

慢性病随访管理在原发性高血压治疗中的应用研究

马凤勋¹, 王洪宇^{1△}, 向宽鸣¹, 邓亚连², 李洪³, 腾云⁴

(1. 重庆市荣昌区人民医院 402460; 2. 重庆市荣昌区疾病预防控制中心 402460;

3. 重庆市荣昌区双河街道社区卫生服务中心 402460; 4. 重庆市荣昌区龙集镇中心卫生院 402460)

摘要: 通过高血压慢性病管理总结原发性高血压管理经验, 探索出一套有针对性的管理模式。将在该就诊的 534 例原发性高血压患者随机分为慢性病随访管理组、对照组, 随访管理组采用专科医师治疗联合社区医务人员监测护理, 对照组沿用以往专科医师治疗结合患者自我管理, 经过 12 个月的治疗周期, 对比两组患者血压稳定情况及重要脏器不良事件的发生情况。采用慢性病随访管理的高血压患者服药依从性、血压稳定情况、心脑血管等重要器官不良事件发生情况均明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。慢性病随访管理在原发性高血压患者的治疗中有效地提高其控制率和依从性, 值得推广。

关键词: 慢性病管理; 随访; 原发性高血压; 治疗

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.18.058 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2016)18-2693-02

原发性高血压成为近年来威胁人类健康的主要慢性病之一, 是引起心肌梗死、心力衰竭、脑血管病、慢性肾病的主要危险因素, 有效的管理与控制患者血压水平是降低危险相关风险的重要手段, 血压水平与心血管病危险程度呈正相关^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 7 月至 2014 年 12 月来本院就诊的 534 例原发性高血压建档患者, 其中男 328 例、女 206 例, 平均年龄 (54.3 ± 2.2) 岁, 随机分为慢性病随访管理组 (以下简称管理组)、对照组, 两组患者均为 267 例。两组患者均无高血压以外心脑血管等相关基础疾病, 组间年龄、性别、种族、学历比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法 进入管理组患者均履行知情告知程序, 对两组患者建立高血压管理档案, 由心血管专科医师制订服药处方, 管理组患者由社区医务人员分别记录服药依从性、每周 3 次监测随机血压、记录心脑血管等脏器并发症情况、高血压医疗费用支出情况。对照组采用追踪随访方式了解血压、心脑血管等脏器并发症情况, 医疗费用支出。经过 12 个月汇总分析相关指标情况, 并采用问卷形式对两组患者服药依从性好率, 生活质量满意程度, 高血压自我管理率进行自我评价, 评价两组间差异。

1.3 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件进行统计分析, 组间比较采用配对 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

比较两组患者的平均血压情况、心血管不良事件发生率、平均医疗费用支出指标, 见表 1。比较两组患者服药依从性、生活质量满意率, 高血压自我管理率, 见表 2。

表 1 两组患者相关指标比较

组别	<i>n</i>	收缩压 (mm Hg)	舒张压 (mm Hg)	并发症 发生率 (%)	平均医疗 费用 (元)
管理组	267	140.6 ± 11.2	90.5 ± 8.5	3.74	2 628.29
对照组	267	146.2 ± 15.1	95.3 ± 13.2	6.73	6 383.56
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.01	<0.01

表 2 两组患者问卷指标比较 (% , $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	服药依从性好率	生活质量满意率	高血压自我管理率
管理组	267	96.2 ± 2.5	92.3 ± 3.9	89.7 ± 8.2
对照组	267	75.4 ± 8.3	76.3 ± 9.1	65.6 ± 8.8
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

根据文献[2]的报道, 我国心血管患病人数为 2.9 亿, 每 10 s 就有 1 人死于心血管病。之前有研究认为年龄大于 15 岁人群高血压患病率按平均年增长 3% 推算, 2012 年我国高血压患病率为 24%, 估算全国高血压患者为 2.66 亿, 每 5 个成年人中至少有 1 人患高血压^[3]。而最新研究显示高血压发病率已超过 25%, 即我国高血压患者达 3 亿, 而患者患病知晓率不到 40%, 患者管理率仅约 1/4, 管理人群服药依从率约 60%, 血压控制率约 50%^[4]。原发性高血压的发病率位列各种慢性疾病的第二位, 且发病率呈明显上升趋势, 有效控制高血压的发病及治疗已刻不容缓。

