

高等院校教职工高血压病管理模式探讨

李秀萍,钱建琴,尤晓峰

(南京师范大学医院,江苏 南京 210097)

摘要:文章提出了一种高等院校教职工高血压病管理模式。通过该管理模式的使用,对建档高血压患者进行综合干预合理用药,使得高血压的控制率达100%,知晓率达100%,达标率达80%,同时对其他疾病也有防治作用,研究表明该管理模式有一定的推广价值。

关键词:高血压病;档案管理模式;综合干预

中图分类号: R195.4

文献标识码: A

文章编号: 1671-0479(2012)06-456-003

高血压是指在静息状态下动脉收缩压/舒张压 $\geq 140/90$ mmHg,常伴有血脂和血糖代谢紊乱以及心、脑、肾和视网膜等器官功能性或器质性改变^[1]。高血压是最常见的慢性病,是心脑血管病最主要的危险因素。脑卒中、心肌梗死、心力衰竭及慢性肾脏病等是其重要并发症,不仅致残、致死率高,而且严重消耗医疗和社会资源,给家庭和国家造成沉重负担。目前我国约有1.3亿高血压病患者不知道自己患有高血压;在已知自己患有高血压病的人群中,约有3000万没有接受治疗;在接受降压治疗的患者中,有75%的患者血压没有达到控制目标。所以,高血压病防治任务仍十分艰巨^[2]。近几年来,南京师范大学一年一度的教职工体检中发现高血压患病率逐年上升,目前已达到教职工总数的39.8%,尤其以35~65岁的教职工患病率较高。他们是教学、科研、管理岗位的骨干力量,他们的健康问题是学校医面临的首要问题。南京师范大学医院于2009年开始组织筹备高血压病档案管理工作,迄今为止已经为168名患者建立档案并实行系统管理,对每个患者根据具体情况综合干预、合理用药,取得良好的效果,作者认为这种管理方法值得在高校推广。

一、研究方法

(一)研究对象

以35~65岁教职工为调查对象,采用门诊首诊医生推荐、教职工自觉自愿参加的建档原则,首先主动联系已经确诊的患者,为其建立档案。全体医生

积极参与严格把关,对就诊患者认真检查,一旦发现高血压患者便及时与其沟通,让他们了解高血压系统管理的好处,本着为患者负责的态度积极主动争取与患者合作开展高血压档案系统管理工作。

我们根据高血压病的医学特性设计了患者档案规格,为每一位患者建立数据库。患者档案包括四个部分:第一部分为患者一般情况,包括姓名、性别、年龄、家族史、个人史、确诊时间、联系电话、住址。第二部分为患者建档时检查情况,主要包括:①查体:身高、体重、体质指数、血压、心、肺、腹部、足背动脉、颈动脉、眼底等检查;②实验室检查:血、尿常规,血生化;③其他检查:心电图,必要时行颈动脉、双下肢动脉、静脉B超,二维超声心动图等;④高血压分级、并发症、合并症、用药情况、小结和建议。第三部分是档案主体,即复查内容,包括上述第二部分和临床症状(头晕、头痛、心悸等)。第四部分为高血压患者日志,主要记录患者的收缩压、舒张压、心率、服药时间、备注(是否熬夜、饮酒及是否有头痛、头晕、心悸、胸闷等不适症状)等内容。

(二)管理内容

1.健康教育

通过橱窗、短信、电话、宣传手册等方式对患者进行健康教育,定期请三甲医院专家进行高血压防治知识讲座;教育内容包括高血压定义、危害、并发症、危险因素、如何正确测量血压等等,主要采用电话预约个体化一对一教育方式进行。

2.定期随访

收稿日期:2012-07-02

作者简介:李秀萍(1966-),女,山西太原人,主治医师,研究方向为普通内科学及慢性病管理。

定期电话预约,复查血压、血常规、尿常规、血生化、心电图和查体,了解近期血压控制情况,用药是否合理,生活方式是否调整。一对一进行个体化指导,教患者学会自测血压、心率并记录,监测药物有效性及其不良反应。

3. 降压措施

采用非药物治疗联合药物治疗。非药物治疗包括合理膳食即低盐(<6 g/d)、低脂、低总热量、高维生素饮食;减轻体重、适量运动。选择适合自己的运动方式,并且持之以恒,运动时心率不超过(170-年龄)次/min;戒烟限酒,不提倡少量饮酒预防高血压;调畅情志,对教职工进行心理疏导、减轻压力,保持健康的心理素质。药物治疗根据患者血压、生化检查结果、并发症,综合个体情况合理调整药物,使患者平稳降压逐渐达标。定期请三甲医院专家坐诊,为难治性高血压病患者制定合理的降压方案。

