

云南省某贫困县高血压、糖尿病患者社区综合干预管理效果分析

毕永章¹⁾, 周文刚²⁾, 张晓娴³⁾, 唐松源²⁾

(1) 南华县龙川卫生院, 云南 南华 675200; 2) 昆明医科大学公共卫生学院; 3) 昆明医科大学, 云南 昆明 650500)

[摘要] **目的** 掌握和分析云南省某贫困县高血压与糖尿病患者的社区综合干预管理实施现状, 并进行效果评估, 为农村社区高血压、糖尿病的综合防治提供参考依据. **方法** 从慢病档案管理系统中收集 2010 年与 2013 年该社区高血压、糖尿病患者的相关指标, 比较并分析干预前后各指标的变化情况, 采用 SPSS 软件进行统计分析. **结果** 采取综合干预管理以后, 无论是高血压患者、糖尿病患者、高血压和糖尿病共患者的随访完成率, 健康教育率, 规律服药率, 坚持运动率, 整体控制率 $P < 0.05$. **结论** 在农村地区开展社区综合干预管理确实可行, 能够有效控制高血压、糖尿病, 提高居民健康水平, 可作为一种慢性病防治的重要手段和措施加以推广应用.

[关键词] 高血压; 糖尿病; 社区综合干预管理; 效果评估

[中图分类号] R587.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2095-610X (2014) 08-0042-05

An Evaluation of Effectiveness of the Community-based Comprehensive Intervention for Hypertension and Diabetes in a Rural County of Yunnan Province

BI Yong-zhang¹⁾, ZHOU Wen-gang²⁾, ZHANG Xiao-xian³⁾, TANG Song-yuang²⁾

(1) Longchuan Township Health Center, Nanhua Yunnan 675200; 2) School of Public Health, Kunming Medical University; 3) Kunming Medical University, Kunming Yunnan 650500, China)

[Abstract] **Objective** To evaluate the effectiveness of the community-based comprehensive intervention for hypertension and diabetes in a rural county of Yunnan, and to provide the relevant evidences for policy making. **Methods** We systematically collected and analyzed the relevant data from computer-based information management system for chronic diseases. The SPSS was used for data analysis. **Results** The evaluation research showed that the community-based comprehensive intervention for hypertension and diabetes worked well in the county. The control rate of hypertension, diabetes and the both had been improved greatly, meanwhile, other relevant indicators, such as the regular medication rate, follow-up rate and satisfaction rate were also improved significantly. **Conclusion** The community-based comprehensive intervention for hypertension and diabetes is a feasible and effective approach for chronic disease control and management in rural districts in China.

[Key words] Hypertension; Diabetes; Community-based comprehensive intervention; Effectiveness evaluation

随着人口老龄化趋势的加快, 慢性病患者的数量逐年增加, 2012 年卫生统计年鉴显示: 2008 年居民慢病患病率为 157.4‰, 其中城市患病率为 205.3‰, 农村为 140.4‰, 而高血压和糖尿病位于慢性疾病前十的首位^[1]. 云南省目前城乡居民慢性

病死亡已占到居民总死亡的 76.40%, 并且呈现以高血压和糖尿病为代表的慢性病“三高三低”的现状^[2]. 因此, 加强慢性病的管理和控制 在公共卫生领域任重而道远, 尤其是对高血压和糖尿病患者的管理和控制是其重中之重^[3].

[作者简介] 毕永章 (1968~), 男, 云南南华县人, 中专, 主治医师, 主要从事妇幼保健, 慢性病管理的研究工作.

[通讯作者] 唐松源. E-mail: tsythailand@hotmail.com; 张晓娴. E-mail: zxx2004abc@yahoo.com.cn

相关研究表明高血压、糖尿病的发生与遗传和生活行为方式有关^[4], 对高血压、糖尿病患者采取有效、科学的健康管理, 加强健康知识的普及, 促进生活行为的改变, 可以有效的控制血压、血糖^[5], 减少疾病经济负担, 提高生活质量, 延长患者寿命. 云南省该贫困县社区卫生服务机构自 2007 年开展慢性疾病管理以来, 已在建立健康档案、健康教育、随访等方面积累了一定的工作经验. 2009 年新医改方案的出台, 把促进基本公共卫生逐步均等化作为改革的五项重点工作之一, 随后出台的 2009 年、2011 年版的《国家基本公共卫生服务规范》都强调了对高血压、糖尿病患者的健康管理. 为此, 从 2010 年开始, 该贫困县社区卫生服务机构开展了高血压、糖尿病社区综合防治的策略.

