奉贤区农村老年人慢性病管理的实践与思考

黄春军　方 英　奚冬兰

上海市奉贤区四团镇社区卫生服务中心，上海 201412

摘要：目的；通过对四团镇农村老年人慢性病管理的总结分析，提高慢性病的管理能力与水平。方法：抽取 2023 年 1 月至 2024 年 12 月四团镇两个村的 60 岁以上老年人 1514 例，进行问卷调查，在符合要求的问卷中随机抽取高血压患者 100 例和糖尿病患者 50 例，共计 300 例，将其分为干预组和对照组，进行为期 2 年的干预研究。干预组;在实施常规管理中加强健康教育、改变不良生活习惯和运动锻炼；对照组：实施常规管理。结果：干预组：有关实验室指标和并发症的发生率明显优于对照组，有关数据经统计学处理，具有差异性（ P< 0.05 ）。结论：在慢性病管理中增加健康教育、改变不良生活习惯和适当运动锻炼，对稳定病情，提高生活质量和减缓并发症的发作与发展具有明显作用。

关键词：农村老年人；慢性病管理；实践与思考

随着社会的老龄化，人们生活水平的提高，疾病谱的改变，由原来的急性传染病防治转向慢性病的管理。根据国家民政部有关资料统计，至 2023 年底我国 60 周岁以上老年人占总人口的 21.1%，我国已全面进入老龄化社会。老龄化社会带来的问题，首先是老年人慢性病的发生率在不断的上升，高达 64.96%，医疗费用不断的增长，医疗资源紧张；其次，人口结构失衡，社会保障压力增大，社会和家庭的经济负担加重；另外，我国居民健康行为存在健康素养偏低、健康风险行为普遍和重医轻防现象[1],导致慢性病管理中存在一定的困难。2023 年中心成立了慢性病管理团队,通过对辖区内两个村的高血压和糖尿病患者进行试点管理，取得了较好的成效，现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选择 2023 年 1 月至 2024 年 12 月本辖区内的镇东村和镇西村作为研究对象，并分成干预组和对照组。干预组（镇东村）：60 岁以上 761 人，其中，男 338 人，占 44.4%，女 423 人，占 55.6%；对照组（镇西村）：60 岁以上 753 人，其中，男 342 人，占 45.4%，女 411 人，占 54.6%；随机抽取各村 150 人（高血压 100 人、糖尿病 50 人），共计 300 人纳入研究对象。

1.2 高血压的诊断标准均符合《中国高血压防治指南》中的标准[2]

入组标准：①年龄≥60 岁；②排除患有脑卒中、心衰、心梗、肾衰等并发症；③病程<10 年；④知情同意者。随机分为：干预组（镇东村）100 例和对照组（镇西村）100 例。两组患者的性别与年龄：干预组：男性 52 例，女性 48 例，年龄 60~89 岁，平均年龄（65 ± 4.7）岁，病程（7 ± 2.7）；对照组：男性 53 例，女性 47 例，年龄 60~89 岁，平均年龄（66 ± 1.7）岁，病程（7 ± 3.1），两组在年龄、性别、病程等方面无差异（P>0.05），具有可比性。

1.3 糖尿病的诊断标准均符合 2024 年版《中国糖尿病防治指南》中的标准[3]

入组标准：①年龄≥60 岁；②排除患有严重肝病、肝硬化、糖尿病足及肾衰等并发症；③病程<10 年；④知情同意者。随机分为干预组（镇东村）50 例和对照组（镇西村）50 例。干预组：男性 26 例，女性 24 例，年龄 60~89 岁，平均年龄（66 ± 7.1）岁，病程（8 ± 2.4）：对照组：男性 25 例，女性 25 例，年龄 60~89 岁，平均年龄（65 ± 8.6）岁，病程（7 ± 3.6）。两组在性别、年龄、病程等方面无差异（P>0.05），具有可比性。

2 方法

2.1 成立慢性病管理团队，由全科医师、护士、公共卫生医师和信息员组成。

自制调查表，内容包括（年龄、性别、婚姻状况、文化程度、平均年收入、慢性病种类、病程、服药种类等等）

2.2 高血压组

测量方法为：被测者静坐休息 15 分钟，手臂平放于桌面与心脏等高，统一选择右臂测量，血压计统一使用 OMRON 血压计，每隔 10 分钟检测 1 次，连续测 2 次，取平均值作为基础观察数据。

2.3 研究对象为200人

干预组：100例，对照组：100例，两组的年龄段和性别分布，见表1、2

表1　干预组：年龄段和性别分布　%（构成比）

年龄组	n	男		女	
	100	人数	%	人数	%
60-69	59	30	30.0%	29	29.0%
70-79	28	15	15.0%	13	13.0%
80-89	13	7	7.0%	6	6.0%
合计	100	52	52.00%	48	48.0%

表 2　对照组：年龄段和性别分布　%（构成比）

年龄组	n	男		女	
	100	人数	%	人数	%
60-69	55	28	28.0%	27	27.0%
70-79	33	18	18.0%	15	15.0%
80-89	12	7	7.0%	5	5.0%
合计	100	53	52.00%	47	48.0%

2.4 结果

干预前后的两组血压情况，见表3、4

表3　干预前两组血压的情况统计（%）（mmHg）

	人数	一级高血压 高血压 140-159/90-99	二级 三级高血压 160-179/100-109	≥ 180/110
干预组	100	29（29.0）	61（61.0）	10（10.0）
观察组	100	63（63.0）	29（29.0）	8（8.0）

注：组间分布无统计学意义：χ^2=2.52　P>0.05

表 4　干预后两组血压的情况统计（%）（mmHg）

人数	正常 120-139/70-89	一级血压 140-159/90-99	二级血压 160-179/100-109	三级血压 ≥ 180/110
干预组 100	13（13.0）	48（48.0）	29（29.0）	10（10.0）
观察组 100	2（2.0）	60（60.0）	30（30.0）	8（8.0）

注：组间分布有统计学意义：χ^2=4.52　P<0.05

2.5 糖尿病组检测方法

检测要求：空腹抽血：(空腹是指 10 小时内没有进食热量)，血糖测量仪为艾科.益优。

2.6 研究对象为100人

干预组：50例，对照组：50例，疗效评价指标和两组血糖的检测结果，见表5、6

表 5　疗效的评价指标

指标	达标	尚未达标	不达标
GLU(mmol/L)	4-6.0	6.1-7.0	>7.5
HbAic(%)	< 6.0	6.2-7.5	>8.0
T C(mmol/L)	< 5.0	5.1-6.5	>7.0
LDL-C(mmol/L)	< 3.0	3.1-3.3	≥3.5
HDL-C(mmol/L)	>1.1	1.1-0.9	< 0.9
T G(mmol/L)	< 1.5	1.6-2.3	≥2.3

2.7 结果

干预前后两组血糖检测情况，干预组优于对照组，见表 6。

表 6　两组患者干预前后总体观察指标的比较分析

组别	干预	n	GLU mmol/L	HbAIc %	TG mmol/L	TC mmol/L	HDL_C mmol/L	LDL-CL mmol/	P
干预组	干预前	25	8.48	9.3	1.77	6.45	1.0	3.6	
	干预后	25	5.81	6.3	1.44	5.6	1.7	2.8	=0.03
对照组	干预前	25	9.78	9.8	1.8	6.49	1.23	3.8	
	干预前	25	8.96	9.2	1.72	7.13	1.25	3.7	=0.066

3 统计学方法

采用 SPSS20.0 软件进行统计学处理，组间及组内比较采用 t 检验；计数资料采用 χ^2检验 P<0.05 为差异，有统计学意义。

4 讨论

随着生活水平的提高，疾病谱的转变，社会的老龄化，我国老年人慢性病的患病率已达64.96%，临床上常见的有高血压、脑梗、血脂异常、糖尿病、癌症和慢性支气管炎等等。由于老年人身患多种疾病，导致服药种类增加，容易产生心理困扰[4]，需要进行心理干预，提高依从性。高血压和糖尿病更为常见，是社区医生管理的重点。笔者：通过组建团队，深入到社区、走进家庭、电话沟通、开展科普宣传、典型病例的现身说法和发放宣传资料等等，在高血压和糖尿病管理方面取得了一定成效，通过两组资料分析，发现干预组的疗效要优于对照组（P<0.05）。在慢性病管理中开展社区卫生科普宣传十分重要，要让老年人和家属都懂得慢性病防治的重要性，从思想上重视起来，才能达到预期效果。由于慢性病的发病机制比较复杂，经常与个人不良的生活习惯、生态环境、食品安全、家庭经济、心理压力和家属遗传史等有着密切的关联，所以防治

难度较大，开展慢性病的管理需要重视以下几方面的工作。

（1）提高全民对防治慢性病的意识

通过科学的管理与治疗，可以有效控制疾病的进展，提升患者的生活质量，防治或延缓慢性病的并发症，如高血压中风、心肌梗塞、糖尿病引发的肾病、糖尿病足、白内障、末梢神级病变和视网膜病变等等，通过定期的检查与干预，可以起到早发现、早治疗作用。阻止并发症的发生与发展，防止疾病的恶化，引发严重后果。积极有效的管理可以减少急性事件的发生，挽救生命的同时可以降低医疗费用，所以慢性病的管理首先要大力开展科普宣传，提高居民的防范意识，这不仅关系到疾病的预后，也关系到患者的身心健康与生活质量以及家庭的幸福。

（2）制定个体化的干预方式

在开展慢性病管理中要制定有效的健康教育方式，要注重个体化管理，提高患者对疾病的发生与发展的认知程度。根据不同疾病、年龄、实验室检查、靶器官的损害程度、可能引发心脑血管事件的危险因素，以及对目前使用的药物的治疗反应和出现的副作用进行整体评估，有目的地进行药物的遴选，制定个性化用药方案并加强对多重用药患者的管理，密切注意药物的不良反应，帮助制定合理的生活方式和饮食结构，同时要告诉患者目前使用的药物的注意事项和副作用的临床表现等等。

（3）高血压防治要点

在开展高血压防治知识宣教中要进行问卷调查，了解社区居民对高血压的知晓率和达标率，针对性制定宣传资料。在活动中认真回答居民提出的各种问题，教会居民如何正确测量血压，特别是如何正确使用电子血压计，对数值异常者告诉其应在安静的环境下，每隔 15 分钟检测 1 次，至少测量 2 次，取平均值为当前的血压水平，不能将首次检测的数值作为诊断高血压的标准。科普宣传要多种形式，不能单一，要发放高血压防治知识宣传资料，提高市民的自我保健意识；要定期举办高血压知识的科普讲座，内容要通俗易懂，切忌使用医学术语，提高患者或市民的理解程度，要和社区居民讲清楚高血压的诊断标准，并发症和危害性，高血压的治疗，药物和非药物的治疗方法，强调非药物治疗的重要性，对一级高血压和高血压易患人群告诉他们可以通过调整饮食结构，控制体重，适当运动，保持情绪稳定等措施能有效控制血压，增强患者康复的信心。对通过非药物治疗不满意者，适当加用降压药，从单一、小剂量开始，逐渐过度到能达标的剂量，要坚持综合治疗，可防止或延缓心、脑、肾并发症的发生与发展和药物的副作用。在开展健康教育中要鼓励家属积极参与，根据患者的文化程度、理解能力对其针对性的进行教育指导、态度要和蔼，语言要温和，在开展知识讲座的同时也可以利用各种媒体宣传，如微信公众号、建微信群、抖音小视频、快手等等，通过多种方式提高科普宣传力度。防治高血压要注意以下几点：

①膳食要科学合理：以低热能、清淡食物为主，每天主食 250g 左右，蛋白质以优质蛋白为主，每日食盐量应控制在 6g 以下，少吃腌制品、蛤贝类、虾皮、咸蛋以及含钠较高的各种食品，晚餐应少而清淡，过量油腻食物会导致血液浓缩，引发心脑血管事件；食用油要以亚油酸为主，尽量少食甜食，多食高纤维食物，如地薯、玉米、青菜、茄子、洋葱以及海鱼、虾、脱脂奶粉等等；戒烟戒酒，烟中的尼古丁可使血管收缩引起血压升高，心跳加快，增加心机耗氧量，长期吸烟还会促使动脉的硬化 不利于高血压的治疗。

②血压要定期随访：对干初次诊断为高血压的患者，每周随访一次，三个月后建议每月进行随访一次，进行血压测量，同时进行血脂、心电图、肾功能等项目的检测，作为基础资料备案，以观察治疗效果和判断病情进展的依据，并加强饮食、运动等各方面的指导，采取综合措施进行管理。对血压水平波动不定者，将每一次测量结果做好详细记录，并将每一次测量结果与上一次测量结果进行比较，分析变化的原因，针对性进行指导，并对患者的用药方案进行及时调整。部分患者因受到长期用药因素的影响，导致心理出现负面情绪，其至不能积极配合治疗者，医务人员要与患者进行积极耐心的心理疏导，告知保持良好心态对治疗的重要性，同时还要告知患者养成良好的生活作息习惯，有利于血压的稳定。在慢性病管理中家属的参与非常重要，可以起到监督作用。

③及时进行疗效评估：对患者采用心血管疾病流行病学调查表进行回顾性调查，内容包括：年龄、身高、体重指数、摄盐量、运动强度与时间、吸烟支数、饮酒量等情况进行评估，明确治疗效果，便于及时纠正治疗方案。判断标准：疗效良好者：临床症状消失，血压稳定在正常值内 3 个月；疗效较好者：临床症状消失，血压偶尔高于正常值，经过调整治疗方案可以得到控制；疗效差者：临床症状无减轻，血压经常高于正常值。

（4）糖尿病防治要点

糖尿病是一种严重慢性非传染性疾病，不仅发病率

高，而且容易引发多种严重的并发症，使患者生活质量下降。饮食控制和食品结构的调整是血糖达标的基础，适当运动是巩固血糖正常的有效方法之一，但需持之以恒。

①目前，随着饮食结构的改变和运动量的减少，糖尿病的发病率正在逐年增加，并趋向年轻化。长期的高血糖使全身重要组织器官发生病变，导致肾功能障碍、末梢神经病变、眼底病变、心脑血管病变、糖尿病足、白内障等等，所有这些并发症的发生与血糖控制有着直接关联。预防糖尿病的发生应从娃娃抓起，切忌暴饮暴食，过食甜点。糖尿病患者应定期监测血糖，将血糖控制在理想范围内，以减少并发症的发生与发展。

②临床实践证明，糖尿病的治疗单靠药物治疗效果不理想，应采取综合措施，特别是改变不良饮食习惯，提倡科学合理饮食、适量运动、规律服药和自我血糖的监测。

③糖尿病的健康教育内容：包括糖尿病基本知识、糖尿病饮食原则、糖尿病的运动锻炼、糖尿病的药物治疗、糖尿病的并发症、低血糖的紧急处理等等。加强卫生科普宣传：通过大力宣传糖尿病的危害性，提高公民的自我保健意识，自觉注意饮食结构的调整和主动进行体育锻炼，控制体重的增加，防治代谢综合征的发生，增加治疗难度。在社区慢性病管理过程中，可通过自我管理行为量表(Summary of Diabetes Self-Care Activities，SDSCA)，从合理饮食、血糖监测和科学运动 3 个维度进行判定，3 个维度评分均转化为 0～100 分，分值越高表示自我管理能力越强。

④ 提高乡村医师的参与和管理水平：乡村医生作为我国最基层的医务工作者，是我国农村居民健康的“守门人”[5]，对提高农村居民健康水平起着至关重要作用，他们也是推动农村卫生事业发展的核心力量，在开展慢性病管理过程中其作用不可忽视，他们与居民或患者的关系最为密切，他们能够掌握患者的第一手资料，对评估患者的整体病情非常重要。社区卫生服务中心要开设专科门诊，对患者进行血糖、血脂和肝肾功能的检测，详细询问病情，进行全面评估和及时调整用药，提高患者的依从性，从而达到长期将血糖控制在正常范围，减少或延缓并发症的发生。同时要及时处理糖尿病的并发症，特别是老年人的糖尿病，他们的“三多一少”症状不明显，血糖不容易达标，对伴有慢性肝病或肝硬化的患者告知他们服药后容易出现低血糖症状，如果不及时处理会危及生命，所以对这类患者既要控制血糖又要防治低血糖的发生，要告诉患者低血糖的临床表现，一旦出现低血糖症状马上口服糖水并到医院就诊，临时外出时身带一些甜的对应急处置低血糖的发生非常重要。

参考文献：

[1]英洁,姚琛。健康老龄化视角下的健康行为研究问题、成因及促进策略.云南民族大学学报(哲学社会科学版),2025,2,42(2):2

[2]尹秋生,姚依群,曹少军.综合干预后老年高血压患者治疗依从性分析[J].现代中西医结合杂志,2013,22(2):148-150.

[3]中国 2 型糖尿病防治指南制定委员会.中国 2 型糖尿病防治指南[M].北京:北京大学医学出版社,2007.5-6

[4]杨侠,于卫华,任影等.社区老年病病人积极度与心理困扰.的相关性[J].护理研究 2024,38(24:):4369

[5]李思清,王茜茜,谢坤等.我国村医医疗服务能力现状与提升策略研究[J].中国全科医学,2025,10(10):8

作者简介：黄春军（1979-），男，汉族，上海奉贤人，大学本科，全科主治医师，研究方向为临床医疗和社区慢性病的管理。