

職業性聽力損失診斷認定參考指引

(95 年修訂一版)

一、導論

職業性聽力損失 (Occupational hearing loss) 係長期暴露在高噪音工作環境下，以致於耳蝸的毛細胞受損，所造成的感覺神經性聽力損失。其誘發的過程可自數月至數年不等。作業環境的高噪音危害並不會造成傳導性聽力損失，相反的，有許多原因如糖尿病、甲狀腺機能低下、老化、自體免疫疾病……等等，可能會影響到支配毛細胞的神經纖維，而造成感覺神經性聽力損失。噪音工作所引起的聽力損失是最常見的職業病之一。根據衛生署職業傷病通報系統之資料顯示，「職業性聽力損失」是通報項目每年都排在前五名之內，而且由勞工安全研究所之噪音作業勞工聽力監測系統資料得知，民國 93 年 22,480 人次之通報個案中，最大聽力損失值大於 40dB 以上勞工比例占 17.2%，民國 92 年 28,879 人次之通報個案，最大聽力損失值大於 40dB 以上勞工比例占 16.5%。因此，在噪音作業下之員工如何保護自己的聽力，是職業衛生保健中重要的課題。

聽力障礙類型一般可分為五種，每種類型的聽力損失均有其特性，臨床上可依此將大部分的病人加以歸類。

(一)傳導型聽力障礙 (Conductive Hearing Loss)：傳導型聽力障礙指的是聲波無法有效的傳入內耳現象，可能因外耳及中耳之外聽道、耳膜、聽小骨、中耳腔、卵圓窗、圓窗或耳咽管之問題而形成。常見原因如小耳症 (先天性)、外耳道問題 (如耳垢栓塞、異物嵌入、外耳炎或是外傷腫瘤等)、慢性中耳炎(不同程度之耳膜穿孔、聽小骨缺損)、漿液性中耳炎 (大部份是因感染及耳咽管功能不好所致，成人單側性中耳積水要提防鼻咽癌)、膽脂瘤 (上皮不正常增生在中耳或乳突中造成骨質破壞)、耳硬化症 (鐙骨足板硬化)、外傷造成之聽小骨斷離。這些病人可經由外科手術、藥物或助聽器改善。

(二)感音性聽力障礙 (Sensori-neural Hearing Loss)：感音性聽力障礙可能的病變部份有二，內耳病變所致者，稱為感覺性聽力障礙或稱為耳蝸性聽力障礙，內耳性聽力障礙；而毛細胞至聽神經核間之聽神經病變所致者稱為神經性聽力障礙，包括第八對腦神經之兩極神經節，又稱為後耳蝸性聽力障礙。這種損害是終身不癒的，大多數

患者可戴助聽器來解決。常見原因如噪音性聽障、耳毒性藥物中毒、老年性失聰、先天性聽障等。其它如美尼爾氏病、內耳梅毒、突發性耳聾、聽神經瘤、侵犯聽神經傳導或聽神經區的中樞神經疾病（如腦中風、出血、感染、腦膜炎等）、侵犯耳聽神經之神經退化性疾病（如糖尿病、自體免疫疾病引起之神經病變）、其他不明原因之漸進性聽力喪失等等。

(三)混合型聽力障礙 (Mixed Hearing Loss)：混合型聽力障礙指的是患者同時合併有傳導型聽力障礙與感音性聽力障礙。治療重點亦著重在改善傳導部份的聽障。

(四)功能性聽力障礙 (Functional Hearing Loss)：功能性聽力障礙指的是患者無聽道上之器質性病變，卻聽不到聲音且對聲音沒有反應的現象；可能由於心理或情緒因素所致。

(五)中樞性聽力障礙 (Central Hearing Loss)：中樞性聽力障礙通常指的是因腦幹以上至大腦皮質之間的聽覺導路發生障礙而造成不瞭解所聽到的語言現象。其障礙並非純音聽力障礙，而是聽能瞭解的問題。

人類語言區域的頻率主要在五百赫茲到二千赫茲之間，如果在此頻率區域的聲音明顯異常，如一般說話溝通之 70 分貝以上，則生活上語言溝通有障礙，而有生活上的聽障。但如果聽力受損的範圍是在語言頻率區外面，如在八千赫茲、六千赫茲、四千赫茲，雖然已超過 70 分貝，但在語言頻率區如果沒有受影響，則日常生活上的語言交流沒有明顯的影響，僅有在音樂欣賞時感到高音部分聽不清楚，沒有特別的行為或自我認知。由於噪音暴露導致的聽力損失為漸進、無痛的，初期自高頻區段開始，隨著接受聲音劑量的增加和時間的延長，聽力損害由高頻逐漸向低頻擴展，才會影響語言聽力。故勞工在早期不易注意到，直至察覺時聽力閾值已變大，聽力受損已嚴重。因此對於噪音性聽力損失之防護唯一可行之道只有預防：減低噪音之暴露量。早期只有通過專門的聽力檢查才能發現，通常不被人們注意，而聽力損失一旦發生就無法治癒。噪音性聽力損失之三級預防如下：第一級預防，為預防對人體有害的噪音量。例如：使用噪音較少的儀器設備、改變作業方法、設置隔音設備、使用耳罩 (ear muffs) 或耳塞 (earplugs、canal caps) 等。第二級預防，即定期做聽力檢查，便能早期察覺有害機制的影響(即聽力損失)。第三級預防，改善與減少輔助器的傷害，例如避免使用不適當之助聽器，以免造成更多的傷害。

二、健康危害機轉及流行病學證據

(一)．噪音作業引起聽力損失之機轉

噪音是利用振動空氣的壓力傳到內耳，對耳蝸的毛細胞 (hair cell) 造成傷害而產生感覺神經性的聽力損失 (sensorineural hearing loss)。噪音的強度以分貝 (dB) 來表示，分貝是以對數為計算基礎 ($\text{dB}=20 \log P_1/P_0$)，因此不能直接相加。例如 20 分貝的聲音強度是 10 分貝聲音強度的 10 倍，30 分貝的聲音強度是 10 分貝聲音強度的 100 倍，而 80 分貝加 80 分貝等於 83 分貝。噪音的頻率是以赫茲來表示 (Hertz, Hz)，目前噪音作業聽力檢查是以 500 Hz、1000 Hz、2000 Hz、3000 Hz、4000 Hz 及 6000 Hz 等音頻為檢查項目，一般交談最常用的音頻介於 250 Hz 至 2000 Hz 之間。

噪音暴露對聽力損失造成的影響主要取決於下列三項因素 1. 噪音暴露的強度。 2. 噪音暴露時間之長短。 3. 個人對噪音的感受性 (susceptibility)。

噪音造成的聽力損失依噪音強度及內耳毛細胞的傷害可區分為下列兩種：

1. 聲創傷 (acoustic trauma)：噪音的強度超過 140 分貝以上時，音壓所產生的能量能在瞬間使耳蝸的高氏器官 (organ of Corti) 與基底膜 (basilar membrane) 產生撕裂性傷害而造成永久性的聽力損失，此種聽力損失常伴隨有耳鳴，通常發生在與爆破有關之作業。
2. 噪音性聽力損失 (noise induced hearing loss, NIHL)：長久暴露在 85 分貝至 140 分貝之間的噪音所造成的聽力損失即是一般所稱的噪音性聽力損失 (NIHL)。

暴露於強烈噪音造成的聽力損失，可分為暫時性聽力損失 (Temporary threshold shift; TTS)，或是永久性聽力損失 (Permanent threshold shift; PTS)，或是兩者兼而有之。暫時性聽力損失是因為短時間處在高噪音區域，導致聽力閾值的提高，此時離開噪音源後，需要一段時間，其聽力可回復正常者，但永久性聽力損失一旦發生，則聽力永遠不會回復至其原先的狀態。

噪音暴露造成之永久性的聽力損失機轉可分為下列三個階段：

第一階段：噪音暴露造成毛細胞受損，毛細胞無法再生而被瘢痕組織取代。根據文獻，在毛細胞被破壞少於 50% 時，低音頻的聽力閾值尚不致變化。

第二階段：持續的噪音暴露數週至數年的時間，會造成毛細胞進一步受損，當受損達一定程度時，聽力閾值會開始變化，通常會先發生在 3000 至 6000 Hz 之間。此時因一般談話常用的音頻 (250-2000 Hz) 尚未受到影響，工作人員無法查覺

高音頻聽力損失已經發生。唯有定期的全音頻聽力檢查才能發現噪音所造成的早期高音頻 (3000-6000 Hz) 聽力損失。

第三階段：持續的噪音暴露會使毛細胞進一步受到傷害，聽力損失亦會從高音頻 (3000-6000 Hz) 擴散到低音頻 (250-2000 Hz) 而影響工作人員日常生活的聽力品質 (如談話、開會)，而使工作人員產生自覺聽力損失的症狀。但聽力損失一旦造成，即使加強聽力防護措施也無法使聽力恢復到原來的水準。

(二) . 噪音引起聽力損失的特徵

美國職業醫學學院 (American College of Occupational Medicine) 在一項噪音聽力防護委員會中對噪音引起的聽力損失作以下的描述：

1. 噪音引起的聽力損失通常影響內耳毛細胞，造成感覺神經性的聽力損失 (sensorineural hearing loss)。
2. 噪音引起的聽力損失通常是對稱性的。
3. 噪音引起的聽力損失很少造成嚴重的聽力損失，低音頻 (250-2000 Hz) 的聽力損失通常在 40 分貝以下，高音頻 (3000-6000 Hz) 的聽力損失通常在 70 分貝以下。
4. 停止噪音暴露，噪音引起的聽力損失通常也會停止而不再繼續進行。
5. 先前的噪音引起的聽力損失並不會使工作人員對後續的噪音暴露變的敏感或更容易受到噪音的傷害。而聽力閾值升高，會使後續噪音引起的聽力損失的速度減緩。
6. 噪音引起的聽力損失通常由 4000 Hz 開始，再擴散到 3000-6000 Hz。
7. 在持續、穩定的噪音暴露環境下，噪音引起的聽力損失通常在 10 至 15 年後達到噪音引起的聽力損失的極限。
8. 持續性的噪音暴露比間歇性的噪音暴露，對噪音引起的聽力損失傷害更大。

上述對噪音引起的聽力損失的描述被廣為應用。早期噪音引起的聽力損失特徵是由高音頻 (3000-6000 Hz) 開始，4000 Hz 是最早受到影響及聽力閾值改變最大的音頻。聽力圖判讀時 4 K 凹陷 (4 K notch 或 C₅-dip) 也常被用來輔助診斷噪音引起的聽力損失。

國內吳聰能等人在 1998 年針對台灣所做的大規模流行病學調查，發現國內噪音引起的聽力損失以 6000 Hz 最為嚴重；陳仲達在 2003 對台灣某煉油廠所做的噪音引起的聽力損失相關研究亦顯示噪音作業所引起的聽力損失以 6000 Hz 為最嚴重。國內外噪音引起的聽力損失的音頻分佈不一樣，是國內醫師在做噪音引起的聽力損失判讀時需特別加以注意的。

(三). 其它健康危害

噪音除造成聽力損失外，對心血管系統、生殖系統、精神生理及睡眠等也會造成影響，不過流行病學的證據仍不一致。

噪音會刺激交感神經，腎上腺素分泌升高，短暫高分貝的噪音暴露會造成血壓升高，但長期的影響則不明確，對有高血壓及心血管病史的作業員工需密切追蹤。動物實驗顯示噪音會造成子宮血管收縮，造成胎兒體重下降，但對人體的影響則需進一步確認。

三、噪音暴露的證據與具潛在性噪音暴露的職業

(一)、噪音暴露的證據

噪音作業場所的調查與測定為瞭解勞工是否有因職業暴露而產生危害的重要依據。於噪音作業場所進行之噪音量測工作可分為 1.勞工暴露狀況測定（區域採樣測定與個人暴露劑量測定）；2.噪音源之確定（工程控制調查）二大項。於量測前，需先至現場瞭解勞工噪音暴露狀況、作業型態、作業時間、廠房的佈置、噪音源機具的種類、排列位置與分布範圍及暴露勞工數等資料，俾能規劃噪音測定策略，建立每一暴露勞工之暴露資料。

1. 勞工暴露狀況測定

為確定作業現場噪音音壓級與勞工暴露是否合法令規定，可以區域採樣測定與個人暴露劑量測定二方法進行量測，主要在建立噪音作業勞工之職業暴露史（occupational exposure history），包括下列六個基本資料：1.工作場所資料 2. 環境危害因子資料 3.勞工資料 4.相似暴露群資料 5.作業環境測定資料 6.暴露評估資料。整體性暴露評估

（comprehensive exposure assessment）著重於評估所有勞工在所有工作日之所有暴露，為有效率之暴露評估，透過觀察法（observational approach）及採樣法（sampling approach）建立相似暴露群（similar exposure group, SEG），以暴露勞工之製程、工作、作業、環境危害因子等決定因素，一群勞工由於其決定因素的頻率與相似性成為有相同的整體暴露輪廓（general exposure profile）之相似暴露群。

(1)區域採樣測定：以普通噪音計（Type II）以上之噪音計來測定噪音作業場所之音壓級，將作業場所以等間距畫縱橫線，於其交點(spot)離地面一百五十公分高度進行測定，量測噪音作業場所之音壓級。同時可將測定結果畫出作業現場之噪音分佈圖(noise map)，來表示作業場所不同噪音區域之音壓級。如擬進一步瞭解勞工之暴露量狀況，可將勞工於各作業點之音壓級與作業時間代入下式計算，求得作業時間勞工之暴露劑量

$$\text{勞工暴露劑量} = \frac{\text{第一種噪音音壓級之暴露時間}}{\text{該噪音音壓級對應容許暴露時間}} + \frac{\text{第二種噪音音壓級之暴露時間}}{\text{該噪音音壓級對應容許暴露時間}} + \dots + \frac{\text{第 n-1 種噪音音壓級之暴露時間}}{\text{該噪音音壓級對應容許暴露時間}} + \frac{\text{第 n 種噪音音壓級之暴露時間}}{\text{該噪音音壓級對應容許暴露時間}}$$

(2)個人暴露劑量測定：如果區域採樣測定無法獲得勞工個人暴露劑量值時（作業環境噪音量變化較大、勞工無固定作業位置或常需移動位置時），應使勞工佩戴噪音劑量計（noise dosimeter）進行個人暴露劑量測定，以瞭解勞工整個工作日噪音暴露劑量值。高暴露群勞工為主要之測定對象，如果無法確認高暴露群勞工時，得以隨機選取部分勞工進行勞工暴露劑量測定。

噪音測定方法依作業噪音特性不同而改變，說明如下：

(1) 穩定性噪音測定：噪音隨時間變動極小，例如紡紗、織布等作業場所，其噪音測定，以噪音計採慢(slow)回應、A 權衡電網，測定時間短暫(例如 3 分鐘) 即可代表工作日噪音情形，再針對勞工在該工作場所暴露時間調查，得以計算暴露劑量及八小時日時量平均音壓級。

A. 以噪音劑量計量測：如有噪音劑量計時，使勞工佩戴測定劑量亦可。

B. 以噪音計測定：80dB 以下不列入劑量計算；以慢回應 A 權衡電網測 A 權音壓級；勞工噪音暴露時間調查；計算勞工噪音暴露一個工作日之總劑量；由總劑量換算八小時日時量平均音壓級。

(2) 規則性變動噪音：噪音隨時間而變，但其變動具有規則性的週期。

A. 以噪音劑量計量測：勞工佩戴一個週期（可以）；二個週期（較好）；三個週期（次好）；四個週期（最好）。

B. 以噪音計測定：每五秒讀取一個讀數（A 權衡、慢回應），直到一個週期（二小時）；捨去 80dB 以下數據；一個讀數代表五秒噪音暴露；計算一個週期劑量，換算工作日劑量，再換算八小時日時量平均音壓級。

(3) 不規則變動噪音：噪音隨時間變動，且不具有規則性者。

A. 以噪音劑量計量測：勞工整個工作日佩戴，讀取劑量。

B. 以噪音計測定：每五秒讀取一個讀數（A 權衡、慢回應）；如工作日為八小時，則有 5760 個讀數；捨去 80dB 以下之讀數；一個讀數代表五秒暴露；計算總劑量；換算八小時日時量平均音壓級。

(4) 衝擊性噪音：尖峰與尖峰間隔在一秒以上時，應測峰值及總劑量，峰值測定時以峰值回應或衝擊回應，A 權衡；以噪音劑量計測總劑量或工作日八小時日時量平均音壓級。

2. 噪音之頻率分析測定：

如欲以研判噪音源特性、選定工程改善方法或選擇防音防護具為目的，而進行噪音

源之測定，量測儀器除量測音壓級之噪音計外，尚需外接八音階頻帶分析儀 (octave band analyzer)。如欲掌握噪音源則需以音強分析儀器 (sound intensity equipment) 對噪音源進行頻譜與音強特性分析，作為噪音環境工程改善及音源控制之參考依據。

(二)、具潛在性噪音暴露的職業

- | | | |
|----------------------------------|-------------|------------|
| 1.鍋爐房作業 | 2.化學品製造流程作業 | 3.營造作業 |
| 4.皺紋紙製造業 | 5.爆破作業 | 6.推土機操作業 |
| 7.電器製造業 | 8.機房作業 | 9.金屬製品鑄造作業 |
| 10.農具操作工作 | 11.食品加工業 | 12.鑄工場作業 |
| 13.家具製造業 | 14.玻璃製造、加工業 | 15.伐木業 |
| 16.金屬成型作業 | 17.金屬切削作業 | 18.金工作業 |
| 19.開口礦井採礦作業 | 20.地下採礦作業 | 21.兵工品製造業 |
| 22.造紙業 | 23.紙製品製造業 | 24.石油精煉業 |
| 25.塑膠製造業 | 26.塑膠產品加工業 | 27.動力工廠操作業 |
| 28.印刷業 | 29.金屬初步冶煉作業 | 30.採石業 |
| 31.橡膠製造業 | 32.橡膠製品加工業 | 33.造船業 |
| 34.石製品加工業 | 35.水泥製造業 | 36.石雕作業 |
| 37.紡織作業 | 38.交通器操作業 | 39.航空站維修業 |
| 40.航空站地勤作業 | 41.開掘隧道作業 | 42.木器製造業 |
| 43.自動洗瓶作業 | 44.貨櫃維修作業 | 45.噴砂作業 |
| 46.提供熱門音樂之服務業 (如舞廳、夜店、卡拉OK、KTV等) | | |

四、醫學評估和鑑別診斷

醫學評估包括：病史的掌握與身體理學檢查、實驗室檢查，從各項檢查當中印證或鑑別診斷病史詢問所掌握的疑點。

(一)、病史詢問

在病史方面，應考慮及於下列諸點：

1. 涉及聽神經的任何過去的疾病或受傷史之足以引起失聰者，不管其究為疾病或受傷的直接結果，均應予以評估，俾決定現在的病變是否與其過去的疾病或受傷有關。
2. 可能為職業性失聰的病例，則對於患者的耳朵和聽神經疾患的特殊評估至為重要。評估時應考慮下列諸點：

- (1) 先前的耳朵方面的疾患
- (2) 已知的失聰程序
- (3) 暈眩
- (4) 耳鳴
- (5) 藥物治療---耳毒性藥物
- (6) 頭部受傷
- (7) 患者對其聽能力的自我評計

在職業史中，亦應考慮病人的嗜好和家庭生活方面的可能噪音暴露。這包括：

1. 木工工作 (wood working)
2. 金工 (metal working)
3. 任何來源和任何形式的吵鬧的音樂
4. 修理汽車
5. 操作吵鬧的機具，如曳引機、剪草機等
6. 交通 (traffic)
7. 發射手槍、來福槍和鳥槍
8. 賽車
9. 駕駛機車、摩托雪車 (snowmobiles) 或汽艇等

掌握幾個重要的病史詢問，將非常有助於醫師對有聽力損失的病人之醫學評估與鑑別診斷。以下列舉一些主要的問題：

1. 您自覺聽力是否有退化現象？
2. 這種現象有多久了？
3. 是突然發生的？還是漸漸減退的？
4. 是否最近一段時間漸漸加重？
5. 什麼情況下自覺聽力損失最嚴重？
6. 是否懷孕後開始聽力減退？
7. 家人是否有聽力損失者（耳聾者）？
8. 在安靜的環境內聽力會較好？還是在吵雜環境下覺得聽力較佳？
9. 是否有耳鳴的現象？
10. 曾否有過頭暈或目眩過？若有請詳加描述。
11. 聽力是否有時好時壞的現象？
12. 是否有過耳朵方面的疾病？或開刀？
13. 是否自覺說話能力如小孩般常說不清楚？
14. 您目前從事什麼樣的工作？
15. 您曾否長時間服用過什麼樣的藥物？
16. 曾否在什麼樣較吵雜的環境工作過？或所嗜好活動或環境會較吵雜？如保齡球、迪斯可、隨身聽等。

(二)、自覺和他覺症狀

- 失聰的早期症狀包括：
1. 於吵鬧環境中不能聽懂他人的談話
 2. 必須看著講話者才能聽懂
 3. 熟悉的音樂和以前聽起來不一樣
 4. 例行的聽力檢查結果起了改變

(三)、實驗室和臨床評估

噪音作業健康檢查內容

1. 作業經歷之調查：

需仔細詢問作業員工之前是否曾經從事噪音暴露作業及目前從事噪音作業的起始年月，同時應儘可能瞭解其暴露劑量。另外，有研究指出同時暴露在苯乙烯 (styrene) 與噪音環境下，會增加發生噪音引起的聽力損失達 4 倍之多¹¹，因此噪音作業員工是否同

時暴露於其他有機溶劑亦應仔細詢問。

2. 服用傷害聽覺神經藥物 (如水楊酸或鏈黴素類)、外傷、耳部感染及遺傳所引起之聽力障礙等既往歷之調查：

傷害聽覺藥物很多，如水楊酸、氨基苷類抗生素 (鏈黴素、Gentamycin、Neomycin、Kanamycin 等)、其他抗生素 (erythromycin、vancomycin 等)、抗癌藥物、抗瘧藥物、利尿劑、.....等，應仔細詢問。其他非職業性因素，但可能與聽力損失有關的頭部外傷、耳部外傷、耳部感染或其他疾病、代謝性疾病 (糖尿病、甲狀腺異常、腎衰竭)、美尼爾症 (Meniere's disease)、遺傳性聽力障礙.....等疾病史亦應一併收集，以作為聽力損失鑑別診斷之用。

表：耳毒性藥物範例

Group	Generic name	Notes
Aminoglycoside antibiotics 氨基苷類抗生素	<ul style="list-style-type: none"> • Gentamycin *V • Streptomycin *V • Amikacin *D • Neomycin *D • Kanamycin *D • Tobramycin *V D 	Incidence of toxicity may be as much as 25. Risk increases with increasing dose. May cause mainly vestibular damage (*V) or mainly cochlear deafness (*D). Hearing loss may progress even after the drug has been stopped. High-pitched tinnitus may be the first symptom of a hearing problem. If the drug is not discontinued, hearing loss may develop after a few days. Hearing loss may be permanent and in some cases total. Aminoglycosides are usually reserved for serious infections or where other antibiotics are ineffective.
Other antibiotics 其他抗生素	<ul style="list-style-type: none"> • Erythromycin • Vancomycin • Capreomycin • Minocycline 	Hearing loss is usually reversible. Hearing loss is often irreversible. A treatment for TB. Usually reversible. Used for sexually transmitted diseases e.g. syphilis. Can cause vestibular problems after only one or two doses. Reversible.
Anti-malarial 抗瘧藥	<ul style="list-style-type: none"> • Chloroquine • Hydroxychloroquine • Quinine 	Causes deafness. Reversible if in low doses. Quinine, used for cramps, and quinindine, used for cardiac rhythm disorders. Can cause hearing loss and tinnitus.

Anti-cancer (anti-neoplastic or chemotherapeutic) 抗癌藥物	<ul style="list-style-type: none"> • Carboplatin • Cisplatin • Vinblastin • Bromocryptine • Nitrogen mustard • Bleomycine • Carboplatinum • Methotrexate 	Drugs that are used to treat cancer. Cause irreversible high frequency hearing loss, tinnitus and sometimes vestibular damage. Hearing loss may develop even after the drugs has been discontinued.
Loop diuretics 利尿劑	<ul style="list-style-type: none"> • Ethacrynic acid • Sodium ethacrynate • Frusemide • Bumetanide 	Loop diuretics are the only diuretics that seem to be ototoxic. Used to treat fluid retention and occasionally for high blood pressure. Usually reversible but sometimes permanent, especially if combined with aminoglycosides.
Glucocorticosteroids 類固醇	<ul style="list-style-type: none"> • Prednisone • Adrenocorticotrophic hormone 	Can cause irreversible hearing loss.
Non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAIDs) 非類固醇類解熱鎮痛劑	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirin • Naproxen • Diclofenac • Diflunisal • Fenoprofen • Phenylbutazone • Piroxicam • Flurazepam • Tolmetin • Sulindac • Ibuprofen 	Can cause tinnitus and hearing loss with prescribed high dosage, for example taken for rheumatoid arthritis. All reversible. As a rule of thumb, the hearing loss in decibels is approximately equal to the serum salicylate concentration in decilitres, for example a 50 dB hearing loss is produced by a concentration of 50 mg/dl.
Beta-blockers/ Cardiac medications 貝他阻斷劑/心臟藥	<ul style="list-style-type: none"> • Practolol • Metoprolol • Flecainide • Procainainmide • Lidocaine 	Can cause irreversible hearing loss
Anti-convulsants 抗癲癇藥物	<ul style="list-style-type: none"> • Phenytoin • Ethosuximide 	Can cause vestibular damage
Mood-altering (psychopharmacologi c) agents 情緒調整藥物	<ul style="list-style-type: none"> • Alprazolam • Oxazepam • Prozac • Fluoxetine • Doxepin 	May cause sensorineural loss
Other medications 其他藥物	<ul style="list-style-type: none"> • Thalidomide 	Now withdrawn. May cause permanent sensorineural loss.

Chemicals 化學物質	<ul style="list-style-type: none"> • Cyclohexane • Dichloromethane • Hexane • Lindane • Methyl-chloride • Methyl-n-butyl-ketoene • Perchlor-ethylene • Styrene • Tetrachlor-ethane • Toluol • Trichloroethylene 	May cause permanent sensorineural loss.
Other substances 其他物質	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Tobacco 	May cause sensorineural loss

3. 耳道物理檢查：

做聽力檢查之前需先做耳道物理檢查，以耳鏡檢查耳道，如有耳垢阻塞耳道，需先清除，否則不但會影響中耳鼓膜檢查，也可能會影響聽力檢查的結果。噪音作業因需配戴耳塞，作業員工若未能注意個人衛生或常以棉花棒清潔外耳道，容易造成外耳道發炎或黴菌感染。做耳道物理檢查時需確實以酒精棉花球擦拭耳鏡套筒以免造成受測員工耳道之交叉感染。耳道檢查時需特別注意，中耳鼓膜是否有穿孔、增厚等慢性中耳炎表徵，耳道物理檢查結果需確實紀錄在體檢表格上。

4. 純音聽力檢查 (pure tone audiometry)：

目前法令規定的聽力檢查頻率至少應包括 500、1000、2000、3000、4000 及 6000 Hz 的純音氣導聽力檢查，檢查結果必須做成聽力圖。因國內針對噪音引起的聽力損失所做的流行病學調查結果顯示國內因噪音引起的聽力損失以 6000 Hz 最為嚴重，因此建議增加 8000 Hz 音頻的測試，以作為與老年性聽力損失鑑別診斷之用。受檢員工在做聽力檢查之前應停止噪音暴露 14 小時以上，以避免因噪音暴露後所產生的暫時性聽閾改變 (TTS) 影響聽力檢查。

合格的聽力檢查室標準

國內並沒有明確關於聽力檢查室規格標準之相關法令，行政院衛生署曾引用了美國 ANSI 之標準作為參考。依據行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所的調查，發現各檢測醫院之分頻背景音量隨著頻率的降低而增高，顯示聽力檢查室較無法阻隔低頻的音量。將研究結果與美國 OSHA 1983 標準值比較，發現有 93.3% 的聽力檢查室合於標準，

若與較嚴格的美國 ANSI 1991 標準做比較時，則各分頻完全符合標準的聽力檢查室只剩 37.0%，多數的不合格情形發生在 500Hz 以下的低頻部分。此外，特別針對健檢巡迴車內聽力檢查室進行量測評估，結果發現其各分頻的背景音量值幾乎都高於醫院內聽力檢查室的平均音量值。若與美國 OSHA 1983 或 ANSI 1991 等標準比較時，均有半數以上的頻率超出標準，顯示健檢巡迴車可能無法取代一般醫院內的聽力檢查室進行聽力檢測的工作。行政院衛生署有鑑於此，於民國八十五年七月十七日衛署醫字第八五〇三七九〇二號函公布了「醫療機構聽力檢查室設備標準」，規定隔音室空間長寬至少 85 x85 公分（電話亭式）以上，且隔音室內部之噪音量全音頻音壓值在 45 分貝以下。我國雖已訂出聽力檢查室的設置規範及標準，但未來為因應國際化發展趨勢，仍應朝著符合國際之標準為目標，尤其應加強各醫療院所每年至少一次的儀器校正，以確保醫療檢測之品質，維護勞工健康之權利。

聽力檢查應於隔音室內進行，美國國家標準局 (ANSI) 對聽力檢查隔音室的背景噪音標準規範如下：(ANSI S 3.1.1991, 1999)：

Octave band intervals	1991 年 (500-8000 Hz)	1999 年 (500-8000 Hz)
125 Hz	47.5 dB	49.0 dB
250 Hz	33.5 dB	35.0 dB
500 Hz	19.5 dB	21.0 dB
1 K	26.5 dB	26.0 dB
2 K	28.0 dB	34.0 dB
4 K	34.5 dB	37.0 dB
8 K	43.5 dB	37.0 dB

ANSI-1999 與 ANSI-1991 之不同在於 ANSI-1999 對低音頻的背景噪音稍微放寬，而對高音頻的背景噪音則要求較 ANSI-1991 稍微高一點。

有研究顯示在未隔音的房間內做聽力檢查，背景噪音對低音頻的聽力檢查影響大於對高音頻的聽力檢查影響；一般而言，因為有背景噪音的影響，在未隔音的房間內所做的聽力檢查結果會比在隔音室內所做的聽力檢查結果差。

5.其他試驗：

- (1) 音叉檢查
- (2) 骨傳導檢查

1. 聽阻聽力檢查 (Impedance audiometry)
2. 語言接受試驗 (speech reception test, SRT) 檢查最小能聽到及複誦的語音，以鑑定聽閾和辨別力
3. 語言分辨試驗 (speech discrimination test)
4. 複響和音衰退試驗 (recruitment and tone decay studies)
5. 聽性腦幹反應檢查 (Auditory brainstem response, ABR)
6. 耳聲傳射檢查
7. 詐聾聽力檢查

(四)、診斷和鑑別診斷

正確的診斷有賴於謹慎而完整的病史建立、理學檢查及實驗室和耳學特殊檢查。職業性聽力損失的診斷，常藉助於聽力圖 (audiogram) 的特殊變化型態。長期暴露在高度噪音環境下的員工容易出現 3000~6000 Hz 音頻的聽力損失，在 4000 Hz 處有一明顯的所謂凹陷「4K notch 或 C5-dip」，而在 2000 Hz 以下或 8000 Hz 以上則聽力比較好。一般而言，噪音性的暴露在較高頻聽力損失未出現之前，比較少出現 3000 Hz 以下的聽力損失。另外，要注意的是「4K 凹陷」的出現並不一定就是噪音引起的聽力損失。「6K 凹陷」也可能是一種屬於正常且和噪音無關的偶然性發現，較常見的兩個原因為：1. 耳機未正確佩戴，和耳道未接合。2. 人的聽力在不同頻率的敏感度不同，正常聽力的設定是以一群正常人作為標準而得出，理論上正常聽力圖應表現平坦的一直線，然而 6K 參考值的設定可能低了數分貝，因此可能使正常聽力圖在 6K 有小凹陷產生。

(一)、聽力檢查結果判讀

任一音頻其聽力閾值超過 25 分貝即代表該音頻有聽力損失情形，一般皆以平均聽力代表聽力損失情形。我國目前是以三分法計算代表平均聽力，平均聽力若大於 25 分貝，即代表有聽力損失。各國代表平均聽力所採用的音頻及計算方式未必相同，我國及美國所採用計算平均聽力的公式如下：

臺灣： $(500 \text{ Hz} + 1000 \text{ Hz} + 2000 \text{ Hz})/3$

OSHA： $(1000 \text{ Hz} + 2000 \text{ Hz} + 3000 \text{ Hz})/3$

聽力損失指標 (500, 1000, 2000 Hz 平均聽力閾值與聽力障礙之關係)

等級	聽力障礙程度	較佳耳平均聽力閾值(dB)	語言交談的了解能力
A	不顯著	≤ 25	輕聲交談沒有困難
B	輕度	26-40	輕聲交談有困難
C	中度	41-55	一般交談困難
D	顯著	56-70	大聲交談常有困難
E	嚴重	71-90	喊叫或放大聲音才能了解，需助聽器輔助
F	極嚴重	≥ 91	耳聾，無法正常交談

噪音作業勞工特別需注意三千~六千赫的聽力損失，會隨著噪音暴露年資的增加而愈嚴重，此為噪音作業勞工聽力損失之特色。

(二)、噪音性聽力損失判讀原則

噪音是利用振動空氣的壓力傳到內耳，對耳蝸的毛細胞 (hair cell) 造成傷害，而產生感覺神經性聽力損失 (sensorineural hearing loss)。因此噪音性聽力損失是以感覺神經性聽力損失表現，而流行病學研究顯示噪音性聽力損失特徵是由高音頻 (3000-6000 Hz) 開始，4000 (或 6000) Hz 是最早受到影響及聽力閾值改變最大的音頻。因此聽力圖 4 K 或 6 K 凹陷也常被用來輔助診斷噪音引起的聽力損失。

基於上述噪音性聽力損失的特徵，職業性噪音暴露所引起之噪音性聽力損失的建議判讀標準如下：

1. 暴露史：工作史上有足以引起聽力損失的噪音暴露。

雖然我們無法單純由工作史上評估職業性噪音暴露程度，但在具有潛在性噪音暴露的環境下工作多年，應予以特別注意。

國內法規的規定：勞工噪音暴露工作日八小時日時量平均音壓級在八十五分貝以上之噪音作業，應實施聽力保護計畫，以預防工人發生聽力損失。

OSHA 建議：工作環境噪音在 85~90 dBA 時，應實施聽力保護計畫，以預防工人發生交談頻率範圍 (250~2000 Hz) 的聽力損失。但這並不表示，長期暴露在 90 dBA 以下工作環境之工人即不會有職業性聽力損失。因此，對個別病人，若發生交談頻率範圍內的聽力損失，則其他非職業性聽力損失之原因，應加以詳細評估。

2. 時序性：聽力損失發生在暴露之後半年以上。

從噪音暴露 (140 分貝以下) 到產生永久性的聽力損失所需的引導期 (induction time) 約為半年以上。若在噪音暴露半年內即產生永久性的聽力損失，需仔細詢問工作史及臨床上之鑑別診斷。

3. 職業性聽力損失的發生有其特殊的病程，絕少有突發性者。

職業性聽力損失在連續性 (steady-state) 噪音誘發下，通常是數年內慢慢發生的，除非是類似爆炸造成的音創傷 (Acoustic trauma)，否則絕少單耳且突發性之聽力損失。

一般而言，職業性聽力損失會發生在噪音暴露的最初 5 年內，而且可能在接下來的 8~10 年內聽力損失加重；停止噪音暴露，噪音引起的聽力損失通常也會停止而不再繼續進行。

4. 聽力損失必須是感覺神經性病變 (sensorineural hearing loss) 。

噪音性聽力損失是以感覺神經性的聽力損失表現，純音氣導聽力檢查若有聽力損失情形，需轉介到醫院做骨傳導聽力檢查以和其他原因造成之聽力損失做鑑別診斷。

5. 三分法平均聽力損失大於 25 分貝。

3 分法平均聽力之計算公式為 $(500 \text{ Hz} + 1000 \text{ Hz} + 2000 \text{ Hz})/3$ ；其值若大於 25 分貝即達聽力損失標準。

6. 具有特色之 4 K 或 6 K 凹陷 (大於三分法平均聽力 10 分貝以上)

4000 (或 6000) Hz 是最早受到影響及聽力閾值改變最大的音頻。因此聽力圖上 4 K 或 6 K 凹陷也常被用來輔助診斷噪音引起的聽力損失。國內噪音性聽力損失的流行病學資料顯示台灣噪音引起的聽力損失以 6000 Hz 最為嚴重，因此建議增加 8000 Hz 音頻的測試，以作為與老年性聽力損失鑑別診斷之用。4 K 或 6 K 凹陷的判讀標準為在聽力圖上聽力閾值以 4 K 或 6 K 為最大，在 4 K 或 6 K 之後的音頻則有向上轉移 (up-turn) 的變化；而 4 K 或 6 K 的聽力閾值需大於三分法平均聽力值 10 分貝以上。

7. 兩耳之聽力損失程度具對稱性，亦即二耳之聽力損失差距在 10 分貝以內。

一般而言，兩邊耳朵對於暫時性 (TTS) 或永久性 (PTS) 聽閾改變的聽力損失之敏感性應相同，因此兩耳之聽力損失程度具對稱性，亦即二耳之聽力損失差距在 10 分貝以內。如果，有工人在高度噪音環境下工作多年，而造成一側耳比另一側耳更嚴重的聽力損失，則其他原因如聽神經瘤 (Acoustic neuroma) 或其他原因應加以評估。然而也有某些特殊行業的暴露 (如軍人使用槍械)，其聽力損失可能不具對稱性。

8. 特殊的聽力損失型態

不同的噪音源暴露，可能會有較特殊的聽力損失型態出現，這稱為「Asymptotic

hearing loss」。例如，操作電鑽的工人，幾年後，在高頻率會有較早而嚴重的聽力損失，在較低頻則聽力損失往往較輕微。如果，這類工人在較低頻出現比正常情形嚴重的聽力損失，則其他原因造成的聽力損失應一併加以考慮。

某些工作環境，最大聽力損失可能出現在 4K 以外頻率，尤其是 6K。

以下為凹陷出現於 4K 以外頻率的一些例子：

- ◆ 飛機工程師的聽力損失集中於 6K 的發生率較高。
- ◆ 衝擊性噪音引起的聽力損失可能引起 6K 凹陷。
- ◆ 暴露於輕武器的軍人，其聽力損失通常呈現 6K 至 8K 凹陷。
- ◆ 音樂家的聽力損失比較傾向集中於 6K。
- ◆ 冶金礦工會在 3K 至 6K 有較寬範圍的聽力損失凹陷。
- ◆ 組裝工人在靠近乳突部 (mastoid) 使用螺絲起子聽特殊聲音，可能在 3K 至 6K 有較寬範圍的聽力損失凹陷。

