

• 论 著 •

通窍回聪汤加减治疗气滞血瘀型突发性耳聋的临床研究

吴国清 叶玉莹 刘燕华 任妍沁 陈国春 吴 晖 郑金秀 陈 曦^{通信作者}

福建中医药大学附属人民医院耳鼻喉科 福建福州 350003

【摘要】目的 评价突发性耳聋（SHL）气滞血瘀型使用导师经验方通窍回聪汤的效果。**方法** 选取 2021 年 7 月 -2023 年 6 月来我院接受治疗的突发性耳聋气滞血瘀型患者 60 例，分组方式为随机单盲法，分别为试验组与参照组，各 30 例。分别予以常规治疗+鼓室内注射地塞米松配合口服汤药通窍回聪汤加减、常规治疗+鼓室内注射地塞米松，比较治疗前后听力指标（听力损失评分、听力阈值）、耳鸣响度改变。**结果** 治疗前，比较听力指标、耳鸣响度，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，试验组的听力指标比参照组低（ $P<0.05$ ）；试验组治疗效果比参照组优（ $P<0.05$ ）；耳鸣改变程度二组无明显差异性（ $P>0.05$ ）。**结论** 突发性耳聋气滞血瘀型在常规治疗方案基础上联合中医辨证使用通窍回聪汤可提高听力改善情况，值得推广。

【关键词】 突发性耳聋；耳鸣；中药**【中图分类号】** R276.1**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1009-4393 (2024) 34-010-02**【基金项目】** 福建中医药大学校管课题，课题编号：XB2021003

突发性耳聋（SHL）是突然发生的、原因不明的感音神经性听力损失。主要临床表现为单侧听力下降，可伴有耳鸣、耳堵塞感、眩晕、恶心、呕吐等。它具有原因不明、起病急、有效治疗周期短、少部分有自愈性，但是如果延误的话将会造成永久性的一个听力下降等特点，属于耳鼻喉科一个常见急症。本病起病急，对生活影响较大，因此中医上称之为“暴聋”，以实证居多。除了听力下降的表现以外，首发症状有可能为耳内闷堵感、耳鸣、眩晕、声音敏感性增强等特点。往往患者都是因为听力下降比较明显影响了沟通从而前来就诊，如若耳闷为主要临床表现的患者，常常被误诊为耳咽管堵塞、感冒伴随症状或者分泌性中耳炎而导致延治、误治，最终错过突发性耳聋的最佳治疗期。临床中不乏部分低频下降的突发性耳聋有一定概率会自愈，但以听力下降为临床表现的暴聋在中医上以气滞血瘀最为明显。本文分析暴聋（气滞血瘀型）使用通窍回聪汤联合鼓室内注射地塞米松的疗效分析。现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

于 2021 年 7 月 -2022 年 6 月我科收治的 60 例中医诊断暴聋（气滞血瘀型）患者作为研究对象。随机单盲法分为实验组（ $n=30$ ）与对照组（ $n=30$ ）。其中实验组：男性 17 例，女性 13 例，年龄 26-56 岁，平均年龄（ 38.79 ± 12.75 ）岁。参照组男性 16 例，女性 14 例。年龄 31-53 岁，平均年龄（ 36.56 ± 11.47 ）岁。两组一般资料对比差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）详见表 1-1、表 1-2、表 1-3。该研究经福建中医药大学附属人民医院伦理委员会伦理审查批准。

1.2 纳入标准

（1）符合突发性耳聋西医诊断标准及中医暴聋（气滞血瘀型）诊断标准；（2）年龄：18 周岁 -60 周岁；（3）自愿作为受试对象接受并完成治疗者，我科初诊患者，既往未接受突发性耳聋相关治疗；（4）患者签署治疗知情同意书。

1.3 排除标准

（1）不符合上述纳入标准者；（2）年龄在 18 岁以下或 60 岁以上患者；（3）合并有心、脑血管，肝、肾和造血系统等严重原发性疾病，精神病患者，老年痴呆患者。

1.4 治疗方法

患者经知情同意后，分别纳入实验组及对照组，完善必要的检查。并根据指南予以用药治疗。对照组使用每日于耳内镜下经鼓室注射地塞米松 0.3ml，联合口服银杏叶 40mgbid，氟桂利嗪 10mgqn。实验组在对照组的基础上给予辨证，使用通窍回聪汤加减。处方如下：当归 6g、红花 6g、桃仁 9g、赤芍 9g、石菖蒲 9g、路路通 9g、川芎 9g、磁石 20g。随症加减：伴耳鸣加煅龙骨 15g、煅牡蛎 15g；伴耳内闷堵感加柴胡 6g、香附 9g；伴头晕、视物旋转、恶心呕吐加天麻 6g；法半夏 6g、白术 12g。

