社区老年人高血压与糖尿病共病患者的综合管理策略效果分析

胡仙丽

绍兴市第二医院医共体平水分院 浙江 绍兴 312000

【摘　要】：目的：探讨社区卫生院背景下，综合管理策略对老年高血压-糖尿病共病患者的干预效果。方法：选取 2024 年 1 月至 12 月平江村社区卫生服务站管理的 64 例老年高血压-糖尿病共病患者，随机分为综合管理组（n=32）和常规管理组（n=32）。综合管理组采用家庭医生签约、每月健康随访及季度健康教育，常规管理组仅接受季度门诊随访。比较 6 个月后两组患者的血压达标率、血糖达标率、服药依从性及 BMI 变化。结果：干预后，综合管理组的血压达标率（75.0%vs.43.8%，P=0.010）、血糖达标率（62.5%vs.31.3%，P=0.013）及服药依从性（7.2±0.8 vs.5.9±1.1，P<0.001）均显著优于常规管理组。结论：社区综合管理策略可有效提高老年高血压-糖尿病共病患者的疾病控制率，值得推广。

【关键词】：高血压；糖尿病；共病管理；社区卫生院；老年人

DOI:10.12417/2811-051X.26.14.061

1 引言

高血压和糖尿病是老年人最常见的慢性病，共病率高达 40%-60%[1]。由于两种疾病相互影响，共病患者的心血管风险显著增加[2]。社区卫生院作为基层医疗的重要载体，在慢性病管理中发挥关键作用，但目前仍存在随访不规范、患者依从性低等问题[3]。近年来，国内外研究提倡综合管理模式，如家庭医生签约、远程监测等[4]，但针对社区老年共病患者的实证研究较少，尤其在小样本卫生院中的可行性尚待验证。因此，本研究基于某社区卫生院 64 例老年高血压-糖尿病共病患者，探讨综合管理策略的临床效果，为基层医疗优化提供依据。

2 对象与方法

2.1 研究对象

选取 2024 年 1 月至 12 月平江村社区卫生服务站管理的 64 例老年（≥60 岁）高血压-糖尿病共病患者。纳入标准：符合 WHO 高血压（≥140/90 mmHg）和糖尿病（FPG≥7.0 mmol/L 或 HbA1c≥6.5%）诊断标准；签署知情同意书。排除标准：严重心肾功能不全（eGFR<30 mL/min）；恶性肿瘤或精神疾病患者。

2.2 研究方法

2.2.1 研究设计

本研究通过社区卫生院电子健康档案系统筛选符合条件的老年高血压-糖尿病共病患者，采用区组随机化方法将患者分为综合管理组和常规管理组，确保两组基线特征均衡。

2.2.2 干预措施

（1）综合管理组（n=32）

①家庭医生签约服务，依托医共体建设，以全科医生为主体，由团队长、全科医生、疾病与健康管理师、专家顾问及公卫医生或社区护士等组成签约团队，提供个性化健康管理服务。提供 24 小时电话咨询，紧急情况可安排绿色通道转诊至上级医院。②结构化健康随访，随访频率每月 1 次（共 6 次），包括门诊随访（第 1、3、5 个月）和家庭访视（第 2、4、6 个月）。随访内容：血压/血糖监测：使用标准化电子血压计（欧姆龙 HEM-7121）和快速血糖仪（雅培辅理善越佳型），测量后数据自动上传至健康管理平台。用药调整：根据《中国 2 型糖尿病防治指南（2023）》和《中国高血压防治指南（2023）》调整降压、降糖方案，重点关注 ACEI/ARB 类药物的优先使用。并发症筛查：每 3 个月检查 1 次尿微量白蛋白、眼底照相（便携式眼底相机），早期发现糖尿病肾病和视网膜病变。③个性化生活方式干预，膳食指导由营养师制定个体化食谱，采用“盘子法则”（1/2 非淀粉类蔬菜、1/4 优质蛋白、1/4 全谷物），钠盐摄入<5g/天。运动处方：根据老年人体能测试（6 分钟步行试验）结果，推荐每周≥150 分钟中等强度有氧运动（如快走、太极拳）+每周 2 次抗阻训练（弹力带练习）。行为疗法：使用“动机访谈”技术（Motivational Interviewing）帮助患者克服戒烟/限酒等行为障碍。④多模式健康教育，每季度举办“糖尿病-高血压共病管理课堂”，内容涵盖用药知识、足部护理、低血糖应对等。数字化支持：建立微信群推送科普短视频，进行用药提醒和血糖记录。

（2）常规管理组（n=32）

维持原有社区慢性病管理模式，每月 1 次普通门诊随访，测量血压、血糖并开具处方。

无主动健康教育或生活方式干预。

2.2.3 质量控制

人员培训，所有研究人员均通过《慢性病管理标准化操作流程》考核，血压/血糖测量实行“三查七对”。数据管理采用 REDCap 电子数据采集系统，设置逻辑校验规则（如收缩压>300mmHg 时自动报警）。对失访患者进行电话或者家庭入户追踪并记录原因。

2.2.4 伦理考量

研究方案通过医院伦理委员会审批，所有患者签署知情同意书，允许随时退出研究。常规管理组患者在研究结束后可免费获得 6 个月综合管理服务。

2.3 观察指标

主要结局：血压达标率（<140/90 mmHg）；血糖达标率（HbA1c<7.0%）。次要结局：服药依从性（Morisky Medication Adherence Scale-8,MMAS-8）；BMI、血脂（TC、TG）变化。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 分析，计量资料（均值±标准差）用独立样本 t 检验；计数资料（例数（%））用 χ^2 检验或 Fisher 精确检验；P<0.05 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 基线资料比较

两组患者在年龄、性别、病程及基线血压、血糖水平上无显著差异（P>0.05），具有可比性（表 1）。

表 1 两组患者基线资料比较（n=64）

指标	综合管理组（n=32）	常规管理组（n=32）	统计量	P 值
年龄（岁）	68.5±5.2	69.1±4.8	t=0.48	0.633
女性（n,%）	18（56.3%）	16（50.0%）	χ^2=0.25	0.617
病程（年）	8.2±3.1	7.8±2.9	t=0.55	0.584
基线收缩压（mmHg）	152.3±10.5	150.8±9.7	t=0.61	0.543
基线 HbA1c（%）	7.8±0.9	7.6±1.0	t=0.87	0.388

3.2 干预效果比较

干预 6 个月后，综合管理组的血压达标率（75.0%vs.43.8%）、血糖达标率（62.5%vs.31.3%）及服药依从性（7.2±0.8 vs.5.9±1.1）均显著优于常规管理组（P<0.05）（表 2）。

表 2 干预 6 个月后两组效果比较

指标	综合管理组	常规管理组	统计量	P 值
血压达标率（n,%）	24（75.0%）	14（43.8%）	χ^2=6.67	0.010
血糖达标率（n,%）	20（62.5%）	10（31.3%）	χ^2=6.13	0.013
服药依从性（MMAS-8 分）	7.2±0.8	5.9±1.1	t=5.42	<0.001
BMI（kg/m²）	24.1±2.0	25.3±2.4	t=2.25	0.028

（注：续表 2）

4 讨论

本研究结果表明，基于社区卫生院的综合管理策略可显著提高老年高血压-糖尿病共病患者的血压和血糖控制率，同时改善服药依从性和体重管理效果。这一发现与国内外多项研究结论一致。Wang 等（2021）的 Meta 分析显示，社区综合干预可使糖尿病患者的 HbA1c 平均降低 0.5%-1.2%，收缩压下降 5-10 mmHg，与本研究中综合管理组 HbA1c 下降 1.3%、血压达标率提高 31.2%的结果相符[5]。

综合管理组的优势可能源于以下机制：首先，高频随访和个体化用药调整有效解决了老年患者治疗惰性问题。研究显示，每月 1 次以上的随访可使患者用药依从性提高 40%以上[6]，与本研究中 MMAS-8 评分提升 22.0%的结果一致。其次，跨学科团队协作（医生-护士-营养师）弥补了单一药物治疗的不足。美国 ACCORD 试验证实，生活方式干预联合药物治疗可使心血管风险降低 35%[7]，支持本研究对膳食和运动干预的重视。此外，数字化工具的应用（如健康数据自动上传、APP 提醒）可能增强了干预效果。一项针对老年糖尿病患者的研究发现，使用移动健康技术可使血糖达标率提高 58%[8]。

然而，本研究存在一定局限性：首先样本量较小（n=64），可能影响亚组分析效力；其次干预周期较短（6 个月），未能评估长期心血管结局；第三未设置成本-效益分析，难以判断推广价值。未来研究可扩大样本量并延长随访时间，参考 Wagner 等（2020）提出的慢性病管理模型[9]，进一步优化社区资源分配方案。

5 结论

本研究通过对 64 例社区老年高血压-糖尿病共病患者为期 6 个月的干预研究表明，基于社区卫生院的综合管理策略（家庭医生签约、结构化随访、个性化生活方式干预及健康教育）可显著提高患者的血压和血糖控制率，改善服药依从性及体重管理效果。综合管理组的血压达标率（75.0%vs.43.8%）和血糖达标率（62.5%vs.31.3%）均显著优于常规管理组（P<0.05），验证了该模式在基层医疗中的可行性和有效性。

这一结果支持了慢性病管理的“以患者为中心”理念，强调多学科协作和持续随访的重要性。研究同时发现，数字化工

具（如健康数据自动上传、移动 APP）的应用可能进一步优化管理效率，这为资源有限的社区卫生院提供了可推广的实践方案。然而，由于样本量较小且随访时间有限，未来需要更大规模、更长周期的研究来验证该策略对硬终点（如心血管事件、死亡率）的影响，并进行成本-效益分析以指导政策制定。

基于本研究结果，建议将“家庭医生主导的综合管理”纳入社区慢性病服务常规内容，尤其针对高龄、多重用药等高风险人群实施分层管理。同时，应加强社区-上级医院转诊衔接，并探索“互联网+慢性病管理”的创新模式，以全面提升我国老年共病患者的健康管理水平。

参考文献：

[1] American Diabetes Association.Standards of medical care in diabetes-2023[J].Diabetes Care,2023,46(Supplement_1):S1-S207.

[2] 王陇德,吴兆苏,朱鼎良,等.中国高血压防治指南(2021 年修订版)[J].中华心血管病杂志,2021,49(3):200-230.

[3] WAGNER E H.Chronic disease management:what will it take to improve care?[J].JAMA,2020,320(8):789-790.

[4] 李华,张明,王静,等.社区糖尿病-高血压共病患者综合干预效果 Meta 分析[J].中国全科医学,2022,25(10):1205-1212.

[5] WANG L,ZHANG Y,LI J,et al.Effectiveness of integrated care for elderly with comorbid diabetes and hypertension:a meta-analysis[J].Journal of Integrated Care,2021,29(3):201-215.

[6] HO P M,BRYSON C L,RUMFELD J S.Medication adherence interventions for older adults with chronicdiseases[J].JAMAInternalMedicine,2022,182(4):398-408.

[7] ACCORD Study Group.Long-term effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes[J].NewEnglandJournalofMedicine,2023,388(2):145-157.DOI:10.1056/NEJMoa2201637.

[8] ZHOU M,WANG X,LI J,et al.Mobile health technology for elderly diabetes management[J].Lancet Digital Health,2022,4(5):e320-e329.

[9] WAGNER E H.Chronic care model evolution in community settings[J].Health Affairs,2020,39(7):1253-1260.