

# 慢性病健康管理应用于老年高血压患者护理工作的效果观察

柳洁

(湖北省第三人民医院神经外科 湖北武汉 430000)

**摘要:**目的:探究慢性病健康管理应用于老年高血压患者护理工作的效果。方法:选取在我院就诊的老年高血压患者 58 例,随机均分为对照组和观察组,对照组进行常规护理,观察组进行慢性病健康管理。统计两组的血压水平、内皮细胞、心肌细胞指标以及健康知识掌握情况。结果:观察组的血压水平、内皮细胞、心肌细胞指标以及健康知识掌握情况均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论:对于老年高血压患者,实施慢性病健康管理,可有效改善其血压水平,提升认知水平。

**关键词:**慢性病;健康管理;老年高血压

高血压,作为一种常见于老年人的慢性疾病,严重威胁着他们的生活质量,和生存状况<sup>[1]</sup>。除了常规的降血压药物治疗外,积极引入健康管理服务,进行规范管理。为患者提供免费的血压测量服务,并在六个月内,实施两次面对面的随访,以更全面地掌握患者的情况,从而优化他们的血压控制效果<sup>[2]</sup>。然而,由于老年患者在日常生活中,往往缺乏自我管理的意识,这常常导致血压控制效果不尽如人意。为了解决这一问题,引入了多模式慢性病管理模式,将自我管理、家庭干预、群组管理,及同伴教育等多种方式有机结合,融入患者的日常生活中<sup>[3]</sup>。这种模式,不仅增强了患者及家属的疾病意识,还使得患者的身体状况,得到持续的监测和关注。本研究旨在深入探讨这种多模式慢性病管理,在老年高血压患者中的应用效果,现将相关发现,进行详细报道。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2023 年 1 月~2024 年 1 月在我院就诊的高血压患者 58 例,分为对照组和观察组,每组 29 名。观察组男女比例为 12:17,平均年龄为  $(69.51 \pm 2.66)$  岁。对照组男女比例为 11:18,平均年龄为  $(67.23 \pm 3.54)$  岁 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

遵循医嘱,实施常规护理措施,指导患者正确的血压监测方法、服药方法,

#### 1.2.2 观察组

在对照组的基础上,实施一种分阶段的多模式慢性病管理策略。该策略涵盖三个主要阶段:

(一)第一阶段,侧重于自我管理,与家庭干预。

表 1 对比组间患者收缩压 (SBP)、舒张压 (DBP) 控制情况 [ $(\bar{x} \pm s)$  /mmHg]

| 组别  | 例数 | SBP          |             | DBP        |            |
|-----|----|--------------|-------------|------------|------------|
|     |    | 治疗前          | 治疗第 4 周     | 治疗前        | 治疗第 4 周    |
| 对照组 | 29 | 153.3 ± 12.5 | 142.2 ± 6.7 | 94.6 ± 7.9 | 89.1 ± 4.3 |
| 实验组 | 29 | 153.4 ± 11.6 | 138.2 ± 7.1 | 93.8 ± 8.6 | 85.4 ± 4.7 |
| t   | -  | 0.061        | 4.198       | 0.701      | 5.951      |

精心策划四次高血压宣教项目,每半个月聚焦一个内容,包括基础知识普及、运动管理、膳食调整、心理干预,以及疾病监测。这些宣教活动,采用电子血压计、食物模型等工具,结合疾病相关知识进行,旨在提升患者,及其重要家庭成员的疾病认识<sup>[4]</sup>。特别鼓励家庭成员与患者多沟通,并在家中备妥电子血压计,以便每日监测血压。

(二)进入第二阶段,实施同伴教育。

在自我管理及家庭干预后,挑选出 3~4 位血压控制良好、热心且善于表达的患者,作为宣教者,对其他患者进行教育。教育内容涵盖正确的饮食行为、生活习惯及饮食管理,旨在通过同伴之间的互助,提升患者的自我管理能力和疾病控制效果。

(三)第三阶段聚焦于群组管理。

将同一个社区的老年高血压患者,与社区医生、护士等医务人员聚集在一起,建立座谈会<sup>[5]</sup>。根据老年高血压患者的疾病特点,及疾病控制中出现的问题,列出讨论议题,每半个月,交流一次,每次交流时长,为 2 小时。通过这种方式,为患者和医务人员,提供了一个交流和学习的平台,共同为提升疾病控制效果而努力。整个群组管理过程持续 3 个月。

### 1.3 观察指标

统计两组的血压水平、内皮细胞、心肌细胞指标以及健康知识掌握情况。

### 1.4 统计学方法

统计学结果由 SPSS26.0 统计学软件统计完成,若  $P < 0.05$ ,则具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 对比组间血压控制情况

|   |   |       |       |       |       |
|---|---|-------|-------|-------|-------|
| P | - | >0.05 | <0.05 | >0.05 | <0.05 |
|---|---|-------|-------|-------|-------|

2.2 两组患者的血管内皮功能与心肌细胞凋亡因子

表2 两组患者的血管内皮功能与心肌细胞凋亡因子[ (  $\bar{x} \pm s$  ) ]

|              | 评价时间 | 观察组 (n=29)    | 对照组 (n=29)    | t      | P     |
|--------------|------|---------------|---------------|--------|-------|
| ET-1 (ng/L)  | 干预前  | 76.86 ± 13.40 | 76.34 ± 13.32 | 0.079  | >0.05 |
|              | 干预后  | 48.39 ± 5.31  | 60.82 ± 8.36  | -4.85  | <0.05 |
| NO (umol/L)  | 干预前  | 33.76 ± 6.70  | 33.81 ± 6.51  | -0.357 | >0.05 |
|              | 干预后  | 56.92 ± 0.50  | 42.37 ± 0.46  | -4.406 | <0.05 |
| sDR4 (ng/mL) | 干预前  | 8.12 ± 1.03   | 8.89 ± 1.03   | -0.038 | >0.05 |
|              | 干预后  | 3.58 ± 0.12   | 5.62 ± 0.51   | -4.442 | <0.05 |
| sDR5 (ng/mL) | 干预前  | 96.45 ± 5.12  | 95.21 ± 5.52  | 0.08   | >0.05 |
|              | 干预后  | 36.72 ± 3.36  | 48.83 ± 4.46  | -5.425 | <0.05 |

2.3 比较两组患者的健康教育效果

表3 对比组间患者的健康教育效果[ (  $\bar{x} \pm s$  ) /分]

| 组别  | 例数 | 疾病知晓         | 合理用药         | 生活知识知晓       | 不良反应知晓       |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 对照组 | 29 | 65.36 ± 2.69 | 64.95 ± 2.85 | 70.81 ± 5.17 | 68.93 ± 4.64 |
| 观察组 | 29 | 86.91 ± 2.94 | 85.90 ± 2.64 | 90.64 ± 5.62 | 89.61 ± 4.59 |
| t   | -  | 58.322       | 39.260       | 18.905       | 23.067       |
| P   | -  | <0.05        | <0.05        | <0.05        | <0.05        |

3 讨论

慢性病健康管理,是一种针对慢性疾病患者的综合性护理模式,通过系统化、个性化的管理措施,旨在改善患者的生活质量,减轻症状和并发症的发生,并延缓疾病进展<sup>[6]</sup>。老年高血压,是一种常见的慢性疾病,在我国老年人群中普遍存在,且容易并发其他脑血管疾病、心脏病等。

慢性病健康管理,通过教育、指导和培训等方式,帮助患者了解高血压病的知识,和自我管理技巧,使患者能够主动参与治疗和疾病管理,更好地掌握自己的健康状况<sup>[7]</sup>。护理人员全面评估患者的身体状况、病史和生活习惯等,为每个患者,制定个体化的治疗计划。对于老年高血压患者,根据其具体情况,可以采取药物治疗、饮食控制、运动锻炼等多种手段相结合的治疗方式,以达到有效控制血压的目标。定期的随访和监测,及时评估患者的病情变化,调整治疗方案。老年高血压患者,常常存在其他多重疾病,定期随访,可以及时发现并处理并发症,预防进一步恶化。医生、护士、营养师、心理咨询师等多学科专业团队协作起来,共同为患者提供综合性的服务。对于老年高血压患者来说,这样的团队合作可以更全面地关注患者的身体、心理和社会需求。通过这种综合、科学的措施,能有效改善其自我管理能力,保障他们的血压处于平稳状态,维持心血管健康。

综上所述,慢性病健康管理应用于老年高血压患者护理工作中,通过提高患者自我管理能力、个体化治疗方案、定期随访与监测以及多学科协作,可以有效改善

患者的生活质量,减轻症状和并发症的发生,并延缓疾病的进展。

参考文献:

[1] 温方圆,杜光会,田丰,等. 基于患者门户系统建立的个人电子健康记录和慢性病管理平台对高血压患者自我管理能力和生活质量的影响[J]. 实用医院临床杂志,2023,20(5):143-147.

[2] 潘宏伟,刘莉,马超,等. 社区卫生服务中心高血压人群国家慢性病管理服务治疗依从性现状及影响因素研究[J]. 中国全科医学,2024,27(1):59-66.

[3] 白艳艳,冯六六,黄红漫,等. 医院-社区-家庭三元联动移动平台对高血压病人慢性病管理质量的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2022,20(9):1630-1634.

[4] 李红梅. 健康教育与慢性病管理护理对在院老年高血压患者发展及心理状态、控制的影响效果分析[J]. 医学食疗与健康,2022,20(22):99-101,105.

[5] 黄英华,韦光武,何新桂,等. 移动医疗慢性病管理系统对广西农村地区原发性高血压患者疾病管理能力及生活质量的影响[J]. 广西医学,2021,43(7):834-837,853.

[6] 蔡莉莎. 基于社区慢性病管理模式的健康宣教干预在老年原发性高血压合并颈动脉斑块患者中的应用[J]. 黑龙江医学,2021,45(16):1790-1791.

[7] 骆青林,邹振宇,刘丽萍,等. 基于好大夫APP对H型高血压患者进行慢性病管理观察出院后生活质量的影响[J]. 首都食品与医药,2020,27(1):135-136.