

本刊设立《刊首专稿》栏目，拟将临床研究或基础研究的力作在第一时间以最快的速度刊出，使耳科学的前沿进展得以尽快展示于广大读者面前，以飨读者；同时较详细地介绍该作者的简历和研究业绩，以利作者与读者建立充分的交流。在此特吁请海内外耳科同道惠予赐稿，文稿内容除基础研究和临床研究外还包括自己在某一前沿领域的工作总结展望、以及经验教训从医体会。

·刊首专稿·

中华耳科学杂志编辑部

耳鸣患者的非听觉问题

石勇兵

美国俄勒冈健康科技大学耳鼻咽喉头颈外科耳鸣诊所 (Portland, OR 97239, USA)

【摘要】 严重耳鸣常常与一些非听觉问题相伴随，主要包括焦虑、抑郁和失眠等。有研究表明这些非听觉问题往往是影响耳鸣患者生活质量的重要因素。有鉴于目前尚缺少根治耳鸣的有效办法，正确识别和处理耳鸣患者的非听觉问题就愈加成为耳鸣治疗的重要组成部分。根据指征适当使用有关药物和进行恰当的心理治疗常常可以有效地缓解耳鸣病人的症状并改善其生活质量。诊治严重心理疾患常常需要有关专业人员的参与，耳科人员的职责应当包括及时识别这类问题，并及时取得有关专科的协助。

【关键词】 耳鸣；治疗；心理；睡眠

【中图分类号】 R764.45, R395.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1672-2922(2007)03-0225-08

Non-auditory disorders in tinnitus patients

SHI Yong-bing

Tinnitus Clinic, Oregon Health & Science University, Portland, OR 97239, USA

【Abstract】 Severe tinnitus is often associated with non-auditory disorders, including anxiety, depression and insomnia. Study evidence has suggested that non-auditory disorders are important factors that can impact life-quality of tinnitus patients. As there still lacks effective means to eradicate tinnitus, timely recognition and adequate management of non-auditory disorders associated with tinnitus are an important part in treating tinnitus patients. Appropriate pharmaceutical and psychological interventions frequently result in improvement of symptoms and life-quality in tinnitus. Management of severe psychological/psychiatric disorders should be implemented by adequately trained specialists. Clinicians dealing with tinnitus patients, however, should be able to recognize these problems and provide referral to relevant disciplines as demanded by needs.

【Keywords】 Tinnitus; Therapy; Psychology; Sleep

耳鸣是由非外界声刺激引起的听觉感受，是耳科常见症状。80%以上的耳鸣病例与听力改变有关，其他可以导致耳鸣的疾病包括头颈部创伤、全身的代谢和内分泌系统疾病等，少数耳鸣病例可以

没有明确病因。像疼痛一样，耳鸣是一个临床症状，而不是一个单独的疾病。耳鸣的具体发生机制目前仍不是十分清楚。与临床疾病有关的耳鸣症状常可随有关疾病的治愈而消失，一般不构成长期困

作者简介：石勇兵，男，1959年9月9日生于北京。1983年毕业于中国人民解放军第四军医大学医学系，获医学学士学位；于1991年获中国人民解放军军医进修学院耳鼻咽喉科临床医学博士学位；1992年至1994年于美国 Temple 大学从事博士后研究工作；1995年至1997年任中国人民解放军总医院耳鼻咽喉科副主任医师暨副教授职务；自1998年至今于美国俄勒冈医学科技大学 (Oregon Health & Science University) 耳鼻咽喉科任助理教授。目前临床工作集中于耳鸣和嗓音障碍的诊断与治疗。研究领域包括耳声发射、声带麻痹电起搏，以及耳鸣的诊断与治疗。在有关领域已发表或参与发表论文 20 余篇，参与编写专著 5 部。



扰病人的问题。临床上需要专门治疗的耳鸣常常为无明确病因或原发病因难以治愈的慢性耳鸣,一般将存在时间超过半年至一年的耳鸣称为慢性耳鸣。慢性耳鸣常见于感音神经性聋,以及某些迁延不愈的慢性疾病。慢性、严重耳鸣常常伴发一些非听觉系统问题,尽管这些非听觉问题不一定总是与耳鸣或者导致耳鸣的原发疾病有直接的联系,但若其得不到有效的控制,往往可以成为影响病人生活质量的重要因素。因此,作为经常接诊耳鸣病人的专科医生,耳鼻咽喉科业者应当对与耳鸣相关的非听觉问题有所了解。

1 与耳鸣相伴随的一些常见的非听觉问题

焦虑症、抑郁症或其他精神躯体障碍病症是慢性严重耳鸣的常见伴随问题。临床常见的与耳鸣相关的其他慢性主诉还包括睡眠障碍、注意力差、记忆力减退及情绪不佳等等。临床研究表明,耳鸣的严重程度(对病人生活质量的影响)与其匹配响度或音调指标并无一定联系,而与病人的某些精神/心理测试指标及其他一些非听觉问题有较紧密的关联^[1-3]。因此,识别和处理非听觉问题是诊治耳鸣过程中一个不可避免且十分重要的方面。

1.1 耳鸣患者的精神心理问题

部分耳鸣患者可能原来既具有某种心理特征或心理障碍。这些心理特征或心理障碍往往可以直接影响患者对耳鸣的感受和心理反应。这里对一些常见的、可能影响患者对耳鸣反应的心理疾患加以简单介绍,了解这些知识对于正确识别和处理耳鸣的非听觉问题,并及时引入相应的专科治疗,从而改善耳鸣的治疗效果应当有所帮助。

躯体型(somatoform)心理病症是一组以主观症状感受与客观躯体表现不符为特点的心理疾患。此类心理障碍患者的主观症状主诉常常无客观疾病基础或远远超出客观疾病所能解释的程度。一般认为躯体型心理病症来源于患者内心潜意识里存在的令其难以接受的心理、情绪感受。国际上通用的《精神疾患诊断统计手册》第四版(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*, DSM-IV)将躯体型心理病症分类为躯体型障碍(somatization disorder)、疑病症(hypochondriasis)、癔症(conversion disorder)、躯体变形障碍(body dysmorphic disorder)和躯体疼痛障碍(pain disorder)。其中躯体症状表现为长期、反复的没有客观疾病基础的多种症状主

诉,多在30岁前开始。这类患者对耳鸣或其他疾患引起的症状和不适的感受及主诉比一般患者要更加强烈,对治疗的反应也往往低于其他患者。疑病症患者表现对自身躯体感受异常敏感,常因轻微不适而就医,以中、老年者多见。耳鸣在这类患者身上引起的心理反应也较一般患者强烈,这些心理反应可以包括疑虑、恐惧、焦虑、担心以及悲观情绪等。躯体形式疼痛障碍指长期、严重疼痛症状而不能用临床客观发现所解释,多见于中年人群。躯体形式疼痛障碍患者的行为表现很类似于慢性、重症耳鸣而听力改变不重的耳鸣患者。有学者指出严重耳鸣与躯体型心理病症有密切关系,这种关系类同于慢性疼痛与躯体型心理病症的关系^[4]。研究发现,在因耳鸣求医的患者,代表心理障碍或躯体形式心理病症的心理测试指标均高于未因耳鸣求医者及正常对照者。

焦虑症是耳鸣的常见并发症,按DSM-IV分类可以有多种类型,包括广泛性焦虑症(generalized anxiety disorder)、社交恐惧(social phobia)、强迫症(obsessive-compulsive disorder, OCD)、创伤后应激障碍(post-traumatic stress disorder)、惊恐病(panic disorder)等,其中以广泛性焦虑症、强迫症、创伤后应激障碍和惊恐病等在耳鸣患者较为常见。严重的焦虑症除影响患者情绪和行为外(紧张、容易激动、哭泣等),还可以引起某些生理反应,如心悸、气短、出汗、颤栗、肌肉紧张,甚至晕厥;强烈的身体反应反过来又可以增加患者对耳鸣的恐惧,形成恶性循环。

强迫症属于焦虑症的一种,多在青年时期开始出现。具有此心理特征的患者对其心理、行为特点往往有所认识,也理解令其不快的思绪和行为给其自身所带来的烦扰,但常常不能控制自己的思路和行为。有强迫症倾向的耳鸣患者往往会难以控制地将其注意力集中在耳鸣症状上,尽管他们能够清楚地体会到耳鸣症状带来的不悦感受。

典型抑郁症的主要表现有情绪低落、对周围事物失去兴趣、缺乏完成事情的愿望与动力、不恰当的自责、精力不足、认知能力(记忆力、注意力等)下降等。严重抑郁症可以导致自杀意念。抑郁症可以显著地改变患者的认知功能,常使之对事物持一种消极、悲观的认识。与焦虑症相类似,典型的抑郁症也可以有生理上的反应,主要表现为食欲改变(下降或者异常增加)、失眠、性功能障碍等。

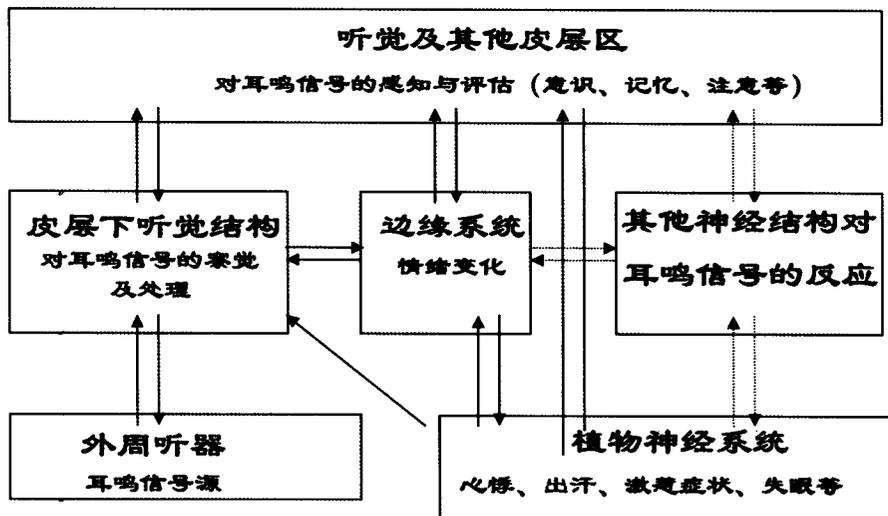


图1 Jastreboff的耳鸣神经心理模式。

对耳鸣患者进行的研究表明,相当一些患者具有对自身及环境变化不能很好适应或应对的不良心理特征^[5]。同时,研究还发现在耳鸣的心理物理测试指标相同或接近的情况下,适应或应对能力不佳的患者表现抑郁症状的比率显著高于适应或应对能力正常的患者^[6]。这种心理特点使得这些耳鸣患者对耳鸣出现的反应比较于其他患者更为强烈,从而导致更为严重和持久的耳鸣及其他伴随症状。

1.2 耳鸣患者的睡眠问题

相当一部分的耳鸣患者可以有睡眠障碍。与缓慢发生的耳鸣相比,发病较快的耳鸣病例更容易出现睡眠障碍,特别是在耳鸣发生后的早期。超过一半以上的慢性严重耳鸣患者有失眠的主诉^[7]。

虽然耳鸣本身可以影响患者入睡,但部分患者的睡眠障碍可能与并发的焦虑症或/和抑郁症有关,应当注意加以区分,因为处理起来略有不同。与焦虑症或抑郁症有关的睡眠障碍有着各自的特点。焦虑症的睡眠障碍多表现为入睡困难,而抑郁症则以早醒为主要特点。有鉴于睡眠缺乏常常可以加重耳鸣及其相关症状,改善睡眠是治疗耳鸣的一个重要环节。区别导致睡眠障碍的原因有助于采取正确的治疗措施。

1.3 耳鸣患者的其他非听觉问题

耳鸣的其他非听觉问题还可以包括注意力差、记忆力减退、心烦意乱、情绪容易波动等等,临床上常见把这类症状统称为“神经官能征”。实际上,这类症状有些是焦虑症或者抑郁症的表现,有些则与睡眠不足有关。如果患者的焦虑症、抑郁症或者

睡眠不足得到有效改善,上述症状常可以随之好转。

2 耳鸣的神经心理模式

早期对耳鸣机制的研究多集中于耳鸣病人的听觉心理物理测试指标和与耳鸣有关的听觉系统病理生理改变,如耳鸣音调、响度测试和从外周到中枢的听觉神经电活动变化。二十世纪九十年代初Jastreboff^[8]提出的耳鸣的神经心理模式,为理解耳鸣的病理生理机制提供了新的角度,引起了有关研究及临床人员的普遍重视。

图1是Jastreboff^[9]的耳鸣神经心理模式的图解。按照此模式,外周听器的病变或损伤产生异常神经电活动,即与耳鸣相关联的神经电信号。皮层下听觉结构可以察觉耳鸣信号并对其进行初级处理,其过程类似于察觉和处理正常听觉信号。皮层下结构将耳鸣信号的处理结果向听觉皮层和大脑边缘系统输出,引起对耳鸣的主观感知和情绪反应。耳鸣信号到达大脑听觉皮层后引起的神经活动产生对耳鸣的最终意识和感知,包括耳鸣的音调和响度。听觉皮层以外的其他大脑皮层活动也可以参与产生对耳鸣的描述(病人可以将耳鸣与其他声音类比)和记忆(病人可以回忆耳鸣的响度或音调变化),并控制分配给耳鸣的注意力。

大脑边缘系统在耳鸣症状群的产生中占有极重要的地位,也是与耳鸣有关的心理反应的主要产生部位。大脑边缘系统是控制行为与情绪表达的重要结构,其主要构成结构有:大脑额叶眶额皮质、丘脑内背侧核与前核、端脑鞍区、边缘叶(含胼胝体

