

· 高血压防治从理论到实践 ·

基层医生高血压相关知识和临床诊治能力对就诊高血压患者的影响

贾妍娜 赵冬 曾哲淳 王文化 刘颖 朱秀萍

R54 A

【摘要】 目的 分析北京市基层医院医生高血压相关知识水平和临床诊治能力对就诊高血压患者接受辅助检查、非药物治疗和血压控制的影响。方法 2002 年 7~10 月对北京市海淀区和朝阳区 9 家基层医院内科系统的 181 名医生进行高血压相关知识和临床诊治能力的问卷调查,同时对这 9 家医院的 204 名门诊高血压患者进行拦截式问卷调查。结果 (1)通过对被调查医生的高血压相关知识和临床诊治能力的评价,将 9 家医院分为高分组和低分组,有 4 家医院被分为高分组(包括 2 家一级医院、2 家二级医院),5 家医院被分为低分组(包括 3 家一级医院、2 家二级医院)。(2)一、二级医院医生的高血压相关知识和临床诊治能力的评价结果差异没有显著性;在二级医院就诊的高血压患者接受“增加体力活动”、“限盐”、“心理平衡”、“减重”指导的比例明显高于一级医院。(3)在高分组医院就诊的高血压患者接受眼底检查和动态血压的比例,以及接受“增加体力活动”、“限盐”、“减重”指导的比例均明显高于低分组医院;高分组医院的高血压患者当天或最近一次血压和近 3 个月的血压控制正常的比例均显著高于低分组医院。结论 基层医生的高血压相关知识和临床诊治能力对就诊高血压患者有重要影响,应加强对基层医生的相关培训。

【关键词】 高血压; 非药物治疗; 血压控制

Study on the influence of knowledge about hypertension and clinical management competence among physicians treating hypertensives in district and community hospitals JIA Yan-na*, ZHAO Dong, ZENG Zhe-chun, WANG Wen-hua, LIU Ying, ZHU Xiu-ping. *Department of Epidemiology, Institute of Beijing Heart, Lung and Blood Vessel Disease, Beijing 100029, China

【Abstract】 Objective To analyze the influence of knowledge about hypertension and clinical competence among physicians in district and community hospitals on management of hypertensives. **Methods** Questionnaire investigation was used in 9 district and community hospitals in Chaoyang and Haidian district, including 181 physicians and 204 patients with hypertension. **Results** (1) The hospitals involved were divided into two groups according to our evaluation on the knowledge of hypertension and clinical competence of physicians. Four hospitals were graded as high-score group and 5 hospitals as low-score group. (2) There was no significant difference on physicians' evaluation between district and community hospitals. There was higher proportion of hypertensives with instructed physical exercises, reducing salt ingestion, psychological balance and weight reduction in district hospitals than those in community ones. (3) The proportion of hypertensives who were examined with funduscopy, ambulatory pressure and instructed with physical exercises, reducing salt ingestion and weight reduction in high-score group was obviously higher than that in low-score group. The control rates of blood pressure, on the days of examination during latest check-up or the past three months, were significantly higher in high-score group than in low-score group ($P < 0.05$). **Conclusion** Knowledge of hypertension and clinical management competence among physicians in district and community hospitals did influence the management of hypertension and education of physicians and thus should be increased.

【Key words】 Hypertension; Non-pharmacologic treatment; Blood pressure control

大量研究证明,控制高血压可有效的降低心脑

血管疾病的发生^[1],而依靠广大基层医务人员积极开展社区防治是控制高血压进而降低心脑血管疾病发病率的重要途径。诊断治疗高血压需要医生对高血压患者的病史、血压水平、其他心血管病危险因素、靶器官损害和并存相关疾病等进行综合评估,然

基金项目:国家“十五”科技攻关课题资助项目(2001BA703B02)

作者单位:100029 北京心肺血管疾病研究所(贾妍娜、赵冬、曾哲淳、王文化);北京市海淀区卫生局医管中心(刘颖);北京市朝阳区医药卫生协会(朱秀萍)

后根据评估结果采取药物治疗和非药物治疗^[2],而目前尚未发现对医生上述临床行为和不同行为对高血压患者影响的文献报道。为了解北京市基层医院的医生高血压相关知识水平及临床行为对高血压患者的治疗和控制的影响,我们设计并实施了本研究,调查结果描述分析如下。

对象与方法

1. 调查对象:在北京市海淀区和朝阳区选择 9 家医院(其中 4 家二级医院,5 家一级医院),对这 9 家医院当时正在值班的所有内科系统的医生进行问卷调查,共调查医生 181 人,其中海淀区 84 人,朝阳区 97 人;同时对在这 9 家医院就诊的 204 例高血压患者进行调查,其中海淀区 100 例,朝阳区 104 例。

(1)医生:一级医院的医生 63 人,占 34.8%;二级医院的医生 118 人,占 65.2%。被调查医生中,全科医生占 35.9%;高级职称的医生占 18.2%,中级职称的医生占 31.5%,初级职称的医生占 50.3%。

(2)高血压患者:一级医院的患者 100 例,占 49.0%,二级医院 104 例,占 51.0%。被调查高血压患者中,年龄最小的 36 岁,最大的 86 岁,平均年龄 63.02 岁 ± 9.11 岁;其中男性患者 81 例,占 39.7%,女性 123 例,占 60.3%。被调查高血压患者的平均病龄为 12.6 年。

2. 调查方法:对医生和高血压患者均采用问卷调查,问卷的设计参考高血压联盟制定的《中国高血压防治指南》。对医生采用不记名闭卷笔试的方法,被调查医生要求在规定时间内完成答题内容,调查问卷当场收回。对高血压患者采用拦截式问卷调查,要求调查者均在被调查医院就诊一个月以上且正在进行药物治疗,调查人员于上午 8 点至 11 点在被调查医院的门诊首先对当天来医院就诊的患者进行甄别,然后对符合调查条件的患者进行问卷调查。所有调查于 2002 年 7~10 月完成。

3. 调查内容:医生问卷包括被调查医生的一般情况、与高血压有关的辅助检查、高血压非药物和药物治疗知识以及对 5 例高血压患者的处理情况。高血压患者问卷包括患者的一般情况、接受辅助检查、药物治疗和非药物治疗情况、患者当天或最近一次的血压和近 3 个月的血压水平。

4. 统计学分析:使用 Microsoft Access 2000 数据库管理系统进行数据录入和整理,SPSS 10.0 软件进行统计分析,率的显著性比较用 χ^2 检验,两组间

均数比较用 t 检验, $\alpha=0.05$ 。

结果

1. 对医生高血压相关知识和临床诊治能力的评价和分组方法:对被调查医生的评价分为 3 部分内容,分别为“应给高血压患者做的辅助检查”、“高血压非药物治疗知识”、“药物治疗知识和 5 例高血压患者的处理情况”,总共 38 个问题,满分为 38 分。分别计算 3 部分内容的平均分、每家医院的平均分和 9 家医院的总平均分,以总平均分(18.99 分)为切点将医院分为高分组和低分组,有 4 家医院被分为高分组(2 家一级医院,2 家二级医院),包括 90 名医生,占医生总数的 49.7%,其余为低分组(3 家一级医院,2 家二级医院),包括 91 名医生,占 50.3% (表 1)。

表 1 北京市 9 家基层医院医生的高血压知识和临床处理能力的评价和分组

项 目	辅助检查	非药物治疗知识	药物治疗知识和病例处理能力	总体评价
满分	8	6	24	38
平均分	5.43	2.74	10.82	18.99
最高/低分	7.17/ 4.00	3.60/ 1.38	12.44/ 8.50	22.17/ 16.28
高分组医院数	3	6	4	4
一级医院	1	4	2	2
二级医院	2	2	2	2
高分组医生数	90	90	90	90
低分组医院数	6	3	5	5
一级医院	4	1	3	3
二级医院	2	2	2	2
低分组医生数	91	91	91	91

2. 高分组、低分组医院高血压患者的主要特征比较:将高分组与低分组医院的高血压患者的一般特征、基础病和高血压危险因素进行均衡性检验,结果显示两组患者主要特征的差异没有统计学意义 ($P>0.05$),说明两组患者具有可比性(表 2、3)。

3. 在一、二级医院就诊的高血压患者接受辅助检查、非药物治疗、药物治疗和血压控制情况的比较:医生的评价结果显示,一级医院的平均分为 18.67 分,二级医院的平均分为 19.17 分,二者差异无显著性。

虽然一、二级医院医生的评价结果差别不大,但是高血压患者的调查结果显示,在二级医院就诊的患者接受非药物治疗和血压控制情况总体上好于一

表2 高分组和低分组医院高血压患者一般特征的比较

患者特征	高分组患者	低分组患者	χ^2/t 值	P 值
男女比例	1:1.62	1:1.43	0.188	0.664
平均年龄(岁)	62.81	63.21	-0.313	0.755
文化水平大专以上比例(%)	22.70	15.90	1.518	0.218
病程1年以上比例(%)	88.50	88.80	0.003	0.956

表3 高分组和低分组医院高血压患者基础病及高血压危险因素的比较

患者特征	高分组患者比例(%)	低分组患者比例(%)	χ^2 值	P 值
基础病史				
高血脂	42.3	30.8	4.947	0.084
糖尿病	23.7	23.4	0.014	0.993
脑卒中	14.4	15.9	1.175	0.556
冠心病	26.8	15.9	4.429	0.109
高血压危险因素				
吸烟	12.4	9.3	1.441	0.486
超重或肥胖*	76.3	76.6	0.003	0.953

* BMI \geq 24

级医院。二级医院的高血压患者接受“增加体力活动”、“限盐”、“心理平衡”、“减重”指导的比例明显高于一级医院。二级医院的高血压患者当天或最近一次的血压和近3个月的血压控制正常的比例均高于一级医院,但没有统计学意义。两类医院的高血压

患者接受常规辅助检查(心电图、血糖、血脂等)的比例都很高,且差异没有显著性。两类医院的高血压患者联合用药的比例和服用各类降压药的比例差异无显著性(表4)。

4. 高分组与低分组医院高血压患者接受辅助检查、非药物治疗、药物治疗和血压控制情况的比较:按医生的知识水平和临床诊治能力将医院分为高分组和低分组,高分组的平均分为20.96分,低分组为17.05分,两组比较差异具有显著性($P<0.001$)。

高分组医院的高血压患者做眼底检查和动态血压的比例高于低分组医院,有统计学意义。

高分组医院的高血压患者接受“增加体力活动”、“限盐”、“减重”指导的比例明显高于低分组医院($P<0.001$);对于“限酒”、“戒烟”和“心理平衡”,两组之间差异没有显著性。

两组医院的高血压患者联合用药的比例和服用各类降压药的比例差异没有统计学意义。

高分组医院的高血压患者“当天或最近一次血压”的控制率为38.1%,明显高于低分组的25.2% ($P<0.05$);高分组医院的患者“近3个月血压”控制率为46.8%,明显高于低分组的29.6% ($P<0.05$),见表4。

表4 一、二级医院与高分组、低分组医院的高血压患者接受辅助检查、非药物治疗、药物治疗和血压控制情况的比较

患者情况	患者比例(%)		χ^2 值	P 值	患者比例(%)		χ^2 值	P 值
	二级医院	一级医院			高分组	低分组		
接受辅助检查								
心电图	91.3	96.0	1.851	0.174	96.9	90.7	3.334	0.068
血糖	88.5	91.0	0.356	0.551	89.7	89.7	0.000	0.995
血脂	88.5	88.9	0.009	0.924	89.6	87.9	0.151	0.697
眼底	67.0	66.7	0.002	0.961	75.3*	59.0	5.977	0.014
尿蛋白	58.6	51.6	0.923	0.337	61.7	49.0	3.120	0.077
血肌酐	44.2	34.6	1.697	0.193	39.8	39.8	0.000	0.997
超声心动	37.0	34.4	0.147	0.701	33.3	38.0	0.465	0.495
动态血压	22.3	24.5	0.126	0.723	32.3**	14.9	8.364	0.004
接受非药物治疗								
戒烟(吸烟者)	59.1	55.0	0.072	0.789	65.0	50.0	0.962	0.327
限酒(饮酒者)	69.6	43.5	3.185	0.074	69.6	43.5	3.185	0.074
增加体力活动	65.4#	40.0	13.186	0.000	69.1#	38.3	19.315	0.000
限盐	57.7*	36.0	9.629	0.002	63.9#	31.8	21.098	0.000
心理平衡	50.0*	36.0	4.074	0.044	48.5	38.3	2.131	0.144
减重(超重者)	45.7*	29.2	4.415	0.036	54.8#	22.5	16.913	0.000
接受药物治疗								
联合用药	30.0	29.8	0.001	0.976	33.0	27.1	0.841	0.359
服用各类降压药的比例								
利尿剂	10.0	7.9			8.3	9.5		
β 阻滞剂	4.0	7.9			7.3	4.8		
钙离子拮抗剂	25.0	33.7			33.3	25.7		
ACEI	5.0	8.9			6.3	7.6		
复方制剂	56.0	41.6	8.844	0.115	44.8	52.4	4.177	0.533
血压控制情况								
当天或最近一次血压正常的比例	33.7	29.0	0.513	0.474	38.1*	25.2	3.939	0.047
近3个月血压正常的比例	42.4	33.3	1.680	0.195	46.8*	29.6	6.035	0.014

* $P<0.05$, ** $P<0.01$, # $P<0.001$

讨 论

国内外经验表明控制高血压的最有效的方法是社区防治,所以基层医生是治疗高血压患者的主要力量^[3]。Olubodun^[4]的研究结果显示:有一半以上的社区医生不给新患者测量血压,1/3 的社区医生对患者进行治疗之前不采取与高血压有关的检查,40% 以上的医生不对患者进行高血压相关知识的教育。Hyman, Pavlik^[5]的研究表明,医生的知识和行为是高血压患者血压控制不好的主要原因,所以对医生进行继续教育以提高其对高血压患者的控制能力是行之有效的办法^[4]。

本研究结合国家“十五”科技攻关课题《心脑血管病人群防治措施的进一步研究》的基线调查中部分医务人员和医院门诊高血压患者的调查情况进行分析,从医务人员和高血压患者两个角度反映基层医院的医生高血压相关知识和临床诊治能力对高血压患者的影响。本次调查的高血压患者需满足“在被调查医院就诊一个月以上且正在进行药物治疗”的条件,所以不代表一般人群的情况。

医生的评价结果显示一、二级医院医生的高血压相关知识水平和临床诊治能力差异无显著性,这提示医院的设备和条件对医生的知识水平和临床实际处理能力没有决定性意义。在二级医院就诊的高

血压患者接受“增加体力活动”、“限盐”、“心理平衡”、“减重”指导的比例明显高于一级医院,这说明二级医院的医生将知识转化为行为的能力高于一级医院的医生,可能与他们更重视非药物治疗有关。

按照医生的高血压知识水平和临床处理能力将医院分为高分组和低分组,两组医院高血压患者的比较结果显示高分组医院的高血压患者接受辅助检查、非药物治疗和血压控制情况明显好于低分组医院,这说明医务人员的知识水平和临床诊治能力是影响高血压患者治疗和控制在的重要因素。

本研究表明在现有医院基础设施和医疗条件下,加强对基层医生高血压相关知识的培训,切实提高诊断治疗高血压的能力,是提高高血压患者治疗率和控制率的有效途径。

参 考 文 献

- 1 Bruce MP, Curt DF. Antihypertensive treatment trials. In: Izzo JL, Black HR, eds. Hypertension primer. American Heart Association Dallas, 1993: 197-201.
- 2 中国高血压防治指南起草委员会. 中国高血压防治指南. 高血压杂志, 2000, 8: 93-112.
- 3 吴兆苏. 我国高血压流行情况以及如何开展高血压社区防治. 心脑血管病杂志, 1999, 18: 176-178.
- 4 Olubodun JO. Physicians' approach to the management of hypertension in a developing community. Int J Cardiol, 1995, 51: 193-197.
- 5 Hyman DJ, Pavlik VN. Poor hypertension control: let's stop blaming the patients. Cleve Clin J Med, 2002, 69: 793-799.

(收稿日期: 2003-06-15)
(本文编辑: 张林东)

· 疾病控制 ·

胃棘颚口线虫病一例

李朝品 崔玉宝 杨庆贵 蔡茹 朱玉霞

R53 B

患者男性, 56 岁, 淮南市凤台县农民。2001 年 9 月开始有食欲不振、恶心、呕吐、上腹部疼痛等症状, 同年 10 月 4 日至淮南市某医院就诊。查体: 皮肤黄染, 上腹部压痛明显。实验室检查: 血红蛋白 36 g/L, 大便潜血试验阳性, 粪检虫卵阴性。B 超示肝胆正常。8 日做胃镜检查, 在胃底部发现圆斑样暗灰色浸润性病灶 7 个, 其中一个病灶中央有一肉柱状疣形突出物, 取该病灶做直接压片镜检和常规病理检查。病理检查可见病灶周围有大量嗜酸性粒细胞、浆细胞、中性粒细胞和淋巴细胞积聚; 压片镜检可见病灶中央的突出物为一条红色、透明完整虫体, 其形态特征: 虫体长 3.15 mm, 镜下可见头球上有 4 环小钩排列, 每环的头钩数 > 40, 从前向后分别为 44、46、49 和 54 (第 1 环和第 4 环小钩较其他 2 环略

小)。虫体被有 200 列以上的单齿皮棘, 体前部棘排列紧密, 往后逐渐变小、变稀。据此鉴定为棘颚口线虫 III 期幼虫。

讨论: 棘颚口线虫 (*Gnathostoma spinigerum* Owen, 1836) 成虫常寄居于终宿主(犬、猫或虎、豹)的胃壁内, 并可导致虫体周围患部产生炎症反应、溃疡和纤维增生。以往文献记载人体病例多为 III 期幼虫, 寄生部位见于肺、气管、胃肠道、尿道、子宫等处。人体感染棘颚口线虫的主要途径是经口感染, 大多因生食或吃未熟的含该虫 III 期幼虫的鱼或转续宿主的鸡肉、猪肉所致。本例患者系凤台县高塘湖附近村民, 家用菜板生熟不分, 生活用水取自湖中, 且有食用半生鱼虾的习惯, 推测是患者感染该病的主要途径。因此, 不吃生的或未煮熟鱼类、鸡肉、猪肉是预防棘颚口线虫病的重要措施。

作者单位: 232001 淮南, 安徽理工大学医学院人体寄生虫学教研室

(收稿日期: 2003-03-26)

(本文编辑: 张林东)