

# 社区康复 适宜技术

名誉主编 / 励建安 主编 / 许光旭 王红星



人民卫生出版社

# 社区康复适宜技术

## 组织委员会

名誉主任：夏 宁

主 任：顾 民

副 主 任：吕 俊 王晓东

委员名单（按姓氏拼音顺序排列）

陈志平 高慧华 顾 民 哈维超 黄 琳

吕 俊 任 炯 宋宁宏 汪厚忠 王晓东

夏 宁 俞学洋 张官华 朱宁玉

## 编写委员会

名誉主编：励建安

主 编：许光旭 王红星

副 主 编：钱开林 丁 慧 蔡可书

编写者名单（按姓氏拼音顺序排列）

蔡可书 丛 芳 戴 玲 丁 慧 侯 红

蒋学永 林 枫 吕文君 孟殿怀 钱开林

王红星 王美玲 许光旭 殷稚飞 周 莉

周秋敏

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

社区康复适宜技术/许光旭,王红星主编. —北京:人民卫生出版社,2016

ISBN 978-7-117-23844-1

I. ①社… II. ①许…②王… III. ①社区-康复医学  
IV. ①R492

中国版本图书馆CIP数据核字(2016)第322569号

人卫智网	<a href="http://www.ipmph.com">www.ipmph.com</a>	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	<a href="http://www.pmph.com">www.pmph.com</a>	人卫官方资讯发布平台

版权所有,侵权必究!

社区康复适宜技术

主 编:许光旭 王红星

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:010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷:北京汇林印务有限公司

经 销:新华书店

开 本:787×1092 1/16 印张:24

字 数:539千字

版 次:2017年1月第1版 2017年1月第1版第1次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-23844-1/R·23845

定 价:78.00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市场营销中心联系退换)



# 序 言

这是一本专门针对社区康复治疗所撰写的指导用书，其读者对象是广大社区康复医务工作者。社区康复是康复医疗三级治疗的重要架构之一，在我国相关的书籍不多，为了弥补这一缺陷，需要一些具有实用性和指导性的书籍。本书撰写者多为具有丰富临床康复和社区康复实践经验的教授、专家、治疗师和护理师，其中尤以治疗师和护理师为主，并且他（她）们都具有很好的写作经验。撰写中作者都特别注意实践性，书中虽然对治疗机制未作详细阐述，但用词通俗易懂并辅以大量的图（照）片，所以也可供临床康复治疗工作者参考。

众所周知，康复医学作为恢复功能、提高生活质量的重要手段，是近代医学中不可或缺的医学分支之一，也是社会发展必然所需的成果。针对功能的缺损既需要精准诊断，又需要充分应用各种功能锻炼来进行有针对性治疗（即精准治疗）。随着临床实践的深入，功能及体能锻炼不仅能促进丧失的功能及早恢复，并且是临床一级预防和二级预防的重要方法之一。

据 2015 年美国医学杂志（JAMA）314 卷 18 期上发表的一篇题为“运动是良药（Exercise Is Medicine）”的论文，由荷兰 Radboud 大学医学中心生理医学系的 Eijssvoegels 教授执笔，他指出，以适宜的形式和剂量依赖方式的运动量相结合的运动，与心血管疾病、糖尿病、癌症和痴呆的危险较低呈相关性。运动的重要性被推上了更高的地位，运动的有益性和坚持性更显突出。

在康复医学中，康复治疗的技能，不仅要熟知西方的各种经典方法，例如针对发展和改善肌肉骨骼系统柔韧性的有冲击法、被动法、静态法、动态法、神经肌肉促进法等；发展肌力的有渐进抗阻法包括 DeLorme 法、每天调整的渐进抗阻练习等；对于促进神经肌肉功能恢复的有 Bobath、Brunnstrom、本体促进技术（PNF）等，这些方法都有具体方法、强度、时间和频率的要求。近年来康复技能又不断得到发展和改进，如肌肉能量技术（MET）、姿势放松技术（PRT）、肌筋膜放松技术（MFR）等。在肌力练习中，不仅重视某一局部肌力的发展，更强调了中枢肌群（即脊柱中轴两旁的背肌及腹肌群）及深层肌包括多裂肌、深层腹肌-腹横肌的肌力训练。在物理治疗方面除经典的电、光、声、热疗等外，近年来更多应用冰疗、经皮电刺激（TENS）、经颅磁刺激（TCMS）、冲击波（Blast wave 或 Shock wave）、超声治疗、水中运动、脑深部电刺激（DES）等。以上这些技术的背景和基础是运动生理学、运动生物学、生物力学

和电生理学，经大量临床实践和验证后得到推广和应用。

具有中国特色的治疗技术诸如按摩（推拿）、各种程式的太极拳、八段锦、有氧舞蹈（aerobics）、气功体操等，我们不仅要熟练、继承、大力推广，还需要创新、发扬。瑜伽原是印度佛教僧人练功的方法，但是，经有识之士的创新、改编成为既练心（调整情绪、静心放松），又可改善肢体柔韧性和温和性的肌力练习，在全世界得到推广。它山之石可以攻玉，我们的气功体操是否也可以创新精神，去其糟粕、取其精华，改编成独具匠心的“中华体操”？……

为了有效地进行相应的治疗，开具合适的治疗处方，不仅需要我们对临床知识有一定了解，还要深知各年龄层人群的特殊心理。所以我们还需要学习中国特有的康复医学文化，其核心内涵是“仁”；古人说得好：医者仁心、仁术。只有这样才能与患者更好地互相支持、爱护，提高治疗顺应性，以获取最佳的康复治疗效果。

要做到这些，说难很难，说易也易，关键就是“勤奋”二字。以上这些精髓，在本书中都会有所体现。

最后，还是借助古人的一句忠言：“若日不进则日退”。让我们共勉吧！

乐以为序！

周士枋

南京医科大学终身教授

2016年3月

## 前 言

提及社区康复，心中有些许酸痛。中国老一代康复前辈周士枋教授、卓大宏教授，为了实施世界卫生组织社区康复蓝图，早在二十世纪八十年代开始试点性工作。励建安教授九十年代回国后亦利用爱德基金会资源在南京继续探索社区康复实施路径，但由于当时中国卫生现状、以及人们对康复认识不足，多年的探索未见结果。当前，中国经济进入快速发展阶段，人们的各项需求产生了很大的变化；康复发展处于上升趋势，社区康复之梦又重新燃起我辈激情。

全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015—2020年）要求倡导防治结合、上下联动、分层医疗、医养融合、多元发展、中西并重的精神；完善我省康复医疗服务体系，提高康复医疗服务能力，促进康复医疗事业全面、协调、可持续发展，更好地满足人民群众日益增长的康复医疗服务需求。目前，中国卫生事业的改革如火如荼，如何建立并完善分级诊疗模式，建立不同级别医院之间、医院与基层医疗卫生机构、接续性医疗机构之间的分工协作机制，健全网络化城乡基层医疗卫生服务运行机制，逐步实现基层首诊、双向转诊、上下联动、急慢分治成为关键问题。社区卫生服务工作的“六位一体”中，社区康复作为最为薄弱的环节，如何通过康复体系建设作为突破改革现有体制的瓶颈，是我们目前亟须解决的问题。因此，为实现“人人享有康复”的目标，社区康复无疑是“十三五”时期的核心工作。

社区康复（CBR）是世界卫生组织（WHO）为促进残疾人康复、机会均等、减少贫困以及社会包容的一种战略。CBR是为了使社区内所有残疾人康复、机会均等、社会包容的一种社区整体发展的战略；CBR通过残疾人和家属、残疾人组织和残疾人所在社区以及政府和民间有关的卫生、教育、职业、社会机构及其他机构共同贯彻执行。CBR主要目标：保证残疾人能最大限度地增强其躯体和心理能力，享受正常的公益服务和机会，并为社区、社会做出贡献；参与和社会包容：通过CBR激发社区的积极性，在社区层次通过改革和改进（调整结构、程序）以倡导和保护残疾人的人权（如：消除残疾人参与社会活动的障碍、促进社会包容）。CBR的基本要素：国家通过政策、协调和资源配置支持CBR；对于实行以人权为基础的CBR计划取及共识；社区在CBR中愿意对残疾人的需要作出回应；社区工作人员积极参与CBR。同时，CBR要得到社会机构、卫生、教育、就业和劳动部门、民间组织、媒体等的支持。CBR的提高关键在于培训，包括：管理培训、残疾人组织培训、服务技能培训，必须强调需

