

ICS 03.080

CCS A 12

团 体 标 准

T/CAAP XXXX—20XX

儿童语言发育迟缓康复服务规范

Specification for the assessment services of children with language
development delay

(征求意见稿)

20XX - XX - XX 发布

20XX - XX - XX 实施

中国康复辅助器具协会 发布

目 次

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 康复流程 1

 4.1 流程图 1

 4.2 病史采集 2

 4.3 初步筛查 2

 4.4 专项评估 2

 4.5 诊断 3

 4.6 干预训练 4

5 康复条件 5

 5.1 场地条件 5

 5.2 人员条件 5

 5.3 设施、设备条件 5

6 服务质量控制 5

 6.1 评估体系 5

 6.2 继续教育 5

 6.3 评估方式 6

附录 1 7

参 考 文 献 13

前 言

本文件按照 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。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中国康复辅助器具协会提出并归口。

本文件起草单位首都医科大学附属北京儿童医院、五彩鹿（北京）科技有限责任公司、北京微笑之虹健康管理有限责任公司、中国听力语言康复研究中心、北京语言大学、中国康复研究中心、首都医科大学附属北京友谊医院、山东省康复研究中心、北京首科医谷国际科技发展有限公司

本文件主要起草人：梁爱民、曲春燕、史泱、奚旻哲、杨钰婷、刘虹志、赵娜、尹梦雅、张芳、陈傲、张庆苏、李革临、孙毅。

引 言

儿童语言发育迟缓是指儿童的语言发展落后于同龄正常儿童语言水平，智力低下、听力障碍、构音器官疾病、中枢神经系统疾病、语言环境不良等因素均是儿童语言发育迟缓的常见原因。若发现儿童有语言发育迟缓现象，应努力查找病因。若儿童无明确原因出现的语言发育明显延迟现象，则称为特发性语言发育障碍或发育性语言迟缓。对语言发育迟缓儿童进行早期全面评估、及时明确诊断及制定后续康复计划是让他们尽早摆脱障碍影响，获得身心全面发展的必要条件。由于长期以来缺少评估、诊断、康复标准，不同层级机构之间条件差异巨大，评估、诊断、康复的标准不一，不但难以保障语言发育迟缓儿童的康复权益，还会阻碍语言发育迟缓康复服务供给的整体水平与高效的发展。

制定本文件的目的是为了解决当前语言发育迟缓儿童缺乏规范康复服务标准的问题，健全残疾人帮扶制度，完善关爱服务体系的重要举措，以期进一步规范语言发育迟缓儿童康复服务流程，加强对从业人员的规范化指导，不断增强语言发育迟缓康复服务的专业性和科学性，进而提升儿童语言发育迟缓康复服务质量与水平，保障语言发育迟缓儿童的权益，促进行业可持续、高质量发展。

该规范现已在首都医科大学附属北京儿童医院、中国听力语言康复研究中心、中国康复研究中心、首都医科大学附属北京友谊医院、山东省康复研究中心等医院语言康复科和微笑彩虹、五彩鹿等语言康复机构试行。康复治疗师依据规范，对有语言发育迟缓表现的儿童进行相应的评估，更全面精准地掌握儿童语言发育情况，有助于指导治疗师进行下一步康复服务。此规范的运用显著提升了试用机构的言语语言康复能力和规范化管理水平。

儿童语言发育迟缓康复服务规范

1 范围

本文件确立了儿童语言发育迟缓康复服务原则，提供了儿童语言发育迟缓评估、诊断、康复的条件、流程、内容和服务质量控制的建议。

本文件适用于未满 18 周岁的儿童的语言发育迟缓的康复服务工作。

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文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

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文件。

3.1 语言 language

人类社会形成的交际和人类思维的工具。

注：可分为言语（口头语言）和非言语（图片、文字、手势、肢体动作等）的形式。

3.2 儿童语言发育迟缓 children with language development delay

各种原因引起的儿童口头表达能力或语言理解能力明显落后于同龄儿童的正常发育水平的表现。

3.3 康复 rehabilitation

依据 GB/T 41843，综合协调地应用各种措施，消除或减轻病、伤、残对个体生理、心理、社会功能的影响，使个体在生理、心理和社会功能方面达到和保持最佳状态。

4 康复流程

4.1 流程图

儿童语言发育迟缓康复服务宜遵循病史采集、初步筛查、专项评估、诊断、干预训练、成果监控的常规流程，在一段时间的康复训练和成果监控之后，宜按照各项评估的要求和儿童实际的需要进行复评复诊。流程中专项评估分为感知觉评估、精神智力评估、语言沟通评估以及病因学检查四个部分。一般情况下为尽可能避免漏筛的情况出现，这四个部分宜从前往后依次开展。

语言沟通评估中分为接受性语言评估和表达性语言评估两个部分，接受性语言评估需要考虑言语和非言语两个方面，而表达性语言评估除了考虑这两个方面外，还需要考虑语言表达的结构性评估。

具体的流程详见图 1。

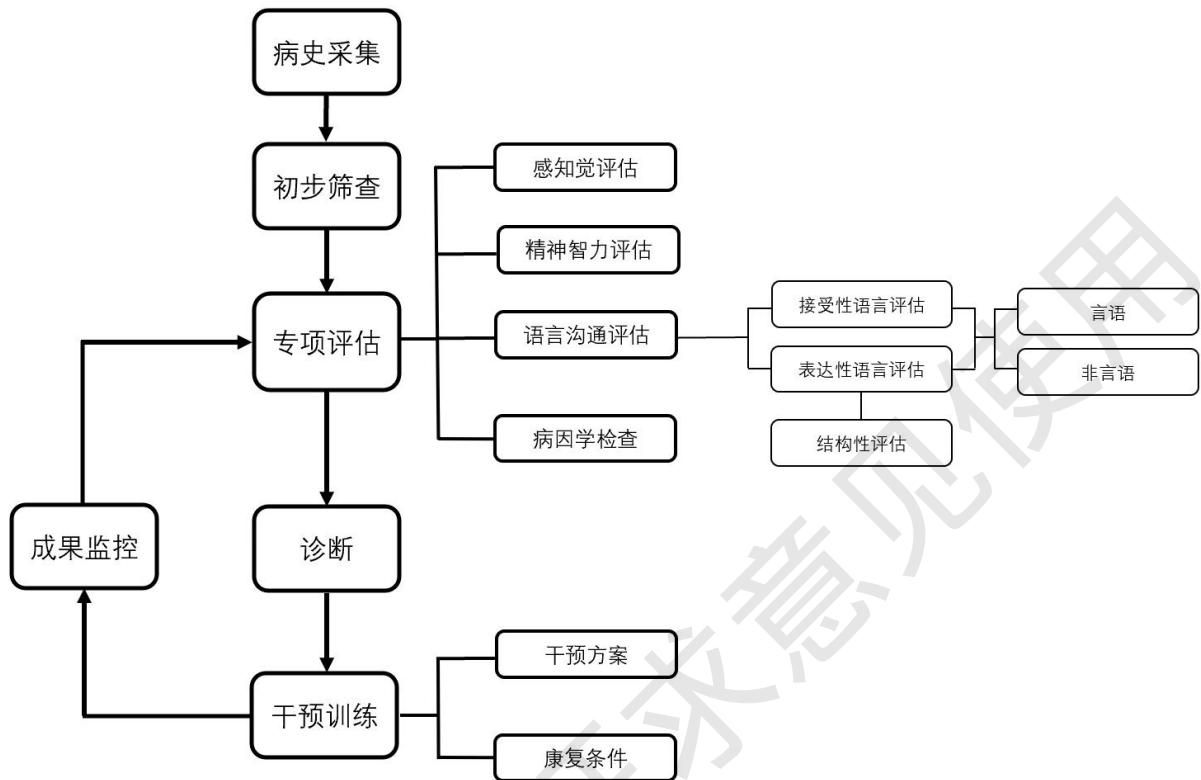


图 1 儿童语言发育迟缓康复服务流程

4.2 病史采集

对儿童语言发育迟缓的病史进行全面完整的采集，包括主要症状、语言发展过程、家庭语言环境、家族史、养育史、伴随症状、前期训练情况等。

4.3 初步筛查

通过综合性的筛查量表和辅助评估，对儿童进行初筛，全面了解儿童整体发育状况，关注儿童语言沟通能力的发展，为初诊医生和家长提供可能的语言发育迟缓预警。

具体筛查内容和条目参考附录 1。

4.4 专项评估

通过专项的语言能力评估，对儿童语言发育迟缓的类型、程度、是否有伴随症状、可能的病因等情况进行进一步筛查和测评，为诊断提供切实依据。进行专项评估时，宜采用正式评估（测验式评估/结构化评估）和非正式评估（访谈式评估）相结合的方式。

4.4.1 评估内容

儿童语言发育迟缓病因具有复杂性、隐蔽性、滞后性，宜从感知觉评估、精神智力评估、语言沟通能力评估和基因、代谢、影像学检查等多方面共同开展，优先排除继发性语言发育迟缓。

具体评估内容和条目参考附录 1。

4.4.1.1 感知觉评估：

主要包括听力筛查、视力筛查和感觉统合评估。

4.4.1.2 精神智力评估：

主要分为孤独症筛查、智力评估和心理评估三个部分。儿童语言发育迟缓应排查孤独症、智力障碍、心理疾病等导致的语言发育落后。

4.4.1.3 语言沟通能力评估：

应以儿童和家庭为中心，包括康复医师、言语治疗师或康复教师在内的跨专业团队共同完成。包括接受性语言评估（语言理解）和表达性语言评估（语言表达）两个大的领域。

4.4.1.4 病因学检查：

对伴有认知、运动落后的全面发育迟缓的语言问题患儿，宜申请头颅磁共振、脑电图、遗传代谢检测，以排查可能病因。对有发育缺陷综合征特殊体征的儿童，可选择相应的染色体和基因检测，以明确遗传病因、确定干预方案。

