



全科医师岗位培训系列教材

社区康复

SHEQU KANGFU

主编/励建安



东南大学出版社

全科医生岗位培训系列教材

社区康复

主 编 励建安
副主编 陈 旗 许光旭
编 者 (以姓氏笔画为序)

万 里(南京医科大学第一附属医院)	孟殿怀(南京医科大学第一附属医院)
于美霞(南京医科大学第一附属医院)	单春雷(南京医科大学第一附属医院)
王红星(南京医科大学第一附属医院)	张 勤(南京医科大学第一附属医院)
王蓓蓓(东南大学附属中大医院)	陆 晓(南京医科大学第一附属医院)
许光旭(南京医科大学第一附属医院)	周 莉(南京医科大学第一附属医院)
刘冬梅(南京市卫生学校)	罗 豫(南京医科大学第一附属医院)
朱红军(苏州大学医学院第一附属医院)	侯 红(南京医科大学第一附属医院)
刘元标(浙江省杭州望江山疗养院)	胡智宏(南京医科大学第一附属医院)
励建安(南京医科大学第一附属医院)	钱开林(南京医科大学第一附属医院)
吴玉琴(南京医科大学第一附属医院)	顾晓圆(南京医科大学第一附属医院)
陈 旗(南京医科大学第一附属医院)	黄 澎(南京医科大学第一附属医院)
张丽霞(南京医科大学第一附属医院)	戴 玲(南京医科大学第一附属医院)

东南大学出版社

内 容 简 介

本书是社区医师岗位培训系列教材之一,主要介绍康复医学相关基础、康复医学评定、康复治疗技术、临床常见问题的康复处理、神经系统常见疾病的康复、骨关节疾病的康复、内脏疾病的康复、其他常见疾病的康复等。本书内容丰富、实用性和可操作性强,可作为全科医师岗位培训的教材,也可供临床康复医师和全科医师参考。

图书在版编目(CIP)数据

社区康复 / 励建安主编,陈旗,许光旭副主编. —南京:
东南大学出版社,2004.8

(全科医师岗位培训系列教材/陈永年主编)

ISBN 7-81089-752-7

I. 社 ... II ①励... ②陈... ③许... III. 社区
医学—技术培训—教材 IV. R49

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 081994 号

东南大学出版社出版发行
(南京四牌楼 2 号 邮编:210096)

出版人:宋增民

江苏省新华书店经销 姜堰市晨光印刷有限公司印刷
开本:787mm×1092mm 1/16 印张:21.5 字数:537千字

2004年11月第1版 2004年11月第1次印刷

印数:1-4000册 定价:33.00元

(凡因印装质量问题,可直接向发行科调换,联系电话:025-83795801)

序

社区卫生服务是卫生服务体系的重要基础。积极推进和发展社区卫生服务,是卫生工作贯彻“三个代表”重要思想的具体体现,是卫生改革的重要举措。通过发展社区卫生服务,建立新型的城乡卫生服务体系,可以把群众的大部分健康问题经济、有效地解决在社区,对于保障人民群众基本医疗和预防保健服务的供给,建立新型的医患关系,提高群众健康水平,具有极为重要的意义。

全科医师和社区护士是社区卫生服务的主要提供者,要提高社区卫生服务机构的服务水平,必须要有大量合格的全科医师和社区护士。按照卫生部的要求,根据我国的国情,在大学本科毕业后全科医师规范化培训制度没有建立之前,对基层具有执业资格,已经从事或即将从事社区卫生服务的医、护人员进行岗位培训,是解决全科医师和社区护士来源的主要途径。全科医师和社区护士岗位培训工作关系到社区卫生服务专业队伍的建设,各市卫生行政主管部门应当给予高度的重视,积极做好培训的宣传发动和组织工作。各社区卫生服务机构也应从队伍建设的长远考虑,积极组织本单位的医、护人员分期分批参加培训。

为满足全科医师和社区护士岗位培训工作的需要,我厅组织省内有关医学院校和医疗卫生单位的专家,制订了统一的全科医师和社区护士岗位培训教学计划和大纲,并在此基础上编写了配套的培训教材,这对于统一培训的规格、保证培训的质量是很有必要的。培训教材的参编者都是我省医学院校多年从事这方面教学的骨干教师和有关医疗卫生单位的专家。编者们在编写过程中参考了大量的国内外资料和文献,总结、吸收了国内开展社区卫生服务的

经验,力求做到实用性、科学性和可读性相结合。这些教材不仅可以供全科医师和社区护士岗位培训使用,还可以作为从事社区卫生服务工作的专业人员的参考书。我希望培训教材能为提高我省社区卫生服务人员的业务技术水平和服务质量、推动社区卫生服务健康发展发挥积极的作用。我也希望承担培训工作的院校,在培训工作的实践中及时总结经验,不断了解全科医学和社区卫生服务的新进展,以便于以后教材的修订。

这些教材的编写和出版得到了各有关医学院校和医疗卫生单位,特别是东南大学出版社的大力支持,教材的参编人员付出了大量的辛勤劳动,在此,对这些单位的有关同志和有关部门一并表示感谢。

江苏省卫生厅厅长

周琰

2004年6月

前 言

康复医学是社会物质文明和精神文明进步的产物,也是医学发展的必然产物和重要组成部分。世界卫生组织把现代医学的主要内涵归纳为临床医学、预防医学、康复医学和保健医学。我国大力发展的社区卫生服务中,康复医疗是重要的组成部分。《中华人民共和国国民经济和社会发展第十个“五年计划”纲要》中也把“发展基本医疗、预防保健、康复医疗”列为重要的卫生工作目标。为此卫生部提出“促进康复医学的发展,充分发挥康复医学早期介入、扶助临床的作用,为伤病急性期、恢复早期存在躯体或内脏功能障碍的患者,提供早期的康复医学专业诊疗服务”。我国经济建设高速发展,人民群众对生活质量的需求日益提高,加上国家方针政策的支持,成为康复医学发展强大的原动力,预示这个新兴学科的广阔前景。

社区卫生工作者必须掌握基本的康复医学知识,也需要具备康复医疗的基本技能,从而使自己能够更好地开展社区卫生服务工作,造福于残疾人和其他有严重功能障碍的患者。本书以全科医师和社区康复治疗师为主要读者群,也可以作为其他社区卫生服务人员的参考书,同时可作为中等卫生学校康复医学师资培训的参考书。

本书较全面地介绍了康复医学的基本理念和基础理论,突出介绍了在社区层而可以应用的功能评估、治疗技术以及常见疾病的康复治疗。深入浅出、突出治疗操作图示是本书的特点,以利于读者学习、理解和掌握。

我们努力地把最新的理念和技术纳入本书,同时兼顾基层工作的实际需要。但是从辩证的角度看,任何书籍自印刷之日就开始落后,因为事物在不断地发展,而印刷的文字却已经固定。为此,我们殷切希望读者在使用本书时,注意最新的科技进展,辩证地看待和应用本书提供的概念和信息,切忌生搬硬套、“依样画葫芦”式地学习。

本书的作者都是长期在临床一线工作的医生、治疗师和护士。尽管我们高度重视本书的编写,对书稿进行了反复核对和修改,但是由于作者视野的局限和知识水平的限制,在内容上难免有疏漏和错误之处。我们诚恳地期待着读者对本书存在问题给予批评和指正,这将对对我们最大的鼓励和帮助,同时也有利于本书的修订再版。

本书的编写得到了南京医科大学第一附属医院领导的全力支持,得到了江苏省人民医院康复医学科全体同仁的无私帮助,在此表示衷心的感谢。

励建安 陈旗 许光旭

2004. 7. 31

目 录

第一章 康复医学概论	(1)
第二章 康复医学相关基础	(14)
第一节 运动学基础	(14)
第二节 神经生理学基础	(24)
第三章 康复医学评定	(32)
第一节 运动功能评定	(32)
第二节 日常生活活动能力与社会功能评定	(62)
第三节 脑高级功能评定	(69)
第四章 康复治疗技术	(81)
第一节 物理治疗	(81)
第二节 作业治疗	(110)
第三节 言语治疗	(116)
第四节 心理治疗	(122)
第五节 传统康复疗法	(129)
第六节 康复生物工程	(135)
第五章 临床常见问题的康复处理	(149)
第一节 慢性疼痛	(149)
第二节 肌肉痉挛	(156)
第三节 挛缩	(161)
第四节 压疮	(165)
第五节 吞咽困难	(169)
第六节 神经源性膀胱与肠道	(172)
第六章 神经系统常见疾病的康复	(180)
第一节 脑卒中	(180)
第二节 颅脑损伤	(189)
第三节 小儿脑性瘫痪	(195)
第四节 脊髓损伤	(202)



第五节 周围神经损伤	(211)
第六节 脊髓灰质炎后遗症	(217)
第七节 帕金森病	(222)
第七章 骨关节疾病的康复	(226)
第一节 骨折	(226)
第二节 类风湿性关节炎	(231)
第三节 骨性关节炎	(236)
第四节 手外伤	(239)
第五节 关节置换术后	(245)
第六节 截肢后	(251)
第七节 脊柱侧弯	(257)
第八节 颈椎病	(263)
第九节 肩周炎	(268)
第十节 腰椎间盘突出症	(272)
第十一节 运动创伤	(276)
第八章 内脏疾病的康复	(284)
第一节 冠心病	(284)
第二节 高血压病	(290)
第三节 慢性阻塞性肺疾病	(301)
第四节 糖尿病	(305)
第九章 其他常见疾病的康复	(312)
第一节 骨质疏松症	(312)
第二节 肿瘤	(314)
第三节 烧伤	(320)
第四节 肥胖症	(325)
第五节 老年性痴呆	(330)
临床实习部分	(333)
参考文献	(335)



