

基于全科医学思维的全专协作慢病管理实证探讨

张炳辉

石家庄市桥西区长兴社区卫生服务中心 河北 石家庄 050000

摘要：目的：验证基于全科医学思维的全专协作模式在慢病管理中的应用效果，为优化分级诊疗体系提供实证依据。方法：选取2024年1-6月某医联体覆盖社区的200例慢性病患者，分为对照组（常规管理）与观察组（全专协作管理）各100例。观察组依托全科医学思维构建“六个一”协作体系，对照组采用传统社区管理模式。对比两组干预6个月后的疾病控制率、自我管理能力及服务满意度。结果：观察组血压/血糖达标率89.0%、自我管理量表评分（86.3±7.2）分、服务满意度95.0%，均显著高于对照组的62.0%、（63.5±8.1）分、73.0%（ $P < 0.05$ ）。结论：该全专协作模式可提升慢病管理质量与患者获得感，是落实分级诊疗的有效路径。

关键词：全科医学思维；全专协作；慢病管理；分级诊疗；“六个一”体系

引言：我国成人慢性病患病率达36.0%，基层慢病管理面临“能力不足、资源分散”双重困境，而全专协作是破解该难题的关键抓手。全科医学思维强调“整体观”与“连续性服务”，与国家提出的“基层首诊、双向转诊”分级诊疗要求高度契合。当前部分协作模式仅停留在技术支持层面，缺乏系统整合。本研究以全科医学思维为核心，借鉴“六个一”建设经验，构建涵盖团队、流程、信息等多维度的全专协作体系，以高血压、糖尿病等常见病为研究对象开展实证分析，为完善基层慢病管理模式提供实践参考。

1 全专协作慢病管理的理论基础与政策支撑

1.1 全科医学思维的核心引领作用

全科医学思维的本质是“生物-心理-社会”医学模式的具象化，其在全专协作中的引领作用体现在三方面：一是以患者为中心的需求导向，突破专科“疾病为中心”的局限，整合生理、心理及社会支持资源；二是系统整合的管理逻辑，通过全科医生的联络协调作用，实现专科诊疗与基层随访的无缝衔接；三是连续动态的服务理念，依托家庭医生签约服务，为患者提供从预防到康复的全周期管理。这种思维模式为全专协作划定了“协同而非替代”的合作边界，确保专科技术优势与全科管理优势形成互补^[1]。

1.2 全专协作的政策演进与实践要求

国家卫健委《关于加强基层慢性病健康管理服务的指导意见》明确提出，要发挥紧密型医联体作用，强化医联体牵头医院对基层的技术支持与双向转诊衔接。政策层面已将全专协作作为基层慢病管理的核心机制，要求实现“防、筛、诊、治、管、康”全流程整合。从实践要求来看，全专协作需突破三点瓶颈：一是打破机构

壁垒，建立医联体内部信息共享机制；二是明确分工边界，专科聚焦复杂诊疗，全科负责日常管理；三是完善激励机制，将协作成效纳入双方绩效评价。政策导向与实践需求共同推动全专协作从松散合作向系统协同升级。

2 基于全科医学思维的全专协作模式构建

本研究依托我中心与石家庄市中医院组成的紧密型医联体，以全科医学思维为指导，构建“六个一”全专协作体系，具体内容如下：

2.1 组建一个多学科协作团队

以医联体为载体，成立由三级医院全科医学科牵头，心内科、内分泌科等专科医生，社区全科医生、护士，以及营养师、康复师组成的多学科团队（MDT）。明确团队分工：三级医院专科医生负责疑难病例会诊、治疗方案制定；全科医生承担患者初诊、随访管理及转诊协调；辅助人员负责生活方式干预与康复指导。建立“每周1次MDT例会+每月1次联合门诊”制度，确保信息互通。团队运行以全科医生为“枢纽”，实现患者需求与专科资源的精准匹配。

2.2 完善一套分级诊疗流程

依据循证医学证据与政策规范，制定高血压、糖尿病等常见病的分级诊疗路径：社区卫生服务中心负责首诊筛查、病情稳定患者的长期管理；三级医院承担重症患者救治、并发症处理及疑难病例会诊。建立双向转诊标准：当患者出现血压/血糖持续失控、出现靶器官损害等情况时，由社区全科医生启动上转流程，专科医生制定治疗方案后，待病情稳定再转回社区接续管理。流程中嵌入全科医学评估模块，确保转诊决策兼顾患者整体健康状况而非单一指标。同时建立流程质控机制，每月由全科医学科牵头评估转诊合理性与随访完整性^[2]。

2.3 开发一个智慧管理信息平台

基于公共卫生信息系统和家庭医生签约系统平台，整合三大功能模块：一是居民端功能，包含门急诊、住院记录、检查检验记录、科普推送、健康咨询等功能；二是医生端功能，实现家庭医生签约服务、履约服务，电子健康档案共享、随访计划自动生成；三是管理端功能，用于数据统计分析与质量监控。全科医生能获取专科诊疗信息。通过信息化手段减少重复工作，提升协作效率。

2.4 设计一套全场景宣传方案

针对患者对全专协作认识不足的问题，设计多场景宣传体系：在社区卫生服务中心设置协作服务展示区，通过流程图与案例解读协作模式；在三级医院专科门诊发放转诊指南，明确下转标准与后续管理流程；利用APP与微信公众号推送“全专协作科普短视频”，内容涵盖

“何时需要看专科”“社区管理的优势”等实用信息。同时在健康体检、家庭医生签约等场景中，由全科医生一对一讲解协作机制，提升患者参与意愿。

2.5 建立一个专病案例库

收集协作过程中的典型病例，建立包含基本信息、诊疗经过、协作亮点、随访结果的专病案例库。案例库按“病情复杂程度+协作模式”分类，如“多病共存患者的全专共管案例”“重症下转后的社区康复案例”等。案例库对医联体内部开放，用于全科医生培训与协作模式优化。每季度选取典型案例开展研讨会，由专科医生与全科医生共同复盘协作过程，提炼改进措施。

2.6 建设一套分层培训课程

围绕协作需求设计培训体系：针对社区全科医生，开展“专科疾病识别与转诊指征”“慢病管理药物联用”等课程，提升对接专科的能力；针对专科医生，开设“全科医学思维与基层管理逻辑”培训，增强其对患者整体状况的考量；针对辅助人员，开展“慢病患者营养指导”“康复功能锻炼”等实操培训。培训形式采用“门诊带教+教学查房+线上课程”相结合，由三级医院全科医学科与专科共同承担教学任务，确保培训内容贴合协作实践^[3]。

3 全专协作模式的实证研究与效果分析

3.1 研究对象与方法

选取2024年1-6月社区的200例慢性病患者为研究对象，纳入标准：年龄≥45岁，确诊高血压或2型糖尿病≥6个月，意识清晰能配合随访。排除标准：合并恶性肿瘤、严重脏器功能衰竭或认知障碍者。按随机数字表法分为观察组与对照组各100例。对照组采用传统社区管理模式（定期随访+健康宣教），观察组采用上述“六个

一”全专协作模式，干预周期6个月。

观察指标包括：①疾病控制率：高血压患者收缩压<140mmHg且舒张压<90mmHg，糖尿病患者空腹血糖4.4-7.0mmol/L为达标；②自我管理能力：采用慢性病自我管理行为量表（CDSMS）评估，总分0-100分，得分越高能力越强；③服务满意度：采用自制量表从就医便捷性、沟通效果等5个维度评估，总分100分，≥80分为满意；④转诊效率：统计双向转诊及时率与重复检查率。采用SPSS26.0软件进行数据处理，计量资料以（ $x\pm s$ ）表示，组间对比用t检验；计数资料以[n(%)]表示，对比用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.2 两组基线资料对比

干预前，两组患者在性别、年龄、疾病类型、病程及基础CDSMS评分等方面对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。具体数据见表1。

组别	例数	男/女 (例)	平均年龄 (岁)	高血压/ 糖尿病 (例)	平均 病程 (年)	基线CDSMS 评分(分)
对照组	100	52/48	65.3±8.2	63/37	7.2±3.1	62.8±8.3
观察组	100	55/45	66.1±7.9	65/35	7.5±2.8	63.5±8.1
t/χ^2 值	-	0.183	0.721	0.085	0.764	0.582
P值	-	0.669	0.472	0.771	0.446	0.561

3.3 干预效果对比分析

3.3.1 疾病控制与自我管理能力

干预6个月后，观察组疾病控制率89.0%，显著高于对照组的62.0%；观察组CDSMS评分（86.3±7.2）分，明显高于对照组的（63.5±8.1）分，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。具体数据见表2。

组别	例数	疾病控制率 [n(%)]	CDSMS评分 (分, $x\pm s$)
对照组	100	62(62.0)	63.5±8.1
观察组	100	89(89.0)	86.3±7.2
t/χ^2 值	-	21.071	20.154
P值	-	<0.001	<0.001

3.3.2 服务满意度与转诊效率

观察组服务满意度95.0%，显著高于对照组的73.0%；观察组双向转诊及时率92.0%，重复检查率8.0%，均优于对照组的65.0%与27.0%，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。具体数据见表3。

组别	例数	服务满意度 [n(%)]	转诊及时率 [n(%)]	重复检查率 [n(%)]
对照组	100	73(73.0)	65(65.0)	27(27.0)
观察组	100	95(95.0)	92(92.0)	8(8.0)
χ^2 值	-	19.583	22.174	13.681
P值	-	<0.001	<0.001	0.0002

4 全专协作模式的优势与优化路径

4.1 模式核心优势解析

从实证结果来看,基于全科医学思维的全专协作模式呈现三大优势:一是提升管理精准性,通过MDT团队与分级流程,实现“专科精治、全科细管”,避免过度医疗与管理缺位;二是增强服务连续性,智慧平台打破信息壁垒,确保患者在专科与全科之间的诊疗信息无缝衔接;三是强化患者参与度,全场景宣传与个性化干预提升患者对管理的依从性,自我管理能力显著增强。这些优势本质上是全科医学思维与专科技术优势的深度融合,解决了传统管理中“碎片化”与“技术孤岛”问题^[4]。

典型案例显示,一位合并糖尿病肾病的高血压患者,经社区全科医生初诊评估后上转至三级医院肾内科与心内科联合诊疗,制定降压降糖联合方案,病情稳定后下转至社区。社区全科医生结合营养师建议调整膳食计划,通过监测指标,专科医生远程指导用药调整,6个月后患者各项指标均达标。该案例体现了协作模式在复杂慢病管理中的独特价值。

4.2 实践困境与优化路径

本研究发现模式运行中存在三点困境:一是部分专科医生协作积极性不足,缺乏明确的绩效激励;二是老年患者对智慧平台使用率较低,需辅助人工服务;三是医联体间医保支付协同不足,影响转诊顺畅性。针对这些问题,提出优化路径:一是完善激励机制,将协作工作量(如会诊次数、带教时长)纳入专科医生绩效,对社区全科医生按管理成效发放专项补贴,建立“双向激励”体系;二是实施分层服务策略,为老年患者提供“家属代操作+社区护士协助”的智慧平台使用支持,确保技术赋能不脱节;三是推动医保政策协同,探索“按

人头付费+慢性病管理绩效”的医保支付方式,将全周期管理成效与医保报销挂钩,降低患者转诊成本^[5]。另外,还需加强团队文化建设,通过联合培训与案例研讨,强化专科医生的全科思维与全科医生的专科认知,构建“相互信任、高效协同”的合作氛围。

结束语

本研究实证表明,基于全科医学思维的“六个一”全专协作模式,能有效提升慢性病管理的疾病控制率、患者自我管理能力与服务满意度,为分级诊疗落地提供了可复制的实践方案。该模式的核心价值在于以全科医学思维整合资源,实现专科技术与基层管理的有机协同,既发挥了三级医院的诊疗优势,又激活了基层的健康管理功能。未来需进一步完善激励机制与信息互通体系,推动全专协作从医联体内部试点向更广范围推广,让更多慢性病患者享受到连续、高效的健康服务,为健康中国建设提供坚实支撑。

参考文献

- [1]张含之,于德华.基于全科医学思维的全专协作慢病管理实证探讨[J].中国全科医学,2025,28(10):1259-1264.
- [2]马君宝.全科医生主导的慢病管理在社区卫生服务中的应用价值[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2024(1):0151-0154.
- [3]徐澜,薛亚伟,林芳.社区全科医生综合管理签约2型糖尿病患者的效果评价[J].上海医药,2024,45(12):51-54.
- [4]李伟.视频健康教育结合积极心理护理对慢性阻塞性肺疾病患者心理状态、康复依从性、功能恢复的影响[J].临床与病理杂志,2022,42(11):2812-2820.
- [5]王颖,祝培珠.全科医学思维在全专协作中的应用价值[J].中国全科医学,2025,28(9):1025-1030.