

**胡恒萍 全科医学主任医师**

- 医学本科、心理学硕士。三甲医院工作经历 9年
- 2001年全脱产1年参加广州市全科医师骨干培训班学习，之后一直从事全科医学临床实践和社区卫生服务，并于2008年晋升全科医学主任医师。
- 广东省国家公共卫生项目慢性病管理专家组成员
- 广东省医师协会全科医师分会 副主任委员
- 广东省基层卫生协会 副会长
- 广东省高校保健协会 副会长
- 广东省家庭医生团队师资培训首批省级师资

序号	2009年版	项目	2011年版
1	城乡居民健康档案管理	城乡居民健康档案管理	
2	健康教育服务	健康教育服务	
3	预防接种	预防接种	
4	0-36个月儿童健康管理	0-6岁儿童健康管理	
5	孕产妇健康管理	孕产妇健康管理	
6	老年人健康管理	老年人健康管理	
7	高血压患者健康管理	高血压患者健康管理	
8	2型糖尿病患者健康管理	2型糖尿病患者健康管理	
9	重性精神疾病患者管理	重性精神疾病患者管理	
10	传染病报告和处理	传染病及突发公共卫生事件报告和处理服务	
11		卫生监督协管服务	

2015年9月11日，《国务院关于推进分级诊疗的指导意见》：

- 基层医疗卫生机构：为诊断明确、病情稳定的慢性病患者、康复期患者、老年病患者、晚期肿瘤患者等提供治疗、康复、护理服务。
- 2015年，分级诊疗试点将以高血压、糖尿病、肿瘤、心脑血管疾病等慢性病为突破口，**重点做好高血压、糖尿病分级诊疗试点工作**。
- 12月1日，国家卫计委发出通知，要求以**慢病为突破口开展分级诊疗工作**，制定了高血压糖尿病的分级诊疗路线图

探索社区慢性型病精细化管理模式，是未来方向

七部委《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》

2016年6月，由国务院医改办、国家卫计委、国家发改委、民政部、财政部、人社部和中医药管理局七部门联合印发的《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》（国医改办发〔2016〕1号）。

**家庭医生服务已上升为国家战略**

<b>2016年</b>	在200个公立医院综合改革试点城市开展家庭医生签约服务，鼓励其他有条件的地区积极开展试点。
<b>2017年</b>	家庭医生签约服务覆盖率达到30%以上，重点人群签约服务覆盖率达到60%以上。
<b>2020年</b>	扩大到全人群，形成与居民长期稳定的契约服务关系，基本实现家庭医生签约服务制度的全覆盖。

**Why ?**

- 慢病防治重心为什么下沉到社区??
- 为什么要推进家庭医生签约服务
- 公卫主导和签约服务下慢病管理的区别
- “签而有约”的突破口在哪?

**How ?**

推动慢病精细化管理，做实签约服务

**Why ?**

### 对“社区慢病管理”的认识与思考

**Why ?**

为什么把慢病管理的重心转移到社区??

(一) 慢性病的特点及危险因素提示 ——  
为慢病提供的卫生服务  
需要有一个根本的改变

**(一) 慢性病的特点及危险因素提示 ——  
为慢病提供的卫生服务需要有一个根本的改变**

**1、治疗医学陷入了困境**

我国慢性病防控策略演变

<b>第一阶段</b>	20世纪50年代末-1993年	• 以临床医学为主，重点是慢性病的治疗，有少量的现场人群防控研究
<b>第二阶段</b>	1994年-2006年	• 公共卫生和临床医学并重，公共卫生理念和组织体系得到完善加强
<b>第三阶段</b>	2007年-现在	• 公共卫生和临床医学进一步结合，相关部门先后出台有利于慢性病防控工作的公共政策，以人群为基础的防控工作普遍开展

病人越治越多

**(一) 慢性病的特点及危险因素提示 ——  
为慢病提供的卫生服务需要有一个根本的改变**

**2、传统的医疗保健系统（雷达式）对慢性病不合适**

- 病人出现（求诊）
- 病人得到治疗（“find it and fix”）
- 病人离开医院

… 然后消失于雷达扫射范围之外

## (一) 慢性病的特点及危险因素提示—— 为慢病提供的卫生服务需要有一个根本的改变

### 3、慢性病需要连续、综合、长期、全程的医疗照顾



## (一) 慢性病的特点及危险因素提示—— 为慢病提供的卫生服务需要有一个根本的改变

- 慢性病需要**长期的、连续性的**医疗照护
- 接触最直接而紧密,发病因素多元、多种慢性病共存需要**综合性的**干预
- 距离居民最近的、是贴近居民生活——求诊**方便**
- 全人照顾:顾及病人身、心、社、灵之需要

**4、大医院为主的医疗模式  
对慢性病难以奏效**



## (一) 慢性病的特点及危险因素提示—— 为慢病提供的卫生服务需要有一个根本的改变

### 5、达成共识: 慢病防控的主战场应该转移到社区

#### 走出困境——

- 以疾病为中心——以人的健康为中心
- 预防为主——**走医、防结合之路**
- 医院为基础的工业化模式转向社区和家庭为基础的模式



## (二) 政府对我们的期待

- **基层首诊**
  - 健康守门人
  - 经费守门人:预防疾病—降低慢性病发病率—减少支出
- **家庭医生式服务: 融合整合**
  - 加强公共卫生与临床医学的整合
  - 全科医生的使命
- **最终目标:**
  - 让人不生病,少得病、晚得病、
  - 不得大病,少得大病、晚得大病
  - 寿终而非病故

## (三) 公卫主导下慢病管理现状及存在问题

- 防治脱节: 公卫建档、医生看病
- 思维定势
- 年度体检流于形式
- 患者参与度不够
- 健康教育的实效性不够
- 考核指标的科学性不够
- 信息系统

#### 顾漫教授:

- 服务的描述不是每年N次,而是内容、方式与目标。
- 要真正为患者解决问题。
- 让病人培养成慢病管理的合作者

**如何将正确的事做对?**

## (四) 推动签约服务下慢性病管理

### 制定一系列文件推动签约服务



(二十一) 推行全科医生与居民建立契约的服务关系。基层医疗卫生机构或全科医生要与居民签订一定期限的服务协议,建立相对稳定的契约服务关系,服务责任落实到全科医生个人。参保人员可在本县(市、区)医保定点服务机构或全科医生范围内自主选择签约医生,期满后可续约或另选签约医生。卫生行政部门和医保经办机构要根据参保人员的自主选择与定点服务机构或医生签订协议,确保全科医生与居民服务协议的落实。随着全科医生制度的完善,逐步将每名全科医生的签约服务人数控制在2000人左右,其中老年人、慢性病人、残疾人等特殊人群要有一定比例。

 广东省：2014-2016，制定一系列文件推动签约服务

- > 《中共广东省委广东省人民政府关于建设卫生强省的决定》
- > 《广东省医疗卫生强基创优行动计划（2016-2018年）实施方案》
- > 《广东省关于进一步完善基层医疗卫生机构运行新机制的指导意见》
- > 《关于全面建立家庭医生式签约服务制度的实施意见》
- > 《广东省家庭医生式签约服务绩效考核指导意见（试行）》
- > 《关于做好广东省家庭医生签约服务包及收付费相关工作的通知》
- > 《广东省家庭医生式签约服务团队职责分工指引及运作流程》
- > 《广东省开展家庭病床服务工作指引》
- > 《广东省城乡基层医疗卫生机构开展临终关怀服务工作指引》
- > 《广东省基层医疗卫生机构目标责任制考核指导意见及指标体系》

 (五) 签约服务下慢性病管理现状

■ **签约服务现状：**换汤不换药，签而不约，  
 医生：

- 为什么签约？
- 签约服务与公共卫生服务项目的关系在哪？

 患者看不到签约后的区别，尽管免费，但...

问题出在哪 ?

 What 3  
问什么做什么谁来做

公卫主导和签约服务下慢病管理的区别

 (六) 公卫主导和签约服务下慢病管理的区别



```

graph TD
    A[签约] --> B[形式]
    C[服务] --> D[核心]
  
```

 公卫主导和签约服务下慢病管理的区别

谁来做？

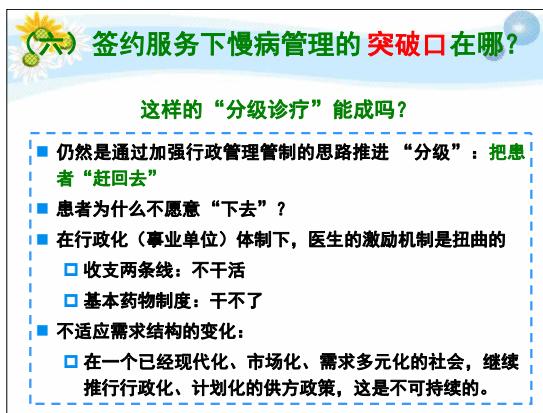
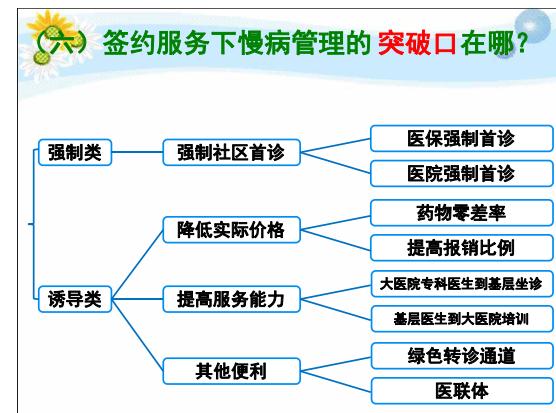
怎么做？

二者关系？

意义何在？

 where 3  
哪里做什么

“签而能约”的突破口在哪？



**(六) 社区慢病精细化管理的突破口在哪?**

模块	课程	内容
同伴支持技巧	组织技巧	同伴支持项目介绍及组长的角色和任务 同伴活动方式选择和组织 角色模拟训练
	沟通交接技巧	以真诚、尊重的态度沟通 学会聆听 应用开放式的问题，积极肯定 不断核实信息：提供情感支持 改变不良行为：坚持良好行为
	心理支持技巧	诊断糖尿病后会有哪些心理问题？如何应对？ 日常生活中的糖尿病人的精神健康管理 如何帮助糖尿病人建立自我管理 患者心理问题疏导及干预

**(一) 改变观念——从疾病管理到健康管理**

**对卫生服务体系构建的认识转变**

**传统认识：以病为中心**

改善 → 健康管理体系 (所有人：健康人和病人)  
维护 → 公共卫生体系 (健康风险人群)  
恢复 → 医疗服务体系 (病人)

**以人的健康为中心**

**(一) 改变观念——从疾病管理到健康管理**

**卫生服务体系框架**

健康管理服务体系  
知识服务体系  
医疗服务体系  
公共卫生服务体系

高效 安全 低耗 智慧 创新 可持续

**(二) 改变服务理念——强化慢病管理中几个临床思维的转变**

**改变观念**

- 注重**筛查**理念和技能，提供**主动服务**，早期发现病人
- 从“**诊断**”思维转变到“**评估**”的思维，对慢性病患者进行全面的评估，发现存在的健康隐患和危险因素，及早防治并发症；
- 从“**处方**”思维，转变到“**干预**”思维，由开药医生转变为全方位的健康指导。

**早期筛查、主动服务、防治关口前移**

**自然病程**

IFG: 空腹血糖受损  
IGT: 糖耐量异常  
IGR: 血糖调节受损

病因 → 正常糖耐量 → IGT IFG IGR → 糖尿病 → 致残 死亡

血管损害

糖尿病前期是可以逆转的

**案例**

暨南大学附属第一医院临床医学检验中心  
生化检验报告单  
姓名: [REDACTED] 科别: 特诊中心  
性别: 男 年龄: 56 岁 床号: [REDACTED]  
病区: 特诊中心 标本号: 1012  
标本类型: 血浆 打印时间: 2012/12/28 15:24:22  
项目名称 测量范围  
1-2小时血糖 (2hPG)  
备注:  
送检日期: 2012/12/24 11:06  
送检医生:

2012年12月28日  
■ 空腹血糖 6.55mmol/L  
■ 餐后2小时血糖 7.34mmol/L

2012年12月28日  
■ 空腹胰岛素 118.23mU/L  
■ 餐后2小时胰岛素 大于300mU/L

### 早期筛查、主动服务、防治关口前移

循证医学依据: 生活方式干预显著预防/延缓IGT进展为2型糖尿病

健康饮食 + 合理运动 → 降低糖尿病

通过生活方式改变进行糖尿病预防的临床研究

- 大庆研究 (Da Qing Study)
- Finnish糖尿病预防研究
- DPP(Diabetes Prevention Program)糖尿病预防研究

### 早期筛查、主动服务、防治关口前移

循证医学依据一: 大庆研究  
20年随访研究进一步验证饮食及生活方式干预的作用

研究始于1986年，随机纳入了中国大庆市33家诊所的577例IGT人群（患者平均BMI 25.8kg/m<sup>2</sup>），分别进入对照组或生活方式干预组（接受饮食、运动或饮食加运动的干预）。每两年进行一次OGTT检查，1992年时，为期6年的生活方式干预结束，此后跟踪随访14年。

51X

### 早期筛查、主动服务、防治关口前移

循证医学依据一: 大庆研究  
20年随访研究进一步验证饮食及生活方式干预的作用

■与对照组相比，总的生活方式干预组在干预期间发生糖尿病的风险减少了一半，在随访年间减少了43%  
■糖尿病平均年发生率在干预组为7%而在对照组为11%  
■在20年间干预组80%发生了糖尿病，对照组93%发生了糖尿病。  
■干预组人群比对照组人群平均晚发生糖尿病 3.6年。

### 早期筛查、主动服务、防治关口前移

■ 如何早期发现——建立筛查理念

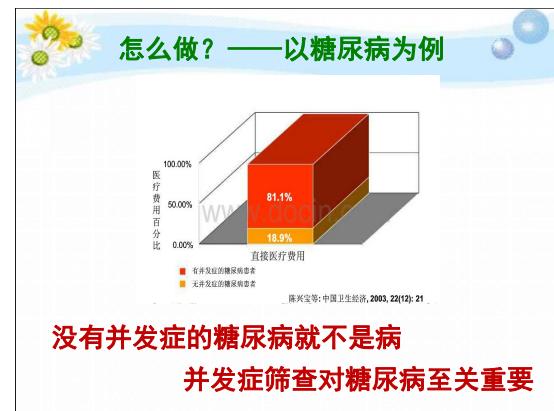
- 以辖区内35岁及以上的就诊者开展筛查，建议其至少每2年测1次空腹血糖，提高人群血糖知晓率
- 对工作中发现的2型糖尿病高危人群，建议其每年至少测量1次空腹血糖和1次餐后2小时血糖，每年至少进行1次有针对性的健康教育和危险因素干预

谁是2型糖尿病高危人群？

### (二) 改变观念——强化慢病管理中几个临床思维的转变

改变观念

- 注重筛查理念和技能，提供主动服务，早期发现病人
- 从“诊断”思维转变到“评估”的思维，对慢性病患者进行全面的评估，发现存在的健康隐患和危险因素，及早防治并发症；
- 从“处方”思维，转变到“干预”思维，由开药医生转变为全方位的健康管理指导。

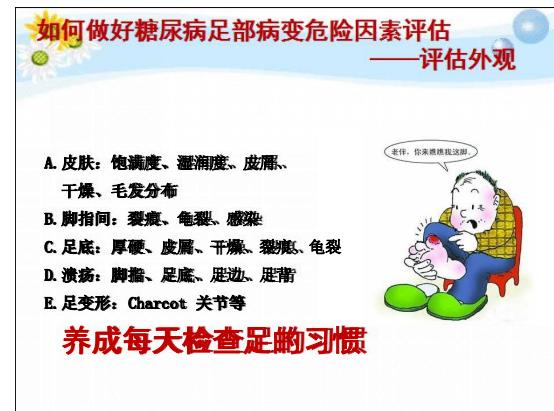


**举例：糖尿病足的筛查与评估**

**口患糖尿病超过5年以上，或患者血糖长期控制不佳，其足部就容易出现感染、溃疡、坏疽等严重的并发症，称为糖尿病足**

- 它是糖尿病患者下肢截肢致残的主要原因。终身发病率高达15%~20%
- 糖尿病足病的截肢率是非糖尿病患者的15倍。
- 每年的非外伤性截肢患者中有50%以上是糖尿病患者。
- 在美国，每年有8600例患者因为糖尿病而截肢致残。

**早期正确的预防和治疗  
45-85%的患者可以免于截肢。**



**如何做好糖尿病足部病变危险因素评估——简单易行的足部神经检查**

### 目前常用DPN筛查方法

筛查方法

- ◆ 踝反射
- ◆ 温度觉
- ◆ 音叉振动觉
- ◆ 单丝触压觉
- ◆ 痛觉
- ◆ 神经电生理检查
- ◆ 膝反射
- ◆ 量表: MNSI、TSS.....
- ◆ 神经形态学检查
- ◆ QST定量感觉检查
- ◆ VPT测定

除临床特征不典型或诊断不明确的情况外，很少需要进行神经电生理测试或神经病专家会诊（2015年ADA新增）

**如何做好糖尿病足部病变危险因素评估——简单易行的足部神经检查**

### 10克尼龙丝触觉检查

凉、温觉检查

痛觉检查

用简单工具筛查糖尿病神经病变

**评估方法：简便易行的密西根神经病变筛选表**

	右脚	左脚
足部外观	( )正常 ( )不正常 (0分) (1分) 等同为不正常之选项	( )正常 ( )不正常 (0分) (1分) 等同为不正常之选项
有无溃疡	( )有 ( )无 (0分) (1分)	( )有 ( )无 (0分) (1分)
踝关节反射	( )有 ( )加强 ( )无 (0分) (0.5分) (1分)	( )有 ( )加强 ( )无 (0分) (0.5分) (1分)
大足趾振动感觉	( )有 ( )降低 ( )无 (0分) (0.5分) (1分)	( )有 ( )降低 ( )无 (0分) (0.5分) (1分)
尼龙丝触觉	( )有 ( )降低 ( )无 (0分) (0.5分) (1分)	( )有 ( )降低 ( )无 (0分) (0.5分) (1分)

>2分为异常。

**如何做好糖尿病足部病变危险因素评估——及时发现糖尿病周围动脉病 (PAD)**

### 足部动脉搏动触诊

- 通过触诊足背动脉、胫后动脉、腘动脉搏动来了解足部血管病变。

足背动脉

胫后动脉

腘动脉

**如何做好糖尿病足部病变危险因素评估——及时发现糖尿病周围动脉病 (PAD)**

### 最简单、最常用的方法是

踝臂指数(A BI) =  $\frac{\text{踝部动脉收缩压(狭窄部位以下)}}{\text{肱动脉收缩压(狭窄部分以上)}}$

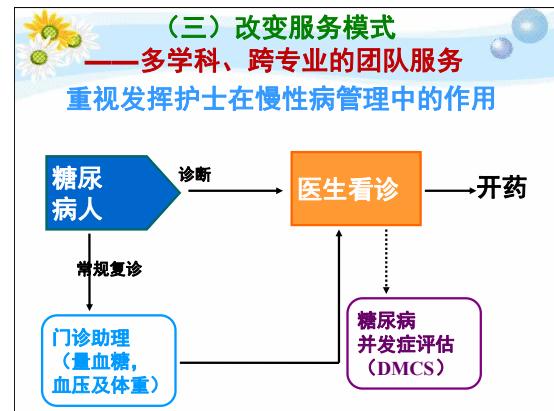
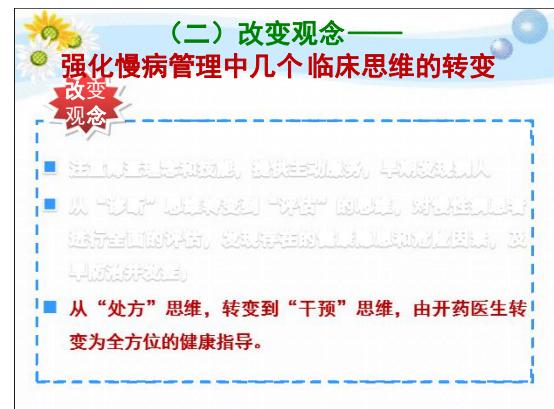
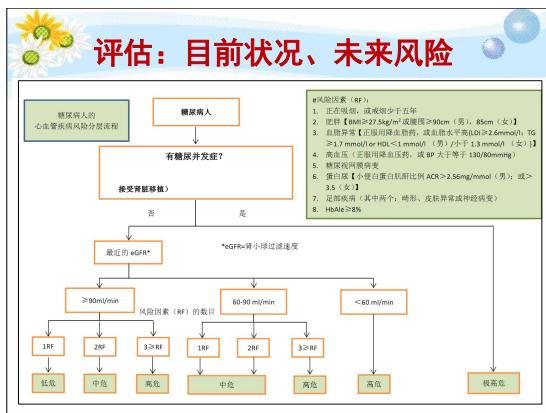
踝臂指数(A BI) 踝部血压

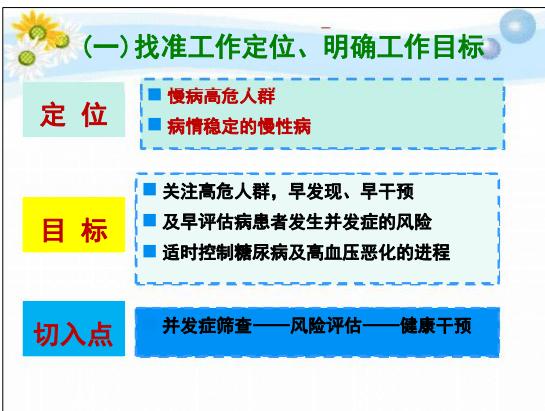
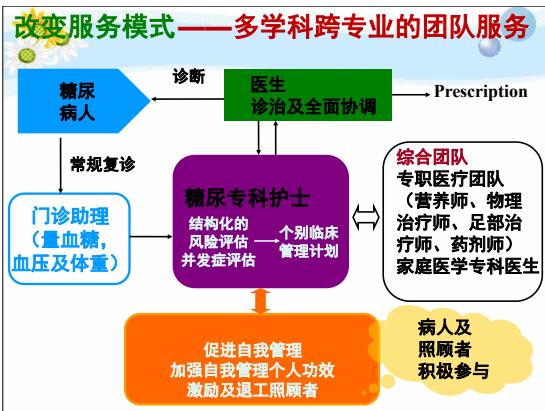
取仰卧位，安静状态，裤口上挽，露出小腿下1/3，用普通血压计的袖带松紧适宜地缠于小腿下部，使其下缘在内踝上2cm左右测量即可。听诊器头放于内外踝连线的中点或内踝外缘。

**如何做好糖尿病足部病变危险因素评估——及时发现糖尿病周围动脉病 (PAD)**

A BI	提示下肢动脉显著钙化(改)
1.30以上	基本正常
1.00 - 1.30	轻度病变
0.80 - 1.00	中度病变(可有跛行)
0.50 - 0.80	重度病变(可有缺血性)
0.30 - 0.50	严重病变(可有坏疽)
0.30 以下	

(A BI)是快捷、方便、经济、无创、有效的周围血管疾病筛查方法。





## (二) 我们的实践： 启动高危人群健康管理，将防治关口前移

**具体做法：**

- 成立糖尿病高危人群健康管理家庭医生团队
- 建立微信群，建立长期联系
- 进一步筛查、评估
- 制定健康干预计划：
  - 系列健康教育讲座（认识糖尿病、简单易行的饮食指导、如何限盐、食用油的选择、食物营养标签）
  - 营养门诊

## (三) 我们的实践： 以并发症防治为切入点，延缓疾病的进程

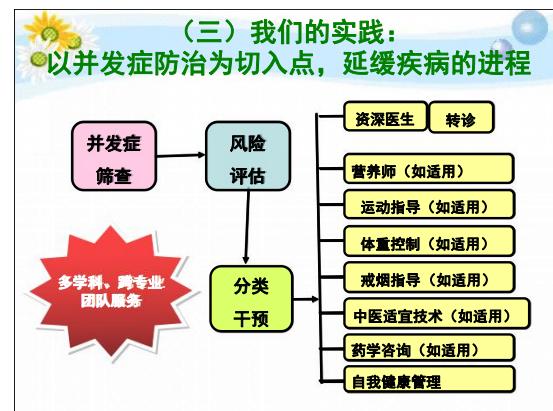
**1、确定并发症筛查项目**

工作小组	筛查项目
查阅文献，依据糖尿病社区防治指南，确定了糖尿病并发症筛查如下：	<ul style="list-style-type: none"> <li>HbA1c, 血脂, 肾功能</li> <li>小便白蛋白、肾功能</li> </ul>
基本身体参数	<ul style="list-style-type: none"> <li>身高、体重，身高体重指数，腰围，血压，脉搏</li> </ul>
心电图检查	
眼睛评估	<ul style="list-style-type: none"> <li>视力、眼底镜检查</li> <li>眼底照片</li> </ul>
足部评估	<ul style="list-style-type: none"> <li>足部单丝 (monofilament) 检查</li> <li>振动知觉门槛 (VPT) 检查</li> <li>足部脉搏检查、足部血管检查仪</li> </ul>

**经济有效**

## (三) 我们的实践： 以并发症防治为切入点，延缓疾病的进程

**2、建立糖尿病并发症筛查室：**引进眼底照相系统、足部血管多普勒、足部神经震动阈值检查等设备，**量化筛查指标**，提高并发症筛查的质量和水平。



## (四) 我们的实践：改变观念、统一思想

**我中心家医签约共经历三个阶段**

**01 服务包试点** → **02 签约全面铺开** → **03 慢病精细化管理**



**(四) 我们的实践：改变观念、统一思想**

家庭医生签约服务全院动员会

**(四) 我们的实践：改变观念、统一思想**

**他山之石可以攻玉**

第五届基层卫生大会·2016  
全面提升品质 构筑健康中国

2016 中国家庭医生合作发展论坛  
家庭医生——我们的健康梦

中华医学糖尿病学分会2016年教育管理研讨会  
2016 ANNUAL SYMPOSIUM ON DIABETES EDUCATION AND MANAGEMENT OF CHINESE DIABETIC SOCIETY

广东省基层医疗卫生机构能力建设与评价研讨会

**(四) 我们的实践：改变观念、统一思想**

**他山之石可以攻玉**

**(四) 我们的实践：改变观念、统一思想**

- 谁来做？：签约服务不能简单地理解为增加工作量
- 谁受益？签约服务是医务人员之力为医生个人品牌
- 外围的政策没有到位，是否要推进签约服务？
- 签约服务的核心内涵是防治结合
- 诊间随访的可行性
- 把握服务质量与数量的关系

**(四) 我们的实践——建立多学科、跨专业的团队服务**

华南师范大学附属医院  
家庭医生签约服务团队  
团队长：刘丽霞  
13922270719  
请选择适合您的专属团队！

**(五) 我们的实践——加强宣传，让患者成为健康管理的主角**

家庭医生签约服务  
宣传册

**(五) 我们的实践——**

**加强宣传，让患者成为健康管理的主角**

**(五) 我们的实践——**

**加强宣传，让患者成为健康管理的主角**

**同伴支持教育的模式**

**(六) 我们的实践——**

**加强健康管理技能培训，提升服务能力**

**糖尿病教育技能**

**糖尿病并发症预防技能**

**慢性病并发症筛查技能培训**

晚安华师

华师校医院家庭医生服务，上了广东新闻头条

2017年元旦前夕  
国家主席习近平发表新年贺词  
提到现在很多群众有了自己的家庭医生  
前天广东卫视在《广东新闻联播》头条新闻中  
报道了华师校医院家庭医生服务的经验

我院家庭医生服务上广东新闻联播头条

学校宣传部报道

**抛砖引玉**

**改变别无选择！**

- 改变观念：从疾病管理到健康管理
- 改变思维：从诊断到评估、从处方到干预
- 改变模式：多学科跨专业的团队服务、
- 改变方法：注重患者参与
- 改变结构：提升服务水平与技能

**功在千秋、任重道远**

- 固有观念和习惯的摒弃**
- 医务人员的主观能动性**
- 患者的参与与配合**
- 医务人员的技能提升与施展**
- 信息系统的支撑**