

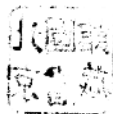
殘疾人康復



组 编：甘肃省残疾人联合会
甘肃省三项康复办公室
主 编：马登科 李振英 冯民涛
主要编写人员：
马登科 李振英 杨成悌 姚树国
唐澄波 闵玉婷 邵鲁宁 乔 蕾
路生禄 魏 洁

18928

11



前 言

康复医学是一门综合性的新兴学科，它以恢复残疾人的身体、精神和社会生活功能为目标，使用各种有利于功能恢复、功能矫治、功能补偿、功能替代和功能适应的医护和训练、教育手段，促进残疾人全面或部分康复。

我国是一个有十一亿人口的发展中国家，残疾人约占总人口的4.9%，残疾人家庭约占总家庭数的五分之一。党和政府向来十分重视残疾人康复医疗工作，在组织领导、干部配备、政策指导、康复医疗机构发展、医学院校康复课程设置、康复理论的研究和交流等方面，各级政府及卫生、民政、财政、教育等部门都给予了关心和支持，体现了社会主义制度的优越性。1988年成立了中国残疾人联合会，使残疾人有了自己的组织，使政府有了发展残疾人事业的助手和桥梁。1990年国家发布了《中华人民共和国残疾人保障法》，明确规定“国家和社会采取康复措施，帮助残疾人恢复或者补偿功能，增加其参与社会生活的能力”，从而使残疾人康复医疗工作得到法律保障。可以预见，随着“保障法”的实施和国民经济的发展，残疾人康复事业将会有一个新的发展。

基于广大残疾人及其家庭渴望有一本通俗易懂的康复指导读物，以使用科学的方法进行康复活动。不少残疾人工作者也希望有一本科普性康复读物，以便学习掌握基本的康复知识，利于开展工作。为此，我们组织有关专业人员，编写了《残疾人康复指导》一书，奉献于社会。

根据国内外残疾人现状和康复工作发展趋势,康复对象一般分为三类:第一类是指残疾者,包括各种瘫痪、盲、聋、哑、截肢、畸形以及精神障碍者;第二类是指各种伴有功能障碍的慢性病例,如心、肺、肾疾病等;第三类是老年人,由于老年人都发生程度不同的脏器和器官的退行性变化,并伴有各种功能障碍。本书作者根据我们的国情在编写内容上侧重于前二类康复对象,老人康复略有涉及。

本书对每一残疾的致残原因、病态机理、功能评价诸项进行了较为详尽的阐述,重点讨论了残疾人的康复指导和职业咨询问题。鉴于当前首先组织实施的是“三项康复”,即小儿麻痹后遗症矫治、白内障复明和聋儿听力语言训练,为保持三项康复工作的系统性和完整性,也便于实际工作者使用,故将其内容专列一章并作了较为详细的介绍。希望通过本书,使残疾人工作者能了解康复医疗的基本知识,以便帮助和指导残疾人选择最佳的康复措施,使残疾人及其家属能正确对待伤残所带来的身体及心理上的创伤,并对自己现存功能有正确评价,采取积极可行的心理、药物、手术治疗和功能锻炼等综合措施,达到能顺应环境、争取自立,回归主流社会,从而实现最佳的康复目标。为残疾人提供康复服务,是一件造福社会,造福人类的具有重要意义的事业,希望社会各界继续给予关注和支持。

编写这样的读本,在我省还是首次,限于我们的水平,错误和缺点在所难免,恳望读者批评指正。

甘肃省残疾人联合会
甘肃省三项康复办公室

1990年10月

目 录

一、听力语言残疾.....	(1)
聋哑症.....	(1)
二、视力残疾.....	(5)
色 盲.....	(5)
弱 视.....	(12)
盲目(失明).....	(18)
三、智力残疾.....	(24)
脑动脉硬化性痴呆.....	(24)
脑功能轻微障碍综合症.....	(28)
智能迟缓.....	(30)
四、神经残疾.....	(32)
癲 痫.....	(32)
震颤麻痹.....	(40)
面神经麻痹.....	(44)
脊髓空洞症.....	(48)
急性感染性多发性神经炎.....	(50)
五、精神残疾.....	(55)
脑器质性精神病.....	(55)
精神分裂症.....	(58)
躁狂抑郁症.....	(64)
反应性精神病.....	(69)
神经官能症.....	(74)

