

本文引用: 杨伟丽, 宾 骥, 王贤文, 李思鑫, 吴文科. 归脾汤联合鸣天鼓治疗突发性聋伴眩晕气血亏虚证的临床观察 [J]. 湖南中医药大学学报, 2023, 43(9): 1632-1638.

## 归脾汤联合鸣天鼓治疗突发性聋伴眩晕气血亏虚证的临床观察

杨伟丽<sup>1</sup>, 宾 骥<sup>1</sup>, 王贤文<sup>1</sup>, 李思鑫<sup>2</sup>, 吴文科<sup>1\*</sup>

1. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙 410007; 2. 湖南中医药大学, 湖南 长沙 410208

**[摘要]** **目的** 探讨归脾汤联合鸣天鼓治疗突发性聋伴眩晕气血亏虚证的临床疗效及作用机制。**方法** 60例突发性聋伴眩晕气血亏虚证患者随机分成对照组、观察组,各30例。因依从性差脱落3例,最终观察组28例、对照组29例完成本研究。对照组采用西医常规治疗,观察组在西医常规治疗基础上加用归脾汤联合鸣天鼓治疗,疗程均为14d。比较两组治疗前后平均听阈变化;比较两组眩晕视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评分、眩晕障碍量表(dizziness handicap inventory, DHI)评分、汉化眩晕症状量表(vertigo syndrome scale-Chinese, VSS-C)评分、伴随症状VAS评分及中医证候评分;检测血液流变学相关指标;评估临床疗效。**结果** 治疗14d后,观察组有效率为85.71%,高于对照组的79.31%( $P<0.05$ )。与对照组比较,观察组平均听阈、眩晕VAS评分、DHI评分、VSS-C评分、耳鸣评分、耳闷胀感评分、睡眠障碍评分、中医证候评分均降低( $P<0.05$ ,  $P<0.01$ ),而耳周感觉异常评分、恶心呕吐评分差异无统计学意义( $P>0.05$ ),血液流变学指标全血高切黏度(whole blood high shear rate, HS)、全血中切黏度(whole blood middle shear rate, MS)、全血低切黏度(whole blood high low rate, LS)、血浆黏度(plasma viscosity, PV)、红细胞压积(hematocrit, HCT)、红细胞聚集指数(erythrocyte aggregation index, EAI)均显著降低( $P<0.01$ 或 $P<0.05$ )。**结论** 归脾汤联合鸣天鼓较常规治疗能更好地提升突发性聋伴眩晕气血亏虚证患者的听力,改善眩晕症状及耳鸣、耳闷胀感、睡眠障碍的伴随症状,并显著减轻患者中医证候,取得更优的临床疗效,其作用机制可能与改善患者血液流变学指标有关。

**[关键词]** 突发性聋;眩晕;归脾汤;鸣天鼓;血液流变学;导引法;气血亏虚证

**[中图分类号]**R255

**[文献标志码]**B

**[文章编号]**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2023.09.013

## Clinical observation of Guipi Decoction combined with occipital-knocking therapy in treating sudden deafness with vertigo of qi and blood deficiency pattern

YANG Weili<sup>1</sup>, BIN Ji<sup>1</sup>, WANG Xianwen<sup>1</sup>, LI Sixin<sup>2</sup>, WU Wenke<sup>1\*</sup>

1. The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China;

2. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China

**[Abstract]** **Objective** To investigate the clinical efficacy and mechanism of action of Guipi Decoction combined with occipital-knocking therapy in treating sudden deafness with vertigo of qi and blood deficiency pattern (SDVQBDP). **Methods** Sixty SDVQBDP patients were randomly divided into control group and observation group, with 30 patients in each group. Three patients quit the clinical research because of poor compliance. Finally, 28 patients in the observation group and 29 patients in the control

**[收稿日期]**2022-12-13

**[基金项目]**国家自然科学基金面上项目(81973914);湖南省科技厅2021年度创新型省份建设专项科普专题项目(2021ZK4105);湖南省自然科学基金项目(2020JJ4486);中医药防治眼耳鼻喉疾病湖南省重点实验室开放基金项目(2018YGC03);湖南中医药大学教学改革项目(JG063);湖南省卫生健康委员会科研计划项目(20200979)。

**[第一作者]**杨伟丽,女,硕士,主治医师,研究方向:中医药防治慢性耳鼻咽喉疾病。

**[通信作者]**\* 吴文科,男,硕士,副主任医师, E-mail: wu.wenke@163.com。

group were included in the study. The control group was treated with conventional western medicine, while the observation group received Guipi Decoction combined with occipital-knocking therapy based on conventional western medicine. The treatments lasted for 14 d. The average hearing threshold changes were compared between the two groups; moreover, the two groups were compared in vertigo visual analog scale (VAS) score, dizziness handicap inventory (DHI) score, vertigo syndrome scale-Chinese (VSS-C) score, accompanying symptom VAS score, and Chinese medicine pattern score; the related indexes of hemorheology were measured; the clinical efficacy was assessed. **Results** After 14 d of treatment, the effective rate in the observation group was 85.71%, which was higher than 79.31% in the control group ( $P<0.05$ ). Compared with the control group, in the observation group, the average hearing threshold, vertigo VAS score, DHI score, VSS-C score, tinnitus score, ear stuffiness and distension score, sleep disorder score, and Chinese medicine pattern score were all reduced ( $P<0.05$ ,  $P<0.01$ ), while no statistically significant difference was found in periauricular sensory abnormality score, nausea and vomiting scores ( $P>0.05$ ). Moreover, the whole blood high shear rate (HS), whole blood middle shear rate (MS), whole blood high low rate (LS), plasma viscosity (PV), hematocrit (HCT), and erythrocyte aggregation index (EAI) in the observation group were significantly reduced ( $P<0.01$  or  $P<0.05$ ). **Conclusion** Compared with conventional treatment, Guipi Decoction combined with occipital-knocking therapy can better improve the hearing of SDVQBDP patients, and alleviate the symptoms of vertigo and the accompanying symptoms of tinnitus, ear fullness, and sleep disturbance. It can notably alleviate the Chinese medicine patterns and exert better clinical efficacy. The mechanism of action may be related to the improvement of hemorheological indexes in SDVQBDP patients.

[**Keywords**] sudden deafness; vertigo; Guipi Decoction; occipital-knocking therapy; hemorheology; daoyin; qi and blood deficiency pattern

突发性聋是指 72 h 内突然发生的感音神经性听力下降,常伴有耳鸣、眩晕、耳闷胀感、耳周感觉异常、精神心理症状等临床表现的耳鼻咽喉科常见急症<sup>[1]</sup>,其发病机制尚未阐明,可能与内耳微循环功能障碍、内耳血管痉挛、膜迷路积水等机制有关<sup>[2]</sup>。突发性聋患者中约 30%伴有不同程度的眩晕症状<sup>[3]</sup>,眩晕可进一步加重患者听力受损<sup>[4]</sup>。前期研究发现,突发性聋伴眩晕患者具有更差的临床预后<sup>[5]</sup>。临床常予以激素类药物(糖皮质激素)、改善内耳微循环药物、营养神经药物、血液流变学药物等治疗突发性聋伴眩晕患者,但效果不佳<sup>[6]</sup>。突发性聋伴眩晕归属于中医学“耳聋”“眩晕”之合病范畴,以听力减退同时伴有头晕目眩为主要特征,部分突发性聋患者多以气血亏虚为本而为病<sup>[7]</sup>。归脾汤是益气补血之代表方,临床治疗耳聋与眩晕之气血亏虚证均取得较好疗效<sup>[8-9]</sup>。鸣天鼓源于《颐身集》,是中医耳鼻咽喉科常用按摩与导引的方法,能调补气血、强肾固本,对耳聋与眩晕的预防和康复具有促进作用<sup>[10]</sup>。因此,本研究采用归脾汤联合鸣天鼓治疗突发性聋伴眩晕气血亏虚证的患者,观察其对纯音听阈、眩晕症状、耳部伴随症状、血液流变学的影响,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本研究选取 2020 年 1 月至 2022 年 1 月湖南中

医药大学第一附属医院耳鼻喉头颈外科收治的突发性聋伴眩晕气血亏虚证患者 60 例。根据患者的入院时间,采用随机数字表法,按照 1:1 原则随机分成观察组与对照组,每组 30 例。观察组脱落 2 例,对照组脱落 1 例,脱落患者均因依从性差中途脱落,共 57 例患者完成本研究,观察组 28 例,对照组 29 例。患者性别、年龄、病程、听力曲线分型、听力损伤程度分级、主要伴随症状(耳鸣、耳闷胀感、耳周感觉异常、恶心呕吐、睡眠障碍)一般基线资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性(表 1)。患者均自愿签署知情同意书,且本研究经湖南中医药大学第一附属医院伦理委员会批准,伦理审查号:HN-LL-LW-2022-029。

### 1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《突发性聋诊断和治疗指南(2015)》<sup>[6]</sup>与《眩晕诊治多学科专家共识》<sup>[11]</sup>制定突发性聋伴眩晕西医诊断标准:(1)72 h 内突发感音神经性听力下降达到高峰;(2)与对侧或病前对比,听力下降 $\geq 20$  dB(至少在相邻的 2 个频率);(3)无器质性原因;(4)无自身运动时,出现旋转感或摆动感等眩晕症状;(5)伴有或不伴有耳鸣、恶心呕吐、耳闷胀感、耳周感觉异常、精神心理症状等主要症状。

参照《突发性聋诊断和治疗指南(2015)》<sup>[6]</sup>制定突发性聋听力曲线分型标准:(1)低频下降型:

表 1 患者一般资料比较

项目	对照组(n=29)	观察组(n=28)	t 值	P 值	
性别[例(%)]	男	11(37.93)	1.405	0.292	
	女	18(62.07)			13(46.43)
年龄/(岁, $\bar{x}\pm s$ )	55.62±13.61	56.75±15.00	-0.298	0.767	
病程/(d, $\bar{x}\pm s$ )	5.86±3.93	5.96±3.86	-0.099	0.922	
听力曲线分型/ [例(%)]	低频下降型	3(10.34)	2.602	0.457	
	高频下降型	2(6.90)			5(17.86)
	平坦下降型	13(44.83)			8(28.57)
	全聋型	11(37.93)			11(39.28)
听力损伤程度分级/ [例(%)]	轻度聋	2(6.90)	0.524	0.971	
	中度聋	5(17.24)			4(14.29)
	中重度聋	7(24.14)			8(28.57)
	重度聋	10(34.48)			9(32.14)
	极重度聋	5(17.24)			4(14.29)
主要伴随症状/ [例(%)]	耳鸣	26(89.66)	0.857	0.931	
	耳闷胀感	13(44.83)			15(53.57)
	耳周感觉异常	14(48.28)			11(39.29)
	恶心呕吐	6(20.69)			7(25.00)
	睡眠障碍	8(27.59)			6(21.43)

≤1 000 Hz 频率(250、500、1 000 Hz)听力下降,且至少 250、500 Hz 处听力损失 ≥20 dB;(2)高频下降型:≥2 000 Hz(2 000、4 000、8 000 Hz)频率听力下降,且至少 4 000、8 000 Hz 处听力损失 ≥20 dB;(3)平坦下降型:250~8 000 Hz 频率听力下降,平均听阈 ≤80 dB;(4)全聋型:250~8 000 Hz 频率听力下降,平均听阈 ≥81 dB。

1.2.2 中医诊断标准 突发性聋伴眩晕归属于中医学“耳聋”及“眩晕”范畴,参照《中医耳鼻咽喉科学》<sup>[7]</sup>《中医内科学》<sup>[12]</sup>及《中药新药临床研究指导原则》<sup>[13]</sup>制定突发性聋伴眩晕气血亏虚证中医诊断标准。主症:(1)听力减退,疲劳后加重;(2)眼花或眼前发黑,头晕或感觉自身或外界旋转,动则加剧,劳累即发。次症:倦怠乏力,声低气怯,面色无华,食欲不振,纳少腹胀,大便溏薄,唇甲不华,发色不泽,心悸不寐,舌淡或淡红,苔薄白,脉细弱。主症满足 2 项+次症满足 3 项及以上,结合舌脉项,诊断为突发性聋伴眩晕气血亏虚证。

### 1.3 纳入标准

(1)同时满足突发性聋伴眩晕西医诊断标准及中医气血亏虚证诊断标准;(2)年龄 ≥18 岁,且首次发病;(3)病程 ≤2 周;(4)单耳发病;(5)研究前 1 个月未服用激素及改善微循环等与本研究相关的药物;(6)愿意配合治疗,能正常交流,且本人或其家属签署知情同意书。

### 1.4 排除标准

(1)明确病因的耳聋患者;(2)既往听力损伤病史;(3)前庭中枢神经系统病变者;(4)精神心理性头晕/眩晕者;(5)全身疾病相关性头晕/眩晕者;(6)伴有血液系统疾病、恶性肿瘤、免疫系统疾病等严重内科疾病患者;(7)严重肝肾功能障碍或脏器功能损伤者。

### 1.5 剔除标准

(1)依从性差,不规律服药,随访不配合或失访者;(2)研究期间,出现严重过敏或其他不良反应,终止服药者;(3)研究期间,服用其他影响本研究的药物者;(4)违背本研究治疗方案者;(5)因自身原因,主动退出本研究;(6)临床资料缺失或不完整者。

### 1.6 治疗方案及分组

1.6.1 对照组 参照《突发性聋诊断和治疗指南(2015)》<sup>[6]</sup>,予以西医常规治疗,包括糖皮质激素抗炎及改善内耳循环、降低黏稠度/纤维蛋白原等药物治疗。具体治疗方案如下:(1)醋酸泼尼松片(5 mg/片,天津力生制药股份有限公司,批号:LA22523,国药准字:H12020123),口服,每次 1 mg/kg(最大剂量不超过 60 mg),1 次/d,连续 3 d,逐渐减量;(2)甲钴胺片(0.5 mg/片,江西青峰药业有限公司,批号:221124,国药准字:H20051440),口服,0.5 mg/次,3 次/d,连续服用 14 d;(3)银杏叶提取物注射液(规格:5 mL:17.5 mg,中豪国际有限公司,批号:

19820797, 国药准字:HC20140019), 5%葡萄糖注射液 250 mL+银杏叶提取物注射液 87.5 mg, 静脉滴注, 1次/d, 连续滴注 10 d; (4) 甲磺酸倍他司汀片(规格:6 mg, 中国卫材药业有限公司, 批号:2210105, 国药准字:H20040130), 口服, 12 mg/次, 3次/d, 连续服用 14 d。

1.6.2 观察组 在常规治疗基础上加用归脾汤联合鸣天鼓治疗。归脾汤具体方药如下:白术 10 g(批号:NG23020801), 党参 20 g(批号:HH23011704), 黄芪 10 g(批号:CK23021302), 当归 10 g(批号:CK23020601), 甘草 6 g(批号:TH22122601), 茯苓 10 g(批号:NG23020806), 远志 10 g(批号:2022092404), 酸枣仁 10 g(批号:TH22120603), 木香 6 g(批号:230201), 龙眼肉 10 g(批号:CK2015601), 生姜 10 g(批号:202310001), 大枣 3 枚(批号:2302058)。所有中药饮片均购自湖南中医药大学第一附属医院。归脾汤药液由中药房代煎, 将中药没入水中浸泡 2 h, 浸泡完成后煎煮 2 次, 武火转文火先煎 20 min, 煎煮成 100 mL 药液, 倒出后加水再煎 30 min, 煎煮成 100 mL 药液, 混合 2 次药液, 均分成 2 袋, 制备归脾汤药液(100 mL/袋)。用法:100 mL/次, 2次/d, 早晚温服, 连续服用 14 d。鸣天鼓手法:患者取端坐位, 嘱患者均匀舒缓呼吸, 双手手掌心紧贴于外耳道口, 双手食指、中指、无名指、小指纵轴对称, 于枕骨大孔处均匀横按, 双手食指翘起置于中指上用力滑下, 重叩枕后部, 闻及如击鼓之清晰洪亮之声。先左手重扣 24 次, 后右手重扣 24 次, 最后双手同时叩击 48 次。1次/d, 15 min/次, 连续干预 14 d。

## 1.7 观察指标

1.7.1 纯音听阈测定 分别于治疗前后, 采用湖南中医药大学第一附属医院耳鼻喉头颈外科使用的纯音听阈仪(型号:Astera, 上海尔听美医疗器械有限公司), 进行纯音气导、骨导听阈测定, 取 250、500、1 000、2 000、4 000、8 000 Hz 频率的平均值, 观察两组患者治疗前后听力平均听阈变化, 平均听阈越小表示听力受损越小。

1.7.2 眩晕评分 分别于治疗前后, 联合采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)<sup>[14]</sup>、眩晕障碍量表(dizziness handicap inventory, DHI)<sup>[15]</sup>、汉化眩晕症状量表(vertigo symptom scale-Chinese, VSS-C)<sup>[16]</sup>对突发性聋伴眩晕患者的眩晕严重程度进行评分。(1)VAS评分。无眩晕症状为 0 分, 难以忍受

且严重影响正常工作生活为 10 分, 患者根据严重程度自行挑选数字, 分数为 0~10 分, 分数越高表示眩晕症状越严重。(2) DHI 评分。从突发性聋伴眩晕患者的躯体(P)、情绪(E)、功能(F)3 个维度评估眩晕严重程度及对生活质量的影响, 躯体评分 28 分, 情绪评分 36 分, 功能评分 36 分, 总分为 0~100 分, 分数越高表示眩晕残障程度越高, 对生活的影响越严重。(3)VSS-C 评分。评估患者眩晕严重程度及频率, VSS-C 共 34 项, 各项发生频率为 0~4 分, 总分为 0~136 分, 分数越高表示眩晕越严重, 其中 0~33 分为轻度眩晕, 34~67 分为中度眩晕, 68~101 分为重度眩晕, 102~136 分为极重度眩晕。

1.7.3 突发性聋耳部伴随症状评分 分别于治疗前后, 采用 VAS 量表对突发性聋耳部伴随症状进行评分, 包括耳鸣、耳闷胀感、耳周感觉异常、恶心呕吐、睡眠障碍。无伴随症状为 0 分, 伴随症状难以忍受且严重影响正常工作生活为 10 分, 患者根据症状严重程度进行分数评估, 分数为 0~10 分, 分数越高表示突发性聋耳部伴随症状越严重, 患者具有更差的生活质量。

1.7.4 中医证候评分 分别于治疗前后, 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[13]</sup>对突发性聋伴眩晕气血亏虚证患者的中医证候进行评估。主症 2 项, 包括: 听力减退, 劳动后加重; 眼花或眼前发黑, 头晕或感觉自身或外界旋转, 动则加剧, 劳累即发。次症 9 项, 包括: 倦怠乏力; 声低气怯; 面色无华; 食欲不振; 纳少腹胀; 大便溏薄; 唇甲不华; 发色不泽; 心悸不寐。采用 4 分法对突发性聋伴眩晕气血亏虚证患者主症、次症进行评分, 主症无、轻度、中度、重度分别计 0、2、4、6 分, 次症无、轻度、中度、重度分别计 0、1、2、3 分, 总分为 0~39 分, 分数越高表示中医证候相关症状越严重。

1.7.5 血液流变学指标检测 分别于治疗前后, 取突发性聋伴眩晕气血亏虚证患者晨起空腹静脉血 3~5 mL, 采用全自动血液流变仪(型号:LB-2A, 北京康宇医疗器械有限公司)检测全血高切黏度(whole blood high shear rate, HS)、全血中切黏度(whole blood middle shear rate, MS)、全血低切黏度(whole blood high low rate, LS)、血浆黏度(plasma viscosity, PV)、红细胞压积(hematocrit, HCT)、红细胞聚集指数(erythrocyte aggregation index, EAI)。

## 1.8 疗效评价

参照《突发性聋诊断和治疗指南(2015)》<sup>[6]</sup>及《中

药新药临床研究指导原则》<sup>[13]</sup>制定突发性聋伴眩晕气血亏虚患者疗效标准,痊愈:听力恢复正常,或达到健侧水平,或达患病前水平,眩晕及伴随症状基本消失,中医证候评分治疗后较治疗前降低 $\geq 90\%$ ;显效:听力平均提高 30 dB 以上,眩晕及伴随症状明显改善,中医证候评分治疗后较治疗前降低 $\geq 70\%$ ;有效:听力平均提高 15~30 dB,眩晕及伴随症状稍改善,中医证候评分治疗后较治疗前降低 $\geq 30\%$ ;无效:听力平均提高不足 15 dB,眩晕及伴随症状无改善,中医证候评分治疗后较治疗前降低 $< 30\%$ 。

### 1.9 统计学分析

采用 SPSS 25.0 软件进行统计学分析,计量资料(年龄、病程、平均听阈、眩晕症状评分、伴随症状评分、中医证候评分、血液流变学、微循环相关指标)用“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,若符合正态性,则组内比较采用配对样本  $t$  检验,组间比较采用独立样本  $t$  检验,若不符合正态性,则采用 Mann-Whitney  $U$  秩和检验。计数资料采用“例(%)”表示,其中等级资料(疗效评价)采用非参数检验,分类资料(性别、听力曲线分型、听力损伤程度分级)采用卡方检验。 $P < 0.05$  表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 突发性聋伴眩晕气血亏虚证患者平均听阈比较

治疗前,观察组与对照组平均听阈差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。治疗 14 d 后,两组平

均听阈均较治疗前显著降低( $P < 0.01$ ),且观察组低于对照组( $P < 0.05$ )。详见表 2。

表 2 两组患者治疗前后平均听阈比较(dB,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	$n$	治疗前	治疗后
对照组	29	64.90 $\pm$ 18.36	43.62 $\pm$ 16.81**
观察组	28	62.54 $\pm$ 19.54	35.18 $\pm$ 13.29***

注:与治疗前比较,\*\* $P < 0.01$ ;与对照组比较,\* $P < 0.05$ 。

### 2.2 突发性聋伴眩晕气血亏虚证患者眩晕症状评分比较

治疗前,观察组与对照组眩晕 VAS 评分、DHI 评分、VSS-C 评分差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。治疗 14 d 后,两组眩晕 VAS 评分、DHI 评分、VSS-C 评分均较治疗前显著降低( $P < 0.01$ ),且观察组低于对照组( $P < 0.05, P < 0.01$ )。详见表 3。

### 2.3 突发性聋伴眩晕气血亏虚证患者耳部伴随症状及中医证候评分比较

治疗前,观察组与对照组耳鸣评分、耳闷胀感评分、耳周感觉异常评分、恶心呕吐评分、睡眠障碍评分、中医证候评分差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。治疗 14 d 后,两组耳鸣评分、耳闷胀感评分、耳周感觉异常评分、恶心呕吐评分、睡眠障碍评分、中医证候评分均较治疗前显著降低( $P < 0.01$ );观察组耳鸣评分、耳闷胀感评分、睡眠障碍评分、中医证候评分低于对照组( $P < 0.05, P < 0.01$ ),而耳周感觉异常评分、恶心呕吐评分与对照组比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。详见表 4—5。

表 3 两组患者治疗前后眩晕症状评分比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	$n$	眩晕 VAS 评分		DHI 评分		VSS-C 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	29	7.86 $\pm$ 1.55	4.07 $\pm$ 1.75**	69.69 $\pm$ 10.22	29.83 $\pm$ 11.18**	59.28 $\pm$ 13.79	26.59 $\pm$ 14.71**
观察组	28	7.71 $\pm$ 1.74	1.96 $\pm$ 1.35***	68.79 $\pm$ 11.17	14.64 $\pm$ 10.07***	61.61 $\pm$ 16.55	19.36 $\pm$ 11.26***

注:与治疗前比较,\*\* $P < 0.01$ ;与对照组比较,\* $P < 0.05$ ,\*\*\* $P < 0.01$ 。

表 4 两组患者治疗前后耳鸣、耳闷胀感、耳周感觉异常评分比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	$n$	耳鸣评分		耳闷胀感评分		耳周感觉异常评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	29	6.79 $\pm$ 2.65	3.79 $\pm$ 1.63**	7.14 $\pm$ 2.53	4.52 $\pm$ 2.41**	6.17 $\pm$ 3.21	3.48 $\pm$ 2.03**
观察组	28	6.32 $\pm$ 3.25	2.46 $\pm$ 1.62***	6.96 $\pm$ 2.56	3.36 $\pm$ 1.75***	6.14 $\pm$ 3.25	2.61 $\pm$ 1.83**

注:与治疗前比较,\*\* $P < 0.01$ ;与对照组比较,\* $P < 0.05$ ,\*\*\* $P < 0.01$ 。

表 5 两组患者治疗前后恶心呕吐、睡眠障碍、中医证候评分比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	$n$	恶心呕吐评分		睡眠障碍评分		中医证候评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	29	5.55 $\pm$ 2.37	4.28 $\pm$ 1.87**	5.45 $\pm$ 2.26	3.41 $\pm$ 1.50**	24.41 $\pm$ 8.33	14.62 $\pm$ 6.42**
观察组	28	5.64 $\pm$ 1.62	3.68 $\pm$ 1.79**	5.11 $\pm$ 2.53	2.32 $\pm$ 1.61***	20.79 $\pm$ 8.10	9.57 $\pm$ 5.81***

注:与治疗前比较,\*\* $P < 0.01$ ;与对照组比较,\* $P < 0.05$ ,\*\*\* $P < 0.01$ 。

## 2.4 突发性聋伴眩晕气血亏虚证患者血液流变学比较

治疗前,观察组与对照组 HS、MS、LS、PV、HCT、EAI 差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。治疗 14 d 后,两组 HS、MS、LS、PV、HCT、EAI 均较治疗前显著降低( $P<0.01$ );且观察组上述指标水平均低于对照组( $P<0.05, P<0.01$ )。详见表 6—7。

## 2.5 突发性聋伴眩晕气血亏虚证患者疗效比较

治疗 14 d 后,对照组治疗有效率为 79.31%(23/29),观察组治疗有效率为 85.71%(24/28),观察组疗效优于对照组( $P<0.05$ )。详见表 8。

## 3 讨论

突发性聋伴眩晕属“耳聋”与“眩晕”合病范畴,是耳鼻咽喉科常见急症,无虚者不能作眩,如“眩运一证,虚者居之八九”(《景岳全书·眩运》),年高体弱者,或心血耗伤,脾肾俱虚,生化无源,气虚清阳不升,血虚清窍失养,气血亏虚,耳与头窍失养,故耳聋与眩晕合而发之<sup>[7]</sup>。突发性聋伴眩晕气血亏虚证者,脾失健运,气血无源,中气不足,劳累诱发,清阳不展,窍失所养,见听力下降、眼花屋转、倦怠乏力、面色少华、声低气怯等症。虚者补之,气血亏虚当以健脾升清、补益气血、养血通窍为法治之,归脾汤出自《济生方》,全方由白术、党参、黄芪、当归、甘草、茯苓、远志、酸枣仁、木香、龙眼肉、生姜、大枣组成。方中黄芪甘温,益气健脾,龙眼肉甘平,补脾养血,二者