4.4.2 评估数据分析

根据观察、访谈及评估结果对儿童的语言功能做出判断，包括语言能力、严重程度、预后及干预建议和撰写评估报告。根据语言能力及相关能力的评估结果，结合观察以及对儿童背景资料的掌握进行综合分析，判断该儿童是否存在语言障碍。基于评估数据，判断儿童语言障碍的严重程度。确定了儿童语言功能的状况以及原因后，给出是否需要干预以及干预、预后的建议。

将上述儿童的一般情况、评估结果、严重程度、干预及预后建议 4 个方面进行整合形成评估报告。评估报告是制定干预计划的依据，宜使用客观、清晰、简洁、专业的语言，明确儿童是否需要干预、干预的重点以及目前干预是否有效等。

4.5 诊断

应根据评估报告，并结合儿童表现进行诊断。

若儿童有以下表现，且评估报告显示语言能区明显落后于同龄儿童，可初步诊断语言发育迟缓。

4.5.1 儿童语言发育迟缓主要表现：

- a) 在不同语言领域内（听、说、读、写），学习和运用语言的能力皆有长期困难，常包括低词汇量，牵强的组词组句能力，叙事、对话困难。
- b) 初发于儿童发育早期，儿童语言能力大幅度、可量化地低于同龄儿童语言水平，并导致儿童无法正常社交、无法与他人交流、跟不上课业等。
- c) 并非由听力或其他感官损伤、神经运动系统障碍或者其他精神类障碍引起。

4.5.2 鉴别诊断

根据评估结果排除因听力障碍、视力障碍、脑瘫、孤独症谱系障碍、智力障碍、选择性缄默、脑外伤等疾病导致的语言障碍。

4.5.3 转介

因听力障碍、视力障碍、脑瘫、孤独症谱系障碍、智力障碍、选择性缄默、脑外伤等疾病导致的语言障碍应根据病史、临床表现、评估及相关检验检查，诊断为相关精神和神经系统疾病的

儿童应及时转诊至相关专业门诊治疗，同时进行语言障碍的干预与康复。

4.6 干预训练

4.6.1 干预原则

4.6.1.1 尽早干预原则

确诊语言发育迟缓的儿童应尽早及时行语言康复。

4.6.1.2 综合全面原则

干预方案的制定应综合儿童的基本信息、病史、听觉能力、语言能力、构音能力、构音器官的结构和功能、认知理解、神经发育、行为发育等情况。

干预应全面化，多领域整合，不仅关注语言本身，还应整合认知、社交、情感、运动、感知觉等发展领域。

4.6.1.3 阶段性原则

干预训练应在儿童的最近发展区范围内设定阶段性的短期和长期目标，依据儿童发展的普遍规律循序渐进。

4.6.2 干预方案

4.6.2.1 干预方案制定原则的选择和制定

干预方案应有语言康复治疗师、康复医师和家长的共同参与、制定。康复方案和目标的制定应满足具体化、可测量、可执行、现实相关和有时效性的原则。

- a) 具体化：干预方案应对康复训练目标及达成目标的具体方法进行明确的描述；
- b) 可测量：量化康复训练的目标和方法，使其容易被测量和统计；
- c) 可执行：综合考量儿童的自身因素、家庭因素、康复条件因素，康复方案能够在现阶段的康复条件下执行；
- d) 现实相关：具体的执行方案要和总目标相关，要跟儿童的现实生活相连；
- e) 时效性：干预方案需要对执行的持续时间和回顾调整周期进行相应的规定。

康复过程中宜定期开展效果评估，根据评估结果判断康复效果、分析错误走向，并根据康复效果适时调整干预方案。

4.6.2.2 选择适合的干预模式

4.6.2.2.1 家庭干预模式

引导家长调整和营建有利于儿童语言沟通发展的家庭语言环境，指导家长便于家庭中使用的干预方法，并定期回顾、跟进、调整。对于评估结果显示没有语言理解落后的单纯语言发育迟缓的小龄儿童（<3岁），可主要采取此种干预模式。

4.6.2.2.2 专业机构训练模式

对于3岁以上的语言发育迟缓的儿童，或者是合并智力、社交、运动等其他问题的语言发育迟缓儿童，应采取儿童为中心的个体化训练方式，以语言治疗师为主导，按现有发育水平为起点，

以功能性的语言沟通为方向，遵循儿童发育规律安排阶段性康复任务。相较于传统的言语康复训练，个体化训练应更注重儿童语言发展的可能性和全面性，避免忽视儿童对于辅助性沟通渠道或工具的需求。

