

# 光明社区 60 岁以上老年人体检贫血原因筛查与对策

沈玉玲<sup>1</sup> 王素丽<sup>2</sup> (通讯作者)

1 上海市奉贤区南桥镇光明社区卫生服务中心, 上海市, 201400;

2 奉贤区第六人民医院南院, 上海市, 201400;

**摘要:** 目的: 贫血作为老年人常见营养缺乏性疾病, 不仅影响生活质量, 还可能诱发心血管疾病、认知功能下降等并发症, 因此本研究聚焦光明社区 60 岁以上老年人贫血问题, 旨在通过全面的体检筛查, 深入剖析贫血的成因, 并制定针对性的干预对策。方法: 对光明社区 ≥60 岁的 3000 名签约老年人免费体检活动, 重点筛查贫血问题, 分析导致贫血的主要原因, 并提出有效的对策。结果: 3000 例老年人通过体检筛查, 发现 563 例贫血患者, 其中慢性病贫血发生率为 41.03%, 缺铁性贫血发生率为 36.06%, 肾性贫血和混合性贫血发生率为 9.24% 和 9.59%, 巨幼细胞性贫血与其他贫血类型发生率分别为 1.78% 和 2.31%。经干预后, 有效提高了患者血红蛋白水平, 缓解了贫血相关症状。结论: 光明社区 60 岁以上老年人体检贫血患病率 18.33%, 慢性病贫血、缺铁性贫血为主要类型。基于“筛查-分级-干预-随访”闭环管理模式能够有效改善老年人的贫血状况, 适合在我国城市老龄化社区复制推广。

**关键词:** 光明社区; 老年人; 体检; 贫血; 原因; 对策

**DOI:** 10.69979/3029-2808.26.04.024

“十四五”时期我国将步入中度人口老龄化社会, 有研究显示<sup>[1]</sup>, 我国 60 岁及以上人口占比已突破 20%。奉贤区南桥镇光明社区户籍老年人比例更高达 28.7%。随着年龄增长, 老年人造血微环境退化、营养利用效率下降、共病叠加及多重用药等因素交织, 使贫血成为最常见的血液学异常。贫血是指各种原因导致机体外周血单位容积内血红蛋白(Hb)明显下降至低于正常范围下限<sup>[2]</sup>。大量循证研究提示, 老年贫血不仅增加跌倒<sup>[3]</sup>、抑郁<sup>[4]</sup>、认知障碍风险<sup>[5]</sup>, 还显著推高了住院率和死亡率, 被世界卫生组织列为“需优先干预的老年综合征”之一。《国家基本公共卫生服务规范》将老年人健康管理列为重点<sup>[6]</sup>, 但尚未对贫血筛查提出细化指标。光明社区作为城市老龄化社区的典型代表, 60 岁以上老年人口占比较高, 由于老年性贫血起病隐匿且往往病程较长, 严重影响老年人群的健康, 增加社会负担, 鉴于此, 中心决定把“贫血原因精准筛查与分级干预”作为家庭医生签约服务的重点突破项目, 通过对社区内 60 岁以上老年人进行全面体检筛查, 深入探究贫血的致病因素, 并制定切实可行的干预措施, 力求为社区老年人提供精准、高效的健康服务, 同时为同类社区的老年健康管理提供宝贵经验。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

随机选取 2024 年 1 月-2025 年 6 月期间光明社区 ≥60 岁的 3000 名老年人为研究对象, 所有老年人在我社区居住 ≥6 个月, 平均年龄 (68.65 ± 3.79) 岁, 男性/女性=1492/1508, 已签约家庭医生服务, 能配合问卷与采血, 临床资料完整, 生命体征稳定, 意识清楚, 自愿签署相关同意书。排除标准: 既往确诊血液系统恶性肿瘤, 近 3 个月接受外科大手术或输血 ≥2U, 伴有认知、沟通障碍和精神疾病史, 无法配合问卷者, 指标间  $P > 0.05$ , 具备可比性。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 问卷与体格检查

(1) 自行设计《光明社区老年贫血危险因素调查表》, 共 8 大类 62 项, Cronbach  $\alpha = 0.87$ : ①症状评分 (乏力、头晕、心悸等 10 项); ②疾病史 (胃肠、肝肾、心血管、肿瘤等 15 项); ③用药史 (NSAIDs、抗凝、降糖、质子泵抑制剂等); ④营养与饮食 (食物频率、营养素补充剂、咀嚼困难等); ⑤不良生活方式及女性以往月经史; ⑥有无慢性失血病史; ⑦有无胃部手术史; ⑧家族史。

