

全国高等医药教材建设研究会·卫生部规划教材

全国高等学校教材

供 **本科护理学类专业** 用

第2版

康复护理学

主 编 石凤英



人民卫生出版社

全国高等医药教材建设研究会·卫生部规划教材

全国高等学校教材

供本科护理学类专业用

康 复 护 理 学

第 2 版

主 编 石凤英

副主编 鲍秀芹

编 者 (以姓氏笔画排序)

王 颖 (上海交通大学仁济医院)

张美琴 (上海交通大学护理学院)

孔 莉 (上海交通大学仁济医院)

屈 云 (四川大学华西医学院)

兰赛玉 (山西医科大学汾阳学院)

郑洁皎 (上海华东医院)

石凤英 (复旦大学上海医学院)

戚少华 (复旦大学上海医学院)

史淑杰 (哈尔滨医科大学护理学院)

鲍秀芹 (黑龙江佳木斯大学康复医学院)

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

康复护理学/石凤英主编. —2版. —北京:

人民卫生出版社, 2006.7

ISBN 978 - 7 - 117 - 07767 - 5

I. 康… II. 石… III. 康复医学: 护理学 IV. R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 068755 号

本书本印次封底贴有防伪标。请注意识别。

康 复 护 理 学 第 2 版

主 编: 石凤英

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京市后沙峪印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850 × 1168 1/16 印张: 11.75

字 数: 310 千字

版 次: 2002 年 8 月第 1 版 2009 年 5 月第 2 版第 13 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-07767-5/R · 7768

定价(含光盘): 23.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

全国高等学校本科护理学类专业第四轮卫生部规划教材

修 订 说 明

为适应我国高等护理学类专业教育发展与改革的需要,经过全国高等医药教材建设研究会和护理学专业教材评审委员会的审议和规划,卫生部教材办公室决定从2004年9月开始对原有教材进行修订。

在调查和总结第三轮卫生部规划教材质量和使用情况的基础上,提出了第四轮教材的规划与编写原则:①体现“三基五性”的原则:“三基”即基本理论、基本知识、基本技能;“五性”即思想性、科学性、先进性、启发性、适用性。②力求作到“四个适应”:适应社会经济发展和人群健康需求变化,护理的对象从“病人”扩大到“人的健康”;适应科学技术的发展,教材内容体现“新”;适应医学模式的变化与发展,教材内容的选择和构建从传统的“生物医学模式”转变为“生物-心理-社会模式”,体现“以人的健康为中心,以整体护理观为指导,以护理程序为主线”;适应医学教育的改革与发展,以学生为主体,注重学生综合素质和创新能力的培养,把教材编写成为方便学生学习的材料——“学材”。③注重全套教材的整体优化,处理好不同教材内容的联系与衔接,避免遗漏和不必要的重复,并在整体优化的基础上把每本教材都努力编写成同类教材中最权威的精品教材。④为辅助教师教学和学生自主学习,本套教材进行立体化配套,根据不同教材的特点,分别编写了相应的《学习指导及习题集》和(或)配套光盘。

经研究确定第四轮本科护理学类专业教材共33种,包括医学基础课程、护理专业课程和相关人文学科课程。在原有教材的基础上增加了《护理礼仪》、《人际沟通》、《社会学基础》、《护理专业英语》、《护理美学》。根据调查使用意见,《护理学基础》课程编写了两种版本的教材:①《新编护理学基础》;②《护理学导论》、《基础护理学》。以上教材供有不同教学需求的学校根据实际情况选用。《急危重症护理学》和《临床营养学》为与高职高专共用教材。

