

残疾预防

——全球性的挑战

〔英〕约翰·威尔逊爵士 主编

朱 成 译 刘肇永 校

中国残疾人康复协会

华夏出版社

2
1-53

(京)新登字045号

Disability Prevention,
the Global Challenge

edited by Sir John Wilson

Published on behalf of the Leeds Castle
Foundation by Oxford University Press
Oxford New York Toronto
1983

残 疾 预 防

——全球性的挑战

〔英〕约翰·威尔逊爵士 主编

朱 成 译

刘肇永 校

•
华夏出版社出版发行
(北京东直门外香河园北里4号)
新华书店经销
北京市双桥印刷厂印刷

•
787×1092毫米 32开本 4.375印张 88千字
1992年5月北京第1版 1992年5月北京第1次印刷
印数 1—4000 册
ISBN7—80053—504—5/Z·113
定价: 2.70元

残 疾 预 防

——全球性的挑战

〔英〕约翰·威尔逊 爵士 主编

朱 成 译

刘肇永 校

中国残疾人康复协会
华 夏 出 版 社

1992年·北京

残 疾 预 防

——全球性的挑战

〔英〕约翰·威尔逊爵士 主编

朱 成 译

刘肇永 校

没有任何别的单项因素在减轻残疾的冲击上可以和一级预防相提并论。试图治愈或重建功能很少得到十分满意的效果……一级预防对于世界各国卫生界权威及组织，对于世界卫生组织都应该是压倒一切的优先事项。

残疾预防及康复专家委员会

世界卫生组织 1981年2月

中国残疾人康复协会

华 夏 出 版 社

1992年3月

前 言

霍姆勋爵

五十年代末我任英联邦大臣时，亲眼看到在非洲和亚洲有千百万人患有结核病、天花、失明、小儿麻痹症和麻风病，并招致死亡。我本人早年曾因脊柱结核卧床两年多，对残疾有所体会。因此我欣然接受了残疾预防国际讨论会邀请我担任主席的要求。会议是1981年11月临近国际残疾人年的岁末在英国里兹堡召开的。

国际残疾人年为转变公众对残疾的态度，并消除那种往往无意地把残疾人孤立于社区生活活动之外的障碍，都取得了成功。但对残疾的预防这一重大目标则涉及极少。里兹堡基金会董事会和英国卫生及社会保健部根据约翰·威尔逊爵士提出的建议，联合起来组织了一次世界性多学科的残疾预防专题讨论会，并议定了一个行动计划。会议在肯特郡幽静偏僻的里兹堡举行，邀请了25位国际知名的科学家、临床医学家、卫生部长和联合国官员参加，会期5天。专家们对防止残疾的主要起因各抒己见，并共同讨论了为在全世界消除可预防残疾所要采取的行动起步和加强手段，及其展望。他们的建议概括在残疾预防的里兹堡宣言中，同年12月在联合国大会上作了宣读，并且已为有关的国际机构领导人采纳作为共同性

的行动。

本书内容多为讨论会宣读的论文，有的经会议讨论后作了修订。它比宣言更详细地指出世界上大多数残疾是可以预防的，有许多是可以治愈的。它还指出只要采取协商好的一致行动，而不是只靠一个个的单项努力，有效残疾预防的成本会比设想的少得多。我们面临着可以大大减少那些可以避免的残疾所致的人力财力损失的机遇。这是对我们全体的一个挑战。

目 录

关于残疾预防的里兹堡宣言.....	(1)
-------------------	-------

1981年11月12日

第一章 残疾问题的规模.....	(4)
------------------	-------

第二章 残疾的主要原因——发育情况.....	(15)
------------------------	------

疫苗——可预防的疾病.....	(15)
-----------------	------

免疫接种服务的作用.....	R. H. 亨德森(15)
----------------	---------------

小儿麻痹症有可能消灭吗?	L. B. J. 施托伊特(19)
--------------------	-------------------

围产期照料不周	G. J. 易卜拉欣(23)
---------------	----------------

营养不良.....	V. 拉马林加斯万米(28)
-----------	----------------

智力残障	G. 迪布瓦德(32)
------------	-------------

第三章 残疾的主要原因——急性情况.....	(38)
------------------------	------

失明.....	约翰·威尔逊爵士(38)
---------	--------------

失听.....	Y. P. 卡普尔(42)
---------	---------------

创伤.....	L. A. 卡普里奥(56)
---------	----------------

职业意外.....	G. 福冈(63)
-----------	-----------

第四章 残疾的主要原因——慢性情况.....	(67)
------------------------	------

麻风病.....	S. 布朗(67)
----------	-----------

 结核病：发展中国家临床、治疗及

· 康复上的一个主要问题.....	B. 桑卡兰 A. 皮奥(76)
-------------------	------------------

中风和高血压.....	H. B. 贝茨(80)
-------------	--------------

冠心病.....	世界卫生组织专家委员会(86)
年龄因素.....	世界卫生组织欧洲地区办公室(89)
第五章 服务传送和社区参与	M.H.K. 欧文(99)
信息交流	W.D. 克拉克(103)
第六章 研究工作方面的优先事项	(106)
第七章 残疾控制的展望.....	P.H.N. 伍德(110)
第八章 行动机制	(124)

关于残疾预防的里兹堡宣言

1981年11月12日

国际残疾人年(1981年)岁末,英国卫生及社会保障部在英国前首相霍姆勋爵主持下,在里兹堡召开了一次有著名科学家、医师、卫生行政人员及政治家参加的国际性会议。会议主题是如何采取切实措施预防使人类总数的十分之一受害的残疾。与会者一致建议应立即采取行动把国际残疾人年所激发的群众关注有效地贯彻下去。

一、残疾给人类带来痛苦、挫折,造成悲剧,而且为数众多。当前全世界残疾人的总数估计有4.5亿,其中三分之一为儿童,五分之四生活在发展中国家。人口的增长和老年人比例的增加将使残疾问题更为突出。如果现在不立即采取果断行动,到本世纪末残疾人总数将增加一倍。

二、引起残疾的原发病损大多数是可以预防的。全世界广泛推行免疫接种,就可以每年使500万儿童避免因小儿麻痹症、麻疹、破伤风、百日咳和白喉而致残,并在一定程度上减少因结核病而致残。每个接种儿童约需花3美元,这大约在10年内就可以办到。

全球性免疫接种的广泛推行,还将促进对其它有可能招致死亡或严重残疾的疾病的疫苗生产和有效应用。风疹就是其中的一个疾病,它是先天性失明、失听及智力障碍的主要

原因。应该在世界各国推广应用风疹疫苗。

三、营养不良、感染和照料不周所致的病损，可以通过耗资不多的改进初级卫生保健而加以预防。这些病损加在一起目前每年至少使2000万人的生活和生产受到打击。

例如：因沙眼和维生素A缺乏而致盲者每年至少有200万人，这是可以控制的。同样，简便而又经济的治疗就可以抑制麻风病的病损（目前至少有300万患者），可以使1000万因白内障失明者复明，也可以使1000万失聪者改善听力。

应该特别重视孕妇的营养以预防胎儿营养不良。应该大力提倡母乳喂养。

四、关于其它残疾，也有许多改善的机会。这有赖于更有效地传播知识，特别是把知识传授给群众。

老年人的许多残疾可以延缓或避免发生。以控制某些遗传性和退行性疾患为目标的研究工作，已经有了可喜的苗头。及早检出治疗高血压可使数百万人免于因心脏病或中风而过早致残及死亡。意外及吸毒成瘾的死伤人数可以大大减少。

五、残疾并不一定都造成残障。没有采取简易的补救办法往往会使残疾加重。社会态度和社会事业机构的安排往往会增加残疾人的不利地位。迫切需要不断地对群众、对专业工作者进行教育。

六、本来可以避免发生的残疾，是各国（工业化国家及发展中国家）财力、人力浪费的一个主要原因。这种损失完全可以迅速减少。

现在已经拥有预防和控制大多数残疾的技术手段，而且这些手段还在不断改进中，而仍缺少的是社会对征服残疾应承担的义务。现有的全国性的和国际性的卫生方案，都应该

把重点转移到确保知识和技术的广泛传播上。正确运用现代信息手段，可使知识及技术的传播耗资不过大而收到巨大的经济效益。例如全球范围内消灭了天花，就为人类社会每年节约10亿美元。

七、虽然有了预防和控制大多数残疾的技术手段，近年来生物医学的巨大成就还将为大大加强各种干预措施提供革命性的新手段。今后对这一领域的基础和应用研究均应予以支持。

八、与会者对国际残疾人年工作方案的各个方面均予以全力支持。特别欣慰的是残疾人能够成功地把他们的挫折和抱负公诸于世。残疾人只有生活在自己所在的社区和家庭中，他们的命运才能得到真正的改善。动员政治意愿行动起来是任何方案取得成功的必要前提。

九、本次国际性讨论会认为：制定一个预防残疾的行动纲领，是国际残疾人年后续工作的合乎逻辑的、必要的内容之一。它可以保障下一代人免受当代人所遭受的可避免残疾的折磨，从而成为人类健康与幸福的一项长期的、切实的、有益的贡献。

本译文载于《中国康复》第三卷第四期208页，杜华译，略有修改。

第 一 章

残疾问题的规模

1981年国际残疾人年一致公认全世界残疾人的总数为4.5~5亿。这一估计来源于早年康复国际的调查。另外一些机构包括世界卫生组织的调查也承认大约是这个数目。联合国儿童基金会也采纳这个估计即“十人中有一人”，并补充指出这一总数中五分之四生活在发展中国家，约三分之一为儿童。

这些数字对全世界的良心提出了挑战。作为行动的基础，如果每个国家和国际上都对残疾的概念有个确切的定义，并且考虑残疾的各个组成部分以及其地理分布，那就会产生更大的影响。躯体的、智力的和感官的病损可以是短暂的，也可以是长时间的，其严重程度也有很大差别。目前还缺乏足够的统计资料把残疾人分别归属于是短期、长期还是永久性残疾，或者按其严重程度归类。在这种情况下，人们只好以能力，即“像同龄、同性别、同一社会的成员一样充分发挥作用”作为标准，也就是以残疾造成的残障程度作为标准。

“十人中有一人”的概念已很流行，这就不可避免地被误以为这个数字全世界各个社区都适用。在国际残疾人年期间，许多国家发动了对本国残疾人数更确切的调查。尽管已经有了一些可作初步比较的数字，目前还没有理由来修订这个全

球性估计数。到一定时候会有可能对各类残疾及其主要原因、在工业化国家和发展中国家的分布和各年龄组的分布，取得更多数据，并作出更精确的分析。

在工业化国家残疾同年龄有一定联系。以失明为例，在英国每10万人中大约有200人，北美、西欧也大体相同。但是在65岁以上的英国人中，每10万人中的失明者为2300人，这个数字同孟加拉国最高的失明率一样；而75岁以上的英国人，每10万人中就有7170人失明，比例之高相当于西非河盲症严重的社区。

这种随年龄急骤增长的情况亦见于失听。据英国的一些调查表明，30%听力严重障碍者为65岁以上的老年人。75岁以上失听的现患率为一般人口的17倍。风湿病和呼吸系统疾患也明显随年龄增长。智力残障也是一样。中风，乃至意外损伤的危险到了晚年也急骤增多。残疾的严重程度随着年龄的增加而加重；而在欧洲和北美老年人是增长最快的人口组别之一。这是使生命延长的科学和使生活质量提高的科学之间正在展开的一场竞赛。我们必须在这场竞赛中取得胜利，因为它支配着老龄化人口的期望和生活方式。1982年世界卫生日的口号中，应该以“活得长活得好”为目标。

若以同样的计算用于发展中国家，前景更令人担心。再过半个世纪这些国家的人口将扩增到原有的3倍。55岁以上者将增加5倍。这组年龄较高的人不仅受到热带病和营养缺乏病的威胁，而且还会受到目前主要与工业化国家有关的随年龄增长的残疾的威胁。日益增多的残疾人数是所有国家的共同问题，不论其发展水平怎样。印度甘地夫人在1981年5月世界卫生大会上说过，“人类至少在易受损害上是没有差别的”。

本书各章的一个共同突出点是目前的统计资料还不够充分。多数国家甚至对其残疾的主要原因都没有记录，对残疾人的年龄组别也很少资料，尤其是发展中国家。许多推测往往与事实不符，例如认为失明者比失听者人数更多。据已有的调查结果，这与实际情况恰恰相反，尤其在年龄较轻的人口组别中更为明显。另一个推测是，认为高血压和中风多发于生活富裕和紧张的环境下，因此城市和西方社区更为多见。尽管可以比较正确地推断这些疾病多见于寿命较长的人群中，但是目前还没有证据表明在不同国家的同一年龄组人群中高血压和中风发病率有何差别。

在国际残疾人年规划的一些调查迟早会填补统计上的某些空白，但进行合理设计的调查会花费很大，发展中国家将难以承受。他们中间的许多人有理由怀疑，残疾普查而不结合治疗或救济是否合乎道德。眼科巡回医疗的经验表明，按人头调查的花费和治疗所有眼病患者的花费差不多。毫无疑问，有一些现成的资料可供统计使用，但还没有被认真积累分析，例如医院记录、人口普查记录和社区救济及其它社会服务的会计记录等。几年前世界卫生组织试图对全世界失明者的现患数作一较确切的估计，他们发现只要把已有的、分散的证据系统地加以搜集整理，就可以取得相当可靠的数据和作出合理的规划。对于一个国家，情况也往往相同。世界卫生组织的这个数据发表在《关于失明的资料》上，作为随后的行动方案及计算失明所致的经济损失的根据。可以预期用同样的方法作同样的努力，将会获得各工业化国家和第三世界残疾范围和原因的较确切数据，远比现有资料可靠得多。这样的努力是很值得的，只要它不退化为不见行动的单纯统计。

1981年世界卫生组织始创的《在社区训练残疾人》实验手册的实地应用，将会对发展中国家农村地区的残疾现状提供大量的信息。该手册提示在农村中怎样发现残疾人，以及家庭成员、社区成员或者残疾人本身怎样安全地进行有效的康复治疗。数量相当可观的实地应用反馈资料搜集到一些差别很大的国家如圣卢西亚、博茨瓦纳及印度喀拉拉邦的残疾人数和分类。世界卫生组织的主要意图是为发展中国家98%得不到康复机会的残疾人中的一部分提供康复实惠，另一个意图是紧抓残疾预防措施。他们估计这样至少可以减少50%残疾的发生。《手册》介绍的就地制作的简易辅助器无疑会使相当一部分残障者受益；但也有一些人需要更优良的治疗，尚需探索提供这类治疗的办法。世界卫生组织的这个创举将会对一直被忽视的地区的残疾性质和范围提供宝贵资料，同时也会指出哪些主要病损可以避免其发生。

残疾问题统计资料不足的原因之一是对残疾的严重程度没有一个统一的规定。世界卫生组织1980年出版了供试用的《病损、残疾及残障的国际分类》，已获国际上广泛认可。书中有残疾严重程度的等级，反映了患者的活动能力的受限程度，而不是原始病损的严重程度。活动能力的受限程度把三级预防即书中以“加强”、“补偿”及“代替”为标题的内容也包括进去了。换言之，一个残疾人的活动能力是在辅助器械、支具及其它帮助的情况下作出的评价。残疾的严重程度问题十分重要。只有明确了对伤残严重程度的衡量概念，用还是不用辅助器械、支具或/及其它帮助，才能确切了解残疾问题的规模和决定优先行动，否则便是不切实际的。

纵然生活优裕、吸毒成瘾及机械化引起的残疾，在研究

课题的选择上和动员把资源从富国流入穷国的政治意愿上有其重要性，但是大量残疾无疑发生在发展中国家。在发展中国家里的贫困社区，穷苦滋生残疾，残疾又带来穷苦，这样的恶性循环使穷国难以承受。这些基本权利被剥夺的、贫穷的、得不到服务的、缺乏营养的、处于经济和社会最低层的社区，应该是每一个合理的发展计划的主攻目标。别的地方早就得到控制的一些疾病，在这里继续猖獗，造成死亡和终身残疾。要想深入到这些社区，我们必须打破对贫困不作具体分析框架，找出主要由残疾引起贫困的社区。正像在工业化国家残疾主要集中在高龄人群一样，在最不发达国家的落后地区，残疾盛行是他们处于经济和社会发展最低层和逃不脱贫困厄运的主要原因之一。这种情况并不仅限于那些大部分人有残疾的特殊社区，如亚洲的某些聋哑及麻风集中的社区和非洲的河盲症地区，而且适用于全世界人口中最穷困的50%的一般残疾情况。本书拉马林加斯万米教授写的“营养不良”和易卜拉欣博士写的“围产期照料不周”论文中都明确指出在那些社区里残疾都是由于很一般性的原因如营养不良、缺乏围产期照料、污染、滥治及疏忽等引起的。这些原因太普遍了，要消除它们等于是对世界经济秩序和日益扩大的贫富差别的一场挑战。然而远在经济革命使一般生活改善以前，就可以通过干预措施颇有希望成功地与残疾作斗争。

举个例子，角膜软化症这一毁减儿童眼睛的疾病无疑是由于维生素缺乏、贫困和营养不良引起的。但是在广泛的维生素缺乏中找出了在生命最初几个月最敏感的维生素A缺乏是发病的关键。这就为有效预防奠定了基础。补充维生素A简便易行，花费也不大，在社区经济状况还没有实质性改善

以前，就可以使儿童免于失明。还有相当数量由生活清苦引起的残疾可以通过干预得到控制。例如改善听力的手术完全可能像白内障手术那样简化到可以在村镇中集体施行。喜马拉雅山侧印度及尼泊尔地方性甲状腺肿流行地带，仅仅由于父母膳食中缺乏少量的碘，每年就出生成千上万弱智和聋哑儿童。对于发展中国家儿童的六大疾病灾难，世界卫生组织和儿童福利基金会的扩大免疫方案，远在消除使儿童首当其冲受到损害的经济及社会障碍以前，就已经取得了成效。

行 动 目 标

当前的任务不仅是要从总体上弄清残疾问题的大小，而且还要弄清针对可预防残疾的具体行动目标。目的是明确的，就是要在二十年内减轻可预防残疾的负担。优先考虑的应该是这项负担过重的社区，以及和那些已经有了或通过实地研究可望花费不大就能控制的疾患和病症。而对那些花费太大，经济上难于保证实施，和对广大群众影响并不严重的情况，就不予优先考虑。确定这些目标的优先意义，就是1981年11月里兹堡讨论会以及其随后活动的主要任务，也是这次会议的主要成就。

讨论会是遵循两条广泛概念进行的。第一条是：问题解决的途径必须是多学科的。应从国际卫生的含意“针对疾病，而不是针对已构成的病损”的角度来探讨问题。风疹就是一个很好的例举。我们不应该以它构成了各种病损如失听、行动障碍、智力残障及失明等作为进攻目标，而应该以联合行动针对风疹这一疾病本身。不仅疾病的控制和治疗必须多学科