

# 中西医结合视域下家庭医生对亚健康人群的健康管理

程思琪<sup>1</sup>, 刘晓宇<sup>1</sup>, 王术源<sup>1</sup>, 熊鑫婷<sup>1</sup>, 蔡莹莹<sup>1</sup>, 赵秀文<sup>1</sup>, 徐晓阳<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>济宁医学院临床医学院(附属医院), 山东 济宁

<sup>2</sup>济宁医学院基础医学院, 山东 济宁

收稿日期: 2026年5月27日; 录用日期: 2026年6月21日; 发布日期: 2026年6月30日

## 摘要

**目的:** 系统梳理中西医结合视域下家庭医生对亚健康人群健康管理的研究现状, 明确亚健康管理的理论框架、干预方法及服务模式, 识别当前研究中存在的热点与难点, 为该领域的理论发展与实践优化提供参考依据。**背景:** 亚健康已成为影响我国居民健康水平、加重慢性疾病负担的最突出公共卫生问题之一, 我国家庭医生签约服务覆盖率稳步提升, 但现有服务在亚健康干预领域存在服务同质化、干预不规范、人才短缺、机制不健全等问题。中西医结合的整体观念与“治未病”理念与亚健康的复杂性高度契合, 将两者深度融合具有重要的现实基础与战略价值。**方法:** 检索中国知网、万方数据、维普、PubMed、Web of Science及Cochrane Library等中英文数据库, 检索时限为各数据库建库至2025年12月。纳入标准为: (1) 研究对象为亚健康人群或与亚健康高度相关的状态; (2) 涉及家庭医生、全科医生或基层健康管理服务; (3) 包含中西医结合评估、干预或管理方案; (4) 研究类型包括随机对照试验、队列研究、横断面调查、系统综述等。最终纳入28篇中英文文献进行系统分析。采用NOS量表、Cochrane RoB 2.0工具、AMSTAR 2工具及CASP检查表进行质量评价。**结果:** 国外对慢性疲劳综合征、职业倦怠等亚健康相关状态已建立成熟的早期识别、分层评估和长期随访机制, 数字化健康技术已得到广泛应用, 部分国家已将中医理念与技术纳入基层全科服务流程。国内研究主要从五个方面展开: (1) 亚健康流行病学特征方面, 城市中老年居民亚健康普遍存在, 大学生检出率达51.2%, 中青年职场人群高发; (2) 评估方法方面, 当前以主观量表为主、缺乏客观指标, 亚健康作为转化医学新维度的理论框架, 中医体质辨识与西医指标融合建立多维亚健康风险评估模型; (3) 家庭医生服务方面, 重点人群签约率达75%, 但存在“重签约、轻履约”问题, 干预方式单一、缺乏闭环管理机制; (4) 中西医结合干预效果方面, 该模式在改善症状方面有显著效果; (5) 数字化应用方面, 可穿戴设备应用尚处初级阶段, 数据标准化和服务整合面临挑战。现有研究存在服务标准化缺失、卫生经济学评价滞后、数字化融合不足、人才机制不健全等关键瓶颈。**结论:** 中西医结合家庭医生服务模式在亚健康早期识别、综合干预和连续性管理方面具有独特优势, 能够有效改善亚健康症状、降低慢性病发病风险。建议未来着力构建标准化服务规范、完善人才培养与激励机制、加速推进智能化健康管理平台建设、深入开展卫生经济学评价研究, 为提升基层健康服务质量、助推医疗卫生服务模式向健康为中心转型、实现“健康中国”目标提供理论支撑和实践路径。

## 关键词

中西医结合, 家庭医生, 亚健康, 健康管理

\*通讯作者。

**文章引用:** 程思琪, 刘晓宇, 王术源, 熊鑫婷, 蔡莹莹, 赵秀文, 徐晓阳. 中西医结合视域下家庭医生对亚健康人群的健康管理[J]. 临床医学进展, 2026, 16(6): 2531-2539. DOI: 10.12677/acm.2026.1662476

# Family Doctor-Led Health Management for Sub-Healthy Populations in the Context of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

