

康复医学发展现状与未来

乔志恒, 郭明

[关键词] 康复医学; 现状; 发展

[中图分类号] R49 [文献标识码] C [文章编号] 1006-9771(2009)01-0096-03

[本文著录格式] 乔志恒, 郭明. 康复医学发展现状与未来[J]. 中国康复理论与实践, 2009, 15(1): 96—98.

1 康复医学发展现状

1.1 康复医学, 方兴未艾 当今康复医学(rehabilitation medicine)在各国向着多级化趋势发展。美国康复医学处在现代康复医学的领先地位, 理论研究和应用技术研究均较成熟, 有一套完整的康复医疗结构体系。加拿大、澳大利亚康复医学发展紧随美国之后。欧洲康复医学则朝着一体化方向发展, 欧洲医学会联盟(UEMS)专设康复医学部, 有 25 个国家专业学会参加该组织, 出版《康复医学杂志》(Journal Of Rehabilitation Medicine), 是欧洲具有代表性的康复医学期刊。欧洲康复医学在学术上提倡康复医学与临床紧密结合, 因而被称为“临床康复”(clinic rehabilitation), 正在成为欧洲康复医学发展的主流。亚洲康复医学发展, 富含东方医学色彩。我国中西医结合康复医学有很大潜力和发展空间。日本上田敏教授说: 在 21 世纪里, 西方传统康复医学面临东方康复医学的挑战。

1.2 康复医学理念延续与扩展 WHO 将医学划分为保健医学、预防医学、临床医学、康复医学(又称第四医学)。现代康复医学是研究伤残病后造成的机体功能障碍, 进行康复评估、康复训练、康复治疗, 以达到改善或重建患者身、心、社会功能为目的的一门科学, 是现代康复医学最根本理念。著名康复医学专家, 美国纽约大学教授 Rusk 认为: “康复治疗是临床治疗的后续, 如不进行康复治疗, 就意味着临床治疗工作并没有结束。”英国著名康复医学专家 D. Wade 教授以脑卒中康复为例提出康复治疗、功能训练的新概念, 认为: ①应该以患者为中心, 满足患者在功能康复上需求, 而不是以某些专家理论和假设为中心, 脱离患者的实际需要; ②功能训练应与患者日常生活、工作或作业活动联系起来, 且忌千篇一律, 只着眼于减轻临床病损和缺陷, 忽略功能性活动的训练; ③应当鼓励患者, 经常进行力所能及的功能性活动, 而不是只限于每日用 5% 白天时间, 在治疗师指导下进行练习; 最好使患者经常处在一个技能学习的环境中; ④只有靠多学科参与, 并在患者家属的配合下, 才能真正满足每个患者在功能康复上的具体需求。

1.3 功能康复理论与技术的当代进展

1.3.1 中枢神经系统功能康复 现代脑功能康复理论与实践研究证明, 通过康复治疗可以观察到中枢神经系统(center neural system, CNS)改变, 如下结果: ①CNS 一边破坏, 一边自行修复; ②CNS 残留部分有巨大代偿能力; ③通过运动训练, 可以学会生来不具有的运动方式; ④通过训练可使一个系统承担与本身功能毫不相干的功能; ⑤通过训练不仅恢复功能, 而且在脑的相应部位也发生相应的形态结构性改变。

上述 5 点雄辩说明, 脑功能可塑性和施行功能康复的理论依据。

1.3.2 周围神经损伤康复 对周围神经系统(peripheral neural system; PNS)损伤, 下列康复治疗可加速神经再生和功能康复: ①神经营养因子(NTF): 既有神经营养因子特性, 又有促进轴突再生作用; ②神经生长因子(NGF): 能刺激交感神经及背根神经节未成熟神经蛋白合成, 可使神经元体积增大, 增殖过程加强; ③神经节苷脂: 有人报道应用神经节苷脂能增强神经发芽, 促进肌肉神经再支配; ④脉冲电刺激疗法(PEST)。

实验研究证明, 电刺激能促进轴突再生。发现电刺激作用有: ①能使损伤神经缝合区以下或导管内再生轴突量增加; ②轴突再生速度加快; ③运动轴突数目增加, 并与肌肉建立相应联系; ④神经传导速度加快, 促进神经功能恢复。

