

康复 医学 词典

DICTIONARY OF
REHABILITATION
MEDICINE

主编◎宋为群



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

康复医学词典

主 编 宋为群

副主编 霍 速

编 者 (按姓氏笔画排序)

王 卓 (首都医科大学宣武医院) 陈亚平 (北京大学第三医院)
杜巨豹 (首都医科大学宣武医院) 周谋望 (北京大学第三医院)
李广庆 (首都医科大学宣武医院) 胡 洁 (首都医科大学宣武医院)
杨延砚 (北京大学第三医院) 段红光 (首都医科大学宣武医院)
杨远滨 (首都医科大学宣武医院) 徐 倩 (北京老年医院)
吴东宇 (首都医科大学宣武医院) 黄红拾 (北京大学第三医院)
汪 洁 (首都医科大学宣武医院) 潘 钰 (北京康复中心)
宋为群 (首都医科大学宣武医院) 霍 速 (首都医科大学宣武医院)

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

康复医学词典/宋为群主编. —北京:人民卫生出版社, 2012. 6

ISBN 978-7-117-15519-9

I. ①康… II. ①宋… III. ①康复医学-词典
IV. ①R49-61

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 043911 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: 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!

康复医学词典

主 编: 宋为群

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

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 潮河印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/32 印张: 12 字数: 290 千字

版 次: 2012 年 6 月第 1 版 2012 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15519-9/R · 15520

定 价: 26.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)



前 言

近年来,随着康复医学在我国的飞速发展,康复医师和治疗师的队伍不断壮大,但仍不能满足广大患者的需求,因此还不断有一些医师从其他临床专业投身到康复医师的队伍中来。由于康复医学是一门新兴的学科,涉及神经科、骨科、内科和儿科等多个临床学科,以及物理治疗、作业治疗、言语治疗和康复工程等多种治疗体系,有大量的专业名词,每位医生或治疗师的日常诊治范围常有局限,在工作中难免会感到自身知识储备不足,或即使有些专业词汇曾经学习过,但如不经常使用也会感到生疏,这时如有一本可靠的、能随时查阅、快速解决问题的康复医学词典将节省大量查找资料的时间。

本书由首都医科大学宣武医院康复医学科和北京大学第三医院康复医学科等单位常年工作在临床第一线的康复医师和有经验的治疗师共同编写,按词典的形式对实际工作中可能用到的基本概念、理论、康复评定、治疗方法做了简要、明确的讲解。读者既可按目录分类浏览,也可以根据不同需要从书后所附英文缩写对照、中文索引、英文索引查找相应名词。书中做出解释的名词均用“【】”醒目标出,以便于读者查找。

我们希望这是一本让读者感到使用方便的工具书。有不足之处,欢迎广大读者多提宝贵意见。

首都医科大学宣武医院康复医学科

宋为群

2011年12月



目 录

第一章 康复理论	1
第一节 关于康复医学	1
第二节 关于残疾	3
第三节 运动学基础	13
第四节 神经学基础	16
第五节 疼痛学基础	25
第六节 高级脑功能	26
第二章 康复评定	30
第一节 意识及疼痛评定	30
第二节 运动功能评定	38
第三节 认知功能评定	96
第四节 情绪障碍	130
第五节 语言及吞咽功能评定	153
第六节 神经电生理评定	169
第七节 心肺功能评定	173
第八节 康复并发症诊断	189
第九节 活动及参与能力评定	191
第三章 康复治疗技术与方法	237
第一节 概述	237
第二节 运动疗法	239

第三节	物理因子疗法·····	254
第四节	作业、语言、吞咽治疗·····	324
第五节	肺功能康复·····	333
第六节	认知训练、心理康复·····	336
第七节	康复工程·····	339
参考文献·····		346
附录 英文缩写对照·····		347
中文索引·····		354
英文索引·····		365

第一章

康复理论

第一节 关于康复医学

【康复】(rehabilitation) 1981年WHO医疗康复专家委员会定义为:康复是采用各种有效的措施以减轻残疾的影响和使残疾人重返社会。也即康复是综合协调地应用医学、教育、工程、社会、职业等各种措施,以尽可能地减轻病伤残造成的身心社会功能障碍,使之重返社会。

【康复医学】(rehabilitation medicine) 是一门有关促进残疾人和伤病员康复的临床医学学科,也是一门由医学与残疾学、心理学、社会学、工程学等相互渗透而成的边缘学科(也称跨科学性学科),它的任务是研究和处理残疾和功能障碍的预防、诊断评估和康复治疗,它的目的是减轻或消除功能障碍及其影响,帮助伤病员和残疾人根据其实际需要和身体潜力,最大限度地恢复其生理上、心理上、职业和社会生活上的功能,提高其独立生活、学习和工作能力,改善其生活质量,促进融入社会。

【医学康复】(medical rehabilitation) 即医疗康复,应用医学技术和方法对伤病者和残疾人进行康复诊断、功能评估及康复治疗护理,促进身心康复。医疗康复也包括使用各种临床康复手段。

【教育康复】(educational rehabilitation) 使残疾人(首先是学龄残疾儿童和青少年)在教育上达到康复的目标,即能够入

学接受教育;同时也指通过接受学校教育促进全面康复。

【职业康复】(vocational rehabilitation) 是青年和中年残疾人在就业和职业工作上能达到康复的目标,包括就业前的职业能力的评定和训练,帮助就业上岗或自谋生计,以及就业后在职业工作上的评估和支持。

【社会康复】(social rehabilitation) 使残疾人在享受公民的社会权益和参加社会生活上能达到康复的目标,亦即能够有平等的机会参与社会生活,在上学、就业、医疗、住房、交通、政治经济生活、文化体育生活等方面不受歧视,并能履行力所能及的社会职责。此外,社会康复也指引导和帮助残疾人通过参加社会生活促进全面康复。

【康复治疗小组】(rehabilitation team) 一个理想的康复治疗组应当包括康复医师(或受过康复医学专业训练的其他科的医师)、康复护士、物理治疗师、作业治疗师、语言治疗师、社会工作者、临床心理学工作者、职业咨询师、假肢和矫形器师、劳动就业部门工作人员(安排就业)、特殊职业工作者和文体活动治疗师等。中国康复医疗机构康复小组包括:康复医师、康复护士、物理治疗师、作业治疗师、语言治疗师、心理治疗师等各种治疗师、康复工程技术人员、中医康复人员和社会工作人员等。

【社区康复】(community-based rehabilitation, CBR) 是指以社区为基地开展残疾人康复工作。它是一种康复方式和制度,与过去长期实行的“医院康复”完全不同。社区康复的实施,要依靠残疾人自己和他们的家属、所在社区,以及相应的卫生部门、教育部门、劳动就业部门和社会服务部门等的共同努力。

【机构康复】(institution-based-rehabilitation, IBR) 以院所为基地的康复,由专业人员应用机构内拥有的技术和设备进行康复,如综合医院或独立为基础的康复,但要以 IBR 为依托,这种机构占 70%,优点是使广大残疾人普遍得到康复的训练、

经济节省,患者在真实的环境中康复有利于回归社会。

【医学社会工作者】(medical social worker) 是大学社会学系毕业并接受过康复医学基础培训的人员,一般宜在大型康复中心或康复医院设置,即使在大型康复中心,在尚无上述人员时可暂时由受过康复医学培训的管理人员代替。社会工作者是促进患者社会康复的工作人员。

(杨远滨)

第二节 关于残疾

【残疾】(disability) 身体结构、功能的损害及个体活动受限或参与的局限性。

【残疾人】(disabled person) 指在精神、生理、人体结构上,某种组织功能丧失或障碍,全部或部分丧失从事某种活动能力的人。

【听力残疾】(hearing disability) 各种原因导致双耳不同程度的永久性听力障碍,听不到或听不清周围环境声及言语声,以致影响其日常生活和社会参与。

【言语残疾】(speech disability) 各种原因导致的不同程度的言语障碍,经治疗1年以上不愈或病程超过2年,不能或难以进行正常的言语交流活动,以致影响其日常生活和社会参与。包括:失语、运动性构音障碍、器质性构音障碍、发声障碍、儿童言语发育迟滞、听力障碍所致的言语障碍、口吃等。

