



2023党建引领成都基层医疗卫生服务论坛暨 卫生健康高质量发展 优秀案例展播

指导单位：成都市卫生健康委员会 主办单位：川报集团华西社区传媒 封面新闻社区频道 川观新闻社区发布

如何预防老人跌倒？华西专家支招

华西社区报讯(记者 刘俊 摄影报道)“老人跌倒有哪些危害?”“如何预防老人跌倒?”……近日,一场以“老年患者跌倒预防”为主题的健康讲座走进温江,受到居民“热捧”。此次讲座由国家老年疾病临床医学研究中心(四川大学华西医院)(以下简称“中心”)联合成都市温江区公平街道社区卫生服务中心共同举办,来自四川大学华西医院老年医学中心的十余位专家以现场讲座及义诊的方式,为老年患者提供咨询和诊疗服务。

讲座中,专家从老年人跌倒的危害、预防跌倒措施、日常安全锻炼等方面进行了细致讲解,并在讲座游戏环节和答疑环节与老年人交流互动。在



专家在健康讲座中为居民进行讲解。

义诊中,专家们对老年人的身体状况进行了细致检查,并为老人提供有针对性的健康指导,从而降低老年人的疾病发生率,提高老年人群自我保护和预防跌倒的意识。

记者获悉,此次健康讲座及义诊活动,是中心落实国家关于“健康中国”战略的具体行动之一,得到了社区居民和老年患者的广泛好评。作为全国老年医学领域的权威机构,中心将继续加大在老年健康科普、老年健康管理、老年健康服务上的投入,多形式开展老年健康宣教活动,不断提升科普宣教的水平和质量,为构建幸福、健康的社区养老服务体系作出积极贡献。

家庭医生融入微网实格+互联网慢病管理模式 社区建起“高血压综合防控网”

“我们把高血压综合防控网络做成一个集预防、筛查、诊疗、健康教育、并发症随访、双向转诊为一体的立体闭环网络,让家庭医生和上级专家做到了对基层病人的共管。对病人来说,常见病多发病在社区就可享受与大医院一致的同质化服务,依从性和满意度大大提高。”近日,成都市成华区青龙社区卫生服务中心副主任陈芳芳受邀参加“第十届海峡两岸全科医学大会”,在学术周主题论坛“数字医疗与信息化”板块,以“城市社区高血压综合防控网管理实践——家庭医生融入微网实格+互联网慢病管理模式的探索”为主题分享了成华模式的经验。

近年来,成华区青龙社区卫生服务中心探索利用“微网实格”“健康网底”“医联体”等诸多要素及工作基础,提升包括高血压病在内的慢性疾病管理水平,探索出“建设城市社区高血压综合防控网”的管理模式,为创新慢病管理提供了可实践的真实案例。

“微网实格”赋能家庭医生 健康服务更精准

“我们需要承担成华区青龙、白莲池两个街道14个社区19.947万常住人口的基本医疗和公共卫生服务,辖区处在城乡结合部,流动人口多,需要服务的人数远超20万。”陈芳芳介绍,目前中心所服务的辖区内,常住的老年人约1.7万人,高血压患者约1.1万人,在传统慢病管理模式下,一直存在不少高血压患者没有纳入管理的情况。

2022年底以来,青龙社区卫生服务中心依托辖区街道“微网实格”体系建设,积极探索“家庭医生+微网格员+互联网慢病管理”融合机制,把网格触角延伸到每一户居民,让家庭医生快速精准为居民提供健康咨询和医疗服务,让群众健康更有“医”靠。

目前,通过“微网实格”赋能家庭医生服务,该中心已经将健康服务延



中心医生给社区健康卫士志愿者授课。

伸到微网实格中,通过家庭医生团队、社区网格员、物业、热心居民等组成的健康管理服务志愿者团队有针对性地去做健康教育、筛查、科普等,最大限度地做好重点人群健康管理,青龙社区卫生服务中心主任严塔金介绍:“青龙中心是率先建立‘粉丝’团队协同模式的中心之一,而家庭医生团队融入‘微网实格’治理机制赋予这一模式更多的内涵和政策支撑;家庭医生团队和微网格员、志愿者深入社区开展慢病教育、义诊、微网格员健康服务培训等工作,把更多尚未发现的包括高血压病在内的多种慢病患者‘找到’,并做好后续管理,预防和延缓患者并发症发生,减轻社会和家庭的负担,切实打通健康服务的‘最后一公里’。”

烛龙管理系统实现全程闭环 健康服务更规范

辖区有多少高血压患者?哪些高血压患者需要提供定期用药指导?今年1月开始,青龙社区卫生服务中心密集开展高血压筛查工作,“通过筛查,目前已新增了300余名高血压在管患者。”陈芳芳介绍,为了能够更加科学地对辖区居民进行健康管理,中心从2022年4月开始,与川大华西医院心内

管内科博导陈晓平教授展开合作,在省内率先采用“烛龙慢病管理系统”对社区高血压患者进行筛查并实现全程闭环管理。依托微网实格,目前已全面摸清辖区健康基线,每位高血压患者都建档纳入社区慢病管理网络,家庭医生可以实现对该类人群的精准分类分层分期管理。

普通高血压患者,由社区家庭医生提供诊断、治疗并定期评估调整药物,做到精准用药、健康指导,实现24小时血压平衡;病情复杂、血压时常不太稳定、常规用药难以起效的患者,将被纳入陈晓平教授团队的“烛龙管理系统”,这部分患者会定期接受动态血压监测,数据通过网络及时传送给华西医院的管理团队,由华西专家提供远程会诊,指导用药,处理预警情况。

社区居民也将可以通过互联网应用,通过自我监测,及时上传数据,医生根据居民的监测数据进行跟踪随访、及时干预,华西心内科专家可以通过烛龙数据监测,及时联系社区医生,给出专业的指导和建议,真正形成居民健康档案双向动态更新机制。通过主动出击、精准干预、双向互动方式,真正形成了重点人群智慧健康服务闭环管理模式,全面提升社区居民医疗健康服务获得感。

慢病管理“一体化”门诊 健康服务更便捷

天气渐暖,花红柳绿。身体虽然还在恢复之中,但青龙辖区54岁的高血压患者刘先生却心情不错,打算康复之后去公园散步,感受满城春色。前不久,刘先生因工作繁重长期熬夜,个人身体健康未能得到足够的重视。4月初,刘先生突然感觉心悸、呼吸困难,家庭医生团队及时对他的情况进行了处理,并将其转诊至上级医院。

经全面系统检查,刘先生被确诊为高血压引发的综合病症,住院治疗结束后返回社区进行日常健康管理,“家庭医生们都很贴心,告诉我以后要怎么用药,还为我建立了随访档案,方便复诊时评估恢复情况。”刘先生在一个小本子上密密麻麻地记录下家庭医生给出的用药和饮食建议。

慢性病病程长且病情迁延不愈,科学的健康管理尤为关键。结合诊疗实际,青龙社区卫生服务中心正在积极打造慢病管理“一体化”门诊,“门诊位于新山社区的新院区,面积有1000多平方米。”陈芳芳介绍,该门诊开诊后可为患者提供从慢性病的预防、筛查,到慢性病的诊治,再到慢性病的康复、保健和管理的“一站式”、全方位、多角度医疗服务,同时,计划通过智慧医疗建设,将其打造成慢性病患者档案信息管理平台、随访管理平台和健康教育平台。

加强慢性病健康诊疗和管理是成华区青龙社区卫生服务中心一直探索的方向。接下来,该中心将逐步深化家庭医生融入微网实格工作内容及内涵,通过全面提升慢病管理应用能力及研究水平,把家庭医生融入微网实格+互联网慢病管理模式移植到糖尿病、慢阻肺、骨质疏松症等慢病的管理中,让更多的慢性病患者得到合理有效的诊疗,提升居民健康获得感。

华西社区传媒记者 彭戎 中心供图