

社区动脉粥样硬化性心血管疾病高危人群血压和血糖控制情况及控制不佳原因的调查研究



扫描二维码
查看原文

尹朝霞^{1*}, 罗友连¹, 谈思雯¹, 陈艳丽¹, 冯海璇¹, 公为洁²

【摘要】 **背景** 社区高血压/糖尿病患者的血压/血糖控制率较低,研究者一般将其归因于患者疾病认知水平偏低、不规律服药等,但较少有研究报道疾病认知水平较高且规律服药患者的血压和/或血糖控制达标情况。**目的** 了解符合动脉粥样硬化性心血管疾病(ASCVD)高危人群判断标准的高血压和/或糖尿病患者在对所患疾病认知状况良好、规律服药背景下的血压和/或血糖控制达标情况,探索其血压和/或血糖控制不达标的原因,旨在为更好地防控ASCVD提供理论依据。**方法** 采用整群抽样法,选取2018年8月至2019年4月在深圳市罗湖区10家社区健康服务中心全科门诊就诊且10年ASCVD发病风险预测模型(China-PAR)资料完整的签约患者,采用China-PAR对其进行评估,以筛选ASCVD高危人群(China-PAR得分 ≥ 10 分)。对符合ASCVD高危人群判断标准且自愿参与本研究的高血压和/或糖尿病患者,使用自设问卷对其进行调查,最终将知晓高血压和/或糖尿病的危害、血压和/或空腹血糖控制目标且规律服药者纳入本研究。以患病情况为分层依据,比较血压/空腹血糖控制达标组与未达标组的基本情况。采用描述性性质性研究法,选取全体血压/空腹血糖控制未达标者为研究对象,对其进行一对一的半结构化深度访谈,了解其血压/空腹血糖控制未达标的原因。应用NVivo 12软件对访谈内容进行编码、归类;采用内容分析法对资料进行整理、分析,并提炼访谈主题。**结果** 本研究共纳入299例患者。其中130例(43.5%)为单纯高血压患者,9例(3.0%)为单纯糖尿病患者,160例(53.5%)为高血压合并糖尿病患者。290例患有高血压者中,140例血压控制达标,血压控制率为48.3%;169例患有糖尿病者中,71例空腹血糖控制达标,空腹血糖控制率为42.0%。对于130例单纯高血压患者而言,与血压控制达标组患者相比,血压控制未达标组患者年龄更小($t=3.758, P<0.001$);对于160例高血压合并糖尿病患者而言,与血压控制达标组患者相比,未达标组患者年龄亦更小($t=2.203, P=0.031$);对于169例患有糖尿病者而言,与空腹血糖控制达标组患者相比,空腹血糖控制未达标组患者规律运动率更高($\chi^2=4.314, P=0.038$),糖尿病病程更长($t=-3.180, P=0.002$),平素监测血糖的频率更高($Z=2.228, P=0.026$)。访谈共提炼出7个原因:患者认为不必强求达标,持顺其自然的态度;经多次治疗,血压和/或血糖控制仍未达标后选择放弃,持无能为力的态度;虽规律服药,但在药物使用上存在问题;受各种现实条件的制约;受医生因素的影响,如医生认为无关紧要、“置若罔闻”等;缺乏自制力,不良的生活方式导致未达标;其他原因,如医保报销不顺利、曾出现血压/血糖过低导致不敢过分控制等。**结论** 患有高血压和/或糖尿病的ASCVD高危人群在疾病认知状况良好、规律服药的情况下,血压/血糖控制率仍较低。应密切关注年轻高血压患者的血压水平,以及规律运动、糖尿病病程较长或频繁监测血糖的糖尿病患者的血糖水平。通过鼓励患者调整心态、改变不良生活方式,加强对患者的规范用药宣传,提升社区卫生服务水平,从生物-心理-社会多层面改善患者的知行行等举措,优化社区ASCVD防治。

【关键词】 动脉粥样硬化性心血管疾病;高血压;糖尿病;控制率;社区卫生服务中心;定性和定量研究

【中图分类号】 R 543.5 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0163

尹朝霞, 罗友连, 谈思雯, 等. 社区动脉粥样硬化性心血管疾病高危人群血压和血糖控制情况及控制不佳原因的调查研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(10): 1197-1205. [www.chinagp.net]

YIN Z X, LUO Y L, TAN S W, et al. Hypertension and glyceemic control and associated factors for poor control in patient populations at high risk of atherosclerotic cardiovascular disease in the community[J]. Chinese General Practice, 2022, 25(10): 1197-1205.

Hypertension and Glycemic Control and Associated Factors for Poor Control in Patient Populations at High Risk of Atherosclerotic Cardiovascular Disease in the Community YIN Zhaoxia^{1*}, LUO Youlian¹, TAN Siwen¹, CHEN Yanli¹, FENG Haixuan¹, GONG Weijie²

基金项目: 深圳市卫生系统科研项目(SZLY2017019); 深圳市哲学社会科学规划课题(SZ2019D029)——基于家庭医生服务的深圳健康守门人制度

1.518005 广东省深圳市, 深圳市罗湖医院集团社区健康管理中心 2.518061 广东省深圳市, 深圳大学医学部全科医学系

*通信作者: 尹朝霞, 主任医师, 教授, 硕士生导师; E-mail: yinzhaoxia@163.com

本文数字出版日期: 2022-03-17

1. Community Health Management Center, Shenzhen Luohu People's Group, Shenzhen 518005, China

2. Department of General Practice, Shenzhen University Health Science Center, Shenzhen 518061, China

*Corresponding author: YIN Zhaoxia, Chief physician, Professor, Master supervisor; E-mail: yinzhaoxia@163.com

