Supported by China Medical Board with "CMB Program #08-893"

卫生部规划教材　　全国高等医药教材建设研究会规划教材

全国高等学校医学成人学历教育（专科）教材

供临床、护理、口腔、检验等专业用

康复医学

主　编　张志强

副主编　苑秀华

人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

卫生部规划教材　全国高等医药教材建设研究会规划教材
全国高等学校医学成人学历教育(专科)教材
供临床、护理、口腔、检验等专业用

康复医学

主　　编　张志强
副 主 编　苑秀华

人民卫生出版社

图书在版编目（CIP）数据

康复医学/张志强主编. —北京：人民卫生出版社，2010.4

ISBN 978-7-117-12673-1

Ⅰ.①康… Ⅱ.①张… Ⅲ.①康复医学—医学院校—教材 Ⅳ.①R49

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2010）第 036571 号

门户网：www.pmph.com 出版物查询、网上书店
卫人网：www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有，侵权必究！

康 复 医 学

主　　编：张志强
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
购书热线：010-67605754　010-65264830
　　010-59787586　010-59787592
印　　刷：潮河印业有限公司
经　　销：新华书店
开　　本：787×1092　1/16　**印张：**18.5
字　　数：446 千字
版　　次：2010 年 4 月第 1 版　2010 年 4 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号：ISBN 978-7-117-12673-1/R·12674
定　　价：33.00 元
打击盗版举报电话：010-59787491　E-mail：WQ @ pmph.com
（凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换）

前　言

随着社会的发展与进步，医学也已经从单纯的疾病治疗转变为预防-保健-治疗-康复“四位一体”的新模式。正是在这种背景下，康复医学近年来得到了迅速的发展，各种版本的康复医学教材陆续问世，但目前尚缺少一本适合成人高等教育需求的康复专业教材。为此我们组织了中华医学会物理医学与康复学会各专业领域的专家们根据成人高等教育的特点编写了本教材。

本教材编写的原则是适应成人的生理、心理发展规律，遵循成人学习的特点，顺应成人学习需求。在内容的选择上注重基础性、职业性及满足教师的专业创造需求，除了按一般教材编写原则进行编写外，在常见疾病的诊治中附有按疾病病程发展不同时期的康复治疗范例，以方便学生学习，提高学生整体掌握与运用的能力，特别是对广大基层学员更适用。

虽然在教材的编写过程中，编者们注意到了本教材使用的对象是成人，但由于编写人员较多，写作风格难以完全统一，错漏难免，欢迎广大师生在使用过程中发现问题并及时反馈，以便再版时修订完善。

在本教材的编写过程中得到中国医科大学继续教育（成人教育）学院、中国医科大学附属盛京医院的大力支持，在此表示感谢。

张志强

2009.12.20

目　录

第一章　康复医学概论 …… 1
第一节　康复与康复医学 …… 1
一、康复的基本概念 …… 1
二、康复医学 …… 1
第二节　康复医学的组成及工作方式 …… 2
一、康复医学的组成 …… 2
二、康复医学的工作方式 …… 3
第三节　残疾的分类与预防 …… 5
一、残疾的分类 …… 6
二、残疾预防 …… 7
第四节　康复医学的发展 …… 8
一、康复医学的发展史 …… 8
二、康复医学的将来 …… 9
第五节　临床医师与康复医学 …… 9

第二章　康复治疗理论基础 …… 11
第一节　运动学基础 …… 11
一、运动与制动对机体的影响 …… 11
二、骨骼肌肉系统的运动学 …… 17
三、关节的运动学 …… 21
第二节　神经发育学基础 …… 23
一、中枢神经发育机制 …… 24
二、中枢神经系统的可塑性 …… 25
三、神经再生及脑老化 …… 29

第三章　康复医学评定 …… 31
第一节　康复医学评定的概述 …… 31
一、康复评定的概念 …… 31
二、康复评定的目的 …… 31
三、康复评定的方法 …… 32
四、康复评定的流程 …… 34
五、康复评定的原则与注意事项 …… 34

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbook.com

第二节 运动功能评定 …… 34
一、关节活动范围测定 …… 34
二、肌张力评定 …… 38
三、肌力评定 …… 40
四、平衡协调功能评定 …… 47
五、步态分析 …… 51
六、运动心肺功能的评定 …… 55
第三节 个体活动能力与生存质量评定 …… 62
一、概述 …… 62
二、日常生活活动能力评定 …… 62
三、独立生活能力评定 …… 65
四、生存质量评定 …… 67
第四节 言语和吞咽功能评定 …… 69
一、概述 …… 69
二、失语症评定 …… 70
三、构音障碍评定 …… 73
四、吞咽障碍评定 …… 76
第五节 认知功能和心理测验 …… 85
一、概述 …… 85
二、感知功能评定 …… 86
三、认知功能评定 …… 91
四、心理测验 …… 92
第六节 电诊断 …… 102
一、概述 …… 102
二、低频电诊断 …… 102
三、肌电图 …… 107
四、神经传导速度的测定 …… 112
五、神经反射检查 …… 114
六、诱发电位 …… 116

第四章 康复治疗技术 …… 121
第一节 概述 …… 121
第二节 物理治疗 …… 121
一、概述 …… 121
二、运动疗法 …… 122
三、物理因子疗法 …… 131
第三节 作业治疗 …… 152
一、概述 …… 152
二、作业疗法的种类 …… 153

三、日常生活动作训练 …… 153
第四节　言语与吞咽治疗 …… 158
一、概述 …… 158
二、失语症治疗 …… 160
三、构音障碍的治疗 …… 164
四、吞咽障碍的治疗 …… 166
第五节　心理治疗 …… 172
一、概述 …… 172
二、残疾后心理变化过程 …… 173
三、主要的心理治疗方法 …… 174
第六节　中国传统康复疗法 …… 176
一、概述 …… 176
二、推拿疗法 …… 177
三、针灸疗法 …… 179
第七节　康复工程 …… 181
一、概述 …… 181
二、矫形器 …… 181
三、假肢 …… 182
四、助行器 …… 183
五、轮椅 …… 185

第五章　常见疾病的康复 …… 186
第一节　神经系统疾病的康复 …… 186
一、脑卒中 …… 186
二、颅脑外伤 …… 199
三、脊髓损伤 …… 208
四、周围神经损伤 …… 215
五、脑性瘫痪 …… 220
第二节　骨关节及运动系统疾病的康复 …… 229
一、骨关节炎 …… 229
二、骨折 …… 233
三、颈椎病 …… 237
四、肩关节周围炎的康复 …… 242
五、软组织损伤 …… 245
六、腰椎间盘突出症 …… 248
七、人工关节置换术 …… 255
第三节　常见心肺疾患的康复 …… 261
一、冠心病康复 …… 261
二、慢性阻塞性肺疾病的康复 …… 265

第六章　常见问题康复处理 …… 270
第一节　慢性疼痛 …… 270
一、概述 …… 270
二、疼痛评定 …… 270
三、慢性疼痛的康复治疗方法 …… 272
第二节　痉挛 …… 275
一、概述 …… 275
二、痉挛评定 …… 275
三、痉挛治疗 …… 278
第三节　神经源性膀胱 …… 280
一、概述 …… 280
二、分类 …… 281
三、治疗方法 …… 281

主要参考文献 …… 285

第一章

康复医学概论

第一节　康复与康复医学

一、康复的基本概念

（一）定义

康复（rehabilitation）是指“采取一切有效的措施，预防残疾的发生和减轻残疾的影响并使残疾者重返社会”。康复的各种有效的措施包括医学的、工程的、教育的、社会的、职业的一切手段，构成全面康复的概念。其中医学康复占有相当重要的地位。康复针对病、伤、残者功能障碍，以提高功能水平为主线，并把整体的人作为对象。康复不仅是训练患者使其提高功能与能力以适应环境，还包括调整残疾人的周围环境和社会条件以利于他们重返社会。

