

中国社区康复的现状、面临的挑战和发展趋势

中山大学附属第一医院康复医学科 世界卫生组织康复合作中心 卓大宏

香港复康会,世界卫生组织康复合作中心 香港特别行政区 贝维斯

中国康复研究中心 李建军

华中科技大学同济医院康复医学科 世界卫生组织康复培训及研究中心 黄晓琳

中国的社区康复(community-based rehabilitation, CBR)自1986年正式开始兴办,至今已有近30年的历史,其间经历了几个阶段,不断有所进展。社区康复现已成为中国开展残疾人康复服务的基础,而且也是我国推动实现残疾人“人人享有康复服务”,促进残疾人全面康复的主要方式。

1 三十年来的四个发展阶段

第一阶段(1986年—1990年):从WHO引入社区康复,开始在个别县市试点推行。采用WHO提出的CBR模式,主要是医学模式,参照WHO发布的《在社区训练残疾人》的教材^[1],主要对躯体残疾的残疾人在社区(包括家庭)进行功能训练。最早开展的试点县市包括广东的广州和从化、山东招远、吉林的梨树县、内蒙古自治区的科左中旗。其中个别CBR试点项目是由我国与WHO合作进行的。本阶段取得的初步成绩曾于1991年6月在广州举行的“西太平洋地区国家间关于社区康复的计划和研讨会上”做了总结。

第二阶段(1991年—1996年):由卫生部和残疾人联合会共同推动,结合对残疾人康复医疗的阶段性中心任务,开展社区康复。例如,在社区和基层,开展白内障复明手术后的视力康复;对社区聋哑儿童进行听力-语言康复;对社区小儿麻痹症后遗症的青少年进行矫治手术后的功能训练和矫形器具的康复。这一阶段的CBR工作试点范围已扩展至64个县(区),但仍以医学康复为主。

第三阶段(1997年—2005年):CBR逐渐由医学模式向医学-社会模式转变,社区康复的社会保障体系逐步形成。受到WHO、国际劳工组织、联合国教科文组织2004年关于CBR联合意见书的影响,我国也进一步重视把社区康复作为解决残疾人康复、机会均等、减贫和社会包容等问题的一种战略,政府多个有关部门和一些群众团体联合起来,凝聚共识,拟定和发布了改善社区残疾人处境的共同计划。卫生部、民政部、财政部、公安部、教育部、中国残疾人联合会等于2002年联合发布《关于进一步加强残疾人康复工作的意见》,强调要全面推动社区康复。在此期间,卫生部通过医疗卫生的改革计划,正式把康复列为社区卫生服务内容之一;民政

部也在加强社区民政工作中,强化对残疾人的社区服务。随着社区康复服务逐步扩展至教育康复、职业康复和社会康复领域,一个康复的CBR社会保障支撑体系正在我国逐步形成。

第四阶段(2006年—目前):这是一个CBR发展较快、普及与提高并进的阶段。“普及”指的是积极把社区康复推广到农村,尤其是西南、西北偏远地区的农村;“提高”指的是提高社区康复工作的质量和促进可持续发展。在普及方面,其中一个重要计划是从2003年—2015年在31个贫困县试点实施新一期农村社区康复项目,取得较大收获【中国残疾人联合会/嘉道理慈善基金会社区康复合作项目】。在提高方面,国家自2006年—2007年在各地精心培育出99个残疾人社区康复示范区,总结出一些可行的优质实践经验(办好社区康复的好方法、好模式),加以推广,藉以提高CBR工作质量【2006年中国残疾人事业十一五发展纲要】。此外,在2008年举国支援汶川大地震灾后重建工作的有力推动下,全国社区康复工作明显加强,包括工作人员队伍的培训、资源中心对社区的技术支持等。在此阶段的一个重要转折点是2010年WHO发布全球《社区康复指南》后^[2],我国康复界组织了该书中文版的翻译、出版和发布,还发动了对社区康复新概念、新模式、新内涵和新经验进行研讨、学习,努力开辟我国CBR的更高境界。

2 现状和成绩

中国是一个发展中的大国,幅员辽阔,面积约960万平方公里,人口众多,总人口超过13亿,位于世界各国之首,占世界人口1/5左右,也是一个多民族(56个民族)、多文化背景的国家。据2006年第二次全国残疾人人口抽样调查结果,我国现有各类残疾人8296万,占全国总人口数6.34%,涉及家庭占全国家庭总数的17.80%。推算至2010年,我国残疾人总数已达8502万人。而生活在农村的残疾人占有残疾人数74.53%。总的来说是残疾人数量大、分布广,康复需求量也很大(90%的残疾人有康复需求),见表1。

