

不同灸量温针灸治疗主观性耳鸣的临床观察

李成龙¹, 张利达², 韩为², 计海生¹, 茅伟¹, 张鑫¹, 王颖³

(1. 安徽中医药大学, 合肥 230038; 2. 广州医科大学附属脑科医院, 广州 510370; 3. 安徽中医药大学第二附属医院, 合肥 230061)

【摘要】 目的 观察不同灸量温针灸治疗主观性耳鸣(ST)的临床疗效, 探究温针灸治疗 ST 的适宜灸量。方法 将 90 例患者随机分成温针灸 A 组(29 例)、温针灸 B 组(31 例)、温针灸 C 组(30 例)。3 组患者均予甲钴胺营养神经基础治疗, 并针刺患侧听会、翳风、风池、百会与双侧中渚、侠溪, 听会、翳风分别行 1 壮、3 壮、5 壮温针灸。比较 3 组治疗前后耳鸣残疾量表(THI)评分、耳鸣评价量表(TEQ)评分、气导平均听阈水平, 并比较 3 组临床疗效。**结果** 治疗后, 3 组 THI、TEQ 评分较治疗前均降低($P < 0.05$); 温针灸 B 组、温针灸 C 组均低于温针灸 A 组($P < 0.05$); 温针灸 C 组与温针灸 B 组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 3 组气导平均听阈水平较治疗前均降低($P < 0.05$); 温针灸 B 组、温针灸 C 组均低于温针灸 A 组($P < 0.05$); 温针灸 C 组与温针灸 B 组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。温针灸 A 组总有效率为 69.0%(20/29), 温针灸 B 组总有效率为 87.1%(27/31), 温针灸 C 组总有效率为 93.3%(28/30); 温针灸 B 组和温针灸 C 组总有效率优于温针灸 A 组($P < 0.05$); 温针灸 C 组与温针灸 B 组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 温针灸治疗 ST 疗效明确, 可有效缓解耳鸣, 改善听力损伤。不同灸量对疗效的影响较显著, 温针灸治疗 ST 的适宜灸量建议为 3 壮。

【关键词】 温针灸法; 针药并用; 量效关系; 耳鸣; 耳鸣残疾量表; 耳鸣评价量表

【中图分类号】 R246.81 **【文献标志码】** A

DOI:10.13460/j.issn.1005-0957.2022.03.0279

Clinical Observations on Warm Needling Moxibustion with Different Dosages for Subjective Tinnitus LI Chenglong¹, ZHANG Lida², HAN Wei², JI Haisheng¹, MAO Wei¹, ZHANG Xin¹, WANG Ying³. 1.Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Hefei 230038, China; 2.The Affiliated Brain Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou 510370, China; 3.Anhui University of Traditional Chinese Medicine Second Hospital, Hefei 230061, China

[Abstract] **Objective** To observe the clinical efficacy of warm needling moxibustion with different dosages for subjective tinnitus (ST) and explore a suitable moxibustion dosage for its treatment of ST. **Method** Ninety patients were randomized to warm needling moxibustion group A (29 cases), group B (31 cases) and group C (30 cases). All the three groups of patients were given Mecobalamin as basic treatment for neuronutrition and acupuncture at affected-side points Tinghui, Yifeng, Fenfchi and Baihui and at bilateral points Zhongzhu and Xiaksi, with one, three and five moxa cones at Tinghui and Yifeng, respectively, for warm needling moxibustion. The tinnitus handicap inventory (THI) scores, the tinnitus evaluation questionnaire (TEQ) scores and mean air-conduction hearing thresholds were compared between the three groups before and after treatment. The clinical therapeutic effects were also compared between the three groups. **Result** After treatment, the THI score and the TEQ score decreased in the three groups compared with before ($P < 0.05$), were lower in warm needling moxibustion groups B and C than in warm needling moxibustion group

基金项目:安徽省第十三批 115 产业创新团队“针药结合防治脑病产业创新团队”项目[皖人才办(2020)4 号];安徽省中医药传承创新科研项目(2020cczd04)