【 Abstract 】 Background The low hypertension control rate or low glyceemic control rate in people in the community have been attributed to patients' poor disease awareness and irregular medication in some studies. However, few studies have explored hypertension control rate and/or glyceemic control rate in patients with good disease awareness and regular medication. **Objective** To investigate the adequate hypertension control rate and/or adequate glyceemic control rate in hypertension and diabetic patients who are at high risk of atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD) but have good disease awareness and regular medication, and to explore the reasons for poor control, offering a theoretical basis for better prevention and control of ASCVD. **Methods** By use of cluster sampling, contracted patients with complete data of the China-PAR model who visited 10 community health centers in Shenzhen's Luohu District from August 2018 to April 2019 were selected, and received an assessment for screening the risk of 10-year ASCVD using the China-PAR model, and those with hypertension and/or diabetes who were at high risk of ASCVD (≥ 10 points) and volunteered to attend this study were further surveyed using a questionnaire developed by our research group. After that, those who were on regular medication with a good understanding of the threats of hypertension and/or diabetes, and targets for blood pressure control and/or fasting glyceemia control, were finally enrolled. The rate of adequate hypertension control was compared between those with hypertension, the rate of adequate glyceemic control was compared between those with diabetes, and the rates of adequate hypertension and glyceemic control were compared between those with both hypertension and diabetes, by demographic factors. Then those who were found with inadequate hypertension and/or glyceemic control were selected to attend an in-depth, semi-structured individual interview using a descriptive qualitative research design for understating the causes of inadequate hypertension and/or glyceemic control. The contents of the interview were coded and categorized using NVivo 12, and were sorted, analyzed, and themes in which were identified using content analysis. **Results** Totally 299 patients were finally enrolled, including 130 (43.5%) with hypertension, 9 (3.0%) with diabetes, and 160 (53.5%) with both hypertension and diabetes. Among the 290 hypertensive patients, 140 (48.3%) had adequate hypertension control. Among the 169 diabetics, 71 (42.0%) had adequate diabetes control. Among the 130 patients with simple hypertension, those with adequate hypertension control had older mean age than did those without ($t=3.758, P<0.001$). Among the 160 patients with both hypertension and diabetes, those with adequate hypertension control had older mean age than did those without ($t=2.203, P=0.031$). Among the 169 patients with diabetes, those with adequate control of fasting glyceemia had lower rate of regular exercising ($\chi^2=4.314, P=0.038$) and shorter mean duration of diabetes ($t=-3.180, P=0.002$), as well as lower mean frequency of blood glucose monitoring ($Z=2.228, P=0.026$) than did those without. Seven themes emerged from the interview: Patients did not feel compelled to reach the targets, feeling indifferent; Patients gave up after repeated treatments followed by failures to achieve the targets, feeling powerless; Patients took medicines regularly, but had problems in practical medication; Patients were restricted by various realistic factors; Patients were influenced by doctor-related factors, including doctors' irrelevant and ignorant attitudes; Patients had failures due to lack of self-control and unhealthy lifestyles; Other reasons, including unsuccessful medical insurance reimbursement, being afraid of over-control due to previous experiences of too low blood pressure or glucose, etc. **Conclusion** The high-risk population of ASCVD who had good disease awareness and took medications regularly still had low hypertension control rate and/or low glyceemic control rate. Attention should be specially given to blood pressure levels in young hypertensive patients, and glyceemic level in diabetic patients with regular exercising, a long history of diabetes, or frequent blood glucose monitoring. It is necessary to optimize the management of ASCVD in the community by encouraging patients to improve their mindset and change their unhealthy lifestyles, strengthening the promotion of standardized medication use, improving community health services, and improving patients' knowledge, beliefs and behaviors from the biopsychosocial perspective.

【 Key words 】 Atherosclerotic cardiovascular disease; Hypertension; Diabetes mellitus; Control rate; Community health service center; Quantitative and qualitative study

《中国心血管健康和疾病报告 2019》显示, 心血管病死亡占城乡居民总死亡原因的首位^[1]。动脉粥样硬化性心血管疾病(ASCVD)患病人数呈快速增长趋势, 将 ASCVD 防控工作“下沉”至社区是大势所趋。重视 ASCVD 高危人群早期筛查, 积极控制 ASCVD 的危险因素, 如高血压、糖尿病, 是 ASCVD 防控的关键。2009 年以来, 我国将高血压、糖尿病管理纳入国家基本公

共卫生服务^[2], 但近期多项研究结果显示, 社区高血压/糖尿病患者的血压/血糖控制情况不容乐观: 一项针对山东省 2 型糖尿病社区管理的调查结果显示, 实施管理后, 2 型糖尿病患者的血糖控制率为 42.8%^[3]; 一项针对我国东、中、西部地区社区卫生服务中心在管糖尿病患者的研究发现, 糖尿病患者的空腹血糖控制率为 43.9%^[4]; 一项针对海口市社区高血压现状的调查研究

结果显示,高血压患者的血压控制率仅为37.5%^[5]。与既往研究的结果相一致^[6],上述研究亦指出,社区高血压/糖尿病患者血压/血糖控制率较低的原因可能与患者疾病认知度低、服药依从性差等因素有关。目前,较少有研究报道在控制疾病认知状况、服药依从性等影响因素后,社区高血压和/或糖尿病患者的血压和/或血糖控制情况。本研究旨在了解符合ASCVD高危人群判断标准的高血压和/或糖尿病患者在对所患疾病认知状况良好、规律服药背景下的血压和/或血糖控制情况,探索其血压和/或血糖控制不达标的原因,进而为更好地防控ASCVD提供理论依据。

1 对象与方法

1.1 定量研究

1.1.1 研究对象 采用整群抽样法,选取2018年8月至2019年4月在深圳市罗湖区10家社区健康服务中心全科门诊就诊且10年ASCVD发病风险预测模型(China-PAR)资料完整的签约患者,采用China-PAR^[7]对其进行评估,以筛选ASCVD高危人群。纳入标准:China-PAR模型得分 ≥ 10 分。排除标准:(1)年龄 ≤ 34 岁或 ≥ 75 岁;(2)临床确诊的ASCVD(如冠心病、脑出血、脑卒中、一过性脑供血不足等)患者;(3)患有严重合并症者,如肝肾功能不全者、肿瘤患者、血液透析患者等。对符合ASCVD高危人群判断标准且自愿参与本研究的高血压和/或糖尿病患者,使用自设调查表对其进行调查,最终将知晓高血压和/或糖尿病的危害、血压和/或空腹血糖控制目标,且规律服药者纳入本研究。本研究已通过深圳市罗湖区人民医院伦理委员会批准(审批号:2019-LHQRMYY-LL-026)。所有调查对象均已签署知情同意书。

1.1.2 诊断标准 (1)ASCVD高危人群判断标准:由社区全科医生运用基于China-PAR开发的“心脑血管风险”手机APP,来筛选ASCVD高危人群。China-PAR评分系统包含11个项目,分别为性别、年龄、现居住地、腰围、总胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇、当前血压水平、是否服用降压药、是否患有糖尿病、现在是否吸烟、是否有心血管病家族史。ASCVD 10年发病风险划分标准: $<5\%$ 为低危, $\geq 5\% \sim <10\%$ 为中危, $\geq 10\%$ 为高危^[7]。(2)高血压:非同日三次测量血压,收缩压 ≥ 140 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)和/或舒张压 ≥ 90 mm Hg;或者正在服用降压药物。(3)糖尿病:具有糖尿病症状加随机血糖 ≥ 11.1 mmol/L或空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L或餐后2 h血糖 ≥ 11.1 mmol/L(若无糖尿病症状,另日再测一次血糖,两次血糖检测结果均达到上述标准者);或者正在服用降糖药物。(4)血压达标:血压 $<140/90$ mm Hg,或家庭自测血压 $<135/85$ mm Hg。(5)空腹血糖达标:空腹

血糖 <7 mmol/L。

1.1.3 资料收集

1.1.3.1 一般资料收集 调查表由研究者自行设计,调查内容包括患者的年龄、性别、文化程度(本科及以上/高中或大专/中专或初中/小学及以下)、户口所在地、吸烟情况(是/否)、对饮食的关注情况(不关注/一般关注/非常关注)、规律运动情况(是/否)、医保类型(城镇职工医疗保险/城镇居民医疗保险/其他)、疾病知晓度(高血压和/或糖尿病的危害、血压和/或空腹血糖控制目标)、规律服药情况、高血压和/或糖尿病病程、家中血压计和/或血糖仪配备情况(有/无)、平素血压和/或血糖监测情况(不测/偶尔/经常)等。其中,规律运动指每周至少运动3次,每次坚持0.5 h以上。不关注饮食指不在意饮食,饮食不节制;一般关注饮食指有营养健康观念,在平素饮食中,尽可能做到少盐、少油、控制总热量等;非常关注饮食指饮食清淡,按照营养均衡的原则进行食物搭配。不测量血压/血糖指从来不主动测量,即使医生要求测量,也1个月以上才测量1次;经常测量血压/血糖指每周至少测量1次;偶尔测量血压/血糖指介于两者之间。

1.1.3.2 体格检查 由社区全科医生按统一标准在患者就诊时现场测量腰围和血压。(1)腰围测量:以腋中线肋弓下缘和髂嵴连线中点的水平位置为测量点,在双侧测量点做标记;皮尺紧贴皮肤而不压迫软组织,上缘经过两个标记点,水平绕腹一周;重复测量两遍,确保两次测量误差小于2 cm后,记录第2次测量值。(2)血压测量:测量血压前,体检者静坐休息10 min;采用电子血压计〔欧姆龙(中国)有限公司生产〕连续测量3次坐位上臂血压,每次测量间隔1~2 min,取3次读数的平均值作为血压测量值。

1.1.3.3 实验室检查 空腹血糖、总胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇值取自患者1~3个月内禁食8~12 h后的晨起空腹静脉血检验结果。血液标本由社区全科医生采集后,统一送至罗湖区人民医院采用全自动生化分析仪〔罗氏Cobas8000c701(德国罗氏诊断公司)〕进行检测。空腹血糖检测采用己糖激酶法,总胆固醇检测采用酶法,高密度脂蛋白胆固醇检测采用直接法。

1.1.4 质量控制 正式展开研究前,对10家社区健康服务中心的全科医生针对手机APP使用方法进行培训。对于筛选出的符合ASCVD高危人群判断标准且愿意参与本研究的人群,由课题组成员对其风险评估结果及评估中所用数据的正确性进行复核。若确认评估结果无误,由接受过统一培训的课题组成员对其进行问卷调查。通过预调查、组织现场观摩活动,帮助调查人员熟悉调查流程、掌握调查技巧。每次调查结束后,调查员仔细核查问卷中是否有漏项和逻辑性错误,如有项目遗漏及时填

补、发现错误及时改正。

1.1.5 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较若方差齐采用两独立样本 t 检验,若方差不齐采用 t' 检验;计数资料采用相对数表示,组间比较采用 χ^2 检验;等级资料组间比较采用Mann-Whitney U 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

1.2 定性研究

1.2.1 研究对象 采用整群抽样法,选取全体血压和/或血糖控制未达标者为研究对象。

1.2.2 研究方法

1.2.2.1 访谈数据收集 研究人员通过文献回顾制定访谈提纲。在正式访谈前,选取5例患者进行预访谈,以检验访谈提纲质量,最终形成的访谈提纲如下:(1)您是如何看待目前血压和/或血糖控制未达标这一状况的?

(2)您认为为什么会出现血压和/或血糖控制未达标这一情况?(3)针对血压和/或血糖控制未达标这一情况,目前您已采取了哪些具体措施/您下一步的计划是什么?每次问卷调查结束后,课题组成员与受访者在安静、独立的环境中进行“一对一”的半结构化深度访谈。若患者时间不充裕,与其约定适合的访谈时间,以确保访谈顺利进行。访谈开始前,主持人向受访者说明本研究的目的、意义和方法;告知受访者访谈内容需录音留存,并征得其明确同意。访谈过程中,主持人根据访谈提纲指引和受访者实际情况,对提问顺序和方式做灵活调整,对有价值的问题进行适当追问。同时对受访者的任何语言予以尊重、不加评判,不对其施加任何诱导或干预。访谈过程全程录音。每次访谈的时间为20~30 min。

1.2.2.2 资料整理与分析 于访谈结束2 d内,将录音逐字转录为文本资料,资料的整理与分析同步进行。采用描述性质性研究法中的常规内容分析法对资料进行分析。内容分析时,反复听访谈录音,逐渐形成概念与主题,结合研究目的整理出初步主题框架。然后,逐句寻找、提炼和编码与本研究有关的表述,并不断与已有的主题框架进行比较和归类,根据资料反映的实际情况修改、完善主题框架。最后,升华出血压和/或血糖控制不达标原因的精要主题概念。借助NVivo 12软件对访谈内容进行编码、归类。

2 结果

2.1 定量研究结果

2.1.1 调查对象基本情况 2018年8月至2019年4月,共有5 200例China-PAR资料完整的签约患者至10家社区健康服务中心就诊,其中693例(13.3%)经China-PAR筛查被确定为ASCVD高危人群。693例ASCVD高危人群中,571例(82.4%)患有高血压和/或糖尿病,且表示愿意参与本研究。299例(52.4%)高血

压和/或糖尿病患者对所患疾病认知状况良好且能够规律服药。299例患者中,64.5%(193/299)的患者为男性;平均年龄 (64.0 ± 7.6) 岁;7.0%(21/299)的患者学历为本科及以上,38.8%(116/299)的患者学历为高中或大专,35.5%(106/299)的患者学历为中专或初中,18.7%(56/299)的患者学历为小学及以下;58.9%(176/299)的患者拥有深圳市户口;22.7%(68/299)的患者吸烟;33.8%(101/299)的患者对饮食不关注,36.8%(110/299)的患者对饮食比较关注,29.4%(88/299)的患者对饮食非常关注;221例(73.9%)有规律运动的习惯;41.1%(123/299)的患者参加了城镇职工医疗保险,24.1%(72/299)的患者参加了城镇居民医疗保险,34.8%(104/299)的患者医保参保类型为其他;130例(43.5%)为单纯高血压患者,9例(3.0%)为单纯糖尿病患者,160例(53.5%)为高血压合并糖尿病患者。290例(97.0%)患有高血压者的平均患病年限为 (10.3 ± 5.9) 年,169例(56.5%)患有糖尿病者平均患病年限为 (8.8 ± 5.0) 年。

