

借



社区护士岗位培训系列教材

社区康复护理

主编/励建安

SHEQU KANGFU HULI



东南大学出版社

社区护士岗位培训系列教材

社区康复护理

主 编 励建安

副主编 王国新

编者(按姓氏笔画排列)

丁 慧(南京医科大学第一附属医院)

万 里(南京医科大学第一附属医院)

于美霞(南京医科大学第一附属医院)

王国新(南京医科大学第一附属医院)

王 翔(南京医科大学第一附属医院)

白玉华(南京市卫生学校)

刘冬梅(南京市卫生学校)

朱 玲(南京脑科医院)

陈文红(南京医科大学第一附属医院)

陈恬茵(南京脑科医院)

陈 旗(南京医科大学第一附属医院)

张 勤(南京医科大学第一附属医院)

励建安(南京医科大学第一附属医院)

周 俊(南京脑科医院)

单春雷(南京医科大学第一附属医院)

罗 豫(南京医科大学第一附属医院)

侯 红(南京医科大学第一附属医院)

东南大学出版社

内 容 提 要

本书是社区护士岗位培训系列教材之一,是由长期从事康复护理的专业人员编写。本书主要介绍社区康复医学基础、社区康复护理评定、社区康复护理技术、常见疾病的康复护理等。本书内容丰富、实用性和可操作性强。可作为社区护士岗位培训的教材,也可作为本专科护理专业教材,也可供社区护士参考。

图书在版编目(CIP)数据

社区康复护理/励建安主编. —南京:东南大学出版社,2004.10
(社区护士岗位培训系列教材/陈永年主编)
ISBN 7-81089-750-0

I. 社... II. 励... III. 社区-康复医学:护理学-技术培训-教材 IV. R473.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 081990 号

东南大学出版社出版发行
(南京四牌楼2号 邮编 210096)

出版人:宋增民

江苏省新华书店经销 河海大学印刷厂印刷
开本:787mm×1092mm 1/16 印张:14.75 字数:368千字
2004年10月第1版 2004年10月第1次印刷
印数:1-4000 定价:24.00元

(凡因印装质量问题,可直接向发行部调换。电话:025-83792327)

序

社区卫生服务是卫生服务体系的重要基础。积极推进和发展社区卫生服务,是卫生工作贯彻“三个代表”重要思想的具体体现,是卫生改革的重要举措。通过发展社区卫生服务,建立新型的城乡卫生服务体系,可以把群众的大部分健康问题经济、有效地解决在社区,对于保障人民群众基本医疗和预防保健服务的供给,建立新型的医患关系,提高群众健康水平,具有极为重要的意义。

全科医师和社区护士是社区卫生服务的主要提供者,要提高社区卫生服务机构的服务水平,必须要有大量合格的全科医师和社区护士。按照卫生部的要求,根据我国的国情,在大学本科毕业后全科医师规范化培训制度没有建立之前,对基层具有执业资格,已经从事或即将从事社区卫生服务的医、护人员进行岗位培训,是解决全科医师和社区护士来源的主要途径。全科医师和社区护士岗位培训工作关系到社区卫生服务专业队伍的建设,各市卫生行政主管部门应当给予高度的重视,积极做好培训的宣传发动和组织工作。各社区卫生服务机构也应从队伍建设的长远考虑,积极组织本单位的医、护人员分期分批参加培训。

为满足全科医师和社区护士岗位培训工作的需要,我厅组织省内有关医学院校和医疗卫生单位的专家,制订了统一的全科医师和社区护士岗位培训教学计划和大纲,并在此基础上编写了配套的培训教材,这对于统一培训的规格、保证培训的质量是很有必要的。培训教材的参编者都是我省医学院校多年从事这方面教学的骨干教师和有关医疗卫生单位的专家。编者们在编写过程中参考了大量的国内外资料和文献,总结、吸收了国内开展社区卫生服务的

经验,力求做到实用性、科学性和可读性相结合。这些教材不仅可以供全科医师和社区护士岗位培训使用,还可以作为从事社区卫生服务工作的专业人员的参考书。我希望培训教材能为提高我省社区卫生服务人员的业务技术水平和服务质量、推动社区卫生服务健康发展发挥积极的作用。我也希望承担培训工作的院校,在培训工作的实践中及时总结经验,不断了解全科医学和社区卫生服务的新进展,以便于以后教材的修订。

这些教材的编写和出版得到了各有关医学院校和医疗卫生单位,特别是东南大学出版社的大力支持,教材的参编人员付出了大量的辛勤劳动,在此,对这些单位的有关同志和有关部门一并表示感谢。

