Modern Practical Medicine, September 2025, Vol. 37, No. 9

·基层园地·

医共体模式下基层医院儿童癫痫诊疗体系的建设及实践评估

林宗泽，张银平，朱澄炜，尤克友

【关键词】 医共体；基层医院；儿童癫痫；诊疗体系
doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2025.09.022
【中图分类号】 R725 【文献标志码】 A 【文章编号】 1671-0800(2025)09-0962-03

癫痫是儿童较为常见的神经系统疾病，由于其发病具有不确定性、重复性、症状多样性等特点，就诊不及时可影响患儿的认知和心理健康，严重可导致呼吸暂停甚至危及患儿生命[1-3]。传统的儿童癫痫管理模式多注重于医护结合对疾病的干预，忽略了患儿自主参与、家庭支持及社会资源整合的必要性。构建以“医、护、患、家”为核心的医疗共同体（医共体）能通过跨机构协作、资源下沉及全周期管理，为儿童癫痫诊疗体系的建设提供新的手段[4-5]。医共体的核心价值在于突破传统医疗场域边界，将基层医院、社区、家庭及社会组织共同纳入协作网络，通过联合门诊、双向转诊提高医生对儿童癫痫的管理能力[6]。本研究以瑞安市人民医院作为医共体牵头单位，下辖多家协作单位，构建医共体模式下基层医院儿童癫痫诊疗体系，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2022年1月至2025年1月瑞安市人民医院医共体下辖各基层医院收治的癫痫患儿。纳入标准：（1）符合国际抗癫痫联盟（ILAE）中关于癫痫的诊断标准[7]；（2）年龄＜14岁；（3）有明确癫痫发作史。排除标准：（1）合并重要脏器（如心脏、肺部、肝、肾等）功能障碍或严重并发症；（2）研究期间接受重大手术及认知发生严重障碍等情况无法配合随访；（3）中途退出。以2024年1月建设完成医共体为分界，将2022年1月至2023年12月常规管理的112例患儿纳入对照组，其中男63例，女49例；年龄（7.1±3.2）岁；平均病程（1.86±1.24）年；发作类型：局灶性癫痫33例，全面性癫痫61例，未能分类18例。将2024年1月至2025年1月医共体模式下管理98例患儿纳入为观察组，其中男55例，女43例；年龄（7.1±3.0）岁；平均病程（1.99±1.15）年；发作类型：局灶性癫痫21例，全面性癫痫67例，未能分类10例。两组基线资料差异均无统计学意义（均$P>0.05$）。本研究获得瑞安市人民医院伦理委员会批准（编号：YJ2024013），所有研究者均由法定代理人同意并签署书面知情同意书。

1.2 方法 对照组予常规管理模式，对患儿监护人进行口头宣教、发放癫痫防治手册、为前来咨询的家长答疑解惑、定期门诊随访等，医生根据患儿情况调整药物治疗方案，如遇患儿癫痫发作时间较长（超过10 min）应及时就近送医。

观察组予医共体下管理模式，包括体系建设和患儿管理。其中体系建设采用集团化组建调配，将区域内人力、物力、财力进行共享及分配，将区域内儿科专家、神经内外科专家、执业药师及相关社工团体组建基层专家团队；针对区域特点（交通、经济、教育等）研讨儿童癫痫的管理方案，对儿童癫痫筛查、病情评估、急救措施、治疗手段、饮食指导及身心护理等方面进行综合评估；充分发挥区域内专家、设备、救助团体的资源利用最大化，为患儿家庭制定个体化管理方案，指导家长熟悉掌握癫痫日常护理及发病救治，同时密切关注癫痫患儿家庭心理状态等。此外，利用本地区三级甲等医院的信息化优势部署远程诊疗系统，建立各协作单位的微信沟通群，实现牵头医院与医共体协作单位的实时会诊及沟通。患

基金项目： 温州市科研项目（Y2023310）
作者单位： 325200 浙江省瑞安，瑞安市人民医院
通信作者： 林宗泽，Email：zongzeerke@163.com

儿管理由所在区域家庭医生作为主体，家庭医生根据患儿病情进行针对性评估，依照国家基本公共卫生“癫痫管理”档案统一匹配上报，专家评估后根据患儿癫痫发作次数、发作时长、发作时临床表现等情况制定具体的诊疗方案，及时协助家庭医生为疑难患儿开通绿色上转通道和特殊治疗。利用手机、电脑等电子设备构建社区或区域内儿童癫痫宣教微信群，加大儿童癫痫的防治宣教及患儿家庭的相互交流，指导患儿用药、饮食和心理指导，定期主动上门对患儿及监护人进行随访，了解患儿癫痫控制情况、癫痫发作危险因素、用药和饮食情况，并进行必要的心理评估。同时由社区负责人协助整个过程，为患儿的管理提供必要的上门服务和治疗保障。此外，定期邀请相关专家下沉基层开展至少 2 次的儿童癫痫管理讲座，指导家庭医生及患儿监护人对癫痫突发情况的识别和救治能力，并开设定期心理疏导消除家长疑虑，提升患儿家庭治疗信心。

