

· 学科建设 ·

中医院康复医学科建设模式

汪土松

随着社会的发展,人们生活水平不断提高,人均寿命延长,人口老龄化和心脑血管疾病、退行性疾病等发病率上升问题日益突出,社会对康复医疗的需求也越来越大。如何运用现代康复手段和传统康复手段相结合,建设康复医学科新模式,是中医院值得探讨的学科建设课题。

中医院设立康复医学科的指导思想与现状

我国康复医学起步较晚,中医院设立康复医学科同综合性医院一样,也源于医院分级管理工作。1989 年卫生部颁布《综合性医院分级管理标准》后(以下简称“标准”),先是创三级的医院纷纷设立康复医学科,继而是部分二级医院着手设立康复医学科。大部分中医院则将针灸、推拿科或理疗科换块牌子变成康复科或同时挂两块牌子。可以说,当时多数中医院(包括综合性医院)的康复医学科多不规范,人才、设施也较匮乏。

1996 年,卫生部颁布了《综合性医院康复医学科管理规范》(以下简称“规范”),“规范”中明确指出:康复医学科与相关临床科室密切协作,着重为病伤急性期和恢复早期的患者,以及为后期患者提供康复医学诊疗服务,并明确康复医学科作为综合医院的临床科室之一^[1]。在这一指导思想的引导下,各省、市、县医院相继成立了康复医学科,中医院原来一些换牌子的康复科也逐渐向规范化迈进。在康复医学人才方面,由于一些医学院校康复医学专业班的开设及与世界卫生组织协作办班等,培养了一大批康复医师和治疗师,为许许多多医院的康复医学科建设奠定了基础。10 多年来,经过卫生主管部门积极倡导和民政部门的积极参与,以及广大康复医学工作者的共同努力,已开设康复医学科的中医院日渐增多。虽然这个学科还在探索中前进,未形成较好的学科建设的模式,有的甚至还步履维艰,但毕竟已形成一定的气候,成为医院临床医学的重要组成部分。

我院康复医学科建设模式的变迁

我院于 1989 年 3 月成立金华市康复中心。该中心的成立,源于世界银行卫生Ⅲ贷款项目的支持,市康复中心(卫Ⅲ项目中的一部分)挂靠于我院。其中心任务除规划和指导全市康复医疗领域的工作外,同时开展院内康复医疗工作。1996 年以前,院内康复医疗主要由骨伤科、眼科承担残联下达的小儿麻痹后遗症(包括脑瘫、肢残等)的矫治和白内障复明手术。骨伤科、眼科分别设病床 25 张和 15 张,供上述患者使用。几年来,完成儿麻后遗症等肢残矫治 1 000 多例次,并按所制定的术后功能训练程序开展了功能训练,完成白内障近 3 000 例次。1996 年 4 月,我院设立医疗康复科专科病区,依托于神经内科,以收治脑卒中、脑外伤后期、脊柱脊髓损伤后期等神经系统疾

病为主。1997 年初该科被确定为浙江省中医临床康复建设基地,先后配备康复训练设备约 10 万元。由于与神经内科同一病区,因而实行了对脑血管意外急性期和恢复早期患者的早期康复介入治疗,3 年来共收治病例近 600 人次,其中脑血管病约占 70%,脑外伤、脊柱外伤性截瘫、脑瘫等占 30%。但由于病源少,经济效益欠佳,神经内科并入普通内科病区。后来医疗康复科又与儿科、肝肿瘤介入治疗科合并,结果使医疗康复科日渐萎缩,面临生存危机。2000 年后,为解决康复医学科的生存危机,同时结合中医临床康复建设基地的评估标准和要求,医院重新组建了针推康复科,设床位 22 张。在人员配备上有针灸、推拿医师、康复医师及治疗师等,收治病种有颈椎病、腰痛、腰间盘突出症、中风后遗症等。神经内科的急性期脑血管病患者由治疗师到内科病区做治疗,恢复早期患者则采取康复训练室治疗与床边治疗相结合。所收治患者采用针灸、推拿、牵引、拔火罐、穴位埋线和现代康复手段相结合的治疗方法。近 2 年来,共收治患者 358 人次,平均床位使用率由 60% 上升至 95% 左右,临床疗效和经济效益均取得较好的成绩。

学科建设模式

一、走传统康复与现代康复相结合的临床建科道路

传统医学的阴阳平衡,天人合一的整体观念与现代医学的生物-社会-心理的医学模式不谋而合。因此,我们应该把两者有机地结合起来,走中国特色的康复医学道路。但据我省 1 次调查显示,目前医院康复医学科手段较简单,大都以开展理疗和/或针灸、推拿等手段为主,真正应用 PT、OT、ST 及心理治疗等手段者较少^[2]。传统康复医疗源远流长,具有独特的理论体系与治疗方法,它采用独具风格的康复医疗方法如针灸、气功、按摩、中药、食疗等,构成一个理论与实践相结合的康复医疗体系。自古至今,在促进伤、残、病患者的身心健康,最大限度地恢复生活能力和劳动能力,重返社会方面,一直发挥着重要的作用^[3]。现代康复医学也不再是简单的光、电、热等疗法。而是运用多种跨学科手段与高科技设备对机体进行全方位的康复^[4]。如大量使用功能方面的评估、训练、补偿、增强等技术和心理学-社会学的方法,采用科际间的康复协作组工作方法对患者进行康复。无论传统康复医疗手段还是现代康复医学,它们的一个共同目的都是促进残疾人和患者康复。但应注重传统康复医疗与现代康复医学的取长补短,互相渗透。如对脑卒中患者,针灸、推拿与现代康复的 OT、PT 等同期进行,这是被动与主动结合的治疗手段。在早期患者不配合的情况下,可用头皮针和“醒脑开窍针刺法”,现代医学研究证实,该法的穴位配方可促进脑血循环和神经组织代谢及修复,改善大脑生理功能^[5]。另外,根据中医辨证理论,可用中药扶正祛邪,协调阴阳,增强免疫能力。也可用中药药浴、熏、蒸等特色医疗手段,促进障碍肢体的恢复。传统康复有其优势,但现代康复的促通

技术和理化评估是传统康复所缺乏的,二者相互结合、相互补充,探索符合国情、院情的康复医学学科建设模式,为康复对象提供更好的服务。

二、床边康复治疗与治疗室康复训练相结合

客观上由于康复医学学科的应急能力和设施所限,主观上由于康复医学普遍不受重视,不少医生重临床轻康复,或对康复还缺乏深刻认识,不开康复治疗单(这与目前以药养医的体制也有关),造成患者也不重视康复治疗。同时康复医学学科医生或治疗师也沿袭那种等患者上门治疗的被动工作方法。这些都是造成康复医学学科发展缓慢,甚至生存危机的重要因素。

从患者康复疗效的角度看,床边康复是早期康复的根本要求,这一点 Davies 早在十几年前就已强调,由于病伤初期患者卧床时间长,因此其体位和床上运动就非常重要,如果从开始就指导患者适当的运动模式,整个康复将会更容易、更快^[6]。例如卒中中,目前比较公认的康复程序是良姿位的摆放、床上运动、翻身起坐、坐位平衡、站起训练、站立平衡、步行训练等。其中良姿位的摆放、床上运动便是床边康复,这是急性期或恢复早期卧床患者唯一可做而且必须要做的治疗活动,其它程序既可在病房也可在治疗室进行^[7]。床边康复的重要性和有效性已为临床实践所证实。因此,康复医师或治疗师应主动深入病房,参与临床查房,对那些不能离床或暂时不宜离床又须做康复治疗的患者,向临床医师提出建议,并每天安排一定的时间到床边进行康复治疗,把床边康复治疗和治疗室康复治疗在时间上和内容上协调连贯起来。这样既可提高患者的康复疗效、缩短疗程,又可向临床医师、护士及患者宣传康复医学知识,帮助他们更新观念,配合早期康复诊疗项目的落实,同时还可提高康复医学学科的效益,促进康复医学的发展。

三、住院康复与社区(家庭)康复相结合

住院康复医疗固然是病伤初期或恢复期患者极为有效的治疗时期,但大多数患者在医院经过早期康复治疗后将转向社区或家庭。以卒中为例,在西方一些发达国家里,急性期患者在综合性医院一般只限于 28 d,接着便要转到专业康复医疗

机构之中,之后便不得不转向社区或家庭,否则医疗保险机构将不予财政支持。在我国,无论医疗保险、社会保险或自费患者,住院康复医疗的费用也均受到限制,而卒中患者的运动功能障碍的治疗效果,在发病 3 个月后至多进入平台期,认知、语言和 ADL 等的恢复常需 2 年或更长时间。因而大量处于恢复中、后期的患者均需在社区或家庭中进行康复医疗。因此,必须实行住院康复治疗与社区(家庭)康复医疗相结合的建科模式。

目前我国正在进行卫生体制改革,根据改革的趋势,今后卫生资源的配置将主要分成两极:医学中心与社区服务中心^[4]。社区(家庭)康复服务将产生非常大的需求。康复医学科应利用正在建立或日趋完善的社区服务体系介入社区(家庭)康复医疗,延伸康复医学的服务范围。同时,利用社区医疗服务站,培训社区康复员或家庭康复员,并建立医院康复与社区(家庭)康复双向转诊制度,促进康复医学学科的发展。

参 考 文 献

- 1 卫生部.综合医院康复医学学科管理规范.中国康复医学杂志,1996,11:145.
- 2 林伟,连燕烈,叶洪青,等.浙江省康复医学学科现状调查和发展探讨.中国康复医学杂志,2000,15:245.
- 3 卓大宏,主编.中国康复医学.北京:华夏出版社,1990.223.
- 4 王恒,许少英.21 世纪海南省康复医学的地位与任务.中国康复理论与实践,2001,7:91.
- 5 朱鹏飞,姜永和,陈通,等编著.中风的中西医防治及康复.北京:中国医药科技出版社,1992.89-92.
- 6 刘钦刚,倪朝民,李鹏虹,等译.循序渐进.合肥:中国科技大学出版社,1996.44-57.
- 7 许俭兴,燕铁斌,肖秀红.综合医院康复医学学科早期康复的模式.中国康复,1998,13:93-94.

(收稿日期:2002-02-08)

(本文编辑:熊芝兰)

国家级继续医学教育项目“康复医学新技术、新理论应用学习班”招生

为了学习并应用国外康复评定及治疗新技术,决定于 2002 年 9 月 13 日~9 月 17 日,在国家级优秀旅游城市广东省肇庆市举办“康复医学新技术、新理论应用学习班”。本学习班为国家级继续医学教育项目(2002-03-10-056),学习结束可获 I 类学分 8 分。

主要内容:平衡功能的评定,痉挛的评定及肉毒素在治疗痉挛中的应用,神经肌肉电刺激技术的临床应用,慢性疼痛综合症的诊断及康复治疗,减重步行训练,卒中康复治疗进展,脊髓损伤国际神经分类标准(2000 年)简介,电诊断技术在康复医学中的应用,脑影像技术在康复医学中的应用,量表在康复医学临床工作中的应用,临床随机对照研究(RCT)方法在康复医学中的应用。

学习班邀请的境外专家:香港复康会 Sheila Purves 女士,香港理工大学康复科学系 Roger Scudds 教授,Chetwyn Chan 教授,香港大学东华医院李常威教授。

招生对象:康复、理疗科、神经科、骨科临床医师。

学费:600 元(含资料费、证书费),食宿统一安排(住宿费自理)。

报名截止日期:2002 年 6 月 30 日,正式通知 7 月底发出。

联系单位:510120 广州沿江西路 107 号中山大学附属第二医院继续教育科,张丽娜,张幼伦

电话:81332689,81332066;传真:81332853