江苏省卫生厅厅长

周珉

2004年6月

前 言

康复医学是社会物质文明和精神文明进步的产物,是医学发展的必然规律和重要组成部分。因此,世界卫生组织把现代医院的主要内涵归纳为临床医学、预防医学、康复医学和保健医学。在我国大力发展的社区卫生服务中,康复医疗是重要的组成部分。《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》把“发展基本医疗、预防保健、康复医疗”列为重要的卫生工作目标,为此卫生部提出“促进康复医学的发展,充分发挥康复医学早期介入、扶助临床的作用,为伤病急性期、恢复早期存在躯体或内脏功能障碍的患者,提供早期的康复医学专业诊疗服务”。我国经济建设的高速发展,人们生活质量的日益提高,以及国家方针政策的支持,是康复医学发展强大的原动力,也预示这个新兴学科的广阔前景。

社区护理工作者必须掌握基本的康复医学知识,具备康复护理的基本技能,以便能够更好地开展社区卫生服务工作,造福于残疾人和其他有严重功能障碍的患者。本书以社区护士为主要读者群,同时,可以作为其他社区卫生服务人员和中等卫生学校康复治疗师资培训的参考书。

本书较全面地介绍了康复医学的基本理念和基础理论,突出介绍了在社区层面可以应用的康复护理评估、治疗技术以及常见疾病的康复护理。由浅入深、突出治疗操作图示是本书的特点,利于读者学习、理解和掌握。

本书在兼顾基层工作实际需要的同时,纳入最新的理念和技术。因此,殷切地希望读者在使用本书时,注意最新的科技进展,辨证地接受和应用本书提供的概念和信息,切忌生搬硬套地学习。

本书的作者都是长期工作在临床一线的护士、治疗师和医生。尽管高度重视本书的编写,对书稿进行了反复核对和修改,但是由于作者知识水平的限制,在内容上难免有疏漏之处。我们诚恳地期待广大读者对本书的批评和指正,这将对对我们最大的鼓励和帮助,同时也有利于本书的修订再版。

本书的编写得到南京医科大学第一附属医院领导的全力支持,和江苏省人民医院康复医学科全体同仁的无私帮助,谨此表示衷心地感谢。

励建安、王国新

2004. 8. 18



目 录

第一章 社区康复护理概论	
第一节 康复医学	1
第二节 社区康复	5
第三节 残疾定义和分类	7
第四节 社区康复护理	9
第二章 社区康复医学基础	
第一节 运动学基础	16
第二节 神经生理学基础	24
第三章 社区康复护理评定	
第一节 运动功能	32
第二节 日常生活活动能力与社会功能	52
第三节 脑高级功能	58
第四章 社区康复护理技术	
第一节 环境要求	71
第二节 皮肤、膀胱、肠道护理技术	77
第三节 吞咽训练	78
第四节 日常生活活动能力训练	82
第五节 体位与体位转换	90
第六节 轮椅及助行器使用和维护	92
第七节 矫形器使用和维护	96
第八节 社区常用物理治疗	100
第九节 社区常用作业治疗	125
第十节 实用传统康复技术	133
第五章 常见疾病的社区康复护理	
第一节 脊髓损伤	139
第二节 脑血管意外	144
第三节 颅脑损伤	154
第四节 脑瘫	159
第五节 压疮	163



目 录

第六节	神经源性膀胱	167
第七节	神经源性结肠	169
第八节	帕金森病	172
第九节	骨折	173
第十节	类风湿性关节炎	175
第十一节	颈椎病	180
第十二节	肩周炎	182
第十三节	下腰痛	187
第十四节	冠心病	191
第十五节	高血压	196
第十六节	慢性阻塞性肺疾患	199
第十七节	糖尿病	202
第十八节	骨质疏松症	208
第十九节	肥胖症	212
第二十节	老年性痴呆	215
第二十一节	神经症	218
第二十二节	精神分裂症	220
	附录	224
	主要参考文献	225



第一章 社区康复护理概论

康复医学与临床医学、预防医学、保健医学共同构成医学的主体,成为现代医院的主要内涵。而在社区卫生服务中,康复医学与临床医学、预防医学、保健医学、计划生育和健康宣教成为不可分割的“六位一体”。

