



我服务 你健康

编者按:

今年的9月是以“回顾、传承、展望:基本公共卫生服务,我服务你健康”为主题的“基本公共卫生服务宣传月”。本期内容聚焦3家社区卫生服务中心的创新实践,展现基本公共卫生服务从无到有、从有到优的坚实足迹。这项服务如同一张细致入微的防护网,守护着人民群众全生命周期的健康。医务工作者在践行“我服务,你健康”的庄严承诺中,也感受到温暖的双向奔赴。

“三高”一起管 “六病”早设防

汕头市大华社卫中心探索慢性病综合防治模式

□刘欣 郑树鑫

“三高”是指大众熟悉的高血压、高血糖、高血脂,“六病”是指这三种病和它们带来的心血管、脑血管、肾脏的并发症。”长期专注高血压、糖尿病等慢性病和心脑血管系统、内分泌系统疾病的内科主任医师彭小雨介绍。

2016年,汕头市金平区大华街道社区卫生服务中心(下称“大华社卫中心”)正式成立,承担起大华街道和石炮台街道的12.2万常住居民的预防、医疗、保健、康复、健康教育等服务。面对人才短缺、医疗设备落后的困境,2020年7月金平区人民医院(下称“区医院”)与大华社卫中心组建起一体化医联体,作为区医院副院长、内科主任医师的彭小雨兼任起大华社卫中心主任,并凭借自己对社区居民“老高糖”的熟悉,开启了大华社卫中心探索“三高共管,六病同防”的慢性病综合防治模式。

1/ 一体化医联体实现救治“加速度”

“三高”不仅发病率高,控制达标率低,且往往合并发生。如不及时干预,将显著增加心脑血管疾病、肾脏病变、眼底疾病及下肢血管神经病变等并发症的发生风险和死亡风险,给个人、家庭和社会带来沉重负担。”彭小雨说。

作为医疗卫生服务体系的基础环节,社卫中心需提供常见病、多发病的诊疗服务,在守护民众健康的“最前线”,是基本公共卫生服务的“主力军”。为此,大华社卫中心以慢性病防治为抓手,充分发挥一体化医联体优势,将“防病”与“治病”相结合,通过筛查关口前移、分类精准管理、整合式诊疗、高效转诊与连续性便民服务等,最大限度地从普通人群中早期发现高危者和患者,并将难治、继发性及危重症高血压患者、疑难复杂和控制不良的糖尿病患者及时、高效地进行转诊和救治。

今年6月,70岁的糖尿病患者张伯(化名),在参加免费体检时测量血压发现,其右侧血压为130/60毫米汞柱,左侧血压为60/55毫米汞柱。脉压差较大,护理人员随即引导其到医联体内科专家门诊对老人进行病史采集及体格检查:发现双上肢血压不等2小时,左侧肢体皮温偏凉,左侧腕动脉

不易触及。考虑到老人既往2型糖尿病且服药多年,专家给予他双上肢动脉彩超和胸部CT检查,同时开启绿色通道,待结果显示:左侧锁骨下动脉粥样硬化斑块形成,导致管腔狭窄,引起左侧上肢血压降低。立即转至三甲医院行血管造影检查,患者确诊为主动脉管严重粥样硬化所致左锁骨下动脉狭窄,且局部狭窄程度>90%,有介入治疗指征。经过一系列的高效转诊与连续性服务,老人得到了有效救治。

“这是‘加速度’的绿色通道,一点也不耽误!”彭小雨说。大华社卫中心与区医院仅有一墙之隔,非常便利。民众可以在这里参加CT、磁共振检查,对于基层医疗机构有难度较高的生化检验,也可以在这里完成。物理距离的临近与联动机制的创新,让双向转诊变得非常顺畅。

目前,通过一体化医联体大华社卫中心开设了急诊室、儿科诊室、发热门诊、联合病房、检验科及影像科等联合科室,还实现了药品的一体化管理。即在大华社卫中心看病开药,可以到区医院拿药,药品品种更加齐全。有民众表示:“社卫中心与区医院各方面互通,我们心里有底,感觉社区医生的水平也提高了。”



开展慢性病健康知识讲座

2/ 特殊门诊“一站式”服务更贴心

为了推动慢性病“防”与“治”的深度融合,作为“金平名医”的彭小雨,坚持每周二、三坐诊特殊门诊,开展“三高”等常见慢性病及其主要并发症的诊疗服务,对慢性病患者从营养、运动、戒烟、心理等生活方式上干预指导开始,制定个性化干预方案及处方,为合并有慢性疼痛的老年人、慢性病患者提供针灸、理疗等中医适宜技术和中西医结合全方位服务。

“最喜欢特殊门诊,有专家坐诊,可开处方、拿药、做检查,在一个地方搞定,省时省力又省钱。”72岁的高血压患者王伯(化名)说,他三年前在大华社卫中心体检发现血压问题后接受管理,通过按时吃药、定期监测,身体状态良好,血压也一直保持平稳。

特殊门诊提供的是一站式”服务,即由医护人员进行血压监测和基本情况询问,针对监测有问题的患者,查阅健康档案,如已建档,由专家会根据健康档案和实际监测情况,进行干预治疗;如未建档,护理人员在记录详细情况后,由专家看诊,确诊为“三高”的慢性病患者,将直接转至家庭医生,由家庭医生协助其建立健康档案并纳入慢性病管理。与彭小雨配合在特殊门诊坐诊的家庭医生黄思颖介绍说,如果患者病情控制不理想,她们会2个星期后进行电话随访跟踪询问。

“慢性病重在管理。最难的是转变老

人观念,很多老人不愿意吃药,不愿意去医院做检查,内心很脆弱,怕得病……我们要了解他们的心理,帮助他们认识慢性病,了解慢性病。”大华社卫中心临时负责人陈静玮说,首诊量血压、测血糖面向的是辖区全体居民及就诊者,对糖尿病患者还会增加足背动脉搏动摸查。“我们采取分层、递进式管理慢性病人群。对新发现人群:侧重于风险干预与健康行为建立;对在管患者,除常规电话随访和用药指导外,更注重并发症的早期预防。”

平时大华社卫中心通过与健康专干、社区公共卫生委员会的密切配合,将健康管理信息推送至居民身边。如通知35岁以上的居民来量血压、测血糖;电话邀请民众参加健康讲座……从2020年至今年上半年,在管的高血压患者人数从683人上升至4785人,糖尿病患者人数从375人上升至2482人,且去年大华社卫中心慢性病门诊量达6021人次,居民的认可度和依从性进一步提高。

如今,在“三高共管,六病同防”慢性病防治的基础上,大华社卫中心继续聚焦老年人健康管理和老年骨质疏松等问题,开展共建共管的防治探索,让辖内民众就医更加便利的同时“不得病、少得病、晚得病、不得大病”。(作者单位:省卫生健康委宣教中心 大华社卫中心)

9月24日,今年第18号台风“桦加沙”袭击广东。在惠州市大亚湾经济技术开发区霞涌街道东兴社区,网格员兼“健康小屋”的健康指导员温尉和他的团队在台风来临前就开始了紧张的防灾准备工作。“22日到23日,我们重点走访了独居老人家庭,检查防风措施,了解食品饮用水储备情况,并叮嘱他们台风天气不要外出。”温尉说。

考虑到安全因素,东兴社区健康小屋这些天暂停开放。在平日,这里总是格外热闹。老人们常在健康指导员的协助下,使用健康一体机测量体重、血脂和血压,几分钟就能拿到健康评估报告。

每周一和周五,霞涌社区卫生服务中心(以下简称“霞涌社卫中心”)会派医务人员前来驻点,提供免费体检、诊断建议、科普讲座及中医治疗体验。健康小屋已成为街道开展基本公共卫生服务的重要落脚点。

霞涌社卫中心副主任陈燕军表示,健康小屋不仅是便民的健康监测站点,更是连接社区、医疗机构和居民的重要纽带,探索出“家门口的健康”服务新范式。

一场源于需求的共建

东兴社区属于典型的“养老型社区”,常住人口约1100人,其中60岁以上老人超过300人,占比达27%。这些老人多来自省外,子女在珠三角其他城市工作,因喜爱这里靠海、环境宜居而选择在此养老。其中不少是独居或与老伴同住,慢性病管理需求突出。

“之前很多老人对慢性病有病耻感,不愿公开病情,甚至不愿承认得病。加上我们的服务地点不固定,举办健康讲座时,经常只有十来名居民参加。”陈燕军回忆。

在深入了解社区需求后,霞涌社卫中心萌生设立固定健康服务点的想法。经过与东兴社区沟通协商,最终由社区党支部牵头,联合社卫中心、开发商和物业共同签署共建协议,将小区内一处两层约200平方米的活动用房进行改造,一楼作为老年人活动中心,二楼打造为健康小屋。

“协调过程中,场地、设备资金和人员配置是最大难点。”东兴社区党支部书记洪嘉慧介绍,社区党支部牵头,通过座谈会、入户走访收集意见,召开联席会议明确分工;社区党支部负责向街道办申请建设资金和组织协调,社卫中心提供医护人员和技术支持,开发商和物业保障场地。

“小屋”托举“大健康”

惠州市霞涌街道探索守护“家门口的健康”

□朱琳 蔡建娥



居民在健康小屋进行健康检查

2023年,健康小屋正式运营。内部设置健康自测区、中医养生区、健康教育课堂等功能区,配备艾灸理疗床、按摩仪器等设备,成为集医疗保健、健康管理和康复治疗于一体的综合服务平台,也是基本公共卫生服务在社区的有效延伸。

从“拒检”到“主动参与”

健康小屋带来的不仅是服务便利,更是居民健康观念的转变。居民蒲姨(化名)2023年入住社区,通过参与社区活动接触到健康小屋服务。“我有三叉神经痛,疼起来不敢说话、不敢吃饭。健康小屋的陈护士帮我联系广州的医院,开通绿色通道。”蒲姨说。如今,她不仅更关注自身健康,还主动加入健康小屋的志愿者队伍。

蒲姨口中的“陈护士”,是霞涌社卫中心家庭医生签约服务团队的管护士陈志英。她在这个团队已经工作15年。“最初居民对我们不太信任,总觉得免费的服务不可靠。”陈志英说。通过为居民测量血糖血压、开展健康宣教等服务,她和同事们用真诚和专业的服务逐渐赢得居民的信任。

与在社卫中心坐诊不同,在健康小屋,医护人员有更充足的时间解答居民疑问,了解生活习惯,提供个性化建议。居民咨询最多的是高血压和

糖尿病相关问题。“很多老人认为‘没症状就不用测血压’,我们需要反复解释规范用药和定期监测的重要性。”陈志英说。

此外,健康小屋每月还推出特色活动。第二周周一的中医药膳体验,志愿者们提前做好养生粥品;每月1次的中医养生讲座,医生结合季节特点教授穴位按摩等实用技能。

数据显示,健康小屋的建立显著提高社区老年人和慢性病患者的健康管理率。从2020年到今年6月,社区在管老年人数量从49人增至170人,增长率为246.94%;在管慢性病患者从47人增至137人,增长率为191.49%。基本公共卫生服务的覆盖面和实效性得到有力提升。

社区治理的新平台

温尉主要负责收集居民健康需求,组织宣传活动和处理健康个案。在他看来,这项工作虽然没有任何额外报酬,但却让他学到了更多健康知识,也让他与居民的关系更加紧密。“以健康为话题,居民更愿意向我们敞开心扉,接纳我们的服务。”温尉说。

针对社区内东北籍居民较多的特点,温尉独创“少盐少糖多蔬菜,粗粮杂粮杂着来”等口诀,配上食谱海报张贴在社区公告栏上。健康指导员每季

度都会接受霞涌社卫中心的专业培训,内容包括基础医疗知识、健康监测技能等。

通过每周入户走访,温尉能及时了解居民健康状况。遇到无法处理的问题,就反馈给社区医务人员,协调上门服务。去年冬天,他发现一位肺气肿长者因呼吸困难无法出门,随即联系家庭医生团队。第二天,陈志英和同事带着设备上门,为老人检查,还教其家人如何使用家用吸氧机。“以前叫救护车才能去医院,现在医生上门,省了很多事。”患者家属感激地说。

温尉认为,有些老人的健康问题根源在于缺少陪伴。他印象最深的是76岁独居老人,患有脑梗后遗症,拒绝正规治疗,长期购买保健品,每月花费1000~2000元,几乎占退休金的一半。经社区、派出所、医院多方介入,最终联系上老人在东北的家人,说服他们将老人接回老家照顾。9月电话随访时,老人说很感谢社区工作人员帮他解开与家人的心结,现在心情和身体都好多了。

退休教师黎叔(化名)也是一位健康指导员,他因高血压在健康小屋签约家庭医生服务。“医生根据我年龄大、有脑梗史的情况,给出了详细的饮食建议,教我打太极拳、练八段锦。”通过规范治疗,黎叔的收缩压从150~160毫米汞柱降到130毫米汞柱左右。受益于健康服务后,每逢健康小屋举办活动,他都主动提前到场帮忙布置场地、引导居民,“看到大家顺利做检查,我也开心。”

洪嘉慧介绍,目前健康小屋有16名健康指导员,包括社区和街道社卫中心工作人员,以及居民志愿者。他们协助开展日常健康检查、咨询服务和组织健康宣讲活动,成为健康小屋正常运转的重要支撑。

在洪嘉慧看来,健康小屋像一根“纽带”,串联起医疗资源、居民需求和社区治理平台,推动社区从“管理型组织”转向“服务型社区”。这种模式既回应了居民最关心的“健康痛点”,又通过高频互动增强社区凝聚力,也为基本公共卫生服务在社区的可持续发展提供了可复制路径。

(作者单位:省卫生健康委宣教中心 惠州大亚湾开发区疾控中心)

广州市新市社卫中心:

做居民身边的智能健康守护者

□朱琳 刘欣 岑裕华

机器人的应用场景也不断拓展,从疫苗接种通知,延伸到老年人提醒提醒、慢性病随访、居民健康档案复核等基本公共卫生服务环节,成了基层医护人员的好帮手。为了更好地服务本地居民,中心还提升机器人语音识别能力,结合家庭医生团队的训练,完善语料库和对话知识库。

从智能外呼到数据打通 服务持续升级

新市街的创新实践很快引起区级关注。白云区在此基础上推广建设“一体化回访平台”,嵌入人工系统,实现名单抽取、自动外呼、结果反馈全流程管理,覆盖全区重点人群回访需求。该平台的使用,使得基本公共卫生服务样本量更足、代表性更强,降低了因样本偏差导致评估失真的可能性。

然而,当大量数据通过“智能助手”汇聚,新的挑战随之而来:不同业务系统,标准各异的数据,如何有效打通并转化为服务居民的能力?

