

主编 Susan B. O'Sullivan Thomas J. Schmitz George D. Fulk

主译 励建安 毕 胜

SIXTH EDITION

第 6 版

物理康复治疗

Physical Rehabilitation



人民卫生出版社

物理康复治疗

Physical Rehabilitation

第6版

主 编 Susan B. O'Sullivan
Thomas J. Schmitz
George D. Fulk

主 译 励建安 毕 胜

人民卫生出版社

敬告

本书的作者、译者及出版者已尽力使书中的知识符合出版当时国内普遍接受的标准。但医学在不断地发展,随着科学研究的不断探索,各种诊断分析程序和临床治疗方案以及药物使用方法都在不断更新。强烈建议读者在使用本书涉及的诊疗仪器或药物时,认真研读使用说明,尤其对于新的产品更应如此。出版者拒绝对因参照本书任何内容而直接或间接导致事故与损失负责。

需要特别声明的是,本书中提及的一些产品名称(包括注册的专利产品)仅仅是叙述的需要,并不代表作者推荐或倾向于使用这些产品;而对于那些未提及的产品,也仅仅是因为限于篇幅不能一一列举。

本着忠实于原著的精神,译者在翻译时尽量不对原著内容做删节。然而由于著者所在国与我国的国情不同,因此一些问题的处理原则与方法,尤其是涉及宗教信仰、民族政策、伦理道德或法律法规时,仅供读者了解,不能作为法律依据。读者在遇到实际问题时应根据国内相关法律法规和医疗标准进行适当处理。

The original English language work has been published by:

The F.A.Davis Company, Philadelphia, Pennsylvania

Copyright ©2014. All rights reserved.

物理康复治疗

励建安 毕胜 主译

中文版版权归人民卫生出版社所有。

图书在版编目(CIP)数据

物理康复治疗 / (美) 苏珊·B·奥沙利文 (Susan B. O'Sullivan) 主编; 励建安, 毕胜主译. —北京: 人民卫生出版社, 2017

ISBN 978-7-117-25765-7

I. ①物… II. ①苏… ②励… ③毕… III. ①物理疗法
IV. ①R454

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 002181 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

图字: 01-2014-8247

物理康复治疗

主 译: 励建安 毕 胜

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京盛通印刷股份有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/16 印张: 71

字 数: 3013 千字

版 次: 2018 年 5 月第 1 版 2018 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-25765-7/R · 25766

定 价: 299.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

主 译

励建安 毕 胜

主译助理

胡筱蓉 南京医科大学第一附属医院

卢 茜 中日友好医院

译 者 (按汉语拼音排序)

敖丽娟 昆明医科大学

毕 胜 国家康复辅具研究中心附属康复医院

陈卓铭 暨南大学附属第一医院

窦祖林 中山大学附属第三医院

杜 青 上海交通大学附属新华医院

黄国志 南方医科大学珠江医院

黄 澎 南京医科大学附属无锡同仁国际康复医院

黄悦勤 北京大学精神卫生研究所

李 放 复旦大学附属华山医院

李 玲 中国人民解放军总医院第一附属医院

李铁山 青岛大学附属医院

励建安 南京医科大学第一附属医院

林国徽 广州市残疾人康复中心

刘宏亮 陆军军医大学第一附属医院

刘守国 南京医科大学第一附属医院

刘元标 南京医科大学第二附属医院

陆 敏 华中科技大学附属同济医院

陆 晓 南京医科大学第一附属医院

宋为群 首都医科大学宣武医院

王楚怀 中山大学附属第一医院

王 强 青岛大学附属医院

王于领 中山大学附属第六医院

吴 军 陆军军医大学第一附属医院

吴 毅 复旦大学附属华山医院

武继祥 陆军军医大学第一附属医院

许光旭 南京医科大学第一附属医院

燕铁斌 中山大学孙逸仙纪念医院

叶超群 中国人民解放军陆军总医院

伊文超 南京医科大学第一附属医院

岳寿伟 山东大学齐鲁医院

恽晓平 中国康复研究中心

张 皓 中国康复研究中心

Case Study and Multimedia Editor

Edward W. Bezkor, PT, DPT, OCS, MTC
University of California, San Diego Health System
Perlman Clinic, Rehabilitation Services
La Jolla, California

New York University Langone Medical Center
Rusk Institute of Rehabilitation Medicine
New York, New York

Test Bank Editor

Evangelos Pappas, PT, PhD, OCS
Associate Professor
Department of Physical Therapy
School of Health Professions
Long Island University
Brooklyn Campus
Brooklyn, New York

Contributing Authors

Andrea L. Behrman, PT, PhD, FAPTA
Professor
Department of Neurological Surgery
University of Louisville
Louisville, Kentucky

Edward W. Bezkor, PT, DPT, OCS, MTC
University of California, San Diego Health System
Perlman Clinic, Rehabilitation Services
La Jolla, California

New York University Langone Medical Center
Rusk Institute of Rehabilitation Medicine
New York, New York

Janet R. Bezner, PT, PhD
Vice President
Education and Governance and Administration
American Physical Therapy Association
Alexandria, Virginia

Beth Black, PT, DSc
Assistant Professor
Physical Therapy Program
School of Health Sciences
Oakland University
Rochester, Michigan

Judith M. Burnfield, PT, PhD
Director, Institute for Rehabilitation Science and Engineering
Institute for Rehabilitation Science and Engineering

Madonna Rehabilitation Hospital
Lincoln, Nebraska

Kevin K. Chui, PT, DPT, PhD, GCS, OCS
Associate Professor
Department of Physical Therapy
Program in Geriatric Health and Wellness
College of Health Professions
Sacred Heart University
Fairfield, Connecticut

Vanina Dal Bello-Haas, PT, PhD
Associate Professor
Assistant Dean, Physiotherapy Program
School of Rehabilitation Science
McMaster University
Hamilton, Ontario
Canada

