



新世纪全国高等中医药院校创新教材

XIN SHI JI QUAN GUO GAO DENG ZHONG YI YAO YUAN XIAO
CHUANG XIN JIAO CAI

康 复 护 理 学

主 编 陈立典 陈锦秀

中国中医药出版社



新世纪全国高等中医药院校创新教材

康复护理学

主 编	陈立典	陈锦秀		
副主编	杨珊莉	刘 芳	钟玉珠	
编 委	于红虹	王芑斌	王雅青	李 霞
	李壮苗	江 征	杨 柳	郑 华
	郑丽维	郑国华	陶 静	傅绸妹
	葛 莉	蔡昭莲	蔡佳纯	

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

康复护理学/陈立典, 陈锦秀主编. —北京: 中国中医药出版社, 2010. 1

新世纪全国高等中医药院校创新教材

ISBN 978 - 7 - 80231 - 791 - 8

I. ①康… II. ①陈…②陈… III. ①康复医学: 护理学 - 中医学院 - 教材 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 204252 号

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层
邮政编码 100013
传真 010 64405750
河北欣航测绘院印刷厂印刷
各地新华书店经销

*

开本 850 × 1168 1/16 印张 13.5 字数 306 千字
2010 年 1 月第 1 版 2010 年 1 月第 1 次印刷
书号 ISBN 978 - 7 - 80231 - 791 - 8

*

定价 18.00 元
网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换
版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720
读者服务部电话 010 64065415 010 84042153
书店网址 csln.net/qksd/

编写说明

随着社会的发展,康复护理已成为现代护理工作的重要组成部分,其重要性越来越凸显出来。我们在总结国家级精品课程建设经验的基础上,与台湾元培科技大学共同编写了《康复护理学》。本书适用于高等医学院校本科护理专业师生、康复护理工作者以及临床护理工作者阅读参考。

在编写过程中,我们遵循“以现代康复为指导,突出康复护理学的特点与特色,注重教材内容的科学性、系统性和实用性”的原则。在取材上,充分考虑护理学专业的特点,吸收国内外康复护理学领域的最新信息,围绕康复医学基础、康复护理学基础、康复护理评定、康复治疗及护理、康复护理技术、临床常见症状的康复护理、临床常见疾病的康复护理、社区康复护理等组织教材的内容,并注意各章节的内在联系和衔接,避免不必要的重复。在教材形式上,配以案例和图表,力求图文并茂、通俗易懂。

本书在编写过程中参阅了国内外学者的学术观点和文献资料,并得到中国中医药出版社、福建中医学院、台湾元培科技大学同仁的支持和指导,特此说明并致以谢意。

由于水平和时间所限,书中难免存在一些不足之处,恳请读者提出宝贵意见,以便今后进一步修订提高。

编委会

2009年10月

目 录

第一章 康复医学基础	1
第一节 康复的基本概念.....	1
第二节 康复医学的工作方式和流程	15
第二章 康复护理学基础	18
第一节 康复护理学的基本概念	18
第二节 康复护理的发展历程	22
第三节 康复护理的工作流程	25
第四节 康复护理与临床护理的区别和联系	28
第五节 康复护理的预防思想	30
第三章 康复护理评定	35
第一节 概述	35
第二节 康复常用评定	37
第三节 康复护理常用评定	48
第四章 康复治疗及护理	61
第一节 康复护理目的	61
第二节 中医康复护理	63
第三节 物理治疗的康复护理	74
第四节 作业疗法的康复护理	88
第五节 言语治疗的康复护理.....	100
第五章 常用康复护理技术	111
第一节 医院环境与病房布置.....	111
第二节 长期卧床患者之康复护理	115
第三节 体位摆放及体位转移.....	120
第四节 肌肉松弛训练	125
第五节 呼吸与体位排痰训练.....	128
第六节 日常生活活动指导.....	133
第七节 心理护理.....	138
第八节 康复营养指导.....	143
第六章 临床常见症状的康复护理	150
第一节 疼痛的康复护理.....	150
第二节 排泄功能障碍的康复护理.....	155

2 · 康复护理学 ·	
第三节 吞咽障碍的康复护理.....	160
第四节 压疮的康复护理.....	166
第五节 挛缩的康复护理.....	168
第七章 临床常见疾病的康复护理.....	173
第一节 脑卒中的康复护理.....	173
第二节 脊髓损伤的康复护理.....	178
第三节 颈椎病的康复护理.....	183
第四节 骨折的康复护理.....	187
第五节 冠心病的康复护理.....	190
第八章 社区康复护理.....	197
第一节 概述.....	197
第二节 社区康复护理的基本流程.....	201

第一章

康复医学基础

【教学目标】

1. 重点掌握康复的定义、内涵及服务方式、ICF 国际分类及康复工作流程。
2. 熟悉康复医学特点、内容、ICIDH 国际分类及康复医学工作方式。

作为一名护理人员，正确把握康复医学的基本概念及其服务方式是十分重要的。本章重点对康复、康复医学进行了定义，并对其所涉及的“功能”、“残疾”等康复医学所强调的核心内容进行阐述，同时还对康复医学的工作方式进行了详细介绍，为学习康复护理学开启了大门。

