

高血压合并糖尿病慢性病管理模式对于预防并发症的效果观察

陈晓纯

内蒙古呼伦贝尔市人民医院, 内蒙古 呼伦贝尔 021008

【摘要】 目的 探究对高血压合并糖尿病患者施行不同慢性病管理模式的效果。方法 选用信封随机法将 2019 年 2 月—2021 年 2 月我院 96 例高血压合并糖尿病患者分为对照组(48 例, 施行常规管理模式)与观察组(48 例, 施行行为分阶段转变理论管理模式)。随访 1 年, 对比两组血压、血糖、遵医行为评分、改良健康促进生活方式量表 II 评分及并发症发生率。结果 ①观察组管理后血压、血糖结果均低于对照组, $P < 0.05$; ②观察组管理后改良健康促进生活方式量表 II 评分高于对照组, $P < 0.05$; ③观察组管理后遵医行为评分高于对照组, $P < 0.05$; ④观察组并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$ 。结论 对高血压合并糖尿病患者施行行为分阶段转变理论管理模式有助于增加降压及降糖效果, 预防并发症, 患者遵医行为更佳, 更能采取健康生活方式。

【关键词】 高血压; 糖尿病; 行为分阶段转变理论; 遵医行为; 并发症; 血糖; 血压

高血压、糖尿病均属于慢性病范畴, 患病人数较多, 且调查显示^[1], 部分人群常同时患有高血压、糖尿病。而高血压、糖尿病均是引发心脑血管疾病的高危因素^[2], 但目前大部分人群未能充分意识到高血压、糖尿病对自身健康的危害, 在服药期间常易出现忘服、擅自停药等问题^[3], 故对上述合并症患者加强管理十分重要。行为分阶段转变理论管理模式共分为 5 个阶段, 主张在不同阶段结合患者不同需求施行针对性措施, 以达到改变患者不良行为的目的, 目前常被用于各类疾病治疗和管理中。本研究特此对高血压合并糖尿病患者施行行为分阶段转变理论管理模式, 以探究其有效性, 报道如下。

1 资料和方法

1.1 资料 经伦理委员会批准后施行研究, 选用信封随机法将 2019 年 2 月—2021 年 2 月我院 96 例高血压合并糖尿病患者分为对照组与观察组, 各 48 例。

观察组年龄为 46 ~ 79 (52.62 ± 2.42) 岁; 男女分别为 28 (58.33%) 例与 20 (41.67%) 例; 高血压病程为 4 ~ 16 (9.52 ± 2.25) 年; 糖尿病病程为 3 ~ 11 (6.12 ± 2.25) 年。

对照组年龄为 44 ~ 78 (52.58 ± 2.38) 岁; 男女分别为 26 (54.17%) 例与 22 (45.83%) 例; 高血压病程为 3 ~ 17 (9.48 ± 2.20) 年; 糖尿病病程为 2 ~ 10 (6.05 ± 2.23) 年。

组间资料经计算得 $P > 0.05$, 可对比。

纳入标准: ①符合 2018 年修订版《中国高

血压防治指南》^[4] 中高血压及 2020 年版《中国 2 型糖尿病防治指南》^[5] 中 2 型糖尿病诊断标准者; ②听力及理解能力正常, 与人沟通无障碍者; ③签署知情协议者。

排除标准: ①既往有精神疾病史者; ②继发性高血压者; ③重要脏器功能不全者。

1.2 方法

1.2.1 对照组采用常规管理模式 按医嘱告知患者各种降压及降糖药物服用方法, 给予饮食及运动建议, 嘱咐其定期监测血压及血糖, 对于血压和(或)血糖连续 2 周控制不佳者, 需及时向医师反馈, 以调节用药方案。同时, 结合患者需求向其讲述高血压、高血糖相关知识, 如危害、并发症及治疗方案等。

1.2.2 观察组采用行为分阶段转变理论管理模式 1. 前意向阶段: 护士结合患者受教育程度对患者施行高血压及糖尿病知识宣教, 同时, 邀请高血压及糖尿病对应科室主任医师向患者讲述高血压、糖尿病相关知识, 并重点向其讲述日常生活中引发高血压和糖尿病的危险因素, 以增加其重视程度。并向患者灌输增强自我管理能力的理念, 多分享一些案例, 以激发患者自我管理意识。时间控制在 20 ~ 30min。2. 意向阶段: 护士主动和患者沟通, 陪同其分析建立自我管理意识的重要性及作用, 分析患者目前自我管理方面存在的问题及相关解决方案, 告知患者医护人员会从旁协助, 以增强其信心。3. 准备阶段: 护士协助患者结合自身情况从饮食、运动、用药及日常生活方面制定个性化干预方案, 鼓励家属多给予患者支持和关

爱,同时,专门建立病友交流群,鼓励患者今后在群内分享自我管理经验、成果,亦可和群内其他成员互相交流心声。4. 行动阶段:从饮食、用药、运动等方面开展自我管理,如在饮食方面,告知患者进食低糖、低脂食物,多进食高纤维素、高蛋白食物,并注意严格控制食盐摄入量,每天应低于 5g,适当多进食富含钙、钾食物;在用药方面,可设置闹钟提醒用药,对于易混淆药物,需使用显眼标识区分,并嘱咐家属提醒或督促患者用药;在病情监测方面,告知患者需自备血压计和血糖仪,嘱咐患者定期监测血压及血糖(如血压每天测量 1 次,血糖每 3d 测量 1 次),并详细记录监测结果,对于连续 2 周控制不佳者,需及时向医师反馈,以调节用药方案;在运动方面,告知患者在身体允许前提下适当开展慢跑、太极等有氧运动,以轻微出汗为宜,若在运动期间出现胸闷、头晕等问题,需立即停止运动,并及时就医;在日常生活方面,需劳逸结合,养成合理作息习惯;在情绪管理方面,需及时宣泄不良情绪,多和家属倾诉。5. 维持阶段:护士需主动收集患者信息,定期对其施行电话随访,了解其血糖及血压情况,积极回答患者疑问,同时,在微信群内专门组建服药打卡活动,对于未打卡者,需及时打电话提醒,此外,可鼓励患者积极在群内分享自身计划执行情况,对于表现优秀者,可适当给予小礼品,以强化其自我

管理能力。

1.3 评估指标 随访 1 年,对比两组血压、血糖、遵医行为评分、改良健康促进生活方式量表 II 评分及并发症发生率。

遵医行为评分:使用自制问卷对饮食控制(10 分)、规律锻炼(10 分)、遵医用药(10 分)、血糖/血压监测(10 分)、定期复诊(10 分)施行评估,评分越高,则遵医行为为越佳。

改良健康促进生活方式量表 II 评分^[6]:使用量表(共 52 个题目,计分制为 1~4 分)对患者健康责任感、营养情况、运动锻炼、自我实现、人际关系及压力管理施行评估,评分越高,则健康行为为越佳。

1.4 统计学分析 软件选用 SPSS22.0,计数、计量资料分别行 χ^2 、t 检验, $P < 0.05$,则结果有差异。

2 结 果

2.1 两组血压、血糖水平比较 管理后,比较两组血压、血糖结果发现,观察组低于对照组, $P < 0.05$,如表 1。

2.2 两组改良健康促进生活方式量表 II 评分比较 管理后,比较两组改良健康促进生活方式量表 II 评分发现,观察组高于对照组, $P < 0.05$,如表 2。

表 1 两组血压、血糖水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	舒张压 (mmHg)	收缩压 (mmHg)	空腹血糖 (mmol/L)	餐后 2h 血糖 (mmol/L)
对照组 (n=48)	管理前	102.42 ± 5.36	147.52 ± 6.42	7.45 ± 1.46	12.36 ± 2.25
	管理后	86.50 ± 2.38	127.57 ± 5.69	6.11 ± 1.02	8.85 ± 1.75
观察组 (n=48)	管理前	103.42 ± 5.98	148.49 ± 5.78	7.39 ± 1.50	12.46 ± 2.32
	管理后	80.50 ± 3.25	120.43 ± 4.16	5.46 ± 1.06	7.36 ± 1.42
t	管理前	0.863	0.778	0.199	0.214
P	管理前	0.390	0.439	0.843	0.831
t	管理后	10.319	7.018	3.061	4.581
P	管理后	0.000	0.000	0.003	0.000

表 2 两组改良健康促进生活方式量表 II 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	健康责任感	营养情况	运动锻炼	人际关系	自我实现	压力管理
对照组 (n=48)	管理前	17.42 ± 2.48	17.58 ± 1.42	14.35 ± 2.46	20.48 ± 1.25	15.36 ± 1.36	16.54 ± 1.49
	管理后	22.50 ± 2.38	23.69 ± 1.69	20.69 ± 2.32	23.85 ± 2.85	17.15 ± 2.15	21.15 ± 2.37
观察组 (n=48)	管理前	17.52 ± 2.36	17.62 ± 1.34	14.49 ± 2.75	20.19 ± 1.65	15.42 ± 1.25	16.36 ± 1.78
	管理后	27.50 ± 2.38	28.36 ± 1.25	25.61 ± 2.72	26.65 ± 2.32	20.78 ± 2.36	25.05 ± 2.18
t	管理前	0.202	0.142	0.263	0.971	0.225	0.537
P	管理前	0.840	0.887	0.793	0.334	0.822	0.592
t	管理后	10.292	15.392	9.535	5.279	7.878	8.391
P	管理后	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组管理后遵医行为评分比较 比较两组管理后遵医行为评分发现,观察组高于对照组, $P < 0.05$,如表 3。

2.4 两组并发症发生率比较 比较两组并发症发现,观察组发生率低于对照组, $P < 0.05$,如表 4。

表 3 两组管理后遵医行为评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	饮食控制	规律锻炼	遵医用药	血糖 / 血压监测	定期复诊
对照组	48	5.29 ± 1.26	4.35 ± 1.15	7.35 ± 1.02	5.26 ± 1.16	5.26 ± 1.16
观察组	48	7.65 ± 1.48	6.36 ± 1.26	8.54 ± 1.21	7.74 ± 1.25	6.98 ± 1.35
t		8.412	8.163	5.210	10.076	6.695
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 4 两组并发症发生率比较 (n, %)

组别	例数	冠心病	心绞痛	脑出血	并发症发生率
对照组	48	3	2	2	14.58
观察组	48	1	0	0	2.08
t					4.909
P					0.027

3 讨 论

高血压、糖尿病患病人群以中老年群体为主,随着近些年人口老龄化问题加剧,上述疾病患病人数显著增多,相应地,高血压合并糖尿病患病人数亦显著增多。高血压合并糖尿病更易增加机体罹患心脑血管疾病风险^[7],而上述疾病的发生、进展和患者自身饮食、生活及用药习惯等存在一定相关性^[8],故除接受药物治疗外,对其施行管理干预亦十分重要。

本研究对患者施行行为分阶段转变理论管理模式获得了较好成效,这主要是由于在上述模式中,护士结合不同阶段对患者施行针对性措施,从而使患者逐渐意识到加强自我管理的重要性,如前意向阶段借助案例分享激发患者自我管理意识,行动阶段指导患者从饮食、用药、运动等方面加强自我管理能力,维持阶段鼓励患者坚持采取良好行为或借助微信打卡活动提醒患者用药等,研究发现,经上述措施干预后,患者自我管理能力提升,从而有效保证降压及降糖效果。

此次研究显示,管理后,在血压、血糖及并发症发生率方面,观察组结果均低于对照组,提示施行行为分阶段转变理论管理模式具有良好可行性,有助于保证患者用药依从性,从而保证降压及降糖结果,进而有助于降低冠心病、心绞痛等并发症发生风险。同时,数据显示,观察组管理后改良健康促进生活方式量表 II 评分及遵医行为评分均高于对照组,提示对患者施行行为分阶段转变理论管理模式能改变患者以往不良行为,增加其遵医行为,效果较好。

综上所述,施行行为分阶段转变理论管理模式干预高血压合并糖尿病患者具有良好可行性,有助于预防并发症,降压及降糖效果更优,且患者遵医行为更佳,更能采取健康生活方式,值得实践推广。

参考文献

- [1] 周胃雯,唐小波,孙少清,等.综合健康管理模式对老年高血压合并糖尿病患者自我管理能力及 HbA1c、FPG、2hPG 水平的影响[J].中国老年学杂志,2021,41(10):2186-2189.
- [2] 王艳艳,刘洁,丁晓彤,等.规范化管理模式对糖尿病合并高血压脑出血患者血糖控制及并发症的影响[J].检验医学与临床,2021,18(9):1325-1327.
- [3] 王晓颖,杨征宇,郝科,等.慢病管理模型在高血压病管理中的效果及其机制探讨[J].武警后勤学院学报(医学版),2021,30(4):108-110.
- [4] 中国高血压防治指南修订委员会,高血压联盟(中国),中华医学会心血管病学分会中国医师协会高血压专业委员会,中国医疗保健国际交流促进会高血压分会,等.中国高血压防治指南(2018年修订版)[J].中国心血管杂志,2019,24(1):24-56.
- [5] 中华医学会糖尿病学分会.中国2型糖尿病防治指南(2020年版)[J].中华糖尿病杂志,2021,13(4):315-409.
- [6] 陈宝欣,忽群,孙明伟,等.家庭医生团队“三师共管”社区老年慢性病健康管理模式构建与效果评价[J].中国医学创新,2020,17(15):164-168.
- [7] 李莉,姚明瑛,陈倩,等.时机理论奠基式健康管理模式在高血压合并糖尿病患者中的应用[J].国际护理学杂志,2021,40(4):624-627.
- [8] 杨静,董娟.基于行为分阶段转变理论的健康教育对高血压患者自我管理能力及生活质量的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(22):160-162.