

社区全科医学管理模式对高血压患者血压控制及生活质量的影响

徐亚萍

上海市浦东新区川沙华夏社区卫生服务中心 上海 200000

摘要：目的：分析社区全科医学管理模式对高血压患者的应用效果。方法：选取2023年8月-2024年8月本院102例高血压患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组51例，行常规护理管理，观察组51例，行社区全科医学管理，比较两组护理管理效果。结果：观察组的监测血压、按时服药、控制体质指数、控制情绪、低脂低盐饮食和SCL-90评分均明显高于对照组，DBP和SBP均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：给予高血压患者社区全科医学管理能有效管控血压提高认知水平和生活质量，值得推广。

关键词：社区全科医学管理；高血压；血压控制；生活质量

高血压属于多发慢性病，针对我国成人，约有33.5%患高血压，老年人约为49.1%，高龄人约为72.8%。高血压病程长，易引发多种心脑血管病，例如肾功能衰竭、脑卒中等。目前，该病知晓率低，不足50%，治疗率低于40%，控制率在10%以下^[1]。因患者很少住院，一般于基层社区接受诊治，故全科医生起到重要作用，其为维护居民健康的关键，在慢病管理中，属于中坚力量，其既要规范管理高血压，又要长期预防，以提升治疗质量。社区管理具有统一性、系统性、适应性等特征，常规护理缺乏规范、标准，执行基础措施，效果有限^[2]。采取全科医生管理，实现区域化管理，结合患者病情，采取差异性措施，消除危险因素，提升管控效果。本研究以高血压患者为对象，分析社区全科医学管理效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年8月-2024年8月本院102例高血压患者开展研究，用随机数字表法平均分为对照组51例，男27例，女24例，年龄为41-82岁，平均年龄（ 61.26 ± 4.65 ）岁；观察组51例，男26例，女25例，年龄为42-83岁，平均年龄（ 61.39 ± 4.58 ）岁。两组一般资料（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：符合高血压诊断标准；资料完整；认知正常；知情同意本研究。排除标准：沟通障碍；精神疾病；重要脏器功能障碍，例如脑、肾等；过敏体质。

1.2 方法

对照组行常规护理，介绍高血压常识，叮嘱按时用药，低盐、低脂饮食，戒烟戒酒，进行适当锻炼，放松心情等。观察组基于对照组，行社区全科医学管理：

1.2.1 创建干预小组

成立护理团队，制定管理措施，进行干预，成员包括护士，共计3名，全科医生，共计3名。由全科医生负责，全面评估病情，拟定管理方案，对于居家治疗者，开展电话随访，了解血压控制情况，评估身心情况，纠正生活习惯。创建微信群，引导患者、家属加入，提供咨询服务，居家护理时如有困难，马上反馈，由社区医务人员负责，制定解决措施。定期进行家庭访视，开展门诊随访，1次/月，分析身体状况，展开综合评价，按照结果改进护理措施。若患者情绪异常，提供心理干预，调动其积极性。

1.2.2 门诊就诊护理

借助电话预约，邀请患者前往社区全科诊室，由全科医生负责，为其进行访谈，倾听患者心声，了解各方面信息，包括家庭状况、饮食偏好等；讲解高血压知识，介绍健康问题，包括其危害、影响因素、防控方法等；评估患者认知，结合其反馈，提供相应回应；给予患者建议，为其制定健康方案，降低生活压力，进行体育锻炼，纠正饮食习惯等，和患者共同讨论，制定管理方案，进行持续监测。

1.2.3 家庭护理

①药物指导：介绍常见降压药，讲解药理知识、具体用法等，告诉其血压控制效果，提供差异性干预。对于不规律服药者，分析影响因素，介绍遵医用药意义，积极和家属沟通，令其进行监督，提醒其定时用药。对于血压下降即停药者，介绍长期、定量、定时用药原则，积极和患者交流，同时邀请家属监督。对于长时间用药者，提供鼓励及支持，令其自测血压，每天进行，结合血压情况，调整管理方案。若患者颅压增高，可采

取利尿剂,当剂量较大时,有低钾风险,同时糖耐量下降,应用小剂量时,能防范心血管病,减少死亡率。采取ACEI,可控制血压,大部分患者耐受性良好,少数伴有持续性咳嗽,一经停药,能逐渐改善。②饮食干预:进行家庭访视,分析患者饮食情况、盐摄入情况,介绍健康饮食知识,告诉其如何选择、怎么搭配。食盐量低于6g/d,采取纤维、蛋白丰富食物,对于超重者,注意控制热量,尽量少食用甜食、腌制品、皮蛋等食物,可选择蔬果、豆类制品等,积极补充钙元素、钾元素。③吸烟饮酒护理:掌握患者饮酒、吸烟情况,保证限制饮酒,提醒其戒烟,介绍饮酒、吸烟危害,介绍其会影响疾病。进行戒烟时,患者和全科医生共同负责,制定戒烟方案,引导家属监督。限酒时,介绍饮酒标准。多和家属沟通,令其监督。④运动指导:询问患者运动情况,包括强度、时间和方式等,结合患者血压、病情等,制定运动方案,以有氧运动为主,可选择太极拳、散步等方式,每次约0.5h,3-5次/周,观察患者反应,若出现头晕、心慌等现象,要马上终止活动,适当休息,减少运动量。如患者年龄高,外出活动时,家属应该陪同,避免由于晕倒导致外伤。

1.2.4 健康教育

利用电话联系患者,定期召集患者,1次/月,前往

社区服务中心,开展知识讲座,宣传高血压知识,每次约2h,完成讲座后,由社区全科医师、专家负责,为患者答疑解惑,了解患者是否掌握讲座知识。积极宣传有关知识,包括高血压情况,例如危害、分级等;形成原因,维持因素;发生机制,例如心理机制、神经内分泌影响等;治疗方案,例如非药物治疗、药物治疗等;心理行为影响,包括心理因素,饮食、运动情况等,加深患者认知。进行心理干预,和患者积极交流,加强信心,倾听其心声,减轻恐惧、不安等心理,攻克心理障碍。

1.3 观察指标

评价血压控制效果:检验干预前后DBP和SBP^[3]。评价生活质量:采取SCL-90量表,纳入5项指标,均为0-100分^[4]。评健康知识掌握情况:采用问卷调查,包括监测血压、按时服药、控制体质指数、控制情绪和低盐低脂饮食,均为0-100分^[5]。

1.4 统计学方法

SPSS28.0处理数据, ($\bar{x} \pm s$) 表示计量,行t检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血压控制效果比较

对比DBP和SBP, 观察组均更低 ($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组血压控制效果比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	DBP (mmHg)		SBP (mmHg)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	51	105.63±11.70	81.25±7.56 ^a	158.86±12.35	131.16±7.65 ^a
对照组	51	106.58±10.98	92.65±8.70 ^a	159.25±11.74	141.19±8.25 ^a
<i>t</i>	/	0.423	7.063	0.163	6.366
<i>P</i>	/	0.673	0.000	0.870	0.000

注:与本组干预前比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组生活质量比较

详见表2。

对比各项SCL-90评分, 观察组均更高 ($P < 0.05$)。

表2 两组生活质量态比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	生命力(分)		社会功能(分)		生理职能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	51	41.42±4.08	73.15±5.78 ^a	42.43±4.47	72.50±5.46 ^a	41.81±5.45	73.38±5.80 ^a
对照组	51	42.32±3.98	65.36±6.17 ^a	42.61±4.42	66.80±4.98 ^a	42.65±4.96	64.38±4.77 ^a
<i>t</i>	/	1.128	6.580	0.204	5.508	0.814	8.559
<i>P</i>	/	0.262	0.000	0.838	0.000	0.418	0.000

续表2 两组生活质量比较 [$n(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	情感职能(分)		心理职能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	51	42.28±4.17	75.26±3.65 ^a	42.33±3.65	74.28±4.55 ^a

续表:

组别	例数	情感职能(分)		心理职能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	51	42.44±4.10	64.28±4.19 ^a	43.16±3.17	63.26±4.19 ^a
<i>t</i>	/	0.195	14.111	1.226	12.723
<i>P</i>	/	0.845	0.000	0.223	0.000

注:与本组干预前比较,^a*P*<0.05。

2.3 两组健康知识掌握情况比较

观察组的监测血压、按时服药、控制体质指数、控

制情绪和低脂低盐饮食评分均明显高于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。详见表3。

表3 两组健康知识掌握情况比较[n($\bar{x}\pm s$)]

组别	例数	监测血压(分)	按时服药(分)	控制体质指数(分)	控制情绪(分)	低脂低盐饮食(分)
观察组	51	93.25±4.68	94.26±4.52	92.13±4.54	93.13±4.58	93.46±4.52
对照组	51	82.26±6.16	81.23±4.19	80.43±4.56	85.56±6.12	82.61±5.25
<i>t</i>	/	10.145	15.098	12.985	7.072	11.185
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

高血压发展缓慢,病程长,其影响因素多,包括饮食习惯、生活方式、健康行为等,其危险因素有高血脂、摄入食盐量多等,和家族史有关^[6]。为控制疾病进展,调节预后,要做好健康管理。

采取社区全科医学管理,紧密连接家庭及社区,将护理工作从门诊,一直延伸到出院后^[7],提供持续、完整服务^[8]。针对每位患者,为其创建健康档案,结合疾病严重程度,为其分级,制定适当干预方案。加强随访,动态监测血压,一旦出现病变,马上为其转诊。全科医生及时联系患者家庭,和社区服务中心沟通,全面、动态监测病情,评估康复情况,持续改进护理方案。依据患者经济情况、家庭环境等,创建个性化、综合化管理计划,从而管控血压。加大宣教力度,形成健康、规律生活习惯,积极消除危险因素。分析研究结果显示和对照组比,观察组的DBP和SBP均更低(*P*<0.05),表示采取该模式,能有效控制血压,利用该模式,提供1VS1干预,结合患者病情,制定护理方案,按照医嘱执行,便于控制血压。观察组的各项SCL-90评分均更高(*P*<0.05),表明应用该模式,结合患者病情,提供差异性、个性化措施,能提高生活质量,患者身心健康均改善。观察组的监测血压、按时服药、控制体质指数、控制情绪和低脂低盐饮食评分均更高(*P*<0.05),代表该模式可加强患者认知,提升其积极性。说明应用社区全科医学管理可以升高血压预后,取得良好效果。

综上所述,给予高血压患者社区全科医学管理能有效管控血压提高认知水平和生活质量,值得推广。

参考文献

- [1]周震,刘海燕,李帅德,杨利妮.全科医生签约服务在社区原发性高血压患者管理中的应用效果[J].中国社区医师,2024,40(19):148-150.
- [2]王贞贞,童建菁,张晨莉,蒋婕.全科规培医师高血压慢病管理知识现状评估及改进策略[J].内科理论与实践,2024,19(3):180-184.
- [3]蔡佩佩,顾春娟.社区全科医学保健联合健康指导在老年高血压患者中的应用效果[J].中国社区医师,2024,40(17):143-145.
- [4]刘广洋.全科医学健康管理对社区高血压患者的影响[J].中国城乡企业卫生,2024,39(5):55-57.
- [5]张若岩,张金佳,张启龙,赵稳稳,张敏,孙彦杰,王荣英.三级甲等医院全科医学科-社区联合对社区老年高血压病/糖尿病患者健康管理的效果研究[J].中国医药,2024,19(3):346-350.
- [6]邹林强.综合干预对社区高血压患者的管理效果分析[J].中国城乡企业卫生,2024,39(2):32-33.
- [7]徐婷婷.社区全科医学管理模式对高血压患者血压控制及生活质量的影响[J].中国乡村医药,2024,31(4):47-48.
- [8]李俊.社区全科医生高血压综合防治应用于原发性高血压患者中的效果[J].中国社区医师,2023,39(35):137-139.