

现代内科康复 治疗学

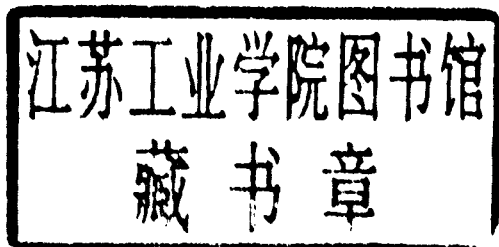
尹相军 陈庆华 主 编
张金亮 路加成

*Modern
Medicine
Rehabilitative
Therapeutics*

中国科学技术出版社

现代内科康复治疗学

尹相军 陈庆华 主 编
张金亮 路加成



中国科学技术出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

现代内科康复治疗学 / 尹相军等主编. —北京: 中国科学技术出版社, 2002.1

ISBN 7-5046-3186-8

I. 现… II. 尹… III. 内科-疾病-康复医学 IV. R.509

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 072754 号

中国科学技术出版社出版

北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码 100081

电话: 62179148 62173865

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

北京印刷学院实习工厂印刷

*

开本: 787 毫米 × 1092 毫米 1/16 印张: 18.625 字数: 440 千字

2002 年 3 月第 1 版 2002 年 3 月第 1 次印刷

印数: 1-1500 册 定价: 42.00 元

(凡购买本社的图书, 如有缺页、倒页、
脱页者, 本社发行部负责调换)

前 言

康复医学是一门新兴的边缘学科，也是目前国际医学界研究的热点之一。随着我国人民群众生活水平的不断提高，对医疗的需求也越来越高，就医的目的已不但是治好病，而是在治好病的基础上全面提高生活质量，这就要求广大临床医生具备全面的康复医学方面的知识。我国的康复医学水平较低，相关的医学著作，尤其是内科领域内的康复医学专著寥寥无几，难以满足需要。为此，我们组织国内专家编写了这部有关内科常见疾病康复治疗方面的专著，以弥补这方面的缺憾。

 2001.11.

目 录

第一章 总 论	(1)
第一节 康复与康复医学	(1)
第二节 临床医师与康复治疗	(3)
第三节 康复检查方法与康复病历	(4)
第四节 康复医学的发展与现状	(8)
第二章 神经系统疾病的康复治疗	(11)
第一节 脑血管疾病	(11)
第二节 帕金森氏病	(50)
第三节 痴 呆	(62)
第四节 病毒性脑炎	(67)
第五节 进行性肌营养不良	(73)
第三章 呼吸系统疾病的康复治疗	(79)
第一节 支气管哮喘	(79)
第二节 慢性支气管炎—慢性阻塞性肺气肿—慢性肺源性心脏病	(86)
第三节 肺结核	(95)
第四节 睡眠—呼吸暂停综合征	(100)
第四章 消化系统疾病的康复治疗	(104)
第一节 消化性溃疡	(104)
第二节 肝硬化	(109)
第五章 心血管疾病的康复治疗	(120)
第一节 冠心病	(120)
第二节 心力衰竭	(149)
第三节 心律失常	(172)
第四节 高血压	(191)
第五节 心脏手术后的康复	(204)
第六章 血液病的康复治疗	(214)
第一节 贫 血	(214)
第二节 缺铁性贫血	(217)
第三节 再生障碍性贫血	(219)
第七章 肾功能衰竭的康复治疗	(225)
第八章 代谢内分泌疾病的康复治疗	(236)
第一节 糖尿病	(236)
第二节 单纯性肥胖症	(243)
第九章 类风湿性关节炎的康复治疗	(249)
第十章 精神疾病的康复治疗	(258)
第一节 概 论	(258)
第二节 常见精神疾病的康复	(273)
第十一章 老年患者康复的特殊问题	(278)

第一章 总 论

第一节 康复与康复医学

“康复”一词，系译自英语 Rehabilitation，原意是“复原”、“恢复原来的良好状态”、“重新恢复原来的权力、资格、地位、尊严”等。在现代医学领域里，是指功能复原，针对疾病和损伤造成的功能障碍，使之尽可能地恢复正常或接近正常。1969年世界卫生组织(WHO)医疗康复专家委员会对康复的定义作了如下的说明：“康复是指综合地和协调地应用医学的、社会的、教育的和职业的措施，对患者进行训练、再训练，使其活动能力达到尽可能高的水平。”

进入 20 世纪 80 年代，康复的目标更侧重于使残疾人能够重返社会，因此，世界卫生组织医疗康复专家委员会于 1981 年给康复下了新的定义：“康复是指应用一切有关的措施以减轻致残因素或条件造成的影响，并使残疾者回到社会中去。康复的目的不但是训练残疾者适应周围环境，而且要改变他们的环境，以利他们重返社会。”

康复医学(Rehabilitation Medicine)是指以促进康复为目的的一个医学分支，更具体地说，康复医学是一门关于对伤病者和残疾者在身体功能上、精神上 and 职业上进行康复的学科。它的目标是消除或减轻患者功能上的缺陷，帮助患者在身体条件许可的范围内最大限度地恢复生活和劳动能力，使残疾疾病者能够充分参与社会生活，同其他公民一样，平等地分享社会和经济发展的成果，这也是国际残疾人年提出的“充分参与社会活动和平等”的主要精神所在。在现代医学领域里，随着社会经济的发展 and 医学的进步，医生和患者都不再满足于临床的治愈，康复医学也越来越受到重视，并与预防医学、临床医学并列称为“第三医学”。在急性期疾病得到处理并稳定后，应该接受积极的康复指导和处理，而不应该消极地等待身体的康复。重视康复标志着医学科学的发展水平。

一、康复医学的对象

1. 身体有残疾和精神障碍者，身体残疾包括运动器官、视觉和听觉器官、循环和呼吸等内脏器官的残疾，精神障碍分为智力迟钝和精神疾病。近几年来，身体残疾者有明显增多的趋势，其增多的因素是多方面的：一是老年人增加，寿命延长；二是工业交通事故增多；三是环境污染（如水俣病引起的残疾，大气污染造成的癌症增加）；四是卫生保健事

业发展使疾病结构发生了变化。由于急救工作的发展、医疗水平的提高,病人的死亡率降低了,但作为功能障碍而生存下来的人则越来越多,这是医学进步、生命延长出现的情况。

2.老年人,现在的康复不仅是对残疾病人,也适用于老年人。老年人体衰、多病、越来越需要康复医疗的帮助。

3.慢性病人,在现代医学体系中,预防、保健、治疗和康复都是必要的组成部分。早期,Rusk曾认为康复是临床治疗的延续,他说:“如果还没有训练患者利用其剩余的功能很好地生活和工作,那么,这就意味着医疗工作并未结束。”20世纪80年代以来,欧洲许多学者主张康复与临床应互相渗透、紧密结合,提倡各个医院的临床科都开展康复,不要康复医疗工作只集中在几个大的中心由少数医师进行,而应当分散地贯彻在各个临床科的防治工作中,这样使得医院与康复机构相结合,以提高慢性期病人的疗效。

此外,近年来对一些疾病的急性期,也同步利用康复医疗的某些方法。

二、康复医学的内容

康复医学是一门跨学科的应用科学,涉及医、理、卫、教育和社会科学,在医学中包括基础和临床科学。康复医学的范畴一般分为身体康复(Physical Rehabilitation),精神康复(Mental Rehabilitation)和职业康复(Vocational Rehabilitation)。按照康复对象和病种的不同,康复医学又有以下一些分支,如老年病康复学(Geriatic Rehabilitation),儿科康复学(Paediatrics Rehabilitation),心脏康复学(Cardiac Rehabilitation),神经科康复学(Neurological Rehabilitation),精神科康复学(Psychiatric Rehabilitation),肿瘤康复学(Cancer Rehabilitation)。此外,康复医学的分科化的趋势还将会继续发展,近年来的心脏康复、肺科康复、癌症和慢性疼痛的康复已在逐步展开。

常见内科疾病康复治疗的主要病种见表1-1-1。

表1-1-1 常见内科疾病康复治疗的主要病种

1. 神经系统疾病	5. 心血管及呼吸系统疾病
脑血管意外	冠心病
肌 病	高血压病
帕金森氏病	心律失常
痴 呆	心力衰竭
脑 炎	慢性阻塞性肺疾患
2. 消化系统疾病	肺结核
溃疡病	6. 代谢内分泌疾病
肝硬化	糖尿病
3. 泌尿系统疾病	肥胖症
肾功能障碍	7. 精神残疾
4. 血液系统疾病	精神分裂症
贫 血	神经症
再生障碍性贫血	8. 老年病

(尹相军 陈庆华)

第二节 临床医师与康复治疗

在现代医学体系中, 预防、保健、医疗和康复都是必要的组成部分, 它们互相联系组成一个统一体。早期Rusk曾认为康复是临床治疗的延续, 他说: “如果还没有训练患者利用其剩余的功能很好地生活和工作, 那么, 这就意味着医疗工作并没有结束。”20世纪80年代以来, 欧洲许多学者主张康复与临床相互渗透, 紧密结合, 提倡各个医院的有关临床科都开展康复, 不要使康复医疗工作只集中在几个大的中心, 由少数医师进行, 而应当分散地贯彻在各个临床科的防治工作中。

医学新模式强调治病, 不仅要消除临床症状, 而且要预防和恢复功能上的缺损; 不仅要使用对抗生物学因素的方法, 而且要使用调整和矫治心理精神情绪因素和社会因素的方法, 因而形成了以下的治疗学的新模式:

病因治疗	}	控制疾病、消除症状、恢复功能
症状治疗		
功能治疗(身体、精神、社会)		

这些原则强调了应当使康复的观点和基本技术成为所有医院医疗计划的一个组成部分, 同时, 也应当使之成为所有医师的医疗手段的一个组成部分, 康复医疗必须自始至终贯彻早期康复、预防的思想。有些学者研究患者的残疾情况, 发现不少患者不仅是由于疾病和各种事故一次致残, 而且还由于医生和患者本人缺乏康复知识, 形成二次致残, 加重了残疾的程度, 如脑出血病人由于褥疮、尿路感染、肢体放置不当等, 都可以形成二次致残。因此, 在不少国家的康复医疗中, 都很注意预防工作, 强调从治疗的早期就注意康复工作, 把康复思想贯穿到疾病治疗的全过程。没有发生残疾时要积极防治发生残疾, 已经发生了一次残疾, 要预防二次残疾, 对出现的残疾要早期检查、早期评价、早期做康复训练。

在实践中, 康复与临床医疗相互渗透有以下形式: ①利用临床手段矫治或预防残疾; ②把康复护理列为临床常规护理内容之一, 以利于患者身心功能障碍的防治; ③从临床处理的早期就引入康复治疗, 康复医师及治疗师参与临床治疗计划的制度和实施; ④临床医师和康复医务人员组成一个“康复协作组”, 对具体的残疾进行跨科性协作, 以求取得最大的效益; ⑤在临床专科(如神经内科、骨科等) 设置康复人员和/或康复病床开展专科的康复治疗。

但是, 其他临床专科与康复又存在着明显的区别。在许多情况下, 单纯的临床处理对功能恢复有很大的局限性, 需要大量使用专门的康复技术, 进行功能的训练、补偿和代替。F.H.Krusen的一句名言: “康复应当是人人感兴趣的事, 但不是人人都可以干的事。”世界卫生组织对发展中国家提倡培养一专多能的康复治疗师(Multipurpose Reha-

bilitation Therapist), 即在康复医学的发展过程中, 既要推动康复医学知识向专业方向发展, 但又要保持康复医学与临床医疗的联系和完整性, 防止分割和片面性。

许多临床医师经过培训后可以成为该专科的康复医师, 在某种意义上说, 这样的专科康复医师对患者的康复会比专科的康复医师做得更好, 因为他们对该科疾病的病理、临床及转归更为熟悉, 更清楚可能发挥的潜力。在日本的康复医师队伍中, 就明确规定了专业医和认定医制度。专业医是康复医学的专科医师, 他们全面掌握康复医学的理论和实践, 具有康复医学各方面的知识和经验; 认定医即专科康复医师, 是原从事某一临床专科, 他们具有一定的康复医学理论知识, 并掌握该科疾病的康复知识, 具有该方面经验的医师。两种康复医师密切合作、互相补充, 从而构成康复医疗工作的中流砥柱。

作为一名临床医师应具有现代医学科学指导思想, 即应具备以下几点:

(1) 有完整的医学体系概念, 医学是由保健、预防、临床与康复四个方面构成一个完整的体系, 如果患者有功能不能很好地发挥, 不能正常的生活和工作, “这意味着医疗工作并没有结束”, 康复的观点和基本技术应成为医疗计划的一个组成部分, 成为所有临床医生医疗手段的一个组成部分。

(2) 康复不仅是康复医学专科医生的事, 而且也是每个临床医生所必须要做的事。

(3) 临床医生的工作处在一个最有利、有效的康复阶段, 康复工作进行得愈早, 效果则愈好, 可以为以后节省许多人力、物力和财力。

(4) 临床医生是二级预防的组织者和执行者。

(5) 合格的临床医生, 不仅应对住院、门诊患者负责, 还应为出院后患者的康复负责, 不仅是治病救人, 还要为患者功能恢复负责。

综上所述, 临床医师在患者的全面治疗康复中, 起着非常重要的作用, 所以应当充分掌握康复医学的理论和实践, 使患者在疾病急性期得到处理, 待其稳定后应该接受积极的康复指导和处理, 而不应当消极地等待身体康复。

(尹相军 陈庆华)

第三节 康复检查方法与康复病历

在康复医疗实践中, 对患者的病史采集不仅要了解症状, 以便做出疾病的诊断, 更要了解症状和疾病对日常生活功能的影响。康复医学的检查不但重视基本的运动、感觉的检查(如肌力、关节运动度等), 更要重视功能性的综合检查。康复病例是功能评估的病历, 普通病历只重视对临床症状和病理体征的描述, 而康复病历则要对运动、感觉、言语、学习、工作的活动功能作出详细的评估, 尤其重视评估各剩余的功能, 估计康复的潜力, 并拟订功能康复的策略(采取的途径、重点等)。

一、病史的采集

要从功能的角度, 以功能的眼光来采集现病史、过去史和个人生活、职业、心理

社会史。

现病史：要注意患者功能障碍或残疾的发生、发展程度及其影响、适应情况，尤其要了解身残病人的日常生活活动情况，一般可问：你走路需要人帮助吗？用手杖吗？跌倒过吗？等，收集这方面的资料可以判断病人能否独立活动，然后接着问：你能自己上、下床吗？你能拿脸盆吗？你能自己吃饭吗？你能自己梳头和收拾屋子吗？收集这些资料不仅能了解病人日常生活活动的的能力，也是判定整个康复计划和估计预后的可靠依据。

此外，对每个病人都要了解病后的饮食、睡眠和大小便情况，对慢性病人或身有残疾的患者的体重变化和劳动能力也要询问，对截瘫病人还要问有否大便失禁及膀胱功能障碍以及保留知觉的部位，还要了解过去有无经过康复治疗，效果如何，现在有无使用矫形辅助器具或进行环境调整。

既往史：了解患者的过去史在康复医疗中有其特殊意义：有助于分析患者既往患过的伤病是否遗留有功能障碍，即患者在本次伤病前功能状况是否已有不正常之处，有助于分析过去伤病所致功能障碍与本次伤病所致功能障碍相互之间有什么影响，特别要注意过去的心肺情况，神经肌肉及骨关节疾患遗留的功能障碍是否会影响此次康复训练的执行，如过去患过咽喉痛、关节痛，可能与存在的心瓣膜病有关。对过去所患的疾病，不仅要询问当时的诊断及治疗经过，还要按发病或致残的年月日顺序记录，对诊断名称加上引号，对既往有手术、外伤、中毒和过敏史的患者，更要详细询问。

个人史、职业、心理、社会生活史：为康复病历特有的内容，由于功能的障碍包括个人生活、职业能力和心理社会能力障碍，而且个人生活、职业和社会、心理情况对躯体功能的障碍和康复也有重要影响，因此，康复病历十分重视对个人生活、职业、心理、社会史的采集和评估。个人的生活方式要问：生活是否有规律？有何兴趣爱好、饮食习惯？是否经常运动？社会及职业史一般要问：生活在农村还是城市？原籍、出生地在何处？家中有那些人？他们的学习、工作及身体情况怎样？必要时还要询问当地卫生及水源情况，了解这些情况可以知道在复杂的社会环境中，在何种情况下容易诱发何种症状，如头痛、呕吐、失眠、视力障碍、感觉异常、性格改变、抑郁、幻觉、自杀念头和定向障碍，这对疾病的诊断、康复治疗及预后的判断有重要意义；职业方面包括病人的工作环境、工种、劳动保护条件，有无引起特殊职业病或中毒的可能（特别是矿山、接触特殊毒性药之职业、从事放射线工作、兽医工作或传染病防疫工作等），工作时间、劳动强度以及工作中有无特殊事件遭遇等都要询问，另外还要注意从患者的家人或其他熟悉患者的人处提取有关资料；对慢性病人及身体有残疾的病人的心理功能需要了解，因当某器官病理变化不完全可逆时，疾病对病人总是有压力的，同时要向患者说明了解这些情况是对其进行康复诊断和康复治疗所必需的。

二、体格检查

康复医疗中的体格检查技术和方法与内外科等临床体检相同，但在检查上及一系列活动功能的评估上有其特点，康复检查的目的有：寻找可能存在的、引起功能障碍的器官组织缺陷，寻找可能存在的继发与基础疾病的身体障碍（如褥疮、肢体挛缩、关节强直、肌肉萎缩），这些继发障碍并非直接由原发病引起，只是在治疗处理过程中出现的问题；评估尚残存的能力，明确康复训练的重点和目标。

康复体检中的重点内容：外表及生命征象、身体姿势有无异常（畸形）；神情有无紧张、焦虑不安或淡漠、忧郁；血压是否正常（有眩晕者要分别取仰卧位、坐位及立位测血压），心率多少（注意有无心律不齐，心动过缓）；体重多少（监测其变化）。

动态检诊：正常关节都有一定的活动范围，超过或不及者为异常。做关节动态检诊时，应包括主动和被动活动，被动活动时手法要轻柔，关节活动范围须与健侧对比。

主动和被动活动障碍的关系如下：①主动和被动活动均正常者——正常关系；②被动活动正常而主动活动不能者——神经麻痹；③主动和被动活动均不能者——关节僵直（关节面之间已有骨质和纤维组织连接）或关节及其周围有剧痛和肌肉痉挛等；④主动和被动活动均部分障碍者——关节僵硬（主要由关节囊的纤维化引起），如在长期用石膏固定后，关节内、外骨阻滞，关节内粘连，肌肉痉挛，皮肤瘢痕挛缩等。

动态检查：下肢包括步态，脊柱包括站立活动，上肢包括手的功能。步态是一种立体活动，是身体各部位多种活动协调而形成的一种行动的步态，要熟悉正常的步态，才能鉴别异常的步态。病理步态的特征是指由于身体某部分活动过度紧张或体力减弱甚至无力，两侧肌力不对称或重心不稳，骨盆倾斜，两下肢不等长，躯干侧屈，从而导致的步态不协调的异常步态。

肌力测量法：对肌力的评定，要有一个正确判断准则，在康复医疗中具有重大意义。肌力强度试验的方法应当是精确而简单易行的，如简单的肌力计，有时需要医生用主观的方法。评定应用的简易手法判定是1918年由Lovett首先创用的，在脊髓或周围神经疾患，常常测定肌肉的瘫痪程度，具体方法是将病人放在一个适宜位置，嘱病人活动患肢，达到最大的活动范围，测其肌肉对抗吸力和不同阻力的能力，然后按所指定的肌肉或肌组活动能力去分等级，用感觉和视力检查该肌肉的活动能力。

肌力分6级：

- 0级 肌肉完全无收缩（完全瘫痪）。
- I级 肌肉稍微有收缩，可以看到或摸到该肌肉收缩，但不能使关节活动（近完全瘫痪）。
- II级 肌力差，肌肉收缩可以使关节活动，顺着地心引力时运动，但不能抗引力（重度瘫痪）。
- III级 肌力尚可，仅有抗引力收缩，但要同时加上阻力，则不能运动该肢体或关节（轻度瘫痪）。
- IV级 肌力良好，有抗引力和抗阻力收缩（接近正常）。
- V级 肌力正常，有抗阻力的收缩（正常）。

此简单手法检查，只能表明肌力的大小，但不能表明肌肉收缩的耐力，如需测定肌肉耐力，就需反复检查，为了真正得到肌肉耐力还必须排除心理影响。

要判定心肺的功能状况，按常规方法进行心肺检查，以确定心肺功能分级，注意胸部有无畸形（严重脊柱侧弯），呼吸运动及肺通气能力是否受限（脊柱后突，强直性脊椎炎等）。检查心脏有无异常的同时，还要注意末梢循环情况，四肢末端皮肤是否冰凉，有无动脉阻塞，静脉曲张等征象。

日常生活能力的检查：人们的日常活动对每个人来说都是至关重要的，保持日常生

活活动能力的完整性,对于维持人们独立生存是必不可少的,而病残者,其身体某部分功能发生一定障碍,则势必影响到日常生活活动能力,残疾程度越大对日常生活活动能力影响也越大。从康复医疗的角度,对患者进行日常生活能力检查,不仅了解病人各项基本功能的情况,而是对制定康复计划和估价预后十分重要。

日常生活活动能力的检查,包括床上运动(坐、卧或翻身等)、轮椅活动、自我料理(梳洗、穿衣、吃饭等)、行走或登高运动等。

检查方法:嘱病人从日常生活中最简单的动作做起,如坐卧、翻身、刷牙、洗脸、梳头等动作,检查者要亲自一一观察病人实际能完成的动作,并进行详细记录。

活动能力分级:

(1)病人可以独立活动,即不要别人帮助或保护,自己能独立活动,可用“V”代表。

(2)病人不能独立活动,此种情况分以下几种:①病人活动时不需要别人帮助,但需有人在身旁监护,可用“S”字母代表;②病人站立或进行活动,需要别人帮助,可用“A”字母表示;③病人自己不能下地活动或移动,需要靠别人或器械的帮助才能活动,可用“L”字母代表;④用“X”字母代表病人不能随意活动。

(3)病人需借助于某种器械(轮椅、矫形夹板、拐杖等)才能活动。

为记录病人入院和出院时日常生活活动能力,以便正确估价病人的功能,特设计表1-3-1。

表1-3-1 日常生活活动能力检查记录单

姓名		性别		年龄		职业	
入院日期					主管医师		
发病日期					损害类型		弛缓型
							痉挛型
残疾情况							
发病原因							
有无褥疮							
手术情况							

记录测试及病情变化方法分级符号:

V 代表病人能独立活动。

S 代表病人活动时需别人照顾。

A 代表病人活动时需别人帮助。

L 代表病人需别人或器械的帮助下才能下地活动或移动。

X 代表病人不能做指定的活动。

初次测试用蓝笔填入 G/1 栏内,其病情变化记入 G/2 栏内,同时注明检查日期,见表1-3-2。

病情记录要可靠,要记录病人客观生活活动。对出院病人日常生活活动的的能力要进行评价,其内容如下:

表1-3-2 测试及病情变化记录表

床上活动	G/1	G/2	日期	检查者
床上活动：躺、坐				
床上翻身：向左、向右				
腹肌锻炼				
收拾被褥				
坐起				
伸手拿桌上的东西				
使用床头信号灯				

(1)病人独立活动能力的程度：①病人能否独立行动或需要某种帮助（如鼓励或保护）方能完成某些活动（床上活动、轮椅活动，自我料理、行走、登高或手工操作活动等）；②对病人进行下列活动的情况，要详细说明：吃饭需要的时间（早、中、晚），洗漱情况以及使用运送工具的情况；使用轮椅、行走或登高的能力和速度。

(2)病人是靠轮椅活动还是自由行走。

(3)病人是否需要专人照顾。

(4)病人全面活动情况。

在采集完病史及体格检查，日常生活能力检查结束后，医师将材料加以整理分析，按照医学诊断与康复诊断（功能评估）相结合的原则，根据全面康复的要求，列出患者的诊断和功能障碍（身体上、精神上、学习和职业上、社会生活上等方面的功能障碍），作为有待康复解决的问题，判定康复计划，建立起以解决问题为中心的病历制度。

以解决问题为目标的康复病历，是康复医疗管理工作行之有效的一种新制度，它为组织对残疾患者的全面康复和有步骤、长期的康复处理提供了一条有效的途径。在国外，这种方法被简称为 SOAP。

S（Subjective data）——患者个人的主诉材料、症状、病史材料。

O（Objective data）——客观体征、功能表现。

A（Assessment）——对以上材料进行评价分析。

P（Plan）——拟订处理计划，包括有关进一步检查、会诊、康复治疗和处理等计划。

（陈庆华 郭海鹰）

第四节 康复医学的发展与现状

康复医学在国内外已有悠久的历史，功能康复的概念远在2000多年前的中国医学中已开始出现，应用针灸、导引、吐纳（气功）和按摩推拿等方法进行功能康复治疗，创立了具有我国特色并充分发挥了中医药这个伟大宝库的康复医学。多种文献上记载了我国古代名医应用康复疗法对患者进行身心康复和保健的理论或实例，如张仲景用吐纳（气

功),华佗用五禽戏(运动),张子和用观看角氏、戏剧表演(文娱疗法)等方法治疗身心功能障碍,文学家欧阳修遵从医嘱通过弹琴练习,治疗两手中指拘挛和情绪抑郁,张子和曾用类似现代的心理系统脱敏法治疗声音恐怖症,用理喻法治疗精神情绪障碍。此外,我国古代医师还根据五行相生相克的原理,提出了“以情治情”的原则,利用情绪相互制约的方法,倡用“悲胜怒”、“怒胜思”、“思胜恐”、“恐胜喜”、“喜胜忧”等心理行为疗法。

我国的一些传统康复疗法对世界康复治疗的发展有一定影响,17世纪末,针刺术传入欧洲,18世纪末,导引术以“功夫”的名称传入西方,这些独特的康复疗法在世界上流传至今,仍受到人们的重视。

我国的现代康复医学是在原来的物理医学、运动医学、疗养医学、荣军伤残康复和中医传统康复的基础上发展起来的。解放后,在许多疗养院、荣军医院和综合医院的理疗、体疗科不同程度地开展了一些康复治疗,在培养人才、医疗实践和机构设置等方面,为建设现代化的康复医学体系打下了一定的基础。

新中国成立之初,继承了解放区的传统,设立了一些“荣誉军人疗养院”,后来又举办了一批“康复医院”,这种机构从1952年开始逐年增加。以后“康复医院”有的撤销,有的转为疗养院、结核病院或精神病院、职业病医院。在各级综合医院和专科医院中,一般设有理疗床,特别是为继承和发展传统医学,设置了针灸、按摩推拿、气功等科室。一些条件较好的医院、疗养院,还结合临床实践,运用现代科学(包括现代医学)进行了中医药的研究。

1983年成立了中国康复医学会,1985年改名为中华医学会物理康复学会,1986年成立了中国残疾人康复学会,这些学术团体分别出版了《中国康复医学杂志》、《中国康复》、《中华理疗杂志》等学术刊物,各学会多次组织了国内外康复医学学术交流。

我国陆续举办了理学疗法、体育疗法的训练班,在医学院校的课程中有中医学,包括针灸、按摩推拿、气功等内容,有的医学院校还设有康复医学课程,包括医疗体育、理疗等。

自1986年开始,我国广东、吉林、山东、内蒙古、浙江、辽宁、北京、上海等地在城乡开展了社区康复试点,建立起三级工作网络,培训了一批基层康复员,或建立家庭康复病床,举办小型社区康复站,在社会的层次中开展了对脑血管意外后遗症、儿童脑性瘫痪、关节炎、弱智、精神病等残疾的康复,取得了较好的效果。

总的来说,我国康复医学事业在发展过程中,一些康复机构(包括医院、疗养院)对残疾病人、慢性病人和老年病人采用了某些康复医疗的手段,逐步显示出自己的一些特色,但是,就现代康复医疗的概念讲,还不完善,需要在现有的基础上逐步充实、提高,使之逐步成为一个“专业系统”。我们应当从我国的国情出发,既要发挥我国幅员广大,自然条件优越,有数以千计的矿泉和许多景色丰富的特点,又要继承发展中医中药的作用,逐步创立具有我国特色的康复医学。康复医学是一门新兴学科,对研究的对象、具体方法、康复与疗养、理疗的联系和区别等等问题,都较为生疏,因此,我们要采取多种方法,加强对康复医学的宣传,卫生部门应当把重点放在宣传和普及康复医学知识,培养康复医学专门人才,重视一专多能的康复治疗师的培养和康复医疗的指导

上。对康复医疗机构的组织形式,据各地的经验,应当从实际情况出发,遵循便利病残者就医和勤俭办一切事业的原则,因地制宜,灵活多样。

在国外,“康复”这个词同残疾联系起来,是在第一世界大战时期,当时是为战伤者重返前线或回到社会的需要,才开始使用的。美国于1917年在纽约成立了国际残疾人中心(International Center for the Disabled)对受伤的军人进行康复治疗,英国著名骨科专家Robert Jones在Shepherd Bush开设康复车间,对伤员进行职业训练,以便战后能回到工厂工作。1919年,加拿大在安大略省的汉密斯尔顿(Hamilton)山顶疗养院用作业疗法治疗伤兵。1922年成立了美国国家康复理事会(National Council of Rehabilitation),总部设在纽约。直到第二次世界大战期间,通过美国医学家Howard A Rusk等的努力,康复的概念比较完整的形成,一系列现代的康复疗法得以发展,康复工作逐步开展,欧、美、日本等国家相继设置各种不同类型的康复机构,或在综合医院设立康复科,在医学院校中设置康复医学课程或讲座,培养高中级专门人才,有的康复中心办成康复医疗、教学、科研三结合的机构,成效显著。1947年,美国成立了美国物理医学与康复委员会(American Board of Physical Medicine and Rehabilitation);1950年,国际物理医学与康复学会(International Society for Physical Medicine and Rehabilitation)成立;1969年, Sydney Licht发起成立了国际康复医学会(International Rehabilitation Medicine Association),并于1970年在意大利召开了该会的第一次大会。

通过实践,康复医学随之也更加丰富多彩,康复医疗的手段,起初只用物理疗法(理疗)和整形矫治,因而有康复医疗以理疗为母,整形外科为父的说法,但现在已经远远超出了这个范围,体育疗法、作业疗法、语言疗法、心理疗法等都已成为康复医学的组成部分,而神经心理学、医学工程学、医学物理学、医疗心理学等学科的进展,也为充实康复医学提供了条件。

当前,不少国家的平均寿命延长,人口老化,老年病增多,工伤、交通事故、职业病以及中、老年疾病致残的人数日渐增多,他们渴望改善生活质量,客观的需要促进了康复医学的较大发展。此外,因为用于功能评估和康复的新仪器、新方法的不断涌现,从而使康复医学的发展获得了新的动力。

目前,康复医学在世界各国正在继续发展,各国正在努力探索符合本国国情的康复医学模式。在人类的保健医疗体系中,保健、预防、医疗、康复四者紧密结合,互相渗透,为人类的健康提供全面的服务。

(路加成 李嵩)

第二章 神经系统疾病的康复治疗

第一节 脑血管疾病

【概述】

脑血管病，也称脑中风或脑卒中，是中老年人的一种常见病、多发病。由于诊断和治疗水平的提高，脑卒中的死亡率有所降低，但致残率仍居高不下。我国进行了两次全国性大规模的脑血管疾病的流行病学调查，第1次是1979年，对全国14个省、市的神经系统疾病进行调查，共调查了164571人，发现老年人脑血管病发病率为1023/10万，患病率为2210/10万，死亡率为847/10万，老年前期（45~59岁）则分别为344/10万、782/10万、128/10万。第2次是1986年进行的对29个省、市、自治区脑血管病流行病学的调查，共调查了5814851人，老年人脑血管病的发病率为978/10万，患病率为1788/10万，死亡率为882/10万，老年前期则分别为177/10万，412/10万和85/10万。1986~1990年对7个城市的群组研究中，自然人群组总发病率为217/10万，年平均死亡率为130/10万，占死因首位或第2位。据青岛医学院统计5年以上生存率占25.6%，10年以上占11.4%，20年以上占0.9%，致残率大约86.5%，这可能与我国对脑血管病的防治研究开展较晚，相当多的病人得不到及时合理的康复治疗有关。脑血管病致残后的治疗护理是非常耗费人力、金钱和时间的，因此与其致力于治疗远远不如致力于伤残的预防。

脑血管病致残的主要表现为意识障碍、瘫痪、失语、失认、失用、吞咽困难、共济失调和痴呆等。现代预防可分为人群预防和个体预防，老年人群中年龄本身就是脑卒中的一种危险因素，所以应对老年人进行脑卒中知识的科普教育和筛选出高危人群，这对预防脑卒中有着重意义。个体预防对老年人更为重要，脑卒中的预防可分为三级：一级预防是控制脑卒中的主要危险因素，如控制高血压，防治心脏病，防治糖尿病和控制高脂血症等，特别是防治老年人中常见的心房纤颤，以免引起脑栓塞；二级预防是通过早期诊断和早期治疗，防止和减慢脑卒中的发展，其主要内容是预防脑卒中的复发，防止短暂性脑缺血发作，控制脑卒中的发展和促进康复；三级预防是脑卒中的后期预防，主要是康复问题，涉及偏瘫的康复，失语症的康复，记忆力的康复，心理康复等。急性脑卒中早期康复可降低致残率在国际上已得到公认，大量的临床和基础研究表明，脑功

能恢复在脑卒中发生后前3个月内最快。中国康复研究中心的神经康复中强调应重视神经康复工作，脑血管病致残率极高，目前还缺少特殊有效的治疗方法，而脑卒中经过早期系统性康复，几乎70%或更多的患者可以获得日常生活活动自理，故在处理脑卒中时，神经康复应受到重视。而在我国，脑血管病患者的急、早期仅集中于药物治疗，而对功能训练不够重视，大多没有开展康复治疗，延误了康复的最好时机，患者到康复机构进行康复治疗，差不多在1个多月或数月后，有的甚至在数年后，事倍功半，效果极差，患者不能回归社会，不能回归家庭。WHO规定脑卒中发病后48h，神经系统体征已基本稳定，即可开始进行康复训练。国内大量资料表明，脑卒中发病后根据患者的病情严重程度，脑卒中的临床类型，是否伴有意识障碍或昏迷，有无内科并发症等，尽早进行系统性康复训练，这对降低其致残率、提高病人的生活质量有着重要意义。

脑血管病的危险因素：脑血管病（cerebrovascular disease, CVD）以其高发病率、高病死率、高致残率、高复发率极大地危害着人类的生命健康，降低患者的生活质量。近年来流行病学调查研究证明，一些因素对脑卒中的发生有密切相关关系，称之为本病的危险因素，目前已识别的危险因素存在以下几类情况：一类是遗传性的，难以或不能干预，如年龄和性别；一类是环境性的，可以预防，如感染；一类是个体生活习惯，可以控制，如吸烟；一类是家庭因素和环境因素的综合，通常可以治疗，如高血压。见表2-1-1。

表2-1-1 脑血管病的危险因素

致动脉粥样硬化的	非致动脉粥样硬化的
动脉高血压	种族
收缩压增高性高血压	年龄和性别
冠状动脉病	家族倾向
TIA	红细胞增多症
颈动脉杂音	酗酒
糖尿病	体力活动过少
高脂血症	肥胖
吸烟	口服避孕药
中风病史	

总之，脑血管病是多因素所致的疾病，对于个体来说，任何单一危险因素或多个危险因素的联合存在都不能预示将发生卒中；相反，缺乏任何已知的卒中危险因素也不能确认卒中将不会发生。然而，卒中的发生机率明显地受这些因素的影响，所以，干预或减少危险因素对预防和控制卒中有重要意义。一旦发病则要早诊早治，积极进行早期康复，才能降低其致残率。

【 诊断要点 】

一、脑血管病的分类

疾病的分类方案是临床诊断、治疗和预防、康复的科学标准，是进行疗效评价和学