

# 家庭医生签约服务对高血压患者血压控制率的影响

翟瑞峰

(天津市和平区劝业场街社区卫生服务中心全科,天津 300020)

**摘要:**目的 探讨家庭医生签约服务对高血压患者血压控制率的影响。方法 选取 2017~2019 年天津市和平区劝业场街林泉社区接受家庭医生签约服务的高血压患者 1246 例作为研究对象,分析社区管理人群血压控制率、体质指数、血脂情况及降压药物使用情况。结果 2018 年社区管理人群血压达标率高于 2017 年,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ );2019 年社区管理人群血压达标率高于 2017 年,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ );2019 年社区管理人群血压达标率高于 2018 年,但差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。2017~2019 年社区管理人群 BMI 比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。2017~2019 年社区管理人群总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ );2018 年、2019 年低密度脂蛋白胆固醇与 2017 年比较,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ );2018 年与 2019 年社区管理人群低密度脂蛋白胆固醇比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。2017~2019 年高血压患者服降压药的种类(1 种、2 种、3 种、4 种)和不服药比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ );2017~2019 年单片药物 C、A、B、D 使用占比比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ );2019 年传统复方制剂使用占比低于 2018 年和 2017 年,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ );2019 年新型复方制剂使用占比高于 2017 年和 2018 年,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ );2017~2019 年 C+A、C+B、A+D、A+B+C、A+C+D、A+B+C+D 占比比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。结论 家庭医生签约服务可有效控制高血压患者血压水平,提高高血压患者血压达标率,指导患者正确使用降压药物,提高治疗依从性。

**关键词:**家庭医生签约服务;血压控制率;血脂水平

中图分类号:R544.1

文献标识码:A

DOI: 10.3969/j.issn.1006-1959.2020.15.042

文章编号:1006-1959(2020)15-0136-04

## Influence of Contracted Service of Family Doctor on Blood Pressure Control Rate of Patients with Hypertension

ZHAI Rui-feng

(General Department, Quanyechang Street Community Health Service Center, Heping District, Tianjin 300020, China)

**Abstract:** Objective To explore the influence of family doctor contract service on blood pressure control rate of hypertensive patients. Methods From 2017 to 2019, 1246 hypertensive patients in Linquan Community, Quanyechang Street, Heping District, Tianjin City were selected as the research objects to analyze the blood pressure control rate, body mass index, blood lipids and the use of antihypertensive drugs in the community management population. Results The blood pressure compliance rate of the community management population in 2018 was higher than that in 2017, the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ); the blood pressure compliance rate of the community management population in 2019 was higher than that in 2017, the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ); The blood pressure compliance rate of the community management population in 2019 was higher than that in 2018, but the difference was not statistically significant ( $P>0.05$ ). There was no statistically significant difference in BMI of the community management population from 2017 to 2019 ( $P>0.05$ ). The total cholesterol, triglycerides, and high-density lipoprotein cholesterol of the community management population from 2017 to 2019 were not statistically different ( $P>0.05$ ); There was a statistically significant difference in low-density lipoprotein cholesterol between 2018 and 2019 and 2017 ( $P<0.05$ ); there was no statistically significant difference in low-density lipoprotein cholesterol between 2018 and 2019 in community management population ( $P>0.05$ ). There was no statistically significant difference between the types of antihypertensive drugs (1, 2, 3, 4) taken by hypertensive patients from 2017 to 2019 and no medications ( $P>0.05$ ); 2017~2019 single drug C compared with the proportions of A, B, and D, the difference was not statistically significant ( $P>0.05$ ); The proportion of traditional compound preparations used in 2019 was lower than that of 2018 and 2017, the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ); the proportion of new compound preparations used in 2019 was higher than that of 2017 and 2018, the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ); the proportions of C+A, C+B, A+D, A+B+C, A+C+D, A+B+C+D from 2017 to 2019 were not statistically significant ( $P>0.05$ ). Conclusion The contracted service of family doctors can effectively control the blood pressure level of hypertensive patients, increase the rate of blood pressure compliance in hypertensive patients, guide patients to use antihypertensive drugs correctly, and improve treatment compliance.

**Key words:** Family doctor contract service; Blood pressure control rate; Blood lipid level

高血压(hypertension)是常见的慢性病,是心脑血管疾病最重要的危险因素。中国高血压调查最新数据显示<sup>[1]</sup>,2012~2015 年我国 18 岁及以上居民高血压患病粗率为 27.9%,且 18 岁以上人群高血压的知晓率、治疗率和控制率分别为 51.6%、45.8%和 16.8%,虽较 1991 年和 2002 年明显增高,但整体仍处于偏低水平。高血压的防控主要在基层,而全科

医生是慢性病防治的“守门人”。家庭责任医生签约服务是社区医院全科医生和患者签约,建立固定的诊疗模式,可对签约个人、家庭和社区提供优质、方便、经济有效、一体化的保健服务,对高血压患者的管理具有连续性、综合性、个体化。本研究探讨 2017~2019 年家庭医生签约服务对高血压患者血压控制率的效果,现报道如下。

### 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 选取 2017~2019 年天津市和平区劝

作者简介:翟瑞峰(1983.2-),女,山西隰县人,硕士,主治医师,主要从事全科医学、社区慢性病管理及心脑血管病的研究

业场街林泉社区接受家庭医生签约服务的高血压患者 1246 例, 其中 2017 年 403 例, 2018 年 407 例, 2019 年 436 例。

1.2 方法 收集 2017~2019 年林泉社区纳入管理的高血压患者随访结果, 数据来源于社区卫生服务信息系统, 随访包括入户随访和患者来门诊面对面的方式, 内容包括管理人群的血压、体质指数、降压药物使用情况及体检血脂水平。

1.3 观察指标 比较 2017~2019 年社区管理人群的血压达标率、体质指数(BMI)、血脂水平(总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白、高密度脂蛋白)及降压药物使用情况。

1.3.1 血压控制率 根据《国家基本公共卫生服务(第三版)》<sup>[2]</sup>, 一般高血压患者血压降至 140/90 mmHg 以下,  $\geq 65$  岁的老年高血压血压降至 150/90 mmHg 以下, 收缩压和舒张压同时符合标准即为达标, 有一项不符合标准者则为未达标。

1.3.2 BMI BMI=体重(kg)/身高的平方( $m^2$ ), 正常: 18.5~24 kg/ $m^2$ , 超重: 24~28 kg/ $m^2$ , 肥胖:  $\geq 28$  kg/ $m^2$ 。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 23.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组间比较采用  $t$  检验, 多组间比较采用方差分析; 计数资料以[n(%)]表示, 比较采用  $\chi^2$  检验, 以  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2017~2019 年社区管理人群血压控制率比较 2018 年社区管理人群血压达标率高于 2017 年, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 2019 年社区管理人群血压达标率高于 2017 年, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 2019 年社区管理人群血压达标率高于 2018 年, 但差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 见表 1。

表 1 2017~2019 年社区管理人群血压达标率比较[n(%)]

时间	n	达标	未达标
2017	403	236(58.56)	167(41.44)
2018	407	274(67.32)	133(32.68)
2019	436	315(72.25)	121(27.75)

2.2 2017~2019 年社区管理人群 BMI 比较 2017~2019 年社区管理人群 BMI 比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 见表 2。

表 2 2017~2019 年社区管理人群 BMI 比较[n(%)]

时间	n	肥胖	超重	正常
2017	403	111(27.54)	153(37.97)	139(34.49)
2018	407	99(24.32)	163(40.05)	145(35.63)
2019	436	104(23.85)	163(37.39)	169(38.76)

2.3 2017~2019 年社区管理人群血脂水平比较 2017~2019 年社区管理人群总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 2018 年、2019 年社区管理人群低密度脂蛋白胆固醇与 2017 年比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 2018 年和 2019 年社区管理人群低密度脂蛋白胆固醇比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 见表 3。

2.4 2017~2019 年社区管理人群降压药物使用情况比较 2017 年、2018 年、2019 年高血压患者服降压药的种类(1 种、2 种、3 种、4 种)和不服药比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 见表 4; 三年单片药物 C、A、B、D 使用占比比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 2019 年传统复方制剂使用占比低于 2018 年和 2017 年, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 2019 年新型复方制剂使用占比高于 2017 年和 2018 年, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 见表 5; 三年 C+A、C+B、A+D、A+B+C、A+C+D、A+B+C+D 占比比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 见表 6。

表 3 2017~2019 年社区管理人群血脂水平比较( $\bar{x} \pm s$ , mmol/L)

时间	n	总胆固醇	甘油三酯	低密度脂蛋白胆固醇	高密度脂蛋白胆固醇
2017	347	5.52 $\pm$ 1.17	1.88 $\pm$ 1.50	3.26 $\pm$ 0.97	1.28 $\pm$ 0.35
2018	350	5.38 $\pm$ 1.21	1.85 $\pm$ 1.20	2.96 $\pm$ 0.83	1.29 $\pm$ 0.29
2019	407	5.51 $\pm$ 1.31	1.95 $\pm$ 1.31	3.01 $\pm$ 0.85	1.31 $\pm$ 0.29

表 4 2017~2019 年社区管理人群降压药物种类比较[n(%)]

时间	n	1 种	2 种	3 种	4 种	不服药
2017	403	258(64.02)	65(16.13)	20(4.96)	1(0.25)	59(14.64)
2018	407	262(64.37)	74(18.18)	16(3.93)	3(0.74)	52(12.78)
2019	436	273(62.61)	81(18.58)	18(4.13)	4(0.92)	60(13.76)

表 5 2017~2019 年社区管理人群降压药物中单片药比较[n(%)]

时间	n	C	A	B	D	传统复方制剂	新型复方制剂
2017	258	141(54.65)	74(28.68)	5(1.94)	5(1.94)	25(9.69)	6(2.33)
2018	262	144(54.96)	79(30.15)	3(1.15)	6(2.29)	20(7.63)	10(3.81)
2019	273	149(54.58)	78(28.57)	5(1.83)	3(1.10)	19(6.96)	19(6.96)

表 6 2017~2019 年社区管理人群降压药物中联合用药比较[n(%)]

时间	n	C+A	C+B	A+D	A+B+C	A+C+D	A+B+C+D
2017	86	41(47.67)	16(18.60)	8(9.30)	4(4.65)	16(18.60)	1(1.16)
2018	93	45(48.39)	18(19.35)	11(11.83)	7(7.53)	9(9.68)	3(3.23)
2019	103	52(50.49)	23(22.33)	9(8.74)	8(7.77)	10(9.71)	4(3.88)

注:C:钙拮抗剂;A:ACEI 和 ARB;B:β 受体阻滞剂;D:噻嗪类利尿剂;ACEI:血管紧张素转换酶抑制剂;ARB:血管紧张素 II 受体阻滞剂

### 3 讨论

高血压治疗的基本目标是血压达标,最大限度的降低心脑血管发病和死亡总风险。在实施家庭医生签约前,高血压患者没有固定的医生管理,使得高血压治疗无连续性。因此,建立具有针对性的个性化医疗服务模式具有重要意义。家庭医生签约服务是以家庭医生为核心,以家庭医生服务团队为支持,通过签约的方式,促使家庭医生与签约家庭建立起长期、稳定的服务关系。家庭医生的管理模式是每名家庭医生负责一个居委会,护士、公共卫生人员、助理员配合家庭医生共同完成基本医疗和基本公共卫生服务,可有效提高血压控制率,且签约患者有固定责任医师,根据血压控制情况进行分类干预及定期随访、治疗、转诊,符合全科医疗学长期负责式照顾的特点。研究表明<sup>[9]</sup>,家庭医生与慢性病患者签约并建立固定诊疗关系,提供连续、综合诊疗服务对管理健康、控制费用、提高满意度具有重要的作用<sup>[4-6]</sup>。

