

康复医学 岗位培训教程

主编 俞卓伟 季敏

R Rehabilitation



 復旦大學 出版社

康复医学岗位培训教程

主 编 俞卓伟 季 敏
副 主 编 郑洁皎 虞慧炯 张 勘 张 炜
审 校 杨佩君
编 委 (按姓氏笔画排列)
王惠芳 王 颖 王乐民 白跃宏
刘帮忠 孙克兴 杜 青 杨 坚
李小六 严隽陶 吴 毅 吴静华
何祖伟 宋 毓 陈文华 金 荣
周建军 郑 涛 孟宪忠 胡天佐
胡永善 钟豪杰 徐伟健 徐国会
虞万晋 高 强 梅 钊 谢 青
蔡 斌 潘统健
学术秘书 沈志祥 杨 寅

復旦大學出版社

序

目前上海各级各类医院和社区中有大量因病致残以及各类伤残人群,需要获得可及性的康复医疗服务来提高伤病残人士的日常生活能力,以减少对药物过度依赖,真正改善因增龄、病残而造成生命质量下降的现状。

面临社会对康复医学需求日益增长的趋势,目前本市现有的在岗康复专业卫生人员的数量、专业教育的程度、个体业务素质的差异,远远不能满足快速增长的康复需求。许多基层医院康复专业人员紧缺,开展康复诊疗只能由其他专业转岗而来,直接影响到康复学科的健康发展,影响到康复治疗质量的保证和疾病康复应有的疗效。

在“十二五”康复医学发展规划草案中尤其提到康复医学发展应着重学科发展,应以人才培养、教育为先。因此务必对转岗康复从业人员进行康复岗位培训,遵循依法行医,培养具有康复专业资质人员从事康复技术操作,使社区康复医疗规范化和健康发展。

据此,上海市康复医学会教育部按照卫生部对相关康复岗位培训的要求,结合本市实际情况,组织专家编写《康复医学岗位培训教程》,对本市康复转岗人员进行康复岗位规范培训。

我们企盼各级各类康复工作者通过系统的、规范的康复岗位培训后能为各级医疗机构和社区病、伤、残患者提供基本康复训练指导与服务,同时能在社区提供康复咨询和转介服务。从而降低伤病致残率,提高老龄及残疾人的生命质量,促进病患整体康复,构建和谐社会。



2010年10月

前 言

根据2009年3月上海市统计局最新统计报告,上海60岁及以上老年人已经突破300万,占总人口的21.6%;80岁及以上高龄老年人口53.44万人,占60岁及以上老年人口的17.8%,占总人口的3.8%。上海老年人口快速增长,高龄老化发展迅速。目前上海各级各类医院和社区中有大量因老致病、因病致残以及各类伤病残人群,需要获得社区可及的康复医疗服务,提高日常生活活动能力,以减少对药物的过度依赖,降低无效医药费用,真正改善因增龄而造成功能生命质量下降的现状。

面临社会对康复医学需求日益增长的趋势,康复作为“预防、保健、临床、康复”现代医学的四大支柱之一,近10年来发展迅速。上海市各级医院纷纷新建康复医学科,拓展各种康复诊疗科目,但是由于上海市医学院校目前尚无康复医师专业的学历教育设置,康复治疗师、士专业教育刚在起步阶段,造成目前康复学科发展与康复专业人员的供需差距加大。目前上海市现有的在岗康复专业卫生技术人员数量、专业教育的程度和个体业务素质远远不能满足快速增长的康复需求。康复专业人员紧缺,许多基层医院开展康复诊疗的工作人员只能由其他专业转岗而来,直接影响康复学科的健康发展,影响康复治疗的质量和疾病康复后应有的疗效,甚至带来事故隐患。

国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》和《2009~2011年深化医药卫生体制改革实施方案》中提出“提高基本医疗卫生可及性和服务水平”,这就需要进一步提升上海市各级医院康复从业人员对疾病康复治疗的技能,培养一支专业技能强、业务素质高,能在各级医院开展疾病后康复治疗的临床康复专业人员队伍,提高基本康复医疗的可及性和康复诊疗的服务水平,减轻患者就医难、就医贵的状况,真正做到改善医疗卫生领域的民生问题。因此,务必对转岗康复从业人员进行康复岗位培训,遵循依法行医,培养具有康复专业资质人员从事康复技术操作,使社区康复医疗规范化并健康发展。本培训教程编写力求规范、正确、通俗、实用,配以多媒体教学光盘。使学员了解康复常用的物理、运动等治疗操作原则,熟悉并掌握社区常见疾病的康复治疗方法,提高基本康复医疗的可及性和康复诊疗的服务水平,力争快出人才、出好人才。



