

第一章 康复医学概论

第一节 康复与康复医学的基本概念

一、康复、康复医学、医疗康复的定义

(一) 康复

1. 康复一词的最初含义及演变

康复(rehabilitation)原意是复权,恢复到原来应有的地位和状态。康复一词在不同的领域有着不同的含义。在中世纪,宗教界对违反教规被逐出教门后的教徒,如得到赦免,恢复其教籍,就称为rehabilitation。在近代,法学界对服刑期满或得到赦免的囚徒,重返社会成为公民,也称为rehabilitation。在医学领域内,将残疾人的医疗福利事业综合称为rehabilitation。在第一次世界大战期间,“rehabilitation”是指“对身、心残疾者进行治疗或训练,使其重返社会”。到了第二次世界大战,由于各种训练方法的不断发展及完善,加之为大量的伤员进行功能恢复的实践,才将rehabilitation一词译为康复,并正式在医学领域应用。也就是说,在医学领域内康复是指功能复原,即针对由于疾病或损伤所引起的各种功能障碍,包括躯体的、精神的障碍或受限、不全和残缺等,采取综合的措施,使之尽可能恢复正常的功能或重新获得技能,重返社会生活,重新恢复做人的权利、资格和尊严。这一全过程都属于康复的范畴。

世界卫生组织(WHO)的医疗康复专家委员会(Expert Committee on Medical Rehabilitation)早在1969年就给康复下了一个定义:康复是指综合和协调地应用医学的、社会的、教育的和职业的措施,对患者进行训练和再训练,尽可能地使其功能恢复到最高的水平。而后又在1981年重新将康复定义为:应用各种有用的措施以减轻残疾影响和使残疾人重返社会。目前国际上仍沿用这一新的定义。

1994年康复专家Hellendar对康复的定义作了补充:康复是指应用所有的措施,以减少残疾的影响,使残疾者达到自立,有较好的生活质量,能实现其抱负,成为社会的整体。

经过数十年的发展,由于对康复的目的已达成共识,康复的目的不仅是要训练残疾人,尽可能最大限度地恢复所丧失的功能,并使其适应环境,而且也调整残疾人周围的环境和社会条件,使残疾人作为一个整体介入最接近的环境与社会,平等地参与社会活动,即重返社会(communitary reentry)。因此,无论是残疾者本人,还是他们的家庭成员,以及所在的社区均应是康复计划的参与者。

2. 我国对康复一词的理解

康复一词在我国古籍医书中早就有记载,但历来都是把康复作为疾病后完全“恢复”的同义词。患病后不论是否经过治疗还是疾病的自然愈合,也不论疾病恢复后是否还存在某些功能障碍,认为只要从疾病中完全恢复健康,这就是康复。这使我国对康复的理解与国际上有相当大的差异,这是值得注意的。

由于我国对康复的理解不同,就易对现代康复产生曲解,更有碍康复在国内发展或使之走入歧途。首先,既然康复就是恢复,那么任何疾病后都有康复过程,医学的各个专科都应涉及

到康复，康复就是各临床医学专业的延续，认为再没有必要花费更多的人力、物力来建立康复医学专业；其次是既然康复就是疾病后的恢复，那么患病后只要休息好、营养好就是疾病治疗的全部所在；再次是既然康复就是恢复，因而认为康复的对象没有专一性，康复更不需要什么技术。这些误解都成为康复和康复医学在我国发展的不利因素。

尽管如此，康复与疾病后的恢复还是有区别的。疾病后的恢复一般是指患病后健康状况下降，经休息或治疗后健康状况恢复到病前的水平，亦即达到 100% 的恢复，而实际上患病后并没留下残疾。而康复则是指伤病后健康状况下降，虽经过积极的治疗或处理，但仍遗留某些残疾，健康状况恢复不到原先的状态，亦即达不到 100% 的恢复。

3. 康复的领域

康复主要针对的是各种残疾引起的功能障碍，亦即病、伤、残者的功能障碍，以最大限度地提高功能水平为主线，以整体的人为对象，以提高生活质量，最终回归社会为目标。因此，康复应是一个综合的、全面的范畴，它不仅涉及到医学的许多方面，而且还需要综合应用多方面的措施，包括医学的、教育的、职业的、社会的措施，有时还采用工程学的措施来恢复、代偿或重建患者的功能。因此，康复的工作领域一般包括为四个方面：医学康复、教育康复、职业康复和社会康复。

(1) 医学康复 (medical rehabilitation)：医学康复是康复事业在医学上的一个侧面，不仅包括残疾人或功能障碍者所有的医学方面的问题，也包括对功能障碍的康复有利，在医学上可以利用的一切技术和方法，它不是一个学术或学科的概念，而是按照目的和范围而定出来的概念，其目的是使残疾人康复，范围是一切医学领域。

(2) 教育康复 (educational rehabilitation)：教育康复是教育学范畴的一个概念，主要指残疾人的特殊教育，如聋哑人的教育与培训所采用的特殊方法等。

(3) 职业康复 (vocational rehabilitation)：主要是对残疾后需要重新就业时所进行的就业能力的评定、就业前的训练，并根据训练结果决定何种就业方式以及指导、安排适合残疾人就业的工作。

(4) 社会康复 (social rehabilitation)：主要研究和协调解决残疾人经过医疗康复、教育康复和职业康复以后，重返社会时所面临的一切社会问题。

总之，在康复领域内，对于有功能障碍的残疾人，通过综合协调地应用医学的、教育的、职业的、社会的或工程的一切措施，使患者达到整体康复 (comprehensive rehabilitation)。综上所述，对康复的概念可理解为：

(1) 康复有不同的含义，但在医学领域内，康复是一种医学行为，其目的是最大限度地恢复已丧失的功能，减少残疾的影响，提高生活质量。

(2) 康复的内容范围是多方面的，既涉及到医学的，也包含了非医学的措施，如教育、职业、社会等。在医学的措施中，既强调多学科协作的重要性，但又必须注重以功能训练或再训练为基础。

(3) 康复既是一种方法，同时又是一种处理和过程，是专门针对有身体功能障碍者而设计的，竭力减少残疾的影响程度，使患者尽可能地应用其残余的功能。

(4) 康复也应该是全面的，既要在功能上，也要在心理上、就业能力上得到恢复。通过训练以提高残疾者对周围环境的适应能力，同时也应采取措进行环境的改造，以尽可能使环境适合于残疾人。

(5) 应将康复作为一种概念、指导思想，必须渗透到医学的各个领域、医学实践及医疗计划中去。康复的最终目标是使患者回归社会。

(二) 康复医学

康复医学 (rehabilitation medicine) 是医学的一个重要分支，是应用医学的方法以促进病、伤、残者功能康复的医学学科。即康复医学是为了康复的目的，研究有关功能障碍的预防、诊断与评定、治疗和训练的医学科学。它是医学的第四方面，在现代医学体系中，与预防医学 (preventive medicine)、保健医学 (health medicine)、临床医学 (curative medicine) 共同组成全面医学 (comprehension medicine)。

1994 年国际康复学会 (International Rehabilitation Medicine Association, IRMA) 对康复医学所下的定义为：康复医学是应用医学技能来诊断、治疗各种原因影响机体任何系统并导致功能障碍的疾病的医学学科。

康复医学属于医学的应用学科范畴。作为一门独立学科，康复医学有其相应的理论基础、功能测评方法、治疗与训练技术，有别于其他学科的诊疗技能和实施规范。

康复医学与“物理医学与康复”(physical medicine and rehabilitation, PMR) 互为同名词。1999 年，国际上两大康复医学组织已经合并，合并后称为国际物理医学与康复医学会 (International Society of Physical and Rehabilitation Medicine, ISPRM)，康复医学的名称也将改为物理医学与康复医学。

(三) 医疗康复

医疗康复 (medical rehabilitation) 亦称医学康复，是指应用临床医学的手段、方法为疾病康复服务的一部分，属临床医学范畴。其目的在于改善功能，或为以后的功能康复创造条件。如眼科医师为白内障病人施行白内障摘除术。再如，骨科或矫形外科医师为小儿麻痹后遗症者或某些骨关节功能障碍者施行的矫形手术，使患者的功能获得一定程度的改善，并为其以后的功能康复提供了条件。上述这些治疗方法尽管也属于康复的范畴，但不能说这些科室也就是康复学科。

二、康复、医学康复与康复医学

从上述的定义可知，医学康复的对象是应用一切可以利用的医学技能来处理持续时间较长的永久性残疾，包括躯体的、精神的，但不包括一些特殊残疾，如应用盲文、手语等特殊教育方法训练的聋、盲、哑患者，它们不应属于医学的范畴而属于教育学的范畴。康复则是一个全面的概念，既包括医学康复，也包括非医学的康复措施，如教育康复等。康复医学则不同，她的对象既包括能够利用医学方法处理的永久性躯体残疾，也包括暂时性躯体残疾。对于一些特殊残疾，如精神病、麻风病引起的残疾以及需要采取教育方法康复的全聋、全盲和哑等残疾，目前不列入康复医学处理的范畴。在暂时性残疾患者中，绝大部分是慢性病、老年病和损伤患者如颈、肩、腰痛、关节炎、关节病、关节、肌肉、韧带扭挫伤、骨折、周围神经损伤等。这些疾病或损伤也并不一定会发展为永久性残疾。暂时性残疾是康复医学服务的主要对象，而永久性残疾只占康复医学服务对象的 8% ~ 10%。

康复医学的根本目的是在于促进身体病、伤、残后的康复进程，预防和（或）减轻功能障碍的程度，或利用医学为主的各种手段（也包括应用工程学方法），设法使患者受限或丧失的功能和能力恢复到可能达到的最大限度，以便能够重返社会，过一种接近正常或比较正常的生活。为此应在病、伤、残发生的早期，只要病理变化稳定，一般情况许可，就应开始康复治疗，而且

也应在病、伤、残发生之前介入形成所谓的预防康复，这是一个重要的现代医学思维。康复医学所具有的多学科协作性、广泛性和社会行为性充分体现了现代医学的生物、心理、社会的医学模式。

三、康复医学发展的必要性

康复医学的发展是随着社会发展的需要而发展起来的。尤其是近几十年来，康复医学得到迅速发展并日益为社会所重视，其原因主要在于下述几个方面：

（一）适应疾病结构谱的改变

随着医学科学的发展，曾经是危害人类健康的疾病，如各种传染病已基本得到控制。心肌梗死、脑血管意外、癌症及外伤等已成为目前危害人类健康，导致死亡率、致残率增加的主要病种。因此，对于存活的生活质量的提高，就有待于康复医学来解决。临床实践也证明，对这些存活的患者是否进行康复治疗其结局也完全不同。另一方面，由于人类的物质、文化以及生活水平的提高，人类的平均寿命延长，老龄人的比例明显增多，因此老年病及慢性病的发病率增加，老年康复问题越来越突出。

随着社会化进程的加快，尽管有效地采取了各种安全防范措施，但工伤、车祸及文体活动所致残的绝对人数明显比以往多，这部分残疾人同样需要积极的康复治疗才能使他们残而不废。

（二）人类对健康的认识和提高

由于人类的物质、文化以及生活水平的提高，人们对健康概念的认识也就发生变化。健康不仅指没有疾病，而且应有较高的生存及生活质量。根据世界卫生组织对健康所下的定义：健康是指在身体、心理、社会上呈现一种完全舒适和谐的状态，而不仅仅是没有疾病或衰弱现象。把健康看成是身体、心理、社会诸因素的一种完善状态。

康复医学的多学科协作、应用多种措施的方法，给予适当的治疗和训练、教育，指导患者应用残存的体能使其在身体、心理、社会、精神、职业等各方面发挥潜能至极限使其达到可能的最佳状态，这些要求和目的与健康概念是基本一致的。

（三）适应医学模式转变

随着疾病结构谱的改变，人类对健康要求的提高，医学模式由单纯的生物学模式转变为生物、心理和社会医学模式。康复医学的建立与发展顺应了医学模式转变的需求，也符合医学发展的规律，其重要地位及发展前景逐步得到社会的认可。鉴于康复医学在人类医疗卫生保健中的重要性以及显著特点，故认为它是预防医学和临床医学以外的另一大医学体系。因此，现代康复医学创始人之一 Rusk 教授称康复医学为“第三医学”(the third phase of medicine)。WHO 已明确将康复计划归属于现代医学所必须具备的预防、治疗、康复及保健的四大功能之一。

（四）为应付重大的自然灾害和可能发生的战争

在目前人类还不能完全控制自然灾害和战争根源之前，各种自然灾害和局部战争都是难以避免的。世界各地的地震造成大量的残疾人，如 1976 年发生在我国唐山的大地震就是一个实例。各次局部战争同样产生不少伤残者。临床实践证明，对于这些患者，是否进行积极的康复治疗，其结果是大不一样的，这也是必须重视和发展康复医学的原因之一。

第二节 康复医学发展简史、现状与前景

古代原始的康复医学思想和方法与医疗预防的思想与方法同时产生、共同发展，并无明显的界限。直到 20 世纪，才将康复这一概念用于残疾事业，康复医学才逐渐成为一门独立的医学学科。现代康复医学的确立在国外也只有 50 余年的历史，纵贯其发展过程，大致分为古代和近代两个阶段。

一、中国古代康复医学的发展

功能康复的概念远在两千多年前的中国古医学中就已经出现，且比其他国家都早。早在 1000 余年前就有《功夫》一书，并叙述了应用姿势和呼吸练习来治疗疾病。《内经·素问》在论述瘫痪、麻木、肌肉痉挛等病症的治疗中，就已重视采用针灸、导引（体操、气功、自我按摩）、按摩、熨、热敷、筹方法进行治疗，以促进功能的恢复。汉代张仲景《金匱要略》也提出用“导引吐纳，针灸膏摩”等方法防治疾病。长沙马王堆西汉墓中出土的“导引图”是最早的导引动作图解，即各种医疗体操动作图，并注明各种体操的名称及其主治的病症。汉末名医华佗模仿虎、鹿、熊、猿、鸟五种动物的动作，编成“五禽戏”用于治疗疾病。许多古代医书，如《养性延命录》、《备急千金方》、《外台秘要》等，不仅从运动动作、气功、按摩等方面来论述疾病的治疗，而且对饮食、精神、卫生在治疗疾病中的作用也十分重视。

中国自古代以来所形成的医学思想与方法均包含着康复治疗的内容，不仅对世界康复医学的发展，甚至对人类整个医学的发展有重要的影响。17 世纪末针刺术传入欧洲，18 世纪末“导引”术以“功夫（Gong Fou）”的名称传入西方国家，并用于健身和治疗疾病，被认为是最早的治疗性锻炼。目前，中国的太极拳、针灸、推拿、气功等康复治疗方法在功能调整上有其独特之处，仍为世界医学界所瞩目。

二、西方古代康复医学的发展

西方康复概念最早可追溯到古希腊。古希腊的神庙壁画中就绘制有应用运动来治疗疾病的各种方法。在公元前五世纪 Herodicus 及其学生 Hippocrates 就阐述了运动能治疗疾病及有关康复的概念。他们认为应用自然因子，如日光、海水等可以达到镇静、止痛、消炎等目的。运动可使肌力增强，促进精神、体质的恢复和改善，这些都说明古代西方也在应用原始的康复治疗技术。公元二世纪后，Caelus Aurelianus 首次提出了对瘫痪病人使用滑轮悬挂肢体、采用步行练习以及在温泉中运动等方法来治疗；他还提出了创伤后早期进行运动可加速创伤愈合的观点。

16 世纪，Fuchs 将运动划分为单纯性运动和既是运动又是工作的活动，后者可能就是目前的作业治疗。法国著名的外科医师 Ambroise Pare 主张在骨折恢复期通过运动的方法来促进功能的恢复。

18 世纪，Tissot 提倡通过运动的方法治疗疾病，即通过作业活动及适应性体育锻炼来治疗疾病，并敦促骨科医师用运动来促进伤后关节肌肉功能的恢复。他还分析了工艺操作的动作，使作业治疗有了进一步发展。此外，他还提倡对患者开展娱乐活动以达到治疗目的。18 世纪末及 19 世纪初，Benjamin Rush 医师在住院患者中开展治疗性锻炼，如运动治疗、文娱活动以及劳动疗法等，以促进患者身体及精神的康复。

19 世纪瑞典的 Ling 提出了辅以器械的医疗运动方法，创立了较完整的医疗体操及按摩的

方法，从而使运动治疗系统化。他在采用抗阻力练习以发展肌力的训练中，对运动的负荷、运动的重复次数等决定运动量大小的因素进行了定量。 Zander 在此基础上发展了一系列用杠杆、滑轮及重锤摆动的器械治疗方法。

在物理治疗学方面自 19 世纪 40 年代直流电和感应电开始用于临床治疗以后，相继有高频电疗及光疗投入临床应用，并不断发展和提高。

三、现代康复医学的形成与发展

现代康复医学的形成和发展起源于 20 世纪。基础医学及临床医学的发展，加之经济的发展和人类物质、文化、生活水平的提高，为现代康复医学的形成和发展创造了条件。两次世界大战极大地推进了创伤康复的发展。交通和其他意外伤害的增加以及人口的老龄化等引起的老年性、慢性疾病的增加，也促进了康复医学的迅速发展。20 世纪 50 年代经 Rusk 等人的努力，康复医学开始成为一门独立的学科。

20 世纪初国际上将康复 (rehabilitation) 一词用于残疾人，建立了康复机构，还为残疾人制定法律。1917 年美国陆军成立了身体功能重建部和康复部，对受伤军人进行康复治疗，这成为最早的康复机构。第一次世界大战期间，英国著名骨科专家 Robert Jones 开设了康复车间，帮助伤员进行职业训练，使他们重返前线或到工厂工作。20 世纪 20~30 年代，从大量脊髓灰质炎的康复中，发展了徒手肌力测定法和增强肌力的运动训练方法、麻痹性疾病的支架疗法等，逐渐形成现代康复医学的学科基础。第二次世界大战期间，应用物理治疗及体疗法，加上作业疗法等，为大量伤员进行功能恢复的实践，有力地推动了康复医学的兴起和发展。

1938 年由 Leithauser 等大力提倡手术后的早期下床、早期步行，被认为是 20 世纪医学实践的重大变革之一。由于疾病结构的改变，一些老年性、慢性疾病，如脑血管意外、心脏病、先天性缺陷、癌症，以及外伤等逐渐成为康复医学的主要对象。

20 世纪中叶，随着康复中心的大量建立，言语治疗、心理治疗、医学工程都成为有效的康复手段，康复医疗的方法也逐渐自成体系。1947 年美国物理医学会改称为“美国物理医学与康复学会”，并建立了康复医学专科医师制度；1950 年，“国际物理医学与康复学会”成立；1970 年，国际康复医学学会的成立，标志着康复医学学科的成熟。

四、中国康复医学的现状与前景

随着中国医疗卫生事业的发展，各种传染病已基本得到控制，人均寿命的延长和人口的老龄化，使得慢性病、老年病发病率增加，康复医学的重要性随之增强；再加上人类物质文化生活以及医疗水平的提高，病人及医护人员都不仅仅满足于疾病的临床治愈，而是要求病人的功能也能得到最大限度的恢复，提高生存及生活质量，这就为康复医学的发展创造了社会基础。

自 20 世纪 80 年代以来，我国的康复医学事业得到重视和迅速发展，康复医学成为独立的学科，全国成立了各级康复医疗机构。1983 年，在卫生部领导下成立了“中国康复研究会”，1988 年改名为“中国康复医学会”。1984 年，高教部要求全国高等医学院校开设康复医学课程。1986 年，中华医学会理疗学会也正式更名为“中华医学会物理（与）康复学会”；1995 年正式更名为“中华医学会物理医学与康复学会”。为了解决残疾人的医疗问题，于 1986 年成立了联合社会各界的康复协会，1988 年成立了中国残疾人联合会。民政系统也于 1987 年成立了康复学会。1990 年第七届全国人民代表大会常务委员第十七次会议通过了《中华人民共和国残疾人保障法》从而使残疾人的康复、教育、就业、文化生活、福利、环境和法律责任等全面纳入法制轨道。最近卫生部正式将康复医学科列入各级综合医院中必设的临床科室之一，为我

国康复医学事业的发展奠定了坚实基础。

目前，中国的康复医学事业已从初创时期进入有计划、有领导的发展时期，但它仍然是一项长期的任务。中国的社会主义制度是康复医学发展的保证，经济的发展和医学的进步，将为康复医学的持续发展提供更好的条件，再加之我们拥有丰富独特的传统康复疗法，相信通过康复医学工作者的努力，建设有中国特色的康复医学体系是完全可能的。

第三节 康复与康复医学的对象

一、康复的对象

康复要解决的主要问题是残疾，作为康复对象的残疾一般分为躯体残疾和精神残疾两大类。

躯体残疾包括肢体活动受限、视觉障碍、听觉言语障碍、内脏功能障碍、伴发中枢神经损伤的高级神经活动障碍（失语、失用、失认和认知障碍等），以及其他躯体功能障碍。精神残疾包括精神病、智力落后、癫痫、其他情绪行为障碍。在我国依据1987年全国残疾人抽样调查，结果发现我国仅五类残疾人（见残疾分类）就有5000万余人，占总人口的4.9%，其中绝大部分均需要康复。

二、康复医学的对象

由于疾病的结构谱发生了变化，加之人口老龄化所带来的老年性疾病的增加，康复医学的治疗对象也就随之发生变化。各种损伤以及急、慢性疾病和老龄化带来的功能障碍的患者，各种功能障碍的残疾者应是康复医学治疗的主要对象。骨科和神经科的疾病和损伤，如骨关节损伤、截肢、手外伤、骨关节炎、颈椎病、腰腿痛、脑血管疾病、颅脑外伤、脊髓损伤及周围神经病变及损伤等是康复医学最早和最主要的适应证。近年来，心脏病、肺部疾病、癌症、慢性疼痛的康复也逐渐展开，尤其是随着全面康复概念的深入，康复医学的范围逐渐扩大。总的来说，康复医学的对象有以下几类。

（一）疾病的急性期、亚急性期及恢复期的患者

随着康复意识的增强和行之有效的康复临床实践，早期康复治疗的重要性愈来愈被临床医师及患者所认识。目前，疾病的急性期或恢复期的患者已逐渐成为康复医学最主要的治疗人群。因为对于疾病来说，愈早进行康复治疗愈能预防或减少功能障碍的发生，对已发生的功能障碍也有可能使其降低至最低程度；另一方面，早期康复治疗不仅可促进疾病的临床治愈、预防并发症，而且也可为疾病后期的功能康复创造了条件。临床实践已经证明，早期康复治疗，不仅不影响临床治疗，也不会增加各种意外的发生率，反而可促进疾病的恢复进程，缩短住院日，提早重返工作岗位。外科手术后的早期下床活动和骨关节损伤后，只要在有效的固定前提下，尽早进行主、被动运动练习，均属于早期康复治疗的内容，只要予以充实和扩展，都可成为康复常规。但对急性期或恢复早期的患者进行早期康复治疗的关键在于安全性和与临床治疗的协作性。只要疾病的病理变化稳定，一般情况许可，在与临床医师充分协作的情况下，即应尽早开始康复治疗。

（二）各种慢性病患者

当今，各种慢性病已成为康复医学治疗的重要对象之一。在这类患者中，以骨关节、肌肉、神经疾病最为常见，心血管疾病次之，呼吸系统和其他系统的疾病位居其后。由于组织器官的

慢性病损，不仅使慢性病患者的活动能力有不同程度的受限，而且也因长期处于“患病状态”使患者的心理负担加重而产生精神创伤。医学各个专科几乎都有由慢性病所致的功能障碍或残疾者，康复医学的诊疗就有可能随着其发展而不断扩大范围，形成对医学各科的专门解决方法。因此，从某种程度上讲，随着疾病发生结构的进一步变化和康复医学本身的发展与不断完善，康复医学在恢复和改善由慢性疾病引起的功能障碍的作用中也将日益突出，整个医学都会朝着疾病的全面康复的康复医学目标发展。

（三）老龄人群

由于老年人群在社会中所占的比例日渐增高，老龄化已成为当前社会的主要问题。老年人多患有多种老年病或慢性病，故行动或某些功能常受到不同程度的限制，迫切需要进行康复治疗。通过参加力所能及的各种活动和有效的康复治疗，不仅可延缓机体组织、器官退变进程，而且还能提高老龄人的生存及生活质量。

（四）残疾人

尽管先天性残疾的发生率在逐渐下降，但需要康复治疗的各类残疾患者仍占相当大的比例。据 WHO 统计，目前全世界各种残疾者约占总人口的 10% 而且每年以 1 500 万人的速度递增。其中分布在亚太地区者占 2.5 亿，约占该地区总人口的 9%。据中国 1987 年全国残疾人抽样调查表明，因各种原因所致的言语、智力、视力、肢体和精神等残疾而影响生活、劳动者，全国约有 5 164 万人，占总人口的 5% 分布于 20% 的家庭中。如果再加上慢性病、老年退行性病、职业病而引起的不同程度的功能障碍者，则与 WHO 统计的比例数接近。其中先天性残疾和非传染性疾病所致的残疾各占 19% 外伤性残疾占 5.3% 左右。因此，各种残疾患者仍是康复治疗的主要对象。

第四节 康复医学的内容、工作方法和基本原则

一、康复医学的内容

康复医学是一门跨学科的应用科学，涉及到医学、生物工程、心理、教育及社会等多个学科。其内容主要包括康复预防、康复功能评定和康复治疗三个部分。

（一）康复预防

康复预防 (rehabilitation prevention) 又称康复预防学，为康复医学的主要内容之一，主要研究引起残疾或功能障碍的流行病学、致残原因及预防措施。

康复预防是康复的基本对策，这是由于一旦出现残疾，往往需要花费大量的人力、物力、财力才能获得有效的康复，并且也很难达到原来的健康水平。康复预防分为三级，即在三个不同层次上来预防伤残或功能障碍的发生。

(1) 一级预防：是指预防能导致病损 (impairment) 的各种损伤、疾病、发育缺陷、精神创伤等的发生。

(2) 二级预防：是指早期发现及治疗已发生的病损，防止转为失能 (disability)。

(3) 三级预防：当在轻度的失能或缺损发生后要积极进行矫治以限制其发展，避免发生永久及严重的残障 (handicap)。

康复医学对象是以功能障碍为主。功能障碍是指身体上、心理上不能发挥正常的功能，这可能是潜在的或现存的、可逆的或不可逆、部分的或完全的，也可以与疾病并存或为其后遗症。

因此，康复介入的时间不仅在功能障碍发生之后，而更应在出现之前，形成所谓的康复预防。

在康复预防的前两个阶段，引起病损或失能的各种危险因素是可以预防的，已发生的功能障碍尚属可逆，及早采取有效的措施可以杜绝残疾的发展或减轻功能障碍的程度；在第三阶段，已发生的功能障碍已不易改善，可能成为永久性的残障。因此，康复医学措施应在疾病的急性期介入，与治疗医学并列安排，而不是在疾病的后期才作为治疗医学的补充。

（二）康复评定

康复评定（rehabilitation evaluation and assessment）是康复治疗的基础，相当于临床医学的临床诊断部分，但又有别于临床诊断。在康复医学实施过程中，没有康复评定就无法规划和制订康复治疗程序，评价康复治疗结果。因此，康复评定就是指对功能障碍的程度进行测定及分级，并估计其发展、预后及转归和评判康复治疗效果。

常用、最主要的康复评定有以下几个方面：

- （1）运动功能评定：如肌力测定、关节活动范围的测定、步态分析、偏瘫运动功能评定等。
- （2）神经电生理学测定：如肌电图检查、诱发电位测定、神经传导速度测定等。
- （3）心肺功能检查及评定：包括心电图、心功能分级运动试验、肺功能测定等。
- （4）医学心理学测定：如精神状态、心理和行为表现、认知和感知功能测定等。
- （5）代谢及有氧活动能力测定：如应用功率车或活动平板检查来测定运动的做功量、能量消耗、最大吸氧量以及代谢当量的测定等。
- （6）语言及言语交流能力测定：特别是对失语症的检查等。
- （7）日常生活能力和功能独立性评定：日常生活能力包括基本的日常生活活动能力和工具性日常生活活动能力的评定。
- （8）生活质量及就业能力检查和鉴定。

（三）康复治疗学

康复治疗学也称康复技能学，主要应用以下方法或技术为患者提供全面的康复服务：

（1）物理疗法（physical therapy）：广义的物理治疗包括运动疗法和其他的理学疗法。由于我国的习惯，物理疗法多指应用各种物理因子如电、光、声、磁、蜡、水、压力等来预防和治疗疾病的方法。

（2）运动疗法（kinesiotherapy）：是徒手或借助于器械，利用物理学的力学原理来预防和治疗疾病的方法。运动疗法的实质是让患者进行各种运动，包括各种医疗性运动（如体疗、有氧训练等）、各种主被动运动法、增强肌力和耐力的方法、改善关节活动范围的方法、以神经生理学和神经发育学知识为基础的各种易化或促进技术、运动再学习疗法等。

