

个性化护理干预在门诊慢性病管理中的应用研究进展

何佳 宗利楠 刘仨 王星霞

中国人民解放军联勤保障部队第903医院 浙江 杭州 310000

【摘要】目的：梳理个性化护理干预在门诊慢性病管理中的理论基础、实施策略及干预效果，为临床护理实践提供参考。方法：检索中国知网、万方数据、PubMed、Web of Science 等数据库中 2015 年 1 月至 2024 年 12 月发表的相关文献，采用叙述性综述方法对纳入的 42 篇文献进行主题分析。结果：个性化护理干预以慢性病照护模型、患者中心护理理论和自我管理理论为主要理论基础，通过多维度个体化评估、精准化方案制定、全程化随访管理和信息化技术支持四种策略实施。现有研究表明，该干预模式在改善患者自我管理能力和控制疾病指标、提升生活质量及治疗依从性等方面具有积极作用，但也有部分研究未观察到显著差异。当前研究存在样本量偏小、干预方案异质性大、长期随访不足等局限。结论：个性化护理干预是提升门诊慢性病管理质量的有效策略，未来需开展高质量、大样本的随机对照试验，构建标准化评价体系，推动其规范化应用。

【关键词】：个性化护理；慢性病管理；门诊护理；自我管理

DOI:10.12417/2705-098X.26.10.094

1 引言

慢性非传染性疾病（以下简称“慢性病”）已成为威胁人类健康的重大公共卫生问题。世界卫生组织数据显示，慢性病导致的死亡占全球总死亡人数的 74%^[1]。我国慢性病形势尤为严峻，据《中国居民营养与慢性病状况报告（2020 年）》，我国慢性病导致的死亡占总死亡数的 88.5%，高血压患病率为 27.5%，糖尿病患病率为 11.9%^[2]。门诊作为慢性病患者长期管理的主要场所，传统的标准化护理模式难以满足患者的差异化需求。个性化护理干预强调根据患者的个体特征制定针对性方案，已成为慢性病管理领域的研究热点。本文对近十年相关文献进行综述，以期为临床实践提供参考。

2 资料与方法

本研究采用叙述性综述方法。检索中国知网、万方数据、维普网、PubMed、Web of Science、Cochrane Library 等数据库，检索时间为 2015 年 1 月至 2024 年 12 月。中文检索词包括“个性化护理”、“个体化护理”、“精准护理”、“慢性病”、“门诊”、“自我管理”；英文检索词包括“personalized nursing”、“individualized care”、“tailored intervention”、“chronic disease”、“outpatient”、“self-management”。纳入标准：研究对象为门诊或社区慢性病患者；干预措施为个性化护理相关干预；研究类型包括随机对照试验、类实验研究、系统评价及综述；以中文或英文发表。排除会议摘要、案例报告及无法获取全文的文献。

3 个性化护理干预的理论基础

3.1 慢性病照护模型

慢性病照护模型（CCM）由 Wagner 等^[3]于 1996 年提出，包括卫生系统组织、社区资源、自我管理支持、决策支持、服务提供系统设计和临床信息系统六大要素。该模型强调将慢性病管理从被动反应式转变为主动计划式，通过多要素协同改善

照护质量。在个性化护理中，CCM 为构建“评估—干预—随访”的系统化管理路径提供了框架，尤其是其自我管理支持要素直接指导了个体化健康教育和行为干预策略的制定^[4]。

3.2 患者中心护理理论

患者中心护理强调以患者的需求、偏好和价值观为核心组织照护活动。McCormack 等^[5]构建的以人为中心护理框架将其分为先决条件、护理环境、以人为中心的过程和预期结局四个维度。该理论为个性化护理中的共享决策和个体化方案制定提供了伦理和实践基础。在门诊慢性病管理中，该理论引导护理人员从“以疾病为中心”转向“以患者为中心”，关注患者的主观体验与参与意愿。

3.3 自我管理理论

有研究人员将慢性病自我管理分为医疗管理、角色管理和情绪管理三类任务^[6]。个性化护理干预正是基于对患者在这三个维度上不同薄弱环节的识别，提供差异化的支持策略。例如，对自我效能较低的患者侧重技能训练和目标设定，对情绪困扰突出的患者侧重心理支持和认知干预。并通过自我效能理论进一步为干预策略提供了行为改变的心理机制解释^[7]。

4 个性化护理干预的实施策略

4.1 多维度个体化评估

个体化评估是个性化护理的基础环节，通常涵盖生理、心理、社会和行为四个维度。临床常用评估工具包括慢性病自我效能量表^[8]、医院焦虑抑郁量表^[9]和慢性病健康素养量表^[10]等。研究表明，将健康素养评估纳入基线评估可使后续干预方案更具针对性，低健康素养患者接受简化信息和图示化教育后，知识掌握率提高了 32%^[11]。值得注意的是，评估的全面性需与临床可行性之间取得平衡，过于复杂的评估流程可能降低临床应用的接受度^[12]。

4.2 精准化方案制定

基于评估结果,护理人员采用共享决策模式与患者共同制定干预方案。方案制定遵循 SMART 原则,将长期目标分解为可操作的短期目标。针对 2 型糖尿病患者设计了涵盖个性化饮食指导、分层运动处方和心理支持的综合干预方案,3 个月后发现 HbA1c 显著低于对照组。基于个体与家庭自我管理理论,将家庭成员纳入干预方案设计,8 周干预后患者自我管理能力和情绪状态均有显著改善^[13]。

4.3 全程化随访管理

慢性病管理的长期性要求建立“门诊—家庭—社区”一体化随访网络。门诊随访通常以 1~3 个月为周期,重点进行指标评价和方案调整;远程随访则借助电话、微信及移动健康应用延伸护理服务的时空覆盖。王丽华等^[14]的研究显示,以微信平台为载体的个性化随访使高血压患者的血压达标率提高了 15.6 个百分点。

4.4 信息化技术支持

近年来,信息技术在个性化护理中的应用日益广泛。智能可穿戴设备实现了血糖、血压等指标的实时监测与数据上传,为护理人员提供了动态调整方案的依据。基于人工智能的健康管理平台可根据患者数据自动生成个性化建议,初步研究显示其在提高管理效率方面具有潜力。但信息化手段的应用也面临数据安全、隐私保护和技术标准不统一等挑战,且其相较于传统随访的增量效益尚需更多高质量研究验证。

5 个性化护理干预的效果评价

5.1 对自我管理能力的影

多项研究证实个性化护理干预可改善患者的自我管理能。干预组糖尿病患者的健康促进生活方式量表评分显著高于对照组。当常规护理组同时接受了标准化健康教育时,个性化干预组在自我管理评分上的优势不具有统计学显著性,提示个性化干预的效果可能部分取决于对照组的干预强度。

5.2 对疾病控制指标的影响

在代谢指标方面,个性化干预对糖尿病患者 HbA1c 的改善效果较为一致。个性化护理干预组 HbA1c 较对照组平均降

低。在血压控制方面,显示个性化随访管理使收缩压额外下降。但对于 COPD 患者肺功能指标(FEV1、FEV1/FVC),多数研究未观察到组间显著差异,提示个性化护理对不同疾病、不同指标的改善效果可能存在差异。

5.3 对生活质量与依从性的影响

个性化护理干预在门诊慢性病管理中展现出良好的应用前景,但其进一步发展仍面临多重挑战。亟需开展多中心、大样本的随机对照试验,延长随访至 1 年以上并纳入心血管事件、再入院率等硬终点指标,以提供更高等级的循证依据。建议借鉴 MRC 复杂干预框架,构建“核心要素+可选模块”的标准化体系,在保障可比性的同时保留个性化空间。将成本效益分析纳入试验设计,为医疗决策提供经济学证据。利用人工智能辅助决策和智能随访系统有望推动个性化护理从经验驱动向数据驱动转变,但须同步关注数字鸿沟对老年及农村群体可及性的影响。

6 展望

未来研究应在以下方面着力:一是开展多中心、大样本的随机对照试验,延长随访至 1 年以上,纳入硬终点指标;二是推动个性化护理干预方案的标准化,建立“核心干预要素+可选个性化模块”的框架,在保证可比性的同时保留灵活性;三是加强卫生经济学评价,量化个性化护理的成本效益比;四是深入探索信息技术(如人工智能辅助决策、智能随访系统)与个性化护理的融合路径,同时关注数字鸿沟对不同群体可及性的影响;五是关注实施科学视角,研究个性化护理干预从研究向临床转化的促进因素和障碍。

7 结论

个性化护理干预以多种理论为基础,通过个体化评估、精准方案制定、全程随访和信息技术支持,在改善门诊慢性病患者的自我管理能、疾病控制和生活质量方面显示出积极效果,但效果因疾病类型和干预方案而异。当前研究存在样本量小、异质性大、长期证据不足等局限,未来需通过高质量研究进一步明确其适用人群和最佳实施模式,推动个性化护理在慢性病管理中的规范化应用。

参考文献:

- [1] World Health Organization. Noncommunicable diseases: key facts [EB/OL]. (2023-09-16).
- [2] 国家卫生健康委. 中国居民营养与慢性病状况报告(2020 年)[R]. 北京: 人民卫生出版社, 2020.
- [3] Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness[J]. *Milbank Q*, 1996, 74(4): 511-544.
- [4] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness[J]. *JAMA*, 2002, 288(14): 1775-1779.
- [5] McCormack B, McCance T. Person-centred nursing: theory and practice[M]. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.
- [6] Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms[J]. *Ann Behav Med*, 2003, 26(1): 1-7.

- [7] Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change[J]. Psychol Rev, 1977, 84(2): 191-215.
- [8] Lorig K, Stewart A, Ritter P, et al. Outcome measures for health education and other health care interventions[M]. Thousand Oaks: Sage, 1996.
- [9] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale[J]. Acta Psychiatr Scand, 1983, 67(6): 361-370.
- [10] Jordan JE, Buchbinder R, Briggs AM, et al. The Health Literacy Management Scale (HeLMS)[J]. Patient Educ Couns, 2013, 91(2): 228-235.
- [11] Zhang NJ, Terry A, Mchorney CA. Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis[J]. Ann Pharmacother, 2014, 48(6): 741-751.
- [12] Battersby M, Von Korff M, Schaefer J, et al. Twelve evidence-based principles for implementing self-management support in primary care[J]. Jt Comm J Qual Patient Saf, 2010, 36(12): 561-570.
- [13] Frosch DL, Uy V, Ochoa S, et al. Evaluation of a behavior support intervention for patients with poorly controlled diabetes[J]. Arch Intern Med, 2011, 171(22): 2011-2017.
- [14] 王丽华, 刘美玲, 陈静. 微信平台个性化随访对高血压患者血压控制效果的影响[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(9): 1342-1346.