

引用:和晓珺,智恺,徐欢欢,于亚南,刘骏,肖静,党海霞.我国老年慢性病患者中医药治疗现状及影响因素分析[J].中医药导报,2025,31(12):273-278.



我国老年慢性病患者中医药治疗现状及影响因素分析^{*}

和晓珺¹,智 恺²,徐欢欢¹,于亚南¹,刘 骏¹,肖 静³,党海霞^{1,2}

(1.中国中医科学院中医临床基础医学研究所,北京 100700;

2.中国中医科学院中医药发展研究中心,北京 100700;

3.南通大学公共卫生学院,江苏 南通 226019)

[摘要] 目的:分析我国老年慢性病患者选择中医药治疗的情况及影响因素。方法:以中国健康与养老追踪调查(CHARLS)数据库2018年随访数据中7 372名60岁及以上的老年慢性病患者为研究对象,采用 χ^2 检验、秩和检验比较中医药治疗与其他治疗方式各指标的组间差异,并采用logistic回归分析中医药参与治疗的影响因素。结果:纳入7 372名老年慢性病患者中,2 142名使用中医药治疗,中医药整体参与率为29.06%。中医药参与治疗率最高为中风208人(26.40%),最低为糖尿病134人(9.83%)。老年慢性病患者中医药治疗与地区($OR_{\text{中部}}=1.211, P=0.007$; $OR_{\text{西部}}=2.135, P<0.001$)、居住地($OR_{\text{城镇}}=1.163, P=0.036$)、民族($OR_{\text{少数民族}}=1.256, P=0.025$)、自评健康状况($OR_{\text{一般}}=1.255, P=0.010$; $OR_{\text{不好}}=1.726, P<0.001$)、慢性病数量($OR_{2种}=1.689, P<0.001$; $OR_{3种}=2.223, P<0.001$; $OR_{\geq 4种}=3.519, P<0.001$)、月门诊次数($OR_{1-2次}=1.306, P=0.001$; $OR_{\geq 3次}=1.897, P<0.001$)、年住院次数($OR_{1-2次}=1.164, P=0.023$)、医疗服务满意度($OR_{不满意}=1.146, P=0.016$)、个人年收入($OR_{>72000}=0.530, P=0.037$)显著相关。在医疗成本上,中医药参与治疗组每月门诊医疗费用高于其他治疗组($P=0.012$)。结论:老年慢性病患者选择中医药治疗与患者个体特征、自身疾病状况及医疗行为等因素密切相关。

[关键词] 慢性病;老年人;中医药治疗;影响因素;CHARLS

[中图分类号] R259 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-951X(2025)12-0273-06

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.12.043

Analysis of Current Status and Influencing Factors of Traditional Chinese Medicine Treatment for Elderly Patients with Chronic Diseases in China

HE Xiaojun¹, ZHI Kai², XU Huanhuan¹, YU Ya'nan¹, LIU Jun¹, XIAO Jing², DANG Haixia^{1,2}

(1. Institute Of Basic Research In Clinical Medicine, China Academy Of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China; 2.Research Center for Traditional Chinese Medicine Development, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China;

3.School of Public Health, Nantong University, Nantong Jiangsu 226019, China)

[Abstract] Objective: To analyze the status quo of traditional Chinese medicine (TCM) treatment selection and its influencing factors among elderly patients with chronic diseases in China. Methods: A total of 7,372 elderly patients aged 60 years and above with chronic diseases from the 2018 follow-up data of the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS) database were selected as the research objects. The χ^2 test and rank-sum test were used to compare the differences in various indicators between the TCM treatment group and other treatment groups, and logistic regression was applied to analyze the influencing factors of TCM participation in treatment. Results: Among the 7,372 included elderly patients with chronic diseases, 2,142 received TCM treatment, with an overall TCM participation rate of 29.06%. The highest TCM participation rate

*基金项目:中国中医科学院科技创新工程(CI2023E002XB);国家中医药管理局课题(GHC-2022-ZFGM-001)

通信作者:党海霞,女,研究员,主要研究方向为中医药管理政策与药品评价

was observed in stroke patients (208 cases, 26.40%), while the lowest was in diabetic patients (134 cases, 9.83%). TCM treatment in elderly patients with chronic diseases was significantly correlated with the following factors: region ($OR_{central}=1.211, P=0.007$; $OR_{western}=2.135, P<0.001$), place of residence ($OR_{urban}=1.163, P=0.036$), ethnicity ($OR_{ethnic minorities}=1.256, P=0.025$), self-rated health status ($OR_{fair}=1.255, P=0.010$; $OR_{poor}=1.726, P<0.001$), number of chronic diseases ($OR_{2 types}=1.689, P<0.001$; $OR_{3 types}=2.223, P<0.001$; $OR_{\geq 4 types}=3.519, P<0.001$), monthly outpatient visits ($OR_{1-2 visits}=1.306, P=0.001$; $OR_{\geq 3 visits}=1.897, P<0.001$), annual hospitalization times ($OR_{1-2 times}=1.164, P=0.023$), medical service satisfaction ($OR_{dissatisfied}=1.146, P=0.016$), and personal annual income ($OR_{>72,000 yuan}=0.530, P=0.037$). In terms of medical costs, the monthly outpatient medical expenses of the TCM treatment group were higher than those of the other treatment groups ($P=0.012$). Conclusion: The choice of TCM treatment among elderly patients with chronic diseases is closely related to individual characteristics, disease status, and medical behaviors of the patients.

[Keywords] chronic diseases; elderly; traditional Chinese medicine treatment; influencing factors; CHARLS

慢性非传染性疾病(non-communicable chronic disease, NCD)简称“慢性病”或“慢病”,是一类起病隐匿性强、病程较长,缺乏确切的传染性生物病因证据,病因复杂和部分尚未被确认疾病的概括性总称,现在主要包括恶性肿瘤、慢性呼吸系统疾病、心脑血管疾病和糖尿病等^[1-2]。国家统计局公布2023年我国60岁以上老年人口占全国总人口的21.1%,迈入中度老龄社会。伴随着人口老龄化、生活方式改变和疾病谱转变,慢病防治已成为影响国家经济社会发展的重大公共卫生问题。党中央、国务院高度重视慢性病防治工作,《“健康中国2030”规划纲要》提出了“实施慢性病综合防控战略”的任务要求,并明确了“降低重大慢性病过早死亡率”的发展目标^[3]。中医药作为我国独具特色的医疗卫生资源,在几千年的发展历程中形成的独特的生命观、健康观、疾病观和防治观,在慢性病的防治中具有独特优势^[4],具有改善患者症状、提高生活质量、增效减副、逆转危险因素等疗效^[5-6],但目前存在慢性病患者对中医药总体认同率偏低^[7]、中医药防治慢性病临床诊疗方案不能有效满足患者需求等问题^[8],导致慢性病患者选择中医药治疗的意愿不高。而近年来,国内针对中医药治疗现状的研究主要集中于医疗机构就医人群、特定区域内开展调查,多数研究覆盖人群、地区有限或样本量较小,具有全国范围代表性的研究较少。故本研究选取“中国健康与养老追踪调查”数据,其数据权威、样本丰富,具有全国综合代表性,对象限定为60岁及以上患有慢性病的老人,以中医药防治慢性病为切入点,定量分析中医药在慢性病治疗中的应用现状、影响因素,并结合当前中医药的发展形势及“健康中国”的建设要求,提出中医药发展的政策建议。

1 资料与方法

1.1 数据来源 数据来源于“中国健康与养老追踪调查”(China Health and Retirement Longitudinal Study,CHARLS)数据库^[9]。该项目由国家自然科学基金资助,由北京大学中国社会科学调查中心实施,旨在收集代表中国45岁及以上中老年个人和家庭的高质量微观数据。数据包括2011年的基线调查数据及2013年、2015年、2018年和2020年随访数据,具有全国人口代表性,可为我国制定和完善健康老龄化政策提供科学的数据支撑。由于2020年随访数据中无患者治疗方式相关内容,故

本研究使用CHARLS 2018年(第四期)随访数据进行横断面研究。该数据于2020年9月更新发布,是目前可获取的最新的患者治疗相关数据。本研究选取年龄60岁及以上、患有至少1种慢性病的患者为研究对象。2018年共随访19 816人,剔除慢性病患病情况、居住地、健康状况、治疗方式等关键变量缺失人群数据,最终纳入老年慢性病患者7 372人。

1.2 研究方法和内容

1.2.1 慢性病范围 依据CHARLS问卷14类慢性病患病问题,本研究以高血压、血脂异常、消化系统疾病、关节炎或风湿性心脏病、心脏病、糖尿病、慢性肺部疾病、中风、肾脏疾病、肝脏疾病、记忆相关疾病、哮喘、恶性肿瘤和情感及精神障碍共14类慢性病患者为研究对象^[9]。

1.2.2 治疗方式分组 依据CHARLS问卷关于慢性病治疗方式问题,老年慢性病患者选择包含中医药或针灸治疗的人群定义为中医药参与治疗组,未选择中医药治疗的统一归为其他治疗组。因问卷中不包含哮喘治疗方式和情感及精神问题的中医治疗方式,故本研究治疗数据以剔除前两者的12类慢性病为基础。