第一章 康复医学概论

康复医学与临床医学、预防医学、保健医学共同构成医学的主体,成为现代医学的基本内容。在社区卫生服务中,康复医学与临床医学、预防医学、保健医学、计划生育和健康宣教共同成为不可分割的六位一体。本章论述康复医学的基本概念、内涵、工作对象、工作内容和康复医疗价值观,阐明社区康复的基本观点,同时介绍残疾和功能障碍以及相关的残疾评定。

一、学科发展史

1. 雏形阶段 康复医学的渊源可以追溯到古代。公元前战国和南北朝时期就有各种促进身体健康和疾病康复的运动锻炼(导引、按跷、气功)和手法(推拿、拔罐、针刺等)记载。西方在 Hippocrates 时代也已认识到运动与自然因子对于疾病康复的作用。19 世纪西方开始大力发展物理因子的应用,包括主动和被动运动、声、光、电、热、磁、水疗等,用来治疗骨关节疾患和慢性疼痛等。这是现代康复医学发展的重要基础。

2. 现代康复医学阶段 现代康复医学发展于 20 世纪 40 年代,强调应用各种医学和相关学科的手段,对残疾者进行身体、心理、教育和社会等方面的全面训练,使其功能得到最大限度的改善、代偿或替代,并最大限度地回归社会。康复医学的发展是社会物质文明和精神文明进步的必然产物,在发达国家已经是医学领域举足轻重的学科。随着社会经济、科学、文化的进一步发展,康复医学必将成为医学的前沿学科。

我国康复医学有组织的发展开始于 20 世纪 80 年代。近年来,我国经济保持高速发展,人民群众对于生活质量的观念迅速改变,越来越多的人追求高质量生活,表现为日益发展的健身场馆、群众健身运动和保健意识的增强。《中华人民共和国国民经济和社会发展第十个“五年计划”纲要》第十九章第三节明确指出:“改革和完善卫生服务、医疗保健和卫生监督体系,发展基本医疗、预防保健、康复医疗”。这是我国政府首次将康复医学工作纳入国家总体规划之中,反映出党和政府对康复医学工作的重视。卫生部也提出“促进康复医学的发展,充分发挥康复医学‘早期介入、扶助临床’的作用,为病伤急性期、恢复早期存在躯体或内脏功能障碍的患者,提供早期的康复医学专业诊疗服务”。这些都是康复医学发展的动力,也预示着康复医学发展的广阔前景。

二、学科内涵

1. 康复(rehabilitation) 半个世纪以来康复的定义和内涵不断地演变。世界卫生组织(WHO)1969 年的定义是:“综合和协同地将医学、社会、教育和职业措施应用于残疾者,对他们进行训练和再训练,以恢复其功能至最高可能的水平”;1981 年提出新的定义:“康复是应用所有措施,旨在减轻残疾和残障状况,并使他们有可能不受歧视地成为社会的整体”。Helliendar (1994 年)提出,“康复应包括所有措施,以减少残疾的影响,使残疾者达到自立,成为社会的整体,并有较好的生活质量与能实现其抱负”。综上所述,康复的主要内涵有四个层面:



- (1) 采用综合措施。
- (2) 以残疾者和患者的功能障碍为核心。
- (3) 强调功能训练、再训练。
- (4) 以提高生活质量、回归社会为最终目标。

2. 康复医学 是具有独立的基础理论、功能测评方法、治疗技能和规范的医学应用学科,旨在加速人体伤病后的恢复进程,预防和(或)减轻其后遗功能障碍程度。

3. 医疗康复 是应用临床医学的方法为康复服务的技术手段,旨在改善功能,或为其后的功能康复创造条件。例如白内障患者进行晶状体摘除手术。

4. 学科关联

(1) 康复医学与预防医学有关:通过积极的措施,例如健身锻炼和合理的生活习惯,防止各种疾病的发生,从而减少功能障碍的可能性。许多疾病在发病后,需要积极的康复介入,以预防继发性功能障碍或残疾的发生。已经发生功能障碍后,可以通过积极的康复锻炼,防止功能障碍的加重或恶化。康复预防和预防医学在上述方面的内容一致。

(2) 康复医学与临床医学有关(表 1-1);其关联不仅在于康复治疗过程经常需要同时进行临床治疗,而且临床治疗过程也需要康复治疗积极地介入。例如心肌梗死、脑卒中、脑外伤、脊髓损伤等,患者均需要早期活动和功能锻炼,以缩短住院时间,提高功能恢复的程度。综合医院康复医学科的生命力就在于积极渗透到疾病早期治疗,使其成为医院工作的基本组成。临床医学与康复医学在疾病急性期和亚急性期总是相互交织。

(3) 康复医学与保健医学有关:保健医学强调通过主动锻炼,提高人们的机体对于外界环境的适应力和对疾病的抵抗力,这与康复医学的措施一致。当然保健对象同时也需要临床、预防和康复医学的综合服务,因此保健医学是介于临床、预防和康复之间的学科。

