

multiple dimensions such as concepts, models, technologies, and strategies. Based on recent domestic and international research results, this paper systematically reviews the core progress of nursing innovation in the comprehensive management of chronic diseases, analyzes the existing practical difficulties, and looks forward to future development directions, aiming to provide theoretical references for building an efficient, continuous, and humanistic chronic disease nursing system.

Keywords

Chronic Diseases, Comprehensive Management, Nursing Innovation, Smart Nursing, Continuity of Care, Multidisciplinary Collaboration

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

慢性病全称慢性非传染性疾病, 具有起病隐匿、病程漫长、病因复杂、并发症多、需终身管理等特征, 涵盖高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、心脑血管疾病、恶性肿瘤等主要疾病类型。随着人口老龄化加速、不健康生活方式普及与环境因素变迁, 慢性病已成为全球公共卫生核心挑战, 其导致的死亡与疾病负担占比逐年攀升, 亦是我国居民健康与医疗资源消耗的主要威胁。慢性病的迁延性与复杂性决定了单一医疗干预、碎片化护理服务无法满足患者需求, 常伴随治疗依从性低下、并发症控制不佳、反复住院、生活质量下降、医疗成本激增等系列问题。

慢性病综合管理(CCM)以患者为核心, 整合预防、诊疗、康复、护理、健康教育、心理支持、社会支持等多元服务, 构建全周期、多维度、跨场域的协同管理体系, 是应对慢性病挑战的核心模式。护理作为综合管理的实施主体、协调枢纽与一线执行者, 贯穿疾病预防、急性期干预、稳定期康复、长期随访、终末期关怀的全过程, 其服务质量直接决定管理成效。传统护理模式存在服务被动、场域局限、内容单一、协同不足等缺陷, 无法适配慢性病长期连续管理的核心诉求。在此背景下, 护理创新成为突破传统瓶颈、提升综合管理质量的关键路径。

护理创新指在护理实践中引入新理念、新模式、新技术、新方法或新体系, 以提升护理效率、优化服务质量、增强患者体验、降低医疗成本。近年来, 国内外学者围绕慢性病护理创新开展大量研究, 形成理念革新、模式重构、技术赋能、策略优化等多元成果。本文系统梳理相关研究进展, 综述慢性病综合管理中护理创新的核心内容、应用现状、现存问题与发展趋势, 为临床实践与学术研究提供全面支撑。

2. 慢性病护理创新的核心理念革新

理念创新是护理实践创新的先导, 慢性病护理创新率先实现从传统以疾病为中心向以患者为中心、全周期协同、主动健康管理的根本性转变, 为实践创新奠定理论基础。

2.1. 以患者为中心的个体化精准护理理念

以患者为中心是慢性病护理创新的核心基石, 摒弃传统标准化、同质化护理模式, 强调尊重患者个体差异、需求偏好、价值观与生活背景, 构建精准化、个性化护理方案[1]。慢性病患者在年龄、病情严重程度、合并症、文化水平、经济状况、家庭支持、自我管理能力和多维度存在显著差异, 护理需求高度异质化。个体化理念要求护理人员全面评估患者生理、心理、社会、文化等多维度需求, 结合疾病特点与治疗目标,

设计专属护理计划。例如,老年糖尿病患者需兼顾血糖控制、合并症管理、肢体康复、认知维护与心理疏导;年轻慢性病患者需融入职业适配、社交需求、生育规划等个性化内容。同时,突出患者主体地位,鼓励其参与护理决策,实现“医护主导”向“医患协同”的转变,提升患者自我管理意愿与依从性。

