

## 社区护理在高血压慢性病随访中的作用分析

王琦伦

沭阳县南湖卫生健康服务中心 江苏宿迁

**【摘要】目的** 分析社区护理在高血压慢性病随访中的作用。方法 参与本次研究患者的数量为 80 例，起始时间 2024 年 2 月份，截止时间 2025 年 2 月份，分成对照组和实验组，每组 40 例。对照组的患者不提供护理，实验组患者提供社区护理干预。比较两组患者血压水平以及自我管理能力。结果 两组患者通过建立不同的护理措施后，实验组患者自我管理水平更高， $p<0.05$ ，对比两组患者的血压水平，实验组患者血压水平更稳定， $P<0.05$ 。**结论** 通过对社区内高血压患者提供社区护理干预，可以提高患者的自我管理能力，使得患者的血压水平更为平稳，满足患者护理需求的同时，提升了患者的护理质量，值得提倡。

**【关键词】**社区护理；高血压；慢性病；随访

**【收稿日期】**2025 年 12 月 19 日

**【出刊日期】**2026 年 1 月 14 日

**【DOI】**10.12208/j.cn.20260056

### Analysis of the role of community nursing in follow-up of chronic hypertension

Qilun Wang

Luo Yang County South Lake Health Service Center, Suqian, Jiangsu

**【Abstract】Objective** To evaluate the effectiveness of community nursing in chronic hypertension follow-up management. **Methods** A total of 80 patients were enrolled from February 2024 to February 2025, divided into two groups (control and experimental) of 40 cases each. The control group received no nursing interventions, while the experimental group received community-based nursing care. Both groups were compared in blood pressure control and self-management capacity. **Results** After implementing tailored nursing measures, the experimental group demonstrated significantly higher self-management skills ( $p<0.05$ ). Blood pressure levels in the experimental group remained more stable compared to the control group ( $p<0.05$ ). **Conclusion** Providing community nursing interventions for hypertensive patients improves their self-management capabilities, stabilizes blood pressure levels, meets care needs, and enhances overall care quality. This approach is clinically recommended.

**【Keywords】**Community nursing; Hypertension; Chronic disease; Follow-up

随着人口老龄化的加剧，慢性疾病的发病率呈现上升的趋势，高血压属于常见的慢性疾病，在全球范围内的发病率不断上升，对患者的身体健康以及生活质量造成了较大的影响，增加了患者的经济负担<sup>[1]</sup>。为有效改善高血压患者的健康水平，开展有效的护理干预十分重要。社区护理是对社区内的居家提供护理干预，作为最为基础的卫生服务，有利于患者在家庭或者社区生活中得到有效的照顾。本文就社区护理在高血压慢性病随访中的作用进行讨论，现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

参与本次研究的主要对象为社区内的 80 例老年高血压患者，起始时间 2024 年 2 月份，截止时间 2025

年 2 月份，年龄在 42-84 岁，平均年龄  $64.34\pm2.17$  岁，女性 42 例，男性 38 例。病程时间在 1~9 年之间不等，平均病程在  $4.55\pm0.46$  年，分析两组患者各项指标， $p>0.05$ ，有一定的可比性。

**纳入条件：**符合高血压的诊断标准；精神健康；无影响本次研究的其他疾病；自愿参与本次研究；

**排除标准：**对本次研究存疑；存在精神障碍。

#### 1.2 方法

对照组的高血压患者不提供护理，由患者居家自行控制饮食，按照自身的喜好来生活。

实验组的高血压患者提供社区护理干预，具体实施方法如下：（1）收集患者的信息，建立档案，结合患者的病情时间，年龄范围，个人喜好，建立随访管理。

(2) 健康教育，定期组织患者开展疾病相关知识的健康宣教，讲解疾病的发生、发展、并发症、疾病转归，告知患者疾病的预防和治疗方法，提升患者以及家属对疾病的关注度，保证患者可以按时服用药物，在社区内的公告栏张贴疾病相关知识，并发放健康手册，提升患者认知度。(3) 指导患者日常进行适度的运动，促进身体机能的恢复，增加免疫力<sup>[2-3]</sup>。指导患者自行测量血压，让患者了解正确测量血压的方法，明确血压计绑带的位置，为患者进行牢固的捆绑后，按压加压球，待无法按压后，进行缓慢地放气，观察水银柱，并认真听取提示音，将测量的血压平稳值进行记录，并做好血压变化的评估。(4) 用药指导，结合患者的血压水平，给予有效的用药指导，强调患者用药期间不随意增加或者减少药物的剂量，若患者出现记忆力减退时，应在家人的指导下完成服药，让患者了解药物副作用，若出现异常及时处理<sup>[4]</sup>。(5) 生活习惯指导，依据患者个人喜好，给予有效的饮食干预，远离高盐或者高糖类的食物，选择高维生素以及高蛋白类的食物，保证患者大便处于通畅的状态。鼓励患者建立适当的运动方案，日常可以多进行散步或者打太极，控制好运动的时间以及强度，避免过度疲劳，提醒患者不在过度寒冷或者空

气污染的场所活动，避免出现并发症。(6) 心理疏导，护理人员对患者的心理状态进行评估，明确患者心中存在的困扰，在与患者交流过程中引导患者表达自身的负性情绪，通过倾听患者的个人想法，让患者感受到被重视，缓解患者心理状态的同时，建立精神干预，使得患者充分放松身心。在重视心理教育的同时，提升患者对疾病的认知水平，促进患者自我管理能力的进一步提升，通过生动的语言与患者沟通，使得患者有效地控制不良情绪。鼓励患者建立良好的应对策略，提升患者的抗压能力，保证患者得到良好的治疗。

### 1.3 观察指标

比较两组患者自我管理能力以及血压水平。

### 1.4 统计学方法

本次研究当中，文中所生成的数据均使用SPSS21.0数据包处理，计量数量使用( $\bar{x} \pm s$ )表示，使用t检验，显示P<0.05 显现检验结果有意义。

## 2 结果

2.1 护理前两组患者自我管理能力评分差异不大，P>0.05，护理后，实验组好于对照组，P<0.05。

2.2 护理前，两组患者血压水平差异不大，P>0.05，护理后实验组患者的血压水平更佳，P<0.05。

表1 比较两组患者自我管理能力评分 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	用药依从性	心理水平	生活行为方式	疾病认知
对照组 (n=40)	护理前	3.24±0.42	2.26±0.69	2.34±0.78	1.38±0.87
	护理后	6.22±0.41	6.49±0.74	5.22±0.85	5.69±0.72
实验组 (n=40)	护理前	3.16±0.84	2.14±0.85	2.49±0.68	1.28±0.92
	护理后	9.12±0.53	9.11±0.42	8.99±0.57	9.26±0.34

表2 比较两组患者血压水平差异

组别	收缩压 (mmHg)		舒张压 (mmHg)	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=40)	158.36±18.24	135.54±12.46	104.19±12.98	90.25±8.21
实验组 (n=40)	158.36±19.44	120.72±14.53	104.18±13.21	85.12±9.41
t 值	0.454	8.248	0.544	8.456
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

## 3 讨论

高血压作为一种以动脉性高血压持续性升高为特征的疾病，属于心血管疾病的范围，与多种因素共同作用相关。患者长期摄入高盐、高脂或者高糖类药物会增加高血压的产生。随着年龄的增加，高血压的发生率也会逐渐增加。年龄增加，会导致血管变得更为僵硬，而

且增加了血流阻力，继而血压升高。高血压的产生会增加心脑血管疾病的风险，故有效地稳定患者的血压水平，促进其恢复十分重要<sup>[5]</sup>。对于高血压患者而言，不需要长期住院治疗，多数患者通过居家自行用药、控制饮食来控制血压水平，但若患者自我管理能力不佳，会导致血压频繁波动，影响控制效果<sup>[6-7]</sup>。开展社区护理，

对高血压患者提供随访管理，依据患者的个体情况，给予有效的饮食、用药、运动指导，满足了患者的护理需求，继而患者自我管理能力进一步提升，满足了患者的治疗需求。

本文通过对两组患者提供不同的护理管理措施后，建立随访管理的实验组患者的自我管理能力水平更佳， $P<0.05$ ，对比患者的血压水平，血压相对更为稳定， $P<0.05$ 。分析原因，通过将随访管理应用于社区内的高血压患者，定期对患者的健康情况、血压水平进行评估，了解患者的生活习惯，记录患者的血压、心率等各项指导，发现患者潜在的健康问题，同时为患者提供健康教育，让患者了解高血压产生的病因、症状以及预防方案，帮助患者更好地掌握疾病相关知识，建立良好的沟通方案，制定更适合护理内容的方案，真正的满足了患者的护理需求<sup>[8-9]</sup>。为患者提供心理护理，稳定了患者的心理状态，避免了患者因不良的情绪导致血压波动。且有效的运动方案，可以提升免疫力，满足患者护理需求。在提升患者认知水平的同时，促进了患者自我管理能力的进一步提升，稳定了患者的血压水平<sup>[10]</sup>。

综上所述，对于高血压慢病患者建立社区护理管理，可以有效地提升患者的自我管理能力，同时患者的血压水平更为稳定，满足了患者的护理需求，值得在临床进一步推广实施。

## 参考文献

- [1] 王艳萍.社区慢性病管理模式在老年高血压管理中的效果与分析[J].中文科技期刊数据库（文摘版）医药卫生, 2022(3):169-171.
- [2] 钟幼红.社区慢性病管理模式在老年高血压管理中的效果分析[J].中文科技期刊数据库（文摘版）医药卫生, 2022(11):171-173.
- [3] 杨登强.社区高血压预防控制中健康教育的应用效果[J].健康教育与健康促进,2022,17(2):173-176.
- [4] 陈燕凤.健康教育与慢性病管理护理在社区老年高血压中的应用及分析[J].中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生,2024(6):0119-0122.
- [5] 刘江涛.慢性病随访管理在原发性高血压治疗中的应用及其作用分析[J].智慧健康,2021(5):162-164.
- [6] 陈金巧,周春华.健康教育与慢性病管理护理在社区老年高血压中的价值分析[J].中文科技期刊数据库（引文版）医药卫生,2023(4):124-127.
- [7] Mingyao P ,Xinyi S ,Lin Z , et al.Follow-up management service and health outcomes of hypertensive patients in China: A cross-sectional analysis from the national health service survey in Jiangsu province [J].Frontiers in Public Health,2022,10956711-9567.
- [8] 符建芳,余红.随访工作在社区重点慢性病管理中的应用及其作用分析[J].中文科技期刊数据库（全文版）医药卫生,2023(6):1-4.
- [9] Xuehong W ,Jie C ,Dan Z , et al.The impact of hypertension follow-up management on the choices of signing up family doctor contract services: does socioeconomic status matter?[J].BMC Primary Care,2024,25(1):130-130.
- [10] Ekenga V ,Copelin N ,Moten C , et al.Impact of collaborative chronic care management with remote monitoring on blood glucose and blood pressure in federally qualified health center patients: A pilot study.[J].Health science reports,2024,7(2):e1853-e1853.

**版权声明：**©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS