

针药联合参麦治疗突发性耳聋的临床疗效

胡熙耀 万超

(湖北省十堰市太和医院/湖北医药学院附属医院针灸治疗部, 十堰, 442000)

摘要 目的:观察针药联合参麦注射液治疗突发性耳聋的临床疗效,分析中西医结合治疗机制,为临床治疗提供借鉴。方法:选取2016年3月至2017年7月十堰市太和医院耳鼻喉科收治的突发性耳聋患者224例作为研究对象,随机均分为对照组和观察组,每组112例,对照组给予抗炎、扩管、溶栓、营养神经等常规治疗,观察组在此基础上循经取穴施针,辨证开药煎服,并静脉滴注参麦注射液。治疗15 d后统计耳鸣和眩晕症状消失平均时间(d),听力阈值、耳鸣、眩晕的愈显率和有效率,TCD监测治疗前后局部脑血流(rCBF)、眼肌前庭诱发肌源性电位(oVEMP)引出率及其相关参数 P_1 和 N_1 潜伏期、 P_1 和 N_1 振幅、 P_1 - N_1 波间期,并比较2种治疗方案的临床疗效。结果:经15 d治疗,观察组oVEMP引出率、 P_1 和 N_1 振幅和CBF明显提高, P_1 和 N_1 潜伏期、症状消失平均时间缩短、听力阈值降低,耳鸣、眩晕的愈显率和有效率提高,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:针刺联合参麦注射液这种中西医结合治疗可产生协同治疗作用,明显提高临床疗效,在治疗突发性耳聋时有一定的借鉴价值。

关键词 针刺;参麦注射液;突发性耳聋;听力阈值;眼肌前庭诱发肌源性电位;局部脑血流;中西医结合;愈显率;有效率

Initial Clinical Analysis of Acupuncture Combined with Shenmai Injection in the Treatment of Sudden Deafness

Hu Xiyao, Wan Chao

(Department of Acupuncture, Taihe Hospital, Hubei University of Medicine, Shiyan 442000, China)

Abstract Objective: To observe clinical efficacy of acupuncture combined with Shenmai Injection in the treatment to sudden deafness, and analyze the treatment mechanism of integrated Chinese and western medicine to provide reference for clinical treatment. **Methods:** A total of 224 cases of randomized patients in Taihe Hospital ENT Department from March 2016 to July 2017 who were admitted with sudden deafness were randomly divided into a control group and an observation group, with 112 cases in each group. The control group was treated by anti-inflammatory, expanding tubes, trophic nerve for normal treatments. On the basis of that, the observation group performed acupuncture at the acupoints along the meridian, taking decoctions after prescription of syndrome differentiation and intravenous drip of Shenmai Injection. After treatment for 15 days, the average disappearing time (d) of tinnitus and vertigo, hearing threshold, tinnitus and vertigo markedly effective rate and efficiency rate were calculated. TCD was used to monitor the regional cerebral blood flow (rCBF), lead-out rate of ocular vestibular evoked myogenic potentials (oVEMP) before and after treatment and related parameters such as P_1 and N_1 latency, amplitude and wave interval of P_1 and N_1 , thereby comparing the clinical efficacy of 2 treatment regimens. **Results:** After 15 d of treatment, in the observation group, the rate of oVEMP extraction, amplitude of P_1 and N_1 , CBF were significantly increased. Incubation period of P_1 and N_1 , the average time of symptoms' disappearing were shortened. The hearing threshold shortened, tinnitus, vertigo markedly effective rate and efficiency rate improved. Combined with the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** In the course of treatment, acupuncture combined with Shenmai Injection could produce a synergistic therapeutic effect, significantly improving the clinical efficacy, and there is some reference value in the treatment to sudden deafness.

