

多方协作的立体化农村慢性病管理模式 探索与实施效果评价

周志衡, 刘修娟, 温盛春, 周顺范, 周康丽, 黄 丹, 吴日柳,
兰侦银, 李锡坡, 谢 延, 陈宝欣, 张雪姣, 王皓翔, 陈文如

基金项目: 国家自然科学基金项目(编号:71673309); 广东普通高校特色创新项目(编号:2018GKTSCX009); 深圳市卫生系统科研项目(编号:SZGW2018006); 广东省职业技术教育学会科研规划项目(编号:201907Y48); 深圳市福田区科创委项目(编号:FTWS2018003, FTWS2018072)

作者单位: 518040 广东,深圳市福田区第二人民医院心血管内科(周志衡,陈文如); 546400 广西,河池市罗城仫佬族自治县小长安镇卫生院(刘修娟,温盛春,周顺范,周康丽,黄 丹,吴日柳,兰侦银); 518048 广东,深圳市福田区慢性病防治院(李锡坡,谢 延,陈宝欣,张雪姣); 510080 广州,中山大学公共卫生学院(王皓翔)

作者简介: 周志衡(1978-),男,医学博士,副教授,研究方向:慢性病防治。E-mail:zhihengz@163.com

通讯作者: 陈文如(1969-),男,大学本科,医学学士,主任医师,研究方向:心血管内科疾病诊治。E-mail:415657702@qq.com

[摘要] **目的** 探索多方协作的立体化农村慢性病管理模式,并评价其实施效果。**方法** 于2013年以河池市小长安镇卫生院为基础建设慢性病管理的团队,完善慢性病健康管理方案,协同、组织村医开展慢性病管理业务,并依靠深圳市福田区慢性病防治院的帮扶及各村委支持,创新农村慢性病管理模式。**结果** 2014~2018年,小长安镇的慢性病健康管理水平和管理效果较以往有明显提升,全镇居民建立健康档案和纳入管理数从17 899人增加到25 040人,建档率提高23.20%。高血压和糖尿病的规范管理人数分别从2014年的1 201人、156人上升到2018年的2 158人、238人。高血压和糖尿病的规范管理率分别提高了10.87%和1.15%;血压、血糖的规范管理达标率分别提高了25.29%和26.33%,规范管理满意率分别提高了21.38%和29.77%。**结论** 小长安镇建立的多方协作的立体化农村慢性病管理模式在糖尿病和高血压的疾病控制方面取得了满意的效果,值得在中国农村地区的慢性病管理工作中推广。

[关键词] 乡镇; 慢性病管理; 高血压; 糖尿病

[中图分类号] R 197 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2020)03-0258-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2020.03.11

Exploration and practice of a rural chronic disease management model based on three-dimensional multipartite cooperation ZHOU Zhi-heng, LIU Xiu-juan, WEN Sheng-chun, et al. Department of Cardiology, the Second People's Hospital of Futian District of Shenzhen City, Guangdong 518040, China

[Abstract] **Objective** To explore a rural chronic disease management model based on three-dimensional multipartite cooperation and evaluate its implementation effect. **Methods** In 2013, a chronic disease management team was established based on Xiaochang'an Town Health Center in Hechi City to improve the health management plan for chronic diseases, to coordinate and organize the village doctors to carry out the chronic disease management business, and to innovate the rural chronic disease management mode with the help of the Chronic Disease Prevention and Treatment Hospital of Futian District in Shenzhen City and the support of the village committee. **Results** From 2014 to 2018, the health management level and management effect of chronic diseases in Xiaochang'an Town were significantly improved compared with those before 2014. The number of the residents who were established health files and were incorporated management in the town increased from 17 899 to 25 040, and the filing rate increased by 23.20%. The number of the residents receiving standardized managements of hypertension and diabetes increased from 1 201 and 156 in 2014 to 2 158 and 238 in 2018, respectively. The normative management rates of hypertension and diabetes increased by 10.87% and 1.15% respectively. The normative management rates of blood pressure and blood

sugar reaching standard increased by 25.29% and 26.33%, and the standard management satisfaction rates increased by 21.38% and 29.77%, respectively. **Conclusion** The multipartite collaborative three-dimensional rural chronic disease management model established in Xiaochang'an Town has achieved satisfactory results in the disease control of diabetes and hypertension, and is worth promoting in the management of chronic diseases in rural areas in China.

