

## 家庭医生责任制用于社区高血压中的价值

薛陈晨, 江雁, 彭勇华, 蒋元军, 陆冬春\*

上海市朱泾社区卫生服务中心 上海

**【摘要】目的** 研究家庭医生责任制应用在社区高血压中的应用价值。**方法** 回顾性分析 2018 年 1 月-2021 年 12 月间的 200 例社区高血压患者资料, 随机分为 2 组, 各 100 例, 参照组采用常规门诊管理干预, 观察组则应用家庭医生责任制干预。统计比对两组依从性、血压水平、自我管理情况。**结果** 观察组患者的依从性以及血压监测、遵从医嘱用药、饮食管理、坚持运动等自我管理效率均要优于参照组 ( $P<0.05$ )。干预前两组的血压水平无较大差异 ( $P>0.05$ ); 干预后观察组的 SBP、DBP 水平要低于对照组 ( $P<0.05$ )。**结论** 将家庭医生责任制应用在社区高血压管理中, 可有效控制患者血压变化, 提高患者依从性及自我管理效能。

**【关键词】** 家庭医生责任制; 社区; 高血压; 血压控制

**【收稿日期】** 2023 年 3 月 24 日 **【出刊日期】** 2023 年 5 月 23 日 **【DOI】** 10.12208/j.ijcr.20230240

### The value of family doctor responsibility system in community hypertension

Chenchen Xue, Yan Jiang, Yonghua Peng, Yuanjun Jiang, Dongchun Lu\*

Shanghai Zhujing Community Health Service Center Shanghai

**【Abstract】 Objective:** To study the application value of family doctor responsibility system in community hypertension. **Methods:** The data of 200 patients with hypertension in the community from January 2018 to December 2021 were retrospectively analyzed. They were randomly divided into two groups, with 100 patients in each group. The reference group was treated with routine outpatient management intervention, while the observation group was treated with family doctor responsibility system intervention. Statistical comparison of compliance, blood pressure levels, and self management between the two groups. **Results:** The self management efficiency of patients in the observation group, such as compliance, blood pressure monitoring, medication compliance, dietary management, and adherence to exercise, were better than those in the control group ( $P<0.05$ ). There was no significant difference in blood pressure levels between the two groups before intervention ( $P>0.05$ ); After intervention, the levels of SBP and DBP in the observation group were lower than those in the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** Applying family doctor responsibility system in community hypertension management can effectively control the changes in blood pressure, improve patient compliance and self management efficiency.

**【Keywords】** Family doctor responsibility system; community; hypertension; Blood pressure control

高血压是慢性疾病中具有代表性的疾病之一, 其具有较高的发病率, 并且会对患者的机体健康以及生活质量造成严重影响<sup>[1]</sup>。由于高血压患者需要长期通过药物控制血压, 在药物药效作用下有效维持血压水平处于正常水平范围, 以此达到治疗目的。现如今, 对于慢性疾病管理的重视度提高, 家庭医生责任制在社区高血压患者疾病健康管理中逐步推广应用。通过针对社区高血压患者实施家庭医生责任制管理, 可以

更好的对患者实施健康管理干预, 提高患者的高血压控制效果, 促进提高患者生活质量<sup>[2]</sup>。鉴于此, 本文将探讨家庭医生责任制用于社区高血压患者健康管理中的应用价值, 详见下文。

#### 1 资料与方法

##### 1.1 一般资料

回顾性分析 2018 年 1 月-2021 年 12 月期间的 200 例社区高血压患者资料, 随机将患者分为参照组与观

\*通讯作者: 陆冬春

察组 2 组, 各 100 例。参照组中男性患者、女性患者例数各 56 例、44 例; 患者年龄层范围在 48 岁-81 岁之间, 平均年龄为 (68.74±4.65) 岁; 患者高血压病程范围在 3.6 年-16.8 年, 平均病程为 (7.65±1.52) 年。观察组中男、女性患者例数各为 55 例、45 例; 患者年龄层范围在 49 岁-80 岁之间, 平均年龄为 (68.15±4.43) 岁; 患者高血压病程范围在 3.8 年-17 年, 平均病程为 (7.86±1.58) 年。比对两组患者基本资料, 组间数据比对无较大差别 ( $P>0.05$ ), 组间有可比性。

纳入标准: (1) 本研究纳入患者及其家属均知情研究, 且患者自愿参与配合; (2) 无认知能力障碍或精神疾病病史患者; (3) 配合度较高患者。

排除标准: (1) 合并存在心肾等脏器功能严重障碍患者; (2) 合并存在其他恶性肿瘤患者; (3) 中途退出研究患者。

## 1.2 方法

### 1.2.1 参照组

参照组采取常规门诊管理, 患者在门诊治疗过程中, 根据患者的个人病情状况以及用药情况等, 指导患者按照医嘱服用降压药物, 并且对患者的饮食及生活习惯等进行对应指导。

### 1.2.2 观察组

观察组则应用家庭医生责任制干预, 详细内容如下: (1) 建立患者档案: 通过对社区高血压患者的个人基本资料以及病情信息等详细记录, 并且建立患者个人健康档案, 便于针对患者个性化情况为制定出针对性的健康管理方案。(2) 健康宣教: 可通过在患者所在社区开展高血压健康知识讲座, 为社区高血压患者普及高血压疾病知识, 并加强患者的自我健康保护意识。定期到患者家中对患者实施随访健康管理, 有效对患者开展对应健康教育。并且还可以通过创建社区高血压患者管理微信群, 通过微信群回答患者的问题, 向患者推送有关高血压的健康生活小常识、药物知识等, 有效强化患者对自身疾病的了解度, 积极配合治疗。(3) 生活指导: ①日常饮食指导: 叮嘱患者坚持健康膳食, 保证荤素搭配合理性, 确保机体营养

摄入充足, 并且要针对较为肥胖的患者对应指导, 告知患者日常饮食中要合理把控脂肪、糖分以及钠盐的摄入量。②降压药物指导: 向患者普及一些药物药效知识, 并且要告知患者坚持服药对血压控制的积极作用, 纠正患者对于服药的错误认知, 通过提高患者的药物知识了解度, 有利于提高患者服药依从性, 保证药物治疗效果。③血压监测指导: 指导患者或者家属学会使用家庭版血压检测仪, 定时对患者的血压水平进行测定记录。能够有效通过患者的血压监测记录表对患者的病情变化进行了解, 并及时对患者的治疗方案进行调整优化, 有效控制患者疾病。④运动指导: 可通过向患者讲解坚持运动锻炼对于疾病控制的效果及作用, 根据患者个人机体状况针对性指导, 通过坚持运动锻炼, 有利于促进机体循环, 对于肥胖型高血压患者而言, 可以有效降低体重, 促进控制血压波动。

## 1.3 观察指标

(1) 比对两组患者依从性, 患者对所有健康管理干预措施都积极配合, 即表示为完全依从; 若患者只对部分健康管理干预措施配合, 即为部分依从; 若患者对任何管理措施都不配合, 甚至有抵触意识及抗拒行为, 即为不依从。

(2) 统计比对两组患者干预前后的 SBP(收缩压)、DBP(舒张压) 指标水平。

(3) 统计比较两组患者的血压监测、遵从医嘱用药、饮食管理、坚持运动等自我管理达标率。

## 1.4 统计学方法

研究数据以 SPSS25.0 版统计学软件统计分析, 计量数据以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 计数数据以例 (n)、百分比 (%) 表示; 计量数据对比用  $t$  检验, 计数数据以  $\chi^2$  检验; 统计结果显示  $P<0.05$  时, 提示有统计学差异。

## 2 结果

### 2.1 比较两组患者依从性

表格 1 数据结果得出, 参照组与观察组的依从性组间比对有统计学差异, 且观察组的依从率要显著高于参照组 ( $P<0.05$ )。

表 1 两组患者依从性比对[n(%)]

| 组别          | 完全依从       | 部分依从       | 不依从        | 总依从率       |
|-------------|------------|------------|------------|------------|
| 参照组 (n=100) | 52 (52.00) | 30 (30.00) | 18 (18.00) | 82 (82.00) |
| 观察组 (n=100) | 75 (75.00) | 24 (24.00) | 1 (1.00)   | 99 (99.00) |
| $\chi^2$    | --         | --         | --         | 14.888     |
| $P$         | --         | --         | --         | 0.000      |

## 2.2 比较两组干预前后的 SBP、DBP 水平

参照组患者干预前后的 SBP 水平为[前 (148.79 ± 8.46), 后 (140.25 ± 7.64)]mmHg、DBP 水平[前 (94.86 ± 4.68), 后 (86.75 ± 4.96)]mmHg; 观察组患者干预前后的 SBP、DBP 水平以此为[前 (148.86 ± 8.74), 后 (133.45 ± 6.75)]mmHg、[前 (94.92 ± 4.87), 后 (80.02 ± 4.23)]mmHg。

两组干预前比结果为: ( $t=0.058$ ,  $p=0.954$ )、( $t=0.089$ ,  $p=0.929$ ); 对照组干预前后的数据比结果为 ( $t=7.492$ ,  $p=0.001$ )、( $t=11.893$ ,  $p=0.001$ ); 观察组干预前后的数据比结果为 ( $t=13.954$ ,  $p=0.000$ )、( $t=23.099$ ,  $p=0.001$ ); 两组患者干预后的数据结果依次为 ( $t=6.670$ ,  $p=0.001$ )、( $t=10.324$ ,  $p=0.001$ )。干预前两组患者的 SBP、DBP 水平无统计学差异 ( $P>0.05$ ); 干预后虽然两组的 SBP、DBP 水平相比干预前有显著改善, 且参照组与观察组干预后的指标血压指标水平有显著差异, 但观察组的 SBP、DBP 水平都要低于参照组指标水平 ( $P<0.05$ )。

## 2.3 比对两组患者的自我管理情况

参照组中的血压监测效率为 80.00%、遵从医嘱用药达效率为 82.00%、饮食管理效率为 78.00%、坚持运动效率为 76.00%。观察组患者的血压监测效率为 97.00%、遵从医嘱用药效率为 98.00%、饮食管理效率为 96.00%、坚持运动效率为 95.005。比对两组患者自我管理情况, 观察组患者的血压监测、遵从医嘱用药、饮食管理、坚持运动等自我管理效率均要高于对照组, 组间差异显著 ( $\chi^2=14.198$ ,  $p=0.001$ ;  $\chi^2=14.222$ ,  $p=0.001$ ;  $\chi^2=14.324$ ,  $p=0.001$ ;  $\chi^2=14.157$ ,  $p=0.001$ )。

## 3 讨论

现如今, 随着对慢性疾病管理的重视度不断加强, 并且医疗机构的慢性病管理服务逐渐完善, 许多慢性疾病的健康管理逐步落实到社区医疗中<sup>[3]</sup>。但是传统的门诊管理虽然能够对慢性疾病健康管理起到一定的干预效果, 但是患者的接受能力不佳, 从而无法获得理想管理效果。而家庭医生签约管理模式则是针对社区慢性疾病患者的实际情况, 给予更加系统性的管理服务, 以患者为健康管理重点, 促进提高管理效果, 有利于提高患者治疗依从性<sup>[4]</sup>。

本研究结果得出, 观察组干预后的依从性及自我管理效率均要优于参照组, 且观察组的 SBP、DBP 水平要低于参照组, 组间数据比对有统计学差异 ( $P<0.05$ )。表明对社区高血压患者实施家庭医生责任制管理可获得显著管理效果, 能够有效提高患者的

治疗依从性及自我管理效率, 促进控制患者的血压水平。家庭医生责任制的健康管理模式是针对疾病健康管理的新型管理模式, 其在于慢性疾病防控工作中可获得良好管理效果。家庭医生责任制管理模式主要是通过直接与患者进行签约的方式, 针对患者的实际病情状况, 为患者提供个性化健康管理服务, 并且在管理期间, 家庭签约医生通过分析患者的病情变化影响因素, 以家庭为单位, 对患者实施对应护理管理, 有效控制患者的血压水平, 提高患者的健康管理意识及能力, 促进提高患者的生活质量<sup>[5-6]</sup>。通过对社区高血压患者开展优质且具有针对性的健康管理服务, 并且针对患者的用药以及日常生活等提出对应管理干预, 可以有效保证患者的药物效果, 促进提高患者的日常生活质量<sup>[7-8]</sup>。

综上所述, 通过对社区高血压患者采取家庭医生责任制管理, 不仅可以有效提高患者的治疗依从性, 也能够提高患者的自我管理效能, 有利于维持患者的血压正常水平范围, 促进提高患者生活质量。

## 参考文献

- [1] 范建洪. 全科医生签约式服务用于社区高血压管理中的价值分析[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(7):873-875.
- [2] 员战民, 刘晓蕊. 家庭医生综合干预对社区高血压患者的干预效果[J]. 当代医学 2022, 28(6):25-28.
- [3] 范文静. 家庭医生签约服务模式在社区高血压病情管控中的应用[J]. 中国社区医师, 2021, 12(4):103-105.
- [4] 张豪. 家庭医生式签约服务在社区高血压患者中的应用价值[J]. 医药前沿 2020, 10(26):243-245.
- [5] 杨祯. 家庭医生责任制在社区高血压管理中的应用研究[J]. 山西医药杂志, 2022, 051(011):1309-1311.
- [6] 李向华. 家庭医生签约服务对社区高血压患者的管理效果分析[J]. 医药前沿, 2022, 12(4):103-105.
- [7] 徐露. 家庭医生签约服务在社区高血压慢病管理中的应用价值及可行性分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37(15):176-177.
- [8] 黄慧卿. 家庭医生"1+1+1"签约模式在社区高血压患者中的应用效果研究[J]. 中国卫生产业, 2022, 019(008):133-136.

版权声明: ©2023 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS