

· 国外研究进展 ·

美国耳鼻咽喉头颈外科学会《临床实用指南：突发性聋》 解读与思考

梁勇 李昕璐

2012 年 3 月美国耳鼻咽喉头颈外科学会 (American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery) 在 *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 杂志 2012 年第 146 卷第 1 期增刊上发布了《临床实用指南：突发性聋 (Clinical Practice Guideline: Sudden Hearing Loss)》(以下简称“指南”)，这是美国发布的第一份有关突发性感音神经性聋的临床指南^[1]。该指南最早公开披露是在 2011 年 9 月 14 日美国耳鼻咽喉头颈外科学会年会的专题讨论会上。本文就该指南的基本框架、核心内容、主要特征作了简要介绍，并就指南的核心内容作了解读，同时就指南的一些问题作了思考和分析。

在该指南之前有关突发性聋的临床指南为数不多，其中影响较大、被引用次数较多的是 2004 年由德国耳鼻咽喉头颈外科学会发布、2011 年修订的《德国指南修订版“突发性特发性感音神经性聋” (The revised version of the German guidelines “sudden idiopathic sensorineural hearing loss”)》^[2]。目前我国主要采用的是由中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会和中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会制定的《突发性聋的诊断和治疗指南 (2005 年, 济南)》(以下简称“济南指南”) ^[3]。

美国指南首先对突发性聋 (sudden hearing loss, SHL)、突发性感音神经性聋 (sudden sensorineural hearing loss, SSNHL) 和特发性突发性感音神经性聋 (idiopathic sudden sensorineural hearing loss, ISSNHL) 作出了明确定义。指南的酝酿和发布是在考虑到突发性聋发生率较高、错过早期诊疗可引发不良后果、医务人员水平参差不齐、大量与治疗有关的文献都是小规模研究和个案报道、临床诊疗和咨询方法有很大差异、以及缺乏有关干预方法的随机对照试验的背景下，迫切需要一份有循证医学证据的指南来指导突发性聋的临床诊疗所形成的。

美国指南是在以循证医学证据为依据、多学科达成共识、充分考虑各建议利弊的基础上，采用建议性、可行性的陈述方式所形成的明确透彻的论述性文件，旨在为医师提供有循证医学证据的推荐意见。指南通过对患者生活质量提高的关注，致力于增进诊断的准确度，促使及时的干预，减少治

疗中的差异，避免不必要的实验室和影像学检查，并改善患者的听力和康复效果。

指南的基本框架

指南首先明确了突发性聋、突发性感音神经性聋和特发性突发性感音神经性聋的定义，确定了该指南所涉及的领域和范围；其次明确了指南的目的；指南还考虑了由突发性聋所产生的经济负担；指南详细介绍了编写指南所采用的方法，其中有关循证医学证据的采用是重中之重，对循证医学证据的定义和循证医学证据的质量分级等作出了具体的阐述；指南对各条目的介绍是其核心内容，共有 13 条，每条都有实用属性、支持释文等补充说明；最后指南就使用注意事项、研究要求、免责等作出了陈述。

指南的核心内容

指南包括了诊断、决策、治疗和随访四个方面的 13 个条目 (表 1)。

表 1 美国突发性聋临床实用指南具体条目

突发性聋患者的处理 (基于循证医学证据的条目)	条目推荐强度
诊断	
排除传导性聋 (第一条)	强烈推荐
完善要素 (第二条)	推荐
计算机断层扫描 (第三条)	强烈不推荐
特发性感音神经性聋的听力测试 (第四条)	推荐
实验室检查 (第五条)	强烈不推荐
蜗后病理学 (第六条)	推荐
共同决策	
患者宣教 (第七条)	强烈推荐
治疗	
初始糖皮质激素治疗 (第八条)	可选择
高压氧治疗 (第九条)	可选择
其他药物治疗 (第十条)	不推荐
挽救性治疗 (第十一条)	推荐
随访	
疗效评估 (第十二条)	推荐
康复治疗 (第十三条)	强烈推荐

