

针刺联合龙氏治脊疗法治疗颈源性耳鸣的临床观察

苏美意¹, 范德辉¹, 张振宁¹, 袁智先¹, 杨佳曼², 毛志涛²

(1. 广东省第二中医院, 广东广州 510095; 2. 广州中医药大学, 广东广州 510006)

摘要:【目的】观察针刺联合龙氏治脊疗法治疗颈源性耳鸣的临床疗效。【方法】将60例颈源性耳鸣患者随机分为治疗组和对照组, 每组各30例, 治疗组给予针刺联合龙氏治脊疗法治疗, 对照组给予针刺联合传统推拿疗法治疗。7 d为1个疗程, 共治疗2个疗程。治疗2周后, 评价2组临床疗效, 观察2组患者治疗前后耳鸣疼痛程度视觉模拟量表(VAS)评分的变化情况, 以及耳鸣残疾评估量表(THI)评分的变化情况。比较2组患者治疗前后椎动脉(VA)和基底动脉(BA)血流速度的变化情况。并随访比较2组的复发率。【结果】(1)治疗后, 2组患者的VAS评分、THI评分均明显改善($P < 0.05$), 且治疗组在改善VAS评分、THI评分方面明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。 (2)治疗后, 2组患者的椎动脉血流速度均明显改善($P < 0.05$), 且治疗组在改善椎动脉血流速度方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。 (3)治疗后, 2组患者的基底动脉血流速度明显改善($P < 0.05$), 且治疗组在改善基底动脉血流速度方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。 (4)治疗组总有效率为96.67%(29/30), 对照组为83.33%(25/30)。治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。 (5)治疗组复发1例, 复发率为5%(1/20); 对照组复发5例, 复发率为62.5%(5/8), 2组患者复发率比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。【结论】针刺联合龙氏治脊疗法治疗颈源性耳鸣, 能明显改善患者的临床症状, 改善血液循环, 从而提高患者生活质量, 疗效显著。

关键词: 针刺; 龙氏治脊疗法; 传统推拿; 颈源性耳鸣; 临床观察

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)12-2663-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.12.020

Clinical Observation of Acupuncture Combined with LONG's Chiropractic Therapy for Cervical Tinnitus

SU Mei-Yi¹, FAN De-Hui¹, ZHANG Zhen-Ning¹, YUAN Zhi-Xian¹,
YANG Jia-Man², MAO Zhi-Tao²

(1. Guangdong Second Traditional Chinese Medicine Hospital, Guangzhou 510095 Guangdong, China;

2. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510006 Guangdong, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical efficacy of acupuncture combined with LONG's chiropractic therapy for cervical tinnitus. **Methods** Sixty patients with cervical tinnitus were randomly divided into treatment group and control group, 30 cases in each group. The treatment group was treated with acupuncture combined with LONG's chiropractic therapy, while the control group was treated with acupuncture combined with traditional massage therapy. Seven days as a course and lasted for two courses of treatment. After 2 weeks of treatment, the clinical efficacy of the two groups was evaluated. The changes of visual analogue scale(VAS) scores and Tinnitus Handicap Inventory (THI) scores were observed before and after treatment. The changes of blood flow velocity of vertebral artery(VA) and basilar artery(BA) between the two groups were compared before and after treatment. Follow-up was conducted to compare the recurrence rate between the two groups. **Results** (1) After treatment, the VAS scores and THI scores of the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the treatment group was significantly superior to that of the control group in improving the VAS scores and THI scores, the difference being

收稿日期: 2021-05-16

作者简介: 苏美意(1983-), 男, 主治中医师; E-mail: 35592847@qq.com

通讯作者: 范德辉(1969-), 男, 教授, 主任中医师; Email: 1317073040@qq.com

基金项目: 范德辉广东省名中医传承工作室建设项目(粤中医办函[2018]5号); 卢桂梅全国名老中医药传承工作室建设项目(国中医药人教函[2018]134号)

statistically significant ($P < 0.05$). (2) After treatment, the VA blood flow velocity of the two groups was significantly improved ($P < 0.05$), and the treatment group was significantly superior to the control group in improving the VA blood flow velocity, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (3) After treatment, BA blood flow velocity of the two groups was significantly improved ($P < 0.05$), and the treatment group was significantly superior to the control group in improving BA blood flow velocity, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (4) The total effective rate was 96.67% (29/30) in the treatment group and 83.33% (25/30) in the control group. The curative effect of the treatment group was superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (5) There was one case of recurrence in the treatment group and the recurrence rate was 5%. There were 5 cases of recurrence in the control group, and the recurrence rate was 62.5%. The difference of recurrence rate between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Acupuncture combined with LONG's chiropractic therapy for cervical tinnitus can significantly improve the clinical symptoms and blood circulation of patients, so as to improve the quality of life of patients with a significant effect.