第一节 康复医学

一、学科发展史

1. 雏形阶段 康复医学的渊源可以追溯到古代。战国和南北朝时期就有促进身体健康和疾病康复的各种运动锻炼(导引、按跷、气功)和手法(推拿、拔罐、针刺等)的记载。西方在希波克拉底时代也提出运动与自然因子对于疾病康复的作用。19世纪西方开始大力发展物理因子的应用,包括利用主动和被动运动及声、光、电、热、磁、水疗等,治疗骨关节疾患和慢性疼痛等。这是现代康复医学发展的重要基础。

2. 现代康复医学阶段 现代康复医学发展于20世纪40年代,强调应用各种医学和相关学科的手段,对残疾者进行身体、心理、教育和社会等方面的全面训练,使其功能得到最大程度的改善、代偿或替代,并回归社会。康复医学的发展是社会物质文明和精神文明进步的必然产物,在发达国家已经是医学领域举足轻重的学科。随着社会经济、科学、文化的进一步发展,康复医学必将成为我国医学的前沿学科。

3. 我国康复医学的发展 我国康复医学有组织的发展开始于20世纪80年代。近年来我国经济保持高速发展,人民群众的生活质量观念迅速改变。越来越多的人追求高质量生活,表现为日益发展的健身场馆、群众健身运动和保健意识。《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》第十九章第三节明确指出:“改革和完善卫生服务、医疗保健和卫生监督体系,发展基本医疗、预防保健、康复医疗。”这是我国政府首次将康复医学工作纳入国家总体发展规划之中,反映出党和政府对康复医学工作的重视。卫生部也提出“促进康复医学的发展,充分发挥康复医学早期介入、扶助临床的作用,为病伤急性期、恢复早期存在躯体或内脏功能障碍的病人,提供早期的康复医学专业诊疗服务”。这些都是康复医学发展的动力,也预示着康复医学发展的广阔前景。

二、学科内涵

1. 康复(rehabilitation) 近半个世纪以来康复的定义和内涵在不断地演变。世界卫生组织(WHO)1969年的定义是“综合和协同地将医学、社会、教育和职业措施应用于残疾者,对他们进行训练和再训练,以恢复其功能至最高可能的水平”。1981年提出新的定义“康复是应用所有措施,旨在减轻残疾和残障状况,并使他们有可能不受歧视地成为社会的整体”。



1994年 Hellendar 提出“康复应包括所有措施,以减少残疾的影响,使残疾者达到自立,成为社会的整体,并有较好的生活质量与能实现其抱负”。综上所述,康复的主要内涵有4个层面:

- (1)采用综合措施。
- (2)以残疾者和病人的功能障碍为核心。
- (3)强调功能训练、再训练。
- (4)以提高生活质量、回归社会为最终目标。

2. 康复医学 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)减轻功能障碍程度。

3. 医疗康复 是应用临床医学的方法为康复服务的技术手段,旨在改善功能,或为其后的功能康复创造条件。例如白内障病人进行晶状体手术摘除。

4. 学科关联

(1)康复医学与预防医学有关:通过积极的措施,例如健身锻炼和合理的生活习惯,防止各种疾病的发生,减少功能障碍的可能性。许多疾病发病后,需要积极的康复介入,以预防继发性功能障碍或残疾的发生。已经发生功能障碍后,可以通过积极的康复锻炼,防止功能障碍的加重或恶化。康复预防与预防医学在上述方面的内容一致。

(2)康复医学与临床医学有关(表1-1):其关联不仅在于康复治疗过程经常需要同时进行临床治疗,而且临床治疗过程也需要康复治疗的积极介入。例如心肌梗死、脑卒中、脑外伤、脊髓损伤等,病人都需要早期活动和功能锻炼,以缩短住院时间,提高功能恢复的程度。综合医院康复医学科的生命力就在于将康复医学积极渗透到疾病早期治疗中,使其成为医院工作的基本组成。临床医学与康复医学在疾病急性期和亚急性期总是相互交织。

表1-1 康复医学与临床医学的关联

	临床医学	康复医学
核心理念	以人体疾病为中心	以人体运动障碍为中心
行为模式	纯生物学模式	生物、心理、社会模式
对象	病人	功能障碍者和残疾者
评估	疾病诊断和系统功能	躯体、心理、生活/社会独立功能
治疗目的	以疾病为核心,强调去除病因、挽救生命,逆转病理和病理生理过程	以功能障碍为核心,强调改善、代偿、替代的途径来提高功能,提高生活质量,回归社会
治疗手段	以药物和手术为主	以非药物治疗为主,强调病人主动参与和训练
工作模式	专业化分工模式	团队模式

(3)康复医学与保健医学有关:保健医学强调通过主动锻炼,提高机体对外界环境的适应力和对疾病的抵抗力,这与康复医学的措施一致。当然,保健对象同时也需要临床、预防和康复医学的综合服务。因此保健医学是介于临床、预防和康复之间的学科。

(4)康复医学有独立的内容:相当数量的残疾或功能障碍的处理方法基本为康复治疗,例如神经瘫痪恢复期康复、截肢后的假肢装配、小儿麻痹后遗症的康复治疗等。

(5)康复医学需要合作:康复医学理念需要积极渗透到各相关学科中,与相关学科相辅相成、紧密合作是康复医学内涵建设的基础。

5. 康复团队工作:团队工作模式是康复医学工作的基本模式,即通过学科内和学科间



多层次的交流与协作开展工作。学科内团队包括:康复医师、物理治疗师(士)、作业治疗师(士)、言语治疗师(士)、支具治疗师(士)、心理治疗师(士)、康复护师(士)和社会工作者等。学科间团队包括:康复医学科、运动医学科、骨科、神经内科、神经外科、心胸外科、老年医学科、心脏科、呼吸科、内分泌科、风湿科、急诊科、泌尿科等。

6. 康复三级预防 康复预防主要在社区层面操作,是社区卫生服务中举足轻重的环节。

一级预防:指预防可能导致残疾的各种损伤或疾病,避免发生原发性残疾的过程。例如,通过从青少年开始进行积极的运动锻炼和生活方式修正,减少或预防冠心病以及脑血管疾病的发生,从而预防冠心病或脑血管意外导致的残疾。

二级预防:指疾病或损伤发生之后,采取积极主动的措施防止发生并发症、功能障碍或继发性残疾的过程。例如,脑血管意外之后,早期进行肢体的被动活动以预防关节挛缩,采取合适的体位避免痉挛畸形,定时翻身以避免发生压疮等。

三级预防:指残疾已经发生,采取各种积极的措施防止残疾恶化的过程。这是康复预防中康复医学人员涉入最深和最多的部分。主要的措施包括通过积极的功能训练,改善或提高病人躯体和心理功能;通过适应、代偿和替代的途径,提高病人生活自理和自立能力,恢复或增强娱乐、工作和学习能力;通过职业咨询和训练,促使残疾者重返家庭和社会。

7. 康复医学与新医学模式 现代医学发展的最重要的方面之一就是医学模式从纯生物学模式向生物—心理—社会学模式的转移。

临床医学侧重于逆转或去除疾病的病理和病理生理过程,多以人体生理系统为分科依据,例如心内科、心外科、呼吸科、胸外科等,或以疾病的病理和病理生理特征分科,例如风湿科、肿瘤科、免疫科等。纯生物学模式强调病因和病理治疗,但是许多疾病是难痊愈的,病因是不明确的,因此纯生物学模式不能解决所有病人的功能障碍。

康复医学注重病人的生物属性及其相关的诊疗措施,强调器官和系统功能障碍的恢复;同时强调病人的心理特征和社会属性,即病人的生活独立性及其个人价值的社会体现,使残疾者和功能障碍者能够保持自己的生活质量和人格尊严。例如,完全性脊髓损伤病人的康复治疗强调积极的功能锻炼,最大程度地改善神经功能;强调通过功能性电刺激、支具和矫形器、辅助具、轮椅等手段帮助病人恢复实际功能;强调积极的作业治疗(日常生活训练和职业训练)和心理治疗,为病人的长期生存和生活质量的提高提供必要的条件。

三、学科工作对象

康复医学的服务对象为长期功能障碍的病人,包括残疾者、慢性病病人、老年人和急性病恢复期的病人。这些功能障碍不仅与生理功能相关,还与社会、心理、职业等因素有关。如果包括慢性病、内脏病、老年退行性病而致严重功能障碍者在内,我国康复医疗的对象将达到总人口的10%,即1.3亿。

1. 残疾者 据WHO统计,全世界残疾者占总人口的10%,每年新增1500万人。我国1987年抽样调查表明,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。

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,需要通过康



复治疗得到改善。他们是康复医学的重要工作对象。

3. 慢性病人 包括各系统器官的慢性疾病。活动能力受限,心理和精神创伤的病人。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病人 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。

四、学科内容

康复医学的主要内容包括康复基础学、康复功能评定、康复治疗学、康复临床学和社区康复。

1. 康复医学基础学 重点是与主动功能训练有关的运动学和神经生理学,以及与病人生活和社会活动密切相关的环境改造学。

(1) 运动学:运动生理、运动生化、生物力学等。

(2) 神经生理学:神经发育学、运动控制的神经学基础等。

(3) 环境改造学:康复工程、建筑、生活环境设计等。

2. 康复功能评定 康复功能评定包括器官和系统功能的评定、个体生活自理和生活质量的评定以及病人进行工作和社会活动能力的评定。器官和系统功能的评定与临床评定关系密切,在形式上基本相同或互相交叉。个体生活自理和生活质量评定以及社会能力评定是康复医学比较独特的评估内容。

(1) 运动学评定:包括肌力评定、关节活动范围评定、步态分析等。

(2) 电生理学评定:包括肌电图、诱发电位、神经传导速度、电诊断等。

(3) 心肺功能评定:包括心电图分级运动试验、肺功能测试等。

(4) 有氧活动能力评定:包括能量消耗、最大吸氧量、代谢当量测定等。

(5) 平衡能力评定:包括静态和动态平衡功能评定等。

(6) 医学心理学评定:包括精神、心理和行为、感知和认知功能评定等。

(7) 言语和吞咽功能评定。

(8) 日常生活能力和就业能力检查和鉴定。

3. 康复治疗学

(1) 物理治疗(physical therapy, PT):利用各种物理因子进行功能训练的康复治疗方向。包括运动治疗和理疗,例如各种主动和被动运动,以及声、光、电、热(冷)、磁、生物反馈等理疗措施。

(2) 作业治疗(occupational therapy, OT):利用工作、学习、娱乐和日常生活活动等进行功能训练的康复治疗方向。

(3) 言语训练(speech therapy, ST):针对听觉障碍所造成的言语障碍、构音器官异常、失语症等进行的康复治疗方向。吞咽障碍的治疗目前暂时归在言语治疗的范畴。

(4) 心理治疗:对心理、精神、情绪和行为有异常的病人进行个别或集体的心理疏导和治疗的康复治疗方向。

(5) 康复生物工程:采用生物工程学技术和原理,将弱化的人体功能放大或扩大化,或者补偿身体功能的不足,以改善残疾者功能障碍的康复治疗方向。包括假肢、矫形器、助听器、



导盲杖各种辅助工具及轮椅等。

(6) 中国传统康复治疗: 是我国传统的康复治疗内容, 最常用的有推拿、针灸、拳、功、操等。

(7) 康复治疗基本原则: ①因人而异: 强调在康复评估和治疗的同时根据各个病人和残疾者的具体情况进行分析, 切忌简单地套用公式或程序。②循序渐进: 强调康复治疗的强度和量要逐步增加, 这是因为病人对治疗需要有逐步适应的过程, 其功能改善也必须经过量变到质变的过程。③持之以恒: 因为多数情况下康复治疗的效果需要长期坚持, 甚至终生进行才能有效地持续, 并取得满意的结果。④全面康复: 强调综合手段, 并且覆盖人体的躯体、生理、心理、职业、教育等各方面, 避免只关注生理功能改善的偏向。⑤主观能动: 这是康复治疗 and 临床治疗的重要区别。多数康复治疗措施是病人主动参与的过程, 因此必须注意调动病人康复治疗的主观能动性。为此治疗必须有趣味, 必须能够量化和反馈给病人, 必须使病人能够安全的完成, 并可以在治疗过程中看到进步和发展, 以保障和刺激病人的主动参与。

(8) 康复治疗途径: ①改善: 通过训练和其他措施改善生理功能。例如肌力训练、关节活动训练、平衡训练等。②代偿: 通过各种矫形器和辅助具, 使减弱的功能得到放大或增强。例如助听器、各种矫形器、拐杖、助行器等。③替代: 通过某些器具, 替代丧失的生理功能。例如轮椅、假肢等。

4. 康复临床学 指综合采用各种康复治疗手段, 对各类伤、残、病病人的病理和病理生理异常以及相应的功能障碍, 进行针对性康复医疗实践, 包括神经瘫痪康复、骨关节疾病康复、脏器病康复、慢性疼痛康复等。

第二节 社区康复

一、基本概念

1. 社区 具有完整管理组织结构的社会最小单元。过去认为社区成员一般具有共性的文化背景, 但是随着社会发展, 流动人口增加, 社区的文化背景趋向于多元化。因此社区的民族文化特性正在消逝。

2. 社区康复(CBR) 指在社区层次上采取综合性康复措施, 利用和依靠社区自身资源, 使残疾者得到及时、合理和充分的康复服务, 改善和提高其躯体和心理功能, 提高生活质量, 并回归正常的社会生活。对于重症和复杂病人必要的转介服务是 CBR 的基本功能之一。

二、康复医疗价值观

长久以来, 医疗价值都以治愈为标志, 以挽救生命、去除病因、逆转病理和病理生理为主要目标。为此, 将病情转归分为治愈、好转、不变和恶化。这在以传染病为主要疾病谱的年代无疑是合理的。但是, 随着医疗价值基本理念的不断升华, 如今多数疾病的转归已经不可



能简单地以治愈为终结。大多数疾病的发病原因与环境、心理、行为、遗传、衰老等有关,其病因并非可以轻易去除,其病理和病理生理改变也并非可以彻底逆转。我国医疗体制改革的目的是尽可能提高医疗的投入和产出比,或者说医疗服务的性价比。而在评估性价比时,不可避免地要涉及医疗价值的基本理念。

1. 康复医疗的功能价值 生命在于运动。运动功能是生物活性的标志,也是人体器官、组织和系统功能最突出的外部表现。临床医学和康复医学共同的目标是改善功能,但是途径和理念有区别。

临床医学针对的是疾病,强调去除病因,逆转病理或病理生理异常。临床治疗后器官和系统功能主要依赖自然恢复。但是多数疾病难以彻底去除病因和逆转病情,所谓“治愈”往往只是一次急性过程的缓解。在无法改变病因、病理和病理生理状态时,临床治疗就基本结束了。由于缺乏主动积极的功能锻炼,临床治疗效果受到影响,甚至由于过多的静养,导致不必要的功能障碍,形成恶性循环。例如急性心肌梗死病人,过去的理念过分强调心肌的保护,主张病人卧床休息6周,以待心肌瘢痕形成。然而长期卧床可以导致血容量减少、血液黏滞度增高等,使原本受损的心血管功能障碍加重,同时导致身体运动能力进一步障碍。这是临床医学难以解开的结。

康复医学诞生的土壤就是临床医学的局限性。康复医学针对的是功能障碍。许多疾病去除病因困难,或已经形成严重功能障碍,即使病因去除,其功能障碍也不一定能自动克服。在生理功能不能恢复时,如截肢、完全性脊髓损伤等,临床医疗并无特殊有效的方法,而康复医疗则大有作为,是最关键的医疗服务之一,也是对临床医疗十分重要的扩充和延续。

2. 康复医疗的社会价值 康复医疗的社会价值首先是解决临床医疗所难以解决的问题,包括长期的功能障碍或丧失。例如,对于完全性脊髓损伤病人,康复医疗采用矫形器使病人改善或恢复步行能力,采用轮椅训练使病人行进较长的距离和适应较复杂的地形,采用作业治疗使病人恢复生活自理能力,采用心理治疗使病人恢复自信心和自立能力。

康复医疗的社会价值还体现在减少临床治疗负荷和提高疗效。例如,急性心肌梗死病人早期进行康复活动,是帮助病人7~10天出院的基本措施之一;高血压病和糖尿病病人的运动锻炼可以减少药物使用量;髋关节置换术后,合理的康复训练是减少并发症、延长假体寿命和提高病人活动能力的必要手段。

康复医疗的社会价值也表现为弘扬人权。许多残疾人并不能像正常人一样参与社会活动,同时享受社会给予的回报。他们往往是孤立的。康复医疗是社区卫生服务的基本组成部分,通过康复服务可以使许多残疾人的心理状态显著改善,提高参与社会活动的主动性,进行正常的社会活动,这也充分体现了残疾者的人权。

康复医疗不是基本医疗的额外附加,而是重要的基本组成。康复医疗不是单纯的疗养、保健,它强调通过积极的功能训练和必要的辅助措施,改善或恢复病人的功能。保健按摩、单纯娱乐、休养等不属于康复医疗。

3. 康复医疗的经济价值 康复医疗的社会效益已经得到公认,但是许多人认为康复医学的经济效益不好,所以目前还不能有效地发展。这是阻碍康复医学发展的重要社会因素。对于康复医疗经济效益的误解缘于医院经济效益分析的误区。医院经济效益分析多年来建立在绝对经济收入的基础上,这与我国医院收入依赖型的特性有关。但是目前国际上



医院的经济效益不再以收入的绝对值来衡量,而是强调净收入、投入/产出比值、社会资源占用比例等。如果按照投入/产出比计算,康复医学科的设备投入明显低于多数临床科室。医技部门的设备主要为临床科室服务,康复医学科使用较少。如果把医技部门设备折旧按使用频率或数量分摊到各临床科室,康复医学所占用的医院设备投入指数更加低于其他临床科室。康复医学以低于平均水平的投入,可以获得相当于甚至高于平均水平的产出。从医院支持系统资源占用比例看,康复医学科占用的后勤和管理资源相对较少(较少使用各种库房、设备维修、手术以及其他物资供应),很少发生医疗赔偿和事故纠纷,因此属于占用资源最少的科室之一。