我国从上世纪80年代开始,即已引入现代世界残疾与康复理念,建立现代康复医学学科,建设和完善各类康复机构,为残疾人系统地、全面地提供现代康复服务。经过30年

表1 中国各类残疾人群构成比*

分类	构成比(%)
肢体残疾	29.07
听力残疾	24.16
视力残疾	14.86
精神残疾	7.40
智力残疾	6.68
言语残疾	1.53
多重残疾	16.30
总计	100

*注:引自《2006年全国第二次残疾人抽样调查数据汇总》

的努力,进步迅速,成绩显著。作为一个发展中的大国,面对分散各地的大量残疾人的康复需求,我国尤其重视发展社区康复事业,现已确立起社区康复在我国定位和工作模式,初步建成了全国社区康复服务网络,也不断地建设和充实社区康复的保障和支撑体系,初步培养出一支社区康复工作队伍,摸索和总结出了行之有效的工作方法,使数以千万计的广大残疾人获得了实实在在的康复效益。

2.1 社区康复的定位和模式

早在1990年,《中华人民共和国残疾人保障法》即规定我国残疾人康复工作以社区康复为基础,要求各级政府和有关部门组织和指导开展城乡社区康复。

经多年实践的总结和演进,我国现行社区康复的模式已从过去的医学模式转变为医学-社会模式,并正按照WHO等发布的《社区康复指南》提出的理念和工作要求,继续增大CBR模式中的社会元素的比重。

2.2 社区康复的政策和计划

我国社区康复的政策和计划由国家制订,自“八·五”(1991—1995)以来,社区康复即纳入每个五年计划的全国残疾人工作计划内,同时,国家要求各省(区)、市县以至开展CBR项目的社区都应根据本土实情,拟订具体的CBR工作计划,并且要纳入本社区的总体的建设和发展规划中。

2.3 社区康复运行的机制

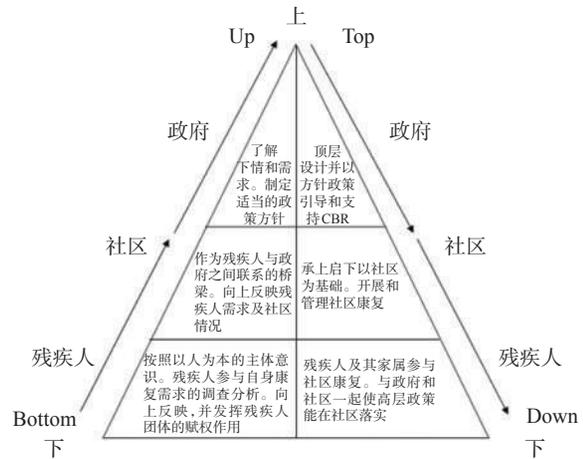
在我国,CBR的运行按照自上而下(top-down)与自下而上(bottom-up)两种机制相结合而进行。

自上而下体现在国家和各级的政府的主导作用,即政府在CBR的总体政策、计划和发展战略的制订中、在各部门的相互协调中、在必要的经费投入和重大的资源配置与整合中,以及在工作的指导中,起主导作用,对社区的CBR计划的执行给予自上而下的引导和支持,有利于高层政策在社区落实。

自下而上体现在CBR以社区为本,强调社区康复工作的计划管理、组织实施、资金筹措、资源配置、社会动员等具体问题,立足于社区内解决,做到本社区的CBR项目由本社区负责、社区运营、社区支持、社区受益,并使社区真正成为残疾人及其家庭向上与政府、社会联系的桥梁。见图1。

2.4 社区康复的网络

图1 中国社区康复工作运行的机制:自下而上与自上而下相结合



中国的社区康复利用县(区)、乡、镇已有的相关服务网络,在其已有的相关职能的基础上,补充和扩大必需的新职能,开展社区康复。这些网络包括医疗卫生、民政福利、残联团体及人力资源和社保等四大系统的网络,各有重点分工,相互协同,分别在社区参与和支持对残疾人在医疗康复、教育康复、职业康复和社会康复等方面的服务。

