

中医针灸辅助治疗特发性突聋疗效分析

侯慧花

广西壮族自治区江滨医院 广西南宁 5300220

〔摘要〕目的 探究中医针灸辅助治疗特发性突聋的治疗效果。方法 选取 2011 年 1 月—2016 年 1 月来我院就诊的特发性突聋病患 149 例为研究对象，其中男病患 84 名，女病患 65 名，所有病患均为单耳发病，平均年龄为 (32.5±6.3) 岁。所有病患均符合该疾病相关治疗标准，排除其他器官器质性病变可能性。对所有患者予以基础药物联合针灸治疗，分析治疗后，患者的听力提升以及不良症状改善情况。结果 与治疗前对比，患者的平均听力有所提升，治疗总有效率为 85.91%。结论 利用常规药物联合中医针灸治疗特发性突聋的效果显著，值得在临床治疗中推广。

〔关键词〕 中医针灸；特发性突聋；辅助治疗

〔中图分类号〕 R246.8 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2019) 01-013-02

特发性突聋也叫突发性耳聋，指的是发生突然，原因不明性的感音神经听力受损，在发病过程中，患者数分钟或数小时内听力将大幅度降低。该病自 1944 年被报道以来^[1]，发病率呈现为逐年上升的发展趋势。相关报告表明，该病的发病率为 8/10 万~14.6/10 万。对于该病的发病机理，专家学者的意见也是各说纷纭。当前一般使用单纯西药对该病进行治疗，但效果不甚理想。本实验利用中医针灸辅助西药对 2011 年 1 月—2016 年 1 月来我院就诊的特发性突聋病患进行治疗，取得了满意疗效，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2011 年 1 月—2016 年 1 月来我院就诊的特发性突聋病患 149 例为研究对象，其中男性 84 例，女性 65 例，在所有患者中，均为单耳发病，年龄最大 79 岁，最小 23 岁，平均年龄为 (32.5±6.3) 岁。患者病程最长 6 日，最短者 60 分钟，平均病程为 (2±0.2) 天。

1.2 诊疗标准

本实验依照中华医学会 1997 年制定的特发性突聋诊疗条款为参照标准，该病的临床表现为：

①发病原因不明确；②伴有耳鸣，眩晕，恶心，呕吐。非反复性发作^[2]。③突发非波动性感音神经听力损失；④Ⅷ脑神经受损；⑤常见单耳发病，双耳发病一侧偏重。

1.3 排除标准

①听力检查依从性差病患；②中毒性耳聋，先天性耳聋，小脑脑桥角占位性疾病；③其他器官器质性病变者。

1.4 治疗方法

1.4.1 常规治疗

所有患者均给予银杏达莫注射液（生产厂家：山西普德药业有限公司；国药准字：H14023516）5ml*4 支，加入 0.9%

氯化钠注射液或 5%~10% 葡萄糖注射液 500ml 中，一日 2 次，7 天为 1 疗程，连续治疗 2 疗程。地塞米松磷酸钠注射液 20ml，加入 5%~10% 葡萄糖注射液 250ml 中静滴，一日 1 次，3 天后逐渐减量。

1.4.2 针灸治疗

所有患者在药物治疗基础之上，进行针灸辅助治疗，具体方式如下：选取患者的侠溪、耳门、听宫、听会、翳风、中渚六个穴位^[3]。利用施提插泻法直刺患者的耳周腧穴 0.8 至 1.2 寸。以患者局部稍感酸胀为度。针灸针从施针部位向患者的耳周或者耳底进行传导。其余穴位按照正常方式进行针刺，1 次 1 日，施针后留针半小时，每周进行 6 次，共进行 4 周。

1.5 疗效判定

痊愈：经过治疗之后，患者的 250—4000 赫兹频率听阈恢复正常，听力提高，同时耳鸣以及眩晕等反应消失。显效：经过相关治疗之后，患者的听力有所提升，提升幅度 30 分贝以上，其耳鸣以及眩晕的反应有所缓解，甚至消失。有效：经过治疗之后，患者听力提高 15—30 分贝，其耳鸣以及眩晕的发生频率降低。无效：经过治疗，患者听阈无明显改善，且临床症状未消失。

