

零周转条件下高原既有医疗建筑不停诊改造的空间组织策略

——以西藏自治区藏医院改造提升工程为例

程兴义 李文心

中国中元国际工程有限公司 北京 200240

【摘要】：在既有医院更新日益常态化的背景下，原址改造与持续运营之间的矛盾逐渐成为设计工作的核心问题。对于位于中心城区、缺少周转场地的老院区而言，改造的难点往往不在某一项单体技术，而在于如何在不停诊的前提下，把空间、时间与运行秩序重新组织起来。本文以西藏自治区藏医院改造提升工程为例，结合方案深化、报审协调与现场实施过程，围绕零周转条件下的组织命题展开讨论。文章认为，既有研究已经从总体规划、更新策略和边运营边改造等角度，对医院更新提出了系统性认识，但针对门诊入口这一高频公共节点，如何通过相邻空间借位形成稳定施工窗口，仍有进一步讨论的必要。项目实践表明，住院与门诊大厅的潮汐式角色互换，并不是简单的临时借用，而是一种面向过程的建筑组织策略。它把原本相互冲突的人流、施工与系统调整重新拉开，使过渡状态成为设计的一部分，也为高原地区既有医疗建筑不停诊改造提供了可借鉴的实施路径。

【关键词】：既有医疗建筑；不停诊改造；零周转；空间组织；高原地区

DOI:10.12417/2811-0536.26.07.047

1 引言

公立医院建设正在从增量扩张转向存量提质，老院区的更新改造已不再是个别现象，而是医疗建设中越来越常见的一类任务。与普通公共建筑相比，医院更新始终面对更强的连续运营约束。门诊不能停，住院不能断，后勤保障和生命支持系统也不能轻易中断。相关研究表明，医院更新并不是单纯的建筑翻新，而是与整体运行效率和长期发展能力紧密相关的系统问题^[1]。同时，医院更新需要把设计、实施与使用三个阶段放在一条线上统筹考虑，真正困难的往往是新旧系统之间持续存在的摩擦，而不是终态方案本身^[2]。

已有研究对这一议题已经形成了较清楚的认识。分期分区、交通组织、系统切换和施工干扰控制，是大型医疗建筑不停诊改造中反复出现的关键难点^[3]。公共服务界面的调整也不能只理解为平面功能替换，它同时牵涉窗口重置、导视转换和患者识别成本^[4]。对于连续运营项目，若要减少干扰，关键在于把影响限定在可识别、可管理的边界之内^[5]。这些研究为本文提供了重要参照。不过，从现有公开论文看，针对零周转条件下门诊主入口这一关键公共节点，如何通过相邻空间的阶段性借位，为结构调整、交通核重组和公共区更新释放施工界面，讨论仍不算充分。尤其在高原地区，施工季节短、现场不确定性强，这类问题会被进一步放大。

西藏自治区藏医院改造提升工程正是在这样的现实条件下展开。项目位于拉萨市老院区范围内，更新

内容涉及医疗综合楼、专科楼及相关公共区域，其中门诊大厅及其联系的一层主交通空间，是整轮改造中最敏感也最难处理的部位。一方面，这里承担患者进入院区后的导诊、分流、候诊和垂直交通转换功能，日常人流高度集中；另一方面，原有空间尺度、交通设施和设备系统又已难以适应新的使用需求。项目因此提出的首要问题，并不是如何完成一次常规意义上的大厅更新，而是在零周转条件下，怎样先把可施工的状态组织出来。本文采用案例分析与过程复盘相结合的方法，重点讨论这一问题。



图1 改造后鸟瞰效果图

2 项目背景与问题界定

本项目并非整体腾空后的彻底翻建，而是在院区持续运行的前提下，以局部介入带动整体提升。改造范围虽然有限，但其影响面并不小。门诊大厅既是患者进入院区后的第一界面，也是多条流线交汇的公共

枢纽，一旦在这一位置直接展开施工，围挡、导流、临时安检、竖向交通调整和候诊人群便会在极小的空间内叠压在一起，诊疗秩序很容易受到冲击。不停诊改造中反复出现的几类矛盾，在这里几乎都能对应上：空间无法腾挪，交通组织极易失稳，系统改造又很难完全脱离日常运行^[3]。换句话说，项目真正的难处，不在于改造内容复杂，而在于医院没有给设计和施工留下传统意义上的缓冲地带。