Konrad J. Dias, PT, DPT, CCS
Associate Professor
Program in Physical Therapy
Maryville University of St. Louis
St. Louis, Missouri

Joan E. Edelstein, PT, MA, FISPO, CPed
Special Lecturer
Program in Physical Therapy
Columbia University
New York, New York

George D. Fulk, PT, PhD
Chair and Associate Professor
Department of Physical Therapy
Clarkson University
Potsdam, New York

Jessica Galgano, PhD, CCC-SLP
Associate Research Scientist
Department of Rehabilitation Medicine
School of Medicine
New York University
New York, New York

Maura Daly Iversen, PT, DPT, SD, MPH
Professor and Chairperson
Department of Physical Therapy
School of Health Professions
Bouve College of Health Sciences
Northeastern University
Boston, Massachusetts

Clinical Epidemiologist
Division of Rheumatology, Immunology and Allergy
Brigham and Women's Hospital
Harvard Medical School
Boston, Massachusetts

6 编者名录

Deborah Graffis Kelly, PT, DPT, MSED
Associate Professor

Division of Physical Therapy
Department of Rehabilitation Sciences
College of Health Sciences
University of Kentucky
Lexington, Kentucky

Bella J. May, PT, EdD, FAPTA, CEEAA
Professor Emerita
Georgia Health Science University
August, Georgia

Adjunct Professor of Physical Therapy
California State University Sacramento
Sacramento, California

Coby D. Nirider, PT, DPT
Area Director of Therapy Services
Touchstone Neurorecovery Center
Conroe, Texas

Cynthia C. Norkin, PT, EdD
Former Director and Associate Professor
School of Physical Therapy
Ohio University
Athens, Ohio

Susan B. O'Sullivan, PT, EdD
Professor Emerita
Department of Physical Therapy
School of Health and Environment
University of Massachusetts Lowell
Lowell, Massachusetts

Leslie G. Portney, PT, DPT, PhD, FAPTA
Professor and Dean
School of Health and Rehabilitation Sciences
MGH Institute of Health Professions
Boston, Massachusetts

Pat Precin, MS, OTR/L, LP
Assistant Professor
Occupational Therapy Program
School of Health Sciences
Touro College
New York, New York

Licensed Psychoanalyst
Private Practice
New York, New York

Reginald L. Richard, PT, MS
Clinical Research Coordinator Burn Rehabilitation
U. S. Army Institute of Surgical Research
Fort Sam Houston, Texas

Leslie N. Russek, PT, DPT, PhD, OCS
Associate Professor
Department of Physical Therapy
Clarkson University
Potsdam, New York

Martha Taylor Sarno, MA, MD (hon), CCC-SLP, BC-ANCDS

Research Professor
Department of Rehabilitation Medicine
School of Medicine
New York University
New York, New York

Faith Saftler Savage, PT, ATP
Seating Specialist
The Boston Home
Boston, Massachusetts

David A. Scalzitti, PT, PhD, OCS
Associate Editor, Evidence-Based Resources
American Physical Therapy Association
Alexandria, Virginia

Thomas J. Schmitz, PT, PhD
Professor Emeritus
Department of Physical Therapy
School of Health Professions
Long Island University
Brooklyn Campus
Brooklyn, New York

Robert J. Schreyer, PT, DPT, NCS, MSCS, CSCS
Assistant Professor
Department of Physical Therapy
Touro College
New York, New York

Physical Therapist, Owner
Aspire Center for Health + Wellness
New York, New York

Michael C. Schubert, PT, PhD
Associate Professor
Otolaryngology Head and Neck Surgery
Laboratory of Vestibular Neurophysiology
School of Medicine
Johns Hopkins University
Baltimore, Maryland

Julie Ann Starr, PT, DPT, CCS
Clinical Associate Professor
Department of Physical Therapy
Sargent College
Boston University
Boston, Massachusetts

Carolyn Unsworth, OTR, PhD
Professor, Research and Higher Degrees Coordinator
Department of Occupational Therapy
Faculty of Health Sciences
La Trobe University
Bundoora, Victoria
Australia

R. Scott Ward, PT, PhD
Professor and Chair

Department of Physical Therapy
University of Utah
Salt Lake City, Utah

Marie D. Westby, PT, PhD
Physical Therapy Teaching Supervisor
Mary Pack Arthritis Program
Vancouver Coastal Health
Vancouver, British Columbia

D. Joyce White, PT, DSc, MS
Associate Professor

Department of Physical Therapy
University of Massachusetts Lowell
Lowell, Massachusetts

Christopher Kevin Wong, PT, PhD, OCS
*Assistant Professor of Clinical Rehabilitative and
Regenerative Medicine*
Program in Physical Therapy
Columbia University
New York, New York

中文版序

在健康中国的大政方针指引下,中国的康复医学正在迅猛发展。各种类型的康复医疗机构不断涌现,并成为最热门的投资方向。康复医学服务体系正在逐步完善,与此同时,康复专业技术人员的数量和质量已经成为学科发展最大的制约因素。为了帮助国内学者掌握国际先进的理念、知识和技能,加强康复专业技术人员的培训,促进其成长,我们组织国内的专家翻译了 *Physical Rehabilitation* 这本国际经典参考书。

翻译过程中我们明显感觉到了中美的文化和技术差异。首先就是书名的翻译。是否可以直接翻译为“物理康复医学”?由于全书的主要内容强调采用物理医学(包括运动和理疗)手段对躯体功能的康复,经过反复讨论,还是选取了直译的方式。本书的特点是以临床问题为纲,全面阐述疾病和

健康问题的病因、病理/病理生理、流行病学、临床表现和功能障碍,以及相应的康复医疗方法,图文并茂,实用性强,是一本实用性强的临床参考书,对康复医师、治疗师、康复护士以及相应临床各个专科的医生和护士的临床应用有很好的参考价值。此外本书也可以作为康复和临床人员的康复医疗培训的教材。

尽管本文的译者经过比较充分培训和交流,期待译文达到信、达、雅的境界,但是翻译痕迹仍然存在,个别错误在所难免。期盼广大读者和我们多多联系,及时反馈有关问题,以利今后再译时纠正。

励建安

25年来,我们秉承着带给大家最优秀的内容的传统,出版了第6版物理康复医学。我们也非常高兴,这一系列书受到了业内人士和学生的广泛欢迎。

本书致力于为读者提供成年患者的综合康复手段,因此,这本书也被作为物理治疗专业的主要教科书,同时也成为治疗师和其他康复专业人员的重要临床实践资源。第6版的内容不仅延续了专业知识的新进展,而且整合了诸多基础和应用型临床研究来指导我们的临床实践和提供循证医学信息。此外,本书还整合了美国物理治疗学会物理治疗师实践指南 and 世界卫生组织国际功能、失能与健康分类中的专业术语、实践模式、具体检查方法和干预措施。

本书共分为三部分。第一篇(第1~9章)包括了临床决策的制定、基础检查、功能状态检查和环境评估。第二篇(第10~29章)提到了许多康复机构常见的疾病和功能障碍,并讨论了与身体结构/功能损伤、活动和社会参与受限相关的检查和干预措施,健康促进和身心健康策略在此部分也有所提及,重点内容是让读者了解如何使患者/客户达到期待的目标和结局。最后第三篇(第30~32章)包括了矫形器、假肢和轮椅处方。

本书的中心思想是采用教学模式来强化和促进关键内容的学习。本书的每个章节均包含内容提纲、学习目标、引言、总结、问题回顾和扩展参考文献,同时也提供了很多补充阅读和推荐参考资源。每章节文末的病例分析和引导性问题都是提高临床决策制定技能的重要内容。在残疾相关的章节中,我们加入了循证医学证据的归纳,总结和客观评价了与章节内容相关的热点问题或干预研究。我们希望这些知识点可以作为范例提供给读者,让大家在临床中继续使用经过验证的方法学来客观评估临床实践。我们也希望以此来激励读者保持终生自我学习的习惯。

本书还增加了很多新的插图和照片。采用全彩的内页可

以给读者提供更好的阅读体验并增进对内容的理解。第6版的更新还包括了13个在线病例学习以及附带的视频,这些视频内容主要展示患者在接受康复训练时的初始检查、干预措施和结局。视频中的病例由美国各地的临床治疗师提供并授权,包含了患者的真实治疗过程。病例内容包括:慢性阻塞性肺疾病、呼吸窘迫综合征、烧伤、截肢、脊髓损伤、帕金森病、脑外伤、卒中和前庭功能障碍。每个病例中,我们会提出问题来引导读者关注在制定患者治疗计划中最关键的部分。

正如前几版中提到的,第6版书稿最大的优点是拥有一支非常出色的特约作者团队。非常幸运能邀请到这些拥有非常渊博的专业知识和无比丰富的临床经验的专家。这些专家来自于不同的专业领域,他们非常乐意通过提供各自专业领域内有实践意义和最新的信息,来分享给大家知识和临床实践经验。同时我们也欢迎George D. Fulk作为新的参编者加入第6版的编写工作。

第6版的出版还得益于很多既往阅读和参考过本书的理论和临床实践内容的专家。我们非常高兴能得到他们具有建设性的反馈,并且采纳了很多建议和改进。一如既往,我们非常欢迎各位同道和学生继续给本书提供改进的意见。

“一路向前”,作为物理治疗师,持续接受更多的专业责任和挑战,是一个永恒的话题。我们非常高兴能有机会对物理治疗的学术文献做出自己的贡献,同时也为那些即将准备从事这份职业的人们提供更好的专业知识更新。

最后,我们衷心地感谢一直致力于为生命付出的物理治疗师们。这本书献给过去的、现在的、将来的他们,祝愿我们能为患者赢得更加美好的生活。

SUSAN B. O'SULLIVAN
THOMAS J. SCHMITZ
GEORGE D. FULK

目 录

第一篇 临床决策制定和检查

第1章 临床决策制定	1	第6章 协调和平衡检查	155
第2章 生命体征检查	24	第7章 步态检查	190
第3章 感觉功能检查	68	第8章 功能评估	234
第4章 肌肉骨骼检查	97	第9章 环境评估	255
第5章 运动功能检查;运动控制和运动学习	125		

第二篇 康复的干预策略

第10章 改善运动功能的策略	301	第20章 创伤性脊髓损伤	683
第11章 步行训练	338	第21章 前庭功能障碍	744
第12章 慢性肺功能障碍	370	第22章 截肢	771
第13章 心脏病	398	第23章 关节炎	795
第14章 血管、淋巴和表皮障碍	439	第24章 烧伤	840
第15章 脑卒中	494	第25章 慢性疼痛	864
第16章 多发性硬化	552	第26章 社会心理障碍	907
第17章 肌萎缩侧索硬化症	589	第27章 认知和知觉障碍	942
第18章 帕金森病	618	第28章 神经源性言语与语言障碍	974
第19章 颅脑创伤	659	第29章 健康促进与身心健康	996

第三篇 矫形器、假肢及轮椅处方

第30章 矫形器	1019	第32章 轮椅处方	1085
第31章 假肢	1053		

索引	1115
----------	------

临床决策制定和检查

临床决策制定

Susan B. O'Sullivan, PT, EdD

第 1 章

学习目标

- 1. 临床推理的定义和影响制定临床决策的因素；
- 2. 患者管理过程中的关键步骤；
- 3. 物理治疗师在制定有效治疗计划过程中的主要责任；
- 4. 对物理治疗的临床推理过程造成不利影响的主要问题；
- 5. 讨论确保患者可以参与治疗计划的策略；
- 6. 讨论物理治疗的文档记录的关键内容；
- 7. 在制定临床决策过程中，专家和低年资物理治疗师的区别；
- 8. 讨论制定治疗计划过程中循证医学的重要性；
- 9. 提供一个临床病例，分析和解释患者的信息数据，制定目标和结局以及治疗计划。

章节大纲

临床推理 / 临床决策的制定	1	患者复查和预期结局复评	11
国际功能、残疾和健康分类 (ICF)	2	患者参与计划	11
患者 / 客户管理	2	文档书写	12
检查	2	电子文档	12
评估	6	临床决策制定：专家 VS 低年资物理治疗师	12
诊断	6	循证医学实践	13
预后	7	总结	15
治疗计划	7	病例分析	15
出院计划	10		
治疗计划的实施	10		

临床推理 / 临床决策的制定

临床推理是多个方面的过程，包括大量认知技能，物理治疗师基于此可以获得信息、制定目标和决定策略。在临床实践中，当治疗师遇到困难时，需要不断进行临床推理，也可以将推理作为不断自省的过程。临床决策是临床推理后所得出的结论，也是患者治疗方案的基础。许多因素可以影响临床决策的制定，包括医务人员的目标、价值和信仰，社会心理能力，知识基础和专长，解决问题的策略，以及程序化能力。在接下来的章节中，我们将着重讨论这些因素。患者的性格因素(包括目标、价值和信仰，身体、心理社会、教育和文化因素)，以及环境因素(临床环境、整体资源、时间，财政支持水平和社会支持水平)也会影响临床决策的制定。

经验丰富的专家已经制定出一些临床推理的流程图来指

导临床工作，如算法等。例如，Rothstein 和 Echtermach 制定了临床工作者针对假设的推导 II (Hypothesis-Oriented Algorithm for Clinicians II, HOAC)^[1]，在临床工作者考虑到有多种可能的方案时，HOAC 可以帮助他们一步一步地解决问题。HOAC 是在特定临床问题的基础上，来帮助临床工作者确定临床决策的步骤和纠正问题的可能选择。这一系列问题通常会被定义成以“是 / 否”作为回答形式，例如：处理方法是否符合标准，假设是否可行，目标是否达到，决策是否适当，以及方法是否正确。

假说是指患者问题的潜在结果，代表治疗师对病因的猜想。患者问题则是指活动受限。在临床推算中，任何问题如果回答否，则代表需要重新评估假说的可行性，并重新考虑决策的制定。在使用 HOAC II 作为制定临床决策的模型时，治疗师还需要区分现有问题和预计存在的问题。例如：如果干预措施不是用于预防，那么有可能会发生哪些障碍，这就是预

计存在的问题。临床推导的价值在于指导治疗师决策和提供临床决策大纲(第 17 章;图 17.7 和图 17.8,以问题为中心的临床推导举例)。

如今,物理治疗师的工作环境日渐复杂,要求在明显的约束条件下,制定出日益增多并且复杂的临床决策。例如:治疗师可能被要求在 72 小时内为新入院且合并多种复杂合并症的患者制定治疗计划。越来越小的治疗权限和越来越短康复住院时间,也是决策制定越来越复杂的原因。经验较少的治疗师可能很容易遇到困难。这一章节将介绍如何制定临床决策和管理患者的流程图,以帮助治疗师梳理和区分数据的优先次序,制定与患者/客户和卫生政策部门的需求及目标相匹配的有效治疗方案。

国际功能、残疾和健康分类(ICF)

世界卫生组织(WHO)国际功能、残疾和健康分类(ICF)提供了一个重要的知识框架:通过清楚定义健康状态、障碍、活动受限和参与受限,来理解和区分健康状况和患者的问题^[2]。美国物理治疗协会(APT)已经加入 WHO,世界物理治疗协会(WCPT),美国文体治疗协会(ATRA)和其他已经接受 ICF 分类的国际专业组织。图 1.1 描述了 ICF 的残疾模型。

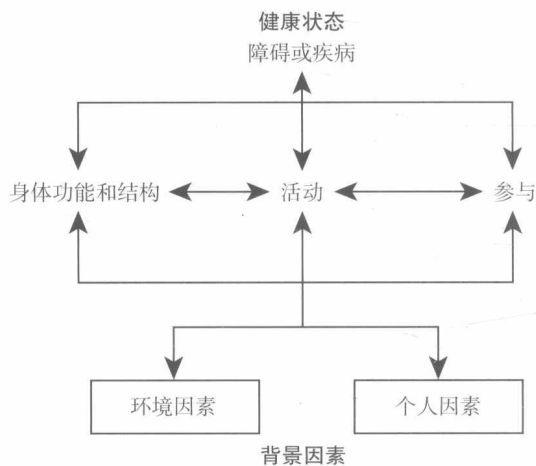


图 1.1 ICF 残疾模型。WHO 功能残疾和健康分类(ICF)

障碍 (Impairments)是指个体身体功能(身体各系统生理功能)或结构(身体解剖)存在的问题。障碍可以直接导致健康问题、疾病、障碍、损伤或外伤,或者其他环境因素,如年龄、压力、先天畸形或遗传易感性。例如:卒中患者可以有感觉丧失、轻瘫、运动障碍和偏盲(直接障碍),障碍可以是轻微的、中等程度的、严重的或者完全的,也可能是永久的或者可恢复的。障碍也可以是间接的(继发性的),源于其他系统的结局转归或并发症。在长期卧床和制动状态下,在无效的治疗计划或缺少康复干预时,都会产生间接障碍,可能由现有障碍导致的,或者由多系统功能障碍发展所致。例如:肺活量减少和耐力减少、失用性萎缩和乏力、挛缩、压疮、深静脉血栓、肾结石、尿路感染、肺炎和抑郁状态。多种潜在起源的直接和间接障碍的综合影响(例如平衡障碍、步态障碍),都会导致障碍。

