

## 疏肝化痰通窍汤联合揸针治疗肝火上扰型突发性耳聋<sup>\*</sup>

李瑞成<sup>1</sup>, 马鸿祥<sup>2</sup>, 马建业<sup>3</sup>

1. 河南中医药大学第三附属医院, 河南 郑州 450008; 2. 河南中医药大学, 河南 郑州 450046;  
3. 黄河水利委员会黄河中心医院, 河南 郑州 450000

**摘要:**目的: 观察疏肝化痰通窍汤联合揸针治疗肝火上扰型突发性耳聋的临床疗效。方法: 将86例肝火上扰型突发性耳聋患者按照随机数字表法分为研究组和对照组, 每组各43例。对照组给予甲钴胺片、倍他司汀片和前列地尔注射液治疗, 研究组在对照组治疗的基础上给予疏肝化痰通窍汤联合揸针治疗。比较两组患者治疗前后中医证候积分、主客观听力水平、血液流变学指标和情绪状况[焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)评分、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)评分]评分变化情况。结果: 研究组有效率为95.35%, 对照组有效率为79.07%, 研究组有效率高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组患者治疗后耳聋、耳鸣、头痛或眩晕、焦躁易怒和口苦咽干等中医证候积分低于本组治疗前, 且研究组低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。研究组治疗后纯音听阈均值和不同频率Chirp-ABR阈值均低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 研究组治疗后耳声发射通过率为81.40%, 对照组耳声发射通过率为58.14%, 研究组耳声发射通过率高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。研究组治疗后SAS评分和HAMA评分低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。研究组治疗后全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、纤维蛋白原和红细胞聚集指数低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 疏肝化痰通窍汤联合揸针治疗肝火上扰型突发性耳聋疗效确切, 可明显改善患者中医证候、血液流变学指标, 提高患者听力, 缓解其焦虑情绪。

**关键词:** 突发性耳聋; 肝火上扰证; 疏肝化痰通窍汤; 揸针

DOI: 10.16367/j.issn.1003-5028.2025.07.0175

中图分类号: R276.1 文献标志码: A 文章编号: 1003-5028(2025)07-1079-07

## Decoction for Soothing Liver and Resolving Stasis and Dredging Orifices Combined with Acupuncture with Thumbtack Needle in the Treatment of Sudden Deafness with Liver-Fire Up-flaming Syndrome

LI Ruicheng<sup>1</sup>, MA Hongxiang<sup>2</sup>, MA Jianye<sup>3</sup>

1. The Third Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou, Henan, China, 450008;  
2. Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, Henan, China, 450046; 3. Yeuow River Conservancy Commission Yeuow River Central Hospital, Zhengzhou, Henan, China, 450000

**Abstract:** Objective: To observe the clinical efficacy of Decoction for Soothing Liver and Resolving Stasis and Dredging Orifices combined with acupuncture with thumbtack needle on sudden deafness with liver-fire up-flaming syndrome. Methods: A total of 86 patients with sudden deafness due to liver fire up-flaming syndrome were randomly divided into the study group and the control group using a random number table method, with 43 cases in each group. The control group received Mecobalamin Tablets, Betahistine Tablets, and Alprostadi Injection, while the study group received additional treatment with Decoction for Soothing Liver and Resolving Stasis and Dredging Orifices combined with acupuncture with thumbtack needle. Changes in TCM syndrome scores, subjective and objective hearing levels, hemorheological indicators, emotional status [self-rating anxiety scale (SAS) and Hamilton anxiety scale (HAMA) scores]

<sup>\*</sup> 基金项目: 2024年度郑州市医疗卫生领域科技创新指导计划项目(2024YLZDJH086)

