

阿勒泰地区老年慢性病延续性护理模式研究进展

黄安什·阿力帕木什

阿勒泰地区中医医院(阿勒泰地区哈萨克医医院), 新疆 阿勒泰

收稿日期: 2026年4月26日; 录用日期: 2026年5月21日; 发布日期: 2026年5月28日

摘要

我国人口老龄化进程持续加快, 老年慢性病已成为影响居民健康与医疗资源配置的突出问题。延续性护理作为连接院内治疗与院外康复的关键服务形式, 对稳定病情、提升自我管理能力、降低再入院率、改善生活质量具有重要意义。阿勒泰地区地处西北边疆, 地域辽阔、农牧区分散、冬季漫长严寒、老年人口居住分散、基层医疗资源分布不均、交通与信息传递存在障碍, 老年慢性病延续性护理面临特殊挑战。本文系统梳理老年慢性病延续性护理的核心内涵、主流模式、实践现状、区域困境与发展方向, 结合阿勒泰地区民族构成、气候地理、医疗布局与患者特点展开分析, 为构建适配边疆民族地区的延续性护理体系提供理论依据与实践参考。

关键词

老年慢性病, 延续性护理, 护理模式, 阿勒泰地区, 社区护理, 互联网 + 护理

Research Progress on Continuity of Care Models for Elderly Patients with Chronic Diseases in Altay Prefecture

Huang Anshi Alipamush

Altay Prefecture Hospital of Traditional Chinese Medicine (Altay Prefecture Kazakh Medicine Hospital), Altay Xinjiang

Received: April 26, 2026; accepted: May 21, 2026; published: May 28, 2026

Abstract

The aging of the population in China is accelerating continuously, and chronic diseases among the

文章引用: 黄安什·阿力帕木什. 阿勒泰地区老年慢性病延续性护理模式研究进展[J]. 临床医学进展, 2026, 16(5): 2850-2855. DOI: 10.12677/acm.2026.1652097

elderly have become a prominent issue affecting residents' health and the allocation of medical resources. Continuity of care, as a key service form connecting in-hospital treatment and post-hospital rehabilitation, is of great significance in stabilizing the condition, enhancing self-management ability, reducing readmission rates, and improving the quality of life. Altay Prefecture is located in the north-west border area, with a vast territory, scattered rural and pastoral areas, a long and harsh winter, dispersed elderly population, uneven distribution of primary medical resources, and obstacles in transportation and information transmission. Continuity of care for elderly patients with chronic diseases faces special challenges. This article systematically reviews the core connotation, mainstream models, current practice status, regional difficulties, and development directions of continuity of care for elderly patients with chronic diseases. It also analyzes the ethnic composition, climate and geography, medical layout, and patient characteristics of Altay Prefecture, providing theoretical basis and practical reference for building a continuity of care system suitable for border ethnic areas.

Keywords

Elderly Chronic Diseases, Continuity of Care, Care Model, Altay Prefecture, Community Care, Internet + Care

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

随着人口老龄化与生活方式转变,高血压、糖尿病、冠心病、慢性阻塞性肺疾病、脑梗死后遗症等老年慢性病呈现高发病率、高致残率、高复发率、长病程、需终身管理的特征,给家庭照护与医疗卫生体系带来持续压力。老年患者常存在多病共存、视力听力下降、行动不便、认知减退、依从性偏低等问题,单纯院内护理难以满足长期健康需求,出院后易出现用药不规范、监测缺失、康复中断、并发症增多、反复住院等现象。

延续性护理是指通过一系列行动设计,保障患者在不同健康照护场所及同一场所不同照护水平间,接受到具有连续性与协调性的护理服务,核心是实现信息连续、管理连续、关系连续,覆盖出院准备、随访监测、用药指导、康复训练、心理支持、健康教育、应急处置等全流程。我国延续性护理起步较晚,但近年发展迅速,形成医院-社区-家庭联动、互联网+护理、多学科协作、医养结合等多元模式。