[**Key words**] Township; Chronic disease management; Hypertension; Diabetes

随着我国人口老龄化的发展及生活方式改变,来自慢性病的挑战日益严峻。慢性病已经成为威胁我国居民健康的首要因素^[1-5]。近年来,我国各地政府对公共卫生服务工作越来越重视,其中高血压、糖尿病的健康管理更是重点的实施项目。我国要求基层医疗机构加强健康管理工作,为慢性病患者提供主动、连续、综合和个性化的健康责任制管理服务^[6,7]。为了做好城镇慢性病健康管理工作,本研究构建和实施了基于立体化多方协作的农村慢性病管理模式,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 现场选择 选择广西壮族自治区河池市罗城仫佬族自治县小长安镇为研究现场。小长安镇位于广西壮族自治区河池市罗城仫佬族自治县。全镇下辖 1 个社区,11 个村委会,135 个自然屯,250 个村民小组。全镇面积 252 平方公里,总人口为 39 205 人,以农业人口为主。

1.2 工作方法

1.2.1 建立慢性病管理团队实行“包村”责任制

小长安镇卫生院于 1995 年成立,目前设置了临床、公卫、医保、后勤 4 个职能科室,共有 45 名职工,其中 28 名在编在岗,公共卫生科(7 名职工)是负责全镇慢性病健康管理、老年人健康管理以及居民健康档案等国家基本公共卫生项目的主要单位。2013 年起,为了做好慢性病管理工作,小长安镇卫生院正式组建慢性病管理团队和实施慢性病管理“包村”责任制。医院把公共卫生科和各村卫生站的资源进行整合,将卫生院公共卫生科的 6 人分为 3 个小组,小组由医生负责,留 1 名公卫人员负责为前来首诊的居民测量血压、血糖及登记在管慢性病患者信息,必要时可顶替小组成员岗位。小长安镇现有 11 个行政村,每个行政村各设立 1 所卫生室,均配备了 1 名乡村医生分管慢性病管理工作。镇卫生院的 3 个小组分别负责 11 个卫生室的慢性病管理的指导、督导和评估考核工作。每个小组负责 3~4 个村,全面落实“包村”责任制。

1.2.2 制定及实施团队慢性病管理方案 由慢性病管理团队多渠道主动预约患者进行定点面对面随

访。以打电话、发通知或联系村干部的方式告知患者特定时间段内到指定地点集中面访,地点定在方便患者到场的公共场所,包括屯里文化室、球场或邻近的卫生室等人群集中的地方,以约定的时间严格履行团队任务与职责,提高服务效率。另外,一个团队的 3 个小组也可分别行动,走进田间地头,挨家挨户主动上门开展全方位慢性病患者管理服务。对于偏远、居住分散山区的乡村老人或行动不便的慢性病患者,团队成员则进行下乡入户式的服务。

1.2.3 采用集体和个体化相结合的健康教育工作形式 组织卫生院和村卫生室每月进行 1 次健康知识讲座或咨询活动,对高血压和糖尿病患者进行非药物治疗指导,普及测量血压的正确方法,并发放一些相关宣传折页资料。利用卫生院、村卫生室和社区宣传栏、板报(每月更换宣传内容 1 次),结合全国高血压日(10 月 8 日)和糖尿病日(11 月 14 日)等健康节日广泛开展宣传,提高居民健康意识和自我管理的能力。充分利用社会资源,如请县级有关专家为居民进行健康教育讲座、义诊、咨询,建立家庭健康档案,开展居民体检、上门随访、电话咨询等活动,提供立体化医疗服务。

1.2.4 实行慢性病患者分类管理制度 通过医院的信息化系统平台查找就诊患者信息,如发现高血压及糖尿病确诊的患者,则同时查验公卫系统此人是否在辖区管理系统内,做好登记并通知团队成员或者负责管辖的乡村医生们及时与患者联系,收集其资料列入慢性病管理。在公卫科免费为自行前来的居民或体检者进行血压和血糖测量。对高血压和糖尿病患者的首次管理应详细登记,详细了解患者病情和目前存在的危险因素,然后评估和对现存问题做非药物干预,根据要求定期上门随访。

1.2.5 发挥对口帮扶力量 通过深圳市福田区慢性病防治院的对口帮扶和指导,全面提高乡镇卫生院的知识和业务水平。帮扶单位派驻了两批专家,每批 2 人为期 3 个月的驻点帮扶。专家们提供业务指导、专业知识授课等,并进行了“互联网+医疗”服务帮扶:赠送了 30 台智能血压计(爱奥乐, A666G)和 20 台血糖仪(腾爱糖大夫,关爱版 G32),利用智

能血压计和血糖仪对患者进行远程监测。启用互联网智能仪器可使工作人员随时了解患者的血压和血糖值,并实时进行个性化指导,给患者带来方便和精准管理。

1.2.6 完善质量考评机制 县疾控中心按《河池市基本公共卫生服务项目绩效考核实施方案》对基层医疗机构进行年度绩效考核,每年考核2次(上半年6月中下旬考核,下半年12月初考核)。按照《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》内容,通过查阅资料、实地核查、人员访谈、听取汇报、信息化平台数据和问卷调查等形式开展现场考核。乡镇卫生院是县疾控中心的考核对象,但同时也承担着对乡村卫生室的督导、考核工作。

表1 小长安镇2014~2018年慢性病健康管理情况与评价结果(n)

年 份	建档管理人数		规范管理人数		规范管理达标人数*		规范管理满意人数#	
	高血压	糖尿病	高血压	糖尿病	高血压	糖尿病	高血压	糖尿病
2014	1450	182	1201	156	584	65	705	76
2015	1482	189	1210	155	672	87	822	91
2016	1879	197	1565	160	1003	102	1205	125
2017	2212	230	2001	206	1246	137	1378	153
2018	2303	274	2158	238	1510	170	1612	196

注: * 规范管理达标,对于建档患者,一年完成4次以上的随访,且在当年的最后一次随访检测中,高血压患者的收缩压<140 mmHg和舒张压<90 mmHg,65岁及以上患者收缩压<150 mmHg和舒张压<90 mmHg;糖尿病患者的空腹血糖<7 mmol/L。# 规范管理满意,对于建档患者,一年完成1~3次的随访,且在当年的最后一次随访检测中,高血压患者的收缩压<140 mmHg和舒张压<90 mmHg,65岁及以上患者收缩压<150 mmHg和舒张压<90 mmHg;糖尿病患者的空腹血糖<7 mmol/L

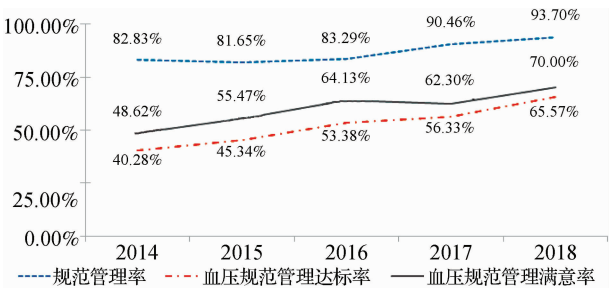


图1 小长安镇2014~2018年高血压健康管理情况变化图

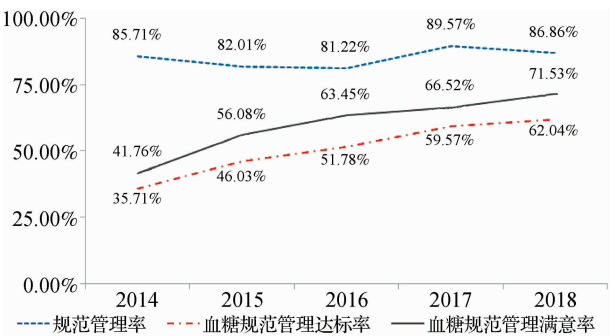


图2 小长安镇2014~2018年糖尿病健康管理情况变化图

3 讨论

3.1 近年来慢性病已成为严重威胁公众健康与社

2 结果

自团队建立以来,全镇慢性病的管理水平得到明显提升,全镇居民建立健康档案人数从17 899人增加到25 040人,建档率提高23.20%。高血压、糖尿病的规范管理人数从2014年的1 201人和156人上升到2018年的2 158人和238人,规范管理率分别提高了10.87%和1.15%;血压、血糖的规范管理达标人数从2014年的584人和65人上升到2018年的1 510人和170人,血压、血糖规范管理达标率提高25.29%和26.33%;高血压和糖尿病规范管理满意人数从2014年的705人和76人上升到2018年的1 612人和196人,规范管理满意率提高21.38%和29.77%。见表1、图1,2。

会经济发展的公共卫生问题。有研究^[4]显示,慢性病引起的死亡和疾病发病约占所有死亡的60%和全球疾病负担的47%。我国十分重视慢性病的预防控制工作,但在农村地区慢性病的管理控制仍面临着种种难题,如相关疾病的知晓率低、基层卫生资源配置不足、基层卫生工作人员的专业水平有限、基本公共卫生服务经费不足等^[8~10]。这使得我国农村地区的慢性病管理水平仍处于较低水平,其防治效果也有待提升。在我国的城市和农村地区,慢性病死因占总死因的85.3%和79.5%,而农村地区慢性病的发病率增长幅度甚至超过了城市,城乡之间的慢性病患者率差距正逐渐缩小。因此,做好农村地区居民的慢性病管理是提升农民健康水平的重要工作。鉴此,我国于2017年实施了健康扶贫工程“三个一批”行动计划,拟通过系列工作解决我国700多万农民的大病、重病、慢性病患者因病致贫、因病返贫等问题^[11~13]。

3.2 广西壮族自治区河池市罗城仫佬族自治县小长安镇地理位置较偏远,是深圳市福田区对口扶贫镇。本镇的居民居住分散,医护人员上门服务困难,

慢性病管理服务效果不佳。为了做好本镇居民的慢性病管理工作,小长安镇卫生院团队因地制宜,通过河池市小长安镇卫生院的团队建设,完善慢性病(高血压、糖尿病)健康管理方案,确立乡镇卫生院公卫科对慢性病管理的作用,做好协调、培训工作,组织团队开展业务交流,并借助深圳市福田区慢性病防治院的对口帮扶,联合村委等措施,开展具有适合本地区特色的随访工作模式,创新了农村慢性病管理方法,建立和实施了基于立体化多方协作的农村慢性病管理模式。通过4年的努力,本镇的慢性病健康管理水平和效果较以往有明显提升,全镇居民建立健康档案和纳入管理人数,高血压、糖尿病的规范管理人数,血压、血糖达标率和高血压/糖尿病的控制满意率均得到提升。在乡村地区的慢性病管理工作中,加大基层卫生人员投入和慢性病管理团队建设,因地制宜地实施慢性病管理,广泛发挥村民的参与积极性,并适当引入新的管理方法是做好农村慢性病管理的主要方法^[14]。当然,在农村的慢性病管理中,我们也体会到本管理模式仍存在一些不足:(1)慢性病的医防融合还有待加强;(2)慢性病管理团队的人员配置仍不足;(3)慢性病全过程管理仍有待完善;(4)“互联网+”慢性病管理只在部分患者中试点,难以全面推广应用。加大对公共卫生基层医疗机构人、财、物力投入,实现公共卫生服务绩效与薪酬挂钩^[15],同时加强基层公共卫生人员的培训,提高业务素质,充实基层公共卫生人才队伍或许是解决当下问题的方法。其次,可参考其他地区的“互联网+”慢性病管理模式^[16]和分级诊疗经验^[17,18],利用互联网和远程医疗的技术对我镇慢性病进行精准管理和分级诊疗,提高管理效果。

综上所述,小长安镇建立的立体化多方协作的农村慢性病管理模式在糖尿病和高血压的疾病控制方面取得了满意的效果,值得在我国农村地区的慢性病管理工作中推广。

参考文献

1 张敏芬,汪 静.基层医院慢性病管理对老年患者的重要性探讨[J].中医药管理杂志,2019,27(2):216-217.

- 2 吴秀芬.我国社区慢性病管理模式的研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(99):34,203.
- 3 黄金梅,毛 玮,蔡剑锋,等.2013~2017年广西国家级死因监测点居民慢性病死亡情况分析[J].中国临床新医学,2019,12(2):171-175.
- 4 江丽姣,于倩倩,尹文强,等.我国居民慢性病变化趋势分析——基于国家五次卫生服务调查报告[J].中国卫生事业管理,2018,35(11):874-876,880.
- 5 饶小胖,石秀娟,徐美华,等.青岛市城阳区老年慢性非传染性疾病的流行病学调查[J].中国临床新医学,2018,11(8):784-789.
- 6 宋晓宇,徐文妹,陈 静,等.慢性非传染性疾病管理模式研究进展[J].预防医学,2019,31(9):901-905.
- 7 王红珠.当前农村公共卫生的困境及解决措施探析[J].中国农村卫生事业管理,2018,38(11):1377-1380.
- 8 闵晓青,田 侃,李 浩.徐州农村地区慢性病的预防对策研究[J].中国卫生事业管理,2017,34(3):217-220,223.
- 9 代宝珍.农村老年居民慢性病管理——基于构建新农合慢性病管理体系的视角[J].中国农业大学学报(社会科学版),2014,31(1):121-133.
- 10 吕兰婷,邓思兰.我国慢性病管理现状、问题及发展建议[J].中国卫生政策研究,2016,9(7):1-7.
- 11 安思琪,陈长香.唐山市高龄老年人家庭支持现状及其影响因素分析[J].中国卫生事业管理,2018,35(2):147-151.
- 12 聂 丽,吴 焕,王亚辉,等.农村慢性病健康管理的满意度及影响因素分析[J].中国卫生事业管理,2018,35(3):205-208.
- 13 盛爱萍,周 标,王 德,等.农村老年慢性病患者综合老年评价的干预效果[J].中国老年学杂志,2017,37(16):4127-4130.
- 14 李 潇,蔡 乐,崔文龙,等.云南省农村老年人常见慢性病的流行现状及疾病经济风险研究[J].中国全科医学,2019,22(25):3082-3087,3093.
- 15 许玉梅.农村社区慢病管理实施综合干预的效果评价[J].中国社区医师,2017,33(8):152-153.
- 16 周志衡,张雪姣,周 雅,等.“互联网+”高血压健康管理模式试点效果和SWOT分析[J].中国临床新医学,2018,11(7):646-650.
- 17 陈文如,张雪姣,周志衡,等.以区慢病防治院为桥梁构建深圳市福田区分级诊疗体系[J].中华全科医学,2018,16(8):1329-1333.
- 18 李湘君,王中华.基于病种差异的中老年人群慢性非传染性疾病的经济负担与经济风险[J].中国老年学杂志,2017,37(11):2817-2820.

[收稿日期 2019-10-19][本文编辑 余 军 吕文娟]