

新世纪高等学校教材
特殊教育学系列教材

Teshu Ertong
Binglixue

特殊儿童病理学



刘艳虹/著



北京师范大学出版集团
BEIJING NORMAL UNIVERSITY PUBLISHING GROUP
北京师范大学出版社

中国医药出版社

Teshu Erlong Hinglixue

特殊儿童病理学

作者：[作者姓名]

中国医药出版社



新世纪高等学校教材
特殊教育系列教材

Teshu Ertong
Binglixue

特殊儿童病理学



刘艳虹/著



北京师范大学出版集团
BEIJING NORMAL UNIVERSITY PUBLISHING GROUP
北京师范大学出版社

图书在版编目(CIP) 数据

特殊儿童病理学 / 刘艳虹著. —北京: 北京师范大学出版社, 2011.8

(新世纪高等学校教材 特殊教育学系列教材)

ISBN 978-7-303-13181-5

I. ①特… II. ①刘… III. ①小儿疾病: 残疾—病理学—高等学校—教材 IV. ①R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 149646 号

营销中心电话 010-58802181 58808006
北师大出版社高等教育分社网 <http://gaojiao.bnup.com.cn>
电子邮箱 beishida168@126.com

出版发行: 北京师范大学出版社 www.bnup.com.cn
北京新街口外大街 19 号
邮政编码: 100875

印 刷: 北京中印联印务有限公司
经 销: 全国新华书店
开 本: 170 mm × 230 mm
印 张: 26.5
字 数: 475 千字
版 次: 2011 年 8 月第 1 版
印 次: 2011 年 8 月第 1 次印刷
定 价: 35.00 元

策划编辑: 郭兴举 责任编辑: 齐 琳
美术编辑: 毛 佳 装帧设计: 毛 佳
责任校对: 李 菡 责任印制: 李 啸

版权所有 侵权必究

反盗版、侵权举报电话: 010-58800697

北京读者服务部电话: 010-58808104

外埠邮购电话: 010-58808083

本书如有印装质量问题, 请与印制管理部联系调换。

印制管理部电话: 010-58800825

前言

2007年，国家实行了师范生免费培养的政策。这种历史背景对高等院校特殊教育专业的课程设置提出了必须面向特殊教育学校实际，加强师范生专业教学技能训练的新要求。编写“特殊儿童病理学”教学用书是“教育部高等学校特色专业建设”暨“北京师范大学教师教育创新平台建设项目”中的一个子项目。本书可用于高等特殊教育学院或专业的专业课教学，也可作为特殊教育学校教师的教学参考书以及继续教育用书。

特殊儿童和健全儿童的最大区别是身体上有一定的缺陷，这些缺陷的存在使得普通的教育不适合他们。因此，作为一名特殊教育工作者，要了解导致儿童残疾的常见原因，认识疾病的现象与本质，最大限度规避风险的发生；并掌握不同的身体缺陷给个体带来的感知特点和行为差异，一方面为后续的有关特殊儿童教育与心理的课程学习打下基础，另一方面，也能够从物质的层面上了解特殊儿童的差异。对特殊儿童的了解越多，特殊教育的效益越大。

本书在编写过程中，参考了很多专家、学者的论著和科研成果。北京师范大学出版社郭兴举老师以及本书的责任编辑齐琳老师为本书的出版付出了辛勤的努力。在此一并表示衷心的感谢！

由于能力和资料有限，本书还存在许多不足，恳请读者提出宝贵意见，以利今后修改完善。

刘艳虹

2011年1月于北京师范大学英东教育楼

目 录

第一章 残疾的发生 /1	
第一节 疾病的本质	1
第二节 残疾儿童流行病学特征	8
第二章 环境与残疾 /18	
第一节 物理因素致残	18
第二节 化学因素致残	40
第三节 心理社会因素致残	60
第三章 药物中毒与残疾 /75	
第一节 药物中毒与听力残疾	75
第二节 药物中毒与视力残疾	78
第三节 药物中毒与肢体残疾	82
第四节 药物中毒与精神残疾	85
第四章 先天性疾病与残疾 /89	
第一节 遗传与遗传病	90
第二节 孕期致残	113
第三节 产期致残	120
第五章 传染病与残疾 /125	
第一节 免疫的基础知识	125
第二节 传染病的基础知识	136
第三节 常见的儿童致残传染病	142
第六章 听力残疾 /163	
第一节 听觉生理	163

第二节	听力检查	171
第三节	儿童听力残疾的常见疾病	183
第七章	视力残疾 /195	
第一节	视觉生理	195
第二节	视觉检查	204
第三节	儿童视力残疾的常见疾病	219
第八章	言语残疾 /261	
第一节	言语能力发展的生理条件	261
第二节	言语功能的评估	267
第三节	儿童言语残疾的常见疾病	270
第九章	肢体残疾 /291	
第一节	运动生理	291
第二节	运动机能的检查	297
第三节	儿童肢体残疾的常见疾病	304
第十章	智力残疾 /322	
第一节	儿童智力发育	322
第二节	儿童智力低下的诊断	326
第三节	儿童智力残疾的常见疾病	330
第十一章	精神残疾 /353	
第一节	精神疾病的病因与分类	353
第二节	儿童精神活动的评定	356
第三节	儿童精神残疾的常见疾病	367
第四节	儿童精神疾病的治疗	405
第十二章	残疾预防 /409	
第一节	残疾预防的重要性	409
第二节	残疾预防的原则	414
第三节	残疾预防的措施	416

第一章 残疾的发生

第一节 疾病的本质

一、健康与疾病

(一)健康的概念

健康概念的演变是与社会进步联系在一起的。过去，人们把健康单纯理解为“无病、无残、无伤”。这种生物医学的观点把人简单地当做生物有机体来研究，忽略了人具有丰富的内心世界，忽略了人的社会属性。随着社会的发展，人们认识到健康的含义是多元的：人的精神、心理状态和行为对自己与他人甚至对社会都有影响。1947年世界卫生组织(World Health Organization, WHO)将健康定义为：“健康不仅仅是没有疾病和虚弱，而且是在身体、心理和社会适应上的一种完好状态。”1989年，WHO又提出了健康的新概念包括生理健康(指人体的结构完整和功能正常，是其他健康的基础)，心理健康(指人的精神、情绪 and 意识方面的良好状态)，道德健康(指按照社会认为规范的准则来约束自己，支配自己的行为，具有辨别是非的观念与能力)，社会适应健康(指一个人的心理活动和行为能适应当时复杂的环境变化，并表现出社会认可的行为)。只有实现这四个方面的健康才是真正意义的健康。

(二)疾病的概念

疾病与健康是生命活动过程中一组对立的表现。随着社会的进步和科学的发展，人们对健康与疾病的认识不断深化，人类疾病的模式大致经历了宗教神学的医学模式、自然哲学的医学模式、机械唯物论的医学模式、生物医学模式和生物心理社会医学模式等几个阶段。生物心理社会医学模式从人的生物属性、意识属性和社会属性的三个方面看问题。人的生物属性从本质上把人看成自然界中最高层次的生物体，致病因素引起的结构和功能变化以及对各种治疗方法产生的反应都同生物界有类似之处，这是生物医学的核心。人在生物属性

的基础上形成意识属性，有思维，有复杂的精神活动，从而有别于其他生物。因此，人的健康不单是躯体的健康，还应有心理的健康；反之，患病也不单只是躯体受损，同时也包括心理障碍或精神疾患。社会的人，是一切社会关系的总和。人是社会化的高等动物，人不能脱离社会群体独存，因而人更具有社会属性。现代社会工业化污染所致的公害病、交通伤害、家庭冲突、吸毒、自杀、性传播疾病、人口老龄化、各类恐怖活动，以及从未间断过的局部战争等问题更驱使医学社会化。

现代医学认为，疾病是指在一定的条件下，致病因子作用于身体使之发生形态结构改变、功能代谢紊乱和精神、社会适应异常的状态。

从健康到疾病是一个由量变到质变的过程，不能说不生病就是健康。例如，有的人大脑并无器质性病变，也没有精神疾病，但性格古怪，心理状态很不稳定，不能视为健康。吸烟、酗酒等不良生活方式和不完善的社会关系，也是社会层面上不健康的表现。心理与社会上不良状态为疾病的发生埋下了隐患。

二、疾病的发生

(一) 疾病发生的病因

任何疾病都有致病因素，简称病因。病因是指能引起疾病发生并决定疾病特异性的内外因素。病因的作用有两大特征。第一，病因是疾病发生不可缺少的因素。没有这个因素，相应的疾病就不能发生。某些原因暂时不明的疾病往往被冠以“原发性”或“特发性”，如原发性青光眼、特发性癫痫等。随着医学科学的发展，这些病因迟早总是可以被发现的。第二，病因决定疾病的特异性。例如，麻疹由麻疹病毒引起，小儿麻痹症由脊髓灰质炎病毒引起。引起疾病的病因很多，可分为外部因素和内部因素，通常归为八大类。

1. 生物性因素

包括各种病原微生物(如细菌、病毒、真菌、立克次体、衣原体、支原体、螺旋体等)和寄生虫(如蛔虫、原虫、绦虫、血吸虫等)，统称为病原体。这些病原体侵入人体后可以继续繁殖，并能在人群之间传播，产生传染病和寄生虫病。生物性病因致病有三个特点：①病原体有一定的入侵门户和定位；②病原体必须与机体相互作用才能引起疾病；③病原体作用于机体后，在机体内发生一系列损伤与抗损伤的斗争。一方面病原体对机体造成损伤，另一方面机体对病原体发生免疫反应。

2. 物理性因素

主要包括机械力(引起创伤、震荡、骨折、脱臼等)、温度(高温或低温可引起烫伤、烧伤、冻伤等)、气压(降低或升高可引起高山病或潜水员病)以及电流、放射、噪声等。物理性病因致病有三个特点:①造成人体表面伤口或人体内部组织的损伤;②损伤作用取决于其作用于机体的强度、时间及范围等;③多数只引起疾病的发生,但对疾病的进一步发展往往不起作用。

3. 化学性因素

包括无机物、有机物和动植物等毒性物质,即引起机体中毒的各种毒物,如煤气中毒、铅中毒、汞中毒、蛇毒、食物中毒等。临床上使用的各种药物对机体亦有一定的毒副作用。化学性病因致病有两个特点:①致病作用与其性质、剂量(或浓度)及作用的时间有关,②致病性与体内代谢有关。

4. 营养因素

各种营养物质是生命活动的物质基础。营养因素致病有两个特点。①机体营养物质的缺乏可以引起细胞功能和代谢的变化而致病,严重时可以致死。例如,维生素D缺乏引起小儿的佝偻病,脱水可引起休克。②营养物质的过剩也能导致疾病。例如,长期大量摄入高糖和高脂饮食易引起肥胖病;营养不良或营养过剩不但可以引起疾病,而且可以成为许多疾病发生的条件。

5. 先天性因素

包括能够损害胎儿生长发育而导致先天性疾病的内外因素。内部因素主要指遗传性因素。遗传物质的异常能够引起遗传性疾病并将带缺陷的遗传物质传给后代。遗传性因素致病作用主要有两种。一种是直接致病作用,指通过遗传物质基因突变(基因的化学结构改变)或染色体畸变(染色体总数或结构的改变)发病;另一种是遗传易感性,指个体对某种环境因素特别敏感而容易患病,这些疾病往往具有家族性的特征,如精神分裂症等。外部因素指胎儿发育时所处环境的理化因素发生异常变化,包括母体子宫和外界环境因素。例如,孕妇早期感染风疹病毒、流感病毒、腮腺炎病毒、水痘病毒等可能引起胎儿发育畸形;孕妇的不良习惯如吸烟、酗酒等可以影响胎儿的生长发育;孕妇腹部接受X线照射,可引起脊柱裂。

6. 免疫性因素

这是指因免疫功能异常而导致疾病的发生。免疫性因素致病机制主要有三种。第一种是超敏反应,指某些非致病性的物质对于某些过敏体质的人也可以引起疾病。这是由于机体免疫系统对外来的某些抗原刺激产生异常强烈的反应,致使组织细胞损伤和生理功能障碍。例如,青霉素、鱼、虾、蛋以及空气

中游离的花粉、气味可引起过敏性休克、支气管哮喘、过敏性鼻炎、荨麻疹、结膜炎等。过敏与行为之间的关系也越来越引起人们的重视。第二种是自身免疫性疾病，指某些个体可以对自身抗原发生免疫反应而引起疾病，如全身性红斑狼疮、类风湿性关节炎等。第三种是免疫缺陷病，指因体液免疫或细胞免疫缺陷而引起的免疫缺陷病，如艾滋病。各种免疫缺陷病的共同特点是易反复发生致病微生物的感染。细胞免疫缺陷的另一后果是容易发生恶性肿瘤。

7. 精神、心理、社会性因素

精神、心理与社会关系的不良状态为疾病的发生埋下了隐患。例如，强烈的精神创伤或长期的忧虑、悲伤、恐惧等不良情绪易导致某些精神疾病或躯体疾病的发生。变态心理和变态人格可导致身心疾病的发生。经济状况、教育水平和社会环境、政策等与某些疾病的发生密切相关。

世界卫生组织认为，20 世纪的前 60 年被称为“医学时代”，大规模的疫苗接种和广泛使用抗菌药治疗感染性疾病是维护健康的主要方法。而现在发达社会正在进入“后医学时代”，人们躯体健康主要受社会及环境因素的影响，包括个体行为(吸烟、过度饮食等)、社会组织失败(孤独)、经济因素(贫穷)以及物理环境(污染)等，这些都不是医学发展可以直接解决的问题。在 21 世纪的后医学时代，健康的生活方式作为改善人们健康状况的手段具有越来越重要的意义。

8. 不良的生活方式

缺乏运动、高脂和高胆固醇饮食、紧张、吸烟、酗酒、肥胖和药物滥用等不良的生活方式都会引起严重的健康问题和早死。例如，高脂饮食导致动脉硬化和心脏病；长期精神紧张容易导致精神疾患；吸烟与肺癌相关；酗酒导致肝硬化；肥胖是许多疾病的根源；不加保护的性行为和通过静脉注射毒品可增加感染艾滋病的危险等。

(二)疾病发生的条件

在病因作用于机体的前提下，对疾病发生、发展能产生一定影响的机体状态(如年龄、性别等体内条件)和客观环境(如气温、地理环境等自然条件)因素，称为疾病发生的条件。疾病发生的过程是病因与条件相互作用的过程。虽然疾病的发生一定有病因的存在，但有了病因，并不一定会发生疾病。例如，在同一教室里上课的学生，有的人患了感冒，而有的人没有患感冒。条件本身不能直接引起疾病，但条件在疾病发生中有两个作用：一是作用于病因，增强或削弱病因的致病力；二是作用于机体，增强或削弱机体的抵抗力。例如，夏季高温潮湿既有利于细菌的繁殖，增强肠道致病菌的致病力，又可以抑制肠道

蠕动和消化液分泌而降低机体的抵抗力,使夏季肠道传染病发生率高。而高温消毒,可以预防许多生物性因素的疾病的发生。因此,条件因素对疾病的影响,可表现为促进作用,也可能起到阻碍作用,对许多疾病的发生、发展有重要的影响。人为地改变疾病发生的条件可延缓或阻止疾病的发生,如锻炼身体、讲究卫生可以提高机体的抗病能力,降低疾病的发生率。

通常,把那些促进或加强病因致病作用的某些条件因素称为疾病的诱发因素,简称诱因。例如,精神刺激是某些精神疾患发生的诱因。病因和诱因的区分不是绝对的,是可以相互转化的。同一因素在一种情况下是诱因,而在另一种情况下却可以成为病因。例如,营养不良使机体的抵抗力下降,是促使感染性疾病发生的诱因;而长期的营养不良,特别是婴幼儿维生素A的缺乏,本身就是角膜软化症的病因。

与疾病发生、发展有密切关系,但尚未完全确定其性质究竟是引起某疾病的病因还是条件的某些因素称为危险因素。例如,吸烟、酗酒等被认为是导致胎儿畸形的危险因素。

三、疾病的发展

(一)疾病发展的一般规律

1. 病因与反应的交替转化

疾病发生发展过程中体内出现的一系列变化,都是病因与反应的交替转化的结果。原始病因作为一种刺激因素,引起机体发生一系列的变化;机体的这些变化又作为新的病因,引起新的变化,出现新的结果。如此因果不断交替着相互转化,推动疾病朝着两个方向发展:①良性循环,即通过机体对病因的代偿反应和适当治疗,疾病向好的方向发展,直至痊愈;②恶性循环,即病因对机体的损伤不断加重,疾病向坏的方向发展。在疾病的发生发展过程中,正确分析疾病的发展方向,有利于促进疾病向良性循环的康复方向发展。

2. 损伤与抗损伤的相互斗争

疾病的本质是机体在一定病因的作用下发生的损伤与抗损伤相互作用的过程。一方面病因对机体造成损伤性反应,如有关的器官、组织、细胞的形态结构、机能和代谢发生各种各样的损伤性变化;另一方面同时激发机体调动各种防御和适应功能产生的抗损伤性反应,如炎症和组织的修复、代偿等。损伤与抗损伤这种既相互对立斗争又相互依存的关系,贯穿于疾病的全过程。如果损伤较轻,通过机体的抗损伤反应和适当的及时治疗,疾病沿着良性循环的方向发展,机体可恢复健康;如果机体损伤与抗损伤力量此起彼伏,症状时轻时

重，则疾病呈慢性迁延之势；如果损伤的力量占优势，机体的抗损伤措施不足以对抗损伤变化，又无适当的治疗，则疾病沿着恶性循环的方向发展甚至导致机体死亡。因此，在疾病过程中，损伤与抗损伤的斗争促使疾病不断发展和演变，力量强弱的对比决定着疾病发展的方向和结局。

3. 局部与整体的协调统一

机体是一个整体，任何疾病都存在着局部与整体的关系。局部的病理变化可影响机体全身性的代谢和功能，如上呼吸道感染可导致发烧、疲倦无力；机体整体的功能与代谢状况也影响局部病变的发生和发展(恶化或好转)，如体质弱者容易局部的感染不容易恢复。在每一个疾病发展的过程中，局部与整体之间的关系随病程的发展又不断发生转化，有时是全身占主导地位，有时是局部占主导地位，因此在病情的不同阶段，治疗的重点是有所差别的。

(二)疾病的经过与转归

绝大多数疾病都有一个明显的发生、发展和转归的连续过程，特别是急性传染病的病程有一定的规律性，可明显地分成潜伏期、前驱期、临床症状明显期和转归期四个阶段。尽管肿瘤及某些慢性疾病的阶段性表现不太明显，但依然存在从发生至康复或死亡的全过程。

1. 潜伏期

潜伏期(period of incubation)指从病因侵入机体到该病出现最初症状的这段时间。各种疾病的潜伏期的长短随病因的特异性和人体自身的特征而不同，有的数天，有的数月，有的数年甚至数十年不等。有些疾病，如创伤可没有潜伏期。多数传染病的潜伏期比较恒定，这有助于各种传染病的诊断以及对检疫期限的确定。一般参考某种传染病的最长潜伏期决定该传染病的检疫期限。例如，麻疹的潜伏期为1~3周，经被动免疫者可延长至3~4周。因此凡接触麻疹的易感儿童(没有经过预防接种的儿童)应隔离观察3周，曾做被动免疫注射的儿童，检疫期限为4周。潜伏期是机体的防御代偿的抗损伤反应与病因的损伤作用作斗争的时期，患者没有症状和体征。如果抗损伤反应能够战胜病因的损伤作用，疾病即终止；如果病因的损伤作用占主导作用，疾病继续发展进入前驱期。

