

学校代码 10199

学 号 18309570721



長春中醫藥大學

CHANGCHUN UNIVERSITY OF CHINESE MEDICINE

## 硕士学位论文

多针浅刺配合耳穴贴压治疗颈性耳鸣（气滞血瘀型）的  
临床研究

Clinical study on the treatment of cervical tinnitus (type of qi  
stagnation and blood stasis) by multi-needle shallow pricking  
combined with auricular point sticking

学位申请人	王 安 琪
指导教师	刘 洋
专业名称	针灸推拿学
研究方向	针灸治疗神经系统疾病的临床 与效应机制研究
培养方式	全日制
学位类型	专业学位

二〇二一 年 六 月

分类号\_\_\_\_\_

密级\_\_\_\_\_

UDC\_\_\_\_\_

编号\_\_\_\_\_

# 硕士学位论文

多针浅刺配合耳穴贴压治疗颈性耳鸣（气滞血瘀型）的  
临床研究

Clinical study on the treatment of cervical tinnitus (type of qi  
stagnation and blood stasis) by multi-needle shallow pricking  
combined with auricular point sticking

学位申请人：王安琪

指导教师：刘洋 教授

培养单位：针灸推拿学院

专业名称：针灸推拿学

研究方向：针灸治疗神经系统疾病的临床与效应机制研究

学位类型：专业学位

学位级别：硕士

论文提交日期：2021 年 6 月

学位授予单位：长春中医药大学

提交确认：作者签名

王安琪

导师签名

刘洋

## 长春中医药大学学位论文原创性声明

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是个人在导师的指导下，独立进行研究工作所取得的成果。除文中已经特别加以注明引用的内容外，本论文不含任何其他个人或集体已经发表或撰写过的作品成果。对本文的研究做出重要贡献的个人和集体，均已在文中以明确方式标明并致谢。本人完全意识到本声明的法律结果由本人承担。

学位论文作者签名 王安琪  
2021 年 6 月 4 日

## 关于学位论文知识产权归属的声明

本人郑重声明：所呈交的学位论文，是本人在导师指导下自选课题或导师承担的国家立项资助的计划课题的一部分，系本人在导师指导和资助下独立进行研究工作所取得的成果，知识产权归属权为长春中医药大学和本人导师所有。特此声明，本声明的一切法律责任由本人承担。

论文作者签名 王安琪 指导教师签名 刘军  
2021 年 6 月 4 日

## 关于学位论文使用授权的声明

本人完全了解长春中医药大学有关保留使用学位论文的规定，同意学校保留并向有关机构送交论文的复印件和电子版，允许被查阅和借阅。本人授权长春中医药大学可以将本学位论文的全部或部分内容编入有关数据库进行检索，可以采用影印、缩印或其他复印手段保存和汇编本学位论文。

本学位论文属于(请在以下相应方框内打“√”)：

1. 保密口，在解密后适用本授权书。
2. 不保密 ☒。

论文作者签名 王安琪 指导教师签名 刘军  
2021 年 6 月 4 日

## 目 录

摘 要.....	I
ABSTRACT.....	II
英文缩略语.....	IV
引 言.....	1
第一章 文献研究.....	2
1 概述.....	2
2 西医对颈性耳鸣的研究现状.....	2
2.1 病因及发病机制.....	2
2.2 西医治疗.....	3
3 中医对颈性耳鸣的研究现状.....	4
3.1 病因病机.....	4
3.2 中医治疗.....	5
4 小结.....	8
第二章 临床研究.....	10
1 临床资料 1.....	10
1.1 研究对象.....	10
1.2 诊断标准.....	10
1.3 纳入标准.....	10
1.4 排除标准.....	11
1.5 剔除及脱落标准.....	11
1.6 常见异常情况处理.....	11

2 研究方法.....	12
2.1 技术路线.....	12
2.2 样本量计算.....	12
2.3 分组方法.....	13
2.4 试验方法.....	13
2.5 观察指标.....	14
2.6 统计学处理.....	15
3 研究结果.....	15
3.1 一般资料.....	15
3.2 结果.....	17
第三章 讨论.....	21
1 对颈性耳鸣病因病机的探讨.....	21
2 多针浅刺治疗颈性耳鸣机理讨论.....	22
3 耳穴贴压治疗颈性耳鸣机理讨论.....	26
4 西药选用银杏叶提取物片和甲钴胺的依据.....	27
5 颈性耳鸣诊断标准和评价量表标准讨论.....	28
6 结果及结论分析.....	28
6.1 临床症状改善分析.....	28
6.2 临床疗效分析.....	29
7 本研究的局限性.....	29
结    论.....	30
本文创新点.....	31
参考文献.....	32

附 录.....38

致 谢.....43

在学期间科研成果.....44

个人简历.....45

## 摘 要

**目的：**本试验通过观察多针浅刺配合耳穴贴压治疗颈性耳鸣（气滞血瘀型）对比口服西药治疗颈性耳鸣的临床疗效差异，探讨多针浅刺配合耳穴贴压治疗颈性耳鸣的作用机理及其疗效，总结前人相关治疗经验并为临床提供一种安全有效的中医疗法。

**方法：**本试验选择符合纳入标准的72例颈性耳鸣患者入组，其中部分受试者存在脱落的情况，最终共有60例颈性耳鸣患者参与研究，所有受试者进行随机分组，其中治疗组共计30例，利用多针浅刺结合耳穴贴压；对照组共计30例，利用口服西药的治疗方式。在治疗前和四个疗程治疗后分别使用颈痛量表(NPQ)和耳鸣严重程度评估表(TEQ)评分，进行积分统计并得出数据进行分析，比较两组疗效后得出结论。

### 结果：

1.在治疗以前，先针对两组进行对比分析，其中主要包括性别、年龄与病情等，经过统计分析，结果显示没有显著性差异（ $P>0.05$ ），因此具备一定的可比性。

2.经四个疗程治疗后，对比两组前后的TEQ评分和NPQ百分比，经过检验，分析后存在显著性差异（ $P<0.05$ ），同时具备统计学意义，但是治疗组起到了更好的治疗效果。

3.治疗组共计30例：其中治愈共计3例，显效共计14例，有效共计8例，无效共计5例，其有效率达到了83.33%。对照组共计30例：其中治愈共计1例，显效共计6例，有效共计16例，无效共计7例，其有效率达到了76.67%。利用SPSS26.0统计软件针对数据进行处理分析，两组数据经过分析以后（ $P<0.05$ ），具备统计学意义，因此从这个角度进行分析，治疗组效果优于对照组。

**结论：**总结分析临床数据，治疗组多针浅刺配合耳穴贴压治疗颈性耳鸣（气滞血瘀型）效果优于对照组，多针浅刺配合耳穴贴压治疗颈性耳鸣(气滞血瘀型)的治疗方法值得临床应用。

**关键词：**多针浅刺；耳穴贴压；气滞血瘀型；颈性耳鸣

## Abstract

**Objective:**In this trial, we investigated the mechanism of action and its efficacy of multi acupuncture shallow acupuncture combined with auricular acupressure for the treatment of cervical tinnitus by observing the difference in clinical efficacy between the treatment of cervical tinnitus (qi stagnation and blood stasis type) and oral western medicine, to summarize previous relevant therapeutic experiences and provide a safe and effective traditional Chinese medicine (TCM) therapy for clinical practice.

**Methods:**Seventy two patients with cervical tinnitus who met the inclusion criteria were selected for enrollment in this trial, of which some subjects had exfoliation, and finally a total of 60 patients with cervical tinnitus were enrolled in the study, and all subjects underwent randomization, including a total of 30 cases in the treatment group, which utilized multi-needle shallow acupuncture combined with auricular acupressure, and a total of 30 cases in the control group, which utilized the treatment modality of oral western medicine.Using the neck pain scale (NPQ) and tinnitus severity assessment form (TEQ) scores before treatment and after four courses of treatment, respectively, point statistics were performed and the data were drawn for analysis, which was concluded after comparing the efficacy of two groups.

**Results:**1. Prior to treatment, a comparative analysis was performed for the two groups, which mainly included gender, age and condition, etc. after statistical analysis, the results showed no significant difference ( $p>0.05$ ), so they were comparable.

2.After four courses of treatment, comparing the TEQ scores and NPQ percentages before and after the two groups, after the test, there was a significant difference ( $p<0.05$ ) after analysis, which was also statistically significant, but the treatment group played a better therapeutic effect.

3.A total of 30 cases were included in the treatment group: among them, 3 cases were totally cured, 14 cases were totally marked effect, 8 cases were totally marked effect, 5 cases were totally invalid, and their response rate reached 83.33%.A total of 30 cases were



included in the control group: among them, 1 case was totally cured, 6 cases were totally developed and 16 cases were totally effective and 7 cases were totally invalid, and its effective rate reached 76.67%.Spss26.0) was used to process the data, and the data of two groups were analyzed later ( $p < 0.05$ ) for statistical significance, so the treatment group was better than the control group when analyzed from this perspective.

**Conclusion:**Summary analysis of the clinical data, the treatment group received multiple acupuncture shallow acupuncture combined with auricular acupressure for the treatment of cervical tinnitus (qi stagnation blood stasis type) better than the control group, and the treatment method of multiple acupuncture shallow acupuncture combined with auricular acupressure for the treatment of cervical tinnitus (qi stagnation blood stasis type) deserves clinical application.

**Keywords:**multi-needle shallow pricking, Auricular application pressure, And qi stagnation and blood stasis type, Cervical tinnitus

## 英文缩略语

英文缩写	英文全称	中文名称
TEQ	Tinnitus Evaluation Questionnaire	耳鸣评价量表
NPQ	Northwick Park Neck Pain Questionnaire	颈痛量表
TCD	Transcranial Doppler	经颅多普勒
TMS	Transcranial magnetic stimulation	经颅磁刺激

## 引 言

耳鸣是临床中常见的一种疾病，经查阅目前在全世界范围内，有12%~13%的人群患有耳鸣<sup>[1]</sup>，美国耳鼻咽喉头颈外科学会明确指出耳鸣持续时间超过半年以上的患者较难治愈，随着病情的发展可能继发听力下降，部分比较严重的患者还伴有焦虑、抑郁等不良情绪<sup>[2]</sup>，这类患者尽管采用积极治疗但由于情绪低落可能诱发合并其他疾病，严重影响人们的生产生活。近年来随着电子设备的不断深入发展，人们的生活和办公都离不开电脑和手机等设备，在越来越快捷化的生活背后也隐藏着健康的隐患，长期低头的不良姿势会造成颈部肌肉持续紧张痉挛，导致椎-基底动脉供血不足并且还会刺激交感神经然后引起反射性迷路动脉痉挛，进一步影响内耳微循环，从而出现耳鸣等一系列症状，这类耳鸣被称为颈性耳鸣或者颈源性耳鸣。

颈性耳鸣目前是一种常见的耳部疾病，多发于有颈部劳损病史的患者，一般表现为在没有其他声源或者外界的噪音刺激时，患者感觉耳中有“嗡嗡”的鸣响声，中医所谓耳鸣是由于“阳气万物盛上而跃”，因此颈性耳鸣也归属于中医“耳鸣”的范畴。在《内经》中详细记载了多条经脉循行都经过颈部和耳周，从某种程度上强调了颈部和耳周之间存在密切联系，由于颈项和耳部都在头面清窍，故颈部气血不畅也会累及耳部气血周流。结合目前临床中所见到的大多数颈性耳鸣患者的症状表现，患者发生耳鸣的同时往往在颈部有明显的压痛点，固定不移，甚至伴有肢麻，如上所述这种情况主要是由于颈部气血不通导致血脉瘀滞，使耳周血脉失养致耳鸣。

故本试验旨在通过中医传统疗法对病程在半年之内的颈性耳鸣患者进行积极的干预和治疗，避免患者因治疗不当演变成慢性耳鸣，提高患者生活质量，降低治疗成本的消耗。本课题是基于前人的理论和临床经验上，结合导师的多年临床实践，主要是采用多针浅刺结合耳穴贴压治疗颈性耳鸣，以期能够找到一种安全无副作用，效果明显，疗程短且患者接受度高的最佳治疗方法，通过观察多针浅刺配合耳穴贴压与口服西药对治疗颈性耳鸣（气滞血瘀型）的临床疗效，客观地评价多针浅刺配合耳穴贴压治疗颈性耳鸣的有效性，阐明其本质和治疗机理，充分发挥中医特色治疗本病的优势性，为日后能够应用于临床，全面仔细地研究颈性耳鸣的发病机制和中医疗法，不断在临床实践中总结和吸取经验，为将来的临床诊疗打下坚实的基础。

# 第一章 文献研究

## 1 概述

颈性耳鸣是一种常见的耳部疾病，一般表现为在周围环境中没有相应的声源刺激情况下，患者主观上感觉耳中鸣响，甚至越在安静的环境中，耳内鸣响更加明显，给患者带来诸多不便，对人们的生产生活也会产生一定的负面影响。目前颈性耳鸣归属于中医“耳鸣”的范畴，现代研究认为是由于颈椎的急慢性劳损和生理曲度改变，加速了颈椎的退行性变，颈椎骨质增生及其他异常的改变都可能导致椎-基底动脉供血不足并且还会刺激交感神经然后引起反射性迷路动脉痉挛，进一步影响内耳微循环，局部的缺血缺氧状态会刺激内耳动脉产生大量氧自由基从而损害内耳细胞，出现耳鸣症状。在临床中，部分患者在初诊中检查耳内发现无器质性改变时，医者往往会忽略颈椎病的致病基础而诊断患者为神经性耳鸣，并且目前单纯采用西医治疗效果欠佳，为了进一步提高其疗效，充分发挥中医优势，因此进一步开展并深入对颈性耳鸣的研究。

## 2 西医对颈性耳鸣的研究现状

### 2.1 病因及发病机制

西医针对耳鸣的定义为不存在外界声源刺激时，患者在主观感觉上表现出的对于声音的幻觉。经查阅目前在全世界范围内，有12%~13%的人群患有耳鸣<sup>[1]</sup>，部分比较严重的患者还伴有焦虑、抑郁等不良情绪<sup>[2]</sup>，这类患者尽管采用积极治疗但由于情绪低落可能诱发合并其他疾病，治疗效果不佳。根据耳鸣的发病机制，能够分成两种不同的类型，分别为耳源性与非耳源性。非耳源性耳鸣可能与颈椎有关，这种情况一般受到生活习惯的影响，比如存在长期的不良姿势，或者生活压力较大造成颈部肌肉持续紧张，进而出现了痉挛的情况<sup>[3]</sup>，这种类型被称为颈性耳鸣，最早由安德鲁·韦尔提出。目前临床上颈性耳鸣常除耳鸣外往往还伴有头晕、恶心、颈痛及肢麻等，观察颈椎X线和颈部MRI结果均显示有不同程度的颈椎病。据调查全部耳鸣患者中有36%为颈性耳鸣<sup>[4]</sup>，但至今西医对颈性耳鸣的发病机制和诊断标准尚未达成统一标准。目前有学者通过动物实验发现颈椎与耳蜗核（是全部耳蜗的传入神经纤维的起点和终止处，并且是听觉中枢投射的第一级神经突触聚集地）之间存在联系<sup>[5]</sup>，颈椎体感信息通过改变耳蜗核来影响听觉系统。大多数学者认为椎基底动脉的血供情况和耳鸣的发生存在

密切关联，颈椎病变会刺激颈部丰富的交感神经从而使椎动脉收缩，供血不足累及耳内组织缺血缺氧，局部炎症水肿导致耳鸣的发生<sup>[6]</sup>。以目前的研究数据为基础可以确定，治疗颈椎病对颈性耳鸣具有重要临床意义。

## 2.2 西医治疗

颈性耳鸣患者在最初就诊时由于检查耳内无器质性改变，常被诊断为神经性耳鸣，目前西医常采取以下疗法，包括口服药物、高压氧辅助治疗、经颅磁刺激技术、采用噪音或者音乐遮蔽疗法，对患者进行心理疏导等治疗方式。

### 2.2.1 药物治疗

在临床中，治疗耳鸣的药物大致可以划分为：调节内耳功能的药物（具体还分为扩张局部血管类、营养组织神经类、改善耳内微循环类）；减轻耳鸣的药物（主要包括缓解血管痉挛类、利多卡因等局部麻醉类、激素以及松弛肌肉类药物）；还有辅助调节情绪类药（抗焦虑和抗抑郁类）。部分患者通过药物治疗后症状有一定改善，一些轻症患者耳鸣能够完全消失，但针对颈性耳鸣的患者来说大多数患者都没有从根本上解除病因，还需要配合改善颈椎病的治疗才能取得明显的效果。邹桂年<sup>[7]</sup>应用口服西比灵、长春西汀同时配合甲钴胺以营养神经，并联合利多卡因进行耳后封闭治疗（总有效率为86.4%）。邱志勇<sup>[8]</sup>应用西药治疗80例患者，证实在治疗耳鸣方面利多卡因疗效优于弥可保。冯关周<sup>[9]</sup>应用金纳多与复方丹参结合的方式治疗了55例耳鸣患者取得显著效果，治疗总有效率为94.55%。

### 2.2.2 高压氧治疗

从高压氧治疗的方式来看，指的就是在高压环境下进行纯氧的呼吸，利用这种方式增加组织内部的血氧含量，同时提升脑血流量，基于此调节颅内压，确保神经细胞正常工作<sup>[10]</sup>。其治疗原理是通过高血氧来调节耳内血氧情况，从而改善内耳缺血缺氧状态，修复耳蜗与听神经的功能，该治疗无创，能够广泛应用于各种缺血缺氧性疾病<sup>[11]</sup>。但在临床中高压氧治疗常作为一种辅助疗法。宋海云<sup>[12]</sup>采用电针和高压氧疗治疗71例神经性耳鸣患者，总有效率90.14%。

### 2.2.3 经颅磁刺激(TMS)

从经颅磁刺激技术的应用情况进行分析，就是利用磁信号的传播穿过颅骨，这种情况下能够刺激大脑内部的皮质神经，调节大脑内部的电生理活动，安全无痛苦，操

作方便。有研究<sup>[13]</sup>证实，TMS可以兴奋听皮质神经治疗耳鸣。郑秀琴等<sup>[14]</sup>证实重复低频磁刺激可以改善老年神经性耳鸣症状。

#### 2.2.4 掩蔽治疗

掩蔽治疗是通过外界其它声源刺激模拟患者耳鸣的频率，产生与其相近的掩蔽信号以达到治疗效果。据有关研究<sup>[15]</sup>，掩蔽治疗对治疗神经性耳鸣有一定作用。此法适用于病情较轻，病势较缓，年龄较小、病程较短，且单一音调的患者。易景成<sup>[16]</sup>采用噪音掩蔽疗法，让患者充分暴露在一个噪音环境中，主要是通过不断的声音刺激让患者尽快适应这种噪音后也能够适应耳鸣所产生的异常声音频率刺激，治疗了30例神经性耳鸣患者，总有效率83.33%。

#### 2.2.5 心理治疗

现代研究<sup>[2]</sup>证实耳鸣严重的患者，可能出现不良情绪，例如焦虑与抑郁等。心理治疗这一疗法，对耳鸣的改善有一定的积极作用。心理疏导有利于患者培养正确的就医观念：降低患者自身的心理负担，改善不良情绪，降低大脑皮质对耳鸣的敏感性，适应性增强<sup>[17]</sup>。李建民等<sup>[18]</sup>对60例患者行针刺治疗后配合认知疗法，总有效率达88.3%。

### 3 中医对颈性耳鸣的研究现状

#### 3.1 病因病机

颈性耳鸣目前是一种常见的耳部疾病，多发于有颈部劳损病史的患者，一般表现为在没有其他声源或者外界的噪音刺激时，患者感觉耳中有“嗡嗡”的鸣响声，中医所谓耳鸣是由于“阳气万物盛上而跃”，因此颈性耳鸣也归属于中医“耳鸣”的范畴。耳鸣的发生与五脏六腑和经络系统均有联系。如《灵枢》中所述：“髓海不足，则脑转耳鸣”，肾开窍于耳，肾精不足，头窍失养，气血不足以濡养耳周血脉则眩晕耳鸣；如《素问》中所述：“木郁之发……甚则耳鸣眩转”，肝主疏泄，若抑郁恼怒，肝失调畅，循经上扰清窍，气机不利也会造成耳鸣。《素问》曾经提到：“头痛耳鸣……肠胃之所生也”脾胃虚弱，无法将后天摄纳的饮食水谷转化为气血精微则耳窍失养，因此出现了耳鸣。因此治疗耳鸣时可根据中医辨证分型以调理肝脾肾，滋养耳窍，配合针灸治疗后可畅通耳部经络气血。目前后世医家扩展了耳鸣的辩证分型，除了与肝脾肾在生理和病理上密切相关，还有的人认为外邪侵袭、体内病理产物（如痰、瘀血）等也会导致耳鸣的发生。

另外中医还强调其和经络循行之间的关系，人身之上下的经络气血都会汇聚于头面部，手三阳经和足三阳经都通过其分支交汇于头面，手少阴经和足厥阴经也通过各自的分支上达头面，其余各阴经经过经别的联系与头部产生联系，其中耳朵和眼睛周围就是经脉气血共同汇集流通的地方，是故耳脉经络气血空虚也会出现耳鸣。在《内经》中详细记载了多条经脉循行都经过颈部和耳周，从某种程度上强调了颈部和耳周之间存在密切联系，参考《灵枢·经脉》中记载的手、足少阳同名经和手、足太阳同名经循行皆经过颈项和耳部的条文，如手少阳三焦经和足少阳胆经都是“从耳后入耳中”、手太阳小肠经“从缺盆循颈，却入耳中”、足太阳膀胱经“从巅至耳上角”，以上各阳经的循行都经过颈肩部再循行至头面部的一定部位，最终联系于耳。《黄帝内经》曰：“应耳中鸣……颈筋急则为筋痿，颈肿，寒热在颈者”，因此颈部疼痛不适与耳鸣也有关系，由于颈项和耳部都在头面清窍，故颈部气血不畅也会累及耳部气血周流。《素问》中载：“心脉微涩为耳鸣”，微涩其实就是气血不能够在脉中畅通无阻，血的运行是在气的推动下才能运行周流于全身，因此气行才能血行，脉微涩可以理解为气滞血瘀所导致，还有一种解释就是气血亏虚，不能充盈脉道，气不足则无力运血，血流缓慢引起耳鸣。结合颈性耳鸣的症状表现，患者发生耳鸣的同时往往在颈部有明显的压痛点，固定不移，甚至伴有肢麻，同样也是由颈部气血不通导致血脉瘀滞，使耳脉失养则耳鸣。

### 3.2 中医治疗

目前在临床中以针灸为主并结合其他中医疗法治疗颈性耳鸣被广泛应用，现笔者对其临床研究概况归纳如下。

#### 3.2.1 针刺治疗

现代大量研究已证明针刺治疗颈性耳鸣效果显著，操作安全无副作用。其中大多数学者都选用针刺颈夹脊穴、枕后和耳周穴位并配合辨证取穴来治疗，减轻颈部软组织粘连，重新构建颈部肌群力学平衡，缓解内耳缺血缺氧状态，就能达到减轻甚至消除耳鸣的目的。薛浩<sup>[19]</sup>通过比较发现，针刺颈穴组有效率明显高于针刺传统耳周组（有效率80%>50%）。蒋学余等<sup>[20]</sup>治疗颈性耳鸣28例，采用针刺颈夹脊穴旁开一寸明显高于针刺传统耳周经验穴（有效率92.9%>73.3%）。刘金华<sup>[21]</sup>将48例患者分为针刺组（针刺颈夹脊及耳周）对比药物治疗（盐酸氟桂利嗪片），治疗组治疗总有效率明显优于

对照组（有效率91.7%>62.5%）。刘宇<sup>[22]</sup>选用针刺耳后三穴（阳维、风池、头窍阴）及颞后线（率谷与曲鬓的连线）治疗总有效率为87.08%。蔡超等<sup>[23]</sup>认为实施颈椎间盘整固针法可调整突出的髓核，稳定破裂的纤维环，以恢复颈椎的解剖位置：确定椎间盘突出具体位置，针刺颈夹脊穴并施行“烧山火”手法，使针感传至患者耳内或者耳周。叶晓红<sup>[24]</sup>采用创新传统针刺方法（常规针刺基础上加大椎、天柱、风池、完骨以及颈椎夹脊中上段C1~C4）治疗总有效率为93.3%，由于耳大神经在颈夹脊C1~C4段分离然后止于耳周故取之效果良好。李卫平<sup>[25]</sup>对比针刺治疗和高压氧治疗，结果显示针刺治疗的有效率明显高于高压氧治疗（有效率的97.0%>75.6%）。

### 3.2.2 针刀治疗

针刀也是一种手术刀，以古代九针一铍针为基础，同时具备现代医学的优点，基于此设计的手术刀，在现代运动医学理论指导下松解浅筋膜的技术。具有痛苦少，进针浅，刀口小且安全无副作用的特点，易于被患者所接受。运用针刀治疗颈性耳鸣的原理是针刀可松解颈项部软组织的粘连，减轻或者消除颈部肌肉筋膜的紧张拘挛状态，纠正颈部椎体失衡状态，重塑颈椎生物力学的平衡状态，解除对椎基底动脉的压迫<sup>[26]</sup>。金银花等<sup>[27]</sup>运用针刀联合西医神经节阻滞术治疗颈性耳鸣的有效率为53.85%。王海东等<sup>[28]</sup>采用“针刀逐层切刺法”松解枕下肌肉群的总有效率为90%。王玉清<sup>[29]</sup>采用针刀松解胸锁乳突肌起点和颈椎横突压痛点等处治疗因老年退行性颈椎病引起的耳鸣十多例，疗效都比较理想。

### 3.2.3 刃针治疗

刃针源于古代九针经过改良和创新后结合现代医学形成的一种新针具，针尖是扁的但很锋利，结合了毫针和针刀的优点，相比于普通针刺，可有效降低治疗次数，相比于针刀治疗，刺激量更大，并且无需麻醉，在中医基础理论指导下融入西医微创疗法，常用于治疗软组织损伤和顽固性的骨伤科疾病。梁蔚莉等<sup>[30]</sup>证实刃针疗法也能治疗颈性耳鸣：主要是根据经脉循行，以循行经过颈肩部的手、足阳经经筋为主，寻找局部的阳性反应点或者异常疼痛点，皮下结节和条索处作为施术部位，并且总有效率为93.3%。

### 3.2.3 推拿治疗

以往的研究<sup>[31]</sup>显示推拿治疗可以改变肌梭内部的刺激反应，使得肌肉放松，进而



降低肌肉存在的痉挛或者僵硬的情况。运用推拿治疗颈性耳鸣是先施行放松手法，松解黏连的周围组织，然后纠正颈椎前后纵韧带以及椎间小关节韧带，恢复颈椎的正常解剖结构。加快炎症的消散，降低对周围神经、血管的物理压迫。张盛强等<sup>[32]</sup>先定位痛点再施行推拿手法时，着重对颈激痛点进行松解，治疗颈性耳鸣患者40例的总有效率为 90.0%。张家鹏等<sup>[33]</sup>治疗病程在2周以内的急性颈性耳鸣患者52例，经过推拿手法治疗以后，总有效率达82.7%。

### 3.2.5 针刺配合推拿治疗

针刺配合推拿治疗，相比于传统的单一推拿治疗，不仅能减少治疗周期还能够提高疗效。沈钊雄等<sup>[34]</sup>先用手法整复后再行针灸治疗 1 例寰枢关节旋转移位伴 C3~C4、C4~C5 椎间孔狭窄的患者：松解颈肩部肌肉群，再行寰枢关节旋转定位扳法，最后配合针刺治疗，仅治疗一周后患者耳鸣症状彻底消失。陈幼楠<sup>[35]</sup>等以耳周和头颈部为主进行推拿治疗，再予针刺耳周及颈夹脊穴治疗颈性耳鸣取得良好疗效。

### 3.2.6 针刀配合推拿治疗

临床运用针刀结合推拿手法治疗颈性耳鸣的现存资料较少。金英杰等<sup>[36]</sup>用颈椎旋提手法解除关节错位对椎动脉的卡压后再利用微针刀松解枕下三角肌的起止点作为治疗组效果优于常规针刺（有效率 93.3%>76.7%）。

### 3.2.7 针刺配合中药治疗

传统医学认为耳鸣与肝脾肾关系密切<sup>[37]</sup>，在治疗耳鸣时可根据中医辨证分型以调理肝脾肾，濡养耳窍为则，以针灸为法，共奏舒经活络，开窍醒神，健脑聪耳之功。现有大量研究<sup>[38]</sup>已表明针刺联合中药治疗可有效改善耳鸣症状。杨骏教授<sup>[39]</sup>针药并用治疗颈性耳鸣，强调了“从项论治”和调神的重要性，针刺主要选取头颈部百会、风府、大椎、颈夹脊等穴以及耳周听宫、听会、远端取穴中渚，并配合应用磁石、龙骨、地龙等中药治疗在临床中均收到良好效果。

### 3.2.8 针刺配合灸法治疗

灸法治疗具有绿色无毒，操作简单的特点。利用艾灸的温热作用渗透到皮肤内部，促进血液循环和加速淋巴组织回流的目的。同时，艾灸还能解除平滑肌痉挛，起到镇静止痛的作用。诸晓英<sup>[6]</sup>采用针刺颈夹脊穴的同时辅以重灸，并且浅刺耳周穴位治疗达到良好疗效，其认为通过温灸可使热感渗透到颈部肌肉和耳廓的深层，奏温

经通络，活血化瘀之功。

### 3.2.9 电针配合电热灸法

电针疗法是一种现代医学方法，对针刺的疗效有显著的提升。运用电针仪可输出脉冲电流，刺激耳周血管收缩从而促进血液循环，使肌肉有节律地收缩舒张，减轻局部炎性水肿以及对椎动脉的压迫<sup>[40]</sup>。杨玲等<sup>[40]</sup>采用电针配合电热灸法治疗后效果明显，电流可以持续刺激耳周，激活耳内神经元，加速自身修复，电热灸法则作用在颈部，通过温热效应以利于缓解局部肌肉紧张痉挛状态，对改善内耳的微循环，维持疗效持久有显著作用。崔光豪等<sup>[41]</sup>选取 158 例患者，利用电针结合电热灸法（治疗组）比常规针灸（对照组）有效率更高（91.14%＞72.15%）。

### 3.2.10 针刺联合中药、推拿治疗

多法同用治疗颈性耳鸣，可快速缓解症状。李新<sup>[42]</sup>给予口服中药为对照组，针药结合推拿为治疗组，并且在治疗前后采用 TCD 检测（有效率 93.57%＞78.75%）。

## 4 小结

综上所述，颈性耳鸣其实是一种由于现代不良的生活习惯所导致的疾病，耳鸣本身的治愈率比较低，目前临床上还没有攻克这一顽疾。现代人的工作、学习迫使我们长期低头，颈椎长期处于紧张状态，不能得到放松，随之生理曲度发生改变，目前临床上有很多患者都有严重的颈椎病，并且发病呈年轻化趋势，加速了颈椎的退行性改变，这些颈椎的异常还会影响耳周血供，针对这类非耳源性耳鸣在治疗时重点在于明确病因，找到病灶后以积极治疗原发病，辅助影像学检查，才能有效根除耳鸣。目前针对此病，传统疗法大多以针灸为主结合其他疗法。若采用针灸治疗颈性耳鸣，在选穴时要着重考虑治疗颈椎病和耳鸣两大方面，并结合现代解剖学，以常规针刺为主，选取颈夹脊穴活血化瘀、通经活络，目的在于解除软组织的黏连后才能减轻对椎动脉的刺激或压迫，改善耳内血供。

笔者认为采用针刺配合耳穴贴压能够更好的治疗颈性耳鸣，针刺选穴主要是以近部选穴，耳周和颈部周围的穴位为主，再通过辩证选取相应的配穴从根本上改善和治疗由于颈椎病所引起的耳内供血不足出现的耳鸣症状，没有任何副作用和不良影响，另外配合耳穴贴压可以和针刺治疗起协同作用，持续刺激以增强其长期疗效，操作简单，取穴精简，治疗成本低，更容易被患者所接受，因此，本试验研究多针

浅刺配合耳穴贴压治疗颈性耳鸣具有临床实际意义，针刺方法强调多针浅刺，笔者将在后文展开详细论述，充分发挥传统疗法治疗颈性耳鸣的优势，证实其具有临床实用性和推广性。

## 第二章 临床研究

### 1 临床资料

#### 1.1 研究对象

从2020年1月到2020年12月,收集长春中医药大学附属医院针灸科门诊的患者进行分析,共选择72例符合颈性耳鸣诊断标准的患者,本试验病例的选取均符合颈性耳鸣的纳入标准和排除标准,告知患者并征得患者同意后,在接受治疗前嘱患者签署相关的知情同意书,然后开展相关的临床试验。

#### 1.2 诊断标准

##### 1.2.1 西医诊断标准

参照2015年《耳鼻咽喉科头颈外科学》<sup>[43]</sup>(人民卫生出版社)和《颈性耳鸣》<sup>[44]</sup>制定诊断标准:

(1)有颈椎病史,存在颈部慢性劳损史或头颈外伤史,耳鸣和颈椎病同时出现或继发其后。

(2)患者在不存在其他声源的刺激下,自我感觉耳中鸣响,颈肩部僵硬不适,局部存在显著的压痛,多伴有头晕头痛或者手指麻木等症状,耳鸣强度与颈痛有关。

(3)辅助检查:颈部X线或MRI等影像学检查显示颈椎间盘退行性改变或者其他异常改变。

##### 1.2.2 中医诊断标准

参照全国中医药行业高等教育“十二五”规划教材《中医耳鼻咽喉科学》<sup>[45]</sup>(中国中医药出版社)中气滞血瘀型耳鸣的辨证标准:

主症:患者在不存在外界其他声源的刺激下,自我感觉耳中鸣响,

兼症:病程长短不一,耳鸣的发病或与情志抑郁、颈部外伤及劳损有关,可伴指麻、头痛等症状,舌质色紫黯或有瘀斑瘀点,脉弦涩或者细涩。

#### 1.3 纳入标准

(1)满足上述颈性耳鸣(气滞血瘀型)的诊断标准;

(2)男女不限,18周岁≤年龄≤65周岁者,病程<6个月;

(3)一周内未接受任何治疗,也未参加其他临床研究者;

(4)受试者签署知情同意书（附表一），填写相应的评估量表（附表二、附表三），能接受治疗者。

#### 1.4 排除标准

- (1)存在外耳道异物、耵聍栓塞以及其他中耳病变等情况的患者；
- (2)因焦虑、抑郁等心理或精神性疾病无法正常沟通交流，也无法配合治疗的患者；
- (3)由于糖尿病、高血压或者肾脏系统等严重脏器功能疾病所导致的耳鸣；
- (4)有耳毒性药物服用史者；
- (5)严重精神类疾病、妊娠或者哺乳期妇女以及久病重病身体体弱者；
- (6)有梅尼埃综合征、耳石症等耳源性眩晕疾病。

#### 1.5 剔除及脱落标准

- (1)患者的依从性较差，或者由于自身原因无法继续进行治疗者；
- (2)治疗期间由于个人体质差异，或者存在不良反应或者严重过敏，无法继续参与治疗者；
- (3)因各种原因导致相关病例资料缺失，无法继续进行疗效判定和评估者。

#### 1.6 常见异常情况及处理

(1)晕针：部分患者由于初次针刺，情绪紧张或者过度虚弱、空腹出现晕针的现象应停止诊治并且迅速起针，然后让患者平卧，头稍低，宽衣解带并给予温水。配合按压人中、内关、合谷等穴位。严重者出现不省人事、呼吸细微的情况要立即配合西医急救。

(2)断针：因治疗前未仔细检查针具是否有剥脱情况，或者医生行针时操作不当、由于患者体位的改变等情况出现断针时，安抚患者情绪并叮嘱患者不要乱动，若有部分残端漏出皮肤表面，利用镊子夹出；残端和皮肤平齐的，这种情况下按压针旁皮肤，待其残端露出然后进行拔出，严重者完全陷入皮内，可行X线定位下手术取出。

(3)弯针：医生在施治的过程中操作不当或者患者体位的改变出现弯针，忌强行退出，以避免断针，可顺着弯曲方向缓慢退针，或者用押手配合放松穴位所在的局部肌肉，然后再进行退针。

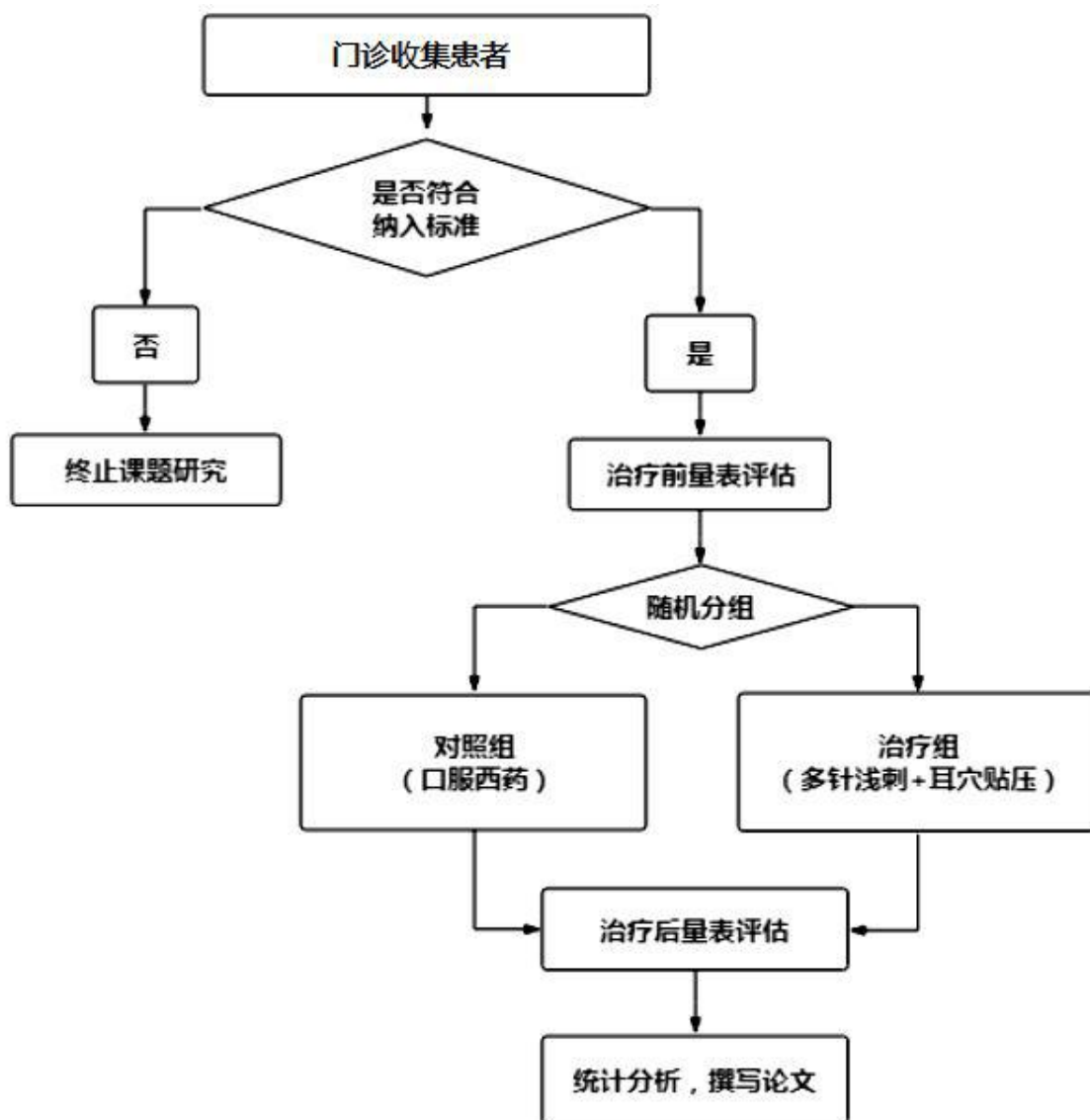
(4)部分患者由于个人体质原因，在耳穴贴压过程中若出现瘙痒等过敏反应，嘱患者可自行摘下耳穴贴；若因沾水或者出汗导致穴贴脱落可重新贴压，另外参考实际情

况及时更换耳贴，避免出现耳部皮肤感染的情况。

(5)口服西药治疗过程中，如果存在胃肠道不适(如恶心呕吐、腹泻腹痛等)和过敏反应及时停药。

## 2 研究方法

### 2.1 技术路线图



### 2.2 样本量计算

依据随机对照试验的最低样本量要求，两组纳入例数将均不少于30例，并按照20%的剔除脱落率计算，再增加12例，故计划收集72例，最终实际完成并参与试验研究的颈性耳鸣患者共60例。

## 2.3 分组方法

本次研究采取完全随机分组的方式，按照受试者进组的时间先后进行编号，采用随机数字表法，最终符合纳入标准的颈性耳鸣（气滞血瘀型）患者共60例，治疗组（多针浅刺+耳穴贴压）共计30例，对照组（口服西药）共计30例。

