

截肢工伤患者转归的调查及影响因素分析

杨晓姗 孔文明 张国兴 李会

【摘要】 目的 调查截肢工伤患者的生存状况并探讨其影响因素,为促进截肢工伤患者重返工作、融入社会制订干预措施。**方法** 查阅本中心社会康复科的档案资料(包括基本信息、辅导记录、出院后跟进记录等),采用卡方检验和非条件 Logistic 回归分析探讨影响截肢工伤患者转归的相关因素。**结果** 本次共入选研究对象 253 例,其中 138 例(54.55%)重返工作岗位。单因素分析结果表明:年龄、婚姻状况、公司性质、户籍、受伤部位与截肢工伤患者的转归不相关($P>0.05$);年龄、性别、文化程度、社保归属地、伤残级别与截肢工伤患者转归具有相关性($P<0.05$)。多因素分析进一步证实:性别、文化程度、伤残级别是影响截肢工伤患者重返工作的重要因素。**结论** 本研究入选截肢工伤患者复工率低于一般国际水平,除与本身因素有关外,工伤保险政策因素也会限制截肢工伤患者转归。

【关键词】 截肢; 工伤患者; 转归; 影响因素

截肢是指通过手术切除失去生存能力、没有生理功能且危害生命的部分或全部肢体,以挽救患者生命^[1]。据 2006 年统计,中国大约有 226 万肢体截肢者^[2],随着社会进步、工业化进程,因工业事故造成的截肢患者为数不少。截肢会带来一系列问题,如肢体缺失、心理障碍、社会参与障碍等,并最终影响截肢患者生存质量^[3-7]。目前国内鲜见针对截肢工伤患者转归的报道,本研究对此进行初步探讨,通过回顾性分析广东省工伤康复中心 253 例截肢工伤患者的资料并调查其生活现状,以进一步了解影响截肢工伤患者转归的相关因素。

对象与方法

一、研究对象

选取 2006 年 1 月至 2015 年 12 月期间在本中心治疗的 253 例截肢工伤患者,上述患者均有详细社会康复记录,具体资料见表 1。

二、统计学分析

采用 SPSS 19.0 版统计学软件包进行数据分析,一般资料采用率进行统计描述,影响复工率的单因素分析采用卡方检验,多因素分析采用非条件 Logistic 回归分析, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结 果

一、入选截肢工伤患者的转归

我中心由社会康复科负责出院后随访工作,在患者出院半年内持续进行电话随访或实地探访,协助患者更好地适应工作岗位及社会生活。在 253 例截肢工伤患者中,其中 138 例(54.55%)在随访期间成功重返工作岗位,低于国际上一般 70%左右的复工率^[8-10]。截肢工伤患者在出院半年期间其复工去向主要是自主经营、重返原公司或去往其它公司。

表 1 入选对象一般人口学资料统计描述

人口学调查项目	例数	百分比 (%)	人口学调查项目	例数	百分比 (%)
性别			公司性质		
女	32	12.65	国有、事业	54	21.34
男	221	87.35	合资、独资	38	15.42
年龄(岁)			集体、私营	160	63.24
<30	97	38.34	损伤部位		
30~50	126	49.80	上肢	184	72.73
>50	30	11.86	下肢	69	27.27
婚姻状况			伤残级别		
单身	94	37.15	1~4 级	100	39.53
已婚	159	62.85	5~6 级	107	42.29
文化程度			7~10 级	46	18.18
小学及小学以下文化	34	13.44	去向		
初中	126	49.80	原公司	40	15.81
高中或中专	71	28.06	不同公司	48	19.94
大专及以上	22	8.70	退休	16	6.32
户籍代码			失业	39	15.42
广州	49	19.37	病假	5	1.98
广州市外广东省内	47	18.58	自主经营	50	19.76
广东省外	157	62.06	失能补偿	55	21.74
社保归属地			复工情况	138	54.55
广州市	152	60.08			
省直	12	4.74			
东莞	17	6.72			
深圳	54	21.34			
其他	18	7.11			

二、入选截肢工伤患者转归单因素分析

通过卡方检验发现,婚姻状况、公司性质、户籍、受伤部位与截肢工伤患者转归无显著相关性($P>0.05$);性别、年龄、文化程度、社保归属地、伤残级别与截肢工伤患者转归具有显著相关性($P<0.05$)。具体情况见表 2。

三、入选截肢工伤患者转归多因素分析

性别、文化程度、伤残级别对复工率有影响,男性、高文化程度和伤残较轻者的复工率相对较高。具体情况见表 3。

表 2 各变量对入选截肢工伤患者复工率的影响(n=253)

变量	复工人数	复工率 (%)	统计量 (卡方检验)	P 值
性别			22.382	<0.001
女	5	15.63		
男	133	60.18		
年龄(岁)			7.844	0.020
<30	63	64.95		
30~50	63	50.00		
>50	12	40.00		
婚姻状况			0.204	0.652
单身	53	56.38		
已婚	85	53.46		
文化程度			13.360	0.004
小学及以下	14	41.18		
初中	60	47.62		
高中或中专	47	66.20		
大专及以上	17	77.27		
社保归属地			10.176	0.038
广州	93	61.18		
省直	8	66.67		
东莞	8	47.06		
深圳	23	42.59		
其他	6	33.33		
公司性质			0.809	0.667
国营、事业	32	59.26		
合资、独资	22	56.41		
集体、私营	84	52.50		
户籍			0.529	0.768
广州市内	29	59.18		
广州市外、广东省内	25	53.19		
广东省外	84	53.50		
受伤部位			0.215	0.643
上肢	102	55.43		
下肢	36	52.17		
伤残级别			33.569	<0.001
1~4 级	35	35.00		
5~6 级	64	59.81		
7~10 级	39	84.78		
合计	138	54.55		

表 3 入选截肢工伤患者复工情况影响因素分析

变量	标准化回归系数	标准误	P 值	OR 值	OR 值的 95% 置信区间	
					下限	上限
性别						
女(参照组)						
男	1.971	0.555	<0.001	7.175	2.416	21.304
文化程度						
小学及以下(参照组)						
初中	0.257	0.467	0.582	1.293	0.518	3.227
高中	0.945	0.508	0.063	2.572	0.950	6.965
大专及以上	1.708	0.708	0.016	5.515	1.377	22.082
伤残级别						
1~4 级(参照组)						
5~6 级	1.125	0.313	<0.001	3.081	1.667	5.692
7~10 级	2.548	0.513	<0.001	12.775	4.673	34.928

讨 论

一、本研究入选截肢工伤患者复工率分析

目前文献报道,我国工伤职工复工率为 68.9%^[11],国外为 67%(29%~100%)^[12];本研究入选截肢工伤患者复工率为 54.55%(表 1),低于国内及国外水平,造成复工率偏低的原因可能包括个人因素及政策因素二方面。

(一)个人因素

1. 文化程度:此次入选对象其文化程度偏低,初中及以下文化程度者共计 160 例,所占比例高达 77.86%;文化程度高的工伤截肢患者多在单位从事管理性质、技术骨干等岗位,即便是损伤严重,也能继续在工作中发挥作用。而学历较低截肢患者其市场竞争力相对较弱,在就业问题上会遇到更多困难。

2. 伤残级别:此次入选 253 例患者其伤残级别大部分集中在 1 至 6 级,所占比例为 81.82%。工伤患者伤残级别如下:1~4 级均表示丧失劳动能力,5~6 级为丧失大部分劳动能力,7~10 级指丧失部分劳动能力,可见伤残程度越严重,丧失的劳动能力也越多,返回工作岗位的可能性越小。

(二)政策因素

根据现行《广东省工伤保险条例》规定:1~4 级伤残职工退出工作岗位,办理伤残退休手续,享受工伤待遇;5~6 级伤残职工保留与用人单位劳动关系,由用人单位安排适当工作,难以安排工作的职工则由用人单位按月发放伤残津贴。可见工伤政策予以级别 1~6 级截肢工伤患者一定保障,尤其是 1~4 级工伤患者,即便其无法重返工作岗位,工伤基金亦会按月发放伤残津贴,以解决截肢工伤患者持续性生计问题。

总而言之,伤残程度重、文化程度偏低、政策性保护是造成截肢工伤患者复工率较低的原因。

二、成功重返工作岗位的 138 例工伤截肢患者去向分析

本研究通过调查发现,重返工作岗位的 138 例工伤截肢患者中,有 50 例(19.76%)选择自主经营,其次有 48 例(19.94%)去往不同公司,最后有 40 例(15.81%)返回原公司。选择自主经营的所占比例最大,分析其原因可能包括:(1)即便从政策角度对伤残较重截肢患者予以保护,但部分用人单位仍会不执行相关政策规定,强行与患者解除劳动关系;当然也存在截肢工伤患者因担心后期无法获得赔偿而主动向用人单位提出辞职等情况。(2)截肢工伤患者存在明显肢体缺失,其功能受限程度较重,大多存在心理障碍,再加上社会对其接纳度较低,重新再就业难度较大,故首选自主经营。(3)选择自主经营的患者中,其伤残等级集中在 1~6 级,具有一定经济保障,为其选择自主经营提供了资金支持。返回原公司及去往其他公司的截肢患者中,其伤残等级多集中在 7~10 级,伤残程度均较轻,故未对其重返工作造成影响。

三、未重返工作岗位截肢工伤患者去向分析

本研究中未能成功重返工作岗位的截肢工伤患者分别处于失能补偿、失业、退休、病假等状态。处于失能补偿状态的 55 例截肢工伤患者其劳动能力鉴定为 1~4 级,按月领取伤残津贴,津贴收入足以维持生计,返乡短期内鲜有人员考虑再就业或自主经营,随着返乡时间延长,考虑再就业或自主经营的人群逐年增加。处于失业状态的 33 例截肢工伤患者大都是在处理工伤过程中雇佣关系破裂,无法继续保持劳动关系;或者是

用人单位无法提供轻工岗位或患者不满用人单位提供的轻工岗位及薪酬等,患者计划一次性获取赔偿后返乡生活。16 例已达到退休年龄的截肢工伤患者在工伤处理完后办理退休手续。出院后半年期间,通过持续电话随访仍在休病假截肢工伤患者有 5 例,集中于 2015 年发生工伤,因工伤处理尚未完结而处于休病假状态。

综上所述,本次研究结果提示,应结合医疗康复、职业康复、社会康复等多学科、跨专业协助,积极推动截肢工伤患者重返工作、重新融入社会,以提高其生存质量。本次研究不足之处包括:一是患者来源单一,均为在我院治疗且有社会康复档案的工伤职工,由于还存在未购买工伤保险、未享受工伤康复的工伤职工,所以本研究不能反映全部截肢工伤患者复工情况;二是本次调查样本量较小,故多因素分析可能未显现某些重要变量与重返工作间的相关性。

参 考 文 献

[1] 杜克,王守志.骨科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2000:704-715.
 [2] 罗永昭,孙为.建国以来我国假肢的发展[J].中国矫形外科杂志,2009,17(17):1325-1328.
 [3] Demet K, Martinet N, Guillemin F, et al. Health related quality of life and related factors in 539 persons with amputation of upper and lower limb[J]. Disabil Rehabil, 2003, 25 (9): 480-486. DOI: 10. 1080/0963828031000090434.
 [4] Gallagher P, MacLachlan M. The trinity amputation and prosthesis experience scales and quality of life in people with lower-limb amputation [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2004, 85 (5): 730-736. DOI: 730-736.

10.1016/j.apmr.2003.07.009.
 [5] Horgan O, MacLachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review[J]. Disabil Rehabil, 2004, 26 (14-15): 837-850. DOI: 10.1080/09638280410001708869.
 [6] Hagberg K, Branemark R. Consequences of non-vascular trans-femoral amputation: a survey of quality of life, prosthetic use and problems [J]. Prosthet Orthot Int, 2001, 25 (3): 186-194. DOI: 10. 1080/03093640108726601.
 [7] Pezzin LE, Dillingham TR, MacKenzie EJ. Rehabilitation and the long-term outcomes of persons with trauma-related amputations [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2000, 81 (3): 292-300.
 [8] Chen YH, Lin HT, Lin YT, et al. Self-perceived health and return to work following work-related hand injury [J]. Occup Med, 2012, 62 (4): 295-297. DOI: 10.1093/occmed/kqr215.
 [9] Ramel E, Rosberg HE, Dahlin LB, et al. Return to work after a serious hand injury [J]. Work, 2013, 44 (4): 459-469. DOI: 10. 3233/WOR-2012-1373.
 [10] Shi Q, Sinden K, MacDermid JC, et al. A systematic review of prognostic factors for return to work following work-related traumatic hand injury [J]. J Hand Ther, 2014, 27 (1): 55-62. DOI: 10.1016/j.jht.2013.10.001.
 [11] 杨晓娜,张胜岚,林岳卿.影响工伤职工重返工作岗位的因素分析 [J].中国康复医学杂志, 2016, 31 (4): 443-446. DOI: 10.3969/j.issn.1001-1242.2016.04.014.
 [12] Athanasou JA. Return to work following whiplash and back injury [M]. Sydney: University of Technology, 2007: 6-14.

(修回日期:2017-05-18)
 (本文编辑:易浩)

· 外刊撷英 ·

Sodium valproate and recurrent ischemic stroke

BACKGROUND AND OBJECTIVE Previous studies have demonstrated an association between an increased risk of ischemic stroke and a genetic variant on chromosome 7p21.1. The underlying gene is thought to be a histone deacetylase 9 (HDAC9). As sodium valproate (SVA) is an inhibitor of HDAC9, this study explored the association between exposure to SVA and the subsequent risk of recurrent stroke.

METHODS Data for this study were pooled from three prospective studies of patients with previous stroke or transient ischemic attack (TIA). These included the South London Stroke Register, the Vitamins To Prevent Stroke Study, and the Oxford Vascular Study. Data included in the analysis were age, sex, diagnosis of epilepsy, medications, and included SVA exposure before recurrent stroke. The SVA exposure populations were compared with control populations. Survival time was calculated from the index event (stroke or TIA) to the date of recurrent stroke.

RESULTS A total of 11,949 patients were included in the analysis, all with a confirmed ischemic event at entry. Compared with other antiepileptic drugs, the recurrent stroke rate was lower among those taking SVA ($P=0.002$).

CONCLUSION This study of patients with ischemic stroke or transient ischemic attack found that exposure to sodium valproate may be associated with a lower risk of recurrent events.

【摘自:Brookes RL, Crichton S, Wolfe CDA, et al. Sodium valproate, a histone deacetylase inhibitor, is associated with reduced stroke risk after previous ischemic stroke or transient ischemic attack. Stroke. 2018, 49(1): 54-61.】