Siqi Cheng<sup>1</sup>, Xiaoyu Liu<sup>1</sup>, Shuyuan Wang<sup>1</sup>, Xinting Xiong<sup>1</sup>, Yingying Cai<sup>1</sup>, Xiuwen Zhao<sup>1</sup>, Xiaoyang Xu<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>School of Clinical Medicine (Affiliated Hospital), Jining Medical University, Jining Shandong

<sup>2</sup>School of Basic Medical Sciences, Jining Medical University, Jining Shandong

Received: May 27, 2026; accepted: June 21, 2026; published: June 30, 2026

## Abstract

**Objective:** To systematically review the current research landscape of family physician-led health management for sub-health populations through the lens of integrated traditional Chinese and Western medicine, to delineate the theoretical frameworks, intervention modalities, and service models of sub-health management, and to identify prevailing research hotspots and challenges, thereby providing an evidence-based reference for theoretical advancement and practical optimization in this field. **Background:** Sub-health has emerged as one of the most pressing public health concerns affecting the overall health status of Chinese residents and exacerbating the burden of chronic diseases. While the coverage rate of contracted family physician services in China has steadily increased, existing services are confronted with considerable challenges in sub-health intervention, including service homogenization, non-standardized interventions, shortage of qualified personnel, and inadequate institutional mechanisms. The holistic paradigm of integrated traditional Chinese and Western medicine, together with the principle of “preventive treatment of disease” (Zhi Wei Bing), aligns intrinsically with the complexity of sub-health conditions. The deep integration of these two approaches thus holds substantial practical significance and strategic value. **Methods:** A comprehensive systematic search was performed across Chinese and English databases, including CNKI, Wanfang Data, VIP, PubMed, Web of Science, and the Cochrane Library, covering the period from database inception to December 2025. Studies were eligible for inclusion if they met the following criteria: (1) study populations comprised individuals with sub-health status or conditions closely related to sub-health; (2) studies addressed family physicians, general practitioners, or primary health management services; (3) studies incorporated integrated traditional Chinese and Western medicine assessment, intervention, or management protocols; and (4) study designs included randomized controlled trials, cohort studies, cross-sectional surveys, systematic reviews, and other relevant types. A total of 28 Chinese and English-language studies were ultimately included for systematic analysis. Quality appraisal was conducted using the Newcastle-Ottawa Scale (NOS), the Cochrane Risk of Bias 2.0 tool (RoB 2.0), the AMSTAR 2 instrument, and the Critical Appraisal Skills Programme (CASP) checklists. **Results:** Internationally, mature mechanisms for early identification, stratified assessment, and long-term follow-up have been established for sub-health-related conditions such as chronic fatigue syndrome and occupational burnout. Digital health technologies have been widely adopted, and several countries have incorporated traditional Chinese medicine concepts and techniques into primary general practice service workflows. Domestic research has primarily concentrated on five domains: (1) Epidemiological characteristics of sub-health: Sub-health is highly prevalent among urban middle-aged and elderly residents, with a detection rate of 51.2% among university students and a particularly high incidence among young and

middle-aged working populations. (2) Assessment methodologies: Current approaches rely predominantly on subjective scales and lack objective biomarkers. A theoretical framework positioning sub-health as a new dimension of translational medicine has been proposed, and multi-dimensional sub-health risk assessment models integrating traditional Chinese medicine constitution identification with Western medicine indicators have been developed. (3) Family physician services: The contracted service coverage rate for key populations has reached 75%; however, problems persist, including an emphasis on contract signing over contract fulfillment, monotonous intervention approaches, and the absence of closed-loop management mechanisms. (4) Effectiveness of integrated traditional Chinese and Western medicine interventions: This model has demonstrated significant efficacy in alleviating sub-health symptoms. (5) Digital health applications: The application of wearable devices remains at an early exploratory stage, and data standardization and service integration present ongoing challenges. Critical bottlenecks identified across existing studies include the lack of service standardization, lagging health economics evaluation, insufficient digital integration, and underdeveloped talent cultivation mechanisms. Conclusion: The integrated traditional Chinese and Western medicine family physician service model demonstrates distinctive advantages in the early identification, comprehensive intervention, and continuous management of sub-health, effectively ameliorating sub-health symptoms and reducing the risk of chronic disease onset. Future efforts should prioritize the establishment of standardized service protocols, the refinement of talent cultivation and incentive mechanisms, the accelerated development of intelligent health management platforms, and the in-depth implementation of health economics evaluation research. These endeavors will provide theoretical support and practical pathways for enhancing the quality of primary health services, facilitating the transformation of the healthcare delivery model toward a health-centered paradigm, and achieving the “Healthy China” strategic goal.

