

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20220705-0004

中图分类号: R 246.81 文献标志码: A

贺氏三通法治疗亚急性主观性耳鸣 35 例*

洪秋阳¹, 曾 沁¹, 刘晓静¹, 沈凌宇¹, 李焕芹²✉(¹北京中医医院顺义医院针灸科, 北京 101300; ²首都医科大学附属北京中医医院针灸中心, 北京 100010)

[关键词] 主观性耳鸣, 亚急性; 贺氏三通法; 针刺; 火针; 放血

主观性耳鸣 (subjective tinnitus, ST) 是指在没有任何外界声源刺激下出现的耳内不同程度鸣响, 是由听觉刺激缺失造成的声音假知觉, 为临床常见的耳科疾病。笔者采用贺氏三通法治疗亚急性 ST 35 例, 现报道如下。

1 临床资料

35 例均来自 2021 年 3 月至 2022 年 3 月就诊于北京中医医院顺义医院门诊的亚急性 ST 患者, 其中男 17 例, 女 18 例; 年龄 25~65 (47±10) 岁; 病程 3~6 (4.2±0.6) 个月; 单侧耳鸣 29 例, 双侧耳鸣 6 例。参照《实用耳鼻咽喉头颈外科学》^[1] 及《欧洲多学科耳鸣指南: 诊断、评估和治疗》^[2] 中亚急性 ST 的诊断标准: 自觉单侧或双侧耳中鸣响, 且周围环境没有外在声源刺激; 首次发病, 病程 3~6 个月。排除因耳内病变、肿瘤等器质性病变引起的耳鸣; 合并有严重肝肾、心脑血管、血液等原发性疾病及凝血功能障碍; 梅尼埃病或突发性耳聋。

2 治疗方法

采用贺氏三通法治疗, 先予毫针刺 (微通法), 再行火针点刺 (温通法), 最后用采血针放血 (强通法)。

(1) 微通法。取穴: 百会、神庭、合谷、中渚、足临泣、太冲, 患侧听宫、听会、翳风。操作: 患者取仰卧位, 穴位皮肤常规消毒, 采用 0.25 mm×25 mm、0.25 mm×40 mm 一次性针灸针, 百会、神庭向后平刺 10~15 mm; 翳风直刺 3 mm; 合谷、足临泣、中渚、太冲直刺 10~20 mm; 嘱患者尽可能完全张口, 听宫、听会直刺 10~20 mm, 针刺得气后均行提插捻转平补平泻法, 留针 30 min。每日 1 次, 每周治疗 5 次 (周六、周日休息), 连续治疗 2 周。

(2) 温通法。取穴: 患侧翳风、完骨、风池。

操作: 患者取侧卧位, 穴位皮肤常规消毒, 采用直径 0.5 mm 的贺氏细火针, 将火针前中段在酒精灯外焰上加热烧红, 疾进疾出, 深度约 5 mm, 针刺后迅速取棉球按压, 并让患者保持针刺部位清洁, 避免感染。隔 2 d 治疗 1 次, 每周 2 次, 连续治疗 2 周。

(3) 强通法。取穴: 患侧耳尖。操作: 患者取坐位, 先由下而上反复捏揉患侧耳部使其充血, 采用 75% 乙醇棉球消毒耳尖穴, 持采血针在耳尖穴上快速点刺放血, 用 75% 乙醇棉球反复擦拭并挤压放血 5~10 滴, 最后用无菌干棉球按压针孔止血。隔日 1 次, 每周治疗 3 次, 连续治疗 2 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标

(1) 耳鸣评价量表 (TEQ) 评分^[3]: 包括耳鸣持续时间、发生环境、对工作 (或学习) 的影响、对睡眠的影响、对情绪的影响和患者对耳鸣严重性的整体感受 6 个方面, 总分范围为 1~21 分, 分为 5 级, 其中 1~6 分为 I 级, 7~10 分为 II 级, 11~14 分为 III 级, 15~18 分为 IV 级, 19~21 分为 V 级, 评分越高表示耳鸣越严重。

(2) 耳鸣残疾评估量表 (THI) 评分^[4]: 用于评估耳鸣对日常生活的影响, 分为 E (情感评分)、F (功能性评分)、C (严重性评分) 三大类, 总分范围为 0~100 分, 评分越高表示耳鸣残疾程度越严重。

(3) 耳鸣声响视觉模拟量表 (VAS) 评分: 用于评价即时的耳鸣声响程度, 总分范围为 0~10 分, 评分越高表示耳鸣声响程度越严重。

(4) 汉密尔顿焦虑量表 (HAMA) 评分^[5]: 用于评价主观焦虑症状, 分为躯体性和精神性焦虑两类, 总分范围为 0~56 分, 评分越高表示焦虑症状越严重。

(5) 匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 评分^[6]: 用于评估夜间睡眠质量, 包括睡眠时间、睡眠质量、睡

