

• 专家述评 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.06.001

听力残疾评定的质量控制和其他相关问题^{*}

李朝军

(重庆市第三人民医院/重庆市耳鼻咽喉科医院耳鼻咽喉头颈外科 400014)

中图分类号:R764.5

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2015)06-0721-03



李朝军

的学者所重视^[2-5]。

2006 年 4 月 1 日第二次全国残疾抽样调查的相关数据表明,在当时全国总人口 13 亿多人中,听力、视力、言语、肢体、智力和精神等 6 类残疾人总数为 8 296 万,其中听力残疾人(包括多重残疾)达 2 780 万,现残率为 2.11%,居各类残疾的首位;单纯听力残疾人也达到 2 004 万人,占 24.16%;其中,城市现残率为 1.79%,农村现残率为 2.27%^[6-9]。导致听力残疾的原因,各年龄组有所不同:小儿时期主要是先天性或遗传性因素、母孕期病毒感染或原因不明;15~59 岁组主要是中耳炎和药物中毒;60 岁以上者主要是老年性聋、中耳炎和全身性疾病^[7-8]。

根据国家相关规定,对残疾人的认证是以其持有残疾人证为依据的。以听力残疾为例,从听障者提出申请开始,到颁发听力残疾人证结束,听力残疾评定需经历若干个阶段,其中听力能力测试即听阈检测最为重要,是听力残疾评定的核心和基础。笔者从 15 年前开始参与听力残疾评定,并多次作为特聘培训专家对重庆市渝中区等地的听力残疾评定和康复工作者进行专业技术培训,还作为重庆市的指导专家参加了 2011 年度新一轮全国残疾人状况监测听力残疾抽样调查和抽样调查前的全市性专业技术培训,在听力残疾评定方面积累了一定的实践经验。本文将在介绍听力残疾评定最新国家标准的基础上,结合笔者的实践经验,就听力残疾评定程序、质量控制要点等相关问题,谈谈几点体会。

1 残疾人和残疾的定义与分类

按照 2008 年 4 月 24 日第十一届全国人民代表大会常务

委员会第二次会议修订通过,并于当年 7 月 1 日起施行的《中

华人民共和国残疾人保障法》^[10]的解释,残疾人是指在心理、生理、人体结构上,某种组织、功能丧失或者不正常,全部或部分丧失以正常方式从事某种活动能力的人。残疾人包括视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾、多重残疾和其他残疾的人。

残疾是指由于心理状态、生理功能、解剖结构的异常或丧失,导致人体的部分或全部功能丧失。构成残疾的 3 个要素:(1)病理要素:必须具有疾病或外伤所导致的目前无法使之完全“复原”的器官或组织的“终局状态”;(2)生理功能障碍要素:必须具有病理损害导致的躯体生理功能或精神心理功能的低下或丧失;(3)社会角色障碍:必须具有由于生理功能障碍或病理损害造成的在完成与其年龄、性别、文化相适应的社会角色方面的困难。

按照 2006 年第二次全国残疾人抽样调查分类标准和之后形成的残疾人残疾分类和分级国家标准^[11],我国的残疾分类由过去的五大类改为六大类,即视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾;同一个体存在两种或两种以上残疾者,为多重残疾。在此之前,我国将听力残疾和言语残疾放在一起合称为听力言语残疾。

2 听力残疾的定义

按照最新发布的听力残疾评定标准(《残疾人残疾分类和分级》国家标准 GB/26341-2010)的解释^[11],听力残疾是指由于各种原因导致的人体的双耳不同程度的永久性听力障碍,听不到或听不清周围环境声及言语声,以致影响其日常生活和社会参与。

