弥可保针治疗感音神经性聋临床观察

郑根水 熊国辉 夏小平

(杭州师范学院医学院附属余杭医院 浙江杭州 311100)

摘要:目的:弥可保针治疗感音神经性聋的临床疗效观察。方法:将60例(87耳)感音神经性聋患者按照就诊顺序分为弥可保组30例(45耳)和对照组30例(42耳)。2组均使用口服ATP片40mg、维生素B₆片20mg、维生素B₁片20mg,1d3次,治疗组加用弥可保针0.5mg肌注,隔日1次,20d为1个疗程。2组在治疗当日和疗程结束后用纯音电测听测试听力。结果:弥可保组和对照组在治疗前平均听阈分别为(56±10.4)dbHL和(51±9.5)dbHL(P>0.05),治疗后治疗组30例中显效4例(4耳)、有效7例(12耳)、无效19例(29耳),总有效率35.6%。对照组30例中有效3例(3耳)、无效27例(39耳),总有效率为7.1%。平均提高听阈分别为(7.18±1.29)dbHL和(0.17±0.85)dbHL,2组经统计学处理差异有显著性(t=4.698,P=0.013)。结论:弥可保针治疗感音神经性聋可改善部分患者的听力和耳鸣症状,按本组剂量未发现副作用。

关键词:感音神经性聋;弥可保针;ATP片;VitB₁;VitB₆。

中图分类号:R764.43¹

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2006)02-0032-02

感音神经性聋可分为遗传性聋、非遗传先天性聋和非遗传获得性感音神经性聋,由于内耳听毛细胞、血管纹、螺旋神经节、听神经或听觉中枢的器质性病变可阻碍声音的感受

与分析或影响声音讯息的传递,由此引起听力减退或听力丧失,临床上历来使用的扩张血管及其它各种药物治疗方法,疗效极不肯定,所以感音神经性聋治疗是临床上棘手的问题。

准¹。即符合主要诊断标准:极度疲劳(或易疲劳)6个月以上。次要诊断标准(症状标准):(1)寒战低热;(2)咽痛(非渗出性咽炎);(3)颈部及腋窝淋巴结肿大或触痛;(4)新近发生的与病前不同类型、性质及方式的头痛;(5)肌肉不适及肌痛;(6)不能解释的肌肉乏力;(7)不伴红肿的游走性关节炎痛;(8)以前能耐受的活动现疲劳至少持续24h;(9)多种精神症状:健忘、易激动、注意力不集中、抑郁或烦躁等;(10)睡眠障碍(嗜睡或失眠)。中医诊断标准符合气阴两虚证即精神萎靡、倦怠乏力、面黄气短、少寐健忘、低热心烦、肌肉酸楚、头痛咽干、舌淡红、脉沉弱无力或细数等。

1.3 纳入标准 (1)符合西医CFS诊断主症加次症8条以上及中医气阴两虚证的标准;(2)年龄16~60岁;(3)病程超过6个月;(4)客观检查无明显阳性体征者。

1.4 排除标准 (1)年龄在15岁以下或60岁以上者;(2)诊断明确的抑郁证或焦虑证患者;(3)具有心血管病变、肝肾肺脏病变、血液病变、肿瘤或其他代谢疾病;(4)怀疑或确有药物滥用者。

1.5 精神量表评定 采用美国抑郁自评量表(SDS)和汉密顿抑郁量表(HAMD)²进行评定,SDS和HAMD标准评分50~59分为轻度抑郁;60~69分为中度抑郁;≥70分为重度抑郁。治疗组和对照组SDS和HAMD评分分别为(58.2±2.2)和(59.2±3.4)分。

1.6 统计学方法 数据均以($\bar{X} \pm S$)表示,计数资料采用 χ^2 检验。

2 治疗方法

用自拟仙芪汤治疗。处方:仙鹤草30g、黄芪20g、黄精10g、太子参10g、川芎10g、广郁金10g、炒黄芩6g。服法:每日1剂加水煎至400mL,分早、晚2次口服。4周为1个疗程,连续服用1~2个疗程。对照组以中汇川黄液(由中国中医研究院中汇制药公司生产)治疗。成分:黄芪、丹参、当归、制首乌等。服法:一次10mL,1d3次、空腹口服,疗程同上。2组

均于疗程结束后观察临床疗效及治疗后量表评定。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准 分痊愈、显效、有效、无效4种。痊愈:疲劳感及临床症状消失,偶尔劳累,卧床休息6h内可恢复,SDS及HAMD评分小于50分。显效:临床症状明显减轻,能够从事日常工作而无疲劳感,SDS及HAMD评分有所改善。有效:临床症状有所改善,但未达到正常范围。无效:治疗2疗程后仍未达到有效标准。