## 2.4 试验方法

### 2.4.1 治疗组（针刺+耳穴贴压）

#### (1)针刺治疗

选穴均取自于导师刘洋教授治疗颈性耳鸣的经验穴。

主穴：颈夹脊（C2~C7）、风池（双）、率谷（双）、曲鬓（双）、曲池（双）、外关（双）、中渚（双）、

配穴：合谷（双）、血海（双）

操作：患者正坐，首先使用75%的酒精棉球消毒。针刺选用安迪牌1寸（0.25×25mm）与1.5寸（0.25×40mm）的不锈钢毫针。

颈夹脊（C2~C7） 直刺0.3-0.5寸；

风池 向鼻尖方向斜刺0.3-0.5寸；

率谷 平刺0.3-0.5寸；

曲鬓 平刺0.3-0.5寸；

曲池 直刺0.5-0.8寸；

外关 直刺0.3-0.5寸；

中渚 直刺0.1-0.3寸；

合谷 直刺0.3-0.5寸；

血海 直刺0.8-1.0寸。

以上各穴均是双侧取穴，行平补平泻手法，针刺得气以后停留30分钟，每天一次。共计4个疗程，每个疗程连续治疗6天，休息1天。

#### (2)耳穴贴压

选穴：交感、皮质下、肾、内耳、颈椎

操作：先选择一侧耳朵，然后轻柔耳部，使耳部微红充血，然后使用75%酒精棉球消毒，稍等一会，待耳部干燥后在进行贴压，用镊子夹取王不留行籽耳穴贴，然后对

准耳穴进行贴压，全部贴完后，拇食指指腹相对用力按揉每个耳贴1分钟左右，并且嘱患者治疗过程中的注意事项，出现胀痛感属正常现象，每天按压3~5次，每穴按30下左右，尽量避免沾水，以防脱落。选用左右耳进行隔日交替贴压，共治疗4个疗程，每个疗程连续交替贴压治疗6天，休1天。

#### 2.4.2 对照组（口服西药）

参照《耳鸣临床应用指南》<sup>[79]</sup>和《耳鸣的诊断和治疗指南（建议案）》<sup>[80]</sup>，病程在6个月之内的新发耳鸣患者可给予改善内耳微循环类、营养神经类等药物进行治疗，故对照组采用金纳多联合甲钴胺。

银杏叶提取物片（又称金纳多，德国威玛舒培博士药厂；国药准字号：H20140768）口服6mg/次，3次/d；

甲钴胺片（上海新亚药业闵行有限公司；国药准字号：H20052207）口服0.5mg/次，3次/d。

谨遵医嘱连续口服7天为一个疗程，连续治疗4个疗程。嘱患者饮食清淡，忌辛辣刺激及烟酒并放松心情，注意休息。

### 2.5 观察指标

#### 2.5.1 观察指标

(1)耳鸣评价量表(TEQ)<sup>[46]</sup>：该量表相比于以往采用的耳鸣残疾评估量表(THI)缩短了2/3的评估时间，全面简洁，准确可靠。主要包括6个方面：耳鸣出现的环境、持续状况、耳鸣对睡眠、心情、注意力的影响以及自我严重程度评估<sup>[46]</sup>。（附表二）

根据TEQ所得分数对耳鸣分级<sup>[47]</sup>：

I级：1~6分；

II级：7~10分；

III级：11~14分；

IV级：15~18分；

V级：19~21分。

(2)颈痛量表(NPQ)：该量表共9个问题，利用颈痛的影响程度进行评分（0~4分），得分越高，说明颈部疼痛情况越严重。（附表三）

以上量表需要在接受治疗前和经过四个疗程治疗后分别进行量表评估并记录其得



分情况，从而进行疗效判定，在填表前医生会指导患者在符合自身情况的选项前打“√”，然后由患者本人自行填写。

### 2.5.2 疗效评定标准

主要参照《耳鸣评价量表的临床应用》<sup>[46]</sup>和《耳鸣严重程度评估与疗效评定参考标准》<sup>[47]</sup>作为关键的效果评判标准：

- (1)痊愈：耳鸣和颈椎不适症状均消失；
- (2)显效：耳鸣程度降低 $\geq 2$ 个级别，颈椎不适症状明显缓解；
- (3)有效：耳鸣程度降低1个级别，颈椎不适病症状有所缓解；
- (4)无效：耳鸣程度分级没有降低，或者较治疗前加重。

### 2.6 统计学处理

利用SPSS26.0统计软件针对数据进行处理分析，资料采取“均数 $\pm$ 标准”( $\bar{x} \pm s$ )的方式进行表示，满足正态分布采取均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )的表示方式；计数资料采取率(%)显示，进行 $X^2$ 检验；如果不满足正态分布，则进行秩和检验。

## 3 研究结果

### 3.1 一般资料

本课题研究选取的气滞血瘀型颈性耳鸣患者共72例，部分患者依从性较差或者其他原因造成脱落，最终共计60例患者参与到实验中，每组各30例。

治疗组：男性共计14例，女性共计16例；年龄最小对应是21岁，年龄最大对应是59岁，平均年龄为 $43.633 \pm 10.009$ ；病程最少为3周，最大为24周，平均病程是 $11.100 \pm 4.978$ 。

对照组：男性共计8例，女性共计22例；年龄最小对应是26岁，年龄最大对应是64岁，平均年龄为 $43.400 \pm 10.074$ ；病程最少为4周，最大为20周，平均病程是 $9.167 \pm 3.715$ 。

表1 两组性别分布情况对比(例)

组别	例数( <i>n</i> )	男	女	$X^2$ 值	<i>p</i> 值
治疗组	30	14	16	2.584	0.108
对照组	30	8	22		

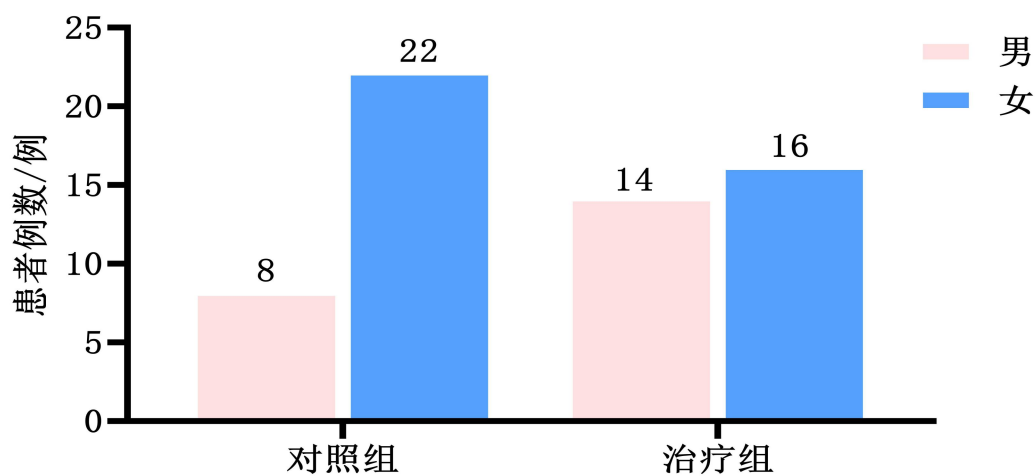


图1 两组性别分布情况对比 (例)

注：表1所示，利用 $\chi^2$ 检验针对患者的性别展开分析，其中 $p=0.108>0.05$ ，无显著性差异，两组在性别上具有可比性。

表2 两组年龄分布情况对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数 (n)	年龄 (岁)	t值	p值
治疗组	30	43.633±10.009	0.090	0.929
对照组	30	43.400±10.074		

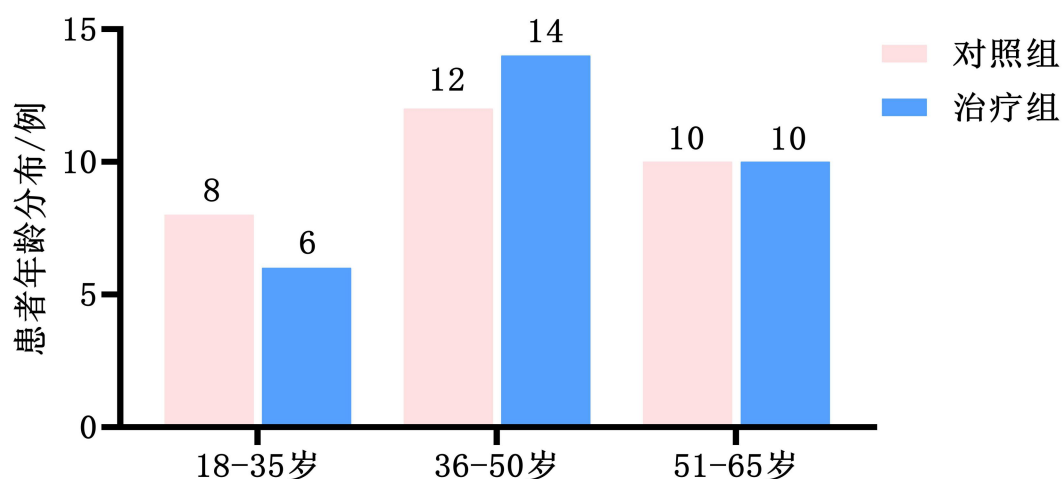


图2 两组年龄分布情况对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

注：表2所示，对两组患者的年龄进行分析分布符合正态分布且方差齐，运用独立样本t检验对，

$p=0.929>0.05$ ，无显著差异，两组在年龄上有可比性。

表3 两组病程情况对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数 (n)	病程 (周)	Z值	p值
治疗组	30	11.100±4.978	-1.595	0.111
对照组	30	9.167±3.715		

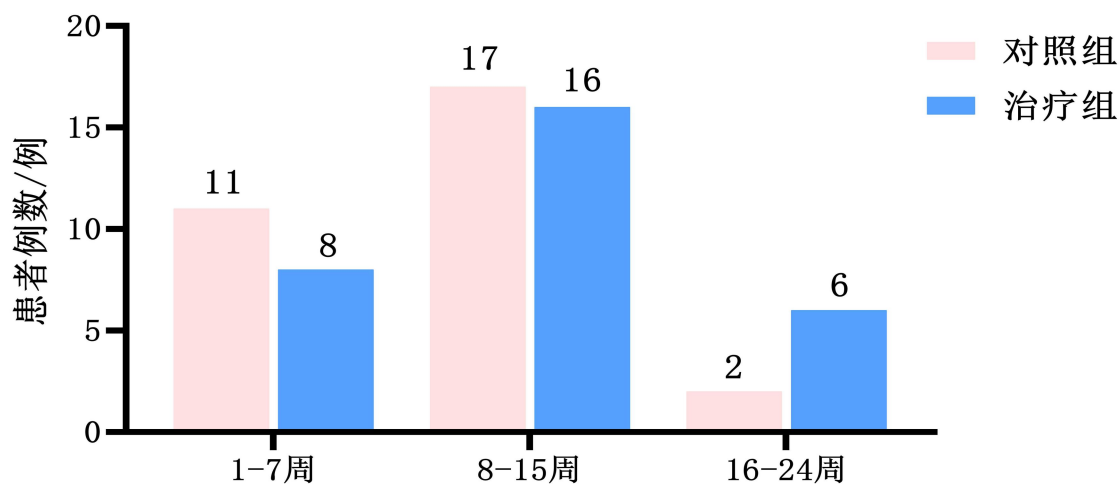


图3 两组病程情况对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

注：表3所示，针对两组患者的病程展开分析不满足正态分布，采用秩和检验 ( $Z=-1.595, p=0.111>0.05$ )，不存在显著差异，病程上具备可比性。

## 3.2 结果

### 3.2.1 治疗前后耳鸣严重程度评分

表4 治疗前后TEQ评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	治疗前	治疗后	差值 (d)	Z/t值	p值
治疗组	13.567±2.674	7.233±4.833	6.333±2.657	-4.799	0.000
对照组	13.900±3.021	11.200±4.795	2.700±2.756	5.366	0.000
Z值	-0.349	-3.018	—	—	—
p值	0.727	0.003	—	—	—

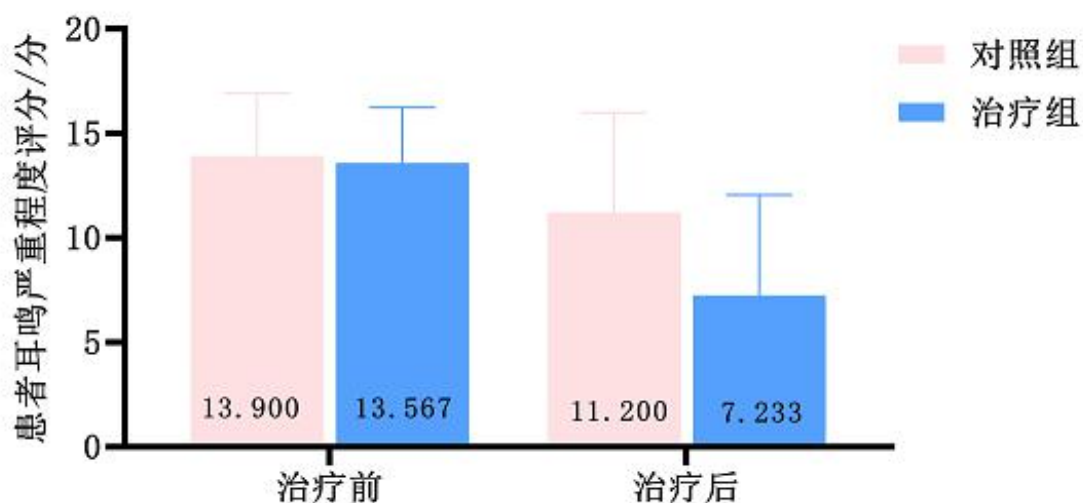


图4 治疗前后TEQ评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

注：表4和图4示，两组治疗前耳鸣严重程度评分不符合正态分布，采用秩和检验 ( $p=0.727>0.05$ )，无显著性差异，治疗前两组在耳鸣严重程度具有可比性；两组治疗前后比较，治疗组采用秩和检验 ( $p<0.05$ )，对照组采用配对样本t检验 ( $p<0.05$ )，两组治疗后耳鸣严重程度评分均明显下降，具有统计学意义；两组治疗后耳鸣严重程度评分不符合正态分布，采用秩和检验 ( $p=0.003<0.05$ )，结果差异有统计学意义，结果显示治疗组治疗后的耳鸣严重程度较对照组显著下降。