下区、端脑旁回、扣带回和海马旁回)、海马结构、基底节的杏仁核及下丘脑的部分结构等。边缘系统与大脑其他结构的联系广泛而复杂。各个感觉系统(视、听、嗅、痛温、触压、味觉等)都向边缘系统输入信号。边缘系统整合来自各个系统的输入,从而完成认知、学习、记忆等重要功能。边缘系统同时广泛向大脑内多个系统和结构发出输出,控制和决定情绪反应和行为^[10]。在耳鸣病人,与耳鸣相关的神经电活动经皮质下听觉结构或听觉皮质到达边缘系统。由于耳鸣引起的主观认知多数情况下有别于自然环境中存在的声音,加之多数患者对耳鸣的出现怀有不理解、疑虑或恐惧等不佳心理反应,因此与耳鸣有关的神经活动输入在边缘系统引起的反应一般是不良或不适应反应,其输出倾向于引起应激反应,即紧张、失眠、焦虑等。Jastreboff同时认为边缘系统对耳鸣的反应还可以强化听觉皮质下结构对耳鸣信号的反应(增强识别、监测甚至放大)。心理学研究已经发现一些心理/精神疾患与大脑内某些神经递质的增多或减少有关,也发现边缘系统的异常活动在一些心理/精神疾患的发生、发展中起着重要的作用,这与耳鸣症状群常包含有诸如焦虑、抑郁等心理表现是一致的。

植物神经系统也可能参与耳鸣症状群的产生与维持。植物神经系统的活动可以受到边缘系统和大脑皮质的影响。人在受到威胁或需要极大努力克服精神或体力困难时出现的植物神经反应(如瞳孔放大、心跳加快、肌肉张力增加、睡眠减少等)即是明显的例子。植物神经系统的活动反过来又可以影响边缘系统和大脑皮质的活动,间接的影响病人的心理感受。耳鸣病人常遇到的紧张、心悸和睡眠障碍就与植物神经系统活动的异常有一定关系。由于这种植物神经活动引起的心理感受通常是不愉快的,因此它又可以进一步强化耳鸣引起的不良心理感受。

由于大脑内各个结构之间的各种连接和联系十分广泛和复杂,因此可以想象大脑内的其他结构也可能参与耳鸣症状群的形成,并促成伴随耳鸣出现和存在的不良心理反应和心理活动。如下丘脑睡眠中枢和脑干网状结构对维持觉醒状态有重要作用,并与脑内多个结构有广泛的联系。耳鸣病人大脑内的异常神经电活动可以波及上述结构,从而影响病人的睡眠。失眠本身往往即可以给主观心理感受带来不良的影响,即使在非耳鸣的其他病人也是如此。

Jastreboff在他的神经心理模式中标识出了各个神经结构部分之间的相互联系和作用,显示出整个耳鸣神经心理活动的不可分割性和复杂性。耳鸣病人心理反应和活动的中心是大脑边缘系统对大脑听觉系统、大脑皮质和大脑内其他神经结构活动的反应。边缘系统控制人的情绪和行为,对人的心理感受有着巨大的影响。反过来,由于边缘系统与听觉系统的联系和相互作用,其活动又可以对患者对耳鸣的感知和认识产生影响。Jastreboff的模式为了解和研究耳鸣病人的非听觉问题的产生机制提供了一定的基础。

3 耳鸣患者非听觉问题产生的生理基础

近年来生物医学技术的进展使得对大脑及神经系统的研究获得了巨大的进步,也为耳鸣研究提供了许多新的信息。利用新的影像学技术和其他研究手段,现在对与耳鸣相关的大脑内神经活动有了新的认识,有助于了解耳鸣现象的解剖、生理学基础。同时这些信息也为研究与耳鸣相关的非听觉问题提供了有用的资料。

正电子发射断层扫描(positron emission tomography, PET)近年来被用于耳鸣研究,为了解耳鸣与中枢神经系统活动存在关系提供了新的信息^[11,12]。除听觉皮质之外,PET研究还显示前额叶-颞叶网络系统与耳鸣有关,并显示与注意力和情绪相关的皮质中枢的活动可能是重度耳鸣患者心情烦躁不安的基础之一^[13]。研究还发现耳鸣患者大脑代谢活动影像分布类似于不良声刺激所引起的大脑内活动分布,主要包括双侧初级及次级听觉皮质、前额叶背外侧注意力区,以及负责情绪活动的边缘系统结构^[14,15]。这些发现从不同侧面支持和印证了Jastreboff提出的耳鸣的神经/心理模式。

4 对与耳鸣有关的非听觉问题的处理

如前所述,正确处理非听觉问题是有效诊治耳鸣的一个重要环节。首先,接诊耳鸣病人的临床人员要对有关非听觉问题给予足够的重视,若要处理好非听觉问题就应当能够及时发现这类问题及了解其对病人的影响。医者应当主动询问听觉系统以外的症状与不适。有条件时,应当使用问卷和心理测试对所怀疑的心理或其他问题进行印证和量化。

4.1 针对非听觉问题的药物治疗

有鉴于焦虑症、抑郁症和失眠在严重耳鸣患者

中的普遍性, 接诊耳鸣的临床人员应当对有关的常用治疗药物有一定程度的了解, 并能较为熟练的使用其中几种。

抗抑郁药、抗焦虑药、催眠药和镇静剂等的用在耳鸣病人中十分普遍。这些药物可以用于控制焦虑症、抑郁症和失眠等耳鸣常见并发症, 同时理论上还可以通过作用于非听觉系统和减轻非听觉症状, 减少非听觉系统对听觉系统的影响, 从而在一定程度上间接起到减轻耳鸣的作用 (见前面“耳鸣的神经心理模式”)。

