

全科医学管理模式对老年高血压患者血压及心血管事件的影响观察

武春莲 邓翠东

近年来,由于经济、社会和医学的发展,心脑血管病已经上升到了第一位,已经成为人类死亡的主要原因^[1]。心脑血管病是一个长期的、多因素作用的过程,其中高血压是最主要的风险因素^[2]。临床通常选择常规护理干预,但传统方法较难涉及患者居家治疗,患者缺乏对疾病的重视度,导致服药依从性的能力较低^[3]。全科医学管理模式具有系统性、灵活性、协同性的护理方法。以信息交流和高效的资源整合为核心,对病人进行连续、全程的管理,以达到最优的医疗服务效果,合理使用资源,保护病人权益,鼓励病人自主决策^[4,5]。本次研究探讨全科医学管理模式对老年高血压患者血压及心血管事件的影响观察。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2021年9月至2023年3月期间自贡市第四人民医院收治的老年高血压患者101例,剔除恶性肿瘤、研究期间死亡的患者。本次研究经过患者或者家属知情同意后实施,并经医院伦理委员会批准后实施。按照随机数字表法分为全科组($n=51$)和传统组($n=50$)。全科组中男性26例、女性25例;年龄65~80岁,平均年龄(74.34 ± 4.18)岁;高血压病程5~11年,平均病程(7.45 ± 0.39)年。传统组中男性24例、女性26例;年龄65~80岁,平均年龄(74.03 ± 4.03)岁;高血压病程5~10年,平均病程(7.18 ± 1.11)年;两组患者的年龄和性别等资料比较,差异均无统计学意义(P 均 >0.05)。

1.2 方法 传统组予以常规干预措施,向患者及家

属进行相关知识的讲解,包括运动、饮食、生活等方面的内容,并提供相应的鼓励和心理支持,每月定期电话随访一次,了解患者心脏康复状况及自我管理情况,嘱咐患者每月定期进行常规体检。全科组在传统组的基础上联合全科医学管理模式:①组建一个完备的全科医学管理队伍,成员包括:全科医师及护士6名(其中全科医师2名、护士长1名、普通护士3名),内科普通护士3名,老年科普通护士3名。并对每一个人进行全面的教育,灌输全科医学的理念,并且针对老年患者的血压、心脏等情况,进行全面教育,确保所有成员都能够真正的了解并掌握该怎么做。②与患者及家属保持良好的沟通,了解他们的家庭氛围、饮食、运动和睡眠等情况,提供个性化的健康管理服务方案。在此基础上,护士对患者及家属进行有关血压和心脏功能的相关知识的宣传。在开展工作时,全科医师要及时了解患者的心理状态,对患者存在的各种负面情绪,如焦虑、抑郁、紧张等进行心理疏导,使患者以积极的心态面对疾病。通过讲解,让患者对自身疾病有了正确的认识,同时,全科医师也会积极地为患者的用药情况进行监督,保证其用药的安全性、有效性。③在全科医疗管理模式小组进行讨论时,应该对患者的药物不良反应情况,和其他并发症情况进行分析,并且在需要的时候,对药物的剂量做出相应的调整。两组患者均干预3个月。

1.3 观察指标 ①高血压:比较两组患者干预前后血压水平的变化,测量3次,取平均值。②心功能指标:干预前后,采用酶联免疫分析法检测氨基末端脑钠肽前体(N-terminal pro-B-type natriuretic peptide, NT-proBNP)水平;采用彩色多普勒超声诊断仪检测左心室舒张末期内径(left ventricular end-diastolic diameter, LVEDD)、左心室射血分数(left ven-

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2025.001.019

基金项目:自贡市卫生健康委员会科研项目(22yb057)

作者单位:643000 四川自贡,自贡市第四人民医院全科医学科

通讯作者:邓翠东, Email: chunlian.wu@foxmail.com

tricular ejection fraction, LVEF)。③躯体化症状:干预前后,采用躯体化症状自评量表对患者的躯体化状况进行评价^[5]。其中包括躯体化症状、焦虑、抑郁、沟通 4 个维度,自评量表包括 20 个条目组,每个维度为 10 分,总分为 40 分,评分越高表明患者躯体化症状越重。④用药依从性:干预前后,运用我院自制用药依从性量表评价患者是否每日准时服药、按医嘱服药、不间断服药等,总分为 10 分,得分越高患者的用药依从性越好。⑤不良事件:干预期间统计

患者再次心肌梗死、不稳定心绞痛、心力衰竭的发生率。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 24.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。组间计量资料比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后的心功能指标和血压水平比较见表 1

表 1 两组患者干预前后的心功能指标和血压水平比较

组别		NT-proBNP/ng/L	LVEDD/mm	LVEF/%	收缩压/mmHg	舒张压/mmHg
全科组	干预前	4113.20±405.13	57.91±3.45	34.91±4.31	152.44±12.39	100.28±10.39
	干预后	1041.31±187.22*	43.22±5.17*	54.21±4.24*	129.29±13.02*	79.49± 7.39*
传统组	干预前	4076.33±443.26	58.05±3.24	35.20±3.61	152.38±11.48	100.42±10.48
	干预后	1828.34±203.07	50.56±5.64	51.01±8.20	149.28±13.22	90.38± 7.33

注:*:与传统组干预后比较, $P<0.05$ 。

由表 1 可见,干预前,两组患者的 NT-proBNP、LVEDD、LVEF、收缩压、舒张压指标比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.44、0.21、0.37、0.92、0.42, P 均 >0.05)。干预后,全科组患者的 LVEF 高于传统组,

LVEDD、NT-proBNP 和收缩压、舒张压均低于传统组,差异均有统计学意义(t 分别=-2.46、3.10、20.24、13.29、10.98, P 均 <0.05)。

2.2 两组患者干预前后的躯体化症状比较见表 2

表 2 两组患者干预前后的躯体化症状比较/分

组别		躯体化症状	焦虑	抑郁	沟通	总分
全科组	干预前	8.63±0.52	8.55±0.60	8.48±0.67	8.47±0.56	34.14±1.15
	干预后	4.47±0.64*	4.73±0.67*	4.58±0.73*	4.69±0.71*	18.74±1.48*
传统组	干预前	8.63±0.58	8.57±0.55	8.43±0.64	8.65±0.61	24.27±1.29
	干预后	6.60±0.36	6.61±0.35	6.54±0.32	6.58±0.31	26.34±0.70

注:*:与传统组干预后比较, $P<0.05$ 。

由表 2 可见,干预前,两组患者的躯体化症状、焦虑、抑郁、沟通症状得分及总分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.05、0.16、0.41、1.54、0.57, P 均 >0.05)。干预后,全科组患者的躯体化症状、焦虑、抑郁、沟通症状得分及总分均低于传统组,差异均有统计学意义(t 分别=18.21、17.62、17.48、17.47、33.19, P 均 <0.05)。

2.3 两组患者服药依从性比较 干预前,全科组服药依从性(4.24±1.17)分和传统组(4.58±1.01)分比较,差异无统计学意义($t=1.56$, $P>0.05$)。干预后,全科组患者的服药依从性(7.37±1.37)分高于传统组(6.67±1.27)分,差异有统计学意义($t=2.66$, $P<0.05$)。

2.4 两组患者不良事件发生率比较见表 3

由表 3 可见,全科组患者的不良事件总发生率

低于传统组,差异有统计学意义($\chi^2=6.23$, $P<0.05$)。

表 3 两组患者不良事件发生率比较/例(%)

组别	n	再次心肌梗死	不稳定心绞痛	心力衰竭	不良事件
全科组	51	0	1(1.96)	1(1.96)	2(3.92)*
传统组	50	2(4.00)	3(6.00)	5(10.00)	10(20.00)

注:*:与传统组比较, $P<0.05$ 。

3 讨论

老年人由于长期患有一些基础疾病,如高血压、高血脂、糖尿病等,导致其自身的器官以及系统都处于不断衰竭的状态。这也导致了老年人的自身抵抗力和免疫功能逐渐减弱,从而使得其在患有高血压的情况下,疾病的发作也会更加频繁^[6]。在对老年人高血压进行治疗的过程中,在很长一段时

间内,临床上都是使用药物来进行控制,但是在控制血压方面,却缺少科学的方法。规范性用药虽然能够控制患者的血压,但是仍然会存在一定的风险,可能会导致患者再次住院,甚至有可能导致患者出现严重的并发症,从而导致其死亡率和再住院率升高^[7]。但因为患者需要长时间的使用药物,而且他们对疾病的基本知识不了解,对健康意识不够强,医护人员与患者之间的交流也不够充分,所以很容易产生心理焦虑等负面的情绪,用药依从性很差,不能严格按照要求来调整药物,或者在症状刚刚得到改善之后,就停止药物的使用,最终导致了疾病无法得到控制^[8]。全科医学管理模式对高血压病情的控制,维护身心健康,提高生活质量,都有很大的帮助。

本次研究结果显示,干预3个月后,全科组LVEF高于传统组,LVEDD和NT-proBNP低于传统组,躯体化症状各维度评分及总分均低于传统组(P 均 <0.05),表明对于老年高血压患者通过应用全科医学管理模式能够减轻躯体化症状,促进心功能恢复。分析原因是全科医学管理模式中全科医师为病人提供医疗护理的主体,因此对全科医师的业务水平提出了更高的要求,需要拥有扎实而全面的理论知识,可以为高血压患者提供持续而持久的疾病预防服务,并提供医疗护理等。除此之外,全科医师还应当及时且详细地告知患者及其家属,在高血压治疗的过程中,务必严格按照规定的时间以及相应的药物服用剂量来进行服药。与此同时,组织开展相关疾病知识、疾病预防及保健等教育宣传讲座或活动,向患者讲解疾病的日常预防和处理措施,并告知患者家庭成员应积极配合医生做好对其家属的健康教育工作。最后,还要告知积极改变不良的饮食方式、习性,以及生活习惯,严格食用低脂、低盐等食物,合理控制营养,保持健康体重^[9]。

本次研究结果显示,干预3个月后,全科组服药依从性高于传统组,并发症发生率低于传统组(P 均 <0.05),表明对于老年高血压患者通过应用全科医学管理模式能够提高服药依从性,减少不良事件的发生。采用实施全科医疗管理形式,对每一位患者进行全面的普及,并对其进行指导,使其能够正确、按时、按量地服用药物。引导患者积极培养良好的影响方式和习惯,从而持续提高患者的疾病防护意识和治疗的积极性。除此之外,通过全科医学管理

措施可以及时地了解到患者的心理变化,及时地进行心理疏导,这对减轻患者的心理负担和压力有很大的帮助,从而提高患者的治疗依从性^[10,11]。同时通过对不同患者进行定期的随访,提高自我管理意识,使患者充分认识自我保健意识及遵医行为重要性,树立治疗疾病的信心,改变不良的操作习惯,减少并发症诱发因素,增强患者及家属对于居家治疗的注意事项,主动参与护理及治疗,有效预防再次心肌梗死、不稳定心绞痛等并发症发生。

综上所述,对于老年高血压患者通过应用全科医学管理模式能够提高服药依从性,减轻躯体化症状,减少不良事件的发生,促进心功能恢复。本次研究尚存局限,主要体现在样本量限制和研究样本纳入单位限制等方面,有待在之后的研究中进一步进行广域验证。

参考文献

- 1 黄文博,冯娴,姚元龙,等.全科医学视角下我国高血压患者的自我管理[J].中华全科医学,2022,20(7):1085-1088.
- 2 王丽杰,杨妍,穆静娟.全科医学健康管理在社区高血压病患中的应用[J].家庭科技,2021,5(12):56-57.
- 3 许飏.全科医学管理模式对高血压患者的应用效果评价[J].中国社区医师,2021,37(19):186-187.
- 4 蔡燕.全科医学中氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的效果[J].健康女性,2022,6(28):49-51.
- 5 刘菲.全科医学管理模式应用于高血压患者治疗的临床效果探讨[J].婚育与健康,2021,5(13):142.
- 6 吴子鉴.全科医学管理对老年高血压患者的应用效果及血压水平影响分析[J].健康必读,2021,8(4):48-49.
- 7 宋子敏.全科医学管理模式应用于高血压患者治疗的临床效果研究[J].健康之友,2021,7(10):43.
- 8 陈维超.全科医学综合防治干预应用于慢性高血压患者中的效果评价[J].岭南急诊医学杂志,2021,26(6):651-653.
- 9 周佳英,张兰,苗增利.激励护理对高血压脑出血术后康复患者不良情绪、生活质量及自我效能的影响[J].国际护理学杂志,2023,42(1):43-46.
- 10 梁晓娟,吴开丽,李芬.针对性康复护理干预对基底节区高血压脑出血术后患者康复情况、并发症影响[J].航空航天医学杂志,2023,34(2):253-256.
- 11 付守丽,郜阳.家庭护理干预联合社会综合支持护理对高血压患者血压水平、心理韧性及遵医行为的影响[J].航空航天医学杂志,2023,34(3):368-371.

(收稿日期 2024-01-13)

(本文编辑 高金莲)