

延续性饮食护理对高血压合并冠心病患者 血压控制的影响分析

陶田田

山东省军区济南第八离职干部休养所 山东 济南 250100

摘要：目的：探讨延续性饮食护理在高血压合并冠心病患者中的应用效果，分析其对血压控制的影响。方法：选取我院2023年1-2025年1月收治的160例高血压合并冠心病患者，随机数字表法分为观察组和对照组各80例。对照组采用常规护理，观察组在常规护理基础上实施延续性饮食护理。结果：观察组患者的血压控制效果、血脂水平、生活质量及饮食依从性均优于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：延续性饮食护理可有效改善高血压合并冠心病患者的血压控制情况，优化血脂指标，提升生活质量和饮食依从性。

关键词：延续性饮食护理；高血压；冠心病；血压控制

高血压与冠心病均为常见慢性心血管疾病，两者常合并存在，相互影响，显著增加心血管事件风险。饮食因素是影响血压控制和冠心病进展的关键环节，科学的饮食管理对改善患者预后至关重要。常规护理中饮食指导多局限于住院期间，出院后缺乏持续干预，导致患者饮食依从性下降，血压控制不佳。延续性饮食护理通过住院-出院-家庭的连续干预，为患者提供全程饮食指导^[1]。本研究旨在分析其对高血压合并冠心病患者血压控制的影响，为完善护理模式提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2023年1-2025年1月收治的160例高血压合并冠心病患者，随机数字表法分为观察组和对照组。观察组中男45例，女35例；年龄46-74岁，平均（ 61.2 ± 7.5 ）岁；对照组中男43例，女37例；年龄45-75岁，平均（ 62.0 ± 7.8 ）岁。两组一般资料比较（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准：意识清楚，能配合饮食指导；患者及家属知情同意。排除标准：合并严重肝肾功能不全、恶性肿瘤；继发性高血压；认知功能障碍；严重胃肠道疾病影响饮食；近3个月内发生急性心肌梗死、脑卒中。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

采用常规护理，具体措施如下：责任护士入院时发放饮食手册，讲解低盐（每日 $< 5\text{g}$ ）、低脂（每日脂肪摄入量 $< 25\text{g}$ ）、低胆固醇（每日 $< 300\text{mg}$ ）饮食要点；指导患者记录每日食物摄入，每周评估1次饮食执行情况；每周组织1次集体饮食健康讲座，讲解饮食与疾病的关系。出院时再次强调饮食注意事项，提供纸质版饮食建

议清单；告知患者定期复查，随访时询问饮食情况。出院后1个月、3个月电话随访，了解血压控制情况，提醒坚持健康饮食，未进行针对性饮食调整指导。

1.2.2 观察组

在常规护理基础上实施延续性饮食护理，具体措施如下：（1）住院期间个性化饮食干预：饮食评估：入院48小时内，营养师通过24小时膳食回顾法、食物频率问卷评估患者饮食习惯，结合病情制定初始饮食方案。例如，对合并高脂血症者增加膳食纤维（每日25-30g），对肥胖患者设置每日热量摄入上限（男性1800kcal，女性1500kcal）。分阶段指导：第1周每日由护士陪同进食，示范食物分量；第2周指导患者自主搭配饮食，营养师每日点评，纠正不当搭配，如减少腌制食品、替换动物油为植物油。技能培训：开展厨房实践课，每周2次，指导患者及家属掌握低盐烹饪技巧，如使用香料替代盐、食材预处理去脂，发放量化餐具。（2）出院后延续性干预：家庭饮食指导：出院当日由护士上门，根据家庭厨房条件调整饮食方案，如指导使用高压锅减少烹饪时间以保留营养；为家属提供家庭饮食监督表，记录每日盐、油摄入量及食物种类。动态随访：出院后第1周每日微信或电话随访，第2-4周每周2次，第2-3个月每周1次。随访内容包括：通过拍照上传当日饮食记录，营养师在线点评；根据血压、血脂变化调整饮食方案，如血压波动时进一步减少钠盐至每日3g；解决饮食难题。（3）数字化管理：为患者安装饮食管理APP，内置食谱库、饮食日记功能、血压同步记录模块，系统每周生成饮食分析报告，提示改进方向。强化支持：每月组织线上饮食分享会，邀请饮食控制良

好的患者分享经验；建立家属微信群，由护士定期推送家庭护理技巧，解答疑问。

1.3 观察指标

(1) 血压控制情况。(2) 血脂指标。(3) 生活质量与饮食依从性：采用SF-36生活质量量表评估，总分0-100分，得分越高越好；采用自制饮食依从性量表评估，包括是否坚持低盐低脂、按计划进食等10个条目，每个条目1-4分，总分 ≥ 30 分为完全依从，20-29分为部

分依从， < 20 分为不依从。

1.4 统计学方法

运用SPSS22.0统计学软件，用“($\bar{x} \pm s$)”、 $[n(\%)]$ 表示，“ t ”、“ χ^2 ”检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血压控制情况比较

护理后3个月，观察组SBP、DBP均低于对照组，血压达标率高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 血压控制情况比较 ($\bar{x} \pm s$, %)

组别	例数	SBP (mmHg)	DBP (mmHg)	达标率
对照组	80	145.6 $\pm$ 8.5	88.3 $\pm$ 5.2	45 (56.25)
观察组	80	132.4 $\pm$ 7.2	79.5 $\pm$ 4.8	68 (85.00)
t/χ^2 值		10.256	10.863	14.063
P 值		0.000	0.000	0.000

2.2 两组血脂指标比较

组，HDL-C高于对照组($P < 0.05$)。见表2。

护理后3个月，观察组TC、TG、LDL-C低于对照

表2 血脂指标比较 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	例数	时期	TC	TG	LDL-C	HDL-C
对照组	80	护理前	5.68 $\pm$ 0.72	2.35 $\pm$ 0.51	3.62 $\pm$ 0.48	1.15 $\pm$ 0.21
		护理后	5.21 $\pm$ 0.65	2.01 $\pm$ 0.46	3.25 $\pm$ 0.42	1.23 $\pm$ 0.23
观察组	80	护理前	5.72 $\pm$ 0.75	2.38 $\pm$ 0.53	3.65 $\pm$ 0.50	1.16 $\pm$ 0.22
		护理后	4.52 $\pm$ 0.58	1.56 $\pm$ 0.38	2.68 $\pm$ 0.36	1.45 $\pm$ 0.25
t 值(护理后)			7.862	6.953	9.256	5.862
P 值(护理后)			0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组生活质量及饮食依从性比较

护理后3个月，观察组SF-36评分及饮食依从率高于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 生活质量及饮食依从性比较 ($\bar{x} \pm s$, %)

组别	例数	SF-36评分(分)	饮食依从率
对照组	80	65.3 $\pm$ 8.2	58 (72.50)
观察组	80	78.6 $\pm$ 7.5	75 (93.75)
t/χ^2 值		10.563	12.800
P 值		0.000	0.000

3 讨论

高血压与冠心病均属代谢综合征范畴，两者共享肥胖、高脂饮食、胰岛素抵抗等危险因素。高血压是冠心病的独立危险因素，长期血压升高可导致冠状动脉内皮损伤，促进动脉粥样硬化形成；而冠心病患者因心肌缺血、心功能不全，又会加重血压波动，形成恶性循环。饮食作为可干预的核心危险因素，对血压和冠心病预后影响显著。高盐摄入通过水钠潴留增加血容量，激活肾素-血管紧张素系统，导致血压升高；高脂饮食则促进动脉粥样硬化，升高LDL-C，加速冠心病进展^[2]。然而，

高血压合并冠心病患者的饮食管理面临诸多挑战：患者多为中老年人，饮食习惯固化，难以改变长期形成的高盐高脂偏好；疾病认知不足，对饮食与疾病的关联性认识模糊；出院后缺乏专业指导，易受家庭烹饪习惯、社交聚餐等因素影响，导致饮食依从性下降。常规饮食护理多集中于住院期间，干预时间短、形式单一，难以形成持续影响。患者出院后常因“不知道吃什么”“家人不配合”等问题放弃健康饮食，导致血压反弹、血脂升高。延续性饮食护理通过打破时空限制，将饮食指导延伸至家庭，为患者提供全程、个性化支持，成为改善血压控制的潜在有效手段^[3]。

本文研究显示，观察组血压水平及达标率显著优于对照组，证实延续性饮食护理能有效改善高血压合并冠心病患者的血压控制。其核心机制在于通过持续干预降低钠盐摄入、优化膳食结构，直击血压升高的饮食诱因。住院期间的个性化评估与技能培训为患者奠定了基础。营养师根据患者基线饮食特点制定的方案更易被接受，例如对口味重的患者采用阶梯减盐法，避免因突然改变饮食导致的抵触情绪。而对照组仅通过手册和讲座

进行指导,缺乏针对性,患者难以将理论转化为实践。出院后的动态随访是血压持续改善的关键。每日/每周的饮食监督与调整,能及时纠正患者的不当饮食行为。APP的使用则增强了自我管理的便捷性,患者可随时查询食谱、记录饮食,系统的反馈功能帮助其直看到饮食与血压的关联,强化了健康行为^[4]。相比之下,对照组出院后仅两次随访,无法及时发现并纠正饮食偏差,血压控制效果自然较差。家庭支持的融入进一步巩固了干预效果。家属作为饮食执行者和监督者,其参与度直接影响患者的饮食依从性。观察组通过家属培训和微信群指导,将健康饮食理念传递给整个家庭,形成全家参与的氛围,减少了患者的孤独感和抵触心理^[5]。观察组血脂指标改善更显著,表明延续性饮食护理在调节脂质代谢方面同样有效。高血压合并冠心病患者的血脂异常以LDL-C升高、HDL-C降低为主要特征,而饮食中的饱和脂肪酸、反式脂肪酸是导致这一异常的重要原因。延续性饮食护理通过多维度干预改善脂质代谢:营养师在方案中增加富含不饱和脂肪酸的食物,替代动物内脏、油炸食品等高脂食物;指导患者采用蒸、煮、炖等烹饪方式,减少油脂使用;通过APP推送降血脂食谱,明确每日坚果摄入量、鱼类食用频率。这些措施直接减少了外源性脂肪摄入,促进胆固醇代谢。对照组虽也强调低脂饮食,但缺乏具体量化指导和持续监督,患者难以准确把握低脂标准,常因“少量吃没事”的心理摄入隐性高脂食物,导致血脂改善有限。此外,观察组患者通过饮食管理减轻体重,也是血脂指标优化的重要原因,而体重变化与血压控制形成良性循环,共同改善心血管健康。观察组生活质量评分及饮食依从率高于对照组,反映出延续性饮食护理能提高患者的主观幸福感和行为一致性。生活质量的改善是血压、血脂指标优化的直接结果——血压下降减少了头晕、头痛等症状,血脂改善降低了胸闷、胸痛发作频率,患者的生理功能和躯体疼痛维度评分自然提高。饮食依从性的提升得益于干预措施的人性化设计。延续性饮食护理是在健康原则下尊重患者喜好,通过允许偶尔偏差、及时纠正的弹性管理减少抵触心理。线上分享会则通过同伴激励增强了患者的归属感和坚持动力,相比对照组单纯的要求遵守更具可持续性。此外,延续性护理中的数字化工具降低了依从难度。APP

的食谱库解决了“不知道吃什么”的困惑,饮食日记功能帮助患者形成习惯记忆,最终提高了长期依从性。

延续性饮食护理的核心价值在于突破了传统护理的时空局限,实现了“住院-出院-家庭”的无缝衔接,其成功经验对慢性心血管疾病管理具有重要启示:首先,个性化与标准化相结合是关键。护理方案需基于患者的饮食习惯、文化背景、家庭条件制定,避免一刀切。例如,对北方患者可推荐低钠酱油替代盐,对南方患者则指导减少腌制品摄入。其次,家庭参与是延续性护理的重要支撑,应将家属纳入干预体系,通过培训使其成为患者的健康伙伴。最后,数字化工具是提高效率的有效手段,但其设计需贴合老年人使用习惯。

综上所述,延续性饮食护理通过个性化、全程化的饮食指导,有效改善了高血压合并冠心病患者的血压控制、血脂水平、生活质量及饮食依从性,是一种值得推广的护理模式。目前,该模式的推广面临社区护理资源不足、部分老年患者数字技能欠缺等挑战。未来可通过培养社区营养师、开发适老化饮食管理工具、建立“医院-社区”联动机制等方式进一步完善,让更多高血压合并冠心病患者受益于延续性饮食护理,实现血压长期达标,降低心血管事件风险。

参考文献

- [1]张艳丽,陈旭,梁多,等.医院-家庭无缝隙延续性护理在高血压合并冠心病患者中的应用[J].临床医学工程,2024,31(10):1265-1266.
- [2]王芳.心理-饮食-康复锻炼联合延续性护理对妊娠高血压患者产后恢复的改善作用[J].中外女性健康研究,2023(21):123-125.
- [3]王晨辉.心理-饮食-康复锻炼联合延续性护理干预妊娠期高血压[J].山西卫生健康职业学院学报,2022,32(5):153-154.
- [4]刘珍英,荆松宾.基于TTM的延续性护理在中青年原发性高血压患者中的应用观察[J].临床研究,2022,30(8):170-173.
- [5]李静,田爱利,周晓红.网络平台跟踪管理下的延续性护理对妊娠期高血压患者遵医行为、泌乳功能及心理弹性的影响[J].临床医学工程,2021,28(11):1573-1574.