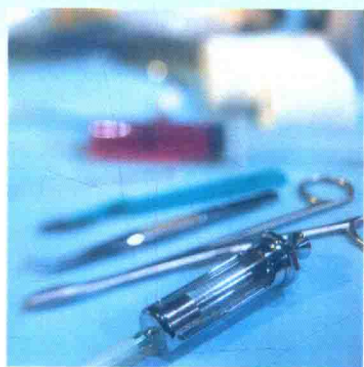


医学康复治疗学

张裴景等◎主编



医学康复治疗学

张裴景等◎主编

 吉林科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

医学康复治疗学/ 张裴景等主编. — 长春 : 吉林科学技术出版社, 2016. 9

ISBN 978-7-5578-1147-1

I. ①医… II. ①张… III. ①医学康复IV. ①R493

中国版本图书馆CIP数据核字(2016) 第167932号

医学康复治疗学

YIXUE KANGFU ZHILIAOXUE

主 编	张裴景 徐 辉 郑战伟 杨东梅
副 主 编	王海龙 侯燕妮 吕雪丹 苑家敏 周海燕
出 版 人	李 梁
责任编辑	张 凌 张 卓
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本	787mm×1092mm 1/16
字 数	736千字
印 张	30.5
版 次	2016年9月第1版
印 次	2017年6月第1版第2次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85635177 85651759 85651628 85652585 85635176

储运部电话 0431-86059116

编辑部电话 0431-86037565

网 址 www.jlstp.net

印 刷 虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-1147-1

定 价 98.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-86037565

张裴景

1982年出生。在职研究生，中级职称，资深康复治疗师。河南中医药大学康复治疗专业讲师，河南省中医、中西医结合康复委员会委员、河南省康复医学会委员。主要从事脑卒中、脑外伤、帕金森病等神经损伤引起的吞咽、言语、认知、运动障碍的康复治疗，特别是在运动障碍的评定、上肢功能康复、日常生活技能训练、肩手综合征、肩痛、手外伤康复等方面有着丰富的临床经验。研究方向：脑卒中后上肢功能障碍的中西医结合治疗研究。参与专著《实用康复治疗学》编著工作。主持院内科研1项，发明实用新型专利1项。在国家级、省级杂志上发表论文10余篇。

徐 辉

1973年出生。郑州大学第五附属医院骨关节康复二区科主任，副主任医师。从事颈肩腰腿痛诊疗工作20年。中华颈肩腰腿痛医师学会副主任委员，河南省中西医结合学会骨坏死专业委员会常务委员，郑州市软组织病研究会针灸推拿专业委员会副主任委员，河南省中西医结合学会骨与软组织肿瘤专业委员会委员，郑州市中医药学会第七次代表大会理事，郑州市中医药学会第七届针灸专业委员会委员。擅长运用传统无痛自然手法、中医特色牵引、中药塌渍、针灸、弧刃针等综合治疗方法，治疗脊柱、关节、肌肉、筋膜、韧带等所致常见疼痛疾患，有着扎实系统的理论基础和较为丰富独到的临床经验。参与编著的《颈肩腰腿痛应用检查学》获得河南科技进步二等奖，在专业学术期刊发表论文10余篇。

编 委 会

主 编 张裴景 徐 辉 郑战伟 杨东梅

副主编 王海龙 侯燕妮 吕雪丹

苑家敏 周海燕

编 委 (按姓氏笔画排序)

王海龙 郑州大学附属洛阳中心医院

冯宇飞 新乡医学院第三附属医院

吕雪丹 山东省平度市人民医院

李兆宝 湖北医药学院附属随州医院

随州市中心医院

杨东梅 郑州市儿童医院

张裴景 河南中医药大学第一附属医院

苑家敏 郑州大学附属郑州中心医院

周青蕊 甘肃省康复中心医院

周海燕 长春中医药大学附属医院

郑战伟 郑州大学附属郑州中心医院

侯燕妮 湖北省襄阳市中医医院

徐 辉 郑州大学第五附属医院

翁德宁 郑州颐和医院

· 前 言 ·

康复医学是应用医学科学中的专门技术,是使功能障碍者的潜在能力和残存功能得到充分发挥的医学科学体系,它与临床医学有着不可分割的联系,因为各种疾病经临床治疗后都有一个康复过程,特别是一些破坏性较大的疾病,以及各种慢性病、难治的疾病都会程度不同地导致各种精神和功能上的障碍。康复医学任重而道远,它既是一项长期的任务,也是现代医学发展不可或缺的组成部分。

本书首先论述了康复医学基础内容,包括总述、康复医学的临床评定、神经电生理学、电诊断;接着讲述了神经系统疾病的康复内容,包括评定与治疗、脑血管病的康复骨科康复治疗方法等内容;还讲述了骨科疾病的康复内容,包括颈肩腰腿痛康复、四肢手术后的康复、常见骨科疾病的术后康复、关节炎康复等内容;最后讲述了儿童脊柱畸形的康复治疗、小儿脑瘫的其他治疗、儿科疾病的针灸治疗以及康复护理等内容。

因时间和水平有限,加之医学科学发展迅猛,书中一定会存在不少缺点和不足之处,希望广大的医学工作者能提出宝贵的意见,以便今后改进和修订,如蒙所愿,将不胜感激。

编 者

2016年9月

· 目 录 ·

第一章 康复医学总述	1
第一节 康复医学	1
第二节 康复医学团队	5
第三节 康复与康复医学发展	7
第二章 康复医学的临床评定	11
第一节 概述	11
第二节 病史	13
第三章 神经电生理学	20
第一节 脑电生理检查	20
第二节 肌电生理检查	24
第四章 电诊断	40
第一节 肌电图检查	40
第二节 神经传导速度测定	49
第三节 神经反射检查	57
第五章 神经系统疾病的康复评定与治疗	63
第一节 概述	63
第二节 神经系统疾病的康复评定	66
第三节 神经系统疾病的康复治疗	73
第四节 神经心理功能评定	80
第五节 神经康复中心理治疗的主要方法	84
第六节 康复患者的心理变化阶段与心理康复	89
第六章 脑血管病的康复	93
第一节 脑卒中功能恢复的机制	93
第二节 运动障碍的恢复过程和异常动作模式	99
第三节 康复开始时机和病例的选择	102
第四节 功能障碍的评价	104
第五节 康复治疗程序及方法	112
第七章 其他常见神经系统疾病的康复	119
第一节 痴呆的康复	119
第二节 癫痫的康复	125

第三节 帕金森病的康复	126
第八章 骨科康复治疗方法	137
第一节 手法治疗	137
第二节 固定疗法	153
第三节 关节活动度训练	167
第四节 肌力增强训练	176
第五节 肌肉耐力训练	181
第六节 平衡能力训练	182
第九章 颈肩腰腿痛康复	185
第一节 颈椎病	185
第二节 肩关节周围炎	194
第三节 腰椎间盘突出症	197
第四节 慢性腰腿痛	204
第五节 软组织损伤康复	206
第六节 下背痛的康复	212
第十章 四肢手术后的康复	221
第一节 概论	221
第二节 基本康复处置	223
第三节 关节伤病悬吊疗法	237
第四节 关节持续被动运动	242
第五节 电疗的康复作用	244
第六节 水中训练	246
第七节 神经与运动系统的协调训练	250
第十一章 常见骨科疾病的术后康复	256
第一节 脊柱骨折的康复	256
第二节 脊髓损伤的康复	261
第三节 骨盆骨折的康复	267
第四节 关节脱位康复	268
第五节 关节损伤的术后康复	274
第六节 周围神经损伤的康复	276
第七节 人工关节置换术后康复	283
第八节 膝关节镜手术后的康复	285
第九节 拇指与手指再造后功能康复	291
第十二章 关节炎康复	295
第一节 风湿性关节炎	295
第二节 类风湿性关节炎	297
第三节 退行性关节炎	299
第四节 强直性脊柱炎	304

