

基层老年多病共存患者体检筛查后规范化随访管理的干预效果评价

高莹

无锡市梁溪区北大街街道社区卫生服务中心 江苏无锡

【摘要】目的 评价基层老年多病共存患者体检筛查后实施规范化随访管理的干预效果。**方法** 选取 2025 年 3 月-2026 年 3 月期间在本院接受健康体检并检出多病共存的 82 例老年患者，随机分组，各 41 例。对照组实施常规基本公共卫生随访管理，观察组在常规随访基础上实施规范化随访管理方案。比较两组干预成效。**结果** 干预后，观察组临床指标（血压、血糖、血脂）及自我管理能力均显著优于对照组（ $P<0.05$ ）。**结论** 体检筛查后实施规范化随访管理可有效改善基层老年多病共存患者的临床指标，提升自我管理能力。

【关键词】 老年人；多病共存；规范化随访管理；基层卫生服务；慢病管理

【收稿日期】 2026 年 8 月 5 日

【出刊日期】 2026 年 9 月 3 日

【DOI】 10.12208/j.jacn.20260488

Evaluation of the intervention effect of standardized follow-up management for elderly patients with multiple chronic diseases after physical examination screening

Ying Gao

Liangxi District, Wuxi City, Beida Street Community Health Service Center, Wuxi, Jiangsu

【Abstract】Objective To evaluate the intervention effect of standardized follow-up management after physical examination screening in elderly patients with multimorbidity in primary care. **Methods** A total of 82 elderly patients with multimorbidity detected during health examinations at our hospital from March 2025 to March 2026 were selected and randomly divided into two groups, with 41 cases in each group. The control group received routine basic public health follow-up management, while the observation group received standardized follow-up management based on routine follow-up. The intervention effects were compared between the two groups. **Results** After intervention, the observation group showed significantly better clinical indicators (blood pressure, blood glucose, blood lipids) and self-management ability than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Standardized follow-up management after physical examination screening can effectively improve clinical indicators and enhance self-management ability in elderly patients with multimorbidity in primary care.

【Keywords】 Aged; Multimorbidity; Standardized follow-up management; Primary health services; Chronic disease management

我国人口老龄化进程持续加快，老年群体中多病共存现象日益增多。数据显示，65 岁及以上人群中，约三分之二患有两种或以上慢性病，高血压、糖尿病和慢阻肺的共病组合在基层老年人中尤为常见^[1]。多病共存不仅加重患者的身心负担，还导致多重用药、医疗服务利用增加和生活质量下降等问题，使基层卫生服务面临较大压力^[2]。体检筛查是国家基本公共卫生服务的重要环节，可早期发现老年人健康问题，但仅靠筛查无法改善预后，关键在筛查后的规范化管理。当前，基层对体检后多病共存老年人的管理多局限于建档和常规

随访，缺少系统化、个体化干预方案，管理效果不理想。本研究立足基层慢病管理实际，探索建立以体检筛查为基础、以规范化随访管理为核心的干预模式，并评价其对老年多病共存患者的临床效果，旨在为优化基层老年慢病管理提供实践参考。详情如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 3 月-2026 年 3 月期间在本院接受国家基本公共卫生服务项目年度健康体检并检出多病共存的 82 例老年患者。随机分组，每组各 41 例。观察

作者简介：高莹（1989-），汉，江苏人，本科，主管护师，研究方向：慢性病患者管理、老年人管理。

组中男性 24 例, 女性 17 例; 年龄 65~82 岁, 平均 (72.35 ± 4.68) 岁。对照组中男性 23 例, 女性 18 例; 年龄 65~84 岁, 平均 (73.12 ± 5.02) 岁。组间资料差异不显著 ($P > 0.05$)。本研究符合医学伦理原则。

纳入标准: ①经年度健康体检确诊患有高血压、2 型糖尿病、慢性阻塞性肺疾病中至少 2 种慢性病; ②长期居住于本机构划定的服务覆盖范围, 且已在本单位家庭医生团队处完成健康管理档案的注册与维护; ③受试个体与其直系亲属主动表明参与意向。

排除标准: ①恶性肿瘤者; ②重度神经认知功能缺损者; ③总存活期限短于 6 个月者。

1.2 方法

对照组: 按《国家基本公共卫生服务规范》对老年慢病管理者每季度行面对面随访, 测血压、血糖, 了解用药状况及生活方式, 给常规指导, 录入档案。控制不佳者建议转诊, 但不强干预, 亦无个体化方案。

观察组: 在常规随访基础上实施规范化随访管理方案, 具体包括: ①分级分层管理: 据体检评估将患者分为红(高风险)、黄(中)、绿(低)三等级, 分别予每月、每 2 月、每季度随访, 高风险者启动多学科协作并转诊上级。②个性化方案: 家庭医生团队据共病组合、指标、生活方式及用药, 制定含药物调整、饮食处方(限盐、碳水计算)、运动处方及戒烟限酒指导的个体化健康管理方案。③多学科协作: 组建含全科医师、公卫医师、护士、药师、营养师的团队, 分别负责方案审定与

药物调整、督导与数据管理、健康教育与随访、多重用药评估与安全指导、膳食方案制定。④信息化动态监测: 建立电子档案, 动态记录随访指标与用药变化, 鼓励患者自测并上传数据, 团队实时监测预警。⑤健教与自我管理支持: 每月举办慢性病自我管理小组活动(含知识讲座、用药指导、急救培训、经验交流), 利用微信群推送科普、答疑并促进患者互助。干预 12 个月。

1.3 观察指标

①测定两组血压(SBP、DBP)、血糖(FPG、2hPG、HbA1c)及血脂(TC、TG、LDL-C)。②采用慢性病自我管理研究测量表(CDSMS)量表^[3](5 维度, 25 条目, 总分 25~125 分)评价自我管理能力, 分数越高能力越强(Cronbach's $\alpha=0.862$)。

1.4 统计学分析

运行 SPSS26.0, 连续变量记作均值±标准差, 组间比用 t 检验; 分类数据用例(%)体现, 卡方验证, $P < 0.05$ 判为差异显著。

2 结果

2.1 两组患者干预后临床指标控制情况比较

干预后, 观察组各项临床指标均优于对照组 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者干预后自我管理能力评分比较

干预后, 观察组自我管理能力评分比对照组更优 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 两组患者干预后临床指标控制情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)	空腹血糖 (mmol/L)	餐后 2h 血糖 (mmol/L)	糖化血红蛋白 (%)	总胆固醇 (mmol/L)	甘油三酯 (mmol/L)	低密度脂蛋白胆固醇 (mmol/L)
观察组	41	133.28±9.64	82.15±6.73	6.42±0.98	8.76±1.52	6.75±0.85	4.92±0.67	1.78±0.52	2.83±0.61
对照组	41	143.56±10.82	87.34±7.45	7.08±1.24	9.85±1.87	7.38±1.02	5.38±0.78	2.05±0.64	3.24±0.72
t		4.542	3.210	2.674	2.896	3.038	2.865	2.097	2.782
P		0.000	0.001	0.010	0.005	0.003	0.005	0.039	0.007

表 2 两组患者干预后自我管理能力评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	症状管理	用药管理	饮食管理	运动管理	情绪管理	总分
观察组	41	19.85±2.12	21.32±2.08	20.15±2.26	18.76±2.35	19.42±2.18	99.50±8.02
对照组	41	16.42±2.35	17.85±2.32	16.38±2.45	15.02±2.42	15.86±2.35	81.53±8.86
t		6.939	7.131	7.242	7.099	7.111	9.628
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

老年多病共存指同一人患≥2 种慢病。我国 65 岁以上人群约三分之二属此类, 最常见组合是高血压合

并糖尿病或慢阻肺^[3]。其本质为多病相互影响的复杂状态, 机制涉及器官老化、共同危险因素及病理关联。治疗难点为: 多重用药有风险, 多专科服务碎片化, 方案

常冲突。基层现行单一病种常规随访缺少系统管理,致预后欠佳。建立以患者为中心、整合多学科资源的规范化随访模式,对改善基层老年多病共存患者结局意义重大。

本研究结果显示,规范化随访管理能有效改善多病共存患者的临床指标。依据风险分级进行分层管理,有助于基层医疗资源的合理使用。红色高风险患者每月随访并配合多学科干预,有利于及早发现指标异常和调整治疗,减少住院可能;低风险患者季度随访即可,避免过度干预造成资源浪费和依从性下降。这种动态分级管理,比统一频率的常规随访更具针对性和效率^[4]。方案设计上,本研究兼顾了多病共存患者不同疾病间的相互影响。以高血压合并糖尿病患者为例,治疗需同步考虑降压和降糖目标,防止单病治疗对另一疾病产生副作用;饮食处方也需同时满足限盐、控糖和营养均衡要求^[5]。这种综合多种疾病需求的个体化方案,比单一疾病导向的干预更科学和可行。多学科协作有助于打破单科诊疗的局限。药师参与多重用药评估,有利于识别和规避药物相互作用;营养师制定兼顾疾病禁忌与营养需求的膳食方案;全科医师综合把关,保障治疗的整体协调性。信息化动态监测使团队可实时掌握患者指标变化,及时预警异常并主动干预,改变了被动等待复诊的局面。

本研究还发现,规范化随访管理不仅改善了客观检查指标,也提升了患者自我管理能力和安全水平。健康教育和支持活动在其中发挥了作用。每月举办慢性病自我管理小组活动,向患者讲解疾病知识、用药方法和生活方式调整技巧。与常规随访中的口头提醒不同,这种规范化的教育形式帮助患者从被动接受转为主动参与,使其真正理解疾病的发生和控制要点^[6]。糖尿病患者学习碳水化合物计数法后,可自行调整餐前胰岛素或口服药用量,不再机械执行固定方案。微信群交流和同伴支持提供了重要的社会帮助。多病共存患者常因疾病负担重而出现焦虑、低落等情绪问题。同伴间的经验分享和情感鼓励,有助于减轻心理压力,增强坚持长期管理的信心和动力^[7]。个性化方案的可操作性也降

低了执行难度。与笼统的“低盐低脂饮食”建议不同,营养师提供的具体食谱和明确运动处方,让患者更容易执行并坚持^[8]。

综上所述,在体检基础上实施规范化随访,可改善基层老年多病共存患者的指标控制,并增强其自我管理能力。

参考文献

- [1] 范利,孔晓晖.老年冠心病合并2型糖尿病的综合管理[J].中国临床保健杂志, 2024, 27(1):1-4.
- [2] 鲍少蕊,洪显钗,舒美春,等.基于 QFD 和"互联网+"的老年患者多重用药管理与咨询服务平台的运行效果[J].中华健康管理学杂志, 2025, 19(01):20-24.
- [3] 裴莹莹,王秀红.社区老年慢性疼痛患者家庭功能与自我管理行为、疼痛的相关性[J].护理实践与研究, 2022, 19(14):2068-2073.
- [4] 张凤娟,钱羿,郭燕,等.急性期快速恢复病房中多学科医疗团队干预对老年衰弱患者的应用效果[J].医学研究前沿, 2025, 3(8):1-3.
- [5] 汪雯.多病共存老年患者应用整体护理的效果分析[J].常州实用医学, 2024, 40(3):191-193.
- [6] 付文,徐珏,刘庆敏,等.基于互动模式的社区自我管理活动对老年糖尿病患者生存质量干预效果分析[J].中国健康教育, 2024, 40(1):56-60.
- [7] 汪雯.多病共存老年患者应用整体护理的效果分析[J].常州实用医学, 2024, 40(3):191-193.
- [8] 付文,徐珏,刘庆敏,等.基于互动模式的社区自我管理活动对老年糖尿病患者生存质量干预效果分析[J].中国健康教育, 2024, 40(1):56-60.

版权声明: ©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS