

行为咨询在心血管疾病健康促进中的应用研究进展

陈琳¹,程利¹,邹森¹,陈晓燕²

(1.湖北医药学院 护理学院,湖北 十堰 442000;
2.武汉外语外事职业学院 医学部,湖北 武汉 430083)

心血管疾病(cardiovascular disease,CVD)的死亡占我国总死亡原因的首位,远高于肿瘤和其他疾病,严重威胁着人类的身心健康。因不健康饮食、低体力活动及吸烟等生活方式危险因素广泛流行导致我国CVD患病人数大比例上升,2018年现患人数已达3.30亿^[1]。《“健康中国2030”规划纲要》^[2]指出,要加强健康教育,引导群众形成合理膳食、适量运动、戒烟等生活方式来促进健康。同时国外学者也指出心血管疾病风险高危患者不仅应从药物治疗中受益,还应从有关生活方式行为改变的咨询中受益^[3]。行为咨询是健康行为促进策略和方法的集合,能有效降低可预防疾病的发病率和死亡率^[4]。本文对行为咨询的概念、对CVD患者的重要性,不同类型的行为咨询在CVD患者上的应用,以及行为咨询实施存在的阻碍等方面进行综述,为提高我国CVD患者的健康促进干预提供借鉴。

1 行为咨询的概念

行为咨询通常是由初级保健医生、注册营养师、营养学家、运动专家、康复治疗师、护士、接受过行为方法培训的硕士和博士咨询师等实施,咨询内容包括健康饮食和体育活动等,行为咨询可以为患者进行目标设定,为其提供量身定制的方法和建议,自我监控,并帮助患者解决行为改变有关的障碍。咨询形式可以是面对面或远程进行,也可以单独和分组进行^[5]。

2 行为咨询对心血管疾病的重要性

行为咨询能有效降低CVD发病率及死亡率,减轻医疗经济负担。美国预防服务工作组(US Preventive Services Task Force, USPSTF)将行为咨询列入CVD一级预防的首要措施^[4]。行为咨询干预可改善CVD患者饱和脂肪、水果蔬菜、纤维素及钠盐摄入,降低血压、血脂、体脂、血糖、低密度脂蛋白等实验室指标,对减少心肌梗死、卒中、外周动脉疾病等心血管突发事件有较好效果^[6]。由于不良行为因素加速了CVD的进程,同时也加重了医疗保健中可预防性疾病

治疗的支出^[7]。因此,行为咨询在解决可改变的行为因素、降低医疗保健支出负担上具有巨大潜力。

3 行为咨询干预类型

3.1 戒烟咨询 在全球范围内,30~44岁死于缺血性心脏病的成年人中,38%的死亡是由烟草引起的^[8]。因此,国家指南强烈推荐为CVD吸烟患者提供戒烟咨询,最大限度提高戒烟成功率。

3.1.1 基于循证的简短戒烟咨询 美国公共卫生局发布的临床实践指南指出,根据吸烟者所处行为转变的不同时期,建议医生可为吸烟者提供简短的专业戒烟咨询,其中最常用的就是5A和5R模式。对有意愿戒烟的患者使用5A模式来进行戒烟咨询干预,其干预步骤可用简短的5个词来概括:评估(assess)、建议(advise)、同意(agree)、协助(assist)、安排(arrange),即分别评估是否吸烟,建议戒烟,评估戒烟意愿,协助戒烟或转诊以及安排随访^[9]。一项随机对照试验中对320名急性冠脉综合症患者进行为期6个月基于5A模式的戒烟咨询,分别是住院期间的3次个人咨询和15次密集随访,结果显示干预组的戒烟率(23.8%)高于对照组的戒烟率(15.0%)^[10]。但对于没有戒烟意愿的患者,则建议使用5R模式,5R模式分别包括相关(relevance)、风险(risks)、回报(rewards)、障碍(roadblocks)、重复(repetition),即鼓励患者表达戒烟与个人的相关性、识别烟草使用的风险、确定戒烟的潜在回报、确定戒烟的障碍、每当患者无动机时重复动机干预^[9]。该种干预方式在呼吸道疾病、肿瘤等患者的戒烟效果较好,但少有研究应用于心血管患者戒烟,未来应增加相关研究,或尝试两种模式并用,以提高心血管疾病患者的戒烟率。

3.1.2 基于移动设备的戒烟咨询 电话咨询是目前采用较多、低成本的戒烟干预方法。既往研究^[11]证明,电话咨询的坚持程度越高,戒烟率也就越高。在荷兰的一项研究中,由专业人员对有吸烟史的心血管患者从住院到出院后(3个月)7次的电话咨询,每次通话10 min;结果显示:电话咨询不仅提高了戒烟率,并且在6个月内降低了社会成本,具有较高的经济效益^[12]。新型的自动电话随访系统使用人工语音查询患者戒烟进展,患者回答问题后,他们的对话可被上

【收稿日期】 2022-08-22 【修回日期】 2023-02-12
【基金项目】 湖北医药学院研究生科技创新项目(yjc2022003)
【作者简介】 陈琳,硕士在读,电话:0719-8879219
【通信作者】 程利,电话:0719-8879219

传至数据库,便于护士查看患者戒烟需求,结果显示,干预后第1~26周的持续戒断率提高了8.5%,干预后一年戒断率增加了5.9%,有效地帮助患者保持戒烟状态^[13]。同时,电话咨询为经济水平较低的群体提供了便利,克服了前往门诊戒烟所需的交通及咨询等费用,大大增加了患者戒烟的动机和意愿^[14]。

3.2 饮食咨询 研究^[15]证明,临床医生提供的饮食评估、教育和咨询可改善饮食相关行为和心脏代谢危险因素,延缓心血管疾病的发病。

3.2.1 基于快速饮食评估工具的咨询 个性化饮食咨询的潜在手段是实施饮食评估工具,对饮食进行评估,可以帮助临床医生和医疗团队的其他成员为患者提供基于循证的饮食教育和咨询。美国心脏协会发布了一项关于降低心血管病风险的快速饮食评估工具的科学声明^[16],建议将饮食评估纳入日常的健康检查中。声明中明确了最有效的3个快速饮食评估工具,分别是参与者快速饮食评估(rapid eating assessment for patients, REAP)^[17]及其改良的简短版(REAP-S)^[18]、地中海饮食依从性筛查工具(Mediterranean diet adherence screener, MEDAS)^[19]、修改后的启动对话工具(the modified starting the conversation tool)^[20]。这3个工具满足了有效的饮食筛查工具的几个要素,一是基于循证;二是评估总体饮食模式而不是单一的食物和营养素;三是可快速完成;四是能够为患者提供后续支持;五是具备监控饮食随时间变化的能力。饮食评估工具的评分可以预测心血管风险,评分越高的人10年内发生冠心病的风险就越低^[19]。Neumann等^[21]对68名房颤患者采用MEDAS进行饮食评估,结果表示,干预者能快速识别房颤患者地中海饮食依从性水平,并为饮食咨询计划的制订和实施提供了证据基础。

3.2.2 基于饮食模式的咨询 饮食模式可以作为饮食咨询的重要指导。地中海饮食(Mediterranean diets, MD)^[22]是由地中海地区人群的饮食习惯得出的一种低红肉、低糖、低饱和脂肪摄入,以橄榄油为核心元素并作为油脂主要来源的饮食模式。Tuttle等^[23]研究对干预组705例首次发生心肌梗死的患者进行基于该模式的干预,患者在第一个月内接受2次来自营养师的个人饮食咨询,随后在第3、6、12、18和24个月进行额外咨询,咨询重点包括提供地中海饮食课程学习、食谱、食物购买和外出就餐等建议。结果显示,与常规治疗相比,干预组总体生存率更高,且只有地中海式饮食组的参与者增加了欧米伽-3脂肪的摄入量,这对减少心血管死亡或非致命的冠状动脉事件具有重要意义。除地中海饮食外,得舒饮食(the dietary approaches to stop hyperten-

sion, DASH)^[24]强调蔬菜、水果和全谷物的摄入,包括低脂乳制品、家禽、鱼类、豆类、非热带植物油和坚果,限制甜食、含糖饮料、红肉和饱和脂肪可改善血压、血脂和发生CVD风险。Wong等^[25]研究由护士与营养师为初次诊断为1级高血压的患者在常规护理基础上提供基于DASH的一对一饮食咨询,12个月随访结果显示,患者10年内的CVD风险从基线的3.37%下降到2.72%,咨询效果较好。

3.3 运动咨询 体育锻炼与CVD的发生和预后有很大关系。美国心脏协会已将提供运动咨询及运动处方纳入公共政策战略^[26],以提高CVD患者的活动量。

3.3.1 基于动机性访谈的运动咨询 动机性访谈(motivational interviewing, MI)可以帮助鼓励患者进行行为转变。McCarthy等^[27]对20名心衰患者进行运动咨询,干预由接受过MI培训的研究员担任,通过电话随访的形式实施,电话随访全过程在MI的指导下进行,主要询问患者的是否需要运动咨询、鼓励患者表达对运动的看法、期望及担心,帮助回顾安全的运动知识,最后总结谈话并制订下一阶段目标;该项研究显著改善了心衰患者的身体活动、功能能力及自我护理行为,稳定了心衰患者的预后。一项对334名高血压患者进行6个月的基于动机性访谈的运动咨询的随机对照试验,结果显示:干预组6个月和18个月后高血压患者的步行量显著增加^[28]。基于MI的运动咨询促进了患者行为改变的自主动机,因此,更有可能坚持长期运动。

3.3.2 基于活动监测器的运动咨询 基于活动监测器的运动咨询对慢性病患者的日常体力活动水平具有有益的影响^[29]。活动监测器便于佩戴,监测的数据可以反馈给干预者以便调整运动咨询的课程,对CVD患者糖化血红蛋白、收缩压、体质指数都有较好的改善效果^[30]。一项系统评价^[31]表明,使用计步器的患者每天的身体活动量显著增加,体质指数显著降低了0.38%,收缩压显著降低了3.8 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。Izawa等^[32]将126例心脏康复患者随机分为干预组和对照组,干预组使用加速度计进行活动监测,一周后每日平均步数从基线的4588步增加到8609步,能量消耗从128.6 kcal增长到242.6 kcal,效果优于对照组。使用便携的活动监测器加强了患者的自我监测,从而有效地提高患者身体活动水平。

4 行为咨询在心血管疾病应用中的不足

研究^[33]发现,行为咨询率及患者依从性不理想,医生提供咨询的比例较低,高血压、高脂血症等患者初级保健的咨询率只有10%~40%。临床环

境中实施行为咨询存在较多的阻碍因素,主要有以下几点:(1)临床工作人员时间缺乏、工作负担重,不熟悉参与和维持患者行为改变所需的沟通技巧和能力^[34]。(2)干预者实施行为咨询的能力有限,缺乏行为咨询相关课程培训。如在饮食咨询方面初级保健内的住院医师缺乏系统和正规的营养教育体系,且不考核营养咨询能力,影响咨询的效果^[33]。(3)初级保健临床医生的地理分布不理想,缺乏与其他卫生保健人员的合作^[4],为CVD患者实施行为咨询干预的频率和强度暂无统一论。(4)近年来面对COVID-19的大流行扰乱了正常的生活和治疗,尤其是CVD患者因害怕暴露而减少出行活动,增加了久坐行为及压力性饮食等^[35],也减少了其获得行为咨询干预的机会。

