

台灣中醫家庭醫學會期刊

Volume 4 / No. 2 / April 2026

台灣中醫家庭醫學會 發行
二〇二六年四月
第四卷第二期

Taiwan Association for
Traditional Chinese Medicine of Family



台灣中醫家庭醫學醫學會
Taiwan Association for
Traditional Chinese Medicine of Family

台灣中醫家庭醫學會期刊

第四卷第二期

| 總編輯 |
葉家舟

| 副總編輯 |
陳建宏 陳建仲 蔡明諺 吳炫璋

| 執行編輯 |
林舜毅

| 編輯委員 |
郭哲彰 洪裕強 蔡三郎 陳冠仁 周彥瑤

| 理事長 |
葉家舟

| 副理事長 |
林榮志

| 常務理事 |
陳建宏 陳冠仁 陳博淵 黃澤宏 邱瑞發 洪裕強 鄭宜哲

| 理事 |
周彥瑤 楊紓怡 張景翔 鄭竹晏 蔡明諺 蔡三郎 鄭耀明 杜穎純
林幼淳 蕭博富 洪瑞鴻 何紹彰 黃上邦 陳韋任 黃國欽 洪成龍
郭于賢 林煥欽 李欣樺 陳冠佐 周子為 李亞倫

| 監事長 |
吳炫璋

| 常務監事 |
林舜毅 楊曜旭

| 監事 |
葉明憲 王國輝 許肇庭 陳中奎 呂紹儀 黃柏銘

| 電子郵件 |

tcm5885@gmail.com

| 傳 真 |

(037)876-580

| 電 話 |

(037)558-666

| 地 址 |

367004 苗栗縣三義鄉廣盛村 16 鄰八股路 24 之 9 號

| 網 站 |

<https://tatcmf.org.tw>

目錄

中醫介入急性後期照護：實證基礎、整合模式與制度發展

陳柏彰 · 陳博淵 · 葉家舟

01

中西醫整合治療突發性耳聾之病例報告：針灸合併高壓氧於 高齡二尖瓣狹窄患者之應用

范植盛 · 廖述禮 · 李恩育

16

中醫介入急性後期照護：實證基礎、整合模式與制度發展

陳柏彰¹，陳博淵⁴，葉家舟^{1,2,3}

1. 三義慈濟中醫醫院
2. 慈濟大學學士後中醫系
3. 台中慈濟醫院中醫部
4. 榮癸貞中醫診所

摘要

急性後期照護 (post-acute care, PAC) 是患者自急性醫療過渡至功能恢復的關鍵階段。隨著高齡化與神經疾病增加，如何在此期提升功能、降低再住院並促進返家與社區銜接，已成為照護重點。近年中醫治療 (針灸、中藥與中醫護理) 逐漸納入 PAC，顯示在功能恢復與症狀管理上的潛在價值。本文整合 PAC 相關實證，分析中醫在中風與骨科術後功能恢復、痙攣與疼痛控制、吞嚥與語言功能、睡眠與情緒調節之臨床效果，並歸納會診型、常駐型、復健整合型與早期介入等中醫整合模式。同時指出現階段研究品質與介入標準化不足、缺乏 PAC 特定試驗與成本效益評估等限制。綜合文獻，中醫於 PAC 兼具可行性與臨床潛力，未來需透過嚴謹研究與制度化整合，明確建構中醫在 PAC 體系中的角色與政策意涵。

關鍵詞：中醫、急性後期照護、復健、針灸、整合醫療

通訊作者：葉家舟

電話：(037)558666

地址：苗栗縣三義鄉廣盛村八股路 24 之 9 號

E-mail：yehcc0530@gmail.com

Traditional Chinese Medicine in Post-Acute Care: Evidence-Based Integration and Service Models

Po-Chang Chen¹, Po-Yuan Chen⁴; Chia-Chou Yeh^{1 2 3}

¹ Buddhist Tzu Chi Medical Foundation, Sanyi Tzu Chi Chinese Medicine Hospital, Maoli, Taiwan

² Department of Post-Baccalaureate Chinese Medicine, Tzu Chi University, Hualien, Taiwan

³ Buddhist Tzu Chi Medical Foundation, Taichung Tzu Chi Hospital, Department of Chinese Medicine, Taichung Tzu Chi Hospital, Taichung, Taiwan

⁴ Goodchance TCM Clinic, Changhua, Taiwan

Abstract

Post-acute care (PAC) bridges the transition from acute stabilization to functional recovery. Traditional Chinese Medicine (TCM)—including acupuncture, herbal therapy, and TCM nursing—has been increasingly integrated into PAC and demonstrates growing clinical relevance. This review synthesizes evidence on TCM's effects, integration models, and policy considerations within PAC. Current studies indicate that TCM can improve motor function, balance, swallowing, and language recovery; reduce spasticity, shoulder–hand syndrome, and neuropathic pain; and enhance sleep, mood, and rehabilitation participation. Three integration models—consultation-based, on-site staffing, and rehabilitation-integrated—and an early-integrated PAC model are identified. Nonetheless, evidence is limited by heterogeneous study quality, insufficient standardization, and a lack of PAC-specific trials and health-economic evaluations. Overall, TCM shows promising benefits in PAC, yet further high-quality research and structured integration strategies are needed to strengthen its role in functional recovery and post-acute care systems and to inform health policy.

Keywords: Traditional Chinese Medicine; Post-acute care; Rehabilitation; Acupuncture; Integrated care

Corresponding Author: Chia-Chou Yeh

Phone: +886-37-558666

Address: No. 24-9, Bagu Rd., Guangsheng Village, Sanyi Township, Miaoli County 367001, Taiwan (R.O.C.)

E-mail: yehcc0530@gmail.com

前言

急性醫療後的功能恢復期 (post-acute phase) 是決定患者長期預後的關鍵窗口。許多患者在急性期治療穩定後，仍面臨肢體功能受限、吞嚥或語言障礙、痙攣、慢性疼痛、疲憊與心理調適困難等問題，需要跨專業介入以避免失能進展。臺灣自 2014 年起推動急性後期照護 (post-acute care, PAC) 制度，已在中風、骨科手術後、老年衰弱等族群展現改善功能、降低再住院率與減少醫療支出的成效[1,2]。然而現行 PAC 以西醫復健為核心，中醫介入的角色尚未完全制度化。

中醫治療 (Traditional Chinese Medicine, TCM) 包含針灸、中藥與辨證護理，可自神經可塑性調節、免疫與微循環改善、疼痛調控、痙攣緩解、吞嚥與語言功能促進以及睡眠和情緒調節等層面，提供多模式支持。國際與兩岸研究已提出初步證據，顯示整合中醫可加速中風後神經恢復、改善痙攣與疼痛、促進吞嚥功能、提升日常生活能力 (activities of daily living, ADL) 與生活品質 (quality of life, QoL) [3–7]。在臺灣，部分醫院已開始嘗試中西醫整合 PAC 模式，呈現可行性與臨床價值，但整體仍處於早期發展階段。

因此，本文旨在系統性整理中醫介入於急性後期照護的臨床證據，並進一步分析現行 PAC 體系中可行的中醫整合臨床模式，同時提出中醫參與 PAC 之臨床建議與安全性考量，並探討目前研究的限制與未來發展方向。透過「臨床實證—整合模式—制度意涵」的分析架構，期望協助臺灣 PAC 體系更完整且具結構性地納入中醫治療，以提升功能恢復率、縮短照護斷點並強化急性醫院與社區之間的照護銜接。

急性後期照護中中醫介入之臨床實證與成效

(一) 中風 PAC 之功能恢復

在中風亞急性期與復健期，中醫整合治療之實證最為充足且一致。Fang 等人 [8] 進行之多中心隨機對照試驗招募 360 位亞急性缺血性中風患者，結果顯示整合針灸與中藥之治療組在 Fugl-Meyer Assessment (FMA)、Modified Barthel Index (MBI)、情緒量表與

認知功能等多項指標均顯著優於單純復健組，為中醫整合介入提供關鍵證據。Chavez 等〔9〕之綜述指出，針灸改善神經功能與運動表現的背後，涉及運動皮質活化、感覺運動網絡重建以及神經營養因子調節等生物機轉。Zhu 等〔10〕之統合分析則進一步顯示，在缺血性中風族群中，針灸合併復健相較於單獨復健，於神經功能缺損、運動能力與步態表現之改善具有中度效果量，支持中醫在 PAC 階段提供額外功能性增益。

此外，台灣亦累積多項具在地意義的臨床資料，支持針灸介入亞急性期中風之功能恢復效益。劉耕豪等〔11〕針對亞急性期中風住院患者進行回溯性分析，顯示接受針灸者在 NIHSS 與 Barthel Index (BI) 之改善幅度均顯著優於對照組，且在發病四週內介入者具有更明顯的神經功能進步，凸顯早期介入的重要性。吳重儀等〔12〕進一步以健保 PAC 中風個案為研究族群，發現針灸組在動作控制、復健參與度與功能恢復方面均優於未接受針灸者，強化針灸在 PAC 實務照護中的臨床價值。PAC 整合亦逐漸延伸至居家階段，許霖蓉等〔13〕針對顱腦損傷後吞嚥困難病例報告指出，中醫居家 PAC 介入（含針灸、中藥、耳穴與經筋技術）可改善吞嚥安全性與生活功能。另有研究〔14〕探討 PAC 結合針灸於腦神經損傷個案之應用，顯示針灸可提升神經功能比率、自我照護能力與復健耐受度。上述本土證據與國際 RCT 結果相互呼應，共同支持中醫在 PAC 早期介入中對神經功能恢復的穩定貢獻。

（二）痙攣控制與肌張力調節

痙攣控制是 PAC 中影響功能恢復的重要議題。Cai 等人針對 38 項隨機對照試驗進行統合分析，證實針灸能顯著降低 Modified Ashworth Scale (MAS) 分數，且對上肢屈肌與下肢伸肌均具改善效果〔6〕。多篇系統性綜述亦呈現一致結果，指出針灸或電針相較於常規復健可帶來額外的肌張力改善與日常功能增益〔15-17〕。電生理研究則顯示，針灸能降低 H/M 比值與脊髓反射弧興奮性，反映 α -運動神經元過度活化獲得抑制，為其臨床抗痙攣效果提供神經生理基礎〔7〕。

