

ประสาทหูพิการแต่กำเนิด

กฤษณา เลิศสุขประเสริฐ

คลินิกโสตสัมผัสและการพูด ภาควิชาโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Congenital Deafness

Krisna Lertsukprasert

*Speech and Hearing Clinic, Department of Otolaryngology,
Faculty of Medicine, Khon Kaen University.*

Deafness is the hidden handicap or unseen disability. Its effects are many and of varying degrees of severity include delay in the development of speech and language, education, social and vocational guidance. The most common problem that brings deaf child to the doctor is slow speech development which sometimes is not suitable time for diagnosis. For the effectiveness of management and habilitation depends on the age at which the management is commenced. Of 221 slow speech development children who came to Srinagarind Hospital during April 1980-1986, 64.25% were Congenital sensorineural hearing loss. Most of them were deafness (hearing loss > 90 dB ISO 1964) and were diagnosed at the age of 2-6 yrs. 9.5% were Brain-damaged (include Cerebral palsy and Aphasia), 3.62% were Mental Retardation, 7.69% were Multiple Disorders and only 14.93% were the group of normal hearing with inadequate environment.

The deaf child is like any other child except that he has tremendous problems in communication, education and socio-economic achievement. Diagnosis should never be deferred on the grounds that a child is too young for adequate assessment. With the use of the risk principles and the reason for suspecting early childhood deafness, the early diagnosis should be done before the age of 2. It can be achieved if those in contact with children make purposeful attempts to detect the problem so that the proper help and the appropriate advice can be given to the child and parents.

ประสาทหูพิการแต่กำเนิด เป็นความผิดปกติที่เรามองไม่เห็น ผู้ปกครองส่วนใหญ่มักจะพาเด็กมาปรึกษาแพทย์ด้วยปัญหาสำคัญ คือเด็กไม่พูด หรือพูดช้ากว่าวัยอันควร จากการสำรวจเด็กพูดช้า 221 ราย ในช่วงปี พ.ศ.2523 - 2529 พบว่าเป็นเด็กประสาทหูพิการแต่กำเนิดถึง 64.25% และส่วนมากได้รับการวินิจฉัยเมื่อเด็กอายุมากกว่า 2 ปี 9.5% เป็นเด็กสมองพิการ 3.62% เป็นเด็กปัญญาอ่อน 7.69%

มีความผิดปกติแบบผสม และมีเพียง 14.93% ที่มีการได้ยินปกติ แต่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม

ปัญหาที่สำคัญของเด็กประสาทหูพิการแต่กำเนิด คือ เขาไม่สามารถสื่อความหมายได้เหมือนกับคนปกติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการศึกษาและการอยู่ร่วมในสังคมอีกด้วย ดังนั้นการที่จะช่วยเหลือเด็กเหล่านี้ให้ได้ยิน อันจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการสื่อความหมายนั้น เด็กควรได้รับการใส่เครื่องช่วยฟังตั้งแต่อายุน้อย ๆ

นั่นก็คือการวินิจฉัยความผิดปกติของการได้ยิน ควรจะทำให้ได้เร็วที่สุดก่อนเด็กจะมีอายุครบ 2 ปี ไม่ควรมีคำกล่าวอ้างที่ว่าเด็กอายุน้อยเกินกว่าที่จะทดสอบได้ สิ่งที่จะช่วยให้การวินิจฉัยเป็นไปได้เร็วที่สุดก็คือ บุคคลากรที่เกี่ยวข้องกับเด็กควรจะทราบถึงความสำคัญขอปัญหา และมีความตื่นตัวในการที่จะสังเกตความผิดปกติ โดยเฉพาะในเด็กที่เสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของการได้ยิน ในกรณีที่สงสัยควรส่งตรวจการได้ยิน หากพบความผิดปกติจะให้การรักษา- เหลือที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป. —X—

บทนำ

ประสาทหูพิการแต่กำเนิด เป็นความผิดปกติที่เรามองไม่เห็น ถ้ามองดูลักษณะภายนอกเด็กประสาทหูพิการแต่กำเนิด ก็จะเหมือนกับเด็กปกติทั่วไป แต่ต่างกันตรงที่เด็กประสาทหูพิการจะมีปัญหาในการสื่อความหมาย (พูดไม่ได้ และไม่เข้าใจคำพูดของผู้อื่น) ปัญหาในด้านการศึกษา เมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียน ปัญหาการอยู่ร่วมกันในสังคม และปัญหาในการประกอบอาชีพเมื่อเด็กโตขึ้น ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของการได้ยินสำหรับเด็กประสาทหูพิการ เพื่อให้เขาฟังเสียงในชีวิตประจำวันได้บ้าง อันจะเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาทางด้านภาษา และภาษา จำเป็นจะต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยการใส่เครื่องช่วยฟังตั้งแต่อายุน้อย ๆ ⁽¹⁾ ก่อนที่จะถึงวัยหัดพูด และได้รับการฝึกอย่างถูกต้องเหมาะสม นั่นก็คือเด็กจะต้องได้รับการวินิจฉัยโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ แต่ผู้ปกครองของเด็กส่วนใหญ่มักจะพาเด็กประสาทหูพิการมาพบแพทย์ ด้วยปัญหาของการพูดช้าไม่สมกับวัย ซึ่งมักจะเป็นช่วงเวลาที่ไม่มีเหมาะสม เนื่องจากเด็กโตมากแล้ว ไม่ได้ใช้การฟังมาหลายปี กรณีเช่นนี้การช่วยเหลือก็มักไม่ค่อยได้ผล เด็กก็จะกลายเป็นคนหูหนวก พูดไม่ได้ ไม่สามารถติดต่อสื่อความหมายกับผู้อื่น และมีปัญหาอื่น ๆ ตามมาอีกด้วย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้เขียนได้ทำการสำรวจอุบัติการณ์ของความผิดปกติ อันจะเป็นสาเหตุทำให้เด็กพูดช้ากว่าวัยอันควร และประสาทหูพิการแต่กำเนิดรวมทั้งช่วงอายุที่ผู้ปกครองพามา และระดับการสูญเสียการได้ยิน

วิธีการ

ทำการศึกษาค้นคว้าว่าวัยอันควร จำนวน 221 ราย ซึ่งผู้ปกครองพามาปรึกษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก หู คอ จมูกโรงพยาบาลศรินครินทร์ ในช่วงเดือนเมษายน 2524 - 2529 เด็กเหล่านี้จะได้รับการตรวจและบันทึกผลการตรวจดังนี้

1. ชักประวัติอย่างละเอียด
2. สังเกตพฤติกรรม
3. ทำการตรวจการได้ยิน
 - 3.1 จุดเริ่มต้นของการได้ยิน (Threshold of just heard)
 - 3.2 Screening test โดยการใช้เสียง 3000 Hz 100 dB
4. ทำการตรวจพิเศษ Acoustic Impedance Audiometry ในกรณีที่มีความผิดปกติของการได้ยิน

ผลการศึกษา

พบว่า เด็กพูดช้ากว่าวัยอันควร 221 รายนี้เป็นเด็กประสาทหูพิการแต่กำเนิดถึง 64.25% (142 ราย) เด็กปัญญาอ่อน 3.62% เด็กสมองพิการ 9.5% เด็กที่มีความผิดปกติแบบผสม 7.69% มีเพียง 14.93% เท่านั้นที่เป็นเด็กที่มีการได้ยินปกติ แต่พูดช้าเนื่องจากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม (ตารางที่ 1)

สำหรับเด็กประสาทหูพิการแต่กำเนิด 142 รายนี้ เป็นชาย 69 ราย และหญิง 73 ราย ช่วงอายุที่ผู้ปกครองพามาพบแพทย์ ส่วนมากจะอยู่ในช่วง 2-4 ปี รองลงมาคือ 4-6 ปี (ตารางที่ 2) เด็ก

ตารางที่ 1 ความผิดปกติชนิดต่างๆ อันเป็นสาเหตุของการพูดช้ากว่าวัยอันควร (Delayed Speech)

ประเภทของความผิดปกติ	ร้อยละ
ความผิดปกติของการได้ยิน (Hearing loss)	64.25
ปัญญาอ่อน (Mental Retardation)	3.62
สมองพิการ (Cerebral Palsy)	3.62
(Aphasia Palsy)	5.88
ความผิดปกติแบบผสม (Multiple disorders)	7.69
สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม (Inadequate environment)	14.93

ตารางที่ 2 จำนวนเด็กประสาทหูพิการแต่กำเนิด ที่ผู้ปกครองเริ่มพามาปรึกษา จำแนกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	ร้อยละ
น้อยกว่า 2 ปี	15.33
2 - 4 ปี	40.67
4 - 6 ปี	28.67
6 ปีขึ้นไป	15.33

ตารางที่ 3 ระดับการสูญเสียการได้ยินของเด็กประสาทหูพิการแต่กำเนิด

ระดับการได้ยิน	ร้อยละ
25 - 40 dB	0.35
41 - 60 dB	4.93
61 - 90 dB	26.06
90 dB ขึ้นไป	62.32
การทดสอบไม่สมบูรณ์	6.34

เหล่านี้ส่วนมากจะเป็นเด็กหูหนวก (ระดับของการได้ยินมากกว่า 90 dB ISO 1964) (ตารางที่ 3)

ในการชักประวัติจากผู้ปกครอง เพื่อที่จะทราบถึงความผิดปกติอันอาจจะเป็นสาเหตุของประสาทหูพิการ ได้ผลดังนี้ คือ 8.81% เป็นเด็กที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวหูหนวก พูดไม่ได้ ซึ่งลักษณะนี้บ่งชี้ถึงการที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม, 13.84% เป็นเด็กที่เกิดจากมารดาที่มีความผิดปกติในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งรวมถึง การเป็นไข้ ออกผื่น, มารดากินยาขับเพื่อหวังกำจัดบุตรในครรภ์ และมารดาป่วยขณะตั้งครรภ์ เช่น เป็นโรคลมชัก มาลาเลีย ปอดบวม กอพออก เป็นต้น), ความผิดปกติในช่วงการคลอด 14.47% ความผิดปกติหลังคลอดในช่วงขวบปีแรก 11.32% ไม่ทราบสาเหตุ 37.11% และมี 11.32% ที่ได้ข้อมูลไม่ครบเนื่องจากผู้ที่นำเด็กมามิใช่บิดามารดา ซึ่งไม่ทราบประวัติที่แน่นอน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความผิดปกติที่อาจจะเป็นสาเหตุของประสาทหูพิการแต่กำเนิด (จากการชักประวัติในอดีต)

ประวัติความผิดปกติ	ร้อยละ
ประวัติ ญาติพี่น้องในครอบครัว หูหนวกแต่กำเนิด (Family history of early childhood deafness)	8.81
ความผิดปกติระหว่างการตั้งครรภ์ (Prenatal)	13.84
ความผิดปกติระหว่างคลอด (Natal)	
- การคลอดผิดปกติ (Complicated delivery)	5.03
- ภาวะการขาดหายใจแรกคลอด (Birth asphyxia)	7.55
- คลอดก่อนกำหนด (Prematurity)	1.89
ความผิดปกติหลังคลอด (Postnatal)	
- การเจ็บป่วยอย่างรุนแรงในช่วงปีแรก	3.14
- มีไข้สูง และชัก ในช่วงปีแรก	6.92
- อุบัติเหตุที่หู หรือศีรษะ	1.26
รูปร่างหน้าตาที่ผิดปกติ (Craniofacial anomalies)	3.14
ไม่ทราบสาเหตุ (Unknown)	37.11
ข้อมูลไม่สมบูรณ์ (Incomplete information)	11.32

วิจารณ์

เป็นที่แน่ชัดแล้วว่า ประสาทหูพิการแต่กำเนิด นั้น เป็นสาเหตุสำคัญของการพูดผิดปกติในเด็ก โดยเฉพาะการพูดช้ากว่าวัยอันควร (Delayed Speech) เนื่องจากเด็กปกติจะพูดได้ก็ต้องได้ยินมาก่อน แต่เด็กประสาทหูพิการไม่ได้ยินเสียง จึงไม่สามารถเลียนเสียงพูดได้

เด็กประสาทหูพิการแต่กำเนิด ส่วนมากมาพบแพทย์เมื่ออายุ 2-4 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่เด็กปกติพูดได้มากแล้ว แต่เด็กหูพิการยังพูดไม่ได้เลย หรือพูดได้เป็นคำ ๆ ทำให้ผู้ปกครองเห็นความแตกต่าง และเริ่มสงสัยจึงได้พามาปรึกษาแพทย์ แต่ในช่วงก่อน 2 ปีนั้น ผู้ปกครองส่วนใหญ่มักมองข้ามความสำคัญของการได้ยิน มิได้สังเกตการตอบสนองต่อเสียงของเด็ก หรือทำการทดสอบอย่างผิด ๆ เช่น ใช้เสียงตบมือ หรือเคาะพื้นแล้วเด็กหันมามองจึงคิดว่าเด็กได้ยิน แต่แท้จริงแล้วธรรมชาติของเด็กประสาทหู

พิการจะมีการได้ยินที่หลงเหลืออยู่ (Residual hearing) ที่เสียงต่ำ ๆ และจะไวต่อการสั่นสะเทือน เป็นการทดแทนการได้ยินที่เสียไป ซึ่งทำให้ผู้ปกครองเข้าใจผิดได้

สำหรับความผิดปกติที่อาจจะเป็นสาเหตุของประสาทหูพิการแต่กำเนิดนั้น เรื่องของกรรมพันธุ์ยังมีขอบเขตจำกัดในการศึกษา ส่วนความผิดปกติในขณะตั้งครรภ์ 13.84% จะใกล้เคียงกับอุบัติการณ์ที่ศึกษาโดย Northern ในปี 1978 คือ 14.7%⁽²⁾ แต่ % ความผิดปกติในช่วงการคลอดและหลังคลอดเท่ากับ 14.47% และ 11.32% ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าการศึกษาของ Northern คือ 6.8% และ 1.4% ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าหญิงมีครรภ์ในชนบทยังไม่นิยมมาใช้บริการคลอดในสถานบริการสาธารณสุข ทำให้การดูแลรักษาระหว่างคลอดและหลังคลอดไม่ดีเท่าที่ควร จึงทำให้มีอุบัติการณ์ของความผิดปกติซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุของประสาทหูพิการได้มาก นอก-จากนั้นในพวกที่ไม่ทราบสาเหตุมีถึง 37.11% ซึ่ง

ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Ruben & Rozycki ในปี 1971 คือ 40%⁽³⁾ ซึ่ง Fraser⁽⁴⁾ ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า ในพวกประสาทหูพิการแต่กำเนิดที่ไม่ทราบสาเหตุนั้น อาจเนื่องมาจากมีการถ่ายทอดของโครโมโซมที่ผิดปกติ

สรุป

ผลกระทบจากภาวะประสาทหูพิการแต่กำเนิด นั้น มีอยู่มากมาย ตั้งแต่พัฒนาการทางการพูดและ ภาษาการสื่อความหมาย การอยู่ร่วมในสังคม และการประกอบอาชีพ การที่จะช่วยเหลือเด็กประสาทหู พิการให้สามารถฟังเสียง อันจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญ ของการสื่อความหมาย เพื่อให้เขามีชีวิตที่ดีสามารถ อยู่ร่วมในสังคมได้นั้น เด็กควรจะได้รับ การใส่เครื่องช่วยฟังตั้งแต่อายุน้อย ๆ และได้รับการฝึกที่ถูกต้อง เหมาะสม สิ่งที่สำคัญก็คือการให้การวินิจฉัยเด็ก ประสาทหูพิการ ควรจะทำให้เร็วที่สุดก่อนอายุ 2 ปี⁽⁵⁾ ไม่ควรมีคำกล่าวอ้างที่ว่า “เด็กอายุน้อยเกินกว่าที่จะ ทำการทดสอบ” เพราะในปัจจุบันมีวิทยาการและ เทคโนโลยีใหม่ ๆ สามารถที่จะตรวจได้แม้เด็กนั้น จะมีอายุน้อยเพียงใดก็ตาม⁽⁶⁾ สิ่งที่จะช่วยให้การ วินิจฉัยเป็นไปได้เร็วที่สุดก็คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง กับเด็ก ควรจะทราบถึงความสำคัญของปัญหา และมีความ ตื่นตัวในการที่จะสังเกตความผิดปกติ โดยเฉพาะ ในเด็กที่เสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของการได้ยิน (Risk for hearing loss)⁽⁷⁾ เช่น เด็กที่มีประวัติญาติ พี่น้องในครอบครัวหูหนวกแต่กำเนิด, เด็กที่เกิด จากมารดาที่มีการติดเชื้อขณะตั้งครรภ์, เด็กที่มี น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติมาก (< 1500 gm), เด็ก

ที่เกิดมาแล้วมีภาวะการขาดหายใจ เป็นต้น นอกจากนี้ อาศัยประวัติการเสี่ยงต่อความผิดปกติของการได้ยิน (Risk history) แล้ว ในกรณีที่สูงวัย เช่น เด็กไม่-ตอบสนองต่อเสียงเรียก, ไม่เข้าใจความหมายของ คำพูด, พูดซ้ำกว่าวัยอันควร หรือแม้กระทั่งเป็น ความสงสัยของผู้ปกครอง ก็ควรจะรีบนำเด็กมาตรวจ การได้ยินเพื่อให้แน่ใจว่าเด็กได้ยินปกติ หรือให้ทราบ ว่าเด็กมีความผิดปกติของการได้ยิน เพื่อที่จะรีบให้ การช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสม ประการ ที่สำคัญอีกอย่างที่จะล้มเสียมิได้ก็คือการป้องกัน⁽⁸⁾ ถึงแม้ว่ายังคงมีบางส่วนที่ไม่ทราบสาเหตุก็ตาม แต่ สาเหตุบางอย่างสามารถป้องกันได้ เช่น การติดเชื้อ ในหญิงมีครรภ์, การช่วยเหลือเด็กขณะคลอด ไม่ให้ เกิดภาวะการขาดการหายใจ, การดูแลสุขภาพของ เด็กในช่วงขวบปีแรก เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Northern JL. Hearing Disorders. 2nd edition, Boston: Little Brown and company, 1984 : 153.
2. Northern, JL. and Downs, PM. Hearing in children. Baltimore ; The Williams & Wilkins Company, 1978.
3. Ruben RJ. and Rozycki D. Clinical aspects of Genetic deafness. Ann Otol Rhinol Laryngol, 80 : 255.
4. Fraser, GR. The causes of Profound deafness in childhood. Baltimore : Johns Hopkins University Press.
5. Upfold, LJ. Diagnosis of congenital Deafness. J Ped Obst Gynaecol 1981 ; 7 (4) : 27-30.
6. Paparella, MM. Sensorineural hearing loss in children In Otolaryngology, 2nd edition. Vol II, Philadelphia, WB. Saunders company 1980 : 1707.
7. Fria, JT. Assessment of Hearing. Ped Clin North Am 1981 ; 28 (4) : 757.
8. Paparella, MM. Sensorineural hearing loss, Baltimore, Williams & Wilkins company 1981 : 65.