应从以下 4 个层面来理解听力残疾的定义:(1)导致听力残疾的原因是多种多样的,可以是先天性的,也可以是后天性的,可以是全身性的,也可以是局部性的,但以局部的创伤、炎症、肿瘤和发育异常最为多见;(2)必须是双耳同时存在听力障碍,才符合听力残疾评定的基本条件,如果是双耳听力障碍的程度不同,则必须以听力较好的一侧作为评定依据;(3)听力障碍必须是永久性的,按照过去的经验,出现听力障碍并持续存在至少 1 年以上者方可视为永久性;(4)听力障碍必须达到较重的程度,以至于因听力言语交流而影响其日常生活和参与社会活动。

3 听力残疾评定的分类

根据残疾评定的任务性质、评定目的和应用实践,目前我国的听力残疾评定大致可分为以下两类:(1)大规模的全国性听力残疾状况抽样调查,由中国残疾人联合会等相关部门统一

^{*} 基金项目:重庆市医学科研基金资助项目(2009-2-075);重庆市医学科研项目(重点项目)资助(2011-1-100)。 作者简介:李朝军(1961—),主任医师,教授,医学博士,重庆市第三人民医院耳鼻咽喉头颈外科学教研室主任,硕士生导师;中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会委员,中华预防医学会儿童保健分会儿童视听保健学组成员,中国中西医结合耳鼻咽喉科专业委员会眩晕专委会委员,重庆市中西医结合学会听力学及噪声学专委会主委,重庆医学会耳鼻咽喉头颈外科学专委会副主委;主要专业特长是耳显微外科学和耳内科学,主要研究方向是耳显微外科和耳聋的发生机制和防治等。发表论文 70 余篇,主编和参编专著、教材 26 部,以主要完成人获得省、部级科技进步二等奖 4 项。

部署,各省级残联等部门组织实施,并由经过专门培训的专业人员在短时间内完成,通常在简要询问与听力残疾相关病史后,应用便携式听力检测设备评估听力水平,综合分析后判断是否符合听力残疾标准,并对符合标准者进一步评定残疾等级。(2)应用临床听力学诊断技术和诊断型听力检测设备,对拟申领听力残疾人证的听力障碍者进行的听力残疾评定,需常年开展,由区县级残联指定的医疗机构中专业人员实施完成。为方便叙述并避免混淆,本文将其分别称为普查性听力残疾评定和诊断性听力残疾评定。

4 听力残疾评定最新标准简介

2008 年 6 月之前,重庆地区也和全国各地一样,在听力残疾评定时执行的评定标准是 1994 年中国残疾人联合会制定的“中国残疾人实用评定标准”。从 2008 年 6 月开始,全国各地则陆续改为按照国务院 2005 年 11 月 4 日颁发的“第二次全国残疾人抽样调查残疾标准”进行评定。此标准也成为中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局和中国国家标准管理委员会于 2011 年 1 月 14 日共同发布的《残疾人残疾分类和分级》国家标准(GB/26341-2010)^[11],并已于 2011 年 5 月 1 日起实施。新标准在与原标准衔接的基础上,不但体现了与国际接轨的特点,也更加符合中国国情^[12-14]。

为更好地执行这个最新的国家标准从而保证评定质量,参与听力残疾评定的听力检测者和医师等相关专业技术人员,都应按照要求参加专业技术培训,认真解读和领会评定标准。中国残疾人联合会和中华人民共和国卫生部(现国家卫生和计划生育委员会)共同组织编写了《残疾人残疾分类和分级国家标准实施手册》,其中的《听力残疾评定手册》由孙喜斌教授等编写,2013 年 1 月由华夏出版社出版发行^[15]。此外,作为起草这项国家标准的主要执笔人孙喜斌教授等,还有多篇发表在专业学术期刊上的论文,对该标准作了详细介绍^[12,16],值得认真阅读。

按照这个最新的评定标准,根据听力障碍程度不同,将 3 岁以上的听力残疾划分为 4 级,对 13~36 月龄听力残疾者只评定 1~3 级,对 6~12 月龄听力残疾者只评定一级或二级,而不足 6 月龄者不进行听力残疾评定。

4.1 3 岁以上者听力残疾分级标准 (1)听力残疾 1 级,听觉系统存在结构和功能方面的极重度损害,听力较好耳的平均听力阈值大于或等于 91 dB HL,在不使用助听设备时,几乎听不到任何声音,听力言语交流活动极度受限;(2)听力残疾 2 级,听觉系统存在结构和功能重度损害,听力较好耳的平均听力阈值在 81~90 dB HL,在没有助听设备帮助时,只能听到很大的声音(如鞭炮声),听力言语交流活动明显受限;(3)听力残疾 3 级,听觉系统存在结构和功能方面的中重度损害,听力较好耳的平均听力阈值在 61~80 dB HL,在没有助听设备帮助下,只能听到较大的部分言语声,听力言语交流活动中度受限;(4)听力残疾 4 级,听觉系统存在结构和功能方面的中度损害,听力较好耳的平均听力阈值在 41~60 dB HL;在不借助任何助听设备(如助听器等)的情况下,可以听到一般的言语声音但辨音不清,导致听力言语交流轻度受限。在上述评定标准中,两耳的平均听阈系指平均纯音气导听阈,必须分别测试并分别计算,测试频率必须包括 500、1 000、2 000 和 4 000 Hz 共 4 个频率。

4.2 13~36 月龄者听力残疾评定标准 测试音为啭音,测试频率包括 1 000、2 000 和 4 000 Hz 共 3 个频率,只评定 1~3 级,评级标准同上。

4.3 6~12 月龄者听力残疾评定标准 只评定 1 级和 2 级,

测试音也是啭音,测试频率和评级标准同上。需要特别注意的是,在原国家标准和最新国家标准中,听力残疾分级评定均以“听力损失”为标准,其真正含义是应用听力检测设备测出的实际“听阈水平”。也就是说,只需将听力测试得到的实际分贝值直接用于计算和评定即可,而无需减去“正常值”或其他处理。

5 听力残疾医学评定的主要程序

我国各类残疾的诊断性评定,通常由区、县级残疾人联合会委托当地医疗机构的专家实施。也就是说,医疗机构只有在接受委托后方能开展残疾评定,并且必须按照指定的残疾评定标准作为评定依据。

如前所述,作为医疗机构,只有在接受委托和授权之后,方能进行听力残疾的医学评定,并由授权单位审定同意的专人负责。目前,残疾人证的审批程序主要包括:残疾人或其监护人提出申请;乡镇(街道)进行初步审查和区(县)级残疾人联合会复审,符合基本条件者,由区(县)级残疾人联合会指定医疗机构进行医学评定,通常会指定到具体的耳鼻喉科执业医师;医疗机构进行听残等级初步评定;区(县)残联审查确认评定结果;省级残联审批并办理残疾人证。

由此可见,在医疗机构进行的听力残疾医学评定这一环节至关重要,主要有以下几个步骤:(1)程序审查和身份验证,做到程序合法,确认身份,防止假冒。(2)询问病史和耳专科检查,可初步判断听力障碍的原因、病程和程度,对于病程尚不足 1 年者,可先进行必要的治疗,或者继续观察至病程达到 1 年以上的要求时再行评定。另外,应做好听阈测试前的必要准备,如外耳道清洁等。(3)听阈水平测试,主要应用纯音听力计测试,测试频率共 4 个:500、1 000、2 000 和 4 000 Hz,分别得出两耳的气导听阈,若听力计已达到最大输出值时被测试者仍无听觉反应,则以最大值计入。(4)平均听阈计算,将上述 4 个频率的气导听阈相加,并取其算术平均值作为平均听阈。根据笔者的实践经验,纯音听阈检测系主观性检查,其结果的准确性可能受到被检查者主观意志影响,故应听性脑干诱发反应(ABR)或多频稳态听觉诱发反应(ASSR)等客观的听阈检测方法进行验证。二者相符者,均以纯音听阈检测作为评定依据;二者不符者,则 ABR 或 ASSR 检测结果作为评定依据,其他单位也有类似的经验介绍^[17-19]。如果有其他医院的检测结果,且经其他粗测听力水平相符,也可采信,但必须同时有原检查医院的正式诊断证明书。需要再次强调的是,对于听力残疾评定,无论何种原因致聋,也无论被评定者属于哪一个年龄段,均以听力较好耳的听力测试结果作为评级标准。(5)听残评定与填表,依据前述测听结果,可对于听力残疾 1 级、2 级、3 级直接确认;但对于听力残疾 4 级评定,则要求听力测试室内的本底噪音必须达到小于或等于 40 dB(A),若没有达到此项要求或者没有进行本底噪声测试,则不能采信此项检测结果,应转到符合检测条件的上级医院复查。(6)医疗单位的业务主管部门审查无误后,加盖单位公章,最好能够将有关技术资料复印存档,以备日后查询。

