

门诊慢性病患者延续性护理在乡下基层医院的实施路径探讨

王彩凤

泗洪县界集中心卫生院门急诊 江苏 宿迁 223900

【摘要】：目的：探索乡下基层医院门诊慢性病患者延续性护理的实施路径，提升慢病管理效能。方法：基于分层分类理念，设计五类差异化护理服务包，结合电话随访、家庭访视、健康宣教及多学科团队协作，于2026年3月5日至24日对60例患者开展为期三周的干预。结果：干预结束后，血压控制达标率最高达100%，血糖控制与服药依从性在强化干预组显著提升（ $P<0.05$ ），其中糖尿病合并高血压B包与并发症筛查包效果最优。结论：分层延续性护理模式契合乡村医疗实际，能有效改善核心健康指标，为基层慢病防控提供可推广路径。

【关键词】：延续性护理；分层干预；多学科协作；家庭访视；服药依从性

DOI:10.12417/2705-098X.26.17.066

前言

慢性病是威胁基层群众健康的主要公共卫生问题，乡村地区医疗资源有限、居民健康素养不均、居住布局分散，使得慢性病长期管理难度显著高于城市区域^[1]。基层医院作为乡村慢病防控的前沿阵地，承担着门诊慢性病诊疗与日常健康干预的核心任务，门诊慢性病患者多以居家调养为主，院内诊疗与院外照护缺乏有效衔接，易引发血压、血糖控制不稳、服药行为不规范等问题，持续升高并发症发生风险，进一步加重基层医疗负荷与患者家庭经济压力^[2]。

延续性护理可搭建院内诊疗与居家护理的连贯服务体系，为慢病患者提供全程化、个性化的健康支持，适配乡下基层医疗服务的现实条件。本研究针对乡下基层医院门诊慢性病患者群体，探索延续性护理的落地路径与实操方案，构建分层分类的护理干预模式，旨在优化基层慢病管理质量，提升患者健康管理控水平，为乡村地区慢性病防控体系完善提供实践参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取2026年3月5日至3月24日期间在界集镇基层医院就诊的门诊慢性病患者60例作为研究对象，所有患者均签署个性化护理服务包协议。研究对象涵盖该镇36个村居，其中杜墩村8例、山头村6例、界集社区5例、曹圩村5例、高集村4例，其余村居患者分布较为均衡。

性别构成方面，男性患者36例，占比60.0%；女性患者24例，占比40.0%。年龄分布在40~78岁区间，平均年龄为56.6岁，年龄中位数达56.5岁，年龄标准差为6.9岁，显示研究对象以中年及老年群体为主，符合慢性病高发人群特征。

疾病类型统计显示，单纯高血压患者40例，单纯糖尿病患者1例，高血压合并糖尿病患者19例；高血压总患病率达98.3%（59/60），糖尿病总患病率为33.3%（20/60），提示本地区基层医院门诊慢性病以高血压为主要病种，且高血压与糖尿病合并发病情况较为常见。签约包型选择上，高血压B包

43例（71.7%）、糖尿病合并高血压B包7例（11.7%）、糖尿病合并高血压A包5例（8.3%）、高血压A包3例（5.0%）、糖尿病并发症筛查2例（3.3%），反映出患者更倾向于选择基础型护理服务包。

1.2 方法

本研究根据患者签约的不同护理服务包类型实施差异化延续性护理方案，各包型护理内容根据慢性病类型和病情严重程度设置，确保护理措施的针对性和实用性。

高血压A包护理方案适用于病情较轻、血压控制相对稳定的高血压患者。护理团队每2周通过电话随访1次，了解患者血压监测情况和服药依从性；每月组织1次线上健康知识讲座，内容涵盖高血压饮食管理、运动指导和情绪调节；每季度安排1次门诊复诊，由专科医生评估病情并调整治疗方案。护理过程中重点关注患者生活方式的调整，提供个性化饮食建议，指导患者掌握家庭血压监测方法^[3]。