作者简介:李成龙(1998—),男,2020 级硕士生,Email:1714508456@qq.com

通信作者:王颖(1971—),女,主任医师,Email:zhenjiu205@126.com

A ($P < 0.05$) and had no statistically significant difference between warm needling moxibustion groups C and B ($P > 0.05$). After treatment, the mean air-conduction hearing threshold decreased in the three groups compared with before ($P < 0.05$), was lower in warm needling moxibustion groups B and C than in warm needling moxibustion group A ($P < 0.05$) and had no statistically significant difference between warm needling moxibustion groups C and B ($P > 0.05$). The total efficacy rate was 69.0% (20/29) in warm needling moxibustion group A, 87.1% (27/31) in warm needling moxibustion group B ($P < 0.05$) and 93.3% (28/30) in warm needling moxibustion group C. The total efficacy rate was higher in warm needling moxibustion groups B and C than warm needling moxibustion group A ($P < 0.05$) and had no statistically significant difference between warm needling moxibustion groups C and B ($P > 0.05$). **Conclusion** Warm needling moxibustion has a definite therapeutic effect on ST. it can effectively relieve tinnitus and reduce hearing impairment. Different moxibustion dosages significantly influence the therapeutic effect. Three moxa cones are suggested as a suitable dosage for warm needling moxibustion treatment of ST.

[Key Words] Warm needling therapy; Acupuncture medication combined; Dose-effect relationship; Tinnitus; Tinnitus handicap inventory; Tinnitus evaluation questionnaire

主观性耳鸣(subjective tinnitus, ST),又称为神经性耳鸣,以在无声源干扰下患者本人主观感受到耳内异常鸣音为主要特征,多伴有不同程度的听力损伤。随着社会发展和老龄化加重,ST在成年人中普遍存在,有10%~15%^[1-2]的成年人出现过耳鸣症状,其中三分之二左右表现为单侧发病^[3]。有报道显示半数以上ST患者产生抑郁、焦虑等负性情绪^[4],精神方面的不良状态又会导致症状加重,形成恶性循环,严重降低患者的生活质量^[5]。由于ST的发病机制尚需进一步明确,临床常用的扩血管、抗抑郁类药物治疗效果欠稳定,长期使用还可导致头痛、皮疹等不良反应^[6]。前期研究^[7]显示温针灸治疗ST疗效明确,且优于单纯针刺或钙通道选择性阻滞剂治疗。灸量^[8-9]指施灸治疗时艾灸各方面治疗作用的综合刺激量,不同灸量可导致温针灸的治疗效应产生显著差异,因此探求适宜灸量对完善温针灸治疗ST的临床方案有重要意义。灸量大小涉及多种温针灸量学要素,主要取决于温针灸治疗的艾炷数量,本研究以“艾炷数量”作为灸量研究因素,通过对比1壮、3壮、5壮温针灸治疗ST的疗效差异,结合分析温针灸的量效关系研究,初步探求温针灸治疗ST的适宜灸量。

1 临床资料

1.1 一般资料

根据临床经验,预设温针灸A组(1壮温针灸)总有效率为55%,温针灸B组(3壮温针灸)总有效率为70%,温针灸C组(5壮温针灸)总有效率为85%。根据多个独立样本率比较完全随机设计试验的样本含量估算公式, $N = 0.5 \frac{\lambda}{2(\arcsin\sqrt{p_{max}} - \arcsin\sqrt{p_{min}})}$, 取 $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.10$, 查表得 $\lambda = 12.65$, 计算得 $N = 28$, 考虑10%脱落率, 则每组需31例, 所需总样本量为93例。选取2020年5月至2020年10月在安徽中医药大学第二附属医院门诊收治的符合纳入标准的93例ST患者作为研究对象。采用随机数字表法, 93例患者按照1:1:1随机分为温针灸A组、温针灸B组和温针灸C组, 每组31例。在研究过程中, 温针灸A组脱落2例(难以忍受针刺疼痛中止1例, 自行服用“银杏叶片”中止1例), 温针灸B组无脱落病例, 温针灸C组脱落1例(由于工作而无法定期完成治疗), 最终共有90例纳入数据分析, 其中温针灸A组29例, 温针灸B组31例, 温针灸C组30例。3组患者性别、年龄、病程比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。详见表1。

表1 3组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)			病程(月)		
		男	女	最小	最大	平均($\bar{x} \pm s$)	最短	最长	平均($\bar{x} \pm s$)
温针灸A组	29	16	13	19	49	35±8	6	17	10.6±2.9
温针灸B组	31	15	16	25	51	40±7	8	16	11.4±2.3
温针灸C组	30	15	15	20	55	37±8	6	19	10.9±3.2

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照美国 2014 年《耳鸣临床应用指南》^[10]的诊断标准。

1.2.2 中医诊断标准

参照《中西医结合耳鼻咽喉科学》^[11]中“耳鸣耳聋”的诊断标准。

1.3 纳入标准

①病情符合上述诊断标准,且 ST 属第 1 诊断者;②年龄 18~60 周岁;③参与研究前 2 周末使用其他治疗方法;④患者认知能力正常,自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①客观性耳鸣、其他基础疾病导致的继发性耳鸣、ST 伴全聋者;②合并重大疾病者;③妊娠期或哺乳期者;④参与研究前 2 周已用其他治疗方法(如药物治疗)者;⑤正在参与其他研究者。

1.5 中止标准

①纳入后发现不符合纳入标准者;②研究期间出现温针灸治疗相关的严重不良反应,经处理后不能有效缓解者;③受试者主动要求退出者;④参与研究期间失访,经研究负责人判断为脱落病例者。

2 治疗方法

3 组均给予甲钴胺[卫材(中国)药业有限公司,国药准字 H20030812,每片 0.5 mg]口服,每次 0.5 mg,每日 3 次,连续服用 60 d。

2.1 温针灸 A 组

参照《针灸学》^[12]治疗原则及针灸取穴规律分析^[13],取患侧听会、翳风、风池、百会,双侧侠溪和中渚。患者取坐位,所取腧穴局部皮肤常规消毒,选取 0.25 mm×25 mm、0.30 mm×40 mm 一次性无菌针灸针。各穴均缓慢捻转进针,听会张口直刺 17~33 mm,翳风直刺 17~33 mm,风池向鼻尖方向直刺 27~43 mm,百会沿皮平刺 17~27 mm,侠溪直刺 10~17 mm,中渚直刺 10~17 mm。进针后捻转行针至患者产生酸、麻、胀、重等针感为度。然后选取所刺听会、翳风行温针灸,截取约长 17 mm、直径 17 mm 的艾炷(上海泰成科技发展有限公司,YZB 沪 0859-27-2005《艾灸用品》,每炷约 2 g)点燃后于针柄外侧端缓缓插入,待艾炷燃

尽后取下,每穴灸 1 壮。

2.2 温针灸 B 组

取穴及基本操作同温针灸 A 组,温针灸每穴灸 3 壮。

2.3 温针灸 C 组

取穴及基本操作同温针灸 A 组,温针灸每穴灸 5 壮。

上述 3 组均留针 60 min,隔日治疗 1 次,共治疗 30 次,总疗程 60 d,由具有执业医师资格的针灸医生实施治疗。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 耳鸣致残量表(tinnitus handicap inventory, THI)评分^[14]

评分越高,代表耳鸣越严重。1 级(轻微),THI 评分 1~16 分;2 级(轻度),THI 评分 18~36 分;3 级(中度),THI 评分 38~56 分;4 级(重度),THI 评分 58~76 分;5 级(灾难性),THI 评分 78~100 分。

3.1.2 耳鸣评价量表(tinnitus evaluation questionnaire, TEQ)评分^[15]

评分越高,代表耳鸣越严重。

3.1.3 气导平均听阈水平(0.5 kHz、1 kHz、2 kHz)

以 Hughson-Westlake 法分别检测 0.5 kHz、1 kHz、2 kHz 的气导听阈水平,将总得分除 3 即为气导平均听阈水平。该值超过 25 dB 时,数值越高,代表听力损伤越严重。

3.2 疗效标准

参照中华中医药学会^[16]有关耳鸣疗效的评定标准制定,以 THI 评分变化为疗效评价指标。

痊愈:评级下降 3 级以上(含 3 级)或降为 0 级。

显效:评级下降 2 级。

有效:评级下降 1 级。

无效:评级无改变或增加。

3.3 统计学方法

运用 SPSS23.0 软件进行统计学分析。符合正态分布的计量资料用均数±标准差表示,治疗前后比较采用配对样本 *t* 检验,组间比较采用单因素方差分析,两两比较采用 *LSD* 检验。计数资料比较采用卡方检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 3组治疗前后 THI、TEQ 评分比较

治疗前,3组患者 THI、TEQ 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后,3组患者 THI、

TEQ 评分均较治疗前降低($P<0.05$);温针灸 B 组、温针灸 C 组低于温针灸 A 组($P<0.05$);温针灸 C 组与温针灸 B 组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。详见表 2。

