

脑卒中一级预防与健康教育

朱鑫璞 王少石

【摘要】 目前,脑卒中已成为影响我国居民健康的主要威胁,开展一级预防势在必行。健康教育是脑卒中一级预防的重要方式,包括健康生活方式、主要脑卒中危险因素和脑卒中预警征象的教育。众多研究表明,健康教育能够提高公众对疾病的认识程度,增加一级预防依从性,降低脑卒中发生率。专业医疗机构和医务工作者应成为健康教育的主要力量。

【关键词】 卒中; 一级预防; 健康教育; 综述

Health education of primary prevention of stroke

ZHU Xin-pu, WANG Shao-shi

Department of Neurology, Shanghai General Hospital, Shanghai 200081, China

Corresponding author: ZHU Xin-pu (Email: 13817203296@163.com)

【Abstract】 At present, stroke has become a major threat to the health of residents in China, and it is imperative to carry out primary prevention of stroke. Health education is an important way for primary prevention of stroke. The contents of health education include education in healthy lifestyle, main risk factors and warning symptoms of stroke. A number of studies have shown that health education can improve people's recognition of stroke, increase the compliance of prevention and reduce the incidence of stroke. In short, professional medical institutions and medical personnel should become the main force in health education.

【Key words】 Stroke; Primary prevention; Health education; Review

目前,我国脑卒中年发生率达 219/10 万^[1],并以每年 8.70% 的速度增长^[2],其高发病率、高病残率、高病死率已经成为影响国民健康的主要威胁。因此,开展积极有效的一级预防措施势在必行,通过多种方式、综合内容的健康教育,以提高公众对脑卒中危害和危险因素的认识^[3],增加一级预防的依从性,从而有效减少脑卒中的发生。

一、“健康”与“健康教育”的定义

1948 年,世界卫生组织将“健康”定义为:一种躯体、精神与社会和谐融合的完美状态,而非单纯无病或身体虚弱,包括躯体健康、心理健康、社会适应能力良好共 3 个层面。人群健康受到生物因素、环境因素、卫生服务、行为以及生活方式等多种因素的影响,其中以行为和生活方式这两项因素的影响最为显著。

2001 年,健康教育和科学促进联合委员会(the Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology)将“健康教育”定义为:以健全的科学理论为基础,将值得学习的经验经组合后提供给公众,以利于其建立健康的生活方式^[4]。世界卫生组织定义“健康教育”为:通过积极的、有意识的创造学习的机会,包括各种形式的信息传播,提高人群健康素养、增加健康知识、改良生活方式,以有助于改善个人和社会群体的整体健康水平^[5]。

健康教育与传统的卫生宣传教育不同。卫生宣传教育是健康教育的重要措施,主要指卫生知识的单向信息传播,宣传对象比较泛化,其效果侧重知识的传播,但相对忽视了信息的反馈和效果的评价。而健康教育的实质是一种干预,着眼于促进个人或社会群体改变不良行为和生活方式。通过多种活动从多个侧面影响个体或社会群体,包括提供行为改变所必需的卫生保健知识和技能、相应的卫生保健服务,营造有利于健康的社会氛围等,以达到有利于健康行为的目的。

doi:10.3969/j.issn.1672-6731.2015.02.005

作者单位:200081 上海市第一人民医院分院神经科

通讯作者:朱鑫璞(Email:13817203296@163.com)

二、健康教育的理论基础

健康教育致健康行为改变是一项复杂的过程,目前提出的较为成熟的理论有知信行模式(KABP)和健康信念模式(HBM)。

1. 知信行模式 知信行模式的理论认为:“知”,指知识和学习,是基础;“信”,即信念与态度,是动力;“行”,为行为改变,是目标。

2. 健康信念模式 健康信念模式基于信念可以改变行为的逻辑推理,是目前用于解释和干预健康相关行为的重要理论模式。该模式综合需要动机理论、认知理论和价值期望理论,指人们通过自身实践、他人实践经验或接受他人劝告,而激发内在动机,使他们相信自身有能力改变不健康行为并获得预期结果,即实现“自我效能”。健康信念的形成主要涉及以下 5 个方面:知觉到危害性,即知觉某种疾病或危险因素的生理、心理和社会后果;知觉到易感性,即知觉自身有可能成为该疾病或危险因素的受害者;知觉到效益(行为效果期望),即确信采纳某种预防保护行为对避免该效果的有效性;知觉到障碍,即对实现预防保护行为可能遇到的各种障碍有思想准备,且认为有克服的方法;知觉到自我效能,即具有自信心,认为自身有能力实施该项预防保护行为。

三、健康教育在脑卒中一级预防中的循证医学证据

开展具有针对性、组织化的公众健康教育对脑卒中的预防是必要性,尤其是在社区开展多种形式、综合内容的健康教育能够提高公众对脑卒中知识的认识程度,提高疾病预防的依从性和急性期治疗的有效性,降低脑卒中发生率、复发率和病死率。

20 世纪 60 年代,欧美国家已开始关注健康教育,并进行了一系列具有循证医学价值和临床借鉴意义的研究。在欧洲国家,如芬兰北卡地区开展的心脑血管疾病防治示范研究(the North Karelia Project)通过改变居民饮食习惯如少食黄油、生活环境干预如劝导戒烟,以减少心脑血管事件发生的危险因素;最终使居民吸烟率降低 20%、平均血清总胆固醇降低 1.40 mmol/L、平均血压由 147/94 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa) 降至 143/84 mm Hg; 1977-1985 年,社区居民脑卒中发生率降至 1.04%,较 1972 年大幅度下降;至 1989 年,中年男性心脑血管病病死率比 1972 年降低了 50%^[6]。20 世纪 70 年代,美国进行的多重危险因素干预试验(MRFIT)对

20 个社区 12 866 名年龄 35~57 岁、存在脑卒中高危因素的男性人群进行随机对照观察,其中干预组采取强化健康教育联合降压(以舒张压为主)、调脂、戒烟和低脂饮食措施,对照组则继续接受常规社区健康服务;经随访 10.50 年,干预组受试者脑卒中和冠心病病死率分别降低 8.30% 和 10.60%^[7]。其后,美国斯坦福五城市项目(the Stanford Five City Project)通过电视、宣传手册等多重方式对公众进行健康教育,结果显示上述措施可以改良社区居民生活方式,同时加强社区脑卒中预防的干预效果^[4]。该项目通过健康教育以加强社区居民对脑卒中相关知识的理解,创新性地提出了人类自我对健康运动的认知和自我效能的问题,并通过健康教育加强居民对运动的理解、形成自我效能,以促进社区居民主动加强运动、改进生活方式,最终取得良好干预效果。

四、脑卒中一级预防健康教育的内涵

1. 健康教育者 脑卒中一级预防的健康教育者是维护脑卒中风险人群健康途径的核心,应具有健康教育专业知识,接受过脑卒中预防和治疗知识的专业培训,使用恰当的教育策略和方法来促进政策、程序、干预措施、系统措施为个体和社会群体服务。欧美国家已将健康教育纳入到医学生的培养体系,甚至将健康教育作为一门专业课程,以培养未来医师的健康教育理念,值得我国借鉴。

2. 健康教育对象 脑卒中一级预防的健康教育对象主要包括两大类:一类是健康人群,指目前身心均处于健康状态并希望保持健康的群体。他们认识到健康的重要性,但健康知识不足,希望得到科学、系统、个体化的健康教育与指导,并计划通过定期健康评价,保持低风险水平,尽享健康人生。另一类是脑卒中高危人群,指已有明显脑卒中高危倾向并需要立即改善健康状况的群体,他们需要定期得到健康和疾病危险性评价,并在健康教育者指导下密切监控危险因素,降低风险,及时采取干预措施,预防疾病的发生^[8]。在开展脑卒中一级预防健康教育时,健康教育对象分级管理至关重要。唯有针对不同人群开展有的放矢的健康教育,才能达到最佳投入-产出比。为了有助于确定健康教育内容和干预策略,目标人群一般分为 3 级。一级目标人群:指预期接受健康教育后将直接采纳所建议的健康行为的人群;脑卒中一级预防健康干预的人群是高血压、糖尿病、血脂异常患者,以及生活行为不

规范人群^[9]。二级目标人群:指与一级目标人群关系密切,并对其信念、态度和行为有一定影响的人群,在脑卒中一级预防的健康干预过程中,系上述患者的家属、医护人员等。三级目标人群:指对计划的执行和成功有重大影响的人群,如行政决策者、领导层、经济支持者和权威人士、专家等。

3. 健康教育内容 (1) 倡导健康的生活方式: 1992 年,国际心脏病学术会议通过的《维多利亚宣言》确定了健康的四大基石(4 项行为),即合理营养、适量运动、戒烟限酒、心理平衡。此后,一直围绕这 16 字方针开展基本健康教育,促进公众对健康知识理解,增加对脑卒中一级预防的依从性。通过公众健康素养的提高,形成对健康知识的理解,自觉维持健康的生活行为习惯。(2) 主要脑卒中危险因素的健康教育^[4]:在脑卒中一级预防的健康教育中,需重点针对存在高血压、糖尿病、血脂异常、心房颤动、运动缺乏、明显超重或肥胖、吸烟、脑卒中家族史的人群进行健康教育,存在 3 项及以上危险因素的人群即为脑卒中高危人群。40 岁以上的上述人群定期体检是十分必要的保健措施,1 次/年为宜,可了解自身血压、心脏功能有无异常,特别是有无心房颤动或缺血性改变。与此同时,应行血糖(包括餐后血糖或糖耐量试验)和血脂水平检测,若发现异常应积极进行规范化治疗。重点针对高血压人群,指导其经常测量血压,以了解自身血压变化、服药效果,以及是否需要调整剂量或更换药物等。无高血压病史的中年人和 35 岁以下但有高血压家族史的人群,也应每 6~12 个月测量 1 次血压。一旦明确诊断为高血压,即应开始非药物性生活方式改变或药物治疗,并持之以恒。(3) 教育公众了解脑卒中预警征象^[10]:公众对脑卒中预警征象的相关知识仍十分匮乏,如何在急性缺血性卒中生存环节中获得良好预后,应尽早识别脑卒中的发生。2004 年,美国北卡罗来纳大学医学院为帮助公众快速识别脑卒中并施行院前急救,设计并提出“FAST”宣传活动,至今仍流行全球。“FAST”口诀作为判断脑卒中的预警信号,即为面瘫/口角歪斜(face)、肢体无力(arm)、言语不清(speech)、迅速求助(time)。脑卒中 5 项“突然”预警征象在健康教育中被广泛应用,约 88% 的缺血性卒中和短暂性脑缺血发作患者表现出面部和(或)肢体无力、言语不清等一项或多项症状与体征。首次接受脑卒中健康教育的对象,均于 3 个月后仍然记得面瘫和言语不清是脑卒中预

警征象,98% 能够回忆起肢体无力或麻木。但无论上述结果如何,有效的公众健康教育仍需不断重复才能产生持续影响。①突然面部和(或)肢体麻木或无力,尤其是单侧肢体。②突然不能说出物体名称,说话或理解困难或视物成双。③突然单眼或双眼视物不清。④突然行走不稳、头晕伴恶心、呕吐,肢体失平衡或不协调。⑤突然出现不明原因的未曾经历过的严重头痛,可伴恶心、呕吐,持续时间可短至数秒钟,无论发作时间长短,只要出现上述症状与体征即应及时就医,甚至拨打“120”进行紧急救治。

