

· 康复教育 ·

康复治疗师成人教育“十年”

王玉龙 陈惠德 徐斌铨

我校康复医学教育于 1987 年起步。从一开始,就在卫生部的直接领导下,与世界卫生组织香港康复协作中心、香港康复会紧密合作,并得到了中国残疾人联合会的大力支持。1990 年,我校被卫生部、世界卫生组织、中国残疾人联合会等确定为康复医学培训基地。从 1990 年 9 月举办第 1 期实用康复治疗专业证书班至今,我校康复治疗师教育已经历整整 10 年。现对其做一回顾性总结。

培养目标和教学计划

我国有大约 6 000 万残疾人,其中相当一部分急需康复治疗,改善生活质量。然而,我国现有的康复医疗专业技术人员,尤其是康复治疗师,无论是质量还是绝对数量,都与我国的理论需求量存在着明显的差距。因此,大批康复治疗师的培养迫在眉睫。我校从 1990 年起分别举办了 1 年制康复治疗专业证书班 3 期、2 年制康复治疗师培训班 5 期,共培养康复治疗师 413 名,遍布全国 27 个省市自治区。生源最多的前五位是安徽、江苏、浙江、广东和河南。

1 年制康复治疗专业证书班,除 4 周集中实习外,其余均为理论课,共计 36 周(含 2 周考试时间),其中实习安排在康复医学科。学员主要来自大型综合医院和康复医院,有多年从事康复医疗或与之相关的专业经验。毕业时颁发由安徽医科大学签署的学业证书,学成后回原单位从事康复医疗工作。

2 年制康复治疗师培训班,前 3 学期以主要以课堂教学为主,第 4 学期集中临床实习,共计 76 周。实习内容和时间安排为康复医学科 12 周,中医科 4 周,骨科 4 周,神经科 4 周。学员大多为中等卫生学校毕业、从事过康复或与之有关的临床工作、具有一定的理论基础和实践技能者,入学时均要通过全国成人教育统一考试,毕业时方可颁发经国家教委验印的成人教育专科证书。

课程安排

1 年制班的课程安排着重于实用、操作,主干课程主要有康复及康复医学概论、康复评定、康复治疗方法学和常见病的临床康复等(表 1)。2 年制班的课程设置开始主要是按照世界卫生组织香港康复协作中心提出的教学计划制定的,通过数年的教学实践,在参照毕业生反馈意见的基础上,近年来我们逐步对课程安排进行了修改、补充和完善,加大了康复治疗、教学的成分,突出了对学生操作技能的培养。现有的课程设置在强调康复治疗实践的同时,达到了国家教委对专科学生的基本要求(表 2)。

师资、教材及相应设施

一、师资

表 1 1 年制班的课程设置

内容	授课时数	实习时数	合计
康复及康复医学概论	12	-	12
社会医学	12	-	12
神经系统解剖	18	6	24
运动系统解剖	18	6	24
人体发育学	15	-	15
残疾病学	6	-	6
体表解剖	6	15	21
运动学	9	9	18
肌力测定	2	10	12
关节活动度测定	2	13	15
感觉、反射测定	2	1	3
平衡、协调测定	4	2	6
肌张力、运动控制	2	1	3
步态分析	3	6	9
心肺功能检查	12	3	15
电诊断	9	3	12
物理因子治疗	24	6	30
运动疗法概论	24	6	30
作业治疗	18	12	30
医学心理学	18	6	24
言语治疗	18	6	24
关节松动术	6	12	18
神经肌肉本体促进法	9	21	30
针灸	18	6	24
推拿	6	12	18
气功、太极拳	3	21	24
假肢与矫形器	12	9	21
康复护理	6	-	6
社区康复	3	6	9
疼痛康复	3	3	6
软组织损伤康复	9	3	12
颈肩腰腿痛康复	12	6	18
骨折康复	3	3	6
手外伤康复	6	3	9
关节炎康复	6	3	9
周围神经损伤康复	5	1	6
小儿麻痹症康复	6	3	9
烧伤康复	5	1	6
脊髓损伤康复	6	6	12
颅脑损伤康复	6	6	12
脑血管意外康复	12	18	30
脑瘫康复	9	9	18
心血管病康复	6	3	9
慢阻肺康复	9	3	12
精神病康复	9	3	12
老年病康复	12	-	12
康复医学科设置与管理	6	-	6
研究与论文写作	12	-	12
参观	-	30	30
临床实习	-	120	120
阶段考试、结业总结	-	39	39
合计	439	461	900

教师是保障教学质量的关键,因此,从 1987 年起我们就一直狠抓师资队伍的建设,曾先后选派 11 名教师分别到香港、澳大利亚、德国、日本和美国等地进修、学习,同时我们每年也聘请了多名国内专家来校授课,并指导临床工作。这些措施大大改善了我校教师的知识结构,专业技能也得到了很大程度的提高。目前,本校教师除假肢、矫形器内容外,康复医学专业的专业基础课和专业课均能承担。每学年专业教师的配备见表 3。

表 2 2 年制班的课程设置

科 目	授课课时数	实习课时数	合计
基础课			
伦理学	36	-	36
计算机	18	36	54
太极拳、气功	4	36	40
社会医学	36	-	36
普通心理学	30	6	36
文献检索	15	6	21
英语	144	-	144
专业基础课			
解剖学	60	36	96
人体发育学	18	-	18
运动学	18	18	36
生理学	48	9	57
生物化学	28	9	37
病理学	24	6	30
药理学	18	-	18
微生物及免疫学	36	12	48
康复及康复医学概论	36	6	42
诊断学	36	-	36
影像学	12	9	21
骨科	30	-	30
内科学	60	-	60
神经内科	24	-	24
神经外科	6	-	6
精神医学	18	-	18
儿科学	18	-	18
专业课			
康复评定学	60	34	94
残疾学	8	-	8
中医概论及针灸学	36	12	48
推拿学	20	10	30
运动疗法	72	30	102
物理因子疗法	30	12	42
假肢与矫形器	20	9	29
职业康复	12	3	15
作业疗法	26	9	35
言语疗法	12	6	18
医学心理学	12	6	18
康复护理	6	3	9
骨科康复	18	6	24
神经康复	18	6	24
儿科康复	12	6	18
老年病康复	12	6	18
肿瘤康复	12	6	18
临床实习	-	720	720
合计	1159	1073	2232

二、教材

康复医学教育在我国刚刚兴起时,缺乏统一的规范化专业教材。因此,我们采取了翻译国外现有的优秀教材和授课教师自编讲义相结合的方法,以弥补教材的不足,其中有的讲义经

过多年的教学实践、修改和补充,现已正式出版发行,如《康复医学》、《康复评定》、《现代康复治疗技术》、《脑血管病的临床康复》、《颈椎病非手术治疗》等。这些教材的出版大大促进了我校康复医学的教学工作,对统一教学内容及提高教师的教学水平都起到了积极地推动作用,也极大地方便了学生的专业理论学习,深受广大师生的欢迎。

表 3 专业教师的配备

授课科目	教师职称(人数)
康复及康复概论	教授或副教授(1)
残疾学	讲师(1)
运动学	副教授(1)
康复评定学	副教授和讲师(2)
运动疗法	教授(1)
物理因子治疗	副教授和讲师(2)
作业疗法	讲师(1)
日常生活活动	教师(1)
言语治疗	副教授(1)
医学心理学	教授(1)
假肢	高级工程师(外教)(1)
矫形器	副主任技师(外教)(1)
推拿	讲师(1)
针灸	副教授(1)
气功、太极拳	副教授(1)
康复护理	主管护师(1)
骨科康复	副教授和讲师(2)
神经康复	副教授(2)
小儿康复	讲师(1)
老年病康复	副教授(1)
肿瘤康复	副教授(1)

三、必备的设施

要搞好康复医学的教学工作,必须有一定场所,如普通的上课教室、模拟操作室、功能训练室、支具加工室等;此外,还必须具备一些基本的条件,如配备教学上必需的器械、标本、模型、图书以及其他相关设备。比较而言,临床实习科室的条件则更为重要,可以这样说,它在一定的程度上决定了学生将来的临床工作能力。近年来,世界卫生组织香港康复协作中心、香港复康会捐赠了一批教学设备,我校在原有的基础上又增购了大量的教具,目前已能满足教学的需要。实习基地康复医学科的专业设施也基本符合国家对三等甲级医院康复医学科的要求。

不足和希望

虽然毕业生走上临床工作岗位后,均能较好地完成康复治疗任务,对在校期间所学的知识技能也感到满意,但通过对毕业生的调查,我们发现了目前教学过程中所存在的一些问题。

一、课程设置和教材

目前的课程设置既不是面向于专门的物理治疗专业,也不是面向于专门的作业治疗专业,而是针对我国当前的特殊情况和迫切需求,为培养实用型康复治疗人才而制定的,因此,涉及的面较广,但就某一个具体的专业而言,其深度又明显不够,这就导致了毕业生在临床上处理具体问题时感到有点力不从心;另外,2 年制班在 2 年内安排了 41 门课,仅理论课授课学时就达 1 512 学时,密度过大,给学生的学习造成了较重的负担。尽

管我们在教材的编写、印刷方面花费了大量的人力、物力,但仍不尽如人意,自编的讲义,有的出现了水平不一、连接不紧的现象,在一定程度上影响了教学质量。调查中大多数毕业生都提出希望能尽快编写一套符合我国国情的规范化教材,进一步完善课程设置,建立独立的物理治疗专业和作业治疗专业,早日与国际接轨。

二、教学和实习基地建设

作为培养康复治疗师的教学基地,既要拥有一定数量和水平的教师队伍,又要有一个设备配置较完善的实习场所。作为理想的实习场所,要求指导教师的结构要合理,既有经过正规训练且有实际带教经验的物理治疗师、作业治疗师、言语治疗师和心理治疗师,又有能亲自制作支具的矫形器师,还要有数量足够的患者来源,目前国内能达到上述标准的只有少数单位。近年来我校在此方面尽管做了很大努力,但与上述要求仍有一定的差距。

三、毕业去向

按照国际一般标准,每 10 万人口需要 15 名以上的物理治疗师,8~10 名作业治疗师。显然,康复治疗师的需求在我国有着巨大的市场。由于经济发展水平的制约,群众的康复理念尚未形成等原因,使得这种巨大的市场潜力目前尚未表现出来,因此出现了一方面是理论上的巨大需求,另一方面是客观上康复治疗专业的毕业生分配困难的奇怪现象,甚至于出现了有的毕业生分到医疗单位后,由于开展康复治疗工作的阻力较大,同时又缺乏相对独立的专业技术职称系列,不得不调换工作的情形。因此,迫切希望国家能尽快制定相应的法规,在现有的卫生职称系列中增加康复治疗专业职称系列,以保障、稳定这一支年轻的专业队伍。

(收稿日期:2001-08-07)

(本文编辑:郭正成)

· 短篇报道 ·

神经阻滞加理疗法治疗带状疱疹后遗神经痛

孙贵吉 万爱玲 杨明德 丁瑞梅

带状疱疹后遗神经痛是临床常见病症之一。我们用神经阻滞加理疗法治疗此症患者 30 例,收到满意效果。30 例中,男 13 例,女 17 例;年龄 54~83 岁,平均 65.4 岁;病史 1~15 年,平均 3.3 年。疼痛部位:头面部 9 例,胸背腰腹部 17 例,四肢 4 例。全部患者发病初期均有皮肤疱疹史,经内服及外涂药物等治疗后,疱疹痊愈,但局部疼痛不消失。疼痛呈针刺样、烧灼样、电击样或“猫抓”样,洗脸或衣服摩擦均可引起疼痛发作。病史长达 15 年的 1 例患者为一老年女性,其疼痛部位在左侧耳后,疼痛呈针刺样,时轻时重,每当情绪波动及食辛辣食物时易发,发作时用手捂盖、揉搓患部可使疼痛稍减。大多数患者曾口服消炎镇痛药、维生素、激素、卡马西平或苯妥英钠等药物,少数患者还曾静脉滴注过抗生素等,但疗效均不满意。

30 例患者随机分为治疗组与对照组,每组 15 例,2 组患者一般情况经统计学分析差异无显著性。2 组患者均根据疼痛部位选择相应的支配神经进行阻滞治疗,头面部主要选择颈神经浅丛、枕大神经、枕小神经、耳大神经、耳颞神经、星状神经节、半月神经节及其分支等;胸背腰腹部主要选择椎旁神经根、肋间神经等;四肢则主要选择臂丛神经、臂外侧皮神经、臀上皮神经、股外侧皮神经及坐骨神经等。药物配制:2%利多卡因 3~8 ml、VitB₁₂ 0.25~0.50 mg、甲泼尼龙 20~40 mg,根据不同病变部位配制 5~10 ml 混合液,一次注射。注射完毕,针眼以无菌棉球覆盖,常规观察 15~30 min,无不良反应方可离去。每 6 d 治疗 1 次,3~5 次为一疗程。对照组患者只作神经阻滞治疗,不加用其它疗法;治疗组患者于每次神经阻滞治疗后第 4 d 起,行局部超短波治疗,每天 1 次,每次 6~20 min,根据病变不同部位选择治疗剂量及时间,连续治疗 3 d。一疗程结束后统计治疗效果,分析统计资料使用四格表精确概率法。

评定治疗效果采用目测类比分法(VAS)^[1],以 0~2 分为“优”,3~4 分为“良”,5~7 分为“可”,8~10 分为“差”。2 组治疗结果见表 1。

表 1 2 组患者治疗结果(例)

组别	总例数	优	良	可	差	优良率(%)	有效率(%)
对照组	15	2	3	4	6	33.3	60.0
治疗组	15	7	5	2	1	80.0*	93.3**

注:2 组比较,* $P=0.026$;** $P=0.040$

讨论 带状疱疹后遗神经痛,是指急性疱疹皮损已经治愈 4~6 周后,在原受累神经支配区域内仍存有持续性剧烈疼痛^[2]。该症非常顽固和难治,发病机制尚不清楚。以往我们治疗带状疱疹后遗神经痛时,多在口服一般镇痛、解痉及维生素等药物无效后,改用神经阻滞疗法或超短波疗法,但疗效多不理想。后来我们发现,在治疗一些慢性疼痛性疾病,如颈椎病、腰腿痛、肩周炎等时,将阻滞疗法与理疗联合应用,取得了较满意的效果。受此启发,我们用神经阻滞加理疗法治疗带状疱疹后遗神经痛,结果显示,此法较单独应用神经阻滞疗法或理疗法疗效明显提高。分析其作用机制,可能是阻滞疗法所用药物对受累神经纤维具有促进修复的作用,而超短波有助于减轻炎症、改善局部循环及药物的吸收与利用,从而减轻疼痛。

参 考 文 献

- 1 赵俊,张立生,主编.疼痛治疗学.北京:华夏出版社,1994. 29-30.
- 2 Bonica JJ. Management of pain. 2nd ed, Philadelphia: Led & Feibiger, 1990. 260-261.

(收稿日期:2001-09-26)

(本文编辑:易浩)