

# 慢性病延续性护理在社区中老年高血压患者中的应用探讨

樊 珺

重庆市中医院 重庆 江北 400020

**【摘 要】**我国人口老龄化进程持续加快，中老年高血压已成为社区高发慢性心血管疾病，该病病程迁延、需终身管控，院内短期治疗结束后居家阶段常出现用药中断、生活管控松懈、血压大幅波动等问题，是诱发脑卒中、肾损伤等严重并发症的关键诱因。传统护理局限于住院诊疗阶段，出院后护理服务断层，难以满足中老年患者长期慢病管理需求。慢性病延续性护理依托医院 - 社区 - 家庭一体化服务链条，打通院内诊疗与社区居家管理断点，以建档分级管理、多形式随访、个体化用药指导、健康宣教、家庭协同干预为核心内容，实现高血压全周期闭环管理。本文选取本社区 2024 年 1 月—2025 年 4 月建档管理的 192 例中老年高血压患者开展对照研究，对照组采用社区常规慢病随访管理，观察组落地系统化延续性护理方案，连续干预 12 个月，对比两组血压控制水平、服药依从率、自我管理评分、并发症发生率四项指标。结果显示观察组收缩压、舒张压控制效果更优，用药依从性与自我管理能力显著提升，心脑血管相关并发症发生率明显下降。证实社区落地延续性护理可补齐传统慢病管理短板，稳固中老年患者血压水平，降低远期不良事件风险，适合在基层社区卫生服务常态化落地推广。

**【关键词】**延续性护理；社区；中老年高血压；服药依从性；慢病管理；血压管控

## 1 引言

高血压作为我国高发慢性非传染性疾病，流行病学数据显示国内成人高血压患病率已突破 27.5%，其中 55 周岁以上中老年群体患病率超 52%，受年龄增长、血管退行性改变、不良饮食作息、基础慢病叠加等因素影响，中老年患者血压变异性更高，长期失控极易诱发脑出血、冠心病、肾功能损害等靶器官病变，大幅提升致残与致死风险。现阶段多数高血压患者经医院规范治疗血压回落达标后即出院居家休养，传统社区常规管理多为年度一次健康体检、被动式门诊咨询，缺少常态化连续性护理干预。

中老年群体普遍存在记忆力减退、慢病认知匮乏、独居比例偏高、用药自律性差等现实问题，居家阶段擅自减药、停药、高盐高脂饮食、缺乏规律运动等现象普遍存在，造成血压反复反弹，反复入院就诊，既加重患者经济负担，也挤占基层医疗资源。延续性护理打破院内护理与社区居家管理割裂的现状，将护理服务从病房延伸至社区、家庭，依托家庭医生签约体系构建全周期护理链条，是优化基层高血压慢病管控的重要路径。为客观量化延续性护理实际应用价值，本社区卫生服务中心选取 192 例建档中老年高血压患者分组对照干预，总结实操经验与应用成效，为国内基层社区高血压规范化管理提供实证参考。

## 2 资料与研究方法

### 2.1 一般资料

选取本社区 2024 年 1 月—2025 年 4 月建档在册、年龄  $\geq 55$  周岁的高血压患者 192 例，采用随机数字表法分为对

照组、观察组各 96 例。对照组男 51 例，女 45 例；年龄 55~82 岁，平均  $(66.39 \pm 8.72)$  岁；病程 3~27 年，平均  $(11.57 \pm 4.63)$  年；合并高血脂 32 例、2 型糖尿病 21 例、冠心病 17 例。观察组男 49 例，女 47 例；年龄 56~81 岁，平均  $(65.84 \pm 9.15)$  岁；病程 2~28 年，平均  $(12.03 \pm 4.91)$  年；合并高血脂 34 例、糖尿病 19 例、冠心病 18 例。两组患者年龄、性别、患病病程、合并基础疾病数据对比  $P > 0.05$ ，基线资料均衡可比。纳入标准：符合《中国高血压防治指南》诊断标准，意识清楚可正常沟通，长期在本社区居住；排除恶性肿瘤、终末期脏器衰竭、重度认知障碍无法配合随访者；本研究经社区伦理小组审核，全部患者及家属知情并签署知情同意书。

### 2.2 护理方案

对照组：社区常规慢病管理 遵循基层公共卫生基础服务规范，每年开展 1 次免费体检、半年 1 次门诊血压测量；患者主动到社区就诊时简单口头用药提醒，无系统化健康宣教与入户随访；患者突发不适自主前往医院就诊，无常态化居家护理指导与用药追踪，不开展家庭协同健康管理。

