

基层入户随访式健康干预在农村高龄高血压人群中的应用探讨

彭晓娟

兴化市荻垛镇卫生院 江苏泰州 225732

【摘要】目的： 分析基层入户随访式健康干预在农村高龄高血压人群中的应用。**方法：** 该研究总共纳入 80 例研究对象，均是 2025 年 1 月到 2025 年 12 月纳入慢性病健康管理的高龄老人，以随机数字表法为分组原则，划分为对照组（常规健康干预）、观察组（基层入户随访式健康干预）。对实施过程中两组患者相关指标数据做整理记录，结合统计学系统进行对比观察，分析基层入户随访式健康干预的应用价值。**结果：** 观察组血压指标及不良事件发生率均低于对照组，健康认知评分高于对照组，（ $P<0.05$ ）。**结论：** 针对农村高龄高血压人群实施基层入户随访式健康干预，可有效控制血压水平，减少并发症发生，提升健康认知，值得推广应用。

【关键词】 基层；入户随访式健康干预；农村高龄；高血压

高血压作为我国基层地区极为常见的慢性心血管类病症，更是引发脑卒中、冠心病以及肾功能受损等重大并发症的关键危险诱因^[1]。农村高龄群体由于文化程度不高、健康意识淡薄、就医途径不畅以及独居比例较高等原因，普遍呈现出血压管理缺乏规范性、随意自行停药减药、饮食结构不合理、睡眠障碍及情绪调节能力弱等状况，进而造成血压起伏不定、病情难以有效掌控，慢性疾病不良结局的出现概率显著高于城镇老年群体^[2]。所以，有必要实施恰当的干预举措，提升其健康认知水平。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2025 年 1 月到 2025 年 12 月纳入慢性病健康管理的高龄老人，共计 80 例，以随机分组方式均分为两组，年龄区间涉及：（75-87）岁，平均值：（81.00 ± 4.26）岁，组间基线数据 $P>0.05$ ，满足研究开展要求。

1.2 方法

对照组行常规健康干预。

观察组行基层入户随访式健康干预，具体措施如下：

①血压监测评估：深入家庭，在不同时间段对晨起、餐前以及睡前血压进行测量并记录档案，综合病史和用药情况对病情展开全面研判；若发现血压偏高或者波动幅度较大，及时与家庭医生团队取得联系，必要时转诊上级医院，对用药方案进行调整，以此降低急症发生的风险。②个体化用药指导：考虑到农村老人容易出现漏服药物的情况，开展一对一的健康科普，详细讲解用药剂量、服药频率以及药物可能产生的不良反应，反复强调严禁自行增减药量、停药、换药，杜绝不规范用药行为；同时，为他们发放服药提示卡，并叮嘱家属监督老人按时按量用药。③居家生活干预：改变老人高盐高脂、喜爱食用腌制食品的饮食习惯，倡导清淡健康的饮食方式，低盐低糖少油，营养均衡，少食多餐；指导老人进行散步、打太极等温和的运动；指导肥胖者控制体重，帮助他们戒烟戒酒，保持情绪稳定，减少引发血压升高的因素。④心理与宣教：针对患者对病情漠不关心或过度担忧的极端心理状态加以疏导，以通俗易懂的方式阐释高血压的危害以及管理控制的关键要点，消除认知误区。提升患者控制病情的信心。⑤家属协同管理：指导家属做好日常护理工作、监督患者按时用药，构建起医护人员、患者、家属三方共同参与的管理模式，打破单一干预局限，保障各项干预措施长期落地、有效实施，形成常态化居家慢病管理体系。

1.3 观察指标

观察对比血压指标，不良事件发生率，健康认知评分。

1.4 统计学分析

本文使用 SPSS 24.0 统计软件来处理数据，计量资料用均值±标准差表示，组间差异性用独立样本 t 检验或者卡方检验（ χ^2 检验）来检验，计数资料用百分比（n%）来描述， $P<0.05$ 设为统计学意义的标准。

2 结果

2.1 血压指标对比

观察组较低，有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 对比血压指标[mmHg, ($\bar{x}\pm s$)]

组别	例数	收缩压		舒张压	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	158.32±10.26	144.54±8.64	95.63±7.36	86.36±6.29
观察组	40	157.99±10.14	128.65±7.93	94.90±7.27	78.53±5.96
P 值	—	—	< 0.05	—	< 0.05

2.2 不良事件发生率对比

观察组较低，结果有差异（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 不良事件发生率对比[n，（%）]

组别	例数	头晕头痛	血压骤升	轻微胸闷	总发生率（%）
对照组	40	3	2	1	6(15.00)
观察组	40	0	1	0	1(2.50)
P 值	—	—	—	—	<0.05

2.3 健康认知评分对比

观察组高于对照组，统计结果存在差异（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 健康认知评分对比[分，（ $\bar{x}\pm s$ ）]

组别	例数	健康认知评分
对照组	40	72.37±5.26
观察组	40	89.50±4.14
P 值	—	< 0.05

3. 讨论

农村高龄高血压人群的管理是基层慢性病管理工作中的重点与难点，受地域、经济、医疗资源以及人口状况等因素的制约，其管理成效不如城镇地区。这一群

体健康知识储备不足，对疾病的认知有限，且部分老人独居、行动存在困难，难以按时前往医院复诊，普遍存在用药混乱、作息和饮食不规律的情况，血压控制效果不理想，心脑血管并发症的发生风险较高，这不仅对老年人的身体健康造成损害，也进一步加重了家庭和基层医疗的负担^[3]。基层入户随访式健康干预是适配农村高龄高血压群体的优质慢病管理模式，彻底突破了传统门诊医疗服务的空间与时间局限，将标准化、个性化的慢病管控服务延伸至患者居家场景，契合农村高龄患者的生理和生活特性^[4]。

综合来看，对农村地区的高龄高血压患者开展基层入户随访形式的健康管理干预，既能有效调控血压数值，降低并发症出现的概率，又能增强其健康认知水平，提高老人晚年生活质量，值得推广应用。

参考文献

- [1] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南（2024 年修订版）[J]. 中华高血压杂志, 2024, 32（7）:601-672.
- [2] 余孜孜, 刘杜丽, 李熙敏, 等. 农村高血压患病和自我管理现状及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2024, 27(25):3137-3143.
- [3] 张珍, 魏诗意, 王叶婷, 等. 家庭医生签约服务模式在农村老年高血压患者中的研究进展[J]. 护理学, 2024, 13（1）:47-52.
- [4] 高兴梅. 基层随访管理提高高血压知晓率的研究[J]. 国际临床研究杂志, 2024, 8（3）:111-115.