

· 社区慢性病综合防治 ·

北京市石景山区高血压合作管理的效果评价

刘继红 雍爱琳 刘海英 崔宁 阎淑琴 刘贵 穆秋山 王萍

【摘要】 目的 对石景山社区 497 名高血压病人合作管理 11 个月的效果进行评价。方法 对调查出的高血压病人随机按 4:1 分为挂历组 373 人，手册组 124 人。两组均采取“一对一”的高血压合作管理。结果 两组分别进行管理前后对比，病人症状、血压控制良好率、病情稳定率均有明显的改善和提高 ($P < 0.01$)；规律服药率也有提高 ($P < 0.05$)。两组之间差异无显著性 ($P > 0.05$)。两组人均药费明显下降，仅为上年同期的 13.95%。结论 社区高血压合作管理是有效的。

【关键词】 社区 高血压 管理 评价

The evaluation of results from cooperative management for hypertension Liu Jihong, Yong Ailin, Liu Haiying, et al.
Traditional Chinese Medicine Hospital of Shijingshan, Beijing 100043

【Abstract】 Objective To evaluate the effect of cooperative management to 497 patients with hypertension for 11 months in Shijingshan residential area. Methods 497 patients were divided into two groups in 4:1 at random, hanging-paper group (373 cases) and handbook group (124 cases). We took "one to one" method of cooperative management in both groups. Results The two groups were contrasted respectively around the management period. Not only were the symptoms obviously improved, but also the well rate of the hypertension control and the steady rate of the patient's condition were greatly increased ($P < 0.01$). The rate of regular taking medicines was increased too ($P < 0.05$). There was no significant variation between the two groups. The payment for the medicines was dramatically decreased, equaling 13.95% only as compared with the same time of the last year. Conclusion The cooperative management for hypertension is an effective method in residential area.

【Key words】 Hypertension Management Evaluation

高血压病是患病率高、并发症多、致残率高、病死率高的一种慢性疾病，但是通过改变生活行为是可以控制的。目前我国高血压病人对于高血压病的知晓率、治疗率、控制率（三率）均较低，若要改变这一状况，社区医生对高血压病人的系统管理可以起到重要作用。为了达到提高三率的目的，我区于 1999 年 1 月～11 月，对 497 名高血压病人采取“一对一”的合作管理，以探索社区高血压病人理想的管理模式。

1 对象和方法

1.1 对象：高血压病人来自 6 个社区卫生服务站所管辖的人群，从社区慢性病调查出的高血压病人中随机按 4:1 分成两组，一组每人具有一本记有高血压知识的挂历（挂历附有生活行为表），简称“挂历组”，共 373 人；一组每人具有一本高血压防治知识手册，简称“手册组”，共 124 人。

1.2 方法

作者单位：100043 北京市石景山区中医医院（刘继红，雍爱琳）；北京市石景山区卫生局（刘海英，崔宁）；北京市石景山区医院（阎淑琴，刘贵，穆秋山）；北京市石景山电厂职工医院（王萍）

1.2.1 采取“一对一”的合作管理，即每月固定的 1 位医师与病人见面 1 次，测量血压、了解病情、指导用药、督促改变不良生活行为。挂历组每人每日还要填写日常生活行为表，每周测量血压 1 次（病人到社区卫生服务站测量），每月测量体重 1 次，并按月交每日健康生活行为表。

1.2.2 血压评价标准：A：良好（ $SBP < 140 \text{ mmHg}$, $DBP < 90 \text{ mmHg}$ ）；B：尚可（ $SBP 140 \sim 159 \text{ mmHg}$, $DBP 90 \sim 94 \text{ mmHg}$ ）；C：不良（ $SBP \geq 160 \text{ mmHg}$, $DBP \geq 95 \text{ mmHg}$ ）。

1.2.3 病症控制评价：根据临床症状分为轻、中、重 3 种。

1.2.4 对病人服药情况分 4 级：1 级：规律服药，偶尔漏服；2 级：每周服药 4 天或以上；3 级：每周服药 < 4 天；4 级：偶尔服药或不用药。

1.2.5 统计学处理：全部资料均使用 EPIINFO 6.04 软件汇总统计， χ^2 检验。

2 结果

2.1 管理 497 例高血压病人，挂历组 373 人，其中男性 160 人，女性 213 人；手册组 124 人，其中男性 58 人，女性 66 人。年龄构成及一般情况见表 1、表 2。

表 1 两组高血压病人年龄分布 [n (%)]

年龄(岁)	挂历组	手册组
<40	13 (3.48)	1 (0.80)
40~49	70 (18.77)	3 (2.42)
50~59	89 (23.86)	23 (18.55)
60~69	142 (38.07)	66 (53.23)**
≥70	59 (15.82)	31 (25.00)*
合计	373 (100.00)	124 (100.00)

