

康复医学诊疗手册

〔日〕渡边英夫 编著

刘纪清 王世良 梁殿权 **孙嘉先** 译

黑龙江科学技术出版社

康复医学诊疗手册

〔日〕 渡边英夫 编著

刘纪清 王世良 梁殿权 **孙嘉先** 译

许惠兰 高志绵 刘志泉 校

黑龙江科学技术出版社

一九八六年·哈尔滨

内 容 提 要

本书系统地介绍了康复医学的基本理论和康复诊疗方法。全书共七章，主要内容有康复医学总论、功能障碍的评价、康复基础学、各种疾病的康复、假肢和矫形器以及康复治疗学等。其特点是内容新颖、取材广泛、图文并茂、简明实用。因此，本书为康复工作者、各疗养院或医疗单位的医师、护士们提供了一部实用的《康复医学诊疗手册》。可供某些慢性病或老年病患者以及残疾者参考。也可作为培训康复医学专科医师或高、中等医学院校开设康复医学课程的参考教材。

责任编辑：李月茹

封面设计：张策顺

康 复 医 学 诊 疗 手 册

〔日〕薄边英夫 编著

刘纪清 王世良 梁殿权 孙嘉先 译

许惠兰 高志绵 刘志泉 校

黑龙江科学技术出版社出版

（哈尔滨市南岗区建设街35号）

黑龙江新华印刷厂附属厂印刷·黑龙江省新华书店发行

787×1092毫米 16开本 14.25印张 306千字

1986年9月第1版·1986年9月第1次印刷

印数：1—8,000册

书号：14217·104 定价：2.30元

序 言

康复医学是一门对伤残人、病残人、老年人及精神疾病患者等在身体功能上、精神和职业上进行康复的学科。它也是一门多科性的综合应用科学。康复医疗方法古已有之，但作为现代医学体系（预防、治疗、康复）三个组成部分之一的现代康复医学却是一门新兴学科。因此，世界各国都很重视发展康复医学，而其近年来的发展有突飞猛进之势。

在我国，随着四化建设的发展和人民生活水平的不断提高，伤残者、病残者及老年人等对康复医疗的需要将日趋迫切，故有必要逐步地开展康复工作。为了促进我国康复医学的发展，1983年卫生部批准筹建“中国康复医学研究会”，这几年全国还建立了一些康复中心，在培训专业干部和康复医疗临床上也做了一些工作；1983年国务院批准建立“中国肢体伤残康复研究中心”；1984年卫生部科教司发出通知，建议全国高等医学院校增设康复医学课程，这说明我国对康复医学是十分重视的，这几年的发展形势也是好的。

刘纪清副教授等根据康复诊疗和教学工作的需要，翻译了日本渡边英夫教授编著的《康复医学诊疗手册》。这本书着重于康复医学的基本知识和实际应用。它无论对康复工作者，或对某些慢性病患者、伤残者以及对医学生，都是一本有实用价值的参考书。

不言而喻，我国的现代康复医学，应具有中国的特点。祖国医学在康复医疗方面曾做出过贡献，有许多宝贵的经验和独特的疗法，例如气功、按摩、针灸等等，今后它仍将焕发出青春活力。我国的康复医学工作者，应充分发挥这方面的优势，以促进我国现代康复医学的发展，为民造福。

同时，我们还必须学习外国的好经验，了解他们的学术成就及进展，这对我们是绝不可少的。因此，刘纪清等同志的工作是有积极意义的。

祝愿我国的现代康复医学早日蓬勃发展起来。

顾 英 寄

一九八六年三月于北京

译者 的话

本书译自日本渡边英夫教授编著的《リハビリテーション診療必携》(1982年第一版)。其主要特点是以图表的形式,系统而扼要地介绍了康复基础学、功能障碍的评价、临床检查、各种疾病的康复、假肢和矫形器以及康复治疗学等内容。书中作者总结了自己的临床经验和研究成果,使基础理论与临床应用密切结合;图表则集各家之长,内容新颖,取材详尽,重点突出,查阅方便。

现代康复医学,是在第二次世界大战后迅速发展起来的。六十年代以来,世界各国都很重视发展康复医学。世界卫生组织把整个医学体系分为预防医学、治疗医学和康复医学三个部分。因而,康复医学将成为独立专业,国际上已有“第三医学”之称,是当代医师和医学生必须具备的基本知识。康复医学在我国现代医学体系中还是一个薄弱环节,处于起步阶段,但近几年的发展很快,出现了方兴未艾的形势。本书是康复医学工作者和医师们的一部简明实用的康复医学诊疗手册。

1984年春,中央卫生部崔月犁部长说:“我国要认真学习外国的好经验,也要重视和发挥我们自己的优势。我国传统医学在康复医疗方面有许多宝贵的经验和独特的疗法。例如气功、按摩、针灸、整骨等等。”为了适应客观形势的需要,在黑龙江卫生厅陆忠厅长的关怀和支持下我们翻译了这本著作,目的在于介绍日本的康复医学技术和经验,以助于我国康复医学的普及和提高。我们译出了全书的正文和图表,但删去了该图表原文的出处;读者如想进一步详细研究时请查阅原著。此外,还删掉了最后的附表《根据身体残疾者福利法制定的身体残疾者等级、范围》、《劳保补偿残疾等级、范围》部分。

在本书翻译过程中,除各章署名者外,由董运厚、陈玉珍、宋清平、孙德臣、王德生、常立达等同志对有关专业部分进行了校阅,并请卫生部副部长顾英奇同志为本书撰写序言,由孙庭立同志绘图,在此一并致谢。

由于我们的学识所限,译文中如有不当之处,敬请广大读者批评、指正。

查 英 编

京非卫民字第八八七

1984年9月于哈尔滨

原 序

日本康复医学会的会员已接近 2,000 名, 1980 年开始建立了康复医学专科医师制度, 接着, 从 1981 年起专科医师和“认定医”就相继诞生了, 这对我国康复医学的发展来说, 实在是一件可喜的事情。当然, 这是由于社会对康复医学的认识提高和需要增加的结果, 也表明康复医学的教育、科研及诊疗工作在我国已充分地发展起来。

随着康复医学的发展, 这个领域的专业书籍也相继出版, 如假肢矫形器、理疗法、作业治疗、语言治疗、心理治疗再加上康复护理等书刊, 真可说是汗牛充栋, 叹为观止。不过, 平素可随身携带、需要时便于随时翻阅的、又是概括性的康复医学书籍, 似乎还不多。

事实上, 此前, 我个人就曾把在康复诊疗上最低限度所必需的知识, 一点一点地整理成一本笔记, 并且进一步将有用的图和表抄录、收集起来, 经常随身携带, 视如珍宝。它不仅在康复诊疗上, 而且在讨论会及临床学生讲义上, 也都很有用处。

这次本书的编写就是以这些资料为基础, 又增加一些珍贵的图和表并加以整理后完成的。在三年前, 当这一工作刚开始时, 本想将重要的图和表全部无遗地收入, 但因数量增加过多, 将不象一本手册, 因此, 尽管很可惜, 也不得不将其中一半左右的内容删去。

因为本书大部分是由图和表构成, 所以, 不是一本初学的读物。最适于具有一定程度康复医学知识的医师和康复综合治疗组 (Rehabilitation team) 的成员在需要时翻阅。凡是转载的图和表都注明了该文献的出处, 如需进一步详细研究时, 请读原著。

本书在各章的内容分配上有些不均。读者或许会感到有的章节内容过少, 但这些内容对康复专科医师和综合治疗组的成员来讲是很重要的内容, 因而主观地作了如此取舍, 请予谅解。这本书对从事康复诊疗工作的读者如能有所帮助, 著者实感幸甚。

最后, 对本书图或表的转载给予支持的诸位先生及各出版社深表感谢。有些图表虽特蒙准予转载, 但因篇幅所限不能刊出, 特致由衷的歉意。

※ ※ ※ ※ ※ ※ ※

参 考 文 献

- 上田 敏: 目でみるリハビリテーション医学。东大出版会, 1971。
和才嘉昭・嶋田智明: 測定と评价。リハビリテーション医学全书第 5 卷, 医歯药出版, 1975。
上田 敏: 目でみる脳卒中リハビリテーション。武田药品, 1979。
上田 敏: 片麻痺の评价。武田药品, 1978。
三岛博信: 脳卒中片麻痺とリハビリテーション。医学书院, 1975。

- 田崎義昭・斎藤佳雄：ベッドサイドの神経の診かた。南山堂，1974。
- 服部一郎・他：リハビリテーション技術全书。医学书院，1974。
- 福井囀彦：老人のリハビリテーション。医学书院，1975。
- 市岡正道：生理学撮要。南江堂，1969。
- 科学技术庁計画局監修：加藤一郎〔編〕：リハビリテーションと技术开发。医歯薬出版，1973。
- 高桥 勇：二分脊椎。リハビリテーション医学全书第15卷，医歯薬出版，1974。
- 森崎直木〔編〕：整形外科学および外伤学。文光堂，1975。
- 七川欢次・吉野良平：リウマチと神経痛。藤泽药品，1972。
- 吉利 和：内科诊断学，金芳堂，1970。
- 上田 敏〔編〕：各种神经筋疾患。リハビリテーション医学全书第20卷，医歯薬出版，1975。
- 阿部正和・他〔編〕：新临床内科学。医学书院，1974。
- 上田 敏・伊藤直荣：老人のリハビリテーション。八重洲リハビリ株式会社，1970。
- 泽村诚志：切断と義肢。リハビリテーション医学全书第18卷，医歯薬出版，1973。
- 萩岛秀男：装具・自助具・车椅子。リハビリテーション医学全书第6卷，医歯薬出版，1971。
- 武智秀夫・明石 谦：装具。医学书院，1974。

渡边英夫

昭和56年9月

目 录

第一章 康复医学总论

第一节 康复医学的定义	1
一、世界卫生组织(WHO)的定义 <1>	
二、Howard A. Rusk(腊斯克)的定义 <1>	
三、日本厚生省《身体残疾者的福利》的定义 <2>	
四、WHO 对医学体系的分类 <2>	
第二节 康复组织(综合治疗组及其成员)	2
第三节 康复医学的历史	2
一、美国 <2>	
二、日本 <3>	

第二章 功能障碍的评价

第一节 初期评价项目	4
第二节 关节活动度(ROM) 检查	5
一、关节活动度的表示及检查法 <5>	
二、健康人的关节活动度值 <12>	
第三节 徒手肌力检查(MMT)	25
第四节 日常生活活动(ADL) 检查	26
第五节 偏瘫功能的检查	28
一、偏瘫功能的检查(据Brunnstrom法) <28>	
二、偏瘫功能评价表(恢复等级12级法) <31>	
第六节 运动年龄检查(MAT)	38
一、按照Johnson, Zuck及Wingate的运动年龄检查法 <38>	
二、日本九州劳保医院的运动年龄检查法 <40>	
三、根据Vojta的脑性瘫疾病儿诊断图表 <42>	
第七节 语言测验	43
一、语言中枢及其有关中枢 <43>	
二、失语症的分类 <43>	
三、失语症测验的项目及内容 <44>	
第八节 协调性的测验	44
一、协调性的测验 <44>	

二、协调性障碍的测验	<45>
第九节 步态分析	46
一、步行的定义、步行周期及步行的特征	<46>
二、正常步行和下肢关节的变化	<47>
三、平地步行时主要肌肉的活动	<48>
四、病理性步态的种类及其性质	<49>
第十节 心理测验	51
第十一节 失用与失认的测验	51
一、失认的测验	<51>
二、失用的测验	<53>
第十二节 关节功能评价表	54
一、髋关节	<54>
二、膝关节	<55>
三、肩关节	<56>
四、肘关节	<58>

