

บทปริทัศน์

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลัน

ภูรินทร์ สุจิระกุล

บทคัดย่อ

Sudden sensorineural hearing loss เป็นภาวะฉุกเฉินของโรคหู ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการแน่นหูเป็นอาการเริ่มแรก ส่วนใหญ่แล้วไม่ทราบสาเหตุ แพทย์ควรซักประวัติและตรวจร่างกายโดยเฉพาะ otoscopy เพื่อแยกโรค conductive hearing loss ออกไปก่อน การส่งตรวจ audiogram มีความจำเป็น และช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรค การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการควรส่งตรวจเพื่อหาสาเหตุที่จำเพาะต่อโรคที่สงสัยเท่านั้น CT scan จะไม่ส่งในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้มี focal neurological deficit, trauma หรือ chronic ear disease ในขณะที่ MRI จะส่งตรวจในรายที่ผลตรวจ auditory brainstem response (ABR) ผิดปกติ หรือสงสัยพยาธิสภาพบริเวณตำแหน่ง retrocochlear การรักษาที่ยังคงได้รับการยอมรับมากที่สุดในปัจจุบันคือ systemic corticosteroid oral form นาน ๑๐ - ๑๔ วัน ส่วน intratympanic corticosteroid จะใช้เป็น salvage therapy ในกรณีที่มิชอบห้ามในการรักษาแบบ systemic corticosteroid oral form การรักษาด้วย hyperbaric oxygen เป็นเพียง adjunctive treatment และยังไม่แพร่หลาย การรักษาอื่นๆ เช่น antiviral drug, antioxidant ไม่ช่วยให้การได้ยินดีขึ้น การติดตามการรักษานั้นต้องดูผลตรวจ audiogram อย่างละเอียดว่าดีขึ้นหรือไม่ การให้ความรู้ จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย การฟื้นฟูการได้ยินในผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นจะช่วยลดปัญหาในการสื่อสารและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติต่อไป

คำสำคัญ: โรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลัน, การรักษา

วันที่รับบทความ: ๔ พฤษภาคม ๒๕๕๙

วันที่อนุญาตให้ตีพิมพ์: ๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๙

บทนำ

โรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลัน (sudden sensorineural hearing loss) คือ การสูญเสียการได้ยินแบบประสาทหูเสื่อมที่มากกว่า ๓๐ เดซิเบลติดต่อกันมากกว่า ๓ ความถี่ภายในระยะเวลาน้อยกว่า ๓ วัน^๑ พบได้ไม่บ่อยในเวชปฏิบัติ กล่าวคืออุบัติการณ์ของโรคพบได้ประมาณ ๑ ต่อ ๑๐,๐๐๐ คนต่อปี^๒ แต่ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ควรได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที การรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยให้การได้ยินและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ปัจจุบันยังมีข้อถกเถียงเกี่ยวกับแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สงสัยโรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันเนื่องจากเป็นโรคที่มีหลายสาเหตุ มีการรักษาหลายวิธี นอกจากนี้การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก็มีความซับซ้อนและหลากหลาย การส่งตรวจบางอย่างอาจมากเกินไปจนจำเป็น และไม่มีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วย บทความนี้จะนำเสนอแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย idiopathic sudden sensorineural hearing loss ที่มีการปรับปรุงล่าสุดในปี ค.ศ. ๒๐๑๒^๓

อุบัติการณ์ของโรค (Incidence)

อุบัติการณ์ของโรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันมีรายงานแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาพบได้ประมาณ ๕ - ๒๐ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ ราย และพบผู้ป่วยใหม่ถึง ๔,๐๐๐ รายต่อปี^{๔, ๕} อย่างไรก็ตามตัวเลขนี้อาจต่ำกว่าที่เป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้มาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาเนื่องจากอาการอาจหายไปได้เอง โรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันนี้พบมากในช่วงอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี^๖ เพศชายและหญิงพบได้เท่ากัน^๖ โรคนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะทางภูมิศาสตร์ ฤดูกาล หรือหูชั้นที่เป็น^๔

สำหรับข้อมูลในประเทศไทยของโรงพยาบาลศิริราชที่สำรวจในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๕๑ พบได้ร้อยละ ๗.๖๗ ของผู้ป่วยประสาทหูเสื่อมทั้งหมดที่มาพบแพทย์ เพศหญิงเป็นมากกว่าชาย ๑.๕๖ เท่า และพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในช่วงฤดูหนาว ซึ่งอาจเป็นเพราะมีการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่และใช้หวัดนกในช่วงเวลาดังกล่าวด้วย^๗

ลักษณะทางคลินิก (Clinical presentations)

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการแน่นหู (aural fullness) เป็นอาการเริ่มแรก ซึ่งเป็นอาการที่พบได้ทั่วไปและไม่จำเพาะ (non specific) จึงทำให้ผู้ป่วยอาจจะไม่ได้ให้ความสำคัญและไม่ได้มาพบแพทย์ ซึ่งมักจะส่งผลให้การรักษานั้นล่าช้าตามไปด้วย โดยพบว่าอาการแน่นหูอาจเป็นอาการเริ่มต้นของอาการทางหูที่รุนแรงตามมาจึงควรได้รับการตรวจและรักษาทันที^๘

การสูญเสียการได้ยินแบบประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันนั้นส่วนมากมีอาการหลังตื่นนอน และมักเป็นในหูข้างเดียว^{๔, ๘, ๙} แต่บางรายก็อาจมาด้วยอาการหูอื้อ หรือมีเสียงดังในหู^{๑๐} นอกจากนี้ยังอาจพบอาการเวียนศีรษะบ้านหมุนร่วมด้วยได้ การสูญเสียการได้ยินดังกล่าวนี้ส่วนใหญ่แล้วมักจะเสียที่ระดับความถี่ที่สูง (high frequency) มากกว่าความถี่ต่ำ (low frequency)

ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคได้แก่

๑. อายุ พบว่าถ้าอายุมาก จะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี
๒. อาการเวียนศีรษะบ้านหมุน ถ้าพบมีอาการเวียนศีรษะบ้านหมุนร่วมด้วยการพยากรณ์โรคก็จะไม่ดี
๓. ความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยิน ถ้ารุนแรงมากจะไม่ดี
๔. รูปแบบของผลตรวจการได้ยิน พบว่าถ้าเป็น downsloping pattern จะมีการพยากรณ์โรคแย่กว่า flat หรือ upsloping
๕. ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการจนถึงได้รับการรักษา ถ้าผู้ป่วยมาพบแพทย์ภายใน ๒ สัปดาห์การพยากรณ์โรคจะดี^{๑๑-๑๓}

สาเหตุ (Cause)

ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ กล่าวคือโดยทั่วไปในช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการนั้นจะมีเพียงร้อยละ ๑๐ - ๑๕ เท่านั้นที่สามารถหาสาเหตุได้^{๑๐, ๑๑} ที่พบบ่อย ได้แก่ vestibular schwannoma, stroke และ malignancy สาเหตุอื่นได้แสดงไว้ในตารางที่ ๑ ซึ่งควรได้รับการรักษาที่จำเพาะของแต่ละโรคต่อไป^{๑๔} อย่างไรก็ตามอีกร้อยละ ๘๕ ถึง ๙๐ เป็นแบบไม่ทราบสาเหตุ (idiopathic) จึงต้องมีการรักษาเบื้องต้นโดยที่ยังไม่ทราบสาเหตุของโรคไปก่อน ส่วนสาเหตุของกลุ่ม idiopathic ที่เป็นไปได้นั้นมีดังต่อไปนี้^{๑๖}

ตารางที่ ๑ สาเหตุของโรค sudden sensorineural hearing loss^{๑๔}

Cause of sudden sensorineural hearing loss

Infection

- Meningitis
- Labyrinthitis (bacterial, fungal, viral, parasitic, spirochetal)

Traumatic

- Head injury (with/without fracture)
- Barotrauma (with/without perilymphatic fistula)
- Acoustic trauma
- Iatrogenic injury

Neoplastic

- Vestibular schwannoma
- Metastases (to meninges or temporal bone)
- Hematologic malignancies (leukemia, myeloma)

Immunologic

- Autoimmune inner ear disease
- Systemic immune disease (Cogan syndrome, Wegener granulomatosis, polyarteritis, temporal arteritis)

Ototoxic

Vascular

Neurologic

- Multiple sclerosis
- Focal pontine ischemia

Metabolic

- Disturbance of iron mechanism
- Renal failure/dialysis

Miscellaneous

- Meniere disease
- Functional hearing loss

๑. การติดเชื้อไวรัส (viral infection)

ทำให้เกิดการอักเสบตามมา โดยทฤษฎีนี้เชื่อว่าการติดเชื้อไวรัสผ่านเข้าไปทางเส้นประสาท cochlear nerve มีการกระตุ้นให้ไวรัสที่อยู่ใน spiral ganglion ทำปฏิกิริยากับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแบบ immune mediated และเกิดการติดเชื้อไปทั่วร่างกาย^{๑๕} เชื้อไวรัสที่เกี่ยวข้องนั้นมักจะเป็นกลุ่ม congenital infection ได้แก่ เชื้อ cytomegalovirus, rubella, herpes virus หรือ toxoplasmosis^{๑๖} ยังพบว่ามี การเพิ่มขึ้นของ antibody titer ที่จำเพาะต่อ antigen ของไวรัสหลายตัวในเลือดของผู้ป่วย^{๑๗} นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย ๑ ใน

๓ ของโรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันนั้นจะมีการ viral prodromal syndrome มาก่อน^{๑๘} สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mattox และ Simmon ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ ๒๕ มีประวัติเป็นไข้หวัดมาก่อน^{๑๙} หลักฐานทั้งหมดที่กล่าวมาสนับสนุนทฤษฎีนี้

๒. การลดลงของเลือดในหูชั้นใน (vascular causes)

การลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นใน เนื่องจากหลอดเลือดที่มาเลี้ยงหูชั้นในนั้นมีเพียง labyrinthine artery และไม่มีแขนงย่อยอื่นมาเลี้ยงอีก ดังนั้นเมื่อมีการอุดตันของ labyrinthine artery จะทำให้เกิดภาวะขาดเลือดและออกซิเจน รวมถึง cochlear damage ส่งผลให้ cochlear สูญเสียการทำงาน

อย่างรวดเร็ว และทำให้เกิดประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันตามมา^{๒๐} ซึ่งก็สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า cochlear จะทำงานบกพร่องถ้ามีภาวะขาดเลือดนาน ๖๐ วินาที และถ้าภาวะขาดเลือดนี้ยาวนานถึง ๓๐ นาที จะมีผลต่อส่วนประกอบทางโครงสร้างอันได้แก่ ganglionic cells, spiral ligaments และ tectorial membrane ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการได้ยินอย่างถาวร^{๕, ๒๒, ๒๓}

๓. โรคกลุ่ม autoimmune

พบว่าประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันนั้นอาจมีสาเหตุมาจากโรคกลุ่ม autoimmune เช่น Cogan's syndrome, Wegener's granulomatosis หรือ temporal arteritis ได้ ซึ่งผู้ป่วยโรคกลุ่มนี้มักจะตอบสนองได้ดีต่อยา corticosteroid และ cyclophosphamide^{๒๔} ต่อมาได้มีการค้นพบ autoantibodies ที่จำเพาะกับ antigen ของหูชั้นในผู้ป่วยโรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันที่ไม่ทราบสาเหตุ^{๒๕} อย่างไรก็ตามปัจจุบันนี้ยังไม่มีข้อสรุปที่สามารถพิสูจน์ได้ชัดเจนว่าโรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันนั้นมีสาเหตุเกิดจาก โรคกลุ่ม autoimmune และยังคงต้องรอการศึกษาในอนาคตมาช่วยสนับสนุนต่อไป

๔. ภาวะ labyrinthine membrane rupture

เกิดจากการเพิ่มขึ้นของความดันในช่องน้ำไขสันหลัง (explosive) หรือความดันในหูชั้นกลาง (implosive) ไปทาง perilymphatic space เกิดการแตกของ membrane ส่งผลให้มีการรั่วซึมของ perilymphatic fluid และเกิดประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันตามมา^{๒๖} นอกจากนี้ยังพบว่า perilymphatic fistula ที่เกิดจากการฉีกขาดของ round หรือ oval window รวมถึง barotrauma สามารถทำให้เกิด fluctuating hearing loss ได้ อย่างไรก็ตามยังไม่มีหลักฐานทาง histology ที่สนับสนุนว่าโรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันนี้เกิดจากการแตกของ cochlear membrane^{๒๖}

๕. หลายสาเหตุร่วมกัน

เชื่อว่าไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง หากแต่เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น เกิดจากกลุ่มโรค autoimmune ทำให้มี vasculitis และเกิด cochlear inflammation ตามมาในที่สุด

การวินิจฉัย (Diagnosis)

ผู้ป่วยโรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันมักมาด้วยอาการแน่นหู มีเสียงดังในหู หรือมีเวียนศีรษะบ้านหมุนร่วมด้วย จึงควรซักประวัติเพื่อหาสาเหตุเบื้องต้น ได้แก่ ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ ประวัติการดำน้ำ การแบ่ง โอิหรือจามมาก่อน โรคที่เคยเป็นในอดีต โรคประจำตัวเช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคเอดส์ โรคซิฟิลิส โรคกลุ่ม autoimmune ต่างๆ โรคความเข้มข้นของเลือดสูง ประวัติการติดเชื้อไวรัสมาก่อน

นอกจากนี้ยังต้องซักประวัติเกี่ยวกับอุบัติเหตุที่หู อาการปวดหู หนองไหลจากหู ใช้ อาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อที่จะแยกโรคที่เป็น conductive hearing loss ซึ่งมักมีความผิดปกติที่หูชั้นนอกออกไปก่อน^๒ อย่างไรก็ตามอาการดังกล่าวก็อาจพบได้ในผู้ป่วยโรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันเช่นเดียวกัน จึงต้องอาศัยการตรวจร่างกายเพื่อที่จะให้ข้อมูลเพิ่มเติมต่อไป

สำหรับการตรวจร่างกายที่สำคัญที่สุดคือ การตรวจด้วยกล้อง otoscope เพื่อดูหูชั้นนอก และต้องตรวจให้เห็น tympanic membrane เพื่อแยกโรคที่เกี่ยวกับหูชั้นนอกออกไป ซึ่งได้แก่ impact cerumen, otitis externa, otitis media, otitis media with effusion, foreign body, perforated tympanic membrane, otosclerosis, cholesteatoma, trauma นอกจากนี้ในบางรายนั้นอาจต้องใช้อุปกรณ์ในการตรวจเพิ่มเติม เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค เช่น pneumatic otoscope, audiogram และ tympanogram ซึ่งโดยปกติแล้วผู้ป่วยโรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันนั้นมักจะตรวจด้วยกล้อง otoscope แล้วไม่พบความผิดปกติใดๆ^{๒๗} อย่างไรก็ตามในกรณีที่ตรวจแล้วพบมีขี้หูอุดตันควรจะทำกรเอาขี้หูออกก่อน เพื่อให้ผลตรวจ audiogram มีความน่าเชื่อถือและวินิจฉัยโรคได้แม่นยำมากยิ่งขึ้น^{๒๘}

ส่วนการตรวจ Weber และ Rinne test โดยทั่วไปจะใช้ในการตรวจเพื่อใช้แยกแยะระหว่าง conductive hearing loss และ sensorineural hearing loss อย่างไรก็ตามยังไม่มีหลักฐานที่ยืนยันได้ชัดเจนว่าการตรวจสามารถใช้เพื่อวินิจฉัยโรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันได้ จึงแนะนำเพียงให้ใช้ตรวจเพื่อช่วยในการวินิจฉัยในกรณีที่ไม่สามารถตรวจ audiogram ได้ หรือใช้ตรวจเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยได้ตรวจ audiogram ไปแล้วเท่านั้น^๒

สำหรับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยโรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันนั้น แต่เดิมจะมีการส่งตรวจดังนี้

complete blood count (CBC) เพื่อดูว่ามีการติดเชื้อ (infection) หรือไม่, fasting plasma glucose เพื่อดูว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่, cholesterol และ triglyceride เพื่อดูว่าเป็นโรคไขมันในเลือดสูงหรือไม่, ESR ซึ่งบอกถึงการอักเสบซึ่งอาจพบได้ในโรคกลุ่ม autoimmune, antiHIV เพื่อดูว่าเป็นโรคเอดส์หรือไม่, VDRL/FTA-ABS ในกรณีที่สงสัยโรคซิฟิลิสของหู (otosyphilis)

การทดสอบการได้ยินระดับก้านสมอง (auditory-brainstem response (ABR)) ควรส่งตรวจทุกราย และถ้ามีความผิดปกติแนะนำให้ส่งตรวจ MRI ต่อไปอย่างไรก็ตามข้อจำกัดของ ABR คือ สามารถ detect ก้อน vestibular schwannoma เฉพาะก้อนที่มีขนาดใหญ่ตั้งแต่ ๑ เซนติเมตรขึ้นไปเท่านั้น^{๓๔}

การตรวจการวินิจฉัยโดยใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging with gadolinium (MRI with GAD)) จะส่งตรวจเฉพาะในรายที่มี speech discrimination score (SDS) ไม่ได้สัดส่วนกับระดับ pure tone average (PTA) หรือมีความผิดปกติทางระบบประสาทอื่นๆ ร่วมด้วยเท่านั้น^{๓๕}

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันเรื่องของ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการควรเป็นการส่งตรวจเพื่อหาสาเหตุซึ่งมีความจำเพาะต่อโรคที่สงสัยเท่านั้น เพราะว่าการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นแบบ routine โดยไม่ได้พิจารณาคนไข้แต่ละรายตามความเป็นจริงนั้นเป็นการส่งตรวจที่มากเกินไปจนความจำเป็น สิ้นเปลือง และไม่ได้เปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษา ยกตัวอย่างเช่น ถ้าสงสัยโรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันที่เกิดจากโรคเบาหวาน ก็ให้ส่งตรวจเฉพาะ fasting plasma glucose, สงสัยโรคไขมันในเลือดสูงก็ส่งตรวจ cholesterol และ triglyceride เป็นต้น กล่าวคือให้พิจารณาส่งตรวจในผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป

สำหรับการส่งตรวจภาพถ่ายรังสีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ไม่แนะนำให้ส่งในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้มี focal neurological deficit, ไม่มีประวัติ trauma หรือ chronic ear disease เนื่องจากไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นประโยชน์ในการรักษา อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยต้อง expose ต่อ radiation โดยไม่จำเป็น และอาจมีผลข้างเคียงตามมาได้ แต่อย่างไรก็ดีในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการตรวจ MRI ก็อาจพิจารณาส่งเป็น high resolution CT temporal ดังกล่าวแทน MRI ได้^{๓๖}

นอกจากนี้ในผู้ป่วยโรคประสาทหูเสื่อมชนิดเฉียบพลันที่สงสัยพยาธิสภาพบริเวณตำแหน่ง retrocochlear ซึ่งหมายถึงพยาธิสภาพตั้งแต่ vestibulocochlear nerve, brainstem ไปจนถึง cerebral cortex นั้นควรมีการส่งตรวจ MRI with GAD

ซึ่งในปัจจุบันถือว่าเป็นเครื่องมือที่ไวและดีที่สุดในการตรวจพยาธิสภาพดังกล่าวโดยสามารถ detect ก้อน vestibular schwannoma ที่มีขนาดเล็กตั้งแต่ ๓ มิลลิเมตรขึ้นไปได้^{๓๗}

ในส่วนของการติดตามผลตรวจ audiogram แบบต่อเนื่องนั้นควรทำอย่างน้อย ๖ เดือนในรายที่การได้ยินยังคงเท่าเดิมหรือแย่ลงกว่าเดิม โดยอาจพิจารณา threshold ที่เพิ่มขึ้นมากกว่า ๑๐ เดซิเบลอย่างน้อย ๒ ความถี่ขึ้นไปหรือ SDS แย่ลงมากกว่าร้อยละ ๑๐ เป็นเกณฑ์ในการส่งตรวจ ABR หรือ MRI ต่อไป^{๓๘}

การดูแลรักษา (Management)

มี spontaneous recovery ร้อยละ ๓๒ ถึง ๖๕^{๔,๓๙} และโอกาสหายของโรคจะสูงสุดภายใน ๒ สัปดาห์แรก^{๔๐} ดังนั้นการรีบมาพบแพทย์ ๒ สัปดาห์หลังจากเริ่มมีอาการ จะให้ผลการรักษาที่ดีและมีโอกาสหายมากขึ้น^{๔๐}

เนื่องจากยังไม่มีวิธีการรักษาที่ดีที่สุด การรักษาจึงมีความไม่แน่นอนและมีหลายวิธี อย่างไรก็ตามการรักษาที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดในปัจจุบันคือ systemic corticosteroid oral form โดยการให้ยา prednisolone ชนิดรับประทาน ขนาด ๑ มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน ขนาดสูงสุดคือ ๖๐ มิลลิกรัมต่อวัน นาน ๑๐ - ๑๔ วัน และพิจารณาลดขนาดยาไปในช่วงท้ายของการรักษาด้วย^{๔๑} แต่เนื่องจากยังไม่มีการวิจัยที่รองรับผลการรักษาด้วยวิธีนี้ไว้อย่างชัดเจน มีเพียงแค่ meta analysis ปี ค.ศ. ๒๐๑๐ ที่บอกว่าการรักษาด้วยยา prednisolone ช่วยให้การหายของโรคดีขึ้นเล็กน้อยเมื่อเทียบกับ placebo^{๔๒} จึงทำให้การรักษาดังกล่าวเป็นเพียงทางเลือกหนึ่ง แพทย์ควรชี้แจงให้คนไข้ทราบและตัดสินใจในการรักษาร่วมกัน^{๔๓}

สำหรับการรักษาอีกรูปแบบหนึ่งก็คือ intratympanic corticosteroids (IT) คือ การฉีดยา steroid ในรูปแบบของสารละลายผ่านเยื่อแก้วหูเข้าไปในหูชั้นกลาง เพื่อให้ยาซึมผ่านเข้าไปในหูชั้นใน โดยเชื่อว่าสามารถลดการอักเสบของหูชั้นใน และให้ความเข้มข้นของยาที่สูงกว่าแบบรับประทานซึ่งยาที่นิยมใช้ได้แก่ dexamethasone และ methylprednisolone ซึ่งมีผลการศึกษารับรองว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีการได้ยินที่ดีขึ้นได้ในทางสถิติ แต่อาจะยังไม่ส่งผลในทางคลินิก^{๔๔} จึงมักจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยรักษาแบบ systemic corticosteroid แล้วไม่ดีขึ้น (salvage therapy) หรือมีข้อห้ามในการรักษาแบบ systemic เท่านั้น เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยการรักษาแบบ systemic จะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้^{๔๕, ๔๖}

ส่วนการรักษาด้วยออกซิเจนความเข้มข้นสูงหรือที่เรียกว่า hyperbaric oxygen therapy (HBOT) นั้นเชื่อว่าการให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่มีความเข้มข้นของออกซิเจนร้อยละ ๑๐๐ ในระดับความดันบรรยากาศที่สูงกว่า ๑ บรรยากาศ นาน ๑ - ๒ ชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลาหลายสัปดาห์ต่อเนื่องกัน จะช่วยเพิ่มความดันของออกซิเจนให้เข้าไปสู่ cochlear ได้มากขึ้นแต่มีข้อเสียคือ ราคาแพงและทำได้เฉพาะบางที่เท่านั้น^{๓๔} อย่างไรก็ตามเนื่องจากยังไม่มีการวิจัยที่รับรองผลการรักษาไว้อย่างชัดเจน จึงทำให้ HBOT นั้นเป็นเพียงแค่ adjunctive treatment โดยแนะนำในผู้ป่วยที่มารับการรักษาภายใน ๓ เดือนหลังเริ่มมีอาการ และมักจะได้ผลในรายที่มีการสูญเสียการได้ยินแบบประสาทหูเสื่อมระดับ severe ไปจนถึง profound เท่านั้น

ตารางที่ ๒ แสดง Definitions ของ hearing recovery^{๓๕}

Definitions of recovery	Follow up PTA (dB HL) or SRT (dB HL) เมื่อเทียบกับก่อนสูญเสียการได้ยิน
Complete	มี improvement 10 dB HL
Partial	มี improvement ร้อยละ ๕๐
No recovery	มี improvement น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

(อักษรย่อ PTA: pure tone average; SRT: speech reception threshold ; dB HL: decibels hearing level)

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนั้นแนะนำให้ทำทุกราย โดยต้องให้ความรู้ที่ครอบคลุมทั้งในเรื่องของตัวโรค การวินิจฉัยทางเลือกในการรักษา ข้อดีและข้อเสียของการรักษาต่างๆ และเรื่องที่สำคัญที่สุดก็คือ การให้ผู้ป่วยได้มีบทบาทในการตัดสินใจรักษาร่วมกันกับแพทย์ เพื่อที่จะให้การรักษานั้นมีประสิทธิภาพมากที่สุดและเป็นที่ยอมรับของทั้ง ๒ ฝ่าย

สำหรับการฟื้นฟูทางการได้ยิน (aural rehabilitation) ในผู้ป่วย incomplete recovery ซึ่งก็ได้แก่ การใส่เครื่องช่วยฟังแบบต่างๆ เช่น contralateral routing of signal (CROS), BICROS, Head band placement หรือ inner hair cell regeneration ซึ่งเป็นการรักษาที่พันธุกรรมซึ่งยังอยู่ในขั้นตอนการศึกษาทดลอง ส่วนการจะเลือกใช้แบบใดนั้นคงต้องพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายโดยเชื่อว่าการฟื้นฟูการได้ยินดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้ยินดีขึ้น ลดปัญหาในการสื่อสารกับผู้อื่นลง ทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถปรับตัวตลอดจนใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติต่อไป^๓

สำหรับการรักษาอื่นๆ เช่น antivirals, thrombolytics, vasodilators, vasoactive substances หรือ antioxidants นั้นยังไม่มีหลักฐานที่สนับสนุนว่าช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น ต้องอาศัยผลการศึกษารองรับ ในอนาคตอาจช่วยยืนยันเพิ่มเติม^๓

ส่วนการติดตามการรักษาควรมีการติดตามอย่างน้อย ๖ เดือนขึ้นไป โดย audiometric assessment จะต้องพิจารณา pure tone thresholds, PTA, speech reception threshold (SRT) และ/หรือ word recognition speech (WRS) ว่าดีขึ้นหรือไม่ ซึ่ง definition recovery ของงานวิจัยหนึ่งซึ่งเป็นที่ยอมรับได้แบ่งออกเป็น complete, partial และ no recovery ดังแสดงในตารางที่ ๒ อย่างไรก็ตาม criteria ในการพิจารณาว่าผู้ป่วยมีการได้ยินที่ดีขึ้นหรือไม่ก็ยังมีข้อจำกัด และเป็นที่ยกเถียงกันอยู่ในปัจจุบัน

unสรุป

ผู้ป่วยโรค sudden sensorineural hearing loss ส่วนใหญ่เป็น idiopathic แพทย์ควรซักประวัติตรวจร่างกาย และส่ง audiogram เพื่อยืนยันในการวินิจฉัย การส่งทางห้องปฏิบัติการควรส่งตามความจำเป็นและจำเพาะต่อโรคที่สงสัยเท่านั้น การรักษาหลักคือ systemic corticosteroid oral form ๑๐ - ๑๔ วัน พร้อมกับ taper dose ยาลด การรักษาแบบ intratympanic corticosteroid ใช้เป็น salvage therapy หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการรักษาแบบ systemic การรักษาอื่นๆ ยังไม่มีผลยืนยันว่าช่วยให้ดีขึ้น การติดตามผล audiogram ควรดู pure tone average, speech reception threshold (SRT) และ/หรือ word recognition speech (WRS) ว่าดีขึ้นหรือไม่ และควรมีการติดตามอย่างน้อย ๖ เดือนขึ้นไป การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยควรทำทุกรายเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการรักษาร่วมกันกับแพทย์ และให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพมากที่สุด ตลอดจนเป็นที่ยอมรับของทั้งสองฝ่าย aural rehabilitation ในผู้ป่วยที่การได้ยินไม่ดีขึ้นช่วยลดปัญหาการสื่อสาร ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติ

เอกสารอ้างอิง

๑. The National Institute of Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD). Sudden Deafness [Internet]. 2009 [cited 2016 Feb 3]. Available from: <http://www.nidcd.nih.gov/health/hearing/sudden.asp>.
๒. Megighian D, Bolzan M, Barion U, Nicolai P. Epidemiological considerations in sudden hearing loss: a study of 183 cases. *Arch Otorhinolaryngol* 1986;243:250-2.
๓. Stachler RJ, Chandrasekhar SS, Archer SM, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Barrs DM, et al. Clinical practice guideline: Sudden Hearing loss. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2012;146:S1-S35.
๔. Byl FM. Seventy-six cases of presumed sudden hearing loss occurring in 1973: prognosis and incidence. *Laryngoscope* 1977;87:817-25.
๕. Mattox DE, Simmons FB. Natural history of sudden sensorineural hearing loss. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1977;86:463-80.
๖. Schuknecht HF. Pathology of the ear. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1974:473.
๗. Limviriyakul S, Chongvisol S. Sudden sensorineural hearing loss. *Siriraj Med J* 2009;61:280-2.
๘. Kimmelman CP, Gleich LL. Sudden hearing loss. American Academy of Otolaryngology Head and Neck surgery foundation, Inc: Alexandria, VA 1993; 1118-22.
๙. Shaia FT, Sheehy JL. Sudden sensori-neural hearing impairment: a report of 1,220 cases. *Laryngoscope* 1976;86(3):389-98.
๑๐. Hallberg OE. Sudden deafness of obscure origin. *Laryngoscope* 1956;66:1237-67.
๑๑. Conlin AE, Parnes LS. Treatment of sudden sensorineural hearing loss I: a systematic review. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;133:573-81.
๑๒. Fetterman BL, Saunders JE, Luxford WM. Prognosis and treatment of sudden sensorineural hearing loss. *Am J Otol* 1996;17:529-36.
๑๓. Haynes DS, O'Malley M, Cohen S, Watford K, Labadie RF. Intratympanic dexamethasone for sudden sensorineural hearing loss after failure of systemic therapy. *Laryngoscope* 2007;117:3-15.
๑๔. Dobie R, Doyle KJ. Idiopathic sudden sensorineural hearing loss. In: Ballenger JJ, editor. *Balleger's otorhinolaryngology head and neck surgery*. 17th ed. Ontario: Pmph USA; 2009:280.
๑๕. Saunders JE, Luxford WM, Devgan KK, Fetterman BL. Sudden hearing loss in acoustic neuroma patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;113: 23-31.
๑๖. Rauch SD. Clinical practice: idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *N Engl J Med* 2008;359:833-40.
๑๗. Merchant SN, Durand ML, Adams JC. Sudden deafness: is it viral? *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 2008;70:52-60; discussion 60-2.
๑๘. O'Malley MR, Haynes DS. Sudden hearing loss. *Otolaryngol Clin North Am* 2008;41:633-49.
๑๙. Tucci DL. Sudden sensorineural hearing loss. A viral etiology? *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;126:1164-5.
๒๐. Haberkamp TJ, Tanyeri HM. Management of idiopathic sudden sensorineural hearing loss [review]. *Am J Otol* 1999;20:587-92.
๒๑. Kimura RS. Animals models of the inner ear vascular disturbances. *Am J Otolaryngol* 1986;7:130-9.
๒๒. Lazarini PR, Camargo AC. Idiopathic sudden sensorineural hearing loss:etiopathogenic aspects. *Braz J Otorhinolaryngol* 2006;72:554-61.
๒๓. Arts HA. Sensorineural hearing loss: evaluation and management in adults. In: Cumming CW, editor. *Cummings Otolaryngology Head& Neck Surgery*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005:3535-61.
๒๔. McCabe BF. Autoimmune inner ear disease: results of therapy. *Adv Otorhinolaryngol* 1991;46:78-81.
๒๕. Yamanobe S, Harris JP. Inner ear-specific auto antibodies. *Laryngoscope* 1993;103:319-25.
๒๖. Goodhil V, Brockman SJ, Harris I, Hantz O. Sudden deafness and labyrinthine window ruptures. *Audio-vestibular Observations. Ann Otol Rhinol Laryngol* 1973;82:2-12.
๒๗. Stankiewicz JA, Mowry HJ. Clinical accuracy of tuning fork tests. *Laryngoscope* 1979;89:1956-63.

๒๘. Roland PS, Smith TL, Schwartz SR, Rosenfeld RM, Ballachanda B, Earll JM, et al. Clinical practice guideline: cerumen impaction. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;139(suppl2):S1-S21.
๒๙. Fortnum H, O'Neill C, Taylor R, Lenthall R, Nikolopoulos T, Lightfoot G, et al. The role of magnetic resonance imaging in the identification of suspected acoustic neuroma: a systematic review of clinical and cost effectiveness and natural history. *Health Technol Assess* 2009;13:iii-iv, ix-xi, 1-154.
๓๐. สมชาย ศรีธรรมโพธิ์ทอง, ขวัญชนก ยิ้มแท้. ประสาทหูเสื่อมแบบเฉียบพลัน. *ศรีนครินทร์เวชสาร* ๒๕๕๔; ๑๖:๑๘๑-๑๘.
๓๑. National Institute for Occupational Safety and Health. Hearing loss prevention [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 3]. Available from: <http://www.cdc.gov/niosh/programs/hlp/risks.html>.
๓๒. Conlin AE, Parnes LS. Treatment of sudden sensorineural hearing loss, II: a meta-analysis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;133:582-6.
๓๓. Wei BP, Stathopoulos D, O'Leary S. Steroids for idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD003998.
๓๔. Labus J, Breil J, Stutzer H, Michel O. Meta-analysis for the effect of medical therapy vs. placebo on recovery of idiopathic sudden hearing loss. *Laryngoscope* 2010;120:1863-71.
๓๕. Silverstein H, Choo D, Rosenberg SI, Kuhn J, Seidman M, Stein I. Intratympanic steroid treatment of inner ear disease and tinnitus (preliminary report). *Ear Nose Throat J* 1996;75:468-71.
๓๖. Kakehata S, Sasaki A, Oji K, Futai K, Ota S, Makinae K, et al. Comparison of intratympanic and intravenous dexamethasone treatment on sudden sensorineural hearing loss with diabetes. *Otol Neurotol* 2006;27:604-8.
๓๗. Han CS, Park JR, Boo SH, Jo JM, Park KW, Lee WY, et al. Clinical efficacy of initial intratympanic steroid treatment on sudden sensorineural hearing loss with diabetes. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;141:572-8.
๓๘. Gill AL, Bell CN. Hyperbaric oxygen: its uses, mechanisms of action and outcomes. *QJM*. 2004;97:385-95.
๓๙. Wilson WR, Byl FM, Laird N. The efficacy of steroids in the treatment of idiopathic sudden hearing loss: a double-blind clinical study. *Arch Otolaryngol* 1980;106:772-6.

Abstract

Management of sudden sensorineural hearing loss

Phurin Sujirakul

Department of Otorhinolaryngology, Faculty of Medicine, Mahasarakham university

Sudden sensorineural hearing loss is an otologic emergency. Patient may present with aural fullness. Unfortunately, most of them are idiopathic. Physician should take history and carefully perform a physical examination especially otoscopy to exclude conductive hearing loss. Audiogram is very important and helpful to confirm diagnosis. Routine laboratory test should be avoided and sent for only specific cause. CT scan may be helpful in focal neurological deficit, trauma or chronic ear disease. Furthermore, MRI should be done in case that has abnormal auditory brainstem response (ABR) or suspected retrocochlear pathology. Recently, the most acceptable treatment is short course systemic corticosteroid oral form. Intratympanic corticosteroid is used for salvage therapy or contraindicated for systemic treatment. Hyperbaric oxygen therapy is still adjunctive treatment and not widely available. Other pharmacological treatments such as antiviral drug or antioxidant have not proved to be useful. Audiogram should be done continuously to evaluate improvement. Patient education need to be done for best treatment outcome. Aural rehabilitation in unimproved patient will reduce communication problem and improve quality of life.

Key words: Sudden sensorineural hearing loss, Management