

社区健康管理模式在老年高血压患者慢病管控中的应用及对血压变异性、并发症发生率的影响

侯丽华

上海市宝山区大场镇大场社区卫生服务中心 上海 200442

【摘要】目的：以老年高血压患者为研究对象，分析慢病管控中，社区健康管理模式的应用效果。方法：选择2024年1月-2025年1月我社区卫生服务中心收治的80例老年高血压患者，随机数表法分为DZ组与SQ组，各40例。DZ组实施常规高血压慢病管理，SQ组实施系统化社区健康管理模式。结果：干预后两组SBP、DBP水平均较干预前明显下降，且SQ组改善幅度优于DZ组，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；同时两组SSD、SCV、ARV指标也均显著降低，SQ组仍低于DZ组（ $P<0.05$ ），且SQ组并发症发生率同样明显更低（ $P<0.05$ ）。结论：社区健康管理模式可有效控制老年高血压患者血压水平，降低血压变异性，减少并发症发生，值得推广使用。

【关键词】：社区健康管理；老年高血压；慢病管控；血压变异性；并发症

DOI:10.12417/2705-098X.26.14.031

老年人人群中，高血压是最为多发的慢性心血管疾病，更是诱发脑卒中、冠心病、肾功能衰竭等严重并发症的首要因素^[1]。随着我国老龄化进程不断加快，老年高血压患病率逐年上升，但血压控制达标率却不足30%。传统医院主导的管理模式存在随访滞后、患者依从性欠佳、自我管控能力不足等问题，难以适配老年患者长期慢病管控需求。社区健康管理以社区卫生服务为核心，整合多类健康资源，通过个体化干预、全程随访及多维度指导实现慢病规范化管理^[2]。现有研究虽证实其可提升患者依从性与血压控制率，但针对老年患者血压变异性及长期并发症的研究较少。血压变异性是反映血压波动的关键指标，与靶器官损害密切相关，高变异性会增加心脑血管事件风险^[3]。因此，本研究选取80例患者，对比两种管理模式效果，为优化管控方案提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

确定研究对象为老年高血压病患，共80例，均为我社区卫生服务中心2024年1月至2025年1月期间接诊治疗。采用随机数表法将所有研究对象随机分为DZ组和SQ组两个组别，每组均包含40例患者。其中，DZ组共有男性22例、女性18例，患者年龄跨度在60至82岁之间，平均年龄为（70.35±6.42）岁；病程长短不一，范围为1至15年，平均病程达（6.87±2.34）年，该组患者中合并糖尿病12例、高脂血症9例、冠心病5例。SQ组则有男性23例、女性17例，年龄分布在61至83岁，平均年龄为（71.02±6.58）岁，病程为1至16年，平均病程（7.12±2.41）年，合并病症方面，糖尿病13例、高脂血症8例、冠心病6例。两组基线 $P>0.05$ 。研究符合伦理标准；患者（家属）知情。

纳入标准：①年龄≥60岁；②确诊高血压，收缩压≥140mmHg和/或舒张压≥90mmHg；③确诊高血压病程≥1年；④意识清晰，

具备基本沟通能力，可配合完成随访与干预；⑤患者及家属知情同意，签署知情同意书。

排除标准：①合并严重心、肝、肾等脏器功能衰竭；②继发性高血压、恶性肿瘤、精神疾病；③近3个月内发生急性心脑血管事件；④无法坚持完成12个月干预及随访。

1.2 方法

DZ组采用常规高血压慢病管理模式，具体为社区护士每月进行1次随访，随访形式可选择上门或电话沟通，期间主要完成血压监测工作，同步发放健康宣传手册，并以口头讲解的方式，告知患者用药规范、饮食及运动相关注意要点，未实施任何系统化、针对性的干预指导措施。

SQ组实施系统化社区健康管理模式。（1）建立专属健康档案：干预初期全面摸排患者整体状况，涵盖血压数值、患病年限、既往服药记录、基础合并疾病、日常作息饮食、家族病史及心理情绪状态，为其建立独立电子档案，明确慢病管理方向与潜在风险隐患。（2）开展健康宣教干预：每2个月举办一次老年高血压专题课堂，讲解发病诱因、疾病危害、规范服药、居家测压及并发症防控知识；发放图文健康资料，结合老年人记忆衰退特点，通过案例解读、视频宣讲加深认知，每月开展一对一宣教，纠正患者错误就医服药观念。（3）规范用药全程管理：配合社区医师优化个体降压方案，结合年龄、合并症及血压波动特点，选用长效平稳、副作用低的降压药；借助分药盒、定时提醒及家属协助监督，保障规律服药，随访中及时劝导漏服、擅自停药患者，切实提升治疗依从性。（4）实施全方位生活干预：饮食严格控盐，每日摄入不超过5g，清淡膳食、戒烟限酒；依据自身情况制定运动计划，低强度有氧锻炼每次30~40分钟，每周3~5次，运动心率控制在（170-年龄）次/分钟。对BMI≥24kg/m²人群合理控重，每月减重0.5~1.0kg，维持BMI在18.5~23.9kg/m²；同时做好心理疏导，

舒缓负面情绪。(5)落实监测与随访指导:教会患者自主使用电子血压计,每日早晚定时测量记录;前3个月每2周随访1次,后期改为每月随访,依托线上社群随时答疑。每6个月开展血糖、血脂、肾功能等相关检查,普及并发症前兆表现,实现早筛查、早干预。

1.3 观察指标

血压水平:干预前、干预12个月后,由同一医护人员测量患者右臂坐位血压,休息5分钟后测量,连续测3次,每次间隔1~2分钟,取后2次平均值,记录收缩压(SBP)、舒张压(DBP)。

血压变异性指标:干预前、干预12个月后,连续监测患者24小时动态血压,记录收缩压标准差(SSD)、收缩压变异系数(SCV)、平均真实变异性(ARV)。计算公式:SCV=SSD/平均收缩压×100%;ARV为相邻血压测量值绝对差的平均值。

并发症发生率:干预12个月内,统计两组心脑血管并发症(脑卒中、冠心病、心力衰竭)、肾脏并发症(肾功能不全、蛋白尿)、眼部并发症(视网膜病变)发生情况,计算总发生率。

1.4 统计学分析

SPSS 26.0 软件处理数据。计数资料以率(%)表示,χ²检验;满足正态分布时,计量资料以(̄x±s)表示,t检验;统计结果,P<0.05时有意义。

2 结果

2.1 血压水平

干预前,两组SBP、DBP水平差异无统计学意义(P>0.05)。干预后,两组SBP、DBP均降低,SQ组低于DZ组(P<0.05)。见表1。

表1 血压水平(̄x±s, mmHg)

组别	DZ 组	SQ 组	t	P
例数	40	40		
SBP	干预前 156.82±9.36	157.15±9.42	0.157	0.876
	干预后 138.79±8.45*	128.56±7.32*	5.787	<0.001
DBP	干预前 92.54±7.21	92.87±7.35	0.203	0.840
	干预后 82.67±6.23*	76.43±5.18*	4.871	<0.001

注:与同组干预前比较,*P<0.05

2.2 血压变异性指标

干预前,两组SSD、SCV、ARV比较,差异无统计学意义(P>0.05);干预后,两组各指标均低于干预前,且SQ组低于DZ组(P<0.05)。见表2。

表2 血压变异性指标(̄x±s)

组别	DZ 组	SQ 组	t	P
例数	40	40		
SSD(mmHg)	干预前 13.56±2.87	13.62±2.91	0.093	0.926
	干预后 10.67±2.15*	6.85±1.23*	9.754	<0.001
SCV(%)	干预前 8.72±1.56	8.75±1.58	0.085	0.932
	干预后 7.89±1.24*	5.32±0.87*	10.730	<0.001
ARV(mmHg)	干预前 14.68±3.12	14.75±3.15	0.100	0.921
	干预后 11.28±2.47*	7.14±1.36*	9.286	<0.001

注:与同组干预前比较,*P<0.05

2.3 并发症发生率

SQ组并发症发生率低于DZ组(P<0.05)。见表3。

表3 并发症发生率 n (%)

组别	DZ 组	SQ 组	χ ²	P
例数	40	40		
脑卒中	3(7.50)	1(2.50)		
冠心病	2(2.50)	0(0.00)		
心力衰竭	2(5.00)	1(2.50)		
肾功能不全	2(5.00)	0(0.00)		
视网膜病变	1(2.50)	1(2.50)		
总发生率	10(25.00)	3(7.50)	4.501	0.034

3 讨论

随着年纪增长,老年高血压人群血管弹性逐步变差,加之自主神经失调、压力反射敏感度下降,自身血压调控能力明显减弱,极易出现血压起伏过大,血压变异性随之增高。这种波动会持续损伤血管内皮,加快动脉硬化进程,加重心脑血管器官损伤,也是影响患者远期预后的独立危险因素,临床管控既要控制血压达标,更要着力降低血压波动、防范并发症^[4]。

研究数据表明,干预结束后SQ组SBP、DBP水平明显优于DZ组(P<0.05),足以说明社区规范化健康管理,对老年高血压患者的血压调控效果更为理想。常规慢病管理仅做基础血压监测与简单口头宣教,缺乏系统规划和个体化指导,患者健康认知薄弱、服药依从性偏低,不良生活习惯也难以纠正。而社区综合管理通过建立个人健康档案、开展常态化健康宣教、严格规范用药流程、全方位生活干预及持续性随访,从多方面改正患者不良行为,增强自我健康管理能力。同时优选长

效平稳类降压药,规避药物因素引发的血压波动,进而协同实现血压长期稳定控制^[5]。

SSD、SCV、ARV 是评估血压变异性的核心指标,其数值高低直接体现血压波动情况,数值越高,血压波动越显著,心脑血管等靶器官受损风险也越高,也是评估高血压管控效果的关键。本研究显示,干预后 SQ 组 SSD、SCV、ARV 均显著低于 DZ 组 ($P<0.05$),表明社区健康管理可有效改善老年高血压患者血压变异性。其机制主要为:规范用药干预保障规律服药,避免血压剧烈波动;多维度综合干预改善自主神经功能,增强血压调节能力;动态监测血压并调整方案,实现平稳控压。

老年高血压人群出现各类并发症,是造成患者死亡与肢体功能残疾的首要诱因,因此做好并发症预防工作,已然成为慢性病管控的重中之重。本研究数据表明, SQ 组并发症整体发生率明显低于 DZ 组 ($P<0.05$),足以说明社区规范化健康管

理,能够有效降低老年高血压患者并发症发病风险。究其原因,一方面该管理模式可平稳调控血压数值、减小血压波动幅度,从双重层面减轻心、脑、肾等靶器官负荷,规避血管及脏器器质性损伤;另一方面依托定期并发症筛查与健康宣教,尽早识别靶器官损害苗头并及时干预,遏制病情进一步恶化。与此同时,同步管控血糖、血脂等合并病症,配合长期健康生活方式干预,也能有效减少动脉粥样硬化发生概率,进一步规避并发症隐患。

综上,社区健康管理围绕老年高血压患者需求展开,融合宣教、用药、生活调理及随访筛查等举措,可实现慢病个体化全程管控。既能平稳血压、改善血压变异性,又能减少心脑血管并发症,切实提升生活质量,具备社区推广价值。然而,本研究存在样本偏少、单中心及干预时长有限等不足,未做亚组差异分析,后续需扩大样本、延长随访开展多中心研究完善方案。

参考文献:

- [1] 蔡志云.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对其情绪的影响[J].首都食品与医药,2023,30(12):133-135.
- [2] 健康教育配合慢性病管理对社区老年高血压患者的影响[J].西藏医药,2025,46(6):129-131.
- [3] 基于社区门诊诊疗路径的慢性病整合型健康管理模式探索与效果评估[J].健康发展与政策研究,2025,28(6):738-745.
- [4] 林国通,邵丽萍,王唯予,等."互联网+家庭医生签约服务平台"在社区高血压慢病管理中的应用价值及可行性分析[J].智慧健康,2024,10(26):148-150.
- [5] 张若岩,张金佳,张启龙,等.三级甲等医院全科医学科-社区联合对社区老年高血压病/糖尿病患者健康管理的效果研究[J].中国医药,2024,19(3):346-350.