

全国高职高专卫生部规划教材  
全国高等医药教材建设研究会规划教材

供康复治疗技术专业用

# 康复医学概论

主 编 王俊华

副主编 张银萍

 人民卫生出版社

全国高职高专卫生部规划教材  
全国高等医药教材建设研究会规划教材

供康复治疗技术专业用

# 康复医学概论

主 编 王俊华

副主编 张银萍

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 刚 (鄢阳医学院附属太和医院)

张银萍 (漯河医学高等专科学校)

王俊华 (鄢阳医学院附属太和医院)

林 清 (苏州卫生职业技术学院)

冯子维 (哈尔滨医科大学大庆校区)

林莉萍 (佛山科学技术学院医学院)

张 焜 (武汉民政职业学院)

周立峰 (宁波天一职业技术学院)

人民卫生出版社

## 图书在版编目(CIP)数据

康复医学概论/王俊华主编. —北京:人民卫生出版社,2010.6

ISBN 978-7-117-12918-3

I. ①康… II. ①王… III. ①康复医学-高等学校:技术学校-教材 IV. ①R49

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 072799 号

门户网: [www.pmph.com](http://www.pmph.com) 出版物查询、网上书店  
卫人网: [www.ipmph.com](http://www.ipmph.com) 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有,侵权必究!

本书本印次封底贴有防伪标 请注意识别

## 康复医学概论

主 编: 王俊华

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

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

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京市后沙峪印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 9.5

字 数: 224 千字

版 次: 2010 年 6 月第 1 版 2010 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-12918-3/R·12919

定价(含光盘): 22.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: [WQ@pmph.com](mailto:WQ@pmph.com)

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

<b>第一章 概述</b> .....	1
<b>第一节 基本概念</b> .....	1
一、康复 .....	1
二、康复医学 .....	4
<b>第二节 康复医学发展史</b> .....	7
一、康复与康复医学的形成和发展 .....	7
二、康复医学发展基础.....	10
三、我国康复医学的发展和现状.....	12
<b>第三节 康复医学的内容</b> .....	15
一、康复基础学.....	16
二、康复功能评定.....	16
三、康复治疗.....	16
四、临床康复治疗.....	19
五、社区康复.....	19
<b>第四节 康复医学的地位</b> .....	19
一、康复医学在现代医学中的地位.....	19
二、康复医学与其他医学的关系.....	21
<b>第五节 康复治疗技术专业的培养目标和要求</b> .....	24
一、培养目标.....	24
二、专业技能要求.....	24
<b>第二章 残疾学</b> .....	28
<b>第一节 基本概念</b> .....	28
一、残疾.....	28
二、残疾人.....	29
三、残疾学.....	29
<b>第二节 致残原因</b> .....	29
一、先天性致残因素.....	29
二、后天性致残因素.....	30
<b>第三节 残疾分类</b> .....	30

一、国际残损、残疾与残障分类(ICIDH) .....	30
二、国际功能、残疾与健康分类(ICF) .....	31
三、中国残疾分类标准 .....	35
<b>第四节 残疾预防</b> .....	39
一、疾病的三级预防 .....	39
二、残疾的三级预防 .....	40
三、医学进步对残疾预防的影响 .....	40
四、“预防残损”和“康复治疗” .....	40
<b>第五节 残疾人概况及分布特征</b> .....	41
一、第一次全国残疾人抽样调查 .....	41
二、第二次全国残疾人抽样调查 .....	41
三、国外残疾人调查 .....	43
<b>第六节 残疾相关的政策法规</b> .....	43
一、国际相关的残疾人政策与法令 .....	44
二、我国相关的残疾人政策与法令 .....	44
[附] 部分国内、国际残疾人组织机构 .....	47
<b>第三章 功能障碍</b> .....	50
<b>第一节 残损、活动受限和参与局限</b> .....	50
一、残损 .....	50
二、活动受限 .....	51
三、参与局限 .....	51
<b>第二节 功能障碍的评定</b> .....	52
一、确定现存和康复所要求的功能水平 .....	52
二、确定功能受限制的性质及程度 .....	52
三、确定功能受限制的因素 .....	53
四、以 ICF 体系作为功能障碍评定的基本框架 .....	53
<b>第三节 功能障碍的康复治疗</b> .....	55
一、明确临床症状的处理与功能障碍恢复的关系 .....	55
二、减少内在限制因素 .....	56
三、减少外在限制因素 .....	56
四、使用必要的辅助器具 .....	57
五、以 ICF 体系作为制订功能障碍康复计划的基本框架 .....	57
<b>第四章 康复医学的基本原则和服务方式</b> .....	59
<b>第一节 康复医学的基本原则</b> .....	59
一、功能训练 .....	59
二、早期同步 .....	59
三、主动参与 .....	60

四、全面康复	60
五、团体协作	60
六、回归社会	60
第二节 康复医学的服务方式	61
一、医疗机构康复	61
二、社区康复	63
<b>第五章 康复医学的工作方法和流程</b>	<b>67</b>
第一节 工作方法——康复协作组	67
一、学科间合作	67
二、学科内合作	67
三、康复工作方式——康复团队	67
四、康复医学专业人员的职责	69
第二节 康复工作流程	72
一、康复病房工作流程	73
二、康复门诊工作流程	73
三、社区康复工作流程	74
第三节 康复结局	74
一、康复结局的概念	74
二、康复结局的评定	74
<b>第六章 康复伦理问题</b>	<b>77</b>
第一节 历史与发展	77
一、公元前及中世纪的医学伦理	77
二、近代医学伦理的诞生	78
三、现代医学伦理的发展	78
四、康复医学伦理的特点	80
第二节 临床康复实践问题	80
一、如何选择患者	81
二、制订个体化的康复方案	82
三、医患关系	82
四、专业团队的协调与配合	83
五、家庭成员的作用与职责	84
六、康复治疗质量控制与终止	84
第三节 政策、法规问题	85
一、康复资源分配	86
二、保险及康复	86
第四节 康复专业职责	87
一、康复科学研究	87



二、康复专业人员职责	88
三、注重康复预防工作	88
四、康复专业人员培训及资质认证	89
五、未来康复治疗师的要求	89
第五节 宣传和教育的	89
一、康复专业人员和政府各部门在宣教工作中的作用	90
二、搞好残疾预防及提高人口素质	90
三、利用公共媒体普及全社会对康复的认识	91
<b>第七章 康复医学学科的设置和常用设备</b>	92
第一节 康复医学学科的设置	92
一、康复医学学科的功能与作用	92
二、康复医学学科设置的基本原则	92
三、康复医学学科的组成部分	93
四、康复医学学科的人员组成	93
五、康复医学学科的诊疗场地与设施	94
第二节 康复医学学科的常用设备	94
一、功能评定设备	94
二、治疗与训练设备	95
<b>第八章 康复医学学科诊疗工作常规</b>	98
第一节 康复医学学科的病历和治疗处方书写常规	98
一、康复病历的特点	98
二、病历书写	98
三、治疗处方	101
四、康复治疗记录	102
〔附〕 康复病历入院记录、三期评定记录、PT 处方	102
第二节 康复医学学科工作常规	109
一、医疗质量管理常规	109
二、治疗室工作常规	110
三、治疗室安全规范	110
四、康复医学学科仪器维护	111
<b>第九章 职业生涯规划</b>	112
第一节 职业生涯规划概述	112
一、职业及其分类	112
二、职业生涯规划及其意义	114
第二节 康复治疗师的职业生涯规划	115
一、个人职业生涯目标的设定	115



二、个人职业生涯的影响因素 .....	116
三、个人职业生涯规划的基本方法 .....	116
<b>第三节 求职的基本技巧</b> .....	119
一、求职准备工作 .....	119
二、如何撰写和投递求职材料 .....	120
三、如何面试 .....	122
<b>第四节 职业工作的稳定性及其他</b> .....	123
一、职业工作稳定的要素 .....	124
二、职业工作稳定的意义 .....	124
三、放弃稳定的标志 .....	125
四、其他 .....	125
<b>主要参考文献</b> .....	127
<b>附录 卫生部综合医院康复医学科管理规范</b> .....	128
<b>中英文名词对照(按汉语拼音排序)</b> .....	133



### 第一节 基本概念

#### 一、康 复

康复一词来自英文 rehabilitation,由前缀 re-和词根 habilitation 构成,意为重新获得某种能力、资格或适应正常社会生活的状态。rehabilitation 并非一开始就用在医学上,在中世纪,它用于宗教,指教徒违反了教规而被逐出教门,得到赦免重新获得教籍;在近代,它又用在法律上,指囚徒服刑期满或得到赦免;及至现代,美英等国将残疾人的医疗福利事业统称为 rehabilitation,意为使残疾人重新适应正常的社会生活,重新恢复做人的权利、资格和尊严。

rehabilitation 在不同的国家和地区译名不同,韩国译为再治,在我国大陆译为康复,香港译为复康,台湾译为复健。我们不能简单地按康复两个汉字的字意习惯性地将康复理解为病后恢复至健康的过程,这与国际上康复的含义有很大的差异,易使人对现代康复产生曲解。

##### (一) 定义

1942年,在美国的全美康复讨论会上给康复下了第一个著名的定义:“所谓康复,就是使残疾者最大限度地复原其身体、精神、社会职业和经济的能力。”1969年,世界卫生组织(World Health Organization, WHO)对康复的定义为:“康复是指综合、协调地应用医学的、社会的、职业的和教育的措施,对患者进行训练和再训练,使其能力达到尽可能高的水平”。1981年 WHO 又给康复作出了一个新的定义:“康复是指应用各种有用的措施以减轻残疾的影响和使残疾人重返社会”。“康复不仅是训练残疾人使其适应周围的环境,而且也需要调整残疾人周围的环境和社会条件以利于他们重返社会”。WHO 在 1993 年的一份正式文件中提出:“康复是一个帮助患者或残疾人在其生理或解剖缺陷的限度内和环境条件许可的范围内,根据其愿望和生活计划,促进其在身体、心理、社会生活、职业、业余消遣和教育上的潜能得到最充分发展的过程”。从社会发展的角度看,“康复”的概念和内涵是随着社会的进步和发展而不断充实和完善的,由单一的医疗康复向“全面康复”的方向发展,是精神文明与物质文明不断进步的体现。

综上所述,康复是指综合、协调地应用各种措施,以减少病、伤、残者的身体、心理和社会的功能障碍,发挥病、伤、残者的最高潜能,使其能重返社会,提高生存质量。所以,康复是使残疾者和功能障碍者恢复功能、恢复权利的过程。

## (二) 对象

康复的对象是残疾人,即各种先天或后天由疾病或损伤所造成的各种功能缺失和障碍者,包括肢体、内脏、精神的功能障碍或受限、不全或残缺,以致影响正常生活、学习、工作和社会活动的人。

## (三) 内容和特点

由于康复的对象是残疾人,要达到康复的总目标,绝非单纯依靠医学就能实现,必须通过不同康复手段的平行介入,由此就决定了康复的多学科性和综合性。康复不仅针对疾病,而且着眼于整个人,从生理上、心理上、社会上及经济能力上进行全面康复。它包括医学康复(medicine rehabilitation)、康复工程(rehabilitation engineering)、教育康复(educational rehabilitation)、职业康复(vocational rehabilitation)、社会康复(social rehabilitation)等,这些方面共同构成了全面康复。

1. 医学康复 医学康复是指运用一切医学方法和手段帮助残疾者减轻功能障碍,实现全面康复目标,即通过临床诊断、手术、药物、康复功能评定和各种康复治疗方法,如物理疗法、作业疗法、语言疗法、心理疗法、传统康复疗法等一切治疗方法,使伤残及功能障碍者最大限度地改善和补偿其功能,使残存的功能和潜在的能力得以充分发挥,从而获得最大限度的生活自理能力。医学康复的意义十分重要,是康复的基础和出发点,是实现康复目标的根本保证。医学康复的措施应尽早进行,抓住早期康复的时机,尽量减少各种继发性功能障碍。

2. 康复工程 康复工程是指应用现代工程技术的原理和方法,研究残疾人全面康复中的工程技术问题。它是研究残疾人的能力障碍和社会的不利条件,并通过假肢、矫形器、辅助工具,或者通过环境改造等途径,最大限度地恢复、代偿或重建残疾者躯体功能的治疗措施。

3. 教育康复 教育康复是指通过教育与训练的手段,提高残疾者的素质和能力,如智力、日常生活的操作能力、职业技能、适应社会的心理能力等。教育康复作为特殊教育的一部分,是按照教育对象的实际需要,制订教育方案,组织教育教学,实施个别训练,给予强化辅导。参与者大多为教育工作者,并了解一定的康复知识。在教育过程中,教育工作者注重将特殊教育、幼儿或成人教育及早期干预融为一体,形成特别的教育过程。如对聋哑儿童的教育,既要帮助其解决听力、语言、心理等功能障碍问题,同时又要为其达到重返社会的最终目标起到良好的促进和推动作用。

4. 职业康复 职业康复是通过帮助残疾人重新就业来促进他们康复和发展的方法。包括对残疾后就业能力的评估、妥善选择能够充分发挥其潜能的合适职业,根据残疾者所能从事的职业进行就业前的训练,根据训练结果决定就业方式及安排残疾者就业,以及进行就业后的随访,切实帮助他们能够适应和胜任一项工作,获得独立的经济地位和收入,从而实现人生价值和尊严,自立于社会,并能贡献于社会。职业康复对实现康复目标十分重要。残疾人就业要比健全人困难得多,需要通过政策、法律的保障和科学的职业康复程序,使残疾人各尽所能,就业稳定且合理。其程序包括就业咨询、就业能力评定、就业前职业教育与训练和心理教育、就业安置及就业后的随访。

5. 社会康复 社会康复是指从社会的角度,推进医学康复、教育康复、职业康复等工作,依靠各级政府,动员社会各界、各种力量,为残疾人的生活、学习、工作和社会活动创造良好的社会环境,减少和消除不利于残疾人回归社会的各种社会障碍,使他们以平等的权利和

机会参与社会生活,享有健全人同样的权利和尊严,并履行社会职责。

社会康复涉及面广,内容包括:①改善法律环境,维护和保障残疾人的合法权益,保障其人身安全和尊严不受侵犯,确立残疾人在社会中的平等地位和公正待遇;②建立无障碍环境,包括道路和交通设施、公共建筑、住宅、学校、工厂等环境,使残疾人获得生活起居的方便,并享受社会的公共设施服务;③改善经济环境,增加就业机会,帮助残疾人实现经济自立或提高其经济自立能力,保障残疾人在各种经济活动中的特殊照顾和经济补偿;④改善社会精神环境,加强社会精神文明建设,消除社会对残疾人的歧视和偏见,树立尊重、关心、帮助残疾人的良好社会风尚,建立一种和谐的社会生活环境等。

为了实现残疾人享有平等机会和重返社会的目标,采用医学康复、康复工程、教育康复、职业康复、社会康复等多种康复手段,使残疾人身体功能、心理、社会、职业和经济能力都得到最大限度的恢复、代偿或重建,获得重返社会的能力,称为全面康复。各个领域在康复过程中所起的作用是不同的,对不同的康复对象所采取的康复手段和介入时间也是不同的,医学康复往往首先介入,其他的康复工作在康复过程中可能晚一些介入,社会康复持续时间最长,也有的不需要教育康复或职业康复就可回归社会。

#### (四) 措施

康复措施不仅包括医学的、教育的、职业的、社会的等一切可以利用的手段和方法,而且还包括社会学、心理学、工程学、信息学等方面的技术和方法,并包括政府政策、立法等举措。这些措施组成了康复的主要内容,构成了康复工作的领域,目的在于帮助残疾人减轻身心与社会功能障碍。

#### (五) 程度

康复的程度是指病伤残者经全面康复后所达到的最终结局标准。各种因素都可影响康复的程度,这些因素包括功能状况、心理状况、康复服务的措施及服务的质量、社会因素等。

康复的程度可根据病伤残者的功能状况、生活自理能力、学习能力、工作能力以及参与社会生活能力等方面分为高、中、低三级,如表 1-1。

表 1-1 康复的程度

	低水平	中水平	高水平
功能状况	身心功能有某些改善	身心功能有明显改善	身心功能有显著改善或恢复
生活自理能力	难以自理必须靠帮助	基本能自理或在帮助下才能基本自理	完全自理或仅需很少帮助(人力、辅助器等)
学习能力	青年未能上学或无学习能力	可以学习但不顺利,或学习兴趣不稳定,成绩一般	可参加正常班级或进特殊学校学习,且学习效果好
工作能力	青年或成年无工作能力,未能就业	无工作,或有工作但有一定困难	可参加正常工作,有能力工作,且乐于工作
参与社会生活能力	无能力参与社会活动	能参与社会活动,但有一定困难和缺乏主动性	可参加家庭生活和社会生活,享有与健全人同等的待遇和权利
心理状态	自卑、孤独、自愿与社会隔离	有自卑、自弃、受歧视、不同程度的被隔离、孤独和不幸感	乐观、自尊、自强,能受到应有的尊重

康复程度的高低决定了患者能否重返社会、与社会相结合。身体功能状况是基础,但不是唯一的因素。例如,一个坐轮椅的患者可能会达到高水平的康复,而一个能行走的残疾者如果缺乏其他方面应有的条件(如心理、社会环境等),很可能只达到低水平的康复。康复不是使病、伤、残者完全恢复到伤病前的功能水平和生活质量,而是尽量充分利用其残存的功能,通过行为和生活方式的调整与改变来适应环境,满足其自身基本的或较高水平的要求。

### (六) 目标

康复是以提高残疾者的功能水平为中心,以提高他们的生活质量(quality of life),让其最终回归社会(social integration)为目标。

因为残疾者功能障碍的情况和程度不同,康复的目标也应有所改变。即使障碍完全相同,也可因年龄、性别、体格、职业等的不同而使康复目标有所差异。康复目标的制订应同时考虑到可能性、可行性,在患者身体缺陷和环境条件许可的范围内,实事求是地确定康复目标。确切的康复目标应在全面康复评定的基础上制订,既能充分发掘康复对象的全部潜能,又能通过各种努力达到客观目标。经过康复治疗达到了既定的目标,康复对象可以返回适当的生活环境,实现一定程度的社会回归。因此,准确地制订康复目标是康复治疗中最重要的一步,要注意既不能将恢复职业和经济自立作为康复的唯一目标,也不能因为康复目标的多样化而不去制订具体的康复目标,应当遵循实事求是的原则,尽最大努力争取最好的康复效果。

## 二、康复医学

### (一) 定义

康复医学(rehabilitation medicine)是医学的一个重要分支,是一门具有独立的理论基础、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,帮助病、伤、残者回归社会,提高其生存质量。

现代康复医学的核心思想是全面康复、整体康复,即不仅在身体上而且在心理上使病、伤、残者得到全面康复。不仅要保全生命,还要尽量恢复其功能;不仅要提高其生活质量,使其在生活上自理,还要使其重返社会,具有职业并在经济上自立,成为自食其力和对社会有贡献的劳动者。

在国际上,“康复医学”和“物理医学与康复”(physical medicine & rehabilitation)这两个名词是同义语,在美国、加拿大等国家用“物理医学与康复”,其他各国则多采用“康复医学”这个名称。康复、医学康复与康复医学之间虽有某些交叉和重叠,但在性质、对象、目的、方法等方面均有差别,如表 1-2。

表 1-2 康复、医学康复与康复医学的区别和关联

	康 复	医学康复	康复医学
性质	综合性事业	是康复的一个领域	有明确范畴的学术体系
对象	一切永久性残疾者	医学技术能处理的某些残疾者	运动障碍和与之相关联的功能障碍者为主
目的	恢复残疾者的功能和权利,让他们与健全人平等地参与社会	改善残疾者的功能或为其后的功能康复提供条件	恢复残疾者的功能,为他们重返社会创造基本的条件

续表

	康 复	医学康复	康复医学
方法	医学的、工程学的、教育学的、社会学的	医学诊疗方法和康复医学的专门技术	康复医学的专门诊疗技术
负责人员	残疾人工作者约请和组织医疗卫生人员(含康复医学人员)、工程技术人员、特殊教育和社会工作人员共同完成	由临床各科医务工作人员及康复医学人员完成	主要由从事康复医学工作的各类医务人员完成

康复是一项残疾人的综合性事业,由各级政府组织和协调。其对象包括一切永久性残疾者;服务的手段包括医学的、工程学的、教育学的、职业的、社会学的和一切可利用的措施;目的在于最大限度地恢复残疾者身体、心理、职业、社会和经济的能力,以便使其重新与健全人平等地参与社会生活。

医学康复是应用临床医学的方法,为康复服务的一部分,仍属于临床医学范畴。它是指医务人员采用临床医学的方法和手段,为躯体、听视觉、交流器官等功能障碍者提供服务,目的在于改善功能或为其后的功能康复创造条件。例如,眼科医师为白内障患者进行晶状体摘除术而使其复明;骨科医师为脊髓灰质炎后遗症患者施行矫形手术,从而使其肢体功能得到一定程度的改善,并为以后的功能训练提供条件等。这些手术均属于医学康复的范畴。

康复医学则是具有明确的学术内容和技术体系,独立的理论基础、功能评定方法、治疗技能和规范的医学应用学科。它以人体运动功能障碍以及与运动相关的功能障碍(如循环功能障碍、呼吸功能障碍等)为主要对象;服务的手段是康复医学的专门诊疗技术,如物理疗法、作业疗法、康复工程等;目的是减轻或消除功能障碍及其影响。

## (二) 基本原则

康复医学的基本原则是“功能训练、早期同步、主动参与、全面康复、团结协作、回归社会”。在疾病早期进行康复评定和康复训练,要与临床诊治同步,鼓励患者主动参与而不是被动的接受治疗,对于功能缺失无法或较难恢复的患者要进行功能重建,以康复医学特有的团队方式对患者进行多学科、多方面的综合评定和处理,以期达到全面康复,实现康复最终目标,即提高患者的生活质量并使其能重返社会。

## (三) 服务对象

康复医学的服务对象主要是各种长期功能障碍的患者。功能障碍是指身体、心理不能发挥正常的功能,如运动功能障碍、语言功能障碍、循环功能障碍、呼吸功能障碍、心理功能障碍等。障碍可以是潜在的或现存的,可逆的或不可逆的,部分的或完全的;可以是与伤病共存的或与伤病无关独立存在的或伤病后遗留的。

康复医学目前已经涉及临床医学各科,从早期骨科和神经系统伤病的康复,发展到心肺康复、儿童康复、老年康复、癌症康复、慢性疼痛的康复等。为了适应临床治疗技术的发展,器官移植、人工关节置换术后患者也正成为康复医学的重要对象。近年来,一些康复医疗的手段也被普遍应用于急性病患者的手术前后,对提高疗效、预防并发症和残疾的发生都起到了良好作用。



#### (四) 服务形式

康复医学服务形式采取多学科和多专业联合作战的方式,共同组成康复团队(rehabilitation team),包括:①学科间团队:指与康复医学密切相关的学科,如神经内外科、心血管内外科、骨科、风湿科、内分泌科、老年医学科等;②学科内团队:指康复医学机构内部的多种专业,包括物理治疗师(physical therapist,PT)、作业治疗师(occupational therapist,OT)、语言治疗师(speech therapist/speech pathologist,ST)、心理治疗师(psychologist,Psy)、康复工程人员(rehabilitation engineer,RE)、文体治疗师(recreation therapist,RT)、康复护士(rehabilitation nurse,RN)、社会工作者(social worker,SW)以及其他康复相关人员。团队会议模式是传统的康复医疗工作方式,团队会议一般由康复医师召集,各专业和学科分别针对患者功能障碍的性质、部位、严重程度、发展趋势、预后、转归等提出近、中、远期的康复治疗对策和措施,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,由各专业人员分头付诸实施。

