

三级医院专家坐诊对社区医院 2 型糖尿病患者血糖控制的影响

赵爱华

湖北省鄂州市第三医院, 湖北 鄂州 436000

摘要: 目的 本项目将了解三级医院专家坐诊对社区医院 2 型糖尿病患者的血糖达标情况及其影响因素。方法 选取湖北省鄂州市 4 个社区医院路标研究 APP 采集明确诊断并建档管理的 2 型糖尿病患者 100 例。采集并整理患者资料和检验结果(空腹血糖, 餐后 2 小时血糖, 糖化血红蛋白等), 比较两组血糖相关指标及其达标率, 分析影响因素。结果 专家坐诊干预前, 4 个社区医院血糖各行指标无统计学意义(均 $P > 0.05$); 进行干预后, 专家坐诊组空腹血糖/餐后 2 小时血糖/糖化血红蛋白均低于对照组, 血糖达标率为 62%; 无专家坐诊组血糖达标率为 40%。结论 三级医院专家坐诊可提高社区医院 2 型糖尿病患者血糖达标率, 提高患者依从性, 患者规律定期复诊、戒烟酒、合理控制体重、规律体育锻炼、合理用药方式、积极控制高血压及高血脂等合并症是提高 2 型糖尿病患者血糖达标率的相关因素。

关键词: 社区医院; 分级诊疗; 2 型糖尿病; 影响因素

糖尿病是一种常见慢性病, 近年来由于患病率的急剧上升, 已成为 21 世纪全球最严重、最紧急的健康问题之一, 持续高血糖与长期代谢紊乱等可导致多系统器官功能损害, 特别是眼、肾及心血管、神经系统功能损害, 糖尿病及其并发症广泛和快速地发展给患者及其家庭带来了沉重的经济负担^[1]。据国际糖尿病联盟(IDF)统计, 2015 年全球糖尿病患者人数达 4.15 亿, 平均每 11 例成年人中就有 1 例糖尿病患者^[1]。目前, 我国成人糖尿病的患病率为 10.9%, 其中, 2 型糖尿病约占糖尿病患者的 90%, 其治疗和管理多数可以在基层医疗机构开展, 而 2009-2012 年我国门诊 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白(HbA1c)达标率仅有 30%~35%^[2]。西方国家在 20 世纪 70 年代就意识到 2 型糖尿病需要社区卫生服务中心与上级医院合作管理^[3]; 2015 年 9 月我国国务院印发了《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》中就常见病、多发病、慢性病分级诊疗为突破口, 提出建立各级医疗机构上下联动的分级诊疗模式, 以提高基层医疗服务能力为重点, 逐步建立符合国情的分级诊疗制度^[4]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 1 月~2019 年 11 月于湖北省鄂州市鄂城区内 4 所社区卫生服务中心接受管理且符合标准的 2 型糖尿病患者 100 名(每个社区约 25 名)为研究对象; 由各社区医生告知其辖区内糖尿病研究签约事宜, 由患者根据自身意愿自主决定同意接受研究, 选取有专家坐诊指导 2 个社区站点(西山社区七里界, 怡亭社区四眼井)患者为干预组, 无专家坐诊 2 个社区(飞鹅社区镜园, 飞鹅社区卫生室)患者为对照组。研究对象一般资料与疾病相关资料见表 1。

1.2 研究标准

1.2.1 纳入标准

(1) 年龄 22~75 岁; (2) 研究期间意识清晰; (3) 2018 年 1 月前已确诊为 2 型糖尿病, 符合 1999 年 WHO 糖尿病分型和诊断标准, 即空腹血糖(FPG) ≥ 7.0 mmol/L 或餐后 2 h 血糖 ≥ 11.1 mmol/L^[5]; (4) 2018 年 1 月前在鄂州市鄂城区居民电子健康档案系统中建卡并被纳入糖尿病规范化管理; (5) 于 2018 年 5 月-2019 年 1 月处于糖尿病规范化管理中, 随访信息、转诊信息、治疗方案完整, 血糖、血脂、血压信息更新及时。

1.2.2 排除标准

(1) 伴严重精神疾病; (2) 伴糖尿病急性并发症; (3) 合并心、肝、肾或其他脏器严重疾病; (4) 合并影响糖代谢的其他疾病; (5) 肿瘤患者。

1.3 管理方法

社区管理组: 根据现行社区医师对糖尿病患者的管理规范, 接受社区医生常规集体随访和血糖及相关指标检测、健康行为督促, 1 次/月, 管理不达标者可随意选择医院或医生就诊。

专家指导组: 由鄂州市中心医院专家定期以社区坐诊(2 次/月, 由社区医师提前预约患者)随访并给予用药指导, 不能完成社区随访者, 由社区医师电话或上门随访, 每月随访患者的血糖、血压、BMI、糖尿病症状及体征, 并对饮食、运动和用药情况进行监督, 定期开展健康讲座, 包括饮食、运

动、药物治疗、糖尿病急慢性并发症的识别和防治、血糖自我监测技能等; 测量季度 HbA1c, 完善年度肝肾功能、血脂等指标的记录, 并追踪落实。以 2018 年 5 月份血糖、血脂、血压、BMI 等检查结果为干预前指标, 以 2018 年 6~12 月份的血糖、血脂、血压、BMI 等检查结果为干预后指标。

1.4 评价指标

(1) 比较两组患者一般情况。(2) 血糖、血脂、血压达标标准: 血糖、血脂参照中华医学会糖尿病学会(CDS)《中国 2 型糖尿病防治指南(2017 年版)》中的相关标准^[6], 血压则参照《中国高血压基层管理指南(2014 年修订版)》^[7]中的相关标准。(3) 血糖、血脂、血压达标率计算方法: 血糖达标率 = $\text{HbA1c} < 7.0\%$ 患者数/全部患者数 $\times 100\%$; 血压达标率 = $\text{收缩压(SBP)} < 130$ mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa) 和舒张压(DBP) < 80 mm Hg 患者数/全部患者数 $\times 100\%$; 血脂达标率 = $\text{LDL-C} < 2.6$ mmol/L 患者数/全部患者数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 19.0 统计学软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 两组间比较采用成组 t 检验, 组内比较采用配对 t 检验; 计数资料组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料

干预前, 专家指导组与社区管理组患者一般临床资料及管理评分相近, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 研究对象一般资料与疾病相关资料 (n=100)。

项目	社区管理组 (n=50)	专家指导组 (n=50)	P 值
性别	男 21 女 29	男 20 女 30	$P > 0.05$
年龄 (岁)	> 60 32 < 60 28	> 60 34 < 60 26	$P > 0.05$
文化水平	大专及以上 12 高中及以下 38	大专及以上 10 高中及以下 40	$P > 0.05$
在岗情况	是 16 否 34	是 14 否 36	$P > 0.05$
BMI (kg/m ²)	≥ 25 33 < 25 17	≥ 25 32 < 25 18	$P > 0.05$
家庭年收入 (万元)	< 3 24 ≥ 3 26	< 3 23 ≥ 3 27	$P > 0.05$
病程 (年)	< 5 32 ≥ 5 18	< 5 30 ≥ 5 20	$P > 0.05$
基线血糖 (mmol/L)	FPG 8.3 $\pm$ 3.9 2hPG 11.5 $\pm$ 3 HbA1c (%) 8.1 $\pm$ 1.8	FPG 8.2 $\pm$ 3.7 2hPG 10.9 $\pm$ 4 HbA1c (%) 8.2 $\pm$ 2.0	$P > 0.05$ $P > 0.05$ $P > 0.05$
用药方式	生活方式干预 12 口服降糖药 18 胰岛素 20	生活方式干预 10 口服降糖药 16 胰岛素 24	$P > 0.05$

2.2 两组患者干预后血糖相关指标情况

与干预前比较, 干预后两组患者血糖控制状况均好转; 专家指导组患者血糖达标率高于社区管理组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 研究对象入组管理 8 月后血糖控制情况及达标率

项目	社区管理组(n=50)	专家指导组 (n=50)	t/x ² 值	P
FBG (mmol/L)	7.9±2.1	6.3±1.9	3.99	$P < 0.05$
FBG 达标率	18 (36%)	29 (58%)	4.86	$P < 0.05$
2hPG (mmol/L)	9.3±2.6	8.3±2.5	6.59	$P < 0.05$
2hPG 达标率	23 (46%)	33 (66%)	4.06	$P < 0.05$
HbA1c (%)	8.1±1.0	7.1±1.8	3.34	$P < 0.05$
HbA1c 达标率	20 (40%)	31 (62%)	4.84	$P < 0.05$

2.3 干预后血糖控制达标率的相关因素影响

两组血糖监测频次、就诊次数、BMI、吸烟、饮酒、体育锻炼、服药依从性、用药方式、总胆固醇水平、甘油三酯水平、合并高血压等因素影响有统计学意义 (均 $P < 0.05$); 专家指导组患者监测血糖频次总体高于社区管理组; 复诊次数及用药依从性专家指导组均明显优于社区管理组; 与社区管理组比较, 专家指导组患者饮食、运动、体重指数达标率更高 ($P < 0.05$), 且饮酒例数明显减少 ($P < 0.05$); 专家指导组对糖尿病合并症高血压、高血脂控制达标率高于社区管理组, 且在选择降糖药物方面更科学。见表 3。

表 3 专家指导组与社区管理组糖尿病控制相关因素比较

项目	专家指导 组(n=50)	社区管 理组 (n=50)	x ² 值	P
血糖监测	每周空腹血糖% 82	80	0.06	0.80
频次	餐后血糖% 60	18	18.54	< 0.05
	睡前血糖% 30	4	30.12	< 0.05
就诊次数	每月就诊频次 4	1	25.00	< 0.05
BMI	< 25 28 (56%)	18 (36%)	4.03	< 0.05
(kg/m ²)	> 25 22 (44%)	32 (64%)		
吸烟	人数 19	20	0.04	0.84
饮酒	人数 6	16	5.83	< 0.05
体育锻炼	多 35	16	14.45	< 0.05
	少 15	34		
服药依从性	良好 30	20	6.80	< 0.05
	一般 16	17		
	较差 4	13		
用药方式	单药口服药 8	16		
	联合口服用药 12	28	25.07	< 0.05
	联用胰岛素 30	6		
合并症达	高血压 86%	34%	28.17	< 0.05
标情况	高血脂 82%	40%	18.53	< 0.05

3 讨论

近年来, 我国医患关系矛盾日益突出, 究其原因是有医疗体制未形成良好的分级诊疗体系, 患者集中到大医院求诊, 繁琐的挂号、漫长的候诊、短暂的就诊、昂贵的药费、缺失的医患沟通等, 均是引发医患冲突的直接诱因[8]。建立分级诊疗制度是合理配置医疗资源、促进基本医疗卫生服务均等化的重要举措, 是深化医药卫生体制改革, 对于促进医药卫生事业长远健康发展、提高人民健康水平、保障和改善民生具有重要意义[9-10]。

上述研究分析社区糖尿病患者血糖达标率低, 影响因素较多, 社区 2 型糖尿病患者的自我血糖监测现状并不乐观, 患者对血糖监测认识不足, 并未引起足够重视, 尚需进一步加强糖尿病患者对该疾病相关知识的认知, 提高患者及家属的重视程度, 以提高患者自我管理效能, 更好的控制糖尿病疾病的进程, 避免低血糖发生, 延缓合并症出现。其次, 本研究发现文化程度低是 2 型糖尿病患者血糖控制不佳的影响因素, 其原因可能为患者的文化程度影响患者获取 2 型糖尿病相关疾病知识的途径与能力, 进而影响其对自身血糖控制情况的认识与要求, 这与何春秀等研究结果相一致[11]。本研究还发现, 糖尿病病程为 2 型糖尿病患者血糖控制的危险因素,

