

成人癫痫患者病耻感的特点及其与生态学执行功能的相关性研究

秦 艳, 代梦瑶, 周 农

摘要 **目的** 研究成人癫痫患者病耻感的特点和可能的影响因素; 探讨成人癫痫患者病耻感与生态学执行功能的相关性。**方法** 对 83 例原发性或可能性症状的成人癫痫患者和 58 例性别、年龄、婚姻、受教育程度与之匹配的健康成人, 通过问卷调查的方法, 采用 KiliFi 癫痫患者病耻感中文版量表、执行功能行为评定量表成人自评问卷(BRIEF-A) 评估。**结果** ① 癫痫组病耻感获得比例高达 97.6%, 不同居住地、家庭人均收入、控制情况、服药种类的病耻感获得存在差异。② 多元逐步线性回归分析提示: 癫痫患者的受教育年限($t = -2.383, P = 0.019$)、家庭人均收入($t = -4.812, P < 0.01$) 与病耻感得分呈负相关; 癫痫患者长期居住地($t = 2.329, P < 0.05$)、癫痫控制与否($t = 2.206, P = 0.03$)、服药种类($t = 6.496, P < 0.01$) 与病耻感呈正相关。③ BRIEF-A 总分、行为管理指数、元认知指数及各因子(抑制、转换、情感调控、自我监控、任务启动、工作记忆、计划、组织、任务监控)得分均明显高于健康对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。④ Spearman 相关性分析提示: 病耻感与 BRIEF-A 总分及行为管理指数、元认知指数等呈显著正相关, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 成人癫痫患者存在明显的病耻感, 病耻感的严重程度与受教育年限、家庭人均收入、长期居住地、癫痫控制与否、服药种类相关; 成人癫痫患者存在生态学执行功能损害; 成人癫痫患者病耻感与执行功能损害密切相关。

关键词 癫痫; 病耻感; 执行功能

中图分类号 R 742.1

文献标志码 A **文章编号** 1000-1492(2021)04-0632-06
doi: 10.19405/j.cnki.issn1000-1492.2021.04.025

病耻感由著名社会学家 Erving^[1] 第一次提出并定义为“个体因具有被社会怀疑的属性而被排斥的现象, 是一个因他人反应而损害正常身份的过程”。由于社会偏见和公众的歧视, 使癫痫患者普遍产生病耻感, 严重影响患者的身心健康和生活质量。生

态学执行功能为一种高级认知功能, 是为了实现一项特殊目标而将不同的认知加工过程、整合并协同操作的功能^[2]。先前的研究^[3] 已表明癫痫患者存在广泛的生态学执行功能障碍。目前国内外关于成人癫痫患者病耻感的研究报道较少, 未见癫痫患者病耻感与执行功能的相关性研究。该研究主要探讨成人癫痫患者病耻感的特点及其与生态学执行功能的相关性。

1 材料与方法

1.1 病例资料

1.1.1 癫痫组 共选择 2019 年 3—10 月就诊于安徽医科大学第一附属医院癫痫门诊符合条件的 83 例成人癫痫患者。入组标准: ① 年龄 18~50 岁; ② 初中及以上文化程度; ③ 有 2 次或 2 次以上详细、可靠的癫痫发作病史、神经系统体格检查无异常、脑电图明确痫样放电、头颅 MRI 未见结构性改变; ④ 诊断和发作类型符合 2001 年国际抗癫痫联盟(ILAE) 定义和分类标准。排除标准: ① 根据病史和影像学检查或其他辅助检查诊断为症状性癫痫; ② 合并痴呆、帕金森、注意缺陷多动障碍、抑郁症、焦虑症、精神分裂症等神经精神病及其他长期、重症慢性病; ③ 酗酒或毒品、药物滥用依赖者; ④ 经医师评估无法完成测评的患者。

1.1.2 对照组 来自患者及该院职工的亲戚和朋友。共 58 例, 年龄、性别、婚姻、受教育程度与癫痫组相匹配。该研究得到安徽医科大学第一附属医院伦理委员会批准, 已征得所有被试者的同意并签署知情同意书。

1.2 研究方法

1.2.1 人口统计学及临床数据收集 根据成人癫痫患者的临床特征所编制成的一般情况调查表, 由研究者通过详细阅读病史资料及询问患者和照料者后记录。

1.2.2 KiliFi 癫痫患者病耻感中文版量表 病耻感采用 KiliFi 癫痫患者病耻感中文版量表^[4], 该问卷由 15 个条目组成, 每个条目可分为 0~2 分, 总分为

2020-10-24 接收

基金项目: 安徽省高校省级自然科学基金项目(编号: KJ2012A175)

作者单位: 安徽医科大学第一附属医院神经内科, 合肥 230022

作者简介: 秦 艳, 女, 硕士研究生;

周 农, 男, 教授, 主任医师, 硕士生导师, 责任作者, E-mail: zhounong@foxmail.com

30分,得分越高,说明患者病耻感越强。该量表分成3个水平的病耻感,得分 ≤ 10 分表示病耻感处于低水平,得分10~20分(包括20分)表示病耻感处于中水平,得分 > 20 分表示病耻感处于高水平。该量表由宋杰等^[4]团队引进,并显示有较好的信效度。

1.2.3 成人版生态学执行功能行为评定量表(BRIEF-A) 该量表是用来评定患者日常生活中的执行功能,为患者自评量表。问卷共包括75个条目,分为管理指数及元认知指数,其中管理指数包括抑制、转换、情感调控、自我监控4个子因子,元认知指数包括任务启动、工作记忆、计划、组织、任务监控5个子因子。各条目按1~3分计分。该量表有其自身质量控制标准:利用“不一致率”、“负性评价率”及“低频率事件率”剔除不合格问卷。总分及各子项分数越高,表示总执行功能或某子项执行功能受损越严重。该量表由Gioia et al^[5]编制,由杜巧新等^[6]翻译引进,并表明在中国文化背景下有良好的生态学信效度。

1.2.4 其他量表 简易精神状态检验量表(MMSE),得分 < 27 分,可能存在认知障碍,影响测试结果,予以剔除。汉密尔顿抑郁量表(HAMD),得分 ≥ 7 可能存在抑郁,可能影响测试结果,予以剔除。汉密尔顿焦虑量表(HAMA),得分 ≥ 7 可能存在焦虑,可能影响测试结果,予以剔除。

1.3 统计学处理 采用SPSS 23.0统计学软件对数据进行分析。定量数据符合正态分布的用 $\bar{x} \pm s$ 表示,不符合正态分布采用 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,分类自变量赋值为性别(男性=0,女性=1)、婚姻(已婚=0,未婚=1)、发作类型(部分性=0,全身性=1)、癫痫控制与否(控制=0,未控制=1)、服药种类(单药控制=0,多药控制=1)、长期居住地(城市=0,农村=1)、家庭人均收入($< 1\,000$ 元=0,1 000~2 999元=1,3 000~4 999元=2, $> 5\,000$ 元=3)。分类变量构成比采用 χ^2 检验,分类变量中定量数据组间比较采用秩和检验,使用独立样本 t 检验进行癫痫组、对照组间比较,多元逐步回归分析探索癫痫患者病耻感与各临床特征之间的关系,Spearman相关分析癫痫患者病耻感与生态学执行功能的相关性,以 $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组受试者的基本资料

