚏的关系进行了系统归纳。而持“肺热”观的医家首推刘河间,其云:“由是肝热甚则出泣,心热甚则出汗,脾热甚则出涎,肺热甚则出涕,肾热甚则出唾也”(《素问玄机原病式·六气为病·热类》);“鼻为肺窍,痒为火化,心火邪热干于阳明,发于鼻而痒则嚏也”(《素问玄机原病式·六气为病·火类》),明确指出鼻鼽是由于肺热甚所致。明·董宿认为热在肺经,其曰:“鼽嚏者,热客太阴,肺之经也”(《奇效良方·卷五十九》)。皇甫中、张景岳等医家亦持相同观点。

关于外寒内热说,有认为“鼻鼽,流清涕,是脑受风寒,包热在内”(《本草纲目·卷四》);“清涕久而不已名曰鼻渊,此为外寒束而内热甚也”(《医林墨绳·卷七》)。

倪诚:以上医家所论主寒主热还是外寒内热,多是针对鼻鼽发病时的病机描述。主寒说可能是基于两方面的考虑:一是从鼻流清涕的鼻鼽特征,联系《素问·至真要大论》所谓“诸病水液,澄澈清冷,皆属于寒”而定为寒象;二是从外寒或温差变化而加重鼻鼽的诱因推测为寒象。对此,刘完素明确指出:“或言鼽为肺寒者,误也。彼但见鼽嚏鼻窒,冒寒则甚,遂以为然,岂知寒伤皮毛则腠理闭塞,热极怫郁,而病愈甚也”(《素问玄机原病式·六气为病·热类》),所论极是。主热论定位在肺,是肺热甚所致。这是从脏腑辨证角度而言的,但是清肺热并不能根治鼻鼽而防其复发,提示肺热甚并非变应性鼻炎的病机本质。外寒内热说则是综合了主寒主热说。要知变应性鼻炎的特点是平素并无症状,只有接触过敏原后才发作,这就与过敏体质相关。

王琦教授:刚才玲孺同学较为系统地介绍了古今医家对鼻鼽病机的不同认识,倪诚老师进而分析了主寒、主热、外寒内热三种不同学说产生的原因。我认为,鼻痒、喷嚏、鼻流清涕、鼻塞等症,貌似寒象,实为素禀不耐,异气外侵,引发伏热,上干鼻窍所致。素禀不耐实指过敏体质,异气外侵即是过敏原,伏热是变应性鼻炎的“夙根”。至于外寒或温差变化诱发或加重病情,是因为外寒入侵,腠理更加闭塞,伏热怫郁极盛,以致上干鼻窍使然。

3.5 脱敏止嚏汤制方思想和配伍

特点是什么?方中为什么要配伍发散风寒药?

姚海强(王琦老师 2013 级博士研究生):王琦老师所创脱敏止嚏汤是针对变应性鼻炎“素禀不耐,异气外侵,引发伏热,上干鼻窍”的病机要点及“主病主方”^[12]思想而设,具有以下配伍特点:一是体病同治。变应性鼻炎的根源在于其过敏体质,故而对于该病的治疗切不可忽视对于过敏体质的调治,在诊疗过程中应该辨体与辨病相结合,如此遣方用药方可切中病机,丝丝入扣。方中乌梅^[13]、蝉衣^[14]、灵芝^[15]针对过敏体质而设,现代研究证实其具有抗过敏作用,可有效抑制变态反应从而改善过敏体质;黄芩清泄伏热,辛夷、苍耳子、防风散邪通窍,则主要针对辨病而投。诸药相合共奏脱敏清热、辛散外邪、宣肺通窍之功。二是清润并用。方中黄芩清泄伏热,百合滋阴润燥,如此清润并用,既可改善鼻干、鼻痒之症状,又能防止伏热伤阴。三是散敛兼施。方中辛夷、苍耳子、防风与乌梅相合,则散中有敛,可防止辛散太过之虞。

张曾亮(王琦老师 2013 级博士研究生):至于方中配伍辛夷、苍耳子、防风等发散风寒药,其要有二:一者,针对本病伏热“夙根”,在清泄伏热基础上配伍发散之品,寓有“火郁发之”之意,可使内伏之热得以外达透解。二者,针对本病异气尤其外寒之病因易致腠理闭塞、热极怫郁之病机特点,故配伍发散风寒药物可透散外邪,宣通鼻窍。

王琦教授:海强、曾亮同学对脱敏止嚏汤制方思想和配伍特点分析较为到位。我自拟的脱敏止嚏汤以脱敏清热、散邪通窍立法。方以蝉衣、乌梅、野生赤芝脱敏调体;黄芩合蝉衣、辛夷、苍耳子、防

风清气透内伏郁热,配百合滋阴润燥俾清中有润;辛夷、苍耳子、防风并可散邪通窍,合乌梅收敛肺气以防宣散之过。诸药配伍,既可脱敏调体,又能内清伏热、外散客邪。

3.6 脱敏止嚏汤的加减化裁思路和方法是什么?

宋昊翀(王琦教授2012级博士研究生):脱敏止嚏汤是王老师辨治变异性鼻炎的主方,在临证加减化裁方面,体现了辨体-辨病-辨证“三辨模式”的灵活应用。本案初诊时,王琦老师根据病人过敏体质的特点,加入制首乌增强改善过敏体质;针对合并支气管哮喘而加入炙枇杷叶、桑白皮、金荞麦清热解毒、润肺止咳。二诊时变应性鼻炎和支气管哮喘的症状都有所减轻,减炙枇杷叶、桑白皮,加黄芩清泄伏热,守方继进,巩固疗效。经过二诊、三诊的巩固调理,四诊时变应性鼻炎、支气管哮喘均已缓解,转而进行专一的体质调节,仅用乌梅、蝉衣、制首乌、百合、野生赤芝五味药进行针对过敏体质的调节。

王琦教授:我在临证时常根据变应性鼻炎兼夹体质、合并病症、常见证候结合辨体加减、辨病加减、辨证加减。在辨体方面,兼有气虚体质者,加玉屏风散益气固表。在辨病方面,合并过敏性鼻炎者,加入麻杏石甘汤宣肺平喘;合并咳嗽者,加杏仁、桔梗、青黛、百部清肺止咳;合并荨麻疹者,加茜草、紫草、旱莲草、白鲜皮、地骨皮、冬瓜皮凉血清热、祛湿止痒。在辨证方面,鼻窍不利而鼻塞流涕重者,加白芷、薄荷宣肺通窍;伏热上炎而鼻痒眼痒者,加路路通、百部杀虫止痒。

3.7 如何评价变应性鼻炎的临床疗效?

张惠敏(副教授,医学博士,王琦老师2001级硕士研究生,2013级传承博士后):王琦教授非常重视临床疗效评价,一再强调我们要根据病种的不同选择使用合适的临床疗效评价指标和科学的评价方法。变应性鼻炎的临床疗效评价方法有多种,其中适合中医门诊使用的主要有病例报告、病例系列研究。这两种研究方法虽然没有对照组,其证据的等级强度也不高,但适用于不便于实施有对照的名医门诊临床研究,因为病人慕名而来是寻求名医最佳的治疗方案。为了解决这一矛盾,我们在西医的耳鼻喉科设一个对照组,观察常规西药治疗变应性鼻炎的临床疗效,然后中药组和西药组进行比较就可以判断哪组的疗效更好。

目前我们在门诊已经开始使用规范化的变应性鼻炎病例记录纸,上面附有变应性鼻炎的症状评分量表,病人每一次复诊时都会再次填写该量表,这样经过几个疗程的治疗,通过量表得分的改善情况就可以相对客观地评价临床疗效。此外,王琦教授还建议病人服中药前后分别做过敏原的检测,如果服药后过敏原检测报告变成阴性了,更能客观地说明临床疗效。王琦教授这种严谨的研究态度是非常值得我们学习的。

4 王琦教授总结

本次讲堂围绕目前变应性鼻炎的中西医治疗难点,提出要从寻找/摒除过敏原转向针对过敏人、从治疗疾病状态转向调整病前状态、从大众化诊疗转向个体化诊疗的“三个观念”和实施变应性鼻炎防治关口前移的目标;并从中西医结合角度分析了变应性鼻炎合并支气管哮喘的机理。指出认识两病之

间的关联,不仅对于变应性鼻炎防控本身,而且对于支气管哮喘合并症防控均具有积极意义;认为变应性鼻炎的发生,过敏体质是特异因素,气虚体质是一般因素,过敏体质是否兼夹气虚体质,需要结合体质特征表现来判断;在回顾古今医家对鼻鼽病机不同认识的基础上,着重分析了主寒、主热、外寒内热三种不同学说产生的原因;明确了针对变应性鼻炎“素禀不耐,异气外侵,引发伏热,上干鼻窍”的病机要点及“主病主方”思想而设的脱敏止嚏汤制方思想及其体病同治、清润并用、散敛兼施的配伍特点,阐明了脱敏止嚏汤配伍发散风寒药的要义;介绍了脱敏止嚏汤1个主方和“辨体-辨病-辨证”3个加减化裁的治疗策略和实施方法;强调要根据病种的不同选择使用合适的临床疗效评价指标和科学的评价方法,并介绍了适合变应性鼻炎名医门诊的病例报告、病例系列研究方法。

参考文献

- [1]韩德民.变应性鼻炎[M].北京:人民卫生出版社,2007:前言.
- [2]张惠敏,李玲孺,倪诚,等.脱敏止嚏汤治疗52例成年人变应性鼻炎的病例系列研究[J].中华中医药杂志,2012,27(2):492-495.
- [3]胥彪,胡文健.中西医对变应性鼻炎的比较认识[J].吉林中医药,2013,33(2):208-209.
- [4]汪晓凯,李彩霞,李竹梅,等.中西医结合方法对变应性鼻炎疗效比较[J].比较治疗学.2011,32(2):52-53.
- [5]殷凯生,何绍衡,周林福.临床过敏疾病学[M].北京:科学出版社,2012:588-589.
- [6]范愈燕,和锡琳,王向东,等.“鼻鼽”中医体质特点探究[J].世界中西医结合杂志,2013,8(4):388-392.
- [7]王士贞,谢立平.卫气虚与变应性鼻炎相关性的初步实验研究[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,1995,3(1):4-8.

(下转第41页)

肠俞穴。这一点是药物治疗所无法比拟的,也说明了针刺的安全度大和副作用小。

4 腧穴的特异性

我们必须看到针刺穴位既有普遍性的一面,又有特异性的另一面。这种特异性就象多相性一样,不是绝对的,而是相对的。研究其相对特异性,不但对提高针刺临床疗效,而且对揭露经络本质,都有很大的现实意义。如肩凝症取天宗、后溪、申脉、条口、中平穴;高血压取光明、合谷、曲池、三阴交、太冲、内关穴;阑尾炎取阑尾、内庭穴;腰腿痛脊中取人中、大椎穴,脊旁取环跳、委中、申脉穴;胃脘痛取足三里、内关穴;胃酸过多取内关、公孙穴;胃酸过少取足三里、中脘穴(加灸);胁肋痛取支沟、光明、阳陵泉穴;失眠取内关、神门、三阴交、太冲透涌泉、合谷透劳宫穴。关于穴位在针刺调整作用中的相对特异性的解释,目前主要有两种观点:一是神经观点,认为穴位的特异性主要是由于神经节段分布,同一体节的神经既有分支到体表,又有分支到内脏,从而形成了一定体表区和相应内脏之间的特殊联系。另一种是经络观点,认为机体的体表和内脏是通过经络相互联系着。这种经穴—经脉—脏腑

活动之间的联系,由于经脉都有特定的走行方向,各经脉间又存在着特殊的联系,所以就形成某些经穴对某些脏腑功能调整作用的特异性。这里必须强调的是针刺穴位的相对特异性,不仅取决于穴位本身所在的部位及其内在联系,而且还包含有针刺技巧及补泻问题。

5 腧穴的层次性

某些穴位随着针刺深浅度的不同,其针感和适应症也就各异。如针刺内关穴,一般可分为三层。浅层:刺入2~3分,得气时出现一种细微的触电样的舒适感,并向手掌方向传导,侧重治疗心绞痛;中层:刺入3~5分,得气时出现另一种难以忍受的触电感。亦向下手掌方向传导,侧重治疗胃痛、呕吐,亦可治疗上肢和神经精神病症;深层:刺入5~8分,得气时出现局部沉重感,一般可用于治疗与其相应的表里病症。再如针刺次髎穴,一般可分为四层。皮层:用梅花针叩打,可出现痒麻不耐的感觉,侧重治疗神经衰弱或小腹部病症;上层:刺入3~5分,针在骶前孔前,得气时出现局部酸胀感,侧重治疗局部风湿痹痛;中层:刺入8分~1.5寸,针在骶管内,针感可向下传导,侧重治疗下肢及精神病症;深层:刺入3

~4寸,针已穿出骶后孔到了盆腔,针感可向前后阴和盆腔传导,侧重治疗泌尿系统病症,特别是妇女盆腔疾患。诸如针刺大椎、阳陵泉、光明、委中、睛明等穴均可以发现穴位这种层次性能及治疗特点。

6 腧穴的方向性

某些穴位随着针刺方向的不同,针感和适应症也就各异。如针刺三阴交穴,方向靠近胫骨,得气时出现酸胀感,并可向上下窜动,侧重治疗下腹病症;方向偏离胫骨,得气时可出现相应肌肉跳动或抽动,并向下放散,侧重治疗下肢及精神病症。再如直刺合谷穴,针感放散到食指,侧重治疗面部病症;方向对拇指侧,针感反散到拇指,侧重治疗拇指腱鞘炎;透劳宫穴,侧重治疗疼痛及精神病症;透后溪穴,侧重治疗头项及上肢病症。又如针刺翳风穴,方向对着对侧耳尖,针感可向耳部周围放散,侧重治疗耳部病症;方向对着对侧乳突,针感向面部周围放散,侧重治疗面部病症。诸如针刺风池、阳陵泉、秩边、血海等穴均可以发现穴位这种方向性能及治疗特点。

综上,全面把握灵活运用腧穴性能,有利于提高临床疗效。

(上接第8页)

[8]钱会南,苏俊,王琦,等.特禀体质特点初步研究[J].辽宁中医杂志,2008,35(6):824-825.

[9]俞雪梅,高树云.过敏家族史与婴儿过敏性疾病的关系[J].Chin J Hemorrh,2004,14(4):618-623.

[10]王琦.中医体质学(2008)[M].北京:人民卫生出版社,2009:263-264.

[11]倪诚.王琦教授主病主方学术思想和临床经验总结及治疗变应性鼻炎的临床研究[D].北京:北京中医药大学博士学位论文,2011:

62-63.

[12]王琦.主病主方论[J].中华中医药杂志,2014,29(1):9-13.

[13]阮毅铭.乌梅的化学成份及药理作用概述[J].中国医药导刊,2008,5(5):793-794.

[14]杨璐,李国玉,王金辉.蝉蜕化学成分和药理作用的研究现状[J].农垦医学,2011,(2):184-186.

[15]刘华,唐琼.中药灵芝药理作用研究[J].中国医药导报,2009,6(5):154.