

全国卫生专业技术资格考试专家委员会 • 编写

卫生专业技术资格 考试指导

康复医学

山东大学出版社

全国卫生专业技术资格考试专家委员会 编写

卫生专业技术资格考试指导

康复医学

编委会名单

励建安	郑光新	华桂茹	孙启良	吴宗耀
周士枋	南登崑	赵辉三	谭维溢	谢欲晓
沈 抒	王宁华	黄 真	王惠芳	李胜利
恽晓萍	周谋望	顾 新	高 霞	赵 英
徐 军	李晓捷	姜志梅	李 林	陆廷仁
谢 青	蔡海鸥	胡永善	吴 毅	白玉龙
王 彤	江钟立	岳寿伟	沈敏海	武继祥
郭铁成	黄东锋	燕铁斌	梁少杰	李 玲

山东大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

康复医学/全国卫生专业技术资格考试专家委员会编写. — 济南: 山东大学出版社, 2004. 2

(卫生专业技术资格考试指导)

ISBN 7-5607-2744-1

I. 康… II. 全… III. 康复医学-医药卫生人员
-资格考核-自学参考资料 IV. R49

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 006387 号

山东大学出版社出版

(山东省济南市山大南路 27 号 邮政编码: 250100)

三河市富华印刷包装有限公司印刷

787 毫米×1092 毫米 1/16 38.5 印张 843.6 千字

2004 年 2 月第 1 版

2004 年 2 月第 1 次印刷

定价: 67.00 元

版权所有, 盗版必究

凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页, 由本社医学部负责调换

出版说明

为贯彻国家人事部、卫生部《关于加强卫生专业技术职务评聘工作的通知》等相关文件的精神,自 2001 年全国卫生专业初、中级技术资格以考代评工作正式实施。通过考试取得的资格代表了相应级别技术职务要求的水平与能力,作为单位聘任相应技术职务的必要依据。

为了帮助广大考生做好考前复习工作,特组织国内有关专家、教授编写了《卫生专业技术资格考试指导》康复医学部分。本书是在保持 2001~2003 版《卫生专业技术资格考试指南》权威性、科学性和针对性的基础上,结合近三年的考试情况修订而成。修订的原则是以相应技术资格评审条件为基本依据,根据考试大纲中的具体要求,参考国内外权威著作,将考试大纲中的各知识点与学科的系统性结合起来,以便于考生理解、记忆。

本考试指导适用于报考康复医学专业主治医师资格、康复医学治疗技术专业技士、技师、主管技师资格者,考试科目要求内容如下:

基础知识:报考康复医学专业主治医师资格、康复医学治疗技术专业技士、技师、主管技师资格者,均应掌握与本专业密切有关的解剖学(包括体表解剖标志)、生理学、病理学、医用物理学的基本知识。

相关专业知识:报考康复医学专业主治医师资格、康复医学治疗技术专业技士、技师、主管技师资格者,均应熟悉骨科学、神经病学、内科学、外科学等临床学科中与本专业密切相关的基本理论与知识。报考康复医学专业主治医师资格者还应了解本专业常用的医学影像诊断学、医学检验学等检查原理、熟悉其临床应用,能正确评价其临床意义。报考康复医学治疗技术专业技士、技师、主管技师资格者还应了解本专业常用治疗设备的基本结构与原理。

专业知识及专业实践能力:报考康复医学专业主治医师资格者应掌握物理治疗学(含运动疗法学)、运动功能评定、电诊断学的基本知识和技能,了解肌电图等神经电生理检查、作业治疗学、言语矫治学、心理治疗学的基本知识以及康复医学工程装置的应用;并应掌握骨科、神经科、内科、外科常见病的康复评定、康复治疗的原理、技术方法和适应证、禁忌证。报考康复医学治疗技术专业技士、技师、主管技师资格者应掌握物理治疗学(含运动疗法学)的基本知识、常见病常用治疗方法的操作规程及禁忌证、注意事项,了解运动功能评定、作业治疗学、言语矫治学、心理治疗学、按摩学的基本知识以及康复医学工程装置的应用;并具有分析本专业常见技术故障原因和错误操作后果的能力。