2.4.1 中国医疗卫生系统社区网络提供的服务

- 医疗康复(社区常见病、慢性病康复)
- 疾病预防
- 残疾人的保健
- 卫生及康复知识宣传教育
- 伤残人士转诊的三级康复服务
- 社区康复人员培训

2.4.2 中国民政福利系统社区网络提供的服务

- 孤寡老人及残疾儿童的康复福利服务
- 假肢、矫形器、辅助器具康复服务
- 社区职业康复、社会康复服务
- 伤残退伍军人长期康复服务
- 灾害地区伤残人士的救助康复服务。

2.4.3 中国残疾人联合会系统社区网络提供的服务

- 协调各地各层次各领域的社区康复服务
- 儿童听力-语言残疾康复服务
- 儿童脑瘫、孤独症康复服务
- 残疾人职业康复及展能服务
- 残疾人维权、赋权及其他社会康复服务
- 推动残疾人无障碍环境建设
- 假肢、矫形器、辅助具康复服务
- 组织残疾与康复的宣传教育
- 社区康复培训。

2.4.4 中国人力资源和社保系统社区网络提供的服务

- 工伤康复
- 工伤预防的教育和指导。

2.5 社区康复的协力承担者

社区康复是一项社会事业,在中国,社区康复的协力承担者是由以下多个政府部门、社群团体和残疾人及其家属组成的,他们在各个层次(包括在社区当地)和在相关的计划与项目中,各自承担和共同协力支持残疾人社区康复,保证多层次共同介入。

中国社区康复工作协力承担者的组成:①政府部门:卫生及计划生育委员会、民政部、人力资源和社会保障部、教育部、文化部、财政部、公安部、发展及改革委员会等。②社群团体:残疾人联合会、青年联合会、妇女联合会、华侨联合会、其他有关社团,包括民营盈利及非盈利康复和社会服务机构。③残疾人及其家属。

2.6 社区康复的保障和支撑体系

2.6.1 政策支持:我国各级政府注意逐步完善政策,加大保障社区康复达成目标的力度。如在医疗康复方面,近年来,政府已把康复列为社区卫生医疗机构六大任务之一,要求把康复与其他5项任务(保健、预防、医疗、计划生育服务、卫生宣传教育)结合起来执行,这样就能有力地使CBR融入初级卫生保健(PHC)的工作中;此外,国家还发布《农村残疾人扶贫开发纲要(2011—2012)》,从政策上大力支持农村社区康复。此外,近年来又有越来越多的省(区)实行“对六岁以下残疾儿童提供义务(免费)康复服务”的政策,通过政府直接提供服务或购买社会机构服务,保障社区儿童康复的实施。

2.6.2 技术支撑:我国通过各级康复技术资源中心对当地社区康复网点提供转诊、咨询、培训、技术指导等支持,提高社区康复人员的技术水平和服务质量,相关的技术资源中心包括县、市、省级的假肢、矫形器、辅助器具康复中心、聋儿语言-听力康复中心、儿童康复中心、职业康复中心、综合医院康复医学科或康复医院、精神卫生保健中心等。

2.6.3 网点及人力资源支撑:社区康复网点的建设和人力资源的培育与开发,关系到社区康复项目能否持续地深入开展,达成目标,我国现已在开展社区康复的县(区)、乡、镇设置社区康复站、初步配备社区康复主管人员、协调员或康复员,但这方面的支撑体系仍有待加强建设和充实,支撑力度有待加大。

2.7 社区康复项目的境内外区域合作与中外合作

WHO对推动中国的社区康复事业发挥了巨大的作用。早在1983年—1987年间,WHO官员和专家就通过来华讲学、访问,为中国康复界人士专办讲习班,以及指定在WHO康复合作中心,开展CBR合作项目(如广州市金花街社区康复试点项目^[9]),带动了我国社区康复的兴起。

更为突出的例子是香港特别行政区的香港复康会,近30年来以多种方式长期地对内地的社区康复的发展提供有力

的援助和支持,包括与卫生部合作培养康复医务人员、与中国残疾人联合会合作培训基层社区康复管理人员及辅导员;与国内外有关机构合作,通过在地震灾区建立社区康复资源中心和设立社区康复网络,协助培育本土人力,推进地震伤员的康复服务;协助内地康复机构加强能力建设。

近年来,中国残疾人联合会与香港嘉道理基金会合作进行卓有成效的中国农村社区康复试验项目。这一项目自2003年—2015年在中国农村31个贫困县开展社区康复,进行创新模式的尝试,精心策划及实施,取得了可贵的成功经验。

此外,在中国的一些国际社团组织(NGO),如国际助残(Handicap International, HI)、国际克里斯多夫协会(CBM)等,与中国合作参与一些省(区)社区康复项目的工作,他们在合作中介绍或引进国际社区康复的一些新理念、新经验或在资源上(包括技术)提供配合和支持。

2.8 社区康复发展的规模与成就

我国社区康复工作虽然起步较晚,困难较多,但发展较快,成绩亦比较显著,从下列一些数字可以见到我国社区康复已略具规模,初见成效。此外,从上述提到的我国社区康复体系各个侧面的现状,也可看到我国的社区康复与时俱进,取得了相当的成绩。

如表2数据所示,我国的社区康复的开展已有相当规模,CBR工作已取得可喜的成就,但各地区发展不平衡,工作质量也存在不少问题,有待认真改进。

表2 中国社区康复工作的规模*

全国开展了社区康复的市辖区	874个
开展了社区康复的县(市)	1823个
全国已建社区康复站	18.6万个
全国已培育社区康复示范区	99个
全国已配备社区康复协调员	32.9万个
全国已有指导社区康复的技术资源中心	549个

*注:据2012年中国残疾人联合会、民政部资料

2.9 我国社区康复的特色与经验

经过30年颇有成效的实践,我国社区康复已初步形成一些特色,积累了一些经验,现概括如下:

2.9.1 在管理和运行的体制上,实行政府主导、社区为本。自上而下与自下而上相结合,充分发挥社区和政府两个层面的各自优势、主动性、积极性和互动作用。

2.9.2 在资源的整合和工作开展上,采取社会化的工作方针。充分发挥社会力量,与政府和社区一起,共同发挥社区康复协力承担者(stakeholders)的作用,亦即政府各有关部门、社会各有关社团组织,与社区的管理层和残疾人及其家属一起,分工协作,形成合力,把社区康复工作搞好。

2.9.3 在工作模式和计划目标上,提倡因地制宜,分类指导,方式多样、方法灵活。根据各地环境、经济、文化、社会、资源条件的不同,各地社区康复的具体模式和做法,不强求一

律。在力求体现社区康复的核心价值(即促进残疾人康复、脱贫发展、机会均等、融入社会)的基础上,允许各地社区康复的做法灵活多样,各不相同。

2.9.4 在执行社区康复任务的战略上,力求与当时当地社区、社会,甚至全国的建设和发展的中心任务相适应相融合。例如,近年来,在我国促进贫困地区脱贫、全民奔小康,以及医改推动农村实施“新农合”(新型农村合作医疗)等中心任务中,社区康复也融进其中,分担起促进残疾人减贫脱贫,促进残疾人奔小康,以及以社区康复丰富“新农合”的任务,这样就可以抓住机遇,乘势而上,事半功倍。

2.9.5 在社区康复采用的技术上,提倡采用有中国特色的适宜技术(appropriate technology, AT)。亦即采用中西结合、土洋结合的技术,就地取材、因陋就简,包括中西医结合康复疗法(如针灸、推拿按摩、中草药治疗、太极拳等练功疗法)、民间有效的康复疗法,也包括西方现代简易的功能训练方法,总之,这些适用技术具有简、易、廉、效的特点,使用上可以广覆盖、低成本、有效益。

2.9.6 在社区康复发展的策略上,重视加强国际和境内外合作,加快社区康复发展。在遵循 WHO《社区康复指南》原则的基础上,在吸收国际和境外社区康复的先进经验、成功做法时,以及在中外、境内外合作在内地共建社区康复项目时,我国注意到要立足本土社情、民情、经济技术条件和社会背景、文化背景,以我为主,洋为中用。

2.9.7 在我国社会发展的情况之下,大量的民办非企业机构茁壮成长;有许多地方政府及残联系统用购买社区康复服务的方法,来更好地满足社区残疾人的康复需求。需要注意的是,政府要建立健全的监督机制来保证康复服务的质量,达到社会融合的目标。

3 挑战和困难

尽管我国的社区康复已取得了不少成绩,积累了一些经验,实际上,仍面临着许多挑战,工作的开展仍遇到不少的困难。

●我国社区康复长期以来较多在城市(尤其是大中城市)开展,而在广大农村则还有待进行积极而有效地推广,即使是农村的试点项目也为数不多。鉴于全国的残疾人70%以上生活在农村^[4],处境更不如城市,对康复的需求更迫切,而开展社区康复资源有限,难度更大,因此,向农村努力推广普及残疾人社区康复,雪中送炭,是一个我们必须面对的严峻的挑战。

