新华每日电讯

本刊编辑：雷琨　王小舒　刘新华

邮箱：lihl_mrdx@163.com

新华视界

生命力 健康专刊

15版

2017年5月19日　星期五

厦门市民：我们与家庭医生有个约定

家庭医生已成看病重要渠道，签约市民拥有优先预约大医院专家“特权”

本报记者颜之宏

去年10月9日，厦门市思明区厦港街道南华社区收到了一份珍贵的礼物——一面写着“签约家庭医生　光荣生命守护者”的锦旗，这是居民卓阿姨特别为自己的家庭医生定制的。

在很多人的印象中，“家庭医生”是个常听说，却弄不清具体概念的“新名词”；更鲜少有人知道，5月19日，是第七个“世界家庭医生日”。但**对于罗阿姨和许多厦门市民来说，“家庭医生”已经成了看病就医的一个重要渠道**；就像今年“世界家庭医生日”主题说的那样“我与家庭医生有个约定”。

新华社发　漫画：翟桂溪

专科医师+全科医师+健康管理师

在当前时代背景下，如何解决医疗卫生资源配置不合理，给出符合厦门市情的“厦门方案”这一难题被摆上了决策者的案头。厦门市卫计委相关负责人表示，医改成功的标志之一在于建立分级诊疗制度，分级诊疗成功的关键又在于落实家庭医生签约服务。

2016年8月，厦门市医改办、卫计委等部门联合下发《厦门市家庭医生基层签约服务实施方案(试行)》，要求为居民提供“多快好省”的签约品牌服务，让居民看病更便捷、签约更实惠。

在这样的政策背景下，**厦门早先提出的“三师共管”概念为家庭医生签约提供了强有力的保障**。大医院的专科医师、基层的全科医师和健康管理师共同组成了“三师共管”的家庭医生服务团队。在这个团队中，**专科医师负责明确诊断与提出治疗方案；全科医师负责落实、执行治疗方案，进行病情日常监测和双向转诊；健康管理师则侧重于健康教育和患者的行为干预**。一种新型“**医防融合、防治结合**”的服务模式横空出世，立体化解决了患者“一有头疼脑热就挤去大医院”的信任度问题。

而“慢病先行”则成为了厦门家庭医生签约工作的带入点，以慢性病为突破口，带动其他一般常见病、多发病等普通疾病“下沉”社区，既有效分流三级医院普通门诊患者，又使基层诊治水平和能力得到锻炼、提升，进一步增强了病人对基层医疗服务的信任感，同时改变了慢病患者“出了医院无人管”，后续治疗和健康管理不规范等问题，有效延缓和减少慢病并发症、合并症发生，节省大量医疗费用。

截至今年4月，厦门市共完成签约49万人，签约率达23.22%；覆盖家庭26万户，户覆盖率为38.59%。以65岁以上老人为主的重点人群签约10.41万人，签约率达53%。5月10日，国家卫生计生委召开新闻发布会，厦门市的“三师共管”家庭医生签约服务模式被作为家庭医生签约探索中的五种经验模式之一推向全国。

开药“超规格”+优先预约“特权”

在厦门，家庭医生的签约服务费为每人每年120元。这120元中，医保基金和财政预算承担100元，其中20元由签约居民以医保健康等账户支付。每人每年仅需支付20元，就可以获得从健康管理师、全科医生到专科医生三人组成的强大“家庭医生”团队健康支持，这成为了吸引老百姓签约的重要因素。

签约后的厦门居民，**能享受“基层药品和大医院目录一致”的“超规格”待遇**，高血压、糖尿病等**慢性病签约对象可酌情开具4-8周的药量**，不再需要隔三岔五去大医院排队开药。签约居民可使用快捷绿色通道转诊，**享受比普通就诊对象提前三天预约大医院专家门诊的“特权”**。上级医院大厅设置双向转诊服务柜台，由专人负责，并提供接诊服务。

在一些基层卫生服务中心记者看到，签约居民有专门的签约服务区和独立的诊疗服务区，以及专属的收费结算处。签约居民可享受专科医师个性化技术指导、家庭医生团队个性化健康管理、慢病患者精细化管理。借助“互联网+医疗”，通过“厦门i健康”APP，让居民不出家门就可以得到一般常见病、多发病的咨询。进一步完善远程会诊系统、完善心电、影像和检验共享，让居民在基层就诊，就能享受到上级专家的服务。签约居民还被取消了门诊及二次以上住院起付标准。

在家庭医生签约过程中，厦门还树立起高标准的服务意识，所有签约患者均实现健康档案的建档工作。

守护患者生命+真正带来实惠

2016年9月15日凌晨2点，台风“莫兰蒂”肆虐时，市民卓阿姨突发胸闷、气喘，家中保姆赶紧拨打120求救，可是外面的狂风暴雨阻挡了救护车前行的道路。情急之下，卓阿姨想到了自己的社区网格员小曹，**小曹在第一时间与卓阿姨的家庭医生罗医生取得联系**，并在其指导下为卓阿姨量血压，测心率。罗医生依据小曹的描述，初步判断病情，给出用药指导意见。他让小曹从卓阿姨家的药箱中取出麝香保心丸给卓阿姨含服，并要求卓阿姨平躺休息。过了五六分钟，卓阿姨胸闷的症状渐渐缓解，罗医生这才放下心，还不忘交代她第二天到医院做进一步检查和治疗。

“那天简直是到鬼门关走了一遭，幸好罗医生和小曹及时把我拉了回来。”对家庭医生和社区网格员，卓阿姨心存感激，这才有了文章开头的一幕。

在海沧石塘社区卫生服务中心，记者见到了前来就诊的马文斌老人，老人是随子女迁入厦门的外地人，参加了厦门第一批家庭医生的签约。老人今年66岁，她和老伴都患有糖尿病，过去每个月花在开胰岛素上的费用是五六百元，在签约家庭医生后，每个月的药物开支降到了一百多元。

根据第三方抽样问卷调查的结果显示，厦门市已签约居民对家庭医生服务总体满意度达92%。根据有关部署，厦门为家庭医生签约工作设立了2017年的工作目标：到2017年底，户籍人口签约率将大于等于30%，65岁以上老年人为主的重点人群签约率将大于等于60%。厦门的“家签”大网正让越来越多的普通老百姓收获实惠。

老年自救急救技能：不止打个“120”这么简单

上周，在北京市朝阳区大屯街道的大屯邻里中心，来自中国红十字会总会的老师们为社区老年居民上了一堂专业而有针对性的急救课。这堂课是世界红十字日主题宣传系列活动的一部分，该活动由中国红十字会总会主办，中国红十字会总会训练中心承办、人民日报社健康时报作为媒体支持。

在活动现场，中国红十字会总会训练中心应急救护培训师曹乃文老师表示，我们生活在危机四伏的环境中，突发事件、意外伤害、疾病等都是危害人们生命安全的“杀手”。

对于老年人来说，心脑血管等疾病的威胁更加不容忽视。这就要求老年人一定要对自己的健康状况有最基本的了解，知道自己有什么病，能对自己身体的变化作出判断，并掌握一定的自救知识和急救技能。

当老人开始出现严重的胸痛、大汗、喘，或剧烈头疼、一侧活动不便，或发现自己说话突然不是很清楚时，一定要第一时间求救。曹乃文特别提示老年人，**遇到意外首先要拨打急救电话，而不是先打给家人或者朋友**，以免耽误时间。接通急救中心后，要尽可能地把病情说清楚。但如果说不清楚，一定要听从调度医生的引导。打完120急救电话后，要保持自己的电话畅通。

急救自救不是打了电话就万事大吉了。中国红十字会总会赈济救护部救护处处长郭建阳表示：“我们遇到的有些疾病是可以等急救车到来的，但有些疾病非常紧急，不能只等救护车。比如各种原因引起的心脏骤停，需要第一时间自救互救，因此掌握急救技能非常重要。”

曹乃文说，我国每年有260万人死于心血管疾病，有54.5万人死于心源性猝死，每12秒就有1人被心血管疾病夺去生命。有数据显示，呼吸心跳骤停87.8%发生在医院外，而35%-40%的人经现场及时心肺复苏可挽救生命。一旦呼吸心跳停止，黄金急救时间只有4分钟。对此，曹乃文介绍，一旦身边的人出现呼吸心跳骤停的三无状态(无意识、无呼吸、无心跳)，抢救者要拨打急救电话，然后立即进行CPR(心肺复苏术)，有条件者使用AED(自动体外除颤器)，专业人员未到达之前，持续进行CPR。在现场，急救培训师就手把手地教老年人进行心肺复苏急救。

