



· 国际之窗 ·

2019 年美国突发性聋临床实践指南(更新版)

钟萍¹ 卢兢哲¹ 编译 郑芸¹ 刘蓬^{1,2} 审校/ 1 四川大学华西医院耳鼻咽喉—头颈外科听力中心, 听力与言语康复系, 听觉言语科学实验室(成都 610041); 2 广州中医药大学第一附属医院耳鼻喉科

DOI:

突发性聋(sudden hearing loss, SHL)是一种容易引起患者恐慌并紧急求医的疾病,患者常伴有耳鸣和/或眩晕,患病率为 5~27/10 万,美国每年新增约 6.6 万例。本指南适用于年龄≥18 岁的患者,为 SHL 的患者诊断、治疗和随访提供了最新的循证建议。

本指南旨在提高诊断准确性,促进及时干预、力争治疗的一致性、减少不必要的实验室检验和影像学检查,以提高患者的听力康复效果。指南制定小组成员由耳鼻咽喉—头颈外科、耳科、耳神经科、家庭医学、听力学、急诊医学、神经病学、放射学、高级实践护理和消费者权益保护等学科的代表组成,

对相关文献进行了系统回顾,特别仔细回顾了既往的 SHL 临床实践指南,更新了综合建议,并将证据资料更新至现行标准。

1 定义

SHL 的定义是单耳或双耳迅速发生的听力损失。突发性感音神经性聋(sudden sensorineural hearing loss, SSNHL)为 SHL 的亚型,指 72 h 内发生的连续 3 个频率听力损失≥30 dB 的感音神经性听力损失。由于 90% 的 SSNHL 是特发性突发性感音神经性聋(idiopathic sudden sensorineural hearing loss, ISSNHL),因此本指南将 SSNHL 等同於 ISSNHL,以强调突发性聋病因不明的特点。

2 循证医学证据质量分级和综合建议强度分级及其意义

2.1 循证医学证据质量分级 循证医学证据质量分 A、B、C、D、X 五级,详见表 1。

2.2 综合建议强度分级及其意义 综合建议分为强烈建议、建议、可选三个等级,详见表 2。

表 1 循证医学证据质量分级标准

级别	牛津循证医学中心水平	治疗	危害	诊断	预后
A	1	基于随机试验的系统评价	基于随机试验、病例对照研究、或具有重大影响观察研究的系统评价	基于一贯采用的参考标准和盲法进行横断面研究的系统评价	基于初始队列研究的系统评价
B	2	基于随机试验,或具有重大影响,或证据高度一致的观察研究	基于随机试验,或具有重大影响,或证据高度一致的观察研究	基于一贯采用的参考标准和盲法进行横断面研究	基于初始队列研究
C	3~4	基于非随机或回顾性对照研究,包括病例对照和观察研究	基于非临床对照队列研究或有足够的数量排除常见危害的随访研究;病例系列、病例对照或回顾性对照研究	基于非连续性研究、病例对照研究,或应用参考标准较差、非独立、不一致的研究	基于队列研究、随机试验的对照研究、病例系列或病例对照研究;低质量随访队列研究
D	5	案例报告、基于机制的推理或基本原理的推理			
X	N/A	无法进行验证性研究且明显利大于弊的特殊情况			

表 2 综合建议强度分级及其意义

建议强度	定义	意义
强烈建议	强烈建议包含强烈推荐和强烈反对两个方面:强烈推荐是指所推荐的措施明显利大于弊,强烈反对则是指明显弊大于利,支持证据的质量很高(A 或 B 级)。在某些明确情况下,即使证据较少,无法获得高质量的证据,但预期的利远大于弊或弊远大于利,亦可强烈建议。	临床医生应遵循强烈建议策略,除非另有明确且令人信服的可替代选择。
建议	建议包含推荐和反对两个方面:推荐是指利大于弊,反对则是指弊大于利,但是证据的质量不是很高(B 或 C 级)。在某些明确定义的情况下,如果不能获得高质量证据,但预期的利大于弊或弊大于利时,即使基于较少的证据也可建议。	临床医生通常也应遵循建议策略,但应该注意新的信息和患者的需求。
可选	可选是指证据的质量是可疑的(D 级),或者做得较好的研究(A、B 或 C 级),表明一种方法稍微优于另一种方法。	尽管替代方案可能存在局限性,临床医生应灵活地做出合适的实践决策;患者的需求应具有实质性的影响作用。

通讯作者:郑芸(Email:1141679315@qq.com);刘蓬(Email:drlp@163.com)



3 综合建议一览(表 3)

4 综合建议

建议 1. 排除传导性聋(CHL) 患者首次出现 SHL 时,临床医生应当区分感音神经性聋(SNHL)和 CHL——强烈推荐

基于系统评价和横断面研究,提示利大于弊。

本条建议旨在强调鉴别 CHL 与 SNHL 对于确

定治疗方法和预后至关重要,应通过病史询问、查体(包括音叉测试)和听力学检查进行鉴别。

建议 2. 排除其他已知原因的 SSNHL 对可疑 SSNHL 患者,临床医生应通过病史询问和查体,以排除已知原因的 SSNHL,包括双耳 SHL、反复发作的 SHL 和/或有局灶性神经表现的 SHL——推荐

基于观察性研究,提示利大于弊。

表 3 综合建议一览

综合建议	建议内容	建议强度
1. 排除传导性聋(CHL)	患者首次出现 SHL 时,临床医生应区分感音神经性聋(SNHL)和传导性聋(CHL)	强烈推荐
2. 排除其他已知原因的 SSNHL	对可疑 SSNHL 患者,临床医生应通过病史询问和查体,以排除已知原因的 SSNHL,包括双耳 SHL、反复发作的 SHL 和/或有局灶性神经表现的 SHL	推荐
3. 计算机断层扫描(CT)	临床医生初步评估可疑 SSNHL 患者时,不应进行头部常规 CT 检查	强烈反对
4. 听力学评估	接诊 SHL 患者,临床医生应尽快(发病 14 天内)进行听力学检查,以确诊 SSNHL	推荐
5. 实验室检查	接诊 SHL 患者,临床医生不应进行常规实验室检查	强烈反对
6. 排除蜗后病变	接诊 SHL 患者,临床医生应通过 MRI 或听觉脑干反应(ABR)评估患者是否存在蜗后病变	推荐
7. 患者教育	临床医生应告知患者 SSNHL 的自然病程、医疗干预的利弊、疗效局限性的现有证据	强烈推荐
8. 皮质类固醇初始治疗	在 SSNHL 发病 2 周内,临床医生可为患者提供皮质类固醇作为初始治疗	可选
9a. 高压氧初始治疗	在 SSNHL 发病 2 周内,临床医生可为患者提供高压氧治疗和皮质类固醇治疗作为初始治疗	可选
9b. 高压氧补充治疗	在 SSNHL 发病后 1 个月内,临床医生可为患者提供高压氧治疗和皮质类固醇治疗作为补充治疗	可选
10. 鼓室内皮质类固醇补充治疗	在 SSNHL 发病后 2~6 周不完全恢复时,临床医生应为患者提供鼓室内皮质类固醇作为补充治疗	推荐
11. 其他药物治疗	对 SSNHL 患者,临床医生不应常规使用抗病毒药物、溶栓剂、血管扩张剂或血管活性物质进行治疗	强烈反对
12. 疗效评估与随访	在治疗结束时及治疗结束后 6 个月内,临床医生应对 SSNHL 患者进行随访听力学评估	推荐
13. 康复	对尚有残余听力和/或伴耳鸣的 SSNHL 患者,临床医生应提供关于听力康复和其他支持措施的建议	强烈推荐

本条建议旨在鼓励临床医生根据 SSNHL 患者的临床特征寻找可能的原因。ISSNHL 很少双侧发病或反复发作,与其他局灶性神经症状或体征无关。临床医生应通过病史询问、查体和神经检查评估患者,进行听力学检查和针对性的影像学检查可协助诊断。

建议 3. 计算机断层扫描(CT) 临床医生初步评估可疑 SSNHL 患者时,不应进行头部常规 CT 检查——强烈反对

基于系统评价,提示弊大于利。

本条建议旨在提醒初步评估可疑 SSNHL 患者时,避免不恰当地进行头部常规 CT 检查,因其很少能为提高 SSNHL 诊断的准确率提供有价值的信息,且存在辐射暴露、静脉注射增强剂的副作用等风险。

建议 4. 听力学评估 接诊 SHL 患者,临床医生应尽快(发病 14 天内)进行听力学检查,以确诊

SSNHL——推荐

基于 RCT 研究,提示利大于弊。

本条建议旨在鼓励及时地完成听力学检查,为确诊 SSNHL 提供客观、可重复的标准。患者发病初期及所有随访听力学评估检查,都应有准确、完整的记录。听力学评估主要包括:a. 完整的听力专科病历资料;b. 耳镜检查;c. 经过适当掩蔽的纯音气导、骨导听阈;d. 安静或噪声环境中适当掩蔽的言语测听;e. 言语识别率;f. 声导抗;g. 耳声发射。

建议 5. 实验室检查 接诊 SSNHL 患者,临床医生不应进行常规实验室检查——强烈反对

基于一项大型横断面研究和大量其他研究,均提示弊大于利。

本条建议旨在避免进行常规实验室检查,因其不仅不能辅助 SSNHL 的诊疗和护理,而且可能存在一定假阳性和/或假阴性结果,产生额外费用和潜在损伤。

建议 6. 排除蜗后病变 接诊 SSNHL 患者, 临床医生应通过 MRI 或听性脑干反应 (ABR) 来评估患者是否存在蜗后病变——推荐

基于观察性研究和一项 meta 分析, 提示利大于弊。

本条建议旨在确保临床医生应在 SSNHL 患者中排除蜗后病变。SSNHL 患者中存在很小比例但不可忽视的蜗后病变可能, 以前庭神经鞘瘤最常见。MRI 是前庭神经鞘瘤影像学诊断的金标准, 与 ABR 检查之后再行 MRI 检查相比, 直接进行 MRI 检查具有更高的成本效益。不愿意做 MRI 的 SSNHL 患者可进行 ABR 检查, 因 ABR 对直径 > 1 cm 的前庭神经鞘瘤高度敏感。

建议 7. 患者教育 临床医生应告知患者 SSNHL 的自然病程、医疗干预的利弊、疗效局限性的现有证据——强烈推荐

基于系统评价, 提示利大于弊。

本条建议旨在强调为 SSNHL 患者制定治疗计划时医患共同决策的重要性, 当患者病史明确、有众多没有结论或疗效不太理想的治疗方式时, 患者需要参与决定用什么治疗方式及采取哪一种治疗方式。指南鼓励临床医生告知患者各种治疗方式的利与弊, 以帮助患者充分参与决策。

众所周知, 患者参与决定其治疗计划, 有助于获得更好的依从性和预期疗效, 患者教育的做法在美国已经广为接受。共同决策是指更全面的患者咨询, 包括临床医生为患者提供个性化的治疗方案意见和疗效 (康复有效性和几率)。除了患者的最终决定外, 和患者的讨论还应记录在患者的病历中。对于患者来说, 分享他们的价值观、目标、各种选项潜在利弊的相对重要性, 是非常重要的。这个过程有助于患者及其家属/照护者作为决定主体在不容易做决定的时候做决定。

指南明确提出了医患共同决策有 3 个关键因素: ①患者本人和/或其照护者; ②充分解释所有可选治疗的利弊; ③临床医生和患者/照护者共同参与治疗决策过程。患者教育实施的基本流程包括以下 4 个方面内容的讨论: ①诊断和可能的病因; ②可选的治疗选择; ③每种治疗方法的利弊; ④医患共同决策。

临床医生应用自己的专业知识, 在了解患者的病史和治疗目标/预期疗效的情况下, 协助患者评估治疗选择的利弊。临床医生除了关注客观疗效评估, 还应关注生活质量和功能性的健康状况。医患共同决策可能受到医患因素和医疗体系因素的限制, 重新设计的模式提议临床医生应激发患者确定

其治疗目标及其优先级, 然后将其转化为治疗方案。初步证据表明, 当有足够的时间进行这种医患合作时, 患者更有信心做出决定, 并能更好地遵守治疗计划。

通过使用各种决策辅助工具 (如小册子或视频), 提供能够降低医疗决策难度的信息, 就可以成功实现共同决策。一项最新的综述发现, 使用决策辅助工具提高了患者/照护者对各种治疗选择的认识, 对利弊产生了准确的风险感知, 减少了决策的难度, 并增加了决策参与度。美国耳鼻咽喉头颈外科学会 (AAO-HNS) 网站 (www.entnet.org) 上提供了一本患者常见问题的信息手册。表 4 呈现了医患共同作出治疗决策时需要考虑的重要讨论要点。

建议 8. 皮质类固醇初始治疗 在 SSNHL 发病 2 周内, 临床医生可为患者提供皮质类固醇作为初始治疗——可选

基于 RCT 研究系统评价和新的 RCT 研究, 提示利弊相当。

将 SSNHL 发病后 2 周内作为给予皮质类固醇初始治疗的时间窗, 但指南小组意见不统一, 虽然所有成员都赞成尽早将皮质类固醇作为一种选择, 但一些成员不认可 2 周的时间窗, 因为担心之后就诊的患者可能会被拒绝治疗。指南小组最终同意留出 2 周的时间窗, 是鼓励患者和临床医生在选择治疗时尽早寻求治疗。

本条建议旨在阐明皮质类固醇 (一种常用治疗) 在 SSNHL 患者症状出现 2 周内进行初始治疗的作用。皮质类固醇初始治疗包括通过全身 (口服、静脉或肌肉内) 给药和/或鼓室内注射给予常见合成的皮质类固醇。鼓室内注射皮质类固醇作为补充治疗在后面讨论, 这里说的皮质类固醇包括泼尼松、泼尼松龙、甲泼尼松龙和地塞米松。

自 2012 年首次指南发布以来, 已经有多个皮质类固醇治疗 SSNHL 的 RCT 和系统评价, 更强调鼓室内注射皮质类固醇的作用, 其中大多数试验以 1~2 周作为时间窗, 以确定皮质类固醇作为初始治疗的有效性。一项 Cochrane 综述发现首次全身应用皮质类固醇治疗 SSNHL 的文献发表于 2006 年, 截止 2013 年仅 3 项 RCT 研究全身使用皮质类固醇治疗 SSNHL, 但由于 3 项研究疗效结果相互矛盾且样本量很小, 故皮质类固醇治疗 SSNHL 的疗效仍然不明确。到目前为止, 仅有 1 项 RCT 研究采用鼓室内注射皮质类固醇与安慰剂对照作为 SSNHL 患者的初始治疗, 结果表明虽然鼓室内注射皮质类固醇早期有助于听力康复, 但不能明确远期疗效优于全身使用皮质类固醇治疗。皮质类固醇治疗具体

方案详见表 5, 研究表明全身使用皮质类固醇治疗 的潜在副作用可能会影响多系统、多器官。

表 4 患者教育常见的问题及答案

问题	答案
1. SSNHL 的病因是什么?	SSNHL 的病因尚未明确, 因此称为特发性。多为单耳, 可能有其他并发症, 如耳鸣、头晕(眩晕)和耳胀满感。
2. SSNHL 如何诊断?	有很明显的突然听力变化, 可伴耳鸣、眩晕(天旋地转感或平衡失调)和/或耳堵塞感, 应尽快进行评估。您的医生将进行全面的病史询问记录、查体、听力学检查, 但不建议进行常规实验室检查和 X 线检查。
3. 我的听力会恢复吗?	大约 1/3~2/3 的 SSNHL 患者可能在 2 周内恢复部分听力, 若 2 周内听力恢复一半的患者预后较好, 2 周内变化较小的患者不太可能有更大恢复。伴头晕的 SSNHL 患者预后较差。
4. SSNHL 是否还需要做其他检查?	SSNHL 很少与前庭神经的良性肿瘤相关。听神经瘤可导致渐进性听力损失、平衡失调, 若有脑干压迫可出现严重的神经症状。您的医生可能会进行 MRI 检查排除肿瘤, 虽然颅脑和内听道的 MRI 是最敏感的检查, 但也有一些患者选择相对敏感性不太大、成本较低、无需 MRI 密闭空间的 ABR 检查, 若 ABR 结果异常, 再进行 MRI 检查。
5. SSNHL 如何治疗?	SSNHL 治疗方法众多, 因有 1/3~2/3 的患者听力可自行恢复, 观察等待是积极治疗的一种替代方法, 可通过反复听力学检查进行监测。据最新研究报道, 临床医生可提供皮质类固醇作为初始治疗, 最常见的是口服, 也可鼓室内注射。虽然抗病毒药物是常见的处方, 但并没有足够的证据支持其治疗 SSNHL 的有效性。高压氧也可在 SSNHL 初步诊断后 2 周到 1 个月内联合皮质类固醇进行治疗。对于初始治疗后不完全恢复的患者, 临床医生应提供补充治疗(通常是鼓室内注射皮质类固醇), 其好处是可能更快、更完全地恢复听力, 也必须考虑其副作用。
6. 每种治疗有些什么副作用?	每种治疗的副作用因治疗方式而异, 可能包括焦虑、疼痛、头晕、血糖升高、血压升高、抑郁或失眠。您应向给您提供治疗的医生询问清楚相应治疗的副作用。
7. 我还能期望什么?	SSNHL 患者可能因恐慌而导致尴尬、挫折、焦虑、不安、孤独、抑郁和社会隔离。一对一或团体咨询对 SSNHL 患者可能有帮助。一旦发现听力损失, 就需要重视听力康复的问题, 包括关于非手术/手术的听力补偿和重建的相关咨询和讨论。在 SSNHL 初步诊断后 6 月内, 临床医生应定期随访患者并进行听力学检查。

表 5 皮质类固醇治疗方案

	全身用药	鼓室内注射
治疗时机	立即, 最好在症状出现第 14 天内	(1) 立即 (2) 补充治疗: 用于初始治疗无效或症状出现 2 周后
剂量	泼尼松 1 mg·kg ⁻¹ ·d ⁻¹ (最大剂量 60 mg/d); 或甲泼尼龙 48 mg/d; 或地塞米松 10 mg/d	地塞米松 24 mg/ml(复合浓度)或 10 mg/ml(原药浓度) 或甲泼尼龙 40 mg/ml 或 30 mg/ml
疗程/频率	全剂量 7~14 天, 之后逐渐减量	0.4~0.8 ml, 2 周内注射不超过 4 次
技巧	每日的用药剂量一次性完成, 不必分次用药	(1) 使皮质类固醇药液充满中耳腔 (2) 保持头部侧卧位(患耳向上)15~30 分钟
监测	治疗期间和疗程结束均需进行听力学检查	治疗期间需进行听力学检查, 如果听力损失恢复, 可提前终止治疗
补充	药物治疗可引起严重不良反应, 如失眠; 高敏患者需监测血糖、血压	若计划多次注射, 可置入通气管, 但会增加鼓膜穿孔的风险

皮质类固醇治疗的利弊: 尽管基于现有 RCT 研究, 皮质类固醇治疗的利弊是否平衡并不能确定, 但也没有足够的证据确定无效。尽管有大量的观察研究和 RCT 研究显示皮质类固醇有效, 但疗效是否超越自愈的程度尚未可知。考虑到 SSNHL 对患者的严重不良影响和听力改善对患者生活质量的积极影响, 指南小组认为, 尽管皮质类固醇治疗改善患者听力的可能性很小, 也不失为向患者提供了一种合理治疗。

建议 9a. 高压氧初始治疗 在 SSNHL 发病 2 周内, 临床医生可为患者提供高压氧治疗和皮质类固醇治疗作为初始治疗——可选

基于 RCT 系统评价和新的 RCT 研究, 提示利弊相当。

建议 9b. 高压氧补充治疗 在 SSNHL 发病后 1 个

月内, 临床医生可为患者提供高压氧治疗和皮质类固醇治疗作为补充治疗——可选

基于 RCT 系统评价和新的 RCT 研究, 提示利弊相当。

本条建议旨在提高对高压氧治疗 SSNHL 潜在疗效的认识。虽然高压氧在美国并不普遍应用于治疗 SSNHL, 且目前尚未得到 FDA 批准, 但已有多个 RCT 研究和一项 Cochrane 综述报告表明高压氧对治疗 SSNHL 有一定潜在疗效。虽然高压氧产生严重副作用的风险几率很小, 但确实存在压力变化对耳、鼻窦和肺部的损害以及暂时加重近视、幽闭恐惧症和氧中毒等风险。指南小组认为虽不推荐高压氧, 但却保留它, 可与皮质类固醇治疗一起作为 SSNHL 在发病 2 周内主要治疗和 4 周内补充治疗的可选措施, 对于重度或极重度听力损失的潜在疗

