

基于社区慢病管理的老年高血压综合干预路径优化

闫海明

佳木斯大学 黑龙江佳木斯 154007

摘要: 随着老龄化加剧,高血压已成为老年人群中最常见的慢性疾病之一。当前社区层面的干预路径存在碎片化、个体差异响应不足、信息化支持薄弱等问题,制约了干预效果。本文以“医防融合、分级管理、多学科协作、信息化辅助”为核心,提出老年高血压干预路径优化策略,并结合乙市X社区的实践案例进行分析。结果显示,优化后的路径显著提高了血压控制率和患者依从性,提升了社区管理效率。研究表明,构建闭环式、个性化的综合干预路径,是提升社区慢病管理水平的有效途径。

关键词: 社区慢病管理; 高血压干预; 老年人健康; 路径优化; 医防融合

随着我国人口老龄化趋势日益加剧,老年人慢性病负担持续上升,其中高血压的患病率和并发症风险尤为突出,已成为影响老年群体生命质量和社区公共健康水平的关键因素。尽管现行社区卫生服务体系已逐步将高血压纳入常规慢病管理范畴,但实际干预效果并不理想,尤其在老年人群中,常出现依从性差、服务衔接不到位、干预内容单一等问题。当前社区管理路径普遍存在流程碎片化、医防分离严重、缺乏针对老年多病共管机制等短板,导致高血压控制率提升缓慢,居民满意度不高。为此,探索一条适用于社区层面的老年高血压综合干预优化路径,具有重要现实意义。本文以社区慢病管理为基础,分析现有干预路径的局限,结合案例与路径重构设计,提出一套融合筛查评估、个性化服务、医防结合及信息化支持的优化模型,旨在提升老年高血压干预的系统性与实效性,为基层健康治理提供可复制、可推广的路径范式。

1 当前老年高血压社区干预路径的常见问题与瓶颈

1.1 干预流程碎片化与服务内容单一

在多数社区卫生服务中心,老年高血压的干预流程普遍简化为“初诊—开药—随访”三步走,缺乏标准化的个体评估、动态调整和再干预机制,导致干预路径碎片化现象突出。例如,在对某城市Y区5个街道社区的调研中发现,约65%的高龄患者从未接受过正式的风险评估,干预措施长期停留在机械化的药物管理与简短的定期随访层面。这种“同质化”“一刀切”的服务模式,忽视了老年人多病共存、生活习惯差异与文化背景复杂等特征,使得干预缺乏针对性

与连续性,血压控制效果不佳。

1.2 基层医护能力不足制约服务质量

社区在服务老年人群过程中,普遍面临专业人力资源短缺问题,尤其在慢病管理领域更为明显。许多基层医生和护士缺乏专门的老年慢病协同管理培训,临床干预多聚焦于单病处理,对高血压与糖尿病、高脂血症等共病的关联认识不足。某市W社区一名全科医生曾反馈,面对合并四种慢病的老年患者时,由于时间紧、专业知识储备有限,只能优先处理“急性指标”高的高血压问题,而忽略了整体干预。此类“单点式干预”方式严重削弱了干预路径的整合效能。

1.3 信息化支持系统建设滞后

目前大多数社区尚未形成完善的高血压信息化干预管理体系。主要表现在健康档案多为纸质记录、数据分散、更新滞后,干预内容和评估结果难以系统归档,亦无法实现有效追踪。在调研的5个基层服务站中,虽然有3个配置了电子健康档案系统,但其中2个系统因维护不当或操作复杂被搁置,仅作为“档案上传”的工具使用,未与实际干预工作形成互动联动。同时,缺乏配套的智能设备培训机制使得信息平台在老年人中普及率较低,导致技术优势难以发挥。

1.4 家庭参与和患者依从性普遍较弱

老年高血压管理效果的优劣很大程度上依赖于患者本人的生活习惯、自我监测能力以及家庭支持的稳定性。但在实际操作中,部分高龄患者因认知功能下降、文化水平较低或独居,无法准确理解医嘱、规律服药或主动监测血压;部分家庭成员则对慢病管理缺乏重视或时间精力有限,难以

提供必要的协助。在某社区进行的依从性评估中, 数据显示 70 岁以上独居老人群体的药物依从性不足 50%, 远低于同类非独居群体的平均水平。

2 优化老年高血压社区综合干预路径的关键思路

2.1 构建闭环式“医防融合”干预流程

针对当前社区高血压干预存在的碎片化问题, 首要任务是重构路径流程, 推进“医防融合”理念的实质落地。新的路径应包含筛查评估、风险分类、干预实施、动态监测、再评估与路径修正等环节, 形成闭环式管理体系。具体来说, 可通过家庭医生团队负责初步筛查与风险等级评估, 依据个体特征制定干预计划, 并设立干预周期与反馈节点。以某试点社区为例, 将 65 岁以上老年人按照高血压程度与共病状况划分为三级管理对象, 初步评估结果录入信息系统后, 由签约医生负责具体实施, 每季度开展一次风险复核。实践发现, 该模式下患者血压波动范围明显缩小, 服务团队反馈路径执行更有章可循, 责任明确。

2.2 推进个体化干预计划与动态调整机制

考虑到老年患者疾病表现差异大、生活方式多样, 统一路径难以覆盖全部人群, 因此有必要推进个性化干预策略。建议将管理对象分为三类: I 类(单纯高血压、无明显并发症)以生活方式调整为主, 辅以少量药物; II 类(合并轻度共病者)加强药物管理与健康教育干预; III 类(合并严重慢病或认知障碍)由医护人员提供定期上门服务并引入辅助监测设备。例如, H 社区实施分类管理后, III 类高龄患者由医生与家属共同参与干预计划的制定, 包括睡眠时间控制、低钠饮食计划以及家庭成员每日血压记录反馈机制, 有效减少突发事件发生率。

2.3 多学科协同参与提高干预覆盖广度

优化路径的另一个关键在于打破“单一医生主导”的干预格局, 建立多学科协同参与机制。在老年高血压干预中, 应适当引入心理咨询师、康复治疗师、营养师、公共卫生人员等, 形成协作干预小组, 覆盖患者生活的多个维度。例如, 针对部分高血压合并抑郁倾向的老人, 由医生开具药物方案, 心理咨询师每周一次上门访谈, 搭配社区志愿者进行情绪陪伴和生活提醒。这样的整合服务不仅提升了治疗依从性, 也显著改善了老人的情绪状态和生活质量, 社区反馈满意度达 90% 以上。

2.4 引入信息化手段强化数据支持与实时监测

数字化平台在老年慢病管理中的优势日益凸显。建议各社区依托“家庭医生签约服务平台”, 集成血压记录、药物提醒、饮食建议、医生反馈等功能, 打造“高血压智能管控小程序”。此外, 可为高风险患者配发便捷式智能血压计, 并将数据自动上传至云端。以某社区为例, 在引入信息化平台后, 参与的老年人每日晨起测压由系统自动上传, 异常波动由签约医生后台查看并主动回访, 形成高效的预警机制。通过平台数据分析, 90 天内连续波动幅度超过 10% 的患者提前接受干预, 避免恶化进展。

3 优化路径的实践案例与成效评估

3.1 实践背景与对象设定

为了验证优化路径在实际操作中的可行性与有效性, 本文以 Z 市 X 街道社区卫生服务中心为案例, 开展为期一年的老年高血压干预路径优化试点。试点地区共有 60 岁及以上常住老年人约 1100 人, 其中经筛查确诊的高血压患者达 632 人, 占比超过 57%。在试点实施前, 社区高血压管理仍以传统的“药物处方+定期随访”方式为主, 存在依从性差、反馈慢、资源分布不均等问题。为此, 试点计划依照“筛查评估—分级管理—路径实施—定期评估—路径修正”五步闭环模式, 对全部确诊患者实施系统化综合干预, 力求构建以家庭医生为主导、多方协同参与、信息化平台支撑的路径体系。

3.2 干预路径的具体实施过程

干预路径以“个性化+集成化”为原则, 分阶段稳步推进。首先, 社区公共卫生医师与护士合作完成入户筛查与评估表填写, 按照患者年龄、血压水平、是否合并其他慢病、既往住院史等指标进行分级, 初步划分为 I 类(生活方式干预型)、II 类(药物+教育干预型)、III 类(重度联合干预型)。不同等级的患者分配相应干预资源, 确保精准匹配。其次, 家庭医生与患者及其家属共同制定干预计划, 包括服药时间、饮食控制、运动安排、情绪调节等, 并引导下载并使用“高血压社区助手”小程序, 用于数据上传和远程反馈。

在实施过程中, II 类和 III 类患者由家庭医生负责每月至少 1 次面对面干预, 同时由社区护士进行健康随访和生活方式监督。为解决部分老年人使用智能设备困难的问题, 社区志愿者团队承担“技术帮扶”工作, 如协助测量血压、上传数据、记录用药。对于独居高龄老人, 还安排了定期上门

检测和紧急联络机制,确保干预不中断。此外,试点社区每季度举办一次“高血压健康教育讲座”,邀请临床专家讲解用药常识、运动技巧与情绪调节等内容,提高老年群体对疾病的认知水平和自我管理能力。

3.3 成效评估与数据分析

试点一年后,通过系统对比前后干预数据,取得了较为显著的干预效果。首先,在血压控制率方面,干预前达标者比例仅为 38.4%,一年后提升至 64.7%,尤其在Ⅲ类高风险人群中,控制率由 31.2% 升至 58.5%。其次,在患者依从性方面,通过定期评估与回访发现,服药依从性指数(每日按时服药比例)从原来的 62.3% 提高至 83.1%,部分患者在志愿者监督与 APP 提醒作用下,形成了稳定的服药行为习惯。

此外,健康行为改变也较为显著。在干预结束后进行的问卷调查中,有 78% 的患者表示饮食结构发生调整,66% 的患者增加了规律运动,43% 的高龄老人通过志愿者引导学会了简单的血压记录方法。患者满意度方面,来自社区的回访数据显示,约 89% 的受访者表示“更愿意参与管理过程”“服务更贴近需求”“对医生更有信任感”。社区医生反馈称,由于路径清晰明确、角色职责具体分配合理,日常干预任务更易执行,且沟通成本显著下降。

3.4 持续优化与存在问题分析

尽管路径优化取得初步成效,但在实施过程中仍暴露出若干不足。首先,由于社区医护人员数量有限,面对大量需分级干预的老年患者时工作压力较大,个别医生出现“应付式随访”现象,路径执行质量参差不齐。其次,部分患者家属参与积极性不高,影响干预效果的持续性与稳定性,尤其在节假日或换班阶段,患者脱节风险显著增加。此外,信息化工具虽具备功能优势,但在技术推广、老年人操作能力等方面仍有障碍,需要后续加强培训与适老化改造。

为此,建议在后续推广中增加社区医护配比,引入专职慢病管理人员分担路径执行任务;鼓励家庭成员加入“健康责任人”机制,设定奖励和评估机制以提升其参与度;同时推动信息化平台的优化升级,在视觉设计、功能逻辑上更多考虑老年用户的认知和操作特点,切实提升技术辅助效果。

4 结论

通过前述研究与实践分析可以看出,基于社区慢病管理的老年高血压综合干预路径优化,确实能够在一定程度上

提升高血压患者的血压控制水平和生活质量。本文从当前社区干预的主要问题出发,系统梳理了路径碎片化、医护能力不足、信息化支持缺乏及家庭参与薄弱等关键瓶颈,进而提出了以闭环流程为核心、个体化分级管理为支撑、多学科协作为保障、数字化工具为平台的路径优化思路,并通过 X 社区的实践案例验证了其可行性与有效性。

研究表明,在路径优化后,不仅老年患者的血压控制率和依从性明显提升,医生的服务效率也得到了优化,社区整体的健康治理能力呈现出积极变化。尤其是在信息化平台的辅助下,干预工作更具连续性和反馈性,为慢病管理数字化转型提供了实践基础。然而,也应看到,在推广过程中仍面临诸如人力不足、患者认知能力差异大、平台适老性不高等现实难题,亟待进一步在政策、技术与服务体系层面持续完善。

参考文献:

- [1] 陈凯悦,王佳韵,李宇骏,等.上海市两区社区医生高血压并发症高风险人群管理服务意愿研究[J].医学与社会,2025,38(03):39-46.
- [2] 向芮萱,许辉,罗娜娜,等.深圳市社区签约高血压患者自我管理现状及影响因素研究[J].护理管理杂志,2024,24(11):946-951.
- [3] 吴菁,祝娟,段国威,等.社区高血压、糖尿病共患人群自我管理情况调查[J].中国初级卫生保健,2024,38(10):15-18.
- [4] 陈向宇.社区老年高血压患者自我效能水平及影响因素分析[J].预防医学论坛,2024,30(10):737-742.
- [5] 刘隔,刘艳娟,孔静,等.社区老年高血压患者心理健康素养现状及影响因素分析[J].中国当代医药,2024,31(25):114-117.
- [6] 李晓鹏,张修齐,张敏华,等.老年高血压患者社区健康管理模式研究进展[J].现代医院,2024,24(03):452-456.
- [7] 李晗,王梓瑜,乔磊.社区老年高血压患者血压控制效果及影响因素分析[J].中国社区医师,2024,40(11):129-131.
- [8] 程晓月,翟清华,王丹丹,等.社区高血压患者心血管疾病风险感知与服药依从性的相关性研究[J].中国药物滥用防治杂志,2024,30(03):446-449+453.