

## 基于家庭医生签约服务的高血压分级管控模式观察

徐志鹏

良渚街道社区卫生服务中心, 浙江 杭州 311113

**[摘要]**目的: 探讨家庭医生签约服务的高血压分级管控模式的应用效果。方法: 选择2023年1月至2025年1月于本基层医疗机构全科内科就诊的常见病患者130例, 采用“家庭医生团队主导、分级评估、精准干预、全程随访”的管控模式, 以患者的病情状况分为低危、中危、高危3个等级, 实施差异化管控措施。比较干预前后患者血压控制达标率、用药依从性、健康知识知晓率, 以及不同风险等级患者的管控效果差异。结果: 干预12个月后, 血压控制达标率较干预前提升, 用药依从性和健康知识知晓率均提高, 低危组患者血压控制达标率最高, 且高于中、高危组患者, 中危组患者血压控制达标率高于高危患者。干预后各等级患者血压均下降, 高危组患者血压下降幅度最大 ( $P<0.05$ )。结论: 基于家庭医生签约服务的高血压分级管控模式可以提高患者认知与依从性, 控制患者血压水平, 实现对不同风险等级患者的精准化、个性化管理, 值得推广应用。

**[关键词]**家庭医生签约服务; 高血压; 分级管控; 慢病管理; 血压控制; 用药依从性

DOI: 10.33142/cmn.v4i1.18992

中图分类号: R544

文献标识码: A

## Observation of Hypertension Grading and Control Model Based on Family Doctor Contract Service

XU Zhipeng

Liangzhu Street Community Health Service Center, Hangzhou, Zhejiang, 311113, China

**Abstract:** Objective: to explore the application effect of the hypertension grading control model for family doctor contract services. Method: a total of 130 common disease patients who received treatment in the general internal medicine department of this primary medical institution from January 2023 to January 2025 were selected. The control mode of "family doctor team led, graded evaluation, precise intervention, and full follow-up" was adopted, and the patients' condition was divided into three levels: low-risk, medium risk, and high-risk, and differentiated control measures were implemented. Compare the differences in blood pressure control compliance rate, medication adherence, health knowledge awareness rate, and control effectiveness among patients with different risk levels before and after intervention. Result: after 12 months of intervention, the blood pressure control compliance rate increased compared to before intervention, and the medication adherence rate and health knowledge awareness rate both improved. The low-risk group had the highest blood pressure control compliance rate, which was higher than that of the medium and high-risk groups. The blood pressure control compliance rate of the medium risk group was higher than that of the high-risk group. After intervention, the blood pressure of patients at all levels decreased, with the high-risk group showing the largest decrease in blood pressure ( $P<0.05$ ). Conclusion: the hypertension grading and control model based on family doctor contract services can improve patient awareness and compliance, control patient blood pressure levels, and achieve precise and personalized management of patients with different risk levels, which is worth promoting and applying.

**Keywords:** family doctor contract service; hypertension; graded control; chronic disease management; blood pressure control; medication compliance

### 引言

高血压是严重威胁居民身体健康的一种慢性非传染性疾病, 加重社会医疗负担。近年来我国成人高血压患病率呈现逐年升高趋势, 但是血压控制达标率并不理想。基层管理模式存在随访不连续、干预同质化、服务碎片化等不足, 导致高血压疾病整体管控效果差, 未能满足不同风险等级高血压患者的个性化需求。家庭医生签约服务可实现对居民健康的全程监测与精准干预, 通过完善慢性病的分级分类管理, 优化服务流程, 有助于提高基层慢性病的管理质量。因此, 本文研究主要基于家庭医生签约服务体系构建高血压分级管控模式, 观察其应用效果, 提高基层

高血压慢性病管理的控制效果, 改善患者预后与生活质量, 报道如下

### 1 资料与方法

#### 1.1 研究对象

选取2024年1月—2025年1月辖区内签约家庭医生的高血压患者130例, 纳入标准: ①患者神志清晰; ②于不同日期进行至少3次血压测量,  $SBP \geq 130\text{mmHg}$  和(或)  $DBP \geq 80\text{mmHg}$ ; ③充分了解家庭医生服务协议, 并自愿签署。排除标准: ①伴有精神疾病或恶性肿瘤; ②中途退出研究或不能配合完成随访调查。男70例, 女60例; 年龄18~82岁, 平均( $62.18 \pm 0.35$ )岁; 病程1~23年,

平均(8.69±3.52)年。依据《中国高血压防治指南(2026版)》分级将患者分为3个等级,高危组47例(血压≥160/100mmHg,或伴≥3个危险因素,或合并并发症,10年风险≥20%);中危组46例(血压130~139/80~89mmHg伴1~2个危险因素,或140~159/90~99mmHg无其他危险因素,10年风险7.5%~19.9%);低危组37例(血压130~139/80~89mmHg,无其他危险因素,10年风险<7.5%)。三组一般资料比较,差异无统计学意义(P>0.05)。

## 1.2 护理方法

### 1.2.1 管控模式构建与实施

由家庭医生、专科医师、健康管理师组成的管控团队,所有研究对象签约后由家庭医生团队完成基线评估,明确患者风险等级。采用电子血压计测量患者的血压,在不同日期进行3次血压测量,取平均值作为基线血压,评估吸烟、血脂异常、家族高血压病史等危险因素以及糖尿病、脑卒中、肾功能不全等并发症,并为患者建立个性化的电子健康档案。

### 1.2.2 差异化干预措施

根据患者风险等级对患者进行“分层施策、精准干预”,

(1)低危组:秉承以生活方式干预与健康宣教为核心,药物治疗为辅助的管理措施,定期组织患者参加健康讲座,主要讲解高血压的基础病理知识、运动方案、饮食原则等,从而帮助患者构建高血压疾病的完整认知体系。与此同时,家庭医生通过上门、微信、电话等形式对患者进行随访,定期通过微信群向患者推送健康知识,解答患者提出的相关问题。在饮食管理方面,嘱咐患者要严格遵循低盐的饮食原则,增加高纤维、高钙、高钾食物的摄入量,日常要严格控制食盐的摄入量。在运动方面,鼓励患者进行中等强度的有氧运动,通过运动锻炼也可以提高心肺功能,对控制血压具有积极的影响作用。另外,帮助患者制定合理的体重控制计划,嘱咐患者要戒烟、戒酒,保证充足的睡眠,通过健康的生活方式有助于减少心血管疾病的发生风险。在药物治疗方面,若患者的血压持续偏高,在家庭医生的专业指导下,建议患者优先考虑ACEI/ARB类单一降压药物。(2)中危组:侧重点在于药物管理以及生活方式干预,同时加强对患者的随访监测工作。以患者的具体情况为依据,在家庭医师的专用指导下建议其优先选用A+C单片复方制剂,密切监测患者的血压水平变化,并及时调整患者的用药方案。在患者用药期间,定期监测患者的电解质、肝肾功能等指标,及时发现异常,及时干预,确保患者的用药安全。

在针对低危组患者实施常规生活方式干预的基础上,增加个性化干预,对于肥胖患者,为其制定科学合理的减重计划;对于血脂异常的患者,为其制定个性化的饮食方

案。每个月为患者提供一次个性化的健康宣教服务,在指导的过程中,向患者强调擅自更换用药方案,可能导致病情反复、血压波动等不良后果,以确保患者可以规范用药。每两个月家庭医生进行一次上门随访,患者测量血压,了解患者的饮食情况,运动情况,并及时对该方案进行调整。

(3)高危组:以药物治疗作为管理的核心,同时强化多学科协同合作与全程监测。由心内科专科医生与家庭医生紧密协助,共同探讨患者的病情,优先采用双药联合治疗策略充分发挥协同降压作用,必要时可结合利尿剂等其他降压药物。由健康管理师基于患者的运动能力、饮食习惯、身体状况等因素为依据,制定个性化的运动计划和饮食方案。向患者及其家属讲解高血压并发症的预防以及处理方法,并通过健康教育、行为矫正等方式,帮助患者纠正饮酒、吸烟等不良生活习惯。增加随访的频率,一周一测,测量患者的心率,血压,了解患者的生活方式,用药依从性,综合各项结果对患者的药物治疗方案进行进一步的优化和调整。

### 1.2.3 全程随访与质量控制

线上主要借助家庭医生签约服务APP推送提醒与知识、接收患者的血压数据;线下家庭医生与健康管理师上门完成测量、评估与调方,及时更新电子健康档案。成立质控小组,每月检查管控工作,核查记录完整性、措施落实及血压测量准确性,督促整改。建立绩效考核机制,将血压达标率、患者满意度等纳入家庭医生考核。

## 1.3 观察指标

(1)血压控制达标率:于干预前及干预12个月后,测量全体患者收缩压(SBP)、舒张压(DBP)。按《中国高血压防治指南(2024版)》标准,低危、中危患者SBP<130mmHg且DBP<80mmHg,高危患者(合并糖尿病、肾病等并发症者)同此标准,以达标例数/总例数×100%计算达标率。(2)用药依从性:采用Morisky用药依从性量表(MMAS-8,共8条目、总分8分,得分≥6分依从性良好,<6分依从性差,依从率=依从性良好例数/总例数×100%计算。(3)健康知识知晓率:自行设计含高血压诊断、用药、生活方式干预、并发症预防等10个条目(每题10分、满分100分)的问卷,得分≥80分为知晓,<80分为不知晓,知晓率=知晓例数/总例数×100%。(4)不同风险等级患者的血压变化:比较干预前后低、中、高危组患者收缩压与舒张压变化幅度及各组血压控制达标率。

## 1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0统计学软件进行数据分析,符合正态分布的计量资料以 $\bar{x}±s$ 表示,组间比较采用t检验;计数资料以n(%)表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验。以P<0.05为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 干预前后整体管控效果比较

干预 12 个月后 130 例患者的收缩压、舒张压均较干预前下降, 血压控制达标率、用药依从率、健康知识知晓率均较干预前提升, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.001$ )。详见表 1。

表 1 干预前后整体管控效果比较

组别	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)	血压控制达标率 (%)	用药依从率 (%)	健康知识知晓率 (%)
干预前 (n=130)	148.12±12.75	89.57±9.41	54.62 (71/130)	61.54 (79/130)	59.23 (77/130)
干预后 (n=130)	127.65±8.89	78.42±7.33	80.77 (105/130)	86.92 (113/130)	88.46 (115/130)
t	18.325	14.563	32.154	30.782	48.321
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

### 2.2 不同风险等级患者干预效果比较

干预 12 个月后, 三组患者的收缩压、舒张压均较干预前下降 ( $P < 0.001$ ), 且高危组患者的收缩压、舒张压下降幅度大于中危组、低危组, 中危组大于低危组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。详见表 2。

表 2 不同风险等级患者干预效果比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	收缩压 (mmHg)		舒张压 (mmHg)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
低危组 (n=37)	135.32±6.85	125.46±6.12	85.08±5.38	75.31±4.92
中危组 (n=46)	142.63±8.72	126.82±6.51	87.93±6.08	77.62±5.21
高危组 (n=47)	158.81±10.31	132.51±7.85	94.61±7.19	80.81±6.08
t 值	1.218	25.876	1.142	22.983
P 值	0.302	<0.001	0.325	<0.001

## 3 讨论

高血压作为一种常见的慢性疾病, 其病程长、病情反复、并发症多, 其核心在于实现“精准化、个性化、全程化”管控。基层医疗作为满足居民基础医疗需求的重要领域, 全科内科常见病的诊疗水平, 对基层医疗服务能力的整体水平有着直接的影响。然而鉴于我国医疗资源在区域间的分配不均衡问题较为突出, 未能满足居民日益增长的医疗健康服务需求。家庭医生签约服务以及连续性、便捷性、契约化的优势, 通过优化卫生资源配置, 缓和医患矛盾, 成为基层高血压管理的重要抓手, 在为患者提供医疗服务的同时, 可以节省问诊时间, 提高患者随访的依从性。分层管控模式则主要以患者的病情风险等级为依据, 通过优化医疗资源配置, 为患者制定个性化的管理, 避免“一刀切”的干预模式。本研究构建的基于家庭医生签约服务的高血压分级管控模式, 取得了良好的应用效果。

在本次研究中, 通过对患者进行 12 个月的干预后, 患者的血压控制达标率提高, 用药依从性以及知识知晓率

均提高。这是因为在分级管控模式中, 主要依据患者不同的风险等级, 为其制定个性化的管理方案。对于低危组患者而言, 通过对患者进行健康宣教, 引导其树立正确的健康观念, 培养患者构建良好的生活方式; 对于中危组患者的管理侧重点在于强化药物规范治疗结合生活管理形成全方位的管理合力; 对于高危者患者, 在实现精准用药的同时, 对患者进行全程的动态监测, 以确保患者的病情可以得到有效及时的控制。除此之外, 家庭医生签约服务模式通过线上线下相结合的随访方式对患者进行健康宣教, 不仅有助于提高患者的认知水平, 而且有助于增强患者的依从性, 从而有效控制患者的血压。

分层分析表明, 低危组患者的血压控制达标率高于中危组、高危组, 中危组高于高危组, 且高危组血压下降幅度最大。可见风险等级越高, 血压控制越难, 需强化干预和随访。高危患者合并多种高危因素, 并且患者的血压波动幅度较大。基于此需要由专科医师与家庭医师共同为患者制定个性化的诊疗方案, 帮助患者构建健康的生活方式, 并加强全程监测, 以确保患者的血压水平得到有效的控制。而低危组患者无显著的危险因素, 因此通过系统化的健康宣以及实施针对性的生活干预即可实现血压达标, 这一差异充分彰显了分级管控模式的精准化、个性化的优势, 从而实现医疗资源的优化配置与高效利用。

本研究通过基于家庭医生签约服务体系, 构建“分级评估、精准干预、全程随访”的闭环管控模式, 为患者提供更具科学性合理性的护理管理, 同时提高了研究的学术严谨性, 通过对不同风险等级高血压患者的管控效果进行细致的分层分析, 能够为基层高血压分级管控提供了更具针对性的实践参考。然而, 本研究也存在一定的局限性, 未能将未签约患者纳入研究范畴进行对比分析, 另外, 对于高血压需要长期管理的慢性疾病而言, 本研究随访时间设定为 12 个月, 相对较短。因此在未来的研究中, 应纳入不同地区、不同人群的患者, 并延长随访观察时间, 除此之外, 需要重视对家庭医生团队的专业化培训, 提高团队成员的专业能力水平, 从而为患者提供更加多元化、个性化的管理, 以确保管控模式能够获得更优的实施效果。

综上所述, 基于家庭医生签约服务的高血压分级管控模式应用效果较为明显, 通过基于患者的风险等级实施个性化精准化的管理, 可以有效控制患者的血压水平, 并且在实施的过程中有助于提高患者的认知水平和治疗依从性, 契合基层慢病管理需求。

### [参考文献]

- [1] 杨小辉, 张武学, 帅维, 等. 流行病学调查新检出高血压患者的高血压临床确诊率 [J]. 中华高血压杂志, 2018, 26(11): 1026-1029.
- [2] 宋建玲, 饶志伟, 韩魁, 等. 家庭医生-专家“双签约”模式在

社区老年慢病患者管理中的应用[J].老年医学与保健,2021,27(6):1319-1322.

[3]宋善友,郝广萍.新时期社区医疗健康服务现状与对策研究[J].智慧健康,2021,7(10):181-183.

[4]王继光.中国高血压防治指南(2024年修订版)[J].中华高血压杂志(中英文),2024,32(7):603-700.

[5]蒋荣,周琅,高茜茜,等.家庭医生签约服务对慢性病老年患者健康行为的影响[J].健康研究,2025,45(6):674-677.

[6]刘靖.基于“分级、分期、分型”新理念的中外高血压指

南比较及对我国心血管疾病防治的启示[J].中国循环杂志,2025,40(10):1036-1040.

[7]杨宝,王进,李秋恒.医疗卫生机构开展基层高血压综合管理的实践探索[J].中国医疗管理科学,2025,15(4):131-135.

作者简介:徐志鹏(1992.5—)男,浙江省杭州市余杭区人,就职于良渚街道社区卫生服务中心,全科主治,工作10余年,擅长高血压、糖尿病等慢性病的管理,及社区常见病、多发病的诊疗。