

同伴教育模式对社区老年代谢综合征患者相关指标的影响

黄明群(重庆市梁平县梁山街道社区卫生服务中心 405299)

【摘要】 目的 探讨同伴教育干预模式对老年人代谢综合征(MS)患者相关指标的影响。**方法** 选取重庆市梁平县 2 所社区卫生服务中心 60 岁以上免费体检老人为研究对象,其中梁山街道作为观察组,双桂街道作为对照组,观察组给予 MS 相关知识与防范内容的宣教和指导,对照组不给予任何干预。一年后,比较干预前后两组之间的差异及同伴教育方法的有效性。**结果** 观察组干预后 MS 检出率为 25.47%(81/318),低于干预前检出率 41.10%(134/326)($\chi^2=17.69, P<0.01$);同时也低于对照组 MS 检出率(37.91%,127/335),差异均具有统计学意义($\chi^2=11.63, P<0.01$);干预前,总体男女之间相比,体质量指数(BMI)、收缩压(SBP)、三酰甘油(TG)、空腹血糖(FPG)间差异有统计学意义($P<0.05$);干预后观察组 BMI、SBP、TG、FPG 均低于干预前观察组,高密度脂蛋白(HDL-C)高于干预前($P<0.05$),与对照组相比,BMI、SBP、舒张压(DBP)、TG、FPG 均低于对照组,HDL-C 高于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 老年人 MS 检出率较高,但通过切实有效地干预,可以有效地改善 MS 相关指标,而同伴教育是对 MS 人群干预的有效方法。

【关键词】 代谢综合征; 同伴教育; 干预; 老人

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.05.045 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)05-0683-03

代谢综合征(MS)是一种以腹型肥胖、高血压、高三酰甘油(TG)血症、低高密度脂蛋白(HDL-C)血症和血糖异常为主要特征的症候群,据 WHO 预测,目前全球超过 10 亿人超重或肥胖,其中 20%~25%即患有 MS,在老年人群中,这一比例甚至高达 50%^[1]。MS 最早发生于欧美等发达国家,由于近年来生活和饮食习惯的改变,MS 在中国也越来越常见^[2]。同伴教育是指具有相同背景、经历或由于某种原因而具有共同语言的人在一起分享信息、观念和行为习惯,以实现教育目标的一种教育形式^[3]。而老年人这一特殊群体,由于不受时间、工作的限制,且存在自发性聚集的特点,针对老年人这一特性,本研究选取 2013 年重庆市某社区享受基本公共卫生服务(60 岁以上老人免费体检)的资料进行分析和判定,并选取同伴教育者进行为期一年的 MS 健康宣教,以期降低本地区 MS 发病率并为 MS 的管理模式提供科学的依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用整群抽样的方法,选取 2013~2014 年重庆市梁平县梁山街道社区卫生服务中心和双桂街道社区卫生服务中心实施免费体检的 60 岁以上老人为研究对象。将 2 个街道按地理位置划分梁山街道为同伴教育干预组(以下简称“观察组”),双桂街道为对照组。2014 年同伴教育者干预 1 年后,对 2 个街道干预前后受试对象的体检资料进行比较。

1.2 MS 判定标准 采用中国糖尿病协会 2004 年诊断标准,符合以下 4 项中的 3 项及以上即可诊断为 MS:(1)体质量指数(BMI) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$;(2)高血压:血压不低于 140/90 mm Hg 和/或诊断为高血压并正在治疗者;(3)TG 血症:血清 TG 不低于 1.7 mmol/L 和/或者 HDL-C 血症:HDL-C 男低于 0.90 mmol/L,女低于 1.00 mmol/L;(4)高血糖:空腹血糖(FPG) $\geq 6.10 \text{ mmol/L}$ 和/或餐后 2 h 血糖(2 h PG) $\geq 7.80 \text{ mmol/L}$ 和/或诊断为 2 型糖尿病并接受治疗者(为方便统计和比较,本调查均采集的是 FPG)^[4]。

1.3 同伴教育者选择与干预 选取梁山街道既往确诊为 MS,但目前已经处于恢复期,各项临床指标完全正常的 60 岁以上老人 4 例(其中男 1 例,女 3 例)为同伴教育者,均为高中以上学历,具有一定的语言表达能力和人群影响力,且均十分

爱好健康教育活动。由本地区内分泌专家对同伴教育者进行沟通技巧、MS 相关知识与防范,以及同伴教育的干预方式和活动内容予以培训,并采取问卷测试的方式对培训内容取得效果进行评价,达到预期效果后方赋予同伴教育者开展健康教育活动的权利,并定期更新相关健康教育内容。同时,要求同伴教育者不定期对各自所负责辖区进行 MS 知识集体宣教(至少 4 次/年)、MS 宣传资料发放(至少 4 次/年)及座谈、电话或其他聊天工具等形式的宣教。

1.4 统计学处理 采用 Epidata3.02 软件进行数据录入,SPSS19.0 进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 方式表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般人口学特征 2013 年 2 个街道 60 岁以上体检老人共计 684 人,其中观察组 326 人,对照组 358 人;男 301 人,女 383 人;年龄 60~95 岁,平均(72.48 $\pm$ 9.46)岁。2014 年 2 个街道 60 岁以上体检老人共计 653 人,其中观察组 318 人,对照组 335 人;男 284 人,女 369 人;年龄 60~96 岁,平均(72.81 $\pm$ 10.07)岁。

2.2 干预前 MS 相关指标比较 对干预前 2 个街道所有 60 岁以上老人的体检资料进行统计分析,MS 检出人数 293 人,MS 检出率为 42.84%(293/684),其中观察组 MS 检出 134 人,检出率 41.10%(134/326),对照组 MS 检出人数 159 人,检出率为 44.41%(159/358),干预前两组间 MS 患病率及其他生理生化指标比较差异均无统计学意义($P>0.05$);男女之间比较,BMI、收缩压(SBP)、TG、FPG 间差异具有统计学意义($P<0.05$),舒张压(DBP)、HDL-C 间差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

2.3 干预后 MS 相关指标比较 观察组在进行为期 1 年的同伴教育后,所有受检 60 岁以上老人 MS 检出人数 208 人,MS 检出率为 31.85%(208/653),明显低于干预前 MS 总体检出率(42.84%; $\chi^2=17.20, P<0.01$)。干预后,观察组前后对比,MS 检出人数 81 人,检出率为 25.47%(81/318),明显低于干预前 MS 检出率(41.10%; $\chi^2=17.69, P<0.01$);同时也低于

对照组 MS 检出率(37.91%,127/335),差异均具有统计学意义($\chi^2=11.63,P<0.01$);对照组干预后 MS 检出率(37.91%)也低于干预前 MS 检出率(44.41%),但差异无统计学意义($\chi^2=3.02,P>0.05$)。其他 MS 相关生理生化比较,观察组

BMI、SBP、TG、FPG 均低于干预前观察组,HDL-C 高于观察组,且差异均有统计学意义($P<0.05$);与对照组相比,BMI、SBP、DBP、TG、FPG 均低于对照组,HDL-C 高于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 1 干预前两组间 MS 相关指标比较

相关指标	总体	组别		性别	
		观察组	对照组	男性	女性
年龄(岁)	72.48±9.46	74.21±8.42	71.69±9.53	72.12±11.58	73.69±10.36
BMI(kg/m ²)	23.45±3.87	23.21±3.69	23.85±3.49	22.83±3.04 [△]	24.75±3.76
SBP(mm Hg)	123.63±18.69	124.83±18.63	123.01±20.85	125.32±19.56 [△]	122.42±18.61
DBP(mm Hg)	78.69±10.26	78.22±10.67	79.10±9.60	80.09±11.25	78.86±8.63
TG(mmol/L)	1.49±1.26	1.51±1.32	1.48±1.26	1.63±1.25 [△]	1.41±1.17
HDL-C(mmol/L)	1.40±0.63	1.42±0.56	1.39±0.49	1.34±0.58	1.49±0.72
FPG(mmol/L)	5.13±1.46	5.11±1.59	5.17±1.26	5.23±1.41 [△]	5.07±1.57

注:与女性比较,[△] $P<0.05$ 。

表 2 干预前后两组间 MS 相关指标比较

相关指标	干预前		干预后	
	观察组	对照组	观察组	对照组
年龄(岁)	74.21±8.42	71.69±9.53	74.59±9.34	72.36±10.54
BMI(kg/m ²)	23.21±3.69	23.85±3.49	21.83±2.23 [△]	23.45±3.24 [▲]
SBP(mm Hg)	124.83±18.63	123.01±20.85	121.35±19.54 [△]	124.15±20.58 [▲]
DBP(mm Hg)	78.22±10.67	79.10±9.60	77.59±9.77	80.46±9.54 [▲]
TG(mmol/L)	1.51±1.32	1.48±1.26	1.22±1.07 [△]	1.52±1.38 [▲]
HDL-C(mmol/L)	1.42±0.56	1.39±0.49	1.76±0.69 [△]	1.35±0.47 [▲]
FPG(mmol/L)	5.11±1.59	5.17±1.26	4.28±1.29 [△]	5.06±1.25 [▲]

注:与观察组干预前比较,[△] $P<0.05$;与观察组干预后比较,[▲] $P<0.05$ 。

3 讨 论

MS 是一系列心血管疾病相关危险因素的聚集状态,临床上多表现为血糖异常、血脂紊乱、高血压、中心性肥胖等,已经成为严重影响人类健康的慢性疾病^[5]。我国流行病学调查发现,MS 的患病率为 14%~16%,MS 患者中有近 90% 血压升高,80% 者血脂异常,糖代谢紊乱约占 45%^[6]。当前对 MS 的了解还较少,加之不合理的膳食、运动量不足、吸烟、饮酒等不良生活习惯进一步促使 MS 成为威胁社区健康的主要疾病。更为重要的是,MS 的发病十分隐匿,症状多数不典型,常常受到忽视。因此,早期干预 MS 是提高社区卫生的关键之举。本研究结果显示,干预前受试对象的 MS 检出率为 42.84%,干预后观察组的 MS 检出率则明显降至 25.47%,表明早期同伴教育能够明显提高居民的健康知识知晓状况,改变不良的生活方式,进而减少 MS 的发生,该结果与既往报道结论基本一致^[3]。值得注意的是,诱发 MS 的高危因素众多且受明显的地域影响,因而探索本地区特有的同伴教育措施具有十分重要的公共卫生意义。

既往研究普遍认为 MS 是诱发心血管相关疾病的主要危险因素^[7],但最新的研究揭示,MS 也是许多恶性肿瘤发生的诱因,甚至被证明与肿瘤存在直接关系^[8-9]。Muñoz 等^[10]将 MS 的病因主要归结于两个方面:一是生活习惯,二是饮食习惯。国内的相关研究也印证了这一观点,认为 MS 的最直接表

现即为中心性肥胖,改善生活的习惯的首要方式是适当地增加运动,这对改善 MS 相关生理生化指标具有十分明显的效果^[11-13]。本研究通过同伴教育,提倡 MS 患者应积极地增加有氧运动,增强自身体质和免疫力,结果同样发现观察组的 MS 检出率较干预前明显降低,与报道结果一致。饮食习惯指的是根据 MS 相关生理生化指标进行适当的膳食结构调整。国内外研究发现,合理的膳食结构,对改善 MS 相关的 BMI、TG、SBP/DBP、HDL-C、FPG 等指标具有十分明显的成效^[14-15]。本研究通过同伴教育者干预发现 MS 相关指标均较干预之前和未干预有所改善,MS 检出率明显降低,也进一步表明以同伴教育的方式督患者改变饮食结构和习惯可取的良好防治效果。

目前,MS 高发人群主要为老年人群,由于这一人群整体文化水平有限,故采取切实有效的干预措施显得尤为必要。良好的同伴健康教育能有效地提高一般人群和高危人群的健康意识,在疾病早期及时发现问题,更能调动已患病人群的主观能动性,使其能更好配合医师的治疗^[16]。文国英等^[17-18]研究已经证实采用同伴教育的方法不仅对 MS 人群的生活习惯有改善作用,在心理方面也存在积极的影响。本研究绝大多数研究对象均为初中以下文化水平,由于现如今生活条件的改善,居民膳食结构也逐渐发生变化,逐渐以畜禽等肉食为主,加上这类人群均为退休或随子女从农村迁移至此,时间充裕,在同

伴中选择一个语言能力较为突出且具有号召力的作为同伴教育者,对街道居民进行切身实际情况进行宣教和指导,对改善社区老年居民 MS 相关症状并降低 MS 发生率具有十分明显的作用。

参考文献

[1] Keller KB, Lemberg L. Obesity and the metabolic syndrome[J]. Am J Crit Care, 2003, 12(2): 167-170.

[2] Zhou HC, Lai YX, Shan ZY, et al. Effectiveness of different waist circumference cut-off values in predicting metabolic syndrome prevalence and risk factors in adults in China[J]. Biomed Environ Sci, 2014, 27(5): 325-334.

[3] 管起招, 文国英, 廖素菊, 等. 同伴教育对老年代谢综合征病人生活方式干预的效果评价[J]. 护理研究, 2011, 25(18): 1652-1653.

[4] 中华医学会糖尿病学分会代谢综合征研究协作组. 中华医学会糖尿病学分会关于代谢综合征的建议[J]. 中华糖尿病杂志, 2004, 12(3): 5-10.

[5] 董惠倩, 许文芳. 老年人群代谢综合征流行病学分析[J]. 中国卫生检验杂志, 2011, 21(4): 993-994.

[6] 祝之明. 代谢综合征的临床特征与发病机制[J]. 第三军医大学学报, 2009, 31(1): 17-20.

[7] Grundy SM. Pre-Diabetes, metabolic syndrome, and cardiovascular risk[J]. J Am Coll Cardiol, 2012, 59(7): 635-643.

[8] Esposito K, Chiodini P, Colao A, et al. Metabolic syndrome and risk of cancer: a systematic review and meta-analysis[J]. Diabetes Care, 2012, 35(11): 2402-2411.

[9] Braun S, Bitton-Worms K, Leroith D, et al. The Link be-

tween the metabolic syndrome and cancer[J]. Int J Biol Sci, 2011, 7(7): 1003-1015.

[10] Muñoz CAM, Bedoya BG, Velásquez RCM. An approach to the etiology of metabolic syndrome [J]. Colombia Médica, 2013, 44(1): 57-63.

[11] 王瑞, 周卫, 郭春江, 等. 深圳市代谢综合征流行情况及影响因素分析[J]. 中国初级卫生保健, 2014, 28(2): 93-95.

[12] Keller KB, Lemberg L. Obesity and the metabolic syndrome [J]. Am J Crit Care, 2003, 12(2): 167-170.

[13] Malin SK, Niemi N, Solomon TP, et al. Exercise training with weight loss and either a high- or Low-Glycemic index Diet reduces metabolic syndrome severity in older adults[J]. Ann Nutr Metab, 2012, 61(2): 135-141.

[14] 陆敏敏, 冯正仪, 朱莉珍, 等. 代谢综合征患者的社区饮食和运动干预策略分析[J]. 中国全科医学, 2004, 7(24): 1844-1846.

[15] Silva FM, Steemburgo T, De Mello VD, et al. High dietary glycemic index and low fiber content are associated with metabolic syndrome in patients with type 2 diabetes [J]. J Am Coll Nutr, 2011, 30(2): 141-148.

[16] 孙冬玲. 健康教育在代谢综合征人群防治中的重要作用[J]. 中国健康教育, 2006, 22(2): 149-150.

[17] 文国英, 管起招, 刘陶文, 等. 同伴教育对代谢综合征患者生活习惯的影响[J]. 护理学杂志, 2009, 24(23): 60-62.

[18] 文国英, 刘陶文, 管起招, 等. 同伴参与式干预对代谢综合征患者心理状况的影响[J]. 护理学杂志, 2009, 24(21): 70-71.

(收稿日期: 2015-07-13 修回日期: 2015-09-22)

• 临床探讨 •

病态造血在骨髓增生异常综合征诊断中的意义

董海波, 谢品浩, 袁翠英, 张 谦, 陈兰昕, 张启国[△](南京大学医学院附属鼓楼医院血液科, 南京 210008)

【摘要】 目的 研究骨髓病态造血在骨髓增生异常综合征(MDS)诊断中的意义。**方法** 回顾性分析本院 2008 年 1 月至 2015 年 2 月采集的 160 例原发性 MDS 标本,另选取 28 例阵发性睡眠性血红蛋白尿(PNH),104 例特发性血小板减少性紫癜(ITP),53 例非重症再生障碍性贫血(NSAA),40 例巨幼细胞性贫血及 50 例感染和自身免疫性疾病作为对照组,进行外周血和骨髓形态学检查。**结果** 在 MDS、巨幼细胞贫血和 PNH 三者之间,各种细胞病态造血的发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。但是,在 NSAA 和 MDS 之间的三系细胞的质和量的变化有明显的不同。ITP 和 MDS 在骨髓髓系和红系形态改变上差异有统计学意义($P<0.05$)。在感染、自身免疫性疾病和 MDS 之间差异也有统计学意义($P<0.05$),主要表现在红细胞和巨核细胞的多种改变。与骨髓增生异常综合征密切相关的异常形态包括多核红细胞、环状铁粒幼、异形红细胞病、巨大红细胞、假 Pelger 中性粒细胞、环形核和小巨核细胞。**结论** 通过细胞形态学手段来区分巨幼细胞性贫血、PNH 和 MDS 是很困难的,特殊的病态造血在 MDS 中有特异性诊断价值。

【关键词】 病态造血; 诊断; 骨髓增生异常综合征
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.05.046 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)05-0685-04

骨髓增生异常综合征(MDS)是起源于造血干细胞的一组异质性髓系克隆性疾病,特点是髓系细胞分化及发育异常,表

现为无效造血、难治性血细胞减少、造血功能衰竭,高风险向急性髓系白血病(AML)转化^[1]。一系或多系的病态造血是

[△] 通讯作者, E-mail: qgzhang8@sina.com.