

纳入慢性病管理的高血压随访干预效果评价

刘志刚

(甘肃省酒泉市金塔县疾病预防控制中心 甘肃 酒泉 735300)

【摘要】目的: 对于现今将高血压纳入到慢性病管理工作中, 本文主要探究的是在随访过程中, 对患者的实际干预效果加以评价分析。方法: 在本次研究开展中, 将医院2020年间-2021年间所观察的100例高血压患者作为研究开展的对象, 对其进行随机的划分, 对照组患者在居家时选择开展普通的护理管理方式, 观察组患者则与社区的慢性病管理中心达成协议, 并签署了家庭服务协议, 接受社区为高血压患者提供的一些管理模式。在完成相关干预效果评价分析之后, 对比两组患者的血压水平、BMI以及患者空腹血糖等多种指标。结果: 经过相关数据的对比分析之后, 我们发现观察组患者的相关数据指标, 其明显的低于对照组患者的指标, 患者能够在生活遵医嘱服药、自我检测血压等行为, 在结合数据对比分析之后, 对照组患者的数值要明显的低于观察组, 经过检验分析发现, 数据间存在的差异性, 具有一定的统计学意义($P < 0.05$)。结论: 将高血压纳入到慢性病管理中, 对于社区内部的老年高血压患者采取相关控制, 提升其对疾病的关注度, 能够在日常生活中按照医嘱服用药物、定期进行检查, 减少在康复过程中出现并发症的情况, 促使其自我管理效果的提升。

【关键词】慢性病管理; 高血压; 随访干预效果

Evaluation of hypertension follow-up intervention included in chronic disease management

Zhigang Liu

(Jinta County Center for Disease Control and Prevention, Jiuquan City, Gansu Province, Jiuquan, Gansu, 735300)

【Abstract】Objective: to bring hypertension into the management of chronic diseases, this paper mainly explores the evaluation and analysis of the actual intervention effect of patients in the follow-up process. Methods: in this study, 100 patients with hypertension observed in the hospital from 2020 to 2021 were randomly divided. The patients in the control group chose to carry out common nursing management at home, while the patients in the observation group reached an agreement with the community chronic disease management center, signed a family service agreement, and accepted some management modes provided by the community for patients with hypertension. After the evaluation and analysis of relevant intervention effects, the blood pressure level, BMI, fasting blood glucose and other indicators of the two groups were compared. Results: after the comparative analysis of the relevant data, we found that the relevant data indicators of the patients in the observation group were significantly lower than those of the patients in the control group. The patients were able to take medicine according to the doctor's instructions and self-test their blood pressure. After the comparative analysis of the combined data, the values of the patients in the control group were significantly lower than those in the observation group. After the test and analysis, we found that there were differences between the data, There was a certain statistical significance ($P < 0.05$). Conclusion: hypertension should be included in the management of chronic diseases. Relevant control measures should be taken for the elderly patients with hypertension in the community to improve their attention to the disease. They can take drugs according to the doctor's advice in their daily life and have regular examinations, so as to reduce the occurrence of complications in the rehabilitation process and promote the improvement of their self-management effect.

【Key words】Chronic disease management; hypertension; Follow up intervention effect

前言

对于现今临床医学工作开展来讲, 高血压成为一种发病概率较高的慢性疾病, 我们立足于血流动力学角度, 高血压作为一种血流异常的疾病, 其在出现之后会导致人体的脂质、糖等出现代谢紊乱等情况, 患者在疾病发展的过程中, 可能会出现心脏、脑、肾脏等多种器官损害的情况, 就需要进一步强化对高血压的规范化管理, 在科学的规范管理流程中, 减轻患者出现并发症的概率。对于中老年患者来讲, 高血压是该人群中比较常见的疾病类型, 最主要的表现就是人体血压不断上升, 同时会影响到人体的心、脑、肾等多种病变, 对患者的健康状态以及生活质量产生严重的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在本次研究开展中, 将医院2020年间-2021年间所观察的100例高血压患者作为研究开展的对象, 对其进行随机的划分, 对照组患者在居家时选择开展普通的护理管理方式, 观察组患者则与社区的慢性病管理中心达成协议, 并签署了家庭服务协议, 接受社区为高血压患者提供的一些管理

模式。对照组中患者50例, 患者年龄在64-82岁之间, 平均年龄 (71.5 ± 3.5) 岁, 患者的病程时间为15-27年。观察组患者的年龄在64-85岁之间, 其平均年龄为 (72.3 ± 3.4) 岁, 患者患病时间13-28年。

1.2 方法

对照组患者在本次随访效果干预中, 选择使用常规的管理开展方式, 患者需要定期的前往社区医院, 进行自身的血压检测, 从而根据其实际血压变化情况, 对使用的药物加以调整, 保障疾病能够得到专业化的护理[1]。

针对于观察组的患者来讲, 患者与社区之间在签订相关家庭服务协议之后, 就需要按照社区给出的相关管理条例, 强化对自身用药、饮食以及生活习惯等控制[2]。首先, 需要对慢性病高血压患者建立起相应的治疗信息档案, 要保障患者的基本资料、患者病情发展概括等多种数据, 能够及时的呈现在医护人员面前, 在掌握实际病情的基础之上, 以及自身是否有其他病情等多种情况, 对患者可能存在的风险程度加以评定, 建立起具有针对性的科学健康管理表格, 内部的要点设计主要包含患者的治疗工作开展方式、血液

测量等多种理论性要点,患者需要在医护工作者的帮助下,定期的前往签约的社区,对自身的血压水平进行检测,并且在日常生活中也需要注重对血压的检测^[3]。其次,对于医护人员来讲,还需要在不断的学习中强化自我技能,按照《中国高血压防治指南》给出的工作开展标准要求,为医务工作人员提供更多专业化的培训,提升专业技能掌握能力,保障所有的医务工作者,都可以切实掌握治疗高血压防治相关内容,为患者采取更多具有针对性的管理任务。再者,社区将高血压纳入到慢性病管理中,需要建立起相应的管理工作开展系统,其中主要收录患者每次检查时的血压数值,以及高血压对其身体健康状态所产生的影响,在完成专业且细致的评估之后,还需要定期展开患者的随访调查,及时的更新相关的病例报告,如果患者出现病情加重的情况,需要及时的相关情况上报给上级医院。最后,建立起社区健康管理,将高血压纳入到慢性病管理中,在社区中成立起专门的教育活动中心,为患者提供更多健康服务热线,可以及时的与社区的医务工作人员保持电话联系,这样一来可以有效的提升患者的自我认知度,保障自身的健康。

1.3 观察指标

在本次研究开展中,主要收集患者在接受护理之后,所有的血压水平数值等数据,将其集中起来进行统一的分析。同时调查患者是否能够按照医嘱服用药物、进行血压测试等情况,从而得出相关的观察指标数据结果。

1.4 统计学方法

本研究中所有获取到的调查数据资料,使用 SPSS21.0 处理与分析,将计数使用到的数据使用 $[n(\%)]$ 表示, χ^2 则应用于数据检验环节,最终得出的计量资料,使用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, t 对所有获取到的数据检验,如果最终呈现出 $P < 0.05$ 时,则表示存在的差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理后检验指标比较

在本次研究开展过程中,主要观察并分析两组患者的舒张压、收缩压、BMI、空腹血糖与低密度脂蛋白胆固醇,接受社区慢性病护理的患者,所有数值优于常规护理,其存在的差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者护理后自我管理情况比较

在对比分析两组患者日常生活中,是否严格的按照相关医嘱,及时的服用药物,是否居家进行血压水平的检测以及对于饮食方面的控制等,根据最终所得到的数据资料结果表明,接受常规治疗的患者,整体数值低于慢性病管理的患者。

3 讨论

根据现今的研究结果表明,一些患者出现心脑血管病变,往往都是因为高血压所导致的,高血压会诱导患者出现卒中、冠状动脉粥样硬化等多种危险疾病,并且对于老年患

者来讲,在临床治疗中存在较高的风险因素。通常情况下在治疗中,医生会为患者开具一些降压药物,以此改善患者在疾病状态下的血管平滑肌实际功能,对整个身体情况起到血压水平控制的作用,现今在治疗中除了使用一些常规的药物之外,同时还需要为患者提供相应的生活干预措施,以此起到抑制患者病情发展的情况。在本次研究开展的过程中,将医院本次研究中所纳入的 100 例患者作为研究的兑现,将其按照随机分组的原则加以划分,由社区为高血压患者提供常规的管理以及慢性病管理模式,在开展常规护理时,往往医护人员会根据患者的病情发展情况开展相应措施。现今在社区慢性疾病管理工作开展中,患者会与社区中心之间,签订相关的家庭服务协议,能够在此期间严格的按照相关协议,遵循医护人员的纪律控制管理要求。首先,医护人员根据患者的基本资料、联系方式以及治疗方式等内容,为患者建立起一个更加详细的健康管理表格,在强化医护人员对患者情况了解的同时,促使医护工作者业务能力的不断提升,可以有针对性地开展一些危险评估与病情管理工作,在社区工作开展中采取一系列的教育活动方式,改善患者对于整体工作开展的认知程度。在本次研究开展中,主要针对于两组患者的不同参数加以对比分析,对于本次研究中接受社区慢性疾病管理的患者,将其血压检测中的收缩压与舒张压数值进行分析,要明显的优于对照组的相关患者。而对照组患者在 BMI、空腹血糖与低密度脂蛋白胆固醇等数值的对比中,整体上要低于常规的患者,社区内部高血压患者在服用药物时,是否严格的按照相关医嘱,及时的服用药物,是否居家进行血压水平的检测以及对于饮食方面的控制等。

4 结语

总的来讲,对于老年高血压患者来讲,现今高血压已经纳入到了慢性病管理中,社区能够为患者的血压控制起到改善等多种作用,在控制过程中减少出现各种并发症风险,从而提升患者自我疾病管理效果的提升,推动慢性疾病管理工作开展效率的提升。

参考文献:

- [1] 孙艳彬,蒋琳琳.E-Coach 慢性病管理模式应用于高血压患者病情管理的效果[J].国际护理学杂志,2022,41(02):339-342.
- [2] 李毅欣.慢性病管理模式对预防高血压并发症效果观察[J].中国农村卫生,2021,13(22):51-52.
- [3] 应筱雯,唐根富,张旭等.基于 PACIC 量表的岳西县高血压管理评价[J].中国农村卫生事业管理,2021,41(08):592-596.

作者简介:

刘志刚(1975.08-),男,汉族,甘肃金塔,本科,全科主任医师,临床内科。

表 1 两组患者护理后检验指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	舒张压(mmHg)	收缩压(mmHg)	BMI(kg/m ²)	空腹血糖(mmol/L)	低密度脂蛋白胆固醇(mmol/L)
对照组	50	75.2±7.8	150.3±12.7	26.2±5.2	6.8±2.2	3.3±1.2
观察组	50	70.5±5.6	142.6±11.5	23.8±3.4	5.7±1.6	2.4±0.7
t		4.35	4.71	4.26	4.07	3.87
p		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

表 2 患者在护理后的自我管理比较 [n(%)]

组别	n	遵医嘱用药	自我血压检测	自我饮食控制
对照组	50	38	34	31
观察组	50	47	46	43
t		4.78	5.03	4.52
p		< 0.05	< 0.05	< 0.05