

团 体 标 准

T/CHAC 006—2025

基层医疗卫生机构脑瘫儿童康复服务规范

Service specification for rehabilitation of children with cerebralpalsy in primary  
health care facilities

2025 - 10 - 30 发布

2026 - 02 - 01 实施

## 目 次

前言 .....	II
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 基本要求 .....	2
4.1 机构要求 .....	2
4.2 人员配置 .....	2
5 资源配置 .....	2
5.1 建筑要求 .....	2
5.2 功能区域要求 .....	3
5.3 场地要求 .....	3
5.4 设施设备 .....	3
6 服务提供 .....	4
6.1 总体原则 .....	4
6.2 诊断与转诊 .....	4
6.3 服务形式 .....	4
6.4 服务内容 .....	5
6.5 服务流程 .....	5
7 管理要求 .....	6
7.1 制度管理 .....	6
7.2 病案与信息管理 .....	6
7.3 服务流程管理 .....	6
7.4 质量控制与改进 .....	7
附录 A（资料性） 基层医疗卫生机构脑瘫儿童康复服务流程 .....	8
附录 B（资料性） 脑瘫功能分级 .....	9
附录 C（资料性） 康复目标制定 SMART 原则 .....	13
参考文献 .....	14

## 前 言

本标准按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本标准由中国社区卫生协会提出并归口。

本标准起草单位：宁波市鄞州区中河街道社区卫生服务中心、复旦大学附属儿科医院、上海市浦东新区上钢社区卫生服务中心、宁波市鄞州区明楼街道社区卫生服务中心、上海市金山区亭林镇社区卫生服务中心、成都市双流区西航港社区卫生服务中心、北京市朝阳区太阳宫社区卫生服务中心、瑞昌市湓城街道社区卫生服务中心。

本标准主要起草人：张静、史惟、杜兆辉、戴丽萍、任晓杰、史吉荣、王峥、张智、王辉、张征。

# 基层医疗卫生机构脑瘫儿童康复服务规范

## 1 范围

本标准规定了基层医疗卫生机构开展0~18岁脑瘫儿童康复服务的基本要求、资源配置、服务提供以及管理要求。

本标准适用于社区卫生服务中心、乡镇卫生院开展的脑瘫儿童康复服务。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本标准必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本标准；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本标准。

GB 24436 康复训练器械 安全通用要求

GB 50763 无障碍设计规范

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

### 3.1

**脑性瘫痪 cerebral palsy; CP**

简称脑瘫。

一组持续存在的导致活动受限的运动和姿势发育障碍症候群，这种症候群是由于发育中的胎儿或婴幼儿脑部受到非进行性损伤而引起的。脑性瘫痪的运动障碍常伴随感觉、认知、交流、感知、行为、继发性肌肉骨骼障碍及癫痫等。

### 3.2

**脑瘫高危儿 high-risk infants with cerebral palsy**

当临床诊断被怀疑但不能确定时，以运动功能障碍为必要条件，包括：运动质量降低、神经系统异常、婴儿运动能力明显低于实际月龄的预期水平、不对称运动和/或两侧功能明显存在差异，结合异常神经影像和/或风险相关病史为附加条件，持续随访观察，直至明确确诊或排除脑瘫诊断。

### 3.3

**康复 rehabilitation**

帮助经历着或可能经历残疾的个体，在与环境的相互作用中取得并维持最佳功能状态的一系列措施。

### 3.4

**运动治疗 physical therapy; PT**

利用器械、徒手或患者自身力量，通过某些运动方式（主动或被动运动等），使患者获得全身或局部运动功能、感觉功能恢复的训练方法。

### 3.5

**作业治疗 occupational therapy; OT**

应用有目的、经过选择的作业活动，对身体、精神、发育有功能障碍或残疾以致不同程度丧失生活自理能力和学习适应能力的患者进行训练，使其生活、学习、劳动能力得以恢复、改善和增强的一种治疗方法。

### 3.6

**物理因子治疗 physical modality therapy**

应用电、光、声、磁、冷、热、水、力等物理因子对疾病进行预防、治疗和康复的方法。包括电疗法、光疗法、超声疗法、磁疗法等。

### 3.7

#### 传统医学康复 traditional medical rehabilitation

在现代医学康复理念的基础上，整合并运用传统医学（在中国如中医、藏医、蒙医等）的理论体系、诊断方法和治疗手段，以整体观念和辨证论治为特点，采用推拿、针灸、导引、拔罐、中药、药膳、药浴、涂擦等传统疗法对患者实施的康复活动。