3.2 结果 (1)临床疗效比较:1~2疗程后治疗组痊愈9例,显效14例,有效5例,无效3例,愈显率74.19%,总有效率90.32%;对照组痊愈6例,显效12例,有效6例,无效7例,愈显率为58.06%,总有效率为77.42%;2组比较有显著性差异(P<0.05)。(2)抑郁量表评定比较:2组治疗后SDS和HAMD量表评定分别为(42.2±2.4)和(46.6±2.8)分,2组比较有显著性差异(P<0.05),提示仙芪汤治疗CFS较中汇川黄液有效。

4 讨论

现代医学认为:CFS的发病与病毒感染、免疫功能低下及精神障碍有关。长期过度劳累和精神紧张、饮食和营养结构不合理、生活无规律及应激能力均可造成人体神经、内分泌、免疫等系统的功能紊乱以及骨骼、肌肉的病理变化,产生四肢乏力、头昏、头痛、低热、关节肌肉酸痛、情绪低落、咽痛等症状³。祖国医学将CFS归之“懒病”范畴,中医辨证属气阴两虚证。笔者认为:当今社会竞争激烈、头脑烦劳过度、精神劳顿紧张、忧虑急躁、烟酒饮食无度,久则五脏积劳、正气受损、阴阳俱伤、气机受阻、血运失畅故出现疲劳、肌痛、头痛、低热、抑郁等症状。仙芪汤中仙鹤草、黄芪益气固表,治内伤劳倦脱力;黄精、太子参益气养阴,强精壮骨;川芎、广郁金活血止痛,行气开郁;黄芩泻火解毒,治烦渴发热咽痛;诸药合用具有益气养阴、解郁排毒之功效。药理证明:该方中黄芪、黄精对体虚者降低的细胞免疫中CD₃⁺、(下转第37页)

题。弥可保可通过血管板层达到内毛细胞,加速细胞愈合,也可进入螺旋神经节加速听神经愈合。我们采用弥可保治疗除中枢病变以外多种因素所致的感音神经性聋 60 例 (87 耳)。现报告如下:

1 材料与方法

1.1 观察对象及分组 对 2001 年 1 月~2002 年 10 月门诊因听力减退伴耳鸣甚至眩晕、耳闷胀等症状而初诊者,进行病史采集和一般临床检查、纯音电测听、声导抗检测,并根据病情、内科相关检查、脑血流图及影像学(如头颅及内听道 CT 等),排除中枢神经性病变。参照国际耳聋分级标准^[1]诊断为感音神经性聋,并纳入观察。

本观察共 60 例(87 耳),男 26 例(31 耳),女 34 例(56 耳);其中噪音性聋 13 例,外伤性聋 5 例,药物性聋 2 例,爆震性聋 1 例,突发性聋 1 例,其它原因聋 38 例(病毒感染、代谢障碍等);年龄 15~58 岁,平均 42.5 岁;发病时间 1 周~9 年,平均为 2 年。将 60 例门诊患者按顺序分配的半随机方法分为治疗组 30 例(45 耳)和对照组 30 例(42 耳),治疗组平均年龄为(43.3± 2.20)岁,对照组为(41.7± 1.81)岁。每例在治疗前和治疗后 20d 进行纯音电测听,以 500、1 000、2 000Hz 的气导均值作为评价的标准。

治疗组有 28 例,对照组有 29 例伴有耳鸣;有眩晕 3 例。治疗组、对照组年龄分布基本一致(P>0.05);治疗前治疗组平均听阈为(50.29± 2.98)dbHL,对照组为(45.55± 2.59)dbHL,条件基本相同(P>0.05)。

1.2 治疗过程 本观察采用苏州制药有限公司分装的日本进口原药。治疗组:ATP 片 40mg,1d 3 次,维生素 B₁ 片 20mg,1d3 次;维生素 B₆ 片 20mg,1d3 次;弥可保针 0.5mg,肌注,隔日 1 次,20d 为 1 个疗程。对照组:ATP 片 40mg1d3 次;维生素 B₁ 片 20mg,1d 3 次;维生素 B₆ 片 20mg,1d 3 次。2 组皆治疗 1 个疗程。

1.3 统计学处理 采用 STATISTICA5.0 统计包,将 2 组的结果进行 χ^2 和 t 检验。

2 疗效观察

2.1 疗效判断标准 听力恢复及疗效判断标准参照中华医学会耳鼻咽喉科杂志编委会制定的“突发性聋诊断依据和疗效分级”中疗效分级标准^[2]。听力改善情况,1 个频率范围或以上及 30db 以上为显效,15~2gdb 为有效,不足 15db 为无效。

2.2 治疗结果 经弥可保治疗的患者部分自诉听力和耳鸣改善和减轻。治疗组 45 耳中显效 4 耳,有效 12 耳及无效 29 耳,总有效率为 35.6%,而对照组 42 耳有效 3 耳及无效 39 耳,总有效率为 7.1%,2 组的总有效率差异有显著性(P<0.05)。见表 1~表 2。

表 1 2 组治疗结果比较 耳数(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率
弥可保组	45	0	4(8.88)	12(26.66)	29(64.44)	16(35.55)
非弥可保组	42	0	0	3(7.14)	39(92.85)	3(7.14)

注: χ^2 检验, P=0014。

治疗后弥可保组听力提高平均听阈为(7.18± 1.29)dbHL,对照组提高平均听阈为(0.17± 0.85)dbHL,2 组经统

计学处理差异有显著性(P<0.05)。治疗期间,2 组未见任何不良反应。

表 2 总病例的治疗效果比较 耳数(%)

组别	n	<15db	>15db	>30db	χ^2 检验
500Hz 弥可保组	45	34(75.6)	11(24.4)	0	P=0.0101
非弥可保组	42	40(95.2)	2(4.8)	0	
1 000Hz 弥可保组	45	35(77.8)	8(17.8)	2(4.4)	P=0.0054
非弥可保组	42	41(97.6)	1(2.4)	0	
2 000Hz 弥可保组	45	33(73.3)	9(20.0)	3(6.7)	P=0.0003
非弥可保组	42	42(100)	0	0	

3 讨论

感音神经性聋的病因众多,以第三类为多见(90%),有的确切病因不完全肯定,临床治疗颇为棘手。无论是循环障碍或病毒感染,最终都是导致螺旋神经节、耳蜗内神经元及听毛细胞的血供障碍,缺乏营养,导致神经萎缩变性,引起感音功能减退甚至全聋。

螺旋器是听觉末梢感受器,主要由支持细胞和神经末梢型的毛细胞组成。耳蜗神经元胞体在 Rosenthal 管内形成螺旋神经节,人类的螺旋神经节细胞约 35 000 个,双极细胞的中枢突构成螺旋神经,周围突则支配毛细胞,其中 97%的螺旋神经节纤维和不到 3%的螺旋神经节纤维分别与 3000 个内毛细胞和 9 000 个外毛细胞相连接^[3]。迷路动脉的耳蜗支无侧支循环,所以在血供不足时,必将使螺旋神经节、基底膜、螺旋韧带、骨螺旋板等受累。如为噪音所引起的循环障碍导致的感音性聋,持续长期的噪音环境可能导致并加重螺旋神经节萎缩。

弥可保(甲钴胺)在参与磷脂、蛋白质及核酸代谢中确切的药物作用主要为全面营养神经,包括螺旋神经节及耳蜗内神经元,弥可保能减轻及部分逆转多种因素所引起的听觉神经系统损伤,包括中毒性、代谢性、创伤性和缺血性因素。弥可保主要是通过其神经营养作用来减轻原发性和继发性的听觉神经细胞损伤及减轻神经细胞水肿。弥可保亦可促进正红血母细胞的成熟、分裂,改善贫血血象,增加红细胞的产生,携带充足的氧分子进一步改善局部内循环,为即将受伤或已受损伤的螺旋神经节、耳蜗内神经元或已受损伤变性的毛细胞的修复创造有利环境,在提高听觉神经细胞膜的合成方面也有一定的作用。

通过本组观察看出,弥可保治疗感音神经性聋具有一定的疗效,能提高部分病人的听力及改善部分病人的临床症状,未见副作用。目前可作为临床上治疗感音神经性耳聋的首选药物。弥可保对螺旋神经节、螺旋器、耳蜗内神经元及毛细胞的损伤修复是否具有一定的特异性则有待进一步研究。

参考文献

[1] 田勇泉.耳鼻咽喉科学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2002.375~380
 [2]中华医学会耳鼻咽喉科分会、中华耳鼻咽喉科杂志编辑委员会.突发性聋诊断和疗效分级[J].中华耳鼻咽喉科杂志,1997,32(2):72
 [3]骆文龙,刘世喜,梁传余,等.三磷酸胞苷加地塞米松等综合治疗突发性聋的临床观察[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2002,37(4):277~279

(收稿日期:2005-10-26)