全套教材于2006年9月前由人民卫生出版社出版,以供全国高等学校本科护理学类专业使用。

卫生部教材办公室

2006年6月

第四轮教材目录

序号	课 程	版次	主 编	配套光盘	配套教材
01	人体形态学	第2版	项涛、周瑞祥	✓	✓
02	生物化学	第2版	高国全	✓	✓
03	生理学	第2版	唐四元	✓	✓
04	医学微生物学与寄生虫学 **	第2版	刘晶星		✓
05	医学免疫学	第2版	安云庆		
06	病理学与病理生理学 **	第2版	步宏		✓
07	药理学	第2版	董志		
08	预防医学	第2版	凌文华		
09	健康评估 *	**	第2版 吕探云	✓	✓
10	护理学导论 **	第2版	李小妹		✓
11	基础护理学 **	第4版	李小寒、尚少梅	✓	✓
12	护理教育学 *	**	第2版 姜安丽		
13	护理研究 *	**	第3版 肖顺贞		
14	内科护理学 **	第4版	尤黎明、吴瑛	✓	✓
15	外科护理学 **	第4版	曹伟新、李乐之		✓
16	儿科护理学 *	**	第4版 崔焱		
17	妇产科护理学 *	**	第4版 郑修霞	✓	✓
18	中医护理学 **	第2版	刘革新		✓
19	眼耳鼻咽喉口腔科护理学 **	第2版	席淑新	✓	✓
20	精神科护理学 *	第2版	李凌江		✓
21	康复护理学	第2版	石凤英	✓	
22	护理管理学 **	第2版	李继平		✓
23	护理心理学	第2版	周郁秋		✓
24	临床营养学 *	第2版	张爱珍		
25	急危重症护理学 * *	第2版	周秀华		✓
26	老年护理学	第2版	化前珍	✓	
27	社区护理学	第2版	赵秋利		✓
28	护理礼仪		刘宇	✓	
29	人际沟通		冷晓红		
30	社会学基础		史宝欣		
31	护理专业英语		宋军	✓	
32	护理美学		姜小鹰	✓	
33	新编护理学基础 * **		姜安丽	✓	✓

注：★为普通高等教育“十五”国家级规划教材。

★★为普通高等教育“十一五”国家级规划教材。

*为本科、高职高专共用教材。

✓为有相应的配套教材或配套光盘。

全国高等学校 第二届护理学专业教材评审委员会

- | | | |
|---------|----------------------------|------------------------|
| 顾 | 问 | 林菊英 (卫生部北京医院 南丁格尔奖获得者) |
| | | 巩玉秀 (卫生部医政司护理处) |
| | | 杨英华 (复旦大学护理学院) |
| 主 任 委 员 | 沈 宁 (中国协和医科大学) | |
| 副主任委员 | 尤黎明 (中山大学护理学院) | |
| | 殷 磊 (澳门理工学院高等卫生学校) | |
| | 左月燃 (中国人民解放军总医院) | |
| 委 员 | 李秋洁 (哈尔滨医科大学护理学院 南丁格尔奖获得者) | |
| | 郑修霞 (北京大学医学部护理学院) | |
| | 姜安丽 (第二军医大学) | |
| | 崔 焱 (南京医科大学护理学院) | |
| | 李小妹 (西安交通大学医学院) | |
| | 李继平 (四川大学华西护理学院) | |
| | 胡 雁 (复旦大学护理学院) | |
| | 李小寒 (中国医科大学护理学院) | |
| | 段志光 (山西医科大学) | |
| | 汪婉南 (九江学院护理学院) | |
| | 熊云新 (柳州医学高等专科学校) | |
| | 姜渭强 (苏州卫生职业技术学院) | |
| | 梅国建 (平顶山卫生学校) | |

前 言

康复医学的迅速发展及康复护理教学在全国范围的蓬勃开展,对康复护理教材提出了很高的要求,并产生了迫切的需要。此次在全国高等医药教材建设研究会和卫生部教材办公室的组织、指导下,对原教材进行了修订。

本书在一版教材注重突出康复护理的基本概念、基本理论和基本技能的基础上作了如下修改:①各章均进行了更新与完善;②不少章节进行了改写,并删除了与本专业其他教材重复的内容;③更新第五章内容,使其能反映最新进展,同时使临床实用性和可操作性更强。

本书作者均为从事康复医学或康复护理学的临床和教学人员,我们按各人的专长安排编写相应的章节,力求使本书概念清楚,科学性和实用性强,能反映最新的进展。本书主要供全国高等医药院校护理学本科生和研究生作为教科书,同时也可作为临床护理人员的参考书。

