

健康教育对心脑血管疾病终点事件发生的干预效应

董玉巧

(河南省濮阳县第二人民医院内科 河南 濮阳 457002)

摘要: 通过健康教育干预探讨对心脑血管疾病发生之影响, 为心脑血管疾病的防治工作提供理论依据。方法: 从 2000 年到我院集中体检的大于 50 岁以上的在职和离退休干部 4000 人中, 抽出资料完整并符合本次研究纳入标准者 2000 人, 随机分为健康干预组和一般治疗对照组各 1000 人。其中干预组 1000 人中, 高血压 480 人, 高脂血症 413 人, 高血压合并高脂血症 107 人; 对照组 1000 人中, 高血压 478 人, 高脂血症 423 人, 高血压合并高脂血症 100 人。两组均以高血压、高脂血症作为最主要的危险因素进行健康教育干预。健康教育干预组患者分别建立健康档案, 制定系统的健康教育干预措施并组织实施, 定期随访; 一般治疗对照组患者将体检结果通知本人后, 由其在门诊接受健康教育和治疗, 对健康教育和治疗方法不作强制性规定。连续观察五年, 比较两组五年间心脑血管疾病的发生情况(即以发生 AMI/心绞痛、脑出血、脑血栓形成等心脑血管疾病的终点事件为评价标准)。**结果:** 健康教育干预组病情控制良好, 发生上述心脑血管疾病终点事件比危险因素对照组明显减少(急性心肌梗塞发生率为 2.0% 比 3.4%, 脑血栓发生率为 4.3% 比 7.5%, TIA 为 2.1% 比 2.9%), $P < 0.01$ 。**结论:** 对存在心脑血管疾病危险因素者积极开展健康教育干预, 可起到控制疾病进一步发展, 减少心脑血管疾病终点事件的发生。

关键词: 心脑血管疾病; 高血压; 高脂血症; 健康教育干预

中图分类号: R54: R743 文献标识码: A

Intervention Effect of Health Education in Termination Occurrence of Cardiocerebrovascular Diseases

DONG Yu-qiao

(Department of Internal Medicine, The Second Hospital of Puyang County, Puyang 457002, Anyang, Henan, China)

ABSTRACT Objective: To investigate the intervention effect of health education(HE) in the occurrence of cardiocerebrovascular diseases(CCVD), and to offer theoretic bases for the prevention and treatment of CCVD. **Methods:** 2000 people, who had complete data and were consistent with the standard of this study, were drawn out of 4000 people who were at their posts and retired veteran cadres over 50 years old coming to our hospital in 2000 for health examination. The 2000 people were randomly divided into health intervention group($n=1000$) and control group($n=1000$). In the intervention group, there 480 of high blood pressure(HBP), 413 of hyperlipemia(HL), and 107 of HBP with HL; in the control group, there were 478 of HBP, 423 of HL, and 100 of HBP with HL. The two groups were given intervention of HE according to the most harmful factors of HBP and HL. Health archives were established, for the intervention group, systemic intervention measures of HE were taken, with a regular follow-up. The control group was given a general treatment without mandatory provision. The two groups had been studied for five years, during which, termination occurrence of CCVD was compared between the two groups. **Results:** Termination incidence rate(TIR) in the intervention group was much lower than that in the control group, in a ratio of 2.0% to 3.4% (AMI), 4.4% to 7.5% (cerebral thrombosis, CT), and 2.1% to 2.9% TIA ($P < 0.01$). **Conclusion:** Active intervention of HE, for the people with risk factors of CCVD, can prevent their situation from getting worse and decrease the TIR.

Key words: Cardiocerebrovascular diseases(CCVD); High blood pressure(HBP); Hyperlipemia(HL); Intervention of health education

0 引言

目前, 诸多学者均认为, 高血压、高脂血症是发生心脑血管疾病终点事件(即 AMI/心绞痛、脑出血、脑血栓形成等)的最主要的危险因素。高脂血症与动脉粥样硬化的关系最密切。冠状动脉硬化引起的血管腔狭窄超过 75% 和(或)出现痉挛是发生心绞痛、心肌梗塞的最基本的原因; 高血压危险因素随病情进展, 血压持久升高, 可导致心、脑、肾等靶器官受损的表现^[1]。为了探究健康教育干预对心脑血管疾病的发生、发展之影响, 减少心脑血管疾病的发生, 对我市老年心脑血管

疾病主要危险因素高血压、高脂血症^[2], 依据大型简单随机临床试验的原则, 设计并实施了前瞻性的健康教育干预研究, 收到了良好的效果, 总结如下。

1 对象与方法

设计: 以患者为研究对象随机对照设计的前瞻性的对比研究。

单位: 一所综合性二甲医院。

对象: 2000 年 3 月在安阳市第二人民医院集中进行体检的大于 50 岁的在职和离退休干部。纳入标准: (1) 符合 1999 年世界卫生组织和国际高血压学会(WHO/ISH) 高血压诊断标准^[1], 未经服用抗高血压药物的情况下, 收缩压大于或等于 140mmHg, 舒张压大于或等于 90mmHg 的高血压患者。(2) 血清

作者简介: 董玉巧, (1967), 女, 主治医师, 内科主任

(收稿日期: 2006-03-01 接受日期: 2006-03-27)

总胆固醇测定大于 2086~ 5. 98mmol/L。 (3) 对本研究知情并同意。 (4) 医疗费挂钩在本院, 治疗可在本院进行, 观察期间无工作调动者。排除标准: (1) 符合国际心脏病学会和协会(TS-FC)及 WHO 临床诊断标准^[3]的冠心病患者。 (2) 符合世界卫生组织和国际高血压学会(WHO/ISH)高血压诊断及继发于其他疾病的高血压并已持续服药治疗的患者。 (3) 既往有精神病史。 (4) 严重认知功能障碍。 (5) 不愿签署研究知情同意书。 (6) 已确诊为糖尿病患者。符合上述标准共入选研究对象 2000 例, 男 1087 例, 女 913 例; 年龄最小 50 岁, 最大 70 岁; 将其随机分为健康教育干预组和一般治疗对照组各 1000 例。健康教育干预组中, 高血压 480 例, 高脂血症 413 例, 高血压合并高脂血症 107 例; 一般治疗对照组中, 高血压 478 例, 高脂血症 423 例, 高血压合并高脂血症 100 例。对两组具有的高血压、高脂血症、高血压合并高脂血症例数在计算机上建立数据库, 进行多列卡方检验, $P> 0. 05$, 具有可比性。

设计、实施、评估者: 研究设计及评估为本文作者, 干预措施的实施和血脂、血压的监测有课题组其他医护人员及检验科相关工作人员来完成。

干预方法: 一般治疗对照组将体检结果通知本人, 由其在门诊接受健康教育和治疗, 对健康教育和治疗的方法不作限制性规定。健康教育干预组则按以下方法予以健康教育: (1) 建立个人病例档案。 (2) 每人发给关于高血压、高脂血症的健康教育小册子和血压、血脂监测登记表。教会患者定期跟踪自己的血压、血脂情况, 根据血压、血脂的监测结果做好自我保健, 自我调节饮食、运动、和正确使用药物; (3) 定期组织患者参加心脑血管疾病的健康教育学习班(主讲人为课题组具备中级和高级以上职称的医护人员); (4) 每月通过电话咨询了解患者的健康状况, 并给予健康指导。具体的健康指导内容有基础知识、饮食控制、运动锻炼、药物使用和定期血脂检查、自我血压监测等。 (5) 根据国际、国内对高血压治疗策略的转变, 及时调整和指导高血压患者用药, 控制血压在大致正常范围。饮食采取低脂饮食、低盐饮食。高脂血症患者指导应用将血脂药物。

主要观察指标: 健康教育干预组和一般治疗对照组均以发生心脑血管疾病的终点事件如 AMI/ 心绞痛、脑出血、脑血栓形成等为主要观察指标。观察时间为五年。观察期间对

达到终点的患者均给予相应的积极的治疗。
次要观察指标: 两组患者的血压变化情况和血脂监测结果为次要观察指标。
统计学分析: 数据统计由作者本人采用 SPSS10. 0 软件进行统计学处理。计量结果用 $\bar{X} \pm S$ 表示; 计量资料差异测定采用 t 检验, 计数资料差异性测定采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 参与者数量分析

本研究纳入研究对象 2000 例, 最终进行结果分析 2000 例, 无脱落者。并且所有观察对象医疗费用挂钩均在本院, 治疗可在本院进行, 观察期间无工作调动者, 故心脑血管疾病终点事件观察较为准确, 观察病情的进展情况也切实可行。

2.2 健康教育干预组和一般治疗对照组血压、血脂情况附表 1、表 2。

表 1 两组患者高血压情况比较
Table 1 The comparison of incidence of HBP of the patients in the two groups

组别	总人数	人数	血压	
			收缩压	舒张压
干预组	1000	480	19. 99±1. 04	12. 84±1. 69
对照组	1000	478	20. 23±2. 42	13. 27±2. 30

表 1、表 2 示, 在中老年职工中, 心脑血管疾病危险因素的发生率相当高。选择高血压和高脂血症两项指标进行统计, 在大于 50 岁的中老年职工中其高血压发生率分别为 23. 95% (958/ 4000), 高脂血症发生率为 20. 90% (836/ 4000), 合并高血压和高脂血症为 5. 17% (207/ 4000)。

表 2 两组患者高脂血症发生情况比较(例 $\bar{X} \pm S$)
Table 2 The comparison of incidence of HL of the patients in the two groups (case, $\bar{X} \pm S$)

组别	总人数	人数	胆固醇	甘油三脂
干预组	1000	413	7. 49±3. 12	2. 03±1. 00
对照组	1000	423	7. 28±1. 36	2. 51±1. 36

2.3 五年后, 健康教育干预组和一般治疗对照组心脑血管疾病发生情况比较见表 3。

表 3 健康教育干预组与一般治疗对照组心脑血管疾病发生情况(n %)
Table 3 The comparison of incidence of CCVD of the patients in the health intervention group and control group(n, %)

组别	总人数	急性心肌梗死	心绞痛	脑梗死	脑出血	短暂性脑缺血发作
干预组	1000	20(2. 00)	14(1. 40)	43(4. 30)	21(2. 10)	21(2. 10)
对照组	1000	34(3. 40)	25(2. 50)	75(7. 50)	38(3. 80)	29(2. 90)

经 χ^2 检验, $\chi^2= 13. 28 P< 0. 01$ 提示健康教育干预组发生心脑血管疾病较一般治疗对照组明显减少, 对疾病的进展控制优于对照组, 具有非常显著性差异。

3 讨论

健康教育是通过有计划、有组织、有系统评价的社会健康教育, 使人们掌握卫生保健知识和技能, 形成有益于健康的行为生活方式, 消除和降低影响健康的危险因素, 以促进健

康^[4, 5]。高血压、高脂血症的疗效有赖于患者的自身管理和控制。通过本研究证明, 这种行为的建立可以通过健康教育而实现。因为任何一种行为均是由多种因素决定的, 包括倾向因素、促成因素、强化因素。每一因素都对行为产生不同的影
(下转第 34 页)

表3 血肿量对疗效的影响(例数, %)

	血肿量	恢复良好	不良	死亡
(1)幕	< 30ml	38(80. 8)	7(14. 9)	2(4. 3)
(2)	30- 40ml	154(74. 8)	28(13. 6)	24(11. 6)
(3)上	> 40ml	25(33. 4)	40(53. 3)	10(13. 3)
(4)幕	≤10ml	15(68. 2)	4(18. 2)	3(13. 6)
(5)下	> 10ml	4(33. 3)	2(16. 7)	6(50. 0)
合计		236	81	45

经 X² 检验, (2) 与 (3) 病死率的比较 P> 0. 05, (4) 与 (5) 病死率的比较 P< 0. 05。

2.4 术前的有无基础病变对手术治疗高血压性脑出血疗效的影响见表 4。

表4 术前的有无基础病变与疗效的关系(例数, %)

术前情况	恢复良好	不良	死亡
无基础病变	163(75. 8)	33(15. 3)	19(8. 8)
有基础病变	73(49. 7)	48(32. 7)	26(17. 7)
合计	236	81	45

经 X² 检验, 两组相比 P< 0. 05

3 讨论

对于高血压性脑出血的外科手术治疗指征, 文献报告颇不一致。一般认为, 年龄在 70 岁以下, 浅昏迷或中度昏迷而不伴脑疝^[1], 出血部位表浅及血肿量(大脑半球) 大于 30ml(小脑出血大于 10ml), 无严重并发症等为其手术指征, 这类患者通过外科治疗的效果较满意^[2]。近年来, 随着诊疗技术及术后并发症防治水平的提高, 高血压性脑出血患者手术治疗后的疗效有很大改善。通过对我院高血压性脑出血患者外科治疗的指征回顾, 总结影响手术治疗高血压性脑出血疗效的各种因素。

3.1 年龄因素对手术治疗高血压性脑出血疗效的影响

年龄是影响手术治疗高血压性脑出血疗效的重要因素, 以往有人将手术年龄限制在 60 岁以下^[3], 也有学者认为年龄大于 65 岁不宜手术。本组资料表明随着年龄的增加, 患者的恢复良好率明显下降, 恢复不良及病死率明显增加。这可能和高龄患者重要器官功能减退, 易发生并发症有关^[4]。但本组中 70 岁以上年龄组患者的恢复良好率也有 28. 6%, 因此, 我们认为应根据病人的具体情况具体分析。如 70 岁以上的患者在全身状况良好的情况下, 可采取手术治疗, 不应因年龄因素所困扰而丧失手术时机。

(上接第 30 页)

响^[6]。本研究主要是对倾向因素、促成因素进行干预, 通过健康教育, 使患者对疾病有了正确的认识, 通过正当渠道获得了较多的知识信息, 知道了高血压、高脂血症可以通过积极的预防治疗, 加强自身管理得到控制, 从而建立良好的行为方式, 自觉控制与调节饮食, 加强体育锻炼。随着不良生活方式, 治疗的依从性和遵医行为得到提高, 心脑血管疾病终点事件的发生明显减少, 也直接和间接的控制了病情的发展。从表 3 显示, 健康教育干预组心脑血管疾病的发生率明显低于一般治疗对照组。这说明我们的干预是成功的, 起到了非同一般的作用, 也为中老年人心脑血管疾病的防治工作提供了理论依据。

4 结论

高血压和高脂血症是发生心脑血管疾病的最主要的危险

3.2 入院时 GCS 积分高低对疗效的影响

GCS 评分反映了病人脑出血的临床意识状况及病情的严重程度。因此, 术前的患者意识状态与手术疗效有极大关系。一般认为, 发病后意识障碍轻微, 其后缓慢加深者, 以及入院时意识中度障碍者, 应积极进行手术治疗。本组中 3- 5 分的患者术后病死率为 45. 2%, 而 6- 8 分以上的为 8. 0%, 9- 12 分的为 2. 4%。由此可见, 病人入院时意识障碍较重者的手术应慎重考虑, 患者术前 GCS 积分越低, 意识障碍越重, 手术效果越差。GCS 积分低于 3- 5 分的一般不宜手术。

3.3 出血部位及血肿量与疗效的关系

深部出血可直接损伤脑的重要结构, 病死率颇高。通常皮质下及基底出血者手术治疗效果满意, 丘脑出血者则手术疗效较差, 脑干出血者的手术疗效更差^[2]。小脑出血者如诊断、治疗及时, 外科手术疗效明显优于内科的疗效, 本组资料充分说明了这种观点。但本组中幕上出血量 30- 40ml 的病死率为 11. 6%, 40ml 以上的为 13. 3%。差异无显著性。幕下出血量以 10ml 为界, 病死率分别为 13. 6% 和 50. 0%, 病死率有显著性差异。显然, 幕上出血量对最后疗效的影响并不象人们所认为的那么明显, 这是因为由于老年人大多有不同程度的脑萎缩, 颅内存在一定空间, 因此血肿量不是反映脑受压状况的唯一因素, 从临床角度来看, 出血部位更重要, 临床上常可看到皮质下出血数十毫升, 病人不一定出现意识障碍, 而丘脑少量出血, 多数病人就会出现昏迷, 手术前必须认真考虑。

3.4 术前的有无基础病变对疗效的影响

患者如合并有心、肺、肾、糖尿病等疾病患者会影响手术效果^[2]。本组资料中有基础病变的病死率为 17. 7%, 而无基础病变的则为 8. 8%, 两者有显著性差异。因此要综合考虑病人入院时的全身情况, 即有无心、肺、肾、糖尿病等疾病。当高血压性脑出血患者存在上述基础病变时, 其全身状况较差, 加之由于脑出血后对全身各器官的影响, 这类患者难以耐受手术, 并且易出现并发症, 而一旦出现并发症, 由于全身差误的原因, 不易控制, 使病人治疗效果不好。

参考文献

[1] 陈亿民. 影响高血压脑出血术后预后因素临床分析[J]. 河北医学, 2004, 10(11): 973- 975
[2] 宋熙庆. 影响高血压脑出血术后脑功能恢复的相关因素分析[J]. 山东医药, 2004, 44(3): 43
[3] 张东. 影响高血压脑出血手术疗效的因素分析[J]. 山西医药杂志, 2003, 32(5): 476- 477

因素, 对其进行健康教育干预可减少心脑血管疾病的发生率, 直接间接的起到了控制疾病进一步发展的作用。

参考文献

[1] 尤黎明. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 152~ 169
[2] 吴锡贵, 顾东风, 李世焯, 等. 社区人群干预对心脑血管危险因素水平的影响[J]. 中华预防医学杂志, 1998, 32(增刊): 16~ 19
[3] 贝政平, 舒怀. 内科诊断标准(上卷)[M]. 银川: 宁夏人民出版社, 1990: 148
[4] 王宝生. 社区保健[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2002: 101~ 105
[5] 吴萍. 社区卫生护理的未来趋势和展望[J]. 现代生物医学进展, 2006, 6(1): 89- 90
[6] 吕姿文. 健康教育和健康促进[M]. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学出版社, 1998: 21~ 22