before and after treatment, and clinical efficacy were observed. Results: The effective rate of the study group was 95.35%, while that of the control group was 79.07%. The effective rate of the study group was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). After treatment, the TCM syndrome scores of deafness, tinnitus, headache or dizziness, irritability and dry mouth and throat of the patients in both groups were lower than those before treatment, and the scores of the study group were lower than those of the control group, with statistically significant differences ( $P < 0.05$ ); the mean pure tone audiometric threshold and Chirp-ABR thresholds at different frequencies of the study group were lower than those of the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ); the OAE pass rate of the study group was 81.40%, while that of the control group was 58.14%, the OAE pass rate of the study group was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ); the SAS score and HAMA score of the study group were lower than those of the control group, and all the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ); the whole blood high shear viscosity, whole blood low shear viscosity, plasma viscosity, fibrinogen and erythrocyte aggregation index of the study group were lower than those of the control group, and all the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Decoction for Soothing Liver and Resolving Stasis and Dredging Orifices combined with acupuncture with thumbtack needle is effective in treating sudden deafness with liver fire up-flaming syndrome. It can significantly improve TCM symptoms, hemorheological parameters, hearing levels, and alleviates anxiety. It can significantly improve the patients' TCM syndrome, blood rheology levels, enhance their hearing, and alleviate the anxiety.

**Keywords:** sudden deafness; liver-fire up-flaming syndrome; Decoction for Soothing Liver and Resolving Stasis and Dredging Orifices; acupuncture with thumbtack needle

突发性耳聋是指瞬间发生,且原因未明的感音神经性听力损失性疾病,该病多以单侧听力下降,耳鸣、眩晕、恶心等为主要表现。突发性耳聋虽存在一定的自愈性,但患者完全自愈的概率相对较低,在时间窗内治疗效果最佳,若不及时采取有效的干预措施,会导致不可逆的耳鸣及永久性听力障碍,甚至会影响其认知功能<sup>[1]</sup>。本病起病较急,病情进展迅速,患者普遍无心理准备,面对突然而至的听力受损,也容易加重患者的担忧,使其产生紧张、恐慌、焦虑、烦躁、沮丧等负面情绪,若情绪问题没有及时干预,则耳聋病情进展会更快,进而影响日常生活和工作<sup>[2]</sup>。该病的病因病机仍未完全阐明,目前也缺乏针对性和特异性的疗法。西医多采用扩张血管、改善循环、营养神经类药物和激素等对症治疗,大部分患者经过多种方法治疗后效果依然不理想,会遗留有不同程度的听力障碍。中医学在治疗突发性耳聋方面既强调整体观念,又重视辨证论治(个体化治疗),具有针对性强、治疗简便、不良反应少等优点,治疗方法不仅有内服汤药,还包括中医外治,如针刺、穴位埋线、中药贴敷、耳穴贴压、艾灸等<sup>[3]</sup>。揠针疗法又称埋针疗法,是针刺的中医特色疗法,以特制小型针具埋入特定穴位的皮肤内可产生持续温和的刺激,以调畅气血、疏通经脉、激发人体正气,具有以时效换量效的优势<sup>[4]</sup>。基于此,本研究观察疏肝化痰通窍汤联合揠针治疗肝火上扰型突发性耳聋的临床疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究参考既往文献总结发现<sup>[3]</sup>,该病的常规治疗有效率约为 71%,疏肝化痰通窍汤联合揠针治疗的预试验有效率为 93%,采用《中医药统计学与软件应用》非劣效性设计临床试验估算样本量<sup>[7]</sup>,非劣效性界值  $\Delta$  设定为 10%,单侧检验水准 0.025,检验效能为 0.8,计算出本研究总计需纳入病例 86 例。

选取 2023 年 6 月至 2024 年 6 月河南中医药大学第三附属医院就诊的肝火上扰型突发性耳聋患者 86 例,按照随机数字表法分为研究组和对照组,每组各 43 例。研究组男 23 例,女 20 例;年龄 27~62 (52.47 ± 6.94) 岁;病程 2~12 (6.81 ± 1.44) d;发病部位:左耳 27 例,右耳 16 例。对照组男 25 例,女 18 例;年龄 26~61 (51.02 ± 6.50) 岁;病程 2~13 (6.58 ± 1.62) d;发病部位:左耳 26 例,右耳 17 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参考《突发性聋诊断和治疗指南(2015)》<sup>[5]</sup>拟定:(1)在 72 h 内骤然发生,相邻两个频率听力下降  $\geq 20$  dBHL;(2)临床症状:多为单侧,伴有耳鸣、耳闷胀感或堵塞感、眩晕、听觉过敏,同时伴有焦虑、紧张、烦躁、睡眠障碍等精神心理症状;(3)耳科检查外耳道及鼓膜无异常,纯音测