4.6.3 干预注意事项：

- a) 应避免直接将评估内容用作干预训练内容；
- b) 不同年龄和不同疾病状态儿童的注意力和配合能力有限，单次干预训练和全天累计训练时间不易过长。年龄 2 岁以下单次不易超过 20 分钟，全天不易超过 1 小时；2-3 岁单次不易超过 30 分钟，全天不易超过 2 小时；3 岁以上单次不易超过 45 分钟，全天不易超过 3 小时；
- c) 语言沟通是社交互动的工具和渠道，康复训练也宜在家庭生活社交互动的过程中展开，注重康复训练的功能性；
- d) 语言发育迟缓的病因复杂，儿童自身发育发展具有个体差异，康复训练需站在儿童发育的角度，综合考虑并协同使用干预方法；
- e) 不易过度依赖电子设备在干预中使用，电子设备会降低儿童的语言表达频率和社交敏感度。

5 康复条件

5.1 场地条件

- 5.1.1 设有相应的场所用于进行儿童各项、各阶段语言功能、认知功能、社交功能、听力功能等评估和训练。
- 5.1.2 评估和训练场所符合国家相关安全和消防规定。
- 5.1.3 无障碍设施应符合 GB 50763 规定。
- 5.1.4 室内的本底噪声 $\leq 45\text{dB (A)}$ 。
- 5.1.5 环境布置整洁舒适。

5.2 人员条件

- 5.2.1 康复机构应有康复医师、言语治疗师或康复教师等专业人员。
- 5.2.2 康复人员应具有专科及以上学历，并具备康复、医疗、教育或护理等专业背景。
- 5.2.3 康复人员可独立完成相关诊疗工作，并熟悉及能够使用常用评估量表。

5.3 设施、设备条件

- 5.3.1 应具有各项评估工具、记录用表、玩教具及儿童桌椅。
- 5.3.2 根据实际情况应配套相应评估、训练设备，根据评估和训练的类型和内容不同所需设备不一，细则参考上文评估、康复流程和附录 1。

6 服务质量控制

6.1 评估体系

宜设立康复质量评估体系，对专业人员数量和水平以及任务完成情况进行评估。

6.2 继续教育

宜制定专业人员继续教育培训计划并实施，保障入职和从业专业人员具备相应的专业知识和

技能。

6.3 评估方式

评估方式包括满意度调查、现场评估、自查报告，宜通过设立意见箱、召开座谈会、家长会、社会投诉等方式进行服务质量的社会监督。

本文件仅供征求意见使用

附录 1

序号	步骤	类别	名称	功能和群体（主要内容）
1	初步筛查	筛查量表	丹佛智能发育筛查测验（Dever Developmental Screening Test, DDST）	该量表用于 0-6 岁儿童发育筛查，测试时间为 15-20 分钟，包括个人-社会、精细动作-适应性、言语、大动作 4 个能区，共 105 个题目，大部分由测试者现场操作，少部分询问家长获得，结果分为正常、可疑、异常及无法判断 4 个等级，1982 年进行国内标准化，1990 年修订并发表 DDST-II (Dever II) 题数增加到 125 个，同时增加了对儿童顺从性、兴趣、恐惧性以及注意持久度四个方面的评价。
2			儿童心理行为发育预警征象 (Warning Sign for Children Mental and Behavioral Development, WSC-MBD)	该测评是应我国儿童心理保健技术规范制定要求制定，目的是为基层儿童保健服务人员编制一个简单、易掌握、好操作、快速的儿童心理行为发育的常规监测工具。该规范中的预警征象适用于 0-3 岁儿童，总共包括 8 个年龄监测点，分别为 3 月龄、6 月龄、8 月龄、12 月龄、1.5 岁、2 岁、2.5 岁和 3 岁。每个年龄点包含 4 个条目，分别反映大运动、精细运动、言语能力、认知能力（视、听力）、社会能力（孤独症）等方面能力。测试方法为家长询问式，测试大约需要 2-3 分钟时间，要求评价者能准确表达所测条目，家长能理解评价者的描述。测评时出现相应年龄段一项不通过即为可疑异常，建议转诊。
3			年龄与发育进程问卷第 3 版 (Ages & Stages Questionnaires, ASQ-3)	该问卷用于筛查 1-66 个月儿童的发育状况，问卷分为 21 个月龄组，包含相应的 21 份问卷。每份问卷均涵盖沟通、粗大动作、精细动作、解决问题及个人-社会五个能区。每份问卷除了包含 30 道打分的问题之外，还包含关于儿童整体发育情况及家长对孩子发育的担忧等 6-10 道开放式的问题。其中文本本土化的版本为 ASQ-C。
4	感知	辅助评估	家庭养育环境测查表（Home Observation for Measurement of the Environment, HOME）	该量表可用来衡量儿童在家庭环境中得到的刺激与支持的质量和数量，诸如认知刺激与情感支持。通过评估可以提供一份与儿童家庭生活经验有关的、促进儿童健康发展的详细描述，发现外部世界、事件、家庭构成、家庭生活、家庭成员、儿童与家庭环境的关系中影响儿童发展的因素。该量表有多个不同的版本，适用于 0-3 岁婴幼儿版的 IT-HOME，适用于 3-6 岁童年早期版的 EC-HOME，适用于 6-10 岁童年中期版的 MC-HOME，以及适用于 10-15 岁的青少年期版的 EA-HOME。
5		听力	听力检测	主观听力检查：纯音测听、游戏测听、视觉强化测听

	觉评估			等。 客观听力检查：脑干听觉诱发电位、稳态听觉诱发电位、耳声发射、声导抗、耳蜗电图等。
6		视力	视力筛查	采用屈光筛查仪，开展眼球屈光度筛查，了解幼儿眼球屈光状态，发现远视、近视、散光、屈光参差、远视储备量不足和弱视等危险因素。
7		感觉统合	学龄前儿童感觉统合能力评估工具 (Preschool Children's Assessment for Sensory Integration, CASI-P)	针对 2-6 岁儿童的感觉统合标准化评估工具，筛查学龄前儿童感觉统合能力水平，鉴别个体的感觉处理障碍外，分为两部分：（1）学龄前版感觉反应能力检核量表，适用于家长对儿童日常活动表现的观察，评估儿童的感觉能力；（2）学龄前版感觉处理能力测量量表，适用于专业评估师进行标准化临床观察。
8			感觉讯息处理及自我调节功能检核表 (Sensory Processing and Self-regulation Checklist, SPSRC)	SPSRC 合共 130 个检核项目，涵盖了 3 至 8 岁典型发展儿童在应对环境要求时，必须具备的感觉信息处理及自我调节功能。SPSRC 可衍生的常模分数共分为四个层次，包括：整体、范畴、功能及因子共 20 个检核类别的分数，以得知儿童于感觉信息处理及自我调节功能与典型发展儿童的偏差程度。
9	精神智力评估	智力评估	格塞尔发育诊断量表 (Gesell Developmental Scales, GESELL)	该量表是国内外常用的儿童发育诊断量表之一，适用于 0-6 岁的儿童，包括适应行为、大运动、精细运动、语言、个人-社交 5 个行为能区，采用 2 级评分法，结果为发育龄和发育商。该发育诊断是以正常行为模式为标准，反映小儿神经系统不断完善和功能成熟的发育水平，在国内广泛应用于儿童运动功能和智力发育障碍的评估和康复疗效评估。
10			儿童神经心理行为检查量表 (2016 版)	可对 0-6 岁儿童的大运动、精细运动、语言、适应性和社会行为五大发展能区进行全面的发育评估，同其它发育评估量表相比，儿心量表增加了交流互动警示行为部分，对存在孤独症风险的患儿有一定的预警作用。
11			韦克斯勒学龄前儿童智力量表第四版 (Wechsler Preschool & Primary Scale of Intelligence-Fourth Edition, WPPSI-IV)	与之前的版本相比，能够更加清晰地测量幼儿的言语和非言语能力，对智力的测量更加符合心理学理论的发展。适用于 2 岁 6 个月至 7 岁 7 个月的儿童，根据幼儿的年龄施测不同的分测验，并且用不同的合成分数对幼儿的智力进行评估。2 岁半至 3 岁 11 个月的幼儿的总智商，由言语理解、知觉组织和工作记忆三个合成分数构成。而 4 岁至 7 岁半幼儿的总智商，则由言语理解、知觉组织、流体推理、工作记忆和加工速度五个合成分数构成。这样的结构，更加符合幼儿阶段的认知能力发展特点，因而是对幼儿认知能力的最好测量。