本书的插图由上海交通大学仁济医院康复医学科的王颖主任绘制,在此表示感谢。

本书修订的过程中,得到了卫生部有关部门的指导、支持和参编者的大力合作,在此我们一并表示深切的感谢。由于时间和水平所限,本书在文字及专业水平方面还存有不足及疏漏,希望读者不吝赐教。

石凤英

2006年6月

目 录

第一章 概论	1
第一节 康复医学	1
一、健康定义和医学模式	1
二、康复和康复医学	1
第二节 康复医学的组成及工作方式	2
一、康复医学内容	2
二、康复医学工作的方式	2
三、康复医学的服务机构	3
第三节 康复护理学	3
一、康复护理的特点	3
二、康复护理的发展基础及理论	4
第四节 残疾问题	6
一、残疾的分类	6
二、残疾的评定	7
三、残疾的预防	8
第五节 社区康复	9
一、社区康复发展背景	9
二、社区康复的工作目标和内容	9
三、社区康复护理	10
四、政府在社区康复管理中的作用	10
第二章 康复的基础理论	11
第一节 运动学基础	11
一、运动学的概念	11
二、运动对机体的影响	12
三、肌肉的运动学	13
四、骨关节的运动学	15
第二节 神经学基础	18
一、神经发育	18
二、神经细胞损伤后的再生	19
三、中枢神经的可塑性和功能代偿	22
第三章 康复评定	26
第一节 运动功能评定	26
一、肌力评定 (一)(二)(三)	26
二、肌张力评定	29
三、关节活动度的评定 (一)(二)(三)	30

四、协调与平衡功能评定	32
五、步态分析	34
第二节 心肺功能评定	37
一、概述	37
二、心电运动试验	37
三、有氧运动能力测定	42
第三节 感知功能评定	43
一、感知功能评定	43
二、认知功能评定	45
第四节 日常生活活动能力和生存质量的评定	46
一、日常生活活动能力的评定	46
二、独立生活能力评定	49
三、生存质量评定	50
第五节 神经肌肉电生理检查	51
一、肌电图检查及其临床意义	51
二、神经传导速度测定及其临床意义	52
三、诱发电位测试及其临床意义	52
第四章 康复治疗技术	54
第一节 物理治疗	54
一、运动疗法	54
二、其他物理因子治疗 (一)(二)(三)(四)(五)(六)(七)(八)(九)(十)	59
第二节 作业治疗	64
一、作业治疗的定义和目的	64
二、作业治疗的种类	64
三、作业治疗的作用	65
四、作业治疗的处方	65
第三节 言语康复	68
一、言语功能评定	68
二、言语康复概述	69
三、失语症的康复	70
四、构音障碍的康复	72
五、吞咽障碍的康复	72
第四节 心理康复	73
一、概述	73
二、残疾的心理和社会问题	74
三、心理治疗	75
第五节 康复工程	78
一、矫形器	78
二、助行器	79
三、假肢	80
四、轮椅	81

第五章 常见伤病的康复护理	83
第一节 脑卒中	83
一、概述	83
二、主要功能障碍及评估	83
三、康复护理措施	86
四、康复教育	98
第二节 颅脑损伤	98
一、概述	98
二、主要功能障碍及评估	99
三、康复护理措施	99
四、康复教育	101
第三节 脑性瘫痪	101
一、概述	101
二、主要功能障碍及评估	101
三、康复护理措施	104
四、康复教育	106
第四节 脊髓损伤	106
一、概述	106
二、主要功能障碍及评估	106
三、康复护理措施	109
四、康复教育	111
第五节 周围神经病损	111
一、概述	111
二、主要功能障碍及评估	112
三、康复护理措施	112
四、康复教育	113
第六节 骨折	113
一、概述	113
二、主要功能障碍及评估	114
三、康复护理措施	114
四、康复教育	119
第七节 颈椎病	119
一、概述	119
二、主要功能障碍及评估	121
三、康复护理措施	122
四、康复教育	125
第八节 肩周炎	126
一、概述	126
二、主要功能障碍及评估	126
三、康复护理措施	128
四、康复教育	129
第九节 手外伤	129
一、概述	129