（二）内涵

严格地讲，康复（rehabilitation）一词的词头 re-是重新的意思，habilit 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 是重新得到能力或适应正常社会生活的意思。这与疾病后的恢复（recovery）有明显的区别。前者是指病后虽经积极处理仍不能百分之百恢复的人群，存在康复的问题，即尽管病后病理状态无法消除，但经过康复，仍然可以达到个体的最佳生存状态。后者是病后可自然百分之百恢复的人群，如患肺炎后被治愈。这种情况不存在康复的问题。所以康复（rehabilitation）与恢复（recovery）含义上是有明显差别的。

二、康复医学

（一）定义

康复医学（rehabilitation medicine）是具有独立的理论基础、功能评定方法、治疗技术的独特医学学科，是促进病、伤、残者康复的医学。它研究有关功能障碍的预防、评定和处理（治疗、训练）等问题。与保健、预防、临床医学共同组成全面医学（comprehensive medicine）。

（二）服务对象和目的

康复医学的服务对象是各种损伤与急、慢性疾病和老龄带来的功能障碍者及先天发育障碍者，以提高其生活质量为最终目的。

康复医学主要针对功能障碍，这种障碍可以是潜在的或现存的、可逆的或不可逆的、部

分的或完全的，可以与疾病并存或成为后遗症。采用适应和代偿的方法，解决功能障碍的问题。康复医学强调整体康复，紧紧围绕三个方面进行工作：

（1）尽最大可能减轻残疾；

（2）训练残疾人获得新的能力与技能，以减轻功能障碍的影响；

（3）改变残疾人生活环境，以使残疾造成的影响最低化。

（三）康复医学与临床医学的区别

康复医学与临床医学在对象、方法、目的、结果等方面有明确的不同。主要区别见表 1-1。

表 1-1　康复医学与临床医学的主要区别

项　目	康复医学	临床医学
对象	躯体残疾或功能障碍	疾病
方法	功能训练、代偿或教育	药物、手术
目的	克服功能障碍，提高能力	治愈疾病
结果	回归家庭或社会	痊愈

第二节　康复医学的组成及工作方式

从某种意义上讲康复医学是一种功能医学，它与临床医学有很大的区别。它的主要任务是研究功能障碍以及如何解决残疾给患者带来的功能障碍问题。为此康复医学有自己独特的内涵和工作方式。

一、康复医学的组成

康复医学的组成包括康复医学理论基础、康复评定和康复治疗。另外临床康复、社区康复也逐渐形成并受到人们的重视。

（一）康复基础学

康复基础学指康复医学的理论基础，重点是与主动运动功能训练有关的运动学、人体发育学、神经生理学、医学物理学、残疾学及与患者社会生活密切相关的环境改造学等。

（二）康复评定

康复评定是客观地、准确地评定功能障碍的原因、性质、部位、范围、严重程度、发展趋势、预后和转归，为康复治疗打下牢固的科学基础。康复评定有别于临床诊断，且远比临床诊断细致而详尽。评定至少在治疗前、中、后各进行一次，以便根据结果制订或修改治疗计划，对康复治疗的效果和预后做出客观的评价。

由于康复医学主要是针对功能障碍，而且这种功能障碍许多是不能直接进行定量测量的，如精神、心理的各项功能、言语功能、学习功能、生活能力、步态功能等。因此在康复评定中使用了许多评价量表，通过等级或记分的方法，使那些本来不能直接定量测量的变量变成可以“定量”评定的变量。同时，一个量表的选择要经过有效、可信、敏感、实用的检验，方能使用推广。

（三）康复治疗

康复治疗以康复训练为主要手段，同时不排除临床上行之有效的其他治疗方法，如药物、手术等。康复治疗技术的应用是康复医学不同于其他治疗学的特征之一，一般来讲，它治疗的不是疾病本身，而是由疾病引起的功能障碍。

康复治疗最大可能地增加功能和能力，将残疾与残障降低到最低程度，从而促进患者活动能力和参与能力的提高。

康复治疗的分类包括：

1. 物理治疗（physical therapy，PT）
2. 作业治疗（occupational therapy，OT）
3. 言语治疗（speech therapy，ST）
4. 心理治疗（psychological therapy）
5. 文体治疗（recreational therapy，RT）
6. 康复工程（rehabilitation engineening）
7. 康复护理（rehabilitation nursing）
8. 中国传统治疗（traditional Chinese medicine）

（四）临床康复

一般来说，临床各学科的系统疾病在所有阶段中都应有康复的介入。而且康复介入的越早，结局越好。目前已形成多个临床康复亚专业，如神经康复、骨科康复、儿科康复、心肺康复等。另外有些地区还开展了疼痛康复、老年病康复、脊髓康复、社区康复等。

（五）社区康复（community based rehabilitation，CBR）

社区康复是20世纪70年代所倡导的一种康复服务形式。CBR确保残疾人能充分发挥其自身能力，获得正常的服务机会，使其融入社会中。

二、康复医学的工作方式

（一）康复医学的服务形式

目前康复医学的服务形式有四种：机构康复、社区康复、上门康复服务、信息康复。而前两种是目前国内主要的服务形式，简述如下：

1. 机构康复　如康复中心、康复医院和综合医院的康复医学科等。其中可分为：综合性（主收各类残疾患者）和专科性（如专收治偏瘫或截瘫）。一般有较好的设备，专业人才集中，医疗、教学、科研三结合，可解决复杂的康复医学问题，并且是康复专业人员培训、提高的平台，指导社区及其他形式的康复医疗服务，是发展康复医学的重要基地。

目前我国综合医院的康复医学科是康复医疗服务的主要形式。其主要为患者的急性期、恢复早期的有关躯体或内脏器官功能障碍提供早期的康复医疗服务，解决疑难重患的康复问题并着重为社区康复提供指导与培训工作。

根据卫生部的有关规定，我国二、三级综合医院应设置康复医学科，而一级综合医院提供社区康复服务。按相关规定，在康复医学科内至少设有物理治疗和作业治疗内容（图1-1）。

2. 社区康复　社区康复是世界卫生组织在20世纪70年代所倡导的一种行之有效的康复服务形式，目前已在世界各国及地区中开展。社区康复的定义是："社区康复是社区发

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbook.com

展的一项策略，是使所有残疾人得到康复，具有平等的机会和达到社会一体化。”其目标是：“确保残疾人能充分发挥其身心能力，能够获得正常的服务与机会，能够完全融入所在社区与社会中。”

发展中国家经过正规训练的康复医生、治疗师和护士很少，而且多集中在市区。在基层社区，特别是广大农村，大量的残疾人得不到康复服务。为解决此类问题，WHO 提倡社区康复，依靠社区的行政组织、人力、财力、物力，以简便实用的方式向残疾人提供服务。

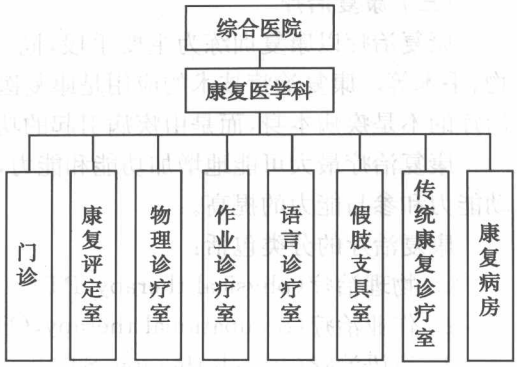

图 1-1 康复医学的组织结构图

搞好社区康复的关键之一是发挥机构康复组织的技术指导和转介服务。康复治疗技术由上到下传至基层，而一些难于在社区解决的问题，又必须向上转送。这种上下转介系统是社区康复的重要内容之一。经验证明，缺乏转介服务的社区康复难于维持生存和发展。

没有高水平的机构康复发展就缺乏社区康复人员的培训基地，同时复杂疑难的康复问题得不到解决；而没有社区康复则不能确保广大的残疾人具有平等的机会得到康复。

（二）康复医学工作方式

康复治疗采用一种多学科、多专业联合合作的协作组（team work）工作方式。强调不只是多学科的机械组合，而是对于工作的核心问题各学科淡化自己专业的角色，但保留自身专业特点的工作。

协作组成员主要包括：康复医师、康复护士、心理学工作者、物理治疗师、作业治疗师、言语治疗师及社会工作者、职业咨询师、康复工程师（假肢与矫形器师）、文体治疗师等（图 1-2）。其中康复医师是协作组长，在其领导下对患者功能障碍的情况进行评估，提出各自专业的对策（其中包括近期、中期、远期治疗方法与目标），然后归纳总结出一个完整的，分阶段的治疗计划，由各专业人员分头付诸实施。在治疗中期再召开一次或多次治疗组会，对计划执行的结果进行评估、修改、补充。治疗结束时也要召开治疗组会，对康复效果进行评估，并为出院后的康复提出建议。

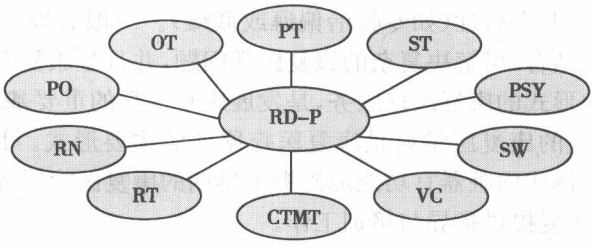

图 1-2 协作组的工作方式

RD：康复医师 P：患者 PT：物理治疗师

OT：作业治疗师 ST：言语治疗师 PSY：心理治疗师

PO：假肢与矫形器师 SW：社会工作者 VC：职业顾问

CTMT：中医技师 RT：文体治疗师 RN：康复护士

（三）康复治疗的流程

康复治疗应该从伤病早期开始介入，康复介入越早，效果越好。一般急性期康复治疗时间在2～3周；恢复期或慢性期的康复治疗时间可持续数周或数月，甚至更长时间，最终回归家庭或社会。

由于病情的差异，一部分患者经康复的某一阶段即可恢复工作，而个别患者可能终生需要他人帮助。最终康复治疗的流程需根据病情和残疾程度在不同层次上进行治疗。

1. 急性期住院患者的康复　急性期患者住院后除了积极地进行临床相关治疗外，要注意预防继发性功能障碍的发生，如肌肉关节挛缩、肌萎缩、褥疮、骨质疏松、心肺功能障碍等。可由经过训练的医护人员或康复科派出的专业人员到病区施行。根据不同的病情在恢复期一部分需要转入康复科病房，继续康复。一部分需要门诊治疗，另一部分可转入社区治疗及回归家庭。

2. 住院患者康复治疗　对于一些病情复杂康复治疗技术要求高的患者需住院康复治疗，如脑卒中、颅脑损伤、脊髓损伤、截肢后等患者，需要进行较长时间的积极康复治疗的患者，应从临床病区转入康复病区，或由无康复治疗条件的医院转介到康复医院继续治疗。

3. 门诊康复治疗　病情允许，或具备良好的每日来诊条件的患者，可在门诊治疗。

4. 社区康复治疗　社区康复接受那些病情允许出院或门诊治疗停止，但仍需继续康复治疗的患者，以及不需要或无能力到专业康复机构康复的患者。

5. 家庭康复治疗　由社区康复人员到家中进行康复或患者自己在家属、陪护的帮助下，在家中进行的一些维持性康复训练。

另外具有工作潜能的患者，在专业的康复机构可接受职业康复训练。对严重残疾，长期康复治疗无好转，同时家庭又无人照顾者，可安排福利院等一些场所进行维持性的康复治疗。

发达国家一般建有区域性的专业康复中心网络，这些康复中心要与地方康复组织建立紧密广泛的联系，覆盖整个社会，以满足广泛的康复需求。

第三节　残疾的分类与预防

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，不同程度地丧失正常生活、工作和学习的一种状态。

康复医学研究的核心是残疾与功能恢复。进一步说，康复医学就是研究残疾的形成、发展、恢复、转归，以及研究功能和能力障碍的评定、治疗、代偿、适应和其他有关问题的医学学科。

过去人们常使用“残疾人（disabled person）”一词来指那些心理、生理、人体结构上异常，造成功能障碍，部分或全部失去以正常方式从事个人或社会活动能力的人。目前人们感到 disabled person 所反映的不够全面，且常有一定的贬义。在20世纪90年代中期，国际相关文件改用 people with disability（PWD）——“带有弱能的人”一词。但我国目前仍使用“残疾人”一词，尚未反映出国际用词的变化。

一、残疾的分类

传统的疾病模式是病因-病理-临床表现，再根据临床表现给予相应的临床诊断与治疗。在20世纪80年代，世界卫生组织重新认识到这一模式未概括和解决与疾病相关的全部问题。更应考虑疾病的后果，除了治疗与死亡之外，尚存在残疾和功能障碍问题。

（一）国际使用的分类法

1. 国际残疾分类　1980年WHO颁布了《国际残损、残疾和残障分类》(international classification of impairment, disability and handicap, ICIDH)，将残疾划分为三个独立的类别，即残损、残疾、残障(图1-3)。它是根据疾病对个体生存产生的影响情况及个体能力的丧失情况制订对策。

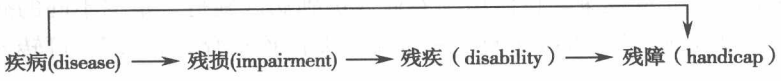

图1-3　ICIDH分类模式

(1) 残损(impairment)：是指器官水平的残疾。指心理上、生理上、解剖结构上或功能上任何丧失或异常，是由于器官、系统水平上的病理改变导致的功能障碍。残损是临床疾病诊治中的重要组成部分，同时是康复评定的基础。

(2) 残疾(disability)：或称“活动受限”。是指个体水平上的残疾，是由于残损造成能力受限或丧失，导致个体不能完成正常的功能活动。如脑卒中后偏瘫导致独立生活能力降低，失语造成与人无法沟通等。

(3) 残障(handicap)：或称“参与受限”，是指社会水平的残疾，是由于残损或残疾而限制或阻碍一个人完成正常的社会活动或担当正常的社会角色及社会作用。如脑卒中后患者不能从事病前的工作，生活质量下降，个体的社会价值无法体现。

以上的残损、残疾、残障分类中，根据功能障碍的不同特点又可分为相应的不同类别。在不同的类别中，又可细分为多个项目或不同等级，在此不作细述。

2. 国际功能分类　2001年5月22日，第54届世界卫生大会正式签署并颁布了《国际功能、残疾和健康分类》(international classification of functioning, disability and health, ICF)，简称《国际功能分类》。它与《国际疾病分类》(ICD)配套使用，ICD是确定所患疾病的种类名称，而ICF则是确定患者实际的功能状态。ICF提供了一种多角度的分类方法，制定了一种全新的模式(图1-4)。

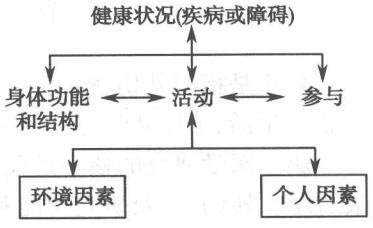

图1-4　国际功能分类(ICF)

ICF的结构分为功能和残疾、背景性因素两大部分。

其中功能和残疾部分包括身体的功能和结构，活动和参与；背景性因素包括环境因素、个人因素。第一部分在ICIDH的基础上发展，而第二部分是ICF模式特别强调的，它说明背景性因素在整个过程中所起的重要作用。个体功能水平由这些因素交互作用产生的综合结果决定。

身体的“功能”是指身体各系统的生理、心理功能。

身体的“结构”是指身体的解剖部位，如器官，肢体及其组成部分。

损伤(残损)是健康状况的一种表述,是身体功能或结构出现的问题,如显著的缺失或变异。

"活动"是由个体执行一项任务或行动,活动受限是个体在进行活动时可能遇到的困难。

"参与"是投入到一种生活情景中,参与受限是个体投入到生活情景中可能经历的问题。

背景性因素代表个体生活和生存的全部背景,包括环境因素和个人因素。

环境因素:包括构成人们生活和指导人们生活的自然、社会和态度环境。其中有两个不同的层面,个体与社会。

个人因素:包括性别、种族、年龄、健康状况、生活方式、习惯、教养、社会背景、职业、经历、个人心理优势、性格类型等特征。

需要强调的是 ICIDH 分类是一种疾病后果的分类,根据能力的丧失情况制定对策,只强调单一方面的作用。而 ICF 除了一部分在 ICIDH 的基础上发展还增加了背景因素在整个过程中所起的重要作用。个体的功能状态是健康状态和背景因素交互作用和复杂联系的结果。干预一个方面,可能会导致一个或多个方面的改变。

