基于信息化平台的高血压家医随访效果研究

王佳楠 阮冬梅
狼山镇街道社区卫生服务中心 江苏 南通 226001

摘 要 目的：探讨基于信息化平台的家庭医生随访对高血压患者管理的效果。方法：选取2025年2月至4月于狼山镇街道社区卫生服务中心就诊的120例高血压患者，随机分为对照组和观察组，每组各60例。对照组采用传统随访，观察组采用基于信息化平台的家医随访模式。比较两组患者血压控制情况、用药依从性、自我管理能力及生活质量。结果：观察组收缩压、舒张压控制水平优于对照组，用药依从性评分、自我管理能力评分及生活质量评分均高于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。结论：基于信息化平台的家医随访能提高血压控制率，改善高血压患者用药依从性和自我管理能力，提升患者生活质量。

关键词 信息化平台；家庭医生；高血压；随访管理；用药依从性

Study on the Effect of Family Doctor Follow-Up for Hypertension Based on an Information Platform

Wang Jia-nan, Ruan Dong-mei
Langshan Town Subdistrict Community Health Service Center, Nantong 226001, Jiangsu Province, China

Abstract Objective: To explore the effect of family doctor follow-up based on an information platform on the management of patients with hypertension. Methods: A total of 120 patients with hypertension who visited the Langshan Town Subdistrict Community Health Service Center from February to April 2025 were selected and randomly divided into a control group and an observation group, with 60 cases in each group. The control group received traditional follow-up, while the observation group adopted a family doctor follow-up model based on an information platform. Blood pressure control, medication adherence, self-management ability, and quality of life were compared between the two groups. Results: The observation group demonstrated superior control of systolic and diastolic blood pressure compared to the control group. The scores for medication adherence, self-management ability, and quality of life in the observation group were significantly higher than those in the control group, with statistically significant differences ($P < 0.05$). Conclusion: Family doctor follow-up based on an information platform can improve blood pressure control rates, enhance medication adherence and self-management ability, and promote the quality of life in patients with hypertension.

Key words Information Platform; Family Doctor; Hypertension; Follow-up Management; Medication Adherence

传统的高血压管理模式存在随访不及时、患者依从性差、健康教育不到位等问题，难以实现有效的长期血压控制[1]。随着移动互联网技术的发展，信息化平台为慢性病管理提供了新途径。基于信息化平台的家庭医生随访模式整合了健康监测、用药提醒、在线咨询、健康教育等功能，实现了医患间的实时互动和连续性管理[2]。本研究旨在探讨信息化平台家医随访对高血压患者管理效果的影响，以期为优化高血压防控策略提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2025年2—4月于狼山镇街道社区卫生服务中心全科门诊及内科就诊的120例高血压患者作为研究对象。采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组，每组60例。对照组60例，其中男性34例，女性26例；平均年龄（58.3±8.7）岁；平均病程（6.2±3.4）年；高血压1级22例，2级28例，3级10例；合并糖尿病15例，高脂血症18例。观察组60例，其中男性36例，女性24例；平均年龄（59.1±9.2）岁；平均病程（6.5±3.6）年；高血压1级24例，2级26例，3级10例；合并糖尿病17例，高脂血症16例。两组患者基线资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。本研究已通过伦理委员会审查批准。

纳入标准：符合《中国高血压防治指南》制定的诊断标准，即收缩压≥140 mmHg或舒张压≥90 mmHg；年龄范围限定为40～80岁；具备清醒意识，能够独立操作智能手机或在家属协助下完成操作；自愿签署知情同意书并参与研究。排除标准：继发性高血压患者；合并严重心、肝、肾功能障碍者；患有恶性肿瘤或其他重大疾病者；存在精神疾病或认知功能障碍而无法配合研究者；处于妊娠期或哺乳期的女性；近3个月内参

与过其他临床研究的受试者；依从性较差且预计难以完成随访的个体。

1.2 方法

1.对照组。采用传统家庭医生随访模式。由社区家庭医生团队负责随访管理，每月进行1次电话随访，每季度进行1次门诊面访。随访内容包括：询问患者血压控制情况、用药情况及不良反应，提供口头健康教育和生活方式指导，必要时调整治疗方案。患者自行在家测量血压并记录于纸质血压手册，复诊时携带手册供医生查阅。

2.观察组。采用基于信息化平台的家庭医生随访模式，具体措施如下：①信息化平台建设：构建集成高血压管理功能的移动医疗平台，包括患者端App和医生端管理系统。患者端具备血压数据上传、用药提醒、健康教育、在线咨询等功能；医生端可实时查看患者数据、进行远程指导、发布健康信息、生成随访报告。②智能血压监测：为患者配备具有蓝牙传输功能的电子血压计，测量数据自动上传至平台。系统设定每日早晚各测量1次的提醒，数据异常时自动向家庭医生发送预警信息。平台自动生成血压趋势图，便于医患双方直观了解血压控制情况。③个性化用药管理：根据患者用药方案设置智能用药提醒，每日定时推送服药通知。患者可在平台记录用药情况，系统统计用药依从性并生成报表。家庭医生根据血压控制情况和用药记录，通过平台及时调整用药方案，并向患者推送调整说明和注意事项。④分层健康教育：根据患者年龄、文化程度、病情严重程度实施分层教育。平台每周推送2～3次健康教育内容，包括高血压知识、饮食指导、运动建议、心理调适等，采用图文、视频、音频等多种形式。针对老年患者或文化程度较低者，提供简明易懂的语音讲解；对年轻患者或文化程度较高者，提供更深入的疾病机制和自我管理技巧。⑤定期远程随访：家庭医生每周通过平台查看患者血压数据和用药记录，每2周进行1次视频或电话随访，每月进行1次综合评估。随访中重点关注血压达标情况、用药依从性、生活方式改变及不良反应，给予针对性指导。系统自动记录随访内容并生成电子档案。两组随访周期均为9个月，其间保持降压药物规范治疗，包括使用钙通道阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素受体拮抗剂、利尿剂等单药或联合用药方案，根据患者血压控制情况和耐受性进行个体化调整。

1.3 观察指标

①血压水平：干预前后测量收缩压、舒张压。达标标准：收缩压＜140 mmHg且舒张压＜90 mmHg（糖尿病/肾病患者＜130/80 mmHg）。②服药依从性：采用MMAS-8量表（0～8分）。＜6分为差，6～7分为中等，8分为好。③自我管理：采用自我管理行为量表，含用药、饮食、运动、情绪、监测5项，各0～20分，总分100分，分值越高能力越强。④生活质量：采用SF-36量表，含8个维度，总分100分，分值越高质量越好。以上指标均于干预前、干预6个月后各评估1次。

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0分析数据。计量资料以（$\bar{x} \pm s$）表示，组间比较用独立样本t检验，组内比较用配对t检验；计数资料以[n（%）]表示，用χ^2检验。P＜0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后血压控制情况及血压达标率比较

干预后，两组收缩压、舒张压均较干预前降低，且观察组降低幅度大于对照组（P＜0.05）。观察组血压达标率为83.3%，高于对照组的63.3%（P＜0.05），见表1。

表1 血压控制情况及血压达标率比较[n（%）]

组别	n	收缩压（mmHg）		舒张压（mmHg）		血压达标率
		干预前	干预后	干预前	干预后	
对照组	60	156.8 ± 12.4	138.6 ± 10.2	96.3 ± 8.7	86.4 ± 7.5	38（63.3）
观察组	60	157.2 ± 11.9	128.3 ± 8.6	95.8 ± 9.1	79.2 ± 6.8	50（83.3）
t		0.187	6.321	0.321	5.764	
P		＞0.05	＜0.05	＞0.05	＜0.05	
χ^2						6.545
P						＜0.05

2.2 两组患者干预前后用药依从性、自我管理能力及生活质量比较

干预前，两组患者用药依从性评分、自我管理能力评分、生活质量评分比较，差异无统计学意义（P＞0.05）。干预后，两组各项评分均较干预前提高，且观察组提高幅度大于对照组（P＜0.05），见表2。

表2 用药依从性、自我管理能力及生活质量比较（$\bar{x} \pm s$，分）

组别	n	用药依从性评分		自我管理能力评分		生活质量评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	60	5.2 ± 1.3	6.5 ± 1.1	62.4 ± 8.5	72.8 ± 7.9	64.3 ± 9.2	73.6 ± 8.4
观察组	60	5.3 ± 1.2	7.6 ± 0.8	61.9 ± 8.8	85.3 ± 6.5	63.8 ± 9.6	84.2 ± 7.1
t		0.445	6.384	0.320	9.752	0.300	7.528
P		＞0.05	＜0.05	＞0.05	＜0.05	＞0.05	＜0.05

3 讨论

高血压作为最常见的慢性疾病，其长期管理效果直接影响心脑血管事件的发生率和患者生存质量。传统随访模式受时间、空间限制，难以实现对患者的连续性监测和及时干预[3]。信息化平台的应用为高血压管理提供了新的解决方案，通过整合智能监测、数据分析、远程指导等功能，构建了医患间的实时互动桥梁，实现了从被动就诊到主动管理的转变。平台通过智能提醒功能保障用药规律性，通过数据可视化帮助患者直观了解血压变化趋势，通过在线咨询解决患者疑问，从而形成“监测—反馈—指导—改进”的闭环管理体系。这种模式突破了传统医疗服务的时空局限，使医生能够根据实时数据动态调整治疗方案，实现了精准化、个体化的慢病管理。同时，信息化平台整合了健康教育资源，通过推送科普文章、饮食运动指南等，提升了患者的健康素养和自我管理能力。这不仅优化了医疗资源配置，减轻了基层医疗机构负担，也契合了“以治病为中心”向“以健康为中心”转变的医改方向，为慢性病防控提供了可复制、可推广的新模式。

观察组干预后收缩压降至（128.3 ± 8.6）mmHg，舒张压降至（79.2 ± 6.8）mmHg，血压达标率达83.3%，明显优于对照组，这与信息化平台的多重作用机制密切相关。用药依从性是影响高血压控制的关键因素[4]。本研究中，观察组干预后用药依从性评分达（7.6 ± 0.8）分，显著高于对照组的（6.5 ± 1.1）分。信息化平台通过多维度策略改善了患者用药行为，智能用药提醒功能在服药时间自动推送通知，避免了患者因遗忘而漏服药物；用药记录的自动统计使患者清晰了解自身依从性水平，强化了规范用药的重要性认知；家庭医生根据平台数据及时发现用药问题并给予指导，如针对擅自停药、减量等不良行为进行教育和纠正；平台的激励机制设置，如依从性达标奖励、用药连续性徽章等，激发了患者坚持用药的主动性[5]。自我管理能力的提升是慢性病长期控制的基础。观察组干预后自我管理能力评分达（85.3 ± 6.5）分，较对照组提高显著。信息化平台实现了健康教育的精准化和持续化：分层教育模式根据患者特征推送个性化内容，提高了健康信息的可接受性和实用性；多媒体形式的应用增强了教育的趣味性和易理解性，特别是视频演示使限盐技巧、运动方法等抽象概念具体化；高频次的知识推送强化了健康行为的培养，使患者逐步将健康理念内化为日常习惯。生活质量的改善体现了高血压管理的综合效果[6]。观察组干预后生活质量评分达（84.2 ± 7.1）分，明显高于对照组。这一结果源于信息化平台带来的多方面益处，便捷的远程随访减少了往返社区卫生服务中心的时间和经济成本，降低了疾病管理对工作和生活的影响[7–8]。

4 结论

综上所述，基于信息化平台的家庭医生随访模式在高血压管理中显示出显著优势，能有效改善患者血压控制水平，提高用药依从性和自我管理能力，提升生活质量。该模式将先进技术与医疗服务深度融合，实现了慢性病管理的智能化、精准化和连续化，代表了未来高血压防控的发展方向。

参考文献

[1]喻瑞,谢嘉龙,唐雪薇,等.四川省高血压患者随访管理与血压控制情况关系研究[J].现代预防医学,2025,52(3):508-512.

[2]余碧琼,揭小华,张凯璇,等.治未病理论在原发性高血压病健康随访管理中的应用研究[J].中国中医药现代远程教育,2025,23(11):137-140.

[3]何娴,杨丽娴.建立健康行为的随访护理在高血压患者中的应用[J].西藏医药,2025,46(6):127-129.

[4]谭晓霜,辛雨,朱佩媛,等.慢性病随访对特定职业人群高血压控制影响的多重中介效应研究[J].中国健康教育,2025,41(2):116-120.

[5]廖蓉,周红英,桂小琪.个性化随访干预结合艾灸在老年高血压患者中的应用[J].安徽医专学报,2025,24(1):134-136.

[6]伍晓莹,金丽清,薛成龙,等.语音随访系统的构建及在高血压和糖尿病患者中的应用研究[J].中华护理教育,2025,22(1):104-108.

[7]杨泽,方欣,钟文玲,等.随访管理对高血压患者血压控制及全因、心脑血管疾病和慢性肾病死亡的影响[J].中国慢性病预防与控制,2025,33(9):669-675.

[8]黄春花.随访管理系统的院外管理护理模式对高血压/糖尿病体检患者的影响[J].黑龙江中医药,2025,54(1):180-182.

（本文编辑　王　冬）

