

# 揸针联合高压氧治疗肝火上炎型 突发性耳聋患者的临床观察

南金梅 孙 艳

(温州市中西医结合医院耳鼻喉科·浙江 温州 325000)

突发性耳聋是指因不明原因、突然发生的感音神经性听力损失<sup>[1]</sup>。若不及时治疗,可能导致不可逆的耳鸣以及听力损失,严重影响患者的生活质量。近年来突聋的发病率逐年上升,且呈现年轻化趋势<sup>[2]</sup>。指南推荐采用多种西药联合治疗,近年来研究显示中西医结合在突发性耳聋治疗方面发挥重要优势<sup>[3]</sup>,特别是针刺治疗效果尤为突出<sup>[4]</sup>。揸针属于皮内针,具有疼痛轻、易操作、留针久、安全性好等特点,高压氧是临床常用治疗耳聋的有一定效果的辅助措施。笔者运用揸针联合高压氧治疗肝火上炎型突发性耳聋患者,现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

选取 2020 年 7 月—2022 年 7 月于本院就诊的突聋患者 100 例,随机数字表法分组,两组患者基线资料差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者基线资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 ( $\bar{x} \pm s$ , 岁)	病程 ( $\bar{x} \pm s$ , d)	发病侧(例)		听力曲线类型(例)
		男/女				左/右	低频/高频/平坦	
对照组	50	31/19		55.19 ± 11.07	4.70 ± 1.56	29/21		23/20/7
观察组	50	33/17		56.35 ± 10.24	4.62 ± 1.68	28/22		22/19/9

1.2 纳入标准 1) 西医诊断标准符合突发性耳聋诊断标准<sup>[5]</sup>。2) 中医诊断标准参照《中医耳鼻咽喉口腔科学》<sup>[6]</sup>中耳聋相关诊断标准,辨证为肝火上炎型,表现为恼怒后听力突然下降,伴有面红目赤、焦躁易怒、头痛或眩晕、口苦口干等症,舌红苔黄、脉弦数;3) 年龄病程 ≤ 10 d,均为单侧发病。4) 患者知情并签署同意书。

1.3 排除标准 1) 经头颅 CT/MRI 检查存在脑器质性病变;2) 有中耳、外耳或蜗后性病变;3) 咽鼓管功能不良;4) 妊娠或哺乳期妇女;5) 存在药物使用禁忌。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

两组患者均参照《突发性耳聋诊断和治疗指南(2015)》<sup>[5]</sup>中相关治疗方案,予以改善内耳微循环、营养神经及激素治疗等常规治疗。对照组给予高压氧治疗:应用 YC-2460 型高压氧舱,先将空气加压至 250 kPa,纯氧吸入 1 h,中间休息 10 min,然后加压 20 min,缓慢减压 30 min。观察组在对照组基础上给予揸针治疗;取穴耳门、听宫、翳风、风池、太冲、合谷、中渚、足临泣,操作前常规消毒清洁操作部位皮肤,垂直皮肤刺入揸针(头面部皮肤薄肉少的穴位之处选用 0.6 mm 针;肌肉丰满处用 0.9 ~ 1.5 mm 针),留针 72 h,每周施治 2 次,连续治疗 14 d。

2.2 疗效标准 参照《中医耳鼻咽喉口腔科学》<sup>[6]</sup>中相关疗效评定标准,分为显效、有效、无效。

2.3 观察指标 1) 不同频率气导听力阈值比较:两组患者分别于治疗前、后采用纯音听力计测定 0.5、1、2、4 kHz 的气导听阈。2) 肝火上炎证候积分:两组患者分别于治疗前、后对主症耳聋和次症面红目赤、焦躁易怒、头痛或眩晕、口苦口干按轻、中、重分别计 2、4、6 分和 1、2、3 分,总分合计为证候积分。3) 血液流变学指标:采用全自动血流变分析仪(SA-5600,上海名元实业有限公司)检测全血高、低切黏度以及血浆黏度。

2.4 统计学方法 数据用 SPSS 20.0 统计,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行  $t$  检验;计数资料行  $\chi^2$  检验; $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 3 结果

3.1 两组患者疗效比较 见表 2。

表 2 两组患者疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	50	20(40.0)	18(36.0)	12(24.0)	38(76.0)
观察组	50	26(52.0)	20(40.0)	4(8.0)	46(92.0) <sup>#</sup>

注:与对照组比较  $\#P < 0.05$

3.2 两组患者治疗前后不同频率气导听力阈值比较 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后不同频率气导听力阈值比较( $\bar{x} \pm s$ , dB)

组别	时间	0.5 kHz	1 kHz	2 kHz	4 kHz
对照组 (50 例)	治疗前	65.18 ± 11.97	69.22 ± 21.65	79.02 ± 15.64	80.26 ± 15.37
	治疗后	50.98 ± 12.37 <sup>*</sup>	46.67 ± 11.67 <sup>*</sup>	50.68 ± 12.07 <sup>*</sup>	55.26 ± 11.96 <sup>*</sup>
观察组 (50 例)	治疗前	64.56 ± 12.65	69.56 ± 20.24	78.65 ± 16.67	80.15 ± 16.02
	治疗后	40.06 ± 11.32 <sup>#</sup>	41.65 ± 12.75 <sup>#</sup>	43.95 ± 11.64 <sup>#</sup>	49.65 ± 12.35 <sup>#</sup>

注:与治疗前比较 <sup>\*</sup>  $P < 0.05$ ;与对照组比较  $\#P < 0.05$

3.3 两组患者治疗前后证候积分比较 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后证候积分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	耳聋	面红目赤	焦躁易怒	头痛或眩晕	口苦口干	证候
对照组 (50 例)	治疗前	4.25 ± 1.02	2.34 ± 0.52	2.65 ± 0.74	2.25 ± 0.73	2.51 ± 0.63	13.52 ± 3.67
	治疗后	2.37 ± 0.62 <sup>*</sup>	1.32 ± 0.35 <sup>*</sup>	1.54 ± 0.45 <sup>*</sup>	1.26 ± 0.51 <sup>*</sup>	1.42 ± 0.47 <sup>*</sup>	7.64 ± 2.46 <sup>*</sup>
观察组 (50 例)	治疗前	4.27 ± 1.08	2.36 ± 0.51	2.68 ± 0.72	2.31 ± 0.69	2.53 ± 0.60	13.63 ± 3.57
	治疗后	1.16 ± 0.43 <sup>#</sup>	0.61 ± 0.33 <sup>#</sup>	0.57 ± 0.25 <sup>#</sup>	0.52 ± 0.31 <sup>#</sup>	0.46 ± 0.22 <sup>#</sup>	3.75 ± 1.06 <sup>#</sup>

注:与治疗前比较 <sup>\*</sup>  $P < 0.05$ ;与对照组比较  $\#P < 0.05$

3.4 两组患者治疗前后血液流变学指标比较 见表 5。

基金项目:浙江省温州市科技计划项目(Y2020330)

表 5 两组患者治疗前后血液流变学指标比较( $\bar{x} \pm s$ , mPa · s)

组别	例数	时间	全血高切黏度	全血低切黏度	血浆黏度
对照组	50	治疗前	5.62 ± 0.36	12.19 ± 1.71	2.29 ± 0.24
		治疗后	5.06 ± 0.29*	10.21 ± 1.64*	1.61 ± 0.24*
观察组	50	治疗前	5.56 ± 0.33	12.23 ± 1.69	2.26 ± 0.22
		治疗后	4.52 ± 0.32 <sub>#</sub>	7.96 ± 1.07 <sub>#</sub>	1.04 ± 0.32 <sub>#</sub>

