

社区康复

• 综述 •

我国脑卒中患者社区康复探讨

梁娟, 林成杰

【关键词】 脑卒中; 社区康复

【中图分类号】 R49; R743.3 【DOI】 10.3870/zgkf.2012.04.035

我国脑卒中年发生率为 120/10 万~180/10 万, 年病死率为 60/10 万~120/10 万, 病后致残率高达 75%, 已成为危害人类健康及生活质量的主要疾病^[1]。脑卒中患者的功能恢复可持续到形成固定损害之后 5 年以上, 定期康复治疗可维持甚或提高患者的功能状态^[2]。目前国家能投入的医疗费用较少, 康复资源有限, 将大量脑卒中患者送到医院进行正规、强化和长时间的康复治疗不切实际, 在我国医院病床仍极为紧张的情况下, 大力推广脑卒中的社区康复显得尤为重要。

1 社区康复的宗旨

充分利用社区卫生资源, 让患者通过长时间定期的康复训练, 达到生理功能恢复, 心理障碍解除。至 2030 年, 我国城乡慢性病患者率将达 65.7%, 80% 的慢性病患者需要在社区进行治疗和康复, 对慢性病防治与管理已经成为社区卫生服务的一项重要内容^[3]。许多脑卒中患者由于缺乏康复知识或因治疗费用问题而错过最佳康复时机, 形成固定的畸形和异常动作模式导致生活不能自理。而社区康复服务应达到可及性或方便性, 使广大患者在社区内享受到最广泛的卫生资源^[4]。

2 脑卒中社区康复的必要性

2.1 人口老龄化 我国已于 2000 年进入老龄化社会, 目前全国高龄老人(≥80 岁)达 1600 万以上, 每百万人口中有 8.9 个百岁老人; 2005 年底, 中国 60 岁以上老年人口近 1.44 亿, 占总人口的比例达 11%; 21 世纪的中国将是一个不可逆转的高龄老龄化社会^[5]。

2.2 整合医疗资源, 缓解大医院压力 国家对各级医疗机构的投入呈现“倒三角”形, 随着医疗保险制度的改革, 享受医疗保险待遇的人可在任何级别的医保定点医院就诊, 导致一、二级医院就诊人数进一步下降, 部分医疗设备、病床闲置。脑卒中等常见慢性病的长期康复完全可以转诊到社区卫生服务中心, 可充分利用医疗资源, 减轻患者经济负担。

2.3 卫生服务模式需求多样性 随着社会发展, 生活水平的提高, 人们需求一种方便、经济、综合、连续及人性化的卫生服务模式。现代医学的发展降低了脑卒中急性期病死率, 然而患者出院后家庭及社区生活和康复易被忽视, 多数患者出院后由于没得到及时、系统、有效的康复治疗, 错过了最佳的康复期。社区康复在社区和家庭层面上为患者提供全面康复, 服务范围广, 经济有效, 简便易行, 患者可就近治疗, 有利于调动家庭、社区力量及患者的康复积极性。目前, 全面组织化管理脑卒中患者, 建立一个以社区医疗服务为目标、在卒中专家帮助和指导下的区域性卒中网络势在必行^[6]。

3 脑卒中三级康复方案

“十五”攻关课题《急性脑血管病三级康复治疗方案的研究报告》中指出^[7], 脑血管病的“三级康复”是在社区或在家中继续康复治疗, 社区卫生服务中心在综合医院康复科指导下, 对转诊患者给予规范的功能评定及康复治疗。社区内设立脑卒中康复俱乐部, 定期举办各种活动, 医护人员参与并指导; 专业医护人员上门指导患者家属, 督促患者功能训练, 使患者从急诊室到家庭始终得到康复治疗; 建立社区“脑卒中家庭康复护理小组”, 社区护士定期访视和指导, 在常规治疗和护理的同时进行综合康复和护理干预。

收稿日期: 2012-01-30

作者单位: 山东中医药高等专科学校康复教研室, 山东 莱阳 265200

作者简介: 梁娟(1970-), 女, 主治医师, 讲师, 主要从事脑卒中社区康复方面的研究。

4 脑卒中社区康复开展情况

4.1 发达国家社区康复发展 美国等康复医学发达国家脑卒中的三级康复体系为:一级在综合医院内康复协助临床治疗,时间多为7d左右;二级在康复科内临床协助康复治疗,时间多为20d左右;三级在社区医疗进行康复训练,时间多为2个月左右。正因为三级康复体系网的成功实施,使脑卒中的致残率明显下降,患者日常生活完全自理高达90%^[8]。近年来,西方国家已认识到残疾人的社区康复问题,资金开始向社区康复倾斜,社区中医生、护士、治疗师逐渐增多,有的国家还通过社会法界定了责任和权利。澳大利亚成功地将康复工作纳入区域性卫生网络,根据人群分布、年龄结构开展多病种、伤残、精神康复等,提供住院康复、日间康复、门诊康复、康复预防、老年护理中心、延伸医疗中心、社区康复及长期家庭医疗,使卫生资源得到最大限度合理使用,保持了康复服务的连续性。

4.2 各地脑卒中社区康复状况 国内最早在广州市进行社区康复试点,主要采取以家庭为基础的功能训练模式。北京以脑卒中后遗症康复为突破口开展社区康复,在多项社区卫生服务中组办了多种形式康复培训班,加强康复宣传及监控,由社区康复专家技术指导组安排专家入户评定,加强基层康复训练建设,筹集资金,配发康复器材、指导丛书及录像等。上海闸北区通过社区脑卒中防治管理四级网络,进行双向和单向健康教育,结合社区家庭健康档案对脑卒中高危人群进行定期监测,指导患者或陪护按计划实施康复训练,并定期评估康复情况。虹口区“社区卒中服务窗口”通过临床实践验证,构建符合我国国情的社区卒中规范化组织管理系统,取得较好效果。广东惠州农村社区采取“政府主导,残联牵头,部门合作,社会参与”社会化工作模式,取得较好经验^[9]。

5 脑卒中社区康复现存的问题

5.1 经费短缺 有人认为社区康复是可有可无的事情,不能把社区康复纳入社区总体规划之中,是社区康复难以开展的主要原因。当前政府资金投向主要是经济建设,对社区康复的投入远远不足,有些地区在搞试点时,由国家拨给经费,试点结束经费用完后,社区康复也随之陷入窘境;部分社区因经费困难,工作难以起步。

5.2 康复意识薄弱 许多人对社区康复理解混同于综合医院的现代康复诊疗技术,认为现有条件下很难开展工作。残疾人及其家人对康复的认识和参与性较差,使社区康复的推广受到影响。患者及家属缺乏家

庭康复意识,多数脑卒中患者家属把挽回生命视为万幸,忽视患者的生存质量,出院后多以家中被动静养,使患者肢体出现废用或误用性肌肉萎缩,关节功能减弱或丧失,直接影响了患者的生活自理能力。

5.3 服务流程欠规范化 国内社区医疗体系虽在不断完善,但仍缺乏一套规范化服务流程。多数地区缺乏专业康复中心,脑卒中患者在综合医院治疗后,虽遗留不同程度功能障碍,但也只能转到一级社区医院或家中康复,不能延续住院期间的系统康复治疗,三级康复网络中的二级康复无法得到体现。三级医院康复科的康复资源有限,面对康复费用高、周转率低、覆盖面小,无法适应目前数量多、分布广、经济条件有限的脑卒中患者。而许多医院对急性脑血管病仍重药物治疗,轻康复训练,这种错误的治疗理念对急性脑血管病整体治疗水平将产生极大负面影响。虽然某些综合性医院相继开展了脑血管病康复,但“形式化”现象较突出,真正高质量的并不多。

5.4 专业人才匮乏 社区卫生服务机构的全科医师普遍缺乏康复专业知识,没经过正规康复知识系统培训,康复工作很难得到持续有力的技术支撑。按照国际标准康复治疗师(运动治疗师、作业治疗师)的需求量比例(25/10万),2010年我国康复治疗师需求量应为315万。虽然卫生部《综合医院康复医院管理规范》中对综合医院康复科人员配置作了最低要求,规定二级医院康复科康复治疗师 ≥ 2 名,三级医院康复科康复治疗师 ≥ 4 名,但目前康复治疗师数量仍相差甚远,康复队伍构成也比较复杂,近1/2是护理人员,具有康复专科学历的人员甚少^[10]。

5.5 康复设备资源不均 社区康复的设备主要是社区申请举办康复站,由残联配备一定的设备,设备的多少、好坏须根据当地经济和重视程度来定,有需求的社区可能没钱配备,而配备好的社区可能缺少技术支撑,造成设备资源不均,甚至空置浪费。

6 脑卒中社区康复发展的思考

6.1 建立安全、通畅、高效的双向转诊机制 当患者出现卒中或可疑卒中时,社区卫生服务中心的全科医生及时与专科医生联系,在最短时间内转往专科医院处理,当患者诊断明确、病情稳定后,再回到社区继续治疗和康复。但双向转诊机制涉及了二级医疗机构的补偿、全科医师与专科医生的配合和协调及转诊标准的制定等问题,需要政府部门建立分级费用补偿机制,在构建社区卫生服务体系过程中,协调好各方利益,合理调整两级医疗机构的投入比例,采取措施激励社区服务的积极性,提供强有力的经费和制度保障^[11]。

6.2 加强内涵建设 乡镇卫生院资金投入不足,卫生资源相对匮乏,管理经验欠缺。应借助新农合实施这一契机,加强乡镇卫生院的卫生服务体系建设,合理优化卫生资源,强化内部管理,促进乡镇卫生院服务理念和管理模式转变,积极争取政府部门资金和政策支持,创造适宜乡镇卫生院发展的良好政策环境,实现乡镇卫生院的可持续发展^[12]。

6.3 加快社区康复队伍建设 加强高等院校全科医学、社区护理学教育和学科建设,适应社区康复服务需要,做好全科医学生的培养工作,有计划、有步骤地对在岗医生进行系统化、规范化的在职培训和继续教育,组织有关专业学生到社区卫生服务机构实习,使之尽快适应社区康复服务的需要。通过激励方式吸引高水平康复专业人员到社区工作,加强全科医学人才管理,提高其政治、经济和技术地位,激发社区康复服务人员的积极性,建立高素质的社区康复服务队伍。

6.4 分析成本效益或效果 我国脑卒中卫生经济学研究,特别是社区康复服务成本效益与效果研究进展缓慢。发达国家的社区康复经验表明,近70%残疾者能在社区解决康复医疗问题,只有10%需送大医院或康复中心^[13]。在社区卒中研究中,随访随机分到社区治疗组和住院康复组的患者,社区康复组患者满意度较高,住院康复组平均社区服务费用比社区康复组高^[14]。可以看出,这一治疗模式可提高患者满意度,节省费用。

6.5 多模式开展社区康复 多模式开展社区康复是一种必然现象,也是合理的。近年来引进国内的“卒中单元”是一种改善住院患者的医疗管理模式患者管理延续到出院后的家庭和社区医疗^[13],形成卒中患者管理社会系统工程,体现以人为本的整合医疗,被循证医学证明是最有效的卒中治疗手段。胡永善等^[7]进行脑卒中患者三级康复治疗模式探索,对患者实施急诊医院早期康复治疗后,过渡到地方医院康复病房充当第二和第三级(家庭)康复治疗角色,取得较好效果。可见,按照社区康复宗旨和当地实际条件,实事求是地选择适当模式进行运作,才能求得有效、可持续的发展。

6.6 脑卒中相关知识宣传 对脑卒中患者进行健康知识问卷调查表明,患者的总体健康知识水平偏低,尤其缺乏脑卒中危险因素、症状、药物知识、疾病预防、康复等健康知识。改变不良生活习惯是预防脑血管疾病

的有效手段之一,健康教育应遵循一定的原则,起到有益和有效的作用。患者能否接受有关生活方式调整的建议是问题关键,这需要社区医疗人员采取针对性教育方法,让患者主动配合,才能有效地控制危险因素。脑卒中患者的康复训练是专业性较强的工作,不仅要有一定水平的康复知识,还需要家属积极参与^[15]。

【参考文献】

- [1] 张敬,刘世文,李贞兰,等.我国脑卒中社区康复的探讨[J].中国康复医学杂志,2006,21(8):946-949.
- [2] 侯晓敏,韦向军.恢复期脑血管病的家庭治疗及护理体会[J].苏州医学院学报,2000,20(8):776-777.
- [3] 张鸣生.城市社区康复医疗的组织网络、基本设施与效益[J].中国康复医学杂志,2003,18(3):184-186.
- [4] 张连辉.从我国卫生保健现状看社区卫生服务的发展[J].中国康复,2006,21(4):285-285.
- [5] 陆惠华,高天,虞华英,等.现代老年医学研究的现状与展望[J].中国老年保健医学,2009,7(3):5-7.
- [6] 江晓峰,赵庆洁,胡雪艳.我国脑卒中社区康复初探[J].中国康复理论与实践,2008,14(12):1149-1151.
- [7] 胡永善,吴毅.国家“十五”攻关项目“急性脑血管病三级康复方案的研究”[J].中国康复医学杂志,2002,5(1):9-9.
- [8] 朱玉连,胡永善,谢臻,等.脑卒中偏瘫患者规范化综合康复治疗方研究正式启动[J].中国康复医学杂志,2005,20(1):68-72.
- [9] 张晓林,陈春铁.脑卒中偏瘫社区康复的疗效分析[J].中国康复医学杂志,2004,19(7):542-544.
- [10] 李蓉,罗峰,崔明,等.脑卒中偏瘫患者社区全程康复服务模式探讨[J].中国康复医学杂志,2010,25(4):362-363.
- [11] 罗峰,崔明,祁奇.社区康复对后遗症期脑卒中偏瘫患者的影响[J].中国康复理论与实践,2008,14(8):786-787.
- [12] 崔立军,胡永善,沈国光,等.我国脑卒中社区康复治疗模式研究现状[J].中国康复医学杂志,2008,23(5):479-482.
- [13] 王茂斌.脑卒中的康复医疗[M].北京:中国科学技术出版社,2006,51-322.
- [14] 崔晓,胡永善,吴毅,等.社区康复治疗对脑卒中患者日常生活活动能力的影响[J].中国康复医学杂志,2008,23(6):735-736.
- [15] 马锐华,王拥军.卒中单元的研究进展[J].中华内科杂志,2002,4(11):779-781.