

·社区康复·

社区康复对脑卒中患者功能和生存质量的 远期疗效观察

王涛^{1,2} 倪朝民^{1,4} 范文祥¹ 陈进¹ 陈瑾¹ 韩瑞³

摘要 目的:应用功能综合评定量表(FCA)和 WHO 生存质量测定简式量表(WHOQOL-BREF)中文版研究社区康复(CBR)对脑卒中患者功能和生存质量(QOL)的远期疗效。**方法:**80 例脑卒中患者随机分为社区康复组(40 例)和对照组(40 例),社区康复组进行康复治疗 and 随访,对照组只进行随访。于入组时、5 个月末和 17 个月末,采用 FCA、WHOQOL-BREF 中文版对两组患者进行评定。**结果:**入组时两组患者 FCA 和 WHOQOL-BREF 评分差异无显著意义($P>0.05$),治疗 5 个月后,社区康复组和对照组的 FCA 和 WHOQOL-BREF 评分比较,康复组效果优于对照组($P<0.05$),17 个月后康复组有进一步提高($P<0.05$),而对照组改善不明显($P>0.05$)。**结论:**社区康复治疗对提高脑卒中患者 FCA 和 WHOQOL-BREF 作用显著;社区康复治疗介入时间越早,脑卒中患者功能和生存质量恢复的作用越明显。

关键词 脑卒中;社区康复;功能;生存质量

中图分类号:R493,R743.3 文献标识码:A 文章编号:1001-1242(2009)

Long-term effect of community-based rehabilitation on function and quality of life in stroke patients/WANG Tao, NI Chaomin, FAN Wenxiang, et al./Chinese Journal of Rehabilitation Medicine, 2009,

Abstract Objective: To study long-term effect of community-based rehabilitation (CBR) on function and quality of life (QOL) in stroke patients by using functional comprehensive assessment (FCA) and World Health Organization quality of life assessment instrument brief version (WHOQOL-BREF). **Method:** Eighty stroke patients were randomly divided into control group ($n=40$) and rehabilitation group ($n=40$). The rehabilitation group were treated with community-based rehabilitation and regular following-up, functional assessment, while the control group only treated with following-up and functional assessment, no rehabilitation. FCA and WHOQOL-BREF were applied to assess patients at the beginning of enrollment, after 5 and 17 months. **Result:** At the beginning of enrollment, the difference in scores of FCA and WHOQOL-BREF between two groups was not obvious ($P>0.05$). There was significant difference in scores between two groups 5 and 17 months later ($P<0.05$). The rehabilitation group had a better outcome compared with control group. The control group had no significant difference in scores from the 5th month to the 17th month ($P>0.05$). **Conclusion:** Community-based rehabilitation has long-term effect on function and QOL in stroke patients. The earlier the patients receive CBR, the better the improvement on function and QOL will be acquired.

Author's address The Center of Rehabilitation Medicine, the Second Affiliated Hospital of Anhui College of Traditional Chinese Medicine, Hefei, 230061

Key words stroke; community-based rehabilitation; function; quality of life

国外的研究均已证实脑卒中康复治疗的有效性^[1],而且肯定社区康复的重要性^[2]。本研究采用前瞻性、随机对照的研究方法,通过系统的规范化的社区康复(community-based rehabilitation, CBR),对脑卒中患者进行功能综合评定和生存质量等评定(functional comprehensive assessment, FCA)和比较,以探讨 CBR 对脑卒中患者的远期功能结局。

1 资料与方法

1.1 病例选择标准

选择 2006 年 9 月—2007 年 2 月由安徽医科大学第一附属医院神经内科出院的均符合下述病例选

择标准的 80 例脑卒中患者作为研究对象。

患者入选标准如下:①符合 1995 年第四次全国脑血管病学术会议制定的脑血管病诊断标准^[3],经头颅 CT 和/或 MRI 检查证实;②签署知情同意书;③生命体征稳定,格拉斯哥昏迷量表(Glasgow coma scale, GCS)评分 >8 ;④40 岁 $<$ 年龄 <80 岁;⑤有肢体

1 安徽医科大学附属省立医院康复医学科,合肥,230001

2 安徽中医学院附属针灸医院康复医学科

3 安徽医科大学第一附属医院康复医学科

4 通讯作者

作者简介:王涛,男,硕士研究生

收稿日期:2008-12-04

功能障碍。

排除标准:有活动性肝病、肝肾功能不全者;充血性心力衰竭者;恶性肿瘤患者;恶性进行性高血压患者;既往有痴呆病史者;呼吸功能衰竭者;病程超过18个月者;既往有精神病史者;外地无法随访者;聋、哑人。

