·经验交流·

健康管理对老年代谢综合征合并下肢动脉疾病患者的疗效影响

梁丽萍　余丽华　周笑

近年来随着社会生活水平的不断提升和饮食结构的逐年变化，再加上老龄化趋势的发展，代谢综合征及其相关疾病的患病数量呈现逐年增多现象[1]。下肢动脉疾病会显著降低老年群体的活动能力，对其生活质量产生负面影响[2]。且相关研究发现，下肢动脉疾病的加重会在一定程度上引起远期心血管不良事件和死亡率。基于此，尽早开展科学完善的护理干预，对改善和减轻患者临床症状和提高预后具有重要意义[3]。健康管理理念主要通过对患者加强生活方式指导、疾病监控、健康宣教指导和生活指导等综合性护理干预，使患者积极配合长期规范治疗，对疾病发生、发展进行预防，并进一步提升生活质量[4-5]。本次研究旨在观察分析健康管理对老年代谢综合征合并下肢动脉疾病患者的疗效影响。现报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　收集丽水市第二人民医院2016年5月至2017年4月期间收治的124例老年代谢综合征伴下肢动脉疾病患者作为研究对象，其中男性71例、女性53例；年龄63～87岁，平均(76.20±7.61)岁，均符合中华医学会糖尿病分会制定的代谢综合征诊断标准；符合下肢动脉疾病的诊断标准；并排除有认知障碍、心衰、脑血管疾病以及心梗、肾功能异常、免疫疾病、恶性肿瘤等患者。依据不同的管理方式分为两组，对照组62例患者中男性36例、女性26例；年龄63～87岁，平均(75.89±7.63)岁；实验组62例患者中男性35例、女性27例；年龄64~86岁，平均(76.03±7.59)岁。两组基线资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.05.022

作者单位：323000　浙江丽水，丽水市第二人民医院营养科(梁丽萍、周笑)，放射科(余丽华)

1.2　方法　对照组实施基础管理，主治医生以患者的血糖、血压、血脂等基本情况为依据，合理选择相应的药物进行治疗，对用药情况进行定期随诊和科学调整。实验组在对照组药物治疗基础上，实施健康管理，干预时间为1年，首先成立专业的健康管理小组，由组内成员负责落实各项管理措施。①生活方式干预：参照《AHA2006饮食与生活方式建议》制定饮食指南，营养中总能量50%～60%由糖类提供，脂肪25%，油脂15%。膳食纤维总量20～35 g/d，植物油25 g/d，食盐量控制在5 g/d。②生活运动指导：根据患者疾病的特点，制定一系列的健康导训活动。每周二举办“动出健康”互动，进行手指操、呼吸养生操和太极拳等活动。③健康宣讲：定期举办健康讲座，开展音乐主题健康教育，以“唱红歌”形式组织患者在一起，然后向患者介绍关于代谢综合征的基本知识，以及相关的注意事项，让患者在娱乐的过程中掌握基本知识。④心理干预：每周一次与患者进行沟通交流，掌握患者的心理变化，给予患者鼓励，增强战胜病魔的信心。

1.3　观察指标　对两组患者干预前和干预1年后的收缩压(systolic pressure，SBP)、舒张压(diastolic pressure，DBP)、甘油三酯(triglyceride，TG)、总胆固醇(total cholesterol，TC)、低密度脂蛋白胆固醇(low density lipoprotein cholesterol，LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(high density lipoprotein cholesterol，HDL-C)等血压、血脂相关指标进行测定，并采用生活质量量表(the MOS item short from health survey，MOS SF-36)评定患者生活质量，主要包括生理功能、身体疼痛以及社会功能、心理健康等，得分越高说明生活质量越好[6]。

1.4　统计学方法　采用SPSS 22.0软件进行统计处理。计量资料采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)描述，组间比较采用t检验。设$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后血压变化见表1

表1 两组干预前后血压变化/mmHg

组别	SBP		DBP	
	干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	152.65 ± 17.54	141.32 ± 10.25*#	73.45 ± 10.48	73.56 ± 10.52
对照组	152.26 ± 18.32	146.18 ± 11.41*	73.69 ± 13.21	74.19 ± 12.64

注:*:与干预前比较,$P<0.05$;#:与对照组干预后比较,$P<0.05$。

由表1可见,两组干预后的SBP较干预前明显下降(t分别=4.32、2.22,P均<0.05),而DBP无明显变化(t分别=0.06、0.22,P均>0.05)。两组干预前SBP、DBP进行比较,差异无统计学意义(t分别=0.12、0.13,P均>0.05),干预后实验组SBP低于对照组,差异有统计学意义(t=2.50,$P<0.05$),而两组间干预后DBP比较,差异无统计学意义(t=0.30,$P>0.05$)。

2.2 两组干预前后血脂水平变化见表2

表2 两组干预前后血脂水平变化/mmol/L

组别	TC		TG		LDL-C		HDL-C	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	5.47 ± 0.53	2.41 ± 0.25*	2.41 ± 0.25	2.33 ± 0.21	2.91 ± 0.27	2.93 ± 0.23	1.25 ± 0.14	1.24 ± 0.15
实验组	5.52 ± 0.50	2.39 ± 0.27*	2.39 ± 0.27	2.28 ± 0.20	2.90 ± 0.30	2.83 ± 0.32	1.26 ± 0.16	1.28 ± 0.17

注:*:与干预前比较,$P<0.05$。

由表2可见,两组患者干预前的TC、TG、LDL-C、HDL-C比较,差异均无统计学意义(t分别=0.54、0.43、0.20、0.37,P均>0.05);干预后,两组患者的TC明显低于干预前,差异有统计学意义(t分别=41.12、43.37,P均<0.05),而TG、LDL-C、HDL-C差异不明显(t分别=0.52、0.61、0.51,P均>0.05);两组患者干预后TC、TG、LDL-C、HDL-C比较,差异无统计学意义(t分别=0.41、0.38、0.58、0.69,P均>0.05)。

2.3 两组干预前后生活质量变化见表3

表3 两组干预前后生活质量变化/分

组别	生理功能		身体疼痛		社会功能		心理健康	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	68.55 ± 21.26	75.87 ± 17.88*	58.99 ± 13.55	60.27 ± 10.48	61.89 ± 10.75	61.77 ± 10.03	58.83 ± 21.63	63.87 ± 13.46*#
对照组	65.86 ± 22.38	73.89 ± 19.25*	59.14 ± 12.13	60.42 ± 15.12	61.79 ± 10.52	61.86 ± 10.11	58.66 ± 20.22	58.49 ± 12.49

注:*:与干预前比较,$P<0.05$;#:与对照组干预后比较,$P<0.05$。

由表3可见干预前,两组患者的生理功能、身体疼痛、社会功能以及心理健康评分比较,差异均无统计学意义(t分别=0.18、0.24、0.19、0.45,P均>0.05)。干预后,两组生理功能评分比干预前有所提升,实验组干预后心理健康评分明显高于干预前,差异均有统计学意义(t分别=56.18、42.82、14.54,P均<0.05),两组干预前后身体疼痛以及社会功能评分比较,差异无统计学意义(t分别=0.45、0.51,P均>0.05)。实验组干预后心理健康评分明显高于对照组干预后(t=11.34,$P<0.05$)。

3 讨论

老年代谢综合征合并下肢动脉疾病是老年患者的常见病和多发病,但因为本病起病时具有一定的隐匿性,发病初期症状不明显,故患者对其知晓率较低,即使已经检出和确诊为下肢动脉疾病的患者,因对其认知较少,控制率和治疗率依然较低。下肢动脉疾病患者的危险因素和冠心病患者相似度较高,与不良生活习惯、血脂异常、高血压、家族遗传、高龄等均存在一定的关系[7,8]。其中家族遗传、高龄属于无法改变的危险因素,其它因素均可得到有效控制[9]。代谢综合征患者因为具备以上危险因素,再加上合并下肢动脉疾病的影响,心血管疾病发生率和死亡危险会明显增高[10]。因此,对于部分高危群体尤其是早期症状不明显的患者,往往需要

在药物对症治疗基础上予以健康管理指导，相比于单纯用药治疗，可有效改善血压、血脂以及部分生活质量，延缓疾病的进一步发展。

生活方式和下肢动脉疾病患者的病情发展和预后具有非常密切的关系，相关研究证实，不合理的饮食与患者临床症状的进展程度、心血管事件、周围血管介入效果等关系密切，且可使间歇性跛行的发生危险提高8～10倍左右。经常进行体育锻炼的情况下，可使患者的最大行走时间和距离明显增加，从而有效预防和减少下肢动脉疾病患者心血管事件和死亡事件发生危险[11～13]。但是，患者往往在药物治疗后，放松警惕，日常生活不注意，自制力差，从而导致恢复周期延长，因此采取健康管理对于患者预后有着至关重要的作用。