高原环境又让这种紧张关系更明显。施工季节有限，外部气候对工期和工序安排的影响比平原地区更直接；同时，院区患者构成复杂，老年人和行动不便者比例较高，流线一旦频繁切换，识别难度会迅速上升。已有实践表明，公共界面的连续性往往决定患者是否能快速建立新的就诊认知^[4]。这一点放在本项目中尤为重要。临时状态如果组织不好，哪怕终态方案再完整，也可能在实施阶段反复受阻。

除了现场层面的约束，前期边界条件的协同也直接影响项目推进效率。既有医院改造常常处在多重边界交织之中：使用需求会随着调研深入不断细化，入口形象、服务界面、交通方式和配套设施也可能随之提出新的期待；但从实施层面看，相关内容能否在同一轮纳入正式报审文本，还要受到既有规划条件、投资安排和审查时序的共同约束。若方案边界、报审边界和实施边界在前期没有尽量对齐，后续评审就容易陷入多轮解释与反复修正。对零周转项目而言，这种消耗尤其不划算，因为它挤压的往往不只是纸面时间，而是真正可以落到现场的施工窗口。也正因此，前期与建设单位把本轮实施内容、预留内容和后续衔接内容说清楚，并不是程序性的配合，而是为了减少无效往返，把有限时间留给真正需要处理的技术问题和现场问题。

3 潮汐式角色互换下的空间组织策略

本项目最有决定性的设计动作，并不在某一处立面处理，也不在某个节点构造，而在于两个大厅之间关系的重新定义。原门诊大厅净深有限，观光电梯和服务设施占据了人流核心区，挂号、缴费、候诊与垂直交通彼此缠绕，平时就存在停留过度集中和局部拥堵的问题。如果在这种状态下直接施工，施工围挡势必继续压缩公共空间，患者流线和施工流线会正面相撞，改造很难进入稳定阶段。

设计因此没有沿着原有大厅内部做见缝插针式调整，而是把视线转向与其相邻的住院大厅。住院大厅平时人流节奏相对平稳，空间位置又接近主入口，经

由临时导诊、安检、标识和服务台重组后，具备阶段性承接门诊入口功能的条件。由此形成的策略，可以概括为一种潮汐式角色互换：在门诊大厅改造期间，住院大厅临时承担门诊主入口与分流职能，原门诊大厅则整体腾出，形成相对完整的施工界面；待原门诊大厅完成更新并恢复使用后，住院大厅再回到原有角色。这个过程看上去像是入口位置的转换，实际上改变的是院区最敏感公共节点的运行逻辑。

这种借位之所以有效，关键不在于临时替代这几个字，而在于它让施工面第一次从高频就医流线上被完整剥离出来。连续运营项目若想避免长期低效率施工，就必须把改造影响收束到一个清晰而可管理的范围内^[5]。本项目的做法恰好说明，这个范围并不一定只能依靠围挡硬性切出来，也可以通过相邻空间的阶段性重组来建立。住院大厅承担临时门诊入口以后，原门诊大厅及其联系的一层主走廊得以作为一个相对独立的施工岛存在，拆除、结构加固、交通核调整、竖向设施置换和公共区更新都能在连续界面内推进，不必被拆散到诊疗缝隙中零敲碎打。

这一策略也可以从功能织补的视角来理解。其核心不是大规模替换既有体系，而是在尊重原有运行肌理的前提下，以相对精准的局部介入重建新的协同关系^[6]。门诊与住院大厅的角色互换，本质上就是一次空间层面的功能织补。设计并没有另起炉灶去创造一套完全独立的新入口系统，而是利用既有相邻空间的潜在弹性，在特定阶段临时改变其功能指向，用局部借位换取整体秩序的稳定。

更重要的是，这种组织方式把建筑设计的对象从终态空间扩展到了过渡状态。过去讨论大厅更新，关注点往往落在改造完成后的空间形态、立面界面或服务设施上；而在零周转条件下，真正决定项目能否推进的，往往是那些只存在几个月、却必须运转良好的临时状态。既有改造实践表明，患者是否能够迅速识别新路径，服务窗口能否稳定工作，导视系统是否在最短时间内形成新的秩序，都会反过来影响施工组织和使用评价^[4]。从这个意义上说，过渡状态不是附属安排，而是方案的一部分。潮汐式角色互换的价值，也就在这里。

4 过渡状态的设计与实施协同

当门诊入口被重新安置后，项目获得的并不只是一个可封闭的施工面，更是一种新的时间秩序。原本必须同时承受的几类矛盾被主动拉开了距离：患者进入与围挡施工不再正面碰撞，结构调整与高峰接诊被

错开，公共空间更新和交通核重组也得以在更稳定的节奏中展开。从医院更新研究来看，其本质在于通过总体统筹维持运营效率和发展连续性^[1]。如果把这种认识落到单体改造尺度，就会发现零周转项目真正需要的，正是一套面向过程的时空框架。没有这个框架，再精细的节点设计也很难转化为可实施的工程。

这一点也说明，医院更新需要将设计、实施与使用作为同一过程统筹考虑^[2]。在本项目中，建筑师面对的并不是一个静止的目标空间，而是一串持续变化的中间状态：临时入口如何建立，流线怎样切换，哪一段先施工，哪一段后恢复，某些接口是否需要预留给下一阶段。也就是说，设计工作并没有在施工图完成后结束，而是继续延伸到施工组织、现场配合和动态校核之中。这样一种工作方式，决定了建筑师在既有医院改造中不仅是空间方案的提供者，也要承担相当程度的过程组织责任。

现场实施进一步验证了这一点。既有建筑资料不完整、隐蔽工程情况复杂，往往使图纸边界与真实条件之间存在偏差。项目推进过程中，个别新增设施的位置就曾在开挖或复核后与既有管线发生冲突，原方案无法按既定路径直接落地，只能依靠现场踏勘、专业复核和方案修正迅速完成重新判断。这类调整看似属于技术层面的局部修补，实则是零周转改造的常态。相关研究已经提示，连续运营条件下的设计应当预留足够的应变弹性^[3]；本项目的经验说明，这种弹性不能只停留在管理层面，还需要提前体现在建筑与相关专业的接口组织上。

与此同时，前期边界确认的重要性也会在后续阶段不断显现。既有医院改造往往不是把所有问题在一轮建设中全部解决，而是在有限投资和有限施工窗口内，优先处理最关键的运行矛盾。建设单位对空间品质和使用功能的期待，常常会随着方案推进进一步细

化，这本是正常现象；但从报审和实施角度看，哪些内容适合纳入本轮，哪些内容更适合留待后续阶段完成，越早界定，越有利于减少评审过程中的往返消耗。换言之，边界不是为了限制设计，而是为了让项目尽快形成可执行的共识。把这一层关系理顺后，后续审查、深化和现场实施才更容易保持同一节奏。

从这个角度回看，零周转并不是单纯的场地条件描述，它实际上重塑了设计工作的逻辑。建筑师不再只是面对一个最终建成的空间，而是要把一系列短期但真实存在的运行状态同样纳入设计。过渡状态是否清晰，边界条件是否提前说透，往往比某些局部造型处理更能决定项目成败。这也是既有医疗建筑改造与一般公共建筑更新最不同的地方。

5 结语

西藏自治区藏医院改造提升工程说明，零周转条件下的既有医疗建筑不停诊改造，关键并不只是分期施工，更不只是把各专业问题分别拆解处理，而是先建立一套能够支撑持续运营的空间组织方法。门诊与住院大厅的潮汐式角色互换，使原本最难触碰的门诊主入口获得了相对完整的施工窗口，也让改造从碎片化应对转向了有节奏的推进。这个过程的意义，不在于临时入口本身，而在于它把过渡状态正式纳入建筑设计，使设计不再只服务于终态，也同时服务于改造过程。

对这类项目而言，建筑师真正需要把握的，往往不是某一个单点技术，而是几组关系：空间与时间的关系，图纸边界与实施边界的关系，方案完整性与推进效率的关系。把这些关系理顺，项目才有可能在不停诊的前提下稳步往前走。高原地区既有医疗建筑的改造条件更为敏感，但也正因此更能说明问题：当周转空间缺失成为既定事实时，设计的价值，恰恰体现在能否为复杂现实组织出一条可执行的路径。

参考文献：

- [1] 张春阳, 芮俊. 广州中心城区医院更新改造总体规划研究[J]. 南方建筑, 2020(1): 81-87.
- [2] 吴钰鑫, 李冰峰. 城市医院建筑更新改造设计策略[J]. 城市建筑空间, 2022, 29(2): 131-132, 136.
- [3] 万莉军, 张坛, 李韦. 大型医疗建筑不停诊改造设计难点及对策[J]. 华中建筑, 2022, 40(12): 48-51.
- [4] 王蕾, 张羽翔. 刍议医院老门诊楼局部改造实践[J]. 中国卫生产业, 2022, 19(18): 37-40.
- [5] 沈宇昕. 医院老旧病房楼边运营边改造的实践分析[J]. 中国医院建筑与装备, 2023(10): 79-83.
- [6] 张豪, 师璐, 黄勇, 栗浩灏. 基于功能织补的城市核心区大型医院更新改造设计策略——以中国中医科学院广安门医院为例[J]. 中国医院建筑与装备, 2023, 24(9): 49-56.