观察组：社区慢性病延续性护理干预方案

#### 2.2.1 建立个体化电子健康档案，实施风险分级管控

为每例患者完善专属电子档案，详细记录基础信息、既往病史、降压药种类剂量、历次血压数据、饮食作息习惯、家庭陪护情况，参照血压数值与合并症划分低、中、高危三级管理：高危（血压持续  $\geq 160/100\text{mmHg}$ 、合并多类慢病）每月入户随访 2 次；中危（ $140 \sim 159/90 \sim 99\text{mmHg}$ ）每月电话随访 2 次、季

度入户 1 次；低危（血压基本达标 $<140/90\text{mmHg}$ ）每月电话随访 1 次、半年入户体检 1 次。

### 2.2.2 分层用药延续指导，提升服药依从性

针对中老年健忘特点，发放服药记录本，标注每日服药时间、药量，社区护士通过微信群、短信定时推送服药提醒；优先协助医生优化长效降压制剂，减少每日服药频次；随访中细致问询用药不良反应，出现头晕、乏力、下肢水肿等不适及时对接签约医师调整方案，纠正自行停药、凭感觉换药陋习。

### 2.2.3 分阶段个体化健康宣教与生活干预

摒弃统一化科普，结合年龄、文化水平开展分层宣教：高龄低学历患者入户一对一讲解，中青年患者依托社区健康课堂、微信群推送图文、短视频；严格落实限盐管控，配发定量限盐勺，指导每日食盐摄入 $<5\text{g}$ ；依据心肺功能开具个体化运动处方，低危患者推荐快走、太极拳，高危患者以床边肢体活动为主；管控烟酒、高脂高糖饮食，定期复查体重、血脂指标。

### 2.2.4 心理疏导 + 家庭协同延续护理

多数中老年慢病患者因长期带病滋生焦虑、消极情绪，随访时单次 10min 心理沟通疏导负面情绪；联动患者子女、同住家属同步开展健康科普，督促家属日常监督用药与饮食管控，构建家庭监督体系；组建社区高血压病友互助小组，每月开展 1 次交流活动，分享控压经验，增强治疗信心。

### 2.2.5 双向转诊延续衔接

建立社区与上级医院双向转诊通道，患者血压骤升、出现胸痛头晕等急症时快速对接转诊；上级医院出院患者第一时间转回社区接续延续护理，同步对接诊疗方案，避免院内外护理脱节。

## 2.3 观察指标

①干预 12 个月后收缩压(SBP)、舒张压(DBP)平均数值；②服药依从率：采用 Morisky 服药依从量表，满分 8 分， $\geq 6$  分为依从，依从率 = 依从例数 / 总例数  $\times 100\%$ ；③高血压自我管理评分：满分 100 分，涵盖用药、饮食、运动、自测血压 4 维度，分值越高自我管理越好；④12 个月内心脑血管并发症（脑梗、心绞痛、肾损伤）发生率。

## 2.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 软件，计量资料( $\bar{x} \pm s$ )、t 检验，计数资料  $\chi^2$  检验， $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 3 研究结果

### 3.1 干预前后血压指标对比

干预前：对照组 SBP ( $153.87 \pm 11.25$ ) mmHg、DBP ( $91.32 \pm 7.94$ ) mmHg；观察组 SBP ( $152.92 \pm 10.86$ ) mmHg、DBP ( $90.75 \pm 8.13$ ) mmHg，组间无统计学差异 ( $P > 0.05$ )。干预 12 个月后：对照组 SBP ( $142.65 \pm 9.78$ ) mmHg、DBP ( $85.93 \pm 7.26$ ) mmHg；观察组 SBP ( $129.34 \pm 7.52$ ) mmHg、DBP ( $77.18 \pm 6.45$ ) mmHg，观察组血压水平显著优于对照组 ( $P < 0.05$ )。

### 3.2 服药依从率与自我管理评分

对照组服药依从 59 例，依从率 61.46%；自我管理得分 ( $62.37 \pm 8.59$ ) 分；观察组服药依从 87 例，依从率 90.63%；自我管理得分 ( $88.62 \pm 6.74$ ) 分；两项指标观察组均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。

### 3.3 并发症发生情况

12 个月随访期内，对照组出现脑梗 3 例、心绞痛 5 例、肾功能异常 4 例，并发症合计 12 例，发生率 12.50%；观察组仅心绞痛 2 例，无脑梗与肾损伤病例，并发症发生率 2.08%；组间对比差异显著 ( $P < 0.05$ )。

