

# 康复（脑卒中、颈腰痛、膝骨关节病） 专病特色科室建设标准

## 一、建设目的

近年来，随着人口老龄化和退行性疾病发病率增高，如脑卒中、退行性骨关节病等，以及社会工业化引起的意外伤害所致残疾率的增加，社会对康复医疗的需求急剧增加，建立和完善社区康复医疗卫生服务势在必行。基层医疗卫生机构承担常见慢性疾病（如脑卒中、颈腰痛、膝骨关节病）患者的健康教育、康复诊疗，以及长期随访管理工作，识别有潜在复发可能或病情有加重、不宜在基层继续维持现有康复诊疗方案的慢性病患者，并及时转诊。因此，针对目前基层医疗卫生服务体系中最薄弱康复环节，建设一批基层康复专病特色科室具有非常重要的意义。有助于提升基层康复服务能力，进一步完善三级康复网络建设，方便社区居民享受康复服务，促进患者功能恢复、重返社会。同时发挥示范引领作用，带动提高北京市整体基层康复医疗管理和服务水平。

## 二、科室建设条件

### （一）人员配置

1. 康复专病特色科室开展康复服务人员（康复医师、康复治疗师及/或康复护士）需有相应的执业资质。
2. 至少有1名副高及以上康复专业技术职称人员作为学科带头人。
3. 至少有1名中级职称及1-2名的康复医师；接受过康复培训的全科/中医医师。
4. 至少有两名具有康复护理专长的社区护士。

5. 至少有两名擅长神经/骨科康复治疗的康复治疗师。
6. 团队成员均需参加经北京市康复专病特色科室建设培训，考核合格。

## （二）设施、设备

康复专病特色科室应配备：康复评定/咨询室、康复训练室、物理因子治疗室、中医适宜技术治疗室、康复诊室/医务人员办公室。康复专病特色科室总面积应不少于 150m<sup>2</sup>，统一标识标牌，并按要求配备设备、器具，具体设置要求如下：

1. 康复评定/咨询室：不少于 15 m<sup>2</sup>；用于接待患者进行康复评定、康复咨询、康复宣教、心理指导等服务场所。
2. 康复训练室：不少于 55 m<sup>2</sup>；用于对患者开展物理治疗、作业治疗、言语治疗、认知治疗等治疗场所。
3. 物理因子治疗室/中医治疗室：不少于 40 m<sup>2</sup>；为患者进行物理因子治疗的场所。有条件的还可开展针灸、拔罐、按摩、正骨等中医传统康复治疗。
4. 康复诊室/医务人员办公室：不少于 15 m<sup>2</sup>；用于接诊康复患者，记录康复病历、治疗记录单等康复医疗文书。
5. 公共面积：不少于 25m<sup>2</sup>；含楼道、候诊、洗手间等，需配备无障碍设施。
6. 康复专病特色科室应配备相应的康复诊疗设备、仪器及轮椅、助行器等辅助器具。具体要求见附件 3。

## （三）工作方案与规章制度

1. 康复专病特色科室要坚持“患者为中心”的服务理念，做好社区慢病患者的康复管理。
2. 制定康复专病特色科室建设工作方案，包括领导小组，组织架构，科室设置，特色科室建设发展思路等。

3. 具备康复专病特色科室工作制度，包括科室管理制度、绩效考核制度、考勤制度、人员培训制度，设施设备管理制度，双向转诊制度、医疗质量管理体系、风险防控制度、患者健康教育制度、康复患者家庭医生签约服务项目清单（包）等。

4. 岗位职责明确（详见附件 4）。团队成员要坚守各自的岗位职责，严格遵守各项规章制度和管理制度，警惕潜在医疗危险和安全措施，具备处理突发危险事件的能力。

#### （四）风险防控预案及流程

##### 1. 风险防控人员及设备

为保证病人生命安全，降低医疗风险，有效应对突发医疗事件，康复专病特色科室应成立风险防控应急小组，主要包括组长（统筹应急全程）、副组长（负责应急事件的具体管理和协调有关科室）及小组成员。应急小组职责包括：①监督落实各项防范措施，做好人员、技术、物资和设备的应急储备工作。②一旦发生突发事件，决定是否启动应急预案。③及时、有效开展监测、分析和决策工作，必要时请求外力支援。应急小组须具备完备的应急处理设备设施，配备急救物品齐全的抢救箱，急救物品见附件 7。

##### 2. 风险防控流程

康复专病特色科室应针对患者进行康复诊疗过程中有可能发生的潜在风险，如癫痫发作、心血管事件（猝死）、突发/复发脑卒中、骨折等，制定相应的应急预案。每年组织全科室成员进行 1-2 次风险防控应急预案培训和演习。一旦发生突发事件，当事人按照应急预案紧急处理的同时立即上报应急小组，由应急小组核查具体情况后，决定下一步处理措施。

#### （五）工作数量

1. 康复门诊量：不少于 200 例/年；其中脑卒中患者不少于 30 例；颈腰痛患者不少于 120 例；膝骨关节炎患者不少于 50 例。

2. 康复治疗量：不少于 200 例/年；脑卒中康复不少于 30 例；颈腰痛康复不少于 120 例；膝骨关节炎康复不少于 50 例。

3. 康复门诊量和康复治疗量均逐年递增不低于 10%。

### （六）医疗质量管理

#### 1. 建立康复患者数据库

能通过信息化数据平台，对机构就诊的康复患者建立电子健康档案，内容包括但不限于：患者完整的基本信息、预警监测、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康管理、双向转诊等相关信息。

#### 2. 病历质量

建立康复患者病历医生互查及专家点评制度，对康复患者的评估、诊断、治疗方案的准确性及合理性评判。

3. 建立每月处方点评制度，针对不合理的康复诊疗方案，采取加强培训和绩效考核等多种形式提升诊疗能力。

### （七）三级或专科医疗机构培育基地与社区特色专科联动建设

#### 1. 三级或专科医疗机构培育基地专家下沉

建立康复门诊分级诊疗制度，社区卫生服务机构同三级或专科医疗机构培育基地建立密切合作关系，完成专家每月不少于 4 个单元的出诊、查房、带教、授课等任务形式不限。具备条件的社区卫生服务机构可积极开展远程医疗服务，推动社区康复患者诊治水平的提升。

#### 2. 畅通双向转诊绿色通道

建立与培育基地双向转诊通道，为患者提供顺畅转诊和连续诊疗服务，实现康复患者诊疗、康复及用药衔接。转诊情况应记录在健康档案或诊疗病历中，社区常见慢性疾病（脑卒中、颈腰痛、膝骨关节炎）的转诊指征见附件 8。

### （八）开展家庭医生签约服务

开展康复患者家庭医生签约服务并进行规范化管理，对签约患者应实行连续综合的责任制管理，建立健康档案，签订家庭医生服务协议，提供家庭医生服务项目清单个性化康复服务（详见康复家医签约服务项目清单），规范化管理包括门诊面对面随访每年至少 4 次。

### （九）开展健康教育

每年开展康复患者健康教育不少于 4 次，每次参与人数不少于 20 人，活动形式不限。

### （十）人员培训、进修及考核

1. 人员培训：申报当年，康复专病特色科室团队成员均需参加由北京市组织的康复专病特色科室建设统一培训和考核。

2. 人员进修：申报当年，专病特色科室工作的康复医生和护士应到培育基地完成不少于一个月的进修学习，市级评审通过后，每两年到培育基地完成一次进修学习，时间不少于一个月。进修结束前，由带教老师进行相关知识技能考核合格。

