

社区医疗康复的四种模式

敬沛嘉¹ 何成奇^{1,2} 杨霖¹

社区康复(community-based rehabilitation, CBR),是启用和开发社区的资源,将残疾人及其家庭和社区视为一个整体,对残疾的康复和预防所采取的一切措施^[1]。社区康复的实施,要依靠残疾人自己及其家属,以及所在社区的相应得卫生部门、教育部门、劳动部门和社会服务部门等的共同努力。

1 目前国内存在社区康复的四种模式

1.1 社会医疗合作型 CBR

社会医疗合作型 CBR 由政府社会部门(卫生、残联、福利、社保等部门)领导,康复医学类专家及护理人员,全科康复医师,康复治疗师团队技术支持。合作型 CBR 模式,以下简称社医合作型 CBR。2001 年 3 月 15 日国家发布《中华人民共和国国民经济和社会发展第十个五年计划纲要》提出:加强残疾人事业,帮助残疾人康复、就学和就业,创造残疾人平等参与社会生活的条件。“十五”期间我国残疾事业发展的主要目标之一职业指导和培训,就业率达到 85% 左右;文化生活更加丰富,社会生活参与面扩大;社会福利有所提高,保障措施进一步完善^[2]。为提高残障人员社会参与能力必然通过康复治疗这一渠道获得指导和帮助。政府在相关方面提供最大程度的支持和服务。

社会医疗合作型 CBR 优势:①社会医疗合作型 CBR 得到国家卫生及残疾人公共福利事业方面的大力扶持,社会公众服务业增强为残疾人服务的意识,拓展服务领域,增加扶持措施,提高服务水平;增强基层为残疾人服务的实力,市、县普遍建立残疾人综合服务设施。将残疾事业纳入国民经济和社会发展大局,国家对残疾事业发展给予支持,经费列入各级财政预算,不断加大投入,加快发展,为社会发展和稳定服务,政府宣传力度及影响力必然影响残疾人康复意识,提高残疾人康复意识积极性,使其认识并认真地参与到社区康复中来。②技术支持:专家团队技术先进,在政府部门领导下,积极致力于社区康复结构的完善及社区专业康复人员的培养。③资金支持:基础设施,无偿划拨土地,如目前四川省八一康复中心的成立。④组织支持:社区网络建设,

组织保障社区康复顺利进行,如 5.12 汶川特大地震后,四川大学华西医院康复医学中心在各地震灾区建立的康复医疗网络站,均取得较好的后续康复医疗成果。

发展社会医疗合作型 CBR 目前存在的问题:①政府卫生支出经费相对不足,中国残疾人总数基数大,人均值较低。②专家及康复团队缺乏,由于我国康复医学事业发展相对迟缓,全国康复治疗师缺口为 30 余万人,专家及康复团队大多集中在各自治区及直辖市的一级城市,地域偏大,专家及康复团队不足。③相对偏远落后地区及部分农村覆盖率低,因部分地区基础医疗措施较差,在康复领域投入精力较少,因其康复意识形态程度不够,导致政策不能完全执行。

1.2 社区康复治疗附属某区域性大型医院模式

简称医院附属型 CBR,医院附属型 CBR 由区域性大型综合医院直属或附属,并由该综合医院提供技术支持及人才培养,以社会招聘形式完成对基层社区康复人员的扩充,通过该医院康复团队提供技术人员轮转安排,实现技术交流及相关人员得到继续教育的机会。通过建立完善的双向转诊体系、全科医疗诊所、社区卫生服务中心,医院等机构之间有着密切联系,根据不同情况可以相互转诊,不同健康状况的人比较经济地获得康复医疗服务^[3]。

医院附属型 CBR 优势:①医院直属领导社区,提供丰富的医院资源基础,对有需求康复患者提供专业指导方向,经济实惠地得到最方便的康复服务。②医院康复中心提供康复技术及治疗师团队指导,技术优势明显,通过轮转工作方式加强了技术交流。③医院病员延伸治疗得以指导性满足,全方位完成预防、临床、康复、保健四大医学体系。

发展医院附属型 CBR 目前存在的问题:①医院康复医师及治疗师延伸医疗服务的可行性不高,因机构交叉原因,导致机构混乱,财务不清,工作人员所属机构不明等各种人事及制度问题。②双向就诊体制及患者病历信息交流不完善,效率较低,需康复人群转介机制不明确。③社区康复与大型综合医院康复医疗水平差距较大,获患者信任度有待调查和分析。

1.3 社区康复与社区卫生站合作捆绑模式

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.09.016

1 四川大学华西医院康复医学科、四川地震灾区社区康复资源中心,康复医学四川省重点实验室,成都市电信南路 37 号,610041;

2 通讯作者

作者简介:敬沛嘉,男,治疗师;收稿日期:2012-03-29

该型CBR是中国目前社区康复的主要基本形式,社区卫生服务中心在服务站设置康复室,并配备有基础的康复训练器材和评估设施,定期对社区所辖范围内残疾人进行康复治疗和功能评定,同时开设家庭康复病床,定期派康复工作者到残疾人家中进行康复治疗,各区县所在康复中心应有康复医生定期到周围的社区卫生服务中心进行技术指导和康复知识讲座,有针对性地举办一些社区康复技术培训班,或通过互联网远程教育使之经常化。

社区康复与社区卫生站统一模式优势:①这是目前康复医学与社区结合主要存在形式,具有广泛的区域机构基础。②社区卫生服务中心作为国家基础医疗卫生部门,其覆盖范围广,城镇分布相对较平衡。③成熟的社区卫生站管理机构,基础类临床设施及人员配备较齐全。④建设成本低,在社区卫生服务中心成熟的基础上加进或扩大康复医疗设施,丰富医疗范围,管理灵活,人事编制问题较容易得到解决。⑤需要康复人群就医方便,治疗成本得以控制,社会资源得以节约。⑥基层宣传康复意识,提高人民康复意识,生存质量得以提高。

发展社区康复与社区卫生站合作捆绑模式目前存在的问题:①目前社区康复服务内容较单一大多只涉及中医理疗按摩类,西医康复理念尚未普及,有理疗或简单的物理器械康复的缺陷。②专业康复治疗师绝对不足,由于我国康复专业人员教育相对滞后,我国目前康复治疗师严重不足,缺口尚大。③康复专业设施相对不齐全,技术力量薄弱。④因人才缺陷引起社区收入相对人才吸引力相对不足。⑤与大型医院合作有限,转介体制不完善。

1.4 社会力量单独办立社区康复或者康复医院

简称个体CBR,个体CBR以其独特的私人经营模式,以服务康复人群为目的,合理获得利益,如今中国即将步入老龄化社会,康复医疗服务需求量大,增加了个体兴办医院、社区康复及康复医院的可能性,自2008年7月1日起国家《残疾人保障法》明文规定“地方各级人民政府和有关部门,应当组织和指导城乡社区服务组织、医疗预防保健机构、残疾人组织、残疾人家庭和其他社会力量,开展社区康复工作”^[4]。个体CBR有国家法规支持且运转灵活,宣传影响力较大,其存在亦会反映社会健康意识的提高和国民生存质量的提高。

个体CBR优势:①经费充足可保证技术人员配备先进及康复器材先进并满足治疗所用,通过社会引资,配备先进器材和高级专业人才的可能性提高,提供专业的服务。②体制灵活,人员精简,效率高。③服务内容丰富,利于延伸至家庭康复方向;④可借鉴目前私人医院模式运作,有模板作为建设方向。

发展个体CBR模式目前存在的问题:①目前国家医保涵盖范围尚未涉及康复器械类治疗,导致部分医保人群治疗受

限;②因其利润收入及社区运作稳定性影响社区存在的长期性,导致康复需要人群流失或者犹豫。③盈利模式与社区福利性质有所矛盾,是否获得社会相关部门认同、许可及最大的支持。

2 目前社区康复存在的问题

①我国残疾人数多,康复需求大,康复机构不能满足需要,在农村及边远地区,残疾人没有经济实力到城市的康复机构进行康复治疗。②目前人们尚不了解社区康复可以给残疾人及社区卫生提供帮助。③我国卫生医疗体系如综合型医院与社区卫生中心信息交流较少,患者个人病历信息不公开,影响到社区康复工作的开展。④专业康复治疗师的人才缺口较大。⑤医疗保险范围尚未覆盖到康复治疗方面,患者个人承担治疗费用较大,影响到康复需求者的求医热情。

3 研究社区康复形成模式的意义

据上目前我国存在的部分社区康复问题,中国康复研究中心康复信息研究所研究人员认为:“开展社会倡导活动;促进与残疾有关的数据和信息的收集、分析和发布;推进社区康复;加强对卫生和康复服务政策制定者和服务提供者的能力建设;促进制定有关残疾与康复的地方性、国家性和国际性公共卫生政策等”^[5]。国家已经就具体医疗卫生系统改革做出了很大努力和改进,如成都市将2005—2020年规划和辐射人口要求将五城区二级以下医院逐步转型为社区卫生服务机构,全面铺开城乡三级防控网,实行医保引导制度,建立双向转诊机制,实现“小病在社区,大病在医院,康复回社区”的目标;乡镇卫生院实现标准化建设,规范化服务,提供医疗、保健、预防、康复、健康教育、计划生育“六位一体”的基本医疗服务和基本卫生公共服务^[6-7]。

在社会卫生医疗基础建设的过程中,开展任何一项工作都必须有一个可做参考的模式或样板,起模仿作用或起原型启发作用,否则就会事倍功半,在试点实践的基础上,建立完善、科学、系统,可推广的基本模式之后,才能在国家政策的引导下广泛深入开展社区康复服务^[8]。通过对几种模式试验式提出,通过讨论对比,引导思维的创新和发散,避免走弯路,减少资源浪费,减低工作难度,完善国家医疗体系建设,为需要康复人群提供最优质的服务,提高人民生存质量意义匪浅。

总之,不管社区康复以何种形式存在,其存在的意义皆为提高人民生存质量,在不同类型疾病及不同程度病员在综合医院指导转介下,选择最适合自己的康复治疗选择。

参考文献

- [1] 汤小泉, 高文铸.社区康复[M].北京: 华夏出版社, 2002.24.
- [2] 国务院残疾人工作协调委员会.《中国残疾人事业“十五”计划纲

- 要(2001—2005年)》第6版.2001.
- [3] 林桦. 澳大利亚社区康复对我国的启示[J]. 中国康复理论与实践, 2006,12(12):1110—1112.
- [4] 《中华人民共和国残疾人保障法》第二章二十七条,2008,7.
- [5] 邱卓英,李建军.国际社会有关残疾与康复的理念和发展战略的启示[J].中国康复理论与实践,2007,13(2):111—113.
- [6] 成都市卫生局.成都市统筹城乡综合配套改革卫生专项工作方案.2007.
- [7] 中华人民共和国卫生部信息中心.中国卫生统计年鉴.2003—2007.
- [8] 吴春容.社区康模式研究及其意义[J].中国康复理论与实践, 2001, 7(1): 1033—1041.
- [9] 喻佳洁,李幼平,王莉,等.成都市乡镇和社区卫生服务机构基本医疗卫生服务状况调查[J].中国循证医学杂志,2008,8(4):226—232.
- [10] 栾承,刘民.我国肢体残疾预防的探讨[J].中国康复医学杂志, 2008,23(4):369—371.
- [11] 陈琪,励建安,周士枋.对残疾人康复需求的调查分析[J].中国康复医学杂志,1993,8(5):218—219.
- [12] 王瑞华,赫林,巫妙春,等.肢体残疾的社区康复[J].中国康复理论与实践,2002,8 (10): 613—614.
- [13] Spivock M,Gauvin L,Brodeur JM.Neighborhood-level active living buoys for individuals with physical disabilities [J]. Am J Prev Med, 2007, 32(3): 224—230.
- [14] Brekke JS, Long JD. Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional,clinical,and subjective experience variables in schizophrenia[J]. Schizophrenia Bulletin, 2000, 26(3): 667—680.
- [15] Barnes MP, Radermacher H. Neurological rehabilitation in the community [J]. J Rehabil Med ,2001,33(10):244—248.
- [16] Heseltine D. Community outreach rehabilitation[J]. Age and Ageing, 2001, 30(3): 40—42.
- [17] J Powell, J Heslin, R Greenwood. Community based rehabilitation after severe traumatic brain injury: a randomised controlled trial [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry,2002, (72): 193—202.
- [18] Metzel DS, Boeltzig H, Butterworth J, et al. Achieving community membership through community rehabilitation provider services: are we there yet[J]? Intellectual and Developmental Disabilities, 2007, (45): 149—160.
- [19] Enderby P, Wade DT. Community rehabilitation in the United Kingdom [J].Clinical Rehabilitation, 2001, (15): 577—581.
- [20] Griffiths J, Austin L, Luker K. Interdisciplinary teamwork in the community rehabilitation of older adults: an example of flexible working in primary care [J]. Primary Health Care Research and Development, 2004, 10 (5): 228—239.

·短篇论著·

CT引导下连续硬膜外腔阻滞联合射频靶点热凝治疗颈椎间盘突出症疗效分析

何明伟¹ 付惊涛² 刘京杰¹ 杨立强¹ 王琦¹ 孙海燕¹ 武百山¹ 倪家骧^{1,3}

颈椎间盘突出症是椎间盘纤维环松弛或破裂,髓核组织从破裂处突出或脱出到椎管内,压迫脊髓或神经根引起的症状,多是由于反复劳损或者外伤所导致发病,是临床上较为常见的脊柱疾病之一。近年临床有很多微创的方法治疗颈椎间盘突出症,颈椎旁或硬膜外腔单次阻滞或椎间盘射频靶点热凝或射频热凝联合臭氧注射治疗都是常见的方法^[1-3],但是连续硬膜外腔持续阻滞给药,并联合射频靶点热凝治疗颈椎间盘突出症尚少见报道,本研究对连续硬膜外腔阻滞与射频靶点热凝相结合治疗颈椎间盘突出症进行了研究,现报告如下:

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2008年6月—2010年6月我们收治了102例颈椎间盘突出症患者,男性42例,女性60例;平均年龄(52.3 ± 7.1)岁;平均病程(5.45 ± 2.8)年。按随机数字法分成两组:A组51例,先行连续硬膜外腔阻滞3周,然后接受射频靶点热凝;B组51例,只接受射频靶点热凝。

入选标准:核磁共振(MRI)提示单节或多节椎间盘突出,MRI表现与临床症状,体征相吻合,病程持续6个月以上,经传统保守治疗无效,以神经根症状或交感神经症状为主的患者。排除标准:椎间隙前方有骨化、钙化或椎间隙极度狭窄者;合并椎管内肿瘤或颈椎失稳者,颈椎间盘开放术后患者;合并出血性疾病或心肺等重要脏器功能不全者;出凝血机制障碍者;有严重心理障碍等疾病。主诉症状:肩颈痛102例,伴上肢麻木73例,伴头晕39例,伴胸闷20例。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.09.017

1 首都医科大学宣武医院疼痛科,100053;2 山东安丘市立医院骨科;3 通讯作者
作者简介:何明伟,男,主治医师;收稿日期:2011-11-15