家庭医生签约背景下基层慢性病连续管理模式的实践与效果研究

吴媛媛　李冰磊

银川市第一人民医院 宁夏回族自治区 750004

【摘　要】：目的：探讨家庭医生签约背景下基层慢性病连续管理模式在门诊慢性病患者中的应用效果。方法：选取 2025 年 1 月至 2025 年 10 月在我中心门诊就诊的慢性病患者 760 例，其中高血压 360 例、2 型糖尿病 240 例、老年高血压合并糖尿病（老高糖）160 例，均为门诊患者。依据家庭医生签约管理方式分为对照组与观察组各 380 例，对照组行常规门诊随访管理，观察组在签约基础上实施连续管理模式。比较两组血压/血糖达标率、规律随访复诊率及自我管理能力评分。结果：观察组高血压、糖尿病及老高糖控制达标率高于对照组；观察组规律随访复诊率高于对照组；干预后观察组自我管理能力评分高于对照组（P<0.01）。结论：家庭医生签约背景下的慢性病连续管理模式可显著提升基层门诊慢性病控制达标率，改善患者依从性与自我管理能力，具有明确的基层推广应用价值。

【关键词】：家庭医生签约；慢性病；连续管理；基层卫生服务；达标率

DOI:10.12417/2705-098X.26.20.090

A Study on the Implementation and Outcomes of a Continuous Chronic Disease Management Model in Primary Healthcare Settings Under the Framework of Family Physician Contracting:

Wu Yuanyuan,Li binglei

Abstract: Objective:To investigate the efficacy of a continuous chronic disease management model in primary healthcare settings under the framework of family physician contracting among outpatients with chronic diseases.Methods:A total of 760 outpatients with chronic diseases who visited our center between January 2025 and October 2025 were selected,including 360 patients with hypertension,240 patients with type 2 diabetes mellitus,and 160 patients with elderly hypertension complicated by diabetes mellitus(elderly hypertension and diabetes),all of whom were outpatients.Based on the family physician contracting model,these patients were divided into a control group and an observation group,with 380 patients in each group.The control group received routine outpatient follow-up management,while the observation group received the continuous management model in addition to the contracted services.The two groups were compared regarding the achievement rates of blood pressure and blood glucose targets,the regular follow-up and revisit rates,and the self-management capability scores.Results:The achievement rates of hypertension,diabetes,and elderly hypertension and diabetes control in the observation group were higher than those in the control group;the regular follow-up and revisit rate in the observation group was also higher than that in the control group;and after the intervention,the self-management capability scores in the observation group were significantly higher than those in the control group(P<0.01).Conclusion:Under the framework of family physician contracting,a continuous chronic disease management model can significantly improve the achievement rates of chronic disease control in primary healthcare outpatient settings, enhance patient adherence and self-management capabilities,and demonstrates clear value for widespread application in primary healthcare settings.

Keywords:family physician contracting;chronic diseases;continuous management;primary healthcare services;achievement rate

引言

慢性病已成为威胁我国居民健康的重大公共卫生问题，基层医疗卫生机构承担着慢性病防控的主要关口职责。随着家庭医生签约服务的全面推行，“签约—管理—随访”的制度化链条正逐步重塑基层慢性病管理的服务逻辑[1]。然而，受人员、技术与信息化条件制约，部分基层机构仍沿用单次门诊、被动应答的离散化管理，患者失访、服药依从性差、指标控制不佳等问题突出[2]。连续管理模式强调以家庭医生为责任主体，通过健康档案的连续更新、随访干预的周期衔接与管理信息的闭环流动，破解服务碎片化的困境。本研究依托无住院部、以门诊服务为主的社区卫生服务中心，于 2025 年 1 月至 10 月对慢性病患者实施连续管理并评价其效果，以期为基层慢性病规范化管理提供实践参考。

1 研究资料与方法

1.1 一般资料

选取 2025 年 1 月至 2025 年 10 月在我中心门诊就诊并纳入管理的慢性病患者 760 例，其中高血压 360 例（观察组 180 例、对照组 180 例）、2 型糖尿病 240 例（观察组 120 例、对照组 120 例）、老年高血压合并糖尿病（老高糖）160 例（观察组 80 例、对照组 80 例）。

纳入标准：①符合相应慢性病临床诊断标准；②签署知情同意书并完成家庭医生签约；③年龄≥40 岁，具备基本沟通与

自我管理能力。

排除标准：合并严重心脑血管并发症、恶性肿瘤、精神疾病或认知障碍者；既往已参与其他连续性管理项目者；随访期间迁出或连续失访≥2 次者。

两组各人群在性别、年龄、病程、合并用药等基线资料方面比较差异无统计学意义（P>0.05），具有可比性。

1.2 实验方法

对照组采用常规门诊管理模式：患者按需就诊，接诊时由医生进行病情评估、调整用药并给予一般性健康宣教，未建立系统化的随访计划，患者复诊依赖自发就医。观察组在家庭医生签约基础上实施连续管理模式，具体措施包括：

（1）建立动态健康档案。签约当日采集患者一般情况、病史、用药、生活方式等基础信息，形成电子健康档案，并在每次随访后即时更新，确保信息连续、完整、可追溯。

（2）分级分类管理。依据血压/血糖水平、并发症情况及依从性将患者分为强化管理、规范管理、一般管理三级，分别设定随访频次与干预强度，高危患者实行重点监管。

（3）规律随访与双向转诊。制定个性化随访日历，通过电话、门诊复诊、上门巡诊及信息化平台提醒等方式定期跟进；出现指标恶化或并发症征象时启动向上转诊，病情稳定后下转回归，形成上下联动的管理闭环。

（4）个性化综合干预。围绕饮食、运动、用药、自我监测与并发症筛查开展针对性健康指导，采用“一对一”宣教、健康讲座与同伴支持相结合的方式强化行为改变。

（5）信息化闭环监测。依托签约管理信息系统，对随访完成率、指标达标情况实施动态预警，由家庭医生团队定期复核并动态调整管理方案。两组管理周期均为 10 个月，全程在门诊完成，不涉及住院环节。

1.3 观察指标

（1）指标控制达标率：高血压患者血压<140/90 mmHg、糖尿病患者空腹血糖<7.0 mmol/L 或糖化血红蛋白<7.0%、老高糖患者血压与血糖同时达标视为达标；

（2）规律随访复诊率：管理周期内按计划完成≥6 次随访的患者所占比例；

（3）自我管理能力：采用自我管理能力量表进行评分，满分 100 分。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 26.0 软件进行统计分析，计量资料以（x±s）表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以[n（%）]表示，组间比较采用 x^2 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

（1）两组患者血压/血糖达标率比较：观察组各类慢性病患者指标控制达标率均高于对照组，差异均有统计学意义（P<0.05），详见表 1。

表 1 两组患者血压/血糖达标率比较

病种	组别	例数	达标例数	达标率(%)	X^2	P
高血压	观察组	180	162	90.0	22.500	<0.01
	对照组	180	126	70.0		
糖尿病	观察组	120	102	85.0	12.034	<0.01
	对照组	120	78	65.0		
老高糖	观察组	80	66	82.5	6.400	<0.05
	对照组	80	52	65.0		

（2）两组患者规律随访复诊率比较：观察组规律随访复诊率显著高于对照组，差异有统计学意义（P<0.01），详见表 2。

表 2 两组患者规律随访复诊率比较

组别	例数	规律随访例数	复诊率(%)	X^2	P
观察组	380	356	93.7	38.526	<0.01
对照组	380	300	78.9		

（3）两组患者自我管理能力评分比较：干预前两组评分差异无统计学意义（P>0.05）；干预后观察组评分显著高于对照组，差异有统计学意义（P<0.01），详见表 3。

表 3 两组患者自我管理能力评分比较

组别	例数	干预前(分)	干预后(分)	t 值	P 值
观察组	380	68.5±6.2	86.3±5.4	21.927	<0.01
对照组	380	69.1±6.4	77.2±6.1		

注：t 值为干预后两组组间比较。

3 讨论

本研究立足于无住院部、仅提供门诊服务的社区卫生服务中心，在家庭医生签约制度框架下构建起“建档—分级—随访—干预—闭环监测”全链条慢性病连续管理模式。本研究的创新点在于跳出传统慢性病管理仅聚焦随访环节的局限，将连续性照护理念落实在健康信息流转、风险分层、医患契约关系、信息化预警等多个维度，以动态电子档案作为信息支撑底座，以分级分类风险管控作为管理核心抓手，以信息化闭环监测作为质量管控手段，推动家庭医生服务模式从单次接诊的片段化诊疗转向贯穿全程的持续性健康照护。该模式充分适配纯门诊

基层机构资源有限、不具备住院诊疗条件的现实特征，为破解基层慢性病管理服务碎片化、患者失访高发、干预缺乏持续性等共性难题提供可落地的本土化实践方案[3]。

从血压血糖控制结局指标分析，观察组高血压、糖尿病以及老高糖三类患者指标达标率分别达到 90.0%、85.0%、82.5%，全部显著高于对照组。该效果的内在机制来源于管理连续性带来的诊疗优化效果。连续管理模式依托定期多渠道随访，家庭医生团队能够动态追踪患者指标波动，及时识别血压血糖异常变化，结合患者用药反应、生活方式变化灵活调整药物方案与非药物干预策略，规避治疗惰性[4]。双向转诊机制打通基层门诊与上级医院的诊疗通道，当患者指标急剧恶化、出现并发症前兆时能够及时向上转诊评估，待病情稳定后转回社区门诊继续长期管理，避免慢病管理链条发生中断。老高糖患者同时存在血压、血糖双重危险因素，病情波动更为复杂，对长期连续监测需求更高，本研究结果证实该连续管理模式对于多病共患老年人群同样具备良好的管控效能[5]。

规律随访复诊率是衡量管理模式可及性、医患契约粘性与患者依从性的直观指标。本研究中观察组规律随访复诊率达到 93.7%，显著高于对照组 78.9%。该差异和分级分类差异化随访策略密切相关，强化管理的高危患者会加密随访频次，增加监督力度；同时信息化平台消息提醒、电话随访与上门巡诊相结合，弥补单纯门诊复诊的局限性，减少患者因遗忘、行动不便、交通不便等因素造成的失约情况。家庭医生签约构建稳定的契约式医患关系，改变传统门诊一次性陌生医患沟通模式，长期持续的沟通能够建立医患信任，这种稳定的关系资本能够调动患者主动参与慢病管理的主观意愿，提升按时复诊的主动性[6]。

自我管理能力是慢性病长期控制的内在核心支撑，也是实现慢病防控关口前移的关键。干预后观察组自我管理能力评分（86.3±5.4）分显著优于对照组（77.2±6.1）分。常规门诊的健康宣教多为一次性、普适性知识讲解，患者难以内化吸收，难以转化为稳定的健康行为。连续管理模式下，健康教育伴随随访全过程，实施个体化、递进式健康指导，同时引入同伴支持小组，借助同病种患者的经验分享强化健康行为塑造，引导患者逐步掌握膳食调配、运动规划、按时服药、居家监测、识别早期并发症信号的综合技能，推动患者角色转变，从被动接受诊疗的患者转变为自身健康的管理者[7]。患者自我管理能力的提升，能够长期稳定控制危险因素，减少并发症发生，减轻基层门诊长期诊疗负担。对照组干预后自我管理评分也存在小幅提升，说明常规门诊宣教存在一定短期效果，但提升幅度有限，对比可见连续管理模式具备累积叠加的干预效应[8]。

4 结论

在无住院部、以门诊服务为主的基层医疗卫生机构中，于家庭医生签约背景下实施慢性病连续管理模式，可显著提高高血压、糖尿病及老高糖患者的指标控制达标率，增强患者规律随访依从性，并有效提升其自我管理能力。该模式成本可控、操作可行，契合基层服务能力与信息化条件，是优化基层慢性病管理、推动慢性病防控关口前移的有效路径，值得在同类机构中推广应用。

参考文献：

[1] 范转转,李文婷,马国亮.基于“供给—需求—环境”框架的慢性病患者家庭医生签约服务选择偏好研究[J].卫生经济研究,2026,43(10):65-68.

[2] 娄懿,许斌,郑伟强,卫涛,汪雨馨.家庭医生签约服务在基层医疗卫生机构慢性病管理中的实践现状与现实挑战[J].中国公共卫生管理,2026,42(2):242-247.

[3] 胡韵,尹文强,宋瑞琦,宋雅蕾,杜悦,马鹏慧,牟琳,黄冬梅.家庭医生签约服务利用对慢性病共病老年人基层就医机构选择的影响研究[J].现代预防医学,2026,53(12):2214-2219+2231.

[4] 窦宏伟,窦昕皓.家庭医生签约系统在慢性病管理中的应用[J].医药前沿,2025,15(20):130-134.

[5] 陈婧武夷山市岚谷乡卫生院.基层卫生院家庭医生签约服务对老年慢性病管理的影响[J].西藏医药,2025,46(2):71-73.

[6] 梁慧怡.家庭医生签约服务对社区老年慢性病患者就医行为及医疗费用的影响分析[J].智慧健康,2025,11(3):194-196+200.

[7] 赵琳琳,罗琪,胡清华,陈小垒,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,2025,28(13):1661-1667.

[8] 李杰,李智贤,杨士鋆,闫琛,厉文娟,桂珍,傅佩佩,周成超.家庭医生签约服务对山东农村慢性病患者首诊机构选择的影响[J].中国卫生资源,2022,25(1):101-105+125.