

医药卫生报

YIYAO WEISHENG BAO

专业角度 健康深度

2018年6月2日 第60期
星期六 戊戌年四月十九

□医药卫生报社出版 □国内统一刊号:CN41-0024
□邮发代号:35-49 □总第3360期 □今日4版
□电子信箱:yywsbs@163.com □网站:www.yywsb.com

全国优秀医药健康类报纸

25%以下的药占比是怎么实现的?

本报记者 董文安 李季

每天下班前,开封市中医院院长庞国明都要习惯性地打开微信,浏览一下该院相关部门发来的报表。

这些报表里不仅有开封市中医院当天运转的详细数据,还有与去年同期的比值。从这些枯燥的数字里,庞国明及时了解到了医院的运营状况,发现问题并予以调控。

在这些数字里,庞国明特别留意药占比,因为这一数字是衡量医院综合管理水平的重要要素,能够体现医院的运行质量。

近两年来,让庞国明欣慰的是,开封市中医院的药占比一直保持在25%以下。这一数字,很少有医院特别是很少有中医院能够实现。

那么,25%以下的药占比他们

是如何实现的呢?

好政策产生引力

这两年,与众多的医院院长一样,庞国明心里紧绷着一根弦,如何把医院的药占比(不含中药饮片)降到30%以下。

这是一项硬指标!两年前,国务院办公厅发布了《关于城市公立医院综合改革试点的指导意见》,要求试点城市公立医院降低药占比,目标是30%左右。

现在看来,这一目标不是高不可攀;但在当时,这一目标就像一座高山,似乎难以逾越。

原卫生部《医院管理评价指南(2008版)》规定,三甲医院药占比的标准为≤45%。但是,在中医院中,药占比普遍偏高,国内一些顶尖的中医院,大都保持在

42%~45%。

医院能不能把药占比降下来?庞国明认为,能不能都得降!因为这是既能为患者减负,又是提高医院运行效率的好政策。

好政策的推进,需要好措施来配套。为此,开封市中医院制定了新的考核办法,要求用中医、开中药,凡是不用中医疗法的,一律不纳入绩效考核。

“患者到中医院就医,看中的就是中医院的‘简、便、验、廉’的特点。那么,中医院就必须姓‘中’,把中医药的特色优势发挥好。”庞国明说,中医离不开中药,中药饮片无疑是主角。

在开封市中医院中药房,记者没有发现传统中药房的“手抓戥称”,而是配方药师直接把一小包一小包的“成品”,按方查数后,

直接放进包装袋中。

中药房主任何爱玲说,他们全部使用的是小包装中药饮片,都是经过炮制,根据临床常用剂量,用一定的包装材料封装,既能保证质量,又能保证分量。

那么,这会不会因为成本提高导致药价增加呢?

开封市中医院工会主席张彩凤似乎看透了记者的疑问,笑着说,尽管如此,他们一直坚持价格不变!

除了引导医生用中药,开封市中医院还引导医生使用特色疗

药洗肠、中药硬膏外贴、中药外涂治疗、中药局部冲洗、中药封包、耳咽中药吹粉、小儿捏脊等。至于冬病夏治、冬病秋防、冬病冬治等疗法,更是被广泛使用并受到患者喜爱。

在开封市中医院门诊大厅,记者见到几位结伴而来的老年人,原来他们是来进行冬病夏治的。当他们听说还不到冬病夏治的季节时,不好意思地笑着离开了医院。

(下转第二版)



救死扶危 休戚与共

——访郑州市心血管病医院综合ICU主任胡亚兰

本报记者 丁玲

综合ICU(重症监护室)是医院中重症患者集中、病种多、抢救和管理任务比较重的科室,也是汇集了爱、坚持和希望的地方。

现在,让我们走近郑州市心血管病医院综合ICU主任胡亚兰,听这位带领该院重症医学从小到大、从弱到强的“老兵”讲讲从事重症医学工作的酸甜苦辣。

敢想敢干、开朗乐观的胡亚兰从医33年。她在重症医学领域耕耘18年,不断探索求知,成为危重症救治的“多面手”。

重症思维,讲“速度”,拼“生命”

郑州市心血管病医院的综合ICU位于一楼,紧邻急诊科。在紧闭的大门内,经常徘徊着焦急等待的患者家属。对他们而言,大门里面是亲人获得重生的地方。

走进综合ICU,一个个步履匆匆的身影穿梭在病床前。伴随着不断变换的显示图像,各种监护仪器发出“滴滴”声。胡亚兰的工作节奏离不开一个“忙”字。她每天早上7时30分走进病房,晚上7时之后才离开病房,而深夜留在病区抢救危重患者更是常事。

