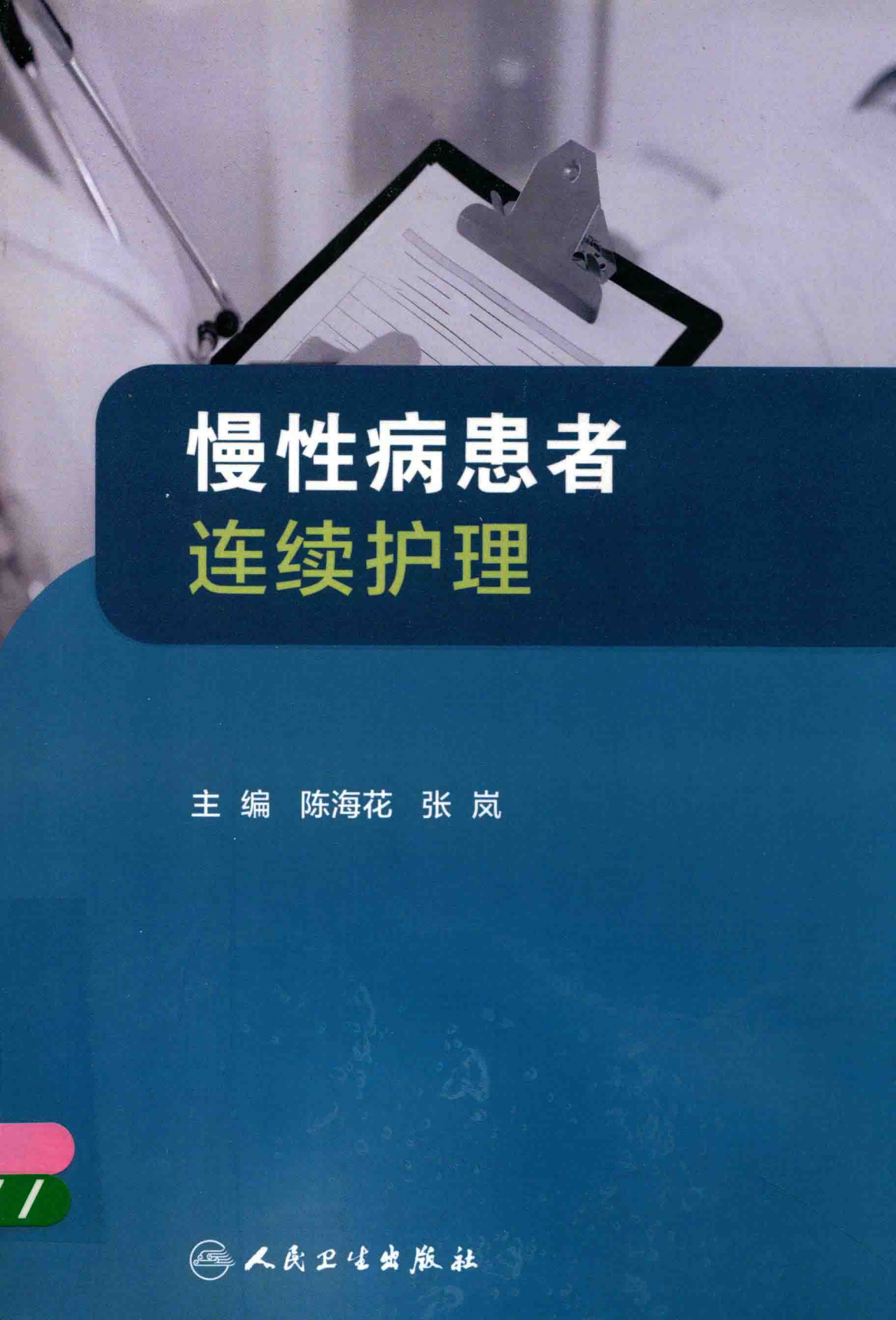




慢性病患者 连续护理

主 编 陈海花 张 岚



人民卫生出版社

慢性病患者连续护理

主 编 陈海花 张 岚

副主编 赵 毅 张冬梅 梁瑛琳

编 者 (以姓氏笔画为序)

马凤霞	王 芳	王 荃	王 斐
王 慧	王会接	王秀虹	王晓伟
方娇娇	付晓红	冯 军	朱 丽
朱玲玲	刘春芝	刘晓联	许秀萍
李慧莉	杨红梅	吴佩佩	张 岚
张冬梅	张亚楠	陈海花	青 华
赵 毅	姜伟娜	姚婉晴	钱 程
徐 威	徐 燕	徐丹丹	郭子静
龚丽娟	梁瑛琳	滑 霏	解 丽
翟晋慧	薛 景		

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

慢性病患者连续护理/陈海花,张岚主编.—北京:人民卫生出版社,2017

ISBN 978-7-117-25187-7

I. ①慢… II. ①陈…②张… III. ①慢性病-护理
IV. ①R473.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 237663 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有,侵权必究!

慢性病患者连续护理

主 编:陈海花 张 岚

出版发行:人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址:北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编:100021

E-mail: pmph @ pmph.com

购书热线:010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷:三河市尚艺印装有限公司

经 销:新华书店

开 本:710×1000 1/16 印张:30 插页:1

字 数:571 千字

版 次:2017 年 11 月第 1 版 2017 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-25187-7/R·25188

定 价:78.00 元

打击盗版举报电话:010-59787491 E-mail: WQ @ pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

前言

随着医疗卫生体制改革的不断深化,全国卫生与健康大会明确提出推进健康中国建设,树立大卫生、大健康的观念,把以治病为中心转变为以人民健康为中心,关注生命全周期、健康全过程。“2015 全球老龄事业观察指数”报告显示,全球 60 岁及以上人口约 9.01 亿,占世界人口 12.3%,到 2030 年这一比例将达到 16.5%,中国是世界老龄人口最多的国家之一,面临着人口老龄化的严峻挑战。为积极应对人口老龄化及慢性病患者大幅增多的现况,使慢性病患者得到不间断的专业照护,需打破医疗机构单一护理的界限,为慢性病患者提供连续护理,将护理服务领域逐步从医疗机构向社区和家庭拓展,服务内容从疾病的临床治疗向慢性病管理、老年护理、长期照护、康复促进、安宁疗护等方面延伸,努力满足人民群众连续护理的健康需求。

护理服务于人的生命全过程,在满足人民群众生理、心理、社会的整体需求方面发挥着重要作用。《慢性病患者连续护理》突破传统的慢性病患者出院后连续护理观念,将连续护理干预点前移至患者入院时,强调慢性病患者在住院期间形成疾病自我管理意识并掌握相关知识和技能,提高对慢性病自我管理的能力。全书以前瞻的理论知识和扎实的实践经验为基础,对反映慢性病患者护理的先进性、科学性和实用性方面做了努力。在世界经济论坛评估报告的人类五大慢性病基础上增加了消化、骨科及肾脏病系统,针对八大系统慢性病患者在入院阶段、住院期间以及出院后全程的专业化护理为思路,分别描述了各系统疾病症状及体征、治疗原则、护理原则、连续护理等内容,既考虑到知识的全面性,又突出慢性病患者连续护理的重点,旨在为广大护理人员提供一本具有实用性的慢性病患者连续护理指导用书。

由于健康观念的转变和护理学科的迅速发展,在慢性病患连续护理领域还有很多方面需要不断探索和研究,希望本书可以起到抛砖引玉的作用,进一步唤起社会及医务工作者对慢性病患者连续护理的重视,进一步形成完善的连续护理工作机制,规范慢性病连续护理内容,提高医疗护理质量,改善患者生活品质。

陈海花

2017 年 10 月

目 录

第一章 绪论	1
第一节 慢性病患者连续护理的概念及演变	1
第二节 慢性病患者连续护理的特点与应用模式	2
第三节 连续护理在慢性病领域的应用	4
第二章 心血管系统疾病患者的连续护理	11
第一节 概述	11
第二节 原发性高血压患者的连续护理	25
第三节 冠心病患者的连续护理	29
第四节 急性冠脉综合征患者的连续护理	42
第五节 主动脉夹层患者的连续护理	46
第六节 心脏瓣膜病患者的连续护理	51
第七节 心功能不全患者的连续护理	57
第八节 心律失常患者的连续护理	62
第九节 先天性心脏病患者的连续护理	70
第三章 呼吸系统疾病患者的连续护理	81
第一节 概述	81
第二节 支气管哮喘患者的连续护理	94
第三节 慢性阻塞性肺疾病患者的连续护理	101
第四节 支气管扩张患者的连续护理	106
第五节 胸膜炎患者的连续护理	113
第六节 自发性气胸患者的连续护理	119
第七节 肺源性心脏病患者的连续护理	124
第八节 肺脓肿患者的连续护理	130
第四章 消化系统疾病患者的连续护理	139
第一节 概述	139

第二节	功能性消化不良患者的连续护理	149
第三节	溃疡性结肠炎患者的连续护理	154
第四节	反流性食管炎患者的连续护理	160
第五节	慢性胰腺炎患者的连续护理	165
第六节	慢性肝炎患者的连续护理	169
第七节	肝硬化患者的连续护理	175
第五章	糖尿病及并发症患者的连续护理	185
第一节	概述	185
第二节	1型糖尿病患者的连续护理	198
第三节	2型糖尿病患者的连续护理	203
第四节	糖尿病患者饮食治疗的连续护理	210
第五节	糖尿病患者运动治疗的连续护理	218
第六节	糖尿病患者药物治疗的连续护理	222
第七节	糖尿病患者监测的连续护理	228
第八节	糖尿病急性并发症患者的连续护理	233
第九节	糖尿病慢性并发症患者的连续护理	240
第六章	肿瘤患者的连续护理	253
第一节	概述	253
第二节	鼻咽癌患者的连续护理	267
第三节	喉癌患者的连续护理	273
第四节	甲状腺癌患者的连续护理	280
第五节	肺癌患者的连续护理	285
第六节	食管癌患者的连续护理	291
第七节	结直肠癌患者的连续护理	295
第八节	乳腺癌患者的连续护理	300
第七章	神经系统疾病患者的连续护理	309
第一节	概述	309
第二节	脑出血患者的连续护理	321
第三节	短暂性脑缺血发作患者的连续护理	328
第四节	脑梗死患者的连续护理	333
第五节	帕金森病患者的连续护理	338
第六节	阿尔茨海默病患者的连续护理	345

第八章 骨科疾病患者的连续护理	359
第一节 概述	359
第二节 膝关节骨性关节炎患者的连续护理	366
第三节 膝关节半月板损伤患者的连续护理	377
第四节 膝关节韧带损伤患者的连续护理	383
第五节 骨肿瘤患者的连续护理	388
第六节 腰椎间盘突出症患者的连续护理	393
第七节 腰椎管狭窄症患者的连续护理	401
第八节 脊椎骨折伴脊髓损伤患者的连续护理	406
第九节 髋部骨折患者的连续护理	415
第九章 肾脏疾病患者的连续护理	423
第一节 概述	423
第二节 慢性肾小球肾炎患者的连续护理	432
第三节 肾病综合征患者的连续护理	439
第四节 肾盂肾炎患者的连续护理	444
第五节 慢性肾功能不全患者的连续护理	450
第六节 血液透析患者的连续护理	456
第七节 腹膜透析患者的连续护理	462

第一章

绪 论

第一节 慢性病患者连续护理的概念及演变

随着老龄人口的增加,导致慢性病患者增多,同时也带来了医疗费用上涨的问题。由于医疗资源及患者经济能力等原因,部分患者只能在急性期住院,一些仍需要治疗的慢性病患者出院后得不到适当的治疗和护理。目前,美国、英国、日本等国家为应对人口老龄化,控制公共医疗开支,同时保证健康服务质量,不断强调连续护理等概念以便合理有效利用卫生资源。慢性病的治疗与康复所需时间长,患者长期住院存在一定的困难,且不现实,需要社区和家庭的持续治疗和护理。连续护理打破传统护理服务界限,拓展护理服务范围,被认为是合理利用医疗资源、有效降低医疗成本,进而提高患者生活质量、保证患者生命安全的重要方式,因此,为患者提供综合的连续护理服务是一种必然趋势。

一、连续护理的概念

1976年,Shortell将连续护理定义为患者所接受的照护服务,此照护理念的提出满足了需要复杂护理或长期患有疾病患者的要求。1980年,Rogers将连续护理阐述为当实施医疗照护时,至少有一个元素包含以前相关知识的其他方面。然而,当时上述连续护理的实践主要依靠私人护理提供者。此后,连续护理的概念不断发展和演变,至21世纪初,连续护理的概念得到进一步发展和确认。2001年6月,由加拿大相关组织针对连续护理的定义和评估方法进行文献系统回顾和专家咨询,明确提出连续护理定义的两大核心要点,一是注重个体化护理;二是随时间推移的护理过程,二者必须同时具备,缺一不可;同时,连续护理强调患者与护理人员之间的互动。2005年美国家庭医生研究院将连续护理定义为患者和医务人员共同参与卫生保健管理的过程,其目标为实现高质量的卫生保健服务,并且能有效降低医疗成本。我国学者大多认为连

续护理是从医院到家庭的延续,包括由医院制订的出院计划、转诊、患者回归家庭或社区后的持续随访与指导。此外,由于护理的对象不同,角度也就各不相同,对连续护理概念的理解也会有所不同。住院患者对连续护理概念理解是指患者在医院内不同科室间过渡过程中由医护人员在其中协调服务的一种形式;出院患者则认为连续护理是患者出院后,通过信息化工具所接受的具有连续和协调性的照护服务。直至目前为止,国际上对连续护理的概念仍没有明确界定。但可以肯定的是,针对个体的卫生服务和时间上的连续护理是区别连续护理与其他卫生服务的两条重要指标。

二、连续护理的演变

目前在卫生保健领域,关于患者护理服务的协调性和连续性问题越来越受到重视。连续护理被广泛认为是高质量的卫生服务所必不可少的要素,对医疗服务提供者、患者及其家属都至关重要。国外的一些研究表明,连续护理能够改善患者的健康结果,减少患者对急诊的使用次数,降低其急性住院后的再入院率。通过调查及查阅文献发现,目前,国外对连续护理的研究与应用基本处于成熟阶段,一些较为成熟的连续护理模式经过几年的发展已经得到应用,被证实可对患者进行更好的连续护理,并取得了积极的成果。20 世纪 80 年代,美国老年患者及慢性病患者不断增多,相应医疗负担和医疗费用呈现不成比例的高速增长,为解决这一问题,政府决策者、纳税人及其他利益相关机构开始致力于协调健康服务的改革。美国宾夕法尼亚护理学院(University of Pennsylvania, School of Nursing)率先开展了一项为提早出院的老年患者提供连续护理干预的临床试验,取得了减少患者返院次数和降低医疗费用的显著效果,由此,连续护理逐渐应用于临床。近 10 年,我国内地连续护理的开展已具雏形。

第二节 慢性病患者连续护理的特点与应用模式

连续护理(continuous nursing)是将医院内疾病、手术、康复、心理、药物等规范护理理念经医院护理人员通过随访指导的形式延续到院外,即家庭和社区,患者在家就能享受医院规范的护理服务。护理服务不受患者出院的限制,随着患者回归社会而延伸到社区、家庭,对出院后的患者给予连续性护理是“全人全程”护理的要求。患有慢性病且出院后需要继续接受治疗的患者,连续性护理的需求尤为突出。连续护理是随着医疗模式转变而出现的,突破医院局限,将护理服务延伸到社区,将服务内容从单纯治疗拓展到康复、心理、社会支持等方面,以切实提高患者生活质量作为最终目标。

一、连续护理的特点

近年来,心血管疾病已成为我国高病死率、高致残率、高医疗风险和高医疗费用的第一大慢性疾病,如何切实提高心血管疾病患者护理服务质量,降低病死率,提高患者生活质量成为亟待解决的问题。大量研究针对社区或居家阶段,涉及脑卒中患者、初产妇、糖尿病患者等,证实连续护理对于提高患者生存质量等方面具有重要意义。连续护理是医院护理的延伸和拓展,经济、方便、快捷、实用。尤其是对慢性心血管疾病患者来讲,连续护理对于监督患者遵医行为、督促家属积极参与、节约医疗成本具有重要意义。连续护理将专业化的服务从医院延伸到社区,服务对象由患者扩展到社会支持系统,打破了医院与社区间的界限,实现无缝衔接,既能把新的健康信息传递给患者及其照顾者,又可以及时得到患者的反馈,根据患者出现的新情况及时调整健康指导的内容、方式与方法,实现护患双方的互动,更有助于健康服务网络化的实现。

二、连续护理的应用模式

1. 高级护士实践连续护理模式 美国宾夕法尼亚护理学院通过实验发展出一种以高级实践护士(advanced practice nurse, APN)为主导的连续护理模式,其服务对象是因各种内、外科疾病住院治疗回家后休养慢性病患者,通过制订综合性的出院计划及出院后的随访计划,使患者在出院后能够得到适当的护理服务,从而降低了再入院率及家属的照顾压力。其特点是:①担任连续护理护士需具有丰富的专科知识,并进行过专业技能培训;②针对具体疾病制订一套系列的、以实证为基础连续护理方案;③建立以护士为主的多学科专业团队为患者提供干预,出院前进行综合性护理评估,出院后执行电话随访和家庭访视,访视期间及时进行护理评估,协调解决患者的健康问题;④建立护士、患者及照顾者的沟通渠道,重视三者之间的协调、合作。

2. 连续护理干预模式 此模式由美国科罗拉多大学丹佛分院的连续护理项目发展而来,2000年后开始进行的“老年患者连续护理干预”的系列研究项目之一。内容如下:①指导教会患者掌握药物自我管理知识与技能:通过健康教育使患者理解药物自我管理的重要性,并掌握相应的知识和技能;②动态记录以个人为中心的健康状况:指导患者运用个人健康状况记录单动态记录个人健康状况,促进连续护理期间的护患交流,保持护理计划的连续性和协调性;③出院随访:患者出院后转入到社区初级卫生保健机构,由社区保健医生和专业人员参与出院后的随访;④早期识别和有效应对病情恶化的迹象及其应对方法。

3. “4C”连续护理模式 “4C”指全面性(comprehensiveness),即系统

性评估个人的健康问题,并预见个人的健康需求,包括客观健康评价、主观健康需要及心理社会方面需求;协调性(coordination),即多专业不同层次的照顾;延续性(continuity),即规律地、主动地、持续地进行护理追踪;协作性(collaboration),即不同专业间的协作,包括健康服务提供者及接受者之间的协作。该模式最早在我国香港地区实施,王少玲、黄金月等针对糖尿病、肾病晚期、慢性阻塞性肺疾病、冠心病等慢性病患者的多个延续护理项目发展而来。在国外及我国香港对连续性护理研究的背景下,2007年起我国内地探索将连续护理模式应用于临床实践,主要针对心血管、呼吸、消化、内分泌、肿瘤等慢性病患者,由此说明连续护理越来越受到广大护理人员的重视。

第三节 连续护理在慢性病领域的应用

慢性病的有效管理一直是护理界研究的热点,传统的慢性病管理包括院内管理与出院后的社区(家庭)管理两方面,但传统慢性病管理模式存在医院与社区(家庭)服务衔接不顺畅,各学科间照护服务不整合等缺点。随着护理学科的不断发展和健康老龄化战略的提出,连续护理概念已经被广泛应用,连续护理模式是慢性病患者管理的一种新型模式,在改善慢性病患者的生活质量,提高生存率等方面效果显著。

一、国外连续护理在慢性病领域中的应用现状

1. 实践形式

(1) 延续护理模式(Transitional Care Model, TCM):该模式主要由高级实践护士(APN)领导的多学科专业团队(由药师、营养学家、社会工作者、物理治疗师、临床专家等组成)对患者进行个案管理,具体包括:APN在医院内与患者建立信任关系,对有认知障碍的患者采取降低风险的措施,与医生合作建立并执行护理计划,对再住院高风险者进行管理,执行循证护理指南及对有多种并发症者进行综合管理。

(2) 护理转移干预模式(the Care Transitions Intervention, CTI):是由转移辅导员(由经过良好培训的高级实践护士、注册护士、社区人员、社会工作者等组成)授权与支持老年慢性病患者发挥其在自身健康管理中的积极作用,以降低其再住院率。转移辅导员在患者出院前进行医院内访视,在患者出院后24~72小时内进行家庭访视,家庭访视后2天、1周、2周进行3次电话随访,为期4周。该模式的干预内容主要强调:患者出院后由社区保健医生和专业人员及时随访,同时专业人员指导患者进行药物自我管理和书写健康记录,使患者能早期识别和有效应对自身病情恶化的危险因素。

(3) 老年人安全转移优化效果模式 (Better Outcomes for Older Adults through Safe Transitions, BOOST): 该模式的参与者有药师、护士、老年学家与患者的支持者, 干预内容包括 5 个关键要素: ①基于循证的综合干预: 包括采用风险评估工具评估患者出院后可能发生的不良事件, 确认患者再入院的风险, 并对高风险者采用“回教”的方法进行指导, 发送方与接收方的医生联系, 并在 72 小时内对患者进行电话随访。②实施指导: 由多学科团队进行计划、执行及评估其干预。③纵向技术支持: 提供面对面的帮助及为期 1 年的专家指导。④BOOST 协作: 允许实施该模式的医院互相沟通与协作。⑤建立 BOOST 在线资源中心。

(4) 远程医疗监控模式: 在慢性心力衰竭患者出院前, 由医院向其发放家庭远程监测设备, 该设备由平板电脑 (PAD)、蓝牙无线网关、体质量秤和血压计构成, 可置于家中的任何地方, 插电即用。科研护士在患者出院前对其进行设备使用指导, 患者出院后被要求每天用 PAD 编辑记录自己的体质量、血压和心率, 同时回答该设备提出的三个疾病症状问题, 为避免重复, 有两组疾病症状问题可供患者选择性回答。PAD 将收集到的患者健康信息通过蜂窝宽带传入中央呼叫中心, 由医院护士接收并给予相应处理。当患者的疾病症状达到 PAD 设定的报警值时, 该设备会迅速发出警报并提示患者与医务人员联系, 而中央呼叫中心护士也会在收到患者健康信息后联系患者并给予相应指导。

2. 实施内容 1989 年, 美国的宾夕法尼亚大学率先开展了对出院老年患者提供连续护理干预的临床试验, 主要对心力衰竭、心绞痛、心肌梗死、心脏瓣膜置换术后的患者进行出院后电话随访和家庭护理。在国家资助下成立了研究小组, 建立了 TCM, 并将该模式在多个国家和地区进行推广和发展。干预的内容包括综合性评价健康需求; 引导患者及照顾者积极参与; 协助患者管理患者症状; 健康教育提高自我护理能力; 提供协调、持续的健康支持; 多学科专业团队支持。2000 年后美国科罗拉多大学开始对“老年患者延续护理干预”进行系列研究, 实施干预以 APN 为主导, 多学科专业团队相互配合执行一系列护理活动, 团队主要由基本团队、资源团队和社区团队组成。基本团队评估患者的连续护理需求, 制订和实施护理计划; 资源团队由专业人员组成, 为另外两个团队提供意见和建议; 社区团队负责指导出院计划的落实。

3. 实施效果 一方面, 连续护理通过为患者提供全程的追踪护理, 提高了患者的自我护理能力, 并帮助患者应对出院后的健康问题, 提高了患者的总体满意度, 缩短了患者住院时间并延长了患者再入院时间, 有效地改善了患者出院后的健康状况和生活质量。另一方面, 连续护理的实施, 降低医疗费用、节省了人力资源、减轻了医院的负担、减少了医疗资源的浪费。

二、我国连续护理在慢性病领域中的应用现状

1. 实践形式 我国内地慢性病连续护理处于探索阶段,对慢性病连续护理服务的提供者、实施对象、内容、方式等还没有统一的标准,主要通过以下形式实现。

(1) 成立延续护理中心:暨南大学附属第一医院于2007年9月成立了“出院患者延续护理服务中心”,其成员一般由资深主治医师及专业知识全面、沟通能力强的护理人员构成,其主要工作内容包括负责出院患者的治疗、护理、随访等。通过调研发现,延续护理中心的形成对提高慢性病患者生活质量起到积极促进作用。

(2) 开设护士门诊:连续护理的服务对象通常为行动不便需卧床休息的老年人、患有慢性病人群及不能按时到医院复诊的患者。因此,培养专科护士开设门诊为患者提供专业的护理服务已越来越受到患者及家属的欢迎。医院开设护士连续护理门诊,由专业护士为咨询患者提供建议和帮助,根据病情提出合理专业的处理方式。目前,国内开设的护士门诊已取得了良好的护理效果,深受患者及家属的好评。

