

基于区域医疗联合体的社区高血压患者的健康管理效果

廖全菊¹ 毛柳东² 叶科³ 李燕青⁴

(1. 深圳市大鹏新区葵涌人民医院, 广东 深圳 518119; 2. 深圳市大鹏新区葵涌人民医院葵丰社区健康服务中心, 广东 深圳 518119; 3. 深圳市大鹏新区妇幼保健院王母社区健康服务中心, 广东 深圳 518120; 4. 深圳市大鹏新区葵涌人民医院三溪高源社康中心, 广东 深圳 518119)

[摘要] **目的:** 观察社区高血压患者健康管理中基于区域医疗联合体的应用效果。**方法:** 选取2021年1月至2021年12月深圳市大鹏新区3个社区管理的200例高血压患者,按随机数字表法分为观察组与对照组,各100例。对照组患者健康管理按常规方法开展,观察组基于区域医疗联合体开展健康管理,比较两组患者管理效果。**结果:** (1) 血压: 干预后两组患者均低于干预前,且干预后观察组患者低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。(2) 血压达标率、高血压知识知晓率、患者满意率: 干预后观察组患者均显著高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。(3) 治疗行为依从性良好率: 干预后两组患者均高于干预前,且干预后观察组患者显著高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 社区高血压患者健康管理依托区域医疗联合体模式开展后,可明显增强管理效果,让患者血压水平控制在理想状态,增加患者对疾病知识的认知,提升治疗行为依从性,让患者对管理更加满意。

[关键词] 高血压; 区域医疗联合体; 健康管理

[中图分类号] R 197 **[文献标识码]** B

To Explore the Health Management Effect of Community Hypertension Patients Based on Regional Medical Consortium

LIAO Quan-ju¹, MAO Liu-dong², YE ke³, LI Yan-qing⁴

(1. Shenzhen Dapeng New District Kuichong People's Hospital, Guangdong Shenzhen 518119; 2. Kuifeng Community Health Service Center, Kuichong People's Hospital, Dapeng New District, Guangdong Shenzhen 518119; 3. Wang Mother Community Health Service Center, Dapeng New District Maternal and Child Health Hospital, Guangdong Shenzhen 518120; 4. Sanxi Gaoyuan Community Health Center, Kuichong People's Hospital, Dapeng New District, Guangdong Shenzhen 518119)

[Abstract] **Objective** To observe the application effect of regional medical consortium in the health management of community hypertension patients. **Methods** A total of 200 hypertension patients from 3 communities in Dapeng New District, Shenzhen city from January 2021 to December 2021 were selected and divided into observation group and control group according to random number table method, with 100 cases in each group. the control group carried out health management according to the conventional method, and the observation group carried out health management based on the regional medical consortium, and compared the management effect of the two groups of patients. **Results** (1) blood pressure: After intervention, both groups were lower than before intervention, and after intervention, observation group was lower than control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (2) the rate of blood pressure reaching the standard, the rate of knowledge of hypertension and the rate of patient satisfaction: After intervention, the observation group was significantly higher than the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (3) good compliance rate of treatment behavior: Both groups were higher after intervention than before intervention, and observation group was significantly higher than control group after intervention, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The health management of hypertension patients in community relying on regional medical consortium mode can significantly enhance the management effect, so that patients' blood pressure level can be controlled in an ideal state, increase patients' awareness of disease knowledge, improve treatment behavior compliance, and make patients more satisfied with management.

[Keywords] Hypertension; Regional medical consortium; Health management

[收稿日期] 2022 - 12 - 15

[基金项目] 深圳市大鹏新区科技创新和产业发展专项资金项目(YL202001-06)

[作者简介] 廖全菊,女,主管护师,主要研究方向是护理学和卫生管理。

高血压是一种心血管疾病,发病后不仅肾脏、心脏等靶器官会受到损伤,且各种心脑血管疾病的发生率也明显升高,如冠心病、脑卒中等,极大威胁患者生活质量及生命安全。临床治疗高血压时,药物为常用方式,但受到医疗资源、经济压力等因素的影响,多数患者在有效控制血压后便出院居家康复,由于患者及家属疾病认知缺乏,再加上缺少医护人员的专业指导,导致不能开展规范的居家护理,使血压控制效果受到影响^[1]。高血压患者出院回家后,主要由社区开展健康管理,因患者伴发疾病多种多样,且健康需求不断增加,导致传统条块分隔式的管理方式并不能获得理想的管理效果,急需探索出新型的健康管理模式^[2]。区域医疗联合体组建的主要目标是将更便利、专业的医疗服务提供给在社区医院就诊的患者。研究发现,社区基于区域医疗联合体开展高血压患者健康管理后,可充分发挥有限医疗资源的作用,促进高血压等慢性病管理效果的升高,改善患者预后^[3]。2017年,深圳市第二人民医院与大鹏新区人民政府签署协议,通过设立深圳市大鹏新区医疗健康集团(以下简称医疗健康集团),整体托管深圳市大鹏新区葵涌人民医院、深圳市大鹏新区妇幼保健院、深圳市大鹏新区南澳人民医院以及下属的21家社康机构/站(以下简称“社康机构”),成为了深圳市首个纵向整合市级医院-区级医院-社康中心三级联动的紧密型医联体^[4]。本研究以200例原发性高血压患者作为研究对象,观察了区域医疗联合体应用到社区高血压患者健康管理中的效果,供各社区健康服务机构参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年1月至2021年12月深圳市大鹏新区3个社区管理的200例高血压患者,按随机数字表法分为观察组与对照组,各100例。观察组男性50例,女性50例;年龄41~84岁,平均年龄(61.97±10.74)岁;病程:<3年16例,3~5年13例,6~10年28例,>10年43例;文化程度:初中及以下59例,高中及中专24例,大专及本科16例,研究生及以上1例。对照组男性49例,女性51例;年龄40~78岁,平均年龄(61.57±10.33)岁;病程:<3年26例,3~5年25例,6~10年20例,>10年29例;文化程度:初中及以下63例,高中及中专26例,大专及本科11例,研究生及以上0例。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1)符合诊断标准,即降压药未应用情况下,非同日3次测量显示收缩压 ≥ 140 mmHg

(1 mmHg ≈ 0.133 kPa)和/或舒张压 ≥ 90 mmHg^[5];(2)原发性高血压;(3)高血压分级1~3级;(4)可自理日常生活;(5)患者知情并同意本研究。

1.1.2 排除标准 (1)继发性高血压;(2)重症患者且需住院治疗;(3)合并语言沟通障碍;(4)合并恶性心律失常;(5)肝肾功能存在严重障碍;(6)合并恶性肿瘤。

1.2 方法

1.2.1 对照组 健康管理按常规方法开展,包含定期随访、嘱咐患者按时复诊、指导用药等。

1.2.2 观察组 基于区域医疗联合体开展健康管理,具体方法如下,(1)整合人力资源:以市属三甲公立医院、区级医院、社康机构作为医联体,纵向、横向整合三个层级的人力资源,使区域内优质医疗资源得到充分、合理的利用。①对社康机构需求进行调查评估,以实际需求为依据,由市属三甲公立医院向社康机构派出专家,设立专家工作室、名医工作室等开展技术指导,可定期派出,也可不定期派出,指导形式包含坐诊、讲课、查房等。②社区定期派遣医护人员前往市属三甲公立医院进修,公立医院根据基层医疗机构的需求和实际水平,量身定制教学计划,充分发挥自身教学职能,让社区医护人员了解掌握高血压等慢性病诊疗新知识、新技术以及新进展,促进自身诊疗能力和管理水平的提高。③积极组建“家庭医生服务团队”,团队成员包含社区全科医生和护士、公卫医生以及市属三甲公立医院心血管疾病专科医生,与高血压患者签订服务协议,专科医生给予全科家庭医生定向指导,具体指导方式包含社区现场、微信、电话指导等,对于疑难患者,团队成员共同确定诊疗方案,将管理上存在的问题及时、有效解决,促进家庭医生诊疗及管理能力逐步升高,把综合性的、全面的健康管理服务提供给患者。(2)整合物力资源:①以医疗联合体为框架,在市属三甲公立医院设立双向转诊服务专职岗位为社区患者提供预约挂号及检查治疗服务绿色通道,为社区高血压患者提供相应的检查和诊疗服务,充分发挥市属三甲公里医院专业能力强、检查项目齐全等资源优势。②市属三甲公立医院实施延伸服务,高血压患者出院后,及时向其所属社康机构传输相关疾病诊疗资料,专科医生要及时跟进指导社区家庭医生给予进一步的健康管理,促进双向转诊,同时使公立医院床位紧张问题得到缓解。(3)整合信息资源:依托互联网构建信息化管理网络,市属三甲公立医院与区级医院、社康机构之间实现共享信息资源,并对信息资源共同进行动态化管理,如共享检查结果、远程诊疗、康复计划等。(4)优化服务流程:①在区域范围内整合

医疗卫生资源，建立以患者为中心、以健康为目标的服务流程，使管理流程更加完善。②以社区具体需求为依据，由区域医联体牵头制定双向转诊制度和流程，与市属三甲公立医院间建立“双向转诊微信服务群”，在线提供 24 h 服务，建立患者转诊的绿色通道，构建形成了市属三甲公立医院—区级医疗机构—社区医疗机构的三级诊疗体系，实现对口帮扶，形成分级诊疗的良好格局。③社康机构按照国家慢病管理规范，定期随访，调整药物，监测血压，规范管理。针对管理依从性差患者的要求，社区医生还会增加上门服务的次数，进行健康教育、服药管理和血压检测。④由区域医联体成立社管中心，定期开展社区高血压等慢病管理质量评价，以计划(PLAN)—执行(DO)—检查(CHECK)—处理(ACT)循环模式(简称 PDCA 循环模式)作为主要方法，持续改进管理质量。⑤由社区家庭医生牵头，包含市属三甲公立医院专科医生在内的家庭医生服务团队组建高血压管理微信群，邀请患者及其家属共同参与，定期分享高血压相关知识，通过微信进行高血压随访服务，增加了随访的频次；同时在医联体微信公众号推送高血压疾病知识、用药、健康生活行为方式、饮食等健康教育知识，并为患者提供双向转诊服务。

两组患者均连续干预 10 个月以上。

1.3 观察指标

(1) 观察两组患者干预前后血压变化情况，利用电子血压计测量，测量时患者取坐位，静息 10 min 后开始，共测量 2 次，两次之间间隔 30 s，取平均值；观察血压达标情况，收缩压低于 140 mmHg 且舒张压低于 90 mmHg 视为达标，达标率 = 达标人数 / 总例数 × 100 %；

(2) 调查高血压知识知晓情况，采用高血压知识知晓情况问卷，共 5 道题目，答对题目 ≥ 4 个视为良好，3 ~ 4 个视为及格，< 3 个视为不及格，知晓率 = 知晓人数(良好 + 及格) / 总例数 × 100 %；(3) 调查患者对社区慢病管理服务的满意情况，分为非常满意、满意、基本满意、不满意，满意率 = 满意人数(非常满意 + 满意) / 总例数 × 100 %；(4) 评估患者治疗依从性情况，总分 25 ~ 125 分。评估患者最近 1 个月的高血压治疗依从性，得分 ≥ 95 分表示依从性好，统计依从性良好情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后血压变化情况比较