第一节 康复的基本概念

一、康复

(一) 康复的定义

康复一词是由 rehabilitation 翻译而来，其中 re 是重新的意思，habilis 是使之得到能力或适应的意思，action 是行为或状态的结果，因此，rehabilitation 的原意是“复原”、“恢复原来的良好状态”、“重新获得能力”、“恢复原来的权利、资格、地位、尊严”等。康复用于现代医学领域，主要是指身心功能、职业能力和社会生活能力的恢复。具体而言，康复的定义是指综合、协调地应用医学、教育、社会、职业的各种方法，使病、伤、残者（包括先天性残疾）已经丧失的功能尽快和最大可能的得到恢复和重建，使他们的体格、精神、社会和经济的能力得到尽可能的恢复，重新走向生活、工作和社会。

康复护理学是一门旨在研究病、伤、残者的康复护理理论、知识、技能的科学。为了达到康复目的，康复护理学研究有关功能障碍的护理预防、评定和处理（协助治疗、训练的护理措施）等方法，与预防、保健和临床护理共同组成全面护理。美国护士和康复护士协会于 1988 年将康复护理定义为：康复护理是职业护理实践的专业领域，用于诊断和治疗个人或群体对于功能和生活方式改变引起的现实或潜在的健康问题的反应。

（二）康复的内涵

“康复”往往容易被人理解为伤病的痊愈和健康的恢复。但是在以残疾为对象的康复医学中，康复的内涵已远远超过这一范畴。康复是指残疾者的残存功能和潜在能力在治疗和训练后获得了最大限度的发挥。康复不仅针对疾病，而且着眼于整个人，从生理、心理、社会及经济能力上进行全面康复。其最终目标是提高残疾人的生活素质，恢复其独立生活、学习和工作的能力，使残疾人能在家庭和社会中过有意义的生活。康复的内涵包括五个要素：

1. 康复的对象 主要是损伤、疾病和先天性发育缺陷而致身心功能障碍的人们。康复面对的是残损的功能，目标是要完成对残损功能，特别是对日常生活产生不利影响的功能的全面恢复，而不是修复其损伤的解剖结构。

2. 康复的领域 包括医学康复、教育康复、康复工程、职业康复、社会康复，构成了全面康复。

（1）**医学康复**：即应用各种医学护理手段尽可能地保存、改善、恢复和发展残疾者残存的功能，充分发挥其潜在的能力，以减轻因残疾而造成的功能障碍，使残疾者功能和能力获得最大限度的恢复，为上学、就业、重归社会、实现自立打下基础。就医学康复而言，也一样要求综合协调地应用多种医学手段，如护理、药物、物理、运动训练、手术矫治等，尤其注意结合应用我国中医学的康复手段，充分发挥中医学的治疗和养生方法优势，如中药、导引、气功、针灸、推拿和药膳等。

（2）**教育康复**：是指通过教育与训练的手段，提高残疾者的素质和能力，包括智力、日常生活的活动能力、必要的职业技能和适应社会生活的心理能力等。在现代社会生活中，接受一定程度的教育不仅是人们的基本权利之一，也是人们恢复职业、获得经济自立、充分参与正常社会生活的基本条件。教育康复对儿童而言是一个十分重要的环节，他们将来能否适应社会生活，能否跟上社会的发展，所受教育的程度是一个重要条件。残疾儿童如果在接受康复医疗期间丧失接受教育的机会，即使身体功能得到较好的恢复，也因不能像健全人一样履行其社会职责和参与正常的社会生活，而无法获得高水平的康复。相反，残疾者接受教育程度较高，即使身体功能恢复的差些，也能达到较高水平的康复。

教育康复包括两种形式：首先是对残疾者实施系统教育。在我国主要是贯彻落实九年义务教育法，创造条件让残疾人能享受到中高等以上的教育。在方法上，对有肢体功能障碍的儿童如脑瘫儿童进行一般教育和对有精神障碍者进行特殊教育。其次是在医疗、职业和社会康复领域也采取一些教育训练手段，如提供卫生保健与生活方面的科普知识等。

护理人员比医生和其他医务人员有更多的时间接触患者，康复护士在患者健康教育方面的作用尤为显著。护理人员要向患者提供所需要了解的有关伤残知识，解答患者的疑问，并提供治疗性咨询。要重视对其家属及亲友的健康教育，康复护理需要实用性的支持与患者的密切配合，应教会患者与家属一些基本的康复护理手段，这样既可巩固康复疗效，又可以为患者早日回归家庭打下良好基础。

（3）**康复工程**：主要是借助医学工程手段，补偿、矫正和增强残疾人残存的功能，发挥其潜在的能力，是康复工作的重要措施之一。我国已将康复工程纳入发展规划，委托有关

