

中医辨证分型治疗分泌性中耳炎 60 例临床观察

宣伟军¹ 蓝茵茵²

摘要 目的:探讨分泌性中耳炎(SOM)的中西医结合辨证分型和治疗。方法:选择纯音测听、声导抗等检查,同时依据不同病因和临床用药经验,辨证治疗 60 例 SOM,并与 50 例采用中医传统分类辨证治疗方法作对照。结果:中医听力分型组在听阈恢复、综合疗效评定方面均具有较好疗效($P < 0.01$)。结论:提示配合西医检查方法分型有助于提高中医辨证准确性、客观性,更好发挥中医辨证施治优势。

主题词 中耳炎,伴渗出液/中药疗法 辨证分型

分泌性中耳炎是引起听力障碍的常见原因之一。随着听力检查技术的推广应用,使该病的诊断更为明了,也为中医辨证的客观性、科学性提供了新的检测手段和量化指标。笔者在多年治疗本病积累经验基础上,配合听力图和鼓室图,辨证分型治疗分泌性中耳炎 60 例,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

病例选择:按照王德鉴、干祖望《实用耳鼻咽喉科学》^[1],根据病史、局部检查、纯音测听、必要时配合声导抗检查等,在门诊中确诊分泌性中耳炎共 110 例(128 耳),男 63 例,女 47 例;年龄 10~61 岁;病程 3 天~1 年,其中约 90% 病例在发病 1 个月内就诊。其中感冒后发病者 76 例,患有鼻部、咽部慢性炎症或变应性炎症、鼻息肉者 23 例,气压创伤引起者 3 例,不明原因 8 例。鼻咽癌患者不纳入观察。随机设中医听力分型观察组(观察组)60 例(71 耳),中医传统分型对照组(对照组)50 例(57 耳)。两组在病因、性别、年龄、病程等方面经统计学处理差异均无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

分型标准:I 型:相当于外邪犯肺,耳窍不利型。听力图尚属正常,但声导抗检查示咽鼓管功能障碍,鼓室图一般呈正压型,或 As 型。病初起,耳闷堵感始发,鼓膜稍混浊内陷,锤骨柄潮红,或 II 型治疗后转归期。可伴发热头痛、鼻塞流涕、咽痛不利,一般舌尖红,苔薄黄,脉浮数。属该型共 28 耳。II 型:相当于肝郁肺阻,气闭耳窍型。气导阈异常,以低频为主,或 A-B 间距 ≤ 15 dB,鼓室图一般为 C 型。病早期,耳闷堵感,略胀

痛不适,鼓膜稍潮红内陷,或 III 型治疗后转归期。可伴情志不舒、咳嗽痰黄或鼻塞不利,一般舌红苔黄或腻,脉弦或数。属该型共 16 耳。III 型:相当于肺失宣降,水壅耳窍型。气导阈异常,以高频为主,或 A-B 间距 ≥ 20 dB,鼓室图一般呈 B 型。病中期,耳胀堵明显,鼓膜混浊,和或上半部内陷,下半部膨隆,呈淡黄色、橙红或琥珀色,或可见液平面。可伴咳嗽痰多,或鼻塞涕多,一般舌苔滑腻,脉沉弦。属该型共 19 耳。IV 型:相当于痰凝血瘀,耳窍不通型。气导阈明显异常,可伴不同程度骨导阈异常,高低频同时受损明显,鼓室图一般呈 Cs 型。病史较长,可迁延为慢性,耳闭塞失聪明显,鼓膜混浊内陷明显,甚则部分与鼓室内壁粘连,呈乳白色或灰蓝色。一般舌暗有瘀点,脉缓涩。属该型共 8 耳。

2 治疗方法

2.1 中医听力分型观察组:I 型:治宜宣肺散邪,行气通窍为主,选自拟宣通 I 号为基本方(由辛夷、藿香、枳壳、厚朴、柴胡、石菖蒲、金银花、连翘、蒲公英等组成)。II 型:治宜宣肺化痰,行气通窍为主,选自拟宣通 II 号汤为基本方(由辛夷、柴胡、枳壳、厚朴、木香、石菖蒲、藿香、黄芩、浙贝母、泽泻、瓜蒌仁等组成)。III 型:治宜宣肺行水,行气通窍为主,选自拟宣通 III 号汤基本方(由辛夷、柴胡、枳壳、厚朴、石菖蒲、藿香、桑白皮、泽泻、车前子、浙贝母等组成)。IV 型:治宜宣肺化痰、活血通窍为主,选自拟宣通 IV 号汤为基本方(由辛夷、藿香、枳壳、厚朴、路路通、木香、石菖蒲、柴胡、郁金、浙贝母、茯苓、桃仁、红花、陈皮、僵蚕等组成)。

辨证加减:实际应用中,部分患者还需视兼证不同,在各型代表方基础上,适当加减化裁。若痰热阻窍,咽鼻不利,伴见咽痛咳嗽黄稠,咽粘膜红肿,或鼻塞流涕黄稠,鼻甲红肿,舌红苔黄腻,脉滑数者,选加黄芩、鱼腥草、胆南星。伴咽痛者,配加岗梅根、射干、牛蒡子;伴鼻塞者,配加苍耳子、白芷、谷精草。若肝胆火盛,伴见口苦咽干,面红目赤,心烦易怒,舌红苔黄,脉弦数者,选加龙胆草、栀子、黄芩。若素体肺脾气虚,伴见身困乏力,少气懒言,或咽痒咳嗽痰稀,或鼻痒、打喷嚏、流清涕,咽粘膜或鼻甲淡红而肿,舌淡苔白,脉濡缓者,则选加黄芪、白术、徐长卿、桂枝、防风。咽痒重者,配加杏仁、枇杷叶、陈皮;鼻痒重者,配加苍耳子、白芷、诃子。若素体肺肾阴虚,伴见咽干痛不适,潮热盗汗,五心

1 广西中医学院第一临床医学系,南宁市明秀东路 21 号(530001)

2 广西中医学院专家楼听力中心

收稿日期:2001-06-12;修回日期:2001-07-24

表 1 两组听力图异常患者治疗前后听阈变化情况比较(dBHL, $\bar{x} \pm s$)

组 别	耳数	频 率 (kHz)				
		0.25	0.5	1	2	4
观察组术前	43	23.60±6.58	23.84±6.80	24.42±7.34	26.51±7.28	26.98±7.17
疗后	43	8.84±7.62* [△]	9.19±7.71* [△]	9.42±7.65* [△]	10.35±8.48* [△]	10.81±8.30* [△]
对照组术前	35	23.43±5.53	24.14±5.21	25.43±6.57	27.00±7.59	27.57±7.89
疗后	35	15.14±7.86*	16.29±8.17*	16.96±8.75*	17.29±9.34*	18.43±9.91*

与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; [△]与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.01$

表 2 观察组各型疗效情况分布[例(%)]

分型	耳数	痊愈	好转	无效
I 型	28	27(96)	1(4)	0
Ⅱ型	16	13(81)	2(13)	1(6)
Ⅲ型	19	14(74)	3(16)	2(10)
Ⅳ型	8	3(37.5)	3(37.5)	2(25)

烦热,舌红无苔,脉细数者,则加生地、牡丹皮、黄柏。

2.2 中医传统分型对照组:参照《中医耳鼻喉科学》^[2]“耳胀耳闭”辨证分型与代表方药。风邪侵袭,经气痞塞型:相当于分泌性中耳炎急性期,治宜疏风清热,散邪通窍,方用银翘散加菊花、夏枯草、青蒿、石菖蒲、车前子、泽泻等。邪毒滞留,气血瘀阻型:相当于分泌性中耳炎慢性期。治宜行气活血,通窍开闭,方用《医林改错》通气散加赤芍、石菖蒲、桃仁、红花等。

两组均同时配合外用 1% 麻黄素滴鼻。

3 疗效观察

纯音测听均按国际标准在隔音室内严格操作。1 周为 1 个疗程,第 1 个疗程有改善者,一般继用 2~3 个疗程。若听力图异常者,治疗后复查听力,并对治疗前后听阈变化进行比较。

综合疗效判定标准:(1)痊愈:耳胀闷堵感、耳鸣、失聪等主诉症状消失,同时鼓膜形态及听力检查恢复正常。(2)好转:症状好转,鼓膜形态改善,听力平均提高 10dBHL 以上。(3)无效:症状、鼓膜形态和听力均无改善。

结果两组患者听阈变化见表 1。经统计学配对 t 检验处理,两组治疗前听阈比较差异无显著性($P > 0.05$),两组治疗前后比较差异均有显著性(P 均 < 0.01),治疗后两组间比较差异有显著性($P < 0.01$),观察组明显优于对照组。提示中医听力分型组不但听力恢复效果好,而且明显优于中医传统分型组。

综合治疗效果观察组痊愈 57 耳,好转 9 耳,无效 5 耳,总有效率 93%;对照组痊愈 28 耳,好转 15 耳,无效 14 耳,总有效率 43%。根据统计学 χ^2 检验结果,两组无论治愈率或总有效率差异均有非常显著性($P < 0.01$),显示中医听力分型组有较好疗效。

观察组各型疗效情况分布见表 2。其中以 I 型疗效最好,依次是 II 型和 III 型,最后是 IV 型,表明治疗越早,则效果越好。但因各型耳数不多,尤其是 IV 型更少,因此尚难以用统计学分析比较,有待今后继续观察。

4 讨论

分泌性中耳炎中医学称之为“耳胀耳闭”^[2]。传统中医对本病认识一向比较笼统,如《医辙·耳病篇》的“如空谷之音”、《奇效良方》的“聾甚闷绝”、《景岳全书》的“或胀或闷”等散在记载类似本病的症状特点。笔者 1992 年结合西医病因病机分析,应用中医辨证论治思想,提出“宣肺行水法”治疗本病取得较好疗效^[3]。随着现代听力学发展,给中医深入研究本病带来了新的契机。引入现代医学的检测手段和量化指标,有助于提高中医疾病诊断的准确性,辨证施治的客观性和科学性,从而有利于疾病辨证施治的更好掌握、应用和发展。我们利用听功能检查配合局部体征,辨证分型治疗本病取得较好疗效,进一步体现了中西医结合辨证分型与中医治疗的优势。

文献报道^[4,5],影响声音在中耳传导三因素中,劲度声抗与质量声抗所占的比例随频率而变,劲度主要影响低频,质量主要影响高频。鼓室积液主要影响质量,导致高频听力损失;反之,发病初期,中耳以负压为主,积液尚不多,主要影响劲度,导致低频听力损失。随着积液逐渐增加,负压则随之减小,听力曲线可呈动态变化。有学者研究表明^[6],听力图 A—B 间距在 25dB 以上,绝大多数病例可抽出多量鼓室积液,A—B 间距在 10dB 左右则积液极少。但笔者临床中发现,病史较长的慢性分泌性中耳炎虽 A—B 间距较大,却积液极少,甚至多抽不出,这可能与后期成为胶耳或鼓室硬化症密切相关。同时还发现咽鼓管堵塞伊始,导致初发分泌性中耳炎者,虽然声导抗检查往往已开始异常,但纯音测听仍属正常范围,这与文献报道^[7]一致,因此,在中医分型时,将此归为 I 型。鼓室图特征^[1,5]为正压型,即峰压点位于 +100daPa 以上,可见于患病初起;C 型即负压型,见于咽鼓管阻塞后鼓室呈负压;B 型即平坦型,见于鼓室积液;As 型即峰压点正常,但声导纳低于

正常,见于听骨活动度差等;Cs型即峰压点不但位于-100daPa以下,而且合并声导纳增加,见于鼓室负压,同时伴有胶耳,或听骨链固定,鼓室硬化症等。鉴此,初发病时,以宣肺行气通窍为主,如Ⅰ型;随后根据病情发展经过,以及听力和局部检查推断鼓室积液的质量多寡稀稠,进行相应辨证分型施治。积液少和/或稠时,则兼以化痰,如Ⅱ型;积液多而稀时,重在行水,如Ⅲ型;后期则应软坚化痰,活血通窍为主,如Ⅳ型。

中医有“肺经之结穴在耳中,名曰窠葱,专主乎听”(《温热经纬》)之说。中医理论认为,肺居上焦,主气卫外,职司宣发,通调水道,为水之上源;脾为生痰之源,肺为贮痰之器。耳、鼻、咽相邻,同为清窍,均以通为用,以闭为害。肺之宣发肃降是上窍清通的保证。肺气不宣,则水道不通,上窍壅闭,痰饮潴耳;同时“经气归于肺,肺朝百脉”(《素问·经脉别论》),肺气不宣,则气血郁阻,而“血不利则为水”(《金匱要略·水气篇》),即出现鼓室积液,以致阻隔传音而为本病。又肝主疏泄,性喜条达,肝胆经脉循耳,与耳关系甚密。若肝失条达,不但直接气滞闭窍,且木郁侮金,肺气郁闭不宣,耳窍不通。正如《素问·脏气法时论》所言“气逆则……耳聋不聪”。故宜宣肺行水,行气通窍,肝肺并举,是本病治疗基本大法。遣方用药则当以宣肺行气通窍为主,如用辛夷、藿香、枳壳、厚朴、柴胡、石菖蒲、路路通、木香之类。并视鼓室积液质量变化情况,化裁化痰或利水之品,如Ⅰ型者,多为痰湿所罹,宜用化痰祛湿之属,选用黄芩、浙贝母、泽泻、瓜蒌仁。Ⅲ型者,多为痰饮所患,积液量多质稀,宜加化痰利水之类,如选用桑白皮、车前子等,以助宣肺行水之力。

临床上,本病病因多为外感所致。肺主气卫外,外邪上受,首先犯肺,“金肺受邪……咽燥,耳聋”(《素问·气交变大论》),说明邪壅肺经,鼻咽不利,感传至耳,耳窍不通,遂聚痰生水,阻隔传音。故早期应宣肺散邪并重,如选加金银花、连翘、蒲公英等。并视痰热或肝火

结聚咽或鼻,当随症加减,或清热化痰通窍,如选用黄芩、鱼腥草、胆南星;或清肝泻火通窍,如选用龙胆草、山梔子、黄芩;若鼻塞不利,则选配苍耳子散之属。其次是或鼻与咽有宿疾,它们或肺脾气虚感邪所患,相当于变态反应病因学说,此乃土不生金,肺气不足,卫外不固,外邪袭肺,肺气不宣,耳窍不通,水湿上犯使然,正如《证治准绳·杂病》所说:“耳聋少气嗑干者为肺虚”,故此时宜用黄芪、白术、防风、桂枝等。也有或肺肾阴虚染毒所致,相当于素有局部慢性炎症,此时宜加养阴解毒之品,如生地、牡丹皮、黄柏等。凡此皆宜诸窍并治,诸因兼顾,俾鼻与咽得疏,耳窍方开通清灵,如《严氏济生方·鼻门》所云:“夫鼻者,肺之所主,职司清也,调适得宜,则肺脏宣畅,清道自利。”病至后期,久病多痰凝血瘀,应以活血化瘀为重,如增加桃仁、红花、郁金、僵蚕、陈皮等。属本虚标实者,还需注意补脾益肾。总之,随症加减,治以宣肺行水,行气通窍,或活血化瘀,行气通窍,使药效直达病所,标本兼施,耳疾得除。

志谢 本研究部分病例声导抗检查源自广西民族医院和广西医科大学第一附属医院耳鼻喉科听力室帮助,在此谨表感谢。

参考文献

- 1 黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻咽喉科学.北京:人民卫生出版社,1998:840-842,735-736.
- 2 王德鉴,干祖望.中医耳鼻喉科学.上海:上海科学技术出版社,1985:15-17.
- 3 宣伟军.宣肺行水法治疗急性卡他性中耳炎临床体会.广西中医药,1992,15(4):17-18.
- 4 Kirkae I. Physiology of the ear. In: Paparella MM and Shumrick DA (eds): Otolaryngology vol 1 Philadelphia. W. B. Saunders company, 1973:272-274.
- 5 姜泗长,顾瑞.临床听力学.北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1999:56-58,199-200.
- 6 徐心田.鼓室积液对听力变化的临床观察.听力学及言语疾病杂志,1997,5(4):195-197.
- 7 钱宇虹,宋江顺,李苏卫.声导抗检查对分泌性中耳炎早期诊断的意义.听力学及言语疾病杂志,1997,5(3):164.

(上接第657页)

大便溏薄,有时完谷不化,时有大便遗出,此与脾肾两虚有关。上方去龙胆草、梔子、青黛、丹参,加巴戟天12g,菟丝子15g,黄芪12g,车前草15g,泽泻12g,山楂15g补肾健脾,利湿止泻。服20剂后,耳鸣减轻,精神好转,肌肉酸痛缓解,大便成形,身热已不明显,耳鸣消失,上方续服10剂以善后。

按:“真性红细胞增多症”,西医谓骨髓造血功能亢进,血液粘稠度增高,中医多属血瘀。血瘀则郁,久郁必热,故身热不退;血瘀气滞,气机不畅,则胸胁满闷;

血瘀气滞,气不化液,津不上承,故唇焦舌赤、咽干;瘀血不去,新血不生,神失所养,则头昏神疲,肌肉失养则肌肉酸痛;面色潮红、唇暗、舌紫暗均系瘀血之象;口苦、心烦易怒、阴囊多汗有异味乃肝经湿热所致。综合分析,证属血瘀夹肝胆湿热,本证虽有虚证,但因实致虚,切忌滥补,故治拟活血化瘀为主,辅以清肝利胆,方选血府逐瘀汤与龙胆泻肝汤合方化裁。用后血瘀得缓,肝胆湿热得除,诸症有减而脾肾虚证突出,此时于前方去龙胆草、梔子、丹参、青黛,加巴戟天、菟丝子、黄芪、山楂、车前草、泽泻健脾补肾,利湿止泻以善后。