

运用医防融合模式在社区慢性病管理中的应用效果

冯惠婷 姜兆红

东莞市虎门镇社区卫生服务中心

DOI:10.32629/carnc.v4i4.21453

[摘要] 目的: 讨论及研究运用医防融合模式在社区慢性病管理中的应用效果。方法: 选取2025年1—12月于我站点就诊的80例患者为研究对象,平均分成对照组和实验组,每组40例患者,对照组应用常规管理,实验组应用医防融合的管理模式,对比两组患者管理前后生活质量,血糖水平以及自我管理能力。结果: 实验组患者生活质量更佳, $p < 0.05$; 两组患者提供不同的干预模式后,实验组患者的血糖水平更为稳定,自我管理能力更佳, $p < 0.05$ 。结论: 运用医防融合模式可有效提升社区慢性病患者的生活质量与自我管理能力,稳定血糖水平,值得在基层推广应用。

[关键词] 医防融合; 社区慢性病; 管理; 应用效果

中图分类号: R818.72 文献标识码: A

Application Effect of Integrating Medical Care and Prevention Model in Community Chronic Disease Management

Huiting Feng Zhaohong Jiang

Dongguan Humen Town Community Health Service Center

[Abstract] Objective: To discuss and study the application effect of the integrated medical care and prevention model in community chronic disease management. Methods: 80 patients who visited our site from January to December 2025 were selected as the research subjects. They were evenly divided into the control group and the experimental group, with 40 patients in each group. The control group received conventional management, while the experimental group adopted the integrated medical care and prevention management model. The quality of life, blood sugar levels, and self-management ability of the two groups of patients before and after management were compared. Results: The patients in the experimental group had better quality of life, $p < 0.05$. After providing different intervention models for the two groups of patients, the blood sugar levels of the patients in the experimental group were more stable and their self-management ability was better, $p < 0.05$. Conclusion: The integrated medical care and prevention model can effectively improve the quality of life and self-management ability of community chronic disease patients, stabilize blood sugar levels, and is worthy of promotion and application at the grassroots level.

[Key words] Integrated Medical Care and Prevention; Community Chronic Diseases; Management; Application Effect

随着当前生活方式的改变,慢性非传染性疾病的发病率呈现上升的趋势,对我国人民群众的健康造成了较大的影响,该变化既反映了当前生活节奏的加快,同时也与饮食习惯改变、老龄化因素相关加强慢性病综合管理,作为当前各医疗单位的重要职责,建立防治结合、预防为主方案,有效的减少慢性病患者的发生以及发展,提升其生活质量^[1]。近年来,国家卫健委陆续出台关于推进家庭医生签约服务、加强基层慢性病管理相关文件,强调构建医防融合的服务体系,旨在打破长期以来医疗与预防服务相互割裂的格局,实现资源整合与服务协同。医防融合模式的建立,作为优化医疗资源配置,提升服务效率的重要方案,

实现了医疗资源的合理利用,为慢性病患者提供更为有效的医疗服务。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入本次研究患者的数量为80例,时间范围2025年1月份至2025年12月份,随机数字表法分成对照组和实验组,每组40例患者,对照组男性患者20例,女性患者20例,患者的年龄范围46~78岁之间,平均年龄 61.25 ± 2.55 岁,实验组男性21例,女性19例,年龄范围45~79岁,平均年龄 60.34 ± 2.67 岁,分析所有患者的基础资料, $p > 0.05$,可开展研究。

纳入标准: 所有患者对研究知情同意; 精神健康; 具备慢性疾病的诊断标准;

排除标准: 合并影响本次研究的重大脏器疾病; 中途退出的患者; 严重的认知障碍;

1.2 方法

对照组患者: 建立以我站门诊接诊为主导的常规慢病管理, 完善患者病情的随访管理, 对患者的健康档案进行更新, 若患者需要持续性干预时, 应帮助患者预约家庭医生就诊, 由医护配合完成患者医防融合管理。

实验组患者为医防融合慢病管理, 具体包括: (1) 建立健康管理小组, 配合健康监测仪器, 包括血压、血糖等, 为居民提供预防、筛查、诊断、治疗、营养、康复等管理内容, 为患者提供更精细的健康管理内容, 邀请患者下载虎门医防融合服务平台APP, 并指导患者如何正确使用和录入信息^[2]。(2) 建立以本中心为核心的医防融合管理小组, 明确岗位职责, 优化内部协作流程。定期组织中心内部医务人员开展慢性病防治知识与技能的培训, 提升团队在慢性病筛查、健康管理、用药指导等方面的综合服务能力。同时, 依托现有协作机制, 完善信息记录, 逐步完善慢性病患者转诊准备和信息记录, 为后续实现双向转诊打下基础^[3]。(3) 团队分工, 组建家医、公共、护理人员为核心的家医团队, 使其具备专业的医院融合团队。完善患者慢病的随访和医疗护理服务, 将健康管理融入到慢性病患者医疗服务当中, 依据虎门医防融合服务平台中的血压、血糖和体重记录信息, 及时发现风险, 并积极的干预。规范慢病人群的体检, 精准完成筛查, 及时反馈, 后期实现持续性的管理, 以满足患者管理需求^[4]。

1.3 观察指标

(1) 对比两组患者的生活质量, 于患者干预三个月后依据SF-36生活质量量表对患者的生活质量进行评估, 评分越高, 生活质量越佳。(2) 评估患者的血糖水平(两组参与研究的患者于管理3个月后, 记录空腹血糖, 餐后2h血糖)。(2) 对比两组患者的自我管理能力, 于干预后三个月进行评估, 量表包括五个维度, 适当运动、合理饮食、血糖监测、遵医用药、足部护理, 各维度满分30分, 得分越高表示自我管理能力越强。

1.4 统计学方法

参与本次研究当中, 所生成的数据均使用SPSS21.0数据包处理, 计数用(n%)代表率行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 显现检验结果有意义。

2 结果

2.1 实验组患者生活质量更佳, $p < 0.05$ 。

比较两组患者生活质量评分(x±s)

组别	生活质量评分/分	
	干预前	干预后
对照组	68.89±2.46	76.42±3.97
实验组	67.01±2.35	88.06±2.85
t	0.487	4.182
p	0.669	0.000

2.2 实验组患者的血糖水平优于对照组, $p < 0.05$ 。

两组血糖水平对比(x±s)

组别	空腹血糖(mmol/L)	餐后2h血糖(mmol/L)
对照组	8.62±1.15	11.51±3.41
实验组	6.76±1.13	9.09±2.18
t	4.218	10.867
p	<0.01	<0.01

2.3 实验组患者自我管理能力更佳, $p < 0.05$ 。

两组自我管理能力评分(x±s)

组别	合理饮食	适当运动	遵医用药	血糖检测	足部护理
对照组	20.28±4.58	11.21±1.42	13.03±1.28	18.57±1.86	16.13±1.57
实验组	25.03±4.25	16.13±1.37	17.81±1.55	22.48±1.92	19.96±1.27
t	4.965	12.617	13.847	11.057	12.167
p	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨论

医防融合的慢性管理模式, 通过整合医生、护士、公卫医生、营养指导员等多学科的团队, 在饮食、运动、药依从性等方面, 充分的提升了患者的主观能动性, 有效的提升了患者的生活质量^[5-6]。医防融合的慢病管理模式, 展现了良好的优势, 在推广实施提升基层慢性病管理能力当中占据了重要的作用。基层卫生医疗机构不仅需要加强治疗服务能力, 确保患者可以及时获得科学且规范的医疗服务, 实现高度预防保健、健康教育及培养患者的自我管理能力, 亦可以实现医患共同参与的良性循环^[7]。而且医防融合的方式, 可以提升基层医院医护人员的专业技能、服务水准, 建立完善的配套方案, 实现科学的管理模式, 对医疗资源进行优化, 为患者提供高效且便捷的医疗服务体验。

首先, 医防融合模式通过构建多学科协作团队, 显著提升了慢性病患者综合管理效果和生活质量。本文通过对两组患者提供不同的干预措施后, 建立医防融合模式的社区慢性病管理, 提升了患者的生活质量, 稳定了患者的血糖水平, 提升了患者的自我管理能力, $p < 0.05$, 分析原因: 开展健康管理, 有利于患者得到更为便捷且高效的医疗服务, 满足了当前管理需求, 医防融合的模式作为一种多学科团队管理模式, 团队员工分工明确, 实现了资源的优化配合^[8]。多学科团队打破了传统诊疗中医生单打独斗的局限性, 将医师的临床决策、护理人员的持续随访、公卫医师全面评估和营养师的膳食指导有机结合, 为患者提供了覆盖疾病全周期的立体化支持。该种团队协作不仅提高了医疗服务的可及性和协调性, 也增强了患者在管理过程中的安全感和信任感, 有助于缓解慢性病患者焦虑、无助等负性情绪, 使得患者的社会参与度和整体生活质量增加。家庭医生可以用于团队协调当中, 完成综合诊断和治疗, 护理人员完成患者的随访, 开展数据监测、健康教育和档案管理。这种协作有利于患者获得全方位、专业化的服务, 通过中心内部业务学习、病例讨论, 使得基层团队在慢性疾病的早期识别、规范用药、并发症筛查和危急值处理当中具备更好的专业能力, 促进服务质量的提升^[9]。

Clinical Application Research of Nursing Care

其次,患者自我管理的提升与医防融合模式有着密切的关系,医防融合通过提升优质的医疗服务,激活了患者内在的健康管理动力。通过开展健康教育、行为指导和同伴支持等策略,为患者提供了良好的知、信、行的环境,通过反复的技能训练和经验分享,患者逐渐将健康行为内化为生活习惯,从被动接受管理转变为主动参与管理,满足了患者的护理需求。

最后,从慢性病患者的角度来看,医防融合模式提供了连续性的体验,既是服务时空的连续性,通过建立电子健康档案,全面的保留患者的健康信息,避免重复检查时出现的信息断层。而且健康管理的连续性,可以用于预防、治疗、康复相结合,提高了患者的自我效能感,维持患者健康行为的同时,使得患者的治疗依从性增加^[10]。

本次研究尚存在一定的局限性,纳入的样本量相对较小,仅80例患者,而且观察时间仅为三个月,未评估该模式的长期效果和成本效益,研究仅在单个社区卫生服务开展,外部推广性有待进一步验证,研究未对不同病种进行亚组分析,未能识别医防融合模式在不同人群的差异,后续应进一步推大样本量,延长随访周期,建立多中心合作,可以更全面的评价该模式的可适性。

综上所述,在社区慢性病管理过程中,开展医防融合模式,建立多学科协作团队,提供连续整合的健康服务,强化患者赋能并利用信息支撑,提升患者的生活质量以及自我管理能力,实现以治病为中心的重要方案,满足了患者的健康需求,值得提倡。

[参考文献]

[1]丁霞,祁玲霞,孙冬云.医联体背景下的基层慢性病医防融合模式构建及应用探讨[J].中国卫生产业,2022,19(12):225-229.

[2]孙燕婷.医养护一体化管理模式在社区老年慢性病人管理中的应用价值分析[J].益寿宝典,2022(31):77-79.

[3]黄年正,陈华.社区卫生服务中心实施医防融合慢性病健康管理模式研究[J].中国卫生产业,2022,19(17):26-30.

[4]许丽寅,殷小芬,黄春松红.基层医疗机构高血压患者“医防融合”模式研究与实践[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2022(12):218-220.

[5]郭佳,孙华君,陈莹.基层医疗卫生机构慢性病医防融合服务质量现场评价指标体系构建[J].中国全科医学,2023,26(28):3489-3495.

[6]杨兆晶,韩小芹,杭洪霞.诊疗随访服务串联模式在社区慢性病医防融合管理中的效果[J].中国农村卫生,2024,16(11):25-29.

[7]汪祖斌.“互联网+医防融合”健康管理在社区慢性病管理的实施价值研究[J].每周文摘·养老周刊,2024(9):0266-0268.

[8]闫海鸽.医防融合慢性病健康管理模式应用于社区卫生服务中心的效果[J].生命科学仪器,2024,22(2):82-83.86.

[9]操名华,徐明英,黄婧仪.医共体框架下基于社区医院慢性病一体化门诊建设的慢性病管理效果探索——以星桥社区卫生服务中心为例[J].中国慢性病预防与控制,2024,32(9):705-708.

[10]裴银虹,徐春芽.县域医共体背景下基于云和人工智能及5G的医防结合慢性病随访管理信息平台的构建[J].医药前沿,2024,14(1):143-146.

作者简介:

冯惠婷(1989--),女,汉族,福建宁德人,大专,主管护师,研究方向:社区慢性病医防融合管理模式及应用效果研究。