

SF-36 量表评价心脏起搏器植入后生活质量的改善

屠晓鸣 俎德玲 金奇志 程科云 蒋一鸣

【摘要】 目的 采用 SF-36 量表评价永久性人工心脏起搏术后患者的生活质量及疗效。方法 应用 SF-36 量表,对 98 例安置永久性人工心脏起搏器患者术前、术后的生活质量进行评价。结果 98 例患者手术均成功,术后原有心脏病症状得到不同程度的缓解。手术治疗前、后 SF-36 量表评分比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论 心脏起搏器植入术治疗缓慢型严重心律失常患者,从生理功能、心理社会功能等方面提高了患者的生活质量,是一种安全、有效、可靠的治疗方法。SF-36 量表对于评价心脏起搏器植入术后患者的生活质量是可行的。

【关键词】 心脏起搏器; 生活质量; SF-36 量表

Quality of life of patients after cardiac pacemaker implantation as assessed by the Chinese version SF-36 TU Xiao-ming, ZU De-ling, JIN Qi-zhi, CHENG Ke-yun, JIANG Yi-ming. Department of Cardiology, Quzhou People's Hospital, Quzhou 324000, China

【Abstract】 Objective To assess the quality of life of patients after cardiac pacemaker implantation using the Chinese version of SF-36. **Methods** Ninety-eight patients with permanent cardiac pacemaker implantation were investigated before and after the operation in terms of quality of life by using the Chinese version SF-36. **Results** Successful surgery was performed on all the 98 patients. The previous symptoms of the patients were improved to various extent after the operation. The quality of life of the patients was significantly improved after operation as demonstrated by the significant difference of the scores in 9 domains of SF-36 when compared with those before the operation ($P < 0.01$). **Conclusion** Cardiac pacemaker implantation is a safe, effective and reliable intervention for patients with serious arrhythmias, and can significantly improve the quality of life of these patients with respect to their physiological as well as psychosocial functions.

【Key words】 Cardiac pacemaker; Quality of life; SF-36

SF-36 健康量表在欧美是一个普遍被认可的生活质量测量工具^[1]。随着心脏起搏技术的不断发展和临床的广泛应用,起搏器的治疗已日臻成熟。心脏起搏治疗不仅用于抢救危重症和慢性心律失常的患者,使患者休息和运动时的血流动力学恢复到正常或接近正常水平,还用于治疗快速室性心律失常,是使患者得以延长寿命,提高生活质量(quality of life)的重要手段。2001 年 1 月至 2006 年 7 月,我们采用 SF-36 量表对安装了永久性心脏起搏器的 98 例心脏病患者进行评价,以了解永久性心脏起搏的治疗效果、安全性以及术后生活质量的改善情况。

资料与方法

一、一般资料

2001 年 1 月至 2006 年 7 月,本院心血管内科收治严重心律失常患者 98 例,其中男 54 例,女 44 例;年龄 32~92 岁,平均年龄(70.2 ± 11.0)岁。心律失常类

型:56 例病态窦房结综合征、24 例三度房室传导阻滞、6 例双束支或三束支传导阻滞、6 例窦性心动过缓、6 例心房纤维颤动。患者中,合并频发室性早搏 8 例、短阵性室性心动过速 3 例、窦性停搏 3 例、阿-斯综合征 6 例。心脏病类型依次为冠心病、高血压性心脏病、心肌病、风湿性心脏病、老年退行性心脏病。

二、临床表现

所有患者均有头晕、乏力、心悸、胸闷、眼花等症状,其中晕厥 32 例,黑朦 17 例,气促 15 例,发生昏厥、抽搐、口唇发绀(阿-斯氏综合征)6 例,其中 2 例反复昏厥抽搐,经电复律抢救成功。体检时可发现,多数患者心率 < 60 次/min,可有第一心音不同程度降低,间有大炮音,心电图均显示各种心律失常。术前患者或家属签订知情同意书。

三、治疗方法

在导管室常规消毒患者左/右锁骨下区,经皮穿刺左/右锁骨下静脉,在 X 线下,送入起搏电极,心室电极置于右室心尖部,心房电极置于右心耳,术中测心房、心室电极感知、阈值、阻抗满意后,将起搏器植入右

胸壁囊袋中,再逐层缝合,于 1 周后拆线。置入起搏器类型:起搏器 ICD 2 例;单腔起搏器 53 例,其中 VVI 50 例, VVIR 3 例;双腔起搏器 43 例,其中 DDD 28 例, DDDR 15 例。起搏器分别由美敦力公司、百多力公司、圣犹达公司、Vitatron 公司提供。所有患者均登记起搏器及电极序号、型号、置入日期、姓名、性别、年龄、地址、联系电话、诊断、起搏参数。术后随访时间定为 1 个月、3 个月、6 个月、1 年,1 年以后每年 1 次,随访时间 3 个月~6 年,平均 3 年。随访内容包括临床症状、囊袋情况、心电图、动态心电图,必要时行心脏彩超及程控更改起搏参数。