指南以各条目的循证医学证据的质量级别为依据，补充说明了各条目的实用属性，如总体证据质量、获益、风险、弊端、费用、利弊评估、价值判断、特意的模糊处理、患者的选择

DOI:10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2013.05.019

作者单位:510515 广州,南方医科大学附属南方医院耳鼻咽喉头颈外科

通信作者:梁勇,Email: yliang@fimmu.com

所占地位、排除因素、推荐等级等。

对美国指南的解读和思考

一、指南的几个重要特征

1. 该指南为成人患者所制定:虽然未就此作出原因说明,但明确了该指南的适用人群。

2. 强调了循证医学证据的重要性:指南的制定参考了大量来自 PubMed、EMBASE、CINAHL 等 20 个数据库的文献,其中最主要的三类文献包括临床实用指南(1 篇)、系统回顾(29 篇)和随机对照研究(136 篇)、与突发性聋诊断相关的文章(133 篇)。正如指南所指出的“只有当证据有经过鉴定、评估和总结的理论支持,并且所用证据与指南条目间有明确关联时,才能说该指南是基于循证医学证据编写的,才能既可反映证据的质量又反映该建议预期的利与弊”。为此指南在编写过程中,首先制定了文献检索的主要内容、文献类型、文献标准、数据库来源和对所检索到的文献的审核流程,并对指南草案是否符合方法学的标准进行评估,然后对基于循证医学证据支持的建议条目作出了强烈推荐、推荐、可选择、不推荐、强烈不推荐等明确的定义,对循证医学证据的质量也作出了分级。需要指出的是,所有作为证据的文献均为英文文献,虽然其目的是为了选择高质量的文献,但也提示文献中的资料可能主要来源于英文地区的国家。在指南的参考文献中有来自台湾地区的,但没有中国大陆的。

3. 各方面因素考虑较为全面:编写组汇集了来自耳鼻喉喉科、耳科、神经科、神经耳科、家庭医学、急诊医学、听力学和患者等各方面人士,同时采取了适当的措施以避免成员中可能存在的利益冲突。指南将在发表 5 年后进行回顾总结,如有必要可提前进行总结,说明指南注重了代表性、权威性、阶段性和可更新性。

为了明确指南的实用性和适用性,在根据证据推荐等级和质量分级的基础上,就各条目作出了其实用属性如总体证据质量、获益、风险、弊端、费用、利弊评估、价值判断、特意的模糊处理、患者的选择所占地位、排除因素、推荐等级等补充说明,分析了可能的不足之处,以方便临床医生有选择性地使用指南。

4. 框架完整、内容严谨:指南全文包括了摘要、前言、目的、卫生保健负担、方法、主要条目、使用注意事项、研究要求、免责声明等部分,涵盖了定义、目的、正文、释文、说明、声明等内容,甚至财务、利益冲突、公示等。指南在框架结构上主题突出、涉及面广、考虑周全,在文字陈述上用词严谨、由点到面、循序渐进,在相互关联上紧密相扣、互为依托、彼此对应,在写作形式上内容具体、解释有据、文表兼用。

5. 注重人性化:无论是对医师还是患者抑或二者,指南在多处体现出人性化的人文元素。最突出地体现在每项条目后的“条目实用属性”中都有一条“患者的选择所占地位”,以此来表明患者的意见在诊疗决策和行为中所占比重和起到的作用,同时还强调了对患者的宣教和医患共同决策的意义,表明指南制定的每一项条目都将患者的意见考虑其

中。这些都有助于增进患者对自身疾病的了解,增强患者的依从性,有利于最佳诊疗方案的选择和实施,同时促进医患关系的和谐。

此外,指南在编写过程中采取了避免成员中可能存在的利益冲突的措施。指南对所有参与者,包括支持机构、检索人员、编写人员、资助单位等都表达了充分的尊重和谢意。

6. 具有一定的灵活性:指南在目的、使用注意事项、免责声明等处,多次重申了本指南是为了通过提供一个基于循证医学证据的框架来辅助医师做出决策,但无意要取代医师做出临床判断,也并非适用于所有患者的个体化诊疗,更不会成为解决问题的惟一合适方法。这意味着该指南只是在适当条件下的行为准则,也为指南可能存在的局限性提供了规避注解。指南计划在发表 5 年后进行回顾总结,在此期间如有新的引人关注的证据则可提前进行总结,为将来完善指南埋下了伏笔。

指南还在“实用属性”中设了一个“特意的模糊处理”的条文,对一些目前尚有争议、文献证据不够充分的条目作出了特别说明,供医师和患者参考,这一举措也体现了指南的灵活性。