### 3.2.2治疗前后颈痛量表评分比较

表5 治疗前后NPQ评分比较 (%)

组别	治疗前	治疗后	差值 (d)	t值	p值
对照组	33.519±11.051	17.662±11.016	15.857±9.119	9.525	0.000
治疗组	35.416±8.658	27.825±10.451	7.591±4.047	10.275	0.000
Z值	-0.533	-3.410	—	—	—
p值	0.594	0.001	—	—	—

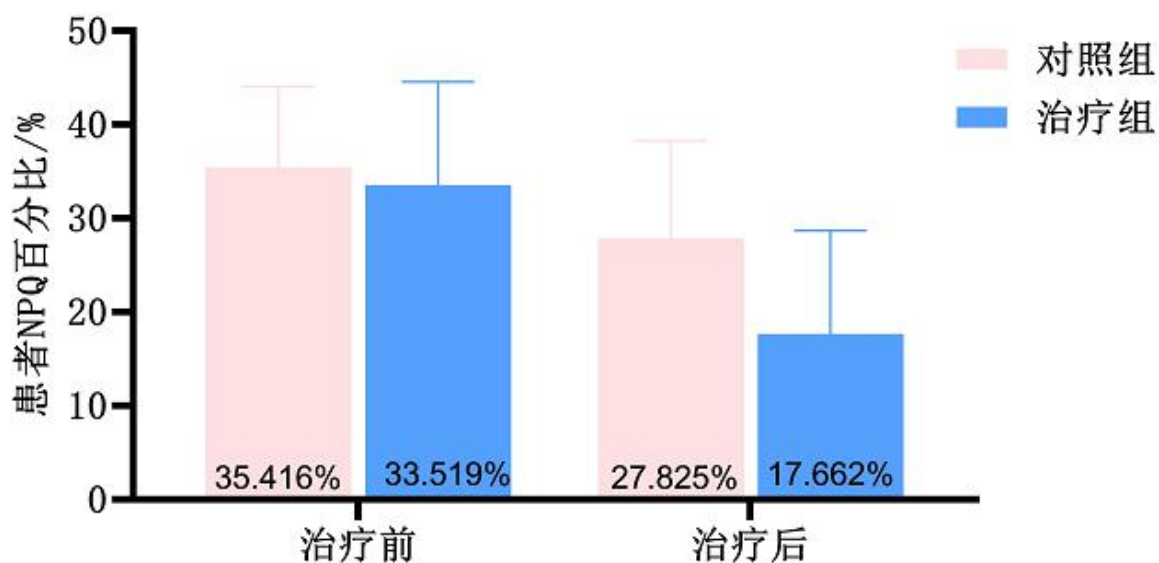


图5 治疗前后NPQ评分比较 (%)

注：表5和图5示，两组治疗前NPQ百分比比较不符合正态分布，采用秩和检验 ( $p=0.594>0.05$ )，无显著性差异，治疗前两组在NPQ百分比上具有可比性；两组治疗前后比较符合正态分布，均采用配对样本t检验 ( $p<0.05$ )，两组治疗后NPQ百分比均明显下降，具有统计学意义；两组治疗后NPQ百分比比较不符合正态分布，采用秩和检验 ( $p=0.001<0.05$ )，结果差异有统计学意义，结果显示治疗组治疗后的NPQ百分比较对照组显著下降。

### 3.2.3 治疗前后临床疗效比较

表6 两组治疗后疗效比较 (%)

组别	例数 (n)	痊愈	显效	有效	无效	总有效率	Z	p
治疗组	30	3 (10.00%)	14 (46.67%)	8 (26.67%)	5 (16.67%)	83.33%	-2.193	0.028
对照组	30	1 (3.33%)	6 (20.00%)	16 (53.33%)	7 (23.33%)	76.67%		

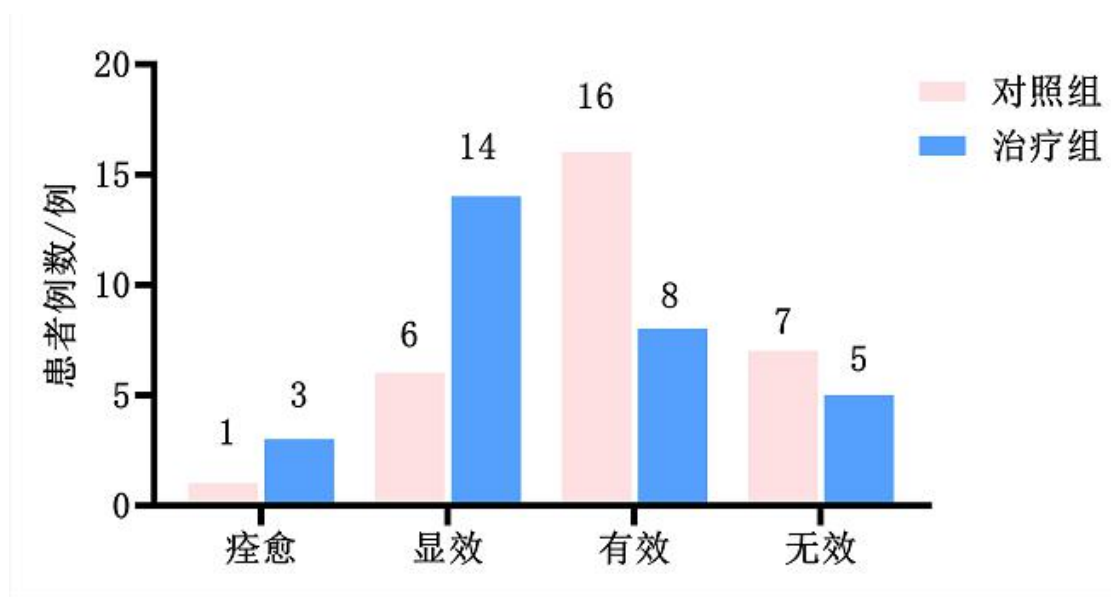


图6 两组治疗后疗效比较 (%)

注：表6和图6示，两组患者经治疗后，治疗组中：痊愈3例，显效14例，有效8例，无效5例，临床总有效率为83.33%；对照组中，痊愈1例，显效6例，有效16例，无效7例，临床总有效率为76.67%。经秩和检验，两组疗效具有统计学意义 ( $Z=-2.193$ ,  $p=0.028<0.05$ )，且治疗组疗效明显高于对照组。

## 第三章 讨 论

### 1 对颈性耳鸣病因病机的探讨

耳鸣是耳鼻喉科临床中常见的疾病，目前临床上治愈率较低，主要病症表现为患者自觉耳内有鸣响，呈间歇性或者持续性从而影响人们的睡眠与生活，有些患者在经过积极治疗后却没有明显的改善，严重者会导致患者出现焦虑、抑郁等不良的心理状态，恶性循环甚至加重疾病。耳鸣分为耳源性耳鸣和非耳源性耳鸣，其中耳源性耳鸣是由耳内器质性病变引起的耳鸣，如前庭神经炎、听神经瘤、梅尼埃综合征等；非耳源性耳鸣是由其他疾病所病发或继发所导致，如糖尿病患者后期继发的微血管病变、脑震荡等。但迄今为止，国内外研究者对耳鸣的发病机理尚未达成统一。从临床实践上来看，导致患者出现耳鸣的原因存在多样性和复杂性特征，我们应首先判断其是首发症状还是其他疾病所诱发的伴随症状，在临床治疗中配合辅助检查及多学科之间的合作，加强各学科之间的交流合作，明确其诱发因素，究其根本，治疗并解除原发病或者祛除其病因，才能有效治疗耳鸣。

颈性耳鸣在本质上属非耳源性耳鸣范畴，患有颈性耳鸣的患者往往伴有颈椎病既往史，部分患者还会有头部外伤史，在日常驾车或者坐公交车若突然急刹车，患者因为惯性头颈部猛地向前，会造成挥鞭样损伤导致颈椎的过度暴力伸展；生活中长时间高强度低头工作都会造成颈椎的急慢性劳损、骨质增生、黄韧带增厚、项韧带钙化、椎间盘脱出等一系列病症，这类患者可能会出现耳鸣的同时伴随颈椎病发生或交替发生，因此颈性耳鸣患者主要病症表现为患者自觉耳中鸣响、肩颈部局部压痛点，甚则伴头晕，手麻等为主症。在临床中，由于各科的独立性可能多数耳鸣患者去耳鼻喉科治疗时更加注重对耳内器质性的检查，忽略了颈部病变对其影响，这类耳鸣可能会被诊断为神经性耳鸣，对于一些非器质性耳鸣并且患者还有颈部不适我们可以通过拍颈椎开口侧双斜位X线，观察寰枢关节之间的间距是否有偏移、旋转和狭窄，可能会牵拉挤压椎动脉，其旁的交感神经受到物理性压迫性刺激也会反射性的引起椎动脉痉挛，椎动脉血流减慢造成大脑供血不足，缺血缺氧出现眩晕耳鸣等一系列症状。

由于目前针对颈性耳鸣没有系统性的治疗，药物治疗效果欠佳。另外至今西医对颈性耳鸣的发病机制和诊断标准还未达成统一，但是目前大多数学者认为耳鸣的发病

与椎基底动脉的血供情况存在密切关联，颈椎病变刺激交感神经导致椎动脉收缩，会影响耳部供血使内耳处于缺血缺氧状态，出现耳鸣<sup>[6]</sup>。由此颈椎病的治疗对颈性耳鸣具有积极意义<sup>[44]</sup>。当今社会普遍节奏较快，人们对电子设备过于依赖。当人处于低头状态且该姿势持续较长时间未得到有效放松时将导致颈部肌肉处于痉挛状态，将进一步促进颈椎的功能受损，如前文所述，当出现颈椎动脉痉挛时将影响患者大脑供血，影响前庭神经和内耳供血，引起耳鸣等一系列症状。

颈性耳鸣在中医中属于耳鸣范畴，耳鸣与五脏六腑、经络关系密切。总结历代医家对耳鸣的辨证论治，风邪侵袭、脾胃虚弱、痰火郁结、肝火上扰、瘀阻清窍等均可导致耳鸣。另外人体的十二经络脉都与耳部有着紧密联系，《灵枢·经脉》中记载的手、足少阳同名经和手、足太阳同名经循行皆经过颈项和耳部的条文，各阳经的循行都经过颈肩部再循行至头面部的一定部位，最终联系于耳，因此耳病也与颈椎的气血供应关系密切。《黄帝内经》中记载“应耳中鸣……颈筋急则为筋痿，颈肿，寒热在颈者”即患者颈部因感受外邪或劳伤，经脉运行不畅时，可累及耳部气血运行不畅，耳脉失于濡养可导致耳鸣。结合颈性耳鸣的症状表现，患者发生耳鸣的同时往往在颈部有明显的压痛点，固定不移，甚至伴有肢麻，同样也是由颈部气血不通导致血脉瘀滞，使耳脉失养则耳鸣。因此颈性耳鸣的诱发病因是颈部气血不畅累及耳周，在选穴时要先考虑颈椎病，疏通颈部经络气血，在根据耳鸣症状进行辨证取穴。

## 2 多针浅刺治疗颈性耳鸣机理讨论

多针浅刺包括两个方面<sup>[48]</sup>，一个是选穴多，另一个是针刺深度浅。“多针”是指在治疗时选穴较常规针刺选穴多，一般情况下常规针刺多在病痛局部选穴即选择患侧进行针刺，多针理论是源于古代刺法，是以十二节刺为理论基础，如傍针刺、齐刺、扬刺从本质上而言属于多针深刺法，其中傍针刺是在病痛的局部直刺一针，然后在其旁使针尖朝向病所斜刺一针，多用来治疗固定不移、久久不愈的痹证；齐刺又称三刺法，在病变中心先直刺一针，然后在左右两旁各斜刺一针朝向病所，用来治疗病变部位局限但是较深层的痹证；扬刺法则用来治疗病变范围较大的痹证，在病变中心直刺一针，然后在其上下左右各斜刺一针。由此可见通过多针可以治疗局部气血瘀滞的病症，结合疾病的病位和病性选择深刺或者浅刺。古人言“善用针者，从阴引阳，从阳引阴，以右治左，以左治右”，把人身分阴阳，则后背为阳，胸腹部为阴，五脏主藏精气



为阴，与其相表里的六腑主传化物则为阳，因此在临床中常采用位于后背阳面的背俞穴治疗相应的五脏疾病，即所谓从阳引阴，同样可以选取位于胸腹部属阴的募穴治疗六腑疾病，即所谓从阴引阳；人体除了分为前后，还分为左右，同样的道理，左侧肢体病我们可以选择右侧肢体的穴位进行针刺，右侧的肢体病我们选取左侧肢体的穴位进行针刺，因为经络系统贯通人身的上下左右，前后内外，脉气相通使得人身联系成一个紧密地有机的整体。所以采用多针同时取患侧和健侧，平衡人身之气血阴阳从而达到去除病邪的作用。

“浅刺”即针刺深度在皮下、分肉之间，一般不超过半寸，浅刺以激发经气，濡养皮肉筋骨，最早起源自《内经》中记载的“毛刺”“浮刺”“半刺”“扬刺”的范围，如《灵枢·官针》：“毛刺者……以治肌急而寒者也”、“半刺者……以取皮气”，都是浅刺于皮肤浅层，卫气行于脉外，营气行于脉内，故浅层为卫气所行，皮肤之所以是人体防御外邪的第一道门户正是由于卫气发挥保卫机体的作用，随着后世医家对浅刺法不断的进行总结归纳，如《针灸大成》：“凡针入皮肤间，……谓之开”，《医学入门》：“补则从卫取气……从其卫气”，有关营卫补泻《难经》中强调补法要从浅而深入针，将浅层的卫气向深层接纳，推而纳之让患者有所得，以上都说明浅刺具有“始浅刺之，以逐邪气而来气血”，保卫机体，固护正气，调和营卫的作用。结合现代医学，通过浅刺来刺激神经末梢，扩张病变局部血管，进一步加强了血管的渗透力，由此对病变部位的炎症进行吸收，最终改善患者症状<sup>[75]</sup>。由于浅刺的刺激量较小，避免因患者紧张进一步加重局部肌肉痉挛影响疗效，因此采用多针互为补充，在增强治疗效果的同时，还可减轻患者恐惧和排斥的心理，更易被接受。故本试验采用多针浅刺法治疗气滞血瘀型颈性耳鸣，疏通颈部经络气血，缓解颈部肌肉痉挛，促进气血运行上达至头面部，改善局部气滞血瘀的状态，调节内耳微循环使之恢复正常。

