·综述·

国内膝关节骨性关节炎社区康复的研究现状*

黄露露¹ 苏友新^{2,3,4}

社区康复是1976年由世界卫生组织(World Health Organization, WHO)提出的一种经济有效,覆盖面广,在家庭和社区层次上为病、伤、残者提供康复服务的新途径^[1]。近年来我国社区康复治疗发展较快,全国各地都相继开展了社区康复的相关研究。据调查,国内社区中50—70岁的中老年人约有一半患有膝关节骨性关节炎(knee osteoarthritis, KOA)^[2-4],且具有随着年龄的增长而增高的发病趋势, KOA已日益成为严重威胁中老年人身心健康的疾患,故该病的社区康复相关研究越来越受到人们的重视。目前社区康复的相关研究多涉及卒中中,而对于KOA的社区康复研究还远远不足,为此本文就目前我国KOA社区康复的疗效评估、管理模式构建、团队建设和康复治疗方法、方案实施等内容进行系统梳理,为进一步规范KOA的社区康复及开展相关研究提供一定的参考。

1 社区康复的特点分析

WHO于1978年发表阿拉木图宣言中首次提出“社区康复”这一概念,并将社区康复作为社区发展的一种社区整体发展战略。我国从1986年开始正式发展社区康复,并在政府大力支持下取得了令人瞩目的成绩,正逐步实现由局部试点向全国推广,由城市向农村统筹发展的目标^[5]。由于社区医疗机构多处于居民住所的附近区域,患者每天可居住家中,使患者很好地融入家庭,享受家庭的温暖,减轻患者的心理落差感和自卑感。并通过参与社区组织的各种活动增进患者之间互知互谅、互相鼓励,增加自身的成就感和参与感,更有助于患者的身心康复,为患者很好地回归社会打下坚实的基础^[6]。这种康复医疗模式不仅节省了大量人力、物力和财力,还减轻了社会负担,具有良好的社会效益和经济效益。

2 社区康复的管理模式构建

KOA社区康复管理是指导和推进社区康复工作的关键,为此,各地都在就如何充分利用相关医疗机构资源,开展

解决KOA社区康复管理问题,进行各种有益尝试。

针对KOA患者多通过一些非正式信息来自行管理关节症状,不愿意或不及时去正规医疗机构就诊,导致关节疼痛及功能障碍加重的情况^[7],不少社区开始重视研究KOA患者对疾病的自我管理,并进行了各种改进尝试。解月娇^[8]初步探讨了KOA患者的分级管理、以家庭为单位的自我管理等健康管理模式,并提出KOA人群的建档工作是KOA社区康复管理的基础工程,健康教育是KOA社区康复管理实践的重要手段。李晖等^[9]介绍以家庭适宜技术为纽带,全科医师为核心的“全科医师—患者—家庭成员一体化”的KOA社区康复管理模式。曾宪明等^[10]针对KOA等慢性疼痛类疾病建立社区卫生服务与区域医院的医疗服务共同管理模式。国外成功经验表明,KOA自我管理是培养及维持健康行为、成功减少疼痛和门诊率、预防功能障碍、改善生存质量的有效措施^[11-12]。因此,在借鉴国外成功经验的基础上,汪凤兰等^[13]推行实施以学习KOA自我管理手册及相关课程为主的社区KOA自我管理项目模式,得出的效果与Coleman等^[14]以社区专业卫生人员实施的自我管理干预的效果一致。

目前KOA社区康复管理模式多以政府政策为引导,并依托残联和相关康复医疗机构建立康复指导中心,街道、乡镇等基层单位建立社区卫生服务站,从而提供一系列社区康复服务。近年来,随着信息技术的飞速发展,一些地方已实现社区康复管理信息化^[15]并逐渐成为一种趋势,这种信息化管理模式是以信息技术为基础,通过构建社区服务管理平台、康复诊疗平台、双向转诊平台等多个平台及数据库,规范社区康复医疗服务,提高社会资源利用率,充分调动患者及其家属配合治疗的积极性实现疗效最优化,最终促进社区包容性发展^[16]。信息技术介导下社区康复管理模式应用前景广阔,相信随着信息技术的高速发展,必将为社区康复的蓬勃发展带来新的契机。

3 社区康复的团队建设

社区康复团队在欧美等发达国家必须由经过资格认证

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2018.09.026

*基金项目:财政部公益性行业科研专项(201307004)

1 福建中医药大学康复医学院,福建福州,350122; 2 福建中医药大学中医学; 3 福建卫生职业技术学院; 4 通讯作者
作者简介:黄露露,女,硕士研究生; 收稿日期:2017-01-11

1122 www.rehabi.com.cn

的人员组成,主要包括康复医师、物理治疗师、作业治疗师、心理治疗师等,而在国内,社区康复团队多数尚未建立,仅形成了以针灸治疗师、推拿医师等成员构成中医康复模式。目前,社区康复医疗人力资源仍严重不足,且每年经康复医学教育培养、具备一定资质的专科医师及治疗师数量有限,按卫生部要求,我国二、三级医院共需要康复医师5.8万人,治疗师11.6万人,社区综合康复人员需要90.2万人,是现有康复人才的10倍以上,存在巨大的人才缺口^[17]。故绝大多数社区尚未形成社区康复治疗团队,不能开展系统性的康复治疗^[18]。

总体而言,尽管KOA社区康复发展迅速,但大多数KOA社区康复治疗点未经过正规培训,社区康复人员尚不能满足KOA社区康复治疗需求,以治疗团队模式化开展工作,仍有待落实。现已有地区尝试构建“五合一”的人才培养模式,即实现教学理实一体化、实训模拟临床化、技能操作模块化、毕业实习专科化、职业素质养成一贯化,成果显著^[19],值得在KOA社区康复人才队伍组建中借鉴推广,从而保证KOA社区康复工作的进一步推进。

4 社区康复的疗效评估

KOA社区康复的疗效评估往往因为社区条件因素而受到限制。研究者常根据患者关节疼痛、肿胀、功能、活动度、稳定性等症状、体征,采用《中药新药临床研究指导原则》^[20]中疗效判定方法或KOA相关评定量表进行康复疗效评定^[21-23]。张艳新等^[24]采用目前国际较为通用的Lequesne指数^[25]作为评价轻度KOA临床症状改善方面的标准。该量表主要包括膝关节休息痛、运动痛、压痛、肿胀、晨僵及行走能力等6项评价内容,得分越高症状越严重。也有学者^[26]在患者康复治疗3个月后,从其疼痛、行走功能、关节活动度、肌力、屈膝畸形、稳定性等6方面进行HSS(the hospital for special surgery knee score, HSS)评分,但目前HSS评分^[27]主要作为膝关节置换术效果的评价。更多学者将几种不同量表有机结合以更全面地反应实际康复效果,如汪凤兰^[13]采用WOMAC指数评价关节功能,并结合关节炎生存质量测量量表(AIMS2-SF)从躯体、症状、情感、社交和工作等方面评价患者生存质量。其中,WOMAC骨关节炎指数对疼痛、关节僵硬、日常活动、综合情况进行计分,评分越高表示KOA越严重^[28],AIMS2-SF是美国波士顿大学关节炎中心研制的关节炎生存质量测量量表(arthritis impact measurement scales 2, AIMS2)的简化量表,在OA患者应用可靠性已得到验证^[29-31]。

除了以上所提及的疗效评估方法,还有针对KOA疼痛的视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS),针对KOA病情的关节炎严重性指数(ISOA)^[32]及Lysholm and Gilquist的膝关节Lysholm评分标准^[33],针对全膝关节置换疗效评估的KSS(the knee society score, KSS)^[34]评分及2011年

美国膝关节协会推出的新膝关节评分系统new-KSS(2011, the new knee society scoring system, new-KSS)^[35],有研究表明中文版的new-KSS评分系统具有较好的重复性、反应性和效度,但其在国内的应用还未普及^[36]。

5 社区康复的治疗方法、方案实施

5.1 运动疗法

运动疗法是对患者肌力、关节进行活动训练,同时避免上下楼及登山活动,从而延缓关节面的过度磨损,是治疗KOA的有效手段,主要包括了有氧运动、水中运动、肌力训练等^[37-39]。Pelletier^[40]发现,肌力训练能够显著增加股四头肌肌力,提高股四头肌本体感受器能力,显著提高KOA患者的功能,缓解疼痛。EULAR等^[37]推荐的指南中也指出,肌力训练有益于改善KOA患者的疼痛和生存质量。曹龙军等^[41]通过观察KOA患者股四头肌肌力、肌肉动员能力及肌力储备的改变,发现KOA患者较健康人存在股四头肌肌力低下、股四头肌动员能力不足,推测可能是神经肌肉控制能力较差所致,提示可通过肌力训练等康复治疗提高股四头肌神经肌肉控制能力,增加股四头肌肌力,改善关节稳定性。相关循证医学研究^[42-43]表明抗阻训练及水中运动等也是缓解疼痛的有效方法,有规律的长期运动可以预防慢性疼痛的发生,此为运动疗法治疗慢性骨关节炎提供了又一理论支持。

以往治疗KOA引起的疼痛,门诊医生常采用透明质酸注射等方法,短期疗效显著,但由于膝关节周围肌肉萎缩而引起膝关节稳定性下降导致治疗效果持续时间不长。然而,在社区对KOA患者进行康复护理指导中,通过各种运动疗法锻炼膝关节周围肌肉力量,可对膝关节起到挤压的作用,有效提高膝关节周围肌肉、肌腱、韧带、关节囊等关节周围组织强度和耐力,阻断了KOA病因的恶性循环,最终提高了膝关节稳定性。此外,运动疗法简便价廉,适合个人或小团体、家庭场所进行,社区康复医生可根据患者的不同病情,有步骤地制定出适宜的个性化运动锻炼计划。

