

[12] Sharma N C, Lyle D M, Qaqish J G, et al. Effect of a dental water jet with orthodontic tip on plaque and bleeding in adolescent patients with fixed orthodontic appliances [J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2008, 133 (4): 565-571, 621-628.

[13] 和璐, 李蓬, 沙月琴, 等. 牙周炎患者牙周袋内硫化物水平与牙周临床指标的相关分析 [J]. 中华口腔医学杂志, 2006, 41 (4): 209-211.

[14] 安悦邦, 和璐, 孟焕新, 等. 唾液潜血与口腔硫化物水平的相关分析 [J]. 中华口腔医学杂志, 2010, 45 (7): 431-434.

• 临床研究 •

单片复方制剂降压药物治疗路径在基层医院高血压患者中的应用

福建省福州经济技术开发区医院 (福州 350000) 陈剑明

【摘要】目的 观察单片复方制剂 (SPC) 降压药物治疗路径模式在基层医院高血压患者血压控制中的作用, 为高血压患者血压控制提供依据。**方法** 采用非同期对照, 以 2020 年 5—6 月入组的高血压患者为对照组, 接受传统降压药物的联合 (即传统 SPC) 治疗; 以 2020 年 7—8 月入组的高血压患者为观察组, 严格遵循 SPC 降压药物治疗路径、指导诊疗用药。分别收集所有的受试者出院时基线以及 1 个月后血压、血压达标率、服药依从性信息。**结果** 观察组患者血压达标率、服药依从性提高, 收缩压明显降低 ($P < 0.05$)。**结论** SPC 降压药物治疗路径在基层医院高血压患者中的应用有助于规范高血压控制流程, 提升患者的依从性, 稳定患者血压控制效果。

【关键词】 高血压; 单片复方制剂; 路径

【中图分类号】 R544.1 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1002-2600(2021)02-0079-04

高血压是常见的慢性病, 是世界范围内导致死亡和心血管疾病的主要原因, 每年可导致全球七百万人死亡^[1]。数据显示, 我国 90.0% 的高血压患者分布在基层, 因此, 规范、高效地管理我国基层高血压患者, 对降低心脑血管事件的风险大有裨益。单片复方制剂 (SPC) 降压药物应用已经成为提高血压达标率的重要手段, 其优点为使用方便、安全有效、依从性好、达标率高。目前 SPC 在中国高血压患者中广泛应用, 符合我国基层高血压治疗药物的“强化、简化、优化”的选用原则, 是联合治疗的新趋势^[2]。临床路径是对某特定疾病建立的一套标准的、规范化的治疗和管理模式, 是一种低成本、高品质、高效率的医疗健康服务模式。科学、规范的 SPC 降压药物治疗路径有助于基层医务工作者更好地合理应用 SPC, 进而管理好血压、提升患者的血压达标率。本研究通过临床实践 SPC 降压药物的治疗路径, 比较应用前后的高血压患者血压控制效果, 旨在为高血压防治提供参考依据。

1 对象与方法

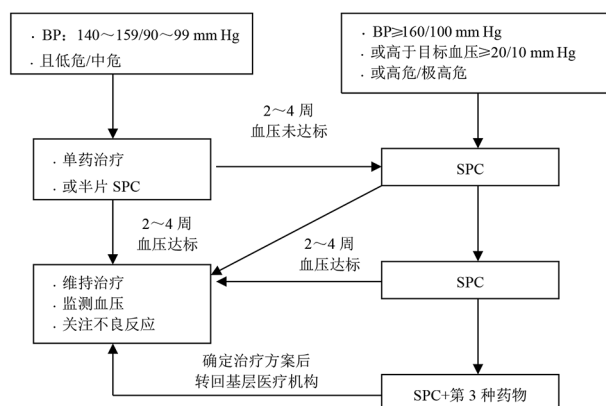
1.1 对象: 选取 2020 年 5—8 月我院内科住院的高血压患者。纳入标准: 1) 符合高血压诊断标准^[3], 但血压为达标者; 2) 年龄 18~80 岁; 3)

具有良好的理解和沟通能力; 4) 自愿参加本研究, 签署知情同意书; 5) 高血压病史大于 1 年; 6) 基本上在观察医院就诊。排除标准: 1) 合并肿瘤、心肺功能失代偿期等重症疾病以及其他严重并发症患者; 2) 既往精神病史; 3) 怀孕或准备怀孕的患者; 4) 存在明显的沟通障碍不良或经评估后有潜在不依从用药的人员; 5) 居住地区不在观察医院所在地区。

1.2 方法

1.2.1 SPC 降压药物治疗路径: 按中国医疗保健国际交流促进会高血压专业委员会《基层医疗机构规范高血压用药管理项目》专家组制定的《基层医疗机构应用 SPC 降压药物的治疗路径》进行^[2]。详见图 1。

1.2.2 干预方法: 采用非同期对照, 通过查阅 2020 年 5—6 月病历资料, 筛选符合纳入排除标准且均接受传统降压药物的联合 (即传统 SPC) 治疗的高血压患者作为对照组, 提取相应数据随访; 以 2020 年 7—8 月入组的高血压患者为观察组, 2020 年 7 月, 对参与研究的医师进行为期 1 周的 SPC 降压药物治疗相关知识培训, 严格遵循 SPC 降压药物 (新型 SPC) 治疗路径指导诊疗用药。



注：第 3 种药物包括血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）、血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（ARB）、β受体阻滞剂、钙通道阻滞剂（CCB）和噻嗪类利尿剂，且应避免联合使用 ACEI + ARB，尽量避免与 SPC 中的药物成分重复。1 mm Hg = 0.133 kPa。

图 1 基层医疗机构应用 SPC 降压药物的治疗路径

1.3 评价指标：1) 一般情况：一般情况调查问卷由研究者自行设计，问卷内容包括性别、年龄、文化程度、婚姻状况等。2) 血压、血压达标率：记录患者出院时血压及出院后 1 个月血压值。测量方法：患者于坐位安静休息 5 min 后用水银血压计测量血压 3 次，每次测量间隔 1~2 min，取 3 次的平均值；血压达标标准：收缩压 < 140 mm Hg 且舒张压 < 90 mm Hg。3) 服药依从性：采用 Morisky 服药依从性问卷对患者出院后 1 个月的服药依从性进行评定^[4]。询问患者近 1 个月情况，包括 4 个问题，分别为“你是否有忘记服药的经历”“你是否有时不注意服药”“当你自觉症状改善时是否曾停药”“当你服药自觉症状更坏时是否曾停药”。采用 Likert 4 级计分（1~4 分），得分为 4 分者说明服药依从性好，其余得分为服药依从性差，总分越高说明高血压患者服药依从性越好^[4]。

1.4 统计学方法：应用 SPSS 22.0 软件进行数据分析。计量资料采用均数 ± 标准差描述，符合正态分布，采用两独立样本 *t* 检验比较两组差异，否则采用 Wilcoxon 秩和检验；计数资料用频数和构成比表示，组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基线资料：本项目共纳入 110 例患者，观察组和对照组各 55 例。两组患者基线资料比较的差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者基线资料比较（ $n=55$ ）

项目	观察组		对照组		χ^2 值	<i>P</i> 值
	例数	百分比	例数	百分比		
性别						
女	8	14.55	10	18.18	0.55	0.42
男	47	85.45	45	81.82		
年龄						
18~50 岁	25	45.45	22	40.00		
51~70 岁	20	36.36	20	36.36	0.83	0.71
71~80 岁	10	18.18	13	23.64		
配偶						
无	11	20.00	9	16.36	0.50	0.53
有	44	80.00	46	83.64		
文化程度						
小学	16	29.09	18	32.73		
中学	23	41.82	24	43.64	0.62	0.77
大专及以上	16	29.09	13	23.64		
费用支付方式						
医保或合作医疗	48	87.27	49	89.09	0.85	0.56
其他	7	12.73	6	10.91		
合并症						
无	12	21.82	9	16.36	0.57	0.36
有	18	32.73	20	36.36		
高血压分级						
I 级	40	72.73	44	80.00		
II 级	13	23.64	10	18.18	0.85	0.56
III 级	2	3.64	1	1.82		