（3）作业疗法（occupational therapy）是针对患者的功能障碍，选择针对性强、能恢复患者功能和技巧的作业项目，按照指定的要求进行训练，以逐渐恢复其功能的方法。常用的有：①手工操作劳动，如木工、编织和手工艺品的制作等；②日常生活活动，如进食、梳洗、穿衣、卫生、转移等基本技能；③职业性劳动，如修理钟表、缝纫、车床操作等；④文艺性活动，如园艺、书法、绘画及各种有意义的游戏等（国外将这类作业治疗方法单独成立为文艺治疗科）。

作业治疗还负责向残疾者提供简单的器具，作为日常生活的辅助工具，以弥补功能的缺陷；对装配假肢、矫形器和特殊轮椅的患者，还要训练他们学会操纵和使用；对有认识障碍的患者，要进行认知的再训练。

（4）言语训练（speak training）：对因听觉障碍所造成的言语障碍、构音器官异常、脑血管意

外或颅脑外伤所致的失语症、口吃等进行治疗，尽可能地恢复听、说、理解能力。

(5) 心理治疗 (psychotherapy)：对有心理、精神、情绪和行为异常的患者进行个别或集体的心理治疗和咨询，其目的在于解决患者所面对的心理障碍，减少焦虑、忧郁、恐慌等精神症状，改善不适应社会的行为，建立良好的人际关系，促进人格的正常化及发展。常采用的方法有精神支持疗法、暗示疗法、行为疗法和心理咨询等。

(6) 康复工程 (rehabilitation engineering)：康复工程是生物医学工程学的重要分支。是工程技术人员与康复工作者应用现代工程学的原理和方法，恢复、代偿或重建患者的功能，使其恢复独立生活、工作和回归社会。如设计制作假肢、矫形支具、自助具等，并进行专门的训练，使其正确地应用。

(7) 中国传统康复治疗方法 (Chinese traditional therapeutic exercise)：这方面的内容十分丰富，既有最常用的按摩、针灸、气功，又有自我锻炼的各种拳、功、操，还有应用中药调理及外敷食疗等方法。

(8) 康复护理 (rehabilitation nursing)：护理人员除为患者提供必须的临床护理手段外，根据康复的基本概念，并结合护理专业知识和技能，运用一些基本的康复技术，开发出康复护理技术，以满足患者精神、心理、身体、社会等方面的需求。如指导或帮助患者活动关节，以维持其功能，防止肌肉萎缩；指导患者自我照顾，如下床活动、大小便控制训练；为患者提供各种方法，以保持良好的姿势，防范继发性身体残疾的发生；在病房中指导患者利用自助器具进食、穿衣、梳洗、排便、转移等日常生活活动训练。

与临床医学所采取的各种措施相比，康复治疗具有明显的专业特性和要求：

(1) 要求患者主动参与：临床医学的各种治疗方法的实施，患者多处于被动的地位，而康复治疗则要求患者必须主动、积极地参与，这一点是康复治疗成败的关键所在。只有帮助患者克服心理等方面的障碍，调动其积极性，使其积极参与和配合，才能取得成效，达到康复治疗的目的。

(2) 有教育的特性：康复治疗共同点，是由治疗师与患者一对一的方式实施训练或治疗，以引导患者进行各种功能的再学习，因而具有教育的特性。

(3) 主张采取综合性治疗方案：康复医学的多种治疗方法，原则上应尽量同步进行或穿插安排，以便从多个方面发挥协同作用，达到全面康复的目的。

(4) 康复治疗应纵贯疾病治疗的始终：康复治疗不是临床治疗后的延续，也不是临床治疗的重复，康复治疗不仅是一种医疗方法或手段，更主要的是一种综合的治疗措施，只是在病、伤、残的不同时期所采取的手段有所差异。因此，康复治疗应从伤病的急性期开始进行，并贯穿于治疗始终。

二、康复医学的工作方法

康复医学涉及到医学的各个领域或不同的专业，如中风后的康复、心脏病的康复、疼痛的处理、骨关节疾病与损伤的康复以及 Alzheimer 病引起的认识功能障碍的康复等。康复医学不仅仅是针对功能障碍，同时也针对疾病的病理改变，着眼于整个人，从身体上、心理上、职业与社会活动能力上进行全面康复。为达到全面康复的目的，康复医学必须采取多学科协作的工作方法 (team work)。简言之，为解决患者的功能障碍需要多学科的相互协作，共同组成康复治疗组完成康复治疗目标 (图 1-1)。

在康复治疗组中，康复医师 (physiatrists) 为该组的领导 其他人员包括 相关科室的医师、

物理治疗师 (physical therapists, PT)、作业治疗师 (occupational therapists, OT)、护理人员 (nursing staff, 指一般护理人员和康复护理人员)、言语治疗师 (speech therapists, ST)、心理治疗师 (psychologists)、假肢与矫形师 (prosthetists and orthotists, PO)、文体治疗师 (recreation therapists, RT)、社会工作者 (social workers, SW)、其他人员 (特殊教育者、职业鉴定师、康复咨询师等)

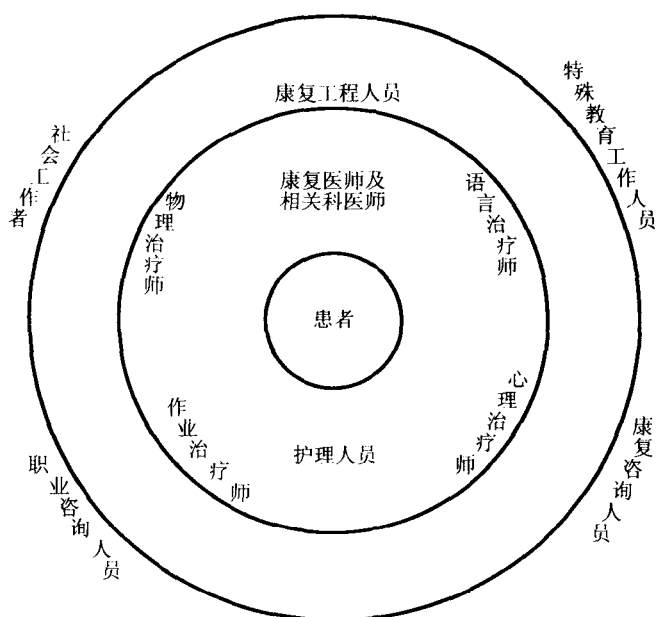


图 1-1 康复治疗组相关人员

- 注: 1. 以患者为康复治疗计划的中心
 2. 首先参与的工作人员由身心方面着手进行康复
 3. 最后是参与社会功能的重建

上述各专业人员在治疗组组长, 即康复医师的领导下, 对患者功能障碍的性质、部位、严重程度、发展趋势、预后与转归充分发表各自的意见, 提出相应的对策, 包括近期、中期、远期 然后由康复医师归纳、总结为一个完整的康复治疗计划, 由各专业人员分头付诸

实施。治疗中期, 再召开小组会议, 对治疗计划的执行情况进行评价、修改、补充。治疗结束时, 再召开小组会对康复效果进行总结、评价, 并为下阶段治疗或出院后进一步康复提出意见。

三、康复医学的工作原则

康复医学的基本原则是“功能训练, 全面康复, 重返社会”。

康复医学注重病伤残引起的功能障碍, 以恢复人体的基本功能活动为主。重视功能障碍的评估, 并针对患者存在的功能障碍或缺陷采用多种方法, 有针对性地进行功能训练。

康复医学是把患者作为一个整体来研究, 注重人体的整体综合能力的康复, 不仅强调使患者在身体功能方面的恢复, 而且也强调在心理、职业及社会等方面的全面康复。

康复医学的最终目的是使患者重返社会, 这也是康复医学的最基本的原则之一。通过功能训练, 努力使患者的功能得以改善以适应社会的需求, 并在身体、心理及社会等方面全面恢复, 重返社会。同时, 也要对患者的生活及工作环境做必要的调整、改造, 以便使患者适应生活和工作。