5.2 物理因子疗法

社区康复常用的物理因子疗法包括电疗、磁疗、热疗、光疗、蜡疗等,对于减轻KOA引起的疼痛,改善膝关节功能等方面有重要意义。KOA常伴有一定的滑膜炎,可导致关节内压力升高,阻碍滑膜静脉的血液循环,造成氧分压下降,最终使滑膜内层细胞所产生的酸性磷酸酶及颗粒酶增加而引起软骨退变加重^[44-45]。物理因子疗法既有利于改善局部血液循环,促进滑膜炎吸收,调节滑液分泌,缓解肌肉痉挛,松解粘连,降低骨内高压,提高氧分压,同时又可加快关节软骨新陈代谢,延缓软骨退变^[46]。对增生不严重、无关节内游离体及关节畸形的早期患者是一种行之有效的方法,但当关节内有大量渗出而肿胀时,疗效欠佳。就目前社区状况

来看,由于医疗资源有限,很多物理因子疗法无法开展,需常配合其他KOA社区康复治疗方法如运动疗法、健康教育等组成综合康复治疗方案而发挥其在KOA社区康复中的优势,提高治疗效果^[47]。

5.3 传统康复疗法

社区传统康复疗法主要有:①针灸治疗:包括针刺法、灸法和小针刀等疗法,其在中医康复治疗KOA中可发挥疏通经络、调和阴阳、扶正祛邪的作用。②推拿治疗:推拿手法可镇痛解痉,舒筋理骨,松解粘连,促进损伤组织的修复,在一定程度上恢复膝关节的生物力学平衡。③中药外治:包括熏、洗、敷贴、中药离子导入,可迅速有效地消除关节囊及滑膜炎,松解关节粘连,解除肌肉痉挛,改善骨内微循环,降低骨内压^[48]。此外,中药外治在减少关节积液方面有很好的疗效,因此对于关节积液较多的KOA患者,疗效明显^[49]。④传统运动治疗:古时称导引,强调意念锻炼与意念引导呼吸,引导肢体活动相结合。社区康复常用的运动方法有太极拳、八段锦、五禽戏、太极剑等,可有效改善社区KOA患者疼痛、僵直等症状,增强膝屈伸肌肌力,增大膝关节活动度,提高平衡能力,改善步态及活动能力,明显改善患者下肢力量。

近年来传统康复治疗KOA的优越性在众多研究中得到体现:朱华东^[22]在社区采用针灸推拿治疗配合给予休息制动,口服布洛芬缓释胶囊同时外用风湿骨痛膏治疗KOA,结果观察临床症状缓解程度、膝关节活动度以及膝关节评分等均显著优于药物治疗组。黄艳芳等^[50]分别采用温针透刺联合推拿手法和西医常规治疗社区KOA患者,结果发现传统康复疗法效果更加显著。谢辉^[51-52]等通过对太极拳、八段锦等传统功法治疗骨关节炎进行系统评价和Meta分析,发现太极拳、八段锦等传统功法能有效改善KOA患者疼痛及关节功能,且无明显不良反应。说明传统康复疗法可通过疏通经络、祛邪扶正以及温经散寒等治疗疏通膝关节气血,标本兼治,从而有效改善关节功能以及关节活动度,并可在一定程度上提高社区KOA患者的生存质量。

5.4 健康教育

健康教育又称自我行为管理,主要是通过对KOA患者在社区进行病因、预防与治疗等相关知识的教育,提高中老年患者对KOA防治知识的知晓率和对康复治疗的依从性,促使患者自觉纠正不良生活方式,减少KOA相关危险因素,如体重超标、膝关节运动过度等,以主动配合治疗。陈婉好等^[53]开展了社区KOA健康教育,主要包括举办专题讲座,发放KOA健康教育手册,张贴街边健康教育墙报等,结果发现KOA患者Lysholm评分、相关知识知晓率及遵医治疗率均较干预护理前提高。由此可知,在社区开展健康教育对缓解KOA的症状、恢复关节功能有良好的促进作用,并对该病的远期效果作用显著。且在医患关系紧张的今天,开展相关健康教育

能够增进医务工作者与民众的互知互谅,同时可为护理工作创造良好环境。此外,在医保政策的引导下,合理分流KOA康复期患者前来社区也有助于卫生资源的合理配置。

5.5 药物治疗

目前治疗KOA药物一般可分为非特异性药物和特异性药物。非特异性药物主要包括非甾体类消炎药(NSNIDs)、解热镇痛药、糖皮质激素、麻醉性镇痛药物等;特异性药物包括硫酸氨基葡萄糖、双醋瑞因、硫酸软骨素和透明质酸钠等。其中,非特异性药物能较快地镇痛和改善症状。然而,NSNIDs与解热镇痛药均有不同程度的胃肠道反应,麻醉性镇痛药物还具有一定成瘾性;激素类药物可掩盖疼痛而使关节使用过度,或因药物对软骨的直接损害作用而加重关节的破坏等,因此不宜反复使用。在特异性药物中,关节腔注射透明质酸钠有润滑作用,能减少组织间的摩擦,增加关节软骨弹性与光滑度^[54],且操作较为简便,故在社区应用也较为普遍。此外,硫酸氨基葡萄糖、双醋瑞因、硫酸软骨素长期口服能改善症状,抑制疼痛和组织因子的释放,甚有延缓或逆转关节软骨损伤的作用。然而,该类药物一般见效缓慢,故社区医院常需配合其他药物或疗法。如杨红云^[55]在给予KOA患者盐酸氨基葡萄糖胶囊口服治疗同时配合中药腿浴、足腿部穴位按摩取得满意疗效;粟冬辉等^[56]对KOA患者行玻璃酸钠膝关节腔注射并配合超短波治疗及关节训练等,结果总有效率达85.7%。

随着我国医药卫生事业的发展,药物治疗在治疗KOA方面取得了可喜的成效,但仍不可避免地存在一定毒副作用,因而限制了其在社区中的应用。如何更好地把握药物的有效性与安全性仍值得我们不懈的探索。笔者认为,当前开发及推广具有与非甾体类药物口服剂型同等疗效的外用制剂具有广泛的应用前景。

5.6 辅具适配

辅助器具是为了帮助功能障碍群体执行功能活动而设计、制作或适配的外置器具。大多数残疾人依靠辅助器具能进行日常活动,并积极和有效地参与社区生活。调查显示,2010年全球OA致残率为2.2%,同年其致残的人数超过150万^[57-58],其中大部分为KOA,其所致功能障碍对患者生存质量和社会公共卫生事业的影响不可忽视。辅助器具适配及无障碍环境改造对实现KOA致残患者最大的功能独立性显得尤为重要,其可最大限度利用残疾人的优势和长处,弥补短板,能够在其关节功能暂时无法恢复的情况下,尽快提高KOA致残患者的关节功能,从而减轻患者家属负担,实现家庭、社区共同参与的互助模式。目前用于残疾人辅助器具的种类繁多,且具有个体性、特殊性、多样性的特点,主要涵盖肢体、康复、生活、信息、无障碍5大类,其中肢体类有淋浴椅、轮椅车、坐便椅、助行器、浮云坐垫,生活类有金属拾物

器、船袜器、吸盘碗;康复类有站立架、滑轮吊环、分指板、哑铃,无障碍类有升降厨具、升降梳洗台;信息类有人体工学键盘、轨迹鼠标等^[59]。其中,应用于膝关节辅具以手杖、步行器、轮椅、护膝、矫形支具及坐式马桶等较为常见。然而,长期以来残疾人辅具适配服务工作在基层仍处于简单“配发”状态,且这种“配发”覆盖面还比较窄,存在辅具适配人员不专业、适配辅具发放不及时、辅具适配宣传不到位、科技类辅具适配较少等问题,因此建立辅具适配专业队伍、辅具紧跟科技时代步伐、辅具适配“适合残疾人”成为当下要攻克的主要难题。同时,对于KOA致残患者无障碍环境的建立,要求社区建筑物和居住区的规划、设计应方便其通行和使用,如道路应满足坐轮椅者、拄拐杖者通行,建筑物应考虑出入口、地面、电梯、扶手、厕所、房间、柜台等设置可使用的相应设施方便残疾人通行等。只有切实将辅具适配和环境改造作为社区康复项目活动中的一项重要工作推行,才能更有效地帮助KOA致残患者实现自理、自立。

5.7 综合康复治疗方案

KOA的社区康复往往将运动疗法、物理因子疗法、传统康复治疗及健康教育等其中两种或多种康复疗法综合运用,由专业康复医师根据患者病情制定个性化综合康复治疗方

案,使患者获得最大限度地恢复,重返社会。孙红等^[60]采用以功能锻炼为主,结合定期手法治疗与运动指导、心理护理、饮食指导与减肥措施等综合康复社区护理治疗方案纠正KOA瞬时转动中心,8周后,测量膝关节X线片滑动瞬时转动中心轨迹角及轨迹参数并参照Lequesne指数评分法测定康复质量均优于干预前。刘锋等^[23]采用股四头肌等长、等张肌力训练及健康教育为主要方法的社区康复干预方案结合芬必得治疗KOA,在临床主要症状、体征、X线改变等方面,疗效优于单纯芬必得组,尤其在缓解关节疼痛、改善功能方面效果显著。宁承婕^[61]采用石蜡疗法、调制中频脉冲疗法配合关节功能锻炼及ADL指导等社区综合康复方案治疗KOA比常规药物治疗更有效,发挥了物理因子疗法及运动疗法的优越性,值得大力推广。李晖等^[9]在社区实施规范的推拿手法治疗KOA,并逐步实施家庭适宜的技术管理和指导,治疗后评估和对比Lequesne指数、VAS评分、SCI-90评分和社会经济效益的一般情况等指标均明显优于双氯芬酸钠胶囊组。陶艳等^[26]在社区对接受综合康复护理干预治疗的老年性KOA进行疗效评估,发现除常规口服硫酸氨基葡萄糖片等治疗外,同时进行膝关节肌力训练、心理护理等综合康复护理干预简便有效,易于患者掌握和接受。福建中医药大学骨关节疾病康复研究团队^[62-63]结合大量KOA康复方案、临床应用及对KOA的认知特点,拟出在健康教育和非甾体抗炎镇痛药选择性应用治疗的基础上,配合中药熏洗、针刺、功法锻炼等中医适宜技术方案综合应用的KOA社区基层康复

方案,以惠及广大KOA患者。

以上社区综合康复治疗方案的显著疗效充分显示了社区康复疗法的特色及优势,这同时也提示我们充分挖掘社区康复治疗方法,合理运用多种治疗方法在社区康复治疗KOA方面大有可为。

6 社区康复的发展方向

KOA属于慢性疾病,其康复通常须长期在社区和家庭执行。目前社区-家庭康复模式^[64]已日渐成为社区康复发展的主流方向,鼓励社区与家庭共同参与对于提高KOA的康复疗效至关重要。其中,该病的康复内容现主要以患肢康复和心理护理为主,而患肢康复和心理护理都倡导患者及家庭成员共同积极参与。在患肢康复方面,重视股四头肌等长及等张收缩训练,同时主张持续被动活动锻炼,研究表明这对于膝关节的康复意义重大^[23];在心理护理方面,由于KOA的康复需要一个缓慢而长期的过程,期间会给患者带来各种难以避免的身心痛楚,故家庭及社区的共同参与对于缓解患者治疗过程中的焦虑等不安情绪及树立患者康复的信心显得尤为重要。熊彦等^[65]对40例KOA患者在自我照顾及社区干预联合家庭照顾干预后,进行干预前、后KOA患者病情评估及日常生活能力(ADL)、生活满意度、家庭功能Apgar评分问卷调查,结果表明社区干预联合家庭照顾可明显提高KOA患者的康复效果。可见积极调动患者及其家属主动管理疾病的能力,具有高效、便捷的特点,不仅有助于患者身体上的康复,更有助于患者得到心理康复,且这也符合卫生部提出的“十二五”期间康复医学发展的主流方向。在此基础上,也有学者提出医院-社区-家庭三主体互动模式,倡导以患者健康为中心,建立可为患者提供整体、个性化、连续性的无缝化健康卫生服务创新型组织^[66],相信随着国家政策的大力扶持、转诊制度的逐步建立与完善及筹集资金的逐步多元化等措施,必将得到良好发展。

7 展望

KOA多见于老年人,目前主要治疗原则是缓解疼痛、改善关节功能和提高患者生存质量。KOA的社区康复作为三级医疗综合防治体系的基本点,在缓解关节疼痛,改善关节活动度,恢复关节功能,提高患者健康意识与患者生存质量等方面已取得了显著成效,且社区康复医疗费用较常规治疗费用低廉,并具有方便、可及性、受益面广等特点。

但社区康复的发展也还存在着以下诸多问题:①管理模式构建方面:由于上级卫生主管部门对社区康复重视还不够,康复服务覆盖面也受到限制,最终导致许多管理模式在社区无法得到很好地实施,且我国医疗信息化管理过程尚处于起步阶段,仍存在很多困难。②团队建设方面:现存在社

区康复人员不足,且缺乏基本KOA社区康复的相关知识及技能的规范化培训,团队模式的开展有待进一步落实。另外,很多社区医生还承担着城市公共卫生服务等其他工作,任务重、压力大的矛盾日益突出,这也成为制约KOA社区康复发展的“瓶颈”。③疗效评估方面:大部分研究均采用量表等较为主观的评价手段,且在评价治疗效果时多采用总体评价,仅统计有效率和治愈率,而量化评分少,不利于临床试验结果的对比观察。此外,评价大多仅对近期疗效,目前主客观评价指标相结合对近期及远期疗效进行评价的研究亟待进一步开展。④治疗方法与方案实施方面:KOA社区康复治疗方法多样,常常联合使用,对于多数轻、中度KOA患者疗效显著^[67-69]。其中,传统运动功法中多以太极拳及八段锦应用最为广泛。然而,研究发现,并不是所有传统功法都适用于KOA,如气功有动、静功之分,并非都适合KOA,目前无法有效管理,容易引发问题;此外,社区康复医疗资源匮乏,部分地区社区康复费用尚未纳入医保,同时也缺乏开展社区KOA康复的硬件设施,如场地、设备等,导致很多疗法无法开展,再者很多社区康复人员的专业知识理论和技术水平有限,往往难以准确掌握综合康复治疗技术,这些都是阻碍社区康复治疗发展的主要因素。

针对我国社区康复目前存在的问题,提出以下建议,以期更好地建立较完善的KOA社区康复治疗体系。首先,应当强调KOA社区康复治疗的必要性,加大政策扶持力度,进一步完善社区医疗体制,根据不同地区的具体情况合理分配医疗资源并相应地调整管理模式。对此,马晓伟副部长在全国康复医疗工作会议上鼓励社会资本作为增量进入康复医疗服务领域,强调只有将经费投入重点放在康复中心,才能实现社区康复经费效益最大化,同时,加大资金投入也可健全社区的康复医疗设备,便于更多疗法的开展。其次,加大人员培训力度,可采取学历教育、进修、短期培训、继续教育等多种方式,提高社区康复人员的专业水平和服务能力;选择适宜人员承担社区康复管理工作、专业技术指导和社区康复服务的协调工作,并对其进行合理分工、明确职责,制定并实行人员聘任制、考核制度、技术职称晋升制度及相应激励政策,以提高基层康复人员工资、福利待遇水平,以便组建并稳定完备健全的康复治疗团队。再次,在疗效评价体系中,应根据研究目的的不同,选取适当的评价方法,并尽量选取多种量表等主观评价指标与超声、MRI等影像学方法观察关节腔积液、滑膜厚度、滑膜血流信号的治疗前后变化等客观指标,形成主观与客观相结合的评价体系;此外,应强调随访的重要性,制定科学的远期疗效评价方案。最后,对KOA患者有必要开展就近就地、经济有效的社区康复服务,在注重社区康复建设的同时,我国也应逐步发展社区-家庭康复模式中的家庭康复,对患者及家属进行深入的家庭康复指南教

育,并开展相应的护理和康复技术培训,使其能获得康复医疗的指导和掌握训练的技术方法,并实施社区康复医师定期上门或电话回访等方法,提高患者及其家属的依从性,以利于患者、家属与医生之间互动模式的开展。此外,还可借鉴国内外的成功经验,加强三级医院康复医学科与社区卫生服务中心之间的合作,加强康复资源的有效利用,加快社区康复的建设,提高康复服务质量,走低水平、广覆盖、低投入、高效益的道路,扩大康复服务受益面,满足患者基本康复需求。相信在国家政策的正确指导下,不久的将来我国KOA社区康复事业必将迈入一个崭新阶段。

参考文献

- [1] 倪朝民,何光远,陈进.脑卒中的临床康复[M].安徽:安徽科学技术出版社,2013,(4):394—395.
- [2] 顾明士,杨军,金哲峰,等.社区中老年人膝关节炎发病趋势的分析[J].社区医学杂志,2005,3(5):1—3.
- [3] 张建新,王和鸣,吴超英,等.泉州市中老年人退行性膝关节炎的流行病学调查[J].中国中医骨伤科杂志,2007,15(2):4—5.
- [4] 陆艳红,石晓兵.膝关节炎国内外流行病学研究现状及进展[J].中国中医骨伤科杂志,2012,20(6):81—84.
- [5] 赵宁,潘黎.社区康复的工作与思考[J].中医临床研究,2013,5(14):95—96.
- [6] 汪凤兰,董胜莲,张艳梅,等.同伴教育对社区老年膝骨性关节炎患者干预效果的分析[J].现代预防医学,2015,42(5):827—830.
- [7] Smith TO, Purdy R, Lister S, et al. Attitudes of people with osteoarthritis towards their conservative management: a systematic review and meta-ethnography[J].Rheumatol Int, 2014,34(3): 299—313.
- [8] 解月娇,卢建华.社区开展骨关节炎健康管理的探讨[J].中国全科医学,2013,16(9A):2998—3001.
- [9] 李晖,王炎,谢伟,等.膝骨关节炎患者社区综合康复模式效果探讨[J].健康教育与健康促进,2014,9(2):104—106.
- [10] 曾宪明,漆海如,刘宝,等.社区慢性疼痛性疾病管理[J].中国康复理论与实践,2013,19(5):475—477.
- [11] Allen KD, Oddone EZ, Coffman CJ, et al. Telephone-based self-management of osteoarthritis: a randomized trial [J].Ann Intern Med, 2010,153(9):570—579.
- [12] Lee CY, Cho YH. Evaluation of a community health practitioner self-care program for rural Korean patients with osteoarthritis[J].J Korean Acad Nurs,2012,42(7):965—973.
- [13] 汪凤兰,董胜莲,邢凤梅,等.老年膝骨关节炎患者自我管理的社区干预模式及效果分析[J].中国康复理论与实践,2014,20(12):1184—1187.
- [14] Coleman S, Briffa NK, Carroll G, et al. A randomised controlled trial of a self-management education program for osteoarthritis of the knee delivered by health care professionals[J].Arthritis Res Ther,2012,14(1):R21.
- [15] 汤敏生,陈婉妤,白波,等.骨关节炎防治的社区信息化管理与应用[J].中国全科医学,2013,18:1692—1694.

- [16] 路鹏程,黄国志,吴阳阳,等.基于信息技术的社区康复工作模式[J].中国康复理论与实践,2014,20(12):1188—1191.
- [17] 卫生部关于印发《康复医院基本标准(2012版)》的通知[EB/OL].http://www.haodf.com/zhuangjiaguandian/lijianhua138_686467012.htm.2012-05-10.
- [18] 黄有霖.新医改下构建具有中医特色的社区康复医疗服务模式的思考[J].福建中医药大学学报,2011,21(6):65—66.
- [19] 谭燕泉,江浩,励建安,等.基于“五合一”的康复治疗技术人才培养模式探讨[J].中国康复医学杂志,2014,29(12):1159—1161.
- [20] 国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.349—353.
- [21] 曾越,陈明岩.社区干预联合家庭照顾对骨关节炎患者康复效果的影响[J].现代中西医结合杂志,2013,22(34):3861—3862.
- [22] 朱华东.针灸推拿联合药物治疗社区膝骨关节炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2012,21(25):2775—2776.
- [23] 刘锋,杨鸿珠,苏海,等.社区干预对膝骨关节炎治疗的临床研究[J].上海医药,2011,32(5):247—250.
- [24] 张艳新.膝关节功能锻炼对膝骨关节炎功能恢复的社区康复护理效果[J].中国医药指南,2016,14(36):228.
- [25] Lequesne MG, Samson M. Indices of severity in osteoarthritis of weight bearing joints[J].J Rheum,1991,18(suppl127):16—18.
- [26] 陶艳,鲍静娟,张弛.社区老年性膝骨关节炎患者的综合康复护理[J].中华全科医学,2015,13(8):1353—1355.
- [27] 蒋协远,王大伟.骨科临床疗效评价标准[M].北京:人民卫生出版社,2005.177—178.
- [28] Harris ED.左晓霞,陶立坚,高洁生,等.译.凯利风湿病学[M].(第7版)北京:人民卫生出版社,2006.1295—1299.
- [29] Kokki H, Homan E, Tuovinen K, et al. Perioperative treatment with i.v. Ketoprofen reduces pain and vomiting in children after strabismus surgery[J].Acta Anaesthesiol Scand, 1999,43(1):13—18.
- [30] Meenan RF, Mason JH, Anderson JJ, et al. AIMS2: the content and properties of a revised and expanded arthritis impact measurement scales health status questionnaire[J].Arthritis Rheum,1992,35(1):1—10.
- [31] Dorr LD, Raya J, Long WT, et al. Multimodal analgesia without parenteral narcotics for total knee arthroplasty[J].J Arthroplasty,2008,23(4):502—508.
- [32] Lequesne M. Indices of severity and disease activity for osteoarthritis[J].Semin Arthritis Rheum,1991,20(2):48—54.
- [33] Lysholm J, Gillquist J. Evaluation of knee ligament surgery results with special emphasis on use of a scoring scale [J]. Am J Sports Med,1982,10(3):150—154.
- [34] Insall JN, Dorr LD, Scott RD, et al. Rationale of the Knee Society clinical rating system[J]. Clin Orthop Relat Res,1989,(248):13—14.
- [35] Noble PC, Scuderi GR, Brekke AC, et al. Development of a new Knee Society scoring system[J].Clin Orthop,2012,470(1):20—32.
- [36] 王春生,靳振岭,张子琦,等.新版KSS评分系统的试应用及分析[J].中国矫形外科杂志,2017,(1):33—37.
- [37] Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis[J].Ann Rheum Dis,2013,72(7):1125—1135.
- [38] Yates AJ, Mcgrory BJ, Starz TW, et al. AAOS appropriate use criteria:optimizing the non-arthroplasty management of osteoarthritis of the knee[J].J Am Acad Orthop Surg,2014,22(4):261—267.
- [39] Hauk L. Treatment of knee osteoarthritis:a clinical practice guideline from the AAOS[J].Am Fam Physician,2014,89(11):918—920.
- [40] Pelletier D, Gingras-Hill C, Boissy P. Power training in patients with knee osteoarthritis: a pilot study on feasibility and efficacy[J].Physiother Can,2013,65(2):176—182.
- [41] 曹龙军,章礼勤,周石,等.膝骨性关节炎患者股四头肌肌力能力和肌力储备改变的研究[J].中国康复医学杂志,2012,27(1):30—34.
- [42] Li Y, Su Y, Chen S, et al. The effects of resistance exercise in patients with knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis[J].Clinical Rehabilitation,2016,30(10):947—959.
- [43] Lu M, Su Y, Zhang Y, et al. Effectiveness of aquatic exercise for treatment of knee osteoarthritis Systematic review and meta-analysis[J].Zeitschrift für Rheumatologie,2015,74(6):543—552.
- [44] Michael JW, Schlüter-Brust KU, Eysel P. The epidemiology, etiology, diagnosis, and treatment of osteoarthritis of the knee[J].Dtsch Arztebl Int,2010,107(9):152—162.
- [45] Feeley BT, Gallo RA, Sherman S, et al. Management of osteoarthritis of the knee in the active patient[J].J Am Acad Orthop Surg,2010,18(7):406—416.
- [46] Larmer PJ, Reay ND, Aubert ER, et al. Systematic review of guidelines for the physical management of osteoarthritis [J].Arch Phys Med Rehabil,2014,95(2):375—389.
- [47] 马燕文,张蓉,程芳,等.杨氏海派絮刺拔罐联合社区干预治疗膝骨关节炎临床探讨[J].中医临床研究,2014,6(35):25—27.
- [48] 姜伟华,潘立群,陈荣明.中药外治膝骨关节炎研究进展[J].江苏中医药,2012,44(1):76—77.
- [49] 韩平,朱兰妃,刘洪波.血液流变学在膝骨性关节炎中的应用进展[J].海南医学,2011,22(17):124—126.
- [50] 黄艳芳,徐明艳.温针透刺联合康复治疗老年性膝骨关节炎临床研究[J].中医临床研究,2014,6(14):33—34.
- [51] 谢辉,潘建科,洪坤豪,等.太极拳治疗骨关节炎的系统评价和Meta分析[J].中华中医药杂志,2016,31(5):1863—1867.
- [52] Zhang Y, Huang L, Su Y, et al. The effects of traditional chinese exercise in treating knee osteoarthritis:A systematic review and meta-analysis[J].Plos One,2017,12(1):e0170237.
- [53] 陈婉婷,朱剑寰,张景辉,等.老年膝骨关节炎社区干预护理效果评估[J].临床医学工程,2013,20(6):719—720.

- [54] Taib IA, McIntosh AS, Melissa T. A review of medical error taxonomies: A human factors perspective[J]. Safety Science, 2011, 49(5):607—615.
- [55] 杨红云. 中药腿浴、手法联合西药治疗膝骨关节炎 70 例临床观察[J]. 医学理论与实践, 2014, 27(12):1613—1615.
- [56] 栗冬辉. 综合康复护理在社区老年性膝关节炎患者护理中的应用[J]. 数理医药学杂志, 2016, 29(5):731—733.
- [57] Murray CJ, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010; a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010[J]. Lancet, 2012, 380(9859):2197—2223.
- [58] Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010[J]. Lancet, 2012, 380(9859):2163—2196.
- [59] 宋毓, 季敏, 毕琪, 等. 上海市辅助器具适配对残疾人生活质量的影响分析[J]. 中国康复理论与实践, 2015, 21(10):1238—1240.
- [60] 孙红, 田文, 廖伟华, 等. 社区护理干预在改善膝关节骨性关节炎生物力学失衡中的应用研究[J]. 实用医学杂志, 2014, 30(6):978—980.
- [61] 宁承婕, 宁慧明, 郭彦华, 等. 综合康复治疗膝关节骨性关节炎的疗效观察[J]. 吉林医学, 2010, 30(19):3055—3056.
- [62] 王雯婷, 卢美丽, 王艺茹, 等. 三步六式健膝功合电针、中药熏洗对膝骨关节炎的康复疗效[J]. 福建中医药, 2016, 47(1):54—57.
- [63] YAN H, SU Y, CHEN L, et al. Rehabilitation for the management of knee osteoarthritis using comprehensive traditional Chinese medicine in community health centers: study protocol for a randomized controlled trial[J]. Trials, 2013, 14:367.
- [64] 仇嘉禾, 郭琪, 任艳苹, 等. 关于我国社区-家庭康复医疗现状与模式建设的探讨[J]. 中国康复医学杂志, 2014, 29(7):661—663.
- [65] 熊彦, 徐承俊, 严慧深, 等. 社区干预联合家庭照顾对骨关节炎患者康复效果的影响[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(10):2020—2022.
- [66] 吴建贤, 黄金华. 脑性瘫痪医院-社区-家庭康复模式的研究进展[J]. 实用儿科临床杂志, 2008, 23(24):1924—1926.
- [67] 周宾宾, 蒙延雄, 棒志斌, 等. 关节镜下骨-髌腱-骨重建前交叉韧带术后早期康复训练的评估[J]. 中医临床研究, 2010, 2(7):101—103.
- [68] Wright R. Rehabilitation plus early ACL reconstruction and rehabilitation plus delayed reconstruction were similar at 5 years[J]. The Journal of Bone and Joint Surgery (American), 2013, 95(16):15—16.
- [69] Johnsen LG, Brickmann P, Hellum C, et al. Segmental mobility, disc height and patient-reported outcomes after surgery for degenerative disc disease: A prospective randomised trial comparing disc replacement and multidisciplinary rehabilitation[J]. The Bone & Joint Journal, 2013, 95B(1):81—89.

2018第二届中国康复医学会综合学术年会通知

2018年11月16—18日,中国康复医学会将在北京国家会议中心举办2018第二届中国康复医学会综合学术年会暨国际康复设备展览会。本届年会以“聚焦新时代,引领新康复”为主题,设立国际综合康复、中美康复主论坛及50余场分论坛,邀请国内外知名康复医学专家作专题学术报告,汇聚全国康复、医疗、疗养、养老等领域机构的领导、专家和学者,预计超过5000名康复专业人士参会。同期举办国际康复设备展览,展示分享新时代康复医学新技术、新产品,为专家搭建学术交流平台,为企业搭建技术推广平台,为用户搭建采购服务平台。会议正式注册代表可获6个国家级 I 类继续教育学分。

会议注册:参会人员注册费1200元/人,学会会员1100元/人,学生500元/人,预先网上注册缴费优惠价1000元/人,学会会员900元/人(即时申请学会会员,审核通过立享会员待遇),注册缴费和住宿登记网址:<http://2818.medcircle.cn>。会议交通和食宿费用自理。

会议征文:学术年会期间将开展优秀论文评选活动,组织安排优秀论文专场报告会及壁报展示。征文范围:1. 康复医学基础研究;2. 康复医学临床研究;3. 康复机构管理;4. 康复医学学科建设;5. 中西医结合康复;6. 运动康复研究;7. 社区康复;8. 康复与养老结合发展;9. 康复医学质量控制;10. 康复医学教育;11. 康复设备器具研发与康复工程;12. 康复医学信息化建设;13. 康复医学政策研究。征文投稿使用学术年会网上注册系统(pc端登陆会议官网<http://2818.medcircle.cn>点击“在线投稿”)。

康复设备展览:学术年会康复设备展览面积约10000m²,设400余个标准展位,参展商及产品信息将汇编展商名录提供全体参会代表,并在中国康复医学会网站上公布1年,诚挚欢迎邀请广大企业同仁、朋友踊跃参展。

详情登录中国康复医学会官网(<http://www.carm.org.cn/>)查询。

中国康复医学会