#### (五) 流程

康复医学具有自身学科的特有服务流程。康复治疗应贯穿在疾病发生、发展和恢复的过程中。在疾病的早期,当患者的临床特征稳定后,应立即开展康复训练以预防并发症的发生。在这一时期,应用物理治疗来维持整个机体的各系统、器官等功能状态,特别是避免因卧床、制动引起的失用性改变,如肌肉失用萎缩、软组织挛缩等。针对疾病的亚急性期和恢复期,强调的是系统康复,采用物理治疗、作业治疗、语言治疗、心理治疗、传统康复治疗等综合方法改善机体的功能状态,增加其机体的活动能力,增强交流沟通能力,改善心理状态,为重返社会作好各方面的准备。康复并不意味着在患者出院后就结束,康复是个长期动态的过程,是为继续提高或保持患者的功能状态而进行的主动过程。

#### (六) 效益

越来越多的事实证明康复医学具有良好的效益,具体体现在如下几个方面:

1. 康复医学的功能效益 现代医学的发展使很多急、危、重症患者保住了生命,然而也留下了不同程度的功能障碍,影响了患者伤病的治愈和生活质量。随着社会的发展和人民生活水平的提高,患者对医疗的要求已不满足于伤病的临床治愈,还要求功能的改善与恢复及生活质量的提高。以恢复功能为目的的康复医学正是适应了这种需要,解决临床治疗医学难以解决的问题,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,康复医学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;对于脑卒中患者,早期的康复介入,可有效地改善脑卒中患者的运动功能、认知功能,促进患者神经功能的恢复,提高生活质量,降低致残程度。科学合理的康复治疗,可帮助患者增强自身抵抗力和免疫力,避免各种并发症和后遗症,增强战胜伤病的信心,不但有利于原发伤病的好转,而且在功能障碍的改善与恢复方面也远比自然恢复要好得多。

2. 康复医学的医疗效益 早期康复介入能够有效预防失用综合征和误用综合征的发生。失用综合征是指长期卧床不活动,或活动量不足及各种刺激减少的患者,由于全身或局部的生理功能衰退,而出现关节挛缩、肌肉萎缩、肺部感染、肺功能下降、压疮、深静脉血栓、便秘、体位性低血压、智力减退等一系列综合征。大多数失用综合征的表现可以通过积极的康复训练得到预防。误用综合征是指不正确、不科学的治疗造成人为的综合征。以脑卒中



患者为例,由于发病后对肢体及关节不正确的摆放和不合理用力所致的关节周围软组织的炎症,韧带、肌腱和肌肉等的损伤,骨关节变形,痉挛状态的增强,强肌和弱肌不平衡加剧,以致形成“划圈”步态和上肢“挎篮”状等。如果在患病早期就开始正确的训练,可完全或部分预防这种异常表现。早期康复介入还可以减少许多可能发生的并发症,以脑卒中患者为例,由于保护不当,许多脑卒中患者发生肩关节半脱位、肩手综合征等并发症,直接影响到患者的生活质量和病情恢复,而进行了科学康复训练的患者这些并发症发生率则明显减少。以脊髓损伤患者为例,长期卧床易发生肺部感染、泌尿系统感染、下肢深静脉血栓、压疮等多种并发症,而早期接受了康复训练的患者发生这些并发症的几率则大大减少。康复医学减少了并发症的发生,实际上大大减轻了患者的痛苦,一定程度上也节省了医疗费用。

3. 康复医学的管理效益 康复医学的效益还体现在通过科学的管理能够减少医院的急诊治疗负荷和提高疗效,促进卫生资源的协调与合理利用。例如对急性心肌梗死患者进行早期康复治疗,是帮助患者短期内出院的基本措施之一;高血压和糖尿病患者的运动锻炼可以减少药物使用量;关节置换术后进行合理的康复训练是减少并发症和提高患者活动能力的必要手段。综合医院中,神经内外科、骨科以及 ICU 急救处理后的患者中,很大一部分不得不较长时间卧床,病情稳定后仍然需要住院治疗,如果将他们及时转入康复医学病房,既可得到及时的康复治疗,又能提高临床科室的病床使用率。我国社会医疗资源还不充足,需要合理利用。如果能充分发挥康复医学总体网络的作用,即三级医院的康复医学科为一级网络,完成患者急性期的康复;二级医院或部分一级医院的康复医学科为二级网络,完成康复治疗的延伸;社区康复为三级网络,完成后续的康复治疗或功能训练,巩固康复疗效。这样在一定程度上能缓解社会医疗资源的紧张和不足,促进医院急诊科室的高速运转,为患者功能最大程度的恢复和最终重返社会创造更为便利的条件。

