

环杂志, 2019, 34(S1): 13-17.

[9] ZHANG Y, YUAN M, GONG M, et al. Frailty and clinical outcomes in heart failure: a systematic review and meta-analysis[J]. J Am Med Dir Assoc, 2018, 19(11): 1003-1008.

[10] 王华, 柴珂, 杨杰孚. 2021 年心力衰竭诊治进展[J]. 中国心血管病研究, 2021, 19(12): 1067-1071.

[11] 刘蕊, 卜丽梅. 老年慢性心力衰竭的治疗进展[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(23): 6059-6061.

[12] 范红, 于小勇, 武雪萍. 国医名师雷忠义临证菁华[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 52-56.

[13] 张松, 廖宪勇, 李白雪. 中医治疗慢性心力衰竭的证候分析[J]. 四川中医, 2020, 38(2): 208-211.

[14] 金政, 吴伟, 皮建彬, 等. 国医大师邓铁涛辨治心力衰竭的经验[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40(6): 754-755.

[15] 俞鹏, 文玥, 孙伟新, 等. 益气养阴方治疗慢性心力衰竭的临床疗效[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(1): 111-114.

[16] 刘星, 吕欢. 生脉胶囊治疗慢性充血性心力衰竭的临床研

究[J]. 中国临床药理学杂志, 2018, 34(2): 127-130.

[17] 范虹, 雷忠义, 刘超峰, 等. 雷氏养心活血汤加味对心力衰竭大鼠血压、Na⁺-K⁺-ATP 酶、心钠素、血管紧张素 II 水平的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(13): 1956-1960.

[18] 陈金锋, 雷忠义, 刘超峰, 等. 养心活血汤对心力衰竭大鼠左心室指数与血管紧张素 II 及肺水肿影响研究[J]. 四川中医, 2019, 37(4): 51-53.

[19] 李韵. 超声心动图综合参数对慢性心力衰竭心脏整体功能的评估价值[J]. 现代医用影像学, 2018, 27(8): 2843-2844.

[20] ALAHDAB M T, MANSOUR I N, NAPAN S, et al. Six minute walk test predicts long-term all-cause mortality and heart failure rehospitalization in African-American patients hospitalized with acute decompensated hart failure[J]. J Card Fail, 2009, 15(2): 130-135.

(收稿日期: 2021-11-08 修回日期: 2022-03-25)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2022. 14. 025

综合康复疗法及其不同时间段介入对脑卒中患者生活质量的影响

马元起, 成莹, 张婕颖

上海市普陀区人民医院康复医学科, 上海 200060

摘要:目的 研究综合康复疗法及其不同时间段介入对脑卒中患者生活质量的影响。方法 选择 2020 年 1 月至 2021 年 1 月该院 98 例急性脑卒中患者为研究对象, 按照随机数字表法分为对照组、观察组, 每组各 49 例, 对照组自行进行康复训练, 观察组分为两组分别于生命体征稳定后 2~7 d(T1) 和 7 d 后(T2) 两个时间段予以综合康复疗法。观察两组患者康复训练前、康复训练结束后随访半年生活质量评分, 分析综合康复疗法、康复介入时间与生活质量的相关性。结果 康复训练结束后随访半年较康复训练前, 对照组与观察组患者生活质量良好构成比均升高, 生活质量不佳构成比均下降, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 康复训练结束后随访半年, 观察组生活质量良好构成比(83.67%) 高于对照组(67.35%)、生活质量不佳构成比(16.33%) 低于对照组(32.65%), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。康复训练结束后随访半年较康复训练前, T1、T2 时间段介入患者生活质量良好构成比均升高, 生活质量不佳构成比均下降, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 但康复训练结束后随访半年, T1 时间段介入患者生活质量良好构成比(87.18%) 高于 T2 时间段介入患者(70.00%), 生活质量不佳构成比(12.82%) 低于 T2 时间段介入患者(30.00%), 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。线性相关分析显示脑卒中患者生活质量与康复训练方法、康复疗法介入时间段显著相关($r = 0.580, 0.511, P < 0.05$)。多元线性回归分析模型提示脑卒中患者生活质量与康复训练方法、康复疗法介入时间段具有线性回归关系。结论 早期介入综合康复疗法能促进脑卒中患者生活质量提高。

关键词: 脑卒中; 综合康复疗法; 生活质量; 时间

中图法分类号: R743

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2022)14-1978-04

脑卒中是一种以脑血管意外或脑部血管受损所致的突发性局部或全脑血液循环异常而诱发的血流减少、中断, 从而造成脑组织缺血性坏死或软化的急危重症, 具有高致残率和高病死率等特征^[1]。脑卒中后引起的肢体功能活动障碍、感觉异常是造成患者精神和经济负担增加的主要原因, 严重影响着患者生活质量^[2]。因此, 减轻脑卒中患者肢体功能活动及感觉障碍对提高患者生活质量具有积极推进作用。目前,

在众多治疗方法中, 临床常以改善脑灌注、激活受损部位受抑制细胞活力、促进神经细胞分化、诱导轴突生长等药物为主, 以促进受损区域中枢神经功能恢复^[3]。但有研究显示, 脑卒中后受损中枢神经的恢复过程极为缓慢且进度会日益减慢, 因此药物治疗并非长久之策^[4]。近年来, 随着解剖学、现代生理学和神经学科的发展, 大量动物实验证实中枢神经系统结构与功能并非相对固定, 脑卒中后受损的中枢神经系统

在结构与功能上存在着重构能力、修饰能力和代偿能力,即脑功能的“可塑性”生理特征能使受损区域中枢神经再次适应新的环境,有利于达成神经功能的重新支配与生理功能的重新启动等新目标^[5-6]。因此,本研究基于脑功能“可塑性”的特点,并结合康复训练“针对性、自然性、主动性、双重效应”等优势^[7],尝试通过综合康复疗法干预卒中后患者各种功能障碍,旨在全面提高患者生活质量,并进一步明确综合康复疗法介入时间段与生活质量的的关系,为综合康复疗法的临床推广使用提供参考依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用一次性横断面观察方法,并根据多阶段整群随机抽样法,最终抽取 2020 年 1 月至 2021 年 1 月于本院确诊的急性脑卒中患者 98 例为研究对象。纳入标准:(1)脑卒中诊断符合《中国脑血管病诊治指南与共识(2016 年版)》^[8]标准且经头颅 CT

或 MRI 检查确诊;(2)均为新发脑卒中,且发病时间<12 h、住院时间>3 d;(3)意识清楚、生命体征稳定,为非进展性脑卒中;(4)脑卒中后症状以肢体活动障碍为主,简明精神状态量表(MMSE)评分>22 分;(5)研究对象依从性强,能坚持并配合随访。排除标准:(1)存在精神疾病、心理障碍、失认症及语言功能障碍;(2)合并严重并发症、外周神经和骨骼疾病;(3)拒绝签署研究知情同意书。按照随机数表法将 98 例研究对象分为对照组($n=49$)和观察组($n=49$),两组研究对象一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。按照观察组患者综合康复疗法介入时间段不同,分为生命体征稳定后 2~7 d(T1)和 7 d 后(T2)时间段,其中 T1 时间段介入综合康复疗法患者 39 例,T2 时间段介入综合康复疗法患者 10 例。本研究征得所有患者家属同意,并签署知情同意书,且经过本院医学伦理委员会批准。

表 1 两组患者一般资料比较(n)

组别	n	性别		年龄		病程		脑卒中类型		肌力分级			美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分	
		男	女	≤60 岁	>60 岁	<6 h	6~12 h	脑梗死	脑出血	I级	II级	III级	轻型	中型
对照组	49	29	20	18	31	7	42	35	14	11	32	6	18	31
观察组	49	30	19	16	33	8	41	36	13	12	32	5	20	29

1.2 方法 两组患者均采用同样的内科保守治疗方案,同时在生命体征稳定后,对照组在临床医师指导下自行进行康复训练。观察组则在专业康复治疗师指导下接受综合康复疗法训练,具体如下:(1)选取正确的良姿位置摆放。指导家属将患者患肢置于功能位,并采取患侧卧位—健侧卧位—仰卧位的正确体位,每 2 h 翻身一次且同时予以拍背。(2)在康复治疗师指导下,按照被动—助动—主动顺序进行运动治疗,包括①健侧、患侧翻身训练;②床上双手交叉、向前平举、侧举、指鼻,上肢置于躯干两侧、双髋关节和膝关节屈曲、双足撑床抬臀;③采取仰卧位、坐位进行被动运动;④根据脑卒中后分期不同分别进行肌张力的调节,例如软瘫期可采取肌肉牵拉、挤压关节等方式增加肌张力,痉挛期通过良肢位抵抗痉挛、牵拉、患肢负重等方式改善肌张力;⑤加强肌肉收缩训练;⑥指导患者进行深吸气—慢呼气—放松方式的呼吸调节训练;⑦根据患者情况进行坐位平衡训练、位置转移训练和坐站立训练;⑧卧位、立位、坐位主动运动;⑨进食、梳洗、更衣等日常生活活动能力练习;⑩健侧手的日常生活活动训练。(3)以功能性电刺激为主的物理治疗,每日 1 次,每次 20~30 min。(4)开展心理治疗。①治疗前对患者心理状况予以评估。②放松心情,充分尊重患者,并主动与患者沟通,通过带有鼓励性、安慰性色彩的语言关心患者,使其放松心情,消除陌生感与戒备心;采用深呼吸等移情法缓解心理压

力。③转变态度,积极宣讲脑卒中知识,并告知综合康复疗法的具体方法及消极心理对康复进程、生活质量的的影响,以促进患者坦然接受当前现状,并形成和保持积极的良好心态面对各种问题。④争取社会理解和支持,邀请家属或陪伴者参加康复活动,了解脑卒中患者心理及生理特点,并营造温馨和谐的生活氛围,使患者获得正性的心理情景和身心体验。(5)采用辅助器具治疗。①腕背伸位夹板干预屈腕痉挛;②三角巾干预肩胛下垂与肩关节脱位;③双杠内训练和持拐步行训练等。1 个月为 1 个疗程,连续训练 3 个疗程。

1.3 观察指标 观察和比较两组脑卒中患者康复训练前及康复训练结束后随访半年生活质量评分,以及康复训练方法及综合康复疗法介入时间段与生活质量的的相关性。

1.4 评定标准 生活质量:参考《慢性病患者生命质量测评与应用》^[9],对患者的生活质量进行评定,包含 4 项内容,24 个条目,涉及躯体功能(7 个方面)、心理功能(6 个方面)、社会功能(3 个方面)、物质功能状态(8 个方面)及一个总体生活质量因子,每项评分 26~100 分,评分越高提示患者生活质量越高;各项目评分均按照 62.50 分为界线评定,≥62.50 分为生活质量良好,≤62.50 分为生活质量不佳。

1.5 统计学处理 采用 SPSS21.0 统计学软件进行数据处理及统计分析。计数资料以例数或百分率表

示,组间比较采用 χ^2 检验;以脑卒中患者生活质量为因变量,以康复训练方法等作为自变量,进行线性相关分析;Spearman相关评定变量相关性;采用多元线性回归分析脑卒中患者生活质量的影响因素,并对线性相关分析最显著的自变量采用回归法进行确定,以入选最终回归方程,通过决定系数(R^2)评价方程回归效果。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者康复训练前及康复训练结束后随访半年生活质量比较 康复训练前,两组患者生活质量良好构成比及生活质量不佳构成比分别比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);康复训练结束后随访半年较康复训练前,两组患者生活质量良好构成比均升高,生活质量不佳构成比均下降,差异有统计学意义($P < 0.05$);康复训练结束后随访半年,观察组生活质量良

好构成比高于对照组,生活质量不佳构成比低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

2.2 观察组不同时间段介入综合康复治疗患者康复训练前及康复训练结束后随访半年生活质量比较 康复训练前,观察组T1、T2时间段介入综合康复治疗患者生活质量良好构成比及生活质量不佳构成比分别比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);康复训练结束后随访半年较康复训练前,T1、T2时间段介入综合康复治疗患者生活质量良好构成比均升高,生活质量不佳构成比均下降,差异有统计学意义($P < 0.05$);但康复训练结束后随访半年,T1时间段介入综合康复治疗患者生活质量良好构成比高于T2时间段介入患者,生活质量不佳构成比低于T2时间段介入患者,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表2 两组患者康复训练前及康复训练结束后随访半年生活质量比较[n(%)]

组别	n	生活质量良好				生活质量不佳			
		康复训练前	康复训练结束后随访半年	χ^2	P	康复训练前	康复训练结束后随访半年	χ^2	P
对照组	49	5(10.20)	33(67.35)	5.846	0.036	44(89.80)	16(32.65)	5.518	0.040
观察组	49	6(12.24)	41(83.67)	7.169	0.021	43(87.76)	8(16.33)	6.152	0.034
χ^2		1.526	4.863			1.005	5.015		
P		0.085	0.045			0.098	0.042		

表3 不同时间段介入综合康复治疗患者康复训练前及康复训练结束后随访半年生活质量比较[n(%)]

介入综合康复治疗时间段	n	生活质量良好				生活质量不佳			
		康复训练前	康复训练结束后随访半年	χ^2	P	康复训练前	康复训练结束后随访半年	χ^2	P
T1	39	5(12.82)	34(87.18)	7.300	0.018	34(87.18)	5(12.82)	6.390	0.029
T2	10	1(10.00)	7(70.00)	6.710	0.027	9(90.00)	3(30.00)	5.785	0.037
χ^2		1.695	4.970			1.784	5.597		
P		0.083	0.043			0.079	0.038		

2.3 康复训练方法及介入时间段与生活质量线性相关分析 以脑卒中患者生活质量为因变量,以康复训练方法、综合康复治疗介入时间段为自变量分别予以线性相关分析,结果显示脑卒中患者生活质量与康复训练方法、综合康复治疗介入时间段呈显著相关($r = 0.580, 0.511, P < 0.05$)。

2.4 脑卒中患者生活质量的多元线性回归分析 基于纳入多元线性回归方程的各相关因素并非完全独立,可能存在一定共线性,因此研究先对康复训练方法及综合康复治疗介入时间段进行相应回归分析,评定是否具有共线性,结果显示二者均可被视为入选自变量;同时,以进入概率 $\alpha \leq 0.05$ 、移除概率 $\alpha \geq 0.10$ 建立回归方程,进行多元线性回归分析,模型中 $r = 0.589, R^2 = 0.348, \text{校正} R^2 = 0.260, \text{回归模型} F = 3.930, P < 0.001$,脑卒中患者生活质量与康复训练方法、综合康复治疗介入时间段具有线性回归关系。见

表4。

表4 脑卒中患者生活质量多元线性回归分析

自变量	β	SE	B	P
康复训练方法	1.113	0.495	-0.171	0.024
综合康复治疗介入时间段	0.784	0.277	-0.215	0.008
常量	-0.161	3.582	—	0.949

注:—为无数据。

3 讨论

尽管随着医疗技术的不断进步,脑卒中病死率得以明显降低,但其所引起的高致残率往往严重影响着患者生活质量,是导致家庭与社会负担加剧的主要因素。近年来,随着既往仅注重“疾病”本身的干预模式向“生物-心理-社会”健康医学模式的转变,脑卒中患者生活质量的改善已成为此类疾病干预的最终目标^[10]。

本研究通过综合康复疗法提高脑卒中患者生活质量,并分析该疗法与生活质量的线性相关性,结果显示综合康复疗法能有效改善患者生活质量,促进生活质量的明显提升且远期效果明显。综合康复疗法基于脑功能“可塑性”理论,通过良姿位置的摆放、运动治疗、物理治疗、心理治疗和辅助器具治疗等外部运动与感觉刺激来刺激受损机体,继而最大限度恢复患者日常生活、劳动、学习、工作与社会生活能力,且符合“生物—心理—社会”健康医学模式理念。手承担着人们日常生活中拿捏、抓握、控制等诸多复杂的技能活动、精细活动,与人们日常生活、学习、工作等行为密不可分,手功能的减弱是导致患者生活质量下降的主要原因,因此,综合康复疗法侧重于手的日常生活活动能力练习、主动运动及辅助器具治疗,可不断刺激手部皮质运动区,增强运动区兴奋性、促进感觉运动区皮质功能重组,继而改善患者手运动功能^[11-12]。同时,有研究显示心理状态会影响人们的意志力、觉知力、免疫力,所以心理康复通过提升患者心理顺应性、疏导负性情绪,能够有效缓解患者心理及精神压力,使患者最终保持平和的心态,能够正面接纳自我,正确面对脑卒中后现状,积极接受和配合康复治疗,以实现高质量的生活状态^[13-14]。另外,本研究结果还显示早期介入综合康复疗法使脑卒中患者获益更多,与诸多研究证据具有一致性,其原因与早期介入康复疗法能够将脑皮质地形图有效保存,且能对其功能区域进行有效刺激有关^[15-16]。同时,有研究表明脑卒中后短时间内,受损神经周边区域可短暂分泌出一定的神经修复因子与蛋白,而此类物质能促进脑功能的重塑,但该类物质具有时限性^[17],因此在相应时限内予以康复训练,可最大限度增加大脑对刺激的敏感性,继而充分发挥神经修复因子与蛋白活性,获取最佳康复效果。另外,本研究在总结归纳既往影响脑卒中患者生活质量风险因素的基础上,进一步引入综合康复疗法介入时间段、康复训练方法与生活质量的线性相关性分析,对脑卒中患者生活质量进行延续性研究,结果显示综合康复疗法介入时间段、康复训练方法与脑卒中患者生活质量具有显著相关。同时,本研究结合多元线性回归方程在评定其共线性等问题后,结果再次表明综合康复疗法介入时间段、康复训练方法与脑卒中患者生活质量具有线性回归关系,且相关性可达 0.589。因此,除关注脑卒中患者年龄、基础疾病、神经功能损伤部位、范围、严重程度等传统常规因素外^[18],还需早期介入综合康复疗法,方能进一步提高患者生活质量。