效可能更好。

建议 10. 鼓室内应用皮质类固醇补充治疗 在 SSNHL 发病后 2~6 周不完全恢复时,临床医生应 为患者提供鼓室内应用皮质类固醇作为补充治 疗——推荐

基于 RCT 研究的系统评价,提示利大于弊。

本条建议旨在鼓励应用鼓室内皮质类固醇治疗 作为 SSNHL 初始治疗后听力未完全康复患者的补 充治疗,可独立应用或联合口服皮质类固醇/高压氧 应用。与既往指南一样,“补充治疗”是针对任何初 始治疗无效者,这些初始治疗方法包括全身或局部

皮质类固醇治疗、高压氧和观察。

虽然初始治疗无效没有明确的定义,但一些 SSNHL 患者对初始治疗完全无效或部分无效。对 于未能自愈或初始全身治疗后未恢复的患者,数据 不支持全身皮质类固醇治疗(口服或静脉给药)作为 补充治疗。截止目前,关于鼓室内皮质类固醇作为 SSNHL 补充治疗的研究,包括 5 项 RCT 研究,5 项 meta 分析,1 项系统评价。没有数据支持 SSNHL 初始治疗无效后鼓室内应用皮质类固醇补充治疗的 绝对时间窗,5 个 RCT 中的 4 个在 7 天内完成鼓室 内皮质类固醇和全身治疗(表 6)。

表 6 鼓室内应用皮质类固醇补充治疗 SSNHL 的 RCT 研究概况

研究者及样本量	鼓室内应用皮质类 固醇补充治疗的时间	剂量/给药途径	有效标准	有效率
Lee, et al, 2011(n=46)	全身治疗后 2 天内	地塞米松 5 mg/ml,2 周 内 4 次注射	平均听阈 (PTA) 提高 ≥ 10 dB	鼓室内注射组 47.6%,对照组 16%
Li, et al, 2011 (n=65)	全身治疗后时间不确定	40 mg 甲泼尼龙溶于 1 ml 碳酸氢钠中,每 3 天 注射 1 次,共 4 次	PTA 提高 ≥ 10 dB	鼓室内注射组 37.5%,对照组 0%
Park, et al, 2011(n=88)	全身治疗后 7 天内	地塞米松 5 mg/ml,2 周 内注射 6 次	痊愈:PTA < 25 dB 部分恢复:PTA 提高 ≥ 15 dB 且 PTA 在 25~45 dB 之间 轻微恢复:PTA 提高 ≥ 15 dB 且 PTA < 45dB;未 恢复:PTA 提高 < 15 dB 且 PTA > 75 dB	任何治疗的同步治疗组和补充治疗 组无显著统计学差异
Wu, et al, 2011(n=60)	全身治疗后 7 天内	地塞米松 4 mg/ml,2 周 内注射 4 次	PTA 提高 ≥ 10 dB	鼓室内注射组 44.4%,对照组 10.7%
Zhou, et al, 2011(n=76)	全身治疗后 7 天内	40 mg 甲泼尼龙溶于 1 ml 碳酸氢钠中的,隔天 注射 1 次,共 4 次	PTA 提高 ≥ 15 dB 和/或 言语分辨率(WRS)提高 ≥ 15%	45.9%的患者 PTA 提高 ≥ 15 dB, 对照组 20.5%;43.2%的患者 WRS 提高 ≥ 15%,对照组 17.9%

建议 11. 其它药物治疗 对 SSNHL 患者,临床医 生不应常规使用抗病毒药物、溶栓剂、血管扩张剂或 血管活性物质——强烈反对

基于 RCT 研究的系统评价,提示弊大于利。

本条建议旨在阻止临床医生在 SSNHL 治疗中 常规使用具有潜在副作用且无明确疗效的药物,包 括抗病毒药物、溶栓剂、血管扩张剂或血管活性物质 (包括前列腺素 E1、蔡夫胺酯、钙离子拮抗剂、银杏 叶、己酮可可碱、右旋糖酐、脱纤维蛋白血症治疗、阿 司匹林)。另外,2012 年突发性聋临床实践指南中 强烈反对的抗氧化剂已被本指南从强烈反对用药名 单中剔除。

