# 康复论文范文参考800字(共14篇)

来源：网络 作者：玄霄绝艳 更新时间：2024-11-22

*康复论文范文参考800字1康复医学是一门新兴的综合性的应用科学，目前在为保障人们的健康，造福人类发挥着越来越重要的作用。康复是综合采取一切措施，减轻因残疾带来的各种功能障碍，以提高生活质量，使患者重回社会。>1、康复医学与临床医学的关系在近...*

**康复论文范文参考800字1**

康复医学是一门新兴的综合性的应用科学，目前在为保障人们的健康，造福人类发挥着越来越重要的作用。康复是综合采取一切措施，减轻因残疾带来的各种功能障碍，以提高生活质量，使患者重回社会。

>1、康复医学与临床医学的关系

在近代康复学早期，康复医学的倡导者美国纽约著名学者Rusk曾经指出：“如果还没有训练患者利用其剩余的功能很好的生活和工作，那么就意味着医疗工作还没有结束。”因此，康复医学也可称为后续医学。康复医学不单纯是临床医学的延续，而且还与临床医学相互结合，互相渗透，相辅相成。所以说临床医学与康复医学也是各有侧重，一般来说，临床医学的治疗对象是疾病，而康复医学的治疗对象是疾病引起的功能障碍。

>2、康复医学内容广泛

康复医学的内容包括康复预防、康复诊断和康复治疗三个部分。“预防为主”是康复医学工作的主题，对继发性残疾的预防是指预先出现功能障碍之前开始进行康复治疗。也可以说，临床治疗越合理、及时，越有利于人体的康复。同样，康复预防与治疗越早介入临床治疗效果越好，这是继发性残疾康复预防的关键。康复诊断主要是指功能评估，包括对运动、感觉、知觉、言语、认知、职业、社会生活等方面的功能评估。

康复医学注重整体康复，康复措施针对伤残者的功能障碍，以提高患者功能水平为主体，功能的康复是全面的，既包括肢体功能、内脏功能、日常生活及就业能力的康复，也包括心理上、精神上的康复。康复还需要环境和社会作为一个整体来参与，以利于他们重返社会。康复医学是以恢复功能为主，为了发挥瘫痪肢体残存的功能(如截瘫病人)，可利用辅助器、自助器具以提高适当日常生活的能力，可给需要代偿的肢体装备假肢、矫形器、轮椅等辅助品。同时，应改善其生活环境，做好其家属、单位、社区的工作，对病残者进行照顾，改善公共设施(如房屋、街道、交通等)，设立盲道、无障碍公园等等，最大限度方便病残者的生活。

>3、继承传统的康复医学

在我国古代有关康复医学的思想和朴素的康复概念及方法已有悠久历史，功能康复的概念远在两千年前就已经开始出现。随着医学的起源，康复理疗的实践活动也就开始了。例如火的应用促进了灸疗、热熨等康复方法的产生；砭石的出现开创了针刺康复方法之先河；活动肢体以减轻疼痛的“舞蹈”，不论从形式上还是从作用上来分析都可看作是康复医疗中传统体育康复法的雏形。古代有关文献还记载了我国古代名医应用康复疗法对患者进行身心康复和保健的理论或事例。例如张仲景用吐纳(气功疗法)、华佗用五禽戏(运动疗法)、张子和用看角触、戏剧表演(文娱疗法)等方法治疗身心功能障碍。

>4、康复医学前景无限

**康复论文范文参考800字2**

20XX年康复科是夯实基础的一年，20XX年则是康复科全面发展的关键之年。为了康复科的和诣发展、增强可持续竞争力，特拟定20XX年主要工作计划。

一、工作重点及工作思路

二、工作任务及措施

1.定期到其他科室查房，了解病人康复情况，指导相关科室医师开需要的康复治疗项目，指导本科人员制定康复计划及实施。本科医师熟练掌握各种仪器的适应证，向其他相关科室医师推介本科特色。

2.有计划对本科医师进行全面康复培训，做到康复理论和康复治疗技术每周一小训每月一大训，以提高每位医师的康复理论及康复治疗技术水平。

3.全面开展运动疗法、作业疗法、言语训练、吞咽障碍治疗，拓展脑损伤、脑瘫、骨折术后功能康复、有计划地开展慢阻肺、心脑血管疾病等内科病的康复介入。

4.在院内外宣传康复项目特点，治疗效果，提高社会各界康复意识。通过病人及时反馈的意见与建议，及时改正我们工作当中的不足，以提高工作质量与服务。

5.对疑难病人进行科内讨论，以提高治疗效果增进康复医疗技术水平。

6.劳务酬金实行二级分配，以工作量为主，结合岗位工作、职称、病人满意度综合考虑。

7.加强住院部病人管理，实行有康复特色的病房管理模式。由科主任、护士长全面组织实施管理方案，科内人员分为病房管理组、现代康复组、传统康复组、康复护理组。

病房管理组：CC医生、CC医生负责管理具体病人的检查、诊断治疗、书写病案、康复评定、制定康复治疗方案。

现代康复组：由病房管理组分担一部分、郑CC负责进行物理治疗和作业疗法、言语矫治;由区淑环负责物理因子治疗。

传统康复组：周CC负责针灸、推拿、拔罐、小针刀、药敷 等。

康复护理组：护士发挥康复护理优势，开展有康复特色的护理和康复宣教。

8.加强门诊管理，门诊为康复科的窗口，负责为病区输送病号。门诊医师接诊病人，开出治疗单或联系住院，交由科内统一安排，其他科室介绍病人到我科，由我科统一安排治疗。

9.加大科室人员培训力度，争取领导支持，协调科内人员到康复医学相关科室如神经内科、神经外科、骨外科轮转，学习相关处理知识，加强科间联系。每年选派1～2名医师到上级医院进修学习。

10.积极引进高素质的康复人才，尤其是康复治疗师，按摩师，以利更好开展业务。

11.营造科研氛围，力争每有1篇以上论文发表。

1.年度工作计划

2.党支部年度工作计划

3.护士长年度工作计划

4.工程部年度工作计划

5.工作计划

6.连队党支部年度工作计划

7.物业保洁年度工作计划

8.护士年度工作计划

村年度工作计划

10.工作计划

**康复论文范文参考800字3**

结合康复科护理部20xx部署护理工作的主要任务和计划，我作为康复科护士特定20xx年护理工作计划如下：

1、加强病区护理管理，保障护理安全，为病人提供优质的护理服务。

2、加强护理安全管理，完善护理风险防范措施，有效的回避护理风险，为病人提供优质、安全有序的护理服务。

3、定期和不定期检查，监督到位，并有监督检查记录。

4、对新上岗的护士进行法律意识教育，提高他们的抗风险意识及能力，定期进行沟通技巧及临床操作技能的培训。

5、完善护理文书记录，减少安全隐患。

6、以病人为中心，提倡人性化服务，加强护患沟通，提高病人满意度，避免护理纠纷。

7、严格落实三基三严计划，提高自己的整体素质，具体措施如下：

（1）组织学习医院各项规章制度，岗位职责，护理核心制度。

（2）制定业务学习及技能操作计划，并准备好课件。

（3）经常复习护理紧急风险预案知识并进行模拟演练。

（4）熟练掌握急救器材及仪器的使用，定期检查及维修。

总之，我会在院领导的正确指导下，扎实工作，使护理工作质量和服务水平不断提高，以便更好的为病人服务。

**康复论文范文参考800字4**

摘要：目的：探讨康复训练和有效的护理对中风患者的临床护理效果。方法：回顾性分析在5月至4月我院收治的中风患者68例，脑梗塞的患者为41例，脑出血的患者为27例。结果：通过对本组68例中风患者早期康复训练和有效的护理，取得了较好的效果，大部分患者生活可以自理。结论：本研究通过对本院68例中风患者经过治疗及有效的康复训练、护理，取得了较好的效果，大部分患者生活可以自理。提高了患者的生活质量和幸福度，减轻了患者和家属的心理负担和经济压力，达到较好的康复状态，增强患者治疗的信心，提高了病人和家属的满意度。

关键词：中风患者 康复训练 护理

中风也叫脑卒中，分为两种类型：缺血性脑卒中和出血性脑卒中。中风是中医学对急性脑血管疾病的统称。它是以猝然昏倒，不省人事，伴发口角歪斜、语言不利而出现半身不遂为主要症状的一类疾病。由于本病发病率高、死亡率高、致残率高、复发率高以及并发症多的特点，所以医学界把它同冠心病、癌症并列为威胁人类健康的`三大疾病之一。预防中风的重要性已经引起国内外医学界的重视，医学家们正从各个方面探索中风的预防措施。为了尽早恢复患者瘫痪的手足功能，减轻或消除语言障碍，最大程度地促进功能康复，使患者尽可能地回归原来的工作和生活[1]，现将我院收治的68例中风患者的临床资料分析总结，经过早期康复训练和有效的护理，取得了较好的效果。现报告如下。

1 资料与方法

一般资料。选取205月至204月我院收治的中风患者68例，所有患者均经过头颅CT或MRI检查确诊。其中，男39例，女29例，年龄52~78周岁，平均年龄岁，脑梗塞的患者为41例，脑出血的患者为27例。通过早期康复训练和有效的护理，取得了较好的效果，大部分患者生活可以自理。

2 护理

情志护理。情志护理在中风患者的康复治疗中显得尤为重要，需贯穿整个康复治疗过程。做好宣传教育，将中风的发病机制、机理、预防制作成通俗易懂的宣传小画册，发放到每个患者及家属的手里，增强他们对中风的了解，使患者更有信心战胜困难，避免恐慌、畏惧的心理产生。由于中风的发病率高、死亡率高、致残率高、复发率高以及并发症多的特点，所以被医学界将它同冠心病、癌症一道列为威胁人类健康的三大疾病之一。中风患者由于对中风的预防、保健和治疗等相关知识的缺乏，对中风产生的极大恐惧与恐慌，患者抱有沉重的心理压力和经济负担。此时，医护人员应当多于患者和家属交流，对患者和家属有疑问的时候，要急事给予解答，安抚患者的情绪，使患者保持良好的心情。增强患者战胜疾病的信心，争取患者积极主动配合医院的康复治疗过程，以利于病情尽快康复[2]。

饮食护理。中风患者的膳食原则是：食宜清淡、低盐低脂，根据不同病情，做到定时、定质、定量，每天摄取的总热量应略低于正常人[3，4]。饮食的护理要细心，脑血管病患者的饮食宜清淡而富有营养，如豆浆、牛奶、果汁、混合浆等易消化的食物为主，禁忌辛辣油腻，同时应注意做好口腔护理，每日用生理盐水给予口腔清洁，坚持每天清洗2到3次，保持口腔的卫生，预防口腔感染。所以中风患者宜清淡、易消化且富有营养的食物为主，多吃新鲜蔬菜、水果、豆制品和牛奶等以防便秘，禁食过咸、过甜及辛辣油腻等食物[5]。

康复护理。

肢体锻炼。恢复期患者对康复的愿望非常迫切，医护人员要及时向患者及家属解释，病情恢复不能操之过急，应循序渐进，应该让患者能够接受。恢复期及后遗症患者应逐步进行肢体功能的恢复性训练。康复训练应尽早开始，由简单到复杂，由开始的短时间到后来的较长时间，增加训练的难度，如眼球运动、头部和身体同步协调运动等功能性训练。根据每个患者的恢复具体情况，制定合适的康复训练计划，比如，经常给患者在如合谷、内关、曲池、足三里和三阴交等穴位进行中医针灸与肌肉按摩，肌肉按摩是中风患者的有效康复手段之一，可以增强肌肉的力量，提高身体的免疫性，另外，还有患肢的防寒保暖等手段，都是简单而有效的康复手段。训练计划的理论指导原则是：首先控制低级中枢和反射弧释放性亢进引起的高张力痉挛，然后再行运动功能锻炼[6]。医护人员要加强对患者侧肩关节的保护，坐位时可将患臂平放在枕头上，不宜长久托于吊带，并经常按摩患肩，但切忌用力牵拉，以防肩关节脱位[4]。

语言锻炼。有效的解决语言障碍的办法是医护人员和家属共同帮助患者，多与他们进行交流和沟通，让他们克服心理障碍，对语言的恢复有信心，并且跟据患者的不同语言障碍来制定一些合适的语言训练计划，每天让专人陪同他们训练半小时，坚持下来，一个月之后，让病人主动进行规定时间的训练，由简单句子到复杂的句子，当病人经过努力取得一定的成功之后，要及时鼓励他们。

防止便秘和泌尿系感染。许多患者中风之后，活动量大幅度减少，肠胃的消化功能变弱，易出现腹胀和便秘情况，导致食欲的下降，所以应给予患者饮食宜清淡而富有营养的食物。经常按摩腹部，按时给患者进行排便，让患者的排便呈现规律性。

3 讨论

本研究通过对本院68例中风患者经过治疗及有效的康复训练、护理，取得了较好的效果，大部分患者生活可以自理。提高了患者的生活质量和幸福度，减轻了患者和家属的心理负担和经济压力，达到较好的康复状态，增强患者治疗的信心，提高了病人和家属的满意度。

参考文献

**康复论文范文参考800字5**

随着人口老龄化，股骨颈骨折、股骨头缺血性坏死、骨性关节病等发病率逐渐增高，行髋关节置换术可以有效地缓解髋关节疼痛，恢复行走功能。由于髋关节部位特殊，关节置换术后卧床时间长，易发生多种并发症，需要护理人员精心的护理和专业的康复指导。术后通过对患者进行系统的护理及康复训练，缩短了疗程，有效地杜绝了并发症，使患者及早恢复功能，提高生活质量。现将我院1月—6月期间32例行人工髋关节置换术患者的护理体会报告如下：

1、资料与方法

一般资料本组32例术者，男性22例，女性10例，年龄33～88岁，平均年龄岁，股骨颈骨折25例，股骨头坏死5例，骨性关节炎2例；骨水泥型25例，生物型7例。

方法患者完善术前相关辅助检查，治疗合并症待全身情况稳定符合手术指针后择期手术。在持硬麻或全麻下行全人工髋关节置换术。

2、护理

术前准备

术前全面评估患者，向其说明手术的目的、疗效和相关注意事项，术中、术后可能发生的风险及并发症，使其了解有关疾病的护理和术后早期康复训练的重要性，积极配合护理和康复训练。医生、护士应与患者多沟通，消除患者紧张情绪，增加患者对手术的认识和心理准备，主动配合治疗。

术前指导患者适应性锻炼，让患者进行直腿抬高锻炼，练习股四头肌的收缩力量，具体方法是：患者平卧于床上，下肢伸直尽量抬高，然后放下，如此反复进行，为术后恢复打下良好基础；术前戒烟2周，训练床上大小便，以适应术后床上大小便；常规备皮、皮试、做好术前各项检查，遵医嘱术前用药，术前12小时禁食，6小时禁饮，术前导尿等。

术后护理

密切观察生命体征，做好基础护理。术后伤口放置负压引流，注意保持引流通畅并观察引流液的性质、颜色、引流量，如有异常及时通知医生。

搬动患肢或使用便盆时，要注意将患者整个骨盆及患肢托起，术前早期尽量避免翻身，必要时要整个身体转动，不要只动上身，切忌屈髋动作，防止脱位。

并发症的预防护理：老年患者应注意预防褥疮发生，在患肢制动前提下，将髋部整个托起，使臀部离开床面，解除骶尾部压迫，并按摩局部每2—4小时一次，保持床面整洁、干燥、无渣屑。嘱患者深呼吸做有效咳痰，轻拍背部以助排痰，痰液粘稠者可做雾化吸入以预防肺部感染。患者仰卧保持患肢外展中立位，用软枕固定在^v^，穿防旋鞋，避免髋关节极度屈曲内收、内旋造成髋关节脱位。应注意循环系统并发症，观察患肢末梢血液循环、足部温度、股动脉、足背动脉搏动情况，有无栓塞性静脉炎及深静脉血栓的征象，观察患肢远端感觉及运动功能情况，以检测坐骨神经功能。

术后康复护理

在院康复护理术后抬高患肢外展15—300中立位，麻醉清醒后即可进行踝关节的背屈和跖屈被动活动，10次/分，一次做10—20分钟，一天分6次做，早期应用弹力绷带或弹力袜可促进下肢血液回流，减少深部静脉血栓发生的机会，同时可教病人深呼吸练习。

术后第1天病床摇升至300，做踝关节主动屈伸练习，股四头肌、股二头肌、臀大肌联合的等长收缩运动，收缩维持10秒，放松5秒，10个/组，3—5组/次，3次/日，以保持肌肉张力和髋膝关节被动活动。开始屈髋屈膝，早期髋活动范围250，膝为400（术后3—5天内屈曲2次/组，4组/日），根据手术复杂程度和患者耐受程度鼓励患者，逐步增加活动次数。 术后第2天病床摇升至600，髋膝关节的屈伸练习由起初的`被动向主动加辅助到完全主动过渡。患腿辅助直腿抬高练习，增加静脉回流，防止股四头肌的萎缩。并将病床摇升至900，进行坐位练习。坐位时间不宜过长，否则容易使髋关节疲劳。患者还可以坐于床边，双手后撑，主动伸直髋关节，充分伸展屈髋肌及关节前部10个/组，3—5组/次。

术后根据患者自身状况在第3、4天可开始进行坐位到立位的训练。方法是：病人双手拉住床上支架，使整个人移至健侧床边，重心在健侧，健腿屈曲用力蹬床，健肘撑床，同时保持患腿外展位（后外侧切口防止内旋内收，前外侧切口防止过度外展外旋）坐起，然后通过双拐支撑站起（非骨髓泥的不能负重，骨髓泥的可以负重）。方法是：患者双手扶着椅子靠背，轻微后伸患侧下肢，拉伸髋关节前关节囊和挛缩的屈髋肌群而后后伸健侧下肢，重心逐步向前侧的患肢移动。每天坚持以上的锻炼，并循序渐进加大运动量。

手术第5、6天后患肢步行基本不负重，患腿先开步，重心前移，人的重量分布在拐杖和健腿，健腿跟上。如果假体为非骨水泥固定，骨组织长入假体需要一定的时间和一个稳定的界面环境，过早下地负重，使假体与骨之间因相对活动而产生纤维性假膜。因此术后负重情况一般为6周但须经医生看片之后决定是否负重行走。

全髋置换术后的患者术后3—6月不能做髋关节内收内旋和外展外旋及髋关节过度屈曲等动作（如患腿放在健腿上等），在以后的日常生活中也应注意做到“三不”：即不坐矮的凳子或软的沙发；不跷“二郎腿”；不侧身弯腰或过度向前弯腰，以免发生关节脱位等并发症。

出院康复指导全髋置换术后回家应循序渐进的加大运动量进行肌肉力量的练习和关节活动度，（1）股四头肌方法：坐位双腿下垂，在踝关节处加一沙袋（重量为—5公斤）进行伸屈膝练习，缓慢伸膝和屈膝练习，150次/组，6组/日，以后逐渐加运动量，（2）髋部肌肉力量的练习，不负重站立位进行大腿后伸的动作（也在踝关节处加一沙袋—5公斤）150次/组，6组/日。（3）外展肌群练习方法为：外展30—350，维持10秒，做30—50个/组，6组/日，以后逐渐增加运动量关节活动度方法：平躺在床上进行主动的屈伸膝关节。

三个月之后的锻炼主要是以上所讲的肌肉力量的练习和关节活动度的锻炼，术后6个月内避免髋关节屈曲超过900，避免突然下蹲运动和较激烈的运动。一般术后6个月后可逐渐增加活动范围和下蹲。以后应注意保护关节，避免跑、跳等冲击运动（如打篮球、慢跑、跳舞等），最好的运动是散步、游泳等。出院后遵医嘱定期复查，要求术后1个月、3个月、6个月、1年复查，完全康复后每年复查1次，复查内容包括髋关节正侧位片、人工髋关节功能评分等。如髋部疼痛或活动后严重不适，应随时就诊。

3、结果

30例人工髋关节置换术患者获随防，随访时间为6—36个月，关节功能恢复，疗效满意，生活自理。

4、讨论

人工髋关节置换术成功的手术是取得良好疗效的关键，而术后系统的护理及康复训练明显提高了疗效。特别是对老年卧床病人杜绝了常见的并发症，缩短了疗程，减少卧床时间，使患者及早恢复功能，提高生活质量[1]。

参考文献

[1]陈丽.人工全髋关节置换病人的康复指导[J].临床医学，（04）.

**康复论文范文参考800字6**

康复医学被称为“第三药”(临床医学是第一药，预防医学是第二药)。在现代医疗体系中，预防、医疗和康复已联系在一起形成统一的身体。康复医学从第二次世界大战开始，残疾人为主要服务对象。近百年来，现代康复医学蓬勃发展。它的发展是人类医学发展的必然趋势，也是现代科学技术进步的结果。

>关键词：康复医学、脑卒中、小儿脑瘫、康复治疗、器械训练

>1、学科起源和认识：

起源：康复医学是一门新兴的学科，是20世纪中期出现的一个新的概念。它是一门以消除和减轻人的功能障碍，弥补和重建人的功能缺失，设法改善和提高人的各方面功能的医学学科，也就是功能障碍的预防、诊断、评估、治疗、训练和处理的医学学科。体育疗法是现代康复医学的重要内容和手段。

认识：康复医学是医学一个新分支的学科，主要涉及到利用物理因子和方法(包括电、光、热、声、机械设备和主动活动)以诊断、治疗和预防残疾和疾病(包括疼痛)，研究使病、伤、残者

在体格上、精神上、社会上、职业上得到康复，消除或减轻功能障碍，帮助他们发挥残留功能，恢复其生活能力，工作能力以重新回归社会。康复医学是由理疗学，物理医学逐渐发展形成一门新学科。

康复医学主要面向慢性病人及伤残者，强调功能上的康复，而且是强调体功能康复，使病人不但在身体上，而且在心理上和精神上得到康复。它的着眼点不仅在于保存伤残者的生命，而且还要尽量恢复其功能，提高生活素质，重返社会，过有意义的生活。

>2、康复案例：

2、1、脑卒中病人的康复治疗：随着医学水平的迅速提高,中风抢救成功率也随之提高,从而降低了病死率,但脑卒中的残疾率却有所增加,因此,早期进行康复治疗有利于训练病人达到最大限度的功能独立、心理应对,有利于对社会的再适应,防止继续残疾,并利用残留的功能提高生活质量。

1、肢体被动运动：主要是为了预防关节活动受限，另外可能有促进肢体血液循环和增强感觉输入的作用。先从健侧开始，然后参照健侧关节活动范围活动患侧。一般按从肢体近端到远端的顺序进行，动作要轻柔缓慢。重点进行肩关节外旋、外展和屈曲，肘关节伸展，腕和手指伸展，髋关节外展和伸展，膝关节伸展，足背屈和外翻。在急性期每天做两次，以后每天做3遍。病人意识清醒后尽早开始做自助被动运动。

2、体位变换：主要时预防褥疮和肺部感染。另外，由于仰卧位强化伸肌优势，健侧卧位强化患侧屈肌优势，患侧卧位强化患侧伸肌优势，不断变换体位可使肢体的伸屈肌张力达到平衡，预防痉挛模式出现。一般1-2h变换体位一次。体位变换包括被动、主动向健侧和患侧反射，主动、被动向健侧和患侧横向移动。

3、神经促进技术：可酌情选用Bobath技术、Brunnstrom的技术、Rood技术和PNF技术中的一些方法以诱发粗大运动、抑制异常运动。

4、功能性电刺激与生物反馈疗法：对防止肌肉萎缩、维持关节活动度、促进正常运动模式形成都有一定的康复治疗效果，可酌情应用。

5、床到轮椅(或椅)转移和站立训练均可酌情进行。

6、言语治疗：有言语障碍者应进行评估和治疗。

7、心理治疗：由于发病后时间较短，一般一时不能接受现实，所以常有否认、拒绝、恐惧、焦虑、抑郁等多种心理障碍。首先评定病人现在的心理障碍，再根据病员心理障碍进行心理治疗，必要时，可加用适当药物配合治疗等。

2、2、小儿脑瘫病人的康复治疗：小儿脑性瘫痪(cerebral palsy,CP)简称脑瘫,是一种严重危害小儿健康的疾患。其主要危险因素先后以胎儿发育迟缓、早产、低出生体重、出生窒息等为主。由于小儿的大脑在不断地成熟和分化,具有较大的可塑性,因此,如能对脑性瘫痪的儿童进行早期康复,即争取在出生后6—9个月的阶段内采取康复治疗措施,不仅能促进中枢神经系统的正常发育,改善异常姿势和运动,抑制异常反射,并且可以防止肌腱挛缩和骨关节畸形等合并症,从而降低致残率。

1、药物治疗 目的是改变患儿的生理异常,促进脑发育,减轻残疾程度,改善功能或预防残疾发生,一般以学龄前儿童为主。

2、物理疗法 可配合采用水疗(水中运动疗法)、电疗、生物反馈疗法等。

3、中医疗法 中医、针灸对脑瘫的康复具有一定的疗效,应充分发掘并利用。

4、手术疗法 通过改善患儿的解剖异常来消除其功能障碍。

5、康复护理 为巩固患儿的治疗和训练效果、提高患儿的生活自理能力(如脱穿衣裤鞋袜、刷牙洗漱、独自进食、大小便处理)、防止并发症等。

6、运动疗法 小儿脑瘫的康复治疗是神经发育学的治疗，常用英国Bobath方法以改善患儿的运动功能,纠正异常姿势,提高其身体移动的能力。

7、作业疗法 常使用功能性作业疗法和儿童作业疗法,目的是改善患儿上肢的活动能力和手部运动的灵巧性等,提高患儿的日常生活能力。

8、语言治疗 对语言发育迟滞和有运动性构音障碍的患儿进行语言训练,提高患儿的语言能力和交往能力。

9、矫形器等辅助器具的应用 采用特殊装置或人工方法帮助患儿改善肢体功能或替代已受损的功能。

10、文体疗法 根据小儿活泼好嬉戏的特性,通过游戏、体育比赛等形式调动患儿的情绪和主动性来提高其身体的协调性、灵活性,以促进患儿全身心的功能改善。

11、音乐疗法 利用音乐对患儿心理和生理功能的影响来训练和矫正患儿的生理缺陷,缓解和调节患儿的情绪,改善患儿的精神生活

>3、感受和建议：

经过上半年的短暂研究，我意识到，疾病的康复不仅需要良好的临床治疗，康复训练后的治疗是必不可少的，特别是对疾病的后遗症更是如此。临床医生在掌握临床治疗方法的同时，也应熟悉康复医学知识，为病人提供一些有益的建议。上半年的学习一直很开心，但因为时间少了一点，学不完相关内容的系统，只是略读了一下内容，带着一些遗憾，就这些感觉的基础上。

建议我们以后可以多补充一点时间，我们可以以具体操作的形式进行教学，模仿康复治疗的相关方法，说明注意事项。那会更形象更容易记住。

**康复论文范文参考800字7**

在新的一年里，我作为康复科的一名普通护士将继续坚持：以病人为中心，将人文护理理念融入实际更多的工作细节中，进一步提高自己的护理质量，病人安全保障充分实施到位，特拟定20xx年护理工作计划。

一、护理管理工作目标

1、争取今年康复护理技术操作考核合格。加强自己护士临床工作中强化操作流程规范。

2、继续坚持护理病历文件书写规范化，健康教育常态化。

3、每周一次运动养生课堂，以八段锦、腰腿痛保健操、颈椎病保健操等培训病区病人及陪人，创最佳和谐医患关系。

二、继续医学学习计划

1、加强基础理论知识的培训，使自己的康复护理综合素质及专业能力得到提高。从“三基三严”入手，参加业务培训，增强防范意识，促进护患沟通，加强“三基”训练，提高自己的评判能力和观察能力，增强医嘱处理的及时性和准确性。

2、提高自己的护理实际工作能力，每月规范书写一份查房记录。

3、加强护理专业技术操作培训

三、落实责任制整体护理工作

做好责任护士全面工作职责的.落实：入出院教育，康复护理教育，康复锻炼指导，医嘱查对士。

**康复论文范文参考800字8**

康复指导在骨科护理中的应用的论文

摘要：目的：分析消化性溃疡护理中针对性护理干预的实施效果。方法：研究对象为经我院收治的消化性溃疡患者60例（20\_年8月到20\_年8月）。根据随机方法划分为对照组（采用常规护理方法）和研究组各30例（采用针对性护理方法）。对两组最终的护理效果进行分析和对比。结果：给予不同的护理方法之后，研究组的护理总体有效率显著高于对照组（P＜0．05）；研究组的护理总体满意率显著高于对照组（P＜0．05）。研究组并发症率低于对照组（P＜0．05），有统计学意义讨论：对消化性溃疡护理患者采用针对性护理方法，效果显著，患者满意度高，值得在临床医学上大力推广使用。

j关键词：骨科护理;康复指导;应用

随着医学技术的发展，康复医学的重要性也越来越受到人们的关注。骨科术后给予患者康复指导，对患者的功能恢复有重要作用，可加速患者恢复速度，使致残率大大降低。对患者进行康复指导时，要结合患者的实际情况，循序渐进。本组研究针对本院60例骨折手术患者进行术后康复指导，效果较好，现将结果报道如下。

1资料与方法

1．1一般资料。选取20\_年5月至20\_年5月我院收治的120例骨折患者，随机分为观察组与对照组，各60例。观察组中，男性患者38例，女性患者22例，年龄17－56岁，平均（30．4±3．6）岁，上肢骨折41例，下肢骨折19例；对照组中，男性患者40例，女性患者20例，年龄18－54岁，平均（31．2±3．1）岁，上肢骨折39例，下肢骨折21例。两组患者在性别、年龄等一般资料方面差异不显著，无统计学意义，P＞0．05，有可比性。

1．2方法。对照组本组患者术后未进行康复指导，仅给予基本护理干预措施，由患者自然恢复。观察组本组患者在基本护理干预的基础上给予康复指导。具体措施如下：（1）康复护士选择。护理学领域内，临床护理及康复护理都属于重要分支，其理论基础是相同的，但护理目标有差异，护理方法也不同［1］。因此，对康复护士选择中，首先以骨科临床护理经验丰富的护士为主，对其进行康复技能和知识的培训，使其具备康复指导护理的能力。（2）物品准备。骨科患者进行肢体功能锻炼中主要包含被动锻炼与主动锻炼两部分，除了自身肢体活动外，还可借助不同的锻炼器具。所以，在向患者进行康复指导中，还应该为患者提供床上拉环、握力器、床位拉带、上肢拉力器及沙袋等器具，便于患者进行功能锻炼［2］。（3）功能锻炼计划制定。对患者进行准确评估，对患者住院时、术后的功能情况进行评价，如肌力、关节活动度、疼痛、肢体肿胀情况等［3］。手术医生查房时，跟随医生对患者手术方案及治疗效果进行了解，对翻身、肢体关节活动、站立、行走等最佳时机进行确定，针对不同患者制定不同的功能锻炼计划。（4）康复训练指导。①康复知识讲解及方法指导。骨科患者由于石膏固定、牵引、外固定架等，肢体处于制动状态，患者对如何锻炼也不了解，甚至认为锻炼对骨折愈合有不良应，应该安静休养。所以，护理人员应该结合患者评估情况，将功能锻炼知识及方法讲解给患者及陪护人员，让患者了解康复锻炼的目的.，并且掌握正确的锻炼方法。②提供骨科康复护理资料。向患者及家属提供康复护理读物，让患者树立起良好的康复医师，对训练的方法能够科学的掌握，积极的参与到康复锻炼中。③协助患者完成每日训练内容。对于骨折患者而言，尽管其对康复锻炼的重要性完全了解，但是由于患者存在体力不支、疼痛、认识不到位或情绪不佳等因素的影响，康复锻炼很难坚持，往往没有强度、没有规律。护理人员应该对患者每天锻炼情况进行监督，敦促患者完成康复锻炼内容，对患者进行鼓励，让其能够克服懒惰、怕痛的心理，按质按量完成锻炼任务。④体位护理。骨科康复护理中，体位护理是重要内容之一。由于骨折患者需要长时间卧床休息，且肢体活动受限，不同部位、不同手术对肢体摆放及体位要求都不同，在康复过程中，应该借助人体力学原理［4］，对患者肢体位置及生理曲度对功能的影响注意检查，采取舒适位、功能位及良肢位，尽量让患者保持身体放松，避免对患肢进行压迫。可对肢体畸形有效预防。

1．3疗效评价。治愈：未出现关节僵硬、关节活动受限、肌肉萎缩等并发症；无效：有轻度、中度、重度关节僵硬、关节活动受限、肌肉萎缩等并发症发生。

1．4统计学方法。对所有患者资料采用SPSS19．0统计学软件进行分析，计数资料采用X2检验，用百分比表示，P＜0．05为差异显著，有统计学意义。

2结果

经过护理，观察组中58例患者痊愈，2例患者有轻度关节活动受限，康复率达到96．67％，对照组中49例痊愈，11例出现轻度并发症，其中6例关节活动受限、3例关节僵硬、2例肌肉轻度萎缩，康复率为81．67％，观察组明显高于对照组，差异有统计学意义，P＜0．05.

3讨论

骨折患者术后康复治疗中，采用康复指导护理方法，要求护理人员对患者的心理状态也要充分了解，与患者多沟通，建立良好的医患关系，在此基础上，向患者介绍康复锻炼的原理、方法等，并为患者安排好锻炼的内容，让患者积极接受康复治疗，促进其肢体功能的恢复。此外，护理人员要具备责任心，注重自身业务能力和素质的提升，在实践中不断积累知识，培养自身良好的职业能力，目的是为患者提供优质的康复护理。本组研究结果显示，观察组患者护理中应用康复指导，康复率达到96．67％，明显高于对照组，差异有统计学意义（P＜0．05）。综上所述，骨科患者术后康复锻炼，对患者肢体功能的恢复效果明显，加快了患者恢复的速度，提高了治疗的效果，在临床中值得推广应用。

参考文献:

［1］高金宝，石晓云，张沉冰，等．医护一体化护理模式在骨科患者术后快速康复中的应用价值［J］．现代中西医结合杂志，20\_，31（03）：3520－3522

［2］赵红，史新春，王淑勉．预见性护理指引模式在骨科护理中的应用分析［J］．中外医疗，20\_，03（16）：147－148＋151

［3］谭放花．康复护理在骨科临床护理中的应用［J］．全科护理，20\_，17（22）：1529－1530

［4］李俊明．护理指导在骨科护理中的应用探索［J］．中国社区医师（医学专业），20\_，30：264－265

**康复论文范文参考800字9**

儿童康复护理医学优秀论文

1对患儿的人性化护理措施

在儿童康复病房中的病人都是小孩，故应该根据小孩的心理特点。护士着装应该以患儿喜爱的色彩，病区病房走廊墙壁挂上精美的卡通图片、色彩鲜艳的气球、彩带，使病区气氛活泼、充满童趣。同时也创造了一个和谐、轻松的护患交流氛围。同时为他们设置较为宽广的活动区域，并在其中设置一些简单的娱乐设施。在病房走廊醒目的区域放置小朋友生活照、手工制作、绘画等专栏，在称呼上也改变以往用床号代替的生硬做法，用温馨、亲切的称呼取代，对患儿则用充满爱心的“宝宝、乖乖、宝贝”等称呼，使患儿就像在家或幼儿同一样。为了适应病房中的患儿的个体需求，建立相关的护理管理制度。例如，病房的物品放置要以患儿需求为原则，可摆放患儿喜爱的图书、玩具等，但室内物品放置要整洁。在不影响治疗的前提下，为患儿提供自己所喜欢的饮食，满足不同患儿的口味，在病区配备了微波炉，方便家长使用。顺应患儿的.睡眠习惯，有习惯晚睡晚起或开灯睡觉者，可以住单人病房，与他人共住同一病房时，要互相照顾，以不影响患儿休息为原则。总之一切以方便患儿为主。在儿童康复病房中的患儿，都带有一定的生理缺陷。这些患儿都会有较强的自尊心，在护理时护理人员一定要尽量不要提及患儿的病症，以免引起患儿的反感。同时还要对患儿的心理进行疏导，帮他们建立正确的思想意识。根据患儿的性格和需求，强化“体贴”服务采取因人而异，因时而异，患儿及家长选时间，患儿及家长选护士，特护选护士。在进行各项操作前要先接近患儿，与患儿建立良好的关系，减轻他们的陌生感，操作时尽量缩短操作时间，减轻患儿的恐惧感，操作后鼓励患儿。突出人性化服务需求，满足患儿及家长安排护士或家长每日下午有计划地组织活动，如做游戏、讲故事、唱歌等。在节日或患儿生日时，送上小礼物、贺卡、生日蛋糕等，这样就活跃了患儿的病房生活。住院期间的饮食是个最难解决的问题，为住院病人提供自助式厨房，自己加工改善伙食，即能解决患儿的营养问题又能杜绝在病房用电器加工带来的安全隐患。

2对护士的人性化管理

护士是实施人性化护理的主体，直接决定着人性化护理成效。在对患儿实行人性化护理的同时，对护士也应该实行人性化管理。首先护士长关心和体贴护士，积极营造宽松和谐的工作环境，对护士以公正、公平、待人宽、管理严为原则；生活上多一份关心和理解，如为护士申请住房、操办婚事、给老护士协调工作、合理分岗；对家庭贫困护士组织援助等。因此多元化关怀缓解了护士的心理压力，使护士感受到大家庭的温暖。更加激发了她们的工作热情，增强他们的爱岗敬业情感。其次为护士创造宽松的工作环境。儿童恢复病房的护士每天面对的是哭闹的患儿、苦恼的家长，患儿如果治疗效果不理想，护士都有可能成为家属发泄怨气的对象。为了减轻护士的压力，我们应坚持每月召开民主生活会，护士把在工作中的压力释放出来或者平时护士间存在误会或矛盾，也借助民主生活会，使矛盾通过良好的沟通化解。当工作出现差错时，执行惩罚要注意以事论事，对事不对人，惩罚是手段不是目的，最终目标是帮助当事人分析原因，把差错作为宝贵的经历让全体护士分享，举一反三，降低同类事件的发生机会，让消极事件发挥积极作用。明确护理职责及理念，护士是患者的管理者、指导者，护理工作的实施者，护理管理者只有在保证其身心健康的情况下，才能更好地为患者服务。护士长应确立明确的护理职责和护理理念，能够深入到每个护理人员的心中，使他们有明确的工作方向，用精神力量鼓励护士。工作制度规范化合理规范的工作制度是实行人性化管理的最基本、最先决的条件。规范的工作制度又是建立在公平、科学、高效、全面的基础之上。作为管理者要有光明磊落、公正决断的作风；在制订制度上，要体现群策群力；在执行制度时，要公平、公正；这样才能树立人性化管理制度的权威。树立自觉性、正义感。人际关系和谐化护士每天要面对的是患者的病痛，甚至是死亡，因而，没有很好的心理承受能力是难以支撑的。护士管理者要经常教导，以便护士能够有好的心态去面对医护、护患、护护关系。护理管理者可为他们搭建良好的沟通平台。解决冲突和缓解压力，引导其进行换位思考，确保人际关系的和谐。

3结果

通过实行以上的举措，护士的整体素质有了明显的提高。人性化高质量的服务，提高了患儿及家长治疗的信心，减少了患儿并发症，缩短了住院时间，节约了治疗费用，受到了患儿及家长的好评。同时，患儿与其家长对医院的满意度有了显著的提升。护士的工作质量提高，赢得了患儿与其家长的赞扬。

4讨论

实施人性化管理后，增强了护士的敬业精神，创造了和谐、健康向上的工作氛围，护士虽工作量大，但通过与患儿频繁沟通，建立了深厚的护患感情，保持着永远年轻的心态。使护士认识到只有不断地学习和提高，才能有创新。因此护士整体素质不断提高。由于护士从思想、行为上发生了改变，所以平时能自觉按工作质量标准要求工作，刻苦钻研业务技术，专科护理技术操作能力过硬，并掌握了与不同年龄段小儿沟通的技巧。受到了患儿家长的肯定，得到了社会赞誉。提高了护理质量通过实行人性化护理，可以有效的满足患儿以及家长的需求。使医院能够得到患儿以及家属的认可。同时还可以增强患儿以及家长的治疗信心，缩短治疗的周期，节约治疗费用，受到患儿以及家长的好评。患儿及家长的满意率提高，赢得了医疗市场科室整体服务质量提高，患儿及家长对护理工作的满意程度大大提高，有效的减少了医疗事故及投诉。

**康复论文范文参考800字10**

加强康复医学教育论文

加强康复医学教育论文【1】

摘要：康复医学是现代医学的四大支柱之一。

我国的康复医学起步比较晚，康复医学教育比较滞后。

为了适应社会的进步与医学科学的发展，加强康复医学教育势在必行。

为此提出几点建议：加快康复医学教育的发展步伐;壮大康复医学专业师资队伍;加强医学生的康复教育;加紧实习基地建设，强化医护人员康复意识。

关键词：康复医学 医学教育 慢性病

康复医学是一门独立的应用性学科。

它与保健医学、预防医学、临床医学共同构成了全面医学，被称为是现代医学的四大支柱之一。

我国的现代康复医学起步比较晚，为了尽快适应社会的进步与医学科学的发展，全面推动我国的康复事业发展，加强康复医学教育势在必行。

一、加强康复医学教育势在必行

1.康复医学是社会发展的需要

随着社会的发展与进步，疾病的结构发生了变化，出现了以“慢性化、障碍化，老龄化”占优势的情况[1]。

我国现有残疾人约6 000万，占全国总人口的5%;60岁以上人数到10月的资料统计已达亿，并以3%的速度增长[2]。

同时，慢性病也成了困扰人们身心健康的主要原因之一。

为了提高残疾人、老年人及慢性病患者的生活质量，减轻对家庭与社会造成的负担，康复医学逐步地发展起来了。

8月由^v^办公厅转发的^v^等六部委《关于进一步加强残疾人康复工作》中提出了到实现残疾人“人人享有康复服务”。

为实现这一目标，就必须加紧康复医学的发展。

2.康复医学教育是康复医学发展的关键

康复医学的发展需要康复人才，人才的培养离不开教育。

要使我国的康复医学事业持续健康地发展，就必须加强康复医学教育。

1990年12月28日第七届全国^v^常务委员会第十七次会议通过的《^v^残疾人保障法》和1992年8月国家^v^医政司下发的《康复医学教育草案》中已明确规定了康复医学发展的方向与康复医学教育的方案，从而使康复医学教育有规可循，有法可依。

然而，我国的康复医学教育仍处于初级阶段，并不能满足社会的需求，必需加快发展步伐。

3. 康复医学的授课对象大都是临床医学生，以后要走上临床工作岗位，而康复医学在我国的起步较晚，学生以前从未接触过“现代康复”的概念，对康复的概念及内涵较为模糊，容易将康复与恢复、康复医学与临床医学混淆不清。

因此，深化学生的康复理念是该门课教学的最基本的和首要目的。

康复医学的主要任务是功能和能力的提高和恢复，在康复医学教学中应特别强调残疾以及功能障碍的预防、评价和改善、能力的恢复，而不是针对伤、病本身的治疗。

同时，又要强调从事临床医疗的医务人员在治疗伤病的过程中，应具有康复医学的观念，即在治疗伤、病过程中尽可能减少功能障碍以至残疾的发生，有可能的话尽早介入康复治疗。

二、强康复医学教育的几点建议

1.加快康复医学教育发展的步伐

尽管国家对康复事业的发展做过明确的规定，但康复医学教育仍然比较滞后，难以适应社会对康复的需求，更难以与国际接轨。

到目前为止，仍有许多省、市的康复医学教育是个空白。

为此，各职能部门领导应尽快改变观念，建立康复意识，重视康复医学教育，严格落实国家对康复医学教育的相关规定，促进康复事业的发展。

2.壮大康复医学专业师资队伍

我国康复医学专业的教师数量相当贫乏。

许多医学院校从事康复教学工作的教师是来自其他临床科室或教研组。

他们当中部分人只是经过一个短时期的康复医学培训或进修而已，缺乏对康复知识的全面系统地掌握，这样会严重影响康复教学质量。

所以，应尽快开展康复医学专业教师的继续教育，加强专业培训或进修学习，鼓励教师参加康复专业的学术交流，从中学习新的康复理论与康复治疗技术。

另外，尽快从高等医学院校康复专业毕业生中吸收一些高素质人才来补充教师队伍。

只有这样，才便于全面开展康复医学教育。

3.加强医学生的康复医学教育

由于康复医学教育发展滞后，康复专业人才严重缺乏。

目前经正规院校培养出来的各类康复人才不足千人，而且学历层次主要集中在中专、大专。

仅有少量的本科，研究生以上学历更少[3]。

因此，必须加紧康复专业人才的培养。

各高等医学院校均应开设康复医学专业，培养康复医士(师)或高素质的康复治疗士(师)，而各中等学校或职业技术学校则应开设康复治疗专业或康复技术专业，培养各种康复治疗士或治疗技士。

此外，在各医学院校的其他专业如临床医学专业、护理专业等开设康复医学课，让广大医学生接受康复医学教育，建立康复意识，为毕业后开展康复医疗工作奠定基础。

4.加紧实习基地建设，强化医护人员康复意识

目前仍有许多医院尚未建立康复医学科。

即使有也只是挂个牌子而已，只能开展部分传统的康复治疗项目，针对颈肩腰腿痛等病症进行治疗，而不能利用现代康复治疗技术对中风、脊髓损伤、脑瘫以及骨关节病等进行康复治疗。

这样，就难以承担康复教学实习任务。

^v^在发布的`《综合医院康复医学科管理规范》中早就明确规定：二、三级综合医院应设置康复医学科，其任务是为有功能障碍的患者提供康复医学诊疗服务，并为所在社区提供康复医学培训和技术指导。

因此，各级医院领导应认真落实国家相关规定，加强康复实习基地建设;同时，由于临床人员的康复意识淡薄比较普遍，有人根本不懂康复的意义，有人认为康复就是“理疗”或“按摩”，对现代康复治疗技术了解甚少。

所以，有必要尽快加强临床医护人员康复意识。

通过实习基地建设与临床医护人员的康复意识的增强，为医学生提供一个良好的实习环境，使康复医学与临床医学有机地结合起来，促进现代医学的全面发展。

参考文献：

**康复论文范文参考800字11**

骨科护理中康复锻炼的应用论文

摘要：

目的：对骨科临床护理中应用康复锻炼的效果进行分析。方法：选择笔者所在医院收治的120例骨折术后患者作为研究对象，随机将120例骨折术后患者划分为对照组和观察组。采用常规的护理方式对对照组患者进行护理，应用康复锻炼的方式对观察组患者进行护理，分析两组患者护理效果。结果：对照组患者总有效率，观察组总有效率，观察组总有效率高于对照组，差异有统计学意义（P），具有可比性。

2、方法。

采用常规的护理方式对对照组患者进行护理，不进行康复锻炼，只对患者实施基本性的护理，使患者自然恢复[3]。主要是定期的评估患者的骨折恢复情况，对患者使用药物的情况进行详细记录，按照医嘱使患者开展适当的肢体锻炼。在常规护理的基础之上，应用康复锻炼的方式对观察组患者进行护理和康复锻炼，具体护理方法如下。

（1）被动康复锻炼。

针对其中严重瘫痪的患者实施被动康复锻炼，主要由健康一侧的肢体或者他人带动患肢活动。被动康复锻炼主要包括按摩、针灸、被动活动、理疗、推拿等各种方式，在进行被动训练的时候，康复训练人员必须要对患者的体力进行充分的考虑，防止在训练的过程中患者出现再损伤，以稍微疼痛或者没有疼痛为最佳[4]。

（2）主动康复锻炼。

在整个康复锻炼过程中主动康复锻炼属于一项重要内容，在具有活动能力的患者中该康复锻炼的方式具有很大的实用性。康复训练人员必须要正确的指导主动康复锻炼的患者，将更多的关怀和鼓励提供给患者，从而能够有效地促进患者的骨折愈合[5]。在进行主动康复锻炼的过程中，要避免出现急功近利的情况，康复训练人员要帮助患者通过循序渐进的方式实施康复锻炼，使患者更快的实现病情恢复，并且提升患者的预后情况[6]。

（3）助力康复锻炼。

对于自身力量不足的患者实施助力康复锻炼，也就是通过对外力的借助进行康复锻炼。可以借助他人进行康复锻炼，也可以借助运动或者健康一侧的肢体进行训练。在进行助力训练之前，康复训练人员要全面的检查患者的身体情况；在具体的助力康复锻炼中，要对患者进行正确的指导，确保患者康复锻炼过程的安全性，防止出现各种意外的情况。

（4）肌肉康复锻炼。

首先，等张收缩：等张收缩主要指的是张力在肌肉收缩的时候不会出现变化，而肌肉在长度方面却出现了改变；其次，等动收缩：等动收缩主要是指使肌肉按照恒定的速度，在整个关节范围中实现最大用力的收缩；等长收缩：等长收缩主要指的是使肌肉在关节保持不动的.情况下运动，在机体的肌肉锻炼中等长收缩属于肌肉锻炼的早期阶段，在进行等长收缩的时候必须要对患者肌肉收缩的方式进行正确的指导。

（5）出院指导。

在患者出院之前，必须要保证其具有稳定的情绪，并且要确保通畅的大小便，防止患者出现便秘的情况。与此同时，护理人员要正确的指导患者的饮食情况，并且采取有效措施确保患者的安全性，如果患者在家中出现各种不适情况，需要马上到医院就诊。此外，康复训练人员还要对患者进行指导，使其在家中继续开展康复锻炼，并且告知要及时的到医院进行复查。

（6）实用性康复锻炼固定带作为针对特殊患者量身制作的一种康复训练器具，实用性康复锻炼固定带具有比较简单的使用方法，其能够有效的缓解患者的肿胀，并且减轻患者的疼痛感，使其神经感觉肌肉弹性得到有效的恢复，更好地发挥患者康复锻炼的自主性，因此具有重要的作用。

3、疗效判断标准。

对两组患者的康复情况进行观察和比较，痊愈：患者在康复锻炼之后各项临床体征和症状都完全消失，而且实现了良好的愈合；有效：患者在康复锻炼之后各项临床体征和症状都实现了显著改善，而且愈合情况较好；无效：患者在康复锻炼之后各项临床体征和症状都未出现改善，甚至有所加重[7]。（有效例数+痊愈例数）/总例数×100%=总有效率。

4、统计学处理。

采用统计学软件处理数据，计量资料用（x—±s）表示，采用t检验，计数资料用率（%）表示，比较用字2检验，P1.骨科临床与康复医学的关系

早在现代康复医学诞生之前，著名骨科专家RobertJones等己十分重视骨折和骨关节病患者的功能康复训练。骨科常用的矫正体操、关节体操、器械治疗（mechanoiherapy)后来也成了康复运动治疗的基础。因此，国外有人说：“骨科乃康复之父”，意思是指现代康复医学得以诞生的一部分基础源于骨科。直到如今，仍有许多日本骨科医师报名兼修康复医学专业课程，经统一考试后取得康复医学“专门医”（即专科医师）的资格，成为既是骨科专家，又是康复医学专家，一身二任，可见骨科与康复医学关系之密切。20世纪60~70年代骨科康复医学成为康复医学骨科学一个分科（subspecialty)，更显示了康复医学与骨科学的密切联系。

>2.骨科康复学的定义和内涵

骨科康复学()是一门研宄在骨科患者身上进行综合性康复治疗的学科。骨科康复学既是康复医学的一个分科，也是骨科学的一个分科。现代骨科康复学把功能训练、假肢和矫形器辅助、手术治疗作为它的3个基本组成部分，上述3大手段都是围绕着康复的目标进行的(包括手术性治疗和非手术性治疗）在综合的骨科康复治疗中，手术属于康复性手术（如小儿麻痹后遗症肌腱移位手术恢复运动功能）或预防继发残疾的手术（如脊髓损伤后脊柱移位的整复手术以预防脊柱不稳或加重损害），而且手术治疗要有功能训练和假肢或矫形器辅助相配合，才能收到康复的效果。所以骨科康复的3大治疗手段相互联系，密不可分。固然有许多骨科疾病患者需要手术治疗，而只在手术前后配合功能训练，但也有相当一部分骨科疾病患者不需要手术，只需进行非手术性的康复治疗。

广义的骨科康复非手术治疗除了上述功能训练和假肢矫形器辅助治疗外，还包括物理因子治疗、心理治疗、康复咨询（与职业康复有关）、药物、护理等。

>3.骨科康复学的新理念

骨科康复学的诞生并不是偶然的，它是在骨科治疗和康复治疗理念上革新和进步的必然结果，也是这两个学科相互影响、相互渗透而成的结果。从20世纪70~80年代初，骨科学己越来越重视对骨科患者给予全面的、综合的医疗护理，注意到患者身心健康的恢复，甚至顾及劳动和职业能力的恢复问题。广大的骨科医师通过长期临床实践的总结逐步认识到精湛的手术技术只有结合完美的康复治疗才能获得最理想的效果。骨科医师对康复的认可及支持的增加，使骨科康复的开展有了很好的基础。

骨科康复是很复杂的问题，它不但与疾病本身有关，也与手术操作技术、患者的信心、精神状态以及对康复治疗配合程度密切相关，并且又涉及多学科专业的合作。随着经济的发展，工业化的进程，人类生活水平的提高，骨科创伤性疾病的发生率逐步增加，人们对于治疗的效果也有了更高的要求，这也无疑对骨科康复学提出了挑战。由此，也促使了骨科康复学新理念的形成。

骨科康复新理念

对骨科医师来说，越来越多人同意以下原则：

(1)不仅要救死扶伤，而且要防残治疗。

(2)不仅要重视急性骨科疾病的手术治疗，而且也要重视所谓“冷性骨科病”(coldorlhopaedics)，即慢性的、先天性的、退行性（变性）的非创伤性骨关节病的非手术和手术治疗。我国骨科专家过邦辅教授指出，不论急性或慢性疾病，骨科医师都应注意到可能产生的残疾，应事先予以防止，这就是骨科康复学的主要内容和目的。

(3)不仅要重治疗，而且要重康复。实际上，康复治疗应贯穿在骨科治疗的始终。美国坦普尔大学骨科及物理医学与康复教授认为骨科领域的医师、治疗师和其他医务人员在处理多种患者时，都要参与康复治疗计划（)

(4)不仅要重视手术过程，而且要重视其功能结果({uncticnaloutosme)。有的骨科专家认为，评价骨科医师对一个病例治疗结果最有效的依据是患者最终的功能恢复程度，重新获得生活、劳动以及参与社会活动能力的早晚和水平。

(5)不仅要靠手术者个人的技术和贡献，而且也要依靠整个康复治疗组或团队（rehabilitationteam)的协作，促进患者功能的全面康复。

(6)不仅要从治疗的观点出发，而且也要从预防（残疾、功能障碍）的观点出发设计手术术式。

康复医学新理念

对于康复医师来说，骨科康复学的出现也给他们带来了或强化了新的理念：

(1)不仅要对恢复后期或后遗症期的患者进行康复，而且也要从临床早期就开始进行康复治疗。因此，要强化临床康复意识。

(2)不仅要掌握康复治疗专业本身的技术，也要熟悉相关疾患（如相关的骨科损伤和疾患）的临床处理原则，以便配合进行康复。

(3)不仅要与康复医学科内各个治疗部门的治疗师联合组成“科内团队”进行康复治疗，而且也要与骨科和其他相关临床科的医师紧密联系，组成“跨科团队”，为患者提供最佳的康复治疗。

(4)不仅要充分发挥非手术康复疗法在功能康复中的作用，而且也要充分认识必要的骨科手术对功能康复的价值和作用，及时介绍应做康复性手术的患者到骨科进行手术治疗，纠正畸形，增进功能。

我国康复医学起步较晚，大规模系统化的康复中心目前还很缺乏，多数医院没有专门的康复科或理疗科，专业康复人员也较少，导致我国骨科康复尤其是骨科术后的康复开展的不够广泛与深入，普遍存在着手术与康复严重脱节，重手术、轻康复的状况，造成一些成功的手术难以达到应有的治疗效果，这与骨科及康复医学的发展都是极不相称的。而且我国目前的经济水平还较低，这些因素造成多数患者不能得到专门的康复治疗。尽管如此，康复治疗在骨科中的作用己引起越来越多国内有识之士的关注，并大力提倡针对骨科疾病开展诊断、手术、康复一体化的治疗模式，重视康复新理念、新技术的采用。

>4.骨科康复学的发展趋向

国际医学界己把20\_~20\_年定为“骨关节十年”（TheBoneandJoiitDecade)也有人意译为“骨骼与关节健康十年行动”。这表明在新世纪的第1个十年中，随着“骨关节十年”的开展，骨科康复学也将有快速的发展。根据发起“骨关节十年”的各个国际医学团体和取得共识的行动纲领所列的任务，并参考我国及欧美一些国家在骨科康复学中研宄的课题，可以了解到在新世纪初骨科康复学的主要发展趋向。

寻找和开发骨科康复患者适用的评价工具

更有针对性、更敏感并能反应功能变化的新的评价工具应当是以残疾为取向（disahililyorienled)的，能反映残疾障碍及康复的指标，并可预测社会康复（如重返工作岗位）同时，新开发的评价工具也应当是以患者为取向（pathrtoriented)接受不同干预手段的患者在评价项目上应有所区别，如作植入手术、组织修复等的患者其评价项目应与接受物理治疗、药物治疗者有所不同。

深化骨科疾患的临床生物力学的研宄

深化对骨关节病病因的临床生物学研宄，阐明骨关节的力学环境的改变与组织的适应、破坏、修复的关系，从而为选用适当的运动疗法和研发新的康复技术谋求最佳的防治效果提供依据。特别是对发展中国家，要提倡用有效的、费用低廉的、使用方便的功能训练方法。

研发新的辅助器具

研发新的（矫形器、夹板、特殊座椅、轮椅及其他功能辅助用品用具)，提倡医工结合，即骨科医师康复医师与康复工程师密切结合，一方面推进新型的、高科技的假肢和矫形器，同时，也按照适用技术（)的原则，提供实用、有效、简单而廉价的假肢和矫形器的设计和产品，使更多残疾人受惠。

发展工伤康复

我国在这一领域己开创了一个新模式，即结合社会劳动保障设立工伤康复中心。在广州市创建的“广州社会劳动康复中心”（又名“广州工伤康复医院”），就是第一个尝试。在此基础上，预计今后我国将会把工伤的后期康复与工伤的早期康复有系统地连接起来，提供工伤康复连续而完整的服务。在此过程中，我国工伤康复技术预期也将迅速实现现代化。

骨科康复从医院走向社区和家庭

重视在家里给予骨科疾病患者（包括术后患者）以良好的护理和康复是一种新的趋向，因为大多数骨科患者康复过程是长期的，无法在康复医疗机构内长期住院完成。只要加以指导和监测，家庭康复和社区康复对骨科康复来说也是有益和有效的。

进一步探索和完善多学科合作的机理和工作方法

从理论上说，多学科性团队（)是必要的和有用的。但这个团队的工作方式是否以会诊、联合查房、病例讨论，或临时性的“团队会议”为主，结合具体病例的临时合作和长期而系统的合作与研讨如何结合起来，都有待探索和研宄，以期把手术、功能训练和假肢、矫形器辅助治疗三者更好地结合起来。

**康复论文范文参考800字14**

老年股骨颈骨折的临床护理及康复指导论文

1.临床资料

本组患者共78例，男性34例，女性44例，年龄(60～89)岁，其中摔伤70例，车祸8例，伤前伴有高血压、糖尿病、心脏病及慢性支气管炎的32例。住院时间最长38天，最短11天。手术治疗58人，非手术治疗20人。经过实施有效的临床护理及康复指导，均未发生并发症，治愈或好转出院。

2.临床护理

对患者身体状况的综合评估 老年人身体状况差异很大，有的患者身体较好，有的身体很差，有的人患有糖尿病，高血压，心脏病，肺气肿等老年性疾病，对患者的身体状况进行综合评估，制定出相应的护理计划。

心理护理 老年人体质较差，股骨颈骨折后卧床时间长，心理负担重，对病情与治疗存在着不同程度的抑郁、悲观、焦虑、惧怕情绪。表现为烦躁不安，轻易激动，并担心愈合不好，对治疗失去信心，对预后缺乏信心，易降低机体免疫功能和对手术的耐受力，术后易诱发血管痉挛[1]。对此，护理人员要关心、体贴、指导、鼓励患者，术前向患者具体解释手术治疗方法、目的、术前预备、术中配合、术后可能出现的不适及注重事项，使患者对手术有较全面的了解，消除患者紧张和惧怕心理，使患者树立战胜疾病的信心，稳定情绪，从而积极配合治疗及护理。

疼痛的护理 老年人往往对骨折及术后疼痛的耐受力下降，护理人员应耐心解释疼痛的原因，并在进行搬运及康复训练时做到解释到位、动作到位、轻柔准确。如疼痛影响睡眠，就采取放松法，转移患者的\'注意力，给予心理疏导。对于原因清楚的创伤性疼痛，采取预防性用药，而不是等到疼痛难以忍受时再用药。

饮食护理 给予高热量、高蛋白以及含钙丰富的饮食，同时多食新鲜蔬菜和水果，以保持大便通畅。如合并高血压，冠心病应给予低盐、低脂、低胆固醇、清淡易消化饮食。如合并糖尿病应忌甜食，严格进行饮食管理，以利血糖的控制。

保守治疗的护理 患者需卧硬板床休息，患肢行骨牵引或皮牵引。①体位：牵引需采取中立，患肢外展20°～30°，内收的位置。患足需中立位，限制患肢外旋位置，避免被褥压在牵引位置上，以免影响牵引效果。为防止患肢外旋可同时穿‘丁’字鞋。②牵引力：皮牵引重量不宜超过5kg，骨牵引重量视情况适当调节，维持量一般为体重的1/7。经常检查，发现卧位或牵引无效及时纠正。③预防骨牵引针眼感染：保持针眼干燥，清洁，针眼处不需覆盖任何敷料，每日用75%酒精滴孔2次，针眼处有分必物或痂皮需用消毒棉签将其擦去防止痂下积脓。在牵引期间鼓励患者早期功能锻炼，预防肌肉萎缩及深部组织静脉炎。3～4周后去掉牵引，可练习抬腿，自由活动患肢。并继续练习股四头肌收缩等活动。如果肌力好，可适当扶拐下床锻炼，患肢不负重。3个月左右复查X线片，遵医嘱指导后下床活动。

3.并发症的预防及护理

预防呼吸道感染的护理 因为老年人发生股骨颈骨折后，抵抗力降低，加上骨折后行牵引或手术后需卧床，气道内分必物极易滞留，易发生呼吸道感染。因此需加强呼吸道护理，行牵引的患者，已采用低坡卧位，手术内固定术后血压平稳后改低坡卧位，3天后改半卧位。鼓励患者利用牵引床上的拉手抬起上身和臀部或坐起，以增加活动量，促进深呼吸，增加肺活量，定时翻身拍背，保持呼吸道通畅，必要时给予行超声雾化吸入，以利稀释痰液。防止受凉，保持房间空气新鲜，地面湿式清扫，防止尘土飞扬。

预防褥疮的护理 牵引患者由于长期仰卧，骶尾部、足跟等部位受压过久，或因手术等创伤后身体衰弱不能自主活动，老年患者皮肤弹性差，易产生褥疮。应加强护理，仔细观察身体受压部位皮肤情况，减少骨突处的受压，而定时翻身则是最简单而有效的地手段。保持床铺的整洁干燥，做好皮肤的清洁护理，会阴部有大小便污染时随时清洗。给患者翻身或使用便器时，动作轻柔，以防擦伤患者皮肤。对皮肤受压处进行热敷和按摩，促进全身血液循环。

预防泌尿系统感染 牵引患者卧床时间长，老年人抵抗力降低，容易发生泌尿系的感染，必须加强泌尿道的护理。对留置尿管者，保持导尿管引流通畅，每天更换尿袋一次，尿道口护理2次/日，1～2周更换尿管一次，必要时行膀胱冲洗。应注意会阴部清洁，鼓励患者增加饮水量，稀释尿液，以达到生理性冲洗，促进细菌的排出。

便秘的预防及护理 主动与家属交谈，讲解饮食、排便与骨折愈合的关系，采取措施铺助患者排便;指导患者尽快养成床上排便的习惯。由于长期卧床胃肠蠕动减慢，所以，应多吃含高纤维、润便的食物，如芝麻、香蕉等。按摩腹部，促进肠蠕动，有利于大便的排出，适当使用缓泻剂及开塞露。

预防血栓形成 老年患者常患有高血压、冠心病、糖尿病、高血脂等疾病，这些疾病本身已有血管内膜损伤，再加上手术及长期卧床，导致血流缓慢，呈高凝状态，容易发生下肢静脉血栓。尤其是牵引卧床时间长的患者，除适当应用血管扩张剂外，要鼓励患者练习床上做起、翻身，进行患肢肌肉收缩锻炼，促进静脉回流。早期指导患者行骨四头肌等长收缩锻炼，主动活动踝关节，并帮助按摩患肢，穿弹力袜，避免膝下垫枕。观察患肢皮温、疼痛、肿胀和循环情况，必要时双下肢进行比较，发现异常及时向医生反应，及时处理。

预防切口感染 切口感染是全髋置换术后常见的并发症，也是造成手术失败的主要原因，故预防切口感染十分重要。术后要注意保持切口敷料清洁、干燥，换药要严格无菌操作，保持引流通畅及引流系统无菌，应用有效、足量的抗生素。复查血常规正常后停用抗生素。

预防骨折移位及假体脱位 术后髋关节脱位是全髋关节置换术常见的并发症之一，因此术后患肢保持外展30°中立位，^v^置一外展枕，患足用防外旋鞋固定，避免不恰当搬动，防患肢内收、旋转及过度曲髋。合理功能锻炼，防止肌肉萎缩，可减少假体脱位。注意观察双下肢是否等长，是否疼痛，触摸术后部位有无异物脱出，若有脱位应及时报告医生。

4.功能锻炼及康复指导

骨折治疗的最终目的是恢复功能，而功能恢复的好坏与功能锻炼有密切关系。加强对患者康复期功能锻炼的指导，是治疗骨折的一个重要环节。

术后功能锻炼 术后早期活动的目的是保持关节的稳定性和肌肉的张力，防止出现关节僵硬和肌肉萎缩[2]。术后前3日指导患者做深呼吸运动和下肢肌肉收缩活动及膝关节的主动、被动运动，尤其要指导患者主动用力做踝关节屈伸运动和股四头肌静止性等长收缩。上、下午各5～10min，以后运动量逐渐由小到大，时间逐渐延长。所有的床上活动均在患肢保持外展或中立位的状态下进行。按摩患肢每日3～4次，每次30min，预防下肢静脉血栓的形成。

离床功能锻炼 手术后4日病情平稳后进行(骨质疏松患者下床锻炼时间应在术后1个月以后，以免过早活动，患肢负重引起新的骨折)。由于卧床时间较长，下床时患者可能出现头晕、恶心、呕吐等现象。首先患者应做下床站立练习，待患者适应后再练习扶拐行走(也可用助步器练习站立及行走)。下床方法：患者先移至健侧床边，健侧腿先离床并使脚着地，患肢外展，屈髋<45°，由他人协助抬起上身使患侧腿离床并使脚着地，然后扶拐站立。上床时按相反方向进行，即患肢先上床。离床活动第1天，上、下午各床旁扶拐站立5～10min，无不适时，在床周扶拐练习行走数步，以后扶拐行走距离逐渐延长，时间逐渐增加，但每次不超过30min，上、下午以及睡前各1次。行走时患肢始终保持外展30°左右。护士或家属应在床旁守护以防意外。有些患者因惧怕疼痛，担心关节脱位而不愿意活动，应告诉患者及家属术后锻炼的重要性。

5.出院指导

患者术后14天可拆线，观察1～2天后若无不适可出院。由于术后恢复期较长，应给予详细出院指导。护士应使患者及家属了解髋关节脱位时出现的症状，如异常疼痛、肢体短缩畸形等，并教会患者在家锻炼的方法及注意事项：如继续进行屈髋锻炼扶拐行走，术后3个月患肢可逐渐负重，由双拐→单拐→弃拐，但必须避免屈患髋下蹲，不要盘腿。嘱咐患者补充钙质，多食用牛奶及奶制品，豆类等含钙较多的食品。多晒太阳以增加骨密度。帮助患者戒烟，少饮酒。继续加强功能锻炼，介绍加强体育锻炼方法，增强体质，防止再跌倒发生骨折。出院后1个月、3个月、6个月须复查。术后1年到医院取内固定。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！