

基于社区慢性病健康管理支持中心的慢性病管理探索与实践

张慧君¹ 陈兰兰¹(通讯作者) 李慕帆¹ 周弋²

1 上海市浦东新区航头社区卫生服务中心, 上海, 202317;

2 上海市浦东新区疾病预防与控制中心, 上海, 200136;

摘要: 目的: 探讨慢性病健康管理支持中心对慢性病患者管理中的实践方法与效果。方法: 选取 2023-2024 年浦东新区航头社区卫生服务中心在管的慢病患者, 对比慢性病健康管理支持中心在慢病患者管理中的效果是否突出。结果: 2024 年慢性病健康管理支持中心开展以来, 高血压糖尿病的异常检出率提高; 血压、血糖值尾数分布均匀, 没有明显的尾数偏好; 慢病患者服务覆盖率逐步上升。结论: 慢性病健康管理支持中心充分利用医疗卫生资源, 有效提升慢病早发现、早规范管理、早治疗和早控制, 提高基本公共卫生服务质量。

关键词: 慢性病; 慢性病健康管理支持中心; 高血压; 糖尿病; 社区

DOI: 10.69979/3029-2808.25.12.024

1 研究背景

国务院发布的《中国防治慢性病中长期规划(2017-2025 年)》强调到 2025 年, 慢性病危险因素得到有效控制, 实现全人群全生命周期健康管理, 力争 30-70 岁人群因心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病导致的过早死亡率较 2015 年降低 20%, 逐步提高居民健康期望寿命, 有效控制慢性病疾病负担^[1,2]。

2018 年, 上海市在全市范围内逐步开展慢性病健康管理支持中心(Chronic Disease Management Center, CDMC)建设, 慢性病健康管理支持中心是社区慢性病健康管理机构的服务载体, 在社区卫生服务中心设立的独立区域。依托慢性病健康管理支持中心上海市实施并推广了整合式社区健康管理模式, 有力地推进社区慢性病健康管理从以病为核心向以人为核心转变, 从单病管理向共病管理转变, 从各自为阵向医防融合、分工协作转变, 从粗放管理向精细管理转变^[3,4]。

杨梅^[5]等人在需要医疗服务的慢性病患者调查中发现, 只有约 10% 的患者需要专科医生给予相关治疗, 80%-90% 慢病患者的健康问题可由社区卫生服务工作人员协助解决。传统的慢性病管理主要依赖医生与患者在门诊的线下交流为主, 由于我国基层患者数量众多且医疗资源有限, 医生难以与所有患者保持长期、有效的沟通和随访^[6]。除此之外, 传统的慢性病管理方法存在医患信息不对称的问题, 即患者通常在就医时才能得到医生的指导和建议, 而在两次就医的间隔里, 患者只能依靠自己和家人来管理和控制自身疾病, 易导致疾病管理

的连续性和稳定性不足^[7]。本文旨在通过基于慢性病健康管理支持中心, 探索如何更好地运用于基层慢性病管理, 为患者提供更方便、更快捷的管理服务, 改善慢性病患者的生活质量, 减轻基层医疗负担, 提高慢性病管理的效果, 促进慢性病健康管理的智能化。

2 研究对象和方法

2.1 调查对象

资料来源于 2023-2024 年航头社区卫生服务中心在管高血压和糖尿病患者, 将该地区 18 周岁及以上的常住人口作为调查对象(常住人口指在过去一年时间内, 在监测点居住时间累计超过 6 个月的居民)。

2.2 调查方法

采用询问调查、身体测量以及实验室检测的方法。主要内容包括年龄、性别、文化程度等一般人口学特征及吸烟、饮酒、运动等。人体测量主要测量身高、体重、腰围、血压、血糖等指标。

2.3 判定标准

参照中国疾病预防控制中心“中国慢性病及其危险因素监测”指导手册和“中国高血压防治指南”手册。①吸烟: 现在吸烟指过去 30 天内有吸烟行为, 每天吸烟或间断有吸烟行为者均为现在吸烟; ②饮酒: 自调查之日起的前 12 个月有饮酒行为; ③高血压: 调查发现收缩压 $\geq 140 \text{ mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90 \text{ mmHg}$ 以及已确诊患者; ④糖尿病: 调查发现空腹血浆葡萄糖水平 $\geq 7.0 \text{ mmol/L}$ 者以及已确诊患者; ⑤体质指数