在 SSNHL 治疗中,除了指南讨论的疗法,还有 许多其他疗法,如维生素(高剂量维生素 C)、矿物质 (如锌)、营养补充剂(如乙酰半胱氨酸、α-硫辛酸、 辅酶 Q10)、替代疗法(如中药)、补充疗法(如针灸), 但因目前没有足够的证据提出建议,因此无法予以 评价。

建议 12. 疗效评估与随访 在治疗结束时及治疗结

束后 6 个月内,临床医生应对 SSNHL 患者进行随 访听力学评估——推荐

基于观察性研究,提示利大于弊。

本条建议旨在强调进行听力学评估随访对 SSNHL 患者的重要性,确定听力损失和/或耳鸣可 能有效的患者,评估初始听力损失后表现出来的可 能病因。患者和医生需通过全面的听力学评估指导 治疗,确定治疗方案。治疗后尽早进行听力学检查 以评估疗效,当听力不完全恢复时,可及时调整治疗 决策。

在鼓室内皮质类固醇治疗 SSNHL 的 25 项研 究中,对“恢复”的定义各不相同,有改善、完全恢复 听力正常等不同的含义。这些评估方法大多不理 想,如 PTA10 dB 的变化并非远高于纯音听阈的测 试误差,使用固定的 10%~20% 的言语分辨率 (WRS)标准也是有问题的。

关于疗效评估,目前存在两个局限:一是虽然治 疗的有效数据可能在统计学上有显著性意义,但临 床意义可能并不明显;二是在大多数患者中,

SSNHL 患耳的听力水平在患病前不得而知,因此必须根据现有信息进行估计(例如,患者描述)。为了突破这些局限,指南小组提出的疗效评估措施如下(注:在没有文献指导的情况下,提出这些建议时采纳了临床专家的意见)。

(1)一般情况下以健耳作为患耳听力康复判断的参考标准,除非明确或怀疑患病前双耳听力不对称。

(2)完全恢复:患耳纯音听阈与健耳相差 <10 dB 且 WRS 与健耳相差 $<5\% \sim 10\%$ 。

(3)部分恢复:基于 SSNHL 患病后的初始听力损失是否达到失用(根据 AAO-HNSF 定义)的程度而有所不同:①患病后的初始听力损失达到失用程度者,听力恢复至可用应视为显著改善,应记录是否达到恢复级别,若恢复到可用水平通常表明恢复后患耳可配助听器,若恢复到低于可用水平表明在大多数情况下难以获益于传统助听器;②患病后的初始听力水平仍在可用范围内,纯音听阈(应考虑纯音测听的测试误差)提高 >10 dB 或 WRS 提高 $\geq 10\%$ 的变化应记录部分恢复。

(4)未恢复:任何改善 <10 dB。

对于疗效评估的相关研究,指南小组建议采用

Gurgel 等(2012)提出的标准听力评估模板,结合 PTA 和 WRS 的结果进行评估。指南小组认为绝对的纯音测听提高 15 dB 或绝对的 WRS 提高 10% 的标准也有局限性,对不同患者可能有不同的益处。建议 13. 康复 对尚有残余听力和/或伴耳鸣的 SSNHL 患者,临床医生应提供关于听力康复和其他支持措施的建议——强烈推荐

基于系统评价和观察性研究,提示利大于弊。

本条建议旨在提高对患者咨询和教育的认识,使患者了解如何正确对待已有的听力损失和选择治疗。

5 小结

指南是根据目前有关突发性聋患者诊断、治疗和随访管理的循证依据制定,所有结论均不代表真理,也并不限制临床医生对患者的个性化治疗或护理。

(编译自:Chandrasekhar SS, Tsai Do BS, Schwartz SR, et al. Clinical practice guideline: sudden hearing loss (update)[J]. Otolaryngology - Head and Neck Surgery 2019, 161:S1~S45.)

(2020-04-13 收稿)