四、SF-36 量表测评方法

采用 SF-36 评价患者的生活质量。SF-36 作为简明的健康调查问卷,它全面概括了生理、心理功能和主观感受等内容,包括 36 个问题,分为 9 个维度:生理机能(physical functioning, PF)、生理职能(role-physical, RP)、身体疼痛(bodily pain, BP)、总体健康(general health, GH)、活力(vitality, VT)、社会功能(social functioning, SF)、情感职能(role emotional, RE)、心理健康(mental health, MH)和健康变化(reported health transition, HT)。分别于患者心脏起搏器植入术前及心脏起搏器植入术后 1 个月,采用 SF-36 量表,对患者的生活质量进行评价。填表前与患者进行面谈,进行必要的解释,消除顾虑,然后采用统一导语,由患者独立完成。对文化程度较低而不能理解题意的患者,征得同意后由医务人员代填写。评分时先将各条目进行正向化处理,按条目各项逐项计分,再将得分按 SF-36 标准积分转换公式将初得分转换为 0~100 百分制的标准分。除躯体疼痛外,评分值越高,说明患者的生活质量越好。

标准积分(分) = (实际得分 - 该方面最低得分) / (该方面最高得分 - 该方面最低得分) × 100。

五、统计学分析

应用计算机 SPSS 10.0 版统计软件进行统计学分析,所有数据均采用($\bar{x} \pm s$)表示,经正态性检验呈正态分布的两组间均数的比较用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

一、心脏起搏器植入术后即时效果

所有患者植入起搏器后临床症状明显改善,头晕、乏力、胸闷、黑朦、晕厥和阿-斯综合征发作均消失,16 例术前有心力衰竭症状、体征,植入起搏器后心功能改善。患者日常生活基本不受限制。

二、SF-36 量表测评结果

心脏起搏器植入后,本组 98 例患者生活质量均明显提高,采用 SF-36 量表评分,各项差异均有统计学意义($P < 0.01$)。生活质量评分变化见表 1。

三、并发症

本组 98 例患者术后并发症情况有:囊袋血肿 8 例,均经局部抽出积血 1~2 次,然后沙袋压迫止血,加强抗感染治疗后 3~7 d 6 例消退吸收,1 例重新切开取出血块治愈;局部肌肉抽动 1 例;术后反复晕厥 1 例,证实为室性心动过速发作所致,调整程控频率至 70 次/min,并加用倍他乐克后,未再发作;晚期起搏阈值增高 1 例;囊袋皮肤磨损致起搏器裸露 1 例,经严格消毒,在原来囊袋下方重新埋藏起搏器,原来囊袋切除缝合,加强抗感染后,顺利愈合;术后 1 年电极磨损 1 例;猝死 1 例,为突发心室颤动致死,当时起搏器工作信号正常。

讨 论

缓慢型严重心律失常患者,如病态窦房结综合征、三度房室传导阻滞为严重的传导系统疾病,常导致源性晕厥和抽搐,严重者危及生命。患者常出现头昏、黑朦、心悸、胸闷、胸痛、气急、乏力等症状,严重者有晕厥、阿-斯综合征发作,患病后出现焦虑、恐惧、抑郁等心理障碍,躯体症状、心理障碍,同时患者社会功能状态、总体健康状态的下降,生活质量低下。

三度房室传导阻滞是因心脏传导组织的病理性改变或绝对不应期显著延长所致,多由冠心病、心肌炎等疾病引起房室交界区、希氏束及其分支缺血、纤维化、退行性变或炎症、水肿、充血等造成传导功能障碍^[2],而病态窦房结综合征则多为退行性变所致。临床上单纯用药物控制症状,效果不理想。心脏起搏器是治疗各种原因引起的不可逆的心脏起搏和传导功能障碍性疾病的主要方法。双腔起搏器的 AAI、DDD 等起搏方式分别使单纯病窦和三度房室传导阻滞的房室收缩顺序符合生理,保证心室充盈和房室瓣正常开闭,最大限度维持每搏量。因此较单腔起搏器更符合生理性起

表 1 心脏起搏器植入前、后 SF-36 量表评分结果(分, $\bar{x} \pm s$)

时 间	例数	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	HT
起搏器植入前	98	72.1 ± 16.5	55.0 ± 32.9	89.3 ± 17.7	42.2 ± 19.0	50.1 ± 18.8	77.7 ± 22.4	66.5 ± 28.7	56.8 ± 15.6	48.3 ± 14.8
起搏器植入后	98	86.2 ± 12.2 ^a	82.0 ± 20.1 ^a	76.8 ± 19.7 ^a	75.3 ± 17.9 ^a	64.1 ± 11.9 ^a	82.4 ± 16.1 ^a	85.7 ± 24.3 ^a	67.7 ± 13.5 ^a	72.0 ± 26.7 ^a

注:与起搏器植入前比较,^a $P < 0.01$

搏。本组患者除房颤外,经济条件许可者均安装了双腔起搏器。

心脏起搏器植入术能改善患者的生活质量,但是对患者的生活质量做出正确评定非常重要。生活质量原本是一社会概念,在 20 世纪 70 至 80 年代被引入医学领域^[3]。重大的负性生活事件,可引起患者严重的心理应激反应,患者要面临行为方式(疾病危险因素)的矫正、心理适应、家庭和社会角色的再调整,出现很多生理、心理、社会等方面的压力,表现为抑郁、焦虑、恐惧、失望、悲伤等心理反应,均影响着患者的生活质量。生活质量的测评主要借助量表,其中 SF-36 量表是适用于普通人群的普适性量表,是目前被普遍认可的生活质量量表之一^[3],SF-36 也是较为公认的效度和信度较好的量表。

本研究采用 SF-36 量表对心脏起搏器植入术患者生活质量进行评价,发现患者术后“生理机能”、“生理职能”、“躯体疼痛”、“总体健康”、“精力”、“社会功能”、“情感职能”、“精神健康”、“健康变化”等 9 项均明显优于术前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。本研究结果显示,心脏起搏器植入术能改善缓慢型严重心律失常患者的心脏储备功能,减少与运动有关的症状并且减轻患者的残疾,提高缓慢型严重心律失常患者的生活质量,具有可靠的疗效。本组研究资料提示,心脏起搏器植入术在消除患者躯体症状的同时,可消除患者焦虑、抑郁情绪,改变不良的应对方式,能有效提

高患者生活质量,尤其是精力、精神健康、社会功能、躯体疼痛和总体健康等方面,这与国外的报道是相一致的^[4]。加强起搏器的随访和管理,通过随诊了解起搏器的治疗效果,防治并发症、防止起搏故障发生,以保障患者的安全,对维护患者的生活质量至关重要。

评定心脏起搏器植入患者术后生活质量是我们非常关注的重要内容。SF-36 量表对于评价患者的生理状态、心理社会状况均很有用,是一个简明、实用的量表。利用该量表的评价,进一步证实心脏起搏器植入术的治疗效果,并能从生理功能、心理社会功能等多方面提高患者的生活质量,心脏起搏器植入术是治疗各种原因引起的不可逆的心脏起搏和传导功能障碍性疾病的有效方法。

参 考 文 献

- [1] 许绵绵,骆翠娥,林美华. 中文版 SF-36 量表对冠心病患者康复治疗后的评定. 国际护理学杂志,2006,25:369-370.
- [2] 陈莹,吴焱贤,胡允兆,等. 永久心脏起搏器植入术治疗Ⅲ度 AVB 的观察. 实用医技杂志,2006,13:1222-1223.
- [3] 阮新民,江巍,林宇,等. 调脾护心法对冠脉搭桥患者临床疗效及生存质量的影响. 中国中西医结合杂志,2006,26:28-32.
- [4] Lindsay GM, Smith LN, Hanlon P, et al. The influence of general health status and social support on symptomatic outcome following coronary artery bypass grafting. Heart,2001, 85:80-86.

(修回日期:2007-03-13)

(本文编辑:阮仕衡)

卒中后肩-手综合征相关因素分析

石元洪 吴奇 吴向斌

【摘要】目的 探讨卒中后肩-手综合征(SHS)的临床相关因素。**方法** 前瞻性研究并分析 658 例不同性质、病变侧别及病变部位的卒中患者并发 SHS 的发病率,并探讨影响卒中后 SHS 治疗效果的相关因素。**结果** 卒中并发 SHS 的发病率为 35.87%,缺血性卒中、出血性卒中并发 SHS 的发病率分别为 38.04% 和 31.51%,二者比较差异无统计学意义($P > 0.05$);病灶位于左侧、右侧和双侧大脑半球患者并发 SHS 的发病率分别为 37.89%、31.34% 和 39.62%,三者比较差异无统计学意义($P > 0.05$);病灶位于皮质+基底核、单个脑叶、多个脑叶、基底核区、小脑、脑干及其它部位患者并发 SHS 的发病率分别为 40.23%、37.25%、36.37%、35.69%、31.43%、35.14% 和 32.26%,差异无统计学意义($P > 0.05$)。轻、中、重型卒中后 SHS 患者治疗前目测类比分法(VAS)评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后临床疗效比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 卒中后并发 SHS 的发病率与卒中性质、侧别和部位无关;卒中后 SHS 的轻重与卒中中的病情严重程度无关;卒中中的病情越严重,卒中后 SHS 的治疗效果越差。

【关键词】 肩-手综合征; 卒中; 发病率

卒中后肩-手综合征(shoulder-hand syndrome, SHS)是卒中后常见的并发症之一。卒中后 SHS 是指卒中后瘫痪

侧上肢的肩部、手指及腕关节的疼痛、肿胀、活动受限等临床症状候群,如不进行及时有效的治疗,最终会导致手部肌肉萎缩、手指挛缩,是卒中致残的重要原因之一。目前,有关卒中后 SHS 的报道多集中于治疗和发病机制的探讨^[1],对其临床相关

作者单位:332000 九江,九江学院附属医院神经内科