

前，常有耳閉塞感、耳鳴或聽力損失等徵兆；發作時經常伴隨噁心、嘔吐、冒冷汗、臉色蒼白等不適感，有時會合併眼振。

耳鳴

通常在眩暈發作前會出現低頻、持續性的耳鳴。發作時，耳鳴加劇；發作過後，逐漸減輕或消失。如果歷經多次發作，耳鳴會一直存在。

感覺神經性聽力損失

早期以低頻聽力損失較為明顯，而且呈現波動性的聽力變化。在眩暈消失後的緩解期，聽力會隨之改善或恢復。隨著眩暈發作次數的增加，聽力損失將難以復原，接著連中頻和高頻聽力亦受波及，逐漸惡化成為永久性的聽力損失。患者有響音重振的現象，難以忍受高分貝的聲音。

耳閉塞感

可能為內耳內淋巴壓力升高所致。

醫學檢查項目

至今沒有任何一種檢查可以確定診斷梅尼爾氏症，臨床上採行的檢查項目如下：

純音聽力檢查

顯示感覺神經性聽力損失，應用低、中、高頻聽力損失呈現聽力升降變化的圖型。

言語聽力檢查

言語辨別分數低於50%，顯示言語辨別率下降。

音響衰退試驗

陽性，顯示有不正常的音量適應現象。

聲微增敏感指數檢查

陽性，顯示有響音重振的現象。

聽性腦幹反應聽力檢查

波形正常，以排除耳蝸後病變的可能性。

眼振圖檢查

跳視運動、注視性眼振檢查、追瞄運動和視運動性眼振檢查。

甘油試驗

用於疑似梅尼爾氏症內淋巴水腫的確定診斷。

耳蝸電位圖

顯示加重電位與動作電位振幅的比值。

前庭誘發肌性電位

研究指出，54%的梅尼爾氏症沒有前庭誘發肌性電位的反應。

藥物與手術治療

梅尼爾氏症可以利用多種方法和藥物來加以控制或解決：

藥物治療

可分為預防性藥物（利尿劑、血管擴張劑）及眩暈急性發作時的控制藥物。急性發作時，使用抗暈藥及鎮定劑，可使眩暈及嘔吐獲得控制。若需長時間服藥，往往是為了預防眩暈反覆發作。所用藥物包括：

- 1.限鹽及利尿劑：用以預防眩暈發作。利尿劑中的chlorothiazide，預防眩暈反覆發作最為有效，但須持續用藥4個月才能見效。
- 2.血管擴張劑：預防眩暈之用。醫學文獻指出，Betahistine可有效預防梅尼爾氏症的眩暈發作，一般建議持續服藥3個月。

3. 抗暈藥：當眩暈發作時，使用預防性藥物已緩不濟急，要改用抗組織胺（Meclizine、Cinnarizine）或Valium之類的輕微鎮定劑。
4. 抗焦慮藥、抗憂鬱藥及安眠藥：眩暈病患多數併有焦慮、憂鬱及失眠，適當控制這方面的症狀，有助改善眩暈。

外科手術

病人若能獲得適當的藥物治療，大約90%可使眩暈得到良好控制，只有少數對藥物無效的病人，才需要考慮手術。手術方法有下列3種：

1. 內淋巴囊手術（保守性手術）：可使內淋巴水腫減壓。
2. 內耳全切除術（破壞性手術）：眩暈控制率可達93%（5年內），唯因手術會使患側耳朵的聽力完全喪失，故對於雙側性梅尼爾氏症患者要詳加評估。
3. 前庭神經切除術（破壞性手術）：眩暈控制率與內耳全切除術相同，可達93-95%（5年內）。其優點是不破壞耳蝸聽力，唯手術須進入顱腔腦膜內進行，困難度與危險度均較高。

化學性內耳切除術（中耳Gentamicin注射）

此法用於患者對保守藥物治療無效時，其眩暈控制率等同內耳全切除術及前庭神經切除術，可達90%以上。

生活及飲食須知

飲食原則

咖啡、濃茶、菸、酒、巧克力及太鹹的食物均須盡量避免。飲食控制的目的主要在維持身體內血液及體液的穩定容量，避免因為體液量波動而影響內耳淋巴液水腫，加重內耳不平衡。

生活原則

宜避免工作壓力及睡眠不足。根據臨床經驗，眩暈病患有極高比例合併睡眠障礙，故治療眩暈的同時，常常也要處理病患失眠的問題。

梅尼爾氏症採用各種治療方法的目標，主要在於控制眩暈症狀，對於耳鳴及聽力障礙則治療效果不彰。就內科藥物及外科手術治療評估，控制率約在60-80%間，由於患者生活及飲食的配合度，也會影響治療效果，所以病人必須與醫師、藥師及其他醫療專業人員合作，方能提高控制率，改善生活品質。🕒