

# 我国老年慢性病共病管理的研究现状、问题分析及展望策略

李 静 张小杰 何静怡 薛宗贵 井 方 汪桂青\*

郑州大学附属郑州中心医院 河南 郑州 450007

**摘要：**老年慢性病共病发病率高，成为威胁老年人生存与健康的重要原因，也对老年人的健康管理提出了挑战。国外对老年共病管理起步较早，已经在不断实践过程中逐渐成熟，我国尚无专门针对共病的健康管理。本文在总结国内外对慢性病共病管理经验的基础上，结合我国《老年共病管理专家共识 2023》中推荐的管理原则，遵循以患者为中心的评估、决策方案制定、实施、再评估的连续性动态及全流程管理理念；围绕社区基层医疗机构健康管理、医院疾病诊疗管理、患者及家庭管理 3 个方面提出我国老年人慢性病共病的管理策略。

**关键词：**慢性病；共病；健康管理；共病管理

## 1 共病定义

2022 年《我国老年人多病共存名词和定义专家共识》将共病定义为：一个人同时存在 2 种或 2 种以上慢性健康问题。共识指出在老年人中主要包括 3 类慢性健康问题：①老年综合征相关，如痴呆、衰弱、营养不良等；②慢性躯体性疾病，如慢性阻塞性肺病（COPD）、冠状动脉粥样硬化性心脏病等；③慢性精神及心理性疾病，如精神分裂症、抑郁症等。共存的慢性健康问题之间可能有病理生理的相关性，也可能无相关性<sup>[1]</sup>。从我国对慢性共病定义可以看出，共病的表现形式分两种：①疾病之间有共同的危险因素，即相互关联的多病共存；②各个疾病是相互独立的，即相互无关联的多病共存。由于共存的各个疾病之间治疗方案可能存在矛盾，从而造成治疗决策以及患者自我管理的困难。

## 2 我国老年慢病共病管理存在的问题

### 2.1 国内外老年慢性病共病管理存在的共性问题

#### 2.1.1 共病发生率高，但缺乏临床指南

研究表明共病的患病率随着年龄的增长而升高，全人群的共病患病率为 20%–30%，而在老年人中患病率则高达 55%–98%，在 ≥ 85 岁的老年群体中共病的患病率 > 80%<sup>[2]</sup>。我国至少患有一种以上慢性病的老年人比例为 78%，一项关于老年疾病多中心的研究结果表明慢性病共病现象在我国老年住院患者中尤为突出，人均患病达 4.68 种，共病率则高达 91.36%。我国另一项对 20 多万 60 岁以上老年人的调查结果显示，慢性病共病在 65 岁及以上的老年人中的比例超过 1/3，广东省 65 岁及以上人群中共病发生率为 47.5%，上海某社区老年人共病患病率则超过 70%。这些研究均表

明共病在老年人中发病率较高。

#### 2.1.2 共病患者死亡率高，增加了多重用药及其他不良反应发生率

共病的患者死亡率较无共病的患者更高，其中 2 种以上相对死亡风险为未患有慢性病人 1.73 倍，3 种以上为 2.72 倍；且共病患者多重用药发生率高达 37%，老年共病住院患者多重用药尤为突出，5 种以上药物多重用药率为 43.88%。因多个疾病共存，使共病患者接触不必要药物及重复治疗的风险增加，发生潜在不适当用药物及药物相关问题的可能性更大，这种现象在老年共病患者中尤为非常普遍，研究表明多用药可以导致药物不良反应发生率增高、药物相互之间作用和治疗费用增加，再住院率及跌倒风险升高等多种不良后果。另外共病还使老年人失能、衰弱等风险增高、导致机体功能状态及生活质量下降，严重影响老年人“健康”。

#### 2.1.3 共病患者医疗支出明显增加，加重家庭及社会医保负担

共病患者面临更高的医疗花费及医疗资源占有率。Bähler 的研究显示①医疗花费方面老年共病患者是非共病患者的 5.5 倍，②门诊就诊方面老年共病患者（平均 15.7 次/年）是非共病患者（平均 4.4 次/年）的 3.6 倍，且每增加一种慢性病，门诊次数约增加 3.2 次/年。③住院方面超过 21.9% 的共病患者住院超过 2 次，而非共病患者住院超过 1 次比例仅为 3.9%。我国学者对慢性共病患者研究结果表明：每新增 1 种慢病，门诊就诊次数增加 1.44 倍、住院天数增加 1.73 倍、灾难性医疗支出增加 1.34 倍，由此

可以看出共病的患病数量与就诊次数及医疗花费呈正相关性。

#### 2.1.4 共病的复杂性异质性使临床决策变得困难

传统以疾病为中心的诊疗模式导致患者常首选某一专科就诊，老年共病患者由于多种疾病共存，常常多次辗转于不同科室就诊，大多老年患者对自身共病情况并不了解，在就诊时向某专科医生描述共患疾病时常出现偏差，且各个医疗机构和各个学科之间也缺乏有效的沟通，各专业医师则按照相关专业单病种指南制定临床决策，往往导致不同专业的各种治疗叠加在一起，使得过度医疗、重复用药及治疗不连续等问题层出不穷。

### 2.2 我国老年慢性病共病管理存在的个性问题

#### 2.2.1 亟待获得各地区老年共病患病模式

慢性病共病的患病模式是目前中国学者研究的重点。国内临床研究常用的方法有因子分析、系统聚类分析、潜在类别分析、关联分析及网络分析等。孙至佳<sup>[3]</sup>采用系统聚类分析法研究发现高血压易与心脏疾病及糖尿病共存。崔春子使用系统聚类和关联分析(Apriori)得到高血压和关节炎两种共病模式，王留义团队根据CHARLS数据采用4种方法：关联分析、聚类分析、主成分分析、潜在类别分析进行探索得出了一致的共病模式：(1)高血压、血糖升高或糖尿病、血脂异常；(2)慢性肺部疾病与哮喘；(3)风湿病或关节炎与消化系统疾病或胃部疾病；(4)中风与记忆相关的疾病。应用不同的研究方法所得到的共病患病模式也不同。

#### 2.2.2 我国老年共病造成的健康结局及卫生服务负担逐年加重

邹嘉瑜等对所在区域内老年人的研究发现，患多重慢病的老年人比未患慢性及患1种慢病的老年人孤独感更高，生活自理能力更差，且随着慢病种类数量的增多，其孤独程度增加。赵钦风等的研究表明，老年共病患者所患疾病种类越多其生命质量水平越低，共病数量与老年人的生命质量呈现负相关。我国一项对中国10个地区成年人共病的前瞻性研究，通过对研究人群进行为期间隔5年的随访，结果发现5年间研究人群的共病的患病率由33.5%上升至58.1%，人均患病数由1.15个增加至1.82个，平均每5年增长0.42个患病数<sup>[3]</sup>。以上研究均表明我国多种慢病所造成的疾病健康结局及疾病负担处在不断增长之中。因此，亟需开展有效的共病管理及共病的病因学研究以解决当前困境。

#### 2.2.3 我国关于老年共病管理研究与实践尚需发展

国外的老年共病管理研究起步较我国早，目前已经有不少国家进行了共病管理的相关研究与模式构建，由于地域及国情差异在我国并不适用。慢性病共病已经成为威胁我国老年人健康的重要原因。随着我国老龄化进程加速，未来将会有更多老年共病患者，因此共病管理也受到了国内老年医学相关专家和学者的重视。但目前我国针对老年共病的研究热点多停留在共病患病模式、流行病学及健康危害方面，对卫生服务方案的研究还较为有限。由中国医学科学院及北京协和医院牵头制定的《我国老年共病管理专家共识2023》对我国共病管理有了理论指导，期待未来会有更多在指南基础上构建的符合我国国情的老年共病健康管理策略、干预方案及临床实践研究，以推动我国老年共病管理的发展。

### 3 国外共病管理现状及策略

2012年美国老年医学会(AGS)发布了用于指导共病管理的指南《共病老年患者的诊疗指导原则》<sup>[4]</sup>，2016年英国国家健康与临床优选研究所(NICE)发布了《共病：临床评估与管理》，由于每个国家的国情存在差异，所制定的共病管理策略也存在差异。美国是由老年综合评估科室和多学科团队共同进行照护，多学科团队包括老年科医生、临床药师、临床营养师、康复治疗师、护士、社会工作者、患者及家属等，服务对象多为情况复杂的老年共病患者；团队注重以患者为中心，在整个服务过程中团队成员相互协同，共享决策，通过团队之间的相互协调保证了管理服务的连续性和高效性，目的是恢复老年共病患者的生理功能、延长预期寿命、提高生存质量，该照护模式在美国取得了正面的效果。英国是依托国家医疗服务体系中的“社区首诊制度”，对共病患者进行以全科医生、护士团队、健康管理师为主的慢性病管理团队。对于共病患者管理团队首先依据临床诊疗指南以及共病长期用药的政策对患者进行分类，该服务团队在对老年共病患者进行后续健康管理过程中坚持“以患者为中心”的原则进行服务与管理，两个国家具体实施流程。

### 4 国内共病管理现状

我国首个正式《老年共病管理专家共识2023》于2023年10月发布，共识指出<sup>[5]</sup>：①老年共病管理不仅针对多种慢性疾病还要管理老年人常见的老年综合征及慢性问题，老年综合评估及老年医学多学科团队有助于更好地处理相关问题；②在老年共病管理中，需要同患者进行共同决策，患者参与及自我管理很重要，在决策和制定干预方案的过程中，需要综合考虑利弊；③老年共病患者的管理，评估-决策方案制定-实施-再评估，是一个连续动态的过程，以



适应老年人健康状况及共病管理目标的变化；④老年共病管理涉及疾病防治、功能维护、老年综合征管理、社会支持、照护地点以及患者意愿等多方面内容，管理效果需要从健康结局、功能发挥、卫生经济学、患者满意度等提高医疗质量和效率的角度进行综合评价。

## 5 关于我国共病管理策略展望

### 5.1 对我国老年共病管理的建议

5.1.1 重视全科医生在共病管理中的关键作用。目前我国全科医学教育资源依然短缺，全科医生整体专业素质仍欠佳，但各省市地区要注重加强全科医师队伍的建设和建设工作，完善全科医生培养机制，是拥有扎实的理论基础，完善全科医生培训基地的培训制度，使其能够在实践中获得更扎实的操作技能。

5.1.2 获取各地区的共病患病模式。防大于治，各省市的医疗工作人员应积极探索所在地区的共病的患病模式，以进行有针对性及目的性管理，提高老年人生活质量，延长寿命，还为合理分配医疗资源提供参考依据，也为进一步的共病因学研究打下基石，最终降低该地区共病的发生率。

5.1.3 整合医院-社区资源，结合我国国情及现有的研究基础，构建以共病患者为中心的个性化整合服务模式。我国针对多重慢病的研究处于尚处于探索阶段，缺乏本土化的多重慢病健康服务整合模型且无临床实践研究。因此为保证真实世界的多重慢病健康服务整合实践能切实解决现实问题，需完善整合服务效果的动态评价机制及科学严谨的循证实践，对其进行科学、有效、系统的效果评价及效果改进的深层次研究。

### 5.2 我国老年共病管理策略展望

依据国家层面对社区健康管理要求，但社区对共病的诊疗和管理水平不足现状，整合医院-社区资源建议：①将医院作为共病患者技术支持的场所，社区作为共病患者管理的场所，以互通化信息系统为基础，各司其职，最大限度利用医疗资源。②医院作为共病患者技术支持的场所除进行老年综合评估、共病患者干预方案制定外，还应提供共病门诊服务、共病患者住院服务以满足共病患者复杂的医疗保健需求。③社区作为共病患者管理的场所，执行个性化干预方案，且社区健康管理在医院的健康管理的指导下进行；④医院要通过不断的对社区基层单元医疗工作人员培训，提高其医疗技术水平，使其具备共病患者诊治能力，最终实现共病患者服务双模式。因此通过面向社区基层医疗机构健康管理、医院疾病诊疗管理、患者及家庭管理3个方面提出我国老年

人慢性病共病的管理策略。

#### 5.2.1 社区基层医疗机构健康管理

社区基层单位应建立共病患者详细的档案，内容包括：档案内容包括：各疾病患病年限，先后顺序，就诊及服药情况，目前控制情况，对生活的影响，同时明确患者治疗需求及偏好，根据患病模式对共病患者分类。对初次诊治的共病患者，应由医院进行老年综合评估后由多学科团队制定个性化干预方案。社区工作者根据制定的干预方案在医院指导下进行管理，可以根据共病的患病模式对不同人群建立社区自我管理团队，以健康教育宣传为重心打造学习型社区，定期组织团队活动与交流；通过建立团队紧密联系相互信任的支持关系提升患者自我管理能力和自我管理技能。开展形式多样的活动如病友会、志愿者团体、义诊等，丰富社区文化生活，社区在对患者管理过程中，定期进行监测分析患者各项指标，若判定患者需要再评估时，再次由医院进行老年综合评估。

#### 5.2.2 医院疾病诊疗管理

医院成立以全科医师主导的共病门诊，以方便共病患者就诊，有效避免多个科室就诊，当全科医师无法确定共病患者治疗方案时，启动医院内的多学科诊疗团队，制定个性化干预方案；对住院的老年共病患者，根据患者治疗意愿入住相应科室，入院后进行老年综合评估同时召开多学科团队会议制定治疗方案，在治疗过程中调整方案，患者出院前再次召开多学科会议制定院外干预方案。医师将制定的共病患者的干预方案上传至互通化信息系统，由社区进行管理。

#### 5.2.3 患者及家庭管理

家庭管理：家庭支持是共病患者的重要资源之一，从生活环境、家庭关系、日常监督等多方面给予共病患者帮助，特别是对精神心理障碍共病患者进行情绪疏导。家庭照顾者扮演多种角色，包括协调过渡期间的护理、获取和协调医疗护理服务、与医生和服务沟通，以及提供有关患者病史的信息。为共病患者抵御疾病、自我管理提供了必要的情感与行为支持。如果缺乏积极的家庭支持，健康干预的效果难以维持，易给患者心理状态带来消极影响。

患者管理：在社区健康管理团队指导下进行自我管理，通过不断改善自身生活方式，提高自我健康管理的水平。依靠自我决策、自我教育，鼓励和支持患者自我管理，如慢性疼痛、自我护理、身体活动、自信力等方面；生活方式主要包括自身的饮食、运动、睡眠状况，从饮食结构的合理性、运动强度的有效性、睡眠时长和睡眠状况进行风险评估，利用可穿戴设备并定期监测生理指标的结果，自我管理能大

幅提升老年人的健康状况。

## 6 小结

我国慢性病共病现象在老年患者中非常普遍，共病缺乏相应的临床诊疗指南，其诊疗模式仍以传统单病种为核心，导致了多种严重的不良后果出现，不仅危害了老年共病患者的“健康”，还加重了社会经济负担。共病固有的复杂性及异质性挑战了单病管理的基本原则，我国针对共病人群的有效管理模式尚在探索阶段。因此，在总结国内外共病管理经验的基础上，结合我国老年共病管理指南根据我国的国情，从3个方面提出了我国老年人慢性病共病的管理策略，构建老年共病整合管理模式，以实现共病的连续性全流程管理，以期促进我国老年共病管理发展，让老年共病患者在多种慢病共存的状态下“健康的变老”，对推动健康中国的建设具有重要的意义。

## 参考文献：

[1] 唐天娇，曹立，董碧蓉，等. 老年人多病共存名词和定义专家共识 (2022) [J]. 中华老年医学杂志, 2022, 41 (9):1028-1031.

[2] Salive ME. Multimorbidity in older adults [J]. *Epidemiol Rev*, 2013, 35:75-83. DOI:10.1093/epirev/mxs009.

[3] 孙至佳，樊俊宁，余灿清，等. 中国10个地区成年人共病流行特征分析. 中华流行病学杂志, 2021, 42(5): 755-762.

[4] Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians: American geriatrics society expert panel on the care of older adults with multimorbidity [J]. *J Am Geriatr Soc*, 2012;60(10):E1-25.

[5] 朱鸣雷，刘晓红，董碧蓉，秦明照，陈琼. 老年共病管理中国专家共识 (2023) [J]. 中国临床保健杂志, 2023, 26(5):577-584.

项目来源：郑州市医疗卫生领域科技创新指导计划项目“老年共病住院精准管理模式的应用价值”（编号：2024YLZDJH247）。

\* 通讯作者：汪桂青。

