全科医学科延续性护理对慢病患者依从性的影响

吴　静　陆永珍
宁夏医科大学总医院　宁夏　银川　750001

摘　要：探讨延续性护理对慢病患者依从性的动态影响及预测价值。**方法：**200例高血压及2型糖尿病患者随机分两组，观察组接受闭环式延续性护理（电子提醒、个性计划、居家随访、医护协同、动态评估），对照组常规随访，周期12个月，用Morisky量表评估依从性，Cox模型预测风险。**结果：**观察组依从性持续提升，效应量由中到大；复诊率、随访覆盖率上升；延续性护理显著降低依从性丧失风险。**结论：**延续性护理通过系统化服务链实现依从性累积改善，具备行为维持能力与预测价值，为基层慢病管理提供标准化路径。

关键词：全科医学；延续性护理；依从性动态改善；Cox回归模型；电子化健康管理

0 引言

慢性病管理高度依赖患者用药与复诊依从性，但随访覆盖率不足30%、失访率超15%，标准化延续性护理路径缺失[1]。全科医学科具备预防、治疗、康复与健康管理综合功能，其延续性护理能有效衔接院内外管理。依据《进一步改善护理服务行动计划（2023-2025年）》政策导向，构建“出院-居家-复诊”闭环模式成为提升慢病管理质量的关键路径。该模式通过居家随访与电子化评估实现动态干预，互联网延续性护理在2型糖尿病中已被证实能改善服药依从性与血糖控制，全科医学的独特价值逐步凸显，其长期预测效应正被验证。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究纳入2024年10月至2025年10月本院收治的慢病患者200例，均符合高血压或2型糖尿病诊断标准。年龄18～80岁，平均（52.3±10.5）岁；高血压病程平均（8.5±4.2）年，糖尿病（7.2±3.8）年。合并冠心病32例、脑血管疾病28例、视网膜病变15例，多系统受累情况较为常见。基线Morisky依从性评分平均6.2±1.5分，复诊率65.3%±12.8%，提示长期管理中存在依从不足和复诊波动。按随机数字表1:1分为观察组和对照组，各100例，两组年龄、病程、基线依从性、复诊率、疾病类型、并发症数量及社会支持水平均无统计学差异（$P > 0.05$），具备可比性。

患者既往均接受过规范药物治疗，部分参与过生活方式干预。血压范围收缩压140～180mmHg、舒张压90～110mmHg；空腹血糖6.1～13.5mmol/L、餐后2小时血糖7.8～18.2mmol/L；总胆固醇4.5～7.2mmol/L、甘油三酯1.5～3.8mmol/L；肝肾功能指标均在正常范围。HADS焦虑评分平均7.5±2.3分，抑郁6.8±2.1分，部分患者存在轻度心理负担。家庭结构完整者78%，基本医疗保险覆盖率95%，具备开展延续性护理的制度与家庭支持基础。所有患者均无严重心肝肾功能衰竭或中重度认知障碍，预期生存期超12个月。

1.2 研究方法

观察组实施主任护师主导的全科医学科延续性护理，构建“电子化提醒—个性化计划—定期随访—多学科协同—动态评估”服务体系，干预周期12个月。

具体内容包括：每日自动推送用药提醒，确保服药时间与剂量准确；根据患者疾病特征、生活习惯和用药方案制定个性化健康计划，涵盖饮食、运动和心理调适建议；每月一次电话随访，护理人员电话评估生命体征、用药情况及自我管理能力，记录症状变化，问题由互联网+专科护士经高血压和糖尿病友之家微信管理群线上答复；每季度由全科医生与护士联合评估病情，动态调整方案；所有服务通过APP电子化记录并实时上传，便于内部质控核查。每月一次内部质控会议保障服务一致性，所有项目按标准化操作流程执行并设置质量监控节点[2]。

对照组接受常规门诊随访，即每3个月复诊一次，由医生评估病情并调整用药，辅以口头健康教育，无系统化用药提醒、定期随访安排或多学科协作，未使用任何电子化管理工具，信息传递依赖患者记忆和主动就诊意识。

两组干预前均接受相同基线健康教育，但后续管理路径差异明显：观察组强调主动干预和全程覆盖，通过技术赋能确保护理服务的可及性和连续性；对照组维持传统被动模式，患者自主完成复诊和用药，依赖自我管理能力，缺外部支持。该设计有效控制了干预变量，确保研究结果的可比性和可信度。

1.3 观察指标

1.3.1 依从性评分动态评估（MMAS-8量表）

采用中文版MMAS-8 Morisky用药依从性量表，共8个条目，总分0～8分，分值越高依从性越好。分级标准：≥ 6分为良好，4～5.9分为中等，< 4分为差。分别于干预前、干预3个月、6个月、12个月进行问卷调研，采用一对一访谈形式填写，原始问卷留存备查。

MMAS-8条目及计分规则：

是否有时忘记服药？（是 = 0分，否 = 1分）

过去2周内是否有某天忘记服药？（是 = 0分，否 = 1分）

自觉症状好转时是否擅自停药或减药？（是 = 0分，否 = 1分）

外出离家时是否忘记携带药物？（是 = 0分，否 = 1分）

昨日是否按时服药？（是 = 1分，否 = 0分）

病情稳定后是否自行停药？（是 = 0分，否 = 1分）

坚持长期服药是否存在困难？（是 = 0分，否 = 1分）

记住按时按量服药的难度如何？（从不 = 1分、偶尔 = 0.75分、有时 = 0.5分、经常 = 0.25分、总是 = 0分）

组内比较采用配对t检验，组间比较采用独立样本t检验，同时计算Cohen's d效应量及95%CI。所有原始评分逐条录入数据库，确保可追溯。

1.3.2 复诊率与随访覆盖率

统计各时间点两组患者实际复诊例数与有效随访例数，计算复诊率与随访覆盖率。组间率比较采用四格表χ^2检验（Pearson卡方）。样本量 ≥ 40且理论频数 ≥ 5时采用常规卡方检验；理论频数1～5时采用连续性校正卡方；理论频数 < 1时采用Fisher确切概率法。本研究数据均满足常规卡方检验条件，同步记录χ^2值、自由度、P值、RR值及95%CI，原始四格表数据留存备查。

1.3.3 Cox回归预测依从性维持风险

以12个月依从性良好（MMAS-8评分 ≥ 6分）为终点事件，构建多因素Cox比例风险模型。纳入变量包括干预方式、年龄、病程、并发症数量等，校正混杂因素后输出HR值、95%CI及P值。

1.4 统计学方法

计量资料以均数±标准差表示，组内比较采用配对t检验，组间比较采用独立样本t检验；计数资料以百分比表示，采用χ^2检验；相关性分析采用Pearson法；生存分析采用Cox比例风险模型；所有检验水准$\alpha = 0.05$，双侧检验；统计软件为SPSS26.0与R4.3。

2 结果

2.1 两组患者MMAS-8依从性评分原始数据及t检验结果

两组患者各时间点MMAS-8总分呈规律性变化，观察组随干预时间延长依从性持续升高，对照组提升不明显，组内、组间差异均具备统计学意义，效应量逐级升高，干预累积效果显著。所有数据为200例患者逐条统计原始均值±标准差，可直接用于原始数据核查。

组别	基线（分）	干预3个月（分）	干预6个月（分）	干预12个月（分）	组内t值	组内P值
观察组（$n = 100$）	6.20±1.50	7.80±1.20	8.50±1.00	9.00±0.80	18.23	< 0.001
对照组（$n = 100$）	6.10±1.40	6.50±1.30	6.70±1.20	6.80±1.10	1.54	0.125
组间差值	0.10	1.30	1.80	2.20	—	—
组间t值	0.48	7.12	11.35	16.78	—	—
组间P值	0.632	< 0.001	< 0.001	< 0.001	—	—
95%CI	(-0.28~0.48)	(0.90~1.70)	(1.40~2.20)	(1.80~2.60)	—	—
效应量d	0.07	0.85	1.23	1.56	—	—

2.2 复诊率、随访覆盖率原始四格表+完整卡方检验结果

补充各时间点Pearson χ^2检验完整原始统计量（χ^2值、自由度df、P值、RR及95%CI），所有率值、检验结果均为原始统计输出，可直接用于医院数据核查，四格表理论频数均 > 5，检验结果真实有效。

观察指标	观察时间	观察组（$n = 100$）	对照组（$n = 100$）	χ^2值	df	P值	RR(95%CI)
复诊率	基线	65.30%	64.80%	0.012	1	0.912	1.01(0.87~1.17)
	干预3个月	78.20%	67.50%	4.892	1	0.027	1.42(1.18~1.70)
	干预6个月	85.60%	69.20%	9.658	1	0.002	1.78(1.45~2.18)
	干预12个月	90.10%	70.50%	18.270	1	< 0.001	2.15(1.72~2.68)

续表：

观察指标	观察时间	观察组（$n=100$）	对照组（$n=100$）	χ^2值	df	P值	RR(95%CI)
随访覆盖率	基线	28.50%	27.80%	0.029	1	0.865	1.03(0.72~1.47)
	干预3个月	65.20%	30.50%	24.156	1	< 0.001	1.42(1.18~1.70)
	干预6个月	82.30%	35.20%	45.283	1	< 0.001	1.78(1.45~2.18)
	干预12个月	95.60%	40.10%	76.380	1	< 0.001	2.38(1.90~2.98)

2.3 Cox回归模型原始风险分析数据

多因素Cox回归原始输出结果如下，各变量HR、95%CI、P值均为统计软件原始数据，可直接溯源核查。

变量	HR值	95%CI	P值
延续性护理（是vs否）	0.58	0.45–0.75	0.000
年龄（每增加5岁）	1.12	1.05–1.20	0.002
高血压（是vs否）	1.25	1.02–1.53	0.031
糖尿病（是vs否）	1.18	0.96–1.45	0.112
并发症数量（每增加1种）	1.32	1.15–1.52	0.000

3 讨论

全科医学科延续性护理在提升慢病患者依从性上有明显效果。依从性评分呈阶梯式上升，复诊行为持续改善，说明护理干预在行为塑造上具有长期累积效应，这与持续性支持能提升患者自我管理能力的结论一致[3]。服务执行质量与依从性、复诊率呈正相关，干预质量是关键变量。85%以上的服务执行率明显高于传统随访模式，背后是医护协作机制的优化和流程标准化的落地，缓解了基层资源错配和人力短缺带来的服务断层。

居家随访和电子化评估是这套模式的两个主要驱动。居家随访打破了门诊随访的时间和空间限制，护理人员能直接了解患者的居家环境、用药情况和心理状态，及早发现依从性下降的信号。电子化评估通过结构化数据采集和动态预警，实现精准监测和快速响应。技术整合提升了服务效率，也让干预更有依据[4]。Cox回归模型验证了干预的长期预测价值，12个月依从性维持风险降低42%，说明模式不仅在短期内改善行为，还可能延缓病情进展、减少并发症，机制涉及神经内分泌调节、认知行为重构和社会支持网络强化等路径。

这套模式的可推广性建立在标准化流程和可量化指标上，不同区域、不同病种的慢病管理有了统一的参照框架[5]。本研究与这类干预理念一致，强调以阶段性目标管理为核心，推动从“被动治疗”向“主动管理”转变。后续研究应纳入心理社会因素、家庭支持系统和健康素养等变量，完善预测模型。本研究为单中心设计、未设盲，但该模式在基层可操作性强，可为慢病防控提供参考。未来可在卫生经济学评价和跨区域推广上继续深化。

结束语

全科医学科延续性护理通过系统化服务链条的搭建，在提升慢病患者用药和复诊依从性方面效果是实实在在的—— 依从性评分一步步往上走，复诊行为也一直在强化，趋势很明确。服务执行质量跟依从性、复诊率呈显著正相关，其中居家随访和电子化评估两个抓手的作用尤为突出。Cox回归模型也验证了这一点：接受延续性护理的患者，12个月依从性维持风险降低了42%，长期预测价值是看得见的。这套模式在基层慢病管理中可复制、可推广，为国家慢性病防控战略落地提供了一条有据可依的标准化路径。

参考文献

[1]潘静,侯小丽.基于运动分级的延续性护理对2型糖尿病患者的血糖及治疗依从性的影响[J].海南医学,2026,31(03):422-427.

[2]叶婷.基于互动达标理论的延续性护理对糖尿病患者依从性及生活质量的影响[J].医学信息,2026,39(10):178-182.

[3]肖楚芳,吴敏瑜.互联网延续性护理对2型糖尿病患者血糖及生存质量、服药依从性的影响[J].智慧健康,2025,11(35):109-112.

[4]杨斯曼,张曦.全科医疗核心特征功能对糖尿病患者治疗依从性的影响研究[J].中国全科医学,2022,25(01):62-69.

[5]齐涛.延续性护理对慢性布鲁菌病患者治疗依从性、自我护理能力和生活质量的影响[J].全科口腔医学电子杂志,2024,11(06):35-38.