6 听力残疾评定的质量控制要点

笔者在多年听力残疾评定实践中,积累了一定的质量控制经验,深得委托方即市、区(县)残疾人联合会和被评定者的信任和好评。据不完全统计,仅在 2009 年 1 月至 2014 年 5 月,本科共接受委托进行听力残疾评定超过 2 200 例。在有完整统计资料渝中区即达 1 045 例,其评定准确率达到 100%。

按照上述评定标准,笔者根据被评定者年龄和配合程度等采用两种稍有不同

测听加听性脑干反应或多频稳态听觉诱发电位测试;对于能够配合纯音听阈测试的较大年龄儿童及成人,则采用纯音听阈测试加听性脑干反应测试。

据前述重庆市渝中区的统计数据,被评定为听力残疾者约占 97.2%,未达到听力残疾标准者约占 2.8%。在评定为听力残疾者中,仍有 0.7% 左右存在主观听阈明显高于客观听阈,经复查接近客观听阈,表明他们一开始可能存在故意夸大听力损失程度以达到提升残疾等级的主观愿望,但最后还是采取了配合态度完成了听力测试。

未达到听力残疾评定标准的主要原因是:(1)双耳听力相差明显,但较好耳听力未达到听力残疾评定标准,约占被评定者总数的 1.6%;(2)纯音听阈测试结果显示听力损失明显,但听性脑干反应或多频稳态听觉诱发电位测试结果与之不符,最终证实系伪聋,约占被评定者总数的 1.2%。

在 10 多年的听力残疾评定过程中,笔者总结出以下经验:(1)听力残疾评定工作与被评定者个人利益密切相关,政策性极强,这就要求参与评定的医师和技术员不但要技术过硬,而且更要认真负责,医德高尚,决不弄虚作假。评定医师应参加相关培训,并有至少 3 年以上听力测试实际工作经验,由医疗机构推荐,经残联同意后,方可参加评定。(2)听力残疾评定标准是听力残疾评定的具有法律约束力的金标准,必须严格按照此标准进行听力残疾等级评定。(3)对于能够配合者,应将主观测听和客观测听相结合评估听阈测试结果,以纯音听阈检测为主要依据,听性脑干反应作为判断听阈水平真实的参考,以保证听阈水平检测结果的准确性。(4)对于不能配合纯音听阈检测者,最好采用多频稳态听觉诱发电位的平均听阈进行评定,以得出平均听阈结果,克服听性脑干反应没有频率特性的不足。为进一步提高检测速度、效率和准确性,还可将变频听性脑干反应等新的听阈检测技术用于听力残疾评定。(5)听力检测设备的性能符合国家标准,并按规定进行校准;(6)检测环境必须符合要求,即本底噪声小于或等于 35 dB(A)。研究证实:在不同本底噪声环境中,健听人或轻微听力异常者的听阈具有显著性差异,即在本底噪声过高的环境中测得的听阈明显高于实际听阈,极易导致评定误差^[12,20]。

