

<<脊柱康复医学.高级理论与临床实>>

图书基本信息

书名：<<脊柱康复医学.高级理论与临床实践>>

13位ISBN编号：9787509157442

10位ISBN编号：7509157447

出版时间：2012-6

出版时间：人民军医出版社

作者：莱本森

页数：704

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

## <<脊柱康复医学.高级理论与临床实>>

### 内容概要

骨科学与康复医学的交叉日益受到重视，二者相结合显著促进了骨科疾患的治疗与康复效果。国内目前已有几部骨科康复学专著，但专门针对脊柱康复的内容尚需进一步丰富。

脊柱疾患的治疗与康复主要由脊柱外科医师和康复医师进行。

治疗对象涉及颈、腰痛为主要表现的症候群，治疗目的是症状缓解和功能恢复。

Craig

Liebeon原著的《脊柱康复医学——

高级理论与临床实践(第2版)》从康复学角度介绍脊柱疾患的诊断和治疗，特别是针对软组织源性脊柱相关疼痛和功能障碍，强调主动自我治疗。

原著中的一些观点和方法值得借鉴。

脊柱外科医师对不适合手术的患者可考虑一些康复的方法；康复医师可对脊柱疾患加深理解并丰富相关治疗手段。

《脊柱康复医学——高级理论与临床实践(第2版)》适合康复医师、骨科医师及外科医师参考阅读。

作者简介

作者：（美国）莱本森（Craig Liebenson）译者：洪毅 海涌 李建军

书籍目录

第一部分 概论

第1章 主动治疗：在脊柱疾患处理中的地位

- 一、引言
- 二、功能模式的诊断和治疗
  - (一)腰背痛中的诊断难题
  - (二)主动治疗的合理性
- 三、状态下滑综合征——功能和认知一行为方面的表现
  - (一)功能和行为表现的临床检查
  - (二)具体的行为缺陷与腰痛之间的相关性
  - (三)认知一行为的构成
  - (四)制动和卧床休息的负面影响
- 四、以患者为中心的路径
- 五、主动治疗存在有效性证据吗
  - (一)预防
  - (二)急性期(初始4~6周)
  - (三)亚急性期再活动和训练(4~12周)
  - (四)慢性期再活动和训练(12周后)
  - (五)主动治疗和颈部

第2章 肌肉、关节和神经系统在脊柱疼痛中的作用

- 一、引言
- 二、脊柱稳定系统的生物力学
  - (一)脊柱的不稳定与损伤
  - (二)主动肌-拮抗肌的协同活动在维持脊柱稳定性中的作用
  - (三)损伤的预防
- 三、稳定性和疼痛的神经生理学
  - (一)主动肌-拮抗肌的失平衡
  - (二)肌肉失平衡的神经发育学基础
  - (三)神经病理性疼痛和中枢敏感化

第3章 质量保证：脊柱问题涉及的范畴及现代处理的尝试

- 一、引言
- 二、问题涉及的范畴
  - (一)流行病学和自然病程
  - (二)危险因素：病因和预后
- 三、循证医学的演变
  - (一)何为循证医学
  - (二)新证据的成果
  - (三)循证医学的局限性
  - (四)提高循证指南的质量

第4章 生物心理社会模式的临床实践

- 一、引言
- 二、生物心理社会模式
  - (一)过分强调结构性诊断
  - (二)过分强调卧床休息
  - (三)过度采用手术治疗
  - (四)疾患异常行为

<<脊柱康复医学.高级理论与临床实>>

三、康复诊断的分类——标准

(一)再确认 / 诊断分类

(二)再活动建议

(三)缓解疼痛

(四)重新评估结构、功能、心理社会因素所致的持续疼痛或残疾

(五)恢复

(六)转诊

(七)从业者的审查

第二部分 基础研究

第三部分 评估

第四部分 急性期治疗措施(前4周)

第五部分 恢复的治疗手段(4周后)

第六部分 局部的实际应用

第七部分 功能规范实施

章节摘录

版权页：插图：初级治疗医师接触到的腰背部疾病患者是多种多样的，很难推广健康教育。

尽管都推荐进行活动，但指南并没有区分各种活动或者定义活动。

没有就评价功能能力的工具进行讨论。

指南采取了非常积极的基调，推荐临床医师改变他们的行为和承认失败。

没有给出专家对临床特点必要描述。

心脏病治疗正发生革命性的变化，在临床实践中鼓励早期活动很容易被执行，因为心脏病患者以往都是单一专业的医师处治疗。

相比之下，只有不到1 / 3的LBP的患者就医，当他们这样做时，他们会去不同专业就诊。

事实上，全科医师是其中最大的群体，对于LBP的正确处置方法和健康教育手段，目前有着多种的不同观点，而不像心脏科那么简单。

Rossignol认为，健康教育必须是医师容易掌握的新治疗系统的一部分。

最重要的是向患者解释并让其参与决策制定。

指南本身不可能提高质量，但是，这并不是因为他们是不必要的。

相反，它们的必要性还不够。

Danish指南首次强调，不但医疗提供者的行为必须改变，而且整个医疗体系必须转变。

具体来说，他们支持更好地进行不同专业医务人员的跨学科合作。

他们建议，不同专业的医务人员处置方法应该没有很大差别。

为了鼓励这些模式的转变，LBP涉及的不同专业医务人员应进行基础的继续教育课程培训。

Goldberg制定了一种新方法，利用健康教育减少手术率。

通过针对高手术率地区进行健康教育和使用非强制的办法，减少了9%的手术率。

外科医师研究小组习惯于回顾手术指征和不同频率手术的意义。

外科医师和患者共同参与了手术指征和结果评估研究。

6个月随访，外科医师收到了他们与同行相比的报告。

初级医疗机构会议阐述了那些以证据为基础的脊椎疾病的治疗是必要的。

会议的议题包括强调较少的卧床休息，早日恢复正常活动，避免早期进行影像学检查，以及制订合适的转科标准。

当地的全科医师介绍了这种新方法的重要性，被称作“学术细节”。

申请手术患者的健康教育应用影碟进行健康教育。

内容包括回顾手术结果，概述对各种手术后与非手术后患者的随访的满意和不满意的评价。

最后，医疗经济学家作为行政人员被引入医院，强调成本效益问题。

最近一项澳大利亚研究显示，医师行为可以通过大众媒体宣传活动实现重大转变。

研究发现医师会受到部分更了解情况的患者的影响。

与未进行大众媒体宣传活动的省份工作的同事相比，他们能给出更多的恢复意见和较少的经典卧床休息疗法。

与之类似，在苏格兰，直接对患者进行健康教育是有效的。

Frank和Loissel向人们展示了在一个非常复杂和昂贵的职业环境中，大量提供不同的策略并不重要，重要的是切实改善工作环境。

积极介入工作场所设计，由康复专家参观工作场所并商榷个性化的修改方式。

共同决策是另一个推荐的解决方案，以满足在腰背痛所涉及的各参与者的需求。

共同决策是患者和医师共同参与在不同选项间做出选择。

患者被授予一些控制决策过程的权利。

通过让患者参与这个过程，无论结果如何，它有可能增加患者的满意度。

心脏病患者的研究已经表明，通过共同决策，患者变得更有知识，更加自信。

这种做法最近在拟行腰椎间盘手术患者中使用。

结果表明，交互式视频方式有助于患者对他们的治疗做出决定。

Von Korff建议，医务人员应与患者商榷各自的角色，责任以及期望值。

医务人员是教练而患者是活动参与者。

活动成功的关键是共同商定目标。

腰部疾患这种经常反复的自然病程与哮喘或糖尿病更为相似。

这样的慢性疾病，没有自我治疗模式参与，是不可能成功的。

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介, 请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>