

医疗共同体双向转诊模式对老年高血压管理效果

申新林

北京市昌平区城北社区卫生服务中心 北京 102200

【摘要】目的：探讨医疗共同体双向转诊模式对老年高血压患者的管理效果。方法：选取2024年7月至2025年8月期间本区域医疗共同体覆盖的80例老年高血压患者，采用随机数字表法分组，各40例。对照组实施常规社区随访管理，观察组实施医疗共同体框架下的双向转诊模式管理。干预6个月后，比较两组患者的血压控制水平、治疗依从性评分及再住院率。结果：干预后，观察组收缩压（SBP）、舒张压（DBP）水平均低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组治疗依从性评分高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组因高血压相关问题的再住院率低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：医疗共同体双向转诊模式能有效提升老年高血压患者的血压控制效果，改善治疗依从性，降低再住院风险。

【关键词】：医疗共同体；双向转诊；老年高血压；血压控制；依从性

DOI:10.12417/2705-098X.26.08.061

高血压是老年人群最常见慢性病，其患病率高，控制率低，并伴随心脑血管并发症，严重增加个人负担^[1]。老年高血压患者会并存多种疾病，病情复杂，要求管理具备更高的连续性和协同性。传统的分级诊疗常存在诸多问题，如上下级医疗机构衔接不畅、信息孤岛、患者随访管理脱节等，导致血压控制不佳，再住院率高。医疗共同体属于新型服务模式，整合了区域内医疗资源，目的是通过构建管理、责任、利益、服务共同体，优化资源配置，打通双向转诊渠道^[2]。双向转诊属于其主要运行机制，注重根据病情需要有序转诊于不同层级机构间，同时实现信息共享和连续管理。本研究旨在探讨基于医疗共同体的双向转诊模式对老年高血压患者血压控制、治疗依从性及再住院率的影响，详情如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年7月至2025年8月期间，纳入本区域医疗共同体（由1家三级医院、2家社区卫生服务中心组成）服务网络的80例老年高血压患者。采用随机数字表法将患者分组，每组40例。观察组男22例，女18例；年龄65-82岁，平均（72.35±5.67）岁。对照组男21例，女19例；年龄66-84岁，平均（73.12±5.89）岁。两组资料差异小（ $P>0.05$ ），可比。本研究经医院伦理委员会审核批准。

纳入标准：①符合《中国高血压防治指南（2023年修订版）》的高血压诊断标准；②居住在本社区，并知情同意。

排除标准：①继发性高血压；②伴有严重认知功能障碍；③合并恶性肿瘤；④预计生存期 <6 个月。

1.2 方法

对照组：实施常规社区高血压管理。患者在社区卫生服务中心建档，随访工作由社区全科医生负责。每季度至少进行一次面对面随访，测量血压，开展健康教育，根据指南和患者实际情况灵活调整用药方案。如果患者感到不适或者血压升高

时，经社区医生建议前往上级医院门诊就诊，患者携带诊疗信息。

观察组：实施医疗共同体框架下的结构化双向转诊模式管理。具体如下：

（1）组织构建：成立高血压管理团队，由三级医院心内科专家、社区全科医生、护士、公卫医师及信息管理员组成，制定诊疗路径、转诊标准与信息共享协议，并实现统一。

（2）上转流程：社区医生在随访中如果发现患者出现以下情况之一：①经两种及以上降压药规范治疗血压依然不达标（ $SBP\geq 160$ mmHg 和/或 $DBP\geq 100$ mmHg）；②出现疑似高血压急症或者严重并发症；③需明确是否存在继发性高血压；④调整治疗方案存在困难。利用医疗共同体信息平台进行上转，填写电子转诊单，包含病史、用药、近期检查结果，患者享受优先挂号、优先接诊。

（3）下转与连续管理：上级医院接诊后，完成诊治，制定针对性治疗方案，对后续管理要点予以明确，并利用信息平台把诊疗摘要和方案下转至社区。社区医生结合方案进行日常管理，包括用药指导、生活方式干预、定期监测。

