

基于“治未病”理念的健康风险评估

——以农村签约高血压人群管理的效果分析为例

丁美华 傅媚媚 陈伊丽 方琴 朱斌 乔玲*

上海市浦东新区六灶社区卫生服务中心 上海 201322

摘要: 目的探讨基于“治未病”理念的健康风险评估用于农村签约高血压人群管理的效果分析。方法随机选取六灶社区“1+1+1”签约并纳入高血压管理6个月以上的原发性高血压患者。进行危险分层评估后将低危、中危、高危患者按随机数字表法分对照组和干预组各260例。对照组接受常规健康管理,干预组应用中西医结合实施干预。比较2组患者干预前、干预6个月、12个月后服药依从性、自我管理能力和生活质量评分、高血压知识知晓率及头晕、头痛等症状发生情况。结果干预后,干预组服药依从性、自我管理能力和生活质量评分、各维度生活质量评分及高血压知识知晓率均高于对照组,头晕头痛等症状比对照组出现少,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论基于现代健康管理理念和中医“治未病”技术,可全程全方位贯穿于社区高血压人群健康管理体系中,降低心脑血管疾病的风险,提高患者生活质量。

关键词: 中医治未病; 健康风险评估; 1+1+1 签约; 高血压管理

高血压是常见的慢性疾病,容易引发各种心脑血管疾病。《中国防治慢性病中长期规划(2017-2025)》《“健康中国2030”规划纲要》均强调控制血压的意义,将高血压作为我国慢性病防治的重点。当前,临床针对高血压尚无根治方法,主要采用长期用药控制血压,故将高血压疾病的防治战线前移对降低疾病发生风险和不良预后发生风险尤为关键^[1-2]。

“治未病”思想最早源于2000多年前的《黄帝内经》,历经千年传承与实践,倡导“预防为主”理念,其核心要素为“未病先防、已病早治、既病防变、愈后防复”,对现代健康管理及临床实践具有广泛的指导意义。本研究旨在运用中医适宜技术,结合健康生活方式指导,进行健康风险评估,对高血压患者进行主动有效的综合干预,让患者从被动接受到主动参与,发挥中医在疾病防控中独特作用和优势,为社区居民所欢迎,现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取六灶社区“1+1+1”签约并纳入高血压管理6个月以上的原发性高血压患者,根据纳入标准和排除标准入组,PASS软件采用配对对照研究样本含量计算样本,每组各需238例,考虑失访等因素确定招募520人。根据《国

人缺血性心血管病(ICVD)10年发病风险评估表》给予入组人员评估,危险分层评估后将低危、中危、高危患者按随机数字表法分对照组和干预组各260例。入组患者均符合2018版《中国高血压防治指南修订版》的诊断要求,且已签署知情同意书。比较两组年龄、性别、病程等一般资料,差异无统计学意义, $P > 0.05$ ^[3]。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组:按照常规健康管理模式:①基本信息采集和问卷调查;②常规健康管理方案:建立健康档案;按分级管理落实随访,以家庭医生实施的诊间、电话随访模式为主;③传统模式的健康教育。

1.2.2 观察组:干预组在对照组基础上,基于“治未病”理念开展社区闭环式管理模式。包括:①团队建设:组建一支专业且多元化的管理团队,是推行社区闭环式管理模式的根基。由家庭医生、中医医师、负责个案管理的护士、乡村医生、健康管理师、公卫医生等组成管理团队;②按分级管理标准随访:血压水平、治疗措施、不良反应、其他危险因素干预、临床情况处理等,根据患者病情进行血糖、血脂等检查,为精准治疗提供依据。③健康教育:A个性化教育:有针对性的行为纠正和生活方式指导;B群体健康教育:每2周一次,6次一轮,内容包括高血压危害与诊断,高血压

分级管理, 高血压风险识别和分析, 高血压用药攻略, 降压的九字误区, 高血压并发症, 耳穴压豆辅助降压, 高血压茶饮方, 测血压注意事项, 健康生活方式, 高血压自我管理技能等等, 除面对面教育外, 可通过微信、手册等媒介连续性宣教; ④中医适宜技术联合干预: 均使用耳穴按压治疗、有临床相关症状或血压控制不佳者加茶饮联合干预。耳穴: 选单侧耳穴, 对耳部周围进行消毒, 用胶布将耳穴磁珠紧压耳穴处, 指导患者用手指按压, 到能感受到耳部酸胀, 每天按压2次, 每次1-2分钟, 每隔3天换一次, 连续1个月, 可根据实际需求反复使用, 通过刺激耳部穴位, 调节身体机能, 辅助降低血压。茶饮: 加沸水1000毫升, 闷5分钟后随时饮用, 每日1次, 连续3个月, 根据需要可继续服用。根据不同体质, 为患者提供相应的茶饮配方。例如: 1. 肝阳上亢: 清肝茶(决明子枸杞子、黄芩、白菊花各5克); 其功效以清肝泻火为主。2. 痰湿内阻: 祛湿和胃茶(苏子、陈皮、茯苓、荷叶各5克); 其功效以化痰祛湿, 和胃降浊为主。3. 瘀血内阻: 三花茶(三七花、丹参、制香附各5克, 西红花0.5克); 其功效以活血化瘀为主。4. 肾精不足: 益肾茶(菟丝子、杜仲、桑葚、玫瑰花、大枣各5克); 其功效以滋养肝肾, 益精填髓为主。⑤运动保健: 鼓励并指导患者坚持户外锻炼, 推荐散步, 慢跑, 太极拳, 八段锦, 游泳、瑜伽等, 找适合自己的运动节奏, 养成良好的运动习惯。⑥穴位按摩: 教患者如何自行按揉双侧内关、合谷和足三里等穴位。内关穴能宁心安神、理气止痛; 合谷穴可疏风解表、行气止痛; 足三里穴可调理脾胃、扶正培元。每天定时按揉这些穴位, 每个穴位按揉3-5分钟, 操作简便, 有助降压。

此社区闭环式管理模式对两组患者均进行6个月及12个月的干预。在整个干预过程中, 各个环节紧密相连, 形成一个完整的闭环, 从不同角度全方位保障居民健康, 切实将“治未病”理念落实到社区健康管理实践当中。

1.3 观察指标

1.3.1 服药依从性: 应用Morisky-Green用药依从性测评表。该测评表有四个问题: “你是否有忘记服药的经历? 你是否有不按时或者不按剂量服药的经历? 当你觉得症状较前好转时, 是否自行停药? 当你觉得症状改善不明显时, 是否曾自行停药?”^[4-5]。回答2个或以上“是”为依从性差, 回答一个“是”为依从性一般, 回答全部“否”为依从性好。

1.3.2 高血压病自我管理评分: 依据相关文献^[6]制作“高血压病自我管理力量表”, 包括戒烟戒酒、运动锻炼、起居调摄、血压监测、合理膳食、规律服药共6个条目, 每个条目为“是”或“否”采用5级评分法, 完全可以、基本可以、一般、不可以、完全不可以, 依次计4、3、2、1、0分, 满分为24分, 得分越高表明患者自我管理越好。

1.3.3 生活质量评分: 治疗前后采用“SF-36健康调查量表”^[7]。该量表包含8个方面, 每个项目得分在0~100分之间, 得分越高表明生活质量越好。计分采用极差变换法: 换算得分 = 实际得分 - 该方面最低分 / 该方面最高分与最低分之差 × 100%。

1.3.4 高血压知识知晓率: 通过社区医院自制的调查问卷^[8-9]调查患者对高血压的诊断标准、危险因素、预防方式及是否需要终身治疗、健康人群每日推荐食盐量的知晓情况。

1.3.5 临床症状: 统计两组患者干预后是否出现头晕头痛的症状。

1.4 统计学方法

使用Epidata建立数据库, 使用SPSS21.0对其展开分析研究。使用t检验、方差分析以及相关分析的方法对数据结果进行描述性探讨, 利用多重线性回归的方法建立回归预测模型对数据结果进行推断性探讨。

2. 结果

2.1 比较两组用药依从性干预前、干预后6个月、12个月, 干预组患者的用药依从性占比分别为67.7%、76.92%、90.0%, 对照组分别为52.31%、62.30%、75.0%, 干预组均优于对照组, 两组比较差异有统计学意义(P<0.05), 见表1。

表1 比较两组用药依从性

时间	组别	依从性好	依从性一般	依从性差	Z值	P
干预前	干预组	176(67.7)	71(27.3)	13(5.0)	2.108	0.034
	对照组	136(52.31)	104(40.0)	20(7.69)		
干预后6个月	干预组	200(76.92)	53(20.38)	7(2.7)	-2.251	0.023
	对照组	162(62.30)	78(30.0)	20(7.7)		
干预后12个月	干预组	234(90.0)	26(10.0)	0	-2.014	0.041
	对照组	195(75.0)	58(22.3)	7(2.7)		

2.2 比较两组自我管理干预组中戒烟戒酒、运动锻炼、起居调摄、血压监测、合理膳食、规律服药评分较对照组高, 差异具有统计学意义(P<0.05), 见表2。

表 2 比较两组干预前后自我管理能力的评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	戒烟戒酒	运动锻炼	起居调摄	血压监测	合理膳食	规律服药
干预组	260	干预前	7.65 ± 0.62	8.43 ± 0.67	7.89 ± 0.55	8.12 ± 0.85	8.01 ± 0.55	6.94 ± 0.73
		干预后 6 个月	13.30 ± 1.07	13.48 ± 1.04	12.19 ± 1.01	11.09 ± 0.71	11.89 ± 1.11	13.99 ± 1.21
		干预后 12 个月	14.92 ± 0.75	12.96 ± 0.99	15.03 ± 0.78	11.5 ± 0.79	12.34 ± 1.04	14.71 ± 1.19
对照组	260	干预前	7.65 ± 0.62	7.59 ± 0.65	7.09 ± 1.02	6.94 ± 0.89	7.57 ± 0.87	8.12 ± 1.03
		干预后 6 个月	8.63 ± 0.71	10.16 ± 0.89	10.35 ± 0.73	7.75 ± 0.76	8.84 ± 0.75	11.09 ± 0.83
		干预后 12 个月	9.08 ± 0.68	12.01 ± 0.45	10.71 ± 0.59	7.89 ± 0.88	8.96 ± 0.74	11.2 ± 0.70

注: 与干预前比较, 1)P<0.05, 2)P<0.01; 3) 与对照组比较, P<0.01。

2.3 比较两组干预前后 SF-36 评分干预组健康状况、躯体感觉、睡眠状态、生活满足感、精神健康、认知能力评分较对照组高 (<P<0.05), 见表 3。

表 3 比较两组干预前后 SF-36 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	健康状况	躯体感觉	睡眠状态	生活满足感	精神健康	认知能力
干预组	260	干预前	62.39 ± 8.69	40.28 ± 5.58	73.90 ± 10.90	59.57 ± 9.14	60.14 ± 6.92	57.63 ± 4.48
		干预后 6 个月	63.48 ± 8.71	95.62 ± 12.09	88.61 ± 8.73	90.77 ± 12.04	86.06 ± 9.71	90.08 ± 9.18
对照组	260	干预前	59.13 ± 10.10	38.45 ± 5.63	71.39 ± 8.08	56.35 ± 8.71	62.26 ± 7.93	60.04 ± 5.22
		干预后 6 个月	72.23 ± 6.41	74.24 ± 5.05	69.14 ± 10.19	80.26 ± 9.48	83.17 ± 10.09	88.06 ± 11.59

注: 与干预前比较, 1)P<0.05, 2)P<0.01; 与对照组比较, 3)P<0.05, 4)P<0.01。

2.4 比较两组高血压知识的知晓率干预组高血压的诊断标准、危险因素、预防方式及是否需要终身治疗、健康人群每日推荐食盐量知晓率均高于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.01), 见表 4。

表 4 比较两组高血压知识的知晓率 [例 (%)]

组别	n	高血压诊断标准	高血压危险因素	高血压预防方式	高血压是否需要终身治疗	健康人群每日推荐食盐量
干预组	260	247(95.00)	234(90.00)	242(93.07)	260(100.00)	255(98.07)
对照组	260	177(68.08)	160(61.53)	186(71.54)	190(73.08)	169(65.00)
χ^2 值		20.21	72.21	34.73	62.69	41.55
P 值		< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

2.5 比较两组是否出现头晕与头痛的症状干预组头晕、头痛出现比例低于对照组 (P<0.05)。见表 5。

表 5 比较两组出现头晕与头痛的情况 [例 (%)]

组别	n	头晕	头痛
干预组	260	48(18.49)	33(12.69)
对照组	260	137 (52.69)	71 (27.31)
χ^2 值		66.47	17.35
P 值		0.05	0.05

3. 讨论

随着社会经济水平的加速发展, 人们的物质生活水平有了大幅提升, 高血压患病率呈逐年上升趋势, 而且大多数原发性高血压都需要患者终身接受治疗^[10]。那么, 如何有

效地控制高血压的“三高”和“三低”, 促进人群健康和提高生活质量, 是社区卫生发展中慢病管理的重点战略工作。

本研究基于中医“治未病”理念, 构建社区高血压闭环管理模式。目的: 是以最小投入获取最大健康效益; 宗旨: 是防大病、管慢病、促健康。方法: 将中医“治未病”适宜技术与健康风险评估有机结合, 通过“信息采集-问卷调查-风险评估-制定方案-中医干预-指标检测-跟踪随访-效果评价”等步骤, 作为主要手段实施社区高血压人群管理, 本研究创新性地将中医“治未病”思想融入现代健康管理, 实现中西医协同干预的优势。

结果显示: 通过为期 12 个月的随机对照试验, 干预后,

干预组服药依从性、自我管理各项评分、各维度生活质量评分及高血压知识知晓率均高于对照组,头晕头痛等症状比对照组出现少,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

由此可见,中医适宜技术有着简便、有效、价廉的显著优势,加上中医千年文化传承,更容易被老百姓所接受。例如耳穴按压、药茶等干预方式,不仅成本低廉、操作简便,且符合居民对“天然疗法”的偏好。同时,也提升了社区护士中医适宜技术能力,更彰显了中医文化契合性与可接受性,非常适合在基层推广。

综上所述,比起单一的西药治疗,治未病理念下的中西医结合干预可有效改善患者症状,有效控制血压,有效提升高血压患者的健康行为与生活质量,使患者从“被动治疗”向“主动健康”转化。同时,进一步做实1+1+1签约服务;提升社区护士中医适宜技术实操能力;提高患者依从性、遵医行为、自我管理能力,改变其不良生活方式。其次,通过优化高血压管理团队,夯实管理能力,完善慢病管理模式,不断提高管理效率。再次,将科研成果在同类社区推广,为构建社区高血压闭环式管理模式提供科学的理论依据。

参考文献:

[1]TRIPATHY JP, THAKUR JS, JEET G, et al. Alarmingly high prevalence of hypertension and pre-hypertension in North India—results from a large cross-sectional STEPS survey[J]. PLoS One, 2017, 12(12): e0188619.

[2]任丽丽,赵昕,张效林,等.高血压前期患者血脂与冠状动脉粥样硬化的相关性[J].岭南心血管病杂志,2017,23(1):1-6. DOI:10.3969/j.issn.1007-9688. 2017.01.01.

[3]乔玲,陈伊丽,朱斌,丁美华等.观察中医体质辨识及干预在高血压患者“治未病”健康管理中的效果[J].中外医学研究,2022,6(11):218-219.

[4]毛素芳,赵素玉,张慧红,等.冠脉介入治疗术后患者用药依从性、自我管理现状及其影响因素研究[J].中国现代医生,2014,52:124-128.

[5]王小琳,罗仕兰,周世群,等.系统性出院指导对冠状动脉支架置入术后患者院外服药依从性的影响[J].重庆医学,2013,42:258-262.

[6]赵红波,吴晓晶,杨云,等.慢性功能性便秘与中医体质类型及相关危险因素的逻辑回归分析[J].中医杂志,2017,58(16):1393-1398.

[7]王素华,李立明,李俊.SF-36健康调查量表的应用[J].国外医学·社会医学分册,2001,18(1):4-8.

[8]李培炎,孙圣凯,陈孝储,等.天津市东丽区社区成人高血压患病现状及防控知识行为调查[J].中国慢性病预防与控制,2018,26(11):839-842.DOI:10.16386/j.cjpcd.issn.1004-6194.2018.11.010.

[9]刘畅,卢雪琴.动机访谈对老年高血压患者健康知识及血压控制的影响研究[J].实用临床医药杂志,2017,21(20):14-17.DOI:10.7619/jcmp.201720005.

[10]卫生部疾病预防控制局.中国高血压防治指南[M].人民卫生出版社,2009:25-26.

作者简介:

丁美华(1966—),女,汉族,大学本科,研究方向:社区护理和慢病管理。

通讯作者:乔玲(1977—),女,汉族,大学本科,研究方向:社区医学、健康教育。

基金项目:

浦东新区科技发展基金项目,项目编号:PKJ2020-Y83。