

医联体平台内医院-社区高血压患者共同管理的效果评价

林峰

(无锡市厚桥街道社区卫生服务中心 214106)

摘要:目的:探讨分析医联体平台内医院-社区卫生服务中心高血压患者共同管理的效果。方法:选取我中心 2020 年 6 月之前纳入管理的 40 例高血压患者,先后给予我中心高血压患者社区卫生服务中心常规慢性病管理模式(对照组)和医联体平台内医院-社区卫生服务中心联合管理模式(研究组),分析两组患者先后不同管理模式高血压管理效果。结果:回顾分析 40 例高血压患者社区卫生服务中心常规慢性病管理,以及给予医联体平台内医院-社区卫生服务中心共同管理 12 个月之后,比较对照组和研究组患者健康管理意识与依从性有明显改善,差异具有统计学意义, ($P<0.05$);比较对照组和研究组患者健康管理质量与有明显提高,差异具有统计学意义, ($P<0.05$)。结论:高血压患者采用医联体平台内医院-社区卫生服务中心共同管理模式具有显著作用,可以提升患者治疗管理配合度,加强机体血压指标控制效果,有效控制并发症,值得推广应用。

关键词: 医联体平台; 医院-社区卫生服务中心; 高血压; 共同管理

高血压属于临床常见慢性疾病,患者血压长期得不到控制将引发脑卒中、冠心病等一系列严重并发症,极大威胁患者生命健康安全。然而由于部分高血压患者临床症状不明显,所以在筛查患者时必须提升患者配合度,并且对并发症进行预防和控制,给予高血压健康管理能够有效加强患者生命质量^[1]。根据我市卫计委的统一部署,我中心与无锡市第二中医医院于 2016 年 5 月组成医联体。为了更好的发挥医联体的作用,研究探索中心慢性病管理新路径,突破现有管理瓶颈,中心和医联体医院成立“专全”高血压共同管理团队,此次研究主要探讨分析医联体平台内医院-社区卫生服务中心高血压患者共同管理的效果。现将研究报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我中心 2020 年 6 月之前纳入管理的 40 例高血压患者。选取人员均符合:1)初中以上文化程度,年龄 <75 岁,高血压病程 >2 年;2)均为原发性高血压,无其他基础性疾病。并且至少符合下列条件之一:1)血压控制不满意或有反复;2)有眼底动脉狭窄或肌酐、蛋白尿等轻度并发症;3)患者对疾病认识不足,服药依从性差、自我管理能力强;4)不能按时接受面对面随访或电话随访,管理配合不够。其中男性患者 26 例,女性患者 14 例,最小年龄为 48 岁,最大年龄为 74 岁,平均年龄为 (61.2 ± 2.4) 岁,平均病程为 (5.2 ± 1.3) 年。将 40 例高血压患者参加常规社区卫生服务中心慢性病管理作为对照组;参加医联体平台内医院-社区卫生服务中心高血压患者共同管理作为研究组,对比 40 例高血压患者前后不同管理方式的效果分析。

1.2 方法

1.2.1 对照组高血压患者社区卫生服务中心常规慢性病管理。按我市统一的慢病管理要求进行管理:

我中心慢性病管理人员通过慢性病报告网收集辖区内被确诊的

高血压患者,电话确认并建立患者高血压管理电子档案,发送给相应的社区卫生服务站纳入高血压管理;服务站工作人员每季度对管理对象进行一次面对面随访,记录患者用药、血压控制等情况,进行用药指导和健康宣教。

1.2.2 研究组高血压患者医联体平台内医院-社区卫生服务中心共同管理。通过分管领导与医联体医院充分沟通,成立医院和社区卫生服务中心高血压共同管理团队。在常规管理的基础上,制定共同管理实施方案,确立管理目标。具体措施包括:

- 1)成立“专全”高血压共同管理团队。
- 2)加强宣传和动员,营造社区健康促进氛围。
- 3)上级医院专家组对团队人员进行强化培训。
- 4)医联体医院专科医师每周固定周三全天在中心高血压慢病门诊坐诊。
- 5)服务站慢病管理员负责监督患者执行自我管理方案。
- 6)开通医联体上级医院门诊和住院绿色通道。
- 7)积极开展健康教育,帮助患者转变观念,走出误区,进一步增强自我保健意识。
- 8)充分发挥团队工作优势,将以往的“管治分离”,改造成“管治结合”、“一管到底”。

1.3 统计学处理

对两组患者数据进行处理分析,使用 SPSS21.0 软件,均为计数资料,采用 T 检验,如果两组数据之间的 P 值小于 0.05,则表示两者对比有差异,具有统计学意义。

2 结果

2.1 40 例高血压患者医联体平台内医院-社区卫生服务中心共同管理后 12 个月,分析两组患者健康管理意识与依从性,研究组明显高于对照组,差异具有统计学意义, ($P<0.05$),见表 1:

(下转第 27 页)

配合组治疗有效率显著高于单用组 ($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组治疗有效率比较 (%)

组别	n	显效	有效	无效	有效率
配合组	42	30(71.43)	10(23.81)	2(4.76)	40(95.24)
单用组	42	22(52.38)	10(23.81)	10(23.81)	32(76.19)
χ^2	-	-	-	-	6.222
P	-	-	-	-	0.013

3 讨论

急性心肌梗死早期心绞痛的发生通常是由于动脉粥样硬化的长期作用,为心脏供血的冠状动脉管腔狭窄,输血能力和动力下降,心肌缺血,从而发生持续性剧烈头痛。急性心肌梗死早期心绞痛属于胸内科常见病、多发病、急症,发病急,致死率高,预后差。予以急性心肌梗死早期心绞痛患者及时、有效的治疗对患者的身心健康和生命质量具有重要意义。目前有研究表明,应用他汀类联合他嗪类药物具有较为明显的效果。他汀类药物是一种 3-羟基-3-甲基戊二酰辅酶 A (HMG-CoA),具有明确的降血脂作用。该类药物的治疗机制主要是抑制内源性胆固醇的合成,阻断细胞中羟甲戊酸的代谢,让血液当中的胆固醇含量降低,从而完成降血脂功能^[2]。阿托伐他汀是最新合成的他汀类药物,能够选择性抑制 HMG-CoA 还原酶,相比于一代药物作用更强,疗效更高。曲美他嗪主要应用在抗心绞痛治疗中,具有抗肾上腺素、去甲肾上腺素、加压素的作用,可调节患者心肌缺血、能量代谢情况。作用机制是让缺血细胞恢复正常能量代谢功能,将脂肪酸氧化过程转化为葡萄糖氧化过程,让葡萄糖进行有氧代谢产

生大量三磷酸腺苷,从而改善心功能、心肌缺氧情况,抑制冠脉血栓形成,降低心绞痛发生率^[3]。

本研究联合用药,患者 ESR、Fib、 η P、Hb、HCT 较单用组和治疗前显著降低,AA 较单用组和治疗前明显提高,联合用药治疗有效率显著高于单用药物治疗 ($P < 0.05$)。心肌梗死后早期心绞痛患者血液流变学指标存在异常情况,主要表现为患者的血液粘滞度存在异常。患者心绞痛发作的原因主要是冠脉粥样硬化斑块突然发生破裂,出血情况发生,血小板因此活化,从而黏附聚集,造成冠脉血管狭窄程度增加,甚至阻塞,从而增加心肌的缺血压力,造成心绞痛。而血液流变学中的指标改善,说明患者血液流动加快,血管情况改善,心功能提高。且配合组治疗有效率显著高于单用组 ($P < 0.05$),更加证实了联合治疗的临床疗效。

综上所述,阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗急性心肌梗死早期心绞痛疾病,对患者的血液流变学有积极影响,血液流动情况因此改善。

参考文献:

- [1]张冬梅,张军,李恭. 盐酸曲美他嗪胶囊联合阿托伐他汀钙片对冠心病患者血小板活化功能和血管内皮功能的影响[J]. 药物评价研究,2019,42(01):118-121.
- [2]王尚中,张涵,杨海波,陈华峰,盛洁. 阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗冠心病心绞痛的 Meta 分析[J]. 中国医师杂志,2019,21(2):239-242.
- [3]钱仁怡. 阿托伐他汀联合曲美他嗪治疗对冠心病患者内皮功能炎症因子以及心功能影响的关系研究[J]. 中国药物与临床,2019,19(24):4358-4360.

(上接第 24 页)

表 1: 两组患者健康管理意识与依从性比较 (n, %)

组别	按时服药	按时测量血压	按时接受随访	控盐和运动
对照组 (n=40)	22 (55%)	21 (52.5%)	19 (47.5%)	18 (45%)
研究组 (n=40)	36 (90%)	35 (87.5%)	32 (80%)	33 (82.5%)

2.2 分析两组患者健康管理质量, 研究组明显优于对照组, 差异具有统计学意义, ($P < 0.05$), 见表 2:

表 2: 两组患者健康管理质量比较 (n, %)

组别	血压控制满意	症状或并发症	药物不良反应	超高血压或低血压
对照组 (n=40)	24 (60%)	17 (42.5%)	11 (27.5%)	7 (17.5%)
研究组 (n=40)	35 (87.5%)	9 (22.5%)	6 (15%)	3 (7.5%)

3 讨论

高血压疾病已经成为我国重要慢性疾病,对患者生命安全与生活质量造成极大影响。目前患者只能通过服用降压药物维持治疗,控制血压,同时应注重日常生活自我管理。按照相关报道显示,饮食控制与机体锻炼能够有效控制血压指标,降低并发症发生率^[2]。本次研究主要是探讨高血压患者医联体平台内医院-社区卫生服务中心共同管理效果。首先针对此次参与共同管理的人员需要进行培训教育,在考核合格之后,才能够进入到共同管理小组中。其次为了提升患者管理效果与质量,必须全面监督各项管理措施的落实情况,并且对管理质量进行考核^[3]。管理人员在进行质量控制时,应当考核医联体平台内医院-社区卫生服务中心管理情况,参与管理人员的积极性,管理项目进度情况,还需要对管理质量进行严格控制^[3]。

综上所述,高血压患者采用医联体平台内医院-社区卫生服务中心共同管理模式具有显著作用,可以提升患者治疗管理配合度,加强机体血压指标控制效果,有效控制并发症,值得推广应用。

参考文献:

- [1]叶玉玲,蔡诗琪,晏晓颖. 健康教练技术对社区高血压患者康复治疗自我效能及健康行为的影响研究[J]. 现代医药卫生,2017,35(10):1474-1477+1481.
- [2]萧燕霞,孙惠儿,李燕嫦. 分层、分级社区家庭签约服务模式对高血压患者自我健康管理的干预研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2017(09):1064-1065.
- [3]李佳. 基于“互联网+”的医院-社区一体化慢性病管理模式在老年高血压病人中的应用[J]. 护理研究,2017,33(07):1237-1240.