健康关口“往前移” 慢病管理“快起来”



新华社北京10月29日电 （新华社记者彭韵佳、刘宇轩、杨琳） 慢性病起病隐匿、病程长，患者常常辗转多个科室之间，费时耗神。

今年10月召开的全国卫生与健康大会上，习近平总书记对慢性病防控提出进一步要求：加强慢性病综合防控，完善防治康管全链条服务。

记者在多地走访看到，越来越多的基层医疗卫生机构建起慢病一体化门诊，“治未病”日益成为人民群众的健康共识。

一体化门诊落地 慢病管理有了新变化

10月22日一早，江苏镇江丹徒区世业镇卫生院门诊大厅里已有了不少人。86岁的崔荣海和其他几位慢病患者守在全-专联合门诊门口，等候市里的专家出诊。

世业镇坐落于长江第四大岛，岛上常住人口7000多人，老年人口占一半以上，高龄患者过江求医多有不便。

除全-专联合门诊外，世业镇卫生院还与镇江市第一人民医院共建联合病房，专门收治内分泌科、心血管内科、神经内科、消化内科的康复期患者。上级医院制定诊疗方案、远程查房，卫生院医护人员日常值守、按基层医疗机构标准收费。

镇江市卫生健康委基层卫生健康科科长张金志介绍，世业镇卫生院立足镇域人口结构与慢病发病特点，打造健康管理、运动康复、胃肠镜三大特色中心，丰富基层医疗卫生服务供给。

作为江苏省慢病运动健康干预试点单位，卫生院还配套设立运动健康中心，配备体质检测一体机、康复器械，为高血压、糖尿病患者开具个性化运动处方，将饮食、运动干预纳入慢病全周期管理，推动公众健康观念从“治已病”向“治未病”转变。

“目前，全镇登记在册2074名慢病患者，每人都建立了电子健康档案。”卫生院家庭医生王圣勤介绍，家庭医生责任团队分片包村，常态化入户随访，上门检测血压、血糖数据，实时录入数字化慢病管理平台，方便医生连续跟踪病情变化。

基层网底强起来 “家门口”保健显实效

慢病管理能不能落到实处，关键看基层网底牢不牢、服务能不能沉下去。

在河南宝丰县商酒务镇卫生院，63岁的犁湾沟村村民吕占国高兴地把手里的健康体检报告单交给医生：“血压稳住了！”

吕占国患高血压已有15年，过去每年复查得进城三四趟。如今，他蹬上电动车，定期到镇里量一次血压、拿一次药，来回不到二十分钟。

长期以来，基层卫生室缺人手、缺机制，“大水漫灌”式的粗放管理导致大批心脑血管疾病、糖尿病等慢病患者“发现晚、管理难、住院多”。宝丰县曾是这样一个典型。

依托紧密型县域医共体先行先试，宝丰县选派163名县级骨干医师下沉包乡联村，和乡、村医生结对巡诊；配置了健康体检一体机、眼底镜等设备，血常规、B超、眼底筛查一站式解决。

“现在，乡、村两级基层医疗机构还实现了中医适宜技术全覆盖，可开展十余项中医理疗项目。”商酒务镇卫生院负责人张书华说，卫生院还开设中医日间病房，推行42个中医优势病种的诊疗护理方案。

《国民健康“十五五”规划》提出，发展防治康管全链条服务，健全早筛早诊早治体系，设立慢性病一体化门诊，强化多病同防同治同管。

各地正以“小切口”撬动慢病防治的“大改变”：山东寿光创新打造基于地理信息的“智慧健康地图”，慢病管理服务“找上门”；广西南宁探索“诊疗+医保”一站式服务，推动药品直配社区、专家远程阅片，让百姓少跑腿；浙江海盐打造“智能健康小站”，可以量血压、测血糖、称体重，数据自动上传。



推动健康关口前移 每个人是第一责任人

在浙江杭州拱墅区长庆潮鸣街道社区卫生服务中心，家庭签约医生李文君细细梳理80多岁的陈大伯既往病史，发现陈大伯是典型的“三高”患者。

“光吃降压、降脂药远远不够，得规范降糖。”李文君为陈大伯量身定制了饮食和运动方案，还定期电话随访、疏导情绪。经过两年持续规范化健康管理，陈大伯的身体状况得到明显改善，各项关键指标逐步向好。

“针对公众慢病防治认知不足、主动参与度不高等问题，我们推出治疗与预防并举的双处方，引导慢病患者主动做好健康管理。”长庆潮鸣街道社区卫生服务中心主任周斌锋说。

据统计，我国约有4.5亿名慢病患者，久坐、熬夜、吸烟酗酒、不健康饮食、缺乏运动等是重要诱因。

建成国家慢性病综合防控示范区578个，心脑血管疾病、癌症、糖尿病、慢性呼吸系统疾病等重大慢性病防治行动实施方案相继发布；启动为期3年的“体重管理年”活动，5500多家二级、三级医疗机构设立了健康体重管理门诊……我国慢性病综合防控战略正在持续推进。

推动健康关口前移是防治慢病的关键一环。国家卫生健康委有关负责人表示，每个人要真正意识到自己是健康的第一责任人，培育良好健康的生活方式，进行有规律的生活安排。