活动受限是指个体在执行任务或活动时遇到的困难。活动受限包括认知和学习技能受限,交流能力受限,功能性活动能力(functional mobility skills,FMS)受限(例如转移、步行、抬举或携带物品)以及日常活动能力(activities of daily living,ADL)受限。基础日常生活活动能力(BADL)包括自我如厕、个人卫生、洗澡、穿衣、吃饭、喝水和社会(个体)间的交流能力。卒中患者可能在上述所有领域均有困难,不能够完成这些平常生活过程中的动作、目标和活动。

参与受限是指个体在生活环境和社交活动的参与过程中出现的问题。生活角色的分类包括家庭管理、工作(职业/学习/娱乐)和社会活动/休闲活动。这些均包括工具性日常生活能力(instrumental activities of daily living,IADL),如打扫卫生、准备饭菜、购物、电话和管理财务等,同时还包括工作和休闲活动(如体育活动、娱乐活动、旅行)。因此,卒中患者不能够恢复其社会角色,如工作、家庭活动、做礼拜或旅行等。

表现限定值是指个体在当前真实生活环境中完成任务或活动时参与受限的程度。环境是由生理、社会 and 个体生活的所有方面构成。困难程度可以从轻微到中等,再到严重或完全。能力限定值是指活动受限的程度,用于描述个体最高可能的功能水平(执行任务或活动的能力)。限定值应该包括在设备帮助下(合适的工具)或者另一人(从最小到中等再到最大程度的)帮助或环境改造(家庭、工作地点)。因此,卒中患者可能在家庭环境的移动(表现限定值)表现出中等程度的困难,要求使用踝足矫形器、较小基底面的四点拐杖和另一人中等程度的帮助(能力限定值)。

环境因素是指人类生存和功能的物理、社会和个人环境。这些因素不仅包括产品和技术(用于个体日常生活、移动和交通、交流)和物理因素(家庭环境、地面、气候),还包括社会支持和关系(家庭、朋友、照顾者)、生活态度(个人和社会)以及机构和法律(家庭、交流、交通、法律、财政服务和政策)。限定值包括:阻碍因素(残疾风险因素)或促进因素(资产)。阻碍可以从轻、中、重度,直至完全障碍。促进也可以从轻、中、高度,直至最高促进。

知识点 1.1 是 ICF 残疾术语的总结。ICF 目录清单(译本 2.1a,国际功能、失能和健康分类的临床表单)是用来发现和记录个体功能和残疾信息的临床工具。

患者/客户管理

患者/客户管理的步骤包括:①检查患者;②评估数据和明确问题;③明确物理治疗诊断;④确定预后和治疗计划(POC);⑤实施治疗计划(POC);⑥复查患者和评估治疗结局(图 1.2)^[4]。

检查

检查包括发现和明确患者的问题以及有利于确定合理治疗措施的资源,需要包括以下三个方面:患者病史、系统回顾和检验及测量。体检开始于患者转诊或者初诊(直接就诊),并自始至终贯穿整个治疗过程。不断地复查则要求治疗师不断评估治疗的进展,并修改和完善合理的干预措施。

知识点 1.1 术语:功能、残疾和健康

健康状况 (Health condition):是疾病、障碍、损伤或外伤的统称,也可以包括其他细节,如年龄、先天异常或遗传倾向,也可以包括发病机制和(或)病因学的信息。

身体功能 (Body functions):是指身体结构的生理功能(包括心理功能)。

身体结构 (Body structures):是指身体的解剖结构,如器官、肢体及其组成部分。

病损 (Impairments):是指身体功能或结构的问题,例如明显异常或缺损。

活动 (Activity):是指个体执行任务或行动。

活动受限 (Activity limitations):是指个体在执行上述活动时遇到的困难。

参与 (Participation):是指融入生活环境。

参与受限 (Participation restrictions):是指个体在融入生活环境时遇到的困难。

关联因素 (contextual factor):是指个体生活和生存环境的所有背景因素。

- **环境因素 (environment factor):**是指人们生存和引导他们生活的生理、社会和态度环境,包括社会态度、建筑特性和法律及社会结构。

- **个人因素 (Personal factors):**是指个人生活中的特殊背景因素,包括性别、年龄、处事风格、社会背景、教育、专业、既往和目前经历、整体行为模式、个性,以及其他可能影响个体残疾程度的因素。

表现限定值 (Performance qualifier):是指个体在现有环境下所做的事情(现有环境包括个体在执行和完成任务时使用的辅助设施或人为帮助)。

能力限定值 (Capacity qualifier):是指个体执行任务或行动的能力(在特定时刻、特定领域的最高功能水平)。

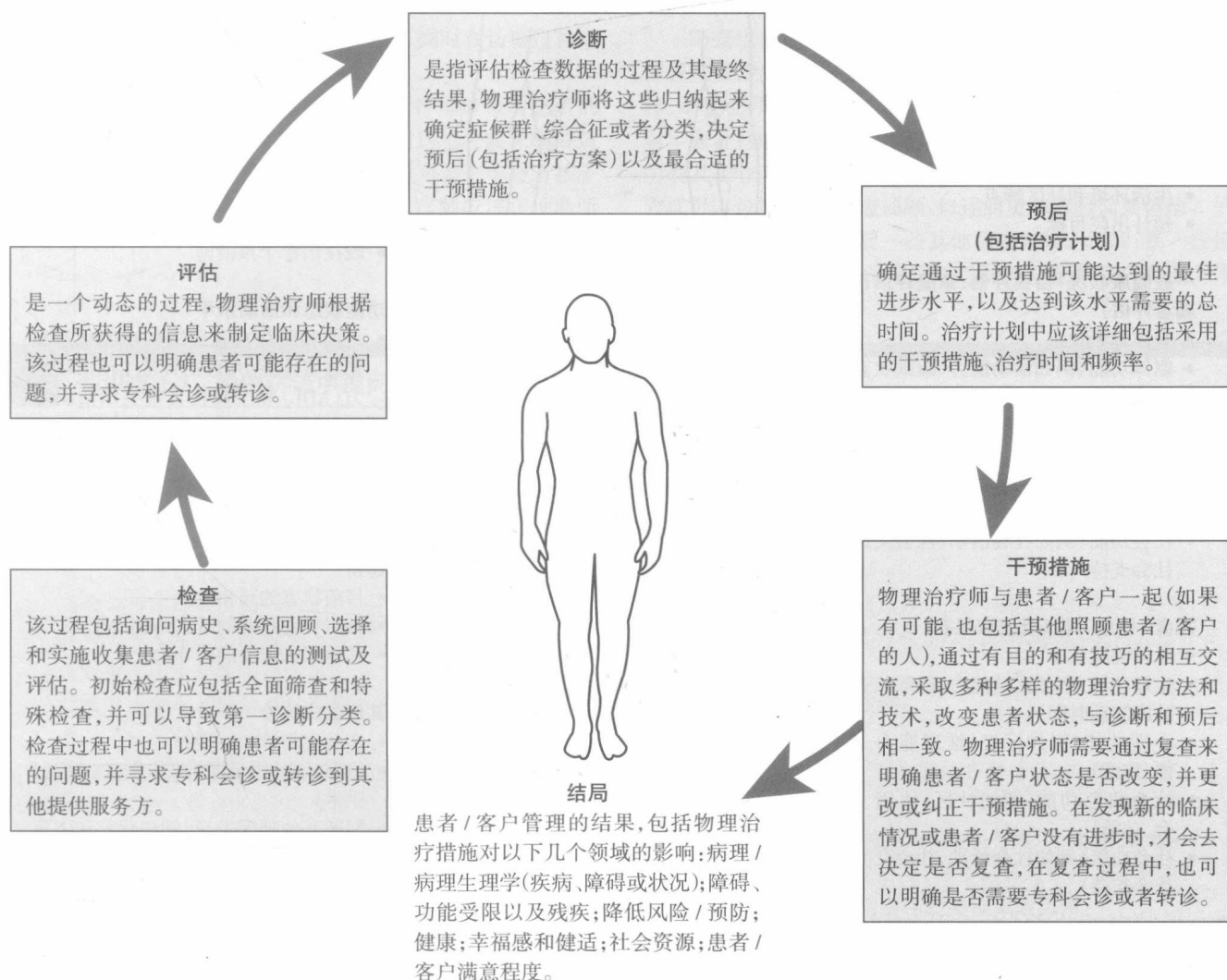


图 1.2 患者管理的组成部分,以达到最佳结局

病史

患者的既往病史和目前健康状态信息可以从回顾其医疗记录和与患者、家庭和照顾者的访谈中获得。医疗记录可以提供患者健康医疗团队成员的详细记录;这些记录需要对疾

病和损伤、医疗术语、鉴别诊断、实验室和其他诊断性检查以及医疗处理有详细的认识。利用原始资料或专科会诊可以帮助刚刚步入临床工作的新人。图 1.3 列出了从患者病史中获得的信息类型^[4]。

患者访谈是获得信息的重要方式,并可以直接获得患者



图 1.3 从患者病史中获得的信息类型

的理解。治疗师可以向患者提问一系列问题,包括一般健康状况、既往和目前的医疗现状/并发症以及治疗方法。特别重要的是,治疗师应该要求患者自己描述其目前的困难、主诉(寻求物理治疗的原因)以及此次治疗的预期目标或期待的结局。患者常常会描述他/她在活动受限或参与受限方面(他/她不能做到的)的困难。紧接着,治疗师需要再询问患者一系列问题,用来探讨这些困难/主诉的特征和病史。在提问时,关于功能活动和参与的一般问题,必须能直接区别能力(capacity)和表现(performance)。例如:此次卒中后,患者长距离步行时会遇到多大的困难?和生病之前相比有何差异?(用来询问能力水平)。而检查表现时,则可以直接询问,如在长距离步行时,这个困难对患者的影响有多大?如果使用某一辅助装置,该困难程度是会减轻还是加重?此外,还有一些问题可以指向患者的社会 and 物理环境、职业、休闲兴趣、健康习惯(例如吸烟史、饮酒史)、喜欢的运动和不喜欢的运动,以及平常活动的频率和强度。知识点 1.2 列举了一些访谈时的提问范例^[4,5]。

一些恰当中肯的信息也可以从患者的家庭和照顾者口中获得。例如:中枢神经系统(CNS)损伤和存在严重认知和(或)交流障碍的患者和年幼的儿童患者可能不能准确表达他们存在的困难,此时家庭成员或照顾者应当承担主要职责,提供相关病史信息以帮助治疗师明确康复问题。同时在访谈过程中也需要明确该家庭成员或照顾者的需求。

在询问病史或体格检查的过程中,治疗师应该对患者的文化和种族差异信息非常敏感,这会影响到患者或家庭成员的反应。对健康和医疗的不同信仰和态度可能影响患者接下来的合作程度。在询问病史的过程中,治疗师应该仔细聆听患者的诉说,同时仔细观察患者的任何躯体表现,这些可能

会暗示患者的情感状态,例如:萎靡不振的身体姿势、不恰当的面部表情以及目光呆滞。最后,询问病史的访谈过程也是建立患者和治疗师之间和谐关系、有效交流和相互信任的重要过程。与患者建立有效的交流和合作服务关系,可以使治疗师的观察内容更加有效,并且对制定有效的治疗计划非常重要。

系统回顾

简要的筛查是指要求治疗师能快速查看患者身体的各个系统,并确定以下各个系统的功能是否完整或是否存在功能障碍:心血管/肺部、体表皮肤、肌肉骨骼和神经肌肉系统。此外还需要了解认知功能、交流、学习方式和情感状态方面的信息。针对功能障碍,结合对主要健康状况(障碍或疾病)的准确认识:①确认接下来的或者更详细的检查需要;②排除或鉴别具体特定系统;③确定是否转诊至其他健康医疗专家(分诊);④着重在特定部位或身体结构中寻找症状起源。治疗师必须考虑到所有可能导致活动受限或参与受限的因素,这是确定哪些领域应该被筛检的第一步。如果患者/客户的需求超过治疗师的专业范畴,则需要请求其他专科会诊。例如,卒中患者如果存在吞咽困难,则需要寻求吞咽障碍专家对吞咽功能进行详细评估。

筛查也可以用于健康人群。例如:物理治疗师可以通过筛查来发现疾病的风险因素,例如功能水平下降、压力和肥胖。筛查也可以指导某些特殊人群,如儿科患者(如脊柱侧凸),老年患者(如跌倒风险),运动员(如赛前检查)和在职人群(如明确其工作环境中是否存在肌肉骨骼损伤的风险)。筛查的方式可以包括观察、量表回顾、口述病史和(或)简要体检。另外,某些机构可能还需要一些其他筛查方式。例如:在一些长期照顾机构,可能要求治疗师通过回顾一些图表来发现个体

知识点 1.2 举例访谈中提问的问题

I. 明确目前存在问题的性质和病史:

你这次过来治疗是为了解决什么问题?
该问题从何时开始出现的?
该问题出现时你是如何处理的?
这个问题存在了多久?
你是如何治疗这个问题的?
你如何做可以让问题缓解一些?
什么情况下会使该问题加重?
你来寻求物理治疗的目标和期待是什么?
你为了这个问题找过其他医务人员吗?

II. 明确患者期待的基本功能活动的结局:

在家/工作/学校时,你通常做什么?
什么活动你目前不能做到?
什么样的活动和以前比有不同?如何不同?(如,需要更多的时间,更多的努力和不同的策略)?
什么活动是你希望自己做,但目前需要别人帮助来执行的?
你主要的休闲活动是什么?

我如何能帮助你更加独立?

III. 明确患者活动时的典型环境条件:

描述你的家庭/学校/工作环境
你在家如何到处活动/出入(如:出入浴室、卧室、大门)
你的安全感如何?
你如何在社区中到处活动和出入(如:工作地点、学校、杂货店、购物中心、社区活动中心、楼梯、路边、坡道),你的安全感如何?

IV. 明确可利用的社区支持:

你和谁一起居住?
谁可以帮助照顾你?(如基础日常活动、工具性日常生活活动)
当你想要活动时,谁来帮助你(如行走、上楼梯、转移)?
你觉得哪些活动存在困难,但可以通过额外帮助解决?

V. 明确患者是否认识到潜在的残疾风险因素:

你觉得未来可能会面对哪些问题?
你会如何去缓解或减少这些风险问题的发生?

功能状态的改变以及对物理治疗的需求。然后在完善筛查后的基础上,治疗师再决定后续物理治疗服务的需求。

测试和测量

有很多确诊性的测试和测量用来提供客观的数据,以准确地决定某些具体功能和功能障碍程度。检查从明确损伤的程度开始,例如:肌肉力量减退(徒手肌力测定)和关节活动范围损伤(ROM)(量角器测量),以及功能性活动进展(6分钟步行试验、坐站起立时间、Berg平衡量表)。或者,治疗师分析执行任务时患者的表现和典型的或期望的表现之间的差异时,可以从检查功能表现开始。例如:治疗师要求卒中患者完成从床上转移到轮椅,在此过程中,治疗师可以通过观察他的表现,来明确患者的姿势支持(稳定性)不足,缺少足够的下肢伸肌肌群力量以满足直立姿势,以及缺少足够的踝背伸ROM。然后,治疗师开始详细检查这些损伤。采用哪种方案取决于筛查结果和治疗师对健康状况的了解。在功能检查的过程中,需要包含的关键信息有:独立或依赖的程度、需要的物理支持,外部设备或环境改造。

充分训练和熟练完成具体的测试和测量十分重要,以确保评估结果的有效性和可信程度。错误的评估可能会导致收集的数据和信息不准确,最后导致制定治疗计划的不合理。在接下来的章节中,我们将着重关注具体的测试和测量,并讨论其有效性和可信度。使用标准化的残疾评估工具(如采用Fugl-Meyer评估卒中患者的躯体表现能力)可以帮助评估,但并不一定适合每个患者。治疗师需要仔细回顾患者个性的问题,来决定采用的评估方法是否具有合理性和敏感性。知识点1.3列举了物理治疗实践指南中的一些测试和评估方法分类^[4]。

低年资治疗师应该避免过度收集和收集无关的数据,纠正信息越多越好的错误观念。不必要的数据只会混淆整体思路,使制定临床决策更加困难,并且提高了非必要的治疗成本。如果出现新的问题,该问题不是在最初的病史或系统回顾中发现的,或者,如果获取的数据不一致,则需要增加额外的检测或评估。这时,咨询有经验的治疗师是很重要的方法,帮助找出不一致的原因和决定具体的检测和评估方法是否恰当。

评估

初始检查搜集的数据必须经过接下来的归纳总结和分析。治疗师将明确和优先考虑患者的障碍、活动受限和参与受限问题,并列出一个问题清单。正确认识这些临床问题伴随的主要功能障碍以及合并症也同样重要。表1.1举例说明了需要重视的问题清单。

治疗师必须分析障碍、活动受限和参与限制之间的因果关系。例如:偏瘫患者的肩痛可能由以下几种因素导致,包括:低张力、失去主动随意活动,这些均为直接障碍;或者在不恰当的转移过程中造成软组织损伤/外伤,这属于活动导致的间接障碍。确认它们之间的因果关系非常困难,但却是决定合理治疗措施和解决患者疼痛的关键步骤。

有经验的临床工作者能够确认患者环境中的角色障碍和有利因素,并合并评估方法来最小化或最大化治疗计划中的

知识点 1.3 测试和测量的分类

有氧能力/耐力
人体测量特征
觉醒、注意力和认知功能
辅助和适应设施
循环(动脉、静脉、淋巴)
颅神经和外周神经的完整性
环境、家庭和工作(职业/学校/角色)障碍
人体工程学和人体力学
步态、运动和平衡
皮肤完整性
关节完整性和灵活性
运动功能(运动控制和运动学习)
肌肉表现(包括肌肉强度、力量和耐力)
神经运动发育和感觉统合
矫形器、保护和支持设备
疼痛
姿势
假体需求
关节活动度(包括肌肉长度)
反射的完整性
自我照顾和家庭管理(包括日常生活活动和工具性日常生活活动)
感觉的完整性
通气和呼吸/气体交换
工作(职业/学习/娱乐)、社区和休闲活动
重塑或回归(包括工具性日常生活活动)

这些因素。治疗计划强调和加强了这些能够提高患者功能和帮助患者能够成功达到目标的有利因素。提高患者积极性和参与性是加强有利因素的自然结果。例如:卒中患者可能有完整的交流能力、认知功能和良好的健侧肢体功能。促进因素也可以包括家人/照顾者的支持和理解,以及合适的居住环境。

诊断

医疗诊断是指通过评估目前症状、体征、病史、实验室检查结果和诊断技术来确定疾病、障碍或状态(病理/病理生理学的)。该诊断主要建立在细胞水平。物理治疗师使用诊断术语来确认各个系统(尤其是运动系统)和整体水平对功能状态的影响^[4]。因此,该诊断术语用来明确专业的人体知识和物理治疗师在医疗方面的作用。例如:

医学诊断:脑血管意外(CVA)

物理治疗诊断:与非进展性的中枢神经系统障碍相关的运动功能和感觉完整性障碍——在青春期或成年期获得^[4]。

医学诊断:脊髓损伤

物理治疗诊断:与非进展性的脊髓损伤相关的运动功能、外周神经完整性和感觉完整性障碍^[4]。

在制定治疗计划的过程中,诊断过程包含整合和评估检

表 1.1 卒中患者需要重视的问题举例

直接损伤	间接损伤	合并损伤	活动受限	参与限制
右侧偏瘫 右上肢重于右下肢	右侧肩关节半脱位	平衡障碍 站立平衡障碍重于坐位平衡	床上依赖的活动:最小帮助	社区活动能力下降
	右侧肩关节 ROM 下降	步态异常	基本日常生活活动依赖:少量/中等量帮助	工具性日常生活活动能力:不能
右上肢低张力	脊柱后凸,头部向前	耐力下降	转移依赖:中等帮助	承担社会角色(丈夫)能力下降
右下肢痉挛:膝关节伸直、跖屈			运动依赖:中等帮助	
协同模式 右上肢重于右下肢			上楼梯:不能	
轻度构音障碍			跌倒风险增加	
轻度认知缺陷:短时记忆下降				
运动规划能力下降				
合并症	糖尿病外周神经疾病			
双足感觉减退		平衡能力下降	跌倒风险增加	
左足(第五趾)小压疮		耐力下降		
		步态异常:需要特制的鞋子		社会活动减少

关联因素:物理、社会和态度
一楼农场房子;进门时两层台阶,无扶手
活动需求较高
个人因素:个人生活和居住环境
妻子是其主要照顾者;有骨质疏松和视力下降(双侧白内障)
有两个儿子,住在 30 公里范围之内

查的相关数据来描述患者 / 客户的健康状态,以指导预后和选择治疗方案。《物理治疗师实践指南》上利用提供的实践模式,组织整理了物理治疗的具体诊断分类^[4]。四个主要的分类分别是:肌肉骨骼、神经肌肉、心血管 / 肺部和皮肤,每个分类中分别确定了首选的实践模式(附录 1.A)。根据患者 / 客户管理的五个方面,该模式均进行了详细描述(如:检查、评估、诊断、预后和治疗)。每个模式也包括了复查评估治疗进展和整体结局,以及物理治疗服务的终止标准。该模式由有经验的物理治疗师共同完成,根据他们的知识、经验、专业范围,细化了常见的问题。因此,专家共识被用来制定和确定诊断分类和首选的实践模式。在分析预后和制定治疗计划时,物理治疗师作为运动学专家,鉴于其核心作用,需要关注活动分析结果的诊断和检查过程中的运动问题。

Sarhman 指出,使用特指于物理治疗的诊断分类①需要建立与同事和患者 / 照顾者的有效交流,针对物理治疗师的专业能力需求;②提供合适的分类来确定检查和治疗标准;③指导检查治疗疗效,因此提高了循证医学的价值^[6]。物理治疗诊断分类提高了与功能结局相关和直接物理治疗服务相关的报销成功率。

预后

预后一词是指可预测的最佳功能进步水平以及需要达到该水平的时间^[4]。准确的预后判断可以在一些患者刚开始治疗时即被确定。其他有更多复杂状况的患者,例如严重脑外伤合并广泛残疾和多系统受累时,预后或期待的进步水平可能只有在康复治疗过程中被逐渐明确。对恢复模式(障碍阶段)的认识,有时会有利于制定决策。需要多长时间达到最佳恢复水平是一项重要的决定,这是医疗保险和其他保险提供者的要求。预测最佳恢复水平和大概的时间范围,对低年资治疗师来说具有一定挑战性。因此,将经验丰富的专家作为资源和导师,有利于促进决策制定过程中该步骤的进行。在每一个首选的实践模式中,物理治疗实践指南均包括了每个治疗段中范围较广的预期治疗数量^[4]。

治疗计划

治疗计划列出了预先考虑到的患者管理。从患者 / 客户的病史、系统回顾、测验和评估,以及其他因素中,包括患者的整体健康、社会支持系统的可及性,居住环境和潜在的出院目