

卫生健康事业发展70周年巡礼·慢性病管理 社区-综合性医院二级全科医生管理 多病共存慢性病的效果

冯宪真¹, 沈啸翼¹, 丁晶晶¹, 刘吴瑕², 周军¹, 陆红¹, 徐仲卿¹

(1. 上海市同仁医院、上海交通大学医学院附属同仁医院全科医疗科, 上海 200336; 2. 上海长海医院特需诊疗科)

[摘要] **目的** 探讨分级诊疗模式下社区-综合性医院二级全科医生管理对多病共存慢性病管理效果。**方法** 收集2017年7月至12月经社区医生管理半年后仍未达标转诊到综合性医院全科慢性病管理门诊的多种慢性病共存的患者(主要合并高血压、糖尿病、高脂血症),共纳入受试者300例,在综合性医院各临床专科力量支持下由综合性医院全科医疗科和社区全科医生分层进行综合管理,建立起综合医院与社区服务中心二级分工的合作机制。定期随访血压、血糖、血脂,同时对患者进行健康教育、心理方面指导。随访1年后对患者进行健康状况评估(采用健康调查简表SF-36)。**结果** 受试者治疗前后血压、血糖、血脂控制明显好转,血压、血糖自我管理能力提升,医疗费用明显下降,差异均有统计学意义(P 均 <0.05);治疗后健康状况明显好转,与治疗前对比差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 多病共存的慢性病通过社区-综合性医院二级全科医生分层管理,确保患者得到持续性、综合性、个体化的全程照顾,能够明显改善患者治疗效果以及健康状况,改善患者长期预后。

[关键词] 慢性病;疾病管理;健康教育;诊疗模式,医师;人员管理,医院;全科医生

DOI:10.3969/J.issn.1672-6790.2019.04.005

To explore the effect of two-level general practitioner's management on the patients with multiple chronic non-communicable diseases in community-general hospitals under the graded diagnosis and treatment model
Feng Xianzhen^{*}, Shen Xiaoyi, Ding Jingjing, Liu Wuxia, Zhou Jun, Lu Hong, Xu Zhongqing (^{*} Department of General Practice, Tongren Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200336, China)

Corresponding author: Xu Zhongqing, Email: Zhongqing_Xu@hotmail.com

[Abstract] **Objective** To explore the effect of two-level general practitioner's management on multiorbidity in community-general hospitals under the graded diagnosis and treatment model. **Methods** A total of 300 patients with multiple chronic diseases (including hypertension, diabetes and hyperlipidemia) who were referred to our general practice chronic disease management clinic from July 2017 to December 2017 after being managed by community doctors for half a year were enrolled in this study. With the support of various clinical specialists in our hospital, the general practice and community general practitioners of our hospital were stratified and integrated management was established. The cooperative mechanism of secondary division of labor between general hospitals and community service centers has been established. Regular follow-up of blood pressure, blood sugar, blood lipids, and health education, psychological guidance for patients. The health status of the patients was evaluated after 1 year follow-up (SF-36). **Result** The subjects' blood pressure, blood sugar and blood lipid control improved significantly, and there were significant statistical differences ($P < 0.05$); blood pressure and blood sugar self-management ability improved significantly, and there were statistical differences ($P < 0.05$); medical expenses decreased significantly, and there were statistical differences before and after treatment ($P < 0.05$); health status assessment, and health after treatment. The health condition improved significantly, and there was statistical difference between before and after treatment ($P < 0.05$). **Conclusion** Chronic diseases coexisting with multiple diseases can be managed by two-level general practitioners in community-general hospitals to ensure that patients receive sustained, comprehensive and individualized whole-course

基金项目: 上海市长宁区医学名专科(YXMZK009)

作者简介: 冯宪真, 副主任医师, Email: fengxianzhengood@163.com

通信作者: 徐仲卿, 主任医师, Email: Zhongqing_Xu@hotmail.com

care, which can significantly improve the treatment effect and health status of patients, and improve long-term prognosis of patients.

[**Keywords**] Chronic disease; Disease management; Health education; Practice patterns, physicians'; Personnel administration, hospital; General practitioners

多病共存是一个较为复杂的社会问题,与单个慢性病相比,多病共存加重患者医疗支出增加、加重经济负担,降低患者生活质量^[1-2]。目前我国对于慢性病多病共存的管理研究仍处于初级阶段,还未形成完善的多病共存诊治医疗模式,慢性病的治疗主要是针对单病种的传统治疗模式。本研究针对这种现状开展了和社区全科医生共同对多病共存的慢性病患者进行持续性、综合性、个体化的全程追踪管理。

1 对象与方法

1.1 研究对象 本研究纳入2017年7月至12月经社区医生管理半年后仍未达标转诊到上海市同仁医院全科医疗科慢性病管理门诊的多种慢性病共存患者300例(主要是合并高血压、糖尿病、高脂血症,且达标率差的患者),其中男性171例,女性129例;年龄<40岁的45例(15%),年龄<65岁103例(34.3%),≥65岁的152例(50.7%);吸烟者184例,无吸烟史或已戒烟者116例;合并2种慢性病的187例,合并慢性病≥3种的113例。

1.2 高血压诊断标准和控制目标 符合《2010版高血压防治指南》并按指南进行高血压分级和心血管风险水平分层。诊室高血压:在未使用降压药物的情况下,非同日3次测量诊室血压,收缩压(SBP)≥140 mm Hg和(或)舒张压(DBP)≥90 mm Hg可诊断为高血压。患者既往有高血压史,目前正在使用降压药物,血压虽然低于140/90 mm Hg,仍应诊断为高血压。根据血压升高水平,又进一步将高血压分为1级、2级和3级。动态血压的高血压诊断标准为:平均SBP/DBP 24 h ≥130/80 mm Hg;白天≥135/85 mm Hg;夜间≥120/70 mm Hg。家庭血压的高血压诊断标准为≥135/85 mm Hg。

根据血压水平、心血管危险因素、靶器官损害、临床并发症和糖尿病进行心血管风险分层,分为低危、中危、高危和极高危4个层次。一般高血压患者应降至<140/90 mm Hg;能耐受者和部分高危及以上的患者可进一步降至<130/80 mm Hg;65~79岁的老年人,首先应降至<150/90 mm Hg;如能耐受,可进一步降至<140/90 mm Hg;≥80岁的老年

人应降至<150/90 mm Hg。

1.3 糖尿病诊断标准和控制目标 依据是WHO(1999年)标准。典型糖尿病症状(烦渴多饮、多尿、多食、不明原因的体质量下降)加上随机血糖≥11.1 mmol/L或加上空腹血糖≥7.0 mmol/L或加上葡萄糖负荷后2 h血糖≥11.1 mmol/L。无典型糖尿病症状者,需改日复查确认。糖尿病控制目标根据《2013年版中国糖尿病防治指南》:根据患者的年龄、病程、预期寿命、并发症或合并症、病情严重程度,进行综合考虑,制定相应的目标值。对大多数2型糖尿病患者合理的控制目标:空腹血糖目标4.4~7.0 mmol/L,非空腹10.0 mmol/L,糖化血红蛋白(HbA_{1c})<7%;更严格的糖化血红蛋白(如<6.5%,甚或尽可能接近正常)适合于病程短、预期寿命长,无并发症,未合并心脑血管疾病的2型糖尿病患者,其前提是低血糖或其他不良反应;相对宽松的糖化血红蛋白(如<8.0%)适合于有严重低血糖史,预期寿命较长,有严重的并发症和合并症的患者。

1.4 血脂异常诊断标准和控制目标 符合《中国成人血脂异常防治指南(2016年修订版)的标准》和心血管风险水平分层。胆固醇正常参考值3.1~5.7 mmol/L;三酰甘油0.4~1.7 mmol/L;高密度脂蛋白胆固醇1.0~1.6 mmol/L;低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)0~3.4 mmol/L,其中只有一项异常诊断为“血脂异常”。胆固醇≥6.2 mmol/L为高胆固醇血症,三酰甘油≥2.3 mmol/L为高三酰甘油血症。血脂控制目标:极高危者LDL-C<1.8 mmol/L;高危者LDL-C<2.6 mmol/L;中危和低危者LDL-C<3.4 mmol/L。LDL-C基线值较高不能达目标值者,LDL-C至少降低50%。极高危患者LDL-C基线在目标值以内者,LDL-C仍应降低30%左右。

1.5 纳入与排除标准 纳入标准:(1)合并有2种以上慢性疾病(主要合并高血压、糖尿病、高脂血症,且控制率差的患者);(2)意识清醒,无明显认知障碍;(3)年龄30~80岁;(4)经患者同意自愿参加本研究,并签署知情同意书。

排除标准:(1)患者意识不清或有明显认知障碍;(2)预期寿命小于1年的患者。

1.6 方法 每位纳入受试者,社区建立一份完整的健康档案,根据患者自身情况制定,上海市同仁医院全科医师为每位患者制定详细的诊疗计划。上海市同仁医院全科医学科是全科与专科之间的桥梁,向上与各临床专科,向下与社区卫生服务中心对接,优化双向转诊路径,确保患者得到持续性、综合性、个体化的全程追踪管理。

血压、血糖控制较差的患者在上海市同仁医院慢性病综合管理门诊2周随访1次,待患者血糖、血压稳定后转回社区由社区全科医生进行随访(随访形式:电话随访、门诊预约、上门随访),对患者进行教育(包括疾病的危害和并发症预防、饮食、运动、血糖、血压自我监测、药物治疗、糖尿病足部护理等)、心理指导,同时对患者家属进行健康宣教,让患者及家属共同参与疾病管理。每隔3月综合性医院医生和社区医生共同对患者进行随访,监测血压、血糖、糖化血红蛋白、三酰甘油、胆固醇、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白、肾功能、心脏功能,并对教育项目进行评估。1年后对患者进行总体评估,包括血压、血糖、血脂等生化指标控制情况,医疗费用和血糖、血压自我管理能力的评估,健康状况评分(采用健康调查简表SF-36)。该量表共有8个维度和36个条

目,8个维度包括:生理功能、生理职能、躯体疼痛、一般健康、精力、社会功能、情感职能、精神健康,得分越高表示生活质量越好。由于各种原因,有14名患者未完成随访,失访率4.7%。

1.7 统计学处理 采用SPSS 20.0软件包统计分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计量资料对比采用 t 检验,计数资料比较行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后各项指标对比 治疗后血糖、血压、血脂、HbA_{1c}、尿酸明显好转,医疗费用降低,治疗前后对比均差异有统计学意义($P < 0.05$);微量蛋白尿/肌酐,肾小球滤过率、BNP、空腹C肽,治疗前后对比,差异无统计学意义。见表1。

2.2 治疗前后自我管理能力的比较 治疗前后均对患者进行健康状况评分(采用健康调查简表SF-36)。生理功能、躯体疼痛、一般健康、精力、生理职能、社会功能、情感职能、精神健康评分差异明显,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

2.3 1年后健康状态评价比较 经过1年的健康教育,血压、血糖自我管理明显提升(包括行为管理、角色管理、情绪管理)。见表3。

表1 多种慢性病共存患者治疗前后临床资料和治疗费用比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FPG (mmol/L)	HbA _{1c} (%)	TC (mmol/L)	TG (mmol/L)	HDL-C (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	SBP (mm Hg)
治疗前	300	13.6 ± 4.8	8.2 ± 1.5	4.2 ± 2.2	5.2 ± 1.1	1.0 ± 0.2	3.1 ± 1.5	147.2 ± 36.3
治疗后	286	7.2 ± 2.7 ^a	7.1 ± 1.3 ^a	2.9 ± 1.6 ^a	4.5 ± 0.8 ^a	1.1 ± 0.2	2.6 ± 1.2	132.2 ± 22.1 ^a

组别	例数	DBP (mm Hg)	GFR (mL/min)	UA (μmol/L)	空腹C肽 (pmol/mL)	ACR (mg/g)	BNP (ng/L)	医疗费用 (元)
治疗前	300	89.6 ± 21.5	84.5 ± 12.3	395.1 ± 51.9	0.41 ± 0.2	101.6 ± 69.9	456 ± 452	4307 ± 1206
治疗后	286	80.0 ± 10.5 ^a	82.7 ± 11.6	351.1 ± 39.8 ^a	0.39 ± 1.9	102.5 ± 64.2	437 ± 438	2859 ± 536 ^a

注:失访14例;FPG为空腹血糖,HbA_{1c}为糖化血红蛋白,TC为总胆固醇,TG为三酰甘油,HDL-C为高密度脂蛋白,LDL-C为低密度脂蛋白,SBP为收缩压,DBP为舒张压,GFR为肾小球滤过率,UA为尿酸,ACR为尿微量清蛋白比肌酐比值,BNP为脑钠肽;与治疗前比较,^a $P < 0.05$

表2 多种慢性病共存患者治疗前后自我管理能力的比较(例)

组别	例数	健康饮食	体育运动	戒烟	血压、血糖自我监测	疾病危害程度认识	用药	足部护理	定期随访
治疗前	300	31	22	19	78	61	74	19	39
治疗后	286	83 ^a	112 ^a	89 ^a	179 ^a	123 ^a	129 ^a	62 ^a	251 ^a

注:失访14例;与治疗前比较,^a $P < 0.05$

表3 多种慢性病共存患者治疗前后健康状态评价(SF-36评分)比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	PF	PR	BP	GH	VT	SF	RE	MH
治疗前	300	60.96 ± 6.84	61.05 ± 5.75	60.69 ± 5.43	62.56 ± 5.89	61.78 ± 5.95	63.63 ± 6.21	59.98 ± 5.41	59.44 ± 5.41
治疗后	286	75.20 ± 8.31 ^a	73.76 ± 7.31 ^a	74.72 ± 7.21 ^a	77.98 ± 4.88 ^a	76.54 ± 5.38 ^a	73.19 ± 7.22 ^a	77.68 ± 5.53 ^a	78.32 ± 4.04 ^a

注:失访14例;PF为生理功能,PR为生理职能,BP为躯体疼痛,GH为一般健康,VT为精力,SF为社会功能,RE为情感职能,MH为精神健康;与治疗前比较,^a $P < 0.05$

3 讨论

目前我国对多病共存慢性病的治理尚无统一的指导标准,仍以专科诊疗为主的多病共存诊治模式,这些患者需要辗转不同的专科就诊,解决不同器官和系统的问题,其缺点是专科医生无法将患者作为一个完整的整体来看待。各学科之间往往缺乏有效沟通,临床医师则按照各自疾病的指南制定临床决策,造成多病共存患者多重用药、治疗不连续、过度医疗等相关问题^[3,4]。

国外对多病共存的诊疗模式研究起步较早,有很多值得我们借鉴学习的地方,其中英国对老年多病共存的治疗方法非常值得我们借鉴。2016年12月,英国的国家健康与临床优化研究所发布了一项关于多病共存的慢性病管理的指南《共病:临床评估与管理》。医生需要对患者进行个体判断与管理,不能仅依据单病种的临床指南进行诊治,并且医生团队要与患者达成意见一致的多病共存的管理方案^[5]。

本研究纳入300例多病共存的慢性病患者,最后完成随访286例。经过上海市同仁医院全科医疗科和社区全科医生1年的持续性、综合性、个体化的全程追踪管理,受试者血压、血糖、血脂控制明显好转,治疗前后对比差异有统计学意义;对血压、血糖自我管理明显提升;遵医行为明显改善;医疗费用明显下降,治疗前后差异有统计学意义($P < 0.05$)。全科医生对疾病关注的同时,更注重人文关怀、心理健康,多种慢性疾病共存的患者大多存在焦虑、抑郁情绪^[6]。健康状况评估(采用健康调查简表SF-36),治疗后健康状况明显好转,治疗前后差异有统计学意义($P < 0.05$)。

全科医生对慢性病管理的特点在于提供以患者为中心的全面、全方位、全过程的照顾。这些常见的健康问题完全可由全科医生一人来统筹解决,不仅大大提高了医疗保健服务的质量和效益,也节省了患者大量候诊时间。全科医生在多病共存的慢性病管理中起着重要作用,是专科医生无法代替的^[7]。慢性病管理范围应当逐步由单病种管理转向多种慢

性病共存的综合管理趋势发展。

目前社区全科医生大多数医疗人员未接受过全面、系统、严格的临床培训,技术力量薄弱,无法吸引更多的患者,面临着不同程度的“信任危机”。全科医生的优势是具备全面的业务知识。分级诊疗模式下社区-综合性医院二级全科医生管理对多病共存的慢性非传染性疾病患者好处在于综合性医院全科医学科可以利用自身优势,在临床、科研和人才培养方面,全方位地支持基层社区卫生服务中心,并与其形成协同发展模式,大力提升社区卫生服务中心对慢性病的管理能力^[8]。希望通过社区-综合性医院全科医生这种联合管理,能更好地为慢性病管理模式探索而做出更多的努力。

参考文献

- [1] MOFFAT K, MERCER S W. Challenges of managing people with multimorbidity in today's healthcare systems[J]. BMC Fam Pract, 2015, 16: 129.
- [2] TRICCO A C, MOORE J E, BEBEN N, et al. Sustaining knowledge translation interventions for chronic disease management in older adults: protocol for a systematic review and network meta-analysis[J]. BMJ, 2018, 7(1): 140.
- [3] 唐星月, 张清. 国内外慢性病管理模式的比较研究[J]. 中国全科医学, 2017, 20(9): 1025-1030.
- [4] 闫巍, 王杰萍, 张洪波, 等. 老年共病患者在诊疗中面临的问题及应对策略[J]. 中国全科医学, 2018, 21(3): 261-264.
- [5] NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Multimorbidity: clinical assessment and management (NICE clinical guideline 56) [K]. 2016.
- [6] WILSON M, HEWES C, BARBOSA-LEIKER C, et al. Engaging adults with chronic disease in online depressive symptom self-management[J]. West J Nurs Res, 2017, 40(6): 834-853.
- [7] 赵明中, 胡大一, 彭晓霞, 等. 老年患者共病及其管理[J]. 中华老年医学杂志, 2015, 34(12): 1364-1367.
- [8] 王荣英, 贺振银, 支晓, 等. 综合性三级医院设置全科医学科的必要性[J]. 河北医科大学学报, 2016, 37(3): 351-354.

(收稿日期: 2019-04-23)