

# 社区护士主导的糖尿病足预防护理路径优化实践

李宝英

南昌大学附属康复医院 江西南昌 330003

**摘要:**糖尿病足作为糖尿病进展中最具破坏性的慢性并发症, 直接关联患者肢体残疾、生命质量下降与医疗支出大幅攀升, 也是当前糖尿病慢病管理体系中亟待补全的薄弱环节。糖尿病足的发生与进展, 多源于长期血糖管控失稳、外周神经与血管的渐进性损伤、足部日常照护失范、异常体征识别与干预滞后等多重因素的叠加作用, 早期系统性预防干预, 是遏制其发生发展的核心抓手。社区作为糖尿病患者长期健康管理的前沿阵地, 是糖尿病足早期预防的核心场景, 社区护士在糖尿病足预防护理中承担核心角色, 护理路径是规范社区护理行为的核心工具。文章梳理社区糖尿病足预防护理路径的现存短板, 明确优化原则, 构建适配社区场景的护理路径体系, 为社区糖尿病足预防护理工作提供参考。

**关键词:** 社区护士; 糖尿病足预防; 护理路径; 社区慢病管理

## 引言

随着科技的不断发展, 交通越来越便利, 人们运动的机会也越来越少, 肥胖几率也逐年上升, 高血压以及糖尿病发生率也随着增加。糖尿病是临床中较为常见的疾病, 主要病因是胰岛素分泌缺陷或者生物作用受损。社区是糖尿病患者长期健康管理的核心场景, 也是糖尿病足早期预防的主战场。社区护士作为基层慢病管理的核心执行主体, 和辖区糖尿病患者保持着高频次、近距离的稳定接触, 能全程跟进患者的血糖管控、日常照护与健康行为养成, 是糖尿病足预防护理工作的核心主导者。护理路径能把分散的护理行为整合为标准化、连贯化的流程, 是规范糖尿病足预防护理工作的核心载体, 围绕社区护士主导的糖尿病足预防护理路径展开优化, 能更好适配社区糖尿病足预防的实际需求, 理顺基层糖尿病慢病管理的护理流程。

## 一、糖尿病足社区预防护理的核心逻辑

糖尿病足的发生发展, 是多因素长期叠加作用的结果, 和患者血糖管控的长期状态、外周神经与血管病变的进展程度、足部日常照护的规范度、异常情况识别与干预的及时性等多个环节深度绑定, 早期预防覆盖环节多、周期长, 需要长期、连续、稳定的护理干预。社区护理场景和糖尿病患者的日常生活高度贴合, 社区护士和患者保持长期稳定的接触, 能全程跟进患者的日常健康管理, 是糖尿病足早期预防护理的核心执行主体。社区护士主导的糖尿病足预防护理路径, 核心是把分散的、

碎片化的预防护理行为, 整合为连贯的、标准化的、可落地的全流程护理体系, 覆盖从风险筛查、干预跟进到动态调整的全周期。路径的设计贴合社区患者的居家照护需求, 匹配社区护理的资源配置与工作模式, 把专业的临床护理内容转化为可在社区场景与居家环境中执行的行为规范, 衔接院内专科诊疗与居家日常照护的断层, 填补糖尿病足早期预防的护理空白, 为糖尿病患者提供全周期的足部健康保护<sup>[1]</sup>。

## 二、社区糖尿病足预防护理路径的现存短板

### (一) 护理内容同质化严重

现有糖尿病足预防护理路径, 多直接照搬院内临床护理的流程与内容, 没有贴合社区护理的场景特征与辖区患者的实际情况, 护理内容多集中在院内临床护理操作, 没有覆盖患者居家自我照护的全流程, 无法适配社区患者长期居家的照护需求。预防护理的风险分层维度单一, 只纳入临床相关的生理指标, 没有结合社区患者的年龄结构、文化水平、自我照护能力、家庭支持情况、生活行为习惯等社区场景特有的维度做差异化设计, 无法实现精准的分层护理。

### (二) 护理环节衔接断层明显

现有糖尿病足预防护理路径的各个环节相互独立, 没有形成连贯的全周期闭环流程, 风险筛查环节与后续干预环节没有明确的对应关联, 筛查结果无法直接转化为对应的护理干预内容, 导致筛查与干预环节脱节<sup>[2]</sup>。院内专科诊疗信息与社区护理之间没有顺畅的传递通道, 患者出院后的诊疗信息、护理需求无法精准对接社区护

理,导致院内治疗与社区护理之间出现断层。患者居家照护环节与社区护士随访环节脱节,患者日常居家照护中出现的问题无法及时反馈给社区护士,无法实现护理方案的动态调整。

### (三) 护理落地支撑体系缺失

现有糖尿病足预防护理只明确护理操作的内容与流程,没有搭建对应的落地支撑体系,执行过程中没有对应的标准化操作指引与质量管控机制,社区护士的执行行为没有统一的规范参照,无法保障护理工作的同质化。执行所需的护理工具、筛查设备配置与社区护理场景不匹配,无法支撑各个环节的顺利开展,导致部分筛查与干预环节无法落地。执行过程中没有对应的多主体协同机制,社区护士无法和全科医生、专科护士、患者家属形成稳定的协同配合,无法整合多方面的资源支撑护理工作开展。

## 三、社区护士主导护理路径的优化核心原则

### (一) 社区场景适配性原则

优化后的糖尿病足预防护理路径,完全贴合社区护理的场景特征与工作模式,路径的环节设置匹配社区护士上门随访、居家照护、社区门诊等多个工作场景,适配社区护理的人员配置情况与工作节奏。路径的内容设计贴合社区糖尿病患者的年龄结构、文化水平、居家照护条件,把专业的护理操作转化为社区患者可理解、可执行的居家照护行为,适配社区患者长期居家的照护需求。路径的风险分层设计结合社区患者的实际情况,纳入家庭支持能力、生活行为习惯、居家环境、自我照护能力等社区场景特有的维度,实现精准的差异化分层。路径的每一个环节都贴合社区护理的实际情况,确保所有内容都能在社区场景中顺利落地,完全适配社区糖尿病足预防的实际需求<sup>[3]</sup>。

### (二) 全周期闭环化原则

优化后的糖尿病足预防护理路径,覆盖糖尿病足预防的全周期,形成完整的闭环管理流程,路径从风险筛查环节出发,根据全维度的筛查结果进行精准的风险分层,对应匹配差异化的护理干预内容,干预过程中的数据实时反馈至风险评估环节,动态调整患者的风险分层与干预方案。路径打通院内专科诊疗与社区护理的信息通道,患者的院内诊疗信息可直接对接社区护理路径,精准匹配对应的社区护理内容,实现院内治疗与社区护理的顺畅衔接。路径衔接患者居家照护与社区护士随访环节,患者居家照护中的问题可及时反馈给社区护士,同步调整护理方案,路径的各个环节之间形成顺畅的流

转机制,确保护理行为形成完整的闭环,覆盖糖尿病足预防的全流程。

### (三) 护士主导多主体协同原则

优化后的糖尿病足预防护理路径,明确社区护士的核心主导地位,由社区护士统筹护理路径的全流程执行,社区护士负责风险筛查、风险分层、护理方案制定、随访跟进、动态调整等核心环节的落地执行,是护理路径全流程的核心责任主体。路径搭建清晰的多主体协同机制,明确社区护士与全科医生、专科护士、患者家属、社区志愿者等各个主体的职责边界与协同流程,社区护士作为核心枢纽,统筹各个主体的协同配合,把各个主体的服务内容整合到护理路径的对应环节。路径的各个环节都明确社区护士的主导责任,确保护理路径的执行过程有明确的统筹主体,各个主体之间形成稳定的协同配合,共同支撑护理路径的顺利落地与全流程执行。

## 四、社区护士主导的糖尿病足预防护理路径

### (一) 全维度风险分层筛查体系

社区护士主导的全维度风险分层筛查体系,覆盖糖尿病足发生相关的全维度风险因素,筛查内容包括患者长期血糖管控情况、外周神经病变进展情况、外周血管病变情况、足部皮肤与结构异常情况等临床核心指标,同时纳入社区患者特有的风险维度,包括患者的年龄、文化水平、自我照护能力、家庭支持情况、居家照护条件、生活行为习惯等多个方面。社区护士作为筛查工作的执行主体,统筹筛查的全流程,制定标准化的筛查操作流程,统一筛查的指标与判断标准,确保筛查数据的准确性与一致性。筛查完成后,社区护士根据全维度的筛查结果,对患者进行精准的风险分层,将患者划分为低风险、中风险、高风险三个层级,不同风险层级对应不同的筛查频率与护理关注重点,筛查数据同步录入患者的社区健康档案,作为后续护理干预的核心依据,同时根据患者的随访数据与身体状况变化,动态更新筛查结果与风险分层,确保风险筛查的精准性与时效性,为后续的护理干预提供精准的方向。

### (二) 差异化护理干预方案设计

社区护士主导的差异化护理干预方案,完全匹配患者的风险分层结果与个体情况,针对不同风险层级的患者,设计对应差异化的护理干预内容,低风险患者的干预内容以日常照护规范引导、健康行为养成、定期风险监测为主,帮助患者建立稳定的自我照护习惯,维持良好的血糖管控状态<sup>[4]</sup>。中风险患者的干预内容增加针对

性的神经血管保护、足部异常情况早期干预、自我照护能力强化等内容,及时阻断风险因素的进展,避免足部病变的发生。高风险患者的干预内容重点覆盖足部并发症的早期干预、居家照护的全程指导、多学科协同的诊疗对接等内容,及时干预已经出现的早期病变,避免病情进展加重。社区护士作为干预方案的制定与执行主体,结合患者的个体情况,调整干预内容的呈现形式与执行节奏,针对老年患者、文化水平较低的患者,把专业的护理内容转化为通俗易懂的行为指引,针对家庭支持能力较弱的患者,调整上门护理与随访的频次,干预方案的执行过程中,社区护士实时收集患者的反馈情况,动态调整干预内容,确保护理干预方案完全适配患者的实际需求。

### (三) 全流程居家照护赋能体系

社区护士主导的全流程居家照护赋能体系,覆盖患者居家自我照护的全流程,核心是引导患者掌握糖尿病足预防的相关知识技能,主动参与到自我照护的各个环节,建立稳定的自我管理习惯。社区护士作为赋能体系的核心主体,搭建分层化的健康宣教体系,针对不同风险层级、不同认知水平的患者,开展对应内容的健康宣教,宣教内容包括糖尿病足的发生机制、日常足部照护规范、异常情况识别方法、血糖管控核心要点等多个方面,宣教形式贴合社区患者的接受习惯,确保患者能够准确理解与掌握相关内容。社区护士通过一对一的实操指导,帮助患者掌握足部日常检查、规范足部照护操作、居家血糖监测等核心技能,确保患者能够独立完成居家自我照护的相关操作。同时社区护士搭建患者之间的互助交流平台,引导患者之间分享自我照护的经验与心得,强化患者的自我管理意识,同时针对患者家属开展对应的照护指导,引导家属参与到患者的居家照护过程中,为患者的居家自我照护提供稳定的家庭支持,保障居家照护环节的顺利落地。

### (四) 多主体协同护理联动机制

社区护士主导的多主体协同护理联动机制,明确社区护士的核心枢纽地位,统筹各个主体的协同配合,搭建顺畅的联动流程,确保护理路径的各个环节都有对应的资源支撑。社区护士负责对接院内专科护士与内分泌科医生,建立院内与社区的双向转诊通道,患者筛查过程中发现的严重血管神经病变、足部早期溃疡等情况,由社区护士对接院内专科资源,完成患者的转诊对接,

同时患者院内诊疗结束后,院内的诊疗信息与后续护理需求同步传递给社区护士,由社区护士对接后续的社区护理与居家康复照护,实现院内治疗与社区护理的无缝衔接<sup>[5]</sup>。社区护士同步对接社区全科医生,针对患者合并的高血压、高血脂等其他慢性疾病,协同制定综合的护理与管控方案,消除其他慢病对糖尿病足进展的影响。同时社区护士对接患者家属与社区志愿者,搭建居家照护的支持网络,针对行动不便、独居的老年患者,协调社区志愿者提供对应的陪伴与协助,确保护理路径的各个环节都能顺利落地,各个主体之间形成稳定的联动配合,共同支撑糖尿病足预防护理路径的全流程执行。

### 结语

综上所述,社区护士在糖尿病足预防护理工作中承担核心主导作用,优化社区护士主导的糖尿病足预防护理路径,贴合社区糖尿病慢病管理的实际需求,适配社区护理的场景特征与工作模式。文章梳理现有社区糖尿病足预防护理路径的现存短板,明确路径优化的核心原则,从全维度风险分层筛查体系、差异化护理干预方案设计、全流程居家照护赋能体系、多主体协同护理联动机制四个维度,构建社区护士主导的糖尿病足预防护理路径体系。后续可围绕路径的落地执行细节展开更深入的探索,结合社区护理的实际情况持续优化路径内容,更好发挥社区护士在糖尿病足预防中的核心作用,提升社区糖尿病慢病管理的质效。

### 参考文献

- [1]居娴静.老年2型糖尿病患者的个性化预防护理效果研究[J].生命科学仪器,2025,23(05):259-260+263.
- [2]张冬艳.社区糖尿病护理中的预防和早期筛查[J].健康必读,2025,(27):99-100.
- [3]高仁凤.延续性护理预防糖尿病足合并感染的效果评估[J].糖尿病新世界,2024,27(10):125-127+131.
- [4]田小霞,马凤娟,吕艳菊.早期护理干预措施对预防及控制糖尿病足发展的护理价值研究[J].糖尿病新世界,2024,27(09):112-115.
- [5]李维维,朱燕,王伟.手术室护理干预对预防糖尿病患者术后切口感染的价值[J].糖尿病新世界,2024,27(09):123-126.