*北京中医医院顺义医院院级课题项目: SYJLC-202207

✉通信作者: 李焕芹, 主任医师。E-mail: carland95@126.com

眠效率、入睡时间、睡眠障碍等 7 个维度, 总分范围为 0~21 分, 评分越高表明睡眠质量越差。

以上指标均分别于治疗前后进行评价。

3.2 疗效评定标准

参照《2012 耳鸣专家共识及解读》^[7], 以 TEQ 分级为依据于治疗后进行评定。痊愈: 耳鸣和伴随症状完全消失; 显效: TEQ 分级下降 ≥ 2 级; 有效: TEQ 分级下降 1 级; 无效: 耳鸣较治疗前无变化。

3.3 统计学处理

数据采用 SPSS22.0 软件进行统计分析, 符合正态分

布的计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示, 组内比较采用配对样本 t 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

(1) 患者治疗前后 TEQ、THI、VAS、HAMA 和 PSQI 评分比较

患者治疗后 TEQ、THI、VAS、HAMA、PSQI 评分均较治疗前降低($P<0.01$), 见表 1。

(2) 临床疗效

治疗后, 35 例患者中, 痊愈 6 例, 显效 13 例, 有效 12 例, 无效 4 例, 总有效率为 88.6%。

表 1 亚急性主观性耳鸣患者治疗前后 TEQ、THI、VAS、HAMA、PSQI 评分比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

时间	例数	TEQ 评分	THI 评分	VAS 评分	HAMA 评分	PSQI 评分
治疗前	35	13.51 \pm 3.76	45.93 \pm 10.02	5.42 \pm 1.15	12.01 \pm 1.82	10.99 \pm 1.75
治疗后	35	6.39 \pm 2.33 ¹⁾	24.35 \pm 8.13 ¹⁾	2.26 \pm 0.87 ¹⁾	5.74 \pm 1.21 ¹⁾	6.08 \pm 1.32 ¹⁾

注: 与治疗前比较, ¹⁾ $P<0.01$ 。

4 体会

主观性耳鸣(ST)是指患者自觉耳内异常鸣音, 亚急性 ST 为发病 3~6 个月, 研究^[2,8]显示耳鸣病程与其预后具有相关性, 亚急性期耳鸣的治愈率随病程延长而降低。ST 属于中医“耳鸣”范畴, 《灵枢·口问》载:“耳者, 宗脉之所聚也”, 指出耳是十二经脉气血汇聚之处。本研究针灸取穴采用局部和远端结合, 注重局部治疗和整体状态调理, 疏通耳部经脉, 使人体气血阴阳恢复平衡状态。本研究结果显示, 治疗后患者 TEQ、THI、VAS、HAMA、PSQI 评分均低于治疗前, 说明贺氏三通法可以有效改善亚急性 ST 患者的耳鸣严重程度、耳鸣声响程度、焦虑情绪和睡眠质量。

贺氏三通法的主要依据是“病多气滞, 法用三通”, 毫针微通法对于实证可泻、对于虚证可补; 温通法对于实证可借助温热发散之性驱邪外出, 对于虚证则可温阳扶正; 强通法对于实证可使邪气随血而出, 虚证则激发气血来复。听宫、听会为治疗耳疾之主穴, 可聪耳开窍。翳风是手足少阳经之交会穴, 可疏风通络、清宣耳窍。“腧穴所在, 主治所及”, 此耳周 3 穴, 针刺可直达耳窍、疏通局部气血。太冲与合谷为四关穴, 可平肝通络、行气活血。神庭与百会具有宁心安神、益气开窍作用。中渚与足临泣同气相求, 疏调少阳经气。完骨与风池可疏风解表、清热益聪。《针灸聚英》载:“火针惟假火力, 无补泻虚实之害”, 火针能增强针刺效应, 微小烫伤能改善局部循

环。强通法点刺耳尖放血, 可调节耳周局部气血, 清泻肝胆、通利耳窍, 改善耳鸣。诸穴合用贺氏三通法, 共奏活血理气、宁心安神、通利耳窍之效。

综上, 贺氏三通法治疗亚急性 ST 具有较好的疗效, 能改善耳鸣症状、焦虑状态以及提高患者睡眠质量。

参考文献

- [1] 黄选兆, 汪吉宝, 孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1033-1037.
- [2] 卢兢哲, 钟萍, 郑芸. 欧洲多学科耳鸣指南: 诊断、评估和治疗[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2020, 28(1): 110-114.
- [3] 刘宇清, 刘蓬, 李刚, 等. 耳鸣评价量表(TEQ)的耳鸣疗效评定新标准探索[J]. 中华耳科学杂志, 2020, 18(1): 180-184.
- [4] 曾汝嫣, 庄惠文, 孙启阳, 等. 中文版耳鸣致残量表和耳鸣功能指数的检验以及临床应用[J]. 中华耳科学杂志, 2019, 17(6): 880-884.
- [5] Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating[J]. Br J Med Psychol, 1959, 32(1): 50-55.
- [6] Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research[J]. Psychiatry Res, 1989, 28(2): 193-213.
- [7] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会耳科专业组. 2012 耳鸣专家共识及解读[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012, 47(9): 709-712.
- [8] Shim HJ, Song SJ, Choi AY, et al. Comparison of various treatment modalities for acute tinnitus[J]. Laryngoscope, 2011, 121(12): 2619-2625.

(收稿日期: 2022-07-05, 网络首发日期: 2022-10-10, 编辑: 杨立丽)