

湘西土家族苗族自治州人民医院 成功救治罕见基因畸形高危新生儿

本报讯 (通讯员 杨靖熙) 近日,湘西土家族苗族自治州人民医院麻醉科联合普外科、新生儿科、手术室护理团队,成功为一名出生仅48小时、合并罕见MID1基因突变及多重先天畸形的高危新生儿完成肛门成形术,妥善处置一例临床少见、麻醉风险极高的疑难病例。

患儿出生后确诊肛门闭锁,同时合并疑似马蹄肾、L4半椎体、小于胎龄、疑似MID1基因突变,此类多种畸形合并基因异常的病例临

床极为罕见,暂无既往成熟诊疗经验。

据介绍,MID1基因突变可诱发人体中线结构多发发育畸形,所致Opitz综合征常伴随气道结构异常、心肺发育缺陷、脊柱畸形等问题,是新生儿麻醉的极高危因素,加之患儿胎龄小、器官发育不成熟,术中极易发生气道梗阻、循环波动、呼吸骤停等致命风险,麻醉管理难度极大。

为抢抓最佳救治窗口期,规避严重并发症,该院立即

启动多学科会诊,全面评估麻醉及手术风险,制定个体化麻醉方案与应急预案。在充分告知家属相关风险并完成备案后,团队于7月14日上午为患儿实施急诊手术。术中麻醉科、新生儿科精准气道管控、精细麻醉深度调整,备齐各类抢救药品;护理团队严格落实新生儿保温及精准监护;普外科手术团队高效精细操作,仅半小时顺利完成手术。患儿术中生命体征平稳,术后安全返回新生儿科继续治疗。

医护一体化结合临床路径模式 提升县级医院健康教育工作质量

医护一体化是医护之间分工明确、互通信息,相互协作的一种模式,能保护双方利益和实现共同目标。临床路径是针对某一疾病建立的标准化治疗模式与治疗程序,是有关临床治疗的综合模式。

在县级医院,传统的医护分开健康教育,对病情的解释和指导可能存在较大差异,导致医护健康教育不协调,患者改变自身危害健康行为的效果不明显。

为解决上述问题,2024年1月,邵阳市洞口县人民医院护理部联合医务部、病案质量控制部、全面质量控制办等部门,创新构建医护一体化结合临床路径健康教育模式,提升教育质量。

成立联合管理办公室 由护理部牵头,联合医务部、病案质量控制部、全面质量管理办组建健康教育联合管理办公室,制定《医护一体化结合临床路径健康教育实施方案》,规范健康教育流程,制定员工健康知识、宣教技巧培训与考核标准,对健康教育质量进行管控、数据分析及持续质量改进。

组建健康教育小组 各临床科室组建专科医护一体化结合临床路径健康教育小组。管床医生和责任护士一起查房,共同评估患者健康问题、制定治疗方案,做到医护双方掌握的信息一致,实施健康教育内容口径一致,避免宣教内容遗漏或冲突,增强患者及家属对医护人员的信任感、对治疗措施的依从性。

制定临床路径表 科主任、护士长组织科室骨干医护人员,制定专科标准化健康教育临床路径表。内容包括路径应用的疾病,患者基本信息,宣教医生、护士签名等。健康教育内容根据住院时间在表中罗列出来,便于医护人员查房时对照落实、核查宣教内容。

开展培训与考核 健康知识培训采取院级和科级相结合。院级培训主要针对全院普遍存在的共性问题,如医护患沟通技巧、健康教育礼仪、临床常见问题应对等。科级培训立足专科病种特点、临床工作实际及岗位宣教弱点,开展针对性、实操性更强的专科健康知识与宣教技能,培训内容考核成绩纳入绩效管理。

建立双重质控管理体系 建立院级督查+科室自评的双重质控体系,保障健康教育工作落地落实。科主任、护士长每天自查科室健康教育落实情况、宣教记录完整性、患者知识掌握情况,及时整改不足。

联合管理办公室每月通过患者访谈、病历查阅等方式,督查科室健康教育临床路径执行情况、医护协同宣教落实情况、患者健康知识掌握率等指标,形成质控报告,反馈至各科室,督促科室整改不足,跟踪评估整改效果,持续提升健康教育工作质量。

实施医护一体化结合临床路径健康教育模式干预后,全院医护人员专科健康知识掌握率整体提升,由干预前80.76%提升至91.92%。干预后住院患者疾病认知、用药知识、下肢静脉血栓预防知识、饮食注意事项等健康知识掌握率,由干预前86.80%提升至96.45%,患者健康认知水平有效改善,自我健康管理能力明显增强。

