

• 专科护理 •

老年脑卒中患者症状群与健康行为的相关性研究

邓曼^{1,2}, 于卫华^{1,2}, 张世晴³, 张雨溪^{1,2}, 杨侠^{1,2}, 冯欢², 徐芳芳²

摘要: **目的** 探讨老年脑卒中患者症状群与健康行为现状及及其相关性,为医护人员开展精准化症状管理以提高健康行为水平提供参考。**方法** 于2023年12月至2024年5月便利抽样500例老年脑卒中患者为研究对象。采用一般资料调查表,脑卒中症状体验量表,脑卒中患者健康行为量表进行调查。**结果** 老年脑卒中患者的健康行为总分为(73.18±15.45)分。症状发生率前3位分别为肢体无力(94.6%)、记忆力下降(93.0%)和无法身体平衡(89.8%)。探索性因子分析提取3个症状群,分别是躯体活动相关症状群、情绪相关症状群、认知障碍-疲乏症状群,累计方差贡献率为70.210%。健康行为总分与3个症状群呈负相关(均 $P<0.05$)。分层回归分析结果显示,3个症状群可解释健康行为43.5%的总变异。**结论** 老年脑卒中患者存在多种症状群,症状群越严重,健康行为水平越低,建议临床医护人员密切关注患者症状群发生情况,制订科学精准的症状管理策略,以提升健康行为水平,改善其生活质量。

关键词: 老年; 脑卒中; 症状群; 健康行为; 症状管理; 疲乏; 躯体活动; 认知障碍

中图分类号: R473.5 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2025.05.026

A study on the relationship between symptom clusters and health behavior in elderly patients with stroke

Deng Man, Yu Weihua, Zhang Shiqing, Zhang Yuxi, Yang Xia, Feng Huan, Xu Fangfang. School of Nursing, Anhui Medical University, Hefei 230601, China

Abstract: **Objective** To explore the current status of health behaviors in elderly stroke patients and its correlation with symptom clusters, and to provide reference for healthcare professionals to carry out precise symptom management to improve the patients' health behaviors. **Methods** From December 2023 to May 2024, 500 elderly stroke patients were conveniently selected for the study. The general information questionnaire, Stroke Patients' Symptom Experience Scale (Stroke-SES) and Health Behavior Scale for Stroke Patients (HBS-SP) were used for the investigation. **Results** The total score of HBS-SP was (73.18±15.45). The top three prevalent symptoms were limb weakness (94.6%), memory decline (93.0%), and inability to maintain physical balance (89.8%). Exploratory factor analysis identified three symptom clusters, which were physical activity-related symptom cluster, emotion-related symptom cluster, and cognitive impairment-fatigue symptom cluster, with a cumulative variance contribution rate of 70.210%. The total score of HBS-SP was negatively correlated with all three symptom clusters (all $P<0.05$). Stratified regression analyses revealed that the three symptom clusters could explain 43.5% of the total variance in health behaviors. **Conclusion** Elderly stroke patients have multiple symptom clusters, and the more severe the symptom clusters are, the lower the level of health behaviors are. It is recommended that clinical staff pay close attention to the occurrence of symptom clusters in patients, and formulate a scientific and precise symptom management strategy in order to enhance the level of health behaviors and improve the quality of life of the patients.

Keywords: elderly; stroke; symptom clusters; health behavior; symptom management; fatigue; physical activity; cognitive impairment

全球疾病负担报告显示,脑卒中已成为全球第二大致死和第三大致残原因^[1],严重威胁患者健康。脑卒中发病急骤且难以预测,常引发肢体活动受限、无力、运动等躯体功能障碍,由此伴发心理障碍,包括焦虑、抑郁及睡眠障碍等多重不良症状体验^[2]。这些症

状通常并非孤立存在,而是以症状群(Symptom Clusters)的形式呈现。症状群由Dodd等^[3]于2001年首次提出,指3个或3个以上相互关联且独立于其他症状的并发症状组。与单一症状相比,症状群的协同作用更易加重患者的症状负担,诱发多重负面情绪反应,影响患者功能恢复,降低其日常生活活动能力和生活质量^[4],并对健康行为产生不利影响^[5]。脑卒中作为一种行为相关性疾病,维持健康的生活行为方式对降低脑卒中的复发风险至关重要^[6]。然而,目前国内关于脑卒中健康行为影响因素的研究多侧重于个体、家庭或社会支持层面等^[7-8],对老年脑卒中患者症状群与健康行为的关系缺乏研究。基于此,本研究旨在了解老年脑卒中患者症状群和健康行为现状,并探索症状群对健康行为的影响,旨在为医护人员制订精准、高效的症状群管理策略提供参考。

作者单位:1. 安徽医科大学护理学院(安徽 合肥,230601);2. 安徽医科大学第三附属医院(合肥市第一人民医院)护理部;3. 蚌埠医科大学护理学院

通信作者:于卫华,776930758@qq.com

邓曼:女,硕士在读,主管护师,735388565@qq.com

科研项目:国家重点研发计划项目(2020YFC2008802);安徽省人口健康基金会:助力人口高质量发展重大研究项目(RKJJ2024ZD02);安徽医科大学护理学院研究生青苗培育项目(hlqm12024081)

