

高压氧治疗突发性耳聋 56例疗效观察

The curative effect of hyperbaric oxygen treatment on sudden hearing loss

张海东¹, 李卓²

ZHANG Hai-dong, LI Zhuo

(1. 沈阳市第九人民医院, 辽宁 沈阳 110024 2. 辽宁省人民医院, 辽宁 沈阳 110015)

摘要: 56例突发性耳聋患者经高压氧治疗收到满意疗效, 观察其病程、病情与疗程、疗效有明显相关。

关键词: 突发性耳聋; 高压氧

中图分类号: R764.43 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2008)01-0025-02

突发性耳聋(突聋)为五官科较为常见疾病,为探讨高压氧治疗突聋的疗效,我院对资料较完整的56例突聋患者采用高压氧治疗,并进行多项观察与分析,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 资料来源

56例患者均经五官科门诊电测听力检查并按中华医学会耳鼻喉科分会1996年突聋的诊断标准判定,确诊为突聋收治。其中发病1~10 d者13例,11~30 d者30例,31~90 d者9例,4~6个月者4例。男34例、女22例。年龄19~68岁,平均45.6岁。

1.2 临床表现

1.2.1 病因 56例患者中一氧化碳中毒10例(占18%),各种精神因素(家庭不幸、经济纠纷等)27例(占48%),流感后3例(占5%),带状疱疹5例(占9%),原因不明11例(占20%)。

1.2.2 临床表现 56例中单耳聋突22例、双耳突聋34例,参照职业性听力损伤诊断标准(GBZ49-2002)患者听力损伤程度分布如表1。除听力损伤外,56例患者中睡眠障碍35例,耳鸣18例,眩晕5例,偏头痛8例,胸闷心悸3例。

表1 56例听力损伤程度分布

听力损伤程度	例数	%
轻度(听力26~40 dB)	15	26.7
中度(听力41~55 dB)	21	37.5
重度(听力56~70 dB)	16	28.5
耳聋(听力71~90 dB)	4	7.2

1.3 治疗与检测

1.3.1 治疗 采用国产YC2460/0.3-10型高压氧舱,治疗压力为0.2 MPa。关舱逐渐升压15 min,稳压70 min,减压15 min,稳压时带面罩吸氧30 min,休息10 min(摘面罩),再吸氧30 min,每日治疗1次,每10次为一疗程。治疗期间停止其他辅助治疗。

1.3.2 检测 每疗程后电测听力检查1次,不足疗程者于治

疗终结时检测听力。

2 结果

2.1 疗效评定与治疗结果

2.1.1 评定标准 治愈:听力恢复正常范围,症状消失;显效:听力提高30 dB以上,症状明显减轻;有效:听力提高10~30 dB,症状减轻;无效:听力提高<10 dB,症状无改善。其中治愈、显效、有效评为有效,计算总有效率。

2.1.2 治疗结果 56例患者中28例治愈(占50%),17例疗效显著,6例有效,5例无效,总有效率91%。

2.2 病情、病程与疗效关系

治疗中观察到,听力损伤程度轻,治疗效果好,相反则差,见表2。56例突聋患者中,病程越短(接受高压氧治疗距发病时间越短)疗效越好,相反则差。见表3。

表2 听力损伤程度与疗效关系

听力损伤程度	病例数	治愈	显效	有效	无效	有效率(%)
轻度	15	13	2	0	0	100
中度	21	12	9	0	0	100
重度	16	3	6	5	2	87.5
耳聋	4	0	0	1	3	25.0

表3 病程与疗效的关系

病程(d)	病例数	治愈	显效	有效	无效	有效率(%)
1~10	13	11	2	0	0	100
11~30	30	17	11	2	0	100
30~90	9	0	4	4	1	88.8
120~180	4	0	0	0	4	0

2.3 其他

治疗过程中还发现病程短且病情轻高压氧治疗的疗程少,反之则长。56例患者中发病10 d内就治的轻度耳聋患者多经1个疗程治愈,病程短、病情重或病情轻、病程长的患者一般需经2个疗程(或以上)治愈或显效,个别病程长、病情重者治疗4个疗程以上仍无听力提高。未发现高压氧疗效与性别、年龄及病因有明显相关。

3 讨论

突聋的确切病因尚不十分清楚,多数学者认为与病毒性迷路炎、循环障碍、中毒缺氧等导致内耳螺旋器毛细胞缺氧有关。本组56例患者中可查到的病因有一氧化碳中毒、病毒感染、各种精神因素等,分析其发病机制可能由于内耳血供为终末血管且无侧支循环,氧气从毛细血管至螺旋器的毛细胞扩散的速度较慢,使毛细胞血管缺血、缺氧而造成损害,

收稿日期: 2007-04-24 修回日期: 2007-06-04

作者简介: 张海东(1970-),女,主治医师,从事高压氧治疗工作。

如一氧化碳引起缺氧, 各种精神因素引起内耳小血管痉挛、循环障碍及病毒感染造成的血液高凝状态、血管内膜水肿、细小血栓形成或变态反应等均可引起内耳缺血缺氧, 功能损伤听力下降而发生突聋。

高压氧的治疗作用主要是通过高气压和高压氧的吸入提高血氧弥散能力, 使血浆溶解氧增多, 提高血液及组织的氧分压, 抑制红细胞的生成, 降低血黏度, 促进受损组织修复及功能恢复。

