

脑卒中患者社会心理因素与康复治疗结局的相关性分析

戴珂, 刘志涛, 唐敏, 宫双, 余晟东, 章莉莉

【关键词】 脑卒中; 康复治疗; 社会心理因素; 康复结局

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2024.05.033

【中图分类号】 R743.3 【文献标志码】 A 【文章编号】 1671-0800(2024)05-0675-04

随着我国人口老龄化现象日益严重, 老年人口规模不断扩大, 导致脑卒中疾病的发病率不断上升, 对老年群体的生命健康构成威胁^[1]。此外, 因脑卒中疾病存在“四高一多”的特点, 约 80% 的脑卒中患者伴有不同程度的功能缺陷, 其中 40% 为重度功能缺陷^[2], 这也促使康复治疗干预成为改善患者功能障碍、提升生活自理能力的最有效方法之一^[3]。然而, 患者康复过程受到多种因素的影响, 如精神情绪状态、应对策略及社会心理因素等^[4], 可能导致患者康复过程中断及结局不佳^[5]。患者心理状态极大影响其参与康复治疗计划的态度和行为, 有研究揭示了脑卒中后患者的心理因素与社会参与、生活质量有关^[6]。鉴于此, 本研究探讨社会心理因素对脑卒中患者综合康复治疗结局的影响, 现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取 2021 年 1 月至 2022 年 5 月宁波市康复医院收治的神经康复科脑卒中患者为研究对象, 纳入标准^[7]: (1) 脑卒中后康复治疗患者, 根据第四次全国脑血管病会议诊断标准, 经 CT 或 MRI 确诊; (2) 无精神科疾病, 具有沟通及表达能力, 可理解本研究相关量表。排除标准^[8]: (1) 有心功能衰竭、肺功能衰竭或其他严重躯体疾病处于急性期者; (2) 严重脑血管疾病或伴有意识障碍、失语、认知障碍不能配合检查者; (3) 有焦虑抑郁以外的其他严重精神症状者。随机发放问卷 130 份, 回收有效问卷 118 份,

有效率为 90.77%。118 例患者中男 85 例, 女 33 例; 年龄 22 ~ 94 岁, 平均(61.2±14.8)岁; 受教育水平: 初等教育(初中及以下)80 例, 中等教育(高中/中专)20 例, 高等教育(大专及以上)18 例。本研究获得宁波市康复医院医学伦理委员会批准(批准编号: 2020-KY-007), 所有研究对象均同意参加本研究并签署书面知情同意书。

1.2 研究方法 患者康复结局采用调查问卷及访谈法进行调研, 在专业评定医师指导下完成。入院时对患者基本情况(包括性别、年龄、文化程度、治疗时间)进行调查, 并对其生活自理能力、焦虑抑郁水平和疾病应对方式进行评定; 出院时, 则对其生活自理能力及社会功能缺陷状况进行评定。使用统一指导用语填写问卷或访谈, 对患者不明白的项目给予适当解释说明。

(1) 采用改良版 Barthel 指数(modification Barthel index, MBI)^[9]评估患者生活自理能力, 该量表包含控制大便、小便、修饰、洗澡、入厕、进食、穿衣、转移、平地行走、上下楼梯, 共 10 项; > 60 分表明患者生活基本自理。(2) 通过社会功能缺陷筛选量表(social dysfunction screening scale, SDSS)^[10]评估患者社会功能缺陷状况, 该量表主要包括职业和工作、婚姻职能、父母职能、社会性退缩、家庭外的社会活动、家庭内活动过少、家庭职能、个人生活自理、对外界的兴趣和关心、责任心和计划性共 10 个维度, 每项 0 ~ 2 分, 总分 ≥ 2 分即视为社会参与受限。在国际功能、残疾和健康分类中, 以“参与受限”代替“残障”。(3) 采用汉密尔顿抑郁、焦虑等级量表评估患者抑郁、焦虑水平: 抑郁量表共 17 个项目, 总分 < 7 分为正常, ≥ 7 分为可能有抑郁症, ≥ 17 分为肯定有抑郁症, > 24 分为严重抑郁; 焦虑量表共 14 个项目, 总分 < 7 分为正常, ≥ 7 分为可能有焦虑, ≥ 14 分为肯

基金项目: 浙江省中医药科技计划项目(2024ZL954)

作者单位: 315000 宁波, 宁波市鄞州区潘火街道社区卫生服务中心(戴珂、余晟东、章莉莉); 宁波市康复医院(刘志涛、唐敏、宫双)

通信作者: 章莉莉, Email: 156625320@qq.com

定有焦虑, ≥ 21 分为肯定有明显焦虑, ≥ 29 分为严重焦虑。(4)采用医学应对方式问卷(medical coping modes questionnaire, MCMQ)评估患者对疾病的应对方式,该量表包含面对、回避、屈服 3 种应对方式量表共 20 个项目,每项评分 1 ~ 4 分,各项得分相加即为总分,以慢性病患者 MCMQ 各应对方式均值评分^[11]作为参考,总评分越高即代表患者应对程度越深,此项应对方式倾向越大。

1.3 统计方法 使用 SPSS26.0 和 GraphPad Prism 9 软件进行统计分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差表示,采取 t 检验;相关分析采用 Pearson 相关性分析。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 脑卒中患者康复结局评分情况 患者入院时 MBI 得分 0 ~ 99 分,日常生活基本自理者 20 例,占 16.95%;患者出院时 MBI 得分 6 ~ 99 分,日常生活基本自理者 75 例,占 63.56%。治疗后,脑卒中患者 MBI 得分显著提高($t=10.78, P < 0.05$),见图 1。患者出院时 SDSS 评分 0 ~ 17 分,平均 (5.25 ± 3.95) 分;社会功能缺陷者 110 例,占 93.22%,见表 1。

2.2 脑卒中患者焦虑、抑郁状况 无焦虑患者 69 例,占 58.47%;可能有焦虑患者 32 例,占 27.12%;肯定有焦虑患者 16 例,占 13.56%;严重焦虑患者 1 例,占 0.85%。无抑郁患者 75 例,占 63.56%;可能有抑郁患者 40 例,占 33.90%;肯定有抑郁患者 2 例,占 1.69%;严重抑郁患者 1 例,占 0.85%。相关分析显示焦虑与抑郁呈正相关($r=0.69, P < 0.05$)。

2.3 综合康复治疗脑卒中患者 MCMQ 评分情况 患者经综合康复治疗时在 MCMQ 量表中的面对、屈服项目评分与慢性病患者参考值差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$);回避项目评分与慢性病患者参考值差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 2。

2.4 社会心理因素与患者康复结局的相关性 焦虑和抑郁水平及屈服应对方式与出院 MBI 指数呈负相关,与 SDSS 得分呈正相关;而面对应对方式与出院 MBI 指数呈正相关,与 SDSS 得分呈负相关,见表 3。

3 讨论

生活自理能力和社会功能缺陷水平对脑卒中患者康复结局具有重要影响。尽管现代医疗技术已经

使脑卒中的致死率大大降低,但该疾病依然对患者的生活自理能力和社会工作能力产生显著影响^[12]。本研究显示接受康复治疗,63.56%的患者可以实现生活自理,但仍有 93.22%的患者存在社会功能缺陷。Shams 等^[13]指出,生活质量与脑卒中疾病间存在因果关系,即较低的生活质量不仅是脑卒中发生的预测因素,而且也会影响脑卒中患者的康复结局。同时,康复结局也受到患者精神心理状态因素的干扰。

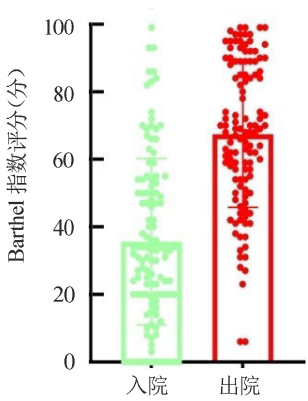


图 1 脑卒中康复治疗患者入院与出院时改良版 Barthel 指数评分比较

表 1 脑卒中康复治疗患者社会功能缺陷情况 例(%)

社会功能	正常	部分功能障碍	总功能障碍
职业和工作	23(19.49)	59(50.00)	36(30.51)
婚姻职能	82(69.49)	32(27.12)	0
父母职能	95(80.51)	18(15.25)	2(1.69)
社会性退缩	57(48.31)	57(48.31)	4(3.39)
家庭外的社会活动	59(50.00)	54(45.76)	5(4.24)
家庭内活动过少	76(64.41)	34(28.81)	8(6.78)
家庭职能	70(59.32)	40(33.9)	8(6.78)
个人生活自理	40(33.90)	62(52.54)	16(13.56)
对外界的兴趣和关心	66(55.93)	46(38.98)	6(5.08)
责任心和计划性	83(70.34)	27(22.88)	8(6.78)

注:4 例离异或未婚者未进行婚姻职能调查,5 例未婚或无子女者未进行父母职能调查

表 2 脑卒中患者康复治疗与慢性病患者 MCMQ 评分比较 分

项目	评分对象		慢性病患者 均值参考分	t 值	P 值
	分值范围	评分均值			
面对	7 ~ 27	17.43 $\pm$ 4.40	19.48 $\pm$ 3.81	5.05	< 0.05
回避	6 ~ 22	14.36 $\pm$ 3.51	14.44 $\pm$ 2.97	0.26	> 0.05
屈服	3 ~ 20	11.24 $\pm$ 4.82	8.81 $\pm$ 3.17	5.47	< 0.05

注:MCMQ 为医学应对方式问卷

表 3 出院 MBI 指数、SDSS 得分与各项社会心理因素相关性分析

项目	MBI 指数		SDSS 得分	
	r 值	P 值	r 值	P 值
焦虑	- 0.558	< 0.05	0.505	< 0.05
抑郁	- 0.572	< 0.05	0.552	< 0.05
面对	0.530	< 0.05	- 0.526	< 0.05
回避	- 0.041	> 0.05	0.113	> 0.05
屈服	- 0.557	< 0.05	0.549	< 0.05

注:MBI 为改良版 Barthel 指数,SDSS 为社会功能缺陷筛选量表

本研究显示,焦虑、抑郁水平及屈服应对方式与患者日常生活能力呈负相关。这表明患者的自我效能感与康复疗效间存在直接关系,即自我效能越高,康复效果越显著;反之,康复效果越不理想。

脑卒中患者在康复治疗过程中可能出现抑郁、焦虑、冷漠等情绪,导致其参与度下降,严重影响康复效率及生活质量^[14]。有学者指出,精神心理疾病在脑卒中患者恢复期相对更为常见,而急性期较为罕见。脑卒中急性期患者往往处于急救和危重监护阶段,因此精神心理疾病的发病率相对较低。对于存在精神情绪异常的患者,其悲观态度可能对康复治疗效果产生显著影响^[13];同时,微弱的康复治疗效果也可能逆向加剧患者的异常心理状态。本研究显示,41.53%的患者出现焦虑症状,36.44%的患者出现抑郁症状,而两者同时存在的发生率为31.36%。

医学应对作为一种重要的心理应激因素,对脑卒中患者身心健康与康复结局具有重要影响^[15]。Geyh等^[10]指出,消极应对、悲观主义和精神失常可能导致患者在生活质量及工作状态中呈现出较差状态。本研究显示,在康复治疗过程中,部分脑卒中患者采取回避或屈服的应对方式。这可能与患者及其家属对脑卒中疾病相关知识知晓率和掌握率较低有关^[16]。具体而言,由于脑卒中患者对相关知识的了解不足,再加上身体活动受限,导致患者内心产生更大的恐惧感和自信心的不足;因此不愿、不敢或拒绝对疾病,而导致倾向于采取回避或屈服的应对方式,任由疾病自由发展^[15]。相反,积极应对、自我效能、外向和乐观心理状态更有利于脑卒中患者病后的生活质量和其他方面的改善。

社会参与能力是反映公共健康和康复结局的重要指标之一,缺乏社会参与可能严重影响患者对康复治疗的依从性,并容易受到精神心理状态、功能状况等多种因素的干扰^[17]。多项研究表明,焦虑、抑郁程度与社会参与能力得分之间存在相关性^[18-19]。本研究显示,焦虑、抑郁程度及屈服应对方式与SDSS得分呈正相关。突发肢体功能障碍和较少的社会参与可能使患者内心接受程度降低,引发负面心理反应;同时,消极的应对方式又严重影响了患者日常生活能力和社会参与功能的恢复,从而形成恶性循环并导致社会参与水平下降^[20]。此外,提高社会参与功能也依赖

于肢体功能的恢复情况,这也符合本研究93.22%社会功能缺陷对社会参与功能恢复影响的发现。

综上所述,焦虑、抑郁及应对方式等社会心理因素通过影响脑卒中患者的日常生活活动能力和社会参与功能等,对康复结局产生重要影响。临床医护人员应加强对患者社会心理变化和应对方式的关注,采取正确引导和支持性心理干预,鼓励患者采取正确的应对方式,从而提高患者的医学应对水平,减轻心理应激,以提高患者的社会参与能力水平,促进患者早日回归社会。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

- [1] 熊文婧,张敏,徐杰茹,等.1990—2019年中国脑卒中发病趋势及其年龄-时期-队列分析[J].中华疾病控制杂志,2023,27(4):482-488.
- [2] OLAWALE O A, USMAN J S, OKE K I, et al. Evaluation of predictive factors influencing community reintegration in adult patients with stroke[J]. J Neurosci Rural Pract, 2018, 9(1): 6-10.
- [3] YAN Q F, WANG X M, ZHANG Y, et al. Analysis of influencing factors of rehabilitation treatment effect in patients with first-episode stroke[J]. Am J Transl Res, 2021, 13(12): 14046-14056.
- [4] KOBALA S, SKA M, KOWALSKA J, NEUSTEIN J, et al. The role of biopsychosocial factors in the rehabilitation process of individuals with a stroke[J]. Work, 2018, 61(4): 523-535.
- [5] AHND H, LEEY J, JEONG J H, et al. The effect of post-stroke depression on rehabilitation outcome and the impact of caregiver type as a factor of post-stroke depression[J]. Ann Rehabil Med, 2015, 39(1): 74-80.
- [6] DE GRAAF J A, SCHEPERS V P M, NIJSSE B, et al. The influence of psychological factors and mood on the course of participation up to four years after stroke[J]. Disabil Rehabil, 2022, 44(10): 1855-1862.
- [7] 贺丹军.脑卒中患者与健康老年人的心理社会因素对比[J].中华物理医学与康复杂志,2002,24(11): 664-666.
- [8] 孔庆霞,吴昭英,钟士江,等.心理社会因素对脑卒中病人康复的影响[J].中国全科医学,2000,3(4):301-302.
- [9] 侯东哲,张颖,巫嘉陵,等.中文版Barthel指数的信度与效度研究[J].临床荟萃,2012,27(3):219-221.
- [10] GEYH S, PETER C, MÜLLER R, et al. The Personal Factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the literature - a systematic review and content analysis[J]. Disabil Rehabil, 2011, 33(13/14): 1089-1102.
- [11] 沈晓红,姜乾金.医学应对方式问卷中文版701例测试报告[J].中国行为医学科学,2000,9(1):18.
- [12] LAVADOS P M, HOFFMEISTER L, MORAGA A M, et al. Incidence, risk factors, prognosis, and health-related quality of life after stroke in a low-resource community in Chile (ÑANDU): A prospective population-based study[J]. Lancet Glob Health, 2021, 9(3): e340-e351.
- [13] SHAMS T, AUCHUS A P, OPARIL S, et al. Baseline quality of life and risk of stroke in the ALLHAT study (antihypertensive and

- lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial[J]. *Stroke*, 2017, 48(11): 3078-3085.
- [14] LEE Y, NICHOLAS M L, CONNOR L T. Identifying emotional contributors to participation post-stroke[J]. *Top Stroke Rehabil*, 2023, 30(2): 180-192.
- [15] 原志芳,柴倩文,金奕,等. 首发脑卒中患者医学应对方式及其影响因素调查研究[J]. *中国全科医学*, 2016, 19(2): 210-215.
- [16] LI Y X, LI X M, ZHOU L S. Participation profiles among Chinese stroke survivors: A latent profile analysis[J]. *PLoS One*, 2020, 15(12): e0244461.
- [17] GINGRICH N, BOSANCICH J, SCHMIDT J, et al. Capability, opportunity, motivation, and social participation after stroke[J]. *Top Stroke Rehabil*, 2023, 30(5): 423-435.
- [18] 李慧娟,樊萍,阮恒芳,等. 多发性硬化患者社会参与能力及影响因素分析[J]. *新医学*, 2020, 51(7): 528-533.
- [19] SILVA S M, CORRÊA J C F, PEREIRA G S, et al. Social participation following a stroke: An assessment in accordance with the international classification of functioning, disability and health[J]. *Disabil Rehabil*, 2019, 41(8): 879-886.
- [20] 田甜,胡炜华,朱瑞雪,等. 社区老年脑卒中患者社会参与水平及其影响因素分析[J]. *南昌大学学报(医学版)*, 2017, 57(3): 64-68.

收稿日期: 2024-02-04

(本文编辑: 孙海儿)

关节镜下改良 Outside-in 缝合技术结合药物注射治疗膝关节骨性关节炎伴半月板撕裂的疗效分析

何松峡, 吴睿, 程卓轩

【关键词】 半月板损伤; 改良 Outside-in 缝合法; 骨关节炎; 关节镜; 膝关节

doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2024.05.034

【中图分类号】 R684.3 【文献标志码】 A 【文章编号】 1671-0800(2024)05-0678-03

半月板撕裂是运动人群最常见的膝关节损伤之一, 造成膝关节腔结构及功能紊乱, 随着时间的累积, 将进一步发展成为膝关节骨性关节炎 (knee osteoarthritis, KOA)^[1]。KOA 可导致关节软骨细胞变性、变异及降解, 导致关节软骨纤维化、缺损, 造成膝关节疼痛、畸形甚至功能障碍^[2]。KOA 相关临床指南上并不推荐将关节镜应用于首诊 KOA 患者的治疗^[3], 但文献报道, KOA 患者合并半月板撕裂, 关节腔游离体的发生率普遍较高, 术前影像学确诊率并不高^[4-5], 所以目前临床上关节镜下有限的微创手术, 仍被广泛应用于 KOA 的治疗与诊断^[6]。本文采用的改良 Outside-in 缝合技术在原有的经典方法上进一步优化, 在不增加辅助切口的情况下进行缝合, 避免了特殊器械要求、缝线刺激、瘢痕疼痛及线结松弛等缺点。药物注射治疗目前已经广泛应用于髋关节置换、膝关节置换手术上, 并且在镇痛、止血、抑制炎症、功能改善上有明显的疗效^[7]。本文探讨改良 Outside-in

缝合技术联合药物注射在 KOA 伴半月板撕裂中的应用, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择慈溪市龙山医院 2020 年 1 月至 2021 年 6 月收治的 KOA 伴半月板撕裂患者 (均为单膝) 50 例, 其中男 22 例, 女 28 例; 年龄 45 ~ 65 岁, 平均 (57.6±5.0) 岁; 病程 6 个月至 5 年, 平均 (2.78±1.42) 年。临床表现为关节间隙压痛明显, 膝关节交锁、卡压, 伸屈膝活动受限等。患者均站立负重摄膝关节正侧位 X 片, 根据 Kellgren-Lawrence X 线分级标准, 分为 I 级 (关节间隙可疑变窄, 可能存在关节骨赘) 33 例, II 级 (关节间隙变窄, 关节腔有骨赘) 17 例; 按照 Stoller 分级标准, MRI 均显示半月板 III 级及以上撕裂。所有患者随机分为试验组与对照组, 试验组采用关节镜下应用改良 Outside-in 缝合技术联合药物注射, 男 11 例, 女 14 例; 其中 I 级 14 例, II 级 11 例。对照组采用关节镜下单纯半月板成形结合关节清理术治疗, 男 11 例, 女 14 例; 其中 I 级 19 例, II 级 6 例。两组一般资料差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$)。本研究经慈溪市龙山医院医学

基金项目: 宁波市医学科技计划项目 (2020Y73); 慈溪市公益类科技计划项目 (CN2023026)

作者单位: 315300 浙江省慈溪, 慈溪市龙山医院

通信作者: 何松峡, Email: hesongxiaj@163.com