2.2 两组患者血压、血压达标率比较：两组患者组间基线血压水平、血压达标率之间的差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；出院后 1 个月舒张压水平无显著变化，收缩压水平和血压达标率有显著变化（ $P < 0.05$ ）。详见表 2。与基线值相比，两组 1 个月收缩压水平均有下降，观察组收缩压下降（ 17.0 ± 20.3 ）mm Hg，对照组下降（ 13.7 ± 21.4 ）mm Hg。观察组下降幅度大，且与对照组比较的差异有统计学意义。

表 2 两组患者血压、血压达标率比较（ $n=55$ ， $\bar{x} \pm s$ ）

指标	观察组	对照组	<i>t</i> / χ^2 值	<i>P</i> 值
基线				
收缩压/mm Hg	144.0 ± 12.0	146.0 ± 14.1	0.623	0.267
舒张压/mm Hg	77.7 ± 9.4	77.2 ± 11.4	1.570	0.210
血压达标率/%	20.3	21.4	0.031	0.861
1 个月				
收缩压/mm Hg	128.9 ± 9.44	133.5 ± 12.9	3.709	<0.001
舒张压/mm Hg	75.9 ± 9.6	77.6 ± 10.3	1.489	0.215
血压达标率/%	65.4	58.9	5.879	0.015

2.3 两组患者服药依从性比较：两组患者出院后 1 个月组间服药依从性比较，观察组前 3 个问题得分

均高于对照组, 经比较的差异有统计学意义 ($P < 0.05$, 表 3)。

表 3 两组患者出院后 1 个月服药依从性比较
($n=55$, $\bar{x} \pm s$)

问题	观察组	对照组	t/Z 值	P 值
你是否有忘记服药的经历	3.142 ± 0.585	2.084 ± 0.506	0.262 ^a	0.016
你是否有时不注意服药	2.944 ± 1.05	2.012 ± 1.02	0.855 ^a	0.022
当你自觉症状改善时是否曾停药	2.930 ± 1.05	2.308 ± 0.92	0.015 ^a	0.043
当你服药自觉症状更坏时是否曾停药	2.510 ± 1.06	2.378 ± 1.08	-1.800 ^b	0.810

注: a 为 t 值, b 为 Z 值。

3 讨论

3.1 执行 SPC 降压药物的治疗路径对患者血压的影响: 高血压等慢性病可以通过规范的药物治疗控制病情, 基本诊疗措施和适宜技术均可以在基层开展, 尤其是诊断明确、病情稳定的慢性病和康复期患者^[5]。目前, 相对应的临床路径规范化治疗与管理模式已为各大医疗机构广泛采用, 并趋向慢病、内科、基层、社区扩展, 为患者提供优质、高效的医疗服务和最经济实惠的消费等级^[6]。本研究结果显示, 新型 SPC 和传统 SPC 均能有效降低患者血压, 但新型 SPC 在控制患者出院后 1 个月血压水平上有显著效果, 且明显降低患者出院后 1 个月居家收缩压水平, 提高患者血压达标率。说明, 不论传统 SPC 降压药, 还是新型 SPC 降压药, 均可改善高血压患者血压状态, 但严格、规范执行 SPC 降压药物的治疗路径明显有助于维持高血压患者居家血压水平的稳定。此外, 新型 SPC 具有降压疗效相加、低血钾和血尿酸升高等不良反应相减的优势。而基层患者常用传统 SPC 药物联合应用, 其中, 除噻嗪类利尿剂外, 主要降压成分都不是目前推荐的常用降压药物。不仅缺乏科学、规范的大规模随机对照研究的循证医学证据, 更缺乏与新型降压药物之间的直接对照研究。与新型降压药物比较, 传统 SPC 不良反应相对较多, 联合应用不良反应更可能会叠加, 从而增大相关不良反应发生风险^[2]。

