

• 老年医学 •

(文章编号) 1007-0893(2022)10-0075-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.10.023

老年高血压患者实施社区慢性病管理的效果

任秀贤 麦少玲

(鹤山市人民医院, 广东 鹤山 529700)

〔摘要〕 **目的:** 研究对老年高血压患者实施社区慢性病管理的效果。**方法:** 选取鹤山市人民医院 2020 年 7 月至 2021 年 6 月期间收治的 272 例老年高血压患者, 以随机数字表法分为对照组与观察组, 各 136 例。对照组实施常规高血压管理, 观察组在常规管理基础上实施社区慢性病管理, 比较两组患者临床效果。**结果:** 管理后观察组患者收缩压, 舒张压均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。管理后观察组患者的舒张压、收缩压波动水平在白昼及夜间均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。管理后观察组患者的自我管理力量表评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者完全遵医率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。管理后观察组的生活质量评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 对于老年高血压患者而言, 社区慢性病管理的实施可以辅助控制血压, 减少血压波动, 提高患者自我管理能力和遵医行为, 使患者遵医行为得到强化, 提高生活质量。

〔关键词〕 高血压; 社区慢性病管理; 老年人

〔中图分类号〕 R 544.1 **〔文献标识码〕** B

Effect of Implementing Community Chronic Disease Management in Elderly Hypertensive Patients

REN Xiu-xian, MAI Shao-ling

(Heshan People's Hospital, Guangdong Heshan 529700)

〔Abstract〕 **Objective** To study the effect of community chronic disease management in elderly patients with hypertension. **Methods** A total of 272 elderly patients with hypertension admitted to Heshan People's Hospital from July 2020 to June 2021 were selected and divided into a control group and an observation group by random number table method, with 136 cases in each group. The control group was carried out routine hypertension management, and the observation group was carried out community chronic disease management on the basis of routine management, and the clinical effects of the two groups were compared. **Results** After management, systolic blood pressure and diastolic blood pressure in the observation group were lower than those in the control group, the differences were statistically significant ($P < 0.05$). After management, the fluctuation levels of diastolic blood pressure and systolic blood pressure in the observation group were lower than those in the control group, with statistical significances ($P < 0.05$). After management, self-management ability scale score of the observation group was higher than that of the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The rate of complete compliance in the observation group was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). After management, the quality of life score of the observation group was higher than that of the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** For elderly patients with hypertension, the implementation of community chronic disease management can assist in the control of blood pressure, reduce blood pressure fluctuations, improve patients' self-management ability, strengthen patients' compliance behavior, and improve their quality of life.

〔Keywords〕 Hypertension; Community chronic disease management; Elderly

近些年, 伴随生活水平提升, 人们生活及饮食习惯发生改变, 这也使得高血压等慢性病发生率明显提高, 严重威胁患者健康和安全^[1]。高血压指的是以血压明显升高为主要症状表现, 伴随或不伴随多种心血管危险因素的一种综合征, 这一疾病不仅发病率高, 而且随着年

龄增长血压水平也将随之增高。在高血压患者中, 老年高血压属于常见类型, 其中最常见的是单纯性收缩期高血压, 这也是影响老年人健康与安全的一种主要疾病。高血压也是容易导致心脏病、肾衰竭、中风等危及生命安全的一种疾病, 以动脉压升高为主要表现, 并且合并

〔收稿日期〕 2022 - 01 - 06

〔基金项目〕 江门市卫生健康局科研项目 (21A155)

〔作者简介〕 任秀贤, 女, 主治医师, 主要研究方向是彩色多普勒超声与踝臂指数在糖尿病足患者下肢动脉病变诊断中的应用。

血管、心脏、肾脏等多种脏器功能性衰竭，甚至威胁患者生命安全。相关研究指出，因高血压属于典型慢性病，需要强化疾病管理，以便于有效控制病情，改善患者生活质量^[2]。对于高血压患者来说，若未及时予以控制血压，则容易导致多种并发症，降低患者生活质量，因此需要予以重视，采取有效措施控制血压。对于糖尿病以及高血压等慢性病患者来说，慢性病管理模式的实施可以使患者临床效果得到提升。本研究选择2020年7月至2021年6月期间收治的272例老年高血压患者，分析对老年高血压患者实施社区慢性病管理的效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取鹤山市人民医院2020年7月至2021年6月期间收治的272例老年高血压患者，以随机数字表法分为对照组与观察组，各136例。对照组男82例，女54例；年龄61~77岁，平均年龄 (68.96 ± 4.45) 岁，病程2~10年，平均病程 (7.78 ± 1.13) 年；观察组男81例，女55例；年龄62~78岁，平均年龄 (68.98 ± 4.47) 岁，病程1.5~10年，平均病程 (7.79 ± 1.16) 年；两组患者一般资料比较，差异均无统计学意义 $(P > 0.05)$ ，具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 符合高血压诊断标准^[3]；(2) 对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 精神疾病、认知障碍、合并其他严重疾病等。

1.3 方法

两组患者均实施药物干预，给予苯磺酸氨氯地平片（辉瑞制药有限公司，国药准字H10950224），口服，每次5 mg，每日1次；选用厄贝沙坦（法国Sanofi Winthrop Industrie，国药准字J20171089），口服，每次0.15 g，每日1次。

1.3.1 对照组 实施常规高血压管理，每3个月对患者进行1次电话随访或门诊随访，了解患者病情控制情况，测定体质量及血压等，并指导用药。

1.3.2 观察组 在常规管理基础上实施社区慢性病管理，由经验丰富的护理人员开展管理工作，为患者建立健康档案，对生活习惯、饮食习惯、血压及用药情况进行详细记录，并对各阶段病情变化进行记录，通过检测患者的身体状况及血压水平，以国际标准对危险程度进行划分，包括低危患者、中危患者、高危患者、极高危患者，其中对于低危患者实施一级管理，每3个月至

少随访1次，全年随访次数在4次及以上，对于中危患者需要实施二级管理，每2个月至少随访1次，而且全年随访次数在6次及以上，对于高危患者与极高危患者则需要实施三级管理，每月至少随访1次，全年随访次数在12次以上，以分级管理要求为准对不同危险程度分级患者实施饮食、运动、心理以及药物等方面管理。在心理健康管理方面，需要评估患者的心理健康，并以评估结果为依据开展个性化心理护理，使患者治疗依从性提高。同时开展健康教育，定期与患者及家属沟通，开展健康宣教，以通俗易懂的语言和方式对高血压诊断标准、诱发因素、防治方法进行讲解，提高患者对疾病知识的认识，每次30 min，持续3个月，讲解疾病发病机制及并发症，并说明治疗方法及预后。在饮食方面，以患者病情为准制定饮食、运动计划，严格控制脂肪、盐摄入量，少食多餐，定时定量进食，保持清淡饮食，并对食物成分对病情影响进行讲解，适当补充钙、优质蛋白、钾等微量元素，同时在治疗过程中对烟酒予以严格限制。在运动方面，根据患者身体状况，并结合病情对运动计划进行制定，以散步、慢跑、太极拳等有氧运动为主，对患者运动予以鼓励和督促，使其按时完成。另外强调用药指导，使患者坚持合理用药，并对规范用药的重要意义进行说明，并与患者家属沟通，取得其配合，监督患者用药情况。

1.4 观察指标

(1) 血压变化：比较两组管理前后的收缩压和舒张压；(2) 血压波动情况：统计并计算白昼舒张压波动值、白昼收缩压波动值、夜间舒张压波动值、夜间收缩压波动值。(3) 自我管理力量表评分：涉及到按时用药评分、锻炼身体评分、血压监测评分、饮食控制评分，评分越高，自我管理能力强。(4) 遵医行为：从饮食、用药、运动等方面评估，分为完全遵医、部分遵医、不遵医三个等级。(5) 生活质量：通过生活质量量表评估，涉及到心理功能评分、躯体功能评分、社会关系评分、物质功能评分，评分越高，生活质量越好。

1.5 统计学方法

采用SPSS 22.0软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者管理前后血压水平比较

管理前两组患者血压比较，差异无统计学意义 $(P > 0.05)$ ；管理后观察组患者收缩压，舒张压均低于对照组，差异具有统计学意义 $(P < 0.05)$ ，见表1。

表 1 两组患者管理前后血压水平比较 (n = 136, $\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	时间	收缩压	舒张压
对照组	管理前	165.33 ± 12.45	102.49 ± 9.37
	管理后	125.22 ± 9.43	81.63 ± 6.20
观察组	管理前	165.44 ± 12.59	102.66 ± 9.59
	管理后	120.30 ± 9.89 ^a	78.43 ± 6.53 ^a

注: 1 mmHg ≈ 0.133 kPa。
与对照组管理后比较, ^aP < 0.05。

2.2 两组患者管理后血压波动情况比较

管理后观察组患者的舒张压、收缩压波动水平在白昼及夜间均低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者管理后血压波动情况比较 (n = 136, $\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	时间	收缩压	舒张压
对照组	白昼	33.53 ± 3.76	21.74 ± 3.96
	夜间	34.53 ± 6.75	26.44 ± 5.43
观察组	白昼	9.10 ± 2.16 ^b	11.43 ± 2.44 ^b
	夜间	21.10 ± 6.26 ^b	11.28 ± 3.30 ^b