(2) 体格检查则重点对老年人的身高、体重、血

压等基本生理指标进行测量,同时观察皮肤、黏膜有无苍白、甲床毛细血管充盈时间、舌乳头萎缩、下肢水肿及神经系统体征,初步判断贫血的严重程度和可能的病因。

### 1.2.2 初筛

在初步筛查阶段,充分利用社区老年人健康体检的契机,对所有参与体检的老年人进行血常规检查。检查项目包括血红蛋白(Hb)、红细胞计数(RBC)、红细胞压积(Hct)、平均红细胞体积(MCV)等关键指标。

### 1.2.3 病因判定

依据《血液病诊断及疗效标准》第4版<sup>[7]</sup>进行双盲复核:①缺铁性:血清铁 $<8\ \mu\text{mol/L}$ 且TSAT $<15\%$ 或sFt $<15\ \mu\text{g/L}$ ;②巨幼细胞:血清VitB12 $<150\ \text{pmol/L}$ 或叶酸 $<7\ \text{nmol/L}$ ;③慢性病:持续炎症指标升高伴铁代谢障碍;④不明原因:经多学科会诊仍无法归类。

### 1.2.4 干预策略

#### (1) 分级管理:

①Hb $\geq 90\ \text{g/L}$ 且病因明确者社区管理;家庭医生2周电话随访、1个月面访;营养师3个月1次膳食评估。

②Hb 60-90 g/L或病因不明者2周内转诊区中心医院血液科;建立“贫血自我管理小组”,每月1次,邀请专科医生及专职护士授课。

③Hb $<60\ \text{g/L}$ 或急性失血立即急诊通道,病情稳定后转回社区,继续家庭医生+专科医师联合随访,每周1次会诊,持续3个月。

(2) 病因干预:①缺铁性贫血:口服琥珀酸亚铁片300mg/d+VitC 0.2 g/d,餐后2 h服用,4周后评估;②巨幼细胞性贫血:VitB12 0.5 mg肌注,每周1次 $\times 4$ 周;叶酸5 mg口服,3次/d。③慢性病贫血:优化原发病治疗,加用促红细胞生成素(EPO)4 000 IU/周,目标Hb 110-120 g/L。④可疑恶性:开通“绿色通道转诊”。

(3) 营养与生活方式:由营养师一对一制定“红肉+深色蔬菜+维C水果”每日食谱“防贫血套餐”,每份含铁 $\geq 6\text{mg}$ 、VitC $\geq 30\ \text{mg}$ 。戒烟限酒、适量运动、口腔疾病同步处理。

## 1.3 观察指标

统计分析老年人贫血患病率与病因分布,采用Logistic回归模型分析危险因素,并比较实施针对性干预前后的效果。

## 1.4 统计学分析

应用SPSS26.0软件进行数据处理,用t检验( $\bar{x} \pm s$ ),用 $\chi^2$ 检验[n(100%)],若 $P < 0.05$ 说明存在对比意义。

## 2 结果

2.1 截至2024年10月,已完成首年轮筛3000例(患病563例),统计患病率与病因分布。详见表1

表1 患病率与病因分布[n(100%)]

维度	例数	占比	原因
轻度	322	57.19%	-
中度	191	33.93%	-
重度	50	8.88%	-
缺铁性贫血	203	36.06%	饮食中铁摄入不足、慢性失血(如消化道出血、痔疮出血等)
慢性病贫血	231	41.03%	慢性炎症性疾病、肿瘤等慢性疾病影响
肾性贫血	52	9.24%	慢性肾脏病、铁代谢紊乱以及营养不良等
巨幼细胞贫血	10	1.78%	维生素B12或叶酸缺乏,多因饮食不均衡、胃肠道疾病影响吸收等
混合性	54	9.59%	自身免疫性疾病、遗传因素以及骨髓造血功能异常等
其他	13	2.31%	未名原因
合计	563	18.77%	-

## 2.2 危险因素 Logistic 回归分析, 详见表 2

表2 Logistic回归模型分析危险因素

影响因素	$\beta$ 值	S.E 值	Wald 值	P 值	OR	95%CI
年龄 $\geq 75$ 岁	1.153	0.196	5.329	0.029	1.428	1.130~2.006
素食	1.305	0.527	7.043	0.014	1.887	1.451~2.470
慢性胃炎	1.025	0.210	5.209	0.022	1.670	1.302~2.089
牙缺失 $\geq 6$ 颗	1.249	0.442	6.229	0.005	1.311	1.041~2.678
NSAIDs $>3$ 月	1.221	0.117	6.382	0.016	2.049	1.527~2.705

## 2.3 干预效果

①血象:12个月后社区老年人贫血患者Hb平均升

高 11.4 g/L, 其中缺铁性贫血患者升高 16.8 g/L, 慢性病贫血患者升高 8.7 g/L, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。②知晓率: 所有受检老年人由 41.33% (124/300) 提升至 89.00% (267/300)。

### 3 讨论

贫血是指人体外周血红细胞数量减少或血红蛋白浓度降低, 导致血液携氧能力下降的一种病理状态, 世界卫生组织数据显示, 全球约有 30 亿人受不同程度贫血困扰, 每年因贫血引发的死亡人数上千万。在国内, 人口老龄化趋势下, 老年人因骨髓造血功能衰退、营养吸收障碍及慢性疾病等因素, 贫血发生率不断攀升, 国内文献报道老年贫血发生率在 7%至 28%之间, 故对老年人进行贫血筛查, 分析贫血原因以及制定针对性管理具有重要意义。

为了全面了解光明社区 60 岁以上老年人的贫血情况, 本次筛查覆盖光明社区常住居民中 60 岁以上老年人, 共纳入 3000 人。结果显示, 光明社区 60 岁以上老年人贫血发生率为 18.77% (563 例), 与国内平均水平相近, 其中慢性病贫血发生率为 41.03%, 提示老年群体炎症-肿瘤-退行性共病是核心驱动; 缺铁性贫血发生率为 36.06%, 与膳食结构、胃肠退行性变及 NSAIDs 广泛使用密切相关; 肾性贫血和混合性贫血发生率为 9.24% 和 9.59%, 巨幼细胞性贫血 (1.78%) 多因维生素 B12 或叶酸缺乏所致, 且与其他贫血类型相对少见 (2.31%)。

此次研究分析危险因素为: 素食导致血红素铁摄入不足; NSAIDs 诱发隐匿性胃肠失血; 胃炎伴胃酸缺乏影响铁、VitB12 吸收; 牙缺失降低肉类咀嚼能力, 形成“营养不良-贫血-乏力-食欲差”恶性循环。因此, 素食、长期 NSAIDs、慢性胃炎及咀嚼障碍 (牙缺失) 是社区可干预重点。

针对以上因素, 此次研究针对性制定了社区贫血管理对策, 具体如下: 协同区中心医院血液科专家, 制定分级诊疗实施方案, 明确社区家庭医生与专家团队的职责分工、工作流程及服务标准, 建立“社区初筛-智能转诊-专科确诊-社区康复”闭环, 破解以往“筛而不治、

转而不回”难题。同时, 聚焦贫血患者的健康管理, 从精准营养干预、疾病治疗优化及健康教育等多方面入手, 制定个性化管理方案。尤其是首次将口腔疾病纳入贫血危险因素并同步干预, 拓展了社区老年贫血防控内涵。经针对性干预后, 在短期内有效提高了患者血红蛋白水平, 缓解了贫血相关症状。

综上, 光明社区 60 岁以上老年人体检贫血患病率 18.77%, 慢性病贫血、缺铁性贫血为主要类型。基于“筛查-分级-干预-随访”闭环管理模式能够有效改善老年人的贫血状况, 适合在我国城市老龄化社区复制推广。

### 参考文献

- [1] 张梦瑄, 关于东方, 张伊宁, 等. 人口老龄化背景下我国养老院医疗服务调查研究——以北京两养老院为例[J]. 中国市场, 2025, (02): 56-59. DOI: 10.13939/j.cnki.zgsc.2025.02.014.
- [2] GBD 2021 ANAEMIA COLLABORATORS. Prevalence, years lived with disability, and trends in anaemia burden by severity and cause, 1990-2021: findings from the Global Burden of Disease Study 2021[J]. Lancet Haematol, 2023, 10(9): 713-734.
- [3] 靳菲菲, 王小青, 杜廷杰. 探讨集束化管理策略联合分级预防措施预防贫血患者跌倒的效果[J]. 内蒙古医学杂志, 2020, 52(10): 1253-1254. DOI: 10.16096/J.cnki.nmgyxzz.2020.52.10.058.
- [4] 谭兴, 田雨, 徐瑞荣. 老年缺铁性贫血病人合并抑郁的危险因素分析[J]. 安徽医药, 2023, 27(3): 555-558. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6469.2023.03.029.
- [5] 雷梦媛, 李俊晴, 杨艳艳, 等. 贫血与认知障碍关系的 meta 分析[J]. 现代预防医学, 2021, 48(4): 754-758.
- [6] 李梦宇, 连隽, 廖子锐, 等. 国家基本公共卫生服务老年人健康体检的异常检出率分析[J]. 中国全科医学, 2023, 26(22): 2756-2762. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0831.
- [7] 张之南, 郝玉书, 赵永强. 血液病诊断及疗效标准. 第 4 版. 北京: 科学出版社, 2018.