

对我国儿童低视力康复的一些思考

曹紫玄,王萌,陆悦美,王正,朱磊,王祎,朱昭锦

【关键词】 儿童低视力;低视力康复

【中图分类号】 R49;R776.1 【DOI】 10.3870/zgkf.2015.02.026

社会的发展和康复意识的逐渐增强,给儿童视力残疾康复提供了一个良好的政策环境。2009年~2011年,中央财政安排专项补助资金,支持各地实施“中国残联贫困残疾儿童抢救性康复项目”。“0~6岁残疾儿童抢救性康复工程”相继在各省市区展开,这其中,对视力残疾儿童实施康复训练、验配助视器等成为重点实施项目。

1 儿童低视力康复面临的一些问题

1.1 儿童低视力康复三级服务网络不完善 目前,低视力残疾儿童康复定点机构多集中在眼科医疗机构。能够满足低视力儿童基本康复需求的低视力市、区、街道三级服务网络尚未建立。而社区医疗服务机构由于缺少人才及长效管理机制,儿童低视力康复水平较低,无法发挥社区康复应有的优势。

1.2 低视力康复辅助产品的种类少、质量不高 助视器质量问题,对助视器认识不足、缺少正确指导,对助视器过度依赖、错误使用,是低视力儿童常常经历的问题^[1]。虽然中国盲文出版物从过去的几十种增加到一千多种,从触摸式的盲文书、语音式有声书,到大规模增加的大号字教材,将触、听、视阅读相结合,以此满足更多盲人及低视力受众,但是对于低视力儿童来说,现有的精细串珠、放大的字卡、有声读物刺激模式较为单一,趣味性较差,无法吸引孩子主动参与到治疗性活动中来,极大地限制了对儿童早期视觉功能的开发和功能性视力康复训练的开展。不能让儿童更好的获得功能性视力的低视力康复,不仅会让儿童难以掌握视觉技巧,失去信心,家长的期待也会渐渐消失,最终放弃康复治疗,耽误对孩子视力的发掘。

1.3 低视力儿童教育问题面临一定挑战 低视力儿童的随班就读工作也面临着许多现实的问题,普通学校接受视力障碍儿童的意愿不高,而已经接受低视力儿童的普通学校,低视力学生助视器的质量、验配和康复训练又严重不足^[1]。在盲校等特殊教育机构中,低视力儿童多为寄宿学生,接触社会机会少,往往社会适应能力差,加上受视力的影响,这些儿童的姿势调节能力、语言表达能力、数学能力、逻辑分析能力往往不高,对社会和自我判断能力较差,未来发展让人担忧。

1.4 对儿童低视力康复的认识存在误区 低视力康复是通过为低视力患者验配适当的助视器具并进行适当的视力康复技术,训练患者使用剩余视功能,从而提高其在日常生活和工作中解决困难的能力。对儿童低视力康复工作的错误认识,在一定程度上制约着儿童低视力康复的发展。①认为低视力康复的目的是提高视力。儿童低视力康复是一个系统工程,涉及医疗、康复、教育、社会保障等多个领域的工作。传统眼科医疗中医生关注的是如何认识和控制疾病,医生进行视觉功能检查的目的是帮助诊断治疗眼科疾病。低视力康复工作看重的是明确视觉损害的特征,服务于患者的视觉康复需求,更好地发挥患者的残余视力,改善知觉过程,减少残疾,提高患者的生活质量。②剥夺孩子早期视觉经验,不重视多种感觉的促通。早期视觉经验对视觉通路及其他感觉皮层的形成起着至关重要的作用,同时也很大程度的帮助儿童整合各种感觉信息^[2]。在发育的关键期内,视觉皮层的可塑性非常高,视觉经验可以使其发生永久性广泛性的改变^[3]。有研究表明,对部分皮质盲的患者进行重复的视速刺激后可以提高他们的视功能^[4]。早期而持续的视觉干预对于促进低视力儿童视觉皮层发育、提高视功能来说有着至关重要的作用。另外,Burton等^[5]发现视力的减少或丧失并不会导致视觉皮层永久的丧失活动,视觉发育与其他感觉的发育有着密切的关系。Goldreich等^[6]的研究证实视觉与触觉认知在低视力患者中存在交互

收稿日期:2014-12-12

作者单位:南京中医药大学第二临床医学院康复治疗系,南京 210023

作者简介:曹紫玄(1993-),女,本科在读,主要从事康复治疗方面的研究。

通讯作者:王萌,4_212576@126.com

作用,而中国科学院心理研究所也发现视觉背侧通路
与嗅觉系统亦可能存在交互作用^[7]。对低视力儿童进
行多感觉统合训练,亦有可能促进其视觉皮层的发育,
整合各种感觉信息。③认为低视力儿童的视力变化发
展空间不大。视觉发育是一个持续的过程,有一些区
域,如视网膜定位区和突触连接部位,即使是到了成人
期仍然可以发生一些改变^[8]。坚持进行视力康复训
练,低视力儿童依然有机会获得较好的视觉功能。随
着医学的发展,病因学治疗、基因治疗的研究越来越
广泛。低视力康复的重要内容之一是训练患者使用残
余视力,提高生活质量,而残余眼组织功能的保留,对
低视力儿童未来视觉系统的重建有重要潜在价值。

2 建议

2.1 增强“儿童低视力康复”意识 适当的视觉康
复技术的应用,可以帮助获得某种程度的视觉功能改
善和生活质量的提高^[1]。一方面,加强功能性视力训
练,为儿童提供各种看的机会,鼓励他们更好的使用残
余视力;帮助他们掌握视觉技巧,学会视觉操作,提高利
用自身残余视力的能力。另一方面,从《国际功能、残
疾和健康分类》理论体系看,重视低视力儿童活动和参
与状况,使他们能够更好地融入到日常生活中,为日后
的适应社会打下基础。

2.2 加强跨学科协作,完善低视力康复服务系统 低
视力康复服务依赖于眼科医师、验光师、视觉矫正师、
视觉治疗师、物理治疗师、作业治疗师、职业治疗师、心
理治疗师、社会工作者等人员,采用跨专业合作、多学
科整合的形式为低视力患者评估和制定康复计划,指
导低视力儿童使用残余视力和助视器,提供全面的、具
有针对性的服务。低视力康复的服务系统可选择范围
很大,如在医院、社区诊所、视光学院、眼科医院、盲
人及低视力康复中心、健康中心、教育机构、学龄前儿
童规划和家庭中都可以进行康复工作^[9]。社区低视力康
复的开展,为低视力家庭的参与、社会融合提供了可
能,可弥补机构式康复的不足,获得较好的康复效果。
我国各地区低视力康复水平尚存在一定差异,这就
要求从事低视力康复的康复治疗师,进一步提高专业
水平,与国际先进水平接轨,避免出现工作上的偏差。
另外,高校作为输送人才的重要基地,可以加强对眼
视光学、康复治疗学、临床医学、教育学等专业学
生跨专业意识的教育和培养,为临床跨专业工作更
好的开展奠定基础。

2.3 激活低视力康复创新能力 低视力康复创新能

力的激活需要低视力康复辅助产品的开发与创
新。通过提高视觉对比度、运动效果,增加视觉体
验,提供多感官刺激的机会,低视力康复玩具可以
为低视力儿童开启感知世界万物的窗口。低视力
玩具的创新开发离不开玩具设计师、玩具安全检
测工程师、儿童心理学家、儿童教育学家、康
复治疗师、眼科专家共同组成设计创新团队,以
满足低视力儿童的需求。

3 小结

我国的儿童低视力康复服务工作目前为止已
经取得了一些成绩,对儿童低视力康复的认识也
逐渐增强。但这其中还是存在着一些认识上的偏
差和误区,低视力康复工作的重视程度较低,与
发达国家相比服务水平也存在着一定的差距,这
些都在一定程度上制约着我国儿童低视力康复
的发展。通过增强对低视力康复的认识和理解,
完善儿童低视力康复服务内容,提高低视力康
复创新能力,可以推动儿童低视力康复的发展,
使低视力儿童得到更专业全面的康复服务。

【参考文献】

- [1] 刘熙朴. 低视力康复:我们面临的挑战[J]. 中华眼视光学与视觉科学杂志, 2013, 15(8): 449-453.
- [2] Fazzi E, Signorini SG, Bova SM, et al. Early intervention in visually impaired children[J]. International Congress Series, 2005, 128(2): 117-121.
- [3] Gelesia GG. Visual Plasticity and its Clinical Applications [J]. J Physiol Anthropol Appl Human Sci, 2005, 24(1): 23-27.
- [4] Pleger B, Foerster AF, Widdig W, et al. Functional magnetic resonance imaging mirrors recovery of visual perception after repetitive tachistoscopic stimulation in patients with partial cortical blindness[J]. Neurosci Lett, 2003, 33(5): 192-196.
- [5] Burton H. Visual cortex activity in early and late blind people[J]. J Neurosci, 2003, 23(11): 4005-4011.
- [6] Goldreich D, Kanics IM. Tactile acuity is enhanced in blindness[J]. J Neurosci, 2003, 23(3): 439-445.
- [7] Shenbing K, Tao Z. Smelling directions: Olfaction modulates ambi-guous visual motion perception[J]. Scientific Reports 2014, 26(4): 5796-5802.
- [8] Restrepo CE, Manger PR, Spenger C, et al. Immature cortex lesions alter retinotopic maps and interhemispheric connections[J]. Ann Neurol, 2003, 54(1): 51-65.
- [9] Jonathan J, James SW. Low Vision Manual[M]. United Kingdom: Butterworth-Heinemann, 2007, 340-342.