

60 例缺血性脑卒中患者生活质量调查

谢小蔓, 卢瑞丽

(海南省中医院, 海南 海口 570203)

【摘要】 目的 分析缺血性脑卒中患者的生活质量及影响因素,探讨规范化肢体功能锻炼及健康教育对脑卒中患者生活质量及危险因素改善的意义。**方法** 采用前瞻性研究方法,将 60 例缺血性脑卒中患者按随机原则分为康复组(30 例)及对照组(30 例),两组均进行脑卒中二级预防用药及生活方式干预,康复组出院后定期复诊,在指导下坚持进行功能锻炼及健康教育,对照组自行进行肢体功能锻炼。对比治疗 6 个月前后危险因素(血糖、血脂)的变化,应用 SF-36 量表对患者出院时、出院后 6 个月的生活质量进行评定。**结果** 康复组和对照组出院时血糖、血脂比较差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),6 个月后两组上述指标均明显改善,且康复组改善程度明显优于对照组〔空腹血糖(FPG, mmol/L): 4.89 ± 0.42 比 5.21 ± 0.53 ,总胆固醇(TC, mmol/L): 5.31 ± 1.19 比 5.54 ± 1.02 ,甘油三酯(TG, mmol/L): 1.23 ± 0.27 比 1.62 ± 0.30 ,高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C, mmol/L): 1.59 ± 0.27 比 1.43 ± 0.51 ,低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C, mmol/L): 3.03 ± 0.95 比 3.76 ± 0.73 ,均 $P < 0.05$];两组经过 6 个月的康复训练,生理健康和心理健康均得到明显改善,以康复组改善为优〔生理机能(PF,分): 70.34 ± 14.77 比 65.71 ± 17.68 ,生理职能(RP,分): 70.21 ± 26.12 比 66.52 ± 32.40 ,躯体疼痛(BP,分): 79.04 ± 15.22 比 73.17 ± 16.97 ,一般健康状况(GH,分): 72.54 ± 16.97 比 71.27 ± 16.96 ,精力(VT,分): 66.78 ± 14.20 比 63.08 ± 15.64 ,社会功能(SF,分): 79.23 ± 13.50 比 69.57 ± 18.71 ,情感职能(RE,分): 79.92 ± 23.21 比 73.43 ± 31.41 ,精神健康(MH,分): 75.62 ± 12.37 比 70.78 ± 13.34 ,均 $P < 0.05$ 〕。**结论** 重视缺血性脑卒中患者肢体功能锻炼指导及健康教育,能提高患者康复效果及生活质量。

【关键词】 肢体功能锻炼; 健康教育; 脑卒中; SF-36 量表

A life quality survey of 60 cases with ischemic cerebral apoplexy XIE Xiao-man, LU Rui-li. Hainan Provincial Traditional Chinese Medicine Hospital, Haikou 570203, Hainan, China
Corresponding author: XIE Xiao-man, Email: 245328246@qq.com

【Abstract】 Objective To analyze living quality and risk factors of the patients with ischemic cerebral apoplexy and to approach the significance of standard limb-dirigation and health teaching in improvement of their living quality and risk factors. **Methods** A prospective study was conducted, in which 60 patients of ischemic cerebral apoplexy were randomly assigned to an observation group and a control group (each, 30 cases); both groups were treated with secondary prevention medication and life style interference. After discharge, in the observation group, the patients regularly returned to pay visits and got the guidance to do standard limb-dirigation and health teaching, while in the control group, the patients did limb-dirigation by themselves. The changes of risk factors (blood-sugar, blood-lipid) and of SF-36 scale evaluations of living quality of the patients on the day of discharge and 6 months after discharge were compared. **Results** The blood-sugar and blood-lipid on the day of discharge indicated no statistical significances between the two groups (all $P > 0.05$); the above indexes of the two groups 6 months after discharge were obviously improved, and the improvement of the observation group was superior to that of the control group [fasting plasma glucose (FPG, mmol/L): 4.89 ± 0.42 vs. 5.21 ± 0.53 , total cholesterol (TC, mmol/L): 5.31 ± 1.19 vs. 5.54 ± 1.02 , triglyceride (TG, mmol/L): 1.23 ± 0.27 vs. 1.62 ± 0.30 , high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C, mmol/L): 1.59 ± 0.27 vs. 1.43 ± 0.51 , low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C, mmol/L): 3.03 ± 0.95 vs. 3.76 ± 0.73 , all $P < 0.05$]. The physiological health and mental health of two groups 6 months after discharge were obviously improved and the improvement of the observation group was better than that of the control group [physiological function (PF, score): 70.34 ± 14.77 vs. 65.71 ± 17.68 , role of physiology (RP, score): 70.21 ± 26.12 vs. 66.52 ± 32.40 , body pain (BP, score): 79.04 ± 15.22 vs. 73.17 ± 16.97 , general health (GH, score): 72.54 ± 16.97 vs. 71.27 ± 16.96 , vitality (VT, score): 66.78 ± 14.20 vs. 63.08 ± 15.64 , social function (SF, score): 79.23 ± 13.50 vs. 69.57 ± 18.71 , emotional role (RE, score): 79.92 ± 23.21 vs. 73.43 ± 31.41 , mental health (MH, score): 75.62 ± 12.37 vs. 70.78 ± 13.34 , all $P < 0.05$]. **Conclusion** Pay attention to the guidance of standard limb-dirigation and health teaching which are helpful to improve the rehabilitation efficacy and living quality of the patients with ischemic cerebral apoplexy.

【Key words】 Limb-dirigation; Health teaching; Cerebral apoplexy; SF-36 scale

脑卒中具有高发病率、高病死率、高致残率、高复发率的特点。对本院 60 例首次发病脑卒中患者

不同时期的生活质量进行问卷调查,分析脑卒中患者不同时期的生活质量及影响因素,报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究方法:采用前瞻性研究方法,选择 2010 年

1 月至 2012 年 1 月本院脑病科收治的首次发病的 60 例脑卒中住院患者,分别采用规范化肢体功能锻炼及健康教育的方法和自行锻炼肢体功能的方法进行康复训练,评价其治疗 6 个月后的生活质量。

本研究符合医学伦理学标准,并经医院伦理委员会批准,所有治疗及调查方法均取得患者或家属知情同意。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准:脑梗死诊断符合 1996 年中华医学会第 4 届脑血管疾病会议制定的诊断标准^[1],出现局灶性神经功能缺失体征并持续 24 h 以上,经头颅 CT 或 MRI 确诊;首次发病;出院时意识清楚,无理解能力障碍,可配合完成调查;患者知情同意。

1.2.2 排除标准:有恶性肿瘤病史者;有其他系统危重疾病,如心、肺、肝、肾功能衰竭等者;发病 6 个月内出现再发脑梗死或脑出血者;发病 6 个月内死亡者;有精神病史者;因个人理解能力及个人原因不能或不愿意配合调查者。

1.3 一般资料:60 例患者中男性 36 例,女性 24 例;年龄 50~85 岁,平均(62.49±12.45)岁;并发症:慢性肺部疾病 12 例,高血压 34 例,糖尿病 16 例,冠心病 24 例,骨关节病 18 例;住院时间 10~25 d,平均(15±4)d。

1.4 分组及治疗方法:按随机原则将患者分为对照组(30 例)和康复组(30 例)。两组患者住院期间均按照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》^[2]接受药物治疗,并联合肢体功能锻炼;出院后两组均坚持脑卒中二级预防用药及生活方式干预。康复组患者定期复诊评估,按医嘱规范化、分阶段坚持肢体功能锻炼,并对日常生活进行健康指导,做好心理疏导;对照组自行锻炼肢体功能。两组均 6 个月后回院复诊。

1.5 检测指标及方法:出院时及出院 6 个月后复诊时分别抽取静脉血,采用常规方法检测两组患者血糖和血脂水平。

1.6 调查方法:使用 SF-36 量表及计分方法^[3],采用问卷调查的方法,纳入对象于出院时、出院后 6 个月回院复诊时填写量表,要求尽量独立填写,不能独立完成者由受过培训的医护人员协助填写,每份问卷完成时间为 15~25 min。

1.7 质量控制:制定统一的标准,对参加协助调查的 6 名医护人员进行培训,培训内容包括:询问方式、询问技巧、如何理解问卷中各条目的内容,通过培训达到一致的认识,以保证结果的真实性和可靠性。用 Excel 将有效数据建成数据库,数据库中数据应与原始问卷对照核实,对检出错误的进行修改和记录,要求出错率低于 5%。

1.8 统计学方法:应用 SPSS 13.0 统计软件处理数据,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,满足正态分布且方差齐时用 *t* 检验,不满足时用秩和检验和非参数检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血糖、血脂水平比较(表 1):两组出院时血糖、血脂比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$),6 个月后复诊时血糖、血脂均较出院时明显改善,且康复组改善程度更显著(均 $P<0.05$)。

2.2 两组生理和心理健康各维度比较(表 2):两组患者经过 6 个月的康复训练,生理健康和心理健康各维度均明显改善,且 6 个月后康复组各维度得分均明显高于对照组(均 $P<0.05$)。

表 1 两组不同时期血糖、血脂水平变化比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	各检测指标 (mmol/L)				
			FPG	TC	TG	HDL-C	LDL-C
对照组	出院时	30	5.69±0.39	6.43±1.17	2.41±0.60	1.38±0.31	4.89±0.61
	6 个月后	30	5.21±0.53 ^a	5.54±1.02 ^a	1.62±0.30 ^a	1.43±0.51 ^a	3.76±0.73 ^a
康复组	出院时	30	5.72±0.84	6.59±1.28	2.35±1.06	1.40±0.57	4.75±1.09
	6 个月后	30	4.89±0.42 ^{ab}	5.31±1.19 ^{ab}	1.23±0.27 ^{ab}	1.59±0.27 ^{ab}	3.03±0.95 ^{ab}

注: FPG:空腹血糖, TC:总胆固醇, TG:甘油三酯, HDL-C:高密度脂蛋白胆固醇, LDL-C:低密度脂蛋白胆固醇;与本组出院时比较,^a $P<0.05$;与对照组同期比较,^b $P<0.05$

表 2 两组不同时期各维度得分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	生理健康维度(分)			
			PF	RP	BP	GH
对照组	出院时	30	58.01±22.71	54.43±35.87	69.02±23.55	62.06±16.82
	6 个月后	30	65.71±17.68 ^a	66.52±32.40 ^a	73.17±16.97 ^a	71.27±16.96 ^a
康复组	出院时	30	59.04±16.99	55.74±33.07	70.73±20.30	61.60±14.86
	6 个月后	30	70.34±14.77 ^{ab}	70.21±26.12 ^{ab}	79.04±15.22 ^{ab}	72.54±16.97 ^{ab}

组别	时间	例数	心理健康维度(分)			
			VT	SF	RE	MH
对照组	出院时	30	59.06±23.50	68.83±23.46	54.01±39.16	67.18±23.56
	6 个月后	30	63.08±15.64 ^a	69.57±18.71 ^a	73.43±31.41 ^a	70.78±13.34 ^a
康复组	出院时	30	58.60±14.30	69.42±17.28	55.81±32.49	66.62±14.24
	6 个月后	30	66.78±14.20 ^{ab}	79.23±13.50 ^{ab}	79.92±23.21 ^{ab}	75.62±12.37 ^{ab}

注: PF:生理机能, RP:生理职能, BP:躯体疼痛, GH:一般健康状况, VT:精力, SF:社会功能, RE:情感职能, MH:精神健康;与本组出院时比较,^a $P<0.05$;与对照组同期比较,^b $P<0.05$

3 讨论

随着我国人口老龄化的加剧以及人们生活方式、饮食习惯的改变,脑卒中的发病率呈现增长趋势,大部分患者会留有不同程度的后遗症,严重影响了患者的生活质量,给社会和家庭带来沉重的经济负担和精神压力。脑卒中发病的危险因素较多,常见的有高血压、高血糖、高血脂。周伟君等^[4]将 118 例急性脑卒中患者与 67 例健康人的超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)进行比较提示,急性脑卒中组 hs-CRP 水平显著升高,hs-CRP 与急性脑卒中患病显著相关,而血压、FPG 与血脂是影响 hs-CRP 的主要独立因素。李才明等^[5]还研究了血管紧张素转换酶(ACE)基因与缺血性脑卒中发病的关系,结果表明 DD 基因型是缺血性脑卒中的易患因子,血管紧张素 II(Ang II)参与了低氧应激过程,ACE 基因与吸烟、酗酒、糖尿病在缺血性脑卒中的发病过程中存在协同作用。

关于脑卒中的高危因素控制,本研究调查结果提示,康复组和对照组出院时血糖、血脂比较差异均无统计学意义,6 个月后两组上述指标均明显改善,且康复组改善程度明显优于对照组。