4. 康复医学的经济效益和社会效益 康复医学的早期介入使得急诊科、神经内外科、骨科、重症科、老年科的危重患者得到了有效的帮助,防止了并发症和某些后遗症的发生,增强了患者体质,改善了全身各脏器、各系统功能,既有利于患者原发伤病的好转与治愈,使患者恢复加快、疗程缩短,又大大节省了患者医疗费用,减轻家庭经济负担和社会压力,取得良好的社会效益。康复医学在经济效益方面的明显优势,主要体现在低投入和高产出。另外,康复医学社会资源占有率,包括医院后勤、管理资源占有率,也相应减少。发展康复医学是一件利国利民的好事,可以有效提高残疾患者、慢性患者群及老年人的生活质量、生存质量,减少他们对社会、家庭的依赖,使残疾人残而不废,对我们国家两个文明建设具有重要意义。

## 第二节 康复医学发展史

### 一、康复与康复医学的形成和发展

康复医学作为一门独立的医学学科,诞生于 20 世纪 40 年代,迄今只有 60 余年的历史。但其基本的组成内容——康复治疗的各种方法和技术,在古代就已萌芽,古代的中国与外国、东方与西方都曾使用过一些简单的康复疗法。从世界范围看,康复医学发展的历程大致可分为以下四个历史时期。

1. 萌芽期(1910 年以前) 公元前,温泉、日光、砭针、磁石、按摩、健身运动等方法已应



用于治疗风湿、慢性疼痛、劳损等疾患。《素问·异法方宜论》曰“其病多痿厥寒热，其治宜导引按跷”；《素问·血气形志篇》指出“病生于脉，治之以灸刺；……病生于肉，治之以针石；……病生于筋，治之以熨引”；马王堆汉墓出土的帛书《导引图》绘有医疗体操多种，并注明各种体操的名称及其主治的疾病。名医华佗模仿虎、鹿、熊、猿、鸟五种动物的动作编成的“五禽戏”，即是最早的医疗体操形式之一。隋代巢元方的《诸病源候论》记述了 80 多种导引法治疗偏枯、麻木、风湿痹痛、消渴等疾患。中国古代武术是早已为世界公认的运动疗法。现代康复医学中松弛疗法的起源和发展也深受我国古代气功——坐禅的影响。

古希腊时代 Hippocrates 已相当重视自然疗法，认为自然因子如日光、海水、矿泉等有镇静、止痛、消炎作用，主张利用运动来减肥、训练无力的肌肉、加速身体的痊愈与锻炼意志。希腊出土的文物上甚至已绘有“假足”，这说明古代西方也在应用一些原始的康复治疗技术。公元 2 世纪后，Caelus Aurelianus 首次提出了对瘫痪患者使用滑轮悬挂肢体进行治疗，采用步行练习及在温泉中运动等，还提出创伤后早期进行运动，可加速创伤的愈合。16 世纪法国外科医师 Ambroise Pare 提倡用动静结合方法治疗骨折，在恢复期用运动疗法来促进功能恢复。18 世纪 Joseph-Clement Tissot 提倡医疗体操、作业疗法来进行治疗。到了 19 世纪末，随着物理学的发展，一些物理因子（光、电、磁等）在一些西方工业国家的医学界开始应用。

公元后至 1910 年以前的阶段，初期的运动疗法、作业疗法、电疗法和光疗法开始萌芽，残疾者的职业培训、聋人与盲人的特殊教育、精神病的心理治疗、患者的社会服务等工作也已开始。由于历史条件的限制，萌芽期的运动疗法、作业疗法、电疗法和光疗法等主要作为临床治疗学内容的一部分，很少被用来作为改善某种功能的措施。此阶段的治疗对象比较单一，主要为风湿性疾病和轻型外伤后遗症患者及聋人与盲人（特殊教育如应用盲文、手语）等。

2. 形成期(1910—1946 年) 从 1910 年开始，康复一词才开始正式应用在残疾者身上，康复机构纷纷建立，为残疾人制定了法律，保障残疾人的福利和就业。1917 年美国陆军成立了身体功能重建部和康复部，这成为最早的康复机构。同年美国在纽约成立了国际残疾人中心。一战期间，英国著名骨科专家 Robert Jones 开设康复车间，对伤员进行职业训练，使他们能重返前线或战后能回到工厂工作。1919 年，加拿大在安大略省的汉密尔顿山顶疗养院用作业疗法治疗伤员。第一次世界大战后遗留的战伤（截肢、脊髓和周围神经损伤），以及 20 世纪 20~30 年代的脊髓灰质炎流行，医学上所需面对的各种功能障碍问题越来越引起人们的重视。在康复评定方面出现了徒手肌力检查等方法，在治疗方面出现了增强肌力训练的运动方法、代偿和矫正肢体功能的假肢和矫形器、超声治疗、言语治疗、文娱治疗等方法。1942 年，在美国纽约召开的全美康复会上才给康复下了第一个著名的定义：“康复就是使残疾者最大限度地恢复其身体的、精神的、社会的、职业的和经济的能力。”英国于 1943 年发表公告，公开承认了康复的概念。