听、听性脑干反应、耳声发射等主客观听力检查确诊为神经性听力损伤。

**1.2.2 中医诊断标准** 参考《中医耳鼻喉科学》<sup>[6]</sup>拟定:耳聋多于情绪激动、焦虑、急躁之后加重,耳鸣,头痛或眩晕、胸肋胀痛、口苦咽干、夜寐不安,舌红苔薄黄,脉弦数。

**1.3 病例纳入标准** 符合上述诊断标准;单耳且初次发病,病程 $\leq 14$  d;年龄 20~65 岁;焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)评分 $\geq 50$ 分且汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)评分 $\geq 15$ 分;自愿参与研究并签署知情同意书。

**1.4 病例排除标准** 先天性耳聋、传导性耳聋或极重度突发性耳聋;有耳、颅脑手术病史;颅内占位病变、恶性肿瘤或有严重的心脑血管疾病;正在服用抗焦虑药物者;妊娠或哺乳期妇女;埋针局部皮肤破溃或感染者。

**1.5 治疗方法** 对照组给予甲钴胺片、倍他司汀片、前列地尔注射液治疗。口服甲钴胺片(江苏迪赛诺制药有限公司,批号:国药准字 H20052564),每次 0.5 mg,每日 3 次,连续 14 d;口服倍他司汀片(天方药业有限公司,批号:国药准字 H41023572),每次 4 mg,每日 3 次,连续 14 d;前列地尔注射液(蓬莱诺康药业有限公司,批号:国药准字 H20100179) 10  $\mu\text{g}$  加入 9  $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$  氯化钠注射液 100 mL,静脉滴注,每日 1 次,连续治疗 14 d。

研究组在对照组治疗的基础上给予疏肝化痰通窍汤联合揲针治疗。疏肝化痰通窍汤药物组成:龙胆草 20 g,柴胡 18 g,黄芩 15 g,郁金 12 g,川芎 15 g,丹参 20 g,牡丹皮 15 g,石菖蒲 18 g,远志 15 g,泽泻 10 g,甘草 6 g。随症加减:耳鸣甚者加熟地黄 15 g,磁石 5 g;眩晕甚者加天麻和钩藤各 15 g;失眠甚者加合欢皮和远志各 12 g。中药由河南中医药大学第三附属医院煎药房统一煎煮,每日 1 剂,分两次服用,每次 150 mL。揲针治疗:选取耳区及少阳经穴(耳门穴、听宫穴、翳风穴、听会穴、外关穴、合谷穴、中渚穴、太冲穴、足临泣穴)和耳穴(神门、肝区、心穴、皮质下),操作前常规消毒所选穴位皮肤,选用清铃揲针(耳区选 0.3 mm $\times$ 0.6 mm,其他穴位选 0.3 mm $\times$ 1.2 mm)垂直皮肤刺入相应穴位,粘贴固定,每穴按压 1 min,留针时间为 48 h,左右两侧交替埋针,连续治疗 14 d。

**1.6 观察指标** 中医证候积分:参照《中药新药临

床研究指导原则》<sup>[8]</sup>中相关标准,以 4 级评分法评估,将耳聋和耳鸣按严重程度依次计 0 分、2 分、4 分、6 分,将头痛或眩晕、焦躁易怒和口苦咽干依次计 0 分、1 分、2 分、3 分,两组治疗前后各评估 1 次。

听力水平检测:主观听力采用纯音测听法测试听力情况,在同一环境下(环境噪声 $\leq 30$  dB)采用听力计(丹麦尔听美公司,型号 Itera)进行测试,最大输出声强为 120 dBHL,以上升法寻找纯音听阈,取患耳 4 个频率(500 Hz、1 000 Hz、2 000 Hz、4 000 Hz)点上纯音气导阈值计算平均值。客观听力采用诱发电位仪(美国智听公司,型号 smartEP)进行 Chirp 声诱发的听性脑干反应(Chirp auditory brainstem response, Chirp-ABR)测试,记录电极置于前额正中,参考电极置于耳后乳头,选择宽频带 Chirp 信号刺激声,最大刺激强度为 95 dBHL,以引出重复 V 波的最小刺激声强度为 Chirp-ABR 的反应阈值,测定频率包括 500 Hz、1 000 Hz、2 000 Hz、4 000 Hz。采用耳声发射测试仪检测患耳耳声发射通过情况<sup>[9]</sup>。

情绪状况评价:采用 SAS 及 HAMA 评估。SAS 有 15 个正向问题和 5 个反向问题,正向问题依次计 1~4 分,反向问题依次计 4~1 分;HAMA 的 14 个条目采用 5 级评分制依次计 0~4 分,分值越高表示焦虑程度越重,两组治疗前后各评估 1 次<sup>[10]</sup>。

血液流变学指标:以全自动生化分析仪检测全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、纤维蛋白原和血小板聚集指数,两组治疗前后各检测 1 次。

不良反应:观察两组患者肝肾功能、药物不良反应、晕针、埋针局部皮肤过敏、感染、瘀青等。

**1.7 疗效判定标准** 参照参考文献[5]拟定,临床治愈:受损频率听力恢复正常或达到此次发病前状态,耳鸣、头痛眩晕、胸肋胀痛等症状基本消失;显效:受损频率听阈均值提高 $\geq 30$  dBHL,临床症状明显改善;有效:受损频率听阈均值提高 15~<30 dBHL,临床症状有所缓解;无效:未达到上述标准,甚至加重者。

有效率=(临床治愈+显效+有效)/ $n \times 100\%$

**1.8 统计学方法** 运用 SPSS 26.0 统计软件分析数据,计量资料用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,以  $t$  检验分析,计数资料用[例(%)]表示,以  $\chi^2$  检验分析,等级资料以秩和检验分析。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组突发性耳聋患者临床疗效比较** 研究组有效率为 95.35%, 对照组有效率为 79.07%, 研究组有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

**2.2 两组突发性耳聋患者治疗前后中医证候积分比较** 两组患者治疗后耳聋、耳鸣、头痛或眩晕、焦躁易怒和口苦咽干等中医证候积分低于治疗前, 且

研究组低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 1 两组突发性耳聋患者

临床疗效比较 例(%)

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	有效率
对照组	43	7(16.28)	14(32.56)	13(30.23)	9(20.93)	(79.07)
研究组	43	13(30.23)	19(44.18)	9(16.28)	2(4.65)	(95.35) <sup>△</sup>

注: 与对照组比较,  $\Delta P < 0.05$ 。

表 2 两组突发性耳聋患者治疗前后中医证候积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	时间	耳聋	耳鸣	头痛或眩晕	焦躁易怒	口苦咽干
对照组	43	治疗前	5.12 ± 1.00	4.98 ± 1.01	2.37 ± 0.49	2.65 ± 0.48	1.91 ± 0.61
	43	治疗后	2.84 ± 1.76 <sup>#</sup>	2.60 ± 1.83 <sup>#</sup>	1.47 ± 0.80 <sup>#</sup>	1.53 ± 0.96 <sup>#</sup>	1.16 ± 0.97 <sup>#</sup>
研究组	43	治疗前	5.16 ± 0.99	5.02 ± 1.01	2.35 ± 0.53	2.67 ± 0.52	1.95 ± 0.53
	43	治疗后	2.00 ± 1.63 <sup>#△</sup>	1.70 ± 1.55 <sup>#△</sup>	1.07 ± 0.74 <sup>#△</sup>	1.05 ± 0.90 <sup>#△</sup>	0.70 ± 0.58 <sup>#△</sup>

注: 与本组治疗前比较,  $\#P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较,  $\Delta P < 0.05$ 。

**2.3 两组突发性耳聋患者治疗前后听力水平比较** 两组患者治疗后纯音听阈均值和不同频率 (500 Hz、1 000 Hz、2 000 Hz、4 000 Hz) Chirp - ABR 阈值低于治疗前, 且研究组治疗后纯音听阈均值和不同频率 Chirp - ABR 阈值均低于对照组, 差异有统计学意义

( $P < 0.05$ )。研究组治疗后耳声发射通过率为 81.40%, 对照组耳声发射通过率为 58.14%, 研究组高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 3、表 4。

表 3 两组突发性耳聋患者治疗前后纯音听阈均值和耳声发射通过情况比较

组别	n	纯音听阈均值 ( $\bar{x} \pm s$ , dBHL)		耳声发射通过情况 [例(%)]	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	58.77 ± 4.17	31.98 ± 10.37 <sup>#</sup>	16(37.21)	25(58.14)
研究组	43	58.95 ± 4.55	26.58 ± 9.01 <sup>#△</sup>	15(34.88)	35(81.40) <sup>△</sup>

