

• 临床探讨 • DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 20. 039

综合护理干预对高血压患者生活质量及管理层级的影响

朱 莉,杨桂英,钱 静,金 平[△]
(重庆市人民医院江北院区心内科,重庆 400020)

摘 要:**目的** 探讨综合护理干预对高血压患者生活质量的影响,为改善高血压患者生活质量提供依据。**方法** 选取原发性高血压患者 200 例,评估其基本情况,采取综合护理干预措施对其进行干预,干预周期为 30 d,连续干预 2 个周期。使用生活质量综合评定问卷对干预前后患者生活质量进行评定,对比其生活质量的变化,观察高血压管理层级分布的变化。**结果** 实施综合护理干预措施后,高血压患者的生活质量评分明显提高,差异有统计学意义($P<0.05$);高血压管理层级分布发生变化,一级管理患者比例较干预前明显提高,三级管理患者比例较干预前明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 综合护理干预措施能够改善患者的知行统一,提高治疗依从性,提升高血压患者生活质量,减少高血压危险因素。

关键词:高血压; 管理层级; 生活质量
中图法分类号:R544.1 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2018)20-3127-03

随着人民生活水平的提高,高血压已成为我国最常见的慢性疾病之一,其起病隐匿且病程长、不易控制,并可引起心、脑、肾严重并发症,严重危害患者的健康,对患者的生活质量造成极大影响^[1]。高血压的管理目标最重要的是控制患者的血压水平,减少心脏病及脑卒中等事件的发生,降低疾病给患者带来的负担,从而改善和提高患者的生存质量。目前,针对高血压的治疗方法已较为成熟,药物治疗结合饮食、运动辅助治疗能取得良好的控制血压的效果。但是由于较多高血压患者对高血压自我管理方法不熟悉、依从性差,常常导致血压控制不良,从而导致高血压急症的发生,大大增加了高血压相关并发症的发生风险,严重影响患者的生活质量。本研究拟采用综合护理干预措施对高血压患者实施管理,以探索高血压患者的有效管理方案。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2017 年 1—12 月本院心内科收治的原发性高血压住院患者。纳入标准:(1)诊断为高血压的患者,诊断标准按照《2000 年中国高血压治疗指南》建议的标准,患者非同日连续 3 次测量,坐位收缩压(SBP)≥140 mm Hg,和(或)舒张压

(DBP)≥90 mm Hg;(2)未发生高血压性心、脑、肾等并发症;(3)知情同意,自愿参加本研究。排除标准:(1)不能坚持完成两个干预周期的患者。共纳入研究对象 200 例,其中男 103 例,女 97 例;年龄 24~73 岁,平均(39.4±5.2 岁);病程 5~20 年;Ⅰ级高血压 70 例,Ⅱ级高血压 130 例;有高血脂 87 例;有吸烟史 106 例。本研究获得本院医学伦理委员会的批准,符合医学伦理原则。

1.2 方法 采用综合护理干预措施对高血压患者实施管理,具体措施如下。

1.2.1 入院评估 患者入院后,对患者的生活方式、学习能力及知识技能状态进行评估,了解患者对血压控制的信念态度,并对患者的高血压危险因素进行评估。根据患者的高血压高危因素实施不同级别的管理:低危者实施一级管理,中危者实施二级管理,高危者实施三级管理。

1.2.2 监测指标及方法 定期监测患者的各项身体指标,主要包括血压、体质量指数(BMI)、心电图、空腹血糖、眼底、血脂、超声心动图、尿常规、肾功能等项目监测,具体监测项目及频率见表 1。

表 1 高血压患者身体指标分级管理监测方法

监测内容	一级管理	二级管理	三级管理
血压	每 3 个月随访 1 次	每 2 个月随访 1 次	每 1 个月随访 1 次
BMI	每 6 个月 1 次	每 3 个月 1 次	每 3 个月 1 次
心电图、空腹血糖、眼底、血脂、超声心动图	每年 1 次	每年 1 次	每半年 1 次
尿常规、肾功能	每年 1 次	每半年 1 次	每半年 1 次

1.2.3 健康宣教 对患者进行详细的服药指导、运动指导及饮食指导,并根据心理状态评估结果开展心

[△] 通信作者,E-mail:86854280@qq.com。

理护理。告知患者高血压终生治疗和血压控制的重要性和必要性。告知患者自身高血压状态及病情进展后存在的风险,开出健康教育处方,强化其进行不良生活行为的改变,提高高血压患者的自我管理能力。采用多种形式的健康宣教方法,如集中培训和个体指导相结合的方式,结合宣传手册、宣教视频、讲座培训等宣教形式开展宣教。宣教时间为每周工作日,针对高血压患者提出的疑问逐一耐心解答。干预周期为 30 d,连续干预 2 个周期。

1.3 评价指标 在患者入院接诊时(综合护理干预前)、出院后家庭访谈或电话随访时(综合护理干预后)采集数据,由接诊医生及随访护士进行数据收集。对数据收集者进行统一培训,使其熟悉问卷内容,掌握评估方法,数据采集过程中调查人员使用统一指导语,规范记录方式。