对长期耳鸣并有抑郁症状的患者, 抗抑郁药有一定的疗效, 可以改善患者症状, 减轻患者对耳鸣的负面反应。部分三环类和杂类抗抑郁药还有一定的催眠作用, 可以用来改善患者睡眠状况。抗抑郁药物可以大致分为单胺氧化酶抑制药 (Monoamine oxidase inhibitors, MAOIs)、三环类 (tricyclics) 血清素再摄取抑制剂和选择性血清素再摄取抑制剂 (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI), 以及其他杂类抗抑郁药。抗抑郁药物的主要机理目前认为是提高脑内有关结构神经突触间单胺类神经递质及血清素 (5-羟色胺) 的浓度。现代精神病理论认为抑郁症的发生与脑内神经突触间上述递质的缺乏有关。由于耳鸣患者中抑郁症或抑郁倾向的发生率明显高于一般人群, 因此耳鸣患者已经或需要接受抑郁症治疗者十分常见。对于耳鸣患者, 如果 Beck 抑郁问卷 (Beck Depression Inventory, BDI) 得分持续提示抑郁表现超过三个月以上并影响患者生活、工作及社会交往功能, 则应考虑使用抗抑郁药物治疗。目前一般推荐首先试用选择性血清素再摄取抑制药, 因为选择性血清素再摄取抑制剂具有副作用相对较少的优点。常用的选择性血清素再摄取抑制药包括氟西汀 (fluoxetine, 20 mg/日起始)、舍曲林 (sertraline, 50 mg/日起始)、威博隼 (bupropion, 150 mg/日起始)、帕罗西汀 (paroxetine, 20 mg/日起始) 等。选用抗抑郁药还应结合考虑患者可能具有的其他症状, 如失眠等。部分三环类抗抑郁药和其他抗抑郁药同时具有辅助睡眠的作用。常用三环类抗抑郁药有阿米替林 (amitriptyline, 25 mg/日起始)、多虑平 (doxepin, 10 mg/日起始)、去甲替林 (nortriptyline, 25 mg/日起始) 等。使用抗抑郁药应当从低剂量开始, 视患者对药物的反应并根据需要逐渐增加剂量。多数抗抑郁药需要数日到数周时间才达到有效血液浓度, 因此, 目前一般认为对一

种抗抑郁药应当至少使用一个月左右才可以确定其是否有效。具体病人对某种抗抑郁药的反应可以十分不同, 临床上常常需要试用几种药物后方可确定最适合于某个具体病人的药物。使用抗抑郁药常伴有轻重不等的副作用 (如口干、头晕、性格改变和性功能障碍等)。在某些病人, 抗抑郁药有可能加重耳鸣感受。因此, 在使用抗抑郁药的开始阶段, 应当对患者进行缜密的观察, 以便及时发现不良反应并及时调整药物。抗抑郁药的停药必须遵循循序渐进的原则, 不可突然终止, 以防出现严重反跳症状。

焦虑症的药物治主要使用巴比妥类和安定类镇静药。镇静剂同时具有抗焦虑和催眠的作用, 对患耳鸣同时伴有焦虑和睡眠障碍的患者常常可以有比较好的疗效。对顽固的超过数周的焦虑症状 (特别是伴有睡眠障碍者) 应当考虑使用镇静剂药物治疗。安定类药物主要通过激动 γ 氨基丁酸 (GABA) 受体 (抑制型神经受体) 而起到镇静作用。部分安定类药物可能还有直接降低耳鸣响度的作用。有研究表明, 安定类药物阿普唑仑 (alprazolam, 0.5 mg/日起始) 在约 76% 的耳鸣患者可以降低匹配耳鸣响度达 3 至 5 分贝 (感觉级), 患者同时报告主观耳鸣响度下降^[16]。安定类药物在突发重度耳鸣同时伴有严重焦虑症和睡眠障碍的患者可以积极考虑使用, 常可以有效地控制症状。安定类药物有镇静作用过强、长期使用有可能产生药物依赖的缺点, 使用中应当考虑间隔用药 (如周末停药两天等措施)。丁螺环酮 (buspirone, 15 mg/日起始) 是一种作用于多巴胺受体的抗焦虑药物, 具有镇静副作用不明显、不产生药物依赖的特点, 可以考虑用于需要长期抗焦虑治疗的患者。安定类药物一般可以比较快地达到有效血液浓度, 在一些患者可以考虑按需服用的给药方案。对连续规律使用安定类药物超过数周者, 其停药也应当遵循逐渐停药的原则, 防止症状反跳。必要时抗焦虑药物可以和催眠药物合并使用, 可以在改进睡眠的同时增加抗焦虑药物的效果。对使用抗焦虑药物的患者应当同使用抗抑郁药的患者一样给予密切的观察和指导, 以求达到最佳疗效并减少药物不良反应。

催眠药在耳鸣伴有睡眠障碍的患者有着重要的治疗作用。对耳鸣病人的随访研究表明, 耳鸣严重程度的改善与睡眠改善有着密切的关系, 其密切程度甚至超过患者主观耳鸣响度感受对耳鸣严重程度的影响^[2]。常用催眠药有唑吡坦 (zolpidem, 10

mg/晚)和右旋佐匹克隆(eszopiclone, 2 mg/晚)等。对使用镇静剂和催眠药的患者应注意随访,及时了解疗效,监控患者的用药情况以及有无毒副作用或产生药物依赖的倾向。对症状稳定的患者应当适时考虑减低药量和逐渐停药,或确定最低维持药量。使用最低有效维持药量或酌情间隔用药有助于降低产生药物依赖的机会。

对症状复杂、需要长期使用抗抑郁药、抗焦虑药的患者应当及时请求相关专业(主要是精神病专科人员)会诊,由有关专家确定相应治疗方针。

4.2 针对患者心理症状的治疗

对治疗心理症状在耳鸣治疗中的作用无论如何强调都不过分。随着对耳鸣患者存在的心理问题的认识的逐步深入,现在研究人员及临床工作者对耳鸣患者的心理治疗也越来越予以更多的重视。由于心理治疗的专业性,对慢性、严重的心理障碍的矫治主要由专业心理学者实施。虽然如此,由于耳科医生是耳鸣患者的首诊医生,而其言行又可能对患者的心理产生很大影响,因此其对耳鸣患者的心理健康也必须予以高度重视。接诊耳鸣患者的耳科人员应当对耳鸣病人的心理问题有所了解 and 观察,并及时采取适当的措施。

患者初次就诊时的感受对其以后的心理反应和心理感受有着重要的影响。医生在初次接诊耳鸣患者时必须充分意识到其言语举止可能给患者心理所带来的影响,避免由于言语不慎对患者心理产生消极作用。事实上,由于患者初诊时的心理特点,首诊有可能成为医师对患者实施正确心理引导的一个极好机会。

多数耳鸣患者对与医生的首次接触抱有极大的希望。初次求医的患者一般认为医生对其疾病具有权威的地位,因此对医生的言语、评价和结论给予高度的重视。患者对医生的企盼包括通过医生的诊察与解释对其耳鸣症状增加了解,并希望医生能够对其病症提出明确的治疗方案。患者尤其希望医生能够对其病症提出明确的预后。接诊医师必须充分认识到患者的这些心理特点以及其言行可能给患者带来的积极或消极影响,审慎行事,争取在患者身上实现积极的心理效应,或至少避免引起消极的心理反应。

医生留给患者的第一印象十分重要。医生应当使患者相信他具有良好的业务素质 and 深厚的专业功底,对耳科疾病及耳鸣的有关知识和业务精通、扎

实。医生同时还应当使患者感觉到其对患者有深切的同情心,对患者的病情、症状有浓厚的兴趣,对诊治患者的病情积极、认真。接诊的场所应当干净、整洁,现场及所使用的器械、设备应当摆放有序并处于良好的可用状态。医生应当衣着整齐、姿态端正,体现出专业医务人员的素质和自信。条件适宜者可以将证明医生专业训练和资格的文件摆放在适当的位置。诊室内还可以适当摆放有关的宣传品。所有这些都助于营造一个专业、认真和友好的诊室氛围,使得患者在诊治过程的一开始对医生建立起一种信任感。医学心理学研究提示,患者对医务人员的信任程度直接影响患者接受和执行医务人员治疗建议的程度,也影响到患者对自身疾病预后的信心。

医生对患者所表述的症状主诉应当认真倾听,并鼓励患者将与其耳鸣有关的症状和不适尽可能地表达出来。医生与患者的语言交流中应当避免使用可能产生消极作用的语汇。常见的不当用语有:“耳鸣没有什么治疗办法”、“用这个试试看吧”等。

在除外具体病因之后,对耳鸣病人的病情通报和咨询就成了医生对患者施加心理影响的重要时机。医生应当依据已经掌握的临床病情资料结合所知的有关耳鸣的知识及具体患者可能接受和理解的程度对患者耳鸣产生的可能机制予以尽可能详尽的阐述。对耳鸣患者的咨询内容可以包括听觉系统解剖、工作机理、听力障碍及耳鸣的可能发病机制、有关治疗措施的作用机理、耳鸣与其他相关症状及心理反应的关系和产生机制及应对措施等。引发患者心理反应的一个重要机制是患者对耳鸣缺乏了解以及由此而引发的不安和恐惧感。医生如能为患者症状提供合乎逻辑并令其信服的解释,将为缓解患者心理反应、避免和防止出现与耳鸣相关的慢性、复杂的心理障碍提供极大的帮助。医生应当结合通过心理问卷所获得的有关患者心理特征和心理状态的信息,向患者解释耳鸣与心理反应及心理障碍的关系,使患者有机会对其心理状态进行自我监控与调整,减少并发不良心理反应的机会。必要时,医生应在征得患者同意的前提下增加患者家庭成员的参与。由于家庭成员与患者相处的时间远远大于其他人,如果家庭成员对患者病情有所了解并能够提供患者所需的心理支持,则对减轻耳鸣对患者生活的影响极为有益。医生应鼓励患者及家属对病情及治疗方案提出问题,并予以认真解答。多数情况