本研究通过专科医师处方治疗联合社区医务人员监测护理, 对原发性高血压患者的血压稳定情况及重要脏器不良事件与非慢性病随访管理患者进行比较, 有效地提高了原发性高血压患者的血压控制率和治疗依从性。从规范化慢性病随访管理病人群的血压稳定情况, 相关不良事件发生率, 医疗费用支出等情况, 可看出采用慢性病随访管理对原发性高血压患者的血压控制水平、并发症发生率、医疗费用支出均明显优于对照组, 同时患者生活质量及医疗配合情况较对照组亦存在明显优势。有研究通过健康资料评估表, 根据血压情况调整治疗方案, 定期电话随访, 指导患者饮食, 禁烟酒, 制订科学、有效的饮食计划, 鼓励患者多锻炼, 养成良好生活习惯等延续护理方式, 明显提高高血压患者出院后用药依从性和治疗效果, 说明了规范化管理在高血压患者诊疗中的积极作用^[5]。胡学捷等^[6]通过目标管理对社区高血压患者管理后认为充分发挥了患者的主观能动性, 同时又通过每月至少 1 次的医患主动沟通, 将患者的行为置于社区管理者的监督和指导, 同样体现了自我管理、自我教育与医务人员管理相结合的积极意义。原发性治疗的重点在于血压的控制以及对靶器官功能的保护和维持, 对每一位高血压患者的连续随访和针对血压变化的个体化药物治疗方案调整, 才能延缓高血压靶器官损害的进程^[2]。殷寒梅等^[7]在社区医疗机构通过血压水平进行分级管理、针对血压、体质量、饮食、生活习惯、体育锻炼情况进行随访管理, 发现通过提高高血压患者对高血压相关知识掌握程度, 对提高居民的整体健康水平, 控制高血压及其并发症的发生和发展有着十分重要的作用。王凤等^[8]通过对社区高血压患者进行科学系统的健康教育并进行行为干预, 明显提高高血压知识的知晓率, 有利于提高治疗率、控制率, 患者复查的意愿, 依从性均具有明显优

△ 通讯作者, E-mail: q201@163.com.

势。高血压发病年龄的逐步降低,对青壮年高血压患者的管理存在因工作忙碌、饮食不节、作息时间不规范等困难,规范管理的必要性则显得尤为突出。

高血压患者自我控制与管理是高血压治疗的基础,结合慢性病随访管理将更加利于高血压人群的血压控制,改善生活质量,可有效控制高血压慢性病患者的病情进展,提高区域人口健康水平,值得在基层推广。

参考文献

[1] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南[J]. 中国卒中杂志, 2006, 1(8): 575-582.

[2] 卫生部血管病防治研究中心. 中国心血管病报告 2012 [M]. 北京: 中国大百科全书出版社, 2013: 1-30.

[3] 陈源源. 高血压管理的关键问题[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2014, 16(4): 340-342.

[4] 中国疾病预防控制中心. 中国疾控中心: 我国 15 岁及以上人群高血压患病率 24% [EB/OL]. (2013-10-10) [2015-08-21]. http://www.chinacdc.cn/mtdx/mxfrcxjbx/201310/t20131010_88952.htm.

[5] 陈艳霞. 个体化延续护理对高血压患者生存质量的影响分析[J]. 现代医药卫生, 2015, 31(9): 1406-1407.

[6] 胡学捷, 刘茂辉, 吴新玲, 等. 患者版目标管理手册在社区高血压管理中的应用研究[J]. 中国全科医学, 2014, 17(22): 2637-2640.

[7] 殷寒梅. 社区高血压慢病管理的体会[J]. 中国社区医师, 2012, 14(33): 60.

[8] 王凤, 陈少云, 陈建付, 等. 社区高血压患者健康教育效果评价[J]. 检验医学与临床, 2015, 12(15): 2247-2249.

(收稿日期: 2016-03-10 修回日期: 2016-05-15)

教学·管理

全科医师团队与居民签约服务辖区内运行模式分析

钟 宇, 刘露霞[#], 刘婷婷, 徐 玲, 杨海琴, 罗晓燕
(重庆市渝中区大溪沟街道社区卫生服务中心 400015)

摘要: 在社区卫生服务中,全科医师团队以重点人群为切入点与居民进行签约服务管理,使居民受益率、重点人群管理率、居民满意度得到提升。对华福巷和人民村社区常住居民家庭进行签约服务管理,服务内容包括签约服务居民数、签约服务就诊人次、健康档案的建立、65岁以上老年保健、高血压、糖尿病、高危人群管理等。全科医师团队与居民签约服务,切实提高了签约居民的就医依从性,重点人群健康管理率有效提高,逐步建立分级诊疗格局,居民受益率和满意度得提升。全科医师团队与居民签约服务能更好促进分级诊疗格局,体现居民对社区卫生服务的利用率和受益率,提高居民信任度和就医依从性,提升居民满意度,值得推行。

关键词: 全科医师团队; 签约服务; 模式分析

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.18.059 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2016)18-2694-02

如何提升居民满意度和受益率更好为居民服务,是基层社区卫生机构不可忽视的问题,也是社区医务人员值得重视的问题。而全科医师团队与居民签约服务是为社区居民提供服务和使居民能享受国家基本公共卫生服务的重要环节。本文就此进行了探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本中心于 2013 年 1 月至 2014 年 12 月对大溪沟街道华福巷社区和人民村社区开展全科医师精品团队签约式服务。两辖区服务总人数 17 858 人,总户数 5 840 户,管理高血压 1 777 人,糖尿病 745 人,65 岁以上老人 2 004 人。签约人群包括重点人群(65 岁以上老年保健、高血压、糖尿病患者)和高危人群。

1.2 方法

1.2.1 服务方法 首先是一般全科医师团队向精品化的转档升级,有 1 个 3 年社区工作经验的全科主治医师,1 个全科医师助理,2 个 3 年以上社区工作经验的社区护士,1 个公共卫生医师,1 个楼栋长,1 个三级医院副高职称以上的专科医师共同组成。其次是分点分片在楼栋长的配合下,通过“1 封健康信”宣传营造声势。再次就是在三级医院专家的指导下开展慢性病签约预约式和体验式服务。

1.2.2 服务方式 中心推行全科医生团队长负责制,团队长与中心签订目标责任书,团队成员实行分工合作,在居民自愿

的情况下签订《签约服务管理知情同意书》,利用两个“1+3 服务模式”和“错时服务”为辖区家庭提供分类干预。

2 结 果

本年度共签约服务家庭 1 200 户,签约服务人数 3 611 人,签约高血压和糖尿病占签约人数的 22.4% 和 8.9% (符合本地区糖尿病发病率),65 岁以上老年保健占签约人数 28.6%; 签约高危人群管理人数 191 人,占签约总数的 5.3%,高危人群管理率 71.5%; 签约人群服务满意度 95% 以上,具体情况见表 1~3。签约服务居民受益情况如下,预约专家顾问就诊 709 次,下社区次数 217 次,进家庭次数 850 次,发健康信 4 850 次,健康服务包 1 246 个,测血压血糖 1 490 次。

表 1 签约与未签约慢性病服务情况统计 (%)

病种	n	在该疾病患者中的比例	规范管理率	控制率	基本综合评估率
签约高血压	809	45.5	82.5	76.0	57.5
未签约高血压	968	54.5	75.1	52.2	18.6
签约糖尿病	324	43.5	82.5	76.5	61.0
未签约糖尿病	421	56.5	71.2	48.5	15.5

(下转插 I)

[#] 共同第一作者。