(3) 电话随访或家庭访视:电话随访指护士在患者出院1周内与患者通1次电话,询问评估患者的情况并提供适当的专业性意见。实践证明患者对经济、方便、高效的电话随访满意度较高。而家庭访视一直被认为是出院患者连续护理最直接有效的方式。在我国,研究者通过每月一次的家庭访视,针对慢性病患者社会心理、生理、健康相关领域等问题实施为期6个月的连续护理干预,提高了慢性病患者治疗行为依从性,有效控制了出院慢性病患者的病情。

(4) 基于网络平台的健康教育:医院通过申请微信公众号和QQ群,添加患者或其家属为好友,指定高年资护士每天为患者提供在线咨询、预约门诊、病情和用药指导以及多样化科普宣传教育等连续护理服务。目前,基于网络平台的即时通信成为了慢性病出院患者连续护理的新方式。

(5) 建立患者俱乐部:患者俱乐部是由某个专科或单病种的医务人员组织的患者互助小组,由医护人员、患者、家属、社会志愿者共同参与,在相关医护人员的组织下,组织患者定期活动,对有关疾病的诊治、康复、自我护理组织小组讨论,或开展知识竞赛,同时进行经验交流,使患者可以相互支持,共同分享成功或分担苦恼,体会到社会的关心和支持,对疾病的恢复具有积极的作用。

2. 实施内容 随着经济的发展和人们生活水平的提高,慢性病的危害日益突出,我国针对慢性病开展的连续护理主要在社区或居家阶段。2002年,香港理工大学黄金月教授将连续护理模式引入香港,采取出院前健康教育和出

院后护理随访的干预方案,并提出全面性、协调性、延续性、协作性的“4C”模型。主要通过电话随访和家庭访视对出院后的糖尿病、冠心病、肾功能衰竭晚期、慢性阻塞性肺疾病等慢性病患者进行干预。但由于我国相关法规不完善,主管医生参与率低,护理人员缺乏慢性病连续护理观念,在一定程度上影响了连续护理服务质量。社区资源不足,医院与社区连接严重脱节,患者对社区卫生服务机构缺乏信任,我国内地现在仅对冠状动脉旁路移植术后、慢性阻塞性肺疾病、脑卒中、高血压、2型糖尿病患者进行疾病知识健康教育和行为干预。

3. 实施效果 我国通过对慢性病患者提供连续护理能提高慢性病患者的疾病认知水平,并提高了患者自我管理行为的依从性,同时帮助患者树立了战胜疾病的信心,提高了患者的生活质量,并降低了患者再次住院率,从而减少了医疗资源的浪费。

三、连续护理在我国的发展前景

目前,全球约63%的死亡是死于慢性病,中国所占比例更高,未来我国即将面临巨大的慢性病风险,呈现“发病增长快,疾病负担重”的状况。因此,连续护理在我国慢性病领域的应用需求和发展空间非常大。

1. 连续护理机制规模化 近年来,国家对慢性病和养老问题日益关注,不断加大卫生和疾病预防控制投入,并纳入五年发展计划。连续护理依托慢性病防控体系,逐渐形成分级联动实施机制,但是在病种、专科、区域等方面仍体现出较大的局限性,亟待探索能够满足多病种、跨专业的规模化连续护理运行机制,落实慢性病三级防控机制,加大基层卫生机构连续护理力度,发挥一级预防效能,合理利用医疗资源,控制医疗成本和支出。可借鉴国外经验,健康服务供应商作为医疗机构的补充,帮助患者制订健康管理个人计划,促进自我管理,提高生活质量。同时,呼吁保险行业就慢性病人群治疗做出反应,设立相应险种加大对慢性病患者的支持。

2. 连续护理资源共享化 慢性病患者健康档案在连续护理实施过程中发挥了重要作用,为今后连续护理研究的深化提供了思路。考虑将互联网慢性病产业与互联网养老产业协同发展,共享资源与成果,将相对分散的资源集中化;在慢性病管理系统行业研究结论的基础上,结合我国慢性病管理系统行业发展现状,通过资深研究团队对慢性病管理系统各类资讯进行整理分析,并依托国家权威数据资源和长期市场监测的数据库,对慢性病管理系统进行全面、细致的调研和数据整理分析、共享。

3. 连续护理运行数据化 移动互联网技术快速发展,国民素质提高,互联网利用率大幅增加,对于利用互联网实施慢性病管理的意识也显著提高,促

使慢性病研究重点由诊疗转向健康管理。国家积极推进“互联网+”以及医药体制改革的不断深化,云计算技术、可穿戴和智能硬件技术的发展,实现了患者健康数据记录与病情监控、病历管理、药品管理和提醒、患者在线咨询和病友间的疾病讨论、情感交流、数据经验分享,通过可穿戴传感器进行体征监测,收集数据,为后续研发更高级的定制化服务提供条件。

目前,我国在连续护理方面尚处于起步和探索阶段,但随着科学的发展、社会的老龄化、人们健康观念的更新,以及医学模式的转变和医疗制度的改革,都对护理工作提出了新的要求。在我国进行连续护理,正是适应上述变化,将健康照顾从医院走向社区、走向家庭,在提高患者的生命和生活质量的同时,缓解医疗费用高涨与保障“人人健康”目标的矛盾和压力。但连续护理管理模式仍需要进一步完善,在加强人员培训、护理质量控制的同时,进一步提高连续护理的管理水平,形成完善的管理模式,为连续护理对象提供优质的护理服务。

参考文献

1. Shortell SM. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. *Med Care*, 1976, 14 (59): 377-391.
2. Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. *BMJ*, 1980, 70 (2): 122-127.
3. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of health care. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2002: 1.
4. American Academy of Family Physicians. Continuity of care [EB/OL]. (2005-2-15). <http://www.aafp.org/x6694.xml>.
5. 栾雯. 社区开展延续性护理的现状及对策. *卫生职业教育*, 2012, 21 (32): 4322-4324.
6. 包萍. 社区护理工作中的问题及对策. *中国医学创新*, 2012, 6 (31): 87-89.
7. 罗常春. 延续性护理干预对糖尿病患者血糖及并发症的影响. *浙江医学教育*, 2012, 54 (6): 69-71.
8. Van Walraven C, Oake N, Jennings A, et al. The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *J Eval Clin Pract*, 2010 (16): 947-956.
9. Popejoy LL, Moylan K, Galambos C. A review of discharge planning research of older adults 1990-2008. *West J Nurs Res*, 2009, 31 (7): 923-947.
10. Kietzman KG, Pincus HA, Huynh PT. Coming full circle: Planning for future pathways of transitions of care for older adults. New York: Springer, 2011.
11. Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, et al. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*, 2004, 52 (5): 675-684.

12. 钱源. 延续性护理模式的研究进展. 当代护士, 2014, (11): 13-16.
13. Coleman EA, Min SJ, Chomiak A, et al. Posthospital care transitions: Patterns, complications, and risk identification. Health Serv Res, 2004, 39 (5): 1449-1465.
14. 王少玲, 黄金月, 周家仪. 建立慢性阻塞性肺疾病延续性护理的循证实践. 中华护理杂志, 2009, 44 (5): 431-434.
15. 孔灵芝. 关于当前我国慢性病防治工作的思考. 中国卫生政策研究, 2012, 5 (1): 2-5.
16. 陈曦, 毕越英, 陈海花. 连续护理的国内外研究现状及展望. 中华护理杂志, 2012, 47 (8): 758-760.
17. Carroll A, Dowling M Discharge planning: communication, education And patient participation. Br J Nurs, 2007, 16 (14): 882-886.
18. 付伟, 李萍, 钟银燕. 延续性护理研究综述. 中国实用护理杂志, 2010, 26 (4): 27-30.
19. 毛惠娜, 刘雪琴. 出院患者延续护理服务模式的探讨. 护理研究, 2005, 19 (20): 1294.
20. 赵岳. 连续护理过程中护士的团队合作. 中国护理管理, 2007, 7 (9): 77-78.
21. 徐娟, 徐斌, 文町宁, 等. 延续护理对慢性心力衰竭患者预后的影响. 中国现代药物应用, 2012, 36 (23): 467-468.
22. 蔡秀群, 陈素兰, 陈美华. 电话随访时间在急性脑血管病患者院外延伸护理中的影响. 护理实践与研究, 2010, 7 (15): 11-13.
23. 杨琴, 袁丽. 社区老年慢性病家庭访视的研究进展. 护理学杂志, 2009, 24 (21): 93-95.