2010年10月

目 录

第一章 总论 1

- 第一节 康复与残疾 / 1
- 第二节 康复医学 / 4
- 第三节 社区康复 / 9
- 第四节 康复发展回顾与展望 / 13

第二章 康复评定 15

- 第一节 概述 / 15
- 第二节 关节活动度评定 / 17
- 第三节 肌力评定 / 19
- 第四节 肌张力评定 / 21
- 第五节 平衡功能评定 / 25
- 第六节 协调功能评定 / 29
- 第七节 下肢功能评定 / 32
- 第八节 偏瘫功能评定 / 34
- 第九节 低频电诊断康复评定 / 37

第三章 运动疗法 49

- 第一节 概述 / 49
- 第二节 常用设备和矫形器 / 52
- 第三节 常规运动疗法 / 53
- 第四节 神经生理学疗法 / 76
- 第五节 任务指向性疗法 / 94

第四章 物理因子治疗 101

- 第一节 概述 / 101
- 第二节 电疗法 / 102

- 第三节 光疗法 / 114
- 第四节 冷疗法 / 119
- 第五节 牵引治疗 / 121

第五章 作业治疗 126

- 第一节 概述 / 126
- 第二节 作业疗法评定 / 127
- 第三节 常用训练方法 / 129

第六章 脑卒中的康复 134

- 第一节 概述 / 134
- 第二节 康复评定 / 135
- 第三节 循序渐进康复训练与护理 / 137
- 第四节 言语、认知、吞咽及心理障碍康复 / 143
- 第五节 常见并发症的康复治疗 / 146

第七章 软组织损伤的康复 148

- 第一节 概述 / 148
- 第二节 康复评定 / 150
- 第三节 康复治疗 / 151

第八章 肩周炎的康复 156

- 第一节 概述 / 156
- 第二节 康复评定 / 157
- 第三节 康复治疗 / 161

第九章 颈椎病的康复 163

- 第一节 概述 / 163
- 第二节 康复评定 / 166
- 第三节 康复治疗 / 167

第十章 腰椎间盘突出症的康复 171

- 第一节 概述 / 171
- 第二节 康复评定 / 171
- 第三节 康复治疗 / 173

第十一章	骨关节病的康复	176
第一节	概述 / 176	
第二节	康复评定 / 177	
第三节	康复治疗 / 179	
第十二章	骨折后的康复	181
第一节	概述 / 181	
第二节	康复评定 / 182	
第三节	康复治疗 / 183	
第十三章	高血压病的康复	189
第一节	概述 / 189	
第二节	康复评定 / 190	
第三节	康复治疗 / 190	
第十四章	糖尿病的康复	193
第一节	概述 / 193	
第二节	康复评定 / 194	
第三节	康复治疗 / 194	
第十五章	关节置换术后的康复	201
第一节	概述 / 201	
第二节	康复评定 / 201	
第三节	康复治疗 / 202	
第十六章	骨质疏松症的康复	203
第一节	概述 / 203	
第二节	康复评定 / 203	
第三节	康复治疗 / 204	
第十七章	传统康复治疗	206
第一节	概述 / 206	
第二节	推拿疗法 / 206	
第三节	针灸疗法 / 209	

总 论

内容提要

康复是通过综合、协调地应用各种措施,通过功能增强、补偿,减轻病、伤、残者功能障碍,以提高其功能和生命质量,最终达到重返社会的目的。康复医学和社区康复是全面康复的重要组成部分,成为以残疾或功能障碍为中心,促进病、伤、残者康复的医学。本章为康复总论,对通篇教材的学习与应用具有指导意义。第一节着重介绍康复与残疾的定义,明确现代康复理念,使学习者与培训人员熟知自己的服务对象和工作范围。第二节着重介绍康复医学的定义、工作内容、方式,康复医疗的基本原则,康复教育与康复病历书写规范等内容,这是康复医学理论与实践最基本的知识点与共同原则。第三节讲述社区康复的定义、目标、工作内容、实施步骤和政府管理等,使学习者与培训人员充分认识完备的社区康复体系的运行与管理模式及其任务和功能作用。第四节简述康复发展史,客观展望康复医学发展的趋势与未来。

