

61.216
SWZ

415801

伤残的预防与康复

61.216
SWZ



世界卫生组织编

技术报告丛书 668

人民卫生出版社

61.216
SWZ

本报告为国际性专家组的集体观点，并不代表世界卫生组织的
决定或规定的政策

伤残的预防与康复

还 期 表

廖 昌 王 重 期 文

技术报告丛书 668

人 民 卫 生 出 版 社



世界卫生组织委托中华人民共和国卫生部
由人民卫生出版社出版本书中文版

© 世界卫生组织 1982

根据《全世界版权公约》第二条规定，世界卫生组织出版物享有版权保护。要获得世界卫生组织出版物的部份或全部复制或翻译的权利，应向设在瑞士日内瓦的世界卫生组织出版办公室提出申请。世界卫生组织欢迎这样的申请。

本书采用的名称和陈述材料，并不代表世界卫生组织秘书处关于任何国家、领土、城市或地区或它的权限的合法地位，或关于边界或分界线的划定的任何意见。

本书提及某些专业公司或某些制造商号的产品，并不意味着它们与其他未提及的类似公司或产品相比较，已为世界卫生组织所认可或推荐。为避免差讹和遗漏，专利产品第一个字母均用大写字母，以示区别。

伤残的预防与康复

世界卫生组织 编

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

北京密云县卫新综合印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米 32开本 $1\frac{1}{8}$ 印张 23千字

1985年8月第1版 1985年8月第1版第1次印刷

印数：00,001—8,300

统一书号：14048·4989 定价：0.32元

〔科技新书目 98 — 59〕

目 录

1. 引言.....	(1)
2. 有关伤残过程和康复治疗的各种术语、 概念的定义.....	(1)
2.1. 伤残过程.....	(2)
2.2. 伤残预防.....	(3)
2.3. 康复治疗.....	(3)
2.4. 以基层单位为基础的康复治疗.....	(3)
2.5. 社会结合.....	(3)
3. 对伤残发生率、伤残人的生活状况以及 将来发生率趋势的分析.....	(4)
3.1. 伤残的发生率.....	(4)
3.2. 生活状况.....	(5)
3.3. 远景规划.....	(6)
4. 世界卫生组织有关伤残问题的策略和方针.....	(6)
4.1. 总方针.....	(6)
4.2. 具体的策略与方针.....	(7)
5. 伤残的预防.....	(8)
5.1. 发展中国家的伤残预防.....	(8)
5.2. 发达国家的伤残预防.....	(10)
6. 对发达国家康复服务的分析和建议.....	(11)
6.1. 伤残和康复治疗的范畴.....	(11)
6.2. 提供康复治疗的理由.....	(12)
6.3. 社会和经济变化对伤残者的影响.....	(12)
6.4. 康复服务的发展.....	(14)

6.5. 管理问题.....	(14)
6.6. 康复服务的组织.....	(15)
6.7. 人力问题.....	(16)
6.8. 康复治疗的技术问题.....	(17)
6.9. 基层服务.....	(18)
7. 对发展中国家康复服务的分析	(19)
7.1. 伤残问题的认识.....	(19)
7.2. 政策和计划.....	(19)
7.3. 康复服务的发展.....	(20)
7.4. 管理问题.....	(20)
7.5. 人力问题.....	(21)
8. 关于发展中国家实行以基层单位为基础的康复治疗 治疗的建议和规定.....	(21)
8.1. 宣传工作.....	(22)
8.2. 政府的职责.....	(23)
8.3. 政策的制定和计划.....	(23)
8.4. 人员的培养和现有专业人员及机构的作用.....	(24)
8.5. 康复技术.....	(25)
8.6. 其他部门的作用.....	(26)
8.7. 评价、试点与研究.....	(26)
9. 世界卫生组织与其他组织的协作.....	(27)
10. 结论与建议.....	(28)
10.1. 对各国政府的建议.....	(28)
10.2. 对世界卫生组织的建议.....	(30)
致 谢	(30)
参考资料	
附录 伤残预防措施举例	(31)

伤残的预防与康复

世界卫生组织伤残预防与康复专家委员会报告

1. 引言

世界卫生组织伤残预防与康复专家委员会于1981年2月17日至23日在日内瓦召开会议。副总干事Tejada-de-Rivero博士代表总干事致了开幕词。会议是在“世界伤残人年”之际召开的，这是世界卫生组织在这一年中为努力改善伤残人命运所作贡献的一个重要组成部分。Tejada-de-Rivero博士在回顾了医疗康复专家委员会^[1,2]早先所作的两个报告后指出，这两个报告对建立康复治疗使其成为整个卫生保健工作的不可缺少的一个自然组成部分作出了可贵的贡献。自12年前医疗康复专家委员会召开上一次会议以来，世界卫生组织的工作重点和政策的变化使其对伤残预防和康复治疗采取了初级卫生保健的途径。世界卫生组织伤残预防与康复专家委员会面临的两个主要问题是：如何从地区角度出发开展康复治疗，特别是结合初级卫生保健的康复治疗，以及如何使康复治疗与国家的保健制度和其它有关方面相结合。与此同时，委员会还要求考虑如何预防伤残的问题。

2. 有关伤残过程和康复治疗的

各种术语、概念的定义

委员会回顾了在过去12年中世界卫生组织根据“世界卫

卫生组织国际疾病分类规划”，在拟定有关伤残过程和康复治疗的术语、概念等定义方面所作的贡献。根据世界卫生大会关于批准出版损伤、残疾等补充分类（试行）的WHA29、35号决议〔3〕，世界卫生组织最近出版了一本关于疾病后果的分类手册〔4〕，其中包括有关伤残过程所用术语的定义。委员会认为，虽然目前还没有一套理想的定义（今后也不太可能会制定出这样一套定义来），但应鼓励使用下文各节所下的实用定义。

2.1. 伤残过程

传统上疾病模式可用这样一个过程来表示：

病因——→病理——→表现

但这一模式反映不出与疾病有关的全部问题。疾病影响一个人发挥作用和执行义务；病人不能担负其正常的社会职能。因此，为了反映疾病的进程，需要把反映疾病现象的内在过程引伸为：

疾病——→损伤——→伤残——→残疾

这一过程各项内容的定义（引自上述小册子）如下〔4〕：

损伤 就健康范畴而言，损伤是指心理、生理或解剖结构或功能上的损失或异常。

伤残 就健康范畴而言，伤残是指由于损伤而造成以正常的方式或在正常范围内进行活动的能力的缺损。

残疾 就健康范畴而言，残疾是指由于损伤或伤残而限制或妨碍一个人行使正常职能（取决于年龄、性别、社会和文化等因素）的某种缺损。

这些术语的使用和用途将由拟在八十年代后期召开的“第十届国际疾病分类修定会议”进行审查。委员会对这些定义的看法如下：

(1)损伤和伤残可能是明显的，也可能是不明显的；永久的或暂时的；日趋严重的或逐渐好转的。认识这一点是重要的。

(2)残疾不一定是伤残造成的。有时损伤也能造成残疾，不一定非得经过伤残这一中间阶段。

(3)除了由损伤和/或伤残造成的个人因素外，社会和环境因素也能加重或减轻残疾程度。

2.2. 伤残预防

伤残预防是旨在(1)减少各种损伤的发生(一级预防)，(2)限制或逆转由损伤造成的伤残(二级预防)，(3)防止伤残转化为残疾(三级预防)的所有预防措施。这三级预防将分别在5.1.1.，5.1.2.和5.1.3.节进行深入的讨论。各种预防措施的例子见附录。

2.3. 康复治疗

康复治疗是指为减少致伤残和致残情况的作用以及为使伤残人和残疾人能与社会相结合所采取的一切措施。

康复治疗不仅要训练伤残人和残疾人顺应环境，而且要干与他们所在环境和整个社会以利于他们与社会相结合。

伤残人和残疾人本身，他们的家庭以及他们生活的地区应该共同参与有关康复服务的规划和实施。

2.4. 以基层单位为基础的康复治疗

以基层单位为基础的康复治疗指的是为使用和开拓基层单位力量，在本单位力所能及的水平上（包括受损伤的人、伤残人和残疾人本身，他们的家庭以及他们所在的整个地区）所采取的各种措施。

2.5. 社会结合

社会结合是指伤残人和残疾人积极投身于当地生活的洪流中。为实现这一目的，必须为伤残人和残疾人提供合适的康复治疗并最大限度地减少其生活环境各个方面的所有致残疾病因素。

3. 对伤残发生率、伤残人的生活状况以及将来发生率趋势的分析

3.1. 伤残的发生率

委员会审阅了有关伤残发生率的现有资料。1976年向世界卫生大会提交的一份文件提出了世界卫生组织关于伤残预防与康复治疗的新政策。文件中包括一份发达国家关于伤残的最重要的研究成果以及对一些发展中国家损伤状况发生率估计的总结。目前残疾人占世界总人口的10%左右。这是根据这份文件和其他资料所能得出的最精确的估计。委员会注意到，有的专家认为这一估计不足以说明问题的真正严重程度而有的专家由于对伤残下的定义比较狭窄，所得出的数字比这还要低。