12		格里菲斯发育评估量表(Griffiths Mental Development Scales, GMDS)	该量表是一个用于评估0-8岁儿童行为发育情况的量表,其中包括运动技能、个人-社会互动、语言、手眼协调、表现、实际推理等一系列评估内容,通过各个测试以此尽可能早期发现患儿是否存在行为发育落后。其本土化版本为格里菲斯发育评估量表中文版(Griffiths Development Scales-Chinese Edition, GDS-C)。
13		心理教育评定量表中文修订版(Chinese version of Psycho-educational Profile, C-PEP)	该量表是PEP-3的中文修订版本,是评估工具也是诊断工具,是专为2-12周岁的孤独症及相关发育障碍儿童个别化评估所设计的,它能提供患儿发育水平信息,评定患儿偏离正常发展的特征和程度,为临床医生、特教工作者和家长制定个别化教育方案提供科学依据,内容包含功能发展量表和病理量表两个部分。
14		孤独症诊断观察量表第二版(Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition, ADOS-2)	该量表适用于12个月以上的儿童或成人,是一种半定式的诊断工具主要用于疑有孤独症或其他广泛发育障碍的个体,以评估个体的沟通、人际交往、游戏及想像能力。根据个体的年龄和语言能力的不同分为5个模块,由专业的评估者在标准化的活动情境下对个体的行为进行观察和评估。
15	孤独症评估	孤独症访谈量表修订版(Autism Diagnostic Interview-Revised, ADI-R)	该量表是用于诊断和鉴别诊断自闭症的一种访谈工具,也可作为临床自闭症研究的工具。由经过专业培训的评估者对儿童家长进行访谈的形式评定,约需90-150分钟完成,适用于2岁以上的儿童或成人。评估三个功能领域:语言/沟通,相互的社交互动,限制性、重复性和刻板的行为兴趣。通常与ADOS-2结合使用,一同作为孤独症诊断的“金标准”。
16		儿童孤独症评定量表(Child Autism Rating Scale, CARS)	适用于2岁以上的儿童,主要用于孤独症筛查,能够判断孤独症轻重程度,在2010年修订后推出CARS-2,主要包含标准版本、高功能版本、家长或看护人问卷3种形式,具有对孤独症谱系群体年龄和功能涵盖面广的特点。
17		孤独症行为量表(Autism Behavior Checklist, ABC)	该量表是由克鲁格等人(Krug et al. 1978)编制,1989年北京医科大学杨晓玲教授将其引进并进行了修订,主要用于孤独症儿童的筛查。有57个描述孤独症儿童的感觉、行为、情绪、语言等方面异常表现的项目,可归纳为5个因子:感觉、交往、躯体运动、语言、生活自理。
18		克氏孤独症行为量表(Clancy Autism Behavior Scale, CABS)	该量表1969年由CLANCY等编制,适用于2-14岁的儿童。1983年台湾学者谢清芬等对该量表进行修订,将原来的二分法修改为“从不0分”、“偶尔1分”、“经常2分”三种反应强度,并认为总分 ≥ 14 分为初步筛选孤独症的标准。这个量表为目前国内外使用较多的孤独症筛查诊断量表之一,对孤独症的诊断敏感度高,且反映常见的行为问题,可作为诊断孤独症的

				重要依据, 被临床医生广泛采用。
19		心理 评估	气质评估问卷	临床常用的问卷是根据 Thomas 和 Chess 儿童气质理论设计的儿童气质问卷, 包含儿童气质的九个维度, 即活动水平、节律性、趋避性、适应性、反应强度、情绪本质、坚持性、注意分散度、反应阈限。问卷评估儿童在以上九个维度的水平, 结果为适中还是过高或过低, 给出过高或过低的特点是什么, 并就在抚养教育中的注意事项给予指导。Thomas 和 Chess 建立的《NYLS 儿童气质问卷》, 适用于 3-7 岁。Carey 和 McDevitt 等发展的从 1 个月-12 岁中的五套儿童气质问卷, 其中适合 0~6 岁儿童的气质评估问卷分别为《小婴儿气质问卷》(适用于 1-4 个月婴儿)、《婴儿气质问卷》(适用于 5~11 个月婴儿)、《幼儿气质问卷》(适用于 1-3 岁幼儿)和《儿童气质问卷》(适用于 3-7 岁儿童)。
20			艾氏儿童行为量表 (Achenbach Child Behavior Checklist)	分为两个版本, 幼儿版本适用于 1.5-5 岁学龄前儿童, 由家长完成, 含 99 个项目, 涉及焦虑、抑郁、躯体主诉、退缩、注意问题、攻击、睡眠等问题。儿童版本用于测查 4-16 岁儿童的社会能力和行为问题, 由家长根据孩子半年内的情况作出分级评定。所测查的社会能力主要包含儿童的体育运动能力、社会交往情况和在校学习状况; 行为问题包括的因子范围较广, 有抑郁、交往不良、强迫倾向、社会交往退缩、多动等等。不同年龄和性别的儿童在因子的数量和名称上有所不同。
21			婴儿-中学生社会生活能力量表	适用于 6 个月-15 岁, 包括独立生活 (SH)、运动能力 (L)、作业能力 (O)、交往能力 (C)、参加集体活动 (S)、自我管理能力 (SD) 等几部分的 132 个项目, 由家长或每天照料人据相应年龄逐项填写。
22	语言 沟通 评估	专项 语言 发育 量表	语言发育迟缓检查法 (Sign-Significate relation, S-S)	该检查法目前是国内常用的儿童语言发育迟缓的评估方法, 适合 1-6 岁半语言发育迟缓儿童, 不适合听力障碍为原因的语言障碍。由专门人员进行评估, 内容包括“符号形式—指示内容关系”、“促进学习有关的基础性过程”和“交流态度”三方面。该检查法可以查出语言发育迟缓儿童的语言发育年龄与实际年龄的差距, 语言发育各个侧面的平衡情况以及语言发育迟缓的现状与性质, 为评价及临床诊断提供客观依据。
23			早期语言发育进程量表 (Early Language Milestone Scale, ELMS)	该量表有 59 个项目, 分成语音和语言表达、听觉感受和理解、与视觉相关的感受和理解三部分。该量表属于筛查工具, 测试工具简单, 其中 44 项目由家长报告获得结果, 现场测试 15 项, 操作简洁、迅速, 婴幼儿易于配合, 适合基层医院筛查使用。
24			汉语沟通发展量表	该量表源于美国的 (MacArthur-Bate Communicative

		(Chinese Communicative Development Inventory, CCDI)	Development Inventory, MCDI)和英文原版 CDI,由北京大学第一医院梁卫兰等修订标准化,适用年龄 8-30 个月的幼儿,有普通话和广东话版。分为“词汇和手势”、“词汇和句子”两个量表,分别用于 8-16 个月和 16-30 个月的婴幼儿和儿童。适用于此年龄段儿童语言发展评估,亦适用于年长而语言发育迟缓的评估及语言干预效果评估,测试方法是采用父母报告形式。
25		皮博迪图片词汇测验 (Peabody Picture Vocabulary Test ,PPVT)	该测验适用于 2.5-18 岁群体,主要由词汇和图片组成,是一套个别施测的常模参照测验,可用来测量受测者的词汇理解能力。主试在测试时拿出一张图片,并说出一个词,要求被试指出最能代表主试所说的刺激词意思的图画,考生只被要求使用非语言反应。随着 PPVT 的不断完善与发展,目前应用人群也逐渐多样化,最初仅应用于测量发声有困难人群的词汇能力,现已广泛地应用于研究正常、智力障碍、情绪失调、生理上有障碍儿童或天才儿童的智力水平,主要侧重于言语智力,且是评估治疗方案中前测后测的有效工具。
26		梦想普通话听力理解和表达能力标准化评估 (Diagnostic Receptive and Expressive Assessment of Mandarin, DREAM-C)	该评估适用于面临语言发育落后的 2.5-8 岁儿童,是参照中国大陆儿童语言发育常模的儿童普通话标准化语言测试。通过评估儿童语言理解和语言表达,对儿童的语言习得进行全面的测试,并且对儿童在各年龄段应该具有的普通话语言技能(词汇、语义、句法等)做详细的分析。同一评估体系的还有,适用于面临语言沟通发育落后的 0-3 岁婴幼儿的梦想婴幼儿语言沟通测评(DREAM-IT),适用于所有 0-3 岁婴幼儿的婴幼儿语言沟通筛查(DREAM-IT-S),适用于所有 2.5-8 岁儿童的普通话儿童语言能力筛查(DREAM-S)。
27		语音和语言评定量表 (Speech and Language Assessment Scale, SLAS)	该量表包含 19 项,归纳为 5 个因子:自信、反应能力、语义、语法和构音。自信和反应能力测定社会环境中语言的运用能力,语义测定单词的学习能力,语法测定语法能力,构音测定语音的生成和可理解性。
28		汉语构音障碍评定法	该评估量表是由中国康复研究中心李胜利主任等依据日本构音障碍检查法和其他发达国家构音障碍评定方法的理论,按照汉语普通话语音的发音特点在 1991 年研制。包含两大项目:构音器官检查,包含肺(呼吸情况)、喉、面部、口部肌肉、硬腭、腭咽机制、下颌、反射;构音检查,包含会话观察、单词检查、音节复述检查、文章检查、构音类似运动检查以及结果分析。通过此方法的评定不仅可以检查出患者是否患有运动性构音障碍和程度,也可用于器质性构音障碍和机能性构音障碍的评定。对于治疗计划的制定具有明显的指导作用。

29	临床 检 验、 检查		基因、代谢、核磁等检查	对伴有认知、运动落后的全面发育迟缓的语言问题患儿，须酌情申请头颅磁共振、脑电图、遗传代谢检测，以排查可能病因。对有可疑遗传倾向或有可疑染色体、各类发育缺陷综合征特殊体征的患儿，可选择染色体和基因检测，以明确病因、确定干预方案。
----	---------------------	--	-------------	---

参 考 文 献

- [1] GB/T 20002.1—2008 标准中特定内容的起草 第1部分 儿童安全
- [2] GB 26341—2010 残疾人残疾分类和分级
- [3] 朴永馨. 特殊教育词典(第二版)[M]. 北京: 华夏出版社, 2006.
- [4] 中国残联. 残联系统康复机构建设规范(试行)(残联厅发【2011】12号).
- [5] 曲春燕. 儿童言语语言障碍与治疗[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2018.
- [6] 张芳. 儿童言语矫治示范[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2018.
- [7] 刘巧云, 侯梅. 儿童语言康复治疗技术[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019.
- [8] 卢红云, 黄昭鸣. 口部运动治疗学[M]. 上海: 华东师范大学出版社, 2010.
- [9] 李胜利. 言语治疗学[M]. 北京: 华夏出版社, 2004
- [10] 世界卫生组织. ICD-10[M]. 范肖东等, 译. 北京: 人民卫生出版社, 1993.
- [11] 美国精神医学学会. DSM-5. 张道龙等, 译. 北京: 北京大学出版社, 2015.
- [12] 刘晓佩, 覃程, 范莹莹, 王磊. 学龄前儿童感觉统合能力评估工具(CASI-P)的信效度研究[J]. 黑龙江科学, 2024, 15(7): 60-63.
- [13] 香港协康会. 感觉讯息处理及自我调节功能检核表(SPSRC)检核套[OL]. <https://www.heephong.org/chs/tools-and-resources/publications/professional-assessment-training/sensory-processing-and-self-regulation-checklist-spsrc>, 2024.
- [14] 林森然, 崔妮, 古桂雄, 花静. 婴幼儿发育行为筛查工具的研究进展[J]. 中国儿童保健杂志, 2019, 27(1): 59-62.
- [15] 黄小娜, 张悦, 冯围围, 王惠珊, 曹彬, 张波, 杨玉凤, 王惠梅, 郑毅, 金星明, 贾美香, 邹小兵, 赵春霞, Robert Scherpbier, 静进. 儿童心理行为发育问题预警征象筛查表的信度效度评估[J]. 中华儿科杂志, 2017(06).
- [16] 王彦蓉, 吴晓刚. 年龄与发育进程问卷(ASQ)系统在中国社会调查中的适用性[J]. 当代青年研究, 2024(390): 50-63.
- [17] 梁巍, 张莉. 家庭环境观察评定量表[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2013, 11(3): 218-221.
- [18] 培声听力语言中心. DREAM-C 梦想儿童语言标准化评估[OL]. <https://www.ourbethel.cn/it>, 2024.
- [19] 北大医疗脑健康行为发展教研院. 语言发育迟缓评估“法宝”—S-S检查法[OL]. <https://zhuanlan.zhihu.com/p/467583153>, 2024.
- [20] 姚丹, 李芳芳, 沈季阳, 高敏婕, 赵正言. S-S语言发育迟缓检查法评估语言发育迟缓儿童发育特征的相关性研究[J]. 中国儿童保健杂志, 2020, 28(1): 69-72.
- [21] 马希瑞, 章依文. SLAS语音和语言评定量表临床初探[J]. 临床儿科杂志, 2019, 37(5): 341-344.
- [22] 程冰梅, 肖华, 何璐, 陈瑞琼, 郑韵. Alberta婴儿运动量表与Gesell发育量表在高危儿运动评估中的一致性[J]. 广东医学, 2017, 38(20): 3158-3163.
- [23] 李毓秋. 韦氏幼儿智力量表(WPPSI-IV)的最新发展[R]. 第十五届全国心理学学术会议. 2012.
- [24] 赵鑫鑫, 司可可, 赵微. 皮博迪图片词汇测验在特殊教育领域的应用进展[J]. 现代特殊教育(高等教育研究), 2021(10): 71-80.
- [25] 于松梅. 自闭症及相关发育障碍儿童的教育诊断—PEP量表中文修订版简介[J]. 辽宁师范大学学报(社会科学版), 2001, 24(2): 37-39.
- [26] 汤宜朗, 郭延庆, 王玉凤等. 孤独症诊断的金标准之一《孤独症诊断观察量表》介绍[J]. 国际精神病学杂志, 2010(1): 41-43.

- [27] MedSci 梅斯. 孤独症 / 自闭症儿童行为评定量表 (ABC) [OL]. <https://m.medsci.cn/scale/show.do?id=829d2539ad>, 2020.
- [28] 上海瑞狮生物科技有限公司. 孤独症访谈量表修订版 (ADI-R) [OL]. <http://www.ruishihealthcare.com/a/product/Evaluation/CognitivePsychologyAssessment/ADI-R-Autism-Diagnostic-Interview-Revised.html#:~:text=%E8%87%AA%E9%97%AD%E7%97%87%E8%AF%8A%E6%96%AD%E8%AE%BF%E8%B0%88%E9%87%8F%E8%A1%A8%E4%BF%AE>, 2024.
- [29] 金映彤, 陈苏琴, 包韵歆, 周美珍. 儿童孤独症谱系障碍评估工具的研究进展[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(9):1325-1329.
- [30] MedSci 梅斯. 克氏孤独症行为量表 (CABS) [OL]. <https://m.medsci.cn/scale/show.do?id=705241657b>, 2020.
- [31] 张劲松. 0-6 岁儿童的临床心理评估[J]. 临床儿科杂志, 2014, 32(1):95-97.
- [32] 吕新华, 孟昭娟, 付德华, 王云霞, 靳启侠. 艾氏儿童行为量表辽西地区标准化及行为问题调查[J]. 中国临床康复, 2025, 9(26):48-49.
- [33] 左启华, 张致祥, 梁卫兰, 叶奇. 婴儿-初中学生社会生活能力量表[M]. 北京:华夏出版社, 2016.
- [34] 李鲁萍. 言语语言治疗师必会的构音量表有哪些 [OL]. <https://zhuanlan.zhihu.com/p/335878520>, 2020.
- [35] 梁爱民. 儿童保健门诊常见病症诊疗常规[M]. 北京:世界图书出版有限公司北京分公司, 2023. 7
-