以上方药由福建中医药大学附属人民医院代煎中药房提供，按常规制成 200ml $\times$ 2 袋水煎液，早、晚饭后 30 分各温服 1 袋。以上两组患者均以治疗 7 天为一个治疗周期复查听力学相关指标。

表 1-1 两组性别、年龄、例数比较

组别	例数	男	女	年龄（ $\bar{x}\pm s$ ）
治疗组	30	17	13	38.79 $\pm$ 12.75
对照组	30	16	14	36.56 $\pm$ 11.47
P 值		0.658		0.827

注：两组在例数、年龄、性别上均无统计学差异（ $P>0.05$ ）。

表 1-2 两组耳数及治疗前平均气导听阈（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	耳数	平均气导听阈（dBHL）
治疗组	30	48.69 $\pm$ 10.59
对照组	30	45.63 $\pm$ 9.86
P 值		0.104

注：两组患者平均气导听阈测定比较， $t=0.362$ ， $P>0.05$ ，两组患者平均气导听阈在治疗前无明显差异。

表 1-3 两组平均病程比较（单位：天）

组别	例数	病程（天）
治疗组	30	3.49 $\pm$ 3.53
对照组	30	3.60 $\pm$ 2.74
P 值		0.844

注：两组患者平均病程比较， $t=0.198$ ， $P>0.05$ ，两组患者平均病程无明显差异。

1.5 研究指标

比较两组治疗前后电测听指标（听力损失评分听力阈值

)、耳鸣 VAS 视觉模拟量表。

听力损失评分：以 2021 年 WHO 发布的最新的听力等级分级标准进行评分，听力损失 20-35dB 为 1 分，损失 36-50dB 为 2 分，损失 50-65dB 为 3 分，损失 65-80dB 为 4 分，80dB 以上为 5 分。分数越高表示听力损失越多。

治疗效果：经治疗，受损频率或听阈恢复正常，耳鸣眩晕症状完全消失，或者治疗后达到患病前的听力水准为治愈；经治疗，听力提升 30%dB 以上，症状有所改善为显效经治疗，听力提升到 15dB 以上，症状有好转为有效；经治疗听力水平与症状都无明显改善为无效。治疗结果为痊愈率+显效率+有效率。

1.6 统计学方法

采用 SPSS23.0 软件分析处理数据，计量资料以均数+标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示，行检验；计数资料用百分率 (%) 表示，行检验。P<0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后听力指标比较

治疗前，两组听力指标差异无统计学意义 (P>0.05)；治疗后，试验组比参照组低 (P<0.05)。见表 2-1。

表 2-1 两组治疗前后平均气导听阈及其差值 ($\bar{x}\pm s$)

组别	耳数	治疗前 (dBHL)	治疗后 (dBHL)	前后差值 (dBHL)
治疗组	30	48.69±10.59	28.74±7.53	19.95.27±3.06
对照组	30	49.63±9.86	36.59±8.95	13.04±0.91

注：两组治疗前后平均气导听阈差值比较 P<0.05，有统计学差异。

2.2 两组治疗效果比较

试验组的治疗效果优于参照组 (P<0.05)。见表 2-2。

表 2-2 两组患者治疗后听力情况比较

组别	耳数	治愈	显效	有效	无效	愈显率 (%)	总有效率 (%)
治疗组	30	9	7	9	5	48.39	77.42
对照组	30	4	5	13	8	37.50	71.88

注：U=349.00，W=845.00，Z=-2.117。双侧近似 P 值=0.044<0.05。

2.3 两组治疗前后耳鸣响度比较

治疗前，两组耳鸣响度差异无统计学意义 (P>0.05)；治疗后，试验组与参照组相仿 (P>0.05) 见表 2-3。

表 2-3 耳鸣治疗情况比较

组别	耳数	治愈	显效	有效	无效	愈显率 (%)	总有效率 (%)
治疗组	24	2	4	3	15	25.00	37.50%
对照组	22	3	3	5	14	27.27	36.36%

注：U=139.00，W=415.00，Z=-2.056。双侧近似 P 值=0.063>0.05。

3 讨论

3.1 流行病学方面

(上接第 9 页)

综上所述，对于脑梗塞患者的临床治疗来说，在常规药物治疗的基础上施以加味补阳还五汤进行治疗，可以获得更好的临床疗效，对于患者神经功能的改善效果更佳，因此，值得推广。

参考文献：

[1] 邵立芬. 加味补阳还五汤联合康复训练治疗急性脑梗塞形成的临床研究 [J]. 陕西中医, 2023, 37(11):1460-1461.

