

医联体慢病个性化管理及精准护理干预效果观察

周婵娟 邹丽贤*

张家港市第三人民医院 江苏张家港 215611

摘要: **目的:** 探讨医联体慢病个性化管理及精准护理干预的应用效果。**方法:** 将张家港市第三人民医院牵头的塘桥镇社区卫生服务中心医联体接诊慢病(糖尿病、高血压)患者纳入研究对象, 合计112例, 患者均居家用药。根据不同护理学模式进行分组, 对照组(n=56)开展常规护理, 观察组(n=56)开展医联体慢病个性化管理及精准护理干预。比较社区医护人员胰岛素注射规范程度、血糖监测规范程度, 对比患者血糖值(空腹血糖、餐后2h血糖和糖化血红蛋白)、服药依从性、健康知识知晓程度、自我管理行为情况。**结果:** 观察组社区医护人员胰岛素注射规范评分和血糖监测规范评分均高于对照组($P<0.05$); 观察组患者干预后血糖值低于对照组($P<0.05$); 观察组患者服药依从性评分高, 健康知识知晓程度高, 自我管理行为好于对照组($P<0.05$)。**结论:** 医联体慢病个性化管理及精准护理干预的应用效果突出。

关键词: 医联体; 慢病; 个性化管理; 精准护理; 血糖; 服药依从性; 自我管理行为

目前我国人口老龄化日趋严重, 高血压、糖尿病等在内的慢病患者人数持续增多, 对专业的上门护理服务需求加剧, 但现阶段护理资源尚不能满足其需求。近年来, 将综合医院视为核心的医联体新模式应用越发普遍, 其不断整合各级医疗资源, 向患者予以连续且全面的健康管理服务, 基于信息化管理平台, 提供患者个性化的专业指导, 制定个性且精准化的健康管理方案, 有效改善慢病患者病情, 提高其生存质量^[1-2]。为进一步分析医联体慢病个性化管理及精准护理干预效果, 本文以张家港市第三人民医院牵头的医联体(塘桥镇社区卫生服务中心)接诊的慢病患者112例为研究样本, 汇报结果如下。

一、资料与方法

1. 一般资料

以张家港市第三人民医院牵头的医联体(塘桥镇社区卫生服务中心)接诊的慢病患者112例作研究对象, 均是已确诊的糖尿病、高血压且在家用药患者。根据不同护理学模式平均分组, 每组56例。对照组: 男性30

例, 女性26例; 年龄35~67岁, 平均(54.37 ± 3.62)岁。观察组: 男性27例, 女性29例, 年龄37~70岁, 平均(54.42 ± 3.58)岁。两组资料差异不明显($P>0.05$)。研究征得张家港市第三人民医院伦理委员会批准。

2. 纳排标准

纳入: (1) 符合糖尿病诊断指南^[3]; (2) 符合高血压诊断标准^[4]; (3) 塘桥镇范围内居家用药的患者; (4) 同意参加本研究。

排除: (1) 合并慢病并发症患者; (2) 妊娠或哺乳妇女; (3) 焦虑抑郁症或其他精神疾病者; (4) 恶性肿瘤; (5) 甲状腺功能亢进或代谢综合征者; (6) 各种原因引起的继发性高血压者。

3. 方法

对照组实施常规护理, 即由责任护士在患者出院时讲解居家注意事项, 发放健康宣教手册, 告知患者回院复诊的具体时间, 电话提醒患者复查等; 定期组织社区医护统一培训。

观察组实施医联体慢病个性化管理及精准护理: (1) 组建团队: 基于医联体模式, 组建张家港市第三人民医院“互联网+”系统慢病居家护理指导团队, 成员有1名内分泌科医生, 1名心血管科医师, 2名专科护士, 在镇区层面, 主要组建由2名内科医生和4名专科护士构成的小团队。小团队与所属辖区社区卫生服务机构的医护人员组建家庭医生服务团队, 同时成立“暖心1+1”优质护理服务行动小组并加入医联体新模式下慢病管理

基金项目: 项目编号: ZJGQNKJ202440, 项目名称: 张家港市卫生青年科技项目

作者简介: 周婵娟, 出生日期: 1986年4月14日, 性别: 女, 籍贯: 江苏, 学历: 本科, 职称: 副主任护师, 科室: 护理部, 主要从事: 护理管理, 工作单位: 张家港市第三人民医院, 邮编: 215611。

通讯作者: 邹丽贤, 通讯邮箱: 331623650@qq.com。

小组。(2)系统培训:培训重点在于专科理论和操作技能,上级专家不定期下沉社区培训,内容包括医联体实施、防治网络体系构建注意点、基础护理知识、慢病基础知识及注意事项等,并进行统一考核。①专科理论:医院牵头组织继续教育1~2次,主要对镇区一级、二级公立医院小团队成员和社区医护人员培训高血压和糖尿病理论知识;委派专科护士进社区和敬老院,每季开展一次护理讲座,加强护理服务指导,邀请患者和家属参与,学习糖尿病知识、血糖监测方法、自我监测对血糖控制的好处、血糖监测注意事项、血糖控制不良引起的并发症、并发症护理方法等,突出讲解血糖监测和并发症知识,增强患者认知,使其增加血糖监测频次;同时讲解高血压知识,强调并发症、规范用药对血压稳定的必要性;医院专科医生每间隔6个月至社区义诊1天,与社区医师一同对患者病情进行评估,询问患者是否了解胰岛素注射要点,同时解答患者问题,嘱咐患者遵医嘱执行。②操作技能:医院牵头举办全市继续教育培训,重点推广糖尿病注射技术和血糖监测规范,培训高血压监测技术急症治疗处理方法。镇区护士和社区医护分批次开展慢病培训,培训对象是辖区慢病患者,主要讲解胰岛素注射方法、高血压监测和急症处理,培训一季度;医院专科护士开展社区义诊,负责患者健康宣教、血糖血压监测、胰岛素注射指导,提供个性服务和家庭访视活动,如果患者行动不便,可提供上门服务。(3)监督指导:医联体核心成员指派护士不定期进社区督导,记录社区医护规范执行情况,一旦发现问题需及时给予整改建议,线上疑问解答和指导服务;社区医护通过上门访视和电话方式调查患者监测频率和胰岛素注射掌握度,

及时发现问题,主动查找分析原因,提出解决方案。

4. 观察指标

(1)社区医护评价指标:胰岛素注射操作流程考核表内容有胰岛素注射时间、进食情况和注射部位选择、正确装置笔芯及排气、规范调节剂量、规范注射等;血糖监测操作流程考核表评估社区医护血样采集、血糖试纸选择、采集部位评估、监测时点、采血时挤压力度等内容。均为百分制,分数越高表示社区医护相关操作规范程度越高。

(2)患者评价指标:①血糖值:对患者护理前、护理6个月、护理12个月空腹血糖、餐后2h血糖和糖化血红蛋白水平进行监测,均应用同品牌血糖仪,全自动糖化血红蛋白分析仪测定糖化血红蛋白值。②服药依从性:自制用药依从性问卷评估慢病患者服药依从程度,涉及完全依从、部分依从、不依从三个等级,计算总依从率(完全依从率+部分依从率)。③健康知识知晓度:糖尿病患者评估营养膳食、有氧运动、用药安全、居家护理等内容,高血压患者评估膳食、运动、用药、监测、并发症危害等内容,满分100分,分数越高表示患者知识了解程度越高。④自我管理行为:2型糖尿病患者自我管理行为量表(DSCS)26~130分,高血压病人自我管理行为测定量表(HPSMBRS)33~165分,分数高即自我管理能力强。

5. 统计处理

统计学软件SPSS 21.0分析数据,计量资料符合正态分布, $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间对比t检验,不同时点生理指标数值比较用重复测量方差分析;计数资料(%)表示, χ^2 检验; $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

表1 两组社区医护评价指标比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	胰岛素注射操作		血糖监测操作	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	56	86.46 ± 2.05	91.24 ± 1.36	86.28 ± 3.02	92.10 ± 1.52
观察组	56	86.50 ± 2.03	95.68 ± 2.30	86.30 ± 3.04	96.60 ± 2.17
t		0.104	12.435	0.035	12.710
P		0.918	<0.001	0.972	<0.001

表2 两组患者血糖比较(n, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	空腹血糖(mmol/L)			餐后2h血糖(mmol/L)			糖化血红蛋白(%)		
		干预前	干预6个月	干预12个月	干预前	干预6个月	干预12个月	干预前	干预6个月	干预12个月
对照组	56	8.57 ± 2.47	6.89 ± 1.02	6.01 ± 0.95	12.16 ± 1.85	9.86 ± 0.52	8.15 ± 1.02	8.36 ± 1.73	6.98 ± 0.51	6.01 ± 0.47
观察组	56	8.60 ± 2.45	6.25 ± 0.75	5.37 ± 0.51	12.19 ± 1.83	8.88 ± 0.63	7.15 ± 0.56	8.41 ± 1.72	6.44 ± 0.28	5.25 ± 0.03
t		0.065	3.783	4.442	0.086	8.978	6.431	0.153	6.946	12.076
P		0.949	<0.001	<0.001	0.931	<0.001	<0.001	0.878	<0.001	<0.001

二、结果

1. 社区医护评价指标

观察组社区医护人员胰岛素注射和血糖监测规范评分均高 ($P < 0.05$)。如表1。

2. 患者血糖值

观察组干预后血糖值均低 ($P < 0.05$)。如表2。

3. 服药依从性

观察组服药总依从率高 ($P < 0.05$)。如表3。

表3 两组服药依从性比较 (n, %)

组别	例数	完全依从 (n)	部分依从 (n)	不依从 (n)	总依从率 (%)
对照组	56	27	20	9	83.93
观察组	56	30	24	2	96.43
χ^2					4.940
P					0.026

4. 健康知识知晓和自我管理行为

观察组健康知识知晓度和自我管理行为分数高 ($P < 0.05$)。如表4。

表4 两组健康知识知晓和自我管理行为比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	健康知识知晓	DSCS	HPSMBRS
对照组	56	73.58 ± 6.83	91.37 ± 11.20	134.27 ± 8.17
观察组	56	89.20 ± 3.27	115.27 ± 16.28	148.49 ± 9.25
t		15.436	9.051	8.622
P		<0.001	<0.001	<0.001

三、讨论

医联体极具创新性,属新型医疗管理模式,强调树立强化医疗服务、形成健康理念的服务意识,将现有医疗资源和医疗机构、医联体相整合而形成紧密的合作模式,提高疾病综合管理效果,亦能通过慢病个性管理和精准护理干预,提高患者生活质量,规避不良并发症,减少慢病患者医疗支出^[5-6]。

研究结果分析:(1)观察组社区医护胰岛素注射规范评分和血糖监测规范评分高 ($P < 0.05$)。由医院带头组织继续教育,积极带动核心成员,再由核心成员对社区医护开展培训,医联体内医护人员相互学习,共同进步,有效平衡了医联体和医院间的人力资源,同时利用互联网平台相互交流疾病信息,定期教育培训,考核形式发现问题并针对性整改,可平衡医联体医护人员技能水平和素质,提高社区医护胰岛素注射和血糖监测规范程度^[7]。(2)观察组患者血糖值低,服药依从性、健康知识知晓度和自我管理行为评分均高 ($P < 0.05$)。医联体管理模式,采用多种途径为慢病患者提供健康知识指导,讲解疾病相关知识,致力于培养患者居家自护技能^[8]。一旦缺少监督管理,各种诱惑因素的存在,会导致人的行为退缩,所以不

断巩固并维持已经形成的健康行为非常重要。医联体慢病个体化管理及精准干预过程中,定期委派专业人员随访,由专家定期坐诊咨询,下沉医疗资源,及时发现患者问题并予以指正,可进一步巩固患者健康行为,深入了解疾病知识,提高其用药依从性,同时注重患者操作技能的培养,可让患者掌握操作技术,强化自我管理和健康之间的关系,树立患者自我管理意识,持续遵医嘱用药,增强自护能力,进一步调控自身病情,改善血糖值,与此同时,行动和维持阶段中,帮扶义诊、专家坐诊、定期随访等方式,都可以让患者意识到故态复萌的危险性,并鼓励患者家属参与管理工作中,可协助患者抵制不良诱惑,巩固形成的健康行为,进一步提高患者自我管理行为能力^[9-10]。

总之,医联体慢病个体化管理及精准护理干预的应用效果明显,可推荐。

参考文献

- [1] 鲍丽莎. 医联体下社区护理对慢性病患者的影响研究[J]. 中医药管理杂志, 2020, 28(10): 198-199.
- [2] 严凤凤, 缪月红. 中医护理适宜技术在医联体牵头医院慢病管理中的应用效果分析[J]. 东方药膳, 2021, 10(19): 219.
- [3] 中华医学会糖尿病学分会. 中国糖尿病防治指南(2024版)[J]. 中华糖尿病杂志, 2025, 17(1): 16-139.
- [4] 中国医师协会内分泌代谢科医师分会, 中国内分泌性高血压协作组. 内分泌性高血压筛查专家共识(2025版)[J]. 中华内科杂志, 2025, 64(4): 288-301.
- [5] 姚亲. 医联体载体下“中医+”居家护理服务在老年慢病患者中的应用[J]. 中医药管理杂志, 2021, 29(24): 367-369.
- [6] 刘晓晨, 王秀丽, 马月珍. 基于“互联网+医联体”的老年慢病患者延续护理实践[J]. 护理学杂志, 2023, 38(2): 100-104.
- [7] 王琴. 医联体视角下社区护理对慢性病患者的康复护理效果[J]. 健康必读, 2021, 11(22): 233.
- [8] 戴芹, 余小燕, 陈兰玲, 等. 老年慢性病患者群“中医+”居家护理服务模式的应用[J]. 护士进修杂志, 2021, 36(10): 939-943.
- [9] 方舟, 屠翡翠. 以医联体为载体的分级诊疗服务在社区慢性病管理中的应用效果观察[J]. 中外医学研究杂志, 2024, 3(7): 34-36.
- [10] 曾杉, 夏芳, 王斌. 医联体模式下糖尿病分级诊疗的实施对策研究[J]. 护理管理杂志, 2021, 21(7): 520-524.