

高尿酸血症患者医院—社区—家庭一体化管理模式研究进展

许玉洁¹, 刘晓霞², 张泓³

Hospital-community-family integrated management model on hyperuricemia: a literature review Xu Yujie, Liu Xiaoxia, Zhang Hong

摘要: 综述医院—社区—家庭一体化管理模式的概念及其在高尿酸血症患者管理中应用的必要性和国内外发展现状, 分析高尿酸血症患者医院—社区—家庭一体化管理模式发展面临的问题与挑战, 并对未来发展方向进行展望, 为建立规范有效的高尿酸血症管理模式提供参考, 以适应我国高尿酸血症患病率快速增长的现状。

关键词: 高尿酸血症; 医院—社区—家庭一体化管理; 网络平台; 患者参与; 综述文献

中图分类号: R473.5 **文献标识码:** A **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2019.19.099

近年来, 随着社会发展, 人们的生活方式与饮食结构随之改变, 高尿酸血症 (Hyperuricemia, HUA) 作为继高血压、高血糖、高血脂之后的“第 4 高”, 其患病率不断攀升^[1-2], 且年轻化趋势明显, 成为仅次于糖尿病的第二大代谢性疾病^[3]。高尿酸血症不仅是痛风发生最重要的生化基础和最直接的致病因素, 又是代谢综合征的重要组成成分^[4], 与高血压、肾脏病变、冠心病、高脂血症、胰岛素抵抗的发生密切相关^[5], 而且各疾病之间往往会相互促进或恶化, 严重影响疾病预后和患者生活质量, 同时也给家庭和社会带来了很大的经济负担。因此, 提高对高尿酸血症的认识, 探求一种科学、有效、规范化的管理模式以控制和减少高尿酸血症的复发及加重得到广泛的关注。近年来, 已有不少学者做了相关探索和研究。现将高尿酸血症患者医院—社区—家庭一体化管理的研究进展综述如下。

1 医院—社区—家庭一体化慢病管理的概念

目前学术界还没有关于医院—社区—家庭一体化管理模式 (下称一体化管理模式) 的统一定义。陈春林等^[6]将其定义为医疗工作的延续, 认为这种管理模式改变了以往患者一出院治疗工作就结束的行为。沈英等^[7]将一体化管理模式定义为一种能充分发挥医院、社区和家庭各自的优势, 贯穿于患者预防、保健和诊治全过程的连续性、整体性的管理模式。现在更多的学者倾向于认为一体化管理模式是一种连续的、成本效益好的防治模式, 医院和社区通过将慢性病患者纳入共同合作的管理体系, 共同肩负起患者的管理工作, 各自立足于自己的功能与定位——医院提供技术支持和人才培养, 做好与社区的对接; 社区提高服务质量, 承担起患者健康管理的“守门人”——以患者为中心, 患者及家属参与, 环环相扣, 无缝连接, 为处

在不同病程的患者提供全程、连续、最优化的服务, 以改善患者症状, 预防并发症, 提高生活质量^[8-10]。医院、社区和家庭三者中任一环节的缺失必然影响整个系统的运作。因此慢病一体化管理模式重在找准定位, 发挥各自的优势, 形成以医院管理为指导、以社区管理为中心、以家庭为单位的三位一体的联动管理, 以达到同质的管理效果。

2 我国高尿酸血症一体化管理的必要性

高尿酸血症是一种慢性终身性代谢疾病, 需要长期的全程管理。但目前我国高尿酸血症患者的治疗依从性处于较低水平^[11], 仅有 32.14% 的患者尿酸达标。研究表明, 对患者进行健康管理能够提高高尿酸血症治疗达标率^[12]。传统的高尿酸血症管理模式是以三级医院为主体, 患者病情好转后回到家庭。由于医院延续管理有限、社区管理缺失、家庭及自我管理不足, 使医院和社区、家庭之间管理脱节, 患者出院后无法得到连续、有效的管理, 导致其尿酸控制不理想, 轻者进展为痛风, 乃至痛风性关节炎反复发作^[13]; 重者有致急性慢性尿酸性肾病、尿酸性肾结石、冠心病和卒中等严重并发症^[14], 使患者反复入院, 严重影响患者生活质量, 且增加了家庭和社会的医疗负担。因此, 探索一种行之有效的管理模式对高尿酸血症患者进行管理显得十分必要。2015 年《全国医疗卫生服务体系规划纲要 (2015—2020)》^[15] 提出“大病在医院、小病在社区、康复回社区”的理念, 强调拓展护理领域, 向社区和家庭延伸。随后越来越多的学者将一体化管理应用在糖尿病^[10]、脑卒中^[16]等多种慢性疾病的 管理中, 并取得了显著成效。因此借鉴这些慢病一体化管理的经验, 将高尿酸血症患者的管理服务从三级医院延伸至社区和家庭, 对实现同质的管理效果具有十分重要的现实意义。