五、健康教育形式

1. 针对公众 美国五城市项目提示,社区健康教育途径可以通过不同项目和方式(如电视、收音机、报纸、传单、各种创新性措施、直接面对面授课)教育公众^[5]。观察这种健康教育是否能够普及整个城市的所有人群,在 6 年教育项目的第 5 年,抽样调查显示,59% 的受试者可以通过电视公共服务信息了解相关内容、21% 通过电视节目、37% 通过周报专栏,其中 40%~60% 的信息来自各种印刷材料。研究表明,社区教育项目能够更好地帮助低受教育程度者和低经济收入者获益^[11],提示社区教育较单纯依赖医疗保障体系使更多的人群获益。2000 年,一项来自美国辛辛那提市的研究显示,公众获取脑卒中相关知识的来源是电视(32%)、杂志(24%)、报纸(22%)、医师(20%)、家庭成员中脑卒中患者(19%)、医学书籍(9%)、朋友是脑卒中高危人群(7%)、“口口相传”(5%),其中大众媒体是最普遍的信息来源;该项研究还显示,与健康教育前 5 年相比,电视的宣传作用明显增加^[12]。美国 Synergium 论坛提出的结论性文件《卒中:优先的世界议程》指出,网络科技和通讯是 21 世纪健康教育应发展的新型工具^[13]。一定方式和内容的社区健康教育仅能使部分人群全身心地参与,电视、报纸专栏、邮件、授课教育等可使不同人群获益。因此,多渠道和形式的综合项目能够提高健康教育的有效性。

2. 针对医护人员 通过规范的医师培训和建立脑卒中预防门诊可有效缩小指南与临床实践之间的差距。国外经验表明,印刷版指南或传统的继续医学教育方式通常对普及预防知识无效,最多只是影响少数医师的临床实践。欲达到知识的普及,需通过多途径的方式,包括专家倡议、科学叙述、计算机提醒、大众媒体宣传、人群调查反馈和医师知识

评价等。专家组负责改进脑卒中一级预防指南并尽可能广泛采用已建立的指南标准;实践者需在改善诊断与实施措施的原则下,结合当地实际情况发展专家建议;卫生经济决策管理机构需认识到遵循和维持最佳预防措施的重要性,而非单纯支持脑卒中基础研究和新型干预方法的随机对照临床研究。

六、脑卒中一级预防健康教育的监测与评价

健康教育的质量控制和结果评价是保证脑卒中一级预防有效性的重要措施,贯穿始终,是一切健康教育不可或缺的有机组成部分。

为了保证评价结果的科学性和说服力,通常采用对照试验或准试验评价设计类型和随机选择研究对象,常用评价指标包括脑卒中基本知识知晓率、信念形成率、行为流行率(如吸烟率)、行为改变率(如戒烟率)、效果和效益等。

七、脑卒中一级预防健康教育存在问题及展望

目前,我国绝大多数医院和神经科医务工作者仍将临床医疗作为主要任务,脑卒中预防与治疗相结合的思想仍然十分薄弱,政府、医院、医师对健康教育的认识尚不充分,工作上缺乏专业的健康教育职责、理念、流程和方法。

与此同时,广大脑卒中高风险人群也未意识到自身的风险,缺乏足够的防范知识,从而导致我国脑卒中发病率的高增长。这些现状提示我们,探索建立脑卒中一级预防健康教育的长效工作机制,是当前我国公共卫生事业亟待解决的问题之一。

脑卒中是我国慢性病防控的重要内容之一,专业医疗机构和医务工作者应成为防控的主要力量,在医学生培养阶段即应强化健康教育思想,参考国外先进理念,深入探索符合我国国情的脑卒中一级预防健康教育的长效工作机制。

参 考 文 献

[1] Liu M. Cerebrovascular disease//Wu J, Jia JP, Cui LY. Neurology. 2nd ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2010: 153.[刘鸣. 脑血管疾病//吴江, 贾建平, 崔丽英. 神经病学. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 153.]

[2] Zhao D, Liu J, Wang W, Zeng Z, Cheng J, Liu J, Sun J, Wu Z. Epidemiological transition of stroke in China: twenty-one year observational study from the Sino-MONICA-Beijing Project. Stroke, 2008, 39:1668-1674.

[3] Lackland DT, Elkind MS, D'Agostino R Sr, Dharmoon MS, Goff DC Jr, Higashida RT, McClure LA, Mitchell PH, Sacco RL, Sila CA, Smith SC Jr, Tanne D, Tirschwell DL, Touzé E, Wechsler LR; American Heart Association Stroke Council; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Peripheral Vascular

Disease; Council on Quality of Care and Outcomes Research. Inclusion of stroke in cardiovascular risk prediction instruments: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 2012, 43:1998-2027.

[4] Fortmann SP, Flora JA, Winkleby MA, Schooler C, Taylor CB, Farquhar JW. Community intervention trials: reflections on the Stanford Five-City Project Experience. Am J Epidemiol, 1995, 142:576-586.

[5] World Health Organization. List of basic terms: health promotion glossary. Geneva: WHO1998: 4. [2014-12-20]. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

[6] Puska P, Tuomilehto J, Salonen J, Neittaanmäki L, Maki J, Virtamo J, Nissinen A, Koskela K, Takalo T. Changes in coronary risk factors during comprehensive five-year community programme to control cardiovascular diseases (North Karelia Project). Br Med J, 1979, 2:1173-1178.

[7] Mortality after 10 1/2 years for hypertensive participants in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Circulation, 1990, 82: 1616-1628.

[8] Powers BJ, Danus S, Grubber JM, Olsen MK, Oddone EZ, Bosworth HB. The effectiveness of personalized coronary heart disease and stroke risk communication. Am Heart J, 2011, 161: 673-680.

[9] Sacco RL. The new American Heart Association 2020 goal: achieving ideal cardiovascular health. J Cardiovasc Med (Hagerstown), 2011, 12:255-257.

[10] Schneider AT, Pancioli AM, Khoury JC, Rademacher E, Tuchfarber A, Miller R, Woo D, Kissela B, Broderick JP. Trends in community knowledge of the warning signs and risk factors for stroke. JAMA, 2003, 289:343-346.

[11] Schneider AT, Pancioli AM, Khoury JC, Rademacher E, Tuchfarber A, Miller R, Woo D, Kissela B, Broderick JP. Trends in community knowledge of the warning signs and risk factors for stroke. JAMA, 2003, 289:343-346.

[12] Hachinski V, Donnan GA, Gorelick PB, Hacke W, Cramer SC, Kaste M, Fisher M, Brainin M, Buchan AM, Lo EH, Skolnick BE, Furie KL, Hankey GJ, Kivipelto M, Morris J, Rothwell PM, Sacco RL, Smith SC Jr, Wang Y, Bryer A, Ford GA, Iadecola C, Martins SC, Saver J, Skvortsova V, Bayley M, Bednar MM, Duncan P, Enney L, Finklestein S, Jones TA, Kalra L, Kleim J, Nitkin R, Teasell R, Weiller C, Desai B, Goldberg MP, Heiss WD, Saarela O, Schwamm LH, Shinohara Y, Trivedi B, Wahlgren N, Wong LK, Hakim A, Norrving B, Prudhomme S, Bornstein NM, Davis SM, Goldstein LB, Leys D, Tuomilehto J; Stroke Synergium. Stroke: working toward a prioritized world agenda. Cerebrovasc Dis, 2010, 30:127-147.

[13] Gold RS, Miner KR; 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology. Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology. J Sch Health, 2002, 72:3-7.

(收稿日期:2015-01-08)

本期广告目次

和信(海南中和药业有限公司)	封二
恩必普(石药集团恩必普药业有限公司)	封三
申捷(齐鲁制药有限公司)	封四