二、对指南核心内容的解读

关于突发性聋的定义:指南就突发性聋、突发性感音神经性聋和特发性突发性感音神经性聋作出的定义是建立在文献和美国国家耳聋及其他交流障碍协会(National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, NIDCD)的标准之上的,主要包含以下内容:①“突发”的时间界定为快速的,72 h 以内;②感音神经性听力损失定义为耳蜗、听神经或高级听觉中枢对信息感知或处理的异常;③感音神经性听力损失的频率和程度定义为“至少在连续的 3 个频率上听力下降 ≥ 30 dB”,采用的“参照标准”是发病前双耳听力正常或发病前双耳听力损失相同;④“特发性”的定义是指进行了相应的检查仍无明确病因的突发性感音神经性聋。指南还认为可以考虑扩大突发性感音神经性聋的定义,将听力损失小于 30 dB 的病例也包括在内,同时提出 NIDCD 的定义不是通用的,因此也可以考虑采用已发表的但并未采用该定义的文献证据。指南在提出了明确的定义后又作了补充说明,表明以上定义有可能存在着局限性,也有可能随着研究的深入而更新定义的内容。指南编写成员更多的是从动态和长远的角度出发而采用了这种陈述方式,但从现实应用的角度来看,有可能会给使用者带来新的疑惑。

与济南指南相比,在听力损失的频率范围和程度上有了更高的标准(美国指南为至少连续 3 个频率听力下降 ≥ 30 dB,济南指南为至少相连的 2 个频率听力下降 20 dB 以上),这意味着我国一些突发性聋患者达不到美国指南的诊断标准,但如果参照指南的补充说明则两个指南的标准基本相似,然而补充说明并不是指南明确推荐的定义。而对发病时间的限定则济南指南要笼统和宽松些(美国指南为 72 h 内,济南指南为数分钟、数小时或 3 d 内),不过二者都强调为快速起病,而且二者在描述上的差异并无实质性意义。在

对突发性聋的定义和诊断上, 济南指南还考虑到了其他一些特征, 如病因不明, 伴耳鸣、耳堵塞感, 伴眩晕、恶心、呕吐, 但不反复发作, 除第八颅神经外无其他颅神经受损症状等, 这些是有实际临床意义的。但对于病因不明的突发性感音神经性聋, 美国指南将其单列为特发性突发性感音神经性聋是值得借鉴的, 而且在使用突发性聋、突发性感音神经性聋和特发性突发性感音神经性聋时也有严格的掌握。在诊断上美国指南较为强调相关检查的依据, 如神经系统和听力学检查, 而济南指南多偏向于对症状的描述。

需要指出的是, 二个指南中均采用了“sudden hearing loss”一词, 但我国习惯称之为“突发性聋”。依照世界卫生组织的听力损失分级, 在 500、1000 和 2000 Hz 纯音平均听阈达到 90 dB 以上为极重度听力损失, 在仪器范围内不能测得听阈为全聋, 显然大部分患者的听力下降未达到全聋的程度, 故指南中所采用的“听力损失 (hearing loss)”一词更为恰当。为适应我国目前的习惯, 本文在中文的描述上仍采用了“突发性聋”。

第一条: 对突发性聋首先应区分感音神经性聋和传导性聋。美国指南将此条目列为强烈推荐。该条目体现了“区分感音神经性聋和传导性聋是确定治疗方案和评估预后的必须步骤”的基本原则。虽然指南对此的解释内容较为浅显, 有的为临床常识性概念, 加之在临床上常认为区分二者并非难事, 但作为一个基本原则提出来还是有其实际意义的。

第二条: 对双侧突发性聋、波动性听力损失或有神经定位症状的突发性感音神经性聋患者应进行再评估。指南将此条目列为推荐。由于突发性感音神经性聋可能与一些潜在性疾病相关, 如全身系统疾病、自身免疫疾病、代谢性疾病、双侧梅尼埃病和特殊的神经系统疾病等, 因此有必要在临床上发现突发性感音神经性聋与这些疾病的关联性, 必要时需行特殊检查和治疗。这一原则可以有效地避免对其他相关性疾病所引起的突发性聋的漏诊、误诊和误治。

第三条: 不应将头部或脑部 CT 作为对疑似突发性感音神经性聋患者的初始评价方法。指南将此条目列为强烈不推荐。指南认为首诊采用头颅 CT 不能为初始治疗方案的制定提供有效信息, 且有辐射暴露和静脉造影等副作用, 指南同时指出该条款不适用于有神经定位症状、有外伤史或耳慢性疾病等患者。从病因学的角度上看, 对疑似突发性感音神经性聋患者的主要鉴别诊断是区分内耳、前庭听神经或脑干的异常, 而现有的 CT 影像学方法并不能很好地显示内耳的细微结构, 因而对有关病因的判断差异很大。

第四条: 应将听力在连续 3 个频率上下降 30 dB 且病史和体查未能发现潜在原因的患者诊断为疑似特发性突发性感音神经性聋。指南将此条目列为推荐。指南根据突发性感音神经性聋的定义而制定了此条目, 并推荐了常规的检查方法。该条目明确了突发性感音神经性聋的诊断的最基本标准, 意味着凡是符合此标准的患者都应纳入进一步明确诊断和治疗的范畴。

第五条: 不对特发性感音神经性突聋患者进行常规的

实验室检查。指南将此条目列为强烈不推荐。指南指出常规实验室检查常是无意识的、散弹式的、一般性的、没有考虑患者个体化因素和风险的, 不仅不能改善对特发性突发性感音神经性聋患者的医护方案, 还会增加费用和产生假阳性、假阴性结果。指南同时指出如果病史提示某些特殊的实验室检查有助于鉴别听力损失的特殊潜在病因则可选择性进行。经验也证明临床上很难从一般的检验中发现有价值的检测结果, 而只有当发现患者存在一些可能因素时进行相关的检验才有价值, 因此该条目具有一定的参考意义。

第六条: 应该对特发性突发性感音神经性聋患者行 MRI、听性脑干反应 (ABR) 或听力学随访来评估蜗后病变。指南将此条目列为推荐。指南认为在特发性突发性感音神经性聋患者中有一小部分人存在着少见但极为重要的潜在蜗后病变, 蜗后病变中最常见的是前庭神经鞘瘤。MRI 是对蜗后病变最敏感的检测方法, 是检查前庭神经鞘瘤的金标准。ABR 和听力测试结果的持续异常也可提示蜗后病变, 但常需行 MRI 作进一步评估。由于没有可靠的临床症状来区分突发性感音神经性聋是否由前庭神经鞘瘤所引起, 且听力测试的结果常无特异性, 因此以上检查是很重要的, 应对所有的突发性感音神经性聋患者均进行这些检查。需要特别说明的是, 指南未再使用“听神经瘤”而称为“前庭神经鞘瘤 (vestibular schwannoma)”, 应引起我们对这一名词命名的关注。

第七条: 需告知特发性突发性感音神经性聋患者该疾病的自然病程、医疗干预的获益和风险、现有的有关疗效证据的局限性等内容。指南将此条目列为强烈推荐。指南提出该建议旨在促进医患交流, 增强患者对自身疾病的了解, 使其具有更好的依从性和参与个性化治疗方案的制定, 并做到患者和 (或) 家庭的参与、完全公开所有可行方案的风险和益处、临床医生和患者/家庭共享诊疗过程。指南还介绍了有关的方法和内容, 强调了医患共同决策的重要性。这一点不仅有利于诊疗进行, 尊重和保护患者权益, 还可改善医患关系, 尤为值得借鉴。

第八条: 应对突发性感音神经性聋患者初始使用糖皮质激素治疗。指南将此条目列为可选择。指南指出虽然现有证据并不能充分证明糖皮质激素对突发性感音神经性聋的疗效, 但仍有一些数据表明是有效的。指南认为在发病最初 2 周内的治疗作用最大, 在以后 4 到 6 周则基本无效。指南只介绍了口服激素, 但未提及静脉给药, 也没有作出解释。没有提及并非意味着否定, 因此静脉给药应该还是一个可选择的途径, 而且具有分布快、吸收快等优势。激素治疗的效果还与药物选择、给药时间、次数、浓度、患者的个体情况等因素有关。最重要的原则是要尽早采用剂量足够大的治疗。由于全身激素治疗对很多器官有潜在副作用, 且疗效的证据并不完全充分, 故患者与医生的共同决策尤为重要。鼓室内激素治疗也可作为首诊治疗方案, 由于副作用小, 对于不能耐受或不愿接受全身激素治疗的患者也是一种有价值的方法。

在指南的一个“推荐”和二一个“可选择”的治疗方案中都涉及到激素治疗,并对激素治疗的利弊作了较为详尽的介绍。虽然激素作为初始治疗方法在指南中的推荐级别不高,但指南对激素治疗的重视程度是很高的,这与济南指南将激素治疗作为第三项治疗方案、而且未作出具体解释有所不同。

第九条:应在诊断特发性突发性感音神经性聋后的 3 个月内对患者进行高压氧治疗。指南将此条目列为可选择。高压氧治疗也是指南推荐的二个“可选择”的治疗方案之一。指南认为血管病变和耳蜗局部缺血与某些突发性感音神经性聋有关,并可能是造成听力损失的最后共同途径。高压氧治疗可使某些对缺血很敏感的组织(耳蜗)的局部氧分压提高,对免疫力、氧转运和血流动力学有复合作用,可减轻缺氧和水肿、增强机体对感染和缺血的宿主反应。但目前支持高压氧疗效的证据还不够充分,且费用高,可能产生气压伤等副作用,故需权衡利弊。指南认为年轻患者的效果较好,发病后 2 周至 3 个月期间治疗比较晚开始治疗的效果好、中至重度听力损失的效果较好。在济南指南中高压氧治疗是作为“其他治疗”方法列出的,在这一点上与美国指南将高压氧治疗摆在相对重要的位置有所区别。

第十条:不应给特发性突发性感音神经性聋患者常规使用抗病毒药物、溶栓药物、血管扩张剂或抗氧化剂。指南将此条目列为不推荐。指南认为突发性感音神经性聋的可能致病机制包括病毒感染、耳蜗缺血和血液流变学病变,理论上使用抗病毒药物、血管活性药物和血管扩张剂应有效,但现有资料表明这些治疗方法均没有显著疗效,与安慰剂也没有显著性差异。该条目的内容与济南指南有较大出入,除了二者都没有推荐抗病毒药物治疗外,济南指南明确了采用改善内耳微循环药物、降低血液黏稠度和抗凝药物对突发性聋的治疗。尽管美国指南也承认“其中很多药物事实上是被提倡使用的”,但未就其相关性和对治疗能否促进听力恢复作出分析和解答,而且这些药物在我国的治疗方案中也已基本上列为常规,所以美国指南的这种观点能否被我国所接受还有待商榷。从临床治疗的角度来讲,在目前对于突发性聋的发病机制还不完全清楚,而且血管因素仍被认为是重要的潜在发病机制的情况下,一味强调或绝对禁止这些药物的使用,有可能缩小治疗的范围,导致漏治的后果。此外对于济南指南提出的神经营养药物,美国指南也未予以提及,但从理论上讲当神经系统出现病变时神经营养药物治疗应该是有积极作用的。

第十一条:应对通过初始治疗后听力未能完全恢复的特发性突发性感音神经性聋患者进行鼓室内激素灌注。指南将此条目列为推荐。根据现有大量的临床研究证据,指南提出对于没有自行恢复或经过包括激素治疗和(或)观察在内的初始治疗后失败的患者,推荐将鼓室内激素治疗作为一种挽救性疗法有可能获得意外的听力恢复,可根据患者是否有严重的听力损失和个人的意愿来决定是否使用该治疗。鼓膜穿刺或鼓膜置管是鼓室内激素治疗最常用的方法,一些

新的方法如经鼓膜切开术或通过微导管、微芯片、水凝胶、纳米颗粒将药物送达圆窗也在逐步被采用。不过,指南虽然引用了不少相关的文献资料,但对一些临床实际问题却未作出说明,如初始治疗失败后何时开始挽救性治疗、初始治疗多长时间后以及听力在什么程度时可以考虑挽救性治疗等。

第十二条:应在突发性感音神经性聋患者确诊后 6 个月之内进行听力测试的随访。指南将此条目列为推荐。指南认为听力测试随访可对进行性听力下降的病因进行评估,有助于筛选出听力未完全恢复的患者以便进行及时的挽救性治疗或康复。指南将 6 个月作为随访测试时间,适当的延迟和提前都是合理的。监测疗效最准确、最经济的方法是将纯音听阈、纯音平均听阈(pure-tone average, PTA)、言语识别阈(speech recognition threshold, SRT)和(或)词语识别得分(word recognition scores, WRS)的初始测试结果与随访测试结果进行比较。