1.2.3 变量选择 本研究中将治疗方式定义为因变量,从4个方面中选取自变量。(1)人口学因素:性别、年龄、居住地、地区、民族、教育程度及婚姻状况;(2)健康状况:自评健康状况、慢性病数量;(3)生活状况:是否吸烟、是否饮酒、是否运动、睡眠时间及个人年收入;(4)医疗行为:医疗保险参保情况、月门诊次数、年住院次数、月门诊医疗费用、年住院费用及医疗服务满意度。(见表1)

1.3 统计学方法 采用SPSS 26.0统计软件进行数据统计。计数资料以[例数(%)]表示,组间比较采用 χ^2 检验;不符合正态分布的计量资料以中位数(四分位数)[$M(P_{25}, P_{75})$]表示,组间比较采用秩和检验。以是否使用中医药治疗作为因变量,运用二元logistic回归分析慢性病患者中医药治疗影响因素。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结 果

2.1 老年慢性病患者患病基本情况 纳入的7 372名老年慢性病患者中,患病率排名前三位为:高血压3 931例(53.32%)、关节炎或风湿性心脏病3 815例(51.75%)、消化系统疾病

表1 变量选取及赋值情况

因素	变量	变量赋值
因变量	中医参与治疗	是=1,否=0
人口学特征	年龄	60~69岁=1,70~79岁=2, ≥ 80 岁=3
	性别	男=1,女=2
	教育水平	文盲=1,小学(小学、私塾毕业)=2,中学(初中、高中、中专毕业)=3,大学(大专及以上学历)=4
	婚姻状况	已婚(已婚但分居状况)=1,离异=2,丧偶=3,未婚=4
	地区	东部=1,中部=2,西部=3
	居住地	城镇=1,农村=2
	民族	汉族=1,少数民族=2
健康状况	自评健康状况	很好、好=1,一般=2,不好、很不好=3
	慢性病数量	1种=1,2种=2,3种=3, ≥ 4 种=4
生活状况	是否吸烟	否=0,是=1
	是否饮酒	否=0,是=1
	是否运动	否=0,是=1
	睡眠时间	≤ 6 h=1,6~8 h=2,>8 h=3
	个人年收入	≤ 12000 元=1,12001~36000元=2,36001~72000元=3,>72000元=4
医疗行为	医疗保险参保情况	否=0,是=1
	月门诊次数	0次=1,1~2次=2, ≥ 3 次=3
	年住院次数	0次=1,1~2次=2, ≥ 3 次=3
	医疗服务满意度	非常满意、满意=0,一般、不满意、非常不满意=1
	月门诊费用	连续性变量
	年住院费用	连续性变量

2 757例(37.40%),患病率排名末三位为:记忆相关疾病420例(5.70%)、恶性肿瘤211例(2.86%)、情感及精神障碍209例(2.84%)。(见表2)

表2 老年慢性病患者患病基本情况

疾病名称	患者/例	患病率/%	疾病名称	患者/例	患病率/%
高血压	3 931	53.32	肾脏疾病	1 007	13.66
关节炎或风湿性心脏病	3 815	51.75	中风	788	10.69
消化系统疾病	2 757	37.40	哮喘	671	9.10
血脂异常	2 193	29.75	肝脏疾病	644	8.74
心脏病	2 142	29.06	记忆相关疾病	420	5.70
慢性肺部疾病	1 541	20.90	恶性肿瘤	211	2.86
糖尿病	1 363	18.49	情感及精神障碍	209	2.84

2.2 老年慢性病患者中医药参与治疗基本情况 在7 372名老年慢性病患者中,选择中医药治疗2 142例,中医药整体参与率为29.06%。中医药参与治疗率前三位为:中风208例(26.40%)、心脏病506例(23.62%)、慢性肺部疾病363例(23.56%)。中医药参与治疗率排名末三位为:记忆相关疾病53例(12.62%)、高血压393例(10.00%)、糖尿病134例(9.83%)。(见表3)

表3 老年慢性病患者中医药参与治疗基本情况(疾病分类)

疾病名称	中医治疗/例	参与率/%	疾病名称	中医治疗/例	参与率/%
中风	208	26.40	恶性肿瘤	39	18.48
心脏病	506	23.62	肝脏疾病	101	15.68
慢性肺部疾病	363	23.56	血脂异常	313	14.27
关节炎或风湿性心脏病	788	20.66	记忆相关疾病	53	12.62
肾脏疾病	196	19.46	高血压	393	10.00
消化系统疾病	526	19.08	糖尿病	134	9.83

注:参与率=中医治疗例数/患该病例数×100%。

2.3 老年慢性病患者基本情况 倾向于选择中医药参与治疗的慢性病患者中,男性1 009例(47.11%),女性1 133例(52.89%),年龄 ≥ 80 岁的177例(8.26%),城镇地区657例(30.67%),农村地区1 485例(69.33%),少数民族200例(9.34%),慢性病数量 ≥ 4 种1 027人(47.95%),健康状况不好999例(46.64%)。(见表4)

2.4 老年慢性病患者中医药参与治疗单因素分析 经分析可知,地区($\chi^2=192.53, P<0.001$)、居住地($\chi^2=12.46, P<0.001$)、民族($\chi^2=25.01, P<0.001$)、吸烟($\chi^2=5.59, P=0.018$)、饮酒($\chi^2=14.64, P<0.001$)、睡眠时间($\chi^2=32.18, P<0.001$)、自评健康状况($\chi^2=228.92, P<0.001$)、慢性病数量($\chi^2=471.31, P<0.001$)、个人年收入($\chi^2=12.73, P=0.005$)、月门诊次数($\chi^2=102.65, P<0.001$)、年住院次数($\chi^2=88.68, P<0.001$)、医疗服务满意度($\chi^2=14.25, P<0.001$)等因素均可影响老年慢性病患者是否选择中医药治疗。(见表4)

表4 老年慢性病患者中医药参与治疗单因素分析

变量名	分类	中医参与治疗	其他治疗	χ^2	P
年龄/岁	60~69	1 229(57.38)	3 142(60.08)	5.60	0.061
	70~79	736(34.36)	1 650(31.55)		
	≥ 80	177(8.26)	438(8.37)		
性别	男	1 009(47.11)	2 575(49.24)	2.76	0.097
	女	1 133(52.89)	2 655(50.76)		
教育水平	文盲	570(26.61)	1 530(29.25)	6.74	0.081
	小学	1 013(47.29)	2 364(45.20)		
	中学	517(24.14)	1 255(24.00)		
	大学	42(1.96)	81(1.55)		

续表4:

变量名	分类	中医参与治疗	其他治疗	χ^2	P
婚姻状况	已婚	1 687(78.76)	4 199(80.29)	3.77	0.288
	离异	24(1.12)	40(0.76)		
	丧偶	419(19.56)	962(18.39)		
	未婚	12(0.56)	29(0.55)		
地区	东部	518(24.18)	1 888(36.10)	192.53	<0.001
	中部	671(31.33)	1 856(35.49)		
	西部	953(44.49)	1 486(28.41)		
居住地	城镇	657(30.67)	1 392(26.62)	12.46	<0.001
	农村	1 485(69.33)	3 838(73.38)		
民族	汉族	1 942(90.66)	4 913(93.94)	25.01	<0.001
	少数民族	200(9.34)	317(6.06)		
吸烟	是	497(23.20)	1 351(25.83)	5.59	0.018
	否	1 645(76.80)	3 879(74.17)		
饮酒	是	591(27.59)	1 680(32.12)	14.64	<0.001
	否	1 551(72.41)	3 550(67.88)		
睡眠时间/h	≤6	1 358(63.40)	2 947(56.35)	32.18	<0.001
	6~8	592(27.64)	1 767(33.79)		
	>8	192(8.96)	516(9.87)		
运动	是	1 884(87.96)	4 661(89.12)	2.07	0.150
	否	258(12.04)	569(10.88)		
自评健康状况	好	220(10.27)	1 040(19.89)	228.92	<0.001
	一般	923(43.09)	2 646(50.59)		
	不好	999(46.64)	1 544(29.52)		
慢性病数量/种	1	254(11.86)	1 540(29.45)	471.31	<0.001
	2	431(20.12)	1 399(26.75)		
	3	430(20.07)	978(18.70)		
	≥4	1 027(47.95)	1 313(25.11)		
个人年收入/元	≤12 000	1 517(70.82)	3 729(71.30)	12.73	0.005
	12 001~36 000	417(19.47)	1 015(19.41)		
	36 001~72 000	194(9.06)	405(7.74)		
	>72 000	14(0.65)	81(1.55)		
医疗保险	是	2 086(97.39)	5 110(97.71)	0.67	0.414
	否	56(2.61)	120(2.29)		
月门诊次数/次	0	1 621(75.68)	4 449(85.07)	102.65	<0.001
	1~2	365(17.04)	605(11.57)		
	≥3	156(7.28)	176(3.37)		
年住院次数/次	0	1 504(70.21)	4 189(80.10)	88.68	<0.001
	1~2	545(25.44)	923(17.65)		
	≥3	93(4.34)	118(2.26)		
医疗服务满意度	满意	808(37.72)	2 222(42.49)	14.25	<0.001
	不满意	1 334(62.28)	3 008(57.51)		

2.5 老年慢性病患者医疗服务满意度多因素分析 对单因素分析有统计学意义的12个变量进行多重共线性检验,方差膨胀因子(VIF)均大于0且小于10,可排除多重共线性,故全部纳入logistic回归模型中。数据与模型拟合良好(Hosmer-Lemeshow: $P>0.05$)。分析结果显示:地区为中部($OR_{\text{中部}}=1.211$, $P=0.007$; $OR_{\text{西部}}=2.135$, $P<0.001$)、居住地为城镇($OR_{\text{城镇}}=1.163$,

$P=0.036$)、民族为少数民族($OR_{\text{少数民族}}=1.256$, $P=0.025$)、自评健康状况为一般($OR_{\text{一般}}=1.255$, $P=0.010$; $OR_{\text{不好}}=1.726$, $P<0.001$)、慢性病数量为2种、3种或≥4种($OR_{\geq 2\text{种}}=1.689$, $P<0.001$; $OR_{\geq 3\text{种}}=2.223$, $P<0.001$; $OR_{\geq 4\text{种}}=3.519$, $P<0.001$)、月门诊次数为1~2次,或≥3次($OR_{1\sim 2\text{次}}=1.306$, $P=0.001$; $OR_{\geq 3\text{次}}=1.897$, $P<0.001$)、年住院次数为1~2次($OR_{1\sim 2\text{次}}=1.164$, $P=0.023$)、医疗服务满意度为不满意($OR_{\text{不满意}}=1.146$, $P=0.016$)的老年慢性病患者倾向于选择中医药参与治疗比例较高,而个人年收入>7 2000元($OR_{>72000}=0.530$, $P=0.037$)的老年慢性病患者选择中医药参与治疗比例较低。(见表5)

表5 老年慢性病患者中医药参与治疗影响因素回归分析

变量名(参照组)	分类	b	SE	Wald	χ^2	P	OR(95% CI)
地区(东部)	中部	0.191	0.071	7.346	0.007	1.211(1.054,1.391)	
	西部	0.759	0.069	120.710	<0.001	2.135(1.865,2.445)	
居住地(农村)	城镇	0.151	0.072	4.381	0.036	1.163(1.010,1.341)	
	民族(汉)	0.228	0.102	5.002	0.025	1.256(1.029,1.535)	
吸烟(否)	是	0.046	0.066	0.470	0.493	1.047(0.919,1.192)	
	饮酒(否)	-0.076	0.063	1.472	0.225	0.927(0.819,1.048)	
睡眠时间(>8 h)	≤6 h	0.089	0.097	0.854	0.355	1.094(0.905,1.322)	
	6~8 h	-0.050	0.103	0.231	0.630	0.952(0.777,1.165)	
自评健康状况(好)	一般	0.227	0.088	6.696	0.010	1.255(1.057,1.490)	
	不好	0.546	0.094	33.811	<0.001	1.726(1.436,2.075)	
慢性病数量(1)	2	0.524	0.089	34.484	<0.001	1.689(1.418,2.012)	
	3	0.799	0.092	74.894	<0.001	2.223(1.855,2.663)	
	≥4	1.258	0.086	215.881	<0.001	3.519(2.975,4.162)	
个人年收入(元)	12 001~36 000	0.036	0.079	0.209	0.648	1.037(0.888,1.211)	
	36 001~72 000	0.158	0.111	2.052	0.152	1.172(0.943,1.455)	
	>72 000	-0.635	0.304	4.353	0.037	0.530(0.292,0.962)	
月门诊次数(0)	1~2	0.267	0.077	11.932	0.001	1.306(1.122,1.519)	
	≥3	0.640	0.120	28.287	<0.001	1.897(1.498,2.402)	
年住院次数(0)	1~2	0.152	0.067	5.165	0.023	1.164(1.021,1.326)	
	≥3	0.146	0.152	0.930	0.335	1.157(0.860,1.558)	
医疗服务满意度(满意)	不满意	0.137	0.057	5.818	0.016	1.146(1.026,1.281)	

2.6 慢性病患者医疗费用基本情况 中医药参与治疗组月门诊医疗费用高于其他治疗组,差异有统计学意义($P=0.012$),中医药参与治疗组年住院费用略高于其他治疗组,差异无统计学意义($P=0.844$)。(见表6)

表6 其他治疗组和中医药参与治疗组医疗费用比较

医疗费用/元	中医药参与治疗组		其他治疗组		Z	P
	n	M(P_{25}, P_{75})	n	M(P_{25}, P_{75})		
月门诊费用	276	1 835.47(200.00,1 200.00)	353	1 445.38(180.00,1 000.00)	-2.524	0.012
年住院费用	247	26 556.32(5 000.00,27 000.00)	343	22 346.32(5 000.00,27 000.00)	-0.196	0.844

3 讨 论

3.1 巩固扩大中医药防治慢性病优势,提升中医药服务能力

本研究结果显示,中医药在慢性病防控中整体参与率为29.06%,其中中风患者治疗参与率最高为26.40%,糖尿病患者参与率最低为9.83%。而患病率最高的疾病高血压,中医药的使用率仅为10.00%,且接受中医药治疗的患者,医疗服务不满意率增加14.60%。研究表明,中药汤剂、中成药、针灸、推

拿等多样化技术手段和“未病先防、既病防变、瘥后防复”的理念在慢性病的防治中极具优势^[10-11],而目前患者对中医药总体知晓率及中医药治疗依从性较低^[1],因此急需巩固扩大中医药防治慢病的阵地,提高中医药服务的效能。一是加强中医药慢性病防治基础与临床研究。从慢性病的“防、筛、诊、治、康”各阶段切入,持续开展中医理论指导下的重大慢性病的治疗策略研究与优化^[12],筛选和开发一批针对性强、适合基层推广、疗效明确的中成药和适宜技术,切实提高中医药在慢性病防治中的参与率。二是创新中西医协同模式,提升中医药可及性与可达性。2021年中医类总诊疗量仅占全国总诊疗量的16.90%,中医类别执业医师仅占全国执业医师的17.10%^[13]。可见,当前的诊疗模式下,中医药在慢病防治中很难有大的突破,亟需强化中西医的协同模式,加强“西学中”推进力度,重视高素质临床人才培养,同时完善慢性病防治网络^[14],以期更好改善慢性病健康状况及生活质量。三是提高中医药服务质量,提供患者满意的医疗服务。相关研究指出居民中医医疗机构服务需求与满意度之间存在一定差距^[15-16]。因此,发挥中医药早干预、多维护、全周期防治慢性病的独特优势^[17],同时通过改善就医环境卫生、缩短就医候时、改善医师就诊态度等方法^[18-19],提升患者对中医药服务的信任度与满意度。

3.2 关注老年慢性病患者健康状况,满足其多元医疗服务需求 本研究结果显示,老年慢性病患者有2种、3种、4种以上慢性病时,患者选择中医药治疗比例较患1种慢性病时分别增加了68.90%、122.30%、251.90%。一项荟萃研究显示,我国老年居民慢性病共病率超过30.00%,且随年龄增长呈持续上升趋势^[20]。研究指出中医药防治老年人多重共病具有明显特色优势,对提高临床疾病防治管理质量具有积极效果^[21]。临床研究发现中医药参与治疗高血压与2型糖尿病、高血压与血脂异常等共病的疗效十分显著,且中医药在辅助降压的同时,能更好改善患者临床症状及生活质量^[22-23]。在改善预后方面,通过中医药调理等手段改善患者痰瘀互结体质等,可起到“既病防变”、改善患者生活质量等重要作用^[24]。因此,须切实加强中医药对多重共病综合治疗方案的研究与优化。对患者进行综合治疗与调理,减轻患者疾病负担的同时,可最大限度满足患者的健康需求。自评健康状况一般及不佳的患者,选择中医药治疗比例相较健康状况好的患者分别增加了25.50%、72.60%。这可能与健康状况不佳时对疾病治疗需求强烈,对中医药服务依赖程度较高相关,与现有研究结果一致^[25]。因此,须切实提高中医药服务水平与质量,高度关注患者自身疾病状况,满足患者多元健康需求,同时进行中医药健康宣教,提高患者自我健康管理^[26],共同提升患者健康水平。

3.3 优化医疗资源配置,推动优质医疗资源扩容下沉 本研究显示,与农村地区相比,城镇患者使用中医药治疗的比例增加16.30%。因中医药“简、便、验、廉”的诊疗服务特点,其在基层慢病防控与管理中具有重要价值^[27],而相关研究显示基层卫生机构存在中医药人才短缺、中医药医疗设备不足等优质医疗资源供给不足问题^[28-30],从而出现中医药难以真正在农村地区发挥其预防保健和治疗疾病作用的现状^[31]。对此,一是强化基层中医药人才队伍建设,扩大基层中医药服务的供

方人群,同时完善和落实基层中医药人才的激励机制,留住基层优秀人才,全面提升中医药诊疗服务能力。二是加快推进优质医疗资源下沉,推进紧密型医联体建设,切实赋能基层医疗。同时,完善基层中医药服务设施和中医药服务网络,积极进行基层中医适宜技术的应用推广等方式综合提升基层中医药服务水平^[32-33]。本研究显示,区域间中医治疗情况存在差异,与东部地区相比,中部和西部地区居民治疗比例分别增加了21.10%和113.50%。研究指出全国中医药服务能力存在“东部最高、西部较高、中部次之”的特点^[34],且区域间中医医院存在总体效率差距较大,西部地区总体优于东、中部地区的问题^[35]。可见目前存在中医药优质资源配置与居民服务需求方面不均衡问题,东部地区优质医疗资源优势未得到充分发挥,因此须通过加强普及等举措,综合提高患者对中医药的知晓率与利用率。中、西部地区中医药服务能力与水平仍存在较大进步空间,因此须重视优质医疗资源的流动与配置问题,满足居民多层次服务需求,最大限度发挥医疗资源效益。

3.4 注重慢性病防治中中医药治疗的成本比,实现更高的健康产出 本研究结果显示,中医参与治疗组慢性病患者的月门诊医疗费用高于其他治疗组。研究表明中医药参与治疗后,出现近期门诊费用及住院费用增加的现象^[36-37],其主要原因是中医药的使用多为西医标准化治疗基础上的加载用药产生。以最少的医疗成本获得最大的医疗价值是全球医疗改革所追求的目标^[38]。中医药价格和医保政策在民生保障中具有重要作用^[39],然而目前国家所推行的以西医诊疗特点为基础的DRG/DIP付费定价规则难以适应中医诊疗体系,易出现中医西化问题等^[40-41]。因此,要持续深化中医药医保付费方式改革^[42],从扩展病种遴选范围、优化医疗机构管理制度、完善费用结算倾斜机制等方面^[43],因地制宜打好“组合拳”,努力减轻患者疾病经济负担及激励医院控本增效,更好保障患者享受中医药的优势及医保报销待遇,以提高患者中医药治疗意愿^[39]。本研究结果显示,月门诊次数、年住院次数较多的患者选择中医药治疗比例较高,这可能间接导致中医药治疗人群的医疗费用增加,因此须支持开展中医药专病或人群的大队列研究,对中医药治疗健康获益及医疗成本进行科学的经济性评价^[44],为中医药更好参与疾病防治提供参考。

参考文献

- [1] 曹新西,徐晨婕,侯亚冰,等.1990—2025年我国高发慢性病的流行趋势及预测[J].中国慢性病预防与控制,2020,28(1):14-19.
- [2] 都胜男,谢地,张文庆,等.常用的慢性非传染性疾病患者健康评估工具简介[J].药物流行病学杂志,2023,32(6):702-709.
- [3] 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》[J].中华人民共和国国务院公报,2016(32):5-20.
- [4] 吴蕊.中医药在慢性病患者管理中的优势[J].中医药管理杂志,2021,29(24):382-383.
- [5] 邹冲,方祝元.基于“治未病”理念的中医药全周期防治高

- 血压策略[J].南京中医药大学学报,2024,40(10):1129–1135.
- [6] 曹燕,富佳薇.慢性病管理采用中医药干预的意义[J].中医药管理杂志,2024,32(22):127–129.
- [7] 吴丹红,潘神辉.社区慢性病患者中医药认知及使用现状调查[J].中国乡村医药,2024,31(10):19–21.
- [8] 翟静波.以患者为中心的中医药防治慢性病临床诊疗方案遴选与评价方法学框架[J].中国循证医学杂志,2023,23(4):439–443.
- [9] 北京大学中国社会科学调查中心.中国健康与养老追踪调查 [EB/OL]. [2023-12-23].<https://charls.charlsdata.com/pages/Data/2018-charls-wave4/zh-CN.html>
- [10] 张傲,施琦,漆仲文,等.慢病的中医防治观[J].中国中医基础医学杂志,2022,28(8):1229–1230,1303.
- [11] 张亦然,朱盛财,罗岗,等.基于中医“治未病”理论的健康管理改善高血压前期人群健康结局的Meta分析[J].中医药导报,2024,30(7):141–147.
- [12] 徐敢,罗卫花,王玉伟,等.中成药防治重大慢性病的药物经济学评价体系构建[J].中国药房,2022,33(17):2060–2064.
- [13] 国家卫生健康委员会.中国卫生健康统计年鉴-2022[M].北京:中国协和医科大学出版社,2022.
- [14] 王舒怡,田雨,耿嘉蔚,等.从“治未病”学术思想探讨中西医协同特色慢病管理策略[J].中医药管理杂志,2024,32(21):180–183.
- [15] 宋秀玲,刘建党.上海市民中医医疗服务需求及满意度调查[J].中医药管理杂志,2025,33(1):55–57.
- [16] 黄娟,王樱霖,李嘉欣,等.山东省16地市居民中医药知信行现状调查的影响因素和作用路径[J].山东大学学报(医学版),2024,62(11):115–124.
- [17] 漆仲文,严志鹏,施琦,等.慢病防治中的中医药序贯理念[J].中医杂志,2022,63(8):730–733.
- [18] 陈丽敏,刘春玲,谢昕彤,等.基于ECSI模型的医疗服务满意度评价研究:以S市公立医院为例[J].现代医院,2024,24(6):831–835,839.
- [19] 孙文雯,赵清,苑士龙,等.西安地区三甲医院门诊医疗服务满意度调查[J].华南预防医学,2023,49(8):1038–1040,1044.
- [20] HU Y D, WANG Z X, HE H J, et al. Prevalence and patterns of multimorbidity in China during 2002–2022: A systematic review and meta-analysis[J]. Ageing Res Rev, 2024, 93:102165.
- [21] 金婷婷,刘巧,陈欢.中医药防治老年人共病的特色优势与实践路径[J].中医药管理杂志,2024,32(13):99–101.
- [22] 王梓忻,张广梅.2型糖尿病合并高血压的中医药研究进展[J].中外医学研究,2023,21(4):181–184.
- [23] 田妹君.中医药治疗156例高血压病合并血脂异常的回顾性分析[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2024.
- [24] 黄奕敏,韩郭茵,赖锦佳,等.广州市老年人慢性病共病与中医体质兼夹的关联性分析[J].广州中医药大学学报,2024,41(6):1380–1386.
- [25] 李丹.居民基层中医药服务需求调查与质量评价研究[D].北京:北京中医药大学,2023.
- [26] 从晓燕,郑峰,许露.中老年内分泌疾病患者康复效果与中医药健康宣教实施质量的关系分析[J].中医药管理杂志,2024,32(5):122–124.
- [27] 徐海峰,季光,宋欣阳.基层中医药适宜技术研究现状[J].中华中医药杂志,2022,37(10):5877–5879.
- [28] 彭莹莹,熊巨洋,黎相麟,等.基于离散选择实验的城市老年慢性病患者医疗服务利用偏好研究[J].中国卫生政策研究,2019,12(9):54–59.
- [29] 乔东鸽,张琰,车旭.新医改背景下中医药社区卫生服务发展策略研究[J].中国中医药现代远程教育,2022,20(15):172–174.
- [30] 冯玉婷,薛佳宁,张娇,等.基于离散选择实验的慢性病患者中医药卫生服务选择偏好研究[J].现代预防医学,2023,50(21):3942–3946.
- [31] 刘巧,张嘉颖,王军永,等.江西省农村老年人中医药健康养老服务利用现状及影响因素分析[J].中国农村卫生事业管理,2021,41(12):849–853.
- [32] 钟娟.基层中医药服务能力提升的若干建议分析[J].黑龙江中医药,2024,53(1):95–97.
- [33] 张梅松.中医适宜技术基层推广与应用现状[J].中国农村卫生,2024,16(6):36–38.
- [34] 朱泉同,卫陈,董琬月,等.全国中医药服务能力的区域差异、动态演进及收敛性[J].卫生经济研究,2024,41(11):15–20.
- [35] 徐颖.我国省际中医医院卫生资源利用效率与配置公平性研究[D].南京:南京中医药大学,2016.
- [36] 徐海玉,刘黎明,宣天惠,等.真实世界数据的中医优势病种中药参与率及费用研究[J].中国卫生经济,2023,42(8):54–59,65.
- [37] 胡寒旭,赵伟菡,严豪,等.腰椎间盘突出症患者非手术治疗住院费用的中西医疗法差异比较研究[J].中国社会医学杂志,2023,40(5):627–631.
- [38] 王冬.基于价值医疗的医疗保险支付体系改革创新[J].社会保障评论,2019,3(3):92–103.
- [39] 张嘉颖,王力,王军永,等.江西省农村老年人中医药治疗服务需求意愿及影响因素分析[J].中国医院,2023,27(12):55–58.
- [40] 张敬华,杨若宁,叶丹,等.医保DRG/DIP支付改革下中医优势病种应用现状[J].卫生软科学,2024,38(8):4–6.
- [41] 宋桂杭,刘志新,杨仁前.DRG/DIP付费下开展中医优势病种的政策思考[J].中国医疗保险,2023(7):23–29.
- [42] 王兆娟.中医药医保支付方式改革的创新模式与影响因素研究[D].南京:南京中医药大学,2024.
- [43] 廖藏宜,杨若宁,廖俏敏,等.DRG/DIP付费下中医药医保支付改革的现实困境、典型经验及政策建议[J].中国现代中药,2024,26(5):765–773.
- [44] 曾卫坪,宁德斌.中防治慢性病经济学评价研究述评与展望[J].中医药导报,2022,28(4):186–191,196.

(收稿日期:2025-04-05 编辑:时格格)