（三）吞嚥障礙與語言功能

在吞嚥障礙方面，針灸合併語言治療已逐漸被視為具附加效益的整合介入。Li 等人針對 19 項隨機對照試驗之更新型統合分析顯示，針灸能顯著改善中風後吞嚥功能量表（如 SSA、VFSS 指標），並降低誤嚥與吸入性肺炎風險〔18〕。基礎與動物研究亦提供了新的神經生物學證據，指出電針可透過活化運動皮質與舌下神經核路徑，促進自主吞嚥與相關神經控制，支持臨床觀察到的吞嚥反射與運動協調改善〔19〕。此外，針灸對假性延髓麻痹（pseudobulbar paralysis）所致之吞嚥障礙亦具療效，近期系統性綜述與統合分析指出，針灸合併常規治療可在 VFSS、SSA 與臨床吞嚥能力上取得統計學上顯著改善〔20〕。更早期之研究也已顯示，針灸可作為中風後吞嚥障礙的輔助性治療，在臨床量表與功能性指標上呈現一致的改善趨勢〔21–22〕。台灣亦有 PAC 延伸至居家之本土實證，許霖蓉等〔13〕針對顱腦損傷後吞嚥困難個案報告指出，於居家 PAC 階段導入針灸、中醫護理（耳穴、溫灸、經筋手法等）後，患者之吞嚥安全性、進食能力與生活自主度均有顯著提升，顯示中醫介入在 PAC 早期與延伸階段皆具臨床可行性與潛在效益。國際臨床指引亦納入針灸作為可考慮之整合治療選項，認為其可能提升吞嚥功能、減少吸入風險，但仍需更多高品質研究以支持其於急性後期照護（PAC）中的推薦強度〔23〕。

(四) 疼痛、肩手症候群與神經性疼痛

疼痛控制，特別是肩手症候群與神經性疼痛，是 PAC 階段影響復健參與度與功能恢復的關鍵因素。功能性磁共振研究顯示，針灸能調節多個疼痛處理相關腦網絡，包括前扣帶皮質、島葉、丘腦與感覺皮質等區域，進而調節疼痛傳導與情緒性痛感受〔24〕。事件相關 fMRI 研究亦指出，針灸可影響自律神經反應並調控邊緣—旁邊緣—新皮質網絡，降低疼痛相關中樞敏化〔25〕。此外，針灸能活化中樞 μ -opioid 受體系統，提高疼痛閾值並產生臨床可觀的鎮痛效果〔26〕。在臨床層面，系統性綜述與統合分析證實針灸對中風後肩手症候群具有顯著的疼痛改善與活動度提升作用，對患者復健配合度與生活品質均具有正向影響〔27〕。

(五) 骨科術後 PAC 與睡眠、情緒調節

在骨科術後的急性後期照護中 (PAC)，針灸相關實證主要集中於全膝關節置換術 (total knee arthroplasty, TKA)。多篇系統性回顧與統合分析指出，針灸或電針可減輕術後疼痛、降低腫脹、減少止痛藥物使用，並可加速膝關節活動度與步態恢復，有助於提升早期功能表現與復健效率[28–29]。另有臨床研究顯示，針灸或中醫照護亦能改善住院與術後患者的睡眠品質，降低失眠症狀與焦慮水平，從而提升整體復健耐受度與參與度[30]。情緒與睡眠方面，系統性綜述顯示針灸可改善中風後焦慮與憂鬱症狀，並可能透過調整自主神經功能與睡眠品質間接提升復健意願[5]。耳穴按壓亦在睡眠障礙與焦慮調節方面具有一致之實證支持，在神經或慢性病患者族群中可改善睡眠品質與情緒調節能力[31–32]。

(六) 中藥與中醫護理之輔助角色

中藥在 PAC 中的角色主要集中於提升體能恢復、調節神經免疫反應以及改善腦部與周邊微循環。臨床研究顯示，補氣活血與通絡益腦類方藥可改善中風後常見之疲勞、虛弱與心悸等症狀，並提升復健訓練之耐受度與能量回復[5,33]¹。此外，越來越多臨床與動物實驗證據指出，中藥成分 (如黃耆多醣、丹參酚酸類、紅景天苷等) 可提升腦源性神經營養因子 (brain-derived neurotrophic factor, BDNF)、GDNF 與 TrkB 訊息傳遞，促進神經可塑性、軸突修復與抗氧化作用，與 PAC 階段的功能重建目標高度契合[34–37]。中醫護理介入 (如耳穴按壓、溫灸、熱熱敷包與經筋手法) 亦具有臨床可行性。系統性綜述指出，耳穴按壓可改善睡眠品質並降低焦慮；溫灸與熱熱敷包能促進局部血流、減少肌肉僵硬與疼痛；經筋手法對於痙攣、緊張與肌肉失衡亦具有輔助調節作用，進而提升復健過程中的放鬆反應與參與度[31–37]。綜合而言，中醫介入在 PAC 的中風、痙攣、吞嚥障礙、疼痛控制與骨科術後等領域皆已具備不同程度的實證支持，顯示其在功能改善、症狀調控與生活品質提升上具有整合價值。

PAC 中醫臨床模式與整合架構

在 PAC 體系中導入中醫治療，實務上大致可歸納為四種臨床模式，代表不同層次的整合強度與資源投入：

(一) 中醫會診型 (Consultation-Based TCM Model)

此為目前最常見的形式，中醫師以會診或定期巡診方式介入 PAC 病房，針對痙攣、肩手症候群、吞嚥困難、失眠、疼痛或情緒不穩等明確症狀提供針灸、中藥與中醫護理。優點是導入快速、成本低、彈性高，特別適合尚未建構中醫專責配置或病房規模較小的醫院。缺點是治療多為症狀導向，與復健進度整合度較低，若跨專業溝通不足，容易出現治療不連續或被動介入的情形。

(二) 中醫常駐型 (TCM On-Site Model)

在此模式下，中醫師長期駐點於 PAC 病房，參與每日查房、跨專業團隊會議與治療計畫的共同擬定，使中醫介入從症狀處理提升為完整復健路徑的一環。現有研究顯示，當中醫師能與復健團隊 (PT、OT、ST) 同步介入時，針灸、中藥與中醫護理的使用率明顯提高，且治療介入與復健訓練間的協同效應更為明顯[4,37]。此類模式能更早辨識痙攣惡化、疼痛控制不足、吞嚥不安全、焦慮與睡眠失衡等復原瓶頸，使治療策略得以即時調整，有助提升 PAC 期間的整體功能恢復效率與安全性。

(三) 中醫復健整合型 (Rehabilitation-TCM Integrated Model)

此模式強調將中醫介入「嵌入」既有復健流程，形成同步、互補、功能導向的多模式治療。例如：針灸 + 物理治療 (PT)：於伸展、負重或步態訓練前先以針灸降低痙攣與肩手疼痛，可提高神經可塑性與肌力回饋，改善治療效率[6-7]。語言治療 (ST) + 中醫辨證護理：在語言或吞嚥訓練前施行耳穴、溫灸或醒神開竅等技術，可提升注意力與吞嚥反射，促進語言輸出與構音[18]。職能治療 (OT) + 熱熱敷包與穴位按壓：先改善手部腫脹與僵硬，再進行精細動作訓練，提高上肢功能訓練成效[37]。此模式最著重「多模式協同效應

(multimodal synergy)」，尤適用於中風、腦外傷與骨科術後等功能恢復需求高的 PAC 病房。

(四) PAC 早期介入型 (Early-Integrated TCM-PAC Model)

此模式著重於在急性期出院後立即啟動中醫介入，以掌握中風後約三個月內的「神經可塑性黃金期」。研究指出，中風患者若在亞急性期即開始系統性的復健介入，其皮質重組與功能恢復潛力最為顯著，且早期、多模式與密集化介入已被國際共識視為中風復健的重要原則 [1,11]。若於此關鍵時窗同步導入針灸、中藥與中醫護理，可透過促進神經可塑性、改善微循環與調節神經修復環境，減少痙攣與不良代償 (maladaptation)，提升復健參與度並擴大功能收益[8-9]。

此模式的推動有賴急性醫院與 PAC 醫院之間成熟的轉銜機制與共同照護路徑設計，使中醫治療能與復健醫療在病程早期即同步啟動，同時也最符合目前國際復健標準所強調的「早期介入、多模式整合與密集化治療」原則。整體而言，中醫整合模式正由「症狀導向會診」逐步走向「功能導向整合」，並由「平行治療」發展為「跨專業同步治療」，PAC 醫院可依自身資源與發展目標，循序提升整合層次與覆蓋範圍。

中醫介入 PAC 的臨床建議與安全性

(一) 針灸治療建議

針灸治療宜優先選用具有調節神經功能、改善肌張力與協助疼痛控制之核心穴位，如百會 (GV20)、肩髃 (LI15)、曲池 (LI11)、合谷 (LI4)、足三里 (ST36)、陽陵泉 (GB34) 等。相關研究顯示，這些常用穴位可活化運動皮質與感覺皮質網絡、降低脊髓反射興奮性，並有效改善中風後痙攣與肩手症候群疼痛[6-7,24-27]。實務上，治療應依功能障礙的分布 (如上肢偏癱、下肢痙攣、吞嚥障礙或肩手症候群) 調整穴位組合、電針參數與治療頻率。考量 PAC 住院的功能導向與復健密度，多數患者建議每週治療 3-5 次，以利神經可塑性誘發、降低痙攣並與復健訓練形成協同效應。

(二) 中藥治療建議

中藥策略以「補氣活血、通絡益腦」為主要方向，常用藥物包括黃耆、當歸、川芎、丹參與紅景天等。研究顯示，此類藥物能改善腦部與周邊微循環、降低氧化壓力、調節神經炎症反應，並提升 BDNF、TrkB、PI3K/Akt、Nrf2/HO-1 等神經修復與抗氧化相關訊號路徑，進而支持神經可塑性與神經再生〔9–37〕。臨床運用時可依氣血兩虛、瘀血阻絡、痰濁蒙竅等常見辨證類型調整方藥配伍，並與具體功能目標（如步態改善、吞嚥安全、語言表達、上肢功能等）連結，以提升 PAC 階段的功能導向治療成效。

(三) 中醫護理與非藥物技術

耳穴按壓（如神門、交感、皮質下）具有調節自律神經與安定情緒的效果，研究顯示能改善成年人睡眠品質並減少焦慮症狀[31–32]。溫灸與熱熱敷包可促進局部血流循環、減少肌肉緊繃與疼痛；而穴位按壓與經筋手法則有助於降低痙攣、改善關節活動度，並提升中風後偏癱肢體的舒張性與柔軟度[37]。這類中醫護理技術能明顯提升復健耐受度與舒適度，讓 PT / OT / ST 的治療目標更易達成並提高整體復健效率。