●我国许多地方的社区康复项目的建设,一般存在着重规模、重数量,比较忽视质量的保证和提高,忽视试点经验有计划有步骤地推广等问题。同时,也比较忽视试点项目本身持续而深入地开展,因此,加强社区康复服务能力的建设,努力从管理上、技术上、资源配置上保证和提高社区康复应有的质量,推进社区康复深入持久地发展,是今后长时间都必

须抓紧的一项重要任务。

●我国多数社区康复网点的工作仍偏重在医疗康复方面;而把减贫、促进机会均等和社会融合等方面放在社区层面上,从包容和发展的方向推动社区康复,还有相当的差距,因此,尽快把我国社区康复工作的模式从目前的医学-社会模式(偏重医学),加快转型,从认识上到工作上都要转变到社会模式的轨道,这是一个巨大的挑战。

●社区康复的资源 and 基础性建设仍较薄弱,不能充分保障和支撑社区康复的有效实施。人力资源方面缺少经过培训的合格的康复员和管理人员,其数量及质量均属不足,各类康复服务人员都要大大提高认知水平、知识水平和工作能力。在经济上要尽量对贫困残疾人提供救助或扶助,强化保障系统,使其取得必要的康复服务,满足其康复需求。

●社区康复工作方法体系有待建立和认真实施。尽管我国已培育了一批社区康复示范区,但探索 CBR 最佳营运方法(the best way of practice)仅仅开始,不少地方的 CBR 项目收效甚微,除了认识和态度上的因素外,也与没有掌握好管理和运营 CBR 所需的特有方法有密切关系。国内外的经验和案例表明,做好社区康复要靠科学发展的方法(调查研究、评估、以实证实效为依据),以及社会学和社会工作的方法、群众工作和基层工作的方法等,这些方法组成了社区康复的工作方法体系,建立和推广实施这一方法体系,也是一个对我国以至全球社区康复工作者提出的重大挑战。

4 发展趋势和建议

4.1 我国社区康复模式的转型将会在今后一段较长时间内继续进行过渡

即按照 WHO《社区康复指南》的理念和任务结构(CBR matrix),从现有的医学-社会模式,转变和过渡为以社会模式为主的发展和融合(包容)的模式,以便更全面地实现社区康复的目标。从长远来说,亦将会把现有的以社区为基础的康复演变为以社区为基础的包容性发展(community-based inclusive development, CBID)。

这个转型的过渡需要有以下几个转变:

●观念更新:按照 WHO《社区康复指南》的新理念和原则策划和指导社区康复。

●任务更新:从原来以医疗康复为主转变到以执行社会康复任务为主的全面康复,其标志为:遵照新的社区康复任务结构为残疾人提供保健康复、教育康复、生计与职业支持、社会权益倡导与保障、赋权自立等方面的服务。

●方法创新:从单个或少数部门负责运作为主转变为多个部门紧密协作;把进行常态性的全面康复工作与执行阶段性的重点康复任务结合起来;首先要关注满足社区残疾人群体的多元化的包容性发展的需求;同时又顾及到个别残疾人特殊的具体需求。

4.2 我国社区康复的布局

我国社区康复的布局,将更加注意改变地域和人群的不均衡性。将会加快社区康复向农村,尤其向边远、贫困的农村地域推广,加强农村社区康复项目建设,给予必要的特殊政策支持。在人群方面,将会加强对精神残疾者、智力残疾者,以及残疾妇女的社区康复服务、扶助和救助。总的来说,就是要在计划和资源全面兼顾的基础上,做到三个重点倾斜:重点关注和照顾最贫困的地区;重点关注和照顾最弱势的残疾人;重点加强最薄弱而又最关键的服务环节。

4.3 加强社区康复的立法和规范

在时机成熟时,参考WHO《社区康复指南》,立足于我国实情,订立和执行我国《社区康复法规》或《社区康复工作条例》,以便有力地加快社区康复在全国的推广,保证社区康复的工作质量。加强CBR的监督和评估(monitring and evaluation),促进持续的质量改进。

从财政上和技术上给予支持,通过研究提供CBR效益和效果的证据。

4.4 强化推行社区康复工作社会化的三大环节,增进效益

4.4.1 社区康复网络:现有的四大系统(卫生、民政、残联、人力和社保)网络将加强双边的或多边的合作、沟通、协调、优势互补、资源共享。除四大系统网络外,还应发展地区性的CBR网络和伤残人士及其家属自行组织的民间自助互助网络。

