影响突发性聋预后的相关因素的探讨

田霖丽 刘 鸣 韩 晶 王 宇

（哈尔滨医科大学附属第二医院耳鼻咽喉科 黑龙江 哈尔滨 150086）

摘要 目的：探讨影响突发性聋的疗效与预后的相关因素。**方法**：回顾性分析了80例(91耳)突发性聋患者的临床资料。**结果**：(1)听力损失程度越轻者，治疗总有效率越高。(2)伴有眩晕者，治疗总有效率为34.5%，无眩晕者为69.4%。(3)发病天数≤7天者总有效率为77.1%，≤14天者为77.1%，>14天者为57.9%。**结论**：伴有眩晕的突聋患者听力损失较重，疗效及预后较差，初诊时听力损失较轻的，听力恢复较好。患者就诊越及时，疗效越好。

关键词：突发性聋；预后

中图分类号：R764.4 **文献标识码**：B

Correlation Factors of Influencing Prognosis of Sudden Hearing Loss

TIAN Lin-li, LIU Ming, HAN Jing, WANG Yu

(Department of otorhinolaryngology, the second hospital of Harbin Medical University, Heilongjiang, Harbin 150086)

ABSTRACT Objective: To investigate the correlation factors of the prognosis and efficiency of therapies in the treatment of sudden hearing loss. **Methods:** A retrospective analysis was performed in 80 cases (91 ears) from Jan 2002 to Jan 2006. **Results:** (1). The treatment of the mild hearing loss cases had the higher effective rate of 80.0%. (2). The effective rate of treatment was 69.4% in cases without vertigo, in contrast with 34.5% in cases of vertigo. (3). The effective rate of treatment was higher in cases of the shorter illness duration. The effective rate of treatment was highest in the cases that the illness duration was shorter than seven days **Conclusions:** The efficiency and prognosis were correlated with the degree of hearing loss, the illness duration and vertigo. Improvement in hearing was found obviously in cases with shorter duration, the light degree of hearing loss, or/and vertigo. The earlier the treatment, the better the prognosis.

Key words: Sudden hearing loss; Prognosis

突发性聋(SHL)为原因不明的感音神经性聋，可伴有耳鸣、眩晕，是耳科常见疾病，是少数几种有望治愈的感音神经性听力损失中的一种，自Deklyn于1944年首次报道21例此病以来[1]，就没有停止过对其病因与治疗的争议。但随着医学的发展，分子生物学、免疫血清学、病理组织学和某些间接检查方法的开展，已经总结出了一些相关的病因，并确立了综合治疗方案。虽然此病有自愈性倾向，且有些学者认为治疗并无效果，但大多数耳科医生还是认为应采取积极治疗的方案[2]，早期治疗是关键。，关于该病的治疗，现已在临床上取得了较满意的效果，且发现突发性聋治疗的效果还与其伴随症状有着密切的关系[3,4]。本文回顾性分析了2002年1月-2006年1月在我院治疗的资料完整的80例(91耳)突聋患者的临床资料，进一步探讨了影响突聋疗效的相关因素。

1 资料与方法

1.1 临床资料

80例(91耳)突发性聋患者经耳科常规检查和一些相关检查排除了外耳、中耳、中枢神经系统及外伤所致的耳聋等，全部病例均符合中华耳鼻咽喉科学会制定的突聋诊断依据[5]。其中男性50例，女性30例，年龄8-71岁，平均年龄48.6岁。首诊时轻度聋10耳，中度聋13耳，中重度聋17耳，重度聋26耳，极重度聋25耳。发病至初诊时间最短4小时，最长1个月，伴随症状有耳鸣者39例(41耳)，眩晕者24例(29耳)。

治疗前听力损失程度以0.25-4Hz诸频率气导的平均听阈计算，<40dBHL为轻度耳聋，41-55dBHL为中度耳聋，56-70dBHL为中重度耳聋，71-90dBHL为重度耳聋，>90dBHL为极度耳聋[6]。

1.2 治疗方法

13例(15耳)采用基础治疗，给予扩血管药、三磷酸腺苷、辅酶A、胞二磷酸胆碱及B族维生素，儿童适当减量；25例(31耳)为在基础治疗的基础上加用糖皮质激素；23例(25耳)为在基础治疗的基础上加用抗病毒药；19例(20耳)为在基础用药的基础上应用高压氧治疗。用药前作纯音听阈测试，进行双耳气、骨导听阈测定。用药期间如有明显听力改善，可立即作测试。治疗结束时测试1次，听力计所测出的纯音听阈均为听力级，以dBHL来表示。

2 结果

采用中华医学会耳鼻咽喉科学会制定的疗效分级标准[5]。痊愈：0.25-4kHz各频率听阈恢复至正常，达健耳水平或此次患病前水平；显效：上述频率平均听力提高30dB以上；有效：上述频率平均听力提高15-30dB；无效：上述频率平均听力改善15dB以下。听力损失程度、就诊时间、眩晕与疗效的关系见表1-3。

作者简介：田霖丽，女，(1978-)，硕士研究生，住院医师；
E-mail:tianlinli78@hotmail.com，电话：13945075037

（收稿日期：2006-08-16 接受日期：2006-09-28）

© 1994-2014 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

表 1 听力损失程度与疗效的关系 耳数

Table 1 The relationship between the degree of hearing loss and the curative effect Ears

听力损失程度	疗效				合计	总有效率(%)
	痊愈	显效	有效	无效		
轻度	5	2	1	2	10	80.0
中度	2	3	5	3	13	76.9
中重度	2	2	7	6	17	64.7
重度	3	7	3	13	26	50.0
极重度	3	2	6	14	25	44.0

注:=24.20,P<0.05

表 2 就诊时间与疗效的关系 耳数

Table 2 The relationship between the illness duration and the curative effect Ears

发病天数	耳数	疗效				总有效率(%)
		痊愈	显效	有效	无效	
0-7	48	9	16	12	11	77.1
-14	19	4	3	4	8	57.9
>14	24	2	2	1	19	23.1

