



普通高等教育“十三五”规划教材
全国高等医药院校规划教材

本书出版受到国家自然科学基金《基于激光散斑衬比成像技术观察候气针法影响面瘫的“机信号”研究》
编号81473743资助

供康复医学及相关专业使用

中西医结合康复医学

余瑾 主编

 科学出版社

本书出版受到国家自然科学基金《基于激光散斑衬比成像技术观察候气针法影响面瘫的“机信号”研究》编号 81473743 资助

普通高等教育“十三五”规划教材

全国高等中医药院校规划教材

供康复医学及相关专业使用

中西医结合康复医学

余瑾 主编

科学出版社

北京

内 容 简 介

本书以西医“功能观”与中医“状态观”为主要线索,系统整理中西医康复医学理论和实践技术与经验。全书内容分四个部分:“康复概论”、“康复评定”、“康复治疗技术”、“临床康复”,融入了创新特色的“状态评估”、“状态治疗”和“状态康复”,易于对比理解和应用。功能影响状态,状态引导功能,充分体现了中西医有机结合的思想,促进中西医结合康复的理论和实践发展。本书体现了中国特色康复,重视人体内在状态,通过整体状态的改善,来促进疾病的痊愈和功能康复,基于现代医学,更融合传统康复与现代康复的优势和特长,独具一格。本书表达的是“双赢的策略”:东方和西方的康复医学相互之间取长补短,共同发展。通过整体观的连接,互补各自的理论和技术,有效地提高康复效能,造福广大康复患者。

本书可供中医学、西医学临床医学专业康复医学基础、康复医学和康复治疗学等课程作为教材和教学参考书使用,也可作为从事中西医结合康复临床和科研以及相关领域人士的参考书。

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合康复医学 / 余瑾主编. —北京: 科学出版社, 2017.1

普通高等教育“十三五”规划教材·全国高等中医药院校规划教材

ISBN 978-7-03-051553-7

I. ①中… II. ①余… III. ①中西医结合-康复医学-中医学院-教材

IV. ①R49

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第011152号

责任编辑: 郭海燕 / 责任校对: 张凤琴

责任印制: 赵 博 / 封面设计: 陈 敬

版权所有, 违者必究。未经本社许可, 数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

三河宏图印务有限公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2017年1月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2017年1月第一次印刷 印张: 28 1/2

字数: 768 000

定价: 78.00元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

《中西医结合康复医学》编委会

学术顾问 **卓大宏**

主 编 余 瑾

副 主 编 朱 毅 谢 芹 刘春龙 余 航

编 委 (以下按姓氏笔画排序)

王 宁 南京中医药大学

王 萌 南京中医药大学

王 熙 辽宁中医药大学

王文丽 昆明医科大学

王东岩 黑龙江中医药大学

王雪强 上海体育学院

古琨如 广州中医药大学

白 洁 深圳职业技术学院

朱 毅 海南医学院

朱路文 黑龙江中医药大学

刘春龙 广州中医药大学

刘振寰 广州中医药大学

许惊飞 四川大学华西医院

杨 馨 成都中医药大学

杨雨洁 南京中医药大学

杨俊兴 广州中医药大学

张钧伟 惠州卫生职业技术学院

李 莉 广东食品药品职业学院

何 坚 福建中医药大学

余 航 江西中医药大学

余 瑾 广州中医药大学

汪宗保 安徽中医药大学

林华景 广东食品药品职业学院

欧海宁 广州医科大学

罗玳红 北京中医药大学

金亚菊 云南中医学院

郝 曼 顺德职业技术学院

郭小妹 中山市中医院

郭友华 广州中医药大学

彭科志 贵阳中医学院

鲁新华 广州市康富来国医馆

谢 芹 广州中医药大学

樊 旭 辽宁中医药大学

学术秘书 余芳菲 广州中医药大学

序 序 序

康复在我国发起于 20 世纪 80 年代，是我国改革开放后引进的现代医学成果之一，我国在引进学习西方现代康复医学理论、技术的同时，也大力研究发展中国传统康复医学，力求将两者结合起来，创造出具有中国特色的中西医结合康复医学新体系。时至今日，中医传统康复同现代康复医学紧密结合，为患者提供更多的康复治疗方案。

余瑾教授师从名家，对于中医传统康复有着扎实的理论实践基础，其创立的中医康复核心理论“状态观”和形气神调理体系颇具创新，不同于西医康复以“功能”为导向，其以“状态”的核心作用，重视人体内在状态，通过整体状态的改善，来促进疾病的疗愈和功能康复，基于现代医学，更融合传统康复与现代康复的优势和特长，另辟蹊径。

