

2020 版梅尼埃病临床实践指南解读

于慧前¹ 李华伟¹ 李庆忠¹

[关键词] 梅尼埃病;临床实践指南;指南解读

DOI:10.13201/j.issn.2096-7993.2021.05.001

[中图分类号] R764.33 [文献标志码] A

Interpretation of clinical practice guideline: Ménière's disease (2020)

Summary In 1972, the Committee on Hearing and Equilibrium of the American Academy of Otolaryngology (AAO-CHE) produced the first diagnostic guidelines for Ménière's disease. The American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation (AAO-HNS) modified them in 1985, 1995 and 2015. Then, AAO-HNS developed the latest updated version of the Ménière's Disease Guidelines in 2020, based on the latest evidence-based medicine foundation. In this paper, the overall framework and key content of the latest guideline in 2020 are interpreted for domestic colleagues.

Key words Ménière's disease; clinical practice guideline; guideline interpretation

梅尼埃病是一种病因不明的临床综合征。1861年,Ménière首先报道了内耳(膜迷路)病变可能是表现为发作性眩晕、耳鸣和听力损失的综合征的根源^[1]。目前有关梅尼埃病发病率和患病率的文献报道在不同国家、地区和人种之间均存在较大差异,2020年美国耳鼻咽喉头颈外科学会(American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation, AAO-HNS)报道梅尼埃病的患病率为(50~200)/10万,最常见于40~60岁^[2-4]。

梅尼埃病的潜在病因尚不完全清楚,但目前认为内淋巴积水(endolymphatic hydrops)是该病的标志性特征^[5]。Massachusetts眼耳医院的解剖证据表明,在所有的梅尼埃病患者中均发现了内淋巴积水,但并非所有的内淋巴积水患者均同时患有梅尼埃病。越来越多的临床研究发现,内淋巴积水可能是各种内耳损伤的最终常见病理途径。因此,内淋巴积水可能只是导致梅尼埃病发展过程中的一个副产品,单一依靠内淋巴积水这个病理表现来确诊梅尼埃病是远远不够的。

AAO-HNS于2020年发布了最新的梅尼埃病临床实践指南(以下简称“2020版指南”),该指南基于最新的循证医学文献证据对梅尼埃病临床实践中涉及的诊断、治疗、随访和康复等几大问题提出了17条综合建议(16项关键行动声明),目的是规范梅尼埃病的临床诊疗行为^[2]。本文对2020版指南的整体框架和重点内容进行解读,期望为国内同仁提供参考。

1 指南的目的

与旧版指南的目的略有不同,2015版指南的主要目的是确定梅尼埃病的诊断标准,形成国际上对梅尼埃病的共识;而2020版临床实践指南的主旨是提高梅尼埃病的诊断检查质量和治疗效果。具体来说,该临床实践指南基于目前已发表的科学和(或)临床证据,提高梅尼埃病诊断的准确性和有效性,采取适当的治疗干预措施(内科治疗或/和外科手术)控制梅尼埃病的发作和减轻症状,同时减少不必要的辅助检查(影像学检查和其他诊断测试),减少与未确诊或未治疗的梅尼埃病相关不良事件的发生,预防或减少眩晕的严重程度和频率;减轻或预防听力损失、耳鸣及耳闷胀感;最大限度地提高患者的生存质量。

2 指南的制定和概述

2020版指南制定小组由来自不同领域的21名专家组成。检索目录包括PubMed(MEDLINE),Excerpta Medica数据库(Embase),护理和专职健康累积指数,Cochrane对照试验登记册,国家指南资料交换所,美国国立卫生研究院卓越卫生与护理(英国),SIGN(苏格兰),新西兰指南小组,澳大利亚国家卫生与医学研究委员会,TRIP数据库,指南国际网络,加拿大医学协会数据库,NHS证据(英国),澳大利亚国家卫生和医学研究理事会,指南内部网络,Cochrane系统评价数据库,Web of Science,联合和补充医学数据库,CAB摘要,卫生保健研究与质量局,和卫生服务/技术评估文本。2020版指南最终纳入的数据集包括6项临床实践指南、55项系统综述或Meta分析,以及27个符合纳入标准的随机对照研究(RCT)。

¹复旦大学附属眼耳鼻喉科医院耳鼻咽喉科研究院 耳鼻咽喉科耳科中心 国家卫生健康委员会听觉医学重点实验室(上海,200031)
通信作者:李庆忠,E-mail:liqingzhong@163.com

2020 版指南根据“临床实践指南开发手册(第 3 版):质量驱动方法”中的循证医学证据以及相关的利弊平衡将证据转化为行动,首次提出 16 项关键行动声明(包括 17 条建议)。每项基于证据的声明都以类似的方式呈现:以标题形式提出声明和建议强度,每项关键行动声明后面都有一个行动声明简介,其中明确说明了质量改进机会、综合证据质量、证据置信度(高、中、低)、收益、危害、风险、成本以及收益-危害评估。此外,还有关于价值判断的陈述、患者的偏好、专家组对任何故意模糊性的观点澄清、例外情况、观点的分歧以及对推荐强度的重复陈述。2020 版指南的关键行动声明概要及建议见表 1。

该指南依据循证医学文献,对每项建议的强度依文献证据的质量等级进行了划分,分为强烈推荐、推荐、可选用、不推荐、强烈不推荐五个类别,其中“强烈推荐”和“强烈不推荐”是证据级别最高的,是临床医生在没有其他特别令人信服的证据前提下应当遵循的准则;“推荐”和“不推荐”的证据级别相同,临床医生在遵循推荐和不推荐的同时,可以根据患者的需求和新的文献作出适当的调整;“可选用”是证据级别最低的,所依据的文献质量往往存在不确定性和可疑性,临床医生应与患者协商,共同做出选择。但在 2020 版指南的 17 条建议中没有强烈不推荐,其他四类建议都有,包括强烈推荐仅有 1 条,推荐 10 条,不推荐 3 条和可选用 3 条。

表 1 2020 版美国梅尼埃病临床实践指南关键行动声明总结

声明	推荐意见	等级
1 梅尼埃病的诊断	对于发作至少两次的持续 20 min~12 h(确定梅尼埃病)或长达 24 h(可能梅尼埃病)的眩晕患者,伴波动或不波动的感音神经性听力损失、耳鸣或耳闷胀感,且这些症状不能更好地由其他疾病解释。	推荐
2 前庭性偏头痛评估	在评估梅尼埃病时,临床医生应确定患者是否符合前庭性偏头痛的诊断标准。	推荐
3 听力测试	在评估梅尼埃病的诊断时,临床医生应进行听力学检查。	强烈推荐
4 影像学检查	临床医生可以为可能患有梅尼埃病且经听力测验证实不对称的感觉神经性听力损失的患者提供内耳道和后颅窝的 MRI。	可选用
5 前庭或电生理检查	临床医生不应常规使用前庭功能检查或耳蜗电图检查来确定梅尼埃病的诊断。	不推荐
6 患者教育	临床医生应向患者介绍梅尼埃病的自然病史、症状控制措施、治疗方案和结果等。	推荐
7 眩晕的对症治疗	临床医生应向梅尼埃病患者提供有限疗程的前庭抑制剂,以便在眩晕症发作时控制症状。	推荐
8 症状的减轻和预防	临床医生应该对梅尼埃病患者的饮食和生活方式进行教育,以减轻症状或预防发作。	推荐
9 用于维持治疗的口服药物治疗	临床医生可以提供利尿剂和(或)倍他司汀用于维持治疗,以减轻症状或预防梅尼埃病的发作。	可选用
10 正压疗法	临床医生不应为梅尼埃病患者建议正压疗法。	不推荐
11 鼓室内注射类固醇治疗	临床医生可以对非侵入性治疗无反应的活动性梅尼埃病患者提供鼓室内注射类固醇药物,或向可以提供此服务的临床医生进行咨询。	可选用
12 鼓室内注射庆大霉素治疗	临床医生应向那些非破坏性治疗无反应的活动性梅尼埃病患者提供鼓室内注射庆大霉素,或向可以提供此服务的临床医生进行咨询。	推荐
13 外科治疗	对于活动性梅尼埃病患者,如果最终治疗效果较差且听力不佳,临床医生可采取迷路切除术,或向可以提供此服务的临床医生进行咨询。	推荐
14a 前庭治疗在慢性失衡中的作用	临床医生应为患有慢性失衡的梅尼埃病患者提供前庭康复或物理治疗。	推荐
14b 前庭治疗在急性眩晕中的作用	临床医生不应推荐前庭康复或物理疗法来治疗梅尼埃病患者的急性眩晕发作。	不推荐
15 助听技术咨询	临床医生应向梅尼埃病和听力下降的患者提供助听技术的使用咨询,或向可以为患者提供此服务的临床医生咨询。	推荐
16 患者结局	临床医生应记录眩晕、耳鸣和听力损失的缓解、改善或恶化,以及治疗后患者生活质量的变化。	推荐

