

社区高尿酸血症不同管理模式的对比研究

于可 张强 王旭红 赵冬

[关键词] 社区综合管理; 疾病控制; 高尿酸血症; 随访

随着全球经济发展和人们生活水平的提高,高尿酸血症的发病率逐渐增加,已成为威胁人类健康的常见疾病之一。目前我国高尿酸血症的特点为患病率高、患者知晓率和治疗达标率低,且社区高尿酸血症的规范长效治疗机制尚在探讨阶段。本研究以北京通州觅子店社区高尿酸血症患者为研究对象,将其随机分为两组,一组为以社区为中心的高尿酸血症强化综合管理组,通过培训社区医生,对患者定期健康宣传讲课、发放宣教材料、电话门诊随访、饮食指导及部分患者 3 日住院强化治疗等进行强化干预;另一组为门诊常规治疗组,按现有高尿酸血症诊治指南对其进行治疗。通过对比研究,探讨以社区为中心的高尿酸血症强化综合管理对社区高尿酸血症的治疗效果。

对象与方法

1. 对象:纳入 2016 年 4 月~2017 年 4 月的北京通州觅子店社区常驻居民 400 例,随机分为门诊常规治疗组(常规组)和以社区为中心的强化综合管理组(强化组),各 200 例。纳入标准:(1)年龄 18~75 岁,明确诊断为高尿酸血症患者;(2)有不合理饮食、运动或 BMI ≥ 24 kg/m²者;(3)有自理能力者。排除标准:(1)既往有精神病史、严重的认知障碍及无法配合者;(2)有恶性肿瘤及心、肝、肾功能严重受损者;(3)正在参与其他慢性病防治干预项目者;(4)妊娠、哺乳期和计划妊娠的女性。高尿酸血症的诊断标准为在正常嘌呤饮食状态下,非同日两次空腹血尿酸水平男性 >420 μ mol/L,女性 >360 μ mol/L。本研究经我院伦理委员会审批,所有患者均签署知情同意书。

2. 方法:培训社区医护人员及对患者的宣教包括学习治疗指南、建立高尿酸血症治疗门诊等,由社区医护人员组织完成基线及随访调查、信息录入(随访包括 3、6、9、12 个月)。常规组依现有高尿酸治疗指南共识于社区门诊就诊,200 例患者由 4 名医生共同管理。强化组中高尿酸血症病史 >1 年或伴有痛风、高血压、糖尿病、冠心病、肾功能不全者,入院强化治疗 3 日后,筛查其并发症,测定 24 h 尿酸水平,明确高尿酸血症类型,对症用药治疗;同时由专科护士、营养师对其进行强化饮食及生活方式指导,制定食谱,评估心理状态,对有痛风石关节骨质破坏和冠心病、肾功能不全等患者应联合关节外科、心内科和肾内科相关科室专家进行治疗方案调整,充分实行多学科团队协作,减少患者因多次门诊就诊不同科室的不便;每名医生负

责 50 例患者,每 1 个月电话随访 1 次,每 3 个月门诊复查 1 次,对每例患者发放宣教材料,听宣教课程;建立微信平台和邮箱,包括患者、社区和专科医生。随时发送高尿酸血症相关知识,解答患者及社区医生提问;针对患者焦虑等问题进行心理辅导,符合现代生理—心理—社会医学模式下患者的需要。两组患者均参照 2016 高尿酸血症防治指南用同样降脂及降尿酸药。

3. 统计学处理:应用 SPSS 13.0 软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料以例和百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结果

1. 两组患者一般资料和临床指标比较:两组患者的年龄、病程、合并症、血压、血糖、血脂等比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

2. 两组患者管理后临床指标比较:在随访过程中,2 组均有失访患者。管理后强化组患者血尿酸、总胆固醇、甘油三酯、糖化血红蛋白水平明显低于常规组($P < 0.05$),见表 2。

3. 两组患者管理后对高尿酸血症的认知对比:强化组患者对高尿酸血症的诊断标准及危害、饮食原则、危险因素、相关检查认知及完成 4 次随访患者比例均明显高于常规组($P < 0.05$),见表 3。

讨论

随着生活水平的不断提高、现代人饮食和生活方式的改变,高尿酸血症发病率逐渐升高,越来越受到临床医生的重视。高尿酸血症与血糖波动、肥胖症等密切相关^[1-2]。我国高尿酸血症的发病率为 5%~23.5%,是仅次于糖尿病的第二大代谢类疾病,为威胁人类健康的常见疾病之一^[3]。有研究提示,高尿酸血症不仅与痛风和肾功能受损相关,还与肥胖、高血压、高血糖、血脂异常等代谢性疾病关系密切,高尿酸血症是心血管疾病的独立危险因素,而且与心血管疾病的严重程度相关^[4-7]。80%~90% 的高尿酸血症没有临床症状,故易被忽视,只有在定期的健康检查时才发现。目前存在的问题为尿酸达标率低、患者缺乏对高尿酸血症危害的认识和社区医生缺乏对高尿酸血症防治指南的认识,指南共识虽已形成,但缺乏便于医护人员推广的综合干预策略。

近年来,高尿酸血症,特别是无症状的高尿酸血症发病率越来越高,患者对其缺乏足够的重视,对高尿酸血症的危害了解甚少,造成治疗达标率极低。既往社区开展高尿酸血症防治工作的研究结果显示,通过健康教育、长期生活方式干预、饮食运动干预等方法可有效降低高尿酸血症患者的血尿酸、BMI、收缩压、舒张压、血清胆固醇、甘油三脂、血糖等指标^[8-9]。国内外经

DOI:10.3969/j.issn.1001-9057.2019.12.018

基金项目:首都全科医学研究专项课题基金资助项目(16QK26)

作者单位:101149 北京,首都医科大学附属北京潞河医院内分泌代谢与免疫性疾病中心

通讯作者:赵冬, E-mail:zdoc66@126.com

表 1 两组患者的一般资料和临床指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别 (男/女)	年龄 (岁)	受教育时间 (年)	民族[例,(%)]		婚姻史[例,(%)]		
					汉族	回族	已婚	未婚	丧偶
常规组	200	104/96	53.2 \pm 9.4	8.3 \pm 3.3	189(94.5)	11(5.5)	188(94.0)	5(2.5)	7(3.5)
强化组	200	102/98	53.4 \pm 9.6	8.4 \pm 3.2	191(95.5)	9(4.5)	190(95.0)	6(3.0)	4(2.0)
χ^2 值		0.069	-0.209	-0.156		0.464		0.441	
P 值		0.784	0.832	0.875		0.646		0.631	

组别	例数	BMI (kg/m ²)	病程 (年)	尿酸治疗 [例,(%)]	并发症[例,(%)]					
					痛风	尿路结石	高血压病	冠心病	脑血管病	糖尿病
常规组	200	26.4 \pm 3.4	5.7 \pm 2.8	19(9.5)	73(36.5)	27(13.5)	63(31.5)	37(18.5)	6(3.0)	32(16.0)
强化组	200	26.5 \pm 3.3	5.8 \pm 2.7	18(9.0)	69(34.5)	31(15.5)	65(32.5)	28(14.0)	9(4.5)	35(17.5)
χ^2 值		0.094	-0.250	0.409	1.317	0.126	0.166	1.135	0.470	0.168
P 值		0.925	0.802	0.521	0.098	0.723	0.673	0.287	0.492	0.682

组别	例数	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)	血尿酸 (μ mol/L)	糖化血红蛋白 (%)	总胆固醇 (mmol/L)	甘油三酯 (mmol/L)
常规组	200	135 \pm 13	79 \pm 9	482 \pm 63	6.2 \pm 0.7	4.9 \pm 1.0	1.91 \pm 0.86
强化组	200	132 \pm 14	78 \pm 9	478 \pm 64	6.1 \pm 0.7	5.0 \pm 1.0	1.93 \pm 0.9
χ^2 值		0.189	0.591	0.443	0.463	0.329	0.609
P 值		0.849	0.555	0.658	0.643	0.744	0.542

表 2 两组患者管理后临床指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	BMI (kg/m ²)	血尿酸 (μ mol/L)	总胆固醇 (mmol/L)	甘油三酯 (mmol/L)	糖化血红蛋白 (%)	空腹血糖 (mmol/L)
常规组	151	26.2 \pm 3.5	473 \pm 71	4.9 \pm 1.0	1.8 \pm 0.8	6.1 \pm 0.7	4.9 \pm 1.3
强化组	172	26.2 \pm 3.4	403 \pm 54	4.6 \pm 0.9	1.6 \pm 0.5	6.0 \pm 0.5	4.6 \pm 0.2
t 值		0.136	7.984	2.803	2.130	0.698	0.431
P 值		0.892	<0.001	0.006	0.035	0.484	0.545

表 3 两组患者管理后对高尿酸血症的认知比较[例,(%)]

组别	例数	诊断标准	危害	饮食原则	危险因素	相关检查	完成 4 次随访
常规组	151	88(58.3)	79(52.3)	90(59.6)	89(58.9)	82(54.3)	114(75.5)
强化组	172	145(84.3)	158(91.9)	161(93.6)	159(92.4)	162(94.2)	148(86.0)
χ^2 值		4.351	4.343	4.285	4.296	4.299	4.368
P 值		0.012	0.012	0.013	0.013	0.014	0.012

验表明,控制高尿酸血症的最有效方法是社区干预,最重要的任务是一级预防(控制危险因素)和二级预防(检出和治疗高尿酸血症患者),对高尿酸血症患者进行社区健康管理,加强高尿酸血症的监测和预防,意义重大。社区健康体检在慢性病防治上具有早发现、早治疗的优势,发挥着第一道防线的作用。本研究结果显示,两组高尿酸血症患者使用的药物均相同,但从随访检查结果可看到,其血脂和尿酸水平明显不同。在正常情况下,人体每天尿酸的产生量和排泄量基本保持动态平衡,凡是影响血尿酸生成和(或)排泄的因素均可以导致血尿酸水平增加。无症状高尿酸血症的危害较大,但很容易被忽视,其危险因素包括高龄、男性、肥胖、一级亲属中有痛风史、静坐的生活方式等。现代人不良的生活方式使我国高尿酸血症呈现高流行、年轻化的趋势。因此,控制高尿酸血症,首先要改善生活方式,同时积极控制与血尿酸升高相关的代谢性危险因素,避免应用使血尿酸升高的药物、碱化尿液,可使用降低血尿酸的药物,包括增加尿酸排泄、抑制尿酸合成及辅助降尿酸的药物。社区管理中心更强调生活方式的改善,进而从源头控制了高尿酸血症的发生和进展。本研究以社区卫生服务为中心,通过培训社区医生和综合管理患者的模式,较门诊常规治疗提高了患者对高尿酸血症的认识,改善了其生活方式,提高了尿酸达标

率,改善了血糖、血脂、血压的状况,有效地控制了并发症和并发症,故以社区为中心的高尿酸血症强化综合管理模式值得进一步在社区推广。

参 考 文 献

[1] 李楠,门敏,成淑英,等. 新诊断的 2 型糖尿病患者血清尿酸水平与血糖波动的关系[J]. 临床内科杂志,2019,36(4):258-260.

[2] 何双涛,刘军. 中老年人群高尿酸血症与肥胖的相关性研究[J]. 临床内科杂志,2016,33(12):842.

[3] 高尿酸血症相关疾病诊疗多学科共识专家组. 中国高尿酸血症相关疾病诊疗多学科专家共识[J]. 中华内科杂志,2017,56(3):235-247.

[4] Lee YM, Bae SG, Lee SH, et al. Persistent organic pollutants and hyperuricemia in the U. S. general population[J]. Atherosclerosis,2013,230:1-5.

[5] 陶英,覃秀川,朱光发,等. 血清尿酸水平与高血压及阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的相关性研究[J]. 中国医药,2017,12(2):229-232.

[6] 沙本炎,曹勤,徐宏伟,等. 2 型糖尿病患者血清尿酸水平与心房颤动发生率的关系[J]. 临床内科杂志,2017,34(6):399-401.

[7] 王垚,于博,王煜华. 血尿酸水平与血浆致动脉粥样硬化指数与 2 型糖尿病肾病的相关性研究[J]. 临床内科杂志,2017,34(8):541-544.

[8] 项溢,徐洁. 团队模式社区干预对高尿酸血症患者疾病控制及生活质量的影响[J]. 西部医学,2015,27(1):58-60.

[9] 陈洁,杜雪平. 无症状高尿酸血症患者 206 例的社区管理效果分析[J]. 中华全科医师杂志,2017,16(5):376-380.

(收稿时间:2019-04-27)

(本文编辑:余晓曼)