

基于循证医学的西医全科医学模式在老年慢性病（高血压、糖尿病）综合管理中的价值探讨

王生杰

甘肃省临泽县平川镇卫生院，甘肃 临泽 734200

DOI:10.61369/MRP.2025120024

摘 要： 随着我国人口老龄化进程加速，老年高血压、糖尿病等慢性疾病的患病率持续攀升，已成为影响老年人群健康质量与基层医疗资源分配的重要公共卫生问题。传统慢性病管理模式存在碎片化、个性化不足、循证依据薄弱等局限，难以满足乡镇老年患者复杂的健康需求。本文基于循证医学理念，系统探讨西医全科医学模式在乡镇卫生院老年高血压与糖尿病综合管理中的应用价值，从疾病筛查与风险分层、个性化治疗方案制定、多维度健康干预、长期随访与动态调整、医疗资源优化配置五个维度展开分析，并结合卫生院临床实践案例论证其有效性。研究表明，融合循证医学的西医全科医学模式可显著提升乡镇老年慢性病患者的血压、血糖控制达标率，降低并发症发生率，改善患者生活质量，同时减少医疗费用支出，为我国乡镇老年慢性病管理体系的完善提供实践参考。

关 键 词： 循证医学；西医全科医学；老年慢性病；高血压；糖尿病；综合管理；乡镇卫生院

Exploration of the Value of Evidence-Based Western Medicine General Practice Model in the Comprehensive Management of Chronic Diseases (Hypertension, Diabetes) in the Elderly

Wang Shengjie

Pingchuan Town Health Center, Linze County, Gansu Province, Linze, Gansu 734200

Abstract： With the acceleration of population aging in China, the prevalence of chronic diseases such as hypertension and diabetes among the elderly has continued to rise, posing significant public health challenges that affect the health quality of the elderly population and the allocation of primary healthcare resources. Traditional chronic disease management models suffer from limitations such as fragmentation, insufficient personalization, and weak evidence-based foundations, making it difficult to meet the complex health needs of elderly patients in rural areas. Based on the principles of evidence-based medicine, this paper systematically explores the application value of the Western medicine general practice model in the comprehensive management of hypertension and diabetes among the elderly in township health centers. The analysis is conducted from five dimensions: disease screening and risk stratification, personalized treatment plan formulation, multidimensional health interventions, long-term follow-up and dynamic adjustments, and optimal allocation of medical resources. The effectiveness of this model is demonstrated through clinical practice cases from health centers. Research indicates that the integration of evidence-based medicine into the Western medicine general practice model can significantly improve blood pressure and blood glucose control rates among elderly patients with chronic diseases in rural areas, reduce the incidence of complications, enhance patients' quality of life, and simultaneously decrease medical expenses. This study provides practical references for the improvement of chronic disease management systems for the elderly in rural China.

Keywords： evidence-based medicine; western medicine general practice; chronic diseases in the elderly; hypertension; diabetes; comprehensive management; township health center

引言

根据《中国老年健康蓝皮书（2024年）》数据，我国60岁及以上老年人口中，高血压患病率高达58.3%，糖尿病患病率达23.5%，且两者常合并存在，导致心脑血管疾病、肾脏损伤、神经病变等并发症风险显著增加。乡镇老年慢性病患者除存在多器官功能退化、共

病率高、用药复杂、自我管理能力弱等特点外，还面临就医距离远、交通不便、健康信息获取渠道狭窄等问题。传统以县级医院专科诊疗+乡镇卫生院随访的“碎片化”管理模式，易出现诊疗方案脱节、重复检查、药物相互作用等问题，不仅影响治疗效果，还加重患者经济负担与基层医疗资源浪费。

循证医学（Evidence-Based Medicine, EBM）强调“基于当前最佳证据、结合临床医生专业判断与患者意愿”的诊疗决策模式，而西医全科医学以“全人、全家、全程、全队”为核心理念，专注于为乡镇居民提供连续、综合、个性化的健康服务，二者的融合为乡镇老年慢性病综合管理提供了新的解决方案。本文旨在通过分析该模式在乡镇卫生院老年高血压、糖尿病管理中的具体应用路径与实践效果，明确其临床价值与推广意义，为推动我国乡镇老年慢性病管理高质量发展提供理论与实践支撑。

一、乡镇卫生院老年高血压、糖尿病管理的现状与核心问题

（一）管理现状

目前我国乡镇老年慢性病管理主要依赖“县级医院专科诊疗+乡镇卫生院随访”的二元模式，但在实际运行中存在明显断层：一方面，县级医院因接诊范围广、患者数量多，难以对乡镇老年患者进行长期、细致的随访与个性化指导，仅能在患者出现急性并发症或病情失控时提供干预；另一方面，部分乡镇卫生院受限于医疗资源（如基础检测设备不足、全科专业人员匮乏、药品配备不全）与患者信任度，随访多停留在“电话提醒用药”层面，无法开展精准的风险评估、并发症筛查与生活方式干预。

数据显示，我国乡镇老年高血压患者的血压控制达标率（ $<140/90\text{mmHg}$ ）仅为28.7%，糖尿病患者的糖化血红蛋白（HbA1c）控制达标率（ $<7.0\%$ ）仅为24.3%，低于全国平均水平；同时，乡镇老年糖尿病患者中因未及时干预出现视网膜病变、糖尿病肾病的比例分别达26.8%、21.5%，高血压患者合并脑卒中、冠心病的比例达22.3%、17.6%，反映出当前乡镇卫生院管理模式在“预防-治疗-康复”全链条中的不足。

（二）核心问题

1. 循证依据与临床实践脱节：部分乡镇卫生院医生在制定治疗方案时，仍依赖经验性用药，未充分结合最新临床指南（如《中国老年高血压管理指南（2023年）》《中国2型糖尿病防治指南（2024年）》）与乡镇老年患者个体情况（如肝肾功能、共病用药、务农劳动习惯），导致方案针对性不足。例如，对合并慢性肾病的老年高血压患者，未优先选择血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（ARB）类药物，错失肾脏保护机会；对需长期务农的糖尿病患者，未考虑劳动强度对血糖的影响，制定的饮食与运动方案缺乏可操作性。

2. 管理维度单一，忽视“全人健康”：传统管理聚焦于“血压、血糖数值控制”，忽视乡镇老年患者的心理状态、营养状况、家庭照护能力等影响疾病预后的关键因素。乡镇老年患者多为留守老人，子女不在身边，孤独感较强，抑郁发生率达29.5%，而抑郁情绪会显著降低患者的用药依从性与自我管理能力，形成“病情控制不佳-情绪焦虑-依从性下降”的恶性循环；同时，部分患者因节俭观念，存在擅自减药、停药或购买廉价保健品替代药物的情况，加重病情。

3. 患者参与度低，自我管理能力薄弱：乡镇老年患者普遍存在健康知识匮乏、文化水平较低、记忆力下降、行动不便等问题，对“血压/血糖监测的意义”“药物不良反应识别”“饮食运动的具体要求”等认知不足。调查显示，仅35.8%的乡镇老年高血压患者能坚持每日自测血压，29.3%的乡镇老年糖尿病患者掌握正确的胰岛素注射方法，部分患者甚至不会使用电子血压计、血糖仪，导致病情波动频繁；且因就医不便，患者出现不适症状时多选择“硬扛”，延误干预时机。

4. 医疗资源配置失衡，转诊机制不顺畅：多数乡镇卫生院缺乏眼底镜、糖化血红蛋白检测仪、动态血压监测仪等基础设备，无法开展早期并发症筛查；药品配备上，部分循证推荐的一线药物（如SGLT2抑制剂、GLP-1受体激动剂）未纳入卫生院药品目录，患者需前往县级医院购买，增加用药难度；同时，乡镇卫生院与县级医院之间缺乏标准化的转诊流程，患者出现疑似并发症时，需自行前往县级医院排队就诊，因不熟悉就诊流程、缺乏家属陪同，常延误干预时机。

二、基于循证医学的西医全科医学模式在乡镇卫生院老年慢性病管理中的应用价值

基于循证医学的西医全科医学模式，通过“循证指南本土化转化+卫生院全科医生团队化服务+乡镇患者个性化参与”的路径，有效解决了乡镇卫生院传统管理中的核心问题，其价值主要体现在以下五个方面：

（一）疾病筛查与风险分层：提升管理精准性

乡镇卫生院全科医生作为辖区老年患者的“健康守门人”，依托村卫生室网格化协作体系，可实现对辖区内老年人群的全覆盖筛查（如进村入户体检、赶集日集中筛查）。在循证医学指导下，筛查内容不仅包括血压、血糖基础检测，还结合《老年高血压风险分层标准》《糖尿病风险评分量表》，纳入年龄、性别、吸烟史、血脂水平、家族史、靶器官损伤（如左心室肥厚、微量白蛋白尿）、务农劳动强度等指标，对患者进行风险分级（如高血压低、中、高、很高危；糖尿病低、中、高危），并制定差异化管理策略。

例如，对“很高危”老年高血压患者（合并脑卒中央、需长期务农），全科医生依据循证指南，将血压控制目标设定为 $<130/80\text{mmHg}$ ，优先选择钙通道阻滞剂（CCB）联合ACEI类药

物（兼顾降压与肾脏保护），同时每3个月通过“卫生院集中检查+村医上门随访”结合的方式，进行颈动脉超声检查，监测动脉粥样硬化进展；对“低危”糖尿病患者（无并发症、HbA_{1c}<6.5%、日常活动量小），则以生活方式干预为主，每6个月在卫生院复查一次糖化血红蛋白，避免过度医疗。某乡镇卫生院的实践数据显示，实施该分层管理后，辖区老年高血压、糖尿病患者的规范管理率从52.6%提升至78.9%，并发症早期发现率提升38%。

（二）个性化治疗方案：平衡疗效与安全性

乡镇老年患者的个体差异（如肝肾功能减退、共病用药、药物敏感性、务农劳动需求）是影响治疗效果的关键因素，基于循证医学的全科医学模式通过“指南推荐+患者评估+共同决策”的流程，制定个性化方案，有效平衡疗效与安全性。

在药物治疗方面，全科医生首先依据最新循证指南筛选一线药物，再结合患者的具体情况调整剂量与种类，同时优先选择纳入国家基本药物目录、价格低廉的药物，减轻患者经济负担。

在非药物治疗方面，全科医生结合患者的饮食习惯（如偏好腌制食品、主食摄入量）、运动能力（如是否能从事田间劳动、有无关节疾病）、家庭环境（如是否独居、有无照护者），制定可执行的干预计划。

（三）多维度健康干预：覆盖“生理-心理-社会”全链条

西医全科医学模式强调“全人健康”理念，在循证医学指导下，乡镇卫生院将干预维度从“疾病治疗”扩展至“生理-心理-社会”全链条，通过“全科医生+村医+护士+乡镇营养师（或县医院营养师远程指导）+心理咨询师（远程）+志愿者”组成的团队协作，满足乡镇老年患者的综合健康需求。

1. 生理层面：除血压、血糖控制外，重点关注并发症预防与共病管理，针对乡镇卫生院设备不足的问题，通过“卫生院基础检查+县级医院定期联合筛查”结合的方式开展服务。例如，每6个月组织县级医院专家到卫生院坐诊，为老年糖尿病患者进行眼底检查与尿微量白蛋白检测，早期发现视网膜病变与肾病；对合并高脂血症的高血压患者，联合他汀类药物，将低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）控制在目标值以下（很高危患者<1.8mmol/L），降低心脑血管事件风险；对长期务农导致关节损伤的患者，联合乡镇康复师进行关节康复训练，避免因疼痛影响运动干预效果。

2. 心理层面：通过“抑郁量表（PHQ-9）”“焦虑量表（GAD-7）”定期筛查老年患者的心理状态，对存在情绪问题的患者，由县级医院心理咨询师通过远程视频进行认知行为疗法（CBT）干预，每月2-3次，同时指导村医与患者家属（即使不在身边，也通过电话、视频）给予情感支持；组织“老年病友互助小组”，每月在卫生院开展一次活动，让患者分享疾病管理经验，缓解孤独感。研究表明，该心理干预可使乡镇老年慢性病患者的用药依从性提升28%，抑郁症状缓解率达49.7%。

3. 社会层面：针对乡镇留守、失能老年患者，乡镇卫生院联合村委会、志愿者团队，建立“居家健康帮扶”机制，如志愿者定期上门协助监测血压、血糖，提醒用药；对行动不便的患者，由村医上门送药；对经济困难患者，协助申请慢性病医疗救助、

“两病”（高血压、糖尿病）用药保障政策，减轻用药负担。此外，通过“赶集日健康宣传”“村广播健康知识播报”“通俗易懂的图文手册”等形式，向老年患者普及慢性病管理知识，提升健康认知水平。

三、基于循证医学的西医全科医学模式在乡镇卫生院推广的挑战与优化建议

（一）推广挑战

尽管该模式在乡镇卫生院老年慢性病管理中具有显著价值，但在推广过程中仍面临以下挑战：一是乡镇卫生院全科医生专业能力不足，部分医生对循证指南的理解与应用能力较弱，缺乏多学科协作经验，且因人员流动性大，难以长期稳定开展管理工作；二是患者信任度有待提升，部分乡镇老年患者仍存在“乡镇卫生院医疗水平低、不如县级医院靠谱”的认知，倾向于选择县级医院就诊，不愿参与卫生院管理；三是政策支持力度不足，乡镇卫生院的设备配置、人员薪酬、信息化建设（如电子健康档案系统）等方面的投入仍需加强，部分循证推荐药物未纳入基层药品目录，影响方案实施；四是跨机构协作机制不健全，乡镇卫生院与县级医院之间的电子健康档案互通率低，转诊流程繁琐，患者信息共享不及时。

（二）优化建议

1. 加强全科医生培训，提升循证实践能力：通过“线上+线下”结合的培训模式，定期开展循证医学与老年慢性病管理专题培训（如邀请县级医院专家到卫生院授课、组织全科医生参加线上循证医学课程）；建立“县级医院专科医生-乡镇卫生院全科医生”带教机制，安排全科医生到县级医院进修学习，提升专业水平；鼓励全科医生参与基层临床研究，将循证证据与乡镇患者实际情况结合，形成本土化管理方案。

2. 加强健康宣教，提升患者信任度：通过“专家坐诊宣传”（邀请县级医院专家到卫生院坐诊时，同步开展健康讲座）、“病友现身说法”（邀请在卫生院管理中获益的患者分享经验）、“健康成果展示”（如公示辖区患者血压血糖控制达标率、并发症减少数据）等形式，向老年患者普及“乡镇卫生院全科医学管理的优势”；同时，展示卫生院的设备升级（如新增的检测设备）、服务优化（如上门随访、送药服务）成果，增强患者对乡镇医疗的信任；针对乡镇患者文化水平低的特点，采用通俗易懂的语言、图文并茂的手册、案例讲解等方式开展健康宣教，提升认知效果。

五、结论

老年高血压、糖尿病的综合管理是我国人口老龄化背景下公共卫生领域的重要课题，基于循证医学的西医全科医学模式通过“精准分层、个性治疗、多维干预、全程随访、资源优化”的路径，有效解决了传统管理模式的碎片化、个性化不足、循证依据薄弱等问题，在提升患者病情控制达标率、降低并发症发生率、

改善生活质量、减少医疗成本等方面具有显著价值。

尽管该模式在推广过程中面临专业能力、患者信任、政策支持等挑战，但通过加强全科医生培训、提升患者认知、完善政策保障、建立协作机制等措施，可进一步发挥其优势。未来，应将

该模式作为我国老年慢性病管理体系的核心组成部分，结合本土化实践不断优化，推动老年慢性病管理从“疾病治疗”向“健康维护”转变，为实现“健康中国2030”战略目标提供有力支撑。

参考文献

[1] 王爱华, 刘紫凝, 谢琦琪, 等. 医防融合视角下社区医疗卫生机构高血压 / 糖尿病管理补偿机制的优化研究 [J]. 山西卫生健康职业学院学报, 2024, 34(06): 178–180.

[2] 何雨涵, 刘勇. 人工智能在重大慢性病临床管理中的应用进展 [J]. 重庆医学, 2024, 53(24): 81–85.

[3] 燕芳红, 彭国恬, 张国莉, 等. 医联体内老年慢性病管理内容的匹配分析: 基于“指南–实践–需求”视角 [J]. 中国全科医学, 2025, 28(25): 31–33.

[4] 李梓轩. 高血压与糖尿病: 老年慢性病的双重挑战与应对 [J]. 人人健康, 2024, (32): 23–26.

[5] 施长苗, 王月花, 陈燕旭, 等. 基于大数据慢性病健康指数模型的构建与应用研究 [J]. 中国公共卫生管理, 2023, 39(06): 815–818.

[6] 周婕, 吴延莉, 王艺颖, 等. BMI 水平及动态变化与高血压、糖尿病、血脂异常共病发生风险的前瞻性队列研究 [J]. 中华疾病控制杂志, 2023, 27(12): 421–429.

[7] 胡玥, 胡慧娟. 慢性病管理护理在老年高血压合并糖尿病中的应用分析 [J]. 心血管病防治知识, 2023, 13(23): 81–83.

[8] 马华. 慢性病管理模式对社区糖尿病合并高血压患者的效果 [J]. 临床研究, 2023, 31(07): 150–153.

[9] 程晓冉, 张笑天, 李明月, 等. 医防融合背景下慢性病随访对高血压和糖尿病患者健康行为及血压 / 血糖控制的影响研究 [J]. 中国全科医学, 2023, 26(28): 82–85.

[10] 潘晔, 刘志辉, 胡倩倩, 等. 中国老年人慢性病多病共存模式的研究 [J]. 中国全科医学, 2023, 26(29): 36–38.