2.1.2 调查对象血压/空腹血糖水平及控制达标情况

290例患有高血压者平均收缩压为 (143 ± 14) mm Hg,平均舒张压为 (82 ± 10) mm Hg;其中140例血压控制达标,血压控制率为48.3%。130例单纯高血压患者血压控制率为32.3%(42/130),血压控制未达标组的收缩压、舒张压水平高于血压控制达标组($P < 0.001$);160例高血压合并糖尿病患者血压控制率为61.3%(98/160),血压控制未达标组的收缩压、舒张压水平高于血压控制达标组($P < 0.001$),见表1。单纯高血压患者与高血压合并糖尿病患者血压控制达标情况比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 24.061, P < 0.001$)。

169例患有糖尿病者中,71例空腹血糖控制达标,空腹血糖控制率为42.0%;血糖控制达标组平均空腹血糖为 (6.08 ± 0.62) mmol/L,血糖控制未达标组平均空腹血糖为 (9.09 ± 2.26) mmol/L,血糖控制未达标组空腹血糖高于血糖控制达标组($t' = 12.549, P < 0.001$)。

2.1.3 不同患病情况的血压/空腹血糖控制达标与未达标组基本情况比较 由于单纯糖尿病患者例数较少,故在对不同特征人群空腹血糖控制达标情况进行比较分析时,将单纯糖尿病患者与高血压合并糖尿病患者数据进行合并分析。对于130例单纯高血压患者而言,与血压控制达标组患者相比,血压控制未达标组患者年龄更小($t' = 3.758, P < 0.001$);对于160例高血压合并糖尿病患者而言,与血压控制达标组患者相比,未达标组患者年龄亦更小($t' = 2.203, P = 0.031$);对于169例患有糖尿病者而言,与空腹血糖控制达标组患者相比,空腹血糖控制未达标组患者规律运动率更高($\chi^2 = 4.314, P = 0.038$),糖尿病病程更长($t = -3.180, P = 0.002$),平素监测血糖的频率更高

($Z=2.228, P=0.026$), 见表1。

2.2 定性研究结果

2.2.1 访谈对象一般资料 150例血压控制未达标者中, 72.0%(108/150)的患者为男性; 平均年龄(62.3 ± 8.6)岁; 8.0%(12/150)的患者学历为本科及以上, 36.0%(54/150)的患者学历为高中或大专, 36.7%(55/150)的患者学历为中专或初中, 19.3%(29/150)的患者学历为小

学及以下; 54.7%(82/150)的患者拥有深圳市户口; 26.0%(39/150)的患者吸烟; 38.0%(57/150)的患者对饮食不关注, 34.7%(52/150)的患者对饮食一般关注, 27.3%(41/150)的患者对饮食非常关注; 71.3%(107/150)的患者有规律运动的习惯; 40.0%(60/150)的患者参加了城镇职工医疗保险, 23.3%(35/150)的患者参加了城镇居民医疗保险, 36.7%(55/150)的患

表1 基于不同患病情况的血压/空腹血糖控制达标与未达标组基本情况比较

Table 1 Comparison of hypertension control rate and/or glyceimic control rate in population in the community with hypertension and/or diabetes and high risk of atherosclerotic cardiovascular disease by different characteristics

项目	单纯高血压患者 (n=130)				高血压合并糖尿病患者 (n=160)				患有糖尿病患者 ^a (n=169)			
	血压控制达标组 (n=42)	血压控制未达标组 (n=88)	检验统计量值	P值	血压控制达标组 (n=98)	血压控制未达标组 (n=62)	检验统计量值	P值	血糖控制达标组 (n=71)	血糖控制未达标组 (n=98)	检验统计量值	P值
年龄 ^f (岁)	67.0 ± 6.5	61.7 ± 9.3	3.758 ^b	<0.001	65.4 ± 5.7	62.9 ± 7.7	2.203 ^b	0.031	63.9 ± 6.2	64.9 ± 6.8	0.979 ^e	0.329
男性 ^g	28 (66.7)	70 (79.5)	2.541 ^d	0.111	52 (53.1)	38 (61.3)	1.045 ^d	0.307	41 (57.7)	54 (55.1)	0.117 ^d	0.732
文化程度 ^g			0.032 ^e	0.975			0.811 ^e	0.417			0.250 ^e	0.802
本科及以上	4 (9.5)	7 (8.0)			5 (5.1)	5 (8.1)			3 (4.2)	7 (7.1)		
高中或大专	16 (38.1)	31 (35.2)			45 (45.9)	23 (37.1)			31 (43.7)	38 (38.8)		
中专或初中	13 (31.0)	37 (42.0)			31 (31.6)	18 (29.0)			21 (29.6)	35 (35.7)		
小学及以下	9 (21.4)	13 (14.8)			17 (17.3)	16 (25.8)			16 (22.5)	18 (18.4)		
深圳市户口 ^g	25 (59.5)	48 (54.5)	0.286 ^d	0.593	63 (64.3)	34 (54.8)	1.420 ^d	0.233	39 (54.9)	64 (65.3)	1.862 ^d	0.172
吸烟 ^g	9 (21.4)	25 (28.4)	2.707 ^d	0.439	19 (19.4)	14 (22.6)	0.843 ^d	0.656	11 (15.5)	23 (23.5)	2.906 ^d	0.234
对饮食的关注情况 ^g			1.633 ^e	0.103			0.692 ^e	0.489			1.173 ^e	0.241
不关注	9 (21.4)	37 (42.0)			32 (32.6)	20 (32.3)			21 (29.6)	34 (34.7)		
一般关注	19 (45.2)	25 (28.4)			33 (33.7)	27 (43.5)			26 (36.6)	40 (40.8)		
非常关注	14 (33.3)	26 (29.5)			33 (33.7)	15 (24.2)			24 (33.8)	24 (24.5)		
规律运动 ^g	32 (76.2)	59 (67.0)	1.132 ^d	0.287	74 (75.5)	48 (77.4)	0.076 ^d	0.782	49 (69.0)	81 (82.7)	4.314 ^d	0.038
医保类型 ^g			0.056 ^d	0.972			1.602 ^d	0.449			0.224 ^d	0.894
城镇职工医疗保险	17 (40.5)	35 (39.8)			43 (43.9)	25 (40.3)			31 (43.7)	40 (40.8)		
城镇居民医疗保险	12 (28.6)	24 (27.3)			23 (23.5)	11 (17.7)			14 (19.7)	22 (22.4)		
其他	13 (30.9)	29 (33.0)			32 (32.7)	26 (41.9)			26 (37.6)	36 (36.7)		
高血压病程 ^f (年)	8.8 ± 5.0	10.0 ± 6.3	-1.113 ^e	0.268	10.9 ± 6.1	10.5 ± 5.6	-0.381 ^e	0.703	-	-	-	-
糖尿病病程 ^f (年)	-	-	-	-	9.0 ± 5.0	8.1 ± 4.6	1.139 ^e	0.256	7.4 ± 4.6	9.8 ± 5.0	-3.180 ^e	0.002
家中配备有血压计 ^g	36 (85.7)	75 (85.2)	0.005 ^d	0.941	89 (90.8)	52 (83.9)	1.750 ^d	0.186	59 (83.1)	83 (84.7)	0.078 ^d	0.780
家中配备有血糖仪 ^g	-	-	-	-	69 (70.4)	35 (56.5)	3.251 ^d	0.071	42 (59.2)	69 (70.4)	2.313 ^d	0.128
平素血压监测情况 ^g			1.172 ^e	0.241			0.949 ^e	0.343			0.829 ^e	0.407
不测	6 (14.3)	14 (15.9)			8 (8.2)	9 (14.5)			12 (16.9)	12 (12.2)		
偶尔	14 (33.3)	40 (45.5)			49 (50.0)	30 (48.4)			34 (47.9)	47 (48.0)		
经常	22 (52.4)	34 (38.6)			41 (41.8)	23 (37.1)			25 (35.2)	39 (39.8)		
平素血糖监测情况 ^g			-	-			1.408 ^e	0.159			2.228 ^e	0.026
不测	-	-			19 (19.4)	16 (25.8)			18 (25.4)	18 (18.4)		
偶尔	-	-			51 (52.0)	34 (54.8)			41 (57.7)	47 (48.0)		
经常	-	-			28 (28.6)	12 (19.4)			12 (16.9)	33 (33.7)		
收缩压 ^f (mm Hg)	131 ± 5	153 ± 13	13.862 ^b	<0.001	132 ± 6	153 ± 11	13.983 ^b	<0.001	138 ± 13	140 ± 13	-0.793 ^e	0.429
舒张压 ^f (mm Hg)	80 ± 8	88 ± 10	-4.358 ^e	<0.001	77 ± 8	84 ± 9	-5.276 ^e	<0.001	79 ± 8	80 ± 10	-1.200 ^e	0.232
空腹血糖 ^f (mmol/L)	5.47 ± 0.51	5.54 ± 0.58	0.739 ^e	0.462	7.8 ± 2.3	7.9 ± 2.4	-0.309 ^e	0.758	6.08 ± 0.62	9.09 ± 2.26	12.549 ^b	<0.001

注: ^a表示将单纯糖尿病患者与高血压合并糖尿病患者空腹血糖控制达标情况进行合并分析; ^b表示 t' 值, ^c表示 t 值, ^d表示 χ^2 值, ^e表示 Z 值; ^f表示正态分布的计量资料, 以 ($\bar{x} \pm s$) 表示; ^g表示计数资料, 以 [n (%)] 表示; -表示相关数据无须分析; 1 mm Hg=0.133 kPa; 由于修约, 部分构成比之和并非 100.0%

者医保参保类型为其他;平均患病年限为(10.2±6.0)年;84.7%(127/150)的患者家中配备有血压计;15.3%(23/150)的患者平素不测量血压,46.7%(70/150)的患者偶尔测量血压,38.0%(57/150)的患者经常测量血压。98例空腹血糖控制未达标者的一般资料见表1。

2.2.2 患有高血压/糖尿病者血压和/或空腹血糖控制不达标的原因 共提炼出7个原因:(1)患者认为不必强求达标,持顺其自然的态度;(2)经多次治疗,血压和/或血糖控制仍未达标后选择放弃,持无能为力态度;(3)虽规律服药,但在药物使用上存在问题;(4)受各种现实条件的制约;(5)受医生因素的影响,如医生认为无关紧要、“置若罔闻”等;(6)缺乏自制力,不良生活方式导致未达标;(7)其他原因,如医保报销不顺利、曾出现血压或血糖过低导致不敢过分控制等。血压和/或空腹血糖控制不达标可由一种或多种原因引起,见表2。

表2 患有高血压/糖尿病的ASCVD高危人群血压/血糖控制不达标的原因[n(%)]

Table 2 Common reasons for inadequate hypertension control rate and/or inadequate glycaemic control rate in population in the community with hypertension and/or diabetes and high risk of atherosclerotic cardiovascular disease

原因	血压控制未达标组 (n=150)	空腹血糖控制未达标组 (n=98)
持顺其自然态度	76 (50.7)	32 (32.7)
持无能为力态度	30 (20.0)	18 (18.4)
药物使用问题	30 (20.0)	24 (24.5)
条件限制	19 (12.7)	5 (5.1)
医生因素	18 (12.0)	22 (22.4)
缺乏自制力	16 (10.7)	30 (30.6)
其他	8 (5.3)	3 (3.1)

注:ASCVD=动脉粥样硬化性心血管疾病

2.2.2.1 持顺其自然态度 76例(50.7%)血压控制未达标者和32例(32.7%)空腹血糖控制未达标者对血压/空腹血糖增高没有过多的想法,认为随着年龄的增长,血压/空腹血糖增高是自然现象,凡事不必过于强求,不为难自己、顺其自然才是最佳的状态。受访者:“随着年龄增大,不可能越来越好,放宽心态是最重要的。”受访者:“人的心态一定要好,很多病是吓死的。”受访者:“父母均有高血压、糖尿病,也没怎么管,活到90多岁,顺其自然就好。”

2.2.2.2 持无能为力态度 30例(20.0%)血压控制未达标者和18例(18.4%)空腹血糖控制未达标者表示很想让血压/血糖达标,但血压/血糖常出现波动,水平不易控制,经多次治疗,血压/血糖控制仍未达标,只能选择放弃。受访者:“只要天气变化,比如下雨、起风,血压就会飙升,以前还去找医生看病,医生就让吃药,也没有什么特殊的,时间长了,懒得管它了。”受访者:

“血压时高时低,睡眠好血压就好,睡眠不佳时血压就高。”受访者:“住院该查的也查过了,有的时候还是高,烦了,听天由命吧。”受访者:“糖尿病7~8年了,调了很多次药物,总也调不好,饮食也控制了,不知什么时候就高一下,该做的也做了,没办法。”

2.2.2.3 药物使用问题 25例(16.7%)血压控制未达标者和20例(20.4%)空腹血糖控制未达标者知晓可通过增加用药品种/服药剂量提高降压、降糖效果,但对增加用药品种/服药剂量的建议持否定态度,表示西药副作用较大、不想服用过多品种的药物;5例(3.3%)血压控制未达标者和4例(4.1%)空腹血糖控制未达标者常会根据实际情况自行加减药物剂量。受访者:“我手上有好几种药,我会根据血压和血糖结果,高的时候吃一组药,正常时吃另一组药。”受访者:“血压正常就减一片药,血压高了就加一片药,自己会调节。”受访者:“年龄大了,控制水平可以宽松些,因为要控制好,加大剂量没必要。”受访者:“医生让我打胰岛素,我不打,一打就撤不下去了。”

2.2.2.4 条件限制 19例(12.7%)血压控制未达标者和5例(5.1%)空腹血糖控制未达标者表示血压/血糖控制不达标可能由一些不可调节的外部因素造成的。受访者:“近期压力非常大,血压自然就高了。”受访者:“经常在外面跑业务,血压高点是常事。”受访者:“没办法,自己想控制都不行,食堂有什么吃什么。”受访者:“近期帮闺女带小孩,吃饭没有定点,还经常吃剩菜剩饭,血糖能不高吗。”

2.2.2.5 医生因素 受访者发现自己存在血压/血糖控制不达标的问题后,曾针对这一情况向医生进行过咨询,10例(6.7%)患有高血压、15例(15.3%)患有糖尿病者的接诊医生认为无关紧要,“置若罔闻”,8例(5.3%)患有高血压、8例(8.2%)患有糖尿病者的接诊医生表示无能为力。受访者:“社区医生说了,高一点无所谓。”受访者:“医生说了,该加的药也加了,也没有什么好的办法了。”受访者:“咨询过医生,医生也没有说什么,让继续吃药。”

2.2.2.6 缺乏自制力 16例(10.7%)血压控制未达标者和30例(30.6%)空腹血糖控制未达标者非常有意愿将血压、血糖控制在正常范围,也知晓血压/血糖控制未达标的后果,仍坦言有时自制力较差,无法控制自己的食欲。受访者:“我知道血糖要控制饮食,没有办法,每个月都有朋友聚会,那几天血糖肯定高。”受访者:“平时尽量控制,但有时嘴巴馋,管不住自己。”受访者:“我爱吃零食,我知道糖尿病的危害,我有个亲戚就是因为糖尿病去世的,所以我更要满足自己吃零食的愿望,否则哪天死了就太亏了。”

2.2.2.7 其他 如医保报销不顺利、因曾出现血压或血

糖过低导致不敢过分控制等。受访者：“以前出现过低血糖（或）低血压，很害怕，宁愿高点。”受访者：“老家是东北的，开药都要回东北去开，有时断药，就拿其他药代替了。”

3 讨论

3.1 疾病认知水平较高且规律服药者的血压和/或空腹血糖控制率仍不容乐观 既往一些研究结果指出，社区高血压/糖尿病患者的血压/血糖控制率较低，很大程度上与患者疾病认知水平偏低、未能规律服药等因素有关^[3]。与既往研究^[3]不同的是，本研究入选的299例患者自我管理能力较好，不但知晓所患疾病给其带来的危害、血压和/或空腹血糖的控制目标值，能做到规律服药，而且拥有较好的生活方式，如吸烟者仅占22.7%，73.9%的患者坚持规律运动，66.2%的患者关注饮食健康。即使在血压/空腹血糖控制未达标者中，吸烟者占比也较低（<30.0%），而坚持规律运动（>60.0%）、关注饮食健康（>50.0%）、主动监测血压/空腹血糖（>80.0%）者占比均较高，甚至在对空腹血糖控制未达标者进行的访谈中，许多患者坦言发现空腹血糖控制未达标后，会通过采取频繁监测血糖、增加运动的强度/时间/次数等方法，改善血糖水平，与既往研究发现的患者更愿意采取非药物手段来治疗糖尿病这一结果相一致^[8]。因此，本研究中空腹血糖控制未达标组规律运动率、平素监测血糖的频率高于空腹血糖控制达标组。然而，对于这类具有良好健康意识、自我管理能力的群体而言，本研究结果仍显示，其血压和/或空腹血糖控制率较低，血压控制率为48.3%，空腹血糖控制率为42.0%，与既往研究的结果基本一致，社区高血压/糖尿病患者的血压/血糖控制情况不容乐观。

3.2 血压和/或空腹血糖控制不达标的常见原因 本研究通过进一步探究血压和/或空腹血糖控制率不佳背后的深层次原因发现，患者对待疾病的态度、心理活动，以及环境等生物、心理和社会因素可影响患者的血压和/或血糖控制行为，进而导致其血压和/或血糖控制不良。

3.2.1 患者特征、心理等因素 在探究患者血压和/或血糖控制未达标的原因时，“不必强求”“随遇而安”“顺其自然”是血压和/或血糖控制未达标者普遍持有的态度，“顺其自然”态度持有率较高可能与本研究选取的研究对象为ASCVD高危人群，其尚未出现心脑血管并发症，或症状尚不明显有关。五月血压测量月（May month measurement, MMM）活动由国际高血压协会联合世界高血压联盟及柳叶刀高血压委员会发起，旨在提高公众对血压测量重要性的认识，提高高血压的知晓率、治疗率和控制率。胡哲等^[9]通过运用MMM数据库中的数据对上海市嘉定区高血压的控制情况进行分析，发现1266例高血压患者即使经过治疗，血压控制率也仅为40.1%，

并且随着患者年龄的增长，其血压控制情况越好。与胡哲等^[9]的研究结果相一致，本研究中，无论对于单纯高血压患者还是高血压合并糖尿病患者，血压控制未达标组平均年龄更小。年轻高血压和/或糖尿病患者同样可从ASCVD防控中获益，且可能获益更大，但“最佳践行者”表现出来的漠然态度，也给慢性病防控带来了新的挑战。在对所患疾病关注程度上，一项研究发现，患者往往对现存症状更加关注，对无明显症状或以为不会困扰到自己的健康隐患一般采取漠视、无所谓的态度^[8]。而无论是胡哲等^[9]研究结果指出的高血压合并心脏病患者的血压控制情况更好，还是本研究发现的高血压合并糖尿病患者的血压控制率明显高于单纯高血压患者，均提示出现了合并症或并发症的高血压和/或糖尿病患者往往更关注健康。因此，医务人员更应该关注、重视尚未发生并发症但对高血压和/或糖尿病持漠然态度的年轻群体，加强对其的健康管理；需了解患者的ICE，即：idea（想法）、concern（关心）、expectation（期望），准确地掌握患者态度漠然背后的真正原因。同时还需了解患者的脾气秉性、性格特征等，并根据患者的性格特征有的放矢地开展健康教育和健康管理，帮助患者认识到未发生并发症阶段是疾病管理的最佳时机，一旦出现并发症则为时已晚。此外，还可通过推进健康促进工作，借助家庭、社区、机构等力量来实现对患者的全程管理。

与持有顺其自然态度者不同，一些患者曾试图将血压和/或血糖控制在正常范围，但由于受各种因素的影响，其血压和/或血糖水平不易控制，在多次治疗无果的情况下，最终选择了放弃。目前，研究已证实，血压/血糖的大幅度波动易诱发严重并发症，比持续性高血压/高血糖更危险^[10-11]，是高血压/糖尿病管理的痛点和难点。对于此类患者，取得其信任至关重要。须深入了解患者生活习惯，指导患者正确、规范地自我监测血压/血糖；鼓励其通过家庭自测血压/血糖、“互联网+精细化管理”，寻找日常生活事件与血压/血糖波动之间的关联及其他引发血压、血糖波动的因素；与患者进行共同决策，共同制定针对性的解决方案。

3.2.2 患者行为和社会环境因素 与既往研究多关注患者是否服药、有无漏服药物和是否规律服药不同^[4, 12]，本研究发现，虽然纳入的299例患者均能做到规律服药，但其自行调节药物种类和剂量的现象较严重，常会根据血压/血糖情况，自行加药、减药或将几种药物交替使用；有的患者因参保地非深圳市，在药物用尽后，使用其他类型药物来代替治疗；有的调研对象即使知晓其血压/血糖控制不达标，也不愿意为了达标而增加药品品种/服药剂量，认为这种做法没必要、不值得提倡。正是由于部分患者药物使用过程中存在上述问题，造成其血压/血糖波动幅度较大、控制不易达标。此外，

由于患者身处复杂的社会环境中,一些客观现实因素、自制力等也会影响其血压和/或血糖控制状况。有30.6%血糖控制未达标者承认自制力较差可能是导致其血糖控制未达标的重要因素。目前,健康管理多注重疾病的管理和生活方式的干预,较少关注日常生活环境和社会结构性因素对健康的影响,而上述因素对疾病和健康的影响不容忽视^[13]。慢性病管理是长期性、系统化、复杂性的工程,患者的饮食结构、生活状态及其所处的社会环境等并非一成不变,“粗线条”、非个性化的健康管理不但无法满足个体不断变化的需求,还是导致慢性病防控效果不佳的重要原因。目前,越来越多研究已证实,只有充分考虑患者价值观、偏好、文化程度、社会结构等因素对疾病管理的影响,关注患者本人,坚持“以患者为中心”的健康照顾原则,才能获得较好的疾病管理效果^[14-16]。全科医生扎根基层,在社区健康管理中承担着重要使命,可为居民提供综合性、连续性、协调性、个性化的医疗卫生和健康管理服务,能够较为容易地了解患者的真实情况,在高血压、糖尿病等社区常见慢性病管理中扮演着重要角色。因此,社区家庭医生团队要:

(1)充分发挥“健康守门人”的作用,与患者成为朋友、建立长久关系,了解患者的所思所想、个性特征、文化背景、所处社会环境,深入发掘、掌握影响慢性病防控的一切因素,包括医疗和非医疗因素;(2)以患者意愿、解决问题的难易度、自身能力等为依据,对这些影响因素进行优先级排序,并借助多方力量、利用多种健康管理手段,逐步改变患者不正确的认知、思维、行为和思考习惯;(3)与患者进行共同决策,以制定具备针对性、可行性的管理计划和方案。同时,还须积极构建以基层医疗卫生服务机构为“网底”、家庭医生签约服务为“抓手”、全专联合、上下联动、多部门协调合作的综合防控体系。最终,通过全方位管理,将高血压、糖尿病等ASCVD重要的危险因素控制好,进而降低ASCVD的患病率和死亡率。

3.2.3 医生因素 作为慢性病防控的“主力军”,全科医生慢性病管理能力仍然不足。全科医生在面对高血压和/或糖尿病患者的用药咨询时,常做出“高一点无所谓”“该加的药也加了,没有什么好的办法了”等回答。基层医疗卫生机构服务能力不足、业务能力不强,已得到较多的研究证实^[17-18]。秦江梅等^[18]对102个基层医疗卫生机构的调查结果显示,31.7%的患者因基层医疗水平低而不愿至基层就诊;曾望远等^[5]发现,社区抗高血压药物种类有待规范,社区高血压用药方式有待优化;吕兰婷等^[19]在对我国近十年慢性病防控与管理研究进行综述时,也提及基层医疗卫生机构的诊疗水平难以吸引居民到基层首诊,同时其存在管理不规范的情况。虽然高血压、糖尿病管理已被纳入国家基本公共卫生服务项

目考核指标,但管理重数量而忽视质量、管理内涵欠缺、全科医生动力不足等问题仍然突出。因此,除继续加大对全科医生的培训外,还应该建立科学的绩效考核机制,将防控费用纳入医保,将慢性病防控效果纳入全科医生的绩效考核,以促使全科医生从被动变为主动,努力提高自身能力和主观能动性,真正做好、做实慢性病防控工作。

3.3 对策和建议 在知识-信念-行为理论中,从相信拥有的知识转变为行动动力,是行为产生中最困难且最富挑战性的一个阶段,转变未能成功也常常是导致慢性病防控效果不佳的重要因素^[20]。在本研究中,具有一定行动力和执行力的患者,血压/空腹血糖控制率仍不乐观,这也彰显出慢性病防控是一项艰巨的工程,其不仅仅是医疗问题,还涉及诸多方面因素,如环境因素、社会因素、文化因素、家庭因素等。本研究提出如下一些建议:

(1)建立健全慢性病防控体系,形成政府主导、社区协同、专家指导、社会和居民广泛参与、多部门协调合作的工作机制,建立横向和纵向健康管理和协调机制,全方位、多层次加大健康管理力度,逐步帮助居民树立自己是健康第一责任人的理念。政府也应采取多种举措,例如,继续加大宣传和内涵建设力度,营造全社会齐行动的良好氛围,制定规范、多方参与的制度和流程,将慢性病防控纳入政府工作目标和考核指标,加强信息互联互通、资源有效配置,扩大异地就医直接结算范围,实施“健康积分”制度,开展家庭支持和家庭关爱行动等,以促进慢性病防控持续健康发展。(2)已有研究的结果显示,签约家庭医生患者血糖控制率是未签约患者的2.466倍^[4]。2016年,国务院医改办制定了《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》(国医改办发〔2016〕1号)^[21]。自此,家庭医生签约服务在全国基层医疗机构开展得如火如荼,但其仍面临配套政策不完善、财政保障不到位、激励机制缺乏、全科医生数量不足、个性化服务缺乏、服务质量不高等诸多挑战^[22]。为了遏制慢性病高发、做好慢性病防控,推进家庭医生签约服务作用势在必行。政府应加大对家庭医生式服务的财政补偿力度,建立科学的激励机制,将家庭医生签约服务项目纳入医保报销范围,发挥医保资金杠杆作用以引导居民至基层医疗卫生服务机构就诊;出台系列配套政策,鼓励更多的医护人员“下沉”基层卫生服务机构,尽快增加在岗全科医生数量;通过强化网格员队伍建设、加强信息化建设,使慢性病管理达到事半功倍的效果,以弥补全科人才不足的短板;丰富家庭医生签约服务的内涵,将更多个性化签约服务纳入考核内容等。(3)要切实发挥基层医疗卫生机构慢性病防控“网底”的作用。全科医生作为社区卫生服务团队的核心,应与社区护士、公共卫生医师、专科医生、其他人员等密切配合,以团队形式、既分工

