

耳内镜下行鼓膜置管后合鼓室充气治疗梅尼埃病的临床疗效

李锐锋 杨田福

(广东省佛山市顺德区第二人民医院耳鼻咽喉科 佛山 528305)

**摘要:**目的:探讨耳内镜下行鼓膜置管后联合鼓室充气治疗梅尼埃病的临床疗效。方法:选取我院 2014 年 1 月~2016 年 12 月收治的 40 例梅尼埃病患者为研究对象,随机分为观察组 20 例与对照组 20 例,所有患者均在耳内镜下行鼓膜置管,对照组患者经通气管注入甲泼尼龙治疗,观察组患者联合鼓室充气治疗,比较两组患者的临床疗效及听阈、耳鸣情况。结果:观察组治疗总有效率为 90.0%,明显高于对照组的 60.0%,听阈均值与耳鸣评分皆明显低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:在耳内镜下行鼓膜置管后联合鼓室充气治疗可有效控制梅尼埃病的眩晕症状,降低听阈均值,改善耳鸣程度,具有较高临床应用价值。

**关键词:**梅尼埃病;耳内镜;鼓膜置管;鼓室充气;临床疗效

中图分类号:R764.33 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.092

梅尼埃病是内耳的一种特发性疾病,以眩晕、耳鸣、耳内闷胀感、膜迷路积水及听力减退为主要临床症状,病情复杂且极易反复,可给患者生活与工作带来极大的困扰<sup>[1-2]</sup>。目前,临床上对于梅尼埃病的治疗尚缺乏特效药物,耳内镜下行鼓膜置管注入甲泼尼龙进行对症治疗是常规疗法之一,具有一定的临床疗效<sup>[3-4]</sup>。为改良治疗方案,提高临床治疗效果,本研究就耳内镜下行鼓膜置管后联合鼓室充气治疗梅尼埃病的临床疗效进行分析。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 以我院 2014 年 1 月~2016 年 12 月收治的 40 例梅尼埃病患者为研究对象,均符合相关诊断标准<sup>[5]</sup>。所有患者随机分为观察组与对照组各 20 例。观察组男 8 例、女 12 例,年龄 31~59 岁、平均年龄(43.5±2.7)岁,病程 2~15 年、平均病程(5.2±1.6)年,听阈均值<40 dB HL 者 7 例、40~70 dB HL 者 13 例,平均听阈(58.4±6.1)dB HL;对照组男 7 例、女 13 例,年龄 32~60 岁、平均年龄(43.6±2.8)岁,病程 2~14 年、平均病程(5.4±1.5)年,听阈均值<40 dB HL 者 6 例、40~70 dB HL 者 14 例,平均听阈(58.2±6.7)dB HL。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。排除合并其他原因导致眩晕的疾病、重要器官及系统疾病、脑血管疾病等。患者知情同意后自愿加入本研究。

1.2 方法 所有患者均在耳内镜下行鼓膜置管:取仰卧位,患耳朝上,进行外耳道、鼓膜局部麻醉,常规消毒耳周及耳道,在 0°耳内镜视野下,在鼓膜后下方造孔,置入哑铃型通气管,使通气管与圆窗相对,通气管均保留 2 年。对照组患者经通气管缓慢注入与体温相近的甲泼尼龙(国药准字 H20123319)0.5 ml,每隔 3 d 注入 1 次,连续治疗 3 次。观察组患者行鼓膜置管后,观察 24 h 确认外耳道无积血,指导患者自行应用特制的橄榄球头型鼓气球进行鼓室充

气治疗,充气的力度根据患者耐受情况,以不引起耳痛为准,每次充气 6~8 下,4 次/d,持续充气 9 d。两组患者均随访观察 6 个月,期间眩晕再次发作时,重复上述治疗。

1.3 观察指标及标准 比较两组患者的临床疗效及听阈、耳鸣情况。(1)临床疗效根据眩晕控制效果进行判断,眩晕完全或者基本控制视为临床有效,眩晕仅部分控制或者未得到控制视为临床无效<sup>[6]</sup>。(2)听阈评估采用 500 Hz、1 000 Hz 及 2 000 Hz 的气导试验检测。(3)耳鸣情况采用耳鸣残疾量表(Tinnitus Handicap Inventory, THI)进行评定,得分越高表示耳鸣越严重<sup>[7]</sup>。

1.4 统计学方法 采用 Epidata3.1 与 SPSS17.0 分别进行数据录入与处理,计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )表示,进行  $t$  检验,计数资料用率表示,进行  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率为 90.0%,明显高于对照组的 60.0%,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

| 表 1 两组临床疗效比较 |          |             |             |             |            |               |
|--------------|----------|-------------|-------------|-------------|------------|---------------|
| 组别           | <i>n</i> | 完全控制<br>(例) | 基本控制<br>(例) | 部分控制<br>(例) | 未控制<br>(例) | 总有效<br>[例(%)] |
| 观察组          | 20       | 11          | 7           | 2           | 0          | 18(90.0)      |
| 对照组          | 20       | 4           | 8           | 7           | 1          | 12(60.0)      |
| $\chi^2$     |          |             |             |             |            | 4.800         |
| <i>P</i>     |          |             |             |             |            | 0.028         |

2.2 两组听阈均值与耳鸣评分比较 治疗后观察组听阈均值与耳鸣评分皆明显低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

| 表 2 两组听阈均值与耳鸣评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) |          |          |             |          |             |  |
|--------------------------------------|----------|----------|-------------|----------|-------------|--|
| 组别                                   | <i>n</i> | 治疗前      |             | 治疗后      |             |  |
|                                      |          | 耳鸣评分(分)  | 听阈均值(dB HL) | 耳鸣评分(分)  | 听阈均值(dB HL) |  |
| 观察组                                  | 20       | 48.6±5.9 | 57.8±6.5    | 37.5±5.8 | 32.4±4.6    |  |
| 对照组                                  | 20       | 49.1±5.8 | 57.6±6.6    | 43.6±7.2 | 42.1±5.9    |  |
| <i>t</i>                             |          | 0.270    | 0.097       | 3.918    | 5.798       |  |
| <i>P</i>                             |          | >0.05    | >0.05       | <0.05    | <0.05       |  |

3 讨论

梅尼埃病的具体病因并不十分明确,许多学者认为是由于外部的压力变化导致内耳淋巴液失衡,膜迷路内出现水肿,进而出现眩晕、耳鸣等系列症状<sup>[8]</sup>。蜗窗附近的鼓阶内存在压力感受器,因此临床上常规采用耳内镜下鼓膜置管进行治疗,以平衡内外压力<sup>[9]</sup>。鼓气球进行鼓室充气治疗,可以保证鼓室内正向压力,通过圆窗将压力传送到外淋巴液,同时促进内淋巴液的排出,使淋巴液恢复平衡,从而减轻膜迷路内水肿,缓解梅尼埃病的相关症状<sup>[10]</sup>。

本研究结果显示,观察组治疗总有效率明显高于对照组( $P<0.05$ ),提示在耳内镜下行鼓膜置管后联合鼓室充气治疗可以有效控制梅尼埃病的眩晕症状,显著提高临床疗效;同时,观察组听阈均值与耳鸣评分皆明显低于对照组( $P<0.05$ ),说明采用鼓膜置管联合鼓室充气治疗,患者听阈均值显著降低,耳鸣程度明显改善。综上所述,耳内镜下行鼓膜置管后联合鼓室充气治疗梅尼埃病效果显著,可促进患者自觉症状的恢复,对日常工作和生活的改善具有

(上接第 136 页)

3 讨论

近年来,随着生活方式和饮食习惯的改变,脑血管疾病的发病率逐年上升,失语为其常见的后遗症之一。国内有研究表明,脑卒中引起的失语症发生率约达 43%<sup>[4]</sup>。运动性失语作为常见的失语症类型,在临床上受到了医生的广泛重视。西医在治疗失语症上以言语康复训练、高压氧治疗及计算机辅助训练为主。药物治疗上有一定的进展,现常用的药物为多巴胺类、胆碱能类和脑保护性药物等<sup>[5-6]</sup>,但针对失语这一症状的疗效尚存争议。

