



卫生部“十一五”规划教材

全国高等医药教材建设研究会规划教材

全国高等学校教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

康复医学

第 4 版

主 编 南登崑



人民卫生出版社

卫生部“十一五”规划教材
全国高等医药教材建设研究会规划教材

全国高等学校教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

康复医学

第4版

主 编 南登崑

编 者 (按姓氏笔画排序)

王宁华 (北京大学第一医院)

华桂茹 (北京协和医院)

刘宏亮 (第三军医大学西南医院)

李 玲 (解放军军医进修学院分院)

李红玲 (河北医科大学第二附属医院)

励建安 (南京医科大学第一附属医院)

张长杰 (中南大学湘雅二医院)

陆廷仁 (上海交通大学附属瑞金医院)

范建中 (南方医科大学南方医院)

岳寿伟 (山东大学齐鲁医院)

南登崑 (华中科技大学同济医学院
附属同济医院)

倪朝民 (安徽医科大学附属省立医院)

黄晓琳 (华中科技大学同济医学院
附属同济医院)

谭维溢 (首都医科大学附属北京
友谊医院)

燕铁斌 (中山大学附属第二医院)

秘 书 郭正成 (华中科技大学同济医学院附属同济医院)

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

康复医学/南登崑主编. —4 版. —北京: 人民卫生出版社, 2008. 6

ISBN 978-7-117-10148-6

I. 康… II. 南… III. 康复医学-医学院校-教材
IV. R49

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 056725 号

本书本印次封底贴有防伪标。请注意识别。

康 复 医 学

第 4 版

南登崑 主 编

(北京中医药大学) 李 强

(中国医科大学) 申铁岳

(中国一军大学) 李宁王

(中国医科大学) 南登崑

(中国医科大学) 黄封平

(中国医科大学)

(中国医科大学) 黄封平

康 复 医 学

第 4 版

(中国医科大学) 南登崑

(中国医科大学) 黄封平

(中国医科大学) 南登崑

(中国医科大学) 黄封平

主 编: 南登崑

(中国医科大学) 黄封平

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

(中国医科大学) 黄封平

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

(中国医科大学) 黄封平

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

(中国医科大学) 黄封平

E - mail: pmph@pmph.com

(中国医科大学) 黄封平

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 保定市中国美凯印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 19.25

字 数: 516 千字

版 次: 1993 年 8 月第 1 版 2008 年 6 月第 4 版第 25 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-10148-6/R·10149

定 价: 29.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

康 复 医 学

全国高等学校五年制临床医学专业 第七轮 规划教材修订说明

全国高等学校五年制临床医学专业卫生部规划教材从第一轮编写出版至今已有30年的历史。几十年来,在卫生部的领导和支持下,以裘法祖院士为代表的一大批有丰富临床和教学经验、有高度责任感的老教授和医学教育家参与了本套教材的创建和每一轮的修订工作,使我国的五年制临床医学教材不断丰富、完善与更新,形成了一套课程门类齐全、学科系统优化、内容衔接合理的规划教材。本套教材为推动我国医学教育事业的改革和发展做出了历史性巨大贡献。正如老一辈医学教育家亲切地称这套教材是中国医学教育的“干细胞”教材,由她衍生出了八年制和研究生两套规划教材。今天,全国一大批在临床教学、科研、医疗第一线的中青年教授、学者继承和发扬了老一辈的优良传统,积极参与了本套第七轮教材的修订和建设,并借鉴国内外医学教育学的经验和成果,不断完善和提升编写的水平和质量,已逐渐将每一部教材打造成了精品,使第七轮教材更加成熟、完善和新颖。

第七轮教材的修订从2006年5月开始,其修订和编写特点如下:

- 在全国广泛、深入调研基础上,总结和汲取了前六轮教材的编写经验和成果,尤其是对一些不足之处进行了大量的修改和完善,并在充分体现科学性、权威性的基础上,更考虑其全国范围的代表性和适用性。

- 依然坚持教材编写“三基、五性、三特定”的原则。

- 内容的深度和广度严格控制在五年制教学要求的范畴,精练文字压缩字数,以更适应广大五年制院校的要求,减轻学生的负担。

- 在尽可能不增加学生负担的前提下,提高印刷装帧质量,根据学科需要,部分教材改为双色印刷、彩色印刷,以提升教材的质量和可读性。

- 适应教学改革的需求,实现教材的系列化、立体化建设,本轮大部分教材配有《学习指导与习题集》、《实验指导》、《教师用书》以及配套光盘等,且与教材同期出版。

第七轮教材共52种,新增1种,即《急诊医学》。全套教材均为卫生部“十一五”规划教材,绝大部分为普通高等教育“十一五”国家级规划教材,分两批于2008年出版发行。

第七轮 教材目录

1. 医用高等数学 / 第5版 主编 张选群
2. 医学物理学 / 第7版 主编 胡新珉
3. 基础化学 / 第7版 主编 魏祖期
4. 有机化学 / 第7版 主编 吕以仙
5. 医学生物学 / 第7版 主编 傅松滨
6. 系统解剖学 / 第7版 主编 柏树令
7. 局部解剖学 / 第7版 主编 彭裕文
8. 组织学与胚胎学 / 第7版 主编 邹仲之 李继承
9. 生物化学 / 第7版 主编 查锡良
10. 生理学 / 第7版 主编 朱大年
11. 医学微生物学 / 第7版 主编 李凡 刘晶星
12. 人体寄生虫学 / 第7版 主编 李雍龙
13. 医学免疫学 / 第5版 主编 金伯泉
14. 病理学 / 第7版 主编 李玉林
15. 病理生理学 / 第7版 主编 金惠铭 王建枝
16. 药理学 / 第7版 主编 杨宝峰
17. 医学心理学 / 第5版 主编 姚树桥 孙学礼
18. 法医学 / 第5版 主编 王保捷
19. 诊断学 / 第7版 主编 陈文彬 潘祥林
20. 医学影像学 / 第6版 主编 吴恩惠 冯敢生
21. 内科学 / 第7版 主编 陆再英 钟南山
22. 外科学 / 第7版 主编 吴在德 吴肇汉
23. 妇产科学 / 第7版 主编 乐杰
24. 儿科学 / 第7版 主编 沈晓明 王卫平
25. 神经病学 / 第6版 主编 贾建平
26. 精神病学 / 第6版 主编 郝伟
27. 传染病学 / 第7版 主编 杨绍基 任红
28. 眼科学 / 第7版 主编 赵堪兴 杨培增
29. 耳鼻咽喉-头颈外科学 / 第7版 主编 田勇泉
30. 口腔科学 / 第7版 主编 张志愿
31. 皮肤性病学 / 第7版 主编 张学军
32. 核医学 / 第7版 主编 李少林 王荣福
33. 流行病学 / 第7版 主编 王建华
34. 卫生学 / 第7版 主编 仲来福
35. 预防医学 / 第5版 主编 傅华
36. 中医学 / 第7版 主编 李家邦
37. 计算机应用基础 / 第4版 主编 邹赛德
38. 体育 / 第4版 主编 裴海泓
39. 医学细胞生物学 / 第4版 主编 陈誉华
40. 医学分子生物学 / 第3版 主编 药立波
41. 医学遗传学 / 第5版 主编 左伋
42. 临床药理学 / 第4版 主编 李俊
43. 医学统计学 / 第5版 主编 马斌荣
44. 医学伦理学 / 第3版 主编 丘祥兴 孙福川
45. 临床流行病学 / 第3版 主编 王家良 王滨有
46. 康复医学 / 第4版 主编 南登崑
47. 医学文献检索 / 第3版 主编 郭继军
48. 卫生法 / 第3版 主编 赵同刚
49. 医学导论 / 第3版 主编 文历阳
50. 全科医学概论 / 第3版 主编 杨秉辉
51. 麻醉学 / 第2版 主编 曾因明
52. 急诊医学 主编 沈洪

全国高等学校临床医学专业第五届教材评审委员会

名誉主任委员 裘法祖

主任委员 陈灏珠

副主任委员 龚非力

委员 (以姓氏笔画为序)

于修平 王卫平 王鸿利 文继舫 朱明德 刘国良 李焕章 杨世杰

张肇达 沈悌 吴一龙 郑树森 原林 曾因明 樊小力

秘书 孙利军

第4版 前言

全国高等学校临床医学专业教材评审委员会和卫生部教材办公室确定进行五年制新一轮教材修订,《康复医学》教材的第4版修订工作也积极进行。修订中继续贯彻“三基、五性、三特定”的编写原则和要求,审修内容,去旧更新,削减重复,凝练语言文字,严格控制了字数。我们所有编写者按要求进行了认真的修订,有些更新较多。本版编写队伍扩大,我们对一些章节进行了改写,如颈椎病的康复,脑卒中的康复,糖尿病的康复,痉挛,压疮和运动功能评定节中肌力、肌张力和关节活动范围测定,物理治疗中的大部分内容等。此外,还新增软组织损伤的康复章节。在附录中还补充了一些专业术语。