该书主要分为四个部分：“康复概论”、“康复评定”、“康复治疗技术”、“临床康复”，除一般临床知识基础和常见疾病外，融入了创新特色的“状态评估”、“状态治疗”和“状态康复”，通过精心编排，逻辑清晰，易于读者理解和应用。在编写上，突破了常规“中西医结合康复”、“传统康复”的写法，避免了上下文内容分割，具备完整性。

中国传统医学博大精深，如何进一步汲取传统医学的智慧，将中西医更好的有机结合，在康复医学领域仍存在无限可能。作为编者，如何为读者提供内容之外的世界，更是任重道远！余瑾教授率领的“状态-功能结合”康复医学团队具备前瞻性的视野，极具创新的思维理念和低调务实的工作态度，将为中医特色康复事业的发展注入新的活力！

南方医科大学康复医学院 黄国志

2016 年 11 月 7 日

致敬卓大宏教授

2014年在科学出版社组织下，我接到了《中西医结合康复医学》创新特色教材的编写任务，心中既有兴奋，又有丝丝茫然，立即想到了中西医结合康复医学泰斗——世界著名康复医学家，敬爱的卓大宏老先生。打通电话，简单说明缘由后，卓老先生约定见面，坐定即开始聆听卓老对中西医结合康复医学编书的高见，其实是娓娓道来的一些历史和故事。

卓老自小体弱多病，从而培养出喜爱医疗保健的兴趣，当他走进华南医学院（中山大学医学院前身），一副对联吸引了他，上联是“医病、医身、医心”，下联是“救人、救国、救世”。对联高尚的境界，已经暗含了未来钻研心身康复医学的种子。1955年，卓老23岁毕业留校任教，9月赴北京医学院跟随苏联专家学习康复医学，从此开始钻研现代康复医学，同时积极整理中国传统康复技术。1980年国家改革开放时机到来，48岁的卓老受国家公派，访问留学加拿大多伦多，积极学习现代先进的康复医学，以诗为记，“愿取他山石，攻我康复城。深研卫生术，勤探健民经”。两年后结束了访问学者的生活，在归国航班上又赋诗云：“幸得金匙启宝殿，愿敞银门接群英，我信中西能结合，蹊径独辟促健宁。”学成归国后，率先建立了国内高校第一个康复医学教研室和康复医学科；5年以后，成立世界卫生组织康复合作中心，在推动我国与国际康复医学的交流上，起到重要的桥梁作用。其主编出版了我国第一部康复医学专著《中国康复医学》，系统整理出版了多部中医传统康复专著，传播海内外。卓老说：世界康复医学发展的方向应是东方和西方的物理医学相互之间取长补短，共同发展，这是一种“双赢的策略”（win win strategy）。在中国实施这种策略，也就是要积极推动中西医结合康复治疗的发展。中医康复的优势有几点：整体和辨证的结合；养生康复与临床结合；形体康复与情志康复相结合；自然康复与药物康复相结合。中医康复学同时可以借鉴现代康复医学的一些优点，重视功能的评估和分析，向专项化、规范化、量化的方向发展。重视以专业协作组的工作方式，以及引进现代康复工程技术等，对于中西医结合康复医学的各种远见卓识，发表系列文章。

在加拿大留学期间，卓老发现音乐应用治疗的奇妙领域。归国后开展了十多年的临床研究观察，1992年在《中国康复医学杂志》上发表了《放松性音乐对原发性高血压患者生理功能的影响》第一篇论文。心身康复和音乐治疗，一直是卓老的关注焦点之一。曾经想过在中国康复医学会下成立音乐治疗专业委员会，但是医学会没有批准。缘分交织是在1999年，那时我刚从广州中医药大学毕业留校1年，积极参加各种康复进修，正好参加了卓老主持的中山医科大学与美国伊利诺理工学院联合举办“职业康复和心理康复培训班”，感受了卓教授的翩翩风采，中英文双语流利自然，儒雅自由，正是中西学完美结合的学者形象，令人钦佩。因缘际会风云起，中医理论中的形神合一，更能与心身整体的医学模式相契合，在原广东省中医药管理局张孝娟副厅长和星海音乐学院罗小平教授的共同推动下，2005年8月，广东省中医药学会音乐治疗专业委员会正式成立。在心身康复研究领域中，卓老是研究的前行者和推动者。2008年汶川地震发生后，卓老就积极推动音疗专委会组成“抗震救灾-音乐爱心家园”开展“音乐治疗-心身康复”援助活动，2008~2011年，该援助活动足迹遍布汶川青川等地，帮助了无数灾区群众，极大地锻炼了队伍，促进了音乐治疗-心身康复学术的发展。2005年卓老开始担任中国音乐治疗学会第五届和第六届副理事长，被授予第七届名誉理事长。全面推动中国音乐治疗事业的发展。卓老善于聆听学习，去

粗存精，融会贯通，接轨国际，并力推本土创新，在卓教授主持下，2011年11月中国音乐第十届全国会议在广州中医药大学举办，会议圆满成功，他说：音乐治疗目前虽小，却是心身康复的尖兵，代表了先进的发展方向，是跨学科、跨行业、跨部门特色的交汇点，是先进医学模式的体现。

风雨轮转人世无常，逝者如斯，卓老于2015年5月逝世。他一生挚爱诗词，最记得是他十岁少年时有第一首诗《月夜》：“那夏夜的星空，那皎洁的夜色，你听，万籁俱寂。”诗意人生，乐美人生！宇宙轮回无尽，终点也是起点，人天合一，灵魂不朽，只可意会，无须言说。文思可通天地，乐韵能和万物，以诗文和韵，以送别挽联来纪念卓老。

卓德远识明乐韵，大音希声宏和谐（中国音乐治疗学会敬上）。

卓意流传诗童吟小咏，粤韵悠扬名家书大宏（广东省中医药学会音乐治疗专业委员会敬上）。

回首斯人，音容笑貌犹在，指点江山，宽容坚定，平和流畅，谈笑间音律美感，循循善诱，为后来者支撑起那一片天空，给予我们温暖柔和而又坚强的力量。

敬爱的卓老，对于中西医结合康复医学，对于音乐治疗，对于心身康复建设事业的指导和叮嘱，我们将永远深深牢记，吾辈后学当团结努力，共同担起责任重担，创新开拓未尽之事业！

余瑾

2016年11月7日

前 言

21 世纪的现代医学所追求的已不仅是“更好的治病”，而是“让人生活得更健康”，现代医学越来越重视生存质量、残疾调整预期寿命及残疾调整生命年等理念，把治疗（cure）与照料（care）放到同等重要地位；将避免早死，帮助人们和平安祥的死亡，追求幸福的生存质量等，已经成为重要发展趋势，康复医学的成熟，正是现代临床医学体系整体发展的一个重要标志。

康复医学，作为一门独立的医学学科，具有其独特的基本属性、内涵、理论基础指导原则和基本技术方法。康复医学以有关伤残病者整体功能康复理论为基础，按照功能训练、全面康复、重返社会三大原则，采用综合的康复技术和方法，对各种程度不同的功能缺陷者，进行功能诊断和评估，通过功能治疗和功能代偿或功能代替，来适应和调整，促使身心功能和社会活动能力得以恢复，提高独立性和生活素质，回归家庭和社会生活。

中国自 1980 年开始引进现代康复医学体系，积极消化吸收，转化创新。在中西医结合国策的指导下，大力挖掘整理、研究和整合，起源于传统有数千年历史的中医康复学，逐渐形成完整的理论和实践体系。西医康复学和中医康复学，学术角度不同，西医康复重视整体从功能入手，强调社会 and 生命个体行为的互动关系，重视器官、个体和社会三个层次的功能观。中医康复学，一直有整体和辨证的综合思维，以及一系列传统技术。本书从最新的研究出发，提炼出中医康复的核心，围绕人体生命状态，把握生命的内在心身关系，重视精气神之状态，以及强调生命与自然的关系。因此西医和中医康复，各自把握了整体观的不同角度表达，全面表达生命的存在。

有远见的专家认为，世界康复医学发展的方向应是东方和西方的康复医学相互之间取长补短，共同发展，这是一种“双赢的策略”。在中国实施这种策略，也就是要积极推动中西医结合康复治疗的发展。中西医结合康复，通过整体观的连接，互补各自的理论和技术，功能影响状态，状态引导功能，两者的有机结合，能更有效地提高康复效能，共同努力改善病伤残患者的状态和功能，提升生存质量，回归家庭和社会。

民族的也是世界的，世界各国康复医学学科在认识规律而发展的同时，也结合自身文化特点发展特色，进行本土化发展。现代康复医学体系也因不断吸收各国康复医学发展的特色成果而壮大发展。在中西医结合康复实践中，逐渐创造出有思想、有特色的新经验。本书特别得到已故著名康复界前辈专家卓大宏教授的悉心指点，经过全体编者三年来艰苦不懈的笔耕，终于定稿完成。以“西医功能 - 中医状态”为线索，系统整理中西医康复医学理论和实践技术和经验，尽量体现有机结合的思想，并旨在促进今后中西医结合的进一步发展。领域创新，旨在抛砖引玉，希望读者和专业人士海涵不足之处，给予宝贵的建设性建议。

本书可供中西医临床各专业的康复医学基础教学、康复医学和康复治疗学专业师生，以及从事中西医结合康复临床领域人士的使用。

编 者

2016 年 5 月

目 录

序
致敬卓大宏教授
前言

第一部分 中西医结合康复概论

第一章 康复医学····· 2	第五节 社区康复····· 15
第一节 康复医学的发展····· 2	第二章 中西医结合康复医学····· 16
第二节 康复医学的组成和工作方式····· 4	第一节 中西医结合康复及康复医学定义·· 16
第三节 残疾的发生与预防····· 6	第二节 中西医结合康复医学的发展····· 20
第四节 ICF 在康复医学中的应用····· 12	

第二部分 中西医结合康复评定

第三章 功能评定····· 26	第九节 神经电生理诊断····· 72
第一节 人体形态学评定····· 26	第十节 言语功能评定····· 78
第二节 关节活动度评定····· 29	第十一节 心理评定····· 86
第三节 肌力与肌张力测定····· 32	第十二节 认知功能评定····· 90
第四节 平衡与协调功能评定····· 40	第四章 状态评估····· 97
第五节 步态分析····· 45	第一节 四诊察心····· 97
第六节 日常生活活动能力评定····· 53	第二节 体质状态评估····· 103
第七节 生活质量评定····· 60	第三节 气质 - 阴阳五态人格····· 106
第八节 疼痛的评定····· 66	第四节 心身康复评估(中华生存质量)·· 107

第三部分 中西医结合康复治疗技术

第五章 功能治疗····· 110	第七节 心理治疗····· 157
第一节 物理治疗概述····· 110	第六章 状态治疗····· 164
第二节 运动疗法····· 112	I 传统治疗技术····· 164
第三节 物理因子治疗····· 133	第一节 常用传统运动疗法····· 167
第四节 作业疗法····· 140	第二节 形体气血康复技术····· 192
第五节 言语治疗····· 145	第三节 中医意疗和行为疗法····· 203
第六节 康复工程····· 151	II 新兴治疗技术····· 221

第一节 TIP 技术 (低阻抗意念导入疗法)	221	第三节 意象对话心理疗法	227
第二节 表达性艺术治疗	224	第四节 正念疗法	229
		第五节 中医音乐疗法	232

第四部分 临床康复

第七章 功能康复	242	第十二节 高血压病的康复	344
第一节 脑卒中的康复	242	第十三节 糖尿病的康复	352
第二节 颅脑损伤的康复	250	第十四节 老年痴呆的康复	361
第三节 脑性瘫痪的康复	263	第十五节 帕金森病的康复	378
第四节 孤独症的康复	273	第十六节 肿瘤的康复	387
第五节 脊髓损伤的康复	280	第八章 状态康复	397
第六节 骨折的康复	292	第一节 焦虑的中医心身康复	398
第七节 软组织损伤患者的康复	299	第二节 躁狂的中医心身康复	403
第八节 颈椎病的康复	306	第三节 抑郁的中医心身康复	405
第九节 腰椎间盘突出症的康复	311	第四节 惊恐的中医心身康复	409
第十节 冠心病的康复	316	第五节 不寐的中医心身康复	412
第十一节 慢性阻塞性肺疾病的康复	331		
附录	419		

第一部分 中西医结合康复概论

康复医学是一门新兴的跨科性的临床学科，作为一门独立的医学学科，有其基本的属性、内涵、理论基础指导原则和基本的技术与方法。康复医学以有关伤残病者整体功能康复的理论为基础，按照功能训练、全面康复、重返社会三大原则，采用综合的康复技术和方法，对各种程度不同的功能缺陷者，进行功能诊断和评估，通过功能治疗、功能代偿、功能适应和调整等处理，促使身心功能和社会活动能力得以康复，提高独立性和生活质量，回归家庭和社会生活。世界各国在认识康复学科自身规律而发展的同时，也结合自身文化特点发展特色。现代康复医学体系也在吸收各国康复医学发展的成果和特色，不断壮大发展。

中国自 20 世纪 80 年代初开始，在积极引进西方康复医学的理论技术和经验的同时，也大力挖掘整理、研究和倡导起源于传统的传统康复技术，形成中医康复学。有一些学者和医家，通过进一步提炼整合西医和中医的优势应用于临床，并经过不断总结提高，创造出“功能与状态”结合，这一有中国特色的中西医结合康复医学新体系，丰富了现代康复医学体系。

第一章 康复医学

第一节 康复医学的发展

一、现代康复医学的形成与发展

康复医学是一门较年轻的学科，20世纪20年代以前为初创期，20～40年代末为建立期，50～80年代为成熟期，20世纪80年代以后为发展壮大期。

古代西方的罗马、希腊有采用电、光、运动、海水等治疗方法的记载，认为其有镇静、止痛、消炎等作用，是朴素的物理治疗的前身。公元二世纪，开始对瘫痪患者使用滑轮悬挂肢体进行治疗，提倡创伤后早期活动，加速愈合。文艺复兴后，提倡为了保持健康而运动，并且认为应根据患者的不同情况进行，过度运动会引起疾病发作，出现不良反应时要及时停止运动。16世纪，出现了早期的作业治疗。18世纪，开始用运动促进伤后关节肌肉的功能恢复，并出现对盲聋儿童的特殊教育和职业训练。19世纪，运动疗法开始系统化，采用抗阻力练习发展肌力；对心脏病患者进行有控制的体操和步行，促进其心功能恢复；直流电和感应电用于治疗，并出现离子透入疗法。在医学、教育、职业、社会福利各领域已出现为残疾人服务的多项工作。

20世纪是现代康复医学迅速发展的时期，尤其是两次世界大战极大推动了创伤康复的发展，50年代康复医学成为一门独立的医学学科。1947年，美国物理医学和康复学会成立，康复作为一个医学专门名词从此正式使用。

1949年后，中国成立了荣军疗养院、荣军康复院，制订了残废军人伤残定级、抚恤政策，开办了盲聋哑学校、残疾人工厂及福利院。综合医院成立了物理治疗科、针灸按摩科，医学院校开设了物理治疗学、物理医学课程，为康复医学的发展打下了基础。

20世纪80年代初期，现代康复医学进入我国并取得了飞速发展。卫生部规定二级以上医院必须建立康复医学科，是综合医院必须建立的十二个一级临床学科之一。明确提出综合医院康复医学科是在康复医学理论指导下，应用功能评定和物理治疗、作业治疗、传统康复治疗、言语治疗、心理治疗、康复工程等康复医学诊疗技术，着重为急性期、恢复早期的躯体或内脏器官功能障碍患者提供专业诊疗服务，同时为其他功能障碍患者提供相应的后期诊疗服务，并为所在社区的残疾人康复工作提供康复医学培训和技术指导。此外，国家还批准建立了一些独立的康复医院。许多大学和高职高专院校也开设了康复医学课程，逐步确立了康复专科医生的培养及考核制度。康复治疗专业也开始纳入国家全日制高等教育计划，开始制订统一的教学计划、教学大纲，编写出版统一教材。随着康复医学的深入发展，其方法学已进入到神经学和高级神经功能学领域。20世纪末，康复医学专科化趋势明显，已初步形成骨科康复、神经康复、心脏康复、儿童康复、老年康复等专科。

21世纪开始，康复医学进入更快速的发展阶段，2001年《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》重申“发展康复医疗”的决策，2002年8月国务院卫生厅转发了《关于

进一步加强残疾人康复工作的意见》，要求到 2015 年实现残疾人“人人享有康复服务”，促使了我国康复医学事业的更快发展。2016 年 12 月，习近平签署主席令为《中医药法》立法，于 2017 年 7 月 1 日执行，其中明确指出提倡“中西医结合”这一国策，对于推动中西医结合康复医学有重大战略意义。

二、中国传统康复的形成与发展

战国至南北朝（公元前 500 年～公元 581 年）为中国传统康复方法创立和发展时期。1984 年出土的汉简《引书》记载了治疗落枕的仰卧位颈椎拔伸法，是最早的脊柱复位法。马王堆汉墓出土的帛书记载推拿用以治疗伤科、外科、小儿科、妇科疾病等十七种以上疾病，并用温泉保健治病，其中《导引图》内容极为丰富，已开始应用锻炼腰背肌和活动关节的方法治疗腰痛和关节活动困难的疾病。《庄子·刻意篇》中有“吹煦呼吸，吐故纳新，熊经鸟伸，为寿而已”的记载。中医四大经典之一的《黄帝内经》在论述瘫痪、麻木、肌肉挛缩等病症的治疗时，提倡应用针灸、导引、体操、气功、按摩、熨（热疗）、角（拔罐）等治疗方法。《素问·血气形志篇》中有“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；……病生于困竭，治之以甘药；……经络不通，病生于不仁，治之以按摩、醪药”的论述。

汉代广泛运用针灸和导引治病，张仲景《金匮要略》以“导引吐纳、针灸膏摩”等防治疾病。汉末名医华佗模仿虎、鹿、熊、猿、鸟五种动物的动作，编制“五禽戏”，以治病健身，延年益寿。晋代葛洪著《抱朴子》，提倡道家“吐纳导引”，“胎息法可以难老……”等。梁代陶弘景著《养生延命录》从气功、按摩、饮食、精神和卫生等方面论述了疾病的康复治疗。此外，还根据五行相生相克的原理，提出了“以情治情”的治疗原则，倡用“悲胜怒”、“怒胜思”、“思胜恐”、“恐胜喜”、“喜胜忧”等心理行为疗法。