注:=22.16,P<0.05

表 3 眩晕与疗效的关系 耳数

Table 3 The relationship between the vertigo and the curative effect Ears

眩晕	耳数	疗效				总有效率(%)
		痊愈	显效	有效	无效	
有	29	2	3	5	19	34.5
无	62	13	18	12	19	69.4

注:x^2=11.16,P<0.05

3 讨论

突发性聋的发病率约为(8-14.6)/10 万[7],本病的特点之一是其病因尚未探明。据 Mattox 等[8]记载有 100 多种病因,但随着医学的发展,分子生物学、免疫血清学、病理组织学和某些间接检查方法的开展,大多数的学者认为其可能的病因有几类,并针对病因制定出了综合治疗方案。主要病因如下:(1)病毒感染。多种病毒对人体有亲和力,而听神经是最易受侵犯的神经之一。现研究与之相关的感染有上呼吸道感染、流行性腮腺炎、麻疹、风疹、带状疱疹、水痘、病毒性支气管炎、III 型腺病毒、传染性单核细胞增多症等,其中上呼吸道感染是 SHL 最常见的原因。目前已应用多种手段可证实病毒感染是 SHL 的病因之一[9]。颞骨组织病理学发现 SHL 的组织病理学特点与病毒性耳蜗炎相似,螺旋[10]器、耳蜗盖膜、血管纹有不同程度的萎缩性病变,愈近底转病变愈重,病变严重者基底转结构全部消失;在人的内耳、外淋巴液中培养出相关的病毒,如巨细胞病毒和腮腺炎病毒;最明显的证据莫过于用荧光免疫法可直接从内耳分离出病毒,可在外淋巴液中培养出病毒。(2)内耳微循环障碍。内耳的微循环对维持正常听觉生理具有重要的意义,稳定的血流供应不但能维持正常供血功能,而且对内环境的稳定也起着十分重要的作用。内耳微循环异常主要是血管纹的循环异常,是内耳液中的生化成分发生变化,从而引起内耳淋巴液异常,导致内耳感受器的功能紊乱[11]。当内耳微循环障碍时,常易导致前庭功能障碍即表现为伴发眩晕。(3)自身免疫。大量的基础研究表明内耳存在完整的免疫系统,具有免疫应答能力。内耳的血管纹血管结构类似脑脉络丛,血流缓慢,一些形成循环免疫复合物的疾病,抗原抗体复合物可非特异性地沉积在血管纹,引起内耳免疫病理改变。(4)膜迷路破裂。内外淋巴系统与颈动脉系统,颈内静脉系统和蛛网膜下腔脑脊液 3 种液体的压力,保持平衡状态,外淋巴经耳蜗导水管,和前庭内壁的筛板与脑脊液可直接交通。在蜗水管闭塞、外界压力(内爆压力)变化较快和咽鼓管堵塞时,易引起窗膜破裂的同时,可能同时伴随蜗管内膜的破裂,引起内外淋巴的混合,破坏内耳液独特的离子梯度,抑制耳蜗毛细胞的电活动或损害毛细胞,从而导致耳聋的发生。此外,本病多在夜间或晨起发病[12],其原因可能是患者夜间睡眠时血流缓慢,易诱发内耳血栓形成,导致内耳缺血而发病。以上几点是目前较被接受的原因,但仍限于假说的程度,对此病的原因现仍无确切的认识。

本文针对突发性聋的病因多样性,采用扩血管、改善微循环、降低血液粘滞度、增加血氧浓度、抗病毒及神经营养药物、高压氧等治疗方法,可减轻内耳充血水肿,促进内耳动脉受控区侧枝循环建立。本文资料显示,疗效及预后与发病至初诊的时间(就诊时间)、治疗前起始听力水平(听力损失的程度)、发病是否伴有眩晕极为相关。

(1)就诊时间与疗效及预后的关系。从本文可看出,就诊时间及疗效有显著性差异(P<0.05),且治愈和显效的患者的就诊时间多在 2 周内,以 1 周内的治疗效果最佳,总有效率为 77.1%,治疗无效者的就诊时间多在 2 周以上。因此本文表明突聋患者就诊时间越短,疗效及预后也越好。大量研究也表明发病第 1 周为治疗突聋获得最佳疗效及自然听力恢复的关键时期,并且钟乃川[13]报告伴有或不伴有眩晕预后无差异者病程多在 1-2 周内。

(2)听力损失程度与疗效及预后的关系。从本组资料可得出:极重度聋组 25 耳,除 3 耳病程约为 20 天外,其余分别为 2 周内来就诊,但经治疗仍有 14 耳全聋,而其他组的患者恢复较好,说明初诊时听力损失较轻的患者恢复好,听力损失较重的患者,预后也较差。因此,突聋治疗前的起始听力水平是估计疗效及预后的一项重要指标。

(3)眩晕及无眩晕组的总有效率有显著性差异(P<0.05),说明突聋患者是否伴有眩晕与疗效及预后有着密切的关系。这可能与突聋伴眩晕者的耳蜗受损害程度更重有关,Nakasbima 等[14]认为蜗底回与前庭更接近,前庭受损害者多为高频听力损害或全聋,故恢复较无眩晕者差;而且部分患者伴有眩晕患者因眩晕、恶心、呕吐发作较剧,而影响口服药物、饮食营养摄入和吸收,以至不能尽早或持续接受治疗,也可能影响突聋伴眩晕患者的疗效及预后。

总之,突发性聋为病因不明的特发性疾病,且为耳科急症之一,虽有自愈倾向,但切不可等待观望或放弃治疗,治疗开始的早晚与疗效及预后有着紧密的联系,对疾病的伴随症状的认识,也对突聋治疗的疗效及预后有着初步性的判断。此病一经确诊,治疗上以改善患者的血液循环,增加内耳血液供应为基础,并考虑到治疗方案的个体性及特殊性,及早采用综合疗法治疗,尽可能的恢复患者的听力及改善症状。

(下转第 87 页)

© 1994-2014 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

另有3例(16.7 %)被误诊消化道穿孔和急性阑尾炎行手术治疗,术中发现肠系膜血管广泛炎症性改变而无法手术,考虑与SLE有关。

因所有患者均系SLE活动所致,我们针对SLE给予大剂量肾上腺皮质激素和免疫抑制剂治疗。治疗方案为泼尼松加环磷酰胺冲击治疗:泼尼松1-2mg/(kg·d),加用环磷酰胺0.6-1.0g/d。除了针对SLE治疗外,所有患者均给予禁食、胃肠减压治疗;消化道出血者给予止血、补液对症治疗;考虑感染者给予相应抗生素治疗;呕吐、腹泻频繁者给予补液治疗,并积极纠正电解质紊乱。16例患者的急腹症和SLE病情得到控制,好转出院,2例患者死亡,1例于术中探查时死亡,1例死于术后多器官功能衰竭。

3 讨论

SLE是一种自身免疫性疾病,临床可累及多个脏器,消化道损害发病率可高达50%,而表现为急性腹痛者较少见,此时多处于SLE活动期,且病情较重,若不能及早诊断和治疗,常常导致病人死亡。

关于SLE并发急腹症的机制,大多数学者认为SLE相关急腹症大多由血管炎引起,以肠系膜、肠粘膜下肌层广泛的炎性细胞浸润,免疫复合物沉积及肠壁小血管呈现血管炎改变伴有纤维素性栓子栓塞是其基本病理改变,由此造成消化道炎症、溃疡、出血、梗阻、蠕动异常、腹膜炎及肠系膜血管栓塞等[5]。

SLE并发急腹症的临床表现复杂多变,且不具有特异性,如认识不足,易引起误诊或漏诊[6]。当以急腹症为首发症状时,患者多就诊于消化内科及普通外科。消化内科医生常常因腹痛伴血性腹水,血淀粉酶升高,以重症胰腺炎治疗;而普通外科医生,首先或大多考虑外科急腹症。根据文献资料报道,SLE并发急腹症误诊率高达88.6%。因此,临床医师必须对此提高认识和警惕。本文收集两家医院诊断明确、资料完整的18例SLE合并急腹症的病例进行临床分析,以提高对SLE合并急腹症的认识,总结诊断和治疗此类病例的经验。

在SLE并发急腹症的临床诊断上,SLE的国际诊断标准是诊断前提,实验室相关检查对于确诊无特殊意义;腹部平片对发现肠梗阻和消化道穿孔有一定意义,但对缺血性病变,往往无阳性表现。国内宋彬等人[7],回顾性分析23例因急性腹痛而行腹部螺旋CT扫描的SLE患者的临床资料及CT图像,发现23例中19例出现肠壁肿胀、增厚,12例出现"靶征",16例存在肠管扩张,21例出现肠系膜肿胀和脂肪密度增高,18例出现肠系膜血管充血、增粗,4例肠系膜血管呈"梳状"排列。认为螺旋CT增强扫描是诊断与鉴别诊断SLE所致缺血性肠病的最佳影像学方法。本组6例获得确诊患者,螺旋CT均显示肠道、肠系膜和肠系膜血管异常的表现,对诊断起着重要作用。因此,我们认为螺旋CT增强扫描可以发现肠壁和相应肠系膜肿胀、肠系膜血管异常表现等,对SLE肠系膜血管炎所造成的急腹症有很高的诊断价值。