阿勒泰地区下辖1市6县,农牧区面积大、居民点分散、冬季气候严寒、出行不便,老年慢性病患者以哈萨克族等少数民族为主,语言、文化、生活习惯差异明显,基层护理力量不足、信息化覆盖不均衡、家庭照护能力参差不齐,延续性护理的可及性、规范性与持续性均受制约。基于此,本文以老年慢性病延续性护理模式为核心,结合阿勒泰地区实际开展综述,为优化区域老年慢病健康管理、完善基层护理服务网络提供支撑。

2. 老年慢性病延续性护理的内涵与核心价值

2.1. 延续性护理的内涵

延续性护理现已发展为覆盖院内-院外、机构-家庭、急性期-稳定期-康复期的全周期服务体系。其核心内涵包括三方面:信息连续:健康档案、诊疗信息、护理计划、用药方案、风险评估在医院、社区、家庭间顺畅流转与共享;管理连续:从出院评估、出院指导到定期随访、居家监测、康复指导、应急转诊形成闭环;关系连续:固定护理团队与患者及家属建立稳定信任关系,持续提供个性化支持[1]。

2.2. 延续性护理的核心价值

提升用药依从性与自我管理能力，减少擅自停药、漏服、误服；强化病情监测与早期干预，降低急性加重与再入院风险；提供心理疏导与社会支持，缓解焦虑、抑郁、孤独感；优化医疗资源配置，引导慢病管理下沉基层，减轻三级医院压力；改善老年患者生理功能与生活质量，减轻家庭照护负担。

3. 老年慢性病延续性护理主流模式

3.1. 医院 - 社区 - 家庭一体化延续护理模式

该模式是我国应用最广泛的基础框架，以三级联动、无缝衔接为核心。医院负责急性期治疗、出院评估、护理方案制定与人员培训；社区卫生服务中心/乡镇卫生院承担日常随访、健康宣教、基础护理、康复指导、用药管理；家庭作为终端落实自我管理居家照护[2]。运行要点包括出院前交接、出院后随访、病情波动快速转诊、双向信息互通，有效解决院内外护理断层问题。

3.2. “互联网+”延续性护理模式

依托移动互联网、物联网、可穿戴设备、健康管理 App、微信平台等，实现远程监测、在线咨询、用药提醒、健康宣教、预约上门、电子随访，突破时空限制，提升护理便捷性与时效性。适合行动不便、居住偏远、交通不便的老年患者，可显著降低随访成本，提高管理效率。

3.3. 多学科协作(MDT)延续护理模式

针对多病共存、病情复杂的老年慢病患者，组建由医生、护士、药师、康复师、心理咨询师、营养师、社工等构成的多学科团队，开展联合评估、共同决策、协同干预，解决生理、心理、用药、营养、康复、社会支持等多重问题，提升护理全面性与精准性。

3.4. 医养结合型延续护理模式

将医疗护理与养老服务深度融合，面向失能、半失能、空巢、独居老人，在养老机构、日间照料中心、居家场景中提供长期照护、康复护理、慢病监测、用药管理、安宁疗护等一体化服务，实现“养老不离医、护理不离家”，适合高龄、高依赖度老年群体。

3.5. 居家上门护理与家庭病床模式

针对失能、半失能、行动严重不便患者，由社区护士或上门护理团队提供居家换药、导尿、压疮护理、生命体征监测、康复指导、抽血送检等服务，以家庭病床形式实现居家“类住院”管理，最大限度保障护理可及性。

3.6. 同伴支持与团体健康教育模式

由康复效果好、依从性高的慢病患者担任志愿者，开展经验分享、情绪鼓励、行为监督，结合团体讲座、健康课堂、小组讨论，提升患者归属感与自我效能，改善长期管理依从性，尤其适用于高血压、糖尿病等群体管理[3]-[5]。