本组 56 例患者经高压氧治疗治愈率达 50%, 总有效率 91%, 治疗结果还发现突聋病程短、病情轻所需高压氧治疗

疗程短, 疗效好; 反之则差。发病 10 d 内就治的病程短、病情重或病情轻、病程长的患者多需 2 个疗程 (或以上) 治愈或显效; 个别病程长、病情重者经 4 个疗程以上治疗听力仍无明显提高, 可见高压氧治疗突聋的疗效、疗程与病程、病情有明显相关。本组经高压氧治疗 56 例患者中未发现疗效与性别、年龄及病因有明显相关。

本文结果提示, 突聋患者应尽早采用高压氧治疗, 高压氧是治疗突发性耳聋的有效措施, 高压氧治疗可作为突聋患者之首选。

5例急性砷化氢中毒报告

Report on 5 cases of acute arsine poisoning

孙德兴, 谭河清, 索小绪, 马五一

SUN De-xing TAN He-qing SUO Xiao-xu MA Wu-yi

(白银市第一人民医院, 甘肃 白银 730900)

摘要: 通过某化工厂一起急性砷化氢中毒事件的临床救治, 结合现场劳动卫生学调查资料分析, 达到有效预防, 早期诊断, 及时合理治疗的目的。

关键词: 砷化氢; 中毒

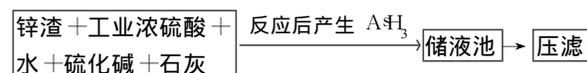
中图分类号: O613.63 **文献标识码:** B

文章编号: 1002-221X(2008)01-0026-02

2003年 7月 15日, 我院职业病科收治了 5 例急性砷化氢中毒患者, 其中反应釜旁 2 名作业工人中毒较重。5 例患者均在同一硫酸锌冶炼过程中, 由于矿渣含砷较高、生产环境通风不良、防护措施较差等因素致急性中毒。现将劳动卫生学调查及中毒诊治过程报告如下。

1 现场劳动卫生学调查

该厂主要生产流程如下:



使用含砷矿渣与硫酸进行反应制备硫酸锌, 加料后反应釜内产生砷化氢气体。中毒的作业人员均在此间厂房内, 其中 2 名作业工人在反应釜旁加料约 15 min 当时无呛咳等异常感觉, 加料后盖上反应釜盖离开厂房, 8 h 后出现中毒症状; 另外 3 人在距离反应釜 20 m 的压滤工段工作 4 h 约 20 h 后出现中毒症状。釜内排风管已坏, 加料口密闭不严, 整间厂房无机械通风装置, 仅给作业人员配发普通纱布口罩。

中毒发生后 (7月 16日、17日) 测定车间空气中砷化氢浓度分别为 0.35 mg/m³、0.27 mg/m³ (已停产)。

2 临床资料

2.1 临床表现

收稿日期: 2006-12-18 修回日期: 2007-03-14

作者简介: 孙德兴 (1967-), 男, 副主任医师 从事职业病临床和科研工作。

5 例患者同时收住入院治疗, 其中反应釜旁加料口 2 名作业人员病情较重, 表现头晕、乏力、腰痛伴酱油色尿; 同一车间压滤工段工作的 3 名作业人员病情较轻, 表现为头晕、乏力、腰痛伴茶色尿。入院查体: 较重的 2 名患者为急性病容, 全身皮肤黏膜轻度黄染, 脐周有压痛, 双肾区叩击痛 (+), 余无阳性体征; 其余患者除有全身皮肤黏膜轻度黄染外未见其他阳性体征。实验室检查: 入院后血色素均有不同程度下降, 最低为 45 g/L 血尿素氮最高为 15.0 mmol/L 血肌酐最高为 326.3 mmol/L 尿砷最高为 23.21 μmol/L 根据患者病情严重程度, 对较重的 2 名患者给予血液透析 (入院后 4 h 第 1 次, 以后每日 1 次, 共 5 次)、输血、补液、脱水、保护肝肾功能、驱砷等治疗后, 经过 3~4 d 的加重期后逐渐恢复, 于 2003 年 8 月 18 日因症状消失, 各项检查正常而痊愈出院。其余 3 例患者经输血、补液、脱水、保护肝肾功能、驱砷等治疗后痊愈出院。

2.2 典型病例

【例 1】 女, 32 岁, 因头晕、乏力、腰痛伴酱油色尿 1 d 于 2003 年 7 月 15 日入院。入院前 1 天在硫酸锌冶炼工作中配料时接触砷化氢 15 min 后出现上述症状, 既往体健。体查: T 37°C, P 88 次/min R 20 次/min BP 90/60 mm Hg 意识清, 精神差, 急性病容, 扶入病房, 查体合作, 全身皮肤黏膜轻度黄染, 脐周有压痛, 无反跳痛及肌紧张, 双肾区叩击痛 (+), 余无阳性体征。实验室检查: WBC 18 × 10⁹/L, N 0.72 Hb 75 g/L, BUN 15.0 mmol/L, Cr 326.3 mmol/L, LDH 6 531 U/L, AST 204 U/L, CK 565 U/L, ALT 43 U/L, 尿砷 23.21 μmol/L (本地正常参考值 1.04 μmol/L); 尿常规示潜血 (+); 余检验均正常。入院诊断: 急性砷化氢中毒, 急性溶血性贫血; 治疗: 急给予血液透析 (入院后 4 h 第 1 次, 以后每日 1 次, 共 5 次)、输血、补液、脱水、保护肝肾功能等治疗, 考虑驱砷治疗可能加重肾功能的损害, 故在急性期末