精神病的家庭护理.....	(86)
六、内分泌残疾.....	(94)
肢端肥大症.....	(94)
垂体性侏儒症.....	(98)
老年人甲亢.....	(101)
地方性克汀病.....	(104)
七、肢体残疾.....	(109)
偏 瘫.....	(109)
截 瘫.....	(118)
脊柱侧弯.....	(129)
斜 颈.....	(134)
小儿麻痹后遗症.....	(138)
先天性髋关节脱位.....	(145)
瘢痕挛缩.....	(150)
截肢术后与假肢安装.....	(154)
类风湿性关节炎.....	(158)
八、外科术后残疾.....	(164)
气管切开.....	(164)
胃造瘘.....	(169)
人工肛门(结肠造瘘).....	(172)
输尿管皮肤造口.....	(175)
膀胱造瘘.....	(177)
九、职业性残疾.....	(179)
矽 肺.....	(179)
慢性铅中毒.....	(185)
慢性汞中毒.....	(192)

慢性锰中毒.....	(198)
十、综合残疾.....	(203)
慢性阻塞性肺气肿.....	(203)
高血压.....	(212)
冠心病.....	(221)
慢性充血性心力衰竭.....	(226)
永久性人工心脏起搏器植入术后.....	(243)
先天性心脏病.....	(246)
肝硬化.....	(249)
慢性肾炎.....	(253)
慢性肾功能不全——尿毒症.....	(265)
风湿热.....	(274)
糖尿病.....	(279)
子宫脱垂.....	(284)
十一、残疾人三项康复工作专论.....	(289)
概 述.....	(289)
白内障复明.....	(290)
小儿麻痹后遗症矫治康复.....	(294)
聋儿听力语言康复.....	(301)

一、听力语言残疾

聋 哑 症

由于各种原因严重损害听力，致使听力丧失，称之为耳聋。因各种耳聋致失去学习语言的机会，或是原来曾学会一些，但此后因故而聋，听不见别人的声音，由于长期不用，使已建立的听——说系统得不到巩固和增强，或由于听觉器官发育缺陷，严重影响听力，不能学习讲话，成为既听不见又不会说的人，即称之为聋哑人。

【致病原因】根据病变的部位、临床特征、检查结果，可将耳聋分为三型：传音性聋，感音性聋和混合性聋。其致病原因亦各不相同。

（一）传音性聋：系由于外耳和/或中耳的病变，使借空气传导的声音到达内耳的声能量减低所致的耳聋。如外耳或中耳畸形、外耳道机械性堵塞、鼓膜穿孔、中耳炎症以及头部外伤所引起之外耳道血块堵塞、中耳积血或脑脊液、听骨链断裂或骨折等病变，皆可形成传音性聋。

（二）感音性聋：系由于耳蜗螺旋器、听神经或大脑听区病变所致不能或只能部份感受传入声音所致的耳聋。如多种急性传染病、耳药物中毒、噪声损伤、颅脑外伤、老年性聋、暴聋等皆属此类耳聋。

(三) 混合性聋：其声音的传入和感受都有障碍。

(四) 聋哑人：系由于听觉器官受损使之不能学习讲话所致。病人本身的发声系统及器官无器质性病变，所以聋哑人的直接致残原因是耳聋。

【病态机理与功能评价】

(一) 传音性聋：外耳及中耳为传声器官，外耳道的阻塞性病变和中耳的炎症，都可使声波的传入受阻，使到达内耳的声能量减低，虽内耳的结构正常，但其神经末梢所受到的刺激比较微弱，产生的神经冲动亦比较微小，便出现听力减退的现象。

(二) 感音性耳聋：系由于内耳、听神经、大脑听区受损，使得传入的声音不能或只能部份感受到，听力减退的特点是即使能听到较大的声响，也不能辨清语言，并有高音性耳鸣。

关于耳聋的分级，目前尚无一定的标准，临床上一般分为轻、中、重及全聋四级。

轻度耳聋者，远距离听话或听一般距离的低声谈话感到困难。听力计检查，纯音和谈话（语言）声听阈都在10—30分贝。

中度耳聋者，近距离听话感到有困难。听力计检查听阈可达60分贝。

重度耳聋者，完全听不到谈话，但在耳边大声呼喊或将声音放大时则能听见。听力计检查，听阈超过60分贝。

全聋者听不到大声呼喊的声音。听力计检查，听阈超过90分贝。

了解了耳聋的程度，可以帮助判定治疗效果。一般地

说，耳聋程度与预后没有明确的联系。

对于传音性聋，在积极处理引起传音阻碍的疾病后，多可使听力得到一定程度的恢复。感音性聋因病变损害的部位及性质不同，有一大部份的听力损害是不易恢复的。如脑膜炎所致耳聋、噪音性耳聋、老年性耳聋等。

一过性的耳聋及较短时间内可治愈的耳聋一般不引起聋哑症。只有较长时间不能治愈的或先天性的耳聋才可引起聋哑症。但当耳聋治愈后，通过训练，患者仍能恢复说话的能力。

【康复指导】

（一）家庭护理：聋哑残疾人，由于不能象正常人一样去感受生活、接触环境，不能与一般人交往，势必使其心理受到压抑，并造成自卑感。初发病者，因其突然从熟悉的环境中被“隔离”，心理不能很快适应，必会出现烦躁、易怒。家人此时应给予极大的关怀，充分理解患者的情绪，尽量体贴患者并设法进行思想开导，使其树立起战胜疾病的信心。同时积极陪同患者到专科医院进行检查、治疗。家人应学会一些常规家庭治疗方法，如点耳药等，以给病人减少一些不必要的痛苦。对于后天性耳聋，特别是在其已学会说话后发生的耳聋，家人应常常与患者进行交谈，让患者注意练习说话，对于发音不正常的要给予纠正，以免造成聋哑症。

（二）复聪：现代医学对耳聋的复聪已取得了一些成就，给耳聋患者带来了希望。耳聋复聪的原则是尽一切可能恢复或部分恢复已经丧失的听力。通过现有的方法，听力仍不能恢复的人，要尽量保持并利用其残余听力。

对传音性耳聋，目前可通过各种手术来提高听力；对感

音性耳聋，则以药物、给氧、针灸等疗法为主；混合性耳聋则应采取综合治疗。

外耳和中耳的畸形，若为单侧，不影响学习说话者，可暂不给予处理，缓行手术。若为双侧且耳聋程度较重，影响学习说话，则应尽早施行手术，重建外耳道及中耳传音系统；若为中耳炎所致的耳聋，在积极治疗原发感染病灶后，若疗效不显，可行手术治疗，彻底清除病灶，并行鼓室成形术，可使听力得到改善；对于鼓膜穿孔者，若鼓膜穿孔较小，多可自行恢复。对于穿孔较大者，可到专科医院行再生修补术。

对感音性耳聋，目前多用药物及中医疗法。也有用高压氧治疗的，但疗效都不明确。近些年来，随着人工耳蜗研究的进展，给重度感音性耳聋病人重建听力展示出一个光明的前景。

（三）助听器的选择及应用：助听器是一种增加声音强度的装置，它能把外界的声音放大，起一个扩音作用。这对于一些耳聋病人能起到极大的帮助作用。但并非所有的病人都适宜戴助听器。在配戴助听器前，应先行耳科检查，有些因耵聍栓塞、神经瘤、胆脂瘤性中耳炎等引起的耳聋，应先充分治疗原发病，避免强声刺激，不宜急于配戴助听器。目前，助听器的种类比较多，最好是通过实际使用的效果来选择。其适应症一般来说，以传音性耳聋为首选，感音性及混合性耳聋次之。对于语言频率听力损失在35—80分贝之间的患者，选用耳级式助听器较好，耳级式助听器包括三种：耳背式，眼镜式及耳内式，患者可根据自己的喜好及经济状况来选用。耳级式助听器双耳同时配戴，不仅能分别帮助聋耳

复聪，而且能实现双耳听觉特性，帮助判别声源方向，并有可能重获立体声感；对于听力损失在80—90分贝之间的患者，可选用盒式助听器。对双耳中等度聋者，助听器应戴于听力稍差的一侧，使另一耳继续听取自然环境中的正常声音，以达到双耳听觉的作用。若双侧耳聋中一侧较严重，则应戴于听力较好的一侧。对双侧程度相近的耳聋，应双侧交替使用，以减少听觉疲劳及损伤。

初戴助听器时可因不习惯而感到不舒服，要有一个适应过程。开始应先在安静的地方，把音量放到最小，听自己说话，并逐渐去听较轻微的环境声，与人进行交谈，进而由小环境进入到大环境。每日戴助听器的时间可由短逐渐延长，直至习惯于整天佩戴。

(乔 蕾)

二、视 力 残 疾

色 盲

眼睛除能看见物体外，还能辨别各种颜色，称色觉或辨色力。色觉实指视网膜对不同波长光的感受特性。有的人可能视力或视野都正常，却由于视网膜内的感光色素异常或不全，引起色觉紊乱，表现为完全不能或不完全能辨别各种颜色，医学上称为色盲。较常见的有红色盲，绿色盲，红绿色盲，

蓝色盲。全色盲较少见。有的人辨色力犹存，但不如正常人敏锐，这叫色弱，也有红色弱，绿色弱，蓝色弱及全色弱之分。色盲和色弱之间没有明显的区别，只是色觉异常的程度不同而已，一般将严重异常者称“色盲”，轻度异常者称“色弱”。

【致残原因】色盲的原因比较复杂，绝大部份色盲属先天性的，与遗传有关，多为双眼性，男性发病明显高于女性（女性中色盲患者虽不多，但有许多人是色盲遗传因子携带者）；极少为后天造成的，是由于眼底、视神经或视觉中枢疾病所致的辨色能力下降或消失。这种色盲多为单眼色盲并常伴有其他症状及视功能改变。根据色盲遗传法则，一般认为色盲和色弱的遗传属伴性隐性遗传，也就是说在遗传因子的结合和遗传方面，男女之间是有区别的。在遗传因子的结合方面，男性只有一个色觉遗传因子，因而色觉遗传因子的结合方法只有两种：如果这一遗传因子是正常的，这个人就色觉正常；反之，若为色盲遗传因子，这个人就是色盲。女性有两个色觉遗传因子，其结合方法就有三种，即二个遗传因子都正常、一个正常一个不正常、二个都异常。从表面看，前两种情况本人都是正常的。但第二种情况是所谓的“潜在色盲”，她们身上带有色盲遗传因子。这种情况下的色盲是隐性的，而正常情况是显性的。从遗传方式来看，父亲的色觉遗传因子是不传给儿子的，仅传给女儿；而母亲不仅传给女儿还传给儿子。因此，儿子唯一的色觉遗传因子是母亲传给；女儿的两个色觉遗传因子中一个是父亲的，一个是母亲的。具体细分可有下面六种情况：

（1）正常的父亲和正常的母亲：他们的孩子不管是男

是女，都是正常的。

(2) 异常的父亲和正常的母亲：由于父亲的色盲遗传因子传给女儿，所以女儿是色盲遗传因子携带者，而不是色盲。但她的孩子有色盲的危险。

(3) 正常的父亲和色盲的母亲：他们的女儿本人是正常的，但带有色盲遗传因子。他们的儿子将全是色盲（这种根据不同的性别，交叉进行的遗传现象叫做“交叉遗传”）。

(4) 正常的父亲和带色盲遗传因子的母亲：女儿们本人都正常，但其中半数有色盲遗传因子携带者；儿子中的一半将是色盲。

(5) 色盲的父亲和带色盲遗传因子的母亲：女儿中的一半将是色盲，另一半是色盲遗传因子携带者。儿子中的一半将是色盲。

(6) 父母亲都是色盲：所有的孩子都将是色盲。

由上图可见，只有当母亲是色盲或色盲遗传因子携带者时，儿子才可能是色盲，和父亲是否色盲没有关系〔(3)、

(4)、(5)、(6)〕。另一方面，当父亲是色盲，母亲也是色盲或是色盲遗传因子携带者时，女儿将成为色盲或色盲遗传因子携带者〔(5)、(6)〕。

如果根据色觉异常的程度不同分为色盲和色弱，那么，这色盲、色弱都是由遗传因子决定的。带有色盲遗传因子的男性就是色盲，而带有色弱遗传因子的男性就是色弱。如果女性带的两个遗传因子都是色盲的，她就是色盲，若带两个色弱遗传因子，就是色弱。如果带一个色盲，一个色弱的遗传因子，她还是色弱。举例来说，若外祖父是色弱，父亲是色盲，女儿中的一半就会是色觉异常者，但都是色弱。

【病态机理】尽管在色盲领域尚有许多未知的东西需要研究和探索，但目前关于色盲的理论认为：自然光线中的赤、橙、黄、绿、青、蓝、紫七种颜色可归纳为红、绿、蓝三种原色，各种色彩均可由这三种原色按不同比例组成。正常人眼的视网膜内有着三种感光色素，它们分别吸收不同波长的光线而产生相应的色觉。具有三种感光色素者即正常色觉，称为三色视。若其中之某个感光色素不全则产生异常三色视，通称色弱，其又分为第一色弱或红色弱，第二色弱或绿色弱，第三色弱或蓝色弱。只有两种感光色素而第三种感光色素缺如者称为二色视。如缺乏感红色素时，眼睛就失去了对红光的感受，无法辨出红色，谓之第一色盲或红色盲；缺少感绿色素时，就分辨不出绿色，谓之第二色盲或绿色盲；缺少感蓝色素者，谓之第三色盲或蓝色盲。视网膜内只有一种感光色素者，通常称为一色视，也称全色盲或全色弱。全色盲者看不清任何颜色，这种色盲实属罕见，多由近亲结婚造成，常伴有极度弱视、眼球震颤等症状。

【功能评价】人们生活在颜色的洪流中，很少只看到单独的颜色，而在不同的条件下，我们所感受的色觉也不相同。全色盲者看不清任何颜色，只感觉到深浅即光线的明暗，没有色彩感，这种人看东西就象看黑白电视一样。红色盲或红色弱者，无法分辨出红色，常常出现以下现象：

1. 很难看出在绿树丛中的红色建筑物。
2. 难以区分粉红和橙色。
3. 在商店里很难从其它颜色的衣服中找出鲜红色衣服。
4. 把红色的花看成蓝色。
5. 分不清带一点紫色的红色和蓝绿色。

6. 不易区别用圆珠笔写出的细细的红线和黑线。

而绿色盲和绿色弱者分辨不出绿色，如：

1. 把绿色的面条看成是灰色的。

2. 分不出蓝色和紫色的纸片。

3. 把棕色的被子看成是绿色的。

4. 把用旧了的绿色毛巾看成是红色的。

5. 分不清黄中带红的铅笔和绿中带黄的铅笔。

6. 常把带绿的蓝色和带紫的红色搞混。

7. 把红色看成很深的颜色，但仍看不清红色。

蓝色盲分辨不出蓝色。

目前，对色觉异常的检查方法有以下四类：

1. 色盲检查表（共有七种）。

2. 色彩辨别器。

3. 幻灯检查法。

4. 色盲检查镜。

一般说来，色盲检查表尺适于区别色觉异常的人和色觉正常的人。要确定异常的程度，就需要用“色盲检查镜”、“幻灯检查表”等其它检查仪器。这些标准的医疗手段可以做出准确的诊断结果。

【康复指导】

（一）JPJC疗法：色盲是一种遗传疾病，一向被认为是“不治之症”。但日本和同医师协会会长，医学博士山田武敏先生在东方经验医学的基础上，利用现代医用电子学的新技术，创造了一种色盲治疗法——JPJC疗法。到1981年9月为止，运用这种治疗法治疗的病人已有一万一千多人，疗效很高。实际上，这种疗法就是电子技术与中医针灸疗法

的结合。

从电子学的角度来看，人体是个完整的电磁场，它的60兆个细胞的每个细胞都有类似磁石般的构造。人的眼睛，其功能就象太阳能电池，把阳光（其基本粒子叫光子）传来的情报变成信息，通过神经组织中的电流（即电子流）传到大脑。由和同会发明的电子治疗系统，把人体当做一种电磁性的神经集合体，用电流来激发人体内某系统的处于休眠状态的离子和酶，使之恢复功能。

当人体内存在病变和异常时，在皮肤上的对应地方就会出现对电敏感的点，这些点常常和人体的穴位相符合。针灸就是刺激这些点来达到治疗目的的。用电刺激这些点能同样有效地治愈体内相应的损害或异常。JPJC疗法中，只用导电体压在皮肤的穴位上，并凭借涂在其上的导电液获得最大的通电效果，从而达到准确地刺激穴位的目的。JPJC疗法是分别吸取了朝鲜的耳针、中国的针灸、印度的瑜伽等疗法的长处而创造的。

为了在人体中形成电流，要找一对相应的穴位构成一个通路。这种把两个穴位科学地串通起来的方法叫做精确的脉络（JC）。根据积累的资料已知，与改善色觉有关的穴位集中在颈部以上。为能用一个强的电脉冲取得既快又好的治疗效果，又发明了PB药膏。这种药膏可以很好地渗进皮肤，增强皮肤的导电性，且能防止皮肤烫伤。这就使连续治疗成为可能。

所谓JP—Just Point，即精确的穴位；JC—Just Channed，即精确的脉络。

治疗时间：每天治疗一次，平均需要40次治疗。疗程的