表 2 3组治疗前后 THI、TEQ 评分比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	THI 评分			TEQ 评分		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
温针灸 A 组	29	58.28±13.91	35.79±13.47 ¹⁾	22.48±11.48	14.10±3.14	10.03±3.53 ¹⁾	4.07±2.48
温针灸 B 组	31	55.42±14.03	27.23±12.95 ¹⁾²⁾	26.65±14.35	13.87±2.83	7.94±3.19 ¹⁾²⁾	5.94±3.55
温针灸 C 组	30	57.13±15.19	26.27±11.24 ¹⁾²⁾	30.87±12.86	13.97±2.86	7.73±2.72 ¹⁾²⁾	6.23±3.04

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P<0.05$;与温针灸 A 组比较²⁾ $P<0.05$

3.4.2 3组治疗前后气导平均听阈水平比较

治疗前,3组患者气导平均听阈水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后,3组患者气导平均听阈水平均较治疗前降低($P<0.05$);温针灸

B 组、温针灸 C 组低于温针灸 A 组($P<0.05$);温针灸 C 组与温针灸 B 组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。详见表 3。

表 3 3组治疗前后气导平均听阈水平比较

($\bar{x} \pm s$, dB)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
温针灸 A 组	29	45.23±15.49	28.22±12.15 ¹⁾	17.01±9.13
温针灸 B 组	31	48.33±17.05	21.83±11.97 ¹⁾²⁾	26.02±14.24
温针灸 C 组	30	46.56±15.89	20.94±10.12 ¹⁾²⁾	25.61±12.25

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P<0.05$;与温针灸 A 组比较²⁾ $P<0.05$

3.4.3 3组临床疗效比较

温针灸 A 组总有效率为 69.0%,温针灸 B 组总有效率为 87.1%,温针灸 C 组总有效率为 93.3%;温针灸 B 组和温针灸 C 组有效率优于温针灸 A 组($P<0.05$);温针灸 C 组与温针灸 B 组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。详见表 4。

表 4 3组临床疗效比较

(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
A 组	29	4	8	8	9	69.0
B 组	31	6	13	8	4	87.1 ¹⁾
C 组	30	6	11	11	2	93.3 ¹⁾

注:与温针灸 A 组比较¹⁾ $P<0.05$

3.5 安全性评价

温针灸疗法的常见不良反应有滞针、烧灼感明显,偶见患者晕针、难以耐受艾烟刺激等。在研究过程中所出现的治疗相关不良反应经对症处理后均有效缓解,至研究全部结束时未发生烫伤、断针或其他治疗外严重不良反应。

4 讨论

主观性耳鸣(ST)属中医学“耳鸣”范畴,我国第一部病因专书《诸病源候论》将其发病机制总结为“血气不足,宗脉虚,风邪趁虚随脉入耳,与气相击,故为耳鸣”,正气亏虚、邪气可干,外淫内邪趁虚而入,侵袭耳窍,邪气壅滞窍络,与耳之气机相击,则发为耳鸣。由此可见,耳鸣之根本不外乎本虚标实两端,本虚不补、标实不祛,则耳聪难复。临床论治耳鸣多以补肾养精、祛邪通窍为治则,温针灸疗法兼针刺之引导经气与艾灸之温阳通络的双重治疗作用,以针刺祛邪化滞、疏经通络,以艾灸调气和血、补虚升阳,可共奏祛邪扶正、通窍复聪之效。

温针灸疗效不仅与针刺取穴、施灸部位相关,不同灸量也会导致治疗效应的差异,根据病情合理选择灸量才能充分激发温针灸的治疗作用。同时,温针灸治疗 ST 的施灸部位多为头面部,过量施灸会导致疱疹、疼痛等损伤^[17],明确适宜灸量有利于降低温针灸治疗的潜在风险。

灸法的刺激强度与治疗的持续时间决定了温针灸

治疗的灸量大小,这两方面可分解为艾炷规格、施灸壮数、治疗频次、灸火与皮肤的距离、灸火温度等量学要素。各个灸量要素对温针灸疗效的影响程度迥然不同^[18],由于现代临床所用艾炷规格基本统一,温针灸疗法的灸治距离相对接近、灸火温度较为固定,施灸壮数在诸量学要素中往往发挥决定性作用。古代医家早已认识到灸量与温针灸疗效的密切联系,《明堂下经》有“火气不达,病未能愈”,但“火达气到”所需的壮数在针灸典籍中常无定数,宋代医家王惟一认为灸头面部“止于七壮”,《明堂上经》有“灸百会而百壮”,扁鹊灸法中甚至有灸数百壮乃至千壮的记载。古籍所言“百壮千壮”显然不是指实际灸量,仅是以虚数提醒后人灸量的重要性,不足以作为当今的具体灸量参考,唯《明堂本经》所言“针入六分、灸三壮”在实际中较为可行。

现代灸量研究提示温针灸的疗效与灸量可存在不同程度的正相关性,即疗效随着灸量的增加而提高。带状疱疹后遗神经痛^[19]患者分别接受 1 壮、2 壮、3 壮温针灸治疗,通过比较其治疗前后各项观察指标发现 3 壮温针灸治疗带状疱疹后遗神经痛的临床疗效较 1 壮、2 壮温针灸更加显著。周围性面瘫患者分别接受 3 壮、5 壮的温针灸治疗,通过比较面部残疾指数量表评分与视觉模拟量表评分发现,5 壮温针灸治疗周围性面瘫的临床疗效明显优于 3 壮温针灸^[20]。但灸量对疗效的提升绝非是无上限的,有研究发现疗效与灸量的正相关性在超过一定范围后可出现“平台期”——灸量增加却无法提高治疗效果。一项探求适宜灸量的临床观察采用 1 壮、3 壮、5 壮的温针灸治疗风寒型颈椎病^[21],发现 3 壮、5 壮温针灸缓解疼痛、改善颈椎功能的作用优于 1 壮温针灸,但 5 壮温针灸与 3 壮温针灸的疗效差异无统计学意义($P>0.05$),因此认为 3 壮是温针灸治疗风寒型颈椎病的适宜灸量。

耳鸣症状因仅有患者自身可感知的特殊性,在国内外研究中尚无统一评价标准。THI 量表从耳鸣对患者情绪、生活、社交等各个方面的影响来评估耳鸣致残性,是当前 ST 研究中应用最为广泛的耳鸣观察指标。刘蓬等^[22]提出的 TEQ 量表保持与 THI 量表基本一致的评估理念,提高了患者的耳鸣实际体验在耳鸣严重程度评价中的重要性,这与 ST 所定义的“仅有患者本人可主观感知”这一特点相符,因此在本研究中选用 THI 量表结合 TEQ 量表共同评价 ST 患者耳鸣的严重程

度。

本研究结果显示,温针灸均可显著降低 ST 患者耳鸣严重程度、改善听力水平,其中 3 壮、5 壮温针灸疗效优于 1 壮温针灸;5 壮温针灸有优于 3 壮温针灸的趋势,但差异无统计学意义。结合温针灸量效关系探讨,可初步认为 3 壮是温针灸治疗 ST 的适宜灸量,这与前期相关研究的结论基本符合^[7,21]。

本研究以“艾炷数量”作为探求适宜灸量的研究切入点,但由于灸量与诸多量学要素的影响有关,研究结论也受到分组较少等因素的限制,仍有待在今后的研究中严格控制变量、细化灸量分组,从而为完善 ST 的临床治疗方案提供参考。另外,目前灸量研究多集中于壮数多少,其他量学要素如治疗频次尚存在研究空间,近年研究提出 ST 与“耳鸣中枢”^[23]关系密切,即长期的外周听觉系统异常状态使可塑性较高的听觉中枢发生了适应性改变,最终导致耳鸣形成于外周却存在于中枢,适宜的温针灸治疗频次能否通过有机利用温针灸刺激的时效性、实现耳鸣中枢的消除来提高其远期疗效,这可作为下一步温针灸的量效关系研究方向。

参考文献

- [1] 尹志华, 马灵草, 刘宏建, 等. 耳鸣人群流行病学特征分析[J]. 医药论坛杂志, 2015, 36(1): 55-56, 59.
- [2] 田如如, 孙建军. 年龄与患病率差异及危险因素的耳鸣流行病学分析[J]. 中华耳科学杂志, 2016, 14(6): 823-827.
- [3] 姚珊珊. 噪声作业者耳鸣发生情况调查分析[J]. 首都食品与医药, 2019, 26(15): 13-14.
- [4] 黎志成, 古若雷, 戚敏, 等. 耳鸣患者负性情绪水平分析[J]. 中山大学学报(医学科学版), 2013, 34(3): 485-490.
- [5] 张正勇, 王帆. 耳鸣严重程度与焦虑的相关性研究[J]. 中国处方药, 2018, 16(7): 150-151.
- [6] 冯文大, 蔡文伟, 何伟平, 等. 耳鼻咽喉科的中西医结合治疗思路[J]. 中华中医药学刊, 2017, 35(3): 566-569.
- [7] 曹奕, 江娜, 董海彦. 温针灸治疗耳鸣临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(12): 1124-1126.
- [8] 刘兰英, 雷玉婷, 王和生. 浅谈对艾灸灸量的认识[J]. 中国针灸, 2015, 35(11): 1140-1142.
- [9] 王桂英, 王耀帅, 王玲玲. 艾灸疗法中灸感、灸温、灸量与灸效关系[J]. 中医杂志, 2015, 56(17): 1519-1521.

- [10] 贺璐, 王国鹏, 龚树生. 解读美国《耳鸣临床应用指南》[J]. 中华耳科学杂志, 2016, 14(2):149-152.
- [11] 田道法, 李云英. 中西医结合耳鼻咽喉科学[M]. 北京: 科学出版社, 2016:207-214.
- [12] 贾春生, 冯淑兰. 针灸学[M]. 北京: 科学出版社, 2017:368-369.
- [13] 邱学梅, 魏凌波, 陈少宗. 针灸治疗耳鸣的取穴组方规律分析[J]. 山东中医杂志, 2013, 32(12):905-906.
- [14] 石秋兰, 卜行宽, 王俊国, 等. 耳鸣致残量表中文版的研译与临床应用[J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2007, 27(5):476-479.
- [15] 刘蓬, 龚慧涵, 阮紫娟. 耳鸣严重程度评估方法的研究[J]. 中华耳科学杂志, 2009, 7(3):186-190.
- [16] 世界中医药学会联合会中医耳鼻咽喉科专业标准审定委员会, 中华中医药学会耳鼻咽喉科分会. 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.
- [17] 林永青, 韩红艳, 赵百孝. 艾灸的反应及应对措施[J]. 中国针灸, 2012, 32(5):427-429.
- [18] 刘洋, 许静, 蔡荣林, 等. 灸法量学要素的研究进展[J]. 中医临床研究, 2016, 8(4):144-147.
- [19] 李宁, 曹奕. 不同灸量温针灸治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2020, 32(2):347-350.
- [20] 马红, 邓琦娟. 对周围性面瘫伴耳周疼痛患者进行温针灸治疗时艾灸壮数的不同对其疗效的影响[J]. 当代医药论丛, 2020, 18(8):189-190.
- [21] 宋直昇, 沈卫东. 不同灸量温针灸治疗风寒型颈椎病的临床观察[J]. 上海中医药大学学报, 2013, 27(4):46-49.
- [22] 刘蓬, 郑芸. 耳鸣评价量表的临床应用[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2018, 16(6):411-415.
- [23] 兰家辉, 李明, 张剑宁. 耳鸣中枢机制的基础研究进展[J]. 中华耳科学杂志, 2018, 16(1):102-106.

收稿日期 2021-07-18

《上海针灸杂志》投稿须知

- ★ 刊登范围: 针灸学和相关生命科学的文章
- ★ 栏目: 名医经验、临床研究、临床报道、思路与方法、动物实验、文献研究、专论与综述、新闻、学术动态、针灸名人、针灸器械、针灸教学等
- ★ 出版周期: 纸质版文章6~12个月; 录用定稿电子版网络首发文章0.5~2个月, 作者如有首发需求, 须在收到录用通知并缴费后1个月内通过杂志邮箱申请网络首发, 邮件标题为“网络首发申请”。
- ★ 网址: www.acumoxj.com
- ★ 在线投稿网址: http://116.228.206.14:4999/journalx_zjzz/
- ★ 电话/传真: 021-64382181 电子邮箱: zhenjiush@126.com
- ★ 地址: 上海市徐汇区宛平南路650号 《上海针灸杂志》编辑部 邮编: 200030
- ★ 特别提醒: 本刊不收取任何形式的审稿费, 录用后仅通过邮局汇款(至编辑部)和转账(至“上海市针灸经络研究所”账户)方式收取发表费(版面费), 绝不会由个人收取费用或转账至个人账户中。