

广东省成人智力残疾主要致残原因和对策分析*

陈曦¹ 黄东锋^{1,5} 刘鹏¹ 陈少贞¹ 林爱华² 李海³ 杨志明⁴

摘要 目的:依据第二次全国残疾人抽样调查的广东省调查数据,分析广东省成人智力残疾患者的主要致残原因,有针对性地提出预防和治疗建议。**方法**:在 2006 年随第二次全国残疾人抽样调查工作收集广东省成人智力残疾相关数据,考查其主要致残原因,并通过调研和医学分析给出预防和治疗建议。**结果**:不同致残原因致广东省成人智力残疾患者的残疾程度、城乡分布和年龄别发病情况有显著性差异($P<0.05$)。所有致残因素中,脑疾病所致智力残疾最多(47.3%),且在各年龄组均居首位,主要导致一级残疾。各种致残原因所致智力残疾在农村发病率均高于城市(平均为城市:农村=28.0%:72.0%)。**结论**:为减少和减轻智力残疾需要加强各种脑疾病的预防和治疗;提高农村智力残疾的诊断率和好转率。

关键词 智力残疾;病因;预防;康复

中图分类号:R493 文献标识码:A 文章编号:1001-1242(2009)-07-0629-03

Cause and countermeasure study on intelligence disability adults in Guangdong province/CHEN Xi, HUANG Dongfeng, LIU Peng, et al./Chinese Journal of Rehabilitation Medicine, 2009, 24(7):629—631

Abstract Objective: To study the data from the Second National Sampling Survey on Impairment in Guangdong province, to analysis the main causes of intelligence disability and raise the effective methods to prevent and treat this impairment directly. **Method:** The relative data was collected in 2006. The statistics study was taken according to the disability severity, urban and rural distribution, also the onset age. Corresponding suggestion on prevention and treatment was raised according to the data analysis, more survey studies and medical knowledge. **Result:** Different risk causes led to significant differences in disability severity, urban and rural distribution, and even the onset age ($P<0.05$). The main cause for intelligence disability was cerebral diseases (47.3%); mainly led to the disability degree 1. The incidence of intelligence impairment was much higher in rural region than in urban region (72.0%:28.0%). **Conclusion:** To reduce and alleviate the intelligence disability, more works should be done on all kinds of cerebral diseases; also more financial and technical supports in rural region should be taken.

Author's address Department of Rehabilitation Medicine, First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, Guangzhou, 510080

Key words intelligence disability; cause; prevention; rehabilitation

自 1987 年第一次全国残疾人抽样调查以来,近 20 年间人民生活水平、医疗服务状况、社会保障体系等多方面都发生了巨大的改观,残疾人事业也有了显著的发展。现阶段残疾人构成比、致残原因、生活现状、康复需求等各个方面都有了新的变化^[1-5],为了更好地促进残疾人事业发展,本文通过分析广东省成人智力残疾人群的主要致残原因,有针对性地提出现阶段切实可行的智力残疾预防对策和康复治疗方

案。残疾人年龄、性别、住址、发现残疾时间、致残原因、活动参与情况、康复需求等信息。

1.2 方法

1.2.1 残疾程度评定: 经过专门培训的医生根据以下标准统一进行智力残疾程度分级,见表 1。

1.2.2 残疾原因分析: 智力残疾原因依据临床常见病分为:遗传,脑疾病,内分泌障碍,惊厥性疾病,新生儿窒息,早产、低体重和过期产,发育畸形,营养

1 资料与方法

1.1 对象

全部资料来自以 2006 年 4 月 1 日零时为标准时的第二次全国残疾人抽样调查数据,所有参加专业调查的医务人员在调查前统一进行专业培训,考核合格后进入调查队参加专业评定。记录内容包括

* 基金项目:教育部博士点基金新教师项目(200805581139);广东省残联第二次全国残疾人抽样调查研究课题

1 中山大学附属第一医院康复医学科,广州,510080

2 中山大学公共卫生学院

3 深圳市松岗人民医院康复医学科

4 广东省残疾人联合会

5 通讯作者

作者简介:陈曦,女,主治医师,博士

收稿日期:2008-11-25

不良,母孕期外伤及物理伤害,产伤,工伤,交通事故,其他外伤,中毒和过敏反应,不良社会文化因素,其他原因不明。

1.3 统计学分析

使用 SPSS13.0 统计软件,残疾等级和年龄别发病情况属于等级资料,采取秩和检验;城乡发病情况属于计数资料,采取 χ^2 检验。所有统计分析采用 $\alpha=0.05$ 。对于样本量过少,将无法进行统计分析的发病原因进行剔除。

表 1 智力残疾程度分级标准

级别	智商(IQ)	适应行为(AB)	WHO-DAS II
一级	<20	极重度	≥ 116 分
二级	20—34	重度	106—115 分
三级	35—49	中度	96—105 分
四级	50—69	轻度	52—95 分

2 结果

2.1 一般情况

在广东省全省范围内共调查 38 个县(市、区,含东莞、中山)、152 个街镇的 304 个调查小区,调查 34 392 户,125 442 人,调查的抽样比约为 1.36‰,入户见面 111 990 人,占调查总人数的 89.28%,对 31 050 人进行了健康检查和残疾评定,其中成人范围内(大于等于 18 岁)智力残疾有 460 人(含多重残疾),进而推算全省有智力残疾 27.2 万,占全省残疾人总人口数的 5.04%。不同致残原因致广东省智力残疾患者的残疾程度、城乡分布和年龄别发病情况有显著性差异($P<0.05$)。

2.2 不同致残原因智力残疾患者的残疾程度

在所有智力残疾患者中,三级残疾发病率最高(35.2%),患者适应行为不完全,部分生活需要他人照料。脑疾病所致智力残疾最多,达智残总人数的 47.3%,也是导致一级智力残疾的最主要原因(一级智残发生率达 22.7%),患者适应行为极差,终生生活需要他人照料。

2.3 不同致残原因智力残疾患者的城乡分布

不同致残原因所致智力残疾在患者的城乡分布上有显著差异。各种致残原因所致智力残疾农村发病率均高于城市(平均为城市:农村=28.0%:72.0%)。城市和农村前三位的致残原因均是脑疾病、原因不明和遗传因素。

2.4 不同致残原因智力残疾患者的年龄别分布

智力残疾主要分布在青年组(51.3%),其次为中年组(30.8%)。各年龄组致残的主要原因均为脑疾病,但由于调查问卷中未对具体的脑部疾病进行细化和分类,所以无法进行更深入的分析。

表 2 不同致残原因与智力残疾程度的关系

残疾原因	智力残疾等级								合计	
	1		2		3		4			
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
遗传	3	6.8	15	34.1	13	29.5	13	29.5	44	100
脑疾病	46	22.7	40	19.7	68	33.5	49	24.1	203	100
惊厥性疾病	1	8.3	3	25.0	4	33.3	4	33.3	12	100
发育畸形	3	21.4	2	14.3	5	35.7	4	28.6	14	100
交通事故	2	14.3	2	14.3	3	21.4	7	50.0	14	100
其他外伤	0	0	0	0	5	38.5	8	61.5	13	100
其他	3	9.1	7	21.2	16	48.5	7	21.2	33	100
原因不明	15	15.6	16	16.7	37	38.5	18	29.2	96	100
合计	73	17.0	85	19.8	151	35.2	120	28.0	429	100

$H=15.96, P=0.025$

表 3 不同致残原因城乡分布

致残原因	城市		农村		合计	
	例	%	例	%	例	%
遗传	10	22.7	34	77.3	44	100
脑疾病	67	33.0	136	67.0	203	100
惊厥性疾病	4	33.3	8	66.7	12	100
发育畸形	3	21.4	11	78.6	14	100
交通事故	6	42.9	8	57.1	14	100
其他外伤	4	30.8	9	69.2	13	100
其他	7	21.2	26	78.8	33	100
原因不明	19	19.8	77	80.2	96	100
合计	120	28.0	309	72.0	429	100

$\chi^2=9.149, P=0.048$

表 4 不同致残原因与年龄分布

致残原因	18—40 岁		41—60 岁		60 岁以上		合计	
	例	%	例	%	例	%	例	%
遗传	30	68.2	13	29.5	1	2.3	44	100
脑疾病	88	43.3	55	27.1	6	29.6	203	100
惊厥性疾病	10	83.3	2	16.7	0	0	12	100
发育畸形	12	85.7	2	14.3	0	0	14	100
交通事故	9	64.3	5	35.7	0	0	14	100
其他外伤	7	53.8	6	46.2	0	0	13	100
其他	18	54.5	8	24.2	7	21.2	33	100
原因不明	46	47.9	41	42.7	9	9.4	96	100
合计	220	51.3	132	30.8	77	17.9	429	100

$H=32.92, P<0.001$

3 讨论

脑疾病是最主要的智力残疾原因,主要导致一级智力残疾。临床常见的脑疾病在中青年主要是颅脑外伤、脑炎和脑部肿瘤。加强社会稳定,提高工作场所和公共场所的安全防护设施,加强道路安全监管,提高社会治安和社会文明,可以降低脑外伤的发生率^[6-7],进而减少由此而导致的智力障碍。

脑卒中是老年人的常见疾病,以高血压、心脏病、高血糖、高血脂为主要危险因素,心律失常、吸烟、劳累、情绪波动等为相关危险因素。近年来,随着高血压、高血糖、高血脂等相关疾病的发病年龄提前,加之工作生活压力加大,脑卒中的发病年龄有逐渐提前的趋势^[8]。为了减少卒中的发生和减轻已经卒中患者的智力障碍程度,广大医务工作者应该通过宣教鼓励群众,形成健康的生活习惯、摒弃不良习惯;通过正确的心理干预避免过度压力和情绪波动;

做好人群危险因素普查, 规律合理用药, 控制危险因素。

由于智力是人类的高级功能, 对于已经发生卒中的患者, 智力恢复往往在肢体恢复之后开始并延续很久, 所以无论是医务工作者还是患者亲友都应该给患者以更多的鼓励和支持, 使其有信心继续进行认知方面的训练, 而不应过早以“后遗症”来评价患者的智力障碍, 导致患者及其亲属失去康复的信心。目前我国专业进行认知训练的康复治疗师还很紧缺, 许多单位都以作业治疗师或言语治疗师兼行认知训练; 同时认知治疗的方法也不够成熟, 大多处于实物训练的阶段。今后应加强专业人才的培训, 将计算机技术及虚拟现实技术更多地与认知训练相结合, 使训练更加贴近生活、能更好地改善患者的生活自理能力。

随着我国人口老龄化趋势的发展, 老年性痴呆患者近年明显增多, 这方面的药物和康复治疗方法都有很多进步, 早期发现轻度认知障碍的患者并给予药物和认知治疗, 可以延缓患者病情, 利于提高患者和家人的生存质量^[9]。

导致智力障碍前三位的因素除脑疾病外还包括原因不明和遗传。这是由于智力相关因素很多, 许多致残因素还没有被医学界明确界定, 或患者未能进行正规的检查, 从而无法对致残因素进行详细分类。遗传导致智力障碍的许多病例都有明确的家族史, 广泛宣传遗传病的危害和遗传相关知识将有利于民众更好地配合优生优育检查, 尽量杜绝智障患儿, 尤其是重度智障患儿的出生。对于已经出生的高危儿

应加强产后的追踪和筛查, 早发现, 早治疗, 进行专业的康复训练, 最大程度地提高患儿生活自理能力, 减轻家庭和社会负担。

各种致残因素中农村发病率均高于城市, 达城市的 2.57 倍, 政府应加大医疗和康复政策对农村的倾斜和资金投入, 进一步提高农村医疗水平, 让广大农村患者可以接受到更好、更及时、更专业的医疗服务, 提高农村患者的诊疗率、确诊率和好转率^[10]。要加强农村地区优生优育宣教, 减少先天性智力障碍患儿的出生。

参考文献

- [1] 卓大宏. 中国残疾预防学[M]. 北京: 华夏出版社, 1998. 135.
- [2] 刘志全. 我国残疾人概况 [J]. 中国康复医学杂志, 2003, 18(8): 493—494.
- [3] 戴明德. 中国 16 个民族残疾现存状况分析[J]. 卫生软科学, 1994 缺卷号(1): 33—36.
- [4] 邱卓英, 吴弦光, 丁伯坦, 等. 残疾分类分级标准相关问题研究[J]. 中国康复理论与实践, 2007, 13(7): 678—680.
- [5] 邱卓英, 李建军. 国际社会有关残疾与康复的理念和发展策略的研究[J]. 中国康复理论与实践, 2007, 13(2): 111—113.
- [6] 黄东锋, 陈曦, 林爱华, 等. 广东省城乡残疾人个体生活能力的分析[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(9): 815—818.
- [7] 黄东锋, 陈曦, 林爱华, 等. 广东省城乡残疾人社会参与状况的比较[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(10): 913—915.
- [8] 王维治. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001, 122—124.
- [9] 匡培根. 神经系统疾病药物治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002, 601—604.
- [10] 陈曦, 黄东锋, 林爱华, 等. 广东省成人视力残疾主要致残原因和对策分析[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(10): 922—923.

第一届全国腰腿痛诊断和治疗新进展学习班通知

由中华医学电子音像出版社培训部、首都医科大学宣武医院疼痛诊疗中心联合举办的国家级继续医学教育项目——“第一届全国腰腿痛诊断和治疗新进展学习班”定于 2009 年 8 月 14—19 日在北京举行。

学习班邀请北京宣武医院、清华大学第二医院、北京朝阳医院、卫生部北京医院和北京电力总医院的专家重点讲授腰腿痛、腰椎间盘突出症、手术后神经源性疼痛的诊治, 以及微创介入治疗等新技术, 并将安排学员参观疼痛门诊和疼痛病房。

学分: 所有学员经考核合格后均可获得中华医学会 I 类继续医学教育学分。收费: 培训费 1170 元/人(含资料), 住宿费约 130 元/天, 回单位报销。地点: 北京总参三所(北京市宣武区白广路头条 1 号)报到。时间: 2009 年 8 月 14 日全天报到, 15—18 日上课, 19 日返程。报名: 可通过电子邮件、手机短信报名, 如需纸质通知请与我们联系。报名截止日期 2009 年 8 月 3 日。报名地址: 北京东四西大街 42 号中华医学会 110 室疼痛医学会务组, 孙浩、于美君。邮编: 100710。E-mail: yixuehuiwuzu@126.com; 联系人: 孙浩(15811266772)、于美君(13521831451); 电话: 010-85158658、85158657、85158656(传真)。