

借

w e i s h e n g b u

q u a n k e y i s h i

p e i x u n

g u i h u a

j i a o c a i

卫生部全科医师
培训规划教材

康复医学

主编 胡永善

k a n g f u

y i x u e

k a n g f u

y i x u e

k a n g f u

y i x u e



人民卫生出版社

卫生部全科医师培训规划教材

康 复 医 学

胡永善 主 编

刘世文 副主编

编者（以姓氏笔划为序）

尤春景	同济医科大学 同济医院
冉春风	锦州医学院 附属医院
刘世文	白求恩医科大学 附属医院
安晓芳	大连大学医学院 附属医院
励建安	南京医科大学 附属第一医院
吴 毅	复旦大学医学院 附属华山医院
胡永善	复旦大学医学院 附属华山医院
贾子善	河北医科大学 附属医院
倪朝明	安徽医科大学 附属第一医院
黄东峰	中山医科大学 附属第一医院
韩玉芹	山东医科大学 附属医院
戴 红	首都医科大学 康复医学教研室

人 民 卫 生 出 版 社

康 复 医 学

主 编: 胡 永 善

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: [pmph @ pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/16 印张: 17.25

字 数: 375 千字

版 次: 2001 年 2 月第 1 版 2001 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

印 数: 00 001—20 000

标准书号: ISBN 7-117-04159-5/R·4160

定 价: 21.00 元

著作权所有,请勿擅自用本书制作各类出版物,违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

卫生部全科医师培训规划教材的出版说明

为了贯彻落实《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中提出的“加快发展全科医学，培养全科医师”的战略任务，推动全国全科医师培训工作顺利开展，加强全科医师培训规划教材建设工作，卫生部于2000年4月6日成立了全科医师培训规划教材编辑委员会，彭玉副部长任主任委员。经过认真的调查研究和多次会议征求各方意见，编委会依据《全科医师规范化培训大纲》和《全科医师岗位培训大纲》确定了9种教材，并从全国各地推荐的500多名候选人中遴选出了主编和编者，保证了教材能够做到体现全科医学特点、适合岗位要求和当前全科医师培训需要。

一、编辑委员会成员名单

主任委员：彭 玉 卫生部副部长

副主任委员：祁国明 卫生部科教司司长

戴玉华 中华医学会全科医学分会主任委员

傅 征 中国人民解放军总后勤部卫生部副部长

委员：（按姓氏笔画排序）

方 圻 中国协和医科大学

王环增 卫生部人事司司长

刘海林 中华医学会副会长

吴在德 原同济医科大学校长

张 愈 天津市卫生局局长

张焕春 卫生部教材办常务主任

张震康 北京大学医学部教授

李长明 卫生部基妇司司长

李兰娟 浙江省卫生厅厅长

杨明信 吉林省卫生厅副厅长

陆广莘 中国中医药研究院教授

陈灏珠 复旦大学医学院 院士

周东海 国家医学考试中心副主任

周同甫 华西医科大学副校长

金大鹏 北京市卫生局副局长

胡亚美 北京市儿童医院 院士

贺兴东 国家中医药管理局科教司司长

徐群渊 首都医科大学校长

滕卫平 中国医科大学副校长

	霍仲厚	总后卫生部科训局局长
执行委员：	王建存	天津市卫生局科教处
	刘文川	哈尔滨医科大学成教学院
	许四虎	深圳市卫生局
	吴仁友	上海第二医科大学
	张孟华	浙江省卫生厅科教处
	张爱珍	浙江大学成人教育学院
	李 锋	卫生部人事司专业人才处处长
	李 霞	上海市卫生局医教处
	李俊伟	浙江大学教务处
	李嘉纯	吉林省卫生厅科教处
	杨秉辉	复旦大学医学院附属中山医院
	沈 彬	天津职工医学院
	陆广莘	中国中医研究院
	孟 群	卫生部科教司在职教育处处长
	金生国	卫生部基妇司社区卫生处处长
	祝学光	北京大学医学部
	夏泽民	人民卫生出版社副总编辑
	袁申元	北京同仁医院
	贾明艳	北京市卫生局医教处
	顾 媛	首都医科大学全科医学培训中心
	梁万年	首都医科大学全科医学培训中心
	曾昭耆	卫生部北京医院
秘 书：	吴沛新	卫生部科教司教育处
	李显屹	卫生部教材办公室
	宋向东	安徽省卫生厅科教处
	钱卫国	河北省卫生厅科教处