主穴：（1）颈夹脊（C2~C7）在后正中线旁开5分，横平C2~C7椎棘突左右各12穴。颈夹脊为经外奇穴，根据针灸治疗的“近治作用”，选取颈夹脊可疏通该部位经络气血，起到振奋周身阳气的作用。由于颈夹脊穴附近神经血管分布非常密集，包括斜方肌、背阔肌、菱形肌、竖脊肌等<sup>[49]</sup>，并且椎动脉及颈脊神经也分布于此，颈椎是上连接脑窍，下沟通躯体，为上下气血运行的通路，针刺颈夹脊可有效消除肌肉痉挛，同时还可提高颈部的血流速度，改善脑供血不足的症状<sup>[50]</sup>。故临床中多用颈夹脊穴治

疗颈项疾病及头面疾病，效果良好。我们在治疗颈源性疾病时应首先从颈部入手寻找病灶，多数患有颈源性疾病的患者都存在动脉供血不足的问题，通过针刺可有效缓解颈部肌肉的紧张状态，同时有效减轻对椎动脉的卡压，消除局部无菌性水肿，改善因供血不足所产生的耳鸣等相应临床症状<sup>[51]</sup>。

(2)风池：在项后两筋之中，针刺时向鼻尖方向斜刺0.3-0.5寸。风池穴位于头后部，临床研究证实风池穴可治疗多种头部疾病，以及躯体和五官疾病<sup>[52]</sup>。张钦等<sup>[53]</sup>通过研究发现针刺患者风池穴对基底动脉有良好的扩张作用，除此之外还可改善颈部血液循环，增加大脑供血量得以改善脑供血不足问题。基于其研究结果可知风池穴与椎基底动脉之间具有显著相关性，而后者可对颈部血液循环造成影响，根据风池穴的解剖位置，其下为头夹肌、颈丛神经以及椎动脉、枕动脉等所过之处，故针刺风池有利于改善颈段肌肉痉挛，减轻邻近的血管和神经的卡压，最终改善脑部供血，达到化瘀通络，滋养耳窍的功效。

(3)率谷：在头侧即耳尖直上入发际1.5寸处平刺0.3-0.5寸。针刺率谷可疏通局部经络气血、清泻肝火，根据其西医解剖位置，率谷下有耳颞神经和枕大神经分布，位于晕听区，由此可通过针刺加强该穴位血液流动，进而对耳鸣症状予以有效改善<sup>[54-55]</sup>。通过针刺率谷治疗顽固性神经性耳鸣发现率谷能够影响红细胞分化和聚集<sup>[56]</sup>，具有利耳开窍之功。

(4)曲鬓：在头侧即耳前鬓角发际平角孙穴处；平刺0.3-0.5寸；归经属足少阳胆经穴，其下有颞肌、耳颞神经、面神经分布。根据解剖学知识，该穴位下分布有大量的耳面神经和血管<sup>[57]</sup>。气滞血瘀型耳鸣与血液流动学和血脂代谢密切相关，临床研究发现针刺耳周穴位能够改变耳周的血液高粘状态，疏通耳周瘀阻可加快耳周体液循环，利用这种方式有利于该部位加快炎症吸收，最终改善患者耳鸣症状并促进患者康复<sup>[58]</sup>。

(5)曲池：屈肘取穴在肘横纹外侧端与肱骨外上髁连线的中点；可直刺0.5-0.8寸；曲池是手阳明大肠经的合穴，阳明经多气多血，取之可行气活血。《灵枢·经脉》“大肠手阳明之脉……上出于柱骨之会上”根据经脉循行，针刺曲池穴还能够治疗颈肩部不适伴上臂及手指麻木等症状，并且手阳明大肠经循行上至头面，通过其络脉也入耳中，另外现代研究发现针刺曲池可增加脑血流量并减少血管流通阻力，改善耳周血液循环<sup>[59]</sup>，有利于促进耳周微循环改善耳鸣症状。

(6)外关：在腕上2寸位于尺桡骨之间；直刺0.3-0.5寸；属于手少阳三焦经络穴，与阳维脉交于头面部，《医宗金鉴》：“外关,背膊内外筋骨痛,头项眉棱骨不宁”，《铜人腧穴针灸图经》：“治肘臂不能屈伸……耳聋无所闻”，故针刺外关可治疗耳鸣耳聋，颈肩不适，符合针灸的“远治作用”。另外，外关穴还是八脉交会穴之一，通过手少阳三焦经循行经过上肢外侧至颈肩部与阳维脉交会于天宗穴，阳维脉在项后风府、哑门穴交会于督脉，因此外关穴可以治疗颈肩强痛，据《针灸甲乙经》中记载“耳焯焯浑浑……外关主之”，因此选用外关穴既可以治疗颈椎病也可以用以改善耳鸣症状。

(7)中渚：第4掌指关节近端凹陷中；直刺0.1-0.3寸；中渚为三焦经之输穴，属木，调达通畅，是三焦经经气运行的枢纽，根据手足同名经上下脉气相通的原理，足少阳胆经和手少阳三焦经都经过耳部，其有穴通路耳门、听会均是治疗耳鸣耳聋的要穴，针灸中说的标本和根节理论，就是强调四肢以下穴对治疗头身远端疾病的重要性，如《针灸甲乙经》中记载耳鸣“耳鸣…肘臂痛…中渚主之”因此中渚具有通调三焦经气，疏通耳窍经络之功，《千金方》载：“中渚，主耳聋嘈嘈若蝉鸣。”针刺中渚可有效改善耳鸣耳聋和五官面部疾病<sup>[60]</sup>。根据中医临床实践，通过针刺该部位可刺激大脑听觉中枢，提升双侧颞叶区兴奋性<sup>[61]</sup>。

配穴：气滞血瘀型颈性耳鸣患者由于局部气血不通，瘀阻脉络，在颈项部有明显的压痛点，辩证选穴以理气活血，通络止痛。

(1)合谷：在手第1、2掌骨间，当第2掌骨桡侧的中点处；直刺0.3-0.5寸；“面口合谷收”，合谷属于手阳明大肠经，手阳明大肠经“从缺盆上颈……上挟鼻孔”经面、唇、鼻与足阳明经相联系，手阳明络脉入耳中，“手阳明之别……入耳,合于宗脉”，《针灸甲乙经》中有对合谷穴和听觉功能联系的相关记载：“聋,耳中不通,合谷主之”，故针刺合谷可疏通经脉气血，濡养清窍<sup>[62]</sup>，另外合谷与外关同用，为原络配穴法，起到疏通经络，调理气血之功。

(2)血海：在髌底内侧上2寸，因其肌肉较丰厚故可直刺0.8-1.0寸。血海具有活血化瘀的功能，现代临床已证实针刺血海穴可舒经活络，具有镇静止痛之功效。也有诸多研究者对此进行了研究和分析，学者任晓萱等通过发现电针血海穴后体内阿片肽类有显著增加，因而具有良好的镇静止痛功效<sup>[63]</sup>。李倩倩等<sup>[64]</sup>则观察了针刺血海后人体

皮肤血流情况,结果显示针刺血海可有效改善针刺部位血液循环,对人体免疫功能具有双向调节作用,有利于疾病的康复。

### 3 耳穴贴压治疗颈性耳鸣机理讨论

《黄帝内经》中:“耳者,宗脉之所聚”是耳穴贴压的重要理论基础,眼睛之所以能视,耳之所以能听,都有赖于全身经络气血的濡养,十二经络脉都上达头面汇聚到耳、目,通过中医以外知内和以内知外的原理,我们可以通过观察耳部在相应部位是否有异常反应点来推断和治疗其内在疾病。因此用胶布将具有活血化瘀作用的王不留行药籽贴于相应的阳性反应点,进行揉按以刺激穴位,产生酸麻胀痛等反应以此治疗相应疾病。耳穴贴压是一种无任何毒副作用的中医绿色外治疗法。另外选用耳穴贴压不仅作用持久,疗效稳定,而且治疗成本低,不受环境和体位限制,更易被患者接受,患者自行就可以进行操作,节省了大量的医疗资源,现代临床中也已证实耳穴贴压治疗疾病的广泛性和安全性。

中医认为肾开窍于耳,“肾为先天之本”,《灵枢》言:“肾气通于耳,肾和则耳能闻五音矣”。十二经络都通过其分支和经别与耳相关,《灵枢·邪气脏腑病形》中记载:“十二经络……其别气走于耳而为听”,因此耳穴贴压可以通过十二经络通行内外,贯通上下,运行全身气血,平衡阴阳。结合现代医学理论,耳朵在外形上与即将分娩的胎儿类似,基于中医学理论,通过异常的反应点间接地反映出各脏腑的功能状态就可以调整相应的疾病。根据现代解剖及生理,耳部神经血管分布密集,周围有耳大神经、枕小神经、耳颞神经等,因此刺激耳穴时会兴奋或抑制相应的神经元,进行生理调节,从而减轻相应症状,治疗疾病。邵霞萍<sup>[65]</sup>采用耳穴贴压(内耳、肾、脑、肝)治疗耳鸣取得了一定疗效,同时配合针刺能加强治疗疗效,改善治疗耳鸣症状。于志红等<sup>[66]</sup>采用耳穴贴压(肾、皮质下、内耳)配合物理疗法治疗神经性耳鸣疗效显著。

本试验药籽主要选取王不留行,又称王不留行及麦篮子,具有行气活血,通经活络之功效,有研究者对王不留行进行了药理学分析,结果表明<sup>[67]</sup>其籽含环肽和黄酮苷类成分,具有促进乳汁分泌、抗氧化、消炎镇痛等作用,因此配合相应耳穴进行按压能够起到平衡阴阳,调理脏腑的作用<sup>[68]</sup>,在耳穴敷贴按压后将按压部位产生刺激,并将刺激信号通过神经元传导至大脑皮层的听觉中枢<sup>[69]</sup>,调节耳周微循环,缓解颈性耳

鸣。

从而本试验是基于颈性耳鸣的病理机制，结合患者症状表现，根据中医辨证施治并结合相应耳穴功能，最终选取“交感、皮质下、肾、内耳、颈椎”组方施治，交感具有解痉镇痛，舒筋活血的作用；皮质下可对大脑皮质产生抑制或兴奋作用，具有醒脑安神之功；肾具有益肾生髓，濡养耳窍的作用；内耳则有利耳行气，通窍活血的作用；颈椎具有舒筋活血，通络止痛的作用从而达到“治病求本”的目的，各穴相配共同起到改善内耳血液循环，调节内耳神经血管功能<sup>[70]</sup>。

#### 4 西药选用银杏叶提取物片和甲钴胺的依据

参照2015年颁布的《耳鸣临床应用指南》<sup>[79]</sup>和《耳鸣的诊断和治疗指南（建议案）》<sup>[80]</sup>，病程在6个月之内的新发耳鸣患者可给予改善内耳微循环类、降低血液黏稠度类、营养神经类等药物为主进行治疗，在临床中多联合用药进行治疗，因此对照组采用金纳多和甲钴胺。

(1)银杏叶提取物片：又称金纳多，属于血管扩张药，既可以扩张脑血管也可以作用于周围血管，现代药理研究已证实金纳多的主要含有银杏黄酮苷，萜类内酯等成分，对改善血液流变学可以起到积极的作用，其主要成分可以改善血液循环，降低血小板粘稠度；其中银杏黄酮苷和银杏内酯具有氧自由基清除剂的作用。现代研究<sup>[9]</sup>已证实金纳多可以应用于治疗突发性耳聋，改善血液循环，降低应激反应所带来的损伤。另有研究<sup>[77-78]</sup>证实金纳多可以有效治疗椎基底动脉供血不足所引起的疾病，针对颈椎病刺激交感神经所引起的椎动脉收缩，结合现代药理学研究和大量的动物实验均表明金纳多能够减少椎基底动脉血管内张力，降低血管内通透性并减少其血流阻力，扩张血管有助于直接增加脑组织的血流灌注量，进一步提高组织细胞的抗缺氧能力，发挥抗氧化作用直接清除体内过多的氧自由基，从而能够治疗椎基底动脉供血不足所引起的头晕耳鸣等症状。颈性耳鸣患者在发作时往往伴有颈项部肌肉的紧张痉挛，银杏叶醇提物还具有解除平滑肌痉挛的作用。故目前在临床中广泛应用金纳多治疗耳鸣，因其用药安全性高，只有极少数患者可能会出现腹痛腹泻等不良症状。

(2)甲钴胺片：甲钴胺属于营养神经类药物，一般临床上多应用于神经性耳鸣和突发性耳鸣的治疗。甲钴胺也属于维生素类药物，是一种内源性的辅酶B12,也是治疗周围性面瘫的常用药，可以改善周围神经病变，现有研究<sup>[76]</sup>甲钴胺联合金纳多治疗神经

性耳鸣的有效性，协同起到修复内耳神经组织的功能，营养内耳神经从而改善内耳微循环以达到治疗耳鸣的目的。

## 5 颈性耳鸣诊断标准和评价量表标准讨论

由于目前颈性耳鸣的发病机制和诊断标准尚未统一，故本试验西医诊断标准参照2015年人民卫生出版社修订的第三版《耳鼻咽喉科头颈外科学》<sup>[43]</sup>和《颈性耳鸣》<sup>[44]</sup>，对颈性耳鸣的诊断方面进行了全面的归纳总结，是目前较公认的诊断标准，因此本试验西医诊断具有可行性。本试验中医诊断标准参照2012年中国中医药出版社颁布的《中医耳鼻咽喉科学》<sup>[45]</sup>中气滞血瘀型耳鸣的辨证标准，是目前国内具有权威性的行业标准，因此中医诊断标准具有可行性。

我国刘蓬教授<sup>[71]</sup>通过多年对耳鸣的深入研究，结合国人实际情况，总结并改进出一套简单明了并且临床应用价值高的耳鸣评价量表，该量表相比于过去采用的THI量表缩短了2/3的评估时间。其内容主要包括6个方面：耳鸣出现的环境、持续状况、耳鸣对患者的日常生活影响及患者的自我评估。该量表目前是中华中医药学会等权威组织共同承认的评估量表<sup>[72-73]</sup>，具有较高的可信度，故本试验采用本量表作为耳鸣严重程度评估表和临床疗效评价的依据，能够真实的反映出受试者在治疗前后耳鸣严重程度。

NPQ颈痛量表目前是国际上认可度比较高的颈椎病评估量表，该量表共计9个问题，涵盖多项内容，主要通过自我评价的方式让患者就颈部疼痛对日常生活的影响进行评估，得分高低和影响程度呈正相关关系。目前有专家对该量表在中国的可适用性进行了评估<sup>[74]</sup>，结果证实NPQ颈痛量表应用价值高，能够适用于国内颈椎病患者的诊断和评估，结果真实可靠，因此应用NPQ百分比可以较好的反映出患者在治疗前后的疗效评价依据。

## 6 结果及结论分析

### 6.1 临床症状改善分析

对两组受试者在治疗前和治疗后进行TEQ和NPQ量表评估，对数据进行分析可知，治疗前两组患者量表评分结果和临床症状差异不显著，因而具有可比较性。比较治疗后的数据可知，两组患者耳鸣改善效果相较于治疗前差异显著，有统计学意义，在采取本文方式进行处理后两组患者耳鸣症状有显著改善，但是针刺配合耳穴贴压与口服

西药相比在治疗颈肩部不适方面具有显著性差异，可见治疗组在改善颈肩部不适方面更有优势，治疗组从根本上解决了颈部肌肉的紧张痉挛状态，恢复局部肌肉力学平衡，有效缓解并改善了椎-基底动脉血氧供应，促进耳周微循环，减轻了耳鸣症状。

## 6.2 临床疗效分析

首先在治疗开始前对患者性别、年龄、病程等进行比较，结果显示差异不显著，有统计学意义，因而具备可比较性。在经过相同时间的治疗后，两组患者在TEQ评分、NPQ百分比进行对比，组间和组内比较均具有显著性差异（ $P<0.05$ ），说明虽然两组都能改善颈性耳鸣程度，但是治疗组显著优于对照组，且差异显著，因此多针浅刺配合耳穴贴压可以更好的通经活络，促进气血运行，濡养耳窍，减轻颈性耳鸣的症状，适合临床推广应用。

## 7 本研究的局限性

(1)本试验虽然收集了72例颈性耳鸣患者，但经过剔除及脱落后，仅剩60例受试者，由于选取的样本量并不是很充足，可能会影响得出的试验结果，存在偏倚现象。所以如果各方面条件允许的前提下，应扩大样本量的收集，进行大数据的临床观察。

(2)由于观察时间有限，本试验仅在治疗前后进行指标检测，未进行长期随访观察其复发及预后情况，对其复发率尚不明确。故如果时间充足，可以加入远期的随访调查，使多针浅刺配合耳穴贴压治疗颈性耳鸣更具说服力。

(3)本试验对于患者的临床疗效评估方面，采用耳鸣评价量表和颈痛量表以及症状进行评估。由于对受试者疗效的判断，具有主观性，所以对疗效评估可能会产生一定的影响。故如果经费充足，应加入客观的影像学检查如经颅多普勒（TCD）等辅助检查进行临床疗效的客观评估。

(4)由于在目前临床研究中尚没有明确颈性耳鸣的发病机制，针对诊断标准与治疗结果判定标准还没有明确，故对于本病的治疗方面研究带来了阻碍，有关临床疗效评估的准确性受到了一定影响，期待在不久的将来能够建立统一的量化的观察指标从而进一步提高准确性和可靠度。

## 结 论

随着现代对电子设备的依赖，改变了人们的生产生活方式，同时在临床上颈性耳鸣患者年轻化特征明显，也影响着我们生活中的方方面面，不容小觑。本研究通过观察多针浅刺配合耳穴贴压治疗颈性耳鸣（气滞血瘀型）与口服西药的疗效进行对比观察，得出以下结论：

1. 多针浅刺配合耳穴贴压治疗颈性耳鸣疗效优于单纯口服西药的治法，治疗耳鸣和缓解颈痛方面疗效更加明显。

2. 多针浅刺的手法刺激量小，采用多针与其相互补充，在增强浅刺治疗效果的同时还减轻了患者的恐惧和排斥心理，更易被接受；另外耳穴贴压操作简便，安全无痛，无毒副作用，相对来说治疗成本低，适合临床普及和推广。



## 本文创新点

1.临床上对颈性耳鸣（气滞血瘀型）的研究较少，本课题以此为切入点进行中医辨证施治。通过调整全身脏腑，使气血上行至头面部，疏通耳窍经络气血。

2.首次采用多针浅刺治疗颈性耳鸣，多针是在治疗患侧的同时调整健侧，达到阴阳平衡，标本兼治，浅刺是针刺至皮下、分肉之间以激发经气，荣养皮肉筋骨，故也可以达到治疗目的，因浅刺的刺激量较小，与多针互为补充，在减少进针疼痛、增强治疗效果的同时，通过该治疗方法还能减轻患者的心理恐惧，患者治疗依从性也有所提升；另外配合耳穴贴压持续刺激，增强其长期疗效，操作简单，取穴精简，多针浅刺配合耳穴贴压治疗颈性耳鸣具有较高的临床实用性和社会价值。

## 参考文献

- [1] McCormack A,Edmondson-Jones M,Somerset S,et al.A systematic review of the reporting of tinnitus prevalence and severity[J].Hear Res,2016,337:70-79.
- [2] Axelsson A Ringdahl A.Tinnitus-a study of its prevalence and characteristics[J].Br J Audiol,1989,23(1):53-62.
- [3] 安德鲁·韦尔. 不治而愈[M]. 北京:新华出版社, 1988:5.
- [4] Michiels S, Van de Heyning P, Truijen S, et al. Diagnostic value of clinical cervical spine tests in patients with cervicogenic somatic tinnitus. Phys Ther,2015b;95(11):1529-35.
- [5] S. Michiels,P. Van de Heyning,S. Truijen,et al. Does multi-modal cervical physical therapy improve tinnitus in patients with cervicogenic somatic tinnitus?[J]. Manual Therapy,2016,26.
- [6] 诸晓英. 针灸治疗颈源性耳鸣的临床体会[A]. 浙江省针灸学会、浙江省重中之重学科(针灸推拿学). 2011 浙江省针灸学会年会暨学术交流会论文汇编[C]. 浙江省针灸学会、浙江省重中之重学科(针灸推拿学):浙江省科学技术协会, 2011:2.
- [7] 邹桂年. 2%利多卡因耳后封闭联合药物治疗神经性耳鸣的疗效观察及不良反应观察[J]. 现代诊断与治疗, 2016, 01:66-67.
- [8] 邱志勇. 西医治疗神经性耳鸣 80 例对比研究[J]. 中国当代医药, 2019, 1:194-195.
- [9] 冯关周. 金纳多联合复方丹参治疗神经性耳鸣患者的疗效分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2019, 22(15):1713-1718.
- [10] 王雅琼. 高压氧联合药物、心理干预对神经性耳鸣治疗的效果及护理观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(31):269+273.
- [11] 段小东, 胥方元, 危薇, 等. 电针联合高压氧舱治疗脑梗死患者认知功能的疗效观察[J]. 实用医院临床杂志, 2018, 15(2):57-59.
- [12] 宋海云, 望庐山, 吴松. 电针配合高压氧治疗神经性耳鸣疗效观察[J]. 云南中医学院学报, 2015, 06:54-56+67.
- [13] Park S, Park HJ, Kyeong SH, et al. Combined rTMS to the auditory cortex and prefrontal cortex for tinnitus control in patients with depression: a pilot study[J]. Acta Otolaryngol, 2013;133(6):600-6.
- [14] 郑秀琴, 于苏文, 薛阳, 等. 低频重复经颅磁刺激联合高压氧治疗老年患者神经性耳鸣的疗效

- [J]. 中国老年学杂志, 2019, 39(13):3217-3220.
- [15] 杨琴, 安伟, 王正龙, 等. 掩蔽法治疗感音神经性耳鸣的疗效分析[J]. 中国现代医学杂志, 2014, 24(31):64-67.
- [16] 易景成, 余可华, 陈爽, 等. 音乐噪音掩蔽治疗感音神经性耳鸣[J]. 山东医药, 2007(30):77-78.
- [17] 廖萌芽, 张先庚. 老年性耳鸣的治疗进展[J]. 中国疗养医学, 2014, 23(8):683-684.
- [18] 李建民, 成辉. 针刺结合认知疗法治疗神经性耳鸣 60 例[J]. 西藏医药杂志, 2010, 04:51-52.
- [19] 薛浩. 针刺颈穴与传统耳周穴治疗颈性耳鸣及伴随症状疗效比较[J]. 吉林中医药, 2015, 35(9):955-957.
- [20] 蒋学余, 刘晓瑜, 谢慰, 等. 针刺颈夹脊旁开 1 寸治疗颈源性耳鸣的疗效观察[J]. 哈尔滨医药, 2015, 35(S1):91-92.
- [21] 刘金华. 针刺治疗颈源性耳鸣 24 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(07):91-92.
- [22] 刘宇. 针刺耳后三穴及颞后线治疗颈源性耳鸣的临床研究[D]. 云南中医学院, 2018.
- [23] 蔡超, 马文龙, 马界. 颈椎间盘整固针法治疗颈源性耳鸣 23 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(07):64.
- [24] 叶晓红. 改良针刺法治疗颈源性耳鸣 33 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(05):80-81.
- [25] 李卫平. 针刺治疗颈源性耳鸣 33 例[J]. 中国民间疗法, 2011, 19(10):12.
- [26] 桂清民. 针刀松解配合整脊对椎动脉型颈椎病 x 线片及血流动力学的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(7):949-952.
- [27] 金银花, 李石量, 孙瑞华, 等. 针刀联合星状神经节阻滞术治疗颈源性耳鸣的临床研究[J]. 中国医药导报, 2017, 14(21):159-162.
- [28] 王海东, 李伟青. 针刀松解枕下三角治疗颈源性耳鸣的疗效观察[J]. 中国社区医师(医学专业), 2010, 12(19):130.
- [29] 王玉清. 针刀治疗颈源性耳鸣的感悟[J]. 科学之友(B 版), 2007(04):122.
- [30] 梁蔚莉, 李文纯, 盘庆东, 等. 基于经筋理论刀针治疗颈源性耳鸣临床疗效的随机对照研究[J]. 中国全科医学:1-5[2019-09-23].
- [31] Puntumetakul Rungthip, Pithak Rawiporn, et al. The effect of massage technique plus thoracic manipulation versus thoracic manipulation on pain and neural tension in mechanical neck pain: a

- randomized controlled trial.[J]. Journal of physical therapy science,2019,31(2).
- [32] 张盛强,周歆,阮经文. 颈激痛点松解手法治疗颈源性耳鸣疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2014, 31 (05): 749-751.
- [33] 张家鹏,郭亿莲,陈世忠,等. 直立仰头试验及手法复位对急性颈源性耳鸣诊治的疗效分析[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2018, 26(04): 296-299.
- [34] 沈钊雄,万志敏. 手法配合针刺治疗颈源性耳鸣 1 则[J]. 吉林中医药, 2012, 32(07): 730.
- [35] 陈幼楠,郭长青. 针灸配合按摩治疗耳鸣验案举隅[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2010, 17(03): 29-30.
- [36] 金英杰,朱明芳,陈津津. 颈椎旋提手法结合微针刀治疗颈源性耳鸣的疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(51): 13-14.
- [37] 王恒,王颖,戴俭宇. 中医治疗耳鸣(神经性耳鸣)研究概况[J]. 实用中医内科杂志, 2019, 33(04): 68-70.
- [38] 余丽,艾炳蔚. 艾炳蔚教授治疗耳鸣耳聋针刺举隅[J/OL]. 中医药信息, 2019(05): 85-87[2019-09-23].
- [39] 查必祥,张金静,袁爱红,等. 杨骏教授针药结合治疗颈椎病经验举隅[J]. 浙江中医药大学学报, 2014, 38(10): 1165-1167.
- [40] 杨玲,罗敏,李辉,史榕苻. 电针配合电热灸法治疗颈源性耳鸣疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2011, 27(08): 34-35.
- [41] 崔光豪,李长慧,何春珂. 电针联合电热灸法治疗颈源性耳鸣 79 例疗效分析[J]. 中国医药指南, 2015, 13(36): 214-215.
- [42] 李新. 中药联合中医针灸、推拿在颈源性耳鸣治疗中的应用价值[J]. 包头医学院学报, 2017, 33 (03): 118-119.
- [43] 孔维佳,周梁. 耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 第 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2015:217-220.
- [44] 余力生,于德林. 颈性耳鸣[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 1999(01): 21.
- [45] 熊大经,刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 第 9 版. 北京:中国中医药出版社, 2012:93-96.
- [46] 刘蓬,郑芸. 耳鸣评价量表的临床应用[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2018. 16(06): 411-415.
- [47] 刘蓬. 耳鸣严重程度评估与疗效评定参考标准[J]. 世界中医药, 2008, (02): 71.

- [48] 刘洋. 多针浅刺分期治疗周围性面瘫的临床与实验研究[D]. 黑龙江中医药大学, 2005.
- [49] 吴结兴. 针灸治疗神经根型颈椎病现代取穴规律研究[D]. 广州中医药大学, 2012.
- [50] 王珍珍, 张春红. 针刺颈夹脊穴的临床应用概述[J]. 中医药学报, 2016, 44(05):89-91.
- [51] 褚慧玲, 胡丙成. 齐刺颈夹脊为主治疗颈源性头痛: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2016, 36(01):29-32.
- [52] 苏金龙. 风池穴文献研究及临床应用[D]. 广州中医药大学, 2015.
- [53] 张钦, 朱兰秀, 吴敬忠, 等. 头针的形态学联系与神经相关性的探讨[J]. 上海针灸杂志, 1988, 7(3): 42-43.
- [54] 汪金宇, 万璿, 程为平. 耳周围刺法治疗神经性耳鸣耳聋的临床体会[J]. 针灸临床杂志, 2014, 30(06):55-57.
- [55] 张瑞. 针刺率谷穴配合局部推拿治疗顽固性神经性耳鸣临床研究[J]. 河南中医, 2017, 37(12):2210-2212.
- [56] 王长海, 王宏才, 冯文, 等. 针刺对突发性耳聋血液流变学及细胞流变学的影响[J]. 针刺研究, 2002(02):155-158.
- [57] 姜辉, 丁雷, 张丽, 等. 电针刺激听宫穴治疗暴聋临床疗效观察[J]. 北京中医药, 2015, 34(05):359-361.
- [58] 胡金星. 针刺治疗气滞血瘀型突发性耳聋的临床疗效观察[D]. 福建中医药大学, 2017.
- [59] 王民集, 朱江, 杨永清主编. 中国针灸全书[M]. 郑州:河南科学技术出版社, 2012:159-160.
- [60] 周航. 中渚穴循经感传治疗肝火上扰型神经性耳鸣的临床研究[D]. 黑龙江省中医药科学院, 2017.
- [61] Newman, CW, Jacobson, et al. Development of the tinnitus Handicap Inventory[J]. ArchOtolaryngol Head Neck Surg, 1996, 122(2): 143-148.
- [62] 宋洪泉. 针刺曲池单穴与针刺曲池、太冲双穴治疗原发性高血压的临床观察[D]. 山东中医药大学, 2006.
- [63] 任晓暄, 郭孟玮, 赵雅芳, 等. 电针三阴交穴和血海穴对实验性类痛经大鼠痛调节机制的影响[J]. 中医药学报, 2011, 39(06):15-20.
- [64] 李倩倩, 石广霞, 韩丽丽, 等. 血海穴相关研究进展[J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(04):316-318.
- [65] 邵霞萍. 针刺加耳穴贴压治疗耳鸣 32 例[J]. 上海针灸杂志, 2008(07):34.

- [66] 于志红, 于永芬, 贾荣娟. 耳穴贴压配合高压氧治疗神经性耳鸣疗效观察[J]. 中华针灸电子杂志, 2015, 4(03):113-115.
- [67] 党晓芬. 王不留行抗炎、镇痛活性部位筛选及其作用机制研究[D]. 陕西师范大学, 2014.
- [68] 叶菀, 丁玉兰, 庞书勤, 等. 王不留行籽耳穴贴压治疗脑卒中后失眠的研究进展[J]. 全科护理, 2017, 15(20):2462-2464.
- [69] 姚恒帽. 耳穴压豆治疗经典的椎基底动脉供血不足(瘀血阻窍型眩晕)的临床研究[D]. 山东中医药大学, 2018.
- [70] 苏雅妃. 中西医结合治疗气滞血瘀型神经性耳鸣的临床观察[D]. 福建中医药大学, 2016.
- [71] 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(01):180-184.
- [72] 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.
- [73] 世界中医药学会联合会中医耳鼻喉口腔科专业标准审定委员会, 中华中医药学会耳鼻喉科分会. 耳鸣严重程度评估与疗效评定参考标准[J]. 世界中医药, 2008. 3(2):71.
- [74] 符文彬. NPQ 颈痛量表在对中国慢性颈痛患者的适用性评价[A]. 广东省针灸学会. 广东省针灸学会第十二次学术研讨会暨全国脑卒中及脊柱相关性非药物诊疗技术培训班论文集[C]. 广东省针灸学会:, 2011:5.
- [75] 齐伟, 王孝成, 纪青山. 从经典理论探析纪青山“多针浅刺法”治疗周围性面瘫[J]. 吉林中医药, 2011, 08:736-737.
- [76] 林海. 甲钴胺与银杏叶联合治疗神经性耳鸣疗效观察[J]. 中国误诊学杂志, 2008(24):5889-5890.
- [77] 唐纪文, 许丽霞, 尹晟, 刘配芬. 金纳多注射液与复方丹参注射液治疗椎基底动脉供血不足疗效比较[J]. 中国现代药物应用, 2008(18):47-48.
- [78] 张晋岳. 金纳多注射液治疗椎-基动脉供血不足 35 例疗效观察[J]. 山西中医学院学报, 2008(05):22-23. 王洪田, 李明, 刘蓬, 黄治物, 胡岢, 赖仁淙. 耳鸣的诊断和治疗指南(建议案)[J]. 中华耳科学杂志, 2009, 7(03):185.
- [79] 贺璐, 王国鹏, 彭哲, 蒋涛, 龚树生. 耳鸣临床应用指南[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2015, 23(02):116-139.

- [80] 王洪田, 李明, 刘蓬, 黄治物, 胡岢, 赖仁淙. 耳鸣的诊断和治疗指南(建议案)[J]. 中华耳科学杂志, 2009, 7(03):185.

## 附 录

附表一：

### 患者知情同意书

\_\_\_\_\_同志您好，

目前我们正在进行“多针浅刺配合耳穴贴压治疗颈性耳鸣（气滞血瘀型）的临床研究”的课题。多针浅刺配合耳穴贴压治疗颈性耳鸣的一种新的治疗思路，这种疗法安全性高，理论上具有可行性，值得进一步临床研究。按照研究课题的各项要求，针对您的健康状况应严格遵循研究课题的各项内容开展，包括必要的临床症状、体征疗效评定观察等，目的是为了观察多针浅刺配合耳穴贴压治疗颈性耳鸣的临床疗效，以及观察颈性耳鸣患者症状、体征的改善状况，并在临床上进一步推广运用该疗法，在施术过程中可随时向我们询问并得到具体告知。

在实验过程中出现病情异常变化、发生其他影响本病治疗的疾病或者您和家属不同意等情况时，我们将退出课题研究。

患者和/或委托代理家属已阅读以上内容，表示对以上告知内容表示完全理解，并决定同意进行课题研究。

患者/法定监护人/委托代理人/签名：

医生签名：

年 月 日



附表二：

耳鸣严重程度评估指标（TEQ）

序号	指标	评分			
		0	1	2	3
1	您的耳鸣状况如何？	无耳鸣	间歇＞持续	持续≥间歇	持续
2	耳鸣是否会对您的心情产生影响？	无影响	有时（＜30%）	经常（30%--80%）	总是（＞80%）
3	耳鸣影响您的睡眠么？	无影响	有时（＜30%）	经常（30%--80%）	总是（＞80%）
4	您在什么状态下会产生耳鸣？	无耳鸣	安静环境	一般环境	任何环境
5	您认为耳鸣是否会对您的注意力产生影响，影响程度如何？	无影响	有时（＜30%）	经常（30%--80%）	总是（＞80%）
6	您认为自己的耳鸣有多严重？	0	1    2	3    4	5    6
		无耳鸣或可完全忽略耳鸣的存在	（轻度）	（中度）	6 分指无法摆脱耳鸣的困扰
TEQ 总分：		分/21			
耳鸣程度分级：		I 级（1-6 分）/II 级（7-10 分）/III 级（11-14 分） IV 级（15-18 分）/V 级（19-21 分）			

注：评估时根据最近 1 周的表现，如出现的时间不找过 1/5 定义为“有时”，超过 1/5 但不足 2/3 的时间出现定义为“经常”，有 2/3 以上的时间出现定义为“总是”。

附件三：

**Northwick Park 颈痛量表(NPQ)**

本问卷可了解您当前所患疾病对日常生活的影响程度，请您根据问卷题项进行回答，若发现其中标准不适合您或有多项适合，也请您勾选一个与您实际情况最贴切的答案，感谢您的配合。

1 、现在颈痛的程度

☐ 没有颈痛      ☐ 温和      ☐ 中等      ☐ 很厉害      ☐ 简直不可想象

2 、颈痛与睡眠

☐ 颈痛从不干扰我睡眠      ☐ 颈痛有时会干扰我睡眠  
☐ 颈痛经常会干扰我睡眠      ☐ 颈痛使我睡眠时间低于五小时  
☐ 颈痛使我每晚的睡眠时间少过两小时

3 、手臂在夜晚是否有发麻情况

☐ 没有任何感觉  
☐ 我有时会在夜晚觉得手臂发麻或有针刺般的感觉  
☐ 手臂在夜晚发麻或针刺般的感觉经常打扰我睡眠  
☐ 手臂在夜晚发麻使我睡觉时间低于五小时  
☐ 我的手臂发麻或针刺般的感觉使我每晚的睡眠时间少于两小时

4 、每天症状持续的时间

☐ 我的颈部和手臂整体都觉得正常  
☐ 我起床时会觉得不适，但持续时间小于一小时  
☐ 症状时有时无，持续时间为一至四小时  
☐ 症状时有时无，持续时间超过四小时  
☐ 症状持续不断，整天都有

5 、携带物件

☐ 我可携带重物（五公斤或以上）而没有痛楚  
☐ 我可携带重物（五公斤或以上）但这令我感到痛楚  
☐ 不能携带重物（五公斤或以上）若可携带重量中等（约 2-3 公斤的）的物品  
☐ 我只可以拿起轻的物件（2 公斤以下）  
☐ 我什么东西都拿不起来

6 、阅读及看电视

- ☐ 多久都可以，没有任何困难
- ☐ 如果我的姿势适当，多久都可以
- ☐ 多久都可以，但会产生额外的痛楚
- ☐ 痛楚使我不愿意地提早结束这些活动
- ☐ 痛楚使我根本无法阅读及看电视

7 、工作、家务之类

- ☐ 我可做平时的工作而不感到额外的痛楚
- ☐ 我可做平时的工作，但会感受到痛楚
- ☐ 痛楚使我工作量为平时一半或以下
- ☐ 痛楚使我只能做平时工作量的四分之一或以下
- ☐ 痛楚使我根本无法工作

8 、社交活动

- ☐ 我的社交生活正常，没有额外痛处
- ☐ 我的社交生活正常，但会增加痛的程度
- ☐ 颈痛规限了我的社交生活，但我可活动
- ☐ 颈痛使我的社交生活只能限于居所之内
- ☐ 颈痛使我没有社交生活

9 、驾驶

- ☐ 我有需要便可以驾驶，不会感到不适
- ☐ 我有需要便可以驾驶，但会感到不适
- ☐ 颈部的痛楚或僵直情况存时会限制我驾驶
- ☐ 颈部的痛楚或僵直情况经常限制我驾驶
- ☐ 颈痛症状使我根本无法驾驶

总结：与上一次相比，你现在的颈痛

- ☐ 好了很多
- ☐ 稍微好了
- ☐ 一样

☐ 稍微差了

☐ 差了很多

NPQ 百分比：

注：每一题各项按从上到下得分依次为 0, 1, 2, 3, 4 分

若受试者无驾驶经历，则第九题不作答，若作答，则该题项分值不纳入总分。

如果仅回答 8 题，则 NPQ 百分比计算公式为： $8 \text{ 题总得分} / 32 \times 100\%$ 。

研究者签名：

日期：

## 致 谢

时光如白驹过隙，首先我想由衷的向我研究生期间的导师刘洋老师道一声：老师，您辛苦了！非常感谢您对我学习和临床实践上的指导，您用人格魅力感染并坚定了学生对医生这个职业充满了激情和动力。在近三年的临床跟诊实习的过程中，感谢您的教导和栽培，未来在行医的路上您永远是我心目中的标杆。在跟诊期间，不管严寒酷暑、刮风下雨，老师一直奋斗在第一线，坚守岗位，面对患者非常耐心和用心，总是能用幽默的言语和暖心的话语与患者搭建沟通的桥梁，赢得患者的信任和尊重。还要感谢在规培期间各科的带教老师不辞辛劳，为学生解答问题，指点迷津。最后感谢家人和同窗好友，我们在互相鼓励中一起走过这段难忘的学习生涯，祝你们未来都能大放异彩，努力拼搏！

## 在学期间主要研究成果

### 发表论文

1. 王安琪,刘洋.近十年治疗颈性耳鸣的研究进展[J/OL].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2020, (06):99-100.
2. 旋静,丁庆刚,孙牧,等.肿瘤相关性抑郁的用药规律[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2019(91):170-170.
3. 管洪艺,王安琪.浅谈推拿防治新冠肺炎[J].养生保健指南, 2020, (31):101.

### 科研获奖

- 1.第十二届“挑战杯”中国大学生创业计划竞赛全国决赛银奖
- 2.“建行杯”第六届吉林省“互联网+”大学生创新创业大赛省级金奖
- 3.第四届“中国创翼”创业创新大赛吉林省赛二等奖

### 其他

1. 2018 年 10 月 获得研究生入学奖学金
2. 2019 年 10 月 获得学校二等学业奖学金
3. 2020 年 10 月 获得学校一等学业奖学金

## 个人简介

### 基本情况

姓名：王安琪                      性别：女  
出生日期：1995.09              籍贯：内蒙古自治区  
政治面貌：共青团员              民族：汉 族  
专业：针灸推拿学

### 学习经历

2013.09-2018.06	内蒙古医科大学（学校）	针灸推拿（专业）	学士
2018.09-2021.06	长春中医药大学（学校）	针灸推拿（专业）	硕士