本症属于中医学“瘖痺、风喑”范畴<sup>[7]</sup>,《素问·脉解》中就有记载“所谓入中为喑者,阳盛已衰,故为喑也。内夺而厥,则为喑俳,此肾虚也。”《金匱要略·中风历节病脉证并治》云:“邪入于腑,即不识人;邪入于脏,舌即难言,口吐涎”等。中医认为本症病机多为风、火、痰、瘀阻滞脑络舌窍,病位在脑,伤及心、脾、肝、肾四经。针灸通过对腧穴的刺激,可疏通经络、清利脏腑、调和阴阳。廉泉、风池、完骨局部取穴,通利关窍;照海为肾经腧穴,通于阴跷脉,可疏导气血;合谷、太冲开四关,疏利气机。“言为心声、舌为心窍”,心经受邪、心神失治则言语不利。通里

重要的临床意义。

参考文献

[1]高希言,孙翠英.梅尼埃综合征案[J].中国针灸,2015,35(10):1052  
[2]王凤,陆平,沙炎,等.梅尼埃病耳蜗内淋巴积水程度与听力及其症状的相关性分析[J].中华放射学杂志,2017,51(2):91-95  
[3]高云,单希征,王秋菊.梅尼埃病的病因及发病机制研究进展[J].听力学及言语疾病杂志,2014,22(4):426-431  
[4]张祎,李云,刘博,等.梅尼埃病的耳鸣特征与影响因素分析[J].中华耳科学杂志,2016,14(2):153-157  
[5]中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会.梅尼埃病诊断和治疗指南(2017)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2017,52(3):167-172  
[6]张运波,习国平,靳红芳,等.鼓膜置管鼓室充气治疗难治性梅尼埃病[J].中华耳科学杂志,2014,12(4):578-580  
[7]姚士红,金攀,胡涛,等.梅尼埃病患者 MRI 造影所见内淋巴积水程度的临床相关性研究[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2017,25(2):139-142  
[8]王蕊,刘博,张祎,等.梅尼埃病早期临床特征及干预效果分析[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2015,22(5):229-232  
[9]秦照军,陈莉莉.鼓膜置管治疗初次发作难治性梅尼埃病 9 例远期疗效观察[J].中华耳科学杂志,2014,12(4):686-688  
[10]张运波,习国平,王彩君,等.鼓气球鼓室充气治疗梅尼埃病疗效观察[J].听力学及言语疾病杂志,2015,23(5):481-484

(收稿日期: 2017-11-08)

穴为手少阴心经的络穴,别走手太阳小肠经,“循经入于心中,系舌本”能通心脉,益心气,利舌咽;“虚则不能言”则取通里以治之,和照海相配,通调心肾之气。《马丹阳天星十二穴治杂病歌》亦有记载“通里腕侧后,去腕一寸中。欲言声不出……暴暗面无容,毫针微微刺,方信有神功。”

本临床研究发现,针刺通里穴配合体针治疗效果明显优于单纯常规体针治疗,在自发谈话、复述、命名、理解能力方面均有显著性差异。针刺通里穴操作简便,安全可靠,疗效突出,在运动性失语的治疗中值得推广。

参考文献

[1]饶明俐.中国脑血管病防治指南[M].北京:人民卫生出版社,2007.29-30, 35-37  
[2]高素荣.失语症[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1993.137-280  
[3]高树中,杨骏.针灸治疗学[M].第 3 版.北京:中国中医药出版社, 2012.44  
[4]李红玲,刘亚玲,任力,等.脑卒中患者言语功能障碍的发生及影响因素[J].中国康复医学杂志,2003,18(8):473-475  
[5]周延华,王东.失语症的研究进展[J].北方药学,2013,10(2):36-37  
[6]程强强,姜迎萍.失语症的治疗研究进展[J].新疆中医药,2015,33(2): 66-70  
[7]李雪青,石志敏.脑卒中后失语症神经语言学评测量表述评及其中医量表建立的思路探讨[J].广州中医药大学学报,2016,33(1):153-156

(收稿日期: 2017-08-07)