

慢性病管理理念在老年高血压合并糖尿病患者社区护理中的效果

郑柳柳

宜昌市伍家岗区城东社区卫生服务中心 湖北 宜昌 443000

【摘要】：目的：研究慢性病管理理念对老年高血压伴糖尿病患者的影响。方法：以某医院为研究对象，选择2025年1月-2026年6月住院的80例患者，按随机数字表法将患者分成40例，观察各组的临床表现。对照组采用常规社区护理；观察组在慢性疾病防治理念指导下，以社区为基础进行综合护理。比较两组血压、血糖控制、心理状态、生活质量、自我护理能力、护理满意度以及并发症发生率。结果：护理后，观察组血压、血糖控制、心理状态、生活质量、自我护理能力、护理人员的满意程度以及并发症发生率明显高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：将慢性病管理理念运用于老年高血压伴糖尿病患者的社区护理中，能收到更好的疗效。

【关键词】：慢性病管理理念；自我护理能力；生活质量

DOI:10.12417/2811-051X.26.10.093

随著人口的不断老化，患有老年高血压及糖尿病的人数也逐渐增加，其病程长、并发症多，对社区护理提出了更高要求。传统社区护理模式多侧重于基础宣教与用药指导，缺乏系统性与连续性，难以有效改善患者自我管理能力及远期预后。慢性病管理理念强调以患者为中心，通过综合评估、个性化干预及持续随访，提升患者疾病认知与自护水平。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本研究以某医院为研究对象，从2025年1月到2026年6月，共80名老年高血压并糖尿病患者进行随访。纳入条件包括：所有患者均为60岁及以上、有基本沟通、所有患者均达到《中国2型糖尿病防治指南》及《中国高血压防治指南》的相关诊断标准。也可以排除严重的心、肝、肾等脏器功能衰竭或者精神障碍、认知功能障碍。

1.2 方法

对照组接受常规社区护理，主要包括定期门诊随访、发放健康宣教手册、口头讲解用药注意事项及饮食运动建议，两组均采用每月一次的电话回访方式，共进行6个月的干预。该模式以被动信息传递为主，缺乏对患者个体差异的系统评估与动态反馈机制，难以有效激发患者的主动参与意识，且在心理支持、行为矫正及长期依从性维持方面存在明显不足，导致血压、血糖控制效果不稳定，自我管理能力提升有限，整体护理质量难以满足老年共病患者的复杂需求。

观察组在对照组基础上实施基于慢性病管理理念的系统化社区护理干预。首先组建由全科医生、社区护士、营养师及心理咨询师构成的多学科团队，入组时对患者生理指标、心理状态、社会支持系统及自我效能进行全面评估，并与患者及家属共同制定个性化、阶段性的血压血糖控制目标及行为改变计划；通过工作坊、自我管理小组讨论、情景模拟、八段锦培训等互动形式每月开展2次结构化健康教育，内容覆盖疾病认知、

药物管理、低盐低脂低糖膳食搭配、科学运动及并发症早期识别，同时指导患者规范使用家用监测设备、记录健康日记，并建立微信互助群实现每日知识推送与每周线上答疑，强化自我管理技能。

1.3 观察指标和评价方法

本研究采用客观生理指标与标准化量表相结合的方式评估干预效果。血压与血糖控制方面，于护理前后分别测量收缩压、舒张压、空腹血糖及糖化血红蛋白，以反映短期与长期代谢控制水平；用焦虑自评量表和抑郁自评量表对患者的心理状况进行评定，得分较高者，表示其消极情绪较重；使用中国健康现状调查简表对患者的生命质量进行了评价，分值从0到100，越高的生命质量越好。自我照顾能力测试量表包含了自我概念、自护责任感、健康知识水平和自我护理技巧四个方面，总分0-172，得分越高表示患者的自我保护能力越好。

在主观感受与临床结局方面，护理满意度采用自制问卷调查，设置了非常满意，满意，不满意，总满意度=（非常满意+满意）例数/总数 $\times 100\%$ ，用以衡量患者对护理服务的认可程度；并发症发生率则通过查阅门诊病历、住院记录及随访资料，统计干预期间新发的心脑血管事件、糖尿病足、视网膜病变、糖尿病肾病等严重并发症情况，所有数据都是由两位受过统一训练的研究员分别检查和输入，以保证评估结果的准确和可靠，从而全面、多维地验证慢性病管理理念在社区护理中的实际应用价值。