第4版成稿过程中经过编者互审,提出意见,多次修改,力求承前启后,使新版更加适应教学改革的需求。感谢郭正成教授和邹江华同志对全部稿件的审校和编排。

南登崑

2008年2月

目 录

第一章 康复医学概论

第一节 康复、康复医学定义范围 / 1

一、康复 / 1

二、康复医学 / 3

第二节 康复医学的发展 / 4

一、康复与康复医学的形成与发展 / 4

二、康复医学的发展基础 / 5

第三节 康复医学的组成及工作方式 / 6

一、康复医学的组成 / 6

二、工作方式 / 7

三、康复流程 / 7

四、康复成效 / 8

五、自我康复意识 / 8

第四节 康复医学的地位 / 9

一、存活与康复 / 9

二、康复医学与临床医学 / 9

三、综合医院必须加强康复 / 10

四、临床医师与康复 / 10

第五节 残疾问题 / 11

一、定义 / 11

二、致障碍(残)原因 / 12

三、残疾分类 / 12

四、残疾的康复目标及治疗原则 / 17

五、残疾预防 / 18

第六节 社基(区)康复 / 18

第二章 康复医学相关基础

第一节 运动学基础 / 20

一、运动的生理效应 / 20

二、制动与卧床对机体的影响 / 24

三、骨与关节的生物力学 / 28

四、肌肉的生物力学 / 31

五、肌腱和韧带的生物力学 / 32

六、周围神经的卡压和牵拉的生物力学 / 33

第二节 神经学基础 / 34

一、中枢神经发育机制 / 34

二、神经反射 / 35

三、中枢神经损伤反应 / 37



最 目

四、中枢神经的可塑性 / 37

五、脑老化 / 40

第三章 康复医学评定 42

第一节 运动功能评定 / 42

一、肌张力评定 / 42

二、肌力评定 / 44

三、关节活动范围测定 / 50

四、步态分析 / 53

五、平衡与协调功能评定 / 60

六、感觉功能评定 / 63

七、心肺运动试验 / 64

第二节 日常生活活动能力与社会功能评定 / 72

一、日常生活活动能力评定 / 72

二、独立生活能力评定 / 74

三、生存质量评定 / 76

第三节 言语与吞咽功能评定 / 78

一、言语功能评定 / 78

二、吞咽障碍评定 / 83

第四节 心理功能评定 / 84

一、心理评定的意义及临床应用注意点 / 84

二、智力测验 / 85

三、神经心理测验 / 87

四、人格测验 / 88

五、情绪测验 / 89

六、慢性疾病及残疾的心理反应特征 / 90

第五节 电诊断 / 91

一、肌电图 / 91

二、神经传导速度测定 / 95

三、神经反射检查 / 96

四、诱发电位 / 98

五、低频电诊断 / 102

第四章 康复治疗技术 106

第一节 物理治疗 / 106

一、运动治疗 / 106

二、器械治疗 / 110

三、手法治疗 / 132

第二节 作业治疗 / 135

一、概述 / 135

二、作业活动训练与方法 / 137

三、临床应用 / 140

第三节 言语与吞咽治疗 / 141



	一、言语治疗 / 141	301 \ 张琳	一
	二、吞咽障碍治疗 / 143	301 \ 张琳	二
第四节	心理治疗 / 144	301 \ 张琳	三
	一、概念 / 145	301 \ 张琳	三
	二、残疾的心理适应理论 / 145	301 \ 张琳	一
	三、慢性疾病及残疾的心理治疗 / 146	301 \ 张琳	二
	四、临床神经心理康复 / 148	301 \ 张琳	三
	五、康复心理治疗常用方法 / 149	301 \ 张琳	四
第五节	矫形器、假肢与助行器 / 151	302 \ 张琳	四
	一、矫形器 / 151	302 \ 张琳	一
	二、假肢 / 153	302 \ 张琳	二
	三、助行器 / 153	302 \ 张琳	三
	四、轮椅 / 156	302 \ 张琳	四
第五章	神经系统常见病损的康复	303 \ 张琳	158
第一节	脑卒中的康复 / 158	303 \ 张琳	一
	一、概述 / 158	303 \ 张琳	一
	二、康复评定 / 158	303 \ 张琳	二
	三、康复治疗 / 161	303 \ 张琳	三
第二节	颅脑损伤的康复 / 168	303 \ 张琳	四
	一、概述 / 168	303 \ 张琳	一
	二、康复评定 / 169	303 \ 张琳	二
	三、康复治疗 / 171	303 \ 张琳	三
第三节	小儿脑性瘫痪的康复 / 175	303 \ 张琳	四
	一、概述 / 175	303 \ 张琳	一
	二、康复评定 / 176	303 \ 张琳	二
	三、康复治疗 / 176	303 \ 张琳	三
	四、其他问题 / 179	303 \ 张琳	四
第四节	脊髓损伤的康复 / 180	303 \ 张琳	五
	一、概述 / 180	303 \ 张琳	一
	二、康复评定 / 181	303 \ 张琳	二
	三、康复治疗 / 184	303 \ 张琳	三
第五节	周围神经病损的康复 / 187	303 \ 张琳	六
	一、概述 / 187	303 \ 张琳	一
	二、康复评定 / 188	303 \ 张琳	二
	三、康复治疗 / 189	303 \ 张琳	三

第六章 骨关节病损的康复 191

第一节	骨折的康复 / 191	304 \ 张琳	一
	一、概述 / 191	304 \ 张琳	一
	二、康复评定 / 192	304 \ 张琳	二
	三、康复治疗 / 192	304 \ 张琳	三
第二节	类风湿性关节炎的康复 / 195	304 \ 张琳	四



	一、概述 / 195	
	二、康复评定 / 195	
	三、康复治疗 / 196	
第三节	骨性关节炎的康复 / 199	
	一、概述 / 199	
	二、康复评定 / 200	
	三、康复治疗 / 200	
	四、常见的骨性关节炎 / 201	
第四节	手外伤的康复 / 202	
	一、概述 / 202	
	二、康复评定 / 202	
	三、康复治疗 / 204	
第五节	人工关节置换术的康复 / 207	
	一、概述 / 207	
	二、康复评定 / 207	
	三、康复治疗 / 208	
第六节	截肢后的康复 / 211	
	一、概述 / 211	
	二、康复评定 / 211	
	三、康复治疗 / 212	
第七节	脊柱侧凸的康复 / 214	
	一、概述 / 214	
	二、康复评定 / 214	
	三、康复治疗 / 215	
第八节	颈椎病的康复 / 217	
	一、概述 / 217	
	二、康复评定 / 220	
	三、康复治疗 / 220	
第九节	冻结肩的康复 / 222	
	一、概述 / 222	
	二、康复评定 / 223	
	三、康复治疗 / 224	
第十节	腰椎间盘突出症的康复 / 225	
	一、概述 / 225	
	二、康复评定 / 225	
	三、康复治疗 / 227	
第十一节	软组织损伤的康复 / 230	
	一、概述 / 230	
	二、康复评定 / 231	
	三、康复治疗 / 231	

第七章 内脏疾病的康复 234

第一节	冠心病的康复 / 234	
-----	--------------	--



一、概述 / 234	87S \ 康复治疗学 / 第四版
二、康复评定 / 236	87S \ 康复治疗学 / 第四版
三、康复治疗 / 237	87S \ 康复治疗学 / 第四版
第二节 慢性阻塞性肺疾病的康复 / 239	87S \ 康复治疗学 / 第四版
一、概述 / 239	87S \ 康复治疗学 / 第四版
二、康复评定 / 241	87S \ 康复治疗学 / 第四版
三、康复治疗 / 242	87S \ 康复治疗学 / 第四版
第三节 糖尿病的康复 / 246	87S \ 康复治疗学 / 第四版
一、概述 / 246	87S \ 康复治疗学 / 第四版
二、康复评定 / 247	87S \ 康复治疗学 / 第四版
三、康复治疗 / 248	87S \ 康复治疗学 / 第四版
四、糖尿病足的康复 / 251	87S \ 康复治疗学 / 第四版

第八章 其他常见疾病的康复 253

第一节 骨质疏松症的康复 / 253
一、概述 / 253
二、康复评定 / 253
三、康复治疗 / 254
四、康复预防 / 254
第二节 癌症的康复 / 255
一、概述 / 255
二、康复评定 / 255
三、康复治疗 / 256
四、常见癌症治疗后的康复 / 259
五、癌症患者生存质量的提高 / 262
第三节 烧伤的康复 / 263
一、概述 / 263
二、康复评定 / 263
三、康复治疗 / 263

第九章 临床常见问题的康复处理 267

第一节 慢性疼痛 / 267
一、疼痛定义 / 267
二、疼痛评定 / 267
三、康复治疗 / 268
第二节 痉挛 / 271
一、治疗原则 / 272
二、治疗方法 / 272
第三节 压疮 / 274
一、概述 / 275
二、压疮的评定 / 276
三、压疮的治疗 / 276
四、压疮的预防 / 277



