



全国卫生院校高职高专教学改革实验教材

病症康复学

康复治疗技术专业用

主编 卫芳盈



高等教育出版社

全国卫生院校高职高专教学改革实验教材

病症康复学

(康复治疗技术专业用)

主 编 卫芳盈

副主编 胡忠亚 王安民

编 者 (以姓氏拼音为序)

陈 建 咸宁卫生学校

胡忠亚 安庆卫生学校

江成龙 宜春职业技术学院

刘海霞 青岛卫生学校

覃 波 四川省卫生学校

王安民 泰安卫生学校

王 颖 菏泽卫生学校

卫芳盈 周口卫生学校

朱红华 珠海市卫生学校

高等教育出版社

内容提要

本书以临床常见病症为重点,突出了病症康复学的应用技术。详细介绍了康复科常见病症和伤病的康复评定与治疗方法。本教材设置的“知识库”、“典型案例”、“情景模拟”、“操作步骤”等小栏目,有利于学生增加学习兴趣,扩大知识面。

本书为高职、高专康复治疗技术专业教材;同时,也可作为康复治疗师(士)、社区康复人员的专业参考书。

图书在版编目(CIP)数据

病症康复学/卫芳盈主编. --北京:高等教育出版社, 2006.4

康复治疗技术专业用
ISBN 7-04-018476-1

I. 病… II. 卫… III. 康复医学-医学院校-教材
IV. R49

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 008829 号

策划编辑 刘惠军 责任编辑 杨利平 封面设计 于文燕 责任绘图 朱 静
版式设计 王 莹 责任校对 王 超 责任印制 孔 源

出版发行	高等教育出版社	购书热线	010-58581118
社 址	北京市西城区德外大街 4 号	免费咨询	800-810-0598
邮政编码	100011	网 址	http://www.hep.edu.cn
总 机	010-58581000		http://www.hep.com.cn
经 销	蓝色畅想图书发行有限公司	网上订购	http://www.landracom.com
印 刷	北京市南方印刷厂		http://www.landracom.com.cn
		畅想教育	http://www.widedu.com
开 本	787×1092 1/16	版 次	2006年4月第1版
印 张	16	印 次	2006年4月第1次印刷
字 数	380 000	定 价	29.90 元

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换。

版权所有 侵权必究
物料号 18476-00

郑 重 声 明

高等教育出版社依法对本书享有专有出版权。任何未经许可的复制、销售行为均违反《中华人民共和国著作权法》，其行为人将承担相应的民事责任和行政责任，构成犯罪的，将被依法追究刑事责任。为了维护市场秩序，保护读者的合法权益，避免读者误用盗版书造成不良后果，我社将配合行政执法部门和司法机关对违法犯罪的单位和个人给予严厉打击。社会各界人士如发现上述侵权行为，希望及时举报，本社将奖励举报有功人员。

反盗版举报电话：(010) 58581897/58581896/58581879

传 真：(010) 82086060

E - mail: dd@hep.com.cn

通信地址：北京市西城区德外大街 4 号

高等教育出版社打击盗版办公室

邮 编：100011

购书请拨打电话：(010)58581118

前 言

为落实《国务院关于大力推进职业教育改革与发展的决定》中提出的“积极推进课程和教材改革,开发和编写反映新知识、新技术、新工艺、新方法,具有职业教育特色的课程和教材”的要求,我们编写了本教材。

我们根据本教材的特定对象,努力汲取康复医学各种教材的精华,以临床常见病症为重点,突出了病症康复评定和康复治疗的应用技术。着重介绍了康复科常见病症和伤病的康复评定与治疗方法。为方便学生学习,本教材在章首写明了学习目标和重点内容提示;章末编写了思考题;正文中设置了“知识库”、“典型案例”、“情景模拟”、“操作步骤”等小栏目。