1.3.3 康复治疗技术 根据神经生理学原理, 利用特殊运动模式、反射活动、本体和皮肤刺激, 可以抑制异常运动, 促进正常运动; 遵循中枢神经损伤后的运动功能恢复规律, 以治疗神经肌肉, 特别是中枢神经损伤造成的运动功能障碍。神经生理疗法(NPT), 诸如 Bobath 疗法、Rood 疗法、Brunnstrom 疗法、本体感神经肌肉促进法(proprioceptive neuromuscular facilitation, PNF)等, 在长期康复临床实践中, 对其理论和方法学研究均较成熟, 临床应用疗效得到进一步验证和确认。

值得注意的是, 目前康复医学研究重点, 正在从经验较成熟的肢体残疾康复, 转向失语(aphasia)、失认(agnosia)、失用(apraxia)及认知(cognition)康复方向发展, 即进入到语言、记忆、思维等中枢神经残疾的领域研究。

1.3.4 康复功能评估 近几年康复功能评估理论与实践、运动生理评估、运动功能评估、步态分析评估、生活质量评估、神经心理评估、神经肌肉电诊断评估、运动控制分析生物力学评估研究等均有较多进展。康复评估不仅是康复数据的收集、整理, 更为重要的是通过数据来确定康复过程, 患者能否从康复干预中获益以及获益的程度。因此, 虽然有关残损(impairment)数据、病理过程得到较多反映、临床上也较适用, 但它在很大程度上, 并不能反映功能后果(outcome)的改善。

不同患者或不同疾病, 功能恢复过程不尽相同。因而, 在施行康复治疗或训练过程中, 采用功能后果评估方法能较好反映康复效果。由于影响康复功能后果因素很多, 因此专家们建议, 不要使用单因素分析方法评估患者康复管理的效果。这就意味着, 必须建立起较大规模的康复数据系统, 才有可能进行多因素、多层次分析。

1.4 康复医学价值观

1.4.1 康复医疗价值观 目前人类死因主要是心肌梗死、脑血管意外、癌症和创伤。除急性死亡, 大部分患者可以存活下来。如何提高存活患者生活质量, 就有赖于康复医学发展。近

作者单位: 中国康复研究中心, 北京市 100068。作者简介: 乔志恒(1931-), 男, 河南洛阳市人, 主任医师, 主要研究方向: 物理医学与康复、亚健康状态、健康管理与康复。

代医学研究表明,积极进行康复治疗可以明显延长患者寿命,降低死亡率 36.8%。

在脑血管意外存活患者中,积极康复治疗可使 90% 患者重新获得行走和生活自理能力,30% 患者恢复工作。不进行康复治疗,上述两方面恢复者仅为 6% 和 5%。

在癌症患者中,据统计 40% 可治愈,60% 可存活 15 年。癌症需要在手术、放化疗之后,对诸如慢性疼痛、身体衰竭、放化疗反应等,给予心理、整形、作业和物理治疗等康复措施。

在创伤方面,以截瘫为例,据有关资料统计,1950 年前截瘫后只能存活 2.9 年,1950 年后延长到 5.9 年。采取了积极的康复治疗,1976 年已有 53% 截瘫患者重返工作和学习岗位;1980 年达到 83%。正是康复医学的发展,使得许多严重残疾者重获继续为社会做贡献的机会。

1.4.2 康复经济价值观 随着国民经济快速发展,生活水平不断提高,人口平均寿命延长,人们对康复需求也在逐年增加。发展康复医学同样面临挑战和机遇,我们应该迎接挑战。

人们承认康复医疗社会效益,却怀疑、误解康复医学经济效益,这种怀疑误解源于医院经济效益分析误区。过去认为:医院总收入越高,经济效益就越好。现在不同了,开始强调医院净收入、强调医院投入产出比、社会资源占用率等。这样一来,康复医学低投入和高产出的明显优势被更多的人所认识。康复医学社会资源占有率,包括医院后勤、管理资源占有率也相应减少。

纵观发达国家发展康复医学历史,我们不难看出,发展康复医学是件利国利民好事,不仅可以减少国家公费医疗支出和家庭负担,还能提高残疾患者、慢性病人及老年人的生活质量,对我们国家两个文明建设具有重要意义。

1.5 康复医学与临床的联系 康复医学与临床医学联系极为密切,临床的内、外、妇、儿、预防保健各科均有康复医学涉猎。近几年,不仅在偏瘫、截瘫、脑瘫、四肢瘫等康复临床与护理方面取得进展,而且对很多常见病、慢性病,甚至亚健康、心理康复等方面也取得可喜进步。

康复与临床治疗如何正确整合?综合有效应用大有讲究。就整体而言,临床有药物治疗、手术治疗、康复治疗,当进行综合治疗时,多种方法如何优选,如何正确选择、有效应用,是首先考虑的问题;在康复治疗方面,也有康复治疗时机、治疗方法、治疗剂量、康复疗程等具体方法问题。目前对诸如此类关系康复与临床效果的研究,均有待更多关注和提高。

美国杰佛逊(Jefferson)大学医疗集团为适应美国公立保险体系医疗需要,提出康复单元工作模式,如门诊康复治疗单元、住院康复治疗单元、神经康复治疗单元、骨科康复治疗单元、普通内科康复治疗单元等,每个单元均有独立的物理治疗师(PT)、作业治疗师(OT)、言语治疗师(ST)、社会工作者(SW)、康复工程师(RE)等,工作使用面积在 500 m²。这些康复治疗单元在大医院中统一由康复医学科领导管理。实践证明,康复治疗单元模式既适合大型医院加强康复与临床联系,方便患者就诊医疗,又适合在中小医院乃至社区开展康复治疗。国内心脑血管病康复单元、骨科疾病康复单元、专科疾病康复单元等都在兴起之中,在一定程度上促进了康复医学的发展。

2 康复医学之未来

2.1 服务对象的扩展 康复医学服务对象,从历史发展阶段看,有三个不同时期:①初期:康复医学发展初期服务对象,主要是针对战伤、车祸、意外事件导致残疾和先天性缺陷,或后天

性功能障碍残疾者;②近期:随着社会需求发展,康复医学发展近期服务对象,则扩展为久治不愈的慢性病、生活方式病、中老年病、心理精神障碍患者的特殊群体服务;③远期:同样是因为社会需求发展,康复医学发展远期服务对象将扩展到城市社区,以及占社会人群总数 70% 的亚健康群体;亚健康状态评估、康复医疗与康复调理将对疾病预防和提高全民族健康素质有重要指导意义。

2.2 康复服务社会化 根据《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》要求:“社区卫生服务要以社区、家庭和居民为服务对象,以妇女、儿童、老年人、慢性病人、残疾人、贫困居民等为服务重点,以主动服务、上门服务为主,开展健康教育、预防、保健、康复、计划生育技术服务和一般常见病、多发病诊疗”等全方位社会化医疗服务。中国医院已经或多或少地在向数字化医院的进程迈进,而目前医院所面临的挑战是如何打破医院的围墙,使医院从医疗型向保健医疗型扩展,从点向面辐射,向社区延伸,从而为老百姓提供更加全面基础的医疗保健服务。

社区康复医疗工作对象除了残疾者,更多的还包括心血管疾病、脑血管疾病、高血压、糖尿病、慢阻肺、癌症等患者,以及其他老年病患者等。社区医疗的人文化关怀,将把社区康复、保健、医疗、预防融为一体,担负起家庭康复医疗、康复护理、生活指导、健康教育等,这将成为社区康复医疗发展的趋势。

“残疾者人人享有康复”目标由谁去实施?当然不是几家大医院,必须依靠社区康复医疗机构,其中包括农村及基层医疗单位。大医院对社区康复医疗机构有指导、帮助、培训、提高的责任和义务;社区康复工作重要性已经初见端倪,并已引起了国内外普遍重视。

2.3 康复服务人性化 康复医学服务人性化内容包括:以患者为中心,从提高患者机体质量出发,改善生存质量,提高生活质量,实施个性化全程康复追踪服务和管理。

康复医学涉及危重医学、临床治疗、临终关怀,还要担负社会责任,关注伦理、自律,坚决贯彻“知情同意”和“知情选择”原则,在保护个人权益和隐私方面,康复医学应该成为表率。

我国传统康复医学以人与自然、社会与环境和谐统一、协调发展为主线,研究生命健康和疾病,重视人文因素,特别是“情志”心理因素,全面考虑预防、预测和个体化医疗服务,有待深入挖掘。

2.4 康复预防优先化 21 世纪医学的任务将从“防病治病”为主,逐步转向“增进健康、提高生命质量”,整个社会卫生资源配置将重点分为两极:即社区医学服务与医学研究中心服务。

未来康复医学中,康复预防将占主导地位,那时人们不只是进行被动地进行康复评估与康复医疗,而是将相当的康复医疗资源用于康复预防。未来康复预防体系将运用医学最新成就,研究人体形态结构与功能调控之间的关系,研究开发人体与生俱来的“天然自愈力”和“潜在功能”,开发人体功能辅助装置和系统服务装置,从而调动人体的主动康复行为。

未来康复医学将与健康医学紧密结合,“人人享有健康”和“残疾者人人享有康复医疗”将成为健康医学与康复医学发展的崇高目标。

2.5 中西医药学的融合 西方医药学自 18 世纪以来,以解剖学和生理学为基础,以实证论和还原分析为主要认识手段,在防治疾病方面取得辉煌成就,现代尤其表现为人类基因组诞生、克隆和转基因技术在人体成功运用、以健康基因置换出致

病基因等。然而,人类还是不能完全医治好自身全部疾病。进入 21 世纪,面对健康与疾病,西方医药学似乎遇到难以逾越障碍,临床医生面临着系列难题,如抗生素所致二重感染、耐药菌株不断增加、化学合成药物毒副作用等。这些难题使人们悟出一些道理:化学治疗并非是解除病痛万全之策;有创肝穿、放化疗、激光、伽马刀、移植术等使不少人视为畏途;工业化造成环境污染;生活方式所导致心脑血管病、癌症等;我国老百姓抱怨看病难、看病贵;欧美西方大国也不堪医疗费用重负;所有这些都预示着西方医药学“盛极而衰”时代到来。

我国传统医学源远流长,自成体系,具有蕴义深邃而有广博概念和范畴体系。无论是内容和深度、广度,以及反映的科学思维水平,足以与西方现代医学并列。中医学最大特点是:研究对象始终是人,强调精神对生命之特殊意义和作用。它所把握的不是器官实体,而是人体整体功能状态和功能结构关系。因此从本质上说,中医学是“助人抗病”,调动和激发人体“天然自愈力”和“潜在功能”,帮助人体恢复和提高自身免疫和调节能力,从而实现祛病健身的目的。

医学进步正处在一个历史的转折关头:一方面,西方医学对人体组织形态结构体系研究,从基因图谱完成就为标志到达顶峰;而另一方面,对人体功能结构体系研究则明显滞后。中医学在千百年实践中,与西医学恰好相反。由此可以预见,未来医学之发展,寄希望于中西医药学之融合,两者可以取长补短。中医学对现代医学是补充、完善、提高与发展,对发展中的未来康复医学,必将发挥更大作用。

2.6 高新科技的应用 在未来康复医学中,由于人类寿命延长和生命质量提高,有赖于医学科学和技术整体水平的进步,所以人类对高新技术应用有更多期盼。人类希望应用最新前沿技术对“疑难杂证”、对生活方式疾病、对中老年病、对影响生活质量的骨关节病、精神心理疾病以及亚健康状态防治等,能提供更多实用的康复手段和解决办法。

在医学领域里引进和采用更多新技术,对传统康复医学思维和工作方式提出挑战。比如采用生物反馈技术、全新数字摄影技术、生物芯片技术、生物传感技术、微电子脉冲技术以及分子设计和模拟技术等,将促进生物能量信息技术成熟,作为整合医学的重要技巧,被全球思想前卫医生接纳,并在使用中构建中西医融合新的高架桥和快速通道。

生物能量信息技术由 20 世纪后期限于诊断,迅速发展为当今临床医疗的整合运用,对帮助因各种原因导致的身心功能障碍者充分发挥其自身潜能,对人体功能测定、评估、训练、重建、补偿、调整和适应,对通过恢复运动、语言、心理、认知以及个人自立所需的其他功能,对提高患者生存质量等,都将带来不可替代的巨大推动作用。

医疗科技的应用与发展在上世纪帮助日本和加拿大康复医学走进全球康复医学前沿。本世纪,随着传统医学与生命科学突破性发展,随着医疗科技日新月异的整合实践,人类将获得集成度高、运行速度快、成本低、方式方法多样的更多智能系统。在未来可预计的年代,谁把握住这个趋势和机遇,谁就能在提高康复评估和康复医疗效果方面,在提高机体生存质量从而提高人们生活质量方面,走到世界康复医学前沿,为人类做出卓越贡献。

人们可以预见,康复医学将从人体功能康复需求逐步由现代康复医学上升到未来康复医学的美好境界。未来康复医学不仅深入到文化、艺术、美学领域,还会与美术、书法、音乐、歌

舞、武术、美食、药膳、健康旅游、模拟环境等融为一体。康复手段不仅更人性化,还更加高科技化,增加更多的互动和参与。康复内容不仅更加丰富多彩,还会更有效率和质量。让我们期待一个更绿色、更人文、更科技的康复医学新未来吧!

【参考文献】

- [1]卓大宏. 中国康复医学[M]. 2 版. 北京:华夏出版社, 2003.
- [2]缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2000.
- [3]南登崑. 康复医学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2001.
- [4]陈可冀. 中国传统康复医学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1988.
- [5]周士枋, 范振华. 实用康复医学[M]. 南京:东南大学出版社, 1998.
- [6]燕铁斌. 现代康复治疗学[M]. 广州:广东科技出版社, 2004.
- [7]中国卫生部医政司. 中国康复医学诊疗规范[M]. 北京:华夏出版社, 1999.
- [8]方积乾. 生存质量:测定方法及应用[M]. 北京:北京医科大学出版社, 2000.
- [9]李乃民. 中国传统医学外治疗法全书[M]. 北京:学苑出版社, 1997.
- [10]陈景藻. 现代物理治疗学[M]. 北京:人民军医出版社, 2001.
- [11]乔志恒, 范维铭. 物理治疗学全书[M]. 北京:科学技术文献出版社, 2001.
- [12]刘纪清, 李国兰. 实用运动处方[M]. 哈尔滨:黑龙江科学技术出版社, 1993.
- [13]许又新, 吕秋云. 现代心理治疗手册[M]. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1997.
- [14]钱铭怡. 心理咨询与心理治疗[M]. 北京:北京大学出版社, 1994.
- [15]易法建. 心理医生[M]. 重庆:重庆大学出版社, 1996.
- [16]黄希庭. 认知心理学[M]. 北京:中国轻工业出版社, 2000.
- [17]管敬政. 医学科学学导论[M]. 杭州:浙江科学技术出版社, 1988.
- [18]王龙兴. 卫生经济学的理论与实践[M]. 上海:上海交通大学出版社, 1998.
- [19]乔志恒, 华桂茹. 亚健康状态评估与康复[M]. 北京:化学工业出版社, 2007.
- [20]宋在兴. 亚健康—人体潜伏的危机[M]. 上海:上海中医药大学出版社, 2000.
- [21]于智敏. 走出亚健康[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003.
- [22]缪鸿石. 创伤康复与生长因子[J]. 中国康复理论与实践, 2000, 6(2): 85—89.
- [23]黄卫东. 新世纪医院经营发展中的整合战略[J]. 中国医院, 2002, 6(3): 36.
- [24]陈华新, 朱学真. 自然医学在疗养中的地位和应用[J]. 中国疗养学, 1997, 6(4): 8.
- [25]邱卓英, 李建军. 国际社会有关残疾与康复的理念和发展战略的研究[J]. 中国康复理论与实践, 2007, 13(2): 111.
- [26]郭明. 我国康复医学发展的新思路[J]. 中国康复, 2005, 20(6): 371—373.
- [27]郭明. 迎接 21 世纪的挑战—高科技带给生命科学的冲击和变革[J]. 中国康复, 2003, 18(1): 1—3.
- [28]肖先福, 刘援增, 崔晓东, 等. 试论医院领导者应有战略眼光[J]. 中华医院管理杂志, 2002, 18(7): 43.
- [29]张玉霞, 许涛, 扈长茂. 临床医学重点学科建设发展趋势与评估[J]. 解放军医院管理杂志, 2001, 8(6): 24.
- [30]WHO. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development[R]. WHO, 2001.
- [31]Nix WA, Urbavá G. Electrical Stimulation and Neuromuscular Disorders[M]. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 1986.
- [32]Collins FS, Green ED, Guttacher AE, et al. A vision for the future of genomics research[J]. Nature, 2003, 422: 835—847.
- [33]Reich DE, Lander ES. On the allelic spectrum of human disease[J]. Trends Genet, 2001, (17): 502—510.
- [34]Drews J, Ryser S. The role of innovation in drug development[J]. Nature Biotechnol, 1997, (15): 1318—1319.
- [35]Selkoe DJ. Alzheimer's disease: genes, proteins, and therapy[J]. Physiol Rev, 2001, (81): 741—766.
- [36]Miller PS. Is there a pink slip in my genes? [J]. J Health Care Law Policy, 2000, (3): 225—265.
- [37]Lynch HT, de la Chapelle A. Genomic medicine: hereditary colorectal cancer[J]. N Engl J Med, 2003, (348): 919—932.

(收稿日期:2008-12-03)