Keywords: acupuncture; LONG's chiropractic therapy; traditional massage therapy cervical tinnitus; cervical tinnitus; clinical observation

颈源性耳鸣是由于颈椎的急慢性损伤或退行性改变导致颈椎解剖位置的改变,从而刺激或压迫颈部交感神经或椎动脉,造成椎-基底动脉供血不足或迷路动脉血管反射性痉挛,使内耳血液循环出现急慢性障碍,最终引起耳鸣等症状^[1]。耳鸣是临床中的一种常见症状,有研究表明,成年人的患病率约为15%,其中,颈源性耳鸣约占耳鸣总数的40%,据患者描述,除耳鸣外,平素亦患有颈痛、眩晕及睡眠障碍等,严重影响患者的生活和工作质量,尤其对从事脑力工作者^[2-3]。目前,治疗颈源性耳鸣的方法有物理疗法、针刺疗法、推拿疗法、手法疗法及口服药物疗法等^[4-5],以上疗法均可取得一定的疗效,但临床观察发现,服药易出现副作用,针刺或传统推拿手法疗效不持久,易复发。本研究采用针刺联合龙氏治脊疗法治疗颈源性耳鸣,取得较好疗效,安全性高且不易复发,现将临床研究结果报道如下,以期治疗颈源性耳鸣提供新的思路与方法。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2019年1月至2020年12月广东省第二人民医院针灸康复科门诊及住院部收治的60例明确诊断为颈源性耳鸣的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为治疗组和对照组,每组各30例。本研究获医院伦理委员会审议通过。

1.2 诊断标准

颈源性耳鸣诊断参照文献[6]中的诊断标准拟定。诊断标准如下:①主观耳鸣,自觉耳中鸣响或耳内闷堵感,严重时听力障碍;②有颈椎病临床表现,如颈部疼痛不适,头晕、耳鸣、手麻、头晕等临床症状;运动时疼痛加剧,可向肩臂部放射;头部旋转受限或呈强迫性体位。枢椎棘突侧向偏歪,有明显压痛,被动运动则痛加剧;③耳鸣症状与颈椎病症状同时发生,或继发于颈椎病之后等;自觉耳内或颅内有滋滋、嗡嗡、嘶嘶等声音,随着颈部活动的改变而时轻时重,周围环境中并无相应的声源;自觉耳鸣音调多出现于低频区域,大部分患者掩蔽治疗有效;④耳鸣严重程度为I级以上患者;⑤影像学检查:经颅多普勒超声仪(TCD)显示,颈椎均有不同程度病变和左右椎动脉血流异常或基底动脉供血不足。颈椎X光片显示,齿状突中线与环椎中心线不对称,齿状突与环椎两侧块的间隙不对称或一侧间隙消失。通过CT、MRI等影像学仪器进行排除诊断可疑内听道或颅内占位病变。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准;②年龄在18~66岁之间,性别不限;③精神状态正常,意识清楚;④自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①患有严重肝肾功能障碍或先天性疾病的患

者;②患有脑部或颈椎肿瘤等不宜进行推拿的患者;③无法配合龙氏治脊疗法及颈深屈肌训练治疗的患者;④患有颈部皮肤过敏或出疹等皮肤损伤疾病的患者。

1.5 剔除标准

①不符合纳入标准而误入者;②研究资料不齐全而影响疗效判定者。

1.6 治疗方法

1.6.1 治疗组

给予针刺联合龙氏治脊疗法治疗。首先施以龙氏治脊疗法,再行针刺治疗。

龙氏治脊疗法^[7]:采用“三步定位”诊断法进行定位。首先进行神经定位诊断,根据患者耳鸣的症状,初步判断错位的颈椎节段,根据临床经验,多为上段颈椎。然后,进行触诊定位诊断,采用横突触诊法,乳突至肩峰连线为颈椎横突的体表投影连线。患者取端坐位,双手放膝部,术者立于患者身后,用双手拇指轻置患者乳突部,双手食指、中指置于其下颌部作支点。左右两侧拇指同步做向前、向后触诊,若触到单侧横突向后移者,属旋转式错位,若一侧横突内凹而另一侧向外凸或下移者,则属侧摆式错位,从而明确发病的脊椎部位、确切的关节及类型。最后进行影像学定位诊断,通过X线片观察各椎间关系的变化,脊椎轴线变异情况,椎体后缘连线变异情况,各韧带钙化的部位、程度及骨质疏松程度等,并与第一步、第二步定位诊断结合分析,做出最后定位诊断结果。排除正骨推拿的禁忌证,包括骨折、脱位、结核、肿瘤、嗜伊红细胞肉芽肿、化脓性炎症等。利用三步定位诊断法综合分析,根据颈椎的生理解剖特点与关节错位类型,运用龙氏治脊疗法进行整复。(1)放松手法:以患椎为中心,用揉捏法或拇指揉法放松上下6个椎间以内的软组织,手法柔和轻巧,此手法为正骨手法前的放松手法,适用于各种错位类型。(2)正骨手法:耳鸣患者多为旋转式错位,则选用低头摇正法。患者取侧卧位,平枕(或去枕)、低头(中段颈椎前屈约 20° ,下段颈椎前屈 $>30^{\circ}$)。术者一手轻托患者后颈部,拇指按于错位横突,关节突隆起处下方作为“定点”,另一手托其面颊部作为“动点”,以枕部作为支点,将头转至最大角度时,托面颊之手用有限度的“闪动力”,按压“定

点”的拇指同时加用阻力,使关节在动中因“定点”有压力而复位,可重复2~3次。(3)强壮手法:正骨手法结束后,用拿捏法或弹拨法等强壮手法作用于患椎旁的软组织硬结,可对患者枕后肌群、斜方肌等施以点按、指柔。(4)痛区手法:主要采用传统推拿手法,为正骨推拿的结束手法,即根据不同病症选用兴奋或镇静手法。痛、晕、胀、兴奋过度等病症采用镇静手法,酸、麻、功能低下等病症采用兴奋手法。镇静手法包括抚摩、揉捏、按压、震颤、叩打等。兴奋手法包括弹拨、拿捏、搓捻、捶拍、重力点穴等。每天治疗1次,7d为1个疗程,共治疗2个疗程。

针刺法:参照全国高等中医药院校规划教材《针灸治疗学》^[8]中有关耳鸣的治疗方案拟定。取穴标准,选取耳门、听宫、听会、翳风、中渚及侠溪穴。针具采用环球牌一次性无菌针灸针(苏州针灸用品有限公司,规格:0.30 mm \times 25 mm)。患者取仰卧位,穴位常规消毒,嘱患者张口,耳门:直刺0.5~1寸;听宫:直刺1~1.5寸;听会:直刺1~1.5寸。得气后嘱患者缓慢闭口。翳风:直刺0.5~1寸;中渚:直刺0.5~1寸;侠溪:直刺0.5~1寸。得气后留针25 min。每天治疗1次,7d为1个疗程,共治疗2个疗程。

1.6.2 对照组

给予针刺联合传统推拿疗法治疗。先推拿,再行针刺治疗。传统推拿疗法参照全国高等中医药院校规划教材《推拿治疗学》^[9]中有关治疗颈椎病的操作。患者坐于治疗椅上,医者站于患者身后,先用拇、中指指腹按揉风池穴,并用拇指与食、中指指腹相对施力,拿捏风池穴,拿揉颈根部及颈项两旁的肌肉;随后以揉法放松颈肩背部及上肢的肌肉后行颈部拔伸法,并使头颈部向各个方向旋转;最后提拿双侧肩井及患肢肌肉,拍打肩背部,力度以患者能耐受为度。治疗时长为20~30 min。针刺疗法同治疗组。每天治疗1次,7d为1个疗程,共治疗2个疗程。