注: 与本组治疗前比较,  $\#P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较,  $\Delta P < 0.05$ 。

表 4 两组突发性耳聋患者治疗前后不同频率 Chirp - ABR 阈值比较 ( $\bar{x} \pm s$ , dBHL)

组别	n	时间	500 Hz	1 000 Hz	2 000 Hz	4 000 Hz
对照组	43	治疗前	59.02 ± 5.81	62.81 ± 5.42	66.56 ± 6.72	71.44 ± 7.06
	43	治疗后	43.98 ± 6.99 <sup>#</sup>	49.37 ± 7.55 <sup>#</sup>	52.93 ± 8.15 <sup>#</sup>	57.37 ± 7.31 <sup>#</sup>
研究组	43	治疗前	59.26 ± 6.73	62.74 ± 6.86	66.72 ± 6.61	72.86 ± 5.81
	43	治疗后	34.91 ± 8.85 <sup>#△</sup>	37.88 ± 7.36 <sup>#△</sup>	41.70 ± 8.68 <sup>#△</sup>	48.91 ± 8.76 <sup>#△</sup>

注: 与本组治疗前比较,  $\#P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较,  $\Delta P < 0.05$ 。

**2.4 两组突发性耳聋患者治疗前后 SAS 评分和 HAMA 评分比较** 两组患者治疗后 SAS 评分和 HAMA 评分低于治疗前, 且治疗后研究组 SAS 评分和 HAMA 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 5。

**2.5 两组突发性耳聋患者治疗前后血流变学指标比较** 两组患者治疗后全血黏度、血浆黏度、红细胞聚集指数和纤维蛋白原低于治疗前, 且研究组治疗后全血高切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、纤维蛋白原和红细胞聚集指数低于对照组, 差异有统计学

意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 6。

表 5 两组突发性耳聋患者治疗前后 SAS 评分和

HAMA 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	时间	SAS 评分	HAMA 评分
对照组	43	治疗前	60.37 ± 6.18	18.79 ± 1.75
	43	治疗后	46.26 ± 7.62 <sup>#</sup>	12.91 ± 3.03 <sup>#</sup>
研究组	43	治疗前	60.58 ± 4.90	18.91 ± 2.06
	43	治疗后	37.72 ± 5.92 <sup>#△</sup>	9.28 ± 2.28 <sup>#△</sup>

注: 与本组治疗前比较,  $\#P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较,  $\Delta P < 0.05$ 。



表 6 两组突发性耳聋患者治疗前后血流变学指标比较

( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	全血高切黏度/ mPa · s <sup>-1</sup>	全血低切黏度/ mPa · s <sup>-1</sup>	血浆黏度/ mPa · s <sup>-1</sup>	纤维蛋白原 (g/L)	红细胞聚 集指数/%
对照组	43	治疗前	5.79 ± 0.97	18.59 ± 2.94	2.20 ± 0.81	4.63 ± 0.84	5.26 ± 1.15
	43	治疗后	4.89 ± 1.07 <sup>#</sup>	14.25 ± 3.46 <sup>#</sup>	1.67 ± 0.41 <sup>#</sup>	3.89 ± 0.69 <sup>#</sup>	4.13 ± 0.92 <sup>#</sup>
研究组	43	治疗前	5.84 ± 0.97	18.71 ± 2.13	2.18 ± 0.63	4.66 ± 0.99	5.32 ± 1.02
	43	治疗后	4.24 ± 0.87 <sup>#Δ</sup>	11.51 ± 3.00 <sup>#Δ</sup>	1.27 ± 0.36 <sup>#Δ</sup>	3.26 ± 0.68 <sup>#Δ</sup>	3.46 ± 0.96 <sup>#Δ</sup>

注:与本组治疗前比较,<sup>#</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,<sup>Δ</sup> $P < 0.05$ 。

