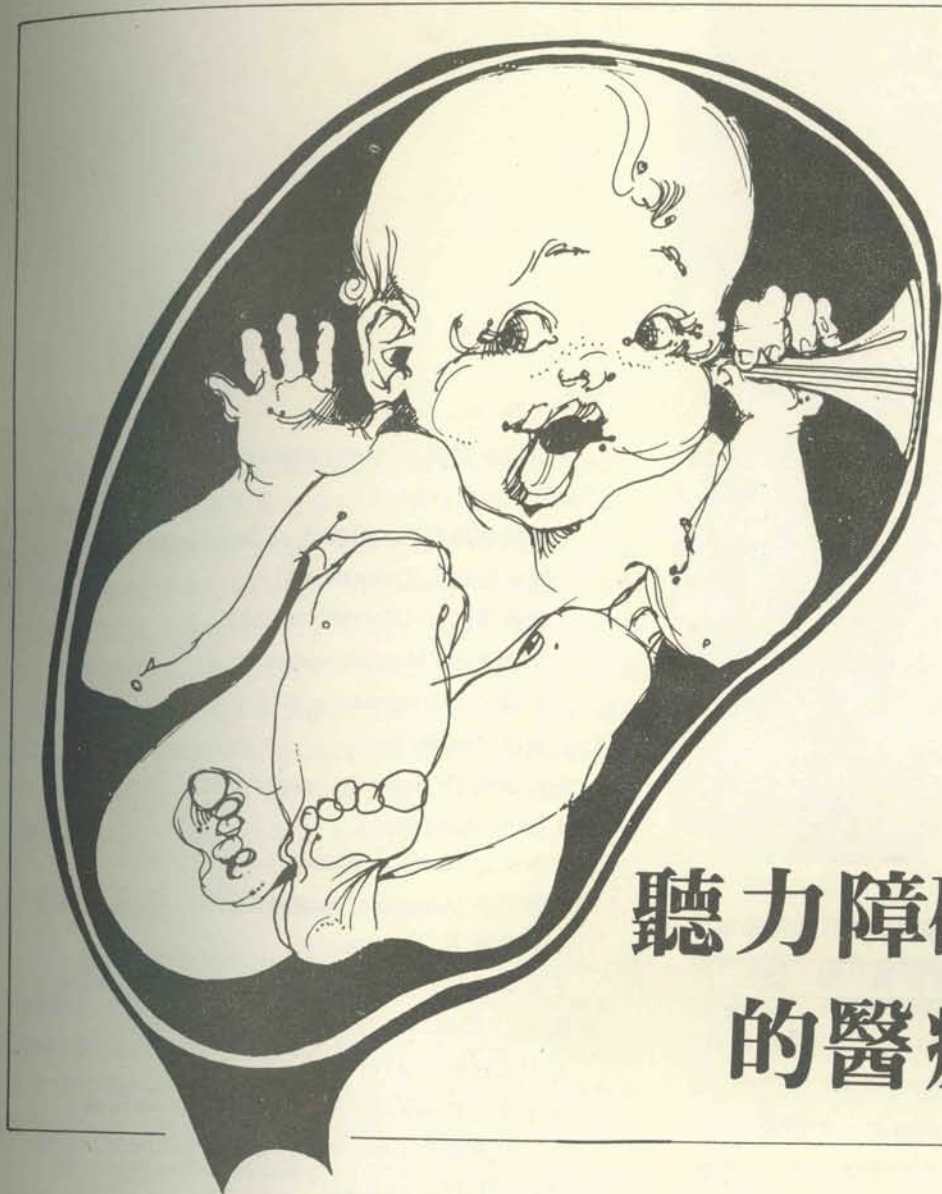




榮民總醫院 許淑

聽力障礙兒童 的醫療與復健

聾的人不是啞吧

至今很多人依然把聾和啞吧混為一談。其實聾或聽力障礙兒只是學習語言所需的耳聽覺失靈。他們的發聲器官（聲帶）以及構音器官（Articulatory organs）（如舌頭、口腔）等並沒有毛病。只要給與適當的聽語復健訓練，施與讀唇術，配上適當的助聽器，充分利用其殘餘聽力；那麼再聾的孩子也不會是指手劃腳的「啞吧」都能和普通入一樣地講話。

十多年前還稱為盲「啞」學校，後來改稱盲「聾」學校，而後又把盲生與聾生分開改稱「啓聰」學校。表示教育當局與人們的觀念在改變，逐漸了解到失聰的並非啞吧。一旦我們能全面擴展聽語復健工作，我國的聾童也能像歐美日各國的聾童那樣，都能用語言與人溝通。

大多數的聾兒都有殘聽力

事實上完全聽不到聲音的聾兒並不多，最近檢查台北啓聰學校1045名學生的聽力，結果也顯示對聲音完全無反應的只有125名。如果把只對低頻率音有振動感覺的40名也算在內，所佔的百分率也不過是16%。換句話說一百名啓聰學校的學生中真正可以稱得上「聾」的只有16名。從表一，可以看出絕大多數的學生都有殘存的聽力（Ⅱ，Ⅲ，Ⅳ型）。而近一半的學生（Ⅲ，Ⅳ型），尤其是第Ⅳ型的學生（276名）有很好的殘存聽力，這些學生們如果配上助聽器，給與良好的讀唇與語言訓練，他們應該可以像普通小孩子那樣講話，就讀普通學校，而不必像現在這樣，一窩蜂地往啓聰學校送。可惜我國啓聰學校仍然以手語教學為主，整天指手劃腳，不用口語，可不啞的也會變成啞了。



表一 台北市啓聰學校聾生聽力檢查結果 (63-64 年)

類型	人 數	百 分 比
I 全無反應或 只在低音部有音感	125 40	12% 4% > 16%
II 中音部有反應 (2K% 或 1K%)	420	40%
III 中高音均有反應而 低音在 60dB 以上才 有反應	184	17.6% > 44%
IV 中高音均有反應而 低音在 60dB 以下就 有反應	276	26.3%
	1045	100%

聽力障礙的六大成因

一、懷孕期 (pre-natal)

1. 德國麻疹 (Rubella)
2. 梅毒 (Syphilis)
3. 鏈黴素 (streptomycin)

二、生產時 (peri-natal)

1. 患黃疸的早產兒 (Jaundice of prematurity)
2. RH 血型不合

3. 產傷 (Birth injury)

4. 使用鏈黴素 (Streptomycin)

三、產後 (post-natal)

1. 各種病菌引起的腦膜炎 (Meningitis)

肺結核病 (Tuberculosis)

肺炎球菌性 (Pneumococcal)

腦膜球菌 (Meningococcal)

感冒 (Influenzal)

2. 麻疹 (Measles)

3. 百日咳 (Whooping cough)

4. 意外 (Accident)

5. 中耳炎 (Otitis media)

四、遺傳因子 (Genetic causes)

1. 顯性遺傳 (Dominant)

2. 瓦登巴爾格症狀群 (Waardenburg Syndrome)

五、隱性 (Recessive) 附帶有下列症：

1. 甲狀腺腫 (Goitre)

2. 色素性視網膜炎 (Retinitis pigmentosa)

3. 心電圖異常 (Abnormal electrocardiogram)

六、畸形 (Malformation)

克立貝爾、非爾症狀群 (Klippel Feil Syndrome)

失聽的種類與治療的可能性

失聽可分為兩大類：

(一) 是傳音性失聽 (Conductive hearing loss)：通常是因外耳或中耳發炎或畸形所引起的。利用藥物或手術加以改善聽力。假使連內耳，神經也受影響，成為混合性失聽 (mixed type hearing loss)，恢復聽力就難了。

(二) 是感音性失聽 (perceptive hearing loss)：是內耳或第八腦神經的病變所致，目前還無醫治的方法。台北啓聰學校百分之九十五的學生都是這種感音性失聽者。針灸的盛行，曾經帶來一線希望，客觀地比較針前與針後聽力圖，我們不難發現針灸對改善傳音性失聽有些微的幫助，但對感音性失聽却毫無功效！筆者認為與其寄望醫藥奇蹟出現，不如腳踏實地的做好預防及復健的工作才是當前的要務。

失聽的預防

預防方面要從病因的研究與追查着手。根據台北聾生的問卷調查，致病原因有百分之三十四是發燒。百分之二十九是打針，出疹的有10%。其實發燒並不是致聾的原因，抗生素如鏈黴素，Kanamycin及Neomycin的濫用致藥物中毒(Drug toxication)才是病因。腦炎，麻疹都有疫苗，應普遍應用。半數以上的聾是由於上氣道感染，感冒，肺炎，肺病，腮腺炎等疾患的併發症或後遺症或藥物治療不當所致。因此平時多注意孩童的營養和健康，患病時及時徹底醫治，不要濫用抗生素，當可使聾童的數目大大地減少。

語言復健 (Oral rehabilitation)

失聽人所需要的不是憐憫，也不是乘車半價優待，而是能善用他們的殘餘聽力的措施。能充分發揮他們潛能的環境和能徹底發展他們言語及溝通能力的機會。但是從絕大多數啟聰學校學生都不會講話且超齡這個事實，我們不難了解我國失聽人所得到的憐憫多於教育和復健了。

語言復健的第一要務是各縣市衛生所都設立聽力檢查室，早期發現聽力障礙兒，各大醫院也要設立完善的聽語診療中心，協助各縣市衛生所，發展語言復健工作。據聞長庚紀念醫院已率先訂購最新式的腦電波電腦聽力檢查器。對精確地診斷幼兒以及不合作的孩童的聽力障礙將有劃時代的貢獻。

第二要項是早期給失聽兒聽覺和語言訓練。學習任何口語的金科玉律是多聽，多說。正常孩子尚需學習多年才能說得流利，聽力障礙兒更不必說了，換句話說，失聽兒要比正常兒更常聽，更常講才能趕上正常兒。但我國目前的失聽兒却正相反，聽或講的機會幾乎是零，根本無法和正常兒比，他們的口唇肌肉也因缺少運用而告萎縮。筆者數年來，在榮總耳鼻喉科及振興復健醫學中心，試辦學齡前聾幼兒的聽語訓練班，結果非常令人鼓舞，所有參加訓練的聾兒個個都變成能言善道，到了學齡的也都上普通國小去了！



第三，因材施教：到了學齡的聽障兒童在入學時要由設有聽力語言中心的醫院或大學，作詳細而全盤的檢查，包括聽力，語言分辨能力，語言發展檢查，心理測驗，成就測驗等，然後依據綜合研判分別送到普通學校，特殊班，或啟聰學校。少數智能不足的不能只靠口語教學而須要用口手語並用的全面溝通法(Total Communication)來教。大學或師大，師專應設聾教育科或系，培植更多的老師俾能早日實現理想的小班級上課。

參考資料：

1. Research in Deafness in Children(Ed.)
L.Fisch 1964
2. Audiological Library Series
maico volume IV
3. the otolaryngologic Clinics of North America
vol 4.No.2 gune1971
4. Aural Rehabilitation 1971
Derek A. Sanders
5. 針灸對聽力語言恢復之功能比較1976張斌，許淑等。
6. 談聾幼兒的早期診斷與早期治療1966．許淑
心理衛生通訊