

• 讲座 •

脑性瘫痪《国际功能、残疾和健康分类(儿童与青少年版)》 核心分类组合介绍*

邱霞¹ 姜志梅^{1,3} 张霞² 吕智海¹ 庞伟¹ 郭岚敏¹ 孙颖¹ 王立苹¹ 马冬梅¹

1 脑性瘫痪《国际功能、残疾和健康分类(儿童与青少年版)》核心分类组合的开发背景

1.1 ICF-CY产生背景

世界卫生组织于2001年5月正式发布《国际功能、残疾和健康分类》(international classification of functioning, disability and health, ICF),为不同国家和学科提供一种统一的、标准的语言和框架来描述健康状况和与健康有关的状况^[1-2]。为了弥补ICF在儿童青少年功能与健康分类的不足^[3],世界卫生组织于2007年颁布了《国际功能、残疾和健康分类(儿童与青少年版)》(international classification of functioning, disability and health: children and youth version, ICF-CY),2013年完成国际中文版的翻译和标准化工作^[3]。ICF-CY结合了儿童身心发展特点,在ICF类目基础上,删减了一个类目,另增加了37条身体功能类目,18条身体结构类目,155条活动和参与类目以及9条环境类目。增加的类目使ICF-CY更具有针对性和指导性^[3],它为儿童康复奠定了理论基础,并为儿童的功能诊断、功能干预和功能评定提供了方法和工具^[4]。

1.2 ICF-CY理论构架

ICF基于“生物-心理-社会”医学模式,为健康与残疾的理解提供新概念^[1]。“功能”,包括身体结构(解剖部位,如器官)、身体功能(生理功能,如知觉功能)、活动(执行任务或行动,如走路)和参与(参与社会活动,如玩游戏),它表示个体(有某种健康情况)和个体所处的背景因素(环境和个人因素)之间发生交互作用的积极方面。背景因素包括个人因素(个人特征,如性别、习惯、动机)和环境因素(如社会的态度、建筑特点、法律系统),对功能和残疾有积极或消极作用。“残疾”指损伤、活动受限、参与受限,它表示个体(有某种健康情况)和个体所处的背景因素(环境和个人因素)之间发生交互作用的消极方面。这些被视为健康与残疾的核心概念。ICF的贡献在于它把使用者的关注点从疾病的结局转移到功能

上来^[1-2]。ICF-CY在ICF的理论架构之上,使用通用语言和术语记录婴儿、儿童和青少年表现出的身体功能、身体结构、活动和参与的问题以及相关环境因素。它为临床、公共卫生和研究应用提供一套共同的和通用的语言,有利于记录和测量儿童青少年的健康和与健康有关的状况。

1.3 ICF-CY编码系统

ICF类目使用字母进行编码。类目的每个组成部分按茎/枝/叶排列。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领域,字母后面的是编码数字,开始是章数(1位数),接着是二级水平(2位数)和第三和第四级水平(各为1位数)。每个领域都由很多章节组成,章节包含很多二级类目,二级类目包含三级类目,三级类目又包含四级类目^[1-2]。例如:d5自理(章、一级类目),d570照顾个人健康(二级类目),d5702维持个人健康(三级类目),d57021向看护寻求建议和帮助(四级类目)。

1.4 ICF-CY限定值

用ICF限定值对ICF类目某种问题、有利因素或障碍因素的严重程度进行量化。限定值在小数点后使用一位、二位或多位数进行编码,任何编码均应伴有至少一个限定值,没有限定值的编码没有意义^[1-2]。

身体功能和结构的一级限定值、活动和参与的活动表现和能力限定值,以及环境因素的一级限定值描述了在各自成分上出现问题的程度。某种问题可能指损伤、受限或局限,身体功能和结构和活动与参与使用限定值(0—4,8,9)进行描述。0没有问题(无,缺乏,微不足道……损伤0%—4%);1轻度问题(略有一点,很低……损伤5%—24%);2中度问题(很高,非常……损伤25%—49%);3重度问题(中等程度,一般……50%—95%);4完全问题(全部……损伤96%—100%);8未特指(缺少足够的信息描述问题的严重程度);9不适用(类目不适用)。环境因素用数值和符号来量化,数值为限定值(0—4,8,9),符号为小数点和“+”,单独使用小数点

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2016.02.021

*基金项目:佳木斯大学科技创新团队(CxtD-2013-02);黑龙江省教育厅重点科研项目(11551z015);佳木斯大学研究生科技创新项目(LM2015_051);黑龙江省卫生厅科研项目(2013210)

1 佳木斯大学附属第三医院,佳木斯大学康复医学院,佳木斯,154003; 2 南京医科大学第一附属医院康复医学科; 3 通讯作者
作者简介:邱霞,女,硕士研究生; 收稿日期:2015-01-07

表示阻碍因素,使用“+”表示有利因素。从0(没有障碍)到4(完全障碍/有利),8未特指因素,9不适用。以此说明某种环境因素发挥障碍作用或促进作用的程度^[1]。

1.5 开发脑性瘫痪ICF-CY核心分类组合的意义

ICF核心分类组合是从所有ICF类目中选出最能描述健康状况异常者功能状态的类目集。它的针对性强,是临床实践中描述功能的工具。功能是临床评定、卫生服务分配、干预计划制定和实施及效果评定的核心^[5]。ICF核心分类组合在临床实践中的意义在于:①标准化、结构化地描述功能并指导评定;②发现患者的需求和影响患者的有利因素及障碍因素;③报告和描述不同阶段的功能(如急性期、康复期);④根据干预后的效果调整治疗计划;⑤所收集的临床信息亦可应用于科研、卫生报告或卫生统计等方面^[5-7]。

科研人员已开发33种成人ICF核心分类组合(如骨关节炎、多发性硬化症、睡眠障碍)。每个核心分类组合均由简明版(brief core set)和综合版(comprehensive core set)组成,简明版包括20—30个类目,综合版包括70—100个类目^[5,8-10]。Verronica研究团队^[14-17]开发的脑瘫ICF-CY核心分类组合是首个适用于儿童和青少年的ICF核心分类组合。

脑性瘫痪(以下简称脑瘫)是一组持续存在的中枢性运动和姿势发育障碍、活动受限症候群,这种症候群是由于发育中胎儿和婴幼儿脑部非进行性损伤所致。脑瘫的运动障碍常伴有感觉、知觉、认知、交流和行为障碍,癫痫以及继发性肌肉骨骼问题^[11]。我国脑瘫患儿的患病率为1.8‰—4.0‰^[12]。脑瘫是造成儿童严重肢体功能障碍的首要原因,其残疾和功能障碍的表现多样化,功能评定是临床工作的核心,需要多学科合作完成^[11]。

目前脑瘫评定的常用方法包括以下几个方面。痉挛评定:0—1岁小儿关节活动范围(range of motion, ROM)检查,<1岁小儿改良Arshworth检查。运动功能评定:粗大运动功能分级系统(gross motor function classification system, GMFCS),粗大运动功能测量(gross motor function measure, GMFM),脑瘫儿童手功能分级系统(manual ability classification system, MACS)。综合评定:儿童残疾评定量表(pediatric evaluation of disability inventory, PEDI),残疾儿童综合功能评定(comprehensive function assessment for disabled children)。这些评定方法各有侧重点,评定或预测一个方面或多个方面能力^[13]。但是没有任何一种评定能够完全代表ICF中的所有成分,说明ICF内容的广泛性。

ICF-CY包含1685个类目,由于其类目众多,内容复杂,限制了其在临床上的广泛使用^[4]。研发脑瘫ICF-CY核心分类组合的目的是推进其在脑瘫领域的发展及使用。脑瘫ICF-CY核心分类是首个基于ICF的脑瘫儿童评定工具,使不同领域的临床评定标准化,同时脑瘫ICF-CY核心分类组

合可描述各种类型脑瘫的全部功能水平,不仅可应用于临床实践,也可用于教学和管理。

2 脑瘫ICF-CY核心分类组合的开发过程

Verronica研究团队与世界卫生组织国际分类家族合作中心的ICF研究部门合作,在脑瘫ICF-CY核心分类组合(简明版和综合版)的开发中处于领先地位^[5]。他们从研究者、专业人士、脑瘫儿童和照顾者的角度,采用循证法确认与脑瘫最相关的ICF-CY类目,随后对编写出的信息进一步达成国际专家共识^[15]。这四个独立研究得到了WHO ICF核心编码开发部门的支持。

2.1 评定指标与ICF-CY类目的对比

文献来源 Medline, PsycINFO、Embase, Central 和 CINAHL 数据库,使用同义词和专业术语关键词进行搜索,例如:脑瘫、治疗/评定结果、性能测试、问卷调查、健康状况和健康相关的生存质量,获得从1998年1月—2012年3月有关脑瘫研究的文献^[14]。由2名经过训练的专业人员对研究中与ICF-CY相关的评定指标进行识别。检索文献231篇,共描述238个评定指标,包含2193个与ICF-CY相关的概念,覆盖161个独立ICF-CY类目。161个类目中,53个类目(33.5%)与身体功能相关,7个类目(4.3%)与身体结构相关,75个类目(46%)与活动和参与相关,26个类目(16.1%)与环境因素相关^[14]。

研究指出GMFM、PEDI和儿童健康问卷(child health questionnaire, CHQ)在小儿脑瘫中应用广泛,与ICF-CY的内容重叠部分主要是身体功能、活动和参与,环境因素涉及较少,表明缺乏对儿童有重要交互作用的正面环境因素(躯体、情感、经济)以及在功能状态下的个人特征(动机、毅力、人格),因此,在许多评定工具中并不经常涉及这些背景因素。

2.2 针对国际专家的调查研究

对来自地中海东部、东南亚、西太平洋区、美洲、非洲和欧洲6个地区的世界卫生组织的专业人士展开国际性调查,专业人士包括治疗师和医生(86%)、教育工作者、护士和社会工作者^[15]。工作经验从5年到44年,平均20年。调查问卷涵盖ICF-CY的各个领域。总共有193名专业人士完成此调查(回收率78%)。2名专业人士对问卷进行整理与分析,共有9706个项目与182个ICF-CY二级类目对应,身体结构占13.2%,身体功能占26.4%,活动和参与占37.4%,环境因素占23.0%。研究结果与运动和社会参与功能的相关性最大,并建议综合版应特别注重个人和社会参与能力。

2.3 脑瘫儿童和照顾者的定性研究

研究对脑瘫儿童和照顾者进行半结构化访谈^[16]。研究对象为能够说明自我情况的脑瘫儿童10例,相应儿童的照

顾者10名以及非脑瘫儿童照顾者12名。脑瘫儿童年龄范围4—16岁,平均10.6岁,粗大运动功能分类系统(GMFCS)评定为I级—V级。录音记录的访谈内容涵盖ICF-CY的所有类目。使用N-Vivo软件第10版,逐字转录访谈内容,并使用ICF-CY编码系统进行编码。结果显示1956个话题与175个ICF-CY类目相关。大部分与ICF-CY活动与参与和环境因素类目有关。与接受访谈的儿童讨论了有关移动、自理、娱乐和休闲的问题,而照顾者更关注与身体受限和日常活动有关的环境因素。

2.4 专家共识会议

专家共识会议整合了之前的三个初步研究结果。不同背景的国际专家(包括26位WHO脑瘫专家)出席此次共识会议,以确定相关ICF-CY类目,他们对初步研究中确定列出的497个类目进行反复的开放式讨论,对得出的观点进行投票^[17]。通过运用专业数据分析程序追踪投票过程,确认相关ICF-CY类目。5个脑瘫ICF-CY核心分类组合版本得到完善:综合版核心分类组合类目135个;简明通用版核心分类组合(brief common core set)类目25个;3个年龄段简明版核心分类组合类目:6岁以下31个类目;6—14岁(含6岁)35个类目;14—18岁(含14岁)37个类目。核心分类组合的一个重要特点是考虑到了脑瘫儿童和青少年的发育轨迹。简明通用版描述一段时间内持续的功能状况,它的25个类目包含于每一个特定年龄段的简明版中。不同年龄组ICF-CY简明版所描述的功能不同。综合版涵盖了所有可用于描述脑瘫功能的ICF-CY类目,包括简明版中没有涵盖的类目。

