

## 前期西药治疗对突发性聋中医规范化治疗疗效的影响

戴如璋<sup>1</sup>, 刘蓬<sup>2</sup>, 何颖贤<sup>1</sup>, 何伟平<sup>2</sup>, 郭华民<sup>2</sup>, 郭恩钦<sup>2</sup>

(1. 广州中医药大学第一临床医学院, 广东广州 510405; 2. 广州中医药大学第一附属医院耳鼻喉科, 广东广州 510405)

**摘要:**【目的】探讨前期接受西药治疗对中医规范化治疗突发性聋疗效的影响。【方法】回顾性分析371例(371耳)突发性聋患者的临床资料, 将患者分为2组: 入院前在外院接受过糖皮质激素、血管扩张剂、溶栓剂、神经营养药等西药治疗者归入A组(181例), 未接受过西药治疗者归入B组(190例)。2组患者均接受统一的中医规范化治疗, 比较2组的基线资料及疗效的差异。【结果】(1)2组患者的年龄、病程、听力下降曲线类型分布、耳聋程度、眩晕伴发率和疗程等可能影响疗效的基线资料比较, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。(2)经过中医规范化治疗后, B组患者的痊愈率和总有效率分别为26.32%(50/190)、64.21%(122/190), A组分别为14.92%(27/181)、45.30%(82/181); 组间比较, B组患者的痊愈率和总有效率均优于A组, 差异均有统计学意义( $P<0.01$ )。【结论】前期接受过西药治疗无效者, 使用中医规范化治疗仍有一定疗效, 但西药的使用可能降低中医治疗效果, 其原因可能与糖皮质激素易损伤脾胃、加重失眠, 改善微循环类药物致出血及耗气伤血等因素有关。

**关键词:** 突发性聋; 中医规范化治疗; 西药治疗; 糖皮质激素

中图分类号: R276.1; R764.43

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)10-2121-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.10.013

## Effect of Western Medicine Pre-treatment on Clinical Efficacy of Standardized Traditional Chinese Medicine Treatment for Sudden Hearing Loss

DAI Ru-Zhang<sup>1</sup>, LIU Peng<sup>2</sup>, HE Ying-Xian<sup>1</sup>, HE Wei-Ping<sup>2</sup>,  
GUO Hua-Min<sup>2</sup>, GUO En-Qin<sup>2</sup>

(1. The First Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China;

2. Dept. of Otorhinolaryngology, the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China)

**Abstract: Objective** To investigate the effect of western medicine pre-treatment on the standardized traditional Chinese medicine (TCM) treatment for sudden hearing loss. **Methods** The clinical data of 371 cases (371 ears) with sudden deafness were retrospectively analyzed. The patients were divided into two groups: patients who had received western medicine treatment such as glucocorticoids, vasodilators, thrombolytic agents and neurotrophic agents in other hospitals before admission were assigned to group A (the control group; 181 cases), while those who had not received western medicine treatment were assigned to group B (190 cases). Patients in both groups received unified standardized TCM treatment. The differences in baseline data and clinical efficacy between the two groups were compared. **Results** (1) The differences in baseline data such as age, course of disease, distribution of hearing loss curve type, degree of deafness, incidence of complicated vertigo and course of treatment between the two groups were not statistically significant, indicating the good comparability of the baseline data between the two groups ( $P>0.05$ ). (2) After standardized TCM treatment, the cure rate and total effective rate of patients in group B were 26.32% (50/190) and 64.21% (122/190) respectively, and those in group A were 14.92% (27/181) and 45.30% (82/181), respectively. The intergroup comparison showed that the cure rate and total effective rate of

收稿日期: 2021-04-04

作者简介: 戴如璋(1996-), 女, 硕士研究生; E-mail: 382275022@qq.com

通讯作者: 刘蓬(1964-), 男, 博士, 主任医师, 博士研究生导师; E-mail: drlp@163.com

group B were superior to those of group A, the differences being statistically significant ( $P < 0.01$ ). **Conclusion** Standardized TCM treatment still has certain curative effect for those who have received western medicine pre-treatment, whereas the application of western medicine may reduce the therapeutic effect of traditional Chinese medicine. The reason may be related to the factors that glucocorticoid is easy to injure the spleen and stomach and aggravate insomnia, or those drugs for improving microcirculation are easy to cause bleeding and induce the consumption of *qi* and blood.

