

熬夜和长期戴耳机，拉响年轻人听力警报

别让听力悄悄“溜走”！解锁“护耳”健康密码

记者 秦聪聪 济南报道

听力损伤呈现年轻化趋势

“许多人认为听力衰退与衰老相关，实则不然。长期噪声暴露、不良生活习惯等因素，已使听力损伤呈现年轻化趋势。”山东大学齐鲁医院耳鼻喉科主任医师张寒冰介绍，非先天性听力下降的主要因素，排在首位的是噪声暴露。

无论是职业噪声还是娱乐噪声，长期暴露在高分贝环境中导致的听力损伤通常是不可逆的，这是最可控，也是最容易被忽视的因素。一些全身慢性疾病控制不佳、耳毒性药物的应用，也是导致听力下降的常见诱因。此外，一些不良生活习惯，比如长期熬夜、过度劳累、精神高压，容易引发内耳供血不好，诱发突发性耳聋。

山东省第二人民医院耳鼻喉科主任医师王明明介绍，突发性耳聋是突然发生、原因不明的感音神经性听力损失。这不是“扛一扛就能好”的小问题，而是有最佳治疗时间窗口的急症。

一旦出现单侧或双侧听力突然下降、耳闷胀感、耳鸣伴眩晕等症状，必须在72小时内前往医院就诊，通过耳科查体、纯音测听、磁共振等检查明确诊断，及时接受激素、改善内耳微循环等个体化治疗，同时配合听力康复训练，才能最大程度挽救听力。

张寒冰提醒，日常用耳习惯的规范，是守护听力的关键。使



用耳机需严格遵循“60-60原则”：耳机音量不超过最大音量的60%，单次使用不超过60分钟。优先选择头戴式或降噪耳机，避免在嘈杂环境中提高音量盖过噪音。注意远离噪声，积极治疗高血压、糖尿病、高血脂等基础疾病，避免自行使用耳毒性药物。健康人群每年做一次听力检测，高危人群每半年做一次。一

旦出现耳鸣、耳闷、听力下降等症状，及时就医。

老年人“耳背”不是常态 别让听力衰退拖累生活

山东省第二人民医院听觉植入科主任徐磊介绍，据第二次全国残疾人抽样调查统计，60岁及以上老年人群的听力损失患病率，

在各年龄段当中居于首位，而在导致我国60岁及以上老年人听力下降的诸多因素中，年龄相关的听力损失占67.02%。这意味着，随着老龄化时代的到来，听力损失带来的老年人言语交流能力、情感和社会交流能力下降，严重影响生活质量和健康水平。

“有很多人认为，耳朵有点背，习惯了就好，不用管。实际上，听力损失不仅是听不到声音，还会导致大脑听觉皮层发生功能退化，言语理解能力下降。”徐磊指出，长期听力损失还与认知能力下降、老年痴呆发病风险增加以及抑郁等心理问题密切相关。因此，不能因为“怕麻烦”“没必要”就“放弃治疗”，早发现、早干预才是改善老年人听力状况的关键。

“一旦发现看电视音量越调越大，经常听不清别人说话，就要及时就医。”徐磊提醒，针对老年性耳聋，重在预防和积极治疗，养成科学用耳习惯、健康规律的作息、保持心情愉悦，避免接触噪音、减少其他系统疾病的发生；当自觉交流困难时要尽早就医，及时干预。

此外，助听器是科学辅助工具，不存在依赖性，早期规范佩戴能延缓听力退化、保护残余听力。验配助听器需要进行精准的编程调试。随便买一个未经专业验配的助听器，不仅无益，反而可能进一步损伤残余听力。

守护“小耳朵” 注意从源头筑牢防线

婴幼儿听力健康是语言发育、认知成长的基础，尤其要重视先天性风险的源头把控与后天伤害的精准规避。

山东省听力语言康复中心副主任吴丹凤介绍，超过60%的先天性耳聋由遗传引起，有耳聋家族史的宝宝属于高危人群。除此以外，宫内感染是导致先天性听力损失的重要原因，尤其是孕初期前三个月的感染，主要包括风疹病毒、巨细胞病毒、弓形虫、单纯疱疹病毒等。其中巨细胞病毒是新生儿感音神经性耳聋最常见的原因。此外，一些围产期问题，比如早产和极低出生体重、新生儿窒息缺氧、严重黄疸等，都是明确的听力损失高危因素。

后天性听力损失风险主要包括感染性疾病、使用耳毒性药物、噪音与环境因素以及不当的生活习惯，比如平躺喂奶导致宝宝呛奶、捏着鼻子强行灌药、用力擤鼻涕等，都可能让奶液或鼻涕通过咽鼓管进入中耳，引发中耳炎。

如何避开影响婴幼儿听力误区，做好科学防护？吴丹凤建议，要注意孕期科学防护，重点预防宫内感染，避免接触耳毒性药物和放射线。宝宝在出生48小时到72小时内要配合完成新生儿听力筛查，未通过者42天内复筛，如果发现异常，3个月内尽早干预。另外，就是避开日常“伤耳”行为，远离噪音、正确处理耳垢、正确擤鼻涕、警惕用药与感染。如果孩子出现对声音反应迟钝、语言发育明显落后于同龄人，或总是要求重复讲话，应引起重视，及时就医检查。

先天性甲减：隐匿的智力发育杀手

新生儿疾病筛查是早期发现和干预的关键

甲状腺激素早期缺乏会造成不可逆脑损伤

先天性甲减是因甲状腺激素合成不足或受体缺陷引发的疾病，而甲状腺激素是大脑发育的关键“燃料”，早期缺乏会造成不可逆脑损伤，还会导致孩子生长发育落后。

它最隐蔽的地方在于，大多数宝宝出生时看似正常，仅表现为特别安静、黄疸消退慢、吃奶费力等轻微症状，极易被家长忽视。因此，新生儿疾病筛查是早期发现和干预的关键。

足跟血筛查 防患于未然

作为第一道防线，新生儿足跟血筛查，能在症状出现前锁定隐患。根据2025年《先天性甲状腺功能减退症诊治指南》，所有宝宝需在出生后48小时至7天内完成筛查，核心检测指标为促甲状腺激素(TSH)。若TSH≥8-10 mU/L，筛查中心会立即启动紧急召回流程。



目前我国筛查覆盖率已达98%以上，成功预防了数千例儿童智力残疾。需注意，早产儿、极低出生体重儿(<1500克)或筛查前接受过输血的新生儿，即便初筛正常，也需在出生后2-4周复查，避免漏诊。

孩子出生两周内是治疗黄金窗口

筛查阳性后，需通过静脉血

检测TSH和游离甲状腺素(FT4)确诊，治疗则是一场与时间的赛跑——出生后2周内是启动治疗的“黄金窗口”。

指南明确，左甲状腺素钠(LT4)治疗需尽早开始，最晚不超过出生后2周，这样绝大多数患儿智力发育可达到正常水平。治疗需“足量”起步：轻度甲减(FT4>10pmol/L且TSH升高)每日10 μg/kg；重度甲减(FT4<5pmol/L且TSH升高)每日10-15

μg/kg，治疗目标是将FT4维持在年龄参考范围的上1/2，为大脑提供最优激素环境。若筛查TSH>40mU/L且母亲无相关用药史，可直接启动治疗，无需等待确诊结果。

长期精细监测是“一生的马拉松”

治疗启动后，长期精细监测是关键，这是一场“一生的马拉松”。

治疗初期及剂量调整期，需每1-2周评估甲状腺功能；TSH正常后至1岁，每1-2个月评估；1岁至3岁每2-4个月评估；3岁至生长发育完成，每3-6个月评估。

剂量调整需谨慎，除非TSH被显著抑制或出现心悸、多汗等过度治疗症状，不应仅因单次FT4略高于上限就轻易减量，稳定充足的治疗，远比微小数值波动更重要。

先天性甲减并非都要终身服药

许多人认为，先天性甲减需

终身服药，但指南指出，约三分之一甲状腺位置正常的宝宝属于“暂时性”甲减。停药评估需严格进行医学监控，通常在3岁后进行，部分特殊情况(如仅需极低剂量维持)可提前至6月龄。评估时需停药4周复查，若TSH>10 mU/L，则为永久性甲减，需恢复终身治疗，充分体现个体化精准管理原则。

全生命周期关怀 不止于补充激素

如今，先天性甲减管理已超越单纯激素补充，迈向全生命周期关怀。需在孩子12个月、18个月、3岁、8岁等关键节点进行神经心理评估；青少年期需培养自我管理能力和自我管理能力。对于特定患儿，基因检测可明确病因并评估再生育风险。

先天性甲减的防治是现代医学的典范，通过早期筛查与科学干预，可将严重疾病转化为可防可控的慢性病，守护每个宝宝拥有健康未来的权利。

山东大学附属儿童医院(济南市儿童医院) 朱林敏