1.6.3 随访

治疗结束6个月后,对2组患者进行电话或门诊随访,了解患者的复发情况,并计算复发率,复发率=复发例数/痊愈例数 \times 100%。

1.7 观察指标

1.7.1 耳鸣疼痛程度评估

采用视觉模拟量表(Visual Analogue Scale,

VAS)评分^[10]对患者的耳鸣程度进行评估。具体操作方法为在纸上画一条10 cm长线,始端数值为0,末端数值为10,嘱患者治疗前后根据感受在线上做出标记以此表达耳鸣的响度。0分为无痛,1~3分以下为轻度疼痛,4~6分为中度疼痛,7~10分为重度疼痛。

1.7.2 耳鸣残疾程度评估

采用耳鸣残疾评估量表(Tinnitus Handicap Inventory, THI)评分^[11]来评估耳鸣对患者日常生活造成影响严重程度。耳鸣残疾评估量表共有25项评估内容,患者填表时要求每项答案选择“是”“有时”或“无”。选择“是”计4分、“有时”计2分、“无”计0分,总分为100分。

1.7.3 血流速度

分别于治疗前后采用经颅多普勒(Transcranial Doppler, TCD)^[12]检测患者椎动脉(vertebral artery, VA)和基底动脉(basilar artery, BA)的血流速度。

1.8 疗效判定标准

参照《耳鸣严重程度评估与疗效评定参考标准》^[13]。将耳鸣的严重程度分为I~V级,根据积分确定患者耳鸣所属等级,用以下方法评定疗效。痊愈:患者耳鸣和伴随症状消失,随访1个月无复发;显效:耳鸣程度降低2个级别以上;有效:耳鸣程度降低1个级别;无效:耳鸣程度无变化。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.9 统计方法

采用SPSS 23.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料采用率或构成比表示,组间比较采用卡方检验;等级资料组间比较采用Ridit分析。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较

治疗组30例患者中,男18例,女12例;年龄20~65岁,平均(36.77±11.87)岁;病程1~10个月,平均(5.53±1.85)个月。对照组30例患者中,男13例,女17例;年龄18~61岁,平均(34.73±8.69)岁;病程1~8个月,平均(5.23±1.94)个月。2组患者的性别、年龄、病程等一般情况比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),表明2组患者的基

线特征基本一致,具有可比性。

2.2 2组患者治疗前后VAS评分比较

表1结果显示:治疗前,2组患者VAS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的VAS评分明显改善($P < 0.05$),且治疗组在改善VAS评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组颈源性耳鸣患者治疗前后视觉模拟量表(VAS)评分比较

Table 1 Comparison of VAS scores between the two groups of patients with cervical tinnitus before and after treatment

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
对照组	30	4.87±1.20	2.57±0.77 ^①
治疗组	30	4.80±1.38	1.73±0.69 ^{①②}

① $P < 0.05$,与同组治疗前比较;② $P < 0.05$,与对照组治疗后比较

2.3 2组患者治疗前后THI评分比较

表2结果显示:治疗前,2组患者THI评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的THI评分明显改善($P < 0.05$),且治疗组在改善THI评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组颈源性耳鸣患者治疗前后耳鸣残疾评估量表(THI)评分比较

Table 2 Comparison of THI scores between the two groups of patients with cervical tinnitus before and after treatment

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
对照组	30	48.17±12.64	29.57±7.22 ^①
治疗组	30	47.33±11.74	26.03±5.47 ^{①②}

① $P < 0.05$,与同组治疗前比较;② $P < 0.05$,与对照组治疗后比较

2.4 2组患者治疗前后椎动脉血流速度比较

表3结果显示:治疗前,2组患者椎动脉血流速度比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的椎动脉血流速度明显改善($P < 0.05$),且治疗组在改善椎动脉血流速度方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 2组患者治疗前后基底动脉血流速度比较

表4结果显示:治疗前,2组患者基底动脉血

表3 2组颈源性耳鸣患者治疗前后椎动脉血流速度比较

Table 3 Comparison of vertebral artery blood flow velocity between the two groups of patients with cervical tinnitus before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, $\text{cm} \cdot \text{s}^{-1}$)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
对照组	30	27.80 ± 2.33	31.97 ± 2.06 ^①
治疗组	30	26.60 ± 3.37	33.50 ± 2.24 ^②

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

流速度比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者的基底动脉血流速度明显改善($P < 0.05$), 且治疗组在改善基底动脉血流速度方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表4 2组颈源性耳鸣患者治疗前后基底动脉血流速度比较

Table 4 Comparison of basilar artery blood flow velocity between the two groups of patients with cervical tinnitus before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, $\text{cm} \cdot \text{s}^{-1}$)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
对照组	30	25.37 ± 3.42	29.57 ± 3.32 ^①
治疗组	30	26.00 ± 2.27	31.43 ± 2.75 ^②

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

2.6 2组患者临床疗效比较

表5结果显示: 治疗组总有效率为96.67%(29/30), 对照组为83.33%(25/30)。治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表5 2组颈源性耳鸣患者临床疗效比较

Table 5 Comparison of clinical curative effect in the two groups of patients with cervical tinnitus [例(%)]

组别	例数(例)	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	8(26.67)	12(40.00)	5(16.67)	5(16.67)	25(83.33)
治疗组	30	20(66.67)	8(26.67)	1(3.33)	1(3.33)	29(96.67) ^①

① $P < 0.05$, 与对照组比较

2.7 2组患者复发情况比较

治疗6个月后电话或门诊随访, 了解患者的复发情况。其中: 治疗组复发1例, 复发率为5%(1/20); 对照组复发5例, 复发率为62.5%(5/8)。2组患者复发率比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

颈源性耳鸣可归属于中医学中“耳鸣”的范畴, 是指外界无声源, 患者自觉耳中鸣响且妨碍听觉的病症, 其声可有多种, 如蝉鸣、风声、潮声或哨音等。中医学认为耳鸣的病因主要有外邪侵袭、情志刺激或病后体虚等。如《诸病源候论》记载: “肾为足少阴之经而藏精气通于耳, 若精气调和, 则肾脏强盛, 耳闻五音; 若劳伤气血, 兼受风邪, 损于肾脏, 耳精脱, 精脱者则耳聋。”指出了耳鸣多责之于肾脏。西医学中的耳科疾病、脑血管疾病及外伤性疾病等均可引起耳鸣的发生, 若不及时治疗, 严重者可导致耳聋^[14]。

颈椎解剖位置的改变可压迫颈部的神经及血管, 亦是导致耳鸣的主要原因之一。有研究表明, 耳廓背面的耳大神经由第2、3脊神经发出, 其枕小神经的起点为第2脊神经, 而第2脊神经寰

椎后弓与枢椎之间发出, 若寰枢关节错位可刺激第2脊神经, 从而影响耳廓背面的耳大神经与枕小神经。而第3脊神经由第2、3颈椎之间发出, 若颈部2、3椎体错位可刺激第3脊神经, 从而影响耳廓背面的耳大神经。当颈部的神经根及血管因椎体错位受到压迫后, 则影响耳部神经的兴奋性, 干扰中枢神经系统的感觉传递, 从而导致耳鸣的出现^[15]。耳部的动脉血管椎动脉由锁骨下动脉发出, 颞浅动脉、上颌动脉及耳后动脉均由颈外动脉发出, 颈椎附近的动脉受到压迫可引起椎-基底动脉供血不足, 从而影响内耳的血液供应, 亦是导致耳鸣发生的原因之一^[16]。

因此, 寻找一种既可以纠正椎体关节错位且可以维持颈椎结构的稳定, 亦能减轻患者耳鸣程度, 从而提高患者的生活和工作质量且不易复发的疗法, 成为目前亟需解决的关键问题。龙氏治脊疗法是在脊柱病因学的理论指导下, 将中医学中的伤科正骨、推拿与现代脊柱生理解剖学、生物力学相结合, 革新而成的一套针对颈椎错位类型施以正骨推拿复位治疗脊柱关节错位、软组织损伤、关节滑膜嵌顿等病症的手法。该疗法具有“稳、准、轻、巧、安全有效”的特点, 在“三步

定位”诊断法的基础上,即神经(临床症状)定位诊断、触诊(检诊)定位诊断、X线定位诊断,准确辨别病变椎体的位置及错位类型,根据其错位方式采取相应手法进行调整使其复位,解除因椎体错位对颈部神经和血管的压迫,从而提升椎动脉和基底动脉的血流供应,减轻患者的耳鸣程度并同时改善其生活状况。有临床研究^[17]表明,该手法可通过调整颈椎内外的生物力学平衡,起到稳定颈椎结构的作用,从而减轻及解除对神经和血管的压迫。传统的针刺疗法作为一种非药物疗法具有调和阴阳、疏通经络及扶正祛邪的作用。耳为手、足少阳经所辖,耳门、听会穴属手、足少阳经,听宫穴为手太阳经与手、足少阳经的交会穴,气通耳内,具有疏散风热、聪耳启闭的功效,是治疗耳疾的要穴;翳风穴属手少阳经穴,亦为耳的局部穴,其与循经远取的中渚、侠溪穴相配,可通上达下,疏导少阳经气,宣通耳窍。现代研究表明,针刺疗法可消除无菌性炎症,减轻或消除疼痛,具有改善组织血液和淋巴循环的效果^[18]。

本研究结果表明,治疗后,2组患者的VAS评分、THI评分均明显改善($P < 0.05$),且治疗组在改善VAS评分、THI评分方面明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,2组患者的椎动脉血流速度明显改善($P < 0.05$),且治疗组在改善椎动脉血流速度方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组患者的基底动脉血流速度明显改善($P < 0.05$),且治疗组在改善基底动脉血流速度方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组总有效率为96.67%(29/30),对照组为83.33%(25/30)。治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组复发1例,复发率为5%(1/20),对照组复发5例,复发率为62.5%(5/8),2组患者复发率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明针刺联合龙氏治脊疗法可明显降低患者VAS与THI评分,减轻患者耳鸣程度、改善日常生活功能障碍,亦可加快椎-基底动脉血流速度,改善血液循环,从而缓解相关症状。

综上所述,针刺联合龙氏治脊疗法治疗颈源性耳鸣可明显改善患者耳鸣的症状,临床效果显

著,值得在临床进一步推广应用。

参考文献:

- [1] 戚静,刘坚,周宏斌.神经内科诊治耳鸣的思路[J].广东医学,2012,33(12):1783-1785.
- [2] BAGULEY D, MCFERRAN D, HALL D. Tinnitus[J]. Lancet, 2013, 382(9904): 1600-1607.
- [3] MICHIELS S, HERTOOGH W D, TRUIJEN S, et al. Cervical spine dysfunctions in patients with chronic subjective tinnitus[J]. Otol Neurotol, 2015, 36(4): 741-745.
- [4] 张丹枫.易罐配合针刺治疗颈源性耳鸣的临床研究[D].长春:长春中医药大学,2020.
- [5] 王春英,孙忠人,杨添淞,等.电针疏波治疗颈源性耳鸣临床观察[J].辽宁中医杂志,2020,47(9):138-140.
- [6] 中国康复医学会颈椎病专业委员会.颈椎病诊治与康复指南[J].中国医药指南,2007(7):40.
- [7] 范德辉.龙氏治脊疗法[M].广州:广东科技出版社,2019:99-110.
- [8] 王启才.针灸治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2016:257.
- [9] 罗才贵.推拿治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2001:305-306.
- [10] FIGUEIREDO R R, AZEVEDO A A, OLIVEIRA P M. Correlation analysis of the visual-analogue scale and the tinnitus handicap inventory in tinnitus patients[J]. Braz J Otorhinolaryngol, 2009, 75(1): 76-79.
- [11] 孟照莉,郑芸,王恺.推荐一种耳鸣主观评估量表[J].听力学及言语疾病杂志,2007,15(4):325-327.
- [12] 周秉博.椎-基底动脉供血不足患者应用TCD的价值分析[J].中国医疗器械信息,2017,23(24):64-65.
- [13] 刘莲.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.
- [14] MANNINI L, PANICCIA R, CECCHI E, et al. Reduced erythrocyte deformability and hypercoagulability in idiopathic sudden sensorineural hearing loss[J]. Clin Hemorheol Microcirc, 2005, 33(1): 47-55.
- [15] 付茜茜.颈源性耳鸣患者颈肩部穴位软组织张力及压痛阈研究[D].北京:北京中医药大学,2018.
- [16] 叶智超.针刺结合整脊手法治疗颈源性耳鸣临床疗效分析[J].按摩与康复医学,2018,9(9):27-28.
- [17] 苏美意,范德辉,王朝峰,等.龙氏正骨手法治疗椎动脉型颈椎病的临床疗效观察[J].按摩与康复医学,2019,10(11):21-23.
- [18] 李媛,吴凡,程珂,等.针刺对炎性疼痛的镇痛机制[J].针刺研究,2018,43(8):467-475.

【责任编辑:宋威】