

耳内“拆弹” 听力重建

专家谈听神经瘤三大诊疗观点

随着各类电子产品的普遍使用,人体健康在不知不觉中遭受威胁,耳朵也因此成为“受害者”之一。近年来,因突发性耳聋、耳鸣、头晕等症状前来耳鼻咽喉头颈外科就诊的患者人数逐年递增,根据患者的描述以及通过相关辅助检查,被确诊为听神经瘤的患者呈上升趋势。

■ 观点一: 听神经瘤是长在听神经鞘膜上的“定时炸弹”。

听神经瘤是一种生长在前庭蜗神经上的肿瘤,起源于神经鞘膜,又称为前庭神经鞘膜瘤,多发生于30-50岁的成年人。据统计,听神经瘤的年发病率为5/10万左右,但是由于经济文化发展不平衡,很多病人都没有得到正确的诊治。听神经瘤发病部位隐匿,容易忽略和误诊,如延误治疗会对听力和周围脑神经构成极大的危害,甚至威胁生命,因此及时的诊断及治疗非常重要。

■ 观点二: 虽然听神经瘤是良性肿瘤,但是随着肿瘤的不断生长,最终也会导致患者死亡。

根据听神经瘤的生长过程发



现,早期的听神经瘤仅局限于内听道内,逐渐生长,最终将内听道挤压扩大并突入桥小脑角。当肿瘤在2厘米以内时通常仅有耳科学症状,如耳鸣、听力下降、眩晕等。当肿瘤生长超过2厘米时,肿瘤开始推压脑干、小脑及其他颅神经,患者逐渐出现耳神经学症状,由于神经学症状常很轻微,此时多数患者仍以耳科学症状为主。肿瘤生长超过3厘米后,脑干、小脑明显受压变形,患者出现明显的头痛、呕吐、走路不稳、面部麻木等神经学症状,脑疝可随时发生,给病人带来生命威胁。

NF2(神经纤维瘤病2型)是双侧听神经瘤最常见的表现型,是一种常染色体显性遗传疾病,以双侧听神经瘤为其典型代表。最常见的临床表现是单侧或双侧进行性加重的感音神经性耳聋,可伴有耳

鸣、眩晕或平衡障碍。双侧的听神经瘤大小和生长速度并不一致,肿瘤的大小与听力情况也不完全对应。NF2的治疗必须注意与单侧听神经瘤有不同点。

■ 观点三: 听神经瘤并非不治之症,显微外科手术是治疗听神经瘤的最佳选择。

手术切除为目前国际上公认的首选治疗方法,特别是近年来由耳神经外科医师倡导的岩骨手术入路运用各种现代显微手术技术,如高清晰度显微镜、高速电钻、面神经监护仪等,对肿瘤作精细切除,将肿瘤从耳颞骨与脑干、小脑和颅神经之间的间隙中,特别是与肿瘤粘连的面神经上剥离。显微外科手术不但能全切各种大小的肿瘤,而且由于手术进路通过耳部直接到达肿瘤,而非通过后压小脑的

后方进路,因此对脑组织的损伤轻微,术后通常不遗留神经系统后遗症,尤其是面神经功能的保存率比较高,一部分患者亦能保存实用听力。值得患者注意的是,肿瘤越大,术后出现面瘫的可能性就越大,所以尽早手术可降低术后面瘫的概率。

诊疗概览

目前在新华医院耳鼻咽喉-头颈外科,听神经瘤手术死亡率已经降到0.1%以下,我们的治疗重点目前已转向提高患者生活质量,保护面听神经尤其是面神经功能方面。单侧听神经瘤的治疗原则以全切除肿瘤和保留面神经为主要目的,在此基础上尽可能保留听力;单侧听力丧失并不明显影响病人的生活质量。对于双侧听神经瘤的病人,由于存在双侧听力丧失的可能,治疗方案的选择应当慎重,必须重视视觉功能的保护和恢复。

NF2(神经纤维瘤病2型)病人听力康复有两种选择:人工耳蜗植入(CI)和听觉脑干植入(ABI)。研究结果显示,多数行CI的病人的表现优于ABI病人。对于NF2病人,双侧听力丧失是病程发展的结果,CI可以恢复病人听力,可以在肿瘤手术时保留蜗神经同时行CI或分两期手术植入;也可以在听力丧失的不危及生命的小肿瘤侧行CI。总之,NF2病人的人工耳蜗植入策略需要根据不同病例具体分析。

吴皓(上海交通大学医学院附属新华医院耳鼻咽喉头颈外科教授、上海交通大学医学院耳科学研究所所长)

中医外治法开辟除痔新途径

空乘李小姐周期性便血,一年前分娩后加重,伴随痔疮之疾,下蹲、行走,甚至咳嗽都会发生肛脱,符合住院开刀的指征。但是,她畏惧手术,又不想影响航班出勤。经亲戚介绍,李小姐利用航班间休时间接受了“外涂痔核液化疗法”,疗程5次,一次治疗涂药仅10分钟,两周后痊愈,彻底解决了她的难言之隐。

“外涂液化痔核疗法”继承并改良祖传秘方而研制,曾获省级科技成果证书。它颠覆了中医千年的“枯痔”疗法,采取特制的中西药复合剂,外涂于痔疮表面,使肌化的痔核变成液体,所有溃烂腐败的组织液化流出,脱出物回归原来位置,继续发挥其正常的生理功能。在治疗内痔、外痔、混合痔、肛裂、肛瘘、肛门湿疹等肛肠科疾病方面取得了良好的疗效。整个治疗过程具有无创伤、痛苦小、不开刀、不住院、不激光的特点,治疗期间可正常工作,适合体弱及采用其他方法治疗后复发的各年龄段患者。

在此,提醒痔疮患者,开春后是痔疮的高发季节,需合理安排饮食,劳逸结合,病情加重需要及时就医,及时采用新的医学成果不失为医治病痛的新途径。

王三军

正确擤鼻涕可防中耳炎

“耳朵痛,耳朵闷,耳朵听不到,耳朵流脓水,耳朵嗡嗡响”是很多患者到医院就诊的主诉。这时,你可能患了中耳炎。

耳是听觉和位觉(平衡觉)的外周感觉器官,其末梢感受器位于颞骨内。声波通过外耳道、鼓膜和听小骨传到内耳,再经过听神经传入中枢,产生听觉。当中耳发生炎症病变时,将极大地影响耳的听觉功能,严重者平衡功能也受影响。再者,面神经从中耳经过,如果炎症累及面神经,会导致一侧面瘫。为此,提醒大家预防中耳炎要从生活细节入手。

有人擤鼻涕时用两手指捏住两侧鼻翼,试图用力将鼻涕擤出,这种擤鼻涕方法不但不能完全擤出鼻涕而且很危险,如果两侧鼻孔都捏住用力擤,则压力迫使含有大量病毒和细菌的鼻涕向鼻后孔挤出,经过咽鼓管逆行到达中耳鼓室而引发中耳炎。正确的擤鼻涕方法是:以大拇指轻压一侧前鼻孔,轻



轻地擤出对侧开放鼻腔内的鼻涕。

游泳爱好者要掌握正确的游泳方法。游泳时用口吸气,用鼻呼气,防止呛水。有中耳炎或中耳炎痊愈不久的人,不应游泳。当呼吸系统有急性感染时,咽鼓管的抵抗力降低,也暂时不要游泳。

产妇要掌握正确的哺乳姿势,改变不良的哺乳习惯。在哺乳时不要让小儿平卧,头部要高一些,以防奶水经咽鼓管进入中耳而导致中耳炎的发生。对于儿童来说,中耳炎还常常是儿童时期一些急性