5 小结

综上所述,针对不同行为咨询干预措施对提高CVD患者的戒烟率、坚持健康饮食和体育运动均有一定的效果。针对行为咨询在CVD患者的应用不足问题上,有以下几点建议:(1)加强不同学科专家的参与和合作,如加入心脏康复专家、社区卫生服务人员或其他从事医疗保健行业的人员,通过扩大其他专业服务来保障行为咨询干预的实施。(2)对干预者进行行为咨询能力的培训及考核,增加行为咨询实施的科学性和有效性。(3)善于运用远程医疗,例如电话咨询、视频会议、通讯软件等现代科学技术来克服获得行为咨询的阻碍。(4)各国、各地区间应加强研究合作,跟随行为咨询干预的热点及难点增加相关研究,促进行为咨询的发展成果惠及更多的CVD患者。(5)通过新闻媒体宣传和引导,加强CVD患者对行为咨询的了解,为行为咨询干预的推广实施打好基础。行为咨询在我国CVD患者的应用较少,进一步发展需要国家卫生部门的关注和支持,增加行为咨询在CVD患者中的应用研究,构建适合我国国情的行为咨询模式对发展及改善CVD患者的临床结局和生活质量具有重要意义。

【关键词】 行为咨询;心血管疾病;戒烟;饮食;运动;研究进展

doi: 10.3969/j.issn.2097-1826.2023.04.017

【中图分类号】 R473.54 **【文献标识码】** A

【文章编号】 2097-1826(2023)04-0067-004

【参考文献】

[1] 中国心血管健康与疾病报告编写组.中国心血管健康与疾病报告2020概要[J].中国循环杂志,2021,36(6):521-545.
[2] 中华人民共和国中央人民政府.中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》[EB/OL].[2023-01-12].http://www.gov.cn/zhengce/2016-10/25/content_5124174.htm.
[3] AMEH P O, YAKUBU K, MIIMA M, et al. Lifestyle, cardiovascular risk knowledge and patient counselling among selected sub-

Saharan African family physicians and trainees[J]. Afr J Prim Health Care Fam Med, 2019, 11(1): e1-e15.

[4] US Preventive Services Task Force, MANGIONE C M, BARRY M J, et al. Behavioral counseling interventions to promote a healthy diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults with cardiovascular risk factors: US Preventive Services Task Force recommendation statement[J]. JAMA, 2022, 328(4): 367-374.
[5] JIN J. Behavioral counseling interventions to promote a healthy diet and physical activity to prevent CVD in adults without risk factors[J/OL]. [2022-07-18]. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2794563. DOI: 10.1001/jama.2022.11667.
[6] O'CONNOR E A, EVANS C V, RUSHKIN M C, et al. Behavioral counseling to promote a healthy diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults with cardiovascular risk factors: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force[J]. JAMA, 2020, 324(20): 2076-2094.
[7] CURRY S J, WHITLOCK E P. Behavioral counseling interventions expert forum: overview and primer on U. S. Preventive Services Task Force methods[J]. Am J Prev Med, 2015, 49(3 Suppl 2): S129-S137.
[8] STANEL S C, RIVER-ORTEGA P. Smoking cessation: strategies and effects in primary and secondary cardiovascular prevention[J]. Panminerva medica, 2021, 63(2): 110-121.
[9] CHAMPASSAK S L, CATLEY D, FINOCCHARIO-KESSLER S, et al. Physician smoking cessation counseling and adherence to a clinical practice guideline[J]. Eur J Pers Cent Healthc, 2014, 2(4): 477-484.
[10] LUO J G, HAN L, CHEN L W, et al. Effect of Intensive Personalized “5As+5Rs” intervention on smoking cessation in hospitalized acute coronary syndrome patients not ready to quit immediately: a randomized controlled trial[J]. Nicotine Tob Res, 2018, 20(5): 596-605.
[11] BERNDT N, LECHNER L, MUDDE A, et al. Feasibility and acceptability of a telephone-and face-to-face-delivered counseling intervention for smoking cessation in Dutch patients with coronary heart disease[J]. Res Nurs Health, 2017, 40(5): 444-458.
[12] BERNDT N, BOLMAN C, LECHNER L, et al. Economic evaluation of a telephone-and face-to-face-delivered counseling intervention for smoking cessation in patients with coronary heart disease[J]. Eur J Health Econ, 2016, 17(3): 269-285.
[13] REID R D, AITKEN D A, MULLEN K A, et al. Automated telephone follow-up for smoking cessation in smokers with coronary heart disease: a randomized controlled trial[J]. Nicotine Tob Res, 2019, 21(8): 1051-1057.
[14] BYARUHANGA J, WIGGERS J, PAUL C L, et al. Acceptability of real-time video counselling compared to other behavioural interventions for smoking cessation in rural and remote areas[J/OL]. [2022-07-18]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7491422/. DOI: 10.1016/j.drugaldep.2020.108296.
[15] FISCHER N M, PALLAZOL V A, XUN H, et al. The evolution of the heart-healthy diet for vascular health: a walk through time[J]. Vasc Med, 2020, 25(2): 184-193.
[16] VADIVELLO M, LICHTENSTEIN A H, ANDERSON C, et al. Rapid diet assessment screening tools for cardiovascular disease risk reduction across healthcare settings: a scientific statement from the American Heart Association[J/OL]. [2022-07-18]. https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/HCQ.000000000000094?rfr_dat=cr_pub++

0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org.DOI:10.1161/HCQ.0000000000000094.

[17] GANS K M, RISICA P M, WYLIE-ROSETT J, et al. Development and evaluation of the nutrition component of the rapid eating and activity assessment for patients (REAP): a new tool for primary care providers[J]. *J Nutr Educ Behav*, 2006, 38(5): 286-292.

[18] JOHNSTON C S, BLISS C, KNURICK J R, et al. Rapid eating assessment for participants [shortened version] scores are associated with healthy eating index-2010 scores and other indices of diet quality in healthy adult omnivores and vegetarians[J/OL]. [2022-07-18]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6162919/>. DOI: 10.1186/s12937-018-0399-x.

[19] SCHRODER H, FITO M, ESTRUCH R, et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women[J]. *J Nutr*, 2011, 141(6): 1140-1145.

[20] KAHAN S, MANSON J E. Nutrition counseling in clinical practice: how clinicians can do better[J]. *JAMA*, 2017, 318(12): 1101-1102.

[21] NEUMANN F A, JAGEMANN B, MAKAROVA N, et al. Mediterranean diet and atrial fibrillation: lessons learned from the AFHRI case-control study[J/OL]. [2022-07-18]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9459737/>. DOI: 10.3390/nu14173615.

[22] 杨柳青, 田红梅, 石汉平. 三种饮食模式与慢性疾病研究进展[J]. *首都医科大学学报*, 2022(2): 311-320.

[23] TUTTLE K R, SHULER L A, PACKARD D P, et al. Comparison of low-fat versus Mediterranean-style dietary intervention after first myocardial infarction (from The Heart Institute of Spokane diet intervention and evaluation trial)[J]. *Am J Cardiol*, 2008, 101(11): 1523-1530.

[24] ANDERSON C A, NGUYEN H A, RIFKIN D E. Nutrition interventions in chronic kidney disease[J]. *Med Clin North Am*, 2016, 100(6): 1265-1283.

[25] WONG M C S, WANG H H X, KWAN M W M, et al. The effectiveness of dietary approaches to stop hypertension (DASH) counselling on estimated 10-year cardiovascular risk among patients with newly diagnosed grade 1 hypertension: a randomised clinical trial[J]. *Int J Cardiol*, 2016(224): 79-87.

[26] LABARTHE D R, GOLDSTEIN L B, ANTMAN E M, et al. Evidence-based policy making: assessment of the American Heart Association's strategic policy portfolio; a policy statement from the Amer-

ican Heart Association[J]. *Circulation*, 2016, 133(18): 615-653.

[27] MCCARTHY M M, DICKSON V V, KATZ S D, et al. An exercise counseling intervention in minority adults with heart failure[J]. *Rehabil Nurs*, 2017, 42(3): 146-156.

[28] HARDCASTL S J, TAYLOR A H, BAILEY M P, et al. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up[J/OL]. [2022-07-18]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3639183/>. DOI: 10.1186/1479-5868-10-40.

[29] PITTA F, TROOSTERS T, PROBST V S, et al. Quantifying physical activity in daily life with questionnaires and motion sensors in COPD[J]. *Eur Respir J*, 2006, 27(5): 1040-1055.

[30] VAES A W, CHEUNG A, ATAKHORRAMI M, et al. Effect of 'activity monitor-based' counseling on physical activity and health-related outcomes in patients with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis[J]. *Ann Med*, 2013, 45(5-6): 397-412.

[31] BRAVATA D M, SMITH-SPANGLER C, SUNDARAM V, et al. Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review[J]. *JAMA*, 2007, 298(19): 2296-2304.

[32] IZAWA K P, WATANABE S, HIRAKI K, et al. Determination of the effectiveness of accelerometer use in the promotion of physical activity in cardiac patients: a randomized controlled trial[J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2012, 93(11): 1896-1902.

[33] JAIN S, FELDMAN R, ALTHOUSE A D, et al. A nutrition counseling curriculum to address cardiovascular risk reduction for internal medicine residents[J/OL]. [2022-07-18]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7666832/>. DOI: 10.15766/mep_2374-8265.11027.

[34] OMURA J D, BELLISSIMO M P, WATSON K B, et al. Primary care providers' physical activity counseling and referral practices and barriers for cardiovascular disease prevention[J]. *Prev Med*, 2018(108): 115-122.

[35] ALMANDOZ J P, XIE L, SCHELLINGER J N, et al. Substance use, mental health and weight-related behaviours during the COVID-19 pandemic in people with obesity[J/OL]. [2022-07-18]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7988649/>. DOI: 10.1111/cob.12440.

(本文编辑:王园园)

(上接第 55 页)

[13] MUSCAT D M, CVEJIC E, BELL K, et al. The impact of health literacy on psychosocial and behavioural outcomes among people at low risk of cardiovascular disease[J/OL]. [2022-03-20]. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743522000287?via%3Dihub>. DOI: 10.1016/j.ypmed.2022.106980.

[14] MADSEN T E, KHOURY J C, LEPPERT M, et al. Temporal trends in stroke incidence over time by sex and age in the GENKSS[J]. *Stroke*, 2020, 51(4): 1070-1076.

[15] CHEN A, YEHLE K S, PLAKE K S, et al. The role of health literacy, depression, disease knowledge, and self-efficacy in self-care among adults with heart failure: an updated model[J]. *Heart Lung*, 2020, 49(6): 702-708.

[16] LOR M, KOLECK T A, BAKKEN S, et al. Association between health

literacy and medication adherence among hispanics with hypertension[J]. *J Racial Ethn Health Disparities*, 2019, 6(3): 517-524.

[17] 鲁晓娟, 周路坦. 老年糖尿病患者健康素养与治疗依从性现状及相关性[J]. *中国老年学杂志*, 2017, 37(9): 2299-2301.

[18] ELISABETH S U, KLOPSTAD W A, GUNNAR G L, et al. Health literacy in kidney disease: associations with quality of life and adherence[J]. *J Ren Care*, 2020, 46(2): 85-94.

[19] ARRIAGA M, FRANCISCO R, NOGUEIRA P, et al. Health literacy in portugal: results of the health literacy population survey project 2019-2021[J/OL]. [2022-03-20]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8998262/>. DOI: 10.3390/ijerph19074225.

(本文编辑:王园园)