部门制订研究生产计划和质量检测管理办法。目前康复工程已具有一定的规模,并朝着标准化、系列化方向发展,各种假肢、矫形器、辅助用具、人工器官、功能训练器材和检测器材也进一步的发展。随着科学技术的进步,更加智能化的辅助器具也将研制成功,投入康复服务中。

(4) 职业康复:工作是人的基本权利之一,人的社会职责的履行在很大程度上是通过工作得以实现的。残疾人只有通过工作才能从依赖和自卑的心态中解脱出来,才能实现经济自立。职业康复不能简单地理解为仅仅是一个工作安置问题,更重要的是关系到能否体现人的价值和自尊,能否重返社会,实现人的权利。职业康复体系包含职业评定、职业咨询、职业培训和就业指导4个方面的内容。

(5) 社会康复:是从社会学的角度去推进医学、教育、职业康复的进行,保障残疾人的合法权益,让残疾人能和健全人一样充分参与正常的社会生活。社会康复涉及的面很广,其内容因各国不同的社会制度 and 经济文化发展水平而有所差异,大体归纳为以下几个方面:

1) 建立无障碍环境。是指消除影响残疾人日常生活活动的物理性障碍。一般性的住宅、公共建筑和设施、学校、工厂等是根据健全人的能力活动范围来设计的,这对有功能和能力障碍的人或是尚未完全适应生活环境的残疾者来说将会产生种种困难。例如,一般家庭所沿用的卫生设施、狭窄的通道、路旁的街沿、商店门前的台阶等,这些细节都会成为阻碍残疾人参加社会生活所不可逾越的障碍。所以,要根据残疾人具体障碍的情况,创造相适应的生活和工作条件:①住宅:应在住房结构、面积和设备等方面考虑适应残疾人的特殊要求,房屋的各个通道都要便于轮椅的通行,屋内各个设施不仅要考虑到安全和便捷问题,还得照顾到对残疾人功能的补偿和替代。例如,门前以斜坡代替台阶,床铺矮而宽,卫生间增设各种扶手等;②公共建筑和设施:各种公共建筑和公共设施中,都应考虑到残疾人的特殊需要。例如,各种建筑物中,应有供轮椅出入的专用通道、醒目标志,街道要有供盲人通行的专线,建立能够发出声音的交通信号装置,公共交通工具增设供残疾人使用的专门席位或专用车厢。有些国家对于公共建筑和设施要考虑残疾者的特殊需要问题已经以法律的形式作出规定。如德国在1971年修订的“建筑法”中规定:“在进行公共场所、建筑物设计时,必须考虑到能为人、残疾者、体弱者所使用。”我国政府对这个问题也十分重视,出台了相应条规。各个大城市在公共建筑和设施的设计中都注意到残疾人的特殊需要,例如北京王府井大街各大商店的出入口都已普遍增设了坡道,以便于残疾人的自由出入,这不仅为残疾人的行动提供方便,更为残疾人增强自信、自立、自尊的心态产生积极的影响;③住院环境:为了适应康复医疗护理的需要,有条件的医院可设立康复科或康复病室,创造与功能障碍性质相适应的病房设施。不同种类残疾者对病室环境有不同的要求,乘坐轮椅患者病床间距大于1m,门宽1m,不设门槛,病床与轮椅高度相等,通常为1.3m,以利于轮椅移动或体位转移,各种开关、门把手置于低位置,床头可装拉手等。语言障碍者应尽量不安排同一病室,以免影响相互间的信息交流及语言训练的机会,视觉障碍者病室应避免地面的障碍物,室内物品摆放要合理、整齐等,并根据不同患者康复目标,有步骤、有计划地进行一系列的活动措施。

2) 促进残疾者的职业自立,改善残疾者的经济环境和生活质量。改善残疾人的经济环

境和提高生活质量也是康复工作的重要内容之一。残疾人只要有可能,就应该参加力所能及的工作,以获得经济的自立。政府和社会则应做出必要的规定,为具有一定劳动能力和工作意愿的残疾者提供就业机会,使他们靠自己的能力改善经济环境和生活质量。对于因残废而完全丧失参加社会经济活动能力的残疾人,社会则要在经济上给予各种帮助。例如,根据残疾等级给予不同金额的津贴;给予最低生活费用的保证;对于有家庭的重症残疾人或因日常生活不能自理而需家属照料者,给予附加的补助;残疾人交通费用的减免;残疾人在各种税务中的减免等。

3) 制订有关的法律和法规,保障残疾者的合法权益。社会康复的核心问题是维护残疾者的尊严,保障他们的合法权益、人身和尊严不受侵犯,确立残疾人在社会中的平等地位和待遇。各国虽已制订各种条款以保障残疾者享有与健全人一样的基本权益,但在实际生活中还需针对具体事项将有关法律和法规落实到具体的服务和生活领域。

4) 营造良好的社会道德氛围,消除歧视残疾人的旧观念,建立理解、尊重、关心和帮助残疾人的社会环境。由于受不同国家、不同传统文化背景的影响,社会上仍有许多人对残疾者存在种种的偏见,对某些障碍者甚至有将之隔绝于社会的排斥态度(如毁容、麻风病、艾滋病等)。这些陈旧的观念往往根深蒂固,短时间内也无法完全改变,应经常性地地进行医学知识的普及宣传、道德和法律知识的教育,创造和扩大残疾人与健全人在日常生活中的接触机会,加深相互理解。

3. 康复的措施 包括所有能消除或减轻身心功能障碍的措施,以及其他有利于教育康复、职业康复和社会康复的措施,不但可使用医学科学的技术,而且也可使用社会学、心理学、工程学等方面的技术和方法。

4. 康复的目的 实现全面康复着重在于提高生活素质,恢复独立生活、学习和工作的能力,能在家庭和社会中过有意义的生活,重返社会。

康复护理的目的是为发挥患者体内的潜能,防止二次损伤和继发性残疾、残障,最大限度地恢复其丧失的功能,提高生活自理能力,它使基础护理中患者被动接受的“潜在护理”模式变为根据护士指导,努力协调完成各种动作,增强自我照料的“自我护理”模式,康复护理使基础护理工作更进一步完善,更注重各种功能训练和日常生活能力训练,从而提高患者的自理能力和生活质量。

5. 康复的提供 提供康复护理、医疗、训练和服务的不仅有专业的康复工作者,而且也包括社区的力量。残疾人及其家属也参与康复工作的计划和实施。

(三) 康复服务的方式

世界卫生组织提出有关康复服务的方式有下列三种:

1. 康复机构的康复 (institution based rehabilitation, IBR) 包括康复医院、大型的康复中心、综合性医院内的康复科(部)、康复门诊、专科康复门诊、专科康复医学(中心)等等。要求有经过正规培训的各类康复人员、完善的康复设施,能够解决因病、伤、残所致的各种障碍。对大型的康复医院或康复中心,还要求能有一定水平的综合康复服务能力,不仅能解决残疾者功能障碍问题,还能在康复工程和教育、职业、社会康复方面提供较

完善的康复服务。这种康复服务方式要求残疾者到院接受康复服务。

2. 上门康复服务 (outreaching rehabilitation service, ORS) 由具有一定康复水平的人离开康复机构到残疾者家庭或社区提供康复服务。例如,综合性医院的家庭康复病房的工作方式。与康复机构的康复相比,上门康复的服务内容较为局限。

3. 社区康复服务 (community based rehabilitation, CBR) 又称基层康复。主要是指依靠社区资源,为本社区内的伤、残、病患者服务。其强调发动社区、家庭和残疾者的参与,除就地接受康复服务外,还建立固定的转诊系统,解决当地无法解决的问题或急危重病患者。在社区康复中应重视康复预防工作和中医养生学方法,以延年益寿。

二、康复医学

(一) 康复医学的定义

康复医学 (rehabilitation medicine) 是医学的一个重要分支。在现代医学体系中,保健、预防、治疗和康复相互联系,组成了一个统一体。康复医学是为了康复的目的而研究有关功能障碍的预防、诊断、评价、治疗、训练和处理的一门医学学科。

康复医学研究的对象主要是由于损伤、疾病、先天发育缺陷、营养不良和老化而导致功能障碍者,工作内容在于研究功能障碍的预防、残疾的发生本质、残疾可能带来的影响及其对策。由于功能障碍可以是潜在的也可以是现存的、可逆的或不可逆的,可以是在疾病之前出现,或与疾病并存或是为疾病的后遗症,所以康复医学实际上涉及临床各个学科,综合了临床各科的知识,尤其是物理医学和运动医学的内容。

(二) 康复医学的内容

康复医学是一门综合性的医学学科,它涉及医学、理工、心理、教育和社会科学等学科。随着人类社会科学文明建设的发展,人民生活水平的不断提高,人们对自己生命质量的要求也愈来愈高。“健康”一词已不再是仅仅没有疾病或衰弱的概念,而是身体上、精神上和社会生活上处于完全良好状态的表现。在社会生活中,人们不仅需要有一个健康的体魄,而且还希望保持最佳的精神心理状态,以便能在学习和工作中充分发挥自己的聪明才智,为人类社会的建设作出最大的贡献。如何有效地预防残疾、恢复功能、提高生命质量已成为康复医学研究和工作的主要内容。

1. 康复预防学 包括残疾的流行病学研究和残疾的预防两大内容。残疾的流行病学研究涉及残疾的发生情况、分布规律和结构特点等。

2. 康复医学基础学 包括运动学基础、神经解剖学、神经生理学、心理学、医学工程学基础等。

3. 康复功能评定 评定的内容广泛,包括运动学测定、电生理学测定、心肺功能评定、代谢及有氧活动能力测定、心理学测定、语言交流能力测定、日常生活能力和职业能力的评定等等。