有一次,120急救中心送来一

位心跳骤停复苏后的患者,转入综合ICU后,患者意识不清,心律紊乱,频率达到180~200次/分;在纠正心律失常时,频率突然又降低到30~45次/分。经过胸外心脏按压、电除颤等一系列抢救,患者的病情逐渐稳定,一周后转入普通病房,最终康复出院。

“综合ICU患者大多病情危重,工作节奏就是要快,因为一分一秒的变化都关乎着患者的生命。”胡亚兰一直教导团队成员,工作中要有重症思维,在讲“速度”的同时,多问几个为什么,不要放过任何异常,只有这样才能在第一时间发现问题。

综合ICU曾接诊一名浑身酒气的昏迷患者,以酒精中毒救治,但常规救治措施实施后,患者一直未苏醒。胡亚兰感觉其中必有问题,排查发现该患者嘴里有一股刺鼻的异味,怀疑是有机磷农药中毒,经查证果然如此。原来,患者和家人闹矛盾后,醉酒的同伙喝了农药,家人并不知情;多亏医务人员及时发现,否则年轻的生命转瞬即逝。

无悔坚守:看到光,找到爱

人总得有一个体现自身价值

的地方,重症医学科就是胡亚兰展现人生价值的舞台。

1999年,胡亚兰从一名心血管医生踏入自己并不熟悉的重症医学领域,当时科室床位只有6张,医务人员不足20人。2001年,胡亚兰担任重症医学科主任,开始了科室的全面提升之路。

随着医院的整体搬迁,重症医学学科的学科建设、技术水平有了长足发展,床位达到51张,医务人员达到100多人,每年完成重症监护治疗达2300例,其中包括省内首例心脏移植、肝肾联合移植,郑州市首例胰肾联合移植等重症患者的术后监护治疗和危重症患者的监护管理。

近年来,随着重症医学学科体系的搭建,郑州市心血管病医院先后设置了一些重症单元。2016年,胡亚兰领衔组建了综合ICU,急诊ICU,专门收治除新生儿之外的危重症患者。

建科之初,各项业务艰难而繁忙,送来的大多是心脑血管病急症,严重的车祸伤、中毒等急诊患者,各种救治手段同时上,不是一个“忙”字能形容的。最累的时候,

一晚上收治5名危重患者,值班人员忙不过来,不得不喊其他员工

来支援。胡亚兰已经记不清自己有多少次从家中被喊来了。

“把曾经在死亡线上挣扎的患者送出综合ICU,所有的辛苦都值得。那么多年,胡主任一直干劲十足,我们年轻人应该向她学习。”跟随胡亚兰成长起来的综合ICU副主任张绵,深受胡亚兰的影响和熏陶。

今年年初,张绵曾在电梯里偶遇一位患者。要不是这位患者打招呼,张绵几乎认不出来了。看到患者恢复得那么好,张绵感慨万千。原来,这是2016年科室收治的一位患者,在肾移植十一年后因感染性休克入院,当时患者瘦得不成人形;但在综合ICU住了两个月后就转入普通病房,最终康复出院。

或许,这就是胡亚兰等坚守重症监护医学的力量源泉。在很多人眼里,进了综合ICU的大门,就等于和死神牵上了手。其实,更多人来到这里,是为重生之后更高质量地活着。

温暖一路:既救命,又疗“心”

“综合ICU是无陪护单位,医疗和生活护理都由护理人员完成。千多千少家属看不见,全凭个

人的职业操守。”郑州市心血管病医院综合ICU护士长姚丹认为,一名合格的护士要有一颗“慎独”的心。

一名重度颅脑损伤患者,大小便失禁,夜里拉了8次,护理人员不断地为其清洗身体。患者无意识,那就需要护理人员多跑腿、多观察。而在综合ICU里刚刚清醒的患者会有自己的需求,当需求不能正常表达时,患者就会出现焦虑、烦躁等一系列不良情绪,继而生命体征也会发生变化。这时就需要护理人员付出更多的细心和耐心。

一名尿毒症合并严重肺部感染、电解质紊乱的患者在综合ICU住了20多天,一度因为疾病的痛苦、经济的担忧而拒绝治疗,并对医务人员恶语相加。胡亚兰得知后,握着她的手,耐心细致地对她进行开导,使她放下了思想包袱;康复出院之后,患者和家属还专程赶来道谢。

“因为热爱,所以无悔;因为责任,所以坚守。”对于胡亚兰来说,这里有一份割舍不掉的牵挂,这份牵挂足以让她在听到召唤的深夜,一次次毫不犹豫地赶到患者身边。

本报讯(记者常娟 杨冬冬)河南大病保险筹资标准上调,继续实行差异化筹资;参加城乡居民基本医疗保险的农村贫困人口,大病保险起付线由1.5万元降至7500元,分段报销比例提高;5月24日,河南省人力资源和社会保障厅、河南省财政厅联合下发《关于进一步做好城乡居民大病保险和大病补充医疗保险工作的通知》(以下简称《通知》)。

2018年度,河南提高大病保险筹资标准,全省继续实行差异化筹资。筹资标准分为75元、54元、50元、46元4个档次,比各省辖市、省直管县(市)2017年度城乡居民大病保险筹资标准52元、32元、30元、28元4个档次均有所提高。其中,郑州市筹资标准为75元;鹤壁市、周口市、驻马店市、巩义市、滑县、固始县、新蔡县筹资标准为54元;开封市、平顶山市、新乡市、焦作市、濮阳市、许昌市、漯河市、商丘市、信阳市、济源市、长垣县、鹿邑县筹资标准为50元;洛阳市、安阳市、三门峡市、南阳市、兰考县、汝州市、邓州市、永城市筹资标准为46元。

《通知》规定,在2018-2020年脱贫攻坚期内,参加全省城乡居民基本医疗保险的农村贫困人口,享受大病保险倾斜政策,起付线由1.5万元降至7500元,提高合规自付医疗费用报销比例:7500元~5万元(含5万元),由50%提高至80%;5万元~10万元(含10万元),由60%提高至85%;10万元以上,由70%提高至95%。

农村贫困人口的界定,按照《河南省人民政府办公厅关于进一步提高农村贫困人口医疗保障水平的实施意见(试行)》确定。农村贫困人口包括建档立卡贫困人口(含贫困残疾人)、农村低保对象、农村特困人员救助供养对象。

2018年度各省辖市、省直管县(市)大病补充保险筹资标准分为130元、110元、90元、70元4个档次。省、省辖市、县(市、区)财政按30%、30%、40%的比例分级承担;对省直管县(市)和财政直管县(市),省财政负担60%,县(市)财政负担40%。



5月31日,一位长期吸烟的呼吸系统疾病患者在向医生咨询。当天是世界无烟日,河南省卫生计生委在郑州大学第一附属医院广场举办了“戒烟,医者先行”宣传活动。省卫生计生委副主任黄红霞说,医务人员在控烟中应发挥示范作用,成为控烟的榜样。

尚慧彬/摄



医扫一打扫 医请 药药药 扫一扫 扫一扫 卫生卫生 报报报 关注关注 关注



肿瘤防治 名家谈

发生脑转移的癌症患者还有救吗?

河南省肿瘤医院神经外科 赵明

专家简介

近年来,随着医疗水平的迅速提高和大量靶向治疗药物的出现,癌症的治疗效果不断提高,很多恶性肿瘤患者的生存时间不断延长。但是,临床上发现癌症发生脑转移的病例也相应增多。一旦发生脑转移,医生、患者及家属都会认为疾病到了晚期,常常极其悲观,甚至放弃治疗。

那么,肿瘤患者发生脑转移还有救吗?作为一名神经肿瘤专科医生,笔者给出的答案是:肿瘤患者出现脑转移后,通过积极治疗不但可以延长生存时间,还能提高生存质量。也就是说,发生脑转移的癌症患者还是有救的,大可不必过于悲观。

脑转移瘤发生率高于原发脑肿瘤

与原发脑肿瘤相比,从全身其他部位转移过来的恶性肿瘤叫继发性肿瘤,也叫脑转移瘤。它是成年人最常见的脑肿瘤,发生率约为原发脑肿瘤的10倍。

统计结果显示,8%~10%的恶性肿瘤患者会发生脑部转移。发生脑转移的肿瘤以肺癌、乳腺癌、恶性黑色素瘤、消

化道肿瘤、肾癌较常见。其中,肺癌脑转移约占40%,以肺小细胞癌和腺癌居多。有文献报道,小细胞未分化癌如生存期超过两年者,脑转移率达到80%。

如何发现脑转移瘤

脑转移瘤大多慢性起病,但是病程往往进展迅速。大多数患者有中枢神经系统的症状,常见的有头痛、恶心、呕吐、癫痫发作、语言障碍、肢体肌力减退、共济失调、颅神经麻痹等。25%的患者会出现视乳头水肿(一种颅内疾病的眼底改变)。

如果患有恶性肿瘤的患者出现上述症状,只要进行CT、MRI(磁共振)等影像学检查,结合临床症状就可做出明确诊断。

如果患者没有明确的恶性肿瘤病史,临床上一旦发现脑部占位病变,特别是多发性病灶者,一定要及时进行胸部CT检查或全身检查。检查发现肺部病变,考虑为肺癌的患者,也应及时做胸部MRI检查。

对于病史不明确的颅内肿瘤患者,需要专科医生介入,要与颅内原发肿瘤

以及颅内其他疾病进行鉴别,以确定是否脑转移瘤。

如何治疗脑转移瘤

如何为脑转移瘤患者选择合适的治疗方案?

首先,要看患者的KPS评分(也叫卡氏评分法,得分越高,健康状况越好,越能忍受治疗给身体带来的副作用,因而也就有可能接受彻底治疗患者的一般情况)。一般手术治疗要求KPS评分不低于60分。其次,要看患者的年龄。患者年龄过大或者太小,则多会放弃手术治疗。这两类患者采用手术治疗的危险性很高。再次,要看脑转移瘤病灶的个数。脑转移瘤病灶的个数直接影响着治疗效果,病灶的个数越多,治疗效果就越差。

脑转移瘤的治疗方法如下:

一、内科药物治疗(化疗)。过去的医学认为,多数化疗药物难以透过血脑屏障发挥药效,不把化疗作为首选治疗手段。但是,近年来出现的小分子化疗药物,靶向治疗药物可以通过血脑屏障,所以化疗是脑部转移瘤没有症状或原发病

灶未控和多器官转移病例的主要治疗手段,选择能透过血脑屏障的化疗药和靶向治疗药对控制脑转移瘤有积极作用。

二、手术治疗。目前,手术切除术后后局部放疗,是目前颅内单发脑转移瘤的标准治疗方案。手术治疗适合如下情况:原发部位不明确;原发部位明确,但颅内病变性质不明确;原发肿瘤已得到控制,颅内有多发转移灶;原发肿瘤虽未得到控制,但是转移瘤引起的症状较严重、手术容易切除者。

外科参与脑转移瘤的治疗,一定要经过严格论证,谨慎实施。对于组织学类型对放疗不敏感的脑转移瘤(脑腺癌、肾癌、黑色素瘤脑转移瘤等),更应该积极手术。

三、放射治疗。大部分脑转移瘤是多发的,手术切除每一个转移灶是不可能的,术后仍要放疗。因此,放疗是仅次于外科治疗的常用手段。适应证有:脑转移瘤未控;对放疗敏感的肿瘤,如小细胞肺癌、淋巴瘤、乳腺癌等;对放疗不敏感的肿瘤,如脑腺癌、肾癌、黑色素瘤等;黑色素瘤不能手术者;预防性头部放疗,适合极易发生脑转移的小细胞肺癌,已成为

小细胞肺癌标准治疗的重要组成部分,研究发现可显著降低脑转移的发生率和死亡率。

综上所述,脑转移瘤具有以下特点:脑转移瘤发生率远高于原发脑肿瘤;最容易发生脑转移瘤的恶性肿瘤是肺癌和乳腺癌;脑转移瘤的诊断,主要依靠影像学检查,尤其是脑部MRI检查;多发脑转移瘤标准治疗模式是全脑放疗;化疗是没有症状的脑转移瘤、原发灶未得到控制和多器官转移病例的主要治疗手段,选择能透过血脑屏障的化疗药和靶向治疗药对控制脑转移瘤具有积极作用;对于单发的脑转移瘤,对放疗不敏感的脑转移瘤和转移瘤引起严重的高颅压危及生命者,应选择外科手术;倡导综合治疗和个性化治疗。

在普通人眼里,患者一旦发现脑转移瘤,即预示生命进入最后阶段。然而,在肿瘤临床一线医生看来,随着影像学检查技术和放射技术的不断改进,脑部外科手术技术的进步,以及小分子化疗药物及靶向药物的出现,越来越多的脑转移瘤患者能够获得更好的疗效、更长期的生存。



赵明,河南省肿瘤医院神经外科主任,硕士生导师,主任医师,河南省抗癌协会神经肿瘤专业委员会主任委员,中国抗癌协会神经肿瘤专业委员会常委;担任《中国神经肿瘤杂志》编委、《河南外科学杂志》编委;创建河南省神经肿瘤专业,擅长各种神经系统的微创显微外科手术治疗和综合治疗,在脑恶性肿瘤、脑转移瘤的个体化治疗方面积累了丰富的经验;参编专著2部,发表论文20余篇。