

补阳还五汤治疗突发性耳聋疗效观察

洛阳医专附属医院耳鼻喉科(河南 471003) 毛书琴

我们自 1986 年 1 月至 1991 年 6 月共治疗突发性耳聋(简称突聋)80 例,用补阳还五汤治疗 37 例,疗效显著,报道如下。

临床资料

一、诊断标准 突然听力(单或双耳)减退或丧失,既往无中耳炎、无应用耳毒性药物、无噪声接触史,鼓膜外观正常,电测听示感音性聋。

二、病例分组 全部病例均为同期住院患者,均符合上述诊断标准。随机分为两组。

1. A 组(补阳还五汤组) 37 例(40 耳),男 25 例,女 12 例,平均年龄 41.5 岁,病程最短 7d,最长 42d,电测听气导平均听阈 65.6dB。耳鸣 27 耳,伴眩晕 12 例。

2. B 组(西药治疗组) 43 例(47 耳),男 29 例,女 14 例,平均年龄 38.4 岁,病程最短 3d,最长 17d。电测听气导平均听阈 54.5dB。耳鸣 30 耳,伴眩晕 15 例。

治疗方法

一、A 组 补阳还五汤由黄芪 45g 赤芍 12g 归尾 15g 川芎 15g 桃仁 12g 红花 12g 地龙 10g 组成,以水煎取法制成 100% 的药液 200ml,每日 1 剂,早晚分服。同时静脉滴注 10% 葡萄糖 500ml(加 ATP40mg、辅酶 A100u),10d 为 1 个疗程。

二、B 组 先静脉滴注烟酸 200mg/d,继之滴入低分子右旋糖酐 500ml(加 ATP40mg、辅酶 A100u),10d 为 1 个疗程。

两组均给予大量维生素 A、E 口服;维生素 B₁、B₁₂ 肌肉注射,疑病毒感染者早期加用肾上腺皮质激素。两组均于治疗前和治疗 1 个疗程后作纯音测听检查,并作详细记录,以资对比。

结果

一、疗效标准 以纯音语言频率 500、1000、2000Hz 气导听阈的平均值为准,分为:(1)显效:治疗 1 个疗程,平均听阈提高 30dB 以上。(2)好转:治疗 2 个疗程,平均听阈提高 15~30dB。(3)无效:治疗 3 个

疗程,平均听阈提高不到 15dB。

二、结果 见附表。补阳还五汤治疗突聋,加快了听力的恢复速度。补阳还五汤组的显效率和总有效率较对照组有极显著差异($P < 0.001$)。

附表 两组疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	好转	无效	总有效率
A	37	17(45.95)*	15(40.54)	5(13.51)	86.49%*
B	43	3(6.98)	21(48.83)	19(44.19)	55.81%

注:与 B 组比,* $P < 0.001$

讨论

目前多数学者从病因学、治疗学等方面证实,突聋的直接原因是由于内耳微循环异常造成的,血液流变学异常可能是发病的主要机制^{〔6〕}。从本组病例分析,患者年龄以 40~50 岁者多见,常在情绪波动及早晨起床时发病。所以,我们认为大多数突聋患者是由于血管病变引起。

Dintenfass 认为,血液高粘滞状态必然导致血流缓慢或瘀滞,从而影响微循环。微循环障碍必然影响内耳位听器的营养供给,尤其是听毛细胞极易因缺氧而变性,临床上出现突聋或耳鸣。中医认为耳聋虽有多种证型,但突聋多系气滞血瘀、气虚血瘀型,故应选用益气活血之疗法。

补阳还五汤^{〔6〕}出自清代名医王清任《医林改错》一书,由黄芪、赤芍、川芎、归尾、地龙、桃仁、红花组成,方中重用黄芪补气,使气旺以促血行,祛瘀而不伤气,并助诸药之力。配以归尾活血祛瘀而不伤血;川芎、赤芍、桃仁、红花助归尾活血祛瘀;地龙通经活络,诸药合用,共奏补气活血、逐瘀通络之功,即变活血逐瘀为益气活血之法。

我们选药时既重视了中医理论,严格按照辨证论治的原则配伍用药,又考虑到补阳还五汤的现代药理研究。该方治疗突聋之所以疗效显著,是因为它有活血化瘀、扩张微血管、改善血液粘滞性及血液流变性质,抗血小板聚集、恢复血液动力及血管壁的弹性、增加血流速度及组织灌注等功效^{〔3〕}。该方还含一定的 Mn、Fe、Cu、Cr、Ni 等,可能补充或纠正了突聋患者体内微量元素的代谢失常。特别是组方中黄芪还通过正性肌力作用来增加心搏出量以提高心功能后使血液流变性改善,符合中医“气行则血行”之说,使气旺血

行、瘀祛络通,故耳聋治愈。在当前突聋尚无特异性疗法情况下,服用补阳还五汤能明显增进听力(特别是病程较长的患者),为突聋的治疗开辟了一条新途径。

参 考 文 献

1. 董明敏,等. 突聋、美尼尔病的甲皱微循环和血液流变学初

步观察. 临床耳鼻喉科杂志 1989;3(4):215.

2. 丁光迪. 中草药的配伍运用. 第1版. 北京:人民卫生出版社,1982:252—254.

3. 何熹延. 活血化瘀法配伍治疗心脑血管病研究进展. 中西医结合杂志 1988;8(8):507.

中西医结合治疗肺癌脑转移 30 例临床分析

中日友好医院中医肿瘤科(北京 100029)

蔡光蓉 董秀荣 李晓滨 万冬桂

我科自1984年12月至1991年12月收治肺癌脑转移患者30例,采用中西医结合方法治疗,取得了较好的疗效,现报告如下。

临床资料 30例中男25例,女5例,年龄最大66岁,最小33岁,平均53岁,高发年龄45~55岁,占55%。病理类型:小细胞未分化癌14例,腺癌8例,鳞癌7例,肺泡癌1例。转移部位:天幕上27例,天幕下3例,其中顶叶7例,额叶13例,枕叶7例,颞叶7例,脑膜1例,小脑3例。首发症状与体征:头痛15例,恶心呕吐10例,面色潮红,醉酒状1例,二便失禁1例,语言障碍1例,性格改变1例,偏瘫6例,面神经麻痹2例,癫痫2例。所有病例均符合《实用肿瘤学》第三册(第1版,北京:人民卫生出版社,1979:383)的诊断标准。

治疗方法 30例中治疗者26例,未予治疗者4例。根据患者病情、体质选用不同的治疗方案。第1组(手术、放疗、化疗、中药)3例,第2组(放疗、化疗、中药)9例,第3组(放疗、中药)9例,第4组(化疗、中药)5例。(1)手术:凡位于可手术部位,患者全身情况好者,进行手术切除,术后再辅以其他治疗。(2)放疗:以直线加速器对脑转移瘤进行治疗,总量为4000~5000Gy,4~5周为一疗程。(3)化疗:选用可透过血脑屏障的药物,如环己亚硝脲、卡氮芥、司莫司汀,6周为一疗程。全身化疗:非小细胞肺癌选用5-氟脲嘧啶、丝裂霉素、阿霉素、环磷酰胺、顺铂、足叶乙甙、氨甲喋呤。小细胞未分化肺癌选用阿霉素、顺铂、足叶乙甙、氨甲喋呤、环磷酰胺。6周为一疗程。(4)中医治疗:气虚血瘀、痰浊内蕴者16例,用天麻15g 半夏15g 白术15g 泽泻20g 太子参15g 赤芍15g 牛膝6g 茯苓20g;肝肾阴虚、虚阳上扰者6例,用枸杞子15g 菊

花10g 熟地20g 山萸肉15g 山药20g 茯苓20g 泽泻15g 丹皮10g 钩藤15g;肝胆实热、瘀毒内结者4例,用龙胆草10g 栀子10g 黄芩10g 车前子20g 生甘草5g 赤芍20g 丹皮10g。放疗期间加泽泻10g 车前子20g 郁李仁15g 或火麻仁20g;化疗期间加陈皮15g 半夏15g 竹茹15g;骨髓抑制、血象下降者合用八珍汤或六味地黄汤;放化疗间歇期加抗癌祛邪药,如山慈菇20g 龙葵15g 半枝莲30g。服6周为一疗程。

结 果 未治疗组中位生存期1.2个月;治疗组9个月,其中第1组中位生存期16个月,第2组中位生存期11个月,第3组中位生存期7个月,第4组中位生存期3个月。治疗组与未治疗组差异显著, $P<0.05$ 。从病理类型看,腺癌的中位生存期12个月、小细胞未分化癌中位生存期8.5个月,鳞癌中位生存期6.5个月。从中医辨证分型看,气虚血瘀、痰浊内蕴组中位生存期8.8个月,肝肾阴虚、虚阳上扰组中位生存期7.7个月,肝胆实热、瘀毒内结组中位生存期10.5个月。

讨 论 据资料统计,肺癌脑转移如不加治疗,自然生存期仅1~2个月,手术的中位生存期为6.4个月,放疗的中位生存期为6.6个月,化疗的中位生存期为3个月。本组26例经综合治疗中位生存期延长至9个月,最长者为34个月。说明综合治疗效果较佳,可延长患者生存期。脑转移癌首发症状早期发现,早期诊断、对延长患者生命有重要意义。临床除常见的颅内压增高、神经系统症状及体征外,还有少数患者有突然性格改变、行动古怪、表情淡漠、面色潮红、醉酒状等表现。在发现以上异常表现时及时做神经系统检查及脑CT扫描,以求尽早治疗,延长生存期。