2.2. 全周期连续性护理理念

慢性病病程跨越预防、发病、治疗、康复、复发、终末期等全阶段,传统护理局限于院内急性期服务,存在院内外服务脱节、护理连续性中断的核心问题。全周期连续性护理理念打破时空限制,将护理服务延伸至院前预防筛查、院中专科护理、院后康复随访及长期健康管理,构建“预防-干预-康复-监测-再预防”的闭环管理模式。该理念强调护理服务的连贯性与衔接性,建立医院-社区-家庭三方联动机制,实现患者在不同医疗场景间的平稳过渡。例如,患者出院前完成全面评估与出院指导,出院后通过社区护理、家庭访视、远程随访持续监测病情,疾病复发时快速衔接医院专科护理,形成无间断护理链条。同时,覆盖患者从健康促进、疾病预防到终末期姑息关怀的全生命周期,满足不同阶段差异化护理需求。

2.3. 多维度整合式健康管理理念

伴随生物-心理-社会医学模式的确立,慢性病护理创新突破单纯生理护理局限,树立生理-心理-社会-环境多维度整合式健康管理理念。慢性病不仅损害躯体健康,还易引发焦虑、抑郁、孤独等心理问题,同时影响患者社交、职业、家庭功能,导致社会适应能力下降。多维度理念要求护理人员不仅关注症状控制、生命体征监测、用药护理等生理需求,还需重视心理疏导、情绪支持、认知干预等心理护理,以及社会支持系统构建、家庭关系协调、职业康复指导、社区资源整合等社会护理。例如,慢性心衰患者护理需同步监测心功能、指导用药,评估焦虑抑郁状态并开展心理干预,协助申请社会救助、链接社区康复资源、鼓励家属参与照护,形成全方位健康支持体系。

2.4. 预防为主的主动健康理念

传统慢性病护理侧重疾病治疗与并发症处理,属于被动应对模式;预防为主、主动健康的理念将护理重心前移,聚焦疾病预防、风险筛查、健康促进与早期干预。通过健康教育、生活方式干预、高危人群筛查、疫苗接种等措施,降低慢性病发病风险;对已患病患者,通过早期风险识别、规范管理,延缓疾病进展、减少并发症发生[2]。主动健康理念推动护理人员角色从“被动医嘱执行者”转变为“主动健康管理者”,主动开展健康评估、风险预警、健康教育与行为干预;同时引导患者从“被动接受治疗”转变为“主动管理健康”,培养健康生活习惯,提升疾病预防与自我管理能力。例如,社区护理人员主动为老年人开展高血压、糖尿病筛查,为高危人群制定低盐低脂饮食、规律运动等干预方案,实现慢性病早预防、早发现、早干预。

3. 慢性病综合管理中护理服务模式创新

服务模式创新是护理创新的核心载体,近年围绕慢性病综合管理,国内外形成多种新型护理模式,突破传统单一、碎片化服务局限,实现多主体协同、多场景融合、多维度覆盖。

3.1. 多学科协作(MDT)护理模式

慢性病患者常合并多种疾病,健康需求复杂多样,单一学科护理无法满足综合管理需求。多学科协作护理模式整合医生、护士、营养师、康复师、心理咨询师、药师、社会工作者等多学科专业力量,组建固定协作团队,通过联合评估、共同决策、协同干预,为患者提供全面、连续、个性化的综合护理服务。

MDT 护理模式核心是打破学科壁垒, 建立常态化协作机制: 团队定期开展联合查房、病例讨论、护理会诊, 共享患者信息, 共同制定护理计划; 各学科成员依据专业分工协同落实措施, 护士负责病情监测、基础护理与随访管理, 营养师制定饮食方案, 康复师指导功能锻炼, 心理咨询师提供心理支持, 药师开展用药指导[3]。该模式在糖尿病合并心血管疾病、慢性阻塞性肺疾病合并营养不良、恶性肿瘤多并发症管理等复杂慢性病护理中应用广泛, 有效提升护理全面性与针对性。

3.2. 医院 - 社区 - 家庭一体化护理模式

该模式以全周期连续性护理为目标, 整合医院、社区、家庭三方资源, 构建三级联动护理网络。医院作为核心, 负责慢性病急性期治疗、专科护理、疑难病例处理、技术指导与人员培训; 社区卫生服务中心作为枢纽, 承担稳定期日常管理、健康筛查、随访、健康教育、基础护理、康复指导等工作; 家庭作为基础, 通过家庭护理、自我管理与家人照护, 落实院外长期护理措施。模式运行强调三方无缝衔接: 患者住院期间, 医院护理人员与社区护士提前对接, 完善健康档案, 制定出院后护理计划; 出院时完成病情交接与护理方案移交; 出院后社区护士定期上门访视、电话随访, 监测病情、指导护理, 遇病情加重及时转诊至医院; 同时指导家属掌握基础护理技能, 协助患者完成自我管理。该模式有效解决院内外护理脱节问题, 提升护理服务可及性, 尤其适用于老年慢性病、失能半失能患者的长期管理。

3.3. “互联网 + 护理服务” 模式

信息技术发展推动“互联网 + 护理服务”模式兴起, 成为慢性病院外管理的重要创新。该模式依托互联网、物联网、移动终端、大数据等技术, 构建线上线下融合的护理服务体系, 突破传统护理时空限制[3]。核心内容包括三方面: 一是远程监测护理, 通过可穿戴设备(智能血压计、血糖仪、心电监测仪等)实时采集患者生命体征数据, 经物联网传输至管理平台, 护理人员远程监测, 异常时及时干预; 二是线上护理服务, 通过 APP、微信公众号、远程会诊平台提供在线咨询、用药指导、健康宣教、预约护理、电子处方等服务; 三是线下上门护理, 针对行动不便患者, 提供居家换药、导尿、压疮护理、康复指导等上门服务, 线上预约、线下执行、全程记录。该模式提升护理便捷性与及时性, 尤其适用于偏远地区、行动不便的慢性病患者。

3.4. 延续性护理模式

延续性护理聚焦患者从医院到家庭、从急性期到稳定期的过渡阶段, 解决出院后护理中断、康复不佳、再入院率高等问题。核心是为出院患者提供持续、系统、个性化的护理支持, 确保院内护理与院外管理无缝衔接[4]。实施流程包括: 出院前全面评估患者病情、自我管理能力、家庭支持与护理需求, 制定延续护理方案; 出院指导开展用药、饮食、运动、并发症预防、自我监测等专项指导, 发放健康教育手册; 出院后通过电话、微信、家庭访视等方式定期随访, 了解病情恢复情况, 解决护理问题, 调整护理方案; 康复支持链接社区康复资源, 指导居家康复训练。延续性护理在慢性心衰、糖尿病、脑卒中、恶性肿瘤等疾病护理中广泛应用, 显著降低再入院率, 提升患者康复效果。

3.5. 自我管理支持护理模式

慢性病长期管理依赖患者自我管理能力, 自我管理支持护理模式以提升患者自我管理能力为核心, 通过系统化干预, 帮助患者掌握疾病知识、护理技能、应对技巧, 实现自我管理疾病[5]。模式内容包括: 健康教育采用课堂讲座、视频、手册、一对一指导等形式, 讲解疾病知识、治疗方案、护理要点、并发症预防; 技能培训指导患者血糖监测、血压测量、伤口护理、康复锻炼等实操技能; 心理支持缓解患者负面情绪, 增强管理信心; 行为干预纠正不良生活习惯, 培养规律作息、合理饮食、适度运动等健康行为;

激励机制通过打卡、奖励、同伴支持等方式提升依从性。该模式强调患者主体地位, 实现“授人以渔”, 是慢性病长期管理的基础。

3.6. 中医特色护理模式

中医“整体观念”“辨证施护”“治未病”理念与慢性病综合管理高度契合, 中医特色护理成为重要创新方向。结合中医理论与技术, 为慢性病患者提供辨证施护、饮食调护、情志护理、运动指导、中医适宜技术护理等综合服务。常用中医护理技术包括艾灸、拔罐、刮痧、穴位按摩、中药外敷、耳穴压豆等, 适用于慢性疼痛、失眠、消化不良、肢体麻木等症状改善[6]。例如, 糖尿病患者辨证分为阴虚燥热、气阴两虚等型, 分别给予对应饮食、情志与穴位护理; 慢性阻塞性肺疾病患者采用穴位贴敷、艾灸肺俞穴等缓解咳嗽症状。中医特色护理具有副作用小、成本低、患者接受度高等优势, 与现代护理结合, 形成中西医结合慢性病护理新模式。

3.7. 二元协同护理模式

针对慢性病患者与主要照顾者的健康相互影响特性, 二元协同护理模式同步关注患者与照顾者双方健康需求, 实施协同干预。慢性疾病不仅影响患者健康, 也给照顾者带来沉重生理、心理与经济负担, 照顾者负担过重会直接影响患者管理质量。该模式干预内容包括: 提升患者自我管理能力和减轻照顾者照护负担; 为照顾者提供心理支持、技能培训、喘息服务, 缓解其心理压力与身体疲劳。研究证实, 二元协同护理模式可同时改善患者健康结局与照顾者心理健康, 提升整体照护质量。

4. 慢性病护理创新的技术与工具应用

现代信息技术、智能技术、数字化工具的应用, 为慢性病护理创新提供技术支撑, 推动护理向智能化、精准化、高效化转型。

4.1. 智慧监测与物联网技术

物联网技术实现患者生理数据实时、连续、远程采集。可穿戴设备(智能手环、心电衣、动态血压监测仪等)、家用便携式监测设备(血糖仪、血氧仪)实时采集血压、血糖、心率、血氧、体重等数据, 通过蓝牙、Wi-Fi 传输至健康管理平台。平台自动分析数据, 生成健康曲线与报告, 异常时向护理人员与患者发送预警。护理人员无需上门即可掌握病情, 实现精准监测与早期干预, 提升管理效率。

4.2. 大数据与人工智能技术

大数据技术整合患者病历、监测数据、随访记录、生活习惯等多源数据, 构建患者健康画像, 分析疾病规律、风险因素与干预效果。人工智能技术进一步赋能护理创新: AI 算法建立风险预测模型, 提前识别并发症、病情恶化高风险患者; AI 聊天机器人提供 24 小时在线健康咨询、用药提醒、症状自查; 机器学习优化护理方案, 根据个体数据推荐个性化饮食、运动、用药方案; 自然语言处理实现护理文书智能录入与分析, 提升工作效率。

4.3. 护理信息管理系统

电子健康档案(EHR)、慢性病管理信息系统整合患者基本信息、病史、检查、用药、护理、随访等全周期数据, 实现多机构共享[7]。护理人员通过系统快速调取信息, 全面评估病情; 不同机构医护人员实时同步信息, 避免重复检查与护理疏漏。系统具备随访提醒、统计分析、质量监控等功能, 辅助护理决策, 提升管理规范化与精细化水平。

4.4. 移动护理终端与 APP 应用

移动护理 PAD、手机 APP 成为护理人员随身工具。护理人员通过终端实时录入数据、查看病历、下达护理指令、接收预警；患者通过 APP 查看健康档案、接收宣教内容、在线咨询、预约服务、记录自我管理数据。部分 APP 结合游戏化、社交化设计，通过打卡、积分、排名提升患者参与度与依从性。

4.5. 虚拟现实(VR)与康复技术

VR 技术用于慢性病康复护理创新[8]。脑卒中、骨关节病患者通过 VR 康复游戏进行肢体功能训练，提升趣味性 with 依从性；慢性疼痛、焦虑患者通过 VR 放松训练缓解症状。VR 技术模拟真实场景，帮助患者重建运动功能、改善心理状态，提升康复效果。

5. 慢性病护理创新的干预策略与方法

5.1. 精准化护理干预策略

基于患者个体差异、疾病分型、风险等级实施精准干预。通过风险评估工具将患者分为低、中、高风险，制定差异化方案：低风险侧重健康教育与生活方式干预；中风险增加监测频率与强化指导；高风险实施多学科协作、密切监测、紧急预案。结合基因、生理、心理、社会数据，实现“一人一策”精准护理。

5.2. 跨理论模型与行为改变干预

以跨理论模型为指导，将患者行为改变分为前意向、意向、准备、行动、维持阶段，实施针对性干预。前意向阶段提升疾病认知；意向阶段增强改变动机；准备阶段制定行动计划；行动阶段指导实操技能；维持阶段预防复发。结合动机访谈、健康信念模式、社会支持理论，纠正吸烟、高盐饮食、缺乏运动等不良行为。

5.3. 团体护理与同伴支持干预

组织同类慢性病患者开展团体护理，通过集体讲座、讨论、训练、经验分享，营造支持氛围。同伴支持由康复良好、经验丰富的患者担任志愿者，一对一帮扶新患者。团体与同伴干预提升患者归属感、依从性与自我效能，降低孤独感与负面情绪。

5.4. 叙事护理干预

叙事护理作为新型心理护理方法，注重引导患者宣泄情绪，鼓励其将疾病困扰与内心感受表达出来。护士通过倾听患者叙述，全面剖析其心理症结与健康需求，进而提供个性化心理支持与护理方案。研究证实，叙事护理可凸显患者主体地位，帮助其修正负性情绪、提升自我认知，促进身心健康，尤其适用于慢性阻塞性肺疾病、维持性血液透析、癌症等患者的心理护理[9]。

6. 慢性病护理创新的实践困境与挑战

6.1. 护理人力资源短缺与能力不足

慢性病护理创新需大量专业护士，但基层与社区护理人力短缺问题突出。部分护士缺乏多学科协作、信息化技术、中医护理、心理干预等专业能力，难以适配创新护理需求。

6.2. 信息化建设与技术应用不均衡

地区、机构间信息化水平差异较大，基层与偏远地区设备与网络基础设施不足。不同机构信息系统

兼容性差, 数据共享壁垒明显; 部分老年、低学历患者智能技术使用能力薄弱, 存在数字鸿沟。

6.3. 多部门协作机制不完善

医院 - 社区 - 家庭、多学科协作缺乏标准化流程与制度保障。存在信息壁垒、职责不清、衔接不畅等问题, 影响护理服务连续性与协同性。

6.4. 患者依从性与自我管理能力不足

慢性病需长期坚持治疗与健康管理, 部分患者疾病认知不足、意志薄弱、存在焦虑抑郁等负面情绪, 治疗依从性低下。老年、低学历、无家属支持患者自我管理能力尤为薄弱。

6.5. 政策支持与保障体系不健全

护理创新缺乏完善的政策、经费、医保支持。“互联网 + 护理”、上门护理等新型模式的收费标准、医保报销、质量控制、风险防控机制尚未健全, 制约规模化推广。

7. 慢性病护理创新的发展趋势与展望

7.1. 数智化深度融合

人工智能、大数据、物联网、5G 技术将全面融合, 实现慢性病护理智能预测、精准干预、自动预警。智能穿戴设备、护理机器人、远程 VR 护理将广泛应用, 推动护理向主动、精准、智能化转型。

7.2. 整合化与协同化深化

构建跨机构、跨部门、跨区域的慢性病护理整合体系, 完善医院 - 社区 - 家庭一体化运行机制。多学科协作实现常态化、标准化, 形成高效协同的护理服务网络。

7.3. 个性化与精准化升级

结合组学技术、生物标志物、健康大数据, 实现慢性病风险精准评估、护理方案精准制定与效果精准评价。护理服务从“标准化”向“精准化”“个性化”全面升级。

7.4. 中西医结合护理拓展

中医辨证施护、适宜技术与现代护理深度融合。开发中西医结合慢性病护理方案与工具, 形成特色护理模式, 提升护理效果与服务优势。

7.5. 人文护理与心理支持强化

更加注重人文关怀与心理支持, 将心理疏导、情绪管理、尊严护理融入护理全过程。关注患者社会需求, 完善家庭与社会支持系统, 全面提升患者生活质量。

7.6. 政策与体系保障完善

完善慢性病护理创新的政策扶持、经费投入、医保报销、质量控制、人才培养体系。建立标准化护理规范与评价体系, 为护理创新持续发展提供制度保障。

8. 结论

慢性病综合管理中的护理创新是应对全球慢性病挑战、提升健康管理水平的必然选择。近年护理创新实现多维度突破: 理念层面从以疾病为中心转向以患者为中心、全周期、多维度、预防为主的现代理

念; 模式层面形成多学科协作、医院-社区-家庭一体化、互联网+、延续性、自我管理支持、中医特色、二元协同等多元模式; 技术层面依托智慧监测、大数据、人工智能、信息系统实现精准化、高效化转型; 干预策略向精准化、行为改变、团体支持、叙事护理等方向发展[10]-[15]。

同时, 护理创新面临人力资源不足、信息化不均衡、协作机制不畅、患者依从性低、政策保障不全等实践困境。未来需深化数智技术融合、强化跨域协同整合、推进精准个性化服务、拓展中西医结合模式、加强人文关怀支持、完善政策体系保障, 推动慢性病护理创新持续深化, 构建高效、连续、综合、优质的慢性病护理体系, 为健康中国建设提供坚实支撑。

参考文献

- [1] 段宗勇. 内科常见慢性病综合管理模式的临床应用与疗效分析[C]//河北省健康学会. 2026 基层健康服务新进展学术研讨会论文集. 邢台: 宁晋县苏家庄中心卫生院, 2026: 47-50.
- [2] 赫鹏程. 慢性病综合管理模式在社区高血压患者中的应用效果分析[J]. 中国社区医师, 2026, 42(5): 148-150.
- [3] 马宁, 沈吉明, 邱春燕, 等. 基于“互联网+医疗健康”的连续性慢性病综合防控和管理模式对老年高血压患者的干预效果[J]. 医药前沿, 2026, 16(4): 135-138.
- [4] 冯灿灿, 史威力, 刘志辉, 等. 全科医学视角下多病共存患者的医患共同决策[J]. 中华全科医学, 2026, 24(1): 1-4.
- [5] 李其兵. 基于标准化的社区慢性病管理质量提升策略[J]. 中国标准化, 2026(2): 251-254.
- [6] 孔蕾. 社区内科糖尿病患者的综合管理模式与实践效果综述[C]//中国生命关怀协会. 关爱生命大讲堂之生命关怀与智慧康养系列学术研讨会论文集(下)——高血压与主动脉疾病专题. 邢台: 邢台市襄都区南长街街道办事处社区卫生服务中心, 2025: 130-132.
- [7] 吴萍. 构建全域健康屏障守护万家安康[N]. 咸阳日报, 2025-08-19(007).
- [8] 杨宝, 王进, 李秋恒. 医疗卫生机构开展基层高血压综合管理的实践探索[J]. 中国医疗管理科学, 2025, 15(4): 131-135.
- [9] 王小菊. 国家慢性病防控综合示范区内老年高血压管理现状及影响因素研究[D]: [硕士学位论文]. 锦州: 锦州医科大学, 2025.
- [10] 林闻. 提升慢性病管理水平助力“健康中国”建设[N]. 福建日报, 2025-01-13(004).
- [11] 王宣言. 城市数字经济水平对慢性病管理的影响研究[D]: [硕士学位论文]. 上海: 华东理工大学, 2025.
- [12] 廖茂铮. 创建省级慢性病综合防控示范区的探索与实践[J]. 人口与健康, 2024(10): 35-37.
- [13] 杨敏. 慢性病管理模式对 2 型糖尿病的应用效果[J]. 名医, 2024(15): 189-191.
- [14] 员战民, 刘晓蕊, 陈浩. 多民族人群同社区居住环境下慢性疾病的治理与管理[J]. 当代医学, 2022, 28(3): 184-186.
- [15] 唐凌, 孙鼎, 喻晓, 等. 基于“治未病”理论的中医适宜技术防治慢性阻塞性肺病稳定期患者的研究进展[J]. 世界中医药, 2021, 16(5): 849-854.