

· 临床研究 ·

健康教育对脑卒中高危人群心理健康以及生活质量的影响

罗利俊 笱玉兰 杨洁 姚汉云 刘敏珍 陈晓光 周冰凌

【摘要】 目的 观察研究健康教育对脑卒中高危人群心理健康以及生活质量的影响。**方法** 选择武汉市硚口区下属某社区 ≥ 40 岁的常住居民 3092 人作为脑卒中筛查对象,将经筛查确认的脑卒中高危人群 392 例作为研究对象,并对其进行规范的健康教育。于入选时和健康教育干预 1 年后(干预后)记录脑卒中高危人群的健康行为(包括合理饮食、适当运动、遵医用药、不吸烟 4 各方面),同时进行抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)和 Spitzer 生活质量指数量表(QLI)评估。**结果** 干预后,脑卒中高危人群 392 例的合理饮食、适当运动、遵医用药、不吸烟较干预前均显著改善,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。干预后,脑卒中高危人群 392 例的抑郁状态和焦虑状态较干预前均显著改善,差异均有统计学意义($P < 0.01$);干预后,脑卒中高危人群 392 例的 SDS 和 SAS 评分分别为 (47.35 ± 14.32) 分和 (44.32 ± 16.18) 分,较干预前的 (56.72 ± 16.87) 分和 (53.64 ± 19.27) 分均显著降低,QLI 评分则较干预前显著升高,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 健康教育可显著改善脑卒中高危人群健康行为、心理状态和生活质量。

【关键词】 健康教育; 脑卒中高危人群; 心理健康; 生活质量

基金项目:武汉市卫计委科研项目(WG15C11)

Effects of health education on the mental health and life quality of people at high risk of stroke Luo Lijun, Gou Yulan, Yang Jie, Yao Hanyun, Liu Minzhen, Chen Xiaoguang, Zhou Bingling. Department of Neurology, The First Hospital of Wuhan, Wuhan 430022, China

Corresponding author: Gou Yulan, Email: gougouxuan@126.com

【Abstract】 Objective To observe the effect of health education on the mental health and life quality of people at high risk of stroke. **Methods** Totally 3092 residents of Wuhan aged over 40 were screened for stroke risk. Of those, 392 cases were assessed as at high risk of stroke and were chosen as the study's subjects. They were given a 1-year course of standard health education. Before and after the intervention, their diet, exercise, compliance with medication and smoking habits were recorded. They were also assessed using the self-rating depression scale (SDS), the self-rating anxiety scale (SAS) and the Spitzer quality of life index (QLI). **Results** Significant improvement in healthy behavior was observed after the intervention. The average SDS score and SAS score had decreased significantly, and the average QLI score was significantly higher than before the intervention. **Conclusion** Health education can improve the healthy behavior, mental state and life quality of people at high risk of stroke.

【Key words】 Health education; Stroke risk; Mental health; Life quality

Fund program: A Wuhan Health and Family Planning Commission Research Project (project WG15C11)

脑卒中具有发病率、死亡率、致残率、复发率均高及经济负担重的特点,已成为全球医疗界的重大挑战,也引起中国医疗系统的高度关注。2011 年中国心血管病报告中显示,心脑血管病在国民死因调查中居第一位,且脑卒中呈现明显年轻化趋势,是 60 岁以上人群残疾的第一位因素^[1-2]。随着现代医学的发展,70~80% 的脑卒中可得到适当的预防 and 控制的,然而国内脑卒中防控尚处在初级阶段,有相当多的患者因为缺

乏脑卒中的基本知识,发病之后因未能及时就诊而错过最佳的治疗时间,从而导致预后不良。

2013 年美国国家疾控中心报告指出,加强多层面心脑血管病的健康教育,使公众获得心脑血管病防治知识,是降低心脑血管发病率最根本的治疗措施,也是最经济的治疗手段。本研究借助国家卫计委脑卒中筛查基地的平台,对武汉市硚口区下属某社区 ≥ 40 岁的常住居民 3092 人进行了脑卒中筛查,随后对筛查出的高危人群 440 例进行了健康教育干预,旨在观察和分析健康教育干预对脑卒中高危人群心理健康以及生活质量的影响。

资料与方法

一、研究对象

入选标准:①年龄 ≥ 40 岁;②在该社区居住半年以上,男女不限。

排除标准为:①伴有意识障碍的重症患者;②严重认知障碍、严重失语或理解表达障碍;③思维和行为紊乱精神异常者。

选取武汉市硚口区下属某社区符合上述标准的常住居民 3092 人。

二、干预方法

(一)调查评估方法

采用统一的调查表登记收集信息,调查人员均为社区服务站全科医生,经过统一培训,调查结果统一录入计算机统计处理。

脑卒中危险因素评估,主要调查 8+2 项危险因素^[3]:①有高血压病史或正在服用降压药;②房颤或明显的脉搏不齐;③高血脂;④糖尿病病史;⑤吸烟(每天至少吸 1 支持续 1 年以上);⑥很少进行体育运动(体育锻炼的标准是每周锻炼 ≥ 3 次、每次 ≥ 30 min、持续时间超过 1 年);⑦明显超重或肥胖[体重指数(body mass index, MBI) ≥ 26 kg/m²];⑧有脑卒中家族史(近 3 代家族中有脑卒中患者)。另外 2 项为既往有脑卒中病史和短暂性脑缺血发作病史。

脑卒中高危人群的判定标准^[3]:以上前 8 个危险因素 ≥ 3 项,或既往有后 2 项危险因素中的 1 项或 2 项。

(二)健康教育干预方法

1. 脑卒中健康教育的内容:①脑卒中危险因素——分为可改变和不可改变的危险因素。不可改变的危险因素包括年龄、性别、人种、家族史以及低出生体重;可改变的危险因素包括高血压病、糖尿病、高血脂、心脏病、吸烟、酗酒、缺乏运动、肥胖、呼吸睡眠障碍等。②脑卒中症状——常见的症状有偏身麻木瘫痪、行走不稳、言语吞咽困难、饮水呛咳、头昏头晕、头痛恶心呕吐、烦躁不安、性格改变、昏睡昏迷等。③生活行为指导——督促养成良好的生活习惯,合理饮食、适当运动、戒烟戒酒等。④用药指导——对伴有高血压、高血脂、糖尿病的脑卒中高危患者,嘱按时服药,积极治疗原发病,了解高血压、糖尿病、高血脂均需终身治疗,不能随意加减药物的剂量和调整药物的品种,注意定期监测血压、血糖、血脂,坚持在医生的指导下正确服药。⑤康复指导——指导脑卒中患者进行简单的肢体功能训练、语言训练、日常生活能力训练。⑥心理指导——由于脑卒中高危人群经常会担心发病或对脑卒中所致

致的肢体残疾和经济压力产生心理负担,易表现为焦虑,情绪低落,睡眠障碍,悲观抑郁等情绪障碍,这时应给予心理疏导和解释,必要时行药物治疗。

2. 脑卒中健康教育的方法:采用家庭健康教育和社区集体健康教育相结合的方法,以口头宣教和书面材料宣教相结合的方式进行健康教育。家庭健康教育要求本课题组成员每季度上门宣教 1 次,与受试者及其家属面对面地沟通,进行健康知识、饮食行为、用药、心理、康复等综合指导,期间发放健康教育手册和脑卒中筛查卡,卡上有本课题组医生的电话(要求医生与患者建立固定的联系,可随时电话互动,联系随访)。集中健康教育则采取建立脑卒中筛查俱乐部的形式,定期(每季度举办 1~2 次)分批次(每批次 50~60 人)集中进行脑卒中相关健康讲座、多媒体授课、观看录像及分发健康教育手册,鼓励受试者及其家属提问,由专家给予现场解答(讲座间歇鼓励受试者及其家属相互交流,互相分享防病治病及康复经验等)。

三、评定方法

于入选时和健康教育干预 1 年后(干预后)记录脑卒中高危人群的健康行为(包括合理饮食、适当运动、遵医用药、不吸烟 4 各方面),同时进行抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)、焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)和 Spitzer 生活质量指数量表(quality of life index, QLI)评估。

SDS 和 SAS 量表由研究对象自己或其家属的帮助下完成,均采用标准分(标准分=实得分 $\times 1.25$,取整数),SDS ≥ 50 分为抑郁状态,SAS ≥ 50 分为焦虑状态^[4]。

QLI 评估由全科医师完成^[5],该量表包括活动能力、日常生活、健康感觉、社会支持、前景认识共 5 个方面,每项 2 分,总分为 10 分,得分越高则受试者生活质量越好。

四、统计学分析

使用 SPSS 13.0 版软件进行统计分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料用例数和百分数表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

一、脑卒中高危人群评估及随访结果

筛查的总人数为 3092 例,其中男 1490 例,女 1606 例,依据脑卒中高危人群的判定标准,评估出脑卒中高危人群 440 例(14.2%)其中男 265 例(17.8%),女 175 例(10.9%),提示男性的高危人群率明显高于女性,应将男性人群作为重点筛查预防对象。

对高危人群 440 例进行规范化健康教育干预, 1 年后, 因各种原因(死亡、房屋拆迁、更换电话号码、拒绝继续参与活动等)失访 48 例(10.9%), 最终有效随访 392 例。

二、干预前、后脑卒中高危人群健康行为的比较

干预后, 脑卒中高危人群 392 例的合理饮食、适当运动、遵医用药、不吸烟较干预前均显著改善, 差异均有统计学意义($P<0.05$), 详见表 1。

表 1 干预前、后脑卒中高危人群健康行为的比较[例(%)]

时间	例数	合理饮食	适当运动	遵医用药	不吸烟
干预前	440	194(44.1)	145(32.9)	205(46.8)	237(53.8)
干预后	392	236(60.2)	185(47.2)	248(63.2)	243(61.9)

注: 与干预前比较, $P<0.05$

三、干预前、后脑卒中高危人群心理状态及生活质量的评估

干预后, 脑卒中高危人群 392 例的抑郁状态和焦虑状态较干预前均显著改善, 差异均有统计学意义($P<0.01$), 详见表 2; 干预后, 脑卒中高危人群 392 例的 SDS 和 SAS 评分较干预前均显著降低, QLI 评则较干预前显著升高, 差异均有统计学意义($P<0.01$), 详见表 3。

表 2 干预前、后脑卒中高危人群抑郁、焦虑状态发生情况比较[例(%)]

时间	例数	抑郁状态	焦虑状态
干预前	440	72(16.4)	84(19.1)
干预后	392	37(9.4)	47(11.9)

注: 与干预前比较, $P<0.01$

表 3 干预前、后脑卒中高危人群 SDS、SAS 和 QLI 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

时间	例数	SDS 评分	SAS 评分	QLI 评分
干预前	440	56.72 $\pm$ 16.87	53.64 $\pm$ 19.27	7.43 $\pm$ 2.74
干预后	392	47.35 $\pm$ 14.32	44.32 $\pm$ 16.18	8.86 $\pm$ 2.81

注: 与干预前比较, $P<0.01$

讨 论

本研究结果显示, 经健康教育干预 1 年后, 脑卒中高危人群 392 例的合理饮食、适当运动、遵医用药、不吸烟等健康行为方式较干预前均显著改善, 差异均有统计学意义($P<0.05$), 这与倪白妹等^[6]和王雪梅等^[7]的研究结果一致。该结果也提示, 健康教育可显著改善脑卒中高危人群的健康行为。本研究结果还显示, 经健康教育干预 1 年后, 脑卒中高危人群的抑郁状态和焦虑状态较干预前亦均显著改善, 且 SDS 和 SAS 评分较干预前显著降低, QLI 评较干预前显著升高, 差异均有统计学意义($P<0.01$)。该

结果提示, 健康教育可显著改善脑卒中高危人群的心理状态和生活质量。

在欧美发达国家, 脑卒中健康教育已成为脑卒中医疗服务质量中重要的组成部分^[8]。2006 年, 赫尔辛堡宣言指出评价医疗服务质量的核心指标之一就是患者获得健康宣教的比例^[9]。目前在中国, 健康教育在脑卒中医疗服务中未获得充分的重视, 尚未作为脑卒中预防的重要一环认真地落实和执行。近年来, 如北京、天津、上海、广州等地的专家学者对当地居民脑卒中危险因素分布及干预效果已做了一些调查研究^[10-11], 结果显示, 我国居民脑卒中相关危险因素的认知水平均较低, 心脑血管病危险因素的防治现状十分严峻。因此, 本课题组认为, 在我国心脑血管病的相关科室需改变传统的“重治疗轻预防”的管理模式, 大力开展脑卒中健康教育, 通过采用多种形式的健康教育干预进行预防, 逐步培养居民自我保健意识, 提高脑卒中高危人群脑卒中相关卫生知识水平, 改变不良生活习惯, 合理规律用药, 最终降低脑卒中及相关疾病的发生率、复发率、致残率和死亡率。

做好脑卒中中的一级和二级预防, 应重视全面的危险因素筛查和不良生活方式的改变, 需要医生以健康教育为主要手段对脑卒中高危人群进行连续管理^[12], 充分调动患者和家属的积极性, 改变不正确的理念, 调整饮食结构, 促进健康行为方式, 指导规范用药, 从而改善脑卒中高危人群的心理状态及生活质量^[13-14]。本研究旨在探索一种可操作性强且效果明显的脑卒中高危人群健康教育综合干预模式, 力争建设三级医院-社区-家庭的三级管理模式, 其中三级医院心脑血管相关科室的专家应始终引导社区医护人员, 提高社区医护人员对脑卒中高危人群的管理能力; 同时社区医护人员应发挥自己的优势, 充分合理利用社区医疗资源, 以三级医院为依托, 设立脑卒中专病门诊, 落实社区和三级医院双向转诊绿色通道, 实现区域内脑卒中高危人群的连续性高效管理, 从而降低本区域脑卒中发病率、复发率、致残率, 提高脑卒中高危人群心理健康水平和生活质量。

本研究结果还显示, 男性的高危人群率明显高于女性, 这与乔志玲等^[15]及和王昕等^[16]的研究一致, 其因素可能与男性整体吸烟率较高和普遍缺少运动有关。该结果提示, 在进行脑卒中高危人群筛查时应将男性作为脑卒中重点筛查对象, 对于男性健康教育的重点应为戒烟和坚持运动锻炼。

综上所述, 健康教育可显著改善脑卒中高危人群健康行为、心理状态和生活质量, 对脑卒中的防控有重大意义。本研究不足之处是研究对象数量有限, 观察时间也只有 1 年, 尚有很多的观察指标

和数据尚未进行统计分析,这还有待下一步研究的完善。

参 考 文 献

- [1] 国家卫生计生委疾病预防控制局.中国居民营养与慢性病状况报告(2015 年).北京:人民卫生出版社,2015;55-56.
- [2] Moran A,Gu D,Zhao D,et al.Future cardiovascular disease in china; markov model and risk factor scenario projections from the coronary heart disease policy model in China[J]. Circ Cardiovasc Qual Outcomes,2010,3(3):243-252. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.910711.
- [3] 李军,刘一,高毅军.脑卒中高危人群筛查结果分析及健康教育干预[J].中国初级卫生保健,2013,27(1):44-46. DOI: 10.3969/j.issn.1001-568X.2013.01.020.
- [4] 王拥军.神经病学临床评定量表[M].北京:中国友谊出版公司,2005;72,98-101.
- [5] 高谦,洪冰,刘少雄,等.生活质量指数测量脑卒中患者的校度研究[J].中国康复医学杂志,1995,10(3):49-51.
- [6] 倪白妹,邹云,刘英华.健康促进在社区脑卒中恢复期患者中的成效分析[J].中国社区医师,2011,13(264):117-119. DOI: 10.3969/j.issn.1007-614X.2011.03.117.
- [7] 荣向霞,陈秀凤,徐步等.脑卒中复发危险因素的分析与健康教育[J].中国基层医药,2014,21(24):3821-3823. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1008-6706.2014.24.064.
- [8] Goldstein LB,Bushnell CD,Adams RJ,et al. Guidelines for the primary prevention of stroke; a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association [J]. Stroke, 2014, 45 (12): 3754-3832. DOI: 10.1161/STR.

0000000000000046.

- [9] Kjellstrom T, Norrving B, Shatchkute A. Helsingborg Declaration 2006 on European stroke strategies [J]. Cerebrovasc Dis, 2007, 23(2-3):231-241. DOI: 10.1159/000097646.
- [10] 冯海霞,何君芳,胡晓斌,等.脑卒中患者对卒中危险因素知晓情况调查[J].中国康复理论与实践,2013,19(1):63-65. DOI: 10.3969/j.issn.1006-9771.2013.01.017.
- [11] 唐美莲,孙佳艺,王薇,等.中国住院卒中患者院前危险因素水平及院前治疗控制现状.中华内科杂志,2015,54(12):995-1000. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2015.12.002.
- [12] 李子孝,王伊龙,赵性泉,等.卒中患者健康教育:必须逾越的鸿沟[J].中国卒中杂志,2012,7(7):562-566. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5765.2012.07.010.
- [13] 郝明华,周淑杰,石玉芝,等.健康宣教对脑血管病患者心理健康的影响[J].中国卒中杂志,2012,7(7):524-530. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5765.2012.07.004.
- [14] 罗利俊,陈国华,笱玉兰,等.卒中单元中西医结合治疗对脑梗死患者生活质量及照料者心理状态的影响[J].神经损伤与功能重建杂志,2014,9(1):24-27. DOI: 10.3870/sjsscj.2014.01.006.
- [15] 乔志玲,王秀丽,任梦,等.长春市社区老年人脑卒中主要危险因素分析[J].中国老年学杂志,2012,32(1):133-135. DOI: 10.3969/j.issn.1005-9202.2012.01.058.
- [16] 王昕,吕筠,郭彧,等.中国慢性病前瞻性研究:10 个项目地区成年人吸烟行为特征差异分析.中华流行病学杂志,2015,36(11):1200-1204. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2015.11.004.

(修回日期:2017-07-17)

(本文编辑:阮仕衡)

肌内效贴联合 A 型肉毒素局部注射和常规康复训练 对脑卒中后下肢痉挛患者步行能力的影响

李亚斌 冯海霞 梁学鏖 包爱强 白佳佳 任亚子 何君芳 乔小红

【摘要】 目的 观察肌内效贴联合 A 型肉毒素局部注射和常规康复训练对脑卒中后下肢痉挛患者步行能力的影响。**方法** 选取脑卒中后下肢痉挛患者 40 例,按随机数字表法分为治疗组和对照组,每组患者 20 例,对照组给予下肢痉挛肌群 A 型肉毒素局部注射和常规康复治疗,治疗组在此基础上增加肌内效贴治疗。分别于治疗前、治疗 4 周和 8 周后对 2 组患者进行改良 Ashworth 量表(MAS)、被动关节活动度(PROM)、10 m 最快步行速度(10 m MWS)、Fugl-Meyer 运动功能(FMA)、生理消耗指数(PCI)评估。**结果** 治疗 4 周后,2 组患者的 MAS、PROM、10 m MWS、FMA、PCI 评分较组内治疗前均有显著改善,差异均有统计学意义($P<0.05$);治疗组治疗 4 周后的 PROM、10 m MWS、FMA、PCI 均显著优于对照组同时间点,差异均有统计学意义($P<0.05$),而 MAS 与对照组同时间点比较,差异则无统计学意义($P>0.05$)。治疗 8 周后,2 组患者的 MAS、PROM、10 m MWS、FMA、PCI 评分较组内治疗前均有显著改善,差异均具有统计学意义($P<0.05$);治疗组治疗 8 周后的 PROM、10 m MWS 分别为(4.21 ± 1.01)°和(11.09 ± 2.80)m/s,均优于对照组同时间点,差异均有统计学意义($P<0.05$),而 MAS、FMA、PCI 与对照组同时间点比较,差异则无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 肌内效贴联合 A 型肉毒素局部注射和常规

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2017.08.009

作者单位:730000 兰州,甘肃省康复中心医院

通信作者:冯海霞,Email: feng_hai_xia@163.com