



# 高血压伴糖尿病，社区护士教您日常怎么管

◎岳池县天平镇卫生院 杨 娇

高血压与糖尿病是现代社会最常见的慢性非传染性疾病，二者常“结伴而行”、相互影响。若管理不当，易引发心脑血管事件、肾功能损害等严重并发症，大幅降低生活质量。社区护理是健康管理前沿力量，本文将从生活方式、用药管理等方面，讲解如何在社区护士指导下科学管控“两病”。

## 社区护理

慢病管理的关键在于“长期坚持”与“精准施策”，而扎根基层的社区护理，正是通过健康指导、病情监测与个性化方案制定，将慢病管理的防线前移至居民身边。

社区护理的核心作用：社区护理是连接居民与医疗机构的重要纽带。社区护士不仅负责健康宣教，还通过随访、血压血糖监测、用药评估等方式，帮助患者建立个体化健康档案，实现疾病的持续性、系统性管理。她们还会定期上门或电话回访，观察病情变化，协助调整护理措施，确保每位居民得到持续关注和健康指导。

健康教育与行为指导：社区护士会通过健康讲座、微信群推送、入户指导等多种形式，普及“控压控糖”知识。指导居民掌握家庭血压计、血糖仪的正确使用方法，解读监测结果，培养“自我管理意识”。护士还会根据居民年龄、职业、饮食习惯，提供生活方式建议，纠正不良饮食结构和运动误区，使健康教育更具针对性。

建立个性化护理档案：根据患者的基础疾病、并发症、生活习惯等，社区护士会制定个性化护理计划，包括饮食方案、运动处方

及随访频率，让健康管理“因人而异”，更加精准。护理档案中详细记录血压、血糖变化、用药反应及生活方式调整情况，为后续健康干预和医生诊疗提供可靠依据。

## 日常生活管理

慢病患者的血压、血糖管控并非依赖单一手段，而是藏在饮食、运动、睡眠等衣食住行的细节里，科学的日常管理是稳定病情的基础支撑。

饮食管理：饮食是慢病管理的关键。社区护士常建议患者遵循“三少两多”原则，少盐、少油、少糖；多蔬菜、多粗粮。高血压患者每日食盐摄入不超过5克，糖尿病患者需控制总热量和碳水化合物比例，建议采用“餐盘法”，即一半蔬菜、四分之一蛋白、四分之一主食。

运动处方：社区护士会根据患者年龄与病情制定运动处方。一般推荐中等强度有氧运动，如快走、骑行、太极，每次30分钟，每周5次。运动前后测量血压和血糖，并注意低血糖预防。对于老年或伴心脏病患者，护士会建议“分段运动”或“轻负荷训练”，确保安全。

睡眠与心理调适：长期压力、焦虑会导致血压和血糖波动。社区护

理团队常组织健康沙龙，教授放松训练、呼吸调节等方法，帮助患者改善睡眠质量，保持积极情绪。良好的心态是稳定病情的重要“药物”。

## 用药与监测

用药规范与精准监测是慢病管理的核心抓手，不仅能保障治疗效果、规避用药风险，更能为病情评估和方案调整提供科学依据。

合理用药与依从性指导：高血压常用药物包括钙通道阻滞剂、ACEI、ARB等；糖尿病常用药物包括二甲双胍、胰岛素等。社区护士通过用药宣教，提醒患者定时服药、避免自行增减剂量或随意停药，并识别常见不良反应。

家庭监测与数据管理：护士会指导居民建立“血压血糖监测表”，每日记录晨起与睡前数据。通过社区信息系统，护士可远程查看数据趋势，及时提醒调整生活方式或建议就诊，实现“云端随访”。同时指导居民掌握测量姿势、手臂高度及采血时间，保证监测数据准确，便于医生分析评估病情变化。

多学科协作与转诊管理：社区护理不是孤立的环节。社区护士在发现血压、血糖异常波动或并发症迹象时，会及时联系医生进行会诊或转诊，确保患者在“家庭—社区—医院”三位一体的健康管理链条中得到连续性照护。

高血压与糖尿病的管理是一场“持久战”，需要患者的自律，也离不开社区护理的科学指导。社区护士既是健康守门人，也是患者的贴心伙伴。通过社区护理的持续随访、个体化干预和心理支持，居民能够更好地掌握自身健康状况，实现“早预防、早干预、早康复”。让我们携手，从社区出发，用科学的方法守护每一份健康。◎