二、主要功能障碍及评估	130
三、康复护理措施	130
四、康复教育	133
第十节 腰椎间盘突出症	134
一、概述	134
二、主要功能障碍及评估	135
三、康复护理措施	137
四、康复教育	139
第十一节 截肢	139
一、概述	139
二、主要功能障碍及评估	140
三、康复护理措施	142
四、康复教育	144
第十二节 慢性阻塞性肺病	145
一、概述	145
二、主要功能障碍及评估	145
三、康复护理措施	147
四、康复教育	148
第十三节 冠心病	149
一、概述	149
二、主要功能障碍及评估	149
三、康复护理措施	150
四、康复教育	153
第十四节 糖尿病	153
一、概述	153
二、主要功能障碍及评估	154
三、康复护理措施	155
四、康复教育	158
第十五节 骨质疏松症	158
一、概述	158
二、主要功能障碍及评估	159
三、康复护理措施	160
四、康复教育	161
第十六节 癌症	162
一、概述	162
二、主要功能障碍及评估	162
三、康复护理措施	164
主要参考书目	168
中英文名词对照索引	169

第一章 概论

第一节 康复医学

一、健康定义和医学模式

1948年世界卫生组织(World Health Organization, WHO)在《世界卫生组织章程》中确定的健康定义是:健康是指在身体上、精神上、社会生活上处于一种良好状态,而不仅仅是没有疾病或衰弱。定义体现了医学观念的更新和模式转换,观念的更新是指完整的医学体系概念,医学是由预防、临床、康复和保健四个方面构成的完整体系。医学模式反映了人们在某个特定时期对健康和疾病现象的认识,也是对医学理论的高度哲学概括。20世纪70年代以后新的生物-心理-社会的医学模式替代了旧的生物医学模式,生物医学模式向生物-心理-社会医学模式的转变,标志着以健康为中心的医学科学,已迈进了一个崭新的发展时期,促进了社会医学、康复医学和整体医学的建立和发展。以健康的新概念和医学的新模式作为理论基础,可以提出指导康复治疗的四大原则,即功能训练、全面康复、融入社会、改善生存质量(quality of life, QOL)。

二、康复和康复医学

(一) 康复的定义

康复(rehabilitation)一词的原意是“复原”、“恢复”、“恢复原来的权利、资格、地位、尊严”等。WHO对康复的定义是:综合、协调地应用各种措施,预防或减轻病、伤、残者身心、社会功能障碍,以达到和保持生理、感官、智力精神和社会功能的最佳水平,使病、伤、残者能提高生存质量和重返社会。

康复医学的基本内涵包括:

1. 采用医疗、教育、职业、社会 and 工程等方面的措施,分别称为医疗康复(medical rehabilitation)、教育康复(educational rehabilitation)、社会康复(social rehabilitation)、职业康复(vocational rehabilitation)和康复工程(rehabilitation engineering),从而构成了全面康复(comprehensive rehabilitation)。
2. 以残疾者和患者的功能障碍为核心。
3. 强调功能训练、再训练。
4. 以提高生存质量、回归社会为最终目标。

(二) 康复医学

1. 定义:康复医学(rehabilitation medicine)是具有独立的理论基础、功能评定的方法、治疗技能和规范的医学应用学科;是促进病、伤、残者康复的医学;是医学的一个重要分支。在现代医学体系中,保健、预防、治疗和康复相互联系组成一个统一体。在实践中,康复医学与临床医学相互渗透,如利用临床手段矫治或预防残疾;把康复护理列为临床常规护理内容;从临床处理早期就引入康复治疗。

2. 康复医学发展的基础

- (1) 社会和患者的迫切需要:目前慢性病已成为医疗的关注问题,心脑血管疾病、癌症

和创伤是人类的主要死亡原因,对那些从脑卒中、心肌梗死后存活下来的患者,需要进行积极的康复治疗,以提高自理能力和生存质量。而对癌症患者,因慢性疼痛和身心功能障碍,更需要采取积极的康复措施,如物理治疗、心理治疗等。

(2) 经济发展的必然结果:现代化的社会中,工业和交通日益发达,因工伤和车祸致残者比以前增多,他们需要接受康复治疗;随着经济和生活水平的提高,文体活动蓬勃发展,难度较高或危险性大的文体活动如跳水、体操、杂技、赛车等造成的残疾,同样需要依靠康复治疗,使他们残而不废;人口平均寿命延长使世界已进入了老龄化时代,老年人患有多种慢性疾病,更需要进行康复治疗。

(3) 应对严重的自然灾害和战争:目前人类还不能完全控制自然灾害和战争,因此而造成的伤残者,迫切需要进行康复治疗。

3.2 康复医疗服务的对象 康复医疗服务的对象主要是因疾病和损伤而导致的各种功能障碍患者。包括:

- (1) 急性创伤或手术后患者。
- (2) 由各种慢性病所导致的功能障碍者。
- (3) 年老体弱者。
- (4) 各种残疾患者。

第二节 康复医学的组成及工作方式

一、康复医学内容

(一) 康复医学的理论基础

1. 运动学(kinesiology) 包括运动生理、运动生化、生物力学等。
2. 神经生理学(neuro-physiology) 包括神经发育学、运动控制的神经学基础等。
3. 环境改造学(ergonomics) 涉及康复工程、建筑、生活环境设计等。

(二) 康复医学功能评定(rehabilitation functional evaluation)

评估康复对象功能障碍的严重程度、范围和预后称为康复医学功能评定。为了解患者功能障碍的情况;制订合理的康复计划;评价康复治疗的效果,需要作康复医学功能评定。这种评定至少应在治疗的前、中、后各进行一次。

(三) 康复治疗技术

康复治疗是康复医学的重要内容,是使病、伤、残者功能恢复的重要手段。康复治疗技术内容丰富,包括:物理治疗(physical therapy)、作业治疗(occupational therapy)、言语治疗(speech therapy)、心理治疗(psychotherapy)、文体治疗(recreational therapy)、康复工程、康复护理(rehabilitation care)、社会服务(social service)、职业咨询(vocational counsel)、中国传统治疗等。

二、康复医学工作的方式

康复医疗是由多种专业共同组成康复治疗组(team work),致力于患者功能恢复的一种工作方式。全面康复的实施需要通过集体的力量,治疗组领导为康复医师(physiatrist),成员有物理治疗师(physical therapist)、作业治疗师(occupational therapist)、言语治疗师(speech therapist)、心理治疗师(psychologist)、文体治疗师(recreational therapist)、假肢/矫形技师(prosthetist/orthotist)、职业咨询师(vocational counsellor)、社会工作者(social worker)和营养师(nutritionist)等。

三、康复医学的服务机构

康复医疗工作的管理流程,应当是一个完整的网络。康复医学的组织机构包括:

(一) 康复医学科

综合医院中康复医学科主要治疗对象是急性伤病后住院期间的患者;主要的工作是开展急性伤病后的早期康复。为使患者能继续得到维持性康复,应及时把完成早期康复的患者转送到康复中心或社区卫生服务中心。

(二) 康复中心

康复中心主要接待的对象是恢复早期的患者,可以是综合性的兼收各科康复的患者,也可以是专科性的,如脑瘫康复中心、精神病康复中心等。

(三) 中间设施

如护理之家、社会福利院、老年护理医院等。主要的康复对象是老年及恢复期患者。随着老龄化时代的到来,需要大规模增加以上设施,使更多需要康复的老年人得到康复治疗和护理,提高他们的生存质量。

(四) 社区康复

社区康复是整个康复过程的重要组成部分,是三级医疗康复网络的基层终端。主要康复对象是恢复中、后期及后遗症期的患者。

第三节 康复护理学

一、康复护理的特点

3. 康复护理是康复医学的基本内容之一,是在总的康复医疗计划实施过程中,为达到躯体的、精神的、社会的和职业的全面康复的目的,紧密配合康复医师和其它康复专业人员,对康复对象进行的除基础护理以外的功能促进护理。预防继发性残疾,减轻残疾的影响,使患者达到最大限度的康复和重返社会。随着康复医学向临床的不断渗透,以及整体护理模式在各级医院的普及,康复护理将成为各种老年病、慢性病的常规护理内容。