不同级别的要求水平如下:①报考康复医学、康复医学治疗技术专业中级资格者,要求达到较全面、深入的层次;②报考康复医学治疗技术专业技师资格者,应达到基本要求;③报考康复医学治疗技术专业技士资格者应达到最基本要求。

目 录

康复医学专业资格考试指导	1
第一章 总论	3
第一节 康复	3
第二节 康复医学	7
第三节 现代康复医学的发展	11
第二章 康复评定	13
第一节 概述	13
第二节 关节活动度测量	16
第三节 肌力与肌张力的评定	21
第四节 平衡功能的评定	26
第五节 步态分析	30
第六节 日常生活活动能力评定	33
第七节 认知功能的评定	36
第八节 心肺功能评定	40
第九节 神经肌肉电生理基础	48
第十节 肌电图检查	50
第十一节 神经传导与反射检查	55
第十二节 诱发电位	56
第十三节 电刺激式电诊断	58
第三章 物理疗法	61
第一节 基本概念	61
第二节 电疗法	62
第三节 光疗法	94
第四节 磁疗法	120
第五节 超声疗法	124
第六节 传导热疗法	128
第七节 冷疗法	132
第八节 水疗法	133
第九节 生物反馈疗法	136
第十节 运动疗法	138
第十一节 手法治疗	186
第十二节 牵引治疗	189
第四章 作业疗法	193
第五章 言语治疗	200

第一节 言语功能评定	200
第二节 言语治疗	202
第六章 心理测验与治疗	205
第一节 心理测验	205
第二节 心理治疗	208
第七章 康复医学工程	211
第一节 假肢	211
第二节 轮椅	214
第三节 矫形器	216
第四节 助行器	219
第五节 自助具	221
第六节 无障碍设施	223
第七节 环境控制系统及机器人	224
第八章 神经科伤病的康复	225
第一节 脑血管意外	225
第二节 脑损伤	231
第三节 脊髓损伤	236
第四节 周围神经损伤	241
第五节 脑性瘫痪	245
第六节 脊髓灰质炎	249
第七节 帕金森病	252
第八节 老年性痴呆	254
第九章 骨关节伤病的康复	256
第一节 软组织损伤	256
第二节 肌纤维织炎	259
第三节 骨关节炎	260
第四节 肩关节周围炎	262
第五节 髋关节置换术后	265
第六节 骨与关节化脓性炎症	267
第七节 骨折	270
第八节 截肢	277
第九节 手外伤	280
第十节 颈椎病	285
第十一节 腰椎间盘突出	294
第十二节 类风湿性关节炎	301
第十三节 强直性脊椎炎	305
第十章 内科疾病的康复	309
第一节 高血压	309

088	第二节 冠心病	312
090	第三节 急性气管炎、支气管炎	317
092	第四节 肺炎	319
093	第五节 慢性阻塞性肺病	322
096	第六节 慢性胃炎	325
098	第七节 溃疡病	327
098	第八节 胃下垂	329
098	第九节 泌尿系感染	330
102	第十节 急性肾功能衰竭	331
104	第十一节 糖尿病	334
	第十一章 外科疾病的康复	338
114	第一节 软组织化脓性感染	338
	第二节 烧伤	340
124	第三节 溃疡	344
	第四节 压疮	345
134	第五节 瘢痕与粘连	347
137	第十二章 眼、耳鼻喉、口腔科疾病的康复	349
137	第一节 眼部疾病	349
140	第二节 耳部疾病	353
144	第三节 鼻部疾病	355
148	第四节 咽部疾病	357
149	第五节 喉部疾病	359
150	第六节 口腔疾病	361
150	第十三章 恶性肿瘤的康复	366
152	第一节 概述	366
152	第二节 乳癌根治术后	367
152	第三节 喉癌根治术后	368
	第四节 大肠癌腹壁造口术后	369
152	第十四章 功能障碍的康复	371
	第一节 疼痛	371
	第二节 痉挛	376
	第三节 排尿障碍	379
	第四节 排便障碍	381
	第五节 骨质疏松症	383
	第十五章 皮肤科疾病的康复	387
	第一节 银屑病	387
	第二节 带状疱疹	388
	第三节 单纯疱疹	389

