

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

高岩

【摘要】 目的 探讨突发性耳聋临床治疗中应用高压氧联合针灸疗法的临床效果以及对患者血液流变学指标的影响。**方法** 选取2010年1月~2014年8月西宁中心医院五官科收治的突发性耳聋患者84例,随机平均分为两组,每组42例。对照组只采用药物治疗,研究组在对照组用药的基础上应用针灸联合高压氧治疗,比较两组治疗两个疗程后的临床疗效及血液流变学的相应指标。**结果** 治疗2个疗程后研究组患者的临床治疗痊愈率、显效率与总有效率分别为28.57%、40.47%、92.86%,而对照组的分别为16.67%、26.19%、73.81%,研究组的结果均高于对照组,两者之间的差异具有统计学意义($P<0.05$)。治疗后观察组各项血液流变学指标改善均明显优于对照组($P<0.05$)。**结论** 高压氧联合针刺疗法能够有效提高突发性耳聋治疗的临床效果,还可以改善局部微循环,降低血液黏稠度,促进患者听力恢复,具有较高的临床价值。

【关键词】 针灸; 高压氧; 突发性耳聋; 血液流变学

【中图分类号】 R259 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.08.032

突发性耳聋是感音神经性耳聋的一种,患者在短时间内(几分钟或几小时)由于无法明确的突发原因而引发听力突然下降,通常不超过3天,可能伴有眩晕、耳闷胀、耳鸣等症状发生^[1]。突发性耳聋的发病机理还没有完全明确,研究发现可能与免疫系统功能紊乱、微循环系统障碍、病毒感染等因素相关,而其中内耳部分的微循环系统中血液流变学改变是当前主流观点认为的主要病理基础^[2]。在现代临床研究中,高压氧以及针灸均被证实对突发性耳聋治疗有良好的效果,是辅助治疗中的有效物理治疗方法。本次临床研究通过针灸与高压氧联合治疗突发性耳聋的临床资料进行分析,探讨突发性耳聋更有效的治疗方案。

1 对象与方法

1.1 对象

选择病例范围为2010年1月~2014年8月在西宁中心

医院五官科住院治疗的突发性耳聋患者,共选取病例84例,以随机数字表法将选取病例随机平均分为两组,研究组患者选择高压氧联合针灸治疗,对照组患者仅给予常规治疗。研究组42例患者中,男25例,女17例,年龄18~61岁,平均(34.87±6.36)岁,病程1~18天,平均(10.15±3.33)天,单侧耳聋26例(61.90%),双侧耳聋16例(38.10%),其中听力缺损程度为轻度12例(28.57%),中度17例(40.48%),重度13例(30.95%)。对照组42例患者中,男24例,女18例,年龄20~57岁,平均(35.02±5.89)岁,病程2~19天,平均(9.88±3.15)天,单侧耳聋25例(59.52%),双侧耳聋17例(40.48%),其中听力缺损程度为轻度13例(30.95%),中度15例(35.71%),重度14例(33.33%)。将两组患者的年龄、性别、病程、耳聋严重程度等资料进行统计学分析处理,各项一般资料均不存在显著差异($P>0.05$),可以用于临床对照研究。

1.2 诊断标准

选取病例84例,均符合2006年中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会制定的《突发性聋的诊断和治疗指南(2005年,济南)》中的相关诊断标准^[3]。

作者单位: 810007 西宁中心医院五官科

作者简介: 高岩(1967-),女,本科,主治医师。研究方向:耳鼻喉类常见疾病。E-mail: gaoyan_5657@sina.com

1.3 纳入和排除标准

纳入标准:(1)所有患者在入院后进行声阻抗检查以及听阈检查明确诊断为感音神经性听力缺失;(2)存在眩晕、耳闷胀堵塞感、耳鸣等症状;(3)经本院伦理委员会同意(文件编号:IEC GL/01.01/01.2),术前每位患者及家属均签署书面知情同意书。

排除标准:(1)内耳神经性或内耳占位性病变的患者;(2)高压氧治疗禁忌症的患者。

1.4 治疗方法

两组患者均在入院后进行常规治疗,治疗方案包括糖皮质激素、内耳微循环改善、抗凝药物、降低血液黏稠度药物以及神经营养药物等,同时针对合并症进行治疗,叮嘱患者保持休息、调整心理与身体状态。

研究组患者在常规治疗的基础上加用高压氧联合针刺治疗。高压氧舱的压力预计值设定为 2.5 ATA,升压时间设定为 20 分钟,在达到压力预计值并且稳定之后给予患者面罩式氧气吸氧,时间为 60 分钟,降压时间为 30 分钟,每天治疗 1 次。

针刺疗法主穴取穴为神庭、百会、翳风、听宫,实证患者配穴选择为丘墟、外关、行间、足临泣,虚证患者配穴取穴为筑宾、内关、太冲、太溪,针具选择为 1 寸、1.5 寸、2 寸的毫针,规格为 30 与 32 号。针刺百会穴实证患者向后斜刺,同时选择手法为捻转泻法;虚证患者向前斜刺,同时选择手法为捻转补法。听宫与神庭穴针刺选择为平补平泻法,在听宫穴针刺时张口进针,针刺深度为 0.5~1 寸,得气标准为耳内出现胀、麻、痒的感觉,翳风穴针刺手法选择平补平泻法^[4]。丘墟、外观、行间、足临泣穴位针刺手法选择提插以及捻转泻法。筑宾、内关、太冲、太溪穴位针刺手法选择提插以及捻转补法。翳风以及听宫穴位针刺时选择为患侧取穴,位于四肢的穴位选取均为双侧取穴。补泻手法标准为捻转角度较小、频率较慢、用力较轻、时间较短,拇指向前而食指向后则为补法;捻转角度较大、频率较快、用力较重、时间较长,拇指向后而食指向前则为泻法^[5]。针刺方式为轻提重插、先浅后深、频率较慢、幅度较小、时间较短,主要手法为向下插入的为补法;针刺方式为重提轻插、先深后浅、频率较快、幅度较大、时间较长,主要手法为下上提起的为泻法。患者留针时间为 30 分钟,每 10 分钟行针 1 次,每天治疗 1 次。两组患者均以 12 天为 1 疗程,在 2 个疗程之间休息 3 天。持续治疗 2 个疗

程后进行疗效评价。

1.5 观察指标

在入院治疗前与疗程结束后对患者进行纯音听阈测定,同时采取患者 5 mL 清晨空腹外周静脉血,装入肝素抗凝试管后送检,以血液流变学全自动测定仪器进行检验,检验指标包括血浆黏度、全血黏度、红细胞聚集指数、红细胞压积、红细胞变形指数。

1.6 疗效评价标准

以《突发性聋的诊断和治疗指南(2005 年,济南)》^[3]为依据制定临床疗效标准,将疗效共分为 4 级。痊愈为疗程结束后患者听阈受损频率恢复正常或者达到健康侧耳听力水平。显效为疗程结束后患者听阈受损频率听力提高超过 30 dB。有效为疗程结束后患者听阈受损频率听力提高 15~30 dB。无效为疗程结束后患者听阈受损频率听力改善不足 15 dB。总有效率为痊愈率、显效率与有效率之和。

1.7 统计学处理

本次临床研究统计资料均以 SPSS 15.0 软件包进行统计处理,临床疗效评价数据以百分比表示,组间比较选择卡方检验;血液流变学数据以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较选择 *t* 检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

两组患者治疗 2 个疗程后进行疗效评价,统计结果见表 1。经卡方检验,研究组患者痊愈率、显效率以及总有效率均明显高于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组患者治疗 2 个疗程后临床疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
研究组	42	13	18	8	3	92.86%
对照组	42	7	11	13	11	73.81%

2.2 血液流变学指标比较

两组患者分别在治疗前与疗程结束后测定血液流变学指标,具体统计结果见表 2。经 *t* 检验,研究组与对照组患者治疗前全血高切黏度、全血中切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、红细胞压积、红细胞聚集指数、红细胞变形指数均不存在明显的组间差异($P>0.05$),治疗后研究组各项指标均明显优于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组患者治疗前后的各项血液流变学指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	全血高切黏度 (200/mPa·s)	全血中切黏度 (30/mPa·s)	全血低切黏度 (1/mPa·s)	血浆黏度 (mPa·s)	红细胞 压积(%)	红细胞 聚集指数	红细胞 变形指数
研究组	42							
治疗前		4.96±0.35	6.35±0.42	23.51±5.42	2.02±0.21	44.65±5.42	6.78±0.68	0.42±0.03
治疗后	42	4.21±0.16	5.68±0.20	18.84±4.71	1.61±0.18	40.11±4.52	5.90±0.42	0.53±0.04
对照组								
治疗前		4.93±0.36	6.33±0.47	23.48±5.17	2.00±0.22	44.70±5.18	6.69±0.76	0.41±0.03
治疗后		4.68±0.17	6.17±0.45	22.63±4.49	1.87±0.19	43.17±4.93	6.40±0.66	0.48±0.02

3 讨论

突发性耳聋是由于不明原因导致突然发生的感音神经性耳聋,患者大多在清晨(较少报道为午休)起床后,突发耳鸣、听力减退及耳聋等临床症状,可能在瞬间出现,也可能在几个小时或者几天内迅速发展的高峰。根据流行病学研究统计,突发性耳聋患者大多发病为单侧,也存在部分双侧耳聋患者,在不同年龄段均可发生,发病几率与性别不存在直接相关性^[6]。突发性耳聋的致病因素很多,但是到目前为止对疾病的发病机制仍未完全肯定。大多数学者均认为突发性耳聋的致病因素并非单一,而是几种因素共同作用的结果,具体因素包括内耳血液供应障碍、病毒感染、变态性反应、内耳窗破裂、药物过敏等,而其中最为常见的是内耳血液供应障碍以及病毒感染^[7]。而临床治疗中,发现越早、病程越短,越早选择治疗方案,患者的临床预后就越好。而针对突发性耳聋的治疗,中医以及西医的治疗方案较多,但是还未发现能够对所有患者均有效的临床治疗方案。当前较为常见的药物包括糖皮质激素类、神经营养类、低分子右旋糖酐、血管扩张类药物等,而其他治疗方案包括高压氧、体外反搏、光量子、脑反射、超短波以及心理治疗等。

高压氧治疗突发性耳聋的机制包括几个方面:(1)高压氧能够有效改善内耳部位的微循环系统,缓解血液供应障碍以及氧缺乏状态。(2)高压氧能够缓解缺血缺氧状态以及氧自由基对耳蜗的损伤^[8]。(3)高压氧能够有效缓解内耳组织由于免疫功能的反应而产生的损伤,并有效缓解内耳组织的水肿状况。

突发性耳聋的中医致病机理之一为耳部存在血瘀气滞、清窍失养的证候,耳聋患者大多伴发耳鸣症状,由于耳鸣则可能导致心神不宁、烦躁以及夜寐不安,而听力受损、耳无法闻声还可能增加心情的郁燥,继而导致机体失衡加重临床症状^[9]。本次临床研究针对突发性耳聋、耳窍闭塞中医病机,确定镇静安神、开窍启闭、通络活血的临床治疗原则,实证患者增加通络活血、泻胆清肝的治疗方法,而虚证患者增加养髓益脑、滋肝补肾的治疗方法。治法以截断疾病根源为核心,强调安神镇静的取穴原则。能够有效安神镇静的穴位中,最主要的是神庭穴与百会穴。“居处为庭,考脑为元神之府,穴当天顶之上,为神所居处,针之具有镇静安神之义,故名神庭”,同时还有说法“凡治有关神识之证,皆可取之”,均说明神庭穴能够有效安神镇静^[10]。百会穴位于巅顶正中,是百脉聚会的所在。脑部则为元神之府,《针灸资生经》中有记载“百会治无心力,忘前失后”,同时还有“凡思虑过多,心下怔忡或自卑感慨,必灸百会”的说法。而同时耳是人体九窍中的一个,耳聋则为多种因素引发的窍闭合不开,实证的病因为血瘀痰滞,火阻窍,而窍闭合不开。虚证则为清窍失养,窍闭合不开。百会与神庭均为督脉的重要穴

位,具有启闭开窍的效果^[11]。而听宫属于手太阳小肠经穴,翳风则为手少阳三焦经穴,小肠经与三焦经均能够沿循经脉经过耳附近,所以取穴能够有效疏通耳部的经气。而配穴中,实证取穴的外关为八脉交会,丘墟为足少阳胆经,行间为足肝经荣经,三个穴位能够共同作用,调通少阳经,有效泻胆清肝;虚证取穴的内关穴为心包经络穴,筑宾为阴维郄穴,而太冲、太溪则为肝肾经,可以益肾滋阴。不论实证还是虚证,取穴均能够有效调理机体气机,通达患者周身气血,有通畅血脉与气机以治疗耳窍闭塞的原理。

本次临床研究中,高压氧结合针灸治疗突发性耳聋,临床有效率达到 92.86%,相比单纯常规治疗改善较为显著。而同时在血液流变学指标的统计中,综合治疗患者的全血高切黏度、全血中切黏度、全血低切黏度、血浆黏度、红细胞压积、红细胞聚集指数、红细胞变形指数均改善更为显著。可以说,高压氧联合针灸能够有效治疗突发性耳聋,缓解听力缺损的症状,降低血液黏稠度,促进耳部血氧供应,具有良好的临床效果。

参 考 文 献

- [1] 李彬.周德安教授“耳聋治肺”新解在治疗突发性耳聋中的应用[J].环球中医药,2015,8(6):741-742.
- [2] 孙继周,屈勇,朱颜.通窍活血方联合前列地尔注射液治疗突发性耳聋临床研究[J].环球中医药,2014,7(10):758-761.
- [3] 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.突发性聋的诊断和治疗指南(2005年,济南)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,41(8):569.
- [4] 张秀琢.温针灸配合颈椎操治疗神经根型颈椎病 37 例[J].环球中医药,2015,8(7):852-854.
- [5] 武亚涛,王玲玲,吕靖,等.针灸治疗周围性面瘫研究概述[J].环球中医药,2015,8(7):884-887.
- [6] 冯文静,刘博,彭晓霞,等.突发性聋发病危险因素的相关研究[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2008,15(6):343-345.
- [7] 张姝,高晶.突发性聋发病机制的研究进展[J].听力学及言语疾病杂志,2012,20(1):60-63.
- [8] 赵津京,吕艳,麦乃铿,等.不同吸氧方法联合药物治疗突发性聋的对比研究[C]//中华医学会第二十三次全国高压氧医学学术会议论文集,2014:275-278.
- [9] 张新昌,倪光夏,侯文珍,等.针灸治疗突发性耳聋随机对照试验文献方法学质量分析[J].上海针灸杂志,2012,31(12):927-929.
- [10] 全晓艳.中医针灸与中药联合应用在治疗突发性耳鸣耳聋中的疗效观察[J].健康必读(下旬刊),2012,27(11):412,424.
- [11] 廖威,戴嵩,王振海,等.中西医结合针法治疗胆火上扰型突发性耳聋的临床观察[J].针灸临床杂志,2013,31(7):12-13.

(收稿日期:2015-11-17)

(本文编辑:蒲晓田)