

贺氏针灸三通法治疗耳鸣伴听力下降的临床疗效观察

毛雪文^{1,2}, 洪秋阳¹, 曾沁¹, 白鹏^{2*}

1. 北京中医医院顺义医院, 北京 101300; 2. 北京中医药大学, 北京 100029

摘要 目的:探讨贺氏针灸三通法治疗耳鸣伴听力下降患者的临床疗效。方法:选择2023年3月—2025年3月北京中医医院顺义医院收治的100例耳鸣伴听力下降患者,随机分为对照组(50例,剔除1例)和干预组(50例,剔除1例)。对照组接受常规针灸治疗,干预组接受贺氏针灸三通法治疗,两组均治疗3周。比较两组临床疗效、耳鸣评价量表(TEQ)评分、耳鸣残疾评估量表(THI)评分、耳鸣视觉模拟评分(VAS)、平均气导听阈值、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分、医院焦虑抑郁量表(HADS)评分及不良反应发生情况。结果:治疗后干预组总有效率为87.76%(43/49),对照组为67.35%(33/49),干预组较对照组总有效率升高($P < 0.05$);治疗后两组TEQ评分、THI评分、VAS评分、平均气导听阈值、PSQI评分、HADS评分均较治疗前降低($P < 0.05$),且干预组均低于对照组($P < 0.05$)。结论:贺氏针灸三通法治疗耳鸣伴听力下降临床疗效显著,可明显改善患者的耳鸣症状、听力水平、睡眠质量及焦虑抑郁情绪,且安全性高,适宜在临床实践中应用及推广。

关键词 贺氏针灸三通法;耳鸣;听力下降

中图分类号:R246.81

文献标识码:A

文章编号:1002-2392(2026)09-0049-05

DOI:10.19664/j.cnki.1002-2392.260179

耳鸣是指受影响的个体感知到与任何外部声源不对应的声音的一种状态,通常表现为对特定音调或噪声的单侧、双侧或弥漫性感知^[1]。相关研究^[2]显示,听力下降作为耳鸣最常见的危险因素,可进一步影响患者的身心健康、生活质量、睡眠质量等,严重者可出现焦虑、抑郁等精神疾病。然而,由于耳鸣的病因复杂且其发病机制尚未完全明确,目前临床常用的药物治疗和物理治疗均存在一定局限性^[3]。因此,探寻更有效的干预方法对于改善患者的预后具有至关重要的意义。

在中医理论体系中,耳鸣多与肝肾阴虚、肝阳上亢、痰湿内阻、气血亏虚等因素有关。而听力下降常与耳鸣相兼出现,二者同属“耳窍失养”“经络阻滞”范

畴,常称之为“耳鸣耳聋”^[4]。针灸作为中医特色疗法,在治疗耳鸣方面历史悠久。研究表明,针灸可在耳蜗神经、非经典上行听觉通路、神经可塑性和躯体感觉系统等神经生理调节方面发挥作用^[5]。贺氏针灸三通法是由国医大师贺普仁教授在传统针灸基础上创新性提出,通过微通、温通、强通三种方法相结合,能够发挥疏通经络、调和气血、平衡阴阳的作用^[6]。基于此,本研究旨在分析贺氏针灸三通法治疗耳鸣伴听力下降患者的临床疗效及其安全性,以期为临床实践提供有益的参考和借鉴。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择北京中医医院顺义医院2023年3月—2025年3月诊治的100例耳鸣伴听力下降患者,将其随机分为对照组和干预组,每组50例。其中对照组因接受药物治疗剔除1例,干预组因治疗依从性不佳剔除1例,最终样本量为98例,每组49例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表1。本研究已获北京中医医院顺义医院伦理委员会审核批准(审批号:2022SYKY008-01)。

收稿日期:2025-09-28 修回日期:2026-05-08

基金项目:首都卫生发展科研专项项目(首发2022-2-7103,首发2024-2-7104)

作者简介:毛雪文(1984-),女,硕士,副主任医师,研究方向:针灸治疗神经系统、消化系统及骨科妇科、皮肤科疾病等。

*通信作者:白鹏(1978-),男,博士,主任医师,博士研究生导师,研究方向:腧穴主治作用特异性和针灸优势病种的研究。

表 1 两组耳鸣伴听力下降患者一般资料比较[例(%)]

组别	例数	年龄($\bar{x} \pm s$)/岁	性别		病程($\bar{x} \pm s$)/月	耳鸣部位	
			男	女		单侧	双侧
对照组	50	54.28 ± 13.19	23(46.00)	27(54.00)	4.07 ± 1.64	37(74.00)	13(26.00)
干预组	50	57.26 ± 14.76	26(52.00)	24(48.00)	3.93 ± 1.75	41(82.00)	9(18.00)
t/χ^2 值		-1.064	0.360		0.424	0.932	
P 值		0.290	0.548		0.673	0.334	

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

根据《欧洲多学科耳鸣指南:诊断、评估和治疗》^[7],具体诊断需满足以下标准,①没有外界声源,耳鸣发作部位单侧或双侧,频率规则或不规则;②耳部及周围相关结构功能无异常;③排除可能导致耳鸣的客观致病因素;④经门诊医生综合评估与诊断,最终确诊为耳鸣;⑤纯音测听 500、1 000、2 000、4 000 Hz 频率下的平均听阈 >20 dB HL 视为存在听力下降。

1.2.2 中医诊断标准

参照《中医耳鼻喉科学》^[8]耳鸣的诊断标准,临床表现为患者主观感知耳内或颅内存在鸣响症状,但在其所处的周围环境中,并无与之对应的实际声源。从鸣响音调来看,既可能呈现为高音调,也可能表现为低音调,同时,伴随听力减退症状,表现为听声模糊、听距缩短、对高频或低频声音敏感度下降,日常交流需他人提高音量,或无法辨识轻声对话。

1.3 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准;②年龄 ≥ 18 岁;③首次发病;④近期未接受相关治疗;⑤签署知情同意书,同时可积极配合诊疗。

1.4 排除标准

①其他病变引起耳鸣;②平均气导听阈值 < 25 dB;③合并梅尼埃病或突发性耳聋;④合并严重脏器功能障碍;⑤合并精神疾病。

1.5 剔除与脱落标准

①患者依从性不佳,未能完成既定治疗方案;②治疗过程中接受其他治疗;③自然脱落或失访;④病情恶化或出现严重不良反应。

1.6 治疗方法

对照组采用常规针灸治疗,取穴:听宫、听会、翳风、风池、太冲、中渚、侠溪、太溪。患者取仰卧位,常规消毒后使用一次性无菌针灸针(0.30 mm × 40 mm,安迪牌,贵州安迪医疗设备有限公司)进行针灸。听宫、听会:直刺 13 mm;翳风:向耳前方斜刺 15 mm;风池:向外耳道方向斜刺 15 mm;太冲、中渚:直刺 15 ~

20 mm,行捻转泻法;侠溪、太溪:直刺 20 ~ 30 mm,行捻转补法;得气后留针 30 min。

干预组采用贺氏三通法治疗。为避免穴位重叠刺激,同次治疗中先行毫针针刺,若当日方案需行火针及放血,则在毫针全部取针并按压针孔至少 30 s 后,再行火针;火针点刺完毕后无菌干棉球按压至少 1 min,最后施行耳尖刺络放血。①微通法(毫针针刺),取穴:百会、神庭、听宫、听会、翳风、合谷、足临泣、中渚、太冲。患者取仰卧位,对施针部位进行常规消毒,使用一次性无菌针灸针(0.30 mm × 40 mm,安迪牌,贵州安迪医疗设备有限公司)。百会、神庭:向后斜刺 30°,进针 10 ~ 15 mm;听宫、听会:直刺 10 ~ 20 mm;翳风、合谷、足临泣、中渚、太冲:直刺 10 ~ 20 mm,行提插捻转平补平泻法;留针 30 min。1 d 治疗 1 次,每周治疗 5 次(周六、周日休息)。②温通法(火针点刺),取穴:翳风、完骨、风池。点燃医用酒精灯,手持火针针柄将火针前中段(针尖至针体中上部)置于酒精灯外焰处持续烧灼。烧灼过程中保持火针与火焰呈 45°,缓慢转动针柄,确保针体受热均匀,直至针体前中段呈现亮红色,达到“红、亮、透”的标准,此过程需避免火焰灼伤手部或患者皮肤。针对翳风、完骨、风池穴依次进行点刺。点刺时,需凝神定气,以腕部发力为主,保持针尖垂直于穴位皮肤,采用疾进疾出的手法,快速刺入皮下,刺入深度严格控制在 2 ~ 5 mm,刺入后不进行针体捻转、提插操作,且不留针,整个进针、出针动作需连贯迅捷,总时长不超过 0.5 s,以减少患者痛感与局部组织损伤。每穴点刺出针后,立即用无菌棉签按压针孔部位,按压时间为 1 ~ 2 min。隔 2 d 治疗 1 次,每周治疗 2 次。③强通法(采血针放血),取穴:耳尖。患者取坐位,将头部稍向对侧倾斜,充分暴露单侧或双侧耳尖穴(耳廓顶端,折耳向前时尖端处)。用碘伏以耳尖穴为中心螺旋式消毒皮肤,消毒范围覆盖整个耳廓顶端区域,待碘伏自然干燥后,用 75% 医用酒精脱碘,避免碘伏残留刺激皮肤。一手拇指、食指固定患者耳廓顶端,绷紧耳尖局部皮肤,使穴位处皮肤保持平整状态;另一手持一次性采血针,针尖对准耳尖穴中心点,

以腕部快速发力,垂直刺入皮肤,刺入深度以刺破表皮为宜(约1~2 mm),避免过深损伤软骨。点刺后,若出血不畅,可轻轻挤压耳尖穴周围皮肤,促进血液自然流出,控制每次放血量为5~10滴,血液滴尽后停止挤压。放血达到规定滴数后,立即用无菌干棉球按压针孔部位,按压时间为2~3 min,直至针孔完全止血,防止皮下瘀血。操作完毕后,再次用碘伏消毒针孔及周围皮肤,告知患者术后24 h内避免揉搓耳部、接触污水,保持局部清洁干燥,预防感染。隔2 d治疗1次,每周治疗2次。

两组均连续治疗3周。

1.7 观察指标及疗效判定标准

1.7.1 疗效评价

依据耳鸣评价量表(TEQ)分级^[9]。①治愈:耳鸣以及伴随症状消失;②显效:TEQ降低≥2级;③有效:TEQ降低1级;④无效:耳鸣症状无改善。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.7.2 听力功能评价

①TEQ评分:总分1~21分,分为5个等级,分数越高,耳鸣症状越严重^[10];②耳鸣残疾评估量表(THI)评分:总分100分,分数越高,耳鸣残疾程度越严重^[11];③耳鸣视觉模拟评分(VAS):总分0~10分,分数越高,耳鸣程度越严重^[12];④平均气导听阈值:平均听阈值≤25 dB时为正常听力水平,数值越小,听力功能越好^[13]。

1.7.3 睡眠质量及焦虑抑郁评价

①匹茨堡睡眠质量指数(PSQI)评分:总分0~21分,得分越高,睡眠质量越差^[14];②医院焦虑抑郁量表(HADS)评分:分为焦虑和抑郁2个分量表,分数越高,焦虑或抑郁越严重^[15]。