共为君;党参、白术皆为补脾益气之要药,与黄芪相伍,增益补脾益气之功,当归补血养心,酸枣仁宁心安神,与龙眼肉相伍,增益补脾养血之功,兼以安神宁心,四药共为臣;茯苓、远志养心安神,木香醒脾理气,与补药相伍具行之效,可复中焦之运化,具补而不滞之功,三药共为佐;甘草甘温,助补心脾,调和诸药,方引生姜、大枣入药,资脾胃以化源,三药共为使。诸药合用,共奏健脾升清、补益气血之效,为耳聋与眩晕气血亏虚证之基础方。导引之术动作柔和舒缓,可使经络通、气血畅<sup>[8]</sup>,故可联合导引之法以使气血流注,阴平阳秘<sup>[9]</sup>。“鸣天鼓”是常用耳部按摩导引法之一<sup>[20]</sup>,具有促进气血贯通、舒畅气机、改善内耳微循环的作用,临床用于治疗耳聋、耳鸣具有较好的疗效<sup>[21]</sup>。

《突发性聋诊断和治疗指南(2015)》<sup>[6]</sup>示,突发性聋伴眩晕患者预后极差,建议采用糖皮质激素联合血液流变学的分型治疗方案,从客观听力上升与主观症状改善多维度评估患者预后。本研究从平均听阈、眩晕评分、耳部伴随症状评分、中医证候评分、血液流变学等多个方面,整体评估归脾汤联合鸣天鼓治疗突发性聋伴眩晕气血亏虚证患者的疗效及作用机制。结果显示,与常规治疗组比较,归脾汤联合鸣天鼓组平均听阈、VSS-C 评分、耳闷胀感评分、睡眠障碍评分、眩晕 VAS 评分、DHI 评分、耳鸣评分、中医证候评分均降低,而耳周感觉异常评分、恶心呕吐评分差异无统计学意义,提示归脾汤联合鸣

表 6 两组患者治疗前后 HS、MS、LS 比较(mPa·s,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	HS		MS		LS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	29	8.08±0.59	6.65±0.76**	8.63±1.10	6.58±0.99**	11.33±0.92	8.44±0.75**
观察组	28	8.21±0.82	4.80±0.71***	8.32±0.76	4.30±0.76***	11.49±0.90	6.30±0.82***

注:与治疗前比较,\*\* $P<0.01$ ;与对照组比较,\*\*\* $P<0.01$ 。

表 7 两组患者治疗前后 PV、HCT、EAI 比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	PV/(mPa·s)		HCT/%		EAI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	29	2.20±0.18	1.87±0.22**	51.23±7.80	43.46±6.11**	2.76±0.59	2.12±0.31**
观察组	28	2.11±0.30	1.55±0.21***	52.76±8.61	37.55±6.28***	2.71±0.53	1.89±0.51***

注:与治疗前比较,\*\* $P<0.01$ ;与对照组比较,\* $P<0.05$ ,\*\*\* $P<0.01$ 。

表 8 两组患者治疗前后疗效评价结果[例(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	有效率/%	Z 值	P 值
对照组	29	3(10.34)	5(17.24)	15(51.73)	6(20.69)	79.31	-2.237	0.025
观察组	28	6(21.43)	12(42.86)	6(21.43)	4(14.28)	85.71		

天鼓较常规治疗能更好地提升突发性聋伴眩晕气血亏虚证患者的听力,改善眩晕症状及耳鸣、耳闷胀感、睡眠障碍的伴随症状,并显著减轻患者中医证候。蔡正等<sup>[22]</sup>临床研究发现,自拟通窍耳康汤结合鼓室内灌注地塞米松可改善突发性聋患者的血液流变学指标,并提高临床疗效。中医学认为,气为血之帅,血为气之母,气虚则无力运血,血运不畅可致血瘀,血虚无以载气,见气虚血瘀,气血亏虚为本,甚者进一步可见血瘀。为进一步探讨归脾汤联合鸣天鼓治疗突发性聋伴眩晕气血亏虚证患者的发病机制及临床疗效,本研究以血液流变学指标为落脚点研究,发现归脾汤联合鸣天鼓较常规治疗具有更优的临床疗效( $P<0.05$ ),血液流变学指标 HS、MS、LS、PV、HCT、EAI 均显著降低( $P<0.01$  或  $P<0.05$ ),提示归脾汤联合鸣天鼓能更好地改善突发性聋伴眩晕气血亏虚证患者血液流变学,发挥更优的临床疗效。

综上所述,归脾汤联合鸣天鼓治疗突发性聋伴眩晕气血亏虚证,可促进患者听力恢复,改善眩晕及伴随症状,减轻中医证候,改善血液流变学,提高临床疗效,为中医药治疗突发性聋提供临床实践依据。

## 参考文献

- [1] ZHU Y P, HE S H, LIAO K, et al. Clinical profiles and prognoses of adult patients with full-frequency sudden sensorineural hearing loss in combination therapy[J]. *Journal of Clinical Medicine*, 2023, 12(4): 1478.
- [2] ZEDAN A M. Sudden sensorineural hearing loss in adults[J]. *BMJ (Clinical Research Ed)*, 2019, 364: 1755.
- [3] WANG Y X, WANG L, JING Y Y, et al. Association between hearing characteristics/prognosis and vestibular function in sudden sensorineural hearing loss with Vertigo[J]. *Frontiers in Neurology*, 2020, 11: 579757.
- [4] CHANDRASEKHAR S S, TSAI DO B S, SCHWARTZ S R, et al. Clinical practice guideline: Sudden hearing loss (update) executive summary[J]. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 2019, 161(2): 195-210.
- [5] 吴文科, 胡 革, 常 卫. 耳聪丸联合针灸、激素治疗突发性聋临床观察及预后因素分析[J]. *中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志*, 2022, 30(3): 164-167, 188.
- [6] 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. 突发性聋诊断和治疗指南(2015)[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2015, 50(6): 443-447.
- [7] 刘 蓬. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 4版. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 87-94.
- [8] 王 新, 王 娟, 谢春荣, 等. 归脾汤加减联合西医常规治疗气血亏虚型中枢性眩晕对患者血管内皮细胞功能、脑组织血流灌注的影响[J]. *河北中医*, 2022, 44(2): 258-262.
- [9] 林育珊, 卢标清. 从心脾论治突发性耳聋的疗效观察[J]. *山东大学耳鼻喉眼学报*, 2020, 34(6): 6-11.
- [10] 舒 福, 冷 辉. 泻火化痰通窍法联合鸣天鼓治疗气滞血瘀型突发性耳聋的临床研究[J]. *中国医学文摘(耳鼻咽喉科学)*, 2020, 35(6): 456-459.
- [11] 韩军良, 吴子明, 鞠 奕. 眩晕诊治多学科专家共识[J]. *中华神经科杂志*, 2017, 50(11): 805-812.
- [12] 张伯礼, 吴勉华, (澳)林子强. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019: 273-279.
- [13] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则: 试行[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 45-67.
- [14] UZ U, UZ D, AKDAL G, et al. Efficacy of epley maneuver on quality of life of elderly patients with subjective BPPV[J]. *The Journal of International Advanced Otolaryngology*, 2019, 15(3): 420-424.
- [15] GRIGOL T A, SILVA A M, FERREIRA M M, et al. Dizziness handicap inventory and visual Vertigo analog scale in vestibular dysfunction[J]. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 2016, 20(3): 241-243.
- [16] 邓 真, 元唯安, 王辉昊, 等. 眩晕症状量表的汉化及信效度和反应度检验[J]. *浙江大学学报(医学版)*, 2015, 44(2): 138-144.
- [17] 王慧颖, 刘国华, 梁 昊, 等. 麻黄汤冷服治特发性耳聋[J]. *湖南中医药大学学报*, 2021, 41(9): 1427-1430.
- [18] 蒋旭民, 郭家杞, 戚圆圆, 等. 从现代几种常见导引术对比研究看导引术传承创新[J]. *时珍国医国药*, 2022, 33(2): 444-446.
- [19] 毛新桐, 朱镇华. 朱镇华教授从“养阴”论治耳鸣[J]. *亚太传统医药*, 2021, 17(1): 73-74.
- [20] 陈嘉滢. 参苓白术散加味联合鸣天鼓治疗脾虚痰瘀型耳鸣的临床疗效分析[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2022.
- [21] 陈文勇, 王涂路, 李颖雯. 改良鸣天鼓治疗神经性耳鸣临床观察[J]. *新中医*, 2011, 43(6): 120-121.
- [22] 蔡 正, 王梦怡, 孟盼盼. 通窍耳康汤结合鼓室内灌注地塞米松对暴聋(肝火上扰证)患者血液流变学指标的影响[J]. *中国中医急症*, 2022, 31(2): 278-280.

(本文编辑 周 旦)