

突发性聋诊断和治疗指南(2015)

中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会

急性特发性感音神经性听力损失,也称突发性聋或特发性突聋,为了规范名称,避免混淆,本指南统一命名为突发性聋(简称突聋)。1997 年中华医学会耳鼻咽喉科学分会和中华耳鼻咽喉科杂志编辑委员会组织制定了《突发性聋诊断依据和疗效分级》^[1],2006 年中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会和中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会修订并刊出了《突发性聋诊断和治疗指南》^[2]。既往国内虽然有很多突发性聋临床研究,但多为回顾性分析,指南的制订缺乏强有力的循证医学数据支持^[3-5]。2007 年启动的中国突发性聋多中心临床研究提供了大量随机、对照的研究数据^[6],我们在此基础上参考德国和美国新版突发性聋诊疗指南及最新研究进展^[7-9],对我国 2006 版突发性聋诊疗指南进行了再次修订。

注:目前约 90% 的突发性聋病因不明,因此治疗上缺乏针对性。由于缺少高质量的临床研究和循证医学证据,文献报告的各种突聋治疗方法及疗效常有很大争议。截至 2014 年,国际上只有 16 项设有未治疗或安慰剂治疗组的前瞻性、随机、双盲研究^[10-25];较高质量的前瞻性随机研究只有 30 余项,其中部分为双盲对照研究,采用单一或联合治疗方案进行对照;还有 3 项前瞻性对照研究,但未采用随机方案;而其他研究,包括自愈率研究都未设立对照组或仅为回顾性分析,属于低质量证据。即使是上述少数几个前瞻性对照研究也未得出统一结论^[8]。基于上述原因,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会和中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会联合组织了全国突发性聋多中心前瞻性随机临床研究,共收集病例 1 024 例,根据不同的听力曲线进行分型,并比较了不同分型以及不同治疗方案的疗效,获得了大量有意义的数据和结果。尽管美国和德国的突发性聋诊疗指南都很强调循证医学证据,但在很多问题上仍存在较大分歧,其中主要原因与各国不同的医疗模式、保险机制以及临床经验等有关。我们应从中借鉴好的经验,但不盲从,根据我国多中心研究结果,结合实际国情,重新修订 2006 版突发性聋诊疗指南,规范国内突聋的诊治。

定 义

72 h 内突然发生的、原因不明的感音神经性听力损失,至少在相邻的两个频率听力下降 ≥ 20 dBHL。

注:原因不明是指还未查明原因,一旦查明原因,就不再诊断为突发性聋,此时突发性聋只是疾病的一个症状。

分 型

突发性聋根据听力损失累及的频率和程度,建议分为:高频下降型、低频下降型、平坦下降型和全聋型(含极重度聋)。

1. 低频下降型:1 000 Hz(含)以下频率听力下降,至少 250、500 Hz 处听力损失 ≥ 20 dBHL。

2. 高频下降型:2 000 Hz(含)以上频率听力下降,至少 4 000、8 000 Hz 处听力损失 ≥ 20 dBHL。

3. 平坦下降型:所有频率听力均下降,250 ~ 8 000 Hz(250、500、1 000、2 000、3 000、4 000、8 000 Hz)平均听阈 ≤ 80 dBHL。

4. 全聋型:所有频率听力均下降,250 ~ 8 000 Hz(250、500、1 000、2 000、3 000、4 000、8 000 Hz)平均听阈 ≥ 81 dBHL。

注:中频下降型突发性聋(听力曲线 1 000 Hz 处有切迹)我国罕见,可能为骨螺旋板局部供血障碍造成 Corti 器缺氧损伤所致,多与遗传因素相关,目前暂不单独分型(可纳入低频下降型)。

流行病学

我国突聋发病率近年有上升趋势,但目前尚缺乏大样本流行病学数据。美国突聋发病率为 5 ~ 20 人/10 万,每年新发约 4 000 ~ 25 000 例^[26-27]。日本突聋发病率为 3.9 人/10 万(1972 年)、14.2 人/10 万(1987 年)、19.4 人/10 万(1993 年)、27.5 人/10 万(2001 年),呈逐年上升趋势^[28]。2004 年德国突聋指南报告中发病率为 20 人/10 万,2011 年新指南中增加到每年 160 ~ 400 人/10 万^[7-8]。

德国突聋患者高发年龄为 50 岁,男女比例基本