4. 康复治疗学 康复医学是一门跨学科的综合应用学科,在康复治疗方法的应用方面,

突出以功能训练为核心的运动治疗、物理治疗、心理治疗、康复医学工程等治疗措施。中医康复学所采用的传统体育康复法、饮食疗法等都有养治结合、养重于治的预防特点,成为中医康复医疗不可缺少的内容之一。在进行康复医疗工作中,充分发挥中医学的理论与实践,能丰富康复医学的治疗内容,为残疾者全面康复、重返社会生活创造条件。

(1) 康复护理:根据总的康复计划,在对残疾者的护理工作中,通过体位护理、心理支持、膀胱护理、肠道护理、辅助器具使用指导等,促进残疾者的全面康复,预防继发性残疾。

(2) 物理治疗 (physical therapy, PT):包括各种主动或被动的运动医学方法、利用物理因子治疗和中医非药物治疗的方法。最常应用的有各种运动方法,生物反馈,电、声、光、热、磁、水疗,以及中医针灸、推拿、气功等。

(3) 作业治疗 (occupational therapy, OT):是指为恢复患者功能,有目的、有针对性地从事日常生活活动、生产劳动、认知活动中选择一些作业对患者进行训练,以缓解症状和改善功能的一种治疗方法。主要包括日常生活活动能力训练和职业能力的训练。目的不仅在于改善肢体运动功能,增进精细动作的活动能力,还在于增强残疾者恢复合适职业、参与社会生活所必需的能力。

(4) 言语治疗 (speech therapy, ST):对言语功能障碍者,包括因听觉障碍、构音器官异常、中枢神经损伤所引起的失语症、口吃等进行治疗,尽可能恢复其听、说、读的能力。

(5) 康复工程:以矫形支具或辅助器具来补偿功能的缺陷,包括材料设计和制作、专门的辅导和训练等。

(6) 心理治疗:对心理、精神、行为和情绪有异常的残疾者需进行心理治疗,对慢性病患者也必须进行针对性的心理治疗,改善患者存在的种种心理障碍,使其能正确对待自己的残疾,建立积极参与治疗和训练的決心。

(7) 文娱疗法:组织患者参加各种文娱活动,如琴、棋、书、画和欣赏音乐、观看电影,以及适当安排患者参加户外活动等,调整患者的身心状态,促进其重返社会生活。

(8) 康复疗养:利用有矿泉、特殊气候、日光、海水等自然环境作为康复疗养之处,对于慢性病、老年病患者的康复有良好的促进作用。

(9) 养生:利用中医学的养生措施,调摄患者的生活起居,练形养神,使其形俱神全,而尽其天年。主要措施包括食养、四季药物调理、合理起居、气功和导引等。

5. 康复临床学 指以综合性的措施解决因各种伤病而导致的残疾难题,具体研究每一系统残疾的预防、评定、治疗、训练和病后养生的问题。随着康复医学的发展,在临床上,康复必定要向分科化发展,将出现以下分支:

(1) 骨科康复学:以研究骨关节、肌肉和软组织损伤、疾病和畸形的临床康复学科。其康复治疗的手段以矫形外科、物理因子治疗和运动疗法为主。

(2) 神经康复学:以研究中枢神经系统和周围神经损伤所致残疾的处理,主要康复治疗手段以运动疗法和物理因子治疗为主。

(3) 心脏病康复学:以研究心脏病,尤其是冠心病的康复,重点放在心肌梗死后恢复期的康复治疗。

(4) 儿科康复学：以研究儿童残疾的发生、残疾原因、残疾预防和康复治疗为主的临床康复学科。

(5) 老年康复学：以研究老年病致残的康复处理的学科。

(6) 肿瘤康复学：以研究肿瘤康复治疗与养生为主的临床康复学科。

(7) 精神病康复学：以研究精神障碍的康复处理的临床康复学科。

(三) 中医康复学与康复医学

在康复医学中，发挥传统医学的康复优势，促进我国现代康复医学发展，中医康复学起着重要的作用。

中医康复医疗有悠久的历史，数千年来，在历代医家的努力下，已逐步发展成为独立的一门学科。传统中医康复学是在中医学理论指导下，研究康复医学基本理论、医疗方法及其应用的一门学科，多针对病残、伤残诸证、老年病证、恶性肿瘤及热病瘥后诸证等的病理特点，进行辨证康复。其康复理论与医疗方法对临床康复有良好的指导作用，为我国康复医疗事业的发展作出了重要的贡献。

1. 中医康复学的特点和优势 中医康复学是中医医学体系的一个重要组成部分。它蕴含着中医辨证观、整体观、正虚发病观以及治未病的预防学观点，并在中医学阴阳、五行、脏腑、经络、气血、精、气、神、情志等理论的指导下，采用了中医学独具风格的治疗方法，如药物、针灸、推拿、气功、食疗等。

与现代康复医学一样，中医康复医学研究的范围也是以残疾者、慢性病、老年病等有功能障碍者作为主要的服务对象，采取综合性的中医康复措施，对患者进行功能训练和病后调养，以达到“全面康复、重返社会”的目标。中医康复医学的主要着眼点在于形神的功能保存及其障碍的治疗训练、代偿和适应，讲求自然恢复和整体功能（形神功能）恢复的观点；在诊断方面，围绕着康复医学之功能观，以中医整体辨证的特点和优势进行康复评估。