3 指南的具体内容

3.1 诊断

延续 2015 版指南意见,2020 版指南基于观察性研究,推荐将梅尼埃病分为确定梅尼埃病和可能梅尼埃病两大类(C 级证据,证据置信度:高)^[1-2]。确定诊断梅尼埃病:①前庭症状:两次以上自发性、

发作性眩晕,每次发作的持续时间为 20 min~12 h;②听力检测:患耳在眩晕发作之前、发作期间或发作之后至少记录到中低频感音神经性听力下降;③患侧耳伴有波动性听觉症状,包括听力损失、耳鸣和耳闷胀感;④排除其他前庭疾病。可能诊断梅尼埃病:①前庭症状:两次以上自发性、发作性眩

晕或头昏,每次发作的持续时间为20 min~24 h;
②患侧耳伴有波动性听觉症状,包括听力损失、耳鸣和耳闷胀感;③排除其他前庭疾病。

3.2 鉴别诊断

2020版指南强调梅尼埃病和前庭性偏头痛的临床特征重叠,建议临床医师在评估梅尼埃病的同时鉴别患者是否符合前庭性偏头痛的诊断标准(C级证据,证据置信度:低)^[6-7]。研究指出,由于偏头痛的患病率很高,因此患者同时患有梅尼埃病和前庭性偏头痛并不少见。前庭性偏头痛的患者多数具有偏头痛病史或偏头痛特征(即偏头痛,光恐惧症或视觉恐惧症);相反,即使在存在偏头痛特征的情况下,如果出现听力图上可识别的特征性听力损失,也应诊断为梅尼埃病。

3.3 辅助检查

3.3.1 听力检查 无论梅尼埃病的诊断、治疗还是听觉康复都要综合考虑患者的残存听力水平或听力丧失程度,因此指南强烈建议临床医生对所有怀疑患有梅尼埃病的患者进行听力学检测(A级证据,证据置信度:高),强调听力测验数据的重要性。听力检测包括纯音测听和语音识别阈值等,这也是2020版指南中唯一一条强烈推荐的项目。

3.3.2 影像学检查 基于观察和案例研究,2020版指南提出对于可能患有梅尼埃病且经听力测验证实不对称的感觉神经性听力损失的患者,临床医生选择性建议内耳道和后颅窝的MRI(D级证据,证据置信度:中)。MRI的主要目的是排除内耳或耳蜗后病变,包括前庭神经鞘瘤,其他内部听道肿瘤或桥小脑角区域肿瘤(例如脑膜瘤)或大脑异常(例如多发性硬化、血管病变)等。

3.3.3 前庭功能检查或耳蜗电图检查 该指南强调梅尼埃病是一种临床诊断,基于对横断面研究和观察性研究的系统评价,不推荐临床医生常规进行前庭功能检查或耳蜗电图检查来确定梅尼埃病的诊断(B级证据,证据置信度:中)。在确定每例患者的最佳治疗方案时,应选择性地考虑以上设备的可用性、可行性以及完成这些测试所需的培训以及设备成本等。

3.4 患者教育

基于患者自我教育和共享决策,2020版指南推荐临床医生应对患者进行教育,以增进其对梅尼埃病的自然病史的了解,提供有关梅尼埃病的症状体征、生活方式改变、诊断测试及疾病的长期风险等基本信息,激励和帮助患者遵守其护理计划并促进更好的患者预后,并强调持续随访的重要性(C级证据,证据置信度:中)。

3.5 治疗

3.5.1 饮食结构调整 在临床实践中推荐的主要饮食调整方法是限制钠盐摄入和减少或消除咖啡

因,其中有些还限制饮酒(C级证据,证据置信度:高)。指南中提出,一项小样本量的限制钠盐摄入的RCT研究表明低钠饮食对改善梅尼埃病没有明显作用,还存在低钠血症的潜在风险,应对其负面影响进行关注^[8]。一项针对136例患者的大型观察或调查研究提供了饮食限制钠和咖啡因在缓解与梅尼埃病相关的眩晕和头晕方面的作用的证据^[9]。目前,尚无可推荐每日特定钠盐摄入量以预防梅尼埃病发作的具体指南。目前我们一般采用美国心脏协会的限盐数值(每天最多摄入2300 mg钠,大多数成年人的理想上限是每天不超过1500 mg)^[10]。此外,大麻素正在作为许多慢性疾病的潜在治疗选择而日益受到关注。但是,目前没有证据支持使用大麻素治疗梅尼埃病患者。

3.5.2 药物治疗 2020版指南提出,推荐患者使用前庭抑制剂(第1代抗组胺药,苯二氮卓类和抗胆碱能药)用于抑制严重的急性眩晕发作(C级证据,证据置信度:中)。该指南强调前庭抑制类药物仅用于急性期的短暂控制症状,长期使用以上药物不仅会抑制对前庭丢失的中枢适应/补偿,造成慢性失衡症状长期存在,还可能造成明显的毒性和戒断作用。因此,前庭抑制剂仅用于急性期控制症状,不建议长期使用。鉴于梅尼埃病的潜在病理生理机制尚不清楚以及循证医学证据质量不高,2020版指南仅将利尿剂和(或)倍他司汀等作为可选用药物,用于减轻症状或预防梅尼埃病的发作(B级证据,证据置信度:中)。尽管由于缺乏高质量的研究而无法严格评估利尿剂对梅尼埃病的作用,但在Cochrane(2016)综述中的一些研究确实报道了使用利尿剂可改善患者的眩晕。Cochrane进行了一项Meta分析,发现倍他司汀与安慰剂相比,能减轻眩晕患者(患者人群包括梅尼埃病、良性阵发性眩晕和其他眩晕患者)症状的发作;但最新的随机对照双盲实验提出,倍他司汀并未改变与梅尼埃病相关的眩晕发作的次数^[11-12]。以上的药物治疗证据需要更多的梅尼埃病的病因学研究和临床研究的支持。该指南中还有一类药物由于没有足够的文献证据提出建议,因而不予置评,这些药物包括控制过敏源药物、压力激素加压素(pAVP)和口服类固醇药物等。此外,针灸和替代疗法也被归入这一类。值得注意的是,这些潜在的维持药物是针对具有活动性梅尼埃病症状的患者,而不是作为急性梅尼埃病发作的急性治疗。

3.5.3 正压疗法(低压脉冲治疗) 根据系统评价和随机试验结果,2020指南不推荐临床医生为梅尼埃病患者开具正压疗法(B级证据,证据置信度:高)。2015年Cochrane通过系统评价得出,低压脉冲治疗并未给梅尼埃病患者带来明显收益,甚至会加重听力损伤^[13]。因其临床疗效的不确定性,

目前已较少应用。

3.5.4 鼓室注射类固醇药物 1991 年首次描述,鼓室注射类固醇药物可通过抗炎作用以及对耳蜗内环境稳态作用来稳定血管内皮并改善耳蜗血流量。因此,2020 指南提出临床医生可选择性地向那些对无创治疗无反应的活动性梅尼埃病患者提供鼓室注射类固醇药物(C 级证据,证据置信度:高),其中患者的偏爱起着重要的作用。对于支持这种干预的综合证据强度是 B 级还是 C 级存有争议。部分小组成员认为该声明应作为推荐而非选用。

3.5.5 鼓室内庆大霉素的治疗 庆大霉素是一种氨基糖苷类,具有耳蜗毒性和前庭毒性,但庆大霉素对前庭系统的毁损有更强烈的偏好。基于两个 RCT 试验和几个系统评价,2020 版指南推荐临床医生对那些对非破坏性治疗无反应的单侧活动性梅尼埃病患者提供鼓室内注射庆大霉素(B 级证据,证据置信度:高)。指南强调,所有接受庆大霉素的患者应注意,中枢性补偿可能需要数周至数月的时间,许多患者可能会持续出现失衡或头晕。综合考虑到鼓室内庆大霉素可能会导致听力损失,因此有关庆大霉素治疗的患者教育和共同决策至关重要。

3.5.6 外科手术 由于包括鼓室内注射庆大霉素或激素等治疗方案的兴起,近年来梅尼埃病的外科手术治疗有所下降。2020 版指南对保守治疗难以治愈且患耳无实用听力的患者推荐迷路切除手术(C 级证据,证据置信度:高)。医生和患者之间的共同决策对于此建议是必要的。它强调迷路手术仅用于一小部分持续性、单侧活动性梅尼埃病患者。迷路切除术会彻底损毁单侧听力和前庭功能,因此对只有单耳听力和(或)双侧梅尼埃病患者是禁忌。鉴于迷路切除术后患者将完全丧失听力,针对难治性症状,对侧前庭功能良好且听力正常的梅尼埃病患者可选择性地进行前庭神经切断术。指南指出,这是一种涉及在保留耳蜗神经的同时选择性切除前庭神经的硬膜内手术方式;而且该手术的并发症包括听力下降、面神经损伤、术后头痛、颅内出血、脑膜炎及脑脊液漏等。另外,由于没有前庭和耳蜗神经之间明确定义的分离,导致不完全性前庭神经切除,最终产生前庭症状残余。鉴于以上原因,2020 版指南建议慎重考虑该术式风险,对其推荐级别未予置评。另外,内淋巴囊手术也是临床常用的眩晕外科治疗手段之一。丹麦的一项双盲、安慰剂对照(假手术)研究共纳入 30 例患者,结果表明内淋巴囊引流术与乳突切除术具有同等疗效。2013 年 Cochrane 系统评价结果显示内淋巴囊手术对于治疗梅尼埃病无明显受益^[14]。由于比较小型对照研究与大型和大量非对照研究时,其不确定性和结果不一致,综合风险与收益比较,2020 版指南不推荐使用内淋巴囊减压术。

3.6 前庭康复

3.6.1 前庭治疗在慢性不平衡中的作用 梅尼埃病的自然病史涉及中枢神经系统补偿机制的激活,使单侧外周前庭功能逐渐下降。基于系统综述,2020 版指南推荐临床医生为患有慢性失衡的梅尼埃病患者提供前庭康复或物理治疗(A 级证据,证据置信度:高)。尽管通过客观和主观的措施证明了前庭康复可以缓解慢性失衡的益处,但这些研究仍受到样本量小和异质研究样本(除梅尼埃病之外还包括多种潜在疾病)的限制,需要更强有力的证据来支持前庭康复在慢性不平衡中的重要性,尤其是双侧梅尼埃病患者。

3.6.2 前庭治疗对急性眩晕的作用 最近的临床指南经强有力的证据表明,前庭康复在急性和亚急性环境中出现症状的单侧和双侧外周前庭疾病患者中受益。然而,Cochrane 对前庭康复的研究中发现没有专门针对前庭康复在急性眩晕症治疗中的研究,缺乏证据支持使用前庭康复来治疗梅尼埃病的急性眩晕发作^[15]。因此,2020 版指南不推荐临床医生将前庭康复或物理疗法用于梅尼埃病患者的急性眩晕发作(B 级证据,证据置信度:中)。

3.7 助听设备的选择

感音神经性聋是诊断梅尼埃病的关键标准之一,听觉下降的性质决定了梅尼埃病听觉康复的方法。2020 版指南推荐具有听力下降的梅尼埃病患者根据听力损失的严重程度选择助听设备(助听器或人工耳蜗)(C 级证据,证据置信度:高),并鼓励梅尼埃病患者和临床医生根据听力损失和助听设备的特点做出共同的决策。

3.8 随访和预后

2020 指南推荐临床医生记录梅尼埃病患者治疗后的眩晕、耳鸣、听力下降以及生活质量的改变等(C 级证据,证据置信度:中)。另外,对综合性多中心工具的广泛适应和整理有助于更深入地了解干预措施的价值以及以患者为中心的结果。该指南着重于对梅尼埃病患者进行随访的重要性,评估其他疾病病因,确定将受益于治疗强度增加或降低的患者,并减少无效治疗的使用。

