

# 尿激酶联合葛根素治疗突发性耳聋的临床观察

杨柳

(河南省洛阳市第二中医院 洛阳 471003)

**摘要:**目的:探讨尿激酶联合葛根素治疗突发性耳聋的临床疗效。方法:将 60 例突发性耳聋患者随机分为治疗组和对照组各 30 例,治疗组给予尿激酶联合葛根素治疗,对照组给予低分子右旋糖酐注射液加地塞米松针静脉滴注治疗,两组疗程均为 7 d。结果:治疗组总有效率为 86.7%,对照组总有效率为 73.3%,治疗组总有效率明显高于对照组( $P<0.05$ ),治疗组不良反应发生率低于对照组。结论:尿激酶联合葛根素治疗突发性耳聋具有显著的疗效,同时不良反应发生率低,值得临床应用。

**关键词:**突发性耳聋;尿激酶;葛根素

中图分类号:R764.437

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.09.034

突发性耳聋是指突然发生的、原因不明的感音神经性听力损失。主要临床表现为单侧听力下降,可伴有耳鸣、耳堵塞感、眩晕、恶心、呕吐等<sup>[1]</sup>。现代医学认为本病病因不明,但多考虑与病毒感染、内耳供血障碍等因素相关,治疗上目前以糖皮质激素为主要治疗手段,但临床效果有限,同时病人极易出现电解质紊乱、高血压、高血糖等糖皮质激素相关不良反应,因此笔者在临床中应用尿激酶联合葛根素治疗突发性耳聋,取得了显著的临床效果。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 60 例患者均为 2012 年 1 月~2014 年 3 月我院住院患者,按照入院时间随机分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组男性 18 例,女性 12 例,年龄 40~86 岁,平均年龄(51.6±10.2)岁;对照组男性 16 例,女性 14 例,年龄 43~87 岁,平均年龄(53.1±10.4)岁。两组在年龄、性别、既往病史、病程等方面比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 入组标准** 所有病例均符合以下入组标准:(1)急性发病,发病时间在 48 h 以内。(2)临床表现为突发单侧或双侧听力下降。(3)电测听检查提示至少在相连的两个频率听力下降 20 dB 以上,听力曲线表现为高频聋型、平坦型、低频聋型或者全聋型。(4)神经系统查体除听神经受损外未发现其他阳性体征。(5)签署知情同意书<sup>[2]</sup>。

**1.3 排除标准** (1)近 3 个月内有出血性疾病或手术、外伤史者。(2)正在接受口服抗凝药物治疗或凝血功能指标异常者。(3)严重肝肾功能不全及心力衰竭者。(4)妊娠期妇女。(5)其他原因导致的有明显出血风险者。(6)糖尿病患者血糖控制不理想者。(7)病人或家属拒绝接受尿激酶治疗者。

## 1.4 治疗方法

**1.4.1 对照组** 给予低分子右旋糖酐注射液(国药

准字 H44025313) 500 ml 加地塞米松针 10 mg 静脉滴注,1 次/d,3 d 后地塞米松针减量为 5 mg,后每天减量 1 mg 至停药,7 d 为 1 个疗程。

**1.4.2 治疗组** 给予尿激酶针 10 万单位(国药准字 H44020645) 加入生理盐水 100 ml 中静脉滴注,30 min 滴完,1 次/d,连续用药 3 d;同时给予葛根素针 200 mg(国药准字 H20055583)加入 5%葡萄糖 500 ml 中静脉滴注,1 次/d,7 d 为 1 个疗程。

**1.5 疗效判定标准** 参照《突发性聋的诊断和治疗指南》<sup>[2]</sup>对其听力水平进行评估。痊愈:受损频率平均听阈完全恢复正常或者达到健耳水平;显效:受损频率平均听阈改善 $\geq 30$  dB;有效:受损频率平均听阈改善 $\geq 15$  dB;无效:受损频率平均听阈改善 $< 15$  dB。

**1.6 统计学方法** 数据采用 SPSS19.0 软件进行统计分析,计数资料以%表示,采用 $\chi^2$ 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组临床疗效比较** 治疗组总有效率明显高于对照组( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	2(6.7)	9(30.0)	11(36.7)	8(26.7)	22(73.3)
治疗组	30	6(20.0)	13(43.3)	7(23.3)	4(13.3)	26(86.7)*

注:与对照组比较,\* $P<0.05$ 。

**2.2 两组不良反应情况** 对照组患者中有 3 例出现电解质紊乱,2 例出现一过性血糖升高;治疗组患者中有 1 例在静脉滴注尿激酶过程中出现恶心不适现象,经放慢输液速度后症状缓解。

## 3 讨论

现代医学认为本病的病因不明,但内耳供血障碍是突发性耳聋的主要病因,患者的听力损失程度与耳蜗血流速度、血流量和血管横截面积有关<sup>[3]</sup>。临床上各种原因引起的耳蜗微循环功能障碍都可以造成听力损害,由于内耳的血液供应来自迷路动脉,故

而也有学者认为本病其实为迷路卒中<sup>[4]</sup>。葛根素为豆科植物野葛或甘葛藤根中提出的一种黄酮苷,有明显的扩张血管作用,同时还可抑制凝血酶诱导血小板中 5-HT 释放,而尿激酶临床常用于血栓栓塞性疾病的溶栓治疗<sup>[5]</sup>。综上所述,尿激酶联合葛根素治疗突发性耳聋可以迅速改善内耳血液供应,从而改善听力,临床效果显著,同时未发现严重不良反应,值得临床推广应用。

## 参考文献

- [1]黄卫,岳荷英,胡华,等.针灸结合西医常规疗法治疗突发性耳聋 59 例[J].上海中医药杂志,2014,48(3):50-52
- [2]中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会.突发性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
- [3]叶伊琳.中西医结合治疗突发性耳聋 30 例[J].安徽中医学院学报,2000,19(5):27-28
- [4]范爱英.突发性耳聋的病因及其治疗进展[J].按摩与康复医学(下旬刊),2010,1(10):40-41
- [5]赵莹莲.葛根素的药理作用及临床应用进展[J].安徽医药,2010,14(12):1377-1379

(收稿日期:2015-04-16)

## 口腔黏液腺囊肿的手术切口选择

聂苏华

(太原理工大学医院 山西太原 030024)

关键词:口腔黏液腺囊肿;切口设计;小涎腺;复发

中图分类号:R782.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.09.035

口腔黏液腺囊肿是口腔常见疾病之一,多是由于唾液腺导管受损后破裂、阻塞,引起的黏液外渗或潴留而形成囊肿。临床上治疗方法有多种,手术是目前较理想的治疗手段<sup>[1]</sup>。但术后容易复发,需要再次手术。笔者自 2005 年以来对口腔黏液腺囊肿 223 例采取不同切口手术摘除,以观察其术后复发情况。现报告如下:

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本文 223 例分析对象全部来源于我院口腔科门诊,其中男 138 例,女 85 例;年龄 5~71 岁;学生 123 例,教职工 66 例,离退休人员 34 例;囊肿大小 4~8mm。将 223 例患者随机分为小切口组 112 例与对照组 111 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$ ,具有可比性。

1.2 手术方法 患者取仰卧位,常规铺巾、碘伏消毒、2%利多卡因或必兰麻局部浸润麻醉。小切口组采取 1 字形或小梭形切口,切口长度不超出囊肿表面范围,小梭形切口根据囊肿大小、有无瘢痕适当设计梭形宽度,保留部分囊肿黏膜。对照组采取原始的皮、黏膜肿物切除梭形设计,梭形宽度与囊肿直径相当,梭形的长度考虑到术后的美观适当延长至健康黏膜,彻底切除囊肿。两组均于基底摘除小的黏液腺、止血、黏膜缝合、消毒,术后 1 周拆线。随访半年,其中小切口组失访 2 例,统计病例 110 例;对照组失访 3 例,统计病例 108 例。

1.3 观察内容 所有患者均术后观察半年,将术野内复发患者做计数统计。

### 1.4 结果 见表 1。

表 1 两组复发和痊愈情况比较[例(%)]

组别	n	复发	痊愈
小切口组	110	2(1.82)*	108(98.18)*
对照组	108	12(11.11)	96(88.89)

注:与对照组比较,\* $P<0.05$ 。

### 2 讨论

口腔黏液腺囊肿是口腔常见疾病之一,据第四军医大学口腔医院 1983~1997 年收治的口腔颌面部囊肿病例统计共 970 例,其中涎腺囊肿占 375 例<sup>[2]</sup>。根据其病因及病理表现不同,可分为外渗性黏液囊肿及潴留性黏液囊肿,无上皮衬里者称假性囊肿,有上皮衬里者称真性囊肿<sup>[3]</sup>,以外渗性居多,占黏液腺囊肿的 80%以上。好发部位明显与损伤有关,多见于下唇黏膜、舌尖、颊黏膜。临床治疗方法有 CO<sub>2</sub> 激光治疗<sup>[4]</sup>、电离子治疗机治疗<sup>[5]</sup>、微波治疗<sup>[6]</sup>、30% 氯化钠溶液治疗<sup>[7]</sup>等,手术是目前较理想的治疗手段。虽然目前手术治疗较为理想,但术后仍有一定的病例复发,已引起很多临床工作者注意,如术中用止血钳拔除创面内正常的小涎腺以防止术后复发<sup>[8]</sup>。手术尽量避免损伤囊肿周围健康的黏膜小涎腺也至关重要,对照组手术过程简单,切口缝合美观,但过多地损伤了囊肿周围的小涎腺,增加了术后复发率。小切口组手术过程中保留的囊肿黏膜与囊壁分离较慢、较细,但有效地保护了囊肿周围的小涎腺,减少了术后的复发率。

## 参考文献

- [1]邱蔚六.口腔颌面外科学[M].第 4 版.北京:人民卫生出版社,2001.300

(下转第 72 页)