

- [13] Kakarieka A, Braakman R, Schakel EH. Clinical significance of the finding of subarachnoid blood on CT scan after head injury [J]. Acta Neurochir (Wien), 1994, 129(1/2): 1-5.
- [14] 张铃铛, 宋毅, 冯清林, 等. 蛛网膜下腔出血患者继发性脑血管痉挛的相关危险因素分析 [J]. 中国卒中杂志, 2014, 9(5): 394-398.
- [15] 刘光健, 何围厚, 朱飞奇, 等. 174 例蛛网膜下腔出血患者生存率

及死亡的相关危险因素历史性队列研究 [J]. 中华流行病学杂志, 2009, 30(4): 393-397.

- [16] Chugh C, Nyirjesy SC, Nawalinski KP, et al. Red Blood Cell Distribution Width is Associated with Poor Clinical Outcome After Subarachnoid Hemorrhage: A Pilot Study [J]. Neurocrit Care, 2015, 23(2): 217-224.

收稿日期: 2015-08-11 修回日期: 2015-09-01 编辑: 石嘉莹

· 临床研究 ·

## 职业人群原发性高血压患者心血管病一级预防效果观察

汪敏<sup>1</sup>, 许培培<sup>2</sup>, 刘颖<sup>1</sup>

1. 东南大学附属南京江北人民医院内科, 江苏 南京 210048;
2. 东南大学附属南京江北人民医院体检中心, 江苏 南京 210048

**摘要:** **目的** 通过在职业场所开展心血管病一级预防及高血压患者管理, 积累职业场所开展心血管病防治的经验。**方法** 选取 2012 年 12 月至 2013 年 2 月某化工企业检维修车间的 50 例高血压患者作为研究对象, 通过生活方式干预 12 个月, 观察患者血压水平的变化及疗效。**结果** 干预 12 个月后, 显效 18 例 (36.0%), 有效 21 例 (42.0%), 无效 11 例 (22.0%), 总有效率为 78.0%。干预后较干预前患者收缩压 [ (133.16 ± 7.06) mm Hg vs (139.45 ± 10.09) mm Hg ] 及舒张压 [ (82.20 ± 3.62) mm Hg vs (87.52 ± 7.85) mm Hg ] 较干预前均有不同程度的下降, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。**结论** 健康教育可以帮助高血压患者建立一个良好的生活方式, 对原发性高血压患者的主要危险因素进行一级干预有益于患者血压的控制, 可提高生活质量, 改善远期预后。

**关键词:** 高血压; 健康教育; 职业场所; 职业人群; 生活方式干预; 收缩压; 舒张压

**中图分类号:** R 544 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)12-1595-02

心血管疾病已成为我国居民的首要死亡因素, 相关医疗费用给国家和个人带来了巨大的经济负担, 针对主要危险因素进行干预可有效预防和减少心血管疾病的发生。目前高血压患病率呈上升趋势<sup>[1]</sup>。血压与心血管病危险性之间的关系, 是连续一致并持续存在的, 且独立于其他危险因素。1999 年 WHO 公布的血压标准: 在未服药情况下, 成年人 (年龄 > 18 岁) 收缩压  $\geq 140$  mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa) 和 (或) 舒张压  $\geq 90$  mm Hg 为高血压<sup>[2]</sup>。发达国家职业场所高血压筛查和控制取得了很好的效果, 我国职业场所高血压防治工作也有了一定的基础。我们通过在职业场所开展心血管病一级预防及对高血压患者的管理, 取得一定疗效, 现总结如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2012 年 12 月至 2013 年 2 月某化工企业检维修车间的 50 例高血压患者作为研究对象, 均符合 1999 年 WHO 新修订的标准诊断, 经过询问病史、体格检查及相应的辅助检查, 排除继发性高血压、痛风、血管神经性水肿及肝肾功能障碍、电解质紊乱者<sup>[3]</sup>。向入组患者介绍本课题的研究目的, 签订高血压个体干预同意书及参加本项目的知情同意书。50 例高血压患者中男 46 例, 女 4 例, 年龄 23~51 (40.88 ± 9.12) 岁, 病程 1~30 年。50 例中有 8 例服用抗高血压药物, 有 4 例不参加任何体育锻炼。根据中国高血压防治指南 (2010 年修订版) 的标准<sup>[3]</sup>, 其中一级高血压患者 25 例 (50.0%), 二级高血压患者 17 例 (34.0%), 三级高血压患者 8 例 (16.0%)。

**1.2 血压测量** 于入组时询问患者最高血压, 确定血压分级, 并现场测量血压, 采用电子血压计间接测

量血压的方法。操作规程:被检查者 30 min 内禁烟、禁咖啡、排空膀胱,安静环境下在有靠背的椅子安静休息至少 5 min<sup>[4]</sup>。取坐位测量 2 次血压,取其平均值。得到基线资料后,由专职医生每月现场随访,测量血压 2 次,取平均值,做好记录。

1.3 管理方法 设项目专员并对其进行相应的培训,职业场所配备电子血压计、体脂仪、体重秤、软尺等设备,鼓励并引导患者进行自我监测。项目专员负责在饮食调整(低盐低脂饮食、多吃蔬菜及水果)、鼓励运动(每周运动不少于 3 次、每次不少于 30 min)、去除不良生活习惯(戒烟、戒酒)、缓解心理压力(心理疏导)等方面进行宣教。宣教的具体方法有现场面对面宣教、短信或电话宣教、健康知识讲座、发放宣传材料、张贴宣传画、发放控油勺及控油壶等。根据不同人员的不同问题进行个体化指导,干预时间为 2013 年 4 月至 2014 年 3 月总观察时间为 12 个月。

1.4 疗效评判<sup>[5]</sup> (1)显效:舒张压下降至正常且  $\geq 10$  mm Hg;(2)有效:舒张压降至正常且下降  $< 10$  mm Hg,或未降至正常但下降了 10 ~ 19 mm Hg;(3)无效:未达到上述标准。总有效率为显效与有效之和。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 18.0 软件进行统计分析。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,干预前比较采用配对  $t$  检验;疗效评价采用频数和率进行描述性统计。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 高血压患者治疗疗效 干预 12 个月后,显效 18 例(36.0%),有效 21 例(42.0%),无效 11 例(22.0%),总有效率为 78.0%。

2.2 干预前后患者血压水平变化情况的比较 治疗前后收缩压和舒张压比较差异均有统计学意义( $P$  均  $< 0.01$ )。50 例患者血压均控制在 160/100 mm Hg 以内,即一级高血压水平。观察期间未发生心脑血管疾病。见表 1。

表 1 干预前后患者血压水平变化情况 ( $n = 50$ , mm Hg,  $\bar{x} \pm s$ )

时段	收缩压	舒张压
干预前	139.95 $\pm$ 10.09	87.52 $\pm$ 7.85
干预后	133.16 $\pm$ 7.06	82.20 $\pm$ 3.62
$P$ 值	$< 0.01$	$< 0.01$

## 3 讨论

随着人们生活水平的提高,原发性高血压的发病率逐年上升。高血压控制不当,会对心脑血管和肾等脏器造成功能损害<sup>[5]</sup>。目前我国高血压总体上存在

“三高”(高患病率、高致残率、高致死率)和“三低”(低知晓率、低治疗率、低控制率)的特点<sup>[6-7]</sup>。我国高血压患者服药率和血压控制率还很低<sup>[8]</sup>,非药物综合干预是医患双方能更好沟通的有效措施,提高患者自愿接受各项健康生活及药物治疗计划的依从性,使各项治疗措施得以有效实施,达到有效降压及平稳降压的目的,有利于预防高血压对心、脑、肾等靶器官的损害<sup>[9]</sup>。高血压是最常见的心血管病,是全球范围内的重大公共卫生问题,是人类致死致残的主要原因之一<sup>[10]</sup>,健康教育在高血压的治疗中起了显著作用,因为健康教育可以帮助人们建立一个好的生活方式,再配合药物治疗,可以使患者的危险分层明显降低<sup>[11]</sup>。规范化管理是防治高血压的基础,本文对职业场所高血压患者的生活方式进行干预,患者血压控制的总有效率为 78.0%,且收缩压及舒张压均有不同程度的下降,同时也积累了在职业场所内开展心血管疾病防治的经验。

综上所述,在职业场所建立心血管疾病综合防治管理平台,通过开展健康教育帮助患者建立起良好的生活方式,并对原发性高血压患者的主要危险因素进行一级干预有益于患者血压的控制,可提高生活质量。因本研究样本量较少且观察时间较短,对远期预后的影响尚无法做出明确的判断,需进一步扩大样本量,继续跟踪观察对改善远期预后的影响。

## 参考文献

- [1] 郑刚. 高血压防治指南的发展及最优降压策略的展望[J]. 中华老年心血管病杂志, 2014, 16(1): 106 - 108.
- [2] 葛均波, 徐永健. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 257.
- [3] 张晓萌. 872 例高血压患者药物应用情况调查分析[J]. 中国实用医药, 2009, 4(20): 132 - 133.
- [4] 万学红, 卢雪峰. 诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 164.
- [5] 黄珊, 罗石友. 85 例原发性高血压社区治疗观察[J]. 中国当代医药, 2012, 19(24): 149 - 150.
- [6] 陆再英. 高血压治疗的规范化和个体化[J]. 中华心血管病杂志, 2006, 34(1): 92 - 94.
- [7] 黄文蔚, 徐红新, 吕永楠, 等. 高血压合并多重心血管病危险因素的治疗现状及其影响[J]. 武汉大学学报(医学版), 2011, 32(3): 374 - 377.
- [8] 李海宴, 杨晓辉, 左惠娟, 等. 北京不同级别医院门诊高血压患者治疗状况分析[J]. 中华心血管病杂志, 2005, 33(2): 174.
- [9] 王瑞梅. 社区综合治疗对 60 例原发性高血压的疗效观察[J]. 吉林医学, 2011, 32(17): 3421 - 3422.
- [10] 周东梅, 杨沈雷, 魏丽萍, 等. 高血压的社区综合治疗[J]. 社区医学杂志, 2010, 8(18): 23 - 24.
- [11] 丁忠莉. 高血压的社区健康管理 652 例分析[J]. 中国高等医学教育, 2011, 25(4): 121, 137.