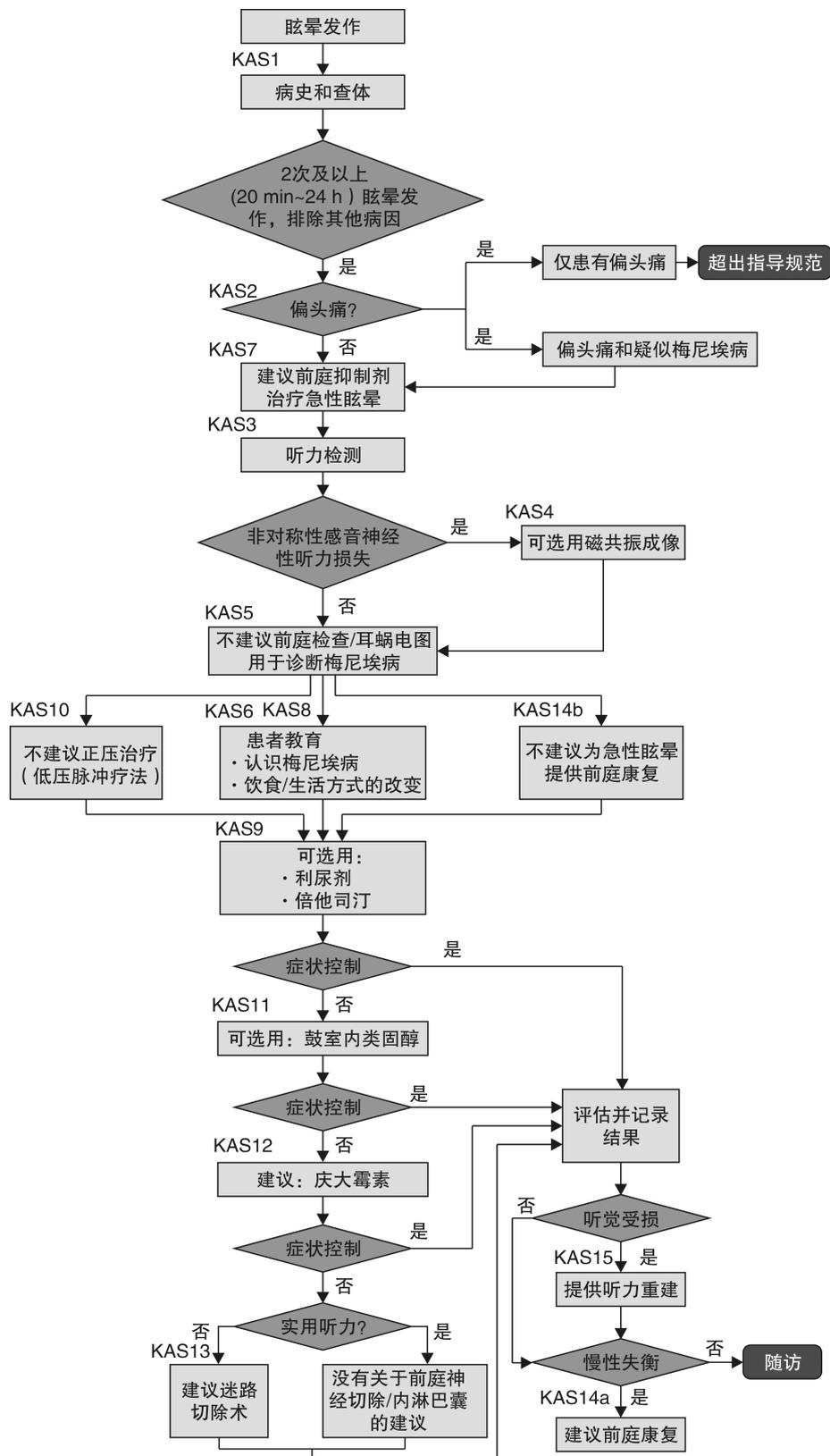
4 结语

2020 版指南还提出 18 条对于梅尼埃病未来研究方向的建议和需求。具体包括梅尼埃病的临床流行病学研究、对生活质量影响的研究、梅尼埃病的病理生理学研究、听力改变模式研究、影像学研究、偏头痛的处理、梅尼埃病的治疗和康复等。研究者还对梅尼埃病的定义和分类提出了一系列意见和建议。另外,2020 版指南还提出了临床实践指南预期的障碍以及相应的解决方案。

相比较 2015 版指南强调梅尼埃病的诊断标准,2020 版指南从诊断、鉴别诊断、辅助检查、治

疗、康复和随访等多个角度全面提出梅尼埃病的 16 项“关键行动声明”,是基于最新的循证医学基础,反映了全球学者对梅尼埃病认知的改变和进步,具有重要的实用价值和参考意义。2020 版指

