



素质能力本位课程特色教材

供高职高专康复治疗技术及相关医学类专业用

康复评定技术

主编 周菊芝 周立峰

KANGFU
PINGDING JISHU

 人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

素质能力本位课程特色教材
供高职高专康复治疗技术及相关医学类专业用

康复评定技术

KANGFU PINGDING JISHU

主 编 周菊芝 周立峰

副主编 李海舟 陈卓颐

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 丹 长沙民政职业技术学院

李海舟 宁波天一职业技术学院

杨发明 宁波天一职业技术学院

吴大为 长沙民政职业技术学院

陈卓颐 长沙民政职业技术学院

周立峰 宁波天一职业技术学院

周菊芝 宁波天一职业技术学院

姚 波 浙江省人民医院

高 萍 宁波残疾人康复中心

曹艳杰 宁波天一职业技术学院

章 琪 宁波天一职业技术学院

傅青兰 宁波天一职业技术学院

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

康复评定技术/周菊芝,周立峰主编. —北京:人民军医出版社,2008.6
素质能力本位课程特色教材. 供高职高专康复治疗技术及相关医学类专业用
ISBN 978-7-5091-1920-4

I. 康… II. ①周…②周… III. 康复—鉴定—高等学校:技术学校—教材 IV. R49

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 087536 号

策划编辑:丁 震 徐卓立 文字编辑:郁 静 张长义 责任审读:黄栩兵

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927270;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927278

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:三河市春园印刷有限公司 装订:春园装订厂

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:13 字数:312 千字

版、印次:2008 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~2100

定价:36.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

素质能力本位课程特色教材

编 委 会

主 任 陈健尔

副主任 张龙禄 许复贞 周菊芝 应志国
寿佩勤

委 员 (以姓氏笔画为序)

方理本	叶国英	华金中	许复贞
阮列敏	寿佩勤	应志国	沈燕君
张天华	张龙禄	陈健尔	周菊芝
柯海萍	姚蕴伍	夏佳芬	郭春燕
盛芝仁			



序

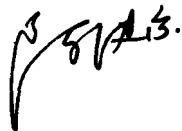
高职高专护理与相关医学类专业教育是我国培养应用型卫生技术人员的一个重要途径。随着现代医学模式的变化和整体化护理的发展,传统的教育模式已越来越不适应卫生技术人员培养的实际要求。近年来,我们积极探索和实践“以就业为导向,以素质能力为本位”的应用型卫生技术人员培养模式的改革与创新,在人才培养目标上突出三要素:人文精神与职业素养,专业知识与专业技能,人际沟通能力与社会工作能力;在教学改革上推进“素质能力本位”课程体系建设,全面修订了各专业的教学计划和教学大纲,对教学内容进行了调整充实。我们还积极探索教学方式和教学环节的改革,在加强专业知识技能培养的同时,注重培养学生的职业素养和专业岗位综合能力,实施职业岗位综合素质能力的培养与训练,使学校教学更加符合护理与卫生技术工作实践的要求。

为了适应课程体系改革的要求,我们组织了特色教材的建设工作。建设宗旨是在坚持“三基”和“五性”的基础上,突出专业能力和职业素质发展的内容,体现人文精神和职业素养培养、专业理论知识与专业实践技能的训练要求,力求培养学生良好的人文职业素质和较强的岗位适应能力。

本套自编特色系列教材包括护理及相关医学类专业的职业素质发展课程与专业知识能力课程用书,可归纳为理论课教材和实验实训指导教材两类,用以满足理论课程改革和加强专业技能训练的要求。教材力求图文并茂,强调实用性、可读性和操作性,每本教材章节前设有明确的学习目标或要点,章节后附有自测题或作业等,便于学生的学习、理解与掌握。有些还插有小知识、小实验等,以提高学生的学习兴趣。

该特色系列教材在编写中努力吸收相关专业研究领域的新知识、新技术、新标准和新内容,凝结着我校教育改革的经验总结和研究成果。为了更好地体现教材的职业性和实践性,我们还邀请了兄弟院校以及临床医师、临床护理与卫生技术人员共同参与了编写工作,这里我们表示衷心的感谢。