医护一体化结合临床路径健康教育模式,通过医护有计划、有目的、科学性地对患者实施教育,让患者全面、详细地掌握病因、治疗、检查、饮食等知识,满足了患者对健康知识的需求,增进了疾病治疗的依从性和信心,增强了医护患三者之间信任。多部门联合管理、全员培训考核、双重质控督查的闭环管理体系,从制度、人员、流程、质控多维度保障了健康教育工作落地见效,提升了教育工作质量。该模式操作规范、可行性强、应用效果好,契合基层医疗服务高质量发展需求,具备推广应用价值。

洞口县人民医院 龙莉平

做实“签”字,写好“约”章

——关于家庭医生签约服务的几点思考

家庭医生签约服务是卫生健康行业密切联系群众的纽带,也是推进以基层为重点的分级诊疗体系建设的重要环节。2025年,国家卫生健康委等六部门出台文件,提出深化签约服务“六个拓展”。在此政策框架下,本文结合基层实践,对家庭医生签约服务的若干问题作几点思考。

签约服务的目的与意义

从制度设计层面看,家庭医生签约服务的核心目的,在于逐步建成以家庭医生为健康守门人的家庭医生制度。家庭医生签约服务以全科医生为核心、团队为支撑,通过签约,建立长期稳定的契约关系,将个体与群体健康照顾融为一体。践行全生命周期健康管理理念,家庭医生签约服务强调“防治结合、持续有效、综合、个性化”的服务模式,从预防保健到疾病诊疗,从康复指导到慢病管理,家庭医生为群众提供全链条、全周期的健康守护。同时,回应人口老龄化与疾病谱变化的现实需求,传统的以疾病为中心的医疗服务模式已难以满足群众日益增长的健康需求。家庭医生签约服务通过主动联系、主动服务,卫生健康服务关口前移,推动卫生健康服务从“以治病为中心”向“以健康为中心”转变。

创新性服务群众的举措

近年来,各地按照政策要求积极探索创新,形成若干值得关注的服务模式:

一是服务供给多元化。家庭医生既可以是全科医生,也可以是其他类别临床医师(含中医类别)、乡村医生及退休临床医师。

二是服务内容清单化。2025年,国家卫生健康委印发《家庭医生签约基本服务包

清单(试行)》,提出一般人群及9类重点人群基本服务包内容及服务要求。在此基础上,鼓励各地建立签约服务项目库,由签约居民根据自身需求“点单”选择服务内容。

三是服务方式便捷化。各地积极推进“互联网+”签约服务。通过研发上线家庭医生签约服务信息系统,居民通过各地“居民健康卡”微信公众号实现“指尖签约”。

几点工作误区

误区一:重签约数量、轻履约质量。部分地区将签约率作为核心考核指标,导致出现“为签而签”“签而不约”的现象。签约只是起点,持续的履约服务才是关键。如果签约后没有实质性的服务跟进,群众自然感受不到签约的价值,甚至产生“被签约”的负面体验。

误区二:将家庭医生等同于“私人医生”。一些居民对家庭医生的职能定位存在误解,认为签约后家庭医生应随叫随到、上门服务。事实上,上门服务主要针对行动不便、失能失智的老年人、残疾人等确有需求的人群。日常的慢病随访、健康咨询、优先转诊、定期推送健康信息等才是更常态的服务内容。

误区三:签约服务是基层机构的“独角戏”。在实践中,部分地区的上级医院参与度不高,签约服务的资源协同效应未能充分释放。



工作建议与今后努力的方向

一是持续做实重点人群签约服务。重点做好老年人、慢性病患者、残疾人等群体的签约履约工作。按照政策要求,对高风险人群适当增加服务频次,对部分老年人开展上门或面对面随访服务。

二是不断提升家庭医生服务能力。加强家庭医生的健康管理、健康教育、健康体重管理、营养膳食指导等能力,重点加强针对性、操作性强的实用技能培训,推动家庭医生当好群众的“健康守门人”。

三是强化签约服务的信息化支撑。进一步完善“互联网+”签约服务平台,加强居民健康信息联通。做实预约转诊服务,将医共体牵头医院的专家号源、预约检查等交由家庭医生管理。

四是加强签约服务的宣传引导。每年5月19日“世界家庭医生日”和“九九重阳节”等前后开展主题宣传活动,广泛开展签约服务“进机关、进企业、进社区、进家庭、进养老机构”等活动,让更多群众了解签约服务、愿意签约、主动履约。只有将签约的“纸面合约”转化为实实在在的健康守护,才能真正把家庭医生签约这件“关键小事”办成百姓心头的“暖心大事”。

长沙浏阳市小河乡卫生院

刘宗发