

“三高共管”对糖尿病合并高血压、高血脂患者的影响分析

时盼盼¹ 叶宏春²

1. 山东省青岛市市北区海伦路街道社区卫生服务中心, 山东 青岛 266000;

2. 山东省青岛市市北区水清沟街道社区卫生服务中心, 山东 青岛 266000

【摘要】 目的 分析“三高共管”对患有糖尿病合并高血压、高血脂的慢性病患者的临床指标控制、健康素养和心理状态的影响。方法 以 2021 年 11 月—2023 年 1 月就诊的 170 例糖尿病合并高血压、高血脂的患者为研究对象, 按照随机分组的原则, 将患者分为病例数相等的对照组和研究组, 对照组按照传统接诊模式给予药物治疗, 研究组患者在传统临床治疗的基础上进行规范的“三高共管”一体化服务, 干预 3 个月后, 观察两组患者的血压、血糖、血脂水平、中国慢性病健康素养量表评分及抑郁-焦虑-压力量表评分情况。结果 干预前, 两组患者收缩压、舒张压、空腹血糖、糖化血红蛋白、低密度脂蛋白胆固醇、中国慢性病健康素养量表评分及抑郁-焦虑-压力量表评分比较均无统计学差异 ($P>0.05$); 干预后, 研究组患者临床指标、中国慢性病健康素养量表评分及抑郁-焦虑-压力量表评分显著优于对照组 ($P<0.05$)。结论 “三高共管”一体化服务可有效控制糖尿病合并高血压、高血脂慢性病患者的病情, 提高患者的健康素养水平, 改善患者的心理状态。

【关键词】 “三高共管”; 病情控制; 健康素养; 心理状态

我国糖尿病患病人数处于世界首位, 而且以每年约 19.14 万的速度增长^[1], 2015 年我国成年高血压患者已达 2.45 亿^[2], 随着我国老龄化加剧、城市化进程加速、不健康生活方式的涌现, 高血糖、高血压、高血脂三高共发的病例数日趋升高。三高之间有着共同的危险因素, 能相互促进, 管理不良可导致心、脑、肾、眼底、周围神经以及周围血管的并发症, 从而影响机体健康和生命安全, 给患者和家属带来沉重的经济和心理负担。鉴于上述情况, 本研究开展了“三高共管”一体化服务, 对糖尿病合并高血压、高血脂患者进行“三高”及“六病”标准化筛查和规范化诊疗服务, 探讨“三高共管”服务对患者的临床指标控制、健康素养水平和心理状态的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 2021 年 11 月—2023 年 1 月前来社区卫生服务中心就诊的 170 例糖尿病合并高血压、高血脂患者为研究对象, 糖尿病诊断依据《2021ADA 糖尿病医学诊疗标准》, 高血压符合《国家基层高血压防治管理指南(2020

版)》^[3], 高血脂诊断依据《血脂异常基层诊疗指南(2019 年)》^[4]。研究对象所需临床资料完整, 且排除急性传染病、恶性肿瘤、妊娠期或哺乳期妇女、严重精神障碍等不能配合试验者, 所有研究对象自愿签订同意书。将患者随机分为病例数一致的对照组和研究组, 即两组均为 85 例, 研究组患者年龄 42~80 岁, 平均年龄 (64.91 ± 8.66) 岁, 包括男 43 例、女 42 例, 病程 1~16 年, 平均病程 (6.13 ± 3.12) 年; 对照组患者年龄区间 43~79 岁, 平均年龄 (65.26 ± 8.07) 岁, 有男 45 例、女 40 例, 病程 1~15 年, 平均病程 (6.47 ± 3.22) 年。分析显示两组患者在上述资料方面无统计学差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法 对照组按照传统接诊模式进行临床诊治, 给予药物治疗和用药指导。研究组患者在传统临床治疗的基础上开展“三高共管”标准化诊疗和规范化服务, 具体如下: ①设立“三高之家”: 配备三高管理专用诊室、基本器械和经过培训并考核合格的专业技术人员。②建档签约: 根据“三高基地”诊断和患者分级、一体化服务计划, 建立健康档案和签约服务, 制定个性化一体化服务方案。③明确干预目标和治疗方

案：“三高之家”对患者病情评估和分层后，准确掌握患者的干预目标和综合治疗方案，告知患者及家属。④制定生活方式干预：为患者制定营养、运动、心理、戒烟、睡眠等干预计划。⑤服药管理：根据“三高基地”制定的药物治疗方案，制定服药管理计划，及时指导患者规范服药并监测用药不良反应等。⑥随访管理：线上线下相结合，根据患者病情分级、靶器官损害程度、并发症情况进行基础随访、分级随访及并发症随访。

⑦健康指导：按照“三减控三高”“一评二控三减四健”和基本公卫的要求进行针对性的健康指导。⑧协同诊疗：超出“三高之家”能力范围、病情控制不佳等情况时行协同诊疗。

1.3 观察指标

1.3.1 临床指标。记录研究组和对照组干预前后的空腹静脉血血糖(FPG)、糖化血红蛋白(HbA1c)、收缩压(SBP)、舒张压(DBP)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)。

1.3.2 健康素养水平。采用信度和稳定性均好的中国慢性病健康素养量表(CHLCC)^[5]进行量化，共24个条目，包括记忆、理解、应用、分析四个分量表，分值越高代表健康素养水平越高。

1.3.3 抑郁-焦虑-压力水平。量化采用信度、效度和反应度均好的抑郁-焦虑-压力量表

(DASS-21)，共21个条目，包括抑郁、焦虑、压力3个维度，评分越高表示负性情绪越高、心理状态越差。

1.4 统计学方法 利用SPSS27.0软件包，正态分布的计量资料以均数加减标准差($\bar{x} \pm s$)表示，数据均数的对比采用独立样本t检验；计数资料以百分数(%)表示，行卡方检验。所有检验结果均以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组临床指标的对比 干预前，两组患者的FPG、HbA1c、SBP、DBP及LDL-C比较无统计学差异(P>0.05)；干预后，研究组患者上述临床指标优于对照组(P<0.05)。见表1。

2.2 两组健康素养水平的对比 干预前，两组患者健康素养水平比较无统计学差异(P>0.05)；干预后，研究组患者健康素养水平显著高于对照组(P<0.05)。见表2。

2.3 两组抑郁-焦虑-压力量表评分的对比 干预前，两组患者抑郁-焦虑-压力量表评分比较无统计学差异(P>0.05)；干预后，研究组患者三个维度的评分显著优于对照组(P<0.05)。见表3。

表1 两组临床指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=85)	FPG (mmol/L)		HbA1c (%)		SBP (mmHg)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	8.93±2.28	7.78±1.99*	8.10±1.89	7.06±1.34*	156.65±11.57	141.60±10.96*
研究组	8.97±1.79	6.83±1.64*	8.08±1.46	6.66±1.19*	155.53±11.95	135.32±10.45*
t值	-0.152	3.40	0.079	2.023	0.619	3.824
P值	0.879	0.001	0.937	0.045	0.536	0.000

续表1

组别 (n=85)	DBP (mmHg)		LDL-C (mmol/L)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	96.78±11.13	90.55±10.13*	3.95±1.11	1.96±0.72*
研究组	95.46±11.22	86.88±10.66*	3.93±0.98	1.71±0.79*
t值	0.769	2.302	0.093	2.110
P值	0.443	0.023	0.926	0.036

注：*与组内干预前相比，P<0.05。

表2 两组中国慢性病健康素养量表(CHLCC)评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别 (n=85)	记忆		理解		应用		分析	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	25.19±8.85	35.07±8.53*	10.21±2.74	11.54±2.75*	10.65±2.69	13.56±2.54*	9.42±2.74	12.54±2.65*
研究组	24.53±6.68	39.60±6.35*	10.31±2.59	14.38±2.44*	10.55±2.32	15.52±1.97*	9.27±2.41	14.24±2.34*
t值	0.548	-3.928	-0.230	-7.124	0.244	-5.607	0.387	-4.421
P值	0.585	0.000	0.818	0.000	0.807	0.000	0.700	0.000

注：*与组内干预前相比，P<0.05。

表 3 两组抑郁 - 焦虑 - 压力量表 (DASS-21) 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别 (n=85)	抑郁得分		焦虑得分		压力得分		总体得分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	10.05±2.78	8.09±2.41*	9.72±3.04	7.51±2.96*	18.35±5.62	15.11±5.31*	38.12±10.45	30.71±9.57*
研究组	10.19±2.30	6.05±1.83*	10.26±2.39	6.42±2.14*	19.44±4.57	13.44±4.57*	39.88±8.00	25.91±7.49*
t 值	-0.361	6.245	-1.291	2.733	-1.378	2.197	-1.236	3.643
P 值	0.719	0.000	0.199	0.007	0.170	0.029	0.218	0.000

注: * 与组内干预前相比, $P < 0.05$ 。

3 讨 论

糖尿病的全球卫生支出费用数目之大相当惊人^[6]; 高血压是全球疾病负担最重的疾病; 血脂异常尤其是 LDL-C 升高是导致 ASCVD 发生、发展的关键因素。CCMR-3B 研究显示三高合并者发生率高, 但综合达标率仅 5.6%, 且并发症如心、脑、视网膜损伤严重威胁着患者的身心健康^[7], 因此要改善结局, 三高应综合管理。本研究中, 给予研究组患者 3 个月的“三高共管”一体化管理服务干预后, 统计结果显示血压、血糖、LDL-C 控制均优于对照组 ($P < 0.05$)。良好的健康素养与慢性疾病危险行为的减少以及住院率的下降相关^[8], 也是成功管理和预防慢性病的基础和前提, 但目前慢性病患者健康素养水平仍然很低^[9], 而且慢性病是人类死亡的首位原因^[10]。本研究中, 给予研究组患者 3 个月的“三高共管”一体化管理服务干预后, 患者健康素养水平显著高于对照组 ($P < 0.05$)。疾病及并发症带来的影响, 加之工作生活节奏的加快, 三高患者除了承受着身体上痛苦之外, 心理上也承担着巨大的压力, 引发负面情绪, 反作用于疾病, 造成恶性循环, 因此, 寻找行之有效的心理指导尤其重要, 本试验通过“三高共管”服务, 有效缓解了患者的抑郁、焦虑、压力这些负面情绪。“三高共管”可合理配置国家医疗资源, 加强基层医疗机构与三级医院、二级医院之间的合作程度, 充分利用基层医疗资源的优势, 实现防治主战场向基层转移的国家方针政策, 提高患者的诊疗效率及管理效果。

综上所述, “三高共管”一体化管理服务可有效控制糖尿病合并高血压、高血脂慢性病患者的病情, 提高患者的健康素养水平, 改善患者的心理状态。

参考文献

- [1] 王富军, 王文琦. 《中国 2 型糖尿病防治指南 (2020 年版)》解读 [J]. 河北医科大学学报, 2021, 42(12): 1365-1371.
- [2] 马丽媛, 王增武, 樊静, 等. 《中国心血管健康与疾病报告 2021》关于中国高血压流行和防治现状 [J]. 中国全科医学, 2022, 25(30): 3715-3720.
- [3] 国家心血管病中心国家基本公共卫生服务项目基层高血压管理办公室, 国家基层高血压管理专家委员会. 国家基层高血压防治管理指南 2020 版 [J]. 中国循环杂志, 2021, 36(3): 209-220.
- [4] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 血脂异常基层诊疗指南 (2019 年) [J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18(5): 406-416.
- [5] 陈思晴, 曹梅娟, 张邢炜, 等. 慢性病患者健康素养测评工具的分析与评价 [J]. 中国护理管理, 2022, 22(5): 787-791.
- [6] 张辉. miR-203a-3p 靶向 SOCS3 蛋白对糖尿病性视网膜病变 oBRB 功能的影响及作用机制 [D]. 上海: 上海交通大学, 2020.
- [7] BEHAR-COHEN F, LOEWENSTEIN A. Current and Future Treatments for Diabetic Retinopathy [J]. Pharmaceuticals, 2022, 14(4): 812.
- [8] RHEAULT H, COYER F, JONES L, et al. Health literacy in indigenous people with chronic disease living in remote Australia [J]. BMC Health Serv Res, 2019, 19(1): 523-533.
- [9] COSKUN S, BAGCIVAN G. Associated factors with treatment adherence of patients diagnosed with chronic disease: relationship with health literacy [J]. Appl Nurs Res, 2021, 57(15): 13-23.
- [10] RUTLEDGEG E, LANE K, MERLO C, et al. Coordinated approaches to strengthen state and local public health actions to prevent obesity, diabetes, and heart disease and stroke [J]. Prev Chronic Dis, 2018, 15(5): 111-117.