

# 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》<sup>[1]</sup>,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》<sup>[2]</sup>。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<sup>[3-5]</sup>。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<sup>[6]</sup>,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<sup>[7-9]</sup>,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<sup>[10-25]</sup>;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<sup>[8]</sup>。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  $\geq 20$  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  $\geq 20$  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  $\geq 20$  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  $\leq 80$  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  $\geq 81$  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<sup>[26-27]</sup>。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<sup>[28]</sup>。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<sup>[7-8]</sup>。

德国突聋患者高发年龄为 50 岁,男女比例基本

综合征、Usher 综合征、Pendred 综合征等)、外伤、药物中毒、噪声性聋等。

## 治 疗

中国突发性聋多中心临床研究数据显示:根据听力曲线分型对突发性聋的治疗和预后具有重要指导意义;改善内耳微循环药物和糖皮质激素对各型突聋均有效,合理的联合用药比单一用药效果要好;低频下降型疗效最好,平坦下降型次之,而高频下降型和全聋型效果不佳<sup>[6]</sup>。根据上述研究结果,本指南推荐下列治疗措施。

### 一、基本治疗建议

1. 突聋急性发作期(3 周以内)多为内耳血管病变,建议采用糖皮质激素 + 血液流变学治疗(包括血液稀释、改善血液流动度以及降低黏稠度/纤维蛋白原,具体药物有银杏叶提取物、巴曲酶等)。

2. 糖皮质激素的使用:口服给药:泼尼松每天 1 mg/kg(最大剂量建议为 60 mg),晨起顿服;连用 3 d,如有效,可再用 2 d 后停药,不必逐渐减量,如无效可以直接停药。激素也可静脉注射给药,按照泼尼松剂量类推算,甲泼尼龙 40 mg 或地塞米松 10 mg,疗程同口服激素。

激素治疗首先建议全身给药,局部给药可作为补救性治疗,包括鼓室内注射或耳后注射<sup>[34-35]</sup>。鼓室内注射可用地塞米松 5 mg 或甲强龙 20 mg,隔日 1 次,连用 4~5 次。耳后注射可以使用甲强龙 20~40 mg,或者地塞米松 5~10 mg,隔日 1 次,连用 4~5 次。如果患者复诊困难,可以使用复方倍他米松 2 mg(1 ml),耳后注射 1 次即可。

对于有高血压、糖尿病等病史的患者,在征得其同意,密切监控血压、血糖变化的情况下,可以考虑全身酌情使用糖皮质激素或者局部给药。

3. 突发性聋可能会出现听神经继发性损伤,急性期及急性期后可给予营养神经药物(如甲钴胺、神经营养因子等)和抗氧化剂(如硫辛酸、银杏叶提取物等)。

4. 同种类型的药物,不建议联合使用。

5. 高压氧的疗效国内外尚有争议,不建议作为首选治疗方案。如果常规治疗效果不佳,可考虑作为补救性措施。

6. 疗程中如果听力完全恢复可以考虑停药,对于效果不佳者可视情况延长治疗时间。对于最终治疗效果不佳者待听力稳定后,可根据听力损失程度,选用助听器或人工耳蜗等听觉辅助装置。

## 二、分型治疗推荐方案

全聋型、高频下降型、平坦下降型的痊愈率较低,尤应尽早积极治疗<sup>[6]</sup>。

1. 低频下降型:①由于可能存在膜迷路积水,故需要限盐,输血量不宜过大,最好不用生理盐水。②平均听力损失 < 30 dB 者,自愈率较高,可口服给药,包括糖皮质激素、甲磺酸倍他司汀、改善静脉回流药物(如马栗种子提取物)等,也可考虑鼓室内或耳后注射糖皮质激素(甲泼尼龙、地塞米松或复方倍他米松等);听力损失 ≥ 30 dB 者,可采用银杏叶提取物 + 糖皮质激素静脉给药。③少部分患者采用②的方案治疗无效,和/或耳闷加重,可给予降低纤维蛋白原(如巴曲酶)及其他改善静脉回流的药物治疗。

2. 高频下降型:①改善微循环药物(如银杏叶提取物等) + 糖皮质激素;②离子通道阻滞剂(如利多卡因)对于减轻高调耳鸣效果较好;③可考虑使用营养神经类药物(如甲钴胺等)。

3. 全频听力下降者(包括平坦下降型和全聋型):①降低纤维蛋白原药物(如巴曲酶);②糖皮质激素;③改善内耳微循环药物(如银杏叶提取物等)。建议尽早联合用药治疗。

注:附中国突发性聋多中心临床研究用药方案和疗效结果供参考<sup>[6]</sup>。

1. 低频下降型:激素、银杏叶提取物(金纳多)、巴曲酶、金纳多 + 激素四组治疗方案中,金纳多 + 激素组有效率最高,为 95.83%。建议方案:①糖皮质激素;②5% 葡萄糖 250 ml + 金纳多 87.5 mg 静脉滴注,连用 10 d。

2. 高频下降型:利多卡因、利多卡因 + 激素、金纳多、金纳多 + 激素四组治疗方案中,金纳多 + 激素组有效率最高,为 68.33%;对耳鸣疗效最好的是利多卡因 + 激素组,有效率达到 100%。建议方案:①糖皮质激素;②0.9% 生理盐水 250 ml + 金纳多 105.0 mg 静脉滴注,连用 10 d;③0.9% 生理盐水 250 ml + 2% 利多卡因 10 ml 静脉滴注,连用 10 d。

3. 平坦下降型和全聋型:巴曲酶、巴曲酶 + 金纳多、金纳多 + 激素、金纳多 + 巴曲酶 + 激素四组治疗方案中,均是金纳多 + 巴曲酶 + 激素组有效率最高,平坦下降型为 87.39%、全聋型为 78.31%。建议方案:①糖皮质激素;②0.9% 生理盐水 100 ml + 巴曲酶 5~10 BU,隔日 1 次,巴曲酶首次 10 BU,之后每次 5 BU,共 5 次,每次输液时间不少于 1 h,每次使用前检查血纤维蛋白原,如果低于 1 g/L,则暂停 1 d 后再次复查,高于 1 g/L 方可继续使用;③0.9% 生理盐水 250 ml + 金纳多 105.0 mg 静脉滴注,连用 10 d。

## 疗效判定

### 一、疗效分级