第四节 玫瑰糠疹	389
第五节 变应性皮肤血管炎	390
第十六章 妇产科疾病的康复	392
第一节 妇科疾病	392
第二节 产科疾病	396
第十七章 儿科疾病的康复	398
第一节 小儿康复治疗的特点	398
第二节 小儿常见疾病	398
第三节 儿童运动功能障碍	405
第十八章 老年病的康复	408

康复医学专业资格考试精选习题解析	415
------------------------	-----

康复医学专业资格考试题集	435
--------------------	-----

练习题	437
模拟试卷 主治医师资格	457
基础知识	457
相关专业知识	465
专业知识	474
专业实践能力	483
答案	492
2001 年考试试题 主治医师资格	496
基础知识	496
相关专业知识	508
专业知识	521
专业实践能力	536

康复医学专业资格考试大纲	551
--------------------	-----

康复医学专业 资格考试指导

第一章 总 论

第一节 康 复

一、定义及范畴

康复的原意是指“复原”、“重新获得能力”、“恢复原来的权利、资格、地位、尊严”等。1981年，世界卫生组织(WHO)康复专家委员会将康复定义为“采取一切措施以减轻残疾带来的影响并使残疾人重返社会。”“康复不仅是指残疾人适应周围的环境，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。”因此，康复是综合协调地应用各种措施，以减少病、伤、残者的躯体、心理和社会的功能障碍，发挥病伤残者的最高潜能，使其能重返社会，提高生存质量。

康复的范畴包括医疗康复、康复工程、教育康复、社会康复、职业康复等，这些方面共同构成了全面康复。

二、目 标

康复针对的是病伤残者的功能障碍，是通过综合、协调地应用各种措施来提高局部与整体的功能水平，是以整体人而不是局限于病灶器官或局部为治疗对象。病伤残者通过康复后，如果局部或系统功能由于种种原因无法完全恢复而残留不同程度的功能障碍，但只要其整体功能水平有改善，能适应周围环境以及融入其所生活的社会，仍然可以过着有意义的生活。因此，康复是以帮助病伤残者回归社会，提高其生存质量为最终目标。

三、服务方式

WHO 提出康复服务的方式有以下三种。

(一) 机构康复 (IBR)

是指在医院和康复中心实施的康复。所谓机构包括综合医院中的康复科(部)、康复门诊、专科康复门诊，康复医院(中心)、专科康复医院(中心)等。机构康复的特点是有比较完善的康复设备，有经过正规训练的各类专业人员，有比较高的专业技术，既可以开展早期康复治疗，如重症监护室(ICU, CCU)和相关临床科室(如神经内外科，骨科，儿科，妇产科等)的床边治疗，也可以提供康复科(门诊或住院)的治疗，解决病伤残者的各种康复问题。其不足之处在于病伤残者必须来机构内(住院或门诊)方能接受康复服务。

(二) 上门康复服务 (ORS)

是介于机构康复和社区康复之间的一种过渡形式，由具有一定水平的康复专业人员，走出机构到病伤残者的家庭或居住的社区中开展康复服务。与机构康复不同，上门康复服务的

特点是病、伤、残者不用住院或门诊便可以得到基本的康复服务。例如病伤残者结束机构康复后,回到家庭,根据需要,由原来的机构或居住地附近的机构派出医生、治疗师和护士到家里继续给予康复评定和康复治疗。其不足之处在于上门康复服务的时间及专业人员有限,从而使得康复服务的内容往往受到一定的限制。

(三) 社区康复 (CBR)

是 WHO 在 20 世纪 70 年代所倡导的一种行之有效的康复服务形式。1994 年 WHO、国际劳工组织 (ILO) 和联合国教科文组织 (UNESCO) 共同制定了关于社区康复的联合意见书,提出社区康复的定义、目标、方法、持续发展的条件、加强部门间合作等要点。

1. 定义 CBR 是社区发展的一项策略,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。因此, CBR 应该是社区所有,为社区服务。

2. 目标 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之中。CBR 强调的是充分利用社区资源,鼓励病、伤、残者及其家庭的积极参与,使病、伤、残者及其家庭受益。

社区康复计划必须包括转介服务部分。一些康复技术由上级机构(机构康复)指导;而一些难于在社区解决的困难问题,又必须向上级机构转送。这种上下转介系统是 CBR 的重要内容。缺乏转介系统的 CBR 难以持续生存和发展。

上述三种康复服务中,机构康复是前提,强调早期介入,早期开始;上门康复是确保机构康复向社区康复过渡的中间环节,社区康复是病伤残者得到全面和持续康复的保证。没有良好的机构康复,就难有良好的社区康复;相反,没有社区康复,机构康复也难以持久。

四、残疾分类与预防

(一) 定义

1. 残疾 是指因外伤、疾病、发育缺陷或精神、心理因素造成长期、持续甚至永久性的躯体、精神和心理功能障碍,导致不同程度地丧失正常生活、工作、学习、娱乐以及社会交往能力的状态。残疾分为原发性残疾和继发性残疾。原发性残疾是指原发病直接导致的功能障碍或者丧失,例如脊髓损伤导致的肢体肌肉瘫痪。而继发性残疾是指原发病不直接导致,而是在疾病过程中由于其它原因导致的功能障碍,例如脊髓损伤后的压疮及关节挛缩。康复治疗不仅要努力改善原发性功能障碍,同时要努力防治继发性功能障碍。

2. 残疾人 是指解剖结构、生理、精神或心理功能障碍或丧失,从而部分或全部失去以正常方式从事个人生活或社会活动能力的人,包括视力残疾、听力残疾、语言残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾、内脏残疾、多重残疾和其它残疾。

(二) 致残原因

1. 疾病

(1) 传染病:如脊髓灰质炎、乙型脑炎、脊椎结核等。

(2) 孕期疾病:如风疹、宫内感染、妊娠毒血症等。

(3) 慢性病和老年病:如心脑血管疾病、慢性阻塞性肺疾病、类风湿性关节炎、肿瘤等。

2. 营养不良 蛋白质严重缺乏可引起智力发育迟缓,维生素 A 严重缺乏可引起角膜软化而致盲,维生素 D 严重缺乏可引起骨的畸形等。

3. 遗传 先天畸形、精神发育迟滞、精神病等。

4. 意外事故 交通事故、工伤事故、运动损伤、产伤等,导致颅脑损伤,脊髓损伤,骨

骼肌肉系统损伤等。

5. 物理化学因素 烧伤、链霉素或庆大霉素中毒、酒精中毒等。

6. 社会心理因素 精神病、心理障碍等。

(三) 残疾分类

1. 国际残疾分类

(1) ICIDH 分类: 1980 年 WHO 颁布了《国际残损、残疾和残障分类》(ICIDH), 将残疾划分为三个独立的类别, 即残损、残疾、残障, 在每一类中又有许多细分项目。这一分类方法是根据疾病对个体生存主要能力的影响, 进行不同侧面的分析, 根据能力的丧失情况制定对策。将人们从“病因-病理-表现”的医学生物学模式中引导出来, 见图 1-1-1。ICIDH 分类对各类康复工作人员起了重要的指导作用。

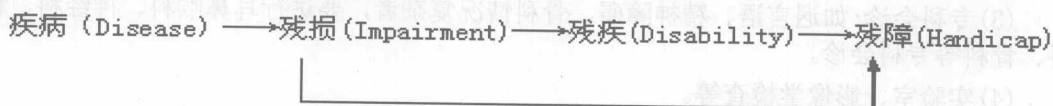


图 1-1-1 ICIDH 各构成成分之间的相互作用示意图

(2) ICF 分类: 1997 年 3 月 WHO 公布了新的 ICIDH 分类《International Classification of Impairments, Activities, and Participation》, 1999 年 7 月改为《International Classification of Functioning and Disability》, 2001 年 5 月经世界卫生大会定稿后正式公布, 称为《International Classification of Functioning, Disability and Health》(ICF, 原称为 ICIDH-2), 中文译为《国际功能、残疾和健康分类》。

