

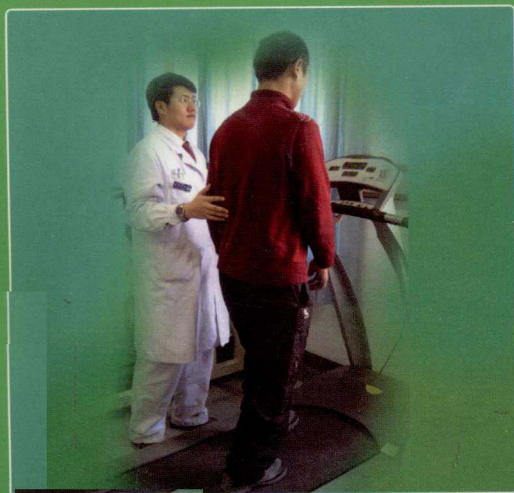
KangFu YiShi

SuCha ShouCe

康复医师

速查手册

宋为群 周谋望 贾子善 主编



科学技术文献出版社

康复医师速查手册

名誉主编 王茂斌

主 编 宋为群 周谋望 贾子善

副主编 霍 速 陈亚平

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

康复医师速查手册/宋为群,周谋望,贾子善主编.-北京:
科学技术文献出版社,2011.1

ISBN 978-7-5023-6721-3

I. ①康… II. ①宋… ②周… ③贾… III. ①康复
医学-手册 IV. ①R49-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 160398 号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)58882938,58882087(传真)
图书发行部电话 (010)58882866(传真)
邮 购 部 电 话 (010)58882873
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail:stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 陈玉珠 付秋玲
责 任 编 辑 白殿生
责 任 校 对 赵文珍
责 任 出 版 王杰馨
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 富华印刷包装有限公司
版 (印) 次 2011 年 1 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 787×960 32 开
字 数 371 千
印 张 13.75
印 数 1~3500 册
定 价 28.00

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

本书以首都医科大学宣武医院及北京大学第三医院的康复医师为主撰写,系统阐述了各类病证的康复评估及康复治疗方法。全面介绍了临床康复中常用的各类评估量表,特别是近年来获得循证医学证据支持各类康复治疗技术,以及按照各类疾患的恢复进程制定康复处方的要点。内容紧密结合临床实际,强调科学性、实用性和可操作性的统一,编排上力求便于查阅,每章后附参考文献以便深入研究,书后还附有中、英文索引,可按拼音、字母顺序查找所需概念。本书适于康复医师、康复治疗师、其他各科临床医生和社区全科医生在临床实践中查阅参考。

科学技术文献出版社是国家科学技术部系统惟一一家中央级综合性科技出版机构,我们所有的努力都是为了使您增长知识和才干。

编者姓名(按姓氏笔画顺序)

- 于海阔 (首都医科大学宣武医院)
王 卓 (首都医科大学宣武医院)
宋为群 (首都医科大学宣武医院)
汪 洁 (首都医科大学宣武医院)
李广庆 (首都医科大学宣武医院)
李胜利 (中国康复研究中心)
杜巨豹 (首都医科大学宣武医院)
吴东宇 (首都医科大学宣武医院)
陈亚平 (北京大学第三医院)
陈 真 (首都医科大学宣武医院)
杨延砚 (北京大学第三医院)
杨远滨 (首都医科大学宣武医院)
周谋望 (北京大学第三医院)
段红光 (首都医科大学宣武医院)
胡 洁 (首都医科大学宣武医院)
贾子善 (河北省人民医院)
袁 英 (首都医科大学宣武医院)
黄红拾 (北京大学第三医院)
潘 钰 (首都医科大学宣武医院)
霍 速 (首都医科大学宣武医院)

前 言

近年来,随着康复医学在我国的飞速发展,康复医师的队伍不断壮大。由于康复医学是一门新兴的学科,涉及的疾病范围相当广泛,康复医师不仅要熟练掌握各种康复评定、康复治疗技术的特点、应用原则和基本方法,还要熟悉临床各科需要康复介入的常见病证的诊治;在临床实践和科研活动中,还需要运用一些普通康复医学教材中尚未提及的新技术、新方法,难免会感到自身知识储备不足,需要一本能随时查阅、快速解决问题的《康复医师速查手册》。

本书的第1章是临床常见问题的处理方法;第2至第5章则分别为神经科、内科、骨科和其他常见疾病的康复处方;第6章为常用活动及参与能力评定量表。书后附有中、英文索引,可按字母顺序查找所需概念。

另外,感谢首都医科大学的戴洁同学在本书的编辑和校对过程中所付出的辛勤劳动。

我们希望这是一本让读者感到使用方便的工具书,但由于水平有限,难免有不足之处,欢迎广大读者多提宝贵意见。

首都医科大学宣武医院康复医学科 宋为群

目 录

第 1 章 常见问题的处理	1
第 1 节 意识障碍	1
第 2 节 疼痛	6
第 3 节 眩晕	14
第 4 节 压疮	18
第 5 节 深静脉血栓	22
第 6 节 肌肉萎缩	27
第 7 节 肌肉痉挛	30
第 8 节 关节挛缩	34
第 9 节 呼吸困难	37
第 10 节 吞咽障碍	44
第 11 节 构音障碍	52
第 12 节 失语症	58
第 13 节 神经源性膀胱	67
第 14 节 神经源性直肠	74
第 15 节 认知功能障碍	79
第 16 节 情绪障碍	109
第 17 节 物理因子治疗的异常反应	137
第 2 章 神经系统伤病的康复处方	143
第 1 节 脑卒中	143
第 2 节 创伤性颅脑损伤	166
第 3 节 小儿脑瘫	174
第 4 节 脊髓损伤	185
第 5 节 帕金森病	196
第 6 节 脊髓灰质炎后遗症	201

第 7 节	运动神经元病	206
第 8 节	周围神经损伤	211
第 3 章	内科疾患的康复处方	219
第 1 节	冠心病	219
第 2 节	慢性阻塞性肺病	237
第 3 节	习惯性便秘	251
第 4 节	慢性疲劳综合征	253
第 5 节	类风湿性关节炎	256
第 6 节	强直性脊柱炎	262
第 4 章	骨科疾患的康复处方	269
第 1 节	骨折、脱位	269
第 2 节	人工关节置换	307
第 3 节	截肢术后	313
第 4 节	颈椎病	317
第 5 节	腰痛	322
第 6 节	脊柱畸形	329
第 7 节	骨关节炎	332
第 8 节	运动创伤	335
第 9 节	手外伤	337
第 5 章	其他疾病的康复处方	340
第 1 节	恶性肿瘤	340
第 2 节	烧伤	348
第 3 节	骨质疏松症	355
第 4 节	糖尿病足	361
第 6 章	常用活动及参与能力评定量表	371
附录 1	中文索引	411
附录 2	英文索引	417
附录 3	英文缩写对照	425

第1章 常见问题的处理

第1节 意识障碍

意识障碍(Disturbance of consciousness)是指人们对自身和环境的感知发生障碍,或中枢神经系统对内外环境刺激所做出的应答能力的减退或消失。

一、评定

(一)临床评定

意识障碍可以体现在两个层面上:一是意识水平(觉醒水平)的下降;二是意识内容的改变。这些改变包括定向力、感知力、注意力、记忆力、思维、情感与行为等。

1. 意识水平下降

(1)嗜睡(somnolent):可唤醒,定向力基本正常,但去除刺激又可进入睡眠状态。

(2)昏睡(sopor):较重的疼痛或较重的声音刺激可唤醒,回答问题内容错误,随即睡眠的状态。

(3)昏迷(coma):意识活动丧失,对外界各种刺激或自身内部的需要不能感知。可有无意识的活动,任何刺激均不能被唤醒的状态。可分为轻、中、深三度。

1)轻度昏迷:随意活动消失,对疼痛刺激有反应,各种生理反射(吞咽、咳嗽、角膜、瞳孔对光反射等)存在,体温、脉搏、呼吸多无明显改变,可伴谵妄或躁动的状态。

2)中度昏迷:对周围事物及各种刺激均无反应,对于剧烈刺激或可出现防御反射;角膜反射减弱,瞳孔对光反射迟钝,眼球

无转动;呼吸、脉搏、血压已有改变;大小便潴留或失禁的状态。

3)深度昏迷:随意活动完全消失的状态。患者对各种刺激皆无反应,各种生理反射消失,可有呼吸不规则、血压下降、大小便失禁、全身肌肉松弛、去大脑强直等。

2. 意识内容改变

(1)意识模糊(confusion)或称朦胧状态(twilight state):意识范围缩小,常有定向障碍,突出表现为错觉,或幻觉,但少见。

(2)谵妄状态(delirium state):定向力、自知力均有障碍,注意力涣散,与外界常呈现接触不良,常有丰富的错觉、幻觉,以错觉为主,形象而且逼真,常有外伤或伤入行为。

3. 特殊类型的意识障碍

(1)去皮层综合征(decorticated syndrome):由广泛的大脑皮层受损而引起,而脑干网状上行激活系统未受损,故病人能无意识地睁眼,光反射存在,但对外界无反应,无自发性语言与有目的的动作,呈上肢屈曲、下肢伸直姿势(去皮层强直),可保持睡眠—觉醒周期,可有无意识咀嚼与吞咽动作。

(2)无动性缄默症(akinetic mutism):多因脑干上部或丘脑的网状上行激活系统及前额叶—边缘叶系统受损,导致对外界刺激无反应、四肢不能活动,但可有无目的的睁眼或眼球运动,呈不典型去皮层强直状态,可保持睡眠—觉醒周期,但常有自主神经功能紊乱,如体温改变、心跳或呼吸不规则、多汗或小便失控等。

4. 植物状态和最小意识状态

(1)植物状态:患者可以觉醒,但对自身和周围环境不能知晓。

1)持续性植物状态(persistent vegetative state):急性脑外伤或者非创伤性脑损害后1个月仍然处于植物状态;并不意味着不可逆。

2)永久性植物状态(permanent vegetative state):是不可逆的;非创伤性脑损害后3个月或者脑外伤后12个月仍然处于植物状态。

(2)最小意识状态(minimally conscious state, MCS):患者表

现为对自身和周围环境有限但清晰的知晓。出现最小意识状态被定义为交流或有功能地使用物体的能力。它比持续性植物状态更可能进一步进展。但是,也有一些患者永久性处于最小意识状态。

(二)量表评定

目前,比较常用的评价意识状况及其严重程度的方法,包括Glasgow昏迷量表、Rappaport昏迷量表、JFK昏迷恢复量表等。

Glasgow昏迷量表(Glasgow coma scale, GCS)是对意识障碍进行评估的一种方法。此量表可确定急性期脑损伤的严重程度,见表1-1。

表 1-1 Glasgow 昏迷量表

睁 眼	语 言	运 动	记 分
		遵嘱动作	6
	切题	针刺时有定位动作	5
自动睁眼	不切题	针刺时回缩躲避	4
呼之睁眼	答非所问	针刺时肢体屈曲	3
疼痛睁眼	难辨之声	针刺时肢体伸直	2
无睁眼	无发音	无反应	1

注:最高分为15分,最低分为3分,8分以下为重度损伤,预后差。

≤8 示有昏迷;≥9 示无昏迷;9~11 为中度损伤;≥12 为轻度损伤

这类量表难以捕获意识状态的微小变化,特别是植物状态、最小意识状态、优势半球损害以及失语症患者。另外,任何一种心理测试手段也只是根据外部行为表现或结果去推断人脑的高级心理活动,故往往带有一定主观性。

(三)神经电生理评定

1. 脑干听觉诱发电位(brainstem auditory evoked potential, BAEP)

BAEP对于苏醒预测作用不大,但对患者是否能够存活的

预测有作用。另外,使用 BAEP 的中晚期成分可能对确定昏迷患者预后不良有帮助。

2. 体感诱发电位(somatosensory evoked potential, SSEP)

研究显示,急性脑损伤后 1~3 天, SSEP 双侧 N20 缺失提示从昏迷到复苏的可能性较小。

3. 脑电图

研究显示,意识障碍患者脑电波主要可分为良性、恶性和不确定几类。其中,恶性脑电类型有弥漫性慢波、爆发性抑制、 α 昏迷、 θ 昏迷以及弥漫性周期性复合波等。某些脑电类型与预后不良有关,可用于最终是否能存活的预测。

二、康复措施

(一)康复目标

充分稳定病情,保持身体的完整;通过预防严重畸形发展,使康复患者能节约大量时间和金钱。

1. 评定量表应该常规采用。通过监测,客观地明确患者当前的感觉和认知能力,以帮助及时修正康复计划。

2. 保持呼吸道通畅以及皮肤完整;
3. 防止感染;
4. 肌张力过高和挛缩的预防和治疗;
5. 预防和控制高热、癫痫发作等;
6. 保证充足的营养;
7. 防治并发症(如应激性溃疡、脑积水等);
8. 应避免使用镇静药物。

这包括各种抗痉挛、抗惊厥、抗高血压、抗胆碱能以及抗组胺药物,它们在易感患者中也许对认知有微妙的影响。

(二)康复治疗项目

1. 定时变换体位,保持良好肢位。
2. 关节被动活动,维持关节活动范围,亦可松弛关节痉挛。
3. 感觉刺激,目的在于促进觉醒及诱发运动。

(1) 感觉刺激应产生的效应

从理论上,感觉刺激可刺激网状结构活动系统,促进觉醒。尽管感觉刺激在实际中尚未被明确证实对病人的觉醒价值,但通过观察研究发现有几个方面效应。

- 1) 神经学上有恢复感觉剥夺效应;
- 2) 在行为及神经系统结构与功能上有丰富环境效应;
- 3) 在神经发育感觉周期间有环境输出效应。

(2) 实施原则

治疗性的刺激应是有控制的、形式多样的。刺激和静止是平衡的。

(3) 方法

目前常用的感觉刺激有以下几种方法:

1) 痛刺激:针灸;正中神经电刺激;中频电中等强度刺激,每日2次。

2) 听刺激(包括音乐疗法)。

3) 视刺激。

4) 味觉刺激:用棉花球沾上调味汁涂搽病人的唇、舌。

5) 触觉刺激:可通过给病人翻身、洗澡、穿衣服、按摩等,甚至用病人自己的手触及自身,如把毛巾放在病人手上,指导或帮助病人洗自己脸部。

6) 嗅刺激:把对人体无害、有刺激性气味的物品放在病人鼻子前随呼吸吸入,每次10~15秒。

7) 前庭刺激:做颈部运动,在垫上做旋转,在轮椅上做摇摆式推进运动。

8) 电刺激:包括脊髓电刺激(如颈部脊髓硬膜外刺激)、深部脑刺激(deep brain stimulation, DBS)、周围神经刺激(包括正中神经刺激、迷走神经刺激)等。

9) 环境刺激:如自然界的阳光、新鲜空气和温度刺激。

上述这些刺激(除嗅刺激外)最有效时间是15~30分钟,在一个时间内刺激方式采用1~2种形式,避免过度刺激。刺激强度应反复调节达最佳强度,刺激时间必须足够达到延时效应存在。同样刺激可反复进行。

在做感觉刺激时,要注意观察病人的细微反应,如心率、血压、呼吸的变化或出汗过多等;不同运动反应,如眼球运动、面部怪样表情、姿势改变、头转动、口发声等。要记录刺激到反应的潜伏时间;持续存在时间及强度。

4. 其他疗法

(1)高压氧治疗。

(2)中药辨证治疗。

(3)针灸主要穴位治疗:辨证后选择不同的针灸处方。

1)闭证:针刺内关、人中、十宣、风府、涌泉等。注意内关、人中和风府的针刺方法。十宣需要点刺放血。

2)脱证:针刺内关、人中、太冲、内庭、气舍等,隔姜灸气海、关元、神阙。

尽管目前国内外对长期昏迷的治疗方法较多,但目前还没有发现可加速患者恢复感知能力的特异性治疗方案。所以,对长期昏迷患者单纯依靠一种治疗是不够的,应早期积极实施综合治疗方能可收到满意的疗效。

(吴东宇 袁 英)

第2节 疼 痛

一、评定

1. 口述分级评分法(Verbal rating scales, VRSs)

是指用简单的形容疼痛(Pain)的字词组成1到4级或5级,即四点口述分级评分法和五点口述分级评分法,是适用于临床简单的定量评测疼痛强度以及观察疗效的指标。

(1)四点口述分级评分法(VRS4)将疼痛分为4级:①无痛;②轻微疼痛;③中等度疼痛;④剧烈疼痛。每级1分。

(2)五点口述分级评分法(VRS5)此方法将疼痛分为5级:①轻微的疼痛;②引起不适感的疼痛;③具有窘迫感的疼痛;④严重的疼痛;⑤剧烈的疼痛。

2. 痛行为评分法(Behavioral rating scales, BRS)

主要有六点行为评分法和疼痛日记评分法两种方法。

(1) 六点行为评分法(6-Point Behavioral rating scale, BRS-6)

目前临床上多用于测定头痛和其他疼痛,也用于对疼痛病人的对比性研究。该方法将疼痛分为6级:①无疼痛;②有疼痛,但易被忽视;③有疼痛,无法忽视,不干扰日常生活;④有疼痛,无法忽视,干扰注意力;⑤有疼痛,无法忽视,所有日常活动均受影响,但能完成基本生理需求如进食和排便等;⑥存在剧烈疼痛,无法忽视,需休息或卧床休息。此方法的特点在于将行为改变列入评分范围。病人回答时以疼痛及对行为的影响来表达疼痛强度。病人的回答贴近个人的生活,有一定的客观性。每级定为1分,从0分(无疼痛)到5分(剧烈疼痛,无法从事正常工作和生活),都容易与病人的描述相关联,便于病人理解。此方法也用于病人出院后随访。病人将疼痛复发后的感受及影响以记日记的方式记录下来,便于医生分析病情。

(2) 疼痛日记评分法(Pain diary scale, PDS) 由病人、病人亲属或护士记录每天各时间段(每4小时或2小时,或1小时或半小时)与疼痛有关的活动。活动方式包括坐位、行走、卧位。在疼痛日记表内注明某时间段内某种活动方式,使用的药物名称和剂量。疼痛强度用0~10的数字量级来表示,睡眠过程按无疼痛记分(0分)。此方法具有比较真实可靠,便于比较,方法简单,便于发现病人的行为与疼痛、疼痛与药物用量之间的关系等特点。

3. 数字疼痛评分法(Numerical pain rating scale, NPRS)

是用数字计量评测疼痛的幅度或强度。数字范围为0~10。0代表“无痛”,10代表“最痛”,患者选择一个数字来代表他自觉感受的痛。NPRS常用于下腰痛、类风湿性关节炎及癌痛。

4. 视觉模拟评分法(Visual analog scale, VAS)

线性图和脸谱图两类(见图1-1)是最常用的疼痛评估工具。国内临床上通常采用中华医学会疼痛医学会监制的VAS卡。VAS卡上是一线形图,分为10个等级,数字越大,表示疼痛强度越大,疼痛评估时用直尺量出疼痛强度数值即为疼痛强度评分;另一类是脸谱图,以VAS标尺为基础,在标尺旁边标有易于小

儿理解的笑或哭的脸谱,主要适用于7岁以上、意识正常的小儿的各种性质疼痛的评估。术前向病人解释疼痛发生机制、表述方法和使用方法,告诉病人准确地评估自己的疼痛是帮助医务人员了解其疼痛程度的关键,并采取相应措施以消除或减轻疼痛,以求得患者的配合。该评估方法可以较为准确地掌握疼痛的程度,利于评估控制疼痛的效果。

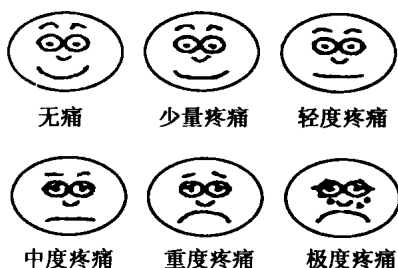


图 1-1 视觉模拟评分法(脸谱图)

5. 多因素疼痛评分法——McGill 疼痛问卷

(1) McGill 疼痛问卷(McGill pain questionnaire, MPQ)包括4类20组疼痛描述词,从感觉、情感、评价和其他相关类四个方面因素以及现时疼痛强度(present pain intensity, PPI)对疼痛强度进行较全面的评价。每组词按疼痛程度递增的顺序排列,其中1~10组为感觉类(sensory),11~15组为情感类(affective),16组为评价类(evaluation),17~20组为其他相关类(miscellaneous)。被测者在每一组词中选一个与自己痛觉程度相同的词(没有合适的可以不选)。从MPQ可以得到三个重要的指数:①疼痛评级指数(pain rating index, PRI),根据被测者所选出的词在组中的位置,可以得出一个数值(序号数),所有这些选出词的数值之和即PRI。PRI可以求4类的总数,也可以分类计算。②选择词的总数(the number of words chosen, NWC)。③现时疼痛强度。它是将选择的词与词数目相结合,数和词的联合选择以代表总的疼痛强度,即1~5的疼痛强度。

McGill 疼痛问卷

患者姓名 日期 时间 上午/下午
疼痛描述词:

- | | |
|-------------|--------------|
| 1. (1)忽隐忽现的 | (3)扎痛的 |
| (2)颤动的 | (4)蜇痛的 |
| (3)跳动的 | 9. (1)钝痛 |
| (4)搏动的 | (2)溃疡痛 |
| (5)打击的 | (3)伤痛 |
| (6)猛击的 | (4)隐痛的 |
| 2. (1)跳跃的 | (5)沉重痛 |
| (2)闪电的 | 10. (1)触痛的 |
| (3)穿射的 | (2)绷紧的 |
| 3. (1)针刺样痛 | (3)焦躁的 |
| (2)钻孔的 | (4)分裂的 |
| (3)穿透的 | 11. (1)疲劳的 |
| (4)刺伤的 | (2)精疲力尽的 |
| (5)割裂痛 | 12. (1)令人厌恶的 |
| 4. (1)锐利的 | (2)闷得难受的 |
| (2)刀割痛 | 13. (1)畏惧的 |
| (3)撕裂痛 | (2)惊恐的 |
| 5. (1)轧痛 | (3)恐怖的 |
| (2)压榨的 | 14. (1)折磨的 |
| (3)剧痛的 | (2)令人痛苦的 |
| (4)痉挛的 | (3)恶性的 |
| (5)碾碎的 | (4)致死的 |
| 6. (1)猛拉的 | 15. (1)痛苦的 |
| (2)牵拉的 | (2)眩目的 |
| (3)绞痛的 | 16. (1)讨厌的 |
| 7. (1)热的 | (2)令人烦恼的 |
| (2)烧灼的 | (3)悲惨的 |
| (3)烫伤的 | (4)剧烈的 |
| (4)烧焦的 | (5)不可忍受的 |
| 8. (1)刺痛 | 17. (1)蔓延的 |
| (2)痒的 | (2)放射的 |