4.4.2 社区康复协力承担者:在各级政府的“残疾人工作协调委员会”的统筹下,各承担者要明确责任分工、角色使命,真正做到各负其责、各尽所能、各献其力、互相配合。并且要加强各部门之间的对话,加强跨部门之间的融汇协作。

4.4.3 民间社会力量:目前已经在一些城镇正在兴起的民间社会力量办社区康复的潮流将继续发展。现已有民办的社区康复站(提供上门康复训练和服务)、民办社区辅助器具供应站、民办的养老或托幼机构(面向残疾老人儿童)等,预计未来还会出现民办的初级特殊教育机构和其他民办的康复咨询和培训机构。

4.5 注重提高社区康复的质量

社区康复项目的发展,要在普及的基础上提高,在提高的指导下普及。提高质量的关键在于培养和配备合格的社区康复人员、加强各级社区康复站和各类人员的能力建设,扩展服务范围,提高服务能力。

4.5.1 要建立较完善的社区康复人员的培养制度:分类和分层次培养(高、中、初级),培养社区康复领导者、管理者、协调员和康复员,要精选培养基地,制定培养目标、教学大纲,确定课程设置,编印系列教材,有继续教育项目进行人员提高的安排。建议中国残疾人联合会成立“社区康复教育研究与信息中心”,负责管理和指导社区康复人才培养和研究以及信息交流工作。

4.5.2 善于利用各种社交软件以及社会媒体为社区康复工

作者提供技术支持与便利,包括加强社区康复工作者与残疾人及其家庭的合作交流。加强各级社区康复站或网点的能力建设,重点在县(市辖区)一级的社区康复中心(或社区康复站)。按照WHO《社区康复指南》提出的CBR任务结构,需要有县(市辖区)一级的社区康复中心(站)的建制、规模和资源,才能全面担当起行政管理、业务指导、工作示范、监督评估(对下属基层社区康复站)以及提供应有的康复服务的责任,有一个强有力的、称职的县(市辖区)社区康复中心(站),才有可能开展对下属社区康复站的能力建设。实际上,今后有效的社区康复的展开,需要把社区的范围和层次,提高到县一级的水平,也就是说,县一级的残疾人工作,基本上就是面向全县残疾人的社区康复工作。建议在“十三五”计划期间,全国基本上做到,每个推行社区康复的县,都要逐步做到建设或建立起“三个一”:制定一份积极的而又实事求是、可行的全县社区康复规划,建立起一座县级的社区康复指导中心,培养出一支社区康复的人员队伍。

4.6 继续提升全社会对残疾和康复的认识,弘扬积极进步的康复文化

宣传尊重理解的文明观念,倡导平等参与的共融精神,树立扶弱助残的关爱风尚,培植自立自强的坚毅意志。通过经常性的社区文化宣传活动和媒体的传播,营造有利于开展社区康复的社会心理环境,促进建立和谐与包容的社区。

5 结语

从最近30年来中国社区康复的现况和发展趋势我们可以清楚地看到,社区康复的理念已经得到高度的认可;通过多年的探索和实践,积累了很多经验。我们应该加强社区康复工作的管理、监督、质量控制和工作人员能力建设,以残疾人及家庭的需求和目标为中心,把现有的以社区为基础的康复演变为以社区为基础的包容性社会发展模式。

参考文献

- [1] Helander E, Mendis P, Nelson G, et al. Training in the community for people with disabilities(1989). Geneva, Switzerland: World Health Organization.[EB/OL] <http://www.who.int/disabilities/publications/cbr/training/en/index.html>. English Accessed 4 June 2015.
- [2] 世界卫生组织.社区康复指南(2010);世界卫生组织出版物 Geneva, Switzerland[EB/OL]<http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/> Accessed 4 June 2015(Chinese available).
- [3] Mitchell R, Zhou D, Lu Y, Watts G. Community-based rehabilitation: does it change community attitudes towards people with disability[J]. Disability and Rehabilitation, 1993, 15: 179—183.
- [4] 第二次全国残疾人抽样调查领导小组. 2006年第二次全国残疾人抽样调查主要数据公报(第一号). 2006年全国第二次残疾人抽样调查数据汇总. [EB/OL].http://www.gov.cn/fwxw/cjr/content_1308385.htm

编后语:该文按卓大宏教授原稿和原意整理。

(黄东锋,陈沛铭)