注:与治疗前比较 \*  $P < 0.05$ ; 与对照组比较 <sub>#</sub>  $P < 0.05$

#### 4 讨论

突发性耳聋是临床耳鼻喉科较为常见的疾病,其发病机制尚未完全阐明,研究证实其与耳部血液循环障碍、血液流变学异常、血管内皮功能紊乱、炎症反应、自身免疫性疾病等密切相关<sup>[7-8]</sup>。血液最基本的流变特性是血液黏度,包括全血黏度和血浆黏度,其水平高低能够反映机体血液供应情况及血液循环的优劣,影响机体的血液循环以及内耳的血供,当血液黏度升高时,红细胞聚集,导致内耳微循环血栓,损伤内耳中位听器官和感音神经,导致听力丧失<sup>[9]</sup>。临床治疗包括激素类、改善微循环类药物、营养神经类、扩血管类药物、高压氧、超短波、传统中医药等。高压氧疗法可以提高氧弥散力,增加血氧分压,缓解听觉中枢缺氧状态;还可以收缩局部血管,减少早期血流,减轻毛细血管压力,缓解缺血、缺氧及自由基对耳蜗的损伤,是治疗突发性耳聋的常用辅助治疗手段<sup>[10]</sup>。

突发性耳聋属于祖国医学“暴聋”等范畴。肝火上炎型患者因性情暴躁,七情过激,肝阳化火,火性炎上,扰乱清窍,导致耳聋。从脏腑经络学说来看,肝经与突聋的产生密切相关,足少阳胆经的循行与耳密切相关,肝与胆经相表里,肝胆气逆,易循经上扰于耳窍。治疗则以清泻肝胆、通利耳窍为主。本研究笔者运用揠针治疗肝火上炎型突发性耳聋患者,揠针是皮内针的发展,属传统针法中浮刺或浅刺的范畴,通过刺激皮部、孙络等调节经络气血,具有起效快、疼痛轻、持续时间长、增强与巩固临床疗效等作用<sup>[11]</sup>。本研究选取耳门、听宫、听会、翳风穴是治疗突聋临床中最常用的穴位,位于耳周,可行气活血;体现“循行所过,主治所及”的思想;现代研究证实耳周腧穴下分布有鼓室神经丛、耳颞神经、耳大神经、耳大神经等,针刺之能够兴奋听神经,加强其传导性,还可以调整血管舒张,有效调整交感神经,改善耳部微循环<sup>[12]</sup>。风池穴是足少阳胆经腧穴,为手足少阳、阳维脉的交会穴,可调畅气血、激发少阳经气、调整脏腑功能,具有平肝息风、除眩止晕等功用,善聪耳明目,治耳目诸疾;风池位于颈项部,针刺风池可改善椎-基底动脉血管供血,增加内听动脉血流,改善听力<sup>[13]</sup>。太冲为肝经原穴,肝之络脉终于耳,肝经多血少气,针刺可疏肝解郁,益肾健耳;研究证明针刺太冲可调节大脑额叶功能,可调整患者的烦躁焦虑状态<sup>[14]</sup>。合谷为手阳明原穴,“面口合谷收”,许多著作记载将头面疾病归于合谷主治,其与太冲相配,又称为“四关穴”,可疏肝解郁、平肝息风、行气活血,本穴可用于治疗耳鸣耳聋、失眠多梦、精神抑郁等。中渚属于手少阳三焦经穴,为三焦经五输穴中输穴,针刺中渚穴可疏通三焦气机,通上达下,

以达清利耳窍之功效。足临泣属足少阳经穴,胆经循行于耳,可调畅少阳经气,通调在上之耳窍;研究显示针刺足临泣可增快大脑前动脉的血液速度,增大大脑内血流量,改善脑部血液循环<sup>[15]</sup>。

本文观察结果显示,观察组总有效率(92.0%)高于对照组(76.0%) ( $P < 0.05$ );治疗后两组患者不同频率气导听力阈值均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ),且观察组低于对照组 ( $P < 0.05$ );治疗后两组患者肝火上炎证各项症状评分及证候积分均降低,观察组降低更明显 ( $P < 0.05$ );治疗后两组患者全血高、低切黏度以及血浆黏度等血液流变学指标均较治疗前改善 ( $P < 0.05$ ),且观察组优于对照组 ( $P < 0.05$ )。提示揠针联合高压氧治疗肝火上炎型突发性耳聋患者疗效显著,能够降低不同频率气导听力阈值,改善血液流变学指标,从而提高患者听力水平。

#### 参考文献

- [1] Yu LS, Yang SM. Guideline of diagnosis and treatment of sudden deafness [J]. Chinese Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2015, 50(6): 443-447.
- [2] Zhu Y, Bing D, Wang D, et al. Analysis of thyroid dysfunction in patients with sudden sensorineural hearing loss [J]. World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg, 2021, 7(1): 1-8.
- [3] 李鑫,王瑜,邱丹,等. 中西医治疗突发性耳聋的研究进展[J]. 广西中医药大学学报, 2017, 20(1): 66-69.
- [4] 黄杰杰,白雪,刘昊,等. 针刺为主治疗突发性耳聋的研究进展[J]. 江苏中医药, 2022, 54(6): 74-78.
- [5] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会. 突发性聋诊断和治疗指南(2015) [J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2015, 50(6): 443-447.
- [6] 王永钦. 中医耳鼻咽喉口腔科学[M]. 北京: 人民卫生出版, 2001: 335.
- [7] 谭凌翔,张玲. 老年突发性耳聋的临床特点及影响治疗效果的因素分析[J]. 中国医师杂志, 2018, 20(4): 535-542.
- [8] Staecker H, Jokovic G, Karpishchenko S, et al. Efficacy and safety of AM-111 in the treatment of acute unilateral sudden deafness - a double-blind, randomized, placebo-controlled phase 3 study [J]. Otol Neurotol, 2019, 40(5): 584.
- [9] 朱斌,王春,孟子坤,等. 突发性聋患者血常规、血脂、血液流变学的水平及其与预后的相关性[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2020, 28(1): 1-8, 55.
- [10] 吴静,张海燕,王书谦,等. 高压氧在突发性耳聋治疗中的应用进展[J]. 中华耳科学杂志, 2021, 19(2): 332-336.
- [11] 梁芳妮,马燕辉,刘红玉,等. 揠针主要临床应用研究进展[J]. 中医药导报, 2019, 25(11): 122-4.
- [12] 温燕婷,陈劼. 基于数据挖掘分析近 20 年针刺治疗突发性耳聋的选穴规律[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(10): 2192-2196.
- [13] 赵焕军,贾红玲. 风池穴古今临床应用及作用机制探析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(8): 87-91.
- [14] 李保朋,李春林,苏珊珊,等. 针刺烦躁焦虑患者太冲穴即刻脑功能变化的 fMRI 研究[J]. 中国中西医结合影像学杂志,

2022, 20(1): 16-20, 35.

[15] 丁宁, 龚誉华, 王鸿波. 运用 TCD 评价外关、足临泣二穴的针刺效应[J]. 针灸临床杂志, 2011, 27(5): 10-11.

(修回日期: 2023-12-22)

# 自拟清胃温脾汤联合四联疗法治疗 Hp 相关性慢性萎缩性胃炎寒热错杂证的临床观察

项方玉, 王治宇, 梁学琳

(玉环市中医院·浙江 玉环 317600)

刘 敏

(杭州市红十字会医院·浙江 杭州 310000)

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)是慢性胃炎的一种,被认为是胃的癌前病变<sup>[1]</sup>。主要由慢性非萎缩性胃炎发展而来,幽门螺杆菌(Hp)感染、饮食习惯(腌制食品摄入量高、新鲜水果蔬菜摄入量少等)、吸烟、饮酒、年龄、胆汁反流、精神因素、遗传等是其发病的危险因素<sup>[2-3]</sup>。西医治疗以根除幽门螺杆菌、保护胃黏膜、抗氧化及对症治疗等,对逆转胃黏膜的病理改变缺乏确切有效的治疗手段,手术治疗有一定风险<sup>[4]</sup>。CAG属中医优势病种,中医药治疗手段多样,经验丰富,内服、外治、针灸、穴位埋线等均收获较为满意的治疗效果<sup>[5-6]</sup>。CAG病机复杂,常因病日久,虚实相兼、寒热错杂。笔者应用自拟清胃温脾汤联合四联疗法治疗寒热错杂型CAG患者获得良好疗效,现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

选择2022年7月—2023年1月玉环市中医院和杭州市红十字会医院收治的CAG患者108例,随机数字表法分组,每组各54例。对照组男31例,女23例;年龄25~69岁,平均年龄(62.47±9.03)岁;平均病程(3.14±1.28)年;胃黏膜腺体萎缩程度:轻度21例,中度23例,重度10例。观察组男28例,女26例;年龄23~72岁,平均年龄(63.17±9.69)岁;平均病程(3.28±1.46)年;胃黏膜腺体萎缩程度:轻度19例,中度27例,重度8例。2组患者基线资料差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.2 诊断标准 西医诊断和萎缩程度分度参照《中国慢性胃炎共识意见》<sup>[7]</sup>,中医辨证为寒热错杂证<sup>[8]</sup>。

1.3 纳入标准 1)符合上述中西医诊断、辨证标准;2)Hp阳性;3)年龄≥18岁,<65岁;4)入组前8周内未接受过相关治疗;5)患者知情同意。

1.4 排除标准 1)合并消化性溃疡、胃癌等疾病者;2)有胃肠手术史者;3)合并严重心、肝、肾等功能障碍者;4)妊娠

期或哺乳期女性;5)对研究药物过敏者。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

对照组患者均给予四联疗法,包括奥美拉唑肠溶胶囊(悦康营业集团有限公司,国药准字H13023964)20mg,2次/天;呋喃唑酮片(上海金不换兰考制药有限公司,国药准字H41021628)0.1g,2次/天;阿莫西林胶囊(石药集团,国药准字:H13023964)1g,2次/天;胶体果胶铋干混悬剂(湖南九典制药股份有限公司,国药准字H20183315)300mg,2次/日。观察组在对照组的基础上给予自拟清胃温脾汤治疗,方剂组成:党参、茯苓、炒白术、陈皮、鸡内金各15g,姜半夏、柴胡、枳壳、厚朴、佛手各10g,黄连6g,干姜3g,白花蛇舌草15g,水煎至200mL,早晚分服。2组患者四联疗法均用药14d,观察组中药连续用药4周。

2.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[8]</sup>中相关疗效标准评定。

### 2.3 观察指标

2.3.1 主要症状评分 2组患者分别于治疗前后观察患者胃脘胀满、胃脘疼痛、口干口苦、胃中嘈杂等主要症状,依据其症状严重程度分别计0~6分,分数越高提示症状越严重<sup>[8]</sup>。

2.3.2 血清胃蛋白酶原I、II及胃泌素-17(Gastrin-17)检测 2组患者分别于治疗前后收集患者空腹静脉血,采用ELISA法检测血清Gastrin-17、胃蛋白酶原I(PGI)和胃蛋白酶原II(PGII)水平。

2.3.3 Hp转阴率 2组患者分别于治疗后采用<sup>14</sup>C-尿素呼气试验进行判定Hp转阴率。

2.4 统计学方法 采用SPSS23.0软件统计数据。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行t检验;计数资料行 $\chi^2$ 检验; $P<0.05$ 示差异有统计学意义。

## 3 结果

3.1 2组患者疗效比较 见表1。

表1 2组患者疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	54	21(38.9)	17(31.5)	7(13.0)	9(16.7)	45(83.3)
观察组	54	27(50.0)	14(25.9)	9(16.7)	4(7.4)	50(92.6) <sup>#</sup>

注:与对照组比较<sup>#</sup> $P<0.05$

3.2 2组患者治疗前后主要症状评分比较 见表2。

表2 2组患者治疗前后主要症状评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	时间	胃脘胀满	胃脘疼痛	口干口苦	胃中嘈杂
对照组 (54例)	治疗前	3.72±0.84	3.63±0.82	3.22±0.82	3.12±0.82
	治疗后	2.07±0.73 <sup>*</sup>	1.98±0.75 <sup>*</sup>	1.87±0.73 <sup>*</sup>	1.81±0.75 <sup>*</sup>
观察组 (54例)	治疗前	3.71±0.78	3.54±0.79	3.21±0.79	3.04±0.71
	治疗后	1.09±0.52 <sup>#</sup>	1.31±0.58 <sup>#</sup>	0.99±0.72 <sup>#</sup>	0.95±0.67 <sup>#</sup>

注:与治疗前比较<sup>\*</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较<sup>#</sup> $P<0.05$

3.3 2组患者治疗前后血清PGI、II和Gastrin-17比较 见表3。