3 脑瘫ICF-CY核心分类组合版本及特点

3.1 简明通用版

简明通用版尽可能少的包含具有实用价值的类目,但有必要尽可能全面、充分地描述脑瘫儿童的典型特征^[14-17]。简明通用版用于描述0—18岁脑瘫最常见的功能领域,既可用于常规临床工作中(如只需要进行宽泛的评定时使用),也可用在临床和流行病学研究中。它不仅能够有效地从单个卫生保健服务机构的观点描述功能,也可以应用于多学科团队。简明通用版的特征在于它的适用年龄是从出生到成年的整个阶段。它包含类目最少,被认为是“最少数据集合(minimal data set)”。简明通用版还可为管理者、卫生企划者和脑瘫登记提供信息。

脑瘫ICF-CY核心分类组合简明通用版共包括25个类目(见表1):

身体结构类目1个:s110脑的结构;

身体功能类目8个:b117智力功能,b134睡眠功能,b167语言精神功能,b210视功能,b280痛觉,b710关节活动功能,b735肌张力功能,b760随意运动控制功能;

活动和参与类目8个:d415保持一种身体姿势,d440精巧手的使用,d450步行,d460在不同地点到处移动,d530入厕,d550吃,d710基本人际交往,d760家庭人际关系;

环境因素类目8个:e115个人日常生活用的产品和技术,e120个人室内外移动和运输用的产品和技术,e125通信用的产品和技术,e150公共建筑用的设计、建设和建筑产品和技术,e310直系亲属家庭,e320朋友,e460社会的态度,e580卫生的服务、体制和政策。

3.2 特定年龄组简明版

各年龄组简明版,不仅包括脑瘫ICF-CY简明通用版的所有类目,还包括每个年龄组特有的ICF类目^[14-17]。每个年龄组简明版核心分类组合描述了该阶段脑瘫儿童最常见的功能领域,这些ICF-CY核心分类组合可用于单一的领域,也可用于多学科团队(见表1)。

3.2.1 <6岁组:脑瘫ICF-CY核心分类组合简明版共包括31个类目。在此只列举比脑瘫ICF-CY简明通用版多的类目。

身体结构类目1个:同上;

身体功能类目9个:增加b230听功能;

活动和参与类目11个:增加d133习得语言,d155掌握技能和d880参与游戏;

环境因素类目10个:增加e355卫生专业人员,e410直系亲属家庭成员的个人态度。

3.2.2 6—14岁组:脑瘫ICF-CY核心分类组合简明版共包括35个类目。在此只列举比脑瘫ICF-CY简明通用版多的类目。

身体结构类目1个:同上;

身体功能类目10个:增加b1301动机和b140注意力功能;

活动和参与类目13个:增加d175解决问题,d230进行日常事务,d350交谈,d820学校教育和d920娱乐和休闲;

环境因素类目11个:增加e130教育用的产品和技术,e140文化、娱乐及体育用的产品和技术,e585教育和培训的服务、体制和政策。

3.2.3 14—18岁组:脑瘫ICF-CY核心分类组合简明版共包括37个类目。在此只列举比脑瘫ICF-CY简明通用版多的类目。

身体结构类目1个:同上;

身体功能类目10个:增加b1301动机和b164高水平认知功能;

活动和参与类目15个:增加d175解决问题,d250控制自身行为,d570照顾个人健康,d720复杂人际交往,d820学校教育,d845得到、保持或终止一份工作和d920娱乐和休闲;

环境因素类目11个:增加e420朋友的个人态度,e540交

表1 脑瘫ICF-CY核心分类组合简明版

领域/类目	简明 通用 版	特定年龄组简明版		
		<6岁组	6—14岁组 (含6岁)	14—18岁组 (含14岁)
身体结构				
s110 脑的结构	✓	✓	✓	✓
身体功能				
b117 智力功能	✓	✓	✓	✓
b1301 动机			✓	✓
b134 睡眠功能	✓	✓	✓	✓
b140 注意力功能			✓	
b164 高水平认知功能				✓
b167 语言精神功能	✓	✓	✓	✓
b210 视功能	✓	✓	✓	✓
b230 听功能		✓		
b280 痛觉	✓	✓	✓	✓
b710 关节活动功能	✓	✓	✓	✓
b735 肌张力功能	✓	✓	✓	✓
b760 随意运动控制功能	✓	✓	✓	✓
活动与参与				
d133 习得语言		✓		
d155 掌握技能		✓		
d175 解决问题			✓	✓
d230 进行日常事务			✓	
d250 控制自身行为				✓
d350 交谈			✓	
d415 保持一种身体姿势	✓	✓	✓	✓
d440 精巧手的使用	✓	✓	✓	✓
d450 步行	✓	✓	✓	✓
d460 在不同地点到处移动	✓	✓	✓	✓
d530 入厕	✓	✓	✓	✓
d550 吃	✓	✓	✓	✓
d570 照顾个人健康				✓
d710 基本人际交往	✓	✓	✓	✓
d720 复杂人际交往				✓
d760 家庭人际关系	✓	✓	✓	✓
d820 学校教育			✓	✓
d845 得到、保持或终止一份工作				✓
d880 参与游戏		✓		
d920 娱乐和休闲			✓	✓
环境因素				
e115 个人日常生活用的产品和技术	✓	✓	✓	✓
e120 个人室内外移动和运输用的产品和技术	✓	✓	✓	✓
e125 通信用的产品和技术	✓	✓	✓	✓
e130 教育用的产品和技术			✓	
e140 文化、娱乐及体育用的产品和技术			✓	
e150 公共建筑用的设计、建设和建筑产品和技术	✓	✓	✓	✓
e310 直系亲属家庭	✓	✓	✓	✓
e320 朋友	✓	✓	✓	✓
e355 卫生专业人员		✓		
e410 直系亲属家庭成员的个人态度		✓		
e420 朋友的个人态度				✓
e460 社会的态度	✓	✓	✓	✓
e540 交通运输的服务、体制和政策				✓
e580 卫生的服务、体制和政策	✓	✓	✓	✓
e585 教育和培训的服务、体制和政策			✓	✓

通运输的服务和e585教育和培训的服务、体制和政策。

3.3 综合版

综合版对0—18岁脑瘫的功能状态进行完整详细的描述,包括135个类目,二级类目130个(96%),三级类目5个(4%)^[14-17]。其中,身体结构类目7个,身体功能类目34个,活动和参与类目58个,环境因素类目11个(见表2)。综合版类目较多,使用综合版描述功能状况非常耗时,但在跨专业的情况下使用综合版最为有效。在制定跨专业的康复计划时,不同专业成员可以获得患者功能的详细评定。

4 脑瘫ICF-CY核心分类组合的应用

4.1 临床应用

4.1.1 ICF-CY核心分类组合的选择:每个核心分类组合都可以独立应用。使用的目的和背景不同,所选择的ICF-CY核心分类组合类型也不同^[14]。例如,跨学科交叉功能评定应选择综合版,简单的临床评定应选择简明版。

4.1.2 描述功能水平:每个类型核心分类组合的类目对专业人士需要评定的功能领域均有指导作用,因为每个类目对“包括”和“不包括”都有标准的定义。使用者可通过访谈(病史)、调查问卷、临床测试、临床工具、自我或他人问卷调查收集与ICF类目内容相关的信息^[14]。调查问卷和临床工具的选择由与核心类目的相关程度决定。

4.1.3 功能等级评定:专业人员可以选择性地总结在评定过程中收集到的信息,并创建一个描述脑瘫儿童功能的框架^[14]。为此,每个核心分类组合的类目必须使用限定值。限定值限定的程度范围从0(没有问题)到4(完全问题)。ICF限定值描述身体结构、身体功能和活动与参与的每个类目的损伤、限制和局限的程度。而且,环境因素类目的限定值描述阻碍因素和有利因素,从0(没有障碍)到4(完全障碍/有利),用“+”表示有利因素,单独使用小数点表示阻碍因素。根据临床判断来确定赋予哪个限定值。限定值只用作描述功能程度,并不是评定工具。在使用评定量表前,建议临床医生与多学科团队讨论ICF限定值的赋值问题,并指出在使用ICF限定值进行试验研究前,要确定评定者的信度^[14]。

ICF-CY中无描述个人因素的类目,建议增加描述对脑瘫儿童身体结构、功能、活动和参与产生积极或消极影响的性格特征类目^[14]。个人因素,如爱好、积极的态度和可以影响干预依从性的其他特征^[14]。因此,专业人员应该解决和考虑这些问题。

4.2 如何赋予限定值

在使用ICF-CY核心分类组合评定时,对每个类目赋予限定值是必不可少的步骤。由于ICF限定值的界定不确定,不同人员、不同经验和角度会导致不同结果。参考国外关于信度研究的文献,Uhlig等^[18]指出不同评定者之间的一致性

表2 脑性瘫痪ICF-CY核心分类组合综合版

身体结构(n=7)	身体功能(n=34)	活动和参与(n=58)	环境因素(n=36)
s110 脑的结构	b117 智力功能	d110 看	d110 个人消费用的产品和物质
s320 口腔的结构	b126 气质和人格功能	d115 听	e115 个人日常生活用的产品和技术
s730 上肢的结构	b1301 动机	d120 其他有目的的感觉	e120 个人室内外移动和运输用的产品和技术
s750 下肢的结构	b134 睡眠功能	d130 模仿	e125 通信用的产品和技术
s760 躯干的结构	b140 注意力功能	d131 通过对物体行为学习	e130 教育用的产品和技术
s7700 骨	b152 情绪功能	d133 习得语言	e140 文化、娱乐及体育用的产品和技术
s7703 关节外韧带、筋膜、肌外筋膜、系带、隔膜、囊,未特指	b156 知觉功能	d137 习得概念	e150 公共建筑用的设计、建设和建筑产品和技术
	b163 基本认知功能	d140 学习阅读	e155 私人建筑物的设计、建设及建筑产品和技术
	b164 高水平认知功能	d145 学习写作	e160 土地开发用的产品和技术
	b167 语言精神功能	d155 掌握技能	e165 资产
	b210 视功能	d160 集中注意力	e310 直系亲属家庭
	b2152 眼外肌功能	d166 阅读	e315 大家庭
	b230 听功能	d170 写作	e320 朋友
	b260 本体感受功能	d172 计算	e325 熟人、同伴、同事、邻居和社会成员
	b280 痛觉	d175 解决问题	e330 处于权威地位的人
	b320 构音器官	d177 做出决策	e340 个人护理提供者和个人助手
	b440 呼吸功能	d220 从事多项任务	e355 卫生专业人员
	b445 呼吸肌功能	d230 进行日常事务	e410 直系亲属家庭成员的个人态度
	b4501 输送导气管黏液	d250 控制自身行为	e415 大家庭成员的态度
	b455 运动耐受功能	d310 交流-接收-口头讯息	e420 朋友的个人态度
	b510 摄入功能	d330 说	e425 熟人、同伴、同事、邻居和社区成员的个人态度
	b525 排便功能	d331 预备说话	e430 处于权威地位的个人的态度
	b530 体重维持功能	d335 生成非语音信息	e440 个人护理提供者和个人助手的个人态度
	b620 排尿功能	d350 交谈	e450 卫生专业人员的个人态度
	b710 关节活动功能	d360 使用交流设备或技术	e460 社会的态度
	b715 关节稳定功能	d410 改变身体的基本姿势	e465 社会准则、实践和观念
	b730 肌肉力量功能	d415 保持一种身体姿势	e525 住房供给的服务、体制和政策
	b735 肌张力功能	d420 移动身体	e540 交通运输的服务、体制和政策
	b740 肌肉耐力功能	d430 举起或搬运物体	e550 法律的服务、体制和政策
	b755 不随意运动反应功能	d435 用下肢移动物体	e555 社团和组织的服务、体制和政策
	b760 随意运动控制功能	d440 精巧手的使用	e560 媒体的服务、体制和政策
	b765 不随意运动功能	d445 手和手臂的使用	e570 社会保障的服务、体制和政策
	b770 步态功能	d450 步行	e575 全社会支持的服务、体制和政策
	b810 皮肤的保护功能	d455 到处移动	e580 卫生的服务、体制和政策
		d460 在不同地点到处移动	e585 教育和培训的服务、体制和政策
		d465 利用设备到处移动	e590 劳动和就业的服务、体制和政策
		d470 利用交通工具	
		d510 盥洗自身	
		d520 护理身体各部	
		d530 如厕	
		d540 穿着	
		d550 吃	
		d560 喝	
		d570 照顾个人健康	
		d630 准备膳食	
		d640 做家务	
		d710 基本人际交往	
		d720 复杂人际交往	
		d750 非正式社会关系	
		d760 家庭人际关系	
		d770 亲密关系	
		d815 学龄前教育	
		d820 学校教育	
		d845 得到、保持或终止一份工作	
		d860 基本经济交易	
		d880 参与游戏	
		d910 社区生活	
		d920 娱乐和休闲	