1.6 观察指标

本实验利用丹麦生产的纯音电测听仪对所有患者治疗前后听力损失情况进行对比分析。

1.7 统计学原理

本实验利用 SPSS15.0 专业统计学软件，对数据中涉及到的计量资料采用 T 值检验的方式进行计算，并利用 ($\bar{x} \pm s$) 进行表示，当 P < 0.05 时候，说明相关数据有统计学意义存在。

2 结果

2.1 治疗听力提升情况

所有病患治疗前后听力提升情况详见表 1。

表 1：治疗前后本组患者听力水平变化情况 ($\bar{x} \pm s$)

时间段	病例数	250HZ	500HZ	1000HZ	2000HZ	4000HZ
治疗前	149	42.86±17.20	45.22±14.63	48.59±13.25	53.69±11.65	57.65±11.95
治疗后	149	12.58±7.23	12.05±6.25	10.73±7.95	13.25±8.54	16.32±9.47
P	-	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 治疗效果

治疗后，本组患者的临床治疗总有效率为 85.91%，其中

痊愈 61 例，显效 31 例，有效 36 例，无效 21 例，详见表 2。

表 2: 本组患者临床治疗效果分析 (n=149)

	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
例数 (n)	61	31	36	21	85.91%
百分比 (%)	40.94	20.81	24.16	14.09	

3 讨论

特发性突聋是耳鼻喉科急症之一,要想在根本上将该病进行有效治疗,必须在短期内完成该项工作。就当前来讲,导致患者出现特发性突聋的病因主要有以下两种:

(1) 病毒感染学说。该理论认为 EB, 腮腺炎, 柯萨奇病毒等和特发性突聋的病发有着非常密切的关系。国外学者对 12 例已经死亡特发型突聋患者的颞骨进行了病理学检查, 报告显示: 病患耳部的血管纹, 盖膜与螺旋器存在不同程度的萎缩, 耳蜗部分的神经元有所缺失, 囊斑感觉上皮细胞和螺旋神经纤维有所减少。

(2) 内耳供血障碍学说。当青年患者的头颅受到严重损伤之后, 因脂肪栓堵塞发生特发性突聋^[4], 另外患者内耳供血不足也是导致该病并发的根本原因。动物实验也证实, 大白鼠主动脉而我氧分压和血压之间存在着密切的关系。最近几年, 情绪障碍因素所引起的特发性突聋被医学界专家所关注, 患者的自主神经异常会令病患出现比如痉挛, 等内耳血管神经发生变化。值得一提的是, 雌激素和肾上腺素的分泌情况也会在一定程度上受到影响, 令患者出现相关临床症状。

虽说特发性突聋疾病存在着一定的自愈倾向。但患者和相关医护人员一定要将该病的治疗加以重视, 在对其进行完初步检查之后, 在进行治疗过程中还要同时进行其他相关检查。上文说道内耳供血障碍是导致病患出现特发性突聋的

原因之一, 供血一旦发生障碍, 或增加供血系统的脆弱性, 对患者风驰, 供血深层有椎动脉, 对上述两穴进行刺激, 会令患者的颈部肌肉规律收缩, 对其颈部血管进行良性挤压, 增加患者颈部血液流动^[5], 改善耳部血液循环情况, 对患者的耳门、听会、翳风进行针刺, 能够将其耳内部和局部血液循环情况进行改善, 将其耳蜗血流进行增加促使没有坏死的内而细胞神经自我修复。通过本次相关实验能够说明, 利用药物治疗基础之上, 进行针灸辅助治疗特发性突聋, 能够取得改善患者动脉血流情况, 对患者听力提升、眩晕、耳鸣、耳堵塞感等症状有着非常明显的疗效。

综上所述, 利用常规药物治疗配合中医针灸治疗特发性突聋有着显著疗效, 值得在临床治疗中推广使用。

[参考文献]

[1] 柳庆君, 胡国华. 糖皮质激素鼓室给药治疗突聋的基础与临床研究 [J]. 重庆医科大学学报, 2007, 32(3):334-336.
 [2] Stok RJ, Albers FW, Tenvergert EM. Antiviral treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss a prospective, randomized, double-blind clinical trial [J]. Acta Otolaryngol, 1998, 118: 488 - 495
 [3] 陈丽媛, 陈小维. 高压氧治疗突聋的疗效观察及护理 [J]. 中国实用医药, 2007(9):108-109.
 [4] 徐丹春, 徐周明, 邓传贤, 等. 项九针结合高压氧对椎动脉型颈椎病患者治疗前后血流动力学的影响 [J]. 中国康复, 2007, 22(4):230-231.
 [5] 田丰伟, 杨金蓉. 管灸疗法为主治疗突发性耳聋的临床研究 [J]. 成都中医药大学学报, 2011, 31(1):27-29

(上接第 11 页)

性及其在手术室智能化建设中的应用 [J]. 医疗装备, 2017, 30(18):78.

[12] 李华才. 用战略思维大力推进临床数字化和智能化建设 [J]. 中国数字医学, 2017, 12(07):1.

[13] 毛海洋. 医院智能化创新 [J]. 中国卫生人才, 2017(07):16-17.

[14] 吕猛, 宿明. 医院信息化和智能化综合管理理想 [J]. 中国管理信息化, 2017, 20(14):97-98.

[15] 张云鹏. 医院智能化投资管理控制方式探索 [J]. 工程造价管理, 2017(03):38-42.

[16] 徐东平. 医院智能化系统建设与需求重点之我见 [J]. 信息技术与信息化, 2017(04):74-78.

[17] 黄慕雄, 乔磊. 以大数据为基础的医院智能化建设 [J]. 智能建筑, 2016(08):50-52+71.

[18] 李曦柯, 施荣华, 许丹, 等. 基于全面互联互通和深度智能化建设医院信息集成平台 [J]. 计算技术与自动化, 2016, 35(02):125-129.

(上接第 12 页)

表 1: 患儿肺炎症状改善速度情况 ($\bar{x} \pm s, d$)

分组	咳嗽消除时间	气喘消除时间	肺部体征消除时间
观察组	6.02 ± 1.27	4.76 ± 1.32	8.47 ± 1.38
对照组	8.40 ± 1.35	6.74 ± 1.36	10.32 ± 1.79

注: 两组对比, p<0.05

2.2 患儿 FVC、FEV1、PEF 等肺功能指数情况

如表 2 所示, 在 FVC、FEV1、PEF 等肺功能指数上, 观察组各项明显低于对照组, 两组数据对比有统计学意义 (p<0.05)。

表 2: 患儿 FVC、FEV1、PEF 等肺功能指数情况 ($\bar{x} \pm s$)

分组	FVC (L)	PEF (L/s)	FEV1 (L)
观察组	1.27 ± 0.48	3.48 ± 0.61	3.72 ± 0.45
对照组	3.53 ± 0.62	5.73 ± 0.97	3.38 ± 0.31

注: 两组对比, p<0.05

3 讨论

小儿肺炎患者中护理工作可以发挥较大的辅助作用, 护理干预属于护理概念, 具体内容需要依据实际护理工作需求而灵活应对。护理干预更强调护理的细致全面, 针对患者治疗恢复期间所需的生理、心理、认知各方面的需求, 保证细致入微、人性化, 从而提升患者对护理工作的认可度与配合度, 由此保证疾病更好的治疗控制, 发挥更好的治疗效果。

综上所述, 小儿肺炎患者中运用护理干预可以有效的改善疾病症状, 优化肺功能状况, 对治疗提供更好的辅助作用。

[参考文献]

[1] 王莉, 马荣伟. 个性化护理干预在小儿肺炎支原体感染患儿中的应用效果 [J]. 护理研究, 2017, 31(9):1143-1145.
 [2] 谷明芝. 优质护理在小儿肺炎护理中的效果评价 [J]. 中国保健营养, 2018, 28(31):225-226.
 [3] 闫萍. 常规护理与护理干预应用于 90 例小儿肺炎的效果研究 [J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(16):209-210.
 [4] 唐春莲. 小儿肺炎护理中实施人性化护理的临床效果评价 [J]. 糖尿病天地, 2018, 15(3):194.