

新生兒聽力篩檢

耳科 主治醫師 褚嘉慧

聽力障礙是新生兒最常見的異常之一。先天性雙耳重度聽障之發生率約為 1/1000，若加上中度、輕度及單側聽障，則發生率高達 3/1,000。亦即，大約每 300 名新生兒中，就有一位需配戴助聽器或需其他聽能輔具之介入。許多赫赫有名的新生兒代謝性疾病，且全面篩檢已行之有年，如先天性甲狀腺低能症 (Congenital hypothyroidism) 發生率 1/2,100、苯酮尿症 (PKU) 發生率 1/31,000、以及發生率十萬分之一的楓漿尿病 (Maple Syrup Urine Disease)、半乳糖血症 (Galactosemia) 等，皆遠遠低於先天性聽力障礙。

新生兒聽力篩檢的觀念最早源自於美國科羅拉多大學 2000 年發表之報告，該研究團隊發現，輕、中度聽障的嬰幼兒若能在出生 6 個月之前予以診斷並即早治療，將來有較高機會可以如正常人般發展語言。反之，若遲至 6 個月以後才予以診斷處理，孩童未來的語言和社會技巧發展將有明顯遲緩之現象。美國 AAO 於 2007 年即建議所有先天性聽力障礙的寶寶應於 3 個月大之前確定診斷，最遲 6 個月大就要開始介入處理。其後許多相關研究均有類似結論，先天性聽障的寶寶透過篩檢及早發現，及早接受適切的聽能復健，有助於孩子在認知、溝通、閱讀及情緒學習上得到與正常聽力孩子近乎相等的發展。

既然這是一個可以早期診斷的異常，又有改善方法 (不同於某些罕見先天性疾病只能無奈地診斷但治療方面束手無策)，且已有許多證據顯示早期介入對於孩子日後社會發展有幫助，國民健康局自 2012 年 3 月起全面補助所有新生兒接受聽力篩檢。

過去，新生兒聽力篩檢方法主要仰賴耳聲傳射 (OAE) 和自動聽性腦幹反應 (aABR) 兩種。前者操作簡易快速，但無法檢出聽神經病變 (ANSD)，且較易受外耳道胎脂羊水阻塞等其他因素影響，導致偽陽性偏高，徒增家長困擾且複檢程序浪費太多醫療資源。有鑑於此，國民健康局目前補助所有醫療院所以 aABR 進行全面新生兒聽力篩檢。台北榮民總醫院則於 2011 年即開始以 aABR 做為新生兒聽力篩檢的主要工具。根據 2011 年 1 月至 2012 年 6 月的統計，接受篩檢的新生兒共 2367 名，通過 2329 名 (98.4%)，未通過名 38 (1.6%)；經耳聲傳射、診斷式聽性

腦幹反應和穩定誘發聽力檢查(ASSR)等複檢程序、刪除未完整追蹤的案例後，共 19 名確診為感音性聽力障礙，其中 9 位是雙側異常。亦即新生兒聽力篩檢未通過的寶寶，約一半真正有聽力問題，這當中再有至少一半需要後續聽能輔具的幫助。

臨床上面對爸爸媽媽抱著篩檢未通過的寶寶來到門診接受複檢時，較常遇到的困擾主要是家長的質疑和焦慮。包括質疑一出生時聽力篩檢的可信度，或者複檢後仍質疑診斷的正確性，抱著孩子在各大醫院重覆接受雷同的檢查；再者等待至少一次複檢的過程中、確定診斷後帶給家庭成員的壓力，以及排山倒海而來的焦慮與疑惑，往往需要許多時間去安慰、解釋和釐清。這絕對不是健保制度下講求效率和衝量的門診可以好好做的事情。在現今這個出生率低、每個寶寶都是家庭的焦點，且醫病關係緊張爾虞我詐的年代，新生兒聽力篩檢的每一個環節，從嬰兒室操作 aABR、發報告、預約安排未通過篩檢的寶寶接受複檢、因檢查而須使用鎮定藥物的準備、安全把關、檢查儀器設備的維修校正、檢查環境之安排(哺乳泡奶換尿布洗屁股)等，每一個環節都有可能被挑剔，都有可能陷第一線醫護人員於不義，輕則院長信箱，重則醫療糾紛。可悲的是，居上位者國健局等只負責施壓，也許為了交報告或衝業績，緊盯篩檢率、複檢確診率、轉介率，卻無法給予足夠的實質的財務上的人力上的支援。

新生兒聽力篩檢對某些人來講可能是政績，在我看來，的確是立意良好徹頭徹尾佛心來著的政策，可惜因為制度不良、經費不足、宣導不周，使得親身面對寶寶和家長的第一線聽力師護理師醫師等專責人員，上班時間分秒必爭拼業績，不得已犧牲下班時間做這些只施壓力賞棒子卻沒有紅蘿蔔的業務。完全是無語問蒼天。

走筆至此黑暗面，趕緊轉個心情，做人還是應該要積極樂觀累積正面能量才對。幸好因為還有這麼多改進的空間，明天才有班可上，有目標可追尋。共勉之。