**Keywords:** sudden hearing loss; standardized traditional Chinese medicine (TCM) treatment; western medicine treatment; glucocorticoids

突发性聋(sudden hearing loss, SHL)是指突然发生的原因不明的感音神经性聋,多为单侧发病,患者在短时间内听力急剧下降,甚则全聋,常伴耳鸣、耳堵塞感、眩晕等症状,严重影响患者生活质量,并容易造成患者恐慌<sup>[1]</sup>。本病在临床上十分常见,患病率为5/10万~27/10万<sup>[2]</sup>。由于病因未明,我国与欧美的临床诊疗指南建议的治疗方法尚不统一<sup>[3]</sup>,疗效亦不尽人意。我院耳鼻喉科近10多年来采用包含中药、针灸等综合措施的中医规范化治疗突发性聋,取得了一定的疗效<sup>[4-5]</sup>。在住院治疗的患者中,有一部分患者是发病后先在外院经过了西药治疗无效后才来我院接受治疗,而有一部分患者是发病后未经西药治疗而直接来我院进行中医治疗。这两种情况下的中医规范化治疗的疗效有无差别?本研究对此进行了回顾性研究,现将研究结果报道如下。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象及分组** 采用回顾性研究方法,选取2016年9月至2019年9月广州中医药大学第一附属医院耳鼻喉科住院部收治的突发性聋患者作为研究对象,共371例(371耳)。其中,男188例(50.67%),女183例(49.33%)。按照来院之前是否在外院接受过糖皮质激素、扩张血管药、溶栓剂、营养神经药等西药治疗分为2组:经西药治疗者归入A组(181例),未经西药治疗者归入B组(190例)。

**1.2 诊断标准** 突发性聋的诊断标准及听力曲线分型标准参照中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会发布的《突发性聋诊断和治疗指南(2015)》<sup>[1]</sup>,即72 h内突然发生原因不明的感音神经性听力损失(HL),至少在相邻的两个频率听力下降 $\geq 20$  dBHL;

根据纯音听力图分为低频下降型、高频下降型、平坦型、全聋型4种<sup>[4]</sup>。耳聋程度分级参照世界卫生组织(WHO)1997年发布的听力减退分级标准<sup>[6]</sup>,即根据500~4000 Hz的平均听阈(PTA)分为4级:26~40 dBHL为轻度聋,41~60 dBHL为中度聋,61~80 dBHL为重度聋, $\geq 81$  dBHL为极重度聋(全聋)。

**1.3 纳入标准** ①符合上述突发性聋的诊断标准及听力曲线分型标准;②于2016年9月至2019年9月在广州中医药大学第一附属医院耳鼻喉科住院部接受中医规范化治疗;③临床资料保存完整的患者。

**1.4 排除标准** ①双耳患病的患者;②疗程未结束而自动出院的患者;③伴有严重的抑郁症或其他精神性疾病的患者;④伴有严重心、脑、肝、肾等系统疾病或可能影响生存的严重疾病的患者。

**1.5 治疗方法** 住院期间,所有患者均进行如下中医规范化治疗,仍在服用西药的患者必须完全停药。①中药汤剂治疗。根据国家中医药管理局发布的《暴聋中医临床路径》<sup>[7]</sup>进行辨证用药。其中风邪外犯证,用宣肺通窍汤加减;肝火上扰证,用龙胆泻肝汤加减;痰火郁结证,用清气化痰丸加减;血瘀耳窍证,用通窍活血汤加减;气血亏虚证,用归脾汤加减。②中成药治疗。5%葡萄糖250 mL+复方丹参注射液20 mL或川芎嗪注射液80 mg,静脉滴注,每日1次,静脉滴注期间配合低流量氧气吸入。③针灸治疗。主穴:耳门、听宫、听会、翳风;配穴:风邪外袭配外关、合谷、曲池、大椎,肝火上扰配太冲、丘墟、中渚,痰火郁结配丰隆、大椎,血瘀耳窍配膈俞、血海,气血亏虚配足三里、气海、脾俞。每次取主穴2穴,加辨证配穴,实证用泻法,虚证

用补法,隔日施针1次。④穴位注射。取患者的耳门、听宫、听会、翳风任意两穴,抽取约1 mL丹参注射液在穴位刺入一定的深度,得气后注入药液,隔日1次。⑤穴位敷贴。取吴茱萸粉20 g,用醋调成糊状,每天临睡前敷于双侧涌泉穴,外用纱布固定,次日早晨起床后除去,每日1次。⑥声频共振治疗。将患者外耳道注满丹参注射液后,声频共振仪探头置于外耳道口与药液接触,调节超声及电流参数治疗,每日1次,每次30 min。⑦声信息治疗。采用声信息治疗仪,根据不同个体选用不同声信息程序进行声信息治疗,每日1次,每次15 min。以上治疗7 d为1个疗程,一般连续治疗2个疗程,期间若痊愈则结束治疗。

**1.6 观察指标** 根据既往的研究结论<sup>[8-9]</sup>,对预知的可能影响疗效的年龄、病程、耳聋程度、听力曲线分型、是否伴眩晕及疗程等因素在2组患者中的分布情况进行统计学分析,并评估2组患者中医规范化治疗后的疗效。

**1.7 疗效评价标准** 患者出院时根据《突发性聋诊断和治疗指南(2015)》<sup>[9]</sup>中的疗效分级标准进行疗效评估,将疗效分为痊愈、显效、有效、无效4个等级。痊愈:受损频率平均听阈 $\leq 25$  dBHL,或达健侧耳水平,或达此次患病前水平;显效:受损频率平均听阈提高 $\geq 30$  dBHL;有效:受损频率平均听阈提高 $\geq 15$  dBHL;无效:受损频率平均听阈改善 $< 15$  dBHL。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数 $\times 100\%$ 。

**1.8 统计方法** 将所有数据输入电脑建立数据库,应用SPSS 22.0统计软件对数据进行统计分析。计量资料用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用 $t$ 检验;计数资料用率或构成比表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验;等级资料组间比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 可能影响疗效的基线资料比较

**2.1.1 2组患者的年龄、病程、疗程比较** 表1结果显示:2组患者的年龄、病程、疗程比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。本次研究纳入的患者以中年群体居多,病程普遍在2周左右,入院后基本完成了1个疗程(2周)的中医规范化治疗。

表1 2组突发性聋患者的年龄、病程、疗程比较

组别	例数(例)	年龄(岁)	病程(d)	疗程(d)
A组	181	40.50 $\pm$ 14.44	13.38 $\pm$ 8.32	12.65 $\pm$ 4.44
B组	190	41.25 $\pm$ 14.83	11.56 $\pm$ 11.11	12.67 $\pm$ 5.53
$t$ 值		0.49	-1.78	0.042
$P$ 值		0.625	0.076	0.967

**2.1.2 2组患者的听力曲线类型比较** 图1结果显示:突发性聋的听力曲线类型主要有低频下降型、高频下降型、平坦下降型、全聋型4种。本组资料中,全聋患者居多,其次是高频下降及平坦下降型患者,低频下降型这类自愈性较高的听力类型最少。其中A组患者的低频下降型24例(占13.3%),平坦下降型53例(占29.3%),高频下降型33例(占18.2%),全聋型71例(占39.2%);B组患者的低频下降型26例(占13.7%),平坦下降型62例(占32.6%),高频下降型39例(占20.5%),全聋型63例(占33.2%)。2组患者的听力曲线类型分布比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

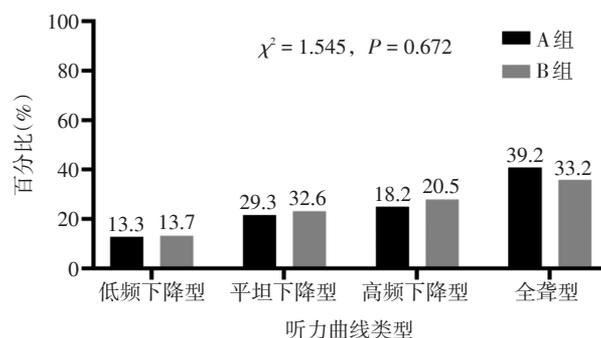


图1 2组突发性聋患者的听力曲线类型比较

Figure 1 Comparison of hearing curve types between the two groups of patients with sudden hearing loss

**2.1.3 2组患者的耳聋程度比较** 图2结果显示:本组资料中,极重度聋这类难治愈的患者占比最高,其次为中度及重度聋患者,轻度聋患者占比最少。其中A组患者的轻度聋23例(占12.7%),中度聋39例(占21.6%),重度聋45例(占24.9%),极重度聋74例(占40.9%);B组患者的轻度聋25例(占13.2%),中度聋44例(占23.2%),重度聋53例(占27.9%),极重度聋68例(占35.8%)。2组患者的耳聋程度分布比较,差异无统计学意义。

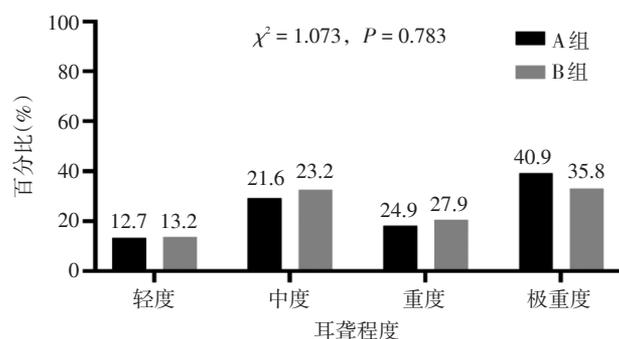


图2 2组突发性聋患者的耳聋程度比较

Figure 2 Comparison of deafness degree between the two groups of patients with sudden hearing loss

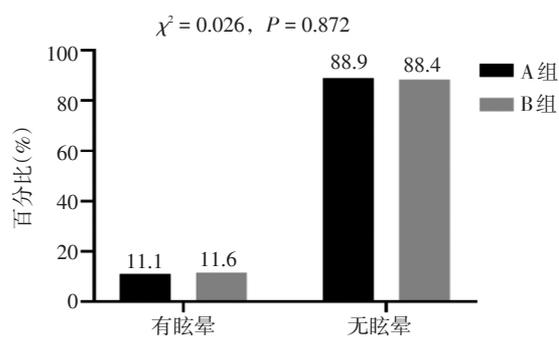


图3 2组突发性聋患者的伴眩晕比例比较

Figure 3 Comparison of proportion of complicated vertigo between the two groups of patients with sudden hearing loss

( $P > 0.05$ )。

2.1.4 2组患者的伴眩晕比例比较 图3结果显示:部分突发性聋患者起病时伴有眩晕,一般认为伴有眩晕者疗效较差。本研究中,A组患者伴眩晕20例(占11.1%),B组患者伴眩晕22例(占11.6%),2组患者的伴眩晕比例比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

2.2 2组患者的疗效比较 表2结果显示:经过中医规范化治疗后,B组患者的痊愈率和总有效率分别为26.32%(50/190)、64.21%(122/190),A组分别为14.92%(27/181)、45.30%(82/181);组间比较,B组患者的痊愈率和总有效率均优于A组,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表2 2组突发性聋患者的疗效比较

Table 2 Comparison of clinical effect between the two groups of patients with sudden hearing loss [例(%)]

组别	例数(例)	痊愈	显效	有效	无效	总有效
A组	181	27(14.92)	20(11.05)	35(19.34)	99(54.70)	82(45.30)
B组	190	50(26.32) <sup>①</sup>	41(21.58)	31(16.32)	68(35.79)	122(64.21) <sup>①</sup>
$\chi^2$ 值		10.090				19.890
$P$ 值		0.007				0.000

① $P < 0.01$ ,与A组比较

### 3 讨论

3.1 突发性聋的疗效影响因素分析 突发性聋的疗效受多种因素影响,既往研究<sup>[8-9]</sup>表明,年龄、病程、听力下降曲线类型分布、耳聋程度、是否伴眩晕以及治疗的疗程等因素对突聋的疗效均可产生影响,其中年龄大、病程长、听力曲线呈高频下降型或全聋型、耳聋程度重、伴有眩晕和疗程短等因素均可降低疗效。为排除这些可能的因素对疗效分析的干扰,本研究首先对以上6种可能影响突发性聋疗效的因素进行了统计学分析,结果显示这些因素在2组之间差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),因此,2组之间的疗效差异最大的可能性是来自于前期是否接受过西药的治疗。研究结果显示,前期经过了西药治疗的A组患者的总

有效率及痊愈率(45.30%, 14.92%)均明显低于未经西药治疗的B组患者(64.21%, 26.32%),差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ),说明前期接受过西药治疗无效者,运用中医规范化治疗依然可以取得一定的疗效,但疗效会低于未使用西药而直接使用中医治疗的患者。由于本组资料中,病程较长、耳聋程度达极重度聋、听力曲线为全聋型或高频下降型的占比相对较高,而这些因素均可能降低疗效,因此,本组患者治疗难度相对较大,这是疗效相对低于我们以往报道的疗效<sup>[4]</sup>的主要原因。值得注意的是,前期接受过西药治疗者,再接受中医规范化治疗,疗效不仅没提高,反而降低,这种情况过去尚未见文献报道。以下对此现象作进一步探讨分析。

3.2 西药治疗突发性聋的有效性尚未证实 目前,我国耳鼻咽喉头颈外科医生使用西药治疗突发性聋多遵循中华医学会耳鼻咽喉头颈外科分会发布的《突发性聋诊断和治疗指南(2015)》<sup>[9]</sup>,主要使用糖皮质激素类药物、扩张血管药及溶栓药等改善微循环类药物、营养补充剂类药物等,然而,最新的研究<sup>[10]</sup>表明,这3类药治疗突发性聋的合理性值得商榷。

2019年美国最新的突发性聋临床实践指南基于最新的循证医学证据,将发病初期全身与鼓室局部使用激素治疗的建议列为“可选择”的级别,在指南建议的强烈推荐、推荐、可选择3个等级中,“可选择”属于最低等级的一种建议,其含义是基于现有的循证医学文献,即相对于做得较好的研究(A、B或C级),其证据的质量是可疑的(D级),因此采纳该建议可能存在局限性,临床医生应根据患者的需求灵活地作出选择。这意味着在发病初期使用糖皮质激素治疗突发性聋的证据尚不够充分,临床医生可以选择使用,也可以选择不用。全身应用糖皮质激素治疗突发性聋的文献首次发表于2006年,截止2013年仅有4项符合随机对照试验(RCT)标准的研究,但此4项研究样本量均很小,且疗效结果相互矛盾,故全身使用糖皮质激素治疗突发性聋的有效性尚不能肯定,而副作用则是明确存在的,利弊需要权衡。2018年法国巴黎国际耳鼻喉科学联合会牵头制定的《突发性聋治疗的国际共识》<sup>[10]</sup>中也认为,全身使用糖皮质激素治疗突发性聋的有效性,其证据水平并未达到“推荐使用”的程度。

另外,扩张血管药、溶栓剂等改善微循环药及抗病毒药被2019年美国最新的突发性聋临床实践指南列为“强烈反对”,因其有效性无法确定而副作用明确存在,也即弊大于利的证据非常充分。而维生素、营养补充剂等国内常用于治疗突发性聋的第三类药物在2019年美国最新的突发性聋临床实践指南中不予评价,原因是证据太少,不足以肯定或否定其有效性,无法权衡利弊。

由此可见,国内作为突发性聋治疗常规使用的三类西药,其有效性均未得到证实,在最新的美国指南及国际共识中只有糖皮质激素一种药物被列入谨慎的使用。

3.3 中医综合治疗突发性聋的理论基础 突发性聋属于中医“暴聋”的范畴。自《黄帝内经》开

始就有关于暴聋的论述,如《灵枢·厥论篇》:“少阳之厥,则暴聋。”历代医家对暴聋的研究更是数不胜数,积累了丰富的治疗经验。2010年国家中医药管理局发布了《暴聋中医临床路径》<sup>[7]</sup>,制定了应用中药汤剂、针灸、中成药、穴位贴敷/注射等中医综合治疗暴聋的规范。我们既往的研究表明,运用以临床路径为指导的中医规范化治疗突发性聋取得了较好的疗效,对102例气血亏虚型突发性聋的有效率达78.43%<sup>[4]</sup>,而对经西医常规治疗无效的53例突发性聋患者进行挽救性治疗,其有效率达49.06%<sup>[5]</sup>。

2019年美国突发性聋临床实践指南认为,突发性聋有1/3~2/3的患者会自愈,但究竟是什么因素在影响自愈率,目前尚缺乏可靠的研究。根据中医理论,我们认为影响突发性聋自愈的因素主要是脏腑功能是否正常运转,正如《伤寒论》所言:“阴阳自和者,必自愈。”当人体脾、肝、肺、肾等脏腑功能失调的情况下,清阳下陷,浊阴不降,清阳不能上达清窍,则难以自愈;而当脏腑功能达到阴阳平衡状态时则有利于清阳出上窍、浊阴出下窍而促进自愈。辨证使用中药可以直接调理脏腑功能,针刺、穴位注射、耳穴贴压、穴位敷贴等针灸疗法可以通过疏通经络而达到调理脏腑的作用,利用中药注射液进行声频共振治疗,目的在于促进局部气血运行<sup>[11]</sup>,声信息治疗是根据五音入五脏的原理,通过声信息对脏腑功能进行调节<sup>[12]</sup>。综合运用这些中医特色治疗,可以发挥相互促进的作用,以调理脏腑、疏通经络,促使清阳上升,浊阴下降,达到阴阳平衡状态,从而促进突发性聋的康复。

3.4 西药对中医综合治疗可能存在负面影响 我国治疗突发性聋常用的西药中,糖皮质激素是必选的<sup>[13]</sup>,短期大剂量冲击疗法被普遍使用,其副作用是不可忽视的。不适当的糖皮质激素使用可能造成代谢紊乱、消化性溃疡、睡眠障碍等身体异常。从中医角度分析,外源性糖皮质激素相当于“纯阳”之品,不适当的使用易耗伤阴津而出现阴虚火旺证<sup>[13]</sup>。而这些全身性的副作用,耳鼻咽喉头颈外科医生往往较少考虑。

流行病学调查表明,突发性聋患者中存在睡眠障碍者占44.67%<sup>[14]</sup>;杨陆等<sup>[15]</sup>运用匹兹堡睡眠质量指数对98例突发性聋患者进行研究,发现睡眠状况与听力改善程度呈正相关,说明充足的睡眠

能够有效增强自身调节,改善组织功能,促进患者自我康复。中药、针灸等治疗非常注重改善患者的睡眠,以促进自我康复,而糖皮质激素最常见的副作用之一就是容易导致失眠,且多发生在用药之初。从中医角度来看,外源性糖皮质激素会使肾阳亢奋,阳亢后夜半仍不能潜藏入阴,就会出现精神亢奋和失眠等<sup>[6]</sup>,这可能是前期应用西药后干扰中医治疗效果的原因之一。

《素问·玉机真藏论》言:“脾为孤脏……其不及,则令人九窍不通。”而李东垣在《脾胃论·脾胃虚实传变论》中说:“脾胃之气既伤,而元气亦不能充,此诸病之所由生也。”说明脾胃功能对于耳聋的恢复具有重要意义,保护脾胃是中医治疗突发性聋的重要原则,而糖皮质激素的不当使用则可能损伤脾胃。2011年中华医学会制定了《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》<sup>[17]</sup>,其中提到对于消化性溃疡患者应该慎用糖皮质激素,对于活动性消化溃疡则应避免使用。马娟等<sup>[18]</sup>通过大量国内外文献调研发现,大剂量使用糖皮质激素可使胃肠黏膜受损,发生溃疡及出血穿孔并发症的几率增加。脾胃乃后天之本,一身气血化生之源,脾胃损伤,则易导致气血虚弱,不能上奉于耳窍,从而增加耳聋康复的难度。这可能是前期应用西药后干扰中医治疗效果的另一个重要原因。

另一类常用于突发性聋治疗的西药是改善微循环类药物,如前列地尔、尼莫地平、金纳多等扩张血管药物及巴曲酶等抗凝药。从中医角度看,这类药物类似于中药的活血化瘀类药物,这类药使用不当可能造成出血或耗气伤血,反而损伤了患者的正气,从而不利于突发性聋的康复。

综上所述,通过对371例突发性聋患者的研究,结果显示,中医规范化治疗突发性聋具有一定的疗效,对前期经过西药治疗无效者运用中医规范化治疗仍有一定的疗效,但西药的使用可能降低中医治疗效果,其原因可能与糖皮质激素易损伤脾胃、加重失眠,改善微循环类药物易致出血及耗气伤血等因素有关,值得引起重视及进一步研究。

#### 参考文献:

[1] CHANDRASEKHAR S S, TSAI DO B S, SCHWARTZ S R, et al. Clinical practice guideline: sudden hearing loss (update) [J].

Otolaryngol Head Neck Surg, 2019, 161(Suppl 1): S1-S45.

- [2] MARX M, YOUNES E, CHANDRASEKHAR S S, et al. International consensus (ICON) on treatment of sudden sensorineural hearing loss [J]. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis, 2018, 135 (1S): S23-S28.
- [3] 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.
- [4] 何伟平, 刘蓬, 曹祖威, 等. 气血亏虚型突发性聋中医规范化综合治疗方案的验证性研究[J]. 广州中医药大学学报, 2018, 35(4): 619-623.
- [5] 曹祖威, 岳凤娟, 郭华民, 等. 中医综合疗法挽救性治疗突发性聋的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2015, 32 (3): 423-425, 429.
- [6] 卜行宽, 刘铤. 世界卫生组织预防聋和听力减退工作情况介绍 [J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 2000, 35(3): 237.
- [7] 国家中医药管理局医政司. 22个专业95个病种中医临床路径 [A]. 2010. <https://wenku.baidu.com/view/ced1978377c66137ee06eff9aef8941ea76e4bff.html>.
- [8] 祝康, 张璐瑶, 何莹, 等. 影响突发性聋近期疗效的相关因素分析[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2015(4): 410-413.
- [9] 孙菲, 周柯, 林颖, 等. 影响突发性聋患者预后的因素与疗效相关性分析[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2018, 26(2): 195-198.
- [10] MARX M, YOUNES E, CHANDRASEKHAR S S, 等. 突发性聋治疗的国际共识[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2018, 26 (4): 451-452.
- [11] 马月湘, 朱镇华. 归红药液联合声频共振辅助治疗突发性耳聋临床观察[J]. 新中医, 2017, 49(4): 114-115.
- [12] 彭洪, 尹金淑, 赵亮. 声信息治疗感音神经性耳聋、耳鸣 [J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2004, 12(1): 28-29.
- [13] 吴斌. 糖皮质激素副作用的中医药研究进展[J]. 时珍国医国药, 2010, 21(3): 719-721.
- [14] 冯文静, 刘博, 彭晓霞, 等. 突发性聋发病危险因素的相关研究[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2008, 15(6): 343-345.
- [15] 杨陆, 马燕兰, 王晓玲, 等. 突发性感音神经性耳聋患者睡眠状况与其预后的相关性研究[J]. 中国临床保健杂志, 2016, 19(2): 150-153.
- [16] 任玉娇, 刘庆银, 张伟. 从脏腑阴阳及痰瘀阻络论述糖皮质激素所致失眠的中医病机[J]. 环球中医药, 2016, 9(9): 1071-1072.
- [17] 国家卫生部办公厅. 糖皮质激素类药物临床应用指导原则 [J]. 中华内分泌代谢杂志, 2012, 28(2): 171-202.
- [18] 马娟, 王启仪, 沙卫红. 糖皮质激素与胃黏膜损伤[J]. 世界华人消化杂志, 2011, 19(11): 1145-1149.

【责任编辑: 陈建宏】