要有正规的培训。下面是国际上对 CBR 达成的共识：

1. CBR 是适用于发展中国家使残疾人易于得到康复的一个新的途径（工作模式）；
2. 今天的 CBR 与初期 CBR 相比：以个人为中心→以残疾人群体为中心、以医疗康复为中心→全面康复、着眼于服务方式方法问题→着眼于政策和环境问题；
3. CBR 应纳入社区的总体发展计划之内；
4. CBR 需有多个部门的支持（医疗、教育、劳动就业、社会福利、计划、财政）；
5. CBR 整个过程应有残疾人及其家属参与、发挥作用；
6. CBR 的模式应该多元化。

我国社区康复应该以实行政府主导、社区为本的领导体制和社会化的工作方针，采取医学-社会模式，以灵活多样的方式方法开展社区康复。具体表现在：依靠三大社区网络，整合和落实各项社区康复任务；通过多个相关部门统筹协调，保证社区康复得到全面的支持；按中西医结合方针，利用技术资源，使用符合中国文化科技背景的适用技术。2004 年卓大宏教授提出康复新思维：要把技术、认识和服务结合起来，作为构建和谐康复环境、促进康复成功的三大要素，即  $R = T + E + S$ ，其中 R: Rehabilitation outcome 康复结局；T: Technology 技术；E: Emotional Quotient 情商，如康复对象的信心、积极性，或者康复人员的爱心、态度；S: Service 服务（方式、渠道、效率）。建议社区康复既要重视技术和专业机构，更要依靠人和社区；既要重视作为残疾人个体的医疗康复，更要重视解决残疾人群体的社会康复问题；既要重视身体功能的训练，也要重视心理行为和社会生活等方面的功能训练和调整适应；既要重视基本的运动功能训练，也要重视使用必需的辅助器材、特殊用品用具及其他康复工程产品，提高患者的活动能力；既要重视充分提供常规的康复服务，更要重视提供“按需康复服务”，即根据残疾人不同群体和个体的特殊需求，提供有针对性的康复服务；既要重视完成本阶段的康复计划，更要重视日后必需的、长期的康复安排，充分利用各地、各种康复资源，提供预防性的、后续性的、连贯性的康复服务（包括社区康复在内）。

作为综合医院康复医学科和一些专业康复中心，对于城市街道或乡镇社区康复工作的展开，应在技术上起到支持和指导的作用，如协助培训社区康复基层人员是综合医院康复医学科的基本工作内容之一。社区康复是一项创新性工作，如何更好地深入社区、家庭开展康复医疗服务，形成完善的四级康复体系网络，还需要一定过程。例如有些社区卫生服务中心隶属街道，管理机制不畅、各个环节认识不清晰、康复概念模糊；康复人力资源不足、经费保障、康复医疗设备不充分；还有当前绩效考核分配机制中，如何让基层医务人员下沉社区、走进患者家庭，建立有效的医养融合、居家康复新机制还有很长的路要走。所以，如何更好利用各种资源、创新适宜康复技术、

推广社区康复工作，是“十三五”时期康复工作者的头等任务。编写本书目的即在于此，希望本书的出版有助于社区康复工作的开展。

本书的主要内容是针对社区康复常见疾病与康复问题，全面阐述其临床评定、功能评估和康复治疗体系，着力强调内容的实用性。参加本书撰写的都是栖霞区康复服务体系建设参与者，王红星主任在本书的撰写和组织工作中投入了大量的精力。本书编写过程中，亦得到周士枋教授、国际物理医学与康复学会主席励建安教授指导，还得到南京医科大学第一附属医院顾民院长、南京市栖霞区政府、卫生局领导的大力支持与关心。