第三章 临床检查

第一节 电诊断学	60
一、肌电图	<60>
二、运动神经与感觉神经的传导速度	<63>
三、强度——时间曲线	<65>
四、时值的正常值	<65>
第二节 肺功能检查	65
一、肺总量的组成	<65>
二、肺容量的划分及其定义	<66>
三、呼吸系统疾病与肺功能检查所见	<66>
第三节 心血管功能检查	67
一、评价心功能的运动负荷试验	<67>
二、世界卫生组织(WHO)的原发性高血压分类	<68>
三、健康人血压	<68>
四、高血压重症度的判定标准(东大第三内科)	<69>
第四节 膀胱功能检查	70

第四章 康复基础学

第一节 周围神经及其支配	73
一、周围神经及其支配肌	<73>
二、皮肤感觉神经分布图	<83>
第二节 中枢神经及其功能	85

一、大脑皮质功能定位 <85>

二、脑神经损害和症状 <85>

第三节 脊髓和神经传导路 86

一、脊髓 <86>

二、脊髓神经传导路 <87>

三、触觉及压觉神经传导路 <87>

四、痛觉及温度觉神经传导路 <87>

五、固有感觉、立体觉神经传导路 <88>

六、锥体路 <88>

七、锥体路损伤和锥体外路损伤的鉴别 <88>

八、痉挛性瘫痪和弛缓性瘫痪的鉴别诊断 <89>

第四节 神经生理学 89

一、反射中枢(浅反射和深反射) <89>

二、 α 运动系和 γ 运动系 <90>

三、共同运动基本范型 <91>

四、联合运动 <91>

五、姿势反射 <92>

第五节 运动学 93

一、肌的作用 <93>

二、肩胛骨及肩关节运动的有关肌 <102>

三、下肢关节运动的有关肌 <103>

四、右踝关节横断面肌肉位置和作用的关系 <104>

第五章 各种疾病的康复

第一节 脑血管障碍 106

一、偏瘫的康复程序图解 <106>

二、脑卒中的鉴别诊断 <107>

三、脑血管的阻塞部位与临床症状 <108>

四、关于脑卒中康复的几个问题 <112>

五、头部外伤的分类 <113>

第二节 脑性瘫痪 114

一、脑性瘫痪的康复程序图解 <114>

二、美国脑瘫学会(AACP)的脑性瘫痪分类 <114>

三、脑性瘫痪的早期诊断 <115>

四、脑性瘫痪的基本障碍 <117>

第三节 共济失调 117

一、共济失调的鉴别 <117>

二、共济失调鉴别诊断的进行方法 <118>

第四节 多发性硬化症	118
第五节 截瘫与四肢瘫	119
一、截瘫及四肢瘫的康复程序图解	<119>
二、脊髓损伤水平与ADL、功能及肌肉支配的关系	<120—121>
三、颈髓损伤水平与运动功能	<122>
四、脊髓障碍的高度与容易发生的畸形	<122>
五、截瘫的基本障碍	<123>
第六节 神经、肌肉疾病	124
一、神经、肌肉疾病的分类	<124>
二、神经原性肌萎缩与肌原性肌萎缩的鉴别	<125>
三、肌萎缩性侧索硬化症的诊断要点	<125>
第七节 周围神经损伤	126
一、周围神经损伤的分类与鉴别	<126>
二、周围神经损伤的程度	<127>
三、陷夹性神经病的要点	<128>
第八节 脊柱部的疼痛	129
一、颈部神经根损伤与定位诊断	<129>
二、腰背痛的原因	<129>
三、腰部神经根损伤与定位诊断 (1)	<130>
四、颈—肩—臂综合症的分类	<131>
第九节 肌 病	131
一、肌萎缩主要疾患的分类	<131>
二、进行性肌营养不良	<133>
三、重症肌无力的诊断标准	<134>
第十节 慢性关节风湿病	135
一、慢性关节风湿病的诊断标准	<135>
二、慢性关节风湿病病期的分类	<137>
三、慢性关节风湿病功能障碍程度的分类	<137>
四、慢性关节风湿病疗效等级的分类	<137>
第十一节 慢性肺部疾病	138
一、慢性阻塞性肺部疾病的鉴别要点	<138>
二、呼吸辅助装置	<138>
三、肺气肿的肺功诊断标准	<139>
第十二节 慢性心脏病	139
一、纽约心脏协会(NYHA)的分类	<139>
二、体育疗法的实施标准 (Anderson 标准—土肥修订)	<140>
第十三节 废用综合征	141
第十四节 肩手综合征	141

第六章 截肢与假肢矫形器

第一节 截肢	142
一、截肢部位的选择 <142>	
二、截肢康复程序图解 <143>	
第二节 上肢假肢	144
一、各种上肢假肢 <144>	
二、各种钩状手 <144>	
三、上肢的截肢部位和假肢 <145>	
四、前臂假肢和名称 <146>	
五、前臂假肢的适合检查 <146>	
六、上臂假肢和名称（双重控制方式） <148>	
七、肩离断假肢（基本形式的肩背带） <148>	
八、上臂假肢与肩离断假肢的适合检查 <149>	
九、上肢假肢的处方笺 <150>	
第三节 下肢假肢	151
一、下肢的截肢部位和假肢 <151>	
二、小腿假肢的接受腔比较 <152>	
三、小腿假肢的适合判定表 <152>	
四、小腿假肢的异常步态 <154>	
五、大腿假肢的适合判定表 <155>	
六、大腿假肢的异常步态 <158>	
七、大腿假肢异常步态的原因 <158>	
八、假腿处方笺 <162>	
九、各种假腿 <164>	
十、小腿截肢术直后临时假肢装配法 <169>	
第四节 上肢矫形器	170
一、上肢的主要损伤及其使用的矫形器 <170>	
二、各种上肢矫形器 <170>	
三、特殊的上肢矫形器 <173>	
第五节 下肢矫形器	174
一、小腿矫形器及其踝关节铰链 <174>	
二、各种小腿矫形器 <175>	
三、带脊柱支架的大腿矫形器 <176>	
四、可调式坐骨结节承重大腿矫形器 <176>	
五、Perthes 病的矫形器 <177>	
六、塑料膝部矫形器 <177>	
七、鞋衬套 <177>	

八、扭转式鞋跟 <178>

九、脊柱裂用的保护支架 <178>

十、麻痹足下垂用的功能性电刺激装置 <178>

十一、截瘫用矫形器 <179>

十二、下肢矫形器的适合判定 <179>

第六节 脊柱矫形器182

一、各种脊柱矫形器 <182>

二、脊柱侧弯矫形器 <184>

第七节 矫形器处方笺185

第八节 轮椅187

一、标准轮椅的名称 <187>

二、轮椅检查的重点 <187>

三、轮椅部件及其特点 <188>

四、轮椅处方笺 <189>

五、各种伤残的轮椅处方示例 <190>

第九节 步行辅助器具191

一、各种拐杖 <191>

二、各种手杖 <192>

三、各种步行器 <192>

第十节 其他辅助器具193

第七章 康复治疗学

第一节 种类194

第二节 理疗法196

第三节 作业治疗199

一、身体残疾的作业治疗分类 <199>

二、作业治疗的项目和工具 <199>

第四节 代表性疾病的康复治疗程序201

一、偏瘫的康复治疗程序表 <201>

二、截瘫的康复治疗程序表 <203>

三、四肢瘫痪作业治疗程序表 <204>

四、失用症、失认症病人的康复原则 <204>

五、失用、失认时常合并的症状及其脑障碍部位的推断 <205>

六、腰痛的康复 <206>

七、肩周炎的康复 <209>

八、肺部疾病的体位排痰法 <210>

九、呼吸训练法 <211>

第一章 康复医学总论

何谓“康复医学”？对这一问题，虽然能够概略地理解但也难于作答。把 Rehabilitation medicine 译成日语，虽有恢复人权，恢复功能训练、重返社会、复原、疗育等涵义，但仍然感到不够确切。康复的定义各书的说法各异，尚未统一。本书也难以只规定一种说法，所以，本书试列出了三个有代表性的定义，其相互间稍有差异，请读者选择自己认为恰当的定义。

世界卫生组织(WHO)把医学体系分为四类或三类两种。分为四类时，第一医学为保健医学，第二医学为预防医学，第三医学为治疗医学，第四医学为康复医学。分为三类时，则去掉保健医学。

康复医学与治疗医学两者间的差异难以明确区分，而在学生的教材或实践中，却很强调“综合治疗组方法”(Team approach)在康复医学上的重要性和特殊性。关于康复综合治疗组(Rehabilitation team)，本书转载了上田敏的康复组织图解，容易理解。现在，在日本具备医务职别十分齐全的康复机构为数不多，只有医师、理疗师和护士等这类医院及康复设施也许会超过半数。不过可以想象到，将来作业治疗师、语言治疗师、社会工作者等医疗辅助人员，在各康复机构中一定会有所增加。

关于康复医学领域内的分类，一般分为医学康复、教育康复、职业康复及社会康复四个方面，也有另加心理康复，体育(sports)及文娱(recreation)康复等。它们并非各自单独地进行工作，而是应当相互紧密配合，通力协作以发挥共同的效能。

在康复医学上关于残疾概念的理解是很重要的，对残缺(缺陷)(impairment)，残疾(disability)，残障(旧称残废)(handicap)三者的程度应当明确地区别应用。关于这方面的问题，请参阅《康复白皮书》(医齿药出版)。

第一节 康复医学的定义

康复医学是对有身残者，通过最大限度地发挥其残存的功能，以恢复在身体上、心理上、社会上、职业上、经济上的能力(美国国家康复顾问委员会，1941)。

图美，一

一、世界卫生组织(WHO)的定义

康复医学是对身残者和精神障碍者，在身体上、精神上和经济上，使其尽快恢复所采取的全部措施。它可大致分为医学康复与职业康复。对于儿童，则由特殊教育部门代替职业康复。此外，还有促进康复的各种社会服务。

二、Howard A. Rusk(腊斯克)的定义

康复医学是为使身残者、慢性病或疾病恢复期患者在尽可能好的条件下生活而设计

的康复程序。

三、日本厚生省“身体残疾者的福利”的定义

康复医学是对有身心障碍者，在医学上、社会上、职业上、经济上和教育上采取各种方法使其尽快地、尽可能充分地恢复，通过康复措施使身体残疾者的潜在能力和残存功能得到充分恢复，以缩小与一般健康人之间的残障差距。

四、WHO 对医学体系的分类

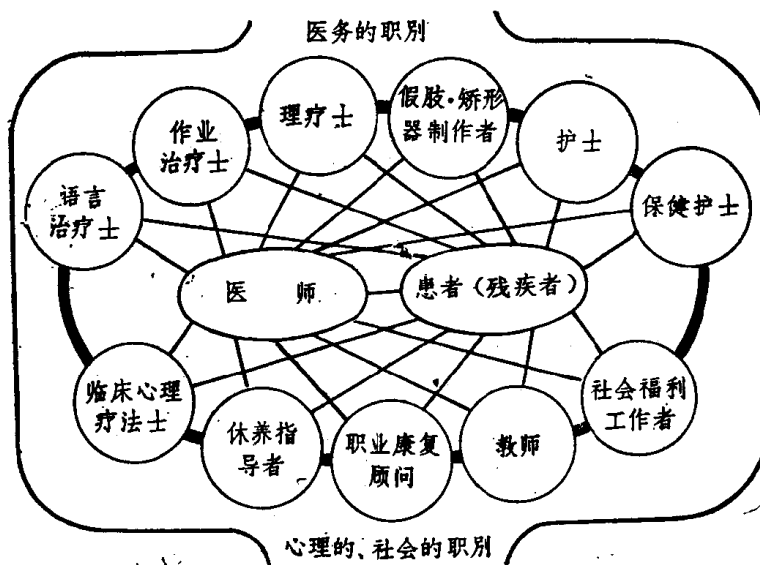
第一类医学——保健医学

第二类医学——预防医学

第三类医学——治疗医学

第四类医学——康复医学

第二节 康复组织(综合治疗组及其成员)