注: * P < 0.05, ** P < 0.01

2.2 两组血压控制情况: 见表3, 高血压病人参加管理后处于良好的病人数显著增多, 呈现出从4月份起血压正常的人数明显上升, 并保持至11月份。管理前后差异有非常显著性 ($\chi^2 = 18.54, P < 0.01$)。

2.3 病情控制情况: 见表4。经过合作管理, 高血压病人症状轻的人数(简称: 轻症)明显增加, 出现在4月、5月, 及7~11月($P < 0.01$)。挂历组1~7月无明显变化, 8~11月轻症者有明显增加($P < 0.01$)。手册组4月、5月、9~11月增加($P < 0.05$), 而2月、3月、6~8月变

化不大。

表 2 497例高血压病人一般情况一览表 [n (%)]

项目	管理人数	挂历组	手册组
分级			
I	197	148 (39.68)	49 (39.52)
II	191	141 (37.80)	50 (40.32)
III	109	84 (22.52)	25 (20.16)
并发症			
心	135	98 (50.77)	37 (52.86)
脑	121	93 (48.19)	28 (40.01)
肾	4	1 (0.52)	3 (4.29)
外周血管	3	1 (0.52)	2 (2.84)
病程			
1~5年	193	150 (40.21)	43 (34.68)
6~10年	80	60 (16.09)	20 (16.13)
11~19年	102	78 (20.91)	24 (19.35)
≥20年	122	85 (22.79)	37 (29.84)
病情			
轻	397	289 (77.48)	108 (87.10)*
中	86	72 (19.30)	14 (11.29)*
重	14	12 (3.22)	2 (1.61)

注: * P < 0.05

表 3 血压控制良好率比较 (%)

组别	管理人数	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
挂历组	373	37.3	43.0	44.4	55.3**	60.3**	62.0**	60.1**	62.5**	62.0**	61.2**	66.9**
手册组	124	47.2	44.7	49.6	53.7	59.5	63.9**	65.6**	67.5**	65.8**	60.8*	59.5
合计	497	40.0	43.4	45.8	54.9**	60.1**	62.5**	61.5**	63.7**	63.0**	61.1**	65.0**

注: * P < 0.05, ** P < 0.01

表 4 高血压病人轻症率比较 (%)

组别	管理人数	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
挂历组	373	81.7	80.6	83.8	85.8	89.9	86.1	87.4	92.2**	92.4**	91.6*	96.6**
手册组	124	87.0	91.1	93.5	95.0*	95.0*	91.8	91.0	94.2	95.8*	95.0*	96.7**
合计	497	83.2	83.2	86.2	88.1*	91.2*	87.6	88.3*	92.7*	93.3*	92.4*	96.6**

注: * P < 0.05, ** P < 0.01

表 5 规律服药率比较 (%)

组别	管理人数	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
挂历组	373	70.8	72.1	74.7	74.7	76.8	72.5	73.7	75.9	78.3*	79.2*	80.0**
手册组	124	68.3	70.4	65.0	68.6	71.1	66.1	68.0	69.1	70.3	75.0	81.7*
合计	497	70.7	71.7	72.3	73.1	75.3	70.8	72.3	74.2	76.3*	78.1*	78.3*

注: * P < 0.05, ** P < 0.01

2.4 规律服药情况: 见表5。高血压病人合作管理前规律服药率为70.7%, 合作管理后为78.3%,(P < 0.01)。挂历组1~8月份与年初无明显差异, 自9月、10月、11月, 规律服药比年初明显增多(P < 0.01)。手册组规律服药者直至11月方出现明显增多(P < 0.05)。

2.5 新发合并症及转归: 新发合并症: 497名高血压病人在11个月“一对一”合作管理中发生心脏病32人, 占6.44%; 发生脑血管病2人, 占0.40%; 外周血管病1人, 占0.20%。转归: 病情稳定452人, 占90.95%; 住院25人, 占5.03%; 病情恶化11人, 占2.21%; 死亡3人, 占0.60%。

2.6 健康教育: 每月对高血压病人进行健康教育宣传, 讲解高血压病的有关知识, 强调低盐、均衡饮食, 指导科学运动、控制体重, 劝解戒烟限酒、心理平衡等健康生活行为。经过11个月的管理, “心室肥厚是高血压合并症之一”的知晓率由原来的43.68%提高到79.49%(P < 0.01); 合理膳食口诀由很少人知道到86.84%的知晓率; 相信通过改变生活行为可以预防和控制高血压, 以及高血压病人须终身服药的认可程度也有明显增多(P < 0.01); 尤其是每周≥5次, 每次≥30分钟的合理运动方式比管理前明显增多(P < 0.01)。

2.7 高血压用药: 我区高血压病人的降压用药, 主要是复

方降压片、降压 0 号，占 25.35%；短效钙拮抗剂占 11.87%；合用复方降压片与钙拮抗剂占 8.05%。每月人均费用 79.55 元，是 1998 年每月人均费用（570.42 元）的 13.95%。经过合作管理，高血压费用较上一年下降 86.05%。

3 讨论

3.1 “一对一”合作管理形式确实对高血压病人有好处。通过 11 个月的管理，高血压病人的血压控制良好率、病情稳定率、规律服药率均有提高，高血压费用明显下降 ($P < 0.05$)。围绕知识、态度、行为三个中心进行连续性、系统性的健康教育及行为干预，密切了医患关系，受到高血压病人及家属的普遍欢迎。

3.2 挂历组的管理力度强于手册组其结果在以下方面显示不同。

3.2.1 通过随机抽查比较，高血压健康知识、态度、行为，挂历组好与手册组。

3.2.2 从控制血压方面，挂历组经过一季度的宣传教育，血压良好率从 4 月份开始明显提高，手册组则于 6 月份方出现成效，较挂历组延迟 2 个月，而且 11 月份又出现反复。

3.2.3 从临床表现来看，挂历组在管理前轻症病人少于手册组，中症病人又多于手册组，经过半年的管理后，轻症病人增多并维持到年终。而手册组则轻症病人数目不稳定，4~5 月及 9~11 月轻症病人例数较 1 月份增多，其他月份差异无显著性。

3.2.4 从是否规律服药来看，挂历组，1~8 月与年初比较，无明显增多趋势；9~11 月，持续增加 ($P < 0.01$)。

手册组直至 11 月才增多 ($P < 0.05$)。

3.2.5 从高血压的转归情况看，挂历组的病情稳定率是 92.76%，高于手册组的 85.48% ($P < 0.01$)。

通过 11 个月对高血压病人的合作管理，结果确实有效；同时，也可以看出挂历组的管理力度强于手册组，产生的效果也优于手册组。另外，在夏季（6~8 月），症状轻者及规律服药人数没有明显增多，说明：在影响高血压的诸多因素中，季节因素是不可忽视的。

3.3 经过合作管理每月人均药费明显减少，仅为上一年的 13.95%，经济效益是可观的。但是 30% 以上的病人用的降压药是病人所能承受的最廉价的复方降压片及短效钙拮抗剂，而疗效更佳的长效制剂，因经济原因而未能普及。随着改革开放、医疗制度改革的深入，石景山区社区居民使用长效降压药会逐年推广。

参考文献

- 王湘富，胡良，刘春江，等. 社区高血压人群的监控管理及治疗研究. 中国现代医学杂志, 1999, 9 (3): 30
- 周粉，谢立亚，李世焯，等. 社区综合性管理与控制高血压的结果分析. 中华预防医学杂志, 1998, 32 (增刊): 20
- 芦海，王焕文，罗涛涛，等. 酒仙桥地区中老年人高血压的结果分析. 中华流行病学杂志, 1998, 19 (5): 294
- 陈明亮，吴鹏，李勇. 500 例高血压患者社区卫生服务. 高血压杂志, 1999, 7 (2): 15
- 王秀清. 北京市东城区和平里社区居民慢性病防治探讨. 中国慢性病预防与控制, 1997, 5 (1): 29

(收稿: 2000-12-10 修回: 2000-12-28)

(本文编辑: 吕春雷)

·全科医生知识窗·

思考病例 (18)

——请你做一次全科医生

凌晨，你被一阵急促的电话铃声惊醒。原来是张太太打来的，她在电话中说道：“老张出事了，你快来！”你用最快的速度赶到了张家。只见张先生平躺在床上，双目紧闭，面色灰暗，检查心跳呼吸已经停止。立即进行心肺复苏，40 分钟无效而宣告死亡。

你在劝慰张太太的过程中，听她诉说事情的全过程：“今天是我们结婚 20 周年纪念日。老张日夜兼程从外地赶回家已经很晚了。我将他最爱吃的饭菜热

好，又拿出他最爱喝的‘五粮液’。我们边喝边聊。他说最近公司的事很烦，我好言相劝，他越喝越多，菜也越吃越多。吃完饭，趁着高兴就做爱了。不一会儿，我感到老张在喘气，全身在抖动，我以为是兴奋所致，过了一会儿，老张身体抽动几下后就没声息了。我喊了几声也没反应，就感到情况不妙，赶紧打开灯，发现老张双眼紧闭，面色很难看，瘫软如泥，气息全无，出事了。我赶紧穿好衣服敲开邻居家门，并急忙给

你打电话。”

张先生今年 46 岁，是一家公司的经理。他全家都是你的服务对象。你知道张先生平素血压偏高，心脏也有点问题。

思考问题

1 张先生死于何病？

2 诱发因素是什么？

3 应该如何预防和治疗？

(答案见本期)

(本文编辑: 王哲玲)