(四) 安全性與團隊協作

PAC 患者多合併抗凝或抗血小板治療，針灸介入時須事先評估出血風險，避免深刺高危部位並降低手法刺激強度；皮膚脆弱、末梢循環不良或水腫者在施作溫灸、熱熱敷包時亦應避免灼傷；若患者意識不清或認知受損，則需加強離床防護以降低跌倒風險。中藥治療方面，應注意肝腎功能、脫水狀態與藥物交互作用，並依病程調整方藥以維持安全與療效。在 PAC 的跨專業團隊模式中，建議將中醫正式納入照護路徑，包括入院時的中醫評估、依功能需求訂立治療計畫、定期跨專業會議追蹤，以及以 BI、FIM、MAS 等量化工具評估療效；同時於出院前提供中醫衛教與門診銜接，以延續功能恢復並符合 PAC 所強調之早期、多模式與功能導向照護原則[1,8,37]。

研究限制與未來方向

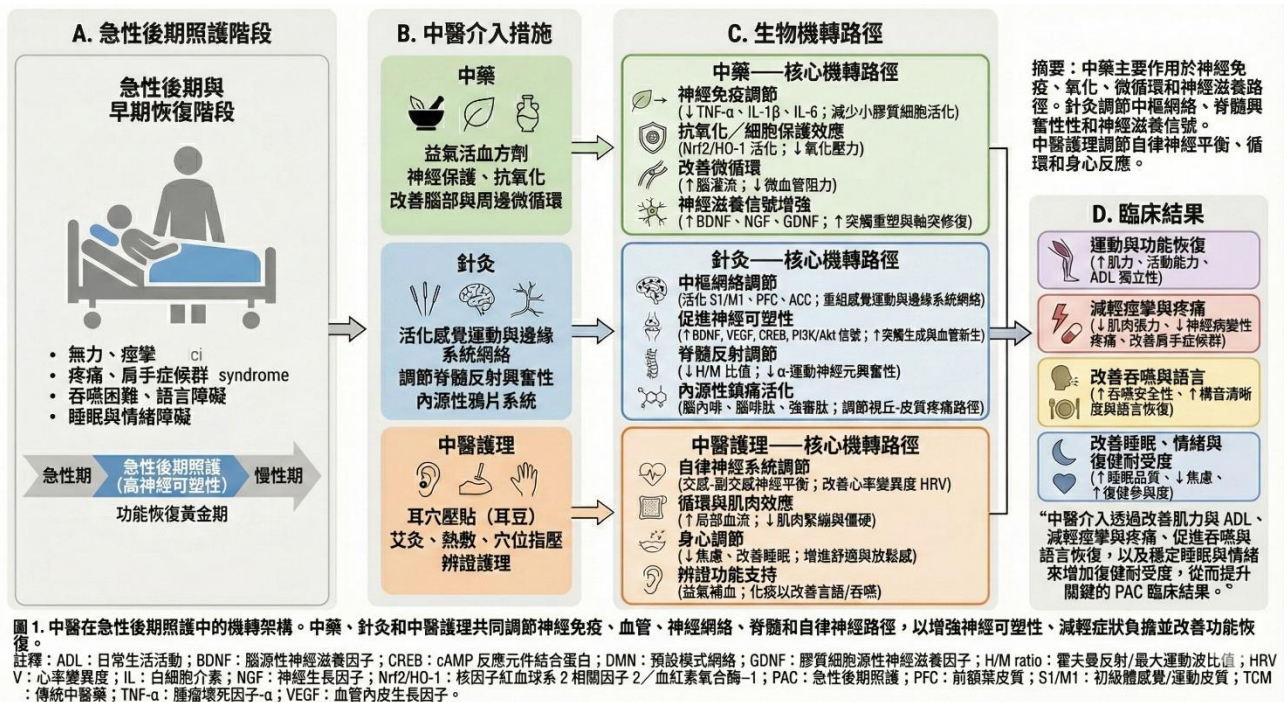
現有中醫介入 PAC 的研究雖逐漸增加，但整體仍面臨多重限制。首先，受試族群與疾病階段定義並不一致，多數研究來自亞急性期或復健期中風患者，與臺灣 PAC 制度中「急性醫療穩定且具復健潛力」的定位並不完全相符，使研究結果外推性受限。其次，研究品質與介入標準化不足，包括隨機化與盲化程序不完整、對照組設計不一、症狀量表與追蹤期間差異大，以及針灸穴位、頻率強度與中藥處方的高度異質性，缺乏劑量反應資料，使制定臨床路徑或治療指南面臨困難。此外，PAC 特定階段的生物機轉研究仍明顯不足，雖有部分動物研究與非 PAC 階段的神經影像與生物標記資料顯示中醫介入與大腦網絡重組、BDNF 調節、自律神經平衡等相關，但針對出院後最初三個月的 PAC 黃金恢復時期之影像與生物標記研究仍極為缺乏。健康經濟與成本效益資料亦相當有限，鮮見研究評估中醫是否能縮短住院日、降低再住院率、提升返家率或減少長照成本，使政策端在推動制度化整合時缺乏實證基礎。再者，長期追蹤資料不足，多數研究僅追蹤 4–12 週，欠缺六個月至一年的功能維持、再失能風險與生活品質資訊，難以完整評估中醫介入對長期預後的影響。未來研究亟需依 PAC 流程與功能目標設計多中心隨機對照試驗，並納入客觀功能指標與生物標記；同時應進行成本效益分析、發展中醫治療標準化工具（如穴位選擇原則、治療頻率建議、辨證量表等），並結合穿戴式感測、智慧復健與 AI 評估，建立「科技 × 中醫 × PAC」的創新整合模式，以提升 PAC 期間中醫介入的科學證據與臨床實用性。

結論 (Conclusion)

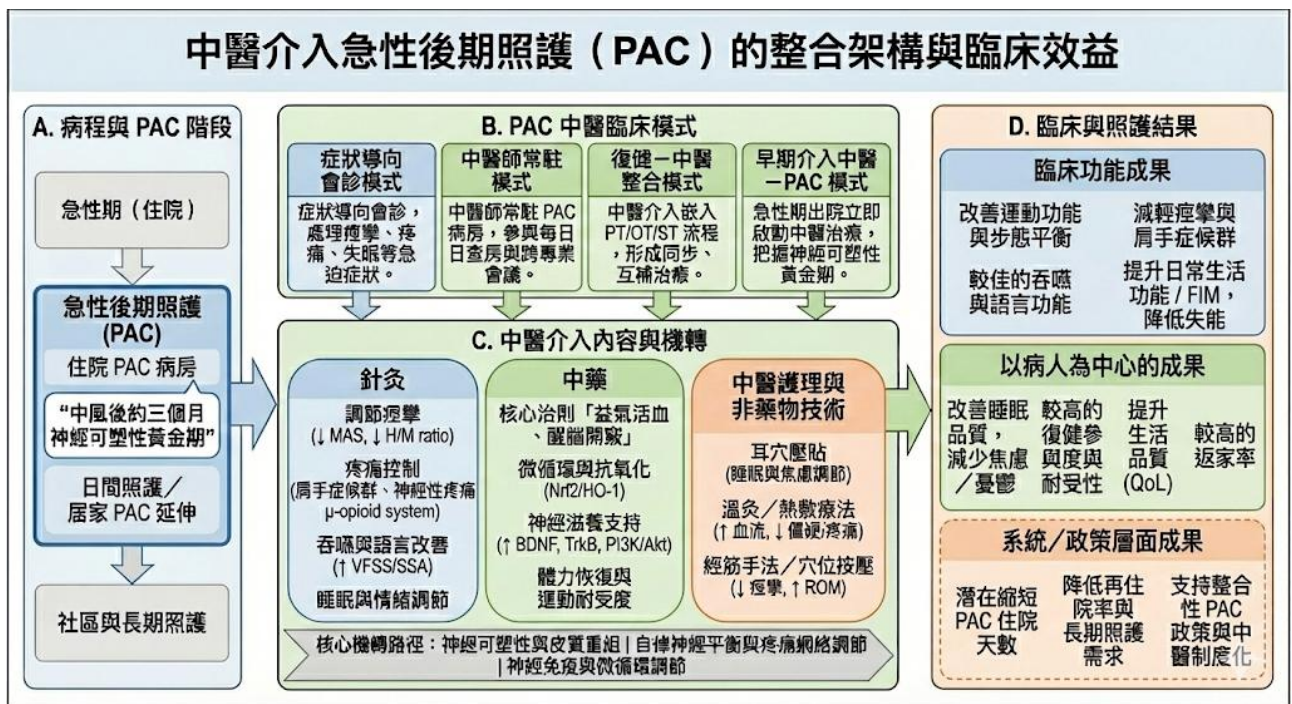
中醫介入急性後期照護在多層次上展現臨床價值，包括改善神經功能與步態平衡、降低痙攣與疼痛、促進吞嚥與語言能力、提升 ADL 與生活品質，並強化復健團隊之整合治療選項。針灸、中藥與中醫護理可透過神經可塑性促進、微循環與神經免疫調節、自律神經穩定等機轉，共同支持 PAC 階段的功能恢復與重回社區。

然而，因研究品質與標準化不足、PAC 特定試驗與生物標記研究有限、健康經濟資料欠缺等因素，中醫在 PAC 體系中的制度化角色仍待釐清。未來若能透過嚴謹的臨床研究、結構

化整合模式與政策設計，中醫有望在 PAC 中扮演更具策略性的關鍵角色，成為提升臺灣功能恢復與長期照護品質的重要力量。



圖一、中醫介入急性後期照護的模式



圖二、中醫介入急性後期照護的整合架構與臨床效益

參考文獻

1. Bernhardt J, Hayward KS, Kwakkel G, Ward NS, Wolf SL, Borschmann K, et al. Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable taskforce. *Int J Stroke*. 2017;12(5):444–450.
2. Lai CL, Tsai MM, Luo JY, Liao WC, Hsu PS, Chen HY. Post-acute care for stroke - a retrospective cohort study in Taiwan. *Patient Prefer Adherence*. 2017 Aug 1;11:1309-1315. doi: 10.2147/PPA.S136041. PMID: 28814838; PMCID: PMC5546822.
3. Peng LN, Lu WH, Liang CK, Chou MY, Chung CP, Tsai SL, Chen ZJ, Hsiao FY, Chen LK; Taiwan Stroke Postacute Care (PAC) Study Group. Functional Outcomes, Subsequent Healthcare Utilization, and Mortality of Stroke Postacute Care Patients in Taiwan: A Nationwide Propensity Score-matched Study. *J Am Med Dir Assoc*. 2017 Nov 1;18(11):990.e7-990.e12. doi: 10.1016/j.jamda.2017.06.020. Epub 2017 Aug 10. PMID: 28804011.
4. Yang A, Wu HM, Tang JL, Xu L, Yang M, Liu GJ. Acupuncture for stroke rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug 26;2016(8):CD004131. doi: 10.1002/14651858.CD004131.pub3. PMID: 27562656; PMCID: PMC6464684.
5. Liu, R., Zhang, K., Tong, Qy. *et al.* Acupuncture for post-stroke depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Med Ther* 21, 109 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12906-021-03277-3>
6. Cai Y, Zhang CS, Liu S, Wen Z, Zhang AL, Guo X, et al. Electroacupuncture for post-stroke spasticity: A systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2017;98(12):2578–2589.e4.
7. Fink, M., Rollnik, J. D., Bijak, M., Borstädt, C., Däuper, J., Guerguelcheva, V., Dengler, R., & Karst, M. (2004). Needle acupuncture in chronic poststroke leg spasticity. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(4), 667–672.
8. Fang J, Chen L, Ma R, Keeler CL, Shen L, Bao Y, Xu S. Comprehensive rehabilitation with integrative medicine for subacute stroke: A multicenter randomized controlled trial. *Sci Rep*. 2016 May 13;6:25850. doi:10.1038/srep25850.
9. Fang J, Chen L, Ma R, Keeler CL, Shen L, Bao Y, Xu S. Comprehensive rehabilitation with integrative medicine for subacute stroke: A multicenter

- randomized controlled trial. *Sci Rep*. 2016 May 13;6:25850.
doi:10.1038/srep25850.
10. Zhu T, Wang L, Xu N, et al. Efficacy of acupuncture and rehabilitation therapy on brain functional areas in patients with ischemic stroke: a meta-analysis. *PLOS ONE*. 2024;19(2):e0298547. doi:10.1371/journal.pone.0298547.
 11. 劉耕豪、黃悅翔、李宗海、陳星諭、劉祥仁、張寓智、張健宏、陳玉昇. 針灸輔助治療對亞急性期腦中風患者之療效評估：回溯性研究. *J Chin Med*. 2013;24(2):251–259. DOI:10.3966/101764462013122402006.
 12. 吳重儀等。針灸可增進腦中風急性後期照護之成效。中醫藥研究論叢. 2019 ; 22(2):11–24。
 13. 許霖蓉等。中醫居家急性後期照護顱腦損傷後吞嚥困難之病例報告。中醫藥研究論叢. 2023;26(2):41–50。
 14. 陳怡惠。急性後期照護(PAC) 結合針灸療法對腦神經損傷病人照護成效之探討。[碩士論文]。國立中央圖書館典藏系統；2021。
 15. Xue C, Zhang CS, Yang L, Chen Y, Xue F. Effectiveness and safety of acupuncture for post-stroke spasticity: A systematic review and meta-analysis. *Front Neurol*. 2022;13:942597.
 16. Yi L, Wang S, Zhang Y, Chen X, Li F. Acupuncture for poststroke spasticity: An overview of systematic reviews. *Clin Rehabil*. 2024.
 17. Park SW, Lee JH, Lee HS, Kim Y, Lee B. Acupuncture for the treatment of spasticity after stroke. *J Altern Complement Med*. 2014;20(8):635–642.
 18. Li LX, Deng K, Qu Y. Acupuncture treatment for post-stroke dysphagia: An update meta-analysis of randomized controlled trials. *Chin J Integr Med*. 2018;24(9):686–695.
 19. Cui S, Yao S, Wu C, Yao L, Huang P, Chen Y, Tang C, Xu N. Electroacupuncture involved in motor cortex and hypoglossal neural control to improve voluntary swallowing of poststroke dysphagia mice. *Neural Plast*. 2020;2020:8857543.
 20. Wang P, Ma X, Huang J, Li J, Ma L, Xu D, Yan P. Effect of acupuncture treatment on dysphagia caused by pseudobulbar paralysis after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med*. 2022;11(7):2257–2264.
 21. Wong SY, Ng KF, Tsang WH. Acupuncture for dysphagia following stroke: A systematic review. *Eur J Integr Med*. 2012;4(2):e141–e150.
 22. Lu Y, Chen Y, Huang D, Li J. Efficacy of acupuncture for dysphagia after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med*. 2021;10(3):3410–3422.

23. Dzierwas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, et al. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *Eur Stroke J*. 2021;6(3):LXXXIX–CXV.
24. Theysohn N, Choi KE, Gizewski ER, et al. Acupuncture-related modulation of pain-associated brain networks during electrical pain stimulation: A functional magnetic resonance imaging study. *J Altern Complement Med*. 2014;20(12):893–900.
25. Napadow V, Lee J, Kim J, et al. Brain correlates of phasic autonomic response to acupuncture stimulation: An event-related fMRI study. *Hum Brain Mapp*. 2013;34(10):2592–2606.
26. Harris RE, Zubieta JK, Scott DJ, Napadow V, Gracely RH, Clauw DJ. Traditional Chinese acupuncture and placebo (sham) acupuncture are differentiated by their effects on mu-opioid receptors (MORs). *Neuroimage*. 2009;47(3):1077–1085.
27. Lee SH, Lim SM. Acupuncture for poststroke shoulder pain: A systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2016;2016:3549878.
28. Chen CC, Yang CC, Hu CC, Shih HN, Chang YH, Hsieh PH. Acupuncture for pain relief after total knee arthroplasty: a randomized controlled trial. *Reg Anesth Pain Med*. 2015 Jan-Feb;40(1):31–6. doi: 10.1097/AAP.000000000000138. PMID: 25158837.
29. Chen Z, Shen Z, Ye X, Xu Y, Liu J, Shi X, Chen G, Wu J, Chen W, Jiang T, Liu W, Xu X. Acupuncture for Rehabilitation After Total Knee Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Front Med (Lausanne)*. 2021 Jan 18;7:602564. doi: 10.3389/fmed.2020.602564. PMID: 33553202; PMCID: PMC7856874.
30. Cao H, Pan X, Li H, Liu J. Acupuncture for treatment of insomnia: A systematic review of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med*. 2009;15(11):1171–1186.
31. Jun L, Xiong L, Wen Y, Yongxiang W. Effectiveness of applying auricular acupressure to treat insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Front Sleep*. 2024 Apr 11;3:1323967. doi: 10.3389/frsle.2024.1323967. PMID: 41424527; PMCID: PMC12713953.

32. Waits A, Tang YR, Cheng HM, Tai CJ, Chien LY. Acupressure effect on sleep quality: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2018 Feb;37:24-34. doi: 10.1016/j.smr.2016.12.004. Epub 2016 Dec 22. PMID: 28089414..
33. Li W, Miao H, Nie Z, Wu F, Li H. Astragalus Polysaccharide Promotes Neuronal Injury Repair via the Notch1/NFκB Signaling Axis in the Ventroposterior Thalamic Nucleus in Rats with Focal Cerebral Ischemia. *J Integr Neurosci.* 2024 Feb 18;23(2):34. doi: 10.31083/j.jin2302034. PMID: 38419443..
34. Zuo W, Yan F, Zhang B, Hu X, Mei D. Salidroside improves brain ischemic injury by activating PI3K/Akt pathway and reduces complications induced by delayed tPA treatment. *Eur J Pharmacol.* 2018 Jul 5;830:128-138. doi: 10.1016/j.ejphar.2018.04.001. Epub 2018 Apr 4. PMID: 29626425.
35. Jeong JY, Cha HJ, Choi EO, Kim CH, Kim GY, Yoo YH, Hwang HJ, Park HT, Yoon HM, Choi YH. Activation of the Nrf2/HO-1 signaling pathway contributes to the protective effects of baicalein against oxidative stress-induced DNA damage and apoptosis in HEI193 Schwann cells. *Int J Med Sci.* 2019 Jan 1;16(1):145-155. doi: 10.7150/ijms.27005. PMID: 30662338; PMCID: PMC6332480.
36. Cui W, Jin Z, Lin H, Wang B, Chen G, Cheng Y. Astragalus polysaccharide alleviates IL-13-induced oxidative stress injury in nasal epithelial cells by inhibiting WTAP-mediated FBXW7 m⁶A modification. *Toxicol Res (Camb).* 2024 Jul 1;13(4):tfae099. doi: 10.1093/toxres/tfae099. PMID: 38957784; PMCID: PMC11215160.
37. Lee JA, Kang S, Park J, et al. Moxibustion for stroke rehabilitation: Systematic review of randomized controlled trials. *Stroke.* 2010;41(6):e375–e383.

中西醫整合治療突發性耳聾之病例報告： 針灸合併高壓氧於高齡二尖瓣狹窄患者之 應用

范植盛¹、廖述禮¹、李恩育¹

¹衛生福利部桃園醫院

摘要

突發性耳聾定義為 3 天內連續發生 3 個頻率超過 30 分貝的聽力下降，通常會伴隨耳鳴或暈眩出現。臨床上，導致突發性耳聾的病因複雜，大多無法確切診斷，且目前西醫仍缺乏明確有效的治療模式。本文整理突發性耳聾相關之流行病學、臨床病因與治療現況等文獻，並分享一位 75 歲女性之案例，此患者為腎精虧損型耳聾耳鳴，本身具有二尖瓣狹窄病史與耳毒性藥物使用史，經中醫針灸與高壓氧治療 1 個月後，純音聽力閾值獲顯著改善。本文採用「局部與遠端併治」之針灸取穴原則，並協同高壓氧整合介入治療。希望未來此治療經驗可提供相似案例在擬定中西醫整合治療策略之參考。

關鍵詞：突發性耳聾 中醫針灸 高壓氧 高齡 二尖瓣狹窄病史 耳毒性藥物使用史

通訊作者：廖述禮

電話：(03) 369-9721 # 1641

地址：桃園市桃園區中山路 1492 號（綜合大樓 6 樓）中醫科

信箱：liaoshuli@gmail.com

Integrated Chinese and Western Medicine for Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Case Report on Acupuncture Combined with Hyperbaric Oxygen Therapy in an Elderly Patient with Mitral Stenosis

Zhi-Sheng Fan¹, Shu-Li Liao¹, En-Yu Li¹

¹Taoyuan General Hospital, Ministry of Health and Welfare

Abstract

Sudden sensorineural hearing loss (SSHL) is defined as a hearing loss of at least 30 decibels (dB) across three contiguous frequencies occurring within 72 hours, often accompanied by tinnitus or vertigo. The clinical etiology of SSHL is complex and frequently idiopathic, and a definitive, universally effective treatment protocol in Western medicine remains elusive. This article reviews the epidemiology, clinical etiology, and current treatment landscape of SSHL and presents a case study involving a 75-year-old female. The patient was diagnosed with "Kidney Essence Deficiency" type deafness and tinnitus. Her medical history included mitral valve stenosis and the use of ototoxic medications. Following one month of integrated treatment involving acupuncture and hyperbaric oxygen therapy (HBOT), her pure-tone audiometry (PTA) thresholds showed significant improvement. The acupuncture strategy employed the principle of "combining local and distal points" in synergy with HBOT.

Correspondence author: Shu-Li Liao

Telephone number: (03) 3699721 ext. 1641

Address: Department of Chinese Medicine (6F, General Building), No. 1492, Zhongshan Rd., Taoyuan Dist., Taoyuan City, Taiwan

E-mail: liaoshuli@gmail.com

This clinical experience aims to provide a reference for developing integrated Traditional Chinese and Western Medicine (TCWM) treatment strategies for similar cases in the future.

Key Words: Sudden sensorineural hearing loss (SSHL), Acupuncture, Hyperbaric oxygen therapy (HBOT), Elderly, Mitral stenosis, Ototoxic drug history

前言

突發性耳聾 (Sudden Hearing Loss) 為臨床常見之耳鼻喉科急症，一般指短時間內出現單側或雙側聽力下降的主觀感覺，而根據 2019 年更新版美國耳鼻喉頭頸外科醫學會臨床治療指引 (Clinical Practice Guideline : Sudden Hearing Loss (Update) . Otolaryngology Head Neck Surgery 2019)，此定義為 3 天內連續發生 3 個頻率超過 30 分貝的聽力下降，且可能伴隨耳鳴 (Tinnitus) 或暈眩 (Vertigo) 出現。另外，不同的病理機制會導致不同類型的聽力喪失，包括傳導性耳聾 (Conductive Hearing Loss)、感音神經性耳聾 (Sensorineural Hearing Loss) 或混合性耳聾 (Mixed Hearing Loss) [1]。

突發性感音神經性耳聾 (Sudden Sensorineural Hearing Loss) 是最常見且重要的類型之一，每年影響 10 萬人中的 5 至 27 人，臨床超過 90% 的病患皆不清楚真正的病因，發病 2 週內為大多不明原因性突發性耳聾的黃金治療期，如果不及早給予適當的治療，此聽力喪失可能進一步導致持續性耳聾和耳鳴，並影響患者的生活品質[1, 2]。

針對不明原因性突發性耳聾，目前西醫臨床仍缺乏確切且具高度共識之治療方法。根據 2019 年更新版美國耳鼻喉頭頸外科醫學會臨床治療指引，建議於發病 14 日內給予皮質類固醇 (Corticosteroids) 或合併高壓氧 (Hyperbaric Oxygen Therapy) 治療；針對病程 2 至 6 週者，可選用鼓室內類固醇注射 (Intratympanic Steroids)，或於發病 1 個月內將類固醇合併高壓氧作為挽救性治療 (Salvage Therapy)。根據日本厚生勞動省統計，雖有逾 80% 之病例採用皮質類固醇作為標準療法，仍有約三成患者聽力未獲實質改善[3]。此外，皮質類固醇合併高壓氧於發病 2 週內之急性期具有顯著療效，但隨介入時間推遲聽力恢復的程度可能顯著遞減，且目前對於高壓氧改善突發性耳聾之機制尚未完全清晰，現行臨床多僅將其視為類固醇之輔助性療法[4, 5]。

目前突發性耳聾之臨床案例甚多，然其辨證分型之分佈比例差異顯著。根據現代大數據研究如張丹慧等人 (2024 年) 回顧分析 1327 例突發性耳聾住院患者，氣血虧虛證 (75.4%) 佔絕大多數，而腎精虧損證僅佔 1.3%[6]，顯見本證型於臨床實務中仍相對稀少。此外，本病例患者合併二尖瓣狹窄病史及耳毒性藥物使用史，病因機制相對複雜，臨床

鮮見此類複雜病因之案例報導。本患者於發病 2 週內接受皮質類固醇治療，右側重度耳聾與耳鳴仍未見緩解，隨後轉為接受中醫針灸併用高壓氧之整合介入治療，歷經 1 個月治療後，患者的純音聽力閾值（Pure Tone Threshold）獲顯著改善，本案例具備重要之學術探討與臨床參考價值。

病例闡述

一、基本資料

姓名：彭 OO

性別：女

年齡：75 歲

身高：160 公分

體重：62 公斤

職業：已退休多年

初診日期：114 年 8 月 18 日

二、主訴

114 年 8 月 6 日晨起刷牙時右側突發耳鳴

三、現病史

此 75 歲女性，過去有二尖瓣狹窄病史，目前有服用 Spironolactone、Furosemide、Warfarin，無頭部外傷史，無噪音暴露史。耳鳴發病前患者長期淺眠易醒多夢（夜醒 2~3 次，醒後可入睡），但晨起無疲倦感。114/8/6 晨起刷牙時，右耳突聽到敲打木樁聲（低頻），耳鳴聲大小 VAS 5~6，聲音會持續整天，伴隨右耳聾、噁心嘔吐，輕微搏動感，無喀喀聲，無耳悶耳脹耳痛，無頭暈頭痛，無臉麻臉痛，無隨呼吸起伏，當天至耳鼻喉科就診，診斷右側突發性耳聾，服用 Prednisolone 5 mg QID、Diazepam 5 mg QD、

Piracetam 1200 mg QID、Dimenhydrinate 50 mg QID、Cimetidine 200 mg QID、Betahistine 6 mg QID、Mecobalamin 0.5 mg QD 後噁心嘔吐緩解，但耳聾、耳鳴以及輕微搏動感仍無改善，而 3 天後耳鳴聲轉為呼呼風聲(高頻)，但耳聾以及輕微搏動感仍然持續存在。

114/8/13 患者至本院耳鼻喉科做純音聽力檢查、耳鼻喉內視鏡檢查、聽阻聽力檢查，左耳聽力正常，右耳重度聽損（純音聽力檢查：左 10 / 右 88），使用 Mecobalamin 0.5 mg BID 與 Flunarizine 5 mg QD 以及每週 1 次的高壓氧治療後耳鳴耳聾無改善，故 114/8/18 至本院中醫針灸科門診就診。

四、過去病史

疾病史：二尖瓣狹窄已 13 年（已於外院手術及藥物治療）

用藥（治療）史：

1. 二尖瓣狹窄藥物（已於外院接受藥物治療 12 年）：Spironolactone、Furosemide（最近一次 114 年 5 月回診服用的劑量頻次為 40 mg QD）、Warfarin
2. 突發性耳聾和耳鳴（8/6 與 8/11 診所用藥紀錄）：Prednisolone 5 mg QID、Diazepam 5 mg QD、Piracetam 1200 mg QID、Dimenhydrinate 50 mg QID、Cimetidine 200 mg QID、Betahistine 6 mg QID、Mecobalamin 0.5 mg QD
3. 突發性耳聾和耳鳴（8/15 本院耳鼻喉科用藥紀錄與 8/19 高壓氧治療紀錄）：Mecobalamin 0.5 mg BID 與 Flunarizine 5 mg QD、每週 1 次的高壓氧治療（1.5-2.5 ATA；70-90 分鐘）

五、個人史

職業：已退休多年

菸酒檳榔史：無菸酒檳榔史

飲食習慣：葷食

運動習慣：每日早晨走路 30 分鐘

過敏史：無特殊過敏史

手術史：二尖瓣手術

旅遊史：近一年無特殊旅遊史

六、家族史

無心臟血管與耳聾耳鳴相關家族史

七、特殊檢查史

1. 114/08/13 患者至本院耳鼻喉科做純音聽力檢查，檢查結果為左側耳聽力正常，右側耳重度聽損（純音聽力檢查：左 10 / 右 88）。

2. 114/09/12 經中醫針灸及高壓氧治療 1 個月後，患者至本院耳鼻喉科回診追蹤，檢查結果為左側耳聽力正常，右側耳中度聽損（純音聽力檢查：左 10 / 右 65）。

八、中醫四診

望診：

1. 神色：意識清楚
2. 體格：體型中等 (160 cm · 62 kg · BMI=24.2 kg/m²)
3. 面色：面色微黃
4. 舌診：舌紅少苔，中裂，兩邊有齒痕，無舌下絡脈瘀
5. 唇色：唇色偏暗紅
6. 毛髮爪甲：髮量適中，爪甲色淡紅
7. 眼瞼：眼瞼淡紅

聞診：無特殊氣味，語音平和

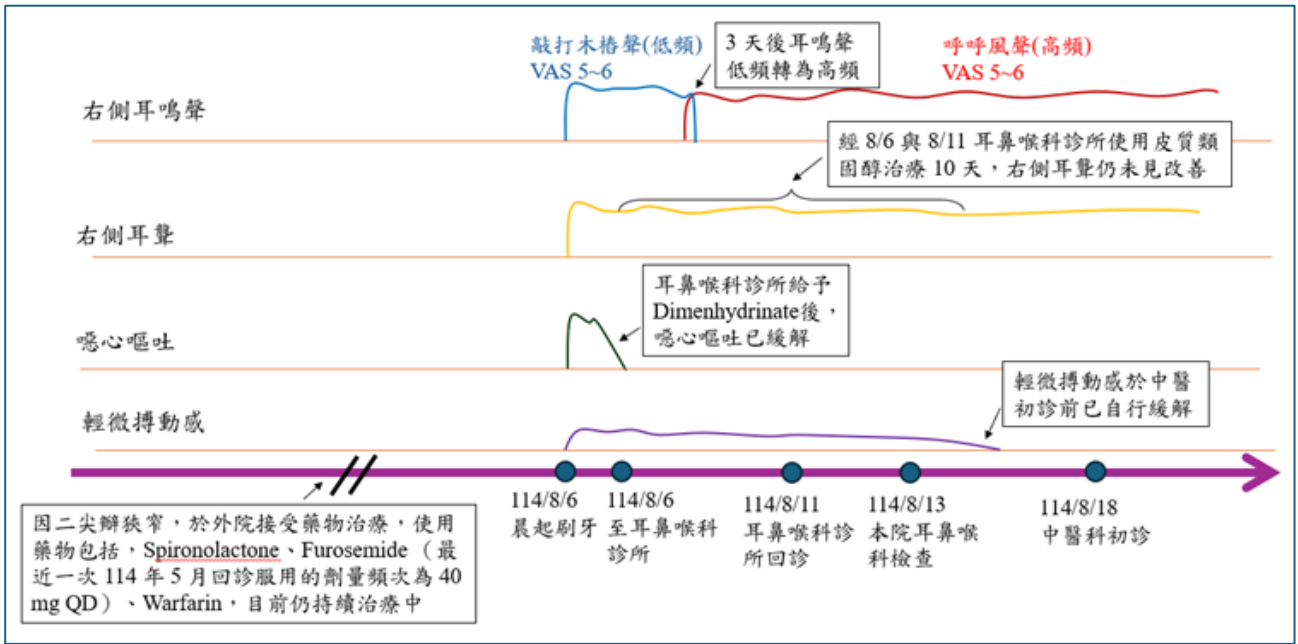
問診：

1. 寒熱：無怕冷或怕熱
2. 汗：無自汗盜汗少汗
3. 頭：易頭暈。無頭痛頭重。
4. 眼：易眼乾，易視力模糊。無眼癢眼痛。

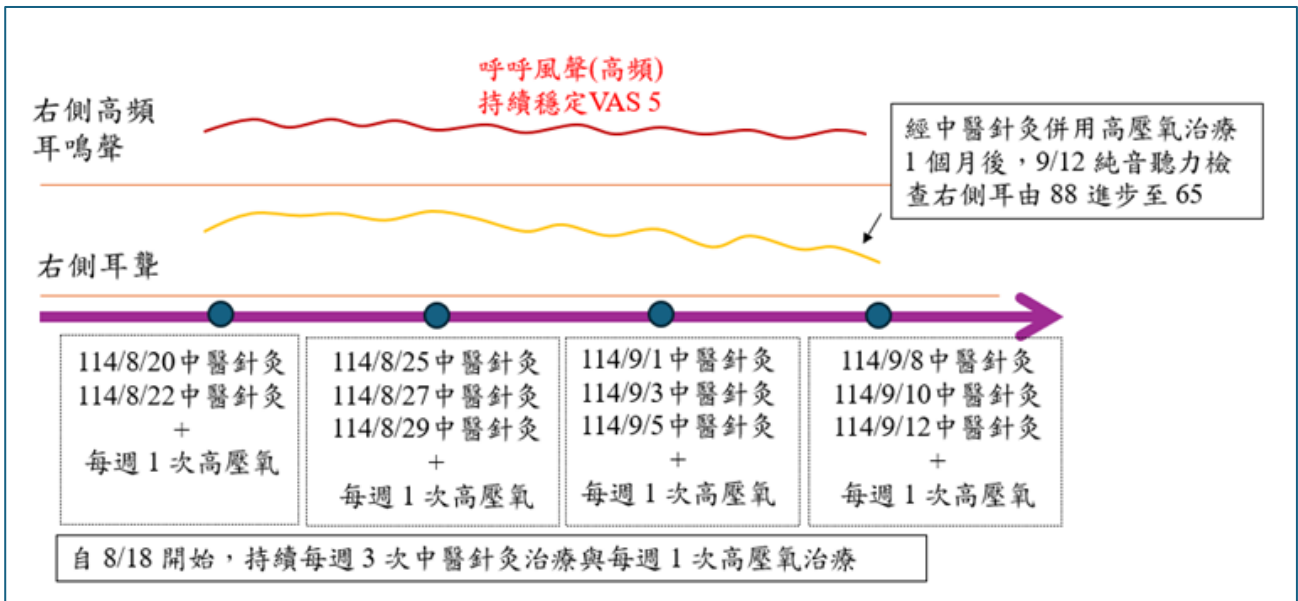
5. 耳：右耳高頻的呼呼風聲，右耳聾。
6. 鼻：無鼻癢鼻塞鼻涕。
7. 喉：無喉癢、無喉痛、無喉梗感。
8. 口咽：易口乾。無口破口苦口酸口黏口甜。
9. 胸腹：偶會喘，無胸悶胸痛脅痛腹脹腹痛。
10. 腰背：易腰膝痠軟。
11. 四肢：雙足易水腫，無四肢痠痛麻無力。
12. 飲食：食慾正常。
13. 二便：大便一日一行，質軟。小便平。
14. 睡眠：發病前常淺眠易醒多夢（夜醒 2~3 次，醒後可入睡），發病後眠可。
15. 情志精神：精神可。情緒平穩，無焦慮易怒。

切診：左右脈沉細

九、時序圖



圖一、初診時序圖



圖二、追蹤治療時序圖

十、臟腑病機四要素分析

病因：

1. 外因：無明顯外因
2. 內因：無明顯內因
3. 不內外因：年老、耳毒性藥物 (Furosemide)、二尖瓣狹窄

病位：

1. 解剖病位：右耳
2. 經絡病位：手少陽三焦經、足少陽膽經
3. 臟腑病位：腎

病性：

1. 主證：右耳高頻呼呼風聲 (右側耳鳴)，右側耳聾，易頭暈，易視力模糊，易腰膝痠軟，舌紅少苔，左右脈沉細
2. 次證：偶會喘，易眼乾，易口乾，雙足易水腫

病勢：

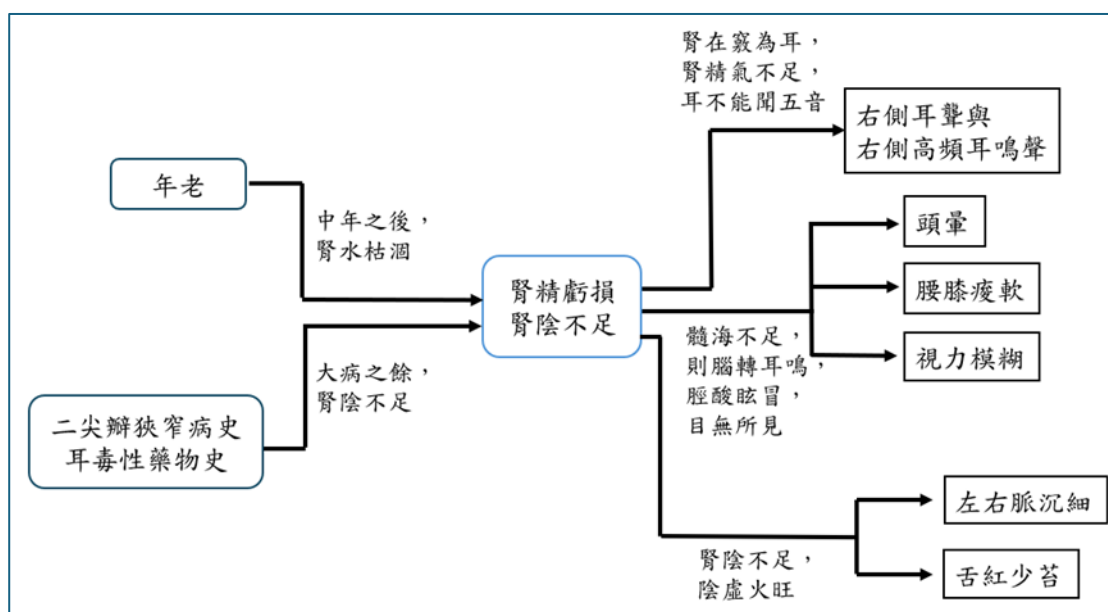
1. 中年之後，大病之餘導致腎陰不足

《景岳全書·卷二十七》強調「人於中年之後，每多耳鳴，如風雨，如蟬鳴，如潮聲者，是皆陰衰腎虧而然。」中年之後常因腎陰不足導致如風雨、蟬鳴或者潮水的耳鳴聲，此病患為 75 歲女性，已屬高齡，加上發生如風聲般的耳鳴，而此病患的耳聾和耳鳴並非單純因老年

退化造成的，故後續病因分析仍無法完全排除年紀的影響。又《醫學正傳·耳聾》提及「其或嗜欲無節，勞役過度，或中年之後，大病之餘，腎水枯涸，陰火上炎，故耳癢耳鳴，無日而不作也。」可知大病後可能會導致腎水虧少，而此病患本身有二尖瓣狹窄等重大傷病，長久服用利尿劑，可能因此過度耗傷腎陰。

2. 腎精虧損為耳聾耳鳴之核心病因病機

《古今醫統大全》：「腎通乎耳，所主者精。精氣調和，腎氣充足，則耳聞而聰。」《素問·脈度》：「腎氣通於耳，腎和則耳能聞五音。」腎藏精，腎的精氣直接影響聽覺功能，若腎的精氣充沛，自然可以清楚分辨出五音的差異。相反地，在《靈樞·決氣》提及「精脫者耳聾，液脫者耳數鳴。」腎的精氣不足，便會表現出耳聾和耳鳴的症狀。另外《靈樞·海論》：「髓海不足，則腦轉耳鳴，脛酸眩冒，目無所見，懈怠安臥。」本篇病例的病患除了耳聾和耳鳴之外，也表現出容易頭暈，視物不清，腰膝痠軟等症狀，因腎藏精，精生髓，髓聚於腦，可以推知腎精虧損為此病患的核心病因。



圖三、病因病機圖

十一、診斷

西醫：突發性右側耳聾、右側耳鳴

中醫病名：暴聾、卒聾、風聾、厥聾、耳聾、耳鳴

中醫辨證：腎精虧損

十二、治則

補益腎精

十三、處方

率谷（雙側）、翳風（右側）、聽會（雙側）、合谷（雙側）、太谿（雙側）、百會

（右側翳風聽會加電，並留針十五分鐘）

十四、追蹤治療

中醫門診追蹤	日期	症狀變化	針灸穴位
第一週	114/08/20	- 右側耳鳴風聲穩定持平 (VAS 5)	百會、率谷、翳風、 聽會、中渚、太谿、 三陰交
	114/08/22	- 聽力下降持平 - 雙足水腫加重	
第二週	114/08/25	- 右耳鳴風聲持平	百會、率谷、翳風、 聽會、中渚、太谿
	114/08/27	- 聽力下降持平	
	114/08/29	- 說話時腦中出現共鳴感	
第三週	114/09/01	- 右側耳鳴風聲穩定持平 (VAS 5)	百會、神庭、後頂、 率谷、翳風、聽會、 合谷、太谿
	114/09/03	- 聽力下降稍改善	
	114/09/05	- 稍微頭暈	
		- 腦中共鳴感持平	
第四週	114/09/08	- 右側耳鳴風聲穩定持平 (VAS 5)	百會、率谷、翳風、 聽會、中渚、太谿、 印堂、下關
	114/09/10	- 腦內回音持平，偶吞口水時明顯	
	114/09/12	- 夜間翻身時暈眩明顯	
		- 經中醫針灸及高壓氧治療一個月後，純音聽力閾值右側耳由 88 進步為 65	

討論

本病例報告為首篇探討針灸併用高壓氧整合治療，應用於高齡二尖瓣狹窄之突發性耳聾患者之成功案例。臨床上，突發性耳聾的病因極具複雜性，涵蓋高齡、聽神經瘤、病毒感染、自體免疫異常、神經損傷、代謝性疾病、血管性疾病以及耳毒性藥物影響等因素，然而多數案例因難以釐清確切病因，最終歸屬於不明原因性耳聾[7, 8]。對於無法確定病因的耳聾，目前並無明確的治療方法可以有效地改善耳聾耳鳴，普遍認為在發病 2 週內及早給予類固醇治療對於聽力恢復有所助益，但實際上突發性耳聾預後的好壞仍取決於多項因素，包括患者的年紀，發作初期是否伴隨暈眩，聽力減損的嚴重程度，聽力圖的圖形以及從發病到治療的間隔時間[1]。

高齡是老年人聽力下降的常見原因。根據 2021 年美國耳鼻喉頭頸外科醫學會期刊 (Prevalence of Tinnitus in an Aging Population and Its Relation to Age and Hearing Loss. Otolaryngology Head Neck Surgery 2021) 報導，聽力受損的發生率會隨年齡增加而增長，而聽力受損的參與者患有耳鳴的可能性更是沒有聽力受損者的兩倍。此外，60 至 74 歲區間為耳聾合併耳鳴的高峰，本篇患者為 75 歲女性，故以年紀而論，確實與常見老年性耳聾耳鳴好發的年齡相近。然而，老年性耳聾一般指的是漸進不可逆轉的雙側對稱性感音神經性耳聾，高頻聲音缺失為主要特徵，此特徵與本篇病例報告患者不相符合。2024 年美國之耳鳴流行病學研究表明聽力喪失發生率雖然與年齡增長相關，但引起聽力喪失的病因並非單純的老化現象，而是多個因素互相加成後的結果，常見為高血壓、糖尿病、非類固醇消炎止痛藥以及環利尿劑 (Loop Diuretic) 使用，這些因素在年齡相關聽力喪失發生率和嚴重程度中可能扮演直接或間接的角色[9]，因此本篇病例報告患者之耳聾耳鳴仍未能完全排除年紀因素。

血管性損傷為突發性耳聾最直接相關的原因。前下小腦動脈 (Anterior Inferior Cerebellar Artery) 的缺血性中風會影響迷路動脈 (Labyrinthine Artery) 的血流供應，而迷路動脈為供應內耳血液的終末動脈 (Terminal Artery)，其分支為前庭前動脈 (Anterior Vestibular Artery)、耳蝸主動脈 (Main Cochlear Artery) 和前庭耳蝸動脈 (Vestibulo-

cochlear Artery)，故任何血管性異常皆可能發生突發性耳聾、耳鳴或暈眩[10, 11]。另外，系統性血管異常也是其中一個需要考量的原因。韓國研究分析聽力前庭病變 (Audiovestibulopathy) 之病患，發現十位患者中有八位與心源性栓塞相關，而其中二位更是瓣膜性心臟疾病因素[12]。另外一篇研究證實，對於患有突發性耳聾的高齡患者，未來一年內罹患心血管疾病的風險會高出 1.69 倍[13]。因此，突發性耳聾不僅反映出內耳功能的異常，更是系統性血管健康的一項重要指標。

Furosemide 屬於典型的環利尿劑，臨床常用於治療高血壓和心臟疾病導致的水腫，然而此類利尿劑可能損傷內耳結構和功能造成單耳或雙耳突發性耳聾。耳毒性為環利尿劑常見的不良反應之一，研究顯示此機制可能與抑制血管紋 (Stria Vascularis) 中的鈉鉀氯共轉運體 (Na-K-2Cl Cotransport System) 造成局部缺血和缺氧有關，大部分的患者可能表現暫時性聽力損失，很少導致不可逆的聽力喪失[14]。環利尿劑造成的耳毒性可能出現於高劑量單次靜脈注射、腎功能不良合併使用其他耳毒性藥物以及長期口服使用的患者[15]，儘管可能因為不同患者而產生不同程度的耳毒性反應，但普遍來說長期持續的藥物使用仍有一定的耳毒性風險[16]。

文獻指出，耳毒性藥物與心血管疾患可能係誘發突發性耳聾之關鍵因素。南義憲 (Yoshinori Minami) 與根本哲彥 (Satohiko Nemoto) 曾報導一名 76 歲且腎功能正常之女性，於服用 Furosemide (40 mg/day) 二個月後出現出現右耳聽力下降、右耳閉塞感，純音聽力檢查顯示感音神經性聽力損失，停藥並投予類固醇後聽力獲顯著改善[17]；此顯示高齡者即便腎功能正常，於標準劑量下服用環利尿劑仍具藥物蓄積致聽力損傷之風險，且此類損傷雖多屬可逆，但需以及時停藥並配合常規的類固醇治療為前提。此外，心血管疾病對聽力之影響亦不容忽視，查穆塔爾·古爾 (Chamutal Gur) 等人研究證實，二尖瓣狹窄合併椎基底動脈系統 (Vertebrobasilar System) 缺血與聽力喪失具有高度相關性[18]。循此觀之，本病例患者具有二尖瓣狹窄病史，且服用環利尿劑長達 12 年之久，發病後初期治療期間未曾停用耳毒性藥物，此舉可能在一定程度上影響了常規類固醇之療效，致使復原狀況未如預期。臨床研究顯示，耳毒性症狀之出現與個體反應性、給藥時長及共病狀態密切相關，故本患者右側突發性耳聾之發病機制，未能完全排除高齡、長期服用環利尿劑及二尖瓣狹窄之影響。

突發性耳聾在中醫文獻中，依發病特徵與誘發因素之異，分屬於「暴聾」、「卒聾」、「風聾」以及「厥聾」等範疇，其臨床特徵以聽力卒然喪失或減退為主，常兼見頭暈、耳鳴或耳痛。依據《靈樞·寒熱病》「暴聾氣蒙，耳目不明。」之說，揭示其發病迅速與耳目受蒙之特點，而《素問·厥論》所言「少陽之厥則暴聾」，則強調氣血逆亂為其致病病機，另外，《衛生寶鑑》：「夫卒耳聾者，由腎氣虛為風邪所乘，搏於經絡，隨其血脈上入耳，正氣與邪氣相搏，故令耳卒聾也。」與《諸病源候論》：「足少陰，腎之經，宗脈之所聚。其氣通於耳。其經脈虛，風邪乘之，風入於耳之脈，使經氣否塞不宣，故為風聾。」分別指出腎氣虛損與風邪乘襲腎經導致聽力受損之病因病機，《仁齋直指方》：「蓋十二經脈上絡於耳，其陰陽諸經適有交並，則臟氣逆而為厥，厥氣搏入於耳，是為厥聾。」則界定「厥聾」係因臟腑氣機逆亂、陰陽失調致厥氣入耳。總括歷代文獻，本病核心病機多源於氣血失調、經絡閉阻，致使耳竅失其濡養。

根據王德鑑等人《中醫耳鼻喉科學》導致耳聾和耳鳴的常見證型有以下五種：一、風熱之邪侵擾；二、肝火上擾清竅；三、痰火壅結耳竅；四、腎精虧損失養；五、脾胃虛弱失運[19]。本篇病例報告之病患除了右耳重度聽損（純音聽力檢查：左 10 / 右 88）合併持續 VAS 5-6 的高頻風聲，也容易頭暈、視物不清、淺眠多夢、腰酸背痛，在證型分類中較接近「腎精虧損失養」之證型。另外，《靈樞·決氣》：「精脫者耳聾，液脫者耳數鳴。」由此可以推測，精脫或液脫可能會直接或間接導致耳聾或耳鳴。

目前西醫尚缺乏絕對有效的突發性耳聾治療模式。根據 2019 年更新版美國耳鼻喉頭頸外科醫學會臨床治療指引，建議將皮質類固醇合併高壓氧治療列為發病兩週內之初始治療（Initial Therapy），或於發病 1 個月內作為挽救性治療，該推薦強度被評定為可選（Option），其證據等級為中等[1]。許多研究已表明高壓氧治療對於突發性耳聾的益處，其中以輔助皮質類固醇治療的效果最為明確。Yalcin Alimoglu 等人的研究採用 Siegel 標準，針對發病 1 個月內的突發性耳聾患者進行療效反應性評估，結果顯示口服類固醇合併高壓氧治療之反應率最高，達 86.88%；其次依序為單獨口服類固醇組（63.79%）與鼓室內類固醇注射組（46.51%）；而單獨接受高壓氧治療組之反應率最低，僅為 43.85%[20]。YuTing Sun 等人於綜述文章中認為高壓氧藉由提升外淋巴液之氧分壓以改善內耳缺氧狀態，並減輕發炎反應與組織水腫，此能夠有效緩解因微循環障礙所致的耳蝸損傷[21]。

近年來，針灸憑藉其安全性高、操作簡便及經濟效益佳等優點，已逐漸擴大應用於突發性耳聾之整合治療[22]。中醫理論認為，突發性耳聾之病機多屬氣滯血瘀或血虛失養，致使耳竅失其濡養，透過針刺耳周特定穴位，不僅能調節局部神經傳導，亦能增加內耳微血管通透性並改善微循環，從而促進聽覺功能修復[23]。值得注意的是，針灸藉由增加耳部供血，能有效提升高壓氧於受損組織之血氧利用率，達成臨床協同增效作用。台灣一項回顧性觀察研究亦證實，針對突發性耳聾患者，在類固醇與高壓氧治療的基礎上介入針灸，其聽力恢復成效顯著優於單純使用類固醇或類固醇合併高壓氧之對照組，平均純音聽力閾值之進步量可逾 10 dB；其機轉推測係因針灸改善了內耳血流動力學，與高壓氧產生協同效應，提升氧氣遞送至受損組織之效率，進而有效緩解耳蝸缺血缺氧的狀態[24]。

