

社区组团式服务对高血压管理依从性效果观察

刘昊, 李惠娟, 李莉, 朱立场, 刘平阳, 崔迪 (上海市浦东新区上钢社区卫生服务中心, 上海 200126)

近年来我国高血压的患病率逐年上升, 规律服用降压药物, 改变并保持健康生活行为方式, 可有效地降低心脑血管并发症的发病率和病死率, 防止脑卒中、冠心病等并发症的发生和发展。但由于多种原因, 高血压控制程度并不理想。我国人群高血压知晓率仅为 30.2%, 治疗率为 24.7%, 控制率为 6.1%^[1]。在社区随访中的药物依从性仅为 48.3%^[2]。提高患者用药的依从性, 同时提高健康行为率, 为患者制订个体化健康方案和指导, 提高高血压随访的依从性, 具有重要意义。

1 对象与方法

1.1 对象

我中心下属有 6 个社区卫生服务团队, 地理条件, 经济状况相似, 随机整群抽取 2 个的社区卫生服务团队管理对象, 采用随机数表法, 以团队为单位, 分为干预组和对照组。两组在性别、年龄、文化程度上相似, 无显著性差异(表 1)。共抽取社区高血压病人 2 212 例, 所有对象符合高血压诊断标准^[3], 患病年限

最长 41 年, 最短 3 年; 同时患有其他慢性病的有 1 323 人。

表 1 对照组和干预组基本情况均衡性比较

组别	例数 (例)	男	平均年龄 (岁)	文化程度			
				小学及以下	初中	高中	大专及以上学历
对照组	1150	458	64.6 ± 0.4	15	203	531	401
干预组	1062	450	64.4 ± 0.5	20	199	520	323
χ^2/t 值		1.48	0.55*			5.78	
P 值		>0.05	>0.05			>0.05	

* 为 t 值

1.2 方法

1.2.1 组团方式 以社区团队的全科医生为主体, 辅以慢性病管理随访人员和社区护士, 社区居委会的卫生干部或志愿工作者组成一个社区慢性病管理服务团队。工作方法: 社区医生服务团队与社区居委会结对, 提供全科医生和居委会联系卡, 组建成一个服务网络。在这中间, 病人处于中心地位, 他可以通过社区慢性病服务网络, 得到来自社区、医生、护士、预防保健等多方面的组团式服务。

作者简介: 刘昊(1973—), 男, 主治医师, 学士。

工作, 取得了明显的效果。

3.4.3 重视抗菌药物合理使用 资料显示, 当前抗菌药物不合理使用率已超过 60.0%^[6], 社区卫生服务中心多数自身缺少细菌学检测手段, 病原学送检率低或者送检不及时, 往往经验性使用抗菌药物较多, 盲目长时间、多药联用。我们的经验是加强临床医师合理用药的培训, 把好抗菌药物分级使用的关, 开展抗菌药物使用排名和点评, 建立与区域内三级医院病原学检测的协作关系, 提高病原学送检率。通过上述方法, 合理使用抗菌药物, 防范抗菌药物所导致的两重感染。

4 参考文献

[1] 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准[S]. 2001.

[2] 任南, 文细毛, 吴安华, 等. 全国医院感染横断面调查结果的变化趋势研究[J]. 中国感染控制杂志, 2007, 1(6): 16-17.
[3] 崔扬文, 胡必杰, 高晓东, 等. 2009 年上海市医院感染现患率调查结果分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2010, 20(12): 1667-1669.
[4] 王建芳, 崔颖, 黄京华. 医院感染现患率调查分析与对策[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(12): 2446-2448.
[5] 丁晓萍. 综合医院专科重症监护病房住院患者医院感染直接经济损失研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(12): 2427-2429.
[6] 方维军, 张艳丽, 马菊云. 抗菌药物不合理应用案例分析[J]. 药学服务与研究, 2011, 11(3): 177-179.

(收稿日期: 2012-03-19)

1.2.2 问卷调查 ① 自行设计高血压健康调查问卷,由专人负责调查。内容包括患者的一般情况、饮食、烟酒、体力活动、患病情况、药物治疗情况、高血压相关健康知识等。② 用药依从性差的原因调查:在干预前对用药依从性差的患者采用自行设计的问卷进行原因调查,并有针对性进行用药个体化、加强用药指导和科学合理的干预措施。

1.2.3 评判标准 ① 高血压知识问卷满分 100 分,按答对题数计分;② 患者服药依从性采用 Morisky 等^[4]推荐的标准,用 4 个问题来确定:(1) 是否有忘记服药?(2) 是否自觉症状改善时,停止服药?(3) 是否自觉症状更糟时,曾停止服药?(4) 是否有不重视服药,无所谓的情况? 如果 4 个问题均答“否”为依从性好,有 1 个及以上为“是”,即为依从性差。③ 不吸烟、不酗酒、规律生活、适当锻炼为健康生活行为。④ 健康行为连续坚持 ≥9 个月,认为依从性好, <9 个月或不能连续坚持(间断 >1 个月)的,认为依从性差。⑤ 健康行为依从性差的原因为不知道怎么做、没有专业指导、没有条件支持、没有信心、认为行为改变对于疾病治疗效果不佳及其他。

1.2.4 干预组 组团式服务干预时间 1 年。① 和病人建立约定关系,共同制定血压预期目标,按时间段制定用药的近期血压控制目标和远期目标,医师提供咨询手机号码,患者能够得到及时健康咨询;② 在门诊提供为干预对象免费测血压服务,帮助患者制作血压登记册,记录血压测量的数值;③ 对于药物治疗控制血压不佳的病人,进行 24 h 血压 Holter 监测,分析血压波动的原因,选择调整用药时机;④ 加强健康教育,宣传相关的血压防控知识、用药知识、解读高血压防治指南,纠正病人不正确的用药知识。指导患者需长期用药降压,保持稳定的血压;⑤ 制定药物管理方案:(1) 以小剂量为治疗起始,如果未到达血压控制目标且无不良反应时,合理增加药物的剂量。(2) 在减少不良反应前提下,联合使用药物,以达到理想的降压效果。(3) 尽量采用中长效剂量的药物,指导早晨服药,可改善患者用药依从性,平稳降低血压,减少靶器官损害。(4) 使用短效剂量的患者,则根据人的血压在 24 h 内大多呈“两峰一谷”的波动状态的特点,尤其是老年高血压患者。指导患者在血压自然升高的 2 个高峰前 0.5 h 用药,使药物作用达最高峰的时间与血压的高峰期吻合,从而有效地控制血压。督导患者在服药过程中出现不良反应时,及时与医师联系寻求解决,及时复诊,不擅自更改药物或停用。⑥ 行为管理、心身管理方案:劝戒烟、戒酒、限盐、限脂、

多吃含植物纤维素较多的蔬菜有利维持正常血压,鼓励指导患者合理运动锻炼和规律生活。⑦ 针对经济有负担的病人,综合评价健康风险,采用较经济的、一般为短效剂量药物,同时采取短效药物治疗方案;⑧ 指导病人开展高血压自我管理和自我教育。指导高血压患者自我控制生活节律,消除紧张情绪,放松肌肉,制定服药提醒表,规律用药;⑨ 通过健康促进的形成,居委会参与督导,通过组团式的健康服务,提高健康行为的改变率和巩固率,从而提高健康行为率;⑩ 建立组团服务与自我管理相结合,制定健康行为表,提供场地、提供协作团队支持,开设健康教育通道,设立家庭监督员等方式促进健康行为率。

1.2.5 对照组 无组团式的社区卫生服务团队随访和治疗。随访时间 1 年。

1.3 效果评价

由医务人员每 2 周记录 1 次血压,以《中国高血压防治指南》(第三版)^[3]的血压控制标准判断血压控制率。期末发放调查问卷评价病人高血压知识知晓率、行为改变率和用药依从性。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 13.0 统计软件,对数据进行分析, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 患者用药依从性差的原因

经此次调查表明,用药依从性的差的主要原因有:认为不需要长期服药 540 人(24.4%);疗程长,不能坚持 487 人(22.0%);血压波动,造成对药物疗效的不信任 432 人(19.5%);无法及时跟踪血压,不知道用药效果 324 人(14.7%);怕多吃药、不能正确对待药物不良反应 270 人(12.2%);经济原因不能坚持服药 79 人(3.6%);记性不好 54 人(2.4%);其他原因 26 人(1.2%)。

2.2 健康知识得分情况比较

研究表明,干预组在干预前后,干预后干预组与对照组的健康知识得分有统计学差异。见表 2。

表 2 两组健康知识得分情况比较

组别	干预前	干预后	t 值	P 值
干预组	70.76 ± 0.49	80.11 ± 0.41	6.71	<0.05
对照组	70.51 ± 0.39	70.18 ± 0.31	1.18	>0.05
t 值	0.79	77.75	—	—
P 值	>0.05	<0.05	—	—

