

心脑血管疾病患者健康相关生命质量与卫生服务利用的关系分析*

朱敬丽^①, 刘梦莹^①, 沈冲^①, 于蕾^②, 陆慧^①

摘要 目的:了解心脑血管疾病(CVD)患者健康相关生命质量与医疗服务利用之间的关系。方法:以2019—2020年宿迁市人群慢性病防控社会因素专项调查中冠心病与脑卒中患者作为研究对象, EQ-5D-3L量表评价健康相关生命质量, 近1年门诊和住院服务利用率衡量卫生服务利用情况。logistic回归模型分析CVD患者健康相关生命质量对卫生服务利用的影响。结果:在调查期内, CVD患者的门诊服务利用率为49.38%;住院服务利用率为30.90%。调查对象总体健康效用值为(0.912±0.133), EQ-VAS得分为(68.93±13.01)。logistic回归分析结果显示, 健康效用值每增加1个单位, 患者接受门诊服务利用的可能性下降74.40%;接受住院服务利用的可能性下降61.40%。EQ-VAS每增加1个单位, 患者接受门诊服务利用的可能性下降3.10%;接受住院服务利用的可能性下降2.80%。此外, 结果显示, 患有高血压的CVD农民患者更有可能利用门诊服务($P<0.05$);男性、农民、文化程度较低、无任何医疗保险、不饮酒、同时患有糖尿病, 且共患冠心病和脑卒中的患者更有可能利用住院服务($P<0.05$)。结论:健康相关生命质量是影响卫生服务利用的重要因素, 应采取有针对性的措施改善患者健康相关生命质量, 加强基层医疗卫生服务机构能力建设, 促进医疗卫生服务利用的优化, 满足CVD患者的健康需求。

关键词 心脑血管疾病; 健康相关生命质量; 卫生服务利用; EQ-5D-3L量表

中图分类号 R1-9; R195 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)02-0062-07

Analysis on the Relationship between Health-Related Quality of Life and Health Service Utilization in Patients with Cardiovascular and Cerebrovascular Diseases/ZHU Jing-li, LIU Meng-ying, SHEN Chong, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(2):62-68

Abstract Objective: To investigate the relationship between Health-Related Quality of life (HRQoL) and the outpatient and inpatient utilization in patients with cardiovascular disease (CVD). **Methods:** Patients with coronary heart disease and stroke from the special survey on social factors of prevention and control of chronic diseases in Suqian City in 2019 were selected as the objects. The EQ-5D-3L scale was used to evaluate the HRQoL, and the utilization of outpatient services and inpatient services in the past year were used to measure the health services utilization. Logistic regression was used to analyze the effect of HRQoL on health service utilization in patients with CVD. **Results:** A total of 1 774 patients with CVD were included, including 844 patients with coronary heart disease and 1 135 patients with stroke. The co-occurrence rate of these two diseases was 11.56%. During the survey period, the outpatient service utilization rate of CVD patients was 49.4%, and the inpatient services utilization rate was 30.9%. The overall health utility value was (0.912±0.133), and the EQ-VAS score was (68.93±13.01). Logistic regression results showed that the likelihood of outpatient service utilization and inpatient service utilization of patients would be decreased by 74.4% and 61.4%, respectively, when the health utility value increased by 1 unit. The likelihood of outpatient service utilization and inpatient service utilization of patients would be decreased by 3.1% and 2.8%, respectively, when the EQ-VAS increased by 1 unit. In addition, the results showed that patients with farmer and hypertension were more likely to use outpatient services ($P<0.05$); patients with male, farmer, low education level, no medical insurance, no alcohol, diabetes, and concomitant coronary heart disease and stroke were more likely to use inpatient services ($P<0.05$). **Conclusion:** HRQoL is the important factor for health service utilization. Targeted measures should be taken to improve the HRQoL of patients, strengthen the capacity building of primary medical and health service institutions, promote the optimization of medical and health service utilization, so as to better meet the health needs of CVD patients.

Keywords cardiovascular disease; health-related quality of life; health service utilization; EQ-5D-3L scale

First-author's address School of Public Health, Nanjing Medical University, Nanjing, 211166, China

Corresponding author LU Hui, E-mail: luhui@njmu.edu.cn

据《中国心血管病报告2020》推算,我国现有心

脑血管疾病(Cardiovascular Disease, CVD)患者约3.3亿人,其中脑卒中1 300万,冠心病1 139万^[1],这两种疾病也是造成全球人类死亡的前两大病因^[2]。且脑卒中在我国致残率高达75%,是单病种致残率最高的疾病^[3]。CVD已成为当今世界重大的公共卫生问题,不仅严重影响患者生理和心理健康,而且给社会带来了沉重的疾病负担,产生了较大的卫生服务需求。但是由于卫生资源的稀缺性,卫生服务无法绝对公平地被每一位患者利用^[4]。为了合理地配置有限的卫生资源,使

* 基金项目:国家重点研发计划项目(2018YFC2000703);国家重点研发计划项目(2018YFC1312800);江苏高校哲学项目(2018SJA0273)。

① 南京医科大学公共卫生学院 南京 211166

② 宿迁市疾病预防控制中心 江苏 宿迁 223899

作者简介:朱敬丽(1997—),女,硕士在读;研究方向:社会医学与健康教育学;E-mail: zhujingli@stu.njmu.edu.cn。

通信作者:陆慧, E-mail: luhui@njmu.edu.cn。

其产生最大的社会效益和最佳的经济效益，需要从多方面了解患者的卫生服务需求，积极探索卫生服务利用的影响因素。然而，一方面我国现有对卫生服务利用影响因素的相关研究较多集中于慢性病患病、社会人口学特征等客观因素^[5]，针对患者主观因素相关指标的研究较为缺乏；另一方面因CVD等慢性病病程长且无法根治，患者利用卫生服务的目标不再是治愈疾病而是追求相对的健康，如提升健康相关生命质量。在此基础上，本研究认为，健康相关生命质量作为一种主观的自评健康状况，也可能是卫生服务利用的重要影响因素^[6-7]。为验证假设，采用EQ-5D-3L量表对宿迁市CVD患者的健康相关生命质量进行评价，并探讨与门诊和住院服务利用的关系，为改善CVD患者卫生服务利用的策略、合理配置卫生服务资源提供依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源

数据来自2019年宿迁市人群慢性病防控社会因素专项调查，调查对象为监测地区18岁及以上并居住6个月以上的居民。该调查采用多阶段整群随机抽样的方法，依据地理位置和社会经济发展水平，选择泗洪县和泗阳县，每个县随机抽取8个乡镇；从被选中乡镇的所有村和居委会中各分别随机抽取200户居住户，调查150户，抽中不能参加调查的按顺序替换；之后利用KISH表法，每户确定1名18岁以上居民进行调查，采用入户询问的方法收集数据，调查内容包括问卷调

查、体格测量和实验室检测。于2019—2020年完成了23 032人的调查。调查问卷由南京医科大学编制，整个调查过程由南京医科大学与各县卫生健康局和疾病预防控制中心联合完成，对调查的每一个环节实行了严格的质量控制。

根据分析设计，本研究选取该调查中自报诊断为冠心病和（或）脑卒中的人群，剔除研究内容变量有缺失的样本，实际纳入有效样本1 774例。

1.2 变量选取

本研究拟探讨健康相关生命质量与门诊和住院服务利用的关系，被解释变量选取门诊服务利用和住院服务利用，解释变量选取健康效用值和EQ-VAS。考虑到社会人口学和健康相关行为等特征也可能对门诊和住院服务利用产生不同程度的影响，因此将年龄、性别、城乡、文化程度、婚姻状况、职业、医疗保险、吸烟、饮酒、BMI分组、是否患有高血压、是否患有糖尿病、单患或共患冠心病/卒中作为控制变量纳入分析。变量的定义标准及赋值详见表1。

1.3 卫生服务利用和健康相关生命质量评价

本研究选择近1年的门诊服务利用率和住院服务利用率以及最近一次门诊就诊机构和住院机构来考察CVD患者的卫生服务利用情况。门诊服务利用率和住院服务利用率分别指调查期内每百名调查对象中，因心血管疾病前往医疗卫生机构就诊或住院的人次数。在实际调查中，调查对象被要求回忆近半年的门诊服

