

- [5] 耿利, 顾明君. Meta 分析简介[J]. 第二军医大学学报, 2000, 21(8):791—792.
- [6] Anello C. Emerging and recurrent issues in drug development [J]. Stat Med, 1999, 18(17—18):2301—2309.
- [7] Willem K, Scholten M SC, Pharm M PA. Introducing a system for the assessment of quality, safety, and efficacy of herbal medicinal products in the Netherlands [J]. Drug Information J, 2001, 35(2):461—468.
- [8] Szolnoki Z. Evaluation of the interactions of common genetic mutations in stroke[J]. Methods Mol Med, 2005, 104:241—250.
- [9] Szolnoki Z, Somogyvari F, Kondacs A, et al. Evaluation of the interactions of common genetic mutations in stroke subtypes[J]. J Neurol, 2002, 249(10): 1391—1397.
- [10] Rubattu S, Giliberti R, Russo R, et al. Analysis of the genetic basis of the endothelium—dependent impaired vasorelaxation in the stroke—prone spontaneously hypertensive rat: a candidate gene approach [J]. J Hypertens, 2000, 18(2):161—165.
- [11] Casas JP, Hingorani AD, Bautista LE, et al. Meta—analysis of genetic studies in ischemic stroke:thirty—two genes involving approximately 18,000 cases and 58,000 controls[J]. Arch Neurol, 2004, 61(11):1652—1661.
- [12] 宋永春. 循证医学——21 世纪的临床医学 [J]. 护理研究, 2001, 15(4):187—190.
- [13] Maeda Y, Ikeda U, Ebata H, et al. Angiotensin—converting enzyme gene polymorphism in hypertensive individuals with parental history of stroke[J]. Stroke, 1996, 27(9):1521—1523.
- [14] Sharma P. Meta—analysis of the ACE gene in ischaemic stroke [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1998, 64(2):227—230.
- [15] Morita H, Kurihara H, Tsubaki S, et al. Methylenetetrahydrofolate reductase gene polymorphism and ischemic stroke in Japanese [J]. Arterioscler Thromb Vasc Biol, 1998, 18(9): 1465—1469.
- [16] Kelly PJ, Rosand J, Kistler JP, et al. Homocysteine, MTHFR 677C→T polymorphism, and risk of ischemic stroke: results of a Meta—analysis[J]. Neurology, 2002, 59(4):529—536.
- [17] Tang J, Zhao J, Zhao Y, et al. Apolipoprotein E epsilon4 and the risk of unfavorable outcome after aneurysmal subarachnoid hemorrhage[J]. Surg Neurol, 2003, 60(5):391—396.
- [18] McCarron MO, DeLong D, Alberts MJ, et al. APOE genotype as a risk factor for ischemic cerebrovascular disease: a Meta—analysis[J]. Neurology, 1999, 53(6): 1308—1311.
- [19] Lobato—Salinas Z, Cambra—Lasaosa FJ, Campistol J, et al. Factor V Leiden mutation as a cause of venous thrombosis[J]. Rev Neurol, 2004, 38(2):136—139.
- [20] Wu AH, Tsongalis GJ. Correlation of polymorphisms to coagulation and biochemical risk factors for cardiovascular diseases [J]. Am J Cardiol, 2001, 87(12):1361—1366.
- [21] Buyru N, Altinisik J, Somay G, et al. Factor V Leiden mutation in cerebrovascular disease [J]. Clin Appl Thromb Hemost, 2005, 11(3):339—342.
- [22] Juul K, Tybjaerg—Hansen A, Steffensen R, et al. Factor V Leiden: The Copenhagen City Heart Study and 2 Meta—analyses[J]. Blood, 2002, 100(1):3—10.

· 综述 ·

我国脑卒中社区康复的探讨

张 敬¹ 刘世文¹ 李贞兰¹ 蔺 勇^{1,2}

脑卒中是指一组急性脑血管病,是由于急性脑动脉破裂或栓塞,导致局部或全脑神经功能障碍持续时间超过 24h 或者死亡,主要包括脑出血、脑梗死和蛛网膜下腔出血。其发病率、患病率、死亡率、致残率、复发率均高,在我国分别为 219/10 万,719/10 万,116/10 万及 80%,40%^[1]。随着我国经济的迅速发展,人们的生活方式发生了很大变化,膳食结构的不合理,人群中高血压患病率的不断上升,人口老龄化的问题,对脑卒中的发病影响也很大,脑卒中的发病率还有上升的趋势^[2]。本文旨在通过文献综述探讨以脑卒中为例的社区康复现状及进展,为今后普及社区脑卒中康复工作提供依据。

1 社区康复概述

1.1 社区康复与社区卫生服务的关系

1994 年,国际劳工组织联合发表的《关于残疾人社区康复的联合意见书》进一步明确了社区康复的康复目标、概念

和实施方式。指出:社区康复是在社区内促进所有残疾人康复并享受均等机会和融入社会的一项战略;社区康复的实施有赖于残疾人自己及其家属所在社区以及卫生、教育、劳动就业与社区康复等部门共同努力;社区康复可持续性发展的关键是务实、灵活、支持、协作等。吴春容等^[3]根据我国特点提出:社区康复和社区卫生服务都是社区建设的重要组成部分。社区卫生服务由民政部门牵头分管,内容包括老年人服务、残疾人服务、优抚对象服务、便民利民服务和下岗职工再就业等。社区康复是由党政领导、残联负责协调和实施、各部门分工协作,以康复机构为指导、基层康复站为基础、残疾人

1 吉林大学第一医院康复医学科,长春市新民大街,130021

2 通讯作者: 蔺勇(吉林大学第一医院康复医学科,长春市新民大街,130021)

作者简介:张敬,女,硕士

收稿日期:2005-12-20

家庭为依托,充分利用各种社会资源,并由残疾人主动参与,由社区康复员提供基本的医疗康复服务。开展社区卫生服务和社区康复的原则基本相同。两者均以政府领导、部门协作、立足社区、社会参与、低水平、广覆盖、资源共享、因地制宜、采用适宜技术、提供综合服务为基本原则。社区卫生服务与社区康复在服务内容上相互包含,在实践中互相促进、协同发展。故发展有代表性的脑卒中社区康复依靠整体的社区卫生服务的建设。

1.2 国际上几种有代表性的社区卫生服务经营方式

人们习惯于把卫生系统(或机构)分为公(国)有和私有或营利性和非营利性。社区卫生服务作为这个卫生服务系统的一部分,也有公立、私有、营利和非营利之分。目前国际上有几种代表的经营方式是^[4]:第一,以英国为代表的国家经营管理模式。英国的社区卫生经费主要来源于国家税收,医院属国家所有,医院职工为国家雇员;从事社区卫生服务的全科医生与国家卫生部门是一种合同关系,其收入主要取决于注册患者的数量。由于社区卫生经费主要来源于国家,因此,国家对社区卫生服务有很强的计划调节作用。第二,以德国、日本、澳大利亚、加拿大等国为代表的国家计划管理,私人提供服务的经营模式。大多数发达国家采取这种经营模式,其主要特点是社会健康保险的人群覆盖率很高,私人开业的家庭医生与社会(国家)健康保险部门签订服务合同,提供社区卫生服务,由于家庭医生热衷于利润较高的医疗服务,国家和地方卫生部门不得不开设一些专门的社区卫生服务机构,以弥补社区预防保健工作的不足。第三,以美国为代表的私营为主体的经营模式。美国虽然各种各样的健康保健保险制度对社区卫生服务有很大的影响,但社区卫生服务的运作主要遵循市场调节的原则。

2 脑卒中康复与社区康复的关系

2.1 脑卒中偏瘫不同时期的康复^[5]

2.1.1 急性期(软瘫期):通常指发病且病情稳定后 1—2 周内。治疗目的是早期康复以预防废用;从床上的被动性活动尽快过渡到主动性活动;开始床上的生活自理活动。急性期的治疗一般都是在综合医院和专科医院中进行治疗的。许多发达国家都已建立了比较完善的卒中康复病房(stroke rehabilitation unit, SRU),在脑卒中的规范化处理中发挥着重要的作用,已成为公认的治疗脑卒中的有效方法^[6]。

