

• 综述 •

链霉素耳毒反应的中医防治近况

河南新乡医学院第二附属医院内二科(河南 453100) 王树凡 禹光辉

随着链霉素在临床上的广泛应用,国内的耳聋患者也逐年增多,近年来杂志屡见报道,其发病率明显高于其他抗生素类药物。仅上海市杨浦区1981年普查的615名聋人中,因链霉素中毒所致者,就有217名,占总数的35.5%⁽¹⁾。为探索防治链霉素耳毒反应的有效方法,有关人员做了大量观察和研究。现将1984~1990年间的有关资料综述如下。

分型论治

对本病分型论治唯见胡志山报道。他认为链霉素中毒以毒邪损伤脏腑、耗夺精髓气血为特点,治疗当以扶正补虚为主,祛邪仅为权宜之计,故分四型辨证论治:痰湿中阻型,用通窍化痰、升清降浊法,方选旋覆代赭石汤合二陈汤加石菖蒲、远志;肝肾阴虚型用敛肝益肾、滋阴潜阳之法,方选耳聋左慈丸加石菖蒲、杏仁;气血亏虚型用益气生血、健脾养心法,方选归脾汤加石菖蒲、僵蚕;心肾阳虚型用回阳固脱、益气扶元之法,方选参附龙牡汤或桂枝加附子汤。均为每日1剂,水煎分2次温服。共治50例,47例治愈,3例显效,治愈率为94%⁽²⁾。

专方专药

高正今基于有关中医理论,从链霉素毒副反应的临床症状发生部位分析,本病乃脾肾两虚所致,加之结核病多呈慢性,病久也常累及脾肾,故治疗采用补肾健脾法。方用:骨碎补、女贞子、枸杞子、续断、牛膝、党参、山药、白术、陈皮、甘草加减,并在确诊为该病的当日服用。水煎,每日1剂,待中毒症状基本消失后,改为每两日1剂,症状完全消失后停服。若再出现反应可重复使用,仍有效,可长期应用,直到停用链霉素。共治疗28例,有效率为89.3%。作者指出:服用该方还可明显减轻因服抗痨药物引起的胃脘不适等症状⁽³⁾。也有人强调,本病的发生以脾肾不足为主要内在因素,但中毒的外来因素也不容忽视,故取甘草、黑豆解毒补脾肾,再配合使用中医治聋专药骨碎补、山茱萸益肾活血。曾治疗若干病例,使患者听力有不同程度改善,其中数例听力基本恢复⁽⁴⁾。而王致祥等人则认为本病主要由于阴血不足,不能涵养肝木,肝阳上扰致肝风内动所为,故主张平肝安神,养血熄风。方用:石决明、钩藤、桑寄生、白芍、首乌、防风、荆芥、当归、川芎、蝉蜕、茯神(苓)加

减,每日1剂,水煎分两次服。5天为1个疗程,直至毒副反应完全消失。且服中药同时可不停用链霉素,重复使用仍有效。共治20例,19例有效,有效率达95%⁽⁵⁾。据我们的临证经验分析,本病的发生与邪毒滞留、气血瘀阻经脉有关,故治以活血行气、通经祛邪,方选王清任《医林改错》专治久年耳聋、不闻雷声的通气散。将柴胡、香附、川芎三药焙干、研面装入胶丸备用。每次2丸,1日3次,饭后温开水冲服。曾治20余例,多在两剂内告愈,且完成了链霉素3~6个月的疗程。临床还观察到此药对卡那霉素、庆大霉素等氨基甙类抗生素所致耳毒反应也具有一定的效果⁽⁶⁾。临床中,我们还对六味地黄丸(每日2次,每次9g,饭后服)治疗本病作了一些观察,也取得了一些效果。从中发现该药对中老年患者效果较好,尤其肾虚症状明显者。而傅文录则主张在用链霉素同时,并用六味地黄丸9g、骨碎补30g(水煎)同服,每日2次。既可充分发挥链霉素的抗菌效能,又能防止其对“肾”与“耳”的损伤。他认为,六味地黄丸能调节内耳感受器细胞的自身代谢,增强内耳外来侵袭的防御能力⁽⁷⁾。王乐善在治疗抗生素中毒性耳聋时则侧重于解毒、补肾,采用自拟经验方解毒饮(银花、连翘、牛蒡子、菊花、生地、白蒺藜、桔梗、甘草),每日1剂,水煎早晚分服,并配合针灸治疗。共治72例,其中链霉素中毒致聋者69例,取得了总有效率86.1%的效果⁽⁸⁾。陈仁华报道治疗13例链霉素中毒性耳聋,有效率76.92%。方用通窍活血汤加减(党参、丹参、赤芍、川芎、黄精、红花、菖蒲、炙甘草、生地、杭菊、白芍),每日1剂,水煎,从入院即开始服,至出院止。同时配合丹参注射液肌肉注射,每日1次等疗法⁽⁹⁾。

临床也有采用单味中药治疗该病的报道。选用最多的是骨碎补,只是剂型和剂量不一。其中有人用骨碎补100g,水煎成汁500ml口服。轻症每次50ml,每日2次;重症加服1~2次。治疗13例链霉素引起的以眩晕为主的副反应,并与10例应用西药康得灵治疗的结果对比。结果表明:显效时间治疗组平均5.7天;对照组平均27.7天($P<0.01$),差别有显著性。治疗组治愈时间平均21.6天;对照组平均74.5天($P>0.05$),差别无显著意义⁽¹⁰⁾。该药重复使用仍有效,无任何副作用,且应用该药同时,可不中断使用链霉素⁽¹¹⁾。

有关骨碎补治疗该病,以我们的经验,将该药焙干,研面装入胶丸,分次服用较好。一则服用方便;二可减少或减轻对胃肠道刺激,便于长期服用,值得推广。另外,还有人采用穿山甲,烘干、研面,装入胶丸服用,也取得较好效果⁽¹²⁾。

据现代药理研究:生地、女贞子、僵蚕、响铃草、甘草均能降低链霉素毒性。其中甘草是通过甘草中的甘草甜素(可以水解产生葡萄糖醛酸,并与毒物结合,来完成的。它可使80%原来因链霉素毒性作用而不能继续使用的患者继续使用链霉素^(13,14)。

针刺治疗

针刺治疗该病,诸家取穴不一,手法有别,多包括在聋哑、眩晕病的治疗中。其中刘焕荣采用的是通经络、调气血、散郁结、清利耳窍之法。以听宫、瘰脉、关前(下关穴前0.5寸)、翳风、角孙、治聋(耳门与听宫连线中点)、中渚、关冲、历兑、中脘、商阳、聋患(腓骨小头直下三寸)为主穴,其中除历兑、商阳和关冲采用三棱针点刺放血,变色为止外,其他均采用捻转、平补平泻法,留针25min,并配以七星针打刺百会、大椎穴。每天1次,10天为1个疗程,休息3天,再行第2疗程。共治24例链霉素中毒性耳聋患者,痊愈13例,显效9例,有效1例,无效1例,总有效率95%⁽¹⁵⁾。而高留华等人治疗本病所致耳聋者则以聋鸣、耳中、肾俞、翳风、听宫为主穴,配中渚穴。手法为快速进针到应有深度,施以平补平泻手法,留针30min或电疗20min,10日为1个疗程,疗程之间休息3~5天。经观察针刺50例,痊愈15例,显效22例,有效11例;电针治疗50例,痊愈35例,显效9例,有效4例。认为针刺治本病的机理就在于其能够调节机体的生理平衡,增强听觉器官的血液循环和新陈代谢,使听觉神经和毛细胞得到修复和再生⁽¹⁶⁾。王乐善认为治疗抗生素中毒性耳聋,既要顾及肾虚之本质,也要思及邪毒入侵之候,故主张扶正祛邪,取聋耳侧完骨穴治疗,针刺方向向同侧眼球,以平补平泻手法,稍许捻转,不留针,每日1次,并加服中药解毒饮⁽⁶⁾。有人曾用电针治疗链霉素所致耳聋2例,方法是取曲池、听会透翳风,进针得气后,接G6805治疗仪,采用连续波,频率为90次/min。电量以患者能耐受为度,见同侧面部表情肌微有抽动即可,留针30min。7~10天听力均恢复正常。其中1例还结合艾灸足三里及太溪穴(以皮肤潮红为度)⁽¹⁷⁾。李振富在治疗33例因药物中毒引起的眩晕,其中链霉素所致者30例中,采用上星透百会穴,从百会透达枕外粗隆上刺神门穴、安眠穴,并加电强刺激两侧平衡区法,每

日1次,6~7次为1个疗程。休息2~3天,再行另1个疗程,也取得了一定的效果⁽¹⁸⁾。

疗效判定

关于本病疗效的判定,临床多数作者是根据患者自觉症状的改善情况来判定的。但对于听力有所改变的患者,高留华等认为,为获得疗效的客观和主观指标,治疗前后应做脑干诱发电位测听、声阻抗、电测听、音叉试验、秒表和语音等测试,以排除精神性聋和中耳病变⁽¹⁶⁾。我们认为有条件的单位可做以上测试,条件不具备的,治疗前后对于能予配合的患者仅作电测听或脑干电位测听检查(适用于幼儿)即可。林学俭等人从临床中观察得出:利用这两种方法进行治疗前后对比,能较好地反映出患者的听力改善情况。而且这两种方法的测试结果与患者日常听力的改善基本一致,所以不失为一种较为客观的指标⁽¹⁹⁾。

综观近几年中医防治链霉素耳毒反应的发展情况,从所取得的效果和治疗方法的多样化来看,较历年有明显进展。它向人们展示:该病的治疗前景是乐观的。从中我们也看到,中医治疗本病优于西药,而且有的中药与链霉素同用,既可以防治链霉素副反应,又能增加该药疗效,同时也保证了该药的全程治疗。但其中也存在着有待深入探讨的问题。

一、诊断、疗效判定标准有待统一制定。目前各地报道中所制定的诊断、疗效判定标准不一,多数仅凭临床症状和临床症状改善情况判定是不够的,缺乏客观指标。有些虽采用了各种测试,但标准也不一致。制定统一的判定标准已是亟待解决的问题。

二、对已证实临床有效的方法和药物应加强研究。近年来很多作者对该病的防治进行了大量研究,提出了不少有效的方法。我们认为应组织力量对已证实为有效的方法和药物,通过实验手段进行一一筛选、验证,并阐明其机制,减少有效“苗头”因经不起反复验证而失去发现的机会。

三、尽管诸家报道中医对防治该病有着明显作用,有的还保证了链霉素的连续应用,但据我们的经验,临床中若出现口唇麻、舌麻症状或耳鸣(常为耳聋的先兆)、眩晕不甚,可不停链霉素,同时应用中医治疗。如果个别毒副反应重、听力减退明显,且服药等治疗3~5天无好转者,应立即停用该药,以免引起永久性耳聋。

参 考 文 献

1. 刘运章,等. 615名聋人调查报告. 中华耳鼻咽喉科杂志 1984; 19(2):76.

2. 胡志山. 辨证治疗链霉素中毒50例临床总结. 湖南中医杂志 1988; 4(1): 7.
3. 高正今. 补肾健脾法治疗链霉素毒副反应28例. 中西医结合杂志 1987; 7(2): 106.
4. 耿鉴庭. 诊治中毒性耳聋的点滴经验. 中西医结合杂志 1987; 7(2): 109.
5. 王致祥, 等. 中药治疗20例链霉素副反应. 中医杂志 1984; 25(6): 53.
6. 王树凡, 等. 通气散治疗链霉素副反应观察. 四川中医 1987; 5(12): 43.
7. 傅文录. 链霉素与六味地黄丸合用. 实用中西医结合杂志 1990; 3(2): 130.
8. 王乐善, 等. 针药并用治疗抗生素中毒性耳聋. 中医杂志 1987; 28(10): 44.
9. 陈仁华. 中西医结合治疗感音——神经性耳聋36例. 中西医结合杂志 1984; 4(8): 468.
10. 刘梅秋, 等. 中药骨碎补治疗链霉素副反应13例临床观察. 中国防痨通讯 1987; 9(1): 24.
11. 杨绍华, 等. 骨碎补消除链霉素副作用之观察. 中原医刊 1987; 14(2): 33.
12. 高留华, 等. 穿山甲治疗药物中毒性耳聋漫议. 中国医药学报 1990; (1): 55.
13. 苏学中. 浅谈中西药的联用与禁忌. 中原医刊 1986; (1): 47.
14. 徐永昭, 等. 中西药联合应用的相互作用. 中西医结合杂志 1987; 7(3): 138.
15. 刘焕荣. 针刺治疗24例链霉素中毒性耳聋临床观察. 河北中医 1987; (4): 43.
16. 高留华, 等. 针刺、电针治疗链霉素中毒性耳聋100例. 中医药学报 1990; (2): 37.
17. 杨更生. 中医药治疗链霉素中毒致聋. 浙江中医杂志 1987; 22(8): 351.
18. 李振富. 针刺治疗眩晕200例临床观察. 中国针灸 1988; 8(5): 11.
19. 林学俭, 等. 头皮针治疗神经性耳聋63例疗效观察. 中国针灸 1986; 6(5): 9.

中药直流电离子导入治疗老年脑动脉供血不足50例疗效观察

解放军二〇八医院(长春 130062)

高伟利 王凤祥 张海发 朱颜平 孙 胜

我科从1990年起应用中药直流电离子导入法治疗脑动脉供血不足50例取得较好疗效, 现报告如下。

资料与方法 50例中男48例, 女2例; 年龄58~72岁, 平均65岁; 病程1~10年, 平均6年; 自觉症状以头晕、头痛、嗜睡和睡眠不好为主(排除高血压引起者)。治疗前球结膜微循环检查多表现为血流瘀滞, 动脉纤细, 痉挛和红细胞聚集, 总积分值在10.14~25.32之间(田牛氏积分法)。超声脑血流图检查: 双侧和右侧脑供血不足38例, 双侧不对称7例, 大致正常5例。临床诊断为脑动脉供血不足。凡接受本疗法者治疗期间停用脑血管扩张药物。以土鳖虫、川芎、丹参等中药为主, 水醇蒸馏法提取后, 每毫升含生药1g, pH值4。采用广东产75-1型直流电疗机, 额颈法, 药液阴极导入, 电流输入强度4~6mA, 治疗时间30min, 每日1次, 10次为1疗程, 每疗程间隔2日, 3个疗程后用徐州产W-753型彩色微循环机和日本产Denki型超声脑血流检测仪复查其治疗后客观指标。

结果 3个疗程后, 自觉症状大部分消失32例, 占64%; 症状减轻, 睡眠改善, 能参加一般日常活动13例, 占26%; 无改善者5例, 占10%。总有效率达90%。复查球结膜微循环血管清晰度、走行、血流速和红细胞聚集有明显改善, 尤其是血管的形态和流态改善较大, 总积分值明显下降(见表1)。

表1 治疗前后球结膜微循环变化 ($\bar{x} \pm S$)

	形态积分	流态积分	周围状态积分	总积分
治疗前	11.02 ± 3.44	5.17 ± 1.75	0.95 ± 1.04	16.99 ± 4.34
治疗后	7.03 ± 3.14**	3.76 ± 2.27*	0.47 ± 0.83	11.26 ± 4.41**

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, 下同

复查脑血流图结果均已正常或大致正常, 由于治疗前多见于右侧及双侧脑供血不足, 故以右侧的脑血流量和血流速改善较大(见表2)。

表2 治疗前后超声脑血流图变化 ($\bar{x} \pm S$)

		血流量 (ml/s)	血流速 (cm/s)	血管径 (mm/s)
治疗前	右	6.98 ± 1.94	12.66 ± 3.45	8.54 ± 0.80
	左	8.01 ± 2.47	13.47 ± 4.28	8.59 ± 0.53
治疗后	右	9.04 ± 1.48**	15.80 ± 3.30**	8.48 ± 0.66
	左	9.90 ± 1.80	15.56 ± 3.90	8.60 ± 0.65

讨论 脑动脉供血不足与球结膜微血管病变和脑血流图有着密切的关系。中药导入液中的主要成份均有活血化瘀、解痉之功效, 该导入液通过离子的方式导入头部, 更好地发挥了药物的直接作用。中药导入液采用了先进的水醇蒸馏法, 不仅使药液纯度高, 剂量易掌握, 对于药液的导入和吸收亦十分有利。