

The Effect of Community Health Management on the Risk Factors of Stroke

Jingjing Zhao¹, Hui Xiao^{2*}, Qinghui Bao², Liuyun He²

¹The Second Clinical School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong

²Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong

Email: jingjinglele@163.com, xiaohuixh2007@163.com

Received: Sep. 20th, 2016; accepted: Oct. 9th, 2016; published: Oct. 12th, 2016

Copyright © 2016 by authors and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

Abstract

Objective: To explore the influence of health management on the risk factors of stroke patients, and to achieve the goal of secondary prevention. **Methods:** The 140 patients met the inclusion criteria were randomly divided into management group (n = 70) and control group (n = 70). Health management was carried out in management group, including the diet, medication and exercise on stroke secondary prevention knowledge of the guidance and intervention. Indicators of stroke risk factors in the two groups of patients were recorded after 1, 3 and 6 months and compared. **Results:** There was no significant difference ($P > 0.05$) in stroke risk factors between management group and the control group before and after 3 months management. 6 months after health management, significant difference was found in blood pressure, blood glucose, liver function, renal function, coagulation function and blood fat compared with the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Community health management can reduce the risk factors of stroke patients.

Keywords

Community Health Management, Stroke, Risk Factors

社区健康管理在脑卒中危险因素中的影响研究

赵菁菁¹, 萧 蕙^{2*}, 包庆惠², 何柳云²

¹广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州

*通讯作者。

²广东省中医院, 广东 广州

Email: jinginglele@163.com, xiaohuixh2007@163.com

收稿日期: 2016年9月20日; 录用日期: 2016年10月9日; 发布日期: 2016年10月12日

摘要

目的: 探讨健康管理对脑卒中患者危险因素的影响, 达到二级预防的目的。**方法:** 将140例符合纳入标准的患者随机分为管理组($n = 70$)和对照组($n = 70$), 管理组进行健康管理, 包括在饮食、用药、功能锻炼等方面进行指导和干预, 在第1、3、6个月后分别记录两组患者危险因素的各项指标, 并进行比较。**结果:** 管理组和对照组在前期和管理3个月后的脑卒中危险因素比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 当实施社区健康管理干预6个月后的脑卒中患者的血压、血糖、肝功能、肾功能、凝血功能、血脂等危险因素与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 社区健康管理可降低脑卒中患者的危险因素。

关键词

社区健康管理, 脑卒中, 危险因素

1. 引言

在2014中国脑卒中大会的出血性卒中热点论坛[1]上, 有专家指出, 中国是全世界脑卒中死亡最高的地区之一, 发病率也较高。美国国家卫生统计中心2005年至2008年的统计数据表明, 美国20岁以上人群有约700万患有脑卒中, 约占3%, 其中男性约280万(占2.7%), 女性约420万(占3.3%)。在中国, 从全民死因调查的这个结果来看, 从1990年至1992年我们进行了一次调查, 那次脑卒中是排在死因的第三位, 占总死因构成比的16.89% [1]。到了2004~2005年, 又进行了一次死因回顾调查, 这一次脑卒中已经跃升为第一位, 构成比从16.89%上升至22.45%。

虽然脑卒中的发病率、病死率一直高居不下, 但其治疗效果是有限的, 患者出院后的肢体功能恢复、用药、饮食等都得不到正确的指导, 对患者的恢复极为不利, 给众多家庭造成痛苦的同时也给社会带来巨大的经济负担。因此脑卒中的二级预防应该得到关注。

INTERSTROKE研究[2]是一项关于脑卒中的大型病例对照研究, 纳入来自32个国家的27,000人, 是国际上评估卒中危险因素的最大规模研究。此研究确立了脑卒中的十大危险因素: 高血压、糖尿病、高血脂、吸烟、缺乏运动、腹型肥胖、心脏疾病、饮食、酒精和心理因素, 其中高血压是最重要的危险因素; 上述10个危险因素可解释大约90%的卒中风险。因而, 探索卒中危险因素, 进行积极有效的二级预防, 是降低脑卒中复发率的重要措施之一。

对于脑卒中的二级预防主要针对脑卒中的危险因素进行干预。年龄、性别、遗传等难以人为控制的危险因素称为脑卒中不可干预性危险因素; 高血压、心脏病、糖尿病、过量饮酒、吸烟、血脂异常、肥胖等称为脑卒中可干预性危险因素。目前脑卒中的干预研究主要是针对可干预性危险因素进行。研究脑卒中的危险因素, 并加以积极干预和控制, 对于降低其发病率、病死率和致残率具有重要的参考价值 and 指导意义[3]。

本研究通过对广东省中医院脑病中心患者出院后进行社区健康管理, 探讨健康管理对脑卒中患者危险因素的影响。

2. 对象与方法

2.1. 纳入和排除标准

2012年1月~2013年10月在广东省中医院脑病中心住院或门诊的脑梗死患者。经筛选符合2010年中华医学会神经病学分会脑血管病学组制订的“2010中国急性缺血性脑卒中诊治指南”中的脑卒中诊断标准。纳入标准：①符合上述诊断的脑卒中患者；②年龄≤75岁；③意识清楚且病情稳定，病程在6个月以内；④患者、家属知情同意。

排除标准：①严重痴呆、失语、意识障碍、合并有心、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病者；②有精神科疾病史者；③脑出血或者蛛网膜下腔出血；脑肿瘤引起的缺血性脑卒中临床表现。

2.2. 随机方法

采用简单随机化方法。在PEMS3.1统计软件包中输入估算的样本含量，得出序号、组别随机数字、干预方法后，制作随机卡片，用不透光信封密封，专人保管，当合格病例进入研究时，按其进入顺序拆开对应序号的信封，根据卡片上的规定分组给予干预，不得作任何更改。

2.3. 管理方法

2.3.1. 常规组

常规心理护理方案：参照《中国脑血管病防治指南》及中医护理学和内科护理学制定的护理方案。“中风患者出院指导”进行服药、复诊、饮食、康复锻炼等指导，并进行电话随访。

2.3.2. 管理组

1) 建立护理健康管理方案。护理健康档案内容包括：

① 患者基本信息：患者姓名、性别、年龄、家庭住址、电话、所在社区等。

② 患者的自我检测情况(资料)：患者能否坚持定期自我监测的习惯，包括体重、血压、血糖、血脂等并记录在案。

③ 遵医行为实施情况：患者能否按医嘱吃药、进行健康检查、进行康复治疗等。

④ 生活方式：患者能否限盐、戒烟、戒酒、按时作息等。

⑤ 康复情况：患者肢体功能、咽功能、废用综合征、抑郁心理等方面的康复情况。

⑥ 社会支持：患者社会支持情况，如社区、家属、单位的支持。

2) 建立健康教育规范

参照《中国脑血管病防治指南》建立相应的健康教育规范，并根据实际情况进行修订。

① 针对脑卒中患者制定个性化健康教育原则。

饮食：过多摄入脂肪、胆固醇以及食盐可以促进动脉粥样硬化形成，食物的种类单调也是造成营养素摄入不合理的主要原因。提倡饮食种类多样化，减少饱和脂肪酸(<总热量10%)和胆固醇(<300 mg/d)的摄入量，每日钠盐摄入应少于6 g。一般原则是“四低一高”：低热量、低脂肪、低胆固醇、低糖、高膳食纤维。另外，无论是主动吸烟或是被动吸烟，均可增加卒中发生和卒中再发风险。对于大量饮酒的卒中或TIA患者，应该戒酒或减少饮酒量。一般男性每日饮酒的酒精量不应超过25 g，女性减半。

用药：服用阿司匹林、氯吡格雷等抗凝药有增加出血的风险，溃疡病及活动性出血者禁用，服用时要注意观察大小便是否有出血，皮肤是否出现紫癜。降压要长期、规律、平稳，不随意停药、减药，定期监测；服用他汀类药物时要坚持长期用药，不要随意减量和减少次数并且注意肌肉疼痛、无力等不良反应；不同类型降糖药物，用药时间不同；注意用药剂量，预防低血糖。

运动：规律、适度的体育锻炼可以改善心脏功能，增加脑血流量，加快血流速度，降低血小板聚集性和血液粘稠度，从而减少血栓的形成，还可以通过对血压、血糖和体重的控制而起到对脑卒中二级预防的目的。但不宜做剧烈运动，如快跑、登山等。可进行慢跑、散步、柔软体操、打太极拳等有氧运动，保持心情舒畅，以静养生。患者依据自己的实际情况，制定适合自己的运动计划，循序渐进，贵在坚持。

② 康复训练指导：

a) 对不会说话的患者，因唇音最易恢复，所以可首先指导患者用喉部发“啊”音，或者练习吹口哨以诱导发音。可自主发音的患者，指导其跟随家属念字和词语，由简到繁，由短到长。最好能患者对着镜子进行练习，及时矫正口型。患者能基本正确念出词句后，可让患者听常用词句的前半句，接出后半句。

b) 转移训练：轮椅至床的转移、轮椅至厕所的转移；进食训练；梳洗训练；更衣训练：穿、脱衣裤的训练；入厕所、浴室训练。

c) 日常生活能自己照顾者，可在家人陪伴下多散步，打太极拳等。

③ 定期随访：出院后 1 个月、3 个月、6 个月进行电话随访，了解相关健康状况，评估患者的功能锻炼、饮食习惯等是否正确，并进行相关的健康宣教。每季度举办一次病友会，请专家进行指导，讲授脑卒中的预防、治疗、康复的一般知识，普及社区健康管理护理。课程设置内容：a) 患者及照顾者答疑会。由患者及家属就生活中关于脑卒中的疑惑提出问题，专家进行答疑与指导。b) 坚持用药、坚持锻炼。脑卒中前 6 个月是患者康复锻炼的黄金期，提高患者依从性，持之以恒地规范正确的功能锻炼是患者恢复的重要保障，c) 患者交流会。病友之间有天然的信任关系，病友会是患者发送诉求的最佳平台，患者之间的交流更有利于增强患者的自信心与斗志，平衡心态，促进康复。

2.4. 观察指标

在管理前，管理后 1 个月、3 个月、6 个月分别采血检测血糖、血脂、肝功能、肾功能、凝血功能，复查血压。

2.5. 统计分析

采用 SPSS 13.0 软件包进行分析。计数资料比较用 X^2 检验，计量资料比较用 $x \pm s$ ，采用 t 检验，组间比较用 F 检验，影响因素分析用多元分析。

3. 结果

3.1. 管理组与对照组基本资料和危险因素比较

对符合纳入标准的脑卒中患者，随机分为管理组和常规组，共纳入 140 例，其中管理组 70 例，常规组 70 例。管理组与对照组脑卒中患者性别、年龄及危险因素的比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$ ，见表 1、表 2)。

从表 1 可知患者管理前的人口学资料差异无统计学意义，具有可比性($P > 0.05$)

从表 2 可知管理前两组患者脑卒中危险因素相关指标的分布差异无统计学意义($P > 0.1$)，具有可比性。

3.2. 实施管理后，管理组与对照组危险因素的比较

管理 1 个月和 3 个月时两组血糖、血压、肝功能、肾功能及凝血功能比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)；管理 6 个月时两组血糖、血压、肝功能、肾功能三项及凝血功能比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$ ，见表 3)。

Table 1. Comparison of demographic data before management in two groups**表 1.** 两组患者管理前人口学资料比较

组别	n	男	女	年龄
管理组	70	41	29	57.91 ± 1.41
对照组	70	39	31	59.43 ± 1.58

Table 2. Comparison of risk factors for stroke risk before management in two groups of patients ($\bar{x} \pm S$)**表 2.** 两组患者管理前脑卒中危险因素相关指标比较($\bar{x} \pm S$)

		管理组	对照组	t	p
血压	收缩压	141.01 ± 1.83	138.24 ± 1.77	1.091	0.277
	舒张压	82.66 ± 0.99	83.91 ± 1.08	0.857	0.393
血糖	空腹	6.46 ± 0.16	6.61 ± 0.19	0.601	0.549
	餐后	11.56 ± 0.23	11.83 ± 0.21	0.873	0.384
血脂	总胆固醇	4.37 ± 0.29	4.64 ± 0.22	0.741	0.460
	甘油三酯	2.19 ± 0.21	2.25 ± 0.28	0.169	0.866
	高密度脂蛋白	1.09 ± 0.05	1.19 ± 0.10	0.933	0.352
肝功能	低密度脂蛋白	3.26 ± 0.11	3.07 ± 0.13	1.069	0.287
	谷丙转氨酶	25.82 ± 2.06	27.47 ± 3.27	0.427	0.670
	谷草转氨酶	25.23 ± 1.91	26.34 ± 2.50	0.355	0.723
	总胆红素	14.58 ± 0.61	13.91 ± 0.70	0.722	0.471
	谷氨酰转肽酶	37.32 ± 1.92	52.81 ± 9.08	1.681	0.095
肾功能	尿素	5.62 ± 0.19	5.53 ± 0.16	0.325	0.746
	肌酐	85.11 ± 1.48	85.33 ± 1.53	1.307	0.193
	尿酸	351.99 ± 7.75	352.13 ± 6.47	0.014	0.989
凝血功能	凝血酶原时间	11.86 ± 0.15	12.04 ± 0.14	0.845	0.400
	活化部分凝血活酶时间	25.80 ± 0.70	25.49 ± 0.44	0.371	0.711
	纤维蛋白原	3.51 ± 0.30	3.98 ± 0.49	0.811	0.419

3.3. 退出与失访

本研究中无患者中途退出或未完成测量指标，无患者失访。

4. 讨论

高血压、糖尿病、高脂血症是脑卒中发病的主要可干预危险因素。随着社会经济的不断进步，人们的膳食结构正发生较大的改变，国民又普遍缺乏健康管理的相关预防保健知识，这就导致了高血压、糖尿病、高脂血症的患病率逐年上升，这已成为全世界关注的健康难题。另外，据 2014 年调查，我国 60 岁以上人口约 1.8 亿，预计 2025 年将到达 3 亿[4]。由于脑卒中超过 2/3 都发生在 ≥60 岁的老年人群，所以随着老龄化社会的不断加剧，脑卒中的发病率必然会逐步升高。上述几种主要危险因素的现状决定了脑卒中的发病率、患病率、病死率在近年内还会继续上升的必然趋势。严峻的事实迫使我们必须采取更加积极主动的防治策略，制订因人而异的防治措施，才有可能避免导致更加严重的后果。

Table 3. Comparison of risk factors in two groups of patients after management (6 months after discharge) ($\bar{x} \pm S$)
表 3. 两组患者管理后(出院 6 个月)危险因素相关指标结果比较($\bar{x} \pm S$)

		管理组	对照组	<i>t</i>	<i>P</i>
血压	收缩压	126.27 ± 1.12	130.41 ± 1.23	2.489	0.014
	舒张压	75.84 ± 0.79	78.75 ± 0.90	2.432	0.016
血糖	空腹	5.50 ± 0.09	5.83 ± 0.10	2.411	0.017
	餐后	10.25 ± 0.17	10.76 ± 0.15	2.243	0.026
血脂	总胆固醇	3.77 ± 0.20	4.26 ± 0.15	1.995	0.048
	甘油三酯	1.60 ± 0.15	2.16 ± 0.24	2.001	0.047
	高密度脂蛋白	1.22 ± 0.02	1.27 ± 0.02	2.328	0.021
	低密度脂蛋白	2.84 ± 0.07	2.59 ± 0.07	2.395	0.018
肝功能	谷丙转氨酶	20.11 ± 1.23	23.89 ± 1.27	2.144	0.034
	谷草转氨酶	18.30 ± 0.89	22.48 ± 1.06	3.027	0.003
	总胆红素	11.67 ± 0.49	13.20 ± 0.52	2.137	0.034
	谷氨酰转肽酶	25.60 ± 1.20	34.74 ± 3.44	2.524	0.013
	尿素	4.64 ± 0.13	5.30 ± 0.13	3.647	0.000
肾功能	肌酐	71.93 ± 1.17	76.88 ± 1.33	2.801	0.006
	尿酸	319.29 ± 5.54	336.24 ± 4.93	2.284	0.024
凝血功能	凝血酶原时间	10.87 ± 0.10	11.36 ± 0.12	3.173	0.002
	活化部分凝血活酶时间	23.20 ± 0.29	24.79 ± 0.37	3.405	0.001
	纤维蛋白原	3.07 ± 0.19	3.99 ± 0.42	2.022	0.045

近年来,健康管理行业蓬勃发展,但尚未有一个准确的健康管理的定义。在《健康管理师》一书中,对于健康管理的定义是:“对个体或群体的健康进行全面监测,分析,评估,提供健康咨询和指导以及对健康危险因素进行干预的全过程”[5]。从这个定义可以看出,健康管理的实质是科学发现、确认、评价并消除健康危险因素,使人们活得更久、活得更有意义。在健康管理的过程中,首先要明确哪些是危险因素,并且确定哪些危险因素是可干预的。社区健康管理就是将健康管理融入到社区之中,以社区为平台,为社区居民建立健康档案,评估个人及群体的危险因素,制订计划实施健康管理,从而改变社区居民不健康的行为方式,以达到治疗或缓解疾病的目的[6]。脑卒中的可干预危险因素包括高血压、糖尿病、高血脂等。本研究通过对脑卒中的危险因素进行一系列干预,在出院前、干预 1 个月和 3 个月后,各项危险因素生理生化指标无统计学差异,但当干预时间延长到 6 个月时,各指标改善程度存在显著差异($P < 0.05$)。由此可以看出,社区健康管理是一个具有长期性、周期性的过程,重点在于提高患者的依从性,调动个人及家属的积极性,从而使治疗的效益达到最大化。

我们在长达 6 个月的健康管理中,对卒中危险因素的干预与控制取得了一定效果,但由于研究时间有限,我们对研究对象进行健康管理的随访时间只有 6 个月,相信通过更长期的跟踪随访,研究对象卒中危险因素将进一步降低。在人群方面,本研究纳入的是在本院就诊患者并非在社区中选取,导致患者零散较难管理,对结果造成一定影响。在健康管理的可持续性方面,这是一个投入大,见效慢的长期工作,如何在社区中大规模地推广还需要进一步的商讨和相应的国家政策支持。

社区健康管理无疑对患者、家属、社会都是有重大意义的,但这一干预需要国家、政府给予大力支

持。我国的卫生保健系统仍是治大于防，长此以往，无疑会给国家财务带来很大问题，更重要的是不利于患者的健康恢复。从本研究来看，针对社区脑卒中患者进行有效的健康管理干预，可以有效地降低脑卒中患者的危险因素，对脑卒中的二级预防有很大的积极作用。因此，为脑卒中患者建立规范的社区健康管理制度具有积极意义，值得推广。

基金项目

广东省科学技术厅——广东省中医药科学院联合科研专项(课题编号：20110329)。

参考文献 (References)

- [1] 王文志. 2013 全国脑血管病流行病学专项调查方法学及其进展[Z]. 长沙, 2014.
- [2] O'Donnell, M.J., Xavier, D., Liu, L., *et al.* (2010) Risk Factors for Ischaemic and Intracerebral Haemorrhagic Stroke in 22 Countries (the INTERSTROKE Study): A Case-Control Study. *Lancet*, **376**, 112-123.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60834-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60834-3)
- [3] 吴雅芳, 林金秀, 林建珍, 等. 急性缺血性与出血性脑卒中危险因素的对比研究[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009, 12(1): 47-51.
- [4] 未富先老 2025 年我国 60 岁以上老年人口或达 3 亿[EB/OL].
<http://finance.eastmoney.com/news/1365,20140110352553820.html>
- [5] 陈君石, 黄建始. 健康管理师[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2007: 221.
- [6] Hohmann, C., Neumann-Haefelin, T., Klotz, J.M., *et al.* (2013) Adherence to Hospital Discharge Medication in Patients with Ischemic Stroke: A Prospective, Interventional 2-Phase Study. *Stroke*, **44**, 522-524.
<http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.112.678847>

期刊投稿者将享受如下服务:

1. 投稿前咨询服务 (QQ、微信、邮箱皆可)
2. 为您匹配最合适的期刊
3. 24 小时以内解答您的所有疑问
4. 友好的在线投稿界面
5. 专业的同行评审
6. 知网检索
7. 全网络覆盖式推广您的研究

投稿请点击: <http://www.hanspub.org/Submission.aspx>

期刊邮箱: ns@hanspub.org