隋、唐至清（公元 581～1911 年）为中国传统康复疗法的发展时期。隋代巢元方的《诸病源候论》列举了诸多疾病的康复疗法，如痹证、风痹手足不遂等的“养生方导引法”，并提出了康复治疗的适应证和禁忌证。唐代孙思邈著《备急千金方》、王焘著《外台秘要》均重视饮食在康复治疗中的作用，用舞蹈治疗“气郁瘀而滞着，筋骨瑟缩不达”之症。宋代陈直的《养老奉亲书》、蒲虔贯的《保生要录》、苏东坡的《养生说》、元代丘处机的《摄生消息论》均有众多康复实践的记载。明代首次出现推拿这一名称，体现了人们对手法治疗认识的提高。李时珍的《本草纲目》、龚廷贤的《寿世保元》、冷谦的《修龄要旨》、清代汤灏的《保生篇》、唐千仞的《大生要旨》、曹滋山的《老老恒言》等均保存了大量的康复理论与实践。

数千年的实践，形成了中医康复重视生命内在关系和人-自然和谐的独特内涵，为之后现代中西医结合康复的状态学研究奠定了基础，提供了丰富的素材。

康复医学体现了人们在医学观念上的不断创新，从单纯的生物学观点，即只注意器官与系统的病理变化，研究其消除、治疗技术，进步到对患者局部和整体功能的恢复与提高，从而为患者伤病痊愈后回归社会、工作，打下良好的基础。

以传统为特色的中医康复，发现提升医学新机遇，积极引入研究学习现代西医康复理念，外来引进与内部挖掘的结合，整合中医行之有效的系列方法，进一步开发适合这个新时代的特色理论和原理，形成现代化并有指导实践意义的中医康复学观点和原则。研究人体内在身心关系和人-自然之间的和谐关系，研究生命内在状态，促进功能恢复，更好地回归幸福生活本源，实现康复和医学的终极目标，逐渐形成具有中国特色的中西医结合康复医学，大大丰富了现代康复医学体系。21 世纪，中医康复学已经成为中国现代康复医学体系不可缺少的，占有重要地位的一个组成部分。

第二节 康复医学的组成和工作方式

一、康复医学的组成

康复医学的组成包括康复预防、康复评定、康复治疗和临床康复。

(一) 康复预防

康复预防是指通过下列有效手段预防各类残疾的发生，延缓残疾的发展。

1. 一级预防 预防各类疾病伤残造成的身体结构损伤的发生是最为有效的预防，可降低70%的残疾发生率。可采取的措施很多，包括宣传优生优育，加强遗传咨询、产前检查、孕期及围生期保健；预防接种，积极防治老年病、慢性病；合理饮食，合理用药；防止意外事故；加强卫生宣教，注意精神卫生。

2. 二级预防 限制或逆转由身体结构损伤造成的活动受限或残疾(disability)，可降低10%~20%的残疾发生率。可采取的措施包括早期发现、早期治疗病伤残。通过采取适当的药物治疗，如治疗结核、高血压等；或采取基本的手术治疗，如创伤、骨折、白内障手术等。

3. 三级预防 防止活动受限或残疾转化为参与受限(participation limitation)或残障，减少残疾、残障给个人、家庭和社会造成的影响。可采取的措施包括康复医疗，如运动疗法、作业疗法、心理疗法、言语治疗以及应用假肢、支具、辅助器等；教育康复，职业康复，社会康复等；社会教育。

(二) 康复评定

康复评定(rehabilitation evaluation and assessment)是康复治疗的基础，没有评定就无法规划治疗、评价治疗。评定不同于诊断，远比诊断细致而详尽。由于康复医学的对象是患者及其功能障碍，康复治疗的目的是最大限度地恢复、重建或代偿其功能，康复评定不是寻找疾病的病因和诊断，而是客观地、准确地评定功能障碍的原因、性质、部位、范围、严重程度、发展趋势、预后和转归，为康复治疗计划打下牢固的科学基础。这种评定可以借助仪器，至少应在治疗的前、中、后各进行一次。根据评定结果，制订、修改治疗计划和对康复治疗效果和结局作出客观的评定。康复医疗始于评定，止于评定。常用康复评定有：肌力测定、关节活动范围测定、步态分析、心肺功能评定、言语功能评定、心理功能评定、日常生活能力评定、神经电生理学评定等。

(三) 康复治疗

康复治疗是根据康复评定所明确的障碍部位和程度，规划、设计康复治疗方案。完整的康复治疗方案，包括有机地、协调地运用各种治疗手段。常用康复治疗方法有：

1. 物理疗法(physical therapy, PT) 物理疗法指利用电、光、声、磁、水、冷、热、力等物理因素治疗疾病、促进功能恢复的方法。物理治疗包括运动疗法和物理因子疗法。运动疗法是通过徒手或借助器械，让患者进行各种运动以改善功能的方法，目的是增强肌肉的力量，改善关节活动范围，增强和改善运动的协调性，改善机体的平衡，改善机体对运动的耐力以及改善异常运动模式等。物理因子疗法是利用电、光、声、磁、水、冷、热等因素进行治疗的方法，对炎症、疼痛、痉挛和局部血液循环障碍有较好的治疗效果。

2. 作业疗法(occupational therapy, OT) 是针对患者的功能障碍，从日常生活活动，手工

操作劳动或文体活动中,选出针对性强、能恢复患者功能和技巧的作业,让患者按照指定的要求进行训练,以逐步复原其功能的方法。

3. 言语治疗 (speech therapy, ST) 是对中风、颅脑外伤或小儿脑瘫等引起言语障碍进行矫治的方法。通过评价、鉴别出言语障碍的性质、类型,然后选用不同的练习方法恢复患者交流能力。

4. 心理治疗 (psychotherapy) 对心理、精神、情绪和行为异常的患者进行个别的或集体的心理治疗。

5. 文体疗法 (recreational therapy) 选择患者力所能及的一些文体体育活动,对患者进行功能恢复训练。一方面恢复其功能,一方面使患者得到娱乐,达到锻炼身体以及参加集体活动等目的。

6. 康复工程 (rehabilitation engineering, RE) 是应用现代工程学的原理和方法,恢复、代偿或重建患者的功能。例如,设计制造假肢、矫形器、自助器具和进行环境改造等。

7. 康复护理 (rehabilitation nursing, RN) 是除治疗护理手段外,用与日常生活有密切关系的运动治疗、作业治疗的方法,帮助残疾者自立生活的护理方法。

8. 社会服务 (social work, SW) 在患者住院时,帮助患者尽快熟悉和适应环境,正确对待现实和将来,与家人一起向社会福利服务、保障救济部门求得帮助;在治疗期间协调患者与专业组各成员的关系;在出院前,帮助患者做好出院后的安排并在其出院后进行随访,帮助他们和社会有关部门联系以解决困难。

9. 中医疗法 (Chinese medicine, CM) 在中西医结合康复思想指导下,将中国文化和中医特色的针灸、推拿、中医内外治法、传统运动导引疗法、食疗、音乐疗法、文娱疗法等进行重新整合,核心围绕状态调整和功能促进,来进行系统化改进和完善,并可以融入其他康复疗法,或创造出新的康复治疗技术。

(四) 临床康复

临床各科的疾病在所有阶段均可以有康复的介入、结合,且介入越早结局越好。目前已经形成多个临床康复亚专业,如神经康复 (neurorehabilitation)、骨科康复 (orthopedic rehabilitation)、儿科康复 (pediatric rehabilitation) 等。

二、康复医学的工作方式

(一) 人员组成

康复医疗需要多种专业服务,所以采用多专业联合作战的方式,共同组建治疗组 (team work),小组领导为物理医学与康复医师 (physiatrist),成员包括物理治疗师/士 (physical therapist, PT)、作业治疗师/士 (occupational therapist, OT)、言语矫治师 (speech therapist, ST)、心理治疗师 (psychologist)、康复工程师 (rehabilitation engineer, RE) 或假肢与矫形器师 (prosthetist and orthotist, P&O)、文体治疗师 (recreational therapist, RT)、社会工作者 (social worker, SW)、职业顾问 (vocational counselor, VC) 等 (图 1-1)。

在组长领导下,各种专业人员对患者进行检查评定,在治疗方案设定中各抒己见,讨论患者功能障碍的性质、部位、严重程度、发展趋势、预后、转归,提出各自对策 (包括近期、中期、远期),然后由物理医学与康复医师归纳总结为一个完整的、分阶段性的治疗计划,由各专业人员分头实施。治疗中期,再召开小组会议,对计划的执行结果进行评价、修改、补充。治疗结束后,小组成员对康复效果进行总结,并为下个阶段治疗或出院后康复提出意见。

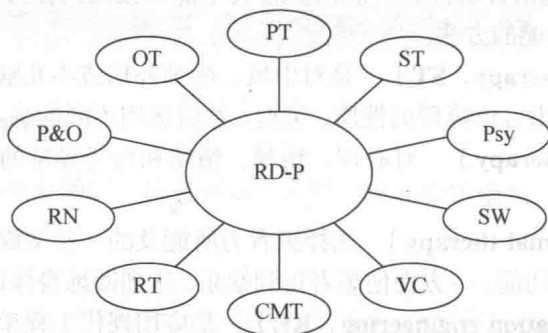


图 1-1 康复治疗组的组成

注：RD：康复医师；P：患者；PT：物理治疗师；OT：作业治疗师；ST：言语矫治师；Psy：心理治疗师；P&O：或假肢与矫形器师；SW：社会工作者；VC：职业顾问；CMT：中医师；RT：文体治疗师；RN：康复护士

（二）康复流程

病伤痊愈，并不意味着能立刻恢复工作，所以痊愈出院不等于康复。康复工作必须从伤病的早期进行，直至患者回归家庭或社会。急性期康复一般只进行1~2周，其后需要经过相当长时间的慢性阶段康复治疗，时间可能为数周至数月，使患者能达到生活、行动自理。进一步可以回归家庭或社会，直至恢复工作。而在回归家庭或社会之前，往往还需要一个过渡阶段。

有些病伤者可能只经历某一阶段，即可恢复工作，而有些病伤残者经过努力，仍不能生活自理，终生需要他人帮助。所以在整个治疗流程中的各种康复机构，均应提供良好的康复服务，以满足病伤者的需要。从医疗和社会机构方面，亦应有相应的组织帮助他们解决问题。

在医疗机构方面，需要有急性病医院、慢性病医院、日间医院或护理中心、社会医疗站等系列组织，形成服务康复对象的相互联系、层层负责的网络体系，病、伤、残者的康复才能得到保障；对于需要终生护理的患者，社会应建立相应的机构收护；对于伤残人员的再就业，社会也应建立相应的教育、培训机构。

第三节 残疾的发生与预防

一、残疾和残疾人

英文 disability 指能力的减弱或消失，亦可译为弱能、失能，社会上多译为残疾。残疾学是研究残疾的原因、流行、表现特点、发展规律、后果及评定、康复与预防的学科，是自然科学与社会科学结合的产物。康复医学对象是各类身、心功能障碍的病、伤、残者，其目的是使病、伤、残者丧失或受损的功能得到最大限度的恢复、重建或代偿。

（一）残疾

残疾是指因外伤、疾病、发育缺陷或精神因素造成明显的身心功能障碍，以致不同程度的丧失正常生活、工作和学习的一种状态。广义的残疾包括病损、残障，是人体身心功能障碍的总称。

（二）带有弱能的人（残疾人）

最初人们常使用“残疾人”（disabled person）一词来指心理、生理、人体结构上某种组织缺失、功能丧失或异常，导致部分或全部失去以正常方式从事个人或社会生活功能的人。其包括视力障碍（残疾）、听力障碍（残疾）、言语障碍（残疾）、肢体障碍（残疾）、智力障碍（残疾）、精神障碍（残疾）、内脏障碍（残疾）、多重障碍（残疾）和其他障碍（残疾）的人。后来感到 disabled person 反映不够全面，而且带有一定贬义。20 世纪 90 年代中期，联合国相关文件改用 person with disability（PWD），意思为带有弱能的人，强调人是第一位的，但在我国此名称应用尚不广泛。

二、导致障碍（残疾）的原因

据 WHO 统计，当前全世界残疾人约占总人口的 10%，总数约 6 亿，其中残疾儿童约 2 亿，80% 分布在发展中国家。致残原因包括以下几方面。

1. 疾病

（1）传染病：如脊髓灰质炎、乙型脑炎、脊椎结核等。

（2）孕期疾病：如风疹、宫内感染、妊娠毒血症等。

（3）慢性病和老年病：如心脑血管疾病、慢性阻塞型肺疾病、类风湿关节炎、肿瘤等。

2. 营养不良 各种营养不良均可导致残疾的发生，如蛋白质严重缺乏可引起智力发育迟缓，维生素 A 严重缺乏可引起角膜软化而致盲，维生素 D 严重缺乏可引起骨的畸形等。

3. 遗传因素 遗传因素可致畸形、精神发育迟滞、精神病等。

4. 意外事故 意外事故如交通事故、工伤事故、运动损伤、产伤等，可致颅脑损伤、脊髓损伤、骨骼肌肉系统损伤等。

5. 物理、化学因素 该类因素如噪声、烧伤、链霉素或庆大霉素中毒、酒精中毒等。在我国，抗生素的毒副作用是导致儿童听力损害的首位原因。

6. 社会、心理因素 社会、心理因素可致精神病等。

三、残疾分类

（一）国际使用的分类法

1. 国际残疾分类 传统的疾病模式是：病因→病理→表现。1980 年 WHO 有关专家对多种疾病的过程作了大量调查研究后认为，这一模式未能说明与疾病有关的全部问题，应考虑器官系统及人体的功能状态。说明疾病的后果除了治愈与死亡之外，还有相当一部分遗留或伴随着残疾而存活。

1980 年发布的《国际病损、残疾、残障分类》（*International Classification of Impairments, Disabilities & Handicaps, ICIDH*）将残疾分为三个独立的类别，即伤病、残疾、残障。这是根据疾病对个体主要生存能力的影响，进行不同侧面地分析，根据能力的丧失情况制订对策。将人们从“病因-病理-表现”的生物医学模式引导出来，对各类医疗与康复工作人员起到了重要的指导作用。

人们赖以生存的主要能力有：①对周围环境辨时、辨向、辨人的能力；②个人生活自理能力；③行动（步行、利用轮椅及交通工具）；④家务活动、娱乐活动；⑤社会活动；⑥劳动或就业，做到经济自立。