

# 糖尿病随访中内科护理与家庭医生协同实践

黄艳蓉

宜昌市夷陵区乐天溪镇中心卫生院 湖北 宜昌 443133

**【摘要】**：糖尿病是基层慢病管理的核心病种，具有病程长、并发症多、需长期规范管控的特点，其随访管理质量直接影响患者健康状况与基层公共卫生服务水平。在基层医疗实际运行中，家庭医生承担签约服务、诊疗决策、用药调整、风险评估与转诊对接等核心职能，内科护理负责血糖监测、健康宣教、饮食运动指导、入户随访、用药提醒与数据记录等具体工作，二者分工明确、功能互补。本文立足基层卫生院真实工作场景，围绕糖尿病随访全流程，探索内科护理与家庭医生协同工作机制、实践路径与运行模式，进一步规范基层糖尿病健康管理服务，提升患者血糖控制率、规范管理率与生活质量，推动基层慢病管理向连续化、精细化、协同化方向发展。

**【关键词】**：糖尿病；随访管理；内科护理；家庭医生；协同实践；基层医疗

DOI:10.12417/2811-051X.26.07.029

糖尿病已成为我国基层患病率最高、管理难度最大的慢性疾病之一，患者多为中老年人，常合并高血压、高血脂、心脑血管疾病等多种慢性病，自我管理能力强、治疗依从性低、并发症风险高。在基层卫生院日常工作中，糖尿病随访管理并非单一岗位能够完成，而是需要家庭医生与内科护理人员紧密配合、分工协作，然而在实际运行过程中，普遍存在职责边界模糊、沟通衔接不畅、信息记录不统一、服务连续性不足等问题，导致随访流于形式、管理效果不佳。家庭医生具备诊疗判断、方案制定、风险把控的专业优势，内科护理具备贴近患者、操作细致、善于沟通和长期随访的服务优势，二者有效协同，能够形成“诊疗—护理—随访—干预—再诊疗”的闭环管理模式，真正把糖尿病管理落到实处。基于基层工作实际，本文系统梳理内科护理与家庭医生在糖尿病随访中的协同价值、现存问题与可落地的实践方法，为提升基层糖尿病管理规范化水平提供实践依据。

## 1 糖尿病随访中内科护理与家庭医生协同的现实意义

在基层糖尿病全程健康管理中，家庭医生与内科护理是最关键、最贴近群众的两支服务力量，二者协同直接决定管理成效：家庭医生作为签约居民的健康“守门人”，承担糖尿病诊断、病情评估、用药方案制定、年度健康体检审核、并发症筛查、高危人群干预及向上级医院转诊等重要职责，是糖尿病管理的决策者与总负责人；内科护理人员则承担随访执行、血糖血压监测、用药指导与提醒、饮食和运动干预、足部护理、健康宣教、入户服务、信息登记与数据上报等具体工作，是糖尿病管理的直接执行者与落实者。两者协同配合，能够有效弥补单一岗位服务短板，让诊疗更精准、随访更连续、干预更到位。

从服务效率来看，协同模式可以减少重复建档、重复问询、重复随访等无效劳动，优化基层人力配置，提高整体工作效率。

从患者获益来看，协同服务能够实现从院内诊疗到居家康复的无缝衔接，及时发现血糖异常、用药不规范、并发症早期信号等问题，快速开展干预，降低糖尿病足、肾病、视网膜病

变等严重并发症发生率，减轻患者痛苦与家庭经济负担。

从基层医疗发展来看，内科护理与家庭医生协同是推进分级诊疗、医防融合、家庭医生签约服务高质量发展的重要抓手，有助于提升居民对基层医疗的信任度与获得感，推动基层公共卫生服务与临床医疗服务深度融合，让慢病管理真正实现规范化、长效化、可持续。

## 2 基层糖尿病随访协同工作的实际问题

在基层实际运行中，家庭医生与内科护理的随访职责缺乏统一、细化的工作标准，部分服务内容存在交叉重叠现象，例如健康宣教、信息核对、用药提醒等工作，医护双方可能重复开展，既增加了医务人员的工作负担，也容易使患者产生厌烦与抵触情绪。同时，在异常血糖处置、用药不良反应观察、心理疏导、足部护理、生活方式长期督导等关键环节，又容易出现责任划分不明确、无人主动跟进落实的情况。部分工作处于“两不管”地带，导致服务链条断裂，健康管理无法形成完整闭环，潜在风险不能及时发现和化解。

基层卫生院信息化建设相对有限，家庭医生的诊疗信息、用药调整记录，与内科护理的随访记录、血糖监测数据之间，往往不能实现及时、顺畅、互通共享。多数情况下依靠口头交接、零散笔记或临时沟通传递信息，极易出现信息遗漏、偏差或滞后。家庭医生不了解患者居家状态下的真实血糖波动、用药依从性与生活习惯变化，护理人员不清楚最新的诊疗方案与药物调整内容，导致随访指导内容与诊疗决策不一致，不仅直接影响干预效果，还可能降低患者对医务人员的信任度，进而影响后续配合程度。

基层糖尿病患者以老年人、独居老人、行动不便者为主体，这类人群普遍存在数字设备操作能力弱、信息获取渠道单一等问题，无法有效参与线上随访、远程监测、小程序报备等数字化服务。同时，目前基层仍以电话随访为主要方式，难以真实掌握患者的饮食结构、运动情况、用药执行情况及足部健康状

况,入户随访虽效果更好,但受人员数量、工作时间、服务半径等条件限制,难以实现全面覆盖与常态化开展。此外,许多老年患者对糖尿病的长期性、危害性认知不足,普遍存在“无症状不服药、血糖稳定就停药”“不监测、不忌口、不运动”等错误观念与不良习惯,加上年龄增长带来的记忆力下降、缺乏家人有效监督等客观因素,仅依靠单一岗位的提醒与劝导,约束力与说服力较弱,难以形成持续有效的监督引导,患者长期自我管理依从性偏低,血糖波动频繁,并发症风险居高不下。

基层卫生院普遍存在人员编制紧张、一人多岗、任务繁重的现实情况。家庭医生除承担门诊诊疗、慢病签约、健康评估外,还需参与基本公共卫生服务、应急处置、体检等多项工作;内科护理人员需兼顾门诊护理、输液治疗、公卫随访、档案管理、健康宣教等任务。高强度、多线条的工作模式下,医务人员精力有限,难以保证协同服务的常态化、标准化与规范化。部分协同措施因时间不足、精力不够难以落地,只能简化流程、降低标准,影响整体管理质量。

### 3 内科护理与家庭医生协同管理的实践体系构建

#### 3.1 明确权责边界,建立标准化协同流程

以国家基本公共卫生服务规范与糖尿病管理指南为依据,结合基层工作实际,科学划定家庭医生与内科护理的权责边界,构建职责清晰、流程顺畅、运转高效的标准化协同工作体系。家庭医生聚焦核心诊疗与决策环节,主要负责患者诊断与风险评估、个体化治疗方案制定、口服药及胰岛素剂量调整、并发症筛查、年度健康体检审核、疑难病例转诊以及协同工作质量把控。内科护理聚焦执行与落地环节,主要负责按照规范开展随访、血糖与血压监测、用药指导与定时提醒、饮食与运动干预、足部日常护理、健康知识宣教、重点人群入户服务、信息规范记录与异常情况及时上报。

双方建立固定的台账核对与信息更新制度,每月对管理对象进行全面梳理,对新增确诊、户籍迁出、死亡、失访的患者及时进行标注与更新,确保管理底数清晰、动态准确。通过明确分工与流程规范,从根本上杜绝重复服务、漏管失管、责任真空等问题,使每一项服务内容都有明确责任人、每一个工作环节都有规范要求、每一次服务过程都可追溯、可评价,为糖尿病长期稳定管理提供制度保障。

#### 3.2 推行分级分类管理,提升随访精准性

坚持风险导向与个体化原则,由家庭医生牵头对糖尿病患者开展全面评估,依据年龄、血糖控制水平、并发症情况、用药种类、合并疾病以及自我管理能力,将患者划分为一般管理、重点管理、特殊管理三个层级,实行差异化、精准化随访干预。一般管理患者以巩固维持为主,每季度开展常规随访与健康指导,重点监测指标稳定情况与用药规范性;重点管理患者以强化干预为主,每月开展随访,密切关注血糖波动与症状变化,

及时调整生活方式与护理方案;特殊管理患者,包括合并严重并发症、高龄、独居、失能、行动不便的人群,实行每月至少一次入户随访,提供上门监测、上门指导、上门宣教等兜底服务。

内科护理严格按照分级标准执行随访频次与服务内容,每次随访认真监测血糖、血压、体重等关键指标,详细询问用药情况、饮食运动习惯与身体不适症状,对所有信息进行规范记录。对随访中发现的异常指标、可疑并发症、用药错误等问题,第一时间向家庭医生反馈,配合完成处置与回访,实现风险等级与干预强度精准匹配,最大限度提升随访管理的针对性与有效性。

#### 3.3 搭建高效沟通机制,实现信息互通与快速响应

立足基层现有条件,摒弃复杂繁琐的沟通模式,建立简洁实用、可长期坚持的“日常即时报备、每周集中交接、每月联合复盘”三级沟通机制。护理人员在随访过程中发现持续高血糖、低血糖反应、足部破损、用药错误、胸闷头晕等紧急或异常情况,通过工作群组第一时间上报;家庭医生在当日内给出明确处置意见,护理人员在24—48小时内完成回访确认,确保问题早发现、早处置、早解决,形成“发现—上报—处置—回访”的完整闭环。

在信息管理上,逐步推动随访记录与诊疗记录数据整合,统一档案格式与录入标准,减少重复录入与信息不一致问题,提升信息传递效率与决策准确性。对于不具备信息化条件的基层机构,采用规范纸质交接单与固定交接时间相结合的方式,确保信息交接清晰、准确、无遗漏。通过高效畅通的沟通衔接,让医护之间信息对称、配合默契,为连续化、一体化健康管理提供支撑。

#### 3.4 整合服务场景,开展联合入户与一体化宣教

针对老年、失能、独居、偏远地区等重点人群,大力推行家庭医生与内科护理联合入户服务模式。一次上门同步完成多项服务内容,包括体格检查、病情评估、血糖监测、用药调整、足部护理、健康指导、档案更新、政策告知等,减少患者往返奔波与医务人员重复上门,显著提升服务效率与群众满意度。入户过程中,医护分工协作、优势互补,医生侧重诊疗判断与方案调整,护士侧重操作指导与细节关怀,让患者在家中即可享受到专业、全面、温暖的健康服务。

整合资源开展一体化健康宣教,改变零散、重复、碎片化的宣教模式。由家庭医生与内科护理共同制定宣教内容,定期开展糖尿病专题健康讲座、现场血糖监测、一对一咨询等活动。宣教语言通俗易懂、贴近生活,重点讲解血糖控制、规范用药、合理膳食、适度运动、足部护理、并发症预防等实用知识,同步纠正患者认知误区,强化遵医行为与自我管理意识。将个体化指导与群体性宣教有机结合,全面提升患者及家属健康知识

知晓率与自我管理能力。

### 3.5 强化双向激励与能力建设, 夯实协同运行基础

建立以正向引导为主的患者激励机制, 对遵医嘱定期随访、坚持规范监测、认真执行用药与生活方式干预、血糖控制长期稳定的患者, 通过口头表扬、健康证书、免费监测、健康礼包等方式给予鼓励, 增强患者参与健康管理的主动性与自豪感, 带动更多患者提升依从性。

在队伍能力建设方面, 定期组织家庭医生与内科护理人员开展专项培训, 内容涵盖糖尿病诊疗规范、随访服务标准、用药安全、足部护理、沟通技巧、医防融合要求等, 强化专业素养与协同意识。邀请上级医院专科医生与糖尿病专科护士下沉基层开展现场指导, 通过案例分析、实操演示、经验交流等方式, 提升基层医护实际操作与问题处置能力。建立与协同服务挂钩的绩效考核机制, 将随访完成率、规范管理率、血糖控制

情况、患者满意度等作为核心考核指标, 与绩效分配、评优评先挂钩, 充分激发团队协同动力与工作积极性, 为协同管理体系长期稳定运行提供坚实保障。

## 4 结语

内科护理与家庭医生协同服务, 是基层糖尿病随访管理最贴合实际、最行之有效的工作模式, 能够有效整合临床医疗与公共卫生资源, 实现诊疗与护理无缝衔接、随访与干预同步推进。通过持续完善协同机制, 优化服务方式, 强化患者管理, 能够显著提高糖尿病患者血糖控制率、规范管理率, 降低并发症发生率, 提升患者生活质量与健康水平。未来, 基层医疗应继续坚持医防融合理念, 不断深化内科护理与家庭医生协同实践, 推动糖尿病及各类慢病管理更加规范、高效、连续, 为守护辖区居民健康、推动基层卫生健康事业高质量发展提供更加坚实的保障。

## 参考文献:

- [1] 王媛媛.家庭医生签约服务联合专科护理在2型糖尿病患者管理中的应用[J].护士进修杂志,2024,39(02):158-161.
- [2] 李丽.基层糖尿病随访中内科护理与家庭医生协同模式的构建与效果[J].中国全科医学,2023,26(S1):211-213.
- [3] 张艳.医防融合背景下家庭医生与护理团队协同管理糖尿病患者的实践研究[J].中华全科医师杂志,2024,23(01):45-48.
- [4] 刘冬梅.家庭医生签约服务模式社区护理对糖尿病患者自我管理能力的影 响[J].中国实用护理杂志,2023,39(18):1405-1409.
- [5] 陈雪.基层卫生院糖尿病随访管理中医护协同干预的应用效果分析[J].基层医学论坛,2024,28(10):135-137.