1.7.4 安全性评价

观察治疗期间两组患者是否出现不良反应(如晕针、感染、皮下瘀血等),并记录不良反应发生情况。

1.8 数据分析

运用SPSS 27.0软件处理数据。*Shapiro-Wilk*检验用于评估计量资料正态性,均符合正态分布并以($\bar{x} \pm s$)表示,独立样本*t*检验用于组间比较,配对样本*t*检验用于组内比较。计数资料以[例(%)]呈现,行卡方检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

对照组总有效率为67.35%,干预组总有效率为87.76%。与对照组相比,干预组总有效率升高($P < 0.05$),见表2。

2.2 治疗前后 TEQ、THI 评分比较

治疗后,两组 TEQ、THI 评分均降低($P < 0.05$),且干预组低于对照组($P < 0.05$),见表3。

表 2 两组耳鸣伴听力下降患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	49	2(4.08)	12(24.49)	19(38.78)	16(32.65)	33(67.35)
干预组	49	5(10.20)	15(30.61)	23(46.94)	6(12.24)	43(87.76)
χ^2 值						5.861
P 值						0.015

表 3 两组耳鸣伴听力下降患者治疗前后 TEQ、THI 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	TEQ		THI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	49	12.98 ± 2.88	9.20 ± 2.44 [*]	47.51 ± 7.04	32.76 ± 5.58 [*]
干预组	49	13.71 ± 2.97	6.41 ± 1.75 ^{*#}	46.98 ± 7.48	25.33 ± 5.92 ^{*#}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$,与对照组治疗后比较,[#] $P < 0.05$ 。

2.3 治疗前后 VAS 评分、平均气导听阈值比较

治疗后,两组均降低了 VAS 评分、平均气导听阈值($P < 0.05$),且干预组下降幅度高于对照组($P < 0.05$),见表4。

表 4 两组耳鸣伴听力下降患者治疗前后 VAS 评分、平均气导听阈值比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VAS/分		平均气导听阈值/(dB/HL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	49	5.49 ± 1.12	3.41 ± 1.15 [*]	32.80 ± 4.18	22.89 ± 1.74 [*]
干预组	49	5.55 ± 1.10	2.59 ± 1.08 ^{*#}	32.07 ± 4.23	18.23 ± 3.65 ^{*#}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$,与对照组治疗后比较,[#] $P < 0.05$ 。

2.4 治疗前后 PSQI、HADS 评分比较

治疗后,两组 PSQI、HADS 评分均降低($P < 0.05$),且干预组更低($P < 0.05$),见表5。

表 5 两组耳鸣伴听力下降患者治疗前后 PSQI、HADS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	PSQI		HADS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	49	10.55 ± 1.34	7.90 ± 1.54 [*]	14.12 ± 4.51	10.67 ± 2.97 [*]
干预组	49	11.04 ± 1.37	5.98 ± 1.35 ^{*#}	13.31 ± 4.29	6.29 ± 2.68 ^{*#}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$,与对照组治疗后比较,[#] $P < 0.05$ 。

2.5 安全性比较

在治疗过程中,两组均未出现晕针、感染、皮下瘀血等不良反应。

3 讨论

成年人群中耳鸣的患病率大约为10%~15%,且随年龄增长,患病率呈上升趋势^[16]。此外,听力下

降与耳鸣存在紧密关联,是诱发耳鸣最常见的初始因素^[17]。在中医学中,耳鸣被归为“耳鸣耳聋”范畴,《黄帝内经》中记载:“耳者,宗脉之所聚也,故胃中空则宗脉虚,虚则下溜,脉有所竭者,故耳鸣”,明确指出若脾胃功能薄弱,会导致气血运化失常、上行濡养之力不足,耳窍因缺乏气血滋养,进而诱发耳鸣。基于此,针对耳鸣伴听力下降患者,治疗时应遵循“调脾胃、益气血、通耳窍”的原则。

研究表明,针灸可有效缓解患者耳鸣引起的症状,降低耳鸣响度和残疾程度,提高生活质量^[18]。本研究选择常规针灸治疗作为对照组,选穴参照《针灸大全》^[19],听宫穴属手太阳小肠经,可通窍聪耳、缓解耳部不适;听会穴属足少阳胆经,能疏风清热、通络开窍;翳风穴属手少阳三焦经,可祛风解表、通络止痛;风池穴属足少阳胆经,能祛风散寒、通经活络;太冲穴属足厥阴肝经,能疏肝理气、平肝息风;中渚穴属手少阳三焦经,能清热利湿、通经活络;侠溪穴属足少阳胆经,能清泻肝胆之火、通络开窍;太溪穴属足少阴肾经,可滋阴补肾、益髓充脑^[20]。贺氏针灸三通法凭借其辨证施治的灵活性与实用性,在多种疾病的诊疗领域得到了广泛应用。贺氏针灸三通法由我国著名针灸学家贺普仁教授创立,其核心在于依据疾病的病因病机、病程阶段及患者体质,将“通”的理念贯穿于治疗始终,通过三种不同的针灸方法实现“通调气血、扶正祛邪”的治疗目的,具体包括微通法、温通法与强通三法^[21]。其中,微通法以毫针刺法为代表,通过精准的穴位配伍、适当的针刺手法(如提插补泻、捻转补泻等)激发经气,温和调节气血运行,适用于病程较长、体质偏虚或病情相对缓和的病症,可在疏通耳部经络的同时,避免对机体造成过度刺激;温通法主要借助火针的温热之力,通过温热刺激穴位及经络,达到温阳散寒、活血通络的功效,对于因寒凝气滞、经络不通导致的耳鸣,可改善耳部局部血液循环,缓解经络阻滞;强通法则以点刺放血为主要手段,针对气血瘀滞较甚、实热内盛的病症,通过放出少量瘀血,快速疏通壅滞的气血,清除局部瘀热,适用于耳鸣突发、响度较高,且伴有烦躁、口苦等实热表现的患者。在耳鸣治疗中,贺氏针灸三通法可根据患者耳鸣的具体证型(如肝胆火旺、肾精亏虚、脾胃虚弱、气滞血瘀等)灵活组合运用三种通法。例如,对于肾精亏虚兼气滞血瘀型耳鸣,可先以微通法针刺太溪、三阴交等穴滋阴补肾,再配合强通法在耳周相关络脉点刺放血以化瘀通络;对于脾胃虚弱型耳鸣,则可采用温通法艾灸足三里、中脘、脾俞等穴以健脾益气、温中散寒,同时结合微通法针刺太白、公孙等穴调

和脾胃气机^[22]。基于贺氏针灸三通法在耳疾治疗方面的独特优势与显著疗效,干预组接受贺氏针灸三通法的治疗,以期通过对比两组患者的治疗效果,为临床治疗耳鸣伴听力下降提供更加科学、有效的治疗方案。

本研究结果显示,治疗后贺氏针灸三通法组的临床总有效率为 87.76% (43/49),高于常规针灸组的 67.35% (33/49)。此外,两组 TEQ 评分、THI 评分、VAS 评分、平均气导听阈、PSQI 评分、HADS 评分均较治疗前降低,且贺氏针灸三通法组各项评分的下降幅度高于采用常规针灸的对照组。这表明贺氏针灸三通法能够进一步提高耳鸣伴听力下降患者的疾病疗效,促进症状改善、提高听力水平、改善睡眠质量以及缓解焦虑抑郁情绪。从中医病机角度分析,贺氏针灸三通法的“微通、温通、强通”协同作用是其疗效显著的原因。微通法通过针刺百会、神庭、中渚等多穴位,辨证补泻调节脏腑功能、疏通经络、通利耳窍,契合“调脾胃、益气血、通耳窍”的原则。温通法借助温热效应温阳散寒、增强气血流通,而强通法通过耳尖放血清泻郁热、调畅耳周气血^[23]。三法共同作用,改善耳窍失养与邪滞问题,从而表现为 TEQ 评分、THI 评分、VAS 评分降低;在神经与心理调节方面,多经络多穴位的刺激可广泛激活听觉神经通路、平衡神经递质,同时通过宁心安神、疏肝解郁的穴位缓解焦虑抑郁,改善睡眠,进而降低 PSQI 评分、HADS 评分;在局部微循环方面,微通法通过调节血管舒缩、温通法通过扩张血管、强通法通过降低血黏度,三法协同为耳蜗毛细胞提供充足营养,减少凋亡、修复听觉结构,进一步提升听力水平^[24]。

综上,贺氏针灸三通法能够改善患者的耳鸣症状、听力水平、睡眠质量及心理状态,且未出现严重不良反应,显示出良好的有效性和安全性,值得临床推广应用。但本研究存在一定局限性,未针对特定证型进行分层分析;样本量较小且为单中心研究,可能存在选择偏倚;观察周期较短,未开展长期随访,无法明确疗效持久性及远期安全性。后续研究可通过扩大样本量并开展多中心联合研究,降低选择偏倚;针对不同中医证型进行分层分析,明确疗法的精准适用范围;延长观察周期,进一步验证疗效有效性与安全性。

参考文献:

- [1] KANG Y J, ZHENG Y. Current understanding of subjective tinnitus in adults[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2024, 281(9):4507–4517.
- [2] PARK H M, JUNG J, KIM J K, et al. Tinnitus and its association with mental health and health-related quality of life in an older population: a nationwide cross-sectional study[J]. J Appl Gerontol, 2022, 41(1):181–186.

- [3] KLEINJUNG T, PETER N, SCHECKLMANN M, et al. The current state of tinnitus diagnosis and treatment; a multidisciplinary expert perspective[J]. J Assoc Res Otolaryngol, 2024, 25(5): 413–425.
- [4] 刘玉良.《黄帝内经》症状病机思辨理论探赜[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(8): 3902–3906.
- [5] JI L, ZHANG H P, WANG L H, et al. Network meta-analysis of acupuncture for tinnitus[J]. Medicine, 2023, 102(39): e35019.
- [6] 王迷娜, 赵洛鹏, 刘璐, 等. 浅谈“病多气滞, 法用三通”[J]. 中医杂志, 2020, 61(6): 546–549.
- [7] 卢兢哲, 钟萍, 郑芸. 欧洲多学科耳鸣指南: 诊断、评估和治疗[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2020, 28(1): 110–114.
- [8] 刘蓬. 中医耳鼻咽喉科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021, 183–184.
- [9] 刘宇清, 刘蓬, 李刚, 等. 耳鸣评价量表 (TEQ) 的耳鸣疗效评定新标准探索[J]. 中华耳科学杂志, 2020, 18(1): 180–184.
- [10] CHEN S W, SHEN X Q, YUAN J J, et al. Characteristics of tinnitus and factors influencing its severity[J]. Ther Adv Chronic Dis, 2022, 13: 20406223221109656.
- [11] HEILAND L D, OWEN J M 3rd, NGUYEN S A, et al. Neuromodulation for treatment of tinnitus; a systematic review and meta-analysis[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2024, 170(5): 1234–1245.
- [12] YU H Z, GONG J M, HONG G W, et al. The effect of physical therapy on somatosensory tinnitus[J]. Journal of clinical medicine, 2024, 13(12): 3496.
- [13] 王华, 吴萧男, 关静, 等. 大前庭导水管综合征突发听力下降住院患者临床特征及药物治疗疗效分析[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2025, 39(3): 233–238.
- [14] XIN Y, TYLER R, YAO Z M, et al. Tinnitus assessment: Chinese version of the tinnitus primary function questionnaire[J]. World J Otorhinolaryngol – head Neck Surg, 2023, 9(1): 27–34.
- [15] KABAYA K, TAKAHASHI M, ESAKI S, et al. Impact of migraine on the tinnitus-specific health-related quality of life and psychiatric comorbidities in patients with tinnitus[J]. Otol Neurotol, 2024, 45(8): e570–e575.
- [16] PANDEY H R, KESHRI A, SINHA N, et al. Neuroanatomical correlates of subjective tinnitus: insights from advanced cortical morphology analysis[J]. Cereb Cortex, 2024, 34(11): bhac432.
- [17] KANG D W, KIM S S, PARK D C, et al. Objective and measurable biomarkers in chronic subjective tinnitus[J]. Int J Mol Sci, 2021, 22(12): 6619.
- [18] YU S C, WU J F, SUN Y Z, et al. Advances in acupuncture treatment for tinnitus[J]. Am J Otolaryngol, 2024, 45(3): 104215.
- [19] 徐凤, 吴少祯. 针灸大全[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2021: 9–10.
- [20] LIN L X, LIN T T, FAN L J, et al. Acupuncture for chronic tinnitus; a CARE-compliant case report[J]. Explore, 2023, 19(3): 450–452.
- [21] 洪秋阳, 曾沁, 刘晓静, 等. 贺氏针灸三通法治疗神经性耳鸣急性期的临床观察[J]. 中国中医急症, 2022, 31(12): 2184–2187.
- [22] 张雪婷, 李柏洁, 刘慧林, 等. 贺氏三通法治疗难治性耳鸣临证经验[J]. 中国针灸, 2024, 44(11): 1324–1327.
- [23] 洪秋阳, 曾沁, 刘晓静, 等. 贺氏三通法治疗亚急性主观性耳鸣 35 例[J]. 中国针灸, 2023, 43(1): 29–30.
- [24] SHI F F, YE Z Y, ZHA B X, et al. Recent advances on the mechanism of acupuncture in the treatment of subjective tinnitus[J]. Front Syst Neurosci, 2025, 19: 1523761.

Clinical Observation on the Efficacy of He's Three – Tong Acupuncture Method in Treating Tinnitus with Hearing Loss

MAO Xuewen^{1,2}, HONG Qiuyang¹, ZENG Qin¹, BAI Peng²

1. Shunyi Hospital, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101300, China;

2. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

Abstract Objective: To explore the clinical efficacy of He's Santong acupuncture method in the treatment of tinnitus with hearing loss. Methods: The 100 patients who were brought to our hospital between March 2023 and March 2025 with tinnitus and hearing loss were split into two groups at random: the control group (50 cases, 1 case excluded) and the intervention group (50 cases, 1 case excluded). The control group was treated with routine acupuncture and moxibustion, and the intervention group was treated with He's santong acupuncture method. Both groups were treated for 3 weeks. The clinical efficacy, tinnitus evaluation questionnaire (TEQ) score, tinnitus handicap inventory (THI) score, tinnitus visual analogue scale (VAS) score, average threshold of air permeability hearing, pittsburgh sleep quality index (PSQI) score, hospital anxiety and depression scale (HADS) score, and adverse reactions were compared between the two groups. Results: Following treatment, the control group's overall effective rate was 67.35% (33/49) and the intervention group's was 87.76% (43/49). The intervention group outperformed the control group in terms of overall effectiveness ($P < 0.05$). Treatment resulted in decreased scores for TEQ, THI, VAS, PSQI, HADS, and average threshold of air permeability hearing in both groups ($P < 0.05$), with the intervention group outperforming the control group ($P < 0.05$). Conclusion: He's Santong method of acupuncture has a significant clinical effect in the treatment of tinnitus with hearing loss. It can significantly improve the patient's tinnitus symptoms, hearing level, sleep quality and anxiety and depression, and has high safety. It is suitable for application and promotion in clinical practice.

Key words He's Santong method of acupuncture; Tinnitus; Hearing loss