第五节 康复医学在现代医学中的作用

一、康复医学与临床医学的关系

在现代医学体系中, 预防、保健、临床 (治疗) 和康复是必要的组成部分, 它们相互联系成为一个统一体系, 在整个体系中康复医学占有十分重要的位置。随着医学科学的发展及人类对生活质量要求的提高, 医学的目的不仅是治愈疾病, 而更主要的是应使疾病治愈后人的整体

功能达到尽可能高的水平，提高生存及生活质量，在社会上发挥应有的作用。因此，康复医学与临床医学既有明显的联系，也有区别。

(一) 康复医学与临床医学的联系

康复医学是应用医学科学中的专门技术，是使功能障碍者的潜在能力和残存功能得到充分发挥的医学科学体系。康复医学与临床医学有着不可分割的联系。一方面临床医学的迅速发展，促进了康复医学的发展，并为康复医学的发展提供了良好的基础和可能性。同样，康复医学的发展也推动了临床各学科的发展。如临床抢救存活率的显著提高，有功能障碍和遗留各种后遗症的患者也就随之增多；疾病的慢性化和老年性疾病的发病率的增加，需要长期治疗的患者也增多，这就为康复医学的发展和实践提供了可能。另一方面将康复医疗贯穿在临床医学实践的整个过程中，这就使临床医学更加完善。因为各种疾病临床治疗后都有一个康复过程 特别是一些破坏性较大的疾病 如截肢、烧伤、脏器或关节置换等 以及各种慢性病、难治的疾病都会程度不同地导致各种功能上和精神上的障碍。这些障碍通过康复的早期干预是完全可以预防的；如对已发生的功能障碍，通过积极有效的康复训练，能使患者的功能获得最大限度的恢复。从这一意义上来说，在整个医疗活动中，康复医疗与临床医疗是紧密结合的。

正如康复专家 Howard A. Rusk 所指出的那样：“ 康复应该是每位医师的职责，而不能只是从事康复医学专科医师的事。应当使康复的观点和基本技术成为所有医院医疗计划的一个组成部分，同时，也应当成为所有医师的医疗手段的一个组成部分 ”。如果患者的功能不能很好地发挥 不能正常生活和工作“，这就意味着医疗工作并没有结束 ”。

总之，临床医学治疗越合理，越有利于疾病的康复过程；康复治疗越在早期进行，就越可促进身体整体康复的进程。美国医学会曾对临床医疗（医院）中康复介入过程列成一图（图 1-2）。在伤病的急性期，一旦生命体征稳定，就应立即得到康复医师的诊治，及时地实施康复治疗。

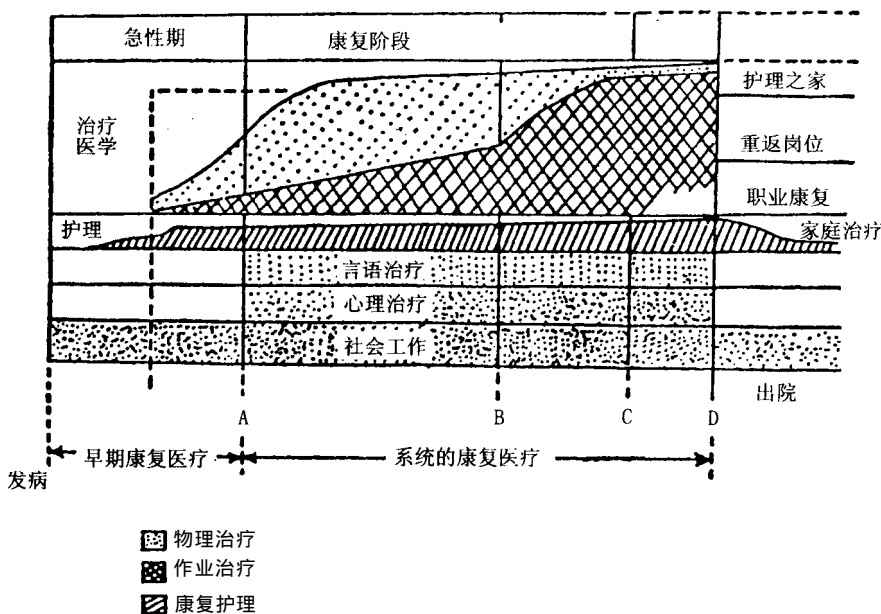


图 1-2 临床医疗(医院)中康复介入过程示意图

（二）康复医学与临床医学的区别

在医疗实践中，康复医学与临床医学相互渗透，相辅相成。然而，康复医学与临床医学确有区别。临床医学是以器官和治疗方法来分科的，其治疗目的在于挽救生命、消除病因和逆转疾病的病理过程，并为机体的康复创造必要的条件。因此，临床医学所采取的一切治疗手段，如药物、手术等都是围绕这一目标进行的。但是，临床医学对疾病所致的功能障碍的预防和康复，机体如何康复以及如何加速康复还缺乏专门的研究和对策，只能是被动地、消极地等待机体的自发进行。临床医学还具有专一性的特点。

康复医学治疗的目的主要在于主动地、积极地促使身体功能的康复，其重点放在预防继发性残疾，发展体能，激发潜能，训练患者利用残余功能或应用各种辅助装置，以适应新的生活。康复治疗方法是以患者为中心，采取具有专门技能的多学科协作的工作小组的形式来实施治疗的，以解决因各种功能障碍所带来的复杂问题。康复医学具有多科性、广泛性、社会性的特征。

二、康复医学与理疗学的关系

理疗学又称物理治疗学（physical therapy），是研究应用物理因子作用于人体以预防和治疗疾病，促进机体康复，延缓衰老的专门学科。按 Krusen 的定义，物理治疗是研究电、光、热、冷、机械能等物理因子及其有效性的应用，包括运动治疗方法，如按摩、体疗及器械治疗。物理医学是在物理治疗学的基础之上产生和发展的，包括物理诊断与治疗两个方面。康复医学，亦称物理医学与康复，是医学的一个分支，是由物理治疗学、物理医学逐渐发展形成的一门新型学科。在国外，物理医学与康复和康复医学是同义词。从历史发展来看，康复医学或物理医学与康复其前身的确是物理治疗学；然而，康复医学不等于过去的物理治疗。康复医学发展至今，除了物理治疗学的内容外，已增加了许多新的内容，如作业治疗、言语与语言治疗、心理治疗、康复工程等，而理疗学的一切方法只不过是康复医学的一个重要的康复手段。

此外，康复医学还与老年医学、运动医学、预防医学、心理学、医学生物工程学、教育学、社会学等有密切的联系，有些学科的有关部分还成为康复医学的一个重要组成部分。从整体来看，康复医学正逐渐渗透到医学的各个领域之中。

三、康复医学与现代医学模式、健康的关系

随着人们对健康概念认识的不断完善，医学模式也就发生了根本性变化。医学模式从单纯的生物医学模式，发展为现代的生物、心理和社会的新的医学模式。医学的根本目的不仅是预防和治疗疾病，而且还有保护健康和促进健康的功能。由于现代疾病谱的改变、心理和社会因素有关的疾病的发病率的显著增加，促成了医学模式的转变。如脑血管病、心脏病、肿瘤、精神性疾病等多发病均与心理和社会因素明显相关。世界卫生组织给健康所下的定义为：“健康是指在身体上、精神上、社会生活上的一种完全良好的状态，而不仅仅是没有患病或衰弱现象”。这一概念强调了全面和功能上的健康，把健康看成是生理、心理和社会诸因素的一种完善状态。

旧的生物医学模式，只承认人的生物学属性而忽视了人的社会属性；只承认人的机体在生理活动基础上健康与疾病的转化，而忽略了人的心理活动对健康与疾病的影响；在医学思维方式上，只习惯于从人的自然属性范围来分析、综合疾病与健康的属性，而不善于从更为广泛的范围内对人的自然、社会属性进行分析与综合，缺乏对多因素致病因子的了解，故难以满足当代社会对医学以及对健康的需要。

新的医学模式不仅强调生物因素的致病性，而且也重视心理、精神、情绪和不良的社会因素对疾病的影响。在疾病的预防方面，强调不能忽视控制心理和社会因素的影响；在疾病的治疗方面，不仅强调要采用对抗生物因素的方法，而且要使用功能治疗的方法来调整 and 矫治心理、精神、情绪和社会因素的异常；在治疗结局方面，不仅强调消除临床症状，使疾病获得痊愈，而且也要达到预防可能发生的功能障碍和对已发生的功能障碍进行全面的 treatment 以达到真正的全面治愈。新的医学模式是对生物医学模式的进一步完善和发展，它恢复了心理、社会因素在医学中应有的地位，但并不意味着用心理和社会因素来取代生物因素。相反，在重视生物因素的前提下，从整个社会系统上来考虑人的健康问题，强调人的健康与疾病离不开社会因素的影响。

迄今为止，在现代医学体系中，可以说康复医学的概念、基本观点和医学思维方式是最符合现代医学的生物-心理-社会模式的，也满足了人类健康这一概念对医学发展的要求。康复医学的对象是各种功能障碍者或残疾者；也就是说，只要把功能障碍或残疾这一核心问题放到整个人类社会中去考虑，就会发现它与生物、心理、社会的联系比健全人或一般患者都密切。康复医学也正是从生物学、心理学和社会学的观点来看待残疾和处理残疾的。医学模式的转变和人类对健康要求的提高与康复医学的基本原则和目的也基本相符合，也顺应了医学发展，符合医学预防和治疗疾病、促进健康功能的目的。

第六节 康复医学的基础理论概要

一、残疾的概念与分类

（一）残疾的概念

残疾是指由不同原因，如疾病、外伤、发育缺陷或精神因素等引起的心身功能的长期、持续或永久性的障碍状态。这些功能障碍必须对身体活动、日常工作、生活与学习和社会活动等造成明显的影响。从康复专业角度来看，这些功能障碍大多数都是经过充分和合理的临床医学治疗后仍未有效解决的问题。

残疾人 (disabled person) 是指某些组织器官或解剖结构、心理状态、生理功能等的异常或丧失，使得部分或完全失去以正常方式从事个人活动或社会生活能力的人。包括视觉残疾、听觉残疾、语言残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾和其他残疾的人。

残疾学是一门研究有关残疾的致残原因、残疾的流行病学特点、残疾的临床特点、残疾的发展规律、预后及评价和残疾的康复治疗与预防的学科，是康复医学的支柱，在康复医学中占据中心位置。

（二）残疾的分类

在实际应用中，一般按照残疾的程度及影响进行分类，其中最常用的是世界卫生组织 (WHO)1980 年所公布的标准。国内的分类标准较常用的是 1987 年全国残疾人抽样调查的标准，现分别介绍如下：

1. 国际残疾分类

1980年 WHO 所推荐的《国际病损、失能与残障分类》(international classification of impairment, disabilities and handicaps, ICDH)，已为世界各国康复医学界所普遍采用。该分类法将残疾划分为三个独立的类别 即残损、残疾、残障。

(1) 病损或残损 (impairment, I)：是指各种原因所导致的组织或器官解剖结构、生理功能及心理功能的异常或丧失，干扰了个人的正常生活活动，属于器官或系统水平上的障碍，对功能活动、生活和工作能力造成一定的影响，但实际操作仍可独立完成。它可能是暂时的或永久性的。可将病损再进一步细分为：智力病损、心理病损、言语病损、听力病损、视力病损、内脏病损、骨骼病损、畸形和其他综合病损。

(2) 失能或残疾 (disability, D)：是指不能按正常方式、行为和范围进行日常生活活动及其他活动，即能力的任何受限或缺陷，属于个体或整体水平的障碍。残疾一般是建立在病损的基础上，也就是说残疾是由于病损较严重造成的功能和活动能力的丧失或减退，但未必所有的病损都会造成残疾。失能的具体类别有：行为失能、交流失能、生活自理失能、运动失能、身体姿势和活动能力失能、技能活动失能、环境适应失能、特别技能失能、其他活动失能。

从病损和失能的定义可以看出：前者的特征是功能的丧失或异常；后者的特征是能力的受限或缺陷。

(3) 残障 (handicap, H)：是指进行正常的社会活动、交往和适应能力的障碍，包括工作、学习、社交活动等方面，是残疾的最严重表现，亦是病损和失能的社会表现，它反映的是个体由于病损或失能而在文化、社会、经济和环境方面的各种后果。因此，残障属于社会水平的障碍。具体类别有 定向识别 时、地、人 残障、身体自主残障、行为残障、就业残障、社会活动残障、经济自立残障、其他残障。

总之，病损是组织器官水平的功能障碍；失能是个体水平的能力障碍；残障是社会水平的障碍。我国习惯上将病损、失能和残障统称为残疾 (disability)，其实只有失能和残障才可以肯定是残疾，至于病损是否属于残疾应视具体情况而定。

2. 新的国际残疾分类

随着医疗、康复事业的发展以及对残疾概念认识的不断深入，加之残疾人活动领域的不断扩大，1980年 WHO 制定的 ICIDH 在实际应用中存在着不少的问题。因此，WHO 在 1999 年建立了新的国际残疾分类标准，该标准定名为《国际病损、活动和参与分类》(international classification of impairment, activities and participation)。新的分类标准仍在征求意见中，故作简要介绍。

为了保持与原标准的统一和一致性，新的分类法简称 ICIDH-2。新、旧分类标准均属于健康分类范畴。新的标准主要从三个方面来描述三种不同的健康状态，即从身体功能与结构、活动和参与三个层次上分析疾病、失调或损伤和其他健康问题有关的功能特性。旧分类标准有病损、失能和残障三个类别，而新分类标准也相应分为病损、活动和参与三个类别，但增加了相关的影响因素，如环境因素与个人因素两个方面 (表 1-1)。

表 1-1 新旧分类标准比较

	组织、细胞水平 (内在环境)	器官、系统水平 (外向性)	个体、整体水平 (客观性)	社会水平 (社会性)	外界障碍水平
ICIDH	疾病或紊乱	病损	残疾	残障	-
ICIDH-2	健康状况	病损	活动	参与	环境与个人因素

新的分类标准更注重描述功能性与残疾性的特征。在新分类标准中，残损、活动和参与三个方面是平行的，均属于健康状态的一部分，代表不同的健康状况，它们可以单独使用或同时

应用 以作出更综合性的评价或分类(图 1-3)。在每一类别中同样包含了正面意义和负面意义两个方面,如残损与身体结构和功能的异常或缺失,活动与活动限制,参与与参与限制。

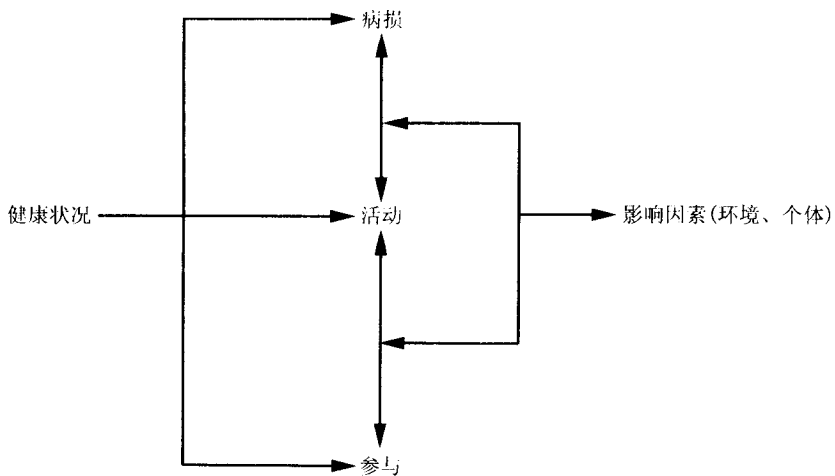


图 1-3 健康与残疾性的关系

(1)病损 impairment, I) : 病损是指身体结构与功能的异常或丧失。结构与功能是指身体的基本结构、生理及心理功能。身体是人体的整个机体,因此,包括脑及其功能,即精神。功能包括人类的基本感觉功能,如视觉和听觉等。病损代表了人体及其功能的生物学状态与标准的差异。病损可以是暂时的或永久的、静止的或渐进性的、间断性的或连续性的。病损是健康状态的一种表现,并不是显示个体有病或处于患病状态,如丧失一个肢体是一种病损,但不是个体的一种疾病或紊乱。

(2)活动 activity, A) : 活动是指个体的功能状态与完成活动的个体活动行为。活动与个体日常生活活动有关,体现了在个体水平上的功能性质和范围,主要关注个体实际能完成的活动,如完成任务或执行某一活动,并不指个体拥有的活动性能或潜能。活动包含能活动(包括活动的性质、持续时间、本质)和活动限制。活动限制 activity limitation)是指个体完成活动的困难度及其需要辅助的程度。使用辅助装置可以消除个体的活动限制,但不能去除病损,如果没有辅助装置,个体就不能完成某项活动。

(3)参与 participation, P) : 参与是指个体参与社会和个体生活活动的社会和个体行为特征。参与是个体与内、外在因素相互作用的结果,体现在社会水平上,是健康状态的不同方面。参与包含能参与(包括参与的性质、持续时间、本质)和参与受限。用参与或参与受限代替残障,可以更全面地说明与病损和活动有关的社会活动。参与是一个复杂的过程,不仅受到个体健康状态及其拥有的病损、活动限制等残疾因素的影响,个体及所生活的环境也影响参与。参与受限可直接来源于社会环境,即使没有残损或活动限制等残疾因素的个体,也可能会出现参与受限如 HIV呈阳性而没有症状的患者或艾滋病患者等,可能没有残损或活动限制,然而由于社会态度及人为的因素等原因而得不到服务或他们不能参与社会中。

3. 中国的残疾分类

1987年全国残疾人抽样调查所采用的分类标准,具有一定的权威性,仍然是国内残疾人

调查时的主要参考依据。所列入标准中的残疾类别只有五类，即视力残疾、听力残疾、智力残疾、肢体残疾和精神残疾。本分类主要立足我国的实情，依据残疾的部位进行分类，对于其他残疾，特别是内脏疾病的残疾没有包括在内。简述如下。

(1) 视力残疾 (visual disability)：是指由于各种原因导致的双眼视力障碍或视野缩小，很难从事一般人所能从事的工作、学习或其他活动。按正常眼最佳视力，视力残疾包括：①盲：一级盲、二级盲 ②低视力：一级低视力、二级低视力。

(2) 听力言语残疾 (hearing disability)：听力残疾是指由于各种原因导致双耳听力丧失或听觉障碍，听不到或听不真周围环境的声音。听力残疾分为：①聋：一级聋、二级聋 ②重听：一级重听、二级重听。言语残疾是指由于各种原因导致的不能说话或言语障碍，从而很难与一般人进行正常的言语交流活动；仅分为单纯的言语残疾。

(3) 智力残疾 (mental retardation)：智力残疾是指人的智力明显低于一般人的水平，表现为适应能力的障碍。智力残疾包括在智力发育期间，由于各种因素造成的精神发育不全或智力迟滞；智力发育成熟后，由于多种因素导致的智力损害或老年时期的智力衰退。按照智商 (IQ) 及社会适应能力分为一级智力残疾 (极重度)、二级智力残疾 (重度)、三级智力残疾 (中度)、四级智力残疾 (轻度)。

(4) 肢体残疾 (physical disability)：肢体残疾是指四肢残缺或四肢、躯干麻痹、畸形导致运动系统不同程度的功能障碍或功能丧失。从人体运动系统残疾部位的多少、致残位置的高低和功能障碍的程度综合考虑，并以功能障碍为主将肢体残疾划分为一级肢体残疾、二级肢体残疾、三级肢体残疾、四级肢体残疾；级别越高，残疾程度就越重。

(5) 精神残疾 (mental disability)：精神残疾是指精神病持续一年以上未愈，从而不能从事正常的生活、工作和社交活动或出现不同程度的紊乱和障碍。按照 WHO《社会功能缺陷筛选表》所列 10 个问题评分 将精神病残疾分为一级精神病残疾 (极重度)、二级精神病残疾 (重度)、三级精神病残疾 (中度)、四级精神病残疾 (轻度)。

(三) 残疾的形成

残疾的形成是描述疾病的发生、发展与人体的功能状态和社会角色变化的一种概念。传统的疾病模式是：病因 → 器官、组织的病理变化 → 疾病的临床表现 → 临床治愈或死亡。这一模式并未阐明与疾病有关的全部问题。临床诊断旨在表明由不同病因或疾病引起的器官组织的病理改变，对疾病可能引起的机体功能或社会的适应能力的障碍却很少注意。因此，应从人体器官系统和功能状态而延伸：疾病 → 残疾来描述这一过程 (图 1-4)。按 WHO 新的残疾分类标准，发生于不同层次的残疾反映的是不同的健康状态 (图 1-3)。

依据旧的 ICIDH 的原则，从各类残疾的上述形成过程来看，疾病的后果除了治愈与死亡外，还有相当一部分遗留或伴随着残疾。

(四) 残疾的康复对策

不论是暂时性残疾，还是持续一年或以上的永久性残疾，康复的基本对策，首先仍是重在预防，亦就是尽可能地预防和减少残疾的发生或减轻残疾的程度，其次才是处理已发生的残疾。残疾的康复预防应从残疾发生的三个层次上采取有针对性、切实可行的措施。一旦预防失效而不幸发生残疾时，就要面对残疾采取切实可行的措施来处理残疾。处理的原则应依据病损、失能和残障三个残疾类别分别采取复原、代偿或适应的措施，来恢复或代偿患者的功能，或通过改变残疾者的外环境以减轻它们对残障者的影响，以便残疾者回归社会。