

中医康复性研究及探索

李 盈 任蒙强 邢国献 主编



云南出版集团公司
云南科技出版社

中医康复性研究及探索

李 盈 任蒙强 邢国献 主编

云南出版集团公司
云南科技出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中医康复性研究及探索 / 李盈, 任蒙强, 邢国献主
编. -- 昆明 : 云南科技出版社, 2017.9
ISBN 978-7-5587-0870-1

I. ①中… II. ①李… ②任… ③邢… III. ①中医学—
康复医学 IV. ①R247.9

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 257365 号

责任编辑: 王建明 蒋朋美

封面设计: 瑞天书刊

责任印制: 叶水金

责任校对: 翟 苑

云南出版集团公司

云南科技出版社出版发行

(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码: 650034)

北京京华虎彩印刷有限公司印刷 全国新华书店经销

开本: 787mm×1092mm 1/16 印张: 27.25 字数: 400 千字

2018 年 3 月第 1 版 2018 年 3 月第 1 次印刷

定价: 80.00 元

中医康复性研究及探索

编委会成员

主 编：李 盈

任蒙强

邢国献

副主编：尹 萍

前言

中医康复学是指在中医学理论指导下，针对残疾者、老年病、慢性病及急性病后期患者，通过采用各种中医药特有的养生康复方法及其他措施如针灸、推拿、传统体育、药物、药膳等，以减轻功能障碍带来的影响并使之重返社会的医学科学。功能康复是中医康复医学的立足点。

近半个多世纪以来，现代康复学无论在理论还是治疗技术方面，均取得了长足的进步。中医学相比较于西医来说，其治疗效果的见效程度可能不会那么快，而且中医上所开的药方针对一人一方，即使有相同症状的两个病人在中医学上可能也会采用不同的处方与治疗方案。中医康复学这门学科是研究了中医传统的康复理论知识和方法以及中医康复在中医学中应用的一门具有重要意义的学科。西医学注重的是还原论的思想，关注于人体的生理结构和局部定位，而中医学康复注重的是整体的康复，讲究的是顺应自然、适应社会，要求患者的形神并重、形气并重，在帮助患者康复的过程中注重人体的五脏的相互关联。

本书共十七章，合计 40 万字。由来自赣南医学院的李盈担任第一主编，负责第一章至第十一章的内容，合计 10 万字以上。由来自北京市第一中西医结合医院的任蒙强担任第二主编，负责第十二章第一节和第二节、第十三章的内容，合计 10 万字以上。由来自阜平县中医医院的邢国献担任第三主编，负责第十二章第三节和第四节、第十六章、第十七章的内容，合计 10 万字以上。由来自大连疗养院桃源疗养区的尹萍担任副主编，负责第十四章至第十五章的内容，合计 3 万字以上。

本书在编写过程中参考借鉴了一些专家学者研究成果和资料，在此特向他们表示感谢。由于编写时间仓促，编写水平有限，不足之处在所难免，恳请专家和广大读者提出宝贵意见，予以批评改正，以便改进。

目 录

第一章 中医康复概述.....	1
第一节 康复的适应证与禁忌症.....	1
第二节 康复评定.....	2
第三节 康复方法运用.....	7
第四节 社区康复.....	9
第二章 中医体质学说.....	11
第一节 体质差异的形成原因.....	11
第二节 体质的分类.....	13
第三节 不同年龄阶段的体质特征.....	16
第三章 脑卒中患者的康复.....	24
第一节 概述.....	24
第二节 脑卒中患者的康复.....	26
第四章 脑性瘫痪儿童的康复.....	32
第一节 概述.....	32
第二节 脑性瘫痪儿童的康复.....	35
第五章 小儿麻痹患者的康复.....	43
第一节 概述.....	43
第二节 小儿麻痹后遗症患者的康复.....	46
第六章 视力残疾者的康复.....	51
第一节 概述.....	51
第二节 视力残疾者的康复.....	53
第七章 聋儿的康复.....	62
第一节 概述.....	62
第二节 聋儿的康复.....	64
第八章 精神病患者的康复.....	74
第一节 概述.....	74
第二节 精神病患者的康复.....	77
第九章 躯干骨折的治疗及康复.....	79
第一节 脊柱骨折分类及诊断.....	79
第二节 治疗及康复.....	80
第十章 颈腰椎病的治疗与康复.....	84

第一节 注射疗法.....	84
第二节 牵引与卧床休息.....	88
第三节 推拿疗法及康复.....	91
第十一章 老年人的康复.....	97
第一节 概述.....	97
第二节 我国老年人的康复.....	99
第三节 老年人各系统的变化.....	102
第四节 老年常见急症及发病特点.....	105
第五节 老年急症诊治原则.....	106
第十二章 中医内科诸证.....	108
第一节 呼吸系统病证.....	108
第二节 消化系统病证.....	152
第三节 泌尿系统病证.....	207
第四节 神经系统病证.....	241
第十三章 头部康复推拿疗法.....	291
第一节 颅骨手法.....	291
第二节 枕骨手法.....	309
第三节 颞骨手法.....	315
第四节 额骨手法.....	325
第五节 顶骨手法.....	334
第十四章 软组织疼痛的推拿治疗.....	341
第一节 颈椎病.....	341
第二节 落枕.....	343
第三节 胸胁迸伤.....	345
第四节 急性腰扭伤.....	346
第五节 腰部伤筋.....	347
第六节 腰椎间盘突出症.....	349
第七节 肩部伤筋.....	352
第八节 肘部伤筋.....	354
第九节 腕部伤筋.....	355
第十节 梨状肌综合征.....	357
第十一节 骶髂关节扭伤.....	358

第十二节 髋部伤筋	359
第十三节 膝部伤筋	360
第十四节 踝部伤筋	362
第十五节 跟骨痛	363
第十五章 针灸	364
第一节 针灸治疗作用	364
第二节 针灸治疗原则	368
第三节 针灸辨证论治纲要	376
第四节 针灸配穴处方	383
第十六章 内科病症的针灸治疗	390
第一节 感冒	390
第二节 咳嗽	392
第三节 哮喘	394
第四节 胃病	396
第五节 呕吐	398
第六节 痢疾	400
第七节 消渴	402
第八节 癲病	404
第九节 头痛	406
第十节 面瘫	408
第十一节 中风	409
第十二节 水肿	411
第十七章 骨伤科病症的针灸治疗	413
第一节 腱鞘囊肿	413
第二节 网球肘	414
第三节 肩漏风	415
第四节 扭伤	416
第五节 落枕	418
第六节 外伤性截瘫	420
第七节 足跟痛	422
第八节 颞下颌关节功能紊乱综合征	423
参考文献	424

第一章 中医康复概述

第一节 康复的适应证与禁忌症

康复的对象是各种原因导致的心、身功能障碍，从理论上讲，每种伤病均会伴有程度不同的功能障碍，都应该是康复的适应证。根据中医的传统和现代临床医学的划分习惯，目前康复的适应证主要包括四大类，即：急性伤病后及手术后的患者、各类残疾者、各种慢性病患者、年老体弱者。

一、因病致残

指疾病所致的身体残疾及精神障碍者。包括脏腑、五官、五体功能上的残疾、智力迟钝和精神疾病等。例如脑血管意外所致的偏瘫、周围神经损伤后形成的痿证和面瘫、关节肌肉病导致的痹证、聋哑、失明、失语、癫狂、五迟五软（包括小儿脑瘫）等病证。

中医将热病瘥后诸证也列入病残范畴，并对其进行康复治疗。这是指外感热病基本治愈后所留有的一些病症。如热病后低热、咳嗽、浮肿、虚羸少气、喜睡、多汗、食少、不寐、惊悸、便秘、泄泻、肌肤甲错等病证。

二、外伤伤病和残疾

即运动损伤、挤压损伤或烧烫损伤等所致身体或精神心理残疾者。例如骨折后、颈椎病、外伤性截瘫、脑震荡、烧烫伤、脱位、伤筋、截肢后、肌肉萎缩症、骨质疏松症等病症。

三、慢性病

是指急性病过后形成的迁延性病症及一些病积较长，缠绵不愈的病症，有脏腑组织功能障碍者。如慢性肾炎、慢性肝炎、胃下垂、肺结核、糖尿病、肥胖症等病证。

在慢性病中，包括恶性肿瘤，主要是指恶性肿瘤已基本治愈或控制，但存在身体功能障碍者。

四、衰老和老年病

是指老年人有形体与心理功能障碍，或虽无明确病残，但有慢性病证者。例如，老年人高血压病、低血压症、高脂血症、心肌梗死、慢性阻塞性肺疾患、震颤麻痹综合征、骨质疏松症、老年性痴呆、尿失禁、废用综合征等。

