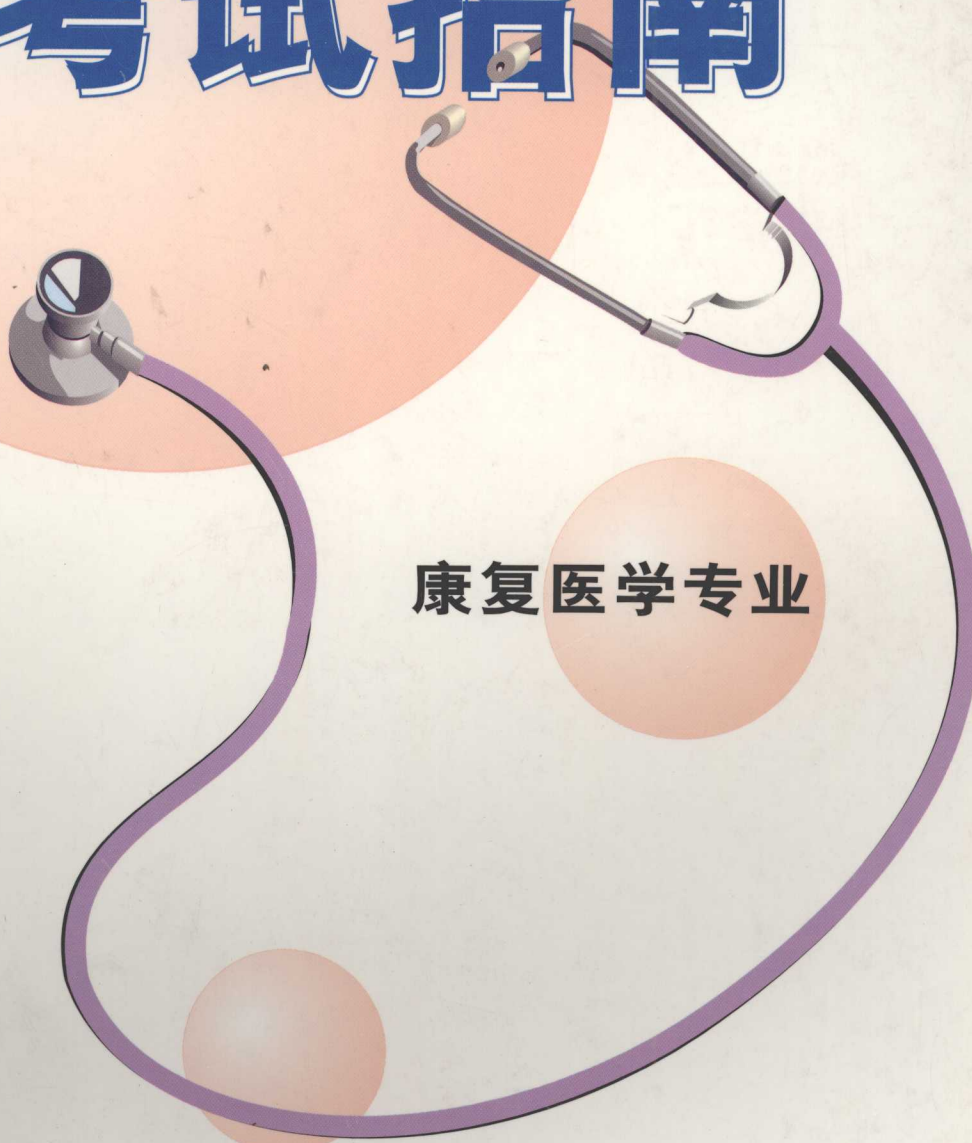


全国卫生专业技术资格考试专家委员会编写

2003年 卫生专业技术资格 考试指南



康复医学专业

知识出版社

全国卫生专业技术资格考试专家委员会编写

2003 年
卫生专业技术资格考试指南
康复医学专业

知识出版社

总编辑：徐惟诚 社长：田胜立

图书在版编目（CIP）数据

卫生专业技术资格考试指南，康复医学专业/卫生专业技术资格考试专家委员会编写。—北京：知识出版社，2001.9

ISBN 7-5015-3177-3

I.卫… II.卫… III.康复医学-医药卫生人员-资格考核-自学参考资料 IV.R 192

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2001）第 066100 号

策划人：张高里 于淑敏

责任编辑：卞小琴

封面设计：主桅美术

责任印制：徐继康

知识出版社出版发行

（100037 北京阜成门北大街 17 号 电话：68318302）

北京泽明印刷有限责任公司印刷 新华书店经销

2001 年 9 月第 1 版 2003 年 2 月第 3 版第 1 次印刷

开本：787 毫米×1092 毫米 1/16 印张：39

字数：873.6 千字 印数：10001—11600 册

定价：122.00 元

本书如有印装质量问题，可与出版社联系调换

目 录

康复医学专业资格考试指南	1
第一章 总论	3
第一节 康复	3
第二节 康复医学	7
第三节 现代康复医学的发展	11
第二章 康复评定	13
第一节 概述	13
第二节 关节活动度测量	15
第三节 肌力与肌张力的评定	21
第四节 平衡功能的评定	25
第五节 步态分析	29
第六节 日常生活活动能力评定	32
第七节 认知功能的评定	35
第八节 心肺功能评定	39
第九节 神经肌肉电生理基础	47
第十节 肌电图检查	49
第十一节 神经传导与反射检查	54
第十二节 诱发电位	56
第十三节 电刺激式电诊断	58
第三章 物理疗法	60
第一节 基本概念	60
第二节 电疗法	61
第三节 光疗法	96
第四节 磁疗法	124
第五节 超声疗法	128
第六节 传导热疗法	133
第七节 冷疗法	136
第八节 水疗法	137
第九节 生物反馈疗法	141
第十节 运动疗法	143
第十一节 手法治疗	192
第十二节 牵引治疗	196
第四章 作业疗法	200
第五章 言语治疗	207
第一节 言语功能评定	207

第二节 言语治疗	210
第六章 心理测验与治疗	214
第一节 心理测验	214
第二节 心理治疗	217
第七章 康复医学工程	221
第一节 假肢	221
第二节 轮椅	224
第三节 矫形器	226
第四节 助行器	228
第五节 自助具	231
第六节 无障碍设施	232
第七节 环境控制系统及机器人	234
第八章 神经科伤病的康复	235
第一节 脑血管意外	235
第二节 脑损伤	241
第三节 脊髓损伤	246
第四节 周围神经损伤	251
第五节 脑性瘫痪	254
第六节 脊髓灰质炎	259
第七节 多发性硬化	262
第八节 帕金森病	263
第九章 骨关节伤病的康复	266
第一节 软组织损伤	266
第二节 肌纤维织炎	268
第三节 骨关节炎	270
第四节 肩关节周围炎	272
第五节 髋关节置换术后	275
第六节 骨与关节化脓性炎症	277
第七节 骨折	280
第八节 截肢	289
第九节 手外伤	293
第十节 颈椎病	298
第十一节 腰椎间盘突出病变	307
第十二节 类风湿性关节炎	314
第十三节 强直性脊椎炎	317
第十章 内科疾病的康复	321
第一节 高血压	321
第二节 冠心病	323

第三节	急性气管炎、支气管炎	330
第四节	肺炎	331
第五节	慢性阻塞性肺病	333
第六节	慢性胃炎	337
第七节	溃疡病	339
第八节	胃下垂	341
第九节	泌尿系感染	342
第十节	急性肾功能衰竭	343
第十一节	糖尿病	346
第十一章	外科疾病的康复	350
第一节	软组织化脓性感染	350
第二节	烧伤	352
第三节	溃疡	356
第四节	压疮	357
第五节	瘢痕与粘连	357
第十二章	眼、耳鼻喉、口腔科疾病的康复	359
第一节	眼部疾病	359
第二节	耳部疾病	363
第三节	鼻部疾病	365
第四节	咽部疾病	367
第五节	喉部疾病	368
第六节	口腔疾病	370
第十三章	恶性肿瘤的康复	375
第一节	概述	375
第二节	乳癌根治术后	376
第三节	喉癌根治术后	377
第四节	结直肠癌腹壁造口术后	378
第十四章	其他病症的康复	380
第一节	疼痛	380
第二节	痉挛	385
第三节	排尿障碍	388
第四节	排便障碍	391
第五节	骨质疏松症	393
第十五章	皮肤科疾病的康复	398
第一节	银屑病	398
第二节	带状疱疹	398
第三节	单纯疱疹	399
第四节	玫瑰糠疹	400

第五节 变应性皮肤血管炎	401
第十六章 妇产科疾病的康复	402
第一节 妇科疾病	402
第二节 产科疾病	406
第十七章 儿科疾病的康复	408
第一节 小儿康复治疗的特点	408
第二节 小儿常见疾病	408
第三节 儿童运动功能障碍	414
第十八章 老年病的康复	418
康复医学治疗技术、康复医学专业资格考试大纲	425
康复医学专业资格考试题集	485
康复医学专业主治医师资格考试练习题	487
康复医学专业主治医师资格考试模拟题	508
基础知识	508
相关专业知识	516
专业知识	525
专业实践能力	533
答案	542
2001 年康复医学专业主治医师资格考试试题	546
基础知识	546
相关专业知识	558
专业知识	571
专业实践能力	586
附件	599
一、卫生专业技术资格考试答题卡	
二、卫生专业技术资格考试考生手册	

康复医学专业资格 考试指南

第一章 总论

第一节 康复

一、定义及范畴

康复的原意是指“复原”、“重新获得能力”、“恢复原来的权利、资格、地位、尊严”等。1981年,世界卫生组织(WHO)康复专家委员会将康复定义为“采取一切措施以减轻残疾带来的影响并使残疾人重返社会”。“康复不仅是指残疾人适应周围的环境,还包括调整残疾人的周围环境和社会条件以利于他们重返社会。”因此,康复是综合、协调地应用各种措施,以减少病、伤、残者的身体的、心理的、社会的功能障碍,发挥病、伤、残者的最高潜能,使其能重返社会,提高生存质量。

康复的范畴包括医疗康复、康复工程、教育康复、社会康复、职业康复等,这些方面共同构成了全面康复。

二、目标

康复针对的是病、伤、残者的功能障碍,是通过综合、协调地应用各种措施来提高局部与整体的功能水平,是以整体人而不是局限于病灶器官或局部治疗为对象。病、伤、残者通过康复后,如果局部或系统功能由于种种原因无法完全恢复而残留不同程度的功能障碍,但只要其整体功能水平有改善,能适应周围环境以及融入其所生活的社会,仍然可以过着有意义的生活。因此,康复是以帮助病、伤、残者回归社会,提高他们的生存质量为最终目标。

三、服务方式

WHO 提出康复服务的方式有以下 3 种:

(一)机构内康复(IBR)

在医院和中心内实施的康复。所谓机构包括综合医院中的康复科(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)等。机构内康复的特点是有比较完善的康复设备,有经过正规训练的各类专业人员,有比较高的专业技术,既可以开展早期康复治疗,如重症监护室(ICU,CCU)和相关临床科室(如神经内外科、骨科、儿科,妇产科等)的床边治疗,也可以提供康复科(门诊或住院)的治疗,解决病、伤、残者的各种康复问题。其不足之处在于病、伤、残者必须在机构内,或是住院或是在门诊方能接受康复服务。

(二)上门康复服务(ORS)

机构内康复和社区康复之间的一种过渡形式。由具有一定水平的康复专业人员,走出机构到病、伤、残者的家庭或居住的社区中开展的康复服务。与机构内康复不同的是,病、伤、残者不用住院或门诊便可得到基本的康复服务。例如,病、伤、残者结束机构内的康复后回到家,根据需要,由原来的机构或居住地附近的机构派医生、治疗师和护士上门继续给予康复评定和康复治疗。其不足之处在于上门康复服务的时间及专业人员有限。因此,康复服务的内容往往受到一定的限制。

(三)社区康复(CBR)

WHO 在 20 世纪 70 年代所倡导的一种行之有效的康复服务形式。1994 年 WHO、国际劳工组织(ILO)和联合国教科文组织(UNESCO)共同制订了关于社区康复的联合意见书,提出社区康复的定义、目标、方法、持续发展的条件、加强部门间的合作等要点。

1.定义 “CBR 是社区发展的一项策略,是使所有残疾人得到康复、具有平等的机会和达到社会一体化”。因此,CBR 应该是社区所有,为社区服务。

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,并使其受益。

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(机构内康复)下传;而一些难于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 难于持续生存和发展。

上述 3 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。

四、残疾预防

(一)定义

1.残疾 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,以至于不同程度地丧失正常生活、工作和学习的一种状态。简单来说是指功能丧失或减弱或异常。国内中文也有将其译为弱能或失能,目前比较一致的翻译是“残疾”。广义的残疾还包括病损、残障在内,成为人体、身心功能障碍的总称。

2.残疾者或残疾人 在人体结构、生理或心理上由于某种组织或功能的丧失(或不正常),使得部分或全部失去以正常方式从事个人或社会生活能力的人。包括视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾、内脏残疾、多重残疾和其他残疾的人。

(二)致残原因

1.疾病

(1)传染病:如脊髓灰质炎、乙型脑炎、脊椎结核等;

(2)孕期疾病:如风疹、宫内感染、妊娠毒血症等;

(3)慢性病和老年病:如心脑血管疾病、慢性阻塞性肺疾病、类风湿性关节炎、肿瘤等。

2.营养不良 如蛋白质严重缺乏可引起智力发育迟缓,维生素 A 严重缺乏可引起角膜软化而致盲,维生素 D 严重缺乏可引起骨的畸形等。

3.遗传 可致畸形、精神发育迟滞、精神病等。

4.意外事故 如交通事故、工伤事故、运动损伤、产伤等,可致颅脑损伤,脊髓损伤,骨骼肌肉系统损伤等。

5.物理、化学因素 如噪声、烧伤、链霉素或庆大霉素中毒、酒精中毒等。

6. 社会、心理因素 可致精神病等。

(三) 残疾分类

1. 国际残疾分类

(1) ICDH 分类 1980 年 WHO 颁布了《国际残损、残疾和残障分类》(ICIDH), 将残疾划分为 3 个独立的类别, 即残损、残疾、残障, 在每一类中又有许多细分项目。这一分类方法是根据病伤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定对策, 将人们从“病因-病理-表现”的医学生物学模式中引导出来(见图 1-1-1)。

疾病(Disease)→残损(Impairment)→残疾(Disability)→残障(Handicap)

图 1-1-1 ICDH 各构成成分之间的相互作用示意图。

(2) ICF 分类 1997 年 3 月 WHO 公布了新的 ICDH 分类《International Classification of Impairments, Activities, and Participation》, 1999 年 7 月改为《International Classification of Functioning and Disability》, 2001 年 5 月经世界卫生大会定稿后正式公布, 称为《International Classification of Functioning, Disability and Health》(ICF, 原称为 I-ICIDH-2), 中文译为《国际功能、残疾和健康分类》。

ICF 将残疾和功能分类作为一种相互作用和演进的过程, 提供了一种多角度的分类方法, 制定了一种全新的模式图(见图 1-1-2)。

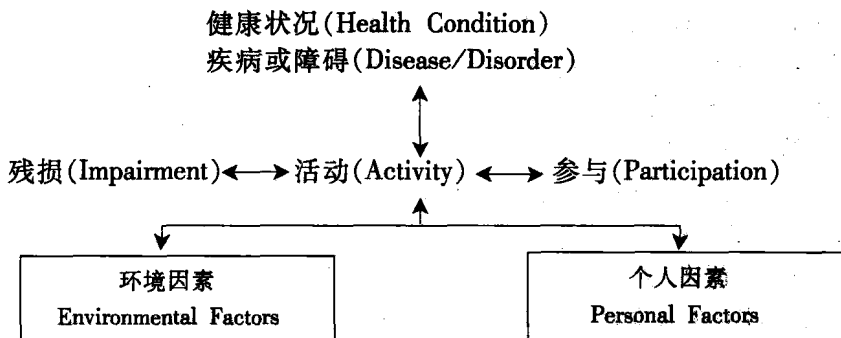


图 1-1-2 ICF 各构成成分之间的相互作用示意图

ICIDH 分类是一种疾病后果的分类, 着眼于“患者”这一特殊的群体, 强调单一方向的作用; 而 ICF 是一种健康及其相关领域的分类, 立足于“健康及其环境”, 强调各因素之间的相互(双向)作用, 从“生物-心理-社会”的角度认识疾病与健康。因此, 与所有人群有关, 具有普遍的适用性。

2. 国内残疾分类 1987 年全国残疾人抽样调查时将我国的残疾分为 5 类, 各类再进一步分级。这种分类标准主要是根据残疾部位, 具体包括:

(1) 视力残疾 分为一级盲、二级盲。

(2) 听力语言残疾 分为聋(一级聋、二级聋), 重听(一级重听、二级重听), 单纯语言残疾(不分级)。

(3) 智力残疾 分为一级(极重度), 二级(重度), 三级(中度), 四级(轻度)。

(4) 肢体残疾 分为四级, 一级最重, 四级最轻。

(5)精神残疾 分为一级(极重度),二级(重度),三级(中度),四级(轻度)。

(四)残疾评定

1.评定意义 残疾评定是对残疾的性质、范围、类别及严重程度作出判断,为估计预后、制订和调整康复治疗方、评估治疗效果以及提出进一步全面康复计划提供依据。

2.评定步骤包括

(1)询问病史 如主诉、现病史、过去史、发育史、心理行为史、职业史、家庭与社会生活史。

(2)体格检查 重点是皮肤、视力、听力、肌肉骨骼系统、心血管系统、呼吸系统、泌尿生殖系统、神经系统及直肠功能。

(3)综合功能检查 如转移能力、平衡能力、步态、日常生活活动能力、心理状态、语言能力、职业能力、社会生活能力等。

(4)专科会诊 如遇言语、精神障碍、骨科情况复杂者,要进行耳鼻喉科、神经科、精神科、骨科等专科会诊。

(5)实验室、影像学检查等。

(6)汇总资料,写出残疾评定报告。

(五)残疾预防

残疾的预防分为三级,各级预防均应在国家、地方、社区、家庭的不同层次以及在不同的时期(胎儿、儿童、青年、成年、老年)进行。

1.一级预防 可以降低残疾发生率70%。其目的是减少残疾的发生,其措施主要针对各种致残因素,包括优生优育、严禁近亲结婚、加强遗传咨询、产前检查、孕期及围产期保健、预防接种、积极防治老年病和慢性病、合理营养、合理用药、防止意外事故、加强卫生宣教、注意精神卫生等。

2.二级预防 可以降低残疾发生率10%~20%。其目的是限制或逆转由病损造成的残疾。因此,早期发现、早期治疗是关键,治疗可通过适当的药物(如治疗结核、高血压等)和基本的手术(如创伤、骨折、白内障手术等)治疗。

3.三级预防 目的是减少残疾给个人、家庭和社会所造成的影响。可以通过康复医疗(如运动疗法、作业疗法、心理治疗、言语治疗以及假肢、矫形器、辅助器、轮椅等)。教育康复、职业康复、社会康复、还应包括社会教育。

五、政策法规

(一)国际方面

国际康复的发展历史说明康复的发展必须依靠社会、政府和国家之间的合作。在国际康复发展历史中具有重要意义的政策包括1971年联合国在第26次大会通过的第2856号决议“精神迟滞者权利宣言”、1975年在第30次大会上通过的第3447号决议“残疾人权利宣言”、1982年在第37次大会上通过的第3752号决议确定的1983~1992年为联合国残疾人十年和“关于残疾人世界行动纲领”、1994年联合国发布的“残疾人机会均等的标准条例”、WHO于1980年制订的“国际残疾分类”方案、1981年发表的“残疾的预防与康复”。这些文件在推动康复事业的发展中起了极为重要的作用。

(二)国内方面

1.政策法规 我国现代康复医学始于 20 世纪 80 年代初,由于政府的重视,发展迅速。1988 年国务院批准颁布实施了“中国残疾人事业五年工作纲要”(1988~1992),创见性地提出了三项康复(白内障复明、小儿麻痹后遗症矫治、聋儿听力语言训练)。1988 年,国家建设部、民政部和中国残疾人联合会共同颁布了《方便残疾人使用的城市道路和建筑物设计规范》,明确规定建筑物内外部的无障碍设计要求。1990 年 12 月 28 日第七届全国人大常委会第 17 次会议通过了我国第一部《残疾人保障法》,于 1991 年 5 月 15 日起生效。为了贯彻执行《残疾人保障法》,卫生部、民政部、中国残疾人联合会于 1991 年 7 月 31 日共同颁布了《康复医学事业“八五”规划要点》。自“八五”以来,每一个五年计划期间国家都制定了中国残疾人事业计划纲要。2001 年 3 月 15 日第九届全国人民代表大会第四次会议批准的《中华人民共和国国民经济和社会发展第十个五年计划纲要》重申要“发展康复医疗”、“加强残疾人事业,帮助残疾人康复”等任务。这些政策法规既为我国康复事业指明了方向,也促使了康复事业的新进展。

2.康复宣传教育 每年 5 月的第二个星期日是全国的助残日,每年有特定的目标和主题。开展全国助残日活动,不仅可以做许多具体、切实、有效的工作,也在不断地教育群众,提高人们对残疾与康复的认识。我国在 1987 年开始引入并推行 CBR 项目,在卫生部、民政部和残疾人联合会分别领导下,已经进行了多个地区、多种规模的实践,也建立了一些相应的机构。1999 年,十个部委联合制订“社区卫生服务”的文件,已将康复纳入其中,规定“融预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务等为一体的,有效、经济、方便、综合、连续的基层卫生服务。”目前正在各省市大力组织实施之中。

第二节 康复医学

一、概念

(一)定义

康复医学(rehabilitation medicine)是医学的一个重要分支,是卫生保健不可缺少的一部分,是研究有关功能障碍的预防、评定和处理(治疗、训练)等问题,促进病、伤、残者康复的医学。本学科的名称除了使用康复医学之外,欧美等国也使用“物理医学与康复(physical medicine & rehabilitation),我国台湾使用“复健医学”,香港使用“复康医学”。

(二)对象

康复医学的对象主要是由于损伤、急慢性疾病和老龄带来的功能障碍者以及先天发育障碍者。功能障碍是指身体、心理不能发挥正常的功能。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,可以与疾病并存或成为疾病的后遗症。因此,康复介入的时间,不仅在功能障碍发生以后,更应在障碍出现之前或在功能障碍发生的早期或急性期,强调早期介入。康复医学着眼于整体康复,因而具有多学科性、广泛性、社会性,并充分体现了“生物-心理-社会”的医学模式。

二、内容

康复医学包括康复医学基础、康复评定和康复治疗。

(一)康复医学基础

包括康复、康复医学的基本内容、康复医学的基础(包括残疾学、运动学、物理学等)以及与康复医学相关临床医学科等。

(二)康复评定

1.定义 康复评定是指在临床检查的基础上,对病、伤、残者的功能状况及其水平进行客观、定性和(或)定量的描述(评价),并对结果作出合理解释的过程,又称功能评定。Granger(1996)对功能评定的解释是“描述个体能力及其是否受限的一种方法,其范畴是测量个体在完成日常生活活动、休闲娱乐、职业、社会活动及其他行为活动中应用不同技巧的能力”。因此,康复评定至少应包括躯体功能、言语(交流)功能、心理精神功能及社会适应性等4个方面。

2.目的 康复评定是制订康复治疗计划的前提和基础,也是评价康复治疗的客观依据,其目的有以下几个方面:

(1)了解功能障碍的性质,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(如脑性瘫痪,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)了解功能障碍的范围,明确功能障碍是属于哪一个或几个方面(躯体、言语、心理、社会功能)受到限制,以便选择针对性的评定方法及其量表。

(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)了解评定对象的康复欲望及需求,制订适宜的治疗目标和治疗计划。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,并根据评定结果制订出适宜的治疗方案,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,制订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停止治疗。

(6)预测结局 又称为结果评定,是依据初期和中期评定的结果,对患者将来的功能结局作出比较客观、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的期望过低或过高。

3.康复评定与临床检查的区别 临床检查是康复评定的基础,但临床检查提供的信息多偏重于疾病本身的诊断和治疗。例如:对言语障碍(失语症)的患者,临床检查注重了解是属于感觉性失语还是运动性失语,或者二者兼有之(混合性);是完全性还是不完全性,而康复评定中的言语评定,不仅可以得到失语症的一般资料,还可以将失语的类型进一步细分为表达性失语、接收性失语、命名性失语、言语错乱以及有无书写、阅读及复述能力的改变。因此,康复评定比临床检查更具体,更有针对性。

4.康复评定时间 根据康复对象是住院治疗还是门诊治疗,可以在不同的时间进行评定,间隔一定的时间再次评定。

(1)初次评定 是在制定康复计划或开始康复治疗前的评定,也称为初期评定。其目的主要是了解存在问题 and 功能状态及其障碍程度,了解康复潜能及可能影响因素,

并作为制定康复计划及短期、长期目标的依据。

(2)再次评定 又称为中期评定。其目的是了解功能有无改善及其程度,并决定是否要对原有的目的和(或)计划进行适当调整。对恢复速度比较快、早期或住院患者可每1~2周评定1次,对恢复速度比较慢、病程比较长或门诊患者可3~4周评定1次。

(3)最后评定 在康复治疗结束前或患者出院前进行的最后评定(或称为终期评定)。其目的是了解康复效果,有无达到预期的目标,并提出今后继续康复治疗、预防复发或继发性残疾的意见,对住院患者还应制定出院计划,如果需要继续治疗,应转诊到门诊、专门机构或社区康复站。

(三)康复治疗

1.物理治疗(physical therapy, physiotherapy,PT) 包括物理因子疗法和运动疗法。物理因子疗法是使用电、光、声、磁、水、热、冷、力等物理因子治疗,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,经皮电神经刺激(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。运动疗法是通过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。如肢体瘫痪后通过活动将不正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了的运动功能,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.作业治疗(occupational therapy,OT) 针对病、伤、残者的功能障碍,从日常生活活动、手工操作劳动或文体活动中,选出一些针对性强、能恢复患者功能和技巧的作业(常常合并为使患者感兴趣的元素),让患者按照指定的要求进行训练,以逐步恢复或改善其功能。在生活自理方面,常选用进食、梳洗、穿衣、从床上到轮椅等转移活动;在手工操作方面,常选用木工、纺织、刺绣、制陶、手工艺品制作等;在文体活动方面,常选用套环、拼七巧板、九柱戏、书法、绘画和各种有价值的游戏等。对于活动困难者,作业治疗人员还要制作一些有利于他们克服困难的自助具。对于装配假肢、矫形器和特殊轮椅(气动、电动、频控等)的患者,要训练他们学会操纵和使用。对于认知能力有障碍的患者,要对他们进行认知的再训练。对一些需要简单夹板的患者(主要为上肢,方便日常生活或训练用),还要为他们配制。

3.言语治疗(speech therapy,ST) 针对脑卒中、颅脑外伤后或小儿脑瘫等引起的言语障碍进行矫治的方法。通过评定,鉴别言语障碍的类型(如构音异常、言语异常或流畅度异常等),给予针对性的练习。如发音器官练习、构音结构练习、单音刺激、物品命名练习、读字练习、情景会话练习等方法,恢复或改善患者的交流能力。

4.心理治疗(psychological therapy) 通过观察、谈话、实验和心理测验法(智力、人格、神经心理等)对患者的心理异常进行诊断,采用精神支持疗法、暗示疗法、催眠疗法、行为疗法、脱敏疗法、松弛疗法、音乐疗法和心理咨询等对患者进行治疗。

5.文体治疗 选择患者力所能及的一些文娱、体育活动,对患者进行功能恢复训练,一方面恢复其功能,另一方面使患者得到娱乐,锻炼身体以及参与集体活动。

6. 中国传统治疗 2000 多年前的中医著作中就有功能康复的概念和康复治疗的内容。如按摩、针灸、热疗、食疗、体育锻炼等治疗方法,动和静的统一。同时,我国传统的康复疗法对世界医学的发展也有一定的积极影响。例如,17 世纪末针刺术传入欧洲,18 世纪末导引术以“功夫”的名称传入西方。至今,太极拳、针灸、气功、推拿等传统康复治疗方法在保健和调整功能方面的独特的作用仍为世界医学界所瞩目。

7. 康复护理 除治疗护理手段外采用的与日常生活活动密切联系的运动治疗、作业治疗的方法和帮助残疾者自理生活的护理方法。如在病房中为防止肌肉萎缩和关节僵直而对患者进行被动运动、按摩;在病房中训练患者利用自助具进食、穿衣、梳饰、排泄等。

8. 康复工程 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。

9. 社会服务 在患者住院时,帮助患者尽快熟悉和适应环境,正确对待现实和未来,与家人一道向社会福利、服务、保险和救济部门求得帮助;在治疗期间协调患者与专业组各成员的关系;在出院前,帮助患者作好出院后的安排;出院后进行随访并帮助他们与社会有关部门联系以解决其困难。

三、工作方式

康复医疗需要多种专业的服务,因此常采用多专业联合作战的方式,共同组成康复治疗组,康复医师为组长。成员包括物理治疗师(PT)、作业治疗师(OT)、言语矫治师(ST)、心理治疗师、假肢与矫形器师(PO)、文体治疗师(RT)、社会工作者(SW)等。在组长的领导下,各种专业人员对患者进行功能评定后分别实施治疗,在定期召开的治疗组会议上,汇报患者功能评定的结果及所实施的治疗方案,讨论治疗方案及其疗效、发展趋势、预后、转归,并提出进一步的方案(包括近期、中期、远期),然后由康复医师归纳总结为一个完整的、分阶段性的治疗计划,由各专业再分头实施。治疗结束时,再召开治疗组会对康复效果进行总结,并为下阶段治疗或出院后的康复提出意见。

四、与其他临床学科的关系

(一)康复医学属于临床医学

康复医学属于临床医学的范畴,但不是临床医疗的延续和重复。在国际康复医学发展的初期,康复医学是以骨科和神经系统的伤病为主。20 世纪后期,心肺疾患的康复、器官移植、肿瘤患者的康复也逐渐展开。随着康复概念的更新和全面康复思想的传播,康复医学范围逐渐扩大,与临床学科的关系日益密切,由以慢性病、伤、残为主要对象逐渐转向早期介入,如急性期和 ICU 病房的床边治疗、骨科择期手术、患者手术前的训练等,有与临床其他学科相融合的趋势。

(二)综合医院必须加强康复

国内外经验证实,康复开始得越早,效果越好。急性期开始的所有医疗内容,都含有康复的意义。承担医疗第一线任务的综合医院,对康复负有重要的责任,是取得康复成功的关键。可以说:综合医院应是康复的最佳场所、最佳时机。由于康复是以提高人的整体功能、提高生存质量为目标,包括身体的、精神心理的和社会生活各方面的能力。在现阶段医疗思想仍以“治病救命”为主要目标的情况下,经过实际工作的启迪,经