ICF 将残疾和功能分类作为一种相互作用和演进的过程, 提供了一种多角度的分类方法, 制定了一种全新的模式图 (见图 1-1-2)。

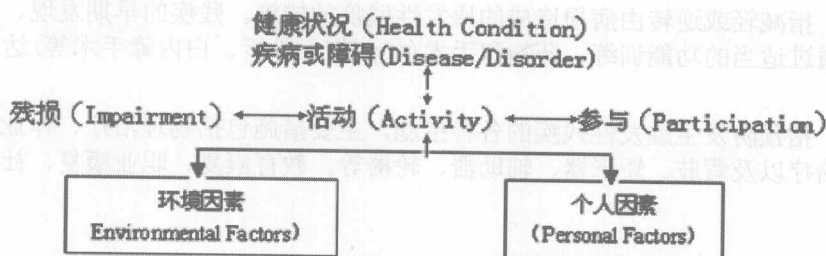


图 1-1-2 ICF 各构成成分之间的相互作用示意图

ICIDH 分类是一种疾病后果的分类, 着眼于“患者”这一特殊的群体, 强调单一方向的作用; 而 ICF 是一种健康及其相关领域的分类, 立足于“健康及其环境”, 强调各因素之间的相互 (双向) 作用, 从“生物-心理-社会”的角度认识疾病与健康, 因此, 与所有人群有关, 具有普遍的适用性。ICF 的临床应用的研究正在进行中。

2. 国内残疾分类 1987 年全国残疾人抽样调查时将我国的残疾分为五类, 各类再进一步分级。这种分类标准主要是根据残疾部位, 具体包括:

(1) 视力残疾: 分为盲 (一级盲、二级盲) 和低视力 (一级低视力和二级低视力)。

(2) 听力语言残疾: 分为聋 (一级聋、二级聋), 重听 (一级重听、二级重听), 单纯语言残疾 (不分级)。

(3) 智力残疾: 分为一级 (极重度), 二级 (重度), 三级 (中度), 四级 (轻度)。

(4) 肢体残疾: 分为四级, 一级最重, 四级最轻。

(5) 精神残疾: 分为一级(极重度), 二级(重度), 三级(中度), 四级(轻度)。

(四) 残疾评定

1. 评定意义 残疾评定是对残疾的性质、范围、类别及严重程度做出判断, 为估计预后、制定和调整康复治疗方

2. 评定步骤包括 询问病史: 如主诉、现病史、过去史、发育史、心理行为史、职业史、家庭与社会生活史。

(1) 体格检查: 重点是皮肤、视力、听力、肌肉骨骼系统、心血系统、呼吸系统、泌尿生殖系统、神经系统及直肠功能。

(2) 综合功能检查: 如转移能力、平衡能力、步态、日常生活活动能力、心理状态、语言能力、职业能力、社会生活能力等。

(3) 专科会诊: 如遇言语、精神障碍、骨科情况复杂者, 要进行耳鼻喉科、神经科、精神科、骨科等专科会诊。

(4) 实验室、影像学检查等。

(5) 汇总资料: 写出残疾评定报告。

(五) 残疾预防

残疾的预防分为三级, 各级预防均应在国家、地方、社区、家庭的不同层次以及在不同的时期(胎儿、儿童、青年、成年、老年)进行。

1. 一级预防 指针对原发性残疾的病因所采取的预防措施, 其措施主要针对各种致残因素, 包括优生优育、严禁近亲结婚、加强遗传咨询、产前检查、孕期及围产期保健; 预防接种, 积极防治老年病、慢性病; 合理营养; 合理用药; 防止意外事故; 加强卫生宣教、注意精神卫生等。

2. 二级预防 指减轻或逆转由病损造成的原发性残疾的措施。残疾的早期发现、早期治疗是关键。可以通过适当的功能训练、药物和手术(如创伤、骨折、白内障手术等)达到预防的目的。

3. 三级预防 指预防发生继发性残疾的各种措施, 主要措施包括物理治疗、作业治疗、心理治疗、语言治疗以及假肢、矫形器、辅助器、轮椅等。教育康复、职业康复、社会康复等也有重要价值。