据目前已发表的多国相关指南表面，美国每年突发性耳聋发病率为 5-20 例 /10 万。德国 2023 年公布的数据由之前的 20 例 /10 万提升至 160-400 例 /10 万。我国突发性耳聋发病率近年有上升趋势，但目前尚缺乏大规模流行病学数据。

3.2 就诊率及诊断率上升

据近 5 年来我科门诊接诊数据体现，总结考虑有以下几个因素：（1）本病在 20 岁以上人群中发病率均较高，并非老年人的专属，严重程度与年龄无明显相关性。（2）对比近 5 年内突发性耳聋人数占比逐年上升，考虑以下几个因素：①国家健康卫生机构科普到位，提高百姓的诊疗意识；②医疗机构检查设备齐全基层医院也基本配备听力室，误诊漏诊率低；③国民经济水平上升，及时就医意识较强、降低了突发性耳聋的延治率；④现代生活节奏快，精神压力明显较高，年轻人往往在过度劳累、熬夜等不良因素后次日或短期内发病；⑤听力是五大感官系统之一，对生活、工作、交流起着至关重要的一环，除去听力下降这一大因素以外，发病时往往还伴有眩晕、持续性耳鸣等，对患者的生活造成巨大困扰。

3.3 耳鸣是突发性耳聋中最常见的一个伴随症状

内耳的供血动脉是一种终末动脉，几乎没有旁路或侧支循环，且在耳内通路比较崎岖，当其中任何一个环节存在障碍或受到影响，如发生血管痉挛、血栓形成或血栓阻塞，侧支循环无法快速建立，极易引起微循环障碍，这样会对内耳功能造成严重的影响。又因为内耳细胞对缺血、缺氧的敏感性，最终受到影响的是听觉细胞和神经细胞的功能，甚至正常结构都将受到不可逆的破坏，从而表现为听力下降、耳鸣。因此耳鸣症状在两组的对比中，差异性小。目前国内外对于耳鸣的诱因、发病机制研究尚未明确，治疗手段往往无法起到很好的根治效果，对耳鸣相关发病机理和治疗手段的研究当是一较好领域，值得引起临床医生重视。

4 总结

罹患突发性耳聋后对日常生活的影响巨大，突发性耳聋的病因和病理生理机制还未完全阐明，局部内耳原因和全身原因均可能引起突发性耳聋，精神紧张、压力大、情绪激动、生活不规律、睡眠障碍等可能是突发性耳聋的主要诱因，本病发病年龄逐渐趋于年轻化。大部分学者认为与耳部血液循环障碍有关，部分患者发病后不但出现耳症状，还合并眩晕、耳鸣等症状，给患者生活带来不便。中医认为，暴聋为突发性疾病，大部分为实证或本虚标实，以急则治标为总治疗原则，一般为活血通络、行气通窍为主。结果显示：试验组的听力指标治疗效果优于参照组 (P<0.05)，但在耳鸣的治愈率上，二者无明显差异性。

综上所述，通窍回聪汤联合鼓室内注射地塞米松对突发性耳聋临床观察有效，值得推广。但对于耳鸣的临床疗效观察，目前并无明显优势，值得临床医师重视并适当加以研究。

[2] 马洁华. 补阳还五汤加味治疗脑梗塞后遗症临床研究 [J]. 亚太传统医药, 2024, 20(10):126-127.

[3] 杨姣玲. 加味补阳还五汤治疗气虚血瘀型脑梗塞的疗效分析 [J]. 临床医学研究与实践, 2022, 6(20):104-105.

[4] 雷云江. 补阳还五汤加味联合西医常规疗法治疗气虚血瘀型脑梗塞的效果研究 [J]. 中国当代医药, 2023, 22(31):155-157.