

老年慢性病患者医养结合延续性护理对其生活质量和再入院率的影响

高慧婷

新疆医科大学第六附属医院 新疆 830000

【摘要】目的：探讨医养结合模式下延续性护理应用于老年慢性病患者的实际临床作用；方法：选取2024年01月至2024年12月收治的80例老年慢性病患者为研究对象，运用随机数字表法将所有患者分为对照组与观察组，每组各40例，对照组运用常规出院照护指导，观察组运用医养结合延续性护理，对比两组患者日常活动能力、不良事件发生情况、再入院情况、自我管理行为；结果：干预后，观察组日常活动能力评分、自我管理行为达标率较高，不良事件发生率、再入院率较低（ $P<0.05$ ）；结论：医养结合延续性护理可帮助老年慢性病患者维持较好的日常活动状态，减少院外不良事件的发生，降低再次入院的概率，推动患者建立符合自身病情的自我管理习惯。

【关键词】医养结合；延续性护理；老年慢性病；自我管理；慢性病管理

DOI:10.12417/2705-098X.26.18.019

我国65岁及以上人群慢性非传染性疾病患病率较高，其中高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病等患病占比位居前列，带病生存时间较长，患者病程普遍迁延，受累器官功能呈现进行性退变，出院后的长期照护需求远高于普通就诊人群^[1]。认知重构与持续性照护支持被认为能有效延缓老年慢性病患者的功能衰退进程，这在既往小范围的社区照护试点中得到了侧面印证。既往研究在社区老年照护领域多聚焦于单次入户指导的实施效果，多数院后随访仅集中于出院后1个月内的用药提醒，对患者长期的日常活动维持、风险规避行为的引导存在明显缺失，不少患者出院后因缺乏持续性的专业照护支持，出现用药错漏、跌倒、病情急性加重等问题。本研究运用医养结合延续性护理方案开展对照分析，探讨该模式应用于老年慢性病患者出院后照护的实际临床作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取2024年01月至2024年12月本院收治的80例老年慢性病患者为研究对象。运用随机数字表法完成分组，观察组、对照组各纳入40例。观察组男22例，女18例，年龄区间62-83岁，年龄平均值为（71.25±4.62）岁。对照组男21例，女19例，年龄区间61-84岁，年龄平均值为（70.89±4.78）岁。两组患者一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。纳入研究的患者需满足下述条件：确诊为高血压、2型糖尿病或慢性阻塞性肺疾病其中一类及以上，诊断符合《中国老年慢性病综合防控指南2023版》中的相关判定依据。出院时意识清晰，可自主完成或在照料者协助下完成相关随访信息反馈。年龄≥60周岁，出院后固定居住于本次研究覆盖的服务范围内。患者及主要照料者知晓研究相关流程，自愿配合各项信息采集工作。符合下述任意一项的患者不纳入本次研究：合并恶性肿瘤、终末期脏器功能衰竭或其他预期生存期不足1年的疾

病。存在认知障碍、精神疾病既往史，无法配合完成随访评估。出院后3个月内有移居外地计划，无法完成全周期随访。同期参与其他临床干预类研究。

1.2 研究方法

对照组：患者出院当日，护士向患者及家属告知日常用药频次与剂量，说明不同疾病对应的饮食禁忌与适宜活动量，告知异常症状表现与就诊指征。出院后前四周每两周开展一次电话随访，仅询问患者基本健康状态，不提供额外的主动干预服务，患者有照护疑问可主动联系科室护理人员咨询。

观察组：运用医养结合延续性护理方案，由科室责任护士与患者居住地社区医养服务点对接护士共同完成六个月的干预工作。

（1）责任护士在患者出院前三天，整理患者本次住院的诊疗记录、当前用药方案、各项生理指标控制目标，同步至对应社区医养服务点的对接护士，双方核对信息无误后确定后续随访的时间节点。

（2）患者出院后第一周，对接护士完成首次上门访视，查看患者居家环境的防滑措施、常用物品摆放位置、用药收纳器具设置情况，指出存在的安全隐患，指导家属完成对应调整。

（3）每月组织一次面向患者与主要照料者的线下小型宣讲，单次时长三十分钟，依次讲解不同慢性病的照护要点，现场纠正错误的操作行为，解答参与者提出的具体疑问。

（4）每两周开展一次电话随访，询问患者近段时间的用药情况、日常活动量、有无不适症状，记录患者自测的血压血糖数值，若指标偏离目标范围及时告知责任医师调整方案。

（5）每季度联合社区养老服务人员上门开展一次康复指导，协助患者完成被动肢体活动，指导患者练习缩唇呼吸与腹式呼吸，根据患者当前活动能力调整每日的活动内容与时长。

(6) 设置专属微信沟通通道, 护士每日固定一小时在线回复患者与家属的照护疑问, 不解答超出护理范畴的医疗问题, 记录相关诉求后转介给对应医师再反馈结果。

(7) 每两个月收集一次患者自测的生理指标数值, 慢阻肺患者同步收集峰流速仪监测结果, 整理归入患者个人健康档案, 对比前次数值变化后告知患者当前的控制状态。

(8) 每次随访同时了解照料者的照护难点, 针对压疮预防、呛咳应急处理等常见问题做现场示范, 确保照料者能独立完成基础的应急处理操作。

1.3 观察指标

日常活动能力: 运用巴氏指数 (Barthel Index, BI) 完成评估, 量表包含进食、洗澡、穿衣、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯、大小便控制共 10 个条目, 各条目根据患者独立完成程度赋予对应分值, 总分区间 0~100 分。评估工作在干预满 6 个月时开展, 由经过统一培训的社区对接护士上门完成测评, 测评前不对患者做提前告知, 尽量还原患者真实日常活动状态。

不良事件发生率: 6 个月随访全程, 对接护士每次随访同步记录患者出现的用药错漏、跌倒、慢性病急性加重、居家获得性压疮、呛咳误吸五类不良事件。计算时, 发生任意 1 次及以上不良事件的患者例数占组内总例数的比例即为对应组别的不良事件发生率, 同一患者多次发生同类事件仅统计 1 次。

再入院率: 对接护士每月与区域健康档案平台核对患者入院记录, 统计干预周期内患者因所患慢性病急性加重或相关并发症入院的情况, 因外伤、其他系统新发疾病、择期手术等非慢性病相关原因入院的病例不纳入统计范围, 符合统计标准的入院例数占组内总例数的比例即为再入院率。

自我管理行为达标率: 运用慢性病自我管理行为量表完成测评, 量表涵盖用药管理、饮食调控、规律运动、病情监测、症状应对 5 个维度共 18 个条目, 各条目按患者近 1 个月内的执行频率赋值, 总得分 ≥ 60 分判定为自我管理行为达标, 达标患者例数占组内总例数的比例即为对应组别的达标率, 测评与日常活动能力评估同步开展。

1.4 统计学分析

运用 SPSS 26.0 版本统计软件对数据进行分析处理, 满足正态分布及组间方差齐性条件时, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差表示, 运用 t 检验; 计数资料以构成比或率表示, 运用 χ^2 检验, 等级资料运用非参数秩和检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者日常活动能力评分对比

干预 6 个月后, 观察组日常活动能力各维度评分均优于对

照组 ($P < 0.05$)。

表 1 两组患者干预前后巴氏指数评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别		观察组(n=40)	对照组(n=40)	t	P
进食	干预前	6.25 $\pm$ 1.02	6.18 $\pm$ 1.05	0.302	0.763
	干预后	8.71 $\pm$ 0.86	7.25 $\pm$ 0.92	7.332	<0.05
穿衣	干预前	5.84 $\pm$ 0.97	5.79 $\pm$ 0.99	0.228	0.820
	干预后	7.92 $\pm$ 0.75	6.41 $\pm$ 0.88	8.260	<0.05
如厕	干预前	5.62 $\pm$ 0.91	5.58 $\pm$ 0.94	0.193	0.847
	干预后	7.68 $\pm$ 0.82	6.22 $\pm$ 0.87	7.724	<0.05

2.2 两组患者不良事件发生情况对比

6 个月随访期间, 观察组总不良事件发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 两组患者不良事件发生情况对比[n(%)]