2. 前驱期

前驱期(prodromal period)指从潜伏期结束到出现明显的症状之前的一段时期。其时间长短不一，由数小时到数天。此期的特点是损伤与抗损伤性变化均加重，主要表现出一些非特异性的症状，如发热、头痛、乏力、食欲减退、全身不适等。传染病的前驱期有病原体的排除，因此此期具有传染性。其病急

骤者，可不出现前驱期。

3. 症状明显期

症状明显期(period of clinical manifestation)指逐渐出现本病特征性表现的时期。由于各种病原体繁殖的部位与致病作用不同，机体可产生不同组织与器官的病理变化。患者所表现出的特殊症状和体征是疾病诊断的重要依据。例如，麻疹的出疹期，此期病情最为严重。整个症状明显期的时间随疾病种类和机体的状况而长短不一。在传染病的症状明显期，患者排出的病原体最多，传染性最强。由于此期患者病情严重，需要护理，因而感染周围人的机会也较多。

4. 转归期

转归期(stage of outcome)指疾病发展的最后结局。疾病的最后结局取决于机体损伤与抗损伤的斗争，及时的诊断和适当的治疗对疾病的转归有重要影响。不论病期长短、病情轻重、治疗是否适当，其结局无非是康复和死亡两种可能。

康复分成完全康复和不完全康复两种。完全康复，又称痊愈，是指病因已经消除，机体的代谢、功能以及形态结构完全恢复正常，疾病时所发生各种症状和体征消失，机体对外界的适应能力，包括劳动力也完全恢复正常。不完全康复指疾病的主要的症状、体征或行为异常得到控制，但基本病理变化尚未完全消失，机体功能长期未恢复正常而留有不能消失的症状或体征，即后遗症，需要机体通过各种代偿才能维持正常的生命活动。后遗症符合残疾标准者为疾病致残。残疾是疾病不完全康复的一种形式。

死亡是指机体作为一个整体功能永久性的停止。长期以来临床上判断患者死亡的标志是心跳停止、呼吸停止和各种反射消失。由于社会、法律及医学的需要，特别是复苏技术的提高和器官移植的开展，人们对死亡的概念及判定死亡的标准提出了新的认识，整体死亡的判定标志是脑死亡(brain death)，即指全脑功能(包括大脑皮层和脑干)不可逆转的丧失。脑死亡并不意味着各组织器官同时均死亡，死者除脑以外的重要生命器官可以是存活的，可供器官移植使用。脑死亡有别于“植物人”，“植物人”的脑干功能存在，昏迷只是由于大脑皮层受到严重损害或处于突然抑制状态，患者可以有自主呼吸、心跳和脑干反应；而脑死亡是全脑功能(包括自主呼吸)永久、不可逆性的丧失。确定脑死亡可确定终止复苏抢救的界线，停止不必要的无效抢救，减少经济和人力的消耗，同时为一些法律问题提供依据。

第二节 残疾儿童流行病学特征

一、残疾的评定

残疾是指因外伤、疾病、发育缺陷或精神因素造成明显的身心功能障碍，以致不能或难以适应正常社会的生活、工作和学习的一种心身状态，因病致残称病残，因伤致残称伤残。构成残疾的要素主要有三个。①病理损害要素，指疾病或外伤所导致的一种器官或组织的结构与功能的病理损害无法完全“复原”的状态。病理损害要素是残疾的必备要素。②生理功能障碍要素，指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，指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，又称社会功能障碍、社会环境障碍。全国第二次残疾人抽样调查界定，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。

(一)国际残疾分类标准

1993年起，世界卫生组织根据世界各国卫生事业发展的状况，开始制定新的残疾与健康分类体系：《国际功能、残疾和健康分类》(*International Classification of Functioning, Disability and Health*, ICF)。该分类系统建立了一种从生物、心理和社会角度认识残损所造成影响的理论模式。从残疾人融入社会的角度出发，将残疾人作为一种社会性问题来对待，指出残疾不仅仅是一种个人的特征，更是一种由社会环境形成的复合功能状态。2001年5月第54届世界卫生组织大会上，各成员国通过了将《国际残损、残疾和残障分类》(第2版)改名为《国际功能、残疾和健康分类》的决议，2001年10月世界卫生组织正式出版《国际功能、残疾和健康分类》。这是世界上有关残疾问题的标准体系中的第一个国际性的统一标准。2002年3月世界卫生组织在中国举办《国际功能、残疾和健康分类》中文版首发仪式。2003年10月，世界卫生组织在曼谷举行了亚太地区残疾统计会议，会议中明确提出要求有关国家运用ICF进行残疾人的调查与统计。我国在进行第二次全国残疾人普查工作时，采取ICF的方法与标准，并根据国情适当调整。

ICF的对象不是以人为单位进行归类，而是对人的健康和与健康有关的情况进行分类，即按照其健康和与健康有关的领域去说明每个人所处的情况，而

这些描述常常是在环境或个人因素的背景下做出的。

表 1-1 《国际功能、残疾和健康分类》的框架

	第一部分：功能和残疾		第二部分：背景性因素	
成分	身体功能和机构	结构和参与	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)	能力 在标准环境中完成任务	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
	身体结构的改变 (解剖的)	活动表现 在现实环境中完成任务		
积极方面	功能和结构的结合	活动、参与	有利因素	不适用
	功 能			
消极方面	损伤	参与局限性、活动受限	障碍 不利因素	不适用
	残 疾			

ICF 在健康的背景下，对相关的术语进行了界定。

身体功能：指身体各系统的生理功能(包括心理功能)。

身体结构：指身体的解剖部位，如器官、肢体及其组织成分。

损伤：指身体功能或结构出现的问题，如显著的变异或缺失。

活动：指由个体执行一项任务或行动。

参与：指投入到一种生活情境中。

活动受限：指个体在进行活动时可能遇到的困难。

参与局限性：指个体投入到生活情境中可能经历到的问题。

环境因素：指构成人们生活和指导人们生活的自然、社会与态度环境。

个人因素：指个体生活与生存的特殊背景(包括性别、种族、年龄、生活方式、受教育水平、社会阶层等)。

(二)中国残疾分类标准

2006 年 4 月 1 日至 5 月 31 日，我国进行了第二次残疾人抽样调查。这次调查的残疾筛查、残疾标准和评定方法的制定，既保持与第一次全国残疾人抽样调查标准的延续性，又反映变化了的新情况；既与国际接轨，又符合我国国情；既具有科学性，又具有可操作性。

1. 视力残疾

视力残疾的定义：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。

视力残疾的分级：视力残疾分为盲和低视力两类四个等级，见表 1-2。

表 1-2 视力残疾的分级标准

类 别	级 别	最佳矫正视力
盲	一级	无光感 $\sim$ <0.02 ；或视野半径 <5 度
	二级	$0.02\sim<0.05$ ；或视野半径 <10 度
低视力	三级	$0.05\sim<0.1$
	四级	$0.1\sim<0.3$

注：①盲或低视力均指双眼而言，若双眼视力不同，则以视力较好的一眼为准。例如，仅有单眼为盲或低视力，而另一眼的视力达到或优于 0.3，则不属于视力残疾范畴。

②最佳矫正视力是指以适当镜片矫正所能达到的最好视力或针孔视力。

2. 听力残疾

听力残疾的定义：是指人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。

听力残疾的分级：①听力残疾一级，听觉系统的结构和功能方面极重度损伤，较好耳平均听力损失 ≥ 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 $\sim$ 90dBHL，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 $\sim$ 80dBHL，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 $\sim$ 60dBHL，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。

3. 言语残疾

言语残疾的定义：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，而不能或难以进行正常的言语交往活动，以致影响其日常生活和社会参与（3 岁以下不定残）。

言语残疾包括：①失语，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运动性构音障碍，是指由于神经肌肉病变导致