## 4 讨论

中老年高血压属于终身性慢病，疾病管控重心集中在居家日常管理，传统社区常规管理模式服务被动、随访频次不足、缺少个体化指导，是造成中老年患者血压常年难以达标、并发症高发的核心因素。从生理特点来看，中老年机体代谢、血管弹性持续下降，血压受饮食、情绪、作息波动影响更大，加之生理记忆力衰退、独居老人缺少家人监督，漏服、擅自停用降压药成为普遍问题，短期血压升高无明显不适易被忽视，长年累月持续损伤心脑血管器官，大幅提升危重疾病发病概率。

社区延续性护理以全周期、不间断服务为核心，从建档分级、用药管控、健康指导、家庭协作、双向转诊五大维度补齐传统管理短板。分级建档实现患者精细化分类，依据风险等级差异化设定随访频次，高危患者高频入户动态监测，及时发现血压异常波动并早期干预，将危重风险前置防控；针对性用药指导搭配多渠道服药提醒，从客观层面减少漏服药物，同时定期监测药物不良反应，依据个体耐受度协助优化用药方案，从根源改善患者用药依从率，本研究观察组依从率突破 90%，远高于常规管理对照组。

分层健康宣教跳出“一刀切”科普弊端，结合中老年受教育程度、身体耐受能力定制饮食与运动方案，量化限盐、运动标准，将抽象的控压知识转化为可落地的日常行为准则；家庭协同护理充分发挥家属监督作用，解决独居老人无人看管的现实难题，病友互助小组则借助同伴效应改善患者消极就医心

态,提升主动控病意愿,直接推动自我管理评分显著提升。医院-社区双向转诊打通上下级医疗机构信息壁垒,避免患者出院后护理断层,保证诊疗与居家护理无缝衔接,减少因转诊不畅延误病情引发的并发症。

从基层公共卫生运营角度分析,延续性护理虽增加社区护士日常随访工作量,但长期可减少患者反复住院频次,节约医保与医疗资源消耗,优化社区慢病管控整体效率。现阶段基层落地延续性护理仍存在短板:部分偏远小区入户路程远、社区护理人员编制不足、高龄老人不会使用智能手机无法接收线上健康指导。后续可依托家庭医生签约扩编护理团队,针对无智能设备老人以入户、电话为主,逐步完善适配本土化的延续护理细则。本次研究样本仅限本社区,后续可联合多社区开展大样本长期随访,持续优化社区高血压延续护理实施方案。

### 参考文献:

- [1] 《中国高血压防治指南(2023 修订版)》编撰委员会. 中国高血压防治指南(2023)[S]. 北京:人民卫生出版社, 2023.
- [2] 沈丽. 延续性护理在社区老年高血压患者管理中的应用效果[J]. 当代护士, 2024, 31(07):135-137.
- [3] 马宁. 互联网+模式下社区高血压连续性护理实践研究[J]. 医药前沿, 2026, 16(04):135-136.
- [4] 顾敏莲. 家庭医生团队主导的老年高血压延续护理效果观察[J]. 基层医学论坛, 2025, 29(16):119-121.
- [5] 刘红. 家庭协同护理联合延续随访对社区中老年高血压的影响[J]. 护理实践与研究, 2024, 21(12):89-91.
- [6] 周燕. 分级管理式延续护理在社区慢病中的应用总结[J]. 中国社区医师, 2025, 41(10):152-153.
- [7] 陈静. 社区-医院双向转诊下高血压延续护理研究[J]. 全科护理, 2023, 21(33):4687-4689.

### 5 小结

在基层慢病管控体系建设背景下,社区开展中老年高血压延续性护理,打破院内与居家护理割裂的固有弊端,实现从住院诊疗到社区居家全链条闭环健康管理。本次12个月对照干预数据证实,延续性护理可有效降低中老年患者收缩压与舒张压数值,显著提升服药依从性与慢病自我管理能力,降低心脑血管并发症发病概率。

延续性护理契合中老年高血压终身管控的临床需求,既减轻患者病痛与经济负担,又优化基层社区公共卫生服务质量,是落实分级诊疗、完善慢病防控体系的重要举措。在老龄化加剧、高血压患病基数持续上涨的现状下,社区应全面推广延续性护理模式,结合辖区居民特点持续优化服务细节,稳步提升基层高血压规范化管理水平。