2.1.2 恢复早期(痉挛期):一般为病后 2 周—3 个月左右。康复的主要目的是降低肌张力—缓解痉挛,打破共同运动模式,促进分离运动模式趋于正常。在我国,此期患者有少数在专科康复医院中进行治疗,大部分患者渡过急性期后直接回到家中。夏卫民等^[7]对此期 50 例患者进行了社区康复治疗。研究对象为由于经济等原因不能得到早期康复治疗的患者。每个康复组患者给予 8 周的家庭康复训练,结果社区康复组的运动功能和日常生活能力与对照组有显著差异,说明了社区康复治疗有助于促进脑卒中恢复期患者运动功能的恢复,提高 ADL 水平。

2.1.3 恢复中、后期(相对恢复期):在痉挛基本控制之后。这一阶段目的是进一步产生精细、协调、快速的随意运动,并可

以考虑进行肌力训练,步态也需进一步纠正。提高步行速度、进行各种灵活性技巧的训练、提高耐力和肌张力的训练等都需要循序渐进地予以安排和指导。此期患者有一小部分在专科医院继续治疗,大多数却都已回到了家中。据有关的问卷调查报道^[8],脑卒中偏瘫患者出院回到家后约 73.5%有进一步接受康复治疗的愿望。可见康复治疗需求非常大,但我国还没有真正能够形成有广泛性和有组织性的社区康复治疗服务网络,不能延续住院期间的系统康复治疗。Ronning 等^[9]调查了卒中单元和传统病房患者 30d 内和 1 年内的死亡率,结果显示 30d 内卒中单元的患者死亡率为 39%,传统病房的患者为 63%,有非常显著性差异。1 年内卒中单元患者的死亡率为 52%,传统病房的患者为 69%,其差异也有显著性意义。说明卒中单元的患者死亡率无论在 30d 内还是在 1 年时间内都明显低于传统病房的患者。目前我国患病 1 年的患者大多数都是在家中渡过的,根本得不到卒中单元,甚至是传统病房的照顾,所以发展社区康复是非常重要的,社区成为患者训练和治疗的主要场所,降低脑卒中患者的死亡率就要从社区做起。

2.1.4 偏瘫后遗症期的康复:一般认为在 1 年后。在我国处于后遗症期的患者大多数没有经过早期正确的康复医疗。大多数被“失用综合征”和“误用综合征”所困扰。对于那些确实已不能进一步改善运动功能的患者,可以采取一切措施来改善患者的个人能力,使其获得最大限度的日常生活自理能力。国家科委“九五攻关课题”已证明脑卒中延迟康复组接受运动疗法后,在临床神经功能缺损、运动功能及日常生活活动能力等方面的改善程度均好于对照组,有显著性差异。延迟康复组的继发并发症(肩关节半脱位、肩手综合征、足内翻、足下垂及关节挛缩)发生率较对照组明显降低,有显著性差异^[10]。说明了脑卒中远期康复的效果肯定。这种维持期的康复^[11]防止了失用综合征的发生,防止了不正确使用而导致的退化,不仅提高老年人的体力、耐力,提高身体机能和心理承受力,还促进他们参加社会活动,从而达到生活自理的目的,并减轻了家属的护理负担。在此笔者认为脑卒中后任何时期的康复对患者都是有益的,赞同脑卒中康复应终身康复治疗^[12]。这与社区康复的建设密不可分,患者在家中的终身性治疗离不开社区卫生服务的关注和指导。

2.2 脑卒中患者的早期院外护理

Peter Langhome 等^[13]对住院后脑卒中患者的院内护理及早期院外护理进行了随机抽样调查,结果显示:适当的为脑卒中患者提供早期院外护理服务,可减少患者对医院内护理的依赖性和缩短住院时间。对于在脑卒中康复治疗的研究中,显示有效的康复治疗能够明显提高患者的各方面能力和节约医疗费用的开支。

2.3 家庭照护者援助问题

日本于 2000 年以“重视在家生活”及“介护的社会化”为目标推出了介护保险制度^[14]。此制度是对那些在家中从事护理工作的人员制定的相关帮助的规定。目前,我国尚无此种制度,由于相应的机构及服务缺乏,患者出院后的照顾均由家属承担,家属不仅要解决患者的费用问题,还要对其日常生活、健康训练、心里方面等多因素进行关心和照顾,给家属

带来了沉重的负担。在我国有些类似的深入家庭进行康复指导和治疗的人群和陪护。其中有无私奉献的自愿者,也有一些以赢利为目的个体行医者。这类人多数都没有经过正规的学习和培训, 无行医执照不是注册医师。

2.4 社区康复中多媒体技术的应用

在实施社区康复中除了需要大量的康复技术人员外,更重要的是培养患者主动参与的意识。因社区患者分散,缺乏大医院内的规范管理,且患者出院后家属的照顾率增加,患者惰性增强。这些都阻碍了患者在家中的康复,故有香港学者提出了脑卒中社区康复的新模式-远程康复:视频会议传递的介入,这种介入把教育性的谈话、运动、心理支持的指导及理疗与视频会议相连,所有的受试者接受了为介入治疗提供传递的视频会议,初步研究证明了其为居住在社区的脑中中风就诊者接受的可行性,高效性和高水平性^[15]。郑洁皎等^[16]提出了脑卒中康复多媒体引导训练的研究。康复引导训练时播放多媒体脑卒中运动分级引导训练的录像,使患者有目的性模仿学习;让家人或护理人员一起学习,患者在他们的帮助保护下开展经常性群体性训练。康复引导训练加多媒体视觉引导能明显提高患者肢体运动功能和改善生活自理能力,并在训练学习过程中能促进脑功能的恢复。更重要的是还能促进老年残疾人建立自信,使康复知识转变为自我康复能力改变自身生存质量。本方法可以“一对多”群体性训练,在社区很实用并容易普及,是一项低投入、高效率的社区康复适宜技术。

2.5 脑卒中后费用的比较

我国国家科委“十五攻关课题”中对脑卒中患者三级康复治疗作了成本-效果的经济学分析评价^[17]。治疗组给予三级康复治疗,对照组不给予康复治疗,两组患者总的直接医疗成本费用之间无明显的差别,但是治疗组的西药费、并发症的诊断治疗费和其他相关的直接医疗费用明显较对照组低。加拿大学者 Brady BK 等^[18]回顾了脑卒中后康复的相关花费问题,其中证明了早期院外指导的费用比护理轻度或重度残疾脑卒中患者的日常护理所花的费用要低。Anderson C 等^[19]在研究脑卒中康复服务加快患者出院率及提供家庭护理的概况和花费分析中指出:脑卒中患者早期出院和家庭康复政策,可减少医院无临床价值的用床率,对于有脑卒中相关残疾的这一重要患者群体,这种康复服务是替换住院康复的一种费用低廉的方法。

2.6 社区康复的有效性

我国“十五”攻关课题研究已证明了急性脑血管病三级康复治疗的有效性,不仅促进卒中患者躯体功能的恢复,还能改善其心理、社会功能,全面提高患者的生存质量。规范三级康复治疗对于脑卒中患者各阶段神经功能的提高具有明显的促进作用^[20]。

3 我国社区康复发展的现状

3.1 北京市西城区社区康复的实践中得到的一些启示^[21]

北京西城区是首都的中心城区之一,在“八五”中期就启动了社区康复工作。在开展多项社区卫生服务中以“偏瘫康复”为突破口开展工作。组办多种形式的康复培训班,加强康

复宣传及监控,为实用康复技术训练班学员确定康复对象,请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,结果患者受益,效果明显。其中还存在一些问题:如康复训练目前未纳入公费和医保,造成了康复训练费时、费力不挣钱,长此以往,势必影响社区康复的发展;另外人员流失,基层医生的流动性大,造成资源浪费。

3.2 香港康复医疗的概况^[22]

随着卫生服务需求的增加,医疗费用的负担沉重,香港十分重视对康复事业的投入,大力发展康复医疗服务,并在政策、信息、物质等方面提供支持。同时,新建许多康复相关的运作模式,形成医学、教育、职业和社会康复并举的格局。他们认为只有发展医疗康复,才能缩短患者急性期治疗时间、减少并发症、预防后遗症、缩短住院天数,同时减轻政府的经济负担。香港的医疗康复有许多方面值得我们借鉴和学习,概括起来有以下几个特点:政府重视医疗康复的建设与发展,把康复工作纳入区域卫生服务站网络;一切医疗康复活动均以所有患者的“全人康复”为目的;重视物理治疗、作业治疗的设施建设和设备投入;老年康复护理中心在康复医学中占有重要地位;在住院患者接受急性期治疗期间,尽早与康复专科医院联系,开始早期康复。香港社区康复经验认为,康复介入越早,就越节省经费,患者恢复得也快。

3.3 上海闸北区社区工作的启示^[23]

上海闸北区是上海市开展社区卫生服务工作最早的地区之一。调查 2002 年 10 月该区某地区脑卒中急性期后(28d)患者就医状况情况:1400 例被调查者中,生活自理者 763 例,占总人数的 54.5%;生活需要他人帮助者 469 例,占总人数的 33.5%;生活完全依赖他人护理者 168 例,占总人数的 12%。目前住院治疗者 13 例,约占总数的 1%;接受家庭病床者 140 例,占总数的 10%;接受门诊治疗者 591 例,占总数的 42%;未接受治疗者 656 例,占总数的 47%。这组数据显示渡过脑卒中急性期而存活的患者中 1/2—2/3 的人具有独立生活能力,而约 15% 的患者需要生活护理。闸北区采取的干预方法和措施是:通过社区脑卒中防治管理四级网络,进行双向及单向的社区健康教育宣教;结合社区家庭健康档案对脑卒中高危人群定期监测,成立社区脑卒中患者俱乐部,开展家庭脑卒中康复训练,建立康复训练档案,指导患者及家属或陪护人员按计划实施康复训练,并定期评估患者康复情况,及时根据患者状况修订康复计划,已取得较好的效果。

3.4 长春市朝阳区社区康复试点情况

在国家“十五”攻关后续课题“脑卒中后社区二级预防与康复治疗方案的”中,笔者参与了长春市朝阳区医院等社区点联合调查,在实际工作中得到一些启示。朝阳区位于长春市南部,全区面积 336.6 平方公里,总人口 68.8 万,是长春市的政治经济文化中心。朝阳区社区卫生服务站成立于 1997 年,目前朝阳区下设六家社区医院,21 个社区服务站,各站均建立了“六位一体”功能的服务网络。目前已成为医保定点单位。建立了慢性病的管理,包括 5 种病(高血压、糖尿病、冠心病、肿瘤、脑卒中)的档案,正在逐步完善之中。其中涉及脑卒中患者的具体社区康复方面,没有真正的做到为患

者提供康复治疗,主要是缺少专业的康复人才,几乎无人具有康复专科学历,医生和患者的康复意识淡薄,对社区的康复不理解。不仅政府职能部门,包括医疗机构的管理者和医务人员对康复医学的了解也不够。政府对康复的经济投入有限,公共卫生医疗保险体系介入的力度不够。有的患者只能接受免费的康复服务,对收费的康复支付能力较低,另外媒体宣传康复知识不多。目前很多地方只有康复要求,却缺少布置,检查,人员培训计划等。

4 探讨中国特色的社区康复道路

近年来,随着人口老龄化,脑血管病的发病率日益上升,脑卒中的发病越来越成为一个社会化问题。很多脑卒中患者由于经济条件的限制,经过急性期的抢救和治疗生命体征平稳后,便回到家中等待自然恢复,由于缺乏基本的康复知识,往往错过最有利的康复时机。而且由于综合医院卫生条件的限制,住院康复的病床少,费用高,脑卒中患者需要长期的治疗,长时间住院又不利于患者回归家庭和社会,若建立大规模的专业康复中心就需要大量的人力和物力,在我国目前的情况下有一定困难,所以有必要在我国大力开展就近就地、经济有效的社区康复服务,提高广大人民群众康复意识,这不仅能促进患者回归家庭和社会,充分满足广大脑卒中偏瘫患者的康复需求,减轻脑卒中患者家庭照顾困难,还能充分调动家庭内外资源的积极性,使脑卒中患者得到社区、家庭心理支持鼓励,可以减少负面影响,能更好地发挥脑卒中患者康复的潜在能力,取得良好的疗效。

本文从脑卒中康复的角度来探讨国内外社区康复的现状和进展。笔者认为脑卒中的社区康复与整个社区卫生服务的发展是密不可分的,社区卫生服务的发展与卫生体系息息相关,政府的支持和政策决定社区卫生发展的方向。2006 年全国卫生部工作会议,将社区卫生发展纳入城市经济与社会发展规划;完善社区卫生服务运行机制,加大政府投入,实行公益性事业单位的政策。我们深信:我国的脑卒中社区康复及社区卫生服务会更加完善和健全。

参考文献

- [1] 南登昆,郭正成.康复医学临床指南[M].第 1 版.北京:科技出版社,1998.345.
- [2] 栗秀初,孔繁元,范学文,等.现代脑血管病学[M].第 1 版.北京:人民军医出版社,2003.401.
- [3] 吴春容,高文柱,赵悌尊.与社区卫生服务相结合的社区康复模式[J].中国康复理论与实践,2000,6(3):123—125.
- [4] 卢祖洵,金生国.国外社区服务[M].北京:人民卫生出版社,2001.1—2.
- [5] 卓大宏.中国康复医学[M].第 2 版.北京:华夏出版社,2003.788—791.

- [6] Stroke Unit Collaborative Systematic review of the randomized trials of organized inpatient(Stroke Unit)care after stroke[J].BMJ, 1997,314:1151—1159.
- [7] 夏卫民,祝梵.社区康复治疗对脑卒中恢复期患者运动功能的影响[J].临床军医杂志,2004,32(5):97—98.
- [8] 陈君,颜骅,李泽兵,等.社区脑卒中患者功能状况调查[J].中华物理医学与康复杂志,2003,25(3):162—166.
- [9] Ronning OM, Guldvog B, Stavem K.The benefit of an acute stroke unit in patients with intracranial-haemorrhage—a-controlled-trial [J].Neurol Neurosurg-Psychiatry,2001,70(5):631—634.
- [10] “九五”攻关课题组.急性脑卒中早期康复的研究[J].中国康复医学杂志,2001,16(5):266—272.
- [11] 郭丹.关于维持期康复中理学疗法士应该注重的一些问题[C].日国际物理疗法科学学术大会—演题抄录集.中国北京.2005.
- [12] 戴红,刘世文,黄力平,等.康复医学[M].第 1 版.北京:人民卫生出版社,1998.11—12.
- [13] Peter Langhome,Gilian Taylor,Gordon Murray,et al.Early supported discharge services for stroke patients;a meta-analysis of individual patients' data[J].Lancet,2005,365:501—506.
- [14] 上村さと美,秋山 纯和.中介护在家疗养者的家庭护理成员的负担感增加要因的探讨—对访问康复的利用者的家庭成员的援助及关节护理负担感的评价尺度的探讨[C].日国际物理疗法科学学术大会—演题抄录集.中国北京.2005.
- [15] Lai JC, Woo J, Hui E,et al.Telerehabilitation a new model for community-based stroke rehabilitation [J].Telemed Telecare, 2004,10(4):199—205.
- [16] 郑洁皎,徐卫平,郭明,等.社区脑卒中康复多媒体脑卒中康复多媒体引导训练的研究[J].老年医学与保健,2003,9(1):48.
- [17] 姜从玉,王倩,胡永善,等.脑卒中患者 6 个月三级康复治疗期间的成本—效果研究 [J]. 中国康复医学杂志,2004,19(7):486—489.
- [18] Brady BK, McGahan L, Skidmore B .Systematic review of economic evidence on stroke rehabilitation services [J].Int J Technol Assess Health Care.2005,21(1):15—21.
- [19] Anderson C, Ni Mhurchu C, Brown PM,et al.Stroke rehabilitation services to accelerate hospital discharge and provide home-based care: an overview and cost analysis [J]. Pharmacoeconomics,2002,20(8):537—552.
- [20] 胡永善,吴毅,朱玉莲,等.规范三级康复治疗促进脑卒中偏瘫患者综合功能康复的临床研究[J].中国康复医学杂志,2004,19(6):418—421.
- [21] 陈春铁.北京市西城区社区康复的实践与思考[J].中国康复理论与实践,2002,8(4):252—253.
- [22] 林伟.香港康复医疗概况[J].中国康复理论与实践,2001,7(1):37—38.
- [23] 王光荣,龚幼龙.小康社区卫生服务发展策略[M].第 1 版.上海:复旦大学出版社,2004,40—44.422—427.