家医签约网格化高血压护理干预的效果观察

朱忠会
简阳市简城街道滨江社区卫生服务中心　四川 成都　641400

摘　要　目的：探讨信息化家医签约网格化管理模式对社区高血压患者的护理干预效果。方法：选取2025年1—12月简阳市简城街道滨江社区卫生服务中心家庭医生签约管理的58例高血压患者作为研究对象，按所在网格接受的管理模式不同分为对照组（29例，常规家医签约模式管理）和观察组（29例，家医签约网格化护理管理），比较两组管理前后血压水平，以及血压控制达标率、服药依从率、健康知识知晓率和护理满意度。结果：管理后两组收缩压、舒张压均较管理前下降，观察组收缩压、舒张压均低于对照组（$P<0.05$）；观察组血压控制达标率、服药依从率、健康知识知晓率、护理满意度均高于对照组（$P<0.05$）。结论：信息化家医签约网格化护理管理有助于降低社区高血压患者血压水平，提高血压控制达标率与服药依从性，改善整体护理效果。

关键词　信息化；家庭医生签约；网格化管理；高血压；护理

Effect of Grid-Based Hypertension Nursing Intervention Under Family Doctor Contracted Services

Zhu Zhonghui
Jiancheng Street Binjiang Community Health Service Center, Jianyang City, Chengdu 641400, Sichuan Province, China

Abstract　Objective: To investigate the nursing intervention effect of an informatized grid-based management model under family doctor contracted services on community patients with hypertension. Methods: A total of 58 patients with hypertension under family doctor contracted management at Jiancheng Street Binjiang Community Health Service Center in Jianyang City from January to December 2025 were selected as the study subjects. According to the different management models received in their respective grids, they were divided into a control group (n=29, managed by the routine family doctor contracted service model) and an observation group (n=29, managed by grid-based nursing management under family doctor contracted services). Blood pressure levels before and after management, as well as the blood pressure control compliance rate, medication adherence rate, health knowledge awareness rate, and nursing satisfaction, were compared between the two groups. Results: After management, systolic blood pressure and diastolic blood pressure in both groups decreased compared with those before management, and systolic blood pressure and diastolic blood pressure in the observation group were lower than those in the control group (P<0.05). The blood pressure control compliance rate, medication adherence rate, health knowledge awareness rate, and nursing satisfaction in the observation group were higher than those in the control group (P<0.05). Conclusion: Informatized grid-based nursing management under family doctor contracted services can help reduce blood pressure levels in community patients with hypertension, improve the blood pressure control compliance rate and medication adherence, and enhance overall nursing effectiveness.

Key words　Informatization; Family Doctor Contracted Services; Grid-Based Management; Hypertension; Nursing

高血压是我国患病率最高的慢性非传染性疾病之一，也是引发心脑血管事件的主要独立危险因素。随着人口老龄化和生活方式改变，社区高血压患者持续增多，而基层的知晓率、治疗率和控制率长期偏低[1]。传统社区管理多依赖门诊随访和纸质档案，护患缺乏持续联系，患者服药依从性差、自我管理能力不足，血压难以长期稳定控制。家庭医生签约服务是国家推进分级诊疗、落实基层首诊的重要举措，核心在于建立稳定的医患契约关系，为签约居民提供连续、协同的健康管理[2]。在家庭医生签约服务团队中，护理人员承担健康教育、用药督导、随访监测、生活方式干预、分级预警管理等关键护理职能。近年来家庭医生签约护理服务模式逐渐完善，按照地理片区实施网格化划分，由家庭医生团队分片包干责任网格，能够有效弥补传统管理模式覆盖有限、随访滞后、护理连续性不足的短板[3]。本研究以社区签约高血压患者作为研究对象，探讨家医签约网格化管理框架下系统化护理干预的实施效果，分析护理人员在该模式中的职能定位，观察护理干预对高血压患者治疗依从性、血压控制水平与护理满意度的影响，为基层高血压规范化护理实践提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2025年1—12月简阳市简城街道滨江社区卫生服务中心家庭医生签约管理的58例高血压患者作为研究对象，按所在网格接受的管理模式不同分为对照组和观察组，每组各29例。对照组中男16例，女13例；平均年龄（60.34±7.82）岁；平均病程（5.68±2.13）年。观察组中男15例，女14例；平均年龄（59.87±8.15）岁；平均病程（5.92±2.27）年。两组患者基线资料对比，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。本研究已通过医院伦理委员会审核批准。患者及其家属对研究内容知情，且均签署知情同意书。

纳入标准：①符合《中国高血压防治指南》中原发性高血压的诊断标准，即未服用降压药物情况下非同日3次测量收缩压≥140 mmHg和（或）舒张压≥90 mmHg；②年龄≥18岁，长期居住于本社区且已签订家庭医生服务协议；③具备基本沟通能力，能配合随访与血压监测；④本人或家属能使用智能手机等信息化设备。

排除标准：①继发性高血压者；②合并严重心、脑、肝、肾功能障碍或恶性肿瘤者；③伴有精神疾病、认知障碍或语言交流障碍，无法配合管理者；④妊娠期或哺乳期妇女；⑤预计随访期内因迁居等原因无法完成全程管理者。

1.2 方法

对照组实施常规家庭医生签约管理模式。家庭医生团队为高血压患者建立纸质健康档案，按照季度开展门诊随访，测量、登记血压数值，予以降压药物指导，开展基础饮食、运动健康宣教；患者出现身体不适时自行前往社区卫生服务中心就诊。降压药物根据患者血压水平个体化选择，常用药物包括钙通道阻滞剂（苯磺酸氨氯地平片）、血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（缬沙坦胶囊）等，药物剂量与用法严格遵照医嘱调整。

观察组在对照组相同降压药物治疗方案基础上，实施家庭医生签约网格化护理管理，依托团队分工落实分层护理干预，具体措施如下。①网格划分与护理团队包干。中心结合辖区人口分布、地理边界划分若干责任网格，每个网格配置由1名家庭医生、1名社区护士、1名公卫人员组成家庭医生签约团队。团队对网格内签约高血压患者落实定人、定责、定片管理，清晰界定护士随访、健康指导等工作职责，公示团队联系方式，保证患者拥有固定责任护理人员，建立稳定护患关系。②动态健康监测。团队为每位患者建立动态电子健康档案，整合既往病史、长期用药记录、历次血压监测数据。指导患者使用家用电子血压计开展居家自测，测量数据填入监测在线表，便于护士持续追踪患者血压波动趋势。③分级预警与延续性护理随访。血压控制平稳患者维持常规随访计划；血压持续波动、控制不佳者，护士在规定时限内通过电话、上门访视等方式开展护理干预，评估生活方式、服药情况，协助医生调整治疗方案，必要时启动转诊流程。护士每月汇总网格内患者血压达标情况，针对长期未达标患者制订个体化强化护理计划，重点跟进干预。④个性化健康教育与用药护理管理。责任护士借助应用程序定向推送高血压防治科普、低盐膳食、科学运动等健康资料，结合患者文化程度、健康认知水平开展一对一针对性健康指导。督促患者按时服药；护士定期开展用药核查，及时纠正患者自行减药、间断服药、擅自停药等不规范行为，强化用药认知，提升长期规律服药依从性。⑤社区联动与自我管理护理支持。责任护士依托网格定期开展高血压患者小组健康教育活动与面对面随访，现场指导患者规范开展家庭血压监测、规范记录监测数值，鼓励家属共同参与监督患者日常管理。针对行动不便的老年高血压患者，提供上门血压监测、用药指导，落实送药相关便民服务，构建连续性社区护理模式。

两组干预周期均为6个月。

1.3 观察指标

1.血压水平。分别于管理前和管理6个月后，由固定人员采用经校准的电子血压计测量两组收缩压和舒张压，测量前静坐休息5 min，连续测量3次取平均值。

2.管理效果指标。管理6个月后统计两组血压控制达标率、服药依从率、健康知识知晓率和护理满意度。血压控制达标以诊室血压＜140/90 mmHg为标准；服药依从以能按医嘱按时按量服药、无自行停药、减药者计入；健康知识知晓通过自制高血压防治知识问卷评定，得分达标者计为知晓；护理满意度采用自制问卷调查，评定为满意及以上者计入。上述指标均以达标（依从、知晓、满意）例数占本组总例数的百分比表示。

1.4 统计学方法

应用SPSS 25.0软件进行统计数据处理，符合正态分布的计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，行t检验；计数资料以百分数（%）表示。开展χ^2检验，$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者管理前后血压水平比较

管理前，两组血压水平接近，差异无统计学意义（$P>0.05$）。管理后，两组收缩压与舒张压均较管理前下降，其中观察组下降幅度更为明显：对照组收缩压及舒张压分别降至

（142.56 ± 9.14）mmHg和（88.45 ± 5.92）mmHg，观察组则分别降至（131.28 ± 8.36）mmHg和（82.17 ± 5.34）mmHg，观察组两项指标均低于对照组，组间差异有统计学意义（$P < 0.05$），见表1。

表1 两组患者护理前后血压水平比较（$\bar{x} \pm s$，mmHg）

组别	n	收缩压		舒张压	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	29	156.34 ± 10.28	142.56 ± 9.14	95.72 ± 6.83	88.45 ± 5.92
观察组	29	157.12 ± 9.86	131.28 ± 8.36	96.14 ± 7.05	82.17 ± 5.34
t		0.295	4.904	0.230	4.241
P		0.769	< 0.001	0.819	< 0.001

2.2 两组患者护理效果比较

管理后，观察组血压控制达标率为93.10%，服药依从率为96.55%，健康知识知晓率为93.10%，护理满意度为96.55%；对照组分别为68.97%、72.41%、65.52%、75.86%。观察组各项指标均高于对照组，差异有统计学意义（$P < 0.05$），见表2。

表2 两组患者护理效果比较[n（%）]

组别	n	血压控制达标率	服药依从率	健康知识知晓率	护理满意度
对照组	29	20（68.97）	21（72.41）	19（65.52）	22（75.86）
观察组	29	27（93.10）	28（96.55）	27（93.10）	28（96.55）
χ^2		5.497	6.444	6.725	5.220
P		0.019	0.011	0.009	0.022

3 讨论

高血压的危害不仅在于血压升高本身，更在于持续血压负荷对心、脑、肾等靶器官的损害。控制血压重在长期、规律的综合管理，这对基层服务的连续性和可及性提出了较高要求。传统模式下，随访周期长、医患联系松散、患者自我护理能力薄弱，限制了社区高血压护理效果[4]。基于此，本研究将网格化护理管理应用于社区高血压患者，旨在探讨其对患者血压水平及护理过程指标的影响。

护理6个月后两组血压均较护理前下降，说明规范药物治疗和基础护理均有作用；观察组下降幅度更大，收缩压和舒张压均低于对照组，这与信息化网格化护理对血压的动态监控有关[5]。传统护理下血压数据多在门诊随访时采集，间隔较长，难以及时发现波动；观察组家庭医生可依据血压趋势判断病情，对偏高者及时预警干预，用药调整更精准，血压控制更平稳。服药依从性是影响血压控制的重要因素，自行停药、漏服、减量在社区患者中常见，易导致血压反弹[6]。观察组服药依从率明显高于对照组，得益于信息平台的服药提醒和护士的定期核查：系统按时提示服药，减少了遗忘造成的漏服；护士主动追踪用药，及时纠正不规范行为，并通过反复沟通帮助患者从被动服药转为主动配合[7]。健康知识知晓率的提高反映出个性化健康教育的价值。与传统笼统、间断的宣教不同，观察组结合认知水平进行一对一指导，信息传递更有针对性，患者更易理解接受，进而促进对饮食、运动和用药的自我约束。网格化团队包干起到组织保障作用：辖区划分为责任网格并落实定人定责，使每位患者都有明确的责任团队和联系人，改变了以往不知找谁的局面；线上随访与线下上门结合，兼顾效率与可及性，尤其方便了行动不便的老年患者[8]。这种连续、可及、有回应的管理体验，是观察组满意度较高的直接原因；分级预警把有限人力集中于血压不稳定的重点人群，提高了管理精准性。

4 结论

综上，信息化家医签约网格化管理通过网格团队包干、血压动态监测、分级预警和个性化健康教育等措施，弥补了传统社区高血压管理在连续性和针对性上的不足，有助于降低血压水平、提高血压控制达标率和服药依从性，改善患者健康知识水平和护理满意度，效果优于常规管理。本研究样本量小、观察时间有限，且为单中心研究，结论仍需扩大样本、延长随访验证。

参考文献

[1]杨磊,许慧,刘娟娟,等.基于“互联网+”与网格化管理的高血压慢性病防控创新模式的效果[J].智慧健康,2025,11(36):32-36.

[2]施建华,钱孝琳,朱博城,等.基于社区门诊诊疗路径的慢性病整合型健康管理模式探索与效果评估[J].健康发展与政策研究,2025,28(6):738-745.

[3]吴英伟.社区高血压慢病管理中家庭医生签约服务的应用效果分析[J].生命科学仪器,2025,23(3):208-210.

[4]邵士海.信息化家庭医生团队管理在社区H型高血压患者中的应用效果分析[J].中国社区医师,2025,41(5):144-146.

[5]赵鞬,陈凯,汪洋,等.智慧慢病管理模式及发展策略研究[J].中国工程科学,2024,26(6):43-55.

[6]王学华.家庭医生签约服务对老年高血压患者服药依从性及血压管理水平的影响[J].中国社区医师,2024,40(23):140-142.

[7]殷道根,冯程程,杨潍屹,等.基于医防融合理念的家庭医生网格化管理模式研究[J].中国全科医学,2024,27(31):3966-3968.

[8]马晓燕,崔恩慈,薛群,等.农村地区高血压患者服药情况及影响因素研究：基于家庭医生签约服务[J].中国全科医学,2025,28(3):365-371.

（本文编辑 王 冬）