

医案医话

中医治疗大前庭水管综合征 2 例

李 蕾 刘 静

(中国中医科学院西苑医院耳鼻喉科, 北京市海淀区西苑操场 1 号, 100091)

关键词 大前庭水管综合征/中医药疗法

大前庭水管综合征是以前庭水管扩大伴有感音神经性耳聋为特征的一种先天性内耳畸形, 其发病率占儿童和青少年感音神经性聋的 1% ~ 12%^[1], 主要症状多为儿童期发生的感音神经性耳聋。本病可通过系统的听力学检查、CT 以及 MRI 检查来确诊, 在现代医学中多以佩戴助听器或人工耳蜗植入术为主要治疗方法。由于患儿的耳聋具有波动性的特点, 尤其在感冒、外伤或剧烈运动后有进行性加重的趋势, 因此该病急性加重期的治疗尤为重要。李淑良教授凭借丰富的临床经验和扎实的中医理论基础, 以中医药辨证论治, 取得了满意的临床疗效。现将典型病例 2 例报道如下。

1 病案 1

患儿, 男, 9 岁, 主因双耳听力下降 7 年, 外伤后听力下降加重 2 周来诊。该患儿家长 7 年前发现患儿听力下降, 并于 4 年前在外院确诊为大前庭水管综合征, 予双耳佩戴助听器治疗。期间病情平稳。2 周前患儿跌倒后出现左耳听力突然下降, 佩戴助听器仍影响交流, 伴耳鸣, 呈蝉鸣音, 持续性, 夜间明显, 伴耳堵闷感, 无眩晕及视物旋转, 无恶心呕吐, 无发热, 无意识障碍, 无头痛, 无耳内流脓。在外院输液治疗后未见好转 (具体药物不详), 目前电测听与外伤前比较平均下降 25dB。今来我门诊就诊。患者食纳可, 二便正常, 睡眠可, 舌质淡, 苔白, 脉细。中医诊断: 耳聋, 证属脾肾两虚, 痰瘀互结。西医诊断: 大前庭水管综合征。治以益肾活血, 祛瘀散结为原则。予珍珠母 10g, 僵蚕 6g, 土贝母 6g, 橘核 10g, 荔枝核 10g, 当归 6g, 赤芍 6g, 桃仁 6g, 红花 6g, 黄精 10g, 百合 10g, 甘草 3g。治疗 30 天后复诊, 患儿诉服药后听力已恢复到外伤前, 耳鸣消失。

按: 李老认为该患儿先天不足为根本原因, 外伤为重要诱因, 其病机既具有耳聩的本质, 又附加暴聋的特点。中医对暴聋的认识历史悠久, 早在《内经》中就有记载曰: “少阳之厥, 则暴聋。” 历代医家多从风邪外袭, 肝气郁结, 肝火上逆, 痰火上扰, 气滞血瘀等方面论

其病因。本患儿有明确的外伤史, 忽然闪挫, 必气为之震, 而其气运乎血, 血本随气周流, 气凝则血亦凝, 致气滞血瘀, 诸变百出。因此在治疗中活血化瘀通经络非常重要。由于本患儿明确有前庭水管扩大及内淋巴囊扩大, 前庭导管和内淋巴囊可疏导吸收内淋巴液, 其扩大可导致内淋巴液的滞留, 痰浊长久积聚耳窍, 因此化痰散结有助于改善其内耳代谢。在遣方用药中李老以橘核、荔枝核行气散结, 同时荔枝核又具有温经散瘀之功效, 两药合用兼顾气血, 气行则血行。桃仁、红花活血化瘀, 通经活络。当归养血活血, 赤芍凉血祛瘀。珍珠母、僵蚕、土贝母祛痰散结。并以百合、黄精益气固本。二诊时患者症状明显减轻, 听力已恢复至外伤前。

2 病案 2

患儿, 男, 13 岁, 主因双耳听力下降 11 年, 感冒后听力下降加重 1 周。该患儿家长于 11 年前发现其听力时时有不灵敏, 行脑干诱发电位检查, 双耳听力均在 35 ~ 45dB, 当时未予系统诊治。6 年前患儿外伤后出现双耳听力急剧下降, 电测听平均听力 65 ~ 75dB, 经系统检查诊为大前庭水管综合征, 经输液等治疗后患儿听力未恢复, 遂双耳佩戴助听器治疗。1 周前患儿感冒后自觉双耳听力下降明显, 佩戴助听器仍影响交流, 电测听平均听力 80 ~ 90dB, 伴鼻塞, 喷嚏, 少量鼻涕, 无发热咳嗽, 无眩晕恶心呕吐, 无耳鸣及耳堵闷感, 无耳内流脓, 舌质红, 苔黄, 脉细。中医诊断: 耳聋, 证属风热袭肺, 肾气亏虚。西医诊断: 大前庭水管综合征。以疏风清热, 补益肾气为原则。予紫苏叶 10g, 防风 10g, 辛夷 10g, 白芷 10g, 桑白皮 10g, 黄精 30g, 黑豆 30g, 五味子 6g, 路路通 10g, 远志 10g, 14 天后复诊, 患儿听力恢复至感冒前水平。

按: 在本病例的治疗中, 李老仍强调抓住病因, 治病求本。本病患儿以外感为诱因, 加重了听力下降, 依其症状舌脉情况, 属风热袭肺证候。外感风热之邪袭肺, 使肺卫失调, 宣降失常, 邪气沿络入耳, 窍络俱闭, 导致内耳循环异常, 出现听力下降、鼻塞、少量鼻涕等证候。李东垣曾提出“肺之络会于耳中”, 从肺治耳是

(下转第 59 页)

药较多,7 剂后生内热(便干、面生痤疮),故次诊去附子、鹿角片,入金银花、川黄连、地丁等佐清内火。三诊热证已解,继以阴阳双补,以期达到“阴平阳秘”,故而经调而孕,但不幸流产。正常行经 3 个月后,出现月经过期不行,临床再显阳虚精血不足证,守阴阳两补,补阳为主之法施治,而再次妊娠成功。经云:“谨察阴阳之所在而调之,以平为期。”盖以平为期,则阴生阳长,生机可复。

4 辨证与辨病相结合治疗一侧输卵管妊娠切除继发不孕案

患者某,女,28 岁。初诊(2005 年 8 月 20 日),婚后 3 年未孕。患者于 2003 年 8 月右侧输卵管妊娠切除,同时对左侧输卵管盲端造口,术后月经正常,经来腹痛,平时腹无所苦,但术后 1 年未孕。2005 年 4 月以后服克洛米芬促排卵并监测排卵指导性交时间,4 个疗程无效。来诊时症见腰痛,经前二日乳胀,纳可,便调,脉弦细,舌正常,末经 8 月 17 日,辨证为肾虚肝郁挟瘀,宜补肾养肝佐理瘀滞,取四物汤合左归丸加减:当归 10g,白芍 15g,川芎 6g,熟地黄 12g,菟丝子 15g,仙茅 15g,香附 10g,丹参 15g,龟甲(先煎)15g,莪术 6g,鹿角片(先煎)10g,山茱萸 15g,羌蔚子 10g,炙甘草 5g。

二诊(2005 年 10 月 22 日):上方 7 剂后去鹿角片,加紫河车进 14 剂,于 9 月 15 日行经,量偏多,基础体温双相,10 月 13 日再次行经,此两次经期腹痛未作,但仍腰酸,脉细弦,舌正常,考虑右侧输卵管妊娠切除,盆腔宿有炎症粘连,虽腹痛已解,仍宜佐化瘀通络。处方:当归 10g,白芍 15g,川芎 10g,生地黄 15g,香附 10g,丹参 15g,菟丝子 15g,仙茅 15g,龟甲(先煎)15g,穿山甲(先煎)10g,路路通 10g,皂刺 10g,金银花 15g,炙甘草 5g。

三诊(2006 年 2 月 11 日):以前方为主治疗 3 个月,经后卵泡期加鹿角片,排卵期及排卵后入紫河车,每周服用 14~20 剂,按时行经 3 次,经期腰痛逐减。末次月经 2006 年 1 月 7 日,现经水过期末至,脉细滑,查血 HCG:1146IU/mL,证实妊娠。以养胎为治,方略。

结果:孕期服养胎方 20 余剂,于 2006 年 10 月顺产一男婴。

按:患者首诊辨证属肾虚肝郁挟瘀,以补肾养肝佐理瘀滞施治,后痛经已解,但考虑有宫外孕手术、盆腔炎症粘连史,故采取辨证与辨病相结合,继续加穿山甲、路路通、皂刺化瘀通络改善输卵管功能,半年后自然受孕。

(2010-06-24 收稿)

(上接第 56 页)

治疗耳科疾病的特点。耳为清阳之窍,喜通恶滞,以通为用,通则耳聪而纳声。此“通畅”既包括外耳道通畅,也包括中耳疏利,内耳清灵以及咽鼓管功能良好。耳窍的通利,有赖于肺气的宣降。肺气宣发,清气温煦耳窍,肺气肃降,浊气出耳,只有清入而浊出,才能维持耳窍清灵。因此,在本患儿的治疗中,李老以桑白皮、路路通、紫苏叶、防风、远志、辛夷、白芷等疏风清热,泻肺通窍,疗效显著。由于患儿慢性病程,先天禀赋不足,而肾在窍为耳,听觉是否灵敏与肾中精气的盈亏有密切关系,当肾精亏虚,髓海失养时,则听力减退。故在遣方用药中李老以黑豆、黄精益肾填精,五味子敛肺滋肾。诸药合方,取得了满意的临床疗效。

3 小结

李老认为该病在中医属耳聋范畴,由于历史的原因,在中医中并无明确关于其病因病机的记载。本病患者由于先天性内耳发育畸形而出现早发性感音神经性聋,在中医中为“聩”,“耳不辨五声为聋,生而聋为聩。”其多为禀赋不足,肾元亏虚导致,这也明确了先

天性耳聋的中医病因。然而本病在某些诱因的作用下,可导致听力下降的突然加重,故在此时本病又具有暴聋的特点。因此,在治疗时李老注重病因,以治病求本为原则,强调标本兼顾。

在本病的治疗中,抓住病因非常重要,其病因可分为内外两方面,内为先天畸形,外为跌损外伤或外感邪毒。因此,李老认为应在中医整体观的指导下针对不同病因,辨证论治,标本兼治,方能获得良好疗效。《太平圣惠方》序中写道:“夫医者意也。疾生于内,药调于外,医明其理,药效如神,触类而生,参详变易,精微之道,用意消停。”李老凭借扎实的中医理论,结合现代医学病理生理学,对患者辨证论治,充分发挥了中医的优势,收到了满意的临床疗效,为临床辨治疾病开拓了思路。

参考文献

- [1] ARCAND P, DESROSIERS M, DUBE J, et al. The large vestibular aqueduct syndrome and sensorineural hearing loss in the pediatric population. J Otolaryngol, 1991, 20: 247-250.

(2010-04-15 收稿)◎