在SLE并发急腹症的治疗上,应给予大剂量肾上腺皮质激素和免疫抑制剂治疗。我们使用泼尼松加环磷酰胺冲击的治疗方案,均取得了良好的效果,16例患者的急腹症和SLE病情得到控制,好转出院。本组2例死亡病例中,1例于术中探查时死亡,1例死于术后多器官功能衰竭。因此,我们认为除了严重的消化道出血、肠梗死、胃肠穿孔外,不宜轻易行手术探查,即使手术,也应该在围手术期间加强皮质激素和免疫抑制治疗,以及其他对症和支持治疗。

参考文献

[1] Read RW. Clinical mini-review: systemic lupus erythematosus and the eye [J]. Ocul Immunol Inflamm, 2004, 12(2): 87-99

[2] Nesher G, Breuer GS, Temprano K, et al. Lupus-associated pancreatitis [J]. Semin Arthritis Rheum, 2006, 35(4): 260-267

[3] Mok MY, Wong RW, Lau CS. Intestinal pseudo-obstruction in systemic lupus erythematosus: an uncommon but important clinical manifestation [J]. Lupus, 2000, 9(1): 8-11

[4] 曾学军,董怡,陆星华,等.系统性红斑狼疮的消化系统临床表现157例分析[J].中华消化杂志,1999,19(1):42-44

[5] 江尧湖,陈顺乐,顾越英,等.系统性红斑狼疮伴肠系膜血管炎5例报道[J].中华消化杂志,2002,22(1):56-57

[6] 谢其冰,杨南萍,罗泽玲.系统性红斑狼疮伴发急腹症20例分析及文献复习[J].中华风湿病学杂志,2003,7(2):90-921

[7] 宋彬,徐隽,罗小华,等.螺旋CT检查在诊断狼疮性缺血性肠病中的价值[J].中国普外基础与临床杂志,2004,11(4):359-363

田霖雨(上接第76页)

参考文献

[1] De klayn A. Sudden complete or partial loss of the octavus system in apparently normal persons[J]. Acta Otolaryngol, 1944, 32:407-429

[2] Harju M, Vesti E. Scanning laser ophthalmoscopy of the optic nerve head in exfoliation glaucoma and ocular hypertension with exfoliation syndrome[J]. Br J Ophthalmol, 2001, 85:297-303

[3] 孔维佳.特发性突聋.见:黄选兆,汪吉宝.主编.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,1998:1011-1013

[4] 钟乃川.眩晕.见:黄选兆,汪吉宝.主编.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社. 1998.1158-1193

[5] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华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)[M].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,41(8):569

[6] 中华医学会耳鼻咽喉科学会,中华耳鼻咽喉科杂志编辑委员会.突发性聋诊断依据和疗效分级 [M]. 中华耳鼻咽喉科杂志,1997,32(2):72

[7] Stoktoos RT, Albers FW, Tenvergert EM. Antiviral treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss: a prospective, randomized, double-blind clinical trail[J]. Acta Otolaryngol, 1998, 118:488-495

[8] Mattox DE, Simmons FB. Natural history of sudden sensorineural hearing loss[J]. Ann Otol Rhinol laryngol, 1977, 86:463-480

[9] 姜泗长,顾瑞,王正敏,主编.耳鼻咽喉科全书·耳科学[M].上海:上海科学技术出版社,2002:836-877

[10] Gacek RR, Gacek MR. Viral neuropathies in the temporal bone[J]. Introduction[J]. Adv Otorhinolaryngo1, 2002, 60:VII

[11] Yamada.Sudden deafness and vertebrobasilar system [J]. Rhisho-Shinkeigaku, 2001,41(4-5):209-211

[12] 张庆泉,姜仁起.突发性聋患者发病时间节律分析[J].中华耳鼻咽喉科杂志,2000,35:9-9

[13] 钟乃川,黄选兆,汪吉宝.实用耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,1998:1198

[14] Nakashima T, Yanaglta N. Outcome of sudden deafness with and without vertigo[J]. Laryngoscope, 1993,103(10):1145-1149

© 1994-2014 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net