## Keywords

Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Family Physician, Sub-Health, Health Management

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 背景

由于社会经济快速发展,居民生活方式、行为习惯都发生了重大变化,故而亚健康已经成为影响我国居民健康水平、加重我国慢性疾病负担最突出、最紧迫的公共卫生问题[1]。需要明确的是,亚健康人群虽未符合现代医学明确的疾病诊断标准,但是普遍存在生理机能减退、心理情绪失衡、睡眠紊乱、社会适应能力下降等诸多多维异常表现[2][3]。最新流行病学调查数据清楚地表明,我国亚健康人群已达4亿人,占总人口的30%,中青年及职场人群高发[4]。若不能及时、规范地进行早期干预,亚健康人群发展为高血压、2型糖尿病、心脑血管疾病等慢性病人群的风险将大大增加,也必然给个人、家庭及整个医疗卫生体系都带来长期、沉重的负担[5][6]。

家庭医生作为我国分级诊疗制度与基层医疗卫生服务体系的核心力量,在连续性、综合性、个性化的健康管理中发挥着不可替代的作用[6][7]。我国家庭医生签约服务覆盖率近年来稳步提升,服务内涵持续拓展[8][9]。2022年国家六部门联合印发《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》,强调以健康为中心,强化重点人群健康管理,推动基层中西医协同服务[7][10]。同时中西医结合作为我国医疗卫生事业的一项特色,其整体观念、辨证论治、个体化干预和“治未病”的核心理念与亚健康的动态

性、复杂性高度契合[11][12]。《“健康中国 2030”规划纲要》《“十四五”中医药发展规划》等系列政策均明确提出,在基层医疗卫生机构推广中医药适宜技术,强化中西医协同,推进“治未病”健康工程[13][14]。在此背景下,将中西医结合理念与方法深度融入家庭医生签约服务体系,构建具有中国特色的亚健康全周期管理模式具备重要的现实基础与战略价值[2][5][15]。

本文有明确的理论意义和极强的实践价值:从理论上说,先对国内外有关亚健康干预、全科医学服务及中西医结合健康管理的已有研究做了系统梳理,由此厘清中西医结合在亚健康识别、评估、干预各环节的作用机制,为构建符合我国国情及卫生体系特点的基层亚健康管理理论提供学术支撑。从实践上讲,本文直面家庭医生签约服务中亚健康干预所遇种种痛点,即服务同质化[7][16]、干预不规范[2]、人才短缺[6][17]、机制不健全[10],继而提出基于中西医结合的优化路径,因此有利于真正提高基层健康服务质量,也有利于助推医疗卫生服务模式向以健康为中心平稳转型,最终为降低慢性病发病风险、提高居民健康水平、实现健康中国目标都提供切实可行的解决方案。

## 2. 方法

### 2.1. 材料和方法

#### 2.1.1. 文献检索

本研究对已发表的关于中西医结合、家庭医生签约服务及亚健康人群健康管理相关的文献进行系统的回顾分析,检索中国知网(CNKI)、万方数据知识服务平台(Wanfang Data)、维普中文科技期刊数据库(VIP)、PubMed、Web of Science 及 Cochrane Library 等中英文数据库,检索时限为各数据库建库至 2025 年 12 月。中文检索词包括:“亚健康”“家庭医生”“家庭医生签约服务”“全科医生”“健康管理”“中西医结合”“中医体质辨识”“治未病”等,并根据检索结果进行布尔逻辑组合(如“家庭医生”AND“亚健康”;“中西医结合”AND“健康管理”)。英文检索词包括:“suboptimal health”“family doctor”“general practitioner”“chronic fatigue syndrome”“health management”“integrated traditional Chinese and Western medicine”“preventive treatment of disease”等,并使用相应的布尔逻辑运算符(如“family doctor”AND“suboptimal health”;“integrated medicine”AND“health management”)。同时手工检索 Google Scholar 及 ClinicalTrials.gov 数据库。