为低等程度或中等程度,Starrost等^[19]指出对于定义明确的类目一致性较高,而定义广泛和复杂的类目一致性较低。Bostan等^[20]的研究明确指出了限定值的局限,文中应用了阈值估计和Collapsing统计方法,揭示了限定值的经验性定序

和预期结果不一致,指出需对限定值级数的确定做进一步研究。

为实质性促进脑瘫ICF-CY核心组合在临床应用,基于2014年8月在苏州召开的ICF中国临床应用专家共识会议

结果^[21],决定在临床使用ICF-CY核心组合评定患者功能时,选用0—10分记录患者功能,0表示完全没有问题,10表示完全的问题,0—10中间为等分;在取得0—10的功能数值后,采用Rasch分析的方式将此功能数值转化为0—4的量化分值。上述“两步走”方式,有效避免了限定值分布不均匀以及主观性带来的结果偏倚。

为类目编写评分标准,有利于使模糊的限定值界定清晰化,为不同专业背景的评定者提供赋值依据。在5个脑瘫ICF-CY核心分类组合版本中,简明通用版包含的类目最少,且适用于0—18岁的脑瘫儿童,适用范围广泛。它不仅可作为临床评定工具,还可用于指导治疗师设定康复目标,明确康复方向。患者及其照顾者可通过自我评定和代替评定,明确患者需求,并从中了解环境因素的利害,以便从环境因素角度改变功能状态。编写脑瘫ICF-CY核心分类组合简明通用版评分标准将有利于它在多个领域发挥作用,节省评定时间,增加不同评定者评定结果的一致率。因此应对评定标准做进一步研究。

5 展望

作为一个新的工具,脑瘫ICF-CY核心分类组合使脑瘫儿童功能评定的内容国际化、标准化。它将引导研究者和脑瘫临床康复工作者去鉴定脑瘫儿童残疾和功能的评定工具和评定结果^[17](或两个作用都有),即作为一个更全面的方法,而不仅评定身体结构和功能的损伤。而且,脑瘫ICF-CY核心分类组合跨领域、多学科的使用,有利于改善脑瘫的护理、教育、评定和教育方法^[17],从根本上推动脑瘫康复领域的发展。