【肢体残疾】(physical disability) 人体运动系统的结构、功能损伤造成的四肢残缺或四肢、躯干麻痹(瘫痪)、畸形等导致人体运动功能不同程度丧失以及活动受限或参与的局限。

【智力残疾】(intellectual disability) 智力显著低于一般人水平,并伴有适应行为的障碍。此类残疾是由于神经系统结构、

功能障碍,使个体活动和参与受到限制,需要环境提供全面、广泛、有限和间歇的支持。智力残疾包括在智力发育期间(18岁之前),由于各种有害因素导致的精神发育不全或智力迟滞(including mental retardation, MR);或者智力发育成熟以后,由于各种有害因素导致智力损害或智力明显衰退。

【精神残疾】(psychic disability) 各类精神障碍持续1年以上未痊愈,由于存在认知、情感和行为障碍,以致影响其日常生活和社会参与。

【多重残疾】(multi-disability) 同时存在视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾中的两种或两种以上残疾。

【最佳矫正视力】(best corrected visual acuity) 指以最适当镜片进行屈光矫正后所能达到的最好视力。

【平均听力损失】(average hearing loss) 指500Hz、1000Hz、2000Hz、4000Hz四个频率点纯音气导听力损失分贝数的平均值。

【听力障碍】(dysaudia) 听觉系统中的感音、传音以及听觉中枢发生器质性或功能性异常,而导致听力出现不同程度的减退。

【适应行为】(adaptive behavior) 个体实现人们期待的与其年龄和文化群体相适应的个人独立与社会职责的程度或效果。

【残疾人残疾分类和分级】 由国家标准化管理委员会、民政部、中国残疾人联合会联合制定,于2011年1月14日正式发布,并于2011年5月1日起正式实施。该国家标准在起草过程中,充分考虑了中国残疾人工作的实际情况、特点以及现阶段的经济社会发展水平,参考了第二次全国残疾人抽样调查的数据和使用的技术要求,借鉴了目前国际上通行的相关分类分级方

法,并参考了各界意见,既符合国情,又与国际接轨,具有较强的科学性与可操作性。《残疾人残疾分类和分级》主要内容如下:

1. 范围

本标准规定了残疾人残疾分类和分级的术语和定义、残疾分类和分级及代码等。

本标准适用于残疾人的信息、统计、管理、服务、保障等社会工作。

2. 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件,仅所注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件,其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

GB/T2261.3 个人基本信息分类与代码第3部分:健康状况代码

世界卫生组织残疾评定量表 II (WHO-DAS II) (WHO Disability Assessment Schedule II)

3. 术语和定义(略,见本词典相应内容)

4. 残疾分类

4.1 分类原则

按不同残疾分为视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾和多重残疾(各类残疾定义略,见本词典相应内容)。

5. 残疾分级

5.1 分级原则

各类残疾按残疾程度分为四级,残疾一级、残疾二级、残疾三级和残疾四级。残疾一级为极重度,残疾二级为重度,残疾三级为中度,残疾四级为轻度。

5.2 视力残疾分级

按视力和视野状态分级,其中盲为视力残疾一级和二级,低

视力为视力残疾三级和四级。视力残疾均指双眼而言,若双眼视力不同,则以视力较好的一眼为准。如仅有单眼为视力残疾,而另一眼的视力达到或优于 0.3,则不属于视力残疾范畴。视野以注视点为中心,视野半径小于 10° 者,不论其视力如何均属于盲。视力残疾分级见表 1-1。

表 1-1 视力残疾分级

级别	视力、视野
一级	无光感 $\sim$ <0.02 ;或视野半径 $<5^{\circ}$
二级	$0.02\sim<0.05$;或视野半径 $<10^{\circ}$
三级	$0.05\sim<0.1$
四级	$0.1\sim<0.3$

5.3 听力残疾分级

5.3.1 听力残疾分级原则

按平均听力损失,及听觉系统的结构、功能,活动和参与,环境和支持等因素分级(不配戴助听放大装置)。

注:3岁以内儿童,残疾程度一、二、三级的定为残疾人。

5.3.2 听力残疾一级

听觉系统的结构和功能极重度损伤,较好耳平均听力损失大于 90dB HL,不能依靠听觉进行言语交流,在理解、交流等活动上极重度受限,在参与社会生活方面存在极严重障碍。

5.3.3 听力残疾二级

听觉系统的结构和功能重度损伤,较好耳平均听力损失在 (81~90)dB HL 之间,在理解和交流等活动上重度受限,在参与社会生活方面存在严重障碍。

5.3.4 听力残疾三级

听觉系统的结构和功能中重度损伤,较好耳平均听力损失

在(61~80)dB HL 之间,在理解和交流等活动上中度受限,在参与社会生活方面存在中度障碍。

5.3.5 听力残疾四级

听觉系统的结构和功能中度损伤,较好耳平均听力损失在(41~60)dB HL 之间,在理解和交流等活动上轻度受限,在参与社会生活方面存在轻度障碍。

5.4 言语残疾分级

5.4.1 言语残疾分级原则

按各种言语残疾不同类型的口语表现和程度,脑和发音器官的结构、功能,活动和参与,环境和支持等因素分级。

5.4.2 言语残疾一级

脑和(或)发音器官的结构、功能极重度损伤,无任何言语功能或语音清晰度 $\leq 10\%$,言语表达能力等级测试未达到一级测试水平,在参与社会生活方面存在极严重障碍。

5.4.3 言语残疾二级

脑和(或)发音器官的结构、功能重度损伤,具有一定的发声及言语能力。语音清晰度在 $11\% \sim 25\%$ 之间,言语表达能力等级测试未达到二级测试水平,在参与社会生活方面存在严重障碍。

5.4.4 言语残疾三级

脑和(或)发音器官的结构、功能中度损伤,可以进行部分言语交流。语音清晰度在 $26\% \sim 45\%$ 之间,言语表达能力等级测试未达到三级测试水平,在参与社会生活方面存在中度障碍。

5.4.5 言语残疾四级

脑和(或)发音器官的结构、功能轻度损伤,能进行简单会话,但用较长句表达困难。语音清晰度在 $46\% \sim 65\%$ 之间,言语表达能力等级测试未达到四级测试水平,在参与社会生活方面存在轻度障碍。

5.5 肢体残疾分级

5.5.1 肢体残疾分级原则

按人体运动功能丧失、活动受限、参与局限的程度分级(不配戴假肢、矫形器及其他辅助器具)。肢体部位说明如下:

- a)全上肢:包括肩关节、肩胛骨;
- b)上臂:肘关节和肩关节之间,不包括肩关节,含肘关节;
- c)前臂:肘关节和腕关节之间,不包括肘关节,含腕关节;
- d)全下肢:包括髋关节、半骨盆;
- e)大腿:髋关节和膝关节之间,不包括髋关节,含膝关节;
- f)小腿:膝关节和踝关节之间,不包括膝关节,含踝关节;
- g)手指全缺失:掌指关节;
- h)足趾全缺失:跖趾关节。

5.5.2 肢体残疾一级

不能独立实现日常生活活动,并具备下列状况之一:

- a)四肢瘫:四肢运动功能重度丧失;
- b)截瘫:双下肢运动功能完全丧失;
- c)偏瘫:一侧肢体运动功能完全丧失;
- d)单全上肢和双小腿缺失;
- e)单全下肢和双前臂缺失;
- f)双上臂和单大腿(或单小腿)缺失;
- g)双全上肢或双全下肢缺失;
- h)四肢在手指掌指关节(含)和足跗跖关节(含)以上不同部位缺失;
- i)双上肢功能极重度障碍或三肢功能重度障碍。

5.5.3 肢体残疾二级

基本上不能独立实现日常生活活动,并具备下列状况之一:

- a)偏瘫或截瘫,残肢保留少许功能(不能独立行走);
- b)双上臂或双前臂缺失;

- c) 双大腿缺失;
- d) 单全上肢和单大腿缺失;
- e) 单全下肢和单上臂缺失;
- f) 三肢在手指掌指关节(含)和足跗跖关节(含)以上不同部位缺失(一级中的情况除外);
- g) 二肢功能重度障碍或三肢功能中度障碍。

5.5.4 肢体残疾三级

能部分独立实现日常生活活动,并具备下列状况之一:

- a) 双小腿缺失;
- b) 单前臂及其以上缺失;
- c) 单大腿及其以上缺失;
- d) 双手拇指或双手拇指以外其他手指全缺失;
- e) 二肢在手指掌指关节(含)和足跗跖关节(含)以上不同部位缺失(二级中的情况除外);
- f) 一肢功能重度障碍或二肢功能中度障碍。

5.5.5 肢体残疾四级

基本上能独立实现日常生活活动,并具备下列状况之一:

- a) 单小腿缺失;
- b) 双下肢不等长,差距 $\geq 50\text{mm}$;
- c) 脊柱强(僵)直;
- d) 脊柱畸形,后凸大于 70° 或侧凸大于 45° ;
- e) 单手拇指以外其他四指全缺失;
- f) 单手拇指全缺失;
- g) 单足跗跖关节以上缺失;
- h) 双足趾完全缺失或失去功能;
- i) 侏儒症(身高 $\leq 1300\text{mm}$ 的成年人);
- j) 一肢功能中度障碍或两肢功能轻度障碍;
- k) 类似上述的其他肢体功能障碍。

5.6 智力残疾分级

按 0~6 岁和 7 岁及以上两个年龄段发育商、智商和适应行为为分级。0~6 岁儿童发育商小于 72 的直接按发育商分级,发育商在 72~75 之间的按适应行为分级。7 岁及以上按智商、适应行为分级;当两者的分值不在同一级时,按适应行为分级。WHO-DAS II 分值反映的是 18 岁及以上各级智力残疾的活动与参与情况。智力残疾分级见表 1-2。

表 1-2 智力残疾分级

智力发育水平		社会适应能力	
发育商(DQ)	智商(IQ)	适应行为 (AB)	WHO-DAS II 分值
0~6 岁	7 岁及以上		18 岁及以上
≤25	<20	极重度	≥116 分
26~39	20~34	重度	106~115 分
40~54	35~49	中度	96~105 分
55~75	50~69	轻度	52~95 分

5.7 精神残疾分级

5.7.1 精神残疾分级原则

18 岁及以上的精神障碍患者依据 WHO-DAS II 分值和适应行为为表现分级,18 岁以下精神障碍患者依据适应行为的表现分级。

5.7.2 精神残疾一级

WHO-DAS II 值大于等于 116 分,适应行为极重度障碍;生活完全不能自理,忽视自己的生理、心理的基本要求。不与人交往,无法从事工作,不能学习新事物。需要环境提供全面、广泛的支持,生活长期、全部需他人监护。

5.7.3 精神残疾二级

WHO-DAS II 值在 106~115 分之间,适应行为重度障碍;

生活大部分不能自理,基本不与人交往,只与照顾者简单交往,能理解照顾者的简单指令,有一定学习能力。监护下能从事简单劳动。能表达自己的基本需求,偶尔被动参与社交活动。需要环境提供广泛的支持,大部分生活仍需他人照料。

5.7.4 精神残疾三级

WHO-DAS II 值在 96~105 分之间,适应行为中度障碍;生活上不能完全自理,可以与人进行简单交流,能表达自己的情感。能独立从事简单劳动,能学习新事物,但学习能力明显比一般人差。被动参与社交活动,偶尔能主动参与社交活动。需要环境提供部分的支持,即所需要的支持服务是经常性的、短时间的需求,部分生活需由他人照料。

5.7.5 精神残疾四级

WHO-DAS II 值在 52~95 分之间,适应行为轻度障碍;生活上基本自理,但自理能力比一般人差,有时忽略个人卫生。能与人交往,能表达自己的情感,体会他人情感的能力较差,能从事一般的工作,学习新事物的能力比一般人稍差。偶尔需要环境提供支持,一般情况下生活不需要由他人照料。

5.8 多重残疾分级

按所属残疾中残疾程度最重类别的分级确定其残疾等级。

6. 残疾分类代码

残疾分类代码应符合 GB/T2261.3 的规定。

【残疾学】(disability research) 是研究残疾的发生原因、流行、表现特点、发展规律、后果及评定、康复与预防的医学学科。

【残损】(impairment) 残损是指任何精神的、生理的、解剖结构的或功能的缺失或异常。此处的功能是指人体的组成部分(如器官和脏器)的功能,如肢体的运动功能,而非作为整体来看的人的功能和能力。