(一) 康复护理的目的

减轻痛苦,促进康复。使患者尽量减少继发性功能障碍,使残余的功能和能力得到维持和强化,最大程度的恢复生活能力。提高生存质量,重返家庭,回归社会。

(二) 康复护理的原则

1. 功能训练应预防在先,早期进行并贯穿于护理的始终。
2. 康复护理要与日常生活活动相结合,注重实用性,以达到患者的生活自理。
3. 重视心理康复 残疾人由于自身的缺陷,往往有孤独感、自卑感、敏感、抑郁等情绪反应。他们迫切希望和要求自己缺损的机体功能在短时间完全恢复;不满足现状的康复,而产生疑病、焦虑和抑郁。针对残疾人心理特点,在实施心理工作时应采取相应的措施,帮助他们克服自卑感,避免周围环境(包括家庭)对他们的不正确的评价和不恰当的比较,引导他们接受现实,认识现有的肢体功能,尽量发挥残余能力,积极运用补偿心理和补偿行为,鼓励自尊、自信、自强、自立,并进行功能训练,尽量发挥残存功能,使其具备回归社会的能力,最大程度的适应现在的生活,更好地融入社会。

4. 提倡协作精神 康复护理人员需要与康复小组其他人员保持密切的联系,遇到康复中存在的问题,应及时进行沟通和解决,良好的协作关系是取得最大康复疗效的关键。

(三) 康复护理的内容

1. 观察患者的病情并作好记录 康复护士要与各有关人员保持良好的人际关系,详细

观察病情及康复训练过程中残疾程度的变化；洞察和了解情况，认真做好记录，提供信息，在综合治疗过程中起到协调作用，有利于康复治疗实施。

2. 预防继发性残疾和并发症 如偏瘫患者应预防压疮、肌肉萎缩、关节挛缩畸形的发生。

3. 学习和掌握各有关功能训练技术 配合康复医师及其他康复技术人员对残疾者进行功能评价和功能训练。根据患者的不同性质和需要，不断学习，不断实践。如对偏瘫致语言障碍者，除语言治疗师的集中训练外，护理人员应该利用每一个机会与患者交谈，使语言训练得到巩固和提高。

4. 训练患者进行“自我护理”又称自护（selfcare）指病人自己参与某种活动，并在其中发挥主动性、创造性，使其更完善、更理想地达到目标。一般护理通常是照顾病人，为病人进行日常生活料理。如喂饭、洗漱、更衣、移动等又称之为“替代护理”。康复护理的原则是在病情允许条件下，训练患者进行自理，即“自我护理”。对残疾者及其家属要进行必要的康复知识的宣传，通过耐心地引导，鼓励和帮助，使他们掌握“自我护理”的技巧，从而部分地或全部地做到生活自理。以便适应新生活，重返社会。

5. 心理护理 残疾人和慢性病患者有其特殊的、复杂的心理活动，甚至精神、心理障碍和行为异常。康复医护人员应理解患者、同情患者，时刻掌握康复对象的心理动态，及时地、耐心地、做好心理护理工作。不允许有任何讥笑、讽刺的言行。

6. 不同时期康复护理的重点 康复护理是以功能障碍为核心，帮助解决功能维持、重组、代偿、替代、适应和能力重建的有关问题，在伤、病、残的各个不同阶段，工作重点各有不同：①急性期和早期：应仔细观察残疾情况（性质、程度、范围、影响），及时发现潜在的问题，预防感染、压疮、挛缩、畸形、萎缩；②功能恢复期：着重于潜在能力的激发；残余功能的保持和强化；日常生活活动能力的再训练；康复辅助用具的使用指导等。

（石凤英）

二、康复护理的发展基础及理论

康复护理是护理专业中的一个新领域，是康复医学不可分割的一个重要组成部分。随着社会经济的发展及人们对生存质量要求的不断提高，使康复护理得到了迅速发展。

（一）中枢神经损伤后恢复的理论

近30年来在神经系统疾病康复领域中最重要研究成果之一，就是人们逐步认识到中枢神经系统具有高度的可塑性（plasticity）和功能重组，这是神经系统损伤后功能恢复的重要理论依据，也是康复护理的发展基础。

（二）长期制动及长期卧床的不良生理效应

伤残患者由于伤情或治疗的原因需要制动和卧床，制动和卧床可以使受伤部位充分休息，减轻疼痛，促进创伤愈合，防止再损伤。但长期制动和卧床造成了各系统功能障碍。

1. 肌肉系统 长期制动和卧床最早最显著的异常在肌肉系统，表现为肌萎缩和肌力下降，股四头肌和背伸肌特别容易受损。静卧3~5周可使肌力减弱50%。

2. 骨骼系统

（1）骨质疏松：制动后骨组织失去正常的压力刺激，骨质吸收加快，特别是骨小梁吸收增加，导致骨质疏松。

（2）退行性关节病：长期制动可引起严重的关节退变，继而出现关节囊及周围软组织的改变，关节挛缩。

3. 心血管系统

（1）体液重新分布：卧床后约500~700ml的血液滞留在肺和左心。颈动脉的压力感受

器张力下降,抗利尿激素分泌减少,尿量增加。4周后血浆减少15%~20%。

(2) 心功能减退:卧床3周后心功能降低25%,舒张期缩短,射血时间减少,心搏量和心输出量减少6%~13%。

(3) 静脉血栓形成:长期制动后血流缓慢,血液粘滞度增加,容易形成血栓。

(4) 体位性低血压:长期卧床后肾上腺交感系统活动增加,突然直立时血液大量灌流到下肢,回心血量和心输出量减少,导致收缩压下降。

4. 对呼吸系统的影响 卧床时膈肌和肋间肌运动下降,加上呼吸阻力增加而肺扩张减少,呼吸变浅,肺泡换气量减少,CO₂含量增加,导致呼吸加快。长期卧床分泌物的排出困难,坠积在肺的下部,而肺的上部分泌物过少,纤毛运动减弱,清除更加困难,最终易发生坠积性肺炎和呼吸道感染。

5. 对泌尿生殖系统的影响 长期卧床使肾血流增加,排尿增加,钠与磷的排泄增加。高尿钙和高尿磷易致肾与膀胱结石,继而产生血尿和尿路感染。

6. 对肾上腺和胃肠系统的影响 长期制动使食欲减退,肾上腺活动增加而肠蠕动迟缓,营养吸收减慢。

7. 对中枢神经系统的影响 长期制动可使时间感、空间感和定向力减退,同时伴有社会脱离者则认知能力下降,更长时间的社会脱离则导致情绪不稳、情绪敌对、不合作、焦虑、抑郁和神经质,记忆力、判断力、学习力和解决问题的能力下降。

(三) 自我护理理论

自我护理理论由美国当代著名护理理论家多罗西·奥瑞姆提出,其代表性著作作为《护理:实践的概念》(Nursing: Concepts of Practice)。自护理论不仅可用于个人,而且可以适用于家庭、集体或社会中,对于康复护理实践有着非常重要的指导意义。

1. 自我护理 是个体在稳定或变化后的环境中为维持生命,增进健康与幸福,确保自身功能健全和发展而进行的自我照顾活动;是人的一种普遍存在的本能;是一种通过学习而获得的、连续的、有意识的行为。人的自护能力在日常生活中得到发展,自护行为包括调查、判断、决策及调控生存与发展相关的行为。在进行自护活动时,需要智慧和经验参与及他人的指导和帮助。当个人或集体都能有效进行自护时,能维持人的整体性并促进个体功能的发展。

2. 自护力量 自护力量(selfcare agency)是指人的自我护理的能力。与自护力量相对应的是照顾性护理力量(dependent care agency),指的是护理或照顾他人的能力,包括照顾婴幼儿和那些部分不能或完全不能进行自理的人的能力。个体、家庭以及各种形式的集体都具有照顾性护理力量。

3. 治疗性自护需要 治疗性自护需要(therapeutic selfcare demand)是为了已知的自护需求而在一段时间内必须持续实施的全部自护行为。治疗性自护需要由保证人类功能和发展的三种类型的需要构成。即:一般的自护需求+成长的自护需求+健康欠佳的自护需求=治疗性自护需要。

