

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.22.038

家庭医生服务模式对社区老年高血压患者服药依从性和血压的影响

诸春燕

上海市嘉定区迎园医院全科,上海 201800

摘要:目的 探讨家庭医生服务模式对社区老年高血压患者服药依从性和血压的影响。方法 选取 2016 年 3 月至 2018 年 2 月于该院接受管理的高血压患者 248 例为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 124 例。对照组实施常规社区管理模式,选择合适的降压药,并且与非药物干预结合。观察组采用家庭医生服务模式。干预 1 年后,对比两组患者服药依从性和血压的变化。结果 与干预前比较,观察组和对照组血压有明显下降,差异均有统计学意义($P < 0.05$),且观察组血压下降更明显($P < 0.05$)。干预后观察组服药依从性较好者占 71.77%,远远高于对照组的 53.23%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 家庭医生服务模式能够提高社区老年高血压患者的服药依从性,并且有效地控制了血压,值得临床进一步推广。

关键词:家庭医生; 高血压; 服药依从性

中图分类号:R544.1

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)22-3355-03

随着我国人口老龄化进程的不断加快,慢性病的发病率逐年升高。慢性病以高血压最为常见。高血压是世界范围内各个国家或地区都要面对的公共健康问题,也是慢性病防治的重点内容。不健康的生活方式和危险行为导致高血压的发病率逐年增加^[1]。2013 年《中国慢性病及其危险因素监测报告》显示,我国成年人高血压患病率达 27.8%^[2]。众多医学研究证实,基于社区的高血压防治管理是控制高血压的有效方法^[3-4]。随着对疾病认识的不断深入,人们的健康观念也发生改变,在控制高血压患者血压的同时,提高患者服药依从性和高血压知晓率也逐渐成为目前研究的热点。家庭医生服务模式是由政府主导,为签约居民提供综合性、连续性以及个性化的签约式健康照顾服务^[5]。本文旨在探讨家庭医生服务模式对社区老年高血压患者服药依从性和血压的影响,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 3 月至 2018 年 2 月于本院接受管理的高血压患者 248 例为研究对象。按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 124 例。对照组中男 67 例,女 57 例;年龄 60~79 岁,平均(69.45±5.82)岁;病程 0.5~12.0 年,平均(3.86±1.07)年;高血压分级:1 级 13 例,2 级 100 例,3 级 11 例;伴有并发症 58 例。观察组中男 69 例,女 55 例;年龄 61~80 岁,平均(70.11±5.85)岁;病程 0.6~13.0 年,平均(3.91±1.11)年;高血压分级:1 级 11 例,2 级 101 例,3 级 12 例;伴有并发症 60 例。纳入标准:(1)年龄 60~80 岁;(2)2016 年 3 月前确诊为高血压,符合高血压的诊断标准^[6];(3)在社区接受规范治疗,随访信息、转诊信息、血压、血糖、血脂、体质量指数等结果能够及时更新。排除合并重要脏器功能异常、肿瘤、精神疾病患者以及语言障碍者。两组患

者性别、年龄、高血压分级等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组实施常规社区管理模式,选择合适的降压药,并结合非药物干预(如健康教育、定期监测血压、增强患者自我保健意识、减少危险因素等),使血压降至目标水平。观察组采用家庭医生服务模式,具体内容包括:(1)患者同家庭医生签订服务协议。(2)家庭医生为每例患者建立个人和家庭成员的健康档案,完善有关检查,评估患者身体状态并分类归档。(3)结合患者的性别、年龄、体质量指数、腰围、吸烟史、血压、血脂、血糖、合并症等一般资料评估患者的病情,根据血压水平和危险分层(低危、中危、高危)进行分级管理。每月或每季度进行 1 次健康信息更新,并在电子档案中记录患者的疾病知识掌握程度。①低危患者,以非药物治疗为主,若复诊血压不达标,开始进行药物治疗,每周测定 1 次血压,每 3 个月随访 1 次。②中危患者,对于病情稳定且无明显症状者,可给予非药物干预。对于血压波动明显者,应给予药物干预,且治疗过程中需加强对患者血压水平的测定,每周监测血压 2 次,每 2 个月随访 1 次。③高危组,以药物治疗为主,每天监测血压,每月随访 1 次。(4)家庭医生对签订协议的患者实施以家庭为单位的疾病指导,家庭成员可监督患者健康管理方案的具体实施情况,提高患者治疗的依从性。(5)定期对患者进行随访,给予患者出院后注意事项方面的指导;针对不能完成门诊随访者,采用电话随访,必要时上门随访。随访内容包括血压、血糖、血脂变化,饮食、运动情况和药物使用的依从性等。对血压控制不理想、服药依从性较差的患者进行预约随访,帮助患者计算剩余药量,通过设置闹钟、日记记录、使用药盒等方法提醒患者按时服药,同时酌情调整健康评估和治疗干预方案。(6)每季度开展健康教育讲座,包括

高血压的危害、防治策略、饮食干预、运动干预、药物治疗(药物种类、使用方法、注意事项)、高危因素、血压自我监测、心理干预、戒烟限酒、控制体质量等内容。

1.3 观察指标 (1)血压控制情况。干预 1 年后,对比两组干预前后血压的变化。降压疗效判定标准参照 2010 年我国《高血压防治指南》:高血压患者血压降至 140/90 mm Hg 以下;65 岁以上老人收缩压则尽量控制在 150 mm Hg 以下,若耐受则可进一步降低血压;对于伴有肾病、糖尿病或者病情稳定的冠心病患者,一般血压需降至 130/80 mm Hg 以下。(2)对

患者的服药依从性进行比较。用药时间 \geq 治疗时间的 80% 视为依从性好,少于则视为依从性差。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后血压变化 干预 1 年后,观察组和对照组血压明显下降,与干预前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),且观察组血压下降更明显($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者干预前后血压变化($\bar{x} \pm s$, mm Hg)

组别	n	收缩压		舒张压	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	124	146.15 \pm 10.26	140.37 \pm 8.48 [#]	100.43 \pm 7.62	91.75 \pm 6.27 [#]
观察组	124	145.74 \pm 10.31	132.56 \pm 7.33 ^{*#}	100.39 \pm 7.58	83.35 \pm 5.69 ^{*#}

注:与对照组比较,* $P < 0.05$;与干预前比较,[#] $P < 0.05$

2.2 两组患者干预前后服药依从性对比 两组患者干预前服药依从性较好者的比例比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预后,观察组服药依从性较好者占 71.77%,远远高于对照组的 53.23%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者干预前后服药依从性对比[n(%)]

组别	n	干预前	干预后
对照组	124	50(40.32)	66(53.23)
观察组	124	49(39.52)	89(71.77)
χ^2		0.017	9.101
P		0.897	0.003

3 讨论

慢性病通常是指慢性非传染性疾病,为较难治愈的一组疾病。其发病原因复杂,可能与不良生活习惯、紧张疲劳、环境危险因素、自我保健意识差和心理因素等原因有关。临床常见的慢性病有高血压、糖尿病等。高血压是一组以动脉血压持续升高为主要特征的临床疾病,是心血管疾病致人死亡的首要病因^[7]。近年来,我国成年人高血压的患病率逐年上升,但高血压知晓率、治疗率和控制率仍不理想^[8-9],高血压防治任务艰巨。基层医疗卫生机构是高血压防治的重要场所,为患者的高血压防治提供有效、经济、方便、可行的措施,但基层医疗卫生机构的高血压管理模式仍在探索过程中。

家庭医生服务作为一种新型的、以患者为中心的社区卫生服务模式^[10],将外国家庭医生的先进理念与社区服务工作相结合。其服务模式以患者为主体,家庭为单位,高血压患者健康需求为导向,从维护高血

压患者健康的角度出发,为患者提供健康咨询和指导。家庭医生在全面评估签约患者的健康状况和需求后为其制订个性化服务内容^[11-12]。家庭医生服务模式通过建立长期、稳定的服务关系,可以为社区卫生服务模式提供多种选择,为高血压社区规范化管理的推广提供参考,以实现为高血压患者及家庭成员提供连续、安全、有效的服务。

本研究结果显示,观察组在实施家庭医生服务模式后,在家庭医生的指导下,高血压患者的收缩压和舒张压控制良好。此外,本研究结果还显示,观察组服药依从性较好者的比例显著高于对照组($P < 0.05$)。这证实对老年高血压患者实施家庭医生服务模式效果显著,即根据高血压健康管理档案,采取督促患者主动就医、健康宣讲和日常管理干预等多种形式,在控制患者血压方面取得了较好的效果。采用门诊预约、电话随访、上门服务等多种随访方式,及时了解患者的健康状况,给予个性化的处理方案,促进了患者及家属对高血压相关知识的了解,增强了患者自我保健意识,明显提高服药依从性,使患者生活质量大大改善。

综上所述,家庭医生服务模式能够提高社区老年高血压患者的服药依从性,并且有效地控制了血压,使治疗效果有了明显的提高,值得临床进一步推广。

参考文献

[1] 王文.《中国高血压基层管理指南》(2014 年修订版)[J]. 临床荟萃,2015,30(1):10-30.
 [2] 中国疾病预防控制中心. 中国慢性病及其危险因素监测报告(2010)[M]. 北京:军事医学科学出版社,2012:50-65.

[3] 张迎, 李小妹. 中国社区高血压管理现状[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(6): 506-507.

[4] 姜峰, 张虹. 高血压社区管理的现状及进展[J]. 国际心血管病杂志, 2015, 42(3): 172-174.

[5] 邱宝华, 黄蛟灵, 梁鸿, 等. 家庭医生签约服务利用与满意度的比较研究[J]. 中国卫生政策研究, 2016, 9(8): 31-36.

[6] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南(2010 年修订版)[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2012, 19(12): 1-15.

[7] 王文, 隋辉, 陈伟伟, 等. 中国高血压防治工作的进步与展望[J]. 中华高血压杂志, 2016, 24(1): 5-6.

[8] 宋秀玲, 王晔. 高血压的预防与控制[J]. 华南预防医学,

2015, 41(3): 287-290.

[9] 孙宁玲. 2015 年高血压防治的挑战和对策[J]. 中国实用内科杂志, 2015, 35(4): 279-281.

[10] 吕明忠, 胡珺珺, 杨铭柳. 家庭医生签约服务模式在社区慢性病高危人群中的干预效果[J]. 中国乡村医药, 2017, 24(2): 63-64.

[11] 彭磊, 曾国庆. 家庭医生签约式服务对患者健康管理的效果分析[J]. 上海医药, 2016, 37(14): 52-54.

[12] 江萍, 徐蕾, 赵琦, 等. 上海市长宁区家庭医生签约服务实践的思考[J]. 中华全科医师杂志, 2016, 15(8): 594-598.

(收稿日期: 2019-02-25 修回日期: 2019-05-22)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2019. 22. 039

ERCP 诊断和治疗 1 例腹腔镜胆囊切除术后胆漏及隐匿性胆总管结石

潘 刚¹, 龚建平², 熊 彬^{2△}

1. 重庆市涪陵区人民医院外一科, 重庆 408000; 2. 重庆医科大学附属第二医院肝胆外科, 重庆 400010

摘要:目的 探讨内镜逆行性胰胆管造影术(ERCP)在腹腔镜胆囊切除术后胆漏及隐匿性胆总管结石诊断和治疗中的应用价值。方法 患者为 85 岁女性, 因“上腹疼痛 1 月余, 复发加重 2 d”入院。患者 1 个月前在某院(简称外院)诊断为胆囊结石伴胆囊炎, 并行了腹腔镜胆囊切除术。术后患者一直有上腹隐痛症状, 2 d 前腹痛加重伴呕吐。外院治疗后腹痛无明显好转, 转入重庆医科大学附属第二医院。入院后完善磁共振胰胆管成像(MRCP)等相关检查, 初步诊断:(1)急性胰腺炎;(2)胆囊切除术后胆囊积液: 感染? 出血? 胆漏? 故拟行 ERCP 进一步检查、治疗。结果 ERCP 术中造影提示造影剂外溢, 考虑胆漏。术中胆道造影未见明显充盈缺损, 但取石球囊刮出直径 0.4 cm 的黄色质软结石 1 枚, 术中安置鼻胆管 1 根。术后诊断:(1)急性胆源性胰腺炎;(2)胆总管结石;(3)胆囊切除术后胆漏。术后患者腹痛症状明显减轻, 1 周后复查 MRCP 见胆囊窝积液明显减少, 术后 8 d 拔除鼻胆管, 术后 9 d 出院。结论 ERCP 在诊断及治疗腹腔镜胆囊切除术后发生的胆漏具有明显的优势, 并能诊断及治疗隐匿性胆总管结石。

关键词: 内镜逆行性胰胆管造影术; 胆漏; 胆总管结石

中图分类号: R604

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)22-3357-04

目前外科的发展趋势为精准治疗和微创治疗, 内镜逆行性胰胆管造影术(ERCP)在肝胆胰疾病的治疗中发挥了越来越重要的作用, 并可替代部分传统外科手术。目前我国 ERCP 的插管成功率为 95%, 已达到国际先进水平。ERCP 在清除肝外胆管结石、缓解梗阻性黄疸等方面的疗效、安全性已被广泛认可, 已经成为诊断和治疗胆胰系统疾病的重要手段^[1]。因 ERCP 是一项有创操作, 其在诊断肝胆胰疾病方面逐渐被磁共振胰胆管成像(MRCP)取代。但是对于一些特殊类型的胆胰系统疾病的诊断, ERCP 仍有不可替代的优势。本文就 1 例腹腔镜胆囊切除术后不典型胆漏及隐匿性胆总管结石的诊断和治疗经过进行总结, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者, 女, 85 岁, 因“上腹疼痛 1 月余, 复发加重 2 d”入院。患者 1 个月前因腹痛在某院(简称外院)住院治疗, 诊断为胆囊结石伴急性胆囊

炎, 并行腹腔镜胆囊切除术。术后患者上腹一直有隐痛症状, 无畏寒、发热。2 d 前患者腹痛加重, 并伴呕吐。再次在外院住院治疗, 并诊断为急性胰腺炎、胆囊窝积液。在外院治疗后腹痛症状无明显好转遂转入重庆医科大学附属第二医院。入院时查体: 生命体征正常, 全身皮肤巩膜无黄染。腹平坦, 腹软, 中上腹及右上腹压痛, 无反跳痛及肌紧张。腹部未触及包块, 肠鸣音正常, 移动性浊音阴性, 肝区叩痛阳性。

1.2 实验室检查 患者入院前 2 d 外院肝功能结果: 丙氨酸氨基转移酶(ALT)401 U/L, 天门冬氨酸氨基转移酶(AST)736 U/L, 总胆红素 55.7 μmol/L, 直接胆红素 38.2 μmol/L, 血淀粉酶 703 U/L。入院后血常规检测结果: 血红蛋白(Hb)98 g/L, 红细胞计数(RBC)3.06 × 10¹²/L, 白细胞计数(WBC)15.51 × 10⁹/L, 中性粒细胞百分比 87.1%, 血小板计数 183 × 10⁹/L。降钙素原: 2.48 ng/mL。生化指标结果: 钾 3.08 mmol/L, 钠 126.7 mmol/L, 氯 90.2 mmol/L,

△ 通信作者, E-mail: 752985515@qq.com.