

社区慢性病管理在老年高血压中效果分析

张培秀

桐乡市梧桐街道社区卫生服务中心 浙江桐乡

【摘要】目的 分析社区慢性病管理在老年高血压中的应用效果。**方法：**研究时间选取 2020 年 10 月~2021 年 10 月，研究对象为在我中心就诊的老年高血压患者 96 例，将接受社区常规管理模式的患者设置为对照组（48 例），将接受社区慢性病管理模式的患者设置为观察组（48 例）。比较两组的血压水平、自理情况。**结果** 在管理 3 月后，观察组的收缩压、舒张压均低于对照组（ $t=9.487、10.653, P=0.001$ ）；观察组在用药、测血压、饮食及锻炼等方面的自理性评分均高于对照组（ $t=11.991、10.390、11.771、10.394, P=0.001$ ）。**结论** 社区慢性病管理模式的应用，能够帮助老年高血压患者良好的控制血压水平，同时提高其自控自律能力，值得推广。

【关键词】 高血压；老年人；社区慢性病管理；血压水平；自律情况

Analysis of the effect of community chronic disease management in elderly hypertension

Peixiu Zhang

Wutong Community Health Service Center of Tongxiang City, Zhejiang Province, China

【Abstract】 Objectives: To analyze the application effect of community chronic disease management in elderly hypertension. **Methods:** The study time was from October 2020 to October 2021, and the research objects were 96 elderly hypertensive patients admitted to our hospital. The patients who received the routine management mode in the community were set as the control group (48 cases), and the patients who received the community management model were set as the control group (48 cases). The patients in the chronic disease management mode were set as the observation group (48 cases). The blood pressure level and self-care situation of the two groups were compared. **Results:** After 3 months of management, the systolic blood pressure and diastolic blood pressure of the observation group were lower than those of the control group ($t=9.487, 10.653, P=0.001$). were higher than the control group ($t=11.991, 10.390, 11.771, 10.394, P=0.001$). **Conclusion:** The application of the community chronic disease management model can help elderly hypertensive patients to control their blood pressure well and improve their self-control and self-discipline ability, which is worthy of promotion.

【Keywords】 hypertension; elderly population; community-based chronic disease management; blood pressure level; self-discipline

高血压是一种以血压长期高出正常范围为典型特征的慢性疾病，临床表现多见于头部胀痛、身体疲倦、胸闷不适、心悸耳鸣等症状^[1]。随着人口老龄化加剧，我国一半以上的老年人都患有高血压，其中年龄在 80 岁以上的人群患病率约为 90%，而老年高血压同时也是引起脑卒中、心血管死亡的危险因素，现如今已成为备受关注的重大的社会问题^[2]。控制血压能够起到降低死亡率、延长老年患者寿命、改善生命质量的目的，因此除疾病基础治疗外，日常生活中的控制管理也尤为关键^[3]。基于此，本研究为了进一步分析社区

慢性病管理在老年高血压中的应用效果，特此展开分组实践调研，现报告汇总如下。

1 对象和方法

1.1 对象

研究时间选取 2020 年 10 月~2021 年 10 月，研究对象为在我院收治的老年高血压患者 96 例，均符合《中国高血压防治指南（2018 修订版）》中所提出疾病临床诊断标准^[4]。将接受社区常规管理模式的患者设置为对照组（48 例），将接受社区慢性病管理模式的患者设置为观察组（48 例），对照组：男性 25、女性 23，

年龄平均(65.46±8.43)岁,病程平均(6.34±1.45)年;观察组:男性22、女性26,年龄平均(65.52±8.37)岁,病程平均(6.37±1.42)年。两组基线资料经研究对比无差异($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组:包括治疗及用药指导、提醒测量血压等社区常规管理内容。

观察组:(1)社区管理系统:收集组内老年患者的详细信息,如个人资料(包括姓名、年龄、性别、联系电话、家庭住址、家庭成员及其联系方式、个人饮食及生活作息习惯、运动锻炼情况等信息)以及疾病相关资料(包括疾病分级、具体症状表现、当前血压水平、既往就医情况、治疗药物及服用剂量等),完善患者信息资料后录入管理系统。根据患者情况制定相应的健康计划,并通过定期随访结果及时在管理系统中更新患者的病情信息,以便于在发现患者病情加重后,能及时将信息送报至上级相关医院。(2)健康教育:①集中式教育:定期联合社区居委会共同举办关于慢性疾病的宣传讲座,邀请组内患者及其家属一同参与学习,在讲座中由医师负责讲解与疾病相关的健康知识,如疾病诱因、症状表现、并发症、治疗手段、疾病检查方法、对健康的危害等,由护士负责讲解与疾病相关的护理及日常管理措施,如血压测量方法、健康饮食、运动锻炼、并发症预防等。②单独式教育:主要通过定期上门面对面随访或微信、电话随访的方式进行,教育内容同上述一致,但需采用更直白、简单的语言讲解,以便于患者及家属更好的理解。(3)营养饮食:结合患者的疾病分级程度、平素

饮食情况、是否存在食物过敏史等信息,由医师与护士共同制定针对性营养饮食计划。(4)适量锻炼:指导患者学习健身操、太极、八段锦等综合性锻炼方式,或爬楼梯、慢跑、快走等基础有氧运动方式,以及适当做家务、每日步行等体力锻炼等多种方式。建议每周至少运动频率不低于4次,锻炼时长不低于30分钟,同时尽可能选择在下午或傍晚进行。(5)随访:由医师及护士制定上门随访、微信和电话随访的频率。首先需满足一月内至少一次上门随访、二次或三次微信和电话随访的基本随访频率,随后根据患者的病情情况、身体状况适当增加随访次数。

1.3 观察指标

(1)血压水平:在管理前、管理3月后,使用鱼跃臂式电子血压计(型号YE670CR,江苏鱼跃医疗设备股份有限公司生产)测量患者收缩压、舒张压。

(2)自律情况:在管理3月后,通过随访形式调查患者在按时服药、定期测血压、健康饮食、适量锻炼等四方面的自律情况,单项分值15分、评分高则自律性高。

1.4 统计学分析

观察指标数据以SPSS20.0统计学软件分析,计量资料($\bar{x}\pm s$)描述,经 t 检验;计数资料(%)描述,经 χ^2 检验,结果显示($P<0.05$),则差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血压水平比较

由表1可知,在管理3月后,观察组的收缩压、舒张压均低于对照组($P<0.05$)。

表1 两组血压水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	收缩压(mmHg)		舒张压(mmHg)	
		管理前	管理3月后	管理前	管理3月后
观察组	48	158.42±6.37	123.18±5.64	102.18±2.14	72.48±4.35
对照组	48	158.49±6.28	133.74±5.26	102.23±2.05	81.64±4.07
t	-	0.054	9.487	0.117	10.653
P	-	0.957	0.001	0.907	0.001

2.2 两组自律情况比较

按时服药:对照组(8.74±1.53)、观察组(12.26±1.34)($t=11.991$ 、 $P=0.001$),定期测血压:对照组(8.35±1.56)、观察组(11.32±1.22)($t=10.390$ 、 $P=0.001$),健康饮食:对照组(8.95±1.46)、观察组(12.15±1.19)($t=11.771$ 、 $P=0.001$),适量锻炼:

对照组(8.56±1.59)、观察组(11.67±1.33)($t=10.394$ 、 $P=0.001$)。

3 讨论

随着我国经济水平发展、医疗水平提高、生活条件改善,以及受到人口老龄化、人民身体亚健康问题、生活环境污染等多种因素的影响,导致各种慢性疾病

的患病率明显升高,其中高血压是我国常见的慢性病中的一种,不仅可对人体健康造成严重影响,同时也是导致患者病死的重要原因^[5]。老年人由于自身的生理特点,在患上高血压后常常存在收缩压增高、脉压差增大、合并症多、血压波动大等特点,针对老年高血压患者的降压治疗,临床中首先强调收缩压达标,其次再为血压水平达标,因此,除临床基础用药治疗以降低血压外,还需加强对患者日常生活的重点关注与管理干预,从而更好的将血压水平维持在正常范围^[6-7]。

在本研究中,接受社区慢性病管理模式的观察组患者在管理3月后的收缩压、舒张压均低于接受社区常规管理模式的对照组,与吴满妹^[8]既往研究结果基本一致,表明社区慢性病管理模式在针对患者血压水平控制方面的效果明显要优于社区常规管理模式。同时结果还显示,在管理3月后经随访调查,发现观察组在用药、测血压、饮食及锻炼等方面的自理性评分均高于对照组,也与于耕红^[9]既往研究结果相似,表明社区慢性病管理模式的应用能够实现老年患者在疾病治疗与监测、日常生活习惯中自我管理能力的提高。究其原因,可能与以往常规管理模式在针对疾病临床护理及管理中的应用效果无法满足患者的实际需求有关,随着当前国家、社会以及人民群众对疾病诊治、身体健康的高度重视,促使越来越多新型护理管理模式产生,社区慢性病管理属于其中一种广泛应用于各大社区医疗机构的模式,拓宽了社区医师与护士原本在基础医疗救治与临床护理干预的工作内容,通过对社区老年高血压患者的个人信息及病情信息的系统管理、定期组织集中式宣教或单独宣教、科学饮食与合理锻炼等日常生活管理以及定期随访等多种措施,以便于医务人员对患者病情的实时掌握、并能促使患者积极主动的配合疾病治疗,以提高其生活质量、促进病情的转归。

综上所述,对老年高血压患者应用社区慢性病管理模式的效果良好,有助于患者血压水平的控制以及自律能力的提升,值得推广。

参考文献

[1] 童玉梅,鲁海峰,梁影虹,苏智敏.健康教育与慢性病管理

护理在基层老年高血压中的应用效果观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(06):142+152.

- [2] 王欢,王应昉,曹璐,等.某社区60岁及以上老年人群高血压患病率及相关因素分析[J].实用预防医学,2021,28(8):967-970.
- [3] 林幸.社区慢性病管理模式在老年高血压护理管理中的效果[J].岭南急诊医学杂志,2021,26(1):96-98.
- [4] 中国高血压防治指南修订委员会,高血压联盟(中国),中华医学会心血管病学分会中国医师协会高血压专业委员会,等.中国高血压防治指南(2018年修订版)[J].中国心血管杂志,2019,24(1):24-56.
- [5] 张达,项俊.传统运动疗法对高血压患者影响的临床研究进展[J].中国社区医师,2020,36(33):7-8.
- [6] 高伟.老年人高血压的临床特点和治疗分析[J].中国保健营养,2018,28(6):67.
- [7] 薛艳华.老年高血压的临床特征及药物治疗现状[J].药品评价,2022,19(2):126-128.
- [8] 吴满妹,陈佳.老年高血压应用社区慢性病管理模式的效果及对患者血压水平及知识掌握度分析[J].当代医学,2021,27(32):187-189.
- [9] 于耕红.老年高血压管理中应用社区慢性病管理模式的效果观察[J].中国保健营养,2018,28(7):292-293.

收稿日期:2022年9月26日

出刊日期:2022年11月29日

引用本文:张培秀,社区慢性病管理在老年高血压中效果分析[J].国际临床研究杂志,2022,6(9):141-143
DOI: 10.12208/j.ijcr.20220455

检索信息:RCCSE权威核心期刊数据库、中国知网(CNKI Scholar)、万方数据(WANFANG DATA)、Google Scholar等数据库收录期刊

版权声明:©2022作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS