

ประสาทหูเสื่อมฉับพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

กิริคณัย อัสวกุล, พ.บ.*

บทคัดย่อ

ประสาทหูเสื่อมฉับพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นอาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ทางด้านโสต ศอ นาสิก เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุ ทำให้ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดทั้งในแง่การวินิจฉัยและการดูแลรักษา การศึกษานี้ รายงานผู้ป่วยประสาทหูเสื่อมฉับพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ 31 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2552 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2554 พบผู้ป่วยทั้งชายและหญิงใกล้เคียงกัน และพบมากในช่วงอายุ 40-50 ปี อาการร่วมที่พบได้บ่อย ได้แก่อาการเวียนศีรษะหรือมีศีรษะซึ่งพบประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่พบได้บ่อย ได้แก่ ไ้มนันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ลักษณะการสูญเสียการได้ยินที่พบส่วนใหญ่เป็นการสูญเสียการได้ยินรุนแรง ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน ส่วนใหญ่หลังการรักษาแล้วผู้ป่วยมีการได้ยินดีขึ้น

Abstract: Idiopathic Sudden Sensorineural Hearing Loss at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Kidanai Aswakul, M.D.*

*Department of Otolaryngology Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima 30000

Nakhon Ratch Med Bull 2010; 35: 115-21.

Idiopathic sudden sensorineural hearing loss is an important manifestation in rhino-otolaryngologic practice. There is no definition and management which has been universally accepted. This study reviewed the records of 31 patients presenting with idiopathic sudden sensorineural hearing loss between October 2009 and September 2011. The disease frequently occurred between 40 and 50 years of age, with equal sex distribution. Vestibular symptoms were present in one-third of patients. Three most common underlying diseases were dyslipidemia, hypertension and diabetic mellitus. Flat audiogram and severe degree of hearing loss were the most common type. Almost all patients received oral prednisolone. Recovery of hearing occurred in the most patients.

Key words: idiopathic sudden sensorineural hearing loss, sudden sensorineural hearing loss

ภูมิหลัง

ประสาทหูเสื่อมฉับพลันเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ทางด้าน โสต ศอ นาสิก และมักจะทำให้ผู้ป่วยกลัวและวิตกกังวลอย่างมาก เนื่องจากมีอาการสูญเสียการได้ยินอย่างฉับพลัน ประสาทหูเสื่อมฉับพลันอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่หาสาเหตุไม่พบหรือไม่ทราบสาเหตุ (Idiopathic sudden sensorineural hearing loss) ในปัจจุบันถึงแม้ว่าจะมีการศึกษามากเกี่ยวกับภาวะนี้ แต่ก็ยังไม่มียาหรือการรักษาที่แน่ชัดในหลาย ๆ เรื่อง⁽¹⁻⁵⁾ การศึกษานี้เพื่อศึกษาถึงลักษณะของโรค การดำเนินโรคของผู้ป่วยที่ประสาทหูเสื่อมฉับพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ผู้ป่วยและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาย้อนหลัง จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีประสาทหูเสื่อมฉับพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2552 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2554 (ปีงบประมาณ 2553-2554: 2 ปี) โดยทำการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระยะเวลาที่มีอาการก่อนมาพบแพทย์ อาการและอาการแสดง โรคประจำตัว การรักษาที่ได้รับ

และผลการรักษา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์และแสดงในรูปร้อยละ

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยประสาทหูเสื่อมฉับพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ⁽¹⁾ ได้แก่ 1). ผู้ป่วยที่มีประสาทหูเสื่อมมากกว่า 30 เดซิเบล ในช่วงความถี่ 3 ความถี่ที่ต่อเนื่องกัน โดยอาการเกิดขึ้นอย่างฉับพลันคือ น้อยกว่า 3 วัน และไม่สามารถหาสาเหตุได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2). กรณีผู้ป่วยมีประวัติการได้ยินอยู่ในระดับผิดปกติและผลตรวจการได้ยินเดิม มีการสูญเสียการได้ยินอย่างฉับพลันคือน้อยกว่า 3 วัน จะต้องมีภาวะประสาทหูเสื่อมที่แย่กว่าเดิมมากกว่า 10 เดซิเบล ในช่วงความถี่ 3 ความถี่ที่ต่อเนื่องกัน และการสูญเสียการได้ยินนั้นไม่ใช่การดำเนินโรคของโรคเดิม 3). กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีประวัติการสูญเสียการได้ยินมาก่อน แต่ตรวจการได้ยินพบประสาทหูเสื่อมทั้ง 2 ข้าง โดยผู้ป่วยมีประวัติการสูญเสียการได้ยินอย่างฉับพลันคือน้อยกว่า 3 วันของข้างใดข้างหนึ่งอย่างชัดเจน การได้ยินของข้างที่มีปัญหาจะต้องแย่กว่าอีกข้างหนึ่งมากกว่า 10 เดซิเบล ในช่วงความถี่ 3 ความถี่ที่ต่อเนื่องกันและถือว่าการได้ยินของข้างที่คิดว่าเป็นระดับฐานการได้ยินเดิมของผู้ป่วย 4). กรณีผู้ป่วยที่มีอาการอาการแสดงหรือผลการตรวจการได้ยินที่สงสัย retrocochlear lesion จะต้องมีการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือแม่เหล็กไฟฟ้าของสมองร่วมด้วย

เกณฑ์การคัดออกได้แก่ 1). ผู้ป่วยมีประวัติการได้ยินอยู่ในระดับที่ผิดปกติ แต่ไม่มีผลตรวจการได้ยินเดิม 2). ผู้ป่วยที่ไม่ได้มาติดตามการรักษาหรือไม่มีผลตรวจการได้ยินซ้ำ 3). ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาสาเหตุของโรค 4). ผู้ป่วยที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน

เกณฑ์ประเมินผลการรักษาประกอบด้วย 1). การได้ยินกลับสู่ปกติ หมายถึง การได้ยินกลับคืนสู่ระดับปกติหรือระดับการได้ยินระดับเดิมก่อนป่วย 2). การได้ยินดีขึ้นบางส่วน หมายถึง การได้ยินดีขึ้นมากกว่า 10 เดซิเบล ในช่วง 3 ความถี่ที่ต่อเนื่องกัน แต่ไม่ได้กลับคืนสู่ระดับเดิมก่อนป่วย และ 3). การได้ยินไม่ดีขึ้น หมายถึง การได้ยินไม่ดีขึ้นเลยหรือการได้ยินดีขึ้นไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด

ผลการศึกษา

พบผู้ป่วยประสาทหูเสื่อมฉับพลันที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในช่วงเวลาดังกล่าวทั้งหมด 89 ราย โดยเป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ 31 ราย เป็นชาย 17 ราย (ร้อยละ 54.8) เป็นโรคที่หูข้างขวา 11 รายและหูซ้าย 20 ราย ไม่มีผู้ป่วยที่เป็นทั้ง 2 ข้าง อายุเฉลี่ย 49.7±14.3 ปี พิสัย 25-75 ปี ดังตารางที่ 1 โรคประจำตัวของผู้ป่วยที่พบได้แก่ ไขมันในเลือดผิดปกติ 12 ราย ความดันโลหิตสูง 11 ราย เบาหวาน 9 ราย โรคไต 2 ราย โรคเก๊าท์ 2 ราย ภูมิแพ้ 3 ราย หอบหืด 1 รายและโลหิตจาง 1 ราย ผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวหลายอย่าง มีผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 29.0) ไม่มีโรคประจำตัว ระยะเวลาเฉลี่ยของอาการก่อนมาพบแพทย์ 9.7±11.9 (พิสัย 1-60 วัน) ค่ามัธยฐานและฐานนิยมของระยะเวลาของอาการก่อนมาพบแพทย์ 7 วัน อาการที่นำผู้ป่วยมาได้แก่ การได้ยินลดลง 31 ราย (ร้อยละ 100) มึนศีรษะหรือเวียนศีรษะ 10 ราย (ร้อยละ 32.3) อาการเสียงในหู (tinnitus) 6 ราย (ร้อยละ 19.4) อาการปวดหู (otalgia) 2 ราย (ร้อยละ 6.5) อาการแน่น