干预后两组患者收缩压、舒张压均低于干预前，且

干预后观察组患者收缩压、舒张压均低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者干预前后血压变化情况比较

(*n* = 100, $\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	时间	收缩压	舒张压
对照组	干预前	147.63 ± 11.87	86.47 ± 9.89
	干预后	142.07 ± 12.52 ^a	83.47 ± 10.26 ^a
观察组	干预前	144.60 ± 14.26	85.30 ± 10.51
	干预后	137.60 ± 16.22 ^{ab}	79.55 ± 12.30 ^{ab}

注：与同组干预前比较，^a*P* < 0.05；与对照组干预后比较，^b*P* < 0.05。

2.2 两组患者血压达标率、高血压知识知晓率、患者满意率比较

观察组患者的血压达标率、高血压知识知晓率、患者满意率显著高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者血压达标率、高血压知识知晓率、患者满意率比较
(*n* = 100, *n* (%))

组别	血压达标	高血压知识知晓	患者满意
对照组	35(35.00)	62(62.00)	93(93.00)
观察组	56(56.00) ^c	84(84.00) ^c	100(100.00) ^c

注：与对照组比较，^c*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗行为依从性良好率比较

干预后两组患者治疗行为依从性良好率均高于干预前，且干预后观察组患者治疗行为依从性良好率均高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗行为依从性良好率比较 (*n* = 100, *n* (%))

组别	干预前	干预后
对照组	30(30.00)	48(48.00) ^d
观察组	28(28.00)	69(69.00) ^{de}

注：与同组干预前比较，^d*P* < 0.05；与对照组干预后比较，^e*P* < 0.05。

3 讨论

随着不断提升人们的生活水平，明显改变了其饮食结构和饮食偏好，导致相关疾病的发病率逐年升高，高血压便是其中一种。高血压发病后，可对肾脏、心脏、脑部、血管等产生影响，诱发各种疾病及并发症，严重威胁患者身心健康。目前，临床上主要采用药物治疗高血压，但能将该疾病治愈的药物尚不存在，经住院规范治疗后，患者血压可控制在较为理想状态，此时即可出院回家康复，不过回家后若想维持血压控制效果，还需长期规律服药^[6]。然而多数患者出院后由于不再受到医务人员监督，会出现逐渐降低用药依从性的现象，导致血压不稳，进而使预后受到影响^[7]。

对于出院居家高血压患者, 血压控制效果及治疗依从性改善的关键在于开展良好的健康管理, 而健康管理的实施主体则是社康机构。现阶段, 社康机构开展高血压患者健康管理时, 传统的条块分割管理方式已经显现出诸多的不足, 如医疗水平较低、居民信任社区的程度较低、医疗资源缺乏等, 使管理效果受到明显的影响^[8]。尽管已经较快的普及社区高血压保健服务, 但由于健全的管理模式尚未完善, 导致岗位职责不明确, 进而使管理效果无法得到充分的保障^[9]。区域医疗联合体应用后, 可充分整合区域范围内的各种医疗卫生资源, 有利于提高资源利用率, 并能形成有效的分级诊疗格局。社区高血压健康管理中应用区域医疗联合体后, 可充分发挥市属三甲公立医院、区级医院、社康机构的联合联动作用, 使健康管理效果得到促进和增强, 有效改善患者预后^[10]。本研究中, 观察组充分应用区域医疗联合体的资源优势开展健康管理, 对照组实施常规健康管理, 结果显示, 观察组患者干预后血压水平明显低于对照组, 血压达标率、高血压知识知晓率、患者满意率、治疗行为依从性良好率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。提示基于区域医疗联合体的健康管理有助于把患者血压水平降低并控制在理想范围, 还能提高健康知识知晓程度, 直接促进患者服药依从性的提高, 改善预后, 最终提高患者对社区高血压管理服务的满意程度。

整体上看, 区域医疗联合体的建立具有三方面的优势^[11-13]: (1) 有效的整合了区域人力资源, 促进社区医疗水平升高。“家庭医生服务团队”是区域医疗联合体的关键性措施, 其建立和完善有助于持续的、健康的发展医联体, 在家庭医生团队中, 成员包含多个学科医护人员, 其与“生物-心理-社会”的新医学模式相符合。基于医疗联合体开展高血压等慢性病健康管理时, 专科医生的权威性使得诊疗方案的科学性与针对性增强; 规范开展高血压管理、通过详实客观的随访记录将科学的依据提供给全科医生和专科医生, 确保能给予患者连续规范的治疗; 多样化的随访方式促进健康教育有效性升高; 多学科协作的管理方式有助于实现综合、全面的健康管理, 让患者吸烟、饮酒等不良生活习惯得到纠正, 降低各种不良因素诱发疾病的概率; 患者依从性明显增强, 能够遵医嘱规律的服药, 并对饮食做出合理的管理, 最终显著提高了血压控制效果及血压达标率。(2) 区域联合体推动过程中, 服务流程整合是一项突破性措施, 对服务流程做出规范和整合、组建市属三甲公立医院、区级医院、社康机构三级联动式高血压管理模式、在市属三甲公立医院设立双向转诊服务专职岗位为社区患者提供预约挂号及检查服务绿色通道, 使空间限制被打破,

促使服务结构得到进一步优化, 有利于将健康管理服务持续性地提供给患者, 实现患者住院前后社区与市属三甲医院的无缝衔接, 使血压管理效果明显升高。(3) 区域医疗联合体实质上是优化整合医疗资源的改革方法, 实施过程中, 市属三甲公立医院专家深入基层对社区的实际需求进行充分评估, 根据实际需求对社区医护人员开展专科讲座、技术指导、进修培养等, 同时以专科医生的身份深入基层参与到家庭医生服务团队的具体工作中, 真正实现了市属三甲公立医院对口帮扶社区高血压管理, 并逐步扩大至对口帮扶社区慢性病管理, 责任与义务由市属三甲公立医院和社康机构共同承担, 逐步形成慢病一体化管理模式, 确保专科诊疗、社区和居家管理、上下转诊等工作有序开展, 并形成良性循环, 最终实现医疗资源深度融合、提高管理效果的目的。

综上, 社区高血压健康管理在基于区域医疗联合体框架下开展工作, 其管理能力、管理效果均可得到明显升高, 有助于将患者血压控制在较好水平, 并提高其用药依从性, 促进预后改善。

〔参考文献〕

- (1) 刘桂元. 社区高血压和糖尿病管理中社区卫生定向服务模式的作用评估 (J). 中国全科医学, 2021, 24(S2): 109-110, 114.
- (2) 王鹤, 翟清存. 社区老年高血压患者健康知识、自我管理现状调查及影响因素分析 (J). 中国公共卫生管理, 2021, 37(5): 682-685.
- (3) 戴明慧, 王美英, 邵菲, 等. 医院-社区-自我管理联合对高血压患者干预效果分析 (J). 江苏卫生事业管理, 2021, 32(8): 1121-1124.
- (4) 杜芳, 徐世清, 任力杰, 等. 建立整合式跨区域的医疗健康集团——以深圳市大鹏新区医疗健康集团为例 (J). 中国农村卫生事业管理, 2021, 41(9): 631-635.
- (5) 高血压联盟(中国), 中国医疗保健国际交流促进会高血压分会, 中国高血压防治指南修订委员会, 等. 中国高血压防治指南(2018年修订版) (J). 中国心血管杂志, 2019, 24(1): 24-56.
- (6) 阮舒华, 黄晓渝, 敖梅, 等. 医院-社区线上管理对后疫情时代高血压疾病管理的实践研究 (J). 护理管理杂志, 2021, 21(7): 503-506.
- (7) 刘巧珍, 王妍, 姬利红. 区域临床药师协同参与社区高血压慢病管理的效果评价 (J). 中国药物滥用防治杂志, 2021, 27(3): 376-380.
- (8) 李倩, 张亮清, 张晓娟, 等. 互联网+医疗团队服务对老年高血压病自我血压管理的应用 (J). 中国药物与临床, 2019, 19(2): 311-312.
- (9) 翟小繁. 高血压处方联合医院-社区综合管理模式在治疗高血压患者中的应用效果及安全性分析 (J). 心血管病防

- 治知识, 2020, 10(36): 43-45.
- (10) 杨静文, 董建平, 宋丽萍, 等. 区域医疗联合体高血压管理平台在社区的实践探索 (J). 中国老年保健医学, 2020, 18(4): 17-20.
- (11) 廖红英. 基于“互联网+”的医院-社区-家庭管理模式对高血压患者血压控制及自我健康管理行为的影响 (J). 齐齐哈尔医学院学报, 2020, 41(15): 1973-1975.
- (12) 张荣华. 基于区域医疗联合体的社区高血压患者的健康管理效果研究 (J). 名医, 2019, 10(8): 51.
- (13) 周婧, 何清, 李志勇, 等. 区域医疗联合体双向转诊联合社区健康管理对原发性高血压控制率的影响 (J). 中国初级卫生保健, 2019, 33(3): 42-45.

[文章编号] 1007-0893(2023)03-0130-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.03.041

DRG 病案管理系统病案首页数据质量现状调查、影响因素及优化建议

刘梅 朱嘉辉

(许昌市中心医院, 河南 许昌 461000)

[摘要] **目的:** 分析许昌市中心医院疾病诊断相关分组 (DRG) 病案管理系统病案首页数据质量现状、影响因素及优化建议。**方法:** 通过病案质控平台收集许昌市中心医院 2021 年 6 月至 2021 年 12 月期间的 44184 份病案首页数据, 根据病案首页数据是否填写合格将病案分为合格组 40207 份和不合格组 3977 份, 分析病案首页数据质量的影响因素并给出优化建议。**结果:** 44184 份病案病案资料中共包含 2960328 项应填项目, 其中患者基本信息、手术信息、其他信息填错率较高, 医师信息、费用信息填错率较低; 对影响病案首页数据质量的影响因素进行单因素分析, 工作时间、首页填写培训、首页重要性认知、首页填写质控影响病案首页数据质量。多因素 logistic 回归分析显示, 工作时间、首页填写培训、首页重要性认知、首页填写质控是影响病案首页填写质量的因素 ($P < 0.05$)。**结论:** 许昌市中心医院医院 DRG 病案管理系统病案首页数据质量仍有待进一步提高, 这需从提升临床医师专业素质、加强网络信息化建设、健全医院病案审核制度等多方面进行努力。

[关键词] 疾病诊断相关分组; 病案管理; 病案首页数据; 数据质量

[中图分类号] R 197.324 **[文献标识码]** B

Investigation on Current Status, Influencing Factors and Optimization Suggestions of Medical Record Homepage Data Quality of DRG Medical Record Management System

LIU Mei, ZHU Jia-hui

(Xuchang Central Hospital, Henan Xuchang 461000)

[Abstract] **Objective** To analyze the current status, influencing factors and optimization suggestions of medical record homepage data quality of diagnosis related groups (DRG) medical record management system in Xuchang Central Hospital. **Methods** Through the medical records quality control platform, we collected the first page data of 44184 medical records of Xuchang Central Hospital from June 2021 to December 2021. According to whether the medical records were qualified, the medical records were divided into qualified groups 40207 and unqualified groups 3977. The influencing factors of the data quality of the medical records first page were analyzed and suggestions for optimization were given. **Results** Among the 44184 medical

[收稿日期] 2022 - 12 - 06

[作者简介] 刘梅, 女, 主管技师, 主要研究方向是病案信息技术。