

·赋能基层医疗·

紧密型县域医共体理念下慢性病管理的护理干预在慢性肾脏病患者中的应用效果

张文燕¹ 覃惠清¹ 韦秀珍²

1 广西南宁市邕宁区人民医院,南宁市 530200;2 广西南宁市邕宁区蒲庙镇卫生院,南宁市 530200

【摘要】 目的 研究紧密型县域医共体理念下慢性病管理的护理干预在慢性肾脏病(CKD)患者中的应用效果。方法 选取南宁市邕宁区人民医院2024年1月至2025年1月期间收治的80例CKD患者为研究对象,按随机数字表法将患者分为观察组和对照组,每组40例。对照组采用常规护理模式下的CKD干预,观察组在对照组基础上接受紧密型县域医共体理念下慢性病管理的护理干预。比较两组的就诊总满意率、总依从率、并发症总发生率,以及生活质量水平。结果 干预结束后,观察组就诊总满意率和总依从率均高于对照组,并发症总发生率低于对照组(均 $P<0.05$)。干预前,两组健康调查简表(SF-36)的生理机能、躯体疼痛、工作能力、总体健康、活力、社会功能、情感职能和心理健康等8个维度的评分,差异均无统计学意义(均 $P>0.05$);干预结束后,观察组SF-36的生理机能、躯体疼痛、工作能力、总体健康、活力、社会功能、情感职能和心理健康等8个维度的评分均高于对照组(均 $P<0.05$)。结论 对CKD患者采用紧密型县域医共体理念下慢性病管理的护理干预,可提高患者就诊满意度和依从性,降低并发症发生率,提高其生活质量。

【关键词】 紧密型县域医共体;慢性肾脏病;慢性病管理;护理管理;并发症

【中图分类号】 R 692 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-7768(2025)03-0305-05

慢性肾脏病(chronic kidney disease, CKD)作为一种全球性的公共卫生问题,发病人数呈快速增长趋势。2017年全球CKD患者人数达6.975亿,预计占世界人口的9.1%,其中我国CKD患者人数达1.323亿,患病率为7 180/10万^[1]。该病早期症状隐匿,较难被发现;一旦病情进展至中晚期,患者可出现肾功能减退、蛋白尿、水肿、血尿等症状,并引发多种并发症,如高血压、贫血、电解质紊乱等,严重影响患者的生活质量^[2-3]。CKD常见的疾病类型包括糖尿病肾病、高血压肾病、原发性肾小球疾病、狼疮性肾炎、慢性间质性肾炎等^[4]。其病因多为长期高血糖、高血压、脂代谢紊乱、感染、自身免疫性疾病、基因突变等^[5]。近年来,随着我国人口老龄化加剧和生活方式改变,CKD的发生率逐年增加,该病具有病程长、病情重、并发症多和预后差等特点,不仅严重影响患者的生活质量,还会增加家庭及社会的经济负担^[6]。因此,早期就诊和早期治疗对疾病的有效控制具有重要作用。然而,我国医疗资源相对有限,高水平医疗人才分布不均。一般来说,城市拥有大量医疗机构,包括大型综合医院、专科医院和社区卫生服务中心等,分布相对集中,服务覆盖面也较广;而城镇和农村地区医疗机构数量相对较少,种类较为单一,以乡镇卫生院和村卫生室为主,分布分散且服务能力有限^[7]。这

种资源配置差异导致疑难病症和危重患者的诊疗面临严峻挑战。紧密型县域医共体是一种整合县域医疗资源的新模式,能通过优化医疗服务体系、提高基层医疗服务能力,以县级医院为龙头采用兼容并包、资源共享、责任共担、利益共赢的模式构建医疗服务共同体,为县域居民提供连续、协同、高效的医疗服务体验,在基层慢性病管理中,通过优化资源配置、强化协同机制、提升服务能力等路径,显著提升了慢性病管理的效率和质量^[8]。慢性病管理是一个世界性难题,发达国家和国际组织曾以多种方式探索不同的慢性病管理模式,信息融合和数据监测整合平台的建立是紧密型县域医共体管理效能提升的基石,紧密型县域医共体或可通过资源整合、分级诊疗、信息化赋能和支付方式改革,显著提升基层慢性病管理的效率和质量,降低疾病负担,成为推进“以健康为中心”的医疗卫生服务转型的关键抓手^[9]。基于此,本研究探索紧密型县域医共体理念下慢性病管理的护理干预在CKD患者中的应用效果,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取南宁市邕宁区人民医院2024年1月至2025年1月期间收治的80例CKD患者为研究

对象,按随机数字表法将患者分为观察组和对照组,每组40例。对照组男20例,女20例;年龄38~76(57.45±2.37)岁;病程3~9(6.05±1.32)年;观察组男21例,女19例;年龄38~77(57.68±2.39)岁;病程3~10(6.53±1.32)年;两组性别、年龄、病程等一般资料差异均无统计学意义(均 $P>0.05$),具有可比性。本研究经南宁市邕宁区人民医院医学伦理委员会批准,所有患者及其家属对本研究知情并签署知情同意书。

纳入标准:(1)符合CKD的临床诊断标准^[10];(2)可进行良好的沟通。排除标准:(1)有酮症酸中毒者或终末期肾病患者;(2)患有恶性肿瘤者;(3)有免疫系统障碍者;(4)有多囊肾病患者;(5)有传染性病原体者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规护理模式下的CKD干预。患者经诊断和住院治疗(主要为常规的对症治疗),病情缓解后带药出院,并接受常规随访。具体措施如下:(1)控制血糖和血压。护理人员常规监测患者血糖和血压的变化,做好慢性病管理,嘱患者按时按量正确用药,避免血糖和血压大幅波动。(2)减少蛋白尿治疗。对于病情严重的患者,医生根据肾脏病理类型告知使用糖皮质激素和免疫抑制剂的用药注意事项,避免患者继发感染、骨质疏松症等并发症。(3)并发症预防。①定期检测血常规,贫血患者应补充促红细胞生成素,同时补充铁剂、维生素B₁₂等,以提高血红蛋白水平,改善贫血症状。②调整饮食中钙、磷的摄入,补充活性维生素D以促进钙吸收。③对于心血管疾病患者,定期监测其血糖、血压、血脂水平,必要时使用抗血小板药物预防血栓形成。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上,增加紧密型县域医共体理念下CKD慢性病管理的护理干预。

1.2.2.1 构建一体化管理体系 (1)南宁市邕宁区人民医院作为邕宁区紧密型县域医共体牵头单位,负责组织架构的搭建:成立县域CKD慢性病管理领导小组,由县级医院院长担任组长,成员包括各基层医疗机构负责人、肾内科专家、专科护士等。由组长负责统筹县域内CKD慢性病管理工作,制定管理方针,设置目标,明确各成员的任务,并做好资源协调。同时,成立以肾内科医生为核心,护理人员、营养师、康复师、药师等为辅助的多学科管理团队,充分发挥各成员的专业优势,提供全面的疾病管理服务。例如,营养师负责制定个性化饮食方案,药师负责药物不良反应监测和规范化用药指导,护理人员则为患者

提供生理、心理、社会等全方位的护理服务。(2)建立县域统一的CKD慢性病管理信息系统,患者信息、病历资料、检验检查结果、随访记录等可在县域内医疗机构及时查看,方便医生随时了解患者病情。(3)此外,利用信息化技术(移动医疗APP、远程医疗设备等),实现与患者及各医疗机构的三联互动。患者可通过APP上传血压、血糖等自我监测数据,护理人员可远程查看并反馈给医生,以便医生动态调整治疗方案。

1.2.2.2 疾病评估 (1)基层筛查和转诊工作。基层医疗机构通过健康体检、高危人群筛查等方式,做好疾病的早期筛查。对于高血压、高血糖(糖尿病)和高脂血症患者,定期检测其尿常规、肾功能等指标;对于起病迅速的患者,及时将其转诊至县级医院进一步救治。(2)基层医生在转诊时,护理人员可通过信息系统将患者的基本信息和前期检查报告上传至县域统一的CKD慢性病管理信息系统,方便县级医院医生提前了解病情,并做好接诊准备。

1.2.2.3 疾病护理 (1)基层医院采用分级护理实施和综合护理措施为患者制定护理方案。例如,对病情稳定的患者进行上门随访,提供用药护理、病情监测等服务,同时定期向县级医院反馈病情变化趋势。(2)对于转至县级医院的患者,由县级医院进行全面评估并制定救治方案,县级医院护理人员负责疾病的综合护理和并发症预防,并将患者的临床信息等输入共享系统。患者出院后,由基层医院护士负责病情观察和康复护理等。(3)用药期间,县级医院护士指导基层护理人员做好患者的用药观察和健康宣教。同时,嘱患者多补充优质蛋白质,遵循低蛋白、低盐、低钾、低磷的饮食原则。告知基层护士指导患者坚持锻炼,如散步、打太极拳等有氧运动。两组干预时长均为4周。

1.3 观察指标

1.3.1 就诊满意度 干预结束后,采用自制的满意度问卷,让患者根据就诊体验进行满意度评分。满分为100分,>85分为十分满意,60~85分为一般满意,<60分为不满意。总满意率=(十分满意人数+一般满意人数)/总人数×100%。

1.3.2 依从性 干预结束后,采用自制的依从性问卷,就服药、健康饮食、适度锻炼、定期复查等4个方面对患者进行依从性评价。满分为100分,>85分为十分依从,60~85分为一般依从,<60分为依从性低。总依从率=(十分依从人数+一般依从人数)/总人数×100%。

1.3.3 并发症发生情况 干预结束后,比较两组患者贫血、高血压、肺水肿和心血管疾病等并发症的总发生率。

1.3.4 生活质量 干预前及干预结束后,采用健康调查简表(Short Form-36 Health Survey, SF-36)^[11]评估患者的生活质量。该量表共包括36个条目,8个维度,分别为生理机能、躯体疼痛、工作能力、总体健康、活力、社会功能、情感职能、心理健康。每个维度满分100分。

1.4 统计学处理 应用SPSS 27.0软件对数据进行统计学分析。符合正态分布的计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示,比较采用 t 检验。计数资料用 $n(\%)$ 表示,比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组就诊满意度的比较 干预结束后,观察组就诊总满意率高于对照组($P<0.05$),见表1。

表1 两组就诊满意度的比较 [n(%)]

| 组别 | n | 十分满意 | 一般满意 | 不满意 | 总满意 |
|----------|----|-----------|-----------|----------|------------|
| 对照组 | 40 | 20(50.00) | 12(30.00) | 8(20.00) | 32(80.00) |
| 观察组 | 40 | 28(70.00) | 12(30.00) | 0(0.00) | 40(100.00) |
| χ^2 | | | | | 6.805 |
| P | | | | | 0.009 |

2.2 两组依从性的比较 干预结束后,观察组总依从率高于对照组($P<0.05$),见表2。

表2 两组依从性的比较 [n(%)]

| 组别 | n | 十分依从 | 一般依从 | 依从性低 | 总依从 |
|----------|----|-----------|-----------|----------|------------|
| 对照组 | 40 | 20(50.00) | 14(35.00) | 6(15.00) | 34(85.00) |
| 观察组 | 40 | 30(75.00) | 10(25.00) | 0(0.00) | 40(100.00) |
| χ^2 | | | | | 4.504 |
| P | | | | | 0.033 |

2.3 两组并发症发生情况的比较 干预结束后,观察组并发症总发生率低于对照组($P<0.05$),见表3。

表3 两组并发症总发生率的比较 [n(%)]

| 组别 | n | 贫血 | 高血压 | 肺水肿 | 心血管疾病 | 总发生 |
|----------|----|---------|----------|---------|----------|-----------|
| 对照组 | 40 | 3(7.50) | 4(10.00) | 1(2.50) | 8(20.00) | 16(40.00) |
| 观察组 | 40 | 1(2.50) | 1(2.50) | 0(0.00) | 2(5.00) | 4(10.00) |
| χ^2 | | | | | | 9.600 |
| P | | | | | | 0.002 |

2.4 两组生活质量的比较 干预前,两组SF-36的生理机能、躯体疼痛、工作能力、总体健康、活力、社会功能、情感职能和心理健康等8个维度的评分,差异均无统计学意义(均 $P>0.05$)。干预结束后,观察组

SF-36的生理机能、躯体疼痛、工作能力、总体健康、活力、社会功能、情感职能和心理健康等8个维度的评分均高于对照组(均 $P<0.05$)。以上内容见表4。

表4 两组SF-36的生理机能、躯体疼痛、工作能力、总体健康、活力、社会功能、情感职能和心理健康等8个维度评分的比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

| 组别 | n | 生理机能 | | 躯体疼痛 | | 工作能力 | |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 对照组 | 40 | 52.33±3.56 | 74.55±3.56 | 59.63±3.95 | 70.75±3.33 | 63.45±3.22 | 70.26±3.14 |
| 观察组 | 40 | 51.35±4.11 | 87.01±4.23 | 60.32±4.24 | 83.45±3.21 | 63.13±3.45 | 84.77±3.16 |
| t | | 1.140 | 14.254 | 0.753 | 17.366 | 0.429 | 20.600 |
| P | | 0.258 | <0.001 | 0.454 | <0.001 | 0.669 | <0.001 |

续表

| 组别 | n | 总体健康 | | 活力 | | 社会功能 | |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 对照组 | 40 | 58.26±5.11 | 78.03±3.45 | 51.45±3.46 | 74.55±3.56 | 59.43±3.72 | 71.25±3.67 |
| 观察组 | 40 | 56.57±5.12 | 85.78±3.55 | 51.56±3.11 | 87.01±4.23 | 59.32±3.74 | 83.82±4.01 |
| t | | 1.478 | 9.902 | 0.150 | 14.254 | 0.132 | 14.625 |
| P | | 0.144 | <0.001 | 0.882 | <0.001 | 0.895 | <0.001 |

| 组别 | n | 情感职能 | | 心理健康 | |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|
| | | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 对照组 | 40 | 62.77±3.51 | 71.16±3.14 | 57.66±5.11 | 77.83±4.14 |
| 观察组 | 40 | 62.03±3.35 | 83.89±3.16 | 57.27±5.12 | 85.98±3.62 |
| t | | 0.965 | 18.073 | 0.341 | 9.373 |
| P | | 0.338 | <0.001 | 0.734 | <0.001 |

3 讨 论

CKD是一种持续发展的疾病,患者常伴有肾脏结构或功能异常超过3个月,其肾小球滤过率降低,对患者的健康有重要影响^[12]。CKD是我国常见的重大慢性病,患病率高,且起病隐匿,患者对此病的知晓率低、治疗率低,若治疗不及时,易发展为尿毒症^[13-14]。随着病情的进一步发展恶化,CKD可累及心、脑、肺等多个重要脏器,给患者自身和家庭带来沉重打击^[15-16]。为做好CKD患者的疾病管理,本研究采用紧密型县域医共体理念实施干预,可为患者提供一体化、高质量的医疗服务。

本研究结果显示,干预结束后,观察组就诊总满意率高于对照组。这是因为采用紧密型县域医共体理念指导下的CKD患者的慢性病管理的护理干预,通过构建一体化管理体系、建立县域统一的CKD慢性病管理信息系统以及利用信息化技术(移动医疗APP、远程医疗设备等),实现了与患者及各医疗机构的三联互动,使患者能在县域内获得连续、便捷的医疗服务^[17]。在疾病评估阶段,基层医疗机构通过健康体检、高危人群筛查等方式,做好疾病的早发现和早识别,并立即将筛查异常的患者转诊至县级医院进一步救治,同步上传患者的检查报告等数据,以便县级医院医生提前做好救治准备。

本研究中,干预结束后,观察组总依从率高于对照组。这主要得益于紧密型县域医共体理念下CKD患者的慢性病管理的护理干预。基层医院采用分级

护理实施和综合护理措施为患者制定护理方案。对病情稳定的患者进行上门随访,提供用药护理、病情监测等服务,同时定期向县级医院反馈疾病动态。对转至县级医院的患者,由县级医院进行全面评估并制定救治方案,护理人员负责疾病的综合护理和并发症预防,并将患者的临床信息等输入共享系统供基层医院实时查看。患者出院后,县级医院指导基层护理人员继续落实用药管理、病情观察,并监督患者的治疗依从性。

本研究中,干预结束后,观察组并发症总发生率低于对照组。这是因为采用紧密型县域医共体理念下CKD患者的慢性病管理的护理干预,实现了基层医院、县级医院及患者间的三元联动。具体而言,县级医院提供专业指导,基层医院严格落实和执行疾病管理方案;若患者在基层医院疾病管理期间遇到异常情况,基层医院护理人员或患者本人可通过信息化技术(移动医疗APP、远程医疗设备等)及时向县级医院咨询,县级医院医务人员全面评估后给予患者有效的解决方案;同时,基层医院护理人员可通过线上方式掌握患者病情,并在必要时进行线下上门随访,有疑问时可向上级部门寻求帮助。

本研究中,干预结束后,观察组SF-36的生理机能、躯体疼痛、工作能力、总体健康、活力、社会功能、情感职能和心理健康等8个维度的评分均高于对照组。在常规诊疗模式下,CKD护理管理模式内容单一、管理分散,护理工作缺乏连续性和有效性,再者因医疗水平有限,患者难以享受到其他优质的医疗服务。

务,影响疾病护理的质量。而采用紧密型县域医共体理念下CKD患者的慢性病管理的护理干预后,基层护理工作变得简单且高效,护理服务具有系统性和连续性,同时通过构建优质的组织架构、信息共享系统,不仅提高了县域内的医疗水平,也更好地提高了医务人员的专业技能,在该模式下,基层医院的疾病护理质量得到提高,也使患者的生活质量得到了明显提升。

综上所述,对CKD患者采用紧密型县域医共体理念下CKD患者的慢性病管理的护理干预,可提高患者就诊满意度和依从性,降低并发症发生率,提高其生活质量,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会肾脏病学分会专家组. 中国慢性肾脏病患者高血压管理指南(2023年版)[J]. 中华肾脏病杂志, 2023,39(1):48-80.
- [2] 麦培彪,黄晟文,张坤,等. 早期慢性肾脏病患者体内血清白蛋白水平对冠脉钙化的预测价值[J]. 中山大学学报(医学科学版),2024,45(2):268-275.
- [3] 骆雅咏,董哲毅,林雯文,等. 营养评估方法在慢性肾脏病患者中的应用研究进展[J]. 解放军医学杂志,2024,49(12):1437-1443.
- [4] 申红霞,黎敏仪,赖美琦,等. 慢性肾脏病患者患病体验的质性研究[J]. 军事护理,2024,41(8):74-77.
- [5] 谢霄玲,苗鑫蕾,唐桂敏,等. 肥胖与慢性肾脏病的关联:一项回顾性队列研究[J]. 中华内分泌代谢杂志,2024,40(9):752-757.
- [6] 奚梓玮,莫竞娴,刘秋萍,等. 慢性肾脏病人群心血管病风险预测模型研究进展[J]. 中华流行病学杂志,2024,45(10):1448-1454.
- [7] 钱晨,王珩,李念念. 凯撒医疗及其对我国紧密型县域医疗卫生共同体建设的启示[J]. 中国卫生资源,2020,23(2):172-175,181.
- [8] 刘杨,肖革新,陈莉玲,等. 面向紧密型医共体的慢性病整合型健康管理模式构建[J]. 中华健康管理学杂志, 2023,9(8):619-622.
- [9] 邓宏宇,吴淼淼,杨正,等. 紧密型县域医共体医防融合慢性病管理创新模式构建研究[J]. 中国全科医学, 2023,26(22):2720-2725.
- [10] 中国医药教育协会临床肾脏病专委会,慢性肾脏病多学科临床管理路径专家共识委员会. 慢性肾脏病多学科临床管理路径专家共识[J]. 中华内科杂志,2024,63(12):1216-1227.
- [11] 何易,钟慧,薛痕,等. 沙库巴曲缬沙坦在慢性肾脏病患者中的应用[J]. 中华肾脏病杂志,2024,40(1):67-73.
- [12] 栗小茹,朱淑华,许书添,等. 合并静脉血栓栓塞慢性肾脏病患者的临床特征及预后[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志,2024,33(5):430-436.
- [13] 古丽米热·穆合塔尔,曲悦,哈晓文,等. 应用移动APP调整透析患者慢性肾脏病矿物质与骨异常指标的效果研究[J]. 临床肾脏病杂志,2024,24(5):359-363.
- [14] 杨舒媛,张燕,罗琰琨. 硫酸吡嗪酚与慢性肾脏病肌少症机制的研究进展[J]. 临床肾脏病杂志,2024,24(6):517-520.
- [15] 付平. 提升中国慢性肾脏病患者自我管理的综合策略[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志,2023,32(6):551-553.
- [16] 余蓓蕾,姜玲,李喆,等. 肾小球滤过率对急慢性肾脏病患者溶质及电解质肾脏排泄分数的影响[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志,2023,32(1):1-7.
- [17] 崔兆涵,王虎峰. 整体性治理视角下紧密型医共体的构建逻辑与实施路径[J]. 中国卫生政策研究,2021,14(2):1-7.

(收稿日期:2024-12-22 修回日期:2025-03-09)

引用本文:张文燕,覃惠清,韦秀珍. 紧密型县域医共体理念下慢性病管理的护理干预在慢性肾脏病患者中的应用效果[J]. 内科,2025,20(3):305-309.

DOI: 10.16121/j.cnki.cn45-1347/r.2025.03.15