二、结果

(一) 一般情况

在管理筹备初级阶段,因条件有限,经验为零,同时考虑到离退休教职工行动不便,故暂选年龄35~65岁的168例高血压患者作为建档管理的研究对象。其中男103例,女65例,平均年龄50岁。有高血压家族史130人;高血压病史1年3人、2年4人、3年7人、4年10人、5年及以上124人;吸烟115人;饮酒94人;饮食口味重102人;体质指数(BMI, kg/m²)大于24者120人;久坐不锻炼96人;不能正规服药90人;伴有心电图改变58人;伴有糖尿病12人;伴有脂肪肝78人;伴有高尿酸血症43人;伴有转氨酶升高10人;伴有血肌酐升高6人。

(二) 干预前后效果评价

1. 控高行为干预的形成率比较

对建档前后高血压患者生活方式干预和合理服药等控高行为的形成率进行比较,样本容量为168,用 χ^2 检验对形成率进行比较,检验结果如表1所示。建档前后形成率之间的差异除了BMI($P = 0.099$)和控烟行为($P = 0.114$)外,其余均有统计学差异($P < 0.050$,表1)。这说明建档之后对患者生活方式的干预起到了明显的效果。

2. 高血压患者建档前后血压比较

建档对高血压患者生活方式明显的干预效果是否对患者的血压控制有显著作用呢?我们随后比较了建档干预前后患者血压情况。表2给出了建档干预前后168名患者血压的均值和样本标准差。用 t 检验对均值进行比较,如表2所示,结果表明建档干

预后患者血压明显得到很好的控制($P < 0.001$)。

表1 168例高血压患者建档前后控高生活方式干预结果(n)

控高行为	建档前	建档后	χ^2 值	P 值
控烟(<5支/d)	115	125	1.210	0.114
控酒(<50 ml/d)	94	144	4.535	<0.050
控盐(<6 g/d)	102	145	3.899	<0.050
体育锻炼	96	147	4.651	<0.050
合理服药	78	132	4.879	<0.050
BMI(<25)	48	59	1.292	0.099

表2 168例高血压患者建档前后血压均值比较(mmHg)

	建档前	建档后	t 值	P 值
收缩压	158.68 ± 15.40	135.45 ± 12.80	15.036	<0.001
舒张压	98.37 ± 9.70	83.25 ± 7.80	15.744	<0.001

三、讨论

本研究通过对168例高血压患者进行为期一年的系统管理,制定个体化治疗的合理目标,合理调整药物用量,并根据个体情况提出切实可行的干预措施,从而有效地提高了患者对高血压防治知识及行为危险因素的知晓率,不良生活方式和血压控制情况得到明显改善,提高了患者的服药依从性及血压的控制率、达标率。表1显示建档管理对患者生活方式的干预起到了明显的效果;表2显示建档干预后患者血压得到明显的控制。管理前后高血压患者心血管风险水平分层比较结果:低危由2人转为3人;中危由70人转为125人;高危由48人转为32人;极高危由28人转为8人。

本项目结果还显示,控烟和BMI这两项生活方式干预前后无显著改变($P > 0.05$),提示高血压档案管理是一项长期而艰巨的工作。高校教职工科研、教学、管理工作繁忙,应酬多,吸烟和超重、肥胖较难控制,不能仅靠短期的管理使患者改变所有的不良生活习惯,须在医务人员的正确引导下,患者同伴及家属耐心的帮助下循序渐进地给予纠正。

在对建档患者的高血压例行检查中,还能发现一些隐性疾病。如2011年12月7日发现1例近期“感染过乙型肝炎病毒”的患者;2012年3月15日发现1例“直肠癌肝转移”患者,目前该患者正在化疗期间。

四、推行高校教职工高血压病管理模式的建议

以社区为基础控制不良生活方式的综合防治模式是高血压控制的最有效的途径^[3]。要遏制高血压

发病率上升,减少心脑血管事件发生,必须提高高血压的知晓率,增加患者的依从性,改变不健康的生活行为^[4]。科学健康的生活方式以及个体化、规范化的防治理念,必须广泛地渗透到每个高血压患者的日常生活中。因此我们在工作中除了以上具体管理模式和管理内容外,还特别注意了以下几点较细致的工作方法。

(一)工作态度和蔼,平易近人

高血压病患者大部分临床症状轻微,甚至没有任何感觉,再加上高校教职工教学、科研、管理工作繁忙,无暇顾及自己的身体。所以打电话预约患者复查时,一定要态度和蔼,根据患者的时间来安排复诊时间,拉近医患两者之间的距离。

(二)业务素质过硬

熟悉我国高血压防治指南,熟练掌握高血压的诊断标准及分级、影响因素、危害、并发症。熟练掌握降压药联合配伍的原则以及各种降压药的作用、不良反应,还应注意避免影响高血压降压药物疗效的其他药物如激素、非甾体类抗炎药等与降压药物同时使用。当患者出现不良反应时应先考虑是高血压本身引起还是降压药的不良反应,能否耐受,不能耐受时要及时换药。坚持长效、平稳降压,减少血压变异性。原则上采用长效药物,尽量避免使用短效血压波动大的药物。联合用药时采用小剂量联合原则,最好选择有协同作用且不良反应又相互抵消的药物,使血压在1~2个月逐渐降低直至平稳达标,使患者最大获益,保持健康,提高生活质量。

(三)重视非药物治疗兼治并发症

在一年多的管理过程中,我们深刻体会到非药物治疗的重要性。有的患者经过指导,生活方式改善后,原来很难控制的高血压达标了,药品种类减少了,甚至药物剂量也减少了,血脂、尿酸、血糖也达标了;有合并高血脂、高尿酸血症者,血脂、尿酸控制好了血压也好控制了;有的教职工压力大睡不着觉,血压控制不好,对他们进行心理疏导,让他们放松心情或加服安眠药后,血压就平稳了。这让他们觉得不增加降压药也能降血压,使患者对高血压治疗的依从性增加。

(四)重视指导高血压患者日志的填写

指导高血压患者填写日志,内容包括:①找出自己血压、心率波动的规律,以便确定服用降压药物的时间、种类以及联合用药时何时加用降压药。这一内容有利于我们合理选择影响心率的降压药及其剂量。②监测所服降压药对自己是否起作用,何时开始起作用,药效能维持多长时间。这一内容有利于我们判断

患者的不适症状(头痛/头晕等症状)是否为药物不良反应,能否耐受,是否需要换药。③每次测得血压升高时是否有症状,是否和不良生活习惯(吸烟、饮酒、熬夜等)有关。如果和不良生活习惯有关则应调整生活方式暂不加药,如果和不良生活习惯无关则应综合患者生化检查结果及并发症合理加用降压药,如果血压高和失眠有关,则应找出失眠的原因,必要时适当服用安眠药以使血压降低。在这一年的管理过程中发现,凡认真填写高血压日志并找出自己血压波动特点,服从管理,坚持药物治疗联合非药物治疗者,其血压控制情况最好;有合并症不能戒烟限酒者血压控制较差;多次打电话预约不来,依从性差的降压效果最差。所以让患者认识高血压的危害性,认识药物治疗与非药物治疗在高血压中的作用,认识药物不能根治高血压只能控制高血压很重要^[5]。

总之,高校医院对高血压患者系统管理,综合干预发病因素,合理应用抗高血压药物能使高血压的控制率、达标率、知晓率明显提高,有利于建立良好的医患合作关系,提高治疗依从性。这种模式有不同于其他社区管理模式的特点:①高校教职工大部分为高级知识分子,对高血压知识的宣教易于理解、接受;经济情况较好,服药的依从性较其他社区患者好;②工作方法细致,一对一管理,比其他社区管理责任心强、效果好;③由主治医师以上的医生管理,没有护士参与,比其他社区管理质量高;定期请三甲医院专家坐诊,可信度高、依从性好;④全面综合管理有别于其他社区,名为高血压管理实为患者全身疾病的管理;⑤高血压的控制率达100%,知晓率达100%,达标率达80%,同时对其他疾病也有防治作用。所以我们认为这套管理模式有一定的推广价值。

参考文献

- [1] 陆再英,钟南山.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:251
- [2] 中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南2010[Z].2011
- [3] 李立明,胡永华,曹卫华,等.原发性高血压的社区综合防治研究[J].北京大学学报(医学版),2002,34(5):519-525
- [4] 黄锦荣,何茶叶,边长艳.高血压综合预防干预的效果:6年后果现象[J].中华高血压杂志,2007,15(1):22-25
- [5] 郭娇,欧爱华.我国社区原发性高血压的防治现状[J].中国全科医学,2009,12(7):1354-1356