

因:肾盂压力过高、囊肿减小引起肾周神经牵涉痛、尿外渗、尿反流、肾周渗出等。针对术后疼痛,首先保持头高脚低位,检查引流通畅情况,再根据视觉模拟评分法(VAS)选用镇痛药物。对于疼痛持续存在、不缓解的患者,需行上腹部CT判断有无肾损伤及尿外渗,严重时需再次手术。

3.5 护理指导 (1)恢复体位的指导:根据“水往低处流”的原理,不论囊肿位于上、中、下盏,均建议患者健侧卧位休息,肾脏解剖位置发生改变,即肾盏上位、肾盂位于下方,可促进囊液排出。(2)出院宣教:指导恢复体位,强调拔管时间,制订出院回访及检查时间。

以上为笔者开展肾盂旁囊肿输尿管软镜内切开手术的经验分享。近年来随着输尿管软镜及激光技术在国内的开展,也有其他文献报道了输尿管软镜下激光切开内引流治疗肾盂旁囊肿的经验^[10-11],该类手术进一步弥补了开放手术、穿刺术、腹腔镜下囊肿去顶减压术、输尿管镜处理肾盂旁囊肿的不足和局限,并且可同时处理双侧肾囊肿,具有可重复操作性,能有效节约医疗资源^[12]。故笔者认为肾盂旁囊肿输尿管软镜内开窗术,具有创伤小、出血少、安全性高、恢复快及疗效满意等特点,值得临床推广。

参考文献

[1] 邹岷,肖民辉,徐万超,等.微创通道经皮肾镜钬激光内切开引流治疗肾深部囊肿临床观察[J].临床泌尿外科杂志,2014,29(2):132-134.
 [2] 张国玺,徐辉,邹晓峰,等.经尿道 NOTES 肾盂旁囊肿内切开引流术[J].临床泌尿外科杂志,2013,28(2):81-83.
 [3] WEIN A J, KAVOUSSI L R, NOVICK A C, et al. Camp-

bell-Walsh Urology[M]. 10th ed. Philadelphia, PA: Saunders-Elsevier, 2012: 3194-3196.

[4] 徐志兵,王国民,张永康,等.上海市 2 659 名体检者中单纯性肾盂旁囊肿发生率分析[J].中华泌尿外科杂志,2012,33(10):612-613.
 [5] 骆声福,胡海平.输尿管软镜下钬激光内切开引流术治疗肾盂旁囊肿 11 例报告[J].中国内镜杂志,2019,25(6):77-80.
 [6] 邵世修,张淑香,尚东浩,等.腹腔镜囊肿去顶术治疗肾盂旁囊肿和肾外周囊肿效果比较[J].山东医药,2007,47(8):10-12.
 [7] 杨勇,姚启盛,陈从波,等.斜仰卧截石位下输尿管软镜钬激光治疗肾盂旁囊性疾病[J].国际泌尿系统杂志,2017,37(3):389-391.
 [8] 康哲,乔保平.输尿管软镜下钬激光切开内引流术治疗肾囊性疾病的体会[J].河南外科学杂志,2019,25(2):44-45.
 [9] 赵大委,陈如,马锋,等.输尿管软镜钬激光内切开术治疗肾盂旁囊性 11 例[J].国际泌尿系统杂志,2018,38(4):639-641.
 [10] 俞蔚文,张大宏,何翔,等.输尿管软镜下钬激光切开内引流术治疗肾盂旁囊肿的临床研究[J].中华泌尿外科杂志,2013,34(7):489-492.
 [11] 杨嗣星,吴旭,廖文彪,等.输尿管软镜下钬激光内切开引流术治疗肾囊性疾病的安全性及疗效[J].中华泌尿外科杂志,2016,37(1):17-20.
 [12] 李秀齐.逆行输尿管软镜联合钬激光治疗肾盂旁囊肿合并肾结石的临床研究[J].首都食品与医药,2019(8):43-44.

