

康复团队中标准化健康管理在慢性病防治中的应用

顾彩娟

苏州市姑苏区吴门桥街道沧浪新城社区卫生服务中心 江苏 苏州 215000

摘要：目的：研究标准化健康管理在康复团队应用于慢病防控的意义，了解其对患者的疾病控制、生活方式改变以及康复依从性的意义。方法：随机选择社区卫生服务中心自 2023 年 1 月至 2024 年 1 月进入慢性病连续化管理的患者 80 人，以管理的方式将其分为常规管理组和标准化健康管理组两组均 40 名。常规管理组给予一般的随访、服药指导及健康教育；而标准化健康管理组则是在此基础上由全科医生、护士、公卫医师、康复治疗师共同进行进行，采取危险因素分层法、动态评价法、运动康复处方、营养指导、行为干预以及定期回访等一系列标准化管理。对比两组管理 6 个月后血压、空腹血糖、体质指数、治疗依从性与健康知识掌握情况。结果：管理 6 个月后，标准化健康管理组收缩压、空腹血糖、体质指数控制上都胜过常规管理组，治疗依从性和健康知识掌握得分显著升高，差异有统计学差异（ $P<0.05$ ）。结论：康复队伍领导下的标准化健康管理模式可增加社区慢性病患者总体干预成效，在提高身体状况的同时也提高了病人对自己疾病的管理能力，这对慢性病防治以及社区康复一体化发展都有好处。

关键词：康复团队；标准化健康管理；慢性病防治；自我管理

慢性疾病有着患病时间久，发病原因多样，易复发，治疗时间久的特点，在一个病人身上常常会并发有高血压、糖尿病、肥胖以及心脑血管危险状态等，单靠门诊服药很难达到有效的持续控制效果^[1]，社区卫生服务站是慢性疾病的治疗前哨站，负责的是及时发现，早期治疗，后续跟踪，康复护理等工作^[2]，传统管理方式多为孤立式宣讲和被动式访问，可以满足一般性的治疗要求但是无法做到对患者的危险因素甄别、行为矫正持久化和康复过程的连续跟进^[3]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我门诊连续诊疗的慢性病病人 80 名，在 2023 年 1 月到 2024 年 1 月期间进行研究。选择标准为：患有高血压、2 型糖尿病或者伴有代谢综合征等疾病确诊者；年龄在 45-75 岁之间；目前病况比较平稳并且有良好的语言交流能力；愿意参加至少为期六个月的长期随访。排除标准为：严重的肝、肾功能衰竭；正在经历癌症疾病发作阶段的人群；有明显的神志不清或者精神失常现象不能够配合定期检查者。两组间患者性别比例、年龄结构、患病种类对比无显著差异（ $P>0.05$ ），可以进行比较分析。

1.2 方法

常规管理组开展社区慢性病基本管理，如门诊复查通知、一般性的健康教育、服药指导以及电话跟踪随访等，干预手段相对单一，主要就是疾病的科普教育及日常生活中的注意事项提醒等。

规范化健康管理小组为全科医生、责任护士、公卫医师及康复治疗师所构成的康复小组建立共同的管理模式，在患者入档之后开展健康风险测评，包括血压、血糖、体重、活动耐量、膳食摄入情况、休息质量、服药规律以及合并症的发生风险等，根据测评结果分为不同级别，对于低级别患者主要采取的是生活方式维持和随访监测为主的方法，而对于中高级别患者则提高面对面康复教育次数并制定个性化目标。

对管理注重“评估-干预-反馈-再评估”闭环，在运动锻炼上以逐步增加为宗旨，依据年龄、身体素质以及原有疾病的状况制定步行运动、抗力运动、柔韧度运动计划；饮食方面控制好“三升一减”以及总热量摄入等；护理人员关注患者的生命体征变化、服药不良反应等；公卫医师借助微信、电话、面授的形式给予行为上的支持等让患者能够及时记录自己各项指标的变化情况并且养成定期自查的好习惯。每个月总结一次管理信息，需要时适当调整康复处方和随访频次。

1.3 观察指标

对比研究前后两组患者的收缩压、空腹血糖、体质指数水平。用我中心慢性病管理评估表对患者的治疗依从性及健康知识的了解情况进行综合评价，总分为 100 分，分数越高其管理水平越好。

2 结果

2.1 两组主要观察指标比较

干预 6 个月之后，标准化健康管理组各指标好转程度更大，表明在康复团队作用下持续性干预对于防治危险因素有更高的成效。

表 1 两组患者干预 6 个月后主要指标比较

组别	例数	收缩压 (mmHg)	空腹血糖 (mmol/L)	体质指数 (kg/m ²)	治疗依从 性评分 (分)	健康知识 评分 (分)
常规管 理组	40	138.6±10.4	7.8±1.3	25.9±2.1	79.3±6.5	76.8±7.2
标准化 健康管 理组	40	130.2±9.1	6.9±1.1	24.3±1.8	89.6±5.7	88.4±6.1
t 值		3.84	3.35	3.67	7.52	7.77
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 效果分析

由结果可知，标准化健康管理不仅使生化指标更为优秀，更是在依从性以及对疾病的了解程度上进步更大，这就提示我们慢性病管理的效果不仅仅只是用药治疗的问题，同时还与病人是否真的认识到了病症有关、能否坚持进行康复锻炼等有很大的关系。

3 讨论

慢病防控的难处并不是一次诊疗的问题而是持续性的管控问题^[4]。社区病人常常存在着对疾病的不了解、生活习惯改变难、失访以及缺乏规范的康复锻炼等情况；传统的健康宣教可以普及基本知识但是不能够针对不同的时期满足慢性病患者的个性化需求，而标准化健康管理的价值就在于把分散的干预措施组织成一个条理清楚、可监控、可调节的流程来提高管理的可控性和可操作性。

康复队伍加入之后，除了血压血糖这些指标外，更注重的是体能状态、生活能力和行为上的改变以及远期效果，全科医生、治疗师能把运动处方由指导性变为实际可行的操作计划，护士及公卫医师加强执行中的监督支持，使得病人养成定期测量、及时报告、不断修正的良好习惯。

参考文献:

[1]刘远琴.医院标准化健康管理在慢性病防治中的应用价值及满意度分析[J].标准

生活,2026,(01):106-108.

[2]龙燕凤,黎燕洋,邓丽银.县域中医医共体慢病健康管理实践研究[A]关爱生命大讲堂之生命关怀与智慧康养系列学术研讨会论文集(下)——唤醒关怀:人文护理的理论根基与临床价值重塑专题[C].中国生命关怀协会,中国生命关怀协会,2025:3.

[3]周海玲.S 单位健康管理服务标准化试点项目进度管理研究[D].广东工业大学,2025.

[4]北京慢性病防治与健康教育研究会.脑血管病社区防治指南[M].人民卫生出版社:202009.219.