委员会满意地看到，世界卫生组织正在帮助一些发展中国家对伤残问题进行科学的调查，可望在1982年取得更为精确的估计。

但委员会一致认为，确定哪些人需要接受康复治疗比发现伤残的发生率更为重要。据几个发展中国家调查的初步结果估计，总人口中约有1.5%是能从康复治疗中受益的伤残人。因此，在发展中国家大约有四千万伤残人需要接受康复治疗。在1982年世界卫生组织取得调查结果后，这一估计可能需要加以修改。

3.2. 生活状况

伤残人的生活状况是世界卫生组织在发展中国家调查的重点之一。

众所周知，伤残儿童的死亡率比正常儿童的死亡率高得多。营养不良、胃肠感染和支气管肺感染是伤残儿童（如失明儿童、智力发育迟缓儿童以及行动不便儿童）死亡的主要原因。同样，他们的发病率也比较高。伤残成人的收入一般比健康成人低，因此他们更容易遭受贫困。有明显伤残的妇女，例如瞎子，往往会被丈夫遗弃并失去孩子。与健康儿童相比，伤残儿童的上学机会较少。家庭中如果有一个有明显残疾的伤残儿童，不仅他们本人婚配困难，而且会连累兄弟姐妹。

伤残人受到社会隔离的现象极为普遍。这不仅影响患有传染病（例如结核或麻风病）的人，而且影响那些有明显缺陷（例如鼻眼缺损，四肢残缺，佝偻病和有大伤疤）的人，以及智力发育迟缓、精神病和癫痫的人等。在许多社会中，伤残人受到社会隔离是由世袭文化和宗教束缚形成的根深蒂固的恐惧和信仰造成的，例如认为伤残人是由于鬼魔缠身，或者认为是老天对他们的惩罚。对伤残人的这种消极态度和歧视行为比比皆是。

伤残人往往被排斥在所在地区的领导地位之外，很少有人被选进或任命到政治机构去工作。一般都不能参与其社会的规划和决策。这种几乎不让他们参与所在地区事务的作法使他们的种种需要处于无人过问的状态。

发达国家中伤残人的生活状况已成为许多科学研究的课题。众所周知，伤残人缺乏教育和专业训练，常常找不到工作。虽然他们享受伤残救济，但他们的经济状况比健康人要

差，因而他们的生活水平比较低。这些人中不能成婚建立家庭的较多。在过去几十年中说伤残人在自身的福利问题上没有发言权虽然有些言过其实，但是确有许多伤残人对于有关他们自身的政策和服务无权过问。

3.3. 远景规划

据估计，从1975年到2000年，世界伤残人的数目将增加二亿左右。这一估计是根据几年前制定的人口增长计划并假设在这段时间里伤残人比例不变的基础上作出的。另据估计，1970年发展中国家的伤残儿童有六千万至七千万左右。假如不采取现有的预防措施并且不研制新的措施，到2000年伤残儿童的人数预计将会增加到一亿三千五百万至一亿五千万。与此相比，在这段时间里发达国家的伤残儿童数目估计将从一千二百万增加到二千五百万。

可能影响将来伤残人比例的特殊因素是：(1)总人口年龄组成的变化；(2)死亡率和发病率构成的变化；(3)保健服务范围的变化；(4)城市化和工业化的加速。普遍认为，除非伤残预防有较大改善，今后20~30年中伤残的比例仍将保持不变或略有增加，但由于这段时间中世界人口预计增长二十亿，伤残人的绝对数字将有极大增长。

4. 世界卫生组织有关伤残问题的策略和方针

4.1. 总方针

1977年世界卫生大会决定，“各国政府和世界卫生组织在今后几十年的主要目标应该是，使世界上所有公民的健康到2000年达到使他们能富有成效地进行社会和经济生活的水

平”。(WHA30、43号决议)^[3] 1978年阿拉木图初级卫生保健国际会议宣称,实现上述目标的关键在于初级卫生保健^[5]。由于“人人获得保健”包括伤残的预防与康复,因此初级卫生保健——实现这一目标的关键——也是世界卫生组织对伤残预防和开展康复治疗^[5]的总方针。

委员会重申阿拉木图宣言的如下声明^[5]:

“初级卫生保健是基于切实可行、符合科学性的而又为社会上所接受的方式与技术之上的主要的卫生保健,通过整个社会的个人及家庭的积极参与,并在本着自力更生及自决精神而发展的各个阶段上群众及国家能以维持的费用而使之遍及所有人等。……

初级卫生保健是国家卫生体系同个人、家庭和集体发生联系的第一阶段,它使卫生保健最大限度地深入到人们工作和生活的地方,因而是完整的卫生保健过程的首要因素。……初级卫生保健……提出群众中的主要卫生问题,并相应地提供促进、预防、治疗和康复服务”^[5]。

4.2. 具体的策略与方针

主要的策略有两条:

(1)在卫生部门内外通过采取能减少损伤发生的各种措施来预防伤残。如果已出现损伤,应采取措施减轻损伤的严重程度或推迟伤残和残废的发生。

(2)利用初级卫生保健方针开展康复治疗。应开展以基层单位为基础的康复服务(要有适当的管理和转诊制度)。这些服务至少能提供最基本的保健,并成为国家社会经济发展规划的一个组成部分。

委员会强调指出了尽早实现上述总方针和具体策略的重要性。

为了实现上述方针和策略，在进行这项工作时必须对各国目前在组织、贯彻全国卫生工作以及其它有关服务方面加以调整并重新确定方向。为了预防伤残和开展康复服务，使大家都能得到最基本的健康保护，本报告的后面部分对加强基层服务提出了建议和意见。

5. 伤残的预防

由于发达国家和发展中国家伤残预防的情况有很大差异，委员会决定分别加以考虑。

5.1. 发展中国家的伤残预防

5.1.1. 一级预防¹

发展中国家引起伤残性损伤的主要原因是营养不良、传染病、产期护理差以及各种事故（包括暴力），它们占全部伤残病例的70%左右。

由于这些原因造成的损伤很大一部分在幼婴和儿童中发生，因而它们也是造成终身伤残的主要原因。因此在儿童身上最能看出伤残预防措施的效果。此外，由于幼婴和儿童的死亡率比正常儿童高，因此很容易从他们的死亡率的变化来判别伤残预防措施的效果。

委员会在回顾过去几十年中在伤残预防方面取得的进展时指出，总的情况一直不能令人满意。虽然在一些国家中营养不良有所改善，但在另一些国家中（主要是在那些人均粮食生产下降的非洲国家），营养不良变得更为严重。在过去十年中，引起伤残的传染病在一定程度上得到了较好的控制，例如天花已经消灭。另外，有些国家在越来越多的儿童中用免疫预防脊髓灰质炎、结核、麻疹、破伤风、伤寒和百日咳等疾病。但是就其它几种传染病特别是疟疾而言，情况恶化

了。

发展中国家的围产期保健仍然很差。只有让广大孕妇都能得到充分的初级卫生保健才可能降低与围产期有关的伤残发生率。

由于公路交通和暴力行为的增加以及迅速工业化，事故似乎有增无减；过去对这些问题的解决不够有力。

委员会强调指出，为了改善发展中国家的这种状况，今后需要更广泛地采取更为有效的基本措施和特别措施。基本措施包括：努力促进社会经济的发展并改善仍生活在绝对贫困之中的八亿左右人口的卫生状况。特别措施包括发展初级卫生保健事业，以减少营养不良和传染病，改善围产期保健质量，减少事故以及在事故发生后给予更好的治疗。委员会指出，预防损伤（一级预防）是解决伤残问题最有效的方法；靠治疗、疗养和康复往往得不到完全满意的结果。因此，尽管过去这方面贯彻不力，而且将来也有可能会有问题，各国卫生当局和机构以及世界卫生组织都应把一级预防放在首位。

5.1.2. 二级预防

损伤一旦发生，只要可能，就要防止长期伤残的发生。这就需要提高早期发现率进而进行早期有效的治疗。

三个方面的卫生保健是至关重要的，

(1)提供适当的药物（如治疗麻风病、结核、耳部感染、癫痫、精神病、高血压、糖尿病和沙眼的药物）；(2)提供最基本的外科治疗（如治疗创伤、骨折、肢体损伤和白内障）；(3)在有可能造成伤残情况的阶段尽快提供康复治疗。必须强调指出，治疗太差也有可能造成伤残。

上述有些康复服务靠基层单位的条件可能无法开展。此

时有必要建立一个向县、区级卫生中心转诊病人的有效体系。在某些国家里还要等到基层单位有能力建立和维持转诊工作的时候才能全面开展这项工作。

据估计，在发展中国家二级预防能将伤残的发生率和严重程度从目前水平下降10%到20%。

5.1.3. 三级预防

三级预防包括以防止伤残转变为残疾或减少残疾影响为目的的所有措施。这些措施包含在康复治疗中。

应该说明的是，全面实行一级和二级预防并不降低康复治疗的重要性。如前所述，尽管在伤残人的年龄组以及导致伤残的各种因素的重要性方面可能会有所变化，但伤残人在世界人口中的目前这个比例近期内不会发生重大变化。因此，需要康复治疗的人数仍将很多。

5.2. 发达国家的伤残预防

在发达国家中，营养不良、传染病以及落后的围产期保健已不是引起伤残的重要原因，而且绝大部分限于城市贫民区和一些少数民族。但是由事故造成的伤残的数量似乎在不断增加，特别是在年轻人当中。因此，预防事故是发达国家首先要考虑的问题。许多国家已在公共教育、安全措施和立法方面采取了富有成效的措施，以减少特别是与儿童有关的家庭、交通和职业事故。

目前发达国家的伤残除了是由事故造成的以外，多数是由慢性躯体病（例如风湿病、心血管病、肺病）、精神病、遗传性损伤及慢性疼痛和劳损等造成的。功能性精神失调和精神病以及长期嗜酒和吸毒造成的病症也在增加。虽然有人对此提出了可能有效的预防措施，但在实行中却碰到了许多实际的困难。

应当指出，有些为了延长生命的现代医疗保健和治疗措施有时会增加伤残率（例如过去会死于严重事故的病人，接受精心外科手术和化疗的癌症病人，中风、严重心血管病人以及产科合并症的幸存者等这些人中的伤残）。

委员会建议对发达国家伤残主要原因（例如慢性疼痛、风湿病和心血管病）的预防给予更多的注意并增加这方面研究的人力物力。

1 附录分别列举了三级预防的不同预防措施。

6. 对发达国家康复服务的分析和建议

在提供康复服务方面，发达国家并不是整齐划一的。然而，委员会认为有必要对它们发展中一些共同之处和存在问题进行分析，并提出一些建议。

大多数发展中国家的情况与发达国家的情况完全不同。本书第七、第八部分将分别论述有关发展中国家的康复服务和建议。

6.1. 伤残和康复治疗的范畴

人们一向只把坐在轮椅上的青年和双目失明者看作是伤残者，现在的看法仍然如此，这是由于过去的专业机构对伤残的狭隘定义以及以前的康复服务所造成的偏见。

为了能够包括各类伤残，现在应该扩大伤残和康复的范畴。在过去几十年中康复服务的定义和职责有了扩大，委员会对此发展过程表示赞赏。

扩大康复的范畴意味着不仅要运动障碍和感觉障碍（如截瘫和盲人）提供康复，而且还要对智力发育迟缓、精神病、慢性心血管病、肺病、慢性胃肠损伤、皮肤病、癌症和慢性疼痛的患者，以及因长期嗜酒或吸毒造成病症的人提

供康复，同时还需把多种残疾的人挑选出来予以特殊治疗。

发达国家中的伤残者以老年人占多数。由于迄今所采取的伤残预防措施甚为有效，在这些国家中30岁以下的年轻伤残者已不多见。扩大康复的定义和范畴会对康复服务提出更多的要求；因此每一个国家都应研究一下如何改进康复服务以满足大多数伤残者的需要。

6.2. 提供康复治疗的理由

需要重视伤残和康复规划的理由很多；从狭义上讲是出于实用和经济上的需要，从广义上讲是出于人道主义。

1977年12月，联合国专家小组在日内瓦召开了伤残者康复服务投资的社会经济问题会议〔6〕。会议指出，无论提供康复治疗与否，只要发生伤残就会使整个社会蒙受社会和经济方面的损失，但有效的康复计划和赡养计划可减少这些损失。一种基于尊重一切人的人权和国家有责任对其全体公民确保平等的社会政策，将使帮助伤残者及其家属的措施显得更为重要。然而，一些发达国家由于对伤残问题的经济方面有狭隘的理解，因此无根据地强调伤残者的生产水平，从而导致了片面地将注意力集中于对某几种伤残者提供旨在解决就业问题的康复，而放弃了对其他伤残者提供康复服务。这样的选择应该避免，这是因为对社会造成的实际损失和要获得的种种利益，都是与所有伤残者的情况和有效的康复服务休戚相关。

6.3. 社会和经济变化对伤残者的影响

自从第二次世界大战以来，发达国家发生了巨大的社会变化和经济变化。一方面，经济收益不断增长，社会服务增多（包括增加抚恤金），公共交通设施更加便利，身体障碍减少，技术性的辅助器械更加完善，这些都大大提高了许多