



中国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等医药院校规划教材

案例版TM

供护理学类专业使用

康复护理学

主编 许洪伟 柳明仁



科学出版社

中国科学院教材建设专家委员会规划教材

全国高等医药院校规划教材

供护理学类专业使用

案例版TM

康复护理学

主 编 许洪伟 柳明仁

副主编 杨 婧 李桂玲 张建华 王 芳

编 委 (按姓氏笔画排序)

王 芳 (广东医科大学)

王 媛 (广州医科大学)

历 虹 (黑龙江省小儿脑性瘫痪防治教育中心)

孔祥颖 (佳木斯大学)

许洪伟 (黑龙江省小儿脑性瘫痪防治教育中心)

李同欢 (遵义医学院)

李桂玲 (齐齐哈尔医学院)

杨 娟 (吉林医药学院)

杨 婧 (佳木斯大学)

吴月红 (安徽中医药大学)

张秀杰 (大连医科大学)

张建华 (大连医科大学)

柳明仁 (延边大学)

樊惠颖 (海南医学院)

编写秘书 孔祥颖

科 学 出 版 社

北 京

郑重声明

为顺应教育部教学改革潮流和改进现有的教学模式,适应目前高等医学院校的教育现状,提高医学教育质量,培养具有创新精神和创新能力的医学人才,科学出版社在充分调研的基础上,引进国外先进的教学模式,独创案例与教学内容相结合的编写形式,组织编写了国内首套引领医学教育发展趋势的案例版教材。案例教学在医学教育中,是培养高素质、创新型和实用型医学人才的有效途径。

案例版教材版权所有,其内容和引用案例的编写模式受法律保护,一切抄袭、模仿和盗版等侵权行为及不正当竞争行为,将被追究法律责任。

图书在版编目(CIP)数据

康复护理学 / 许洪伟, 柳明仁主编. —北京: 科学出版社, 2018.1

中国科学院教材建设专家委员会规划教材·全国高等医药院校规划教材

ISBN 978-7-03-055290-7

I. ①康… II. ①许… ②柳… III. ①康复医学—护理学—医学院校—教材 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第277693号

责任编辑: 赵炜炜 / 责任校对: 郭瑞芝

责任印制: 赵 博 / 封面设计: 陈 敬

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

石家庄继文印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2018年1月第一版 开本: 787×1092 1/16

2018年1月第一次印刷 印张: 18

字数: 512 000

定价: 62.00 元

(如有印装质量问题, 我社负责调换)

前 言

本书编写内容涵盖成人、儿童不同功能障碍、不同疾病与创伤及不同康复层次需求者的康复护理,体现较为完整的、较为前沿的康复护理理念体系和康复护理技术,引导人们从康复医学与康复护理的视角去认识和处理疾病及满足成人、儿童康复的需求,转变康复护理专业人员的思想观念,为促进残障人士的身心康复,提高其生命质量,帮助其回归家庭、回归社会具有极其重要的意义。

本书依据本科护理学专业规划教材编写要求,围绕护理学应用型人才培养目标进行编写。基于临床实践需要,以学生为中心,注重知识传授、能力培养、素质提升相结合,体现突出护理、强调康复、注重整体、体现人文的原则,使康复护理理论知识与实践技能相互融合。编写中汲取国内外其他教材的优点,结合目前国内外康复护理工作的现状和发展,介绍新理念、新知识、新技能,对本书进行了科学、切合临床康复护理工作实际需要的编写,以便更好地服务于护理学科、服务于教学、服务于社会。

本书编写特色明显,以案例为引导编写贯穿全书,简明扼要,通俗易懂,图文并茂,文字准确流畅;贴近临床,便于教学,突出实用。案例紧密围绕康复护理学本科教学知识点,融知识性、目标性、启发性、趣味性和实践性于一体,通过引入案例,有助于学生完成学习目标,掌握专业知识和提升临床实践技能,对学生日后学习和工作具有较强的指导意义,同时更便于教师实施教学,临床患者跃然纸上,教学目标明晰,重点难点突出,使教与学能够达到充分融合;配有与理论教材同步的笔记与复习考试指南,知识点明确,易学易懂。考试指南中习题与解析并重,覆盖各类题型,并附有模拟试题,契合了护士执业资格考试大纲、研究生入学考试大纲和日常教学大纲的要求;辅以实验、实训教材,按照临床实践技能操作要求编写,强化基础理论知识和实践技能相互融合,突出本课程实验教学知识点,培养学生创新思维和实践动手能力;全书各章节附有PPT,图文并茂,内容生动鲜活;为方便使用,书末附有参考文献、中英文名词对照索引。

本书编者均为全国各地从事康复医学或康复护理学的一线骨干临床和教学人员,具有较为成熟的理论基础和丰富的临床实践经验,编写中充分利用各自专长来安排编写相应章节。本书可供高等护理学专业本科教师与学生使用,也可临床护理人员和其他相关专业人员提供參考。

本书在编写过程中,得到了各编者及其所在单位的大力支持和帮助,在此深表感谢。由于水平有限,书中难免有不妥之处,恳盼广大读者对疏漏之处不吝赐教,以资修订时完善。

许洪伟

2017年3月

目 录

第一章 概论	1
第一节 康复与康复医学概述	1
第二节 康复护理	4
第三节 残疾问题	6
第四节 社区康复	10
第二章 康复护理学理论基础	12
第一节 运动学基础	12
第二节 神经学基础	24
第三章 康复护理评定	33
第一节 运动功能评定	33
第二节 感知、认知功能评定	39
第三节 心肺功能评定	42
第四节 日常生活活动能力和生存质量评定	46
第四章 康复治疗技术	50
第一节 物理治疗	50
第二节 作业治疗	59
第三节 言语治疗	63
第四节 心理治疗	67
第五节 康复工程	71
第六节 传统疗法	77
第五章 常用康复护理技术	83
第一节 体位摆放	83
第二节 排痰技术	85
第三节 吞咽训练	87
第四节 膀胱护理	88
第五节 肠道护理	92
第六节 皮肤护理	94
第七节 心理护理	97
第六章 神经系统疾病的康复护理	102
第一节 脑卒中的康复护理	102
第二节 颅脑损伤的康复护理	112
第三节 脊髓损伤的康复护理	120
第四节 帕金森病的康复护理	130
第五节 周围神经病损的康复护理	141
第七章 运动系统疾病的康复护理	150

第一节 颈椎病的康复护理	150
第二节 肩周炎的康复护理	156
第三节 腰椎间盘突出症的康复护理	161
第四节 关节置换术后的康复护理	166
第五节 截肢的康复护理	173
第六节 骨折的康复护理	182
第七节 关节炎的康复护理	190
第八节 手外伤的康复护理	195
第八章 儿童疾病的康复护理	201
第一节 脑性瘫痪的康复护理	201
第二节 儿童孤独症的康复护理	213
第三节 注意缺陷多动障碍的康复护理	219
第四节 儿童言语障碍的康复护理	224
第五节 智力障碍的康复护理	229
第六节 学习障碍的康复护理	233
第七节 小儿癫痫发作和癫痫的康复护理	238
第九章 其他疾病的康复护理	244
第一节 慢性阻塞性肺部疾病的康复护理	244
第二节 冠心病的康复护理	252
第三节 原发性高血压的康复护理	256
第四节 糖尿病的康复护理	261
第五节 阿尔茨海默症的康复护理	268
参考文献	275
中英文名词对照索引	276



第一章 概 论

【目标要求】

掌握 康复的概念；康复对象及范畴；康复医学的工作方式；康复护理的概念及内容；整体康复护理；残疾的概念。

熟悉 康复医学的组成；康复护理的原则；我国六类残疾评定标准。

了解 残疾分类；社区康复的内容。

第一节 康复与康复医学概述

一、康复及其内涵

（一）康复

《世界残疾报告》中将康复定义为“帮助经历着或可能经历残疾的个体，在与环境的相互作用中取得并维持最佳功能状态的一系列措施”。世界卫生组织（World Health Organization, WHO）对康复的描述是“采取一切有效措施，预防残疾的发生和减轻残疾的影响，以使残疾者重返社会。康复不仅是指训练残疾者适应周围的环境，而且也指调整残疾者的环境和社会条件以利于他们重返社会，在拟定有关康复服务的计划时，应有残疾者本人、他们的家属及所在社区的参加”。

康复（rehabilitation）是综合、协调地应用各种措施，预防或减少病、伤、残者身心、社会功能障碍，以达到和保持生理、感官、智力、精神和社会功能的最佳水平，使病、伤、残者能重返家庭与社会，提高生存质量。

随着社会物质文明和精神文明的发展，康复的内涵也随之越加丰富，从初期着重于改善躯体功能到强调生活自理能力的提高，再到 21 世纪关注生存质量。有些病、伤、残者对个体造成的病理变化无法彻底消除，表现为有些局部或系统功能无法完全恢复，但经过有效的康复后，个体的功能障碍得到最大程度的改善，从而达到个体的最佳生存状态。

（二）康复内容

1. 康复对象 包括“病、伤、残”者。“病”是指各种患先天性和后天性疾病的患者；“伤”是指各类战争伤、工伤及其他各类突发事件引起的损伤，如地震、交通事故等；“残”是指各类先天和后天因素导致的残疾者。随着社会的发展和人类物质文明与精神文明的进步，康复对象日渐增多。

（1）各种原因引起的功能障碍者：由于康复医学是以研究功能障碍的预防和治疗为导向的一门医学专科，因此康复医学的对象包括不能正常发挥身体、心理和社会功能的各种疾病，如躯体、内脏、精神、心理等方面的障碍。随着预防保健意识的增强，烈性传染病逐渐受到控制或消失，慢性病增多。伴随医疗技术的不断提高，死亡率逐年下降，许多疾病的存活者多留有不同程度的功能障碍，致残率增加，因而导致了功能障碍者的增多。

（2）老年人群：我国 60 岁以上的老年人已占全国人口的 10%，预测到 2020 年将占 16%~17%。据联合国预测，到 2040 年全球超过 60 岁的人口将从目前的 10%升至 21%。60%的老年人患有多种老年病或慢性病，迫切需要进行康复，因而近年来老年康复问题越来越突出。据推算，我国老年人中长期卧床、生活不能自理的约有 2700 万人，半身不遂的约有 70 万人，82 万老年性痴呆患者中约有 24 万人长期卧床。因此，老年人群将成为康复医学的一个主要对象。这也使得康复医学的重

要性显得尤为突出。

(3) 亚健康状态者: 如不明原因的体力疲劳、性功能下降和月经周期紊乱; 不明原因的情感障碍、焦虑或神经质; 对工作、生活、学习等环境难以适应, 人际关系难以协调等。亚健康状态如果处理得当, 则身体可向健康状态转化; 反之, 则容易患上各种各样的疾病。

2. 康复范畴 包括医学、社会、教育、职业等方面, 这一概念的提出和框架的形成奠定了医学(医疗)康复、康复工程、教育康复、职业康复、社会康复的基础。

(1) 医疗康复 (medical rehabilitation): 又称医学康复, 是指通过医学或医疗的手段来解决病、伤、残者的功能障碍, 或通过医学手段来达到康复的目的。医学康复涵盖了整个医学范畴, 但着重于临床医学。在某种意义上, 医学康复等同于临床医学, 尤其是现代医学, 两者最大的区别在于临床医学更多地关注救命治病, 医学康复更多地关注如何改善疾病造成的功能障碍, 从而提高其自我照顾能力和独立性。

(2) 康复工程 (rehabilitation engineering): 是指利用或借助于工程学的原理和手段, 将现代科技的技术和产品转化为有助于改善病、伤、残者功能的具体服务。如截瘫患者的下肢行走训练器, 截肢术后的人工假体(肌电手或假肢)及喉癌切除后的人工喉等, 以代偿缺失的功能。此外, 康复对象的家居环境改造也属于该范畴。

(3) 教育康复 (educational rehabilitation): 是指对适龄病、伤、残儿童实施文化教育, 可以在普通学校中开设特殊教育班或成立专门招收残疾儿童的学校, 如聋哑学校、特教中心等。旨在对功能受损或残障者的智力、日常生活能力、社会适应能力和职业技能等方面实施有针对性的教育, 从而帮助其回归社会。

(4) 职业康复 (vocational rehabilitation): 对成年残疾人或成年后致残的病、伤、残者, 通过职业评定后, 根据其实际功能及其残留的能力实施针对性训练, 使其掌握一种或几种实用性技能, 并帮助其谋求职业、自食其力, 为家庭和社会减轻负担, 实现自身价值。

(5) 社会康复 (social rehabilitation): 是从社会学或宏观上对病、伤、残者实施康复, 通过社会工作, 如制定相关政策、法规等, 将国家对残疾人的权利和福利通过立法的方式予以保障, 为功能受损或残障者创造良好的社会环境, 促进其重新适应及融入社会, 提高社会参与能力, 并不断挖掘自身潜能, 实现自我价值。社会康复需要康复服务对象自身、家庭、社区及各相关机构和部门共同努力完成。

3. 康复目的 通过康复, 使个体在生理、心理和社会功能方面达到或保持一种最佳状态。虽然现代医学不可能解决所有病、伤、残对个体的不利影响, 有些无法彻底消除或完全恢复, 但经过积极的康复后, 个体仍然可以带着某些功能障碍过着有意义的生活, 达到“与病、伤、残共存”的状态, 从而维持或恢复机体功能, 预防并发症, 挖掘潜能, 提高适应能力, 改善生存质量, 回归家庭、重返社会。

二、康复医学

康复医学 (rehabilitation medicine) 是医学学科的一个新领域和重要分支, 是促进病、伤、残者康复的医学, 具有独立的理论基础、功能评定方法和治疗技能。在现代医学体系中, 保健、预防、治疗和康复相互联系组成一个统一体, 康复医学被称为“第四医学”。康复医学随着以疾病为中心的生物医学模式转变为以人为中心的生物-心理-社会医学模式而发生着变化。康复医学是来源于不同医学专业的人员, 以小组工作的方式, 采取综合性康复的方法, 研究由于功能障碍所导致的残疾, 改善功能障碍, 提高生活自理能力, 使其发挥最佳生理、心理、社会、职业、非职业和教育能力的一个医学专科。

随着社会进步和人民生活水平的提高, 康复医学得到迅速发展并日益被社会所重视, 其原因有以下几方面。

1. 社会和患者的迫切需要 目前心脑血管疾病、癌症和创伤是人类的主要死亡原因,对那些心肌梗死、脑卒中后存在功能障碍的患者,需要进行积极的康复治疗,以提高自理能力和生存质量;创伤后致残的患者,通过采取积极的康复治疗,使患者能重返工作和学习岗位,尤其是现代假肢技术的发展,通过假肢的应用,为绝大多数患者能自理生活和重新择业创造了有利条件;而对癌症患者,因慢性疼痛和身心功能障碍更需要采取有效的康复措施以改善其生存质量。

2. 经济发展的必然结果 随着经济的飞速发展和人民生活水平的提高,人口平均寿命延长,使世界进入老龄化时代,老年人通常患有多种慢性疾病,迫切需要康复治疗;工业和交通日益发达,因工伤和车祸致残者较从前增多,更需要积极的康复治疗;还有其他难度较高或危险性较大的文体活动,如跳水、体操、杂技、赛车等所致的残疾,同样需要依靠康复治疗,使他们残而不废。

3. 应对严重的自然灾害和战争 目前人类还不能完全控制自然灾害和战争,地震、水火灾害和战争都是难以避免的,造成大量伤残者,迫切需要进行积极的康复治疗。

康复医学不仅要注重功能恢复或重建,还必须对可能引起功能障碍的病理变化进行干预,促使其逆转或终止。迅速发展的康复医学日益被重视,是社会发展和医学科学进步的必然结果。

三、康复医学的组成

康复医学由康复预防、康复评估和康复治疗组成。

1. 康复预防 (rehabilitation prevention) 是指通过在病、伤、残者发生前后采取综合性措施进行干预,达到预防、控制残疾的发生和发展。包括三级康复预防。

(1) 一级预防:是为预防或减少各种疾病及损伤的发生所采取的措施,包括健康教育、优生优育、加强产前检查、预防接种、防治老年病和慢性病、防止意外事故等。

(2) 二级预防:伤病后早期及恢复期的治疗与康复。二级预防对医务工作者相当重要,伤病后很多二次损伤发生在医院。

(3) 三级预防:伤残后避免原发病的反复发作及后遗症的功能康复。所采取的措施包括康复治疗、教育康复、职业康复、社会康复等。

2. 康复评估 (rehabilitation evaluation) 是对患者功能障碍的程度、种类及范围进行评估,以判断患者的代偿能力、发展趋势、预后及转归等。康复评估的目的是拟定康复治疗目标,制订康复治疗方案和判定康复治疗效果。因此,康复评估是确定康复目标及实施康复治疗计划的前提和基础。

(1) 康复评估内容:①躯体功能评估,包括肢体功能评估、关节功能评估、肌力评估、神经电生理评估、心肺功能评估、日常生活能力评估等。②精神(心理)状态评估,包括情绪评估、残疾后心理状态评估、疼痛评估、智力测定等。③言语功能评估,包括失语症评估、构音障碍评估、听力测定等。④社会功能评估,包括社会生活能力评估、生活质量评估等。

(2) 康复评估分期:①初期评估,患者入院后,即对其功能状况、障碍程度、致残原因及康复潜力进行全面评估,以确定患者康复目标和康复治疗计划。②中期评估,贯穿康复治疗过程中,通过康复治疗对患者总体功能情况进行评估,进而评价康复治疗效果,并以此来调整康复治疗计划。③后期评估,在康复治疗结束时进行,经系列康复治疗对患者最终功能状况及康复治疗效果进行全面评价,提出重返家庭和社会及进一步康复治疗的建议。

3. 康复治疗 根据对患者康复评估的结果,从而规划、设计康复治疗方案,达到科学、协调地运用各种康复治疗手段的目的。常用的康复治疗方法包括运动疗法、作业疗法、言语治疗、物理因子治疗、心理治疗、中国传统治疗、康复工程、康复护理等。随着科学技术的不断进步,高分子材料、自动化装置、微电子技术、功能磁共振技术和细胞移植技术等相继引入康复医学领域,科学、完整的康复治疗方案应着眼于整体康复,充分体现生物-心理-社会的医学模式,强调机体的整体性和主动性。通过运用康复治疗技术,训练患者利用潜能、残余功能或应用各种辅助设备,最大限度地恢复其功能,达到全面康复的目的。

四、康复医学的工作方式

康复医学是由多种专业共同组成康复治疗组 (team work), 致力于患者功能恢复的一种工作方式, 全面康复的实施需要通过集体的力量, 在康复医师 (physiatrist) 的领导下, 由物理治疗师 (physical therapist)、作业治疗师 (occupational therapist)、言语治疗师 (speech therapist)、心理治疗师 (psychologist)、文体治疗师 (recreational therapist)、假肢/矫形技师 (prosthetist/orthotist)、康复护士 (rehabilitation nurse)、职业咨询师 (vocational counsellor)、社会工作者 (social worker) 和营养师 (nutritionist) 等专业人员组成康复团队。康复团队人员对患者进行检查评定, 根据患者功能障碍的性质、部位、严重程度、发展趋势、预后和转归, 各自提出对策, 由康复医师总结归纳为一个完整的、分阶段的康复治疗计划, 由各专业人员分别实施。治疗中期, 康复团队人员对计划执行情况进行评价、修改、补充。治疗结束, 对康复效果进行总结, 并为下阶段康复治疗或出院后的康复提出意见。

五、康复医学的服务方式

1. 机构康复 是指康复独立机构或相对独立的附属机构, 如康复中心、康复医院和综合性医院中的康复医学科等, 具有较大的规模和完善的康复设施, 具有较高的专业技术水平。

2. 中间设施 主要的康复对象是老年及恢复期患者, 如护理之家、社会福利院、老年护理医院等。

3. 社区康复 是指在社区内或基层开展的康复, 是整个康复过程的重要组成部分, 是三级医疗康复网络的基层终端。社区康复是使所有病、伤、残者得到康复、具有平等的机会和达到社会一体化的有效保障。

第二节 康 复 护 理

一、康复护理的概念

康复护理 (rehabilitation nursing) 是指护理人员在总的康复治疗计划指导下, 为达到全面康复的目的, 与其他康复专业人员共同协作, 对病、伤、残者的身心、社会功能障碍进行专门护理和各种专门的功能训练, 以实现最大限度的康复并使之重返家庭与社会。康复护理是康复医学的一个重要分支, 也是护理学的重要组成部分。

随着整体护理理念的树立和康复医学向其他临床学科的不断渗透, 康复护理将成为每个护理人员必须掌握的护理知识体系的重要组成部分。

二、康复护理原则

1. 早期介入 倡导预防在先。康复护理应与临床护理同步进行, 做好伤病急性期及恢复早期的康复护理是促进功能恢复和预防继发性残疾的关键。

2. 自我护理 激发患者的主动性, 变被动护理为主动护理, 即由“替代护理”到“自我护理”及“协同护理”, 以替代或补偿残损部分, 同时指导和鼓励其家属积极参与, 引导和帮助患者自我管理, 恢复生活自理的信心和能力。

3. 注重实用 充分挖掘患者的潜在能力, 保持和强化其残余功能。康复训练应注意与日常生活活动结合起来, 以提高患者的生活自理能力。

4. 心身并重 在康复训练过程中, 对患者要重视心理康复, 积极鼓励病、伤、残者, 帮助患者正视疾病, 正确面对各种功能障碍, 摆脱悲观情绪, 树立信心, 使患者心理、精神处于良好状态,

积极参与康复治疗。避免过分保护或疏忽。

5. 团队协作 康复护理人员与康复治疗团队人员紧密合作,遇到问题及时沟通和解决,良好的协作关系是取得最大康复疗效的关键。

三、康复护理内容

1. 康复病房的管理 康复病区和临床其他专科病区不同。因患者都有不同程度的功能障碍,康复病区的设置必须体现无障碍设计理念。要求病房、康复治疗场所要宽敞明亮,各室的门、卫生间、病床之间的距离应足够轮椅的进出,方便患者转移;室内的地面应防滑、有弹性,日常保持地面干燥无水渍;病房和厕所的门应宽大,卫生间应该是坐便,两侧装有扶手;走廊应安装扶手,且扶手的高度要不同,适用于成人、儿童抓握,方便患者行走训练;病房床头、走廊、厕所、沐浴间均安装呼叫器,以备患者急需时应用。

2. 常用康复护理技术 康复护士应掌握娴熟的康复护理技术。康复护理技术包括两大类,一类是作为康复护士需要了解,与康复密切相关的康复治疗技术,如物理治疗、作业治疗、言语治疗、心理治疗、康复工程、传统康复疗法等;一类是作为康复护士需要掌握的技术,如体位摆放、呼吸训练与排痰、吞咽训练、肠道与膀胱护理、皮肤护理、心理护理及营养护理等。具体介绍见本书第四章。

3. 观察患者病情 观察患者的残疾性质、程度、范围和对机体的影响,发现并了解失去和残存的功能及潜在问题。

4. 预防继发性残疾和并发症 发现并了解患者功能障碍的程度及潜在的护理问题,如预防感染、压疮、挛缩、畸形、萎缩等,避免后遗症和并发症的发生。

5. 参与制订康复评估和康复计划 护理人员与各康复专业人员共同制订康复计划、康复目标和措施,并在实施过程中定期评估、调整和修订。

6. 指导患者掌握相关康复训练技术 护理人员与康复团队人员对患者进行功能评价和功能训练。如患者除康复治疗师集中训练外,护理人员应该利用每一个机会,对患者运动能力、沟通交流能力及认知能力进行训练,使康复效果得到不断巩固和提高。

7. 协助完成自我护理训练 发挥患者的主动性,鼓励、指导和帮助患者由被动护理转为自我护理,做好回归家庭和社会的准备,以适应新的生活。

8. 重视心理康复 因病、伤、残者有其特殊、复杂的心理活动,常易出现心理障碍和行为异常。因此,护理人员应及时了解患者的心理感受,与患者及其家属做好沟通,时刻关注患者的心理动态,做好心理护理,帮助患者接受身体残疾的现实。

9. 提供健康教育 向患者及其家属介绍造成残疾的过程,教会患者及其家属观察病情和自我护理技术,指导日常生活活动能力训练及康复辅助用具的使用指导等,并为其不断变化的需求提供资源。

康复护理的工作内容是以减轻功能障碍为核心,帮助解决功能维持、重组、代偿、替代、适应和能力重建等有关问题,在病、伤、残者的不同阶段,护理工作各有侧重。

四、康复护理人员的角色

1. 实施者 康复护理人员围绕总的康复治疗计划,根据康复护理程序制订康复护理计划,实施康复护理措施。

2. 协调者 整体康复是由康复医师和其他专业人员共同协作完成。康复过程中患者需要接受运动疗法、作业疗法、言语治疗、心理治疗及支具装配等多种康复治疗训练。因此,护士必须与相关专业人员密切合作,及时沟通情况,交流信息,协调工作,使康复过程得到统一。

3. 教育者 护理人员对患者及其家属实施多方面教育,如介绍残疾的疾病过程,教会患者及其家属自我护理技术。护理人员需组织患者和家属共同制订康复计划,负责监督实施,并提供有关

知识咨询和资料。

4. 观察者 在康复治疗过程中,护理人员与患者接触最多,因而护理人员对患者的伤残程度、心理状态、功能训练和恢复情况了解最深。护理人员的细致观察为康复评估、康复计划的制订和修改及实施提供可靠的客观依据。

5. 咨询者 运用语言和书面交流技巧,帮助患者解决各方面问题和困难。为出院患者的功能康复提供相关咨询服务,如复查时间、服药方法、饮食营养及回家后有关康复知识等,实现患者从医院回归家庭和社会的顺利转换的目标。

五、整体康复护理

(一) 常见康复护理诊断

1. 个体方面 ①自我照顾能力不足、适应能力降低。②沟通障碍、吞咽障碍、躯体移动障碍、社交障碍。③思维改变、焦虑、恐惧、抑郁、悲伤、绝望等。④有孤独危险、自我伤害危险、外伤危险。⑤失用综合征、自理能力缺陷综合征。

2. 家庭及社会方面 ①照顾者角色困难。②家庭应对能力失调。③社会应对能力失调。

(二) 制订康复护理计划

确立护理诊断后,开始制订康复护理计划,其过程主要是制订康复护理目标和护理措施拟订与实施两个部分。

康复护理目标分为近期目标和远期目标,近期目标一般指在1个月内能达到的目标;远期目标指经过康复治疗和护理后,希望达到的目标。制订目标要切合实际,由患者及其家属共同参与,康复团队人员共同讨论,目标要符合患者的生理、心理、社会、经济等情况。

护理人员依据护理目标,与患者及其家属进行沟通和交流,共同制订有效可行的护理措施,在制订和实施护理措施时,要确保患者的安全,防止疾病的复发。

(三) 康复效果评价

经过一定的疗程实施后,对上一阶段康复护理的效果进行评价,为下一步护理计划的制订提供依据。康复护理评价主要包括患者日常生活活动能力提高的程度和生活自理能力的现状;患者自我护理的主动性;有关康复技能的掌握情况;患者目前的心理状态、家庭及社会的支持情况;掌握相关预防知识的情况;回归家庭或社会存在的问题和困难等。

第三节 残疾问题

一、概 述

(一) 残疾定义

残疾(disability)是一个比较模糊的概念,包括广义的残疾和狭义的残疾。广义的残疾包括残损、残疾和残障。

1. 残损(impairment) 发生在器官水平上的残疾,是指心理、生理、解剖结构或功能的任何丧失或异常,如内脏残损(呼吸、循环、消化、生殖等器官)、骨骼残损(姿势、体格、运动)、言语残损、听力残损、视力残损等。残损不是疾病,而是疾病的后果。

2. 残疾(disability) 发生在个体水平上的残疾,指由于残损导致机体的功能障碍,以至于个体功能不同程度地丧失正常生活、工作和学习的一种状态。

3. 残障(handicap) 发生在社会水平的残疾,是指由于残损或残疾限制或阻碍了个体发挥正常的(按年龄、性别、社会、文化等因素)社会作用,不但个人生活不能自理,而且影响到不能参

加社会生活、学习和工作的一种状态。

（二）残疾的发生率

1. 全球残疾发生率 按照联合国的统计,全球残疾人约占总人口的 10%,欧洲一些高福利国家,残疾人比例高达 19%~20%或以上,随着现代社会工业化进程的发展,发展中国家由于脑血管疾病、交通意外等原因造成的残疾人数也在不断地增加,因此,不论对于哪个国家而言,残疾问题都是摆在各国政府面前的一个重要议题。

2. 中国残疾发生率 中华人民共和国成立以来开展过两次大规模的残疾人抽样调查。1987 年第一次调查残疾人数为 5164 万,占全国总人口的 5.49%;2006 年第二次调查残疾人数为 8300 万,占全国总人口的 6.34%,涉及 2.6 亿的家庭人口。按照人口学的预测,全国每年新生残疾人大约有 200 万人。我国残疾人口发生率在未来的 10~15 年,依然处于高增长的阶段,这与城镇化、老龄化和生活模式的变化都有很大关系。

（三）残疾发生的原因

1. 先天性因素 如遗传、妊娠等因素所致的新生儿畸形、精神发育迟滞等。

2. 后天性因素 占残疾发生的绝大多数,包括以下几个方面。

(1) 外伤或创伤:是现代生活中导致残疾的主要原因,如交通事故、工伤事故、战争、自然界的突发事件(地震、坍方、泥石流等)导致的骨折、颅脑损伤、脊髓损伤、周围神经损伤等。

(2) 个体营养状况:严重缺乏维生素所致的骨骼发育畸形、视力障碍等,脂类、蛋白质、碳水化合物代谢障碍导致肌营养不良、肌无力等。

(3) 药物或毒物中毒:如药物性耳聋、药物性肾衰竭;毒气泄漏导致的失明及中毒性脑病等。

(4) 心理因素:如生存压力过大及个体应激不良所致的精神抑郁、躁狂、精神分裂等。

3. 人口老化 伴随人口老龄化进程的不断推进而出现的脑血管意外、帕金森病、肿瘤等老年病、慢性病。

二、残疾分类

（一）国际残损、残疾和残障分类

WHO 1980 年推荐的国际残损、残疾和残障分类(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH)标准。该分类方法将残疾分为残损、残疾、残障三个水平,相互之间可以转化。①残损:可分为九大类,即视力残损、听力残损、语言残损、认知残损、运动残损、心理残损、内脏残损、畸形、多种综合残损。②残疾:可分为行为残疾、运动残疾、生活自理残疾、交流残疾、技能活动残疾、特殊技能残疾、环境适应残疾、其他活动方面的残疾。③残障:可分为身体自主残障(生活不能自理)、定向识别残障、行动残障、就业残障、经济自立残障、社会活动残障及其他残障。

以先天性心脏病为例,房间隔或室间隔的缺损属于器官水平的残损,如果及时手术治疗修补了缺损,心脏功能没有受到影响,则残损不可能发展;如果没有及时治疗,随着个体的发育可能会影响到心脏功能(如心肌收缩减弱、心排血量降低等),个体的活动受到限制,从而由残损发展为个体水平的残疾;如果心功能的影响进一步加大,患者日常活动受到进一步限制,不能参与社区活动,则会进一步发展为残障,

（二）国际功能、残疾、健康分类

《国际功能、残疾与健康分类》(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)简称为国际功能分类,是 2001 年第 54 届世界卫生大会通过的新标准。ICF 与 ICIDH 分类的最大区别:在 ICIDH 中,各个项目之间的关系是单向的、平面式的模式;而在 ICF 中,各个项目之间的关系是双向的,相互关联、相互制约的立体化模式。ICF 强调了功能-障碍的双向变化,即

通过评定身体功能和结构来反映器官损伤,通过评定活动与活动限制来反映残疾,通过评定参与和参与受限来反映残障;同时强调了情景因素即影响健康的环境因素和个体因素的作用。此外,ICF 的用语属于中性(不含歧视性用语),容易为专业和非专业人员所接受,可以作为一种普遍性评定工具,是未来功能、残疾分类的研究热点。

ICF 提出的“功能”“残疾”和“健康”的概念是相互独立而又彼此相关。ICF 使疾病和健康问题处于平等地位,强调生活的含义,即在患病的情况下如何生活、怎样改善其功能,以享有活力和发挥潜能。

(三) 我国使用的残疾分类法

1987 年我国第一次残疾人抽样调查时采取的是五类残疾分级,包括视力残疾、听力语言残疾、智力残疾、肢体残疾、精神残疾;1995 年将听力语言分为听力残疾和语言残疾,修订成为六级残疾。这些残疾标准主要是依据残疾部位对残疾进行分类,并依据残疾对功能影响的严重程度进行分级。

1. 视力残疾 是指由于各种原因导致双眼视力障碍或视野缩小,通过各种药物、手术及其他疗法而不能恢复视功能者(或暂时不能通过上述疗法恢复视功能者),以致不能进行一般人所能从事的工作、学习或其他活动。视力残疾按健侧眼最佳矫正视力又分为盲和低视力。

2. 听力残疾 是指由于各种原因导致双耳不同程度的听力丧失,听不到或听不清周围环境声及言语声(经治疗一年以上不愈者)。听力残疾包括听力完全丧失及有残留听力但辨音不清、不能进行听说交往两类。听力残疾根据听力好的一侧耳分为四级。

3. 言语残疾 是指由于各种原因导致的言语障碍(经治疗一年以上者),而不能进行正常的言语交往活动。言语残疾根据能否进行正常言语交往分为言语能力完全丧失及言语能力部分丧失、不能进行正常言语交往两类,根据能否发音分为四级。

4. 智力残疾 是指人的智力明显低于一般人的水平,并显示适应性障碍。智力残疾包括:①在智力发育期间,由于各种原因导致的智力低下。②智力发育成熟以后,由于各种原因引起的智力损伤和老年期的智力明显衰退导致的痴呆。根据 WHO 和美国智力低下协会(AAMD)的智力残疾的分级标准,按其智力商数(IQ)及社会适应行为将智力残疾由重至轻分为四级。

5. 肢体残疾 是指人的肢体残缺、畸形、麻痹所致的人体运动功能障碍。肢体残疾包括脑瘫(双瘫、偏瘫、四肢瘫);脊髓疾病及损伤(四肢瘫、截瘫);小儿麻痹后遗症;先天性缺肢、短肢、肢体畸形、侏儒症;两下肢不等长;脊柱畸形;驼背、侧弯、脊柱强直;严重骨、关节、肌肉疾病和损伤;周围神经疾病和损伤。以残疾者在无辅助器具帮助下,对日常生活活动的能力进行评价计分,据此将肢体残疾由重至轻分为三个等级。

6. 精神残疾 是指精神患者患病持续一年以上未痊愈,同时导致其对家庭、社会应尽职能出现一定程度的障碍。精神残疾可由以下精神疾病引起:①精神分裂症。②情感性、反应性精神障碍。③脑器质性与躯体疾病所致的精神障碍。④精神活性物质所致的精神障碍。⑤儿童、少年期精神障碍。⑥其他精神障碍。对于患有上述精神疾病持续一年以上未痊愈者,按照 WHO “社会功能缺陷筛选表”所列 10 个问题的评分,将精神残疾由重至轻分为四级。

三、残疾评定

(一) 目的

根据残疾的性质、范围、类别及严重程度估计预后,制订和调整康复治疗方

(二) 步骤

1. 病史询问,体格检查 重点是皮肤、视力、听力、运动系统、心血管系统、呼吸系统、泌尿系统、神经系统及肠道功能。

2. **综合功能检查** 运用康复评定检查方法,着重综合功能检查,如日常生活活动能力,平衡能力、步态、心理状态、语言能力、职业能力和社会生活能力。

3. **专科会诊** 如遇到较复杂的患者,请相关专业会诊。

4. **辅助检查** 血常规、X线检查等影像学检查。

5. **汇总资料** 写出残疾评定报告。

(三) 我国六类残疾评定标准

1. 视力残疾标准

(1) 盲: ①一级盲,最佳视力低于 0.02,或视野半径小于 50。②二级盲,最佳矫正视力等于或优于 0.02,或视野半径小于 100。

(2) 低视力: ①一级低视力,最佳矫正视力等于或优于 0.05,而低于 0.1。②二级低视力,最佳矫正视力等于或优于 0.1,而低于 0.3。

2. 听力残疾标准

(1) 聋: ①一级聋,言语频率平均听力损失大于 91dB(听力级)。②二级聋:言语频率平均听力损失大于 71dB,或小于等于 90dB。

(2) 重听: ①一级重听:言语频率平均听力损失大于 56dB,或小于等于 70dB。②二级重听:言语频率平均听力损失大于 41dB,或小于等于 55dB。

3. 言语残疾标准

(1) 一级只能简单发音而言语能力完全丧失者。

(2) 二级指具有一定的发音能力,语言清晰度在 10%~30%,言语能力等级测试可通过一级,但不能通过二级测试水平。

(3) 三级指具有发音能力,语言清晰度在 31%~50%,言语能力等级测试可通过二级,但不能通过三级测试水平。

(4) 四级指具有发音能力,语言清晰度在 51%~70%,言语能力等级测试可通过三级,但不能通过四级测试水平。

4. **智力残疾标准** 按照 WHO 和美国智力低下协会的智力残疾的标准,根据 IQ 及社会适应行为划分为划分智力残疾的等级。

(1) 重度一级(极度缺陷): IQ 小于 20。

(2) 重度二级(重度缺陷): IQ 在 20~34 之间。

(3) 中度三级(中度缺陷): IQ 在 35~49 之间。

(4) 轻度四级(轻度缺陷): IQ 在 50~69 之间。

5. **肢体残疾标准** 通过对患者日常生活活动能力进行评估而分级,日常活动分为 8 项,包括端坐、站立、行走、穿衣、洗漱、进餐、如厕、写字。完成 1 项计 1 分,完成困难计 0.5 分,不能完成则无分,按此划分三个等级。

(1) 重度一级:完全不能或基本不能完成日常生活活动(0~4 分)。

(2) 中度二级:能够部分完成日常生活活动(4.5~6 分)。

(3) 轻度三级:基本上能够完成日常生活活动(6.5~7.5 分)。

6. **精神残疾标准** 按照 WHO “社会功能缺陷筛选表”所列 10 个问题的评分,来划分精神残疾的等级。精神残疾分为 4 级:

(1) 一级精神病残疾(极重度):有 3 个或 3 个以上问题被评为 2 分。

(2) 二级精神病残疾(重度):有 2 个问题被评为 2 分。

(3) 三级精神病残疾(中度):只有 1 个问题被评为 2 分。

(4) 四级精神病残疾(轻度):有 2 个或 2 个以上问题被评为 1 分。

第四节 社区康复

一、社区康复的基本概念

1981年WHO对社区康复的定义是：“在社区的层次上采取的康复措施，这些措施是利用和依靠社区的人力资源而进行的，包括依靠有残损、残疾、残障的人员本身，以及他们的家庭和社会。”

1994年WHO、联合国教科文组织、国际劳工组织联合对社区康复做了新的定义：“社区康复是社区发展计划中的一项策略，其目的使所有残疾人享有康复服务、实现机会均等、充分参与的目标。社区康复的实施要依靠残疾人、残疾人亲友、残疾人所在的社区及卫生、教育、劳动就业、社会保障等相关部门的共同努力。”

目前我国对社区康复所下定义为：社区康复是社区建设的重要组成部分，是指在政府领导下，相关部门密切配合，社会力量广泛支持，残疾人及其亲友积极参与，采取社会化方式，使广大残疾人得到全面康复服务，以实现机会均等，充分参与社会生活为目标。

二、社区康复的内容

社区康复是康复最主要的方式之一。为了使残疾人、老年人、慢性病患者等社会上弱势群体在其所住的社区与其他人能共同享有安全、健康、愉快的生活，从事社区卫生服务的全科医生、护士、基层卫生技术人员、残疾人组织、家属和残疾人本人都要积极参与社区康复工作。其基本工作内容是：了解社区残疾人功能障碍患者的基本情况和医疗康复需求，以躯体运动功能、日常生活活动（activities of daily living, ADL）能力及心理适应能力为重点，提供康复治疗、训练和咨询。

1. 功能训练

（1）运动训练：一般包括增强肌力和肌肉耐力的训练、关节活动度的训练、恢复协调能力和平衡能力的训练、恢复步行能力的训练等。

（2）生活自理能力训练：生活自理能力即日常生活活动能力是人们生活必需的，也是使病、伤、残者自立的基本能力。其训练内容分为基本生活活动能力的训练（如饮食、更衣、排泄、梳洗等）、转移的训练（如床至轮椅转移、轮椅至床转移、轮椅至厕所转移等）和生活活动相关能力的训练（如做家务、房屋整理、育婴、购物等）三部分。

（3）作业治疗训练：主要方法有日常生活活动的训练、手功能的训练（文化娱乐活动）、职业性劳动的训练、认知功能的训练（包括记忆力、计算力、判断力、定向力、思维能力训练）等。

（4）语言能力训练：主要是针对病、伤、残者语言障碍开展的康复训练，如失语症、构音障碍、语言发育迟缓、听力损伤及吞咽障碍的训练。

（5）文体活动的训练。

（6）使用辅助器具的训练。

（7）其他：将中药、针灸、推拿、按摩等方法合理应用于康复治疗中。

2. 全面康复

（1）医疗康复：指通过应用医学的方法和手段帮助病、伤、残者实现全面康复的目标，包括药物、手术、物理等方法。

（2）教育康复：包括对肢体功能障碍等残疾人进行的普通教育和对盲、聋哑、精神障碍等类型的残疾人进行的特殊教育。

（3）职业康复：其中心内容是协助残疾人妥善选择能够充分发挥其潜在能力的合适职业，并帮助他们切实适应和胜任这一工作，取得独立的经济能力并贡献于社会。

(4) 社会康复:为实现残疾人社会康复采取的措施包括建设无精神、心理障碍的社会环境;建设无通行障碍的物质环境;改善残疾人的经济环境;改善有关维护残疾人权益的法律环境;改善为残疾人服务的各项设施和制度;鼓励和促进残疾人参与学习、工作、文化娱乐、休闲、文化体育等社会生活。

3. 重返社会

- (1) 改变自身条件。
- (2) 消除外界障碍。
- (3) 社会文明与进步。

三、社区康复形式

1. 基层康复站服务 利用现有资源和基层力量,依托医疗预防保健网、社区服务网、城乡基层组织、大型厂矿企业及残疾人组织、福利企事业单位,因地制宜、因陋就简地建立各类社区康复站。

2. 上门服务 是指以康复资源中心为基地,组织具有一定水平的康复技术人员(一般是专业的康复治疗师),离开康复机构到病、伤、残者家庭或社区进行康复技术指导 and 实际技术操作培训,解决一些康复中的疑难问题。

3. 家庭康复服务 病、伤、残者在家庭康复指导人员及亲友的帮助下进行家庭训练,可以扩大训练面、节省经费,而且见效快。家庭康复指导人员由基层医务人员、残疾人康复工作者、病伤残者亲友和志愿者担任。

四、社区康复特点

1. 采取社区适宜的康复技术 与机构内康复不同,社区康复所采取的康复技术是那些经过机构内康复检验过的、成熟有效的技术,操作简单易行,大多为不需要特别的设备或为康复对象可以自己使用的智能化设备,如慢性腰腿痛的腰背肌训练、偏瘫患者的肢体训练、脑外伤患者的认知训练等。

2. 强调康复对象及其家属的互动 在社区康复中,康复对象及其家属需要主动参与,而不是被动接受,包括参与康复计划的制订和实施,尤其是那些需要患者主动参与的功能性活动及改善日常生活自理能力的训练,康复对象及其家属的主动参与更加重要。

3. 发挥政府在社区康复管理中的作用 社区康复发展的根本动力在于社区自身,社区应自始至终全面介入到社区康复管理中,将社区康复纳入社区发展规划中,并提供经费支持,了解社区病伤残者的康复需求,立足于社区内部资源(人力、物力、网络、设备、机构等);动员社区大众、病伤残者、康复对象及家人参与;开展社区教育,营造社区康复的良好氛围;推广适宜本社区的康复技术等。社区康复涉及的部门有:卫生、民政、教育、劳动、财政、残联、妇联、宣传等。必须动员社区各部门参与,通过科学、合理的管理,形成一个有机整体,做到既有分工,又有合作;既能发挥各部门的特有作用,又能协同工作,这样才能获得社区康复工作的总体效益。

(许洪伟)

思 考 题

1. 康复的定义是什么?康复的对象包括哪些?康复的范畴包括哪些方面?
2. 什么是康复护理?康复护士的角色有哪些?
3. 什么是社区康复?社区康复的形式有哪些?
4. 康复医学的工作方式是怎样的?