学生在使用本教材时,可根据章首的学习目标和重点内容提示,有针对性地学习教学内容,课后通过做思考题,复习巩固所学的知识。

通过本教材的学习,学生应能初步掌握常见病症的康复评定和康复治疗技术,了解常见病症的发病机制、治疗原则和康复计划的制定,具备做好病症康复工作的基本素质。

本教材邀请了来自全国多所学校的资深康复医学老师担任编委。其中第一章绪论、第二章慢性疼痛的康复、第三章植物状态的康复、第四章痉挛状态的康复由卫芳盈编写;第五章合并失用、过用、误用综合征的康复、第六章神经疾病肩部并发症的康复、第七章神经系统疾病吞咽障碍的康复、第八章排尿障碍的康复、第九章排便障碍的康复、第十章压疮的康复由刘海霞编写;第十一章神经系统疾病的康复第一、二、四节由覃波编写;第十一章第三、五、六节由朱红华编写;第十二章运动系统损伤的康复第一节至第四节由胡忠亚编写;第十二章第五节至第八节由王安民编写;第十三章心血管疾病的康复、第十四章慢性阻塞性肺疾病的康复由王颖编写;第十五章代谢和营养疾病的康复、第十七章癌症的康复由陈建编写;第十六章烧伤后患者的康复由江成龙编写。

本教材在编写过程中,引用了许多康复医学界前辈和同行的学术成果,也得到了各编委所在单位的大力支持,谨此一并致谢。

卫芳盈

2005年9月15日

目 录

第一章 绪论	1	第二节 压疮的评定	45
第一节 病症康复学的概念及其在现代 医学中的地位	1	第三节 压疮的康复治疗与预防	45
第二节 病症康复的对象	1	第十一章 神经系统疾病的康复	49
第三节 病症康复学的内容	2	第一节 脑卒中的康复	49
第四节 病症康复工作的基本原则	3	第二节 颅脑损伤的康复	60
第五节 病症康复学的特点	3	第三节 脊髓损伤的康复	67
第六节 病症康复学的学习方法	4	第四节 小儿脑瘫的康复	87
第二章 慢性疼痛的康复	6	第五节 周围神经病损的康复	93
第一节 概述	6	第六节 帕金森病的康复	101
第二节 疼痛的评定	7	第十二章 运动系统损伤的康复	115
第三节 疼痛的康复治疗	8	第一节 关节炎的康复	115
第三章 植物状态的康复	12	第二节 运动创伤的康复	122
第一节 概述	12	第三节 手外伤的康复	128
第二节 植物状态的评定与预测	13	第四节 截肢后的康复	134
第三节 植物状态的康复治疗	14	第五节 关节置换术后的康复	136
第四章 痉挛状态的康复	17	第六节 骨折后的康复	140
第一节 概述	17	第七节 颈肩腰腿痛的康复	148
第二节 痉挛状态的评定	17	第八节 骨质疏松症的康复	156
第三节 痉挛状态的康复治疗	18	第十三章 心血管疾病的康复	167
第五章 合并失用、过用、误用综合征 的康复	23	第一节 冠心病的康复	167
第六章 神经疾病肩部并发症的康复	26	第二节 心力衰竭的康复	177
第一节 肩关节半脱位	26	第三节 高血压病的康复	181
第二节 肩-手综合征	27	第十四章 慢性阻塞性肺疾病的 康复	192
第三节 其他原因导致的肩痛	29	第一节 概述	192
第七章 神经系统疾病吞咽障碍的 康复	32	第二节 康复评定	194
第一节 概述	32	第三节 康复治疗	195
第二节 吞咽障碍的评定	33	第十五章 代谢和营养疾病的康复	202
第三节 吞咽障碍的康复治疗	34	第一节 糖尿病的康复	202
第八章 排尿障碍的康复	37	第二节 肥胖症的康复	211
第九章 排便障碍的康复	41	第十六章 烧伤后患者的康复	220
第十章 压疮的康复	44	第一节 概述	220
第一节 概述	44	第二节 康复评定	222
		第三节 康复治疗	225
		第四节 预后和社会回归	232

第十七章 癌症的康复	234	第三节 康复治疗	237
第一节 概述	234	第四节 常见癌症术后的康复治疗	242
第二节 康复评定	235	参考文献	247

第一章 绪论

【学习目标】

1. 说出病症康复学的概念。
2. 列出病症康复的服务对象。
3. 了解病症康复学的内容。
4. 掌握病症康复工作的基本原则。
5. 分析病症康复学的特点,找出学习规律。

【重点内容提示】

病症康复学的概念、服务对象、基本原则、工作特点、学习方法。

第一节 病症康复学的概念及其在现代医学中的地位

病症康复学针对常见伤病患者的功能障碍及其存在的病症进行全面康复,是康复医学的一个重要组成部分,是研究因疾病造成的功能障碍的预防、评定和康复治疗等问题的一门学科。

病症康复学是康复医学的重要组成部分,在临床医学中占有重要的位置。随着康复观念被临床医师所接受,两者有逐渐融合的趋势。在病、伤、残发生之前即应加强保健,注意预防,及早介入康复预防措施,防止病、伤、残的发生;病、伤、残发生之后,在临床治疗的同时,要早期开展身心康复治疗,防止病、伤、残的加重;进入恢复期后,康复医疗的任务逐渐加重,要避免或减轻残疾与后遗症;残疾出现后要加强康复治疗、功能训练,使病、伤、残者尽早恢复功能。由此可见,病症康复学与现代医学的其他组成部分有着密切的联系,互相渗透、互相结合。因此,康复应成为所有医院医疗计划的一个组成部分,同时,也应当使之成为所有医师的医疗计划的一个组成部分。临床医师应尽可能多地学习病症康复学的知识和技能,以促进患者的功能康复;应学习运用整体康复的观点进行临床诊治,积极接纳、配合康复专业人员对患者进行处理。

第二节 病症康复的对象

病症康复的对象主要是由于损伤以及急、慢性疾病和老年带来的功能障碍者和先天性发育障碍者。功能障碍是指身体、心理不能发挥正常功能,这可以是潜在的或现存的,可逆的或不可逆的,部分的或完全的,可以与疾病并存或为后遗症。心理障碍是指个体在认识、情感、意志行为和智力、人格等心理活动方面的异常表现。发育障碍是胎儿在器官形成过程中,由于某些因素而导致的形态结构异常。可以是外形的异常,即出生时可见;也可以是内部结构异常(包括代谢性

疾病),外观不易看出,要在出生后逐渐显现。这些障碍者归纳起来有以下4种人群。

1. 急性伤病后及手术后的患者 急性伤病后及手术后的患者,无论是处在早期还是恢复期或后遗症期,只要存在功能障碍就是病症康复的对象。

2. 各类残疾者 包括肢体、器官和脏器等损害或发育异常所引起的各类残疾者,有肢体残疾、听力言语残疾、精神残疾、智力残疾、内脏残疾等。全世界约有5亿多,而且残疾人总数每年还要增加。

3. 各种慢性病患者 很多慢性病患者病程缓慢进展或反复发作,致使相应的脏器与器官出现功能障碍,而功能障碍又加重了原发病的病情,形成恶性循环。这类患者中以神经、关节、肌肉疾病占首位,心脑血管疾病为第二位,呼吸系统和其他系统疾病居第三位。

4. 年老体弱者 按照自然规律,老年人经历着一个逐渐衰老的过程,其机体的脏器与器官出现功能逐渐衰退,其中年老体弱者的功能障碍会严重影响他们的健康,需要通过康复手段来增强他们的功能,改善他们的生活质量。

第三节 病症康复学的内容

病症康复学包括两大部分,即常见病症的康复和常见伤病的康复。

1. 常见病症的康复 包括十余种康复医学中常见的病症,内容有病症的概述、评定和康复治疗。这些病症是大多数疾病所共同表现的症状,如痉挛、疼痛、压疮、大小便功能障碍等。有些症状随疾病的存在而存在,随疾病的痊愈而消失。有些症状则为管理不当而出现的并发症,如不积极预防和处理就会影响整个疾病的康复,如疼痛,患者会卧床不起,精神抑郁,不敢做任何活动,而制动又会使疼痛进一步加剧,形成恶性循环。因此,消除和缓解这些病症,就会减轻患者的痛苦,缓解精神压力,帮助患者积极投身到康复训练中去,为患者早日康复回归社会奠定良好的基础。

2. 常见伤病的康复 介绍了二十余种伤病的康复,但仍以神经系统和骨科伤病为主。随着康复观念的转变,病症康复学范围也逐渐增大,为帮助康复技术专业学生掌握更多病种的康复,增加了心肺疾病、营养性疾病、癌症、老年性疾病等的康复。但对这些疾病未进行年龄分类,这是因为这些疾病有许多交叉,也就是说这些疾病在各个年龄组都有可能会患病。在描述各伤病时,为避免与一般医学的雷同,将病因、病理、流行特点、临床表现等进行了浓缩作概括式描述,而较大篇幅用于重点讲解每一伤病的评定和康复治疗。

[知识库]

现代康复医学的内容可以归纳为:

1. 一个目标 使残疾者的功能和能力得到恢复,为他们重返家庭和社会创造基本条件。
2. 两种手段 一是用康复医学中的功能恢复训练、代偿和适应等手段;二是辅以必要的药物和手术。
3. 三大类伤病及功能恢复理论 神经系统伤病及其功能恢复理论;肌骨系统伤病及其功能恢复理论;心肺系统疾病及其功能恢复理论。
4. 四大功能评定 躯体功能、精神功能、言语功能及社会功能评定。
5. 五大治疗方法 运动疗法、作业疗法、言语疗法、心理疗法和康复工程等。

第四节 病症康复工作的基本原则

1. **病症康复工作的重点应放在伤病的急性期和恢复期** 也就是说从治疗第一阶段就开始介入,与治疗医学并进,根据伤病情况的不同采取不同的康复手段和治疗方法。一般在伤病的抢救期多实施物理治疗、作业治疗和康复护理等,随着时间的推移和病情的好转,物理治疗逐渐减少或停止或给予维持量,而作业治疗量逐渐增大。

2. **病症康复学的开展必须与医学各有关学科紧密联系、互相协作** 病症康复学与其他医学学科之间有着密切的联系,如临床医学、运动医学、物理医学、生物医学工程、医学心理学、中医学、预防医学等。不能将它们简单地划分,各学科之间是相互交叉、相互重叠和相互渗透的。因此,在治疗疾病的同时,采取专门的康复技术在统一计划下综合应用,非常有利于功能的恢复。

3. **病症康复工作要取得成功,必须充分发挥和调动残疾者本人的积极性和主动性** 在康复医疗中患者是康复小组的重要成员,是主动参与者,其积极性是坚持训练、配合训练、达到康复目标的决定性条件。

4. **病症康复工作的进行应取得患者家属和社会的支持** 在对患者实施治疗时,与治疗医学不同,家属需要参与,因为患者回归家庭和社会后家属是康复训练的主要监督者和协助者。

第五节 病症康复学的特点

1. **整体康复** 是指某一器官或肢体发生功能障碍时,可能造成个体生活和社会的不能。病症康复学把人作为一个整体来对待,以患者整体功能恢复为己任,而不仅仅是疾病本身,注重患者功能障碍的所有侧面而采取各种治疗补偿办法,以科学的方式达到生活自理、重返社会,使整体综合能力得以恢复。

2. **障碍医学** 病症康复学治疗的对象并非“疾患”或“病症”,而是“功能障碍”。病症康复学注重伤病引起的功能变化,着眼于人体功能的康复。它重视功能的评估,并针对功能障碍者生理、心理的功能缺陷,采用多种形式进行功能训练,使其得以恢复。因此,就服务对象而言,又称为“障碍医学”。

3. **教育特征** 为使患者在身体上、精神上、心理上、职业上得到全面康复,病症康复学所采用的手段都具有“再教育”的特征。也就是说病症康复学把中枢神经损伤后运动功能的恢复训练视为一种再学习、再训练的过程。康复医学工作者的角色应是一个“教育者”或“指导者”。

4. **自主特征** 病症康复学的目的和任务是帮助功能障碍者恢复功能,实现其“独立性”,而不是使他们成为“保护的对象”,故具有自主的特征。就此而言,与过去的临床医学的基本价值观念“尊重生命”有着微妙的差别。

[知识库]

在病症康复过程中,通常由综合的、具有专门技术的人员如物理治疗师(士)、作业治疗师(士)、言语治疗师(士)、矫形器师(士)、心理治疗师(士)、社会工作者和康复护士等共同分担各自不同的任务并完成各自的目标。有些则根据不同系统疾病如神经系统疾病、心血管系统疾病而

组成康复小组,如脑瘫康复小组、手功能康复小组等。在康复小组中,各成员的工作应相互协调,共同完成康复治疗。

第六节 病症康复学的学习方法

一、学习病症康复学要了解临床各科知识

在临床康复工作中康复医生所面对的患者,其病情不是静止的,而是动态的,它可能随着时间的变化而变化,这就要求康复医生具有一定的对临床各科疾病处理的能力。如脑卒中和颅脑损伤患者需要脱水降低颅内压,要了解降低颅内压的药物是什么;高血压是脑卒中患者常见的并发症和诱因,因而对高血压常用的药物应有所了解。在学习某一疾病的康复时,也应了解该病的临床处理,以利患者的康复治疗。例如骨折患者,骨折前常需复位固定,由于骨折部位的不同,固定方法也不同,哪些活动有利于骨折稳定,可以加快骨折愈合;哪些活动不符合力学要求,不利于骨折稳定,有可能使骨折断端移位或成直角,对此都要有所了解。

二、前后联系、融会贯通

康复医学基础、康复评定、康复治疗技术和康复护理是学习病症康复学的基础,不同伤病和病症的康复是康复评定、康复治疗技术的具体应用,应加强联系、融会贯通。如脑卒中的康复,内容涉及到物理治疗、作业治疗、言语治疗、康复护理、心理治疗、康复工程等。在疾病的不同发展阶段,各种治疗方法所占的比例是不同的。急性期,以物理疗法、心理疗法为主;恢复期,则以作业治疗、言语矫治和康复工程为主。

三、理论与实践相结合

病症康复学是一门实践性很强的医学科学,它既具有自己独立的理论体系,又有多种可操作技术。康复评定中的每一个评定项目需要逐项进行评测,每一次康复治疗技术需要熟练操作。在给患者应用前,同学之间可以互为模特、相互练习,增加操作的熟练性,以便能正确地、熟练地应用于患者,达到康复治疗的目的。

四、重视基础医学知识的学习,指导康复临床实践

基础医学知识是指导病症康复学临床实践的科学依据。病症康复学基础知识涉及到人体解剖学、人体生理学、物理学、力学、材料力学、神经系统解剖学、发育学等,如不了解这些学科的知识,在实施康复时就难以得心应手,使残疾者在功能上难以改善和得到补偿。

【思考题】

一、选择题

1. 病症康复学的对象不包括()

A. 急性伤病及手术后患者

B. 各类残疾者

C. 各种慢性病患者

- D. 一般疾病患者
- E. 年老体弱者
2. 关于病症康复工作的原则下列何项错误()
- A. 工作重点是伤病的急性期和恢复期
- B. 工作重点是伤病的恢复期和后遗症期
- C. 应与其他学科密切协作开展工作
- D. 应取得患者和家属的支持
- E. 应充分发挥残疾者本人的主动性和积极性

二、问答题

1. 什么是病症康复学？它在现代医学中的地位如何？
2. 病症康复的服务对象有哪些？
3. 病症康复学包括哪些内容？病症康复工作的基本原则是什么？
4. 病症康复学的特点是什么？你计划怎样学好病症康复学？

第二章 慢性疼痛的康复

【学习目标】

1. 说出疼痛的概念。
2. 了解疼痛对身体造成的影响。
3. 简述疼痛的分类和一般评定方法。
4. 说出目测类比法的操作要领。
5. 概述疼痛康复治疗方法。

【重点内容提示】

疼痛的概念、疼痛的分类、疼痛对身体的影响、疼痛的康复评定、疼痛的康复治疗。

第一节 概 述

一、疼痛的定义

痛觉是躯体感觉、情绪、认知以及与其他因素有关的一种主观感觉,是机体蒙受体内外某种能引起即时的或潜在的组织损伤的刺激而产生的一种不愉快的感觉。1979 年国际疼痛研究会将之定义为:痛是由于真正潜在组织损伤而引起的或用损伤来描述的一种不愉快的感觉和情绪。

[知识库]

疼痛的分类:

1. 根据临床应用角度分类

(1) 急性疼痛:有明确伤害性刺激(创伤或外科手术),呈高度局限性也可以是放射性,常表现为锐痛,一般不超过 3 个月。

(2) 慢性疼痛:可因某器官的病变所致(癌症等)。疼痛是一种持续的病理过程,往往是由急性痛转变而来,存在于疾病痊愈后,也可仍伴有疾病存在,持续时间可达 3~6 个月,疼痛部位模糊,呈持续性钝痛。

2. 根据疼痛的发生机制分类

(1) 伤害性疼痛(外周性):源于组织损害,又分为:①内脏痛:由内脏疾病而引起的疼痛,如胆囊炎、肾结石、胆结石、消化性溃疡、冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)及各种癌症等。②躯体痛:包括皮肤损伤而引起浅表部位的疼痛和肌、骨、关节、结缔组织疾病而引起的深层部位的疼痛。

(2) 中枢性疼痛:是由于脑血管意外、脊髓损伤或截肢后神经通路被阻断所致,如截肢术后的幻肢痛。

(3) 心理性疼痛(心因性):是患者将情绪上的苦恼释放为肉体的痛苦情感体验,是一种复杂的心理状态,包括焦虑、抑郁、神经质、癔症和压抑。

(4) 夸张性疼痛(经验获得性):这类患者产生的疼痛伴随的疾病很轻或疾病已痊愈,但是由于家庭、社会或其他原因而使疼痛不能缓解。这种疼痛行为可直接为家庭、医师的关心或因药而强化,也可因身体或精神上的需要而加重。

二、疼痛对身体造成的影响

(一) 生理方面的影响

1. 心血管系统 包括心动过速,血压升高,心脏做功增强,心肌耗氧量增加等。
2. 呼吸系统 包括低氧血症,高碳酸血症,肺不张,通气/血流比失调,咳嗽功能降低,肺活量降低,功能残气量减少。
3. 消化系统 可引起恶心、呕吐、肠痉挛等。
4. 泌尿系统 尿少、尿潴留等。
5. 肌肉骨骼系统 肌肉痉挛、关节活动受限等。
6. 内分泌系统 肾上腺功能亢进,迷走功能抑制,分解代谢亢进,增加氧耗,负氮平衡,血糖增高。
7. 中枢神经系统 镇静,疲劳。
8. 免疫系统 免疫抑制,易感染。

(二) 心理方面的影响

由于疼痛患者表现为全身不适、失眠、疲劳、郁郁寡欢、睡眠障碍、活动减少(包括工作能力下降、社会活动减少、日常生活能力下降等),这些可导致疼痛加重,而疼痛的加重使患者的活动能力又进一步地降低,形成恶性循环,对疼痛的恢复非常不利。

第二节 疼痛的评定

一、一般评定方法

1. 病史询问 询问病史应包括疼痛的起始部位、性质、范围、程度、起病形式、发作时间与持续时间,疼痛的频率、进程有无减轻或加重因素,既往接受治疗的情况、效果如何、伴随症状、受伤形式、有关慢性内科疾患,个人及心理社会史,日常生活能力情况,是否应用支具,能否继续工作及辅助用药的依赖情况等。

2. 体格检查 通过对神经肌肉和关节的检查,观察患者行走、坐位移动情况;观察肌力、深浅感觉和深反射的改变情况;检查关节是否变形、是否有活动受限;触摸肌肉是否有扳机点和紧张带;观察患者的表情、身体姿势、言语反应是否异常。

3. 实验室检查和 X 线检查 血清学检查,如链球菌溶血素“O”测定;红细胞沉降率、黏蛋

白、尿酸酸等对诊断某些疼痛的病因有辅助作用。X线检查是发现引起疼痛原因的重要检查项目。但对某些疾病(如下腰痛、椎间盘突出等),在有症状及无症状的人群中,其X线平片阳性率几无差异,因此要了解疼痛的真正原因,应对患者的临床表现和X线诊断结合起来进行综合分析。

二、康复医学中常用的评定方法

1. 压力测定法 依据刺激反应的原则,直接给患者以某种致痛性刺激,观察刺激达到何种强度或持续作用到多长时间才首次报告痛反应,即痛阈测定;刺激的强度或时间继续增大到何时患者才作出不能忍受的表示即耐痛阈测定;或随机授予不同强度的刺激,让患者分辨何者为强、何者为弱的分辨能力的评定。压痛测定是利用特制的压力测痛计进行测定。检查时,给以外力,听取受试者的反应,根据给以压力强度及反应剧烈程度,以判断疼痛的性质与程度。压力测痛计给出压力定量,达到一定强度(数字)至患者出现疼痛反应为痛阈,继续加至不可耐受时为耐痛阈。此种测痛法主要适用于肌肉系统疼痛的测评。

2. 目测类比评分法 是最常用的检测疼痛的手段,其方法是在纸上或尺上画一10 cm长的直线,一端标为无痛,另一端为最痛,患者根据自身对疼痛的感觉,用手指或笔画以表示疼痛程度的记号。这种方法的优点是简单易用、评价迅速、重复性好;缺点是两点之间不能量化,要求患者有一定的知识水平,年龄不小于8岁。

3. 疼痛问卷 此法不仅能测量疼痛的程度,而且对疼痛的性质或其他相关因素和社会因素等进行多方位测量。较常用的方法是麦吉尔(McGill-Melzack)疼痛问卷。包括感觉评分(1~11项)、情感评分(12~15项)、强度(16项)、其他(17~20项)计78个表达疼痛的词。该量表比较繁琐费时,而且需要专门培训。

第三节 疼痛的康复治疗

对疼痛进行及时的治疗,可以缓解和消除患者的紧张心理,有助于患者积极配合治疗和康复,改善患者的功能活动,缩短住院天数,减少医疗费用,对于术后患者,减轻疼痛有助于改善肺功能,减少ICU的住院天数,减少创伤性胸廓损伤的死亡率,减少血栓形成的发生率。目前对急性疼痛应用药物、心理、手术等方法进行治疗,取得了很好的疗效;但对慢性疼痛的治疗仍是个难题,由于慢性疼痛涉及了医学和心理社会两方面的因素,故目前还缺乏一个能通晓心理学、社会学、法律学、医学和运动学等专业知识的康复医师来处理慢性疼痛。慢性疼痛的治疗原则应强调病变部位的适当活动,采用正规的行为治疗,避免药物依赖。

一、康复教育

对患者进行相关的康复教育是治疗疼痛的基础,可以增强患者的治疗信心,去除恐慌心理,使机体产生一系列有利于恢复生理和免疫方面的变化,从而收到明显的治疗效果。教育的内容包括向患者介绍疼痛的性质、解剖部位和病理生理特点,疼痛评定的结果,控制疼痛的某些预防性措施;介绍药物治疗计划的安排,了解药物的耐受性及对呼吸功能的抑制性,常见不良反应的克服方法;介绍非药物治疗方法,如寒冷疗法、温热疗法,按摩疗法,运动疗法等。

二、物理疗法

1. 寒冷疗法 寒冷可以使局部温度降低,神经纤维传导速度和痛觉感受器的敏感性下降,可缓解疼痛、减轻痉挛、改善关节活动范围。冷疗的形式有固体、液体和气体3种。固体是指用冰块敷于局部疼痛区域以缓解疼痛;液体是指将疼痛的肢体浸于含有冰块的水溶液中来减轻疼痛;气体是指用冷冻剂喷雾的方式,喷于局部疼痛的区域。冷疗的不良反应主要是感觉过敏。对冷刺激的反应过敏者或局部感觉障碍者不宜冷疗。由于治疗不当而发生冻伤时,一般只将局部擦干、保暖,无须特殊处理,可自愈。

2. 温热疗法 温热疗法可使局部温度升高,毛细血管扩张,血流量增大,肌腱、关节囊、瘢痕等纤维组织的延展性增加,从而使局部代谢率增加,缓解炎症反应,改善关节僵硬、肌肉痉挛、关节挛缩,疼痛减轻。热疗可分为浅表热疗法和深部热疗法,前者有湿热敷、石蜡疗法、蒸汽、坎离砂、可见光、红外线等;后者包括各种电疗如超声波、微波等。

三、运动疗法

运动疗法的目的:①通过恢复正常肌张力、肌力、肌长度和关节活动度,即破坏疼痛—痉挛—压迫—疼痛的恶性循环来控制疼痛;②通过运动而改善局部和全身血液、淋巴循环,消除或减少慢性损伤部位的致痛物质,并可刺激中枢释放内啡肽;③通过运动对患者产生良好的心理效应,证实活动的可行性,提高患者的积极性,从而从根本上消除疼痛。

运动训练方法:急性损伤阶段(第2~3 d至1周内)可因疼痛而产生保护性痉挛,此时应限制活动,并辅加以压和冷敷。但必须指出,完全制动会迅速导致肌肉无力和关节挛缩。因此,这一时期应进行等长收缩练习;如果疼痛有所缓解,患者能够忍受,可进行ROM训练;随着疼痛的进一步好转,可开始强度练习和有氧训练。

运动疗法的形式:主要有被动运动、助力运动、主动运动、牵张运动和放松训练等,可根据患者的具体情况选择一种至数种方法。

四、行为疗法

疼痛的行为治疗是指控制病态行为(如减少用药量和就诊次数),促进健康行为(如增加体能训练及日常活动、逐步恢复工作等)。常用的行为治疗方式有生物反馈、认知行为治疗、催眠疗法和放松训练等。

1. 生物反馈 是通过有意识地学习,调节血压、心跳、胃肠蠕动、皮肤温度、脑电波等功能,从而使肌肉得到充分的放松,达到消除或缓解疼痛的一种训练方法。

2. 认知行为调整疗法 通过改变患者对疼痛的认知构成和处理过程来帮助患者学习自我控制和自我处理疼痛的能力。临床上常采用注意力转移、疼痛想象转移、意念集中、意念分离等方法。

3. 放松训练 包括肌肉的充分放松、腹式呼吸、意念、瑜伽功和自律练习等,亦可教会患者自我催眠术。

五、药物治疗

临床上慢性疼痛通常应用的药物有3类。

1. 非甾体类消炎镇痛药 此类药物是通过抑制前列腺素的合成和释放,减轻炎症反应,以及降低周围和中枢对某些化学递质的疼痛反应而产生止疼效果。

此类药物的优点是成瘾性小,呼吸系统、循环系统和中枢神经系统的不良反应小,服用方便,主要用于轻、中度疼痛的治疗。不良反应最常见的是胃肠道反应,其次是造血系统,肾脏、肝脏也有不同程度的毒性反应以及变态反应。

常用的非甾体类消炎镇痛药有:阿司匹林、对乙酰氨基酚、吲哚美辛、布洛芬、萘普生、吡罗昔康等。

2. 麻醉镇痛药 多用于治疗急性、反复发作性或癌性、手术后疼痛等。其作用短暂,但可解除难以忍受的疼痛。但应注意对慢性疼痛患者必须避免使用此类药物。因为长期使用麻醉镇痛药后所产生的麻烦远比单纯慢性疼痛多,所产生的耐受性紊乱、躯体依赖、心理依赖成为主要问题。

麻醉镇痛药的不良反应主要是对中枢神经系统的不良反应。如不必要的镇静、意识模糊、注意力不能集中,嗜睡、心理和行动障碍、便秘、恶心、呕吐、耐药性、躯体依赖、心理依赖和呼吸障碍。

3. 辅助性镇痛药 常用药物有3类。

(1) 抗抑郁药:治疗机制是通过阻断中枢神经系统内神经递质5-羟色胺的吸收,提高去甲肾上腺素和5-羟色胺能神经的传导作用,加强对后角上行性损伤刺激的抑制而达到镇痛效果。此类药物包括阿米替林、多虑平、去甲替林等。

(2) 抗惊厥药:其作用机制不明。这类药物有苯妥英钠、卡马西平等。用于治疗三叉神经痛、带状疱疹后神经痛、烧灼后神经痛和幻肢痛等慢性疼痛。

(3) 抗痉挛药:其作用机制是通过 γ -氨基丁酸 β -受体而抑制兴奋性氨基酸的释放和在 γ -受体部位对介质的再吸收的作用而解痉。常用药物为巴氯芬。主要用于因骨骼肌痉挛而引起的疼痛,也可用于三叉神经痛。

六、神经阻滞和局部封闭

1. 腰和骶管硬膜外激素注射 用醋酸波尼松 50 mg,等渗盐水或 0.5%利多卡因 10 ml 稀释后注入,每周 1 次,3~6 次为 1 疗程。适用于腰腿痛患者。

2. 神经阻滞疗法 常用的阻滞疗法有星状神经节、臂丛、肋间神经和椎旁神经节阻滞疗法。用于治疗该神经所支配的区域的疼痛。

七、神经破坏术

1. 化学法 用 6%~7%酚甘油注入蛛网膜下隙,或用无水乙醇注射神经干,前者用于治疗下腰痛,后者用于治疗恶性疾患疼痛。

2. 低温冷冻疗法 用一低温(-70°C)探头放入神经组织,冷冻 1~2 min,多用于周围神经顽固性疼痛。

3. 射频疗法 用一高温探头(45°C 以上)插入神经组织内,使该神经产生永久性功能改变。用于周围神经、脊神经节及三叉神经节等所致的慢性顽固性疼痛。