

口炎清胶囊治疗牙痛 95 例疗效观察

席新生¹ 李莹²

牙痛是口腔科常见病症之一,亦是多种口腔疾病的共有症状。因其症状多表现为根尖、牙龈、冠周等部位的红、肿、热、痛,故而影响咀嚼,妨碍饮食,继则可因病情发展而“病从口入”,浊邪上下行走,左右攻冲而引发诸多疾患。有鉴于此类疾患甚碍人体健康,然临床鲜有针对性较强之治疗用药,笔者通过多年临床实践,针对牙痛多因风热外袭或胃火上蒸、灼蚀肌膜,肌膜伤损而成红肿热痛之根本,自拟“口炎清胶囊”治疗牙痛,收效颇佳。现将治疗的 95 例临床总结报告如下。

1 一般资料

本组病例选自 2000 年 1 月~2002 年 10 月我科门诊患者。95 例中,男性 57 例,女性 38 例;年龄 18~60 岁;病程 1 小时~2 天;所有病例均排除口腔颌面部良、恶性增生及牙髓炎所引起的牙痛。

2 治疗方法

2.1 方药组成:荆芥 25 克、防风 30 克、蒲公英 30 克、金银花 30 克、连翘 20 克、黄芩 30 克、生石膏 30 克、生地 25 克、川芎 10 克、细辛 3 克、桔梗 25 克、甘草 6 克。

2.2 制备及用药方法:诸药混合后研细面装 0# 胶囊。每粒含生药 0.4 克,每日 3 次,按患者公斤体重及热毒轻重酌情服用 4~6 粒,饭后服用。亦可视病情需要在内服胶囊的同时除去胶囊将药粉直接撒布于患处。

3 疗效标准

参考中医耳鼻喉科病证诊断疗效标准第 5 版教材制定^[1]。痊愈:牙痛消失,炎性肿胀消失;有效:牙痛基本消失,炎性肿胀明显减轻;无效:牙痛及炎性肿胀变化不明显或无变化。

4 治疗结果

痊愈 74 例占 77.89%;有效 11 例占 11.58%;无效 10 例占 10.53%;总有效率 89.47%。

5 讨论

牙痛之发,病因繁杂,详审其因,则以外邪侵袭或脏腑热盛为最。其标急虽在口腔,但风热外侵及胃火上蒸则为其致病之根本。细究其发病机理,则为风热邪毒,外侵内袭,伤及牙体及龈肉,风热相搏,邪聚不散,气血滞留,瘀阻脉络而为病。正如《普济方·卷六十五·牙齿门·总论》中云:“夫齿之为痛者五:一

曰风热;……风气袭虚,客于齿间,乘于血气,故令龈肿,热气加之,脓汁遗臭,此风热之为齿痛”。而嗜食辛辣,脾胃蕴热,上蒸灼龈或风热外犯,引动胃火,上蒸牙床,损及龈肉,亦可致发。正如《辨证录》卷三曰“人有牙痛日久,上下牙床尽腐烂者,致饮食不能用,日夜呼号,此乃胃火独盛,有升无降之故也”。有鉴于古训谆谆,牙痛多风热、胃火灼龈伤肌之理,笔者谨遵《辨证录》曰:“人有牙齿痛甚不可忍,涕泪俱出者,此乃脏腑之火旺,上行于牙齿而作痛也,治法不泻其火,则不能取效”之嘱,以“六淫为害,以火为最,火盛者为之毒,故善治毒者,必治火也,是以解毒之药必治火,治火之药亦解毒”之说为则,临症从外清侵淫之风热,内泻脏腑之实火入手而治其本,以脱去胶囊后之药粉撒布患处,以清热解毒、消肿止痛而愈其标,自拟具疏风清热、解毒消肿、清胃泻火之功的口炎清胶囊用于临床,每获良效。方中荆芥、防风、细辛、升麻主风邪化热,在上在表,可达疏风透邪、解毒消肿之功;二花、连翘、黄芩、蒲公英、生地清热泻火、凉血解毒、消肿止痛;生石膏内清胃腑之火,外解肌肤之热,乃胃火牙痛之主药;桔梗味辛苦而气寒,苦寒以泻实火,味辛以散邪毒,且可宣散排脓而复载药上行,直达病所;川芎辛温气香,能升能散,能通能行,可上达巅顶以治头面诸邪所致之瘀肿疼痛,复能外彻皮毛,旁通经络而治外邪袭伤之疾;甘草清热解毒,缓急止痛,且能调和诸药使其不争。诸药相和,共奏疏风清热、泻胃解毒、凉血消肿之功,用治牙痛诸疾,俾使风散邪消、热清火降、肿夷痛止,则病自瘥也,故施之于临床,屡获良效。同时,将药粉直接撒布于患处,则局部药物浓度高,作用直接,取效快捷,可达直捣病所的作用。

本方主为风热外袭或胃火上攻所致之牙痛而设,故多以苦寒或辛燥之品相伍而成,功专疏风清热、泻胃解毒而凉血消肿。临床若辨证准确,切中病机,用药确当,则药微力宏,且对于临近部位病机相同之疾患亦有令人满意的疗效,甚契“异病同治”之则,但因临床未做详细的观察记录,故在此恕不赘述。而临症若牙痛属虚症、寒症而致生,则不宜使用。

1 河南中医学院第一附属医院口腔科(郑州,450000)

2 河南中医学院第一附属医院耳鼻喉科

以免药味苦寒而克伐正气以致正伤邪进,正虚邪恋。同时,牙痛常因六淫外侵及过食辛辣炙搏而致发,故在药物治疗的同时,应嘱患者慎起居、避风寒、调饮食、忌辛辣,以免旧疾未愈,又添新恙。

实践证明,口炎清胶囊治疗牙痛,确有效验,收效颇佳,因其具有“标本兼治”,收效快捷,价廉宜得,便于服用,无毒副作用之优势,故值得临床进一步探

讨。

参考文献

1 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准. 中医耳鼻喉科病证诊断疗效标准. 南京:南京大学出版社,1995. 123.

(收稿:2003-05-08)

(本文编辑:黄英)

“啄取法”功能性上颌窦囊肿摘除术

赵敏¹ 甄泽年¹ 陈辉¹ 陈贤明¹ 李建忠¹ 杨浦文¹

1998~2001 年间我们对 32 例上颌窦囊肿在鼻内镜下采用“啄取法”上颌窦囊肿摘除术,效果良好,报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

32 例中,男 19 例,女 13 例;年龄 18~53 岁;32 例均有一定的临床症状,头痛(26/32),面部麻木(8/32),流黄水样涕(8/32)。CT 扫描均见位于上颌窦壁的圆形、半圆形或丘状边缘光滑的密度增高影。术中见囊肿位于后下壁 14 例,内下壁 8 例,底壁 6 例,前下壁 4 例。

1.2 手术方法

应用进口 stryker 鼻内镜及国产电视监视系统,手术器械为国产,全部病例均在电视监视和局麻下经上颌窦自然口完成。用 1%地卡因及少量肾上腺素棉片行鼻腔粘膜表面麻醉,1%利多卡因鼻丘及中鼻道后端局部阻滞麻醉。扩大上颌窦自然口,对于部分中鼻道狭窄者采用中鼻甲骨折内移法扩大手术空间。如钩突较小不影响暴露术野,可不切除钩突。在 70°镜下检查窦腔,明确囊肿的位置、大小及窦内粘膜情况。1%地卡因 1~2ml 注入窦腔内施行窦内表麻,反手持特制 75°弯曲长嘴长匙钳,经上颌窦自然口,顺势滑入窦腔啄取囊肿,夹持住囊肿体的大部,顺势向外悬吊摘除,中鼻道留置少量纱条,次日抽除。

2 结果

32 例手术进程顺利,麻醉良好,术中出血 3~8ml,术后无颜面肿胀、鼻出血等症状。1 例术中无不适感,术毕去除治疗巾后发现术侧眼视物不清,检查瞳孔散大,对光反射减弱,眼底未见异常。考虑反射性视网膜中心动脉痉挛,予营养神经、扩张血管药

物,4 小时后视力恢复正常。30 例接受门诊随访 1 年以上,窦内粘膜正常外观,无囊肿复发、窦内感染及颜面麻木。

3 讨论

鼻内镜下功能性上颌窦囊肿摘除术较之传统的柯-陆氏手术具有极其明显的优点:①最大程度的减少了手术创伤,最大限度保留了上颌窦粘膜的完整性。无柯-陆氏手术后面部肿胀、疼痛、麻木等并发症。②上颌窦自然口入路较之其他手术入路更符合生理功能。③损伤少,痛苦小,术中出血少,术后恢复快,可行门诊手术。

啄取法功能性上颌窦囊肿摘除手术技巧:①上颌窦自然口扩大适度,保证有足够术野和进钳渠道。②70°镜视角保持由内上向外下,达到整个窦腔完整及良好视野。③采用特制 75°弯曲长嘴长匙钳,75°弯曲可贴近内侧壁,弯曲前端的长度可探及窦底,咬持部分达 2cm 可稳固夹持住囊肿体。④上颌窦内下角囊肿,由于鼻腔和自然口形成的夹角,钳取有一定困难,需适当咬除上颌窦自然口下方,形成钳道。⑤钳体需用手腕力顺势出入,夹持囊肿后不宜过快、过猛。功能性上颌窦囊肿摘除术是较理想的手术方式,但对于牙源性囊肿和已造成面部畸形的粘液囊肿还需行上颌窦根治术。

编后语 ①本手术技巧要求较高,初学者难以完成,需做两套手术方案的准备。②上颌窦凶门处要开得足够大,才能完成手术。③向上颌窦内注射 1%地卡因溶液的做法值得商榷,仅供手术者参考。

(收稿:2002-12-11 修回:2003-02-25)

(本文编辑:黄英)

1 南京军区福州总医院耳鼻咽喉科(福建,350025)