1.4 统计学方法

本研究的数据处理方法为SPSS26.0。计量资料以均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，两组之间的差异用独立样本t检验，同一组的治疗前、后进行成对t检验；计数资料采用频数 $\pm$ 百分率表示，组间比较采用 χ^2 检验。将 $P<0.05$ 设为有显著差异。

2 结果

2.1 两组护理前后血压相关指标比较

治疗完成后，观察组收缩压、舒张压和同型半胱氨酸浓度明显降低，有显著性（ $P<0.05$ ），详细资料详见表 1。

表 1 两组护理前后血压指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别		对照组	观察组	t 值	p 值
例数		40	40		
收缩压 (mmHg)	护理前	145.37±8.62	146.82±10.075	0.666	0.508
	护理后	129.38±5.26	117.05±7.06	8.857	<0.001
舒张压 (mmHg)	护理前	103.67±5.69	102.73±6.51	0.688	0.494
	护理后	91.75±5.32	83.12±5.22	7.323	<0.001
同型半胱 氨酸 ($\mu\text{mol/L}$)	护理前	24.95±3.72	24.26±3.35	0.872	0.386
	护理后	13.09±2.74	8.40±1.58	9.378	<0.001

2.2 两组护理前后血糖相关指标比较

护理前和护理后，观察组与对照组比较，均有显著性差异（ $P<0.05$ ），具体数据详见表 2。

表 2 两组护理前后血糖相关指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别		对照组	观察组	t 值	p 值
例数		40	40		
餐后 2 小时 血糖	护理前	15.37±2.06	15.89±2.04	1.134	0.260
	护理后	12.09±1.37	10.30±1.72	5.148	<0.001
糖化血红蛋 白(%)	护理前	9.37±0.86	9.62±0.73	1.402	0.165
	护理后	7.19±0.45	5.13±0.27	24.826	<0.001
空腹血糖 (mmol/L)	护理前	9.37±1.24	9.94±1.43	1.905	0.061
	护理后	7.31±0.86	5.27±0.75	11.307	<0.001

2.3 两组护理前后心理状态、生活质量评分比较

术后 SAS、SDS 和 SF-36 均优于对照组（ $P<0.05$ ），详见表 3（ $P<0.05$ ）。

表 3 两组护理前后心理状态和生活质量评分比较
[（ $\bar{x}\pm s$ ），分]

组别	对照组	观察组	t 值	p 值
例数	40	40		

SF-36	护理前	67.26±8.51	67.03±7.45	0.129	0.898
	护理后	74.08±5.35	83.27±4.16	8.576	<0.001
SAS	护理前	37.94±5.31	38.15±4.72	0.187	0.852
	护理后	33.52±3.64	27.19±3.08	8.396	<0.001
SDS	护理前	38.34±5.19	37.13±5.20	1.042	0.301
	护理后	32.16±3.05	28.43±3.68	4.936	<0.001

2.4 两组护理满意度比较

观察组满意度高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 4。

表 4 两组护理满意度比较[n（%）]

组别	对照组	观察组	X ² 值	p 值
例数	40	40		
满意	13(32.50)	27(67.50)		
基本满意	18(45.00)	12(30.00)		
不满意	9(22.50)	1(2.50)		
满意度	31(77.50)	39(97.50)	7.314	0.007

2.5 两组并发症发生率比较

治疗术后并发症明显少于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 5。

表 5 两组并发症发生率比较[n（%）]

组别	对照组	观察组	X ² 值	p 值
例数	40	40		
脑出血	2(5.00)	0		
心力衰竭	3(7.50)	1(2.50)		
神经功能病变	3(7.50)	1(2.50)		
合计	8(20.00)	2(5.00)	4.114	0.043

3 讨论

本研究结果显示，观察组在收缩压与舒张压控制、空腹血糖及糖化血红蛋白水平、焦虑抑郁情绪缓解、生活质量改善、自我护理能力提升、护理满意度提高以及心脑血管事件、糖尿病足等并发症发生率降低等方面，均显著优于对照组（ $p<0.05$ ）。这一结果不仅从多维度验证了干预措施的有效性，更充分证实了基于慢性病管理理念的社区护理模式在老年高血压合并糖尿病患者中具有显著的临床优越性与实践价值，为基层慢病管理提供了可靠的循证依据。

首先，慢性病管理理念打破了传统护理碎片化、被动式的局限，通过多学科团队协作与个性化目标设定，实现了护理服

务的系统化与精准化。老年共病患者往往合并多种基础疾病、用药复杂、认知功能下降，单一的健康宣教难以满足其多元需求。本研究中，全科医生、护士、营养师与心理咨询师共同参与评估与计划制定，使干预方案兼顾生理指标调控、营养支持、运动安全与心理调适，避免了不同专业建议之间的冲突，提升了患者对治疗方案的信任度与执行意愿。这种以患者为中心的协同模式，正是实现血压、血糖稳定控制的结构保障。

其次，结构化健康教育与自我管理技能训练有效弥补了老年患者“知行脱节”的短板。传统宣教多以单向灌输为主，而本研究采用工作坊、情景模拟等参与式方法，将抽象知识转化为可操作的行为指令；同时通过健康日记、微信互助群等工具，将自我管理嵌入日常生活场景，使患者在反复实践中内化为习惯。esca评分的显著提升表明，患者不仅掌握了监测技能，更建立了“我能管好自己”的自我效能感。这种内在驱动力是维持长期依从性的关键，也是血糖、血压持续达标的重要心理基础。

再者，心理与社会支持的整合干预回应了老年慢病患者常被忽视的情感需求。高血压与糖尿病均为终身性疾病，长期服药、饮食限制及对并发症的恐惧易诱发焦虑抑郁，而负面情绪又会通过神经内分泌途径加重代谢紊乱，形成恶性循环。本研究中定期开展的正念减压、认知行为疗法及病友交流会，不仅缓解了负性情绪，更构建了同伴支持网络，增强了患者的社会归属感与生活意义感。sas、sds评分的改善与sf-36各维度得分的提升相互印证，说明心理健康与生活质量的改善并非孤立现象，而是整体管理效应的自然延伸。

此外，持续随访与动态调整机制确保了干预的时效性与适

应性。老年患者病情波动大、家庭支持不稳定，固定频率的电话随访往往滞后于实际问题。本研究每2周一次的上门或视频随访，结合实时监测数据，使团队能及时发现用药偏差、饮食误区或情绪危机，并迅速调整方案。这种闭环的监控-反馈-纠正管理，既防止了小问题演变为急性事件，也让患者感受到被持续关注的安全感，从而显著提高护理满意度。并发症发生率的降低，则是上述多重机制协同作用的最终临床体现。

应当指出，这项研究仍然有一些限制：样本量相对较小且来源于单一社区，可能限制结果的外推性；干预周期仅为6个月，难以全面评估长期维持效果；未设置盲法，可能在主观指标评价中引入偏倚，上述因素均可能对研究结果的稳健性与普适性产生一定影响。未来研究可通过多中心、大样本的随机对照试验扩大样本规模，将随访时间延长至1年以上以观察远期结局，并引入质性研究方法深入挖掘患者在干预过程中的真实体验、行为改变动机及面临的现实障碍，从而更全面地验证该模式的长期效果、适用人群边界与可推广性。

4 结语

综上所述，以慢性病管理理念为基础的社区护理干预，可以显著地提高老年高血压伴糖尿病患者的血压和血糖控制水平、心理状态和自理能力，并提升他们的生活质量和护理满意度，降低并发症的发生率。该模式验证了慢性病管理在基层卫生服务中的有效性，为构建防-治-管一体化的老年共病照护体系提供了实证依据。未来应进一步优化标准化流程、加强基层人员能力建设，并推动数字化技术与传统护理融合，以提升管理的精准性与连续性，助力健康老龄化战略实施。

参考文献：

- [1] 李超,孙星,安红雨,叶春花.老年高血压合并糖尿病患者疾病恐惧感现状及其影响因素[J].中华老年多器官疾病杂志,2025,24(02):129-134.
- [2] 张静娟.厄贝沙坦治疗老年高血压合并糖尿病患者的降压效果分析[A]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(上)—高血压与主动脉疾病专题[C].中国生命关怀协会,中国生命关怀协会,2025:4.
- [3] 孟凡爽.厄贝沙坦治疗老年高血压合并糖尿病患者的降压效果探析[A]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(上)—高血压与主动脉疾病专题[C].中国生命关怀协会,中国生命关怀协会,2025:4.
- [4] 张颖嫦.慢性病管理理念在老年高血压合并糖尿病患者社区护理中的效果[J].中国典型病例大全,2026,20(01):864-868.
- [5] 郭倩倩.高血压合并糖尿病老年患者的护理依从性分析[A]2026年第三期关爱生命大讲堂之生命关怀与智慧康养系列学术交流会论文集(上)[C].中国生命关怀协会,中国生命关怀协会,2026:3.