3 国外高尿酸血症一体化管理研究现状

国外高尿酸血症患者通常由初级保健中的全科医生 (GP) 进行管理^[17]。近年来各学者开始探索更为有效的管理模式, 目前常见的有: 药剂师主导的管理方案^[18-19]、护士主导的管理方案^[20-22]、多学科联合痛

作者单位: 华中科技大学同济医学院附属梨园医院 1. 护理部 2. 老年病科 3. 公共卫生科 (湖北 武汉, 430077)

许玉洁: 女, 硕士在读, 学生

通信作者: 刘晓霞, 1904776161@qq.com

收稿: 2019-05-03; 修回: 2019-07-15

风教育与监测方案^[23]和基于电子工具(eTool)与互联网的管理^[24-25]等。Perezruiz等^[26]提出可从药剂师、护士、患者和移动设备等几个方面对痛风患者进行长期管理。Doherty等^[20]采取以护士为主导的个性化干预措施,包括健康宣教、用药指导、鼓励患者参与治疗决策等,结果表明干预1年和2年后,实验组患者的治疗依从性和尿酸达标率均明显高于家庭医生领导的常规管理组。Goldfien等^[18]在1项大型综合健康计划中成立由临床药剂师和风湿病学家组成的虚拟诊所,家庭医生将尿酸控制不佳者转诊至虚拟诊所,药剂师分发饮食指南,并根据血清尿酸值、肾功能等实验室指标启动降尿酸治疗方案或调整原有治疗方案,2~3周后根据患者情况进行调整(必要时与风湿病学家协商),3个月后再次进行评估;此过程以迭代的方式继续,直到至少间隔3个月连续2次测量的尿酸 <60 mg/L,患者继续由其家庭医生管理。研究结果显示,这种团体化的管理方案可安全有效地降低并维持尿酸在目标水平,能充分发挥家庭医生和医院专科人员的作用,为高尿酸血症患者提供连续的管理。此外,随着互联网技术的推广,利用智能设备和基于互联网平台对高尿酸血症患者进行一体化管理也取得了良好效果^[24]。美国目前已有专门的痛风管理软件^[25],具备较为完善的功能,满足患者线上预约、与全科医生实时共享疾病信息等需求。

4 国内高尿酸血症一体化管理研究现状

4.1 国内一体化管理模式的发展历程 我国慢病一体化管理模式起源于2001年香港理工大学引入的连续护理模式^[27],该模式对患者进行出院前健康教育和出院后护理随访,并提出了全面性、协调性、持续性、协作性的“4C”模型。随后我国的延续护理模式在借鉴国外经验的基础上被广泛运用于各种慢性病^[28]。2008年国内首次有学者研究医院-社区-家庭一体化管理模式,并将其应用在脑瘫患儿^[29]的康复管理中,现在这种模式已被广泛应用于高血压、糖尿病、脑卒中等疾病的管理中。

4.2 国内高尿酸血症一体化管理模式的实施方法

4.2.1 一体化管理团队的组建 赵瑞丽等^[30]成立延续护理小组,成员包括护士长、1名副主任护师、2名主管护师和责任护士,所有成员共同制定管理方案,护士长对小组成员进行规范化的技能培训,小组成员负责管理方案的执行。苗华丽等^[31]以微信为平台,科主任担任组长,选取副主任医师、主治医师和主管护师各1名成立延续护理小组。但这些研究均未将社区人员纳入一体化管理团队中。周凤等^[32]认为一体化管理团队包括全科医师、康复科医师、中医医师、药师、预防保健医师等,应以社区人员为主,专科医师为辅;倡导专科医师负责制,全科医师签约制,专科医师承担指导和培训医生的工作。

4.2.2 一体化网络平台的构建 传统的互动平台是移动电话,医院通过电话随访为高尿酸血症患者提供

延续护理服务^[13];苗华丽等^[31]利用微信公众平台对痛风出院患者进行延续护理起到了很好的效果。近几年来,多种类型的家庭医生签约平台也陆续投入运营,平台分为居民、医生和PC端三部分,将家庭医生服务管理系统与医联体、空中药房、一键导诊等功能结合,具备医患互动、患者健康信息采集与储存等功能。因此,高尿酸血症的管理可借助于这些一体化管理的网络平台,记录高尿酸血症患者的临床资料、社区健康档案、随访和转诊情况,使管理和就诊更为方便和高效。

4.2.3 社区医务人员的培训 目前我国高尿酸血症的管理还没有将对社区医务人员的培训纳入管理日程,可借鉴其他慢性病一体化管理模式的经验,增加对社区医务人员的培训,使社区和医院的管理达到同质水平。如刘芳等^[33]在糖尿病一体化管理模式中引入了医院对社区医务人员的培训,显著提高了社区人员的糖尿病管理能力。曹癸兰等^[16]在对冠心病患者进行一体化管理时也纳入了医院对社区的培训,并表示这种培训方式既发挥了医院的专业技术优势,又提高了社区医务人员的慢病管理能力。

4.2.4 患者及其家属的培训和督导 痛风发作与生活方式息息相关,因此患者家属的配合与监督十分重要。高尿酸血症患者的自我管理与社会支持度呈正相关,良好的社会支持有利于患者的康复^[34]。但少有研究涉及对高尿酸血症患者的家属进行培训。今后医院可加大对患者家庭管理及自我管理重要性的宣传,做好宣教,共同为患者制订个性化的管理计划,使患者及其家属充分理解医务人员给予的健康指导,并能够监督患者的生活方式和用药情况,提高患者的自我管理能力,增强坚持长期治疗的信心。

4.2.5 一体化管理效果的评价 赵瑞丽等^[30]采用自我管理能力、尿酸水平和生活质量作为痛风出院患者一体化管理的评价指标。杨洪喜等^[35]增加了护理满意度、遵医行为和痛风复发率等综合评价指标。此外,患者建档率及建档合格率、患者随访率、高尿酸血症知识知晓率、并发症的发生率和控制率、医务人员培训合格率等也是绩效评价体系中的重要参考指标。制定系统综合、科学合理的高尿酸血症一体化管理效果的评价指标,发挥主观指标的灵活性与客观指标的稳定性,对高尿酸血症一体化管理的进一步完善十分重要。

5 思考与展望

近年来,越来越多的研究者开始关注高尿酸血症患者的管理,但由于我国高尿酸血症患者一体化管理模式的研究还处于起步阶段,仍存在着管理方式单一、缺乏综合管理团队、管理网络不完善、居民对高尿酸血症的认识不足等问题。针对这些问题,今后可多措并举,如国家可将高尿酸血症像高血压、糖尿病一样纳入基本公共卫生服务项目中;医院和社区可组建多学科协作管理团队,并将高尿酸血症患者及其家属

纳入一体化的管理体系中,充分调动其参与疾病管理的积极性;管理平台建设可借鉴国外的经验,开发专门的高尿酸血症管理软件;还可以对管理效果进行评价性研究等,使高尿酸血症患者医院—社区—家庭一体化管理模式更趋完善,使高尿酸血症的管理更规范和高效,从而降低高尿酸血症的复发率,提高高尿酸血症患者的生活质量。

参考文献:

[1] Zhang Y, Qiu H. Dietary Magnesium Intake and Hyperuricemia among US Adults[J]. *Nutrients*, 2018, 10(3): E296.

[2] 李静. 高尿酸血症的流行病学研究[J]. *中国心血管杂志*, 2016, 21(2): 83-86.

[3] 程书栋. 高尿酸血症患者疾病不确定感及其影响因素的现状研究[D]. 锦州: 锦州医科大学, 2018.

[4] 赵卫云, 张慧敏, 李辉, 等. 高尿酸血症与代谢综合征及其组分的相关性[J]. *心脏杂志*, 2016, 28(4): 457-459.

[5] 陈芳, 李素梅. 高尿酸血症对肾脏损害的研究进展[J]. *临床与病理杂志*, 2016, 36(3): 285-289.

[6] 陈春林, 张小林, 陈力行, 等. 高血压脑出血术后患者医院—社区—家庭一体化管理[J]. *实用心脑血管病杂志*, 2011, 19(8): 1267-1268.

[7] 沈英, 金曼, 姜丽, 等. 医院—社区—家庭一体化腹膜透析护理研究进展[J]. *上海护理*, 2015, 15(1): 51-54.

[8] 秦清华. 糖尿病医院社区一体化管理的研究进展[J]. *中国健康教育*, 2013, 9(7): 636-637, 640.

[9] 李卡, 黄明君, 郭晶, 等. 医院—社区—家庭一体化合作管理模式在造口护理中的发展与应用[J]. *中国护理管理*, 2013, 13(1): 98-100.

[10] 郭晶, 刘素珍. 我国糖尿病医院社区一体化管理的研究进展[J]. *中国全科医学*, 2012, 15(22): 2554-2556.

[11] 马卓. 痛风患者治疗依从性调查及影响因素分析[D]. 恩施: 湖北民族学院, 2018.

[12] 盛荣, 王世英, 陈春花. 延续健康教育对出院高尿酸血症患者的重要性[J]. *解放军护理杂志*, 2008, 25(14): 32-33.

[13] 王春霞, 张丽, 杨柳, 等. 电话回访式健康教育对痛风性关节炎出院患者遵医行为的影响[J]. *风湿病与关节炎*, 2016, 5(4): 63-65.

[14] 田新平, 曾小峰. 加强痛风的长期规范化管理改善痛风湿患者的长远预后[J]. *浙江医学*, 2017, 39(4): 243-244.

[15] 中华人民共和国国务院办公厅. 全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)[J]. *中国实用乡村医生杂志*, 2015, 22(9): 1-11.

[16] 曹癸兰, 梁静, 陶宝明, 等. 医院—社区—家庭联动管理方案的制订及其在冠心病患者二级预防中的应用研究[J]. *中华护理杂志*, 2018, 53(10): 1157-1162.

[17] Doherty M, Jansen T L, Nuki G, et al. Gout; why is this curable disease so seldom cured? [J]. *Ann Rheum Dis*, 2012, 71(11): 1765-1770.

[18] Goldfen R D, Ng M S, Yip G, et al. Effectiveness of a pharmacist-based gout care management programme in a large integrated health plan; results from a pilot study [J]. *BMJ Open*, 2014, 4(1): e003627.

[19] Coburn B W, Cheetham T C, Rashid N, et al. Rationale

and design of the randomized evaluation of an Ambulatory Care Pharmacist-Led Intervention to Optimize Urate Lowering Pathways (RAmP-UP) Study [J]. *Contemp Clin Trials*, 2016, 50: 106-115.

[20] Doherty M, Jenkins W, Richardson H, et al. Efficacy and cost-effectiveness of nurse-led care involving education and engagement of patients and a treat-to-target urate-lowering strategy versus usual care for gout; a randomised controlled trial [J]. *Lancet*, 2018, 392(10156): 1403-1412.

[21] Abhishek A, Jenkins W, La-Crette J, et al. Long-term persistence and adherence on urate-lowering treatment can be maintained in primary care-5-year follow-up of a proof-of-concept study [J]. *Rheumatology*, 2017, 56(4): 529-533.

[22] Rees F, Jenkins W, Doherty M. Patients with gout adhere to curative treatment if informed appropriately: proof-of-concept observational study [J]. *Ann Rheum Dis*, 2013, 72(6): 826-830.

[23] Fields T R, Rifaat A, Yee A M F, et al. Pilot study of a multidisciplinary gout patient education and monitoring program [J]. *Semin Arthritis Rheum*, 2017, 46(5): 601-608.

[24] Fernon A, Nguyen A, Baysari M, et al. A user-centred approach to designing an etool for gout management [J]. *Stud Health Technol Inform*, 2016, 227: 28-33.

[25] Nguyen A D, Baysari m T, Kannangara D R W, et al. Mobile applications to enhance self-management of gout [J]. *Int J Med Inform*, 2016, 94: 67-74.

[26] Perezruiz F, Desideri G. Improving adherence to gout therapy: an expert review [J]. *Therap Clin Risk Manag*, 2018, 14: 793-802.

[27] 王少玲, 黄金月. 延续护理实践的现状与发展趋势[J]. *中国护理管理*, 2017, 17(4): 433-438.

[28] 刘维维, 杨铁花. 慢性病患者延续护理的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2013, 28(23): 16-18.

[29] 黄金华, 吴建贤, 王静, 等. 医院—社区—家庭康复模式对脑瘫患儿粗大运动功能的影响[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2008, 30(2): 105-108.

[30] 赵瑞丽, 杨洪喜, 郭立双. 延续性护理对痛风出院患者自我管理能力及生活质量影响的研究[J]. *河北医科大学学报*, 2018, 39(2): 228-231.

[31] 苗华丽, 张莉芸, 张晓辉, 等. 微信教育模式在出院痛风病人延续性护理中的应用[J]. *护理研究*, 2017, 31(23): 2901-2903.

[32] 周凤, 刘川, 王兴强. 高尿酸血症/痛风的社区管理研究[J]. *中国全科医学*, 2016, 19(S1): 292-295.

[33] 刘芳, 杨玲凤, 李乐之, 等. 老年糖尿病患者医院—社区—家庭一体化互动管理模式建立与应用效果[J]. *中国老年学杂志*, 2015, 35(24): 7210-7212.

[34] 张凡. 痛风患者自我管理现状及影响因素的研究[D]. 青岛: 青岛大学, 2017.

[35] 杨洪喜, 赵瑞丽, 张俊会, 等. 延续性护理在痛风患者中的应用效果[J]. *安徽医药*, 2018, 22(7): 1416-1418.