除了心脏骤停，冠心病急症和脑卒中也要引起老年人的重视。

曹乃文说：“冠心病急症的救护原则，主要是呼救、静、卧和服药，即呼救要早而准、环境保持安静、患者和周围的人面对疾病时要保持镇静、患者要以最舒服的姿势就地卧下、服药要准确。”**冠心病急症首选硝酸甘油，它要在舌下服用(1-3分钟有效)，千万别喝水吞咽**，服用时最好测量血压，血压不降低、症状没有缓解，可再次服用。

曹乃文还为老年朋友介绍了三招判断是否出现脑中风的方法，即**微笑测试，举手测试和说话测试**。微笑时出现嘴歪；闭起眼，举高双臂，一边的胳膊坚持不了多久；出现语言障碍，说话不清楚。如果这三条中出现一条就有70%的可能发生脑卒中。（崔淑霞）

“药驾”或甚于酒驾，“老司机”一定要远离

世界卫生组织已明确7大类药品服用后开车有风险

■石药师讲用药

石浩强：上海交通大学医学院附属瑞金医院药剂科副主任，副主任药师；上海执业药师协会副会长，上海市科普作家协会会员；其微博“石浩强教你合理用药”以深入浅出的语言普及用药知识，广受读者好评。

近日，鞍山市民小孙感冒发烧，吃药后驾车上路，途中出现犯困、嗜睡现象，造成交通事故并承担主要责任。这是个典型的“药驾”案例，万幸的是后果还不算特别严重。“药驾”不同于“酒驾”和“毒驾”，交警往往只能给予善意的提醒，在发生严重后果时，或参考“毒驾”进行处罚。其实**“药驾”有时可能造成比酒驾还要严重的后果，血的教训比比皆是**，因而对于驾驶员来说，有必要了解影响驾驶的药物，避免悲剧的发生。

目前国内对哪些药品会影响驾驶安全并没有明确规定，不过世界卫生组织(WHO)明确列出了7类在服用后可能会影响安全驾驶的药品，并提出在服用上述药品后应禁止驾车。这7大类药品包括：

●对神经系统有影响的催眠药物

对神经系统有影响的催眠药物的代表为安定、佳静安定、舒乐安定等，还包括各种抗组胺药物，如酮替芬、扑尔敏、西替利嗪等。这类药物通常作为镇静催眠药使用，有时也用来治疗焦虑症。一般来说这类药物会引起困倦、嗜睡的不良反应，严重影响驾驶者的思考、反应和应激行为能力。此外长期服用这类药物还会产生习惯性，对安全驾驶或有潜在的影响，事实上这类药物应在夜间或临睡前服用。必要时可饮茶对抗其后遗作用，用来避免对日常生活工作的影响。

●有恶心呕吐反应或变态反应的药物

此类药物的范围比较宽泛，引起恶心的药物包括抗肿瘤药物、抗菌药物、非甾体抗炎药物等，但又不仅限于这些。引起变态反应的药物一般是指引起用药者过敏的药物，而过敏情况的发生有个体差异，每个人不尽相同。恶心呕吐或全身过敏都会显著影响驾驶者的身体状况，如导致失水、荨麻疹、过敏性休克等，造成用药者行动障碍，影响驾驶、带来安全隐患。患者在就诊时应及时将自己的过敏史告知医生。

●止痛类药物

止痛类药物主要是指吗啡及其衍生物，为麻醉药品。如可待因、芬太尼、右美沙芬等等。这类药物临床上多用于镇痛，同时具有镇静等中枢抑制作用，用药者会产生疲倦感，甚至可能有视觉障碍、呼吸抑制、幻觉、精神松懈，平衡感失调等现象。长期使用这类药物的患者必须避免驾驶汽车。

●兴奋剂

兴奋剂是指能刺激用药者机能，进而提升各项功能的药物。常见的有咖啡因、肾上腺素等等。这类药物会令用药者精神亢奋、心跳加快、呼吸急促，情绪易激动、易怒等。其实这都不利于驾驶者保持平和的心情，会对驾驶安全造成极大的负面影响。

●治疗癫痫的药物

治疗癫痫的药物最具代表性的是苯妥英钠、苯巴比妥钠。这类药物同样依靠抑制中枢来发挥药理作用，不良反应是镇静、认知或记忆缺损、微妙的情感变化等。同样的，服药后会对驾驶者的思维、反应、行动等造成一定影响。事实上不管开不开车，这类药物本身就应该从小剂量开始使用，逐步地调整到合适剂量为妥。

●抗高血压药物

高血压人群较大，抗高血压药物被广泛使用。如果突然用药或停药，用药剂量不适宜等都会令用药者的血压出现波动，进而导致头痛、眩晕、视力障碍、反应迟钝等症状。其实对于血压控制稳定的高血压患者而言，只要能遵照医嘱合理用药、不频繁更换药物、常规性地服用药物后开车还是相对安全的。但初始的高血压患者或血压控制不稳定的患者则另当别论。

●降血糖药物

与高血压类似，降糖药的使用也越来越普遍，同样存在“药驾”的可能。某些降糖药物会造成血糖下降较快，甚至出现低血糖的情况，比如胰岛素、磺酰脲类降糖药，这两类药物较容易引起血糖过低，甚至会有休克等严重的意外事件出现，因此服用后不应驾车。

除了以上这几类药物，还有一些药物会对驾驶安全产生不良影响。比如**含有乙醇的口服液体药剂，常见的有复方甘草合剂、藿香正气水、感冒止咳糖浆等**。这些药物本身含有乙醇，**喝了后至少应间隔半小时左右才能开车，否则会造成“酒驾”**。另外，用于眼部检查的滴眼剂具有扩瞳作用，使用后短时间内会出现视力模糊的情况，也不适宜驾驶。

“药驾”可不是闹着玩的，每一位司机都要做到以下几点：

1. 充分认识到“药驾”的危害，不存侥幸心理，开车时能不吃药就不吃药，**生病就诊必须吃药时也要主动告诉医生您的司机身份**，避免误服易引起“药驾”的药物。

2. 服药前要详细阅读药品说明书，尤其注意“禁忌症”“不良反应”及“用药注意事项”，做到心中有数。如**开车前，就不能服用含有抗组胺成分的感冒药**，明确说明“用药期间避免高空作业或驾驶车辆”的抗过敏药物更是不能吃。

3. 非处方药(OTC药物)相对安全，但并非没有不良反应，**服用后能否开车应咨询药师或医生**。

4. **合并使用多种药物时更应慎之又慎**，因为药物之间可能有相互的影响，例如阿斯美与红霉素一起口服，会使阿斯美中的氨茶碱的血药浓度增加，出现茶碱类中毒症状，如恶心、呕吐、震颤、不安、抽搐、心悸等，这时再去开车真是非常危险。

5. 初始的慢性病患者或指标控制不稳定的患者，**正处于药物剂量调整阶段，服药后不宜驾车**。

知识改变人的认知，甚至还会改变人的命运。在“药驾”问题上，合理用药、安全用药显得尤为重要，人的生命只有一次，为安全计，司机朋友们，请远离“药驾”。

达医晓护

栏目介绍：

“达医晓护”，寓意“通达医学常识，知晓家庭护理”，是上海市科委、科协共同指导下的，原创作品创作与传播平台建设并重的公益性全媒体医学科普品牌，也是中国科协“科普中国”品牌之一。

颈椎脆弱易受伤，学会急救和预防

不经急救处理直接将患者背往、抱往医院，或造成『二次伤害』

特约撰稿刘欣

汽车的发明使人类的交通运输发生了革命性的变化，它缩短了人与人的距离和交通运输时间。但是，交通事故增加不仅造成大量的人员伤亡，也给社会带来巨大的经济损失。交通事故导致的人体脑部、胸部以及颈部损伤是造成死亡的主要原因。

其中，颈部损伤是各类交通事故中最常见到的损伤类型。颈椎损伤现场搬运施救措施不当，如单人徒手背、抱伤员等，有可能造成患者瘫痪。因此，准备好小板凳，我们来一起学习颈椎损伤现场急救技能。