7 结 语

听力残疾评定是耳科学和听力学专业工作者的一项义不容辞的责任和义务。作为耳科学和临床听力学工作者,在获得残疾人联合会进行听力残疾评定的授权以后,必须严格执行国家标准,在身份验证、耳专科检查、听力设备、检测环境、听阈检测、结果判断和听力残疾等级评定等各个环节,都要仔细认真,严格把握好质量关。概括地讲,应着重把握好以下 4 点:(1)专人负责,严格把关;(2)设备合格,检测规范;(3)正确计算,准确判断;(4)综合分析,评级定板。随着听阈检测技术的进步,相信一定会有更好的检测手段出现,一定会进一步提高听力残疾评定的质量水平。

参考文献:

- [1] 卜行宽. 耳科疾病和听力损失的基层防治——WHO 最新纲领和我国的应答与思考[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2014(2): 87-89.
- [2] Bainbridge KE, Wallhagen MI. Hearing loss in an aging american population; extent, impact, and management[J].

Annu Rev Public Health, 2014, 35: 139-152.

- [3] Bevilacqua MC, Banhara MR, Oliveira AN, et al. Survey of hearing disorders in an urban population in Rondonia, Northern Brazil[J]. Rev Saude Publica, 2013, 7(2): 309-315.
- [4] Boesen ML, Lykke K. Screening of vision and hearing in primary school children[J]. J Family Med Prim Care, 2012, 1(2): 114-117.
- [5] Dobie RA. The AMA method of estimation of hearing disability: a validation study[J]. Ear Hear, 2011, 32(6): 732-740.
- [6] 孙喜斌, 于丽玫, 曲成毅, 等. 中国听力残疾构成特点及康复对策[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2008, 6(2): 21-24.
- [7] 孙喜斌, 魏志云, 于丽玫, 等. 中国听力残疾人群现状及致残原因分析[J]. 中华流行病学杂志, 2008, 29(7): 643-646.
- [8] 张晓东, 于丽玫, 孙喜斌, 等. 中国听力残疾致残原因分析[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2010, 8(3): 23-26.
- [9] 第二次全国残疾人抽样调查办公室. 中国残疾预防对策研究[M]. 北京: 华夏出版社, 2007: 207-233.
- [10] 全国人大常委会. 中华人民共和国残疾人保障法(修订本)[M]. 北京: 中国法制出版社, 2008: 1-28.
- [11] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局, 中国国家标准管理委员会. GB/26341-2010 残疾人残疾分类和分级国家标准[S]. 北京: 中国标准出版社, 2011.
- [12] 孙喜斌. 中国第二次残疾人抽样调查听力残疾标准的制定[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2007(1): 10-13.
- [13] 孙喜斌, 王丽燕, 王琦. 听力残疾评定手册[M]. 北京: 华夏出版社, 2013: 1-76.
- [14] Davis A, Smith P, Ferguson M, et al. Acceptability, benefit and costs of early screening for hearing disability: a study of potential screening tests and models[J]. Health Technol Assess, 2007, 11(42): 1-294.
- [15] Olusanya BO. Classification of childhood hearing impairment: implications for rehabilitation in developing countries[J]. Disabil Rehabil, 2004, 26(20): 1221-1228.
- [16] 孙喜斌, 李兴启, 张华. 中国第二次残疾人抽样调查听力残疾标准介绍[J]. 听力学及言语疾病杂志, 2006, 14(6): 447-448.
- [17] 李兴启. 几种常用听觉诱发反应测听的比较[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2008(4): 10-14.
- [18] 黄飞, 徐伶俐. 多频稳态诱发电位在听力残疾评定中的价值[J]. 广西医学, 2011, 33(7): 829-830.
- [19] 鸿雁. 260 例听力残疾患者 ABR 结果分析[J]. 现代电生理学杂志, 2014, 21(1): 26-28.
- [20] 孙喜斌, 王琦, 张蕾, 等. 健听人在不同本底噪声环境中的听阈分析[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2006(3): 16-18.

(收稿日期: 2014-10-08 修回日期: 2014-12-10)