收稿:2024-10-17;修回:2024-12-18

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法,于 2023 年 12 月至 2024 年 5 月选取安徽省 2 个城市 4 所三级甲等综合医院神经内科住院治疗的首发或复发老年脑卒中患者为调查对象。纳入标准:①年龄≥60 岁;②符合脑卒中诊断标准^[9],并经头颅 CT 和/或磁共振成像确诊;③病情稳定,意识清楚,语言表达和听力能够满足交流需要,且能正确表达自我感知的疾病症状;④知情同意,自愿参加本研究。排除标准:①并存恶性肿瘤或心肝肾功能不全等严重疾病;②并存精神认知障碍、严重听力及言语功能损害。根据样本量计算公式 $n = [\text{Max}(\text{条目数}) \times (5 \sim 10)] \div [1 - (10\% \sim 20\%)]$ ^[10],取最大条目数 25 个,计算样本量为 139~313。最终调查 500 例患者,男 318 例,女 182 例;年龄 60~98(72.67±7.86)岁。脑卒中类型:脑出血 10 例,脑梗死 471 例,混合型 19 例。脑卒中次数:首发 220 例,复发 280 例。身体质量指数(Body Mass Index,BMI)分类^[11]:偏瘦 17 例,正常 235 例,超重 188 例,肥胖 60 例。并存高血压 399 例,糖尿病 172 例。有家族遗传史 101 例。三酰甘油:≤2.83 mmol/L 468 例,>2.83 mmol/L 32 例。血清总胆固醇:≤5.18 mmol/L 410 例,>5.18 mmol/L 90 例。本研究通过安徽医科大学生物伦理委员会审批(83241298)。

1.2 研究工具

1.2.1 一般资料调查表 由研究者自行设计,包括性别、年龄、文化程度、BMI、脑卒中类型、共病数量、脑卒中次数、并存慢性病(高血压、糖尿病等)、脑卒中病程、家族遗传史、内环境指标(血清总胆固醇、三酰甘油)。

1.2.2 脑卒中症状体验量表(Stroke patients' Symptom Experience Scale, Stroke-SES) 由石丹等^[12]编制,包含躯体及自我能力、认知功能、心理症状、疼痛症状、步态异常以及说话不清与疲乏 6 个维度共 19 个条目。量表通过症状的发生频率、强度和给机体带来的困扰度 3 个方面测评患者每种症状的状况,各方面采用 Likert 5 级评分法,其中症状的频率从“无”至“几乎持续”依次赋值 0~4 分,0 分表示无症状,≥1 分表示存在此症状;症状强度从“没有”至“非常严重”依次赋值 0~4 分;症状给机体带来的困扰度从“完全没有”至“很多”依次赋值 0~4 分;每个症状 3 个维度的得分均值为该单个症状的严重程度。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.877。

1.2.3 脑卒中患者健康行为量表(Health Behavior Scale for Stroke Patients,HBS-SP) 由万丽红等^[13]编制,用于测量脑卒中患者健康行为情况。该量表包括运动、服药、指令、营养、责任以及烟酒 6 个维度,共 25 个条目。各条目采用 4 级评分,“从不”“有时”“经常”“常规进行”分别赋 1~4 分,其中烟酒及服药维度反向计分,总分愈高表示健康行为水平愈高,平均分

2.5 分为中等健康行为水平。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.941。

1.2.4 调查方法 自行设计调查问卷,研究者经过统一规范化培训后,采用面对面纸质问卷调查方式。调查前,向患者详细介绍研究目的、意义及问卷填写方法,征求知情同意后发放问卷独立匿名填写。对于阅读或书写困难者,调查员逐条客观解读并如实代填,并在填写完毕与患者确认。所有问卷当场回收,及时核查是否有漏项或多选等情况并补充完善。共发放问卷 518 份,回收有效问卷 500 份,有效回收率 96.53%。

1.3 统计学方法 采用 SPSS27.0 软件进行统计描述和分析,计量资料服从正态分布采用($\bar{x} \pm s$)描述,不服从正态分布 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示;计数资料采用频数、百分比(%)描述。症状群类型通过探索性因子分析结合方差最大正交旋转法确定,内部一致性用 Cronbach's α 系数评价。症状群提取标准:①症状发生率≥40%;②因子特征值>1;③每个因子包含≥2 个症状且载荷≥0.5。不同特征老年脑卒中患者健康行为得分比较采用 *t* 检验或 *F* 检验;通过 Pearson 相关分析健康行为与症状群之间的关联;健康行为的影响因素采用多元线性分层回归分析。检验水准 α=0.05。

2 结果

2.1 老年脑卒中各症状发生率及症状体验评分 见表 1。

2.2 老年脑卒中患者症状群的提取 本研究将 16 个发生率≥40%的症状纳入因子分析。采用主成分分析和方差最大正交旋转提取症状群,数据检验显示,KMO 值为 0.946,Bartlett's 球形检验 $\chi^2 = 6\,091.639(P < 0.001)$,适合进行因子分析。最终提取 3 个特征值大于 1 的公因子(因说话不清这一症状因子载荷为 0.458,予以剔除;共纳入 15 个症状),累计方差贡献率为 70.210%。根据公因子的特征和组成情况,将症状群分别命名为躯体活动相关症状群、情绪相关症状群和认知障碍-疲乏症状群,见表 2。