本书适用于临床医师、全科医师、康复治疗师（士）和康复护士，也适用于骨科、神经内科、神经外科、儿科和其他与社区康复相关医务人员。作为国内为数不多的社区康复的实用技术专著，虽然全体作者与主编都竭尽全力，但是错误和不当在所难免。我们衷心地期待各位读者对本书的内容提出宝贵的意见。我们希望能够不断改进，使本书能成为社区康复工作者的参考工具。

许光旭

2016年早春于南京栖霞



# 目 录

第一章 概论 .....	1
第一节 概述 .....	1
第二节 生物力学基础 .....	14
第三节 神经生物学基础 .....	17
第四节 运动学基础 .....	22
第二章 康复评定 .....	35
第一节 概述 .....	35
第二节 人体形态学评定 .....	37
第三节 关节活动度评定 .....	41
第四节 肌力评定 .....	49
第五节 肌张力评定 .....	63
第六节 平衡评定 .....	67
第七节 协调评定 .....	71
第八节 步态评定 .....	74
第九节 心脏功能评定 .....	81
第十节 肺功能测定 .....	89
第十一节 感觉评定 .....	95
第十二节 疼痛评定 .....	99
第十三节 手功能评定 .....	103
第十四节 日常生活活动能力评定 .....	105
第十五节 生活质量评定 .....	109
第十六节 认知功能评定 .....	113
第十七节 吞咽障碍评定 .....	116
第十八节 失语症评定 .....	123
第三章 康复治疗技术 .....	128
第一节 概述 .....	128
第二节 关节活动度训练 .....	128

第三节	关节松动术 .....	136
第四节	牵引与牵伸技术 .....	150
第五节	肌力训练 .....	157
第六节	医疗体操 .....	164
第七节	神经肌肉促进技术 .....	182
第八节	运动再学习 .....	189
第九节	平衡训练 .....	193
第十节	协调训练 .....	198
第十一节	步行训练 .....	201
第十二节	转移训练 .....	208
第十三节	呼吸训练 .....	216
第十四节	有氧训练 .....	220
第十五节	物理因子治疗 .....	226
第十六节	手功能训练 .....	237
第十七节	日常生活活动能力训练 .....	242
第十八节	环境改造 .....	247
第十九节	辅助技术 .....	250
第二十节	吞咽训练 .....	255
第二十一节	失语症治疗 .....	258
第二十二节	构音障碍治疗 .....	265
第二十三节	语言发育迟缓治疗 .....	270
第二十四节	传统康复 .....	274
<b>第四章</b>	<b>社区康复护理技术 .....</b>	<b>277</b>
第一节	概述 .....	277
第二节	压疮护理 .....	280
第三节	跌倒预防 .....	287
第四节	神经源性膀胱护理 .....	290
第五节	神经源性肠护理 .....	299
第六节	疼痛护理 .....	303
第七节	体位护理 .....	306
第八节	伤口护理 .....	308
<b>第五章</b>	<b>康复临床应用 .....</b>	<b>313</b>
第一节	脑卒中 .....	313
第二节	脊髓损伤 .....	321

第三节	脑瘫	332
第四节	骨折	337
第五节	颈椎病	340
第六节	腰痛	343
第七节	骨性关节炎	346
第八节	肩周炎	348
第九节	手外伤	349
第十节	末端病	353
第十一节	慢性疼痛	354
第十二节	冠心病	356
第十三节	原发性高血压	361
第十四节	糖尿病	363
第十五节	慢性阻塞性肺疾病	370

# 第一章

## 概 论

### 第一节 概 述

康复医学与临床医学、预防医学、保健医学共同构成医学的主体，成为现代医院的基本内容。社区康复又是康复医疗服务体系的基础构成部分，在社区卫生服务中，康复医学、临床医学、预防医学、保健医学、计划生育和健康宣教成为不可分割的六位一体。本章论述康复医学的基本概念、内涵、工作对象、工作内容，阐明社区康复的基本观点，同时介绍残疾和功能障碍以及相关的残疾评定。

#### 一、康复发展史

1. 雏形阶段 康复医学的渊源可以追溯到远古。公元前战国时代和公元后南北朝时期就有各种运动锻炼（导引、按跷、气功）和手法（推拿、拔罐、针刺等）促进身体健康和疾病康复的记载。西方在 Hippocrates 时代也提出运动与自然因子对于疾病康复的作用，19 世纪西方开始大力发展物理因子的应用，包括主动和被动运动、声、光、电、热、磁、水疗等，治疗骨关节疾患和慢性疼痛等。

2. 现代康复医学阶段 现代康复医学发展于 20 世纪 40 年代，强调应用各种医学和相关学科的手段，对残疾者进行身体、心理、教育和社会等方面的全面训练，使其功能得到最大限度的改善、代偿或替代，并最大限度地回归社会。康复医学的发展是社会物质和精神文明进步的必然产物，在发达国家已经是医学领域举足轻重的学科。随着社会经济、科学、文化的进一步发展，康复医学必将成为医学的前沿学科。

3. 中国康复医学的发展 我国康复医学有组织的发展开始于 20 世纪 80 年代。近年来我国经济保持高速发展，人民群众对于生活质量的需求迅速转变，“好死不如赖活”的观念已经被多数人所摒弃。越来越多的人追求高质量生活，表现为日益发展的健身场馆、群众健身运动和保健意识。2008 年国家推出“防、治、康”三结合的基本卫生国策，原卫生部也提出“大力发展康复医疗服务体系建设，促进康复医学的发展，充分发挥康复医学‘早期介入、扶助临床’的作用，为病伤急性期、恢复早期存在躯体或内脏功能障碍的患者，提供早期的康复医学专业诊疗服务”。这些都是康复医学发展的动力，也预示康复医

学发展的广阔前景。

## 二、学科内涵

1. 康复 (rehabilitation) 半个世纪以来康复的定义和内涵不断地演变。世界卫生组织 (WHO) 1969 年的定义是“综合和协同地将医学、社会、教育和职业措施应用于残疾者, 对他们进行训练和再训练, 以恢复其功能至最高可能的水平”。1981 年提出新的定义“康复是应用所有措施, 旨在减轻残疾和残障状况, 并使他们有可能不受歧视地成为社会的整体”。Hellendar (1994 年) 提出, “康复应包括所有措施, 以减少残疾的影响, 使残疾者达到自立, 成为社会的整体, 并有较好的生活质量与能实现其抱负”。综合以上所述, 康复的主要内涵有四个层面:

- (1) 采用综合措施;
- (2) 以残疾者和患者的功能障碍为核心;
- (3) 强调功能训练、再训练;
- (4) 以提高生活质量、回归社会为最终目标。

2. 康复医学 是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。

3. 医疗康复 是应用临床医学的方法为康复服务的技术手段, 旨在改善功能或为以后的功能康复创造条件。例如白内障患者进行晶状体手术摘除。

4. 学科关联 康复医疗服务往往需要多学科、多部门相互合作的团队共作模式。

(1) 康复医学与预防医学有关: 通过积极的措施, 例如健身锻炼和合理的生活习惯, 防止各种疾病的发生, 从而减少功能障碍的可能性。许多疾病在发病后, 需要积极的康复介入, 以预防继发性功能障碍或残疾的发生。已经发生功能障碍后, 可以通过积极的康复锻炼, 防止功能障碍的加重或恶化。康复预防与预防医学在上述方面的内容一致。

(2) 康复医学与临床医学有关 (表 1-1-1): 其关联不仅在于康复治疗过程经常需要同时进行临床治疗, 而且临床治疗过程也需要康复治疗积极地介入。例如心肌梗死、脑卒中、脑外伤、脊髓损伤等, 患者均需要早期活动和功能锻炼, 以缩短住院时间、提高功能恢复的程度。综合医院康复医学科的生命力就在于积极渗透到疾病早期治疗, 使其成为医院工作的基本组成。临床医学与康复医学在疾病急性期和亚急性期总是相互交织。

(3) 康复医学与保健医学有关: 保健医学强调通过主动锻炼, 提高人机体对于外界环境的适应力和对疾病的抵抗力, 这与康复医学的措施一致。当然保健对象同时也需要临床、预防和康复医学的综合服务, 因此保健医学是介于临床、预防和康复之间的学科。

(4) 康复医学有独立的内容: 相当数量的残疾或功能障碍的处理基本为康复治疗, 例如神经瘫痪恢复期康复、截肢后的假肢装配、小儿麻痹后遗症的康复治疗等。

表 1-1-1 康复医学与临床医学的关联

	临床医学	康复医学
核心理念	以人体疾病为中心	以人体运动障碍为中心
行为模式	纯生物学模式	生物、心理、社会模式
对象	各类患者	功能障碍者和残疾者
评估	疾病诊断和系统功能	躯体、心理、生活/社会独立功能
治疗目的	以疾病为核心, 强调去除病因、挽救生命, 逆转病理和病理生理过程	以功能障碍为核心, 强调改善、代偿、替代的途径来提高功能, 提高生活质量, 回归社会
治疗手段	以药物和手术为主	以非药物治疗为主, 强调患者主动参与和训练
工作模式	专业化分工模式	团队模式

(5) 康复医学需要合作: 康复医学理念需要积极渗透到各相关学科, 与相关学科相辅相成、紧密合作是康复医学内涵建设的基础。

5. 康复团队工作 团队工作模式是康复医学工作的基本模式, 即通过学科内和学科间多层次的交流与协作开展工作。学科内团队包括: 康复医师、物理治疗师(士)、作业治疗师(士)、言语治疗师(士)、支具治疗师(士)、心理治疗师(士)、社会工作者、康复护师(士)和社会工作者等。学科间团队包括: 康复医学科、运动医学科、骨科、神经内科、神经外科、心胸外科、老年医学科、心脏科、呼吸科、内分泌科、风湿科、急诊科、泌尿科等。

6. 康复三级预防 康复预防主要在社区层面操作, 是社区卫生服务中举足轻重的环节。

(1) 一级预防: 指预防可能导致残疾的各种损伤或疾病, 避免发生原发性残疾的过程。例如通过从青少年开始进行积极的运动锻炼和生活方式修正, 减少或预防冠心病以及脑血管疾病的发生, 从而预防冠心病或脑血管意外导致的残疾。这需要在社区层面进行有效的预防管理与宣教工作。

(2) 二级预防: 指疾病或损伤发生之后, 采取积极主动的措施防止发生并发症及功能障碍或继发性残疾的过程。例如在脑血管意外之后, 早期进行肢体的被动活动以预防关节挛缩, 采取合适的体位避免痉挛畸形, 定时翻身以避免发生压疮等。这是机构康复的主要内容。

(3) 三级预防: 指残疾已经发生, 采取各种积极的措施防止残疾恶化的过程。这是康复预防中康复医学人员涉入最深和最多的部分, 在稳定期需要在社区进行。主要的措施包括通过积极的功能训练, 改善或提高患者躯体和心理功能; 通过适应、代偿和替代的途径, 提高患者生活自理和自立能力, 恢复或增强娱乐、工作和学习能力; 通过职业咨询和训练, 促使残疾者重返家庭和社会。

7. 医学模式 现代医学发展的最重要的方面之一就是医学模式从纯生物学模式向生

物、心理、社会学模式转化。

临床医学侧重于逆转或去除疾病的病理和病理生理过程，多以人体生理系统为分科依据，例如心内科、心外科、呼吸科、胸外科等，或以疾病的病理/病理生理特征分科，例如风湿科、肿瘤科、免疫科等。纯生物学模式强调病因和病理治疗，但是许多疾病是难以痊愈的，病因是不明确的，因此纯生物学模式不能解决所有患者的功能障碍。

康复医学注重患者的生物属性及其相关的诊疗措施，强调器官和系统功能障碍的恢复；同时强调患者的心理特征和社会属性，即患者的生活独立性及其个人价值的社会体现，使残疾人和功能障碍者能够保持自己的生活质量和人格尊严。例如完全性脊髓损伤患者的康复治疗强调积极的功能锻炼，以最大限度地改善神经功能；强调功能性电刺激、支具和矫形器、辅助具、轮椅等手段帮助患者恢复实际功能；强调积极的作业治疗（日常生活训练和职业训练）和心理治疗，为患者的长期生存和生活质量的提高提供必要的条件。

### 三、服务对象

康复医学的服务对象为长期功能障碍的患者，包括残疾人、慢性病患者、老年人和急性病恢复期的患者。这些功能障碍不仅与生理功能相关，还与社会、心理、职业等因素有关。如果把慢性病、内脏病、老年退行性病等导致的严重功能障碍者都包括在内，我国康复医疗的对象将达到总人口的10%，即1.3亿。

1. 残疾者 据WHO统计，全世界残疾者占总人口10%，每年新增1500万人。我国于2006年第二次全国残疾人抽样调查结果显示我国残疾人口有8296万，其中有27.69%的残疾人有进一步康复训练和服务的需求。

2. 老年人 老年人有不同程度退变（包括内脏、肌肉、骨关节）和功能障碍，需要通过康复治疗得到改善，是康复医学的重要工作对象。

3. 慢性病患者 包括各系统脏器的慢性疾病，呈现“患病状态”，即活动能力受限、心理和精神创伤。现代社会的各种文明病也与康复治疗有密切关系。

4. 急性期及恢复早期的患者 许多疾病进行早期康复介入有利于预防残疾、减轻残疾。这是综合医院康复医学科的主要工作之一，也是康复医学科与临床学科最重要的结合点。

### 四、学科内容

康复医学的主要内容包括康复基础学、康复功能评定、康复治疗学、康复临床学和社区康复，也有学者将康复护理列入基本内容。

1. 康复医学基础学 重点是与主动功能训练有关的运动学和神经生理学以及与患者生活和社会活动密切相关的环境改造学。

(1) 运动学：运动生理、运动生化、生物力学等。

(2) 神经生理学：神经发育学、运动控制的神经学基础等。

(3) 环境改造学：涉及康复工程、建筑、生活环境设计等。

2. 康复功能评定 康复功能评定包括器官和系统功能的评定、个体生活自理和生活质量的评定以及患者进行工作和社会活动能力的评定。器官和系统功能的评定与临床评定关系密切,在形式上基本相同或互相交叉。个体生活自理和生活质量评定以及社会能力评定是康复医学比较独特的评估内容。

- (1) 运动学评定:包括肌力评定、关节活动范围评定、步态分析等。
- (2) 电生理学评定:包括肌电图、诱发电位、神经传导速度、电诊断等。
- (3) 心肺功能评定:包括心电图分级运动试验、肺功能测试等。
- (4) 有氧活动能力评定:包括能量消耗、最大吸氧量、代谢当量测定等。
- (5) 平衡能力评定:包括静态和动态平衡功能评定等。
- (6) 医学心理学评定:包括精神、心理和行为、感知和认知功能评定等。
- (7) 言语和吞咽功能评定。
- (8) 日常生活能力和就业能力检查和鉴定。

### 3. 康复治疗学

(1) 物理治疗 (physical therapy, PT):利用各种物理因子进行功能训练和医疗的康复和临床治疗方向,包括运动治疗和理疗,例如各种主动和被动运动,以及声、光、电、热(冷)、磁、生物反馈等理疗措施。

(2) 作业治疗 (occupational therapy, OT):利用工作、学习、娱乐和日常生活活动等进行功能训练的康复治疗方向。

(3) 言语训练 (speech therapy, ST):针对听觉障碍所造成的言语障碍、构音器官异常、失语症等进行的康复治疗方向。吞咽障碍的治疗目前暂时归类在言语治疗的范畴。

(4) 心理治疗:对心理、精神、情绪和行为有异常的患者进行个别或集体的心理疏导和治疗的康复治疗方向。

(5) 康复生物工程:采用生物工程学技术和原理,将弱化的人体功能放大或扩大化,或者补偿身体功能的不足,以改善残疾者功能障碍的康复治疗方向。包括假肢、矫形器、助听器、导盲杖等各种辅助工具或特殊用具及轮椅等。

(6) 中国传统康复治疗:是我国传统的康复治疗内容,最常用的有推拿、针灸、拳、功、操等。

(7) 康复治疗基本原则:①因人而异,强调在康复评估和治疗时根据各个患者和残疾者的具体情况进行分析,切忌简单地套用公式或程序;②循序渐进,强调康复治疗的强度和量要逐步增加,这是因为患者对治疗需要有逐步适应的过程,其功能改善也必须经过量变到质变的过程;③持之以恒,因为多数情况下康复治疗的效果需要坚持长期甚至终生进行,才能有效地持续并取得满意的结果;④全面康复,强调综合手段,并且覆盖人体的躯体、生理、心理、职业、教育等各方面,避免只关注生理功能改善的偏向;⑤主观能动,这是康复治疗 and 临床治疗的重要区别。多数康复治疗措施是患者主动参与的过程,因此必须注意调动患者康复治疗的主观能动性,为此治疗必须有趣味、必须能够量化和反馈给患者、必须使患者能够安全地完成,并可以在治疗过程中看到进步和发展,以保障和刺激患



者的主动参与。

(8) 康复治疗途径: ①改善: 通过训练和其他措施改善生理功能, 例如肌力训练、关节活动训练、平衡训练等; ②代偿: 通过各种矫形器和辅助具, 使减弱的功能得到放大或增强, 例如助听器、各种矫形器、拐杖、助行器等; ③替代: 通过某些器具来替代丧失的生理功能, 例如轮椅、假肢等。

4. 康复临床学 指综合采用各种康复治疗手段, 对各类伤、残、病患者的病理和病理生理异常以及相应的功能障碍, 进行针对性康复医疗实践, 包括: 神经瘫痪康复、骨关节疾病康复、脏器病康复、慢性疼痛康复等。

## 五、社区康复

### 1. 定义

(1) 社区 (community): 指具有完整的组织管理结构的社会最小单元。过去认为社区成员一般具有共性的文化背景。但是随着社会的发展, 流动人口增加, 社区的文化背景趋向于多元化, 因此社区的民族文化特性正在消失。

(2) 社区康复 (community based rehabilitation, CBR): WHO 1969 年的定义: 帮助残疾人适应家庭、社会和职业的需要, 使作为平等一员参与或再参与至社会中, 以减轻可能妨碍整个康复过程的经济和社会负担。1981 年的定义为: 在社区的层次上采取康复措施, 利用和依靠本社区的资源进行, 作为一个整体这一过程应包括残疾者自身、他们的家庭和社会。Hellander (1994 年) 定义: 社区康复是改善服务措施, 提供更多的平等机会和促进与保护残疾人人权的战略; 呼吁社会各层次 (社区、中间层与全国) 完全地、协调地参与, 要求所有有关部门 (卫生、教育、立法、社会、就业等) 联合参与, 旨在使残疾人能充分表现其能力并具有权利, 其目的是逐步发展一种能满足所有残疾人需要的系统, 说服政府与公众参与, 并使用每个社区现有的或可持续取得的一切资源。

综上所述, CBR 是指在社区层次上采取综合性的康复措施, 利用和依靠社区自身资源, 使残疾人得到及时、合理和充分的康复服务, 改善和提高其躯体和心理功能, 提高生活质量, 并回归正常的社会生活。对于重症和复杂患者必要的转介服务亦是 CBR 的基本功能之一。

2. 社区卫生服务中康复医疗的价值 根据原国家发展计划委员会、财政部、原卫生部《印发关于开展区域卫生规划工作的指导意见的通知 (计社会 [1999] 261 号)》的资料, 近年来全国县及县以下医院病床利用率持续下降, 1997 年仅为 61.7%, 平均住院日 13.8 天。医疗服务利用相对集中于高级次、高成本的医疗机构; 基层卫生资源闲置, 得不到有效利用。由于大城市医疗服务供给相对大于需求, 以及医疗机构补偿机制不健全, 一些医疗机构为了生存, 采用不规范的竞争手段诱导不合理的医疗消费, 造成大型医疗设备过度利用和药品费用的过度上涨。

因此, 原卫生部、原国家发展计划委员会、教育部、民政部、财政部、原人事部、原劳动和社会保障部、建设部、原国家计划生育委员会、国家中医药管理局发出《关于印发