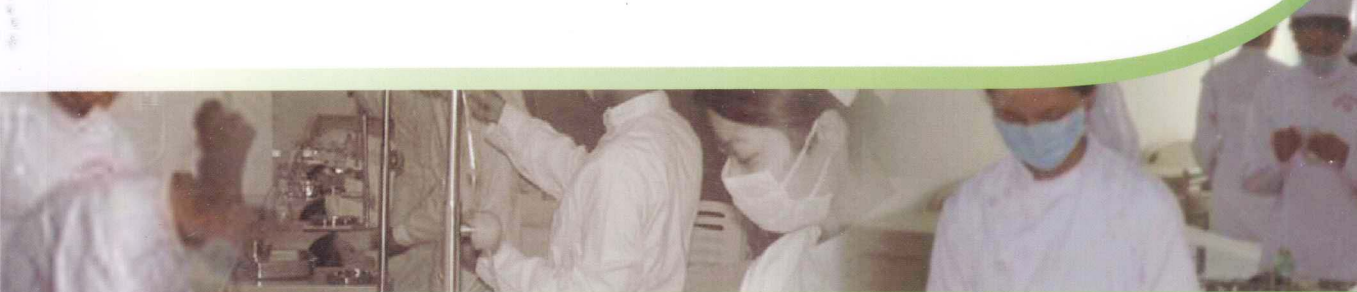


普通高等教育“十二五”规划教材
全国高等医药院校规划教材

康复护理学

供本科护理学专业使用

◎主编 马素慧 陈长香



清华大学出版社

013067113

普通高等教育“十二五”规划教材
全国高等医药院校规划教材

R49-43
10

康复护理学

◎主编 马素慧 陈长香



清华大学出版社

R49-43
10



北航

013067113

内 容 简 介

全书共分10章,内容包括康复医学概述、康复护理学基础理论、康复护理评估、康复护理治疗技术及临床常见各系统疾病的康复护理。本书在内容选择和板块设计上,力求全面、精练,避免重复,并配以图表,使学生能够在学习中融会贯通,通俗易懂。本书适用于高等医药院校本科护理学专业师生、康复护理工作者以及临床护理工作者阅读参考。

版权所有,侵权必究。侵权举报电话:010-62782989 13701121933

图书在版编目(CIP)数据

康复护理学/马素慧,陈长香主编.--北京:清华大学出版社,2013

普通高等教育“十二五”规划教材 全国高等医药院校规划教材

ISBN 978-7-302-32562-8

I. ①康… II. ①马… ②陈… III. ①康复医学—护理学—高等学校—教材 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第109906号

责任编辑:王 华

封面设计:戴国印

责任校对:赵丽敏

责任印制:刘海龙

出版发行:清华大学出版社

网 址: <http://www.tup.com.cn>, <http://www.wqbook.com>

地 址:北京清华大学学研大厦A座 邮 编:100084

社总机:010-62770175

邮 购:010-62786544

投稿与读者服务:010-62776969, c-service@tup.tsinghua.edu.cn

质 量 反 馈:010-62772015, zhiliang@tup.tsinghua.edu.cn

印 装 者:北京市清华园胶印厂

经 销:全国新华书店

开 本:185mm×260mm

印 张:19.25

字 数:549千字

版 次:2013年8月第1版

印 次:2013年8月第1次印刷

印 数:1~3000

定 价:39.80元

产品编号:046705-01

编者名单

主 编 马素慧 陈长香
副主编 窦 娜 李 丹

编 者 (按姓氏拼音排序)

安力彬 (吉林大学)
陈长香 (河北联合大学)
窦 娜 (河北联合大学)
李 丹 (河北联合大学)
李惠菊 (兰州大学)
李小寒 (中国医科大学)
娄凤兰 (山东大学)
马素慧 (河北联合大学)
王惠珍 (南方医科大学)
徐月清 (河北大学)
张咏梅 (遵义医学院)

前言

随着医学模式的转变，康复护理学作为康复医学的重要内容，已经成为现代护理工作的重要组成部分。我们在总结国家级规划教材建设经验的基础上，与国内多所著名院校的护理专家共同探讨商榷，结合创新型护理人才培养目标，吸取康复与护理教育发展成果，体现康复护理学科的新进展、新方法、新趋势，适应新时期康复护理人才需要，共同编写了《康复护理学》这本书。本书适用于高等医药院校本科护理学专业师生、康复护理工作者以及临床护理工作者阅读参考。

本书在编写中，遵循“以现代康复为指导，以护理学科的特色为出发点”，以“注重基础理论、基本知识、基本技能”和“科学性、先进性、启发性”为原则，查阅了大量的参考文献，吸收国内外康复护理学领域的新知识、新技术、新方法，围绕康复护理学的最新发展动态编写了本书，以满足本科护理教学和临床工作的需要。

全书包括康复医学概述、康复护理学基础理论、康复护理评估、康复护理治疗技术及临床常见各系统疾病的康复护理。本书在内容选择和板块设计上，力求全面、精练，避免重复，并配以图表，使学生能够在学习中融会贯通，通俗易懂。同时书中引用了大量的英文专业词汇，以满足双语教学的需要。