从国家或区域卫生资源利用的角度分析,医疗措施价值不仅要考虑该医疗所产生的直接价值,还要附加由于该治疗所导致的间接价值,包括病人提早恢复工作所创造的价值(病人直接的工作价值,以及病人病假期间由其他人完成其工作的费用),以及由于功能改善因而疾病复发减少或医院就诊减少而降低其他医疗费用的价值等。治疗费用较低而功能改善显著的措施将是价值较高的医疗方式。康复医学在这方面无疑有十分突出的优势。

第三节 残疾定义和分类

一、残疾定义

1. 残疾 由于各种躯体、身心、精神疾病或损伤以及先天性异常所造成的长期、持续或永久性的功能障碍状态,这些功能障碍必须明显影响身体活动,日常生活活动,工作、学习和社会交往活动。从康复医学专业角度来看,这些功能障碍大多数是充分和合理的临床医学治疗不能有效克服的。

(1)原发性残疾:是指由于各类疾病、损伤或先天性异常所直接引起的功能障碍,其中又以疾病致残为主。例如中风后肢体偏瘫,脊髓损伤后造成的截瘫,心肺疾病导致体力活动能力下降等。

(2)继发性残疾:是指原发性残疾后引起的并发症所导致的功能障碍,即各种原发性残疾后,由于肢体活动受限,出现肌肉、骨骼以及心肺功能的废用性改变,使器官或系统功能进一步减退,甚至丧失。例如脊髓损伤后由于长期卧床,造成关节挛缩、肌肉萎缩、压疮等,从而进一步加重原发性残疾。

康复治疗中既要注意原发性残疾的治疗,又要注意继发性残疾的预防和治疗。

2. 残疾分类 残疾者残疾程度的分级标准,用于分析残疾者的状况,帮助制定残疾者康复治疗方针。残疾分类方法及标准与分类的目的有关。实际应用一般是按照残疾的程度和影响分类,其中最常用的是世界卫生组织(WHO)1980年公布的标准。我国常用1988年全国残疾人抽样调查的标准。对于各种事故残疾一般参考我国公安部制定的《道路交通事故受伤人员伤残评定标准》,而残疾人体育运动则采用一些国际残疾运动员分类标准。这些标准的角度和用途不同,所以在分类上有共同之处,但也有差异。



康复治疗的目的在本质上就是促成残疾程度由重至轻的转化。双下肢截肢的病人,在没有康复治疗前不可能恢复原先的生活或工作,而在装配了适当的假肢,并经过步态训练之后,完全可能恢复正常步态,甚至可以跳舞、开车、跑步等。残疾者的潜能是十分巨大的,在康复评估、治疗时对此应该有合理的估计。但是残疾运动员评定时必须以最大的潜能为准,这与其他分类标准完全不同,其目的是为了防止比赛中的不公平现象。

二、国际病损、失能与残障分类(ICIDH)

此分类于1980年由WHO公布。该分类将残疾分为3个层次:

1. 病损或残损(I) 指各种原因所导致的身体结构、外形、器官或系统生理功能以及心理功能的异常,干扰个人的生活活动,包括:个人护理、个人卫生、吃饭和备餐、交流、听、说、读、写、维持姿势和体位、站、坐、家务活动、个人财务、步行、旅行、出差、娱乐、社交和工作活动等,属于器官或系统水平的功能障碍,功能活动、生活和工作的速度、效率、质量可能有一定影响,但实际操作仍然可以完全独立。康复评定主要针对器官或系统功能,和临床常用的方法类似,例如肌力评定、骨关节活动范围评定、心肺功能评定、神经功能评定等。康复治疗途径主要为改善,即通过各种功能训练,改善或提高受到损害的功能。

2. 失能或残疾(D) 指按正常方式独立日常生活活动及工作的能力受限或丧失,属于个体或整体水平的障碍。失能一般建立在病损的基础上,但是未必所有的病损都可以造成失能。心理因素也可造成功能障碍加重甚至成为主要原因。除了生理或心理功能障碍本身外,评估还与职业有关,例如外科医生失去一只左手,将失去从事外科手术的能力,但是医院院长失去一只左手却对完成院长的工作几乎没有影响。因此在评估时应该充分考虑职业因素。康复评定除上述器官和系统功能的评估外,主要针对日常生活活动和行为能力进行评测,例如Barthel指数、功能独立性评测(FIM)等。康复治疗途径主要为适应、代偿和替代。