为破解数据壁垒,中心引入居民健康档案智能助理系统。该系统运用数据挖掘技术(RPA/IPA),模拟人工操作,抓取体检、建档、疫苗等不同系统的数据库,实现数据自动化搬运,完成从数据源获取、人机对话任务执行、业务结果分析到录入的闭环,显著提升效率。

居民小敏(化名)对服务升级感触很深。2017年,她因感冒就医而签约新市社卫中心家庭医生服务,自此便成了中心的“常客”。“现在每年会接到1到2次智能语音电话,核实健康档案信息,询问基础疾病。并不觉得打扰,反而感觉是一种健康关怀。”小敏说。

前些天,小敏因月经周期不规律,打开“穗好办”小程序找到签约医生,咨询调理方法。这样的操作她已习以为常,但她仍记得2017年刚签约时的情景:“那时候签的是纸质协议,厚厚一摞档案,查找不方便还怕丢。现在电子签约很方便,能随时查看签约医生信息、服务内容,在线预约挂号也不用排队。”

小敏说到的电子签约,是新市社卫中心2022年上线的“5G健康签”数字家庭医生解决方案。居民手机操作就能

完成签约,不用来回跑。据了解,以往签约需居民填写纸质表格,工作人员还要将信息分别录入人工、医保系统,重复劳动多且容易出错。电子签约不仅节省时间,也减少了数据录入误差。

值得关注的是,目前新市社卫中心的“5G健康签”已并入广州“穗好办”平台,对接“穗好办”小程序,实现快速签约、履约、健康咨询等一站式服务。据统计,广州市级平台自2024年试点上线以来,截至今年8月中旬,累计签约量已达827.9万人次。

技术背后是“人”的温度

“我们做人工智能应用,是为了节省人力,让医务人员从简单重复的工作中解放出来,有更多时间和精力去关心居民,让服务更有温度。”易海连强调。

试用智能外呼系统时,团队曾收到居民抱怨。有位老人同时患有高血压和糖尿病,智能语音机器人按预设流程拨打电话询问,老人不耐烦地跟中心反馈:“刚打完高血压又问糖尿病,能不能一次性问完?”团队立即优化话术,将多种问题融合到一次呼叫中,避免重复打扰。

此外,医护人员开展体检、慢性病随访等面对面服务时,会引导居民关注并接听智能外呼电话,提升应答率与配合度。针对年轻人偏好电子问卷的特点,系统增加扫码填写功能,提升数据收集效率,形成“语音外呼+电子问卷”多渠道反馈机制。同时,新市社卫中心建立人工复核机制,智能外呼中满意度低于3分的记录,安排医务人员回访,了解居民具体需求和意见,及时改进服务。

在基层医疗服务中,医生与居民之间的信任尤为重要。

新市社卫中心全科医疗部部长钟秀丽是一名儿科医生,她的微

信好友里有1000多名签约居民,常联系的有200多人。通过“线上咨询+线下诊疗”,她赢得不少居民信任。有一个四孩家庭,从第一个孩子小时候起就找钟秀丽看病,后来孩子父母、奶奶,甚至他们的亲戚朋友有健康问题,都会找她咨询。“有次大娃出现咳嗽伴气喘,家长急得微信找我。我根据孩子的情况,指导家长如何使用雾化药物,告诉他们出现哪些情况需要及时去医院。后来孩子的症状得到缓解,家长特别感激。现在,我们不仅是医患关系,更像是朋友。”钟秀丽笑着说。

尽管取得了一定成效,人工智能在基层医疗中的应用仍面临挑战。应答率逐渐下降是一个明显问题,一方面是受“骚扰电话效应”影响,居民对非人工呼叫的接受度降低。此外,人工智能在处理复杂问题方面能力不足,难以应对居民多样化的健康咨询需求。易海连认为,更深层次的信息化建设需要顶层设计支撑。智能助理系统能打通的多是“小范围数据”,涉及数据量大、系统差异大的大平台信息壁垒,单靠基层单位这一个“点”很难突破,需要更高层级推动。

尽管如此,新市社卫中心的探索并未停歇。目前,中心正推进老年人健康体检信息化系统建设,计划对接B超、心电图等设备数据,实现基本公共卫生服务中体检数据自动集成与报告生成。

正如易海连所说,社卫中心只是一个点,但如果每个点都能发光,最终将汇聚成照亮整个行业的光芒。

(作者单位:省卫生健康委宣教中心 新市社卫中心)



医生带领居民练习八段锦