

联合鼓室内注射地塞米松治疗 突发性耳聋的临床分析

金光裕,袁浩展,蒋虹,董雅萌

(陕西省核工业 215 医院耳鼻咽喉头颈外科,陕西 咸阳 712000)

关键词:突发性耳聋;鼓室内注射治疗;地塞米松
中图分类号:R764. 43 **文献标识码:**C **文章编号:**1007-1520(2013)05-0449-03

突发性耳聋为突发的原因不明的非波动性感音神经性聋。患者一般在数分钟或数小时内听力下降到最低点。目前治疗多采用扩血管、改善微循环、营养神经及全身应用糖皮质激素等综合治疗。但治愈率及有效率各家报道不一致。笔者对 60 例突发性耳聋患者采用常规治疗加鼓室内注射地塞米松进行治疗,效果满意,报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

根据 2005 年中华医学会耳鼻咽喉科学分会,中华耳鼻咽喉科杂志编辑委员会制定的突发性耳聋诊断依据和疗效分级标准^[1],笔者对我院 2009 年 1 月~2011 年 12 月突发性耳聋住院患者,经病史采集、临床检查及影像学检查(颅脑 CT 或 MRI),排除听神经瘤及中枢神经系统病变者 116 例资料进行整理。其中男 67 例,女 49 例;年龄 12~68 岁,平均年龄 38 岁;发病时间 1~20 d,平均 6.7 d。随机分为治疗组 60 例,其中男 36 例,女 24 例;对照组 56 例,其中男 31 例,女 25 例。

1.2 治疗方法

对照组采用长春西汀 20 mg + ATP 40 mg 静脉滴注,1 次/d,甲钴胺 0.5 mg 口服,3 次/d,氟桂利嗪 10 mg 睡前口服,有感冒病史者加用病毒唑静脉滴注。治疗组在上述治疗基础上

加用地塞米松鼓室内注射,具体操作如下:患者平卧,头偏向健侧,外耳道 75% 酒精消毒,耳内镜下行鼓膜前下象限穿刺,缓慢注入地塞米松 0.4~0.8 ml(5 g/L)。注入后嘱患者继续保持患耳朝上位约 30 min,避免吞咽动作,隔日注射 1 次。10 d 为 1 疗程。治疗 10 d 及 21 d 分别进行纯音测听。所有患者注射前均签署知情同意书,交待注意事项。

1.3 疗效判断标准^[1]

以治疗前后 0.5,1,2,4 kHz 的气导均值作为评价标准。①痊愈:受损频率听阈恢复至正常,或达健耳水平,或达此次患病前水平;②显效:受损频率平均听力提高 30 dB 以上;③有效:受损频率平均听力提高 15~30 dB;④无效:受损频率平均听力改善不足 15 dB。有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数。定义纯音测听:2 kHz 以下为低频区,频率≥2 kHz 为高频区。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件处理,两组低频区及高频区治疗前后听力提高值比较采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为具有统计学意义。

2 结果

两组治疗结束后复查纯音测听,治疗组有效率为 81.67%,对照组为 57.14%,经比较两组具有统计学意义($P<0.05$),见表 1。低频区治疗前后平均听阈提高值两组比较有统计学意义($P<0.05$),高频区治疗前后平均听阈

作者简介:金光裕,男,主治医师。
通讯作者:金光裕,Email:846901207@qq.com

提高值两组比较无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 2。

治疗过程中, 7 例患者出现短暂性眩晕, 余无不良反应。治疗结束后 1 个月复查, 鼓膜穿刺针孔均完全愈合, 无鼓室感染病例。

表 1 两组经治疗后结果 (例, %)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	有效率
治疗组	60	17	20	12	11	81.67
对照组	56	10	11	11	24	57.14

表 2 两组治疗前后低频区及高频区平均听阈提高值比较 (dB, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	低频区	高频区
治疗组	60	27.0 \pm 10.03	27.4 \pm 8.02
对照组	56	21.8 \pm 8.17	27.5 \pm 6.11
<i>t</i>		3.063	-0.112
<i>P</i>		0.003	0.911

3 讨论

近年来, 鼓室内注射激素治疗突发性耳聋已为广大医务人员接受^[2], 其中地塞米松使用最为广泛。其作用机制主要有以下几点^[3]: ①与受体结合导致特异性基因表达或转录的改变; ②影响碳水化合物和蛋白质代谢, 从而导致特异性 mRNA 数量增加; ③影响细胞渗透压; ④干扰许多不同的与浆膜有关联的过程, 包括跨膜离子流, 并影响参与氧化磷酸化酶的活性。鼓室内给药治疗内耳疾病, 药物-靶向定位性好, 可避开血-迷路屏障, 直接进入内耳, 内、外淋巴中药物浓度高, 无明显全身不良反应。付发祥等^[4]对 46 例 II 型糖尿病伴突发性耳聋患者鼓室内注射地塞米松治疗有效, 且对血糖无明显影响。

在本组病例中, 治疗前后低频区听力改善经比较有统计学有统计学意义, 高频区听力改善无统计学意义。可能与病因、耳蜗功能及内耳微循环有关。低频区听力下降可能与病毒感染及膜迷路积水有关。地塞米松具有强大抗炎、抗免疫反应的作用, 可有效减轻内耳水肿, 改善内耳微循环及毛细胞功能, 能减轻神经水肿, 改善神经轴索传导, 缩短病程及加速恢复。高频区听力下降病变主要位于耳蜗底部, 血供较蜗顶部差, 蜗底部代谢率较蜗顶部代谢率高, 在血流减少的情况下, 代谢率高的