表1 变量类型的定义标准及赋值

变量类型	定义标准及赋值
被解释变量	
门诊服务利用	近6个月是否接受过门诊服务利用；否=0，是=1
住院服务利用	近1年是否接受过住院服务利用；否=0，是=1
解释变量	
健康效用值	取值范围[-0.149,1]
EQ-VAS	取值范围[0,100]
控制变量	
年龄	≤49岁=0，50~59岁=1，60~69岁=2，≥70岁=3
性别	男=0，女=1
城乡	城镇=0，农村=1
文化程度	未接受学校教育=0，小学=1，初中=2，高中及以上=3
婚姻状况	未婚=0，已婚=1，离异/丧偶=2
职业	农民=0，非农民=1
医疗保险	全自费=0，居民保险/新农合=1，城镇职工保险=2
吸烟	是否连续或累计吸烟6个月或以上；否=0，是=1
饮酒	过去12个月里是否饮过酒；否=0，是=1
BMI分组	偏瘦/正常 (BMI<24.0kg/m ²)=0，超重 (24.0kg/m ² ≤BMI<28.0kg/m ²)=1，肥胖 (BMI≥28.0kg/m ²)=2
高血压	自报患有高血压/服用降压药物；否=0，是=1
糖尿病	自报患有糖尿病/注射胰岛素/服用降糖药物；否=0，是=1
冠心病/卒中	单患=0，共患=1

务利用情况，统计分析时，为方便比较将其转化为近1年门诊服务利用情况。

本研究采用欧洲EQ-5D 3水平量表（EQ-5D-3L）评价CVD患者的健康相关生命质量，EQ-5D-3L量表因易于操作且信效度较高，在国内外各人群生命质量评价中应用广泛^[8-10]。该量表由健康描述系统和EQ-VAS两部分组成，健康描述系统包括行动能力、自我照顾、日常活动、疼痛/不适和焦虑/抑郁5个维度，每个维度包含“没有困难”“有些困难”和“极度困难”3个水平，共可描述出243种健康状态，采用Gordon等^[11]于2014年研发的EQ-5D-3L中国效应值积分体系将CVD患者的健康状态转换成健康效用值，得分范围为[-0.149, 1]。EQ-VAS是一个长20cm的视觉刻度表，从最左端的“0分”到最右端的“100分”代表被调查者自评健康状况由坏到好。用健康效用值和EQ-VAS得分综合评价患者健康相关生命质量，得分越高则代表健康相关生命质量越好。

1.4 统计学分析

使用SPSS 24.0软件进行统计分析。计量资料采用均数和标准差来进行统计描述，独立样本t检验进行组间比较（因健康效用值呈偏态分布，组间比较采用非参数秩和检验）；计数资料采用例数和构成比来进行统计描述，组间比较采用 χ^2 检验；采用二元logistic回归分析探索CVD患者卫生服务利用的影响因素。检验水准 $\alpha=0.05$ ，所有检验均为双侧检验。

2 结果

2.1 CVD患者一般情况

本研究共纳入1 774名CVD患者，其中冠心病患者844例，脑卒中患者1 135例，两种疾病共患率为11.56%。人口学特征方面，患者平均年龄为（66.21±9.36）岁，男女性别比为0.73：1，农村人口占71.76%，未接受过正规学校教育的占52.99%，已婚占85.17%，职业为农民占56.43%，参加基本医疗保险（城镇职工医疗保险、城乡居民医疗保险和新型农村合作医疗）的患者占98.25%。行为生活方式方面，吸烟率为14.77%，饮酒率为16.91%；基础疾病方面，超重与肥胖率为74.35%，高血压患病率为83.37%，糖尿病患病率为39.29%，见表2。

2.2 CVD患者的卫生服务利用情况

由表3可知，冠心病与脑卒中是需要连续长期管理的慢性病。评估调查前1年患者就诊情况发现，门诊服务利用率为49.38%，其中门诊1~4次的占患者总数24.58%，门诊5~8次的占12.85%，门诊9~12次的占9.19%，超过每月1次门诊的占2.76%；门诊就诊机构超过半数为村卫生室（社区卫生服务站）占52.51%，其次为乡镇卫生院（社区卫生服务中心）占27.05%。调查期内，患者的住院服务利用率为30.90%，其中住

过1次医院的占患者总数的16.63%，住院机构主要是县（区）级医院和乡镇卫生院（社区卫生服务中心）。

2.3 不同就诊行为患者的健康相关生命质量比较

近1年有过门诊服务利用的患者在EQ-5D 5个维度中应答有问题（“有些问题”+“严重问题”）的比例从高到低依次为疼痛/不适（33.79%）、行动能力（17.81%）、焦虑/抑郁（17.01%）、日常活动（14.95%）和自我照顾（7.76%），均高于未有过门诊服务利用者，差异具有统计学意义（ $P<0.01$ ）。近1年有过住院服务利用的患者在EQ-5D 5个维度中应答有问题的比例从高到低依次为疼痛/不适（33.39%）、行动能力（21.17%）、日常活动（19.53%）、焦虑/抑郁（17.15%）和自我照顾（10.40%），均高于未有过住院服务利用者，差异具有统计学意义（ $P<0.01$ ）。

调查对象总体EQ-5D健康效用值为（0.912±0.133），有过门诊服务利用患者的健康效用值比未有过门诊服务利用的低0.044分，差异具有统计学意义（ $Z=7.192$ ， $P<0.001$ ），有过住院服务利用患者的健康效用值比未有过住院服务利用的低0.046分，差异具有统计学意义（ $Z=6.806$ ， $P<0.001$ ）。调查当日患者自评健康状况EQ-VAS得分为（68.93±13.01），有过门诊服务利用患者的EQ-VAS得分比未有过门诊服务利用的低6.23

表2 样本CVD患者基本特征病例数分布

特征	例数(例)	特征	例数(例)
年龄		医疗保险	
≤49岁	95	自费	31
50~59岁	350	居民医保/新农合	1 619
60~69岁	758	城镇职工医疗保险	124
≥70岁	574	吸烟	
性别		否	1 512
男性	746	是	262
女性	1 028	饮酒	
城乡		否	1 474
城镇	501	是	300
农村	1 273	BMI分组	
文化程度		偏瘦/正常	455
未接受学校教育	940	超重	768
小学	412	肥胖	551
初中	287	高血压	
高中及以上	135	否	295
婚姻状况		是	1 479
未婚	10	糖尿病	
已婚	1 511	否	1 077
离异/丧偶	253	是	697
职业		冠心病/脑卒中	
农民	1 001	单患	1 569
非农民	773	共患	205

表3 近1年心脑血管病患者门诊就诊服务与住院服务利用情况

医疗服务	例数 (例)	医疗服务	例数 (例)
近1年门诊就诊情况		近1年住院情况	
0次	898	0次	1 226
1~4次	436	1次	295
5~8次	228	2次	144
9~12次	163	3次	74
≥13次	49	≥4次	35
最近一次门诊就诊机构		最近一次住院机构	
村卫生室 (社区卫生服务站)	460	乡镇卫生院 (社区卫生服务中心)	248
乡镇卫生院 (社区卫生服务中心)	237	县 (区) 级医院	249
县 (区) 级医院	164	地市级及以上医院	46
地市级及以上医院	15	其他	5

分, 差异具有统计学意义 ($t=10.387, P<0.001$), 有过住院服务利用患者的EQ-VAS得分比未有过住院服务利用的低6.04分, 差异具有统计学意义 ($t=9.245, P<0.001$), 见表4。

2.4 CVD患者门诊与住院服务利用影响因素分析

分别将“近1年是否接受过门诊服务利用”和“近1年是否接受过住院服务利用”作为因变量, 将健康效用值、EQ-VAS作为自变量并纳入年龄、性别、城乡、

文化程度、婚姻状况、职业、医疗保险、吸烟、饮酒、BMI分组、是否患高血压、是否患糖尿病、单患或共患冠心病/脑卒中等控制变量, 自变量筛选采用输入法, 构建logistic回归模型。两个模型的回归结果显示, 健康相关生命质量是保护因子, 健康效用值每增加1个单位, CVD患者门诊就诊的可能性下降74.40%; 住院服务利用的可能性下降61.40%。EQ-VAS每增加1个单位, CVD患者门诊就诊的可能性下降3.10%; 住

表4 不同就诊行为CVD患者EQ-5D各维度水平、健康效用值与EQ-VAS的门诊与住院情况比较

维度及其他	门诊服务利用 (例)		$\chi^2/z/t$	P	住院服务利用 (例)		$\chi^2/z/t$	P
	有	未有			有	未有		
行动能力			25.784 ^a	<0.001			37.936 ^a	<0.001
没有问题	720	809			432	1 097		
有些问题	145	77			108	114		
严重问题	11	12			8	15		
自我照顾			11.338 ^a	0.003			33.045 ^a	<0.001
没有问题	808	862			491	1 179		
有些问题	54	29			49	34		
严重问题	14	7			8	13		
日常活动			23.067 ^a	<0.001			57.618 ^a	<0.001
没有问题	745	828			441	1 132		
有些问题	120	62			101	81		
严重问题	11	8			6	13		
疼痛/不适			29.918 ^a	<0.001			12.472 ^a	0.002
没有问题	580	699			365	914		
有些问题	276	184			172	288		
严重问题	20	15			11	24		
焦虑/抑郁			35.147 ^a	<0.001			17.634 ^a	<0.001
没有问题	727	828			454	1 101		
有些问题	142	68			89	121		
严重问题	7	2			5	4		
健康效用值	0.890±0.145	0.934±0.116	7.192 ^b	<0.001	0.880±0.156	0.926±0.119	6.806 ^b	<0.001
EQ-VAS	65.78±13.23	72.01±12.03	10.387 ^c	<0.001	64.76±13.34	70.80±12.42	9.245 ^c	<0.001

注: a为 χ^2 值, b为Z值, c为t值。

院服务利用的可能性下降2.80%。此外，职业、是否患有高血压也会影响患者门诊服务利用 ($P<0.05$)；性别、城乡分类、文化程度、医疗保险、是否饮酒、是否患有糖尿病、单患或共患冠心病/脑卒中也是住院服务利用的影响因素 ($P<0.05$)，见表5。

3 讨论

3.1 CVD患者的自评健康状况EQ-VAS得分不高

本研究中CVD患者的健康效用值为 (0.912±0.133)，自评健康状况EQ-VAS得分为 (68.93±13.01)。尽管由于患者来源、疾病分型、诊疗情况等不同导致本研究

与北京市冠心病患者健康效用值 (0.899) 和EQ-VAS得分 (71.56)^[21]以及江苏省其他地区慢性病患者健康效用值 (0.809) 和EQ-VAS得分 (75.96)^[23]相比有所差异，但总体上均低于第五次国家卫生服务调查中一般居民的健康效用值 (0.959) 和EQ-VAS得分 (80.91)^[24]。特别是本研究中EQ-VAS得分与一般居民相比降低了11.98分，可能因EQ-VAS的稳定性易受到个体理解能力的影响，而本研究中调查对象的整体文化程度较低。相比之下健康效用值能够从群体角度反应研究对象的健康相关生命质量，具有较好的稳定性和可比性。但本研究中使用的健康效用值积分换算体系来自一般人群，针对某些特定人群和患具体疾病人

表5 CVD患者卫生服务利用影响因素的logistic回归分析

自变量	门诊服务利用			住院服务利用		
	β	OR	P	β	OR	P
健康效用值	-1.363	0.256(0.111, 0.590)	0.001	-0.951	0.386(0.168, 0.886)	0.025
EQ-VAS	-0.031	0.969(0.961, 0.978)	<0.001	-0.028	0.972(0.963, 0.981)	<0.001
年龄	-0.012	0.988(0.977, 1.000)	0.053	0.008	1.008(0.995, 1.021)	0.213
性别 (以“男”为对照组)						
女	0.214	1.238(0.950, 1.615)	0.115	-0.601	0.548(0.412, 0.729)	<0.001
城乡 (以“城镇”为对照组)						
农村	0.01	1.010(0.800, 1.275)	0.935	0.300	1.350(1.043, 1.747)	0.023
文化程度 (以“未接受学校教育”为对照组)						
小学	-0.118	0.889(0.681, 1.160)	0.385	-0.306	0.737(0.552, 0.983)	0.038
初中	0.035	1.035(0.749, 1.430)	0.834	-0.474	0.623(0.434, 0.892)	0.010
高中及以上	-0.125	0.882(0.567, 1.373)	0.579	-0.491	0.612(0.372, 1.009)	0.054
婚姻状态 (以“未婚”为对照组)						
已婚	0.605	1.832(0.443, 7.568)	0.403	0.677	1.968(0.375, 10.331)	0.424
离异/丧偶	1.005	2.732(0.646, 11.552)	0.172	0.847	2.332(0.435, 12.499)	0.323
职业 (以“农民”为对照组)						
非农民	-0.532	0.588(0.472, 0.732)	<0.001	0.008	1.008(0.797, 1.275)	0.949
医疗保险 (以“自费”为对照组)						
居民医保/新农合	-0.293	0.746(0.341, 1.633)	0.464	-1.226	0.294(0.133, 0.647)	0.002
城镇职工医保	0.038	1.039(0.430, 2.506)	0.933	-1.221	0.295(0.118, 0.736)	0.009
吸烟 (以“否”为对照组)						
是	-0.024	0.976(0.714, 1.334)	0.878	-0.225	0.798(0.567, 1.123)	0.196
饮酒 (以“否”为对照组)						
是	-0.085	0.918(0.687, 1.228)	0.565	-0.546	0.579(0.416, 0.807)	0.001
BMI分组 (以“偏瘦/正常”为对照组)						
超重	0.146	1.157(0.901, 1.486)	0.252	0.025	1.026(0.784, 1.343)	0.854
肥胖	0.229	1.257(0.957, 1.652)	0.101	0.015	1.015(0.756, 1.362)	0.923
高血压 (以“否”为对照组)						
是	0.600	1.882(1.379, 2.406)	<0.001	0.069	1.072(0.795, 1.445)	0.649
糖尿病 (以“否”为对照组)						
是	0.179	1.195(0.974, 1.468)	0.088	0.288	1.333(1.071, 1.661)	0.010
冠心病/脑卒中 (以“单患”为对照组)						
共患	0.300	1.350(0.983, 1.853)	0.063	0.558	1.747(1.274, 2.396)	0.001

注：自变量下括号的中文本为对照组；门诊服务利用、住院服务利用的括号中数据为95%CI值。

群的效用值积分换算体系尚需要探索,以便能更加精确的评价不同人群的健康相关生命质量^[14]。且本研究中EQ-5D-3L量表各维度中存在问题比例较高的为“疼痛/不适”和“行动能力”,表明CVD主要在生理维度上对患者生命质量造成影响^[8]。这提示我们在管理CVD时应加强三级预防,采取必要措施缓解患者的疾病症状和不良反应,预防并发症和残疾的发生,进而提高患者的健康相关生命质量。

3.2 CVD患者卫生服务利用率较高,主要在基层医疗机构就诊

本研究中,近1年CVD患者门诊服务利用率为49.4%;住院服务利用率为30.90%。高于我国中老年慢性病患者近1年的门诊服务利用率(35.08%)和近1年的住院服务利用率(18.36%)^[15];高于“第六次全国卫生服务调查”中一般人群两周门诊就诊率(24.00%)和1年住院率(13.70%)^[16]。在就诊机构的选择上,79.57%的门诊患者和45.26%的住院患者选择基层医疗机构(村卫生室/社区卫生服务站+乡镇卫生院/社区卫生服务中心)作为主要就诊机构。与2018年国家卫生服务调查相比^[16],门诊患者选择基层医疗机构的比例上升12.07%;住院患者选择基层医疗机构的比例上升27.46%,说明基层医疗机构已经逐渐成为CVD患者卫生服务的主要提供者。李进等^[17]开展的北京市某区慢性病管理现状分析也显示80.00%以上的慢性病患者已经将基层医疗机构作为主要的就诊机构。这也说明目前我国推行的分级诊疗制度有了一定成效,这提示应探索如何更好地将优质医疗资源下沉,进一步提升基层医疗机构对CVD患者的卫生服务水平,为患者提供更加易于获取和可负担的医疗卫生服务^[18]。

3.3 健康效用值显著影响CVD患者的门诊和住院服务利用

多因素logistic回归分析结果显示,健康效用值和EQ-VAS得分是CVD患者门诊和住院服务利用的重要影响因素,健康效用值和EQ-VAS越高,代表健康相关生命质量越好,相应的卫生服务利用率则越低,且健康效用值对门诊和住院服务利用的影响相比于EQ-VAS得分更加显著。可能是因为健康效用值是基于效用值积分体系由五维度三水平的健康描述系统转化而来,能从生理、心理、功能等多个维度反映个体的健康相关生命质量对卫生服务利用的影响,且具有较好的代表性和稳定性。本研究中不同就诊行为的患者EQ-5D各维度构成情况的比较结果也显示,近1年有过门诊服务利用和住院服务利用的患者各维度应答有问题比例最高的均为“疼痛/不适”,最低的均为“自我照顾”。当患者“疼痛/不适”出现问题时,疾病相关症状和生理反应较为明显,利用卫生服务的意愿比较强烈;而当“自我照顾”出现问题时,患者即便有卫生服务需

求,也很难在不借助他人帮助下遵循自身意愿获取卫生服务利用,这提示我们在管理CVD时应更加关注老年患者、重症患者、残疾患者等弱势群体,增加基层医疗机构对弱势群体的卫生服务供给。谢易娴等^[6]在珠江三角洲地区开展的社区居民卫生调查结果显示,5个维度中,具有“疼痛/不适”的居民,两周就诊风险较大(OR: 3.31),而“自我照顾”对近1年住院的影响最大(OR: 6.53)。陈天辉^[7]基于国家卫生服务调查开展的研究显示无论在城市还是农村,存在“疼痛/不适”问题的居民去看门诊的概率都最大,而“自我照顾”维度存在问题则会降低居民去看门诊的概率。尽管本研究以及既往部分研究已经证明了健康相关生命质量会影响卫生服务利用,但健康相关生命质量作为一种主观的健康感受,并不完全等同于患者对卫生服务利用的客观需求,它更多地体现的是个体在不考虑自身客观条件下对卫生服务利用的主观意愿。例如有些患者考虑到经济水平、医疗保险制度等原因,可能实际上并不利用卫生服务^[9]。此外,本研究在构建回归模型时,自变量除了健康效用值与EQ-VAS外,还纳入了社会人口学和健康相关行为等控制变量。结果显示,农民、同时患有高血压的患者更有可能利用门诊服务;男性、户籍为农村、文化程度较低、无任何医疗保险、不饮酒、同时患有糖尿病,且共患冠心病和脑卒中的患者更有可能利用住院服务,除饮酒状况外其余分析结果与国内其他相关研究的结果基本一致^[19-22]。MIQUE等^[23]的研究结果显示,酒精依赖患者的酒精治疗策略对降低医疗保健利用率具有积极影响。该结论可部分解释本研究中不饮酒者较饮酒者的住院服务利用率更高的现象。

综上所述,本研究采用EQ-5D-3L量表评估患者健康相关生命质量,并认为健康相关生命质量对CVD患者门诊和住院服务利用产生影响。建议基层卫生服务机构也应将干预健康相关生命质量作为重要目标之一,开发个性化、综合性的有效措施;同时应增强基层医疗机构对CVD的诊疗能力,更多地将优质医疗资源下沉;并加大对弱势群体患者的关注,为患者提供更加优质的卫生服务,从而促进卫生服务利用行为的改善和防治效果的提升。

参 考 文 献

- [1] 《中国心血管健康与疾病报告2020》编写组. 中国心血管健康与疾病报告2020概要[J]. 中国循环杂志, 2021,36(6):521-545.
- [2] SEMACHEW A. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019[J]. The American journal of cardiology, 2020, 76(25):2982-3021.
- [3] 岳伟. 中国40岁及以上人群脑卒中患病率及相关危险因素的调查研究[D]. 天津: 天津医科大学, 2016.

- [4] 王煜. 中国居民健康相关生命质量及其对卫生服务利用影响的研究[D]. 北京: 清华大学医学部, 2010.
- [5] LAM C, FONG D, LAUDER I, et al. The effect of health-related quality of life on health service utilization of a Chinese population[J]. *Social Science & Medicine*, 2002, 55(9):1635-1646.
- [6] 谢易娴, 鲍欣雨, 张晓霞, 等. 社区居民健康相关生命质量对卫生服务利用的影响[J]. *中国卫生经济*, 2019, 38(04): 60-63.
- [7] 陈天辉. 健康相关生命质量 (HRQoL) 对慢性病患者卫生服务利用影响的研究[D]. 杭州: 浙江大学, 2006.
- [8] 邓清文, 刘文彬. 心脑血管疾病患者健康相关生命质量及其影响因素的多水平模型分析[J]. *山东大学学报 (医学版)*, 2020, 58(7):115-121.
- [9] 蔡一凡, 伍红艳, 张堂钦, 等. 基于 EQ-5D-3L 和 ICE-CAP-A 量表的我国普通人群生命质量研究[J]. *中国卫生经济*, 2020, 39(4):71-75.
- [10] 张雪艳, 严军, 刘军军, 等. 基于 Tobit 回归的江西省居民健康相关生命质量状况及其影响因素[J]. *医学与社会*, 2021, 34(5):15-19, 25.
- [11] LIU G, WU H., LI M, et al. Chinese time trade-off values for EQ-5D health states[J]. *Value in Health*, 2014, 17(5): 597-604.
- [12] 王玲, 武轶群, 唐迅, 等. 北京房山中老年冠心病人生命质量调查[J]. *中华疾病控制杂志*, 2015, 19(4):323-326.
- [13] 吴怡, 韩相如, 钱东福, 等. 江苏省农村老年慢性病患者生命质量研究[J]. *医学与社会*, 2020, 33(12):76-80.
- [14] 张耀光, 姚强, 徐玲. 个体与群体视角下的我国居民生命质量及关联性研究: 基于 EQ-5D 量表 VAS 和效用值测量[J]. *中国卫生经济*, 2018, 37(1):77-80.
- [15] 范潇茹, 陈莎, 施予宁, 等. 我国中老年人慢性病共病现状及其对卫生服务利用和医疗费用的影响研究[J]. *中国全科医学*, 2022, 25(19):2371-2378.
- [16] 谢学勤, 吴士勇. 中国居民健康及卫生服务利用现状与变化趋势[J]. *中国卫生信息管理杂志*, 2021, 18(1):1-8, 142.
- [17] 李进, 杨佳. 基于基本公共卫生服务项目的北京市某区慢性病管理现状分析[J]. *中国健康教育*, 2021, 37(7):620-624.
- [18] 郝爱华, 陈楚天, 郎玲玲, 等. 老年人自评健康与卫生服务利用的关系研究[J]. *中国全科医学*, 2021, 24(7):818-823.
- [19] 宋晨晓, 徐爱军. 单纯糖尿病与糖尿病共病患者健康相关生命质量及卫生服务利用情况比较研究[J]. *中国全科医学*, 2018, 21(15):1785-1789.
- [20] 胡丹, 朱靖, 杨帆, 等. 江苏省城乡居民健康状况及卫生服务利用分析[J]. *中国卫生资源*, 2017, 20(2):158-161, 167.
- [21] 石永强, 郭铭杰, 张智勇. 老年人门诊服务利用情况及其影响因素研究[J]. *中国全科医学*, 2022, 25(22):2726-2732.
- [22] 潘琳, 吴群红, 郑统, 等. 基于 Anderson 模型中国慢性病患者卫生服务利用现状及其影响因素分析[J]. *中国公共卫生*, 2021, 37(9):1384-1388.
- [23] MIQUE L, GUA A, VELA E, et al. Alcohol consumption and inpatient health service utilization in a cohort of patients with alcohol dependence after 20 years of follow-up[J]. *Alcohol and alcoholism*, 2017, 52(2):227-233.

[收稿日期: 2022-11-09] (编辑: 毕然, 滕百军)

(◀◀上接第 45 页◀◀)

平衡好“人口公平性”和“地理公平性”需要政府在区域卫生规划中, 以科学、全盘的配置标准划分公共卫生资源, 在考虑人口因素的同时, 也要重点考虑公共卫生资源的地理因素, 向地理面积较大且公共卫生资源配置匮乏的地区进行适当倾斜, 逐步完善卫生人力资源的投入机制与管理机制, 兼顾专业公共卫生机构基于人口可及性和地理可及性的人力资源配置公平性, 进而促进我国公共卫生事业的健康发展。

参 考 文 献

- [1] 刘睿文, 封志明, 杨艳昭, 等. 基于人口集聚度的中国人口集疏格局[J]. *地理科学进展*, 2010, 29(10):1171-1177.
- [2] 袁素维, 危凤卿, 刘雯薇, 等. 利用集聚度评价卫生资源配置公平性的方法学探讨[J]. *中国医院管理*, 2015, 35(2): 3-5.

- [3] 王书平, 黄二丹. 基于泰尔指数和聚集度的北京市功能区医疗卫生资源配置研究[J]. *中国卫生经济*, 2020, 39(4): 45
- [4] 胡慧美, 陈定湾, 高启胜, 等. 基于集聚度的浙江省区域卫生资源配置评价分析[J]. *中国卫生经济*, 2016, 35(7): 56-59
- [5] 徐紫嫣, 雷晓盛. 湖北省卫生人力资源配置公平性研究[J]. *医院管理论坛*, 2022, 39(1):69-72.

[收稿日期: 2022-11-23] (编辑: 毕然, 滕百军)