

# 老年糖尿病合并高血压社区护理干预实践探讨

高 梦

南市街社区卫生服务中心 天津 300021

**摘要:**目的:分析老年DM合并HBP社区护理的应用效果。方法:选取2023年5月-2024年5月本院76例老年DM合并HBP患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组38例,行常规护理,观察组38例,行社区护理,比较两组护理效果。结果:观察组的SF-36评分明显高于对照组,SBP、DBP、FBG、2hPG和HbA1c均明显低于对照组( $P < 0.05$ )。结论:给予DM合并HBP患者社区护理能有效管控血压、血糖水平,提高生活质量,具有推广价值。

**关键词:**老年人;糖尿病;高血压;社区护理;生活质量

DM患者长期高血糖,无论是组织,还是血液,其部分成分均可能糖化,诱发或促进动脉硬化。对于HBP,动脉硬化为其发病基础,动脉内径缩窄,动脉壁弹性下降,变硬变厚,导致供血量减少,致使DM恶化,易导致微血管、大血管病变,引发并发症,促进DM恶化<sup>[1]</sup>。当下,全球范围内约有DM者1.5亿,我国发生率达到2%-3%。DM、HBP并发率高,呈恶性循环,相关研究提出,在所有DM患者中,HBP占比约为28.4%-48.1%。对于DM合并HBP者,选择适宜疗法,同时管控其行为,能抑制DM、HBP进展,防范心血管事件<sup>[2]</sup>。人们生活水平提升,健康需求越来越多,具有多层次、多样化等特征,护理服务不再局限于临床,逐步延伸到家庭及社区,赋予护理延续性、针对性等特征。本研究以DM合并HBP患者为对象,分析社区护理应用效果。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料

选取2023年5月-2024年5月本院76例老年DM合并HBP患者开展研究,用随机数字表法平均分为对照组38例,男20例,女18例,年龄为60-80岁,平均年龄(64.65±5.47)岁;观察组38例,男21例,女17例,年龄为61-81岁,平均年龄(64.72±5.39)岁。两组一般资料( $P > 0.05$ ),具有可比性。

纳入标准:合并DM、HBP;老年人;认知正常;资料完整;知情同意本次研究。排除标准:重要脏器障碍,例如肝、肾等;明显心脑血管病;继发性糖尿病;精神疾病。

### 1.2 方法

对照组行常规护理,介绍药物知识,包括口服药物知识,胰岛素知识等,在饮食生活方面,提供指导。观察组以对照组为基础,行社区护理:

#### 1.2.1 创建个人档案

组建干预小组,每位成员均要接受科学培训,针对每位患者,均创建健康档案,定时测量血糖、血压,精准记录。拟定电话咨询表,观察患者信息,详细记录好,包括姓名、病情、联系方法等,同时掌握其性格、文化程度,了解个人喜好、性格等,结合其个性化,拟定护理方案。

#### 1.2.2 心理护理

DM、HBP者的心理直接影响病情变化,受疾病影响,患者普遍存在焦虑、不安等情绪,出现角色紊乱,产生否认心理。对于每种负面情绪,探讨出现原因,提供针对性、差异化指导。采取积极心理干预法,给予正向建议,将心理顾虑解除,加强治病信心,提高配合度。提供家庭支持,倡导患者勇于融入社会,结合其喜好,参与有关活动,营造和谐、轻松的氛围,维持愉悦、平稳的心境,缓解孤独、不安等情绪,促进疾病康复。

#### 1.2.3 运动护理

通过适当运动,能增加身体素质,可减少外周血管阻力,促使其扩张,减少血糖、血压。了解病情,结合其年龄,制定运动方案,以有氧运动为主,形式包括打太极拳、快走等,切忌剧烈运动。依据患者差异,控制运动强度,频率为3-5次/周,0.5-1.0h/次,进行运动时,全程测量心率,维持在110次/min内。建议于餐后0.5h运动,切忌空腹进行,预防低血糖,保证循序渐进,患者未出现疲劳感。

#### 1.2.4 饮食护理

无论是DM,还是HBP,均要合理饮食,其属于最基本也是最重要的辅助疗法之一,治疗始终均要管控饮食。了解患者病情,分析其饮食习惯,拟定干预方法,同时评估药物治疗情况,确定总热量,计算出各成分占比,保证多样化饮食。限制甜食、盐分摄入量,前者包括含糖量高的饮料、点心等食物,后者 $\leq 6\text{g/d}$ ,多提

供新鲜蔬果,多补充纤维素,尽量规避高胆固醇食物。积极补充钙质,增加钾盐,促进血压下降。逐渐引导患者,提醒家属,自觉执行饮食方案。

### 1.2.5 药物干预

反复讲解降糖、降压意义,突出其能减少大血管并发症,提供药物指导,保证规律、长期,根据医嘱用药,切忌私自换药、停药,或者减少剂量,避免指标波动,促进动脉硬化。讲解用药方法,提醒注意事项,以采取钙拮抗剂为例,告诉患者每次变换体位,或起床时,应放慢速度;采取 $\beta$ -受体阻滞剂时,要监测心律、血压;选择ACEI时,观察患者变化,了解有无不良反应,例如皮疹、咽喉不适等;采取噻嗪类利尿剂时,警惕血脂代谢紊乱、低血钾等现象;选取阿司匹林时,时间为餐后,保护胃黏膜,尽量减少刺激,监测是否出血;对于双胍类药物,时间应于餐后;针对 $\alpha$ -糖苷酶抑制剂,于进餐时用药。尽量不选择会导致血压增加的药物,包括拟交感药物、盐皮质激素等。

### 1.2.6 监测血糖/血压

讲解监测血压作用,详细介绍血压计使用方法,进行演示,保证患者、家属可以掌握。对于无血压计者,提醒其定期前往社区服务中心,进行检验。按照检验结

果,指导用药,及时调整用药剂量,合理管控时间,了解HBP病情变化。介绍监测血糖意义,对于每位患者,创建个人档案,详细记录血糖值,令其明白血糖适宜范围。按照血糖控制情况,适当调节药量,指导饮食。

### 1.2.7 持续随访

开展电话随访,2次/周,每次低于0.5h,问候、关心患者,知晓其用药情况、生活情况等,提醒其监测血糖。实施家访,1次/月,每次进行探访前,先通过电话预约,分析有无个体化问题等,予以指导。

### 1.3 观察项目和指标

评价血压变化<sup>[3]</sup>:监测干预前后SBP和DBP。评价血糖变化<sup>[4]</sup>:监测干预前后FBG、2hPG和HbA1c。评价生活质量:选择SF-36量表<sup>[5]</sup>,纳入6个维度,均为0-100分。

### 1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据, ( $\bar{x} \pm s$ )表示计量,行 $t$ 检验,  $P < 0.05$ ,差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组血压变化比较

对比SBP和DBP,观察组均更低 ( $P < 0.05$ )。详见表1。

表1 两组血压变化比较 [ $n(\bar{x} \pm s)$ ]

组别	例数	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	177.82 $\pm$ 10.23	127.72 $\pm$ 9.78 <sup>a</sup>	98.25 $\pm$ 6.17	83.31 $\pm$ 4.28 <sup>a</sup>
对照组	38	176.91 $\pm$ 9.78	144.28 $\pm$ 11.23 <sup>a</sup>	98.31 $\pm$ 6.11	92.40 $\pm$ 4.69 <sup>a</sup>
$t$	/	0.396	6.855	0.043	8.825
$P$	/	0.693	0.000	0.966	0.000

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组血糖变化比较

对比FBG、2hPG和HbA1c,观察组均更低 ( $P <$

0.05)。详见表2。

表2 两组血糖变化比较 [ $n(\bar{x} \pm s)$ ]

组别	例数	FBG (mmol)		2hPG (mmol)		HbA1c (%)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	9.25 $\pm$ 1.14	6.24 $\pm$ 1.00 <sup>a</sup>	17.15 $\pm$ 1.26	9.57 $\pm$ 1.33 <sup>a</sup>	9.25 $\pm$ 1.25	5.36 $\pm$ 1.01 <sup>a</sup>
对照组	38	9.30 $\pm$ 1.10	7.50 $\pm$ 1.13 <sup>a</sup>	17.21 $\pm$ 1.20	15.41 $\pm$ 1.34 <sup>a</sup>	9.24 $\pm$ 1.23	6.25 $\pm$ 1.24 <sup>a</sup>
$t$	/	0.195	5.147	0.213	19.068	0.035	3.430
$P$	/	0.846	0.000	0.832	0.000	0.972	0.001

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组生活质量比较

对比各项SF-36评分,观察组均更高 ( $P < 0.05$ )。详

见表3。

表3 两组生活质量比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	精神健康(分)		情感职能(分)		社会功能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	61.44±4.28	77.55±8.82 <sup>a</sup>	62.36±4.65	86.65±7.71 <sup>a</sup>	61.25±4.16	81.26±4.66 <sup>a</sup>
对照组	38	61.53±4.20	68.65±7.33 <sup>a</sup>	62.41±4.59	75.23±6.32 <sup>a</sup>	61.30±4.11	73.25±4.58 <sup>a</sup>
<i>t</i>	/	0.093	4.784	0.005	7.061	0.053	7.557
<i>P</i>	/	0.927	0.000	0.996	0.000	0.958	0.000

续表3 两组生活质量比较[n( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	例数	精力(分)		躯体疼痛(分)		生理机能(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	38	62.66±3.58	83.18±6.74 <sup>a</sup>	60.36±3.64	84.66±5.48 <sup>a</sup>	62.52±6.25	81.85±5.68 <sup>a</sup>
对照组	38	62.59±3.61	72.26±6.48 <sup>a</sup>	60.41±3.58	73.41±4.68 <sup>a</sup>	62.61±6.20	72.66±5.66 <sup>a</sup>
<i>t</i>	/	0.085	7.200	0.060	9.623	0.063	7.065
<i>P</i>	/	0.933	0.000	0.952	0.000	0.950	0.000

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup>*P*<0.05。

### 3 讨论

近些年,临床疾病谱出现明显变化,参考患者意愿、经济条件等<sup>[6]</sup>,大部分DM、HBP患者选择在家庭、社区治疗、调整<sup>[7]</sup>。疾病管控效果和居家护理质量有关,直接受社区护理效果影响,护理质量越高,病情管控越好,生存质量越高<sup>[8]</sup>。

进行社区护理时,基础单位为社区,患者可以就近接受诊治,能减少医疗消费。该模式灵活、多变,更加方便<sup>[9]</sup>,患者更加配合,家属更加满意<sup>[10]</sup>。建立个人档案,评估患者病情、心理等变化情况,制定干预措施,注意每个细节。重视运动、饮食,加强指导,持续监测血糖、血压,酌情调整用药方案,及时改善护理计划,更符合患者需求,令其更满意、更自如<sup>[11]</sup>。研究结果显示和对照组比,观察组的SBP和DBP均更低(*P*<0.05),表示社区护理可以降低血压,减少HBP危害。观察组的FBG、2hPG和HbA1c均更低(*P*<0.05),表明社区护理可管控血糖,防范DM进展。观察组的各项SF-36评分均更高(*P*<0.05),代表采取社区护理,便于提升生活质量,从多个方面出发,进行干预,便于满足患者需求。说明应用社区护理可以改善DM合并HBP病情。

综上所述,给予DM合并HBP患者社区护理能有效管控血压、血糖水平,提高生活质量,具有推广价值。

### 参考文献

[1] 欧阳美娟,雷美艳,袁衬香,王佳,李巧艳. 延伸康复护理对社区糖尿病合并高血压患者的生活及康复情况的影响[J]. 黑龙江中医药,2021,50(3):340-341.

[2] 刘亚宁. 延续性护理对糖尿病合并高血压患者的效

果分析[J]. 中国城乡企业卫生,2023,38(10):118-120.

[3] 林秀霞,周燕燕. “互联网+”服务模式的护理干预对社区高血压合并糖尿病患者ESCA评分及SF-36评分的效果[J]. 心血管病防治知识,2023,13(26):81-83.

[4] 李玲. 时效性激励理论的延续性护理对社区高血压合并糖尿病患者知识掌握评分及自护能力的影响[J]. 心血管病防治知识,2023,13(23):91-93.

[5] 隋艳梅,王洪花. 老年高血压合并糖尿病社区健康管理及护理干预效果评价[J]. 中国医药指南,2023,21(22):34-37.

[6] 李倩. 老年高血压合并糖尿病患者社区护理研究进展[J]. 中国城乡企业卫生,2021,36(7):30-32.

[7] 王丽. 延续性护理干预在社区糖尿病伴高血压老年患者中的应用[J]. 智慧健康,2021,7(28):153-155.

[8] 石福荣. 老年高血压合并糖尿病社区健康管理及护理干预效果评价[J]. 航空航天医学杂志,2022,33(8):999-1001.

[9] 孙红燕,裴铭,刘芹,朱慧君. 社区独居老年高血压合并糖尿病患者护理服务需求调查及相关因素[J]. 慢性病学杂志,2022,23(8):1151-1153+1157.

[10] 王海燕. 个性化护理管理对社区老年高血压合并糖尿病患者的干预效果[J]. 慢性病学杂志,2022,23(1):104-106.

[11] 刘桂元. 社区高血压和糖尿病管理中社区卫生定向服务模式的作用评估[J]. 中国全科医学,2021,24(2):109-110+114.