

老年人慢性病管理，社区护理的角色

仇冬雯

上海市静安区彭浦镇第二社区卫生服务中心 上海 200436

【摘要】：随着我国人口老龄化程度不断加深，高血压、糖尿病、冠心病、慢性支气管炎等慢性病已成为影响老年人健康与生活质量的主要问题。老年人因身体机能衰退，常面临行动不便、记忆力下降、反应变慢等问题，长期往返医院进行慢性病复查、取药和咨询，不仅需要家属陪同，还可能因路途奔波加重身体负担，甚至延误病情监测。而社区护理作为贴近居民生活的基层医疗服务，凭借“便捷性、持续性、个性化”的优势，逐渐成为老年人慢性病管理的重要支撑力量。社区护理人员能深入老年人家中或在社区服务站，从日常健康监测、用药指导、生活方式干预等多个维度，为老年人提供全方位照护，帮助他们稳定慢性病病情、减少并发症发生，让老年人在家门口就能获得专业的健康管理服务，切实提升晚年生活质量，其在老年人慢性病管理中的作用愈发凸显且不可替代。

【关键词】：健康监测；用药指导；个性化健康方案；心理疏导

DOI:10.12417/2705-098X.26.07.017

1 健康监测：搭建慢性病“日常预警网”

社区护理在老年人慢性病管理中，首要作用是搭建起“日常预警网”，通过持续、规律的健康监测，及时捕捉慢性病指标变化，为后续干预争取时间。社区护理人员会根据老年人的慢性病类型和身体状况，制定个性化的监测计划：对于行动便利的老年人，会邀请他们定期到社区卫生服务站进行基础健康指标检测，如测量血压、空腹血糖、餐后血糖、心率、血氧饱和度，同时记录体重变化、近期饮食情况（如每日盐、糖摄入量）和睡眠质量（如入睡时间、夜间是否易醒）；对于独居、瘫痪或行动不便的老年人，护理人员会每周1-2次上门监测，携带便携式血压计、血糖仪等设备，在老人熟悉的家中环境完成检测，减少老人的紧张感，确保数据准确。

每次监测后，护理人员会将数据详细记录到老年人专属的健康档案中，通过对比历次数据，分析指标变化趋势——比如发现某糖尿病老人连续两次空腹血糖高于正常范围，或某高血压老人血压在晨起时持续骤升，会第一时间电话提醒老人或其家属，并协助联系社区医生进行初步评估，判断是否需要调整用药或前往上级医院进一步检查。这种常态化的健康监测，能有效避免老年人因“感觉身体无不适”而忽视指标异常，及时发现慢性病恶化的早期信号，为后续干预提供依据，切实降低病情突然加重的风险。

2 用药指导：避免“错服、漏服”风险

老年人因同时患有多种慢性病，常需要服用多种药物，而记忆力下降、视力模糊、理解能力减弱等问题，容易导致他们出现错服药物（如将降压药与降糖药混淆）、漏服药物（如忘记早晚服药）或重复服药（如忘记已服药再次服用）的情况，这些问题不仅会影响慢性病控制效果，还可能引发药物不良反应，甚至危及生命。社区护理人员针对这一痛点，会为老年人提供细致入微的用药指导服务。

首先，护理人员会逐一核对老年人正在服用的所有药物，包括处方药、非处方药和保健品，明确每种药物的服用时间（如餐前、餐后、睡前）、剂量（如每次1片还是2片）、服用方式（如吞服、嚼服、舌下含服）及注意事项（如某降压药需避免与柚子同服），并用大号字体制作简易用药时间表，贴在老人家中显眼位置（如冰箱门、药盒旁），或为老人准备分装药盒，按“早、中、晚”分类装好每日所需药物，方便老人取用。其次，护理人员会定期（每2-3周）通过上门或电话回访，核查老人的用药情况，询问是否有漏服、错服现象，是否出现头晕、恶心、皮疹等药物不良反应，若发现问题，会及时与社区医生沟通，协助调整用药方案，如更换剂型（将药片换成口服液）、调整服药时间（避免与其他药物相互作用）。

对于记忆力特别差的老人，护理人员还会教会家属或社区志愿者使用手机定时提醒功能，在服药时间发送提醒消息，确保老人按时按量服药，从根本上避免用药风险，保障慢性病治疗效果。

3 生活方式干预：定制“个性化健康方案”

慢性病的控制离不开科学的生活方式，社区护理会根据老年人的慢性病类型、身体耐受度和生活习惯，定制“个性化健康方案”，通过循序渐进的干预，帮助老人养成健康习惯，辅助控制病情。在饮食指导方面，护理人员会结合老人的慢性病需求给出具体建议：针对糖尿病老人，会指导他们控制每日总热量摄入，减少精制碳水化合物（如白米饭、白面条），增加粗粮（如燕麦、玉米）和蔬菜（如芹菜、菠菜）比例，推荐低糖水果（如苹果、梨），并示范如何制作简单的控糖食谱（如杂粮饭、清蒸鱼）；针对高血压老人，会强调低盐饮食，教老人用限盐勺控制每日盐摄入量，避免腌制食品（如咸菜、腊肉），推荐用天然香料（如葱、姜、蒜）替代盐调味；针对冠心病老人，则会建议低脂饮食，减少动物内脏、肥肉摄入，增加富含不饱和脂肪酸的食物（如坚果、深海鱼）。

在运动指导方面，护理人员会根据老人的身体状况推荐合适的运动类型：对于身体基础较好的老人，建议每天进行30分钟左右的温和运动，如散步、打太极、跳广场舞，运动强度以老人不感到胸闷、气短为宜；对于关节不好或行动不便的老人，会指导他们进行坐姿运动，如坐在椅子上活动脚踝、膝关节，或进行手部穴位按摩，促进血液循环，避免因长期卧床导致肌肉萎缩。同时，护理人员会提醒老人运动时避开恶劣天气（如高温、雨雪天），运动前做好热身，运动后适当休息，防止意外发生。此外，护理人员还会督促老人保持规律作息，避免熬夜（建议每晚10点前入睡），提醒老人戒烟限酒，通过日常沟通和定期回访，帮助老人逐步调整生活习惯，让健康方式融入日常生活，辅助控制慢性病病情。

4 心理疏导：缓解慢性病引发的负面情绪

长期受慢性病困扰，老年人容易产生负面情绪——比如因需要长期服药、控制饮食而感到生活不便，产生焦虑；因担心病情恶化、给子女添麻烦而感到抑郁；因活动受限、社交减少而感到孤独。这些负面情绪不仅会影响老人的心理健康，还可能通过内分泌系统影响身体机能，导致血压升高、血糖波动，加重慢性病症。社区护理人员会关注老年人的心理状态，通过专业的心理疏导，帮助老人缓解负面情绪，以积极心态面对疾病。

护理人员会定期上门与老人沟通，用亲切的语言倾听老人的顾虑和烦恼——比如某独居糖尿病老人抱怨“每天只能吃清淡的菜，生活没滋味”，护理人员会耐心解释饮食控制对血糖稳定的重要性，同时分享其他老人的经验（如用天然调料提升菜品口感），缓解老人的抵触心理；对于因病情反复而感到沮丧的老人，护理人员会用通俗易懂的语言讲解慢性病的特点，告诉老人“病情有波动是正常的，只要坚持管理就能控制”，增强老人的信心。

此外，社区护理还会定期组织慢性病患者交流活动，如“慢性病健康沙龙”，邀请同社区的老年人聚在一起，分享各自的疾病管理经验（如“如何记住按时服药”“哪些运动适合自己”），互相鼓励、互相支持，让老人感受到“自己不是一个人在对抗疾病”。对于情绪问题较严重的老人，护理人员会协助联系专业心理医生，进行进一步的心理干预，避免负面情绪持续影响慢性病管理效果。

5 并发症预防：降低慢性病恶化风险

慢性病若长期控制不佳，容易引发多种并发症，如糖尿病可能导致糖尿病足、视网膜病变、肾病，高血压可能引发脑卒中、心肌梗死、肾衰竭，这些并发症不仅会加重老人的身体痛苦，还可能导致残疾甚至危及生命。社区护理会针对不同慢性病的常见并发症，开展针对性的预防指导，帮助老人掌握自我防护方法，降低并发症发生概率。

针对糖尿病老人，护理人员会重点指导糖尿病足预防：教老人每天用温水洗脚（水温控制在37℃左右，避免烫伤），洗脚后用柔软毛巾擦干，尤其是脚趾缝；指导老人定期检查足部皮肤，查看是否有破损、水疱、红肿，若发现异常及时处理；提醒老人选择宽松、透气、舒适的鞋袜，避免穿过紧的鞋子挤压足部，减少足部受伤风险。针对高血压老人，护理人员会教他们识别脑卒中早期信号，如突然出现的头晕、头痛、肢体麻木（尤其是一侧肢体无力）、言语不清、视物模糊等，告诉老人出现这些症状时要立即休息，及时拨打急救电话，避免延误救治。

同时，社区护理会定期开展并发症预防科普讲座，邀请社区医生或专科护士讲解并发症的危害、诱发因素和预防方法，通过播放图片、视频等直观方式，让老人更易理解；讲座后还会设置互动环节，解答老人的疑问，确保老人掌握关键预防知识。此外，护理人员会在日常监测和回访中，重点关注与并发症相关的指标（如糖尿病老人的足部情况、高血压老人的血脂水平），及时发现潜在风险，协助医生调整管理方案，切实降低并发症发生风险。

6 家庭照护指导：赋能家属成为“辅助照护者”

在老年人慢性病管理中，家属是重要的照护力量，很多老年人的日常饮食、用药提醒、康复训练都需要家属协助完成。但部分家属因缺乏专业的慢性病照护知识，可能在照护过程中出现不当操作——比如给糖尿病老人喂食含糖食物，或在老人突发不适时不知如何应急处理。社区护理会通过系统的家庭照护指导，赋能家属成为“辅助照护者”，提升家庭照护质量。

护理人员会向家属传授基础的慢性病照护知识：教家属正确使用血压计、血糖仪，掌握测量方法（如测量血压前需让老人休息5-10分钟），确保能在家中监测老人的健康指标；讲解老人所服药物的基本作用和不良反应，让家属能协助提醒老人服药，并观察服药后的身体反应；针对老人可能出现的突发情况，如糖尿病老人低血糖时出现头晕、心慌、出冷汗，护理人员会教家属应急处理方法（如立即给老人喂食糖果、饼干，若症状无缓解及时送医）；对于因脑卒中导致肢体活动不便的老人，护理人员会指导家属协助进行康复训练，如帮助老人活动瘫痪侧肢体、进行关节按摩，防止肌肉萎缩和关节僵硬，同时提醒家属在照护过程中注意避免老人跌倒（如在家中安装扶手、清理地面障碍物）、防止老人烫伤（如调节热水温度）。

此外，护理人员会每周通过电话或上门走访与家属沟通，了解照护过程中遇到的困难，及时提供解决方案，如某家属反映“老人不配合饮食控制，总想吃甜食”，护理人员会建议家属与老人一起调整饮食，用木糖醇、赤藓糖醇等代糖制作适合老人口味的健康点心，同时通过讲述饮食不当导致病情加重的案例，增强老人的配合度。通过赋能家属，让社区护理的专业服务延伸到家庭，形成“社区+家庭”的协同照护模式，更好

地满足老年人的慢性病管理需求。

7 就医衔接：打通“社区—医院”绿色通道

在老年人慢性病管理中，社区护理还承担着“桥梁”作用，打通“社区-医院”的绿色通道，确保老年人在慢性病出现紧急情况时能及时获得救治，在病情稳定后能顺利回归社区进行康复照护。当老年人慢性病突发紧急情况时，如冠心病老人出现心绞痛发作、呼吸困难，或糖尿病老人出现严重低血糖昏迷，社区护理人员接到求助电话后，会在5-10分钟内携带急救设备（如速效救心丸、血糖仪、便携式吸氧机）赶到现场，进行初步急救处理（如协助老人平卧、解开衣领保持呼吸通畅、吸氧、快速测量血压和血糖等生命体征），同时立即拨打急救电话，用简洁明了的语言告知急救机构老人的具体位置、慢性病类型、当前症状和正在服用的药物，为急救人员提供关键信息，避免因信息模糊延误救治。

在等待急救人员到来的过程中，护理人员会快速整理老人的健康档案，包括近一周的血压、血糖监测数据、详细用药史（如药物名称、剂量、服用时间）、过敏史（如是否对青霉素、头孢类药物过敏）、既往病史（如是否做过心脏搭桥手术、是

否有脑梗病史）等，按时间顺序整理成清晰的文档，在急救人员到达后第一时间移交，帮助医院医生快速全面了解老人的健康状况，缩短诊断时间，为紧急救治争取宝贵时间。当老人在医院接受治疗后病情稳定，需要转回社区进行后续康复照护时，社区护理人员会在老人出院前1-2天与医院主治医生沟通，详细了解老人的治疗情况、康复目标（如半个月内实现自主行走50米）和注意事项（如是否需要继续进行肢体康复训练、饮食上需严格控制盐和脂肪摄入），并根据医院的康复计划，在社区康复室或老人家中制定个性化的康复照护方案，如指导老人从床上坐起、床边站立开始，逐步过渡到室内行走、上下楼梯的活动训练，协助每周监测2-3次血压、血糖等健康指标，提醒按时服用出院带药并记录用药反应。

同时，护理人员会每月将老人的康复进展（如行走距离、指标变化）整理成报告，反馈给医院医生，若出现康复效果不佳或指标异常（如血压持续高于160/100mmHg），会在24小时内协助联系医院预约复查，确保“急诊救治-医院治疗-社区康复”的全程衔接顺畅，避免老人因行动不便、子女无暇陪同往返医院，或缺乏专业康复指导，导致慢性病恢复效果受影响，切实保障老年人的健康安全。

参考文献：

- [1] 张慧敏. 社区老年人慢性病管理中的护理干预效果研究[C]//中国生命关怀协会. 关爱生命大讲堂之生命关怀与智慧康养系列学术研讨会论文集(下)——全周期视角下的患者心理健康于预策略:筛查、支持与与实践专题. 定州市宝塔社区卫生服务中心;2025: 161-163.
- [2] 张轶明. 社区护理服务在老年慢性病管理中的作用[J]. 家庭生活指南, 2024, 40 (10): 60-61.
- [3] 耿薇. 社区护理服务对老年人慢性病管理的意义[J]. 家庭生活指南, 2023, 39 (11): 38-39.
- [4] 春季护胃十要点[J]. 兵团工运, 2022, (02): 56.
- [5] 巩梦莹. 社区护理服务对社区老年人慢性病管理的效果分析[J]. 科学咨询(科技·管理), 2021, (06): 21-22.