注: 与对照组同时段比较, ^bP < 0.05。

2.3 两组患者管理后自我管理评分比较

管理后观察组患者的自我管理力量表评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者管理后自我管理评分比较
(n = 136, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	按时用药	锻炼身体	血压监测	饮食控制
对照组	91.37 ± 2.25	86.80 ± 4.33	89.79 ± 3.10	88.65 ± 4.68
观察组	93.22 ± 2.29 ^c	89.50 ± 4.43 ^c	91.39 ± 3.13 ^c	90.52 ± 4.29 ^c

注: 与对照组比较, ^cP < 0.05。

2.4 两组患者遵医行为情况比较

观察组患者完全遵医率高于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 4。

表 4 两组患者遵医行为情况比较 (n = 136, n (%))

组别	完全遵医	部分遵医	不遵医
对照组	46(33.82)	61(44.85)	29(21.32)
观察组	103(75.74) ^d	29(21.32)	4(2.94)

注: 与对照组比较, ^dP < 0.05。

2.5 两组患者生活质量评分比较

管理后观察组患者的生活质量评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 5。

表 5 两组患者生活质量评分比较 (n = 136, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	心理功能	躯体功能	社会关系	物质功能
对照组	71.22 ± 7.20	67.85 ± 5.52	66.99 ± 5.54	71.33 ± 5.07
观察组	88.37 ± 7.55 ^e	89.66 ± 7.59 ^e	81.33 ± 7.67 ^e	88.59 ± 9.33 ^e

注: 与对照组比较, ^eP < 0.05。

3 讨论

高血压是临床常见且多发疾病, 当前伴随老年人口数量不断增加, 这也使得这一疾病发生率呈现出递增趋势。如果高血压状态未及时予以有效控制, 则容易导致心力衰竭、冠心病等严重症状, 因此需要引起重视, 做好临床治疗工作。在高血压治疗上, 临床通常以血压控制为主, 避免并发症发生, 改善患者生活质量。但因老年人群认知水平有限, 很难对疾病及治疗有正确认识, 因此在用药依从性上比较差, 遵医行为不佳, 这将会对治疗效果产生影响。对于高血压患者而言, 不仅需要积极药物治疗, 更需要做好有效管理工作。通过慢性病管理与健康教育指导患者的饮食、用药、运动等, 并辅助其做好血压监测工作, 以达到调控血压的目的。高血压通常会伴随脉压差大的现象, 同时收缩压过高, 在老年人群中比较多见, 而老年患者合并多种高危因素, 很难对高血压予以有效控制, 这将会对其生命安全构成威胁^[4]。常规管理模式下, 主要以疾病管理为主, 并未充分运用患者的主观能动性, 而且主动性不足, 会对管理效果产生影响。社区慢性病管理是高血压管理的一种重要模式, 不仅可以强化医护人员的责任意识, 还可以提高其技能操作水平, 使社区管理制度更加完善, 另外对患者认知水平有积极改善作用, 使其以良好心态面对疾病, 进而使高血压症状得到有效控制。社区慢性病管理是以患者为管理中心, 将患者主观能动性充分发挥出来, 可以使整体管理效果得到提升。本研究显示, 实施社区慢性病管理的患者血压控制效果更佳, 而且血压水平相对稳定, 在自我管理与遵医行为上均更优, 而且生活质量各项指标评分更高, 说明社区慢性病管理的效果更佳。在社区慢性病管理模式下, 工作人员首先为患者建立健康档案, 并开展健康讲座, 结合电话与家庭随访, 帮助患者掌握自身情况, 监督患者的遵医行为, 另外对患者的疑问予以及时解答, 帮助患者调节饮食结构, 辅助控制血压, 提高患者的抵抗力与免疫力。社区慢性病管理的实施可以帮助患者养成健康饮食的良好生活习惯, 使患者用药依从性得到提升, 以便于更好地控制血压水平, 使高血压状态得到改善^[5]。临床中, 高血压动脉压升高通常与外周阻力有关, 同时也与中小动脉收缩有关, 需要药物控制^[6]。钙离子拮抗剂作为高血压治疗的常用药物, 可使血管平滑肌张力降低, 效果确切^[7]。除此之外, 研究发现慢性病管理可以辅助控制血压水平, 这主要是因为慢性病患者中, 社区管理人员可以为患者提供全面且系统的干预措施, 让患者及家属对疾病知识有更加深入的认识和了解, 使其充分认识到高血压的风险性, 并通过饮食指导、运动指导、用药指导等方式提高其自我管理能力和遵医行为, 使患者积极接受治疗, 保证用药效果, 进而提高临床整体效果^[8]。

慢性病管理主要是针对慢性病的一种管理模式, 同时也是综合管理模式。通过强化医护工作者的意识及操

作技能,使医护人员责任意识得到提升,使社区管理制度更加完善,进而为患者提供更加科学的护理膳食表,使患者对疾病认知能力提高,以积极的心态面对疾病,提高对抗疾病的自信心,进而实现对血压水平的辅助控制作用。慢性病管理概念虽然提出时间比较短,但其诸多优势已经逐渐体现出来,不仅方便长期随访,可以对患者病情予以整体把握,还可以为其提供个体化治疗方案,使患者用药依从性提高,因此在医疗卫生服务行业这一管理模式的运用获得普遍认可和欢迎。

综上所述,对于老年高血压患者来说,社区慢性病管理的实施可以辅助控制血糖,减少血压波动,提高患者自我管理能力,使患者遵医行为得到强化。

〔参考文献〕

- (1) 李佳. 基于“互联网+”的医院-社区一体化慢性病管理模式在老年高血压病人中的应用(J). 护理研究, 2019, 33(7): 1237-1240.
- (2) 刘政, 王锡榜, 周艳红, 等. 互联网+医生的社区高血压患者慢病管理模式效果(J). 解放军医院管理杂志, 2020, 27(2): 156-161.
- (3) 刘力生. 中国高血压防治指南2010(J). 中华高血压杂志, 2011, 19(8): 701-743.
- (4) 梅芳. 社区慢性病管理模式在老年高血压管理中的效果评价(J). 中国急救医学, 2018, 38(2): 240.
- (5) 杨梅, 胡薇, 江长勇. 社区慢性病主动预约健康管理模式对原发性高血压病的管理效果研究(J). 中国全科医学, 2019, 22(24): 2944-2948.
- (6) 邵金彩, 呼冬鸣, 万钢, 等. 北京社区2型糖尿病合并高血压与否则规范管理十年慢性并发症的发病情况研究(J). 中国全科医学, 2019, 22(24): 2907-2912.
- (7) 焦伟红, 汤美红, 陈琦宏. 临床药师干预对高血压患者社区慢病管理中的应用价值(J). 贵州医药, 2018, 42(7): 853-854.
- (8) 徐勇, 周琴, 皋凌子, 等. 慢病处方对社区高血压患者管理的影响分析(J). 实用预防医学, 2019, 26(10): 1251-1252, 封3.

〔文章编号〕 1007-0893(2022)10-0078-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.10.024

住院老年2型糖尿病患者肌肉减少症 发生情况及影响因素分析

田珍榛 孙 华 娄丽红

(郑州市第九人民医院, 河南 郑州 450001)

〔摘要〕 **目的:** 探讨住院老年2型糖尿病(T2DM)患者肌肉减少症发生情况及影响因素。**方法:** 回顾性分析2019年9月至2021年9月于郑州市第九人民医院住院的183例老年T2DM患者的临床资料,统计患者中肌肉减少症的发生率,并比较肌肉减少症患者及肌肉量正常患者的一般资料、相关实验室指标以及机体成分等指标,分析住院老年T2DM患者发生肌肉减少症的影响因素。**结果:** 183例患者中,肌肉减少症的发病率为27.87%。减少组患者骨骼肌质量指数(ASMI)为 $(6.17 \pm 0.94) \text{ kg} \cdot \text{m}^2$, 低于正常组的 $(7.79 \pm 1.02) \text{ kg} \cdot \text{m}^2$, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 多因素logistic回归分析显示, 高龄、空腹血糖(FBG)偏高、体质量指数(BMI)、内脏脂肪面积以及骨矿物质含量水平偏低均为T2DM患者发生肌肉减少症的独立危险因素($P < 0.05$)。**结论:** 郑州市第九人民医院住院的老年T2DM患者肌肉减少症发生率偏高, 高龄、FBG偏高、BMI、内脏脂肪面积以及骨矿物质含量水平偏低均为T2DM患者肌肉减少症的独立危险因素, 临床可通过对有上述危险因素的患者进行早期预防干预, 降低老年T2DM患者肌肉减少症的发生风险。

〔关键词〕 肌肉减少症; 2型糖尿病; 老年人

〔中图分类号〕 R 685; R 587.1 〔文献标识码〕 B

随着人们生活节奏的加快和饮食结构的变化, 2型糖尿病(type 2 diabetes mellitus, T2DM)的发病率呈逐年上升趋势, 该病患者糖耐量明显降低, 如不进行有效的

血糖控制和并发症防治, 极易引起心血管、肾脏、眼睛及神经系统的慢性疾病。相关研究表明, T2DM患者极易出现肌肉减少症, 相较于血糖正常者的发病率显著更

〔收稿日期〕 2022-02-10

〔作者简介〕 田珍榛, 女, 住院医师, 主要研究方向是慢性非传染性疾病的预防和控制。