基于延续性护理模式的青光眼出院患者随访管理研究

顾志君
四川省精神卫生中心（绵阳市第三人民医院） 四川 绵阳 621000

摘 要：青光眼是不可逆致盲性眼病，患者出院后需终身进行眼压监测和用药管理，延续性护理对其视力预后具有关键作用。本文基于延续性护理理论，系统分析了青光眼出院患者在用药依从性、眼压自我监测、生活方式管理及心理调适等方面面临的现实困境，构建了涵盖出院准备、电话随访、远程监测、健康教育及多学科协作的五位一体随访管理体系。延续性护理应贯穿患者从医院到家庭的全过程，借助信息化手段实现随访管理的标准化、个性化和持续性。系统化的延续性随访管理可有效提高患者用药依从性、降低眼压波动、减少再入院率，是改善青光眼患者长期预后的重要路径。

关键词：延续性护理；青光眼；出院患者；随访管理；慢病管理

引言：青光眼是全球首位不可逆致盲眼病，需终身治疗和规律随访。手术或药物虽能有效控制眼压，但出院后患者面临用药复杂、自我监测困难、复诊依从性下降等问题，导致眼压失控和视功能恶化，再入院率居高不下。延续性护理模式强调将护理服务延伸至家庭和社区，通过系统化随访保障患者获得连续协调的健康服务，已在糖尿病、高血压等慢病管理中取得显著成效，但在青光眼中尚缺乏系统化研究。本文旨在探讨基于延续性护理模式的青光眼出院患者随访管理体系构建，为改善患者长期预后提供实践参考。

1 延续性护理模式概述

1.1 延续性护理的概念与内涵

延续性护理是通过连续性、协调性的护理行动，确保患者在不同照护场所转移时获得连贯、一致且高质量的卫生服务。其核心内涵包括信息连续性（健康信息准确传递）、关系连续性（持续信任关系）和管理连续性（照护方案动态调整）。延续性护理区别于简单出院指导，强调以患者为中心、覆盖疾病全过程，避免照护中断造成的健康损害和资源浪费。世界卫生组织已将其列为慢性病管理关键策略。对于青光眼等终身管理疾病，延续性护理价值尤为突出——患者视力预后不仅取决于住院治疗，更依赖于出院后长期规范自我管理和专业随访支持。

1.2 延续性护理的理论基础

延续性护理理论主要源于慢性病管理模型、佩普劳人际关系理论和奥瑞姆自护理论。慢性病管理模型强调患者自我管理在疾病长期控制中的核心作用，需整合患者、医疗系统和社区资源。佩普劳人际关系理论指出护患关系是护理实践基石，持续关系可增强患者信任度和依从性。奥瑞姆自护理论提供操作性框架——护理目标是帮助患者恢复或增强自我照护能力，当患者能独立完成眼压监测、按时用药和识别异常症状时，专业依赖度降低、生活质量提升[1]。国际上延续性护理最早应用于糖尿病、心力衰竭等领域，国内在脑卒中、COPD等慢病中已积累循证证据，为眼科应用奠定基础。

1.3 延续性护理在慢病管理中的应用价值

延续性护理在慢病管理中的价值已获大量研究证实。患者层面可显著提高治疗依从性、自我管理能力和生活质量，降低并发症和再入院率。医疗系统层面可优化资源配置，将随访工作向社区和家庭转移，缓解专科资源紧张并降低医疗费用。社会层面符合“健康中国2030”以健康为中心的理念导向。眼科领域，青光眼、糖尿病视网膜病变等慢性眼病具有特殊性：疾病隐匿但不可逆、治疗贯穿终身、自我管理影响权重极高、心理因素显著影响疾病进程。这些特征决定青光眼患者尤其需要延续性护理模式的系统化支持。

2 青光眼出院患者随访管理现状与需求分析

2.1 青光眼患者疾病特征与出院后管理需求

青光眼是一组以视神经萎缩和视野缺损为共同特征的慢性进行性眼病，高眼压是可控的危险因素。其疾病特征包括：终身性——确诊后需终身治疗和监测；隐匿性——早期症状不明显，就诊时多已出现不可逆损害；不可逆性——已损失的视神经无法恢复，治疗仅能延缓进展；高度依赖自我管理——用药和复查均在无直接监督下自主完成。这些特征决定了患者有多维度管理需求：用药方面需掌握多种滴眼液正确使用方法；自我监测方面需识别眼压波动警示症状；生活方式方面需避免一次性大量饮水、保持情绪稳定、保证充足睡眠；心理

方面需持续疏导因不可逆致盲产生的焦虑抑郁。上述需求的满足有赖于系统化出院后随访管理体系的支撑。

2.2 当前随访管理现状与问题

当前青光眼出院患者随访管理尚处于粗放式阶段。从管理主体看，随访主要由医院门诊承担，形式以患者主动复诊为主、电话提醒为辅，缺乏专职延续性护理团队，社区因眼科专业能力有限难以有效承接，形成“医院管不到、社区接不住”的真空地带。从管理内容看，多停留在复诊提醒层面，缺乏对用药、自我监测、生活方式、心理状态等维度的全面评估。从管理手段看，电话随访仍是主流，信息化手段应用极为有限[2]。从连续性看，出院至首次复诊间存在1~4周“管理空窗期”。数据显示，出院后30天内未按医嘱复诊比例高达35%~45%，用药依从性在出院后2周即开始显著下降，表明现有模式已难以满足实际需求。

2.3 出院后随访管理面临的核心问题

青光眼出院患者随访管理面临的核心问题可归纳为四个方面。第一，用药依从性差—— 滴眼液方案复杂（部分需同时使用2~4种，不同药物间隔5~10分钟），加之视力障碍致操作困难，漏用、误用、自行减量甚至停药普遍，长期依从性仅50%~70%，是眼压失控的首要可干预因素。第二，眼压自我监测能力不足—— 多数患者不了解正常眼压范围，不识别眼压升高早期症状，更不具备居家监测技能，眼压持续升高而不自知。第三，生活方式管理意识薄弱—— 对饮水控制、情绪调节、睡眠管理等认知执行均不理想，这些因素与眼压波动密切相关。第四，心理问题缺乏疏导—— 不可逆致盲特性使患者承受巨大心理压力，焦虑抑郁发生率显著高于普通人群，而心理因素可通过神经内分泌机制影响眼压波动形成恶性循环。这些问题需延续性护理模式提供系统化干预。

3 基于延续性护理的随访管理体系构建

3.1 理论框架与设计原则

本研究以奥瑞姆自护理论、慢性病管理模型和知信行理论为综合框架。奥瑞姆自护理论指导明确区分“完全补偿”“部分补偿”“支持-教育”三个层次，动态调整干预强度；慢性病管理模型强调患者自我管理、医疗系统支持和社区资源整合，覆盖医院、社区、家庭三场景；知信行理论（知识-信念-行为）为健康教育模块提供逻辑—— 先建立疾病认知，再树立治疗信念，最终促成规范行为。三者整合确保体系有理论高度和操作深度。体系构建遵循四项原则：以患者为中心—— 立足患者实际需求和接受能力；连续性—— 各阶段照护协调一致避免空窗期；多学科协作—— 组建眼科医师、专科护士、心理治疗师、社区全科医生等团队；信息化支撑—— 借助信息技术提升效率和覆盖面。

3.2 管理体系核心模块

本文构建涵盖五模块的青光眼延续性随访管理体系。出院准备模块在出院前72小时完成全面评估（用药方案、自我照护能力、心理状态、社会支持），制订个性化出院计划，提供不少于2学时的结构化指导，涵盖用药规范、自我监测、生活方式、复诊及应急处理。电话随访模块建立规律化时序—— 出院后第3天、第7天、第14天各随访一次，此后每2周一次至3个月，之后每月一次，使用标准化评估量表记录用药依从性、症状变化、心理状态。远程监测模块为具备条件者配备居家眼压监测设备，通过智能系统实现数据实时上传和异常预警，确保护士24小时内主动干预。健康教育模块围绕“知信行”设计分层内容，形式包括宣教手册、视频、线上讲座及一对一指导[3]。多学科协作模块由眼科医师、专科护士、临床药师、心理治疗师、营养师、社区全科医生组成团队，每月召开病例讨论会，形成闭环管理。

4 随访管理关键措施与实施路径

4.1 出院准备与过渡期管理

出院准备要求专科护士在患者出院前72小时启动程序。用药教育采用“示教—回示教”方法，护士示范标准滴药流程（洗手→核对→滴药→按压鼻泪管→更换药物间隔），患者独立操作至完全掌握。症状识别教育通过图片和情景模拟帮助识别眼压升高信号（眼胀痛、同侧头痛、恶心、视力骤降、虹视），强调立即就医原则。心理准备进行一对一疏导，帮助建立合理治疗预期和积极管理态度。照护计划制定包含复诊时间表（出院后1周首次复诊、每月复查眼压和视盘、每半年复查视野）、个性化用药时间表、生活指导（饮水每次 ≤ 300ml、情绪管理、眼部保护）及应急联系方式，由患者及照护者共同确认。过渡期视为管理风险最高窗口，通过出院后第3天和第7天两次主动随访实现平稳过渡。

4.2 标准化随访流程

本研究制定“六步标准化随访流程”。第一步身份确认与状态评估—— 确认身份，询问自觉症状和一般状况。第二步用药依从性核查—— 采用Morisky量表简化版核查是否按时按量按法用药，重点询问漏用停用情况及原因。第三步眼压相关症状问询—— 逐一询问眼胀痛、视物模糊、虹视等症状有无及变化趋势。第四步生活方式指导—— 针对性提供饮水控制、作息规律、避免长时间低头等指导。第五步复诊提醒与疑问解答—— 核对复诊时间，解答用药和生活疑问。第六步下次随访预

约—— 约定下次时间并记录。每步有规范话术和记录要求。建立异常事件处理流程—— 发现眼压严重升高症状、用药错误或严重心理问题时启动预警响应，当天完成研判和处置[4]。

4.3 信息化随访平台

信息化平台含患者端、护士端和管理端。患者端以微信小程序或APP为载体，提供用药提醒（定时推送）、症状自评（每日填报）、健康宣教（图文视频）、在线咨询（图文语音）及眼压记录（自测数据趋势图）。护士端提供随访任务清单（自动生成随访列表及提醒）、标准化电子随访记录表（支持语音录入）、异常预警（系统自动标识异常）及统计分析（自动生成随访完成率、依从性分布等指标）。管理端提供质量监控（可视化展现工作量及质量指标）、人员考核（随访完成情况和满意度）及决策支持（高频问题分析）。平台采用数据加密和权限分级管理。信息化平台将随访从“人工驱动”转为“系统驱动”，解决时序不规范、记录不完整、异常识别滞后等痛点。

5 效果评价与持续改进

5.1 评价指标体系

评价指标体系涵盖四维度。依从性指标包括用药依从率（Morisky量表）、复诊按时率、自我监测执行率。临床效果指标包括眼压控制率（目标范围15~21mmHg）、眼压波动幅度、视野进展率、再入院率。患者报告结局指标包括青光眼生活质量量表得分、健康素养得分、自我效能感得分。服务利用指标包括随访完成率、患者满意度、平均随访耗时。各指标出院时建立基线值，出院后1个月、3个月、6个月、12个月分别测评，通过自身前后对照验证实施效果。

5.2 质量控制与持续改进

建立三级质量控制机制。一级质控由执行护士自查，每次随访后对照质量评价表自评，发现偏差立即纠正并记录。二级质控由护士长执行，每周抽查不少于10%随访录音和记录，按统一标准评定，汇总共性问题反馈整改。三级质控由科室质量管理小组每季度全面审核，评估体系运行和目标达成情况。采用PDCA循环模式，将质控问题作为下一轮改进起点[5]。建立不良事件上报制度，鼓励主动上报隐患和差错，通过根本原因分析制定预防措施。每半年开展患者满意度调查，从患者视角发现服务堵点作为优化参考。

结束语

青光眼作为终身进展的不可逆致盲眼病，有效控制不仅依赖于住院期间精准治疗，更取决于出院后长期规范化随访和自我管理。本文基于延续性护理理论，系统分析了青光眼出院患者的现实困境，构建了涵盖出院准备、电话随访、远程监测、健康教育及多学科协作的五位一体随访管理体系，并提出了标准化流程和信息化平台建设方案。未来应进一步推动延续性随访管理与信息技术深度融合，完善多学科协作机制，构建更加完善的眼科慢病全程管理体系。

参考文献

[1]杨培. 基于微信公众号的延续性护理模式对原发性闭角型青光眼患者术后并发症发生率的影响分析[J]. 四川解剖学杂志,2021,29(1):87-88.

[2]单雪燕. 基于微信公众号的延续性护理对原发性闭角型青光眼患者治疗预后的影响[J]. 新疆医学,2023,53(5):613-615.

[3]李敏,贺敏,王冬梅. 基于同伴教育的延续性护理对原发性青光眼病人负性情绪和自我管理能力的影响[J]. 贵州医药,2021,45(9):1508-1509.

[4]郭书姣. 以奥马哈系统为基础的延续护理对青光眼患者自我管理能力及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志,2021,40(14):2684-2688.

[5]李翠,李桂荣,程冬生. 青光眼患者围手术期护理研究进展[J]. 黑龙江医学,2025,49(1):126-128.