2.3 健康行为情况比较

干预前后比较,干预组的健康行为存在显著差异,而对照组无显著差异;干预后干预组健康行为的比例明显高于对照组。见表3。

表3 两组干预前后的健康行为情况比较

组别	干预前	干预后	χ^2 值	P 值
干预组	190(17.9)	607(57.2)	349.22	<0.05
对照组	232(20.2)	252(21.9)	1.05	>0.05
χ^2 值	1.86	288.71	—	—
P 值	>0.05	<0.05	—	—

注:括号内为百分率(%)

2.4 用药依从性情况比较

调查表明,干预组的用药依从性在干预后,较干预前、且和对照组相比有统计学差异。见表4。

表4 干预前后用药依从性情况比较

组别	干预前	干预后	χ^2 值	P 值
干预组	266(25.0)	647(60.9)	278.86	<0.05
对照组	312(27.1)	321(27.9)	0.18	>0.05
χ^2 值	1.24	160.69	—	—
P 值	>0.05	<0.05	—	—

注:括号内为百分率(%)

2.5 血压控制效果比较

参考《中国高血压防治指南》(第三版)对于高血压控制效果的评价方案,研究显示:干预组血压控制率,在干预前后具有统计学差异,干预后与对照组亦有统计学差异。见表5。

表5 研究对象干预前后血压控制率(%)

组别	干预前	干预后	χ^2 值	P 值
干预组	42.3	64.3	103.25	<0.05
对照组	41.4	41.2	0.01	>0.05
χ^2 值	0.18	118.10	—	—
P 值	>0.05	<0.05	—	—

3 讨论

高血压需要坚持长期治疗和控制,需要终身服药,同时监测高血压的并发症和相关危险因素。但是社区患者因为种种原因导致依医嘱用药和健康行为的依从性较低,影响了血压的有效控制。

本研究通过调查高血压患者依从性差的原因,有针对性地加强不利因素干预,是解决社区高血压患者用药依从性差的有效手段之一。医生和患者之间,通

过组团式服务,建立共同协作关系,畅通服务渠道,为病人提供血压测量的方便,提供高血压用药和健康行为知识的宣传便利,注重高血压疾病的细节治疗和管理,设计药物管理、行为、身心管理方案,都能有效提高用药和健康行为依从性。

社区组团式慢性病管理服务方式,能够有效提高政府对健康行为的促进和支持。通过发挥楼组和家庭的网络资源和健康教育力量,通过全科医生、护士和防保专业人员的技术支持,使得高血压病人能够明确掌握相关知识和行为干预方法。同时,也促进了病人与全科医生和社区资源的联系,增加了病患的信任度,从而也有利于家庭全科医生工作的开展和推进。

高血压疾病细节管理是现在社区慢性病管理模式之一^[5],高血压管理组团式服务是对这种模式的探索和补充。社区全科医生通过社区组团式服务,在高血压社区随访和细节化管理方面,能够较好地应用社区资源,这与二、三级医院的专科医生相比具有一定的优势。和以往的全科服务团队不同的是,居委会不再是从属地位,它和全科医生地位一样重要。他们承担了更多的组织、沟通、联系和督导的作用,并作为社区(街道)的健康实事工作来做,从而提高了保障和督导力度。组团式服务能够提供便捷快速的健康服务和信息反馈,有利于患者增加信任,有利于多方面的资源整合利用,有助于高血压长期的管理和控制。从本研究可以预见,在社区慢性病管理中以家庭医生(全科医师)为主导,社区为依托的个体化的慢性病管理方法,对于今后的家庭医生社区卫生服务,也是有益的探索。

4 参考文献

- [1]刘力生,龚兰生.中国高血压防治指南(2005年修订版)[M].北京:人民卫生出版社,2006,1-7.
- [2]郭航远,蒋峻.社区抗高血压药物用药情况和依从性调查[J].全科医学临床与教育,2003,1(1):12-14.
- [3]中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南[S].2010.
- [4]戴俊明,程雯洲.原发性高血压患者健康教育的实施[J].实用护理杂志,2001,8(17):56-57.
- [5]李惠娟.疾病细节管理在社区高血压管理中的作用初探[J].上海预防医学,2010,22(6):332-335.

(收稿日期:2012-04-12)