

· 社区康复 ·

社区康复治疗对脑卒中患者生存质量的影响*

孙会芳¹ 倪朝民¹ 韩 瑞¹ 李 蹕¹ 刘书芳¹ 高圣海¹ 武行华¹

摘要 目的:探讨社区康复治疗对脑卒中偏瘫患者生存质量的影响。**方法:**222 例社区脑卒中偏瘫患者随机分为康复组(112 例)和对照组(110 例),康复组给予正规的康复治疗,对照组未接受任何正规的康复治疗,并对每组患者在入组时、入组后 2 个月末和 5 个月末利用生存质量评定量表简表(WHOQOL-BREF)中文版对其生存质量(QOL)进行评定。**结果:**在社区治疗 2 个月末和 5 个月末,康复组在 WHOQOL-BREF 各领域的得分,与对照组比较差异均有显著性意义($P<0.01$)。**结论:**社区康复可以全面提高社区中脑卒中患者的生存质量。

关键词 脑卒中; 生存质量; 社区康复

中图分类号:R743, R493 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2007)-02-0162-03

生存质量(quality of life, QOL)也被称为生命质量。随着医学模式从生物医学模式转变为生物-心理-社会医学模式,提高生存质量已经成为患者康复的最终目标。早期康复可以提高脑卒中患者的生存质量已被很多研究证实^[1-3]。但我国的康复资源有限,大量的脑卒中患者未能得到正规的康复训练,虽遗留有偏瘫、失语等也只能从神经科转到社区医院或家中。本文通过临床随机对照研究,观察社区康复治疗对没有严重并发症的脑卒中偏瘫患者生存质量的影响。

1 资料与方法

1.1 病例选择标准

纳入标准:①符合 1995 年全国第四届脑血管病的诊断标准^[4],经颅脑 CT 或 MRI 确诊的出血性或缺血性脑卒中初次发病者;②存在肢体功能障碍;③年龄 40—85 岁;④格拉

斯哥昏迷量表评分 >8 分,神志清楚,生命体征稳定;⑤自愿签署知情同意书。

排除标准:①有严重的心肝肾等脏器疾病者;②既往有痴呆、精神病史者;③“新病例”为病程不超过 3 个月,“既往病例”为病程不超过 1.5 年;④外地无法随访者。

1.2 一般资料

2004 年 12 月—2005 年 8 月安徽医科大学神经内科出院的脑卒中患者 222 例,均符合上述病例选择标准。随机分成康复组 112 例和对照组 110 例。两组的例数、年龄、病变性质等人口学特征差异无显著性意义($P>0.05$)。入组后 5 个月内死亡 19 例,失访 1 例,实际最终进入统计分析的病例共 202 例(康复组 103 例,对照组 99 例)。康复组与对照组的一般资料经统计学分析差异无显著性意义($P>0.05$)(表 1)。

1.3 设计、实施、评估者

(例)

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别		卒中类型		病变部位			年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	既往病史		受教育程度	
		男	女	脑梗死	脑出血	左	右	其他		高血压	糖尿病	初中及以下学历	高中及以上学历
对照组	99	69	30	71	28	55	31	13	65.15 $\pm$ 10.341	66	13	72	27
康复组	103	60	43	76	27	51	34	18	65.37 $\pm$ 9.413	67	21	70	33
P 值		>0.05		>0.05		>0.05			>0.05	>0.05		>0.05	

设计由课题组完成,评价、治疗和资料统计由第一作者和其他经过培训的医师共同完成。入组患者严格按照入选标准随机入组。评估者不参加治疗,为单盲法评估。

1.4 评定方法

本研究采用 WHO 生存质量测定简式量表(World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument Brief Version, WHOQOL-BREF)中文版分别在脑卒中患者入选时(V1)、入选后两个月末(V2)和入选后五个月末(V3)进行生存质量评定。WHOQOL-BREF 包含生理领域(共 7 题)、心理领域(共 6 题)、社会关系领域(共 3 题)、环境领域(共 8 题)和两个独立的有关总体健康和总体生存质量的问题,总共 26 个问题,每个问题按程度由轻到重记 1—5 分,总分最低为 26 分,最高为 130 分。接受测试者根据自己近两周内的感受进行评分。评分根据其所属方面的正、负方向而定,大部分为正向问题,可直接记分;负向问题有 3 个,包括疼痛与不适、对药物及医疗手段的依赖性和消极感受,需反向记分,即问题记分=6-评分。评估时分别记录 4 个领域得分,得分越高,生存

质量越好。

评定量表由患者自己填写;如果因患者本人不能填写者采用访谈法,让患者自己做出生存质量与健康的有关判断,访谈者做出记录。

1.5 治疗方法

对照组分别在入组、2 个月末和 5 个月末给予健康教育、测量生命体征,不给予任何正规的康复治疗。康复组在入组后即由治疗师开始第一次康复治疗。训练时间安排:入组第一个月每周 1 次、第二、三个月每 2 周 1 次、第四、五个月每月 1 次,其余时间由家属或志愿者每天为患者治疗 1 次。

康复治疗的方法主要综合 Rood 技术、Bobath 技术、运动再学习方法和日常生活能力训练等^[5]。根据患者恢复阶段实

* 基金项目:国家“十五”攻关资助项目(2004BA703B09)

1 安徽医科大学第一附属医院康复医学科,合肥市,230022

作者简介:孙会芳,女,硕士研究生

收稿日期:2006-07-18

施具体的治疗。Brunnstrom 分期为 1—2 期的患者的主要治疗方法有: 良肢位、体位转移、床上自我辅助运动及被动运动、坐位平衡、日常生活活动训练和心理治疗等。此阶段训练的基本目的是防止严重影响康复进程的并发症, 如肢体肿胀、肌肉缩短、关节活动度受限等。Brunnstrom 分期为 3—4 期的患者的主要治疗方法有: 上肢支撑训练、下肢负重训练、滚桶训练、躯干的控制训练、站立平衡、迈步训练、上下楼梯训练和日常生活活动训练等。此阶段训练的基本目的是抑制患侧躯体的痉挛, 打破患肢的痉挛模式, 促进分离运动的出现。Brunnstrom 分期为 5—6 期的患者的主要治疗方法有: 手指的精细运动训练、促进患侧下肢能力训练、改善步态训练、辅助器具的使用和家庭日常生活的指导等。此阶段训练的基本目的是进一步促进患侧肢体分离运动向正常运动模式转化, 提高各种日常生活能力, 在保证运动质量的基础上提高速度, 最大限度提高患者的生存质量。

家属及志愿者的培训: 每 2 周培训 1 次, 由康复治疗师上门或者家属到医院进行, 培训内容为患者的家庭训练方案和方法。

1.6 统计学分析

计量资料以均数 $\pm$ 标准差表示, 两组间和两组内采用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验, 显著性水平为 $P<0.05$ 。所有数据均采

用 SPSS 11.5 统计软件包处理。

2 结果

2.1 治疗前后 QOL 评分的变化

见表 2。两组患者入组时生存质量评分差异无显著性意义 ($P>0.05$)。康复组社区治疗 2 个月和 5 个月后生存质量评分均明显升高 ($P<0.01$), t 值分别为 -4.968 和 -8.868。将治疗 2 个月后评分减去入组时的评分得出每组生存质量前后变化的均数, 两组组内变化均数相比康复组与对照组差异有显著性意义 ($P<0.01$), t 值为 -8.831; 将治疗 5 个月后评分减去治疗 2 个月后评分得出每组生存质量前后变化的均数, 两组组内变化均数相比康复组与对照组差异有显著性意义 ($P<0.01$), t 值为 -9.150。治疗 5 个月后评分减去入组时评分得出治疗全程患者生存质量的变化均数, 两组中病程小于 3 个月病例的全程组内变化均数都较既往病例有显著性差异 ($P<0.05$)。

2.2 两组患者治疗前后各领域的生存质量得分比较

见表 3。入组时两组在 4 个领域的生存质量差异无显著性 ($P>0.05$)。入组后 2 个月和 5 个月时两组生存质量的得分均显示有显著性意义 ($P<0.01$)。

表 2 康复组与对照组治疗前后的生存质量得分比较

($\bar{x}\pm s$)

	对照组 (n=99)			康复组 (n=103)		
	全部	新病例	既往病例	全部	新病例	既往病例
V ₁	58.04 $\pm$ 10.53	57.45 $\pm$ 1.037	58.88 $\pm$ 10.83	57.16 $\pm$ 9.69	57.17 $\pm$ 9.56	57.13 $\pm$ 10.03
V ₂	70.04 $\pm$ 12.71	69.98 $\pm$ 14.06	70.12 $\pm$ 10.67	77.73 $\pm$ 9.05 ^②	78.55 $\pm$ 8.32	76.36 $\pm$ 10.10
V ₃	75.70 $\pm$ 12.99	76.76 $\pm$ 14.05	74.20 $\pm$ 11.32	90.51 $\pm$ 10.69 ^②	92.11 $\pm$ 8.82	87.90 $\pm$ 12.89
V ₁ V ₂	12.00 $\pm$ 7.11	12.53 $\pm$ 6.88	11.24 $\pm$ 7.43	20.57 $\pm$ 6.69 ^②	21.39 $\pm$ 6.57	19.23 $\pm$ 6.76
V ₂ V ₃	5.66 $\pm$ 4.77	6.78 $\pm$ 4.27 ^①	4.07 $\pm$ 5.04	12.79 $\pm$ 6.18 ^②	13.55 $\pm$ 4.65	11.54 $\pm$ 8.01
V ₁ V ₃	17.66 $\pm$ 9.41	19.31 $\pm$ 8.26 ^①	15.32 $\pm$ 10.48	33.36 $\pm$ 9.94 ^②	34.94 $\pm$ 8.56 ^①	30.77 $\pm$ 11.52

新病例为病程小于 3 个月者; 既往病例为病程大于 3 个月而小于 18 个月者, 同组中与既往病例相比, ① $P<0.05$; 与对照组同期相比, ② $P<0.01$ 。V₁ 代表入组时生存质量评分, V₂ 代表入组后 2 个月时生存质量评分, V₃ 代表入组后 5 个月后生存质量评分, V₁V₂ 代表治疗 2 个月后评分与入组时的评分变化均数, V₂V₃ 代表治疗 5 个月后评分与治疗 2 个月后的评分变化均数, V₁V₃ 代表治疗 5 个月后评分与入组时的评分变化均数。

表 3 两组患者治疗前后各领域的 QOL 比较 ($\bar{x}\pm s$)

	对照组	康复组	t 值	组间 P 值
Vsl1	13.79 $\pm$ 3.19	13.42 $\pm$ 2.83		>0.05
Vsl2	17.64 $\pm$ 3.98	19.39 $\pm$ 2.91	-3.580	<0.01
Vsl3	19.32 $\pm$ 4.23	23.15 $\pm$ 3.51	-7.005	<0.01
Vxl1	13.48 $\pm$ 2.94	13.03 $\pm$ 2.76		>0.05
Vxl2	16.59 $\pm$ 3.33	18.34 $\pm$ 2.60	-4.181	<0.01
Vxl3	18.04 $\pm$ 3.34	21.46 $\pm$ 2.90	-7.770	<0.01
Vsh1	8.56 $\pm$ 1.65	8.67 $\pm$ 1.50		>0.05
Vsh2	9.16 $\pm$ 1.47	9.77 $\pm$ 1.25	-3.115	<0.01
Vsh3	9.40 $\pm$ 1.51	10.79 $\pm$ 4.08	-3.167	<0.01
Vhj1	18.56 $\pm$ 3.80	18.48 $\pm$ 3.56		>0.05
Vhj2	21.86 $\pm$ 4.25	24.75 $\pm$ 3.04	-5.579	<0.01
Vhj3	23.34 $\pm$ 4.13	28.17 $\pm$ 2.96	-9.570	<0.01

Vsl1, Vsl2, Vsl3 分别代表入组时、2 个月末、5 个月末生理领域的生存质量评分, Vxl1, Vxl2, Vxl3 分别代表入组时、2 个月末、5 个月末心理领域的生存质量评分, Vsh1, Vsh2, Vsh3 分别代表入组时、2 个月末、5 个月末社会领域的生存质量评分, Vhj1, Vhj2, Vhj3 分别代表入组时、2 个月末、5 个月末环境领域的生存质量评分。

3 讨论

WHO 把健康定义为既没有躯体疾病和缺陷, 还要有完整的生理、心理状态和社会适应能力。而康复强调的正是通

过功能训练和功能代偿, 帮助残疾者最大限度地改善患者受损的功能。住院康复可以提高脑卒中患者的生存质量, 但在出院后如果不继续康复训练, 其生存质量还会下降^[4]。因此, 出院后的社区康复是脑卒中患者康复过程中的另一个重要阶段, 是提高脑卒中患者生存质量的重要途径之一。影响脑卒中患者生存质量的因素有很多, 包括康复、家庭关系与社会支持、年龄、性别、伴随疾病、抑郁和脑卒中的类型等^[5]。从入组时的一般资料可以看出, 本研究中两组患者在年龄、性别、伴随疾病、脑卒中的类型和受教育程度方面均无显著差异 ($P>0.05$), 可以排除这些可能引起偏倚的因素, 使康复这一因素在两组间具有可比性。在社会性支持方面, 表 3 显示, 在社会领域的生存质量评分, 入组时也没有显著性差异 ($P>0.05$)。

本研究应用的 WHOQOL-BREF 量表具有良好信度和效度^[6-8], 通过对社区中的脑卒中患者进行康复干预, 结果显示: 在社区治疗 2 个月末和 5 个月末, 康复组与对照组的差异均有显著性意义 ($P<0.01$), 表明了对社区中的脑卒中患者进行康复训练可以有效提高其生存质量。对照组患者的生存质量也有一定的提高, 可能是由于脑卒中自然恢复和有些患

者自发地进行某些功能的学习和训练,使其功能有所改善。但由于对照组患者训练的质和量不够,生存质量总的提高程度没有康复组显著,说明社区康复治疗能更有效地提高脑卒中患者的生存质量。

在康复组中新病例与既往病例,入组时与治疗5个月后的变化均数相比有显著意义($P<0.01$),表明早期介入康复效果较好,与以前研究的结论相一致^[9]。在对照组中新病例与既往病例,入组2个月末与5个月末两组的变化均数和入组时与5个月末两组的变化均数相比均有显著意义($P<0.05$),说明病程短的病例较病程长的病例功能改善明显。

在既往病例中,康复组与对照组相比,2个月末和5个月末患者的生存质量也均有显著提高($P<0.05$),提示脑卒中患者如果在早期没有得到及时的康复治疗,也不应放弃康复的机会。脑卒中病程在3—18个月期间开始进行系统的康复训练仍然能够有效地改善患者的生存质量。

社会支持从性质上可分为二类:一类是客观的、可见的或实际的支持,包括物质上的直接援助或团体关系及家庭婚姻;另一类是主观的、体验到的或情感上的支持,指个体在社会中被支持、理解、尊重的情感体验和满意程度,与个体的主观感受密切相关。社会支持在脑卒中患者的恢复中起促进作用^[9]。在本研究的治疗过程中,康复组的家属或志愿者参与了患者康复训练的实施,保证了患者足够的康复训练时间。表3显示,在社会领域的生存质量评分,入组时没有差异,而2个月末和5个月末康复组较对照组均有显著意义($P<0.01$),表明康复组在社会支持方面比对照组好。脑卒中的恢复还需要爱心,家庭成员特别是配偶的参与给予患者精神和生活上的大力支持,降低了患者的负性心理反应,提高了其在社会领域生存质量的得分。因此,建立良好的家庭和社会支持系统对脑卒中患者生存质量的提高十分必要。

脑卒中不仅给患者带来躯体功能的障碍和日常生活能力的降低,而且对患者的心理功能和社会功能会产生严重的影响,有的会出现抑郁。抑郁症会使患者参加社会活动减少或停止,还可加重患者的躯体疾病,增加医疗开支,形成恶性循环。同时患者情绪的改变会导致其与家庭成员间的关系改变,从而影响其情感支持。作为社会支持之一的情感支持是预测脑卒中患者生存质量的重要因素。这些变化会对脑卒中患者的生存质量产生潜在的长期的影响。创造良好的家庭关系和社会环境可提高脑卒中患者的生存质量^[9]。对家属进行培训,加强家庭/社会支持,使康复训练与家庭/社会支持这两

个提高脑卒中患者生存质量的促进因素有机地结合起来。从本研究中社区康复治疗2个月和5个月两组患者在各个领域的生存质量得分可以看出,康复组较对照组均有显著提高,充分说明了社区康复不但可以提高脑卒中患者躯体功能和日常生活能力,还能改善患者的心理功能和社会功能。表3还显示,在各个领域,5个月末较2个月末两组的生存质量均有提高,但康复组与对照组相比,前者提高的程度显著,尤其是5个月末的生理、心理和环境领域更显著,表明随着康复治疗时间的延长,康复组患者生理功能、心理功能得到更明显的改善,对周围环境的满意度也随着康复训练时间的延长而有越来越显著的提高。

我国是发展中国家,经济上还不富裕,能投入的医疗费用不多,康复资源有限,大量的脑卒中患者不能得到正规的康复治疗。本研究采用培训的患者家属或志愿者协助治疗师进行康复,增加治疗强度和家庭/社会支持,提高治疗效果的方法,不但可以减少患者的医疗费用,还有效提高了患者的生存质量,使更多的患者受益于康复治疗,符合我国的国情。

参考文献

- [1] 倪朝民.脑血管病的临床康复[M].合肥:安徽大学出版社,1998. 215—259.
- [2] 李厥宝,倪朝民,韩瑞,等.早期康复治疗对急性脑卒中患者生存质量的影响[J].中国康复医学杂志,2005,20(1):34—36.
- [3] Studenski S, Duncan PW, Perera S, et al. Daily functioning and quality of life in a randomized controlled trial of therapeutic exercise for subacute stroke survivors [J]. Stroke, 2005, 36(8): 1764—1770.
- [4] 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(6):379—380.
- [5] Hopman WM, Verner J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation[J]. Stroke, 2003, 34(3):801—805.
- [6] Jaracz K, Kozubski W. Quality of life in stroke patients[J]. Acta Neurol Scand, 2003, 107(5):324—329.
- [7] Min SK, Kim KZ, Lee CI, et al. Development of the Korean versions of WHO Quality of Life scale and WHOQOL-BREF [J]. Qual Life Res, 2002, 11(6):593—600.
- [8] 李凌江,杨德森,周亮,等.世界卫生组织生存质量问卷在中国应用的信度及效度研究[J].中华精神科杂志,2003,36(3):143—147.
- [9] 毛惠南,高聪.生活事件、社会支持对老年脑卒中患者康复的影响[J].中国误诊学杂志,2005,5(4):666—667.