五、政策法规

(一) 国际方面

国际康复的发展历史说明康复的发展必须依靠社会、政府和国家之间的合作。在国际康复发展历史中具有重要意义的政策包括 1971 年联合国在 26 次大会通过的第 2856 号决议“精神迟滞者权利宣言”; 1975 年在第 30 次大会上通过的第 3447 号决议“残疾人权利宣言”; 1982 年在第 37 次大会上通过的第 3752 号决议确定了 1983~1992 年为联合国残疾人十年, 制定了“关于残疾人世界行动纲领”; 1994 年, 联合国又发布了“残疾人机会均等的标准条例”。WHO 于 1980 年制定了“国际残疾分类”方案, 1981 年发表了“残疾的预防与康复”。这些文件在推动康复事业的发展起了极为重要的作用。

(二) 国内方面

1. 政策法规 我国现代康复医学始于 20 世纪 80 年代初, 由于政府的重视, 发展迅速。

1988年国务院批准颁布实施了“中国残疾人事业五年工作纲要”(1988~1992),有创见地提出了三项康复(白内障复明、小儿麻痹后遗症矫治、聋儿听力语言训练)。1988年,国家建设部、民政部和中国残疾人联合会共同颁布了《+方便残疾人使用的城市道路和建筑物设计规范》,明确规定建筑物内外部的无障碍设计要求。1990年12月28日第七届全国人大常委会第17会议通过了我国第一部《残疾人保障法》,于1991年5月15日起生效。为了贯彻执行《残疾人保障法》,卫生部、民政部、中国残疾人联合会于1991年7月31日共同颁布了《康复医学事业“八五”规划要点》。从“八五”以来,每一个五年计划期间国家都制定了中国残疾人事业计划纲要。2001年3月15日第九届全国人民代表大会第四次会议批准的《中华人民共和国国民经济和社会发展第十个五年计划纲要》重申要“发展康复医疗”、“加强残疾人事业,帮助残疾人康复”等任务。这些政策法规既为我国康复事业指明了方向,也促使康复事业不断有新的进展。

2. 康复宣传教育 每年五月的第二个星期天是全国的助残日,每年有特定的目标和主题。开展全国助残日活动,不仅可以做许多具体、切实、有效的工作,也在不断地教育群众,提高人们对残疾认识与康复意识。我国在1987年开始引入并推行 CBR 项目,在卫生部、民政部和残疾人联合会分别领导下,已经进行了多个地区、多种规模的实践,也建立了一些相应的机构。1999年,十个部委联合制定“社区卫生服务”的文件,已将康复纳入其中,规定“融预防医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务等为一体的,有效、经济、方便、综合、连续的基层卫生服务。”目前正在各省区市大力组织实施之中。

第二节 康复医学

一、概 念

(一) 定义

康复医学(rehabilitation medicine)是具有独立的理论基础、功能测评方法、治疗技能和规范的医学应用学科,旨在加速人体伤病后的恢复进程,预防和/或减轻其后遗功能障碍程度。本学科的名称除了使用康复医学之外,欧美等国也使用“物理医学与康复”(physical medicine & rehabilitation),我国台湾使用“复健医学”,香港使用“复康医学”。

(二) 对象

康复医学的服务对象为各种长期功能障碍的患者,包括残疾人、各种慢性病患者、老年人和急性病恢复期(有可能发生长期功能障碍)的患者。这些功能障碍不仅与生理功能相关,还与社会、心理、职业等诸多因素有关。

1. 残疾者 据 WHO 统计,全世界目前约有占总人口 10% 的各种残疾者,每年以新增加 1500 万人的速度递增。我国 1987 年的抽样调查表明,言语、智力、视力、肢体和精神残疾者占总人口的 4.9%,分布在 18% 的家庭中。但是这一调查未包括慢性病、内脏病、老年退行性病而致严重功能障碍者。

2. 老年人 老年人有不同程度退变(包括内脏、肌肉、骨关节)和功能障碍,这些功能障碍需要通过康复治疗得到改善。中国正在进入老龄社会,老年人是康复医学的重要工作对象。