明确又协调统一地开展工作;其次,作为团队的管理者,全科医生除了需要不断提升自身诊疗水平,以能够在某些特定情况下帮助患者快速控制/稳定血压、血糖外,还要加强自身“非医疗”能力(如建立关系、关注患者、说服患者、协调沟通、团队合作的能力)建设,并提高自身发现问题、在真实世界中解决问题的能力。

3.4 本研究的不足之处 (1)本研究中的调查对象均来自社区健康服务中心。对于不愿至基层就诊的社区高血压和/或糖尿病患者,本研究未能纳入,故样本数据的全面性可能不足。(2)定量研究部分,调查内容较少,且项目较为简单,故未能对社区高血压和/或糖尿病患者血压和/或空腹血糖控制未达标的深层次原因进行深刻剖析。(3)定性研究部分,本研究仅采用了常规内容分析法对访谈资料进行分析,可能会对结果的稳健性造成一定的影响。但本研究从基层卫生和健康社区的视角出发,真实地反映了当前基层慢性病防控中存在的实际问题和潜在风险,并提出了解决措施和建设性的建议。未来,本研究团队计划进行更大规模的多中心调查,以验证这一问题存在的普遍性,并将通过采用更加严谨的定性分析方法,对来自社区高血压和/或糖尿病患者的信息进行更加深入的分析。

志谢:感谢10家社康中心的全科医生为本研究提供的帮助。

作者贡献:尹朝霞提出研究命题,确定主要观察指标和研究方法,负责设计研究方案与问卷、论文撰写与修订,并对文章整体负责,监督管理;罗友连、谈思雯负责文献检索;罗友连、陈艳丽、冯海璇负责资料收集;罗友连、陈艳丽负责文献/资料整理;公为洁负责英文的修订。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告2019概要[J]. 中国循环杂志, 2020, 35(9): 833-854. DOI: 10.3969/j.issn.1000-3614.2020.09.001.

[2] 国家卫生健康委员会. 国家基本公共卫生服务规范(第三版)[EB/OL]. (2017-02-28)[2021-07-11]. <http://www.nhc.gov.cn/ewebeditor/uploadfile/2017/04/20170417104506514.pdf>.

[3] 姚建森. 山东省2型糖尿病社区管理效果及影响因素研究[D]. 济南: 山东大学, 2020.

[4] 姜巍, 张艳春, 董亚丽, 等. 我国基层卫生改革措施对糖尿病管理效果的影响研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(16): 2067-2071, 2079. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.345.

[5] 曾望远, 周素云, 顾申红. 海口市社区高血压现状调查及全科干预效果研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23(18): 2335-2341. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.328.

[6] 王心怡, 孙瑾. 基于自我效能感评估的家庭访谈对高龄高血压患者自我管理能力和血压控制效果的影响[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(23): 3008-3011.

[7] YANG X L, LI J X, HU D S, et al. Predicting the 10-year risks of

atherosclerotic cardiovascular disease in Chinese population: the China-PAR Project (prediction for ASCVD risk in China) [J]. *Circulation*, 2016, 134(19): 1430-1440. DOI: 10.1161/CIR.116.022367.

[8] 尹朝霞, 罗友连, 谢东风, 等. 动脉粥样硬化性心血管疾病高危人群疾病认知及需求的质性研究[J]. 中华全科医师杂志, 2020, 19(8): 728-731.

[9] 胡哲, 丰青, 邓雪芹, 等. 上海嘉定区高血压控制情况及其影响因素[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2020, 40(12): 1652-1655. DOI: 10.3969/j.issn.1674-8115.2020.12.015.

[10] 中华医学会内分泌学分会. 糖尿病患者血糖波动管理专家共识[J]. 药品评价, 2017, 14(17): 5-14. DOI: 1672-2809(2017)17-0005-05.

[11] 葛彩英, 孔慈, 赵新颖, 等. 家庭自测血压对高血压患者血压达标和血压波动性的评价研究[J]. 中国全科医学, 2012, 15(9): 2884-2888. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2012.09.010.

[12] 杨连招, 杨永, 张瑛, 等. 老年高血压患者服药依从性现状及干预研究进展[J]. 中国全科医学, 2016, 19(29): 3619-3623. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2016.29.024.

[13] 于晓松, 路孝琴. 全科医学概论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 108.

[14] GRUNDY S M, STONE N J, BAILEY A L, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APHA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of blood cholesterol: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines [J]. *Circulation*, 2019, 139(25): e1082-1143. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000625.

[15] HOWRENA M B, VANDER WEGA M W, CHRISTENSENE A J, et al. Association of patient preferences on medication discussion in hypertension: results from a randomized clinical trial [J]. *Soc Sci Med*, 2020, 262(10): 1-7. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113244.

[16] VINA E R, QUINONES C. Understanding the role and challenges of patient preferences in disparities in rheumatologic disease care [J]. *Rheum Dis Clin NAm*, 2021, 47(1): 83-96. DOI: 10.1016/j.rdc.2020.09.003.

[17] 陈倩, 冯磊. 我国基层医疗卫生机构患者安全问题及其解决路径研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24(13): 1585-1591. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.177.

[18] 秦江梅, 林春梅, 张丽芳, 等. 基层卫生综合改革重点联系区县患者基层就诊满意度研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(1): 36-40. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2018.01.009.

[19] 吕兰婷, 林筑, 张延. 我国慢性病防控与管理研究的十年综述[J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(1): 32-34, 37.

[20] 高其法, 宋剑, 丁立松. 慢性病患者的支点作用与慢性病防控: 基于知行信模型的观点[J]. 中国全科医学, 2012, 15(6): 1858-1860. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2012.06.025.

[21] 国务院医改办. 关于推进家庭医生签约服务的指导意见[EB/OL]. (2016-05-25)[2021-07-26]. http://www.gov.cn/xinwen/2016-06/06/content_5079984.htm.

[22] 范转转, 刘圆圆, 杨倩, 等. 我国家庭医生签约服务存在的问题研究[J]. 卫生经济研究, 2018, 11(25): 54-56.

(收稿日期: 2020-09-30; 修回日期: 2021-07-22)

(本文编辑: 陈俊彬)