第十三章 骨科疾病的康复治疗	307
第一节 颞颌关节紊乱症	307
第二节 颈椎病	309
第三节 落枕	311
第四节 肩部软组织扭挫伤	313
第五节 肩关节周围炎	315
第六节 膝关节创伤性滑膜炎	319
第七节 退行性膝关节炎	320
第八节 膝关节半月板损伤	322
第九节 髌骨软骨软化症	324
第十节 距小腿关节扭伤	326
第十四章 儿童脊柱畸形的康复治疗	330
第一节 脊柱滑脱	330
第二节 早发性脊柱侧弯的石膏支具矫形	345
第三节 婴幼儿和儿童脊柱侧弯支具矫形	347
第四节 Halo - 重力牵引	353
第十五章 小儿脑瘫的其他治疗方法	356
第一节 游戏	356
第二节 娱乐疗法	364
第十六章 成人推拿临床常用手法	371
第一节 概述	371
第二节 摆动类手法	373
第三节 摩擦类手法	376
第四节 振动类手法	379
第五节 挤压类手法	379
第六节 叩击类手法	382
第七节 运动关节类手法	383
第十七章 儿科疾病的针灸疗法	386
第一节 三棱针疗法	386
第二节 皮肤针疗法	387
第三节 皮内针疗法	389
第四节 指针疗法	390
第五节 温灸器灸	392
第六节 百日咳	394
第七节 流行性腮腺炎	396
第八节 流行性乙型脑炎	399
第九节 病毒性脑膜炎、脑炎	401
第十节 癫痫	403
第十一节 偏头痛	406

第十二节 外伤性头痛	411
第十三节 视神经萎缩	414
第十四节 小儿脑病后遗症	419
第十五节 小儿麻痹后遗症	424
第十八章 中医康复护理	429
第一节 中医护理程序	429
第二节 中医护理原则	430
第三节 生活起居护理	432
第四节 饮食护理	434
第五节 情志护理	435
第六节 疾病后期调护	438
第七节 康复护理的基本概念	439
第八节 康复护理理论在临床工作中的应用	442
第九节 疼痛的康复护理	445
第十节 排泄功能障碍的康复护理	447
第十一节 吞咽障碍的康复护理	451
第十二节 骨盆骨折患者的康复护理	458
第十三节 髌部骨折患者的康复护理	463
第十四节 挛缩的康复护理	468
第十五节 压疮的康复护理	469
参考文献	472

第一章

康复医学总述

第一节 康复医学

康复医学 (rehabilitation medicine) 是临床医学的一个重要分支, 是以研究病、伤、残者功能障碍的预防、评定和治疗为主要任务, 以改善躯体功能、提高生活自理能力、改善生存质量为目的的一个医学专科。在欧美等国家, 也有使用“物理医学与康复 (physical - medicine & rehabilitation, PM&R)”作为本学科的名称, 我国台湾则使用“复健医学”, 这些都是康复医学的同义语。“物理医学与康复”反映了本学科的发展轨迹、主要手段, 但由于词语多、长, 近来有使用一个词“physiatry”替代的趋势, 并由 physiatry 派生出一系列的词语。

一、对象和目的

(一) 对象

康复医学的对象包括以下几个方面。

1. 各种原因引起的功能障碍者 包括不能正常发挥身体、心理和社会功能。引起功能障碍的原因是多方面的, 可以是潜在的或现存的; 先天性的或后天性的; 可逆的或不可逆的; 部分的或完全的。功能障碍可以与疾病并存, 也可以是疾病的后遗症。这些功能障碍问题往往临床医学难于解决。

2. 各类疼痛 以慢性疼痛为主, 包括关节疼痛、腰背痛、颈胸区疼痛、纤维肌痛、肌筋膜痛等。人们称康复医师是诊断和治疗疼痛的专家。

3. 慢性疲劳综合征 (chronic fatigue syndrome, CFS) 即那些有主观临床表现但缺乏客观证据的人群。现有的医学检测技术难以发现这类人群存在任何疾病, 但确实存在不同程度的功能障碍。例如, 不明原因的体力疲劳、性功能下降和月经周期紊乱; 不明原因的情感障碍、焦虑或神经质以及对工作、生活、学习等环境难以适应, 人际关系难以协调。

4. 老年人群 人口老化是国际性问题。身体障碍与年龄老化一般成正比, 年龄越大, 各种疾病或功能障碍的发生率越高。我国 60 岁以上的老年人已占全国人口的 9%, 预测到 2020 年将占 16% ~ 17%。因此, 老年人群将成为康复医学的一个主要对象。

(二) 目的

康复医学虽然定位于现代医学体系中的临床医学范畴, 但不像临床医学那样, 以疾病为

中心 (disease oriented), 以了解遗传、基因改变及其在生理病理过程中的作用为基础; 而是以功能障碍为主导 (disability oriented), 帮助因各种原因导致身心功能障碍者充分发挥自身潜能。

根据功能障碍发生的层次可以将个体的障碍分为器官水平的病损 (impairment)、个体水平的残疾 (disability) 和社会水平的残障 (handicap) 三个层次。WHO 在 1980 年进行了国际残疾分类法, 针对不同层次的障碍, 制订不同的康复对策。

1. 针对器官水平的病损 主要是改善器官功能。对于形态功能障碍要促进功能恢复, 对并发症、继发病要进行预防和治疗。

2. 个体水平的残疾 主要是提高个体生活自理能力。对于个体能力障碍, 要采取适应和代偿的对策。为了发挥瘫痪肢体残存的功能, 可利用辅助器、自助具以提高日常生活活动能力, 配置代偿功能装备: 矫形器、假肢、轮椅等用品。

3. 社会水平的残障 主要是提高生存质量。对社会活动障碍的对策是改善环境, 对家属、单位、社区进行工作, 确保对残障者进行照顾, 改造公共设施 (如房屋、街道、交通等) 和社会环境, 使残障者能方便、平等地参与活动。

由于残疾、残障等词语带有一定的贬义, 在 2001 年正式颁布的《国际健康、残疾和功能分类 (ICF)》中已由“活动受限 (activity limitation)”代替了“残疾”, “参与限制 (participation limitation)”代替了“残障”。

二、内容

从专科内容上看, 康复医学包括康复评定和康复治疗两大方面。

(一) 康复评定

1. 定义 康复评定是在临床检查的基础上, 对病、伤、残患者的功能状况及其水平进行客观定性和 (或) 定量的描述 (评价), 并对结果作出合理解释的过程。因此, 康复评定又称功能评定 (functional assessment)。所谓功能 (function) 是指为达到一定目标而进行的可以调控的活动能力, 这种能力是维持日常生活、学习、工作 (或劳动) 以及社会活动所必需的最基本能力。

2. 内容 康复评定包括躯体功能、认知功能、言语 (交流) 功能、心理功能及社会功能等 5 个方面。

(1) 躯体功能: 包括人体发育、姿势、关节活动、肌张力、肌肉力量、平衡和协调、步行功能、心肺功能等。

(2) 认知功能: 包括注意力、记忆力、逻辑思维、计算力、时间和空间的定向力等。

(3) 言语 (交流) 功能: 包括口语、手语、书面语、身体语言、书写功能等。

(4) 心理功能: 包括行为、智力、人格、情绪等。

(5) 社会功能: 包括社会交流、人际交流、组织和策划能力等。

3. 与临床检查区别 临床检查是康复评定的基础, 但评定不同于诊断, 远比诊断细致而详尽。对功能评定来说, 临床检查提供的信息多偏重于疾病本身。由于康复医学的对象是病、伤、残者及其功能障碍, 目的是最大限度地恢复、重建或代偿其功能, 因此, 康复评定不是寻找疾病的病因和诊断, 而是客观地、准确地评定功能障碍的原因、性质、部位、范围、严重程度、发展趋势、预后和转归, 为制订康复治疗计划、评定康复治疗效果提供客观依据。

例如：对一位行走困难的患者，临床检查重在了解行走困难的原因是由于神经系统疾患引起还是骨关节疾患引起，继而了解肢体是否等长，肌肉有无萎缩，关节活动范围和肌肉力量有无改变。而康复评定除了要了解上述内容外，还可以通过步态分析进一步得到步态周期中的有关参数，如行走困难（步态异常）发生于步态的哪一相（支撑相，摆动相），在每一相中，躯体重心的变化，肢体各关节的活动及肌肉力量有无异常。

再如，临床检查言语障碍（失语症）的患者注重了解是属于感觉性失语还是运动性失语，或者二者兼有之（混合性），是完全性还是不完全性，而康复评定中的言语评定，不仅可以得到失语症的一般资料，还可以将失语的类型进一步细分为表达性失语，接收性失语，命名性失语，言语错乱以及有无书写、阅读及复述能力的改变，因此，康复评定比临床检查更具体，更有针对性。

4. 评定目的 康复评定是康复治疗的基础，是制订康复计划的前提和基础，也是评价康复治疗的客观依据。没有评定就无法规划治疗、评价治疗。

（1）了解功能障碍的性质：通过评定，寻找可能存在的引起功能障碍的器官组织缺陷。

（2）了解功能障碍的范围：明确功能障碍是属于哪一个或几个方面（躯体、言语、心理、社会功能）受到限制，以便选择针对性评定方法及其量表。

（3）了解功能障碍的程度：明确对患者本人及其家庭的影响，分清功能障碍是属于组织器官水平缺陷（impairment）或个体自身功能受到影响（disability），还是个体与外界交往，发挥社会作用受到限制（handicap）。

（4）了解评定对象的康复欲望及需求：根据评定结果制订适宜的治疗目标和治疗计划。年龄、职业、文化背景、家庭经济状况不同，其康复欲望和要求也不同。

（5）评定治疗效果：康复医疗应该始于评定，止于评定。一个完整的康复治疗过程应是以评定开始，又以评定结束。通过评定，找出患者存在的问题（功能障碍），分清主次，并根据评定结果制订出适宜的治疗方案，进行治疗。经过一定时间的治疗后，要再次评定，以了解治疗效果（有效或无效），并根据再次评定结果，制订或修改下一阶段的治疗方案，继续治疗，然后再评定，再治疗直至达到既定的康复目标或需要停止治疗。

（6）预测结局：判断预后是康复评定的重要内容之一，近年来日益受到重视。预测结局或称为预后评定，是依据所收集到的资料以及初期和中期评定的结果，对患者将来的功能结局作出比较客观、合理的预测，以便充分地利用各种资源，避免患者及其家属对康复期望过低或过高。

5. 评定时间 根据康复对象是住院治疗还是门诊治疗，可以在不同的时间进行评定，并间隔一定的时间再次评定。在时间上可以分为初期评定、中期评定、后期评定。

（1）初期评定：不论是住院患者还是门诊患者，当其介入康复，准备制订康复计划或开始康复治疗前，应进行初次评定或称为初期评定。其目的主要是了解存在问题和功能状态及其障碍程度，了解康复潜能及可能影响因素，并作为制订康复计划及短期、长期目标的依据。

（2）中期评定：间隔多长时间再次评定？没有一个统一标准，应根据患者功能障碍的性质，病程及功能改善进度来决定。再次评定的目的是了解功能有无改善及其程度，判定治疗效果，并决定是否要对原有的目的和（或）计划进行适当调整。因此，对恢复速度比较快，早期或住院患者，可每1~2周评定1次，对恢复速度比较慢，病程比较长或门诊患者，

可3~4周评定1次。

(3) 后期评定:在康复治疗结束前或住院患者出院前进行最后评定(或称为终期评定)。其目的是了解康复效果,有无达到预期的目标,并提出今后是否继续康复治疗,预防复发或继发性残疾的意见,对住院患者还应制订出院计划,如果需要继续治疗,应提出建议转诊到门诊、专门机构或社区康复站进一步治疗。

