

·社区康复·

脑卒中偏瘫患者社区全程康复服务模式的探讨

李 蓉¹ 罗 峰¹ 崔 明¹ 熊 洁¹ 马 丹¹ 陈 廷¹

脑卒中是中老年人的常见病、多发病,在我国发病率219/10万,患病率719/10万,死亡率116/10万,复发率40%,致残率80%^[1]。对这一群体进行及时、规范、系统的康复治疗将最大限度改善患者残疾程度,提高生存质量,减轻家庭和社会的经济负担。由于我国专业康复机构资源有限,绝大多数脑卒中患者的康复工作是在社区和家庭中开展的,现阶段我国社区康复治疗方面存在众多问题^[2]。近3年来,我卫生服务中心根据本辖区的具体情况,对脑卒中患者的社区康复治疗进行疗效观察,探讨适合于脑卒中偏瘫患者最有效、经济、可行的社区康复服务模式,报道如下。

1 本社区脑卒中患者发病情况调查

上海市杨浦区殷行社区位于上海市东北角,辖区面积7.89平方公里,常住人口15万,外来人口4.5万,总户数57984。自2001年成为标准化社区卫生服务中心后,中心主要的功能与特色是开展全面而系统的社区卫生服务,为社区人群提供连续、及时、便捷的最基本医疗保健服务,现有门诊部1个、社区卫生服务站(点)11个,全科服务团队9个。

为了解社区内脑卒中人群的患病情况、生存质量及康复需求,以便进行脑卒中患者的康复管理,提供有针对性、个性化的康复服务,殷行社区卫生服务中心联合殷行街道在2005年底—2006年初对辖区内48个居委5万户家庭落户摸底,调查人数为100626人,调查内容包括姓名、性别、年龄、脑卒中次数、脑卒中前的疾病、脑卒中后的是否存在并发症以及康复治疗等情况。结果显示有1969人患病,患病率为1.96%;伴有功能障碍1687人,其中伴言语障碍970人,占57.5%,伴肢体功能障碍1311人,占77.8%,曾接受社区康复治疗48人,占2.4%。采用改良Barthel指数评定量表,患病后生活基本自理239人,占12.1%;生活需要帮助889人,占45.1%;生活完全依赖841人,占42.7%^[3]。

2005年始上海市卫生系统开展心、脑血管报病随访管理,即对新发的心、脑血管疾病患者的信息在急性期住院治疗后通过报病卡形式转回居住社区,由社区医生进行追踪随访,以促进其康复,减少残疾,预防复发^[4]。近三年,这项工作得到了逐步完善、成熟,并纳入计算机系统管理。2007年1—

12月本辖区共收到脑卒中报病卡758张,其中有并发症319人,死亡101人,纳入团队二级随访管理118人,康复干预建档124人。2008年1—12月共收到脑卒中报病卡717张,其中有并发症276人,死亡58人,纳入团队二级随访管理116人,康复干预建档120人。

2 社区康复服务模式

2.1 社区康复专业科室建设

2.1.1 康复场地、设备:2006年初我中心在门诊部理疗室的基础上扩充70m²建立体疗室,添置PT训练床、电动起立床、姿势矫正镜、平衡杠、阶梯、哑铃、四轮助行器、系列砂袋(绑式)、下肢功率自行车、股四头肌训练椅、前臂旋转训练器、滑轮吊环训练器、可调式砂磨板及附件、作业训练组合等设备。

2.1.2 专业人员配备及培养:2006—2008年,逐步完成康复专业人才梯队建设,现有康复主治医师1名(本科),康复住院医师1名,康复治疗师3名(本科2名,专科1名),康复治疗士1名(专升本在读)。中心通过“请进来,送出去”的方式培养人才。一方面聘请三级医院康复科专业人员定期来院进行康复知识、技术培训,实践操作指导,对遇到的疑难病例进行会诊、分析、小组讨论。同时不断将相关医务人员派出参加区级、市级、国家级康复专业培训班学习。

2.2 康复服务形式

遵循“以人为本”的理念,根据患者的不同功能情况,为辖区内脑卒中患者提供“中心病房、门诊站点、家庭上门”三站式康复服务:即对有住院需求的患者,收治病房内进行康复治疗和功能训练;可以自行或由他人陪同来院的患者在门诊或社区服务站点进行康复治疗;对行动不便患者提供上门康复服务。

2.3 康复服务对象的选择

上海市杨浦区疾病预防控制中心通过区心脑血管疾病监测报病网络,收集汇总全区新发脑卒中患者资料,按照社区分类后,下发各社区卫生服务中心。我中心心脑血管条线负责人接到新卡经整理后,分发给所属团队,由团队的全科医师上门访视,了解脑卒中患者的并发症及康复需求情况,进行康复知识和理念的宣教。如果患者有接受康复治疗的意思

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.04.018

1 上海市殷行社区卫生服务中心,上海市包头路959号,200438

作者简介:李蓉,女,副主任医师;收稿日期:2009-05-22

愿,则访视医生将患者信息及时反馈给康复科医生,由康复专业人员进行功能评定,评定内容包括运动功能评定、日常生活活动能力评定、认知功能评定等,根据评定结果,确定康复服务的内容、时间和形式,拟定个性化康复服务及训练计划书,经康复对象认可,签订意向书,建立康复服务档案,纳入康复管理。另一方面,我中心与邻近二、三级医院合作,从2007年6月开展双向转诊服务,将在专科医院经常规治疗后病情稳定的早期脑卒中患者,直接转入我中心病房进行康复治疗,纳入管理。

2.4 脑卒中社区全程康复服务的具体内容

2.4.1 脑卒中恢复早期:脑卒中患者在发病后1—3个月内,由康复治疗师根据患者的功能评价,综合运用Bobath、Brunnstrom、PNF技术,以及运动再学习法等神经易化技术,进行一对一的规范康复训练^[5-7],每次45min,每周不少于5次。同时教会家属或陪护正确的辅助训练的方法。这一阶段康复服务多在中心病房和门诊完成。

2.4.2 脑卒中恢复中后期:康复训练逐步过渡到患者主动锻炼、家属或陪护辅助督促,治疗师定期门诊或上门进行功能评定及康复指导。这一阶段康复服务多在服务站点或患者家中进行。康复指导频率为1次/1—2周。

2.4.3 脑卒中后遗症期:对卒中发病1年以上的患者,通过居民健康档案的动态更新,长期追踪随访,鼓励其坚持自我康复锻炼。对确实已不能进一步改善运动功能的患者,指导其代偿或补偿方法,如利用健侧完成日常生活活动的技巧训练。建议部分患者申请残疾证,给予后续辅助用具配发等服务,以提高生活自理能力。

2.5 脑卒中患者的宣教服务

2.5.1 控制脑卒中诱发因素:合并有高血压患者,纳入高血压分级管理,开具健康处方,规范药物治疗,根据血压控制情况决定监测频率。合并糖尿病患者,纳入糖尿病随访管理,了解精神、饮食状况,定期检测血糖、称体重、量腰围臀围等。

2.5.2 组建脑卒中俱乐部:每2个月举办1次活动,每次活动时间控制在1小时左右,多选择在环境舒适、温馨、空间足够的医院多功能活动室进行,由医师、治疗师、患者及家属共同参与,大家围坐在一起,进行面对面交流,播放舒缓的背景音乐,将康复知识、康复理念的宣传融入到互动游戏中。

2.6 脑卒中全程康复服务的信息化管理

中心为辖区内居民建立电子健康档案,研发了心脑血管病管理软件、康复管理软件和全科医生工作站。卫生服务与信息化技术的有机结合,使门诊医生、团队医生、康复医生、治疗师通过各自的信息平台,对每一位脑卒中患者的基本信息和康复资料进行规范管理。

3 讨论

上述脑卒中社区全程康复服务模式中,康复专业人才梯

队建设和培养,为夯实社区脑卒中康复服务,保证康复服务质量,奠定了良好的人员基础。“中心病房、门诊站点、家庭上门”三站式康复服务形式,满足了脑卒中患者不同恢复时期的需求,最大程度促进患者康复。区域内脑卒中报病卡随访管理让康复服务覆盖整个社区人群。社区卫生服务中心与二、三级医院双向转诊服务,使患者的急性期专科治疗与社区康复无缝衔接。规范的康复训练全程服务于恢复早期、恢复中晚期及后遗症期患者且各有侧重。居民健康档案的动态更新,长期追踪随访患者。高血压、糖尿病等慢性病管理体系将有效地控制脑卒中危险因素,降低复发率。脑卒中俱乐部让患者认识疾病,提高自我康复意识,树立战胜疾病的信心并主动参与康复训练,让家属懂得如何给予患者支持、督促、帮助。信息化管理为全程、动态服务提供了良好的技术支持,同时提高了工作效率,缓解了人力资源缺少带来的压力。这种脑卒中偏瘫患者社区康复服务模式,可以为广大脑卒中患者提供了就地、就近、便利的全面康复服务,适合社区应用。

有别于传统的医学康复,社区康复更强调多学科的专业和非专业团队合作,灵活运用团队中不同成员的专长来满足不同服务对象的需要。我中心通过社区全科医疗团队的日常工作,将康复知识和理念带进社区,全科医生在医疗干预的同时加强宣教,纠正患者不良生活、饮食习惯,注意脑卒中危险因素的控制,减少脑卒中的复发率。康复治疗师对脑卒中后1—3个月早期患者,利用专业技术实施个性化、一对一的规范康复训练,抓住了康复最佳时机,提高康复治疗的效果,保证了社区康复的质量。另一方面,通过培训全科医师、患者家属、社区志愿者等非专业团队成员,带动社区康复的整体水平。在社区资源方面,由社区内主管卫生的居委会干部、楼组长、辖区退休医生、社区志愿者组成的社区脑卒中干预小组,负责协调联络和组织脑卒中防治讲座,目的在于加强康复知识宣教,不断提高康复知晓率,从深度、广度上更新、改变社区人群的康复理念。

研究表明,规范的社区康复治疗对脑卒中患者的运动功能和日常生活能力具有明显的促进作用,可以提高社区中脑卒中患者的生存质量^[8-10]。社区康复模式是在传统专业医学康复模式基础上做出的拓展,是一种能有效满足患者康复需求的人性化、社会化模式。一方面,要开展患者迫切需要又有可能做到的康复项目,促进患者个体功能的最大限度的恢复;另一方面,更需要站在宏观视角来建立一种有效、可行的管理模式,服务于整个社区人群。脑卒中的社区康复是一项多系统、多部门参与的长期工程,需要从适宜技术、卫生经济投入等方面进一步深入探讨。随着医疗制度改革,相信通过政府部门、各级医院的医务人员、基层康复工作者和志愿者的共同努力,脑卒中的社区康复工作将不断发展和完善,让“人人享有康复”的目标成为现实。

(下转366页)