教案

**康复医学概论**

**（第二版）**

**中南大学出版社**

### 课时分配表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **章序** | **课程内容** | **课时** | **备注** |
| **1** | **绪论** | **8** |  |
| **2** | **残疾学** | **3** |  |
| **3** | **康复医学基础** | **8** |  |
| **4** | **康复医学工作方式和流程** | **4** |  |
| **5** | **康复评定** | **5** |  |
| **6** | **康复治疗常用技术** | **4** |  |
| **7** | **康复医学科的管理** | **3** |  |
| **8** | **社区康复** | **2** |  |
| **9** | **康复医学科病历书写规范** | **3** |  |
| **总计** |  | **40** |  |

### 第9课 康复医学科病历书写规范

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **课 题** | 康复医学科病历书写规范 | |
| **课 时** | 3课时（135 min）。 | |
| **教学目标** | **知识技能目标：**  1. 掌握神经康复、脊髓康复、儿童康复、骨科等康复重点。  2. 掌握康复治疗记录单的书写内容。 | |
| **思政育人目标** | 培养学生准确、严谨、规范书写康复病例的理念，通过病历展现临床推理过程的能力 | |
| **教学重难点** | **教学重点：**康复治疗处方  **教学难点：**康复治疗记录单的书写内容 | |
| **教学方法** | 讲授法、问答法、讨论法 | |
| **教学用具** | 电脑、投影仪、多媒体课件、教材 | |
| **教学设计** | 第1节课：考勤（2min）--知识讲解（40min）--作业布置（3min）  第2节课：知识讲解（40min）--课堂小结（3min）--作业布置（2min）  第3节课：知识讲解（40min）--课堂小结（3min）--作业布置（2min） | |
| **教学过程** | **主 要 教 学 内 容 及 步 骤** | **设计意图** |
| **考勤**  **（2min）** | ■【教师】清点上课人数，记录好考勤  ■【学生】班干部报请假人员及原因 | 培养学生的组织纪律性,掌握学生的出勤情况 |
| **知识讲解**  （40min） | **【教师】**展示康复治疗处方  **一、康复治疗处方的目的及意义**  康复治疗处方是康复医师向康复治疗师提供的康复治疗医嘱，以明确各治疗小组成员应完成的治疗工作。康复治疗处方应包括诊断、功能障碍、治疗目的及具体方法，包括治疗部位、治疗种类、剂量、治疗时间、频率、次数及注意事项等。康复治疗处方应附在住院病历或门诊病历中，在后续治疗及康复评定中作为参考依据。  **二、康复治疗处方的种类**  康复治疗处方包括：  （1）物理疗法处方（含物理因子治疗）。  （2）作业疗法处方。  （3）言语疗法处方。  （4）心理疗法处方。  （5）中医传统疗法处方（含中药、推拿、针灸等）。  （6）假肢、矫形器、支具处方。  （7）轮椅处方。  （8）牵引疗法处方。  （9）文体疗法处方。  （10）其他：如音乐疗法处方、悬吊疗法处方等新技术处方。  **三、康复治疗处方的内容**  （1）患者的基本信息（姓名、性别、年龄、病案号）。  （2）疗法名称及治疗师姓名。  （3）病史摘要。  （4）康复诊断。  （5）主要功能障碍点。  （6）治疗部位。  （7）治疗方法。  （8）治疗剂量。  （9）治疗时间、频率、次数和疗程。  （10）注意事项。  （11）医师签名。  （12）开具日期。  由于康复治疗的种类不同，治疗的目的和要求也不同，因此各处方的具体要求也不同。  **【学生】**思考、讨论。 | **展示康复治疗处方，让学生更加仔细的阅读，从而激发学生的学习欲望。** |
| **作业布置**（3min） | **【教师】**布置课后作业  **简述康复治疗处方的内容。** | 通过课后练习，使学生巩固所学新知识 |
| **知识讲解**  （40min） | **【教师】**展示康复治疗记录  康复治疗记录是康复治疗师执行康复医师处方医嘱情况的记录。康复治疗记录可以反映患者治疗中的情况及治疗后的变化，对于科研资料收集有很重要的作用。  **一、记录的内容与要求**  （1）患者的一般资料：姓名、性别、年龄、科别、床号、病案号。  （2）记录治疗日期、次数、部位、方法、剂量、时间、特殊情况（如疼痛、过敏反应，以及血压、心率、呼吸等全身反应）。  （3）相关量表评定或专项指标的观察及记录。  （4）治疗师签名。  康复治疗记录可在电子病历中书写，也可单独以附表的形式附于康复处方的后面，方便查看及执行。  **二、康复评价分期**  一类特殊的并且极重要的康复治疗记录为康复评价记录。康复评价分为初期康复评价、中期康复评价、末期康复评价（详见项目五 康复评定）。  **1. 初期康复评价** 应在患者入院 7～10 天内完成，是由康复组组长带领其他康复组各专业成员评估患者的情况，集中讨论以下内容：找出患者的主要功能障碍并完善问题小结；确定近期目标、远期目标，制订康复治疗计划和提出注意事项、预测预后及判断康复的影响因素。初期康复评价在整个康复治疗过程中起到重要作用。  **2. 中期康复评价** 在初期评价后1个月内完成。其内容包括初期评价所设定的目标是否完成，未完成的原因，并找出解决问题的方法；根据目前的功能情况制订下一步康复治疗计划，确定下一步近期目标、远期目标。  **3. 末期康复评价** 在患者出院前1周进行。其内容包括康复治疗经过的总结，康复目标实施的程度，功能和能力提高的程度，各种康复治疗方法的有效程度，经验及教训，出院后建议及出院后的康复指导。  **三、注意事项**  （1）评价会结束后由主管医师总结，将评定结果综合整理，以便前后对比。  （2）康复评价会原则上每月一次，根据各地方住院时间政策可适当缩短间隔时间，如入院第 2～3 周进行中期康复评价，出院前进行末期康复评价。  （3）如果患者住院时间较长，超过3个月，可在中期康复评价后 1 个月进行“联合查房”，相当于 1 次中期评价，联合查房的内容与格式同康复评定记录。目的是了解经过一段时间的康复治疗后，患者功能改变的情况，并分析原因，以此作为调整康复治疗计划的依据。  目前康复治疗处方及治疗记录尚缺乏统一的书写格式及表格，但基本要求和内容是一致的，因此各级医院的康复医学科可参照基本要求根据具体情况设计适合自己科室的病历、处方和记录。  **【学生】**思考、讨论。 | **通过教师讲解，熟悉康复治疗记录的基本理论知识。** |
| **课堂小结**  （3min） | 【**教师**】**回顾和总结本节课的知识点。**  **这节课我们一起学习了康复治疗记录，知道目前康复治疗处方及治疗记录尚缺乏统一的书写格式及表格，但基本要求和内容是一致的，因此各级医院的康复医学科可参照基本要求根据具体情况设计适合自己科室的病历、处方和记录。** | 通过对所学知识的回顾，培养学生的归纳总结能力 |
| **作业布置**（2min） | **【教师】**布置课后作业  **简述记录的内容与要求。** | 通过课后练习，使学生巩固所学新知识 |
| **知识讲解**  （40min） | **【教师】**展示康复病历书写规范  康复病历是康复医疗机构根据对病人的调查研究，即问诊、体格检查、功能评定以及各种实验室检查、影像学检查等资料，进行综合、分析、整理后而书写成的具有康复医疗专业特点的记录。在神经系统疾病的康复医疗过程中，一份完整准确的康复病历，是康复工作者正确进行康复诊断、功能评定、制订康复计划、评定康复疗效、确定病人回归等问题的依据。同时也是进行康复科研、教学和总结临床工作经验的宝贵资料。  **一、康复病历的特点**  **1. 以功能障碍为中心** 康复病历是以功能障碍为中心，在病历上全面反映其功能障碍的水平、程度和性质、病人对残疾的适应情况及需求，从而分析需要解决的问题，制定康复治疗方案。  **2. 以功能评定为中心的综合评估** 完整的康复病历是对运动、感觉、言语、认知、心理、情绪等多方面进行评定，并拟定功能康复的措施；需要由具有多学科性质的康复专业协作组来采集和填写。  **3. 重视三期康复评定** 完整的康复病历应该包括三期评定的内容。通常入院患者应对其进行“三期评定”，即初期评定、中期评定、末期评定，康复小组成员以康复评价会的形式对患者进行全面性功能评定。  **二、康复病历的分类**  康复病历有不同的分类形式（表 9-3-1），按医疗部门分为住院康复病历、门诊康复病历、社区康复病历；按病历性质分为综合康复病历、亚专科康复病历。  1711682637879  **三、康复病历的结构**  **（一）住院病历**  康复医学是一门新兴学科，目前尚未形成独立、统一的格式，康复住院病历具有临床医学病历的一般结构，也具有不同的部分。  **1. 一般资料** 包括姓名、性别、年龄、婚姻、职业、籍贯、民族、住址、工作单位、入院日期、记录日期、病史陈述者（与患者关系）及可靠性等。  **2. 主诉** 主诉即患者叙述的促使就诊的主要功能障碍及持续时间。可以是1个或2～3个促使病人就诊的主要原因或障碍。文字应简明扼要，一般不超过20个字。  **3. 病残史** 病残史是病史的主要组成部分，包括两部分内容，即疾病史及残障史；从发病至本次就诊时，疾病的发生、发展过程及由于疾病所致功能障碍的发生、发展及变化的全过程。  （1）起病情况：包括起病时的环境及具体时间，活动状态，起病急缓、原因或诱因。当时就诊医院的诊断、检查和治疗经过，疾病所造成的功能障碍的部位、性质、程度。  （2）功能障碍的发展与演变：通过临床治疗，病人的功能障碍固定不变还是逐渐加重或减轻，以及功能障碍对病人日常生活能力的影响及影响程度。  （3）伴随症状：病人除了主要症状外，往往还会出现一些伴随症状。应详细询问各伴随症状出现的时间、特点及演变过程，并了解各伴随症状之间，特别是与主要症状之间的相互关系。  （4）诊疗经过：此次就诊前患者是否接受过康复治疗，疗效如何；病人的接受程度或康复欲望如何；是否有使用矫形器、支具的经历，效果如何等。  （5）一般情况：包括患者发病后病人的精神状态、食欲、大小便、睡眠和体重等方面的变化。  **4. 既往史** 既往史包括病人过去的健康状况及曾患疾病，尤其与现在疾病有密切关系的疾患。通过对过去病史的了解，有助于分析病人过去患过的疾病是否遗留有功能障碍，过去伤病所致功能障碍与本次疾病所致的功能障碍的异同及相互关系。尤其应注意过去的心肺疾患、骨关节神经肌肉疾病遗留的功能障碍及一些继发性疾患如继发性癫痫等。了解患者的既往史有助于制定切实可行的康复训练方案，此外还应询问病人的过敏史。  在病史采集中，应注意询问下列有关的症状和功能情况。  （1）生长发育情况及遗传病史：儿童患者及疑有先天性疾病患者需详细了解。  （2）体质有无消瘦、倦怠、过敏体质或超重肥胖。  （3）感官：听力、视力、语言有无障碍。  （4）呼吸系统：有无慢性咳嗽、哮喘、体力活动后的呼吸困难等。  （5）循环系统：有无心律失常、心前区痛、心悸、间歇跛行、下肢深静脉血栓、体力活动后的呼吸困难等。  （6）消化系统：有无消化吸收障碍、排便困难或大便失禁，有无十二指肠溃疡等。  （7）泌尿、生殖系统：对脊髓损伤者，有无小便失禁；对于神经源性膀胱，是否已采用膀胱护理技术，有无泌尿系统感染征象，有无性功能障碍。  **5. 个人社会生活史** 个人社会生活史是康复病史中重要和特有的组成部分。这是由于个人生活和社会能力与其身体功能障碍的康复相互关联所决定的。通常包括两部分内容，即个人生活史和社会生活史，包括生活方式（是否规律、是否经常运动、有无烟酒嗜好、饮食习惯、个人兴趣爱好、居住地区、楼层、是否有电梯、居住环境等）、家庭生活（婚姻状态、家中人口、家庭关系是否和睦、经济情况、女性月经史和生育史）。  **6. 家族史** 主要了解患者的父母、配偶、兄弟、姐妹及子女的健康状况。注意家族中有无患遗传性或有遗传性倾向疾病的病史，如高血压、精神疾患、脑血管疾病等。  **7. 职业史** 包括文化程度、职业经历、目前职业情况、就业愿望。  **8. 心理史** 本次伤病前患者的性格、情绪、心态，有无精神和行为异常。过去有无重大事件（家庭变故、不幸、婚恋变化、严重挫折、重大疾病等引起的心理、情绪和精神的改变），此次伤病后患者的心理、情绪和精神变化。  **9. 体格检查** 应包括临床体格检查的全部内容，重点应注意以下方面。  （1）外表和生命体征：身体的姿势、有无畸形、精神状态、营养发育、体温、脉搏、呼吸、血压、体重变化等。  （2）皮肤及淋巴结：皮肤颜色，有无局部红肿、瘀血、破溃、压疮、瘢痕等；淋巴结有无肿大、压痛、质地等；肢体有无淋巴水肿、血管神经性水肿、有无凹陷性水肿等。  （3）头部：有无畸形、瘢痕等。  （4）眼部：视力情况，是否佩戴合适的眼镜，视野是否缺损。  （5）耳：听力是否正常。  （6）口、咽部：牙齿排列是否整齐，有无义齿，颞颌关节活动度，舌的运动，发声和吞咽活动是否正常等。  （7）呼吸系统：胸廓有无畸形，呼吸运动及肺通气功能是否正常，咳痰能力。  （8）心血管系统：心功能是否正常，末梢循环情况，有无静脉曲张及动脉阻塞等。  （9）腹部：腹部有无压痛、包块、腹水等，腹腔内器官有无肿大。  （10）泌尿生殖系统和直肠：有无大小便失禁或潴留，括约肌功能是否正常。  （11）骨关节与肌肉系统：应注意观察骨关节的外形有无异常，是否对称，关节有否红肿疼痛，活动是否受限，是否有异常活动。肌肉有无萎缩或肿胀、周径等，如有残肢应观察皮肤是否正常，残肢长度、水平、形状、功能状态等，脊柱有无畸形、压痛，坐姿、行走的步态等。  （12）神经系统：包括患者的神志、高级神经活动、脑神经检查、肌力、肌张力、深浅感觉、平衡、共济运动、腱反射、病理征、脑膜刺激征等。  （13）专科检查：重点说明与此次疾病有关的体征、功能障碍的部位及其相关部位的功能状态。  **10. 功能评定** 根据不同的疾病和功能障碍进行评定，如脑卒中患者伴有偏瘫和失语症应进行偏瘫功能评定、日常生活活动能力的 Barthel 指数评定、功能独立性测量（FIM）、言语功能评定；骨关节、肌肉或周围神经疾病应进行关节活动度、肌力评定；脊髓损伤应进行感觉功能、运动功能等专项评定。专项评定有助于康复目标与治疗计划的拟订和疗效的评估。进行专项评定，应另外填写评定表格。  **11. 康复诊断** 目前我国使用比较多的康复诊断是以 ICIDH 的分类标准为依据确定的诊断方法。随着 ICF 推广使用，将来的康复诊断方法可能有所变化。康复病历中的诊断（评估）包括以下四个方面：  （1）致残性疾病：指直接导致残损或结构、功能损伤障碍的疾病。  （2）残损：由于创伤或疾病等原因引起身体结构异常或器官功能缺陷。  （3）残疾：由于残损所致个人生活能力及活动表现障碍。  （4）残障：由于残疾所致的社会功能障碍或所处环境的不利。  **12. 问题小结及康复治疗计划** 在病史以及体格检查的基础上，康复医师将其材料加以整体分析，根据疾病和障碍相并存这一特点，按照临床医疗和功能障碍（病损、失能、残障等方面的情况）作为有待康复解决的问题，即写出“问题小结”。根据以上问题，明确进一步检查和长短期康复治疗计划、注意事项、并按照康复治疗计划的内容，组成相应的康复治疗小组负责该病人的康复治疗。  **（二）门诊病历**  按照门诊病历规范要求，其内容应包括主诉、病残史、既往史、查体和专科情况（康复治疗处方应重点描述功能障碍的主要表现）、相关辅助检查的结果、诊断、处理方法（包括临床用药及康复处方）。  **【学生】**思考、讨论。 | **通过教师讲解，了解康复病历书写规范的基本理论知识。** |
| **课堂小结**  （3min） | 【**教师**】**回顾和总结本节课的知识点。**  **这节课我们一起学习了康复病历书写规范，知道按照门诊病历规范要求，其内容应包括主诉、病残史、既往史、查体和专科情况（康复治疗处方应重点描述功能障碍的主要表现）、相关辅助检查的结果、诊断、处理方法（包括临床用药及康复处方）。** | 通过对所学知识的回顾，培养学生的归纳总结能力 |
| **作业布置**（2min） | **【教师】**布置课后作业  **简述康复病历的结构。** | 通过课后练习，使学生巩固所学新知识 |
| **教学反思** | 传统的教学模式是老师传授知识，学生接受知识，重点在学生的记忆和应用技巧上。但是现在的社会需要创新和批判性思考，我们的学生需要不仅仅是记忆和技巧，而更需要思考能力和临床应用能力。 | |