由于教育教学改革是一个不断创新完善的过程,我们的探索需要不断深化和发展,特色系列教材的建设也需要不断完善,加上编者水平等原因,教材难免存在不少问题和不足,希望有关专家和老师、同学、读者们提出意见和批评,帮助我们在使用中不断修订提高。



2008年5月

前言

《康复评定技术》是高职高专康复治疗技术专业的核心课程和必修课,属于专业基础课程,它是制订康复目标及康复治疗计划的依据。康复评定技术是收集评定对象的病史和相关资料,提出假设,实施检查和测量,对结果进行比较、综合、分析、解释,最后形成结论和障碍程度诊断的过程,旨在为学生提供系统、全面的康复评定理论与技术的知识架构,使学生掌握相关专业基础知识、基础理论和基本操作技术。

本教材共分 18 章,主要以肌力、肌张力、平衡与协调、发育性反射与反应、步态等躯体运动功能评定为主,同时涉及高级脑功能障碍的评定、心肺功能的评定、作业活动的评定等内容。

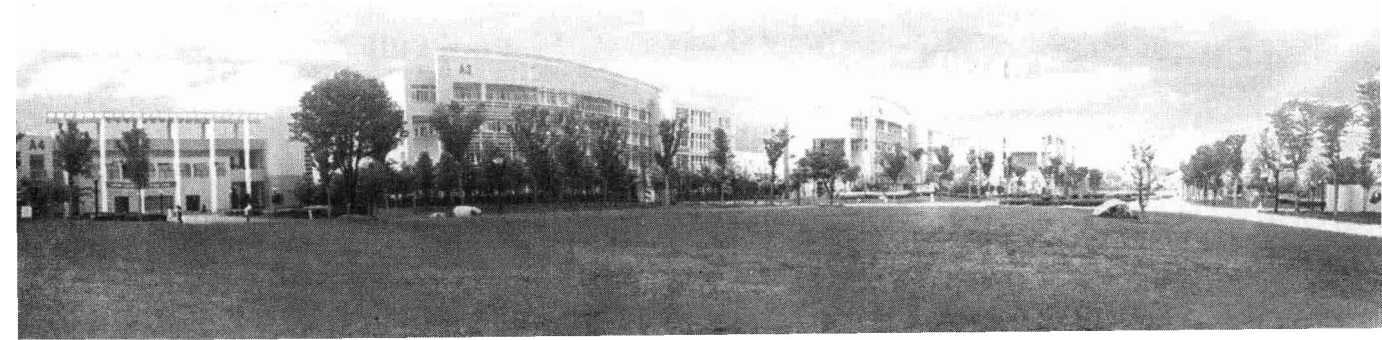
在编写过程中,我们力图贯彻教材的思想性、科学性、适用性和创新性原则,并体现高职高专卫生职业教育的 3 个“贴近”:贴近社会对教育和人才的需求;贴近岗位对专业人才知识、能力和情感的标准要求;贴近学生的心理取向和所具备的认知、情感前提。编者参阅了国内外有关教材和专著,并结合我国国情及多年的教学和临床实践经验,同时还注意了符合高职高专康复治疗技术专业培养临床实用型人才的目标要求,故在教材中既编入了学生学习本课程所必须掌握的基本理论、基础知识和基本技能,又注意从临床、社区工作实际需要出发,在内容上删繁就简、深入浅出、特点突出,使评定技术简单、实用、图文并茂,可操作性强。

本教材主要适用于高职高专康复治疗技术专业的学生,对于其他专业的医学生也有借鉴作用,还可为临床康复工作者提供参考资料。由于我们编写高职高专康复治疗技术专业教材是一项新的尝试,参考和借鉴的资料不多,加之水平所限,本教材难免存在许多缺点和不足,殷切希望广大师生和读者提出批评指正,以便我们改进,使教材质量不断提高。

我们邀请了其他院校护理教师及具有副高以上职称的人员共同参与本教材的编写,得到学院领导和同事的关心和支持,同时也得到了人民军医出版社的鼎力支持和指导,在此一并深表谢意。

周菊芝 周立峰

2008 年 5 月



目 录

第1章 总论 (1)	二、影响关节活动度的因素..... (25)
第一节 康复与康复医学 (1)	三、测量工具与方法..... (26)
一、康复..... (1)	四、评定分析及注意事项..... (27)
二、康复医学..... (2)	第二节 四肢关节活动度测量 (27)
第二节 康复评定 (5)	一、上肢..... (27)
一、定义和目的..... (5)	二、下肢..... (32)
二、评定类型与实施方法..... (5)	第三节 脊柱关节活动度测量 (34)
第2章 残疾评定与预防 (8)	一、颈椎..... (34)
第一节 残疾的定义、原因与分类 (8)	二、腰椎..... (34)
一、定义..... (8)	第5章 肌力评定 (36)
二、致残原因..... (8)	第一节 肌肉与肌力概述 (36)
三、分类..... (9)	一、肌肉的分类和收缩形式..... (36)
第二节 残疾评定步骤及预防 (10)	二、肌力的概述..... (37)
一、评定步骤..... (10)	三、测定方法与评定..... (37)
二、预防..... (10)	四、注意事项..... (38)
第3章 人体形态学测量 (13)	第二节 颈与躯干肌的徒手肌力检
第一节 体表标志 (13)	查方法..... (39)
一、头颅体表标志..... (13)	一、颈肌..... (39)
二、躯干体表标志..... (13)	二、躯干肌..... (39)
三、四肢体表标志..... (15)	第三节 四肢肌徒手肌力检查方法
第二节 测量内容和方法 (15) (40)
一、身高与体重测量..... (15)	一、上肢肌..... (40)
二、躯干与四肢的长度及周径测量	二、下肢肌..... (45)
..... (16)	第6章 肌张力评定 (50)
三、截肢残端测量..... (19)	第一节 肌张力概述 (50)
四、脂肪厚度评定..... (21)	一、肌张力的生理学基础..... (50)
五、姿势评定..... (22)	二、肌张力的分类和评定方法..... (51)
六、注意事项..... (23)	第二节 肌张力的检查方法 (52)
第4章 关节活动度的评定 (25)	一、一般检查..... (52)
第一节 关节活动度概述 (25)	二、其他评定方法..... (52)
一、定义与分类..... (25)	三、注意事项..... (53)

第7章 感觉功能的评定	(56)	第11章 中枢性运动控制障碍的评定	(96)
第一节 躯体感觉	(56)	第一节 运动控制的神经生理学 基础	(96)
一、分类	(56)	一、脊髓对运动的控制	(96)
二、节段分布	(57)	二、大脑与脑干对运动的控制	(97)
第二节 感觉检查方法	(58)	三、小脑对运动的控制	(98)
一、检查方法	(58)	四、感觉传入对运动控制的反馈 作用	(98)
二、检查注意事项	(60)	第二节 中枢性运动控制障碍的表现	(99)
三、临床意义	(60)	一、联合反应	(99)
第三节 疼痛的评定	(61)	二、联带运动	(100)
一、分类	(61)	三、姿势反射	(101)
二、评定	(61)	四、肌张力异常和痉挛模式	(101)
第8章 神经反射检查	(65)	第三节 中枢性运动控制障碍的评 定方法	(102)
第一节 反射概述	(65)	一、Brunnstrom 偏瘫运动功能 评定	(103)
一、定义	(65)	二、Fugl-Meyer 运动功能评定法	(104)
二、分类	(65)	三、上田敏法运动功能评定法	(108)
第二节 反射检查	(66)	第12章 步态分析	(119)
一、浅反射	(66)	第一节 正常步态分析	(119)
二、深反射	(67)	一、步行周期与相关参数	(119)
三、病理反射	(69)	二、步行中身体各部位活动	(121)
四、结果记录	(72)	第二节 异常步态分析	(124)
第9章 平衡与协调功能的评定	(74)	一、步态的定性与定量分析	(124)
第一节 平衡功能的评定	(74)	二、常见病理步态分析	(128)
一、概述	(74)	第13章 高级脑功能障碍的评定	(133)
二、平衡评定方法	(75)	第一节 概述	(133)
第二节 协调功能的评定	(81)	一、感知与认知	(133)
一、概述	(81)	二、注意、定向、记忆、思维	(134)
二、协调运动的评定方法	(82)	三、失认症	(134)
第10章 发育性反射与反应的评定	(87)	四、失用症	(136)
第一节 反射的发育	(87)	第二节 评定方法	(137)
一、出现与消失	(87)	一、意识状态评定	(137)
二、分类	(88)	二、认知功能障碍筛选	(138)
三、评定目的	(88)	三、失认症的评定	(139)
第二节 发育性反射与反应的评定 方法	(88)	四、失用症的评定	(140)
一、评定目的	(88)		
二、脊髓水平的反射	(89)		
三、脑干水平的有关反射	(90)		
四、中脑水平的反射	(92)		
五、大脑皮质水平的反应	(93)		

五、智商水平的评定	(141)	一、概述	(171)
六、注意力的评定	(141)	二、常用评定方法	(171)
七、记忆的评定	(142)	第 17 章 特殊检查	(176)
八、思维能力的评定	(143)	第一节 颈项与上肢特殊检查	(176)
第 14 章 心肺功能的评定	(146)	一、颈部	(176)
第一节 心功能评定	(146)	二、肩部	(178)
一、概述	(146)	三、肘部	(179)
二、评定	(146)	四、腕部	(180)
第二节 肺功能评定	(153)	第二节 躯干与下肢特殊检查	(181)
一、概述	(153)	一、腰骶、骨盆	(181)
二、评定	(153)	二、髋部	(184)
第 15 章 吞咽障碍的评定	(159)	三、膝部	(184)
第一节 吞咽的过程	(159)	四、踝部	(187)
一、吞咽过程	(159)	第 18 章 肌电图与神经传导检查	(189)
二、与吞咽动作有关的肌肉及其 神经支配	(160)	第一节 肌电图检查	(189)
三、正常吞咽的基本特征	(160)	一、概述	(189)
第二节 吞咽评定及结果分析	(162)	二、检查方法	(190)
一、摄食评定	(162)	第二节 神经传导速度检查	(193)
二、吞咽障碍的评定标准	(163)	一、概述	(193)
三、辅助检查	(164)	二、检查方法	(194)
四、引起吞咽障碍的疾病	(165)	第三节 诱发电位检查	(195)
第 16 章 日常生活活动能力和生活 质量评定	(167)	一、概述	(195)
第一节 日常生活活动能力评定	(167)	二、视觉诱发电位	(195)
一、概述	(167)	三、脑干听觉诱发电位	(195)
二、常用评定方法	(168)	四、躯体感觉诱发电位	(196)
第二节 生活质量评定	(171)	五、事件相关电位	(196)
		六、诱发电位在康复医学中的 应用	(196)

学习目标

- (1) 熟练掌握康复、康复医学的定义和基本内涵。
 - (2) 熟练掌握康复评定的定义、目的。
 - (3) 熟悉康复服务的形式。
 - (4) 掌握康复评定的时间及常用评定方法。
-

第一节 康复与康复医学

一、康 复

康复(rehabilitation)一词最早来源于中世纪的拉丁语,“re”是“重新、恢复”的意思, rehabilitation 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。历经两次世界大战后, rehabilitation 才逐步具有了“对身心残疾者进行治疗,复原其功能,使他们重返社会”的含义。

(一) 定义

1942 年在美国的全美康复讨论会上,给康复下了第一个准确的定义:“所谓康复,就是使残疾者最大限度地恢复其身体、精神、社会、职业和经济的能力”。

1969 年世界卫生组织(WHO)对康复的定义是:“康复是指综合地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,使其活动能力达到尽可能高的水平”。

20 世纪 90 年代 WHO 提出新的定义:“康复是指综合协调地应用各种措施,最大限度地恢复和发展病、伤残者的身体、心理、社会、职业、娱乐、教育和周围环境相适应方面的潜能。”因此,康复是综合协调地应用各种措施,改善病、伤、残者的躯体、心理和社会的功能障碍情况,挖掘发挥病伤残者的最大潜能,使其能重返社会,提高生存质量。

(二) 范畴

康复领域很广,包括医疗康复(medical rehabilitation)、社会康复(social rehabilitation)、教育康复(educational rehabilitation)、职业康复(vocational rehabilitation)、康复工程(rehabilitation engineering)等,从而构成了全面康复(comprehensive rehabilitation)。

(三) 目标和程度

康复总体目标是以病、伤、残者为中心,致力于他们功能、能力和生活质量的提高,使他们

最终能够回归家庭和社会,成为社会一员。康复目标的拟订应根据残疾者自身的需求和客观的可能,当“需求”和“可能”协调一致方能达到预期的康复目标。绝大多数康复目标不可能是完全恢复到伤前的功能水平和生活质量,而是鼓励患者尽量充分利用其残存的功能,通过行为和生活方式的改变和调整以适应环境和满足其自身基本的或较高的要求。

经过系统的康复治疗 and 护理后,患者身体恢复程度(康复程度)可分为3个层次。

1. 低水平 只在身体功能或心理功能上有某些改善,但未能走出家门重返社会。
2. 中等水平 躯体功能或心理功能上有显著改善,生活能自理或基本自理,但尚有各种障碍而影响其重返社会。
3. 高水平 躯体功能或心理功能上有显著改善,生活能自理或基本自理,并能重返社会,参加社会生活。

(四) 康复服务形式

世界卫生组织(WHO)曾提出3种康复服务形式。

1. 机构康复(institute-based rehabilitation, IBR) 是指在医院或康复中心实施的康复。所谓机构包括综合医院中的康复医学科(部)、康复门诊、专科康复门诊、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)开展的床边治疗,也可以提供康复医学科(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。

2. 上门康复服务(out-reaching rehabilitation service, 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就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康复治疗师或康复护士到家里继续给予康复评定、康复治疗、康复护理。其不足之处在于上门康复服务的时间及专业人员有限,因此,康复服务的内容往往受到一定程度的限制。

3. 社区康复(community-based rehabilitation, 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,依靠社区资源(人、财物、技术)为本社区病、伤、残者进行的康复服务。CBR是使所有残疾人得到康复、具有平等机会和达到社会一体化的最根本的途径。CBR的特点是费用低、服务面广、简便易行。它强调要充分利用社区资源,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。同时,社区康复必须包括转介服务部分,即上级机构(机构康复)对其进行康复技术指导,而一些在社区难以解决的康复问题,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难于持续生存和发展。

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。

二、康复医学

(一) 定义

康复医学(rehabilitation medicine)主要利用医学的措施,治疗因外伤或疾病而遗留的功

能障碍,并导致生活、工作能力暂时或永久性地减弱或丧失,以致独立生活有困难的残疾者,使其功能复原到可能达到的最大限度,为他们重返社会创造条件的医学学科。本学科的名称除了使用康复医学之外,欧美等国家也使用“物理医学与康复”(physical medicine & rehabilitation),在我国台湾习惯使用“复健医学”,我国香港习惯使用“复康医学”。

(二) 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、康复临床学和康复护理学等。

1. 康复医学基础学 包括运动生理、运动生化、生物力学、神经生理学、环境改造学等。

2. 康复功能评定 包括器官和系统功能评定(如心肺功能评定、肌力评定、步态分析、言语功能评定等),个体生活自理能力和生活质量的评定,以及患者进行工作和社会活动能力的评定。

3. 康复治疗学 包括物理疗法(physical therapy)、作业疗法(occupational therapy)、言语训练(speech training)、心理治疗(psycho therapy)、康复工程(rehabilitation engineering)、中医康复治疗(therapy of traditional Chinese medicine)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、病患者的病理和病理生理异常以及相应的功能障碍,进行针对性的康复医疗实践,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。

5. 康复护理学 在总的康复医疗计划下,为达到全面康复的目标,与其他康复专业人员共同协作,对残疾者、老年病、慢性病而伴有的功能障碍进行适合康复医学要求的康复护理和各种专门的功能训练,以预防残疾的发生与发展,减轻残疾的影响,以达到最大限度的康复并使之重返社会。

(三) 服务对象

康复医学的服务对象为各种功能障碍的患者,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,而且还与社会、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,约计 6 亿人,而且每年以新增加 1 500 万人的速度递增。

2. 老年人 老年人有不同程度的功能退变(包括内脏、肌肉、骨关节)和障碍,这些功能障碍需要通过康复治疗和护理得到改善。

3. 慢性病患者 包括各系统脏器的慢性疾病、“亚健康状态”、活动能力受限、心理和精神创伤等。现代社会的各种文明病也可接受康复治疗。

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

(四) 工作方式

康复医疗涉及多个学科和多种专业,所以常采用团队合作(team work)模式。康复医师(physiatrist)通常为团队领导。成员包括物理治疗师(PT)、作业治疗师(OT)、言语矫治师(ST)、心理治疗师(Psy)、假肢与矫形器师(PO)、文体治疗师(RT)、社会工作者(SW)等,必要时也包括相关学科的专家。团队模式可以有多种方式,包括团队会议、联合查房等,由相关人员共同回顾患者的功能障碍和恢复情况,讨论治疗方案实施情况和下一步的治疗方案(包括近期、中期、远期)。

(五) 康复医学与临床学科的关系

1. 康复医学与预防医学的关系 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,从而减少功能障碍的可能性,这是康复医学的一级预防;许多疾病在发病后,需要积极的康复介入,以预防永久性残疾的发生或继发性功能障碍,这是康复医学的二级预防;已经发生残疾后,通过积极的康复治疗,防止残疾转化为残障,这是康复医学的三级预防。

2. 康复医学与临床医学的关系 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积极地介入,例如心肌梗死、脑卒中、脑外伤、脊髓损伤等患者均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积极渗透到疾病早期的治疗,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。

3. 康复医学与保健医学的关系 保健医学强调通过主动锻炼,提高人体对外界环境的适应力和对疾病的抵抗力,这与康复医学倡导患者积极进行功能训练、提高生命质量的原则相一致。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、预防和康复医学之间的学科。

(六) 现代康复医学的发展

1. 国际方面 现代康复医学始于20世纪初。第一次世界大战期间以部队伤员为对象,主要手段为功能和职业训练,1917年美国陆军成立了身体功能重建部和康复部,这成为最早的康复机构。20世纪20~30年代由于小儿麻痹症的流行而扩展到年轻的病残者,也促使了电诊断和电疗技术的发展,如1922年美国成立了理疗学会,1931年,英国皇家医学会成立了物理医学分会。第二次世界大战后,在现代康复医学奠基人 Howard A. Rusk 等的实践和倡导下,现代康复治疗方法也逐渐发展起来,康复医学(物理医学与康复)作为一个专门的学科得到了医学界的承认。一些学术团体如康复国际(Rehabilitation international, RI)、残疾人国际(DPI)以及国际物理医学与康复医学学会(International Society of Physical & Rehabilitation Medicine, ISPRM)也对康复事业的发展起了指导、推动作用。

2. 国内方面 1949年建国后先后成立了一些荣军疗养院、荣军康复院,开办了盲、聋哑学校,残疾人工厂及福利院。综合医院成立了物理治疗科、针灸按摩科,许多医学院校开设了理疗学或物理医学课程。20世纪50~60年代物理医学的发展,为后来的康复医学打下了基础。在80年代初期现代康复医学引进我国,一直得到政府和社会的重视,并取得迅速发展。

在组织机构方面,本专业的学术组织主要有中华医学会物理医学与康复学分会、中国康复医学会、中国残疾人康复协会等,与此相适应,各地也分别成立了相应的学术团体,积极开展学术活动。现在国内有近10种专业期刊,如《中华物理医学与康复杂志》《中国康复医学杂志》《中国康复理论与实践》《中国康复》《中国临床康复》《中国脊柱脊髓杂志》《中国心血管康复医学杂志》等。

在康复医学教育方面,自从1984年卫生部要求高等医学院校增设康复医学课程以来,康复医学的教育就一直受到重视,包括采取不同的形式,通过不同的途径开展在职培训和学历教育。影响比较大的在职培训有1983年卫生部与WHO合作在河北省人民医院举办的康复医学培训班;1985年卫生部委托中山医科大学(现改为中山大学医学院)举办的康复医学师资班;1989年起卫生部与WHO西太区和香港复康会合作在武汉同济医科大学(现改为华中科技大学同济医学院)举办的康复医师培训班;1991年起安徽医科大学举办的康复治疗师培训班;1992年起南京医科大学举办的全国康复医学培训班,以及中国康复研究中心举办的康复

治疗技术培训班等。现在约有 100 多家医学院校、中医药大学、体育师范类院校举办了本科或大专层次的康复治疗技术专业。

第二节 康复评定

一、定义和目的

康复评定(rehabilitation evaluation)是用客观的方法有效和准确地评定患者功能障碍的种类、性质、部位、范围、严重程度和预后的过程,是康复工作流程中的一个重要环节,也是对患者各方面情况的收集、量化、分析以及与正常标准进行比较的全过程。它是康复目标得以实现和康复治疗得以实施的前提条件。确定康复目标既要充分发挥挖掘患者的潜能,又要有通过努力可以实现的可能,所以准确客观地进行康复评定就显得很重要。

(一) 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,并对结果做出合理解释的过程,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。

(二) 目的

康复医师对患者功能障碍的种类、性质、部位、范围和严重程度等缺乏正确的评定,则无法制订出正确的康复治疗计划,难以使患者得到理想的功能恢复,所以康复评定是制定康复治疗计划的前提和基础,也是评价康复治疗效果的客观依据。其目的有以下几个方面:

1. 确定功能障碍的性质 寻找可能存在的引起功能障碍的器官组织缺陷,如先天性疾病(先天性脊髓膜膨出,先天性心脏病等),后天性疾病(如脑性瘫痪,脑卒中等)或继发性疾病(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. 确定功能障碍的范围 明确躯体、言语、心理、社会功能等方面中哪些功能受到限制,以便选择针对性评定方法及量表。

3. 确定功能障碍的程度 预测对患者本人及家庭近期、远期的影响。

4. 确定康复目标与治疗方案 经过康复评定,了解患者存在的问题和康复要求,制订适宜的康复目标和治疗计划。由于患者年龄、职业、文化背景、家庭经济状况的不同,其康复目标和要求也不一样,所以康复治疗因人而异。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,制订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。

5. 疗效评定和预后判断 依据初期和中期评定的结果,不仅可以了解患者功能改善情况,进行疗效评定,而且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。

二、评定类型与实施方法

(一) 评定类型

类型可分为定性评定、半定量评定和定量评定。

1. 定性评定 是一种最根本、最重要的分析研究过程。它从整体上把握研究对象“质”的特性,即对研究对象进行“质”的分析。康复评定中常用的描述性、定性评定资料主要通过观察和调查访谈获得。通过观察和调查,对评定结果进行归类分析,通过与正常人群的表现特征进行比较,可以大致判断患者是否存在障碍及存在何种障碍,如对偏瘫患者进行的运动模式的评定(屈肌联带运动、伸肌联带运动、分离运动等)、异常步态的目测分析、言语障碍的初步分析等。其优点是在很短的时间内就可做出大致的判断,不需要昂贵的仪器设备,检查不受场地限制。不足之处是评定者带有一定主观性,评定结果不是很准确,所以常常是定量评定的前期工作。

2. 半定量评定 将定性评定所描述的内容分等级进行量化,即用等级赋予分值的方法。其评定结果要比定性评定结果更准确,如徒手肌力检查采用0~5级的6级分法、日常生活活动能力评定采用Barthel指数评定等。其优点是评定标准统一且操作简单,易于推广,是临床康复中最常用的评定方法。

3. 定量评定 将评定对象以数量化的形式说明问题的方法。其优点是评定结果比较精确,有利于提高康复医疗质量,如将障碍的程度用数值来表示,关节活动度以度($^{\circ}$)、等速运动肌力检查以牛顿·米($N \cdot m$)、步态分析中步幅步宽用厘米(cm)来表示。不足之处是有时需要高级仪器设备、费用贵、耗时长。

(二) 评定时期

在整个康复治疗期间,一般至少在康复治疗前、中、后各进行一次康复评定。

1. 初期评定 在制定康复计划或开始康复治疗前的评定。其目的主要是了解患者存在的问题和功能状态及其障碍程度,了解康复潜能及可能的影响因素,并作为制定康复计划及短期、长期目标的依据。

2. 中期评定 在康复治疗期间某个阶段的评定。其目的是了解功能有无改善及其恢复程度,并讨论决定是否要对原先的目标和计划进行适当的调整。对恢复速度比较快的住院患者,可于1~2周评定1次,对恢复速度比较慢、病程比较长的患者,可于3~4周评定1次。

3. 末期评定 在康复治疗结束前或住院患者出院前进行最后的评定。其目的是判定康复治疗的效果,是否达到预期目标,对遗留问题提出进一步解决的方法和建议,讨论社区康复目标等。

(三) 实施方法

1. 观察法 是观察者凭借感觉器官或其他辅助工具,对患者进行有目的、有计划考察的一种方法。具有观察对象的自然性、观察的客观性和直接性等特点。可用摄像机将观察内容记录下来,以便反复观察和进行再次评定时的比较。

2. 调查法 是以提出问题的形式收集被检查者的有关资料的一种方法。调查法可分为问卷法和谈话法两种形式。其优点是能够在短期内获得大量的有关被调查者的第一手资料。但也可能出现由于调查者的隐瞒事实而使结果失真。

3. 量表法 运用标准化的量表对患者的功能进行测定的方法。常用等级量表法和总结量表法。等级量表是将功能按某种标准排成顺序,如Lovett肌力检查法采用0~5级的分级法,5级为正常,4、3、2、1级肌力逐级减弱,0级表示肌力等于零;总结量表法是对被试者每一项技能或功能活动表现进行评分并累计计分的一种方法,如Barthel指数评定中进食、穿衣、上楼等项目中可独立完成评为10分,需要帮助评为5分。

4. 仪器测量法 借助于各种仪器设备对被试者的某些功能性变量进行实际、客观的直接

测量而获得绝对的量化记录的方法。关节活动度测量、步态分析仪分析、心肺运动负荷测验等。

5. 视觉模拟尺法 是通过使用一条标有刻度的直线(长度为10cm,15cm或20cm)来定量评定某种障碍或症状的一种方法。直线的两端为某种症状的两个极端表现。以疼痛为例,左端点为无痛,右端点为非常痛,中间区域为无痛到非常痛的过渡情况。



练习题

一、选择题(A型题)

1. 康复评定的内容是
 - A. 确定病、伤、残的诊断
 - B. 确定病、伤、残功能障碍的性质和程度等
 - C. 对康复工作的讨论
 - D. 劳动能力鉴定
 - E. 对患者日常生活活动能力的评定
2. 康复评定应在什么时候进行
 - A. 治疗前
 - B. 治疗后
 - C. 治疗中
 - D. 治疗前、中、后
 - E. 治疗中、后

二、名词解释

1. 康复
2. 康复医学
3. 康复评定
4. 半定量评定

三、简答题

1. 为什么说在康复工作中要强调团队合作?
2. 康复医师与康复治疗师为什么要对患者进行多次康复评定?
3. 谈谈康复医学与临床医学的联系与区别。

(周立峰)

学习目标

- (1)掌握残疾的定义。
- (2)掌握残疾的国际和国内分类。
- (3)熟悉残疾的三级预防策略。

第一节 残疾的定义、原因与分类

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、心理功能障碍,以致不同程度地丧失正常生活、工作、学习以及社会交往能力的一种状态。残疾简单地可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,如颅脑损伤所致的偏侧肢体瘫痪;而继发性残疾不是由原发病直接导致,而是在疾病过程中由于继发其他问题所致的功能障碍,如肱骨骨折后长期石膏固定所致的肘关节功能障碍。康复治疗不仅要努力改善原发性功能障碍,同时也要努力防治继发性功能障碍。

2. 残疾人 是指在解剖结构、生理功能、精神心理功能发生障碍或丧失,以致不能以正常方式从事个人生活或社会活动的人,包括视力残疾者、听力残疾者、语言残疾者、肢体残疾者、智力残疾者、精神残疾者、内脏残疾者、多重残疾者和其他残疾者。从康复角度看,残疾人具有以下 3 个特点:①一般都具有不同程度的生活和工作的潜力,经过康复训练,他们的功能可得到改善;②他们是一个在身心功能方面有不同程度障碍的群体,需要特殊的关心和照顾;③残疾人和健全人一样,在社会上享有同样的权利和机会,不应受到歧视。

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、类风湿关节炎等。
- (4)各类肿瘤:如骨癌、甲状腺癌、结肠癌、膀胱癌等。