2.3 不同特征老年脑卒中患者健康行为得分比较 患者健康行为总分为(73.18±15.45)分,条目均分(2.93±0.62)分;各维度条目均分从高到低分别为烟酒(3.53±0.92)分、营养(3.25±0.58)分、指令(3.13±0.68)分、服药(3.01±1.06)分、运动(2.84±0.88)分、责任(1.69±0.75)分。不同性别、BMI、脑卒中类型、脑卒中次数、三酰甘油水平、血清胆固醇水平、有无高血压、糖尿病及家族遗传史的老年脑卒中患者的健康行为评分比较,差异无统计学意义(均 $P > 0.05$),差异有统计学意义的项目,见表 3。

2.4 老年脑卒中患者症状群与健康行为的相关性分析 老年脑卒中患者躯体活动相关症状群得分为(1.50±0.83)分、情绪相关症状群得分(1.23±0.69)分,认知障碍-疲乏症状群得分(1.30±0.91)分。健

康行为与三个症状群的总体得分均值通过 QQ 图检验为正态分布,因此,将各症状群的得分与患者健康行为总分及运动、服药、指令、营养、责任以及烟酒 6 个维度得分进行 Pearson 相关性分析,结果见表 4。

表 1 老年脑卒中各症状发生率及症状体验评分(n=500)

症状	发生率 [例(%)]	症状体验评分[分, $M(P_{25},P_{75})$]			
		频率	强度	困扰度	严重程度
肢体无力	473(94.6)	2.0(2.0,3.0)	1.0(1.0,2.0)	2.0(1.0,3.0)	1.66(1.33,2.33)
记忆力下降	465(93.0)	2.0(2.0,2.0)	1.0(1.0,1.0)	1.0(1.0,2.0)	1.33(1.00,2.00)
无法身体平衡	449(89.8)	2.0(2.0,2.0)	2.0(1.0,2.0)	2.0(1.0,3.0)	2.00(1.33,2.33)
疲乏	432(86.4)	2.0(2.0,3.0)	1.0(1.0,2.0)	2.0(1.0,2.0)	1.67(1.33,2.33)
肢体活动受限	422(84.4)	2.0(1.0,2.0)	1.0(1.0,2.0)	2.0(1.0,3.0)	1.67(1.33,2.33)
因不能做想做的事情烦恼	421(84.2)	2.0(1.0,2.0)	1.0(1.0,2.0)	1.0(1.0,2.0)	1.33(1.00,2.00)
容易着急	400(80.0)	1.0(1.0,3.0)	1.0(1.0,2.0)	1.0(0.25,2.0)	1.33(1.00,2.33)
自理能力下降	361(72.2)	2.0(0.0,2.0)	1.0(1.0,1.0)	1.0(0.0,2.0)	1.33(0.00,2.00)
对前途失望	337(67.4)	2.0(0.0,2.0)	1.0(0.0,2.0)	1.0(0.0,2.0)	1.33(0.00,2.00)
四肢动作不协调	323(64.6)	2.0(0.0,2.0)	1.0(1.0,2.0)	1.0(0.0,2.0)	1.33(0.00,2.00)
注意力下降	309(61.8)	1.0(0.0,2.0)	1.0(0.0,1.0)	1.0(0.0,1.0)	1.00(0.00,1.33)
反应变慢	309(61.8)	2.0(0.0,2.0)	1.0(0.0,1.0)	1.0(0.0,2.0)	1.00(0.00,1.66)
闷闷不乐	307(61.4)	2.0(0.0,2.0)	1.0(0.0,2.0)	1.0(0.0,2.0)	1.33(0.00,2.00)
对周围活动无兴趣	290(58.0)	1.0(0.0,2.0)	1.0(0.0,1.0)	1.0(0.0,2.0)	1.00(0.00,1.67)
说话不清	234(46.8)	0.0(0.0,2.0)	2.0(0.0,1.0)	0.0(0.0,2.0)	0.00(0.00,1.67)
足下垂	215(43.0)	0.0(0.0,2.0)	0.0(0.0,1.0)	0.0(0.0,2.0)	0.00(0.00,2.00)
肢体疼痛	181(36.2)	0.0(0.0,2.0)	0.0(0.0,1.0)	0.0(0.0,1.0)	0.00(0.00,1.33)
足内翻	148(29.6)	0.0(0.0,2.0)	0.0(0.0,1.0)	0.0(0.0,2.0)	0.00(0.00,1.67)
肩痛	95(19.0)	0.0(0.0,0.0)	0.0(0.0,0.0)	0.0(0.0,0.0)	0.00(0.00,0.00)

表 2 老年脑卒中患者症状群因子载荷(n=500)

症状	躯体活动	情绪相关	认知障碍-
	相关症状群	症状群	疲乏症状群
肢体活动受限	0.806	0.205	0.235
足下垂	0.796	0.301	0.085
四肢动作不协调	0.740	0.329	0.142
肢体无力	0.730	0.309	0.285
自理能力下降	0.704	0.278	0.489
无法身体平衡	0.538	0.193	0.275
容易着急	0.121	0.842	0.098
闷闷不乐	0.331	0.801	0.279
对前途失望	0.439	0.723	0.319
对周围活动没兴趣	0.454	0.644	0.459
因不能做想做的事情烦恼	0.469	0.626	0.276
记忆力下降	0.114	0.210	0.833
注意力下降	0.237	0.265	0.807
反应变慢	0.479	0.157	0.734
疲乏	0.417	0.404	0.512
特征根	8.930	1.181	1.123
累计方差贡献率(%)	55.814	63.193	70.210
Cronbach's α 系数	0.898	0.918	0.815

2.5 老年脑卒中患者症状群对健康行为影响因素的多元线性分层回归分析 以健康行为总分为因变量,将单因素分析中差异有统计学意义的变量作为控制变量,相关性分析中差异有统计学意义的变量作为自变量,进行分层回归分析($\alpha_{入}=0.05,\alpha_{出}=0.10$)。进入回归方程的变量有:年龄(60~<70 岁=1,70~<80 岁=2,80~98 岁=3)、文化程度(文盲=1,小学=2,初中=3,高中/中专=4,大专及以上=5)、共病数

量(0 种=1,1 种=2,2 种=3,≥3 种=4)、病程(<3 个月=1,3~<6 个月=2,6~<12 个月=3,12~<36 个月=4,≥36 个月=5),躯体活动相关症状群、情绪相关症状群、认知障碍-疲乏症状群均为原值输入。结果显示,在控制了一般资料后,3 个症状群可解释健康行为 43.5%的总变异,见表 5。

表 3 不同特征老年脑卒中患者健康行为评分比较
分, $\bar{x}\pm s$

项目	例数	健康行为	F	P
年龄(岁)			7.963	<0.001
60~<70	196	76.35±15.74		
70~<80	230	71.83±15.10		
80~98	74	68.96±14.30		
文化程度			16.479	<0.001
文盲	114	67.03±13.58		
小学	167	70.47±15.26		
初中	126	75.87±15.62		
高中/中专	58	80.33±13.70		
大专及以上	35	84.63±11.51		
共病数量(种)			11.946	<0.001
0	33	81.12±13.78		
1	168	76.74±13.78		
2	181	72.44±15.58		
≥3	118	67.02±15.73		
病程(月)			3.405	0.009
<3	173	76.21±15.44		
3~<6	31	72.58±16.88		
6~<12	28	71.29±14.48		
12~<36	66	74.35±15.00		
≥36	202	70.55±15.15		

表 4 老年脑卒中患者各症状群与健康行为的相关系数($n=500$)

项目	躯体活动 相关症状群	情绪相关 症状群	认知障碍- 疲乏症状群
健康行为总分	-0.663**	-0.731**	-0.710**
运动维度	-0.740**	-0.763**	-0.701**
服药维度	-0.593**	-0.639**	-0.659**
指令维度	-0.445**	-0.559**	-0.548**
营养维度	-0.425**	-0.542**	-0.505**
责任维度	-0.523**	-0.569**	-0.546**
烟酒维度	-0.083	-0.035	-0.114*

注：* $P<0.05$ ，** $P<0.01$ 。

3 讨论

3.1 老年脑卒中患者健康行为现状 健康行为可降低老年脑卒中患者的发生率和复发率^[6]。本研究结果显示,老年脑卒中患者的健康行为总分为(73.18±15.45)分,条目均分(2.93±0.62)分,略高于中等水平(2.5分),与董凯生等^[14]的调查结果相似。在各维度中,烟酒得分最高,表明多数患者能主动戒烟限酒,反映出老年人对自身健康的高度关注,患病后积极戒烟

限酒以减轻疾病负担。营养维度得分处于第2位,老年患者退休后大多闲赋在家,通过各种途径关注饮食养生,膳食习惯较好,如注重瓜果蔬菜配比,减少高脂肪、高胆固醇等食物的摄入等。指令是指南或医生对患者行为的具体量性要求,包括低盐、低脂、低糖饮食及定期监测血压,建议加强对高风险人群的健康教育,并通过反馈机制以提高执行力^[15]。服药方面,大多数患者遵医嘱服药,但仍有少数患者存在忘记服药、不注意服药或因症状好转或恶化而自行停药,可能与患者对服药疗程和疗效、用药注意事项、停药及换药指征相关知识了解不足有关。运动维度得分相对较低,可能与老年患者自理能力下降,且部分患者伴有躯体功能障碍和后遗症,限制了体力活动。临床护理中应加强健康宣教,制订个性化运动方案,并强调运动锻炼对预防脑卒中复发及肢体功能恢复的重要性,以增强患者运动意识。责任是指患者为达到较好行为效果应做好的事情,其得分最低,可能与患者缺乏运动后安全指标监测的相关知识和成品营养标签的评估意识有关。建议医护人员强化患者的自我监督意识,激发其执行健康行为的动力,改善其不良的生活方式。

表 5 老年脑卒中患者健康行为的多元线性分层回归分析($n=500$)

项目	变量	β	SE	β'	t	P	VIF
第 1 层	常量	80.366	2.891		27.795	<0.001	
	年龄	-2.271	0.909	-0.102	-2.497	0.013	1.046
	文化程度	4.441	0.534	0.335	8.323	<0.001	1.017
	共病数量	-4.532	0.715	-0.260	-6.340	<0.001	1.052
第 2 层	常量	92.770	2.010		46.152	<0.001	
	年龄	-0.900	0.646	-0.040	-1.392	0.164	1.169
	文化程度	2.069	0.372	0.156	5.564	<0.001	1.093
	共病数量	-1.110	0.503	-0.064	-2.208	0.028	1.152
	躯体活动相关症状群	-2.204	0.826	-0.118	-2.670	0.008	2.702
	情绪相关症状群	-7.933	0.959	-0.356	-8.275	<0.001	2.575
	认知障碍-疲乏症状群	-5.530	0.761	-0.325	-7.264	<0.001	2.772

注:第1层, $R^2=0.211$,调整 $R^2=0.205$; $F=33.112$, $P<0.001$ 。第2层, $R^2=0.646$,调整 $R^2=0.641$, $F=128.049$, $P<0.001$ 。 R^2 变化量=0.435。

3.2 老年脑卒中患者存在多个症状群

本研究表明,老年脑卒中患者19个症状发生率为19.0%~94.6%,发生率最高的3种症状为肢体无力(94.6%)、记忆力下降(93.0%)、无法身体平衡(89.8%),严重程度最高的症状是无法保持身体平衡、肢体活动受限、疲乏,与 Shi 等^[16]的调查结果大致相符。值得注意的是,本组记忆力下降发生率较以往研究偏高,可能与本组研究对象为老年人有关。既往研究表明,脑卒中症状群大致可分为躯体活动、认知语言、吞咽、消化排泄及情绪心理等方面,各个症状群包含的具体条目有所差异^[16-18]。老年脑卒中患者受多种症状的困扰,会对预后产生负面影响,包括生活质量下降、情绪状态恶化和功能障碍加重,甚至阻碍治疗进展^[19]。本研究采用探索性因子分析确定了3

个症状群,包括躯体活动相关症状群、情绪相关症状群、认知障碍-疲乏症状群,具体分析如下。

3.2.1 躯体活动相关症状群 包括肢体活动受限、肢体无力、自理能力下降、足下垂、四肢动作不协调和无法身体平衡6个症状。卒中导致中枢神经系统受损,会削弱运动功能,长期的肌肉牵拉反射与肌群协调失调,严重影响运动能力,可能引发肢体活动受限、无力和肌张力异常等^[20],削弱患者的自理能力。10%~20%的肢体功能障碍患者存在足下垂症状^[21],该症状影响胫前肌等足背伸肌的神经通路,削弱足背伸肌的激活和控制能力,导致足下垂。此外,脑卒中后的肌肉痉挛和肌肉弱化进一步加剧了足下垂症状^[21]。当卒中病变累及脑干、小脑、基底节、丘脑、顶叶和额叶皮质区域时^[22],患者可能出现肌无

力、肌张力异常、感觉障碍、视觉空间忽视及姿势调控问题^[23],导致平衡和姿势维持困难,足下垂因偏瘫及足廓清能力障碍进一步削弱平衡能力,影响站立和步行时的稳定性和协调性,增加跌倒风险。建议医护人员全面评估患者躯体活动、平衡及协调能力,并制订合理的康复目标,通过物理治疗、作业疗法和康复训练改善患者对四肢的躯体感受与运动协调性,增强姿势平衡与稳定,促进功能恢复并改善预后。

3.2.2 情绪相关症状群 情绪症状群在各类疾病患者的症状群中较为普遍,尽管名称有所不同,但群内症状构成较为相似^[24]。老年脑卒中患者的情绪相关症状群涵盖容易着急、闷闷不乐、对前途失望,对周围活动没兴趣以及因不能想做事情烦恼 5 个症状。卒中后抑郁 2 年内发病率为 11%~41%^[25],可能与下丘脑-垂体-肾上腺轴调节失调、炎症因子增加及单胺水平降低、谷氨酸介导的兴奋性毒性和异常神经营养反应有关^[25-27]。此外,康复治疗后遗留的言语和肢体障碍,自理能力下降及经济负担等因素也会加剧负性情绪,影响患者的功能预后和康复效果,延长治疗周期,降低生活质量^[28-29]。因此,医护人员早期识别并干预情绪障碍,密切关注患者心理变化,鼓励通过亲友陪伴和社会活动参与,并结合人际关系疗法、动机访谈、正念干预和叙事护理等非药物干预,制订个性化管理方案,以提升治疗依从性,改善患者的生存质量。

3.2.3 认知障碍疲乏症状群 包括记忆力下降、注意力下降、反应变慢和疲乏 4 个症状。卒中后认知障碍的发病率为 24%~53.4%^[30-31]。研究显示,卒中后认知症状的变化可能由海马、颞叶、额叶、丘脑和顶叶等脑组织损伤引起脑血流量减少,引起脑细胞变性和坏死等神经炎症反应,损害乙酰胆碱等神经递质传导通路,从而表现为记忆力缺陷、注意力下降和反应迟缓等认知改变^[32-33]。研究发现,疲乏与脑卒中后认知障碍密切相关^[34]。疲乏表现为体力或精神活动期间出现疲惫、精神不振和厌倦的早期疲惫感,通过休息和睡眠不能缓解。本研究中,疲乏发生率达 86.4%,高于既往研究中的 35%~85%^[35],可能与老年患者机体的退行性病变,骨骼肌含量、强度及功能下降有关,导致活动耐力减弱。此外,卒中患者更易发生神经内分泌紊乱和持续低激素水平,加剧疲劳症状^[36]。因此,医护人员应全面评估和关注患者认知及疲劳状态,积极鼓励患者控制病情,增强社会互动和认知储备,通过认知训练等康复治疗提高注意力、知觉、长期记忆和执行等解决问题能力,防止认知功能恶化,并加强疲劳管理认知,提高疲劳管理能力,有效降低疲劳程度。

3.3 老年脑卒中患者健康行为的影响因素

3.3.1 症状群得分越高,患者健康行为水平越低

本研究相关性分析结果表明,老年脑卒中患者的症状群与健康行为呈负相关;分层回归分析结果显示,躯

体活动相关症状群、情绪相关症状群、认知障碍-疲乏症状群是健康行为水平的影响因素(均 $P < 0.05$),可解释健康行为总变异的 43.5%。即上述 3 个症状群严重程度越高,患者健康行为水平越低,与甘佳伟^[5]研究结果一致。老年脑卒中患者面临躯体活动功能障碍,易引发抑郁及焦虑等负性情绪,伴随着认知症状的出现,症状群间的协同效应反复循环,进一步降低生活质量。随着康复周期的推移和后遗症的长期困扰增加了患者的疾病不确定感,加重认知和生理疲乏感,降低健康行为的参与意愿。因此,医护人员应全面评估症状群,建立高效的症状管理模式和策略。同时,应鼓励患者主动报告症状,指导其康复训练,传播疾病可防可控理念,并结合心理干预、药物治疗和同伴教育等方式缓解症状困扰,减轻症状群及身心症状负担,降低影响健康行为的负面因素,增强健康管理责任感和自我管理效能,助力健康行为长期维持,改善治疗效果和生活质量。

3.3.2 文化程度越低,共病数量越多,健康行为水平越低

研究结果显示,文化程度和共病数量是健康行为的影响因素(均 $P < 0.05$)。文化程度低的患者对脑卒中相关知识的理解有限,健康素养较差,且由于收入不足,对健康资源投入较少。随着年龄的增长,沟通交流与理解能力下降,患者难以准确判断健康信息。此外,老年脑卒中患者常伴有多种疾病,多存在身体状况差、疗效预后不良、活动能力受损、行动能力受限等诸多健康问题^[37],康复信心减弱,导致行为改变更加被动。因此,建议采用基于信息化的卒中干预模式,通过互联网技术,将干预内容可视化,传播健康行为知识与疾病可防可控理念;同时,应针对不同文化程度和共病数量的患者实施分级调整,实现精准护理。通过因人而异的推广干预,协助患者调整心态,为其提供专业化指导,促使患者理性认识疾病,满足自我管理和预防复发的内在需求,增强健康管理责任感。

4 结论

老年脑卒中患者面临多重症状困扰,主要表现为躯体活动相关症状群、情绪相关症状群以及认知障碍-疲乏症状群;健康行为处于中等偏上水平;老年脑卒中患者的症状群与健康行为呈负相关。3 个症状群、年龄、共病数量是影响健康行为的主要因素。因此,建议医护人员从症状群的角度进行早期全面评估患者症状,并提供有针对性的症状管理和心理支持,以提高症状管理效率,减轻症状困扰,促进患者功能恢复和健康行为改善。本研究亦存在一定的局限性,主要聚焦于病情稳定期老年脑卒中患者的症状群,未全面考察急性期和后遗症期症状群动态变化。未来可开展多中心、大样本的纵向研究,深入探索脑卒中全生命周期的症状群变化轨迹及其与健康行为之间的关系和作用机制,为个性化症状管理提供依据。

参考文献:

- [1] GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors,1990-2019; a systematic analysis for the global burden of disease study 2019[J]. Lancet Neurol,2021,20(10):795-820.
- [2] 弓少华,孙超,杨姮,等.中青年脑卒中患者疾病体验的 Meta 整合[J]. 中华护理杂志,2021,56(6):843-851.
- [3] Dodd M J, Miaskowski C, Paul S M. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer[J]. Oncol Nurs Forum,2001,28(3):465-470.
- [4] 孙胜楠,徐耀,马灿灿,等.急性缺血性脑卒中后认知障碍患者精神行为症状的特征性分析[J]. 中华老年心脑血管病杂志,2020,22(4):348-351.
- [5] 甘佳伟.乳腺癌内分泌治疗患者健康促进行为与症状负担现状及相关性研究[D]. 大连:大连医科大学,2024.
- [6] Bam K, Olaiya M T, Cadilhac D A, et al. Enhancing primary stroke prevention: a combination approach[J]. Lancet Public Health,2022,7(8):e721-e724.
- [7] 魏琳,宋姗,刘杨晨,等.脑卒中患者健康行为及影响因素归类分析[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2021,30(4):322-326.
- [8] 张孟羽,郭丽娜,郭园丽,等.脑卒中患者健康行为促进与障碍因素的质性研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2024,33(1):27-31.
- [9] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国各类主要脑血管病诊断要点 2019[J]. 中华神经科杂志,2019,52(9):710-715.
- [10] 陈平雁.临床试验中样本量确定的统计学考虑[J]. 中国卫生统计,2015,32(4):727-731.
- [11] 中国肥胖问题工作组数据汇总分析协作组.我国成人体重指数和腰围对相关疾病危险因素异常的预测价值:适宜体重指数和腰围切点的研究[J]. 中华流行病学杂志,2002,2002(1):6.
- [12] 石丹,李铮,杨坚,等.脑卒中症状体验量表的编制及信效度检验[J]. 中华物理医学与康复杂志,2019(2):96-100.
- [13] 万丽红,熊小妮,潘俊豪,等.脑卒中患者健康行为量表的编制及信效度检验[J]. 护理学杂志,2017,32(1):25-29.
- [14] 董凯生,王颖,宋海燕,等.脑梗死急性期认知功能与健康行为的相关性[J]. 中国老年学杂志,2022,42(4):960-964.
- [15] 徐桂红,欧翠玲,敖友爱,等.老年高血压伴脑梗死患者的健康行为及其影响因素[J]. 中国老年学杂志,2017,37(10):2542-2545.
- [16] Shi D, Li Z, Yang J, et al. Symptom experience and symptom burden of patients following first-ever stroke within 1 year: a cross-sectional study[J]. Neural Regen Res,2018,13(11):1907-1912.
- [17] Song R, Ahn S, Jang T, et al. Development and validation of the Stroke Symptom Cluster Scale among Korean stroke survivors: mixed-methods design [J]. Rehabil Nurs,2021,46(6):333-339.
- [18] 吴蒙,袁竺方,游旅,等.脑卒中症状群评估量表的编制及信效度检验[J]. 护理学杂志,2024,39(3):10-13.
- [19] Cashion A K, Gill J, Hawes R, et al. National Institutes of Health Symptom Science Model sheds light on patient symptoms[J]. Nurs Outlook,2016,64(5):499-506.
- [20] Gorst T, Rogers A, Morrison S C, et al. The prevalence, distribution, and functional importance of lower limb somatosensory impairments in chronic stroke survivors: a cross-sectional observational study [J]. Disabil Rehabil,2019,41(20):2443-2450.
- [21] 李艳丽,刘兰群,徐基民,等.脑卒中后足下垂相关研究的文献计量分析[J]. 中国康复理论与实践,2024,30(6):686-692.
- [22] Dijkstra B W, Bekkers E M J, Gilat M, et al. Functional neuroimaging of human postural control: a systematic review with meta-analysis [J]. Neurosci Biobehav Rev,2020,115:351-362.
- [23] Lai C H, Chen H C, Liou T H, et al. Exercise interventions for individuals with neurological disorders: a systematic review of systematic reviews[J]. Am J Phys Med Rehabil,2019,98(10):921-930.
- [24] 李盼盼,李红梅,张俊,等.乳腺癌患者双靶治疗期间症状群及与生活质量的相关性研究[J]. 护理学杂志,2023,38(10):38-42.
- [25] Guo J, Wang J, Sun W, et al. The advances of post-stroke depression: 2021 update[J]. J Neurol,2022,269(3):1236-1249.
- [26] Majd M, Saunders E F H, Engeland C G. Inflammation and the dimensions of depression: a review [J]. Front Neuroendocrinol,2020,56:100800.
- [27] Villa R F, Ferrari F, Moretti A. Post-stroke depression: mechanisms and pharmacological treatment[J]. Pharmacol Ther,2018,184:131-144.
- [28] 柳雯,李慧,殷雪娇,等.氟哌噻吨美利曲辛联合甲磺酸倍他司汀治疗缺血性脑卒中后抑郁焦虑的效果[J]. 中国老年学杂志,2023,43(11):2665-2668.
- [29] Li M, Xie H Z, Jiang C, et al. Intervention for suicidal behavior in a patient with poststroke depression: a successful case report[J]. Psychiatr Danub,2022,34(3):520-523.
- [30] Lo J W, Crawford J D, Desmond D W, et al. Profile of and risk factors for poststroke cognitive impairment in diverse ethnoregional groups [J]. Neurology,2019,93(24):e2257-e2271.
- [31] Douiri A, Rudd A G, Wolfe C D A. Prevalence of post-stroke cognitive impairment: south London stroke register 1995-2010[J]. Stroke,2013,44(1):138-145.
- [32] Yang W, Liu T T, Song X B, et al. Comparison of different stimulation parameters of repetitive transcranial magnetic stimulation for unilateral spatial neglect in stroke patients[J]. J Neurol Sci,2015,359(1-2):219-225.
- [33] Weaver N A, Kuijf H J, Aben H P, et al. Strategic infarct locations for post-stroke cognitive impairment: a pooled analysis of individual patient data from 12 acute

ischaemic stroke cohorts[J]. Lancet Neurol, 2021, 20(6):448-459.

[34] Graber M, Garnier L, Duloquin G, et al. Association between fatigue and cognitive impairment at 6 months in patients with ischemic stroke treated with acute revascularization therapy[J]. Front Neurol, 2019, 10:931.

[35] Miller T, Stockley R, Drummond A, et al. Online advice for the symptomatic management of post-stroke fatigue: a scoping review[J]. J Psychosom Res, 2022, 162: 111039.

[36] 杨金盘, 马秋平, 刘裕君, 等. 两种预测模型在脑卒中患者卒中后疲劳风险预测中的应用价值比较[J]. 现代预防医学, 2024, 51(7): 1161-1165.

[37] 杨直, 高静, 柏丁兮, 等. 老年慢性病共病患者治疗负担体验的质性研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(19): 2336-2341.

(本文编辑 钱媛)

慢性病患者内感知的概念分析

沈向捷, 刘巧艳, 尹卫

摘要:目的 分析并阐述慢性病患者内感知的概念内涵, 以期为护理实践提供参考。方法 系统检索 PubMed、Cochrane Library、CINAHL、Web of Science、Embase、中国知网、万方数据知识服务平台、维普网、中国生物医学文献服务系统中与慢性病患者内感知相关的文献, 并采用 Rodgers 演化概念分析法对纳入文献进行分析。结果 共纳入 37 篇文献, 其中 6 篇中文文献, 31 篇英文文献。慢性病患者的内感知概念属性包括体内生理信号的准确解读、生理状态波动的敏锐感知、基于情境的感知动态变化 3 个方面; 其前因变量包括人口学因素、疾病相关特征、心理因素、社会支持; 后果包括优化情绪状态、提升自我护理能力、改善临床结局。结论 明确慢性病患者内感知的概念, 可为以后国内研制不同慢性疾病患者内感知特异性评估工具, 构建本土化的干预策略提供思路。
关键词: 慢性病; 内感知; Rodgers 演化概念分析法; 自我护理能力; 社会支持; 护理心理学
中图分类号: R47 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2025.05.032

Concept analysis of interoception among patients with chronic diseases Shen Xiangjie, Liu Qiaoyan, Yin Wei. Department of Endocrine Metabolism, Affiliated Hospital of Jiangsu University, Zhenjiang 212001, China

Abstract: **Objective** To analyze and clarify the concept of interoception among patients with chronic diseases, in order to provide reference for nursing practice. **Methods** Literature related to interoception in patients with chronic diseases in PubMed, Cochrane Library, CINAHL, Web of Science, Embase, CNKI, Wanfang Data, VIP.com, and SinoMed were systematically searched, and the included literature was analyzed by using Rodgers' evolutionary concept analysis method. **Results** A total of 37 literature were included, containing 6 Chinese literature and 31 English literature. The conceptual attributes of interoception among patients with chronic diseases encompass three aspects: accurate interpretation of physiological signals in the body, acute perception of fluctuations in physiological states and context-based dynamic changes in perception. Antecedent variables comprise demographic factors, disease related characteristics, psychological factors, and social support. Consequences involve optimizing emotional states, enhancing self-care abilities, and improving clinical outcomes. **Conclusion** Clarifying the concept of interoception in patients with chronic diseases may provide ideas for the future development of specific assessment tools for interoception in patients with different chronic diseases and the construction of localized intervention strategies in China.
Keywords: chronic disease; interoception; Rodgers evolutionary concept analysis; self-care ability; social support; psychology nursing

慢性病是一类病程长、发展缓慢且通常难以治愈的疾病, 对我国居民健康状况构成严重威胁。近年来, 慢性病致死比例呈逐年递增的趋势, 据统计数据显示, 2021 年我国居民因慢性疾病而致的死亡人数占总死亡人数的 89.3%^[1]。《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025 年)》倡导“每个人是自己健康第

作者单位: 江苏大学附属医院内分泌代谢科(江苏 镇江, 212001)
通信作者: 尹卫, 1662040158@qq.com
沈向捷: 女, 硕士在读, 护士, 2042319296@qq.com
科研项目: 2023 年度镇江市科技创新资金重点研发计划—社会发展项目(SH2023053)
收稿: 2024-10-31; 修回: 2024-12-22

一责任人”的理念, 构建以自我为主、人际互助、社会支持、政府指导的健康管理模式。内感知(interoception)可影响慢性病患者对症状的感知、阐述和反应方式, 是患者自我护理的重要预测指标^[2]。多项研究证明, 较好的内感知可优化慢性病患者情绪状态, 改善其健康结局^[3-5]。医务人员作为慢性病患者的主要照顾者及教育者, 关注并提升患者的内感知尤为重要。近年来, 国内外关于慢性病患者内感知的研究逐渐增多, 但尚未对慢性病患者内感知概念达成共识, 限制了慢性病患者内感知相关研究的深入进展。在护理学研究领域, Rodgers 演化概念分析法被广泛应用于阐明含义模糊的概念, 该方法强调相关概念会随着时间的推移和情境的变化而发生动态改变^[6]。因此, 本