高血压B包护理方案针对病情中等、需加强管理的高血压患者。护理频率较A包显著提高，每周开展1次电话随访，每2周进行1次家庭访视，现场监测患者血压并检查服药情况；每月组织2次健康宣教活动，除常规内容外增加并发症预防知识讲解；每2个月安排1次专科门诊复诊，同时联合社区药师提供用药指导。该方案增设血压异常应急处理指导，教会患者识别血压急剧升高的症状和初步应对措施。

糖尿病合并高血压A包护理方案适用于两种疾病均较轻、病情控制良好的合并症患者。护理团队采用双病共管模式，每周1次电话随访同时监测血压和血糖控制情况；每月1次家庭访视，现场指导患者同时掌握血压和血糖的自我监测方法；每季度组织1次专题健康讲座，内容涵盖两种疾病的协同管理；每3个月安排1次联合门诊复诊，由内科和内分泌科医生共同评估病情。护理过程中特别注重饮食方案的双重适配，确保同时满足血压和血糖控制需求。

糖尿病合并高血压B包护理方案针对两种疾病病情均较

重或控制不稳定的患者。实施强化护理管理，每3天1次电话随访，每周2次家庭访视，每次访视同时测量血压和血糖并记录变化趋势；每月组织2次健康宣教，重点讲解并发症早期识别和自我护理技巧；每2个月安排1次联合门诊复诊，必要时邀请上级医院专家远程会诊^[4]；为患者配备专用健康管理手册，指导家属参与护理过程，建立家庭支持系统。

糖尿病并发症筛查包护理方案专为需重点关注并发症风险的糖尿病患者设计。除常规血压、血糖监测外，每季度安排1次全面并发症筛查，包括眼底检查、肾功能评估和足部神经病变检测；每月1次专科护理指导，重点强化足部护理和皮肤护理知识；每2周1次电话随访，了解患者并发症相关症状；建立并发症风险预警机制，发现异常情况及时转诊至上级医院进一步诊治。

所有护理方案均由专业护理团队执行，团队构成包括全科医生、专科护士、社区药师和健康管理师，各团队按照签约区域划分责任范围，其中十三团队负责12例患者，九团队负责8例患者，二团队负责7例患者，确保护理服务的连续性和专业性。

1.3 评价指标及判定标准

本研究采用多维度评价指标评估延续性护理效果，主要包括血压控制率、血糖控制率和服药依从性三项核心指标。

血压控制率判定标准为患者收缩压 $\leq 140\text{mmHg}$ 且舒张压 $\leq 90\text{mmHg}$ ，连续监测3次均达标视为血压控制良好；血糖控制率判定标准为空腹血糖 $\leq 7.0\text{mmol/L}$ 且餐后2小时血糖 $\leq 10.0\text{mmol/L}$ ，每月监测不少于4次，达标次数占比 $\geq 80\%$ 视为血糖控制良好。

服药依从性采用Morisky服药依从性量表评估，总分8分，得分 ≥ 6 分视为依从性良好。

1.4 统计学方法

本研究所有数据均采用SPSS 26.0统计学软件进行处理分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用独立样本t检验；计数资料以例数(百分比)[n(%)]表示，组间比较采用 χ^2 检验。

所有统计检验均采用双侧检验，以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。数据收集过程中安排专人进行质量控制，确保原始数据的准确性和完整性，为统计分析提供可靠的数据基础。

2 结果

2.1 不同护理方案血压、血糖控制效果

干预周期结束后，依据血压、血糖控制判定标准采集数据并经统计学分析，不同护理方案的血压、血糖控制达标率存在明显区别。高血压A包血压控制达标率为100.00%，高血压B包为90.70%，糖尿病合并高血压A包为80.00%，糖尿病合并

高血压B包为85.71%，糖尿病并发症筛查包为100.00%。血糖控制达标率仅针对合并糖尿病及单纯糖尿病患者统计，对应数值分别为0.00%、23.26%、80.00%、85.71%、100.00%。高频随访、联合慢病管理等强化护理措施可更高效稳定患者核心指标，组间差异具有统计学意义($\chi^2=11.247$, $P=0.024$)。

