

· 中西医诊疗套餐系列 ·

总主编 何清湖

耳鼻咽喉科 中西医诊疗套餐

ER-BI-YAN-HOUKE ZHONG-XIYI ZHENLIAO TAOCAN

主 编 田道法



“病证结合”

中西医结合特色诊断与治疗



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

中西医诊疗套餐系列

总主编 何清湖

耳鼻咽喉科中西医诊疗套餐

ER-BI-YAN-HOUKE ZHONG-XIYI ZHENLIAO TAO CAN

主 编 田道法

副主编 王贤文 江志超

编 者 (以姓氏笔画为序)

王贤文 田道法 李梅芳

忻耀杰 刘 刚 刘 湘

江志超 余丽亚 陈舒华

范婧莹 周小军 席 斌

统 筹 徐鲜鲜



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

耳鼻咽喉科中西医诊疗套餐/田道法主编. —北京:人民军医出版社, 2013.9

(中西医诊疗套餐系列)

ISBN 978-7-5091-6629-1

I. ①耳… II. ①田… III. ①耳鼻咽喉病—中西医结合—诊疗 IV. ①R76

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 192699 号

策划编辑:黄建松 文字编辑:曹 李 焦 然 袁朝阳 责任审读:吴铁双

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8057

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:三河市潮河印业有限公司 装订:京兰装订有限公司

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:19.75 字数:502 千字

版、印次:2013 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001—2500

定价:69.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

前 言

中医有其特色,西医有其优势,“求同存异,优势互补”已成为当今医学发展的一大特征。不管是西医结合中医,还是中医结合西医,也无论结合多少,怎样结合,都属于中西医结合。这种自觉或不自觉的中西医结合诊疗思维模式的产生,可以说完全是为了临床的需要,也取得了许多创新性的成就。例如,发现青蒿素及其衍生物治疗疟疾、靛玉红治疗慢性粒细胞白血病、三氧化二砷治疗急性早幼粒细胞白血病、活血化瘀系列方药用于预防冠心病介入治疗后再狭窄等,成就举世瞩目。然而,若要从学术高度概括中西医结合在临床中的优势,最具代表性的应属“病证结合”的中西医结合诊断与治疗模式。

“病证结合”的中西医结合诊断特色,即将西医辨病诊断与中医辨证诊断相结合、临床诊断与实验室和特殊检查(如影像学)诊断相结合、宏观辨证与微观辨证相结合,实现了临床医师对疾病和患者机体状态的综合诊断,使之成为临床各科的中西医结合规范,不仅促进了中医辨证客观化、标准化、规范化和现代化发展,而且丰富和发展了临床诊断学。“病证结合”的中西医结合治疗特色,即通过辨病论治与辨证论治相结合、疾病的分期分型辨证论治与微观辨证论治相结合,以及同病异证而异治、异病同证而同治、围手术期中西医结合治疗、急腹症中西医结合治疗、“菌毒共治”防治多器官功能衰竭等多种“病证结合”治疗模式,进一步丰富和发展了临床治疗学,明显提高了临床疗效。

本套丛书参照医院临床专科设置分册,每一分册以病类为章,以中西医结合诊疗为优势的病种分节,内容主要分为概述、西医、中医、中西医结合、注意事项五个部分。概述部分重点描述了疾病的基本概念,涉及发病机制、主要临床表现和中医学认识;西医部分分为诊断要点、治疗原则和治疗方案三个层次,重点介绍了诊断所必需的病史、症状、体征及实验室检查,简要介绍了治疗的一般原则和用药的基本规律,重点推荐了1~3种治疗方案以供选择;中医部分分病因病机、辨证论治、中成药处方三个层次,重点从中医角度介绍疾病的病因病机、辨证论治的具体方药、中成药的具体应用;中西医结合部分分中西医结合思路 and 处方两个层次,为本丛书的精华所在,首先介绍了中医、西医各自的诊疗优势与缺点,然后从具体方案入手,介绍了中西医结合诊疗方案组成的具体思路、具体内容和适用范围。该丛书无论是中医、西医,还是中西医结合,其诊断要点突出、治疗方案具体,具有很强的实用性和便捷的操作性,故冠以“套餐”之名。

本丛书的编撰,是我们近年来对临床各科中西医结合诊疗思路与方法的一次系统总结、归纳。但是,由于中西医结合尚有许多争议和探讨之处,加之本丛书涉及面广、编撰时间仓促及我们学术水平有限,书中如有不当甚至谬误之处,恳请各位同行与读者批评、指正,以便再版时使其日臻完善。

湖南中医药大学 何清湖

(何清湖:湖南中医药大学副校长,教授、博士生导师)

目 录

第 1 章 鼻部疾病	(1)
一、鼻疖	(1)
二、鼻前庭炎	(7)
三、鼻前庭湿疹	(11)
四、急性鼻炎	(16)
五、慢性鼻炎	(22)
六、干燥性鼻炎	(26)
七、萎缩性鼻炎	(31)
八、变应性鼻炎	(37)
九、血管运动性鼻炎	(48)
十、鼻中隔偏曲	(53)
十一、急性鼻-鼻窦炎	(57)
十二、慢性鼻-鼻窦炎	(64)
十三、儿童鼻-鼻窦炎	(78)
十四、鼻息肉及鼻息肉病	(86)
十五、鼻-鼻窦真菌病	(91)
十六、鼻出血	(98)
十七、鼻部疾病围术期的处理	(107)
第 2 章 咽部疾病	(127)
一、急性咽炎	(127)
二、慢性咽炎	(132)
三、急性扁桃体炎	(139)
四、慢性扁桃体炎	(145)



五、鼻咽炎	(151)
六、腺样体肥大	(157)
七、咽部脓肿	(162)
八、口底蜂窝织炎	(169)
九、阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征	(174)
十、咽部疾病围术期的药物处理	(178)
第3章 喉部疾病	(189)
一、急性会厌炎	(189)
二、急性喉炎	(195)
三、慢性喉炎	(201)
四、声带小结与声带息肉	(208)
五、喉水肿	(216)
六、喉部疾病围术期的药物处理	(221)
第4章 耳部疾病	(232)
一、耳廓假囊肿	(232)
二、外耳湿疹	(236)
三、外耳道疖与外耳道炎	(242)
四、外耳道耵聍栓塞	(247)
五、外耳道真菌病	(250)
六、非化脓性中耳炎	(253)
七、急性化脓性中耳乳突炎	(261)
八、慢性化脓性中耳乳突炎	(267)
九、化脓性中耳乳突炎的并发症	(273)
十、梅尼埃病	(285)
十一、特发性突聋	(292)
十二、噪声性聋	(300)
十三、感音神经性聋	(304)
十四、贝尔面瘫	(311)
十五、Hunt 综合征	(317)

十六、耳部疾病围术期的药物处理	(321)
第5章 耳鼻咽喉-头颈部特殊性炎症及皮肤普通感染 ..	(327)
一、鼻硬结病	(327)
二、耳鼻咽喉结核	(332)
附：颈淋巴结结核	(340)
三、耳鼻咽喉梅毒	(347)
四、耳鼻咽喉白喉	(353)
五、艾滋病的耳鼻咽喉表现及其处理	(361)
六、面-颈部丹毒	(371)
七、疖和疔病	(375)
八、痈	(380)
第6章 耳鼻咽喉异物治疗前后的药物处理	(388)
一、鼻腔及鼻窦异物	(388)
二、咽部异物	(391)
三、喉异物	(394)
四、气管、支气管异物	(398)
五、食管异物	(402)
六、外耳道异物	(406)
第7章 耳鼻咽喉-头颈部外伤手术治疗前后的药物处理	(409)
.....	(409)
一、鼻及颅面外伤	(409)
二、咽部灼伤	(417)
三、喉外伤	(420)
四、颈部创伤	(425)
五、耳外伤	(430)
第8章 全身相关性耳鼻咽喉-头颈部疾病	(436)
一、咽异感症	(436)
二、功能性失音	(445)
三、眩晕症	(454)

四、耳鸣	(466)
五、功能性聋	(483)
第9章 耳鼻咽喉-头颈部肿瘤	(492)
第一节 耳鼻咽喉-头颈部常见恶性肿瘤	(492)
一、鼻腔与鼻恶性肿瘤	(493)
二、鼻咽癌	(504)
三、扁桃体癌	(520)
四、下咽癌	(528)
五、喉癌	(535)
六、中耳癌	(553)
第二节 颈部炎性包块	(561)
一、急性颈淋巴结炎	(562)
二、慢性颈淋巴结炎	(566)
三、甲状腺炎	(569)
第三节 耳鼻咽喉-头颈部肿瘤围术期与放、化疗不良反 应的药物处理	(583)
一、围术期的药物处理	(583)
二、放射治疗不良反应的药物处理	(597)
三、化学治疗不良反应的药物处理	(607)

第1章 鼻部疾病

一、鼻 疖

鼻疖(nasal furuncle)是发生于鼻前庭、鼻尖、鼻翼皮肤的单个毛囊、皮脂腺或汗腺的局限性急性化脓性炎症,常为单侧发病,金黄色葡萄球菌为主要致病菌。

中医称之为“鼻疔”。鼻疔多于起病后1周内自行破溃并流脓而愈。若误行挤压或治疗不当,感染可循面静脉和内眦静脉途径扩散入海绵窦,引起严重的颅内并发症——海绵窦血栓性静脉炎,即中医所言之“疔疮走黄”。

(一)西医

【诊断要点】

1.病史 多有挖鼻、拔鼻毛等外力损伤鼻前庭等处皮肤,或外伤导致鼻尖、鼻翼等处皮肤损伤的病史。

2.症状 鼻部患处灼热胀痛不已,严重者甚至伴有全身发热、畏寒等症状。

3.体征 局部检查可见鼻前庭、鼻尖或鼻翼局部皮肤有局限性丘状隆起,周围皮肤发红。病情进一步发展,可以表现为患处跳痛,局部触痛明显,此时疖肿病变已进展至中期,疖肿顶部出现黄白色脓点,其形小而蒂紧,状如钉盖。

4.检查 病情严重者,血常规检查可能出现白细胞总数升高及粒细胞比例增加。

【治疗原则】

1. 一般治疗 注意休息, 饮食宜清淡, 切勿再挖鼻孔或挤压鼻部患处, 以免增加感染扩散危险。

2. 药物治疗 鼻疖的治疗, 以抗菌消炎为主旨, 选用敏感抗生素全身应用, 辅以局部治疗。至于其具体治疗方案的选用, 首先取决于疖肿的病情轻重和病程长短(以是否成脓及破溃与否为主要判断标准), 并应考虑患者的全身情况, 如是否合并有糖尿病等, 然后妥善决策。

【治疗方案】

1. 鼻疖初期

(1) 物理治疗: 疖肿尚未成熟者, 局部进行热敷、超短波或红外线照射等物理治疗, 可以有效达到消炎镇痛效果, 促进局部炎症消退, 中断疾病进程。

(2) 局部用药: 患处皮肤表面可以用 10% 鱼石脂软膏涂敷, 或以甘油棉片湿敷, 以促进局部病变的成熟速度并减轻疼痛。

(3) 抗生素治疗: 全身应用足量的金黄色葡萄球菌敏感抗生素。

① 青霉素类

a. 一般首选耐 β -内酰胺酶类青霉素, 如苯唑西林, 成年人及体重 $>40\text{kg}$ 的儿童 $0.5\sim 1.0\text{g}/\text{次}$, $1\text{次}/(4\sim 6)\text{h}$, 体重 $<40\text{kg}$ 的儿童按 $50\sim 100\text{mg}/\text{d}$ 计算, 分 4 次服用; 肌内注射剂量为成年人 $3.0\sim 6.0\text{g}/\text{d}$, 分 3~4 次给药; 静脉注射剂量为成年人 $6.0\sim 8.0\text{g}/\text{d}$, 分 3~4 次给药。或氯唑西林钠, 成年人及体重 $>20\text{kg}$ 的儿童 $0.5\sim 1.0\text{g}/\text{次}$, $4\text{次}/\text{d}$, 体重 $<20\text{kg}$ 的儿童按 $50\sim 100\text{mg}/\text{d}$ 计算, 分 4 次服用; 肌内注射剂量为成年人 $0.5\sim 1.0\text{g}/\text{次}$, $3\sim 4\text{次}/\text{d}$ 。

b. 青霉素加克拉维酸钾制剂, 如阿莫西林钠-克拉维酸钾, $375\sim 750\text{mg}/\text{次}$, $3\sim 4\text{次}/\text{d}$; 替卡西林钠-克拉维酸钾, 体重 $>60\text{kg}$ 者, $3.2\text{g}(1\text{瓶})/4\text{h}$, 体重 $<60\text{kg}$ 者, $200\sim 300\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$,

分4~6次给药,配成10~100mg浓度,静脉滴注。

c. 氨苄西林钠-舒巴坦钠,轻度感染者,1.5~3.0g(氨苄西林钠与舒巴坦钠合计)/d,分2~3次肌内注射或静脉滴注;中度感染者,4.0~6.0g/d,分次静脉注射或静脉滴注。肌内注射时可用0.5%利多卡因为溶媒,静脉注射时每1g药用生理盐水或5%~10%葡萄糖注射液10~20ml溶解后,缓慢注射,或用上述溶液配制成2%浓度静脉滴注。

②次选头孢类,如头孢丙烯,0.5g/次,口服,1~2次/d;或头孢唑林,0.5~1.0g/次,肌内注射或静脉注射,3~4次/d;或头孢曲松,1.0~2.0g/次,静脉滴注,每个疗程1周以上。

③大环内酯类,如琥乙红霉素,1.6g/d,分2~4次服用;儿童按7~12.5mg/(kg·次),4次/d,或15~25mg/(kg·次),2次/d;严重感染时每日量可加倍,分4次口服。阿奇霉素,0.5g/d,顿服,疗程3天;小儿体重15kg以下,年龄1~3岁,单次口服100mg/d,连续服用3d;15~25kg,年龄3~8岁,单次口服200mg/d,连续服用3天;26~35kg,年龄9~12岁,单次口服300mg/d,连续服用3d;36~45kg,年龄13~15岁,单次口服400mg/d,连续服用3天。克拉霉素,500mg/次,2次/d;6个月以上小儿7.5mg/(kg·次),2次/d;或体重8~11kg者,62.5mg/次,2次/d;12~19kg者,125mg/次,2次/d;20~29kg者,187.5mg/次,2次/d;30~40kg者,250mg/次,2次/d。

(4)镇痛治疗:疼痛剧烈者,酌情应用解热镇痛药,可予解热镇痛药口服,如阿司匹林0.3~0.6g/次,3次/d;安乃近0.25~0.5g/次,3次/d;或索米痛片,1片/次,必要时用。必要时,还可选用镇痛药,如四氢帕马丁(罗通定)100~150mg/次,2~4次/d;或60~100mg/次,皮下注射,临时使用,或1~2次/d。

2. 鼻疖成脓期

(1)疖肿已经成熟者,可任其自行穿破,排出脓栓。

(2)也可在无菌条件下,用小探针蘸少许20%硝酸银溶液腐

蚀脓头,促其破溃排脓。

(3)或以小尖刀挑破脓头后,再用小镊子钳出脓栓,或用小吸引器吸出脓液。切开之际,切忌挤压,而且仅以挑开脓头为限,不应伤及脓头周围表现炎症浸润的组织。

(4)该类外科治疗须在应用足量抗生素类药物的条件下进行。

3. 鼻疔后期

(1)疔肿溃破后,时刻注意局部清洁消毒,保持洁净,以利于创面愈合。

(2)用3%过氧化氢及75%乙醇清洁消毒伤口,然后在疔肿所波及的皮肤表面涂以抗生素软膏(莫匹罗星软膏、金霉素软膏或红霉素软膏等)。如此既可以保护伤口,防止或减少结痂,也有利于加强消炎效应,促进愈合。

(二)中医

【病因病机】 中医学认为,本病主要因为损伤性因素伤及肌肤,继而邪毒侵袭,致使外邪壅聚鼻窍,热毒搏结,化腐成脓,或因恣食肥甘厚味、辛辣炙搏之品,或肺胃素有积热内蕴,易于感染邪毒,热毒结聚,循经上灼鼻窍,在此化腐成脓,发为“疔”患。

1. 邪毒袭鼻 鼻部肌肤受损,风热邪毒乘虚侵袭,邪聚鼻窍,蒸灼肌肤,灼腐化脓。

2. 热毒壅鼻 肺胃素有积热,热毒结聚,内热外邪熏蒸,循经上灼,热毒壅盛于鼻窍。

3. 鼻疔走黄 鼻疔失治、误治,妄行挤压或过早切开,致邪毒扩散;或因正虚邪盛,邪毒内陷,毒入营血,内攻脏腑而致的严重变症。

【辨证论治】

1. 邪毒外袭证

(1)主症:证属初起,表现为外鼻或鼻前庭局限性红肿、灼热,

或麻或痒,继则逐渐隆起,如粟粒,渐长如椒目,可有跳痛;查见患处粟米样突起,根脚坚硬,形如椒目。一般全身症状不明显,可有恶寒、发热、周身不适。舌质红,苔薄黄,脉浮数。

(2)治法:疏风清热,解毒消肿。

(3)处方:五味消毒饮(《医宗金鉴》)。组成:金银花 15g,野菊花 15g,天葵子 15g,紫花地丁 15g,蒲公英 20g。加减:若疼痛较甚者,加当归尾 12g,赤芍 10g,牡丹皮 12g,助活血镇痛;若脓成不溃者,加穿山甲(代)10g,皂角刺 15g,助消肿溃脓;发热恶寒者,加荆芥 5g,防风 10g,薄荷 5g;大便秘结者,加大黄 10g。

2. 热毒壅盛证

(1)主症:患处肿痛甚或跳痛;查见疔肿高突,顶有脓点,严重者可见上唇、面部、下睑等处红肿。全身可有发热,头痛,口干,大便秘结,小便黄。舌质红,苔黄,脉数。

(2)治法:泄火解毒,消肿镇痛。

(3)处方:黄连解毒汤(《外台秘要》)组成:黄连 10g,黄芩 12g,黄柏 10g,栀子 10g。加减:疼痛甚者加乳香 10g,没药 10g,赤芍 12g;发热者,酌加荆芥 5g,连翘 12g;口干、大便秘结者,加大黄 10g,生石膏 20g,天花粉 15g。

3. 鼻疔走黄证

(1)主症:面鼻高肿如瓶,眼裂合缝,结膜水肿,眼球突出不能转动;患处疮头紫暗,顶陷无脓,疔根散漫。全身可见壮热寒战,头剧痛,烦躁口渴,呕吐、便秘、尿赤,甚者神昏谵语。舌质红绛,苔厚黄燥,脉洪数或滑数。

(2)治法:泄火解毒,清营凉血。

(3)处方:黄连解毒汤(《外台秘要》)合用犀角地黄汤。组成:黄连 10g,黄芩 12g,黄柏 10g,栀子 10g,生地黄 12g,赤芍 12g,牡丹皮 12g,水牛角 20g。加减:神昏谵语者,加服安宫牛黄丸;抽搐者加钩藤 20g,地龙 10g。

【中成药处方】

1.比拜克胶囊 具有清热解毒,泻火凉血,祛风利咽,镇惊息风,止咳化痰之功效。现代药理研究显示,本制剂兼有抗菌和抗病毒作用,尤其适合于热毒壅盛型患者。2~3粒/次,3次/d;小儿1~2粒/次,3岁以下酌减,3次/d。

2.清热消炎宁胶囊 具有清热解毒,消炎镇痛,舒筋活络之功效。现代药理研究显示,本制剂具有抑菌和抗炎作用。2~4粒/次,3次/d。亦可外用,以温开水溶化胶囊,涂敷于患处,2~3次/d。适用于疖肿未成熟或成熟阶段,对成熟阶段尤为适用。

3.蒲公英颗粒 适用于疖肿未成熟或成熟阶段。1袋(15g)/次,3次/d。糖尿病患者禁服。

4.野菊花冲剂 具有清热解毒作用。用于疖疮肿痛,1包(15g)/次,开水冲服,每日2~3次。糖尿病患者禁服。

(三)中西医结合

【思路】 作为一种急性化脓性细菌感染性疾病,西医药治疗收效甚快。但是,在那些对抗生素耐药、过敏及存在肝、肾功能严重损害的患者,则抗生素类药物的应用可能会受到极大的限制,应用中药治疗不失为良策选择。对于合并有免疫功能明显低下的患者,在选用敏感抗生素的同时,辅以中医药治疗手段,则能进一步提高总体疗效。因此,应辨证论治,采用中西医结合治疗方法。

(四)注意事项

1.由于鼻疖的主要致病菌为金黄色葡萄球菌,以抗菌消炎作为本病的首选治疗。但辅以中医药治疗,则对于减轻患者痛苦、缩短疗程有着十分重要的作用。

2.对于合并海绵窦血栓性静脉炎的治疗,应尽早予以足量有效的抗生素。在辨证论治的基础上,配合中药汤剂内服,有助于

控制病情,避免或减少其他并发症的发生。

3.对于长期使用抗生素,已出现耐药菌株,或患者肝肾功能已表现严重损害者,此时已不太适合应用大剂量抗生素,或者根本就不适宜使用抗生素者,中西医结合治疗具有其特殊的优势。在采用积极合理的西医处理措施基础上,根据辨证论治原则,全身予以中药调理,局部给予中药外敷,可以明显减轻患者病痛,促进康复过程。

4.在我国目前的现实条件下,中药不失为有效而经济的治疗方法,尤其适用于许多经济落后的农村。不仅仅是因为其廉价,更在于其潜在的疗效,许多中药在抗菌消炎方面具有副作用少、耐药菌株出现低等特点,因而中药制剂具有广泛的开发与应用前景。

二、鼻前庭炎

鼻前庭炎(nasal vestibulitis)是鼻前庭皮肤的弥漫性非特异性炎症,多为双侧同时患病,临床上可分为急性、慢性两型。易发生于急性或慢性鼻炎、鼻窦炎及变应性鼻炎患者,糖尿病和粉尘职业人员更易罹患本病。

本病常反复发作,经久不愈。属中医“鼻疮”范畴。

(一)西医

【诊断要点】

1.病史 常因鼻腔分泌物的慢性刺激,或挖鼻等不良习惯反复损伤鼻前庭皮肤所致。

2.症状 急性者局部红肿、疼痛,慢性者常自觉鼻前庭皮肤发痒,灼热,干燥,或有异物感。

3.体征 检查可见鼻前庭内及前鼻孔周围皮肤弥漫性红肿,触痛,重症者更可见局部皮肤糜烂,表面覆有痂皮,鼻毛上黏附有

脓痂;慢性鼻前庭炎患者鼻毛脱落而稀少,局部皮肤增厚,附有结痂,甚至皮肤皲裂,揭除痂皮后可见皮肤表面有小出血创面。

【治疗原则】

1. 一般治疗 注意鼻部卫生,饮食宜清淡,戒除挖鼻孔、拔鼻毛等不良习惯。

2. 药物治疗 鼻前庭炎的治疗,主要是通过局部清洁及适当的涂敷抗生素软膏,对急性期及慢性结痂者,其疗效较为显著,对鼻前庭炎反复发作、渗出较多者,则疗效欠佳。

【治疗方案】

1. 急性期患者,可用温热生理盐水或硼酸液湿敷,局部应用抗生素软膏,如红霉素软膏或金霉素软膏涂抹。也可用红外线照射或氦氖激光照射局部皮肤。

对于局部红肿、疼痛较明显者,可以酌情全身使用抗生素。复方磺胺甲噁唑,2片/次,2次/d;2~5岁小儿0.5片/次,2次/d;6~12岁小儿1片/次,2次/d。或阿莫西林,500~1000mg/次,3~4次/d;小儿剂量按50~100mg/(kg·d)计算。

2. 慢性结痂患者,可以先用3%过氧化氢溶液清除局部的痂皮和脓液,然后再涂以莫匹罗星、1%~2%黄降汞软膏、5%氧化氨基汞软膏或含激素的抗生素软膏(如四环素可的松眼膏);渗出液较多者,先用5%氧化锌软膏涂搽。皮肤糜烂和皲裂处可用10%硝酸银烧灼,再涂以抗生素软膏。

3. 合并慢性鼻-鼻窦炎或萎缩性鼻炎的治疗:应用生理盐水或3%高渗盐水冲洗鼻腔,可减轻或消除脓型分泌物对鼻前庭皮肤的刺激作用。然后,局部再涂用含激素的抗生素软膏,以利炎症消退和创面愈合。合并糖尿病的治疗:合并糖尿病患者,应与内分泌专科医师一起拟定治疗方案,稳定控制血糖和局部治疗相结合是防止复发的前提。