

## · 耳鸣专辑 ·

## 临床耳鸣治疗中咨询问题和模式的建立

黄治物 常 伟 李 骏

武汉大学人民医院耳鼻喉-头颈外科(武汉 430060)

**【摘要】** 耳鸣是一种极为常见的症状,其病因和影响因素复杂多样,人群中耳鸣的患病率高达 10-15%,而其中 80%的人可不需要进行临床上的治疗或干预,但患者对耳鸣的容忍性却与患者的心理状态和社会方面的因素密切相关。有效的咨询又可使很多患者的耳鸣症状得到缓解,因此,系统全面的耳鸣咨询被认为是耳鸣治疗和康复中极其重要且不可缺少的组成部分,当然,咨询的方式在临床医生之间由于医生的治疗方案的选择和理念等不同而差异很大。为此,本文从耳鸣咨询的目的和作用、内容、方法和手段以及注意事项等方面进行阐述,最后就建立临床耳鸣咨询的模式提出一套方案。

**【关键词】** 咨询; 耳鸣; 治疗

**【中图分类号】** R764.45, R395.3

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1672-2922(2007)03-0233-06

## The model for counseling tinnitus patients during clinical management of tinnitus

HUANG Zhi-wu, CHANG Wei, LI Jun

Department of Otolaryngology-Head & Neck Surgery, Renming Hospital of Wuhan University,  
Wuhan 430060, People's Republic of China

**【Abstract】** Tinnitus is an internally generated neural signal that is perceived as sound. Fortunately, of the approximately 10% to 15% of the population who experience tinnitus, about 80% do not require clinical intervention. The intolerance caused by tinnitus is enhanced by psychological and social aspects. For every type of tinnitus treatment, counseling plays an important role. Some methods used counseling only, while others combine counseling with a different modality of treatment, especially for tinnitus retraining therapy (TRT) and tinnitus masking. Regardless of the treatment form, certain counseling topics would be considered universal for tinnitus patients. The type of counseling will vary greatly between clinicians, depending on their treatment approach and level of expertise. This article propose a basic model for efficiently counseling tinnitus patients, especially most individuals who experience tinnitus do not require intervention, and two type of tinnitus counseling, which are the generic counseling for tinnitus and individualized counseling for tinnitus management, are presented. Finally, we suggest that audiologists should generally possess good counseling skills, which are essential form of tinnitus management.

**【Key words】** Counseling; Tinnitus; Treatment

耳鸣是一种极为常见的症状,其病因和影响因素复杂多样,发生机理至今仍不清楚,一直是临床诊治的难题。但是,近些年研究者们关注到耳鸣患者心理状态与耳鸣程度的密切关系,认为患者的心理因素是决定耳鸣患者临床症状及其严重性的重要因素,同时心理状态对治疗效果也起着重要的作用<sup>[1-4]</sup>。临床资料表明,决定耳鸣对病人日常生活

的影响,病人是否求医的因素并不单单是耳鸣症状本身,病人对耳鸣的正确认识与否,耳鸣是否给病人带来不良感受等问题可能在决定耳鸣的严重程度上比耳鸣症状本身起的作用更大<sup>[5]</sup>。因此,耳鸣咨询在引导患者对耳鸣的正确认识和减轻耳鸣带来的不良感受方面可起到良好效果,即有效的咨询可使很多患者的耳鸣症状得到缓解或消失,而负面咨询可能加重患者的心理障碍而使患者耳鸣症状加重<sup>[1,3,6]</sup>。因此,系统全面的耳鸣咨询被认为是耳鸣治疗和康复中极其重要且不可缺少的组成部分,耳鸣治疗中也应该越来越重视耳鸣咨询的工作。

作者简介:黄治物,男,教授。从事听力学临床和科研工作。

Email: huangzw086@hotmail.com

## 1 耳鸣咨询的目的和作用<sup>[1, 7-8]</sup>

咨询的目的是使患者了解耳鸣的病因, 发病机理和主要治疗方法, 针对具体病情进行分析, 讲明过分忧虑不利于其耳鸣症状缓解, 解除患者对耳鸣的不良看法, 消除患者的心理障碍 (过分忧虑和恐惧等), 将耳鸣与心理障碍的恶性循环链切断。减轻、防止和避免由于医生等的解释处理不慎而带给患者不必要的心理障碍的负面影响。

咨询的作用在于使患者对耳鸣这一症状有正确认识, 意识到此病有希望好转 (缓解) 或治疗, 而不是不治之症, 稳定情绪, 面对现实, 使紧张情绪得以松弛和缓解, 减轻患者的心理障碍和压力, 树立战胜耳鸣的信心, 从而积极与医师配合, 为进一步治疗奠定基础, 为治疗方式选择提供依据, 以期早日康复或适应——做到“来时忧愁烦恼, 去时如释重负”。

## 2 耳鸣的咨询内容

在实施正式咨询前要明确诊断, 排除一切属于耳鼻喉科等的疾患, 完成前期的准备工作 (详见下文中的咨询模式)。

咨询内容形式上包括解析咨询和心理咨询, 耳科医生主要以解析咨询为主, 辅以对轻度心理障碍患者进行相应的心理咨询。而更深层的专业心理咨询, 尤其是心理治疗则是对慢性、严重的心理障碍的矫治, 主要由专业心理学者实施。咨询的时段上包括治疗前和治疗后的咨询, 一般主要以治疗前咨询为主。

### 2.1 传授耳鸣知识和解释耳鸣的发病机制

从解开患者心中的疑团入手, 简明扼要地向患者传授相关的听觉病理生理及耳鸣知识, 在此基础上根据其具体病情及检查结果, 就患者的耳鸣症状向患者给出初步的诊断性意见。

向患者阐述针对其耳鸣特征的个体化的耳鸣病理生理机制 (事先应准备几套合理的阐述方案), 指出患者可能产生耳鸣的原因或回答为什么他 (她) 会出现耳鸣等问题, 重要的是为患者耳鸣症状提供其认为合乎逻辑并令其信服的解释。

### 2.2 医患之间的沟通

听取患者对耳鸣的看法, 正确引导其对耳鸣的理解, 向患者了解使其耳鸣加重和减轻的因素。排除其他医生或朋友传达给患者“没有办法”、“不

好治”、“不治之症”等这种负面意见, 纠正病人一些不健康的观点等。

### 2.3 干预或治疗手段的选择及其预后、效果

解释目前对耳鸣的认识, 耳鸣治疗措施的现状及进展, 使耳鸣患者确信其耳鸣并不意味着存在什么严重的疾病, 解释影响耳鸣程度的各种因素及缓解耳鸣的可能性。针对拟采用的治疗手段, 阐述该治疗手段对治疗和缓解患者的耳鸣是特别有针对性的, 并告知患者治疗的机制和依据。

对预后的分析, 包括告知其大部分患者耳鸣症状转归良好, 一般不会造成严重后果。使患者进一步放心, 不再把耳鸣当成沉重的包袱忧心忡忡, 或惶惶不可终日。建立起良性心理效应, 再无后顾之忧, 轻松地接受治疗。

最后, 告知患者应学会如何在治疗过程中暂时与耳鸣“共处”, 使患者认可这种症状固然讨厌, 不妨随它去吧, 反正不危及生命, 不碍大事, 因而不值得去为它烦恼或焦虑, 采取对耳鸣随遇而安的思想与态度。同时明确告知患者治疗效果的显现需要时间和耐心, 正所谓“病去如抽丝”。

此外, 必要时向家属询问病史和发挥家属的作用, 做一些咨询工作。

## 3 耳鸣咨询的方法和手段

考虑到国内医生和专家门诊时间有限, 我们将咨询分为共性化咨询和个性化咨询两个阶段——共性化咨询指让患者了解耳鸣相关的科普知识, 解答耳鸣患者普遍关心和遇到的共性问题; 个性化咨询是指针对患者个体化耳鸣特征、患者个性化心理特征等方面的咨询——并提出以下建议: 共性化咨询部分可事先将听觉和耳鸣相关的知识以及耳鸣患者共性化的问题制作成图文并茂的幻灯、文字材料或音像资料, 让有条件的患者先期预习, 或者安排一名训练有素的助手给患者讲解 (有条件的单位可组成二人以上的耳鸣治疗小组, 安排一名低年资医生或护士作为治疗助手)。当然, 也可采取咨询课堂和学习班的形式进行<sup>[9]</sup>。个性化咨询则以接诊医生和患者面对面的交流为主要咨询方式。

## 4 耳鸣咨询的注意事项

4.1 建立几套适用于几种典型的耳鸣人群的解释方案 接诊医生应该建立几套适用于几种典型的耳鸣人群的耳鸣发病机制、治疗方案的选择、效果及

预后等方面的合乎逻辑的令患者信服的解释方案, 这样可获得病人的好感和权威感, 从而使病人对治疗、干预和康复增加信心。

#### 4.2 避免负面咨询

临床上常见到由于首诊医生言语不慎而给患者带来不利的心理影响, 使患者丧失对耳鸣可治疗和耳鸣症状可改善的信心, 甚至加重患者的心理障碍而使患者耳鸣症状加重。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, 如“你得的是神经性耳鸣, 绝症, 没有什么治疗办法”; “只能吃点药或用这个办法试试看吧”等等。

#### 4.3 心理学或耳鸣严重程度量化评估的重要性<sup>[4, 8]</sup>

心理学评估不仅可以帮助医生了解患者的心理状况, 也可以为制定治疗计划提供有用的指导和依据。对耳鸣严重程度的量化评估在首诊时就应当进行, 以留下患者病情的基准值, 供日后对患者病情发展以及治疗效果进行评估所用。当治疗有所进展时, 能够向患者展示体现相对于其病情基准值有所改善的量化指标, 往往能够激发患者的积极态度, 增强其对症状改善的信心, 对患者的心理过程产生积极影响。

#### 4.4 重视患者的首诊<sup>[8]</sup>

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、评价和结论高度重视。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, 希望医生能够对其病症提出明确的治疗方案, 尤其希望医生给出明确的预后。接诊医师必须充分认识到患者的这些心理特点。有鉴于首诊在耳鸣患者病程中的重要性, 医务人员应十分重视首诊的机会, 充分利用这一机会对患者施加积极的心理影响, 减轻、防止和避免由于医者不慎而带给患者不必要的心理障碍。

#### 4.5 患者对医生的印象<sup>[1]</sup>

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方案的程度, 也影响到患者对自身疾病预后的信心。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。

### 5 耳鸣咨询模式

耳鸣咨询的内容很多、很广, 此外, 针对不同性质和类型的耳鸣, 应该采取不同的、相对个性化的咨询。因此, 在国内的耳鸣门诊中医生难以有很多时间用于咨询的情况下, 就需要有一个合理化的耳鸣咨询模式。我们在临床实践中总结建立了如下耳鸣咨询模式, 不妥之处望大家批评指正。

#### 5.1 前期工作<sup>[2, 4, 10]</sup>

5.1.1 询问病史 (病史采集, 制作耳鸣问诊表, 详见参考文献 [4])

5.1.2 临床检查 (针对耳鸣患者个体所必要的检查)

5.1.3 耳鸣主观评估及心理学评价: 对患者作相应的心理学评价, 以及对耳鸣患者的性格、心理障碍进行了解、分级。同时应进行耳鸣的主观评估 (心理问卷或耳鸣严重程度的评估表见参考文献 [4])。

5.1.4 临床耳鸣分类与鉴别诊断

5.1.5 给病人提供和完成个性化咨询 (提供听觉系统及耳鸣相关科普知识的幻灯、图片及文字材料或音像资料等)。

#### 5.2 咨询程序

对耳鸣病例首先要排除是否存在导致耳鸣的具体疾病和了解具体病因, 在此之后对耳鸣病人的病情通报和咨询就成为医生对患者施加心理影响的重要时机。

医生应当首先根据已经掌握的临床资料, 将就诊的耳鸣患者作一个大致的分类, 针对不同类型的耳鸣患者进行个体化咨询。

##### 5.2.1 对耳鸣患者进行分类

耳鸣患者从耳鸣首次出现后发展到长期慢性耳鸣要经历以下几个时期和状态: 急性期 (惧怕、困惑和烦躁状态) 和慢性期 (基本适应、难以适应和无法适应的长期严重性耳鸣状态), 每个时期耳鸣患者有着一些共同的心理特点, 存在着共同的问题, 咨询时可依据患者所处的不同时期进行大致分类, 不同时期和阶段的患者应该采取不同的针对性咨询方案。

###### 5.2.1.1 急性期<sup>[3]</sup>

患者对耳鸣出现的第一反应类似于对其他躯体症状 (如疼痛、瘙痒、麻木、眩晕、运动障碍等等) 出现的反应: 一般会首先采取静待观察的态度, 但当发现耳鸣症状反复出现且持续时间不断延



长或不消失, 感觉响度变大时, 就会出现担心甚至产生恐惧感的反应, 继而产生对耳鸣症状出现的不理解, 这一阶段患者多表现为焦虑状态。多数患者会自行寻找能够解释其症状出现的原因 (即诱因), 如饮食、活动规律的改变、用药及有无其他业已存在的疾患等。当患者自己找不到可以接受的解释时, 其上述心理反应会随之加重, 这时就进入了困惑和出现烦躁情绪的阶段, 从而促使其转向医务人员寻求答案和帮助。所以, 临床上常遇到耳鸣患者伴有其他躯体症状。

这种急性期心理反应有可能强化患者对其症状的感受。在敏感或有躯体精神障碍或强迫症倾向的患者, 上述心理反应可以使患者“监视”其耳鸣症状, 导致增强的耳鸣感受, 甚至引发其他躯体症状体验 (如耳朵麻木、头部沉重, 甚至耳痛、头痛等)。

针对耳鸣的急性期患者, 其初次就诊的咨询和处理就显得极为重要, 这对患者以后的心理反应和心理感受有着重要的影响。有资料表明, 早期的心理咨询干预可大大阻止敏感性心理障碍者发展为慢性耳鸣<sup>[11]</sup>。

因此, 在临床工作中应该研究这一时期患者的心理反应和心理感受的共性, 找出适用于这一时期患者的有效的咨询模式和治疗干预措施。

耳鸣患者在突发耳鸣症状及所伴随的突发听力损失, 到最终接受自己患有耳鸣这一事实的心理过程 (即在精神、心理感觉上恢复或基本恢复正常) 一般为 6 个月。这期间一方面去寻求治疗, 一方面自己会力求达到心理上的基本平衡, 并努力去适应耳鸣。

这一时期一部分患者可能经过合理的咨询和有效的治疗后, 耳鸣症状消失, 一部分患者耳鸣得到明显控制, 而有一部分患者无法适应, 甚至感到症状加重, 对患者的生活影响加大, 呈现较严重的心理障碍。如时间超过半年, 则由急性期进入慢性期, 意味着患者的耳鸣将是慢性的、长期存在的。

#### 5.2.1.2 慢性期<sup>[3]</sup>

耳鸣症状持续 6 个月以上而仍然不能摆脱不适应的心理感受, 认为耳鸣已成为顽固疾患者, 则耳鸣进入慢性期。患者已处于极度的焦虑状态和积极要求治疗, 但对于治疗多数是抱着试试看的态度。此时, 咨询的重点应该放在如何帮助患者接受耳鸣和减轻由它引起的烦恼, 劝阻其停止寻找不切实际

的耳鸣特效疗法。

若耳鸣持续二年以上经反复求治而得不到控制, 则将使患者遭受长期的痛苦和折磨, 其结果往往是由于无望而陷于一种慢性精神抑郁状态。常会导致患者 (a) 过分忧虑, (b) 烦躁及情绪波动, (c) 睡眠障碍, (d) 个性改变, (e) 抑郁状态。这种情况被认为属于长期严重性的耳鸣。这些患者对耳鸣的治疗多数是抱着绝望的态度, 但出于报着一线希望或寻求心理上的平衡而求助于医生。这时如果引入耳鸣干预和控制、康复和保健的概念则更符合患者的心理状态, 容易被患者接受<sup>[2]</sup>。

如果患者生活中存在其他影响其心理状态的应激因素 (如家庭生活危机、丧失亲友、失业、工作压力、更年期综合征等), 其所引起的心理效应可以与耳鸣所致的心理反应相互作用, 使得正确分析、有效咨询和干预治疗变得更为复杂。

对许多耳鸣患者来说, 耳鸣是其很多心理障碍的一种不良刺激或一种激惹剂, 成为它们的导火线或替罪羊<sup>[12]</sup>。患者常将生活中很多不顺心的事或心理障碍 (如慢性睡眠障碍、注意力不集中、精神萎靡不振等等) 都归因于耳鸣的存在, 患者通常的看法是如果没有这讨厌的耳鸣, 我的生活该会多美好! 这种想法会加重患者对耳鸣的憎恨感, 进而常常导致其心情更烦躁, 咨询时应该纠正患者这种不正确的认识。

#### 5.2.1.3 特殊性格患者<sup>[8, 13]</sup>

临床观察表明, 不同患者对响度与主调类似的耳鸣, 可显示出差别很大的心理反应, 这一位患者感到无所谓, 另一位患者则感到烦扰得难受, 这在很大程度上取决于患者的性格特征<sup>[13]</sup>。

从心理学的角度可将耳鸣患者分为三类: 抑郁性反应; 癯症样变态性格反应; 类精神分裂性质的变态性格反应。前两类属神经官能症范围, 第三类耳鸣病人均为严重心烦意乱者, 其性格特征属边缘性格。

第一类患者可以通过咨询在很大程度上获益。对第二、第三类患者在咨询处理时要慎重, 临床上对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, 而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。

#### 5.2.2 传授相关的耳鸣知识

耳鸣患者对耳鸣的担心与惧怕多来自对耳鸣症

状缺少了解,对耳鸣的预后不明确,以及对耳鸣能否好转缺乏信心。

与耳鸣相关的知识包括:听觉系统的解剖,耳鸣可能发生的病理生理机制,流行病学调查结果,治疗措施,耳鸣研究现状及进展等科普知识。可采用图文并茂的幻灯、文字材料或音像资料等方式进行,目的是让耳鸣患者较全面地了解有关耳鸣的医学常识,为下一步个性化咨询打下基础。

### 5.2.3 对耳鸣患者进行个性化的针对性解释

医生应当依据已经掌握的临床资料,结合具体患者对有关耳鸣的知识可能接受和理解的程度,尽可能详尽地向患者解释其个性化的耳鸣产生机制,对其耳鸣症状给予合乎逻辑并令其信服的解释,这是极其重要的。

### 5.2.4 医患沟通<sup>[1, 6, 8, 14]</sup>

当病人饱受耳鸣特别是令人心烦的持续性耳鸣之苦时,很多病人都陷于痛苦和茫然失措之中。尽管他们情绪反应千差万别,然而,有个共同的疑团在困扰,即耳鸣究竟是怎么回事,是否预示着什么灾难性的后果?继之而来的则可能产生不安、忧虑、焦躁、易怒、抑郁甚或恐惧等一系列心理障碍,有很多疑问和顾虑等要求医生给予解答,这时医生和患者应该就患者的耳鸣进行深入的、开放式的、坦率的、平等的交谈,医患沟通显得尤其重要。医生对患者所陈述的症状应当认真倾听,并鼓励患者将其与耳鸣有关的症状和不适尽可能地表达出来。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,则越有助于避免其产生不良的心理反应并积极配合治疗。

### 5.2.5 指导患者建立积极、良好的生活习惯。

对耳鸣的临床研究越来越多地注重其对病人心理/精神的影响,对耳鸣的治疗也越来越地强调在努力减轻耳鸣症状的同时,指出和矫治病人的不良的心理反应及其伴随症状。

着重向患者指明和纠正其对自身以及周围客观事物的不正确认识,包括患者对耳鸣及其影响的消极或不正确的认识,指出患者日常生活中不利于缓解耳鸣的不良习惯等。

例如,告知诸如噪声性、老年性或药物性等因数诱发产生的患者(1)患者耳鸣出现的必然性,是正常现象,以及某种情况下可告知患者耳鸣的出现恰恰证明患者的听觉中枢在正常工作(是听觉监

控系统在正常工作的反应)等等;(2)告知患者耳鸣的发病率,说明生活中有耳鸣发生(如65岁以上的老年人、高频听力下降、突发性聋等)是正常的必然规律,同时也有很多人和他们一样受耳鸣的困扰;(3)耳鸣与其他相关症状及心理反应的关系:耳鸣对人的精神心理具有明显的影响,相反人的精神心理状态同样对耳鸣具有影响<sup>[13]</sup>;(4)记忆和注意力的问题——合理安排、忙碌起来,最大的敌人是有过多的时间去分析耳鸣的相关问题,这样会导致对耳鸣的强化记忆;而分散对耳鸣的注意力,有利于患者对耳鸣的心理适应。

对耳鸣患者的心理咨询还应当包括对患者的生活方式给予积极性、建设性的指导:包括增加身体锻炼,积极参加社会活动和其他有益的文化、娱乐活动,改变不良的饮食、睡眠或其他生活习惯等。

有研究提示生活方式和习惯的优化不仅可以给耳鸣患者带来生活质量的改善,而且有可能对耳鸣的病理生理过程(脑内神经活动)产生有利的影响<sup>[15]</sup>。

### 5.2.6 治疗方案的选择、解释及预后<sup>[2, 16, 17]</sup>

临床心理学统计表明,除患者对医生的信任程度影响其执行医嘱的程度之外,患者对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<sup>[1]</sup>。

因此,医生应当为患者制定明确、具体的治疗措施,还应当结合上述耳鸣科普知识,解释实施这些治疗措施的理由。现有的治疗措施有耳鸣习服疗法,耳鸣的掩蔽疗法,中药治疗,各种物理疗法,药物疗法,高压氧,气功或松弛疗法,针灸等。

此外,耳鸣治疗中医生要充分意识到暗示的作用(当然它有一定的限度),并合理地把握和应用暗示的语言去诱导患者适应耳鸣。

对预后方面的情况,注意询问和了解患者的期望值和患者可接受的最终治疗结果很重要,帮助患者建立合理的期望值。最后,根据患者耳鸣情况明确告知缓解耳鸣症状及治愈的可能性。

总之,对接触耳鸣患者的耳科工作者来说,最为重要的是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,并在必要时将患者转至有关专业人员处接受心理咨询和治疗。

## 参 考 文 献

- 1 Degive C, Kos MI. Joint medico- psychological consultation for patients suffering from tinnitus. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*, 2006, 68(1): 38- 41; discussion 41- 42.
- 2 黄治物. 耳鸣诊断治疗现状及思考. *中国医学文摘——耳鼻咽喉科学*, 2007, 22(2): 92- 93.
- 3 石勇兵. 耳鸣的心理学问题 [M] //王洪田. 耳鸣诊治新进展. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 126- 146.
- 4 黄治物, 常伟. 耳鸣的治疗及控制策略 [M] //王洪田. 耳鸣诊治新进展. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 187- 209.
- 5 Hiller W, Goebel G. Factors influencing tinnitus loudness and annoyance. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006, 132 (12):1323- 1330.
- 6 Budd RJ, Pugh R. Tinnitus coping style and its relationship to tinnitus severity and emotional distress. *J Psychosom Res*, 1996, 41(4): 327- 335.
- 7 胡奇. 耳鸣. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1993: 194- 198.
- 8 石勇兵. 耳鸣的心理学咨询与治疗 [M] //王洪田. 耳鸣诊治新进展. 北京: 人民卫生出版社, 2004, 210- 222.
- 9 Wise K, Rief W, Goebel G. Meeting the expectations of chronic tinnitus patients: comparison of a structured group therapy program for tinnitus management with a problem- solving group. *J Psychosom Res*, 1998, 44(6): 681- 685.
- 10 Handscomb L. Analysis of responses to individual items on the tinnitus handicap inventory according to severity of tinnitus handicap. *Am J Audiol*, 2006, 15(2): 102- 107.
- 11 Langenbach M, Olderog M, Michel O, et al. Psychosocial and personality predictors of tinnitus- related distress. *Gen Hosp Psychiatry*, 2005, 27(1): 73- 77.
- 12 Folmer RL, Griest SE, Martin WH. Chronic tinnitus as phantom auditory pain. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001, 124(4): 394- 400.
- 13 Züger S, Svedlund J, Holgers KM. Relationship between tinnitus severity and psychiatric disorders. *Psychosomatics*, 2006, 47 (4): 282- 288.
- 14 Mason JD, Rogerson DR, Butler JD. Client centred hypnotherapy in the management of tinnitus— is it better than counselling? *J Laryngol Otol*, 1996, 110(2): 117- 120.
- 15 Hegel MT, Martin JB. Behavioral treatment of pulsatile tinnitus and headache following traumatic head injury. Objective polygraphic assessment of change. *Behav Modif*, 1998, 22(4): 563- 572.
- 16 黄治物, 常伟, 陈桂芳. 耳鸣掩蔽疗法. *听力学及言语疾病杂志*, 2004, 12(6): 376- 378.
- 17 Jastreboff PJ, Jastreboff MM. Tinnitus retraining therapy: a different view on tinnitus. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*, 2006, 68 (1): 23- 9; discussion 29- 30.

(收稿日期: 2007- 8- 14)

## 第四届全国耳显微及耳神经外科高级研修班(2007 年)

国家级继续教育项目耳显微及耳神经外科高级研修班将于 2007 年 11 月上旬在广州举行, 由解放军总医院、华中科技大学附属协和医院、上海交通大学附属新华医院、第四军医大学西京医院、山东省立医院、中山大学附属二院联合主办, 由中山大学附属二院承办, 学习期满授予国家级继续教育学分 20 分。

一. 培训内容: 本次高级研修班的内容涵盖了耳显微外科、耳神经外科和侧颅底外科的理论和实践, 邀请了国内外活跃在耳显微、耳神经外科和侧颅底外科领域的专家学者授课, 授课内容图文并茂、手术录像及手术现场观摩交相辉映, 能够使学员在短时间内对耳显微、耳神经外科和侧颅底外科最新的进展与动态有一个全方位的了解和认识。全国耳显微及耳神经外科高级研修班已经举办三次, 共有 200 多名来自全国的学员参加研讨, 收到很好的效果, 对本学科的发展起到积极的推动作用。本次研修班由杨伟炎、韩东一、孔维佳、吴皓、王海波、邱建华、郑亿庆等教授联合主讲, 还邀请国内多位知名耳科专家教授做专题讲座, 开设专家论坛, 使您有机会聆听本领域知名专家之间的现场精彩对话和研讨。

二. 日程安排: 2007 年 11 月 2 日全天报到, 上课时间 11 月 3 日- 7 日, 8 日撤离。

三. 会议地点: 广州市沿江西路 107 号, 中山大学附属二院岭南楼 26 楼海珠厅

四. 会议注册费 (含资料费): 1000 元。代表的食宿由会议统一安排, 并按会议统一包租 (广州爱群大厦), 费用自理, 回单位报销。

五. 联系方式:

联系人: 解放军总医院耳研所 胡吟燕

地 址: 北京市复兴路 28 号 (100853), TEL:010- 66936752

中山大学附属二院 杨金珊 (020- 81332115)、陈穗俊 (13609757219)

地 址: 广州市沿江西路 107 号, 中山大学附属二院耳鼻咽喉科

(具体课程内容见 232 页)