传染病的并发症,要注意预防。

平时要增强机体抵抗力,积极预防伤风感冒,积极治疗鼻炎、扁桃体炎、咽喉炎和口腔内的炎症性疾病。另外,要避免不当挖耳导致鼓膜穿孔而致细菌直接经外耳道进入中耳。

中耳炎大致分为分泌性中耳炎和化脓性中耳炎。在治疗上,对于分泌性中耳炎,以消除引起咽鼓管功能障碍的病因治疗为主。急性化脓性中耳炎的治疗以抗炎治疗为主。慢性化脓性中耳炎临床上分为单纯性、骨疡性和胆脂瘤性三种类型。大多伴有不可自愈的鼓膜穿孔,大部分病例需要手术治疗。胆脂瘤型中耳炎需要加以重视,尽管胆脂瘤不是肿瘤,但它有破坏性,一旦破坏颅底骨侵入颅内,会引起严重的并发症,所以,一旦诊断为胆脂瘤型中耳炎,要尽早手术。

石润杰(耳鼻咽喉科副主任) 孙艺渊(上海交通大学医学院附属第九人民医院)

构筑抗排斥反应新的“长城”

长期存活的重要危险因素之一。受者必要要在移植后使用抑制免疫排斥反应的药物即免疫抑制剂,才能够使移植的器官在体内维持正常功能。中国工程院院士、中华医学会器官移植学分会主任委员郑树森教授介绍,排斥反应直接影响器官移植受者和移植物的近期及远期存活,采用诱导治疗方案可以显著降低急

性排斥反应的发生率,在一定程度上诱导免疫耐受、减少移植受者长期存活必须使用的免疫抑制药物的数量和剂量、有利于实现减激素或无激素的免疫抑制方案。

目前临床上抗免疫排斥反应的治疗方案更加精细,效果也更为明显,不仅有移植后长期服用的以普乐可复、新普乐可复为代表的核心

对于年近古稀的许女士来说,最近这三年经历了“三级跳”——从以泪洗面,忐忑不安,到喜笑颜开。为什么会发生这么大的变化?原来,她先是得了致命的“主动脉弓部夹层动脉瘤”,后经长海医院景在平教授及其团队的精心诊治,转危为安。

2009年5月的一天,许女士突然觉得胸背部剧裂疼痛,好像有一股力量在撕扯挤压心脏,有强烈的濒死感。家人迅速将她送至医院,经检查被告知了一种罕见的疾病:主动脉弓部夹层动脉瘤。如果不进行治疗,巨大的动脉瘤随时可能破裂,造成体内大出血,患者会在数分钟内死亡。而治疗这种疾病,传统的方法需要将胸部打开,暴露心脏和主动脉,将损坏的血管利用人工制造的血管进行替换。这种手术方式同样风险巨大,对于许女士这样的老年人来说死亡率可能超过50%。而近二十年兴起的微创治疗夹层手术方式,通过在体内放置支架封堵夹层的破裂口,这种方法虽然创伤小,恢复快,是目前解决主动脉夹层的首选治疗方案,但对于累及了主动脉弓部的夹层也是无可奈何,这种“夹层”在全世界范围内都是一个难题。这些论断让许女士的心情越来越沉重,时不时暗自落泪。

所幸,许女士的家属找到了第二军医大学附属长海医院血管外科,景在平教授及其团队根据许女士的病情定制了符合她生理特征的特制支架。微创手术终于成功开展。然而,手术是否真正有效需要时间的检验。在术后的一年中,许女士小心翼翼,不敢多活动,担心动脉瘤仍有破裂的风险。一年后,CT的检查结果终于给了她一颗定心丸:瘤体内已经看不见血流,夹层动脉瘤完全被封闭,隐忧被彻底解除。这下,许女士终于露出久违的笑颜,日常生活也恢复正常,没有任何不适出现。今年春节,许女士还特意打电话给血管外科的医务人员恭贺新禧呢。

田文 庄郁峰



免疫抑制剂,也有移植术后早期应用的免疫诱导药物,如以ATG-F(抗人T细胞免疫球蛋白)等为代表的抗淋巴细胞制剂。这些治疗方案共同建立起抗免疫排斥反应的新的“长城”,为移植受者在术后长期高品质的存活保驾护航。

袁纁

本版图片 IC