(4) 康复医学有独立的内容:相当数量的残疾或功能障碍的处理基本上为康复治疗,例如神经瘫痪恢复期康复、截肢后的假肢装配、小儿麻痹后遗症的康复治疗等。

(5) 康复医学需要合作:康复医学理念需要积极渗透到各相关学科。与相关学科相辅相成、紧密合作是康复医学内涵建设的基础。

表 1-1 康复医学与临床医学的关联

	临床医学	康复医学
核心理念	以人体疾病为中心	以人体功能障碍为中心
行为模式	纯生物学模式	生物、心理、社会模式
对象	各类患者	功能障碍者和残疾者
评估	疾病诊断和系统功能	躯体、心理、生活/社会独立功能
治疗目的	以疾病为核心,强调去除病因、挽救生命,逆转病理和病理生理过程	以功能障碍为核心,强调通过改善、代偿、替代的途径来提高功能,提高生活质量,回归社会
治疗手段	以药物和手术为主	以非药物治疗为主,强调患者主动参与和训练
工作模式	专业化分工模式	团队模式



5. 康复团队工作 团队工作模式是康复医学工作的基本模式,即通过学科内和学科间多层次的交流与协作开展工作。学科内团队包括:康复医师、物理治疗师(士)、作业治疗师(士)、言语治疗师(士)、支具治疗师(士)、心理治疗师(士)、社会工作者、康复护师(士)和社会工作者等。学科间团队包括:康复医学科、运动医学科、骨科、神经内科、神经外科、心胸外科、老年医学科、心脏科、呼吸科、内分泌科、风湿科、急诊科、泌尿科等。

6. 康复三级预防 康复预防主要在社区层面操作,是社区卫生服务中举足轻重的环节。

(1)一级预防:指预防可能导致残疾的各种损伤或疾病,避免发生原发性残疾的过程。例如通过从青少年开始进行积极的运动锻炼和生活方式修正,减少或预防冠心病以及脑血管疾病的发生,从而预防冠心病或脑血管意外导致的残疾。

(2)二级预防:指疾病或损伤发生之后,采取积极主动的措施,防止发生合并症及功能障碍或继发性残疾的过程。例如在脑血管意外发生之后,早期进行肢体的被动活动以预防关节挛缩,采取合适的体位避免痉挛畸形,定时翻身以避免发生压疮等。

(3)三级预防:指残疾已经发生,采取各种积极的措施防止残疾恶化的过程。这是康复预防中康复医学人员涉及最深和最多的部分。主要措施包括:通过积极的功能训练,改善或提高患者躯体和心理功能;通过适应、代偿和替代的途径,提高患者生活自理和自立能力,恢复或增强娱乐、工作和学习能力;通过职业咨询和训练,促使残疾者重返家庭和社会。

7. 康复医学与新医学模式 现代医学发展最重要的方面之一就是医学模式从纯生物学模式向生物、心理、社会学模式的转移。

临床医学侧重于去除或逆转疾病的病因和病理生理过程,多以人体生理系统为分科依据,例如心内科、心外科、呼吸科、胸外科等,或以疾病的病理/病理生理特征分科,例如风湿科、肿瘤科、免疫科等。纯生物学模式强调病因和病理治疗,但许多疾病病因不明确,并难以痊愈。因此,纯生物学模式不能解决所有患者的功能障碍。

康复医学注重患者的生物属性及其相关的诊疗措施,强调器官和系统功能障碍的恢复;同时强调患者的心理特征和社会属性;即患者的生活独立性及其个人价值的社会体现,使残疾人和功能障碍者能够保持自己的生活质量和人格尊严。例如完全性脊髓损伤患者的康复治疗,强调积极的功能锻炼,以最大限度地改善神经功能;强调功能性电刺激、支具和矫形器、辅助具、轮椅等手段帮助患者恢复实际功能;强调积极的作业治疗(日常生活训练和职业训练)和心理治疗,为患者的长期生存和生活质量的提高提供必要的条件。

三、服务对象

康复医学的服务对象为长期功能障碍的患者,包括残疾人、慢性病患者、老年人和急性病恢复期的患者。这些功能障碍不仅与生理功能相关,还与社会、心理、职业等因素有关。如果包括慢性病、内脏病、老年退行性病面致严重功能障碍者在内,我国康复医疗的对象将达到全国总人口的10%,即1.3亿。

1. 残疾者 据WHO统计,全世界残疾者占总人口的10%,每年新增1500万人。我国1987年抽样调查表明,言语、智力、视力、肢体和精神残疾者占总人口的4.9%,分布在

18%的家庭中。

2. 老年人 老年人有不同程度的退行性变(包括内脏、肌肉、骨关节)和功能障碍,需要通过康复治疗得到改善,是康复医学的重要工作对象。

3. 慢性病患者 包括各系统脏器的慢性病患者,“患病状态”下活动能力受限,心理和精神创伤。现代社会的各种文明病也与康复治疗有密切关系。

4. 急性期及恢复早期的患者 许多疾病进行早期康复介入有利于预防残疾、减轻残疾,这是综合医院康复医学科的主要工作之一,也是康复医学科与临床学科最重要的结合点。

四、学科内容

康复医学的主要内容包括康复基础学、康复功能评定、康复治疗学、康复临床学和社区康复。有时也将康复护理列入基本内容。

1. 康复医学基础学 重点是与主动功能训练有关的运动学和神经生理学,以及与患者生活和社会活动密切相关的环境改造学。运动学:包括运动生理、运动生化、生物力学等。神经生理学:包括神经发育学、运动控制的神经学基础等。环境改造学:涉及康复工程、建筑、生活环境设计等。

2. 康复功能评定 康复功能评定包括器官和系统功能的评定、个体生活自理和生活质量的评定以及患者进行工作和社会活动能力的评定。器官和系统功能的评定与临床评定关系密切,在形式上基本相同或互相交叉。个体生活自理和生活质量评定以及社会能力评定是康复医学比较独特的评估内容。

- (1)运动学评定:包括肌力评定、关节活动范围评定、步态分析等。
- (2)电生理学评定:包括肌电图、诱发电位、神经传导速度、电诊断等。
- (3)心肺功能评定:包括心电图分级运动试验、肺功能测试等。
- (4)有氧活动能力评定:包括能量消耗、最大吸氧量、代谢当量测定等。
- (5)平衡能力评定:包括静态和动态平衡功能评定等。
- (6)医学心理学评定:包括精神、心理和行为、感知和认知功能评定等。
- (7)言语和吞咽功能评定。
- (8)日常生活能力和就业能力检查和评定。

3. 康复治疗学

(1)物理治疗(physical therapy,PT):利用各种物理因子进行功能训练和医疗的康复和临床治疗方向。包括运动治疗和理疗,例如各种主动和被动运动,以及声、光、电、热(冷)、磁、生物反馈等理疗措施。

(2)作业治疗(occupational therapy,OT):利用工作、学习、娱乐和日常生活活动等进行功能训练的康复治疗方向。

(3)言语训练(speech therapy,ST):针对听觉障碍所造成的言语障碍、构音器官异常、失语症等进行的康复治疗方向。吞咽障碍的治疗目前暂时归类在言语治疗的范畴。

(4)心理治疗:对心理、精神、情绪和行为有异常的患者进行个别或集体的心理疏导和治疗的康复治疗方向。



(5) 康复生物工程: 采用生物工程学技术和原理, 将弱化的人体功能放大或扩大化, 或者补偿身体功能的不足, 以改善残疾者功能障碍的康复治疗方向。包括假肢、矫形器、助听器、导盲杖及轮椅等各种辅助工具和特殊用具。

(6) 中国传统康复治疗: 是我国传统的康复治疗内容, 最常用的有推拿、针灸、拳、功、操等。

康复治疗的基本原则: ① 因人而异, 强调在康复评估和治疗时根据各个患者和残疾者的具体情况进行分析, 切忌简单地套用公式或程序。② 循序渐进, 强调康复治疗的强度和量要逐步增加, 这是因为患者对治疗需要有逐步适应的过程, 其功能改善也必须经过量变到质变的过程。③ 持之以恒, 因为多数情况下康复治疗需要坚持长期甚至终生进行, 才能有效并取得满意的结果。④ 全面康复, 强调综合手段, 并且覆盖人体的躯体、生理、心理、职业、教育等各方面, 避免只关注生理功能改善的偏向。⑤ 主观能动, 这是康复治疗 and 临床治疗的重要区别。多数康复治疗措施是患者主动参与的过程, 因此必须注意调动患者康复治疗的主观能动性。为此治疗必须有趣味, 必须能够量化和反馈给患者, 必须使患者能够安全地完成, 并可以在治疗过程中看到进步和发展, 以保障和刺激患者的主动参与。

康复治疗的途径: ① 改善: 通过训练和其他措施改善生理功能。例如肌力训练、关节活动训练、平衡训练等。② 代偿: 通过各种矫形器和辅助具, 使减弱的功能得到放大或增强。例如助听器、各种矫形器、拐杖、助行器等。③ 替代: 通过某些器具替代丧失的生理功能。例如轮椅、假肢等。

4. 康复临床学 指综合采用各种康复治疗手段, 对各类伤、残、病患者的病理和病理生理异常以及相应的功能障碍, 进行针对性的康复医疗实践, 包括: 神经瘫痪康复、骨关节疾病康复、脏器病康复、慢性疼痛康复等。

五、社区康复

1. 定义

(1) 社区 (community): 指具有完整的组织管理结构的社会最小单元。过去认为社区成员一般具有共性的文化背景, 但是随着社会发展, 流动人口增加, 社区的文化背景趋向于多元化, 因此社区的民族文化特性正在消逝。

(2) 社区康复 (CBR): WHO 1969 年的定义: 帮助残疾人适应家庭、社会和职业的需要, 使其作为平等一员参与或再参与 to 社会中, 以减轻可能妨碍整个康复过程的经济和社会负担; 1981 年的定义为: 在社区的层次上采取康复措施, 利用和依靠本社区的资源进行, 作为一个整体这一过程应包括残疾者自身、他们的家庭和社会。Hellander (1994 年) 定义: 社区康复是改善服务措施, 提供更多的平等机会和促进与保护残疾人人权的战略。他呼吁社会各层次 (社区, 中间层与全国) 完全地、协调地参与, 要求所有有关

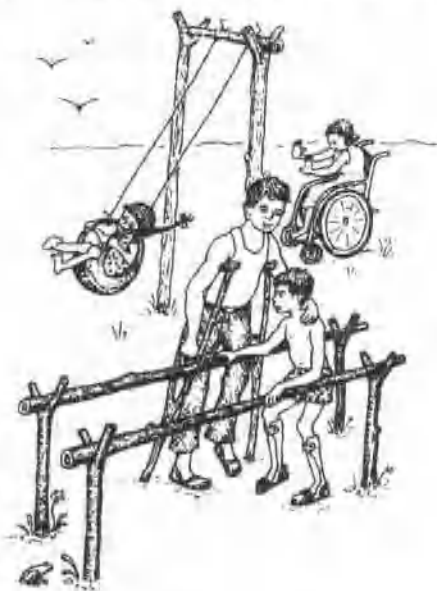


图 1-1 社区康复资源

部门(卫生、教育、立法、社会保障、就业等)联合参与,旨在使残疾人能充分表现其能力并具有权利,其目的是形成并发展一种能满足所有残疾人需要的系统,说服政府与公众参与,并使用每个社区现实的、可持续取得的一切资源(图 1-1)。

综上所述,CBR 是指在社区层次上采取综合性的康复措施,利用和依靠社区自身资源,使残疾人得到及时、合理和充分的康复服务,改善其躯体和心理功能,提高生活质量,并回归正常的社会生活。对于重症和复杂病症患者必要的转介服务是 CBR 的基本功能之一。

2. 社区卫生服务中康复医疗的价值 根据国家发展计划委员会、财政部、卫生部“印发关于开展区域卫生规划工作的指导意见的通知(计社会[1999]261号)”的资料,近年来全国县及县以上医院病床利用率持续下降,1997 年仅为 61.7%,平均住院日 13.8 天。医疗服务利用相对集中于高级别、高成本的医疗机构,而基层卫生资源闲置,得不到有效利用。由于大城市医疗服务供给相对大于需求,以及医疗机构补偿机制不健全,一些医疗机构为了生存,采用不规范的竞争手段诱导不合理的医疗消费,造成了大型医疗设备过度利用和药品费用的过度上涨。因此,卫生部、国家发展计划委员会、教育部、民政部、财政部、人事部、劳动和社会保障部、建设部、国家计划生育委员会、国家中医药管理局发出“关于印发《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》的通知(卫基妇发[1999]第 326 号)”的文件。文件指出,社区卫生服务是社区建设的重要组成部分,是在政府领导、社区参与、上级卫生机构指导下,以基层医疗卫生机构为主体,全科医师为骨干,合理使用社区资源和适宜技术,以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需求为导向,以妇女、儿童、老年人、慢性患者、残疾人为终点,以解决社区主要卫生问题、满足基本卫生服务需求为目的,融预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务等为一体的,有效、经济、方便、综合、连续的基层卫生服务。

康复医疗在社区卫生服务中的价值体现在以下方面:

(1) 康复医疗强调非药物治疗,强调患者的主动锻炼和自我锻炼,因此占用的医药支出明显少于临床治疗。患者或其家属在掌握了锻炼方法后,可以在家进行自我治疗。这样,不仅患者的治疗效果提高,也将实质性地减少患者对医疗机构的依赖,从而降低社区医疗费用消耗。

(2) 康复医疗强调增加患者的生活独立性,尽可能恢复患者的自立能力,通过减少对患者的护理量,减少患者对社区的负担。多数就业年龄的患者可以通过康复医疗,恢复一定的工作,重新成为社会财富的创造者。

(3) 康复医疗对于预防、医疗、保健、健康教育等均有积极的辅助作用。例如康复锻炼对于冠心病、高血压的发作有积极的预防作用;通过锻炼增强体质则是最有效的保健措施之一;而康复的基本思想和方法是健康教育的基本内容。因此这方面的工作将是社区卫生服务整体必不可少的组成部分。

(4) 康复医疗所需要的设备投入很少,许多设备可以因陋就简地自制。

因此,康复医疗在社区卫生服务中起着十分重要的作用,应该大力提倡和发展。

六、康复医疗价值观

长久以来,医疗价值都以治愈为标志,以挽救生命、去除病因、逆转病理和病理生理为主要目标,为此将病情转归分类为:治愈、好转、不变和恶化。这在以传染病为主要疾病谱的年



代无疑是合理的。但是历史的车轮在不停地滚动,医疗价值的基本理念也在不断地升华。如今,多数疾病的转归已经不能简单地以治愈为结局,因为大多数疾病的发病原因与环境、心理、行为、遗传、衰老等有关,其病因并非可以轻易去除,其病理和病理生理改变也并非可以彻底逆转。

我国医疗体制改革的目的是尽可能地提高医疗的投入产出比,或者说医疗服务的性价比,而在评估性价比时,不可避免地要涉及医疗价值的基本理念。

1. 康复医疗的功能价值 生命在于运动,运动功能是生物活性的标志,也是人体脏器、组织和系统功能最突出的外部表现。临床医学和康复医学共同的目标是改善功能,但是途径和理念有所区别。

临床医学针对的是疾病,强调去除病因,逆转病理或病理生理异常。但是多数疾病难以彻底去除病因和逆转病情,临床治疗后器官和系统功能主要依赖自然恢复,所谓“治愈”往往只是一次急性过程的缓解。在无法改变病因、病理和病理生理状态时,临床治疗就基本结束了。由于缺乏主动积极的功能锻炼,临床治疗效果受到影响,甚至由于过多的静养,导致不必要的功能障碍,形成恶性循环。例如急性心肌梗死,按临床医学过去的理念应强调心肌的保护,主张患者卧床休息6周,以待心肌瘢痕形成。然而长期卧床本身可以导致血容量减少、血液黏滞度增高等,使原本受损的心血管功能障碍加重,同时导致身体运动能力进一步障碍。这是临床医学自身难以解开的结。

康复医学针对的是功能障碍。康复医学诞生的土壤就是临床医学的局限性。许多疾病去除病因困难,或已经形成严重功能障碍,即使病因去除,其功能障碍也不一定能自动克服。在生理功能不能恢复时,如截肢、完全性脊髓损伤等,临床医疗并无特殊有效的方法,而康复医疗则大有作为,是最关键的医疗服务之一,也是对临床医疗十分重要的扩充和延续。

2. 康复医疗的社会价值 康复医疗的价值首先体现在解决临床医疗所难以解决的问题,包括长期的功能障碍或丧失。例如对于完全性脊髓损伤患者,康复医疗采用矫形器使患者改善或恢复步行能力;采用轮椅训练使患者行进较长的距离和适应较复杂的地形,采用作业治疗使患者恢复生活自理能力;采用心理治疗恢复患者的自信心和自立能力。

康复医疗的价值还体现在减少临床治疗负荷和提高疗效。例如急性心肌梗死患者早期进行康复活动,是帮助患者7~10天内出院的基本措施之一;高血压病和糖尿病患者的运动锻炼可以减少药物使用量;髋关节置换术之后合理的康复训练将是减少合并症、延长假体寿命和提高患者活动能力的必要手段。

康复医疗的价值也表现为弘扬人权。许多残疾人并不能像我们一样参与社会,同时享受社会给我们的回报。残疾人往往不能独立,但通过康复服务能使许多残疾人的心理状态显著改善,参与社会活动的主动性提高,使其恢复尽可能正常的社会生活,充分体现残疾者的人权。

康复医疗不是基本医疗的额外附加,而是重要的基本组成。康复医疗不是单纯的疗养、保健,康复医疗强调通过积极的功能训练和必要的辅助措施,改善或恢复患者的功能。保健按摩、单纯娱乐、体养等不是康复医疗。

3. 康复医疗的经济价值 康复医疗的社会效益已经得到公认,但是许多人认为康复医学的经济效益不行,所以目前还不能有效地发展。这是阻碍康复医学发展的重要社会因素。

对于康复医疗经济效益的误解出自于医院经济效益分析的误区。医院经济效益分析多年来建立在绝对经济收入的基础上,这与我国医院收入依赖型的特性有关。但是目前国际上医院的经济效益不再以收入的绝对值来衡量,而是强调净收入、投入与产出比值、社会资源占用比例等。如果按照投入与产出比计算,康复医学科的设备投入明显低于多数临床科室,属于占用资源最少的科室之一。

从国家或区域卫生资源利用的角度来看,医疗措施价值不仅要考虑该医疗所产生的直接价值,还要附加由于该治疗所导致的间接价值,包括患者提早恢复工作所创造的价值(患者直接的工作价值,以及患者病假期间由其他人完成其工作的费用),以及由于功能改善因而疾病复发减少或医院就诊减少而降低其他医疗费用的价值等。治疗费用较低而功能改善显著的措施将是价值最高的医疗方式。康复医疗在这方面无疑有十分突出的优势。

七、残疾的定义和分类

(一) 残疾

1. 残疾定义 由于各种躯体、身心、精神疾病或损伤以及先天性异常所造成的长期、持续或永久性的功能障碍状态,这些功能障碍明显影响身体活动、日常生活活动、工作、学习和社会交往活动。从康复医学专业角度来看,这些功能障碍大多数是充分和合理的临床医学治疗仍然不能有效地克服的。

(1)原发性残疾:是指由于各类疾病、损伤或先天性异常所直接引起的功能障碍,其中又以疾病致残为主,例如脑卒中后肢体偏瘫,脊髓损伤后造成截瘫,心肺疾病导致体力活动能力下降等。

(2)继发性残疾:是指原发性残疾后引起的合并症所导致的功能障碍,即各种原发性残疾后,由于肢体活动受限,出现肌肉、骨骼以及心肺功能的废用性改变,使器官或系统功能进一步减退,甚至丧失。例如脊髓损伤后,由于长期卧床,造成关节挛缩、肌肉萎缩、压疮等,从而进一步加重原发性残疾。

康复治疗中既要注意原发性残疾的治疗,又要注意继发性残疾的预防和治疗。

2. 残疾分类 残疾者残疾程度的分级标准用于分析残疾人的状况,帮助制定残疾者康复治疗方针。残疾分类方法及标准与分类的目的有关,实际应用一般是按照残疾的程度和影响分类,其中最常用的当属世界卫生组织 1980 年所公布的标准。我国常用 1988 年全国残疾人抽样调查的标准。对于各种事故残疾,一般参考我国公安部制定的《道路交通事故受伤人员伤残评定标准》。面体育运动残疾人则采用一些国际残疾运动员分类标准。这些标准的角度和用途不同,所以在分类上既有共同之处,又有所差异。

康复治疗的目的本质上就是促成残疾程度由重至轻的转化。双下肢截肢的患者,在没有康复治疗前不可能恢复原先的生活或工作,而在装配了适当的假肢,并经过步态训练之后,完全可能恢复正常步态,甚至可以跳舞、开车、跑步等。残疾人的潜能是十分巨大的,在康复评估、治疗时对此应该有合理的估计。但是残疾运动员评定时必须以最大的潜能为准,这与其他分类标准完全不同,其目的是为了防止比赛中的不公平现象。

(二) 国际病损、失能与残疾分类(IDH)

世界卫生组织 1980 年公布。该分类将残疾分为 3 个层次:



1. 病损或残损(I) 指各种原因所导致的身体结构、外形、器官或系统生理功能以及心理功能的异常,干扰个人的生活活动,包括:个人护理、个人卫生、吃饭和备餐、交流、听、说、读、写、维持姿势和体位、站、坐、家务活动、个人财务、步行、旅行、出差、娱乐及社交和工作等,属于器官或系统水平的功能障碍,功能活动、生活和工作的速度、效率、质量可能有一定影响,但实际操作仍然可以完全独立。康复评定主要针对器官或系统功能,和临床常用的方法类似,例如肌力评定、骨关节活动范围评定、心肺功能评定、神经功能评定等。康复治疗途径主要为改善,即通过各种功能训练,改善或提高受到损害的功能。

2. 失能或残疾(D) 指按正常方式独立日常生活活动及工作的能力受限或丧失,属于个体或整体水平的障碍。失能一般是建立在病损的基础上,但是未必所有的病损都可以造成失能。心理因素也可造成功能障碍加重甚至成为主要原因。除了生理或心理功能障碍本身而外,还与职业有关,例如外科医生失去一只左手,将失去从事外科手术的能力,但是医院院长失去一只左手却对完成院长的工作几乎没有影响,因此在评估时应该充分考虑职业因素。康复评定除上述器官和系统功能的评估之外,主要针对日常生活活动和行为能力进行评测,例如 Barthel 指数、功能独立性评测(FIM)等。康复治疗途径主要为适应、代偿和替代。

3. 残障(H) 指残疾者社会活动、交往和适应能力的障碍,包括工作、学习、社交等,个人在社会上不能独立,属于社会水平的障碍。评估主要针对社会活动能力和工作能力。康复治疗措施主要为环境改造,以提高残疾者社会适应性和独立性。

病损、失能和残障三者之间没有绝对的界限,其程度可以互相转化。病损者在没有合适的康复治疗时,可能转化为失能,甚至残障;而失能或残障者也可能由于康复治疗而向较轻的程度转化。一般情况下,残疾的发展是按照病损、失能和残障顺序进行,但是也可能发生跳跃。

(三) 国际功能、残疾与健康分类(ICF)

世界卫生组织 2000 年 12 月公布。ICF 强调生活能力评定和生活潜能的发挥,通过积极的方式生活。ICF 的基础是人体功能而不仅是残疾,强调整体模式、综合模式、互动模式、适合各种文化、适用所有人群。ICF 强调功能是健康状况和关联因素交互作用的结果(图 1-2)。

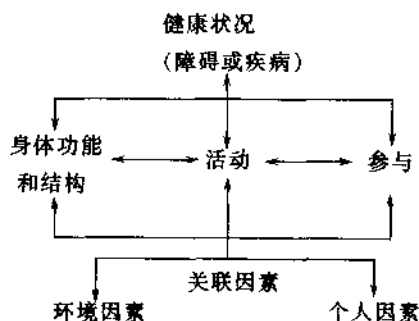


图 1-2 ICF 模式图

1. 身体功能 包括精神功能、感觉功能、言语功能,心血管、血液、免疫和呼吸功能,消化、代谢和内分泌功能,泌尿、生殖和生育功能,神经、肌肉、骨骼和运动功能,皮肤功能等。

2. 身体结构 包括神经系统,眼耳、发声和言语,心血管、免疫、呼吸系统,消化、代谢和

