

慢性病随访管理在原发性高血压治疗中的应用及其作用分析

武艳红

上海市彭浦镇社区卫生服务中心 上海 200072

【摘要】目的：探究慢性病随访管理在原发性高血压治疗中的应用及作用。方法：抽选94例门诊接诊的原发性高血压患者，均分两组，常规组用常规随访管理，实验组用慢性病随访管理，分析两组护理效果。结果：在无其他因素干扰下，实验组整体护理效果优于常规组， $P < 0.05$ 。结论：原发性高血压治疗难度较大，治疗中需根据患者病情和特征，予以合理化干预，保障患者的治疗效果达到最佳。慢性病随访管理优势较大，能进一步延伸护理服务范围，有效增强患者健康意识和能动性，改善患者遵医行为，减轻患者负性情况，使患者以最佳状态接受治疗，进而避免各类风险因素的影响，改善患者预后情况，保障患者得到较为理想的治疗结局，促使患者早日恢复正常的工作和生活，值得推广。

【关键词】：慢性病；随访管理；原发性高血压

Application and role analysis of follow-up management of chronic diseases in the treatment of essential hypertension

Yanhong Wu

Shanghai Pengpu Community Health Service Center Shanghai 200072

Abstract: Objective: To explore the application and role of follow-up management of chronic diseases in the treatment of essential hypertension. Methods: 94 patients with essential hypertension were randomly selected and divided into two groups. The routine group used routine follow-up management, and the experimental group used chronic disease follow-up management. The nursing effects of the two groups were analyzed. Results: In the absence of other factors, the overall nursing effect of the experimental group was better than that of the conventional group ($P < 0.05$). Conclusion: The treatment of essential hypertension is difficult, and reasonable intervention should be given according to the patient's condition and characteristics to ensure the best treatment effect. Chronic disease follow-up management has great advantages, which can further extend the scope of nursing services, effectively enhance the patient's health awareness and initiative, improve the patient's compliance behavior, reduce the negative situation of the patient, enable the patient to receive treatment in the best state, thus avoiding the impact of various risk factors, improve the patient's prognosis, ensure the patient to get a more ideal treatment outcome, and promote the patient to return to normal work and life as soon as possible, which is worthy of promotion.

Keywords: Chronic disease; Follow-up management; Essential hypertension

原发性高血压是常见慢性病，除环境、遗传因素外，抽烟、过量饮酒、通宵熬夜、长期处于精神紧张状态也易引发原发性高血压，该病常对患者主动脉大血管、眼部造成损害，影响患者部分功能，降低患者生活质量，患者需积极改善生活方式，并及时就医治疗。原发性高血压一般发展缓慢，患者常有恶心、头痛、失眠等症状，如治疗不及时，可能引发心脏、肾脏、大脑等靶器官受损^[1]。临床治疗该病需根据患者病因、发病机制、临床表现、病情轻重等，来确定不同的治疗措施，以防止各类并发症发生，降低病死率。原发性高血压多发于中老年人群，慢性病治疗基本是对症用药控制患者病情，通常情况下治疗时间较长，长期服药后，患者对药物吸收效果会逐渐变弱，同时患者长期服用药物会产生一定不适感，给患者心理和身体都造成较大痛苦，部分患者出院后面临疾病复发、药物管理等问题，影响预后。因此，要予以患者行之有效的护理，强化治疗作用，保障患者的生命安全与健康。应用慢性病随访管理对出院患者进行健康指导，保证护理延续性，以控制疾病发展。现将具体情况报道如下：

1 资料和方法

1.1 资料

本次研究随机抽选94例本院接诊的原发性高血压患者，常规组47例，年龄45至70岁，均龄 (55.21 ± 0.34) 岁，进行常规随访管理。实验组47例，年龄46至71岁，均龄 (56.36 ± 0.21) 岁，实施随访管理。

1.2 排除纳入标准

纳入：符合2018年修订版《中国高血压防治指南》原发性高血压诊断标准；患者及家属签知情同意书；愿意长期接受随访；临床资料完善。

排除：伴其他器质性功能严重障碍疾病；凝血功能障碍；继发性高血压。

1.3 研究方法

1.3.1 常规组常规随访管理

按照规定流程协助患者检查，做好患者安全指导工作等，

按科室随访管理的常规要求建立病历档案, 登记患者基本信息, 记录患者检查情况, 指导患者规律作息、合理饮食等。为其提供常规出院指导, 后期进行电话或上门随访, 进行健康宣教、降压药用药指导等, 教会患者使用血压计, 嘱患者每日测量血压, 告知患者定期到医院复查。社区收集本社区原发性高血压患者疾病情况, 予以血压水平持续表现异常的患者相应指导和建议^[2]。

1.3.2 实验组慢性病随访管理

(1) 组建管理团队: 专科医师、护理人员组成随访管理团队。各成员学习“慢性病随访管理”相关文件, 掌握原发性高血压患者随访管理的精髓。医院加强医护人员培训, 就患者随访、个案管理等内容进行讲解, 可通过现场讲授、微信群信息推送等方式强化相关人员专业知识, 各成员接受岗前培训、护理管理审核培训等, 考核合格者可进行随访管理工作。

(2) 患者档案建立: 建立专项档案, 通过医院集成平台收集患者信息, 建立患者电子档案, 个体化管理, 实现患者疾病信息、既往病史、住院诊疗数据等的一体化管理, 每位患者都要对应建立随访档案记录, 根据患者体检信息及随访记录更新档案信息^[3]。

(3) 健康宣教: 部分患者缺乏对疾病及自身情况正确的认识, 对治疗产生抗拒心理, 使得病情延误。治疗期间要予以患者保健知识宣教, 根据患者一般资料及疾病情况实施针对性宣教, 通过口头讲述、PPT演示、视频观看、知识手册等形式, 宣教过程中鼓励患者提问, 护理人员详细解答患者疑虑。加深患者对原发性高血压患病原因的了解, 使患者对该病的发病机制、并发症等有一个基本认识, 以提高患者对疾病的认知程度。护理人员讲解血压监测知识, 现场示范如何使用血压计, 强调自我血压检测的目的和重要性, 鼓励患者尝试, 纠正其操作不当之处。同时指导患者进行自我症状判断, 教会患者高血压相关症状判断技巧, 患者能对自身病情做初步判断, 提高患者自我管理意识。同时可教会患者家属一些日常基础护理技能, 如血压监测、不良反应发生后的紧急处理措施等, 加强家属对医院工作的配合度, 使得护理服务更好地延伸至患者家庭。

(4) 心理疏导: 原发性高血压患者长期接受药物治疗, 同时长期遵守各种限制, 使得患者在心理及社会层面带有不适, 部分患者出现抑郁、烦躁情绪。在医院随访管理中, 护理人员要明确职责, 随时了解患者心理状态, 明确其心理障碍根源, 针对性解决患者困惑, 减轻患者身心痛苦, 与患者沟通中不可出现不耐烦的情况, 需对患者保持耐心, 态度温和、友善, 尊重患者人格, 可指导患者可通过冥想放松疗法、散步、看书、看电视等方式平静内心, 缓解焦虑情绪, 使患者感受到身心舒适。提醒家属平时多予以患者陪伴, 多与患者聊天, 使其放松心情, 避免其精神上高度紧张、情感上过于脆弱以及情绪波动。

(5) 生活指导: 患者就诊治疗期间, 要改变患者紊乱的生活习惯, 帮助其建立起健康的生活习惯, 分析患者血压水平控制不佳的原因, 以及病情加重的诱发因素。根据患者营养指标, 提醒患者多食低脂肪、易消化、膳食纤维丰富食物, 禁食高盐、高脂及高糖食物, 少食多餐; 患者根据自身情况, 适当进行慢跑、散步、打太极等有氧运动, 促进浊气排出, 增强机体免疫力。

(6) 随访方法的合理应用: ①一般患者在出院后 7-15 天由责任护理人员随访, 特殊患者则需上门随访。后续护理人员根据患者随访档案, 每季度对患者面对面随访一次, 在无法面对面随访的情况下, 可通过电话、微信进行随访, 确保随访管理的连续性, 让患者与护理人员保持联系, 遇到问题及时沟通。随访主要了解患者血压控制情况、生活习惯、用药等情况, 要根据患者实际情况予以血压监测指导、饮食宣教、用药指导等, 告知患者遵医嘱用药的重要性, 提醒患者不得自行换药、停药, 提醒患者避免抽烟、喝酒、熬夜等会造成病情加重的不良行为, 最后告知患者按照规定时间复查。责任护理人员做好回访记录, 科主任、护士长监督检查, 随访过程中护理人员耐心听取患者提问, 慎重回答患者问题, 不随意回答, 不能简单判断和随意指导, 以免误导患者^[4]。需要注意, 责任护理人员在电话回访前, 先了解患者基本情况, 接通电话先自我介绍, 确认对方身份, 说明致电目的, 过程中要礼貌、热情对待患者, 避免与患者发生争执。护理人员详细记录回访情况, 如出现患者电话无法接通等情况需做好备注, 以便再次回访。②获取家庭配合: 医护人员积极与患者家属联系, 为家属提供高血压治疗相关信息支持, 嘱家属监督患者用药、协助测量患者血压, 增强家属的健康意识和风险防范意识, 以保证治疗的有效率。

(7) 加强社区随访: 社区整合本社区原发性高血压患者资料, 每年进行 4 次家庭随访及不定期电话随访。了解患者近期身体、心理状态, 血压计使用情况, 及是否遵医嘱用药等。社区对家庭特困患者给予帮助, 社区志愿者不定期上门随访, 与患者及家属沟通, 了解患者需求, 并为患者提供服务, 指导家属家庭护理相关知识, 同时向患者提供社会资源、福利政策等相关信息^[4]。社区还可组织病友座谈会的形式, 使各位患者分享各自的生活, 以及日常自我护理经验, 患者之间相互扶持, 为彼此树立起治疗的信心。

1.4 统计学方法

用 SPSS28.0 软件处理。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 用 t 检验。P<0.05 有统计学意义。

2 结果

据统计数据, 实验组自我护理能力优于常规组, 具体数据见表 1:

表1 两组自我护理能力比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	常规组	实验组	t	P
例数	47	47	/	/
危险防控能力	67.43 ± 5.78	85.24 ± 5.53	/	<0.05
治疗依从性	65.58 ± 6.23	89.76 ± 6.14	/	<0.05
生活方式	68.39 ± 7.26	91.71 ± 7.34	/	<0.05
血压管理	73.38 ± 6.52	90.22 ± 5.36	/	<0.05

据统计数据, 实验组相关指标优于常规组, 具体数据见表2:

表2 两组相关指标比较 (% , $\bar{x} \pm s$)

组别	常规组	实验组	t	P
例数	47	47	/	/
收缩压	146.58 ± 13.10	140.47 ± 13.42	/	<0.05
舒张压	99.46 ± 8.78	90.34 ± 7.51	/	<0.05
并发症发生率	8 (17.02)	3 (6.38)	/	<0.05
平均医疗费用 (元)	6118.54 ± 85.23	2726.65 ± 97.34	/	<0.05

据统计数据, 实验组生活质量高于常规组, 具体数据见表3:

表3 两组生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$)

项目	常规组	实验组	t	P
例数	47	47	/	/
躯体功能	79.34 ± 12.39	90.12 ± 12.87	/	<0.05
社会功能	76.05 ± 14.52	86.17 ± 14.31	/	<0.05
心理功能	75.18 ± 9.02	85.06 ± 9.35	/	<0.05

参考文献:

- [1] 刘江涛. 慢性病随访管理在原发性高血压治疗中的应用及其作用分析[J]. 智慧健康, 2021, 7(05): 162-164.
- [2] 孟丹丹. 慢性病随访管理在原发性高血压治疗中的应用研究[J]. 中国卫生产业, 2019, 16(21): 93-94+99.
- [3] 沈秀英. 原发性高血压患者治疗中实施慢性病随访管理的效果探究[J]. 中外女性健康研究, 2018(18): 116-117.
- [4] 金美娜. 慢性病随访管理在原发性高血压治疗中的应用研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(33): 6441-6442.
- [5] 马凤勋, 王洪宇, 向宽鸣, 邓亚连, 李洪, 腾云. 慢性病随访管理在原发性高血压治疗中的应用研究[J]. 检验医学与临床, 2016, 13(18): 2693-2694.

物质功能	76.92 ± 11.29	83.73 ± 11.26	/	<0.05
总体健康	60.36 ± 14.35	69.58 ± 14.63	/	<0.05

据统计数据, 实验组患者满意度高于常规组, 具体数据见表4:

表4 两组患者满意度比较 (n, %)

组别	常规组	实验组	X ²	P
例数	47	47	/	/
非常满意	15 (31.91)	18 (38.30)	/	<0.05
基本满意	13 (27.66)	15 (31.91)	/	<0.05
一般满意	11 (23.40)	13 (27.66)	/	<0.05
不满意	8 (17.02)	1 (2.13)	/	<0.05
满意率	39 (82.98)	46 (97.87)	/	<0.05

3 结论

当前我国老龄化加剧, 慢性病患者增多, 原发性高血压是常见慢性疾病, 其持续时间长, 治疗难度大, 如血压水平长期控制不佳, 易诱发心脑血管疾病, 要加强治疗有效性, 降低病死率^[5]。研究显示, 高血压患者常伴有依从性差、血压控制率低等特点, 因此, 要重视对患者的院后管理, 慢性病随访管理是一种人性化的延续性干预模式, 强调医院护理的人文主义关怀, 形成医患之间良性双向互动, 同时提高患者家属参与度, 专业性及针对性较强, 再结合社区管理, 予以患者康复指导, 为其提供连续性随访及针对性药物治疗方案调整, 能避免发病, 提高患者生存质量, 对于保障患者生命安全与健康的意义重大。根据本研究可知, 实验组护理管理效果优于常规组, 且各项数据表明, 慢性病随访管理具有极大的发展性优势和进步性意义。可得出结论, 慢性病随访管理以高效、智能的方式实现医患沟通, 有助于优化护理管理质量, 延伸护理服务的范围, 获取社区及社会的支持, 能增强患者健康意识和自我效能, 控制患者血压水平, 减少并发症发生, 值得推广。