1.3.1 生活质量评分 采用生活质量综合评定量表(GQLI-74)对患者生活质量进行评价,该量表有 4 个维度,包括躯体功能、心理功能、社会功能、物质生活状态,74 个分条目。躯体功能和心理功能及社会功能的维度均有 5 个因子,另外物质生活维度包含 4 个因子。指标评分越高,表明生活质量水平越好。

1.3.2 高血压分级管理分布情况 根据患者的高血压高危因素确定患者高血压管理层级,低危者属于一级管理范围,中危者属于二级管理范围,高危者属于三级管理范围。统计干预前后每个层级管理患者数量。

1.4 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 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 综合护理干预前后患者生活质量评分情况 综合护理干预前后,患者生活质量的 4 个维度评分及总分均有变化,干预后患者躯体功能、心理功能、社会功能、物质生活状态以及总体生活质量评分高于干预前,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 综合护理干预前后患者生活质量综合评分比较($n=200, \bar{x} \pm s$, 分)

项目	综合护理干预前	综合护理干预后	t	P
躯体健康	52.53±8.89	54.61±9.27	2.290 2	0.022 5
心理健康	54.45±7.62	56.25±7.83	2.329 9	0.020 3
社会功能	55.39±6.40	57.96±3.64	4.936 4	0.000 0
物质生活	50.86±8.05	54.68±8.24	4.689 7	0.000 0
总体生活质量	213.23±30.96	223.50±28.98	3.424 9	0.000 7

2.2 综合护理干预前后高血压分级管理分布 综合护理干预前后,高血压管理的分布出现显著变化,一级管理高血压病例数明显增加,三级管理例数较干预

前减少,差异有统计学意义($\chi^2 = 17.829, P < 0.05$)。见表 3。

表 3 高血压患者综合护理干预前后三级管理变化[$n(\%)$]

管理级别	干预前	干预后
一级管理	16(8.0)	43(21.5)
二级管理	86(43.0)	89(44.5)
三级管理	98(49.0)	68(34.0)

3 讨 论

3.1 综合护理干预措施能够提高高血压患者的生存质量 通过实施综合护理干预措施,高血压患者的生活质量有了明显提高。结果显示,干预后患者生活质量综合评分明显提高,且躯体健康、心理健康、社会功能及物质生活 4 个维度得分均显著提高。运动治疗、饮食治疗和药物治疗是高血压患者控制血压的三驾马车。较多研究指出,运动过量/不足,或运动不当会导致较为严重的不良后果^[2-3]。所以合理的运动疗法才能使高血压患者从中获益。本研究中所制订的综合护理措施,实施过程中强调运动时长、运动时保暖、运动的强度水平要保持在一个合适的水平^[4]。同时,健康宣教内容强调持续、规律药物治疗的重要性,避免了患者对药物治疗的错误认识,提高了患者血压的控制效果。高血压患者由于其疾病的性质,不能根治,需要长期规律服药,且具有易复发特点,患者的生理和心理压力大、易产生焦虑和抑郁等心理疾病,对家庭有愧疚感,社会认同感降低。综合护理干预措施强调对患者心理状态的关注,在入院时即对患者的心理状态进行评估,出院后的家庭访视及随访中均对心理状态密切关注,同时给予积极的干预和支持,使患者保持良好情绪状态,对改善血压水平有重要意义。综合护理干预措施对高血压患者生理及心理的双重干预大大提高了高血压的治疗效果,有效改善患者病情的进展,延缓疾病并发症的发生,保障高血压患者的生活质量处于较高的水平。

3.2 综合护理干预措施能够降低高血压患者的管理层级 本研究结果显示,高血压患者接受综合护理措施干预后,高血压患者一级管理患者比例明显增加,从 8.0% 上升至 21.5%,三级管理患者比例由 49.0% 下降至 34.0%,该结果同通文丽等^[5]的研究结果基本一致。管理层级分布的变化说明综合护理干预措施能够减少高血压患者危险因素,有效地控制血压水平。目前,部分高血压患者对高血压管理及血压控制的认识仍存在一定误区,部分患者认为血压控制稳定后,就可自行减少药物剂量,甚至停止药物治疗^[6]。另外,部分患者仅重视药物治疗,对饮食及运动的重视度不高,这些因素均是导致血压控制不良的重要危险因素,导致高血压急症的频繁发生,增加高血压并发症的发生风险。综合护理措施强调患者认知和行

为的一致性,首先对患者血压的自我管理知识进行宣教,强调运动、饮食及药物治疗的重要性,缺一不可。同时加强对患者自我管理实施的持续评价,对患者的管理行为进行监督,对错误行为进行及时纠正,使患者知行保持一致^[7],从而大大降低了患者高血压疾病的危险因素,患者血压控制良好,分级管理层级降低。

3.3 研究局限及展望 本研究由于观察时间有限,研究结果存在一定的局限性。在干预措施的执行方面,由于高血压患者短期内坚持较容易,但是长期的坚持可能存在一定困难,长期的干预效果难以确定,需要开展前瞻性的队列研究进一步探讨其效果。其次,本研究样本均来自一所医院,样本的数量也有一定局限,进一步的研究需要选择多中心、大样本研究,使结果更具有代表性及可靠性。最后,干预措施实施方面,需进一步取得医院管理层面的积极配合,加强高血压防治的宣传力度,扩大健康教育对象范围。

综上所述,早期发现高血压患者并坚持实施综合护理干预,能够提高患者在躯体功能、心理功能、社会功能、物质生活状态方面的生活质量,降低高血压的并发症发生率,延缓病程,具有一定的临床应用价值。

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 20. 040

糖尿病患者尿路感染病原菌分布及耐药性分析

杨宗桥,付善书,付 敏

(贵州省黔东南苗族侗族自治州人民医院检验科,贵州凯里 556000)

摘 要:目的 分析糖尿病患者尿路感染病原菌分布及耐药性,为临床合理用药及医院感染控制提供科学依据。**方法** 回顾性分析 2016—2017 年该院糖尿病住院患者尿路感染病原菌分布及耐药性。**结果** 505 例患者中共分离到 123 株病原菌,检出率为 24.36%。病原菌以大肠埃希菌为主,检出 75 株,占 60.97%,其次为肺炎克雷伯菌和假丝酵母菌,分别为 25 株和 10 株,各占 20.32%和 8.13%。其中产超广谱 β -内酰胺酶(ESBLs)大肠埃希菌 36 株,占 48%,产 ESBLs 肺炎克雷伯菌 8 株,占 32%。大肠埃希菌对碳青霉烯类、哌拉西林/他唑巴坦、呋喃妥因、阿米卡星具有良好的敏感性;肺炎克雷伯对氨苄西林的耐药率高达 100.00%;假丝酵母菌对各类抗菌药物全部表现敏感。**结论** 糖尿病患者尿路感染以大肠埃希菌为主,临床医师应了解并掌握糖尿病患者尿路感染病原菌分布特点及耐药性,制订合理的治疗方案,预防医院感染的发生。

关键词:糖尿病; 尿路感染; 病原菌; 耐药性; 药敏试验

中图法分类号:R446.1

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)20-3129-04

糖尿病易伴发多种并发症,尿路感染是糖尿病患者常见并发症之一^[1]。患者高水平的尿糖有利于细菌的生长繁殖,而尿路感染又是患者血糖升高的重要诱因^[2]。因此,糖尿病患者尿路感染已成为医院感染控制最不可忽视的环节。为了解并掌握医院糖尿病患者尿路感染病原菌分布情况及耐药性,更好地指导临床医师合理使用抗菌药物,本文对 2016 年 1 月至 2017 年 12 月本院送检的 505 例糖尿病患者尿液进行病原菌检测及药敏试验,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2016 年 1 月至 2017 年 12 月本

参考文献

- [1] 张铁梅. 浅谈对高血压患者进行综合护理干预对其生活质量的影响[J]. 当代医药论丛, 2015, 13(4): 69-70.
- [2] 潘桂俊, 宋道平, 陈利云, 等. 不同年龄段社区高血压患者血压控制率影响因素的调查分析[J]. 中国全科医学, 2010, 13(21): 2303-2305.
- [3] 谢建秀, 陈水琼, 叶翠华, 等. 社区护理干预对老年高血压患者生活质量的影响分析[J]. 当代医学, 2013, 20(9): 119-120.
- [4] 林婷, 林捷, 陈红芳. 综合护理干预对 2 型糖尿病合并高血压患者生活质量的影响[J]. 现代医院, 2011, 10(1): 64-66.
- [5] 通文丽, 宋创业, 李有, 等. 综合干预对高血压患者血压控制的影响[J]. 河北北方学院学报, 2014, 30(5): 95-96.
- [6] 魏霞, 朋风光. 综合护理干预对高血压患者生活质量影响的研究[J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(4): 4-6.
- [7] 陈伟伟. 我国高血压社区防治进展——技术、策略与实施[J]. 心血管病学进展, 2010, 31(3): 322-326.

(收稿日期: 2018-01-12 修回日期: 2018-05-21)

院收治的糖尿病患者 505 例,其中男 224 例、女 281 例,年龄 35~72 岁、平均(58.2 $\pm$ 5.31)岁。

1.2 诊断标准

1.2.1 糖尿病诊断标准 参照 1999 年世界卫生组织制定的糖尿病诊断标准:空腹血糖 $\geq$ 7.0 mmol/L,餐后 2 h 血糖 $\geq$ 11.0 mmol/L。

1.2.2 尿路感染诊断标准 美国感染疾病学会(IDSA)和欧洲临床微生物学和感染疾病学会(ESCMID)规定的尿路感染细菌培养标准:急性非复杂性膀胱炎中段尿培养 $\geq$ 10³ CFU/mL;急性非复杂性肾盂肾炎中段尿培养 $\geq$ 10⁴ CFU/mL;女性中段尿培养 $\geq$ 10⁵