本研究通过相关政策信息 (包括实施原则、组织机构设置、管理方法和手段等) 和总结性评价资料 (包括随访完成率、健康教育率、规律服药率、坚持运动率、控制率管理满意率等) 来了解该贫困县社区高血压和糖尿病患者管理情况和病情控制现状, 并通过对 2010 年与 2013 年评价资料的追踪观察, 进行总体效果的评价. 从而总结工作中的优秀经验, 发现慢病管理工作中存在的问题和不足, 为后期进一步补充和完善慢病管理工作提供对策和建议, 同时也为同类地区慢病控制提供借鉴.

1 资料与方法

1.1 对象

在该贫困县的社区卫生服务中心随机抽取 1 个中心, 把属于本中心管辖地域范围内的前来就诊有明确诊断患有高血压、糖尿病 (或二者共患) 且已建立健康管理档案的患者纳入调查对象, 2010 年共 1 012 例患者, 2013 年共调查 2 580 例患者.

1.2 资料收集方法

从该社区卫生服务机构慢病档案管理系统中收集 2010 年与 2013 年该社区高血压、糖尿病患者的相关指标、信息和数据.

1.3 社区综合干预方法

从 2010 年开始, 该贫困县充分利用社区资源, 以社区卫生服务中心为技术和资金为依托, 以各级村医为核心骨干, 对社区高血压、糖尿病患者开展健康管理, 同时在全社区范围内开展高血压、糖尿病的预防、治疗、康复、健康指导等防治活动和健康促进活动. 项目主要措施包括: (1) 对全体居民建立慢性病健康档案, 该慢病管理档案主要内容包括: 性别、年龄、病种、生活指导方式、服药依

从性、控制率等内容. 同时要求管理档案的完整性和真实性, 要随时更新记录. (2) 社区卫生服务设立中心有专职人员、各级村医为兼职人员负责对高血压、糖尿病患者进行综合的健康管理, 每年提供至少 4 次面对面的随访, 内容包括询问病情、服药情况, 进行体格检查, 并根据血压、血糖水平、症状体征进行健康生活方式指导, 减盐限油、控制体重、按时服药及更换药物等个体化的定期随访干预. 还要求再管的患者每年应至少进行 1 次较全面的健康检查, 对长期卧床不起、行动不方便的居民采取入户进行体检的服务. (3) 定期邀请州医院, 县医院的高血压, 糖尿病防治专家和医院临床医生深入农户发开展慢性病筛查义诊及乡村大课堂等形式强化健康防病知识. (4) 开展对全社区人群的健康教育、健康促进宣传活动, 粘贴宣传海报, 墙体标语的喷绘、书写, 发放宣传的挂历、小册子等, 播放高血压, 糖尿病健康教育视频等.

1.4 评估方法

采用干预前后对照实验设计, 通过横断面调查的方法比较 2010 年与 2013 年目标人群的慢病管理相关指标的情况变化, 进行社区综合干预的效果评估. 同时也通过定性访谈的方法对管理效果进行客观评价.

1.5 统计学分析

用 Excel 建立数据库, 通过 SPSS 软件系统进行数据处理, χ^2 检验, 进行描述性统计分析和差异性分析.

2 结果

2.1 高血压和糖尿病患者的人口学特征

2010 年与 2013 年的数据相比, 该社区居民高血压、糖尿病患者性别, 年龄差异没统计学意义 ($P > 0.05$). 本次调查数据显示: 高血压、糖尿病患者主要以女性为主, 2010 年高血压、糖尿病患者中女性所占比例分别为 57.3% 和 59.7%, 2013 年这一比例分别为 59.2% 和 61.9%. 从年龄分布来看, 高血压患者主要以 60 岁以上的老年人为主, 2010 年 60 岁以上的老年人占到总人数的 53.9%, 2013 年这一比例为 51.9%. 相比高血压患者, 糖尿病患者的年龄更加年轻化, 主要以 40 岁以上的中老年为主. 2010 年糖尿病患者年龄分布由高到低依次是 60 岁以上 (42.2%)、50~60 岁 (27.3%)、40~50 岁 (20.5%)、40 岁以下 (10%), 2013 年比例分别为 39.2%, 29.3%, 19.5% 和 12%. 高血压、糖尿病共患者也主要以女性为主,

以 60 岁以上的老年人为主, 同时 2 a 的数据都显示高血压、糖尿病共患者的年龄更大, 2010 年 60 岁以上老年人占到总人数的 63.3%, 2013 年占到总人数的 67.3%, 见表 1.

2.2 高血压患者管理情况与控制情况

社区采取综合干预管理后, 该社区居民高血压患者的随访完成率和健康教育率由 2010 年的 66.32% 和 43.74% 分别提高到综合管理后的 88.17% 和 67.89%. 2013 年所调查 2123 例高血压患者中, 能规律服药的有 1 441 人, 占 67.89%; 能坚持运动的有 1 031 人, 占 48.56%, 高血压的整体控制率为 80.28%, 3 项比例均高于 2010 年的 43.74%, 38.95% 和 54.12%. 社区高血压患者对管理的满意度也从 2010 年的 59.34% 提高到 2013 年的 86.71%. 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 干预后各项指标都好于干预前. 总的来说, 综合干预管理后, 社区高血压患者的管理情况和控制情况都有了很大的提高, 取得了很好的干预效果, 见表 2.

2.3 糖尿病患者管理情况与控制情况

该社区卫生服务机构对社区糖尿病患者对采取综合干预管理后, 管理情况也取得了很大的提高, 2013 年随访完成率和健康教育率都达到了 89.44% 和 88.06%. 在控制方面, 规律服药率、坚持运动率、整体控制率也提高到 68.11%、43.78% 和 75.44%. 社区糖尿病患者对管理满意度也从 2010 年的 56.33% 提高到 2013 年的 83.80%. 除坚持运动率 $P > 0.05$, 其它指标 P 值均小于 0.05, 差异均有统计学意义, 干预后各项指标都好于干预前. 总的来说, 综合干预管理后, 社区糖尿病患者的管

理情况和控制情况都有了很大的提高, 取得了很好的干预效果, 见表 3.

2.4 高血压和糖尿病共患者管理情况与控制情况

综合干预管理前, 对高血压和糖尿病共患者的管理并没有跟单患高血压和单患糖尿病的患者区分开, 都是单独进行高血压或者糖尿病的随访和宣传教育 (2010 年对共患者同时进行高血压和糖尿病的随访和宣传教育仅为 35.92% 和 22.33%), 用药指导方面也没有采取联合用药的指导, 一度导致当地居民高血压和糖尿病共患者的规律服药率 (2010 年仅为 33%) 和整体控制率 (2010 年仅为 42.71%) 很低, 好多患者都建立健康档案和体检也要分别进行 2 次, 对管理的满意度 (2010 年仅为 49.51%) 也不是很高. 综合干预管理后, 把高血压和糖尿病共患者采取了更加个性化的干预措施, 对共患者同时进行高血压和糖尿病健康教育, 健康档案建立和健康体检. 在进行饮食指导, 用药指导时既考虑高血压, 同时也兼顾到糖尿病的影响因素和规范指标^[9].

从表 4 中可以看出, 综合干预管理取得了很大的效果, 随访完成率、健康教育率、规律服药率、坚持运动率、整体控制率和管理满意率分别提高到 2013 年的 76.89%, 88.14%, 70.21%, 48.93%, 69.9% 和 89.96%. 以上数据经 χ^2 检验, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 干预后各项指标都好于干预前. 总的来说, 综合干预管理后, 社区高血压、糖尿病共患者的管理情况和控制情况都有了很大的提高, 取得了很好的干预效果.

表 1 2010 年与 2013 年该社区居民高血压、糖尿病患病情况 [n (%)]

Tab. 1 The hypertension and diabetes morbidity in patients in the community in 2010 and 2013 [n (%)]

项 目		综合干预前 (2010 年)			综合干预后 (2013 年)		
		高血压	糖尿病	共患	高血压	糖尿病	共患
性别	男	426(42.1)	79(40.3)	39(37.4)	866(40.8)	174(38.1)	117(35.6)
	女	580(57.3)	117(59.7)	64(62.6)	125(59.2)	283(61.9)	212(64.4)
年龄 (岁)	< 40	27(2.7)	20(10.0)	4(4.2)	61(2.9)	55(12.0)	10(3.0)
	40 ~	113(11.2)	40(20.5)	12(11.2)	234(11.0)	89(19.5)	32(9.7)
	50 ~	327(32.2)	54(27.3)	22(21.3)	727(34.2)	134(29.3)	66(20.0)
	> 60	545(53.9)	82(42.2)	65(63.3)	1 101(51.9)	179(39.2)	221(67.3)
合计		1012	196	103	2 123	457	329

表 2 2010 年与 2013 年社区居民高血压综合干预管理前后相关指标比较 [n (%)]

Tab. 2 Comparison of related indexes before and after hypertension community-based comprehensive intervention between 2010 and 2013 [n (%)]

相关指标	2010 年	2013 年
随访完成率	671(66.32)	1 872(88.17)**
健康教育率	576(56.93)	1 459(68.72)**
规律服药率	443(43.74)	1 441(67.89)**
坚持运动率	394(38.95)	1 031(48.56)**
控制率	548(54.12)	1 704(80.28)**
管理满意率	601(59.34)	1 489(86.71)**

与 2010 年比较, ** $P < 0.01$.

表 3 2010 年与 2013 年社区居民糖尿病综合干预管理前后相关指标比较 [n (%)]

Tab. 3 Comparison of related indexes before and after diabetes community-based comprehensive intervention between 2010 and 2013 [n (%)]

相关指标	2010 年	2013 年
随访完成率	126(64.32)	409(89.44)**
健康教育率	100(50.97)	402(88.06)**
规律服药率	95(48.70)	311(68.11)**
坚持运动率	76(38.93)	200(43.78)
控制率	104(53.19)	344(75.44)**
管理满意率	110(56.33)	383(83.80)**

与 2010 年比较, ** $P < 0.01$.

表 4 2010 年与 2013 年社区居民共患高血压、糖尿病综合干预管理前后相关指标比较 [n (%)]

Tab. 4 Comparison of related indexes before and after hypertension and diabetes community-based comprehensive intervention between 2010 and 2013 [n (%)]

相关指标	2010 年	2013 年
随访完成率	37(35.92)	35.92(76.89)**
健康教育率	23(22.33)	22.33(88.14)**
规律服药率	34(33.00)	33.00(70.21)**
坚持运动率	38(36.89)	36.89(48.93)**
控制率	44(42.71)	42.71(69.9)
管理满意率	51(49.51)	49.51(89.96)**

与 2010 年比较, ** $P < 0.01$.

3 讨论

从 2010 年该社区采取综合干预管理以后, 无论是高血压患者、糖尿病患者、高血压、糖尿病共患者的随访完成率, 健康教育率, 规律服药率, 坚持运动率, 整体控制率, 管理满意率都有了很大的改善和提高 ($P < 0.05$), 取得了很大的效果. 同时证明了在农村地区采取这种充分利用社区资源, 以社区卫生服务中心为技术和资金为依托, 以各级村医为核心骨干, 对社区高血压、糖尿病患者开展健康管理, 同时在全社区范围内开展高血压、糖尿病的预防、治疗、康复、健康指导等防治活动和健康促进的慢性病防治策略是可行的、有效的, 是符合农村地区社会发展趋势, 是提高居民健康的有效手段.

该社区采取综合干预管理时, 把高血压和糖尿病共患者作为一个更加特殊的群体来看待, 并不是单独的糖尿病患者, 单独的高血压患者, 或者是两者的简单叠加. 在该社区综合干预管理中, 对共患者采取了更加个性化的干预措施, 同时进行高血压和糖尿病健康教育, 健康档案建立和健康体检, 在进行饮食指导, 用药指导时既考虑高血压, 同时也兼顾到糖尿病的影响因素和规范指标. 本次研究证实了这种模式, 一方面更容易被农村居民接受和喜爱, 节约了时间和经济成本, 另外一方面对其血压、血糖的控制取得了很好的效果, 能大幅度地减缓了并发症的发生, 提高其生活质量.

相关研究表明, 近年来高血压患率的增长趋势在中青年人群中比老年人更为明显, 尤其以 35 ~ 44 岁年龄组人群患病率增长最快^[7], 本次研究中也发现该年龄阶段的患者也占到了一定的比例, 为此在社区慢性病综合干预管理中, 不仅仅要针对确诊的患者进行干预措施, 还应该加大普通人群慢性病的筛查力度, 进行高血压、糖尿病的健康知识的宣传和教育的提高, 提高全体社区居民慢性病的防病意识和健康意识^[8], 做到“早发现, 早诊断, 早治疗”, 在早期阶段对危险因素进行及时干预, 从行为、饮食、营养、心理、医疗等各方面调整和指导服务对象的行为措施^[9].

本次研究发现, 综合干预管理后, 农村社区慢性病患者的随访完成率和健康教育率已经达到 80%, 不过农村患者的规律服药率、坚持运动率、整体控制率并没有达到很高的水平, 特别是坚持

运动率低于 50%。究其原因一方面可能跟农村居民每天要从事繁重的体力活,没有充足的时间运动,经济收入低下,故依从性较低有关^[10]。另一方面健康生活行为的改变,不是在短时间内可以完成的^[11],帮助居民建立和重塑健康信念模式(知-信-行模式),是健康管理的重点和难点^[12],这需要在今后的管理工作中不断实践、探索和完善。

[参考文献]

- [1] 卫生部,2012年中国卫生统计年鉴[M].北京:中国协和医科大学出版社,2012:200-220.
- [2] 云南省统计局,2013年云南统计年鉴[M].北京:中国统计出版社,2013:130-150.
- [3] BODENHEIMER T, WAGNER E H, GRUMBACH K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2 [J]. *Jama*, 2002, 288(15): 1909-1914.
- [4] KOUNTZ D. Special considerations of care and risk management for African American patients with type 2 diabetes mellitus [J]. *J Natl Med Assoc*, 2012, 104(56): 265-273.
- [5] 陆云霞,施侣元. 居民糖尿病防治知识认知程度及影响因素分析[J]. *中国公共卫生*, 2004, 4(20): 628-629.
- [6] SHIQIAN P. Preventive strategy for sub-health population with high risk in hypertension and diabetes [J]. *Chinese Rural Health Service Administration*, 2005, 25(6): 34.
- [7] 徐小玲,唐新华,金宏义. 浙江省社区人群高血压患病率、知晓率、服药率和血压控制状况分析[J]. *中国心血管杂志*, 2005, 10(1): 36-39.
- [8] BAKRIS G L, WILLAMS M, DWORKIN L, et al. Preserving renal function in adults with hypertension and diabetes: a consensus approach [J]. *American journal of kidney diseases*, 2000, 36(3): 646-661.
- [9] 吴秀娟. 鄂伦春旗社区高血压、糖尿病规范化干预效果分析[J]. *中国医药指南*, 2012, 9(32): 301-302.
- [10] 王伟,严非,薛曹怡,等. 高血压患者社区管理依从性影响因素定性研究的系统评价[J]. *中国循证医学杂志*, 2010, 10(4): 429-432.
- [11] RAFIQUE G, AZAM S I, WHITE F. Diabetes knowledge, beliefs and practices among people with diabetes attending a university hospital in Karachi, Pakistan [J]. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2006, 12(5): 590.
- [12] 赵立群,聂雷,龙美洁,等. 健康教育和膳食干预对高血压社区综合防治的效果分析 [J]. *社区医学杂志*, 2010, 8(5): 20-21.

(2014-05-12 收稿)

版权声明

本刊已许可中国学术期刊(光盘版)电子杂志社在中国知网及其系列数据库产品中以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文,作者向本刊提交文章发表的行为即视为同意编辑部上述声明。