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยประสาทหูเสื่อมฉับพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุ

	จำนวน (ราย) (ร้อยละ) n=31
เพศชาย	17 (54.8)
เพศหญิง	11 (45.2)
อายุเฉลี่ย (ปี) (พิสัย)	49.7±14.3 (25-75)
ข้างที่เป็น	
- ข้างขวาอย่างเดียว	11
- ข้างซ้ายอย่างเดียว	20
- เป็นทั้ง 2 ข้าง	0
โรคประจำตัว	
- ไขมันในเลือดผิดปกติ (DLP)	5
- ความดันโลหิตสูง (HT)	2
- เบาหวาน (DM)	2
- โรคภูมิแพ้	1
- DM+DLP	2
- DM+HT+DLP	2
- HT+DLP	1
- HT+เก๊าท์	1
- HT+โรคหอบหืด	1
- DLP+โรคภูมิแพ้	1
- DM+HT+โรคไต	1
- HT+DLP+โรคภูมิแพ้	1
- DM+HT+โรคโลหิตจาง	1
- DM+HT+โรคไต+โรคเก๊าท์	1
- ไม่มีโรคประจำตัว	9
ระยะเวลาเฉลี่ยของอาการก่อนพบแพทย์ (วัน) (พิสัย)	9.65±11.87 (1-60)
ค่ามัธยฐานและฐานนิยมของระยะเวลาของอาการก่อนมาพบแพทย์	7
อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ (ผู้ป่วยบางรายมีอาการมากกว่า 1 อย่าง)	
- การได้ยินลดลง	31
- มึนหรือเวียนศีรษะ	10
- มีเสียงในหู	6
- ปวดหู	2
- แน่นในหู	1

ในหู (aural fullness) 1 ราย (ร้อยละ 3.2) ผู้ป่วยที่มีอาการ การได้ยินลดลงเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีอาการอื่นร่วม ด้วย 14 ราย (ร้อยละ 45.2)

ลักษณะการสูญเสียการได้ยิน (audiogram pattern) ที่พบได้แก่ flat audiogram 18 ราย (ร้อยละ 58.0) deafness 5 ราย (ร้อยละ 16.1) down sloping audiogram 4 ราย (ร้อยละ 12.9) up sloping audiogram 3 ราย (ร้อยละ 9.6) V-shape audiogram 1 ราย (ร้อยละ 3.2) ระดับการได้ยินเฉลี่ย (pure tone average) ของหูข้างที่เป็นโรค ดังตารางที่ 2

การรักษาเริ่มแรกภายหลังได้รับการวินิจฉัยผู้ป่วย ส่วนใหญ่ 27 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (prednisolone 1mg/kg/day, max.60mg/day) โดยจะได้รับยา 1 สัปดาห์และค่อยๆ ลดปริมาณยา

ตารางที่ 2 ผลการประเมินสภาพหูและผลการรักษา

	ผลการรักษา			
	จำนวน (ราย)	การได้ยิน กลับสู่ปกติ (ราย)	การได้ยินดีขึ้น บางส่วน (ราย)	การได้ยิน ไม่ดีขึ้น (ราย)
ระดับเฉลี่ยการได้ยินขณะเริ่มต้น				
- 25 dB-39 dB	4	4	0	0
- 40 dB-54 dB	4	3	1	0
- 55 dB-69 dB	8	2	3	3
- 70 dB-90 dB	10	2	6	2
- deaf	5	2	0	3
ลักษณะการสูญเสียการได้ยิน (Audiogram pattern) เริ่มต้น				
- flat	18	6	9	3
- Downward sloping	4	1	1	2
- Upward sloping	3	3	0	0
- V-shape	5	5	0	3
- deaf				
ระยะเวลาเฉลี่ยของอาการก่อนพบแพทย์				
- ภายใน 7 วัน	20	9	7	4
- 8-14 วัน	6	4	1	1
- >14 วัน	5	0	2	3

ลงในสัปดาห์ต่อมา มีผู้ป่วย 1 ราย ได้รับยาสเตียรอยด์ ชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดดำร่วมด้วย (dexamethasone 5 mg iv q 8 hr) ในวันแรก ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบ 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง คือ รู้สึก ระคายเคืองกระเพาะจึงหยุดยาเอง ผู้ป่วย 3 ราย ไม่ได้รับ ยาสเตียรอยด์ เนื่องจากเป็นเบาหวานและได้รับยา betahistine mesilate (18 mg/d) ส่วนผู้ป่วยอีก 1 ราย มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและเก่าที่ได้รับยา Betahistine mesilate (18 mg/d) ร่วมกับ intra-tympanic dexamethasone injection

การฟื้นตัวของการได้ยินพบการได้ยินกลับคืนสู่ระดับเดิม 13 ราย (ร้อยละ 41.9) การได้ยินดีขึ้นบางส่วน 10 ราย (ร้อยละ 32.3) และการได้ยินไม่ดีขึ้นเลย 8 ราย (ร้อยละ 25.8) ดังตารางที่ 2 ในกลุ่มย่อยของผู้ป่วยที่ได้

รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน 27 ราย นั้นพบว่า การได้ยินกลับคืนสู่ปกติ 13 ราย (ร้อยละ 44.4) การได้ยินดีขึ้นบางส่วน 8 ราย (ร้อยละ 33.3) การได้ยินไม่ดีขึ้นเลย 6 ราย (ร้อยละ 22.2) ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน 4 รายนั้น พบว่า การได้ยินดีขึ้นบางส่วน 2 ราย และการได้ยินไม่ดีขึ้นเลย 2 ราย

วิจารณ์

ประสาทหูเสื่อมฉับพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุเป็นอาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ทางด้านโสต คอ นาสิก และเนื่องจากเป็น โรคที่ไม่ทราบสาเหตุทำให้ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดทั้งในแง่การวินิจฉัยและการดูแลรักษาการวินิจฉัยภาวะนี้มักนิยมใช้นิยามตาม Wilson WR และคณะ คือ ภาวะประสาทหูเสื่อมที่มากกว่า 30 เดซิเบลในช่วงความถี่ 3 ความถี่ที่ต่อเนื่องกัน โดยที่เกิดอาการขึ้นอย่างฉับพลัน คือ น้อยกว่า 3 วันและไม่สามารถหาสาเหตุได้⁽¹⁾ ส่วนนิยามในการวินิจฉัยอื่น ๆ ได้แก่ Haberkamp TJ และคณะ⁽²⁾ -สภาวะการได้ยินที่ลดลงมากกว่า 20 เดซิเบลในช่วงความถี่ 3 ความถี่ที่ต่อเนื่องกัน โดยที่เกิดอาการขึ้นอย่างฉับพลันคือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน, Nomura Y⁽³⁾ -ภาวะประสาทหูเสื่อมที่การดำเนินโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งนำไปสู่ประสาทหูเสื่อมรุนแรงหรือหูหนวก, Kronenberg J และคณะ⁽⁴⁾ -ภาวะประสาทหูเสื่อมที่มากกว่าหรือเท่ากับ 20 เดซิเบลของหูหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ซึ่งเกิดขึ้นทันที ภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์, Mattox DE⁽⁵⁾ -การสูญเสียการได้ยินที่เกิดขึ้นทันทีภายในระยะเวลา 2-3 ชั่วโมง หรือเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยตื่นนอน สำหรับนิยามในการวินิจฉัยในการศึกษานี้อาศัยตาม Wilson WR และคณะ แต่ได้เพิ่มเติมรายละเอียดในกรณีของผู้ป่วยระดับการได้ยินเดิมไม่ได้ อยู่ในระดับที่ปกติเพื่อให้คำจำกัดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะมีระดับการได้ยินเดิมที่ไม่ได้อยู่ในระดับปกติ

ในการศึกษานี้พบผู้ป่วยที่เข้าได้กับหลักเกณฑ์ 31 ราย พบทั้ง 2 เพศพอ ๆ กัน และพบมากในช่วงอายุ 40-50 ปี โรคประจำตัวที่พบบ่อยได้แก่ ไ้ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน อาการร่วมที่พบได้บ่อยได้แก่อาการเวียนศีรษะหรือมีนึ้ศีรษะซึ่งพบประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วย ซึ่งลักษณะที่พบเหล่านี้ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น ๆ⁽¹⁻⁹⁾

ลักษณะการสูญเสียการได้ยินของผู้ป่วย (audiogram pattern) ที่พบส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะ flat audiogram ส่วนมากผู้ป่วยจะมีอาการสูญเสียการได้ยินรุนแรงคือ ผู้ป่วย 10 รายระดับการได้ยินเฉลี่ย (pure tone average) ของหูที่เป็นโรคอยู่ในช่วง 70-90 เดซิเบล และ 5 รายที่หูข้างที่เป็นโรคอยู่ในระดับหูหนวก ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีการสูญเสียการได้ยินชนิดไม่มากอาจจะไม่ได้เข้ามารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล

ประสาทหูเสื่อมฉับพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้โดยปกติประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 30-65) ของผู้ป่วยสามารถหายได้เองโดยที่ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ^(1,13,14) การรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน (prednisolone 1mg/kg/day, max.60mg/day) ซึ่งเป็นการรักษาที่มีหลักฐานการศึกษาว่าอาจจะมีประโยชน์และควรจะให้การรักษาภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์^(1,6,10-14) ถึงแม้ยังไม่มีการศึกษาที่มีข้อมูลยืนยันถึงประโยชน์ของการใช้ยาแต่การใช้ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทานระยะสั้นนั้นมีผลข้างเคียงน้อย แพทย์ส่วนมากจึงนิยมใช้เป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาได้แก่ ความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยิน หากการสูญเสียการได้ยินยิ่งมากโอกาสที่จะดีขึ้นก็ลดลง ลักษณะการสูญเสียการได้ยินโดยถ้าเป็นการสูญเสียการได้ยินแบบ upward-sloping audiogram กับ V-shape audiogram จะมีโอกาสดีขึ้นได้บ่อยกว่าแบบ downward-sloping audiogram กับ flat audiogram อาการเวียนศีรษะ โดยเฉพาะถ้าเกิดขึ้น

ร่วมกับการสูญเสียการได้ยินแบบ downward-sloping audiogram จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี และในผู้ป่วยเด็ก หรือผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่า 40 ปี จะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี⁽¹³⁾

ในการศึกษานี้ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาและส่วนใหญ่ (27 ราย) ได้รับยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน และมีผู้ป่วย 4 รายที่ได้รับการรักษาอื่นๆ เนื่องจากมีโรคประจำตัวที่อาจจะมีปัญหาจากการใช้ยาสเตียรอยด์ และผลการรักษาโดยรวมผู้ป่วยมีการได้ยินดีขึ้น 23 ราย (ร้อยละ 74.2) และมีผู้ป่วย 13 ราย (41.9%) ที่การได้ยินกลับคืนสู่ระดับปกติ ผลการรักษาในกลุ่มที่ไม่ได้รับยาสเตียรอยด์นั้นไม่พบผู้ป่วยที่การได้ยินกลับสู่ปกติเลย (ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยการได้ยินดีขึ้นบางส่วนและอีกครึ่งหนึ่งการได้ยินไม่ดีขึ้น) ทำให้ดูเหมือนว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาสเตียรอยด์นั้นได้ผลการรักษาที่ดีกว่าแต่เนื่องจากการพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ อีกมาก และจำนวนผู้ป่วยในการศึกษานี้มีไม่มากพอ จึงไม่ได้นำมาคำนวณทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคในการศึกษานี้มีแนวโน้มใกล้เคียงกับปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาในการศึกษาเดิม⁽¹³⁾ ยกเว้นปัจจัยในด้านอายุที่ในการศึกษานี้แนวโน้มไม่ชัดเจนว่าจะมีผลต่อการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย

สรุป

ผู้ป่วยประสาทหูเสื่อมฉับพลันชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในช่วงเวลาดังกล่าว 31 ราย เป็นเพศชายใกล้เคียงกับเพศหญิง อายุเฉลี่ย 49.7±14.3 ปี พิสัย 25-75 ปี โรคประจำตัวที่พบบ่อย ได้แก่ ไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน มีสัญญาณระยะเวลาก่อนมาเข้ารับการรักษาพยาบาล 7 วัน อาการนำ ได้แก่ การได้ยินลดลงเพียงอย่างเดียว มีน้ีรยะหรือเวียนศีรษะและอาการเสียงในหู ลักษณะการสูญเสียการได้ยินส่วนใหญ่เป็นแบบ flat audiogram ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์

ชนิดรับประทาน การได้ยินฟื้นตัวกลับคืนสู่ระดับเดิม ร้อยละ 41.9 และการได้ยินดีขึ้นบางส่วน ร้อยละ 32.3

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. Haberkamp TJ, Tanyeri HM. Management of idiopathic sudden sensorineural hearing loss. Am J Otol 1999; 20: 587-92.
3. Nomura Y. Diagnostic criteria for sudden deafness, mumps deafness and perilymphatic fistula. Acta Otolaryngologica 1988; 456: S7-S8.
4. Kronenberg J, Almagor M, Bendet E, Kushnir D. Vasoactive therapy versus placebo in the treatment of sudden hearing loss: A double-blind clinical study. Laryngoscope 1992; 102: 65-8.
5. Mattox DE. Medical management of sudden hearing loss. Otolaryngol Head Neck Surg 1980; 88: 111-3.
6. Byl FM Jr. Sudden hearing loss: eight years' experience and suggested prognostic table. Laryngoscope 1984; 94: 647-61.
7. Shaia FT, Sheehy JL. Sudden sensorineural hearing impairment: a report of 1220 cases. Laryngoscope 1976; 86: 389-98.
8. Nakashima T, Itoh A, Misawa H, Ohno Y. Clinicoepidemiologic features of sudden deafness diagnosed and treated at university hospital in japan. Otolaryngol Head Neck Surg 2000; 13: 93-7.
9. Yanagita N, Nakashima T, Ohno Y, Kanzaki J, Shitara T. Estimated annual number of patients treated for sensorineural hearing loss in Japan: results of a nationwide epidemiological survey in 1987. Acta Otolaryngol 1994; 514: S9-S13.
10. Fetterman BL, Saunders JE, Luxford WM. Prognosis and treatment of sudden sensorineural hearing loss. Am J Otol 1996; 17: 529-36.

11. Megighian D, Bolzan M, Barion U, Nicoli P. Epidemiological considerations in sudden hearing loss: a study of 183 cases. *Arch Otorhinolaryngol* 1986; 243: 250-3.
12. Parnes LS, Sun AH, Freeman DJ. Corticosteroid pharmacokinetics in the inner ear fluids: an animal study followed by clinical application. *Laryngoscope* 1999; 109: 1-17.
13. Alexander HA. Sensorineural hearing loss in adults. In: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niparko JK, Richardson MA, Robbins KT, Thomas JR, editors. *Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery*. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010. p.2127-8.
14. Martin JB, Richard JH. Idiopathic sudden sensorineural hearing loss. In: Michael G, editor. *Scott-Brown's Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery*. 7th ed. London: Edward Arnold; 2008. p.3577-93.