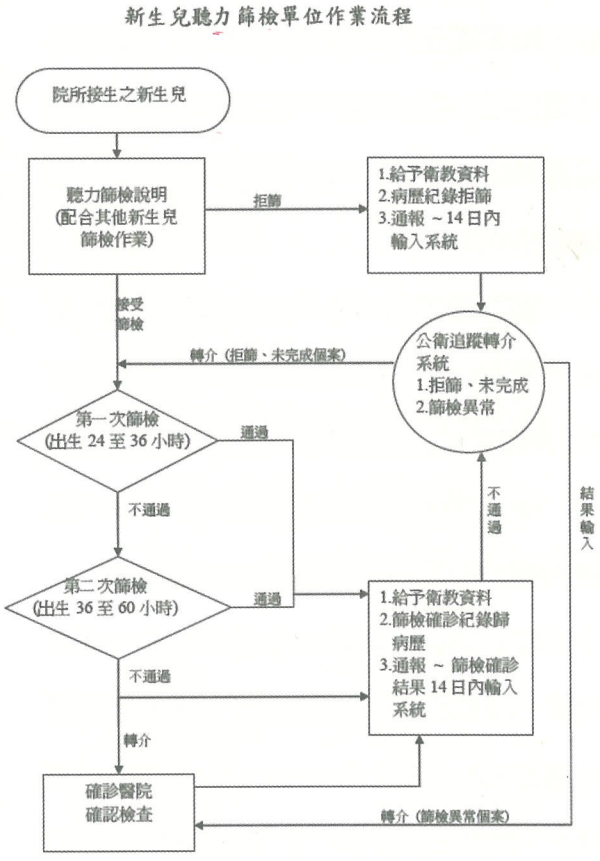
新生兒聽力篩檢

文/耳鼻喉科 周芳如 醫師
蘇茂昌 主任

台灣新生兒先天性雙耳中重度聽障的發生率約為千分之一至千分之二，學術上及臨床上皆已證明，聽障之嬰兒，若能於六個月前確立診斷及給予必要之治療，將來可能有較佳語言和其他身心學習溝通發展。反之，若遲至六個月後才開始接受評估及診斷，當聽覺刺激受到剝奪，即使只有單側耳朵失聰，對孩童往後聽理解力、語言表達甚至人際溝通均有影響。所以聽覺系統健全與否，與將來的語言發展和課業學習息息相關。然而只利用觀察的方式來看嬰兒對聲音的行為反應，是無法正確診斷出是否有聽力損失的問題，需要聽力檢查的儀器才能正確診斷出嬰兒的聽力損失。衛生署國民健康局已公告全面補助新生兒聽力篩檢，只要是101年3月15日(含)以後出生，設籍本國未滿3個月之新生兒，均可接受本項檢查。新生兒聽力篩檢作業流程如圖一。藉此希望聽損兒可及早發現，並於早期進入療育，讓聽損兒未來可進入主流教育與正常兒童學習。

新生兒聽力篩檢包括耳聲傳射檢查(OAE)和自動聽性腦幹反應(AABR)檢查，此兩種篩檢工具在篩檢過程中較不會驚嚇到嬰兒，且屬於非侵犯性又迅速性篩檢工具，然而此兩種檢查有頻率的限制，篩檢結果只能大致偵測某些特定頻率範圍是否有正常反應，並無法代表耳蝸、聽神經到聽覺中樞整個聽覺系統是否正常，但依專家統計結果顯示，若您的寶寶通過新生兒聽力篩檢，代表其聽力在正常範圍內的可能性極高。然而未通過之寶寶則有極大可能有聽力障礙問題，並需進一步追蹤檢查及治療。所以當兩次新生兒聽力篩檢都沒有通過時，會轉介至醫院耳鼻喉科進行詳細且全面的診斷性聽力檢查。



圖一、新生兒聽力篩檢作業流程圖

未通過聽篩的寶寶被轉介至耳鼻喉科門診接受的診斷性聽力檢查，包括測量閾值的聽性腦幹誘發電位反應(T-ABR)和耳聲傳射檢查(OAE)，若時間允許且寶寶不哭鬧，則可再加中耳鼓室圖檢查(tympanometry)。以上檢查均無需受測者主動回應，但需要寶寶保持安靜且不哭鬧，為了提高寶寶的配合度和結果的可信度，往往需投以低劑量鎮定藥物。新生兒聽力確診檢查以測量閾值的聽性腦幹誘發電位反應(T-ABR)為主，檢查結果可評估寶寶對多大音量的聲音有反應？若診斷性聽力檢查通過，表示寶寶對聲音的反應與聽力與正常兒童一樣，但此項檢查僅能評估2000至4000赫茲聽力閾值，無法確定低頻及較高頻聽力閾值，因此建議家長持續觀察寶寶對聲音之反應，若覺得寶寶對某些聲音反應不佳，便需要回診接受醫師檢查。若診斷性聽力檢查不通過，結果顯示可能為輕或中度聽損程度時，建議3到6個月後再回診，接受醫師進一步評估問診，視情況安排穩定狀態聽性誘發反應檢查，此項檢查較耗時，但可以評估在500、1000、2000和4000赫茲語言頻率範圍的聽力閾值，並幫助選配助聽輔具。若診斷性聽力結果為重度或極重度聽力障礙時，表示寶寶極可能有嚴重聽力問題，此時助聽輔具的選配刻不容緩，專家建議在確診後一個月內，必須開始為寶寶選配助聽輔具，或儘早植入人工電子耳，並且開始進行聽能復健，使孩子將來有較佳的語言和其他身心學習溝通發展。

新生兒聽力篩檢不同於完整的純音聽力檢查，聽力篩檢正常或診斷性聽力檢查通過，並不表示寶寶從此聽力絕對正常，仍需留意孩子對聲音的反應。而且有些聽力障礙是出生後才發生，故寶寶雖已通過新生兒聽力篩檢，但仍有少部份有聽力障礙的可能，故仍需由家長和醫師密切觀察及追蹤聽力語言發展。

先天性聽力障礙的孩童若能透過新生兒聽力篩檢及早診斷、治療和使用適切的助聽輔具，並接受妥善的聽能復建，便能在溝通、認知、閱讀及社會情緒等方面發展發揮最大潛能，以期達到「早期診斷、早期療育」目的。

台中市新生兒聽力確診醫療機構：
中山醫學大學附設醫院、行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺中榮民總醫院、澄清綜合醫院中港分院、林新醫療社團法人林新醫院、中國醫藥大學附設醫院、童綜合醫療社團法人童綜合醫院、財團法人佛教慈濟綜合醫院台中分院、光田醫療社團法人光田綜合醫院沙鹿和大甲分院。