#### 2.1.2. 文献的筛选和数据的提取

阅读所有检索的文献,按照纳入和排除标准对文献进行筛选。文献纳入标准包括:(1)研究对象为亚健康人群或与亚健康高度相关的状态(如慢性疲劳综合征、职业倦怠、新冠后疲劳状态等);(2)涉及家庭医生、全科医生或基层健康管理服务;(3)包含中西医结合评估、干预或管理方案;(4)研究类型包括随机对照试验、队列研究、病例对照研究、横断面调查、系统综述/Meta 分析及质性研究;(5)文献语种限定为中文或英文。文献排除标准包括:(1)重复发表的文献;(2)会议摘要、评论、信件、新闻报道等非原始研究或非系统综述类文献;(3)无法获取全文的文献;(4)与亚健康、家庭医生或中西医结合主题明显无关的文献。初检共获得相关文献 126 篇,经逐层筛选后最终纳入符合标准的文献 28 篇[1]-[28]作为本综述的核心分析文献。

### 2.2. 文献质量评价标准

对于横断面调查和队列研究,采用 Newcastle-Ottawa Scale (NOS)评价量表进行质量评估;对于随机对照研究,采用 Cochrane 偏倚风险评价工具(RoB 2.0);对于系统综述/Meta 分析,采用 AMSTAR 2 工具进行质量评价;对于质性研究,采用 CASP 质性研究检查表进行评价。质量评价由两位研究者独立完成,

如有分歧通过讨论或咨询第三位研究者解决。纳入的 28 篇文献中, 质量评级为 A 级(高质量)的文献 12 篇, B 级(中等质量)的文献 14 篇, C 级(低质量)的文献 2 篇, 后者主要因样本量较小或研究设计存在一定局限性。

### 3. 结果

#### 3.1. 高流行率与评估局限

国内流行病学研究一致表明, 亚健康已成为覆盖城市中老年、大学生及职场中青年等多个群体的普遍问题。张孜成等[1]发现城市中老年居民亚健康状况受年龄、性别、经济收入及生活方式等多因素影响; 贾钰等[4]的 Meta 分析显示大学生亚健康检出率高达 51.2%, 且 2020 年后呈回升趋势; 麦洁梅等[21]指出不良生活方式是诱发亚健康的重要风险因素; 袁玲等[2]则强调从事脑力劳动的中青年为高发群体, 以疲劳为主要症状。上述结果表明, 亚健康干预的需求极为迫切。

然而, 当前的评估方法难以支撑大规模、精准化的早期识别。袁玲等[2]系统分析指出, 现有评估以亚健康评定量表(SHMS V1.0)和康奈尔医学指数(CMI)等主观量表为主, 缺乏客观生物标志物。Wei 等[28]提出“亚健康作为转化医学新维度”的理论框架, 呼吁发展更精准的评估工具。这一评估工具的局限性直接影响了后续干预的针对性和有效性——当无法对亚健康人群进行准确分型和风险分层时, 家庭医生便难以制定个体化的管理方案。

#### 3.2. 服务模式的制约

家庭医生签约服务本应是亚健康管理的主要载体, 但实践中受到评估工具不足和服务模式缺陷的双重制约。周珊等[8]的 Meta 分析显示, 全国重点人群签约率已达 75%, 但张研等[7]指出存在“重签约、轻履约, 重慢病管理、轻亚健康早期干预”的问题, 政策配套不及时、基层人才急缺、居民获得感有待提高。韩杨等[16]采用 SWOT 分析发现, 针对亚健康人群的服务多以基础体检、健康教育为主, 干预方式单一、个性化不足, 缺乏闭环管理机制。栗壮等[17]进一步指出, 人才结构不合理、激励机制不健全是制约服务推广的关键因素。

值得注意的是, 上述服务模式的缺陷与评估工具的局限性形成了恶性循环: 粗放的评估导致粗放的干预, 而粗放的干预又反过来降低了服务提供方改进评估工具的动力。在服务模式创新方面, 牟鉞雨等[6]探索的三甲医院全程管理模式和郑秦等[18]验证的上海“1 + 1 + 1”签约模式虽为优化资源配置提供了有益经验, 但这些创新主要针对慢性病管理, 对亚健康人群的适用性仍需验证。程连等[19]和崔士豪等[20]分别从供需双方及多元利益主体视角的分析也提示, 服务设计需兼顾各方需求, 而目前亚健康管理尚未成为家庭医生签约服务的核心考核内容。

#### 3.3. 干预效果与证据不确定性

在现有服务模式框架下, 部分研究尝试引入中西医结合干预并报告了积极效果。李冬军等[5]在社区老年 2 型糖尿病管理中采用中西医结合方式, 显示能改善症状、控制血糖; 王伟英等[15]将中医“治未病”理念与 3P 健康管理融合, 证实能提升患者生活质量; 张冀东等[11]和胡宗仁等[26]从学科建设和人才培养角度强调中西医协同的重要性。干预技术层面, 家庭医生团队运用针灸、推拿、食疗等中医适宜技术与营养、运动、心理等现代手段组合形成综合方案[11][13]。

然而, 这些证据大多来自小样本、短周期的探索性研究, 缺乏长期随访和大规模验证。更重要的是, 干预效果的证据不确定性直接源于前文所述的评估工具缺陷——由于基线评估缺乏客观化、标准化指标, 不同研究之间难以比较, 干预效果的归因也存在困难。换言之, 评估工具的局限不仅制约了服务模式的

精细化，也使得干预效果证据的等级难以提升。

### 3.4. 数字化应用与国内外差距

数字化技术被视为打破上述困境的重要杠杆。国内研究方面，范子璇等[22]综述指出移动医疗、远程监测正在改变健康管理形态，但数据标准化和服务整合仍存挑战；杨鑫鑫等[23]系统梳理发现可穿戴设备在睡眠、体力活动、心率监测方面已初步应用，但在数据互联互通、风险预警模型等方面尚处于起步阶段。

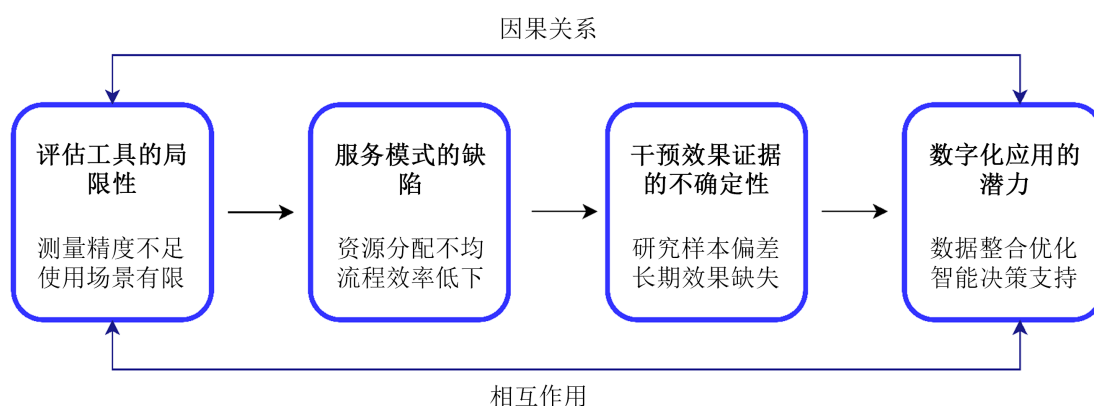
相比之下，国外对慢性疲劳综合征、职业倦怠等亚健康相关状态已建立较为成熟的管理体系。Tyson [3]评析英国 NICE 指南指出，发达国家依托全科医生制度，已实现早期识别、分层评估和长期随访；W 等[24]发布的 EPA 指南强调多学科协作与数字化工具结合，并指出分级运动疗法及常规认知行为治疗不宜作为一线方案，应代之以节律管理、个体化对症处理及多维度支持照护。K 等[25]聚焦新冠后疲劳状态的感染预防实践，提示特殊时期需平衡防控与照护。值得关注的是，补充与替代医学的循证研究近年明显增长，中医药相关疗法在改善疲劳、睡眠障碍等方面的疗效已获更多设计严谨的研究证实[24]，部分国家已将中医理念与技术正式纳入基层全科服务流程[3] [25]。

国内外对比显示，国内在数字化赋能、多学科融合方面存在明显差距，但国外经验也为国内提供了可借鉴的路径——即通过数字化技术实现连续评估和实时干预，从而部分缓解评估工具不足和服务碎片化的问题。

## 4. 讨论

### 4.1. 现有研究的优势与局限

综合上述结果，国内外学者在中西医结合视域下家庭医生对亚健康人群健康管理领域已取得显著进展。亚健康流行病学特征基本明晰，城市中老年、大学生及职场人群的高发态势已得到系统揭示[1] [4]，以疲劳为核心指标的评估思路为家庭医生签约服务提供了可行切入点[2]。中西医结合评估与干预体系初步建立，中医“治未病”与现代健康管理的深度融合路径得到理论论证[12] [13]，实证研究验证了中西医结合方案在改善亚健康症状、控制慢性病指标方面的效果[5] [15]，中西医协同理念也为学科建设和人才培养提供了理论支撑[11]。此外，家庭医生服务模式创新取得实质进展，三甲医院全程管理模式和上海“1+1+1”签约模式的可行性得到验证[6] [18]，国外全科医生制度下亚临床状态管理的成熟经验也为国内提供了重要参考[3] [24]。



**Figure 1.** A correlation model of issues in the family physician suboptimal health management assessment-service-evidence system and digitalization potential

**图 1.** 家庭医生亚健康健康管理评估 - 服务 - 证据体系问题与数字化潜力关联模型

尽管现有研究取得上述进展,但仍存在若干明显局限(见图1)。首先,标准化评估工具与操作规范缺失。当前亚健康评估以主观量表为主,缺乏客观生物标志物和标准化多维评估体系[2];家庭医生签约服务在亚健康干预领域缺乏统一的服务内容、分级干预路径和质量控制标准,导致服务同质化、干预不规范、个性化不足[7][16][20]。其次,卫生经济学评价严重滞后。现有研究多未涉及成本-效果分析[7][10],难以为医保支付、服务定价和政策推广提供可靠依据,限制了服务的可持续性。再次,数字化与智能化融合程度不高。可穿戴设备应用尚处于数据采集初级阶段,在数据互联互通、风险预警模型等方面研究薄弱[23];“互联网+健康管理”在数据标准化和服务整合方面仍面临挑战[22],与国外广泛应用相比差距明显[3]。最后,人才队伍与激励机制支撑不足。基层家庭医生中西医结合服务能力不充分,人才结构不合理、激励机制不健全是关键制约因素[17][19]。

## 4.2. 中西医结合模式的分型分析

中西医结合在亚健康管理中的实践并非单一形态。通过对现有文献的梳理,可归纳出三种代表性模式:诊断融合型、干预互补型与全程整合型。

诊断融合型将中医辨证(体质辨识、舌脉诊)与西医诊察(理化指标、心理量表)相结合,构建多维亚健康评估模型[2][12]。其优势在于弥补主观量表局限,提高评估准确性,并为中医干预提供依据[13][14]。局限是中医与西医指标的融合尚处于“并行”阶段,缺乏理论模型与数据标准,舌脉诊客观化不足[2][13]。实践挑战包括:基层医生需同时掌握中西医评估技能,耗时较长,且缺乏融合评估效度的验证[7][16]。

干预互补型在营养、运动、心理等现代干预基础上,叠加针灸、推拿、食疗等中医技术,形成多元化方案[11]。优势是技术简便、成本较低,善于处理疲劳、失眠等现代医学薄弱环节,居民接受度高[5]。局限在于技术多为简单叠加,个体化不足,效果归因困难[15]。实践挑战包括:技术操作标准化欠缺,部分疗法存在资质与安全隐患,服务时间与激励机制不匹配[17][19]。

全程整合型追求筛查-评估-干预-随访的全链条闭环管理,涉及服务理念、流程、组织与制度的系统性整合[6]。优势是服务连续、系统,有利于卫生经济学评价[3][24]。局限是实施成本高,证据基础薄弱,制度适配不足[10]。实践挑战包括:跨机构协作机制不完善,信息系统互操作性差,对人才复合能力要求极高[11][26]。

三种模式比较:干预互补型短期可行性最高,可作优先推广路径;诊断融合型中期价值在于夯实评估标准化;全程整合型长期价值最大,需分步推进[17]。建议采取“近期以干预互补型为主,中期发展诊断融合型,远期向全程整合型过渡”的策略。三种模式可在不同层级并存——社区卫生服务中心侧重干预互补型,区域健康管理中心承担诊断融合型功能,紧密型医联体探索全程整合型[6][18]。

## 4.3. 未来研究方向

基于上述优势、局限与模式分析,结合“健康中国2030”战略需求,未来研究可从以下方向重点突破:

第一,构建标准化、可操作的中西医结合亚健康管理服务规范,厘清筛查标准、评估工具、分级干预路径、转诊指征、随访周期等核心要素,形成可推广、可考核的基层操作流程,重点推进评估方法客观化转型,探索中医体质辨识、西医理化指标与可穿戴设备数据相结合的复合型评估模型。

第二,完善基层人才培养与激励机制,借鉴中西医协同学科建设思路,系统开展家庭医生团队规范化培训,强化中西医结合服务能力,同时将亚健康管理服务纳入医保支付、公卫服务购买及绩效激励体系,为服务可持续性提供制度保障。

第三, 加速推进数字化、智能化健康管理平台建设, 依托 5G、人工智能、大数据及可穿戴设备技术, 开发亚健康动态监测、风险预警和个性化干预推送功能, 借鉴国外成熟经验, 形成“线上监测 + 线下干预”一体化的基层亚健康管理新模式。

第四, 深入开展卫生经济学评价研究, 开展高质量的成本 - 效果分析和成本 - 效用分析, 为政策制定者提供循证依据, 推动中西医结合亚健康管理服务正式纳入基本公共卫生服务项目和医保支付范围。

## 5. 结论

本文系统梳理了中西医结合视域下家庭医生对亚健康人群健康管理的国内外相关文献, 从亚健康流行病学特征、评估方法、家庭医生服务现状、中西医结合干预效果及数字化应用等五个方面归纳了领域内的研究进展, 揭示了当前服务标准化缺失、卫生经济学评价滞后、数字化融合不足及人才机制不健全等关键瓶颈, 并据此提出了构建标准化服务规范、完善人才培养与激励机制、推进智能化管理平台建设及开展卫生经济学评价等未来研究方向。从理论层面厘清了中西医结合在亚健康识别、评估、干预各环节的作用机制, 为构建符合我国国情的基层亚健康管理理论体系提供了学术支撑; 从实践层面直面家庭医生签约服务中亚健康干预的痛点与难点, 提出了基于中西医结合的优化路径, 为提升基层健康服务质量、助推医疗卫生服务模式向健康为中心转型、降低慢性病发病风险、实现“健康中国”目标提供了切实可行的参考依据。

## 基金项目

济宁医学院大学生创新训练计划项目(cx2024600py)。

## 参考文献

- [1] 张孜成, 薛允莲, 许军, 等. 城市中老年居民亚健康状况及其影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2023, 39(1): 27-31.
- [2] 袁玲, 石建伟, 俞文雅, 等. 家庭医生签约促进视角下中青年亚健康状态评估方法现况分析[J]. 中华全科医学, 2023, 21(3): 357-360.
- [3] Tyson, F.S. (2024) Appraisal of Clinical Practice Guideline: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Clinical Practice Guideline for Myalgic Encephalomyelitis (or Encephalopathy)/Chronic Fatigue Syndrome: Diagnosis and Management. *Journal of Physiotherapy*, 70, Article 155. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2024.02.007>
- [4] 贾钰, 周紫彤, 曹学华, 等. 中国大学生亚健康状态检出率的 Meta 分析[J]. 中国循证医学杂志, 2023, 23(8): 901-907.
- [5] 李冬军, 赵小兰, 马忠杰, 等. 家庭医生签约服务模式下采用中西医结合方式对社区老年 2 型糖尿病患者进行健康管理的效果研究[J]. 中国社区医师, 2020, 36(35): 181-182.
- [6] 牟鈺雨, 张林, 安康, 等. 三甲医院全程健康管理模式下的家庭医生签约服务实践[J]. 中华全科医学, 2023, 21(7): 1085-1088.
- [7] 张研, 艾云杰, 王晨舟, 等. 家庭医生签约服务高质量发展的政策价值与实践挑战[J]. 中国全科医学, 2025, 28(31): 3879-3883+3889.
- [8] 周珊, 王金霞, 李娜, 等. 我国家庭医生签约率及相关因素 Meta 分析[J]. 中华全科医学, 2025, 23(12): 2092-2096.
- [9] 袁静, 周厚荣. 家庭医生签约服务国内外发展现况[J]. 贵州医药, 2025, 49(7): 1038-1040.
- [10] 郝思凯. 家庭医生签约服务政策的变迁逻辑与高质量发展路径研究——基于政策整合的分析框架[J]. 中国卫生政策研究, 2025, 18(4): 9-17.
- [11] 张冀东, 张曾宇, 何清湖, 等. 基于中西医协同理念的健康服务与管理学科建设的思考[J]. 中医教育, 2023, 42(5): 56-60.
- [12] 方锐, 杨勇, 任建萍, 等. “中西医并重”视角下中医“治未病”与健康管理的对比及融合研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2018, 20(11): 1929-1935.
- [13] 陈莉莉, 潘蜜蜜, 庞艳. “中西医并重”视角下中医“治未病”与健康管理的融合研究[J]. 中医药管理杂志, 2023,

- 31(23): 180-182.
- [14] 应秀燕, 王婷, 陈小燕. 中西医结合健康管理学科及服务体系的构建与效果[J]. 中医药管理杂志, 2022, 30(6): 199-200.
- [15] 王伟英, 张丽娜, 王斌. “中西医并重”视角下中医“治未病”融合 3P 健康管理的应用效果[J]. 中医药管理杂志, 2022, 30(16): 193-195.
- [16] 韩杨. 社区卫生服务机构健康管理服务模式 SWOT 分析[J]. 社区医学杂志, 2022, 20(13): 762-766.
- [17] 栗壮, 张建国, 贾薇. 家庭医生签约服务现状及影响因素研究进展[J]. 临床医学研究与实践, 2025, 10(5): 187-190.
- [18] 郑秦, 郑英杰, 宫蔚菊, 等. 上海家庭医生“1 + 1 + 1”签约服务模式慢性病管理的思考与展望[J]. 中国社会医学杂志, 2026, 43(1): 101-104.
- [19] 程连, 张勇, 李媛媛, 等. 社区居民与全科医生对家庭医生签约服务的选择偏好[J]. 中华全科医学, 2024, 22(12): 2084-2087.
- [20] 崔士豪, 时生辉, 张丹, 等. 多元利益主体视角下家庭医生签约服务的发展路径[J]. 中国医药导报, 2025, 22(21): 193-197.
- [21] 麦洁梅, 钟小燕, 郑隆霞, 等. 健康促进生活方式与亚健康状态的相关性——基于数字化企业车间工人的分析[J]. 暨南大学学报(自然科学与医学版), 2024, 45(2): 192-200.
- [22] 范子璇, 毕颖斐, 王帅, 等. 我国互联网+健康管理模式发展现状及趋势[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2023, 22(2): 198-201.
- [23] 杨鑫鑫, 郭清, 王晓迪, 等. 近十年我国可穿戴设备在健康管理领域的研究现状及发展趋势[J]. 中国全科医学, 2023, 26(12): 1513-1519.
- [24] Gaebel, W., Kerst, A., Janssen, B., *et al.* (2020) EPA Guidance on the Quality of Mental Health Services: A Systematic Meta-Review and Update of Recommendations Focusing on Care Coordination. *European Psychiatry*, **63**, 1-47. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.75>
- [25] Gohil, S.K., Septimus, E., Sands, K.E., *et al.* (2023) Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection Prevention Practices That Exceed Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Guidance: Balancing Extra Caution against Impediments to Care. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, **44**, 2074-2077. <https://doi.org/10.1017/ice.2023.89>
- [26] 胡宗仁, 沈承玲, 骆敏, 等. 中西医协同理念助力建设健康服务与管理专业规划教材[J]. 中医教育, 2023, 42(1): 24-27.
- [27] 窦宏伟, 窦昕皓. 家庭医生签约系统在慢性病管理中的应用[J]. 医药前沿, 2025, 15(20): 130-134.
- [28] Wang, W. and Yan, Y. (2012) Suboptimal Health: A New Health Dimension for Translational Medicine. *Clinical and Translational Medicine*, **1**, Article No. 28. <https://doi.org/10.1186/2001-1326-1-28>