### 3.8

#### 言语治疗 speech therapy; ST

通过各种手段对言语有障碍的患者进行针对性的治疗，改善其交流功能，使其获得最大的沟通与交流能力的康复治疗方法。

### 3.9

#### 感觉统合训练 sensory integration training

运用专门的设备器械和方法，对感觉信息整合能力失调的儿童，引导其对感觉刺激作出适当反应以达到适应周围环境的一种训练。

### 3.10

#### 康复评估 rehabilitation assessment

对病、伤、残者的功能状况及其水平进行定性和(或)定量描述，并对其结果作出合理解释的过程。

### 3.11

#### 辅助器具 assistive devices

简称辅具。

为改善残疾人功能状况而采用适配的或专门设计的产品、器具、设备。

## 4 基本要求

### 4.1 机构要求

开展脑瘫康复工作应获取属地卫生健康行政部门相应诊疗科目的资质准入。

### 4.2 人员配置

#### 4.2.1 整体要求

机构应按照 4.2.2~4.2.4 的要求配置康复服务团队。

#### 4.2.2 执业医师

至少配备 1 名执业医师，该执业医师应符合以下条件：

- a) 执业范围为康复医学专业、儿科专业、中医专业或中西医结合专业之一，有条件的地区宜具备省市卫生健康行政部门认可的康复专业岗位能力培训证书；
- b) 应在开展脑瘫儿童康复的三级医疗机构接受过脑瘫儿童康复知识专业培训并获得合格证书；
- c) 开展传统医学康复的机构至少配备 1 名中医类别或中西医结合类别执业医师。

#### 4.2.3 康复治疗师

至少配备 2 名以上康复治疗师（士）。康复治疗师（士）应符合以下条件：通过全国卫生专业技术资格康复治疗师（士）考试并取得康复治疗师（士）资格证书，同时接受过脑瘫儿童康复知识专业培训并获得培训证书。

#### 4.2.4 扩展配置

应根据康复服务量的变化与地区实际，按比例合理配置相应的执业医师和康复治疗师（士）。有条件的机构宜配备康复专科护士、心理咨询师、特殊教育教师和社会工作者等。

## 5 资源配置

### 5.1 建筑要求

无障碍设计规范应符合GB 50763的要求。

## 5.2 功能区域要求

应设置具备与开展评估和治疗等功能相匹配的区域，至少设有评估室、运动治疗和作业治疗区域。

收治规模较大的机构宜设立物理因子治疗、言语治疗、感觉统合训练、传统医学康复等区域，如有条件可设立辅具展示或配置等区域。

## 5.3 场地要求

### 5.3.1 场地环境

应符合无障碍要求，走廊有扶手，有防滑、防撞等安全措施以及无障碍设施。

室内色彩、装饰应适合儿童的特点，墙角宜采用软体包装。

地板、墙壁、天花板及有关管线应易于康复设备、器械的牢固安装、正常使用和经常检修。物理因子治疗场地地面应绝缘，高频治疗仪器应配有合格的屏蔽装置。

应有良好的室温调节措施，有条件的机构宜安装空调装置。

应提供充分的候诊场所，并配备公共盥洗设施。应设置哺乳室、整理台等，提供饮用热水。

### 5.3.2 面积要求

总面积不小于70 m<sup>2</sup>，各个功能区域可以共用，或与成人康复场地兼用。各个区域应满足评估和治疗的使用要求，有足够的使用空间，面积要求参见表1。

表1 功能区域面积要求

功能区域	最小面积
评估室	不小于15 m <sup>2</sup>
运动治疗室	不小于30 m <sup>2</sup>
作业治疗室	不小于20 m <sup>2</sup>
言语治疗室	不小于10 m <sup>2</sup>
感觉统合训练室	不小于30 m <sup>2</sup>
物理因子治疗室	不小于15 m <sup>2</sup>
传统医学康复室	不小于10 m <sup>2</sup>

## 5.4 设施设备

### 5.4.1 康复训练器械

治疗室配备的康复训练器械应符合GB 24436的要求。

### 5.4.2 运动治疗室

应配备软垫、楔形垫、滚筒、大龙球、站立架、助行架、拐杖、平行杠、训练阶梯、沙袋、力量训练带、关节量角器、相关评估量表和工具。

宜配备运动治疗床、平板跑步机、功率自行车、股四头肌训练器、训练用轮椅、肌力测定器械等。

### 5.4.3 作业治疗室

应配备软垫、专用桌椅、上肢和手功能训练辅具（插件、螺栓、拼板、积木、训练泥、书写用具、沙袋、哑铃、上肢关节活动度训练器、墙拉力器等）、日常生活活动能力训练用具、手指和上肢矫形器或支具（拇指矫形器、前臂旋后功能矫正带等）、关节量角器、相关评估量表和工具。

### 5.4.4 物理因子治疗室

应配备低频、中频治疗仪、红外线。

宜配备超声、生物反馈等治疗设备。

### 5.4.5 言语治疗室

应配备实物、挂图、认知训练卡片、口腔功能训练辅具、非语言交流沟通用具、录音机、相关评估量表和工具等。有条件的机构宜配备吞咽功能治疗相关设备。

#### 5.4.6 传统医学康复室

宜配备针灸用具，推拿按摩床、器具及用品等。

#### 5.4.7 急救备用品

包括常用急救药品和器材。应配备吸痰器、简易呼吸器、除颤仪及抗癫痫、抗过敏等急救药品，并每月进行1次急救设备检查。

### 6 服务提供

#### 6.1 总体原则

##### 6.1.1 尽早干预

积极与社区所在妇女儿童保健机构、早期教育等相关机构联合开展脑瘫的预防和早期筛查工作，开展和配合做好脑瘫高危儿随访工作，针对脑瘫高危儿和脑瘫儿童及其家庭积极开展早期干预。

