望京社区卫生服务中心慢病管理探讨

——医疗科 白瑞瑞

为什么要管理慢病（这里主要指高血压、糖尿病）？

从大的方面讲：总所众知随着我国社会发展，饮食、运动习惯的变化，高血压、糖尿病等慢性病的患病率越来越高，这些慢性病对人民的健康危害越来越大。而我们社区六位一体（即预防、保健、医疗、康复、健康教育及计划生育技术指导六位于一体的社区医疗卫生服务）中有“四位”与慢性病有关系。从小的方面来讲：目前高血压、糖尿病及与之相关的慢性病在社区患病率高，是我们每日就诊患者的主力军，同时是上级考核和经济补偿的重要指标之一。所以慢性病管理我们必须做。同时管理好是一个多赢的事情：提高居民的健康水平赢得口碑、提升医务人员的业务水平、获得经济效益。

如何管理？

我们中心现在的管理体系基本成形。但是未来随着管理患者数量的进一步上升，管理深度的进一步深入。我们还要探索医护防团队如何更有效率的协调工作。不管现在情况如何，未来医生、护士、防保人员只要选择在社区卫生服务中心及站工作，您的工作就一定不会与慢性病的管理脱开关系。所以建议我们现在开始理念转变并进行必要的知识储备。

现在我们慢病管理中的**难点**是要真实的有质量的管理较多数量的患者。要解决这个问题就需要提高效率。提高效率除了我们自己的努力以外还需要患者的配合。目前的现状是医务人员追着管理患者，很多患者对自己被管理的益处并不十分知情或并不认同。导致我们管理起来有阻力，耗时耗力较多。尤其是在医生门诊时间紧不能充分沟通的情况下问的多一些时有的患者会焦急或排斥，加之目前骚扰、诈骗电话很多等社会问题，尤其涉及到一些基本信息如电话、住址、身份证号码等时患者非常谨慎甚至个别直接拒绝或给假的。所以我们需要做一些事情来改善：1. 对患者的信息严格保密，同时提升我们的职业素养，提高周围居民对我们的信任度。2.加强健康教育：我们的目标不再仅仅是为了考核，是切实提高周围居民对于慢性病危害的认识及提升对慢性病防控的意识。因为现在是制定政策的人和部分医务人员知道慢性病管理对患者个体和社会的益处及这项工作的迫切性，但是患者自己不知道自己有这样的需求，我们需要让患者知道。3.改变理念：我们慢性病管理不是仅仅为了迎接上级考核，我们要为了患者的健康而管理患者。我们只有这样想了才能想方设法的真正全方位的管理患者，我们就会发现我们要填写的一些东西其实是我们管理好患者的方法，而不是负担，才能使更多的患者血压、血糖、体重等各项指标达标，最终使患者真正受益；我们的患者受益了我们的管理就做好了，我们的考核就不是问题。

具体的高血压、糖尿病患者的管理主要由以下几项工作：建档、面对面的随访、体检、年度评估、健康教育。其中最棘手的是每年4次“面对面”的随访，这每年4次“面对面”的随访任务目前肯定主要需要由医生来解决，因为只有医生每天可以面对面的接触最大数量的患者。但是倒不意味着所有的随访任务都有医生来承担。

接下来谈谈真实性有效性的问题：我们在高血压、糖尿病随访中需要掌握的主要是身高、体重、腰围、吸烟、饮酒、运动、饮食、血压、血糖、糖化、血脂肝肾功等化验、用药情况、靶器官损害、并发症等。这些情况是我们一个医生合格接诊高血压、糖尿病患者必须询问和知道的东西。如果我们对患者的上述情况均不了解而直接给患者进行处方开药，不给生活方式方面的指导，那我们需要反思我们接诊高血压、糖尿病的水平和认真程度。

下面是面对面随访的具体操作：

1.规定时间内来门诊就诊的患者：医生面对面的随访，如实填写。以下是可能出现的几种情况：（1）患者血压、血糖等指标均达标或1次不达标按照规定3个月或2周随访；（2）连续2次未达标：a.患者1个月来血压、血糖确实持续没有达标，而且在我们中心找不到合适的方法给予解决，我们需要转上级医院；b.患者1个月来血压大部分时间都达标，恰巧只是在就诊的这两次测量不达标，可以填写患者平时大多数情况下的血压、血糖值，加强随访，医生根据实际情况决定是否转诊；（3）患者2次血压、血糖不达标，但是不同意转诊到上级医院就诊的患者，可以填写建议转诊的医院；（4）老年人单纯收缩期高血压患者：我们在门诊会遇到140mmHg≤收缩压<150mmHg，并且舒张压比较低收缩压不适宜降到140mmHg以下的患者，如果收缩压填写在140-150mmHg之间其实属于达标（《 2010版中国高血压指南》指出老年高血压患者的血压应降至150/90mmHg以下），但系统不认可，提示不达标。这种情况比较棘手，需要与社管沟通能否修改老年人收缩压达标目标值。另外化验检查的填写分几种情况：（1）患者近期做过化验，有化验单，可以立即录入；（2）患者无近期化验结果，当天医生开化验单在接下来的数天内化验，当时不填写化验或随便填写并做记录，等待结果出来后重新录入。（3）确实无化验结果，近期患者也无化验的意愿，化验结果只能填写患者曾经化验过得化验单结果，并反复交代患者进行应做的基本化验。

2.规定时间未来门诊就诊的患者：专人负责电话随访，并引导患者来院进行面对面的随访，如通过老年人体检、流感疫苗注射、举行各种活动吸引患者参加等方式来院的机会进行面对面随访。

3.如果确有高龄患者或长期卧床患者无法来院面对面随访，如果纳入我们的管理，是否应该组织人员（医护防人员其中两人一起）到患者家中随访，如果无法达到4次/年，至少1次/年，给予基本的物理检查、化验相应生化指标并给予相应的用药指导及生活方式指导。收费问题：出诊费用是否收取再行讨论，60岁以上老人可以按免费体检项目给予免费的体检，其他项目根据患者意愿收费检查。

4.对于确实无法面对面随访的患者：如候鸟族老人好几个月不在北京、去国外探亲老人（一年中有半年左右不在国内）等患者随访确有问题，需要考虑是否应该纳入我们的管理。

就诊时“患者询问”：只要患者有化验结果一定进行录入。以便随访时用。

需要与社管沟通的另外一个情况：如果本次到随访时间，我们进行了非面对面的随访，如电话随访，患者控制满意，系统下次随访日期会跳转到3个月后，假如患者在半个月后来院进行了面对面的随访，系统中将不能录入随访，这样一年面对面随访的次数在系统中将无法体现4次。

以上是我的一点思考，希望我们改变理念、共同探讨、一起管理好慢性病。

2014.2.23