医共体-家庭医生签约服务制在家庭式慢病管理模式中的应用

丁彩霞[1,2]，董 滢[1]，刘 伟[2]，徐 静[2]，杨莉莉[2*]

[1]西安交通大学第一附属医院榆林医院 陕西榆林
[2]西安交通大学第一附属医院榆林医院吴堡医院 陕西榆林

【摘要】目的 探讨医共体-家庭签约服务制在家庭式慢病管理模式中的应用效果。方法 采用回顾性研究，选择 2025 年 1 月至 2026 年 1 月期间本医院收治的高血压和 2 型糖尿病患者共计 200 例作为研究对象，按照护理方法将患者分为对照组（100 例，采用常规社区随访）与观察组（100 例，实施医共体-家庭签约服务制），以此比较两组患者各项指标变化情况（护理前后）、健康素养水平、一年内急性并发症发生率。结果 与对照组相比，观察组患者的血压、空腹血糖、糖化血红蛋白水平在护理前相似（P＞0.05），但在护理后观察组各项指标显著优于对照组（P＜0.05）；观察组患者的健康素养水平显著高于对照组（P＜0.05）；观察组的一年内急性并发症发生率显著低于对照组（P＜0.05）。结论 医共体一家庭签约服务制在家庭式慢病管理模式中能够起到高效作用，改善患者各项指标，提升健康素养水平，降低急性并发症发生率，该方式值得推广。

【关键词】医共体；家庭签约服务制；家庭式慢病管理模式；高血压；糖尿病
【收稿日期】2026 年 9 月 2 日 **【出刊日期】**2026 年 10 月 1 日 **【DOI】**10.12208/j.cn.20260523

Application of the medical community family doctor contract service system in the family style chronic disease management model

Caixia Ding[1,2], Ying Dong[1], Wei Liu[2], Jing Xu[2], Lili Yang[2]*

[1]The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University Yulin Hospital, Yulin, Shaanxi
[2]Xi'an Jiaotong University First Affiliated Hospital Yulin Hospital Wubao Hospital, Yulin, Shaanxi

【Abstract】Objective To explore the application effect of the medical community family contract service system in the family style chronic disease management model. **Methods** A retrospective study was conducted, selecting a total of 200 patients with hypertension and type 2 diabetes admitted to the hospital from January 2025 to January 2026 as the research subjects. The patients were divided into a control group (100 cases, receiving conventional community follow-up) and an observation group (100 cases, implementing the medical consortium-family contract service system), to compare changes in various indicators (before and after nursing), health literacy levels, and the incidence of acute complications within one year between the two groups. **Results** Compared with the control group, the blood pressure, fasting blood glucose, and glycated hemoglobin levels of patients in the observation group were similar before nursing (P>0.05), but after nursing, all indicators in the observation group were significantly better than those in the control group (P<0.05); The health literacy level of the observation group patients was significantly higher than that of the control group (P<0.05); The incidence of acute complications within one year in the observation group was significantly lower than that in the control group (P<0.05). **Conclusion** The medical community family contract service system can play an efficient role in the family style chronic disease management model, improve various indicators of patients, enhance their health literacy level, and reduce the incidence of acute complications. This approach is worth promoting.

【Keywords】Medical community; Family contract service system; Family style chronic disease management model; Hypertension; Diabetes

家庭式慢性病管理是一种将家庭作为护理核心， 医患双方均深度参与和协作的护理方式，该护理方式

*通讯作者：杨莉莉

贯穿整个护理流程（预防、监测、干预、康复），这种方式强调将风险评估作为前置，能够在患者疾病未明显显现或恶化的前期做到有效识别，并做出预警，通过针对性干预帮助患者改善状态，将干预策略嵌入患者家庭日常生活中[1]。为了有效加强家属照护能力，需要进行技术培训，患者家庭成员从被动无措的照护转变为积极参与健康管理。传统慢性病更多将治疗寄托在医院中，忽视了家庭对疾病的管理与影响[2]。通过采用医共体-家庭签约服务制能够有效解决这一问题，将患者作为中心，将家庭作为依托，进一步明确照护的重要性。基于此，开展本次研究，具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用回顾性研究，选择 2025 年 1 月至 2026 年 1 月期间本医院收治的高血压和 2 型糖尿病患者共计 200 例作为研究对象，按照护理方法将患者分为对照组（100 例，采用常规社区随访）与观察组（100 例，实施医共体-家庭签约服务制）。其中对照组中 62 例为女性，38 例为男性，年龄分布范围在 45 岁至 78 岁之间，平均年龄为（61.32±7.52）岁，50 例具有糖尿病史，另外 50 例具有高血压史；观察组中 59 例为女性，41 例为男性，年龄分布范围在 44 岁至 77 岁之间，平均年龄为（60.69±7.68）岁。两组患者年龄、性别、基础病症分布人数基本相似，具有可比性（P＞0.05）。

1.2 纳入、排除标准

1.2.1 纳入标准：患者经诊断确认为原发性高血压患者或 2 型糖尿病患者；患者年龄超过 40 周岁；患者及家属签署知情同意书；患者居住在本地，且具备家庭照护能力。

1.2.2 排除标准：患者存在恶性肿瘤；患者认知功能障碍，无法有效配合随访；处于妊娠期或哺乳期；患者因失联中途退出研究。

1.3 方法

1.3.1 对照组：采用常规社区随访模式

（1）社区卫生服务中心需要每三个月对患者进行一次全面健康评估（血糖、血压等关键指标）。（2）测评患者用药依从性和生活方式。（3）每隔 1 个月需要进行 1 次电话随访，需要询问患者症状情况，并给予用药提醒。（4）开展健康教育，以季度讲座为主（饮食、运动、用药、并发症）。

1.3.2 观察组：采用医共体-家庭签约服务制

（1）由一名护士、一名家庭医生、一名乡镇卫生院全科医生、一名村医组建一个团队，共同协作，并与家属签署 1 年的健康管理服务协议。（2）服务主要通过“1+1+1+1”的签约模式。（3）其中由家庭医师为患者进行诊疗指导，并进行病情研判，由乡镇全科医生进行日常医疗的统筹工作，并对患者开展基础疾病管理。由村医对患者进行健康监测，开展干预措施（整个流程）。（4）每个月进行 1 次上门随访和 1 次远程随访（电话或视频模式），为患者和家属解答疑问，并为其制定个性化健康处方。

1.4 观察指标

1.4.1 观察两组患者护理前后各项变化情况[3]：包含血压、空腹血糖、糖化血红蛋白。

1.4.2 观察两组患者健康素养水平[4]：包含基础健康知识、健康生活方式、慢性病自我管理能力、信息获取，总分 0-100 分，分数越高健康素养水平越高。

1.4.3 观察两组患者一年内急性并发症发生率[5]：包括高血压危象、糖尿病酮症酸中毒、低血糖事件、心脑血管急性事件。并发症发生率＝并发症发生人数之和÷总人数×100%。

1.5 统计学方法

运用统计软件 SPSS 26.0（Statistical Package for the Social Sciences26.0）对被测对象的各项指标进行深度剖析，经 S-W 法（夏皮罗-威尔克正态性检验）检验符合正态分布，t 检验和（$\bar{x}\pm s$）可用于计量资料的比对、剖析；χ^2 检验和[n（%）]可用于计数资料的比对、剖析。当 P<0.05，表明两组间数据存在差异，且具备统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理前后各项变化情况

比之对照组，观察组患者血压、空腹血糖、糖化血红蛋白水平在护理前相似（P＞0.05），护理后观察组各项指标显著优于对照组（P＜0.05），见表 1。

2.2 两组健康素养水平

观察组患者健康素养水平显著高于对照组（P＜0.05），见表 2。

2.3 两组一年内急性并发症发生率

观察组一年内急性并发症发生率显著低于对照组（P＜0.05），见表 3。

3 讨论

医共体模式是通过整合患者周围区域的整个医疗资源，以此起到强化基层首诊和双向转诊的作用，能够确保慢性病管理的有效性[6-8]。而家庭签约服务制则是将患者健康需求作为核心，依据签约医生和家庭成员的服务关系，有助于建立长期稳定的照护模式[9]。同时，将定期

随访、健康评估、风险评估、个性化干预等贯穿于整个护理流程中，以满足患者的护理需求，确保管理细节化。

表 1　两组患者护理前后各项变化情况比较[（$\bar{x}\pm s$）]

组别	例数	血压（收缩压/舒张压）（mmHg）		空腹血糖（%）		糖化血红蛋白（%）	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	100	152.31±8.71/94.62±6.21	145.81±7.92/89.32±5.81	8.92±1.32	7.61±1.12	9.12±0.8	7.92±0.72
观察组	100	151.92±8.72/94.12±6.53	132.42±6.31/81.71±4.93	8.85±1.29	6.2±0.91	9.21±0.73	6.31±0.51
t		0.785	5.987	*0.759*	*5.878*	*0.772*	*5.968*
P		*0.428*	*<0.001*	*0.423*	*<0.001*	*0.478*	*<0.001*

表 2　两组健康素养水平比较[分，（$\bar{x}\pm s$）]

组别	例数	基础健康知识	健康生活方式	慢性病自我管理能力	信息获取
对照组	100	89.25±2.58	89.48±2.68	89.84±2.18	89.15±2.62
观察组	100	95.86±3.18	95.64±3.82	95.48±3.24	95.65±3.21
t		6.988	6.847	6.884	6.846
P		*<0.001*	*<0.001*	*<0.001*	*<0.001*

表 3　两组一年内急性并发症发生率比较[*n*（%）]

组别	例数	高血压危象	糖尿病酮症酸中毒	低血糖事件	心脑血管急性事件	发生率
对照组	100	3	2	3	3	11（11.00%）
观察组	100	1	0	1	0	2（2.00%）
χ^2						6.664
P						0.010

本研究结果显示，与对照组相比，观察组患者的血压、空腹血糖、糖化血红蛋白水平在护理前相似（P＞0.05），但在护理后观察组各项指标显著优于对照组（P＜0.05）；观察组患者的健康素养水平显著高于对照组（P＜0.05）；观察组一年内急性并发症发生率显著低于对照组（P＜0.05）。数据充分说明医共体-家庭签约服务制在家庭式慢病管理模式中的应用效果。

综上所述，实施医共体-家庭签约服务制能使慢性病患者指标改善，保障其健康素养水平，且一年内急性并发症发生率显著降低，该方式具有一定安全性与有效性，通过全面照护，有助于提高患者治疗疗效和治疗依从性，值得推广。

参考文献

[1] 曹广,高奇隆,朱佳英,胡耀文.慢病管理模型视角下“互联网+慢病管理”服务现状分析[J].中国农村卫生事业管理,2025,45(07):519-523.

[2] 王英.“医联体”环境下家庭医生签约服务模式在慢病患者中的管理应用[J].黑龙江中医药,2024,53(04):143-145.

[3] 肖科金,蔡超群,蒋葵,郑庆丹,高兆玉,朱胜华,周祎.“医院-社区-家庭”三位一体慢病管理模式在帕金森病患者中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2023,8(35):141-144.

[4] 冯英巧.“医院-社区-家庭”模式下中医特色延续护理管理在社区慢病患者中的应用[J].中医药管理杂志,2022,30(16):203-205.

[5] 宋建玲,饶志伟,韩魁,叶征,周文佳,陈辉.家庭医生-专家“双签约”模式在社区老年慢病患者管理中的应用[J].老年医学与保健,2021,27(06):1319-1322.

[6] 胡敏,凌颜,罗玲,孙兴兰.认知障碍人群医院-社区-家庭多元养护慢病管理模式的评价[J].中华神经科杂志,2021,54(12):1267-1272.

[7] 杜博雅,张飞,葛丽春,袁克虹.家庭和医生共同参与的医防融合慢病管理模式研究[J].中国医院院长,2021,17(22):64-65.

[8] 朱利芳.医院-社区-家庭一体化服务模式在慢病家庭管理中的应用[J].中国社区医师,2021,37(09):175-176.

[9] 陈丽芳,黄莉莎,方菁菁,杨礼腾.“医院-社区-家庭”慢病管理知信行模式在慢性阻塞性肺疾病管理中的作用探讨[J].中国医药科学,2020,10(11):163-166.

版权声明：©2026 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
OPEN ACCESS