（4）协同随访：创建微信群，三级医院专家每月进行一次线上联合查房，对疑难病例进行探讨。信息平台自动提醒随访时间，记录每次血压值和用药及不良事件，实现实时监测。

（5）健康教育：每月开展1次由三级医院专家和社区医生共同参与的集中健康教育讲座。两组干预时间均是6个月。

1.3 观察指标

（1）血压控制水平：于干预前及干预6个月后，测量患者静息坐位血压，连续测量3次取平均值，记录收缩压（SBP）进而舒张压（DBP）。

（2）治疗依从性：干预6个月后，采用Morisky服药依从性量表（MMAS-8）进行评估，共8个条目，总分0-8分，得分越高表示依从性越好。 >6 分为依从性高。

(3) 再住院率：记录干预6个月内，患者因高血压急症、心衰、脑卒中等高血压直接相关并发症非计划性入院的人次，计算再住院率。

1.4 统计学分析

采用 SPSS24.0 软件分析数据，计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 表示，t 检验，计数资料用 (n%) 表示， χ^2 检验，组间差异以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组血压水平

干预前，观察组收缩压为 (152.34 ± 10.45) mmHg，对照组为 (153.12 ± 11.23) mmHg，两组比较差异无统计学意义 ($t=0.322$, $P=0.749$)。干预前观察组舒张压为 (92.56 ± 8.34) mmHg，对照组为 (93.01 ± 8.67) mmHg，两组比较差异无统计学意义 ($t=0.237$, $P=0.814$)。干预6个月后，两组患者收缩压与舒张压均较干预前显著下降 ($P < 0.05$)。观察组收缩压降至 (128.67 ± 7.23) mmHg，对照组降至 (138.95 ± 8.76) mmHg，观察组下降幅度更大，显著低于对照组 ($t=5.724$, $P=0.000$)。观察组舒张压降至 (78.45 ± 5.12) mmHg，对照组降至 (85.67 ± 6.34) mmHg，观察组同样显著低于对照组 ($t=5.603$, $P=0.000$)。

2.2 对比两组患者治疗依从性评分

干预6个月后，观察组患者的 Morisky 依从性量表评分为 (7.12 ± 0.89) 分，高于对照组的 (5.78 ± 1.23) 分，($t=5.582$, $P=0.000$)。

2.3 对比两组患者再住院率

干预6个月内，观察组40例患者中，有2例因高血压相关原因再住院，再住院率为5.00%；对照组40例患者中，有9例再住院，再住院率为22.50%。观察组再住院率低于对照组，($\chi^2=5.165$, $P=0.023$)。

3 讨论

高血压会导致老年人心脑血管事件和死亡。老年高血压特点包括收缩压增高为主、脉压差增大、血压昼夜节律异常、并发症多、合并用药复杂等，使得管理难度增加^[3]。传统碎片化的医疗服务体系不能满足其长期、连续的管理需求，容易发生管理断层，导致血压控制率低，反复住院，加重医疗负担。

医疗共同体双向转诊模式是将整合型医疗卫生服务体系进行实践。其打破了机构壁垒，建立了统一的管理团队和规范的转诊标准，并创建共享的信息平台，制定连续性护理计划，结合了三级医院的专科技术优势和社区卫生服务的可及性、连续性优势^[4]。该模式保证患者在病情变化时可以及时获得医疗资源，在稳定期又可以通过社区接受便捷且持续的日常管理，实现了全周期健康管理。

本研究结果显示，实施双向转诊模式的观察组，其血压控制水平比实施常规管理的对照组更优。干预后观察组 SBP 与 DBP 均值分别为 (128.67 ± 7.23) mmHg 和 (78.45 ± 5.12) mmHg，均达到理想控制水平。这一成效源于诊疗方案的科学性和一致性。当社区患者血压无法控制时，通过规范渠道上转至三级医院，由专科医生进行有效评估，将继发性因素排除，优化联合用药方案（如使用更强效或更长效的降压药物，处理顽固性高血压），让社区医疗的技术瓶颈得到了解决^[5]。下转后，社区医生严格遵从上级制定的针对性方案执行，让治疗强度和方向的正确性得以保证。动态监测和及时干预起到了关键作用。利用信息平台实现血压数据的实时共享，并实时分析趋势，三级医院专家可以通过线上进行联合查房，可以远程指导社区医生有效调整血压波动，可防止因调整不及时造成的长期血压不达标^[6]。另外，系统的健康教育提升了患者的自我管理能力和自我管理意识，共同促成了血压的平稳下降。这表明，双向转诊模式通过提供技术支撑和连续监管，有效攻克了老年高血压控制中的难点。

关于治疗依从性，观察组评分 (7.12 ± 0.89 分) 显著高于对照组 (5.78 ± 1.23 分) ($P < 0.05$)。依从性改善是有效控制血压的基础。双向转诊模式通过多个层面增强了依从性：一是加强了信任和医患同盟。患者能够感受到从社区到三甲医院的全程化关怀，增加了整个医疗团队的信任度，更加愿意遵从医嘱。二是就医流程实现了简化，便利性也得到了提升^[7]。规范的转诊通道免除了患者自行奔波，消除就医的困惑和劳累，尤其是为行动不便的老年人提供了便利，使其更加愿意坚持复诊和随访。三是可以向患者提供连续的用药指导，并强化。下转方案中用药说明更加清晰，与社区医生面对面的反复讲解和用药提醒相结合，以及家属也参与到监督中，使得漏服、错服现象得到了极大的减少^[8]。四是持续的健康教育强化了认知。定期的讲座和随访中提供个性化指导，使患者及其家属对长期规范治疗的重要性及自行减药、停药的危害能够深刻理解。因此，该模式通过构建支持性环境，将外部监督与内在认知改变相结合，有效提升了老年患者的治疗依从性。

再住院率是卫生经济学指标，观察组 (5.00%) 显著低于对照组 (22.50%) ($P < 0.058$)。再住院率是衡量慢性病管理质量和效果的关键终点指标。观察组再住院率的降低，是血压有效控制和依从性改善带来的直接积极成果。平稳的血压控制使得高血压急症（如高血压脑病、急性心衰）以及严重靶器官损害急性发作（如急性脑卒中、心肌梗死）的风险从根本上减少，而这些是造成再住院的主要原因。连续的监测和管理可以进行早期风险识别。社区医生在常规随访中，借助上级医院的指导，能更加敏锐地发现患者心衰早期症状、一过性脑缺血发作等迹象，并通过提前干预或者有序上转，防止其发展成为需要住院的严重事件。畅通的转诊渠道让不必要的住院得以避免。对于一些需要在门诊进行深入检查，或者调整方案的复杂

状况,通过上转门诊便能够解决,不需要如过去那样因门诊号源紧张或等待时间长而被迫选择住院调整。因此,双向转诊模式通过前置性的、连续性的有效管理,显著降低了可避免的住院事件,节约了宝贵的医疗资源,减轻了患者的经济和身心负担。

综上所述,医疗共同体双向转诊模式通过整合资源、畅通

路径、连续服务,能显著提升老年高血压患者的血压控制水平,改善治疗依从性,并有效降低再住院率。这证实了该模式在优化老年慢病管理中的有效性和优越性。未来的实践应进一步将转诊标准细化,完善信息平台功能,并建立更科学的激励约束机制,以促进该模式的可持续高质量发展,惠及更广大的老年慢病患者群体。

参考文献:

- [1] 于春芳.社区治疗管理在老年高血压患者中的应用效果[J].中国社区医师,2024,40(36):149-151.
- [2] 张婷.药师干预在老年高血压患者管理中的应用效果分析[J].中国社区医师,2024,40(35):11-13.
- [3] 罗玉芳,庄晓娟,李黎.微信平台的“三师共管+互联网”在老年高血压随访管理中的应用[J].西藏医药,2024,45(6):125-127.
- [4] 蒙华,段丹华,杨莹.基于老年评估的个性化管理在老年高血压伴糖尿病中的应用[J].中国卫生标准管理,2024,15(22):73-76.
- [5] 邓潇,李德威,伍祯,等.农村老年高血压患者跌倒警觉度现状及影响因素研究[J].护理学杂志,2024,39(22):103-106+111.
- [6] 李婧,李素清,韦春华.专病特色管理模式在老年高血压患者中的应用效果[J].中国社区医师,2024,40(32):149-151.
- [7] 刘美华,翁友飞,吴菊丽,等.基于老年综合评估的综合干预模式对老年高血压患者血压管理与机体衰弱的影响[J].心血管病防治知识,2024,14(20):78-80+84.
- [8] 金多.老年高血压共病患者自我管理行为现状及其影响因素分析[J].医师在线,2024,14(10):19-24.