参考文献

- [1] 世界卫生组织.国际功能、残疾和健康分类(中文版)[M].日内瓦:世界卫生组织,2001.1—26.
- [2] 邱卓英.《国际功能、残疾和健康分类》研究总论[J].中国康复理论与实践,2003,9(1):2.
- [3] 世界卫生组织.邱卓英,主译.国际功能、残疾和健康分类(儿童和青少年版)[M].日内瓦:世界卫生组织,2013.1—52.
- [4] Stucki G, Melvin J, 卢雯,等.《国际功能、残疾和健康分类》:对物理和康复医学进行统一概念描述的模式[J].中国康复理论与实践,2008,14(12):1108.
- [5] Jerome Bickenbach, Alarcos Cieza, Alexandra Rauch. ICF核心分类组合临床实践手册[M].邱卓英,励建安,吴弦光,译.北京:人民军医出版社,2013.1—10.
- [6] Grill E, Strobl R, Müller M, et al. ICF Core Sets for early post-acute rehabilitation facilities[J]. J Rehabil Med, 2011, 43(2):131—138.
- [7] Grill E, Gloor-Juzi T, Huber EO, et al. Assessment of functioning in the acute hospital: operationalisation and reliability testing of ICF categories relevant for physical therapists interventions[J]. J Rehabil Med, 2011, 43(2):162—173.
- [8] Geyh S, Cieza A, Schouten J, et al. ICF Core Sets for stroke[J]. J Rehabil Med, 2004, (44 Suppl):135—141.
- [9] Kesselring J, Coenen M, Cieza A, et al. Developing the ICF Core Sets for multiple sclerosis to specify functioning[J]. Mult Scler, 2008, 14(2):252—254.
- [10] Biering-Sørensen F, Scheuringer M, Baumberger M, et al. Developing core sets for persons with spinal cord injuries based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning[J]. Spinal Cord, 2006, 44(9):541—546.
- [11] Blair E, Badaw N, Watson L. The definition and classification of cerebral palsy[J]. Dev Med Child Neurol, 2007, 49(s109):33—44.
- [12] 李晓捷,唐久来,马丙祥,等.脑性瘫痪的定义、诊断标准及临床分型[J].实用儿科临床杂志,2014,29(19):1520.
- [13] 吴卫红,郝文哲.脑瘫儿童常用评估量表及其应用[J].中国康复理论与实践,2010,(7):601.
- [14] Schiariti V, Klassen AF, Cieza A, et al. Comparing contents of outcome measures in cerebral palsy using the International Classification of Functioning (ICF-CY): a systematic review[J]. Eur J Paediatr Neurol, 2014, 18(1):1—12.
- [15] Schiariti V, Mäse LC, Cieza A, et al. Toward the development of the International Classification of Functioning Core Sets for children with cerebral palsy: a global expert survey[J]. J Child Neurol, 2014, 29(5):582—591.
- [16] Schiariti V, Sauve K, Klassen AF, et al. 'He does not see himself as being different': the perspectives of children and caregivers on relevant areas of functioning in cerebral palsy[J]. Dev Med Child Neurol, 2014, 56(9):853—861.
- [17] Schiariti V, Selb M, Cieza A, et al. International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for children and youth with cerebral palsy: a consensus meeting[J]. Dev Med Child Neurol, 2015, 57(2):149—158.
- [18] Uhlig T, Lillemo S, Moe RH, et al. Reliability of the ICF Core Set for rheumatoid arthritis[J]. Ann Rheum Dis, 2007, 66(8):1078—1084.
- [19] Starrost K, Geyh S, Trautwein A, et al. Interrater reliability of the extended ICF core set for stroke applied by physical therapists[J]. Phys Ther, 2008, 88(7):841—851.
- [20] Bostan C, Oberhauser C, Cieza A. Investigating the dimension functioning from a condition-specific perspective and the qualifier scale of the International Classification of Functioning, Disability, and Health based on Rasch analyses[J]. Am J Phys Med Rehabil, 2012, 91(13 Suppl 1):S129—140.
- [21] Gerold Stucki, Birgit Prodinger, Jan Reinhardt, 等. ICF中国临床应用专家共识会议[C]. 国际物理医学与康复医学发展中国峰会. 中国苏州. 2014.