2.1.1 癫痫组 共纳入符合入组标准的83例癫痫

患者,其中男40例,女43例;年龄18~47(28.73 ± 6.58)岁;已婚43例,未婚40例;受教育年限8~17(12.33 ± 3.15)年。癫痫发作首发年龄7~39(20.20 ± 7.34)岁;病程1~28(8.58 ± 5.92)年;发作类型:部分性发作43例,全身性发作40例;服药情况:单药47例,多药36例;经药物治疗后临床已6个月以上未发作且脑电图未见异常者为控制标准:已控制38例,未控制45例。癫痫患者长期居住地:农村23例,城市60例;家庭人均收入: $< 1\,000$ 元3例,1 000~2 999元31例,3 000~4 999元26例, $> 5\,000$ 元23例。

2.1.2 对照组 共纳入符合入组标准的58例健康成人,其中男29例,女29例,年龄20~45(28.93 ± 5.75)岁,已婚31例,未婚27例,受教育年限8~19(12.78 ± 3.75)年。癫痫组与对照组性别构成比($\chi^2 = 0.045$)、婚姻构成比($\chi^2 = 0.037$)、年龄($t = -0.183$)、受教育年限($t = -0.773$)差异均无统计学意义。

2.2 癫痫患者病耻感评分情况 83例癫痫患者病耻感得分为(8.67 ± 6.30)分,除2例(2.4%)得分为0分外,其余81例均存在不同水平的病耻感,癫痫患者病耻感获得比例高达97.6%。其中8例(9.6%)病耻感为高水平、20例(24.1%)为中水平、53例(63.9%)为低水平。

2.3 癫痫患者临床变量与病耻感评分的单因素相关分析 结果显示:长期居住地、家庭人均收入、服药种类、控制情况、受教育年限组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$),性别、婚姻、发作类型、病程、首发年龄组间比较差异无统计学意义。见表1。

2.4 癫痫组病耻感的影响因素的多元逐步线性回归分析 以癫痫患者的病耻感得分为因变量,以性别、年龄、受教育年限、婚姻、首发年龄、病程、发作类型、癫痫控制与否、服药种类、长期居住地、家庭人均收入为自变量,进行多元逐步线性回归分析。结果表明:患者的病耻感得分与受教育年限、家庭人均收入呈负相关,与长期居住地、癫痫控制与否(6个月以上无临床发作或脑电图正常为控制)、服药种类呈正相关,与性别、年龄、婚姻、首发年龄、病程、发作类型不存在相关性。差异与单因素分析相一致。见表2。

2.5 癫痫组与对照组BRIEF-A评分结果比较 癫痫组在BRIEF-A总分及行为管理指数、元认知指数得分均高于对照组,各因子得分也均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

2.6 癫痫组病耻感评分与 BRIEF-A 评分的 Spearman 相关性分析 病耻感得分分别与 BRIEF-A 总分、行为管理指数、元认知指数及抑制、转换、情感调控、自我监控、任务启动、工作记忆、计划、组织、任务监控均呈正相关 ($P < 0.01$)。见图 1。

表 1 癫痫患者临床分类变量
与病耻感评分的单因素相关分析 ($n = 83$)

变量	<i>n</i>	得分 $M(P_{25}, P_{75})$	<i>Z</i> 值	<i>P</i> 值
性别			-0.082	0.934
男	40	8.00(3.00 ~ 11.75)		
女	43	7.00(3.00 ~ 11.00)		
婚姻			-0.078	0.938
已婚	43	8.00(4.00 ~ 13.00)		
未婚	40	6.50(4.00 ~ 10.75)		
长期居住地			-2.630	0.009
农村	23	10.00(6.00 ~ 16.00)		
城市	60	6.00(3.00 ~ 11.00)		
家庭人均收入(元)			10.701	0.013
<1 000	3	21.00(13.00 ~)		
1 000 ~ 2 999	31	8.00(5.00 ~ 12.00)		
3 000 ~ 4 999	26	7.00(5.00 ~ 11.00)		
>5 000	23	6.26(2.00 ~ 11.00)		
发作类型			-0.027	0.978
部分	43	7.00(5.00 ~ 11.00)		
全部	40	7.00(3.00 ~ 12.75)		
服药种类			0.135	0.001
单药	47	6.00(4.00 ~ 10.00)		
多药	36	9.50(5.00 ~ 14.75)		
癫痫控制与否			-2.226	0.026
控制 a	38	6.00(4.00 ~ 9.25)		
未控制	45	10.00(4.50 ~ 14.50)		
病程(年)			0.404	0.817
0 ~ 5	33	8.00(4.00 ~ 11.00)		
6 ~ 10	24	6.00(4.25 ~ 11.00)		
≥11	26	7.00(3.75 ~ 15.00)		
首发年龄(岁)			-0.542	0.588
1 ~ 20	46	8.00(5.00 ~ 11.25)		
≥21	37	6.00(3.00 ~ 11.50)		
受教育年限			-2.035	0.042
初中及以下	42	10.00(4.75 ~ 15.00)		
初中以上	41	6.00(3.00 ~ 9.50)		

a: 6 个月以上无临床发作或脑电图正常为控制

3 讨论

近年来,病耻感越来越受到临床医护人员及公共卫生从业者的关注。2019 年 WHO 首次发布“全球癫痫报告”中,强调病耻感是造成癫痫患者身体、精神和社会健康问题的一个重要因素,并倡议全球重视癫痫患者病耻感。该研究中纳入 83 例成人癫痫患者,81 例(97.6%) 患者存在病耻感,其中高水平占 9.6%、中水平占 24.1%、低水平占 63.9%,显示癫痫患者普遍存在病耻感,与文献^[7]报道一致。癫痫患者病耻感产生的机制仍不明确,可能是因为癫痫发作本身具有不可预知性、不美观性等特点,造成了发作担忧,恐惧在社会活动中出现癫痫发作造成的窘迫;公众对癫痫知识了解不足,常常将癫痫定义为精神疾病、超自然起源或者是对罪恶行为的补偿,甚至认为癫痫是传染病^[8]。从而限制了癫痫患者参与社会活动和人际交流,造成了病耻感的发生。

影响癫痫患者病耻感的因素众多,由于文化水平、经济条件及宗教信仰的差异,病耻感获得不同,世界各地研究结果也不尽相同。Hassan et al^[9]通过对 102 例癫痫患者的研究表明癫痫患者的年龄、性别、居住地、婚姻状况、就业状况、教育状况、病程及发作类型与病耻感的存在无关;而发作频率和用药种类与病耻感呈正相关;发病年龄、生活质量与病耻感呈负相关。国内宋杰等^[4]对 109 例癫痫患者的病耻感现状调查显示:家庭经济状况越好、病程越短、癫痫患者的病耻感越低。该研究表明:癫痫患者受教育年限多、家庭收入高、居住在城市中病耻感的感知相对较低。这一结论在 Lee et al^[10]的研究中也得到了证实。该研究还显示:癫痫发作未控制、服药种类多的患者病耻感感知相对较高。该研究未发现性别、年龄、婚姻、首发年龄、病程、发作类型与病耻感的相关性。

该研究采用侧重日常实际执行水平的执行功能行为评定量表成人版对成人癫痫患者进行评估,结果显示:癫痫组 BRIEF-A 总分及行为管理指数、元

表 2 多元逐步线性回归分析结果

因变量	自变量(X)	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	95% <i>CI</i>
病耻感得分(Y)	受教育程度	-0.602	0.212	-0.301	-2.824	0.006	-1.024 ~ -0.181
	人均收入	-2.523	0.743	-0.353	-3.393	0.001	-4.002 ~ -1.044
	长期居住地	3.999	1.490	0.286	2.684	0.009	1.035 ~ 6.962
	癫痫控制与否	2.992	1.356	0.238	2.206	0.030	0.293 ~ 5.690
	服药种类	1.853	0.926	0.217	2.000	0.049	0.009 ~ 3.696

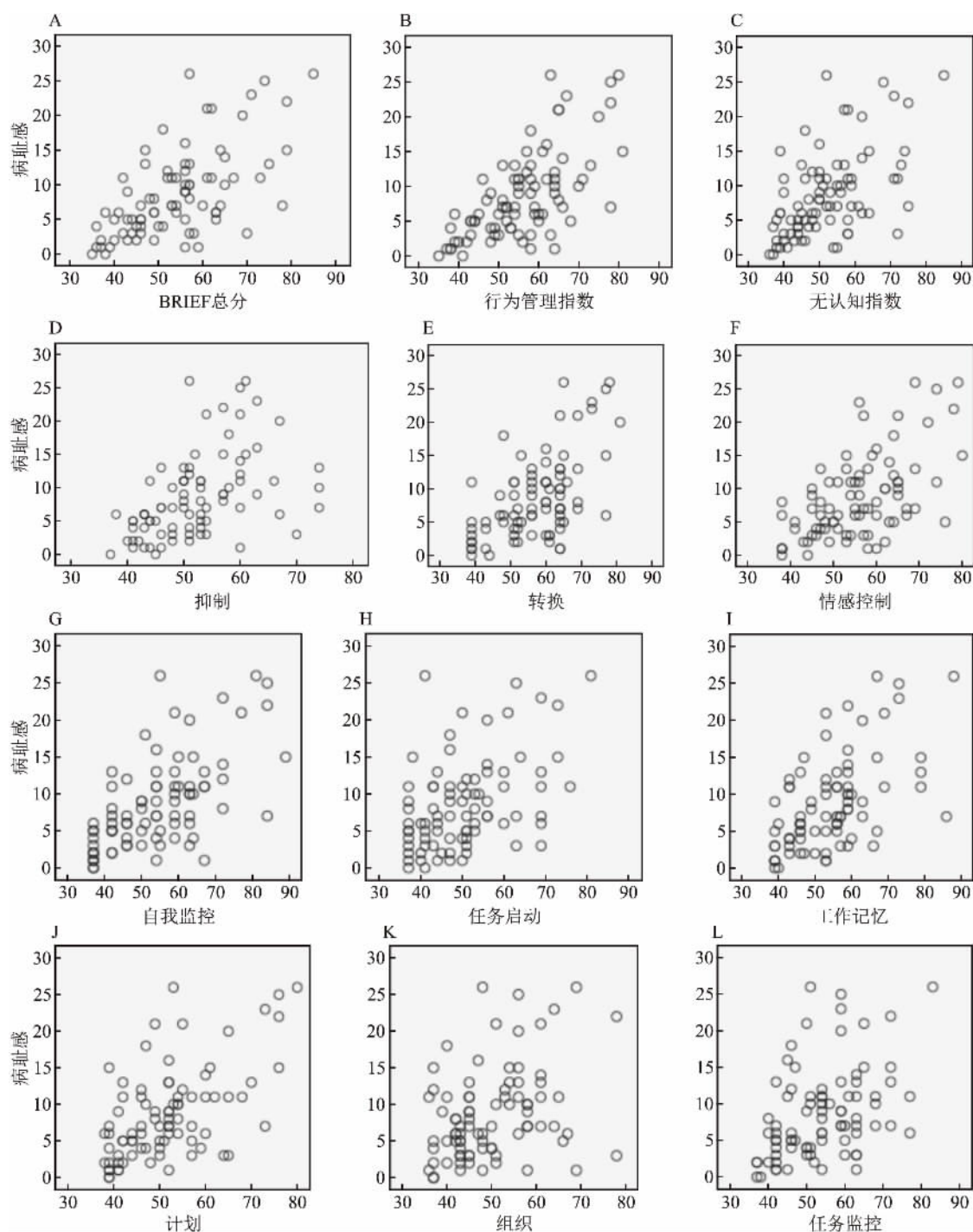


图1 癫痫组病耻感评分与 BRIEF-A 评分的 Spearman 相关性分析

A、B、C、D、E、F、G、H、I、J、K、L: 病耻感与 BRIEF-A 总分、行为管理指数、元认知指数、抑制、转换、情感控制、自我监控、任务启动、工作记忆、计划、组织、任务监控相关性,纵坐标均为病耻感;均呈正相关

认知指数得分均高于对照组,各因子得分也均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示成人癫痫患者存在广泛的生态学执行功能损害。

癫痫患者病耻感与生态学执行功能的相关性目前未见报道。Leaffer et al^[11] 研究表明: 伴发抑郁的癫痫患者病耻感更明显,而伴发抑郁的癫痫患者执

行功能损害更严重^[12],提示: 癫痫患者的病耻感与执行功能之间经抑郁的介导存在相关性。Zoppi et al^[7] 调查了 71 例成年癫痫患者的病耻感与心理症状的关系,结果显示病耻感与较少的心理社会适应有关;而癫痫患者社会适应能力与执行功能密切相关^[13]。因而,该研究推测癫痫患者病耻感与执行功

表3 BRIEF-A 评分结果比较(分, $\bar{x} \pm s$)

项目	癫痫组($n=83$)	对照组($n=58$)	t 值	P 值
抑制	52.24 $\pm$ 8.508	43.05 $\pm$ 4.740	8.188	<0.001
转换	57.28 $\pm$ 10.454	45.55 $\pm$ 6.791	8.069	<0.001
情感控制	55.67 $\pm$ 10.395	44.10 $\pm$ 5.625	8.514	<0.001
自我监控	54.29 $\pm$ 13.082	42.59 $\pm$ 7.370	6.759	<0.001
行为管理指数	55.94 $\pm$ 10.880	42.66 $\pm$ 5.382	9.573	<0.001
任务启动	50.54 $\pm$ 10.773	40.53 $\pm$ 4.235	7.659	<0.001
工作记忆	54.35 $\pm$ 11.285	42.31 $\pm$ 5.072	8.560	<0.001
计划	51.59 $\pm$ 10.337	42.34 $\pm$ 4.737	7.145	<0.001
组织	49.90 $\pm$ 9.797	41.24 $\pm$ 6.487	6.314	<0.001
任务监控	54.05 $\pm$ 10.546	43.50 $\pm$ 6.244	7.436	<0.001
元认知指数	52.13 $\pm$ 10.859	40.79 $\pm$ 4.952	8.352	<0.001
执行总分	54.08 $\pm$ 11.317	40.69 $\pm$ 5.034	9.519	<0.001

能之间可能存在相关性。该研究对不伴有抑郁的成人癫痫患者的病耻感与生态学执行功能的相关性进行研究,表明:癫痫患者病耻感得分与 BRIEF-A 量表总分、行为管理指数、元认知指数及抑制、转换、情感调控、自我监控、任务启动、工作记忆、计划、组织、任务监控均呈正相关($P < 0.01$),提示:癫痫患者病耻感水平越高、其生态学执行功能损伤越重。Kanemura et al.^[14]对癫痫患者病耻感与脑电图异常放电的相关性研究表明:额叶阵发性异常放电与病耻感呈正相关。提示额叶在癫痫患者的情绪反应(如:感知耻辱)中起到一定的作用。而额叶皮质损伤又会导致执行功能障碍,这是由于执行功能主要由额叶皮质控制^[15]。额叶功能异常可能是癫痫患者病耻感与生态学执行功能异常的共同生物学机制^[14-15]。此外,执行功能障碍的癫痫患者在记忆、控制力、社交、协调能力等方面均存在异常^[3],使得癫痫患者存在社交畏缩,逐渐脱离正常的社会生活,导致病耻感加重。

参考文献

- [1] Erving G. Stigma: notes on the management of spoiled identity [J]. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1963: 147.

- [2] Funahashi S. Neuronal mechanisms of executive control by the prefrontal cortex [J]. Neurosci Res, 2001, 39(2): 147-65.
- [3] 肖改荣,周 农. 成人癫痫患者生态学执行功能特点及其影响因素[J]. 安徽医科大学学报, 2017, 52(2): 248-51.
- [4] 宋 杰,李 真,许 阳,等. 癫痫患者羞耻感现状调查及影响因素分析[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(1): 40-4.
- [5] Gioia G A, Isquith P K. Ecological assessment of executive function in traumatic brain injury [J]. Dev Neuropsychol, 2004, 25(1-2): 135-58.
- [6] 杜巧新,钱 英,王玉凤. 执行功能行为评定量表成人版自评问卷的信效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2010, 24(9): 674-9.
- [7] Zoppi M, Tedrus GMAS, Laloni DT. Stigma, emotional aspects, and psychological symptoms in individuals with epilepsy [J]. Epilepsy Behav, 2019, 93: 56-9.
- [8] Powell K, Walker R W, Rogadthe J, et al. Cognition and behavior in a prevalent cohort of children with epilepsy in rural northern Tanzania: a three-year follow-up study [J]. Epilepsy Behav, 2015, 51: 117-23.
- [9] Hassan W A, Elserogy Y M, Abdelrahman A A, et al. Factors affecting stigma of epilepsy [J]. Middle East Current Psychiatry, 2017, 24(3): 116-121.
- [10] Lee S A, Han S H, Cho Y J, et al. Does the new Korean term for epilepsy reduce the stigma for Korean adults with epilepsy [J]. Epilepsy Behav, 2020, 102.
- [11] Leaffer E B, Hesdorffer D C, Begley C. Psychosocial and sociodemographic associates of felt stigma in epilepsy [J]. Epilepsy Behav, 2014, 37: 104-9.
- [12] 陈灵艳,秦 艳,代梦瑶,等. 癫痫儿童共患抑郁障碍及其与生态学执行功能的相关性研究[J]. 安徽医科大学学报, 2020, 55(3): 442-6.
- [13] 许向军,汪兰兰,周 农. 学龄期癫痫儿童生态学执行功能特点及对社会适应能力的影响[J]. 中华医学杂志, 2016, 96(7): 517-21.
- [14] Kanemura H, Sano F, Ohyama T, et al. Correlation between perceived stigma and EEG paroxysmal abnormality in childhood epilepsy [J]. Epilepsy Behav, 2015, 52(A): 44-8.
- [15] McDonald C R, Swartz B E, Halgren E, et al. The relationship of regional frontal hypometabolism to executive function: a resting fluorodeoxyglucose PET study of patients with epilepsy and healthy controls [J]. Epilepsy Behav, 2006, 9(1): 58-6.

Characteristics of stigma in adult epilepsy patients: correlation with ecological executive function

Qin Yan, Dai Mengyao, Zhou Nong

(Dept of Neurology, The First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022)

Abstract Objective To study the characteristics and possible influencing factors of stigma in adult patients with epilepsy, and to explore the correlation between stigma and ecological executive function in adult patients with epilepsy. **Methods** Through the questionnaire survey, 83 patients with primary or possibly symptomatic adult epilepsy and 58 healthy adults with matching gender, age, marriage and education level were used to use the Chinese

网络出版时间: 2021-3-19 10:43 网络出版地址: <https://kns.cnki.net/kcms/detail/34.1065.R.20210317.1522.025.html>

基于脉搏波分析获取的心内膜下心肌活力率相关影响因素探究

蔡传云, 胡华青, 张晓雨, 刘若男, 李 坤

摘要 目的 探究脉搏波分析获取的心内膜下心肌活力率 (SEVR) 相关影响因素。方法 对 592 例体检人群进行身高、体重、血压的测量, 采集空腹静脉血分析血糖、血脂等生化指标, 采用中科院心功能仪器采集脉搏波压力波形, 获得舒张期面积与收缩期面积计算得出 SEVR 值, 并对以上指标进行统计分析。结果 统计分析结果显示, 男性和女性间 SEVR 值差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 心率与 SEVR 值呈负相关 ($P < 0.05$), 肌酐与 SEVR 值呈正相关 ($P < 0.05$)。结论 性别、心率、肌酐可能是 SEVR 的主要影响因素, 根据该研究, SEVR 是一个受干扰因素较少的无创评估心肌灌注指标, 有一定临床应用价值。

关键词 心内膜下心肌活力率; 影响因素; 心肌灌注

中图分类号 R 543.5

文献标志码 A **文章编号** 1000-1492(2021)04-0637-05

doi: 10.19405/j.cnki.issn1000-1492.2021.04.026

2020-10-24 接收

基金项目: 安徽省科技重大专项(编号: 18030801133)

作者单位: 安徽医科大学第一附属医院健康管理中心, 合肥 230022

作者简介: 蔡传云, 女, 硕士研究生;

胡华青, 男, 副教授, 副主任医师, 硕士生导师, 责任作者,

E-mail: huhuaqing-ayfy@163.com

心内膜下心肌活力率 (subendocardial viability ratio, SEVR) 是衡量冠状动脉能量供需平衡的指标, 它体现出动脉系统满足心脏能量需求的能力大小^[1-2], 是一种对心脏工作量的心肌灌注的评估指标。目前对 SEVR 的探究主要分为有创法和无创法, 无创法主要是通过脉搏波分析获取中心动脉压力波形进而计算得到, 其原理是通过对脉搏压力波形采集, 分析舒张期面积, 即舒张期压力时间指数 (diastolic pressure time index, DPTI) 与收缩期压力时间指数 (systolic pressure time index, SPTI) 的比值, 即 $SEVR = DPTI/SPDI$, 其与心脏血液供应有关。SEVR 值的降低与心血管疾病的危险性密切相关。鉴于 SEVR 具有无创、操作简便等优点, 目前已应用于临床。该研究主要探讨 SEVR 相关影响因素, 从而更好地评估 SEVR 的临床应用价值, 达到早期控制和减少心血管病发生目的。

1 材料与方法

1.1 病例资料 随机抽取于 2018 年 5 月—2019 年 1 月在某三级甲等医院健康体检中心参加体检的

version of Kilifi stigma scale for epilepsy, the behavior rating inventory of executive function-adult version (BRIEF-A) evaluation. **Results** ① In the epilepsy group, the proportion of stigma obtained was as high as 97.6%, and there were differences in the stigma obtained in different places of residence, family income, control status, and medication types. ② Multivariate stepwise linear regression analysis suggested that the number of years of education in patients with epilepsy ($t = -2.383$, $P = 0.019$), per capita household income ($t = -4.812$, $P < 0.01$) were negatively related to stigma score; the long-term residence of patients with epilepsy ($t = 2.329$, $P < 0.05$), epilepsy was controlled or not ($t = 2.206$, $P = 0.03$), the type of medication ($t = 6.496$, $P < 0.01$) were positively related to stigma score. ③ The scores of global executive composite (GEC), behavioral regulation index (BRI) and metacognition index (MI) of BRIEF-A and various factors (inhibition, conversion, emotional control, self-monitoring, task initiation, working memory, planning, organization, task monitoring) scores were significantly higher than those of health in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). ④ Spearman correlation analysis suggested that stigma was significantly positively correlated with the scores of BRIEF-A (including GEC, BRI, MI and all sub factors) ($P < 0.01$). **Conclusion** Adult patients with epilepsy have obvious stigma, and the severity of stigma is related to years of education, per capita family income, long-term residence, epilepsy control or not, and type of medication; adult patients with epilepsy have ecological executive function impairment; adult epilepsy stigma of patients is closely related to impairment of executive function.

Key words epilepsy; stigma; executive function