中医康复学所采用的许多方法，如药物、针灸、推拿、气功、食疗、娱乐等，都是旨在通过调养精神和形体，以增强身体健康，提高防病及正气自愈的能力。这些方法都兼有“养”和“治”的作用，只是针对疾病的不同阶段有所侧重而已。因此，中医康复学所采用的康复措施，不仅能用于养生防病，也可用于已病治病和病后养生，具有能防、能治、能养的特点。

中医康复学还有“内外相扶”、“药食并举”的特点。中医康复内治法，重在培补元气，调整脏腑功能。但对于残疾、慢性病、老年病等有功能障碍者的康复治疗 and 病后调养，单靠药物内治法是不够的。如《奇病论》中所说：“积为导引服药，药不能独治。”即“积”一类的慢性病患者，要综合内外治的康复方法才能奏效。中医康复外治法，是调动人体自然疗疾的康复能力、健全形神功能、强身治病和益寿延年的重要措施。此外，中医康复学在内治方面还提倡“食药并举”、“重在食治”的康复方法，如《千金要方·食治》曰：“夫为医者，当须先晓病源，知其所犯，以食知之，食疗不愈，然后用药。”食疗包括食养与食疗两方面的内容。食治不仅能增加脏腑充血，恢复正气功能，还能调和阴阳，祛除病邪，是机体康复以及病后调养、增强体质、益寿延年的首要措施。

2. 中医康复学与西方现代康复医学的区别与结合 中医康复学与西方现代康复医学在性质、内容和任务等方面都有许多相同之处,但也存在着区别,各有特点。西方现代康复医学是建立在现代科学和现代医学的基础之上,因此在将医学物理学和康复工程学的先进技术运用于康复诊断、功能评定、功能训练、矫形外科和人工装置代替或补偿、适应残疾者功能障碍方面,占有明显的优势。现代康复医学在其发展过程中,吸收了不少中医康复学的思想和方法。例如中医导引和肢体功能训练技术、推拿按摩、情志和心理治疗、饮食治疗和自然治疗等。这些方法不仅丰富了现代康复医学的康复手段,还成为现代康复医学领域不可缺少的内容。现代康复医学在药物康复方面存在着明显的不足,其所使用的化学类药物对慢性病或其他需要长期服用药物者极易产生毒副作用。这种以破坏一个系统的平衡求得另一系统调和的药物效能,很难为患者长期接受。因此,西方现代康复医学的康复医疗也正逐渐转变为以非药物治疗的形式,如手术矫治、功能训练、心理治疗、作用治疗等,以弥补其不足之处。

中医康复学是以中医学的基础理论为指导,综合运用传统的康复方法。传统的中医康复方法具有能防、能治、能养的特点,可用之于常人保健、老年养生,也能有效地用于残疾、慢性病、老年病的康复和病后养生。传统中医康复方法主要是调动人体自然康复能力,它所采用的药物多来自于自然植物,对人体没有伤害。其中许多药物本身就是食物,“药食同源”,能疗疾又不伤正气,患者可长期服用而达到最佳的康复效果。中医康复的其他方法也多取材于自然、存在于社会之中和人体自身,如饮食、气功、传统体育、娱乐、传统心理康复法等。因此,传统中医康复方法简便易行,既适于建立正规的康复机构,也适用于因地制宜的社区康复工作。

中医康复学与西方现代康复医学的结合是我国康复医学发展的特有模式。在康复医疗的工作中,只有融合中医和西方现代康复医学的优点,吸收现代医学的先进技术,发挥中医学的康复优势,才能提高临床康复的水平,推动我国康复医学事业的蓬勃发展。

三、残疾

康复医学的研究对象不是伤病和具有伤病的人员,而是因各种伤病而造成的障碍和存在障碍的人,即残疾者。康复治疗的目的是使残疾者残存的功能和潜在的能力得到最大限度的发挥,因此康复医学的工作是建立在残疾学基础上的。

(一) 定义

1. 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,以致不同程度地丧失正常生活、工作和学习能力的一种状态。

对于残疾,中医文献中称之为“养疾”,它包括形神两个方面的功能障碍。形残主要分肢体和五官功能缺陷,神残则分精神病残与智能障碍所导致的精神情志病证和弱智等。

2. 残疾人 是指心理、生理、人体结构的某种组织功能丧失或者不正常,使得部分或全部失去以正常方式从事个人或社会生活能力的人。包括肢体残缺、视力障碍、听力障碍、语言障碍、内脏器官功能不全、智力障碍、精神情绪异常和行为异常、多重残疾和其他残疾的人。

3. 残疾学 是康复医学的基础学，主要研究残疾的发生和发展的规律、对个人和社会的影响后果、流行病学特征、预后判断、康复评定、预防与治疗，是自然科学与社会科学相结合的一门学科。

（二）残疾的流行病学特征

根据世界卫生组织的统计数据，全世界目前共有残疾人的总数约为 6 亿，占总人口的 10% 左右，其中 1/3 是儿童，80% 分布在发展中国家。根据我国 1987 年全国残疾人抽样调查结果推算，我国有各类残疾人约 5164 万人，其中听力语言残疾者约 1770 万人，智力残疾者约 1017 万人，肢体残疾者约 755 万人，视力残疾者约 755 万人，精神缺陷残疾者约 194 万人，综合残疾者为 673 万人。

残疾的原因、构成与分布因不同的地区和不同的人群而存在明显的差异。残疾的原因包括以下几个方面：

1. 遗传因素与孕期疾病 遗传性疾病与孕期病毒性感染、宫内感染、药源性疾病等可导致先天性心脏病、儿童脑性瘫痪、先天性肢体残缺、精神病等。

2. 传染性疾病 如乙型脑炎、病毒感染等。

3. 营养不良 如因严重缺乏蛋白质与维生素可引起特发性脊柱侧凸、佝偻病、智力发育迟缓等。

4. 慢性病和老年病 如糖尿病、心脑血管疾病、慢性阻塞性肺炎、关节炎、肿瘤等。

5. 社会和心理因素 可导致精神病等。

6. 外伤 如工伤事故、交通事故、运动损伤等，导致脊髓损伤、断肢、关节和肌肉损伤等。

7. 物理、化学因素 如噪声、烧伤、酒精中毒等。

（三）残疾的分类

1. 世界卫生组织的分类

（1）国际残疾分类：传统疾病模式可以用这样的过程来描述：病因——病理——表现。WHO 组织的专家经过反复的论证，认为这一模式虽然可以反映致病因素与症状表现之间的内在关系与变化过程，但是不能完全反映出与疾病有关的全部问题，尤其不能说明疾病致功能障碍、影响一个人发挥正常作用的过程，应考虑疾病—残疾的问题。所以在 1980 年，世界卫生组织国际疾病分类委员会公布了“WHO 国际障碍分类草案”（international classification of impairments, disabilities & handicaps, ICIDH），将疾病的结果或残疾状态表述如图 1-1，同时对 3 个不同水平的问题进行了定义和详细的分类。



图 1-1 1980 年 WHO 国际障碍分类草案

1) 残损、缺陷 (impairment): 是指解剖形态结构和生理、心理功能上不同程度的异常或任何程度的丧失。是生物器官系统水平的障碍, 不一定影响日常生活活动能力。可分为: ①智力残损 (缺陷); ②其他心理残损; ③言语残损; ④听力残损; ⑤视力残损; ⑥内脏 (心肺、消化、生殖器官) 残损; ⑦骨骼 (姿势、体格、运动) 残损; ⑧畸形; ⑨多种综合的残损。

2) 残疾 (disability) 是指由于残损或残疾导致患者在正常范围内的日常生活活动能力缺乏或受到限制, 是个体水平上的障碍, 在一定程度上影响患者的自立。残疾表现为能力的障碍, 可以划分为: ①行为残疾; ②交流残疾; ③生活自理残疾; ④运动残疾; ⑤身体姿势和活动残疾; ⑥技能活动残疾; ⑦环境适应残疾; ⑧特殊技能残疾; ⑨其他活动方面的残疾。

3) 残障、残废 (handicap): 指由于残损和残障, 限制或阻碍了患者在正常范围内履行社会职责, 完成社会工作, 是社会水平的障碍, 不仅影响患者的自立, 还造成患者经济、职业和社会方面的不利。可以划分为: ①定向识别 (时、地、人) 残障; ②身体自主残障 (生活不能自理); ③行动残障 (废); ④就业残障; ⑤社会活动的残障; ⑥经济自给残障; ⑦其他残障。

在过去 20 年, 康复医学界广泛引用了这些概念, 大大地推动了现代康复医学的发展。但是 ICIDH 同时也存在许多问题。首先它忽略了主观障碍的重要性。ICIDH 是从残疾的 3 个不同客观水平, 即生物水平、个人水平及社会水平清楚地阐述了残疾程度, 但是没有考虑到同等重要的主观的一面。主观的障碍是作为个人体验的障碍, 是在残疾人心中的一种烦恼、苦闷及绝望。疾病导致了机能障碍、能力障碍及社会性不利等客观的障碍, 同时, 疾病也引起主观障碍, 而这种主观的障碍会直接影响客观的障碍, 特别是影响了社会水平的社会性不利。其次它忽略了环境的重要性。环境方面的阻碍因素与机能障碍、能力障碍间的相互作用导致了社会的不利状况。在生物水平、个人水平相同的情况下, 由于环境因素的不同, 社会水平会截然不同, 即回归社会的能力完全不同。在 ICIDH 中没有考虑环境的因素。所以随着卫生与保健事业的发展以及国际残疾人运动的开展, 原有的残损、残疾与残障等模式也越来越不能满足卫生与康复事业发展的需要。于是, 在 1993 年 WHO 决定修订 ICIDH, 并在 1997 年 3 月、1999 年 7 月和 2000 年 10 月先后发布了 ICIDH-2 的 Beta-2A 草案和 Prefinal (终极测试版) 草案。

(2) 国际功能分类: 2001 年 WHO 建立了新的残疾分类体系, 即“国际功能、残疾和健康分类” (international classification of functioning, disability and health, ICF)。ICF 中文版已经与其他 5 种 WHO 正式文字版本同时完成并出版发行。ICF 提出了功能与残疾模式, 如图 1-2 所示:

1) ICF 模式图的意义: 按照 ICF 的定义, “身体功能” (body functions) 是身体各系统的生理功能 (包括心理功能)。“身体结构” (body structures) 是身体的解剖部位, 如器官、肢体及其组成部分。“损伤” (impairments) 是身体功能或结构出现的问题, 如显著的变异或缺失 (如各器官系统的形态和结构; 精神功能、语言功能、感觉功能、心肺功能、消化功能、排泄功能、神经肌肉骨骼和运动功能等)。“活动” (activities) 是由个体执行一项任

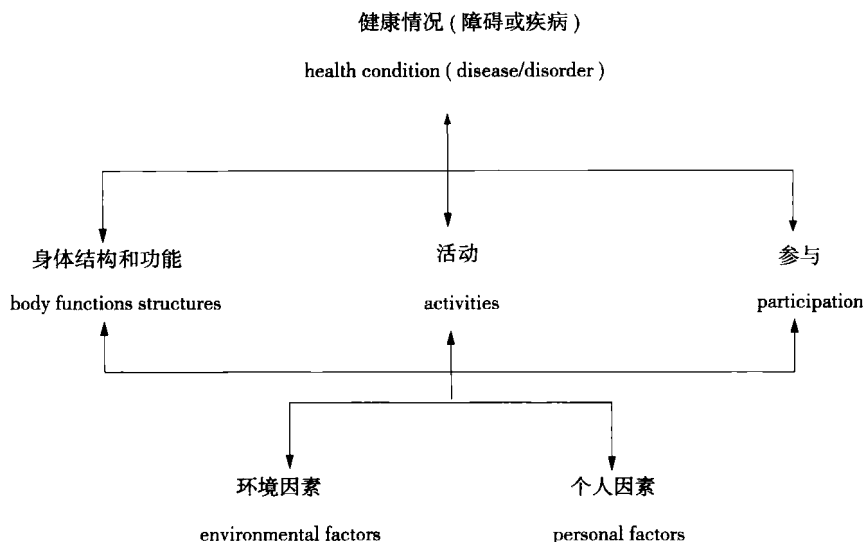


图 1-2 国际功能、残疾和健康分类模式图

务或行动；“参与”（participation）是投入到一种生活情景中。“活动限制”（activity limitations）是个体在完成活动时可能遇到的困难，这里指的是个体整体水平的功能障碍（如学习和应用知识能力、完成一般任务和要求的的能力、交流的能力、个体的活动能力、生活自理能力等）。“参与局限性”（participation restrictions）是个体投入到社会情景中可能经历的问题，这里指的是患者的社会功能障碍（如家庭生活人际交往和联系、接受教育和工作就业等主要生活领域，参与社会、社区和公民生活的能力等）。所谓“功能”（functioning）是一个包括身体所有的功能、活动和参与在内的包罗万象的术语。所谓“残疾”（disability）是一个包括损伤、活动受限或参与的局限在内的包罗万象的术语。因此，“功能”、“健康”和“残疾”是使用3项相互独立而又彼此互相关联的结构来说明的。这3种成分之间并没有量化值上的平行关系，但又是不可分割的。当我们考虑“功能”、“残疾”或“健康状态”，甚至“疾病后果”的时候，必须从“身体” - “活动” - “参与”这3个不同的水平分别进行评定和处理。

ICF 还列出了与这些概念有相互作用的背景因素。也就是说，某人的健康（疾病、障碍、损伤、创伤等），或者说功能和残疾情况，实际上是与背景性因素构成了人们生活和指导人们生活的自然、社会和环境。它包括环境因素（environmental factors）和个人因素（personal factors）。环境因素包括某些产品、工具和辅助技术；其他人的支持和帮助；社会、经济和政策的支持力度；社会文化等。有障碍或缺乏有利因素的环境将限制个体的活动表现；有促进作用的环境则可以提高其活动表现。个人因素包括性别、种族、年龄、健康状况、生活方式、习惯、教养、应对方式、社会背景、教育、职业、过去和现在的经验、总的行为方式、个体的心理优势和其他特征等。按照这种方式，它使处于不同文化背景下的不同使用者能够在各个领域个体功能、残疾和健康状况分类和记录方面有一个共同工具。这个模式把健康状况、功能和残疾情况以及背景性因素表述为一种可以双向互动的统一体系。