指南建议对听力“恢复”的评价采用以下方法:①除非明确或怀疑患病前有双侧听力不对称,一般情况下应用未患病侧耳作为听力恢复判断的参照对象;②完全恢复是指与健侧耳听阈差别小于 10 dB HL,且 WRS 与健侧耳差别小于 5%~10%;③部分恢复的判断取决于治疗前的听力损失是否使患耳失去可用听力,如果患耳失去可用听力恢复到了可使用的范围内即为显著改善(恢复到可用听力的典型表现是恢复的患耳可以配戴传统的听觉放大装置,未恢复到可用听力则表现为在大多数情况下患耳不能通过传统的听觉放大装置获益),如果患耳听力仍在可用范围内则纯音测听阈值改善达 10 dB HL 或 WRS 改善 $\geq 10\%$ 则认为是部分恢复;④任何小于 10 dB HL 的改善均视为无恢复。

在济南指南中也提出了比较简明实用的疗效标准,虽然在描述上没有美国指南具体,一些数值也略有差异,但基本原则较为接近。但济南指南未明确对患者的随访时限,因此有可能造成在治疗后的一段时间内听力可能出现的波动所导致的最终疗效判别的误差,同时也会造成一些患者失去挽救性治疗的机会。济南指南在疗效标准上仅采用纯音听阈作为判别指标,而美国指南则加入了 WRS,说明后者更注重了实用听力的恢复。

第十三条:应告知听力未完全恢复的患者通过扩音装置和听力辅助技术或其他支持方法有可能获益。指南将此条目列为强烈推荐。指南推出该条目的目的是增强专业人士在治疗突发性感音神经性聋的过程中对患者的宣教意识,从而使听力未完全恢复的患者能更好地选择助听装置。事实已证明不是所有的突发性聋患者都能完全自愈或治愈,为此康复是不可或缺的补救措施。在我国听力治疗与康复仍存在脱节的状况,济南指南中亦未将疗效不佳患者的康复问题列入其中,因此有必要予以增加。

三、对美国指南一些问题的思考

1. 适用人群的限制性:指南的适用对象为 ≥ 18 岁的成年人。虽然儿童突发性聋相对较少见,但仍是一组临床上不可忽视的患者群体。当有了成人的临床指南后,如何处理儿

童患者也就成了临床规范的相对盲区。此外,对一些特殊患者如孕妇、伴有全身性疾病等的突发性聋患者是否适用该指南也未作出说明。指南在获取循证医学证据的文献检索中剔除了非英文文献,意味着对非英文地区的人群相对缺乏临床研究资料,对此指南并未对其适用地域和人种的范围作出说明。指南在对于突发性聋的听力曲线分型、住院标准、愈后的影响因素等诸多方面问题也未作出必要阐述。

2. 推荐治疗方案的低级别性:作为指南最核心的内容是治疗方案。虽然美国指南反复强调所有的条目内容都是建议性和参考性的,留下了共同决策和个体化诊疗方案的选择空间,但从作为指南的严格意义来讲,至少应该提出一个选择性明确的方案。然而指南的治疗推荐方案中最高级别的是“推荐”(挽救性诊疗),其他二种治疗方案是“可选择”(初始激素和高压氧治疗)。突发性聋的治疗应首先注重早期的抢救性治疗,但是指南只提供了“可选择”的二种推荐级别较低的方案,指南提供的最高级别的治疗方案是“推荐”的挽救性治疗。显然这种推荐的治疗方案使得指南在权威性、确定性和指导性的意义上略显不足,有可能导致临床应用的模糊性,尤其是对经验不足的医师。如果指南还能够制定一个治疗推荐建议的简明流程则更有助于在临床上的适用和推广。此外,突发性聋可伴有眩晕、耳鸣等症状,而美国指南对于一般治疗如注意休息、适当镇静、积极治疗相关疾病等关注不够,但济南指南在此方面则有所考虑。

3. 推荐条目实施的不确定性:作为指南能够充分考虑到各方面的因素和利弊,有助于帮助使用者了解目前的最新资讯,有利于根据具体情况有选择性地作出决策,但由于指南陈述内容的多面性和过于强调利弊的平衡则有可能造成使用者的决策困难。另外,指南尽管对各方面的因素作了较全面的分析,但有些地方却未提出明确的推荐建议或倾向性建议,而有的建议则带有矛盾性色彩,如指南在不同的条目里指出没有很好的循证医学研究显示改善微循环、抗病毒、营养神经、抗氧化剂等药物治疗和高压氧治疗一定有效,因此不推荐以上的药物治疗,但却将高压氧治疗列入可选择,然而高压氧治疗从某种意义上来说也是属于抗氧化治疗。

4. 指南的繁复性:任何指南应有别于法律性文书或研究性论文,应是一种应用性文件,以权威、简明、实用、可行为其特征。美国指南在证据引用、内容阐述、论点陈述、观点表达等都有多处重复的现象。有些基本常识也用了较多篇幅进行说明,如音叉的韦伯和林纳试验技术。有些与指南直接相关性不大的内容也列入其中,如表 12(二项分布表)。还罗列了一些没有必要列入指南的资料,如表 6(可能与双侧突发性听力损失相关的主要疾病)和表 7(突发性感音神经性聋患者中 MRI 异常的人数)。对于一些非本专业的技术问题也作了阐述,如 CT 和 MRI 的技术性操作。有些内容详而难详,如表 8(对特发性突发性感音神经性聋患者的宣教中需讨论的问题)和表 13(突发感音神经性聋患者提出的具有普遍性的问题)。有些内容则详而未详,如在“第十三条”中介绍了一些有关听力康复的方法、技术和策略,但却无法在有限的篇幅里予以充分阐明,留下空白甚至疑惑。以上这些现象导致了指南篇幅过长、重复赘述、当简未简、当详难详。

结 语

美国突聋指南在编写过程中集中了各方专家、制定了明确原则和路线而最终成文,指南的形式和内容都有较高的理论和临床实用意义,但也存在着不足,因此如何理性地借鉴和参考该指南是本文的目的。

参 考 文 献

- [1] Stachler RJ, Chandrasekhar SS, Archer SM, et al. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Clinical practice guideline: sudden hearing loss. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 2012, 146(Suppl 1): S1-S35.
- [2] Michel O; Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie. The revised version of the German guidelines "sudden idiopathic sensorineural hearing loss". *Laryngorhinologie*, 2011, 90(5): 290-293.
- [3] 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. 突发性聋的诊断和治疗指南(2005 年,济南). *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2006, 41(8): 569.

(收稿日期:2012-11-21)

(本文编辑:金昕)

· 学术动态 ·

2013 年鼻科学新进展与内镜延伸手术技术学习班暨 内耳疾病诊疗新进展学习班通知

中山大学附属第三医院耳鼻咽喉头颈外科拟于 2013 年 7 月 12—14 日在广州举办国家级继续教育项目“鼻科学新进展与内镜延伸手术技术学习班暨内耳疾病诊疗新进展学习班”,届时将邀请国内外知名专家就内镜鼻-鼻窦外科、上下呼吸道变应性疾病以及内镜鼻颅底外科的现状与诊治进展进行深入剖析和探讨;同期举办的内耳疾病诊疗新进展学习班将就眩晕耳鸣的诊治、听觉植入技术及疗效评估、内耳实验技术等主题展开专题讨论。鼻科和耳科学习班结束后可分别授予国家级继续教育 I 类学分 10 分。学习班注册费 1000 元/人(鼻科),1000 元/人(耳科)。通信地址:广州市天河路 600 号中山大学附属第三医院耳鼻咽喉头颈外科;邮编:510630;联系人:黎景佳、朱玲;电话:020-85252239,13570320515(黎景佳),13450428525(朱玲);Email:zssyent@163.com。

中山大学附属第三医院耳鼻咽喉头颈外科

美国耳鼻咽喉头颈外科学会《临床实用指南:突发性聋》解读与思考



作者: [梁勇](#), [李昕璐](#)
作者单位: [南方医科大学附属南方医院耳鼻咽喉头颈外科, 广州, 510515](#)
刊名: [中华耳鼻咽喉头颈外科杂志](#) ISTIC PKU
英文刊名: [Chinese Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery](#)
年, 卷(期): 2013, 48(5)

本文链接: http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zhebyhk201305019.aspx