下, 患者对耳鸣了解越多、越正确, 则越有助于其避免产生不良心理反应并积极配合治疗。

医生应当不仅仅提出治疗措施, 还应当结合耳鸣知识教育解释实施这些治疗措施的理由。临床心理学统计表明, 真正严格执行医嘱的患者只占患者人群的约 1/3, 另 1/3 的患者部分的执行医嘱, 还有约 1/3 的患者基本不执行医生的建议或医嘱。临床心理学统计还表明, 除患者对医生的信任程度影响患者执行医嘱的程度之外, 患者对其治疗方案及其理由了解得越清楚, 就越有可能认真执行医嘱, 从而增进疗效。

慢性耳鸣患者除可以合并抑郁症和焦虑症外, 还可以出现另外一些心理病症, 如躯体型心理病症中的躯体型障碍、疑病症和躯体形式疼痛障碍, 以及强迫症等。由于这些心理病症的病因和处理比较复杂, 其有效治疗常常需要精神、心理专业人员的参与。对这些心理病症的完整治疗已经超出了本文的范畴, 这里只介绍临床常见的耳鸣患者心理问题的初步处理和治理原则。

临床上常用于治疗抑郁症的心理疗法包括: 心理分析法、感知矫正治疗、行为矫正治疗等。心理分析的目的在于找出患者内心潜在的心理冲突和病因, 如既往心理创伤、与亲属或他人的关系冲突、生活/环境压力等。确定这类潜在心理病因的目的在于帮助患者了解其不曾了解的自身心理问题, 从而可以配合有关治疗并有助于自我行为矫正。心理分析还可以帮助负责心理治疗的人员在了解患者心理特点的情况下制定相应的、有针对性的治疗方案。感知矫正着重于向患者揭示和纠正患者对自身以及周围客观事物的不正确认识。这些不正确认识包括患者对耳鸣及其影响的消极或不正确的认识。行为矫正治疗用于改变患者已经形成的不良反应及行为模式, 如畏缩、消极、放弃、情绪性反应或冲动性行为等。这些治疗通常需要有关人员接受专业训练, 能够正确分析和识别患者所具有的问题并实施正确的心理引导和矫治。一般主张针对抑郁、焦虑等心理疾患的药物治应应与相应的心理治疗配合进行。对严重抑郁症合并有自杀倾向或药物治疗无明显效果者可以实施电击治疗。临床上复杂重症抑郁症或其他严重精神疾患通常需要由精神病科专科人员进行处理, 耳科人员的职责在于识别这些疾患的存在并及时将患者转诊给有关专科人员。

对焦虑症的心理治疗在某些方面类似于抑郁症

治疗。突患耳鸣者的心理反应类似于创伤后应激心理障碍及急性应激心理障碍者, 对患者表示由衷的关怀、鼓励其培养战胜疾病的信心并取得其亲友的支持(承认患者耳鸣疾患的存在、对患者的关爱、生活上的体贴和帮助等)对减轻患者的心理反应具有重要的意义。其他有助于患者心理放松的辅助疗法(如生物反馈、催眠疗法、按摩疗法)等都曾试用于具有焦虑倾向的耳鸣患者, 并有不同程度的效果, 可以视患者具体情况加以试用。

对躯体型心理障碍的患者, 常用的心理治疗包括心理分析治疗和其他有助于心理放松的疗法。心理分析治疗的目的在于找出并向患者揭示导致患者躯体型心理障碍的深层或潜意识里的原因, 从而达到帮助患者减少躯体型心理障碍对其影响的目的。总体上讲, 对耳鸣患者的心理治疗主要应当由受过专门训练的专业心理治疗师实施。对接触耳鸣患者的耳科人员来说, 最为重要的在于了解和认识心理反应在耳鸣症状中的作用, 注意检查和发现耳鸣患者可能存在的心理问题, 在处理耳鸣病例时对简单明了的心理问题进行处理或至少不加重患者业已存在的心理障碍, 并在需要时及时将患者转至有关专业人员处接受心理咨询和治疗。

4.3 其他辅助治疗

针对患者的紧张、焦虑症状可以试用各种放松疗法, 如催眠法、生物反馈法和按摩法等。对这些治疗的效果目前尚缺少大组病例并加以严格对照的研究, 因此按循证医学的要求, 应该是尚不能定论。

5 结 语

非听觉问题在慢性耳鸣患者中普遍存在, 耳科人员应当对此有所认识并予以重视。有关人员应当能够及时识别并在一定程度上处理这类问题, 并在需要时及时将病人转诊至相关专科人员处理, 以争取最佳的治疗效果。

参 考 文 献

- 1 Folmer RL, Shi YB. SSRI use by tinnitus patients: interactions between depression and tinnitus severity. *Ear Nose Throat J*, 2004, 83 (2): 107-108.
- 2 Folmer RL, Griest SE. Tinnitus and insomnia. *Am J Otolaryngol*, 2000, 21 (5): 287-293.
- 3 Folmer RL, Griest SE, Meikle MB, et al. Tinnitus severity, loudness and depression. *Otolaryngol Head Neck Surgery*, 1999, 121 (1): 48-51.

- 4 Hiller W, Goebel G, Svitak M, et al. Association between tinnitus and the diagnostic concept of somatoform disorders. [C]// Hazell JWP. Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar, The Tinnitus and Hyperacusis Centre, Cambridge UK, September 5th-9th, 1999: 373-377.
- 5 Budd RJ, Pugh R. Tinnitus coping style and its relationship to tinnitus severity and emotional distress. *J Psychosom Res*, 1996, 41(4): 327-335.
- 6 Delb W, D'Amelio R, Schonecke OW, et al. Are there psychological or audiological parameters determining tinnitus impact? [C]// Hazell JWP. Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar, The Tinnitus and Hyperacusis Centre, Cambridge UK, September 5th-9th, 1999: 446-451.
- 7 Tyler RS, Baker LJ. Difficulties experienced by tinnitus sufferers. *J Speech Hear Disord*, 1983, 48(2): 150-154.
- 8 Jastreboff PJ. Phantom auditory perception (tinnitus): mechanisms of generation and perception. *Neurosci Res*, 1990; 8(4): 221-254.
- 9 Jastreboff PJ. The neurophysiological model of tinnitus and hyperacusis [C]// Hazell JWP. Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar, The Tinnitus and Hyperacusis Centre, Cambridge UK, September 5th-9th, 1999: 32-38.
- 10 Devinsky O, Morrell MJ, Vogt BA. Contributions of anterior cingulate cortex to behaviour. *Brain*, 1995, 118(Pt1): 279-306.
- 11 Arnold W, Bartenstein P, Oestreicher E, et al. Focal metabolic activation in the predominant left auditory cortex in patients suffering from tinnitus: a PET study with [¹⁸F] deoxyglucose. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*, 1996, 58(4): 195-199.
- 12 Lockwood AH, Salvi RJ, Coad ML, et al. The functional neuroanatomy of tinnitus: evidence for limbic system links and neural plasticity. *Neurology*, 1998, 50(1): 114-120.
- 13 Mirz F, Gjedde A, Ishizu K, et al. Cortical networks subserving the perception of tinnitus - a PET study. *Acta Otolaryngol*, 2000, Suppl 543: 241-243.
- 14 Mirz F, Pedersen CB, Ishizu K, et al. Positron emission tomography of cortical centers of tinnitus. *Hear Res*, 1999, 134(1-2): 133-144.
- 15 Mirz F, Gjedde A, Sockkilde-Jrgensen H, et al. Functional brain imaging of tinnitus-like perception induced by aversive auditory stimuli. *Neuroreport*, 2000, 11(3): 633-637.
- 16 Johnson RM, Brummett R, Schleuning A. Use of alprazolam for relief of tinnitus. A double-blind study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1993, 119(8): 842-845.

(收稿日期:2007-8-6)

2007 年第四届全国耳显微及耳神经外科高级研修班课程内容

中耳手术微创技术 专家论坛

鼓室成形术的进展及展望； 耳硬化症的手术治疗-镫骨手术
先天性耳畸形的手术治疗； 胆脂瘤型中耳炎的手术治疗
鼓室硬化的外科治疗； 粘连性中耳炎的手术治疗
听力重建术； 内镜在中耳手术中的应用
内镜下鼓室成形术、内镜下镫骨手术； 内镜下面神经减压术

神经耳科和侧颅底外科 专家论坛

侧颅底病变的外科治疗
听神经瘤的外科治疗； 听神经瘤手术中的面神经及听力保护
颈静脉球瘤的外科治疗； 面神经外科
眩晕病的外科治疗； 内镜在耳神经外科中的应用

听觉植入外科新技术 专家论坛

骨锚式助听器(BAHA)的临床应用
振动声桥的临床应用； 人工耳蜗植入手术进展
特殊病例人工耳蜗植入； 儿童人工耳蜗植入手术
人工耳蜗植入术前术后评估

聋病诊疗相关技术新进展 专家论坛

MPR 技术在颞骨 CT 中的应用； 颞骨三维重建技术
聋病基因诊断； 大前庭导水管的诊断和治疗
新生儿听力筛查及基因学研究进展； 临床听力学新进展

(会议具体通知见 238 页)