

表 2 三组产妇人工破膜、缩宫素应用情况对比[例(%)]

分组	n	人工破膜	缩宫素
实验组 A	40	5 (12.50)	10 (25.00)*
实验组 B	46	8 (17.39)	15 (32.61)*
对照组	50	4 (8.00)	4 (8.00)

注:与对照组对比,* $P<0.05$ 。

2.3 三组产妇阴道顺产率、产钳助产率对比 实验组 B 阴道顺产率低于对照组,产钳助产率高于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 三组产妇阴道顺产率、产钳助产率对比[例(%)]

分组	n	阴道顺产	产钳助产
实验组 A	40	30 (75.00)	10 (25.00)
实验组 B	46	32 (69.57)*	14 (30.43)*
对照组	50	44 (88.00)	6 (12.00)

注:与对照组对比,* $P<0.05$ 。

3 讨论

产妇在分娩阵痛的时候,属于第一产程,时间较长,疼痛程度较大^[2]。部分产妇对疼痛不耐受,需要进行镇痛。一般可将镇痛方式分为蛛网膜下腔阻滞加硬膜外阻滞、单纯硬膜外阻滞^[3]。产妇在第一产程中,宫颈管发生进行性缩短,宫口发生进行性扩张,子宫的肌纤维缺血,都会引起疼痛^[4-6]。椎管内阻滞药物可以和中枢神经的阿片受体直接结合,达到较好的镇痛效果。在产程中,主要采取的麻醉药物是罗哌卡因、芬太尼,对运动神经的影响较小,孕妇可以自如活动^[7]。随着麻醉药物自控镇痛技术的使用,产妇可以自己控制疼痛药物的使用,在心理方法也有一定的治疗效果。

我国采取椎管内阻滞是在第一产程的活跃期使用,这就要求镇痛药物要快速见效。蛛网膜下腔阻滞加硬膜外阻滞见效快,但有一定的并发症。为了减小对胎儿的影响,多数产妇会选择单纯硬膜外阻滞。本文研究结果显示,实验组 A、实验组 B 第一产

程活跃期时间长于对照组 ($P<0.05$)。实验组 A、实验组 B 第二产程时间长于对照组 ($P<0.05$)。实验组 A 第一产程活跃期时间短于实验组 B ($P<0.05$)。可见蛛网膜下腔阻滞加硬膜外阻滞对第一产程的影响较大,延长了第一产程,而且蛛网膜下腔阻滞加硬膜外阻滞比单纯硬膜外阻滞产程要短。另外,本文研究发现,实验组 A、实验组 B 缩宫素应用率均高于对照组 ($P<0.05$)。实验组 B 阴道顺产率低于对照组,产钳助产率高于对照组 ($P<0.05$)。可见通过单纯硬膜外阻滞会影响顺产情况,增加了缩宫素应用的情况,增加了产钳助产的情况。关于宫缩受到抑制,分析其原因,主要是和镇痛影响子宫局部前列腺素水平有关系。

总之,蛛网膜下腔阻滞加硬膜外阻滞和单纯硬膜外阻滞都会影响产程,延长第一产程活跃期时间,增加人工破膜、缩宫素应用及总发生率,但单纯硬膜外阻滞会降低阴道顺产率,增加产钳助产率。

参考文献

[1]李如霞,徐晓俊,柯善高,等.分娩镇痛中蛛网膜下腔阻滞麻醉联合硬膜外阻滞麻醉对分娩结局的影响 [J]. 中国现代医学杂志, 2011,21(17):2050-2053
[2]滕奔琦,侯红瑛,李萍,等.蛛网膜下腔联合硬膜外腔阻滞分娩镇痛对脐血气及妊娠结局的影响[J].中山大学学报(医学科学版), 2011,32(6):799-802
[3]黄皓彬.蛛网膜下腔阻滞加硬膜外阻滞分娩镇痛的效果[J].中外医学研究,2013,11(15):41-42
[4]龚建,汤安俊,郭莉,等.蛛网膜下腔阻滞麻醉联合硬膜外阻滞麻醉在腹股沟疝治疗中的应用[J].吉林医学,2012,33(30):6528
[5]赵伟新,孙鼎,郭冠军,等.蛛网膜下腔阻滞联合硬膜外阻滞对产妇产分娩方式及母婴结局的影响 [J]. 中国妇幼保健,2016,31(5): 1086-1088
[6]武崇慧.硬膜外感觉神经阻滞分娩镇痛对产程进展的影响分析[J]. 中国实用神经疾病杂志,2012,15(10):51-52
[7]范建辉,朱娟,李萍,等.蛛网膜下腔阻滞加硬膜外阻滞镇痛对产程、分娩方式及母婴预后的影响[J].中国实用医药,2010,5(11):6-8

(收稿日期: 2016-04-28)

基层卫生院治疗高血压的临床经验分析

陈芳明¹ 郑芬芳²

(1 江西省万载县白水乡卫生院 万载 336107; 2 江西省万载县人民医院急诊科 万载 336100)

摘要:目的:分析总结基层卫生院治疗高血压的临床经验。方法:选取 2015 年 1~10 月我院门诊及住院高血压患者 60 例,均予以降压药物治疗联合健康干预,评价其治疗效果。结果:60 例患者中,40 例为显效,17 例为有效,3 例为无效,总有效率为 95.00% (57/60);治疗后患者的收缩压(SBP)和舒张压(DBP)均较治疗前明显降低($P<0.05$)。结论:在基层卫生院高血压治疗中,加强健康干预对于提高药物治疗效果具有价值。

关键词:高血压;治疗;健康干预;基层卫生院

中图分类号:R544.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.06.038

高血压是血压水平持续升高所致疾病,以中老年人群较为多见,是多种心脑血管疾病发生的高危因素。目前,临床治疗高血压的方法主要是采取降

压药物口服治疗^[1]。临床研究显示,高血压的发生与遗传、环境、饮食、体重及患者年龄等多因素密切相关^[2]。因此,在口服降压药物治疗高血压的同时,科

学合理的健康干预具有重要意义。本文分析了 60 例基层卫生院门诊及住院高血压患者的治疗情况,旨在为基层医务工作者的高血压治疗工作提供参考。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1~10 月我院门诊及住院高血压患者 60 例,其中男 36 例,女 24 例;年龄 35~85 岁,平均(53.41± 3.98)岁;病程 2~30 年,平均(12.36± 4.05)年;高血压分级:22 例 1 级,29 例 2 级,9 例 3 级。患者均自愿参与本次研究,均能够配合临床治疗、干预和随访评估。

1.2 治疗方法

1.2.1 高血压分级治疗 (1)高血压 1 级患者(SBP 为 140~159 mm Hg 和 / 或 DBP 为 90~99 mm Hg),且未见明显心血管疾病发病危险因素,例如糖尿病、高脂血症等,仅予以健康干预,帮助其健康良好的生活行为方式。(2)高血压 2 级患者(SBP 为 160~179 mm Hg 和 / 或 DBP 为 100~109 mm Hg),如存在其他致心脑血管疾病危险因素,予以单一药物治疗配合健康干预。(3)高血压 3 级患者(SBP 为 ≥180 mm Hg 和 / 或 DBP ≥110 mm Hg),立即住院采取规范系统化治疗及健康干预。

1.2.2 药物治疗 遵循个体化用药方案治疗,用药前常规测定患者的血压水平及血压波动状况,评估心脑血管并发症情况、是否存在靶器官损害等,以选择最佳降压药物治疗方案。常用降压药物类型有沙坦类、利尿剂类以及 β 受体阻滞剂等。单一用药方案多选择硝苯地平缓释片口服,剂量为 10 mg/ 次,2 次 /d,此后根据血压控制效果以及药物副作用酌情调整剂量,以达到降压效果为止。联合用药方案需根据患者的耐受情况,结合药物禁忌症、联合用药反应等酌情选择联合用药方案,通常选择两药联合方案治疗,例如硝苯地平联用卡托普利、特拉唑嗪、厄贝沙坦等。用药剂量从最低剂量开始,此后根据患者的降压效果与用药反应逐步增加剂量。

1.2.3 健康干预 (1)心理疏导:高血压具有病程长、病情进展缓慢、合并症或并发症多及治愈难度大等特点,患者得知自己患病后多伴有不同程度的焦虑、抑郁、担忧及恐惧等负性情绪,心理压力较大,甚至对治疗存在抵触、暴躁情绪,严重影响治疗方案的执行与治疗效果。因此,治疗期间应注重心理干预,主动与患者沟通交流,鼓励其抒发内心的情绪,予以针对性疏导和安慰,耐心解答其疑问,减轻其心理压力,主动配合治疗。同时,向患者家属讲解心理干预

对病情康复的重要性,鼓励家属尽量满足患者的心理需求,以促进病情康复。(2)健康教育:定期组织患者参与免费高血压知识讲座、咨询,在社区粘贴海报、发放宣传资料或广播宣传等形式,向患者介绍高血压的发病原因、危险因素、发病机制、治疗方法、常用药物、健康行为方式等,提高患者对疾病与治疗干预的正确认识。着重强调合理饮食、适当运动与规律作息对于病情康复的重要性,鼓励患者戒烟限酒,维持科学合理的饮食习惯,坚持膳食均衡,少食酒、熏肉、牛肉、花生、巧克力及油炸食物等高热量、高脂肪食物,日常饮食尽量选择富含膳食纤维及维生素、高蛋白的饮食。确保睡眠休息充分,积极控制肥胖,并适当参与力所能及的运动锻炼,如适当的劳动、慢跑、散步等,以养成良好的生活行为习惯,促进病情康复。(3)用药干预:强调长期、规律遵医嘱服药的重要性,督促其按时、按量正确服药,指导其掌握药物反应自我观察方法,一旦发现异常立即联系医生进行干预处理。

1.2.4 定期随访 建立个人健康档案,定期通过电话、短信、家访以及门诊等形式进行随访,随访频率为 1~2 次 / 周,以便及时评估患者的降压效果与生活行为方式改善情况,并根据随访结果进行适当调整和巩固,以改善干预治疗效果。

1.3 观察指标 干预前及干预 6 个月后,测定和统计患者的 24 h 平均 SBP 以及 DBP。根据血压水平变化进行疗效判定。

1.4 疗效标准 显效:治疗后 DBP 降低 >20 mm Hg 或恢复至正常水平;有效:治疗后 DBP 降低 <20 mm Hg 但达到正常水平,或 SBP 降低 >30 mm Hg;无效:未达到上述标准。

1.5 统计学分析 数据以统计学软件 SPSS18.0 进行分析,以 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料,经 *t* 检验;以率 (%) 表示计数资料,经 χ^2 检验,*P* < 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 60 例患者经治疗干预后,40 例为显效,17 例为有效,3 例为无效,总有效率为 95.00% (57/60)。

2.2 血压水平变化 治疗后患者的 SBP、DBP 水平与治疗前相比均明显降低,差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 1。

表 1 治疗前后血压水平比较 (mm Hg, $\bar{x} \pm s$)		
时间	SBP	DBP
治疗前	165.78± 12.68	98.32± 4.13
治疗后	129.97± 6.65	82.19± 6.68

(下转第 88 页)

[10]柴雷子,薛锋.跟骨骨折治疗进展[J].国际骨科学杂志,2013,34(6):412-414

[11]Rak V,Ira D,Masek M.Operative treatment of intra-articular calcaneal fractures with calcaneal plate and its complicates[J].India J Orthop,2009,43(3):271-280

[12]王霁,杨阜滨.跟骨关节内骨折的钢板内固定治疗疗效[J].重庆医学,2013,42(6):637-639

[13]李志权,闵敏,苏以林,等.切开复位内固定治疗移位跟骨关节内骨折 37 例[J].广东医学,2012,33(5):642-643

[14]杨杰.Sanders II 型及Ⅲ型跟骨骨折临床疗效分析[J].南方医科大学学报,2009,29(9):1951-1952

[15]鞠玉亮,管士伟,程玉静,等.SandersⅢ、Ⅳ型跟骨骨折手术治疗疗效分析[J].中国矫形外科杂志,2012,20(16):1529-1531

[16]车晓凌.手术治疗跟骨骨折 47 例分析[J].实用骨科杂志,2014,20(12):1145-1147

[17]马东弟,杨振建,宋锦旭,等.钢板与克氏针内固定修复跟骨骨折:Gissane 角及 Bohler 角与跟骨高度比较 [J]. 中国组织工程研究,2015,19(9):1423-1428

[18]俞光荣,赵宏谋.重视新鲜跟骨骨折的处理[J].中国骨伤,2010,23(11):801-803

[19]Rammelt S,Zwipp H.Calcaneus fractures:facts,Controversies and recent developments[J].Injure,2004,35(5):443-461

[20]俞光荣,燕晓宇.跟骨骨折治疗方法的选择[J].中华骨科杂志,2006,26(2):134-141

[21]尚博.跟骨骨折切开复位内固定不同手术时机与术后软组织并发症的关系[J].实用临床医药杂志,2014,18(19):66-69

[22]张俊杰,田相奇,张坚平,等.严重跟骨骨折手术时机选择的临床研

究[J].中国骨伤,2007,20(5):307-309

[23]陈滨,黎润光,王钢.跟骨骨折的手术治疗策略及疗效分析[J].中华创伤骨科杂志,2010,12(8):746-751

[24]马敬寿,王晓波,方雅群,等.跟骨骨折手术时机的选择和疗效分析[J].中国医药导刊,2010,12(6):1080-1081

[25]杨文祥,林乔龄.跟骨骨折治疗研究近况[J].实用中西医结合临床,2014,14(12):89-91

[26]游华斌,郭宁飞.急诊手术治疗跟骨关节内骨折的疗效分析[J].江西医药,2013,48(11):1004-1006

[27]黄仲波.跟骨骨折手术治疗研究进展[J].中外医学研究,2011,9(22):153-154

[28]李生旺,曲家富.跟骨骨折手术切口进展[J].国际骨科学杂志,2012,33(5):303-305

[29]马晓,卡索.跟骨关节内骨折的治疗进展[J].中国骨伤,2007,20(4):286-288

[30]刘建勇,王贵平.跟骨骨折撬拨复位与切开复位手术方式的比较[J].山西医药杂志(下半月),2011,40(3):256-258

[31]何秀芳.经皮撬拨斯氏针内固定治疗跟骨骨折的临床观察[J].中国临床研究,2011,24(1):46-47

[32]吴敏,官建中,肖玉周,等.经皮斯氏针撬拨复位空心钉内固定治疗跟骨关节内骨折[J].中华解剖与临床杂志,2014,19(2):143-146

[33]李灏,王红建,李卫国.小切口分次撬拨复位植骨内固定治疗跟骨骨折[J].河北医学,2010,16(5):592-594

[34]刘振新,史增元,许海平,等.经皮撬拨复位空心螺钉内固定治疗跟骨骨折[J].中医正骨,2013,25(9):66-68

[35]成德亮,刘国辉,杨述华,等.经皮撬拨复位结合外固定支架治疗跟骨粉碎性骨折[J].临床骨科杂志,2010,13(6):647-649

(收稿日期: 2016-02-18)

(上接第 72 页)

3 讨论

高血压致病因素复杂,且危害性较大,如不及时治疗可能累及心、脑、肾等多脏器系统。高血压的干预治疗过程较长,患者的心理负担较重,容易出现遵医行为不高等现象,影响治疗效果^[3]。因此,完善对高血压患者的社区预防干预是基层卫生院治疗高血压的基本前提。通过开展健康知识讲座、发放宣传资料等形式,能够增加患者对高血压疾病的认识,提高其主动防病和治病意识。同时,良好的生活行为习惯也是确保降压效果及降低血压波动的关键。通过心理干预及健康宣教能够减轻患者的心理压力,督促其养成健康的生活行为方式,从而更好地预防血压波动^[4-5]。

药物治疗是大部分高血压患者的必要治疗手段,但应根据患者的病情严重程度合理用药,《中国高血压防治指南》(2010 年版)^[6]指出,对于 1 级高血压(轻度)患者多可通过生活行为干预而控制血压水平;而对于中、重度(2~3 级)高血压患者,则需要配

合降压药物干预。本研究针对患者的高血压分级,采取个性化用药方案,同时配合药物干预,提高患者的遵医嘱用药行为,获得良好效果。研究结果显示,治疗后患者的 SBP 及 DBP 均明显降低,总有效率高达 95.00%,疗效满意。

综上所述,基层卫生院治疗高血压的关键在于完善健康干预,针对病情严重程度采取个体化治疗方案,可获得良好疗效。

参考文献

[1]唐燕飞,何小镜.基层门诊高血压药的使用情况分析[J].中国医药指南,2013,11(18):195-196

[2]刘义.120 例基层卫生院治疗高血压临床效果分析[J].心血管病防治知识(下半月),2015,14(3):9-10

[3]徐文娟.基层卫生院治疗高血压 288 例临床分析[J].基层医学论坛,2014,18(19):2525-2526

[4]彭燕.基层医院高血压治疗现状分析[J].中外医学研究,2012,10(1):128-129

[5]常坤.基层医院高血压治疗的临床研究[J].医药前沿,2014,4(8):159-159

[6]中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南 2010[J].中华心血管病杂志,2011,39(7):579-616

(收稿日期: 2016-05-26)