综上所述,早期采用综合康复疗法能促进脑卒中患者生活质量的提高,帮助其早日回归家庭与社会。

参考文献

[1] COLLABORATORS G B, FEIGIN V L, NGUYEN G, et

al. Global, regional, and country-specific lifetime risks of stroke, 1990 and 2016[J]. *N Engl J Med*, 2018, 379(25): 2429-2437.

- [2] 章国伟, 陈双钱. 改良强制运动结合毫火针对脑卒中恢复期患者偏瘫上肢功能及肌电 F 波的影响[J]. *新中医*, 2020, 52(16): 107-110.
- [3] 文丽佳, 杨丽, 贺萌. 老年脑卒中患者的康复需求及影响因素研究[J]. *中国康复*, 2019, 34(2): 72-74.
- [4] 刘维红, 刘涛. 脑卒中后痉挛性瘫痪康复治疗进展[J]. *神经病学与神经康复学杂志*, 2019, 15(1): 61-66.
- [5] 卢小玲, 胡周静, 夏苗苗, 等. 规律性康复运动指导对脑卒中偏瘫患者的脑功能影响研究[J]. *现代中西医结合杂志*, 2020, 29(17): 1909-1912.
- [6] 蔡春娥, 余向阳, 田丽. 早期神经康复训练在急性脑梗死患者脑功能重塑中的应用效果分析[J]. *四川解剖学杂志*, 2020, 28(1): 146-147.
- [7] 中国老年保健医学研究会老龄健康服务与标准化分会. 中国高龄脑卒中患者康复治疗技术专家共识[J]. *中国老年保健医学*, 2019, 17(1): 3-16.
- [8] 中华医学会神经病学分会. 中国脑血管病诊治指南与共识(2016年版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 112-114.
- [9] 万崇华, 李晓梅, 杨峥, 等. 慢性病患者生命质量测评与应用[M]. 北京: 科学出版社, 2015: 359-373.
- [10] 尚倩倩, 董湘平, 李媛. 基于微信的延续性管理体系对脑卒中病人治疗依从性、Bathel 指数及生活质量的影响[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2019, 17(21): 3398-3402.
- [11] 刘霖, 朱琳, 单桂香, 等. 脑卒中偏瘫患者手功能康复治疗的研究进展[J]. *中国脑血管病杂志*, 2018, 15(9): 500-504.
- [12] 冯岚. 小组模式康复训练对脑卒中偏瘫患者焦虑抑郁情绪手部功能及日常生活能力的影响[J]. *中国药物与临床*, 2021, 21(3): 505-507.
- [13] 过秀秀, 章丽雅. 支持性心理干预对脑卒中后抑郁患者认知功能和日常生活能力的影响[J]. *浙江中西医结合杂志*, 2021, 31(4): 335-338.
- [14] 丁洁莹, 毛善侠, 包黎红. 心理干预对老年脑卒中患者合并抑郁焦虑的康复效果及生活质量影响[J]. *中国健康心理学杂志*, 2019, 27(4): 574-576.
- [15] 刘孟花, 刘莹莹, 宋凯红, 等. 早期康复治疗对脑卒中患者肢体功能恢复的影响[J]. *中国实用神经疾病杂志*, 2019, 22(23): 2646-2650.
- [16] 余淑侦. 探讨早期肢体康复训练对脑卒中偏瘫患者运动功能及生活自理能力的效果分析[J]. *按摩与康复医学*, 2021, 12(6): 30-32.
- [17] 张青杰, 胡昔权, 张丽颖, 等. 超早期和早期运动训练对脑梗死大鼠神经功能恢复的影响及机制[J]. *中国康复医学杂志*, 2018, 33(9): 1013-1018.
- [18] 郑智慧, 洪卫民, 杨梅林, 等. 脑卒中住院患者康复训练、运动自我效能、运动结果预期与生活质量关系研究[J]. *福建中医药*, 2021, 52(1): 13-16.

(收稿日期: 2021-10-28 修回日期: 2022-03-20)