第三节 康复医学的历史

一、美国

1910年代：对残疾开始使用“康复”术语

1917年：Harry E. Mok 在美国陆军军医总监部下设身体重建与康复部

1917年：在纽约成立伤残者研究所

1917年：成立美国作业治疗师协会

1920年：成立美国理疗师协会

1920年：成立美国物理医学学会

1923年：创立美国物理医学与康复协会

1929年: Frank H. Krusen 在费城开设康复医学讲座, 到1975年在113所医学院校中有61所(54%)设有康复讲座, 其中有48所院校开设了完全独立的讲座

1938年: 创立美国物理医学与康复学会

1943年: George G. Deaver 在纽约 Bellevue 医院设立纽约大学物理医学和康复部

1947年: 开始设立美国康复专科医师制, 到1977年有学会认定医师1,111人

1948年: Howard A. Rusk 在纽约大学成立康复医学研究所

1966年: 美国物理医学与康复协会改名为美国康复医学协会

二、日本

1920年代: 高木宪次提倡对肢体残疾儿童进行“疗育”的概念

1963年: 日本康复医学会诞生

1963年: 在国立疗养所东京医院设立日本最早的理疗师与作业治疗师学校

1964年: 在大阪召开第一届日本康复医学会总会。在1980年召开了第十七届会议

1965年: 制定理疗师与作业治疗师法

1966年: 第一次施行理疗师与作业治疗师国家考试, 到1980年6月有理疗师2,773名, 作业治疗师980名

1966年: 开始成立日本理疗师协会与日本作业治疗师协会

1974年: 在独协医大开设日本最早的独立的康复医学讲座, 其后有川崎医大(1975年), 产业医大(1979年), 东海大学医学部(1980年)相继开设了康复医学讲座

(孙嘉先 王世良 译 刘纪清 校)

第二章 功能障碍的评价

康复医学的内容很广泛，而且有些部分还很深奥。它和其他治疗医学领域的一个很大的差别，就是把功能障碍的评价作为重点。因而第二章是很重要的，也想在这章里多占些篇幅。

对关节活动度的表示和测定方法，以往有过几种方法，在1974年日本康复医学会和日本整形外科学会共同做了些规定，因此混乱情况已减少了。可是，在实际工作中问题仍不少。特别是难以排除正常活动度因年龄和性别不同所致的差异。本章刊载了我们对624名正常人四肢主要关节活动度的调查材料，可供参考。其年龄划分是根据有统计学意义的分类法进行的。关于更详细的分类已刊载在《日本整形外科雜誌》53卷3号及《综合康复》8卷1号上，请参阅。

徒手肌力检查仅举出了判定标准的例子，而在实际工作中还必须掌握一些特殊的检查法（腓肠肌、背阔肌、腹直肌等）和检查时的代偿运动。

关于偏瘫的功能检查，一般采用Brunnstrom的六级法，但在恢复阶段的判定上存在着过于概略的缺点。对此，一般认为上田敏等所设计的恢复等级十二级法分的较细，又很合理，所以是一种很优越的方法。在本书中对其内容做了介绍，请广为利用。

步态分析是一个有趣味而又很难进行的领域。现在制做了各种各样的步态分析仪器，对其使用的研究也在不断的发表，其中也有超过千万元的仪器，但基本上还是要靠目测来分析异常步态。所以本书只限于刊载其基本内容。其中有的应属于以后介绍的运动学部分，但为了作为评价的必要知识，将重要的内容也列入了本章。

本章最后刊载的各关节的功能评价法是重要的，但还不够充分，我认为它是今后应当得到发展的一个领域。关于手的评价法，可参考美国手外科学会临床评价委员会的规定，也可参照《整形外科》29卷3号（226页）。

第一节 初期评价项目

理疗师(PT)对初期评价的观察项目

项 目		观 察 要 点
形态测定方面	形 态 测 定	(1) 身長 (2) 体重 (3) 胸围 (4) 坐高 (5) 四肢长 (6) 周径
	姿 势	(1) 圆背 (2) 腰椎前凸增加 (3) 侧弯