

· 专家论坛 ·

更新观念:关于“国际功能、残疾和健康分类(ICF)”

王茂斌

康复医学是涉及功能障碍——残疾的医学,因此,首先要明确“功能”和“残疾”的概念。早在 1980 年,世界卫生组织(WHO)发布了“国际残损-残疾-残障分类”(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH),将疾病的结果或残疾状态表述为下图(图 1),并对 3 个不同水平的问题进行了定义和详细的分类:

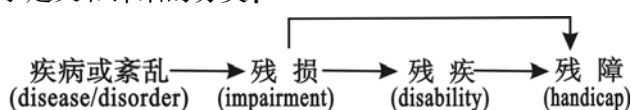


图 1 国际残损-残疾-残障分类(ICIDH)示意图

在过去 20 年,康复医学界广泛引用了这些概念,大大地推动了现代康复医学的发展:在既往的文献和教科书中,几乎没有不涉及这些概念的。但是人们很快就发现,它还不能很好描述功能残疾状态,更不能表述健康的概念。于是,在 1993 年 WHO 决定修订 ICIDH,并在 1997 年 3 月、1999 年 7 月和 2000 年 10 月先后发布了 ICIDH-2 的 Beta-2A 草案和 Prefinal(终极测试版)草案,英文全称也改为“International Classification of Functioning, Disability and Health”,中文译名为《国际功能、残疾和健康分类》。当时,英文缩写仍为 ICIDH,但被称为 ICIDH-2。

2001 年 5 月 22 日,第 54 届世界卫生大会正式签署并定名为“国际功能、残疾和健康分类”(International Classification of Functioning, Disability and Health,简称为“国际功能分类”,英文缩写改为 ICF),并建议在国际上使用(决议 WHA54.21)。ICF 的总目标是要提供一种统一和标准的语言和框架来描述健康和与健康有关的状况。它定义了健康和一些与良好健康状况有关的成分如功能和残疾等。

ICF 的基本内容

WHO 的 ICF 对于健康和与健康相关状态以及功能和残疾状态的描述,采用了一种新的模式(图 2)。

按照 ICF 的定义,“身体功能”(body functions)是身体各系统的生理功能(包括心理功能)。“身体结构”(body structures)是身体的解剖部位,如器官、肢体及其组成部分。“损伤”(impairments)是身体功能或结构出现的问题,如显著的变异或缺失(如各器官系

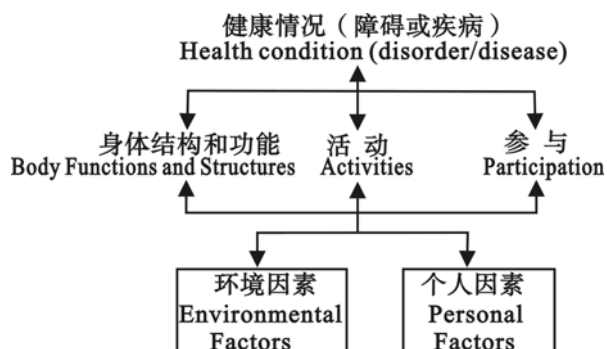


图 2 国际功能、残疾和健康分类(ICF)的新模式示意图

统的形态和结构;精神功能、语言功能、感觉功能、心肺功能、消化功能、排泄功能、神经肌肉骨骼和运动功能等)。“活动”(activities)是由个体执行一项任务或行动;“参与”(participation)是投入到一种生活情景中。“活动限制”(activity limitations)是个体在完成活动时可能遇到的困难,这里指的是个体整体水平的功能障碍(如学习和应用知识能力、完成一般任务和要求的的能力、交流的能力、个体的活动能力、生活自理能力等);“参与局限性”(participation restrictions)是个体投入到社会情景中可能经历到的问题,这里指的是患者的社会功能障碍(如家族生活人际交往和联系、接受教育和工作就业等主要生活领域、参与社会、社区和公民生活的能力等)。所谓“功能”(functioning)是一个包括身体所有的功能、活动和参与在内的包罗万象的术语。所谓“残疾”(disability)是一个包括损伤、活动受限或参与的局限在内的包罗万象的术语。因此,“功能”、“健康”和“残疾”是使用 3 项相互独立而又彼此互相关联的结构来说明的,这 3 种成分之间并没有量化值上的平行关系,但又是不可分割的。当我们考虑“功能”、“残疾”或“健康状态”,甚至“疾病后果”的时候,必须从“身体”-“活动”-“参与”这 3 个不同的水平分别进行评定和处理。

ICF 还列出了与这些概念有相互作用的背景因素,也就是说,某人的健康(疾病、障碍、损伤、创伤等),或者说功能和残疾情况,实际上是与背景性因素构成了人们生活和指导人们生活的自然、社会和环境。它包括环境因素(environmental factors)和个人因素(personal factors)。环境因素包括某些产品、工具和辅助技术;其它人的支持和帮助;社会、经济和政策的支持力度;社会文化不相同。有障碍或缺乏有利因

素的环境将限制个体的活动表现;有促进作用的环境则可以提高其活动表现。个人因素包括性别、种族、年龄、健康情况、生活方式、习惯、教养、应对方式、社会背景、教育、职业、过去和现在的经验、总的行为方式、个体的心理优势和其他特征等。按照这种方式,它使处

于不同文化背景下的不同使用者能够在各个领域个体功能、残疾和健康情况分类和记录方面有一个共同工具。这个模式把健康情况、功能和残疾情况以及背景性因素表述为一种可以双向互动的统一体系。

ICF 概况已被 WHO 高度归纳,见表 1。

表1 ICF的概况

成份	第1部分: 功能和残疾		第2部分: 背景性因素	
	身体功能和结构	活动和参与	环境因素	个人因素
领域	身体功能 身体结构	生活领域 (任务、行动)	功能和残疾的外在影响	功能和残疾的内在影响
结构	身体功能的改变 (生理的) 身体功能的改变 (解剖的)	能力在标准环境中完成任务 活动表现在现实环境中完成任务	自然、社会和态度世界特征的积极或消极影响	个人特质的影响
积极方面	功能和结构的结合 功能	活动与参与	有利因素	不适用
消极方面	损伤 残疾	参与局限性活动受阻	障碍/不利因素	不适用

ICF 与 ICIDH 的不同

从 ICIDH 和 ICF 比较中,可以看出有如下重要的变动:

1. 分类名称由“国际残损、残疾和残障分类”(ICIDH)变为“国际功能、残疾和健康分类”(ICF)。这不仅是名称的变化,其内涵明显地扩大了。即由“疾病结果”的分类转变为“健康成分”的分类。“健康成分”确定由什么构成健康,而“疾病结果”集中于疾病的影响或由此可能产生的其他健康状态。因此,ICIDH 所描述的问题仅仅与残疾人有关,而 ICF 是与所有人有关的。也就是说,是与所有的人健康和整个医学界有关的。

2. ICF 用“活动”取代了“残疾”,用“参与”取代了“残障”,即用中性词汇取代了对残疾人不利的词汇,并且克服了 ICIDH 中概念含混问题,如残疾的概念。

3. ICF 强调了背景性因素,表明健康状态和功能-残疾状态是与环境因素和个人因素相互影响和结成一个整体的。因此,它不是对人进行分类,而是按照健康和与健康相关的领域来说明每个人所处的环境。即描述常常是在环境或个人因素背景下做出的。而 ICIDH 未考虑背景因素,因此也就不大科学。

4. ICF 中的所有成分之间都是双向互动的,这与 ICIDH 中均为单向影响是大不相同的。这种双向互动的模式为我们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支持。

5. ICF 的应用范围明显地扩大了。不仅可以作为一种统计工具用于健康或康复数据的收集和记录,也

可以作为一种研究的工具测量结果、生活质量或环境因素。更重要的是可以作为临床的工具用于需求评定、特定疾病治疗方法评定、职业评定和康复结果评估,甚至还可以作为制定社会政策的工具用于社会保障计划、赔偿系统和政策的制定与实施,也可以作为教育工具用于课程设计和提高社会意识及采取社会行动。因此,它具有广泛的可利用性。在认识和说明残疾与功能时,从“医学模式”的观点看,它们是直接由疾病、创伤或其他健康状况而造成的结果,要求专业人员针对个体提供医疗保健。对付残疾的重点是治疗或个体的调适和行为改变。医疗保健被当作是主要问题而且从政治上考虑,主要的反应是要修改或改革卫生保健政策。但是,从“社会模式”的观点看,残疾主要是由社会引发的问题,而且基本上是一个个体充分融入社会的问题。残疾不仅是个体的属性,而且是多种条件的复杂集合,其中的许多问题是由社会环境造成的。所以,控制这种问题需要社会行动,从大范围讲这是社会的集体责任,需要在一切社会生活领域为残疾人充分参与对环境做出必要的调整。这样,ICF 采用了一种“生理心理社会”的方法,试图建立一种综合性理论。这大大有利于康复医学与医学的其他方面(预防、保健、临床治疗),以及和自然科学和社会科学获得共同语言、取得共识,一起推动社会的发展。预防-健康-治疗-康复“四位一体”的现代医学模式,在 ICF 中得到很好的体现。

6. 在 WHO 的文件中强调指出:提供病因学分类的 ICD-10(国际疾病分类第十版的简称)应与提供健康状况相关的功能和残疾分类用的 ICF 联合使用:

ICD-10 提供了一种关于疾病、障碍或其他健康情况的“诊断”信息,而 ICF 提供了“功能”信息,因而补充和丰富了 ICD-10 的内容。将诊断信息加上功能信息可以提供更广泛和更有意义的表达方式来描述人群或人口的健康状态,并可依此做出决策。

7. ICF 建议用同样的通用尺度对 3 个构成成分(身体功能和结构、活动和参与以及环境因素)进行量化评定,并建议使用通用限定值(严重程度)定量。但是分级的范围和幅度既不是平均的分配,也不同于 FIM 的 7 级评分的方法。例如对身体功能的一级限定值建议使用负性指标来表示损伤的范围和幅度:0 级,没有损伤(无、缺乏、微不足道……),0~4%;1 级,轻度损伤(略有一点、很低……),5%~24%;2 级,中度损伤(中等程度、一般……),25%~49%;3 级,重度损伤(很高、非常……),50%~95%;4 级,完全损伤(全部……),96%~100%。

总之,通过多年努力,ICF 已经正式发布并开始启用。WHO 已经建议各会员国结合本国的具体情况并着重考虑到今后可能作出的修订,在研究、监测和报告中酌情使用。作为主要涉及功能障碍残疾的康复医学

专业人员,我们应当密切关注 WHO 已经通过的 ICF 的新进展,及时更新观念,跟上时代脚步,尽快与国际康复医学接轨。

参 考 文 献

- 1 WHO. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps; a manual of classification related to the consequences of disease. Geneva: World Health Organization, 1980.
- 2 WHO. ICIDH-2: International Classification of Impairments, Activities and Participation, Beta-1 Draft for field trial. Geneva: World Health Organization, 1997.
- 3 WHO, ICIDH-2: International classification of functioning and disability, Beta-2 Draft, Full Version. Geneva: World Health Organization, 1999.
- 4 WHO. ICIDH-2: International Classification of Functioning, Disability and Health, Prefinal Draft, Full Version. Geneva: World Health Organization, 2000.
- 5 世界卫生组织. ICIDH-2: 国际功能、残疾和健康分类, 终极测试版草案, 中文全文版. 日内瓦: 世界卫生组织, 2000. 12.
- 6 世界卫生组织. ICF: 国际功能、残疾和健康分类, 中文全文版. 日内瓦: 世界卫生组织, 2001. 6.

(收稿日期: 2001-11-09)

(本文编辑: 欧阳兆明)

· 短篇报道 ·

周围性面神经麻痹的康复

向心德 杨红梅

周围性面神经麻痹是一常见病,若合并三叉神经麻痹或双侧周围性面神经麻痹,则治疗较困难。我们收治 14 例周围性面神经麻痹合并三叉神经麻痹或双侧周围性面神经麻痹患者,取得了较好效果。

14 例患者中,男 5 例,女 9 例;年龄 4.5~64.0 岁;病程 4 周~3 年。发病前均有疲劳及受凉史,2 例有发热史,5 例有头痛咽痛史,6 例有明显耳后痛。曾分别就诊于神经科、中医科、小儿科及理疗科,并曾分别系统用过激素、抗菌素及抗病毒治疗,部分患者曾服中药及接受物理治疗,效果均不满意。体检: 14 例患者中,7 例鼓腮试验阳性伴单侧咬肌无力;11 只眼闭合不全;口角单向歪斜 5 例,斜向歪斜 9 例中向左上右下 3 例,向左下右上 6 例;单侧额纹减少 4 例,双侧 8 例。神经肌电图检测: 使用沪产 NDI-200P⁺ 神经诱发电位检测仪,单极同芯针电极。运动单位电位分析时选择仪器下限频率 3 Hz,上限频率 18 kHz;潜伏期检测时选用下限频率 30 Hz,上限频率 2 kHz。检测双侧额肌、口轮匝肌及咬肌,分别观察其运动单位电位及潜伏时间。结果: 20 块额肌、7 块咬肌及 17 块口轮匝肌运动单位电位明显减少;21 条面神经额肌记录点潜伏期明显延长为 4.5~7.5 ms,10 条面神经口轮匝肌记录点潜伏期延长为 4.4~7.3 ms;另有 11 条面神经潜伏期为 4.0~4.3 ms,11 条为

3.9 ms。咬肌记录的三叉神经潜伏期范围在 1.6~3.6 ms。采用低频电疗仪进行治疗,脉宽 10 ms,频率 1 Hz,用 1 寸针灸针作电极分别刺入瘫痪肌肌腹,强度为运动阈,每次治疗 3~4 块肌肉,每次 20 min,每天 1 次,10 d 为 1 疗程。14 例患者经治疗 15~45 d 后,患眼闭合均恢复正常,7 例咬肌无力者有 5 例完全恢复正常,2 例有明显改善。口角单向歪斜 5 例均恢复正常,9 例口角斜向歪斜者有 6 例恢复正常,3 例有改善。复查肌电图 8 例: 原运动单位电位减少的肌肉其电位数量恢复并不明显,但运动单位电位波幅均较前有明显增加,增幅为 30%~100%。潜伏期改善以额肌较明显,缩短 0.3~0.6 ms,而口轮匝肌仅为 0.1~0.3 ms。

讨论 周围性面神经麻痹同时伴三叉神经受累的病例时有发生,可能为受凉致血管痉挛使三叉神经区域缺血所致;双侧面神经受累的患者也不少见,在体征上注意观察即可发现不少患者双口角呈斜向歪斜,若进行神经肌电图检测则可发现更明确的依据。对这类患者的治疗关键是找准弱势肌、确定治疗点,特别是在恢复过程中弱势肌与优势肌的差距不但会缩小还可能出现换位,此时的治疗点也应随着改变。反复电刺激可能使失衡的双侧面部肌力实现新的平衡,从而改善体征。

(收稿日期: 2001-09-17)

(本文编辑: 郭正成)