英國安全衛生署 (Health and Safety Executive, HSE) 指出低頻噪音造成的最大聽力損失可能出現在 500 Hz，而高頻噪音造成的最大聽力損失可能出現在 6K 或 8K。

9. 職業性聽力損失其交談內容辨識能力維持良好。

職業性聽力損失的發生，開始於高頻區 (3000~6000 Hz 之間)，而交談頻率通常在 250~3000 Hz，因此語言辨識能力測驗 (Speech discrimination scores) 常能維持良好 (score > 70% 以上)。

1. 非職業性聽力損失之因素要一併評估。

因嗜好或工作之餘的活動，導致超量的噪音暴露程度，往往容易被忽略，而導致診斷上的誤差。

(三) . 聽力異常之鑑別診斷

執行聽力損失的判讀時，除必須了解噪音性聽力損失的特徵外，對於常見的聽力損失原因也須有所了解方能做出正確的判斷。許多的疾病，例如：聽神經瘤 (Acoustic neuroma)，迷路神經炎 (labyrinthitis)，耳毒藥物毒性 (ototoxicity)，病毒感染 (viral infections)，聲創傷 (Acoustic trauma 如爆炸)，頭部外傷，遺傳性聽力損失，糖尿病，老年性聽力損失等必須仔細加以鑑別診斷。職業性聽力損失，一般為感覺神經性之聽力損失，其聽力在愈安靜的環境下通常會較佳，而傳導性聽力損失的病人，尤其耳硬化症

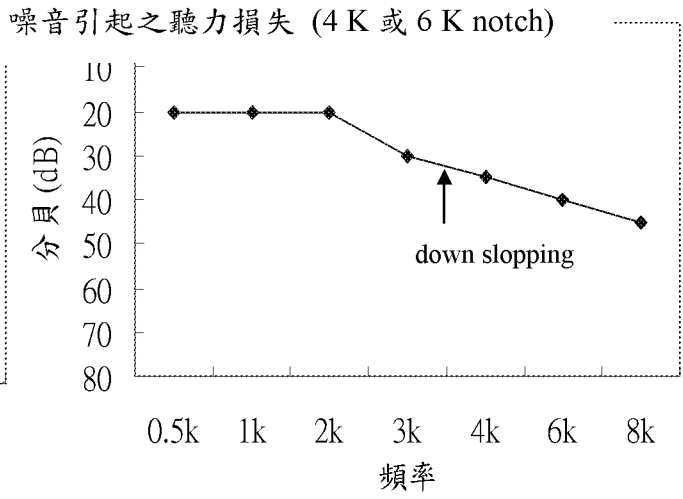
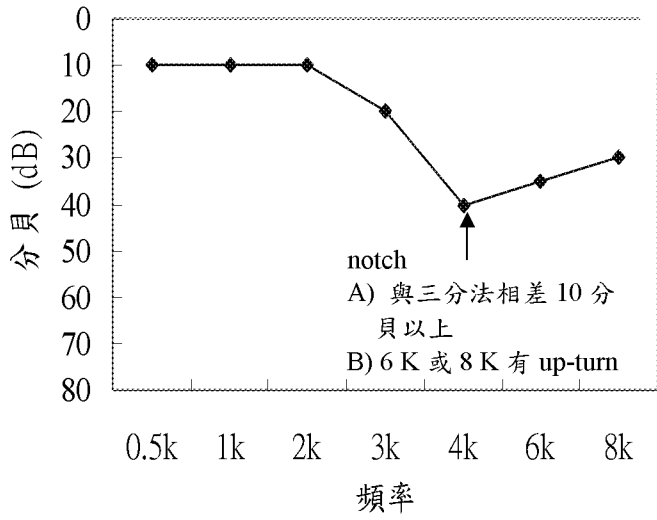
病人，在較吵雜的環境下聽力會較佳，這又稱「維里斯現象」(paracusis of Willis)。另外，注意病史中的耳鳴或暈眩之現象，常能提供許多耳科疾病的鑑別診斷方向；聽力的不穩定現象 (fluctuation in hearing)，如早晨比傍晚好，休息時比緊張時好，挖耳後會比較好等等，這些都可能與某些耳病如美尼爾症 (Meniere's disease) 有關，可用來作鑑別診斷。

其中因年齡老化造成之聽力損失與噪音性聽力損失有相當多的相似之處需特別注意。年齡造成之聽力損失，稱為老年性聽力損失 (presbycusis)，也具有漸進性、對稱性，及高音頻聽力損失的特徵。老年性聽力損失常有始自 8000 Hz 而且往較低頻方向遞損的現象，而且噪音引起聽力損失在早期有反射增進 (recruitment) 的情形，亦即在噪音的環境中，發話者說話聲音愈高，聽話者愈有失卻聽懂談話內容能力之現象、而老年性聽力損失則無此種現象。老年性聽力損失，在聽力圖上由低音頻至高音頻呈現一種 down-sloping 的圖形，而噪音性聽力損失最嚴重的音頻在 4000 或 6000 Hz (4 K 或 6 K 凹陷)，6000 或 8000 Hz 之聽力閾值會有 up-turn 的變化。常見之聽力損失原因及其在聽力圖的特徵如下：

常見聽力損失原因之鑑別診斷

聽力損失原因	致病因子	臨床症狀	聽力圖
年齡	老化	逐漸發生	對稱,高音頻聽力損失 down-sloping
噪音性聽力損失	噪音	逐漸發生，常伴隨耳鳴	對稱,高音頻聽力損失 4 K 或 6 K 凹陷
Meniere	不明	逐漸發生，時好時壞，耳鳴	低音頻聽力損失 up-sloping or flat
Sudden loss	感染、外傷、 血管病變	突然發生	多變化,可能單側

噪音引起之聽力損失與老化引起之聽力損失聽力圖比較：



老化引起之聽力損失 (down-slopping)

伍、職業性聽力損失診斷基準

職業性聽力損失

健康危害	
急性	<ul style="list-style-type: none">◆ 噪音的強度超過 140 分貝以上時，音壓所產生的能量能在瞬間使耳蝸的高氏器官 (organ of Corti) 與基底膜 (basilar membrane) 產生撕裂性傷害而造成永久性的聽力損失，此種聽力損失常伴隨有耳鳴，通常發生在與爆破有關之作業。◆ 除聽神經損傷外，可能出現鼓膜破裂、聽小骨損傷、鼓室或內耳出血等。◆ 症狀包括耳鳴、頭痛、頭暈、噁心、嘔吐、血壓升高、聽力明顯下降等。
慢性	<ul style="list-style-type: none">◆ 長期噪音引起的症狀：耳鳴、頭痛、頭暈、心悸、睡眠障礙、聽力減退、腸胃功能障礙、食慾不振等。◆ 長期噪音引起的聽力損失特性<ol style="list-style-type: none">1. 噪音引起的聽力損失，特徵為漸進性，感覺神經性的聽力損失 (sensorineural hearing loss)。2. 噪音引起的聽力損失通常是對稱性的，左右耳聽力損失相差 10 分貝以內。3. 噪音引起的聽力損失通常由高音頻開始 (3000-6000 Hz)，再擴散到低音頻 (500-2000 Hz)。4. 典型的噪音性聽力損失在 3000-6000 Hz 最為嚴重，在聽力圖上會出現 4 K 或 6 K 凹陷，並在 6 k 或 8k 的聽力損失較輕，出現向上轉移 (upturn) 的現象。5. 噪音引起的聽力損失，通常與暴露噪音強度有關。據國外研究，在不同噪音強度下暴露十年後，聽力損失的中位值如下：75-79 分貝為 2.6 dB、80-84 分貝為 5.9 dB、85-89 分貝為 10.1 dB、90-94 分貝為 15.0 dB、95-99 分貝為 20.5 dB、100-109 分貝為 26.6 dB、110 分貝以上為 45.0 dB。◆ 職業性聽力損失特性<ol style="list-style-type: none">1. 職業性聽力損失多發生在噪音暴露的最初 5 年內，而且可能在接下來的 8~10 年內聽力損失加重。2. 在持續、穩定的噪音暴露環境下噪音引起的聽力損失通常在 10 至 15 年後達到噪音引起的聽力損失的極限。3. 單純由噪音引起的聽力損失很少造成嚴重的聽力損失，低音頻 (250-2000 Hz) 的聽力損失通常在 40 分貝以下，高音頻 (3000-6000 Hz) 的聽力損失通常在 70 分貝以下。4. 停止噪音暴露，噪音引起的聽力損失通常也會停止而不再繼續進行。5. 於噪音暴露的 5-10 年內，若沒有聽力損失的發生，則最近發生的聽力損失，應仔細排除非職業性之因素。

(一)、慢性噪音性聽力損失

職業性聽力損失診斷基準

主要基準：符合以下四個條件

一、有職業暴露史和合理的聽力損失發病之時序性。

1. 有職業性暴露史：暴露於平均音壓級大於 85 分貝之噪音作業環境至少半年以上。若暴露於較低劑量的噪音作業環境，如平均音壓級介於 80-84 分貝之噪音作業環境而懷疑有職業性聽力損失時，則其最低暴露時間必須遠大於半年。
2. 聽力損失發生在暴露職業性噪音後。

二、聽力檢查結果符合下列三條件

3. 有顯著聽力損失：純音聽力檢查結果三分法 $[(0.5K+1K+2K)/3]$ 平均聽力損失大於 40 分貝。
4. 聽力損失為感覺神經性聽力損失：純音聽力檢查圖出現 4 K 或 6 K 凹陷，在高音頻平均聽力 $[(3K+4K+6K)/3]$ 損失大於低音頻平均聽力 $[(0.5K+1K+2K)/3]$ 損失 10 分貝以上。
5. 聽力損失為兩耳對稱性，兩耳三分法平均聽力損失相差 10 分貝以內；但少數特定作業可以有兩耳不對稱的聽力損失。

三、歷年聽力檢查結果符合下列條件

1. 「職業性聽力損失」之認定：在一系列的純音聽力檢查結果，其三分法聽力閾值經過年齡較正後，比個人於職前的基線資料下降 10 分貝或以上者。
2. 歷年聽力變化符合職業性聽力損失的特性。

四、必須合理排除非職業性噪音因素以及其他可能引起感覺性神經性聽力損失的常見原因。例如：年齡、藥物引起的中耳疾病。

輔助基準：歷年聽力檢查結果大致符合職業性聽力損失的特性：

- A. 職業性聽力損失多發生在噪音暴露的最初 5 年，而且可能在其後加重，因此於噪音暴露的 5-10 年內，若沒有聽力損失的發生，則最近發生的聽力損失，應仔細排除非職業性之因素。
- B. 在持續、穩定的噪音暴露環境下噪音引起的聽力損失通常在 10 至 15 年後達到噪音引起的聽力損失的極限。
- C. 停止噪音暴露，噪音引起的聽力損失通常也會停止而不再繼續進行；因此停止噪音暴露一年後，若聽力持續惡化超過老年性聽力損失幅度，應排除為職業性噪音所引起的。
- D. 單純由噪音引起的聽力損失，低音頻 (250-2000 Hz) 的聽力損失通常在 40 分貝以下，高音頻 (3000-6000 Hz) 的聽力損失通常在 70 分貝以下。然而若持續暴露於噪音環境或合併其他環境因素或疾病，聽力損失可能加重。
- E. 噪音引起的聽力損失，通常與暴露噪音強度有關。在不同噪音強度下暴露十年後，聽力損失的中位參考值如下：75-79 分貝為 2.6 dB、80-84 分貝為 5.9 dB、85-89 分貝為 10.1 dB、90-94 分貝為 15.0 dB、95-99 分貝為 20.5 dB、100-109 分貝為 26.6 dB、110 分貝以上為 45.0 dB。

(二)、聲創傷 (Acoustic trauma)

急性聲創傷 (acoustic trauma)：是一種急速大能量的噪音所造成的聽力損失。噪音的強度超過 140 分貝以上時，音壓所產生的能量能在瞬間使耳蝸的高氏器官 (organ of Corti) 與基底膜 (basilar membrane) 產生撕裂性傷害而造成永久性的聽力損失，此種聽力損失常伴隨有耳塞、耳痛及耳鳴，通常發生在與爆破有關之活動。聽力損失在聽力外傷剛發生的數日內聽力可能有進步，整體而言，聲創傷通常為永久性聽力損失。

聲創傷診斷基準

符合以下四個條件

一、有職業性噪音作業環境之暴露史及合理的聽力損失發病之時序性。

1. 暴露於爆炸性噪音的病史。
2. 暴露後產生急性聽力損失和耳朵不適症狀 (耳鳴、頭痛、頭暈、噁心、嘔吐)。

二、聽力損失為下列兩者之一：

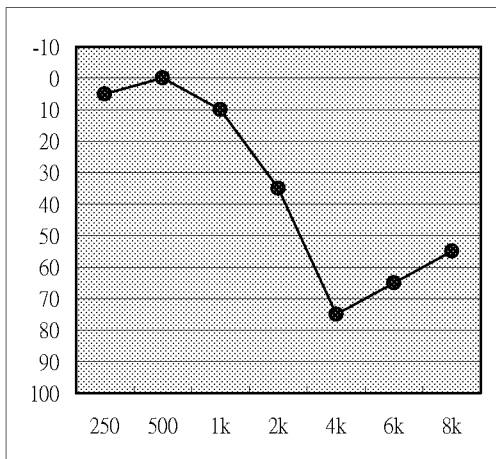
1. 聽力損失為感覺神經性聽力損失：純音聽力檢查圖出現 4 K 或 6 K 凹陷，在高音頻平均聽力 $[(3K+4K+6K)/3]$ 損失大於低音頻平均聽力 $[(0.5K+1K+2K)/3]$ 損失 10 分貝以上。
2. 混合性聽力損失，純音聽力檢查圖呈現平坦 (flat) 型。若中耳同時受傷會合併傳導型聽力損失故表現混合性聽力損失。

三、「聽力損失」之認定為：在聽力外傷事故前後一系列的純音聽力檢查結果，其聽閾比個人於事故前的資料下降 10 分貝或以上者。

四、必須合理排除其他可能引起感覺神經性聽力損失或混合性聽力損失的常見原因。

聲創傷聽力圖範例

(1) 感覺神經性聽力損失



(2) 混合性聽力損失

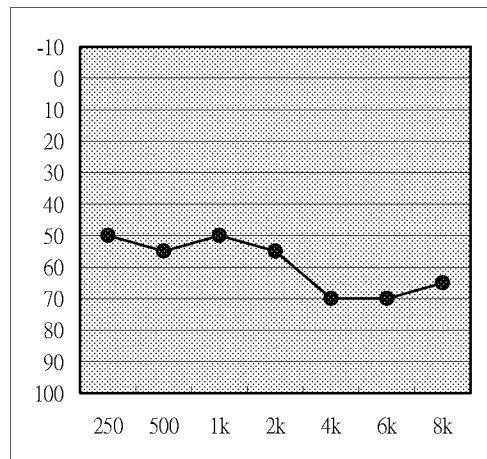


表 臺灣男性聽力閾值常模 (修正值) 15~65 歲 (單位：分貝)

聽力檢查測試頻率 (Hz)								
年齡	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
15	8	6	7	4	5	4	4	2
16	8	6	7	4	5	4	5	2
17	8	6	7	4	6	4	5	2
18	8	6	7	5	6	4	5	3
19	9	7	7	5	6	5	5	3
20	9	7	7	5	6	5	5	3
21	9	7	8	5	6	5	6	3
22	9	7	8	5	7	5	6	3
23	9	7	8	5	7	5	6	4
24	10	7	8	6	7	6	6	4
25	10	8	8	6	7	6	7	4
26	10	8	9	6	7	6	7	4
27	10	8	9	6	8	6	7	4
28	10	8	9	6	8	7	8	5
29	10	8	9	7	8	7	8	5
30	11	8	9	7	8	7	8	5
31	11	9	10	7	9	8	9	6
32	11	9	10	7	9	8	9	6
33	11	9	10	8	9	8	9	6
34	12	9	10	8	10	9	10	7
35	12	9	11	8	10	9	10	7
36	12	10	11	9	10	9	11	8
37	12	10	11	9	11	10	11	8
38	12	10	11	9	11	10	12	9
39	13	10	12	9	11	11	12	9
40	13	11	12	10	12	11	13	10
41	13	11	12	10	12	12	13	10
42	13	11	12	10	13	12	14	11
43	14	11	13	11	13	13	14	12
44	14	12	13	11	13	13	15	12
45	14	12	13	12	14	14	16	13
46	15	12	14	12	14	14	16	14
47	15	12	14	12	15	15	17	15
48	15	13	14	13	15	15	18	15

49	15	13	15	13	16	16	19	16
50	16	13	15	14	16	17	19	17
51	16	14	15	14	17	17	20	18
52	16	14	16	15	17	18	21	20
53	17	14	16	15	18	19	22	21
54	17	15	16	16	19	20	23	22
55	17	15	17	16	19	21	24	23
56	18	15	17	17	20	21	25	25
57	18	16	18	18	20	22	26	26
58	18	16	18	18	21	23	27	28
59	19	16	18	19	22	24	28	30
60	19	17	19	19	23	25	30	32
61	19	17	19	20	23	26	31	33
62	20	17	20	21	24	27	32	35
63	20	18	20	22	25	29	34	38
64	21	18	21	22	26	30	35	40
65	21	19	21	23	27	31	37	42

表 臺灣女性聽力閾值常模 (修正值) 15~65 歲 (單位：分貝)

聽力檢查測試頻率 (Hz)								
年齡	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
15	10	7	6	4	3	3	5	2
16	10	7	6	4	3	3	5	2
17	10	7	6	4	4	3	5	2
18	10	8	6	4	4	3	5	3
19	11	8	6	4	4	3	5	3
20	11	8	6	4	4	3	6	3
21	11	8	7	4	4	3	6	3
22	11	8	7	5	4	4	6	3
23	11	8	7	5	4	4	6	3
24	11	8	7	5	5	4	6	4
25	11	8	7	5	5	4	7	4
26	11	8	7	5	5	4	7	4
27	11	8	7	5	5	4	7	4
28	12	9	8	6	5	5	7	4
29	12	9	8	6	5	5	8	5
30	12	9	8	6	6	5	8	5
31	12	9	8	6	6	5	8	5

32	12	9	8	6	6	6	9	6
33	12	9	8	6	6	6	9	6
34	12	9	9	7	7	6	9	6
35	12	9	9	7	7	6	10	7
36	13	10	9	7	7	7	10	7
37	13	10	9	7	7	7	10	7
38	13	10	9	8	8	7	11	8
39	13	10	9	8	8	8	11	8
40	13	10	10	8	8	8	11	9
41	13	10	10	8	8	9	12	9
42	13	10	10	9	9	9	12	10
43	14	11	10	9	9	9	13	10
44	14	11	10	9	9	10	13	11
45	14	11	11	10	10	10	14	11
46	14	11	11	10	10	11	14	12
47	14	11	11	10	10	11	15	13
48	14	11	11	10	11	12	15	13
49	14	11	12	11	11	12	16	14
50	15	12	12	11	12	13	16	15
51	15	12	12	12	12	13	17	16
52	15	12	12	12	12	14	18	17
53	15	12	13	12	13	15	18	18
54	15	12	13	13	13	15	19	19
55	15	12	13	13	14	16	20	20
56	16	13	13	14	14	17	21	21
57	16	13	14	14	15	18	21	22
58	16	13	14	14	15	18	22	23
59	16	13	14	15	16	19	23	25
60	16	13	15	15	16	20	24	26
61	16	14	15	16	17	21	25	28
62	17	14	15	16	18	22	26	29
63	17	14	16	17	18	23	27	31
64	17	14	16	17	19	24	28	32
65	17	14	16	18	20	25	29	34

參考文獻

1. 行政院勞委會：勞工安全衛生法，1991年修訂。
2. 行政院勞委會：勞工安全衛生法施行細則，1991年修訂。
3. 行政院勞委會：依勞工安全衛生設施規則，2001年修訂。
4. 行政院勞委會：勞工健康保護規則，2005年修訂。
5. 行政院勞委會：勞工作業環境測定實施辦法，2002年修訂。
6. 行政院勞委會：指定醫療機構辦理勞工體格及健康檢查辦法，1999年。
7. 行政院衛生署：醫療機構聽力特殊健康檢查室設置基準，1996年。
8. 常見特別危害健康檢查指引及管理分級探討，九十三年度委託研究計畫，行政院衛生署國民健康局。
9. 行政院勞委會勞工安全衛生研究所：勞工聽力保護計畫指引（第三版），2002年。
10. 行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所：勞工聽力常模值手冊，2000年。
11. 劉紹興、劉永煌。勞工健康檢查指引(草案)，八十六年度委託研究計畫，行政院衛生署。
12. 行政院勞委會勞工安全衛生研究所，1994，勞工聽力損失盛行率調查之先驅計畫：聽力檢查及實驗室之標準化。
13. 行政院衛生署。臺灣地區聽力檢查室背景音量評估，1995年。
14. Maltby M. Occupational audiometry monitoring and protecting hearing at work. 2005, Elsevier Linacre House, Oxford.
15. Niland J, Zenz C. Occupational Hearing Loss, Noise, and Hearing Conservation. In Zenz C, editor: Occupational Medicine, ed 3, St Louis, 1994, Mosby.
16. Clark WW. Hearing: The effects of noise. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1992; 106:669-76.
17. Occupational noise-induced hearing loss. ACOM Noise and Hearing Conservation Committee. J Occup Med 1989, 31:996.
18. Wu TN, Liou SH, Shen CY, et al. Surveillance of noise-induced hearing loss in Taiwan, ROC: A report of the PRESS-NIHL results. Prev Med 1998, 27:65-69.
19. Jong-Dar Chen, Jui-Yuan Tsai. Hearing loss among an oil refinery in Taiwan. Arch Environ Health 58(1) : 55-8, 2003.
20. Dunn DE, Marenberg ME. Noise. In Rosenstock L, Cullen MR, editor: Textbook of Clinical Occupational and Environmental Medicine, W.B. SAUNDERS COMPANY, 1994,

Philadelphia.

21. Sliwinska-Kowalska M, Zamyslowska-Szmytko E, Szymczak W, et al. Ototoxic effects of occupational exposure to styrene and co-exposure to styrene and noise. *J Occup Environ Med* 45(1):15-24, 2003.
22. Frank T. ANSI Update: Maximal permissible ambient noise levels for audiometric test rooms. *Am J Audio* 9: 1059-0889.
23. Wong TW, Yu TS, Chen WQ, et al. Agreement between hearing thresholds measured in non-soundproof work environments and a soundproof booth. *Occupational & Environmental Medicine*. 60(9):667-71, 2003.
24. Prince MM, Stayner LT, Smith RJ, et al. A re-examination of risk estimate From the NIOSH Occupational Noise and Hearing Survey (ONHS). *J Acoust Soc Am* 101(2): 950-63, 1997.
25. Sriwattanatamma P, Breyse P. Comparison of NIOSH criteria and OSHA Hearing conservation Criteria. *Am J Ind Med*, 37: 334-38, 2000.
26. Rabinowitz PM. Noise induced hearing loss. *Am Fam Physician*, 61:2749-56, 2000.