第四节	局部感染 / 278	143S \ 局部感染, 一
	一、软组织急性化脓性感染 / 278	143S \ 局部感染, 二
	二、骨关节化脓性感染 / 279	143S \ 局部感染, 三
	三、内脏器官化脓性感染 / 279	143S \ 局部感染, 四
	四、炎症后遗症 / 279	143S \ 局部感染, 五
第五节	神经源性膀胱 / 280	143S \ 神经源性膀胱, 一
	一、概述 / 280	143S \ 神经源性膀胱, 二
	二、分类 / 280	143S \ 神经源性膀胱, 三
	三、治疗原则 / 281	143S \ 神经源性膀胱, 四
	四、治疗方法 / 281	143S \ 神经源性膀胱, 五

主要参考书目	143S \ 主要参考书目	284
--------	---------------	-----

专业词中英文对照	143S \ 专业词中英文对照	286
----------	-----------------	-----

第一章 康复医学概论

第一节 康复、康复医学定义范围

1946年世界卫生大会通过的《世界卫生组织宪章》中确定的健康(health)定义是:健康是身体、精神和社会生活的完美状态,而不仅是疾病或虚弱的消除。

这一简明扼要的定义,体现了观念更新,模式转换,完全改变了卫生医疗方向和内涵。定义从原来的医疗二维思维:治病-救命,发展到三维:治病-救命-功能,强调了功能。定义从原来医学的生物学模式转变成生物-心理-社会模式。

一、康复

(一) 定义

康复(rehabilitation)是达到下述目标的一个过程,旨在通过综合、协调地应用各种措施,消除或减轻病、伤、残者身心、社会功能障碍,达到和保持生理、感官、智力精神和(或)社会功能上的最佳水平,从而使其借助某种手段,改变其生活,增强自立能力,使病、伤、残者能重返社会,提高生存质量。尽管有的病理变化无法消除,但经过康复,仍然可以达到个体最佳生存状态。

“学习”或“再学习”是康复过程中最重要的项目,不仅运动功能需要“学习”或“再学习”,其他一切功能和能力的恢复与重建,也必须要经过“学习”或“再学习”。具有强烈的功能恢复或重建的决心,是进行康复的基础,而学习、锻炼、坚持则是康复取得成效的关键。

(二) 内涵

康复的各种措施包括医学的、工程的、教育的、社会的、职业的一切手段,分别称为医疗康复(medical rehabilitation)、康复工程(rehabilitation engineering)、教育康复(educational rehabilitation)、社会康复(social rehabilitation)、职业康复(vocational rehabilitation),从而构成全面康复(comprehensive rehabilitation)。

康复针对病、伤、残者的功能障碍,以提高局部与整体功能水平为主线,以整体的人为对象,也许局部或系统功能无法恢复,但仍可带着某些功能障碍而过着有意义、有成效的生活。康复以提高生存质量(the quality of life)最终融入社会(social integration)为目标。

康复工作应尽早进行。使病、伤、残者所丧失或削弱的身、心、社会功能尽快、尽最大可能地恢复、代偿或重建,以达到最佳状态,使病、伤、残者能担负起他们能负担、应负担的社会职能。

康复不仅是训练患者提高其功能,以适应环境,还需要环境和社会的参与,以利于他们重返社会。康复服务计划的制定和实施,要求患者本人、其家庭及所在社区参与。

康复也是一种理念、指导思想。必须渗透到整个医疗系统,包括预防、早期识别、门诊、住院和出院后的患者的医疗计划中。医务人员必须具有三维的思维方式,即不仅治病救命,还要特别注重其实际功能。这一观点应植根于所有医疗人员心中,并付诸行动,使患者实际受益、社会受益。



(三) 康复服务的方式

世界卫生组织提出康复服务的方式有三种：①康复机构的康复 (institution-based rehabilitation, IBR)，包括综合医院中的康复医学科 (部)、康复门诊、专科康复门诊及康复医院 (中心)、专科康复医院 (中心) 以及特殊的康复机构等。它有较完善的康复设备，有经过正规训练的各类专业人员，工种齐全，有较高专业技术水平，能解决病、伤、残者各种康复问题。康复服务水平高，但病、伤、残者必须来该机构，方能接受康复服务。②上门康复服务 (out-reaching rehabilitation service, ORS)，具有一定水平的康复人员，走出康复机构，到病、伤、残者家庭或社区进行康复服务。服务数量和内容均有一定限制。③社基 (区) 康复 (community-based rehabilitation, CBR) 或基层康复，依靠社区资源 (人、财、物、技术) 为本社区病、伤、残者就地服务。强调发动社区、家庭和患者参与，以医疗、教育、社会、职业等全面康复为目标，但应建有固定的转诊 (送) 系统，解决当地无法解决各类康复问题。