本书在编写过程中得到了清华大学出版社和全体作者单位的大力支持，在此表示衷心的感谢。

由于知识的不断更新和编写水平有限，书中难免有不妥和错误之处，欢迎广大师生、同仁提出宝贵意见。

马素慧

2013年4月

目录

CONTENTS

第1章 概述 1

- 第1节 康复和康复医学 1
- 第2节 康复护理学 6
- 第3节 社区康复 9

第2章 康复护理学基础理论 13

- 第1节 运动学基础 13
- 第2节 残疾学 20
- 第3节 人体发育学基础 27

第3章 康复护理评定 37

- 第1节 运动功能评定 37
- 第2节 心肺功能评定 49
- 第3节 言语和语言能力评定 53
- 第4节 感知、认知功能的评定 57
- 第5节 心理评定 66
- 第6节 日常生活活动能力评定 79
- 第7节 生活质量评定 85

第4章 康复护理治疗技术 90

- 第1节 物理疗法 90
- 第2节 作业疗法 119
- 第3节 言语疗法 129
- 第4节 心理康复 133
- 第5节 康复工程 141

第5章 神经系统疾病的康复护理 152

- 第1节 脑卒中 152
- 第2节 颅脑损伤 169
- 第3节 脑瘫 175
- 第4节 脊髓损伤 187
- 第5节 周围神经损伤 195

第6章 运动系统疾病的康复护理 200

- 第1节 颈椎病 200
- 第2节 肩周炎 208
- 第3节 腰椎间盘突出症 215
- 第4节 骨关节炎 221
- 第5节 骨折 227

第6节 手外伤 234

第7节 截肢 241

第7章 循环系统疾病的康复护理 251

第1节 冠心病 251

第2节 高血压 257

第8章 呼吸系统疾病的康复护理 264

第1节 慢性阻塞性肺疾病 264

第2节 哮喘 270

第9章 内分泌代谢性疾病的康复护理 275

第1节 糖尿病 275

第2节 肥胖 282

第10章 癌症的康复护理 287

参考文献 296

概 述

第1节 康复和康复医学

随着医学模式的转变,健康的含义不仅是传统意义上的身体没有疾病。根据《世界卫生组织宪章》确定的健康的定义为:健康是身体、精神和社会生活的完美状态,而不仅是疾病或虚弱的消除。现代健康的含义是多元的、广泛的,包括生理、心理和社会适应性3个方面,其中社会适应性归根结底取决于生理和心理的素质状况。心理健康是身体健康的精神支柱,身体健康又是心理健康的物质基础。良好的情绪状态可以使生理功能处于最佳状态;反之则会降低或破坏某种功能而引起疾病。健康的新定义更加重视功能和社会适应性。

一、康复

(一) 康复的定义

康复(rehabilitation)指综合地应用各种措施,最大限度地恢复和挖掘病、伤、残者的身体、心理、社会、职业、娱乐、教育和周围环境相适应的潜能,使其重返社会,提高生存质量。

(二) 康复的内涵

康复的各种措施包括医学的、工程的、教育的、社会的、职业的一切手段,分别称为医疗康复(medical rehabilitation)、康复工程(rehabilitation engineering)、教育康复(educational rehabilitation)、社会康复(social rehabilitation)和职业康复(vocational rehabilitation),从而构成全面康复(comprehensive rehabilitation)。

1. 医疗康复 应用医学的手段,包括物理疗法、作业疗法、语言疗法、心理疗法、中国传统疗法等,为临床具有功能障碍的患者提供医疗服务。

2. 康复工程 应用现代工程学的原理和方法,研究残疾人的能力障碍和社会生活中的不利条件,通过假肢、矫形器、辅助工具以及环境改造等途径,最大限度地恢复、代偿或重建患者的躯体功能。

3. 教育康复 指通过教育与训练的手段,提高功能障碍者的素质和能力,这些能力包括智力、日常生活的操作能力、职业技能以及适应社会的心理能力等方面,是特殊教育的一部分,是按照教育对象的实际需要,制定教育方案,组织教育教学,实施个体化训练。在这样的教育中,教育工作者注重的是融特殊教育、幼儿教育或成人教育及早期干预为一体,形成特别的教育过程,以达到促使残疾人重返社会的最终目的。

4. 社会康复 社会康复是社会工作者从社会的角度,运用社会工作方法帮助残疾人补偿自身缺陷,克服环境障碍,采取各种有效的措施为残疾人创造一种适合其生存、创造、发展、实现自身价值的环境,能够使残疾人机会均等地参与社会生活,最大限度地发挥个人潜能,使他们平等地参与社会生活、分享社会发展成果。要想实现社会康复,一方面依靠残疾人自身的努力;另一方面依靠社会各界的大力帮助。社会康复工作主要通过各种康复机构和社区康复、家庭康复工作来实现。

5. 职业康复 指采取各种适当手段,综合利用药物、器具、疗养护理帮助伤残人员恢复健康和工作能力以及料理自己生活的能力。包括肢体、器官、智能的全面和部分恢复以及职业培训。

通过医疗康复和职业康复,达到重返工作岗位或适合的职业、恢复正常生活能力、参加社会活动的目的。在患者现有的躯体康复和心理康复的基础上,训练和培养他们的职业能力,使他们融于社会。

二、康复医学

(一) 定义

康复医学(rehabilitation medicine)是一门以功能障碍为主导,以恢复功能、提高生活质量为目的的医学学科。即为达到康复的目的,进行有关功能障碍的预防、诊断和评估、治疗、训练及处理的一门医学学科,旨在加速人体伤残后的恢复过程,预防和(或)减轻其后遗功能障碍,帮助病伤残者回归社会。在现代医学体系中,已把预防、医疗、康复相互联系,组成一个统一体。

(二) 服务对象

康复医学的服务对象主要是因疾病或损伤而导致的各种功能障碍者。包括:急性创伤或手术后患者;由各种慢性疾病所导致的功能障碍者;增龄造成的活动能力下降者;各种残疾患者。

康复医学重视整体康复,整体康复围绕三个层面进行:①训练残疾人获得新的技能和方法从而减轻由于残疾造成的功能障碍;②早期预防和矫治继发性残疾,最大限度地减轻残疾的程度;③帮助残疾人改变躯体内环境和社会外环境,将残疾造成的躯体、心理、社会等影响降到最低,提高生活质量。因此,康复医学充分体现了“生物-心理-社会”模式,是一门具有多学科、广泛性、社会性的医学学科。

(三) 工作方式

康复医学的工作方式采用多学科、多专业团队合作,称为“多学科工作方法”(multidisciplinary approach)或“协作组工作方法”(team approach)。协作组由物理医学与康复医师(physiatrist)、康复护士(rehabilitation nurses)、物理治疗师/士(physical therapist, PT)、作业治疗师/士(occupational therapist, OT)、言语矫治师(speech therapist, ST)、心理治疗师(psychological therapist)、假肢与矫形器师(prosthetist and orthotist, P&O)、文体治疗师(recreation therapist, RT)、社会工作者(social worker, SW)等共同组成康复治疗组(team work),在康复医师的领导下,各种专业人员对患者功能障碍的性质、部位、严重程度、发展趋势、预后、转归进行评定,根据评定结果制定治疗方案,提出治疗对策和治疗目标(包括近期、中期、远期),实施治疗计划,对计划的执行结果进行评价、修改、补充。治疗结束时对康复效果进行总结,并为治疗或出院后的康复提出意见和建议。

(四) 基本原则

康复医学注重把人作为一个整体进行研究,充分发挥康复治疗团队的多学科合作优势,研究患者功能障碍的所有方面及治疗补偿方法,使其原有的生理功能虽然不能完全恢复,但可以以科学的方式达到生活自理,重返家庭和社会。所以康复医学的基本原则为功能训练、整体康复、重返社会。

(五) 康复医学与临床医学的联系与区别

1. 联系

(1) 临床医学的迅速发展,促进康复医学的发展,并为康复治疗提供良好的基础及可行性。由于临床医学的迅速发展,外科医师对众多的重症损伤进行成功抢救,内科医师也抢救了大量濒临死

亡的患者,从而慢性患者、残疾人、老年患者增多,因此他们躯体的、心理的、社会的及职业的康复需求增加,促使了康复医学的发展;由于显微外科、影像诊断学及急救学的迅速发展,使许多外伤、急性病得到及时诊断和恰当治疗,这就为后期康复提供了可能性。

(2) 康复医疗贯穿在临床治疗的整个过程,使临床医学更加完善。① 利用临床手段矫治和预防残疾,如小儿麻痹后遗症矫治术。② 把康复护理列为临床常规护理内容之一,以利于患者身心功能障碍的防治。③ 从临床处理早期就引入康复治疗,康复医师及治疗师参与临床治疗计划的判定及实施。

(3) 康复医学不仅是医疗的延续,还应与临床医学同步进行,应该从医疗的第一阶段就开始介入。疾病的不同阶段所采取的手段有所差异。康复医学除应用一般的医疗技术外,还要实施综合的治疗,运用一些辅助医疗技术,综合协调地进行,构成整体治疗方案。

2. 区别

(1) 临床医学是以疾病为主体,以治愈为主,以人的生存为主,医生以抢救和治疗疾病为主。

(2) 康复医学是以患者为主体,以恢复功能为主要目的,以人的生存质量为主,使有障碍存在的患者最大限度地恢复功能,回归社会。医生制定治疗方案时采用团队合作的工作方式,即以患者为中心,以康复医师为主体,集体进行康复治疗。患者允许了解自己的病情及功能状态,可以提出自己的要求,主动参与康复治疗过程,医生起教育及促进的作用。

(3) 康复医学不仅关心患者躯体病变,也关注其心理、社会、经济方面,采取专门的康复技术进行综合服务,加快功能恢复。在伤病的抢救期过后,根据患者的疾病状况,及时地实施物理治疗、作业治疗、康复护理等。康复医学与临床医学的关联见表 1-1-1。

表 1-1-1 康复医学与临床医学的关联

内容	临床医学	康复医学
核心理念	以人体疾病为中心	以人体功能障碍为中心
医学模式	强调生物学模式	强调生物、心理、社会模式
工作对象	各类患者	各类功能障碍者和残疾人
临床评估	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,强调患者主动参与和合理训练
工作模式	专业化分工模式	团队合作模式

三、康复医学的工作内容

(一) 康复预防

1. 一级预防 又称为初级预防。可预防身体功能和结构的缺失与异常,是康复预防的基础和关键。作好初级预防,可以减少 70% 的病残发生。所以一级预防是最为有效的预防。所采取的措施包括:免疫接种,预防性咨询及指导,预防性保健、避免引发伤病的危险因素或危险源,实施健康生活方式、健康行为和精神卫生,积极防治老年病、慢性病,合理用药、合理营养,加强卫生宣教、安全防护和照顾,维护安全环境等。

2. 二级预防 又称为次级预防。是限制或逆转由病损造成的残疾。可减少 10%~20% 残疾的发生。二级预防既是预防措施,同时也是治疗措施,需要运用各种知识和治疗手段,对患者的病损情况有准确的了解和判断,在此基础上采取恰当的治疗手段和措施,使患者的身体功能最大限度地保存和恢复。所采取的措施包括:① 早期发现和处理致残性疾病(病因),稳定病情,防止导致功能性障碍或使功能性障碍加重、扩大。② 控制危险因素,避免病损程度扩大或复发。③ 早

期介入治疗。

3. 三级预防 预防残疾转化为残障。康复的最终目的是使病、伤、残者最大限度地回归社会。对于已经受到残损及活动能力受限的患者,要采取各种措施和方法,保存、提高患者残存能力,使患者能够回到家庭,并能参与社会活动,尽可能地提高伤残患者的社会参与能力。

以脑卒中为例,脑卒中康复预防的常用措施如下。

(1) 一级预防:针对其已知危险因素的早期预防,在只存在一种或几种危险因素而没有脑血管病的先兆或表现时积极治疗存在的危险因素,定期监测其他危险因素的发生并采取针对性措施。

(2) 二级预防:指对已经发生一次或多次卒中的患者通过寻找卒中事件发生的原因,治疗可逆性病因,纠正所有可干预的危险因素,以达到预防卒中再发的全部过程,包括:控制血压、血糖、血脂,抗血小板聚集,抗凝,手术治疗,介入治疗以及改变生活方式等。

(3) 三级预防:实施临床治疗、康复治疗及预防继发性残疾,即对已患卒中的个体,早期或超早期治疗,降低致残程度,继续清除或治疗危险因素,预防脑血管病再发。

在上述三级预防中,二级预防尤为重要,重视二级预防,并针对卒中的可干预危险因素进行有效的二级预防,可以有效降低再次卒中的发生率和死亡率。

(二) 康复评定

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(先天性脊髓膜膨出、先天性心脏病等);后天性(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) 明确功能障碍的范围,功能障碍属于哪一个或哪几个方面(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) 根据评定对象的康复欲望及需求,制定适宜的康复目标和治疗计划。患者的年龄、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) 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或需要停止治疗。

(6) 预测结局(结果评定)。依据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。

(三) 康复治疗

康复治疗是康复医学的主要组成部分,完整的康复治疗方案,包括有机地、协调地运用各种康复治疗措施。康复治疗的原则:早期介入、因人而异、循序渐进、主动参与、综合治疗。

1. 康复医学涉及的常见疾病

(1) 神经系统疾患的康复:如脑卒中、脑外伤和脑手术后、脊髓损伤、多发性硬化、儿童脑瘫等,也包括痴呆和帕金森病的康复。

(2) 骨关节及运动系统疾患的康复:如关节炎和结缔组织病、骨质疏松症、外周血管病和糖尿病足、烧伤、运动损伤、外伤性损伤、关节置换术后、截肢后、脊柱疾患(如腰椎间盘突出、颈椎病等)和手外伤的康复等。

(3) 慢性疼痛的康复:如慢性疼痛综合征、癌性疼痛等。

(4) 心肺及内脏疾病的康复：冠状动脉硬化性心脏病、慢性阻塞性肺疾病、高血压等。

(5) 其他：如肿瘤、艾滋病、精神疾患、视觉、听觉和平衡觉的康复问题等。

2. 康复医学的主要治疗技术

(1) 物理治疗 (physical therapy, PT)：主要包括运动疗法和物理因子治疗。① 运动疗法指手法操作或体操或借助器械等主动和(或)被动运动的方式来达到改善或代偿肢体或脏器功能的治疗方法。如肢体瘫痪后通过训练将异常的运动模式转变为正常或接近正常的模式，增强对肌群和肢体的控制能力及运动的耐力，改善运动的协调性和平衡等，借助或不借助器械，科学地、有针对性地、循序渐进地恢复患者丧失或减弱的运动功能，同时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 物理因子治疗指使用电、光、声、磁、水、蜡、冷、热等物理因子治疗，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。

(2) 作业治疗 (occupational therapy, OT)：指应用有目的的、经过选择的作业活动，对由于躯体上、精神上、发育上有功能障碍或残疾，以致不同程度地丧失生活自理和劳动能力的患者，进行评价、治疗和训练的过程。目的是使其最大限度地恢复或提高生活和劳动能力，以使患者能作为家庭和社会的一员过有意义的生活。

(3) 言语治疗 (speech therapy, ST)：指针对言语功能障碍的患者，包括构音障碍、语言表达障碍等进行评估和训练治疗的方法。目的是恢复患者的言语和语言交流能力。

(4) 康复工程 (rehabilitation engineering)：应用现代工程学的原理和方法，恢复、代偿或重建患者的功能。设计制造假肢、矫形器、自助具与进行环境改造、环境控制等以适应康复需要。

(5) 心理治疗 (psychological therapy)：是康复治疗技术的重要组成部分。是应用心理学的原则和方法，医治患者的认知、情绪和行为等问题。因此在康复治疗时，应由心理治疗师等专业人员针对病、伤、残者的心理特点实施心理治疗，以保证病、伤、残者的全面康复。

(6) 文娱、体育治疗 (recreation and sport therapy)：指采用体育运动项目和文艺娱乐项目作为治疗手段对患者进行治疗的一种疗法。通过该疗法可使患者的身体功能得到提高，心理状态得到改善，对于他们重返社会起着重要的作用。

(7) 传统康复治疗技术：包括针灸、按摩、气功操和穴位注射等。

四、康复医学专业人员的组成

康复医师、康复护士、康复治疗师(包括物理治疗师、作业治疗师、言语治疗师、假肢与矫形器师、心理治疗师、文体治疗师、社会工作者)等专业人员组成康复治疗组。

1. 康复医师 为康复治疗组的组长，负责协调各种专业人员对患者进行检查评定，讨论患者的功能阻碍的性质、部位、严重程度、发展趋势、预后、转归，提出近期、中期、远期康复目标，根据各专业人员的意见制定治疗计划，由各专业人员进行康复治疗。治疗过程中，召集康复治疗组会议，分析、总结康复效果，为下阶段治疗或出院后的康复提出意见。

2. 康复护士 在医院和社区康复的所有时期，起关键性作用，在确保对患者及家属提供高质量的护理服务外，康复护士密切观察患者的生理、心理、生活等情况，及时在协作组会议上反映患者的情况，协助作出处理意见。护士负责检查并发症，这些并发症可能危及患者的恢复。当多学科治疗小组中其他小组成员空缺时，护士可能加入其中并提供康复护理服务。

3. 物理治疗师 在功能任务方面促进运动控制和独立性的恢复，他们帮助患者选择最佳的感觉刺激，协助防止二级预防中出现并发症，如软组织挛缩、肺感染等。

4. 作业治疗师 改善患者的功能恢复,再一次教育指导患者每天的生活起居活动,包括工作中、闲暇时和职业活动。他们的任务包括对患者的感觉和认知损害进行评价和治疗。

5. 言语治疗师 负责语言功能评定,包括构音障碍功能检查、失语症检查、吞咽能力检查,负责进行言语训练,构音障碍矫治、吞咽能力训练,指导患者使用非言语性语言沟通工具。

6. 假肢与矫形器师 对患者进行肢体测量及功能检查,确定假肢与矫形器处方,让患者试穿并修整假肢或矫形器,使患者佩戴舒适,指导患者对假肢和矫形器进行保养和使用。

7. 心理治疗师 配合协作组进行必要的心理测验,根据测验结果,对患者功能评定和治疗计划提出意见。对患者应如何对待残疾,处理婚姻、家庭和职业等问题提供心理咨询。对有心理障碍者进行心理治疗。

8. 其他学科的治疗小组成员 职业治疗师组织患者进行求职技能训练,提供就业、法律法规、福利条例等信息。中医师参加协作组病例讨论,采用针灸、推拿等技术对有疼痛、瘫痪、麻木等症状进行治疗。

第2节 康复护理学

康复护理学源于护理学与康复医学,是康复医学不可分割的重要组成部分,是为了适应康复治疗的需要,从基础护理中发展起来的一门专科护理技术。具有跨学科、多领域的特点,是研究康复护理诊断及促进患者获得最高功能水平的综合性学科。康复护理与临床护理因护理的对象和目的不同,采用的护理模式也不同。

一、概述

(一) 定义

康复护理(rehabilitation nursing)根据总的康复医疗计划,围绕全面康复(躯体的、精神的、社会的和职业的)目标,紧密配合康复医师和康复治疗人员,以帮助病、伤、残者达到康复或减轻残疾的影响,使患者最大限度地回归家庭和重返社会。

(二) 目的

康复护理首先要完成与一般护理相同的目的,即使患者减轻病痛和促进健康。此外还要预防残疾,减轻残疾程度,最大限度地恢复其生活和活动能力,使患者早日回归社会。

(三) 目标

1. 维持患者残存的身体功能 鼓励患者早期进行功能锻炼,避免发生肌肉萎缩、关节挛缩或继发性残障的形成,加强患侧防护,防止发生外伤。

2. 协助患者康复其伤残部分 配合康复治疗的实施,帮助患者实施伤残部分功能的康复训练。如注意患者的姿势位置、身体各关节运动范围的维持、翻身、清洁及安全环境以及排便训练等。

3. 使家属了解患者的需要 护理人员应对患者家属进行卫生宣教,使其了解患者住院期间的各种治疗,以及出院后应继续训练的项目。指导患者正确使用辅助器具及设备,避免过分保护或疏忽。

(四) 对象

康复护理的对象主要是残疾人、老年患者和慢性病患者及临床急性伤病造成功能障碍的患者。

1. 残疾人 目前人类残疾已成为全球性普遍存在和关心的社会问题。据世界卫生组织统计,

在世界总人口中,大约有15%,即10亿患有不同程度的残疾,其中2%~4%的人面临严重的功能性障碍。其中80%分布在发展中国家。

我国的残疾人事业在近20年来发展迅速,但是,与国家整体发展水平相比,发展的速度仍然是很慢的,残疾人整体的生活水平还是比较低的。故此,2011年国务院制定了《中国残疾人事业“十二五”发展纲要》,提出了加快残疾人康复的主要任务:①完善康复服务网络,健全保障机制,加快康复专业人才培养,初步实现残疾人“人人享有康复服务”目标。②全面开展社区康复服务;实施重点康复工程,帮助1300万残疾人得到不同程度的康复。③构建辅助器具适配体系,组织供应500万件各类辅助器具,对有需求的残疾人普遍适配基本型辅助器具。

2. 老年人 中国不仅是世界上人口数量最多的国家,也是老年人口数量最多的国家,据2010年第六次人口普查统计显示,我国60岁以上人口占13.26%,已经达到1.7亿,其中65岁以上的人口占8.87%。据预测到2025年,60岁及以上的老年人口将达到2.8亿,占总人口的比重超过18%;到2050年,将达到4亿左右,占总人口的比重超过25%,中国将成为高度老龄化的国家。与其他已经成为老年型国家的人口老化历程相比,中国的人口老化具有三个突出的特点:一是人口老化速度快。从1980年到1999年不到20年的时间里,我国人口年龄结构完成了从成年型向老年型结构的转变,与世界发达国家相比,速度十分惊人,法国完成这一过程用了115年,瑞士用了85年,美国用了60年,英国用了45年。二是老年人口数量大。中国60岁以上老年人口2000年已达到1.3亿,占全球老年人口总数的20%。三是人口老化超前于经济发展水平。

在我国人口老龄化进程中,老年人各种器官的老化将使残疾的比例增加,老年人的残疾主要是以视力、听力、语言和肢体残疾为主的复合性残疾,根据其残疾类别不同,其康复需求也不同。积极开展老年病康复,可减缓躯体和脏器老化的进程,减少和控制残疾的发生,提高生活自理能力,减轻老年人对家庭和社會的负担,减少医疗费用的开支,为国家节约资源。

3. 慢性病患者

(1) 慢性病:主要指以心脑血管疾病(高血压、冠心病、脑卒中等)、糖尿病、恶性肿瘤、慢性阻塞性肺疾病(慢性气管炎、肺气肿等)、精神异常和精神病等为代表的一组疾病,具有病程长、病因复杂、健康损害和社会危害严重等特点。

(2) 慢性病的分类:①心脑血管疾病,如高血压、冠心病、脑卒中;②恶性肿瘤;③代谢性异常,如糖尿病;④精神异常和精神病;⑤遗传性疾病;⑥慢性职业病,如尘肺、化学中毒等;⑦慢性气管炎和肺气肿;⑧其他:如肥胖症等。

(3) 慢性病患者的康复需求:慢性病能引起多种多样的并发症,如心绞痛、心肌梗死、脑血栓、急性感染、动脉粥样硬化、肾和视网膜微血管病变等,目前慢性病已成为危害人民健康和生命的主要因素之一。

据统计目前我国高血压患者近2亿人,并且每年以2.5%的速度递增;糖尿病是失明、肾衰竭、心脏病、卒中和截肢的主要病因。全球每年有400万人死于糖尿病。有资料显示,目前我国糖尿病患者可能超过9000万,仅次于印度,位居世界第二。中国目前约有700万脑卒中患者,由于临床急救医学的发展,脑卒中的死亡率有所下降,但致残率居高不下。经积极治疗仍有75%的患者留有不同程度的残疾。存活的75%中约有42%为重残,不能回归社会,需要家庭照顾或长期留院,给家庭和社会带来很大负担,已经成为我国民生的重要公共问题,防治及康复需求迫切。

4. 急性伤病及手术后的患者 临床常见疾病(脑卒中、颅脑外伤、脊髓损伤、骨折、关节置换术后、手外伤等)中往往存在不同程度的功能障碍,应早期进行康复医学干预。另外,临床手术后的患者由于制动会造成废用综合征,只要患者意识清楚,生命体征平稳,愿意配合康复训练都应早期进行康复训练,尽可能预防并发症,减少残疾的发生。

二、康复护理的工作内容

(1) 观察患者的残疾情况以及康复训练过程中残疾程度的变化,并认真做好记录,向有关人员报告。护士要与各有关人员保持良好的人际关系,洞察和了解患者功能障碍的情况,向康复医师提供信息,在综合治疗过程中起到协调作用,以便使整个康复过程得到统一。

(2) 预防继发性残疾和并发症。如偏瘫患者应预防挛缩畸形的发生。因为挛缩可阻碍康复计划的进展。所以在护理时,要矫正患者姿势,亦可利用力学辅助器等。

(3) 学习和掌握各种功能训练技术,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。例如偏瘫、语言障碍者,除语言治疗师集中训练外,护理人员应该利用每一个机会与患者交谈,使语言训练在病房中继续进行,以促进患者最大限度地恢复。

(4) 训练患者进行“自我护理”(指患者自己参与某种活动,并在其中发挥主动性、创造性,使更完善、更理想地达到目标)。一般护理通常是照顾患者,为患者进行日常生活料理。如喂饭、洗漱、更衣、移动等称之为“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,通过耐心的引导、鼓励和帮助,使他们掌握“自我护理”的技巧,从而部分或全部地做到生活自理。以便适应新生活,重返社会。如右手废用后,训练其以左手吃饭、写字等。

(5) 加强心理护理,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、耐心地做好心理护理工作。不允许有任何的歧视行为。

三、康复护士在康复小组中的角色

在康复护理实践中,护士承担着多重角色,并且要具备很高的素质。

1. 教育者 康复护理是使患者及家属减少残疾的过程,教会他们自我护理技术,强化康复治疗组实施的教育,为患者不断变化的需求提供资源。

2. 执行者 康复护理不仅对康复对象及家庭从生理、心理、社会文化、个人背景及精神等诸多方面进行评价,还要对康复对象的康复需求、康复知识、技能水平进行评估,做出必要的护理诊断。制定并实施康复护理计划,使康复护理在动态的、治疗性的和支持性的环境中进行。协助患者维持和恢复功能,预防并发症的发生。评价康复护理的效果,必要时与康复治疗组修改计划,实现康复目标。

3. 协调者 护理人员与康复对象及康复的其他成员共同合作,讨论并制定患者的康复治疗计划,采取干预措施,为康复对象提供最佳的康复机会。通过与其他康复组人员合作,提供合理高效的康复服务。

4. 代言人 康复护士作为康复对象的代言人,积极地疏导康复对象及家属因残疾造成的心理障碍,改进外界对残疾人的看法,创造一个安全、治疗性的环境,促进患者从医院回归家庭和社会的顺利转换。

5. 研究者 康复护士积极参与对康复对象及其家属的康复护理研究,参与对资料的分析,并对研究结果进行传播。实施循证医学及护理,将研究结果应用于康复护理实践中去。

四、康复护理与临床护理的关系

(一) 康复护理与一般护理的相同点

1. 基础护理 康复护理首先应完成生活上的护理和有关基础医疗措施,即完成基础护理的内容。

2. **执行医嘱** 准确执行康复医嘱,这是完成康复医疗计划的保证。

3. **观察病情** 严密观察患者病情和残疾的动态变化以及康复医疗的效果,及时向康复医生反映。

(二) 康复护理与一般护理的区别

1. **护理对象不同** 康复医疗主要对象是残疾者和慢性病患者,他们存在着各种功能障碍,这给护理工作提出了特殊的任务。要为患者多方面服务,尊重患者的人格,不论其残疾程度如何,均应一视同仁,不能有任何歧视或厌恶。

2. **护理目的不同** 康复护理首先要完成与一般护理相同的目的,即使患者减轻病痛和促进健康。此外还要预防残疾,减轻残疾程度,最大限度地恢复其生活和活动能力,使患者早日回归社会。

3. **护理内容不同** 临床护理采用的是“替代护理”,而康复护理则更侧重于“自我护理”,侧重于改善功能,变患者被动为主动。自我护理是指在患者病情允许的情况下,通过护理人员的引导、鼓励、帮助和训练,帮助患者发挥其身体残余功能和潜在功能,以替代丧失的部分能力,使患者最终能部分或全部照顾自己,为患者重返社会积极创造条件。

4. **患者和家属的角色不同** 在临床治疗中医生、护士实施治疗,患者多被动接受,家属无需直接参与。而康复治疗与护理是患者主动参与,是康复小组的主要成员,只有患者的积极参与才能保证康复计划的顺利实施,只有家属的积极参与和支持才能达到康复目标,也是患者回归家庭和社会后进行康复训练的主要监督者和协助者。

五、康复护理教育与展望

近年来康复护理发展很快,越来越受到医学界的重视,已经以一门独立的学科迅速发展,虽然国内至今尚没有一所高等医学院校开设康复护理专业,但大多数综合类医学院校开设了康复护理学课程,并且有些院校把康复护理学课程由原来的选修课修改为必修课。康复护理学的专门教材也应运而生。目前所开设康复护理学课程主要包括以下内容:康复护理基本理论、康复功能评估、康复护理技术、临床常见疾病的康复护理。特别指出的是,随着神经康复的发展,脑卒中、脊髓损伤的康复护理从患者入院到患者回归社会都做到了程序化、综合性的康复服务,已经形成完整的康复护理理论与技术。康复护理的教学方法也由单纯的理论课、示教、医院见习转化为综合性技能训练和功能导向性训练。很多高校的研究生培养设立了康复护理方向及残疾护理研究方向。

20世纪90年代以后,《中华护理杂志》、《实用护理杂志》等有关康复护理的临床报道逐渐增多。《中国康复医学杂志》设立了康复护理专栏;在全国护理界最受欢迎的书籍《中华护理全书》中有康复护理的章节。

面对21世纪,欧美康复医学界已经开始意识到康复医学必需在患者回归社会基础上扩大康复要求范围,未来的康复医疗服务范围应当扩大到包括精神卫生、心理咨询等方面。至于艾滋病患者的康复、器官移植患者的康复、职业性康复医学、儿科康复、癌症康复等都将是21世纪康复医学与护理的新领域。

第3节 社区康复

20世纪70年代后期,世界卫生组织提出在发展中国家大力倡导开展社区康复,其目的旨在在社区范围内促进所有残疾人得到全面康复,享有平等的康复机会。在20世纪80年代中期,我国引入了社区康复这个新型康复模式,并且结合我国国情,融入不断发展的社区建设中。与机构

康复相比,社区康复具有灵活多样、简便易行、社区及家庭主动参与、满足残疾人各种需求、经济、康复概念更加广泛等优点。所以说,社区康复是大多数残疾人进行康复训练、功能补偿、改善参与社会生活条件最有效的形式;也是符合我国国情的康复事业发展模式,是实现2015年残疾人“人人享有康复服务”战略目标的主要策略,是所有康复重点工程的落脚点,是满足广大残疾人基本康复需求的主要途径。

一、社区康复概述

1. 定义 社区康复 (community based rehabilitation, CBR) 指社区发展计划中的一项康复策略,其目的是使所有残疾人享有康复服务、实现机会均等、充分参与。社区康复的实施要依靠残疾人、残疾人亲友、残疾人所在的社区以及卫生、教育、劳动就业、社会保障等相关部门的共同努力。

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。社区康复计划中,必须包括转介服务部分。一些康复技术由上面(机构康复)下传;而一些难以在社区解决的困难问题,又必须向上面转送。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。

二、社区康复的特点

与医院的康复科和专业的康复中心相比较,社区康复有它自己的特点。在医院康复中,起主导作用的是医务人员(虽然也重视发挥残疾人的积极性),而在社区康复中,残疾人和他们的家属、残疾人组织参与决策、计划和实施。只有充分发挥他们的作用,社区康复才能真正有针对性地做到“按需康复”、“机会均等”。

(1) 以社区为基地,由社区组织领导、社区参与。社区康复不是在医院和康复中心进行,而是在社区范围内进行。

社区康复是社区经济和社会发展事业的一个组成部分。因此,由社区负责计划、组织和领导,全社区参与,给予支持,主要依靠社区资源(人力、物力、财力)开展社区残疾人的康复服务。

(2) 依靠社区康复原有的卫生保健、社会保障、社会服务网络,协力开展康复服务。社区康复既是一项社区的卫生保健工作,又是一项社区的民政福利的社会服务工作,要求社区的卫生、民政、社会服务等部门共同参与,密切配合,形成合力,开展工作。

(3) 按照全面康复的方针,为社区残疾人提供医疗、教育、职业、社会等方面的康复服务。在执行这一方针时,一方面充分发挥社区的潜力,在社区力所能及的范围内,尽量为残疾人进行身心的功能训练,帮助上学和就业,促进残疾人回归社会,融入社会,同时,也要充分地获得专业的康复中心、康复医院、康复机构和省、市、县的残疾人康复服务指导中心(部、站)的帮助,尽量使社区的残疾人得到全面康复。

(4) 康复训练就地就近;方法简单易行、技术实用有效;器材因陋就简、就地取材;对象为社区残疾人、老年人、慢性病患者;训练时间经常、持久。社区康复投资少、服务覆盖广、康复效果好。

(5) 充分发挥残疾人本人、残疾人家庭和残疾人的组织(如残联、残疾人协会等)在康复中的作用。