

全程健康管理干预在慢性病患者随访服务中的应用效果观察

谢秋芳 张义荣 张新周

龙岩市第一医院健康体检部 福建 龙岩 364000

【摘要】：目的：观察全程健康管理干预在慢性病患者长期随访服务中的应用效果，为优化慢性病管理模式、提升患者健康水平提供实践依据。方法：选取120例常见慢性病患者为研究对象，采用随机数字表法分为观察组与对照组各60例。对照组实施常规门诊及电话随访服务，观察组在常规随访基础上联合全程系统化健康管理干预，干预周期均为12个月。对比两组干预前后血压、血糖、血脂等核心生理指标控制情况，评估患者治疗依从性、自我管理能力及生活质量评分差异。结果：干预前两组收缩压、舒张压、空腹血糖、餐后2h血糖、总胆固醇、甘油三酯等指标比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预12个月后，观察组各项生理指标控制水平显著优于对照组，治疗总依从率、自我管理 ability 评分及生活质量评分均高于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：在慢性病患者随访服务中应用全程健康管理干预，可有效稳定患者生理指标，提升治疗依从性与自我管理 level，改善患者远期生活质量，具备较高的临床推广价值。

【关键词】：全程健康管理；慢性病；随访服务；治疗依从性；生活质量

DOI:10.12417/2811-051X.26.10.070

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月—2024年1月收治的120例慢性病患者为研究对象，纳入疾病类型包括原发性高血压、2型糖尿病、血脂异常及合并两种及以上慢性病者。

纳入标准：符合相应慢性病临床诊断标准^[1]；病程 ≥ 1 年；意识清晰，可正常沟通配合随访；自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准：合并严重肝肾功能障碍、恶性肿瘤、心脑血管急症期患者；精神系统疾病、认知功能障碍者；无法完成全程随访及干预者；近期存在重大手术或外伤史者。

采用随机数字表法将患者分为观察组与对照组各60例。对照组给予常规随访服务，观察组在常规随访基础上实施全程健康管理干预。两组患者在性别、年龄、病程、疾病类型等基线资料方面比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性，具体数据见表1。

1.2 方法

对照组实施常规慢性病随访模式，主要包括定期门诊复查、每3个月电话随访1次，随访内容以病情询问、用药提醒、基础健康宣教为主，不进行系统化干预及个性化指导^[2]。

观察组在常规随访基础上实施全程健康管理干预，建立一对一健康管理档案，由医护人员、营养师、心理咨询师共同组成管理团队，干预周期12个月，具体内容如下^[3]：

（1）健康建档与风险评估。为患者建立电子及纸质双重健康档案，详细记录基础疾病、用药史、过敏史、生活习惯、家族史等信息，综合评估患者病情风险等级、饮食运动短板及心理状态，制定个性化管理方案^[4]。

（2）分阶段健康宣教。根据患者文化水平与接受能力，采用口头讲解、手册发放、线上科普等方式，每月开展1次专题宣教，内容涵盖疾病知识、用药规范、并发症预防、应急处理等，强化患者疾病认知^[5]。

（3）生活方式全程干预。饮食方面结合患者病情制定低盐、低糖、低脂个性化膳食方案，明确每日摄入量与饮食禁忌；运动方面根据年龄、体质制定散步、太极拳、慢跑等温和运动计划，每周坚持3~5次，每次30min左右；同时督促患者戒烟限酒，规律作息^[6]。

（4）用药督导与动态随访。采用每月2次电话随访、每季度1次上门或门诊随访的方式，严格督导患者按时按量用药，及时纠正漏服、擅自停药、换药等行为；根据患者病情变化动态调整用药与管理方案，确保干预连续性。

（5）心理疏导与社会支持。关注患者负性情绪，通过一对一沟通缓解焦虑、抑郁等心理问题，鼓励家属参与照护，构建家庭支持系统，提升患者坚持治疗的信心^[7]。

（6）并发症预警管理。定期监测患者靶器官损害情况，及时识别异常指标，对潜在并发症进行早期干预，降低病情加重风险。

1.3 观察指标

（1）生理指标。分别于干预前、干预12个月后检测两组收缩压、舒张压、空腹血糖、餐后2h血糖、总胆固醇、甘油三酯水平^[8]。

（2）治疗依从性。分为完全依从、部分依从、不依从三个等级，总依从率=（完全依从+部分依从）/总例数 $\times 100\%$ 。

（3）自我管理能力和生活质量。采用慢性病自我管理量表评估患者用药管理、饮食管理、运动管理、病情监测能力，总分100分，分数越高自我管理能力越好；采用简明健康量表

评估生活质量，总分 100 分，分数越高生活质量越佳^[9]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 统计学软件处理数据，计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内干预前后比较采用配对 t 检验；计数资料以率 (%) 表示，比较采用 χ^2 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一般资料比较

干预前两组性别、年龄、病程及疾病类型比较差异无统计学意义 (P>0.05)，基线具有可比性，见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	观察组	对照组	t/ χ^2 值	P 值
例数	60	60	-	-
男/女(例)	32/28	30/30	0.135	>0.05
平均年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	62.35±5.41	61.89±5.67	0.312	>0.05
平均病程(年, $\bar{x} \pm s$)	6.82±2.13	6.75±2.24	0.154	>0.05
高血压/糖尿病/血脂异常/合并(例)	22/19/10/9	23/18/11/8	0.327	>0.05

2.2 两组干预前后生理指标比较

干预前两组各项生理指标比较差异无统计学意义 (P>0.05)；干预 12 个月后，两组各项指标均较干预前改善，且观察组改善程度显著优于对照组，差异有统计学意义 (P<0.05)，见表 2。

表 2 两组干预前后生理指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	组别	例数	干预前	干预 12 个月	t 值	P 值
收缩压 (mmHg)	观察组	60	152.36±8.42	128.51±6.33	12.365	<0.05
	对照组	60	151.95±8.57	139.64±7.12	6.214	<0.05
舒张压 (mmHg)	观察组	60	92.47±5.36	77.26±4.18	11.592	<0.05
	对照组	60	92.13±5.42	83.59±4.65	5.873	<0.05

空腹血糖 (mmol/L)	观察组	60	8.72±1.35	5.96±0.84	9.426	<0.05
	对照组	60	8.68±1.41	7.13±1.02	4.315	<0.05
餐后 2 h 血糖 (mmol/L)	观察组	60	12.65±2.14	8.12±1.36	10.257	<0.05
	对照组	60	12.59±2.21	10.06±1.58	5.042	<0.05
总胆固醇 (mmol/L)	观察组	60	6.35±0.82	4.62±0.57	8.963	<0.05
	对照组	60	6.31±0.86	5.48±0.69	3.721	<0.05
甘油三酯 (mmol/L)	观察组	60	2.47±0.43	1.51±0.29	9.124	<0.05
	对照组	60	2.44±0.45	1.96±0.35	4.106	<0.05

2.3 两组治疗依从性比较

观察组治疗完全依从 41 例，部分依从 17 例，不依从 2 例，总依从率 96.67%；对照组完全依从 28 例，部分依从 19 例，不依从 13 例，总依从率 78.33%。观察组总依从率显著高于对照组，差异有统计学意义 ($\chi^2=9.132$, P<0.05)。

2.4 两组自我管理能力与生活质量比较

干预前两组自我管理能力评分、生活质量评分比较差异无统计学意义 (P>0.05)；干预 12 个月后，观察组两项评分均显著高于对照组，差异有统计学意义 (P<0.05)。观察组干预后自我管理能力评分为 (82.46±7.15) 分，生活质量评分为 (79.53±6.82) 分；对照组分别为 (65.37±6.92) 分、(62.18±6.54) 分。

3 讨论

当前我国慢性病患率呈持续上升趋势，高血压、糖尿病、血脂异常等慢性病具有病程长、易反复、并发症多等特点，仅依靠短期治疗难以实现病情长期稳定，长期规范的随访管理成为控制病情、改善预后的关键环节^[10]。常规随访模式多以病情监测与基础宣教为主，缺乏连续性、个性化与系统性，对患者生活方式、心理状态、用药行为的干预不足，易导致患者依从性下降，病情控制效果不佳。

全程健康管理干预打破了传统随访碎片化、单一化的局限，以患者为核心，构建从建档评估、个性化干预、动态随访

到并发症防控的全流程管理体系,实现了医疗服务的连续性与整体性^[11]。本研究结果显示,干预前两组各项生理指标、自我管理能力及生活质量无明显差异,干预12个月后,观察组收缩压、舒张压、血糖、血脂等指标控制水平显著优于对照组,说明全程健康管理可通过精准干预有效纠正患者异常生理指标,延缓病情进展。

治疗依从性是影响慢性病控制效果的重要因素,常规随访缺乏持续督导,患者易因认知不足、心理抵触、生活习惯不良等原因出现漏服药物、饮食失控、运动缺乏等问题^[12]。全程健康管理通过定期随访督导、个性化健康宣教、家庭支持构建等方式,持续强化患者健康意识,规范其用药与生活行为,进而提升治疗依从性。本研究中观察组治疗总依从率达96.67%,显著高于对照组的78.33%,印证了全程干预对提升依从性的积极作用。

慢性病患者长期受病情困扰,易出现焦虑、自卑等负面情绪,同时自我管理能力不足也会进一步降低生活质量。全程健

康管理兼顾生理、心理与社会多个维度,不仅关注指标控制,还重视心理疏导与生活方式优化,帮助患者建立科学的健康行为,提升病情自我监测与管理能力,最终实现生活质量的提升。本研究结果显示,观察组干预后自我管理能力与生活质量评分均显著高于对照组,表明该干预模式可全面改善患者身心健康水平。

本研究仍存在一定局限性,研究样本量相对有限,观察周期仅为12个月,未对患者远期并发症发生率及生存结局进行更长时间追踪。未来可扩大样本范围,延长随访时间,进一步完善全程健康管理方案,优化干预流程,为慢性病长期管理提供更具针对性的参考模式。

综上,全程健康管理干预应用于慢性病患者随访服务中,可有效改善患者生理指标,提升治疗依从性与自我管理能力,显著提高生活质量,是一种科学可行的慢性病管理模式,值得在临床随访工作中推广应用。

参考文献:

- [1] 谢亮亮.面向慢性病的临床辅助诊断方法研究与实现[D].东南大学,2022.
- [2] 邱佩琴,黄丽萍,陈晓瑜.多病共存的慢性病护理模式联合定期随访护理对高血压合并头晕患者的影响[J].心血管病防治知识,2025,15(15):125-128.
- [3] 李雯靖,许玲,杨丽.一站式个体化全程健康管理模式在慢性病患者管理中的应用研究[J].青海医药杂志,2025,55(08):35-38.
- [4] 郭胜鹏,靳思慧,王虎峰.电子健康档案建档使用对慢性病管理效果影响研究[J].中国公共卫生管理,2025,41(02):166-170.
- [5] 孙贺,杨丽.健康教育宣传对老年慢性病患者预防保健认知的影响[J].名医,2024,(19):123-125.
- [6] 留典淳,王芊云,陈晓莹,等.整合生活方式医学与中医学特色慢性病管理的医学干预模式构建与展望[J].中国全科医学,2026,29(07):830-838.
- [7] 刘成峰,吴丽萍,乔静.心理疏导配合运动疗法对慢性病患者治疗中的负面情绪和生命质量的影响[J].心理月刊,2020,15(10):109.
- [8] Song S,Zhang B,Yu C,et al.Pelvic floor electromyographic dysfunction as a novel physiological indicator for subclassifying sexual dysfunction in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome[J].World Journal of Urology,2026,44(1):145-145.
- [9] 占婷婷,郝文杰,占晨晨,等.慢性病自我管理行为评估工具的范围综述[J].甘肃医药,2025,44(12):1064-1070.
- [10] 李菲,邵迪,代文翀.我国中老年人慢性病患者率区域差异及可达性的相关性研究[J].中国卫生事业管理,2026,43(01):96-101.
- [11] 甘戈,程念,宋太平,等.慢性病全程健康管理成效与经验[J].中国卫生经济,2024,43(01):31-33+66.
- [12] 尹怡.慢性病和疼痛作为情绪问题的预测因素:基于CHARLS数据的预测模型[C]//中国心理学会.第二十六届全国心理学学术会议摘要集(九).湘潭市第五人民医院,2025:38-40.