教案

**康复医学概论**

**（第二版）**

**中南大学出版社**

### 课时分配表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **章序** | **课程内容** | **课时** | **备注** |
| **1** | **绪论** | **8** |  |
| **2** | **残疾学** | **3** |  |
| **3** | **康复医学基础** | **8** |  |
| **4** | **康复医学工作方式和流程** | **4** |  |
| **5** | **康复评定** | **5** |  |
| **6** | **康复治疗常用技术** | **4** |  |
| **7** | **康复医学科的管理** | **3** |  |
| **8** | **社区康复** | **2** |  |
| **9** | **康复医学科病历书写规范** | **3** |  |
| **总计** |  | **40** |  |

### 第2课 残疾学

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **课 题** | 残疾学 | |
| **课 时** | 3课时（135 min）。 | |
| **教学目标** | **知识技能目标：**  1. 掌握残疾的基本概念。  2. 掌握 ICF 的结构和内容。  **思政育人目标：**  让学生通过学习残疾学，具备预防意识，重视残疾的三级预防；具备设定康复目标的能力。 | |
| **教学重难点** | **教学重点：**残疾的基本概念  **教学难点：**ICF 的结构和内容 | |
| **教学方法** | 讲授法、问答法、讨论法 | |
| **教学用具** | 电脑、投影仪、多媒体课件、教材 | |
| **教学设计** | 第1节课：考勤（2min）--知识讲解（40min）--作业布置（3min）  第2节课：知识讲解（40min）--课堂小结（3min）--作业布置（2min）  第3节课：知识讲解（40min）--课堂小结（3min）--作业布置（2min） | |
| **教学过程** | **主 要 教 学 内 容 及 步 骤** | **设计意图** |
| **考勤**  **（2min）** | ■【教师】清点上课人数，记录好考勤  ■【学生】班干部报请假人员及原因 | 培养学生的组织纪律性,掌握学生的出勤情况 |
| **知识讲解**  （40min） | **【教师】**展示概述  **一、残疾**  **（一）概念**  残疾（disability）是指由于各种躯体、心理、精神疾病或损伤，以及先天性发育异常所导致的人体解剖结构、生理功能的异常和（或）丧失，造成机体长期、持续或永久性的功能障碍状态，这种功能障碍不同程度地影响身体活动、日常生活、工作、学习和社会交往活动能力。  残疾与疾病的概念不同，它主要涉及的是那些能影响到活动能力的疾病，这些疾病可以导致不同程度的功能障碍。  **1. 暂时性残疾** 各种损伤、疾病均会不同程度地影响相应组织、器官、肢体的功能，使患者出现暂时性的功能活动受限，如骨折、肌腱断裂、关节损伤等，可使患者暂时丧失活动能力，但随着骨折的愈合、肌腱的修复、关节损伤的恢复，患者会逐渐恢复功能活动，这种短暂性、可以逆转的功能活动障碍称为暂时性残疾。  **2. 永久性残疾** 对于那些由疾病或损伤造成的不可逆转的功能障碍称为永久残疾，一般其持续时间在 1 年以上，如外伤后截肢、完全性脊髓损伤后的四肢瘫和（或）截瘫等。  **（二）残疾人**  残疾人（people with disability）是指具有不同程度的躯体、心理、精神疾病和损伤或先天性异常的人群的总称。他们的机体结构、器官功能、心理与精神功能障碍或丧失，不同程度或完全失去以正常方式从事正常活动的能力，如小儿麻痹症后遗症患者、痴呆儿、聋哑人等。  上述有关残疾、残疾人的概念是基于“国际残损、残疾与残障分类”的框架而形成的。随着残疾分类系统的发展，对残疾和残疾人的内涵有了新的认识，第 54 届世界卫生大会 2001 年 5 月 22 日通过的国际残损、残疾及健康分类（ICF）进一步描述了残疾的新概念，它将残疾建立在一种社会模式基础上，从残疾人融入社会的角度出发，将残疾作为一种社会性问题（即残疾不仅是个人的特性，也是社会环境形成的一种复合状态），强调社会集体行动，要求改造环境以使残疾人充分参与社会生活的各个方面。因此，残疾的定义是多维度的，是个体和环境互相作用的结果，包括身体结构与功能损伤、活动  受限和社会参与限制，同时强调残疾的背景性因素（个人情况，生活中的自然、社会和环境等）对患者的健康和残疾情况的影响。2006 年 12 月 13 日第 61 届联大通过的《残疾人权利公约》进一步对残疾和残疾人概念进行了明确的表述，它确认“残疾是一个演变中的概念，残疾是伤残者和阻碍他们在与其他人平等的基础上充分和切实地参与社会的各种态度和环境障碍相互作用所产生的结果”，“残疾人包括肢体、精神、智力或感官有长期损伤的人，这些损伤与各种障碍相互作用，可能阻碍残疾人在与他人平等的基础上充分和切实地参与社会。”  **二、残疾学**  **（一）概念**  残疾学是以残疾人及残疾状态为主要研究对象，专门研究残疾病因、流行规律、表现特点、发展规律、结局以及评定、康复与预防的一门学科。残疾学是以医学为基础，涉及社会学、教育学、管理学和政策法令等诸学科的交叉性学科。  **（二）对象**  残疾学的主要研究对象是残疾人，重点针对残疾状态包括功能、能力和健康状态及其与环境间的互相影响及其结果。事实上，每个人在其一生当中，都会发生疾病、损伤等情况，存在功能、能力及健康状况与环境间的相互作用，因而，从广义上讲，残疾学的对象是所有人及社会。  **（三）内容**  残疾学的主要内容包括残疾的流行病学、病因学、残疾预防学、残疾评定与康复学。其中，残疾评定和康复学又构成了康复的核心内容。  **三、残疾的原因**  致残的原因众多，而且受文化背景、社会条件、自然环境和医疗条件的影响，因此在不同历史时期及不同的国家和地区致残原因具有一定的差异。例如，在发展中国家，致残原因主要是营养不良、传染病、围产期损伤以及各种事故，约占全部残疾病例的70%；在发达国家，致残原因则主要包括意外事故、慢性疾病、精神病、慢性疼痛、劳损等。  一般来说，常见致残原因主要有以下几种。  **（一）疾病**  1. 传染病 如脊髓灰质炎、乙型脑炎、脊柱结核等。  2. 孕期疾病和围产期疾病 如宫内感染、孕期病毒性感染尤其在孕期前 3 个月时发生，易导致新生儿的先天性白内障（视力残疾）、先天性心脏病（内脏残疾）、短肢畸形（肢体残疾）等；围产期疾病如窒息、新生儿病理性黄疸、颅内血肿等可致脑瘫等。  3. 慢性病和老年病 如心脑血管疾病、慢性阻塞性肺疾病、类风湿关节炎、恶性肿瘤等。  **（二）营养失调**  1. 营养不良 每年有很多人由于维生素 A 缺乏而致盲，由于维生素 D 严重缺乏而导致骨骼畸形；在非洲一些地区，则因战争、自然灾害等导致蛋白质等摄入不足引起儿童生长发育障碍、智力受损而致残。  **2. 营养过剩** 在发达国家，营养过剩不仅是肥胖症、糖尿病和心脑血管疾患的主要危险因素，而且可对患者心理和智力造成危害。  **（三）遗传**  遗传因素可导致畸形、精神发育迟滞、精神病等。  **（四）意外事故**  如交通事故、工伤事故、运动损伤、产伤等，可致颅脑损伤、脊髓损伤、骨骼肌肉系统损伤。  **（五）物理、化学因素**  如噪声、烧伤、链霉素或庆大霉素中毒、酒精中毒、药物成瘾等。  **（六）社会、心理因素**  可致精神病。  **（七）其他因素**  有些残疾目前原因尚不明确，如近年来发病率逐步升高的孤独症谱系障碍等，其原因并不明确。  **四、残疾的预防**  由于疾病谱的改变，预防的重点已从生物学预防进入社会预防阶段，特别是对慢性病以及因慢性病造成的残疾的预防已成为当前卫生工作的重点之一。残疾预防是残疾学和康复医学的重要内容，是指从不同的层次上采取相应的措施减少残疾的发生；需卫生、民政、教育、司法、残联多部门共同努力，在国家、地方、社区、家庭不同层次和胎儿、儿童、青年、成年、老年不同时期进行。  **（一）一级预防**  一级预防（primary disability prevention）是指防止可能导致残疾的各种损伤和疾病的发生，主要针对各种致残因素，措施包括优生优育、严禁近亲结婚、加强遗传咨询、产前检查、孕期及围生期保健；预防接种，积极防治老年病、慢性病；合理营养；合理用药；防止意外事故；加强卫生宣教、注意精神卫生。在残疾的预防中，一级预防最为有效，可降低残疾发生率的 70%。  **（二）二级预防**  二级预防（secondary disability prevention）是限制或逆转由损伤和疾病造成的残疾，其核心是早期发现、早期治疗已发生的疾病或损伤，措施包括疾病的早期筛查、合理的药物治疗、必要的手术治疗、早期康复治疗和心理治疗等。二级预防可降低残疾发生率的 10%～20%。  **（三）三级预防**  三级预防（tertiary disability prevention）是防止残疾进展，以减少残疾对个人、家庭和社会所造成的影响。措施包括全面康复和社会、环境改造。全面康复包括系统的康复医疗、教育康复、职业康复、社会康复。康复医疗包括如运动疗法、作业疗法、心理疗法、言语疗法以及假肢、支具辅助器、轮椅等。社会教育和环境改造，则是指对残疾人的居住环境和社会环境进行改造，利于残疾人融于社会、自理、自立。  **五、残疾的康复**  残疾的康复是残疾学和康复医学工作的重要内容，是全球普遍关注的社会问题。残疾的康复是采取各种措施以减轻残疾带来的影响和调整残疾人的周围和社会环境以促进残疾人重返社会。合理的预防是最具效益的减少残疾的措施，具有重要意义。但残疾发生后，必须适时开展康复治疗，以促进残疾人的功能恢复，改善其自理和社会适应能力，提高生活质量。  **（一）残疾的康复目标**  积极的康复治疗是改善残疾者功能、能力和提高其生活质量的必要措施。其基本目标是改善残疾人身心、社会、职业功能，使残疾人能在某种意义上像正常人一样过着积极的生产性的生活。它又包括以下两方面：  （1）在可能的情况下，使残疾人能够生活自理，回归社会，劳动就业，经济自主。  （2）由于残疾严重、残疾人老龄化等原因，在不能达到上述目的的情况下，增进残疾人自理程度，保持现有功能或延缓功能衰退。  **（二）基本对策**  （1）疾病和损伤发生并造成一定的功能障碍时，需采取各种措施以达到以下目的：  ①恢复或改善存在的功能障碍；②预防和治疗并发症；③调整心理状态，加强接受与克服困难的心理。  （2）对已形成残疾者：①利用和加强残存的功能，如偏瘫的健肢单手操作、截瘫的上肢训练，以代偿功能的不足以及必要的矫形手术等；②假肢、支具、轮椅、辅助器的装配和使用，以代偿功能。  （3）对因残疾导致的社会参与受限者：①改善居住和社会环境，包括住宅、公共建筑、街道、交通工具等；②改善家庭环境，包括残疾患者亲属在心理上、护理上、经济上的支持；③促进就业，保证受教育和过有意义的生活。以上三个侧面的问题常同时存在，因此三方面的原则不可偏废。  **六、残疾相关的政策法规**  残疾人在实现个人潜能中受到生理、法律、社会等多方面因素的影响。国际社会和各国政府制定和颁布了一系列残疾相关的政策法令法规，有力地保证了残疾人合法权益，促进了残疾人事业的发展。  **（一）国际上残疾相关的政策法规**  联合国在 1971 年第 26 次大会上通过 2856 号决议：《精神发育迟滞者权利宣言》；1975 年第 30 次大会上通过了 3447 号决议：《残疾人权利宣言》；1982 年第 37 次大会通 过 3752 号决议，确定 1983—1992 年为联合国残疾人 10 年，制定了《关于残疾人的世界行动纲领》。1994 年，联合国又发布了残疾人机会均等的标准条例。2006 年 12 月 13 日 联合国大会通过了《残疾人权利公约》，公约具有法律约束力，用于指导各国立法，从建筑、城市规划、交通、教育、就业和娱乐以及残疾康复等方面，改善残疾人的生存状况，旨在促进、保护和确保所有残疾人充分和平等地享有一切人权和基本自由，并促使对残疾人固有尊严的尊重。国际上还规定每年 12 月 3 日是“国际残疾人日”。  同时，国际社会还制定了相应的政策和纲领文件，指导和推动残疾预防和康复事业的开展。世界卫生组织于 1980 年制定了“国际残疾分类”方案，1981 年发表了“残疾的预防与康复”。1994 年国际劳工组织、联合国教科文组织、世界卫生组织发表了联合意见书：《社区康复（CBR）——残疾人参与、残疾人受益》。2001 年世界卫生组织又修订通过了“国际功能、残疾、健康分类（ICF）”。这些文件对推动康复事业的发展起了极为重要的作用。2005 年 5 月，第 58 届世界卫生大会通过《残疾，包括预防、管理和康复》的决议，要求各成员国加强执行联合国关于残疾人机会均等标准规则，促进残疾人在社会中享有完整的权利和尊严，促进和加强社区康复规划，卫生政策和规划中纳入有关残疾的内容。该决议和《联合国残疾人机会均等标准规则》成为世界卫生组织行动主要依据的两个指导性纲领文件。  **（二）我国残疾相关的政策法规**  我国现代康复起步较晚，自 20 世纪 80 年代初引进以来，残疾人事业受到政府高度重视。  1988 年，国务院批准颁布实施了《中国残疾人事业五年工作纲要（1988—1992）》，有创见地提出了三项康复（白内障复明、小儿麻痹后遗症矫治、聋儿听力言语训练），取得了很大成绩，引起了国际关注。1990 年 12 月 28 日第七届全国人民代表大会常务委员会第十七次会议全体一致通过了我国第一部《残疾人保障法》，该法自 1991 年 5 月 15 日起生效。该法全面地规定残疾人权利的保障，有利于他们平等参与社会生活。2001 年，国务院总理在我国第十个发展纲要报告中，将康复纳入其中。2002 年 8 月，国务院办公厅转发卫生部、民政部、财政部、公安部、教育部、中国残联《关于进一步加强残疾人康复工作的意见》提出目标：到 2015 年实现残疾人“人人享有康复服务”。2017 年 6 月 21 日国务院正式批准将每年的 8 月 25 日设立为“残疾预防日”，旨在进一步推进残疾预防。  国家教育部和国务院分别于 1994 年和 2007 年发布实施了《残疾人教育法》和《残疾人就业条例》，以保障残疾人接受教育的权利和劳动权利，发展残疾人教育事业，促进残疾人就业。  我国每一个五年计划期间，都制定有中国残疾人适应计划纲要（八五、九五、十五）提出该五年期间的残疾人适应的总目标，和分年度的工作具体指标，分别由各省、市、自治区完成，对残疾人工作起了明确的指导作用。我国还规定每年 5 月第三个星期天为全国助残日，每年有特定的目标和主题。开展全国助残日活动，不仅可以为残疾事业做许多具体、切实、有效的工作，也在不断地教育群众、提高人们对残疾的认识和康复意识。  政府各部委也发布许多相关文件，推动我国残疾人康复事业。尤其是国家建设部、民政部和中残联在 1988 年发布《方便残疾人使用城市道路和建筑物设计规范》，确定建筑物内外部的无障碍设计要求。包括坡道、音响交通信号、触感材料（盲道、建筑物、公用设施等）使用的规定，电梯、走廊、厕所、盥洗、浴室电话、信箱、饮水设施便于残疾人使用的要求。我国也已接纳使用国际残疾人相关标识、规定，在大多数公共设施中，均标有残疾人可以进入、使用标志。残疾人国际通用标志见图 2-1-1。  1711367228045  **（三）关心支持康复事业的国际组织**  关心支持康复事业的国际组织有联合国儿童基金会（UNICEF）、联合国粮农组织（FAO）、联合国发展总署（UN-DP）、联合国经济社会理事会（UNESC）等。一些非政府的国际组织（NGO）也对康复事业的发展起着指导、推动作用，如康复国际（RI）、残疾人国际（DPI）、世界物理治疗联盟（WCPT）、世界作业治疗师联盟（WFOT）以及国际物理医学与康复医学学会（ISPRM）等。其中，ISPRM 于 1999 年成立，由原“国际医学与康复学会（IFPMR）”及“国际康复医学会（IRMA）”合并组成；RI 影响巨大，20 世纪 80 年代初期，制定《80年代宪章》先后递交世界各国领导，1999 年又制定《第三世纪宪章》。  **【学生】**思考、讨论。 | **展示概述，让学生更加仔细的阅读，从而激发学生的学习欲望。** |
| **作业布置**（3min） | **【教师】**布置课后作业  **简述我国残疾相关的政策法规。** | 通过课后练习，使学生巩固所学新知识 |
| **知识讲解**  （40min） | **【教师】**展示残疾的流行病学  **一、概念**  **（一）流行病学**  流行病学是指研究人群中疾病与健康状况的分布及其影响因素，并制定预防、控制疾病及促进健康的策略和措施的科学。  **（二）流行病学调查**  流行病学调查是指用流行病学的方法进行的调查研究，主要用于研究疾病、健康和卫生事件的分布及其决定因素。通过这些研究提出合理的预防保健对策和健康服务措施，并评价这些对策和措施的效果。  **（三）残疾的流行病学**  残疾的流行病学指研究人群中残疾的分布、原因及其影响因素，并制定预防、控制残疾的策略和措施的科学。残疾流行病学的研究范围不仅涉及研究防治残疾的具体措施，更应研究预防、控制残疾的对策，以达到有效地控制或预防残疾、伤害，促进和保障人类健康。残疾流行病学的研究对象是人群，包括残疾人和健康人；主要研究方法是到人群中进行调查研究；研究任务是探索残疾的病因，阐明其分布规律，制定预防、控制对策，并考核其效果，以达到预防、控制和消灭残疾的目的。  **二、残疾流行病学的研究内容**  残疾流行病学的研究内容主要包括残疾的病因学研究和残疾的预防与控制，具体来说主要包括以下内容。  **（一）残疾分布及影响分布的因素**  研究各类残疾在不同地区、不同时间、不同人群中的发病率、患病率或病死率等。在不同的时间、地区、人群发生某种残疾的数量差异，可提示发病因素的分布，并可进一步寻找影响分布的因素。  **（二）残疾的流行因素和病因**  很多残疾的原因或流行因素至今尚不明，残疾流行病学应探讨促成残疾发生的原因及流行因素。  **（三）残疾患病概率的预测**  根据人群调查研究，可以估计某因素引起个人患某种残疾的危险性，以及不患某残疾的概率。例如，流行病学调查资料表明，噪声、长期戴耳机听随身听可导致发生听力残疾的危险性增加。  **（四）研究制定预防对策和措施**  采用哪种对策或措施可减少残疾发生，或使一个地区既经济又迅速地控制某种残疾等。例如，流行病学调研发现，中国脊髓损伤发病率逐年升高与交通事故、运动损伤等因素有关，因此，残联、交通、民政等多部门通过研究、协作，制定了一系列法规政策及相应的多种措施以减少交通事故及运动损伤的发生，进而降低脊髓损伤发病率。  **三、残疾流行病学的研究方法与应用**  残疾流行病学研究主要包括观察性研究和实验性研究两大类，各类又包括不同的研究方法。  **（一）观察性研究**  观察性研究是指研究者不对被观察者的暴露情况加以限制，通过现场调查分析的方法，进行流行病学研究；主要包括横断面研究、病例对照研究和定群研究三种方法。  **1. 描述性研究** 描述性研究是流行病学研究的基础，主要方法为现况研究，通过调查，了解残疾在时间、空间和人群中的分布情况，为研究和控制残疾提供线索，为制定卫生政策提供参考。  **2. 分析性研究** 通过观察和询问，对可能的残疾相关因素进行检验。一般是选择一个特定的人群，对由描述性研究提出的病因或流行因素的假设进行分析检验。分析性研究主要包括病例 - 对照研究（case-control study）和世代研究（cohort study）（也称定群研究或队列研究）。  （1）病例 - 对照研究是选取一组存在某种残疾的人（病例），再选取另一组无此种残疾的人（对照），收集两组人中某一或某几个因素存在的情况，再以统计学方法来确定某一因素是否和该残疾有关及其关联的程度如何。  （2）世代研究则是选取一组暴露于某种因素的人和另一组不暴露于该因素的人，再经过一段时间后以统计学方法比较两组人发生残疾的情况，以确定某因素是否和某种残疾有关。  一般来说，世代研究比病例 - 对照研究的结论更可靠，但世代研究耗时很长（如研究噪声与听力残疾的关系要数年甚至数十年的时间），需要更多的资源。  **（二）实验性研究**  实验性研究是指在研究者控制下，在人群现场中进行的，将观察人群随机分为试验组和对照组，给试验组施加或消除某种因素或措施，观察此因素或措施对研究对象的影响。实验性研究可划分为临床试验现场试验和社区干预试验三种试验方式。  **（三）数学模型研究**  数学模型研究又称理论流行病学研究，即通过数学模型的方法来模拟残疾流行的过程，以探讨残疾流行的动力学，从而为残疾的预防和控制、卫生策略的制定服务。例如：人们通过模拟精神残疾在不同人群中和社会经济状况下的流行规律来预测精神残疾对人类的威胁并比较不同干预策略预防和控制精神残疾的效果。  **四、残疾流行病学调查研究的基本步骤**  **（一）制定调查设计方案**  制定调查设计方案包括资料搜集、整理和分析资料的计划。搜集资料的计划在整个设计中占主要地位，包括以下内容。  **1. 明确调查目的和指标** 调查目的有两类，一是了解参数，用以说明总体的特征，如了解某地视力残疾患病情况；二是研究事物或现象之间的关系，以探求残疾的有关因素或探索残疾原因，如研究孤独症谱系障碍的发病原因和相关因素，将调查目的具体化为指标。  **2.确定研究对象和观察单位** 调查对象是根据研究目的确定的调查总体的同质范围；观察单位是要调查的总体中的个体，也是统计计算的单位。  **3. 选择调查方法** 调查方法按调查范围，可分为全面调查和非全面调查，全面调查是对总体中每个个体都进行调查，如人口普查，某种疾病的普查；非全面调查又有典型调查和抽样调查。典型调查是有意识选择好的、中间型的或差的典型进行调查；抽样调查是从总体中随机抽出一部分进行调查，是医学研究中常用的方法，中国第一次和第二次残疾人调查就是采用抽样调查的方法。  **4. 决定采取的调查方式** 有直接观察、采访、填表和通信四种调查方式。前两种方式由调查人员亲自参与和记录，调查质量可靠。后两种方式由被调查者自己填写，若被调查者文化水平高，素质高，乐意配合调查，也可以得到可靠的资料。  **5. 设计调查项目和调查表** 调查项目包括备查项目和分析项目。备查项目用于核查资料，如被调查者的姓名、性别、住址、电话以及调查者和调查日期。分析项目用于计算统计指标，分析健康相关因素或病因。备查项目不可过多，必要的分析项目不能少。  将调查项目按逻辑顺序排列即可成调查表。  **6. 估计样本含量** 若进行抽样调查，须估计样本含量，其方法有查表法和公式计算法。  **（二）制定调查实施方案**  制定调查实施方案包括人、财、物的准备，调查人员的培训，统一调查方法。最好开展预调查，获得经验，完善调查方案。  **（三）正式调查**  正式调查按方案正式实施调查。调查时注意把好质量关，保证收集的资料完整、准确、及时。  **（四）整理、分析资料，写出调查报告**  将收集的资料进行综合、分类、整理，并运用统计学方法科学地进行分析，用规范的格式写出调整报告。  **五、中国残疾人流行病学调查和现状**  世界卫生组织（WHO）估计目前全世界大约有各类残疾人 5 亿，占全球人口的1/10，并以每年平均 1500 万人的速度增长。儿童残疾占残疾人总数的 1/3，而 2/3 的残疾人生活在发展中国家。在发达国家，大部分残疾是由慢性疾病所致，其中残疾严重者50% 以上是由脑血管意外、帕金森病、多发性硬化等造成，25% 以上是由类风湿关节炎、肿瘤、截瘫、老年性疾病造成。2006 年第二次全国残疾人抽样调查显示我国目前残疾人总数已达 8296 万人，占总人口的 6.34%，虽然较 1987 年全国第一次残疾人抽样调查数据（全国五类残疾人总数为 5164 万人，4.9%）明显升高，但明显低于 WHO 统计资料（10%～12%），其差异的主要原因是由于我国的残疾标准中没有包括内脏残疾，诸如心肺、胃肠、泌尿、生殖等内脏器官的功能缺陷。  **（一）中国残疾人流行病学调查**  中国分别于 1987 年和 2006 年进行了两次全国残疾人流行病学抽样调查，主要情况如下。  **1. 第一次全国残疾人抽样调查** 1987 年，我国进行了首次残疾人抽样调查，结果发现全国约有各类残疾人共 5164 万人，占总人口的 4.89%，也就是说，每 20 人中就有一名是残疾人（不包括心肺残疾、肾衰竭等内脏残疾）。在调查的五类残疾中，以听力语言残疾现患率最高，为 21.81%，智力残疾、视力残疾、肢体残疾和精神残疾的现患率依次为 12.68%、10.08%、9.16%、2.47%，并呈现以下分布特征：  （1）城乡差别明显：乡村残疾的总现患病率高于城镇，听力语言残疾、智力残疾和肢体残疾乡村高于城镇，视力残疾和精神病残疾城市高于农村。  （2）经济、文化和卫生水平较低的地区残疾人的比例偏高。  （3）年龄、性别的差异显著：残疾的总现患病随着年龄增长而增加，尤其是视力残疾和听力语言残疾主要以老年人为主，肢体、精神病残疾在青壮年中高发，智力残疾在儿童人群中高发（表 2-2-1）。  1711367792176  从致残原因上看，智力残疾（尤其儿童）以先天残疾为主，占 53% ；其他各类残疾以后天致残为主。先天性致残因素主要为遗传因素（如先天性白内障、先天性耳聋、垂体性侏儒、呆小症、苯丙酮尿症和唐氏综合征等）和环境因素（胎儿期子宫的内环境、出生前和出生时的产科环境），后天致残因素包括意外伤害、各种致残性疾病、理化因素、营养失调和社会心理因素。  **2. 第二次全国残疾人抽样调查** 2006年，我国开展了第二次全国残疾人抽样调查，目的是进一步了解中国残疾人的现实状况，分析其变化特征和变动规律，为制定实施国民经济和社会发展计划以及残疾人事业发展规划、确定残疾人小康指标和措施提供可靠依据。此次调查应用的是根据世界卫生组织及亚太经社理事会的要求和运用 ICF 标准，而制定的新的、规范的残疾评定标准，该标准在延续第一次全国残疾人抽样调查标准的基础上，存在如下变化：  （1）残疾类别由原来的视力残疾、听力语言残疾、肢体残疾、智力残疾、精神病残疾五类增加为视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾六类，即把“听力语言残疾”分列为“听力残疾”和“言语残疾”两类，与《中华人民共和国残疾人保障法》所规定残疾类别一致。  （2）名称上的变化，原来的“精神病残疾”改称“精神残疾”，原来的“综合残疾”改称“多重残疾”。  （3）对各类残疾定义应用 ICF，考虑了影响日常生活和社会参与等功能障碍因素，与国际接轨。该标准与国内现行的多种残疾评定标准互相衔接。  据第二次全国残疾人抽样调查数据推算，全国各类残疾人总数为 8296 万人，按照国家统计局公布的 2005 年末全国人口数，推算出本次调查时我国总人口数为 130948 万人，据此得到我国残疾人占全国总人口的比例为 6.34%。各类残疾人的人数及各占残疾人总人数的比重分别是：视力残疾 1233 万人，占 14.86% ；听力残疾 2004 万人，占24.16% ；言语残疾 127 万人，占 1.53% ；肢体残疾 2412 万人，占 29.07% ；智力残疾554 万人，占 6.68% ；精神残疾 614 万人，占 7.40% ；多重残疾 1352 万人，占 16.30%。与 1987 年调查结果比较，我国残疾人口总量增加，残疾人口比例上升，残疾类别结构发生改变。在各类残疾中，听力残疾和智力残疾比率降低，肢体残疾、视力残疾和多重残疾比率增加，尤其肢体残疾和精神残疾增加明显。导致这些变化的因素与我国人口总量的增长、人口结构变化（老龄人群增加）、残疾标准修订和残疾评定方法变化、社会与环境变化有关。  **（二）中国残疾人现状**  第二次全国残疾人抽样调查结果从残疾人的分布、年龄性别构成等自然特征和教育状况、经济收入、生活环境等社会经济状况较为全面地反映了我国残疾人现状。  **1. 地区分布** 据推算，大陆 31 个省、自治区、直辖市 2006 年 4 月 1 日零时各类残疾人总数为 8296 万人，各省（区、市）残疾人占其总人口的比例在 5.3%（辽宁省、上海市、新疆维吾尔自治区）～7.6%（四川省），各地区具体分布见表 2-2-2。  1711367821643  1711367859220  **2. 有残疾人的家庭户人口** 全国有残疾人的家庭户共 7050 万户，占全国家庭户总户数的 17.80% ；其中有 2 个以上残疾人的家庭户 876 万户，占残疾人家庭户的 12.43%。有残疾人的家庭户的总人口占全国总人口的19.98%。有残疾人的家庭户户规模为3.51人。  **3. 性别构成** 全国残疾人口中，男性为 4277 万人，占 51.55% ；女性为 4019 万人，占 48.45%。性别比为 106.42（以女性为 100，男性对女性的比例）。  **4. 城乡分布** 城镇残疾人口为 2071 万人，占 24.96% ；农村残疾人口为 6225 万人，占 75.04%。  **5. 残疾等级构成** 残疾等级为一、二级的重度残疾人为 2457 万人，占 29.62% ；残疾等级为三、四级的中度和轻度残疾人为 5839 万人，占 70.38%。  **6. 年龄构成** 全国残疾人口中，0～14 岁的 387 万人，占 4.66% ；15～59 岁的3493 万人，占 42.10%；60 岁及以上的 4416 万人，占 53.24%（65 岁及以上的 3755 万人，占 45.26%）。  **7. 婚姻状况** 全国 15 岁及以上残疾人口中，未婚人口 982 万人，占 12.42% ；已婚有配偶的人口 4811 万人，占 60.82% ；离婚及丧偶人口 2116 万人，占 26.76%。  **8.受教育程度** 全国残疾人口中，具有大学程度（指大专及以上）的残疾人为94万人，高中程度（含中专）的残疾人为 406 万人，初中程度的残疾人为 1248 万人，小学程度的残疾人为 2642 万人（以上各种受教育程度的人包括各类学校的毕业生、肄业生和在校生）。15 岁及以上残疾人文盲人口（不识字或识字很少的人）为 3591 万人，文盲率为43.29%。  残疾儿童受教育状况：6～14 岁学龄残疾儿童为 246 万人，占全部残疾人口的 2.96%。  其中视力残疾儿童 13 万人，听力残疾儿童 11 万人，言语残疾儿童 17 万人，肢体残疾儿童 48 万人，智力残疾儿童 76 万人，精神残疾儿童 6 万人，多重残疾儿童 75 万人。  学龄残疾儿童中，63.19% 正在普通教育或特殊教育学校接受义务教育，各类别残疾儿童的相应比例为：视力残疾儿童 79.07%，听力残疾儿童 85.05%，言语残疾儿童 76.92%，肢体残疾儿童 80.36%，智力残疾儿童 64.86%，精神残疾儿童 69.42%，多重残疾儿童40.99%。  **9. 就业与社会保障情况** 全国城镇残疾人口中，就业的残疾人为 297 万人，不在业的残疾人为 470 万人；有 275 万人享受到当地居民最低生活保障，占城镇残疾人口总数的 13.28%，9.75% 的城镇残疾人领取过定期或不定期的救济。在农村残疾人口中，有319 万人享受到当地居民最低生活保障，占农村残疾人口总数的 5.12%。11.68% 的农村残疾人领取过定期或不定期的救济。  **10. 家庭户的收入** 全国有残疾人的家庭户 2005 年人均全部收入，城镇为 4864 元，农村为 2260 元。12.95% 的农村残疾人家庭户年人均全部收入低于 683 元，7.96% 的农村残疾人家庭户年人均全部收入在 684～944 元之间。  **11. 残疾人曾接受的扶助、服务和需求** 残疾人曾接受的扶助、服务的前四项及比例分别为：曾接受过医疗服务与救助的有 35.61% ；曾接受过救助或扶持的有 12.53% ；曾接受过康复训练与服务的有 8.45% ；曾接受过辅助器具的配备与服务的有 7.31%。残疾人需求的前四项及比例分别为：有医疗服务与救助需求的有 72.78% ；有救助或扶持需求的有 67.78% ；有辅助器具需求的有 38.56% ；有康复训练与服务需求的有 27.69%。  **12. 残疾人的生活环境** 在第二次全国残疾人抽样调查的残疾人所在社区（村、居委会）中，68.13% 的社区距离最近的法律服务所（司法所）在 5000 米以内，21.86%的社区距离最近的特殊教育学校（班）在 5000 米以内，47.35% 的社区建有文化活动站（室），71.95% 的社区设有卫生室（所、站）。  尽管随着社会经济的快速发展和中国残疾人事业的发展，中国残疾人在居住、教育、就业、保障、康复医疗服务等各方面有了明显的改善，但是，其经济收入、教育程度、社会保障及康复医疗服务离理想状态、实际需求还存在很大差距。总体来说，我国残疾人现状存在如下特点：  （1）残疾人总体比例低于世界总体水平，但随着人口数量增加和老龄化，也面临着较大的残疾规模，且残疾发生率随年龄增长而增加。  （2）残疾分布在性别上男女间无差别，但两性在残疾类别上存在差异，如北京地区调查显示女性视力残疾和精神残疾现患率明显高于男性；在地区分布上农村高于城市，且言语残疾、肢体残疾、智力残疾、多重残疾的现患率农村高于城市。  （3）残疾程度以轻中度占大多数。  （4）在致残原因上，总体以后天获得性残疾为主，非传染病是主要致残原因，男性因创伤及伤害致残的比例远高于女性；儿童伤残以产前致残因素（新生儿窒息、早产、低体质量、营养不良等）为首位，以智力残疾为多。  （5）残疾人家庭收入低下，且存在地区差异，农村地区明显低于城市地区。  （6）残疾人受教育程度及就业率低。  （7）残疾人社会保障取得较大进展，但社会保障率及救济率仍较低。  （8）为残疾人提供的医疗服务与救助、康复服务明显改善，但接受医疗服务与救助、扶持、康复训练与服务率、辅助器具的配备与服务率明显低于实际需求。  因此，预防残疾、改善中国残疾人现状是一项系统、综合的工程，是一项长期艰巨的任务，需要残疾人和全社会共同努力。  **【学生】**思考、讨论。 | **通过教师讲解，了解残疾的流行病学的基本理论知识。** |
| **课堂小结**  （3min） | 【**教师**】**回顾和总结本节课的知识点。**  **这节课我们一起学习了残疾的流行病学，让学生知道为残疾人提供的医疗服务与救助、康复服务明显改善，但接受医疗服务与救助、扶持、康复训练与服务率、辅助器具的配备与服务率明显低于实际需求。** | 通过对所学知识的回顾，培养学生的归纳总结能力 |
| **作业布置**（2min） | **【教师】**布置课后作业  **简述残疾流行病学调查研究的基本步骤。** | 通过课后练习，使学生巩固所学新知识 |
| **知识讲解**  （40min） | **【教师】**展示残疾分类  世界卫生组织（world health organization，WHO）于 1980 年推荐的“国际残损、残疾与残障分类 ”（international classifi cation of impairment，disabilities and handicap，ICIDH）曾被康复医学界普遍采用。它从三个侧面反映身体、个体及社会的功能损害程度。  后来，国际上对残疾有了进一步的理解和认识，在此分类方法基础上，形成了 ICIDH-2 分类系统；2001 年 5 月第 54 界世界卫生大会通过了该分类系统并将其改名为 ICF，同时  通过了其在全球实施的决议；ICF 将残疾建立在一种社会模式基础上，从残疾人融入社会的角度出发，将残疾作为一种社会性问题，强调社会集体行动，要求改造环境以使残疾人充分参与社会生活的各个方面。该分类系统包括健康状况、功能和残疾、情景性因素两部分，在功能和残疾部分，除身体功能和结构成分外，活动和参与是另一个成分，活动和参与是通过能力和活动表现来描述的。在情景性因素中，含环境因素和个人因  素；这些因素与健康状况交互作用，决定功能状况；可见，ICF 是以活动和参与为主线来进行功能、残疾和健康分类的，强调环境与个人因素以及各部分之间的双向作用；因而，“残疾”不再被分成残损、残疾、残障三个层次，而是“对损伤、活动受限和参与限制的一个概括性术语”。该分类系统提供了能统一和标准地反映所有与人体健康有关的功能和失能的功能状态分类，作为一个重要的健康指标，广泛用于卫生保健、预防、人口调查、保险、社会安全、劳动、教育、经济、社会政策、一般法律的制定等方面。  由于健康状况是 ICF 构架的组成部分，使用时，可共同使用国际疾病分类（international classifi cation of diseases，ICD）和 ICF 互为补充来描述健康状况及其对功能的影响。  **一、国际残损、残疾和残障分类**  1980 年发布的《国际残损、残疾、残障分类》（ICIDH）将残疾划分为三个独立的类别，即残损、残疾、残障。这是根据疾病对个体生存主要能力的影响，进行不同侧面的分析，根据能力丧失情况制定的对策。  **（一）基本内容**  1. 残损 残损（impairment）指心理上、生理上或解剖结构上、功能上的任何丧失或异常，是生物器官系统水平上的残疾。可分为：①智力残损；②其他心理残损；③语言残损；④听力残损；⑤视力残损；⑥内脏（心脏、消化、生殖器官）残损；⑦骨骼（姿势、体格、运动）残损；⑧畸形；⑨多种综合残损。在每一类残损中又细分多个项目。  **2. 残疾** 残疾（disability）是由于缺损使能力受限或缺乏，以致人不能按正常的方式和在正常的范围内进行活动，是个体水平上的残疾。残疾可分为：①行为残疾；②交流残疾；③生活自理残疾；④运动残疾；⑤身体姿势和活动残疾；⑥技能活动残疾；⑦环境适应残疾；⑧特殊技能残疾；⑨其他活动残疾。在每一类残疾中又细分为多个项目。  **3. 残障** 残障（handicap）是由于残损或残疾，而限制或阻碍一个人完成正常的（按年龄、性别、社会和文化等因素）社会作用，是社会水平的残疾。残障可分为：①定向识别（时间、地点、人物）残障；②身体自主残障（生活不能自理）；③行动残障；④就业残障；⑤社会活动的残障；⑥经济自立残障；⑦其他残障。在①～⑥类残障中又分成 9个等级，第⑦类中分 4 个等级。  **（二）残损、残疾、残障之间的关系**  我国习惯上把残损、残疾、残障合称为残疾，但只有后面两者才是肯定的残疾。残损是否属于残疾，需作具体分析。残损、残疾、残障的关系见 ICIDH 模式（图 2-3-1）。  残损、残疾、残障之间没有绝对的界限，其程度可以互相转化，残损未经合适的康复治疗，可转化为残疾，甚至残障，而残障或残疾因合适的康复治疗也可向较轻程度转化。一般 情况下，残疾的发展按照残损、残疾、残障的顺序进行，也可能发生跳跃。一些残损患者，因心理障碍而自我封闭，发展到与社会隔绝即残障程度，但此类患者经康复、心理治疗后，完全可以转化为残损。脊髓损伤后截瘫患者，在下肢功能丧失后，失去了步行活动能力，完全可以转化为残损；如果患者得不到积极康复治疗，下肢瘫痪可以使其终生卧床，丧失工作能力和与社会交往的能力，发展为残障。残损、残疾和残障之间没有绝对界限，残疾在三个层次上表现出各自特征、评估方法和治疗途径，表 2-3-1 帮助我们进一步认识残疾的分类。  1711368788916  1711368809738  **二、国际功能、残疾和健康分类标准**  在 ICF 框架（图 2-3-2）中，功能是包含身体功能和结构、活动与参与的概括性术语，残疾是指身体功能和身体结构上有障碍，活动受限与参与局限；尽管功能与健康状况（包括疾病、障碍和损伤）有关，但不只是健康状况导致的结果，而是由健康状况和环境因素交互的结果，这种交互作用是动态和双向的，其中一种成分的变化可能影响其他成分。  如图所示，ICF 模型还描述了影响个体功能和残疾程度的环境和个人因素的基本组分。环境因素可以成为障碍（产生或加大残疾的严重性）或者有利因素（改善甚至是消除残疾），因此，在描述个体功能水平时，必须考虑环境因素。  1711368835711  **（一）ICF 的构成**  **1. 身体的功能 / 结构与残损**  （1）身体的功能：身体的功能是指身体各系统的生理或心理功能。身体结构，是指身体的解剖结构，如器官、肢体及其组成部分。例如，手的功能是利用或不用工具劳动；走的功能是指承载体重和走路；胃的功能是消化食物；脑的功能是思维等。它们各自的特征是不能相互取代的。身体的功能和身体的结构是两个不同但又平行的部分，如眼结构组成视觉功能。身体除了指各个器官外，还包括各器官所具有的功能，像脑器官是身体的一部分，它所具有的意识功能（高级皮质功能）也是身体的一部分。  （2）残损：残损是指身体功能或解剖结构上的缺失或偏差，是在身体各系统功能和结构水平上评价肢体功能障碍的严重程度，指各种原因导致的身体结构、外形、器官或系统生理功能以及心理功能损害，仅限于器官、系统的功能障碍，不涉及组织、细胞、分子水平的病损。它是病理情况在身体结构上的表现。残损可以是暂时的或永久的，可以是进行性发展或静止不变的，可以持续性或间断性出现的。对功能活动、生活和工作的速度、效率、质量可能有一定影响，会干扰个人正常生活活动，如进食、个人卫生、步行等，但仍能达到日常活动能力自理。残损比疾病或紊乱的范围更广泛，如截肢是身体结构的残损，并不是疾病，也不意味患者处在疾病或身体虚弱状态，残损也可以身体强健，如有些截肢者是十分优秀的运动员，他与正常人比较存在某些缺陷，功能受限，但通过康复的介入，凭借本人顽强的意志，可以完成常人都难以完成的动作。残损的程度可以用丧失或缺少、减少、附加或过度及偏离来衡量（表 2-3-2）。  1711368905589  1711368932670  **2. 活动与活动受限**  （1）活动：活动（activity）是指个体执行某项任务或行动。活动涉及的是与生活有关的所有个人活动，是一种综合应用身体功能的能力。这些活动从简单到复杂（走路、进食或从事多项任务），必须观察到个人实际完成活动的全过程，不包括个人对完成活动的态度、潜力和能力。身体功能和基本生活可以在个体活动水平上体现出来，如组织和计划性的认知功能既是身体的功能，但计划每日安排也是一项个体水平上的活动。  （2）活动受限：活动受限（disability）指个体在进行活动时可能遇到的困难，是从个体或整体完成任务、进行活动的水平上评价功能障碍的严重程度。活动首先建立在残损的基础上，包括行为、交流、生活自理、运动、身体姿势和活动、技能活动和环境处理等方面的活动受限。活动受限可以是完成活动的量或活动的性质变化所致。辅助设备的使用和他人辅助可以解除活动受限，但不能消除残损，如患者进食困难可以通过吸管改变进食方式后完成进食活动。并非所有残损都会引起活动受限，如一只眼球被摘除或一只小指被截去的患者，从器官水平上看属于残损，但并未影响到患者的日常生活，患者可以根据情况选择适合他的一般性工作。  **3. 参与与参与局限**  （1）参与：参与（participation）是指个体投入到一种生活情景中；是与健康状态、身体功能和结构、活动及相关因素有关的个人生活经历，以及与个人生活各方面功能有关的社会状况，包括社会对个人功能水平的反应，这种社会反应既可以促进，也可以阻碍个体参与各种社会活动，是个人健康、素质及其所生存的外在因素之间复杂关系的体现。参与和活动的不同在于影响前者的相关因素是在社会水平，影响后者的因素设在个体水平，参与需要解决个体如何在特定的健康和功能状况下去努力生存，环境因素是否妨碍或促进个体参与。  （2）参与局限：参与局限（handicap）是个体投入到生活情境中可能经历到的问题。  参与局限是从社会水平上评价功能障碍的严重程度，指由于残损、活动受限或其他原因导致个体参与社会活动受限，影响和限制个体在社会上的交往，导致工作、学习、社交不能独立进行。  常见的参与局限包括定向识别（时间、地点、人物）、身体自主、活动就业、社会活动、经济自主受限，如脊髓损伤造成四肢瘫痪的患者，在生活完全不能自理的情况下，也完全丧失了工作和社交能力，他们必须靠家人和社会的救济才能维持生活。此外，环境因素对同一个残损或活动受限的个体会有影响。例如，某个个体可以在移动性方面表现为活动受限和参与局限，活动受限是由于其不能行走所致，参与局限是由于环境障碍物或无交通工具所致。所以，参与局限直接受社会环境影响，即使是个体无残损或活动受限也会如此，例如，无症状和疾病的肝炎病毒携带者不存在残损或活动受限，但他会受到社会的排斥或工作的限制。  （3）情景性因素：情景性因素（contextual factor）是指个体生活和生存的全部背景，包括环境因素和个人因素。环境因素是指社会环境、自然环境、家庭及社会支持，它与身体功能和结构、活动、参与之间是相互作用的。个人因素指个体生活和生存的特殊背景，包含了个体的特征，如性别、年龄、生活方式、习惯、教育水平、社会背景、教养、行为方式、心理素质等。由此可见，健康情况、功能和残疾情况以及情景性因素之间是一种双向互动的统一体系。  **（二）ICF 各构成成分之间的关系**  ICF 对于健康、健康相关状态以及功能和残疾状态采用 ICF 模式图（图 2-3-2）的方式进行描述：ICF 将功能与残疾分类作为一种作用和变化的过程，提供多角度的方法，个体的功能状态是将健康状况与情景性因素相互作用和彼此复杂的联系，干预了一个项目就可能产生一个或多个项目的改变。这种相互作用通常是双向的。  **（三）ICF 内容**  （1）ICF 应用字母数字编码系统对其每一项评估即身体结构（body structures）、身体功能（body functions）、活动和参与（activities and participation）、环境因素（environmental  factors）以及个人因素（personal factors）进行编码，其中，字母 b、s、d 和 e 分别代表身体功能、身体结构、活动和参与以及环境因素。首字母 d 代表活动和参与，根据使用者的情况，可以用 a 或 p 替代首字母 d 以分别指代活动和参与。且每一项可以逐级分类，级别数越高（如第三或第四级别），分类越具体，共有 1454 项条目。例如，第二级 ICF水平“b730 肌力功能”是“b7 神经肌肉系统和运动相关功能”的成分之一；而“b7 神经肌肉系统和运动相关功能”是 ICF 组成成分之一“b 身体功能”的一部分。个人因素由于其特异性原因，至今尚未分类。  （2）ICF 定量分级采用 0～4 分的分级方法表述问题的严重程度，但是分级范围不是平均分配。分级方法是：  0——没有问题（无、缺乏、可以忽视等，0 ～ 4%）  1——轻度问题（轻、低等，5% ～ 24%）  2——中度问题（中等、较好等，25% ～ 49%）  3——严重问题（高、极端等，50% ～ 95%）  4——全部问题（最严重、全部受累等，96% ～ 100%）  8——无法特定（当前信息无法确定问题的严重程度）  9——无法应用（不恰当或不可能使用）。  （3）环境因素分为障碍因素和促进因素两个方面。  以上有关 ICF 内容可参考表 2-3-3 所示。  1711368964791  **（四）ICF 应用价值**  **1. 国际交流工具 ICF** 作为国际通用的描述功能、残疾和健康状况的国际语言和概念，使得国际间就某一疾病的交流变得容易，且使得疾病前后变化具有可比性。  **2. 多学科的交流工具 ICF** 的目标是提供统一、标准的语言和框架描述健康和与健康有关的状况。它从概念上把以前侧重的“疾病结局”分类转变为现在的“健康成分”分类。“健康成分”需要确定由哪些因素构成人的健康状况，而“疾病结局”则只能反映疾病（包括损伤、中毒）对健康造成的影响和危害。因此 ICF 可以应用于：医院管理和质量控制体系、康复医疗评估体系、医疗保险评价体系、社会工作评价体系。  **3. 临床功能评定的实用工具** ICF 是疾病、健康和残疾相关问题的标准语言，有可能成为医学领域通用的功能评估工具。在康复医学领域有十分重要的临床价值。  **（五）ICF 与 ICIDH**  1. **分类术语的改变** ICIDH 中身体、个体、社会水平上分类使用的是残损、残疾、残障。ICF 中三水平的分类则变成了身体功能与结构、活动、参与，且每一水平的评估有积极与消极两方面。消极的一面分别为损伤或残损、活动限制和参与局限。功能表示积极的方面。在 ICF 中残疾的含义也发生了变化，同时涵盖了损伤、活动限制、参与局限三个水平的消极方面。  **2. 分类中增加了附加因素** 考虑到环境因素和个体因素对身体的影响，为了在国际范围内制定统一的解决方案，ICF 增加并强调了新内容即情景性因素。  **3.扩大了分类的含义** ICIDH主要侧重疾病后果的分类，而ICF还包括了“健康成分”的残疾分类。  **4. 残疾分类的相互转化** ICF 分类中强调了所有成分之间的双向互动，而 ICIDH 中则以单项影响为主。这一特性为通过干预来预防残疾的发生和减轻残疾的影响提供了有力的理论基础。  **5. ICF 的应用范围扩大** ICF 目前在国外已应用到如下领域：  （1）统计工具：用于数据采集和编码（人口研究，残疾人管理系统等）；  （2）研究工具：测量健康状态的结果，生活质量或环境因素；  （3）临床工具：用于评定，如职业评定、康复效果评定；  （4）制定社会政策工具：用于制定社会、保障计划、保险赔偿系统及制定与实施政策；  （5）教育工具：用于教学需求评估、课程设计等方面。  **（六）ICF 核心组合**  核心组合（core set）是指在特定疾病和特定环境下，选出尽可能少的与功能、残疾和健康相关的 ICF 条目，可用于临床研究及健康统计或指导多学科对健康有问题的人进行功能上的评定。目前，已开发出包括脊髓损伤、骨关节炎、腰痛等 30 余种疾病的核心组合，每种疾病的核心组合包括综合版、简要版和通用版。  （1）综合版包含了处于某种健康状况或特定卫生保健情境下，可能面临的典型问题的 ICF 类目；它可以作为检查表指导功能评定；并提供完整的跨学科功能评估。  （2）简要版来源于综合版，仅包含其中少数条目，仅适用于需要进行简单功能评估的情况（如在初级卫生保健或单一学科环境），提供与疾病或某种医疗情景相关的临床资料；它也是临床和流行病学研究中有效描述功能和残疾的最低标准。  （3）通用版 ICF 核心分类组合与其他核心分类组合的开发方法不同，它使用了心理测量学研究方法；它说明了功能的核心，具有显著的临床价值，且实现了患有不同疾病患者间功能的可比性，因此，在应用其他任何一种 ICF 核心分类组合时，都要联合使用通用版。  （4）核心组合是 ICF 进入实际应用的关键措施。下面以脊髓损伤核心组合为例，介绍核心组合的形式和内容。  ①脊髓损伤亚急性期 ICF 核心组合：脊髓损伤亚急性期全套核心组合共包含 162个条目（表 2-3-4～表 2-3-7），分别为：104 个二级水平，49 个三级水平以及 9 个四级水平，104 个二级水平条目反映亚急性期脊髓损伤患者典型的功能问题，如疼痛、感觉功能、血压、直肠和膀胱功能、肌力和肌张力。58 个三级、四级水平是对 14 个二级水平种类的进一步分类，适用于所有水平的脊髓损伤患者。从内容上看，脊髓损伤 ICF 核心组合由 63 条身体功能条目、14 条身体结构条目，53 条活动和参与条目以及 32 条环境因素组成。  1711368998093  1711369027071  1711369047746  1711369064273  1711369083400  1711369134393  1711369155382  ②脊髓损伤亚急性期简要 ICF 核心组合：亚急性期脊髓损伤患者简要 ICF 核心组合，包括 25 个二级水平条目（表 2-3-8），占全套核心组合二级水平条目的 24% ；8 个身体功能条目（占全套核心组合二级水平的 22%）；3 个身体结构条目（占全套核心组合二级水平的 33%）；9 个活动和参与条目（占全套核心组合二级水平的 33%）；5 个环境因素条目（占全套核心组合二级水平的 16%）。简要 ICF 核心组合每一组成成分的条目按照影响患者功能重要性的大小进行排序，通过了解此组合，临床医生能够了解患者大致功能状况。在遇到特定情况时，如果简要核心组合不能全面反映功能状况，全套核心组合中的条目可供选择。  1711369182035  1711369199926  （5）ICF 核心组合的临床应用。为了应用方便，目前已开发出 ICF 文档工具，用于 ICF 核心组合的实施，并用于结构性康复管理，如 ICF 康复循环（图 2-3-3）。  1711369223758  **三、中国残疾分类标准**  1986 年 10 月，国务院正式批准了《五类残疾标准》，并于 1987 年 4 月在全国范围内对各类残疾人进行了第一次抽样调查，将五类残疾又进行了分级。五类残疾标准包括视力残疾、听力语言残疾、智力残疾、肢体残疾和精神病残疾。于 1990 年 12 月 28 日第七届全国人民代表大会常务委员会第十七次会议通过、并于 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的《中华人民共和国残疾人保障法》中规定：“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”。这就是通常所说的六类残疾人。2006 年 4 月 1 日零时开始的第二次全国残疾人抽样调查所采用的标准就是该分类方法。它将残疾分为视力残疾、听力残疾、言语残疾、智力残疾、肢体残疾、精神残疾六类，也未包括内脏残疾。  **（一）视力残疾标准**  **1. 定义** 视力残疾（visual impairment）是指由于各种原因导致双眼视力低下并且不能矫正或视野缩小，以致影响其日常生活和社会参与。视力残疾包括盲及低视力。  **2. 分级** 按好眼最佳视力分为：盲：一级盲（＜0.02～无光感，或视野半径＜50）；二级盲（＜0.05～0.02. 或视野半径＜100）；低视力；一级低视力（＜0.1～0.05）、二级低视力（＜0.3～0.1）。  **（二）听力残疾标准**  1**. 定义** 听力残疾（hearing impairment）是指由于各种原因导致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，以致影响日常生活和社会参与。  **2. 分级**  （1）听力残疾一级：听觉系统的结构和功能方面极重度损伤，较好耳平均听力损伤≥91 dBHL，在无助听设备帮助下，不能依靠听觉进行言语交流，在理解和交流等活动上极度受限，在参与社会生活方面存在极严重障碍。  （2）听力残疾二级：听觉系统的结构和功能重度损伤，较好耳平均听力损失在81～90 dBHLL 之间，在无助听设备帮助下，在理解和交流等活动上重度受限，在参与社会生活方面存在严重障碍。  （3）听力残疾三级：听觉系统的结构和功能中重度损伤，较好耳平均听力损失在61～80 dBHL 之间，在无助听设备帮助下，在理解和交流等活动上中度受限，在参与社会生活方面存在中度障碍。  （4）听力残疾四级：听觉系统的结构和功能中度损伤，较好耳平均听力损失在41～60 dBHL 之间，在无助听设备帮助下，在理解和交流等活动上轻度受限，在参与社会生活方面存在轻度障碍。  **（三）言语残疾标准**  **1. 定义** 言语残疾（speech disability）是指由于各种原因导致的不同程度的言语障碍（经治疗一年以上不愈或病程超过两年者），不能或难以进行正常的言语交往活动（3岁以下不定残）。言语残疾包括如下几类：  （1）失语（aphasia）：是指由于大脑言语区域以及相关部位损伤所导致的获得性言语功能丧失或受损。  （2）运动性言语障碍（moto speech disorder，MSD）：是指由于精神肌肉病变导致构音器官的运动障碍，主要表现为不会说话、说话费力、发声和发音不清等。  （3）结构性构音障碍（structural speech sound disorder）：是指构音器官形态结构异常所致的构音障碍，其表现为腭裂以及舌或颌结构性构音障碍面部术后，主要表现为不能说话、鼻音过重、发音不清等。  （4）发声障碍（dysphonia）：是指由于呼吸及喉存在器质性病变导致的失声、发声困难、声音嘶哑等。  （5）发育性言语障碍（developmental speech disorder，DSD）：指儿童在生长发育过程中其言语发育落后于实际年龄的状态，主要表现不会说话、说话晚、发音不清等。  （6）听力障碍所致的言语障碍：是指由于听觉障碍所致的言语障碍，主要表现为不会说话或者发音不清。  （7）口吃（stuttering）：是指言语的流畅性障碍，常表现为在说话的过程中拖长音、重复、语塞并伴有面部及其他行为变化等。  **2. 言语残疾分级**  （1）言语残疾一级：无任何言语功能或语音清晰度≤10%，言语表达能力等级测试未达到一级测试水平，不能进行任何言语交流。  （2）言语残疾二级：具有一定的发声及言语能力。语音清晰度在 11%～25% 之间，言语表达能力未达到二级测试水平。  （3）言语残疾三级：可以进行部分言语交流。语音清晰度在 26%～45% 之间，言语表达能力未达到三级测试水平。  （4）言语残疾四级：能进行简单会话，但用较长句或长篇表达困难。语音清晰度在46%～65% 之间，语言表达能力等级未达到四级测试水平。  **（四）肢体残疾标准**  **1. 定义** 肢体残疾（physical disability）是指人体运动系统的结构、功能损伤造成四肢残缺或四肢、躯干麻痹（瘫痪）、畸形等而致人体运动功能不同程度的丧失以及活动受限或参与的局限。肢体残疾包括：  （1）上肢或下肢因伤、病或发育异常所致的缺失、畸形或功能障碍；  （2）脊柱因伤、病或发育异常所致的畸形或功能障碍；  （3）中枢、周围神经因伤、病或发育异常造成躯干或四肢的功能障碍。  **2. 肢体残疾的分级**  （1）肢体残疾一级：不能独立实现日常生活活动。  ①四肢瘫（tetraplegia）：四肢运动功能重度丧失；  ②截瘫（paraplegia）：双下肢运动功能完全丧失；  ③偏瘫（hemiplegia）：一侧肢体运动功能完全丧失；  ④单全上肢和双小腿缺失；  ⑤单全下肢和双前臂缺失；  ⑥双上臂和单大腿（或单小腿）缺失；  ⑦双全上肢或双全下肢缺失；  ⑧四肢在不同部位缺失；  ⑨双上肢功能极重度障碍或三肢功能重度障碍。  （2）肢体残疾二级：基本上不能独立实现日常生活活动。  ①偏瘫或截瘫，残肢保留少许功能（不能独立行走）；  ②双上臂或双前臂缺失；  ③双大腿缺失；  ④单全上肢和单大腿缺失；  ⑤单全下肢和单上臂缺失；  ⑥三肢在不同部位缺失（除一级中的情况）；  ⑦二肢功能重度障碍或三肢功能中度障碍。  （3）肢体残疾三级：能部分独立实现日常生活活动。  ①双小腿缺失；  ②单前臂及其以上缺失；  ③单大腿及其以上缺失；  ④双手拇指或双手拇指以外其他手指全缺失；  ⑤二肢在不同部位缺失（除二级中的情况）；  ⑥一肢功能重度障碍或二肢功能中度障碍。  （4）肢体残疾四级：基本上能独立实现日常生活活动。  ①单小腿缺失；  ②双下肢不等长，差距在 5 cm 以上（含 5 cm）；  ③脊柱强（僵）直；  ④脊柱畸形，驼背畸形大于 70°或侧凸大于 45°；  ⑤单手拇指以外其他四指全缺失；  ⑥单侧拇指全缺失；  ⑦单足跗跖关节以上缺失；  ⑧双足趾完全缺失或失去功能；  ⑨侏儒症（身高不超过 130cm 的成年人）；  ⑩一肢功能中度障碍，两肢功能轻度障碍；  k 类似上述的其他肢体功能障碍。  **（五）智力残疾标准**  **1. 定义** 智力残疾（intellectual disability）是指智力显著低于一般人水平，并伴有适应行为的障碍。此类残疾由于精神系统结构、功能障碍，使个体活动和参与受到限制，需要环境提供全面、广泛、有限和间歇的支持。智力残疾包括：指智力发育期间（18 岁之前），由于各种有害因素导致的精神发育不全或智力迟滞；或者智力发育成熟以后，由于各种有害因素导致智力损害或智力明显衰退。  **2. 智力残疾的分级** 7 岁以下儿童智力残疾按发展商分级，7 岁及以上者按智商分级，  二者均可按 WHO-DAS 标准分级，具体标准见表 2-3-9。  1711369274953  **（六）精神残疾标准**  1. 定义 精神残疾（mental disability）是指各类精神障碍持续一年以上未痊愈，由于病人的认知、情感和行为障碍，影响其日常生活和社会参与。  精神病残疾包括脑器质性、躯体疾病伴发的精神障碍。中毒性精神障碍包括药物、酒精依赖，精神分裂症，以及情感性、偏执性、反应性、分裂情感性、周期性精神病等造成的残疾。  **2. 精神残疾的分级** 18 岁以上的精神障碍患者根据 WHO-DAS 分数和下述的适应行为表现，18 岁以下者依据下述的适应行为的表现，把精神残疾划分为四级：  （1）精神残疾一级。WHO-DAS 值在≥116 分，适应行为严重障碍：生活完全不能自理，忽视自己的生理、心理的基本要求。不与人交往，无法从事工作，不能学习新事物。  需要环境提供全面、广泛的支持，生活长期、全部需他人监护。  （2）精神残疾二级。WHO-DAS 值在 106～115 分之间，适应行为重度障碍：生活大部分不能自理，基本不与人交往，只与照顾者简单交往，能理解简单照顾者的指令，有一定学习能力；监护下能从事简单劳动；能表达自己的基本需求，偶尔被动参与社交活动；需要环境提供广泛的支持，大部分生活仍需他人照料。  （3）精神残疾三级。WHO-DAS 值在 96～105 分之间，适应行为中度障碍：生活上不能完全自理，可以与人进行简单交流，能表达自己的情感。能独立从事简单劳动，能学习新事物，但学习能力明显比一般人差。被动参与社交活动，偶尔能主动参与社交活动；需要环境提供部分的支持，即所需要的支持服务是经常性的、短时间的需求，部分生活需由他人照料。  （4）精神残疾四级。WHO-DAS 值在 52～95 分之间，适应行为轻度障碍：生活上基本自理，但自理能力比一般人差，有时忽略个人卫生；能与人交往，能表达自己的情感，体会他人情感的能力较差；能从事一般的工作，学习新事物的能力比一般人稍差；偶尔需要环境提供支持，一般情况下生活不需要由他人照料。  此外，存在两种或两种以上的残疾称为多重残疾。多重残疾应指出其残疾的类别。多重残疾分级按所属残疾中最重类别残疾分级标准进行分级。  **【学生】**思考、讨论。 | **通过教师讲解，学习残疾分类的基本理论知识。** |
| **课堂小结**  （3min） | 【**教师**】**回顾和总结本节课的知识点。**  **这节课我们一起学习了残疾分类，了解多重残疾应指出其残疾的类别。多重残疾分级按所属残疾中最重类别残疾分级标准进行分级**。 | 通过对所学知识的回顾，培养学生的归纳总结能力 |
| **作业布置**（2min） | **【教师】**布置课后作业  **简述精神残疾标准。** | 通过课后练习，使学生巩固所学新知识 |
| **教学反思** | 在授课之前，适当了解每个学生的背景、兴趣爱好和学习需求，从而制定适合每个学生的教学计划。 | |