第一节 康复与残疾

一、康复定义

康复(rehabilitation)是通过综合、协调地应用各种措施,通过功能增强、功能补偿,消除或减轻病、伤、残者身心、社会功能障碍,发挥自身生理、感官、智力、精神和(或)社会功能的最佳水平,增强自立能力,提高其功能生命质量,使病、伤、残者能重返社会。

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)、职业康复(vocational rehabilitation),而构成全面康复(comprehensive rehabilitation)。

康复针对病、伤、残者的功能障碍,以提高其局部与整体功能水平。以整体的人为对象,也许局部或系统功能无法恢复,但仍可带着某些功能障碍而过着有意义、有成效的生活。康

复以提高生存质量(the quality of life),最终以融入社会(social integration)为目标。

康复不仅训练患者提高其功能,以适应环境;还需要环境和社会作为一个整体来参与,以利于他们重返社会。要求患者本人、其家庭及所在社区,均参与康复服务计划制订和实施。尽早进行康复干预,使病、伤、残者所丧失或削弱的身心、社会功能,能尽快、尽最大可能地恢复、代偿或重建,以达到最佳状态,使其担负起能负担、应负担的社会职能。

康复也是一种理念、指导思想。必须渗透整个医疗系统,包括预防、早期识别、门诊、住院和出院后患者的医疗计划。改变成三维思维方式,不仅治病救命,还要特别注重其实际功能。这一观点尚未成为具体行动,还必须加强宣传贯彻,深入所有医疗人员心中,付诸行动,使患者实际受益、社会受益。

世界卫生组织(WHO)提出康复服务的方式有3种:康复机构的康复(institution-based rehabilitation, IBR)、上门康复服务(out-reaching rehabilitation service, ORS)和社区康复(community-based rehabilitation, CBR)。

康复机构的康复是指通过综合医院中的康复医学科(部)、康复门诊、专科康复门诊,康复医院(中心),专科康复医院(中心)以及特殊的康复机构等进行康复。它们有较完善的康复设备,有经过正规训练的各类专业人员,有较高的专业技术水平,能解决病、伤、残者各种康复问题。康复服务水平高,但病、伤、残者必须来该机构,方能接受康复服务。

上门康复服务是指具有一定水平的康复人员,走出康复机构到病、伤、残者家庭或社区进行康复服务。服务数量和内容均有一定限制。

社区康复是指依靠社区资源(人、财、物、技术)为本社区病、伤、残者就地服务。强调发动社区、家庭和患者参与,以医疗、教育、社会、职业等全面康复为目标,但应建有固定的转诊(送)系统,解决当地无法解决各类康复问题。

3种服务是相辅相成的关系,并不互相排斥。没有良好的康复机构的康复建设,就难有良好的社区康复;没有社区康复,康复机构的康复无法解决残疾、残障者的所有康复问题。

二、残疾的定义与分类

残疾是指因外伤、疾病、发育缺陷或精神因素造成明显的身心功能障碍,以致不同程度地丧失正常生活、工作和学习的一种状态。广义的残疾包括病损、残障在内,成为人体身心功能障碍的总称。

(一) 国际残疾分类

传统的疾病模式是:病因—病理—表现。1980年WHO组织有关专家对多种疾病的过程作了大量调查研究后提出,这一模式未能说明与疾病有关的全部问题,应考虑器官系统及人体的功能状态,因而延伸为疾病—残疾。

1980年发布的《国际病损、残疾、残障分类》(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICDH)将残疾划分为3个独立的类别,即残损(impairment)、残疾(disability)、残障(handicap)。这是根据疾病对个体生存主要能力的影响,进行不同侧面的分析,根据能力的丧失情况制订对策。

残损也称病损,是指心理上、生理上或解剖结构上或功能上的任何丧失或异常,是生物器官系统水平上的残疾。可分:智力残损、其他心理残损、语言残损、听力残损、视力残损、内

脏(心、肺、消化、生殖器官)残损、骨骼(姿势、体格、运动)残损、畸形和多种综合的残损。每一类残损中又有许多细分项目。

残疾现改称活动受限,是由于残损较严重使能力受限或缺乏,以致不能按正常的方式和范围进行活动,是个体水平上的残疾。可分:行为残疾、交流残疾、生活自理残疾、运动残疾、身体姿势和活动残疾、技能活动残疾、环境适应残疾、特殊技能残疾、其他活动方面残疾。每一类残疾又细分多个项目。

