

面向21世纪高等医学院校教材

供五年、七年制学生及研究生使用

中西医结合 耳鼻咽喉口齿科学

李云英 廖月红 主编

科学出版社

北京

内 容 简 介

本书为面向 21 世纪高等医学院校中西医结合系列教材之一。全书内容分绪论、耳科学、鼻科学、咽喉科学、口齿科学、耳鼻咽喉口齿科常见肿瘤及附录。绪论部分简述了中西医耳鼻咽喉口齿科学的发展简史;各系统均设有概述部分,分别对中医耳鼻咽喉口齿与脏腑经络的关系、病因病机、辨证要点、治疗方法及西医解剖、生理做了概述;而在耳鼻咽喉口齿科学常见的病种下则有概述、中医病因病机、西医病因与发病机制、病理、临床表现、诊断与鉴别诊断、中西医的治疗等项目,是本教材重点讲授的内容;附录部分则介绍了耳鼻咽喉口齿科常用的检查方法、治疗操作及常用药物,并附有常用的方剂索引。全书各部分的中西医病名及常用名词均标注相应的英文,书末亦附有中英文对照索引,以方便学生查阅。

本书主要供高等中、西医院校五年、七年制学生及研究生使用。

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合耳鼻咽喉口齿科学/李云英,廖月红主编. —北京:科学出版社,2003.8

(面向 21 世纪高等医学院校教材)

ISBN 7-03-011785-9

I. 中… II. ①李…②廖… III. ①耳鼻咽喉科学-中西医结合疗法-医学院校-教材②口腔科学-中西医结合疗法-医学院校-教材 IV. ①R760.5②R780.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 061228 号

责任编辑:郭海燕 李 君 曹丽英/责任校对:宋玲玲

责任印制:刘士平/封面设计:卢秋红

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用。

出版

北京东黄城根北街 16 号

邮 政 编 码:100717

<http://www.sciencep.com>

印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2003 年 8 月第 一 版

开本:850×1168 1/16

2003 年 8 月第一次印刷

印张:27 插页:2

印数:1—4 000

字数:583 000

定价:42.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈科印〉)

《中西医结合耳鼻咽喉口齿科学》编委会名单

主 编 李云英 廖月红

副主编 邱宝珊 黄银爱 陈建灵 陈 海

编 委(以姓氏笔画为序)

王晓山 孔 喆 古兴华 向建文

杜志强 李云英 邱宝珊 陈文勇

陈建灵 陈 海 夏纪严 黄银爱

黄建平 彭桂原 廖月红

面向 21 世纪高等医学院校教材

(供五年、七年制学生及研究生使用)

顾问委员会名单

(以姓氏笔画为序)

干祖望	王永炎	王建华	邓铁涛	石仰山	刘仕昌
吉良辰	朱良春	任继学	李国桥	吴咸中	张学文
张 琪	陆广莘	陈可冀	欧 明	罗金官	周仲瑛
洪广祥	唐由之	晁恩祥	焦树德	靳 瑞	路志正
颜德馨					

编审委员会名单

主任委员 邓铁涛 余 靖

副主任委员 徐志伟 吕玉波 罗云坚

委 员 (以姓氏笔画为序)

邓晋丰	邓铁涛	司徒仪	刘玉珍	刘伟胜	刘茂才
刘金文	吕玉波	李云英	李丽芸	吴伟康	余绍源
余 靖	张梅芳	陈全新	陈志强	陈 群	林 毅
罗云坚	罗荣敬	罗笑容	徐志伟	梁 冰	黄宪章
黄春林	黄培新	彭胜权	赖世隆	熊曼琪	蔡炳勤
禡国维					

前 言

本教材是根据中西医结合七年制专业的要求,结合全国高等中医及西医院校教材的特点编写而成,供中西医结合五年、七年制学生及研究生使用。教材内容坚持理论联系实际,既保持了中医理论的科学性、系统性和完整性,又反映了现代医学的新知识、新技术和新成果;既突出中医特色,又使中西医方法有机结合起来,对本学科中医及西医的基本理论、基本知识、基本技能等进行了较全面的阐述。

本教材由绪论、耳科学、鼻科学、咽喉科学、口齿科学及附录等六大部分组成。绪论部分简述了中医及西医耳鼻咽喉口齿科的发展简史,对中西医结合耳鼻咽喉口齿科的特色、优势和任务作了扼要的概括;各系统均设有概述部分,分别对中医的与脏腑经络的关系、病因病机、辨证要点、治疗方法及西医的解剖、生理作了概述;而对耳鼻咽喉口齿科常见的病种下则有概述、中医病因病机、西医病因与发病机制、病理、临床表现、诊断与鉴别诊断、中西医结合的治疗等项目,是本教材需重点讲授的内容;附录部分则介绍了耳鼻咽喉口齿科常用的检查方法、治疗操作及常用药物,并附有常用的方剂索引。全书各部分的中西医病名及常用名词均标注相应的英文,书末亦附有中英文对照索引,以方便学生查阅。

本教材曾作为内部教材供本校七年制中西医结合方向学生使用,并综合了试用期间教师学生的宝贵意见,进行了重新修订。本教材在编写过程中,得到了全国中医耳鼻喉科的创始人、全国著名的中医耳鼻喉科专家干祖望教授的支持和指导,值此教材脱稿之际,我们致以深深的感谢。

由于编写时间仓促,并随着中西医结合的不断深化,本教材不可避免地存在一些不足之处,因而殷切期望教师 and 同学们在教学过程中提出宝贵意见,以便再版时进一步修订提高。

编 者

2003 年 5 月

总序

中医药学源远流长,其独特的理论体系和临床疗效为中华民族的繁荣昌盛和人类文明做出了巨大贡献。随着时代的进步,现代医学科学得到迅猛地发展,面对21世纪生命科学的兴起,中医药学面临严峻的机遇与挑战,中医药学与现代医学结合已成为当代医学发展的一种趋势。我国近50多年来,中西医结合基础理论研究和临床研究取得了举世瞩目的成果。临床实践证明,中西医结合对某些常见病、多发病,特别是疑难病的治疗,取得了优于单纯中医或西医的效果,许多经验有待推广。中西医结合不断发展的关键在于后继有人,而人才培养的关键又在教育。

随着中医药教育事业的发展,教育部、国家中医药管理局已把中西医结合教育重点定位在高层次教育上。为了适应这一发展的需要,为了弘扬中医药事业,发挥我国中西医结合的优势,并为中西医结合专业教学提供系列教材,以培养高层次及复合型中西医结合人才,根据教育部《关于“十五”期间普通高等教育教材建设与改革的意见》的精神,编者应科学出版社之邀,组织一批具有中西医结合临床实践和教学经验的专家、教授,编撰了这套“面向21世纪高等医学院校教材(供五年、七年制学生及研究生使用)”。主要供中医药院校五年、七年制及中西医结合方向硕士学位的医学生使用,也适用于临床医师继续教育。

本套系列教材包括《中西医结合生理学》、《中西医结合病理生理学》、《中西医结合诊断学》、《中西医结合内科学》、《中西医结合外科学》、《中西医结合妇产科学》、《中西医结合儿科学》、《中西医结合骨伤科学》、《中西医结合眼科学》、《中西医结合耳鼻咽喉口齿科学》、《中西医结合护理学》、《中西医结合临床科研方法学》,共计12门课程教材。

本套教材编写过程中遵循高等中医药院校教材建设的一般原则,注意教学内容的思想性、科学性、先进性、启发性和适用性;坚持体现“三基”(基本理论、基本知识、基本技能)教学;为了适应高层次人才教育的需要,根据教学大纲要求,在五年制教材的基础上突出“更高、更新、更深”的特点,在学科专业教学内容上进行了拓宽,增加了病种,提高了要求;注重立足于本专业的教学要求和中西医结合临床工作的实际需要,构筑中西医结合人才必须具备的知识与能力素质结构,强调学生临床思维、实践能力与创新精神的培养。在编写体例上,各学科有各学科的特点,体例有所不同,但每一学科的基本体例一致,如《中西医结合内科学》部分,采用以现代医学疾病分类的系统病名为纲目,中医病证与之对照的方法,每个疾病内容包括概述、中医病因病机、病因和发病机制、病理、临床表现、实验室和其他检查、诊断与鉴别诊断、治疗、附录九大部分,力求与临床医师的临证思维和实际操作相一致。在中、西医学教学内容的有机组合上,教材既在中、西医内容方面做了分别阐述,尽量保持中、西医理论各自的完整性,又在提供深度与广度适宜的知识素材的基础上,

采用辨病与辨证相结合,尽量使中、西医学的两种临床思维模式在临床实践中达到某种程度的协调一致,这点在附录中的病案分析力求重点体现,是本套教材的特色之一,也为临床案例式、启发式教学做出探索。为了编好这套教材,还借鉴了全国中医药院校统编、规划教材以及国内外最新的西医院校教材和教学参考书,应用了当前最新的诊断标准、治疗指南和中西医结合研究的有关成果。从而使中西医结合的教学内容、学术观点,能跟上目前中、西医学相关专业的学科进展;并尽量反映我国现阶段中西医结合临床教学的先进水平。本套教材的另一特色是书中的常用中、西医专有名词均标注英文,旨在加强专业英语教学,提高学生阅读英语专业书籍能力。

临床上由于患者个体差异和现代医学科学的迅速发展,治疗方法和药物剂量可能有所变化。因此,在决定治疗方案和药物剂量时,应根据病人的具体情况而定。

此外,根据国务院国发[1993]39号《关于禁止犀牛角和虎骨贸易的通知》,这两种药品已停止供药用,本套教材中古医籍或方剂涉及这两药时,仅供参考,建议使用其代用品。

本套教材编写过程中,承蒙国家中医药管理局有关领导的关怀和大力支持,并得到全国名老中医邓铁涛教授等著名专家学者,以及吴咸中、陈可冀院士等全国著名中西医结合专家的悉心指导,科学出版社为教材的出版和发行做了大量的工作,谨此一并致谢!

中西医结合目前处于不断探索阶段,医学科学的发展也日新月异,书中关于中西医结合的某些具体内容和学术观点尚可能不够成熟,我们编写七年制中西医结合教材尚属首次,由于编写时间紧迫,编者水平所限,书中难免有不足之处,祈望使用本套教材的教师、学生和读者提出宝贵意见,以促使本套教材更臻完善和更符合现代中医药教学的需要,共同为我国中西医结合事业做出贡献。

编审委员会

2003年5月

目 录

总序	
前言	
绪论	1

第一篇 耳科学

第一章 耳科概述	11
第一节 耳与脏腑经络的关系	11
第二节 耳的应用解剖与生理	14
第三节 耳病的中医病因病机概述	25
第四节 耳病的中医辨证要点	27
第五节 耳病的中医治疗概要	29
第二章 耳科疾病	33
第一节 先天性耳前瘻管	33
第二节 耳外伤	35
第三节 耳郭假性囊肿	38
第四节 外耳道异物	40
第五节 耵聍栓塞	41
第六节 外耳炎症	43
第七节 分泌性中耳炎	54
第八节 急性化脓性中耳炎	61
第九节 慢性化脓性中耳炎	66
第十节 化脓性中耳炎的并发症	71
第十一节 梅尼埃病	78
第十二节 耳聋与耳鸣	85

第二篇 鼻科学

第三章 鼻科概述	95
第一节 鼻与脏腑经络的关系	95
第二节 鼻的应用解剖与生理	97
第三节 鼻病的中医病因病机概述	105
第四节 鼻病的中医辨证要点	106
第五节 鼻病的中医治疗概要	108
第四章 鼻科疾病	111
第一节 鼻外伤	111
第二节 外鼻炎症性疾病	115

第三节	鼻腔炎症性疾病	121
第四节	鼻变应性疾病	136
第五节	鼻中隔偏曲	148
第六节	鼻出血	151
第七节	鼻腔异物	160
第八节	鼻窦炎症性疾病	161

第三篇 咽喉科学

第五章	咽喉科概述	173
第一节	咽喉与脏腑经络的关系	173
第二节	咽喉的应用解剖与生理	176
第三节	咽喉病的中医病因病机概述	188
第四节	咽喉病的中医辨证要点	190
第五节	咽喉病的中医治疗概要	195
第六章	咽喉科疾病	202
第一节	咽炎	202
第二节	扁桃体炎	212
第三节	扁桃体周围脓肿	223
第四节	喉的急性炎症性疾病	228
第五节	喉的慢性炎症性疾病	238
第六节	咽喉结核	247
第七节	喉阻塞	254
第八节	咽喉神经官能症	262
第九节	咽喉异物	269

第四篇 口齿科学

第七章	口齿科概述	275
第一节	口齿与脏腑经络的关系	275
第二节	口齿的应用解剖与生理	278
第三节	口齿病的中医病因病机概述	279
第四节	口齿病的中医辨证要点	280
第五节	口齿病的中医治疗概要	282
第八章	口齿科疾病	285
第一节	口腔念珠菌病	285
第二节	复发性口疮	289
第三节	牙周病	297
第四节	根尖周病	303
第五节	颌骨骨髓炎	308

第六节 剥脱性唇炎	311
-----------------	-----

第五篇 耳鼻咽喉口腔科常见肿瘤

第九章 耳鼻咽喉口腔科常见良性肿瘤	315
第一节 鼻前庭囊肿	315
第二节 鼻咽血管纤维瘤	317
第三节 鼻、咽、喉乳头状瘤	321
第四节 舌下腺囊肿	328
第五节 耳鼻咽喉科常见良性肿瘤的中医辨证治疗	330
第十章 耳鼻咽喉口腔科常见恶性肿瘤	332
第一节 鼻咽癌	332
第二节 喉癌	345

第六篇 附录

第十一章 耳鼻咽喉口腔科常用器械名称及其使用方法	361
第一节 耳鼻咽喉口腔科常用器械名称	361
第二节 耳鼻咽喉口腔科的常规检查方法	366
第十二章 耳鼻咽喉口腔科常见病的治疗及小手术	373
第一节 耳科常见病的治疗及小手术	373
第二节 鼻科常见病的治疗及小手术	374
第三节 咽喉科常见病的治疗及小手术	378
第四节 口腔科常见病的治疗及小手术	382
第十三章 耳鼻咽喉口腔科常用药物	385
第一节 耳鼻咽喉口腔科常用外用药物	385
第二节 耳鼻咽喉口腔科常用西药	392
第三节 耳鼻咽喉口腔科常用中成药	393
第十四章 助听器的选配	396
第十五章 耳鼻咽喉口腔科常见病中西医病名对照	397
第十六章 耳鼻咽喉口腔科常见名词中英文对照	400
第十七章 耳鼻咽喉口腔科常用方剂索引	407
附图一 直接循行于耳鼻咽喉口腔部的经脉及穴位	414
附图二 国际标准化耳穴示意图	415
彩版	

绪 论

一、中医耳鼻咽喉口齿科发展简史

中医耳鼻咽喉口齿科是一门既古老而又新兴的学科。它与中医学的其他学科一样,经历了三千多年的风雨历程,形成了自己独特的理论体系、内治方药及外治方法,为人类的健康做出了巨大的贡献。

(一) 理论体系日渐形成

早在夏商时代(约公元前 21 世纪~前 1066 年),古人对耳、鼻、口、齿、舌、喉已有初步的认识。例如殷商甲骨文中就有“疾自”(鼻病)、“音有疾”、“疾言”(咽喉病)、“疾齿”(齿病)、“瘤”等记述。

到春秋战国时代(公元前 707~前 221 年),出现了我国现存的第一部医学专著——《黄帝内经》,它不但为祖国医学奠定了理论基础,其中关于耳鼻咽喉口齿学科的论述,也极为丰富,为耳鼻咽喉口齿学科的发展奠定了理论基础。

在生理解剖上,如《灵枢·忧悲无言篇》说:“口鼻者,气之门户也”。“咽喉者,水谷之道也,喉咙者,气之所以上下者也,会厌者,音声之户也。口唇者,音声之扇也。舌者,音声之机也。悬雍垂者,音声之关也。”《素问·上古天真论》说:“女子七岁肾气盛,齿更发长。……三七肾气平均,故真牙生而长极,”“丈夫八岁肾气实,发长齿更。……五八肾气衰,发堕齿槁。……八八则齿发去。”此外,《内经》还认为,耳鼻咽喉口齿并不是孤立的器官,而是与五脏有密切的关系。如《素问·阴阳应象大论》说:“心主舌,……在窍为舌,”“脾主口,……在窍为口,”“肺主鼻,……在窍为鼻,”“肾主耳,……在窍为耳”。《灵枢·脉度》又说:“心气通于舌,心和则舌能知五味矣,”“肺气通于鼻,肺和则鼻能知香臭矣,”“肾气通于耳,肾和则耳能闻五音矣”。

在病因病理上,《素问·气厥论》说:“胆移热于脑,则辛颞鼻渊,鼻渊者,浊涕下不止也,传为衄蔑瞑目。”《灵枢·决气》说:“精脱者,耳聋”,《灵枢·口问》说:“上气不足,脑为之不满,耳为之苦鸣,头为之苦倾,目为之眩。”《素问·阴阳别论》说:“一阴一阳结,谓之喉痹。”《素问·至真要大论》曰:“少阳之复,大热将主……火气内发,上为口糜”。《灵枢·痈疽》说:“痈发于咽中,名曰猛疽,猛疽不治,化为脓,脓不泻,塞咽,半日死”。在病名症候上,《内经》论及的有耳聋、暴聋、耳鸣、耳中有脓、聃聆、聃

衄、涕出不收、鼽塞、鼻渊、鼽嚏、咽痛、咽肿、咽干、喉痹、喉塞、猛疽、口糜、口疮、口喎唇唇、舌卷、舌纵、重舌、齿痛、齲齿等三十多种。同时,《内经》还有如:耳、耳郭、耳门、肾窍、葱笼、蔽、完骨、鼻、明堂、阙、下极、王宫、面王、鼻孔、鼻隧、鼻柱、颞、颞颥、咽、喉咙、悬雍垂、会厌、喉结、口、唇、齿、舌、舌本等解剖名称的记载。

此后,《难经》对口齿咽喉的解剖作了进一步发挥,如《四十二难》说:“口广二寸半,唇至齿长九分,齿以后至会厌深三寸半,大容五合,舌重十两,长七寸,广二寸半。”“咽门重十两,广二寸半,至胃长一尺六寸”,“喉咙重十二两,广二寸,长一尺二寸,九节”。

隋·巢元方(公元550~630年)的《诸病源候论》中关于耳鼻咽喉口腔科的资料也不少,它除了发展了病因、病理学说之外,更增添了不少病种,例如聤耳栓塞、耳源性脑膜炎、鼻息肉、急性喉阻塞等古人没有明确认识的病种,并予以阐明补缺。而且对鼻窦炎一症,将儿童和成人分开讨论,认为儿童在解剖、生理和病理各方面都不同于成人,所以病因、症状、病变和治疗等方面也有所差异。

清代由吴谦等人编著的《医宗金鉴》中载有耳鼻咽喉口齿唇舌的疾病共约50余种,并附有插图,便于明了患病的部位,还初次出现了耳痔、耳挺、耳聾等病的记载。除此,在清代的不少医书中,对于脓耳的分类及辨证也更为详尽,说明当时对于耳部疾患已有了初步的认识。

(二) 治法方药不断完善

在西周时期,《山海经》里载有元龟、白鹤等多种预防、治疗耳病、喉病的药物。《黄帝内经》为专科内治方法奠定了基础,如《素问·血气行志篇》曰:“形苦志苦,病生于咽嗑,治之以甘药”。

在秦汉时代,我国最早的药理学专著《神农本草经》就载有耳鼻喉专科用药53种。东汉末年,张仲景著的《伤寒杂病论》,首倡伤寒六经辨证和杂病的八纲辨证原则,指出对伤寒的少阴咽喉痛进行辨证施治,运用猪肤汤、甘草汤、桔梗汤、苦酒汤、半夏散及汤等不同方药,治疗不同症状的咽喉病,确有成效,故成为后人治疗咽喉诸病的常用方法。《金匱要略》最先描述“妇人咽中如有炙脔”一症,即后世所称梅核气,用半夏厚朴汤治疗也是运用至今。

唐代的著名医家孙思邈在其所著的《备急千金要方》、《千金翼方》中,将鼻、口、舌、唇、齿、喉、耳病列归七窍病,收集治法甚多,列方291首,灸法14首。此外,还列有通九窍药品、衄血药品、耳聋药品、口舌干燥药品、坚齿药品、口疮药品等。

公元752年王焘编著的《外台秘要》,汇集了唐代及唐以前的各家著作,更丰富了耳鼻咽喉口齿疾病和治疗方法,治疗咽喉疾病的处方多达75种,耳聋方亦有36方,耳鼻及咽喉内异物的疗法就共有19个,鼻疮方9种。其中有“鼻内热气疮,有脓臭,并有虫。……烧杏仁压取油治之”,对小儿的食管及气管异物列专章叙述,并有近似小儿鹅口疮的记载。

金元时代,有刘完素为首的火热论派,有张从正为代表的攻下派,有李东垣为

代表的脾胃论派,有朱丹溪为代表的养阴派,这些学派在耳鼻咽喉口齿学科上是有影响的,对某些疾病的描述及治疗更为详尽。如刘河间的《素问病机气宜保命集》提出了“耳聋治肺,鼻塞治心”的观点;李东垣的益气升阳法,丰富了耳鼻喉科的内治法则;朱丹溪提出的虚火致喉痹病机,主张“阴虚火炎上,必用玄参”的养阴手法至今仍有十分实用的价值。而《兰室秘藏》更提出了“耳聋治肝”的观点。

明代(公元1364~1644年),不少耳鼻咽喉口齿科疾病是在此时期首次被论及,如《解围元藪》是喉麻风的第一篇论著,《红炉点雪》首论喉结核,《景岳全书》首载咽喉的梅毒及瘟疫病。陈实功的《外科正宗》在论及鼻喉梅毒中指出:“发于口鼻,则崩梁缺唇。发于咽喉者,更变声音”,重用土茯苓,辨证加药以治之。而张介宾的《景岳全书》有耳症论治3条、鼻症论治3条、声音论治2条、咽喉论治9条。薛己所著的《口齿类要》提出,口疮为“上焦实热,中焦虚寒,下焦阴火”,指导了临床治疗。

李时珍的《本草纲目》是搜集1892种药物的著名本草学著作,而其中有856种单味药用来直接治疗耳鼻咽喉口齿科各病。

张介宾在《景岳全书》中论治耳鼻喉病,注重虚实之辨,说“耳聋证总因气闭不通耳……,然实闭者少,虚闭者多”。对耳鸣则曰“凡暴鸣而声大者多实,渐鸣而声细者多虚”。对鼻渊一证,则指出:“鼻渊、脑漏当为热证,然流渗既久者,即火邪已去……,故新病者多由于热,久病者未必尽为热证,此当审察治之。”对暗哑之病,景岳认为:“实者其病在标,因窍闭而暗也;虚者其病在本,因内夺而暗也。”眩暈一证,景岳认为“虚者居其八九”,强调“无虚不作眩”。

清代在咽喉口齿病症的诊治上有了较大的发展,如对白喉和猩红热定出了许多方药,如《白喉全生集》论治白喉以寒热为纲,再分轻重虚实进行治疗;《疫痧草》论治喉痧,立下疏达、清散、清化、下夺、救液等五个法则。对于其他咽喉病的治疗也出现了不同的主张,例如张宗良认为咽喉病不可骤用寒凉药;郑梅涧认为须养阴忌表;沈善谦则认为喉症是瘟病,切忌温散表解;《重楼玉钥》首先提出用养阴清肺汤治疗白喉,对于抢救白喉病人起到较好的效果。

在疾病的预防方面,《内经》明确提出“上工治未病”,如《素问·上古天真论》:“……虚邪贼风,避之有时;恬淡虚无,真气从之;精神内守,病安从来。”《灵枢·本神》:“故智者之养生也,必顺四时而适寒暑,和喜怒而安居处,节阴阳而调刚柔。如是则僻邪不至,长生久视”。此外,尚应用按摩、导引方法以防治疾病,可按摩人中、迎香、风池、风府以预防感冒。东晋葛洪的《肘后备急方》有“早晨叩齿三百下”的口齿保健方法。《喉科要旨》(陈根儒,1917年)提出“慎起居,淡饮食,节劳逸,调药餌”,以防咽喉病发生。《喉痧正的》说:“疫痧盛行之际,室中宜粪除洁净,薰以茗香,或可烧松、降、苍、芷之类,以辟除秽恶不正之气。”

(三) 外治方法不断创新

在耳鼻咽喉的外治方法创立上,古人论述相当丰富,许多至今仍有实用价值。早在《灵枢·刺节真邪》中就有咽鼓管自行吹张法的描述。《淮南子·记论训》指出:

“喉中有病,无害于息,不可凿也”,提出了喉部手术的适应证与禁忌证。

《金匱要略》中有用皂莢末吹入鼻内及用韭汁滴入鼻内以抢救危重病人的方法,可说是吹鼻法及滴鼻法的最早记载。

东晋(公元317~420年)葛洪著有《肘后备急方》,收集记载不少简便验的救急方药,首次记载了耳道异物、气道异物和食管异物等病的处理方法。例如用韭菜取食道鱼骨刺。

东汉末年,张仲景的《伤寒杂病论》介绍了吹皂莢末入鼻、灌韭汁入鼻方法,以急救危重病人,这是鼻腔吹粉和滴鼻法的最早记载。

晋代葛洪《肘后备急方》有“百虫入耳,用好酒灌之。或闭气,令人用芦管吹耳,自出”的外耳道异物取出法。《新修本草》载有用汞合金补牙、镶牙之法及修补兔唇、割除疣赘等方法。

唐代孙思邈所著的《备急千金要方》开鼻病外治的先河,所载鼻病外治方达40首,共用药达40余种,所用剂型有丸、散(末)、煎液、鲜药汁、膏、油等,给药方式有纳(塞)、吹、灌、导、敷(涂)、摩、贴等。此外,还有用胶贴鼻尖上,至顶及入发际三寸(包括印堂、上星、神庭等穴)治疗鼻衄之法。

金元时代,张从正《儒门事亲》首先报道用纸卷成筒,放入口内,再用筷子缚小钩,把误吞的铜钱取出,这是内镜钳取异物的原始方法。窦材所著《扁鹊心法》及窦汉卿《疮疡全书》,有用切开排脓的方法治疗咽喉脓肿及牙痛的记载。《洪氏集验方》有应用压迫颈外动脉以止鼻衄的报道。

明代,治病的经验不断丰富,治疗方法越来越多。如陈实功《外科正宗》载有鼻息肉摘除手术,其法“用细铜箸二根,箸头钻一小孔,用丝线穿孔内,二箸相离五分许,以二箸头直入鼻痔根上,将箸线绞紧,向下一拔,其痔自然拔落。”现代采用的鼻息肉摘除术,实际上是在这个基础上加以改进完善的。又如对咽部及食管的异物(如铁针刺入)使用乱麻团以线系之,吞入咽中,针刺入麻,徐徐牵出。曹士衍《保生秘要》,详细论述导引、运功治病之法,对于耳鼻咽喉口齿疾病的导引法也搜集甚多,其中如治耳重(即耳内胀塞),《保生秘要·卷三》有云:“定息以坐,塞兑(即唇),咬紧牙关,以脾肠二指(即拇、食二指)捏紧鼻孔,睁二目,使气串耳通窍内,觉哄哄然有声,行之二三日,通窍为度。”此即今之耳咽管自行吹张法。又如《景岳全书·卷二十七》载有:“凡耳窍或损或塞;或震伤,以致暴聋,或鸣不止者,即宜以手中指于耳窍中轻轻按捺,随捺随放,随放随捺。或轻轻摇动,以引其气,捺之数次,其气必至,气至则窍自通矣,凡值此者,若不速为引导,恐因而渐闭,而竟致不开耳。”此即鼓膜按摩术,至今仍有实用意义。戴元礼在《证治要诀》中首创卷棉子清洁耳道脓液和耳内吹粉法。

清代,《喉症全科紫珍集》创立了“麻药方”,用川乌、草乌、细辛、南星等研细末,术前用吹药器喷入咽喉,然后手术。

在此同时,《医宗金鉴》(吴谦等,1740年)记载了“冰硼散”;《金匱翼》有“锡类散”,是至今仍在广泛使用的吹口药。《疫痧草》首创以“贴喉异功散”外敷颈部,使皮肤起泡,以治咽喉肿痛;《验方新编》(鲍相璈,1846年)创立了“漱口方”含漱;此外

还有“火烙法”、“擒拿法”等以治“喉菌”、“喉痛肿塞”、“乳蛾”等病症。

除药物及外治外,古人还重视用针灸治疗方法。如晋代皇甫谧著《针灸甲乙经》,对于耳鼻咽喉口齿疾病的针灸疗法就有不少记述。如“风眩头痛,鼻不利,时嚏,清涕时出,风门主之”;“耳聋鸣,头痛,耳门主之”;“喉痛,瘖不能言,天突主之”;“咽中难言,天柱主之”。

而清代的喉科专著《重楼玉钥》一书中,针灸的论述约占全书的一半。

(四) 专科著作陆续问世

明代以前,大量有关耳鼻咽喉口齿的生理病理、诊断及治疗药物的论述均是散载于各类医书中,或集中于某一章节论述,时至明代薛己著的《口齿类要》,才是现存的口齿科最早的一部专著,其中附有验案多则。

清代,从乾隆 12 年(1744 年)到光绪 28 年(1902 年)中,白喉、烂喉痧等疫喉先后有四度大流行,对人民生命危害极大。这促进了医家们对喉病进行研究和防治,从而也积累了不少经验。故此时喉科有较快的发展,专书陆续问世,如《喉科指掌》、《尤氏喉科秘书》、《咽喉经验秘传》、《重楼玉钥》、《经验喉科紫珍集》等不下 40 多种,除此有专论疫喉的如《喉白阐微》、《疫痧草》、《白喉全生集》、《白喉治法忌表抉微》、《痧喉正义》、《白喉条辨》等 30 多种。

(五) 专科发展日趋成熟

早在春秋时期,据《史记·仓公列传》记载:“扁鹊过雒阳,闻周人爱老人,即为耳、目、痹医”,可说是我国历史上最早的五官科医生。

在医学分科上,早在秦汉时代(公元前 221~公元 220 年),中医学就分为九科,其中有口齿科,咽喉科包括在内。唐代(公元 618~907 年),唐政府设立的“太医署”设立了五种医学专科,其中就有耳目口齿科二人,四年学成,使耳鼻咽喉口齿科初具规模,开始形成一个独立的专科。宋代,医事管理更加强化,设为九科,内有口齿兼咽喉科。至金元时代(公元 1115~1368 年),医学学术自由争鸣,医学分为十三科,第七位口齿科,第八位咽喉科,使口齿科与咽喉科分开,说明其分科更精细。清代(公元 1644~1911 年)医事制度又分九科,咽喉与口齿再度并合。而鼻疾病的诊治学发展落后于咽、喉、口齿,其论治多分散于内科和外科文献中。

鸦片战争之后,西方医学传了进来,但中医事业却备受摧残,以至奄奄一息,中医耳鼻咽喉口齿科也不例外。在民国时期,可以取得中医开业资格者寥寥无几,喉科中医医生全国仅仅有 5 名。

1949 年之前,还没有中医的耳鼻咽喉科,只有传统的喉科。而中医喉科在那时,也是生存于风雨飘摇之中。

新中国成立后,党和政府十分重视人民卫生和中医事业的发展,制订了一系列中医政策,1949 年 7 月,中医第一个耳鼻咽喉专科在上海市松江县城内秀野桥的

“松江城厢第四联合诊所”中建立开诊。

至此,中医耳鼻咽喉口齿科从无到有,从小到大,初具规模。

1956年,四所中医学院(北京、上海、成都、广州)分别建立,之后各省市的中医学院及中专中医学校相继成立。中医学院先后编写和修订出版了《中医喉科学讲义》、《五官科学》、《中医耳鼻喉科学》等五版教材。同时,有关专家亦先后撰写出版了高等中医院校教学参考书《中医耳鼻喉科学》、《中国医学百科全书·中医耳鼻咽喉口腔科学》等,对中医耳鼻喉科走向系统化、规范化起到了积极作用。

继全国中医学会的成立,1978年,上海成立了“全国中医学会上海分会耳鼻咽喉科学组”,尔后,广东、四川、江西、山西、湖南等省也相继成立了中医耳鼻喉科学会。1987年9月,中华全国中医学会耳鼻咽喉科学会在南京成立,由著名中医耳鼻喉科专家干祖望教授担任主任委员,通过各类学术交流,协作攻关,有力地推动了中医耳鼻喉科学学科的发展。

为了培养更多的中医耳鼻喉科人才,卫生部从1974年起至1988年止,委托广州、上海、南京三所中医学院办了十期(届)中医耳鼻咽喉科师资培训班。

1990年国家中医药管理局厦门国际培训交流中心主办了国际中医耳鼻咽喉科培训班,学员来自美国、新加坡、马来西亚等国家和中国的香港、台湾等地区。

1978年以来,先后有广州、上海、湖南、成都等中医学院开始招收中医耳鼻喉专业硕士研究生;1982年,天津开办了三年制的中医五官科专业班,以后,经国家教委批准,广州、成都、湖南、河南等中医学院相继设立了五官专业本科班;1998年后,相继有湖南、成都、广州等中医院校开始招收中医耳鼻喉专业博士研究生,使中医耳鼻喉科学学术队伍、高层次专业队伍不断壮大,中医耳鼻喉学科的临床、教学、科研等各方面都取得了前所未有的大发展,中医耳鼻喉科与其他学科一样,在党的中医政策指引下,与时俱进,不断奏出新的篇章。

二、西医耳鼻咽喉科发展简史

耳鼻咽喉科学(otolaryngology 或 otorhinolaryngology)是研究耳鼻咽喉与气管食管诸器官的解剖、生理和疾病现象的一门科学。耳科学发展较早,其后鼻科学与喉科学也相继分出;大约在19世纪中叶,耳鼻咽喉科才合并成为独立的医学专科。在我国,医院中建立耳鼻咽喉科专科始于1911年,但在近40年尤其是近10多年来,我国的耳鼻咽喉科学才有较大的发展。现在,全国大多数地市级以上及部分县以上的综合医院都建立了耳鼻咽喉科,且陆续更名为耳鼻咽喉-头颈外科(otolaryngology-head & neck surgery)。

由于耳鼻咽喉与相关学科有着错综复杂和不可分割的关系,因而拓展了耳鼻咽喉科的范畴。目前,耳科学已逐渐分支出耳显微外科、耳神经外科、侧颅底外科、听力学及平衡科学等;鼻科学逐渐分支出鼻神经外科、鼻内镜外科、前颅底外科等;耳科学与鼻科学分支出颅底外科学;喉科学分支出喉显微外科、嗓音与言语疾病科;咽科学分支出鼾症及睡眠与呼吸障碍疾病科。因此它正经历着一个重新组合

的阶段。

近年来,现代科学技术在医学中的应用加速了耳鼻咽喉—头颈外科的发展。如全球数字化进程、计算机图像处理、立体定向技术、人工智能技术、介入放射治疗、激光治疗的发展等为本学科提供了更多的选择;本学科的多发病、常见病、疑难病的诊治技术和相关的基础研究仍是本科临床与研究工作的重点;以分子生物学为基础的人类基因研究为感音神经性聋、头颈肿瘤等疾病的预防、诊断和治疗开辟了新的领域;对窦口鼻道复合体(ostioameatal complex)解剖学的认识及鼻内镜外科的开展使慢性鼻窦炎及鼻息肉的治疗有了突破性进展;电子耳蜗植入的推广,使成千上万的深度感音神经性聋患者及聋哑儿童不同程度地恢复了听觉及言语功能;电子脑干植入的应用亦为双侧听神经瘤患者恢复听力带来了希望。

21 世纪,基因工程、“生物-心理-社会医学模式”将会彻底改观耳鼻咽喉科学的传统面貌,导航微创手术、微显微手术、高保真人工感觉器官等技术将推动西医耳鼻咽喉学科不断快速进步。

三、中西医结合耳鼻咽喉口齿科学概述

中西医结合耳鼻咽喉口齿科学是一门运用中医和西医理论和方法,研究人体耳、鼻、咽喉、口齿的生理病理及其疾病的防治规律的临床学科。它是研究中医和西医在形成和发展过程中的思维方式、对象内容、观察方法,比较二者的异同点,吸取二者之长,融会贯通,创建医学理论新体系,服务于人类健康和疾病的整体医学。

(一) 中医耳鼻咽喉科的特色和优势

中医药学历经几千年,推而不倒,靠的是其独特的理论体系和临床疗效优势。综观中医耳鼻咽喉科,除了具有安全、低毒、副作用少等优点外,还有如下特色和优势:

1. 整体观

中医学注重宏观整体,西医学注重微观局部,中医耳鼻喉科是将局部的病变视为整体脏腑经络功能变化的反应,如变应性鼻炎,虽然症状表现在局部,而中医认为其主要是机体肺、脾、肾脏功能失调的反应,因而治疗以补肺健脾益肾的全身调节为主。

2. 辨证性

中医诊病,是通过四诊合参,从整体认识疾病,确定治法,重视辨证而疏于辨病。在治疗上,针对个体,有“同病异治”和“异病同治”,具有治疗个体化的特点。如祛痰法可用于治疗眩晕、耳聋、分泌性中耳炎、咽炎、扁桃体炎、喉炎及各类肿瘤等一切属于“痰浊困结”耳鼻咽喉诸窍而致的病证。又如耳鸣耳聋疾病,在不同的

个体则可表现为虚或实证,治疗方法则因人而异。

3. 治法独特

中医治病重视整体功能综合调节,强调因人施用,辨证施用,注重药物内服、外治、针灸、推拿等综合治疗方法。

4. 优势病种

中医耳鼻咽喉口齿科长于诊治如神经性耳聋、耳鸣、变应性鼻炎、慢性咽炎、喉炎、喉神经官能症、口疮等病毒性、慢性功能性及疑难的病种。此外,在耳鼻咽喉手术病种的围手术期如术后并发症的预防,提高手术疗效,防止复发等方面,中医亦有较好的优势。而对鼻咽癌、喉癌等肿瘤的治疗则是从整体提高人体的综合抗病能力与机体恢复能力,提高生存质量,延长存活期,减少放疗、化疗、手术的副作用,减毒增效。

(二) 西医耳鼻咽喉科的特色和优势

西医耳鼻喉科由于能借助现代先进的声、光、电等飞速发展的科学技术,其优势主要体现在:

1. 检查诊断上的准确性

如 CT 扫描与磁共振(MRI)检查,使耳鼻咽喉隐藏的病变如小的听神经瘤、筛窦与蝶窦病变等取得早期确诊的可能性。导光纤内镜的应用,使目不能及、手不能触的一些深部解剖形态与病变现象得以清晰窥及,打开了新的诊治大门;如鼻道深处、鼻窦自然开口、鼻咽各壁及咽鼓管咽口、喉、气管支气管和食管等处的细小病变或异物,都可拍照、活检或取出。电子喉动态镜、声谱仪、声图仪等可以客观地检测喉部的正常功能与异常表现,使诊断具有准确、客观等无可比拟的先进性。

2. 手术治疗上的先进性

由于对微观解剖的熟悉和手术器械的不断改进,对耳鼻咽喉口齿器官的器质性疾病、创伤性疾病等外科的治疗西医学占有绝对的优势。如功能性鼻窦手术、腭咽成形术、鼻颅和鼻眼相关外科手术、侧颅底手术、喉癌功能性切除、颈段气管、食管癌的切除与功能重建等手术的开展,明显提高了临床治愈率,已接近或达到发达国家的先进水平。

(三) 中西医结合耳鼻咽喉口齿科的任务

从古代唐容川的“中西汇通”、张锡纯的“衷中参西”,到新中国成立后党中央举办的“西学中班”,无不体现了党中央及众多的中医学家在医学实践中力图沟通和

发展中西医学术的思想。

中西医结合耳鼻咽喉口齿科的特色是通过“望、闻、问、切”四诊搜集患者的信息,并结合西医学的内窥镜检查手段,使全身辨证与局部内窥辨证相结合,进行分析综合,然后做出中医的“证”及西医的“病”的诊断,使辨证与辨病相结合,继而确立中或西或中西医结合的最佳的治疗方法。因此,中西医结合耳鼻咽喉口齿科的任务是在中医学理论指导下,既保持和发扬中医药的特色和优势,又重视现代科学的检查方法、实验方法、治疗方法在耳鼻咽喉口齿科的应用,以优势互补,寻找结合点,从而产生新的医学理论。目的是既能发展、创新中医学,又能促进中医学与世界医学接轨。

耳鼻咽喉口齿科中西医结合的工作开始于 20 世纪 50 年代,历经几代人的努力,取得了令人瞩目的成绩,积累了丰富的经验。但作为新的医学模式,仍有许多问题待解决,仍有许多新的课题需探索,因此,学习中西医结合耳鼻咽喉口齿科学,应重视如下环节:①中西医病名的统一;②辨病与辨证相结合;③治疗上的中西医结合优化;④围手术期的中西医结合治疗。

总之,学习中西医结合耳鼻咽喉口齿科学必须避免陷入“单纯的中医加西医”的误区,必须充分掌握中、西医学的系统理论和方法,才能更好地理解和运用中西医结合耳鼻咽喉口齿科学的基本理论、基本知识和基本技能。这不但是中西医各自发展中的共同要求,也是每一个中国耳鼻咽喉口齿科医务工作者义不容辞的光荣历史使命。

(李云英)

第一篇

耳科学

第一章

耳科概述

耳是司听觉,主平衡的器官。耳位于头部,是清阳之气上通之处,属“清窍”之一,它是局部器官,是与整体紧密联系在一起发生作用的。《灵枢·口问》说:“耳者宗脉之所聚”。由于全身各大脉络聚会于耳,使耳与全身各部及脏腑发生密切的联系,脏腑的生理功能和病理变化,常循经脉反映于耳;相反,耳发生病变,亦循经脉波及所属脏腑,所以在临床诊断、分析耳病和辨证治疗上,要树立整体观念。

第一节 耳与脏腑经络的关系

脏腑是人体生理功能、病理变化的活动基础。经络是人体气血运行、脏腑肢节联系、上下表里沟通之通路。脏腑与经络二者互相配合以行气血,调阴阳,把人体的五脏六腑、四肢百骸、五官九窍、皮肉筋脉联结成为一整体。由于各脏腑有不同的生理功能,各经络亦循行不同的途径,使耳与各脏腑发生不同程度的关系,在耳的生理功能和病理变化中,与肾、心、肝、胆、脾、肺较为密切。

耳与脏腑的关系

(一) 耳与肾

1) 所属关系 肾主耳,耳为肾之外窍,为肾之官,肾为藏精之脏,受五脏六腑之精而藏之,上通于耳。《灵枢·五阅五使篇》说:“耳者肾之官也。”《素问·阴阳应象大论》说:“肾主耳……在窍为耳。”现代研究亦认为,内耳与肾的某些组织在结构与反应性上,具有一些共同性。

2) 生理关系 肾藏精,肾之精气上注于耳,则耳窍受养而功能健,听觉聪敏。

《灵枢·脉度》说：“肾气通于耳，肾和则耳能闻五音矣。”说明在生理上，耳与肾二者的关系极为密切。

3) 病理关系 肾脏功能失调可致耳病。若肾精亏虚，或髓海不足，耳窍失养，则功能失健而致耳鸣耳聋、眩晕。如《灵枢·决气》说：“精脱者，耳聋。”《灵枢·海论》曰：“髓海不足，则脑转耳鸣。”肾为元阳之腑，阳虚耳失所养，或阳虚寒水上泛，亦致耳鸣、眩晕。肾主骨，肾虚骨弱，耳窍容易受邪毒侵袭，产生骨质破坏等。

4) 治疗关系 肾虚致耳病，则应从肾论治。临床上，常用的治法有补肾填精、温补肾阳、滋阴降火、育阴潜阳等。

(二) 耳 与 心

1) 所属关系 心寄窍于耳。心主血脉，耳为宗脉之所聚，心血上奉，耳得所养而功能健旺。如《素问·金匱真言论》说：“南方赤色，入通于心，开窍于耳。”《医贯》卷五说：“心为耳窍之客。”

2) 生理关系 心主神志，耳司听觉，受心之主宰，《金匱钩玄·附录》说：“荣者，水谷之精也，和调五脏，洒陈于六腑，乃能入于脉也……耳得之而能听。”说明在生理上耳与心的关系极为密切。《证治准绳》说：“盖肾治内之阴，心治外之阳，合天地之道，精气无处而不交通，故清净精明之气上走空窍，耳受之而听斯聪矣。”说明耳的生理功能与心肾相交的关系。心肾相交，精明之气上通于耳，才能使耳的生理功能健旺。

3) 病理关系 若忧愁思虑伤心，心虚血耗，耳失所养，可致耳鸣、耳聋。《古今医统》说：“心虚血耗，必致耳聋耳鸣。”心肾相交则耳听聪明，心肾不交则听闻扰乱。《辨证录》说：“凡人心肾两交，始能上下清宁，以司视听。肾不交心与心不交肾，皆能使听闻之乱。”若邪热上犯，壅闭心包，可致黄耳伤寒。

4) 治疗关系 由于心的功能失调，引致耳病者，均可从心论治。常用治法有养血安神，滋阴降火，交通心肾，清心开窍等。

(三) 耳 与 肝 胆

1) 所属关系 肝藏血，主疏泄气机。肝胆互为表里。耳司听觉，主平衡，有赖于肝血之奉养与肝胆气机条达。肝肾精血同源，肝木为肾水之子，故肾气通于耳，而肝气亦假(借)之以通于耳。

2) 生理关系 肝气通于耳。《医学心悟·卷四》说：“足厥阴肝，足少阳胆经皆络于耳”，说明由于经络的关系，构成了它们在生理上的关系。《辨证录》说：“肝为肾之子，肾气既通于耳，则肝气未尝不可相通者，子随母之象也”。肝气上通于耳，肝胆功能调和，则耳之听觉功能和平衡功能正常。

3) 病理关系 多种耳病，常由于肝胆功能失调而引起。肝虚血亏，耳失所养，或阴虚阳亢上扰清窍，可致耳鸣、耳聋、耳眩晕等症。《景岳全书》卷二十七说：

“(耳)虚闭证,凡十二经皆有所主,而又惟肝肾为最。”肝郁气逆,肝胆火热上犯或肝胆湿热上蒸,也可致耳病。《素问·脏气法时论》说:“肝病者,气逆,则头痛,耳聋不聪,颊肿。”《素问·六元正纪大论》说:“木郁之发,甚则耳鸣眩转。”指出了肝胆与耳病理变化的关系。

4) 治疗关系 肝胆功能失调可致耳病,则从肝胆论治,常用的方法有清肝泻火、疏利肝胆、镇肝熄风、滋养肝肾、滋补肝血等。

(四) 耳 与 脾

1) 所属关系 脾为生化之源,主运化气血上奉于耳。

2) 生理关系 脾胃为后天之本,气血生化之源,主升清降浊,输布水谷精微。脾气健旺,则清升浊降,耳得濡养而发挥其正常生理功能。

3) 病理关系 脾气虚弱,清阳不升与脾胃失调,浊阴上干是脾病及耳的两个方面。脾虚清阳不升,耳窍失养而功能失司,以致耳鸣、耳聋、眩晕。故《素问·玉机真藏论》说:“脾为孤脏……其不及,则令九窍不通。”脾胃受损,运化失调,聚湿生痰,浊阴不降,上犯于耳,甚或痰与火结,塞闭耳窍,致生耳病。

4) 治疗关系 因脾的功能失调而致耳病,则从脾论治,常用的治疗方法有健脾益气、健脾渗湿、温中化湿、清热利湿等。

(五) 耳 与 肺

1) 所属关系 中耳表面之黏膜、纤毛,乃皮毛之属,而肺主皮毛,故(中)耳属肺之系。《温热经纬》曰:“肺之结穴在耳中,名曰笼葱,专主乎听”,说明耳与肺通过经络相联系。从现代医学的角度上分析,中耳黏膜同属上呼吸黏膜的一部分,咽鼓管、鼓室内表面均为呼吸黏膜上皮所覆盖,因此,二者在组织结构及病理反应方面具有很大同一性。这也就与《脾胃论》中所指出“耳者上通天气,肾之窍也,乃肾之体而肺之用。”的理论相吻合。

2) 生理关系 肺主声,耳为肾之外窍,肺为肾之母,令耳闻声。《难经·四十难》说:“耳者,肾之候,而反闻声,其意何也?……肾者北方水,水生于申,申者西方金,金者肺,肺主声,故令耳闻声。”都说明耳与肺关系密切。

3) 病理关系 肺系外感或肺虚失养,是肺病及耳的两个方面。“温邪上受,首先犯肺”,外邪束表,肺失宣降,则经气痞塞,耳窍如蒙,致耳闷、耳胀、耳聋等病。如《素问·气交变大论》说:“肺金受邪,民病疟,……嗌燥耳聋。”《素问·脏气法时论》说:“肺病者,……虚则少气不能报息,耳聋嗌干。”可见于咽鼓管异常开放症等病,这是由于肺功能失调所致。

4) 治疗关系 若因肺脏致耳病,则从肺论治,常用的治法有疏风清热、宣肺通窍、补肺敛肺、养阴清肺等。

（六）耳与经络

耳为宗脉之所聚,十二经脉均与耳有直接联系。在《灵枢·邪气脏腑病形篇》说:“十二经脉,三百六十五络,其气血皆上于面而走空窍……其别气走于耳而为听。”其中经脉循行于耳者有:

手少阳三焦经,足少阳胆经、均从耳后入耳中,走耳前。

手太阳小肠经,由目锐眦入耳中。

足阳明胃经,从颊车上耳前。

足太阳膀胱经,其分支从颠至耳上角。

耳通过经脉与脏腑和全身广泛地联系,因此有将耳壳分区分别隶属与人体各部,并以此作为诊断疾病和治疗疾病的依据。

第二节 耳的应用解剖与生理

一、耳的应用解剖

耳由外耳(external ear)、中耳(middle ear)、内耳(inner ear)三个部分组成(图 1-1-1)。外耳道的骨部、中耳、内耳道都位于颞骨内。

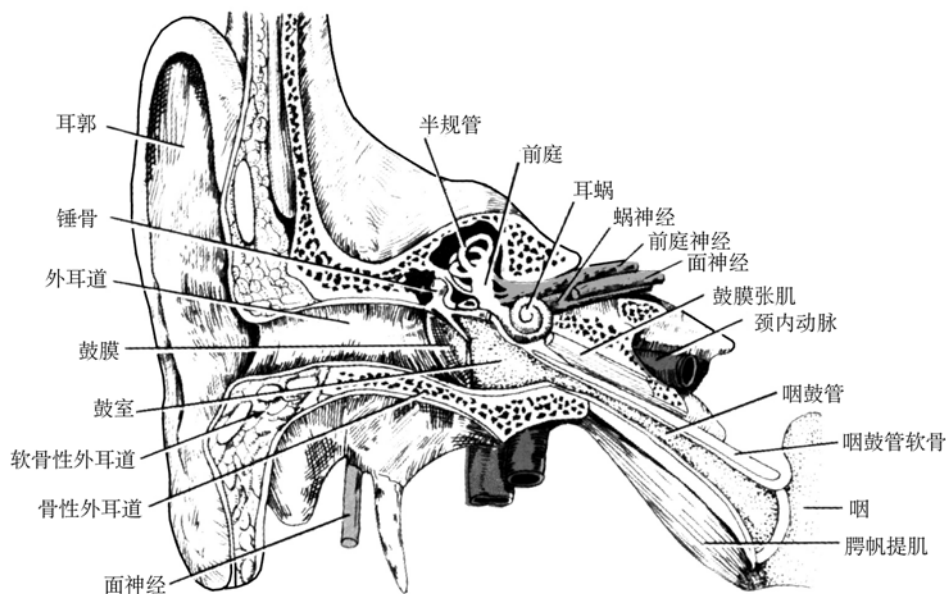


图 1-1-1 耳的全貌模式图

(一) 外 耳

外耳包括耳郭及外耳道。

1. 耳郭

耳郭(auricle)借韧带、肌肉、软骨和皮肤附丽于头颅两侧(图 1-1-2)。除耳垂为脂肪与结缔组织构成而无软骨外,其余均为软骨组成,外覆软骨膜和皮肤。耳郭的前面皮肤与软骨粘连较后面为紧,皮下组织少,若因炎症等发生肿胀时,感觉神经易受压迫而致剧痛。耳郭血管位置浅表,皮肤菲薄,故易受冻伤。如因外伤或手术引起耳郭软骨膜炎,可致软骨坏死,导致耳郭畸形。

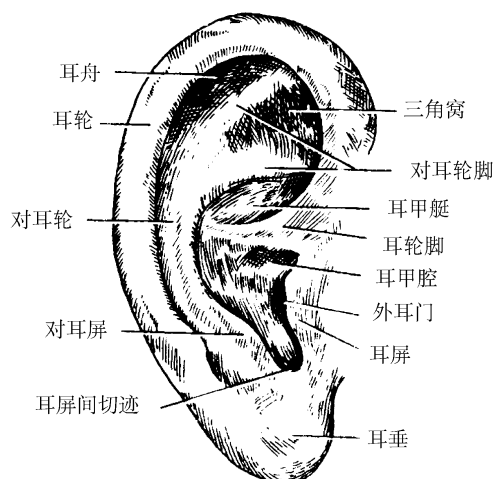


图 1-1-2 耳郭

2. 外耳道

外耳道(external acoustic meatus)为外耳道口直至鼓膜间的腔道,长约 2.5~3.5mm,略呈 S 形弯曲状。外 1/3 为软骨段,内 2/3 为骨段,两段交接处较狭窄,称外耳道峡部,较大异物常嵌于此。软骨段皮肤有毛囊、皮脂腺、耵聍腺。外耳道皮肤较薄,与软骨膜和骨膜黏着较紧,炎症时疼痛较甚,且可因下颌关节的运动而使疼痛加剧。软骨部前壁有 2~3 个裂隙,内含结缔组织,可借以增加耳郭及外耳道的活动度。外耳道或腮腺炎症也可经此裂隙互相感染。

3. 外耳的血管、神经、淋巴

- 1) 耳的血管 外耳的动脉由颞浅动脉和颌内动脉供给,静脉流入颈外静脉。
- 2) 外耳神经 外耳的神经来自下颌神经的耳颞支、颈丛的耳大神经和枕小神

经、面神经的耳后支及迷走神经耳支。当外耳道受刺激时,通过迷走神经耳支,常可引起反射性咳嗽。

3) 外耳淋巴 外耳道淋巴管的注入处与耳郭的淋巴管相同。

(二) 中 耳

中耳(middle ear)是鼓膜至内耳外壁之间的含气空腔,包括鼓室、咽鼓管、鼓窦及乳突气房四个部分。

1. 鼓室

鼓室(tympanic cavity)位于鼓膜和内耳外侧壁之间,有上、下、内、外、前、后六壁及上、中、下鼓室三部分。鼓室容积约为 1~2ml,上下径约 15mm,前后径约 13mm,内外径约 4~6mm。其中:①上鼓室(epitympanum),亦称鼓室上隐窝,为位于鼓膜紧张部上缘平面以上的鼓室腔;②中鼓室(mesotympanum),位于鼓膜紧张部上下缘之间,即鼓膜与鼓室内壁之间的鼓室腔;③下鼓室(hypotympanum),位于鼓膜紧张部下缘平面以下,下达鼓室底。

(1) 鼓室六壁

鼓室约似一树立的小火柴盒,有外、内、前、后、顶、底 6 个壁。

1) 外壁 又称鼓膜壁(membranous wall),由骨部及膜部构成(图 1-1-3)。骨部较小,即鼓膜以上的上鼓室外侧壁;膜部较大,即鼓膜。鼓膜:(tympanic membrane)鼓膜系一宽约 8mm、高约 9mm、厚 0.1mm 的椭圆形银灰色半透明的薄膜,有光泽

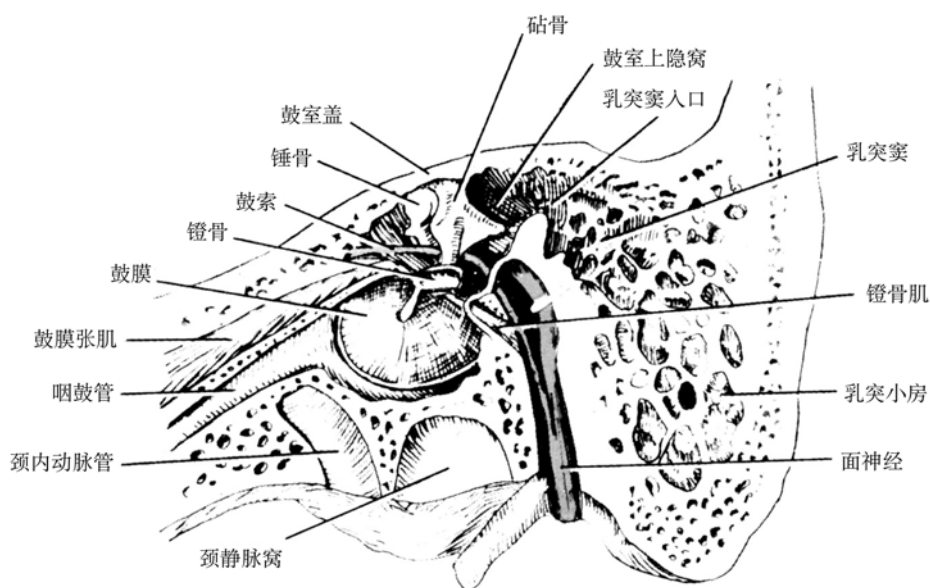


图 1-1-3 鼓室外侧壁

(图 1-1-4)。从外至内分为上皮、纤维组织、黏膜三层。鼓膜朝前下外方倾斜,与外耳道底成 45° 角。婴儿的倾斜度尤为明显,约成 35° 角。鼓膜边缘形成纤维软骨环,附着于鼓沟。鼓膜分为松弛部和紧张部两部分,松弛部位于上方,约占鼓膜面积的 $1/5$,呈淡红色。紧张部呈银灰色、半透明状。沿锤骨柄做一假想直线,另经鼓膜脐做一与该线垂直相交的直线,可将鼓膜分为前上、前下、后上、后下 4 个象限(图 1-1-5)。

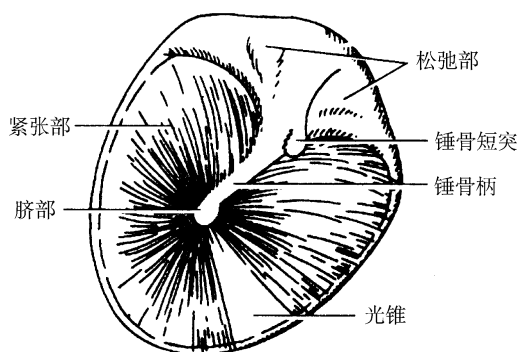


图 1-1-4 鼓膜(右侧)

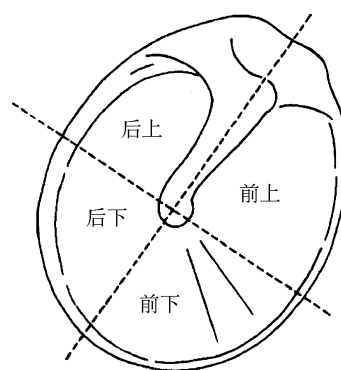


图 1-1-5 鼓膜的四个象限

2)内壁 即内耳的外壁,亦称迷路壁(labyrinthine wall)。表面凹凸不平,包括鼓岬、前庭窗、蜗窗、面神经管凸水平部、外半规管凸、匙突等解剖结构(图 1-1-6)。

3)前壁 即颈动脉壁(carotid wall)。下部与颈内动脉仅以一薄骨板相隔。上有二口:上为鼓膜张肌半管开口,下为咽鼓管半管的鼓室口。

4)后壁 即乳突壁(mastoid wall)。此壁的内侧有面神经垂直段经过。后壁上段相当于上鼓室的后壁有一小孔,为鼓窦入口,上鼓室借此与鼓窦相通。

5)上壁 即鼓室盖(tegmen tympani)。鼓室借此壁和颅中窝的大脑颞叶相隔。

6)下壁 即颈静脉壁(jugular wall)。为一较上壁狭小的薄骨板,将鼓室与颈静脉球分隔,其前方即为颈动脉管的后壁。

(2) 鼓室的内容物

1)听骨(auditory ossicles) 为人体内最小而互相连接的一组小骨,包括锤骨(malleus)、砧骨(incus)和镫骨(stapes),他们互相连接成听骨链(ossicular chain)(图 1-1-7)。其中①锤骨:为三个听骨中最大者,有小头、短突(外侧突)、长突(前突)和柄。小头位于上鼓室的前段,后有凹面,与砧骨体形成关节;锤骨柄位于鼓膜黏膜层与纤维层之间;②砧骨:形如前磨牙,分为体、长脚和短脚。砧骨体位于上鼓室的后段,其前与锤骨小头形成砧锤关节,长脚位于锤骨柄之后,末端形成豆状突与镫骨小头形成砧镫关节;③镫骨:如马镫状,分为小头、颈、前脚、后脚和足板(底)。小头与砧骨长脚的豆状突相连接,底板呈椭圆形,借环韧带连接于前庭窗。

2)听骨韧带 听骨借锤骨上韧带(superior ligament of malleus)、前韧带(anterior

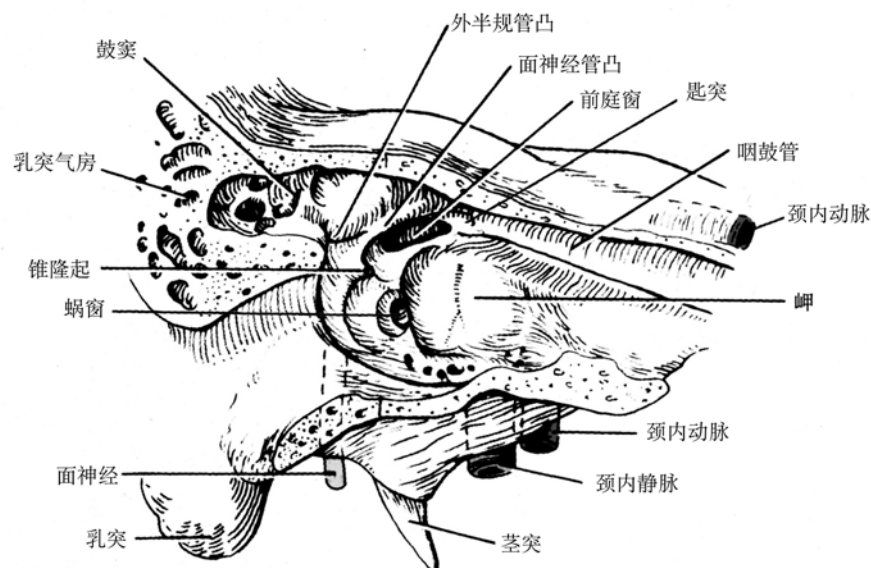


图 1-1-6 鼓室内侧壁

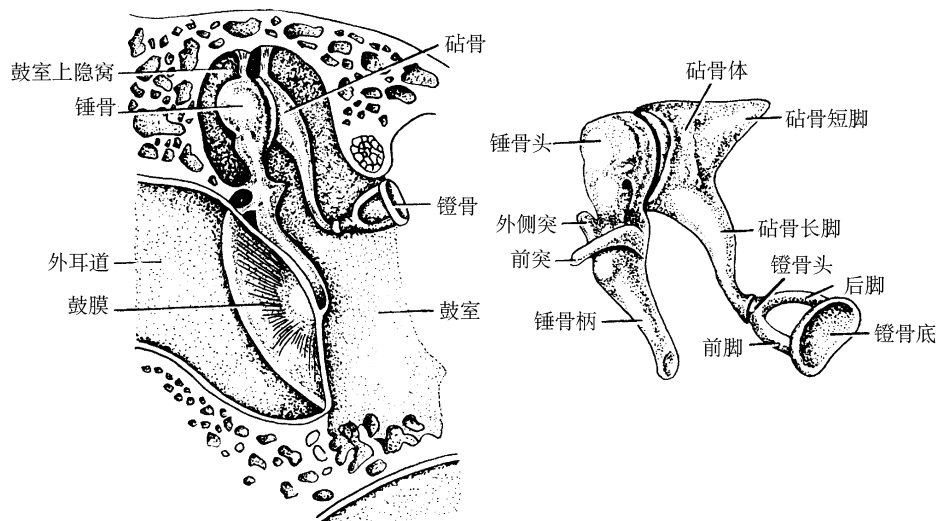


图 1-1-7 听小骨

ligament of malleus)、外侧韧带(lateral ligament of malleus)、砧骨上韧带(superior ligament of incus)、后韧带(posterior ligament of incus)、镫骨环韧带(annular ligament of stapes)固定于鼓室内。

3)鼓室的肌肉 ①鼓膜张肌(tensor tympani muscle)起自咽鼓管软骨部、蝶骨大

翼和鼓膜张肌半管下壁等处,止于锤骨柄下方,由三叉神经下颌支一分支支配;此肌收缩可牵拉锤骨柄向内,增加鼓膜张力,以免鼓膜震破或伤及内耳。②镫骨肌(stapedius muscle)起自鼓室后壁锥隆起内,止于镫骨颈后方,由面神经的分支支配;此肌收缩可牵拉镫骨小头向后,使镫骨足板以后缘为支点,前缘向外翘起,以减少内耳压力。

(3) 鼓室隐窝与间隔

1)鼓室隐窝 鼓室隐窝(recesses or pouches of tympanic cavity) 为覆盖听骨和韧带的鼓室黏膜所形成下列的黏膜隐窝,均开口于鼓室:①锤骨前、后隐窝;②砧骨上、下隐窝;③鼓膜上隐窝;④鼓膜前、后隐窝。

2)鼓室隔与鼓峡 在中、上鼓室之间,包括有锤骨头及颈、砧骨体及短脚、锤骨前韧带、砧骨后韧带、砧骨内侧及外侧皱襞、鼓膜张肌皱襞、镫骨肌皱襞,以及和上述各结构间有时存在的膜性结构,它们形成的鼓室隔,将中、上鼓室分隔。

(4) 鼓室的血管、神经

1)鼓室的血管 动脉血液主要来自颈外动脉。上颌动脉的鼓室前动脉供应鼓室前部及鼓膜;茎乳动脉供应鼓室后部及乳突;鼓室上动脉及岩浅动脉供应鼓室盖及内侧壁;鼓室下动脉供应鼓室下部及鼓室肌肉;颈内动脉的鼓室支供应鼓室前壁。静脉血流入翼静脉丛和岩上窦。

2)鼓室的神经 ①鼓室丛(tympanic plexus)由舌咽神经的鼓室支及颈内动脉交感神经丛的上下颈鼓支组成,位于鼓岬表面,司鼓室、咽鼓管和乳突气房黏膜的感觉。②鼓索神经(chorda tympani nerve)自面神经垂直段的中部分出,约于锥隆起的外侧进入鼓室,司味觉。

2. 咽鼓管

咽鼓管(pharyngotympanic tube)为沟通鼓室与鼻咽的通道,成人全长约为35mm,由鼓部与软骨部组成。外1/3为骨部,位于颞骨鼓部与岩部交界处,恰在颈内动脉的外侧。内2/3为软骨部,其内侧端的咽口位于鼻咽侧壁,在下鼻甲后端的下方。咽鼓管由腭帆张肌、腭帆提肌、咽鼓管咽肌控制其运动,故当张口、吞咽、哈欠、歌唱时借助其收缩,可使咽口开放,以调节鼓室气压从而保持鼓室内、外压力的平衡。咽鼓管黏膜为假复层纤毛柱状上皮,纤毛的运动方向朝向鼻咽,可使鼓室的分泌物得以排出。因软骨部黏膜呈皱襞状,具有活瓣作用,故能防止咽部液体进入鼓室。

3. 鼓窦

鼓窦(tympanic antrum)为鼓室后上的含气腔,是鼓室和乳突气房相互交通的枢纽。鼓窦向前经鼓窦入口与上鼓室相通,向后下通乳突气房。鼓窦内覆有纤毛黏膜上皮,前与上鼓室相连,后与乳突气房相连。

4. 乳突及乳突气房

初生时尚未发育,多自2岁后由鼓窦部向乳突(mastoid process)部逐渐发展,6

岁左右乳突气房(mastoid cells)已有较广泛的延伸。最后形成大小不一、形状各异、相互连通的气房,内有无纤毛的黏膜上皮覆盖。根据气房的发育程度,乳突可分为气化型、板障型、硬化型和混合型4种类型。

(三) 内 耳

内耳(inner ear)又称迷路(labyrinth),内含听觉及位觉感觉器官。内耳分为骨迷路与膜迷路,二者形状相似,膜迷路借纤维束固定于骨迷路内,内含内淋巴。膜迷路与骨迷路之间充满外淋巴。内、外淋巴互不相通。

1. 骨迷路

骨迷路(osseous labyrinth)由致密的骨质构成,厚约 2~3mm,包括前庭、半规管和耳蜗(图 1-1-8)。

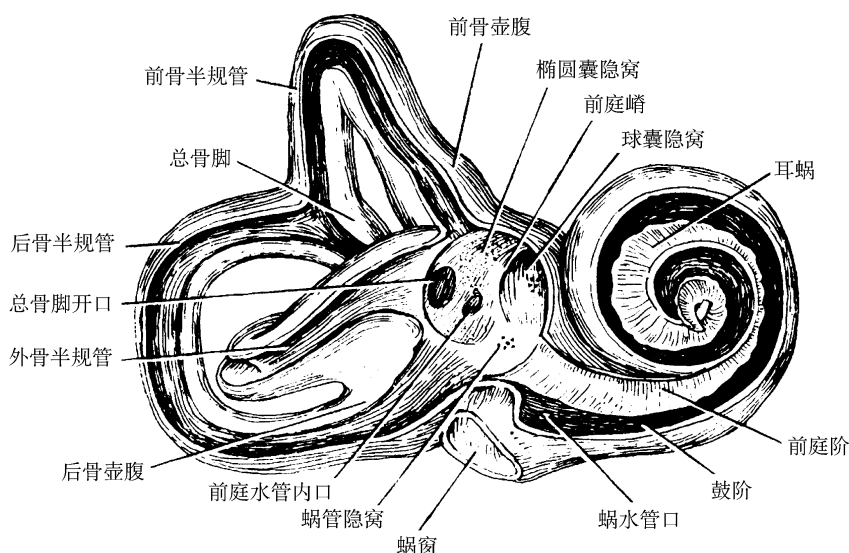


图 1-1-8 骨迷路

1) 前庭(vestibule) 略呈椭圆形,位于耳蜗及半规管之间。前下部较窄,有一椭圆孔形的蜗螺旋管入口通耳蜗的前庭阶;后上部稍宽,有3个骨半规管的5个开口通入。前庭的外壁即鼓室的内壁的一部分,有前庭窗为镫骨底板所封闭。内壁构成内耳道底,上壁骨质中有迷路段面神经经过。前庭腔内面有从前上向后下弯曲的斜形骨嵴,称前庭嵴。嵴之前方为球囊隐窝,容纳球囊;嵴之后方有椭圆囊隐窝,内含椭圆囊。

2) 骨半规管(osseous semicircular canals) 位于前庭的后上方,为3个相互垂直的2/3环形的小骨管,依其所在位置,分别称为外(水平)、前(垂直)、后(垂直)半规管(lateral, anterior and posterior semicircular canals)。每个半规管的两端均开口于前

3) 耳蜗(cochlea) 位于前庭的前面,形如蜗牛壳,主要由中央的蜗轴(modiolus)和周围的骨蜗管(osseous cochlear duct)组成。骨蜗管(蜗螺旋管, cochlear spiral canal)旋绕蜗轴 $2\frac{1}{2} \sim 2\frac{3}{4}$ 周,全长约 $30 \sim 32\text{mm}$ 。蜗底向后内方,构成内耳道底;蜗顶向前外方,靠近咽鼓管鼓室口。蜗底至蜗顶高约 5mm 。蜗轴呈圆锥形。从蜗轴伸出的骨螺旋板在骨蜗管内同样旋绕,骨蜗管即完整地分为上下两腔。上腔又由蜗管前庭壁分为两腔,故骨蜗管内共有 3 个管腔:上方者名前庭阶;中间者为膜蜗管,又名中阶;下方者名鼓阶。骨螺旋板顶端形成螺旋板钩,蜗轴顶端形成蜗轴板;螺旋板钩、蜗轴板和膜蜗管顶盲端共形成蜗孔,前庭阶与鼓阶的外淋巴经蜗孔相通。

膜迷路(membranous labyrinth)形态与骨迷路相似,借纤维组织固定并悬浮于骨迷路内。可分为膜蜗管、球囊和椭圆囊及膜半规管三部,对应于骨耳蜗、骨前庭与骨迷路,各部相互连通。

2) 椭圆囊(utricle)与球囊(sacculle) 均位于骨前庭内,膜半规管借 5 个孔通入椭圆囊。椭圆囊和球囊各有一小管合并成内淋巴管并通入内淋巴囊。椭圆囊壁上有椭圆囊斑,球囊壁上有球囊斑。囊斑内有带纤毛的感觉上皮细胞和前庭神经末