首先，我们了解一下颈部损伤患者通常会出现哪些症状：

1、**颈痛和头痛**：为颈部损伤最为常见的两种临床症状。典型的颈痛表现为颈后区的钝痛，颈部活动可使疼痛程度进一步加剧。疼痛还可向头、肩、臂或肩胛间区放射。紧随颈痛症状其后多数患者可出现颈部肌肉痉挛和颈椎活动受限，这些症状多在1～2周内缓解。

2、**背痛和上肢放射痛**：很多颈部损伤患者在伤后第1个月有肩胛间区或腰背部疼痛。

3、**认知及心理异常**：颈部损伤可造成记忆、思维等方面的能力下降，患者在日常生活和工作中容易疲劳和神经过敏。这些表现均可能与脑损伤有关。

4、**其他的症状**还有吞咽困难、头晕、视力障碍、颅神经损伤、自主神经系统损害、颞下颌关节功能障碍以及斜颈、前胸痛等。

目前，一些颈椎疾病患者的疼痛根源仍然无法确定。根据颈部损伤在临床上的表现，将其划分为5个不同的等级。

参考魁北克颈部损伤分级法，各级别与临床表现的对应关系如下：

0级：无颈部疼痛

1级：无或仅轻微的颈部疼痛和僵硬症状

2级：有颈部疼痛和肌肉骨骼的症状

3级：有颈部疼痛和神经系统症状

4级：有颈部疼痛和撕裂或脱臼现象

遇到伤员后，人们传统的做法是不经过任何现场急救处理直接将患者送往医院。这种做法没有顾及搬运及转送方式是否科学，急于到达医院却忽略了现场救治。这种先“送”后“救”的办法，有可能使伤员失去了早期护理的机会，也可能使危重病员病情加重或恶化，特别是对颈椎损伤的伤员来说——甚至可能使有希望被救活的伤员丧失抢救机会或造成终身残疾。因此，必须加强对现场救护知识的学习。

当人们遭受意外伤害或突发疾病的时候，首先要立刻呼叫“120”急救中心，这样做可以确保医护人员以最短时间到达现场，迅速对患者的病情作出评估，实施紧急、准确的救护措施，挽救患者生命，防止伤势或病情恶化，减轻伤患的痛苦。

在急救现场搬运伤员时，要注意以下几点：

一要明确搬运的目的，是使受伤病人脱离危险区，实施现场救护、防止损伤加重、最大限度地挽救生命，减轻伤残。

二是在实施搬运护送时要严格按照规范操作：迅速观察受伤现场和判断伤情；做好伤病员现场的救护，先救命后治伤；遵循先止血、包扎、固定后再搬运的原则；不要无目的地随意移动伤病员；**伤病员体位要适宜；为颈椎伤员佩戴合适的颈托**，搬运过程动作要轻巧，迅速，避免不必要的震动；**由3-4人一起搬运，保持头部与躯干呈一直线，动作一致**，将伤员放在硬质担架上，然后在伤员的头部两侧用沙袋固定，保持脊柱在一条轴线上，防止损伤加重。临时没有沙袋时我们用折好的衣物放在病人头颈的两侧塞紧固定。**必要时由一人在头侧用双臂固定头颈肩部直至到达医院**。随时观察生命体征及伤情变化。

三是要特别注意不要情急之下走进“误区”。脊柱的椎管内保护着脊髓，脊髓是重要的中枢神经系统，脊髓损伤可造成肢体功能麻痹而致残。高位颈髓损伤所致的呼吸抑制可引起突然死亡。因此，**禁止对颈椎伤员使用单人徒手背、抱等转运方法，禁止使用软担架搬运脊柱伤员**，防止进一步损伤脊髓造成瘫痪。

最后还要给驾驶员们一个小建议：**为了保护颈椎，不妨在车内准备一个头枕**，停车休息时，可以头部后仰使颈部部分肌肉得到拉伸及放松。

在行车过程中发生碰撞事故的类型是多种多样的，常见的碰撞形式有前碰撞、侧面碰撞、后碰撞以及翻滚等。其中，后碰撞占汽车碰撞事故的很大比例。如果使用头枕，那么一旦有意外发生，头部可尽早与头枕接触，减小头部与躯干之间的相对运动，可以在一定程度上减小后碰撞时的颈部损伤。

最后，祝福每一位朋友，安全伴您行！

刘欣：天津市天津医院护士长，“达医晓护·急急如令”栏目主编