

# Strategies and practical paths for refined community management of key populations with hypertension

Lili Xie

Xiaoheihe Town Health Center Yuquan District, Hohhot, Inner Mongolia, 010000, China

## Abstract

Hypertension is a chronic disease with high incidence among Chinese residents, characterized by long-term, progressive, and irreversible nature, and requires continuous monitoring and comprehensive management to control the condition. As the primary modifiable risk factor for cardiovascular and cerebrovascular diseases, its prevention and treatment effectiveness directly affects the health of the people. Currently, the prevention and control of hypertension in China still face challenges in terms of awareness, treatment, and control rates, especially among key populations such as the elderly, comorbidities, high-risk individuals, and socio-economically disadvantaged groups. The key population has higher difficulty in controlling blood pressure and higher risk of complications. Effective community management of this group is of great significance for improving the overall prevention and control of hypertension, reducing the burden of social medical care, and enhancing the overall health of residents. This article analyzes the definition criteria and management status of key populations with hypertension, explores targeted community refined management strategies, and provides reference for community hypertension prevention and control work.

## Keywords

Hypertension; Key populations; Community management; Prevention and control of chronic diseases; Refined strategy

## 高血压重点人群社区精细化管理策略与实践路径

郟利利

玉泉区小黑河镇卫生院, 中国·内蒙古·呼和浩特 010000

## 摘要

高血压是中国居民高发的慢性疾病,具有长期性、进展性、不可逆的特点,需要持续监测和综合管理控制病情。通常作为导致心脑血管疾病的首要可改变危险因素,其防治成效直接关系到人民群众的健康。当前中国高血压防控面临知晓率、治疗率与控制率仍存短板的挑战,尤其在老年、共病、高危及社会经济弱势等重点人群中更为突出<sup>[1]</sup>。重点人群血压控制难度更高、并发症风险更大,做好该群体的社区管理对提升高血压整体防控水平、减轻社会医疗负担、提高居民整体健康水平具有重要意义。本文分析高血压重点人群的界定标准与管理现状,探讨针对性的社区精细化管理策略,为社区高血压防控工作提供参考。

## 关键词

高血压; 重点人群; 社区管理; 慢性病防控; 精细化策略

## 1 引言

随着中国人口老龄化加剧和居民生活方式的改变,高血压患病率呈逐年上升趋势。《中国高血压防治指南》指出,中国成人高血压患病率已超过 27.5%,中国高血压患者知晓率约 51.6%、治疗率约 45.8%、控制率仅 16.8%<sup>[2]</sup>。高血压发病隐匿无症状易忽视、群体普遍认知不足、用药依从性差、不良生活习惯干预难坚持、家庭成员重视不足,如果高血压长期得不到有效控制,脑卒中、冠心病、心衰、肾衰、主动

脉夹层等严重并发症的发生风险大大增加,严重威胁居民健康及生活质量。社区作为慢性病防控的主战场,具备贴近居民、服务便捷的优势,聚焦于并发症风险更高或管理依从性更差的高血压重点人群,实施科学、系统、高效的社区精细化管理策略,逐步提高患者的知晓率,治疗率和控制率。是降低心脑血管事件发病率、死亡率、提高患者生活质量、减轻社会经济负担的关键路径。

## 2 高血压重点人群的界定

基于疾病风险、结合临床诊疗规范、社会因素的综合考量,高血压重点人群主要包括:老年高血压患者(年龄 $\geq 65$ 岁),合并并发症的高危/极高危高血压患者,特殊生理阶段高血压患者、难治性高血压患者和社会经济学弱势高血压患者,如低收入、低教育水平、独居/空巢、残疾、

【作者简介】郟利利(1969—),女,中国内蒙古呼和浩特人,本科,副主任护师,从事慢性病的预防、干预及康复方案研究。

伴有显著精神心理障碍、医疗保障不充分或健康素养较低的人群。有家族遗传高血压病史、同时有抽烟、酗酒、长期熬夜、饮食重盐等不良生活习惯的人群也列为重点实施患病前社区预防干预的高血压重点人群。

### 3 高血压重点人群社区管理的现状及存在的问题

#### 3.1 管理现状

近年来,我卫生院不断推进基层医疗卫生服务体系建设,同时建立了“家庭医生签约服务”模式,家庭医生深入社区入户为高血压患者及家庭成员建档、定期随访、每年为65岁以上老年人进行免费体检等工作。根据体检结果、老人的生活习惯、自理能力以及家庭成员的支持度等综合评估后为重点人群提供高血压个性化健康管理方案。健康促进及健康教育的同步推进,高血压重点人群的建档率及随访率在逐年提升。

#### 3.2 管理资源不足

卫生院医护人员数量短缺,调研辖区内人均服务高血压患者60-80人,其中重点人群占比20-30%,人均服务患者数量相对过多,单纯医护人员难以实现对重点人群的精细化管理。

#### 3.3 社会支持系统薄弱

家庭照护缺位;部分家庭因经济负担较重导致治疗中断;获取连续、优质、专业的医疗服务的途径受限。医联体与社区工作人员的积极性未得到充分调动,上下联动不能实现长期的精准对接。

#### 3.4 行为与心理障碍

长期服药导致的治疗疲劳;辖区17.8%的高血压人员及家属存在认知偏差,认为无症状高血压就不需要治疗用药;30%的人员还有不良生活方式根深蒂固,重盐重油饮食;缺乏科学的适量运动,生活压力大,睡眠障碍合并心理问题影响治疗积极性。

#### 3.5 临床复杂性

辖区有10%的高血压人员一人多病,治疗目标需兼顾;各种药物的相互作用风险高,存在不良反应管理难度大;对降压治疗的耐受性个体差异显著。

## 4 高血压重点人群的社区管理策略

### 4.1 完善分级分类管理体系

#### 4.1.1 精准建档,动态更新

卫生院家庭医生签约医师联合县域医共体医生,入小区对辖区内居民通过健康体检、门诊筛查、重点人群主动发现等多种途径,早期开展高血压筛查,精准识别高血压患者。尤其是家庭成员有高血压病史的亚健康人群,为确诊的重点人群建立电子健康档案,内容涵盖患者基本信息、完整病史、血压监测数据、并发症情况、用药史、生活方式及社会心理信息等。根据患者血压控制情况与并发症风险,家庭成员支持情况。对确诊患者进行规范的心血管风险分层(低危、中

危、高危、极高危),实行分级管理,并定期更新档案内容。结合社会支持度、自我管理能力强等因素,确定管理级别(如一级管理:常规随访;二级管理:强化随访与干预),实现资源的差异化配置。

#### 4.1.2 个性化随访,精准干预

针对不同类型的重点人群制定差异化随访方案。对于有家族遗传病史,无合并症的患者和家属,进行不良生活方式的改善,强调规律的作息时间,进行适量运动,限制食盐和钠含量高的食物摄入。这类患者每季度随访一次,如有病情变化,随时联系社区签约医师给予指导。老年人且有合并症的高血压患者每月至少随访1次,高危及极高危患者适当增加随访次数,一月两次。重点监测清晨血压与餐后血压;每次测量前应去除可能影响血压的因素,如吸烟、饮茶、喝咖啡等情况。生活可以自理的患者随访人员指导患者学会自行测量血压,并发放正确测量血压的健康宣教手册。要求患者记录测量结果,以便下次随访时与签约医师对接。合并糖尿病的高血压患者每2周随访1次,同步监测血糖与血压水平;注重患者的饮食习惯,纠正饮食误区,合理膳食、按比例分配三餐的营养物质搭配。妊娠期高血压患者由社区医生与妇产科医生联合随访,每周监测血压、尿蛋白等指标。对于生活不能自理,患者认知水平低的患者,务必动员家庭成员的参与。

通过近三年的个性化随访方案的实施,老年患者对签约医师及随访人员的信任程度及参与度有一个明显提升,生活方式的改变等有了足够的动力。血压控制率提升20%~30%;对合并糖尿病的患者实行每2周1次的联合监测,患者的血压、血糖控制的认知水平有一定的提升,能够配合随访人员主动监测血糖血压,达标率提升了25%。随访过程中,根据患者血压控制情况,以及家庭成员的配合情况及时调整用药方案与健康指导建议。通过随访对辖区内高血压患者进行精准分类,对后续的健康指导进行分类管理提供有力的数据支撑。

### 4.2 强化多学科协作与信息共享

#### 4.2.1 建立医联体协作机制

辖区内实施市级三级医院、二级总医院和卫生院、各社区卫生服务中心三级协作。在卫生院成立了高血压专科门诊,与上级医院建立高血压专科医联体,上级医院的高血压专家定期到社区坐诊、指导,为重点人群提供疑难病例会诊服务。定期进行摸底交班,按重点人群分类,通过高血压俱乐部的形式进行经验交流。对于血压控制不满意或出现严重并发症的患者,及时开通转诊绿色通道,专人负责转诊服务。具体流程是基层人员通过筛查发现高血压患者,评估患者血压后给予精准判断并规范管理,如有重症患者能够通过绿色通道转诊到三级医院,确保患者得到及时有效的治疗。数据显示,辖区内建立医联体的社区,重点人群疑难病例转诊率提升35%,转诊后血压控制达标率较未转诊人群高20%。

#### 4.2.2 打通信息互通渠道

辖区内医联体三级医院出院的高血压患者出院后由专

人对接卫生院、社区卫生服务中心，社区医生可根据上级医院的诊疗意见调整管理方案，也可以通过信息云平台了解患者近期的检查、检验互认结果，社区管理方案与上级医院诊疗方案的契合度提升45%。有效提升了高血压重点人群的延续性管理。患者对签约医师的信任度明显提升，愿意主动联系医师共同管理血压，有效延缓并发症的发生与发展。

### 4.3 强化以患者为中心的综合化健康干预服务

#### 4.3.1 药物治疗的优化管理

规范用药与个体化方案，家庭医生服务团队根据重点人群的个体情况，遵循“小剂量起始、优先选择长效制剂、联合用药、个体化治疗”的原则，为患者制定合理的治疗方案<sup>[1]</sup>。同时告知患者高血压需长期服药，不可因血压暂时正常擅自停药或减药，否则易导致血压反弹，血管壁遭到破坏，宜形成血栓，引发心脑血管风险。建议固定服药时间（如晨起空腹），可结合手机闹钟或药盒提醒；生活不能完全自理的患者，由家属主动承担提醒或帮助患者服药，减少漏服，提升用药依从性。指导患者识别常见不良反应，如服用利尿剂后可能出现电解质紊乱、服用血管紧张素转换酶抑制剂可能出现干咳，服用二氢吡啶类钙通道阻滞剂时易引起胫前水肿；出现不适及时复诊调整用药，切勿自行换药。建立了社区药学服务点，提供用药咨询与不良反应监测。对经济困难者，协助申请医保救助或使用基本药物目录内药物。

#### 4.3.2 深化非药物干预的执行力

从“治疗疾病”到“管理健康”的知行行的统一。知：普及高血压及健康生活方式知识，信：建立“生活方式能有效控压”的信念，行：提供支持性环境与工具，促成并维持行为改变。针对重点人群开展个性化生活方式指导。饮食方面，指导患者减少钠盐摄入，每日食盐摄入量控制在5g以内，开展量化盐勺发放与使用培训，少食腌制、烧烤类食物，减少钠的摄入。学习阅读食品营养成分表（关注钠含量），鼓励使用葱、姜、蒜、醋、香料等替代部分盐和酱油。多食用新鲜蔬菜、水果、全谷物、低脂奶制品、优质蛋白（鱼、禽、豆类）。减少饱和脂肪和反式脂肪（如动物内脏、油炸食品）、红肉、含糖饮料等。据患者年龄、身体状况制定运动方案，老年患者可选择散步、太极拳等温和运动，每周至少运动150分钟中等强度运动。控制体重，定期测量体重，将体重指数保持在18.5-23.9kg/m<sup>2</sup>之间。同时注意腹型肥胖，男性腰围<90cm，女性<85cm<sup>[4]</sup>。彻底戒烟，严格限制酒量。总之，戒烟限酒、控制体重，才能更好地控制血压。心理方面，将心理评估纳入常规随访，提供简易心理疏导，缓解患者因长期患病产生的焦虑、抑郁情绪，保证高血压患者能得到充足的睡眠。

#### 4.3.3 激活家庭与社会资源

开展“健康家庭”创建活动，行动不便或病情不稳定者，对患者家属进行照护技能培训。卫生院、村委会、志愿者等协同，为独居、失能患者提供送药上门、陪同就医、居家安全监测等支持服务。上级医院定期下派专家到社区进行技术指导、培训。利用社交媒体推送定制化健康教育信息。

## 5 保障措施与成效评估

### 5.1 政策与资源保障

#### 5.1.1 完善激励机制

将高血压重点人群管理质量与效果纳入对基层医疗服务机构的绩效考核，与薪酬分配挂钩，调动基层医务人员积极性。

#### 5.1.2 加强队伍建设

持续开展全科医生高血压防治专项能力培训，送往辖区三级医院进行高血压管理规范化培训，提升其对复杂病例的识别与管理能力。

#### 5.1.3 落实经费保障

确保基本公共卫生服务经费足额到位，并探索有效的、成本效益好的干预措施。

### 5.2 多维度成效评估体系

#### 5.2.1 过程指标

重点人群筛查覆盖率、规范管理率、血压定期监测率、家庭医生签约服务利用率、双向转诊执行率等。

#### 5.2.2 中间产出指标

血压控制达标率、治疗依从性改善率、健康知识知晓率、健康行为形成率、自我管理评分。

#### 5.2.3 健康结局与影响指标

心脑血管事件（脑卒中、心肌梗死）发生率、高血压相关住院率、死亡率、患者生活质量评分、医疗费用变化趋势。建立定期评估与质量改进循环，利用评估结果持续优化管理策略与服务流程。

## 6 结语

高血压重点人群的社区管理是一项系统性、长期性的工作，对高血压重点人群实施社区精细化管理，卫生院、各社区卫生服务中心应充分发挥基层防控的优势，强调从被动诊疗转向主动健康管理，从单维度血压控制转向多维度健康促进，从机构化服务转向整合型连续服务。提升高血压重点人群的血压控制率与健康素养，降低心脑血管并发症风险。未来的实践需在政策支持下，持续推动技术创新，加强跨部门协作，最终实现延缓疾病进展、降低并发症负担、提升全民健康福祉的宏伟目标。

### 参考文献

- [1] 国家心血管病中心, 国家基本公共卫生服务项目基层高血压管理办公室. 国家基层高血压防治管理指南2024版[EB/OL]. (2024-01).
- [2] 中国高血压防治指南修订委员会, 高血压联盟(中国), 中华医学会心血管病学分会, 等. 中国高血压防治指南(2023年版)[J]. 中华心血管病杂志, 2024, 52(1): 9-60.
- [3] 胡大一, 马长生. 社区高血压分级分类管理实践与效果评价[J]. 中国全科医学, 2022, 25(15): 1801-1806.
- [4] 刘力生, 王文, 姚崇华. 中国老年高血压管理指南2023[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2023, 25(10): 1001-1027.