在此阶段，康复医学面对的主要病种有截肢、脊髓损伤、脊髓灰质炎后遗症、周围神经损伤、脑卒中后偏瘫、小儿脑瘫等。第二次世界大战后遗留的大量伤残，又进一步促进了社会对康复医学重要性的认识，从而加速了康复医学的形成和发展。

3. 确立期(1946—1970 年) 第二次世界大战后，客观的需要促进了康复医学的发展。美英都把战时取得的康复经验运用到和平时，建立了许多康复中心，康复的热潮逐渐波及

西欧和北欧。1946年,被尊为美国康复医学之父的 Howard A Rusk 教授等积极推动康复医学的发展,提出了康复医学的系统理论、原理和特有方法。此时康复治疗已初步贯彻全面康复的原则,即重视身体上和心理上的康复,进行手术后或伤病恢复期早期活动的功能训练。1948年世界物理治疗联合会成立。同年,世界卫生组织在其章程中明确提出“健康”的新概念,即“健康是指身体上、心理上和社会生活上处于完全良好的状态,而不仅仅是没有疾病或衰弱”。这一概念强调了全面的健康理念,是康复医学理论基础的一个组成部分。1949年起美国住院医师的专科培训开始增加康复医学这一学科,同年,美国物理医学会改名为美国物理医学与康复学会。1950年,国际物理医学与康复学会成立。1954年世界作业治疗师联合会成立。1955年,Rusk 教授在美国成立了世界康复基金会(World Rehabilitation Foundation, WRF)。在此期间,随着科技的进步和经济的发展,康复医学已逐步形成了系统的理论和特有的技术和方法,作为一门新兴学科迅速成长。

1958年,Rusk 教授主编的重要教科书《康复医学》正式面世,这是康复医学专业第一本权威性的经典著作,是一本系统的、完整的教材,内容包括康复医学的基本理论、康复评定方法、各种康复治疗(物理治疗、作业治疗、语言治疗、假肢及矫形器装配使用、心理治疗等),以及各种常见损伤、疾病的康复治疗。该书对康复医学人才培养、学科知识普及以及临床康复治疗的指导,都发挥了重要作用,受到全世界康复医学界推崇。同年,WHO 专家委员会注意到康复医学作为一门新学科已越来越显示出它的一些特性,并指出康复医学研究的是多种残疾的康复问题,从外伤所致的截瘫、颅脑损伤,到非外伤性的神经系统残障如脑性瘫痪,以至视力、听力、言语残疾等;又指出康复是一个复杂过程,需要几个相关专业的治疗人员组成协作组,各自使用本专业技术协同地进行康复治疗,才能收到最好的效果。

1960年成立了国际伤残者康复协会,1969年改称康复国际(Rehabilitation International, RI);同年,Licht 成立了国际康复医学会(International Rehabilitation Medicine Association, IRMA);此年世界卫生组织对康复重新定义为:“康复是指综合、协调地应用医学的、社会的、职业的和教育的措施,对患者进行训练和再训练,使其能力达到尽可能高的水平”。

本阶段的特点是确立了康复医学的概念,康复医学已成为一门独立的医学学科,在教育、职业、社会等康复领域中也形成了制度的、科学的、技术的体系,各部门、领域间的配合协作进入了轨道,并有了国际交流。这些都标志着康复医学已臻成熟,并已走向世界,逐步得到世界人民和医学界公认。

4. 发展期(1970年以后) 1970年以后,世界各国的医疗、教育都有了较快发展。在医疗方面,一些发达国家的康复病床、康复医师和主要康复治疗专业人员的数量都已具有一定规模。不少康复中心和康复科已因成绩显著而闻名于世,如由 Rusk 博士建立的美国纽约大学康复医学研究所(Institute of Rehabilitation Medicine, IRM);世界物理医学之父 Krusen 和著名专家 Kottke 创建的美国明尼苏达大学物理医学与康复科(Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Minnesota);全美规模最大的芝加哥康复研究所(Rehabilitation Institute of Chicago, RIC);在康复工程等方面研究成果卓著的 Rancho Los Amigo(RLA)医学中心;加拿大渥太华皇家康复中心和 Lynhurst 脊髓损伤康复中心;全球闻名的英国治疗师 Bobath 领导的脑瘫中心(the Cerebral Palsy Centre)和世界著名的 Stoke Mandeville 脊髓损伤中心。这些都成为世界著名的康复医学中心和康复专业人才培养