(1) 一般性自护需求:是人在生命周期各个发展阶段必不可少的,与维持人的结构和功能的完整性及生命过程息息相关的需求,包括:①空气;②水;③食物;④排泄;⑤活动、休息、睡眠;⑥独处和社会交往;⑦避免灾害;⑧正常状态的感觉。

(2) 成长的自护需求:与人生的发展过程、发展状况和人生各个阶段的事件以及可能发生的不利于成长的事件有关。人的成长的自护需要包括与成长有关的一般自护需要和一些新的、特定状况下的需要,如怀孕、早产、失去亲人等。

(3) 健康状况不佳时的自护需要:健康状况不佳时的自护需要与遗传和体质上的缺陷、人体结构和功能上的异常及诊断治疗措施有关,是患者、伤者、残疾人和正在接受治疗的人

的需要。包括：①寻求病理状态所需的医疗性帮助；②认识并应对病理状态的影响和后果，包括对成长的影响；③有效地遵循诊断、治疗和康复措施，预防病理状态的出现，调整机体功能的完整性和矫正畸形等；④认识、应付或调整治疗措施所带来的不适或不良反应；⑤修正自我概念，承认自己的健康状态和对特定的治疗措施的需要；⑥学会在病理状态下生活。

4. 自护缺陷 自护缺陷 (selfcare deficit) 是指自护力量不能满足治疗性自护需要。与其相对应的是照顾性护理力量缺陷，指护理或照顾他人的能力不能满足他人的治疗性自护需要。自护缺陷或照顾性缺陷与治疗性自护需要的关系如下：

自护力量 < 治疗性自护需要 = 自护缺陷

照顾性护理力量 < 治疗性自护需要 = 照顾性护理缺陷

如果自护力量或照顾性护理力量缺陷不足以满足治疗性自护需要，表明存在着自护缺陷或照顾性护理缺陷，必须寻求专业护理作为必要的补充，以满足治疗性自护需要。

5. 护理力量 护理力量 (nursing agency) 是护士为有自护缺陷的人提供的专业护理。通过这种护理使其具备维持生命、健康和幸福的能力。护理力量是护士必须具备的综合素质，包括护士在行为上和智力上的双重能力以及应用专业知识、技能和经验。

6. 护理系统 护理系统 (nursing system) 是由护士为患者提供的护理行为和患者自身的行为所构成的行为系统。根据护理力量与患者自护力量之间的互补程度，可将护理系统分为三种类型：

(1) 全补偿系统：适用于那些没有自护能力的患者，护士必须“替”患者做所有的事才能满足他的治疗性自护需要。

(2) 部分补偿系统：在此系统中护士和患者在满足治疗性自护需要时都能起主要作用，护士“帮”患者完成自护活动。

(3) 辅助—教育系统：在此系统中，患者需要进行学习并且能够学会如何自护。护士提供的帮助是心理上的支持、技术上的指导及提供一个所需要的环境。在这个系统中，护士的职责从前两个系统的“替他做”、“帮他做”过渡为“教育、支持他做”。具体表现为帮助患者制定决策，控制行为，获取知识和技术。这是康复护理中最常见的、也是最重要的护理系统。

(鲍秀芹)

第四节 残疾问题

残疾 (disability, disabled) 是指先天缺陷或各种伤病所致的不同程度地丧失正常生活、工作和学习的状态。残疾人也是康复医学工作的主要对象。

一、残疾的分类

(一) 国际残损、残疾和残障的分类

1980 年 WHO 推荐的有关国际残损、残疾和残障的分类 (international classification of impairments, disabilities, and handicaps, ICIDH) 的标准。

1. 残损 是生物器官系统水平上的残疾，可分为 9 大类：视力残损、听力残损、语言残损、认知残损、运动残损、心理残损、内脏残损、畸形、多种综合残损。

2. 残疾 是个体水平上的残疾，由于残损使个人日常生活能力受限或缺乏。现把残疾改称为活动受限。活动受限可分为：行为残疾、运动残疾、生活自理残疾、交流残疾、技能活动残疾、特殊技能残疾、环境适应残疾、其他活动方面的残疾。

3. 残障 是社会水平的残疾。是由于残损或残疾，限制或阻碍一个人完成正常的社会