

· 临床研究 ·

急性期脑卒中患者生活质量以及康复疗效分析

吴东 邹莉

【摘要】目的 分析急性脑卒中患者生活质量,并探讨早期专业康复治疗对患者生活质量的影响。**方法** 急性脑卒中患者 70 例,按随机数字表法随机分为康复组和对照组,每组 35 例。康复组采用专业康复治疗,对照组患者自行康复,分别于治疗前、治疗 1 个月后和治疗 6 个月后采用 SF-36 量表评定 2 组患者的生活质量。**结果** 治疗前,2 组患者生活质量较国人常模值明显下降,且 2 组患者间 SF-36 量表各个维度评分差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗 1 个月后(对照组 1 例患者因再发脑出血死亡),2 组患者 SF-36 量表评分与组内治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),康复组患者各个维度评分改善情况均优于对照组,经统计学分析除 SF 维度外,其余 7 个维度 2 组间差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗 6 个月后(对照组失访 2 例,康复组因心衰死亡 1 例),2 组患者 SF-36 量表评分与组内治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),康复组患者各个维度评分改善情况均优于对照组,且差异均具有统计学意义($P<0.05$)。另,康复组治疗 1,6 个月后 SF-36 量表各个维度改善差值与对照组同时段比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 急性脑卒中患者生活质量明显下降,康复治疗可以有效地提高患者的生活质量。

【关键词】 急性期脑卒中; 康复; 生活质量

Quality of life and the efficacy of rehabilitation in patients with acute stroke WU Dong, ZOU Li. Department of Rehabilitation Medicine, Linyi People's Hospital, Linyi 276003, China

【Abstract】Objective To analyze the quality of life (QOL) of patients with acute stroke, and to explore the effects of early specialized rehabilitation on their QOL. **Methods** Seventy patients with acute stroke were randomly divided into a rehabilitation group ($n=35$) and a control group ($n=35$). The rehabilitation group received specialized rehabilitation treatment while the control group received self-rehabilitation. QOL we evaluated with the short form-36 (SF-36) instrument before and after. **Results** Before treatment, QOL scores in the both groups were much lower than the norms for healthy people. The differences on each dimension of the SF-36 were not statistically significant between the two groups. The SF-36 scores of both groups improved during the experiment, but after 1 month and 6 months the improvement on each SF-36 dimension was significantly better in the rehabilitation group than in the control group. **Conclusions** The QOL of patients with acute stroke is significantly impaired, but specialized rehabilitation treatment is effective in improving it.

【Key words】 Acute stroke; Rehabilitation; Quality of life

脑血管疾病的发病率、死亡率和致残率均高,脑卒中后常遗留各种功能障碍,其中以躯体残疾和生活不能自理最为常见,严重影响患者的生活质量(quality of life, QOL),同时也给社会和家庭带来极大负担。SF-36(Short Form-36)作为评定 QOL 的量表,已被证实具有较好的信度和效度^[1]。本研究采用 SF-36 量表分别于康复治疗前(治疗前)、治疗 1 个月后和治疗 6 个月后对急性期脑卒中患者的 QOL 进行评定,并分析早期康复治疗对脑卒中患者 QOL 的影响。

资料与方法

一、研究对象

2009 年 3 月至 2010 年 2 月按照以下纳入标准于临沂市人民医院神经内科选择急性期脑卒中患者 70 例,全部病例均符合 1995 年全国第四次脑血管病会议制定的诊断标准。纳入标准:①均为首次发病且存在肢体功能障碍;②均经 CT 或 MRI 检查证实为脑卒中病例;③病程均在 3 周以内;④格拉斯哥昏迷量表评分 >8 分;⑤既往无脑卒中病史及严重肢体、认知、言语功能障碍;⑥既往无痴呆、精神病史;⑦非聋、哑人;⑧无恶性肿瘤、恶性进行性高血压以及其他危险疾病;⑨均同意进行临床研究并签署知情同意书(70

例患者一般情况见表 1)。2 组患者性别、年龄、病种及合并症的比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

二、研究方法

按照随机分配的方法,先将 70 例患者从 1 开始到 70 编号,再按照随机数字表法为每例患者求取一个三位数字,将每例患者对应的三位数字按照从小到大排列,前 35 例分入康复组,后 35 例分入对照组,由经过系统学习并熟练掌握 SF-36 量表的治疗师对 2 组患者于神经内科出院后(治疗前)和康复治疗 1,6 个月后进行 3 次评定。康复组患者神经科出院后直接转入我院康复中心进行正规的康复治疗,包括运动疗法(卧位、坐位、站立位等被动主动功能训练)、作业疗法(日常生活活动能力训练)、物理因子治疗(功能性电刺激、肌电生物反馈及低频电刺激等)、心理治疗等,对照组返回家中自行康复(若有患者到其他医院进行正规康复治疗则从对照组中剔除)。康复组患者 3 次评定均在医院中进行,由患者自行根据 SF-36 量表测评,如有不能确定选项则在亲属或医师指导下完成;对照组治疗前评定在医院中进行,后 2 次评定采用电话随访完成(为保证随访准确性,已将 SF-36 量表提前发给患者,由患者或其家属根据实际情况自我测评并将结果反馈给随访医生,如有不能确定选项,则由随访医生根据患者实际情况帮助其选择)。

三、评定标准

SF-36(Short Form-36)包括 8 个维度,36 个项目^[2-3]:躯体功能(physical functioning, PF)、日常活动功能(role physical, RP)、身体疼痛(bodily pain, BP)、总体健康(general health, GH)、活力(vitality, VT)、社会活动功能(social functioning, SF)、日常精神活动功能(role emotional, RE)、心理健康(mental health, MH),评定分为 5 个等级,分数越高 QOL 越好。将 SF-36 各维度的得分通过公式换算为 0~100 分,得分越高者

QOL 越好[换算得分=(实际得分-该维度的可能最低得分)/该维度的可能的最高得分与最低得分之差 $\times 100$]。

四、统计学分析

采用 SPSS 16.0 版软件处理数据,所得数据资料均用($\bar{x} \pm s$)表示。采用配对样本 t 检验分析 2 组患者治疗前的评定数据,采用两独立样本 t 检验分析 2 组患者治疗前与国人常模值的差异以及 2 组患者后 2 次评定时各维度的改善情况, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

一、2 组患者治疗前 SF-36 量表各维度评分与国人常模值的比较

治疗前 2 组患者(急性脑卒中患者),SF-36 量表中 8 个维度的分值均显著低于国人常模值^[4]($P < 0.05$)(表 2)。

二、2 组患者治疗前、治疗 1 个月后和治疗 6 个月

后 SF-36 量表评分情况

如表 3 所示,治疗前,2 组患者 SF-36 量表各个维度评分差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 1 个月(对照组 1 例患者因再发脑出血死亡),2 组患者 SF-36 量表评分与组内治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),康复组患者各个维度评分改善情况均优于对照组,经统计学分析除 SF 维度外,其余 7 个维度 2 组间差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗 6 个月(对照组失访 2 例,康复组因心衰死亡 1 例),2 组患者 SF-36 量表评分与组内治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),康复组患者各个维度评分改善情况均优于对照组,且差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。另康复组治疗 1,6 个月 SF-36 量表各个维度改善差值与对照组同时段比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),详见表 4。

表 1 2 组患者的一般资料(例)

组 别	例数	性别		年龄		糖尿病		高血压		冠心病		病变性质	
		男	女	30~56.72岁	>56.72岁	有	无	有	无	有	无	脑梗死	脑出血
康复组	35	18	17	20	15	13	22	26	9	8	27	20	15
对照组	35	12	23	19	16	11	24	16	19	5	30	16	19

表 2 急性脑卒中患者与一般人群的 SF-36 量表评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
急性脑卒中患者	70	21.22 $\pm$ 13.21 ^a	7.68 $\pm$ 9.53 ^a	76.54 $\pm$ 13.22 ^a	55.60 $\pm$ 15.92 ^a	54.31 $\pm$ 14.78 ^a	31.73 $\pm$ 10.25 ^a	20.65 $\pm$ 17.51 ^a	53.86 $\pm$ 22.36 ^a
一般人群	1603	90.62 $\pm$ 15.40	79.51 $\pm$ 34.70	85.61 $\pm$ 18.37	69.55 $\pm$ 21.32	70.29 $\pm$ 17.07	86.85 $\pm$ 17.28	76.45 $\pm$ 38.47	72.65 $\pm$ 16.81

注:与一般人群比较,^a $P < 0.05$

表 3 2 组患者治疗前、后 SF-36 量表各维度评分情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
对照组									
治疗前	35	17.86 ± 22.46	4.98 ± 13.27	83.87 ± 15.33	45.61 ± 19.78	47.65 ± 21.00	40.23 ± 17.55	20.13 ± 19.12	40.98 ± 17.43
治疗 1 个月后	34	37.84 ± 42.65 ^a	11.25 ± 13.21 ^a	87.56 ± 12.37 ^a	60.85 ± 8.64 ^a	59.46 ± 16.54 ^a	54.31 ± 12.57 ^a	43.21 ± 23.81 ^a	56.29 ± 11.00 ^a
治疗 6 个月后	32	42.56 ± 33.78 ^a	17.84 ± 11.56 ^a	92.56 ± 11.28 ^a	72.81 ± 11.02 ^a	68.72 ± 12.51 ^a	60.45 ± 15.08 ^a	59.64 ± 21.56 ^a	71.25 ± 15.27 ^a
康复组									
治疗前	35	12.57 ± 4.51	3.78 ± 3.28	80.25 ± 17.50	45.68 ± 8.31	43.00 ± 19.89	39.84 ± 17.51	15.72 ± 18.12	51.23 ± 13.51
治疗 1 个月后	35	35.81 ± 11.52 ^{ab}	15.68 ± 13.85 ^{ab}	92.50 ± 10.17 ^{ab}	75.81 ± 7.65 ^{ab}	69.84 ± 15.48 ^{ab}	55.62 ± 18.87 ^a	57.21 ± 16.81 ^{ab}	67.81 ± 11.98 ^{ab}
治疗 6 个月后	34	45.89 ± 16.54 ^{ab}	28.78 ± 11.68 ^{ab}	98.81 ± 15.84 ^{ab}	86.45 ± 8.79 ^{ab}	80.23 ± 22.45 ^{ab}	67.85 ± 20.45 ^{ab}	70.21 ± 15.48 ^{ab}	84.51 ± 12.45 ^{ab}

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组同时段比较,^b $P < 0.05$ 表 4 2 组患者治疗 1,6 个月后 SF-36 量表各个维度改善差值(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
对照组									
治疗 1 个月后改善差值	34	18.43 ± 7.62	6.28 ± 10.36	3.65 ± 12.81	17.31 ± 8.64	12.68 ± 17.52	16.37 ± 19.29	25.91 ± 17.31	13.33 ± 8.52
治疗 6 个月后改善差值	32	23.32 ± 9.17	15.76 ± 11.50	9.83 ± 11.09	26.16 ± 10.05	23.03 ± 16.92	19.75 ± 17.43	40.38 ± 21.73	28.31 ± 11.63
康复组									
治疗 1 个月后改善差值	35	23.54 ± 13.78 ^a	12.25 ± 11.95 ^a	11.68 ± 14.67 ^a	25.30 ± 9.15 ^a	27.61 ± 15.33 ^a	18.19 ± 14.43	40.66 ± 19.81 ^a	18.34 ± 11.72 ^a
治疗 6 个月后改善差值	34	30.94 ± 13.25 ^a	30.27 ± 14.18 ^a	20.02 ± 9.73 ^a	43.68 ± 20.83 ^a	38.27 ± 12.43 ^a	28.36 ± 16.29 ^a	57.16 ± 19.48 ^a	35.61 ± 14.37 ^a

注:与对照组同时段比较,^a $P < 0.05$

讨 论

脑血管疾病是神经系统常见病及多发病,存活者中 50% ~ 70% 患者常遗留偏瘫、失语等严重残疾,给社会和家庭带来沉重的负担,严重影响了患者及其家庭的 QOL^[5-6]。SF-36 作为评定 QOL 的量表,已被国内外学者证实是一个内部一致性较好、信度和效度优良的评定量表^[1],该量表从量化的角度,比较直观、全面地反映人群的健康状况,在评定脑卒中后患者的健康状况方面应用广泛^[7]。

本研究中,急性脑卒中患者 SF-36 量表各维度评分均显著低于国人常模值($P < 0.05$),这与国外研究观点一致^[8-9]。分析原因,可能为脑卒中患者多伴有躯体功能障碍,患者由一个机体功能健全的个体突然变成肢体、言语等功能障碍的患者,角色转变太快,患者完全没有心理准备,再加上对日常生活活动能力产生的极大消极影响,以及对生活中造成的诸多不便,患者心理情绪波动较大,必然会导致患者的各项能力的全面降低,因此,脑卒中患者 SF-36 量表 8 个维度的评分均显著下降($P < 0.05$)。

本研究中,2 组患者 SF-36 量表各维度评分差异均无统计学意义($P > 0.05$)。但在治疗 1 个月后,2 组患者 QOL 各个维度的评分较组内治疗前均有显著改善($P < 0.05$),且康复组除了 SF 一个维度外,其余 7 个维度评分改善差值均显著优于对照组($P < 0.05$)。提

示,早期康复治疗对患者日常生活活动能力的恢复具有积极的促进作用,是改善脑卒中患者 QOL 的重要促进因素^[10-11],而 2 组患者间 SF 维度改善差值无统计学意义可能是因为,2 组患者在康复治疗第一个月内,虽然其 QOL 均不同程度的提高,但是由于病情以及肢体功能障碍、言语功能障碍等原因,患者的生活活动区域受限,还不能参加社会活动,只是在康复中心或者家中进行简单的活动,从而导致 2 组患者间 SF 维度改善差值无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 6 个月后,康复组患者的各个维度改善差值与组内治疗 1 个月后比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),与对照组治疗 6 个月后比较,差异亦均有统计学意义($P < 0.05$),提示,脑卒中患者从发病到病后 6 个月,正规的康复治疗可更为显著地改善患者的 QOL。尤其是 SF 这个维度,2 组患者间改善差值的差异也存在统计学意义($P < 0.05$),表明,通过康复中心正规的康复训练,康复组患者较对照组患者可以恢复得更快、更好,也可以更早地参加社会活动,从而更为有效地促进 SF 维度的改善。

综上所述,脑卒中后综合的康复训练可改善患者的残疾水平,提高患者的躯体功能及社会功能,进而提高患者的 QOL^[12-13]。且脑卒中的康复治疗需要较长的过程,其功能恢复可持续几年时间,以病后 3 个月内恢复速度最快,0.5 ~ 1 年内仍可获得显著效果,这一时期是康复干预的最佳时期^[14]。因此,脑卒中的康复要尽早进行,长期坚持,才能保证最大程度地提高患者的 QOL

及其重返社会的能力和信心。

参 考 文 献

- [1] Veresciagina K, Ambrozaitis KV, Spakauskas B. Health-related quality-of-life assessment in patients with low back pain using SF-36 questionnaire. *Medicina*, 2007, 43: 607-613.
- [2] Ware JE Jr, Kosinski M, Bayliss MS, et al. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Med Care*, 1995, 33: 264-279.
- [3] 方芳, 吴旻, 郭自强, 等. 中西医结合治疗对房颤患者生活质量的影响. *中华中医药杂志*, 2010, 5: 131-133.
- [4] 李宁秀, 刘超杰, 李俊, 等. 四川省城乡居民 SF-36 评价参考值. *华西医学报*, 2001, 32: 43-47.
- [5] 王大治, 罗祖明. *神经病学*. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 122.
- [6] Rønning OM, Stavem K. Determinants of change in quality of life from 1 to 6 months following acute stroke. *Cerebrovasc Dis*, 2008, 25: 67-73.
- [7] 张磊, 李良寿. 美国 SF-36 量表总分分级的截断点. *第四军医大学学报*, 2002, 23: 1342.
- [8] Hobart JC, Williams LS, Moran K, et al. Quality of life measurement after stroke: uses and abuses of the SF-36. *Stroke*, 2002, 33: 1348 - 1356.
- [9] Dayapoglu N, Tan M. Quality of life in stroke patients. *Neurol India*. 2010, 58: 697-701.
- [10] Stavem K, Rønning OM. Quality of life 6 months after acute stroke: impact of initial treatment in a stroke unit and general medical wards. *Cerebrovasc Dis*, 2007, 23: 417-423.
- [11] Kuwabara K, Matsuda S, Fushimi K, et al. Reconsidering the value of rehabilitation for patients with cerebrovascular disease in Japanese acute health care hospitals. *Value Health*, 2011, 14: 166-76.
- [12] Suh M, Choi-Kwon S. Structural equation modeling on quality of life in stroke survivors. *J Korean Acad Nurs*, 2010, 40: 533-541.
- [13] Aprile I, Di Stasio E, Romitelli F, et al. Effects of rehabilitation on quality of life in patients with chronic stroke. *Brain Inj*, 2008, 22: 451-456.
- [14] 方敬献, 许世玲. 早期持续康复干预对脑卒中患者生活质量的影响. *中国社区医师*, 2008, 10: 33.

(修回日期: 2011-10-20)

(本文编辑: 阮仕衡)

中华医学会物理医学与康复学分会第九届委员会委员名单

(按汉语拼音排序)

名誉主任委员: 华桂茹

主任委员: 顾 新

前任主任委员: 李 玲

候任主任委员: 励建安

副主任委员: 刘宏亮 燕铁斌 岳寿伟 周谋望

常务委员: 郭铁成 黄晓琳 李红玲 李建军 牟 翔 倪朝民 王宁华 王兴林 吴 毅

尹 勇 张琳瑛 张志强

委 员: 陈丽霞 陈 伟 陈文华 陈 颖 杜金刚 高 敏 郭钢花 李建华 李月春

梁 英 廖维靖 林 伟 刘 楠 刘遂心 刘忠良 罗 军 潘翠环 庞声航

齐素萍 王楚怀 王惠芳 王 强 王 彤 谢 青 谢 荣 谢欲晓 许正月

杨万章 虞乐华 余 茜 张安仁 张 芳 张继荣 张鸣生 郑光新 郑 静

周 钰