而韩朵兰等[12]在 2017 年的一项研究结果显示, 2 型糖尿病病程越长, 其血糖越难以控制, 与本研究结果相符。

大量研究已证实, 患者治疗依从性将直接影响 2 型糖尿病患者的血糖控制成效[13-14]。本研究亦指出药物治疗依从性为 2 型糖尿病患者血糖控制的独立影响因素。本研究结果即表明体育锻炼情况为 2 型糖尿病患者血糖控制的独立影响因素。韩梦鸽等[15]研究亦发现, 体育锻炼情况为 2 型糖尿病患者血糖控制的独立影响因素, 有力地支持了本研究结果。贾红燕等调查[12]发现社区医生对口服降糖药物的知晓率高于胰岛素以及新型降糖药物, 对何时应用口服药物治疗、何时开始胰岛素强化治疗等问题知晓程度较低。

综上所述, 三级医院专家下社区坐诊对社区医师, 既能起到传帮带作用, 提高社区医师诊疗水平, 指导规范诊疗, 也能更好更方便为社区患者服务, 提高 2 型糖尿病患者控糖达标率, 避免和延缓并发症发生, 稳定患者在社区就诊便于管理, 使高血压、糖尿病等慢病在基层, 避免集中大医院, 可缓解部分看病难、看病贵问题。

参考文献

- [1] 纪立农, 陆菊明, 郭晓惠, 等. 中国 2 型糖尿病药物治疗现状与血糖控制的调查研究 [J]. 中华糖尿病杂志, 2012, 4(7): 397-401.
- [2] 吴航, 孙子林. 着眼糖尿病并发症, 降糖与减肥并重-2017 年版 AACE/ACE 2 型糖尿病综合管理方案共识声明解读 [J]. 中国全科医学, 2017, 20(21): 2555-2560.
- [3] MALINS J M, STUART J M. Diabetic clinic in a general practice [J]. Br Med J, 1971, 4(5780): 161.
- [4] 中华人民共和国国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见 (国办发(2015)70 号) [EB/OL]. (2015-09-11) [2018-12-20].
- [5] International Diabetes Federation (IDF). IDF diabetes atlas: 8th edition at 2017 World Diabetes Congress [EB/OL]. [2018-05-05]. <http://www.diabetesatlas>.
- [6] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2017 年版) [J]. 中华糖尿病杂志, 2018, 10(1): 4-67.
- [7] 《中国高血压基层管理指南》修订委员会. 中国高血压基层管理指南 (2014 年修订版) [J]. 中华健康管理学杂志, 2015, 9(1): 10-30.
- [8] 谢宇, 于亚敏, 余瑞芳, 等. 我国分级诊疗发展历程及政策演变研究 [J]. 中国医院管理, 2017, 37(3): 24-27.
- [9] 国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见 [J]. 中国乡村医药, 2015, 22(20): 86-88.
- [10] 耿明菲, 刘庆, 耿剑平. 分级诊疗制度下基层医疗卫生机构 2 型糖尿病患者健康管理绩效评价指标体系的建立 [J]. 临床医学研究与实践, 2019(9): 177-179.
- [11] 何春秀, 郝桂荣, 张会君, 等. 老年 2 型糖尿病患者医学应对方式及影响因素研究 [J]. 中国全科医学, 2015, 18(5): 525-529.
- [12] 韩朵兰, 赵浩佐, 高飞, 等. 天津地区 2 型糖尿病患者血糖控制现状及其影响因素分析 [J]. 中国慢性病预防与控制, 2017, 25(12): 885-888.
- [13] 常小霞, 袁丽, 杨小玲. 2 型糖尿病老年患者胰岛素治疗依从性现状及其影响因素研究进展 [J]. 护理学报, 2016, 23(21): 26-30.
- [14] 谢晓华, 苏正丽, 刘咏梅. 2 型糖尿病合并高脂血症患者调脂药物服药依从性现状及其影响因素分析 [J]. 临床误诊误治, 2019, 32(11): 35-38.
- [15] 韩梦鸽, 刘晓娜, 徐望红, 等. 上海社区糖尿病患者健康素养与体力活动关联的横断面研究 [J]. 中国慢性病预防与控制, 2017, 25(10): 750-754.
- [16] 贾红燕. 社区医生对 2 型糖尿病的管理现状研究 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(30): 68-68.

作者简介: 赵爱华 (1971, 2-), 女, 湖北省鄂州市第三医院, 大专, 主管护师, 邮箱 1904252132@qq.com。