南在结尾处以流程图的方法开发了一种诊断和治疗算法,可以更快地了解指南的逻辑和操作说明的顺序,为临床医生在不同的诊断途径和治疗方案中进行选择提供决策支持(图 1)。



KAS:关键行动声明。

图 1 2020 版美国梅尼埃病临床实践指南:梅尼埃病算法

参考文献

- [1] Goebel JA. 2015 Equilibrium Committee Amendment to the 1995 AAO-HNS Guidelines for the Definition of Ménière's Disease [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2016, 154(3):403-404.
- [2] Basura GJ, Adams ME, Monfared A, et al. Clinical Practice Guideline: Ménière's Disease Executive Summary [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2020, 162(4):415-434.
- [3] Harris JP, Alexander TH. Current-day prevalence of Meniere's syndrome [J]. *Audiol Neurootol*, 2010, 15(5):318-322.
- [4] Ricchetti-Masterson K, Aldridge M, Logie J, et al. Exploring methods to measure the prevalence of Meniere's disease in the US Clinformatics database, 2010-2012 [J]. *Audiol Neurootol*, 2016, 21(3):172-177.
- [5] Merchant SN, Adams JC, Nadol JB Jr. Pathophysiology of Meniere's syndrome; are symptoms caused by endolymphatic hydrops? [J]. *Otol Neurotol*, 2005, 26(1):74-81.
- [6] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition [J]. *Cephalalgia*, 2018, 38(1):1-211.
- [7] Lempert T, Olesen J, Furman J, et al. Vestibular migraine; diagnostic criteria [J]. *J Vestib Res*, 2012, 22(4):167-172.
- [8] Acharya A, Singh M, Shrestha A. First line treatment of Meniere's disease [J]. *J Lumbini Med Coll*, 2016, 4(2):68-71.
- [9] Luxford E, Berliner KI, Lee J, et al. Dietary modification as adjunct treatment in Meniere's disease: patient willingness and ability to comply [J]. *Otol Neurotol*, 2013, 34(8):1438-1443.
- [10] Cogswell ME, Zhang Z, Carriquiry AL, et al. Sodium and potassium intakes among US adults; NHANES 2003-2008 [J]. *Am J Clin Nutr*, 2012, 96(3):647-657.
- [11] Murdin L, Hussain K, Schilder AG. Betahistine for symptoms of vertigo [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016, 6:CD010696.
- [12] Adrion C, Fischer CS, Wagner J, et al. Efficacy and safety of betahistine treatment in patients with Meniere's disease; primary results of a long term, multi-centre, double blind, randomised, placebo controlled, dose defining trial (BEMED trial) [J]. *BMJ*, 2016, 352:h6816.
- [13] van Sonsbeek S, Pullens B, van Benthem PP. Positive pressure therapy for Meniere's disease or syndrome [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015, 3:CD008419.
- [14] Pullens B, Verschuur HP, van Benthem PP. Surgery for Ménière's disease [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013, 2:CD005395.
- [15] McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015, 1:CD005397.

(收稿日期:2020-08-31)

《临床耳鼻咽喉头颈外科杂志》入编中国科学引文数据库(CSCD)核心库

经过中国科学引文数据库(CSCD)定量遴选、专家定性评估,2021—2022年度中国科学引文数据库收录来源期刊(分为核心库和扩展库两部分)1262种,其中核心库926种,扩展库336种。《临床耳鼻咽喉头颈外科杂志》入编中国科学引文数据库(CSCD)核心库。

《临床耳鼻咽喉头颈外科杂志》自创刊以来始终坚持“突出临床,面向临床,服务临床”的办刊宗旨,重点报道国内外有关诊治耳鼻咽喉头颈外科疾病的研究成果、临床经验及与临床紧密结合且具有指导作用的基础研究成果,充分反映国内外学术领域的新进展和医学新动态,深受读者喜爱。连续入选北大中文核心期刊和中国科技论文统计源期刊,入选我国高质量科技期刊分级目录耳鼻咽喉科学类T2级期刊,为第二届国家期刊奖提名奖期刊,第三届国家期刊奖百种重点期刊,中国期刊方阵双效期刊,“湖北最具影响力十大自然科学学术期刊”和“庆祝中华人民共和国成立70周年精品期刊展”入选期刊。被Medline、Scopus、CA等多种国内外重要数据库和权威性文摘期刊收录。