组别	观察组(n=40)	对照组(n=40)	χ^2	P
用药错漏	1	4	-	-
跌倒	1	3	-	-
慢性病急性加重	2	4	-	-
居家获得性压疮	0	1	-	-
呛咳误吸	1	1	-	-
总发生率	5(12.50)	13(32.50)	4.588	0.032

2.3 两组患者再入院情况对比

干预周期内, 观察组因所患慢性病急性加重或相关并发症再入院的比例显著低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 3 两组患者再入院情况对比[n(%)]

组别	观察组(n=40)	对照组(n=40)	χ^2	P
总再入院率	4(10.00)	11(27.50)	4.021	0.045

2.4 两组患者自我管理行为达标情况对比

干预 6 个月后, 观察组自我管理行为达标率均高于对照组 ($P < 0.05$)。

表 4 两组患者自我管理行为达标情况对比[n(%)]

组别	观察组(n=40)	对照组(n=40)	χ^2	P
总达标率	31(77.20)	21(52.50)	5.495	0.019

3 讨论

社区老年慢性病照护领域的服务供给目前仍处于碎片化

探索阶段,相关文献提示多数区域的院后随访服务仅覆盖出院后较短时段,服务内容多局限在用药提醒等基础层面,很难满足患者长期的功能维持、风险规避需求。部分试点区域已经尝试推进医养结合类照护服务,但多数服务仍未形成标准化的全周期服务流程,导致照护方案与患者实际病情存在偏差^[2]。本研究运用对照分析的方式,探讨该模式应用于老年慢性病患者出院后照护的实际效果,为后续同类服务的优化提供参考依据。

本次研究结果显示,接受医养结合延续性护理的患者,在日常活动能力维持、院外不良事件防控、再入院控制、自我管理行为养成四个方面的表现均优于接受常规出院指导的患者。医养结合延续性护理设置了定期的上门康复指导,护理人员会根据患者的实际活动能力调整每日的活动内容与时长,还会协助患者完成被动肢体活动与呼吸功能训练,避免患者出院后因缺乏专业指导而不敢活动或活动过度,逐步提升患者的日常自理能力^[3-4]。本次研究运用的干预方案包含出院后首次上门的居家环境隐患排查,还有定期的用药随访与照料者技能培训,从

环境、行为、应急处理三个层面阻断不良事件的诱发路径,降低相关事件的发生概率。本次设置的每两周一次电话随访、每两个月一次的指标收集机制,能及时发现患者的指标异常情况,对接责任医师快速调整干预方案,将病情波动控制在早期阶段,减少需要入院干预的情况^[5]。本次研究设置的月度宣讲、专属微信咨询通道、每次随访的指标反馈,能让患者及时知晓自身行为对病情的影响,逐步建立符合自身病情的饮食、用药、运动习惯。

综上,医养结合延续性护理可帮助老年慢性病患者维持较好的日常活动状态,减少院外不良事件的发生,降低再次入院的概率,推动患者建立符合自身病情的自我管理习惯。本研究纳入的观察病种相对集中,干预实施依赖服务覆盖区域的医养资源配置条件,在资源供给不足的区域落地时,实际运行效果可能存在一定偏差。后续可扩大观察病种覆盖范围,探索不同资源配置层级下的干预方案调整路径,为该模式的落地应用积累更充分的实践依据。

参考文献:

- [1] 李树蕙,洪志云.老年慢性病患者延续护理服务中量化评估模式的作用及对自护能力的影响[J].黑龙江中医药,2023,52(6):274-276.
- [2] 宗兆鑫,管玉梅,王灵娜.老年慢性病患者延续性护理研究进展[J].中国老年保健医学,2023,21(3):123-126.
- [3] 刘露凝,李春玉,金锦珍.医养结合在老年慢性病患者护理中的应用现状[J].慢性病学杂志,2023,24(4):535-537+542.
- [4] 汤燕娜,贺娜,沃和安.新型医养结合老年健康管理服务模式的构建与发展趋势探讨[J].中医药管理杂志,2022,30(16):196-198.
- [5] 池清华,胡慧芳.医养结合模式下的延续性护理在 COPD 患者中的应用效果[J].中国卫生标准管理,2022,13(12):171-174.