

慢性创面管理的“赣南模式”：医院-社区-家庭三级联动体系的构建与实践

周华 杨长发 余昌龙 张康林 张忠伟 黄志锋

广东省人民医院赣州医院(赣州市立医院)烧伤整形创面修复外科,创面修复再生研究
赣州市重点实验室,赣州 341000

通信作者:黄志锋,Email:13802938068@139.com

基金项目:江西省自然联合重点项目(20253BAC280064);赣州市科技+医疗联合计划重点项目
(2025YLCE0107);赣州市社科课题(2025-NDGL10-1481);江西省卫生健康委科技计划项目
(202610912、202610095)

随着我国人口老龄化加剧,慢性创面(糖尿病足、压力性损伤、血管性溃疡等)发病率逐年上升,已成为影响老年生活质量的重要健康问题^[1]。据统计,我国老年糖尿病足溃疡患病率为4%~10%,复发率高达30%~40%^[2]。在赣南等革命老区,青壮年劳动力外流、空巢老人比例高、基层医疗资源匮乏^[3],患者就医延迟现象普遍^[4-5],简单创面易进展为危重症甚至导致截肢^[6]。2019年国家卫生健康委员会将创面修复科纳入医疗机构设置规划^[7],在此背景下,笔者单位在付小兵院士团队“因地制宜、主动健康”理念的影响下,在中国老年医学学会烧创伤分会付小兵院士、郭光华教授、黄跃生教授等专家团队的指导下,立足赣南地区实际情况,构建以专科医院为核心、社区为枢纽、家庭为基础的三级联动体系,实现从被动治疗向主动健康管理的转变。

1 核心举措:三级联动体系的构建与运行

“赣南模式”构建包含医院、社区、家庭三个层次的立体化网络,各级职责明确、衔接紧密。在医院层面,笔者科室作为区域医疗中心,承担着疑难复杂创面的诊疗任务,同时负责对下级医疗机构进行技术指导和质量控制,主要职能包括:(1)疑难重症救治,收治需手术或处理复杂创面的患者;(2)技术培训,为基层医护人员提供专业培训和技能指导;(3)质量控制,制订和推行创面诊疗标准和规范;(4)远程会诊,通过信息化手段为基层单位提供远程会诊。笔者科室建立完善会诊制度,每周组织多学科会诊,确保患者获得全面、规范诊疗服务。在社区层面,本市12个社区卫生服务中心和8家养老机构作为中间枢纽,承担着创面筛查、初级处理和转诊职能。每个中心都配备创面管理专员,建立标准化创

面处理室,完成常见创面的基础处理。在家庭层面,社区医务人员组建“1+1+N”多学科随访团队(1名家庭医师+1名专科护士+N名养老护理员或者志愿者)进行定期上门服务。定期上门服务内容包括创面评估、清创换药、负压治疗、康复指导等。多学科随访团队同时培训患者家属,以提高其家庭照护能力。目前,全市已经组建了35支家庭医疗多学科随访团队。

1.1 社区网格化筛查与风险分级管理

社区网格化筛查机制,依托社区居民委员会与养老院,每月定期开展“创面健康日”活动,利用便携式超声清创仪、红外线扫描仪等设备对创面进行快速筛查。在此基础上,建立“红-黄-绿”三色预警分级管理体系。红色预警指需要紧急处理的患者,指征包括:出现严重感染(如蜂窝织炎、化脓、伴臭味)、深部组织损伤或坏死(如骨质、肌腱外露)、全身中毒症状(如发热、寒战)或创面在短期内急剧扩大加深等,须在24 h内转诊至医院进行规范化处理。黄色预警指需要定期随访的患者,创面存在轻度感染、渗出较多或愈合缓慢等情况,由社区医护人员每周进行复查。绿色预警指健康状况稳定的患者,其创面清洁、肉芽组织新鲜、愈合趋势良好且无感染迹象,通过每月电话随访进行监测。2022—2024年,已累计建立红色预警185例、黄色预警672例、绿色预警1443例患者创面档案。

1.2 家庭-养老院协同诊疗机制

“1+1+N”多学科随访团队定期接受专科医师培训,掌握创面评估、敷料选择、感染控制等基本技能。此外,社区已建立22个创面管理微信群,患者或其家属可上传创面照片,然后专科医师在48 h内给予专业指导。目前累计已解决疑难问题460余次,显著提升了基层医护人员处理创面的能力。

DOI:10.3760/cma.j.cn501225-20251029-00450

收稿日期 2025-10-29

引用本文:周华,杨长发,余昌龙,等.慢性创面管理的“赣南模式”:医院-社区-家庭三级联动体系的构建与实践[J].中华烧伤与创面修复杂志,2026,42(9):888-889. DOI: 10.3760/cma.j.cn501225-20251029-00450.



1.3 双向转诊与全程化管理

社区筛查出的复杂创面患者,可通过专用系统直接预约专家门诊或住院床位,患者平均入院时间缩短至 2 h,明显提高了救治效率。近 3 年来,社区平均每年转诊复杂创面患者 115 例。针对该类患者,在出院后制订个性化家庭护理方案,并由专科护士每周回访,降低创面复发率。

2 实施成效:多方共赢的社会效益

笔者单位信息系统统计数据显示,近 3 年来,慢性创面患者病死率下降幅度为 20.00% [由 1.00%(5/498)降至 0.80%(5/625)],截肢率下降幅度为 44.49% [由 6.63%(33/498)降至 3.68%(23/625)];慢性创面患者平均住院天数下降幅度为 11.57% (由 21.35 d 降至 18.88 d),平均治疗费用下降幅度为 24.31% (由 3.563 万元降至 2.697 万元),病例组合指数值提高幅度为 19.22% (由 1.318 4 上升到 1.571 8),药物占比降低幅度为 13.20% (由 16.52% 降至 14.34%)。慢性创面患者创面愈合率从 65.26%(325/498)提高至 89.76%(561/625)。创面平均愈合时间从 12.3 周缩短至 8.6 周,创面患者早期干预率显著提升,康复周期缩短。

经济负担方面,居家治疗费用约为住院费用的 1/5,显著降低了患者自付费用并解放了家庭劳动力。基层服务能力增强,据笔者单位的双向转诊系统统计数据显示,近 3 年来复杂创面转诊比例从 15% 升至 42%,区域诊疗网络初步形成。

科室建设方面,床位从 20 张扩展至 53 张(含 3 个层流烧伤监护单元),可开展负压引流、Meek 植皮、富血小板血浆治疗、游离皮瓣移植^[8]、骨膜牵张、宏基因检测^[9]及淋巴水肿手术等。科室现有高级职称医师 5 人,其中硕士生导师 1 人,近年获多项科研项目立项,牵头成立赣南创面修复专科联盟。

典型案例:1 例 82 岁女性糖尿病患者,因子女外出务工延误创面治疗,致使骨质外露。经网格化筛查到该患者后,社区医务人员远程会诊指导患者清创,然后通过绿色通道行转诊手术。术后,患者转回社区并居家延伸治疗,6 周后创面愈合,节省费用 1.2 万元,且成功保肢。

3 经验与不足

“赣南模式”的特色在于紧密结合革命老区空巢化、资源匮乏实际,侧重社区与家庭协同,利用简易技术赋能基层,并与养老院构建利益共同体。与“三〇一模式”“皖南模式”等相比^[10-11],本模式更适用于经济欠发达地区。目前该模式已在区域内的赣县区、兴国县、信丰县等地推广。不足:人才队伍稳定性、资金保障及政策支持仍需加强^[12]。未来计划搭建人工智能创面识别系统,提高筛查效率;推广可降解抗菌敷料以延长创面换药周期;探索“时间银行”互助模式。

4 总结与展望

“赣南模式”通过三级联动实现慢性创面早发现、早干预

和连续管理,提升资源利用效率,为资源受限地区提供可迁移范本。笔者单位新院区国家区域医疗中心已启用,烧伤创面修复科牵头建成“烧伤救治-创面修复-整形美容-创伤急救”四位一体的专科中心,配备普通病床 50 张、创面重症病床 5 张、医美诊间 8 间,并配套重点实验室,引进手术显微镜、激光治疗仪、智能负压系统等设备。笔者科室将重点发展显微皮瓣修复、瘢痕光电防治等核心技术,力争成为赣南最大烧伤与创面修复基地,为“健康赣州”提供支撑,并为老龄化社会慢病管理提供参考。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Cheng B, Jiang Y, Fu X, et al. Epidemiological characteristics and clinical analyses of chronic cutaneous wounds of inpatients in China: prevention and control[J]. Wound Repair Regen, 2020, 28(5): 623-630. DOI: 10.1111/wrr.12825.
- [2] Everett E, Mathioudakis N. Update on management of diabetic foot ulcers[J]. Ann N Y Acad Sci, 2018, 1411(1): 153-165. DOI:10.1111/nyas.13569.
- [3] 邹秋平,沙艳朋.江西省基层医疗卫生机构发展现状调查分析[J].江西医药, 2025, 60(1): 92-97. DOI: 10.3969/j.issn.1006-2238.2025.01.023.
- [4] 王萧冉,关新月,张丹.老年共病患者就医延迟行为及其影响因素研究[J].中国全科医学,2024,27(20):2505-2511. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0614.
- [5] 李翔,许樟荣,陆祖谦,等.糖尿病足溃疡患者治疗延迟现状及其预测因素[J].中华老年多器官疾病杂志,2022,21(5): 345-349. DOI:10.11915/j.issn.1671-5403.2022.05.074.
- [6] 郭光华,黄圣宇,朱峰.以慢性危重症的理念管理老年难愈性创面[J].中华烧伤与创面修复杂志, 2025, 41(8): 734-739. DOI:10.3760/cma.j.cn501225-20250314-00130.
- [7] 国家卫生健康委办公厅.国家卫生健康委办公厅关于加强体表慢性难愈合创面(溃疡)诊疗管理工作的通知[EB/OL]. (2019-12-02) [2025-10-29]. <http://WWW.NH.gov.c/zyygj/s7659/201912/602716f0471944b8b63b0adabe4546df.shtml>.
- [8] 刘族安,黄志锋,马亮华,等.股前外侧皮瓣斜支血管的认识及斜支“陷阱”的处理[J].中华显微外科杂志, 2021, 44(2): 146-151. DOI: 10.3760/cma.j.cn441206-20200724-00299.
- [9] Mu X, Luo H, Li H, et al. Pathogen detection and antibiotic use in granulomatous lobular mastitis: a comparison of mNGS and culture[J]. Front Cell Infect Microbiol, 2025, 3(15):1-13.DOI:10.3389/fcimb.2025.1570776.
- [10] 付小兵.因地制宜形成特色 大力促进中国特色创面修复学科体系建设的健康发展[J].中华烧伤与创面修复杂志,2024, 40(3): 201-205. DOI: 10.3760/cma.j.cn501225-20240218 00063.
- [11] 丁伟,马涛,谢加兵,等.县区级医院创面修复学科建设探索[J].中华烧伤与创面修复杂志, 2024, 40(8): 781-784. DOI: 10.3760/cma.j.cn501225-20240510-00169.
- [12] 付小兵.中国特色创面修复学科体系高质量建设和发展需要进一步关注的 10 个问题[J].中华烧伤与创面修复杂志, 2023, 39(7):601-605. DOI:10.3760/cma.j.cn501225-202306 20-00222.