Key Words Acupuncture; Shenmai Injection; Sudden deafness; Hearing threshold; Leading rate of ocular vestibular evoked myogenic potentials; Regional cerebral blood flow; Integrated Chinese and western medicine; Markedly effective rate and efficiency rate

中图分类号:R245 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.07.055

突发性耳聋(Sudden Deafness, SD)又称突聋,近年来该病呈上升趋势,其发病率和致残率高,是世界公认的耳鼻喉科疑难急症之一。突聋在中医学中属

暴聋范畴,《诸病源候论》有“若劳伤气血,兼受风邪,损于肾脏,耳精脱,精脱者则耳聋”之论述^[1-2]。突聋发病与病毒或细菌感染、药物耳毒和神经系统

等疾病密切相关,这些疾病均有可能造成内耳微循环障碍^[3]。微循环障碍时,耳蜗螺旋器毛细胞和螺旋神经节因供血供氧不足,内耳代谢功能失调或障碍,这此均会造耳蜗成组织和神经萎缩、变性、坏死并最终导致听力损伤^[4]。眼性前庭诱发肌源性电位(oVEMP)是 20 世纪中期发现的,正常人群能 100% 引出 oVEMP,突聋病例由于耳蜗螺旋器毛细胞和螺旋神经受损,且多会伴有椭圆囊及前庭上神经传导通路的障碍,故 oVEMP 的引出率较底^[5]。由于 oVEMP 与听力的恢复密切相关,oVEMP 逐渐在医学上引起重视,很快应用于临床检查椭圆囊和前庭上神经传导功能。我科在治疗突发性耳聋时采取中西医结合治疗方法,其治疗安全可靠且疗效高。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 3 月至 2017 年 7 月太和医院耳鼻喉科收治的突发性耳聋住院病例 224 例,224 例病例中,男 110 例,女 14 例,按照入院先后顺序随机分为观察组和对照组,每组 112 例。对照组中男 54 例,女 58 例,平均年龄(49.76 ± 7.49)岁,平均病程(3.26 ± 0.45)d,其中单发性耳聋 79 例,双发性耳聋 33 例,轻中度耳聋 42 例,中重度耳聋 40 例,重度耳聋 32 例。观察组中男 56 例、女 56 例,平均年龄(50.97 ± 8.02)岁,平均病程(3.72 ± 0.59)d,其中单发性耳聋 82 例,双发性耳聋 30 例,轻中度耳聋 40 例,中重度耳聋 41 例,重度耳聋 31 例。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。所有患者均签署知情同意书。本研究经本院伦理委员会批准(THLI2016072)。

1.2 诊断标准 符合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)^[6]:突然发生的,可在数分钟、数小时或 3 d 以内,原因不明的感音神经性听力损失,至少在相连的 2 个频率听力下降 20 dB 以上。

1.3 纳入标准 病例纳入应符合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):听力检查至少在相连的 2 个频率听力下降达 20 dB 以上。或为单侧,偶有双侧同时或先后发生的非波动性感音神经性听力损失,可出现轻度、中或重度,甚至全聋。病因不明,可伴耳鸣、眩晕、恶心、呕吐、耳堵塞感等。

1.4 排除标准 不符合突发性耳聋诊断标准者;外

伤、肿瘤导致的耳聋病例。

1.5 脱落与剔除标准 剔除不能接受针刺治疗而中途退出或其他特殊原因没有坚持足够的疗程的患者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 1)抗感染和激素治疗:可静脉滴注头孢哌酮钠(扬子江药业集团有限公司,生产批号:20150124)+地塞米松注射液(天津金耀集团湖北天药药业股份有限公司,生产批号:20150229),1 次/d,7 d 后停药;2)抗凝溶栓治疗:东菱迪芙(北京托比药业有限公司,生产批号:0150301),1 次/d,7 d 后停药;3)血管活性药物治疗:长春西汀葡萄糖注射液静脉滴注(山东华信制药集团股份有限公司,生产批号:20150123);4)营养神经药物治疗:静脉滴注低分子右旋糖酐(500 mL)+辅酶 A(100 U)+三磷酸腺苷(60 mg),2)和 3)为 1 次/d,15 d 为 1 个疗程。

1.6.2 观察组 本组在上述西医常规治疗的基础上加服中药煎剂,2 次/d,15 d 为 1 个疗程。具体药方根据临床中医证型诊断,对于风邪外犯证者之方药为银翘散加减,肝火上亢证者之方药为龙胆泻肝汤加减,气滞血瘀证者之方药为通窍活血汤加减。循经辨证取穴施针,行泻法直刺耳周“听会、听宫、耳门、完骨、翳风”。施针时嘱患者侧卧位,患耳向上,双耳突聋者取仰卧位。辨证取穴针对病因病机,肝胆火旺证可配侠溪和行间以泻肝胆火;气滞痰瘀证可配丰隆、太冲和三阴交以活血通络、行化痰开窍之效;肝肾亏虚证可配太溪、肾俞和肝俞以补益肝肾、行濡养耳窍之功,得气后留针 30 min。针刺治疗 15 d,中间休息 1 d。静脉滴注参麦注射液(四川升和药业股份有限公司,生产批号:150124),1 次/d,15 d 为 1 个疗程。2 组均采用气导短纯音诱发出患者治疗前后 oVEMP 并计算 oVEMP 引出率、记录 N_1 和 P_1 振幅、 N_1 - P_1 波间期、 N_1 和 P_1 潜伏期等主要参数,采用 TCD 记录 rCBF。

1.7 观察指标 于治疗 d 后统计耳鸣和眩晕症状消失平均时间(d),听力阈值、耳鸣、眩晕的愈显率和有效率,采用 TCD 监测治疗前后局部脑血流(rCBF)、眼肌前庭诱发肌源性电位(oVEMP)引出率及其相关参数 P_1 和 N_1 潜伏期、 P_1 和 N_1 振幅、 P_1 - N_1 波间期。

1.8 疗效判定标准

1.8.1 听力疗效评定 根据中华医学会耳鼻咽喉科学会(2006)疗效分级标准,对病例治疗前后的电测听结果进行疗效评价^[7]。痊愈:患耳听力恢复至

表 1 2 组患者 oVEMP 及相关参数比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	oVEMP (%)	N ₁ (ms)	P ₁ (ms)	N ₁ -P ₁ (ms)	N ₁ (μV)	P ₁ (μV)
对照组 (n = 112)						
治疗前	42.35 ± 6.01	11.52 ± 1.96	13.12 ± 1.77	10.42 ± 1.45	5.03 ± 0.72	6.03 ± 0.45
治疗后	83.57 ± 9.14 *	9.02 ± 1.04 *	9.96 ± 1.05 *	9.76 ± 0.79	7.94 ± 0.65 *	8.91 ± 0.68 *
观察组 (n = 112)						
治疗前	41.25 ± 6.36	12.36 ± 1.99	12.85 ± 1.72	9.97 ± 0.71	5.11 ± 0.49	6.13 ± 0.57
治疗后	96.52 ± 10.53 *△	7.11 ± 0.58 *△	6.01 ± 0.42 *△	9.21 ± 0.75	10.12 ± 1.23 *△	11.54 ± 1.01 *△

注:与本组治疗前比较, * P < 0.05;与对照组治疗后比较, △ P < 0.05

发病前或达健耳水平;显效:患耳提高 30 dB 以上;有效:患耳听力提高 15 ~ 30 dB;无效:患耳听力改善不足 10 dB。

1.8.2 眩晕和耳鸣疗效判定标准 对眩晕和耳鸣疗效判定均参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》制定^[8]。其中眩晕的疗效判定如下:痊愈:头昏或眩晕等症状消失;显效:头昏或眩晕等症状基本消失;有效:头昏或眩晕减轻,仅伴有轻微的自身或景物的旋转晃动感;无效:头昏沉及眩晕等症状无改善或加重。耳鸣疗效判定如下:痊愈:耳鸣消失;显效:基本消失,偶有出现;有效:耳鸣减轻,但仍伴有轻微耳鸣现象;无效:耳鸣无变化甚至加重。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件处理数据,计量资料以均值 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示并用 t 检验,计数资料以百分率表示,用 χ^2 检验。以 P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

本研究全部病例均完成相应的治疗和相应检测指标的监测,无病例脱落。

2.1 2 组患者 oVEMP 引出率及相关参数比较 经 15 d 治疗,2 组患者 N₁ 和 P₁ 振幅及 oVEMP 引出率均明显提高,N₁ 和 P₁ 潜伏期缩短,与本组治疗前比较,差异有统计学意义 (P < 0.05)。观察组与本组治疗前和对照组比较,差异有统计学意义 (P < 0.05)。2 组 N₁-P₁ 波间期治疗前后及组间比较,差异无统计学意义 (P > 0.05)。见表 1。

2.2 2 组患者耳鸣和眩晕消失平均时间比较 经 15 d 治疗,2 组患者耳鸣和眩晕残存率和听阈均明显下降,与本组治疗前比较,差异有统计学意义 (P < 0.05)。耳鸣和眩晕残存率、听阈明显降低,与本组治疗前和对照组比较,差异有统计学意义 (P < 0.05)。见表 2。

2.3 不同治疗方法对 2 组患者听力阈值和 rCBF 的影响 经 15 d 治疗,2 组患者耳鸣和眩晕残存率和听阈均明显下降,与本组治疗前比较,差异有统计学意义 (P < 0.05)。对照组患者治疗后 rCBF 有一定

提高,但与本组治疗前比较,差异无统计学意义 (P > 0.05)。观察组 rCBF 显著提高,耳鸣和眩晕残存率、听阈明显降低,与本组治疗前和对照组比较,差异有统计学意义 (P < 0.05)。见表 3。

表 2 2 组患者耳鸣和眩晕症状消失平均时间比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	耳鸣	眩晕
对照组 (n = 112)	11.43 ± 1.51	9.55 ± 1.20
观察组 (n = 112)	9.56 ± 0.72 *	7.63 ± 0.59 *

注:与对照组比较, * P < 0.05

表 3 2 组患者听力阈值和 rCBF 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	听阈 (dB)	rCBF (mL/100 g · min)
对照组 (n = 112)		
治疗前	79.76 ± 8.14	72.03 ± 8.76
治疗后	44.75 ± 5.21 *	77.35 ± 5.41
观察组 (n = 112)		
治疗前	80.41 ± 9.23	71.92 ± 6.55
治疗后	39.1 ± 4.32 *△	94.57 ± 8.74 *△

注:与本组治疗前比较, * P < 0.05;与对照组治疗后比较, △ P < 0.05

2.4 2 组患者治疗效果比较 2 组患者经 15 d 治疗,对照组听力、耳鸣和眩晕的愈显率、治疗有效率低于观察组,差异有统计学意义 (P < 0.05)。见表 4。

表 4 2 组患者治疗效果比较

组别	痊愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	显愈 [例 (%)]	治疗有效 [例 (%)]
对照组 (n = 112)						
听力	34	39	27	12	73 (65.17)	100 (89.28)
耳鸣	31	35	35	11	66 (58.92)	101 (90.17)
眩晕	32	36	34	10	68 (60.71)	102 (91.07)
观察组 (n = 112)						
听力	49	37	21	5	86 (76.78) *	107 (95.53) *
耳鸣	53	32	22	4	85 (75.89) *	108 (96.42) *
眩晕	56	34	20	2	90 (80.35) *	110 (98.21) *

注:与对照组比较, * P < 0.05

3 讨论

中医学认为,突聋是“气滞血瘀”于耳窍,故治则当以“活血化瘀、行气通窍”为主。在西医临床治

疗方面主要采用抗感染、激素治疗、抗凝溶栓治疗、血管活性和营养神经药物等治疗。西医这一系统的治疗有明显的治疗作用,但仅仅依靠西医治疗,不能完全达到治疗目的,而中医中药在治疗突聋也积累了丰富的临床经验,具有操作简单、不易复发的优势。

研究表明,针灸在突发性耳聋治疗上发挥了重要作用,针刺可起到活血化瘀、改善内耳局部缺氧状态,并通过刺激神经来调节脑干和内耳的微循环,促进因微循环障碍造成的内耳毛细胞损伤的修复,改善内耳神经传导^[10]。中药和针刺配合治疗突发性耳聋可在一定程度上提高患者的听力,改善耳鸣、眩晕等临床症状^[11]。在本研究中,我们选用现代医学常用的检测手段,如检测听力阈值、rCBF、oVEMP 引出率及其相关参数 P_1 和 N_1 潜伏期、 P_1 和 N_1 振幅、 P_1 - N_1 波间期等指标来记录和比较西医治疗和中西医结合 2 种治疗方案的临床疗效。

研究发现,2 组均取得了一定的治疗效果,但观察组效果明显优于对照组。迷路动脉是内耳血供重要动脉,且其迷侧支循环血管比较纤细,微循环障碍性疾病均可造成血管水肿、痉挛,耳蜗血流急剧减少,耳蜗螺旋器毛细胞和螺旋神经节供血不足可导致基底膜毛细胞变性、水肿、脱落和功能丧失,听神经萎缩、变性、坏死而最终导致听力丧失^[12]。治疗突聋的重点应为改善内耳微循环。在本研究中辨证取穴,取穴规律以耳周“听会、听宫、耳门、完骨、翳风”等穴为主,通过针灸刺激耳郭周围的神经,使内耳毛细血管通透性增强,改善内耳微循环,促进内耳血液与迷路能量交换^[13]。提高耳蜗螺旋器毛细胞和螺旋神经节血供、改善缺血缺氧耳蜗组织的能量代谢,改善病灶区缺血、水肿,促进神经细胞功能恢复起到至关重要的作用。

观察组一方面通过辨证取耳周“听会、听宫、耳门、完骨、翳风”等穴位可起到“镇静泻热、疏通经脉、开窍聪耳”的目的,通过刺激耳郭周围的神经,使内耳毛细血管通透性增强,促进耳蜗、前庭神经的修复,神经的传导性得以恢复,听力提高。另一方面,在针药治疗的同时,观察组应用糖皮质激素地塞米松可起到抗炎、增强机体对细菌毒素或毒性代谢产物的耐受作用^[14]。应用长春西汀、低分子右旋糖酐及前列地尔等血管活性药物扩张内耳血管,可提

高耳蜗血供,增加内耳缺血局部血流量,改善内耳微循环^[15]。应用神经营养药物三磷酸胞苷营养神经,达到促进神经细胞再生、减轻神经细胞水肿的目的。应用抗凝溶栓剂如低分子肝素钙或巴曲酶注射液(东菱迪芙)等可改善血液流变学指标、阻止血栓形成、改善内耳血液循环^[16]。

综上所述,通过系统的中西医结合治疗,观察组耳鸣和眩晕临床症状基本消失,听力得以恢复,提示中西医结合的治疗方法明显优于单纯的西医治疗方法,该治疗方案安全可靠且疗效高。

参考文献

- [1] 李智. 针灸治疗耳聋、耳鸣研究概况[J]. 河北中医, 2010, 32(5): 778-780.
- [2] 李漫, 沈红强, 杨翼, 等. 针刺联合治疗突发性耳聋的疗效观察[J]. 世界中医药, 2011, 6(2): 104-106.
- [3] 应海舟, 严庆丰. 针灸联合高压氧治疗突发性耳聋的临床疗效及对血液流变学的影响[J]. 中国现代医生, 2014, 52(21): 13-16.
- [4] 王桂安, 李歌, 张高峰, 等. 前列地尔脂微球制剂治疗突发性耳聋疗效分析[J]. 中国现代药物应用, 2012, 6(22): 88-89.
- [5] 许教远, 区永康, 郑亿庆, 等. 突发性聋患者前庭功能分析[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2014, 22(2): 135-138.
- [6] 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.
- [7] 赵奇民, 胡彦东. 突发性耳聋预后分级评估[J]. 中国误诊学杂志, 2001, 1(5): 711-712.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 99.
- [9] 李婧, 杨旭, 吴子明, 等. 眼源性前庭诱发肌源性电位[J]. 中华耳科学杂志, 2014, 12(2): 231-234.
- [10] 魏聪兰. 耳鸣耳聋中医治疗的研究进展[J]. 临床医药文献(连续型电子期刊), 2015, 2(24): 5162-5162, 5163.
- [11] 李漫, 沈红强, 白桦, 等. 中药及针灸治疗突发性耳聋 100 例疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2011, 6(10): 853-856.
- [12] 赵晓红. 39 例突发性耳聋临床治疗体会[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4(8): 49-50.
- [13] 梅妹, 宋泽新. 针灸治疗突发性耳聋 75 例[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(5): 897.
- [14] 刘宏建, 董明敏, 迟放鲁. 地塞米松经鼓室给药对豚鼠耳蜗结构和功能的影响[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2005, 40(6): 440-443.
- [15] 徐青青, 李耀荣. 前列地尔治疗突发性耳聋的临床疗效观察[J]. 中国药房, 2006, 17(9): 688-689.
- [16] 鲁茂松, 邱建新, 段茂利. 东菱迪芙治疗突发性耳聋的疗效观察[J]. 安徽医科大学学报, 2005, 40(4): 382-384.

(2017-09-20 收稿 责任编辑: 杨觉雄)