研究表明,早期的康复训练对躯体功能的恢复有着明显的疗效,对提高患者生活质量有显著的效果^[6]。针灸治疗是康复的手段之一。龙维群^[7]对 84 例脑卒中偏瘫患者进行早期针刺治疗观察,结果提示偏瘫患者早期进行针灸治疗往往能起到关键作用,并且指出了治疗时机:只要患者意识清楚、生命体征稳定,神经体征 48 h 不再进展后即可进行。王珩和李平^[8]开展的“卒中单元模式下急性脑卒中早期康复的临床观察”项目,其康复组在常规治疗基础上于病情稳定 48 h 开始进行卒中单元的肢体运动功能训练,经过对比研究发现,早期康复治疗能有效促进神经功能恢复,并改善急性脑卒中后抑郁的临床症状。

潘翠环等^[9]对社区脑卒中患者的生活质量研究包括从患者入院至发病后 12 个月的动态追踪,发现脑卒中患者的生活质量在 3、6、12 个月呈明显下降。而国内部分研究发现,患者出院后继续参与康复训练对脑卒中患者的全面康复作用显著^[10]。所以出院后的康复宣教对患者及家属均很重要。翁媛英等^[11]就如何建立高效、稳定的宣教流程,促进患者早期进行康复训练问题进行研究实践,结果发现,提高患者对康复知识的知晓值可大大提高患者对早期康复的信心和行为;有效、有针对性的全面康复手段

可使患者获得最佳康复状态。

本研究中采用的 SF-36 量表经国内外研究证实具有良好的信度、效度和反应度,且该量表容易理解,操作简单,使用该量表评估脑卒中患者生活质量,能使患者的康复有一个较为清楚的目标,协助医师指导患者解决康复期和残疾期的问题。

本次调查结果表明,慢性脑卒中患者的总体生活质量及主观满意度下降。在生理健康的 4 个维度中,PF 及 RP 2 个维度得分最低,经过有效康复指导及锻炼后,这 2 个维度得分改善明显。在心理健康的 4 个维度中,RE 的得分最低,可见脑卒中患者的心理疏导是必须的。心理功能障碍主要表现在精神紧张度偏高,焦虑、抑郁,缺少满足、幸福感,故应在加强躯体功能训练的同时加强心理治疗和护理。

本次调查提示,患者出院后 6 个月内 SF-36 评分呈改善趋势,表明患者生活质量逐渐有所改善。特别指出的是,出院后重视患者的康复情况,定期评估指导,规范化、分阶段坚持肢体功能锻炼,并对日常生活进行健康指导,做好心理疏导,可明显改善患者的生活质量,使脑卒中的高危因素如高血脂症、高血糖得到良好的调节,其效果明显优于纯粹的肢体功能锻炼,故重视缺血性脑卒中患者肢体功能锻炼指导及健康教育,能提高患者康复效果及生活质量。

参考文献

- [1] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点. 中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [2] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010. 中华神经科杂志,2010,43(2):146-153.
- [3] 张作记. 行为医学量表手册. 北京:中华医学电子音像出版社,2005:54-59.
- [4] 周伟君,童建菁,叶静,等. 超敏 C-反应蛋白与脑血管疾病危险因素的相关性研究. 中国危重病急救医学,2007,19(6):325-328.
- [5] 李才明,张成,卢锡林,等. 血管紧张素转换酶基因与缺血性脑卒中发病的关系. 中国危重病急救医学,2007,19(6):321-324.
- [6] 戴秋明,谢良平,程五福. 脑卒中患者生活质量的多因素研究. 国际中华应用心理学杂志,2006,3(4):333-335.
- [7] 龙维群. 早期针刺治疗脑卒中偏瘫 84 例疗效观察. 中国中西医结合急救杂志,2004,11(4):252.
- [8] 王珩,李平. 卒中单元模式下急性脑卒中早期康复的临床观察. 中国中西医结合急救杂志,2012,19(5):266-267.
- [9] 潘翠环,陈艳,万新炉,等. 社区康复模式下脑卒中患者生活质量调查. 中国医学创新,2009,6(13):140-142.
- [10] 王金兰,梁焕兰,潘小兰,等. 中老年脑卒中患者的生活质量调查分析及康复护理干预. 国际护理学杂志,2009,28(6):841-843.
- [11] 翁媛英,胡明华,赵桃月,等. 提高康复知识知晓值在急性脑卒中后康复中的应用研究. 中国中西医结合急救杂志,2011,18(6):373-374.

(收稿日期:2012-11-07)

(本文编辑:李银平)