

經歷 2008 年 512 和 2013 年 420 地震後的 地震康復模式的探討

成都市第二人民醫院——羅 倫

前 言

今年是 2008 年 512 汶川大地震十周年，2013 年 420 雅安蘆山地震 5 周年的紀念年。作為親歷了兩次地震並且親自帶領團隊長期參與地震康復的一員，當重新回顧過去的時候，我不只是為我們的劫後餘生而慶倖，居安當知思危難，地球在地震等任何災難上都沒有免疫力，我們除了上帝保佑或者阿彌陀佛祈禱平安以外，還是應該總結寶貴的地震康復經驗，深化並加強應對災難對人類的身體、心理等各方面造成傷害的能力，從而為未來可能發生的災害做好準備工作。在這個十分有意義的日子裡，我希望把我院兩次地震的康復服務模式總結報告出來，以供各位專家和同道的參考和指正。

特別鳴謝：

2008 年 5.12 地震，我院與香港工人健康中心和廣東工傷康復中心合作開展“512 地震傷患職業及社會康復項目，專案持續 2 年，惠及 400 余名傷患。”
2013 年 4.20 地震，我院與香港職業治療學院和香港關懷行動合作開展“雅安蘆山地震傷患全面康復項目，專案持續 2 年，惠及 480 余名傷患。”

其實，當災難發生後是可以有序有方法地應對和處理，對於需要康復的領域，一般來講應急階段大致有 2 年時間（以這兩次地震的規模為例），之後則逐漸恢復到常態。在應急的 2 年時間裡又分為災害發生後，傷患一般需要經歷災害緊急救援期、醫療康復期、醫療+職業康復期、職業及社會康復期這四個階段。之所以需要 2 年的時間，是由於物理環境和社會環境的重建不支援傷患能夠如常態下的時間回歸。根據這兩次地震的經歷，傷患大部份回歸基本正常生活需要 2 年的時間。

一、應急階段的康復服務

（一）建立災害應急康復團隊（前3個月醫療救治為主+康復早期介入）

災難發生後應立即建立全面康復的團隊，團隊成員除具備熟練的專業知識外，還需要具有應急救援的培訓經歷或救災經驗。團隊的專業應包括專科（主要是骨科、神經外科、急診科）醫生、康復治療師（OT、PT等）、社工、心理治療師、護理等。這個團隊可以是由衛計委指定的災後救治的醫療機構組建；也可以是政府的應急救災指導中心組建；也可以是政府主導的慈善機構組建等。團隊組建的方式通常有以下幾種：

1、如果當地受災較輕，醫務人員損失不嚴重，康復團隊可以由當地最強的醫院康復機構組建；

2、雖然當地受災較輕，但因醫務人員緊缺，康復團隊可以由受災區域醫療機構聯合組建；

3、儘管受傷較輕，但受災當地的康復服務能力非常落後，需要從屬地較近的先進區域組建團隊派駐，與當地指定的災害康復中心共同開展工作並且傳授給當地同行各項專業技術

4、如果當地受傷嚴重，則必需從屬地較近乃至較遠區域的先進同行組建團隊直接派駐當地災後醫療救治中心直接開展工作，繼而幫助其組建本地的康復醫學科，培養康復服務人才。

根據災害輕重，災後重建時間可短可長，災害康復的時間亦可短可長，但幾乎都長於安居、民生恢復等的時間，因此應該預備2—3批次團隊人員及時接替或定期更換。

（二）傷患資訊收集策略

災害發生後傷患資訊的收集對救援至關重要。從歷次的救災經歷中我們逐漸完善並總結出以下幾種主要資訊收集方式和注意事項：

- 1、傷患首次就診地方
- 2、傷患被轉運至外地醫療機構或者當地省、市級醫療救治機構
- 3、當地政府機構
- 4、災後在當地活動的慈善團體組織

（三）建立傷患資訊庫

鑒於以往的服務經驗，傷患的資訊庫建立應以統一而全面的表格形式，適用於各種傷患可能出現的途徑裡，首診（位）接待者都有責任和義務準確無誤地填報所有資料。平均一月左右要對表格的內容進行重新更新。收集傷患資料情況為每一位元傷患建立資料庫，其中包括傷患的基本資料：姓名、性別、年齡、診斷、傷前工種、病人來源、所屬地區、聯繫位址及聯絡電話，並備註受傷原因、首治醫院、手術醫院等資訊。特別是傷情較重的傷患，需要進行特別的標注，以便後期進行跟進和隨訪。

（四）提供高水準服務需求評估服務

1、康復需求的評估員

康復救援團隊成員根據所制定的傷患資訊庫的表格進行填寫，並且團隊的成員都要經過培訓後勝任康復需求的評估工作。

2、康復需求的判斷方式

專業的康復治療人員，對傷患進行需求評估，包括醫療康復、家居安置、職業康復及社會康復需求評估。並根據評估結果判斷服務方式，如病情相對較輕，傷患已經回歸家庭，但是仍然存在部分功能障礙，或者還需要在社區中繼續康復治療人員。可以通過其他途徑判斷。

（五）提供高水準康復諮詢服務（醫療+醫療康復，災後 3-6 個月）

因傷患在院時，大多能接收到基本的醫療及康復服務，但未能接收到相關的健康教育或制定康復出院計畫。傷患出院後，特別是對於家住農村的傷患，缺乏對基礎疾病的認識如高血壓、糖尿病等，對治療缺乏依從性，我們應進行相關疾病的健康諮詢及家庭康復諮詢服務。

（六）提供高水準補充性醫療及醫療康復服務（醫療+醫療康復，災後 3-6 個月）

對災害傷患進行醫療包括：緊急醫療、再次手術。

1、緊急醫療服務：由團隊醫生與當地醫生進行接洽，協助當地醫生對基礎疾病的治療進行指導及會診；並協助當地醫生制定治療方案，如因當地醫療條件救治困難的，協助轉介及進行二次手術。

2、補充性醫療康復服務包括：提供醫院內及門診、家居的康復服務，將有門診康復需求的傷患轉介到相關醫療機構進行門診康復治療。

傷患出院回家後，通過電話及居家探訪方式，由團隊醫生及康復治療師到傷患家中，對傷患回家後醫療需求及居家康復進行指導，主要包括：生活輔具應用、家庭康復訓練指導、照顧者指導、常見病的預防等進行宣教。

(七) 提供高水準的職業康復服務（職業康復期，災後 6-12 月）

災害後期，大部分傷患均已結束醫療救治及醫療康復，傷情較輕無明顯功能障礙的患者已經返回工作崗位及家庭，但仍有一批傷患因傷導致功能障礙或因傷導致工作信心不足，回歸工作崗位出現困難。針對這一部分傷患，開展職業康復訓練，進行職業能力強化訓練，促進傷患重返工作崗位。

(八) 提供高水準出院前後家居安置服務（職業及社會康復期，災後 12-18 月）

在傷患出院前已經進行家居安置的評估，通過提高出院信心、家屬照顧技巧、改善家居環境等方法促進病人順利出院。在傷患出院後，繼續以電話，家庭探訪等方式，進行包括家居環境改裝、生活輔具應用、戶外通道改裝或適應性訓練等服務。通過出院前及出院後的跟進，使傷患出院後能夠更好地適應社區及家庭生活環境。

(九) 提供高水準家居康復服務（職業及社會康復期，災後 12-18 月）

傷患出院後，通過電話和家庭探訪的形式對傷患進行回訪，給予功能評估，提供個體化的家庭康復指導，並進行監督和提醒，為其設計治療方案。教會傷患在家中如何利用現場環境進行主動功能鍛煉，提高傷患的能力，並對家屬進行健康宣教，讓家屬協助傷患完成。同時，通過發放宣傳單張、指導患者使用彈力帶、握力球等簡單康復設備，使他們的功能能恢復到最好。

(十) 提供高水準社會康復及生活重整服務（職業及社會康復期，災後 12-18 月）

傷情較嚴重的地震傷患出院後，生活方式常常會發生失衡，表現為兩個方面：1) 病人的生活除自理及休息外，幾乎沒有什麼內容；2) 病人生活只圍繞治療及治療相關活動，沒有其他內容，比如大多數傷患會敘述疼痛，生活中會一直尋找和追求緩解疼痛的辦法，而失去其他活動。這兩類病人通常都缺乏正常的家庭、社交、娛樂、工作等日常活動，導致心理狀態下降，無法面對傷後的新生活，因此，我們需要幫助他們提高自身的心理素質和生活品質，從而重建新生活。

傷患重返社區後，提供生活重整服務，主要通過小組的方式完成，包括一些社區適應小組及在職業康復小組過程中貫穿始終的生活重整服務，具體內容包括：家居生活技巧訓練與適應，社區生活技巧訓練與適應，身心殘疾適應，生活重整小組訓練(業餘及社交生活重建)，社區資源連結和轉介，組建地震傷患康復支援網路，對傷患及其家庭組織社區文康活動。

(十一) 融入社會生活—社區融合及自我能力重建(過渡到常態期，災後18-24月及以後)

傷患在院接受了手術、康復治療後面臨出院回歸安置、重投社會、重返工作崗位等事宜。在這個過程中社會以及自我能力重建時需要關注和跟進一系列問題。

二、災後康復的特殊情況應對策略

(一)、緊急救援基金的申請和使用

緊急援助基金是指在災後傷患在回歸和融入社會、家庭時會遇到生理、家庭經濟、社會環境等方面的障礙時，為了使其能夠更好的回歸和渡過當下困境根據傷患的需求，由社工對傷患進行家庭經濟等進行評估，對較貧困的傷患給予部分經濟援助，以現金或物資的方式。援助包括：二次手術或康復、家居環境改造、生活輔具(含截癱傷患輪椅)、生計重建或再就業等的部份費用。

緊急救援基金的申請一般來講先通過政府系統或專項從事應災救災、應急救援的系統，但這個過程相對比較程式化，與預期會有差距。於是境外的救援組織或慈善機構或個人就會比較靈活而快捷地及時滿足需求，這是對於政府系統的強有力的補充。

(二)、常態化康復的進程安排

- 1、為回歸常態化康復的院內準備
- 2、回歸常態化康復院外協調
- 3、常態化的社區康復直至回歸家庭、參與工作生產及社會生活

(三)、社區康復專家團隊的建立與協同支持

災後社區康復團隊的建立很重要，除了提供宏觀的災後社區康復各項服務外，還有大量的社區協調和資源整合的工作。其服務的成效是需要一套非常系統的品質控制體系，以對其康復的評估、各項服務計畫、實施進程、最終成效

進行動態監管和最終評價。這套體系的是需要建立權威的技術指導顧問團隊、獨立專家評估團隊等作為強大的專業支撐。

（四）、特殊傷患社區安置應對

在嚴重災害後，有的傷患會因災致殘、因災致貧、因災喪親等問題的出現，對於這類傷患的社區安置我們尤為需要提供全面康復的服務，從傷患的生理、心理、社會方面提供不同的服務，使其能夠更好的回歸到社會、社區中，參與社會活動。

三、 災害傷患康復成效評估

（一）災害康復臨床效益評估

災害發生後，傷患一般需要經歷災害緊急救治期、康復期、過渡期、常態康復期三個時期，經過醫療救治、醫療康復、醫療+職業康復、職業及社會康復四個階段。每個時期和階段都有不同的服務內容和服務目標。通常災害社區康復需要持續 2 年，在傷患沒有更多的醫療需求、職業康復需求和社會康復需求時，我們對傷患的服務結束，通過個案管理的方式結案。

通常在醫院機構內我們用簡明健康調查問卷（SF-36）對接受康復服務前後的病員生活品質進行評估，在服務進展一半（1-1.5 年）及服務結束時給予評估總結是否達標。表 1-4 列舉 4.20 蘆山地震時根據當地實際情況某全面康復服務制定的達標指標（建檔傷患中 90%均結案即達標，建檔傷患中 50%沒有永久殘疾/生活完全自理/家居完全獨立等即達標），供大家參考。

（二）災害康復社會效益評估

進行公眾教育、政府宣導並進行經驗和技術傳遞，是社區康復的另一個重要目的，通過社會效益評估，可以比較清楚的瞭解是否達到預期效果，需要進一步加強什麼。希望透過災區社區康復服務，在公眾教育、經驗及技術傳遞、政策宣導、服務延續性等方面有更多的積極推進作用。

十年過去了，我們的康復醫學和康復服務水準在國家、省、市等富有使命感、責任感的專家帶領下得到了長足的進步，常態下對專業的厲兵秣馬不僅是為了應對未來可能發生的災難，也是為了病、傷、殘人士對健康美好生活的嚮往而努力。感謝偉大的祖國，感謝為康復投入愛心和精力的機構與個人！

（羅 倫）