交互作用常不是一对一的可预测关系,而是双向的。因此,健康状况、功能和残疾情况以及背景性因素之间是一种可以双向互动的统一体系。

在 ICF 中,一个人的健康和与健康相关的状况可以用包含两部分分类的编码来表示。由于编码分类繁多,如在 1 位数水平上最大的编码可达 34 个(身体功能、身体结构各 8 个,活动与能力表现各 9 个编码),在二级水平总编码 362 个。在进一步更细的水平这些编码可以达到 1 424 个。但在临床工作中运用 ICF 时一般需要 3～18 个编码即可适当说明需要的二级水平精度。

ICF 由于内容广泛,项目繁多,在临床使用存在一定的困难。WHO 在组织各方力量,目前正对各种常见疾病的功能障碍组成"核心功能组合(core set)"。ICF 必将指导康复医学今后的进一步发展。

WHO 为了方便医师应用 ICF,制定了临床检查表(check list)。使用者应通过世界卫生组织及其合作中心网络的培训。

(二) 我国目前使用的残疾分类方法

我国目前执行的是六类残疾标准,以中国残疾人联合会文件[1995]残联组第 61 号文件下发执行。其中分为:视力残疾、听力残疾、语言残疾、智力残疾、肢体残疾、精神残疾。此分类主要立足于我国国情设计,主要根据残疾的部位,且暂未包括内脏残疾。但在 2006 年我国进行第二次全国残疾人抽样调查时在六类标准的基础上增加了一项多重残疾。有关情况可参见 www. cdpf. org. cn。

我国所实行的残疾分类,必将随着国内情况的改变以及国际分类的逐步执行而有所改变。

二、残疾预防

预防残疾的发生是有关残疾工作的重要任务,应在胎儿、儿童、青年、成人、老年等不同阶段进行,大多数致残性损害是可以预防的,残疾的预防分为三级预防。

(一) 一级预防

努力减少各种病损的发生。主要采取的措施有优生优育、产前检查、免疫接种、预防性

保健、实施健康的生活方式、健康的行为和精神卫生，防治老年急慢性病，合理营养及用药，做好安全防护，防止意外事故，维护安全环境等。在残疾的预防中最为有效。

（二）二级预防

预防或限制病损造成的残疾。主要采取的措施是早期发现、早期治疗。包括适当的药物治疗及手术治疗，防止功能障碍扩大化。通过医学的手段预防继发性残疾。

（三）三级预防

防止残疾转化为残障。减少给个人、家庭和社会带来的影响。主要采取的措施除了常规的康复医疗措施以防止个体因素转化为残障外，还要注意环境因素可以对残疾人回归社会产生很大的影响。

残疾的预防需要全社会的参与，需要在国家、地方、社区、家庭不同层次进行，需要有卫生、民政、教育、司法、医疗保险、残联等部门的共同配合，而二、三级预防，是康复医疗的重要方面。

第四节 康复医学的发展

一、康复医学的发展史

康复医学与其他临床医学比较是相对年轻的学科，其形成和发展经历了漫长的历史。

19 世纪末，随着物理学的发展一些物理因素在一些国家开始应用于医疗，形成物理医学。第一次世界大战后，许多西方国家成立了为受伤和残疾的军人进行恢复和安排就业的机构。二战期间，才由美国医学家 Howard、A. Rusk 等将康复的概念比较完整地阐明，在西方国家建立起一批康复中心。

此时康复医学在原有的物理医学基础上发展成为现代物理医学与康复，形成了一个全新的专业。一般认为 20 世纪 20 年代以前为初创期，20～40 年代末是建立期，50～80 年代是成熟期，80 年代以后为发展壮大期。

我国康复医学的发展现状：我国 1949 年后成立了荣军疗养院、荣军康复院，并制定了残疾军人的定级、抚恤和优待政策，是当时康复机构的雏形。后来综合医院成立了物理治疗科，有些医学院校开设了物理治疗学、物理医学课程，为康复医学打下了一定的基础。

现代康复医学引入我国始于 20 世纪 80 年代初期，它得到了政府和社会的重视并取得快速发展。1996 年卫生部颁布了《综合医院康复医学科管理规范》明确指出了康复医学科是一个临床医学科室，并要求在二、三级医院逐步建立康复医学科。并指出：综合医院康复医学科是在康复医学理论指导下，应用功能评定和物理治疗、作业治疗、传统康复治疗、言语治疗、心理治疗、康复工程等康复医学诊断与治疗技术，与相关临床科室合作，为疾病的急性期、恢复早期的有关躯体或内脏器官功能障碍者，提供临床早期的康复医学诊疗服务，并为所在社区的残疾人康复工作提供康复医学培训和技术指导。1997 年和 1998 年国家在有关文件中又强调要重视康复医学事业的发展，提出预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务“六位一体”的社区卫生服务方向。

近些年，我国在康复医学教育、科学研究及毕业后康复医学教育制度等方面逐渐完善，取得了一些可喜的成果。在大学中设立了康复医学课程，并逐步实施康复专科医生的培养

及考核制度。

二、康复医学的将来

每个学科的发展是伴随着科学技术的进步、人民生活水平的提高、医疗需求的变化而进行的。

康复医学的发展是人们在医学观念上的一个进步，从过去单纯的一个生物学观点，即：从只注意器官与系统的病理变化，研究消除及治疗技术，进步到以提高局部和整体功能的恢复为目的。这一观念的改变为患者病后回归社会打下了良好的基础。随着人类社会文明的发展，康复医学有着更广阔的天地，主要是由于：

（一）社会与患者的迫切需要

由于生活水平和医疗保健水平的提高，疾病谱的改变，慢性病已成为医疗的重要问题。同时一些急性病救治水平的提高也使许多患者可以存活相当长的一个时期。对于解决存活患者的生存质量也要求康复医学进一步发展。

有关资料表明，脑卒中实行康复治疗，可使90%患者恢复步行并生活自理，30%可恢复轻工作。而非康复者上述两项的恢复百分比分别为60%和5%。康复组病死率也较非康复组低12%。心肌梗死后，参加康复治疗的患者比不参加康复治疗的患者病死率低36.8%。又如截瘫患者，1950年前，平均存活率仅为2.9年。由于康复的介入，至1980年83%的截瘫患者能生活自理并重返工作和学习岗位。

随着经济发展，文化与科学技术水平的提高，人们的意识水平也在不断提高，从以往的单纯治病保命的低水平，提高到高水平生活质量，维护自身尊严，这为康复医学的进一步发展与提高提供了无尽的发展动力。

（二）经济发展和生活水平不断提高的需要

随着当前我国经济的快速发展，人民生活水平的不断提高，康复需求也在提高。

1. 人口平均寿命延长。生存者中残疾比例增加，患老年病的比例也在不断增加，致使需求康复治疗的人群不断增加。

2. 工业发展交通日益发达，致使工伤与交通事故也在不断上升。这部分患者多数经积极的康复治疗可以重返旧业或残而不废。

（三）应对重大自然灾害的需要

自然灾害与战争等突发事件会造成大量的人员伤亡。对于这些伤残者，需要进行积极的康复治疗，康复医学的发展作为一种资源储备是极为重要的。

另外，各项文化体育运动随着人们生活水平的提高也在蓬勃发展，也会产生许多意外伤残者，这些都将对康复医学提出新的发展要求，社会愈发展，医学愈进步，对康复的需求愈大。

第五节 临床医师与康复医学

人类文明的不断发展，文化、经济、技术的提高，使人们对生活质量的要求也相应地提高。人们不仅要求治病、救命，还要求疾病治愈后局部和整体功能也要尽可能的恢复，要求病后的生活质量尽可能下降的少，保证其社会地位和在社会上发挥应有的作用。

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbook.com