

· 卫生管理 ·

病案管理模式对高血压患者治疗依从性及抑郁情绪的影响*

张海燕¹, 钟久昌²

(1. 天津市第五中心医院病案管理科, 天津 300450; 2. 上海交通大学医学院附属瑞金医院上海市高血压研究所, 上海 200025)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.11.043

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)11-1394-03

随着人们生活水平提高, 社会老龄化不断加重, 高血压的发病率也逐年上升, 目前其发病率接近 20%, 严重威胁老年人群的生命健康^[1]。高血压属于慢性病, 需要长期服用药物控制血压, 会使患者变得焦虑、抑郁, 同时也会影响患者的治疗依从性, 无法得到理想的血压控制效果^[2]。病案管理模式是由病案管理员和社区医生、精神科医生相互协作, 治疗和管理社区老年高血压合并抑郁症患者的一种治疗模式。天津市第五中心医院和上海交通大学医学院附属瑞金医院于 2008 年 3 月至 2012 年 3 月将 100 例社区老年高血压合并抑郁症患者实施高血压病案管理, 对患者进行连续性、系统性的随访, 并对高血压患者进行个体化、按时跟踪干预, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择天津市第五中心医院和上海交通大学医学院附属瑞金医院所属社区内 2008 年 3 月至 2012 年 3 月就诊的老年高血压患者 100 例, 按数字随机法分为对照组和观察组, 每组 50 例。对照组中男 24 例, 女 26 例, 年龄 60~82 岁, 平均(71.34±6.61)岁; 平均受教育年限为(11.64±5.32)年, 平均高血压病程为(7.43±1.92)年, 平均抑郁症病程为(1.85±0.22)年; 婚姻状况: 未婚 3 例, 已婚 37 例, 离异 4 例, 丧偶 6 例。观察组中男 25 例, 女 25 例, 年龄 61~83 岁, 平均(71.55±7.26)岁; 平均受教育年限为(11.23±5.41)年, 平均高血压病程为(7.52±1.81)年, 平均抑郁症病程为(1.93±0.42)年; 婚姻状况: 未婚 2 例, 已婚 35 例, 离异 5 例, 丧偶 8 例。入选标准参照文献^[3-4]: 抑郁症符合中国精神疾病分类方案与诊断标准 6 第 3 版(CCMD-3)抑郁的诊断标准; 高血压诊断均符合中国高血压防治指南修订委员会《中国高血压防治指南》(2005 年修订版)公布的高血压诊断标准; 患者及家属对治疗方案知情和同意。排除标准参照文献^[5-6]: 合并有其他神经精神疾病; 癫痫发作史、脑器质性疾病史、严重躯体疾病、精神发育迟滞及药物滥用者; 具有冲动、暴力或自杀行为史; 有居丧反应者。两组患者的性别、年龄、病情、受教育年限和婚姻状况等比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组管理模式

对照组患者仅进行随访观察, 按照既往高血压治疗方案治疗。抑郁症不做治疗处理, 对于有自杀倾向的患者建议去精神科就诊。

1.2.2 观察组管理模式

观察组实施病案管理模式, 即精神科医生、经培训后的社区医生和病案管理员共同协作, 对社区老年高血压合并抑郁症患者进行治疗和随访。社区医生和病案管理员在精神科医生的指导下先进行抑郁症相关基础知识的培训。培训后, 对于抑郁症筛查量表、诊断工具, 以及量表评

定相关人员的一致性检验 Kappa 为 0.81~0.92, 一致性较高。研究随访人员与量表评定人员相对独立。(1)药物治疗: 社区医生对老年患者给予降压及抗抑郁的药物治疗。病案管理员负责随访患者的治疗进展, 安排社区医生家访或通知患者 1~2 周去社区医生处复诊。(2)心理治疗: 由精神科医生、经培训后的社区医生和病案管理员采用小组和个体沟通的方式, 并鼓励家属参与。鼓励患者向医生和病案管理员倾诉心理压力、矛盾及不适感, 对其进行正确的心理疏导以增强应对压力的能力。对孤僻、缺乏社交和生活热情等阴性症状较重者采用阳性强化法、工娱疗法, 培养其社会交往和正确健康的兴趣。详细告知患者服用的降压和抗抑郁药物的作用及不良反应, 督促其养成按时吃药的习惯。鼓励患者适量进行体育锻炼, 合理低盐饮食, 实行饮食控制。社区医生、病案管理员和精神科医生小组的形式对患者病情进行个体化分析, 帮助患者和其家属正确认识高血压和抑郁症, 减少心理负担, 让患者学会自我管理和放松。1 次/2 周, 每次 30 min。(3)健康宣教: 病案管理员在社区活动中心开展健康宣教, 向患者及其家属结合视频、图片等多种形式, 讲解高血压和抑郁症的疾病相关知识, 语言通俗易懂。讲解后留出时间和患者进行讨论, 耐心解答患者的疑惑。1 次/周, 每次 40 min。

1.2.3 观察指标

量表评定人员按照盲法原则, 在入组前和入组后第 2、4、6、8 周末, 由受过培训的社区医生按照病案管理员的安排, 应用汉密尔顿抑郁评定量表(HAMD)^[7]、汉密尔顿焦虑评定量表(HAMA)^[8]和临床总体印象(CGI)^[9]对抑郁症状进行评估。记录两组患者入组前和入组后的血压。采用治疗态度问卷(ITAQ)^[10]和服药依从性评价患者治疗依从性。ITAQ 得分为 0~22, 得分越高表示治疗态度越积极。服药依从性分为 3 级, 完全依从(患者主动按时按量服药)、部分依从(患者在督促下能服药)和不依从(患者拒绝服药或不愿服药)。

1.3 统计学处理

采用 SPSS16.0 进行统计学分析, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料采用率表示, 组间采用 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者入组前、后抑郁症状比较

两组患者入组前 HAMD、HAMA、CGI 评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组入组后的 CGI 评分为(3.62±1.83)分, 低于对照组(4.65±2.15)分, 差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组入组后 6、8 周的 HAMD 评分低于对照组, 两组比较差异有统计学意义($P<0.05$); 入组后 2、4、6、8 周的 HAMA 评分低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1、2。

2.2 两组患者入组前、后依从性比较

两组患者入组前服药

* 基金项目: 国家自然科学基金资助项目(81170246)。 作者简介: 张海燕(1976—), 主治医师, 本科, 主要从事病案质量控制研究。

表 1 两组患者入组前、后 HAMD 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	入组前	入组后 2 周	入组后 4 周	入组后 6 周	入组后 8 周
对照组	50	27.51±3.02	22.70±4.41	17.81±3.74	14.63±2.72	10.51±2.32
观察组	50	27.63±3.12	21.83±5.25	17.27±4.32	9.34±2.24 ^a	6.69±2.26 ^a

^a: $P<0.05$,与对照组比较。

表 2 两组患者入组前、后 HAMA 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	入组前	入组后 2 周	入组后 4 周	入组后 6 周	入组后 8 周
对照组	50	18.02±2.34	15.82±3.47	13.73±3.12	12.72±2.44	10.62±2.42
实验组	50	17.91±3.55	12.41±2.82 ^a	10.05±3.24 ^a	8.12±1.53 ^a	6.46±1.98 ^a

^a: $P<0.05$,与对照组比较。

表 3 两组患者入组前、后服药依从性比较[n(%)]

组别	n	入组前			入组后 8 周		
		完全依从	部分依从	不依从	完全依从	部分依从	不依从
对照组	50	13(26.00)	24(48.00)	13(26.00)	15(30.00)	25(50.00)	10(20.00)
观察组	50	14(28.00)	25(50.00)	11(22.00)	31(62.00) ^a	16(32.00) ^a	3(6.00) ^a

^a: $P<0.05$,与对照组比较。

依从性及 ITAQ 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组入组后 8 周服药依从性及 ITAQ 评分与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者入组前、后依从性及 ITAQ 评分比较,见表 3,4。

表 4 两组患者入组前、后 ITAQ 评分对比($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	入组前	入组后
对照组	50	4.36±1.76	12.55±4.13
观察组	50	4.43±1.81	19.62±3.82 ^a

^a: $P<0.05$,与对照组比较。

2.3 两组患者入组前、后血压比较 两组患者入组前收缩压与舒张压比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组入组后 8 周收缩压与舒张压与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 5。

表 5 两组患者入组前、后血压比较($\bar{x}\pm s$,mm Hg)

组别	n	入组前		入组后 8 周	
		收缩压	舒张压	收缩压	舒张压
对照组	50	138.34±12.31	92.34±8.82	136.37±12.63	92.48±8.72
观察组	50	135.33±11.96	92.51±8.53	124.35±9.41 ^a	83.47±6.81 ^a

^a: $P<0.05$,与对照组比较。

3 讨 论

依从性是指患者对医护人员的嘱托的遵守和服从,患者依从性较好时,治疗方案才能取得较为满意的疗效,患者对治疗的依从性如何可能直接影响治疗的效果^[11-13]。高血压是诸多疾病的危险因素,长期高血压会损伤人体的心脏、肾脏等多个脏器功能^[14],只有听从医嘱按时服用降压药物,才能有效控制血压,减少并发症的发生。抑郁症在老年人群中的发生率为 15%~25%,会导致注意力、记忆等认知功能衰退,使得患者的治疗积极性下降^[15]。虽然抗抑郁的新型药物层出不穷,如果患者依从性差,不仅抑郁症无法得到较好控制,还会影响高血

压的治疗。

病案管理已经广泛应用于国外的社区慢性病患者中^[16],并取得了很好的效果。病案管理模式,是在社区医生的药物治疗的基础上,由病案管理员对患者进行随访调查,根据调查结果辅助以心理治疗和健康宣教。老年人较少去大型医院就诊,生病时喜欢选择附近的社区医院就诊,而且花费较低。因此在社区医院中开展病案管理模式具有很高的社会经济价值。密切跟踪患者的病情会使患者产生一种被需要的感觉,社会价值得到体现,抑郁症状可得到一定改善,从而提高其治疗积极性,依从性会更好^[17]。在本研究中,观察组入组后 8 周 ITAQ 评分和服药依从性与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明患者的依从性得到了提高,患者的治疗态度更加积极。观察组的 HAMD、HAMA 评分改善速度均快于对照组,入组后 CGI 评分也低于对照组,两组入组后 8 周收缩压与舒张压比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明病案管理模式提高了治疗依从性后,患者服药更加主动积极;患者的抑郁情绪得到改善后,血压控制效果更理想。

综上所述,病案管理模式可以提高老年高血压合并抑郁症患者的治疗依从性,患者的抑郁情绪得到了改善,血压控制效果更理想,值得在社区医院推广。

参考文献:

- [1] 程婧,何非,王丽姿,等.老年高血压患者达标率与知识、行为依从性及生活方式的相关性研究[J].中华护理杂志,2011,46(2):117-120.
- [2] Maloney WJ, Resillez-Urioste F, Maloney M. The hypertension of president Franklin Roosevelt. The president as casualty of war[J]. N Y State Dent J, 2012, 78(6): 37-40.
- [3] 陈瑶,郑丽维.高血压患者依从性量性测评工具的研究进展[J].中华护理杂志,2012,47(11):1054-1056.
- [4] Mikailiukstienė A, Juozulynas A, Narkauskaitė L, et al.

Quality of life in relation to social and disease factors in patients with type 2 diabetes in Lithuania[J]. Med Sci Monit, 2013(19):165-174.

- [5] 刘春萍,李俊峡,王亚平,等.新诊断高血压患者抑郁焦虑评分及生存质量情况调查[J].中华全科医师杂志,2012,11(11):862-864.
- [6] 马丽珍,柴海云,廖淑梅.社区老年高血压患者抑郁状况及影响因素分析[J].中华老年医学杂志,2010,29(5):432-435.
- [7] 李耘,马丽娜,杨伟.抑郁对老年高血压患者血压昼夜节律的影响[J].中华临床医师杂志:电子版,2011,5(17):5116-5118.
- [8] 汪凯,董毅,王国颖.重视躯体疾病与焦虑、抑郁共病的诊断治疗[J].中华医学杂志,2010,90(45):3169-3171.
- [9] 李志新,张保利.北京市某社区老年高血压人群抑郁和焦虑状况的研究[J].中华现代护理杂志,2011,17(21):2481-2483.
- [10] Khedr EM, Elfetoh NA, Al Attar G, et al. Epidemiological study and risk factors of stroke in Assiut governorate, Egypt: Community-Based Study [J]. Neuroepidemiology, 2013,40(4):288-294.
- [11] Kadhim-Saleh A, Green M, Williamson T, et al. Validat-

tion of the diagnostic algorithms for 5 chronic conditions in the Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network (CPCSSN): a Kingston Practice-based Research Network (PBRN) Report [J]. J Am Board Fam Med, 2013,26(2):159-167.

- [12] 弥晓娟.综合干预对 140 例社区高血压患者疗效评估[J].重庆医学,2012,41(15):1541-1542.
- [13] 吕亚兰,蒋小强,周一平,等.某社区 0~36 月儿童保健家长依从性分析[J].重庆医学,2012,41(35):3742-3743.
- [14] Takács R, Iványi Z, Ungvari GS, et al. Safety of the electroconvulsive therapy and amisulpride combination [J]. Psychiatr Danub, 2013,25(1):76-79.
- [15] 赵兴胜,王红雨.抑郁焦虑型高血压的综合治疗[J].中华医学信息导报,2011,26(23):15-16.
- [16] 冯杰,宋克群,杨君,等.老年心血管疾病患者合并抑郁症状的初步研究[J].中华老年多器官疾病杂志,2010,9(5):399-401.
- [17] 马丽娜,李耘,赵晓玲,等.抑郁对老年高血压患者心率变异性的影响[J].中华实用诊断与治疗杂志,2011,25(11):1056-1057,1060.

(收稿日期:2013-10-08 修回日期:2013-12-27)

• 卫生管理 •

上海市基层医疗机构绩效评价对重庆的启示*

颜 星¹,李墨豪²,蒲 川^{1△}

(1.重庆医科大学公共卫生与管理学院,重庆 400016;2.重庆市卫生局,重庆 401120)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.11.044

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)11-1396-03

中国基层医疗机构从 2009 年底开始实行绩效评价,目前,上海和重庆两大直辖市的基层医疗机构绩效评价均取得了一定的成效,但与上海相比,重庆还存在较大的差距。为了推进重庆市基层医疗机构绩效评价的进程,本文主要分析上海市在绩效评价方面的主要措施和成果,从中得出对重庆乃至全国基层医疗机构绩效评价发展的启示。

1 上海与重庆基本情况对比分析

上海和重庆作为中国两大重要的直辖市,其经济、社会、文化等方面的发展均处于中国各省市的领先地位,2011 年,重庆 GDP 达到 10 011.13 亿元,同比增长 16.40%,增速跃居全国

第一,但与上海相比,还存在一定的差距。上海是中国的经济发展中心,医疗卫生发展与研究也走在中国各省市前列,主要健康指标值达到发达国家水平,其医疗卫生领域的政策措施对经济迅猛发展的重庆有较好的指导和借鉴意义。基层医疗机构是整个卫生系统的网底,随着医疗卫生体制改革的深入,上海与重庆都十分重视基层医疗机构效率的提高,对绩效评价的研究也很多,但上海起步较早,成效显著(数据来源于上海市统计年鉴 2012 和重庆市卫生统计年鉴 2012,见表 1~3),其经验和做法对其他各省市基层医疗机构的发展都具有较好的借鉴意义。

表 1 2012 年上海和重庆经济、人口和卫生发展现状

地区	地区生产总值 (GRDP)(亿元)	年末户籍人口数 (万人)	在岗职工的平均工资(元)	每千人口卫生人员数(个)	每千人口执业(助理)医师数(个)	每千人口注册护士数(个)
上海	20 101.33	1 426.93	77 031.3	12.76	3.80	4.43
重庆	11 459.00	3 343.44	40 042.0	5.50	1.56	1.49

* 基金项目:重庆市利用世行贷款统筹城乡发展与改革项目(CHSR2)。 作者简介:颜星(1988-),在读研究生,主要从事卫生事业管理研究。 △ 通讯作者,Tel:13320336327;E-mail:puchuan68@sina.com。