

· 临床研究 ·

WHOQOL-100 中文版量表评定急性脑卒中患者生活质量分析

陈英 王声涌 喻侠华 李安荣 洪城 池桂波 曾立忠

【摘要】目的 探讨脑卒中患者的生活质量(QOL)。方法 采用 WHOQOL-100 中文版量表对 189 例急性脑卒中患者和正常对照组人群进行生活质量评定,并比较脑卒中患者与正常对照者间生活质量的差异。结果 经 WHOQOL-100 中文版量表评定后,发现脑卒中患者生活质量在生理、心理、独立能力、环境领域、个人信仰及 QOL-100 总评分方面均显著低于对照组($P < 0.01$),社会关系领域得分亦明显低于对照组($P < 0.05$)。剔除并发症的混杂作用后,发现脑卒中患者在生理、心理、独立能力及 QOL-100 总评分方面得分均显著低于对照组,其间差异具有统计学意义($P < 0.01$)。经 Hotelling T^2 检验及多元方差分析进一步比较,发现脑卒中患者总体生活质量显著低于正常对照组人群($P < 0.01$)。结论 脑卒中患者生活质量较正常健康人群显著下降,WHOQOL-100 中文版量表能准确评定脑卒中患者的生活质量情况。

【关键词】 脑卒中; 生活质量; 统计分析

脑卒中是临床常见疾病,也是目前人类三大死亡疾病之一,还是最主要的致残因素。当患者发生脑卒中后,其结局判定有多项指标,但传统的评价指标体系往往仅关注生命的量及局部躯体功能改善情况,既不能表达健康的全部内涵,也不能体现具有生物、心理及社会特性的人的整体性和全面性。随着世界卫生组织(World Health Organization, WHO)关于健康新概念的认识以及现代医学模式的转变,针对疾病及临床疗效的评价已逐渐转向从生理、心理及社会功能等方面进行全方位评定,其中生活质量(quality of life, QOL)评估已成为预测脑卒中患者功能结局的重要参考指标之一^[1]。本研究旨在对脑卒中患者生活质量进行评估,为促进其早日全面康复提供参考依据。现将结果报道如下。

资料与方法

一、研究对象

共选取 2003 年 6 月至 2003 年 12 月间在广州中医药大学附属第一、二院以及广州越秀区第一人民医院住院治疗的急性脑出血或脑梗死患者 189 例,将其纳入脑卒中组。患者入选标准均符合 1995 年全国第四次脑血管病学术会议修订的各类脑血管疾病诊断要点,并经头颅 CT 或 MRI 确诊;共有男 107 例,女 82 例;年龄 39~85 岁,平均(67.60 ± 9.96)岁;同时伴有冠心病、糖尿病、高血压疾病中 1 种或多种(包括 2 种及 2 种以上)的患者分别有 81 例(42.86%)和 56 例(29.63%),其中仅患有脑卒中的患者归为脑卒中 A 组,伴有冠心病、糖尿病、高血压疾病中 1 项的患者归为脑卒中 B 组,伴有冠心病、糖尿病、高血压疾病中多项的患者归为脑卒中 C 组。另外在社区中按 1:1 比例选取与入选患者性别、年龄相匹配的同期健康志愿者 189 例纳入对照组。脑卒中组与对照组间的文化程度、婚姻状况、职业、

经济水平及年龄等差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

二、研究方法

本研究采用 WHOQOL-100 中文版量表对上述各组对象进行评定。该量表为自评量表,共有 100 个条目,包括与生活质量有关的 6 个领域共 24 个方面^[2],具体内容详见表 1。每个领域得分皆按百分制计分,并计算受试者 WHOQOL-100 中文版量表生活质量总评分,其值亦用百分制表示,得分越高表明生活质量越好,相关研究已证明该量表具有较好的信度及效度^[3]。采用调查问卷方式获取研究对象相关资料,患者在评估医师(均接受过统一培训)指导下进行自评,对于严重病例无法自评者,可由陪护亲属代填,每次评估约需 45 min;并且由同一评估团队对 189 例正常对照组对象进行评定。要求受试者对量表内容正确理解后自行填写或在评定医生、亲属等帮助下填写,调查最近 2 周情况。对上述对象的一般情况调查采用自编调查表方式进行,调查内容包括年龄、性别、民族、婚姻、经济状况、职业、临床诊断和既往病史等。

表 1 QOL-100 中文版量表评定项目

I 生理领域	IV 社会关系领域
1. 疼痛与不适	13. 个人关系
2. 精力与疲倦	14. 所需社会支持的满足程度
3. 睡眠与休息	15. 性生活
II 心理领域	V 环境领域
4. 积极感受	16. 社会安全保障
5. 思想、学习、记忆和注意力	17. 住房条件
6. 自尊	18. 经济来源
7. 身材与相貌	19. 医疗服务与社会保障
8. 消极感受	20. 获取新信息、知识、技能的机会
III 独立性领域	21. 休闲娱乐活动的参与机会与参与程度
9. 行动能力	22. 环境条件
10. 日常生活活动能力	23. 交通条件
11. 对药物及医疗手段的依赖性	VI 精神支柱/宗教/个人信仰
12. 工作能力	24. 精神支柱/宗教/个人信仰

三、统计学分析

采用 SPSS 10.0 版软件建立调查项目与生活质量测定项目

基金项目:广东省医学科研项目(A2001603);广州市越秀区科技计划项目(2001-02)

作者单位:510120 广州,广东省中医院心电图室(陈英);暨南大学医学院流行病学教研室(王声涌、池桂波);广州市越秀区第一人民医院内科(喻侠华、李安荣、洪城、曾立忠)

的数据库。应用 SAS 8.1 版软件进行统计学分析,计量资料比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,应用 Hotelling T^2 检验及多元方差分析对脑卒中患者及健康志愿者的生活质量数据进行多因素方差比较, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。当一份问卷中有 20% 的数据缺失时,该问卷即判为作废;如果问卷中某问题有一个条目缺失,则不计该条目分值,SAS 软件能自动计数缺失的条目数量。

结 果

脑卒中组患者与对照组的 WHOQOL-100 中文版生活质量评分结果经单因素方差分析后,其具体结果详见表 2,发现脑卒中患者生活质量在生理、心理、独立能力、社会关系、环境领域、个人信仰及总评分方面均显著低于对照组 ($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。将合并有冠心病、糖尿病或高血压中 1 种或多种疾病的脑卒中患者分别与对照组比较,发现患有不同并发症的脑卒中患者其生活质量在生理、心理、独立能力及总评分方面均显著低于对照组 ($P < 0.01$),具体结果详见表 3。应用 Hotelling T^2 检验及多元方差分析对脑卒中患者与对照组的各生活领域间的生活质量评定结果进行比较,发现脑卒中组患者与对照组人群在生活质量各领域间的差异均有统计学意义 ($P < 0.01$),提示脑卒中患者总体生活质量显著低于正常对照组人群。

讨 论

随着现代医学模式由生物医学模式逐渐向生物-心理-社会医学模式转变,并由此产生了与新医学模式相适应的一系列新的健康指标评价体系,如生活质量评定等。与健康有关的生活质量^[4]是指在不同文化和价值体系中的个体对与他们的目标、期望、标准以及所关心事情有关的生存状况的体验,能全面反映个体生理、心理、社会功能及与周围环境的关系等多个维度。本课题采用 WHOQOL-100 中文版量表对脑卒中患者生活质量进行评定,以期了解急性期脑卒中患者生活质量的变化情况。

世界卫生组织生活质量量表(简称 WHOQOL-100)是由 WHO 组织 20 多个国家和地区共同研制的跨国家、跨文化的普适性量表,其中文版由广州中山医科大学生活质量课题组受 WHO 和中华人民共和国卫生部委托,在世界卫生组织生活质量评定量表 WHOQOL-100 和 WHOQOL-BREF 的基础上,结合中国国情,遵照 WHO 推荐的程序制定而成。中文版量表与原

量表具有等价性,并且符合中国文化特点,目前已成为国内生活质量评估的标准量表^[5],使用该量表得到的数据,与国外相关研究结果具有可比性^[2]。

目前国内关于应用 WHOQOL-100 中文版量表来评估脑卒中患者生活质量的报道较少。以往研究表明,脑卒中患者生活质量与躯体功能状况、抑郁、社会支持等密切相关,严重瘫痪、抑郁及失去稳定社会支持等因素均与较差的生活质量有密切联系^[6-8],预测脑卒中患者生活质量较好的指标主要是患者能否进行基本日常生活活动^[9]。本研究结果发现,脑卒中患者生活质量在生理、心理、独立能力、环境领域、个人信仰及总评分方面均显著低于对照组,社会关系领域得分也明显低于对照组。为剔除并发症对脑卒中患者生活质量的影响,将患者按是否合并有冠心病、糖尿病或高血压中的 1 种或多种进行分组,并分别与对照组比较,发现各病例组与对照组在社会关系、环境、精神及个人信仰领域间的差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),提示脑卒中患者生活质量较差主要表现在生理、心理、独立能力及总体生活质量方面。分析其原因,考虑主要与神经功能缺损导致身体功能障碍有关,患者在急性期感觉身体疼痛与不适^[10],其行动能力、日常生活活动能力以及工作能力均明显减退,体力与睡眠质量下降,生活质量必然会因功能障碍而发生显著降低。当脑卒中患者健康状况下降时,其心理方面受到严重创伤。由于患者担心不能治愈,认为自己会变成一名残疾人,害怕成为家庭及社会的负担,对其职业、家庭生活、孩子教育及就业等问题过分忧虑,导致其对治疗失去信心,出现悲观失望、焦虑抑郁、情绪失稳等负面反应^[11]。急性脑卒中患者在常规药物治疗基础上,若能早期、及时给予康复干预措施,能促进患者神经功能恢复,显著降低其依赖程度,明显提高患者的运动功能和日常生活活动能力,降低并发症和致残率,提高生活质量^[12-16]。因脑卒中导致的功能障碍不仅包括身体残障,还包括精神、社会心理等方面的功能障碍,提示临床工作者应尽早发现患者的异常情绪,及时给予科学心理辅导及药物治疗,调整患者的不良心态和情绪,改善负性心理,以尽可能避免因不良情绪持续存在而影响其运动、感觉、认知及日常生活活动能力恢复,同时也能有效避免患者生活质量进一步下降。对脑卒中患者按并发症发病情况进行分组,发现各病例组与对照组在社会关系、环境、个人信仰方面的差异均无统计学意义。脑卒中与冠心病、糖尿病及高血压间存在交互作用,而这些疾

表 2 脑卒中组与对照组生活质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	生理领域	心理领域	独立性领域	社会关系领域	环境领域	精神支柱/宗教/个人信仰	生活质量总评分
脑卒中组	189	48.85 ± 14.27 ^b	56.68 ± 12.85 ^b	43.28 ± 17.06 ^b	60.66 ± 11.80 ^a	56.89 ± 11.49 ^b	43.06 ± 20.19 ^b	49.43 ± 18.61 ^b
对照组	189	59.59 ± 16.61	63.87 ± 12.72	64.47 ± 16.45	63.27 ± 13.21	60.48 ± 14.26	48.84 ± 19.05	64.01 ± 17.94

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$,^b $P < 0.01$

表 3 脑卒中患者并发症情况对其生活质量的影响(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	生理领域	心理领域	独立性领域	社会关系领域	环境领域	精神支柱/宗教/个人信仰	生活质量总评分
脑卒中 A 组	52	47.26 ± 13.79 ^b	58.06 ± 11.92 ^a	45.04 ± 18.37 ^b	60.03 ± 12.26	56.94 ± 11.73	47.21 ± 18.39	50.65 ± 19.00 ^b
对照组	52	59.72 ± 14.03	64.03 ± 12.21	65.29 ± 14.88	62.47 ± 13.59	60.96 ± 13.89	50.00 ± 19.49	63.73 ± 16.91
脑卒中 B 组	81	51.18 ± 14.60 ^b	57.65 ± 12.43 ^b	46.42 ± 16.34 ^b	61.37 ± 11.22	57.49 ± 10.37	43.02 ± 21.07	49.97 ± 14.46 ^b
对照组	81	59.19 ± 17.36	63.33 ± 12.51	64.65 ± 16.54	63.38 ± 13.36	59.84 ± 14.75	48.25 ± 17.52	64.46 ± 17.72
脑卒中 C 组	56	47.06 ± 14.04 ^b	54.06 ± 14.06 ^b	37.14 ± 15.38 ^b	60.23 ± 12.33	55.98 ± 12.87	39.17 ± 20.10 ^a	47.54 ± 19.97 ^b
对照组	56	60.08 ± 17.87	64.54 ± 13.64	63.44 ± 17.86	63.84 ± 12.83	60.96 ± 14.08	48.66 ± 21.01	63.62 ± 19.42

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$,^b $P < 0.01$

病对患者生活质量均有一定程度影响^[12-16]。对分组后的脑卒中患者进行比较,发现各组在社会关系方面的评分变化不明显,可间接提示脑卒中患者在急性期仍得到来自家庭、社会的关怀,与家人、朋友对患者的照顾及支持有关。各病例组患者在环境、个人信仰方面的评分与对照组间差异无统计学意义,可能是由于患者身心过于痛楚或思想、意识功能障碍等,尚未顾及或意识到疾病对环境领域和个人信仰方面带来的影响。

本研究所得数据经 Hotelling T^2 检验及多元方差分析后显示,急性脑卒中患者 WHOQOL-100 中文版生活质量评分较对照组显著降低,表明脑卒中患者总体健康状况较差,与正常对照人群生活质量间确实存在显著差异,对脑卒中患者存在的生活质量问题应引起人们普遍关注。WHOQOL-100 中文版生活质量评定量表能为脑卒中患者提供更全面、更准确的个人健康信息,从而有效指导康复医师对脑卒中患者制定及调整治疗方案,以进一步提高患者生活质量。

参 考 文 献

- [1] 宋新杰,王伊龙. 脑卒中患者生活质量的评定及研究现状. 中国康复理论与实践, 2005, 6: 447-450.
- [2] 方积乾,主编. 生活质量测定方法及应用. 北京:北京医科大学出版社, 2000: 118-119.
- [3] 方积乾,郝元涛,李彩霞. 世界卫生组织生活质量量表中文版的信度和效度. 中国心理卫生杂志, 1999, 13: 203-205.
- [4] 孙振球. 医学统计学. 北京:人民卫生出版社, 2003: 397-398.
- [5] 方积乾,郝元涛. 生活质量研究的设计与实施. 中国肿瘤, 2001, 10: 69-71.

- [6] Javier CA, Jose AE, Jose LG, et al. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke. Experience of a stroke unit. Stroke, 2000, 31: 2995-3000.
- [7] 陆敏,彭军,尤春景,等. 脑卒中患者整体功能与生活质量的相关性研究. 中国康复医学杂志, 2004, 19: 824-826.
- [8] 梁翠萍,郭宗成,李玲,等. 脑卒中后抑郁与婚姻状态的关系. 中国行为医学科学, 2006, 15: 887.
- [9] Indredavik B, Bakke F, Slordahl SA, et al. Stroke unit treatment improves long-term quality of life: a randomized controlled trial. Stroke, 1998, 29: 895-899.
- [10] 陈晓虹,蔺慕会,王玉洁,等. 脑卒中后疼痛. 中国临床康复, 2002, 6: 1714-1745.
- [11] 张立斌,裴晓枫,张立文. 急性脑卒中的早期康复. 中华现代内科学杂志, 2005, 2: 256-257.
- [12] 王新建,王颖. 急性脑卒中患者的运动疗法. 河南大学学报(医学科学版), 2003, 22: 59-60.
- [13] 徐军青,邱纪方,俞莲娟,等. 早期康复干预对急性脑卒中患者生活质量的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28: 696-698.
- [14] 李厥宝,倪朝民,韩瑞,等. 脑卒中患者生活质量的影响因素分析. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27: 542-544.
- [15] 杨兴华,陈洪琳,于石成,等. 北京市某社区高血压患者生活质量评价及影响因素分析. 中国全科医学, 2001, 4: 216-218.
- [16] 陶明,朱本章,李志刚,等. 糖尿病患者生活质量及其影响因素的调查分析. 中国慢性病预防与控制, 2000, 8: 73-75.

(修回日期: 2007-06-10)

(本文编辑: 易 浩)

家庭康复训练对出院后脑卒中患者日常生活活动能力的影响

常淑娟 邢晓红 上官琴苗

【摘要】目的 观察家庭康复训练对出院后脑卒中偏瘫患者肢体功能和日常生活活动(ADL)能力的影响。**方法** 将 70 例住院的脑卒中患者在出院时随机分成家庭康复训练组和对照组($n=35$),出院后家庭康复训练组给予规范康复训练,对照组自行功能训练。分别于出院时、出院后 1, 2, 3 个月对 2 组进行评定,采用脑卒中临床神经功能缺损程度评分标准评定神经功能,采用 Barthel 指数(BI)评分法评定 ADL 能力。**结果** 经过 3 个月家庭康复训练,2 组的 Barthel 指数和脑卒中临床神经功能缺损评分均有一定程度的改善。家庭康复训练组患者的 ADL 能力明显优于对照组($P<0.01$)。**结论** 出院后家庭康复训练可以显著提高脑卒中偏瘫患者的 ADL 能力,提高患者的生活质量。

【关键词】 脑卒中; 偏瘫; 家庭康复训练; 日常生活活动能力

近年来,随着治疗水平的不断提高,脑卒中的死亡率已明显下降,但是仍有 70% ~ 80% 的脑卒中存活患者留有不同程度的运动功能障碍,严重影响着患者的日常生活活动(activities of daily living, ADL)能力。尽管康复工作者为脑卒中偏瘫患者的康复做了很多努力,住院期间患者的运动功能有一定的恢复,但是由于住院费用昂贵,大多数患者在急性期过后被迫回到家中康复。偏瘫患者出院后如何通过系统地持续康复治疗来提高其生活质量,并帮助患者早日重返社会已成为脑卒中康复的重要问题之一^[1,2]。本研究为出院后的脑卒中偏瘫患者制定了统一的

家庭康复训练计划,并定期到患者家里进行指导和评定,以观察家庭康复训练对出院后脑卒中患者 ADL 能力的影响。

资料与方法

一、临床资料

选择 2005 年 1 月至 12 月在我科住院的脑卒中患者 70 例为研究对象,均为首次发病,无严重心肺疾病,无认知障碍和言语障碍。在出院时将 70 例患者随机分成家庭康复训练组和对照组,每组 35 例。2 组患者在性别、年龄、病变性质、瘫痪侧别及病程等方面经统计学分析差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,详见表 1。