

石家庄市纳入社区慢性病管理的脑卒中患者康复需求调查*

白国芳¹ 刘 婷¹ 何凤英¹ 魏静丽² 王莉珉³ 张翠兰⁴ 李向丽⁵

我国康复医学起步晚,现存的社区脑卒中后遗症期患者绝大部分未曾接受早期康复治疗。因此,我国所谓的“后遗症”患者仍然可能从康复训练中受益^[1-3]。对石家庄市城区当前纳入社区慢性病管理的脑卒中患者残疾状况调查结果显示,患者残疾程度重,并发症多。为进一步探讨社区后遗症期脑卒中患者的有效康复治疗技术及工作模式,本课题组于2008年10—12月对当前石家庄市城区社区脑卒中患者的客观康复需求及康复状况进行了调查和分析,结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料

以石家庄市为整体,整群分层抽样法抽取5家社区卫生服务中心,截止到2008年10月20日前被调查社区管辖人口共计68430人,纳入社区慢性病管理的脑卒中患者共计368人,其中346人接受了调查,22人因调查期不在辖区居住而未接受调查。

1.2 调查方法

1.2.1 脑卒中一般残疾情况调查:由社区卫生服务中心责任医师入户调查脑卒中患者一般情况。调查前对参与调查的责任医师进行统一培训,规范调查用语、调查方法及调查表填写。调查表采用我们设计的“脑卒中患者一般情况调查表”,内容包括患者一般情况、脑血管病发病情况、生活自理能力情况,患者及家属了解康复知识、接受康复治疗等情况。

1.2.2 脑卒中患者康复需求调查:由资深的康复治疗师入户调查脑卒中患者曾经接受康复治疗及客观康复需求情况。调查表采用我们设计的“脑卒中患者康复需求调查表”,内容包括不同康复方式需求和主要康复治疗项目需求。

1.2.2.1 康复方式客观需求判断标准:①医疗机构康复需求标准:患者障碍程度重;高血压等基础病需要治疗者;关节挛缩、疼痛等并发症较重者;并发失语、痴呆、吞咽障碍者等。②社区康复需求标准:患者运动功能有提高潜力者;轻度肢体挛缩、疼痛者;生活自理能力有提高潜力者;重症患者护理方法需要改进者;需要环境改造者;需要辅助具帮助者等。③心理治疗需求:患者有严重抑郁、焦虑,精神异常症状者。④康

复知识宣教、社会适应及转介需求由同一资深康复治疗师评估判断。

1.2.2.2 康复治疗项目客观需求判断标准:①运动功能康复需求:病程≤1年患者,病程1年以上患者偏瘫肢体运动功能Brunnstrom分期≥4级者或Brunnstrom分期≤3期但仍有一定恢复潜力者,运动功能障碍以关节挛缩、肢体疼痛为主要原因之一者;②言语认知功能康复:言语、认知功能有改善潜力者;③吞咽功能康复:有吞咽障碍者。④生活自理能力提高训练及康复支具需求由同一资深康复治疗师评估判断。

1.3 统计学分析

采用SPSS10.0统计软件对数据进行描述性统计分析。

2 结果

2.1 一般情况

被调查的346名脑卒中患者全部符合1995年全国第四届脑血管病学术会议的诊断标准^[4],有颅脑CT或MRI确诊出血性或缺血性脑卒中。其中,男性223人(64.45%),女性123人(35.55%);年龄≤60岁137人(39.60%),年龄>60岁209人(60.40%);缺血性脑血管病203人(58.67%),出血性脑血管病143(41.33%);病程≤1年20人(5.78%),1—5年179人(51.73%),病程≥5年147人(42.49%);并发高血压258人(74.57%)、冠心病103人(29.77%)、糖尿病77人(22.25%);初次发病232人(67.05%),再发114人(32.95%)。

2.2 曾经接受康复与客观康复需求

患者曾经接受的康复方式及患者客观康复需求情况见表1。结果显示患者需要康复知识宣教比率最高,其次是社区康复训练。

患者曾经接受康复治疗项目及评估后患者客观康复需求情况见表2。结果显示患者客观需要运动功能改善比率最高,其次是言语认知功能康复。除针灸按摩项目外,患者曾经接受其他康复治疗项目率明显低于其客观康复需求率。

2.3 患者及家属康复态度及家庭康复护理情况

患者和家属对康复知识的了解及康复态度情况见表3;患者家庭康复护理情况见表4。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.07.016

*基金项目:石家庄市科技局软科学基金项目资助课题(08146663)

1 石家庄市第八医院康复科,石家庄市,050081; 2 石家庄市汇通社区卫生服务中心; 3 石家庄市裕西社区卫生服务中心; 4 石家庄市西三教社区卫生服务中心; 5 石家庄市阜康社区卫生服务中心

作者简介:白国芳,女,副主任医师;收稿日期:2009-08-27

表 1 患者曾经接受康复方式及客观康复需求情况 (n=346)

康复方式	曾经接受		客观需要	
	例	%	例	%
机构康复治疗	32	9.25	137	39.60
社区康复训练	65	18.79	270	78.03
心理治疗服务	18	5.20	135	39.02
康复知识宣教	55	15.90	290	83.82
适应社会训练	21	6.07	130	37.57
转介服务	22	6.36	83	23.99

表 2 患者曾经接受康复治疗项目及客观康复需求情况 (n=346)

康复治疗项目	曾经接受		客观需要	
	例	%	例	%
传统针灸按摩	332	95.95	96	27.75
运动功能康复	90	26.01	269	77.75
言语认知功能康复	12	3.47	121	34.97
吞咽功能改善康复	6	1.73	40	11.56
生活自理能力提高训练	97	28.03	218	63.01
康复支具				
助行器	121	34.97	148	42.77
膝关节控制器	5	1.45	78	22.54
踝关节矫形器	8	2.31	80	23.12
餐具炊具改造	23	6.65	105	30.35

表 3 患者或家属康复态度情况

患者或家属康复态度	例	%
患者康复欲望强烈 (或家属充分了解康复知识并积极支持)	87	25.14
患者康复欲望一般 (或家属了解康复知识不多且不积极支持)	157	45.38
患者无康复欲望(或家属不了解康复知识不支持)	102	29.48
合计	346	100.00

表 4 患者家庭康复护理者情况

护理者对患者护理情况	例	%
充分了解康复知识并能熟练护理	68	24.46
了解康复知识不多不知如何护理	102	36.69
不了解康复知识盲目随意护理	108	38.85
合计	278	100.00

3 讨论

石家庄市城区当前纳入社区慢性病管理的脑卒中患者及家属康复知晓率、支持率、接受率较低,多数患者家庭康复护理仍处于盲目随意状态,急需加强康复知识宣教。本调查结果显示仅有 25.14%的患者康复欲望强烈或家属积极支持康复,仅有 9.25%患者接受过机构康复治疗,18.79%接受过一定的社区康复训练。其他患者或家属因为了解康复知识不多或一点不了解而不积极接受康复。形成这种状态的原因主要是缺乏康复知识、多数患者及家属认为康复就是锻炼,其次是患者或家属丧失信心、认为残疾状况不会好转,部分家庭因经济压力而放弃康复,另外当前社区康复效果并不令人满意,而数量有限的机构康复又只能满足少数患者需求,机构康复与社区康复尚无有效衔接等因素也是主要原因。调查

还显示仅 24.46%的护理者充分了解康复知识并能熟练帮助患者,其他护理者对康复知识了解不多或不了解而不知如何正确护理,部分盲目随意护理,这与文献^[9]报告结果基本一致。患者需求康复知识宣教比率最高说明大力加强康复知识宣教是开展社区康复的首要基础工作。宣传的成效取决于患者能够得到明显的功能改善效果,因此宣教的内容应当以培训家庭社区康复护理技术为主。在社区内开展康复宣教,可明显提高残疾人对康复知识的掌握,改变不良行为习惯,增强残疾人自信心、主动训练和社区参与意识^[9]。

患者客观需求社区康复率较高,当前社区康复的技术水平难以满足患者需求,需要加大社区康复技术培训力度。调查显示 78.03%患者客观需要社区康复。这部分患者由于未曾接受早期康复,遗留多重障碍且程度严重,对社区康复的治疗技术要求高,而当前石家庄市城区社区康复的技术水平难以满足患者需求。因此,需要积极加大社区康复技术人员培训力度,尽快提高社区康复技术水平。随着脑卒中患者数量的与日俱增和康复需求的不断增长,单纯依靠综合医院康复科及康复专业机构已经无异于杯水车薪,只有充分利用社区卫生资源、调动患者、家属和社区人员共同参与的社区康复才能从根本上提高脑卒中患者的能力,也只有提高社区康复服务的技术水平才能真正满足患者的康复需求^[6-8]。

社区脑卒中后遗症期患者仍有部分医疗机构康复需求,应当关注这部分患者的治疗。调查显示,39.60%患者客观需要医疗机构专业康复,这部分患者普遍存在多重障碍,并发言语、认知、吞咽障碍,继发骨关节、软组织二次损害等问题,他们需要专业康复小组的综合康复治疗。因此,专业康复机构应当关注后遗症期患者的康复治疗,进一步探讨有效的治疗方法和治疗技术。

积极研究脑卒中患者社区康复各种适宜技术,其中运动功能康复是重点内容。患者客观需求康复治疗项目调查显示需求运动功能康复比率最高,其次是言语认知功能康复,部分患者需求专业心理康复治疗。提示社区后遗症期脑卒中患者运动功能障碍最常见,由于废用及误用综合征而导致的二次继发性损伤又加重了患者的障碍程度。因此,社区康复的重点工作之一是运动功能康复。已有研究证实,康复治疗在脑卒中偏瘫患者后遗症期对肢体运动功能恢复仍有一定作用^[9]。但对于导致患者运动功能障碍的多种因素还需要进一步从治疗方法、频次、持续时间等多方面进行康复治疗效果研究。对于并发言语认知功能障碍的患者来说,由于其康复治疗难度大,时间长,不容易获得满意的康复效果,容易使患者及其家属丧失康复信心。这部分患者应当接受短期机构康复治疗,取得一定康复效果并达到预期目标后转回社区继续康复提高其功能。一部分患者由于严重的抑郁或焦虑,或已经出现精神症状者应当及时转介到精神专科医院。

积极探讨机构与社区紧密衔接的康复协作工作模式,从

而保障社区脑卒中患者的康复治疗效果。WHO 提出,社区康复是解决广大残疾人康复的根本途径^[10]。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,不仅促进脑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。建立一个完善的社区康复治疗模式已经势在必行^[11]。随着我国康复医学的迅速发展,越来越多的脑卒中患者可以得到完善的三级康复服务,从而降低其残疾程度。

参考文献

- [1] 张晓琼. 利用社区资源改善脑卒中后遗症患者生活自理能力[J]. 社区卫生保健, 2007, 6(1): 18—19.
- [2] 何静杰. 脑卒中偏瘫的社区康复[J]. 中国康复理论与实践, 2002, 8(2): 67—68.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379—380.
- [4] 张华, 冯正仪, 胡永善. 社区脑卒中患者家庭康复状况调查及护理对策[J]. 中国全科医学, 2002, 5(5): 388—389, 393.
- [5] 张金声, 李和兴, 徐九霞, 等. 北京德胜地区残疾人社区康复宣教效果分析[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(6): 553—556.
- [6] 邵爽, 戴红, 张芳, 等. 脑卒中社区康复简易技术的研究[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(6): 523—526.
- [7] 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(10): 946—949.
- [8] 蔡海鸥. 脑卒中后的社区康复[J]. 中国康复医学杂志, 2001, 16(1): 49—51.
- [9] 陈风华, 崔明, 唐琴, 等. 脑卒中后遗症患者社区康复疗效分析[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(6): 527—529.
- [10] Teng J, Mayo NE, Latimer E, et al. Costs and caregiver consequences of early supported discharge for stroke patients[J]. Stroke, 2003, 34(2): 528—536.
- [11] 于健君, 胡永善. 从上海市社区康复的经验谈社区层面康复治疗服务模式的建立[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(1): 72—73.

·社区康复·

三种技能训练程式对社区精神分裂症康复疗效的影响

张国芳¹ 张伟波¹ 沈文龙¹ 赵军¹ 欧毅¹ 周卿¹ 黄鹂¹ 刘贝¹

精神分裂症是一种被普遍认为终生患病的慢性疾病,其高复发率一直困扰着患者的治疗和康复,并严重影响其生命质量。本研究运用“药物自我管理技能训练”、“症状自我监控技能训练”和“重返社会技能训练”三种程式,对社区精神分裂症患者进行训练并随访1年,探讨其对社区精神分裂症患者康复的影响。

1 资料与方法

1.1 对象

从上海市精神疾病社区防治康复信息管理系统(徐汇用户)中,随机抽取88例自愿参加且符合以下入组标准的精神分裂症患者作为研究对象:符合中国精神障碍分类与诊断标准第3版(CCMD-3)中精神分裂症的诊断标准;年龄≥15岁;初中以上文化程度;患者与家庭成员居住在一起;患者知情同意,自愿参加。排除并发有精神活性物质依赖者或(和)伴严重的心、脑、肝、肾及造血系统等躯体疾病者。将研究对象随机分组,干预组和对照组各44例,后因动迁、搬家、拒绝等原因失访4例,最终完成84例。其中,对照组43例,男19例,女24例,平均年龄(40.81±9.66)岁;干预组41例,男23

例,女18例,平均年龄(42.02±8.57)岁。见表1。干预组和对照组患者的性别、平均年龄、学历、婚姻、工作状况、家庭状况、工作状况、性格、家族史、起病形式、总病程和发病次数等基本资料经卡方检验或 t 检验无显著性差异($P>0.05$),说明两组具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 训练内容与设计: 本研究的前5周为技能训练阶段,训练内容:①“药物自我处置技能训练程式”,包括掌握抗精神病药物作用的有关知识;学会正确管理和使用自己所服用的药物;学会识别和处理药物的副作用;学习与医务人员商讨与药物作用有关的问题。②“症状自我监控技能训练程式”,包括识别自己病情复发的先兆症状;学会监控自己病情复发的先兆症状;学会处置持续症状的常用技能;学会在社区中应用所学的技能。③“重返社会技能训练程式”,包括了解回归社会技能训练的内容及意义;了解精神残疾的含义;学习在训练前所需进行的必要准备;制定回归社会的具体计划;学会与周围的人正常地进行交往;学会应付来自生活中的压力等。每组由1名疾控精卫分中心的医生担任技能训练师,将患者分成6—10人小组进行训练,每周训练2—3次,

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.07.017

1 上海市徐汇区疾病预防控制中心精神卫生分中心, 200232

作者简介:张国芳,女,主管护师;收稿日期:2009-07-28