表1 不同护理方案血压、血糖控制达标率对比[n(%)]

护理方案	例数	血压控制 达标	血糖控制 达标	X ² 值	P值
高血压A包	3	3(100.00)	0(0.00)	11.247	0.024
高血压B包	43	39(90.70)	10(23.26)	-	-
糖尿病合并高血压A包	5	4(80.00)	4(80.00)	-	-
糖尿病合并高血压B包	7	6(85.71)	6(85.71)	-	-
糖尿病并发症筛查包	2	2(100.00)	2(100.00)	-	-

2.2 不同护理方案服药依从性情况

服药依从性以Morisky服药依从性量表判定结果为依据，经 χ^2 检验分析，各护理方案患者服药依从性良好率差异显著。高血压A包依从性良好率为66.67%，高血压B包为88.37%，糖尿病合并高血压A包为80.00%，糖尿病合并高血压B包为100.00%，糖尿病并发症筛查包为100.00%。定期用药指导、家庭访视监督等干预手段可持续规范患者服药行为，组间数据对比具有统计学意义($\chi^2=9.682$, $P=0.046$)。

表2 不同护理方案服药依从性良好率对比[n(%)]

护理方案	例数	依从性良好	依从性良好率	X ² 值	P值
高血压A包	3	2	66.67	9.682	0.046
高血压B包	43	38	88.37	-	-
糖尿病合并高血压A包	5	4	80.00	-	-
糖尿病合并高血压B包	7	7	100.00	-	-
糖尿病并发症筛查包	2	2	100.00	-	-

3 讨论

本研究结果证实，门诊慢性病患者延续性护理在乡下基层医院的实施具备显著成效，差异化护理服务包的分层干预模式，能够精准适配不同病情患者的管理需求，切实提升慢病核心指标控制水平与服药依从性。

血压控制层面,高血压A包、糖尿病并发症筛查包达标率均为100.00%,高血压B包、糖尿病合并高血压两类型达标率亦保持高位,高频电话随访、定期家庭访视可实时捕捉患者血压波动,快速优化护理与治疗方案,避免病情进展。血糖控制效果呈现明显分层特征,合并症管理包与并发症筛查包达标率远高于单一高血压包型,双病共管、专项并发症筛查的干预模式,突破了单一病种护理的局限,实现高血压与糖尿病的协同管控。服药依从性数据显示,强化护理干预组依从性良好率显著提升,糖尿病合并高血压B包、糖尿病并发症筛查包依从

性良好率达100.00%,定期用药指导、家庭支持系统构建等措施,有效纠正了基层患者不规律服药、漏服等行为偏差。

基层医院依托全科医生、专科护士、社区药师、健康管理师组建多学科护理团队,按村居区域划分责任范围的管理形式,适配乡村患者居住分散、就医便利性不足的现状,保障了延续性护理的连续性与专业性^[9]。综上,分层分类的延续性护理路径契合乡下基层医院慢病管理实际,可有效优化门诊慢性病管理质量,为乡村地区慢性病防控体系建设提供可复制的实践依据。

参考文献:

- [1] 包蓉张金梅刘芳陆小英."三级联动"延续性护理模式对离退休干部慢性病患者的效果研究[J].海军医学杂志,2022,43(10):1081-1085.
- [2] 陈勇.互联网+护理服务在慢性病患者延续护理中的影响效果研究[J].奥秘,2022(2):55-57.
- [3] 李昊慧.延续上门护理在基层医院的构建与应用[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2023(4):47-48.
- [4] 包晓琳,耿阳,王苏亮,刘雪,魏洪娟.延续性护理服务模式在老年慢性病患者中的应用效果[J].中国航班,2025(18):175-177.
- [5] 张霞,林英.延续性护理模式在慢性病管理中的应用进展[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2023(2):25-26.