二、教材目录

全科医学概论	顾 媛 主编
社区预防与保健	傅 华 主编
康复医学	胡永善 主编
社区卫生服务管理	梁万年 主编
社区常见健康问题	戴玉华 杨秉辉 主编
重点人群保健	金宏义 主编
急症与急救	陆一鸣 主编
心理障碍与精神卫生	陈 力 主编
社区常见病症的中医药照顾	李明富 主编

序

全科/家庭医学教育培训在欧美国家已经进行了三四十年，现在正以迅猛的速度向世界范围扩展。根据 1994 年 WHO 颁布的文件，世界各国在 21 世纪均将建立这一培训体系。在我国毕业后医学教育制度的建立和完善的过程中，全科医生的培养将和其它专科医生的培养工作一样，受到重视，得到加强，取得进展。

《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中提出了“加快发展全科医学，培养全科医师”的战略任务，这给我国全科医学事业的发展提供了前所未有的机遇，为了落实中共中央、国务院的决定，卫生部又下发了《关于发展全科医学教育的意见》，对发展我国的全科医学教育提出了具体的要求。于是，如何培养合格的、适应我国国情、高质量的全科医师的问题已摆在了我们面前。1999 年底，卫生部召开了“全国全科医学教育工作会议”，会议交流了各地开展全科医学教育工作的情况，总结了经验，同时也指出了不足，其中亟待解决的问题之一是缺乏规范、科学的全科医师培训教材，这也是制约我国全科医师培训工作开展瓶颈。

教材建设是教学的基础性工作，是保证教学工作顺利进行和达到教学目标的重要工具。因此，我认为编写一套具有较强指导性、针对性、科学规范的全科医师培训教材，是保证培养高起点、高水平、高素质全科医师的前提，对于规范指导全国全科医师的培训工作具有十分重要的意义。作为卫生部科教司的重点工作之一，经过广泛调查研究和反复论证，制订了《全科医师规范化培训大纲》和《全科医师岗位培训大纲》，提出了教材编写的初步意见，并委托卫生部教材办公室和人民卫生出版社编辑出版这套教材。这套教材所培养的全科医师是具有高尚的职业道德，能以人为中心、以维护和促进健康为目标，向个人、家庭与社区提供医疗、预防、保健、康复、健康教育和计划生育技术指导六位一体的基层卫生服务的医生，成为社区卫生服务团队的学科骨干。

这套教材是卫生部科教司向全国推广使用的统一的全科医师培训指导教材，我确信她将在全科医师的培训工作中发挥重要作用。因此，我衷心地预祝这套教材出版成功！同时，我也希望培训教师和学员在使用这套教材的过程中，提出使之更加完善的意见和建议，以推进我国的全科医生培训事业的健康发展。

卫生部科教司司长



2000.8.29

前 言

近半个世纪来，康复医学发展迅速，它和预防医学、临床医学和保健医学一起，已成为现代医学体系的四大支柱。康复医学在我国是从 20 世纪 80 年代发展起来的。我国卫生部已明确规定综合医院必须具备预防、治疗、康复和保健四大功能。作为最适合广大群众需要的社区康复工作也在各地试点推广。每一位全科医师也越来越需要具备康复医学的基本知识与技术，以便在工作中结合运用来满足群众日益增加的康复服务的需要。本教材就是为全科医师掌握必要的康复医学知识而编写的，目的是为他们提供一个方便的阶梯。

本书包含康复医学的四个主要部分，即基本概念、康复功能评估、康复治疗技术和常见病的康复治疗。根据全科医生的工作特点，主要围绕社区这一层次的康复需要来编写。

本书由上海复旦大学医学院的胡永善教授和长春白求恩医科大学的刘世文教授分别担任正、副主编，由多位有长期从事康复医学的医疗工作与教学工作的专家执笔编写，内容翔实、新颖、实用，相信会对我国社区康复医学事业的发展起重要推进作用。

范振华

2000 年 8 月

目 录

第一章 康复医学概论	1
第一节 康复医学概念	1
第二节 社区康复	5
第三节 残疾分类	10
第二章 康复功能评估	11
第一节 关节活动度检查方法	11
第二节 肌力测定方法	22
第三节 步态检查与分析	31
第四节 生活活动能力评定	35
第五节 感觉与认知测定	41
第六节 语言能力测试	48
第七节 心理测试	53
第八节 职业评定	53
第九节 心肺功能测定	57
第十节 神经系统检查	63
第十一节 电生理学检查	70
第三章 康复治疗技术	78
第一节 物理治疗	78
第二节 作业治疗	123
第三节 言语治疗	127
第四节 中国传统的康复疗法	133
第五节 康复心理治疗	136
第六节 康复医学工程	144
第七节 社会工作者服务	152
第八节 康复护理	154
第九节 职业咨询	158
第四章 常见伤病的社区康复	161
第一节 脑卒中偏瘫	161
第二节 颅脑损伤后的康复	168

第三节	小儿脑性瘫痪·····	175
第四节	脊髓损伤的康复·····	183
第五节	脊髓灰质炎后遗症的康复·····	190
第六节	骨关节伤病的康复·····	194
第七节	截肢的康复·····	201
第八节	下腰痛的康复·····	204
第九节	颈椎病·····	211
第十节	肩周炎的康复·····	217
第十一节	高血压病的康复·····	221
第十二节	冠心病的康复·····	224
第十三节	慢性阻塞性肺疾病·····	230
第十四节	糖尿病的康复·····	234
第十五节	肥胖的康复·····	238
第十六节	癌症的康复·····	242
第十七节	烧伤的康复·····	246
第十八节	骨质疏松症·····	252
第五章	其他残疾的社区康复·····	259
第一节	视力残疾·····	259
第二节	听力残疾·····	261
第三节	精神病的康复·····	263
第四节	智力残疾的康复·····	265

第一章 康复医学概论

第一节 康复医学概念

一、康复与康复医学

伤病往往引起机体的功能障碍，功能障碍会影响伤病的治疗甚至会加重伤病。比如瘫痪患者的长期卧床，因此而产生的褥疮会影响瘫痪的治疗。临床治疗可达到伤病的临床治愈，此时机体的病理改变获得基本矫正，症状基本消除，机体功能也有所恢复，但是仍然可能遗留一定的功能障碍，严重时形成残疾。所以说临床治愈并不等于功能恢复，说明临床治愈已不能满足医生和患者的需求。

康复(rehabilitation)是指伤病后的功能恢复。以促进功能恢复为目的医学分支学科就称为康复医学(rehabilitation medicine)。临床医学的任务是治愈伤病，恢复基本健康；康复医学的目的是恢复功能，帮助患者达到尽可能高的健康水平。

随着社会的进步和医学科学的发展，康复医学越来越受到重视。康复医学和预防医学、临床医学、保健医学一起，被认为是现代医学的四大支柱。

机体出现功能障碍主要有以下四个方面：身体的(physical)功能障碍、精神的(mental)功能障碍、职业的(vocational)功能障碍和社会的(social)参与能力的障碍。

康复医学采用综合的康复措施(包括医学的、教育的、职业的、社会的措施)，通过医务人员、伤病患者、患者家属以及相关的机构和社区的共同努力，以消除患者伤病后出现的各种功能障碍，消除或减轻残疾，最终达到改善患者的生活质量，恢复较高水平的健康和帮助其回归社会。

二、康复医学的对象

康复医学的对象十分广泛，其中主要有以下四种人群：

(一) 急性伤病后及手术后的患者

急性伤病后及手术后的患者，无论是处在早期还是恢复期或是后遗症期，只要存在功能障碍，就是康复医学的对象。早期康复主要在专科医院或综合性医院住院期间进行。早期康复既能加速功能恢复、增强体质、减少并发症，又能预防后遗症。恢复期和后遗症期康复则主要是出院以后在康复中心进行，或以社区康复方式进行。

(二) 各类残疾者

包括肢体、器官和脏器损害所引起的各类残疾者，有肢体残疾、听力语言残疾、视力残疾、精神残疾、智力残疾、脏器残疾等。全世界约有残疾者5亿多，占全

球人口的 10% 左右。每年残疾人的总数还有增加趋势。

（三）各种慢性病患者

很多慢性病患者病程缓慢进展或反复发作，致使相应的脏器与器官出现功能障碍，而功能障碍又加重了原发病的病情，形成恶性循环。对慢性病患者的康复治疗可帮助功能恢复，同时也有助于防止原发病的进一步发展。

（四）年老体弱者

按照自然规律，老年人经历着一个逐渐衰老的过程，其机体的脏器与器官的功能逐渐衰退，其中的年老体弱者的功能障碍会严重影响他们的健康，需要康复医学的帮助。康复措施有可能延缓衰老过程，提高年老体弱者的生活质量。随着社会人口老龄化的出现，年老体弱者的康复正受到更多的关注。

三、康复医学的内容

（一）康复医学的基础学科

康复医学是一门独立的医学分支，与其他医学分支有很多交叉与联系，同时也是应用性很强的临床学科。康复医学有其独特的基础科学。由于康复医学所解决的功能障碍可能发生在全身多脏器、多系统，因此，它与其他临床专科有很多交叉与联系（图 1-1-1）。加上康复医学采用的治疗方法是综合措施，内容还涉及教育、心理、职业培训和社会适应能力等。康复医学的基础课程包括解剖学、运动学、运动生理学、运动生物力学、病理生理学、医学心理学、医学工程学以及一定的临床各科基本知识等。

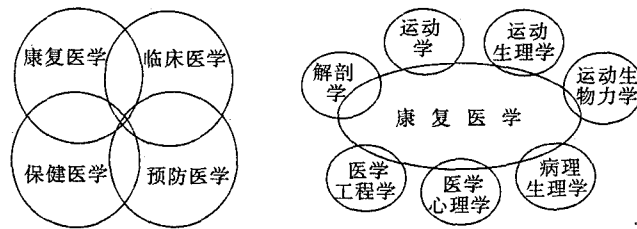


图 1-1-1 康复医学与其他医学学科的联系

（二）康复医学功能评定

康复医学功能评定指测试和评估康复对象功能障碍的程度和范围。据此，可以确切了解机体功能障碍的状况，为制定合理的康复计划提供依据，评价康复治疗的效果或评价某种康复疗法的优劣，评价残疾的程度。功能评定可以在器官、个体与社会能力这三个层次上作出。功能评定的内容包括评定方法的理论与技术，以及如何应用评定技术。常用的康复医学功能评定技术如下：

1. 运动学测定 肌力测定、关节活动度测定、步态检查等。
2. 神经电生理学测定 肌电图检查、神经传导速度测定、激发或诱发电位测定等。
3. 心肺功能检查 心电图检查、分级运动试验、肺功能检查等。
4. 有氧运动能力检查 通过单级或多级运动试验测定总做功量、最大摄氧量、

代谢当量和 PWC170 等。

5. 医学心理学测定 心理测定、智力测定、行为评定、认知与感知评定等。

6. 语言能力测定 失语成套测验、聋哑测定等。

7. 作业能力测定 日常生活能力评定、就业能力检查等。

8. 残疾评定 肢体残疾、视力残疾、智力残疾评定等。

(三) 康复医学治疗学

恢复机体的功能障碍，需要行之有效的康复医学治疗学。由于康复医学的对象可能是身体的、精神的、社会生活的、职业的等多方面功能障碍的伤病者，加上上述多种功能障碍之间也会相互影响、相互制约，因此要获得康复的效果，必须有不同的康复治疗方法的平行或交错介入。综合应用多种康复治疗方法，促使伤残后患者功能康复，称为全面康复。全面康复主要包括四个方面，即医学康复、社会康复、教育康复和职业康复。全面康复的实施需要通过康复治疗组（team work）进行。康复治疗组成员有康复医师、康复护士、物理治疗师、作业治疗师、针灸按摩师、言语治疗师、文娱治疗师、心理治疗师、康复工程师（士）、职业咨询师和社会工作者等。

随着科学技术的发展，越来越多的高新技术成果被引进康复医学领域，如微电子技术、电脑、高分子材料、自动化装置、三维立体摄像技术、等速技术等用来帮助患者进行功能康复。医疗器械与设备的更新换代将会有助于使康复医学诊断与治疗的效果越来越令人满意。

(四) 常见伤病的康复治疗

对各科常见伤病患者的功能障碍进行针对性的全面康复，称为专科与专病康复治疗。专科与专病康复治疗开展得较多的有运动系统的骨关节伤病和颈肩腰腿痛，以及偏瘫、截瘫和脑瘫，老年慢性支气管炎、高血压、冠心病、糖尿病等内科疾病。近年来，人们越来越重视对年老体弱者的康复和肿瘤康复，以及其他各种类型的残疾患者的专科康复治疗。

(五) 康复医学的三级康复预防

一级康复预防——伤病发生的预防，这部分是康复医学与预防医学的交叉内容。

二级康复预防——伤病后积极开展临床治疗，以及早期和恢复期康复，以防止伤病加重，预防器官或系统因伤病所致的残疾和功能障碍。

三级康复预防——伤病后造成残疾，应积极开展后遗症期功能康复，同时避免原发病的反复发作，达到残而不废。

四、康复医学的组织机构

(一) 康复医学科

康复医学科为综合性医院或专科医院的一个独立的临床科室，应设有康复病房、康复治疗室和康复门诊，接受临床各科转诊患者和社区转来康复患者，康复门诊也随访康复科出院的患者。

综合医院中的康复医学科的工作主要对象是急性伤病后住院期间的患者。急性伤病或术后患者的生命体征一旦稳定，就应及时开展早期康复，故康复医学科的主要工

作是开展急性伤病后的早期康复。康复医学科可以将符合指征的患者收入康复医学科病房,也可以与其他临床各科合作,派出康复医学治疗组到其他科病房开展早期康复。

康复医学科应有较完善的功能评定设备和功能训练的设施。康复医学科与康复医疗中心、社区卫生服务中心建立起康复医学网络,及时把完成早期康复的患者转送出去,以便患者能继续得到康复服务。

康复医学科尚负有教学、科研的各项任务,还要承担指导和培训康复医疗中心和社区卫生服务中心的康复医学工作人员。

(二) 康复中心

康复中心为一独立的康复治疗机构,有康复病床位,也有附设的康复医学门诊部。康复中心一般建在自然环境较好的地段,有较完善的康复设施,包括系统的功能测试设备和各种康复治疗科室。康复中心接待的主要康复对象是急症医院出院的恢复期患者,除进行必要的临床药物治疗以外,主要采用综合康复治疗。部分康复医疗中心也承担康复医学的教学和科研任务。

康复中心可以是综合性的兼收各科康复病人;也可以是专科性的,例如骨科康复中心、心血管康复中心、脊髓损伤康复中心、脑瘫康复中心、精神病康复中心等。

康复医疗中心通常都与一些急症医院和社区的卫生服务中心有联系。大多数住院康复患者来自这些急症医院,一小部分患者来自社区卫生服务中心。经康复医疗中心康复的患者有些可以回到家庭,有些则需转诊社区卫生服务中心,继续康复治疗。

(三) 社区康复

无论是急诊医院或康复医疗中心出院的大部分患者,还是社区内的其他需要康复的对象,都需要社区层次的继续康复治疗和指导。社区是指患者居住地区,如农村的乡镇、村二级地区。城市中的街道、居委会。社区康复是整个社会康复医疗网络的基层终端,是整个康复过程的重要组成部分。

关于社区康复的任务、工作模式将在本章第二节介绍。

五、康复医学的发展简史

“康复医学”是20世纪才采用的名词,但是康复治疗的重要性以及运动治疗的价值却很早就已被人类重视。在我国古代医学著作《内经·素问》中就有针灸、导引(呼吸和运动练习)、按(按摩和运动)及熨(热疗)等记录。我国长沙马王堆出土的帛画《导引》是现存最早的导引动作图解。汉末名医华佗模仿虎、鹿、熊、猿、鸟五种动物的动态,编成“五禽戏”,用以治疗疾病、健身延年,对后世有较大影响。在国外从古希腊开始,也很早就有了关于运动治病的记载,到文艺复兴时期以后,已有人提出运动可以是单纯为运动,也可以作为是工作,为某种需要而运动,这是最早期的作业疗法。18世纪,Tissot提出可用运动来促进伤后关节肌肉的功能恢复。

20世纪是现代康复医学形成和发展的时期,基础医学与临床医学的快速发展以及社会经济的高速发展,为现代康复医学的形成和发展创造了条件。二次世界大战后,大批伤病员急待康复治疗,大大推进了康复医学的发展。以后交通与其他意外伤

害的增加和人口老龄化问题的提出，再次促进了康复医学的迅速发展。美国 Rusk 建立独立的康复医学科，并把康复的概念从单纯的身体康复发展到包括身体康复、精神康复、职业康复与社会康复的全面康复。康复措施也从早期起床、做操、作业疗法等运动的锻炼扩大到包括理疗、心理治疗、语言矫正、假肢及矫形支具装配等综合措施。

我国近年来引进了现代的综合康复的概念。1983 年国务院批准成立“中国假肢伤残康复中心”。卫生部批准成立 4 个样板性康复中心，同年成立“中国康复医学研究会”，开始编写及翻译康复医学专著。1983 年卫生部发出文件要求有条件的医学院校开设康复医学课程。与此同时，各地纷纷成立各种形式的康复机构，有由疗养院、所改建而成的康复中心，有在综合医院理疗、体疗等科室基础上建立的康复科，有大小医院合办的康复性合作病房，有研究机构与医院合办的以假肢、辅助支具装配及使用为主的康复中心等，充分利用各自的特长和有利条件开展康复工作。20 世纪 90 年代初期以后，尤其是国家卫生部在 1989 年和 1995 年相继颁布了《综合医院分级管理条例》和《综合医院康复医学科管理规范》，明确提出康复医学科是一个临床学科，要求在二、三级综合医院中逐步建立康复医学科。1996 年 6 月，卫生部委托中国康复医学会在武汉召开了首届康复医学学科建设研讨会，澄清了原先对康复医学认识上不少思想“误区”。1998 年 3 月，国家卫生部将康复医学科列入医院分级评审标准之中。同年 7 月，在国家人事部制定的《职业分类大典》中把康复医学医师纳入卫生技术人员编制的序列。与此同时，康复医学专业技术职称问题在上级主管部门的支持和有关方面的共同努力下进入实质性操作阶段。我国的康复医学事业进入了一个崭新的阶段。

第二节 社区康复

一、社区康复概念

社区康复是指在社区的层次上对所有功能障碍对象采取综合康复服务。社区康复是急症医院早期康复治疗的延续，它是伤病后及残疾者在社区内继续得到康复服务的保证。

急症医院出院的患者除一小部分进入康复中心以外，其余患者返回社区。他们中多数人仍需要不同内容的社区康复服务。医学科学的发展和社会的进步给社区康复事业的发展提供了契机。1976 年世界卫生组织（WHO）提出以社区为基础的康复服务，要求通过社区为伤残者提供基本的服务和训练。我国从 1986 年开始社区康复的试点工作，同时还建立了有利于社区康复工作开展的法律和法规。1991 年 5 月，我国颁布了《中华人民共和国残疾人保障法》。在卫生部、民政部和残疾人联合会共同推动下，到 1994 年底全国已经建立了社区康复站 6000 多个，这些康复站在对伤残人员普查、康复功能训练和建立康复档案等方面发挥了一定作用，同时也摸索出了一些符合我国国情的康复工作模式。我国已建立城市三级医疗机构系统，其中一级街道医

院医护人员长期工作在社区。只要加以转岗学习全科医学包括康复医学的理论技术，其中的大部分医护人员可以成为社区康复工作的基本力量。近年来，随着全社会对全科医学的重视，社区康复正在迅速发展。

二、社区康复的目标与任务

社区康复总的目标是按照全面康复的原则，为社区内的功能障碍者提供综合性的康复服务，包括医学的、教育的、职业的和社会的康复服务。为此必须做到以下几点：

（一）建立社区康复领导管理小组

社区康复工作是我国医疗卫生计划和国家社会保障计划的一部分，社区康复应在各级政府领导下统筹安排。从国家到地方，即由卫生部、民政部和中残联等部门合作建立起社会化的社区康复服务网络和社区康复各级领导小组。

（二）加强培训社区康复专业技术人员

在各级社区康复领导小组的领导下，除了培训全科医生以外，还必须培训康复技术指导员（包括物理治疗、作业治疗和语言治疗方面）和康复护理员、志愿者等，使他们具备社区康复工作的专业知识，掌握一定的康复技术，通过这些力量去有效地帮助功能障碍者康复。

（三）完成社区康复的普查与评估工作

通过普查和功能评估，了解社区内的功能障碍者的情况，建立起康复对象的专门档案，以此作为开展社区康复的基础，并为每一个功能障碍者制定个体化的康复治疗方

（四）建立各种形式的社区康复场所

在现有条件下，因时、因地、因人制宜，建立必要的社区康复场所和配备一定的设施以适应实际需要。包括社区卫生服务中心中的康复工作指导站、村（居委）里的基层康复站和个别患者的家庭居所康复。

（五）设立社区特殊康复机构

在有关部门的支持配合下，设立社区特殊康复机构，为残疾者康复创造最基本的条件。如建立特殊教育班，解决弱智儿童的教育；聋哑人学校解决聋哑人的特殊教育；假肢、支具训练班解决截肢者支具安装与训练等问题；设置残疾人再就业机构，以解决伤残者学习新技术和再就业等问题。

（六）营造助残的良好社会风气

社区康复的成功最终需要全社会的关心与支持，因此必须努力营造社区范围内的助残良好社会风气，即尊重、关心、扶持和帮助需要康复的对象，并采取多种实际措施，形成一个和谐的社会环境。

（七）转诊中心功能

社区康复是社区层次上的康复服务，一旦社区全科医生或其他康复工作者发现功能障碍者需要转专科医院或康复中心求医，此时，社区康复部门同时又是转诊中心，应及时把这些患者转诊出去，并随时接诊那些从专科、综合医院或康复中心转来的患

者。

(八) 建立自负盈亏的经济核算体制

社区基层康复站同社区卫生服务中心一样，实行的都是自负盈亏的经济核算体制，因此在提倡优质的社区康复服务的同时，必须进行经济成本核算。在略有赢余的情况下，每年适量添置训练器械。

三、社区康复工作的特点

社区康复工作是面向社区内的功能障碍者。基于我国的国情，社区康复工作的主要特点是：

(一) 社区为本，立足社区

社区康复以社区为本，即指社区管理、社区支持、社区受益。社区康复是社区发展计划中的一项康复策略，受社区政府中有关职能部门领导。政府在人员的安排、适量资金的提供、低价或无偿的场地保障方面给予帮助。社区康复最终受益者是社区的人民群众，体现了 WHO 提倡的“人人健康”的卫生工作的根本宗旨。

(二) 充分利用有限的医学资源

我国是发展中国家，无论是国家还是人民群众都不富裕，投入社区康复的资金不可能很多，这就需要我们充分利用有限的医学资源，包括人力资源、经济资源和技术资源，制定出因人制宜、因地制宜的个体化康复方案。

(三) 广泛动员多方面的积极性

社区康复除了需要医护人员的积极性，同时还要有患者和患者家庭、护理员和志愿者的支持，因此必须广泛地动员各方面的积极性。

(四) 康复治疗与宣教相结合

患者和患者家庭的积极参与并发挥主观努力是社区康复中心至关重要的一个因素，因此康复治疗与宣教康复治疗的重要性是同样重要的。宣教的成功可以激发伤残者生存与康复的强烈愿望与信心，并进而转化为积极参加康复的行动。

(五) 以康复治疗组为最基本的康复实施形式

社区康复治疗组以全科医生为组长，包括物理治疗师、作业治疗师、心理治疗师、语言治疗师等。这样的社区康复治疗组能保证功能障碍者得到全方位、综合的康复服务。如果一些社区尚不具备上述所有治疗师，可由全科医生或物理治疗师兼任。必要时，社区康复组也可邀请综合医院或专科医院康复专家会诊，或将伤残者转诊去专科医院。

四、社区康复的组织结构

我国的社区康复是在社区政府领导下进行的。基层卫生部门是开展社区康复的主要专业技术力量，医疗康复是全面康复的前提。社区康复的组织结构是政府领导下的医疗保健网与民政部门、残疾人联合会密切协作的组合。大致可分为以下三级组织结构。

第一级为县（区）级社区康复领导小组：由县（区）级卫生局派员任组长，成立

领导小组，组员包括民政局、医疗保险局和残联的代表。领导小组的职责是：

- (1) 制定本县（区）的康复工作计划。
- (2) 协调本县（区）内社区康复工作的各种力量。
- (3) 管理与指导本县（区）第二、第三级社区康复组织机构。
- (4) 组织好本县（区）内社区康复资源中心。
- (5) 抓好本县（区）社区康复专业技术人员的培训和提高。
- (6) 计划与筹措县（区）对基层社区康复提供的部分资金。

第二级为乡（街道）级社区康复工作指导站：由乡（街道）卫生科、民政科、卫生服务中心全科医生代表、医疗保险局代表和残联代表共同组成指导站。指导站可附设在社区卫生服务中心内。该中心的职责是：

- (1) 根据区（县）级社区康复领导小组意见，结合本地区的特点，制定相应康复工作实施计划，向下传达到第三级社区基层康复站。
- (2) 培训和指导第三级社区康复工作。
- (3) 筹措本乡（街道）社区康复的所需资金。

第三级为村（居委会）级社区基层康复站：由村（居委会）范围的全科医生、卫生员或康复治疗师参与成立社区基层康复站，可以附设在村（居委会）的社区卫生服务站内。基层康复站的职责是：

- (1) 指导和咨询本村（居委会）的所有康复对象，建立他们的个人康复档案资料。
- (2) 管理基层康复站的工作，包括房屋设施、器械、经费收支等。
- (3) 培训和指导患者、患者的家属或护理员、志愿者，加强康复训练，完成家庭居所康复。

五、社区康复的资源

社区康复资源是指一切可以为社区康复提供帮助和技术支援的社会力量和机构，包括下述几方面。

（一）社区康复的管理资源：包括县（区）和乡（街道）的各级政府的领导与指导，加上他们的协调，体现了政府对社区康复事业的支持和扶助。

（二）社区康复的技术资源：社区康复的技术资源表现为社区康复领导小组、社区康复工作指导站、基层康复站，以及社区卫生服务中心、所在地区内的专科医院或综合性医院的康复医学科、康复中心和居住在本社区的退休的康复医学技术人员等。

（三）社区康复的信息资源

国内外有关社区康复的所有网络信息，如光盘、录像带、磁带等，社区康复的专业技术杂志、刊物、图书室，每年一次的学术交流会议和各专科医院内已建立的伤病致残的传报信息网络等来源广泛组合而成的信息资源。

（四）社区康复的经济资源

社区康复的经济资源主要依靠政府的部分拨款，包括提供开展康复的场地。此外还有社会保险局、社区内的企事业单位及个人的捐款与其他形式的资助，也包括志愿