将符合入选标准的80例患者按照随机数字表法分为康复组40例和对照组40例,列入CBR研究程序,治疗和随访时间17个月,随访过程中无死亡、不配合及其他原因失访的患者,完成一系列评估

与治疗。

80例患者中男53例,女27例;年龄40—80岁;文化程度初中及其以下者59例,高中及其以上者21例;除1例患者为左利手外,其余均为右利手;脑梗死58例,脑出血22例;病变以左半球为主者46例,以右半球为主者31例,其他病灶者3例;合并原发性高血压34例,合并糖尿病19例。康复组(40例)和对照组(40例)性别、年龄、病因、病变部位及教育程度等一般资料比较,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。

表1 两组患者一般资料比较

(例)

组别	例数	性别		病因		病变部位			年龄(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	初中以下	高中以上
康复组	40	28	12	28	12	24	15	1	60.93±10.97	16	11	29	11
对照组	40	25	15	30	10	22	16	2	61.20±11.55	18	8	30	10

1.2 治疗方法

康复组在内科预防性药物治疗基础上进行康复治疗 and 随访,包括对高危因素的药物控制、康复治疗、卫生宣教和心理疏导等^[4]。系统、规范的康复训练计划^[5-7]为:①对于Brunnstrom I期和II期患者康复方法为正确的良姿位、床上运动、呼吸控制训练;床边被动运动;转移、坐位平衡及坐站训练;健手做力所能及的日常生活活动;言语和心理治疗等。②对于Brunnstrom III期和IV期患者康复方法为卧位下抑制上下肢和躯干的痉挛模式,加强关节的各方向自主运动等;坐位下患侧上肢支撑做小范围屈伸肘关节练习、前臂旋转、患侧下肢屈伸运动、健侧下肢肌力训练等;站立位平衡训练、坐站控制、重心转移、持拐步行训练等。③对于Brunnstrom V期和VI期患者康复方法为继续前一阶段的训练,进一步巩固、提高并运用到日常生活中,具体方法为肢体精细动作强化训练、家庭ADL指导和居室改造等。

由治疗师给予患者及其家属或陪护人员具体的CBR训练指导,定期复诊评估,及时处理训练治疗过程中所遇到的各种问题并调整训练方案。要求治疗师定期随访评定和指导(共14次),入组第1个月每周1次,第2—3个月每2周1次,第4、5个月每4周1次,第6—17个月每3月1次,平时要求家属或陪护人员为患者进行康复训练,每次45min,每天1次,每周5—6次。

对照组患者在内科预防性药物治疗基础上只进行随访评定。

1.3 评定方法

入组时了解患者的基本情况并做记录,包括性别、年龄、民族、文化程度、职业、劳动强度、婚姻状况、病程、病变部位、生活习惯(吸烟、饮酒、脂肪摄

入、水果摄入、睡眠、锻炼)、既往疾病史(心脏疾患、高血压、高脂血症、高血糖及其他疾病)。

功能评定:于入组时、治疗5个月末及17个月末采用FCA评定患者的运动和认知功能,运动功能^[8]共6方面18项,最高108分。

同时WHOQOL-BREF中文版对两组患者进行评定^[9-10],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QOL的问题,总共26个问题,最高130分。评估时分别记录4个领域得分,得分越高,QOL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QOL与健康的有关判断,访谈者做出记录。

1.4 统计学分析

计量资料以均数±标准差表示,两组间和两组内比较采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,有显著性意义为 $P<0.05$ 。所有数据均采用SPSS11.5统计软件包处理。

2 结果

2.1 两组患者治疗前、后FCA和QOL评分比较

两组患者治疗前、后FCA评分的情况见表2, QOL评分比较见表3。组内比较:康复组治疗5个月和17个月后FCA及QOL评分差异有显著性意义($P<0.05$),治疗5个月后康复组FCA及QOL有明显改善,17个月后有进一步改善;对照组5个月末FCA及QOL和入组时相比差异有显著性意义($P<0.05$),FCA及QOL有改善,而17个月末和5个月末评分差异无显著性意义($P>0.05$)。组间比较:治疗前2组患者FCA及QOL评分差异无显著性意义($P>$

0.05);治疗5个月、17个月后2组患者FCA及QOL评分差异有显著性意义($P<0.05$),康复组功能及生存质量改善明显。

表2 两组患者治疗前后FCA评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	入组时	5个月末	17个月末
康复组	40	31.45±6.26 ^①	79.10±11.04 ^{②③}	86.13±11.12 ^{②⑤}
对照组	40	30.03±6.78	64.58±13.27 ^④	65.48±14.89 ^⑥

与对照组比较:① $P>0.05$,② $P<0.05$;5个月末和入组时组内比较:③ $P<0.01$,④ $P<0.05$;17个月末和5个月末组内比较:⑤ $P<0.05$,⑥ $P>0.05$

表3 两组患者治疗前后QOL评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	入组时	5个月末	17个月末
康复组	40	37.30±7.91 ^①	95.70±13.39 ^{②③}	103.90±13.34 ^{②⑤}
对照组	40	35.90±8.38	77.73±16.04 ^④	79.13±17.98 ^⑥

与对照组比较,① $P>0.05$,② $P<0.05$;5个月末和入组时组内比较③ $P<0.01$,④ $P<0.05$;17个月末和5个月末组内比较⑤ $P<0.05$,⑥ $P>0.05$

2.2 两组患者治疗前后4个领域QOL比较

入组时两组在4个领域的QOL差异无显著性($P>0.05$)。入组后5个月和17个月时两组QOL的得分均显示有显著性意义($P<0.01$),见表4。

表4 两组患者治疗前后的QOL比较 ($\bar{x}\pm s$)

	对照组	康复组	组间P值
生理:入组时	10.65±2.72	11.18±2.57	>0.05
5个月末	23.80±4.83	28.68±3.72	<0.01
17个月末	23.73±5.29	30.75±3.66	<0.01
心理:入组时	8.87±2.34	9.35±2.24	>0.05
5个月末	19.80±4.15	23.95±3.18	<0.01
17个月末	19.88±4.54	25.75±2.99	<0.01
社会:入组时	4.50±1.28	4.70±1.20	>0.05
5个月末	9.90±2.48	11.83±1.55	<0.01
17个月末	9.90±2.28	12.83±1.22	<0.01
环境:入组时	11.88±2.17	12.08±2.03	>0.05
5个月末	25.50±5.75	30.88±4.60	<0.01
17个月末	25.63±5.94	33.65±4.55	<0.01

2.3 QOL评分变化比较

康复组患者入组时至5个月末、5个月末至17个月末两阶段功能及QOL评分变化值比较,差异有显著性意义($P<0.05$),见表5,入组时至5个月末患者功能及QOL改善幅度大于5个月末至17个月末的改善幅度。

表5 康复组患者入组时至5个月末、5个月末至17个月末两阶段FCA及QOL评分变化值 (分, $\bar{x}\pm s$)

时间	FCA	QOL
5个月末-入组时	47.90±7.81	58.4±9.63
17个月末-5个月末	6.96±4.88	7.95±6.18

入组时-5个月末和5个月末-17个月末两阶段评分比较 $P<0.05$

3 讨论

早期康复可以提高脑卒中患者的QOL已被很多研究证实^[11-13]。住院期间大多数患者均可接受早期康复治疗,但由于医疗资源、经济因素等问题,患者不能长期住院康复治疗,出院后,因目前大部分社区没有康复机构或未开展家庭康复治疗,加之患者

及家属回家后缺乏住院期间的主动性与积极性,致使许多具有相当恢复潜力的患者终身残疾,带来了复杂的社会问题。因此,出院后的CBR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QOL的重要途径之一。本研究把规范的康复治疗延伸到家庭和社区,通过对康复组患者和家庭护理人员康复教育和培训,使脑卒中患者在出院回家后能够坚持进行康复训练,并通过治疗师的定期上门随访和患者的复诊,针对患者恢复中后期的情况,及时调整康复治疗计划,保持治疗的连续性和科学性,而对照组未给予康复介入,评价两组疗效,结果显示这一CBR模式治疗脑卒中患者是有意义的,具有长期疗效。

影响脑卒中患者QOL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^[14]。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。本研究应用的WHOQOL-BREF量表具有良好信度和效度^[15-18],FCA量表是适合我国国情的,其信度和效度业已得到肯定^[19-21],并且两者间有较强的相关性^[22]。

本研究显示,对照组前阶段(入组5个月末与入组时)FCA和QOL评分自身前后比较中看出来($P<0.05$),患者有明显的自然恢复进程,这与胡永善,姜从玉等研究的结果是一致的^[23-24];而对照组后阶段(入组17个月末与入组5个月末)FCA和QOL评分没有差别($P>0.05$),说明自然恢复是有限的,然而康复组前后两阶段FCA和QOL评分均有明显的差别($P<0.05$),康复组患者经康复治疗5个月末的FCA和QOL评分提高程度和对照组比较,差异有显著性意义($P<0.05$),表明了CBR可以提高脑卒中患者的FCA和QOL评分,17个月末康复组患者FCA和QOL评分仍有进一步的提高。

QOL是一个与个人身体健康情况、心理状态、独立水平、社会关系、个人信仰以及所在环境的特点有着明显关系,内容复杂的概念^[25]。它蕴涵于文化、社会和环境背景之中^[26]。CBR给脑卒中患者提供了良好的治疗环境,促进患者的恢复,本研究从生理、心理、社会、环境四个领域评分前后比较中表明,CBR对脑卒中患者QOL的改善是全方面的。

本研究根据脑卒中患者Brunnstrom分期不同时期的特点,采用针对性的康复治疗,并结合随访的评定结果,特别是对家属和陪护进行指导,及时调整

方案,做到康复治疗个体化、科学化、合理化,最大限度的改善患者受损的功能。本研究提示,康复组患者前阶段(入组时至5个月末)FCA和QOL评分的改善幅度大于后阶段(5个月末至17个月末)的改善幅度,这表明康复介入越早越好,有利于卒中患者的功能和QOL的提高。规范的CBR治疗在改善卒中患者功能和QOL的过程中具有重要意义,有远期疗效;前期能加速患者的恢复进程,后期康复治疗仍有利于患者的改善,虽速度变慢,但相对于对照组,其功能恢复仍较明显。

参考文献

- [1] 邢宏义,梅元武,卢正娟,等.脑卒中患者应用康复程序的效果和卫生经济学评价[J].中华物理医学与康复杂志,2005,27(6):361.
- [2] 倪朝民.脑卒中的康复研究[J].中国康复医学杂志,2005,20(1):3.
- [3] 中华神经科学会.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379—380.
- [4] 刘书芳,倪朝民,韩瑞,等.影响脑卒中患者日常生活活动能力社区康复效果的相关因素[J].中国康复理论与实践,2007,13(2):117—119.
- [5] 孟兆祥,李厥宝,倪朝民,等.运动疗法在脑卒中偏瘫康复中的应用[J].中国临床康复,2003,7(7):1159.
- [6] 陈进,倪朝民,陈瑾,等.影响社区脑卒中患者生活质量的相关因素研究[J].中华物理医学与康复杂志,2008,30(2):109—113.
- [7] 陈瑾,倪朝民,陈进,等.社区康复对脑卒中患者运动功能和日常生活活动能力的影响[J].中国康复医学杂志,2008,23(4):322—324,329.
- [8] 胡永善,吴毅,范文可,等.FCA量表与FIM量表的比较研究[J].中国康复医学杂志,2004,19(3):228—229.
- [9] 郝元涛,方积乾,李彩霞,等.世界卫生组织生命质量量表及其中文版[J].国外医学·社会医学分册,1999,16(3):118—121.
- [10] 郝元涛,方积乾.世界卫生组织生存质量测定量表中文版介绍及其使用说明[J].现代康复,2004,4(8):1127—1129.
- [11] 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.
- [12] 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.
- [13] 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.
- [14] Hopman WM,Verner J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation[J]. Stroke,2003,34(3):801—805.
- [15] Jaracz K,Kozubski W. Quality of life in stroke patients[J].Acta Neurol Scand,2003,107(5):324—329.
- [16] 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.
- [17] 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.
- [18] Yao G,Chung CW,Yu CF,et al. Development and verification of validity and reliability of the WHOQOL-BREF Taiwan version[J]. J Formos Med Assoc,2002,102(5):342—351.
- [19] 方军,胡永善.功能综合评定量表的信度与效度的初步研究[J].中华物理医学与康复杂志,2002,24(7):424—425.
- [20] 范文可,胡永善,吴毅,等.功能综合评定量表效度的研究[J].中国康复医学杂志,2003,18(6):325—329.
- [21] 邱纪方,刘晓林,张天友,等.功能综合测量的信度分析[J].中国康复医学杂志,2004,19(3):167—169.
- [22] 陆敏,彭军,尤春景,等.脑卒中患者整体功能与生存质量的相关性研究[J].中国康复医学杂志,2004,19(11):824—826.
- [23] 胡永善,朱玉连,杨培君,等.6个月康复治疗对急性脑卒中患者日常生活活动能力的影响[J].现代康复,2001,5(10):38.
- [24] 姜从玉,胡永善.康复训练促进脑梗死后功能恢复机制的基础研究进展[J].中华物理医学与康复杂志,2002,24(7):443—445.
- [25] Aaronson NK. Quality of life: what is it? How should it be measured [J]? Oncology,1998,2:69—74.
- [26] 马锐华,王拥军.脑卒中1年后患者生存质量的影响因素[J].中国康复医学杂志,2005,20(4):271.