3. 按要求参加北京市社区卫生人员岗位练兵。

### （十一）绩效考核指标

1. 康复患者家庭医生服务签约率 $\geq 90\%$

康复患者家庭医生服务签约率=康复患者签约人数/康复患者确诊人数 $\times 100\%$

2. 康复患者评估率 $\geq 80\%$

康复患者评估率=接受康复评估的患者例数/康复门诊就诊例数 $\times 100\%$

3. 康复患者有效率 $\geq 90\%$

康复患者有效率=康复治疗功能/症状较康复前有改善的患者例数/康复门诊就诊例数 $\times 100\%$

4. 康复患者预约就诊率 $\geq 50\%$

康复患者预约就诊率=某时段康复患者预约就诊人次/同时段康复患者就诊总人次×100%

### 三、服务流程

康复专病特色科室应承担辖区内常见慢性疾病（如脑卒中、颈腰痛、膝骨关节炎）患者的康复宣教、康复诊疗及长期随访管理工作。对于不适宜在基层诊治的疑难/急重症患者能够准确识别并及时转诊。具体康复服务流程见图 1。

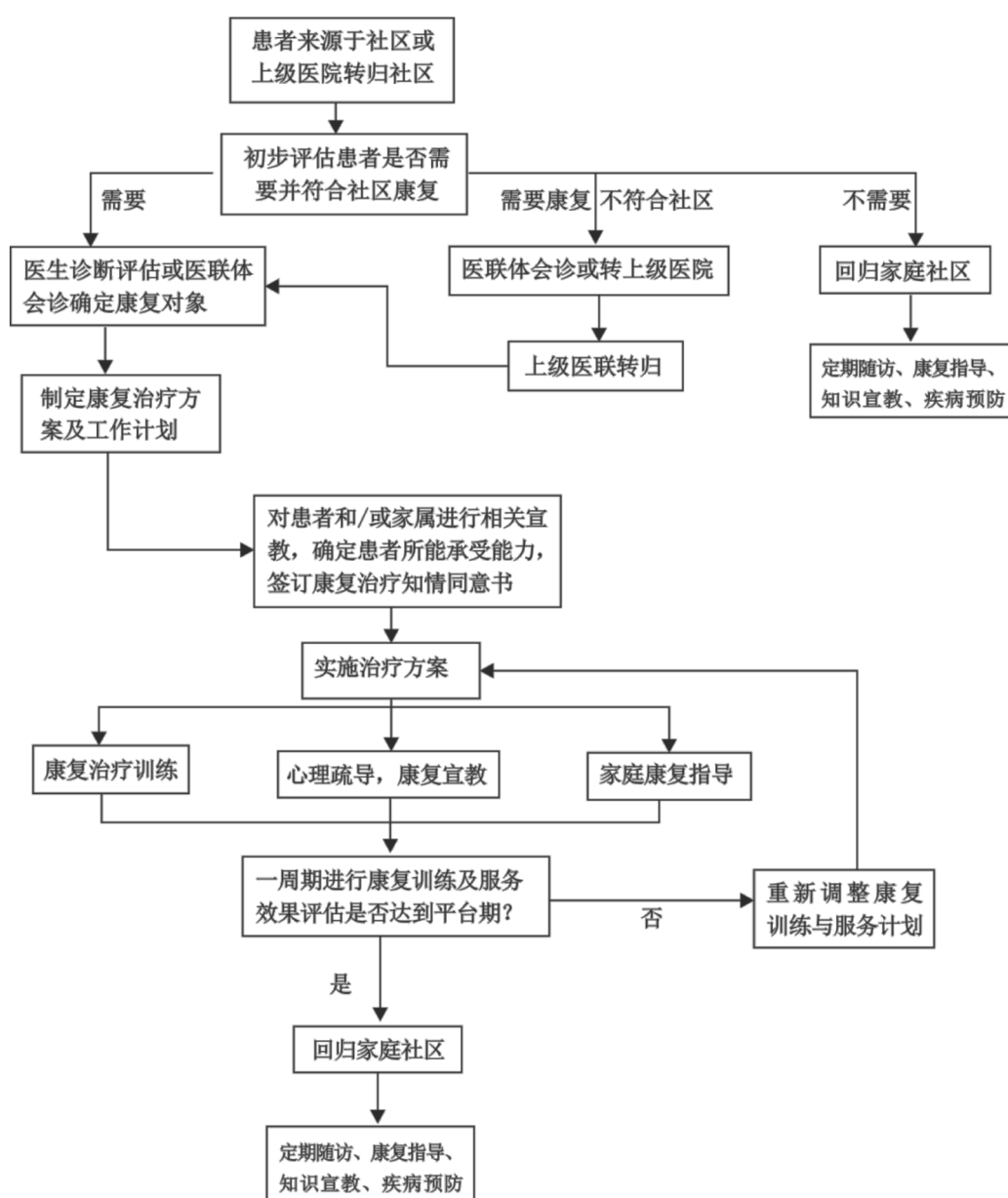


图 1 康复专病特色科室服务流程

附件：

1. 康复（脑卒中、颈腰痛、膝骨关节炎）专病特色科室建设评估标准
2. 康复专病特色科室技术规范
3. 康复专病特色科室基本设备、仪器目录
4. 康复专病特色科室人员岗位职责
5. 康复（脑卒中、颈腰痛、膝骨关节炎）专病治疗技术规范
6. 康复专病特色科室医疗文书书写范例
7. 康复应急抢救箱必备物品清单
8. 康复（脑卒中、颈腰痛、膝骨关节炎）转诊指征

## 附件 1:

### 康复（脑卒中、颈腰痛、膝骨关节病）

### 专病特色科室建设评估标准

#### 一、必备条件（准入标准）

编号	专病科室 评估指标	场景	评估标准与方法
1-1	人员配置	资料 准备	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.康复专病特色科室开展康复服务人员（康复医师、康复治疗师及/或康复护士）需有相应的执业资质。</li> <li>2.至少有 1 名副高及以上康复专业技术职称人员作为学科带头人。</li> <li>3.至少有 1 名中级职称及 1-2 名的康复医师；接受过康复培训的全科/中医医师。</li> <li>4.至少有两名具有康复护理专长的社区护士。</li> <li>5.至少有两名擅长神经/骨科康复治疗的康复治疗师。</li> <li>6.申报当年康复专病特色科室团队成员均需参加由北京市组织的康复专病特色科室建设统一培训并通过考核</li> <li>检查方法：相关支持性材料（资质证书、培训通知、培训证书等）</li> </ul>
1-2	设施	现场	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 康复诊室/医务人员办公室：使用面积<math>\geq 15\text{ m}^2</math></li> <li>• 物理（PT）治疗室：使用面积<math>\geq 40\text{ m}^2</math></li> <li>• 作业（OT）治疗室：使用面积<math>\geq 15\text{ m}^2</math></li> <li>• 认知、言语（ST）、吞咽治疗室：使用面积<math>\geq 15\text{ m}^2</math>（可选配）</li> <li>• 物理因子/中医康复治疗室：使用面积<math>\geq 40\text{ m}^2</math></li> <li>• 咨询（或康复评定）室：使用面积<math>\geq 15\text{ m}^2</math></li> </ul>



编号	专病科室 评估指标	场景	评估标准与方法
			<ul style="list-style-type: none"> <li>公共面积：含楼道、候诊、洗手间等，须符合无障碍设计要求，如马桶旁扶手。使用面积<math>\geq 25 \text{ m}^2</math></li> <li>检查方法：现场查看相关场地、设施，并抽查测量。</li> </ul>
1-3	康复评定和 治疗项目及 操作质量	现场	<ul style="list-style-type: none"> <li>康复评定项目 治疗前、中、后须对患者进行初期、中期和末期康复评定，评定项目须包括： <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 肌力评定：以 Lovett 分级为标准</li> <li>■ 关节活动度评定：关节活动度量表</li> <li>■ 肌张力评定：以改良 Ashworth 分级为标准</li> <li>■ 疾病特异性肢体功能评定：脑卒中可 Brunnstrom 分期量表、简易 Fugl-Meyer 量表二选其一；颈腰痛可使用改良 Oswestry 下背痛量表；膝骨关节炎可使用西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数（WOMAC 评分）</li> <li>■ 疼痛评定：以视觉类比评分（visual analogy scoring, VAS）为标准</li> <li>■ 认知、言语、吞咽评定（非必备）</li> <li>■ 日常生活活动能力（ADL）评定：以改良 Barthel 指数量表为标椎</li> </ul> </li> <li>康复治疗项目 <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 运动治疗</li> <li>■ 作业治疗</li> <li>■ 认知、言语、吞咽治疗（非必备）</li> <li>■ 物理因子治疗</li> <li>■ 中医传统康复治疗</li> </ul> </li> <li>检查方法：现场查看各量表评定报告和治疗记录单，对操作人员进行现场考核</li> </ul>
1-4	康复评定和 治疗设备	现场	<ul style="list-style-type: none"> <li>康复评定设备 康复评定主要设备须包括：“1-3 康复评定项目”中所需量表、关节活动度测量尺、握力计、叩诊锤、</li> </ul>