關於突發性耳聾之針灸選穴，臨床多首選手、足少陽經之翳風、聽會及率谷等穴。根據《素問·陰陽離合論》中「少陽為樞」之論述，少陽經之穴位具有調暢氣機、疏通經絡的作用，李茜瑩等人也建議，治療耳聾耳鳴的選穴原則以耳周局部取穴為主，並輔以鄰近或遠端穴位，故選擇手、足少陽經之翳風、聽會與率谷等穴位可以直接作用於耳部經絡，達到促進耳部氣血循環的效果[25]。《針灸大成·玉龍歌》指出「耳聾氣閉痛難言，須刺翳風穴始痊」，顯見翳風對於緩解耳聾之即時效用；而《針灸聚英·百症賦》所雲「耳聾氣閉，全憑聽會翳風」則進一步證實了翳風與聽會兩穴配伍在改善耳聾上的效果。現代臨床研究亦佐證此一觀點，閔杜海等人證實電針翳風與聽會，對感音神經性耳聾改善之總有效率達 92.1%，推測此機制是利用手、足少陽支脈均「從耳後入耳中，出走耳前」之循行特點，透過電針連續波實施長時程、高強度刺激，能有效疏通耳部經脈，促使氣血運行於耳竅，達成聽力恢復之目的[26]。

遠端取穴的核心目的在於調攝特定經絡與臟腑之氣血，針對突發性耳聾，原穴與交會穴具備顯著之遠治作用。本病例之耳聾耳鳴屬「腎精虧損」證型，選取足少陰腎經原穴太溪，旨在滋補腎陰、益氣固本，從根本改善腎精不足之耳聾。根據譙鳳英等人之臨床觀察，針對腎虛型耳聾，透過耳周局部穴位配伍太溪、百會等穴，可達成滋陰補腎、活血通絡與開竅啟閉之效果[27]。再者，以經絡層面而論，《靈樞·邪氣臟腑病形》指出「十二經脈，三百六十五絡，其血氣皆上於面而走空竅」，並強調「其別氣走於耳而為聽」，顯示耳竅聽力之維持，高度仰賴全身經絡氣血之供應，而合谷作為手陽明大腸經原穴，其經脈上行頭面之特

TCMFJ 4(2), 2026 中西醫整合治療突發性耳聾之病例報告：針灸合併高壓氧於高齡二尖瓣狹窄患者之應用 32

點，對於耳聾有一定程度的效果，根據李茜瑩等人之文獻頻次統計，合谷為治療耳聾耳鳴之臨床高頻要穴亦能佐證此一觀點[25]。另外，百會穴作為諸陽經之交會，具通陽啟閉、益氣補虛之功。李滋平等研究進一步證實，針對病程六個月內之感音神經性耳聾，針刺百會與大椎具備顯著療效，其機制可能係透過加強椎動脈供血以改善內耳微循環，進而修復受損之聽神經與內耳細胞[28]。

綜上所述，本病例為感音神經性耳聾患者，其發病機制尚需考量高齡、瓣膜性心臟病及耳毒性藥物之潛在影響。經四診合參，辨證屬「腎精虧損型」，故治療以局部與遠端取穴相結合之原則：局部首選手、足少陽經之翳風、聽會及率谷穴，以疏通耳竅經氣並改善局部循環；遠端則配伍太溪、合谷與百會等原穴及交會穴，旨在調攝整體氣機並引導氣血上榮耳竅。於隨診期間，針對伴隨之耳鳴、眩暈、視物昏花、失眠多夢及腰膝痠軟等兼症之改善程度，隨症調整取穴，惟核心選穴仍不離「局部與遠端併治」之原則。歷經一個月之中醫針灸合併高壓氧整合治療，患者純音聽力閾值獲顯著進步。

結論

此高齡二尖瓣狹窄患者歷經一個月之針灸併用高壓氧整合治療，其右側耳之純音聽力閾值由 88 進步為 65。近年中西醫整合療法於突發性耳聾之應用日益廣泛，本病例結果提示，針對病因複雜且辨證屬腎精虧損型之患者，中醫針灸併用高壓氧治療為適合的選項之一。

參考資料

1. Chandrasekhar SS, Tsai Do BS, Schwartz SR, Bontempo LJ, Faucett EA, Finestone SA, Hollingsworth DB, Kelley DM, Kmucha ST, Moonis G *et al*: **Clinical Practice Guideline: Sudden Hearing Loss (Update)**. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2019, **161**(1_suppl):S1–s45.
2. Ying YM, Tseng CC, Shin J, Rauch S: **Natural History of Untreated Idiopathic Sudden Sensorineural Hearing Loss**. *Laryngoscope* 2024, **134** Suppl 9:S1–s15.
3. Kitoh R, Nishio SY, Sato H, Ikezono T, Morita S, Wada T, Usami SI: **Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of acute sensorineural hearing loss**. *Auris Nasus Larynx* 2024, **51**(4):811–821.
4. Joshua TG, Ayub A, Wijesinghe P, Nunez DA: **Hyperbaric Oxygen Therapy for Patients With Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Systematic Review and Meta-analysis**. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2022, **148**(1):5–11.
5. Hu Y, Ye Y, Ji X, Wu J: **The role of hyperbaric oxygen in idiopathic sudden sensorineural hearing loss**. *Med Gas Res* 2024, **14**(4):180–185.
6. 张丹慧, 刘蓬, 肖琪, 何伟平, 徐慧贤, 刘春松, 王培源: **1327 例突发性聋的中医证型分布特点**. *广州中医药大学学报* 2024, **41**(2):285–290.
7. Prince ADP, Stucken EZ: **Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Diagnostic and Therapeutic Emergency**. *J Am Board Fam Med* 2021, **34**(1):216–223.
8. Keithley EM: **Pathology and mechanisms of cochlear aging**. *J Neurosci Res* 2020, **98**(9):1674–1684.
9. Oosterloo BC, Croll PH, Baatenburg de Jong RJ, Ikram MK, Goedegebure A: **Prevalence of Tinnitus in an Aging Population and Its Relation to Age and Hearing Loss**. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2021, **164**(4):859–868.
10. Tsuzuki N, Wasano K: **Idiopathic sudden sensorineural hearing loss: A review focused on the contribution of vascular pathologies**. *Auris Nasus Larynx* 2024, **51**(4):747–754.
11. Kim HA, Lee H: **Recent Advances in Understanding Audiovestibular Loss of a Vascular Cause**. *J Stroke* 2017, **19**(1):61–66.
12. Liqun Z, Park KH, Kim HJ, Lee SU, Choi JY, Kim JS: **Acute Unilateral Audiovestibulopathy due to Embolic Labyrinthine Infarction**. *Front Neurol* 2018, **9**:311.
13. Park M, Jang SI, Hurh K, Park EC, Kim SH: **Association between Sudden Sensorineural Hearing Loss and the Risk of Cardio Cerebrovascular Disease**.

Laryngoscope 2024, 134(5):2372–2376.

14. Ding D, Liu H, Qi W, Jiang H, Li Y, Wu X, Sun H, Gross K, Salvi R: **Ototoxic effects and mechanisms of loop diuretics.** *J Otol* 2016, 11(4):145–156.
15. David H Ellison M, FASN, FAHA: **Loop diuretics: Dosing and major side effects.** *UpToDate* 2025.
16. Whitworth C, Morris C, Scott V, Rybak LP: **Dose-response relationships for furosemide ototoxicity in rat.** *Hear Res* 1993, 71(1-2):202–207.
17. Minami Y, Nemoto S: [A case of hearing loss presumably induced by furosemide]. *Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho* 1985, 88(9):1193–1199.
18. Gur C, Lalazar G, Raphaeli G, Gilon D, Ben-Chetrit E: **Mitral stenosis presenting with acute hearing loss.** *PLoS Med* 2006, 3(6):e233.
19. 王德鑾: **中醫耳鼻喉科學**: 何志韶; 1989.
20. Alimoglu Y, Inci E, Edizer DT, Ozdilek A, Aslan M: **Efficacy comparison of oral steroid, intratympanic steroid, hyperbaric oxygen and oral steroid + hyperbaric oxygen treatments in idiopathic sudden sensorineural hearing loss cases.** *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2011, 268(12):1735–1741.
21. Sun Y, Wang S, Fu H, Ge X, Pan S: **Hyperbaric oxygen therapy for sudden sensorineural hearing loss (Review).** *Mol Med Rep* 2025, 32(5).
22. Wen CL, Zhang YK, Zhang M, Song LJ, Zhu LQ, Zhang FP: **Efficacy and safety of acupuncture treatment for idiopathic deafness: a retrospective study.** *Front Neurol* 2025, 16:1689472.
23. Ren W, Tao B, Deng H: **The efficacy and safety of acupuncture in the treatment of sudden sensorineural hearing loss: A systematic review and meta-analysis.** *Integr Med Res* 2024, 13(4):101087.
24. Lee CJ, Chen HC, Shih CP, Lin YY, Kuo CY, Liu SC: **Combined Acupuncture-Hyperbaric Oxygen-Steroids Therapy for Idiopathic Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Retrospective Observational Study.** *J Altern Complement Med* 2021, 27(7):588–595.
25. 李茜莹, 黄琴峰, 董小庆, 张丹, 杨光, 韩榕, 孔谐和, 刘婕, 赵越, 杨延婷 *et al.* **基于数据挖掘的针灸治疗耳聋耳鸣临床规律探究.** *上海针灸杂志* 2020, 39(3):372–380.
26. 闫杜海, 李成文, 卫淑华: **电针听会、翳风穴为主治疗神经性耳聋 38 例.** *上海针灸杂志* 2003, 22(6):33–33.
27. 谯凤英, 葛仪方: **针刺治疗肾精亏虚型感音神经性耳聋 60 例.** *中医眼耳鼻喉杂志* 2011, 1(1):45–46.
28. 李滋平, 吴兵, 张海龙: **针刺百会大椎为主治疗感音神经性耳聋 110 例.** *辽宁中医杂*

志 2008, 35(6):921-922.