

高血压社区管理的现状及进展

姜 峰 张 虹

【摘要】 高血压以其高发病率、高致残率、高致死率,严重危害着我国人民的健康。研究表明,以患者-门诊-医生的高血压管理模式已不能满足当前健康管理的需求。该文介绍我国高血压流行病学特点及相关危险因素,阐明高血压社区管理的重要性与必要性,对目前开展的高血压综合防治及管理模式进行了分析,并提出了问题和解决方案。

【关键词】 高血压;社区;管理

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2015.03.010

高血压是由多种因素共同作用的、复杂的、进展性的心血管综合征,是诱发冠心病、心功能不全、脑卒中及慢性肾脏疾病的主要危险因素,并伴随着高血压的病程而逐渐加重。我国高血压患者存在高血压相关知识知晓率低、治疗率低、控制率低的现象^[1]。有调查数据表明,高血压的治疗率在大医院高于基层社区,但是患者从社区卫生服务中心获得的慢性疾病相关知识量高于大医院,且社区高血压控制率高于大医院^[2]。目前我国采取的高血压患者-住院或门诊-专科医生的管理模式存在许多问题,如监测频率低、白大衣效应、服药依从性差等,已不能满足高血压患者的需求,迫切需要探寻更为有效的高血压管理模式。高血压防治工作重点应由综合性医院、专科医院以及少数心血管专科医生向基层社区医疗保健中心以及社区医务工作者转移^[3-4]。

1 我国高血压的流行、特点及危险因素

高血压不但是导致心脑血管疾病发病的独立危险因素,而且与心脑血管事件的发生呈线性关系^[1]。我国心脑血管病患者约有 2.3 亿,高血压至少占 86.9%,脑卒中占 30% 以上,心肌梗死约占 0.8%,心力衰竭约占 1.8%^[5]。每年我国约有 350 万人死于心血管疾病,其中超过 50% 的患者与高血压有关^[4]。我国高血压流行病学的主要特点^[5-7]:

(1)年龄与高血压密切相关,年龄>50 岁的女性高血压患病率上升明显,甚至超过男性的患病率;(2)城市高血压患病率约为 19.3%,偏远农村高血压患病率约为 18.6%,城市与农村差距不明显;(3)不同地域和民族高血压患病率有差异。由此可见,高血压的管理模式应该因地制宜。与高血压有关的危险因素主要包括:饮食、超重、过量饮酒、紧张、家族遗传因素、吸烟、糖尿病、高胆固醇血症等。研究表明,我国社区高血压人群对于病情认知情况已经有了大幅度提高,但对于高血压及心血管的相关危险因素及其联系仍然认知不够;血压未达标者有更多的心血管危险因素。

2 社区高血压管理及防治状况

高血压虽然不可治愈,但可以预防及有效控制^[4]。社区高血压防治管理人群不仅包括已诊断的和正在接受降压治疗的患者,而且还包括社区的高危或易感人群。社区医生对本社区高血压患者,根据级别、合并相关危险因素情况、有无靶器官损害以及伴随的疾病进行不同级别的管理,并定期进行随访和监测,及时调整治疗方案。社区高血压管理的根本目的是以高血压干预与治疗为重点的全面防治措施,降低高危人群血压,提高患者管理率、治疗率、血压及相关危险因素控制率^[4]。

2.1 高血压三级管理在社区的实际运用

社区高血压的管理分三级,均需要建立个人健康档案。一级管理主要针对低危患者,立即开始非药物治疗。对于血压未达标者,每 3 周随访测血压

作者单位:030001 太原,山西医科大学(姜 峰);030012

太原,山西省人民医院心内科(张 虹)

通信作者:张 虹,Email:zhanghong625@hotmail.com

1 次,血压达标者每 3 个月随访测血压 1 次,每 2 年测腰围、体质量指数(BMI)各 1 次,每 4 年行实验室检查(尿常规、肾功能、血糖、血脂)、心电图各 1 次。二级管理主要针对中危患者,立即开始非药物干预,如随访 1 个月血压仍 $\geq 140/90$ mmHg,则开始降压药物治疗。血压未达标者每 2 周测血压 1 次,血压稳定者每 2 周随访测血压 1 次,每年测腰围、BMI 各 1 次,每 2 年行化验、心电图各 1 次。三级高血压管理主要针对高危或极高危患者,应立即进行药物治疗。血压未达标者每周随访测血压 1 次,血压达标者每月随访测血压 1 次,每 6 个月测腰围、BMI 各 1 次,每年行化验、心电图各 1 次。如有必要及时转专科医院治疗。社区高血压三级管理符合我国人群的防治策略,可提高高血压人群的知晓率、治疗率和控制率,从而减少了主要并发症的发生^[6]。

2.2 社区高血压管理模式探究

2.2.1 “自我管理”模式 在社区全科医师的协调帮助下,患者积极主动进行力所能及的预防及治疗高血压的活动。依靠成立社团和“会员制”,充分利用基层社区的各种媒介开展高血压知识的宣传教育,会员间监督是否规律服药、是否进行体育锻炼等。社团为会员提供高血压健康知识普及,并对健康活动进行指导^[8]。研究表明,积极开展“自我管理”模式是社区高血压行之有效的管理模式之一^[9],但对防治及解决复杂高血压治疗问题可能存在局限性。

2.2.2 “家庭管理”模式 在社区医生及护工的积极帮助下,患者及家属共同担当预防及治疗高血压的主角模式。患者家属在社区医生的正确指导下为高血压患者制定合理的、全面的、个体化的降压方案,并监督其建立起健康的生活及饮食习惯。

2.2.3 其他管理模式 “群组干预”是有效、可行的管理方法,此法已在国内及国外均证明有效^[10]。“知己健康”模式目前已经在上海、北京等经济相对发达的地区开展^[11]。

2.3 我国社区高血压管理不足及改进方向

从目前我国社区高血压管理的总体效果看来,仍然存在许多亟待解决的问题:健康教育的发展还跟不上社区卫生服务的发展速度,不能满足群众的

需求;社区管理方面网络信息不健全、权利与责任不明确,奖励与处罚机制不健全,医疗资源配置不合理等^[12]。

研究证实,通过下列措施可以解决社区高血压管理的一些问题^[5]:(1)提高医疗扶助力度,增强医保筹资渠道,加大高血压患者社区的药物治疗报销比例和额度;(2)确保社区基层医院建设和基层医师的培训资金得以落实;(3)定期对社区医务工作人员进行培训,促进相关知识的更新,提高诊治能力;(4)医师开设高血压门诊进行定期随访观察等。研究数据表明,通过全面的高血压预防及治疗后,社区患者高血压知晓率、治疗率、服药率及患者满意度均明显上升^[13]。

3 国外社区高血压管理的研究进展

3.1 强调全科团队合作和自我管理并重

全科医疗服务以全科医生为中心,心理医生、社区护士、公共卫生人员及医疗保险人员的相互合作,共同为社区患者提供医疗保健服务。随着全科医疗的发展,不再过度强调全科医生个体的作用,而是更加注重团队合作。在基础医疗和慢性病管理实践中,Lukewich 等^[14]通过随机对照研究发现,护士起着潜在的优化和规划作用。Foster 等^[15]通过调查发现,出于个人义务和经济奖励的激励下,患者很有可能积极参加自我管理和团队合作,但可能也受到患者的期望值和偏好的影响。

3.2 新型慢性疾病的健康管理模式

通过充分利用社会医疗机构和患者本人所提供的卫生资源,为慢性病患者提供较为合理的个体健康管理服务。其最重要的目的就是为促进社会卫生服务体系改革,使保障机构降低合理的费用支出的同时,又能够为慢性病患者提供合理高效的管理服务,从而降低慢性疾病所带来的风险^[16]。芬兰的新型慢性病的健康管理模式已在全国得到推广,其中关键因素有^[17]:(1)人类行为学及流行病学的有机结合运用,定期对患者进行随访,调整干预措施。(2)以社区服务为基础,向居民普及健康知识,提高健康意识。(3)充分利用媒体(电视、广播、报纸)和社区卫生人员的全面长期干预策略。

3.3 网络信息平台为基础的远程医疗模式

国外发达国家以社区为基本单位,积极开展家

庭医生首诊制度;家庭高血压监测相比门诊血压测量为家庭医生管理提供了更有价值的信息。网络信息平台为基础的远程医疗不但能为家庭医生提供可靠和及时的血压监测结果,而且还能促进医患之间及时和有效的沟通,构建良好的医患环境。Resnick 等^[18]通过网络信息平台对社区患者进行家庭血压监测,随访中发现有部分高血压患者在网络视频沟通时由于精神比较紧张导致血压上升,但是网络信息平台为基础的远程医疗模式的效果评价仍然得到了充分认可。此外,相比传统的电话、电子邮件等沟通方式,远程网络信息平台更廉价、更便捷^[19]。

4 结语

我国高血压人口基数大且增长速度快。大部分高血压患者首先在社区或卫生院就诊,基层社区和基层医务工作者在防治高血压中的地位尤为重要。社区卫生服务的重要工作之一就是全方位规范管理高血压,努力寻求最有效的管理模式,使高血压患者得到最大的收益。

参 考 文 献

- [1] 王 文,朱曼璐,王拥军,等. 心血管病已成为我国重要的公共卫生问题[J]. 中国循环杂志,2012,27(6):409-411.
- [2] Cottrell E, McMillan K, Chambers R. A cross-sectional survey and service evaluation of simple telehealth in primary care: what do patients think[J]. BMJ Open, 2012, 2(6): e001392-e001399.
- [3] Harvey IS, Schulz AJ, Israel BA, et al. The Healthy Connections project: a community-based participatory research project involving women at risk for diabetes and hypertension[J]. Prog Community Health Partnersh, 2009, 3(4):273-274.
- [4] 王 文. 我国高血压防治现状和策略[J]. 岭南心血管病杂志, 2010, 16(1):5-7.
- [5] 郭玉华,熊良圣,聂爱婵,等. 我国高血压病流行状况及社区防治策略探讨[J]. 微量元素与健康研究,2012,29(6):64-67.
- [6] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南(2010 年版)[J]. 中华高血压杂志,2011,19(8):701-743.
- [7] 陈燕春,杨 松,沈 冲,等. 宜兴市农村高血压人群血压与心血管危险因素控制情况调查[J]. 国际心血管病杂志,2014, 41(5):343-344.

- [8] Lillyman S, Farquharson N. Self-care management education models in primary care[J]. Br J Community Nurs,2013,18(11): 556-560.
- [9] Hayes A, Morzinski J, Ertl K, et al. Preliminary description of the feasibility of using peer leaders to encourage hypertension self-management[J]. WMJ,2010, 109 (2):85-90.
- [10] Kawasaki L, Muntner P, Hyre AD, et al. Willingness to attend group visits for hypertension treatment [J]. Am J Manag Care,2007,13 (5):257-262.
- [11] 王燕宁. “知己健康管理”在社区慢性病管理中的应用研究[J]. 世界中西医结合杂志,2010,5(8): 708-710.
- [12] 刘 静. 我国高血压的社区管理现状[J]. 中国医药导报, 2012,9(21):13-15.
- [13] 胡桂芳,池景泉,梁德英,等. 华南师范大学高血压社区规范化管理现状分析[J]. 中华全科医学,2009,7(8): 859-860.
- [14] Lukewich J, Edge DS, VanDenKenhof E, et al. Nursing contributions to chronic disease management in primary care [J]. J Nurs Adm,2014,44(2):103-110.
- [15] Foster MM, Mitchell GK. “The onus is on me”: primary care patient views of Medicare-funded team care in chronic disease management in Australia[J/OL]. Health Expect,2013 [2015-01-04]. http://www.researchgate.net/publication/236073286_The_onus_is_on_me_primary_care_patient_views_of_Medicare-funded_team_care_inchronic_disease_management_in_Australia. [published online ahead of print March 22,2013].
- [16] Dennis SM, Zwar N, Griffiths R, et al. Chronic disease management in primary care:from evidence to policy[J]. Med J Aust,2008,188(8 Suppl):S53-S56.
- [17] Puska P. Community-based cardiovascular prevention programs: theory and practice[J]. Arch Iran Med,2013, 16 (1):2-3.
- [18] Resnick HE, Iiagan PR, Kaylor MB, et al. TEAhM- Technologies for Enhancing Access to Health Management;a pilot study of community-based telehealth[J]. Telemed J E Health,2012,18(3):166-174.
- [19] Quinn RR, Hemmelqarn BR, Padwal RS, et al. The 2010 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part 1-blood pressure measurement,diagnosis and as assessment of risk[J]. Can J Cardiol,2010,26(5):241-248.

(收稿:2015-01-04 修回:2015-03-07)

(本文编辑:丁媛媛)