

社区 2 型糖尿病团队管理联合慢病门诊治疗在 2 型糖尿病患者中的应用

江鸿雪

(江苏省南京市栖霞区龙潭社区卫生服务中心 210058)

摘要:目的:分析 2 型糖尿病患者的临床干预中运用社区 2 型糖尿病团队管理联合慢病门诊治疗所取得的临床疗效。方法:选择我中心自 2021 年 1 月至 2022 年 12 月就诊的 120 例 2 型糖尿病患者纳入研究范畴,首先采取随机、数字摸球法将所有患者进行临床分组,摸出白球的患者为一组,摸出红球的患者为一组,其组别名称分别为对照组 60 例(慢性病门诊治疗)与研究组 60 例(社区 2 型糖尿病团队管理联合慢病门诊治疗),统计两组患者干预前后的血糖、血脂水平、负面情绪评分三项临床数据。结果:干预后,研究组患者的血糖、血脂水平、负面情绪评分均较对照组显著降低($P < 0.001$)。结论:为了改善 2 型糖尿病患者的血糖水平,促进其自我管理能力的提升,需在临床上加强对社区 2 型糖尿病团队管理联合慢病门诊治疗的联合应用。

关键词:社区 2 型糖尿病团队管理;慢性病门诊治疗;2 型糖尿病

糖尿病防治工作现已成为全社会医疗机构共同关注的社会话题,而随着我国临床医疗技术的快速发展,2 型糖尿病疾病的防治工作也取得了显著的成就,以社区团队管理、慢性病门诊治疗为代表性的干预模式在各级卫生机构得到了广泛的应用^[1-2]。前者以社区为依托,成立专业的糖尿病管理团队,并给予患者疾病指导、监督,帮助患者高效地控制血糖、血脂^[3]。而慢性病门诊治疗则集结了医疗机构各慢病科室的力量,为 2 型糖尿病患者提供科学性的防治措施^[4]。而将二者共同应用于 2 型糖尿病疾病的防治工作中,则是此次临床研究的重点内容,现报道如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择我中心自 2021 年 1 月至 2022 年 12 月就诊的 120 例 2 型糖尿病患者纳入研究范畴,首先采取随机、数字摸球法将所有患者进行临床分组,摸出白球的患者为一组,摸出红球的患者为一组,具体分组如下:

对照组:男 37 例,女 23 例,其年龄分布于 41—69 岁之间,平均年龄为($57. \pm 0.18$)岁,病程均为 3—20 年,平均病程为(12.58 ± 0.42)年;研究组:男 34 例,女 26 例,其年龄分布于 40—70 岁之间,平均年龄为(59.60 ± 0.25)岁,病程均为 3—20 年,平均病程为(12.61 ± 0.39)年。两组入选对象的性别、年龄、病程等临床资料的组间比较无统计学意义,具有临床可比性($P > 0.05$)。

纳入标准:(1)血糖监测结果与《2 型糖尿病基层诊疗指南(实践版·2019)》中关于 2 型糖尿病疾病临床诊断标准相符^[5];(2)未合并严重慢性疾病、心脑血管疾病、恶性肿瘤疾病;(3)征得知情同意;(4)积极配合临床调查;(5)通过伦理委员会审核者。

排除标准:(1)伴有严重精神、意识、认知功能障碍;(2)合并严重慢性疾病、心脑血管疾病;(3)临床资料不全者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 由门诊医生对所有社区 2 型糖尿病患者进行随访治疗,告知患者日常饮食、运动的注意事项,同时结合患者的血糖水平高低及疾病高危程度,将其依次划分二维 I 级患者、II 级患者与 III 级患者,并按照其病情高危程度实施分级管理。同时由临床医师对患者进行用药指导,向患者普及降糖药物的正确用法、剂量及胰岛素的正确注射方法,增强患者对糖尿病疾病的认知程度,指导患者正确自我监测血糖。

1.2.2 研究组 在对照组的基础上联合社区 2 型糖尿病团队管理,具体措施如下:

(1)组建社区 2 型糖尿病团队 由 4 名医护人员与 1 名药剂师,同时在社区服务中心选拔 2 名资历深、临床经验丰富的主治医师与护理人员共同组成糖尿病团队,为了确保团队服务

的专业性,每周定期向团队进行专业知识培训工作,培训内容包括 2 型糖尿病疾病的临床诊断、疾病分型、辅助检查、药物干预、健康教育、饮食干预等方面的疾病知识。培训完成后进行专项考核,考核通过即可上岗开展医疗服务,并为所有 2 型糖尿病患者制定管理计划,撰写健康教育方案。

(2)完善患者的档案:由护理人员在为患者接诊时,详细记录其家庭状况、基本信息、饮食习惯、运动情况,同时由临床医师完善其临床信息,详细记录患者的用药情况、辅助治疗、并发症情况,从而对其危险因素进行准确的评估,制定针对性的医疗服务方案,并为所有患者组建为一个疾病群聊,以便于医患沟通。

(3)健康宣教:于社区定期开展健康讲座,邀请所有的患者参与健康讲座,邀请医疗机构资深专家对疾病知识进行耐心讲解,并对患者的疑惑进行现场答疑。同时开展线上、线下相结合的讲座模式,便于患者的学习。

(4)饮食指导:结合患者的饮食喜好,由营养师为其制定个性化的营养食谱,严格控制患者每餐的热量摄入情况,设定每日热量摄入总值,减少油炸、热量高食物的摄入,注意每日饮食少油盐、低脂肪,合理饮食,每餐饮食以七八分饱为适宜。

(5)运动指导:由护理人员依据患者的运动喜好,为其制定户外运动计划,以快走、慢跑、跳操、游泳等有氧运动为主,每日保持 2h 的户外运动,遵循循序渐进的原则,适当增加运动时间、运动量。

(6)血糖监测:由护理人员为所有患者发放血糖监测记录日记,并依据患者治疗方案的不同,合理完善血糖监测方案。

(7)药物治疗:由护理人员、临床医师共同协助患者,为其制定个性化药物干预方案,并详细指导其服药期间的注意事项,对于注射胰岛素的患者,护理人员需对其进行一对一指导。

(8)辅助检查计划:由医护人员、社区人员督促患者定期进行血脂、肝肾功能、糖化血红蛋白、周围神经、周围血管病变筛查工作,并将其检查结果详细记录到患者的档案中,一旦发现检查结果的异常情况,需由服务团队与社区人员与患者面对面沟通,并完善其诊治方案。

(9)随访计划:对于血糖不稳定的患者,医护人员须联合社区人员每周定期对患者进行随访,直至其病情稳定后可酌情减少随访次数。

两组患者的干预周期均为半年。

1.3 观察指标

1.3.1 血糖 分别于干预前、干预后抽取患者晨起空腹状态下的静脉血 3ml,并采用邻甲苯胺法测定其空腹血糖(FPG)、餐后 2h 血糖(2hFPG)两项指标。

1.3.2 血脂水平 同样于干预前、干预后抽取患者晨起空腹

状态下的静脉血 3ml, 采用氧化酶联比色法对其血液样本中的甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)与高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)进行检测。

1.3.3 负面情绪评分 借助 SAS 量表、SDS 量表对患者干预前后的负面情绪进行准确评估, 其中, SAS 量表的标准分为 50 分; SDS 量表的标准分为 53 分, 其分值与负面情绪呈负相关^[6]。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 22.0 版本的统计学软件完成对临床数据的统计学处理, 以 $n(\%)$ 表示计数资料, 以 χ^2 作为临床检验工具; 以 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料, 临床比较采用 T 检验; 数据检验标准: $P < 0.001$ 。

2. 结果

2.1 两组患者干预前后的血糖水平比较

干预前, 两组患者的血糖水平间比较无统计学意义 ($P > 0.05$), 干预后, 研究组的空腹血糖(FPG)、餐后 2h 血糖(2hFPG)均显著低于对照组 ($P < 0.001$), 详见表 1:

表 1: 两组患者干预前后的血糖水平比较 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	n	FPG		2hFPG	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	60	9.51 ± 0.29	8.32 ± 0.18	12.16 ± 0.34	10.59 ± 0.21
研究组	60	9.49 ± 0.32	6.57 ± 0.23	12.19 ± 0.31	9.17 ± 0.13
T		0.358	46.412	0.517	38.481
P		0.720	<0.001	0.653	<0.001

2.2 两组患者干预前后的血脂水平比较

两组患者干预前后的血脂水平比较结果详见表 2、表 3:

表 2: 两组患者干预前后的血脂水平比较结果 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	n	TG		TC	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	60	2.58 ± 0.12	2.11 ± 0.09	5.27 ± 0.13	4.86 ± 0.14
研究组	60	2.61 ± 0.19	1.76 ± 0.04	5.31 ± 0.09	4.27 ± 0.18
T		0.831	23.572	0.769	18.467
P		0.379	<0.001	0.431	<0.001

表 3: 两组患者干预前后的血脂水平比较结果 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	n	LDL-C		HDL-C	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	60	2.51 ± 0.14	2.17 ± 0.13	0.59 ± 0.11	1.17 ± 0.08
研究组	60	2.49 ± 0.16	1.69 ± 0.11	0.61 ± 0.09	2.21 ± 0.09
T		0.741	21.833	1.090	18.547
P		0.429	<0.001	0.277	<0.001

2.3 两组患者干预前后的负面情绪评分比较

两组患者干预前的负面情绪评分比较结果无显著差异 ($P > 0.05$), 在分别接受不同的临床干预方案后, 研究组的 SAS 评分、SDS 评分均显著低于对照组 ($P < 0.001$)。

表 4: 两组患者干预前后的负面情绪评分比较结果 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	60	52.57 ± 0.13	48.91 ± 0.14	54.49 ± 0.16	46.18 ± 0.22
研究组	60	52.61 ± 0.09	43.51 ± 0.19	54.51 ± 0.14	42.21 ± 0.29
T		1.959	177.231	0.728	84.480
P		0.052	<0.001	0.467	<0.001

3 讨论

我国是糖尿病大国, 其糖尿病患者的数量多达 1 亿, 其中, 约有 95% 均为 2 型糖尿病患者。临床研究证实, 2 型糖尿病疾病与遗传、肥胖、高热量饮食息息相关, 且无特效药物, 患者只能终身服用降糖药物控制血糖, 以预防并发症^[7]。但仅以药物干预难以达到良好的控糖效果, 还需依靠患者的自我管理能力和保持良好的生活习惯与饮食习惯, 以帮助患者更好地控制病情的发展。

2 型糖尿病是一种常见的慢性代谢性疾病。一旦患病, 患者的血糖异常升高, 并受到环境、遗传因素的影响, 导致其机体的胰岛素分泌不足, 若无法加以控制, 会诱发严重的并发症, 比如糖尿病视网膜病变、糖尿病肾病及糖尿病足等, 对患者的日常生活造成严重的负面影响^[8]。

在实施药物降糖治疗的同时, 还需辅以行之有效的干预措施。社区糖尿病团队管理作为 2 型糖尿病患者临床上常用的一种干预模式, 通过对患者的饮食、日常生活、运动等方面给予科学性的指导, 有助于控制患者的血糖维持在正常的水平, 从而使血糖长期达标, 并合理控制患者的体重异常增长, 同时改善其不良习惯, 提升患者的自我管理能力和戒烟酒, 保持良好、愉快的心理状态, 积极配合临床治疗, 降低疾病对自身的危害^[9]。

在此次临床研究中, 将近两年就诊的部分 2 型糖尿病患者作为研究对象, 分别给予不同的临床干预方案, 回顾其临床效果, 结果得知: 在应用社区 2 型糖尿病团队管理联合慢病门诊治疗后, 患者的血糖、血脂水平显著下降, 同时其负面情绪得到明显的改善。

综上所述, 为了改善 2 型糖尿病患者的血糖水平, 促进其自我管理能力的提升, 需在临床上加强对社区 2 型糖尿病团队管理联合慢病门诊治疗的联合应用, 值得在临床上大力推广应用。

参考文献:

- [1] 蒋艳萍, 周家凤. 强化家庭医生团队模式在社区 2 型糖尿病患者管理中的应用研究[J]. 中国社区医师, 2023, 39(20):155-157.
- [2] 向霞, 祝小丹, 马绮文等. “互联网+护理服务”联合家庭病床模式在社区 2 型糖尿病患者健康管理中的应用[J]. 天津护理, 2023, 31(02):213-216.
- [3] 孙淑娟, 赵珊, 杨芳荣等. 社区 2 型糖尿病团队管理联合全科门诊治疗的效果分析[J]. 中国社区医师, 2022, 38(29):161-163+166.
- [4] 孙建荣. 家庭医生服务团队模式管理应用在社区 2 型糖尿病患者的效果[J]. 医学食疗与健康, 2022, 20(16):120-153.
- [5] 高圆圆, 蔡佩芬, 梁峰等. 同伴支持教育联合全科团队管理模式对社区 2 型糖尿病患者知信行水平的影响[J]. 中华全科医学, 2022, 20(01):83-87.
- [6] 王宇. 团队管理式延续性护理在 2 型糖尿病患者中的应用价值[J]. 中国医药指南, 2021, 19(28):191-193.
- [7] 李豫凯. 医院-社区一体化糖尿病管理模式的应用与评价研究[D]. 新疆医科大学, 2021.
- [8] 陈璐莹. 家庭医生团队在社区 2 型糖尿病管理中的作用探讨[J]. 糖尿病新世界, 2020, 23(23):193-195.
- [9] 王雪芳. 2 型糖尿病社区团队管理与全科门诊治疗的疗效[J]. 名医, 2020(05):83.

作者简介: 江鸿雪, 1974 年 2 月, 女, 汉族, 本科, 全科副主任医师, 科室: 全科。