## 2.6 两组突发性耳聋患者不良反应发生情况比较

两组患者均未发生明显的药物不良反应,研究组患者无晕针现象,埋针处皮肤无红肿、瘙痒等异常反应。

## 3 讨论

突发性耳聋归属于中医“暴聋”“厥聋”等范畴,《黄帝内经》首载“少阳之厥,则暴聋”,历代医家对暴聋病因病机有颇多阐述,《素问》云:“肝病者气逆,则耳聋不聪。”《杂病源流犀烛》亦云:“肝胆火盛,耳内蝉鸣,渐至于聋。”《医宗金鉴》云:“肝性急善怒……下行则郁……头眩耳鸣。”可见肝火、肝郁、血瘀与暴聋的发生密不可分,肝火上扰是暴聋的常见中医证型<sup>[11]</sup>。患者平素急躁易怒,情志不舒则肝失条达,肝气郁结,滞而不行,血脉瘀阻,日久郁而化火,火为阳邪,火邪循肝胆之经上攻,扰乱清窍,清窍不利、耳窍被蒙则耳鸣,清窍雍阻、阻而不通则暴聋<sup>[12]</sup>。故临床以疏肝解郁、清热泻火、行气化痰、开郁通窍为基本治则。疏肝化痰通窍汤中龙胆草味大苦、性大寒,可清热燥湿、泻肝胆实火;柴胡性微寒味苦,系调肝要药,可疏肝解郁、通窍聪耳;白芍可柔肝止痛、养血敛阴,柴胡与白芍相伍一疏一敛、一补一泻,既可增强疏肝气养肝血之效,又可防止肝气过盛克伐脾土;黄芩可清热燥湿、泻火除烦;川芎配伍丹参增强活血祛瘀、行气开郁、除烦安神之效,使气机不滞,肝气得以调达;牡丹皮可活血化瘀、清血中之伏火;石菖蒲和远志可化痰开窍、醒神益智、宁心安神;炒白术可健脾益气、燥湿利水;泽泻导热下行,使热邪有出路,利尿而不伤阴;甘草调和诸药。纵观全方,组方严谨,配伍得当,共奏疏肝泻火、活血化瘀、解郁通窍、镇静安神之功效<sup>[13-14]</sup>。本研究在内服疏肝化痰通窍汤的同时给予揸针治疗,揸针作为一种特殊的针灸针,其治疗机理与卫气理论、十二皮部理

论及腧穴息息相关。一方面,揸针直接作用于耳窍,可疏通耳部经气,疏经通络,促进经气传导运行,益卫阳使卫气行,密膜理使孙络通,候气至使正气充。另一方面,揸针具有全天候治疗效应,解决留针时间和针刺强度的问题,刺激时间越长,则有效累积刺激量越大,从而起到持续治疗的作用<sup>[15]</sup>。本研究穴位选取参考针灸治疗突发性耳聋的选穴规律以远近配合、循经取穴为原则<sup>[16]</sup>。耳门、听宫和听会位于耳屏切迹的前方,翳风位于耳后,俗称“耳周四穴”,耳门和翳风均隶属手少阳三焦经,听宫系三焦经、手太阳小肠经和足少阳胆经三经之交会穴,听会归属足少阳胆经,三条经脉循行直接入耳中,契合“经脉所过,主治所及”的理论<sup>[17]</sup>。针刺四穴可直达病所,疏经通络、散内泄热、通窍利耳,使耳部局部气血得以畅通,耳窍得到精气营养,充涵于上则听觉恢复<sup>[18]</sup>。远道取三焦经之外关、大肠经之合谷达到疏泄解表、宁心安神,以利清窍之效,根据辨证取穴太冲(肝经)、足临泣(胆经)和中渚(三焦经)可清泻肝胆之火、疏肝解郁、活血通络,以清耳窍<sup>[19]</sup>。本研究结果表明,研究组有效率高于对照组,两组患者治疗后耳聋、耳鸣、头痛或眩晕、焦躁易怒和口苦咽干积分较治疗前均下降,且研究组低于对照组,提示疏肝化痰通窍汤与揸针合用较单独西药治疗突发性耳聋(肝火上扰型)更能大幅度改善中医证候积分,提高治疗效果。

听力检测是判断听力损失程度的有效方法,纯音听阈测定是临床听力学中最常用的行为测听法,但其结果受患者主观意识影响,仅以纯音听阈测定判断听力损失有一定局限性,故本研究采用主客观听力检测技术组合,以纯音听阈为主观听力检测,以Chirp-ABR和耳声发射为客观听力检测,Chirp声为一种新型刺激声,其诱发的ABR波形分化清晰,振幅高,检测时间更短,精准度高,可进一步提高检

测效率<sup>[20]</sup>。本研究结果表明,治疗后两组患者纯音听阈均值和不同频率 Chirp - ABR 阈值低于本组治疗前,且研究组纯音听阈均值和 Chirp - ABR 阈值均低于对照组,研究组治疗后耳声发射通过率高于对照组,提示疏肝化痰通窍汤联合揵针埋针能促进耳聋患者受损听力恢复。李明等<sup>[21]</sup>认为,突发性耳聋患者血液处于高黏滞状态,血液黏稠度增加,循环阻力升高,血流减慢,导致内耳道血液的瘀滞,引起内耳微循环灌流量下降,使组织缺血缺氧,造成内耳营养物质供给不足,促使耳蜗周围部位毛细胞损伤,最终造成听力下降。陆翼年等<sup>[22]</sup>认为,内耳微循环异常是听力损失的重要因素,声音刺激内耳需要充足营养及氧气供应,良好的血供既可保证耳蜗灌注及血流畅通,又可及时清除耳内代谢物。本研究结果显示,研究组患者治疗后的血浆黏度、全血黏度、纤维蛋白原和红细胞聚集指数均低于对照组,说明疏肝化痰通窍汤联合揵针较单纯西药治疗在改善血液流变学指标方面疗效更佳。分析原因,一方面,疏肝化痰通窍汤中的丹参、川芎等活血化瘀类药物可扩张外周血管,促进血液循环,增加血液流量,减少血液黏稠度,抑制血小板聚集,改善血流动力学异常和体内微循环障碍<sup>[23]</sup>;另一方面,听宫穴下布有听神经及迷路动脉,听会穴下布有颞浅动脉、耳大神经、面神经和耳颞神经,翳风穴下布有面神经、迷走神经、耳大神经,针刺耳周穴位可改善内耳、外耳和耳周血液循环,促进内耳毛细胞的修复和再生,增加内耳兴奋性,促进血液与迷路之间的物质交换,为耳神经康复提供物质基础,进而调节大脑皮层的神经活动,有助于内耳细胞及听觉神经功能恢复<sup>[24]</sup>。因此疏肝化痰通窍汤联合揵针治疗突发性耳聋的作用机理,可能是通过改善血液流变学水平而发挥治疗作用。

现代医学认为,心理性应激源是突发性耳聋诱发的重要因素,焦虑、紧张、抑郁等消极的负性情绪往往会导致作用于耳蜗内的交感 - 下丘脑 - 垂体 - 肾上腺功能活动亢进,促使肾上腺素分泌增加,引起耳蜗内小血管痉挛,使耳蜗血流阻滞,形成微小血栓,进而减少耳蜗外淋巴氧张力,导致听力器官供氧减少而引发机能障碍<sup>[25]</sup>。听力障碍会让患者陷入恐惧、焦虑、紧张状态,而这种情绪问题又会进一步加重耳鸣耳聋,久而久之形成恶性循环。本研究结

果表明,两组治疗后 SAS 评分和 HAMA 评分较治疗前明显下降,且研究组低于对照组,提示疏肝化痰通窍汤联合揵针治疗在改善突发性耳聋患者焦虑情绪方面疗效更为显著。考虑可能揵针对神门、肝区、心穴、皮质下等耳穴进行持续温和的良性刺激,促进气血有序运行,调整相应脏腑功能,调节大脑皮质功能,使中枢神经系统发生可塑性改变,促进神经递质释放,使其恢复至动态平衡状态,从而缓解耳聋患者烦躁焦虑情绪<sup>[26]</sup>。另外,疏肝化痰通窍汤和揵针治疗后患者并未出现新的不良反应,证实该疗法安全可靠。

综上所述,疏肝化痰通窍汤联合揵针治疗突发性耳聋疗效确切,可明显改善患者中医证候,改善血液流变学指标,提高患者听力水平,缓解患者焦虑情绪,且安全可靠。

## 参考文献:

- [1] 张明,李云霞,杨志远. 高压氧辅助前列地尔联合鼓室注射地塞米松对突发性耳聋患者听力恢复和血流变学的影响[J]. 中国临床医生杂志,2017,45(11):75-77.
- [2] 陈宏,齐国荣,张学艳,等. 心理状态及微循环障碍与突发性耳聋的相关性研究[J]. 山西医药杂志,2016(8):953-955.
- [3] 梁润,王英波,沈艳. 通窍活血汤加减配合针灸治疗突发性耳聋[J]. 中医学报,2019,34(5):1101-1104.
- [4] 鞠晗,滕磊,张治军. 疏肝饮联合耳穴揵针对肝火上炎型暴聋疗效的临床观察[J]. 上海中医药杂志,2020,54(S1):116-117,126.
- [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):443-446.
- [6] 刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 4 版. 北京:中国中医药出版社,2016:90-94.
- [7] 史周华,何雁. 中医药统计学与软件应用[M]. 北京:中国中医药出版社,2015:284.
- [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:54-58.
- [9] 刘博. 诊断听力学[M]. 北京:人民卫生出版社,2022:17.
- [10] VACCARINO A L, EVANS K R, SILLS T L, et al. Symptoms of anxiety in depression: assessment of item per-

- formance of the Hamilton anxiety rating scale in patients with depression [J]. *Depress Anxiety*, 2008, 25 (12): 1006 – 1013.
- [11] 于玲,徐静.银杏叶提取物治疗突发性耳聋气滞血瘀证临床研究[J]. *中医学报*,2018,33(1):145 – 148.
- [12] 徐文宇,付文洋,李逸雪,等.龙胆泻肝汤联合口服疗法治疗肝火上扰型耳鸣的临床疗效观察[J]. *广州中医药大学学报*,2021,38(8):1588 – 1591.
- [13] 孙婕,刘志奇,洪丽,等.自拟疏肝通窍方联合甲泼尼龙琥珀酸钠耳后注射治疗突发性耳聋(肝火上扰型)的疗效及预后观察[J]. *四川中医*,2022,40(7):167 – 170.
- [14] 蔡正,王梦怡,孟盼盼.通窍耳康汤结合鼓室内灌注地塞米松对暴聋(肝火上扰证)患者血液流变学指标的影响[J]. *中国中医急症*,2022,31(2):278 – 280.
- [15] 丁玉龙,张焱,纪元,等.埋针疗法治疗感音神经性耳聋临床随机对照研究[J]. *新中医*,2017,49(12):139 – 142.
- [16] 迟倩慧,张蕾,曲宝平,等.基于数据挖掘技术分析针灸治疗突发性耳聋耳鸣选穴规律[J]. *云南中医学院学报*,2019,42(5):46 – 50.
- [17] 易保轩.全息针灸配合耳周穴针刺治疗神经性耳聋临床研究[J]. *中医学报*,2015,30(11):1690 – 1692.
- [18] 丁玉龙,张焱,纪元,等.埋针疗法治疗感音神经性耳聋 32 例[J]. *中国针灸*,2018,38(2):125 – 126.
- [19] 崔云江.清肝疏郁汤联合针刺治疗突发性耳聋肝火上炎型疗效分析[J]. *实用中医药杂志*,2018,34(6): 631 – 632.
- [20] 雷艳,刘绮明,黄伟洛. Chirp 声刺激信号发展过程及其应用进展[J]. *中华耳科学杂志*,2021,19(5):860 – 865.
- [21] 李明,李秀池,陈芬.长春西汀对突发性耳聋患者血小板及血液流变学相关指标的影响[J]. *河北医药*, 2017,39(9):1341 – 1343.
- [22] 陆翼年,雍军,夏寅,等.突发性聋听力损失程度及疗效的多因素分析[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2022,36(11):827 – 834.
- [23] 林戴.活血化瘀中药药理作用分析[J]. *内蒙古中医药*,2023,42(4):150 – 152.
- [24] 郑昌岳,俞萍,蒋剑文.通督养神针法治疗低频下降型突发性耳聋肝火上扰证临床观察[J]. *光明中医*, 2023,38(7):1345 – 1347.
- [25] 宋攀攀,何静静,沈珊珊,等.不同阶段突发性耳聋患者焦虑、抑郁的调查[J]. *医学研究杂志*,2013,42(5):56 – 60.
- [26] 王漾,赵春杰,叶放蕾,等.认知行为干预对伴焦虑状态突发性聋治疗的疗效分析[J]. *中华耳科学杂志*, 2024,22(1):58 – 60.

收稿日期:2025 – 02 – 21

作者简介:李瑞成(1982 – ),女,河南焦作人,医学硕士,副主任医师。

(编辑:焦凡)