3. 慢性病患者 包括各系统脏器的慢性疾病、“患病状态”、活动能力受限、心理和精神创伤。现代社会的各种文明病也与康复治疗有密切关系。

4. 急性期及恢复早期的患者 许多疾病进行早期康复介入有利于预防残疾,减轻残疾。

这是综合医院康复医学科的主要工作之一,也是康复医学科与临床学科最重要的结合点。

康复医学着眼于整体康复,因而具有多学科性、广泛性、社会性,并充分体现了“生物-心理-社会”的医学模式。

二、内 容

康复医学的主要内容包括康复基础学、康复机能评定、康复治疗学、康复临床学和社区康复。也有将康复护理列入基本内容。

(一) 康复基础学

康复基础学指康复医学的理论基础,重点是与主动功能训练有关的运动学、神经生理学、医学物理学,以及与患者生活和社会活动密切相关的环境改造学。

(二) 康复评定

1. 定义 康复评定是指在临床检查的基础上,对病伤残者的功能状况及其水平进行客观、定性和/或定量的描述,并对结果作出合理解释的过程,又称功能评定。Granger (1996)对功能评定的解释是“描述个体能力及其是否受限的一种方法,其范畴是测量个体在完成日常生活活动、休闲娱乐、职业、社会活动及其他行为活动中应用不同技巧的能力。”因此,康复评定至少应包括躯体功能、言语(交流)功能、心理精神功能及社会适应性等4个方面。

2. 目的 康复评定是制定康复治疗计划的前提和基础,也是评价康复治疗的客观依据,其目的有以下方面。

(1) 了解功能障碍的性质:寻找可能存在的引起功能障碍的器官组织缺陷,如先天性(先天性脊髓膜膨出,先天性心脏病等);后天性(如脑性瘫痪,脑卒中等);继发性(骨折后长期卧床引起的肢体挛缩,周围神经损伤后肢体活动减少引起的肌肉萎缩等)。

(2) 了解功能障碍的范围:明确功能障碍是属于哪一个或几个方面(躯体、言语、心理、社会功能)受到限制,以便选择针对性评定方法及其量表。

(3) 了解功能障碍的程度:明确对患者本人及其家庭的影响。

(4) 了解评定对象的康复欲望及需求:制定适宜的治疗目标和治疗计划。年龄、职业、文化背景、家庭经济状况不同,其康复欲望和要求也不同。

(5) 确定治疗方案和评定治疗效果:一个完整的康复治疗过程应是始于评定,止于评定。通过评定,找出患者存在的问题,并根据评定结果制定出适宜的治疗方案,进行治疗。经过一定时间的治疗后,要再次评定,以了解治疗效果(有效或无效),并根据再次评定结果,制定或修改下一阶段的治疗方案,继续治疗,然后再评定,再治疗,……。直至达到既定的康复目标。

(6) 预后判断:又称为结果评定,是依据所初期和中期评定的结果,对患者将来的功能结局做出比较客观、合理的预测,以便充分地利用各种资源,避免患者及其家属对康复期望过低或过高。

3. 康复评定与临床检查的区别 临床检查是康复评定的基础,但临床检查提供的信息多偏重于疾病本身的诊断和治疗。例如:对言语障碍(失语症)的患者,临床检查注重了解是属于感觉性失语还是运动性失语,或者二者兼有之(混合性),是完全性还是不完全性,而康复评定中的言语评定,不仅可以得到失语症的一般资料,还可以将失语的类型进一步细分为表达性失语,接收性失语,命名性失语,言语错乱以及有无书写、阅读及复述能力的改变,因此,康复评定比临床检查更具体,更有针对性。

4. 康复评定时间 根据康复对象是住院治疗还是门诊治疗,可以在不同的时间进行评

定, 间隔一定的时间再次评定。

(1) 初次评定: 是在制订康复计划或开始康复治疗前的评定, 也称为初期评定。其目的是了解存在问题和功能状态及其障碍程度, 了解康复潜能及可能影响因素, 并作为制定康复计划及短期、长期目标的依据。

(2) 再次评定: 又称为中期评定, 其目的是了解功能有无改善及其程度, 并决定是否要对原有的目的和/或计划进行适当调整。对恢复速度比较快, 早期或住院患者, 可每 1~2 周评定 1 次, 对恢复速度比较慢, 病程比较长或门诊患者, 可 3~4 周评定 1 次。

(3) 最后评定: 在康复治疗结束前或住院患者出院前进行最后评定(或称为终期评定)。其目的是了解康复效果, 有无达到预期的目标, 并提出今后继续康复治疗。预防复发或继发性残疾的意见, 对住院患者还应制定出院计划, 如果需继续治疗, 应转诊到门诊、专门机构或社区康复站进一步治疗。

(三) 康复治疗学

1. 物理治疗(physiotherapy, physical therapy, PT) 包括物理因子疗法和运动疗法。物理因子疗法是使用电、光、声、磁、水、蜡等物理因子治疗, 对减轻炎症、缓解疼痛、改善肌肉瘫痪、抑制痉挛、防止瘢痕的增生以及促进局部血液循环障碍等均有较好效果; 近年来, 经皮神经电刺激(TENS), 功能性电刺激(FES)和生物反馈疗法(BF)在镇痛、恢复和代偿肢体脏器功能等方面的应用日益广泛。运动疗法强调力的应用, 是通过手法操作、医疗体操以及器械锻炼等, 采用主动和/或被动运动的方式达到改善或代偿躯体或脏器功能的治疗方法。如肢体瘫痪后通过运动训练将不正常的运动模式转变为正常或接近正常的模式, 增强对肢体运动的控制能力及运动耐力, 改善运动协调性和平衡等。运动疗法也有利于预防和治疗肌肉萎缩、关节僵直、骨质疏松、局部或全身畸形等并发症。

2. 作业治疗(occupational therapy, OT) 是针对病伤残者的功能障碍, 采用日常生活活动、工作和学习活动以及文体活动进行康复训练的治疗方法, 以逐步恢复或改善其功能。在生活活动方面, 常选用进食、梳洗、穿衣、从床上到轮椅等转移活动; 在工作活动方面, 常选用木工、编织、刺绣、制陶、手工艺品制作等; 在学习活动方面可以采用阅读和电脑操作; 在文体活动方面, 常选用套环、拼七巧板、九柱戏、书法、绘画、球类等。对于活动困难者, 作业治疗人员还要制作一些有利于他们克服困难的自助具。对于装配假肢、矫形器和特殊轮椅(气动、电动、频控等)的患者, 要训练他们学会操纵和使用。对于认知能力有障碍的患者, 要对他们进行认知的再训练。

3. 言语治疗(speech therapy, ST) 是针对脑卒中、颅脑外伤后或小儿脑瘫等患者的言语障碍进行矫治的方法。通过评定, 鉴别言语障碍的类型(如构音异常、言语异常或流畅度异常等); 给予针对性的练习, 如发音器官练习、构音结构练习、单音刺激、物品命名练习、读字练习、情景会话练习等方法, 来恢复或改善患者的交流能力。

4. 心理治疗(psychological therapy) 是通过观察、谈话、实验和心理测验法(智力、人格、神经心理等)对患者的心理异常进行诊断, 采用精神支持疗法、暗示疗法、催眠疗法、行为疗法、脱敏疗法、松弛疗法、音乐疗法和心理咨询等对患者进行治疗。

5. 文体治疗(recreational therapy, RT) 选择患者力所能及的一些文娱、体育活动, 对患者进行功能恢复训练, 一方面恢复其功能, 另一方面使患者得到娱乐, 锻炼身体以及参与集体活动。

6. 中国传统治疗(Traditional Chinese Medicine) 2000 多年前的中医著作中就有功能康复的概念和康复治疗的内容, 如按摩、针灸、热疗、食疗、体育锻炼等治疗方法, 动和静的统一。同时, 我国传统的康复疗法对世界医学的发展也有一定的积极影响。例如, 17 世纪末针刺术传入欧洲, 18 世纪末导引术以“功夫”的名称传入西方。至今, 太极拳、针灸、气