

能缺陷以及对社会的影响方面无明显差别,而社区康复更经济<sup>[10]</sup>。因此,加强社区医疗机构建设,正确引导更多慢性精神分裂症患者接受更经济的社区服务,可能成为减少精神残疾人的重要手段之一;精神残疾人的康复内容,以医疗服务为主(84.02%),康复训练与服务为辅(39.42%)。而加大精神分裂症患者的心理社会康复<sup>[11]</sup>、社会技能训练<sup>[12]</sup>、综合康复治疗<sup>[13]</sup>能提高患者对治疗的依从性,缓解精神症状,促进情感交流,减少社会功能缺失,提高生活能力与社会功能,从而提高精神分裂症患者的疗效。因此,加强康复训练可能成为减少精神残疾的另一重要手段。

本调查显示:精神残疾人曾接受服务或扶助,主要是医疗服务与救助(54.36%)、贫困残疾人救助与扶持(28.42%)、康复训练与服务(7.47%);精神残疾人的主要需求也是医疗服务与救助(95.85%)、贫困残疾人救助与扶持(93.36%)、康复训练与服务(35.06%)。但精神残疾人曾接受的服务远不能满足其需求,约1/3的精神残疾人未曾接受任何服务或扶助,对康复训练与服务、生活服务、就业安置或扶持的需求大量增加;精神残疾人的主要需求与曾接受的服务或扶助有很大的差距,这需要社会、特别是政府更加关注精神残疾人的需求,加大在精神残疾人救助中的力度。

#### 参考文献

- [1] 第二次全国残疾人抽样调查办公室. 第二次全国残疾人抽样调查主要数据手册[M].第1版.北京:华夏出版社,2007.124—126.
- [2] 第二次全国残疾人抽样调查办公室. 第二次全国残疾人抽样调查主要数据手册[M].第1版.北京:华夏出版社,2007.2.
- [3] 刘民,栾承,沈励.2006年北京市残疾人抽样调查流行病学特征分析[J].中国康复医学杂志,2009,24(6):550—552.
- [4] 第二次全国残疾人抽样调查办公室. 第二次全国残疾人抽样调查主要数据手册[M].第1版.北京:华夏出版社,2007.16.
- [5] 刘民,栾承,沈励.2006年北京市残疾人抽样调查流行病学特征分析[J].中国康复医学杂志,2009,24(6):550—552.
- [6] 吴树跃,刘长琳,蔡琳,等.精神分裂症男女患者的发病年龄研究[J].临床精神医学杂志,2001,11(6):359.
- [7] 韩国玲,杜欣柏,魏洪,等.青海省精神残疾康复工作现状调查及对策[J].中国康复,2009,24(1):62—64.
- [8] 李春林,赵志清,周保.宁夏精神残疾流行病学现状调查结果分析[J].宁夏医学杂志,2008,30(11):1041—1042.
- [9] 高力军,吴群红,宁宁,等.黑龙江省居民精神残疾流行现状及致残因素分析[J].医学与社会,2008,21(9):4—6.
- [10] 陈贻华,林振东,欧阳晓青,等.精神分裂症患者长期住院与社区康复治疗对照研究[J].中国康复医学杂志,2009,24(3):263—264.
- [11] 沈峰,杨彦春,邓红,等.精神分裂症心理社会康复的进展[J].中国康复医学杂志,2007,22(2):185—187.
- [12] 徐文炜,袁国桢,张紫娟,等.慢性精神分裂症社区技能训练的研究[J].中国康复医学杂志,2008,23(3):241—244.
- [13] 魏庆莲,张英辉,王秀珍,等.综合康复措施对精神分裂症患者疗效的对照研究[J].中国康复医学杂志,2007,22(9):841.

#### ·调查研究·

## 石家庄市纳入社区慢性病管理的脑卒中患者功能障碍调查

白国芳<sup>1</sup> 何凤英<sup>1</sup> 魏静丽<sup>2</sup> 王莉珉<sup>3</sup> 张翠兰<sup>4</sup> 李向丽<sup>5</sup>

我国康复医学起步晚,目前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<sup>[1-2]</sup>,需要积极探讨在社区康复层面如何为此类患者提供有效的康复治疗。随着我国社区卫生服务体系的不断完善,社区康复已经成为其中的主要管理内容之一。石家庄市社区卫生服务机构建立了完善的慢性病管理档案,记录了脑卒中患者的一般健康资料,但对患者的功能障碍状况没有记录。为探索脑卒中后遗症期患者的有效社区康复工作模式和实用技术,本课题组于2008年10月—12月对当前石家庄市城区社区脑卒中患者的功能障碍状况进

行了调查和分析,结果报告如下:

### 1 资料与方法

#### 1.1 资料收集

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

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.09.018

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

**1.2.1 脑卒中患者一般情况调查:**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严格的培训,规范调查用语、调查方法及调查表填写。调查表采用自己设计的《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 功能障碍状况及生活自理能力评定:**由课题组康复专科医师及康复治疗师对所调查的患者进行各种功能障碍评定及生活自理能力评定。能够转移的患者到社区卫生服务中心接受康复评定,不能转移的重症患者由责任医师入户评定。评定量表采用:Brunnstrom 偏瘫运动功能分期,长谷川痴呆量表、失语症评定、饮水实验,卒中后抑郁多模式诊断标准,关节活动度评定;日常生活活动能力评定(改良 Barthel 指数)。

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的诊断标准<sup>[3]</sup>,有颅脑 CT 或 MRI 确诊出血性或缺血性脑卒中资料。其中,男性 223 人(64.45%),女性 123 人(35.55%);年龄≤40 岁 5 人(1.45%),40—49 岁 33 人(9.54%),50—59 岁 99 人(28.61%),60—70 岁 135 人(39.01%),≥70 岁 74 人(21.39%);缺血性脑血管病 203 人(58.67%),出血性脑血管病 143 人(41.33%);病程≤1 年 20 人(5.78%),1—5 年 179 人(51.73%),5—10 年 94 人(27.17%),病程≥10 年 53 人(15.32%);合并高血压 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%),1 年内卒中再发 20 人(5.78%),3 年内卒中再发 51 人(14.74%),3 年后卒中再发 35 人(10.12%),多次再发 8 人(2.31%)。曾经接受过机构康复治疗 32 人(9.25%)。

2.2 功能障碍状况

346 例脑卒中患者功能障碍类型分析见表 1;患者肢体瘫痪情况见表 2;偏瘫患者运动功能 Brunnstrom 分期见表 3;患者瘫痪肢体继发性改变情况见表 4。

2.3 生活自理能力情况

346 例脑卒中患者生活自理能力评估采用改良 Barthel 指数,详见表 5。

3 讨论

我国脑卒中发病率、患病率分别为 219/10 万和 719/10 万,致死率和复发率分别为 80%和 40%<sup>[4]</sup>,是我国第一致残性

表 1 脑卒中患者功能障碍类型情况

| 功能障碍类型 | 患者总例数(n=346) |       |
|--------|--------------|-------|
|        | 例数           | %     |
| 肢体瘫痪   | 293          | 84.68 |
| 痴呆     | 148          | 42.77 |
| 失语症    | 79           | 22.83 |
| 卒中后抑郁  | 75           | 21.68 |
| 吞咽障碍   | 45           | 13.01 |

表 2 患者肢体瘫痪情况

| 肢体瘫痪情况 | 例数  | %     |
|--------|-----|-------|
| 单侧肢体瘫痪 | 236 | 80.55 |
| 双侧肢体瘫痪 | 57  | 19.45 |
| 合计     | 293 | 100   |

表 3 患者偏瘫运动功能分级

| Brunnstrom 分期 | 例数  | %     |
|---------------|-----|-------|
| ≤3 期          | 105 | 44.49 |
| ≥4 期          | 131 | 55.51 |
| 合计            | 236 | 100   |

表 4 患者瘫痪肢体并发症情况

| 瘫痪肢体并发症 | 患者总例数(n=293) |       |
|---------|--------------|-------|
|         | 例数           | %     |
| 关节挛缩    | 261          | 89.08 |
| 肢体疼痛    | 66           | 22.53 |
| 膝关节反张畸形 | 105          | 35.84 |

表 5 脑卒中患者生活自理能力情况

| 生活自理能力级别                          | 例数  | %     |
|-----------------------------------|-----|-------|
| 基本生活自理<br>(改良 Barthel 指数≥75 分)    | 89  | 25.72 |
| 部分生活自理<br>(改良 Barthel 指数 45—75 分) | 199 | 57.52 |
| 基本生活不能自理<br>(改良 Barthel 指数≤45 分)  | 58  | 16.76 |
| 合计                                | 346 | 100   |

疾病,且发病率有逐年上升、发病年龄逐渐年轻化趋势。因此,积极进行脑卒中患者社区康复研究对探讨适合本地区的社区康复工作模式具有重要的指导意义。

本组调查资料取自己已经纳入社区慢性病管理的脑卒中患者,部分曾经有过卒中病史而未遗留功能障碍的患者未能纳入管理范围。因此,该组资料反映了当前纳入社区慢性病管理脑卒中患者的功能障碍状况,对进一步研究社区后遗症期脑卒中患者的康复治疗技术具有参考价值。

脑卒中早期康复研究已经证明对患者运动功能和日常生活活动能力恢复有良好效果<sup>[5-6]</sup>。而社区康复既减少了脑卒中患者住院费用又不对患者的结局产生消极影响,受到了康复学者的肯定<sup>[7-8]</sup>。由于我国康复医学起步晚,目前脑卒中后遗症期患者绝大部分未曾接受早期康复,这些患者在客观上仍有康复价值,需要进行积极地康复治疗。本组调查资料显示出如下特点:

**3.1 老年患者占多数,合并基础病较多,需要多方面进行二**

### 级预防管理

该组调查资料显示 60 岁以上患者超过半数,合并高血压比率最高,其次为冠心病和糖尿病等基础病。脑卒中二级预防管理的重点之一是积极治疗、有效控制这些基础病。石家庄市社区慢性病管理采取责任医师工作模式。并且制定了高血压、糖尿病规范用药、定期检查管理方案及监督机制,因此,合并高血压、糖尿病的脑卒中患者在社区就能够得到良好的二级预防管理。而合并冠心病慢性心功能不全的脑卒中患者则二级预防管理难度大,他们需要在心脏康复计划科学实施的基础上合理用药,对专业技术要求高,社区责任医师难以胜任管理工作,需要专科医师的指导。另外,在社区康复管理中,要充分考虑患者年龄特点,制定循序渐进、科学合理且符合老年患者心理需求的康复计划,以达到改善患者生存质量,延缓、减轻各种并发症的康复目标。

### 3.2 患者功能障碍程度重、障碍类型复杂、并发症多,对康复技术水平要求高

患者功能障碍类型调查显示,84.68%患者有不同程度运动功能障碍,其中 Brunnstrom 偏瘫运动功能分期在 3 期以下水平及四肢瘫痪的患者比例超过半数。说明患者遗留运动功能障碍最常见,多数患者运动功能障碍程度重。这部分患者运动功能改善的可能性不大,康复护理的重点是防治并发症,减轻护理难度。而 Brunnstrom 偏瘫运动功能分期在 4 期以上的患者多表现出分离运动不充分的异常运动模式。这部分患者由于多数未曾接受过正规的康复治疗,运动能力仍有提高的潜力,具有康复价值。

调查还显示大多数运动功能障碍患者合并不同部位关节挛缩,以上肢肩关节、腕关节,下肢踝关节和髋关节最为常见,部分患者合并肢体疼痛,由而加重了肢体运动功能障碍程度。这些问题显然与患者早期未接受规范的康复治疗有关。部分关节软组织挛缩及肢体疼痛仍有可能通过积极地综合康复治疗得到有效改善,从而改善患者运动功能,因此,这部分患者也有康复价值。提示社区后遗症期脑卒中患者运动功能康复是重点研究内容。被调查患者中 42.77%合并不同程度的痴呆,22.83%合并失语症,21.68%合并卒中后抑郁,13.01%患者合并吞咽障碍。这些患者都需要接受相关专业的康复治疗,康复治疗技术要求高,而当前社区康复技术水平难以满足患者需求。

### 3.3 患者生活自理能力差,护理需求多

该组资料调查显示半数以上患者为部分生活自理,导致这部分患者生活自理能力差的原因主要是肢体运动功能障碍程度较重,他人心理依赖强、部分合并痴呆。这部分患者的康复护理重点应当是在积极治疗各种并发症、提高患者运动能力的基础上引导和鼓励患者生活自理,逐渐消除他人心理

依赖,主动参与部分家庭事务,最终达到改善患者生存质量、提高生活自理能力的康复目标。16.76%的患者生活基本不能自理,与年龄和重度多重障碍有关。这部分患者的康复护理重点是减轻护理难度,积极防治各种并发症。

### 3.4 探讨机构与社区紧密衔接的社区康复协作网工作模式的必要性

世界卫生组织提出,社区康复是解决广大残疾人康复的根本途径,70%的残疾人可以在社区得到康复,只有 10%的疑难问题才需要到康复机构去解决<sup>[9]</sup>。本调查结果显示患者残疾障碍程度重,且合并多种类型并发症,对康复治疗技术要求高。在当前我国社区康复技术尚未普及和成熟的时期,面对患者多重障碍,有必要探索依托机构康复的技术力量、借助社区的服务平台构建社区康复协作网络的工作模式,使得多重障碍患者及时得到机构康复短期强化治疗,达到目标后转回社区继续接受由机构康复技术向社区延伸的专业康复服务,从而保障患者的康复效果,同时又可以减少康复费用。脑卒中康复是一个全面、长期的系统工程,不仅需要在大医院或科研机构进行深入、系统的研究,而且要做好“三级网”的建设工作<sup>[10]</sup>。网络的建设则需要政府部门、各级医院、基层康复工作者和志愿者共同探讨才能使脑卒中社区康复不断发展和完善。

### 参考文献

- [1] 张晓群. 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).
- [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: 379—380.
- [4] 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.
- [5] 郭瑞友, 马晓维, 毛德军. 早期康复对脑卒中患者日常功能和生存质量的长期影响 [J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(3): 264—266.
- [6] 潘大津, 杨苏骏, 朱满莲, 等. 早期康复对急性脑卒中患者预后的研究[J]. 中国康复医学杂志, 2006, 21(1): 79.
- [7] Donnelly M, Power M, Russell M, et al. Randomized controlled trial of an early discharge rehabilitation service: the Belfast Community Stroke Trial[J]. Stroke, 2004, 35: 127—133.
- [8] Hackett ML, Vandal AC, Anderson CS, et al. Long-term outcome in stroke patients and caregivers following accelerated hospital discharge and home-based rehabilitation [J]. Stroke, 2002, 33(2): 643—645.
- [9] 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.
- [10] 王茂斌. 发展神经康复学, 推动临床康复医学大踏步前进[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(6): 482.