

浅谈慢性高血压病的护理

马 婷

宁夏吴忠市利通区金银滩卫生院 宁夏 吴忠 751100

摘 要：目的：探讨在社区医疗环境中对慢性高血压患者实施综合护理干预的临床效果。方法：选取2023年1月至12月某院120例慢性高血压患者为研究对象，通过随机数表法分为对照组和观察组各60例。对照组实施常规高血压护理，观察组在此基础上增加综合护理干预。对比两组干预前后的血压控制、生活质量及满意度。结果：干预后观察组收缩压、舒张压均低于对照组($P < 0.05$)；生活质量评分和护理满意度也显著高于对照组($P < 0.05$)。结论：综合护理干预能有效控制慢性高血压患者血压水平，提升生活质量和满意度具有临床推广价值。

关键词：慢性高血压；综合护理干预；血压控制

高血压是一种常见的慢性疾病，属于心血管疾病的重要危险因素，全球高血压患病率呈现逐年上升趋势^[1]。高血压患病随年龄增长而升高，慢性高血压若长期不能有效控制，可引发心脑血管并发症，严重威胁患者生命健康。当前高血压患者的治疗以药物治疗为主，但药物治疗存在依从性差、用药不规范等问题。高血压作为慢性病，其治疗和护理是一个长期过程，以患者自我管理为主，因此慢性高血压的护理干预对于疾病控制至关重要^[2]。传统的护理模式主要集中在常规血压监测和简单的健康教育，难以满足高血压患者的个体化需求^[3]。随着医疗理念的更新，综合护理干预模式逐渐被引入慢性高血压管理中，通过制定个体化的护理方案加强患者的自我管理能力，提高患者对疾病的认知和治疗依从性，从而有效控制血压水平减少并发症的发生^[4]。本研究旨在探讨综合护理干预在慢性高血压患者中的应用效果，为临床高血压护理提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

某院2023年全年收治的120例慢性高血压患者被纳入研究。入选标准包括：(1)符合国家指南定义的高血压(收缩压 ≥ 140 mmHg和/或舒张压 ≥ 90 mmHg)；(2)病程 ≥ 6 个月；(3)患者及家属知情同意并自愿参与本研究。排除标准：(1)合并严重心、肝、肾功能不全者；(2)存在认知障碍或精神疾病者；(3)不能坚持随访者；(4)继发性高血压患者。120例患者经随机数表法分组，对照组与观察组各60例。对照组：男34例、女26例；年龄45~78岁，平均(62.5 $\pm$ 8.7)岁；病程1~15年，平均(7.3 $\pm$ 3.6)年；高血压分级：1级、2级、3级分别有30例、22例、8例。观察组：男36例、女24例；年龄46~79岁，平均(63.1 $\pm$ 8.5)岁；病程1~16年，平均(7.5 $\pm$ 3.8)年；高血压分级：1级、2级、3级

分别有32例、21例、7例。两组一般资料(性别、年龄、病程及分级)比较无统计学差异($P > 0.05$)，具可比性。

1.2 方法

对照组患者给予常规高血压护理，包括：(1)血压监测：每日测量血压2次，记录血压变化；(2)健康教育：向患者讲解高血压相关知识，用药指导，饮食指导等；(3)病房环境：保持安静、舒适的病房环境；(4)并发症观察：观察患者有无头晕、头痛、视物模糊等症状。

观察组患者在常规护理的基础上实施综合护理干预：(1)个体化护理评估：护理人员对患者进行全面评估，包括病情评估、生活习惯评估、心理状态评估、社会支持评估等，制定个体化护理计划；(2)健康教育强化：通过面对面讲解、发放健康教育手册、播放健康教育视频等多种形式进行健康教育，内容包括高血压基本知识、高盐饮食的危害、规律用药的重要性、运动疗法的益处等；(3)生活方式干预：制定个体化的饮食计划，指导患者减少盐分摄入(每日 < 6 g)，增加新鲜蔬果摄入，减少油腻食物摄入；指导患者进行适度的有氧运动，如散步、太极等，每周 ≥ 5 次，每次30~60分钟；(4)药物治疗管理：详细讲解药物的作用、用法及注意事项，帮助患者制定合理的服药计划，必要时使用服药提醒卡或电子设备进行提醒；(5)自我管理能力培养：教会患者自测血压的方法，指导患者建立血压日记，记录每日血压值及身体状况；(6)心理干预：通过倾听、沟通、鼓励等方式，了解患者的心理需求，缓解患者焦虑、抑郁等负面情绪，增强患者战胜疾病的信心；(7)家庭支持：邀请患者家属参与健康教育，提高家属对高血压的认知，增强对患者的支持力度，共同监督患者的治疗依从性；(8)基层乡村医生居家干预：组建以基层乡村医生为主体的家庭访视团队，定期入户开展面对面健康宣讲活动。针对

农村高血压患者文化程度较低、健康素养不足等问题，乡村医生采用通俗易懂的语言，结合当地方言进行健康宣教，内容涵盖高血压危害认知、饮食结构调整（特别是减盐技巧）、日常活动安排等。根据患者家庭实际情况，乡村医生指导家属设立健康角，放置血压计、服药提醒表及应急联系卡。乡村医生对患者进行个体化用药指导，针对农村患者常见的间断用药、随便停药、药物配伍不当等问题，制作简易识别卡片，标明服药时间、用量及注意事项。建立乡村医生负责制，每位医生管理15-20户高血压家庭，实现一对一精准服务与管理，确保农村高血压患者获得连续性医疗照护；（9）随访管理实行“3-2-1”分级随访制（出院3周内每周电话随访，第1-2月每2周随访，3月后每月结合门诊复查随访），同步开通微信视频急诊咨询通道，实现护理干预的全周期覆盖。

1.3 观察指标

（1）血压控制：干预前后采集患者收缩压(SBP)和舒张压(DBP)数据。测量过程：患者休息10分钟后，坐位右臂测量，使用标准水银柱式血压计连续测3次(间隔1分钟)取均值。（2）生活质量：应用QLICD-HY量表评估，涵盖生理、心理、社会功能及高血压特异性模块四维度，满分100分，得分与生活质量呈正相关。（3）满意度调查：自制

2.2 两组患者干预后生活质量评分和护理满意度比较

干预后，观察组QLICD-HY各项评分均优于对照

问卷评估护理态度、技能、健康教育及心理护理等，总分100分。非常满意(≥90分)、满意(75~89分)及不满意(<75分)三级评定，满意度计算公式为(非常满意+满意人数)/总人数×100%。

1.4 统计学分析

数据处理采用SPSS 22.0软件，计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 呈现并进行t检验，计数资料以例数(百分比)表示并行 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后血压水平比较

干预前两组SBP和DBP比较差异无统计学意义($P>0.05$)；干预后，各组血压指标均较前明显下降($P<0.05$)，且观察组SBP、DBP低于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者干预前后血压水平比较($\bar{x}\pm s$, mmHg)

组别	例数	SBP		DBP	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	60	158.7±12.6	145.3±10.2*	96.5±8.4	88.7±7.3*
观察组	60	159.2±13.1	135.6±8.7*†	97.1±8.6	82.3±6.1*†
t值		0.217	5.732	0.387	5.246
P值		0.829	<0.001	0.699	<0.001

注：与干预前比较，* $P<0.05$ ；与对照组比较，† $P<0.05$

组，护理满意度也高于对照组(均 $P<0.05$)。详见表2。

表2 两组患者干预后生活质量评分和护理满意度比较

组别	例数	生活质量评分(分)				护理满意度[n(%)]			
		生理功能	心理功能	社会功能	特异性模块	总分	非常满意	满意	不满意
对照组	60	21.3±3.5	18.6±3.2	19.2±3.6	20.5±3.4	79.6±7.8	23(38.3)	28(46.7)	9(15.0)
观察组	60	24.7±3.8†	22.5±3.5†	23.1±3.8†	24.3±3.7†	94.6±8.5†	36(60.0)	22(36.7)	2(3.3)
t/ χ^2 值		5.127	6.384	5.763	5.942	10.248	7.926		
P值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.019		

注：与对照组比较，† $P<0.05$

3 讨论

慢性高血压是一种常见的心血管疾病，其发病率随着年龄增长而升高，已成为威胁人类健康的主要疾病之一^[5]。高血压的控制不仅依赖于药物治疗，还需要患者良好的生活习惯和自我管理能力。分析其原因一方面是通过健康教育强化，使患者充分认识到高血压的危害性及规律用药的重要性，提高了患者的治疗依从性；另一方面是通过生活方式干预，帮助患者建立健康的生活习

惯，如低盐饮食、适度运动等，这些措施都有助于血压的控制。个体化的护理评估和干预计划能够根据患者的具体情况提供针对性的护理措施，更加有效地控制血压水平。

本研究中基层乡村医生参与的家庭健康宣讲和用药指导显示出显著成效。农村地区高血压患者普遍存在健康知识缺乏、用药依从性差等问题，而乡村医生具有与当地居民文化背景相近、沟通无障碍等优势。通过乡村

医生定期入户开展健康宣讲,采用通俗易懂的语言讲解高血压知识,使患者更容易理解和接受。充分发挥基层乡村医生在高血压慢病管理中的“守门人”作用,能够为农村高血压患者提供可及、连续、综合的医疗服务,弥补了农村地区医疗资源不足的短板,构建了以乡村医生-家庭-患者为核心的多层次健康管理网络,为慢性高血压的有效控制提供了新思路。本研究结果显示,观察组患者的护理满意度显著高于对照组,这说明综合护理干预能够更好地满足患者的护理需求。综合护理干预注重与患者的沟通交流了解患者的需求和期望,提供个体化的护理服务;通过健康教育和技能培训,使患者掌握自我管理的方法增强了患者的自我效能感;通过家庭支持和社会支持的整合为患者提供了全方位的支持系统,这些都有助于提高患者的护理满意度。

综合护理干预在慢性高血压患者管理中的应用,体现了以患者为中心的护理理念,强调患者的主动参与和自我管理,这与现代医学模式的转变相一致。与传统的护理模式相比,综合护理干预更加注重患者的个体差异,通过制定个体化的护理计划满足患者的个性化需求;更加注重患者的全面评估,从生理、心理、社会等多个方面进行综合评估,提供全面的护理服务;更加注重患者的自我管理能力的培养,通过健康教育和技能培训提高患者的自我管理能力,实现从被动接受护理到主动参与管理的转变。本研究进一步探索了基层乡村医生在高血压管理中的重要作用,证实了将乡村医生纳入综合护理干预团队的可行性和有效性。乡村医生长期扎根基层,对当地居民的生活习惯、文化特点和健康需求有着深入了解,能够提供更加贴近患者实际情况的健康指导和用药建议。通过建立乡村医生负责制,实现了医疗

资源向基层下沉,改变了传统以医院为中心的服务模式,构建了以患者为中心、以家庭为单位、以乡村医生为支撑的基层健康管理网络。未来的研究可以进一步探索综合护理干预在不同类型高血压患者中的应用效果,如老年高血压患者、合并糖尿病的高血压患者等;可以进一步优化综合护理干预的内容和方法,如引入现代信息技术,开发高血压管理APP等,提高护理干预的效率和便捷性;可以进一步探索综合护理干预对高血压患者长期预后的影响,如对心脑血管事件发生率的影响等。

综上所述,综合护理干预通过个体化评估、健康教育、生活方式调整和心理支持,特别是结合基层乡村医生开展的家庭健康宣讲和用药指导,有效改善高血压患者的血压控制,提高生活质量和满意度值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 赵富亭. 社区慢性病管理模式在老年高血压护理管理中的效果[J]. 医学信息,2024,37(z1):180-182.
- [2] 王跃滨,郑旋玲,张蔓菁. 持续改进式健康宣教对老年慢性原发性高血压伴原发性甲亢患者自我效能及护理满意度影响研究[J]. 心血管病防治知识,2023,13(9):34-37.
- [3] 丁玉洁,张冠虹,张秋平等. 负荷深呼吸训练在慢性阻塞性肺疾病伴高血压患者饮食护理中的作用[J]. 国际护理学杂志,2024,43(6):1006-1010.
- [4] 梁旭静. 同理心指导下的护理对高血压合并慢性心衰患者希望水平及生活质量的影响[J]. 临床医学研究与实践,2024,9(3):167-170.
- [5] 凌云. 多学科团队护理对老年慢性心力衰竭合并高血压患者的应用效果观察[J]. 现代诊断与治疗,2024,35(16):2526-2528.