3.2 执行 SPC 降压药物的治疗路径对患者依从性的影响: 治疗高血压需要一个长期的过程, 对患者药物依从性提出了很高的要求。研究结果显示, 依从性差是我国基层血压控制不佳的第二位主要原因 (占 58.33%)^[7]; 高依从性患者血压达标率比低依从性患者增加 45%, 心血管事件发生风险显著降低 25%^[8]。可见, 服药依从性直接影响患者病情的发

展和治疗效果。刘艳等^[9]研究表明, 单片复方制剂与分别处方的降压药联合治疗比较, 具有较好的达标率与依从性, 使用固定剂量的缬沙坦氨氯地平单片复方制剂既能减轻患者的经济压力, 又能减轻其心理负担, 减少每天服药次数, 减少漏服概率, 增加长期用药可能性^[10]。这与本研究结果一致, 近 1 个月随访新型 SPC 规范治疗组忘记服药、不注意服药、停药等不良行为明显少于传统 CPS 组, 其依从性得分显著较高。本研究同样进一步证实应用单片复方制剂的患者血压达标率与依从性均优于传统 SPC (分别处方的降压药联合治疗)。此外, 研究表明, 不依从的原因中最常见的是症状好转和忘记吃药, 患者每日服用较多种类、较多次数的药物, 时间长了形成一种负担, 部分患者虽然懂得坚持治疗的重要性, 但因意志力薄弱而造成漏服或拒服, 而新型 SPC 的优势在于不降低疗效的情况下, 均可能通过减少服药次数和服药片数, 在一定程度上降低高血压患者的心理负担, 从而有利于切实提高患者依从性^[11]。通常服药依从性与患者的主观意愿明显相关。因此, 在治疗同时也应关注患者心理变化及其家庭社会状况, 如经济负担、家庭支持等, 以便更好地帮助患者自我血压管理, 这也是提高服药依从性的关键。

总之, 在基层医院严格、规范 SPC 降压药物治疗路径可有效提升高血压患者的依从性, 稳定患者血压控制效果, 在降压治疗中的地位日趋明显, 同时有助于基层医院高血压防治流程的科学化、规范化管理。

参考文献

- [1] Kazuomi K, Chen-Huan C, Sungha P C. Document on improving hypertension management in asian patients, taking into account asian characteristics [J]. Hypertension, 2018, 71 (3): 375-382.
- [2] 喜杨, 陈源源. 单片复方制剂降压药物在基层医疗机构中的临床应用专家建议 [J]. 中国全科医学, 2020, 23 (29): 3631-3637.
- [3] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会等. 高血压基层诊疗指南 (实践版·2019) [J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18 (8): 723-731.
- [4] Steiner J F. Self-reported adherence measures: what do they assess and how should we use them? [J]. Med Care, 2012, 5 (12): 1011-1012.
- [5] 徐飞龙, 王润华. 高血压规范化治疗及管理的研究进展 [J]. 中国老年学杂志, 2014, 34 (5): 1430-1432.
- [6] 王丽萍, 徐爱军. 高血压患者的治疗路径及分级诊疗开展现状研究 [J]. 中国全科医学, 2018, 21 (10): 1183-1187.

- [7] 夏晓清. 120 例基层高血压患者血压控制不达标的原因及对策分析 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7 (23): 58-59.
- [8] 梅丹. 高血压管理应重视依从性改善 [N]. 健康报, 2019-04-23 (5).
- [9] 刘艳, 王小明, 葛伟, 等. 缬沙坦氢氯地平治疗老年高血压的依从性及药物经济学优势 [J]. 中国老年学杂志, 2017, 37 (5): 1148-1149.
- [10] 王玥坤. 高血压药物治疗依从性的相关因素 [J]. 中国老年学杂志, 2013, 33 (20): 5085-5087.
- [11] Bangalore S, Kamalakkannan G, Park R, et al. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a metanalysis [J]. Am J Med, 2007, 120 (8): 713-719.

• 临床研究 •

内镜辅助小骨窗开颅治疗分隔型慢性硬膜下血肿的疗效观察

福建省仙游县总医院神经外科 (仙游 351200) 陈金寿 傅 宪 黄振华¹

【摘 要】 目的 探讨神经内镜辅助小骨窗开颅手术对分隔型慢性硬膜下血肿 (sCSDH) 治疗的临床疗效。**方法** 选取本院神经外科从 2016 年 3 月至 2020 年 3 月收治的 48 例分隔型慢性硬膜下血肿患者分为传统的单纯钻孔组和内镜组, 传统钻孔组 24 例采用传统颅骨钻孔外引流术联合尿激酶治疗; 内镜组 24 例采用硬质内镜辅助小骨窗开颅清除硬膜下血肿及一次性脑室外引流装置行闭式外引流术, 比较两组术后血肿残留、颅内积气积液和血肿复发的情况。**结果** 两组患者术后意识状态、头痛、头晕、肢体肌力不同程度减退、反应迟钝等临床症状均获得不同程度改善, 术后 3 d 复查颅脑 CT 显示清除血肿量内镜组与传统钻孔组比较差异存在统计学意义; 内镜组硬膜下积血积气比例仍明显高于传统组, 术后 1 个月颅脑 CT 检查两组患者血肿消失、血肿复发、硬膜下腔积液积气情况及日常生活能力评定 (ADL) 差异均无统计学意义。**结论** 神经内镜辅助小骨窗开颅治疗分隔型慢性硬膜下血肿是一种创伤较小、并发症少、技术易掌握的治疗方法, 疗效较好, 值得在基层医院推广应用。

【关键词】 分隔型 CSDH; 神经内镜术; 小骨窗开颅术

【中图分类号】 R651.1¹ **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1002-2600(2021)02-0082-03

慢性硬膜下血肿 (chronic subdural hematoma, CSDH) 是神经外科常见疾病, 高龄人群多发。目前传统的单纯颅骨钻孔外引流手术仍是基层神经外科首选手术治疗方法^[1-2], 及时有效地将血肿引流有助于改善患者预后, 但术后高复发率仍然是临床治疗中的棘手问题^[3]。分隔型慢性硬膜下血肿 (septated chronic subdural haematoma, sCSDH) 是慢性硬膜下血肿的一种特殊类型, 传统的单纯颅骨钻孔外引流手术联合尿激酶治疗疗效欠佳, 而神经内镜辅助下手术清除血肿的临床疗效确切^[4], 随着基层神经内镜的逐步普及, 使其成为治疗慢性硬膜下血肿的重要手术方法^[5]。我院 2016 年 3 月至 2020 年 3 月对收治的 48 例分隔型慢性硬膜下血肿患者分别应用内镜辅助小骨窗开颅清除术和传统的单纯颅骨钻孔外引流手术联合尿激酶治疗, 本文回顾性分析两组病例的临床疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选取我院 2016 年 3 月至 2020 年 3

月收治的 48 例患者, 均诊断为分隔型慢性硬膜下血肿。随机分为内镜组 and 传统组, 两组患者均为 24 例。内镜组患者年龄为 41~82 岁, 平均年龄为 (43.24±2.35) 岁; 男性 19 例, 女性 5 例。22 例有头部外伤史, 其中 12 例摔伤, 7 例轻微碰伤, 3 例击打伤, 2 例无明显头部外伤史。病程: 1~5 个月, 平均 1.8 个月。临床表现多为头痛、头晕、小便失禁、肢体偏瘫等; 格拉斯哥评分 (GCS): 13~15 分 18 例, 9~12 分 5 例, 7 分 1 例。影像学检查: 颅脑 CT 显示含有低密度、等密度、混杂密度硬膜下血肿; 颅脑 MRI 显示为短 T₁、长 T₂ 或 T₁、T₂ 混杂信号; 中线偏移, 其中线移位 <1 cm 16 例, 1~2 cm 5 例, >2 cm 3 例。传统组患者年龄为 46~80 岁, 平均年龄为 (42.51±4.16) 岁; 男性 21 例, 女性 3 例。23 例有头部外伤史, 其中 14 例摔伤, 7 例轻微碰伤, 2 例击打伤, 1 例无明显头部外伤史。病程、GCS 评分、临床症状、影像检

¹ 通信作者, Email: hent9527@163.com