##### 6.1.2 基于功能的康复目标达成管理

基于《国际功能、残疾和健康分类（儿童与青少年版）》从身体结构与功能、活动和参与以及背景性因素全面评价脑瘫的健康状态，制定以提升活动和参与能力为核心的干预目标，根据功能改变状态及时检核和调整干预目标。

##### 6.1.3 综合干预

脑瘫运动功能障碍以及伴随症状全面影响健康状态，需要由康复医师、康复治疗师、其他医学专业人士、教师、社会工作者、心理咨询师、志愿者等跨专业人员组成的协同服务团队，通过定期会诊、联合评估等机制提供综合的干预方案与措施。全科医生将脑瘫儿童及家庭纳入家庭医生签约服务，全面管理脑瘫儿童及家庭的身心健康。

##### 6.1.4 长期管理

根据脑瘫儿童的发育特性，在生命不同发展阶段关注脑瘫儿童和家庭的优先事项，持续促进脑瘫儿童及家庭的全面健康和生活方式。

##### 6.1.5 社区包容

遵循世界卫生组织《社区康复指南》，积极营造对脑瘫儿童和家庭友善及支持的社区，提供其足够的真实生活场景，结合儿童友好社区建设，整合多层次资源，提供儿童与家庭全方位的服务，并鼓励社区居民参与。

#### 6.2 诊断与转诊

##### 6.2.1 脑瘫和脑瘫高危儿诊断

应由医疗机构内具有医疗资质的相关专业医师开具相关诊断证明。

##### 6.2.2 合并症诊断与转诊

医生应积极处理急性发作的合并症状（癫痫、骨折、吞咽障碍等），慢性合并症应及时转诊至相应的专科。

#### 6.3 服务形式

##### 6.3.1 门诊服务

门诊康复是社区脑瘫康复的主要形式，根据脑瘫儿童的功能发展特性，可以提供强化训练（每周不少于3次）、间歇性训练、家庭康复指导等多种康复形式。

### 6.3.2 住院服务

脑瘫康复不宜采用住院模式。通过评估可为需要喘息服务的家庭提供阶段性专业服务，以缓解其长期照护压力。

### 6.3.3 居家服务

居家服务作为门诊康复服务的补充及延续性服务形式，面向辖区内无法或不便接受门诊服务的对象，通过家庭康复指导、家庭病床等方式提供适配性服务。

## 6.4 服务内容

### 6.4.1 评估

提供运动功能评估，包括姿势与反射、肌张力、肌力、关节活动度、粗大运动功能、上肢运动功能、活动和参与能力等项目的评估，并出具相应的评估结果。

收治规模较大的机构可开展言语语言能力、感觉统合能力、全面发育、认知能力等项目的评估工作，宜开展脑瘫早期筛查相关的各类评估、髋关节脱位监测、视觉功能评估等项目的工作。

### 6.4.2 治疗

提供运动治疗和作业治疗，包括开展基于目标导向的功能训练、姿势控制、关节活动度训练、步行能力训练、上肢运动功能训练和日常生活能力训练等。

收治规模较大的机构可提供物理因子治疗、言语构音以及吞咽功能治疗、认知治疗、感觉统合训练，有条件的机构可提供针灸、推拿、传统医学外治法、肌力训练、有氧训练、配置矫形器和辅具用品、引导式教育、心理干预、音乐治疗、小组团体训练、融合活动等项目。

### 6.4.3 家庭与社区支持

开展家庭和社区等多层面评估，建立基于家庭和社区真实环境的参与能力评价及干预措施，开展针对家长的心理辅导、家庭护理指导，提供关于脑瘫预防、筛查、康复的基础知识、康复机构、特殊教育、福利政策、辅助器具咨询与适配、法律援助等权威、及时、本地化的信息，积极做好相关政策解读与申请协助。

积极与政府机构（残联、民政、妇联等）、社区组织（街道/乡镇办事处、居委会/村委会等）、教育机构、社会机构（社工、志愿者组织等）开展协同合作，通过信息互通、资源共享与流程衔接，提供连续、整合的康复支持服务。

### 6.4.4 医教结合

积极建立和融入所在区域的医教结合工作，提供基于学校环境的功能评估与干预措施，开展康复服务进校园活动。

## 6.5 服务流程

### 6.5.1 全流程管理

服务流程包括功能评估、制定目标、干预计划、实施干预和效果评价，流程图参见附录 A。

### 6.5.2 功能评估

康复医师根据病史和各项检查指标开展相关功能评价，脑瘫儿童应进行粗大运动和手功能分级评价（参见附录 B），脑瘫高危儿应进行运动发育评价，具有伴随症状的脑瘫儿童应整合相应的专科评价结果，评估脑瘫儿童的整体功能与健康状态，确定整体康复干预方向。

### 6.5.3 制定目标

根据脑瘫儿童功能障碍状况，制定以提升活动和参与能力为核心的干预目标，目标应符合 SMART 原则（参见附录 C），积极引导脑瘫儿童尤其家长参与目标的制定。

### 6.5.4 干预计划

根据评估结果和干预目标，在脑瘫儿童和家长参与下共同制定干预计划，包括具体的康复方法（基于循证证据）、干预强度（强化或间歇性）、干预场所（社区康复机构、家庭、学校等）等。

### 6.5.5 实施干预

实施干预前进行治疗风险评估，应与脑瘫儿童及代理人/亲属签署《康复治疗知情同意书》，干预周期中至少每2周开展1次干预目标检核。

### 6.5.6 效果评价

至少每3~6个月开展1次效果评价，包括干预目标达成状况、相关功能障碍改变情况、家长满意度，以及是否有新的伴随症状发生。依据效果评价，确定是否需要改变干预计划、设定新的干预目标、上转上级机构、进入随访流程或终止干预。

### 6.5.7 双向转诊管理

#### 6.5.7.1 双向转诊平台

基层医疗卫生机构可开展远程医疗和会诊服务，积极搭建与上级医疗机构转诊平台，建立双向转诊规范与流程。

#### 6.5.7.2 上级医院下转

积极接收上级医院下转的脑瘫儿童，根据上级医院的转诊要求，复核上级医院的诊断、评估、干预计划，必要时与上级医院对接医生和治疗师协同进行修正或调整，及时提供社区康复服务。

#### 6.5.7.3 上转上级医院

疑难病例可通过远程会诊申请上级医院技术支持或直接转诊；尤其需要督促脑瘫高危儿家长按照上级医院的要求接受定期随访。

## 7 管理要求

### 7.1 制度管理

制定并实施各岗位人员工作制度、康复医生/治疗师的岗位能力培训与评价制度、各项康复评估和治疗技术的操作规范、康复应急处理预案、包括脑瘫高危儿在内的各项随访制度等。

制定并实施患者知情同意制度、消毒隔离制度、安全防护制度、设备设施维修保养制度等。应在开展仪器治疗的醒目区域内张贴相应的操作规范。

### 7.2 病案与信息管理

#### 7.2.1 病案内容

建立康复治疗病案管理制度，记录患者姓名、性别、出生日期、初诊日期、地址、家庭联系方式、主要病史与体检、瘫痪类型与部位、功能分级、阶段治疗计划、治疗处方、评估结果、辅助检查结果、治疗记录、注意事项、知情同意书等。

#### 7.2.2 信息化管理

有条件的机构宜建立脑瘫专病信息管理系统，宜与本机构信息系统对接，与上级医院信息平台互联互通，实时共享各类信息，建立互联网+康复应用，优化社区家庭和康复管理效率。

### 7.3 服务流程管理

#### 7.3.1 康复病案建立率

应在正式开展康复治疗前完成康复病案。在接受过康复治疗的脑瘫儿童中按月统计，计算方法为：  

$$\left( \frac{\text{具有康复病案的例数}}{\text{接受过康复治疗的例数}} \right) \times 100\%$$

#### 7.3.2 功能分级率

应在收治的 2 岁及以上脑瘫儿童中至少完成 2 种以上功能评级。在接受过康复治疗的 2 岁及以上脑瘫儿童中按半年统计，计算方法为：

$(\text{完成 2 种以上功能评级的例数} / \text{接受过康复治疗的例数}) \times 100\%$

### 7.3.3 康复目标制定率

应在正式开展康复治疗前完成康复目标制定。在接受过康复治疗的脑瘫儿童中按月统计，计算方法为：

$(\text{具有康复目标制定计划的例数} / \text{接受过康复治疗的例数}) \times 100\%$

### 7.3.4 康复目标达标检查率

应在收治脑瘫儿童开展康复治疗期间，至少每 2 周检查 1 次康复目标是否达成。在接受过康复治疗的脑瘫儿童中按月统计，计算方法为：

$(\text{至少每 2 周检查 1 次康复目标是否达成的例数} / \text{接受过康复治疗的例数}) \times 100\%$

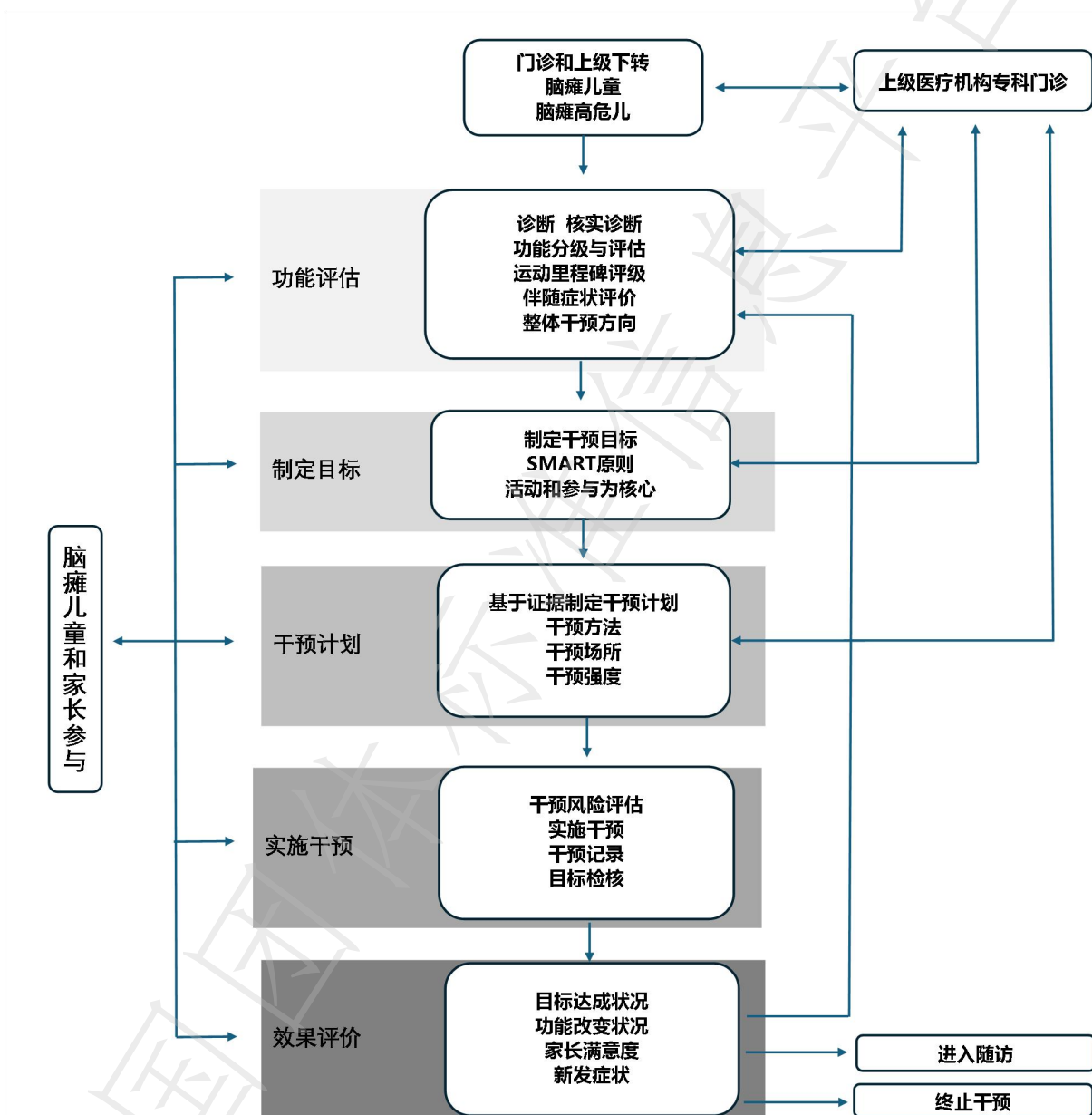
## 7.4 质量控制与改进

每月开展病案专项检查，重点审核知情同意书签署完整性、康复目标制定率与达标检查率、康复治疗记录完成情况、家长满意率和不良反应发生率，形成质量改进报告。

每季度组织多学科协作团队召开案例分析会，邀请上级专家会诊授课。

附录 A  
(资料性)  
基层医疗卫生机构脑瘫儿童康复服务流程

A.1 基层医疗卫生机构脑瘫儿童康复服务流程参见图 A.1。



图A.1 基层医疗卫生机构脑瘫儿童康复服务流程图

## 附 录 B (资料性) 脑瘫功能分级

### B.1 脑瘫粗大运动功能分级系统 (Gross Motor Function Classification System, GMFCS)

#### B.1.1 介绍和使用说明

脑瘫粗大运动功能分级系统是以自发运动为依据,尤其注重于坐(躯干控制)和行走。当我们定义五级分类系统时,主要规范就是各个等级之间运动功能的区分要具有临床意义。各级运动功能水平之间的区别是根据以下3个方面来判断的:功能受到的限制;是否需要辅助技术,包括移动辅助器具(如助行器、拐杖和手杖)和轮椅等;活动质量降低程度。I级包括了神经运动损伤的儿童,他们的功能受限较脑瘫引起的典型功能受限要少,在传统意义上这些儿童会被诊断为“轻度脑功能障碍”或者“轻微脑瘫”。I级和II级之间的区别不象其他级别间那么明显,尤其是对2岁以下的儿童。

焦点在于判断哪个级别能够最好地描述儿童目前的活动能力及其运动功能受到的限制。重点要放在儿童在家里、学校及社区设施中的日常表现,因此重要的是对日常的表现(不是最好能力)进行分类,不包括对预后的判断。必须要记住我们的目的是对儿童当前的粗大运动功能进行分级,而不是评判活动的质量或者进步的潜力。

对于5个级别的描述是概括性的,并不打算描述某个儿童所有方面的运动功能。例如,一个偏瘫的儿童虽然不能够手膝爬行,但如果其他方面都符合级别I的描述,就可以被归类到I级。这个量表是顺序量表,并不说明各个等级之间的差距是相同的,也不说明脑瘫患儿是平均分布在这5个等级中的。我们还提供了区别每相邻两级之间的概括性说明,以帮助判断儿童目前的粗大运动功能最接近于哪个级别。

我们认识到对运动功能的分级是需要依据年龄的,尤其在婴儿期和患儿早期。因此,在各个级别中都对不同年龄段的儿童分别进行了描述。对每个年龄段功能水平及局限性的描述可以作为指南,但不够全面,不能作为规范。小于2岁的儿童如果是早产,就要使用他们的纠正年龄进行判断。

我们努力使观察重点放在儿童的运动功能上而不是他们的局限上。有一个基本原则:如果某个儿童能够完成某个特定级别中的功能,他的粗大运动功能就应该归到这一级或者上一级中去。相反,如果其不能完成某个特定级别中的功能,那么他的粗大运动功能就要被归到低一级中去。

#### B.1.2 小于2岁的分级

I级:可以坐位转换,还能坐在地板上用双手玩东西。能用手和膝盖爬行,能拉着物体站起来并且扶着家具走几步。18个月~2岁的儿童可以不用任何辅助设施独立行走。

II级:儿童可以坐在地板上但是需要用手支撑来维持身体的平衡,能贴着地面匍匐爬行或者用双手和膝盖爬行,有可能拉着物体站起来并且扶着家具走几步。

III级:需要在下背部有支撑的情况下维持坐姿。还能够翻身及用腹部贴着地面爬行。

IV级:可以控制头部,但坐在地板上的时候躯干需要支撑,可以从俯卧翻成仰卧,也可能从仰卧翻成俯卧。

V级:生理上的损伤限制了其对自主运动的控制能力,在俯卧位和坐位时不能维持头部和躯干的抗重力姿势。只能在大人的帮助下翻身。

#### B.1.3 2~4岁的分级

I级:可以坐在地板上双手玩东西。可以在没有大人帮助下完成地板上坐位和站立位的姿势转换,把行走作为首选移动方式,并不需要任何助步器械的帮助。

II级:可以坐在地板上,但当双手拿物体的时候可能控制不了平衡,可以在没有大人帮助的情况下自如地坐位转换。可以拉着物体站在稳定的地方。可以用手和膝交替爬行,可以扶着家具慢慢移动,首选的移动方式是使用助步器行走。

III级:可以用“W”状的姿势独自维持坐姿(坐在屈曲内旋的臀部和膝之间),并可能需要在大人帮助下维持其他坐姿。腹爬或者手膝并用爬行是首选的自身移动的方式(但是常常不会双腿协调交替运动),能拉着物体爬起来站在稳定的地方并作短距离的移动,如果有助步器或者大人帮助掌握方向和转弯,可能可以在房间里短距离行走。

IV级：能坐在椅子上，但需要依靠特制的椅子来控制躯干，从而解放双手。可以在大人的帮助下或者在有稳定的平面供他们用手推或拉的时候坐进椅子或离开椅子，顶多能在大人的监督下用助步器走一段很短的距离，但很难转身也很难在不平的平面上维持身体平衡。在公众场所不能独自行走。能在动力轮椅的帮助下自己活动。

V级：生理上的损伤限制了其对随意运动的控制以及维持身体和头部抗重力姿势的能力，各方面的运动功能都受到限制，特殊器械和辅助技术并不能完全补偿其在坐和站能力上的功能限制，没有办法独立行动，需要转运。部分儿童能使用进一步改造后的电动轮椅进行活动。

#### B.1.4 4~6岁的分级

I级：可以在没有双手帮助的情况下坐上、离开或者坐在椅子上。可以在没有任何物体支撑的情况下从地板上或者从椅子上站起来，可以在室内室外走动，还能爬楼梯，正在发展跑和跳的能力。

II级：可以在双手玩东西的时候在椅子上坐稳，可以从地板上或者椅子上站起来，但是经常需要一个稳定的平面供他们的双手拉着或者推着。可以在室内没有任何助行器的帮助下行走，在室外的水平地面上也可以走上一小段距离，可以扶着扶手爬楼梯，但是不能跑和跳。

III级：可以坐在一般的椅子上，但是需要骨盆或躯干部位的支撑才能解放双手，在坐上和离开椅子的时候需要一个稳定的平面供他们双手拉着或者推着。他们能够在助行器的帮助下在水平地面上行走，在成人的帮助下可以上楼梯。但当长距离旅行时或者在室外不平的地面无法独自行走。

IV级：可以坐在椅子上，但是需要特别的椅子来控制躯干平衡从而尽量地解放双手，坐上或者离开椅子的时候，必须有大人的帮助，或在双手拉着或推着一个稳定平面的情况下才能完成，顶多能够在助行器的帮助和成人的监视下走上一小段距离，但是很难转身，也很难在不平的地面上维持平衡，不能在公共场合自己行走，应用电动轮椅的话可以自己活动。

V级：生理上的损伤限制了其对自主运动的控制，也限制了其维持头部和躯干抗重力姿势的能力，各方面的运动功能都受到了限制，即便使用了特殊器械和辅助技术，也不能完全补偿其在坐和站的功能上受到的限制，完全不能独立活动，部分儿童通过使用进一步改造过的电动轮椅可能进行自主活动。

#### B.1.5 6~12岁的分级

I级：儿童能在家中、学校、户外和社区步行。可以在身体没有获得他人帮助的情况下，上下路边台阶，并且上下楼梯时不需要扶手。儿童具有跑跳能力，但是在速度、平衡和协调性方面受到一定程度的限制。儿童能根据个人喜好及环境因素参与体力活动和体育运动。

II级：儿童能在大多数环境中步行。当长距离步行时，或在不平坦地面、狭窄拥挤的场所、有斜坡的地方以及携带物体步行需要维持平衡时，儿童可能会感到困难。上下楼梯时，儿童需要借助扶手，若没有扶手，身体需要获得他人帮助。在户外和社区进行长距离移动时，儿童的身体需要获得他人帮助，需要使用手持或带轮子的移动器材。最佳粗大运动技能是勉强拥有跑和跳的能力。由于儿童粗大运动技能受限，需要进行调整，使儿童能够参与体力活动和体育运动。

III级：在大多数室内环境下，儿童需要使用手持移动器材步行。坐位时需要使用座位固定带稳定骨盆位置和保持平衡。当儿童进行坐位到站立位以及地面到站立位等体位转换时，需要通过他人或支撑面的帮助才能完成。长距离移动时儿童需要使用带轮子的移动器材。在他人看护或身体获得他人帮助情况下，儿童能上下带有扶手的楼梯。由于儿童步行能力有限，需要进行调整，包括使用手动轮椅或电动移动器械，使儿童能够参与体力活动和体育运动。

IV级：在大多数情况下，儿童需要获得他人帮助或通过电动移动器械实现移动。需要使用改造过的座椅来控制躯干和骨盆，需要他人给予身体上的帮助儿童才能实现体位转换。在家中儿童的移动方式有：地面移动（采用翻身、腹爬或四点爬）；或在身体获得他人帮助时能短距离步行；或使用电动器械移动。当儿童被放置在躯干支撑步行器时，可以在家中或学校内实现移动。在学校、户外或社区中，需要使用手动轮椅或电动移动器械转运儿童。由于儿童移动能力有限，需要进行调整，包括身体获得他人帮助、和/或使用电动移动器械，使儿童能够参与体力活动和体育运动。

V级：在所有情况下，都需要使用手动轮椅来转运儿童。儿童只能有限地维持头部抗重力、保持躯干姿势及控制上下肢运动。需要使用辅助技术来改善儿童的头部位置、坐姿、站立和/或移动能力，但是辅助技术无法完全补偿受限的能力。体位转换时完全需要成人帮助。在家中，儿童能在地面短距离移动，或者需要成人抱着移动。通过使用座椅和控制系统被广泛改造的电动移动器械，儿童可能可以实现

自身移动。由于儿童移动能力有限，需要进行调整，包括身体获得他人帮助和使用电动移动器械，使儿童能够参与体力活动和体育运动。

### B.1.6 12~18岁的分级

I级：青少年能在家中、学校、户外和社区步行。可以在身体没有获得他人帮助的情况下，上下路边台阶，并且上下楼梯时不需要扶手。青少年具有跑跳能力，但是在速度、平衡和协调性方面受到一定程度的限制。青少年能根据个人喜好和环境因素参与体力活动和体育运动。

II级：青少年能在大多数环境中步行。环境因素（例如：地面不平坦、斜坡、长距离、时间限制、气候以及同伴的接受度）和个人喜好会影响青少年对移动方式的选择。在学校和工作场所，需要使用手持移动器材确保安全。在户外和社区进行长距离移动时，需要使用带轮子的移动器材。在上下楼梯时，青少年需要借助扶手，若没有扶手，身体需要获得他人帮助。由于青少年粗大运动技能受限，需要调整，使青少年能够参与体力活动和体育运动。

III级：青少年能使用手持移动器材完成移动。与其他级别相比，III级青少年移动方式由于受到身体能力、环境和个人因素的影响而表现出多样性。坐位时需要使用座位固定带稳定骨盆位置和保持平衡。当青少年进行坐位到站立位以及地面到站立位等体位转换时，需要通过他人或支撑面的帮助才能完成。在学校，青少年能使用手动轮椅或电动移动器材。在户外和社区，需要使用轮椅或电动移动器材转运青少年。在他人看护或身体获得他人帮助情况下，青少年能上下带有扶手的楼梯。由于青少年步行能力有限，需要调整，包括使用手动轮椅或电动移动器械，使青少年能够参与体力活动和体育运动。

IV级：青少年在大多数情况下需要使用带轮子的移动器材。需要改造过的座椅来控制躯干和骨盆。需要一到两个人给予身体上的帮助青少年才能实现体位转换。青少年能通过下肢支撑体重来帮助实现站立位状态下的位置转换。在室内，青少年在身体获得他人帮助时能短距离步行；能使用带轮子的移动器材，或被放置在躯干支撑步行器后实现移动。青少年有能力操作电动轮椅。没有电动轮椅时，需要使用手动轮椅转运青少年。由于青少年移动能力有限，需要调整，包括身体获得他人帮助、和/或使用电动移动器械，使青少年能够参与体力活动和体育运动。

V级：在所有情况下，都需要使用手动轮椅来转运青少年。青少年只能有限地维持头部抗重力、保持躯干姿势及控制上下肢运动。需要使用辅助技术来改善青少年的头部位置、坐姿、站立和移动能力，但是辅助技术无法完全补偿受限的能力。需要一到两个人给予身体上的帮助或使用机械起重机青少年才能实现体位转换。通过使用座椅和控制系统被广泛改造的电动移动器械，青少年可能可以实现自身移动。由于青少年移动能力有限，需要调整，包括身体获得他人帮助和使用电动移动器械，使青少年能够参与体力活动和体育运动。

## B.2 脑瘫儿童手功能分级系统（Manual Ability Classification System, MACS）

### B.2.1 介绍和使用说明

MACS分级是针对脑瘫儿童在日常生活中操作物品的能力进行分级的系统。MACS旨在描述哪一个级别能够最佳反映儿童在家庭、学校和社区中的日常表现，评定日常活动中的双手参与能力，并非单独评定每一个手。

### B.2.2 1~4岁的分级

I级：成功且轻松地操作物体。在要求双手准确性和协调性的操作中可能有轻微的限制，但仍能够完成。比起同龄儿童在操作物体时需要成人稍多的帮助。

II级：能操作大多数物体，但在完成的质量和/或速度上稍有降低。一些动作仅仅艰难地或在练习之后才能被执行和完成。儿童会尝试采用代偿方式，比如仅仅使用单手。比起同龄儿童在操作物体时需要成人更频繁的帮助。

III级：困难地操作物体。执行缓慢，动作的变化和质量受限。可短时间独立操作易于抓握的物体。儿童在操作物体时经常需要成人的帮助和支持。

IV级：只能采用简单的动作来操作易于控制的物体，且物体的选择是有限的。动作执行缓慢，费力和/或精确度随机。儿童在操作物体时需要成人持续的帮助和支持。

V级：不能操作物体，甚至执行简单的动作都严重受限。在成人不断干预下，儿童最多能推、碰、压或握一些部分。

### B.2.3 4~18岁的分级

I级：能轻易成功地操作物品最多只在手部操作的速度和准确性（操作轻易性）上表现出能力受限，然而这些受限不会影响日常活动的独立性。

II级：能操作大多数物品，但在完成质量和/或速度方面受到一定影响在避免某些活动或完成某些活动时可能有一定难度；会采用另外的操作方式，但是手部能力通常不会限制日常生活的独立性。

III级：操作物品困难，需要帮助准备和/或调整活动操作速度慢，在质量或数量上有限程度地成功完成；如果对活动进行准备或调整，仍能进行独立操作。

IV级：在调整的情况下，可以操作有限的简单物品，通过努力可以完成部分活动，但是完成的成功度有限，部分活动需要持续的支持和帮助和/或调整设备。

V级：不能操作物品，进行简单活动的的能力严重受限。完全需要辅助。

## 附 录 C

(资料性)

## 康复目标制定 SMART 原则

目标管理的SMART原则是一个非常经典且实用的工具，用于设定有效、清晰且可执行的目标。它确保目标不仅仅是愿望或想法，而是能够引导行动、衡量进展并最终实现的具体计划。在脑瘫康复中具体表述为：

S - Specific (具体的)：目标应清晰、明确，不能模糊或笼统。

M - Measurable (可测量的)：应包含可以量化或至少可以明确评估进展和最终是否达成的规范。

A - Achievable (可达成的)：目标应现实可行，在现有能力水平范围内能够通过挑战能实现的。

R - Relevant (相关的)：基于脑瘫儿童和家长在其特定生活状况中优先需求考虑而选择的。

T - Time-bound (有时限的)：所有目标都是为特定时间段设定的。

## 参 考 文 献

- [1] DB31/T 548-2011 脑瘫儿童康复管理规范
- [2] T/CARD 003-2020 脑性瘫痪儿童康复服务
- [3] 中国康复医学会儿童康复专业委员会, 中国残疾人康复协会小儿脑性瘫痪康复专业委员会, 中国医师协会康复医师分会儿童康复专业委员会, 等. 中国脑性瘫痪康复指南(2022) 第一章: 概论[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2022, 37(12):887-892. DOI:10.3760/cma.j.cn101070-20220505-00500.
-