三种服务相辅相成，并不互相排斥。没有良好的“康复机构康复”建设，就难有良好的社基康复；没有社基康复，康复机构的康复无法解决占人口 7%~10% 残疾者的所有康复问题。

(四) 有关康复的政策法令

康复涉及许多社会学的内容，其发展必须依靠社会、政府和国际合作。联合国在 1971 年第 26 次大会通过 2856 号决议：《精神迟滞者权利宣言》。1975 年第 30 次大会通过 3447 号决议《残疾人权利宣言》。1982 年第 37 次大会通过 3752 号决议，确定 1983~1992 年为联合国残疾人十年，制定了《关于残疾人的世界行动纲领》。联合国在 1993 年 12 月 20 日第 48/96 号决议通过了《残疾人机会均等标准规则》。国际上还规定每年 12 月 3 日是“国际残疾人日”。世界卫生组织于 1980 年制定了《国际残疾分类》。1981 年发表了《残疾的预防与康复》，成为指导工作的重要文件。1994 年国际劳工组织、联合国教科文组织、世界卫生组织发表了联合意见书：《社基康复——残疾人参与、残疾人受益》。2001 年世界卫生组织又修订通过了《国际功能、残疾与健康分类》(ICF)。2004 年又发表了新的 CBR 联合意见书。2005 年第五十八届世界卫生大会通过了 WHA58.23 决议：《残疾，包括预防、管理和康复》。2006 年 12 月联合国大会通过了《残疾人权利国际公约》。从“宣言”到制定“公约”，说明更具有法律与行政的责任，具有约束力。联合国为此还建立了一个网站 <http://www.un.org/chinese/disabilities/convention/facts.htm>。联合国系统这些文件对推动康复事业的发展起了极为重要的作用。关心支持康复事业的国际组织还有：联合国儿童基金会 (UNICEF)、联合国粮农组织 (FAO)、联合国发展总署 (UNDP)、联合国经济社会理事会 (UNESCO) 等等。一些非政府的国际组织 (NGO) 也对康复事业的发展起着指导、推动作用，如康复国际 (Rehabilitation International, RI)、残疾人国际 (DPI)、国际物理医学与康复医学学会 (International Society of Physical & Rehabilitation Medicine, ISPRM; <http://www.isprm.org>) [1999 年由原“国际物理医学与康复学会” (IFPMR) 及“国际康复医学会” (IRMA) 合并组成]、世界物理治疗联盟 (WCPT) 及世界作业治疗师联盟 (WFOT) 等。特别是康复国际 (RI) 影响巨大，20 世纪 80 年代初期，制定《80 年代宪章》先后递交世界各国领导，1999 年又制定《第三世纪宪章》。

我国现代康复起步较晚。自 20 世纪 80 年代初引进以来，受到政府重视。1988 年国务院批准颁布实施了《中国残疾人事业五年工作纲要》(1988~1992 年)，有创见地提出了三项康复 (白内障复明、小儿麻痹后遗症矫治、聋儿听力言语训练)，规定任务数字，限期完成，取得了很大成绩，引起了国际关注。1990 年 12 月 28 日全国人大常委会一致通过了我国第一部《中华人民共和国残疾人保障法》，于 1991 年 5 月 15 日起生效。该法全面



地规定了残疾人权利保障,有利于他们平等参与。保障法在 2008 年 4 月 24 日通过修订,成为 9 章 68 条,有总则、康复、教育、劳动就业、文化生活、社会保障、无障碍环境、法律责任和附则,在康复一章中对康复的职责、指导原则、组织实施、人员培养和器具都有详细的论述和规定。提出指导原则是:康复工作应从实际出发,将现代康复技术与我国传统康复技术相结合;以康复机构为骨干,社区康复为基础,残疾人家庭为依托;以实用、易行、受益广的康复内容为重点,并开展康复新技术的研究、开发和应用,为残疾人提供有效的康复服务。我国教育部还专门制定了《残疾人教育法》。2001 年国务院总理在我国第十个发展纲要报告中,已将康复纳入其中。2008 年 3 月 28 日国家发布了《中共中央国务院关于促进残疾人事业发展的意见》,将残疾人康复纳入国家基本医疗卫生制度和基层医疗卫生服务内容,逐步实现残疾人人人享有康复服务。

我国在每一个五年计划期间,都制定有中国残疾人事业计划纲要(八五、九五、十五、十一五),提出该五年期间的残疾人事业的总目标和分年度的工作具体指标,分由各省、市、自治区完成,对残疾人工作起了明确的指导作用。我国还规定每年 5 月第 3 个星期天为该年全国助残日,每年有特定的目标和主题。开展全国助残日活动,不仅可以为残疾事业做许多具体、切实、有效的工作,也在不断地教育群众,提高人们对残疾的认识与康复意识。

政府各部委也发布许多相关文件,推动我国残疾人康复事业。尤其是建设部、民政部和残联在 1988 年发布《方便残疾人使用的城市道路和建筑物设计规范》,确定建筑物内、外部的无障碍设计要求。包括坡道、音响交通信号、触感材料(盲道、建筑物、公用设施等)使用的规定,电梯、走廊、厕所、盥洗、浴室电话、信箱、饮水设施的便于残疾人使用的要求。我国业已接纳使用国际残疾人相关标识、规定,在大多数公共设施,均标有残疾人可以进入、使用的标志(图 1-1);左行时轮椅面向左,右行时轮椅面向右。

近年来,在我国经济逐渐发达地区,康复医疗工作已经逐步遍及各县镇。除有文件规定所要求外,人民群众切身要求是推动康复建立与发展的重要动力。

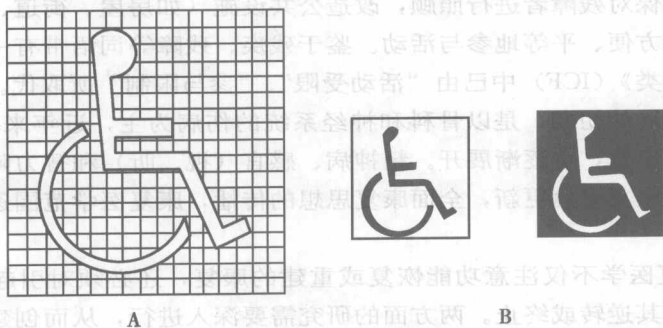


图 1-1 国际通用无障碍图标

A. 比例图; B. 常用图形

二、康复医学

(一) 定义

康复医学(rehabilitation medicine)是具有基础理论、评定方法及治疗技术的独特医学学科,是医学的一个重要分支,是促进病、伤、残者康复的医学。它研究有关功能障碍的预防、评定和处理(治疗、训练)等问题。与保健、预防、临床共同组成全面医学(comprehensive medicine)。康复医学是卫生保健不可缺少的部分,缺少康复意味着卫生



保健模式的缺陷,必须加以补充。

在现代康复医学发源地美国,以及欧洲、南美等国家,仍使用“物理医学与康复(physical medicine & rehabilitation, PM&R)”作为本学科名称,无论本专科医师培训机构、考试机构、主要学会、杂志、书籍、科室,多使用“物理医学与康复”名称。国际著名康复医学期刊都是以“物理医学与康复”作为其刊名。人们确定“康复医学”与“物理医学与康复”是同义语,可以互换。“物理医学与康复”反映了本学科的发展轨迹、主要手段。但是词语多、长,近来有使用一个词“physiatry”替代的趋势,而且从 physiatry 派生出系列词语。物理医学与康复专科医师使用 physiatrist 作为其专有词语。

(二) 对象、范围

康复医学的主要对象是损伤与急、慢性疾病和老龄带来的功能障碍者,先天发育障碍者。功能障碍是指身体、心理不能发挥正常的功能。这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,可以与疾病并存或为后遗症。这些功能障碍问题,临床医学难于解决。康复医学实际涉及临床各专科。康复介入的时间,不仅在功能障碍以后,而应在出现之前,进行预防性康复(preventive rehabilitation),这是一个重要的医疗思想。此项工作进行得好,可以有效地减少残疾的数量与程度。康复医学着眼于整体康复(total rehabilitation),因而具有多科性、广泛性、社会性,充分体现生物、心理、社会医学模式。

临床医学是以疾病为主导(disease-oriented),康复医学是以功能障碍为主导(disability-oriented)。功能障碍又分为器官水平的病损(impairment)、个体水平的残疾(disability)和社会水平的残障(handicap)三个层次。WHO 据此在 1980 年进行了国际残疾分类法。针对不同层次的障碍,有不同的康复对策。对于形态功能障碍要促进功能恢复,对并发症、继发病要进行预防和治疗。对于个体能力障碍,采取适应和代偿的对策。为了发挥瘫痪肢体残存的功能,可利用辅助器、自助具以提高日常生活活动能力,配置代偿功能装备:矫形器、假肢、轮椅等用品。对社会活动障碍的对策是改善环境,对家属、单位、社区进行工作,确保对残障者进行照顾,改造公共设施(如房屋、街道、交通等)和社会环境,使残障者能方便、平等地参与活动。鉴于残疾、残障等词语带有一定贬义,在修订后的《国际功能分类》(ICF)中已由“活动受限”、“参与限制”所取代。

在康复医学发展的初期,是以骨科和神经系统的伤病为主,近年来心肺疾病的康复,癌症、慢性疼痛的康复,也逐渐展开。精神病、感官(视、听)和智力障碍的康复也已列入工作日程。随着康复概念更新,全面康复思想的传播,康复医学范围逐渐扩大,应与临床工作融合。

21 世纪的康复医学不仅注意功能恢复或重建的康复,还必须对引起功能改变的病理变化进行干预,使其逆转或终止。两方面的研究需要深入进行,从而创建一些新的理论和技术,提高康复医学的效果,提高投入/产出效率。这是社会与患者的更高的需要。

第二节 康复医学的发展

一、康复与康复医学的形成与发展

康复与康复医学是相对年轻的学科,其形成与发展经历了漫长的历史。20 世纪 20 年代以前为初创期,20~40 年代末是建立期,50~80 年代是成熟期,20 世纪 80 年代以后是发展壮大时期。

1910 年以前,在医学、教育、职业、社会、福利各领域已分散地为残疾人进行了工



作,如18世纪就开始了盲聋儿童的特殊教育和职业训练。我国古代已有使用针灸、导引、热、磁等治疗的历史。西方也早就采用电、光、运动、海水等治疗方法;电疗、光疗、水疗、热疗的逐渐发展,加上体疗和按摩,构成朴素的物理因子治疗法,重点治疗骨关节疾病。古代矫形外科,也早就应用假肢和支具。国外“物理医学”、“物理医学与康复”是康复医学的基础,康复医学的发展历史就是物理医学与康复的发展历史。

我国1949年后成立了一些荣军疗养院、荣军康复院,制定了革命残废军人的定级、抚恤和优待政策。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,许多医学院校开设了物理治疗学、物理医学课程。20世纪50~60年代物理医学的发展,为后来的康复医学打下了基础。

现代康复医学引进我国是在20世纪80年代初期,得到政府和社会的重视,取得迅速发展。其后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12个一级临床学科之一。并提出: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的诊断治疗技术,与相关临床科室密切协作,着重为疾病的急性期、恢复早期的有关躯体或内脏器官功能障碍的患者,提供临床早期的康复医学专业诊疗服务,同时,也为其他有关疑难的功能障碍的患者提供相应的后期康复医学诊疗服务,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,还批准建立了一些独立的康复医院。

其后,康复医学在教育、科研方面进展显著,毕业前后康复医学的教育制度日趋完善,许多大学开设康复医学课程,逐步确立康复专科医生及专科康复医生的培养及考核制度,近10年来又出现专科化趋势。目前已形成骨科康复学、神经康复学、心脏病康复、儿童脑性瘫痪康复、老年康复学等等。

康复医学的发展是人们在医学观念上的一个进步,从单纯的生物学观点,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,从而为患者的伤病痊愈后回归社会、工作,打下良好的基础。

二、康复医学的发展基础

任何学科的发展,都是人民群众医疗需要和医学科学进步的结果。近几十年来,康复医学得到迅速发展并日益为社会所重视,其原因有下列几个方面:

(一) 社会和患者的迫切需要

在医学取得巨大进展的今天,尽管有特发某种烈性传染病的可能,但总体上讲,慢性病已成为医疗的重要问题,目前人类的死因主要是心肌梗死、脑卒中、癌症和创伤,但这些患者除急性期死亡外,有很大部分可以存活一个长时期,对于存活患者的生存质量的提高,就有待于康复医学。如心肌梗死患者中,参加康复治疗者的死亡率比不参加者低36.8%。

在脑卒中存活的患者中,进行积极的康复治疗,可使90%的存活患者能重新步行和自理生活,可使30%的患者能恢复一些较轻的工作。相反,不进行康复治疗,上述两方面恢复的百分率相应地只有6%和5%。在死亡率方面康复组比未经康复治疗组也低12%。

在癌症方面,据统计目前有40%左右的癌症可以治愈,在余下60%不可治愈的患者中又有60%可以存活15年之久,这些患者在15年中,或有沉重的思想负担,或因癌瘤进行手术而不能重新恢复原来的工作而需另选职业,或因遗留的慢性疼痛或身体衰竭而受折磨,所有这些都需要给予一些积极的康复措施来解决,如心理治疗、整形治疗、作业治疗、物理治疗等。