

基于信息化平台的慢病管理模式与中医全科联合的实践研究

王雅琳 吴艳 王存娟

云和县白龙山凤凰山街道社区卫生服务中心, 浙江 云和 323600

摘要: 目的: 探索基于信息化平台的慢病管理模式与中医全科联合在基层医疗中的实践效果与可行性, 以提升慢病管理的协同性与有效性。方法: 将112例慢病患者随机分为对照组(常规慢病管理, 如规范用药、定期随访等)与观察组(依托“两慢病一体化门诊AI系统”, 结合中医体质辨识、个性化中医干预与数字化随访), 比较两组患者在依从性、生活质量(SF-36量表)及满意度等方面的差异。结果: 观察组慢病患者在生活质量评价中的总体健康、生理功能、社会功能、躯体疼痛、精力/活力及精神健康维度评分, 均优于对照组。(P < 0.05)。观察组慢病患者的服务满意度评分与整体治疗依从率均显著优于对照组。(P < 0.05)。结论: 信息化平台的慢病管理模式与中医全科结合能够实现中西医优势互补, 形成可推广的社区慢病管理路径, 为基层慢病防控提供了实践依据。

关键词: 中医全科; 信息化平台; 慢病管理模式

DOI: 10.64649/yh.shygl.issn3105-0085.202603027

0 引言

慢病是慢性非传染性疾病的简称, 当前慢病发病较为隐匿、病程较长, 并且发病机制一般难以明确、病因复杂、病程时间较长, 在采取相应的治疗措施后病情迁延难以治愈, 因此称为慢病^[1]。慢性病导致的死亡人数占全国总死亡人数的86.6%, 导致的疾病负担占总疾病负担的70%, 给我国带来了沉重的疾病和经济负担^[2]。笔者依托信息化平台的慢病管理模式与中医全科联合应用, 取得了较好效果, 报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取2025.4-2025.10在本院门诊就诊的112例慢病患者作为研究对象, 采用随机对照设计将研究对象分为对照组与观察组, 每组各56例。对照组患者年龄35~75岁, 平均(64.96±6.73)岁, 平均病程(9.55±6.33)年; 观察组患者年龄35~75岁, 平均(65.02±5.79)岁, 平均病程(8.00±5.80)年。两组患者在性别、年龄及病程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 纳入标准

①符合《中国高血压防治指南(2024年修订版)》^[3]关于原发性高血压的诊断标准和/或符合《中国糖尿病防治指南(2024版)》^[4]关于糖尿病的诊断标准; ②年龄在35岁至75岁之间; ③知情同意并愿意配合治疗的患者。

1.3 排除标准

①血压≥180/110 mmHg; ②继发性、难治性或白大衣性高血压; ③空腹血糖≥16.7或

≤3.9 mmol/L; ④有意识或行为改变、呼气有烂苹果味等急性并发症; ⑤合并急性心脑血管事件、肝肾功能不全等严重靶器官损伤或严重原发疾病; ⑥精神疾病或严重认知障碍; ⑦疑似吸毒、嗜酒或药物滥用; ⑧依从性差。

2 治疗方法

2.1 基础干预

两组患者均要求低盐低脂饮食, 保持平常的工作和生活习惯。

2.2 对照组

按常规的慢性病管理(规范用药、定期随访等), 具体方式为: 在社区中, 根据慢病分级管理定期为慢性病患者提供随访服务, 并开展慢病健康宣教、饮食指导, 由家庭医生团队为患者提供个体化诊疗服务, 提高患者的慢病认知水平, 改善其在日常生活中的自我管理行为。

2.3 观察组

在对照组常规的慢性病管理(规范用药、定期随访等)基础上, 依托“两慢病一体化门诊AI系统”联合干预, 具体干预为: 通过门诊一体机完成中医体质辨识与血压、血糖等数据采集, 结合ASCVD危险分层模型生成含慢病分级、健康画像的评估报告, 发放数字化健康处方; 中医全科医师结合平台数据综合评估病情, 沟通结果并指导患者规范自我管理; 家庭医生线上开展中医健康宣教, 线下举办讲座; 根据体质实施个体化中医适宜技术; 预约随访, 中西医联合定制优化方案, 实现“评估-干预-追踪”智能化闭环管理。

3 疗效观察

3.1 观察指标

生活质量评分(SF-36)用于评估患者的整体健康状况和生活质量。SF-36由36个问题组成,涵盖8个健康领域,每个领域通过若干问题评估健康的不同维度。SF-36量表各维度标准分范围为0至100分(0代表最差的健康状况,100代表最佳的健康状况)。

依从性评估包含遵医嘱用药、合理饮食、科学运动、定期监测、定期复诊5个方面,每个方面赋值20分,累计总分100分,得分越高表明患者依从性越好。

满意度评价采用10分制量表,评分标准划分为:<6分定义为不满意,6~8分为比较满意,>8分为满意。总满意度=(比较满意例数+满

意例数)/每组总例数×100%。

3.2 统计学方法

所有资料采用spss22.0统计软件进行分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示;组间比较用t检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 比较两组患者生活质量改善程度,干预前两组患者SF-36评分无显著性差异($P > 0.05$)。干预后,观察组评分较干预前显著提升($P < 0.05$),对照组无明显改善($P > 0.05$)。干预后,观察组的总体健康、生理功能、社会功能、躯体疼痛、精力/活力、精神健康显著高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 SF-36评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预	总体健康	生理功能	生理职能	情感职能	社会功能	躯体疼痛	精力/活力	精神健康
观察组	56	干预前	60.73 ± 8.11	76.79 ± 7.83	60.71 ± 13.36	80.95 ± 16.64	76.39 ± 7.66	75.29 ± 8.42	71.07 ± 5.70	75.79 ± 4.07
		干预后	65.09 ± 8.42 ^{△▲}	84.02 ± 6.16 ^{△▲}	71.43 ± 16.81 [△]	83.33 ± 16.82 [△]	85.32 ± 5.24 ^{△▲}	85.06 ± 6.74 ^{△▲}	73.39 ± 5.40 ^{△▲}	82.14 ± 4.51 ^{△▲}
对照组	56	干预前	59.95 ± 7.32	78.04 ± 8.51	61.16 ± 14.24	83.33 ± 16.82	78.18 ± 5.97	76.54 ± 7.66	69.55 ± 6.05	76.57 ± 3.45
		干预后	59.93 ± 8.14	79.93 ± 8.96	64.73 ± 24.67	85.12 ± 16.72	79.17 ± 5.22	79.92 ± 5.89	69.11 ± 5.49	76.93 ± 3.39

注:与干预前比较,△ $P < 0.05$;干预后,与对照组比较,▲ $P < 0.05$ 。

3.3.2 两组患者依从性评分比较,干预前两组患者比较无显著差异($P > 0.05$)。干预后,观察组依从性评分较对照组有显著提高($P < 0.05$)。见表2。

表2 依从性评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预	遵医嘱用药	合理饮食	科学运动	定期监测	定期复诊
观察组	56	干预前	11.48 ± 1.77	12.57 ± 1.46	11.52 ± 2.14	11.84 ± 2.48	12.07 ± 2.44
		干预后	16.70 ± 1.48 ^{△▲}	17.98 ± 1.33 ^{△▲}	15.95 ± 1.87 ^{△▲}	16.64 ± 2.09 ^{△▲}	14.95 ± 2.30 ^{△▲}
对照组	56	干预前	12.04 ± 1.71	12.77 ± 1.51	12.02 ± 1.88	12.16 ± 1.96	11.45 ± 2.20
		干预后	12.82 ± 1.35 [△]	13.75 ± 1.20 [△]	12.82 ± 1.61 [△]	13.04 ± 1.48 [△]	12.07 ± 1.77 [△]

注:与干预前比较,△ $P < 0.05$;干预后,与对照组比较,▲ $P < 0.05$ 。

3.3.3 对两组患者干预后的满意度进行比较,观察组满意度显著高于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 满意度[n(%)]

组别	例数	不满意	比较满意	满意	总满意度
观察组	56	1	29	26	55 (98.21%) [▲]
对照组	56	10	28	18	46 (82.14%)
X ²	-	-	-	-	8.17
P	-	-	-	-	0.004

注:与对照组比较,▲ $P < 0.05$ 。

4 讨论

随着我国人口老龄化加速,中老年群体因生理机能衰退、合并症多、认知退化,成为慢性病高发人群。慢性病管理的特点在于以慢性病患者为基础,以生理-心理-社会的统筹模式为出发点,把消除慢性病风险因素作为管理的首要任务,同时重视慢性病患者的临床治疗、康复锻炼及并发症防治,全方位、多视角为慢性病患者提供卫生服务^[5]。基层常规管理虽能控制血压、血糖,但在患者整体状态改善、依从性提升及自我管理培养上存在明显短板,中医“整体观”“治未病”等理念契合中老年慢

病“病程长、病机复杂、需长期调理”的本质需求，为破解基层老年慢病管理困境提供了新思路。

中医认为慢病根源为“正气内虚”，核心病机为“本虚标实”，需立足“治病求本”，通过辨证论治与体质调理恢复机体自稳。信息化平台整合患者生理数据，并为患者提供中医体质辨识结果，延伸“望闻问切”四诊，为基层精准管理提供支撑。具体而言，中医全科医师可依托平台数据，实施更具层次的中医综合干预。“数据驱动+辨证调理”的创新模式，既延续了中医“三因制宜”的个体化诊疗核心，又通过信息技术实现了干预过程的系统化、标准化与可追溯性，是“病证结合”理念在现代慢病管理中的生动实践。在全程干预思路上，本研究遵循中医“防、治、康、养”一体化的思想。不仅支持常规的慢性病管理模式，更助

力中医全科团队开展结构化中医健康管理工作：包括基于体质的分类调护指导、传授八段锦等调和气血的传统功法、使用耳穴压豆、艾灸、推拿等中医适宜技术，以及制定个性化食疗方案。这些非药物疗法易于融入社区及家庭日常场景，能够有效调动患者自身的自我调节潜能，与中医“扶正固本”的慢病管理理念相契合。

本研究基于信息化平台的慢病管理与中医全科联合，在提升患者治疗依从性、改善生活质量及提高服务满意度方面均有积极作用。同时也表明，中医全科凭借整体调节、身心同调的独特优势，能够有效弥补单纯生物医学模式在慢病长期管理中的不足，增强患者的自我管理效能与治疗信心，为慢性病管理模式的创新发展提供了新的思路与实践路径。

参考文献：

- [1] 孙勤, 王志明, 黄岳青, 等. 基于慢性阻塞性肺疾病专病管理模式开展全科医师规范化培训的效果研究[J]. 中华全科医师杂志, 2023, 22(2): 197-200.
- [2] 郑伟, 韩笑, 吕有吉. 中国人口慢性病的总体状况与群体差异[J]. 社会科学辑刊, 2022, (03): 139-149+209.
- [3] 中国高血压防治指南修订委员会, 高血压联盟(中国), 中国医疗保健国际交流促进会高血压病学分会等. 中国高血压防治指南(2024年修订版)[J]. 中华高血压杂志(中英文), 2024, 32(7): 603-700.
- [4] 中华医学会糖尿病学分会. 中国糖尿病防治指南(2024版)[J]. 中华糖尿病杂志, 2025, 17(1): 16-139.
- [5] 程念, 宋大平, 崔雅茹. 典型地区慢性病管理的主要做法及成效[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(11): 57-59, 68.

作者简介：王雅琳(1991—)，女，汉族，浙江云和，医学学士，主治医师，研究方向：慢性病防治、中医全科、医疗信息化、公共卫生与预防医学等。

项目信息：云和县科技计划项目(农社类)，“基于信息化平台的慢病管理模式与中医全科联合的实践研究”，(课题编号：20250021)。