3. 残障(H) 指残疾者社会活动、交往和适应能力的障碍,包括工作、学习、社交等,个人在社会上不能独立,属于社会水平的障碍。评估主要针对社会活动能力和工作能力。康复治疗措施主要为环境改造,以提高残疾者社会适应性和独立性。

病损、失能和残障三者之间没有绝对的界限,其程度可以互相转化。病损者在没有合适的康复治疗时,可能转化为失能,甚至残障。而失能或残障者也可能由于康复治疗而向较轻的程度转化。一般情况下,残疾的发展是按照病损、失能和残障顺序进行,但是也可能发生跳跃。

三、国际功能、残疾与健康分类(ICF)

此分类是WHO 2000年12月公布的。ICF强调生活能力评定和生活潜能的发挥,通过积极的方式生活。ICF的基础是人体功能正常而不仅仅是残疾,强调整体模式、综合模式、互动模式,适合各种文化,适用所有人群。

ICF强调功能是健康状况和关联因素交互作用的结果(图1-1)。健康状况,是指个体在生理、心理、社会、功能等方面的健康状况。关联因素,是指个体在生理、心理、社会、功能等方面的健康状况。健康状况和关联因素交互作用的结果,是指个体在生理、心理、社会、功能等方面的健康状况。



1. 维持病人健侧功能 鼓励病人利用健侧处理日常生活活动,充分发挥健侧的功能作用,防止健侧肌肉萎缩、关节活动范围受限或继发性残障的形成,预防健侧损伤。

2. 协助伤侧康复训练 配合康复治疗的实施,帮助病人伤侧部分的康复训练。如注意病人的姿势位置、身体各关节活动范围的维持、翻身、清洁和大小便训练等。

3. 使家属了解病人的需要 应向家属进行健康教育,让家属了解病人的各种康复治疗措施及日常生活的注意事项,尤其皮肤护理、饮食营养的重要性,正确使用辅助器,避免过分保护或疏忽,给予病人心理支持,以促进康复。

4. 充分发挥病人的潜能 协助病人完成独立的自我照顾,充分发挥其潜能,如训练病人如何自我照顾日常生活。护理人员应给予病人心理支持,提高病人的自信心,祛除自卑感,训练病人尽可能处理自我的衣食住行问题等。

四、整体护理

1. 现代医学模式与康复护理 随着医学模式的发展要求,生物医学模式逐渐转变为现代医学模式(生物—心理—社会医学模式),护理也由以疾病为中心转变为以病人为中心,同时强调人是一个整体性的、开放的系统,从而提出了整体护理的思想。因此,生物—心理—社会医学模式要求康复护理要按照全面康复、整体护理的原则,以“自我护理”为重点,功能训练贯穿始终,重视心理护理。

2. 内涵 康复整体护理是在康复医学与整体护理有机结合与发展过程中形成的。它的主要思想是:以人为中心,视病人为生物、心理、社会多因素构成的开放性有机整体。在总的康复医疗计划下,为实现医疗的、教育的、社会的和职业的全面康复目标,与康复小组其他成员共同协作,在病人本人、病人家属以及社区的共同参与下,应用护理程序的方法,对病人实施系统的、有计划的、连续的、全面的护理;并进行各种专门的功能训练,以满足病人的身心需要,达到整体护理的效果,从而使病人最大程度的得到康复并重返社会。

3. 护理程序 护理程序是整体护理的核心。护理程序是护理人员在为护理对象提供护理照顾时所应用的工作程序,是一种系统解决问题的方法。它是一个持续的、循环的和动态变化的过程。护理程序由评估、诊断、计划、实施和评价五个步骤组成。康复整体护理的实施过程亦由此五大步骤组成。

五、程序

(一)评估

评估阶段的主要任务包括收集资料和整理分析资料。通过对康复对象的评估,找出健康问题,作出正确的护理诊断。这就要求康复护士除了评估一般病人的基本情况,如病人的一般资料、现在健康状况、既往健康状况、家族史、护理体检结果以及心理社会文化状况等以外,还要评估有关康复护理的重点内容。评估的重点包括日常生活活动能力、语言交流能力、运动功能以及认知功能等项目。

在评估过程中,如能准确找到病人的健康问题,护理活动将顺利进行。如果评估不准确,将导致护理诊断错误,计划和实施有误,预期目标就不易实现。