(BMI) : BMI < 18. 5kg /m² 为低体重, 18. 5~23. 9 kg /m² 为正常, 24. 0~27. 9kg /m² 为超重, ≥ 28 kg /m² 为肥胖; ⑥腰围 (WC) : 男性 ≥ 90 cm 和女性 ≥ 85 cm 均为异常; ⑦运动: 每天运动量是否达到 6000 步以上。

2.4 统计学方法

所有数据使用软件 SPSS22. 0 进行统计分析, 对于符合正态分布及近似正态分布的连续性变量数据使用均数 (mean, M) ± 标准差 (standard deviation, SD) 表示, 不符合正态分布的连续性变量使用中位数 (四分位间距) 表示; 分类变量数据使用频数 (百分比%) 表示。卡方检验 (用于分类变量) 分析比较两组慢性病患者统计学参数的差异。双侧检验 $P < 0.05$ 认为结果具有统计学差异。

3 研究结果

3.1 研究对象基本情况

两组平均年龄分别为 58.08 ± 12.92、58.07 ± 12.92 岁; 女性占比分别为 52.29% 和 51.69%; 两组慢性病在管患者在年龄、性别、吸烟、饮酒、规律活动、BMI 和腰围等分布均匀, 均无显著统计学差异。

3.2 两种测量方法对高血压和糖尿病覆盖人群异常检出率并不相同

标准化测量组高血压覆盖人群异常检出率占比 19.39%, 高于普通测量组 (12.13%), 差异具有统计学意义 ($\chi^2=120.807$, $P=0.000$)。两种测量方法对糖尿病覆盖人群异常检出率也不相同, 标准化测量组异常检出率占比 25.49%, 高于普通测量组 (10.55%), 差异具有统计学意义 ($\chi^2=132.901$, $P=0.000$), 见表 1。

表 1 两种测量方法对高血压和糖尿病筛查人群异常检出率的影响

类型	高血压筛查人群	糖尿病筛查人群
标准化测量组异常检出率	19.39%	25.49%
普通测量组异常检出率	10.11%	13.28%
χ^2	120.807	132.901
P 值	0.000	0.000

两种测量方法对血压值和血糖值尾数偏好占比不同, 普通测量组收缩压偏好尾数数值 5, 占比 28%; 舒张压偏好尾数数值 5, 占比 25%; 血糖偏好尾数数值 6, 占比 18%。标准化测量组尾数分布均匀, 没有明显的尾数偏好。

两种测量方法对血糖 5.6 mmol/L 尾数偏好占比并不相同, 标准化测量组尾数偏好占比 2.04%, 低于普通测量组 (8.70%), 差异具有统计学意义 ($\chi^2=46.309$, $P=0.000$), 见表 2。两种测量方法对血压 125/75 mmHg 尾数偏好占比也不相同, 标准化测量组尾数偏好占比 0.04%, 低于普通测量组 (9.98%), 差异具有统计学意义 ($\chi^2=23.798$, $P=0.000$), 见表 2。

表 2 两种测量方法对血糖 5.6 mmol/L 和血压 125/75 mmHg 尾数偏好占比

类型	血糖 5.6 mmol/L 尾数偏好	血压 125/75 mmHg 尾数偏好
标准化测量组异常检出率	2.04%	0.04%
普通测量组异常检出率	8.70%	9.98%
χ^2	46.309	23.798
P 值	0.000	0.000

4 讨论

本研究发现慢性病健康管理支持中心较以往管理模式相比, 提升慢性病患者管理质量。慢性病健康管理支持中心对传统管理模式进行优化, 以信息技术为支撑, 充分应用互联网技术, 为患者提供更为便捷、有效的健康管理^[4]。

慢性病健康管理支持中心作为诊疗前置环节, 优化诊疗流程, 提高诊疗效率。慢性病健康管理支持中心数据的应用优化了诊疗流程, 形成“挂号—筛查—建档—分诊—诊间评价—就医取药—诊后随访—复诊指导”的闭环流程, 减少患者等待时间, 提高诊疗效率^[8]。依托慢性病健康管理支持中心平台, 创新探索医防融合新模式^[9]。依托慢性病健康管理支持中心对慢病患者进行网格式管理, 慢性病健康管理支持中心作为慢性病管理的核心平台, 打通了院内 His、Lis 系统、新慢病随访系统, 预防关口前移, 将临床治疗和预防保健紧密结合, 实现了院内医防融合的目标。慢性病健康管理支持中心显示屏自动识别血压、血糖、体重等异常数据, 并进行预警, 经过人工审核确定后, 及时通知家庭医生与患者联系, 提供相关检查和综合治疗。为血压、血糖、肺功能初筛异常等慢性病患者提供相关检查, 并根据检查结果提供综合管理服务。标准化数据支持下的慢病管理, 打通了“市—区—社区”三级服务流程, 实现“以人为本”的整合型全程健康管理。患者在诊间获得临床和预防服务, 提高管理效率^[10]。

慢性病健康管理支持中心健康教育新阵地。慢性病

健康管理支持中心从健康教育的多个维度如身体、心理、社会、环境等方面展开，提升社区居民的健康意识。基于慢性病健康管理支持中心开展老年人共患管理。老年人共患管理的核心在于关注老年人整体而非仅仅是疾病本身，依托慢性病健康管理支持中心开展老年人共患管理的理念是以人为中心，全景的健康管理模式^[11]。

慢性病健康管理支持中心的实践表明，信息化可充分利用医疗卫生资源，有效提升慢性病早发现、早规范管理、早治疗和早控制，提高基本公共卫生服务质量。这种新模式为提升基本公共卫生服务质量提供了新的思路和方向。未来将进一步加强信息化资源整合共享，确保该模式的可持续发展。

参考文献

- [1] 国家卫生健康委员会疾病预防控制局. 中国居民营养与慢性病状况报告 2020 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2020.
- [2] 中华人民共和国国务院. 中国防治慢性病中长期规划(2017-2025 年) [A/OL] (2017-01-22) [2023-02-14].
- [3] 程旻娜, 张晨, 隋梦芸, 等. 信息化支撑的整合式社区慢性病健康管理模式探索 [J]. 上海预防医学, 2022, 34(11): 1079 - 1084.
- [4] 隋梦芸, 张晨, 王玉恒, 严青华, 吴菲, 付晨, 程旻娜, 施燕. 基于社区慢性病健康管理慢性病健康管理支持中心的共病管理探索与实践 [J]. 中国公共卫生, 2024, 10: 1284-1288.
- [5] 杨梅, 胡薇, 江长勇. 社区慢性病主动预约健康管理模式对原发性高血压病的管理效果研究 [J]. 中国全科医学, 2019, 24: 2944-2948.
- [6] 杨柳. 基层社区公共卫生服务中慢性病管理现状及对策研究 [J]. 智慧健康, 2022, 8 (10) : 20-22.
- [7] 张璇, 张飞, 李铭麟, 王佳贺. 智能机器人在基层慢性病管理中的应用与挑战 [J]. 中国全科医学, 2025, 01: 7-1219.
- [8] 王海燕, 何兆东. 优化门诊流程推进医防融合走深走实 [J]. 中国农村卫生, 2023, 12: 34-35.
- 赵琳琳, 罗琪, 胡清华, 陈小奎, 杜娟, 邵爽. 家庭医生团队开展慢性病医防融合服务现状及阻碍的定性研究 [J]. 中国全科医学, 1-7.
- [9] 曾林生, 刘冬云, 刘传云, 等. 医防融合背景下基层医院慢病管理模式的探索研究 [J]. 微量元素与健康研究, 2024, 41(06): 5-8.
- [10] 唐晓波, 郑杜, 谭明亮. 慢性病健康教育知识服务系统模型构建研究 [J]. 情报科学, 2019, 01: 134-140.
- [11] 陈莹莹, 刘培宗, 王春玲. 老年共病研究现状及对共病管理的启示 [J]. 中国医药导刊, 2024, 26(07) : 731-736.

作者简介：张慧君，1995 年 10 月，女，汉族，山东济宁，全科核心团队组长/公共卫生中级，硕士，航头社区卫生服务中心，慢性病。

通讯作者：陈兰兰，1984 年 9 月，女，汉族，上海浦东新区，院部/公共卫生副主任医师，学士，航头社区卫生服务中心，慢性病。