康复的禁忌证则包括发热、各种传染性疾病，一般疾病未得到临床治疗时，以及伤病后生命体征不稳定时，均不适宜接受康复治疗。

第二节 康复评定

康复医学要解决的问题是功能障碍，康复评定就是功能评定，就是明确机体脏器和心理功能、个体活动功能，以及参与社会活动能力受损害的性质、范围、程度及变化趋势，从而制定合理的康复方案，选择康复疗法，评价康复效果及估计功能预后。康复功能评定可以在器官、个体与社会能力这三个层次上作出。没有功能评定就无法判断各种康复治疗的作用。功能评估也是劳动力鉴定和残疾分级评定的依据。功能评定是康复医学工作的基本内容之中医的康复评定，自古以来一直包含在诊断学内容之中，传统的四诊（望、闻、问、切）、八纲（阴阳、表里、寒热、虚实），虽说是用之千古而不衰的技术，但毕竟过于依赖个体经验的积累、充满着飘忽不定的意象推理，依靠悟性和灵感来对疾病进行本质的判断，显得过于笼统、宽泛和模糊。在现代康复医学领域，规范化、数据化、标准化已经成为学术的基准，中医康复学尽管具有异彩纷呈的方法和技术，但在康复评定方面，依然无法形成体系，更无法与世界交流，成为中医康复学领域有待强化的部分。

而现代康复学的评定技术，由于过分依赖仪器设备，测试项目过细而显得繁琐；数据精密，但均是局部状态；综合评价难以准确衡量整体功能。生理、心理康复的技术方案和评价理论缺少内在的相关性等等，是其不足之处。

目前，康复医学界缺少相对成熟的，中西医均能接受的，确实能为康复评定工作带来简便、快捷、全面、准确的评定体系。

下面简要介绍常用的评定技术和方法。

一、四诊评定法

（一）问诊

通过问诊对康复对象进行病史调查。重点是调查患者的功能障碍情况、生活自理能力、工作能力、职业能力和心理状态、社会价值以及自我评价等问题。

（二）望诊

康复评定中的望诊重点，是望眼神、肢体、畸形、肌肉和关节活动等情况。

运动学的有关测定、常规功能检查、日常生活能力测定，一般都要通过望诊来进行。

（三）切诊

中医的脉诊是切诊最主要的内容，可以通过脉诊来确定脏腑功能、气血津液状态的盛衰，痰湿瘀血的有无，以及疼痛、酸胀、麻木、肢体残障的中医属性。此外，康复学的切诊还包括用手触摸或按压残损肢体、脏器或肿块，以了解其病理特征。

（四）闻诊

除嗅气味以外，重点是听声音，包括听患者语音的高低、语言的逻辑、呼吸的声音、体内脏器如心肺等器官发出的声音以及骨关节的摩擦音等，以此来推测患者正气的强弱，脏腑组织功能障碍的状况。

医学心理学测定、语言能力测定、心肺功能测定、生活能力测定、职业能力测定，可结合中医的问诊技术来进行。

二、现代康复学评定技术

主要内容如下：

运动学测定：肌力测定、关节活动度测定、步态检查等。

神经电生理学测定：肌电图检查、神经传导速度测定、激发或诱发电位测定等。

心肺功能检查：心电图检查、分级运动试验、肺功能检查等。

有氧运动能力检查：通过单级或多级运动试验测定总做功量、最大摄氧量、代谢当量等。

医学心理学测定：心理测定、智力测定、行为评定、认知与感知评定等。

语言能力测定：失语成套测验、聋哑测定等。

作业能力测定：日常生活能力评定、就业能力检查等。

残疾评定：肢体残疾、视力残疾、智力残疾评定等。

各种专项疾病分级评定介绍如下：

（一）测量法

使用皮尺、量角器等简单工具，测量肢体的长度和周径、关节活动范围等，并与健侧作比较，以评定肢体残损情况。其中，测量肢体长度的目的，是测定骨的缩短或增长程度，以及残肢断端的长度；测量肢体周径的目的，是评定患肢肌肉有无萎缩和肥大。测量关节活动范围的目的，是将所测得关节活动的度数与正常入关节活动的角度作比较，可确定患者关节功能损伤的程度，也可以为康复效果的评定提供依据。

（二）手法肌力测定

康复对象的肌力水平与其日常生活能力有因果联系，测定肌力对其功能判断具有重要意义。

表 1-1 肌肉分级标准

测试结果	Lovett 分级	MRC 分级	Kendall 分级
能抗重力及正常阻力运动至测试姿位或维持此姿位	正常, Normal, N	5	100
	正常 ⁻ , Normal ⁻ , N ⁻	5	95

同上，但仅能抗中等阻力	良 ⁺ ，Good ⁺ ，G ⁺	4	90
	良，Good，G	4	80
同上，但仅能抗小阻力	良 ⁻ ，Good ⁻ ，G ⁻	4	70
	好 ⁺ ，Fair ⁺ ，F ⁺	3	60
能抗肢体重力运动至测试姿态或维持此姿态	好，Fair，F	3	50
抗肢体重力运动至接近测试姿态，消除重力时运动至测试姿态	好 ⁻ ，Fair ⁻ ，F ⁻	3	40
在消除重力姿态做中等幅度运动	差 ⁺ ，Poor ⁺ ，P ⁺	2	30
在消除重力姿态做小幅度运动	差，Poor，P	2	20
无关节活动，可扪到肌收缩	差 ⁻ ，Poor ⁻ ，P ⁻	2	10
	微，Trace，T	1	5
无可测知的肌收缩（全瘫）	零，Zero，Z	0	0

肌力分级的简易描述：

0级（0%）：全瘫。肌肉完全无收缩，患者企图用力收缩肌肉以完成动作，但看不到，也触不到肌肉收缩。

I级（10%）：差。肌肉稍微有收缩，患者力图做肌肉收缩以完成一定的动作时，检查者可以看到或摸到肌肉收缩，但不能使关节活动。

II级（25%）：较差。在排除肢体重力时，肌肉收缩可以使关节活动，即顺着地心引力时运动，但不能对抗肢体重量而活动。

III级（50%）：尚可。仅能有抗地心引力收缩而使关节主动活动到正常范围，但要同时加上阻力，则不能运动该肢体或关节。

IV级（75%）：良好。肌肉收缩不仅能对抗地心引力，同时能对抗一定阻力，关节活动到正常范围。

V级（100%）：正常。有对抗阻力的肌肉收缩，能对抗较大阻力完成运动，与健侧相同。

（三）日常生活能力评定

日常生活能力指衣、食、住、行、个人卫生等必需的基本动作和技巧。

评定标准一般分为五级：

一级：依赖。患者不能完成日常生活活动，即使有适当的设备或别人的帮助也不能自己活动，全部功能都由他人代劳。

二级：需要帮助。患者自己能做一部分，但需要别人不同程度的帮助才能完成。

三级：需要监护。患者需要别人的语言指导或在一旁照看去完成日常生活活动。

四级：基本自理。能独立完成，但较慢，或需使用辅助器具帮助其完成。

五级：自理。能自己独立完成活动，无需别人语言或体力上的帮助。

（四）职业工作能力评定

指对康复对象在重新就业或恢复工作之前，对其所从事职业工作的能力进行检查和评定。目的在于：①确定残疾或疾病对工作能力的影响；②根据康复对象的功能水平，提出其适宜从事的职业工种；③对康复对象的工作环境或条件做出调整的建议。

1. 体力因素

包括对身体健康和功能状况，能否坚持在一定体位下工作（如坐位、行走体位）、视力、听力等情况做出评定。其中，对体力劳动强度，按体力负荷的大小进行分级，标准如下：

一级：坐位工作。基本在坐位下工作，偶尔站立或行走、工作中有轻度操作，但提物重量不超过 4~5 公斤。

二级：轻度体力劳动。工作常在站立或步行的体位下进行，提物重量达 9~10 公斤；或在坐位下工作，但需用力推、拉重物，或用脚力操纵机器。

三级：中度体力劳动。提物重量常达 12 公斤，最高可达 22 公斤左右，工作常在站立或步行体位下进行。

四级：重度体力劳动。提物重量常达 22 公斤，最高可达 45 公斤，工作常在步行或站立体位下进行。

五级：超重度体力劳动。提物重量常达 25 公斤以上，最高可达 45 公斤以上，工作常在步行或站立体位下进行。

2. 技能因素

包括基本技能和职业技能。基本技能主要指手的基本劳动技能，职业技能则因不同职业而异。

3. 智能因素

工作性质不同，所需智能的程度也不一。智力功能检查的内容包括对判断力、理解力、记忆力和语言能力的检查。可通过智力测试或各种职业所需的量表、问卷来测评。

4. 心理因素

包括兴趣、气质、情绪、性格、意志、毅力、自制力等。采用医学心理学的专门技术进行测定。

（五）残损分级评定

残损，是指残疾和功能障碍，包括不同程度的肢体残缺、活动障碍、脏腑功能不全、精神及智力方面的缺陷，以致不能正常的生活、学习与工作。残损分级评定就是根据残损者完成日常生活活动的程度，以及感官、精神情绪方面障碍的程度以判断其残损的程度，目的是：①确定有无残损；②残损性质的辨证分类（如瘫痪、痹证、聋哑等）；③残损的程度（严重残损、中度残损、轻度残损）；④对生活、劳动与社会能力的影响；⑤康复建议（包括医疗、职业、社会康复建议）。

残损通常分为三级：

1. 一级残损（严重残损）

- （1）上肢或下肢有严重残损，日常生活或行动不能完全自理。
- （2）不能利用感官及语言交流情感，聋哑且失明。
- （3）二便失禁，经常尿床及溢粪。
- （4）智能和精神情绪不适应在家庭和社会环境下生活，需长期住院。

2. 二级残损（中度残损）

- （1）上肢或下肢有残损或无残损，在别人扶助下或利用轮椅能作日常生活活动。
- （2）在他人帮助下能进行语言交流，视物不清。
- （3）在他人帮助下能解决二便排泄问题，偶有尿床及溢粪。
- （4）智力和精神情绪适应性差，需在他人帮助和鼓励下方能适应家庭和社会环境，完成极小量力所能及的家务。

3. 三级残损（轻度残损）

- （1）生活基本能自理，但上肢或下肢功能有残损，需使用步行辅助器具或使用轮椅在无阶梯的地方自由活动。
- （2）基本上能进行语言交流，视物尚清，但感官及语言交流有一定缺陷。
- （3）基本上能控制二便，能参加社交或工作。
- （4）基本上适应家庭和社会环境，但须在环境方面、工作性质和要求方面稍做调整和改变。

三、评定的规范和步骤

功能评定时应按功能检查常规规范操作，应配备必要的测试设施。功能评定通常与康复疗程结合，分初期评估、中期评估和后期评估。

功能评定步骤分为：询问原发伤病的病史，检查体征，确定功能损害的性质、部位，据以选择功能检查的方向及项目，然后进行功能检查。最后根据查出的结果作分析评定。

第三节 康复方法运用

一、康复团队

由于康复对象是多方面功能障碍的伤病者，包括身体的、精神的、社会生活的、职业的等，加上多种功能障碍之间的相互影响、相互制约，因此，要获得较好效果，必须有不同康复治疗方法的平行或交错介入和综合应用，这称为全面康复。全面康复主要包括四个领域，即医学康复、社会康复、教育康复和职业康复。全面康复的实施需要通过康复治疗组进行。康复治疗组成员有康复医师、康复护士、物理治疗师、作业治疗师、针灸按摩师、言语治疗师、文娱治疗师、心理治疗师、康复工程师/士、职业咨询师和社会工作者等，这些成员组成康复团队。

二、康复方案个体化

康复对象来自临床各个不同科室，所患疾病有较大差异，引起的功能障碍也各不相同，即使同一类伤病，不同患者的功能障碍也各有侧重。这就要求在为患者制定康复治疗方案时，应考虑伤病性质、损伤程度、功能障碍特点以及年龄、并发症、对功能恢复的要求等多个方面进行综合分析，制定出符合患者要求的个体化康复治疗方案。

三、以主动训练为主

训练治疗包括关节功能训练、肌力训练、有氧训练、平衡训练、移乘训练、步行训练等主动训练的内容。这些疗法主要采用主动运动的方式对患者进行治疗，着重进行躯干、四肢的运动及感觉、平衡等功能的训练。现代康复医学的主要对象是运动功能障碍，因而，主动运动训练在西医康复学中占有重要地位。

四、综合康复模式

康复治疗是以患者身心障碍为对象，综合运用各种康复医疗手段，如物理疗法对全身运动功能的改善，作业疗法对手能力的提高，听力语言矫治，康复工程的替代，以及药物治疗、针灸推拿、心理治疗、康复护理等。

五、康复三级预防

（一）一级康复预防

伤病发生的预防，这是康复医学与预防医学的交叉内容，通常由预防医学承担。

（二）二级康复预防

伤病后积极开展临床治疗，以及早期和恢复期康复，以防止伤病加重，预防器官或系统因伤病所致的残疾和功能障碍。

（三）三级康复预防

虽然伤病后造成残疾，但应积极开展后遗症期功能康复，改善功能和发挥功能代偿，同时避免原发病的反复发作，达到残而不废。

六、三级康复方案

（一）康复医学科

为综合性医院或专科医院的一个独立的临床科室，应设有康复病房、康复治疗室和康复门诊，接受临床各科转诊患者和社区转来的康复患者，康复门诊也随访康复科出院患者。

综合性医院中康复医学科的工作主要对象是急性伤病后住院期间的患者。急性伤病或术后患者的生命体征一旦稳定，就应及时开展早期康复。早期康复又称一级康复。

（二）康复中心

为独立的康复治疗机构，有康复病床，也有附设的康复医学门诊部。康复中心一般建于自然条件较好的地区，有较完善的康复设施，包括系统的功能测试设备和各种康复治疗科室。康复中心主要接待的对象是出院的恢复期患者，除进行必要的临床药物治疗以外，主要采用综合康复治疗。部分康复医疗中心也承担康复医学的教学和科研任务。恢复期康复又称二级康复。

（三）社区康复

无论是医院或康复医疗中心出院的大部分患者，还是社区内的其他需要康复的对象，都需要社区层次的继续康复治疗和指导。社区是指患者居住地区，如农村的乡镇、村二级地区，城市中的街道、居委会。社区康复是整个康复医疗网络的基层终端，是整个康复过程的重要组成部分。社区康复又称三级康复。

第四节 社区康复

社区康复是指在社区的层次上对所有功能障碍对象采取综合康复服务。是早期康复治疗延续,它是康复对象在社区内继续得到康复服务的保证。

出院的患者除一小部分进入康复中心以外,其余返回社区,多数人仍需要不同内容的康复服务。医学科学的发展和社会的进步给社区康复事业的发展提供了契机。1976年,世界卫生组织已提出了以社区为基础的康复服务,要求社区为康复对象提供基本的服务和训练。我国是发展中国家,医疗资金、康复技术、康复专业人员都很缺乏,但也从1986年起开始了社区康复的试点。1991年5月,我国颁布了《中华人民共和国残疾人保障法》。在卫生部、民政部和残疾人联合会共同推动下,到1994年底,全国已经建立了社区康复站6000多个,这些康复站在对伤残人员普查、康复功能训练和建立康复档案等方面发挥了一定作用,也摸索出了一些符合我国国情的康复工作模式。我国已建立城市三级医疗机构系统,其中一级街道医院长期工作在社区,只要转岗学习全科医学包括康复医学的理论技术,大部分医护人员可以成为社区康复工作的基本力量。近年来,随着全社会对全科医学的重视,社区康复的发展越来越快。

一、社区康复的目标与任务

总的目标是依照全面康复的原则,为社区内的功能障碍者提供综合性的康复服务,包括医学的、教育的、职业的、社会的康复服务。

- (一) 建立社区康复领导管理小组
- (二) 培训社区康复专业技术人员
- (三) 完成社区康复的普查与评估工作
- (四) 建立各种形式的社区康复场所
- (五) 设立社区特殊康复机构
- (六) 营造助残的良好社会风气
- (七) 转诊中心功能
- (八) 建立自负盈亏的经济核算体制

二、社区康复的服务方式

不同国家的社区康复可以因政治、经济、文化习惯、社会结构等背景不同而有差异。我国地域辽阔,人口众多,各省市地区之间、城市与乡村之间发展也不平衡,因此,可以推行的社区康复的服务模式也有不向,大致有以下几种: