

关于印发《地震伤员康复指导规范》的通知

各省、自治区、直辖市卫生厅局、残联, 新疆生产建设兵团卫生局、残联:

为指导各地做好四川地震伤员的康复工作和康复专业人员的培训工作, 卫生部和中国残联组织专家制订了《地震伤员康复指导规范》, 现印发给你们, 供各地在工作中参照执行。

卫生部办公厅 中国残联办公厅

二〇〇八年五月二十八日

地震伤员康复指导规范

为指导各地正确掌握各种地震损伤的伤后处理、康复时机、康复介入标准、康复的主要方法以及相关注意事项等, 科学、规范地对地震伤员实施康复, 避免和减轻伤员残疾, 有效改善伤员机体功能, 促使伤员回归家庭和社会, 特制定本指导规范。

1 脊髓损伤康复

1.1 康复介入时机

损伤或手术后生命体征平稳时即开始。

1.2 康复介入标准

有外伤史(坠落、撞击、挤压等), 体格检查发现脊髓功能障碍, 影像学资料证实脊柱或脊髓损伤, 经手术或保守治疗生命体征平稳后仍有神经功能障碍者。

1.2.1 神经功能障碍诊断可参考美国脊髓损伤学会制定的脊髓损伤神经功能分类标准(简称 ASIA 标准)进行分类。相关定义如下:

四肢瘫:指由于颈椎管内的脊髓神经组织受损而造成四肢运动和感觉的损害和丧失。四肢瘫导致上肢、躯干、下肢及盆腔器官的功能损害。

截瘫:指脊髓胸段、腰段或骶段(不包括颈段)椎管内脊髓损伤之后, 造成下肢运动和感觉功能的损害或丧失。

神经平面:指在身体两侧有正常的感觉和运动功能的最低脊髓节段。

感觉平面:身体两侧具有正常感觉功能的最低脊髓节段。

运动平面:身体两侧具有正常运动功能的最低脊髓节段。

1.2.2 脊髓损伤按严重程度分为以下 5 级:

A 完全损伤, 鞍区无任何运动、感觉功能保留。

B: 不完全损伤, 脊髓损伤平面以下至鞍区, 无运动功能而有感觉的残留。

C: 不完全损伤, 脊髓损伤平面以下有运动功能保留, 但一半以上关键肌的肌力在 3 级以下。

D: 不完全损伤, 脊髓损伤平面以下有运动功能保留, 且一半以上关键肌的肌力大于或等于 3 级。

E: 正常, 运动、感觉功能正常。

1.3 康复原则与方法

1.3.1 急性不稳定期(损伤后或脊柱脊髓术后—4 周)

各类型脊髓损伤的康复都包括如下内容:

①呼吸功能训练: 包括胸式呼吸(胸腰段损伤)和腹式呼吸(颈段损伤)训练、体位排痰训练和胸廓被动运动训练。每日 2 次适度压迫胸骨使肋骨活动, 防止肋椎关节或肋横关节粘连。有肋骨骨折等胸部损伤者禁用。

②膀胱功能训练: 在急救阶段, 因难以控制入量多应用留置尿管。在停止静脉补液之后, 应开始间歇导尿(每日 4 次)和自主排尿或反射排尿训练。

③全身关节训练: 良好的肢位摆放。活动训练中, 颈椎不稳定者肩关节外展不应超过 90° , 胸腰椎不稳定者髋关节屈曲不宜超过 90° 。超过上述角度可能会对脊柱脊髓造成二次损伤。

④肌力增强训练: 原则上所有能主动运动并且不影响骨折稳定性的肌肉都应当运动, 使在急性期过程中不发生肌肉萎缩或肌力下降。

⑤血液循环、自主神经功能适应性训练: 包括由仰卧至坐起, 由床边坐至坐轮椅, 向倾斜床过渡等训练。

⑥心理康复: 除专业人员工作外, 还应给伤员以温暖, 鼓励他们克服依赖心理, 完成各种训练任务, 早日达到康复的目标。鼓励伤员将喜、怒、哀、乐表现出来, 让他们内心深处的痛苦得以宣泄, 从而帮助他们很好地完成康复治疗。

⑦预防深静脉血栓、压疮的训练和处理: 2 小时间隔轴向翻身等。

1.3.2 急性稳定期(4—12 周左右)

持续上述训练的基础上, 增加以下内容:

①四肢瘫: 站立训练: 通过电动起立床、辅助器具和治疗师的帮助进行站立训练。体位变换与移动训练。

日常生活能力训练: 包括洗漱、进食。活动时需要考虑使用颈围, 避免颈部活动。膀胱训练: 包括清洁导尿、定时定量饮水和定时排尿的制度、反射性膀胱的训练。

②截瘫: 在四肢瘫训练项目基础上增加辅助站立和残存肌力训练, 日常生活活动训练。对于脊柱稳定性良好, 或者增加坚强的外固定, 并在严密监护的情况下, 可以由有经验的治疗师指导患者开始借助重心移动式步行矫形器、膝踝足矫

形器或踝足矫形器等进行步行训练。

③慢性期(12周以后):各类型脊髓损伤都应在继续急性期康复内容基础上,加强步行能力、轮椅能力和日常生活活动能力的训练,加强心理康复,以及以回归家庭、回归社会为目的的各种教育、培训。

另外,康复实施形式是在康复医师的策划、组织、总体评估下,由物理治疗师、作业治疗师、心理康复师、假肢与矫形器师等协调完成。并定期召开工作组会诊,评估疗效,微调康复内容。没有专业人员条件时可转到具备条件的医疗机构或暂时由医务人员经专业人员指导后进行。

急性期训练应佩戴围领、腰围等保护性支具。慢性期的各种训练应以巩固疗效为目的,强度、内容因人而异。

1.4 注意事项

1.4.1 康复护理。

1.4.1.1 皮肤护理:①每日检查压疮(褥疮)的好发部位。②卧床患者2小时间隔轴向翻身。

1.4.1.2 泌尿系统护理:①留置尿管时保持尿管通畅。注意定时夹闭和开放导尿管。②每日饮水量2000—2500毫升,24小时尿量控制在1000—1500毫升。重症抢救期间尿量可以有所增加。

1.4.1.3 排便护理:①一般保持1—2天排便1次。养成定时排便的习惯。②如有大便失禁,粪便浸泡肛周,容易引起糜烂,诱发压疮。应及时用清水将肛周皮肤洗净,涂抹防护油。

1.4.1.4 高热护理:由于体温调节障碍导致的体温升高,可使用物理降温的方法,减少盖被,温水擦浴(擦四肢、腋窝、腹股沟)、冰袋(前额、颈两侧)、风扇等降温,如高热不退应使用退热药。如果是感染性高热,则应该使用足量敏感抗生素。

1.4.1.5 自主神经功能紊乱护理:①颈髓损伤致四肢瘫痪的患者,可突然出现头痛、大汗、憋气、皮肤潮红、心动过速或过缓、血压增高等表现,称为自主神经反射亢进,可因损伤部位以下不良刺激(如膀胱充盈、压疮、肌肉痉挛、便秘)引起。②以上症状出现时,立即采取头高位,并尽快排除诱因。③检查膀胱是否充盈,有留置尿管的伤员,检查尿管是否通畅。④如患者因为便秘不能排出大便,应立即协助排便。⑤如不能缓解,可酌情给患者使用降压药。

1.4.1.6 体位性低血压的处理:①早期开展抬高床头训练,角度从小逐渐加大到90°,坐90°能坚持1小时后,可乘坐轮椅。②下床前戴好腰围,穿弹力袜。③患者乘坐轮椅时,如出现低血压症状,立即将轮椅前轮跷起,使患者处于近似半卧位或平卧位,待患者症状缓解后,将轮椅放平。如不能缓解,立即将患者平放床上。

1.4.2 辅助器具、技术。①颈髓损伤:根据伤员功能情况选配高靠背轮椅或普通轮椅,上颈髓损伤可选配电动轮椅。早期活动时可佩戴颈托,对需要的伤员可配置手功能位矫形器等,多数患者需要进食、穿衣、打电话、书写等自助具,可根据情况选用坐便器、洗澡椅。②胸1—4脊髓损伤:常规配置普通轮椅、坐便器、洗澡椅、拾物器。符合条件者可配备截瘫步行矫形器或髋膝踝足矫形器,配合助行架、拐杖、腰围等进行治疗性站立和步行。③胸5—腰2脊髓损伤:大部分患者可通

过截瘫步行矫形器或膝踝足矫形器配合步行架、拐杖、腰围等进行功能性步行。常规配置普通轮椅,可根据情况选用坐便器、洗澡椅。④腰3及以下脊髓损伤:多数应用踝足矫形器、肘拐或手杖等可独立步行。

1.4.3 关于转院。对于脊髓损伤者康复的全面、及时介入十分重要。如果救治机构内缺乏康复人员,则应在专业人员集中指导后由医务人员早期实施,并在伤后或术后生命体征平稳时尽早转入能进行专业康复的医疗机构。

2 创伤致神经原性膀胱的康复

2.1 康复介入时机

患者生命体征平稳即可介入。

2.2 康复介入标准

有排尿困难、尿潴留,查体有脊髓损伤平面以下感觉和运动功能障碍,尿潴留体征。

2.3 康复原则与方法

2.3.1 康复原则:保护肾功能,预防并发症,促进膀胱尿道功能恢复,提高患者生活质量。

2.3.2 康复方法:

2.3.2.1 早期康复方法:①留置尿管:患者不能排尿时,可留置带球囊的尿管引流,直到病情平稳。②膀胱造瘘:需要长期尿道内放置尿管者,或者合并骨盆骨折、尿道断裂,不能从尿道放置尿管者,可采用膀胱造瘘。③间歇导尿:一旦患者病情允许间歇导尿,应尽早进行间歇导尿,每4—6小时,用尿管将尿液完全导出后拔出尿管。均匀分配饮水量,保持每次导尿量300—400ml。

2.3.2.2 后期康复方法:①保守治疗:包括行为治疗、药物治疗、间歇导尿、盆底肌训练、膀胱电刺激等。②手术治疗:保守治疗无效时考虑手术治疗,包括降低储尿期压力的手术,如肉毒素注射术、膀胱扩大术等,降低流出道阻力的手术,如尿道支架术、括约肌切断术等。

2.3.2.3 泌尿系感染的防治:①采取正确的排尿方法:初期留置导尿或膀胱造瘘,尽早采用间歇导尿。②定期检查尿常规,可疑泌尿系感染时,立即进行尿细菌培养。③定期进行尿动力检查,及时调整采用安全排尿方法。④尽量不采用挤压法排尿。⑤尿化验有白细胞(<10个/高倍)、培养有细菌生长,无发热时,无需使用抗生素,可口服清热利尿的中药,多饮水,密切观察体温变化和尿液检测结果。⑥尿液出现混浊、有臭味,尿化验有白细胞、培养有细菌生长,若体温低于38℃,可口服抗生素治疗;若体温高于38℃,给予静脉输入抗生素治疗,同时留置尿管引流。

2.3.2.4 注意事项:①排尿功能障碍随时间而变化,应定期进行全面检查和随访,包括膀胱容量测定、尿动力检查、超声检查、肾功能检查、尿常规化验、细菌培养、核磁共振成像等。②应根据患者具体情况选择“个体化”治疗方案。③一般的非侵入性治疗可在普通医疗机构进行,侵入性、手术治疗应转入具有相应资质专科医师的医疗机构进行。

3 四肢骨折的康复

3.1 康复介入时机

经急性期临床治疗后,生命体征平稳,内/外固定稳定,无出血征象和伤口感染,有行走或关节活动障碍。在石膏固定期或者手术后早期,康复介入主要针对非固定肢体的活动。被固定肢体仅可以进行适量的等长收缩运动,不可导致骨折移位。

3.2 康复介入标准

符合下列条件者,进行康复治疗:①单纯性四肢骨折,固定良好,术后 1—2 天。②复杂性骨折经过手术治疗,伤口初步愈合,病情稳定 1—2 天后。或需Ⅱ期手术,但近期在等待手术期间需康复治疗。③单纯外固定治疗的无移位骨折,或行单臂外固定支架者,外固定后 1—2 天。④合并有内脏损伤经治疗病情已稳定。⑤骨折恢复期生命体征平稳,但内/外固定不稳定,或骨折愈合不良,可以在康复专业人员的直接参与下谨慎地进行有利于骨折愈合的康复治疗。

3.3 康复原则与方法

3.3.1 康复治疗

3.3.1.1 物理治疗:①运动治疗:早期进行骨折肢体相关肌肉的等长收缩训练等。在石膏固定去除后,骨折基本愈合的情况下,可进行力量练习。若关节伴有被动关节活动度受限或疼痛,则对受累关节进行关节松动术。若下肢骨折影响步行能力,则在骨折愈合后,酌情进行平衡功能训练、减重步行训练、步态训练等。严重多发性骨折、胸廓骨折、长期卧床患者还需进行全身耐力训练和呼吸训练。②理疗:早期酌情选用直流电疗法、热敷、蜡疗、红外线、电光浴、经皮神经电刺激、短波疗法或超短波疗法(有金属内固定禁用)、电磁波治疗(有金属内固定禁用)等,以促进血肿吸收,消除肿胀和减轻疼痛。中后期选用神经肌肉电刺激、经皮神经电刺激、功能性电刺激、干扰电疗法、肌电生物反馈疗法等,以改善肌肉营养状态,延缓肌萎缩。③水疗:有条件在骨折愈合后可进行水中运动治疗,如肌力训练、关节活动度训练、平衡训练、协调训练、步行训练。

3.3.1.2 作业治疗:肢体骨折者需进行肢体功能训练、手功能训练、日常生活活动训练、家务劳动训练,合并感觉障碍者需进行感觉训练。

3.3.1.3 中医康复治疗:①针刺治疗。②推拿治疗。

3.3.1.4 康复工程:①矫形器:根据损伤情况,主要应用骨折固定矫形器(臂套筒式矫形器、长/短臂铰链矫形器、舟骨骨折矫形器、掌骨骨折矫形器、指骨骨折矫形器、腕固定矫形器等)、功能位矫形器、功能训练矫形器;下肢骨折者可配置相应部位的免荷式矫形器或固定式矫形器。②其他辅助器具:存在肢体肿胀者需制作压力肢套或压力衣,下肢骨折者可选用腋杖、肘杖、手杖等助行器,部分患者需使用轮椅和坐便器、洗澡椅。

3.3.2 康复护理

3.3.2.1 康复护理评估:皮肤状况、皮肤感觉、潜在安全因素、对伤病知识掌握程度的评定。

3.3.2.2 康复护理方法:①体位护理:根据不同的骨折部位给予正确的体位摆放、体位变换、体位转移等指导。②康复延伸治疗:根据康复治疗师意见,监督和引导患者在病房内选择性进行简单的关节活动度、肌力、负重、步行等延续性训练。

③并发症的防治护理:预防继发性损伤(如摔伤、烫伤等)、废用综合征、下肢静脉血栓、患肢肿胀、疼痛及各类感染的护理。

3.3.2.3 心理护理、家庭康复及社区康复护理指导。

3.3.3 职业康复

3.3.3.1 职业康复评定:伤后 4—7 周,进行职业调查、就业意愿评估、工作需求分析、功能性能力评估、现场工作分析评估。

3.3.3.2 职业康复方法:①伤后 4—7 周进行职业咨询、小组治疗、部分工作模拟训练。②伤后 12 周,可增加就业选配、工作强化训练、工作适应与调整等。

3.3.4 社会康复

3.3.4.1 社会康复评定:伤后应激障碍评估、生存质量评价、社区独立生活技能评价、社会功能评价。

3.3.4.2 社会康复:主要采用个案管理的方式进行,由个案管理员(社会工作者或康复治疗师)对地震伤员提供由入院开始直至回归工作岗位或社区生活的全程个案服务。①家庭康复技巧指导:一般在伤员出院前制订,根据伤员的实际情况,给予出院后的家庭康复计划和具体技术的指导。其有别于在康复机构中由专业人员实施的康复计划及技术。②工作安置协调指导:在伤员能够返回工作岗位前,对伤员原工作场所包括工作环境、岗位安排、同事关系等进行评估、协调,为伤员重返工作岗位做准备,在出院后继续跟进,直至其适应工作岗位,或在伤员重返工作岗位后的 2—3 周内到其工作场所给予指导,协助其适应工作岗位。

3.4 康复出院标准

生命体征平稳,病情稳定,并符合以下条件:①已达到康复住院时限,可以回归家庭和社会并进行家庭训练。②功能障碍经综合康复治疗达到预期目标。③无严重并发症或并发症已控制。

4 截肢患者的康复

4.1 康复介入时机

由于地震导致截肢手术,应于术后早期康复介入。

4.2 康复介入标准

①上、下肢截肢术后,伤口愈合 1 周,生命体征稳定,无严重感染及出血征象。②截肢术后存在不良残端(包括畸形、瘢痕、神经瘤、感染窦道),影响假肢装配,需进行手术治疗者。

4.3 康复原则与方法

4.3.1 临床常规治疗:①残端处理:药物治疗、换药、加压包扎或压力肢套应用等。②有残肢疼痛者可给予镇痛药物或局部封闭治疗。③不良残肢处理:影响假肢装配使用者需行残端成形手术或神经瘤的晚期切除术。

4.3.2 常见并发症处理:①髋关节屈曲外展畸形:术后石膏绷带或矫形器固定、良肢位摆放。②膝关节屈曲挛缩畸形:逐渐伸直位石膏或矫形器固定,必要时手术治疗。③慢性骨髓炎:换药、药物冲洗、物理因子治疗,必要时手术治疗。④神经痛:物理因子治疗、局部封闭治疗,必要时手术治疗。⑤幻肢痛:止痛药物应用、物理因子治疗、局部封闭治疗,心理治疗。

4.3.3 临床康复。

4.3.3.1 功能评定:康复介入后5天内进行初期评定,住院期间根据功能变化情况可进行一次中期评定,出院前进行末期评定。评定项目如下:①躯体功能评定。肌力评价、关节活动度评价、感觉评价、肢体形态评价、疼痛评价、平衡评价、步态分析、日常生活活动评价、辅助器具适配性评价等。②精神心理评定。人格评价、情绪评价等。

4.3.3.2 康复治疗:根据截肢部位选择相应治疗。

物理治疗:①运动治疗:残肢被动运动、关节松动、牵伸、主动运动、肌力及耐力训练,残端负重训练、感觉训练,平衡与协调训练等。②上肢截肢还包括上肢协调运动训练、假肢穿戴与使用训练等;下肢截肢还包括渐进负重训练、过渡假肢站立负重训练、减重步行训练,穿戴假肢步行训练、平衡训练、步态训练、有氧训练等。③理疗:用于截肢残端的消炎、消肿、镇痛、预防瘢痕和组织黏连等。④残端肿胀:选用冰敷法、气压治疗、超短波疗法等。⑤残端伤口感染:选用超短波疗法、紫外线疗法、电磁波治疗等。⑥残端疼痛:经皮神经电刺激、调制中频电疗法、微波疗法等。⑦残端瘢痕:超声波疗法、音频电疗法、蜡疗法等。⑧预防残肢肌萎缩:神经肌肉电刺激、肌电生物反馈疗法等。⑨水疗:根据患者具体情况可进行水中运动治疗。

作业治疗:肢体功能训练、手功能训练、假肢使用训练、日常生活活动训练、家务劳动训练、感觉训练、功能性作业活动训练等。

中医康复治疗:针刺疗法、推拿治疗。

心理治疗:心理支持、心理适应训练、情绪调适等。

康复工程:①假肢装配:上肢截肢患者根据截肢部位、残肢状况予以安装机械假肢、肌电假肢、假手等;下肢截肢患者伤口愈合后即安装临时假肢,残肢塑形后更换为永久假肢,有条件者可术后即使用硬性敷料。②其他辅助技术:根据功能状况需要,上肢截肢患者可配置不同类型自助具、压力肢套,下肢截肢可根据功能障碍情况选择配置压力肢套、轮椅、助行架、腋杖、肘杖、手杖、坐便器、洗澡椅等。

4.3.4 康复护理规范。

4.3.4.1 康复护理评估:残肢皮肤状况(残端有无肿胀、创面愈合情况、皮温、血运、感觉等)评定,对伤病知识掌握程度的评定。

4.3.4.2 康复护理:①体位护理:保持残肢适合体位,如膝上截肢,患侧髋关节伸直、髋部外侧加垫软枕以防止髋屈曲外展;膝下截肢,膝关节应伸直等。②残肢护理:残肢皮肤、幻肢痛及相关症状的护理与指导。③饮食指导:控制体重,防止身体过胖或过瘦影响假肢接受腔的适配性。④康复延伸治疗:根据假肢矫形师和康复治疗师意见,监督和指导患者在病房内选择性进行残肢负重、假肢穿戴、步行等延续性训练。⑤并发症的护理:预防继发性损伤(如摔伤、烫伤等)、废用综合征、下肢静脉血栓、残肢肿胀、疼痛、脂肪沉积、各类感染、心血管疾病等。

4.3.4.3 心理护理、家庭康复指导。

4.3.5 社会康复:主要采用个案管理的方式进行,由个案管理员(社会工作者或康复治疗师)对伤员提供由入院开始直

至回归工作岗位或社区生活的全程个案服务。①康复辅导。②社区资源使用指导。③家庭康复技巧指导。④家居环境无障碍改造指导:作业治疗师或康复工程师提供咨询或指导,根据伤员的身体功能,对其家居和周围环境进行适当改造,尽量消除家居和社区生活的障碍。

4.4 康复出院标准

生命体征平稳,假肢(指、趾)安装完成,经评价可以回归家庭与社会,并符合以下条件:①能够独立完成假肢的穿戴和正常使用,并达到预期康复目标。②残端塑形良好,皮肤无破溃及感染。

5 脑外伤康复

5.1 康复介入时机

经急性期临床药物和/或手术治疗一段时间(轻型颅脑损伤2—4周,中型4—6周,重型或特重型6—8周)后。

5.2 康复介入标准

生命体征相对稳定,仍有持续性神经功能障碍或并发症,影响生活自理及回归家庭、社会,并符合下列条件者:①神经学症状不继续加重,脑水肿、颅内高压等已消除;②未出现新的需手术处理的病情变化;③脑脊液外引流管已拔除或脑室-腹腔引流管通畅,无脑脊液漏;④无其他重要脏器严重功能障碍;⑤CT等影像学检查未见病变进行性发展;⑥无严重感染、糖尿病酮症酸中毒等。

5.3 康复原则与方法

5.3.1 原则:①脑外伤的康复越早进行越好,从急性期到恢复期贯彻始终,甚至终身。②积极的康复治疗可有效地预防并发症,减轻残疾,最大程度地恢复功能。③注意介入的时机和介入方式。④不同的患者需要设定不同的康复目标(包括近期目标与远期目标)。⑤康复过程中注意病情变化,同时考虑安全问题。⑥除了专业的康复治疗人员参与以外,还需要家属、陪护、社会相关人员的共同参与。

5.3.2 方法:①首先由康复人员进行全面的评定,包括躯体功能、精神心理、言语吞咽功能的评定,详细了解患者的功能障碍情况,制定康复方案和目标,并判断预后。②意识障碍的康复:可通过药物、高压氧等治疗促进患者意识的恢复,家属应积极配合进行亲情唤醒。③心理障碍的康复:由专业的心理治疗人员或在他们的指导下进行。④认知障碍的康复:中重度脑外伤患者常合并有记忆力、注意力、定向力、计算力等损害,可以通过药物、高压氧治疗以及认知功能训练进行康复,需要家属积极配合。⑤语言障碍的康复:包括语言表达、理解、阅读、书写能力的下降,通常由言语治疗师进行言语训练,家属和陪护需要积极同患者进行言语交流。⑥构音和吞咽障碍的康复:评价其严重程度,确定患者的进食方式,必要时保留胃管,由专业人员进行训练,家属在指导下喂食,补充足够的营养,防止误吸或窒息的发生。⑦运动障碍的康复:由运动治疗师、作业治疗师进行关节活动、起坐、站立、步行等训练,并指导家属或陪护帮助训练,但需要考虑到患者的病情、体力、心肺功能等情况,同时注意安全,防止摔倒、骨折等意外。⑧大小便功能障碍的康复:确定病因,针对病因进行治疗,选择合适的排便和排尿方式,培养正确的排便和排尿习

惯。⑨常见并发症的处理:对脑水肿、脑积水、脑外伤后综合征、继发性癫痫、低颅压综合征、痉挛、精神障碍、压疮、深静脉血栓、感染等并发症根据需要请专科会诊,必要时转院治疗。

5.4 注意事项

5.4.1 轻度脑外伤患者可以没有任何后遗症,或仅有头痛、头晕、容易疲劳、失眠、记忆力减退等症状,有能力重新学习或工作。中重度损伤者可能会遗留有偏瘫、失语、认知障碍或并发癫痫等,最严重的会导致持续植物状态。

5.4.2 一般脑外伤患者经过 3—6 个月的住院康复治疗,可以出院回归家庭或社会,较重的患者可继续住院康复或转入社区康复。家庭和社会需要对于脑外伤患者有充分的关注和支持,坚持正确有效的康复治疗,不仅可以提高患者的生活质量,同时又可以减轻家庭和社会的负担。

6 创伤致残心理康复

6.1 康复介入时机

残疾患者出现异常情绪和行为时,当其生命体征平稳,意识清楚即可进行心理康复工作。

6.2 康复介入标准

原则上所有创伤致残的患者都应进行心理干预。可通过观察与专业评估,有明显情感行为异常者,应及时进行心理治疗,尤其存在以下表现时:

6.2.1 焦虑:对自身的健康和客观情况做出过分严重的估计,恐惧、忧郁不安,怨天尤人、惶惶不可终日,反复找人诉说,有的人彻夜难眠。

6.2.2 恐惧:对发生情境的恐惧、对受伤情境恐惧、对环境的恐惧、对躯体疼痛的恐惧、对残疾的恐惧以及社交恐惧等。

6.2.3 抑郁障碍:对预后、对生活丧失兴趣并有绝望感、自责、情绪低落、思维迟缓和意志活动减退、有濒死或自杀意念。

6.2.4 情感脆弱,自我控制力差:心理承受能力弱,情绪反应强烈,显得很委屈。

6.2.5 依赖、被动、意志力差:患者生活方面完全依赖,行为的主动和积极性差,行为的自我控制力和意志力差。

6.2.6 攻击行为:心理悲观压抑,患者的心理矛盾和压力不能有效解决和释放,会出现攻击行为。

6.3 康复原则与方法

6.3.1 治疗原则:①建立良好的医患关系;②增强伤员信心、缓解和消除负性情绪;③无条件的尊重与理解;④注意保密;⑤对于敏感问题采取灵活办法。

6.3.2 常用的伤残情绪和行为障碍的心理治疗方法

6.3.2.1 支持性心理治疗:①倾听:满怀热情投入地、认真地听,用当事人的眼光理解伤员,必须能够辨别当事人的感受,准确理解伤员所传递的信息,以及反射出他们所欲沟通的深层次含义。②指导、鼓励患者表达情感。有意识地指导或示范表达,对患者的情感表达要表现宽容、理解并及时给予肯定、强化,并鼓励他们进一步表达。③解释。解释就是向患者讲明道理,帮助患者解除顾虑、树立信心、加强配合,为治疗创造良好的心理条件。④鼓励和安慰。患者表现出恐惧、忧虑、焦

虑、抑郁、悲观、绝望甚至企图自杀时,应及时给予伤员鼓励和安慰,使他们振作精神,增强信心。鼓励和安慰要热情、中肯,根据患者的心理问题和特点有的放矢,切忌简单化和刻板。⑤保证。对伤员的检查和治疗结果做出伤员能接受的保证,以坚定他们战胜疾病的信心。⑥促进环境的改善。改善环境主要指的是与伤员有关的社会环境,也就是伤员的人际环境,从人际环境中消除不利因素,在伤员的生活天地里增添某些新的有利因素。

6.3.2.2 理性情绪疗法:①找出诱发事件。②具体情绪体验。③找出不合理的思维方式。④指出情绪困扰是由不合理的认知导致的。⑤通过辩论的方法,帮助患者认清自己的想法的不合理性,既而放弃这些不合理的信念。⑥以合理的思维方式代替不合理的思维方式。

6.3.2.3 行为治疗(松弛反应训练):治疗者语调要低沉、缓慢、柔和,有意识地对伤员进行积极的强化,每个部位应重复说 2—3 次,每次可间隔 3—5 秒,部位间可停 5—10 秒,全部做完后保持一会放松的状态,结束时不要太突然,避免惊吓。①放松前一定要做好心理辅导和暗示,强调心理与躯体的相互关系。②让伤员体会真正的放松感觉。可让伤员双手紧张,然后放松,反复几次,让伤员比较放松与紧张的区别,最后再次体会放松的感觉。③找一个舒服的体位(坐位、侧卧位、平卧位)。④保证伤员在安静的环境中进行练习。光线不要太亮,尽量减少无关的刺激。⑤放松的顺序:前额—双眼—鼻—嘴巴—嘴—双肩—双上臂—双肘关节—双前臂—双手。胸部—小腹部—两条大腿的前半部—双膝关节—两个小腿的前半部—双脚。双耳—枕部—顶部—大脑内部—颈后部—背部—腰部—两条大腿的后半部—两个小腿的后半部—两个脚后跟。

6.4 注意事项

①心理应激反应过度、出现明显精神障碍的患者,应及时送往专科医院进行系统的治疗。②治疗环境要独立、安静,不受干扰。③异常情绪和行为的诊断与评估由专业人员实施。

7 言语听觉障碍康复

7.1 康复介入时机

脑损伤伤员疑有言语听觉障碍。生命体征稳定、原发疾病不再进展 48—72 小时以后开始康复治疗。

7.2 康复介入标准

原则上所有言语障碍都应进行言语康复训练,但有明显情感、行为异常和精神病的伤员不适合训练。伤员有以下表现时应进行言语康复:①伤员有听觉理解障碍,听不见声音或听不清声音伴有言语障碍。②不能说话、说出的话别人听不懂、发音不清、嗓音粗糙沙哑。③不能正确朗读或阅读理解障碍。④书写障碍。

7.3 康复原则与方法

本着尽早治疗的原则,可以采取以下方法:

7.3.1 治疗途径:①训练和指导。包括听觉的活用,促进言语的理解,口语表达,恢复或改善构音机能,提高语音清晰度等言语治疗。②手法介入。对一些言语障碍的伤员可以利用传统医学的手法,适合于重症构音障碍患者。③辅助具和替代

方式。为了补偿机能受限,有时需要装配辅助具,如重度构音障碍腭咽肌闭合不全时,可以给伤员戴上腭托,以改善发音。当重度言语障碍很难达到正常的交流水平时,就要考虑使用替代如交流板和言语交流器等。

7.3.2 治疗原则:言语治疗是促进交流能力的获得或再获得,即治疗人员给予某种刺激,使伤员作出反应,正确的反应要强化(正强化),错误的反应要加以更正(负强化),反复进行可以形成正确反应,纠正错误反应。

7.3.2.1 基本过程:①出示给患者事先准备好的刺激,比如图片、文字或实物等。②若患者反应正确(正反应),告诉他回答正确(正强化)。③若伤员反应不正确(错误反应),则告之错误(负强化)。④患者和治疗师的努力,伤员的正反应增多,并固定下来。⑤正反应固定下来后,则上移一阶段的课题。⑥反复进行,达到目标阶段时结束。

7.3.2.2 制定训练程序:明确了训练课题后,把训练课题分解成数个小步骤。训练程序制定相关因素见表1。

7.3.2.3 刺激与反应:在训练进行过程中,由于伤员的障碍程度不同反应也会多种多样。治疗师将图片摆在伤员面前,由治疗师说出名称,伤员正确指出相应图(正确反应)。

7.3.2.4 强化与反馈:在训练过程中伤员反应正确时,要使之知道正确并给予鼓励(正强化)。反之也要让其知道错答并一起表示遗憾(负强化)。

7.3.2.5 升级与降级:在刺激-反应进行过程中,正反应会逐渐增加,当正反应能固定下来时,就可以考虑将训练上升一个阶段。顺利达到训练目标时,训练即结束。但有时错误反应会增加,此时大多由于训练难度超出患者的水平,反而要降

表1 训练程序制定相关因素

项目	内容	难易度	
		易	难
课题	长度	短(单词)	长(句子)
	意义	具体(具体名词)	抽象(抽象名词)
	使用频率	高频词(常用词)	低频词(非常用词)
	造句	简单(单词)	复杂(复句)
	患者兴趣	浓	淡
刺激	提示速度	慢	快
	时间	长	短
	提示次数	多	少
	间隔	短	长
	醒目性	醒目(彩色图片)	不醒目(线条画)
输入途径	声音强度	强	弱
	种类	视觉	听觉
	数量	多数	单一
选择答案	数量	少	多
		选择内容不同 (不同范畴)	选择内容相近 (同一范畴)

级。在下一阶段训练一段时间后,当有所改善时,还可以重新升级。一般情况下在正答率达到70%—80%时,就可以考虑升级。

7.4 注意事项

7.4.1 当伤员疑听不见或听不清声音时,要考虑有听力障碍的可能,应推荐患者去有条件的医院进行纯音听力检查或者听觉诱发电位检查。

7.4.2 重症言语障碍患者应推荐到专科康复机构进行检查和治疗。

广东省荣誉军人康复医院招聘启事

广东省荣誉军人康复医院是一所具有30多年康复历史的省直医疗单位,地处广州市中心城区。医院拥有250张床位、价值2000多万元的医疗设备,其中“三科一中心”为框架的康复医学部,拥有120多张病床及价值300多万元的康复治疗 and 评估仪器。现因康复医学发展需要,向全国招聘康复医学专业人才。

招聘康复医师2名,康复治疗师1名:条件:本科及以上学历,50岁以下,身体健康;康复医师具有高级职称,康复治疗师具有中级或以上职称,在三级医院从事本专业工作5年以上,具有一定的行政组织管理能力。待遇面谈。

联系方式:应聘者请将个人简历、毕业证、医师资格证书、执业证书、身份证等相关证件复印件邮寄本院;符合要求的,医院通知面试。资料恕不退还。地址:广州市新港西路114号广东省荣誉军人康复医院政工科,邮政编码:510260;电子邮箱:rjyyzgk@163.com;联系电话:020-84187600-2611;联系人:陈先生。