

护 理

引用:张玲,刘艳,杨丽红,阳意,彭慧,周毅波,黄琼.耳穴贴压联合耳尖放血治疗肝火上扰型耳鸣的临床疗效观察[J].中医导报,2025,31(10):64-68.

耳穴贴压联合耳尖放血治疗肝火上扰型耳鸣的临床疗效观察*

张 玲,刘 艳,杨丽红,阳 意,彭 慧,周毅波,黄 琼
(湖南中医药大学附属长沙市中医医院,湖南 长沙 410100)

[摘要] 目的:探讨耳穴贴压联合耳尖放血治疗肝火上扰型耳鸣的效果。方法:选取128例肝火上扰型耳鸣患者为研究对象,按随机数字表法分为对照组、治疗组,每组64例。对照组予以口服银杏叶提取物片(金纳多片)和甲钴胺片,治疗组在对照组的基础上进行耳穴贴压与耳尖放血的联合治疗,两组均连续治疗4周。比较两组患者治疗前后耳鸣评价量表评分、中医证候积分及纯音听阈测定(PTA)的变化,并评价两组耳鸣疗效。结果:对照组及治疗组均脱落4例,治疗后,治疗组耳鸣疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者治疗后耳鸣评价量表评分、中医证候积分及纯音听阈均较治疗前降低,且治疗组患者各项指标均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。两组患者在研究期间均无晕针、血肿等不良反应发生。结论:耳穴贴压联合耳尖放血应用于肝火上扰型耳鸣患者,疗效显著。

[关键词] 耳鸣;肝火上扰;耳穴贴压;耳尖放血;银杏叶提取物;甲钴胺;纯音听阈测定

[中图分类号] R248.1 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2025)10-0064-05

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.10.011

The Clinical Effect of Auricular Point Sticking Combined with Auricular Tip Bloodletting in Treatment of Tinnitus of Liver Fire Disturbance Syndrome

ZHANG Ling, LIU Yan, YANG Lihong, YANG Yi, PENG Hui, ZHOU Yibo, HUANG Qiong,
(Changsha Hospital of Traditional Chinese Medicine, Affiliated to Hunan University of Chinese Medicine,
Changsha Hunan 410100, China)

[Abstract] Objective: To investigate the effect of auricular point sticking combined with auricular tip bloodletting in the treatment of tinnitus of liver fire disturbance syndrome. Methods: A total of 128 cases of tinnitus patients with liver fire disturbance were selected as the study objects, and the were divided into control group and treatment group according to random number table method, 64 cases in each group. The control group was given oral kinadol tablets and mecobalamine tablets. On the basis of the control group, the treatment group received the combined treatment of auricular point sticking and auricular tip bloodletting for 4 weeks. Tinnitus scale score, tinnitus efficacy evaluation, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score and pure-tone audiometry (PTA) measurement were compared between the two groups before and after treatment. The efficacy on tinnitus was evaluated. Results: Totally four cases were lost to follow-up in both the control group and treatment group. After treatment, the treatment group showed better efficacy than control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The tinnitus rating scale score, TCM syndrome score and PTA decreased significantly in two groups, and the treatment group showed lower indicators than control group, with statistical significance ($P<0.05$). No adverse reactions such as needle fainting and hematoma occurred in patients in both groups during the study period. Conclusion: The application of auricular point sticking combined with ear tip bloodletting in patients with tinnitus of liver fire disturbance syndrome is effective.

[Keywords] tinnitus; liver fire disturbance; auricular point sticking; bleed the tip of the ear; ginkgo biloba leaf extract; mecobalamine; pure-tone audiometry

*基金项目:长沙市中医药科研重点课题(A202308)

通信作者:黄琼,女,主任护师,研究方向为中医护理、智慧护理与护理管理

耳鸣是指在听觉系统未受到声源刺激的情况下,耳内产生声响的一种主观感受,主要表现为耳痛、头晕和听力下降,是耳鼻喉科的常见疾病^[1]。耳鸣的发病率较高,全球范围内,其发病率为10%~20%^[2-3]。有10%~20%的耳鸣患者日常生活受到了严重影响,某些患者甚至因此产生了自杀的念头。目前,临床上多采用改善微循环和营养神经的药物治疗,如银杏叶提取物及甲钴胺^[4],但其治疗效果尚未达到预期^[5]。中医学将耳鸣归为“暴聋”范畴,肝胆实火或肝经湿热循经上扰可出现头痛目赤、胁痛口苦、耳聾等症。在耳鸣众多分型中,实证耳鸣以肝火上扰型出现频率较高^[6]。近几年,随着中医和中药的不断发展,临床中医学界对耳鸣的治疗进行了深入的研究和探索,目的是寻找治疗耳鸣的有效手段,以减轻患者及其家属的痛苦。耳穴贴压^[7]是通过将王不留行籽贴压于耳穴相应反应点产生持续的刺激,从而产生持久的治疗效果。耳尖放血疗法^[8]是通过释放少量暗红或乌黑色的“恶血”,以祛邪安正的一种中医特色护理技术。本研究以中医辨证施护为原则,采用耳穴贴压联合耳尖放血治疗肝火上扰型耳鸣,取得较好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 参照《实用耳鼻咽喉头颈外科学》^[9]及《耳鸣临床应用指南》^[10]中的相关诊断标准。

1.1.2 中医辨证标准 参考《中医耳鼻咽喉科学》(第11版)中肝火上扰型耳鸣的中医辨证标准。(1)主症:突发耳鸣,常在情志抑郁或恼怒后发生或加重。(2)次症:头痛,眩晕,胸胁胀痛,夜寐不宁,口干咽苦等。(3)舌象:舌红,苔白或黄。(4)脉象:脉弦。判定标准为主症、舌脉符合,兼有两项或以上次症,即可归类为肝火上扰型耳鸣。

1.2 纳入标准 (1)符合耳鸣的西医诊断标准且中医确诊为肝火上扰型耳鸣;(2)年龄18~70岁;(3)发病时间≤6个月,单侧发病者;(4)纯音听阈检查结果为听力正常或感音神经性听力下降;(5)在1周之内没有接受其他治疗;(6)具有良好依从性,且同意签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)存在交流障碍,无法完成问卷填写;(2)孕妇或处于哺乳期;(3)合并其他严重疾病或凝血功能不全;(4)对耳尖放血治疗无法耐受;(5)对王不留行籽胶布、银杏叶提取物片或甲钴胺片等存在过敏或禁忌。

1.4 剔除与脱落标准 (1)出现病情变化使用其他药物进行干预;(2)失访或因其他原因自行退出本研究。

1.5 样本量估算 研究对象的样本量基于信效度较好的耳鸣症状评价量表评分确定,采用两独立样本均数比较的研究设计进行计算。公式为 $n=2(Z_{\alpha}+Z_{\beta})^2 \times \sigma^2 / \delta^2$,结合既往文献报道^[11]的相关参数($\alpha=0.05$, $1-\beta=0.90$, 标准差 $\sigma=3.775$, 两组均数差值 $\delta=2.290$),初步确定招募受试者116例,考虑10%的失访率,估算本研究的样本量为128例。

1.6 研究对象 选取2023年7月至2024年12月在长沙市中医医院就诊住院的128例肝火上扰型耳鸣患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组及治疗组,各64例。本研究已通过本院医学伦理委员会审查(2023072003)。

1.7 治疗方法 在开始治疗之前,对纳入的患者进行健康宣教:(1)调畅情志,保持心情舒畅;(2)注重健康的饮食习惯,避免摄入辛辣和刺激性的食物;(3)起居有规律,尽量避免熬夜和远离嘈杂的环境。

1.7.1 对照组 给予常规治疗及护理。(1)常规治疗为银杏叶提取物片(商品名:金纳多片;德国威玛舒培博士药厂,40 mg/片,进口药品注册证号H20090296,批号:1680923)和甲钴胺片(江西青峰药业有限公司,0.5 mg/片,国药准字H20051440,批号:2220642),均1片/次,3次/d,餐后服,连续治疗4周。(2)针对患者的具体状况给予常规护理,如耳部的护理、食用清淡且富含锌的食物。加强病情监测及预防并发症的发生;一旦病情发生变化,治疗方案应在医师的专业指导下进行相应的调整。

1.7.2 治疗组 在对照组的基础上联合耳穴贴压与耳尖放血治疗。

耳穴贴压:(1)取穴:取肝、肾、脾、神门、皮质下、内耳、外耳、三焦、胰胆穴。(2)操作:采用75%酒精消毒耳穴区域两次,再使用探穴针识别耳部穴位敏感点并标记,消毒待干后,用胶布将王不留行籽贴于穴位,指导患者每日指腹按压穴位3~5次,每次20下,以酸、麻、胀、痛、发热感为宜。每3 d更换耳豆,双耳交替,持续4周。注意防水防脱落,脱落需重新贴敷,避免揉搓损伤耳廓。

耳尖放血:(1)取穴:耳尖穴。(2)操作:患者坐位,操作者揉捏患耳耳尖使其充血,采用75%酒精消毒耳尖,采血针点刺耳尖穴2~3次,挤压穿刺部位至血滴充分挤出,消毒干棉球擦吸血滴,以20~30滴为宜,消毒干棉球轻压片刻止血。每3 d进行耳尖放血1次,连续治疗4周。(3)注意事项:①操作者应注意无菌观念;②耳尖放血前注意询问患者有无不适。

1.7.3 随访 本研究中,出院患者均于门诊接受规范化治疗及延续性护理措施。为提升治疗依从性,研究团队建立标准化随访制度:由研究小组成员于治疗前24 h进行电话随访,确认诊疗安排并实施预约制诊疗服务,优化就诊流程,保障治疗连续性及时性。

1.8 观察指标

1.8.1 主要观察指标 耳鸣评价量表(tinnitus evaluation questionnaire, TEQ)评分为主要观察指标,该表是由刘蓬等^[12]进行编制,Cronbach's α 系数为0.760,重测信度为0.938, Pearson相关性检验的相关系数为0.769,具有良好的信效度,主要用于评估耳鸣的严重程度。根据TEQ的总分,将耳鸣的严重程度由轻到重划分为5个等级:I级为1~6分,II级为7~10分,III级为11~14分,IV级为15~18分,V级为19~21分。分别于治疗前、治疗4周后进行评定。

1.8.2 次要观察指标

1.8.2.1 中医证候积分 参照《中医病证诊断疗效标准》^[13]及《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[14]中的6项主观指标(耳鸣、胸胁胀痛、夜寐不宁、头痛、眩晕、口苦咽干)制定,按症状严重程度进行计分,无症状计0分,轻度计2分,中度计4分,重度计6分。所有症状得分相加即为患者证候积分,得分越高,表示患者中医临床症状越明显,分别于治疗前、治疗4周后进

行评定。

1.8.2.2 纯音听阈测定(pure-tone audiometry, PTA) 向受试者对本次测试进行讲解,让其了解检查的流程及注意事项。由听力师应用AD229e型纯音听力计(丹麦国际听力公司)在安静密闭的测听室中测定被试者的纯音听阈值。取500、1 000、2 000、4 000 Hz 4个频率听阈值的平均值,平均听阈值越小代表听力越好。分别于治疗前、治疗4周后进行测定。

1.8.2.3 不良事件 观察并记录干预过程中出现晕针、血肿、过敏、感染及其他不良反应的情况,轻者根据医嘱进行处理,重者停止试验。

1.9 疗效标准 参照《2012耳鸣专家共识及解读》^[10]制定,在治疗开始及结束时对患者进行耳鸣程度评估,并根据治疗前后的级别变化来确定治疗效果。(1)痊愈:耳鸣消失,且伴随症状消失,治疗结束随访1个月无复发;(2)显效:耳鸣程度降低2个级别(含2个级别)以上;(3)有效:耳鸣程度降低1个级别;(4)无效:耳鸣程度分级无改变。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.10 统计学方法 使用Excel 2013建立数据库。所有数据均通过SPSS 26.0进行统计分析。服从正态分布的计量资料以“均数±标准差”($\bar{x} \pm s$)表示,不服从正态分布的计量资料以“中位数(四分位数)” $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示;服从正态分布且方差齐的计量资料采用独立样本 t 检验,组内治疗前后比较采用配对 t 检验;不服从正态分布的计量资料采用Wilcoxon秩和检验。计数资料采用例表示,组间比较采用 χ^2 检验,等级资料比较采用Ridit分析。检验水平 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 研究完成情况 本研究符合入选要求的病例共128例,其中部分病例因更换工作地点或未按照要求进行治疗而脱落,最终纳入治疗组及对照组病例各60例。

2.2 基线资料 纳入本研究的两组患者基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。(见表1)

表 1 两组患者基线资料比较

组别	n	性别/例		年龄($\bar{x} \pm s$,岁)	患侧/例		病程 $[M(P_{25}, P_{75})]$,d	既往治疗/例	
		男	女		左	右		有	无
治疗组	60	39	21	40.82±13.34	35	25	23.42(8.25,30.00)	8	52
对照组	60	33	27	40.57±15.50	33	27	20.88(7.00,29.50)	10	50
检验统计量	$\chi^2=1.250$		$t=0.394$		$\chi^2=0.136$		$Z=1.158$	$\chi^2=0.261$	
P	0.352		0.925		0.854		0.247	0.799	

2.3 两组患者TEQ总分比较 两组患者治疗后TEQ总分均较治疗前降低,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,治疗组的TEQ总分低于对照组($P<0.05$)。(见表2)

表 2 两组患者 TEQ 总分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	60	11.40±2.13	4.50±2.03	29.220	0.000
对照组	60	10.80±1.85	7.40±2.03	8.784	0.000
t		1.650	-7.832		
P		0.102	0.000		

2.4 两组患者耳鸣疗效比较 研究结果显示,治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。(见表3)

表 3 两组患者耳鸣疗效比较 (例)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效
治疗组	60	16	32	9	3
对照组	60	4	25	22	9
Z					-2.167
P					0.030

2.5 两组患者中医证候积分比较 两组患者治疗后,中医证候积分及单项症状评分均较治疗前降低,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗组患者治疗后中医证候积分及单项症状评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表4)

2.6 两组患者纯音听阈值比较 两组患者治疗后纯音听阈值均较治疗前降低,差异均有统计学意义($P<0.05$)。组间比较,治疗组患者治疗后纯音听阈值低于对照组($P<0.05$)。(见

表 4 两组患者中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

指标	组别	n	治疗前	治疗后	治疗前组间比较		治疗前后组内比较		治疗后组间比较	
					t	P	t	P	t	P
耳鸣	治疗组	60	4.00±0.90	1.40±0.92	1.097	0.275	21.790	0.000	-7.111	0.000
	对照组	60	3.80±1.09	2.60±0.92			9.407	0.000		
胸胁胀痛	治疗组	60	3.00±1.35	1.20±0.99	0.012	1.000	12.837	0.000	-6.686	0.000
	对照组	60	3.00±1.01	2.20±0.61			6.272	0.000		
夜寐不宁	治疗组	60	3.80±1.41	1.20±0.99	0.833	0.406	21.790	0.000	-6.669	0.000
	对照组	60	3.60±1.21	2.60±1.29			7.681	0.000		
头痛	治疗组	60	3.80±1.09	1.40±0.92	1.836	0.069	15.362	0.000	-5.853	0.000
	对照组	60	3.40±1.29	2.60±1.29			6.272	0.000		
眩晕	治疗组	60	3.60±1.21	1.20±0.99	0.000	1.000	15.362	0.000	-6.551	0.000
	对照组	60	3.60±2.17	2.80±1.61			6.272	0.000		
口苦咽干	治疗组	60	3.60±1.51	1.40±1.29	0.710	0.479	15.690	0.000	-6.669	0.000
	对照组	60	3.40±1.58	2.80±0.99			5.028	0.000		
总分	治疗组	60	21.80±2.46	7.80±2.29	1.786	0.077	53.786	0.000	-19.138	0.000
	对照组	60	20.93±2.84	15.60±2.17			19.937	0.000		

表5)

表 5 两组患者纯音听阈比较 ($\bar{x} \pm s$, dB HL)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	60	44.43±12.35	32.36±10.40	11.335	0.000
对照组	60	44.10±13.55	38.91±11.39	3.777	0.000
t		0.137	-3.291		
P		0.891	0.001		

2.7 不良反应 两组患者在研究期间均无晕针、血肿、过敏及感染等不良反应发生。

3 讨 论

耳鸣的发病机制在当代医学领域尚未形成统一论^[7]。部分学者认为,病变最初可能起源于耳蜗组织,随着病程进展,中枢听觉系统的调控作用逐渐显现,其中边缘系统联合大脑皮层的异常神经活动在耳鸣的触发和维持机制中起着关键作用^[8]。在耳鸣的临床干预策略中,西医主要包括药物治疗、声音治疗及认知行为疗法三类。认知行为疗法为指南强推荐的干预方法,但该疗法对实施者的专业资质要求较高,因而其临床推广受限^[9]。在药物治疗方面,临床实践中主要应用改善微循环及神经营养类药物^[4],本研究对照组采用银杏叶提取物片(改善微循环药物)及甲钴胺片(神经营养类药物)进行干预。

耳鸣在《素问·脉解篇》中已有记载,其云“阳气万物盛上而跃,故耳鸣”。因肝胆火盛上犯,闭阻少阳经脉,耳窍不通而发^[6],故治以泻肝胆、通耳窍。考虑单纯的西医药物临床疗效欠理想,因此本研究治疗组在对照组的基础上采取泻肝胆、通耳窍的耳穴贴压及耳尖放血联合的方式进行干预。

本研究结果显示,经过连续4周的治疗,治疗组患者的TEQ评分、中医证候积分均低于对照组,耳鸣疗效优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。说明耳穴贴压联合耳尖放血可有效改善肝火上扰型耳鸣,且总有效率为95%(57/60),高于王晓梅等^[20]学者单纯采用耳穴贴压治疗耳鸣的总有效率84%(21/25)。分析其原因,可能与以下因素相关:(1)本研究纳入的研究对象均为肝火上扰型耳鸣患者,属于实证、热证。肝胆之火循足少阳胆经上扰耳窍,气血运行失和。《素问·血气形志篇》云“凡治病必先其血”。耳尖放血可起到清泄肺、胃及肝胆之火,解毒等作用,从而达到治疗肝火上扰型耳鸣的目的^[21]。(2)本研究在中医辨证的基础上,依据病变部位、脏腑生理功能与病理反应的对应关系,运用经络辨证、西医理论进行选穴,科学严谨。肝穴具有清肝解郁、通窍的作用;肾开窍于耳,肾穴具有壮阳、聪耳明目的功效;脾为气血生化之源,脾穴有健脾和胃、补中益气、疏肝理气的作用;现代医学认为,对神门穴和皮层下进行刺激,可以调节大脑的神经功能,控制其兴奋性,缓解焦虑,起到治疗的作用;内耳、外耳为止鸣的常见穴位;足少阳胆经循行入耳中,其与耳窍相连,且少阳为“枢”,故可以选取胆穴治疗耳鸣^[7,22]。通过对肝、肾、脾、神门、皮质下、内耳、外耳、三焦、胆诸穴进行持续刺激,可以系统性地调节脏腑功能失衡状态,疏通经络,宁心安神,调节大脑神经功能,从而减轻耳鸣症状,这与国内其他学者^[23-25]的研究一致。(3)有研究^[26]表明,耳鸣的病因可能以内耳供血

障碍为主,与内耳的解剖结构有关,耳蜗主要由单分支循环的迷路动脉来提供血液,容易发生缺血缺氧,从而发展成耳鸣、耳聋。耳尖放血可以调节血管舒缩功能,改善局部微循环,调节内耳血流,改善内耳的血液供应,改善内耳缺血缺氧环境^[27],而耳穴贴压则可通过持续刺激肝、胆、内耳等穴位,激活迷走神经和交感神经的平衡,促进内耳血管舒缩功能的长期调节^[28]。因此,耳穴贴压与耳尖放血联用,既可形成“局部清火-整体调节”的双向干预模式,既针对病机(肝火上扰),又改善病理(如耳窍闭塞),还可协同改善内耳缺血缺氧环境,从而达到调节整体脏腑功能,疏通经络,清泄肺、胃及肝胆之火的目的,因此两组患者中治疗组对耳鸣、胸胁胀痛、夜寐不宁、头痛、眩晕等伴随症状改善程度要优于对照组。PTA是评价听功能最基本、最重要的方法,能准确反映听敏度,是疾病诊断和劳动鉴定的依据^[29]。两组患者治疗后纯音听阈均较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组患者纯音听阈低于对照组($P<0.05$),说明治疗组改善肝火上扰型耳鸣的纯音听阈测定情况优于对照组。尽管组间差异有统计学意义($P<0.05$),但患者纯音听阈平均改善值未达到15 dB HL的临床有效阈值。然而,值得注意的是,部分患者主观报告听力损失症状有所好转,表明该干预方案对耳鸣症状仍具有改善作用,并为听力恢复提供了积极的预后指标。同时,在本研究中,耳穴贴压联合耳尖放血在治疗期间患者无血肿、过敏及感染等不良反应发生,说明耳穴贴压、耳尖放血疗法具有较高的安全性,这与徐语晨等^[30]学者研究结果一致。

综上所述,耳穴贴压联合耳尖放血能够有效提高肝火上扰型耳鸣的治疗效果,可操作性强,且未出现明显的不良反应,适宜进行推广应用。但本研究未关注患者的心理、情绪等指标,同时,本项研究还存在观察周期短、没有进行后续跟踪及未实施盲法等不足,后续将针对这些不足进行进一步的优化和深入研究。

参考文献

- [1] 刘广宇,张剑宁,黄平,等.国内耳鸣文献回顾与思考[J].中华耳科学杂志,2022,20(5):845-850.
- [2] BHATT J M, LIN H W, BHATTACHARYA N. Prevalence, severity, exposures, and treatment patterns of tinnitus in the United States[J]. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg, 2016,142(10):959-965.
- [3] 戎志豪,查必祥,张雅婷,等.基于DTI探讨针刺对慢性耳鸣患者脑白质微结构的影响[C]//中国针灸学会.2024中国针灸学会年会论文集,2024.
- [4] 冯周利,宋忠阳,朱鹏,等.基于数据挖掘探究张志明主任医师治疗耳鸣的用药规律[J].西部中医药,2024,37(12):77-81.
- [5] 李金飞,迟晨雨,丁雷,等.三联疗法治疗脾虚型耳鸣的疗效及对中枢神经递质的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(36):4053-4056,4060.
- [6] HO L, XU Y L, ZHANG N L, et al. Quantification of prevalence, clinical characteristics, co-existence, and

- geographic variations of traditional Chinese medicine diagnostic patterns via latent tree analysis-based differentiation rules among functional dyspepsia patients[J]. Chin Med, 2022, 17(1): 101.
- [7] 倪涵晨, 黄玮, 金咏梅. 子午流注择时耳穴贴压联合太极拳锻炼对慢性阻塞性疾病患者血气指标及运动耐量的影响[J]. 中医药导报, 2021, 27(11): 125-127.
- [8] 张维维, 吕燕, 郭敬, 等. 耳尖放血疗法的研究现状[J]. 中医基础医学杂志, 2024, 30(12): 2158-2160.
- [9] 黄兆兆, 汪吉宝, 孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 10-36.
- [10] 贺璐, 王国鹏, 彭哲, 等. 耳鸣临床应用指南[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2015, 23(2): 116-139.
- [11] 阮岩. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 108-111.
- [12] 李左芹, 李菊林. 耳穴压丸配合按摩导引治疗耳鸣的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2023, 31(15): 40-43.
- [13] 刘蓬, 徐桂丽, 曹祖威, 等. 耳鸣评价量表的信度与效度研究[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012, 47(9): 716-719.
- [14] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准: ZY/T 001.1~001.9—1994[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [15] 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: 88, 127, 329.
- [16] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会耳科专业组. 2012耳鸣专家共识及解读[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2012, 47(9): 709-712.
- [17] 郑芸, 刘蓬. 对耳鸣治疗的思考[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2018, 16(6): 407-410.
- [18] 徐霞, 卜行宽, 邢光前, 等. 江苏地区老年人主观性耳鸣的流行病学调查[J]. 中华老年医学杂志, 2006, 25(7): 548-550.
- [19] 刘蓬, 郑芸, 卢兢哲, 等. 《欧洲多学科耳鸣指南: 诊断、评估和治疗》解读[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2020, 28(6): 727-732.
- [20] 王晓梅. 耳穴治疗耳鸣25例临床观察[J]. 山西中医学院学报, 2011, 12(5): 44-45.
- [21] 张芳馨. 耳尖放血联合穴位注射治疗肝火上扰型神经性耳鸣的临床疗效观察[D]. 合肥: 安徽中医药大学, 2024.
- [22] 宁丽娜, 李仲巧. 耳穴贴压中医护理技术在耳鸣患者中的应用探究[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学), 2022, 37(5): 137-138, 128.
- [23] 黄俊慧, 朱媚玉, 谢佩珠, 等. 耳穴贴压联合中药足浴对突聋疗效观察[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(1): 9-10.
- [24] 冯秋华. 中医护理技术对突发性耳聋患者康复的效果评估[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2020, 7(14): 70, 107.
- [25] 刘淑红, 王建明, 张建梅. 针刺配合耳穴贴压及神阙穴药敷治疗耳鸣临床观察[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2020, 28(6): 407-410.
- [26] 卞云强. 切脉针灸联合穴位注射治疗耳鸣耳聋的临床效果[J]. 中外医学研究, 2025, 23(3): 129-132.
- [27] 赵阳阳. 痰瘀同治治疗突发性耳聋的理论及临床研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2019.
- [28] 王佳, 孙雨晴. 耳穴疗法作用机制及规范化操作的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2022, 28(33): 4577-4580.
- [29] 张雅珂. 突发性耳聋热风侵袭型与气滞血瘀型纯音听阈测定、听性脑干诱发电位关系的研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2010.
- [30] 徐语晨, 葛浩天, 王秋琴, 等. 基于CiteSpace分析国内耳穴疗法研究热点及趋势[J]. 军事护理, 2023, 40(6): 53-56.

(收稿日期: 2025-02-12 编辑: 刘国华)

(上接第58页)

- [22] 李静, 李亮, 姚中华, 等. “未病先防”理论指导老年人预防新型冠状病毒肺炎的应用探讨[J]. 中医药导报, 2020, 26(16): 211-213, 216.
- [23] 王文秋, 王睿, 李承新. 银屑病复发的免疫学研究进展[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2023, 39(11): 845-850.
- [24] 陈靖, 刘晓丹, 张好, 等. “中医治未病+人工智能”助力社区居家养老的对策研究[J]. 医学与哲学, 2024, 45(8): 53-57.
- [25] 高恩宇, 蔡荔, 曲苗. 论叶天士关于伏气温病的认识[J]. 中医药导报, 2019, 25(23): 7-8.
- [26] 赵韡, 陈凯, 汪洋, 等. 智慧慢病管理模式及发展策略研究[J]. 中国工程科学, 2024, 26(6): 43-55.
- [27] 刘紫欣, 申琳. 生物制剂治疗银屑病的效果及安全性研究进展[J]. 中国医药导报, 2024, 21(30): 65-69, 78.
- [28] 胡佳敏, 邱艳, 任菁菁. AI在基层医疗慢性病管理中的应用研究进展[J]. 中华全科医学, 2024, 22(3): 481-485.
- [29] 王秋月. 加味凉血消风散调控皮肤组织常驻记忆CD8+T细胞治疗银屑病的临床及实验研究初探[D]. 成都: 成都中医药大学, 2022.
- [30] 张颖, 郭金竹, 张春雷. 组织常驻记忆性T细胞与银屑病复发的研究进展[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2022, 38(7): 493-498.
- [31] GHORESCHI K, BALATO A, ENERBÄCK C, et al. Therapeutics targeting the IL-23 and IL-17 pathway in psoriasis[J]. Lancet, 2021, 397(10275): 754-766.
- [32] 张璇, 李一凡, 骆志成. 银屑病合并抑郁症的发病机制及治疗现状[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2024, 38(11): 1188-1192.
- [33] 潘锋. 银屑病是一种需要长期管理的系统性疾病[J]. 中国医药科学, 2024, 14(13): 1-3.
- [34] 王子仪, 盛宇俊, 崔勇. 人工智能在皮肤科慢病管理中的应用与前景[J]. 皮肤科学通报, 2024, 41(1): 11-16.

(收稿日期: 2025-01-06 编辑: 时格格)