

· 卫生管理 ·

# 社区卫生工作“四定服务”模式对慢病管理的探讨

杨俊刚<sup>1</sup>, 王明霞<sup>1△</sup>, 代德惠<sup>1</sup>, 杨 抒<sup>1</sup>, 潘金国<sup>1</sup>, 郑万会<sup>2</sup>, 汪岚玥<sup>2</sup>

(1. 重庆市北碚区天生社区卫生服务中心 400700; 2 重庆市第九人民医院医院成本控制研究室 400700)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.30.040

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2011)30-3110-02

慢性病防治工作已成为社区卫生服务工作的重要内容, 作为社区居民医疗保健和卫生服务的守门人, 社区卫生服务中心(站)应不断地调整服务意识, 创新服务模式<sup>[1]</sup>, 提高慢性病管理的业务水平和防控效果。重庆市北碚区天生街道卫生服务中心通过对社区居民问卷调查、健康档案建立和开展社区慢性病管理工作体会总结, 结合社区实际情况, 从 2008 年 6 月起开始实施“四定服务”模式<sup>[2]</sup>对慢性病进行管理, 取得一定效果。

## 1 对 象

重庆市北碚区天生街道社区卫生服务中心辖 8 个社区, 居民人口 7.4 万人, 2008 年 6 月起在 3 个社区(3.5 万人)试点推行四定服务模式, 并将 3 个社区中已经建有健康档案的 1 515 例高血压患者纳入四定服务模式作为慢病管理的内容之一。所有高血压病例均经二级以上医院诊断、复核, 符合高血压诊断标准<sup>[3]</sup>。1 515 例高血压患者中男 975 例, 女 540 例, 年龄小于 35 岁 16 例, 35~60 岁 533 例, 60 岁以上 966 例, 病程 1~<6 年 821 例, 6~<11 年 316 例, ≥11 年 378 例。

## 2 方 法

**2.1 “四定服务”** 通过“定人、定时、定点、定量”将工作落实到个人。同时, 让社区居民也知道社区医生、社区护士什么时间来、谁来、来做什么。

**2.1.1 定人管理** 建立由 2 名全科医师, 3 名护士组成固定的社区健康管理责任小组, 以定时下社区开展工作和门诊服务相结合的服务模式。通过社区联络员联络, 公示医护人员照片、联系方式, 开展义诊、健康教育等形式, 让所辖社区的居民知道“谁来在什么时候来做什么”。健康管理小组对责任社区的所有高血压等慢性病患者资料情况充分掌握, 按照相关诊治标准进行用药指导、疗效随访、饮食起居管理及个案情况处理。

**2.1.2 定时管理** 健康管理责任小组每周固定一天到所辖责任社区开展健康管理。对责任社区高血压患者按照《国家公共卫生服务规范》<sup>[4]</sup>、《中国高血压防治指南》和《慢性病防治工作规范》要求<sup>[5-6]</sup>, 按照高血压危险分层进行分级管理、按时监测, 进行规范管理。根据血压监测情况、用药情况进行相应的指导、调整并做好相应的记录。个案情况者还需要进行事前提醒、门诊随访和家访等加强措施。

**2.1.3 定点管理** 健康管理责任小组每周 1 次在责任社区固定场所进行慢性病管理和相应的社区卫生服务工作。对责任社区内的高血压患者定点管理到相应的工作小组人头上, 对责任人所负责的高血压患者干预除了规范化的医疗业务技术管理外, 社区卫生服务中心从管理和技术层面设有相应的定点人员对下属工作小组的工作方式、医患沟通方式进行管理指导, 确保工作到位。

**2.1.4 定量管理** 采用平衡计分卡管理模式<sup>[7]</sup>, 对健康管理

责任小组实行以工作数量和质量考核为主的方式。对责任社区内的高血压患者按照《国家公共卫生服务规范》、《中国高血压防治指南》和《慢性病防治工作规范》要求, 具体监控患者的相应情况, 并做好记录。此记录不仅是患者的慢病健康档案, 又是健康管理责任小组相应责任人的考核依据。

## 2.2 社区高血压健康管理的具体内容

**2.2.1 高血压筛查管理** 坚持门诊测血压制度; 对辖区内成年居民首诊测血压; 对 35 岁以上居民每年测量 1 次血压; 对血压正常高值、超重肥胖、高血糖、高血脂的人员, 以及高血压患者一级和二级亲属进行信息登记, 列入干预和防治对象, 每季度测量 1 次血压并进行生活方式指导; 对第 1 次发现收缩压大于或等于 140 mm Hg 和(或)舒张压大于或等于 90 mm Hg 的居民在去除可能引起血压升高的因素后预约复查, 非同日 3 次血压高于正常, 可初步诊断为高血压。如有必要, 建议转诊到上级医院确诊, 1 周内随访转诊结果, 对已确诊的高血压患者纳入慢性病管理。

**2.2.2 对高血压患者的规范管理** 测量血压并评估是否存在需要转诊的危急症状; 对不需要转诊的, 询问上次随访到此次随访期间症状; 测量体质量、心率、计算体质量指数; 建立患者生活方式及饮食习惯档案并跟踪指导; 了解患者服药情况、血压控制情况和症状体征, 对患者进行评估及分类指导; 与随访相结合, 每年对高血压患者进行一次较全面的健康检查(一般检查、血脂、血糖、心电图); 教会高血压患者自我管理评分, 工作人员每月随访并和患者一起评估患者自我管理情况; 进行针对性健康教育, 为患者开具健康教育处方, 告诉患者出现那些异常时应立即就诊。

## 3 结 果

**3.1 “四定服务”实施前后对比** 见表 1。

**3.1.1 血压控制情况** 经以群组管理为主的干预后, 高血压患者血压控制较好及血压达标人数增加明显, 血压小于 130/80 mm Hg 的人数为 989 例, 与干预前的 526 例相比差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),

**3.1.2 高血压知识普及情况** 经以群组管理为主的干预后, 高血压患者对相关知识的了解均较干预前有所提高, 与干预前相比差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

**3.1.3 高血压患者服药依从性和健康行为形成情况** 经以群组管理为主的干预后, 高血压患者服药依从性和健康行为形成率显著提高, 与干预前相比差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

**3.1.4 医疗机构对社区高血压人群动态管理情况** 经以群组管理为主的干预后, 医疗机构对社区高血压人群动态管理显著提高, 与干预前相比差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

**3.2 干预前后变化情况统计** 经以“四定服务”为主的综合干

△ 通讯作者, E-mail: 417102245@qq.com.

预后,1 515 例高血压患者的各项指标,均较干预前有明显改善,见表 2。

表 1 1 515 例高血压患者情况

监测指标	干预前 (2008 年 6 月以前)	干预后 (2010 年 6 月)
高血压建档数(人)	1 515	1 515
管理数(人)	685	1 515(4 321)*
控制率(%)	48.7	91.3
随访次数(次)	按照卫生部规范一季度 1 次	每周 1 次
服药依从率(%)	56.5	89.2
开具健康教育处方份数(份)	397	1 853
健康知识普及率(%)	58.6	95.1
健康行为形成率(%)	32.1	64.3

\*:到 2010 年 6 月,通过“四定服务”管理,筛查增加高血压患者 1 906 例,实际纳入高血压患者管理数共计为 4 321 例。为使研究对应,本统计处理仍按原 1 515 例资料对比处理。

表 2 干预前后相关指标( $\bar{x} \pm s$ )

监测指标	干预前	干预后
BMI	27.01±3.48	24.12±3.21*
腹围	93.27±22.37	85.78±22.14*
收缩压	143.35±15.51	129.14±11.60*
舒张压	92.41±8.70	82.24±4.13*
HbA1c	8.58±5.90	7.24±3.82*
TC	5.93±1.71	4.37±1.57*
LDL-C	3.91±0.27	2.18±0.68*

\*:  $P < 0.05$ ,与干预前比较。

#### 4 讨 论

“四定服务”模式的开展,使社区慢性病管理服务得到强化,使慢性病患者的诊治规范和健康状况得到直接改善,定人、定时、定点的医患对话直接影响和改变居民的健康观念和行为习惯,可以降低多种慢性病的危险因素,减少并发症

的发生和致残。使居民从被动治病走向主动防病,促进了社区卫生服务的纵深发展。

高血压是当今世界上最广泛的慢性疾病之一,同时又是引起脑卒中、冠心病和肾功能衰竭的重要危险因素。国内外经验表明,控制高血压最有效的方法是社区防治,高血压的各种防控措施只有融入到社区卫生服务中,才能发挥其应有的效应,因此社区开展高血压防治是控制高血压日益增长趋势的关键<sup>[8]</sup>。

随着我国社区卫生服务的广泛开展与社区功能的不断完善,为高血压的规范管理提供了机遇和条件。掌握规范的管理方法将决定高血压等慢病管理的效果。四定服务模式通过 2 年的综合干预,不仅显著改善了患者的血压控制情况,而且还改善了患者的体质量、腹围、血脂等心血管多种危险因素,四定服务模式管理是社区管理慢病的有效模式。

#### 参考文献:

- [1] 胡红濮,梁万年.欠发达地区社区卫生服务发展模式研究[J].中国全科医学,2010,13(13):1388-1394.
- [2] 张培林,潘金国.创新管理模式提高社区卫生服务水平[C].北京:全国社区卫生经验交流会资料汇编,2010:49-53.
- [3] 李长明,顾媛.全科医师岗位培训讲义[G].北京:好医生医学教育中心,2007:217-218.
- [4] 中华人民共和国卫生部.国家基本公共卫生服务规范[S].北京:卫生部妇社司,2009-10-10.
- [5] 刘小立,冯铁建.慢性病防治工作规范[M].北京:人民卫生出版社,2011:142-166.
- [6] 刘力生.中国高血压防治指南[M].北京:人民卫生出版社,2009.
- [7] 张培林,范丽,谢文义,等.平衡计分卡对社区卫生服务成本效果控制应用研究[J].重庆医学,2009,38(1):31-33.
- [8] 黄丽勃.社区高血压自我管理干预效果评价[J].中国公共卫生,2008,24(3):287-288.

(收稿日期:2011-04-09 修回日期:2011-05-10)

(上接第 3109 页)

Rho GTPases lead the way[J]. Dev Biol,2004,265(1):23-32.

- [20] Gu Y, Filippi MD, Cancelas JA, et al. Hematopoietic cell regulation by Rac1 and Rac2 guanosine triphosphatases[J]. Science,2003,302:445-449.
- [21] Jansen M, Yang FC, Cancelas JA, et al. Rac2-deficient hematopoietic stem cells show defective interaction with the hematopoietic microenvironment and long-term engraftment failure[J]. Stem Cells,2005,23(3):335-46.
- [22] 曹敏,张学勤.基质金属蛋白酶 9 在胎盘形成中的作用及相关病理妊娠[J].医学综述,2009,15(19):2920-2922.
- [23] Rao Q, Zheng GG, Lin YM, et al. Production of matrix metalloproteinase-9 by cord blood CD34<sup>+</sup> cells and its

role in migration[J]. Ann Hematol,2004,83(7):409-413.

- [24] Jalili A, Shirvaikar N, Marquez-Curtis L, et al. Fifth complement cascade protein (C5) cleavage fragments disrupt the SDF-1/CXCR4 axis: further evidence that innate immunity orchestrates the mobilization of hematopoietic stem/progenitor cells[J]. Exp Hematol,2010,38(4):321-332.
- [25] Wysoczynski M, Reza R, Lee H, et al. Defective engraftment of C3aR<sup>-/-</sup> hematopoietic stem progenitor cells shows a novel role of the C3a-C3aR axis in bone marrow homing[J]. Leukemia,2009,23(8):1455-1461.

(收稿日期:2011-04-09 修回日期:2011-05-12)