本研究从 2017~2019 年连续三年对林泉居委会高血压签约患者的管理,结果显示 2019 年及 2018 年社区管理人群血压达标率高于 2017 年,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。说明家庭签约第 1 年到第 3 年,患者从被说服签约到主动签约,就医服药的依从性越来越好,经过家庭医生个体化的药物治疗和家庭健康教育后,患者血压管理较为满意;另外家庭医生管理团队包括家庭医生、护士、社区公共卫生人员,负责人定期入户随访、出诊治疗、健康体检、更新健康档案等工作,团结协作的管理模式更利于对患者的管理<sup>[7]</sup>。2019 年社区管理人群血压达标率高于 2018 年,但差异无统计学意义( $P>0.05$ ),其原因可能为林泉社区  $\geq 65$  岁的老年高血压患者和老年单纯收缩期高血压患者较多,当收缩压增高,脉压差增大,血压波动变大,发生体位性低血压和餐后低血压,这部分患者血压不易控制,且随着时间的延长,社区管理人群血压控制率上升的空间越来越小。研究表明<sup>[8]</sup>,血脂异常所导致的心脑血管事件的几率要明显高于血脂正常患者。低密度脂蛋白升高是动脉粥样硬化性心血管疾病(ASCVD)重要的危险因素,因此降低低密度脂蛋白水平,可显著减少 ASCVD 的发病及死亡危险<sup>[9]</sup>。有研究表明<sup>[10]</sup>,低密度脂蛋白每减少 1.0 mmol/L,主要心血管事件相对减少 21%。

高密度脂蛋白胆固醇降低预示着冠心病发病率升高,反之,高密度脂蛋白胆固醇每升高 0.026 mmol/L,冠心病事件的危险性下降 2%~3%<sup>[11]</sup>。此外,郝鹏等<sup>[12]</sup>研究表明,总胆固醇、甘油三酯水平与血压变异性存在相关性,因此注意血脂水平的监测和控制血压对于减少心、脑血管终点事件的发生具有重要意义。本研究结果显示,2017、2018、2019 年社区管理人群总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );2018 及 2019 年和 2017 年社区管理人群低密度脂蛋白胆固醇比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ );2018 年和 2019 年社区管理人群低密度脂蛋白胆固醇比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。从数据上来看,签约家庭医生服务后,患者血脂水平均有所改善,但改善程度较不明显,其原因因为大部分患者未根据危险分层给予降脂药物,家庭医生对患者的健康教育不到位,很多患者对他汀类药物存在顾虑,服降脂药的患者不能遵医嘱按时检查血脂、肝功能、肌酶,且服药不规律,血脂下降后自行停药。徐学凡等<sup>[13]</sup>研究表明,高血压患者没有达到理想的控制效果,与缺乏高血压相关知识、自我管理能力较弱和治疗依从性不佳密切相关。因此家庭医生应指导患者树立正确的健康理念,帮助患者提高对疾病及降脂药物的认识,了解高血压危险分层和血脂目标值,做到分类干预,定期随访、监测血脂、提高自我管理能力及服药依从性<sup>[14,15]</sup>。

中国高血压基层管理指南(2014 年修订版)<sup>[6]</sup>推荐基层使用二氢吡啶类钙拮抗剂,其中 ACEI 和 ARB 降压作用明确,保护靶器官证据较多;对于血压  $\geq 160/100$  mmHg 或高于目标血压 20/10mmHg 的高危人群,往往初始治疗即需要应用 2 种降压药物,如血压超过 140/90 mmHg,也可考虑初始小剂量联合降压药物治疗<sup>[7]</sup>。本研究结果发现,2017 年、2018 年、2019 年高血压患者服降压药的种类(1 种、2 种、3 种、4 种)和不服药比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );三年单片药物 C、A、B、D 使用占比比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );2019 年传统复方制剂使用占比低于 2018 年和 2017 年,差异有统计学意义( $P<0.05$ );2019 年新型复方制剂使用占比高于 2017 年和 2018 年,差异有统计学意义( $P<0.05$ );且三年 C+A、C+B、A+D、A+B+C、A+C+D、A+B+C+D 占比比

较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。高血压患者服降压药的种类仍以 1 种为主,4 种联合用药的占比较少,且新型复方制剂占比逐年升高,传统复方制剂比例减少;在联合降压中以 C+A 为主,患者的降压药物使用均符合我国临床主要推荐应用和优化联合治疗方案。

综上所述,家庭医生签约服务可有效控制高血压患者血压水平,提高高血压患者血压达标率,指导患者正确使用降压药物,提高治疗依从性。

#### 参考文献:

- [1]Wang Z,Chen Z,Zhang L,et al.Status of Hypertension in China:Results from the China Hypertension Survey,2012-2015[J].Circulation,2018,137(22):2344-2356.
- [2]国家卫生计生委.高血压患者健康管理服务规范.国家基本公共卫生服务(第三版)[Z].2017,3:56-58.
- [3]蔡利强,侯进,陆新建.家庭医生签约服务对 2 级高血压患者血压和费用的效果评价[J].中国全科医学,2017,7(20):245-246.
- [4]陈碧华,赵立宇,陈志刚,等.多种家庭医生服务模式管理效果评价[J].中华全科医学,2013,11(11):1795-1797.
- [5]徐学凡,张引,贺鹏.家庭医生签约服务模式对高血压患者管理效果分析[J].中国初级卫生保健,2015,5(29):76-78.
- [6]《中国高血压基层管理指南》修订委员会.中国高血压基层管理指南(2014 年修订版)[J].中华高血压杂志,2015,23(1):24-43.
- [7]《中国高血压防治指南》修订委员会.中国高血压防治指南 2018 年修订版[J].心脑血管病防治,2019,1(19):1-44.
- [8]吴晓强,李豪侠,李山平.基于高密度脂蛋白、甘油三酯、总胆固醇水平评估老年原发性高血压患者预后情况[J].中国卫生检验杂志,2016,26(15):2204-2206.
- [9]Baigent C,Keech A,Kearney PM,et al.Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment:prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins[J].Lancet,2005(366):1267-1278.
- [10]Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration.Efficacy and safety of statin therapy in older people:a meta-analysis of individual participant data from 28 randomised controlled trials[J].Lancet,2019,393(10170):407-415.
- [11]林小凤,黄维超.血清 HDL-C 水平与原发性高血压预后的关系[J].临床医学工程,2015(9):1191-1192.
- [12]郝鹏,朱玮玮,罗鸿宇,等.原发性高血压患者血脂水平与血压变异性的相关研究[J].四川医学,2015,36(5):628-631.
- [13]徐学凡,张引,刘怡.家庭医生高血压关键防治知识指导对签约者认知的影响[J].中华全科医学,2017,15(3):471-474.
- [14]汪顺澄,黎月银,黄时美.社区家庭医生签约服务对社区高血压病患者的规范用药及患者血压值、达标率、高血压防治知识知晓率的影响[J].吉林医学,2019,44(11):2637-2640.
- [15]翟梅英.家庭医生签约对社区高血压病患者的依从性影响观察[J].心脑血管病防治知识(学术版),2018(11):5-7.

收稿日期:2020-04-10;修回日期:2020-04-20

编辑/刘欢