(收稿日期:2019-08-02 修回日期:2020-03-03)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.10.038

家庭医生团队管理对社区高血压患者管理依从性、血压控制情况及并发症的影响

袁美娟

上海市宝山区友谊路街道社区卫生服务中心,上海 201900

摘要:目的 分析家庭医生团队管理对社区高血压患者管理依从性、血压控制情况以及并发症的影响。
方法 选择 2018 年 1 月至 2019 年 1 月经过该社区服务中心治疗的 80 例高血压患者作为研究对象,分为对照组和观察组,每组 40 例。对照组实行常规的社区高血压管理,观察组实施家庭医生团队管理。比较两组患者干预前后管理依从性、血压控制情况以及干预后并发症发生情况。
结果 干预后,两组患者服药、定期检测血压、合理运动以及自我管理依从性均明显升高,且观察组各项依从性均明显高于对照组($P < 0.05$)。干预后,两组患者收缩压、舒张压均明显改善,观察组血压控制情况明显优于对照组($P < 0.05$)。观察组患者血肌酐升高、心律失常、脑卒中等并发症总发生率(15.00%)明显低于对照组(50.00%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。
结论 家庭医生团队管理能够明显提高社区高血压患者管理依从性,有效控制患者血压变化,降低并发症发生率,值得临床推广。

关键词:家庭医生团队管理; 社区; 高血压; 依从性; 并发症

中图法分类号:R473.2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2020)10-1439-03

高血压是社区常见的慢性疾病,多见于老年人,而近几年以来,随着我国人口老龄化逐渐升高,高血

压患病率也不断增加,并且基本不能根治,需要终身用药治疗,但大部分患者由于对疾病的不了解以及依从性较差等因素导致患者血压控制效果无法达到理想状态,从而给社会以及家庭带来严重影响^[1]。而目前对于慢性疾病危险因素的干预主要通过社区进行,但社区服务管理并不规范,不能够有效地提供个性化服务,从而影响血压控制效果。家庭医生团队管理是一种新型的社区慢性病管理模式,且效果明显^[2]。因此,为了寻找适合本市的慢性疾病管理模式,本次研究主要分析家庭医生团队管理对社区高血压患者管理依从性、血压控制情况以及并发症的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2018年1月至2019年1月经过本社区服务中心治疗的80例高血压患者为研究对象。所有研究对象均符合2010版《中国高血压防治指南》中的高血压诊断标准,收缩压 ≥ 140 mm Hg和(或)舒张压 ≥ 90 mm Hg^[3]。入选标准:(1)符合高血压诊断标准;(2)获得患者及家属同意,并签署知情同意书;(3)无认知障碍者。排除标准:(1)严重肝肾功能障碍者;(2)合并其他急慢性疾病者;(3)既往有精神病史者;(4)伴有语言、听力、认知障碍者;(5)不能积极配合治疗者。本次研究经本院医学伦理委员会批准。采用随机数字表法将所有患者分为对照组和观察组,每组40例。观察组男25例,女15例;年龄45~80岁,平均(62.24 \pm 5.14)岁;平均病程(21.32 \pm 1.25)年。对照组男26例,女14例;年龄45~81岁,平均(63.01 \pm 4.65)岁;平均病程(22.32 \pm 1.30)年。两组患者年龄、性别、病程等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规社区高血压管理,按辖区由全科医生、护士、公卫医师、药剂人员单独管理。首先建立健康档案、高血压管理卡,然后,每3个月随访1次,血压不达标者2周后再访,随访内容包括血压值、用药、饮食、体质量、症状等,给予发放健康教育处方和一定的指导。

1.2.2 观察组 观察组实施家庭医生团队管理,每

一个家庭医生团队由1名家庭医生和2~3名助手组成,助手包括护士和公卫医师或药剂师,开展团队管理。具体步骤如下:首先,由助手为辖区内居民建立健康档案,进行家庭医生签约和1+1+1签约,随后为高血压患者建立高血压管理卡,进行常规随访管理。然后,助手将管理中血压不达标、依从性差或出现并发症等疑难患者交给家庭医生处理。当家庭医生接到助手管理不理想的患者后,进行一对一的疾病分析、健康指导,或是更换治疗方案,2周后随访,若好转交给助手继续管理,若无好转则转至上级医院,上级医院诊治后再下转回社区继续管理。家庭医生一对一的指导和双向转诊提高了患者的依从性和血压的控制率。其次,家庭医生平时定期为辖区内的高血压患者开展健康讲座、技能指导、测量血压、咨询等,并且为血压控制好、病情稳定患者开具1~2个月长处方和二、三级医院的延伸处方,方便患者取药,进一步增加依从性。团队管理还包括家庭医生对助手进行指导、监督与实施,加强成员间的交流,做好团队内的理论与技能培训,同时每月定时召开会议进行总结,及时调整患者治疗方案。以上管理持续6个月。

1.2.3 观察指标 (1)依从性:主要是从服药、定期监测血压、合理运动以及自我管理4方面判定患者依从性。总分为40分,每个条目共5个等级,完全依从(9~10分)、比较依从(7~8分)、依从(5~6分)、不依从(3~4分)、完全不依从(0~2分),患者分数越高表示依从性越高。(2)血压控制情况:观察、记录患者管理前后收缩压、舒张压变化情况。(3)并发症发生率:观察记录两组患者并发症发生情况,主要包括血肌酐升高、心律失常、脑卒中等方面。

1.3 统计学处理 运用SPSS23.0进行统计学处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后患者依从性的比较 干预后,两组患者服药、定期检测血压、合理运动以及自我管理依从性均明显升高,且观察组各项依从性均明显高于对照组($P<0.05$),见表1。

表1 两组干预前后依从性的比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	服药		定期检测血压		合理运动		自我管理	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	3.25 \pm 0.65	6.65 \pm 2.01 [#]	2.98 \pm 0.25	6.78 \pm 2.13 [#]	3.47 \pm 0.47	7.66 \pm 1.25 [#]	3.57 \pm 1.14	8.20 \pm 1.01 [#]
对照组	40	3.36 \pm 0.58	4.98 \pm 1.54 [#]	3.01 \pm 0.30	5.01 \pm 2.10 [#]	3.42 \pm 0.50	5.25 \pm 1.02 [#]	3.52 \pm 1.20	5.36 \pm 1.54 [#]
t		0.799	4.171	0.486	3.569	0.461	9.448	0.191	9.753
P		0.427	<0.05	0.628	<0.05	0.646	<0.05	0.849	<0.05

注:与组内干预前相比,[#] $P<0.05$ 。

2.2 两组患者干预前后血压控制情况的比较 干预后,两组患者收缩压、舒张压均明显改善,观察组血压控制情况明显优于对照组($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组干预前后血压控制情况的比较($\bar{x} \pm s$, mm Hg)

组别	n	收缩压		舒张压	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	162.25±8.56	128.62±6.25 [#]	105.62±5.44	86.47±4.14 [#]
对照组	40	161.21±8.47	142.14±5.52 [#]	104.69±5.69	93.52±5.27 [#]
t		0.546	10.254	0.747	4.671
P		0.587	<0.05	0.457	<0.05

注:与组内干预前相比,[#] $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者并发症发生情况的比较 观察组患者血肌酐升高、心律失常、脑卒中等并发症的总发生率(15.00%)明显低于对照组(50.00%),差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组并发症发生情况的比较[n(%)]

组别	n	血肌酐升高	心律失常	脑卒中	总发生率
观察组	40	3(7.50)	2(5.00)	1(2.50)	6(15.00)
对照组	40	10(25.00)	6(15.00)	4(10.00)	20(50.00)
χ^2					17.635
P					<0.05

3 讨论

目前我国 ≥ 18 岁居民的高血压发病率为 18.8%,已成为我国社会与家庭的重要负担^[4]。大多数高血压疾病症状不明显,且病程较长,需长期用药治疗,同时由于大部分患者对于疾病并不了解,依从性较差,导致患者无法有效地将高血压控制在正常范围内,从而使患者出现脑卒中、心肌梗死等并发症,严重影响患者生命安全^[5]。因此,如何有效控制高血压是目前慢性疾病防治的重点。而目前我国针对慢性疾病建立社区医疗服务机构,主要是以社区为基础,为高血压患者提供有效的管理服务,虽针对患者治疗依从性,血压控制情况有一定的作用,但仍然无法达到明显效果,因此优化与完善社区卫生服务管理是目前医疗改革重点。

家庭医生团队管理是我国医疗改革发展的一种新型服务管理模式,主要是通过建立医生管理团队,通过与家庭签署契约管理服务,从而建立个人管理档案,并为家庭成员提供连续、有效的卫生服务与健康服务,能够提高患者及其家属自我保健意识,使患者及其家属认识到坚持用药的重要性,建立良好的生活习惯,最终达到控制疾病的效果^[6]。有研究发现,对社区慢性疾病实施家庭医生服务能够明显提高患者

的依从性^[7-8]。本次研究主要是针对高血压患者实施家庭医生团队管理,结果显示,干预后,观察组患者服药、定期检测血压、合理运动以及自我管理依从性与对照组比较均明显升高($P < 0.05$),表明家庭医生团队管理能够使患者养成良好的生活习惯,使其用药、饮食、运动和血压监测行为得到明显提高,从而有效提高依从性,可能是由于家庭医生团队管理通过能够对患者进行规范性管理,针对患者情况提出针对性意见,并对其家属以及患者强调饮食、运动以及坚持用药对控制血压的重要性,使家属参与患者的治疗并进行监督,有效提高患者依从性。干预后,观察组患者收缩压、舒张压均明显改善($P < 0.05$),且并发症发生率也明显低于对照组($P < 0.05$),表明家庭医生团队管理能够控制患者血压水平,降低并发症发生率,可能是由于通过家庭医生团队管理对患者进行针对性的医疗、预防、保健和综合管理等,从而能够有效实现对高血压各项风险因素的把控,达到对患者血压的有效控制,并进一步降低并发症发生率。

综上所述,通过家庭医生团队管理能够明显提高社区高血压患者管理依从性,有效控制患者血压变化,降低并发症发生率,值得临床推广。

参考文献

- [1] 魏岚,霍永生.家庭医生签约和慢性病管理对社区高血压控制效果及其影响因素分析[J].沈阳医学院学报,2018,20(5):54-56.
- [2] 季慧敏,田侃,喻小勇.家庭医生式服务的现状及推进对策[J].广西医学,2015,37(10):1531-1533.
- [3] 刘力生.《中国高血压防治指南》2010年修订版要点解读[J].临床荟萃,2011,25(23):8-9.
- [4] 吴仿东,彭惠容,李淑清,等.家庭医生式服务对社区高血压患者管理的效果[J].职业与健康,2015,31(21):3001-3003.
- [5] 王魁平,周鑫,龚睿婕,等.家庭医生医护团队模式对社区高血压控制效果分析[J].中华全科医学,2015,13(2):244-246.
- [6] 钱敏,刘波,刘丰兵.家庭医生团队管理对社区 2 型糖尿病患者规范使用胰岛素的影响[J].上海医药,2016,37(2):40-42.
- [7] 王家骥.家庭医生服务对社区高血压患者知信行及家属相关知识的影响研究[J].中国健康教育,2015,31(9):841-845.
- [8] 吴小亚,罗汀,李秋红,等.我国社区全科医生团队签约服务下的慢性病防治与实践模式分析[J].中国慢性病预防与控制,2018,26(11):877-880.

(收稿日期:2019-07-31 修回日期:2020-01-08)