

综合护理干预措施对瑶族人群高血压和高危人群的干预效果分析

欧阳红娟,王娟花

(南华大学附属第一医院内分泌科,湖南 衡阳 421001)

摘要: **目的** 探讨临床路径(CP)在我国社区高血压防治中的作用。 **方法** 对常宁瑶族地区的高血压发病率进行抽样调查和统计分析,运用图文式 CP 对社区 50 例高血压患者和 50 例高血压高危人群进行护理干预,对比干预前后血压控制情况及各生化指标。 **结果** 常宁瑶族地区人群高血压发病平均水平为 16.5%;高血压病人和高危人群经护理干预后收缩压和舒张压均明显下降,与干预前比较,差异均有显著性($P < 0.05$);护理干预后,甘油三脂、总胆固醇、低密度脂蛋白、体重指数均有明显减低,而高密度脂蛋白增加,与干预前比较,差异均有显著性($P < 0.05$)。 **结论** CP 对于高血压病人和高危人群具有明显地降低血压和改善生活质量的作用。

关键词: 高血压; 高危人群; 临床路径; 护理干预

中图分类号: R473.5

文献标识码: B

随着经济发展和生活方式的改变,高血压的患病率正在逐渐上升,已成为严重威胁我国人群健康的公共卫生问题,同时也是社区医生必须经常面对与处理的常见病之一^[1]。高血压引发的心脑血管疾病给人们的健康带来严重威胁,对社会、家庭和个人造成极大的负担^[2]。

临床路径(Clinical pathway, CP)主要通过图表和文字形式,将患者的诊疗计划印发给社区患者,使人们对本人的诊治计划一目了然^[3]。为了提高国内社区卫生服务中高血压的诊治水平,促使服务规范化,本研究将图文式 CP 干预方法用于高血压防治研究,并评价 CP 的效果与推广性,本文作者于 2010 年 1 月~2010 年 12 月在湖南省常宁瑶族地区进行了试点推广研究。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

对湖南省常宁瑶族地区进行不同年龄阶段高血压人群的血压筛查,并计算出 10~20 岁、21~30 岁、31~40 岁、41~50 岁、51~60 岁及 60 岁以上六

组不同年龄阶段人群高血压的发病率与全国总体高血压资料比较。对高血压患者及高危人群进行高血压患者健康教育和社区护理干预。

1.2 研究方法

1.2.1 对瑶族人群 50 名高血压患者(收缩压 ≥ 140 mmHg 和/或舒张压 ≥ 90 mmHg)及 50 名高血压高危人群(收缩压 120~139 mmHg 和/或舒张压 80~89 mmHg)应用临床路径护理干预模式进行护理干预。实验组以图文式 CP 采取多种形式进行护理干预,包括饮食干预、运动干预、自我血压监测;对照组以传统服药模式予以干预。

1.2.2 建立个人健康档案 为每个高血压患者及高危人群建立个人健康档案,详细记载患者的一般情况以及血压情况,用药情况,有无并发症以及治疗保健指导和追踪访视记录等。

1.3 护理干预

1.3.1 饮食干预 高血压患者维持标准体重(身高(cm) - 105),为每个患者制定总热量,根据碳水化合物、蛋白质和脂肪的热价及占总热量的百分比分配;原则上控制糖类,控制一日三餐的主食的同时,又要注意其他副食的灵活性、多样性,结构组成的营养性,保证其营养的足够性。让患者循序渐进的接受和达到饮食治疗的目的;患者应限制钠盐及脂肪的摄入、合并心脏病的患者要劝其戒烟戒酒等。

1.3.2 运动干预 选择正确的方式,如太极拳、散

步、健身舞蹈。注意以下几点:因人而异选择运动项目;每次锻炼时间 30 min ~ 1 h,晚餐后半小时开始为宜;合适的运动量;运动频率以每周 3 ~ 5 次。

1.3.3 口服降压药的干预 指导患者正确、及时、长期服药。

1.3.4 自我血压监测的干预 每天测血压 2 次,早晚各 1 次。高血压病的健康教育第一个月 1 次,以后每 2 个月 1 次。

1.4 生化指标检测

测各组干预前后的甘油三脂(TG)、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白(LDL)、高密度脂蛋白(HDL),并计算体重指数(BMI) = 体重(kg)/身高²(m)。

1.5 统计分析

相关资料和数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,用 SPSS17.0 进行统计分析,两两比较采用 *t* 检验, $P < 0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结 果

2.1 高血压的发病率

10 ~ 20 岁、21 ~ 30 岁、31 ~ 40 岁、41 ~ 50 岁、51 ~ 60 岁及 60 岁以上六组不同年龄阶段人群高血压的发病率分别为:3.1%、7.1%、8.9%、12.5%、14.8%、18.7%。年龄越大,高血压发病率越高,常宁瑶族老年人发病率明显高于中青年,其发病平均水平 16.5% 高于全国平均水平 11.6%。

2.2 临床路径干预后,患者对高血压相关知识知晓情况比较

高血压患者干预前对高血压相关知识不熟悉占 68% (34/50)、一般了解占 20% (10/50)、熟悉只占 12% (6/50);而进行健康教育及临床护理干预后,不熟悉占 8% (4/50)、一般了解占 12% (10/50)、熟悉占 80% (6/50),干预前后比较,差异有显著性($\chi^2 = 79.815, P < 0.05$)。

高血压高危人群患者干预前对高血压相关知识不熟悉占 72% (36/50)、一般了解占 22% (11/50)、熟悉只占 6% (3/50);而进行健康教育及临床护理干预后,不熟悉占 16% (8/50)、一般了解占 16% (8/50)、熟悉占 68% (34/50),干预前后比较,差异有显著性意义($\chi^2 = 44.265, P < 0.05$)。

2.3 临床路径干预后,两组血压控制效果比较

高血压患者及高血压高危人群干预后收缩压和舒张压均明显下降,与干预前比较,差异有显著性

($P < 0.05$, 表 1)。

表 1 高血压及高危人群干预前后血压控制比较(mmHg)

	收缩压	舒张压
高血压病人(<i>n</i> = 50)		
干预前	162 ± 18	104 ± 12
干预后	131 ± 20 ^a	87 ± 11 ^a
高危人群(<i>n</i> = 50)		
干预前	136 ± 13	90 ± 18
干预后	118 ± 23 ^a	80 ± 9 ^a

与干预前比较,a: $P < 0.05$

2.4 高血压病人和高危人群各生化指标检测

高血压病人在干预后,甘油三脂、总胆固醇、低密度脂蛋白及体重指数均有明显减低,而高密度脂蛋白增加,与干预前比较,差异有显著性意义(表 2, $P < 0.05$)。

高血压高危人群在干预后,甘油三脂、总胆固醇、低密度脂蛋白及体重指数均有明显减低,而高密度脂蛋白增加,与干预前比较,差异均有显著性(表 2, $P < 0.05$)。

表 2 高血压及高危人群干预前后观察指标变化

项目	高血压病人(<i>n</i> = 50)		高危人群(<i>n</i> = 50)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
TG (mmol/L)	2.72 ± 0.90	1.56 ± 0.54 ^a	2.19 ± 0.72	1.35 ± 0.51 ^a
TC (mmol/L)	6.21 ± 1.56	4.09 ± 0.92 ^a	5.01 ± 1.11	3.21 ± 0.78 ^a
LDL (mmol/L)	4.24 ± 0.76	2.12 ± 0.41 ^a	3.29 ± 0.71	2.03 ± 0.39 ^a
HDL (mmol/L)	0.88 ± 0.10	1.41 ± 0.43 ^a	0.90 ± 0.11	1.51 ± 0.76 ^a
BMI (kg/m ²)	30.62 ± 4.12	24.22 ± 3.78 ^a	27.12 ± 2.71	21.36 ± 2.16 ^a

与同组干预前比较,a: $P < 0.05$

3 讨 论

我国高血压具有患病率高、致残性高、死亡率高的三高特点,同时又存在知晓率低、服药率低、控制率低的三低现象^[4]。预防和治疗高血压,降低心脑血管病的发病率和死亡率已成为当前国际上一个重要的任务^[5]。本研究发现常宁瑶族地区 10 ~ 20 岁、21 ~ 30 岁、31 ~ 40 岁、41 ~ 50 岁、51 ~ 60 岁及 60 岁以上六组不同年龄阶段人群高血压的发病率分别为:3.1%、7.1%、8.9%、12.5%、14.8%、18.7%。年龄越大,高血压发病率越高,人群的平均发病水平 16.5% 较全国平均水平稍高。

与传统管理模式相比,CP 在提高医疗护理质量的同时,提高了团队协作,增加了患者本人的介入,

使医疗护理更加合理化、人性化,CP 是目前发达国家不可缺少的医疗工具^[6]。CP 有多种功能和作用:改善医疗护理质量;有利于以患者为中心的医疗和护理;提高患者的满意度;提高患者自身管理意识;充实病情告知;易于归纳、整理各种病例资料,实现医疗护理标准化^[7]。

通过 CP 来改善高血压和高危人群的生活方式,改变其不良生活习惯,是控制高血压,减少并发症,提高生活质量的关键^[8]。本研究发现,高血压病人和高危人群经过 CP 干预后,患者对高血压相关知识知晓情况明显比干预前要熟悉。通过在农村进行有计划、有组织的健康教育和护理干预工作可以使村民采纳有益于健康的生活方式。通过 1 个月针对性地高血压健康教育与护理干预,居民对高血压相关知识的知晓率明显提高,不良生活方式明显改变;护理干预措施有较明显效果。

本研究还发现,高血压病人和高危人群经过 CP 干预后,患者的生化指标:如甘油三脂、总胆固醇、低密度脂蛋白及体重指数均有明显减低,而高密度脂蛋白增加。说明 CP 干预具有很好的临床效果。CP 干预不仅对于高血压病人的康复与治疗具有明显的疗效,而且对于高血压高危人群也有明显的预防和治疗作用。

总之,采取定期的、有针对性的健康教育可促使广大患者逐渐纠正不良的生活习惯,加强疾病知识的普及,增强居民的自我保健意识等护理干预,是控制高血压病情恶化、预防并发症发生、保证患者生活质量的有效途径^[9-10]。

参考文献:

[1] 吴辉,常静,丁家望,等. 从不同国际高血压治疗指南

看老年及老老年高血压的治疗策略[J]. 中华老年心脑血管病杂志,2013,15(3):225-227.

[2] Curry TB. Hypertension: is it more than just a numbers game[J]. J Physiol,2013,591(Pt 23):5805-5806.

[3] Psiuk T. Daily management of nursing care plans and clinical pathways[J]. Soins,2013,(775):63-64.

[4] 孙宁玲,霍勇,王继光,等. 难治性高血压诊断治疗中国专家共识[J]. 中国介入心脏病学杂志,2013,21(2):69-73.

[5] Schwaiger JP, Khanna D, Gerry Coghlan J. Screening patients with scleroderma for pulmonary arterial hypertension and implications for other at-risk populations[J]. Eur Respir Rev,2013,22(130):515-525.

[6] Hassan IS. Knowledge translation through clinical pathways: principles for practical development and successful use[J]. Saudi J Kidney Dis Transpl, 2013, 24(2):351-363.

[7] Scott K, White K, Roydhouse JK. Advancing the educational and career pathway for clinical trials nurses[J]. J Contin Educ Nurs,2013,44(4):165-170.

[8] Smith D. Development of an end-of-life care pathway for patients with advanced heart failure in a community setting[J]. Int J Palliat Nurs,2012,18(6):295-300.

[9] Maconi M, Baricchi R, Ferrin MP, et al. The adoption of clinical pathways and the inclusion of likelihood ratios in the report: a controlled before and after study[J]. Clin Lab,2012,58(5-6):535-538.

[10] Green JM, Spiby H, Hucknall C, et al. Converting policy into care: women's satisfaction with the early labour telephone component of the all wales clinical pathway for normal labour[J]. J Adv Nurs, 2012, 68(10):2218-2228.

(此文编辑:秦旭平)

(上接第 632 页)

参考文献:

[1] Marshall TG. Vitamin D discovery outpaces FDA decision making[J]. Bioessays,2008,30(2):173-182.

[2] 张广钰,田小林,钟漓. 腹腔镜结合胃镜治疗胃间质瘤的临床应用[J]. 第三军医大学学报,2012,34(12):

1244-1246.

[3] Gaujoux S, Kinghaim TP, Jarnagin WR, et al. Single-incision laparoscopic liver resection[J]. Surg Endosc,2011,25(5):1489-1494.

(此文编辑:秦旭平)