部位易损伤, 听力相对较难恢复^[5]。耳蜗底部代谢率高, 加之血液循环较差, 内耳代谢产物不易清除, 易导致毛细胞功能不可逆性损伤。梁振等^[6]提出全聋型突发性耳聋其病因可能是耳蜗总动脉或者蜗轴螺旋动脉的血管栓塞或者血栓形成, 造成整个耳蜗的毛细胞都受到不可逆的严重损伤所致。蒋春荣等^[7]认为微循环障碍在突发性耳聋的发病机理中起重要作用。这些因素可能是本组病例治疗前后高频区听力提高值无统计学意义的原因。

目前鼓室内注射糖皮质激素治疗突发性耳聋主要有 3 种策略^[8]: ①作为初始的、主要的治疗; ②作为全身治疗的辅助治疗; ③作为全身糖皮质激素给药治疗失败后的补救治疗。无论是鼓膜穿刺、鼓室置管微泵给药及圆窗龛内放置明胶海绵给药, 均具有创伤性, 故目前多数临床医师已接受将其作为常规治疗无效的补救治疗。Slattery 等^[9]报道发病 7 d 内行鼓室内注射治疗效果优于 7 d 后开始治疗者。笔者认为鼓室穿刺给药方法简便, 易于操作, 较单纯药物治疗可明确改善患者预后, 并可避免全身应用糖皮质激素的不良反应, 术中严格无菌操作, 预防鼓室感染。甲基强的松龙较地塞米松价格昂贵, 鼓室内注射后易出现耳部疼痛, 治疗效果与地塞米松无明显差异^[10], 虽然其对高频区听力改善作用不明显, 但对低频区听力改善明显, 可以提高患者生活质量。突发性耳聋疗效与就诊的时间呈正相关, 将地塞米松鼓室内给药作为突发性耳聋初始治疗也许是更合理的选择。由于本组病例数不多, 该方法仍需进行双盲研究, 对所用药物的剂量、给药频率、疗程还需要更多深入的临床研究。

参考文献:

[1] 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. 突发性耳聋的诊断和治疗指南(2005 年, 济南)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2006, 41(8): 569.

[2] 李识君, 申震, 张小兵. 类固醇激素耳内给药对突发性耳聋的疗效评估[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 18(4): 325-327.

[3] 卢永德, 任基浩, 伍景伟, 等. 鼓室注射地塞米松治疗突发性聋[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2006, 20(1): 11-12.

[4] 付发祥, 宋蕾. 鼓室注射地塞米松治疗糖尿病伴突

性耳聋的临床研究[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2012, 18(1): 38-40.

[5] 修世国, 刘艳丽, 叶辉. 突发性耳聋患者纯音听阈曲线与临床疗效关系的分析[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2008, 16(6): 516-517.

[6] 梁振, 余力生, 夏瑞明. 全频突发性聋的分型探讨[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 45(4): 282-286.

[7] 蒋春荣, 殷团芳, 卢永德, 等. 突聋与微循环障碍的关系[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 1999, 5(1): 51-53.

[8] 赵晖, 张天宇. 激素鼓室内给药治疗突发性耳聋的临床研究进展[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2009, 17(4): 398-400.

[9] Slattery WH, Fisher LM, Lqbal Z, et al. Intratympanic steroid injection for treatment of idiopathic sudden hearing loss[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2005, 133(2): 251-259.

[10] 杨军, 黄莉, 施俊, 等. 鼓室内注射地塞米松或甲泼尼龙治疗突发性聋的疗效观察[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2010, 24(13): 594-597.

(修回日期: 2013-04-07)

DOI:10. 11798/j. issn. 1007-1520. 201305020

· 经验交流 ·

鼻内镜上颌窦置管法治疗 非侵袭性真菌性鼻窦炎

罗雪丽

(汉中市人民医院 耳鼻咽喉科, 陕西 汉中 723000)

关 键 词: 鼻内镜手术; 上颌窦置管; 鼻窦炎, 真菌性; 非侵袭性

中图分类号: R765. 22 文献标识码: C 文章编号: 1007-1520(2013)05-0451-02

非侵袭性真菌性鼻窦炎(noninvasive fungal rhino-sinusitis, NIFRS)是鼻科临床常见的感染性疾病,药物及鼻窦穿刺冲洗治疗疗效不佳,易反复发作,手术是彻底治愈非侵袭性真菌性鼻窦炎最有效的方法。回顾我科2007年10月~2011年10月采用经鼻内镜行上颌窦置管法治疗非侵袭性真菌性鼻窦炎125例,取得满意疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我科收治的125例患者中,男52例,女73例;年龄18~65岁,平均年龄51岁;病程1~20年,平均7年。有明显鼻中隔偏曲压迫

中鼻甲者27例,病变仅局限在单侧上颌窦内者67例,同时累及上颌窦、筛窦者52例,同时累及上颌窦、筛窦及蝶窦者6例。所有患者术前均行鼻内镜及鼻腔鼻窦冠状位CT扫描检查,CT主要表现为:①病变窦腔内充满絮状或肿块状阴影,常伴斑点状或砂粒状高密度钙化影;②骨质破坏表现为窦腔局部骨质吸收缺损或膨胀性生长,也可伴骨质增生;③单侧或单窦为主,上颌窦最多见^[1]。术后经病检确诊为真菌性感染。

1.2 手术方法

本组病例局麻56例,全麻69例,均以2%丁卡因10 ml及0.1%肾上腺素2 ml棉片收缩鼻腔黏膜,若患者有鼻中隔偏曲压迫中鼻甲者先经鼻内镜行鼻中隔偏曲矫正术。病变局限在上颌窦者按Messerklinger术式,常规切除钩突,咬除筛泡,沿上颌窦口水平向前向后扩大窦口,清理上颌窦腔的病变组织,对于真菌团

作者简介:罗雪丽,女,主治医师。
通讯作者:罗雪丽,Email:1925057602@qq. com