

# 通窍启闭汤治疗急性卡他性中耳炎 186 例

★ 孙珊<sup>1</sup> 黄庆生<sup>2</sup> (1. 广东省第二工人医院五官科 广州 510720; 2. 广东省边防总队机关门诊部 广州 510620)

**摘要:**目的:探讨急性卡他性中耳炎的中医治疗。方法:采用自拟方“通窍启闭汤”为基础方治疗。结果:186 例病例中,总有效率为 98.92%。结论:采用通窍启闭汤治疗急性卡他性中耳炎有很好的疗效。

**关键词:**急性卡他性中耳炎;中医药疗法;通窍启闭汤

2001 年 1 月~2006 年 12 月,笔者采用自拟方“通窍启闭汤”治疗急性卡他性中耳炎 186 例,经临床观察对解除咽鼓管阻塞,清除中耳积液,恢复听力、消除耳鸣、缩短病程均有满意疗效。

## 1 临床资料

1.1 病例选择 186 例病例中,男 105 例,女 81 例;年龄 16~63 岁,平均 39.3 岁;病程 1~11 天,平均 7.6 天。

1.2 诊断标准 依据中国人民解放军总后勤部卫生部编的《临床疾病诊断依据治愈好转标准》之急性卡他性中耳炎诊断标准<sup>[1]</sup>。

## 2 治疗方法

通窍启闭汤组成:辛夷花 10 g,苍耳子 10 g,白芷 6 g,细辛 3 g,桔梗 10 g,甘草 6 g,黄芩 10 g,桑白皮 12 g,白蒺藜 12 g,车前子 15 g,丹参 15 g,防风 10 g,茯苓 20 g。

随症加减:伴发热恶寒,头痛,鼻塞,流涕,咽痛,脉浮数等风热较重者,可选加杭菊、蔓荆子、升麻、桑叶;伴有流黄浊涕,咽痛,发热等邪热较重者,可选加银花、连翘、竹叶、生地、木通、土牛膝、蝉蜕;伴见恶寒重,发热轻,无汗,口淡不渴,脉浮紧等风寒较重者,可选加荆芥、羌活、独活、柴胡;伴见耳胀闷失聪、重听,乍寒乍热,胸胁不舒,耳膜充血内陷等肝胆不和者,可选加柴胡、半夏、人参、黄芩、藿香、佩兰;伴见口苦胁痛,耳鸣如机器声,耳膜红,耳窍积液等湿热较重者,可选加龙胆草、黄连、生地、泽泻、柴胡;伴见腕闷胁胀,耳鸣音低,耳膜淡红,耳窍积液等肝胆不和者,肝脾不和可选加柴胡、白芍、杭菊、党参、白术、扁豆。

辅以 1% 麻黄素滴鼻液滴鼻,鼓膜按摩和睡眠时取健侧卧位。

## 3 治疗结果

参照中国人民解放军总后勤部卫生部编的《临床疾病诊断依据治愈好转标准》之急性卡他性中耳炎治愈标准<sup>[1]</sup>。

186 例中,治愈(鼓室功能恢复正常,听力正常,咽鼓管通畅)167 例,好转(鼓室功能及听力部分恢复)17 例,未愈(随访 1 个月,鼓室仍有病灶存在,耳鸣无改善,听力未恢复)2 例。总有效率 98.92%。

## 4 典型病例

凌某,女,35 岁,农民,2006 年 4 月 15 日就诊,患者以“右耳胀闷阻塞感、听力减退、耳鸣如哄 5 天”为主诉就诊,有感冒病史,患者自觉咽部有异物感,无咽痛鼻塞。检查见右外耳道干净,耳膜外凸,耳膜后有一水平影,随头位移动,咽部粘膜充血+,咽后壁淋巴滤泡增生+,后鼻镜检查可见右咽鼓管粘膜肿胀,微充血,听力检查右耳呈传导性耳聋。患者微咳,痰少而粘,胸闷心烦,纳一般,二便可,舌淡红苔薄白,脉弦。西医诊断:急性卡他性中耳炎(右)。中医诊断:右耳胀(肝胆气逆,湿聚耳窍)。治以疏肝降逆,利湿通窍。方用通窍启闭汤加杭菊 15 g、扁豆 20 g、白术 8 g、路路通 18 g。早晚一服;嘱自行鼓膜按摩,咽鼓管自行吹张和睡眠时取左侧卧位,服药 6 天后,鼓室积液等诸症消失,随诊 1 个月,无不适,痊愈。

## 5 体会

本病多见于上呼吸道感染后,中医学认为“耳胀”多因风邪侵袭,经气痞塞而致,与肺、肝胆、脾等脏腑关系较为密切。通窍启闭汤以辛夷花、苍耳子、白芷、细辛、桔梗、防风疏风散邪通窍;以黄芩、桑白皮、白蒺藜、丹参清热疏肝;茯苓、车前子利湿;茯苓、甘草通阳化气。诸药配合,具有疏风清热,利湿通窍作用,可使耳窍通,耳胀消而复聪。本方对急性卡他性中耳炎治疗效果良好,值得在临床中推广应用。

## 参考资料

[1] 邹奉璋,罗子铭. 急性非化脓性中耳炎诊断标准,急性非化脓性中耳炎治愈标准·临床疾病诊断依据治愈好转标准[S]. 北京:人民军医出版社,1991:93.

# 肌间沟臂丛神经阻滞复合颈浅丛神经阻滞用于锁骨骨折的麻醉体会

★ 杨志兰 袁荣 (江西省上高县人民医院 上高 336400)

**关键词:**锁骨骨折;肌间沟臂丛神经阻滞;颈浅丛神经阻滞

## 1 资料和方法

选择拟行锁骨切开内固定的手术病人 40 例,男 27 例,女 13 例;ASA I—级,年龄 18~55 岁,体重 40~75 kg,无酰胺

类局麻药物过敏史,随机分为 2 组( $n=20$ ):选择颈丛神经阻滞麻醉组(A 组),选择高位肌间沟臂丛复合颈浅丛神经阻滞麻醉组(B 组)。局麻药为 0.75% 罗哌卡因与 2% 利多因等

容量混合液,剂量为 0.4 ml/kg。

病人取仰卧位,双臂贴于体侧,双肩稍垫高,头偏向健侧。A 组颈深丛神经阻滞操作:于第 4 颈椎横突(位于颈外静脉与胸锁乳突肌后缘交叉点附近),用 7 号针从颈椎侧面经皮丘垂直穿刺,方向轻微偏向尾侧。若遇有坚实骨质感,进针深度为 2~3 cm 之间表明已触及横突,回抽无血无脑脊液,注入 10~12 ml 局麻药。颈浅丛神经阻滞操作:于颈外静脉与胸锁乳突肌后缘交叉点垂直刺入皮肤,缓慢进针,遇一刺破纸样落空感后表明针尖已穿过颈阔肌,在颈阔肌表面向横突,锁骨,颈前方向浸润注射,药量为 10 ml 左右。B 组高位肌间沟臂丛神经阻滞操作:采用异感法,找到前中斜角肌间的肌间沟,穿刺点为锁骨上 2 cm 的肌间沟或经环状软骨水平线与肌间沟交点,用 7 号针在穿刺点作皮丘,垂直刺入略向脚侧推进,直至出现异感或触及横突为止,回抽无血无液,注入局麻药 12~15 ml,用纱布轻压锁骨上,以促使药物向高位颈神经丛扩散阻滞。颈浅丛阻滞操作同 A 组。手术开始后,如果阻滞效果为达到手术要求,则静脉注射芬太尼

氟哌利多合剂 2~4 ml,如果仍未达到手术要求则改为全麻。

注药完毕后,每隔 2 分钟以针刺法测定手术区的感觉阻滞情况:阻滞完善(无疼痛),阻滞有效(痛觉减退),阻滞无效(痛觉未改变)。麻醉效果分为优(手术时完全无疼痛)、良(手术时有轻微疼痛,需静脉追加芬太尼氟哌利多合剂 2~4 ml 完成手术)、差(手术时剧烈疼痛,改为全麻后完成手术),评价麻醉优良率、优等率。

## 2 结果

A 组,优 6 例,良 13 例,差 1 例,优良率为 95%,优等率为 30%;B 组,优 14 例,良 6 例,差 0 例,优良率 100%,优等率 70%,与 A 组相比,B 组优良率和优等率更高。

## 3 讨论

锁骨内侧受颈丛神经支配,外侧受臂丛神经支配,而单一的颈丛神经阻滞常常导致阻滞不全,高位肌间沟臂丛神经阻滞符合复合颈浅丛神经阻滞则弥补了这一缺点,使阻滞更完善,因而大大提高手术成功率。

# 特发性成年骨质疏松症临床分析

★ 黄玉德 (广西省桂林市平乐县人民医院外二科 平乐 542400)

关键词:骨质疏松症;成年

目前关于特发性骨质疏松的资料报道甚少,临床上易误诊;为引起重视,现结合本院 2006 年 8 月~2007 年 7 月收治的 4 例特发性成年骨质疏松症进行分析如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 4 例患者中男 3 例,年龄 31~55 岁,平均 47 例。女 1 例,年龄 39 岁,行经期。4 例均排除有甲状腺、甲状旁腺、肾上腺病变者,亦排除糖尿病,严重肝、胆、肾等疾病和类风湿性关节炎、药物性骨量减少、营养缺乏性疾病及其它引发骨质疏松疾病和因素。

1.2 临床表现 所有患者病程 1~4 年不等,早期表现为疲乏、腰腿酸软,6 个月~1 年后均有腰背疼痛及不同程度的身高缩短,1 例患者 1 年内身高缩短 10 cm,2 例有骨折史(1 例腰椎骨折,1 例右腓骨中上段骨折)。

1.3 辅助检查 实验室检查:血钙分别为 9.36、9.59、10、10.78 mg/dl(正常范围 8.3~10.4 mg/dl)。血磷分别为 3.65、2.92、2.99、3.54 mg/dl(正常范围 3.0~5.0 mg/dl)。碱性磷酸酶分别为 63、65、108、280 U/L(正常范围为 30~140 U/L)。24 小时尿钙磷、PTH 正常,免疫球蛋白、补体基本正常。X 线检查:摄腰椎正侧位片均提示骨质疏松,1 例多个椎体压缩性骨折改变,1 例右腓骨中上段骨折。骨密度(双能 x 线测定):4 例腰椎骨质疏松  $T < -2.5 SD$ ,3 例股骨骨质疏松  $T < -2.5 SD$ ,1 例股骨低骨量  $-1.0 SD < T < -2.0 SD$ 。

1.4 治疗 钙尔奇 0.6 g 口服,1 次/天,益钙宁针 20 U 肌注,1 次/周,维生素  $D_3$  片,0.25  $\mu g$  口服,1 次/天。经上述治疗 3 个月后,4 例患者腰背疼痛均有缓解,复查骨密度 3 例患者略有回升,1 例不明显。

## 2 讨论

特发性成人骨质疏松症是一种发生在成年女性闭经前,男性在 60 岁前而没有明显诱因的全身骨代谢疾病。

本组患者均有腰背疼痛,易误诊为腰椎间盘突出及增生性脊柱炎,但若年纪较轻短期内出现身材变矮或驼背、易发生骨折,不能忽略骨质疏松症。目前国际上公认的骨质疏松诊断标准是以骨密度的测量为基础的,BMD 的 T 值在 -2.5 标准或以下者为骨质疏松。4 例患者 T 值均  $< -2.5 SD$  且排除原发性骨质疏松症及有关内分泌疾病、骨髓增生性疾病、药物性骨量减少、营养缺乏性疾病等引起的继发性骨质疏松症,故诊断为特发性骨质疏松症。4 例患者的实验室检查结果血钙 9.36~1.78 mg/dl,血磷基本正常,24 小时尿钙、尿磷、PTH 正常,碱性磷酸酶可升高,本组有 1 例显著升高。由此可见特发性骨质疏松患者可无实验室检查的异常表现。

迄今为止的治疗可能使变细的骨小梁增粗,囊状骨吸收得以修补,但不能使已断裂的骨小梁再连接,亦即不能使已破坏的骨组织细微结构完全修复,因此对本病的预防比治疗更有意义。预防包括合理饮食(进食富含钙,低盐和适量蛋白质的均衡膳食,重视钙剂和维生素 D 的补充,我国营养学会推荐成人剂量分别为每日 800 mg 和 200 IU),适当运动,消除危险因素(避免嗜烟酗酒和过量咖啡及富含咖啡因的饮料),防止外伤。治疗的目的是防止或减缓骨质的继续丢失和缓解已出现的症状,减少骨折的发生率。药物治疗主要有:(1)降钙素:可抑制破骨细胞活性、减少破骨细胞数量,从而抑制骨吸收减缓骨量丢失,同时抑制疼痛介质的释放,抑制其受体增加、 $\beta$ -内啡肽释放,以及对下丘脑有直接作用,从而起到有效的止痛作用。但与人类降钙素的化学结构上存在差异,因而长期使用后可产生中和抗体而使其疗效降低。(2)二磷酸盐:长期大量使用二磷酸盐制剂能提高 BMD,同