本次研究发现，干预后，实验组SBP明显低于对照组（$P<0.05$），但DBP无明显差异（$P>0.05$）；可能是因为实验组针对患者实施饮食、生活方式以及心理层面的干预，帮助患者建立起信心，与此同时定期给予手指操、呼吸养生操和太极拳等康复性活动。两组患者干预后TC、TG、LDL-C、HDL-C比较，差异不明显（$P>0.05$），可能是两组患者在日常生活中均关注饮食[14]。因为本次研究选择的均为无症状的下肢动脉疾病患者，加之老年患者行走时间、距离、爬楼高度等与局部血管和全身各重要脏器的生理病理功能密切相关，评价过程中不确定因素较多，因此采用MOS SF-36量表对其生活质量进行评定，其在总体上可将患者1个月内的健康状况反映出来，干预后两组生理功能、身体疼痛以及社会功能、心理健康等生活质量评分均比干预前有所提升，但组间比较，除实验组心理健康评分高于对照组外，其它指标组间差异不存在统计学意义（$P>0.05$），可能是因为实验组患者进行了健康知识的宣讲，与此同时进行心理层面的干预，患者了解认知该疾病，有战胜该疾病的信心，因此日常生活知道如何进行自我护理。

综上所述，老年代谢综合征合并下肢动脉疾病患者实施健康管理有利于改善其各项临床指标，提高生活质量，相比于单纯药物治疗，效果更为理想。

参考文献

1 何宇纳，赵文华，赵丽云，等.中国 2010-2012 年成年人代谢综合征流行特征[J].中华流行病学杂志，2017，38（2）：212-215.

2 李霞，谭君梅，林细吟，等.下肢动脉疾病患者生活质量的调查分析[J].现代临床护理，2016，15（5）：1-5.

3 李霞，张宇，林细吟，等.110 例下肢动脉疾病患者自我管理行为水平的调查研究[J].护理学报，2016，23（07）：47-50.

4 徐龙雨，姚央，盖小荣，等.应用 PDCA 管理理念开展医院健康管理工作的实践探索[J].中国社会医学杂志，2015，32（2）：90-92.

5 孙瑶，李文源，艾育华，等.基于物联网的老年慢性病自我健康管理模式的构建研究[J].中国全科医学，2014，17（10）：1164-1166.

6 陈萍.正念认知疗法对终末肾病肾移植患者的生活质量及睡眠状况的作用[J].中国医药导报，2017，14（23）：148-151.

7 Topouchian J, Labat C, Gautier S, et al. Effects of metabolic syndrome on arterial function in different age groups: the advanced approach to arterial stiffness study [J].J hypertens, 2018, 36(4): 824-833.

8 Lee S W, Youm Y, Lee W J, et al. Appendicular skeletal muscle mass and insulin resistance in an elderly Korean population: the Korean social life, health and aging project-health examination cohort[J]. Diabetes Metab J, 2015, 39(1): 37-45.

9 Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, et al. Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American heart association[J]. Circulation, 2017, 135(10): e146-e603.

10 Heikkilä A, Venermo M, Kautiainen H, et al. Short stature in men is associated with subclinical peripheral arterial disease[J]. VASA, 2016, 45(6): 486-490.

11 刘欢，王宏宇，刘金波，等.颈动脉斑块患者大动脉功能与冠心病和下肢动脉疾病的关系[J].北京大学学报：医学版，2017，49（6）：1027-1033.

12 袁丁，赵纪春，马玉奎，等.2017 年 ESC 外周动脉疾病诊断治疗指南解读——下肢动脉疾病篇[J].中国循证医学杂志，2017，17（12）：1381-1387.

13 慕晓梅.奥扎格雷纳联合低分子肝素钙治疗糖尿病下肢动脉疾病的临床效果[J].糖尿病新世界，2015，35（18）：9-11.

14 张彦琦，张玲，易东，等.重庆市高血压和糖尿病患者社区健康管理现状及影响因素研究[J].中国全科医学，2015，18（28）：3473-3477.

（收稿日期　2018-05-04）

（本文编辑　蔡华波）