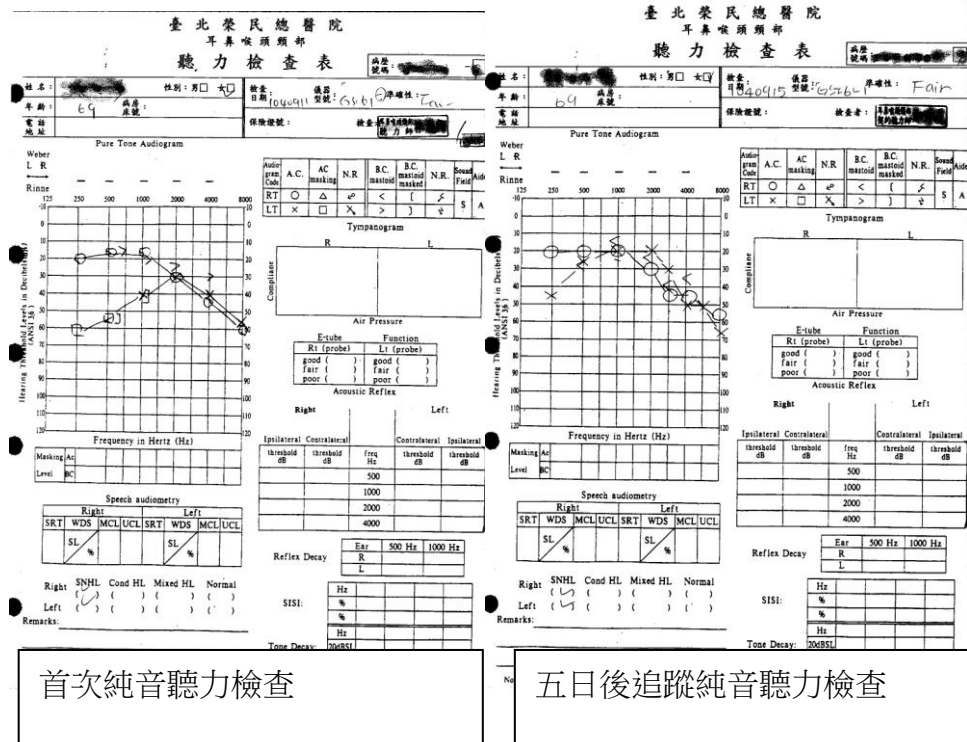


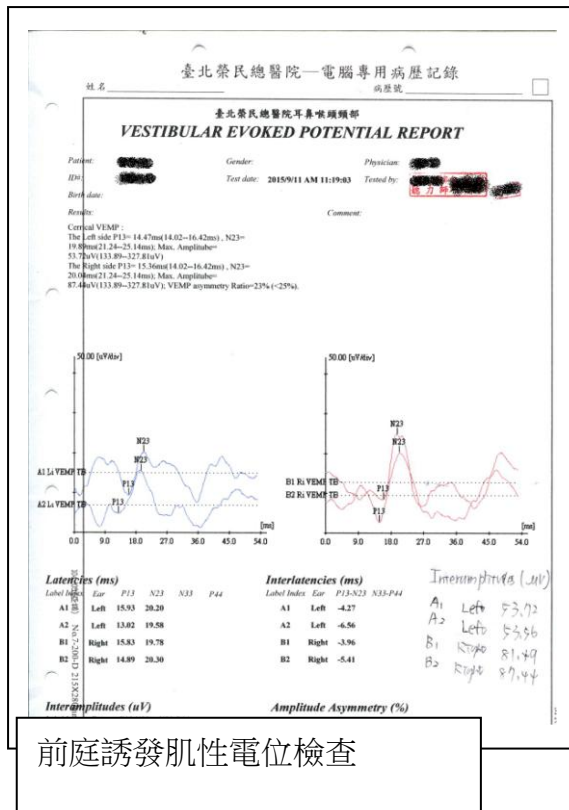
案例:

張女士，69歲女性，沒有慢性疾病接受藥物控制，於民國104年9月因暈眩及不平衡感至本院耳科求診，另外合併左側聽力受損的症狀，據病人主訴在求診前一周曾經有感冒症狀，門診理學檢查顯示兩側耳膜完整無破損，無明顯眼振，純音聽力檢查左側低頻聽損，且前庭誘發頸性肌性電位顯示左側前庭功能低下，懷疑迷路炎建議病人住院接受治療，但患者另有事由而未接受住院治療，故予以藥物治療並安排門診追蹤，後左側聽力稍有恢復，建議門診持續用藥追蹤，然而五日後門診追蹤記錄到左側低頻聽力再度受損，於是安排其入院接受治療。住院期間眼振電圖檢查顯示無單側水平半規管功能低下，綜合其前庭誘發頸性肌性電位反應低下，故應屬於單側下前庭神經功能異常，據以上病史推斷最後診斷應為左側迷路炎(聽力受損+下前庭神經功能低下)，另外需要跟梅尼爾氏症小心的鑑別診斷。

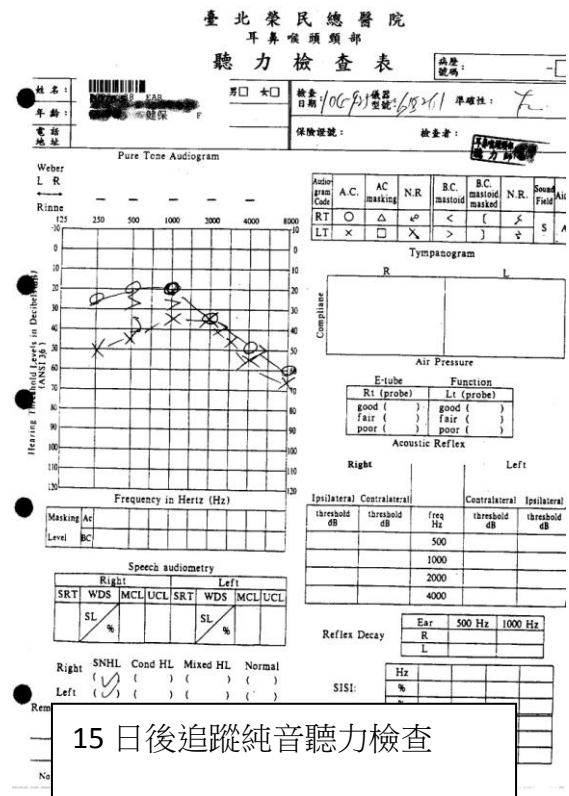


首次純音聽力檢查

五日後追蹤純音聽力檢查



前庭誘發肌性電位檢查



15 日後追蹤純音聽力檢查

討論:

迷路炎包含兩個部分，耳蝸炎(cochleitis)及前庭炎(vestibulitis)，常見的是病毒或細菌感染造成，單側較常發生，病患會有眩暈及患側突發性聽力受損現象(三天內患側聽力有連續三個頻率下降 30 分貝)。

理學檢查外耳道及耳膜應為正常，所有病患應該要接受純音聽力檢查(pure tone audiometry)及眼振電圖檢查(Electronystagmogram)，眼振電圖檢查可以評估預後，若有異常時，預後會較差；前庭誘發肌性電位檢查(VEMP; vestibular evoked myogenic potential testing)會呈現單側的反應喪失或低下。

前庭神經炎及迷路炎在臨床上很常被拿來比較，通常前庭神經炎的病人只會出現眩暈的症狀，例如噁心嘔吐或是一些不平衡天旋地轉的感覺；當迷路炎發生的時候，病人會感到頭暈以及患側的聽力下降。

另外，波動性的聽力受損合併眩暈發作，除了迷路炎之外也要小心地與梅尼爾氏症鑑別，一般梅尼爾氏症眩暈過後聽力經常是可以恢復的。

若是持續眩暈且無法恢復的聽力受損，還要懷疑是聽神經腫瘤(vestibular schwannoma)，需要安排進一步影像檢查，如腦部核磁共振或是電腦斷層。

治療上建議在症狀出現後盡早開始治療，初期使用類固醇可以漸少神經或中樞的發炎反應，亦有助控制聽損及減緩其他神經學的症狀；另外有研究顯示合併抗病毒藥物的使用(ex: valacyclovir or acyclovir)並無明顯治療上的效益。

編號 CCFEDADJ  
 文/整理 張妙旭醫師 指導 黃啟原醫師