4. 阿勒泰地区老年慢性病延续性护理现状与特点

4.1. 区域基本情况

阿勒泰地区位于新疆北部，以农牧业为主，冬季漫长寒冷、道路易积雪结冰；老年人口占比持续上

升，慢性病以高血压、糖尿病、冠心病、慢性呼吸系统疾病、骨关节病为主；少数民族人口比例高，语言、饮食、生活习惯具有地域性；基层医疗点多面广、护理人力相对不足、信息化水平城乡差异明显；患者居住分散，部分偏远村屯交通不便，传统上门随访成本高、效率低。

4.2. 现有延续性护理开展形式

出院随访：以电话随访为主，部分开展社区入户访视，重点监测血压血糖、用药情况、症状变化；社区健康管理：建立老年人健康档案，开展慢病筛查、年度体检、健康教育；长期处方服务：对病情稳定患者开具长处方，减少往返取药频次；上门护理：针对失能半失能老人提供居家巡诊、基础护理、康复指导；民族医药融入：结合哈萨克医、中医适宜技术，开展穴位按摩、艾灸、食疗调护等特色护理。

4.3. 阿勒泰地区延续性护理的特殊性

地理气候制约：冬季漫长严寒、农牧区分散，上门服务难度大、成本高；民族文化差异：多民族聚居，语言沟通、健康认知、照护习惯存在差异；基层资源不足：社区护理人员数量不足、专业能力有待提升，信息化工具普及率不均衡；家庭照护依赖度高：空巢老人、独居老人增多，家属照护知识与技能不足；数字鸿沟存在：部分高龄、低学历、少数民族老人使用智能手机与健康 App 困难。

5. 阿勒泰地区老年慢性病延续性护理实践困境

5.1. 护理体系衔接不畅

医院、社区、家庭之间信息共享不足，出院交接不够规范，随访标准不统一，存在断档、漏访、重复管理现象，难以形成闭环。

5.2. 基层护理能力薄弱

社区护士数量不足，延续性护理、康复护理、心理护理、多学科协作能力有待加强；上门服务、居家护理的激励机制与保障机制不完善。

5.3. 信息化应用不均衡

偏远乡村网络条件有限，可穿戴设备、健康管理平台覆盖率偏低；老年患者智能技术使用能力不足，互联网 + 护理优势难以充分发挥。

5.4. 患者依从性与自我管理不足

老年患者认知功能下降、健康素养偏低、用药与监测依从性不稳定；部分患者依赖传统观念，对规范管理接受度有待提升。

5.5. 保障机制与规范体系不健全

延续性护理服务项目、收费标准、医保支付、质量评价、风险防控等制度不够完善，制约规模化、标准化推广。

6. 适配阿勒泰地区的延续性护理优化路径

6.1. 完善医院 - 社区 - 家庭三级联动机制

建立标准化出院评估与交接流程，统一健康档案与护理计划；明确医院、社区、家庭职责，实现转诊绿色通道与快速响应；加强社区护士培训，提升随访、用药指导、康复护理、应急处置能力[6]-[8]。

6.2. 构建“互联网 + 边疆慢病”特色护理模式

推广简易版微信随访、语音随访、短视频健康宣教，降低使用门槛；配置便携式监测设备，由社区护士协助数据上传与解读；建立区域慢病管理平台，实现信息互通、随访提醒、风险预警、远程指导。

6.3. 强化多学科与民族医药融合

组建基层 MDT 团队，整合医疗、护理、药师、康复、心理、营养资源；融入哈萨克医、中医特色护理技术，如穴位贴敷、艾灸、推拿、饮食调护，提升患者接受度与依从性[9][10]。

6.4. 加强居家护理与家庭照护支持

扩大居家上门护理与家庭病床覆盖，重点服务失能、半失能、独居老人；开展家属照护技能培训，提供用药、监测、压疮预防、康复训练指导；探索喘息服务、志愿者陪伴，缓解家庭照护压力[11][12]。

6.5. 推进本土化健康教育与同伴支持

使用民汉双语宣教材料，采用面对面、入户宣讲、乡村广播等形式；培养本地慢病康复志愿者，开展同伴支持与经验分享，提升管理信心与依从性。

7. 展望

老年慢性病延续性护理是实现健康老龄化、完善基层医疗卫生体系的重要内容。对于阿勒泰这类边疆民族地区，未来发展方向包括：以信息化、一体化、本土化为核心，构建适配地域气候、民族文化、医疗布局的延续护理模式；深化“互联网 + 护理”，缩小城乡与数字鸿沟，提升服务可及性；强化多学科协作与中西医/民族医药结合，提高护理质量与患者满意度；完善政策、经费、医保、人才培养体系，推动延续性护理标准化、常态化、规模化发展；以患者为中心，聚焦自我管理、心理支持、生活质量，构建有温度、可负担、可持续的老年慢病健康管理体系。

8. 结论

老年慢性病延续性护理是破解出院后管理断层、提升长期健康结局的关键举措。阿勒泰地区受地理、气候、民族、资源分布等影响，延续性护理面临独特挑战。当前主流模式包括医院 - 社区 - 家庭一体化、互联网 + 护理、多学科协作、医养结合、居家护理等[13]-[15]。为区域实践提供了成熟框架。结合本地特点优化服务流程、强化基层能力、推进信息化建设、融入民族特色、完善保障体系，可有效提升老年慢性病管理质量，降低再入院率，改善生活质量，为边疆地区老年健康服务体系的建设提供重要参考。

参考文献

- [1] 毕晓露, 邓颖. 老年慢性病患者延续性护理的研究进展[J]. 中西医结合护理, 2024, 10(1): 223-226.
- [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] 杨海苓, 王萍, 侯文秀, 等. 医院-社区-家庭三元联动延续护理平台的设计及应用[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(9): 1133-1137.
- [4] 刘晓晨, 王秀丽, 马月珍. 基于“互联网 + 医联体”的老年慢病患者延续护理实践[J]. 护理学杂志, 2023, 38(2): 100-104.
- [5] 尚伟伟, 赵丽静, 邓媛媛, 等. 移动互联网技术在慢性病患者延续护理中的应用研究进展[J]. 护士进修杂志, 2024, 39(8): 711-715.
- [6] 耿桂灵, 宋彦玲, 肖玉华. 医养结合理念下老年慢性病患者延续护理模式构建分析[J]. 护理管理杂志, 2015, 15(6): 381-382.

-
- [7] 刘媛, 陈菲菲, 费文海, 等. 老年慢性病患者出院准备服务的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2021, 56(9): 1420-1425.
- [8] 唐永艳, 张福英, 吴晓琼, 等. 基于奥马哈系统的家庭医生团队在糖尿病延续性护理中的应用[J]. 护理管理杂志, 2018, 18(1): 67-71.
- [9] 朱琴, 颜巧元. 互联网用于老年患者延续护理的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(10): 1221-1225.
- [10] 孟学军, 耿爱香. 延续护理对农村老年慢性阻塞性肺疾病患者治疗依从性的影响[J]. 天津护理, 2020, 28(1): 75-77.
- [11] 张雯翠, 韦振华. 以健康教育为基础的综合延续性护理在老年高血压患者中的应用[J]. 中外医疗, 2021, 40(13): 141-143.
- [12] 李欣颖, 陆连芳. 肠造口患者延续护理质量评价指标体系的构建[J]. 护士进修杂志, 2020, 35(10): 874-878.
- [13] 廖生武, 朱宏, 谭碧慧. 社区老年慢性病人群“互联网 + 医养结合”健康管理服务的困境及对策[J]. 中国全科医学, 2019, 22(7): 770-776.
- [14] 李妹. 基层卫生院内科老年慢性病患者延续性护理的研究进展[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(上)——高血压与主动脉疾病专题. 巨鹿县西郭城镇卫生院, 2025: 265-267.
- [15] 谢丽莉, 彭平华, 王芳芳. 新媒体在耐多药结核患者随访中的应用[J]. 中医药管理杂志, 2021, 29(6): 186-188.