编号	专病科室 评估指标	场景	评估标准与方法
			<p>卷尺，各 1 套</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>康复治疗设备</li> </ul> <p>PT 治疗：PT 床、PT 凳、肋木及肩梯、体操棒、康复训练用球、平衡杠、姿势镜、踝关节矫正踏板、步行训练用扶梯、常用规格的沙袋和哑铃、巴氏球、弹力带、手指训练器、股四头肌训练器、前臂旋转训练器、踏车。</p> <p>作业治疗工具：OT 训练桌、磨砂台及磨砂工具、木钉盘（粗、细）、铁钉盘、滚筒、手指阶梯、分指板、套圈、橡皮泥、粗糙小球、积木、日常用品、书法、象棋、牌等兴趣工具</p> <p>理疗仪器：低频电疗仪、中频电治疗仪、高频电治疗仪、磁疗仪、红外线治疗仪、颈腰椎牵引治疗仪、超声治疗仪等</p> <p>传统康复治疗设备：针灸用具</p> <p>辅助具：轮椅、拐杖、助行器等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>检查方法：现场查看、清点仪器设备</li> </ul>

## 二、评分标准细则

评估指标		评估内容	分值	评估方法
1.人员 配备 (5 分)	1.1 专病科 室医生	<p>1.康复专病特色科室开展康复服务人员（康复医师、康复治疗师及/或康复护士）需有相应的执业资质。</p> <p>2.至少有 1 名副高及以上康复专业技术职称人员作为学科带头人。</p> <p>3.至少有 1 名中级职称及 1-2 名的康复医师；接受过康复</p>	5	<p>自评上报职称材料扫描件，一人不合格扣 1 分，扣完为止</p>

评估指标		评估内容	分值	评估方法
		培训的全科/中医医师。 4.至少有两名具有康复护理专长的社区护士。 5.至少有两名擅长神经/骨科康复治疗的康复治疗师。		
2.专病科室设施 (7分)	2.1 医务人员办公室	使用面积 $\geq 15 \text{ m}^2$	1	现场核查,无医务人员办公室或面积未达标扣 1 分
	2.2 物理 (PT) 治疗室	使用面积 $\geq 40 \text{ m}^2$ ; 统一标识标牌	1	现场查看无 PT 治疗室或面积未达标扣 0.5 分; 未设置统一标牌扣 0.5 分
	2.3 作业 (OT) 治疗室	使用面积 $\geq 15 \text{ m}^2$	1	现场查看无 OT 治疗室或面积未达标扣 1 分
	2.4 认知、言语 (ST) 治疗室	使用面积 $\geq 15 \text{ m}^2$	1	现场查看无 ST 治疗室或面积未达标扣 1 分
	2.5 物理因子/中医康复治疗室	使用面积 $\geq 40 \text{ m}^2$	1	现场查看无物理因子/中医康复治疗室或面积未达标扣 1 分
	2.6 咨询 (康复评定) 室	使用面积 $\geq 15 \text{ m}^2$	1	现场查看无咨询 (康复评定) 室或面积未达标扣 1 分
	2.7 公共面积	使用面积 $\geq 25 \text{ m}^2$	1	现场查看公共面积未达标扣 1 分
3.专病科室设备 (6分)	3.1 康复评定设备	关节活动度测量尺、握力计、叩诊锤、卷尺, 各 1 套	1	现场核查, 设备不足 50% 扣 1 分;不足 80%扣 0.5 分
	3.2 PT 治疗设备	PT 床、PT 凳、肋木及肩梯、体操棒、训练用球、平衡杠、姿势镜、踝关节矫正踏板、步行训练用扶梯、常用规格的沙袋和哑铃、巴氏球、弹	1	现场核查, 设备不足 50% 扣 1 分;不足 80%扣 0.5 分

评估指标		评估内容	分值	评估方法
		力带、手指肌训练器、股四头肌训练器、前臂旋转训练器、踏车		
	3.3 OT 治疗设备	OT 训练桌、磨砂台及磨砂工具、木钉盘（粗、细）、铁钉盘、滚筒、手指阶梯、分指板、套圈、橡皮泥、粗糙小球、积木、日常用品、书法、象棋、牌等兴趣工具	1	现场核查，设备不足 50% 扣 1 分;不足 80%扣 0.5 分
	3.4 理疗设备	低频电疗仪、中频治疗仪、超短波治疗仪、磁疗仪、红外线治疗仪、颈腰椎牵引治疗仪、超声治疗仪等	1	现场核查，设备不足 50% 扣 1 分;不足 80%扣 0.5 分
	3.5 其他康复治疗设备	认知训练、言语治疗、吞咽治疗工具，中医传统康复工具	1	现场核查，设备不足 50% 扣 1 分;不足 80%扣 0.5 分
	3.6 无障碍设施及辅助器具	具备斜坡、洗手间扶手等无障碍设施及轮椅、助行器等辅助器具	1	现场核查，设备不足 50% 扣 1 分;不足 80%扣 0.5 分
4.康复评定和治疗项目（8 分）	康复评定项目	开展初期、中期和末期康复评定，评定项目包括肌力评定、关节活动度评定、肌张力评定、疾病特异性肢体功能评定、疼痛评定、日常生活活动能力（ADL）评定等	4	现场查看康复病历 1 份，初期、中期和末期康复评定每少 1 项扣 1 分，评定量表每少一项扣 0.2 分
	康复治疗项目	开展运动疗法训练、作业治疗、物理因子治疗和/或中医康复治疗	4	现场查看治疗记录，每少 1 项扣 1 分
5.专病特色科室	5.1 工作方案	制定专病特色科室建设方案	2	现场核查，无方案扣 2 分；不完整扣 1 分

评估指标		评估内容	分值	评估方法
工作方案及管理制度 (8分)	5.2 工作制度	制定包括科室管理规章制度、服务流程、诊疗流程、技术规范等	2	现场核查, 少一项扣 0.5 分
	5.3 岗位人员职责	制定各岗位人员职责	2	现场核查, 无职责扣 2 分; 职责不全一项扣 0.5 分
	5.4 医疗风险防控预案	制定风险防控预案、康复慢病急性加重/复发的识别与处理等	2	现场核查, 少一项扣 1 分
6. 工作数量 (13分)	6.1 康复门诊治疗	康复门诊诊疗人数 $\geq 200$ 例/年	4	现场核查康复门诊记录 实际诊疗例数/ $200 \times 4$ 分
		脑卒中康复治疗 $\geq 30$ 例/年	2	现场核查脑卒中康复门诊记录 实际康复治疗例数/ $30 \times 2$ 分
		颈腰痛康复治疗 $\geq 120$ 例/年	2	现场核查颈腰痛康复门诊记录实际康复治疗例数/ $120 \times 2$ 分
		膝骨关节炎康复治疗 $\geq 50$ 例/年	2	现场核查膝骨关节炎康复门诊记录, 实际康复治疗例数/ $50 \times 2$ 分
	6.2 诊疗数量增长	康复诊疗数量应逐年递增 $\geq 10\%$	3	2022 年较 2021 年康复诊疗数量递增 $\geq 10\%$
7. 康复医疗质量 (7分)	7.1 建立数据库	具备康复信息化管理平台, 康复患者数据共享	2	现场查看数据库管理系统, 未建立扣 2 分
	7.2 病例质量控制	建立康复病历质量控制制度, 自查病例有记录; 现场核查 4 份康复病例质量	4	现场核查康复病历检查记录至少有 4 次 (每季度一次), 少一次扣 1 分 现场核查 4 份康复病例质量, 一份不合格扣 0.5 分

评估指标		评估内容	分值	评估方法
	7.3 处方点评	定期（每季度至少一次）进行处方点评；查看康复处方 100 张，计算合格率	1	现场查看机构康复处方点评记录至少有 4 次（每季度一次），少一次扣 0.25 分；现场抽取康复处方 30 张，得分=康复合格处方数/30 *100%*0.5 分
8.培育基地与特色专科联动建设（4 分）	8.1 三级或专科医疗机构培育基地专家下沉	社区机构特色科室与三级或专科医疗机构建立密切合作关系，完成专家每月不少于 4 个单元的出诊、查房、带教、授课等任务，形式不限。具备条件的社区机构可积极开展远程医疗服务，推动社区康复诊治水平的提升。	2	现场查看与培育基地联合协议书，有协议书得 1 分，无协议书扣 1 分；查看专家下社区的材料（考勤表、照片、处方、课件等）；少一次扣 0.1 分，扣完为止
	8.2 开展康复患者双向转诊	与三级或专科医疗机构培育基地开展康复患者的双向转诊，康复患者诊疗、康复及用药衔接	2	现场查看双向转诊记录单、转诊流程及转诊记录相关资料，资料完整得 2 分，少一项扣 1 分
9.人员培训、进修及考核（6 分）	9.1 人员培训	申报当年，康复医生和护士参加由北京市组织的康复专病特色科室建设统一培训和考核。	2	市级提供，一人未参加或不合格扣 0.5 分
	9.2 人员进修	申报当年，专病特色科室康复医生、治疗师、护士（至少各一名）应到培育基地完成不少于一个月的进修学习；市级评审通过后，每两年到培育基地完成一次进修学习，时间不少于一个月	2	现场核查人员进修资料，未提供扣 2 分，少一人扣 1 分
	9.3 人员考核	康复医生、护士进修学习参与过程性操作考核，考核合格	2	现场核查人员进修考核资料，未提供扣 2 分，一人不合格扣 1 分

评估指标		评估内容	分值	评估方法
<b>10.开展健康教育</b>	健康教育	开展康复患者健康教育活动 ≥4 次/年，每次参与人数≥30 人	4	现场查看，康复健康教育 活动资料，年至少 4 次， 少一次扣 1 分
<b>11.绩效考核</b>	11.1 康复患者家庭医生签约率	康复就诊患者家医签约率 ≥90% 康复患者家庭医生服务签约率=康复患者签约人数/康复患者就诊人数×100%	3	现场查看，康复就诊患者 家医签约率≥90%得 3 分； <90%得分=康复患者实际 家庭医生签约率/90*3 分
	11.2 康复患者评估率	康复患者评估率≥80% 康复患者评估率=接受康复 评估的患者例数/康复门诊 就诊患者例数×100%	3	现场核查康复患者病例， 康复患者评估率≥80%， 得 3 分；<80%，得分=核查 的康复患者评估率 /80%*3 分（现场抽查 4 份）
	11.3 康复患者治疗有效率	康复患者治疗有效率≥90% 康复患者治疗有效率=康复 患者治疗后功能有改善的患 者例数/康复门诊就诊患者 例数×100%	3	现场核查康复患者病例， 得分=抽查治疗有效康复 病例数/抽查的康复病例 份数×100%，≥90%，得 3 分； <90%，得分=抽查的康复 患者治疗有效率/90*3 分
	11.4 康复患者预约就诊	康复患者预约就诊率≥50% 康复患者预约就诊率=某时 段康复患者预约就诊人次 /同时段康复患者就诊总人 次×100%	3	现场核查康复患者预约就 诊记录，得分=康复患者 预约就诊人次/康复患者 就诊总人次×100%，≥ 50%，得 3 分 <50%，得分=核查的康复 患者预约就诊率/50%*3 分

评估指标		评估内容	分值	评估方法
<b>12.临床 能力 考核 (20 分)</b>	康复门诊 医生	针对康复病例，现场考核康 复医生（一名）	8	现场考核康复医生综合诊 疗能力，时长约 10 分钟， 根据考核结果得分
	康复门诊 治疗师	针对康复病例，现场考核康 复治疗师（一名）	10	现场考核康复治疗师康复 能力，时长约 10 分钟，根 据考核结果得分
	康复门诊 护士	针对康复病例，现场考核护 士（一名）	2	现场康复护士康复宣教能 力，时长约 5 分钟，根据 考核结果得分
<b>合计</b>			<b>100</b>	—



## 专病特色门诊病历质量评分标准

考评项目	考评标准	分值
<b>1.基本信息 10 分</b>	基本信息包括机构、建档号、姓名、性别、出生日期，少一项扣 2 分。	10
<b>2.主观资料 (S) 25 分</b>	1.主诉：主要症状+时间，少一项扣 3 分。	6
	2.现病史：无现病史描述不得分；与主诉不相符，扣 2 分；无鉴别内容，扣 2 分；未描述诊治过程及效果,扣 1 分；未记录重要检查结果,扣 1 分。	6
	3.既往史：未记录既往病史,扣 4 分;记录不规范,扣 2 分。	4
	4.功能障碍：未描述功能障碍情况，扣 4 分；记录不全，扣 2 分。	4
	5.个人情况：包括饮食、睡眠、职业、情绪、照顾者，少一项扣 1 分。	5
<b>3.客观资料 (O) 20 分</b>	1.一般检查：T、P、R、B、P，体重、身高、体重指数，少一项扣 0.5 分。	2
	2.体格检查：专病相关的重要查体，参照专病评估标准，缺少一项重要阳性/阴性体征扣 1 分。	8
	3.功能检查：与专病相关的重要辅助检查项目，参照专病评估标准，少一项扣 1 分。	6
	4. 辅助检查：与专病相关的重要辅助检查项目，参照专病评估标准，少一项扣 1 分。	4
<b>4.评价(A)： 16 分</b>	1.临床诊断：无诊断,不得分;诊断不规范或不准确,扣 4 分;待查无印象诊断,扣 4 分。	8
	2.功能诊断：无诊断不得分，诊断不全或依据不足，缺一项扣 2 分。	8
<b>5.诊疗计划 (P) 29 分</b>	1.辅助检查计划:安排与专病相关的必要的辅助检查，参照专病指南规范，少一项扣 1 分。	4
	2.康复评估计划：安排与专病相关的必要的康复评估，参照专病指南规范，少一项扣 1 分。	6
	3.康复治疗计划：（1）药物治疗计划：与专病相关的合理用药，参照专病指南规范，用药不合理一项扣 1 分。	5
	（2）非药物治疗计划：理疗、运动疗法、生活方式干预等；项目不合理一项扣 3 分	9
	4.转诊计划:根据专病转诊标准，必要时转至上级医院，未及时转诊不得分。	5
<b>合计得分</b>		<b>100</b>

### 专病特色科室处方核查表

序号	患者姓名	处方医生/治疗师	基本信息 (2分)	合理康复评估 (2分)	合理康复治疗 (2分)	部位剂量 (2分)	诊断 (2分)	得分合计	备注
1									
2									
3									

处方合格率=抽查的合格处方得分/30\*10\*100%;      得分=处方合格率\*2 分

**处方核查标准:**

1. 基本信息：处方前记书写缺项 [姓名、性别、年龄、日期、科别、病历号]，扣 1 分/项；处方后记书写缺项 (医师签名、治疗师签名)，扣 1 分/项。
2. 合理康复评估：缺必要的康复评估扣 1 分/项。
3. 合理康复治疗：治疗项目不符合适应症扣 2 分；治疗项目安排欠合理，扣 1 分。
4. 部位剂量：治疗项目部位剂量书写不规范，减 0.5 分/项；治疗项目部位剂量不合理，扣 1 分/项。
5. 诊断：无诊断不得分，诊断书写不规范或不完整扣 0.5 分/项，治疗与诊断不相符扣 1 分/项。

## 附件 2:

# 康复专病特色科室技术规范

## 一、康复评估规范

康复专病特色科室应根据患者病情和实际需求，定期进行相应的功能障碍及并发症的康复评定。主要包括：

1. 一般情况的评定：对患者一般信息及个人情况进行了解，掌握患者康复目标和康复需求。

2. 全身状况及并发症的评定：对患者生理指标、躯体形态测量及并发症（如挛缩、压疮、异位性骨化、深静脉血栓、骨质疏松症、吸入性肺炎、尿路感染等）进行评价，全面了解患者身体状况，提出康复过程中需注意的问题。

3. 运动功能评定：主要对患者关节活动度、肌力、肌张力、脊柱稳定性进行评定，有条件可进行平衡、协调评定和步态分析，了解患者运动障碍的具体原因。

4. 感觉障碍评定：对患者浅、深感觉进行评定，了解感觉障碍的程度及部位，通过对患者感觉检查结果的分析来判断感觉障碍对运动功能活动的影响。

5. 认知障碍评定：分为感知功能评定和认知功能评定，感知功能评定主包括单侧忽略、失认症的评定及失用症的评定；认知功能评定主要包括记忆力、注意力评定及执行功能障碍评定。

6. 言语障碍评定：进行失语症筛查，了解患者失语类型，并观察患者是否存在构音障碍，以便进行个性化言语治疗。

7. 吞咽障碍评定：对口腔功能检查，观察口部开合、口唇闭锁、舌部运动、流涎、口腔卫生情况，并以洼田饮水试验确定患者吞咽障碍程度。

8. 疾病特异性肢体功能评定：脑卒中可使用 **Brunstrom** 分期或简易

Fugl-Meyer 量表进行偏瘫肢体功能评定；颈腰痛可使用改良 Oswestry 下背痛量表；膝骨关节炎可使用西安大略和麦克马斯特大学骨关节炎指数（WOMAC 评分）或汉化版日本膝关节骨关节炎功能评估量表（JKOM）。

9. 疼痛评定：包括视觉类比评分（visual analogy scoring, VAS）、简明疼痛问卷等。

10. 日常生活活动能力评定（ADL）：根据患者功能程度有针对性的采用 Barthel 指数法或功能独立性评定法（FIM）进行评定，了解患者自理能力，为制定康复目标作出指导依据。

## 二、康复治疗规范

康复专病特色科室康复治疗方案的选择和实施取决于现有的康复服务条件和患者及其家庭的需求。主要包括：

### 1. 一般治疗

- （1）康复知识教育；
- （2）营养支持；
- （3）基础病监测；
- （4）药物治疗。

### 2. 康复治疗

- （1）物理因子治疗；
- （2）运动治疗；
- （3）作业治疗；
- （4）言语、吞咽治疗
- （5）认知训练
- （6）辅助具/矫形器定制；

### 3. 中医适宜技术治疗

#### 4. 上门家庭康复治疗

（1）定期对辖区内有需求的慢病患者进行家访，指导家庭康复训练及家庭环境改造方案；

（2）患者有上门康复需求，且生命体征稳定、疾病明确诊断，确实因病情原因无法转移至康复专病特色科室进行诊疗，在能确保医疗安全的情况下，提供上门康复服务。

（3）针对社区常见慢性疾病（脑卒中、颈腰痛和膝骨关节炎）的具体康复治疗技术规范见附件 3。

### 三、医疗文书书写规范

康复专病特色科室应为患者建立康复病历与训练档案。内容包括患者一般信息、主诉、现病史、既往史、体格检查、功能障碍的康复评定、上级医师指导意见及病历讨论记录与病情转归。康复医师/全科医师、康复治疗师及康复护士应按时完成档案的记录。

接受康复治疗患者，每次完成康复治疗后，工作人员都应该在康复治疗记录单上规范填写。

康复病历与康复治疗记录单书写范例见附件 6。

#### 重点参考文献：

[1]中华医学会神经病学分会神经康复学组,中华医学会神经病学分会脑血管病学组,卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会办公室.中国脑卒中康复治疗指南（2011 完全版）[J].中国康复理论与实践,2012,18(4):301-318.

[2] 2006 年京卫妇社字〔2006〕2 号文件《关于印发《北京市社区卫生服务中心(站) 设置与建设规划》的通知。

[3] 《社区康复指南(CBR Guidelines)》(WHO.2010).

### 附件 3:

## 康复专病特色科室基本设备、仪器目录

分 类	设 备 名 称	数 量
康复评定仪器 和用品用具	1. 各种关节角度测量尺	1
	2. 握力计	1
	3. 认知评定箱	1
	4. 言语评定系统	1
	5. 卷尺	1
康复训练设备	1. 训练床（PT 床）	1
	2. PT 凳	1
	3. 肋木及肩梯	1
	4. 肩关节环转训练器	1
	5. 前臂旋前旋后训练器	1
	6. 腕的掌背屈训练器	1
	7. 体操棒	4
	8. 抛接球	4
	9. 平衡杠	1
	10. 平衡训练用摇板	1
	11. 姿势镜	1
	12. 踝关节矫正踏板	2（正、侧）
	13. 慢跑台	1
	14. 康复踏车	1
	15. 步行训练用扶梯	1
	16. 哑铃、沙袋	各 1 套
	17. 股四头肌训练器	1
	18. 偏瘫康复训练器	1
	19. 站立架	1
	20. 巴氏球	1
	21. OT 训练桌	1
	22. 磨砂台及磨砂工具	1 套
	23. 木钉盘	1 套

分 类	设 备 名 称	数 量
	24. 铁钉盘	1 套
	25. 滚筒	1
	26. 模拟作业工具	1 套
	27. 手指阶梯	1
	28. 分指板	1
	29. 套圈	1 套
物理因子治疗仪	1. 颈腰牵引床	1
	2. 中频治疗仪	1
	3. 低频治疗仪	1
	4. 远红外线治疗仪	1
	5. 红光治疗仪	1
	6. 超声药物治疗设备	1
中医适宜技术 治疗用具	1. 按摩床	1
	2. 针、艾条、火罐、刮痧板、等	适量

## 附件 4:

### 康复专病特色科室人员岗位职责

#### 一、康复（全科）医师岗位职责

1. 向首次就诊的患者详细询问病史，具体包括患者个人信息、现病史、既往史、用药、实验室及辅助检查结果、康复方案等进行信息收集；对患者进行初期康复评估，制定康复目标及康复治疗方案；
2. 对于复诊的患者，定期对患者进行康复评估，根据患者功能变化情况对康复治疗方案给予调整，给予患者相应告知与指导；
3. 对于有潜在复发可能或病情有变化，不宜在基层医疗机构继续维持现有康复治疗方案的患者及时转诊至上级医疗机构；
4. 鼓励并引导患者建立积极主动的生活方式，实现自我管理。
5. 首诊医生需对患者讲述康复治疗不可避免的风险，并签署知情同意书。

#### 二、康复治疗师岗位职责

1. 根据康复医生的评估结果和康复治疗方案，对患者实施康复治疗；
2. 定期与康复医生沟通患者功能变化情况，及时建议并调整康复方案；
3. 对患者进行家访，制定家庭康复训练方案，指导并监督患者及家属完成康复训练。
4. 协助康复医师进行康复评估和康复治疗方案的制定，对患者进行专业化康复指导及健康教育。

#### 三、康复护士岗位职责

1. 对康复就诊患者发放相关知识问卷调查，了解其知识掌握状况，并对患者进行针对性的康复知识培训；



2. 负责监测患者血压、血糖等基本状况；
3. 负责患者的康复宣教，指导患者日常家庭护理注意事项。
4. 负责组织开展所管区域居民的主要健康问题及危险因素的调查研究，针对的危险因素、早期识别和康复措施开展健康教育，做好生活方式干预、心理疏导；
5. 负责制定并落实患者的定期随访、体检和康复指导；管理患者的康复相关资料及档案。

## 附件 5:

# 康复（脑卒中、颈腰痛、膝骨关节炎）治疗技术规范

## 一、脑卒中社区康复治疗技术规范

社区脑卒中患者主要为恢复期或后遗症期患者，病情基本稳定。由于康复训练的强度越大，尤其是日常生活活动的训练时间越长，功能恢复疗效越好，因此建议社区康复训练可根据患者个体情况采用患者可耐受的最大康复训练强度。

### （一）物理治疗

#### 1. 运动疗法

##### （1）肌力训练

肌肉力弱是脑卒中后最主要的功能障碍之一，增加肌力可以有效改善脑卒中患者肢体的功能性活动能力，且肌力训练并不会加重痉挛。肌力训练的具体方法：

①当肌力 $\leq 3$ 级时：采用助力-主动运动训练可增加肌力。

②当肌力 $> 3$ 级时：渐进性抗阻肌力训练可有效增加肌力。

③肌力训练形式：开链/闭链肌力训练，向心/离心肌力训练，等长/等张收缩肌力训练。

④训练强度：阻力一般为 1RM（可重复 1 次的最大阻力）的 60%-80%，每 1-2 周评定 1 次。

⑤训练频率及时间：遵循循序渐进的原则，一般每天 30 分钟以上，2-5 次/周。

##### （2）任务导向性训练

在对脑卒中患者进行运动功能训练时推荐采用任务导向性训练方法。

任务导向性训练是指以目标任务为导向的功能行为的运动控制训练。

具体方法是：针对患者的功能缺损程度，将患者需要通过一定程度努力才能完成的功能性活动设定为目标任务，对其进行反复多次的训练，随着患者能力的增加逐渐增加任务难度，以达到改善其功能性活动和运动控制的治疗目的。目标明确的任务导向性训练可以更好的改善患者运动功能和运动控制。

### （3）神经发育疗法

神经发育疗法包括Bobath技术、Brunnstrom技术、Rood技术及PNF技术（本体感觉神经肌肉促进技术）。这些技术是以神经发育学和神经生理学的原理和法则为基础，按照个体发育的正常顺序，利用感觉刺激、牵伸等多种手段诱发肢体的运动反应，抑制异常的病理反射和病理性运动模式，引出并促进正常运动模式的建立。

对于迟缓性瘫痪的患者，推荐采用神经发育疗法诱发肢体的随意运动；

对于痉挛性瘫痪的患者，可采用神经发育疗法降低肌张力、抑制异常的运动模式；

对于存在感觉障碍的患者，也可采用该疗法改善感觉障碍，主要包括皮肤刷擦、关节负重、关节挤压、关节被动活动、关节放置训练等。

### （4）牵伸

对于痉挛性瘫痪或存在软组织短缩、关节活动范围受限的患者，推荐使用牵伸技术改善并维持软组织长度，降低肌张力，缓解痉挛。主要方法包括自我抗痉挛体位牵伸和被动关节运动牵伸。

### （5）有氧运动训练

对于具有一定运动功能的患者，推荐给予有氧运动训练，以增加患者的肌肉力量、运动耐力和心肺功能。主要训练方法包括上下肢功率自行车

运动和行走训练等。

## 2. 物理因子治疗

### （1）热疗

热疗包括红外线等温热疗法。对于存在痉挛和肢体肿胀、疼痛的患者，可给予热疗，以改善血液循环，降低肌张力，消除肿胀，减轻疼痛。

### （2）神经肌肉电刺激

对于存在肌肉萎缩或肌肉力弱（肌力 $\leq 2$ 级）的患者，推荐给予神经肌肉电刺激，以维持肌肉容积，增加肌力，诱发主动活动。

推荐给予患者肩周肌群（三角肌、冈上肌）神经肌肉电刺激，可以预防肩关节半脱位的发生和避免其进一步加重。

## （二）作业治疗

### 1. 上肢精细运动功能训练

主要包括上肢功能性运动控制训练，手部精细动作训练，协调性、灵巧性动作训练。

### 2. 日常生活活动训练

推荐对患者进行日常生活活动训练，以改善患者的生活自理能力。主要包括：穿脱衣服、洗漱、个人修饰、就餐、转移、入厕及洗澡的指导和反复训练。

## （三）辅助具、矫形器的使用

### 1. 肩关节支持带

对于存在肩痛或肩周肌群力弱的患者，推荐佩戴肩关节吊带，以预防肩关节半脱位的发生和避免其进一步加重。

### 2. 手部夹板

对于腕指关节屈曲痉挛较重的患者，推荐使用手部夹板，维持腕指关

节功能位，减轻痉挛，预防关节挛缩畸形。

### 3. 踝足矫形器

对于足下垂或跟腱挛缩的患者，推荐使用踝足矫形器，以改善行走功能，降低跌倒的发生风险。

### 4. 辅助具的使用

对于功能较差的患者，推荐指导其制作并使用辅助具，以帮助其提高生活自理能力。

## （四）中医康复治疗

### 1. 针灸

对于存在感觉和运动功能障碍的患者，推荐采用针灸治疗，以改善患肢的感觉和运动功能。

### 2. 推拿

对于患肢缺乏主动活动或存在感觉障碍的患者，可采用推拿手法进行患侧肢体被动活动，以促进患肢的血液循环，维持关节活动范围，改善感觉和运动功能。

## （五）上门家庭康复治疗

### 1. 家庭物理治疗

对于功能较差、行动不便的患者，可采用上门康复的方式，利用家庭现有条件，提供家庭康复服务。主要训练内容包括指导体位摆放、肢体被动活动、痉挛肌牵伸、床上及床椅转移训练、上下肢功能性任务导向性训练、辅助行器行走训练等，以预防出现褥疮、肌肉废用性萎缩、关节挛缩等并发症，尽可能改善患者的运动功能。

对于功能恢复较好的患者，可指导其在家中自我运动训练。主要包括行走、踏车、上下楼梯等有氧运动训练，患侧上下肢肌力训练等，但

需注意控制训练强度、循序渐进，并在他人监护下进行训练，防止发生跌倒、心脑血管意外等风险。对于家庭康复训练的患者要定期随访评估，以监督训练进度，及时调整制定下一阶段训练计划。

## 2. 家庭作业治疗

对于功能较差、行动不便的患者，可采用上门康复的方式，提供家庭作业治疗。主要训练内容以日常生活活动为主，指导并训练患者穿脱衣服、洗漱、个人修饰、就餐、转移、入厕及洗澡等，必要时指导其使用辅助具及对家庭设施进行一定的改造，以最大限度改善患者的生活自理能力，减轻照顾者负担。

对于功能恢复较好、有重返社会潜力的患者，应针对其生活环境、职业特点，有针对性的进行作业训练。如对于从事设计工作的患者，应训练其使用电脑；对于从事厨师工作的患者，应训练其切菜、炒菜等；对于需要承担家务的患者，可训练其打扫、洗碗、做饭等家务活动。

## （六）康复教育

### 1. 患者教育

推荐对脑卒中患者进行脑卒中相关知识和康复知识的个体化面对面健康教育，包括自我体位摆放、自我康复训练，饮食调整、如何预防复发等。通过教育使患者建立“自我管理”理念，树立患者的康复信心，有助于促进患者重返社会，提高其康复训练的主动性，并有效减少焦虑和抑郁的发生。

### 2. 照顾者教育

推荐对脑卒中患者的照顾者进行相关知识的培训，可使患者受益。培训内容主要包括：患者的护理技巧、交流方式、躯体转移技巧、预防复发和并发症、安全吞咽方法、饮食改良等。

## 二、颈腰痛社区康复治疗技术规范

颈腰痛社区康复治疗方案的选择和实施取决于患者的病程及其需求。

### （一）颈腰痛急性期（病程<6周）康复治疗技术

#### 1. 保持主动活动

建议患者尽可能保持活动和继续正常的日常活动，并在几天或几周内逐渐增加身体活动量，但活动不应引起明显的疼痛或症状加重。大部分的日常生活活动和娱乐活动都可以包含在内，如：家务劳动、散步、游泳等。

推荐急性期应该缩短卧床时间，建议颈腰痛等脊柱退变患者卧床不超过2天。

#### 2. 脊柱手法治疗

推荐对不伴有根性症状的颈腰痛患者可使用脊柱手法治疗，脊柱手法治疗对于脊柱退变患者能有效止痛，且相对安全。常用手法为关节松动术。

关节松动术：是根据关节运动的生物力学原理，选择关节的生理运动和附属运动作为治疗手段，在关节面上施以微小活动而引起关节较大幅度活动，以达到治疗目的。针对腰椎关节，施以节律性、反复的被动活动，使腰肌紧张和松弛交替出现，符合腰部肌肉的生理功能，从而解除痉挛、缓解疼痛和改善活动范围。方法主要有脊柱的主动活动即伸展、屈曲、侧屈、旋转及象限运动，脊柱椎体的附属运动即正中自后向前的手法、偏侧自后向前手法、横推手法等。

#### 3. 物理因子治疗

颈腰痛等脊柱退变患者使用物理因子治疗不仅可以缩短病程，同时用于一般疾病的物理治疗剂量对人体无明显副作用，并可相对集中的作用于病变部位。通过物理因子治疗可以达到消炎镇痛、改善局部血液循环、缓解肌肉痉挛和预防松解粘连组织，并有延缓或减轻椎体、关节囊及韧带的

骨化和钙化过程的作用。主要包括：

### （1）浅表热疗

推荐采用热敷袋和红外线。通过温热疗法可改善脊柱骨、脊神经根及周围肌肉、韧带、关节囊的血液供应和营养状态。热敷时需定时检查皮肤。热敷包可以在短时间内减轻急性颈腰痛患者的疼痛，配合主动运动效果更好。浅表热疗可减轻颈腰痛等脊柱退变患者的疼痛，改善其睡眠、使其更有精力。

### （2）高频电疗

高频电疗具有改善血液循环、镇痛、消炎的作用。颈腰痛急性期推荐使用无温量至微温量，可改善颈腰痛患者的症状。

### （3）中频电疗

中频电疗具有镇痛、消炎、促进局部血液循环的作用。中频电疗可改善患者的颈腰痛症状，放松局部紧张的肌肉。

## （二）脊柱退变亚急性期（病程 6 至 12 周）和慢性期（病程 > 12 周） 康复治疗技术

### 1. 运动疗法

颈腰痛等脊柱退变患者的运动疗法主要是应用生物力学原理以减轻脊柱周围肌群的痉挛、改善软组织弹性、增加关节活动度、增强肌力和局部稳定性以防止复发。运动疗法可减轻颈腰痛等脊柱退变患者的症状，还可以增加脊柱周围肌肉的感觉运动控制。

#### （1）脊柱负荷运动训练

负荷训练指的是训练时给予外加负荷，主要目的是增强肌力。

#### （2）脊柱无负荷运动训练

无负荷运动训练是在训练时不外加负荷，目的是改善关节活动度或灵活性。对于颈腰痛等脊柱退变患者，常用的方式包括被动牵伸、麦肯基疗



法、伸展练习、屈曲练习。

### （3） 有氧运动训练

有氧运动，包括步行、游泳等，能增加血流量、降低外周血管阻力、增加毛细血管数量和线粒体密度，从而为躯干肌肉、骨骼活动提供充分氧气和营养物质，并有效控制患者体重，减轻脊柱负荷。

训练强度应该根据患者年龄和体质个体化制定。对于慢性颈腰痛患者，可减轻疼痛，一般健康状况也有显著改善。

## 2. 按摩

按摩对于亚急性和慢性期颈腰痛是有效且安全的，主要包括穴位按摩和肌肉软组织按摩，多用推揉、按压、叩打、弹拨等手法作用于疼痛及邻近部位。

## 3. 物理因子治疗

可根据患者情况选择热疗、高频电疗、低中频电疗、牵引等局部物理因子治疗以缓解疼痛、僵硬等症状。

## 4. 个体化教育和生活方式指导

推荐采用“自我管理”理念，对颈腰痛等脊柱退变患者进行面对面的个体化健康教育和生活方式指导。可采取举办颈腰痛自我管理讲座、组建脊柱退变患者互助小组等多种形式，内容可包括分享患者彼此的问题和经验，指导脊柱肌肉的放松和牵伸技巧，传授按照人体工程学原理治疗及预防颈腰痛的方法，制定活动计划等。

## 5. 针灸治疗

针灸治疗对于慢性颈腰痛患者减轻疼痛和改善功能的短期疗效较好。

### （三） 康复教育

推荐对颈腰痛等脊柱退变患者进行脊柱康复相关知识的个体化面对面

健康教育，包括良好的姿势体位、自我康复训练，生活方式调整、如何预防复发等。通过教育使患者建立“自我管理”理念，树立患者的康复信心，有助于促进患者重返社会，提高其康复训练的主动性，并有效减少焦虑和抑郁的发生。

### 三、膝骨关节炎社区康复治疗技术规范

膝骨关节炎社区康复治疗方案的选择和实施取决于患者的病情及其家庭的需求。

#### （一）膝骨关节炎核心康复治疗

##### 1. 肌力训练

膝骨关节炎患者常常存在股四头肌力弱，有些患者在出现膝痛之前、仅仅在 X 线片上出现骨赘时就已经出现了股四头肌的萎缩，而股四头肌力弱又会加重膝骨关节炎的进展。因此，对膝骨关节炎患者进行股四头肌肌力训练是十分必要的。

肌力训练形式可采用等长肌力训练和等张肌力训练。对于膝骨关节炎的患者、尤其是老年患者来讲，为了更好地减轻膝痛、提高股四头肌肌力，可以选择等张肌力训练，渐进抗阻肌力训练是最常用的等张肌力训练方法。

对轻/中度膝痛的患者进行抗阻肌力训练时，高阻力肌力训练比低阻力肌力训练在缓解疼痛、改善功能方面取得的效果更佳。

对膝骨关节炎患者进行肌力训练，可以明显增加股四头肌肌力、增加膝关节的本体感觉、缓解膝痛、增加患者行走等日常生活能力，从而提高患者生活质量。

##### 2. 有氧运动训练

有氧运动训练可以减轻膝痛、增加患者的日常活动能力及整体功能、增加心肺耐力、改善生活质量。有氧运动形式通常为低、中等强度且持续

时间较长的耐力性运动，如行走、慢跑、踏功率自行车等。其中，渐进性步行训练是一种常用的有氧运动训练方式，对步行训练耐受较差的患者可以选择在水中步行、推购物车、踏功率自行车、游泳等训练。

## （二）膝骨关节炎手法治疗

对膝骨关节炎患者进行手法治疗的目的是改善组织的延展性，鼓励关节内的活动和减轻疼痛、预防挛缩，并通过松解关节囊粘连来维持或增加关节活动范围。手法治疗通常被推荐与运动疗法共同作用来改善功能和减轻疼痛。手法治疗包括牵伸和关节松动术等。

### 1. 牵伸

牵伸即为牵伸关节周围的软组织，以改善关节周围软组织的弹性和延展程度、恢复关节活动度的方法。牵伸可以保持或增加膝关节的活动范围，但在对患者进行牵伸治疗时应该注意的是：需根据炎症、疼痛及患者的耐受程度确定牵伸的强度；有急性炎症时，不应实施维持或增加关节活动范围的被动牵伸，否则会加重炎症反应；有大量关节液渗出时，应避免用力牵伸，因为有发生关节囊破裂的风险。

### 2. 关节松动术

关节松动术是根据关节运动的力学原理，选择关节的生理运动和附属运动作为治疗手段，在关节面施以微小动力，从而引起关节较大幅度的活动，以达到治疗目的。它可以减轻患者运动中的疼痛、疼痛的严重程度和疼痛出现的频率。但应注意的是，在对膝骨关节炎患者应用由后向前手法（PA 手法）治疗时，应该采用轻度至中度的手法，不能采用高强度手法，以免加重膝关节的炎症反应。

## （三）膝骨关节炎物理因子治疗

### 1. 浅表热疗

推荐在膝骨关节炎患者疼痛局部给予浅表热疗，如热敷包、蜡疗等。浅表热疗可以有效缓解患者膝痛症状。

## 2. 冷疗

冷疗可以使皮肤、肌肉、关节的温度降低，减轻肌肉痉挛、减弱肌梭活动，从而提高痛阈。对比深层热疗来讲，其缓解疼痛的效果及效果持续的时间均增加。除了止痛作用之外，冷疗可以增加股四头肌的肌力、改善关节活动范围、提高患者步行速度。可采用的方式包括冰袋、冰按摩等。对于存在雷诺现象、冷过敏、冷球蛋白血症、阵发性寒冷性血红蛋白尿等的患者应禁止冷疗；当患者感觉麻木时，应停止冷疗。

## 3. 低能量激光疗法

利用受激辐射发出的光作用于人体进行治疗的方法称为激光疗法，低能量激光治疗可以有效改善膝骨关节炎患者的膝痛和肿胀。

## 4. 高频电疗

高频电疗具有改善血液循环、镇痛、消炎的作用。推荐使用无温量至微温量，可改善膝骨关节炎患者的症状。

## 5. 中频电疗

中频电疗具有镇痛、放松局部肌肉、促进局部血液循环的作用。局部中频电疗可改善患者的膝痛症状。

## （四）针灸治疗

推荐对于膝痛的患者采用针灸治疗。针灸可以减轻患者的膝痛症状，尤其是对触痛点进行针灸治疗取得的效果更佳。

## （五）膝骨关节炎患者的自我管理

对于膝骨关节炎患者，需要进行患者自我管理的项目包括对患者进行教育和超重患者减轻体重。

## 1. 患者教育

对患者的教育内容包括与患者探讨膝骨关节炎疾病及它的自然进程、介绍如何进行自我管理、如何处理疼痛、进行适宜的运动锻炼、建议超重患者减轻体重、建议健康的、平衡的并且有足够维他命摄入的膳食。

## 2. 超重患者减轻体重

超重是膝骨关节炎的危险因素，其导致膝骨关节炎的可能机制是增加了关节软骨的生物力学负荷及使得局部代谢发生改变。超重患者通过降低体重可以减少症状性膝骨关节炎的发生率。超重的骨关节炎患者，通过联合控制饮食和体育锻炼来减轻体重可以更有效地减轻患者疼痛症状，改善患者行走速度及日常活动能力。

### （六）辅助具/矫形器定制

#### 1. 护膝

膝骨关节炎的患者，膝关节内侧部分负重是外侧部分的 2.5 倍，因此更容易受累。对于内侧间室膝骨关节炎或存在膝内翻的患者，使用护膝可以增加膝关节的稳定性、减轻疼痛、增加膝关节本体感觉及提高运动功能。

#### 2. 手杖或助行器

助行器是指扶助人体稳定站立和行走的工具和设备。选择手杖的合适高度应是站立位，从地面到患者手腕远侧横纹的距离，保持肘关节屈曲 20-30 度。存在膝内翻或膝外翻畸形的患者，可以采用对侧的手杖，以最大幅度的减轻负荷、减轻疼痛，增加行走速度。

#### 3. 生物力学矫正鞋垫

生物力学矫正鞋垫可以纠正由于膝关节内翻或外翻畸形造成的异常生物力学模式。如外侧楔形鞋垫可以降低膝内侧的作用力，改善胫股关节间室关节炎患者的症状；对膝外翻的患者，内侧楔形鞋垫可以减轻疼痛、促进功能改善。

## 附件 6:

### 康复专病特色科室医疗文书书写范例

表 1-1 病历记录首页

门诊号									
患者姓名			性别		年龄				
家庭住址					联系电话				
疾病诊断					主要功能障碍				
康复时间		年 月 日 ~ 年 月 日			康复效果：显效    有效    无效				
康复治疗内容					次 数				

治 疗 目 标	近期目标	达到	未达到
	远期目标	达到	未达到

尚  
存  
在  
问  
题

主管医师

治疗师

年    月    日

### 表 1-2 康复初期评价记录

姓名_____		性别_____		年龄_____		职业_____		文化程度_____	
科室_____		床号_____		诊断（疾病）_____		（障碍）_____		利手_____	
病情摘要 _____									
_____									
_____									
_____									
目前存在的问题（功能缺陷情况） _____									
_____									
_____									
_____									
_____									
康复目标									
近 期 _____									
_____									
_____									
远 期 _____									
_____									
_____									
康复训练计划（及注意事项） _____									
_____									
_____									
_____									
_____									

病案号 \_\_\_\_\_

姓名\_\_\_\_\_性别\_\_\_\_\_年龄\_\_\_\_\_职业\_\_\_\_\_文化程度\_\_\_\_\_  
科室\_\_\_\_\_床号\_\_\_\_\_  
诊断（疾病）\_\_\_\_\_（障碍）\_\_\_\_\_利手\_\_\_\_\_  
治疗进展情况\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
目前尚存问题\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
下步治疗措施\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



表 1-4 康复末期评价记录

病案号\_\_\_\_\_

姓名\_\_\_\_\_性别\_\_\_\_\_年龄\_\_\_\_\_职业\_\_\_\_\_文化程度\_\_\_\_\_

科室\_\_\_\_\_床号\_\_\_\_\_

诊断（疾病）\_\_\_\_\_（障碍）\_\_\_\_\_利手\_\_\_\_\_

入院日期\_\_\_\_\_出院日期\_\_\_\_\_

入院时主要问题\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

治疗训练经过\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

目前情况及今后康复建议\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

签名

日期

## 附件 7:

### 康复应急抢救箱必备物品清单

一层	物品名称 (数量)	心电电极 5 个	留置针 4 个	头皮针 5 个	采血针 2 个	输液器 3 个	注射器 (20ml) 5 个	注射器 (5ml) 5 个	吸氧管 2 个	
二层	物品名称 (数量)	心律平 35mg/支 2 支	速尿 20mg/支 5 支	解磷定 0.5g/支 5 支	喘定 0.25g/支 5 支	止血敏 1g/支 5 支	安定 10mg/支 1 支	尼可刹米 375mg/支 10 支	洛贝林 3mg/支 10 支	
	物品名称 (数量)	赖氨 0.9g/支 1 支	阿托品 0.5mg/支 10 支	西地兰 0.4mg/支 2 支	多巴胺 20mg/支 5 支	地塞 米松 5mg/支 5 支	肾上 腺素 1mg/支 10 支	利多卡因 0.1g/支 5 支	葡萄糖 酸钙 1g/支 5 支	
	物品名称 (数量)	5%GS 500ml/袋 2 袋	5%GNS 500ml/袋 1 袋	0.9%NS 500ml/袋 2 袋	5%碳酸 氢钠 250ml/袋 2 袋	20%甘 露醇 250ml/袋 2 袋	MG3 500ml/袋 1 袋			
三层	物品名称 (数量)	左侧				治疗盘(右侧)				
		血压表 1 个	听诊器 1 个	手电筒 2 个		安尔碘 1 瓶	止血带 1 根	棉签 5 包	输液贴 1 包	砂轮 2 个
四层	物品名称 (数量)	简易 呼吸器 1 套	开口器 1 个	压舌板 5 个	无菌 手套 5 个	换药盒 1 个	喉镜 1 个	氧气袋 1 个	吸痰管 1 个	气管 插管 1 根

## 附件 8:

### 康复（脑卒中、颈腰痛、膝骨关节炎）转诊指征

#### 一、病情出现加重/不稳定

1. 新发的神经系统症状或体征，如麻木、力弱、感觉障碍、病理征（+）等；

2. 新发的吞咽/言语困难；

3. 突发的意识/情绪障碍不能配合康复治疗；

4. 新发的二便障碍；

5. 疼痛呈持续进行性加重，夜间痛明显。

#### 二、治疗难度大

1. 严重痉挛或关节挛缩；

2. 病情复杂难以确定康复治疗方案；

3. 康复治疗无效或对康复疗效不满意。

#### 三、并发症严重

1. 重度反射性交感神经不良；

2. 新发的深静脉血栓伴/不伴肺栓塞；

3. 肩关节半脱位/脱位；

4. 合并脊髓/马尾受压症状。

#### 四、其他医生判断患者需上级医院处理的情况或疾病