(二) 康复治疗

康复医学范围涉及神经科、骨科、儿科、老年病、心肺、风湿、精神康复、疼痛康复、癌症康复等诸多方面。康复治疗方案中常用的治疗方法有以下几个方面。

1. 物理治疗(physical therapy, PT) 是指通过主动和被动的的方式,利用个体自身的肌肉收缩和关节活动,并借助于各种物理因子(如电、光、声、磁、冷、热、水、力等)来治疗疾病、恢复与重建功能的一种治疗方法,是康复治疗的主要手段之一。

2. 作业治疗(occupational therapy, OT) 1989年5月国际作业治疗联盟对作业治疗下的定义是“通过特殊的作业活动(activity)来治疗躯体和精神疾患,使患者的功能和独立性在日常生活的各个方面均能达到最佳水平。”可见,作业治疗是通过作业活动来改善个体功能,作业活动的治疗作用是其精髓,没有治疗作用的作业活动不能称之为作业治疗。

3. 言语治疗(speech therapy, ST) 狭义的概念是指使患者恢复正常说话能力的治疗,广义上是指通过各种训练,使患者借助于口语、书面语言、手势语来传达个人的思想、感情、意见,实现个体之间最大能力交流的一种治疗。

4. 心理辅导与治疗(psychological therapy, PST) 是指在良好的治疗关系基础上,由经过专业训练的治疗者运用心理治疗的有关理论和技术,对患者进行帮助,以消除或缓解患者的心理问题或障碍,促进其人格向健康、协调的方向发展。

5. 文体治疗(recreation therapy, RT)

6. 中国传统治疗(traditional chinese medicine, TCM) 包括针灸、中药、中医手法治疗、传统的保健方法和功能训练如太极拳等。

7. 康复工程(rehabilitation engineer, RE)

8. 康复护理(rehabilitation nursing, RN) 是随着康复医学的发展而逐渐发展起来的一门专科护理技术,是康复医学的重要组成部分,是在总的康复治疗计划实施过程中,为达到躯体、精神、社会和职业的全面康复目标,紧密配合康复医师和其他康复专业人员的工作,对康复对象进行一般的基础护理和各种专门功能训练,预防继发性残疾,减轻残疾的影响,以达到最大限度的功能改善和重返社会。康复护理涉及到护理与康复两个专业,是为了适应康复治疗的需要,从基础护理中发展起来的。它与基础护理既有联系又有区别。

9. 社会服务(social service, SS) 对病、伤、残者提供有关就业指导、社会福利方面的咨询服务。

(三) 康复预防

人们早就理解:预防胜于治疗。康复医学贯彻三级预防理念。一级预防指在减少损伤(impairment)的各种措施;二级预防是出现了损伤,可采取措施防止发生残疾(disability),对已有损伤的人防止再度发生其他损伤;三级预防防止残疾转化为残障(handicap),包括广泛的社会干预。

三、康复介入时间

康复应该何时介入，在疾病的早期，还是恢复期？

大量循证医学资料证明，康复必须从早期开始，开始得越早功能恢复的效果越好，费时越少，经济、精力耗费越少。急性期开始的所有医疗内容，都含有康复的意义。承担医疗第一线任务的综合医院，是取得康复成功的关键。机构内康复决定了患者的康复成功与否。因此，从康复介入的时间上，综合医院是康复的最佳场所、最佳时机。

何谓早期康复（early rehabilitation），没有一个确切的定义，一般而言，只要病情稳定，即可开始。所谓病情稳定，是指患者的病情不再进展，血压、脉搏、体温正常，病情稳定不代表患者一定是清醒，对于昏迷患者，只要病情没有进展或波动，即属于稳定，就可以开始康复。目前，许多康复已经从患者进入监护或重症病房就开始。而国外对于许多择期手术患者，手术前介入康复已经成为常规。康复科医生在手术前和手术医生一起讨论手术方案，以确保患者手术后能早日恢复功能。

四、自我康复意识

任何病、伤、残者的康复成效，都取决于他们的自我康复意识。所有康复医学人员，可以起重要的、有时是决定性的作用，但是康复的最终成果，却决定于康复对象本身。常见一些患者在治疗室治疗师指导监督下训练认真，但是总体成效不高，多由于他们回病房或家庭后未坚持使用在治疗室所获得的功能。社会上也有许多丧失双上肢的人，虽无康复专业人员指导、治疗，但是具有强烈的自我康复意识，经过成年累月的自己学习、锻炼，不仅达到生活自理，而且能够掌握一些职业技能，自立于社会，成就于社会。比如他们能够使用双脚做木工，有的能用双脚修理手表。在一些脑卒中患者的康复经验中，提到：“每天给自己订一个目标”，努力训练达到这一目标，如此循序渐进，持之以恒，终于重新走上工作岗位。人们在治疗师的培训中，要强调他们的教师和监督职能。从事社区康复的人员，被称为督导员“（supervisor）”而不是“治疗员”。在整个康复过程，唤起、强化康复对象的自我康复意识，是极其重要的任务。

（张裴景）

第二节 康复医学团队

一、康复医学工作方式

由于康复医学是一项综合性的临床医疗工作，自然体现出多元化、全方位为患者服务的特色，也体现了大生产的团队与协作精神。康复医学同时也是一门跨学科的应用科学，强调团队工作和多种康复专业技术人员组成的治疗组（team work），学科内和多学科的团队概念始终是康复医学的核心策略和一大特色。

（一）康复团队构成

康复医学常采用多专业联合工作的模式，即通过组成康复团队的方式来发挥作用。组的领导为康复医师（physiatrician），成员包括物理治疗师（physiotherapist, PT）、作业治疗师

(occupational therapist, Oc Th)、言语治疗师 (speech therapist, ST)、康复护士、心理治疗师、假肢与矫形师 (prosthetist and orthotist, P&O)、文体治疗师 (recreation therapist, RT)、社会工作者 (social worker, SW), 中国的模式还需要有中医治疗师 (traditional chinese medicine therapist) 等。

1. 康复医师 人事部 1998 年在《国家职业分类大典》卫生技术人员分类中, 对康复医学医师的定义是: “在医院, 康复中心等医疗和康复机构中, 通过康复专业技术从事患者残疾性质、程度的诊断, 评估和康复治疗, 并以应用功能训练为主要手段, 以治疗小组为主要形式, 对患者进行综合康复治疗, 以恢复或改善功能, 提高生活质量的医师。”由此可见, 在现阶段国内康复医师的工作场所主要是在不同等级的机构内, 以机构内康复为主。由于机构内康复的对象主要是有各种功能障碍的病、伤、残者, 由此, 康复医师的职责就是负责评定功能障碍, 带领治疗小组的全体人员去治疗或改善功能障碍, 而不仅是诊断疾病或治愈疾病。

2. 治疗师 根据所从事工作范畴的差异, 治疗师分为物理治疗师、作业治疗师、言语治疗师、假肢及矫形师、心理咨询师 (psychologist) 和社会工作者。

(1) 物理治疗师: 主要通过各种物理因子 (如电、磁、光、声、力、手法治疗等) 以及主动活动等方式, 以改善病、伤、残者的躯体功能障碍、提高其生活自理能力为主要目的。在中国物理治疗师还应该具备基本的传统中医技术, 如针灸、中医手法和传统的锻炼 (如太极拳等)。

(2) 作业治疗师: 主要通过各种作业或任务 (tasks) 来提高病、伤、残者的认知能力和生活自理能力, 从而提高生存质量。

(3) 言语治疗师: 主要通过言语能力的训练和非言语方式的交流能力训练来改善或提高有言语或交流障碍者的言语能力或交流能力。

(4) 假肢矫形师: 通过支具、矫形器、假肢或利用康复工程的手段矫正畸形, 弥补或代偿肢体功能。

(5) 心理咨询师: 对有需要的病、伤、残者或亚健康状态的对象给予心理疏导和心理支持, 帮助他们尽快度过病、伤、残所导致的心理反应期, 正确对待并积极战胜病、伤、残造成的功能障碍, 或亚健康带来的心理紧张或压抑。

(6) 社会工作者: 通过与政府或有关部门之间协调, 为病、伤、残者解决上学、就业或福利方面的困难, 维护病、伤、残者的权利。

(二) 康复团队运作

接诊患者后, 在组长的领导下, 全体成员分别对患者进行检查评定, 共同制订治疗方案, 在治疗方案的设定中各抒己见, 讨论患者的功能障碍的性质、部位、严重程度、发展趋势、预后、转归, 提出各自对策 (包括近期、中期、远期), 然后由康复医师归纳总结为一个完整的、分阶段性的治疗计划, 再由各专业人员分头付诸实施。治疗中期, 再召开治疗组会, 对计划的执行结果进行评价、修改、补充。治疗结束时, 再召开治疗组会对康复效果进行总结, 并为下阶段治疗或出院后的康复提出意见。

二、国内团队模式运作的可行性

我国康复医学在多学科整合方面比较具有优势和可操作性。

（一）康复是当前涉及面最广的学科领域

WHO 总干事布伦特博士 (Dr. G. H. Brundtland) 说过: 21 世纪人类卫生问题最大的挑战将是改善生存质量, 健康将成为人们享受生活最重要的前提。生存质量是评估康复治疗结局的重要指标, 不论是何种致残性疾患, 也不论是多大程度的损害和障碍, 都会对生存质量造成影响, 康复医学被认为是一门能够有效地提高患者生存质量的学科。

（二）康复在多学科的团队运作方面有经验

已有世人瞩目的成果, 诸如刘海若中西医 (康复医学) 的合作、桑兰康复流程的中外合作, 尤其“皮球女孩钱红艳站起来”所体现的医学、工程学与社会交通管理部门的成功合作。临床“卒中单元”模式, 也被公认为干预脑卒中危险因素、大幅度降低发病率和致残率的最有效的技术策略。康复学对数字化手段的依赖, 对高科技技术的引用, 已率先将物理、化学、材料、数学、计算机等学科的先进理论、技术、仪器和研究方法大量引入, 可以比较容易地与系统生物学及各组学科研究成果实现互补和接轨。

（三）康复医学注重与人文科学相融合

著名内科学教材《希氏内科学》认为: 医学是包涵个体化、人文化和职业化的一门科学。我国的康复医学将植根于中国传统医学的深厚积淀, 从人与自然和社会环境的协调关系中研究生命、健康和疾病, 重视人文因素尤其是情志因素的影响, 全面考虑预防、预测和个体化医疗; 康复医学还将涉及微创医学、移植医学、危重医学以及姑息治疗和临终关怀; 还要担负起社会责任, 关注伦理, 加强自律, 坚决贯彻“知情同意”和“知情选择”的原则, 在保护个人的权益和隐私方面康复医学尤其应该成为表率。

(张裴景)

第三节 康复与康复医学发展

康复是一个新兴的事业, 康复医学是一门年轻的学科, 康复与康复医学的形成与发展经历了漫长的历史。

一、孕育期

康复的发展经历了漫长的孕育期, 虽然康复是一个新兴的事业, 但从康复的内涵来考证, 康复的发展是随着医学的发展而发展起来, 是人类社会发展的必然阶段, 也是物质文明和精神文明的体现。早在古埃及、古印度、古希腊及古罗马和我国古代都有关于通过手法来治疗疾患的历史记载。后来, 罗马、希腊的史料中还有采用电、光、运动、海水等方法来治疗疾病的描述。电疗、光疗、水疗、热疗的逐渐发展, 加上运动锻炼和按摩, 构成了康复萌芽。

我国古代已有使用针灸、按摩、导引、热、磁等治疗的历史。战国时期的名医扁鹊在抢救好骊太子“尸厥”暴疾时就成功地应用了按摩推拿等方法。

1910 年以前, 在医学、教育、职业、社会、福利各领域已开展为病、伤、残者服务, 这个阶段利用物理因子单纯治疗, 如按摩、矫正体操、直流电、感应电、达松阀、日光疗法、太阳灯、紫外线等。