残障现改称参与限制,是由于残损或残疾对功能的影响,限制或阻碍一个人完成正常的(按年龄、性别、社会和文化等因素)社会作用,是社会水平的残疾。残障可分:定向识别(时、地、人)残障、身体自主残障(生活不能自理)、行动残障、就业残障、社会活动残障、经济自立残障、其他残障。在1~6类残障中又分成9个等级,在第7类中分4个等级。

1994年起WHO在收集意见的基础上,对ICIDH分类进行修订改编,于2000年12月定名为《国际功能、残疾和健康分类》(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)。该分类已于2001年5月22日第54届世界卫生大会以决议WHA5421通过,正式公布与《国际疾病分类》(ICD)配套使用。ICD是确定所患疾病种类、名称,ICF则是确定患者实际的功能状态。

ICF没有建立功能与残疾“过程”的模式,将功能和残疾分类作为一种交互作用和演进的过程提供了一种多角度方法。

(二) 中国残疾分类

1986年国务院批准《五类残疾标准》,1987年全国抽样调查,包括视力残疾、听力语言残疾、智力残疾、肢体残疾和精神病残疾,但没有包括内脏残疾。1995年将听力语言残疾分列为听力残疾和语言残疾,成为6类残疾标准,以中国残疾人联合会文件[1995]残联组联字第61号文件下发执行。该标准主要根据残疾部位分类,立足于我国国情设计,暂未包括内脏残疾。2006年我国进行了第2次全国残疾人抽样调查,所使用的残疾标准是在1995颁布的标准基础上做进一步修订。

三、残疾预防

残疾预防分为3级。

1. 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。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。

2. 二级预防 指疾病或损伤发生后,采取积极主动的措施防止发生并发症及功能障碍或继发性残疾的过程。如在脑血管意外后,早期进行肢体的被动活动以预防关节挛缩,采取合适的体位以免痉挛畸形,定时翻身以免发生压疮等。

3. 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,改善或提高患者躯体和心理功能;通过适应、代偿和替代途径,提高患者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。

第二节 康复医学

一、康复医学的定义

康复医学(rehabilitation medicine)是具有基础理论、评定方法及治疗技术的独特医学学科,是医学的一个重要分支,是促进病、伤、残者障碍功能恢复的医学应用学科。它研究有关功能障碍的预防、评定和处理(治疗、训练)等问题。与保健、预防、临床共同组成全面医学(comprehensive medicine)。康复医学是卫生保健不可缺少的部分,缺少康复意味着卫生保健模式的缺陷,必须加以补充。

1. 康复医学 康复医学是具有独立的理论基础、功能评定方法、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)减轻其后遗功能障碍程度。

2. 医疗康复 医疗康复属于临床医学的工作内容,是应用临床医学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。如白内障患者在眼科进行晶状体手术。

3. 四大医学之间的关系 WHO 将康复医学、临床医学、预防医学、保健医学作为现代化医院的基本功能。这 4 个学科的关系不是以时间划分的阶段关系,而是互相关联、互相交错、四环相扣的关系。康复医学与临床医学的关联见表 1-1。

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
医学模式	强调生物医学模式	强调心理—社会—生物医学模式
工作对象	各类患者	各类功能障碍者和残疾者
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,逆转病理和生理过程	以功能障碍为核心,强调通过改善、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	团队模式

二、康复医学的服务对象

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,每年以新增 1 500 万人的速度递增。康复治疗是改善残疾者躯体、内脏、心理和精神状态的重要手段,也是预防残疾发生、发展的重要手段。

2. 老年人 老年人有不同程度退变(包括内脏、肌肉、骨关节等)和功能障碍,这些功能障碍往往与缺乏运动有关。我国正进入老龄化社会,因此老年人康复锻炼是防治老年性疾病,保持身体健康的重要环节。

3. 慢性病患者 主要是指各种内脏疾病、神经疾病和运动系统疾病患者。这些患者往往由于疾病而减少身体活动,并由此产生继发性功能衰退,如慢性支气管炎导致肺气肿和全身有氧运动能力降低,类风湿关节炎患者的骨关节畸形导致功能障碍等。这些问题除临床医疗外,进行积极的康复治疗,常有助于改善患者的躯体和心理功能,减轻残疾程度,提高生活独立性。

4. 疾病或损伤急性期及恢复早期的患者 许多疾病和损伤需要早期开展康复治疗,包括理疗,以促进原发性功能障碍的恢复,并防治继发性功能障碍。如骨折后在石膏固定期进行肌肉等长收缩运动,有利于骨折愈合,预防肌肉萎缩,减少关节功能障碍。心肌梗死后的早期运动治疗,有助于减少并发症,维护心功能,是使心肌梗死患者住院时间减少的关键措施之一。

5. 亚健康人群 康复锻炼对于许多疾病或病态(morbidity)有预防和治疗双重作用。合理的运动锻炼有利于提高机体对各种不良应激的适应性,预防疾病的发生与发展。如积极的有氧训练有利于降低血脂,控制血压,改善情绪,从而提高体质,减少心血管疾病的发作或延缓其发展。

三、康复医学的内容

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(clinical rehabilitation)和社区康复。也有将康复护理列入基本内容。

1. 康复基础学 康复基础学指康复医学的理论基础,重点是与主动功能训练有关的运动学和神经生理学,以及与患者生活和社会活动密切相关的环境改造学等。

(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(neurophysiology):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。

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,以及患者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;而个体生活自理和生活质量评定以及社会能力的评定则是康复医学比较独特的评估内容。主要包括以下方面。

(1) 躯体功能:包括肌力评定、关节活动范围评定、体脂测定等。

(2) 电生理学:包括肌电图、诱发电位、神经传导速度、电诊断等。

(3) 心肺功能:包括心电图分级运动试验、肺功能测试等。

(4) 有氧运动能力:包括能量消耗、最大吸氧量、代谢当量测定等。

(5) 平衡和协调能力:包括静态、动态平衡和协调功能评定等。

(6) 步态分析:包括三维运动分析、力学分析、动态肌电图、气体代谢测定等。

(7) 医学心理学:包括精神、心理和行为评定。

(8) 脑高级功能:包括感知和认知功能评定等。

(9) 言语和吞咽功能。

(10) 日常生活活动能力(ADL):包括生活质量、就业能力。

3. 康复治疗学 康复治疗学主要的支柱是物理治疗(physical therapy)、作业治疗(occupational therapy)和言语治疗(speech therapy)/吞咽疗法,另外心理治疗(rehabilitation

psychology)、康复工程(rehabilitation engineering)也有重要价值。在我国还有传统康复治疗(traditional Chinese medicine for rehabilitation)。

(1) 物理治疗:包括运动疗法和理疗,是康复治疗最早开展的治疗方法,也是目前应用最多的康复治疗。如有氧训练、各种主动和被动运动(肌力训练和关节活动训练等),以及电、光、声、热、磁等理疗技术。

(2) 作业治疗:包括木工、金工、各种工艺劳动(编织、陶艺、绘画)以及日常生活功能(衣食住行和个人卫生)的基本技能。职业性劳动包括修理钟表、缝纫、车床劳动等。文娱治疗包括园艺、各种娱乐和琴棋书画等。作业治疗强调患者生活独立和回归社会的特征,在措施上特别注重患者独立生存能力的训练,是康复医学中发展非常活跃的领域。

(3) 言语治疗:对因听觉障碍所造成的言语障碍,构音器官的异常、脑血管意外或颅脑外伤所致的失语症、口吃等进行治疗,以尽可能恢复其听、说、理解能力。吞咽治疗近年来得到越来越多的重视,但是尚未形成独立的专科,目前暂时归类在言语治疗的范畴。

(4) 心理治疗:对心理、精神、情绪和行为有异常的患者进行个别或集体的心理治疗。有时这种心理治疗可与咨询教育相结合进行。心理疗法在各种疾病或功能障碍的康复治疗时都需要介入,是涉及面最广的康复治疗措施。

(5) 康复工程:指矫形器和辅助具的应用,以弥补残疾者生活能力的不足。包括假肢、矫形器、助听器、导盲杖等各种辅助工具,特殊用具及轮椅等。这是康复医学与现代科技的结合点,也是多学科合作的交叉点。我国康复工程的开展尚不普及,是需要大力提倡和发展的重要领域。

(6) 中国传统康复治疗:最常用的有按摩、针灸、拳、功、操等。中国传统的康复治疗方法已经有数千年的历史,是中国医药宝库的组成部分,有独特的疗效,也是我国康复医学赶超国际先进水平的重要切入点。

(7) 康复护理(rehabilitation nursing):康复护理的特征是护理人员强调鼓励和指导患者主动进行护理相关的活动,而不是动手为患者完成活动。床上体位、膀胱训练、直肠训练、压疮处理等通常是康复护理的内容。

4. 康复临床学 指综合采用各种康复治疗手段,对各类病、伤、残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,包括神经系统疾病康复、骨关节疾病康复、脏器疾病康复、慢性疼痛康复等。

5. 社区康复 指在社区层次上采取综合性的康复措施,利用和依靠社区资源,使残疾人能得到及时、合理和充分的康复服务,改善和提高其躯体和心理功能,提高生活质量和回归正常的社会生活。

四、康复工作介入的时间和方式

1. 康复团队模式(team work) 指多学科和多专业合作,共同致力于患者功能康复的工作方式。

2. 团队组成(team member)

(1) 学科间团队:指与康复医学密切相关的学科,包括神经内科和神经外科、骨科、风湿科、心血管内科和心血管外科、内分泌科、老年医学科等。

(2) 学科内团队:指康复医学机构内部的多种专业,包括物理治疗师、作业治疗师、言语

治疗师、假肢/矫形技师、康复护士、康复医师、运动医学医师、康复心理医师等。

(3) 团队会议(team meeting):是传统的康复医疗工作方式。一般由康复医师召集,由物理治疗师、作业治疗师、言语治疗师、康复护士、心理治疗师、假肢/矫形技师、社会工作者、营养师等组成,讨论患者的主要功能障碍、治疗情况,从各自专业角度做下一步治疗计划等。

(4) 康复介入时间:不仅在功能障碍以后,而应在功能障碍出现之前进行预防康复(preventive rehabilitation)。该项工作进行得好,可以有效减少残疾的数量与程度。康复医学着眼于整体康复(total rehabilitation),因而具有多科性、广泛性、社会性,充分体现心理—社会—生物医学模式。

五、康复医疗的基本原则

1. **因人而异** 因人而异的原则就是个体化原则,即根据各个患者功能障碍的特点、疾病情况、康复需求等制订康复治疗目标和方案,并根据治疗进度和功能及时调整方案。

2. **循序渐进** 康复治疗的难易程度、强度和总量都应该逐步增加,避免突然改变,以保证身体对运动负荷或相关治疗的逐步适应。

3. **持之以恒** 以功能锻炼为核心的康复治疗需要持续一定的时间才能获得显著效应,停止治疗后治疗效应将逐步消退。因此,许多康复治疗需要长期持续,甚至维持终生。

4. **主动参与** 运动时患者的主观能动性或主动参与是运动疗法效果的关键。

5. **全面锻炼** 人体的功能障碍是多器官、多组织、多系统功能障碍的综合,康复的目标应包括心理、职业、教育、娱乐等多方面,最终目标是重返社会。因此,康复治疗应该全面审视,全面锻炼。由于康复治疗的特性,不可能用一种方式涵盖所有的锻炼目标,因此需要强调全面锻炼的原则。

六、康复教育和资质认证

(一) 康复教育

1. **康复医师** 国际上都采用大学本科毕业后,经过4~6年临床培训,通过严格的考试,可以获得康复专科医师的资格。我国这方面的培训和资格认证制度正在研讨中。

2. **康复治疗师** 包括物理治疗师和作业治疗师。康复治疗师要求经过大学本科以上的学历教育。专科学校可以培养助理物理治疗师(assistant)。我国教育部于2001年批准在高等医学院校设立康复医学和康复治疗专业,培养具有本科学历的康复治疗师。南京医科大学和首都医科大学分别在2001年和2002年开始招生。此前,我国若干高等医学院校和体育院校已经在其相关学科名下进行了与康复治疗师相关的大学本科、专科学历教育。中专水平的康复治疗师教育也已进行,但是目前没有开展助理治疗师的学历教育。

(二) 康复专业人员资质认证

1. **资格评审** 我国卫生部、人事部从1995年开始着手进行全国卫生专业技术人员专业技术资格认证的工作,组织制订临床医学专业中、高级技术资格评审条件。1999年作为正式文件(人发字[1999]第92号文件)发至全国。其中包括康复专业主治医师、副主任医师和主任医师的资格评审条件。

2. **康复医师培训制度的建立** 根据培训制度指导方针,建立康复住院医师培训基地,采

取“3+2”模式培养康复医师,即大学本科毕业后需要在认定的康复住院医师培训基地中接受3年的培训,经考试合格方能准入;还需要继续在康复领域接受2年的专科培训,考试合格方能进入康复专科领域执业。

七、康复病历的书写规范

(一) 康复病历的特点

康复病历主要是为有功能障碍、需要康复的残疾人或慢性病、老年病患者而设的,与其他为急性病患者所设的临床病历不同,特点如下。

1. **康复病历是拟定康复方案的病历** 康复病历反映患者功能的水平、障碍的性质和程度、残疾的范围、患者对残疾的适应情况等,在此基础上分析康复要解决的问题,拟订康复方案。

2. **康复病历是功能评定的病历** 普通病历只重视对临床症状和病理体征的描述,而康复病历则要对运动、感觉、言语、心理和生活、学习、工作的活动功能作出详细的评估,尤其重视评估患者残存功能,以预计康复的潜力,并拟订功能康复的战略(采取的途径、重点等)。

3. **康复病历是综合评估的病历** 由于康复的目标是要让患者全面地从医学(身体和精神上)、教育、职业和社会上都得到康复,因此康复病历应全面反映出患者的心理状态、生活方式、职业情况、社会生活等资料,并对此进行综合、全面的评估,注意疾病或残疾对患者生活、就学或就业的影响。

4. **康复病历是跨科性评估的病历** 如前所述,一个完整的康复病历需要由一个具有跨科性质的康复专业协作组来采集和填写。康复医师对病历采集、体检和总的评估固然起重要作用,但综合的、全面的评估则是由多个分科的专业化评估组成的。如进行多种作业能力的评估要靠作业治疗师,言语能力的评估要靠言语治疗师,心理、认知功能和精神状态的评估要靠康复心理学工作者,患者的社会福利、家庭问题等的评估要靠社会工作者。由此可见,分科病历是必要的。康复专业协作组通过分工合作,共同完成对患者的综合评估任务。

(二) 应用举例

病例 1 患者赵某某,男性,28岁,工人。因石块砸伤造成胸11、12椎体骨折脱位,相应节段有完全性脊髓损伤。经椎板减压、椎弓钢钉内固定术后数月,患者可独立起坐,但平衡功能不佳,不能翻身、移乘,不能自己穿脱衣、裤、鞋、袜,尿自溢,日常生活大部分依赖。体检评估患者存在的主要问题如下。

- (1) 双髋、膝、踝关节活动度轻度受限。
- (2) 坐位平衡功能丧失,不能移乘。
- (3) 上肢肌力差。
- (4) 日常生活活动能力(ADL)大部分依赖。

康复专业协作组提出如下康复治疗目标。

- (1) 近期目标:改善双下肢关节活动度,改善坐位平衡,提高上肢肌力。
- (2) 中期目标:ADL大部分自理。
- (3) 远期目标:经全面康复治疗,回归社会。

病例 2 患者吴某某,男性,51岁,干部。1997年8月3日突觉四肢麻木,右侧肢体活动受限,言语不清,入某医院急诊,临床诊断为“左侧基底节区脑梗死”。经临床治疗后病情稳

定,同年12月转入康复医学科,进行系统康复治疗。体检评估患者存在的主要问题如下。

(1) 患侧上肢及手指肌张力高,无分离运动,肩、肘、腕关节稳定性差。

(2) 异常步态(患侧足内翻、立足期短、骨盆后倾),下肢肌张力高。

康复专业协作组提出如下康复治疗目标。

(1) 近期目标:矫正异常步态,降低下肢肌张力。

(2) 中期目标:ADL大部分自理。

(3) 远期目标:经全面康复(包括心理、社会等康复)后,回归社会。

三) 康复病历的3期评定

康复评定主要是指对患者的全面功能评定,包括对运动、感觉、知觉、语言、认知、职业、社会生活等方面的功能性评定。完整的康复病历应当包含有3期评定的内容,即初期评定、中期评定和末期评定。

1. 初期评定 就是在对患者进行制订康复计划和开始康复治疗前进行的首次评定。一般是在患者入院后的1周至10天内完成。找出患者的主要功能障碍,确定康复治疗的目标,制订康复治疗计划和注意事项。

2. 中期评定 在康复疗程的中期进行,原则上1个月评定1次。如果患者住院时间较长,可进行多次。目的是了解经过一段时期的康复治疗后功能的改变情况,并分析改变的原因,以此作为调整康复治疗计划的依据。

3. 末期评定 在康复治疗结束,患者回归社会或出院前1周进行,目的是估计患者总的功能状况,评价康复治疗效果,提出今后重返社会或进一步康复的建议。将评定重点放在与运动能力、生活自理能力、工作社交能力等相应的功能方面。

第三节 社区康复

一、社区康复与社区医疗康复概述

1. 社区康复 指在社区的层面上采取的康复措施,这些措施是利用和依靠社区的人力资源而实施的,包括依靠有病损、弱能、残障的人员本身,以及他们所在的家庭和社区。

1976年WHO提出这种新的、有效的、经济的康复服务途径,即社区康复,以扩大康复服务覆盖面,使发展中国家广大的病残患者也能享有康复服务。1978年,阿拉木图国际初级卫生保健会议上确定在初级卫生保健中应包括保健、预防、治疗和康复,要求在社区层次上为包括病残患者在内的居民提供人群的保健和疾病的预防、治疗和康复服务。

社区作为社会的一部分,对社会在整体上达到良性运动及协调发展起着重要的作用。以社区为本,因地制宜地制订社区康复发展规划,根据社区内康复对象的康复需求、社区经济发展和康复资源的状况等,在社区和家庭为康复对象提供就地、就近、便利的康复服务。

社区康复模式是从残疾的预防,到病残患者的医疗康复、教育康复、职业康复、社会康复,是全面康复的模式。社区康复中各部门、各专业共同组成的转介服务系统,使病残患者全面康复的目标得以实现。资金投入少,服务覆盖广,康复效果良好。

2. 社区医疗康复 社区医疗康复主要以提供医疗技术服务为主。

(1) 提供康复技术服务:主要为病残患者提供诊断、功能评定、康复治疗、康复护理、家庭康复病床和转诊服务等。

(2) 提供训练指导服务:主要为需要进行康复训练的病残患者制订训练计划,传授训练方法,指导使用矫形器和制作简易训练器具,评估训练效果。

(3) 社区医疗转介服务:转介服务部分应该是社区康复服务的重要内容。难以在社区解决的困难问题,必须向上级部门转送,一些康复技术则由上级部门下传,即由上下转介系统支持;同时有些则需要政府和社会共同帮助解决,如就业、劳动、教育、养老等,由横向转介系统支持。

(4) 发展中的社区卫生服务事业:近年来卫生部发布了一系列文件规范社区卫生服务。这些文件中均明确规定了康复服务内容、方法、措施、方针、政策、步骤。在一些示范地区的社区卫生服务,及时接送和上门服务,已可随叫随到,具有提供康复服务的多种方式,解决本社区卫生和康复需求。

社区全科医疗与社区康复服务对社区大量的慢性病、老年病患者,残疾人,在其病残无法根治的情况下,转而追求相对的最佳健康目标,旨在提高功能生命质量,让社区每一个人包括生理、情感和社会参与上都能获得最佳状态。

在我国政府要求 2015 年“人人享有康复服务”的规划下,医学模式与卫生服务模式重大变革的趋势下,社区医疗康复正在逐步融入社区卫生服务之中。我国社区卫生服务事业即将走向社区病残患者获得整体康复的新里程。

二、社区康复的目标

社区康复目标是全面康复的目标。社区康复也是实现整体康复的最佳途径之一。社区康复工作内容是围绕着社区康复的目标来安排的,这些目标如下。

1. 使残疾人和慢性病、老年病患者的身心得到康复 通过康复训练和给予辅助用具用品,使残疾人日常生活活动能够自理,能在住所周围活动(包括步行或用轮椅代步),能够与人互相沟通和交流。

2. 使残疾人在社会能享受均等的机会 主要是指平等地享受入学和就业的机会,学龄残疾儿童能够上学,青壮年残疾人在力所能及的范围内能够就业。

3. 使残疾人能融入社会 不受歧视、孤立和隔离,不与社会分开,并能得到必要的方便条件和支持以参加社会生活。

三、社区康复的工作内容

社区康复采取全面康复的模式,即从残疾的预防,到残疾人的医疗康复、教育康复、职业康复、社会康复,这些都是社区康复要完成的任务。

1. 残疾预防 依靠社区的力量,落实各项有关残疾预防的措施,如给儿童服食预防急性脊髓灰质炎的糖丸,进行其他预防接种,搞好优生优育和妇幼卫生工作,开展环境卫生、营养卫生、精神卫生、保健咨询、安全防护、卫生宣传教育等工作。以上工作一般要与卫生院、社区医院的初级卫生保健工作结合进行。

2. 残疾普查 依靠社区的力量,在社区范围内挨家挨户进行调查,查出本社区的残疾人