

· 验案探析 ·

从痰湿论治耳廓假性囊肿验案举隅

● 毋桂花^{1*} 张琪¹ 南志勇² 朱丽军¹

摘要 耳廓假性囊肿多因机械性刺激、挤压造成局部微循环障碍引起组织间的无菌性炎性渗出而发病,或与机体局部自身免疫相关,属于中医耳廓痰包范畴,病机多为脾胃功能失调,痰浊内生,复受风邪外袭,夹痰浊上窜耳窍,痰浊凝滞,困结于耳。治疗常以祛痰散结,疏风通络为治则,笔者根据病情,结合患者体质及耳廓局部辨证,在祛痰散结,疏风通络基础上加用清热散结化痰药物,达到改善局部血液循环,减少囊内渗出,促进囊壁愈合的目的。

关键词 耳廓假性囊肿;耳廓痰包;中医药;经验方

耳廓假性囊肿又称耳廓非化脓性软骨膜炎,耳廓浆液性软骨膜炎,耳廓软骨间积液等^[1],是以耳廓外侧面囊肿样隆起为主要临床表现表现的“耳科常见疾病,主要病理变化为耳廓软骨间积液。本病在中医学中属“耳廓痰包”范畴,在古代文献中未见“耳廓痰包”之称,但陈实功《外科正宗》载有“舌痰包”一词,其曰:“痰包乃痰饮乘火流行凝注舌下。”本病病位虽在耳,其病因、病机、证候与“舌痰包”多有相通之处,病因主要为痰湿阻滞,凝注耳窍所致的局限性肿胀^[2]。耳廓假性囊肿常在无意中被患者发现,临床以反复穿刺抽液或手术切除病变组织为主要治疗方式^[3-5],多为有创,相对而言,中医药对于治疗耳廓假性囊肿有一定优势。

笔者在耳鼻喉科临证多年,立足病机,运用中药辨证治疗该病多例,收效良好,兹举验案一则如下。

1 验案举隅

患者李某,女,52岁,2015年8月24日初诊。主诉:右耳耳廓肿胀,灼热伴痒感半年。半年前,患者无意间发现右耳耳廓外侧面局限性隆起、肿胀,未引起重视,后病情加重甚则不能侧卧乃前往当地医院就诊。自诉曾于当地医院多次穿刺抽液,病情反复,未见明显改善,且半年来肿胀范围逐渐扩大,遂来就诊。刻诊:右耳耳廓红肿,灼热,伴痒感,偶觉憋胀疼痛,纳可,睡眠较差,因右侧卧压迫右耳耳廓肿胀部位疼痛,故不能右侧卧,小便偏黄,大便干。查体:耳

廓肿胀部位按之稍硬,透光度尚可,局部皮温偏高,舌质红,边尖尤甚,舌苔微黄腻,脉缓滑。此外,患者素有风湿病史多年,现无不适。处方:法半夏 9g,陈皮 12g,茯苓 12g,薏苡仁 15g,泽泻 12g,夏枯草 10g,僵蚕 10g,浙贝母 12g,桑白皮 12g,蒲公英 12g,芦根 10g,竹叶 10g,瓜蒌 18g,桔梗 10g。4剂,水煎服,日1剂,早晚饭前半小时温服。

2015年8月28日二诊:服药后右耳耳廓肿胀、灼热及瘙痒感稍有改善,疼痛明显减轻,纳可,口渴,睡眠无明显改善,大便秘结。查:右耳耳廓红肿减轻,肿胀部位触之较前柔软,仍偏硬,局部皮温略高于正常,舌质红,苔薄黄微腻,脉缓滑。处方:续前方加炒莱菔子 15g,生地 12g,麦冬 10g,玄参 12g。4剂,水煎服,日1剂,早晚饭前半小时温服。

2015年9月1日三诊:患者右耳耳廓肿胀及瘙痒感明显好转,无灼热及疼痛,纳可,口不干渴,睡眠

* 作者简介 毋桂花,女,主任医师,硕士研究生导师。中华中医药学会耳鼻喉科分会委员及鼻科学组副组长,世界中医药学会耳鼻喉咽喉口腔专业委员会常务理事,中华中医药研究促进会耳鼻喉咽喉科专业委员会常务理事。研究方向:中西医结合诊疗耳鼻喉咽喉科各类疾患。

• 作者单位 1. 山西中医药大学(山西 太原 030024); 2. 山西中医药大学附属医院(山西 太原 030024)

较前有改善,已能右侧卧,大便稍干,诉近日右手各指关节疼痛伴灼热感,右足痛。查:右耳耳廓红肿好转,耳廓触之仍稍偏硬,局部皮温正常,右手指关节肿胀明显,皮色偏红,皮温偏高,舌质红,苔薄稍黄,脉缓滑。处方:前方去麦冬、生地、玄参加牛膝 10g,透骨草 10g,甘草 10g。4 剂,水煎服,日 1 剂,早晚饭前半小时温服。

2015 年 9 月 8 日四诊:患者自诉再次出现右耳耳廓肿胀。右手指关节灼热、肿痛及右足痛改善不明显。查:右耳耳廓稍肿胀,不红,局部皮温正常,右手指关节肿胀,皮色偏红,皮温偏高,舌质红,苔薄黄,脉弦缓滑。处方:法半夏 9g,陈皮 12g,茯苓 12g,薏苡仁 15g,泽泻 12g,浙贝母 12g,蒲公英 12g,瓜蒌 18g,僵蚕 10g,牛膝 12g,透骨草 10g,桑枝 10g,桂枝 6g,秦艽 10g,知母 12g,甘草 6g。4 剂,水煎服,日 1 剂,早晚饭前半小时温服。

2015 年 9 月 17 日五诊:患者诉前方服 4 剂后耳廓肿胀好转,右手指关节肿痛明显改善,故继服前方(2015 年 9 月 8 日)5 剂至本次就诊。刻下见:右耳耳廓肿胀明显好转,不伴灼热、麻痒及疼痛,纳眠可,右侧卧完全无碍,二便正常,右手各指关节疼痛及灼热感明显减轻,右足不痛。查:右耳耳廓红肿好转,耳廓触之如常人,局部皮温正常,右手指关节肿胀不明显,皮色及皮温正常,舌质红,苔薄稍黄,脉缓。处方:瓜蒌 15g,浙贝母 10g,法半夏 9g,茯苓 12g,陈皮 10g,薏苡仁 12g,赤芍 12g,牡丹皮 10g,知母 12g,秦艽 10g,牛膝 12g,甘草 6g。4 剂,水煎服,日 1 剂,早晚饭前半小时温服。

2015 年 9 月 22 日六诊:患者药后右耳耳廓无肿胀、无灼热疼痛

及麻痒不适,皮肤表面颜色正常,触之局部皮温正常,指下无隆起感,右手指关节未见红肿,无疼痛,皮色及皮温正常,偶觉指端麻木不舒,纳眠可,二便调。舌质淡红,苔薄白,脉缓。嘱患者停药观察,如有不适,及时就诊。2016 年 3 月 17 日因咳嗽再次前来就诊,诉耳廓肿胀及右手指关节不适再未发生。

2 按语

耳廓假性囊肿病因目前尚不明确,但多认为机械性刺激、挤压造成局部微循环障碍引起组织间的无菌性炎性渗出而发病,部分学者也认为其发生可能与机体局部自身免疫有一定关系^[6]。中医学认为耳廓痰包多因饮食、劳倦伤脾,以致脾胃功能失调,痰浊内生,复受风邪外袭,夹痰浊上窜耳窍,痰浊凝滞,困结于耳而发病^[2,7],治疗常以祛痰散结,疏风通络为法。笔者根据病情,结合患者整体情况及耳廓局部辨证,在祛痰散结,疏风通络基础上加用清热散结化痰药物,诸药合用,化痰消肿散结,清热活血祛瘀,从而达到改善局部血液循环,减少囊内渗出,促进囊壁愈合的目的^[8]。

此案中,患者自诉风湿病史多年,且就诊时小便偏黄,大便干,舌质红,边尖尤甚,舌苔微黄腻,脉缓滑均为一派痰湿热之象,分析其病因可能为风湿病日久湿聚为痰,痰郁化热,加之外感风邪而发病。故初诊时清热化痰散结为主,以二陈汤去甘草加浙贝母、瓜蒌化痰散结为主;配僵蚕、夏枯草、蒲公英清化痰热,散结消肿;辅以桑白皮、薏苡仁、泽泻、芦根、竹叶、桔梗清热利水、消肿排脓。二诊症状改善,但有口渴、大便秘结等伤津症状,故在原

方基础上加用增液汤滋阴清热,润肠通便;三诊时耳部症状已经大为改善,但此时出现了风湿热表现,在化痰散结基础上加用牛膝、透骨草活血通络祛风湿。但四诊时却出现了病情反复,并见右手指关节肿胀,皮色偏红,皮温偏高,舌质红,苔薄黄,脉弦缓滑。可见此时病机已经有所变化,热象偏重,故调整思路,方用知母、秦艽、牛膝、透骨草、僵蚕、桑枝、桂枝祛风清热通络为主,兼顾化痰散结;五诊时患者症状基本好转,嘱其服祛痰散结,清热通络,祛瘀活血调理方案巩固疗效;六诊时已完全如常人,故停药观察,后期随访无复发。由此观之,本病治疗过程中祛痰散结贯穿始终,以二陈汤去甘草加浙贝母、瓜蒌化痰散结;治疗期间结合患者整体情况,视其痰湿、热象的轻重,随证化裁。如前期痰湿之象明显,故辅以桑白皮、薏苡仁、泽泻、芦根、竹叶等利水消肿;中期热象明显,且关节肿胀,故加用大量祛风清热通络药如知母、秦艽、牛膝、透骨草、僵蚕、桑枝、桂枝等,切中病机,药用得法,收效甚好。此验案体现了中医整体观念与辨证论治的完美结合,值得临床借鉴。

参考文献

- [1]孔维佳,周 梁.耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,2015:118.
- [2]王士贞.中医耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,2003:39-40.
- [3]肖学丰.前囊壁软骨切除法治疗耳廓假性囊肿 58 例[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2013,19(5):408-411.
- [4]何 苗,蒋劲松,黄 辉,等.对穿缝合加压包扎治疗耳廓假性囊肿的疗效观察[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2016,30(14):1150-1152.
- [5]刘迎辉,葛前进,周立辉,等.耳廓假性囊肿的手术治疗[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,28(1):54-55.

(下转第 38 页)

去除寒湿,益气补阳,温肾健脾;生姜配合点燃艾叶后的热力,再通过选取治疗胃(脾)、肠疾病之穴位神阙,故能温阳通便。

隔姜灸是包含姜、艾、穴位以及热传导相关效应等多样因素结合的一种治疗方法,通过热传导和热辐射完成从间隔药物到穴位皮肤的传热过程,通过生物传热效应完成穴位皮肤到深部组织和其他部位的热传递^[13]。激活穴位,推动气血运行,调节神经-内分泌-免疫系统,从而改善脏腑功能^[14]。利用灸火的温热及药物的作用,起到温经通络、改善循环、调理脏腑、健脾和胃的作用^[15-16]。激发机体自身保护潜能,增强机体的适应性及抗损伤能力,最终实现对机体的温通与温补效应,促进胃肠蠕动,促使患者通便。

在施灸过程中,要注意观察、保证安全,避免着火和烫伤病人,隔姜灸结束后施灸部位不可冷敷,灸后半小时内不用冷水洗手或立即洗澡,以免受凉或影响效果,灸后宜喝较平常多量的温开水。操作过程中,若有异常应及时处理,注意对患者进行人文关怀,在施灸过程中,要适当开窗通风避免烟雾刺激产生不适。此方法简单易学,在治疗便秘的同时还可起到保健作用,患者容易接受,值得推广。

参考文献

[1]张韬玲.腹部穴位按摩联合提肛运动对骨科长期卧床便秘患者的影响[J].当代护士,2010(9):30-31.
[2]周仲瑛.中医内科学[M].北京:中医药出版社,2004:537-539.

[3]邵万金,杨柏林.便秘罗马Ⅲ标准[J].中华胃肠外科杂志,2007,10(6):579-580.
[4]中国慢性便秘诊治指南(2013,武汉)[J].胃肠病学,2013,18(10):605-612.
[5]阳世伟,殷磊.饮食教育预防骨折术后病人便秘的研究[J].中华护理杂志,2004,39(1):12-14.
[6]祝琦,贺平.功能性便秘的生物反馈[J].中国肛肠病杂志,2015,35(10):66.
[7]邵海波,黄威莉,张雅丽.隔姜灸治疗胃脘痛临床应用进展[J].护理研究,2017,31(16):1934-1935.
[8]邸薇宁,李雪松,尹纪光.灵菇合剂联合隔姜灸治疗膝关节置换术后便秘临床观察[J].实用中医药杂志,2017,33(9):1019-1019.
[9]周光平.神阙穴临床应用探析[J].中医临床研究,2017,9(9):103-105.
[10]陈文婷,傅国强,沈卫东,等.电针足三里对胃黏膜保护机制的研究进展[J].辽宁中医杂志,2015,42(3):658-661.
[11]卢立晖.隔姜灸关元穴对产后尿潴留患者排尿的影响.医学创新研究,2007,4(6):15.
[12]王颖,李东伟.生姜的研究进展[J].中国药业,2006,15(9):62-63.
[13]魏建子,沈雪勇,丁光宏.隔物灸温热刺激的作用途径与机理分析[J].中国针灸,2007,27(5):391-393.
[14]常小荣,刘密,严洁,等.艾灸温通温补效应的作用机制及其规律研究[J].世界中医药,2013,(8):875-879.
[15]周小萍,徐桃园,赖美艳.隔姜灸配合中药足浴促进胃肠手术后病人肛门排气疗效观察[J].护理研究,2012,26(12B):3316-3317.
[16]杨涵棋,刘旭光,杨馨,等.不同灸法对类风湿性关节炎家兔肿胀关节及滑膜液中白介素-1、肿瘤坏死因子-α表达的影响[J].针刺研究,2013,38(2):134-139.

(收稿日期:2018-03-07)

(本文编辑:金冠羽)

(上接第 56 页)

[13]陈难.补肾活血方对肾虚血瘀型高催乳素血症患者的影响[J].光明中医,2017,32(24):3587-3589.
[14]顾培,靳秀.芍药甘草汤治疗奥氮平所致高催乳素血症的临床研究[J].中国中西医结合杂志,2016,36(12):1456-1459.
[15]阳媚,唐茂燕,陈雅君.生麦芽与炒麦芽回乳效果比较及对泌乳素的影响[J].环球中医药,2014,7(1):48-49.

[16]辛卫云,白明,苗明三.麦芽的现代研究[J].中医研究,2017,32(4):613-615.
[17]黄兆胜.中药学[M].北京:人民卫生出版社,2002:444.
[18]卫裴,梁杰,吴志贤.枸杞多糖药理学功效研究综述[J].辽宁中医药大学学报,2012,14(6):247-249.

(收稿日期:2018-04-28)

(本文编辑:金冠羽)

(上接第 61 页)

[6]陈乾美,费樱,赵田芬,等.耳廓假性囊肿与机体免疫功能的关系[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2001,15(7):304-305.
[7]陈小宁,严道南.百岁名医干祖望耳鼻咽喉科临证精粹[M].北京:人

民卫生出版社,2014:13-14.
[8]吴继勇.中药治疗耳廓假性囊肿[J].中医耳鼻喉科学研究杂志,2009,8(4):42.

(收稿日期:2017-09-12)

(本文编辑:金冠羽)