1.3　观察指标　对比两组癫痫控制情况，包括癫痫发作次数、发作时间及就诊次数；对比两组用药依从性及认知情况，采用 Morisky 用药依从性量表（MMAS-8）[8]和蒙特利尔认知评估功能量表（MoCA）[9]进行评估，其中 MMAS-8 对用药剂量、用药次数及病情变化时是否规范用药等共 8 个条目进行二分类量化评分，其中 8 分为依从性高，6 ～ 7 分为依从性中等，低于 6 分为依从性低，总依从性=（依从性高+依从性中等）/人数×100%；MoCA（Cronbach’s α=0.940）对语言、记忆、计算力、视空间、注意力、执行力、时间定向及地点定向功能 8 个维度（共 30 分）进行评分，评分越高则认知功能越好。对比两组患儿家长对不同模式下的癫痫管理满意度，采用自制癫痫管理满意度调查问卷（Cronbach’s α=0.831）对患儿在治疗期间给予提供管理的医疗机构、护理服务、医疗设备、就诊流程、治疗方案及治疗效果共 6 个条目（共 30 分）进行量化评分，评分越高则越满意。

1.4　统计方法　采用 SPSS 26.0 统计学软件处理数据。计数资料采用 χ^2 检验；计量资料以均数±标准差表示，采用 t 检验。$P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2　结果

2.1　两组癫痫控制情况比较　观察组患儿癫痫发作次数、发作持续时间及就诊次数均少于对照组（均 $P < 0.05$），见表 1。

2.2　两组用药依从性比较　观察组依从性高 79 例，依从性中等 11 例，依从性低 8 例，总依从性 91.83%；对照组依从性高 69 例，依从性中等 12 例，依从性低 31 例，总依从性 73.32%。两组患儿总依从性差异有统计学意义（χ^2=13.16，$P < 0.05$）。

2.3　两组认知评估比较　观察组认知评估各维度及总分均优于对照组（均 $P < 0.05$），见表 2。

2.4　两组癫痫管理满意度比较　观察组癫痫管理满意度各维度均及总分均优于对照组（均 $P < 0.05$），见表 3。

3　讨论

儿童癫痫需长期规范管理，否则易导致认知损

表 1　两组癫痫控制情况比较

组别	例数	癫痫发作次数（次/月）	发作持续时间（min）	就诊次数（次）
观察组	98	1.88±0.92	5.12±0.92	2.95±0.90
对照组	112	2.89±0.99	8.23±2.15	4.09±1.08
t 值		7.62	13.29	8.24
P 值		＜0.05	＜0.05	＜0.05

表 2　两组认知评估比较　分

组别	例数	视空间与执行功能	命名	注意	语言	抽象	延迟回忆	定向	总分
观察组	98	3.01±0.94	1.95±0.87	4.05±0.92	1.98±0.87	1.70±0.56	3.91±0.94	4.91±0.85	21.51±2.26
对照组	112	1.99±0.92	1.15±0.70	2.99±1.02	1.26±0.76	1.06±0.69	3.08±1.05	3.00±1.03	14.55±2.46
t 值		7.94	7.38	7.86	6.40	7.31	6.00	14.53	21.24
P 值		＜0.05	＜0.05	＜0.05	＜0.05	＜0.05	＜0.05	＜0.05	＜0.05

表 3　两组癫痫管理满意度比较　分

组别	例数	医疗机构	护理服务	医疗设备	就诊流程	治疗方案	治疗效果	总分
观察组	98	3.92±1.06	3.78±1.04	4.11±1.09	3.98±1.02	3.90±1.06	4.04±0.93	23.72±2.43
对照组	112	2.81±0.96	2.90±1.11	2.96±1.11	2.87±1.02	2.97±1.03	3.03±1.16	17.54±2.36
t 值		7.96	5.90	7.55	7.87	6.44	6.90	18.67
P 值		＜0.05	＜0.05	＜0.05	＜0.05	＜0.05	＜0.05	＜0.05

伤与社会负担[10]。医共体模式通过资源整合与上下联动，弥补基层设备、人才与管理短板，实现全周期诊疗，提升基层能力。

研究表明[11-12]，精准的健康教育及管理可稳定患者癫痫发作频率、改善认知水平，进而提高治疗效果。癫痫患儿由于脑组织尚处于生长发育阶段，且家长对疾病认知不足，导致基层患儿缺乏特殊的癫痫干预管理，加之基层医生对癫痫识别及治疗手段受限，因此指导患儿家长协助管理、精准的健康教育及用药指导对癫痫患儿的管理具有积极作用[13]。本研究结果显示，医共体管理能显著降低癫痫发作频率、持续时间及就诊次数，提高患儿依从性与认知功能。分析原因：(1)医共体模式下，各医疗单位可发挥自身优势，专家协作制定基层医院癫痫管理方案并定期下沉开展义诊及讲座，相比常规社区管理更具权威性和专业性；基层医院在三级医院的设备及技术支持下可快、准、优对儿童癫痫进行识别和治疗，避免了常规转诊、会诊等繁琐程序；社区管理可借助“癫痫管理”档案准确了解并掌握患儿基本情况以提供更为明确的帮助。(2)医共体模式下，信息有效互通保证了管理的及时性，癫痫档案、远程诊疗系统、微信/短信群组等平台的组建可及时更新，保证管理的时效性。(3)该模式注重“医院-社会-家庭”各层面的癫痫相关知识科普及宣传，专家高频率的宣教和推广、社区工作人员的定期随访及关注，提升了癫痫患儿家庭的重视度，因此患儿认知水平改善明显。(4)该模式注重患儿心理状况，患儿自身癫痫状态与长期治疗不可避免的增加患儿心理负担，给予患儿治疗的信心和安全感可提高患儿心理及行为健康水平、改善治疗依从性。(5)本模式在社工团体的参与下实施随访，上门一对一指导和交谈，定期追踪癫痫患儿管理情况，尤其关注癫痫患儿用药情况和健康教育，使患儿家庭感到社会的温暖，避免了病耻感和孤独感等不良情绪。

家长是癫痫患儿的第一监护人，对于患儿的治疗和管理是全程参与者和主导者。本研究结果显示，观察组患儿癫痫管理满意度优于对照组，说明医共体下基层医院儿童癫痫诊疗模式的构建得到了患儿家长的支持和认可。研究表明，以家长为主导的癫痫患儿管理具有更为安全性和可靠性，家长对癫痫认知水平和癫痫发作处理能力的提升大大提升了癫痫患儿的病情控制[14]。医共体模式下以患儿为中心的集团化资源调配，使患儿得到更为及时、全面、有效的医疗救治，减少不必要的就医费用和医疗水平差异造成的担忧，故而得到家长的认可和满意，进而提升癫痫患儿的管理质量。

综上所述，医共体下基层医院儿童癫痫诊疗体系的构建和实施，可有效控制癫痫患儿病情，提高患儿用药依从性，改善患儿认知水平，提高患儿癫痫管理满意度，适合推广应用。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

[1] 王立利,王维.儿童癫痫治疗后复发的临床特点及EEG特征分析[J].神经损伤与功能重建,2025,20(3):144-149.
[2] POKE G, STANLEY J, SCHEFFER I E, et al. Epidemiology of developmental and epileptic encephalopathy and of intellectual disability and epilepsy in children[J]. Neurology, 2023, 100(13):e1363-e1375.
[3] 阳文燕,崔怡然,马于岚,等.1990-2019年中国儿童及青少年癫痫疾病负担趋势研究[J].中国卫生统计,2024,41(2):274-276,280.
[4] 兰珍,刘婧,陈火旺,等.紧密型县域医共体医防融合促进慢病管理研究—以福建省三明市为例[J].卫生经济研究,2024,41(11):74-77.
[5] 楼英婷,刘凯捷,范晓苑,等.县域医共体提升基层医疗卫生机构服务能力的研究[J].卫生经济研究,2024,41(5):77-80.
[6] 丛雅婷,戴遥,鲍欣雨,等.县域医共体下家庭医生团队知识共享现状及影响因素研究[J].中国全科医学,2025,28(1):89-95.
[7] 彭镜,孙丹,王晓乐,等.《儿童期起病的癫痫综合征的国际抗癫痫联盟分类和定义：ILAE疾病分类和定义特别工作组立场文件》的解读[J].癫痫杂志,2022,8(6):494-499.
[8] NARDUCCI F, LANZONE J, RICCI L, et al. Determinants of medication adherence in people with epilepsy: A multicenter, cross-sectional survey[J]. Epilepsy Behav, 2023, 138: 109029.
[9] NOVAK A, VIZJAK K, GACNIK A, et al. Cognitive impairment in people with epilepsy: Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a screening tool[J]. Acta Neurol Belg, 2023, 123(2): 451-456.
[10] 李军强,向开华,岳艳,等.2558例学龄期儿童癫痫的临床分析[J].癫痫与神经电生理学杂志,2022,31(2):91-95.
[11] 李婷婷,刘斯尔,李莎莎,等.出院后持续健康宣教对癫痫患者服药依从性及自测健康评分的影响[J].黑龙江医学,2024,48(4):466-468.
[12] 艾田妹.心理及健康教育对癫痫患者生活质量及焦虑抑郁状况的影响研究[J].世界临床药物,2022,43(3):343.
[13] 陈悦,杨增泰,张丽霞,等.间期癫痫样放电对癫痫患儿认知功能影响[J].中国实验诊断学,2021,25(5):673-676.
[14] 崔兆涵,王虎峰,张子楠.多重制度逻辑视角下紧密型县域医共体的治理机制与组织协同:理论机理与实证检验[J].中国卫生政策研究,2025,18(1):2-9.

收稿日期：2025-04-03
（本文编辑：吴迪汉）