

非酒精性脂肪性肝病患者高危因素筛查及健康教育干预效果研究

潘晓丹¹ 舒琳¹ 苏南南² (通讯作者)

1. 泰安八十八医院 山东 泰安 271000

2. 中国人民解放军联勤保障部队第九六〇医院 山东 济南 250000

【摘要】目的：探究非酒精性脂肪性肝病患者高危因素筛查及健康教育干预效果。方法：2024年8月~2025年8月，我院收治的90例非酒精性脂肪性肝病患者，将所有患者随机拆分，对照组、观察组，各45例。对照组给予常规健康指导，观察组在对照组基础上实施系统化健康教育干预。统计入组患者的高危因素分布情况，对比两组健康知识知晓率、生活质量。结果：90例非酒精性脂肪性肝病患者主要高危因素依次为超重/肥胖(86.67%)、腹型肥胖(80.00%)、高脂高糖饮食(77.78%)、久坐少动(75.56%)、血脂异常(68.89%)、作息不规律(64.44%)；干预3个月后，观察组健康知识知晓率97.78%，高于对照组的80.00% ($P < 0.05$)；干预后，观察组SF-36量表评分高于对照组 ($P < 0.05$)。结论：超重/肥胖、不良饮食运动习惯、代谢异常、作息不规律是非酒精性脂肪性肝病患者的核心可控高危因素，针对高危因素制定的系统化健康教育干预，可显著提升患者的疾病知识知晓度，有效改善患者生活质量，值得在临床慢病管理中推广应用。

【关键词】：非酒精性；脂肪性肝病；高危因素

DOI:10.12417/2811-051X.26.09.051

非酒精性脂肪性肝病是全球范围内最常见的慢性肝病，近年来随着我国居民饮食结构与生活方式转变，患病率持续攀升，已成为威胁居民健康的重大公共卫生问题^[1-2]。该病的发生发展与多种可控高危因素密切相关，但临床中患者普遍存在疾病认知不足、生活方式干预依从性差的问题，常错失疾病早期逆转的关键窗口期^[3]。生活方式干预是该病的一线治疗方案，健康教育是推动患者建立健康行为的核心手段。本研究通过筛查患者核心高危因素，探究系统化健康教育的干预效果，为该病规范化慢病管理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院在2024年8月~2025年8月期间，共收治90例非酒精性脂肪性肝病患者，将所有患者随机拆分，对照组、观察组，各45例。对照组：男、女分别29例、16例，年龄23~69岁，平均年龄(47.82±9.46)岁。观察组：男、女分别27例、18例，年龄21~70岁，平均年龄(48.15±9.27)岁。两组一般资料对比，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究符合《赫尔辛基宣言》。

纳入标准：①符合《非酒精性脂肪性肝病防治指南》^[4]中的非酒精性脂肪性肝病的诊断标准，经腹部超声及实验室检查确诊；②年龄21~70岁；③意识清楚，沟通能力正常，可配合完成研究随访及问卷测评；④入组前未接受过系统的健康教育

干预。排除标准：①男性每日饮酒量≥30g、女性≥15g，或有过量饮酒史的酒精性肝病患者；②病毒性肝炎、自身免疫性肝病、药物性肝损伤、遗传代谢性肝病等其他类型慢性肝病；③合并严重心、脑、肾、肺等重要脏器功能不全、恶性肿瘤、严重感染性疾病；④合并认知功能障碍、精神类疾病，无法配合完成研究；⑤正在参与其他同类临床研究。

1.2 方法

高危因素筛查方法：筛查内容包括：①人口学资料：年龄、性别、文化程度、职业；②生活方式资料：饮食结构、运动习惯、作息规律、吸烟史；③体格检查指标：身高、体重、腰围、血压，计算BMI；④实验室检查指标：空腹血糖、总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇、尿酸、肝功能。统计各项高危因素的检出率，明确患者的主要可控高危因素。

对照组：常规健康指导，包括发放疾病宣传手册、门诊就诊时口头讲解疾病基础注意事项、嘱患者3个月后复诊。观察组在对照组基础上实施系统化健康教育干预，方案如下：(1)组建多学科干预团队：由消化内科主治医师2名、肝病专科护士2名、临床营养师1名、健康管理师1名组成干预小组，全员经健康教育技能专项培训考核合格后入组。明确分工：医师负责疾病诊疗、风险评估及方案审核；营养师制定个体化饮食方案；专科护士与健康管理者负责宣教实施、随访管理、问卷测评及数据收集。(2)基线评估与个体化方案制定：患者入

作者简介：潘晓丹(1990-)，女，本科，主管护师，研究方向：康复护理。

通讯作者：苏南南(1982-)，女，主管护师，研究方向：康复护理。

基金项目：泰安市农业和社会发领域科技创新发展项目(政策引导类)(2024NS384)

组 24 小时内，完成高危因素、疾病认知、生活习惯及自我管理能力的全面基线评估，结合患者核心高危因素、文化程度、作息特点制定专属干预方案，针对腹型肥胖、久坐办公、高脂饮食等不同人群制定靶向计划，避免标准化宣教。（3）分阶段系统化健康教育：第 1 个月为疾病认知构建期，每周 1 次 60 分钟线下集中宣教，讲解疾病核心知识、纠正认知误区，辅以可视化素材适配低文化程度患者，设置答疑环节；第 2 个月为生活方式技能培训期，每 2 周 1 次 40 分钟一对一指导，开展饮食、运动、体重与作息管理实操培训，制定个体化干预处方，教授自我管理方法；第 3 个月为自我管理强化期，开展病友经验交流会，针对前期问题针对性指导，教授依从性维持方法，强化长期自我监测与复查意识，建立长效健康管理习惯。

1.3 观察指标

①健康知识知晓率：采用自制的《健康知识知晓问卷》，问卷包含疾病基础知识、高危因素识别、生活方式干预、并发症防控、定期复查 5 个维度，共 25 道单选题，每题 4 分，满分 100 分，得分 ≥ 80 分判定为健康知识知晓，统计两组患者的健康知识知晓率。问卷 Cronbach's α 系数为 0.88，具有良好的信效度。

②生活质量评分：采用健康调查简表（SF-36）进行测评，满分 100 分，得分越高表示患者的生活质量越好。

1.4 统计学方法

统计学分析处理所应用计算机软件 SPSS26.0，计数资料用 [n (%)]表示，以 χ^2 检验；应用 ($\bar{x} \pm s$)，对符合正态分布的计量资料系统描述，以 t 检验，结果显示 $P < 0.05$ ，可以证明两组数据的对比有统计学意义。

2 结果

2.1 90 例患者高危因素筛查结果

90 例患者的高危因素检出情况前 6 位的高危因素依次为超重/肥胖、腹型肥胖、高脂高糖饮食、久坐少动、血脂异常、作息不规律，均为可通过生活方式干预改善的可控高危因素，见表 1。

表 1 90 例患者高危因素筛查结果

高危因素	检出例数 (n)	检出率 (%)
超重/肥胖 (BMI $\geq 24\text{kg/m}^2$)	78	86.67
腹型肥胖 (男性腰围 $\geq 90\text{cm}$, 女性 $\geq 85\text{cm}$)	72	80.00
高脂高糖饮食	70	77.78
久坐少动 (每周运动 < 150 分钟)	68	75.56
血脂异常	62	68.89

高危因素	检出例数 (n)	检出率 (%)
作息不规律 (熬夜/每日睡眠 < 6 小时)	58	64.44
2 型糖尿病	28	31.11
高血压	27	30.00
吸烟史	20	22.22

2.2 两组健康知识知晓率对比

干预 3 个月后，观察组健康知识知晓率 97.78%，高于对照组的 80.00% ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组健康知识知晓率对比 [n (%)]

组别	健康知识知晓例数	健康知识知晓率
对照组 (n=45)	36	80.00
观察组 (n=45)	44	97.78
χ^2	-	7.200
P	-	0.007

2.3 两组生活质量对比

干预后，观察组 SF-36 量表评分高于对照组 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	干预前	干预后
对照组 (n=45)	67.35 \pm 5.14	80.22 \pm 6.71
观察组 (n=45)	67.20 \pm 5.19	91.30 \pm 6.58
t	0.138	7.909
P	0.891	< 0.001

3 讨论

非酒精性脂肪性肝病是代谢综合征的核心肝脏表现，除可进展为脂肪性肝炎、肝硬化甚至肝细胞癌外，还会显著升高 2 型糖尿病、心血管疾病等肝外并发症的发病风险，给患者家庭与社会医疗体系带来沉重负担^[5]。目前临床尚无针对该病的特效治疗药物，国内外指南均将生活方式干预作为一线治疗方案，而规范、系统的健康教育是保障干预措施落地的核心前提。

本研究高危因素筛查结果显示，90 例非酒精性脂肪性肝病患者的核心高危因素均为可通过行为干预改善的可控因素，其中超重/肥胖、腹型肥胖检出率位居前列，这与内脏脂肪过度堆积诱发的胰岛素抵抗是非酒精性脂肪性肝病发病的核心始动机制密切相关，而高脂高糖饮食、久坐少动、作息不规律等不良生活习惯，会进一步加剧机体代谢紊乱，推动疾病进展，这

也为健康教育干预明确核心靶向靶点^[6]。干预结果显示, 观察组干预后的健康知识知晓率、SF-36 生活质量评分均高于对照组 ($P<0.05$)。究其原因, 常规健康指导多为零散的口头宣教与手册发放, 缺乏系统性、持续性与个体化, 患者仅能获得碎片化的疾病知识, 难以形成完整的认知体系, 更无法转化为长期的健康行为。而观察组实施的系统化健康教育, 通过多学科团队保障干预的专业性, 基于基线评估制定的个体化方案贴合

患者实际情况, 分阶段递进式的宣教模式从认知构建、技能培训到行为强化层层落地, 既纠正患者的认知误区, 又教会其可操作的自我管理技能, 推动健康生活方式的长期建立, 最终实现认知水平与生活质量的提升^[7]。

综上, 非酒精性脂肪性肝病的发生发展与多种可控高危因素密切相关, 系统化健康教育可显著提升患者疾病认知、改善生活质量, 是非酒精性脂肪性肝病慢病管理的有效手段。

参考文献:

- [1] 徐洁玲.基于多理论模型的中青年非酒精性脂肪性肝病患者锻炼行为促进的干预策略研究[D].广州中医药大学,2025.
- [2] 李玉锈,李曼曼,唐晓早.中医刮痧联合健康教育对痰湿内阻型非酒精性脂肪性肝病患者应对方式及自我管理水平的影响[J].慢性病杂志,2024,25(11):1731-1734.
- [3] 梁欢欢,李惠珍,张琛,等.基于保护动机理论的健康教育方案在非酒精性脂肪性肝病患者中的应用效果[J].河南医学研究,2024,33(20):3810-3813.
- [4] 杨磊,周青,朱凯,等.非酒精性脂肪性肝病患者健康促进生活方式与自我管理行为的关系研究[J].护理管理杂志,2023,23(04):271-275.
- [5] 陈小燕,袁乙富,杜晟楠,等.超重人群中健康者与非酒精性脂肪性肝病患者的临床特征及血清脂质组学分析[J].临床肝胆病杂志,2024,40(02):284-291.
- [6] 王华.行为干预理论在非酒精性脂肪性肝病患者健康管理中的应用进展[J].中国乡村医药,2023,30(23):77-78.
- [7] 蒙壮丽,李小珍,蓝盈盈,等.多学科协作健康管理对非酒精性脂肪性肝病患者健康质量效果的影响[J].右江医学,2023,51(11):1028-1034.