

医师执业范围的设置原则

河南省卫生健康委员会 刘笑天

一、宜粗不宜细

医师通过系统的医学教育,并经过医师资格考试合格,从法律上具备通科执业能力,选择注册哪个专业,是根据医院工作需要决定的。但是,一经注册,就需要按照注册范围执业。

二、坚持以卫生健康行政管理为主线

医师住培专业更贴合临床医疗需求,医师职称专业的根本目的是选拔医学人才,医师学术团体和协会专业主要是为了推动学科建设。医师执业范围首先解决的是依法执业问题,其次是行政管理的便利性。医师执业范围与医

三、有明确的学科基础和业务范围

我们一般从名称上就能了解该执业范围的主要内容,如“儿科专业”“妇科专业”等。要避免使用模糊不清的表述,如“一般医疗服务”,让人不清楚

四、该业务只能由医师开展

医师执业范围属于医师专有概念,如果某个业务范围可以由技师、护士、药师或其他人员开展,没有医

五、该业务主要是医疗、预防、保健业务

《执业医师法》规定医师依法开展医疗、预防、保健业务,其执业范围必须是医疗、预防、保健业务活动。其他活动不属于《执业医师法》

六、有相对统一的分类标准

原则上,统一使用临床学科作为分类标准,不采用技术类、管理类分类标准。例如,介入作为一门技术,内科、

七、有利于该专业的发展

新设医师执业范围,应当推动相关专业,推动效果不明显或起相反作用的,应慎重考虑。

以“医疗美容专业”为例,医疗美容是新兴的医疗服务种类,发展基础比较薄弱,还需要加强规范。现政策规定从事美容外科的医师应有6年以上从业经历,并至少进修培训1年合格,方可办理美容主诊医师备案。如设为医疗美容执业范围,则医师只需

要经过2年进修培训合格就可变更执业范围,大大降低了准入门槛。这对规范医疗美容服务市场将产生何种效果,还需要认真论证。

再例如“急救医学专业”,设立初衷是为了推进急救学科发展,但随着许可制度落地,依法执业意识逐步加强,医师普遍愿意保留本专业,而不愿意注册“急救医学专业”,反而进一步造成学科发展滞后。在这种情况下,

要增设新执业范围。《关于医师执业注册中执业范围的暂行规定》附件说明也同样表述:“设定执业范围的专业宜粗不宜细,有些更细的专业分类可以随着专科医师制度的完善予以解决。”

来源多样,非医师也可以做得很好,因此就没必要设立专门的“院感专业”医师执业范围。

是做什么的;再比如“健康体检专业”,缺乏学科支撑,不宜设立执业范围。

是否继续保留该执业范围,值得行政部门认真研讨。

再以“院感专业”为例,在应对新冠肺炎疫情背景下,院感工作压力非常大,现有专干队伍中有相当一部分为非医师人员,假如设为医师执业范围,非医师人员必将退出。那么,这部分空档能否及时填补,而不至于影响抗击疫情工作,也需要仔细论证。

关于多学科诊疗模式的思考

河南省肿瘤医院

赵玉洲

一、MDT(多学科诊疗模式)就像完成一个四则混合运算,要先搞清楚先后顺序,然后再把每一步都做对。

MDT讨论的重点无非是要为患者把握好治疗顺序,弄明白究竟是先手术好,还是先放化疗好。如果先放化疗,要选择合理的方案;如果先手术,要选择合理的手术方式和范围。

对患者来说,最佳的治疗方案往往只有一种。比如说一名直肠癌患者,根据分期不同,有可能先做放化疗,再做手术,然后再做化疗。也可能是先做手术,再做化疗。如果次序有误,治疗就不可能取得最佳效果。

就像四则运算一样,我们往往是要先做乘除再做加减,先做括号内的再做括号外的,如果违背了这个原则,就会得出错误的结论。

当然,每一步运算结果的准确性也很重要,会影响到最终结果的正确性。也就是说,如果手术或放化疗的基本操作出了问题,也会影响到整体治疗效果。一个成功的MDT病例必须是手术和放化疗每一项的质量都有良好把控,并且先后顺序和时机都是正确的。这就需要内科、外科、放疗、放射、影像和病理等专业密切配合,避免出现“木桶效应”,让“最短的一块板”影响了整体效果。

二、应该把MDT专家组看成“阅卷人”,而不是“答卷人”。

医疗组提交MDT申请之前,应首先对病例的临床分期进行准确评估,提出诊断意见以及治疗方案。当病例呈交给MDT专家组时,专家组需要复核病理、确认影像分期以及综合治疗方案。如果医疗组的诊治意见与专家组一致,则专家组仅需要批准通过医疗组意见即可。而当专家组复核、确认及提出的诊治意见与医疗组不一致时,则需要提出修正理由及修正意见,并允许医疗组复议。

随着MDT专家组不断的修正,医疗组对疾病的综合认识和把控程度也会越来越高,医疗组提出的诊治意见被修正的会越来越少,专家组也会把更多的精力用于疑难病例的诊治,使MDT更加高效运转。这样一来,不仅患者的治疗方案得到优化提升,医疗组和专家组的经验也会逐渐提升。

此外,对于特殊病例,尤其是病理或影像诊断不明确的病例,一定要提前请专家组相关专家预先查看资料,预先明确。

三、MDT不是“万能”的,当然没有MDT也是“万万不能”的。

在MDT专家组中,绝对不是“三个臭皮匠赛过一个诸葛亮”。一个综合能力很强的外科专家或者内科专家能很好地把控全局,往往一个人的意见就能接近整个团队的“最高实力”。几个经验并不是很丰富的多学科医生凑在一起拿出来的“MDT意见”很可能不及一个经验丰富的外科或内科专家的“个人意见”。

但是,一个人的精力毕竟有限,在现在这个科技与信息迅速发展的时代,任何一个人都不可能全面掌握一个疾病的外科、内科、免疫、病理、影像、营养以及心理等学科的所有知识,并实时更新,更不要说涉及很多疾病的很多临床病理类型。尤其是对于少发病和罕见病,一些基层医生更是难以把握。在这种情况下,更需要大型医疗中心、经验丰富的MDT专家组给予全面把关。而MDT专家组的每位成员,也需要认识到学无止境,每一个MDT病例既是对自己的学术和理论水平的考验,也是让自己学习和提高的机会。

最后我想说的是:MDT专家组要想为每一名患者提供最新、最优化、最合理的诊治方案,并不容易,这不仅需要对新知识和新技术的掌握,也需要结合患者所在医疗单位的具体情况以及患者的经济能力和接受程度,制定出在该医疗单位能够实现,并能够让患者和家属接受的“最合理的”诊治方案。对于有特殊治疗需求的患者,应该给予转诊至更专业医疗中心的建议。

感冒了为什么不能献血

河南省红十字血液中心 苗军

冬季,很多人容易感冒。对于经常献血的人来说,感冒时最好不要献血。因为此时,他们的健康状况很差,很难保证体内没有流感病毒。因此,我们建议感冒患者至少康复一周后再去献血。

一般来说,献血者是体格健壮的年轻人。年轻人偶尔感冒并不会真正影响血液健康。然

而,在医学上,流感病毒在血液中存在,很容易引起各种炎症,导致人体白细胞增多和抵抗力下降。这时,献血很可能会加重病情。

中国在《献血者健康检查要求》中明确规定:上呼吸道感染时不能献血,因为感冒长时间未治愈者可能并发呼吸系统感染,血液中可能存在流感病毒,对患者

造成不良影响。此外,感冒患者血液中的白细胞增多,会对用血者造成严重的输血反应,吞噬细胞中的抗原也会对用血者产生不良影响。因此,建议献血者在感冒痊愈后一周或服用感冒药后一周参加献血。

想献血的人平时应该预防感冒,尤其要注意以下几点:

第一,保持室内通风良好。

办公室人员应该注意偶尔开窗通风,因为在封闭的环境中容易滋生大量细菌,通风能保证室内空气的新鲜度。此外,在室内用白醋熏蒸也可以起到杀菌和消毒的作用。老人和孩子也应该注意,在室内不要一直关闭门窗,偶尔可以打开一些窗户通风。

第二,合理饮食。夏季要多

吃清火食物,秋冬季节要多吃滋阴润燥的食物,而不是冷饮和冷食。平时要多吃蔬菜,补充足够的维生素。冬季可以多喝萝卜排骨汤,萝卜可以有效预防感冒。

第三,加强锻炼。增强体质是预防感冒的最好方法。身体不好的人在冬季容易感冒。上班族可以利用闲暇时间打羽毛球、爬山和跑步,老年人可以通过打太极拳和跳广场舞来锻炼身体,保持健康。

只有保障了自身的健康,才能保证高质量的血液,才不会让我们的爱心打折扣。

食管癌的介入治疗

□段旭华 韩新巍

“紧锣慢噏,三个半月”这是20世纪我国食管癌高发地区的老百姓对食管癌的描述。

食管癌与人们的饮食习惯有极大的关系,例如,食管癌患者很多都喜欢吃咸菜、喝热粥,咸菜里面含有很多致癌物,热粥会反复烧伤食管黏膜。此外,粮食作物中易含有致癌物——黄曲霉素,长时间接触,就容易引发癌症。

如何诊断食管癌

食管癌是发生在食管内膜上皮组织的癌症,国内食管癌以中段、下段食管鳞状细胞癌最为常见。在中国,每年约新增25万名食管癌患者,有近20万人死于食管癌。

食管癌最典型的症状为进行性加重的吞咽梗阻,因为食管癌的肿瘤组织生长引起食管管腔狭窄,食物通过食管时受阻。患者首先是大口吞咽固体食物(如馒头、大饼)时有哽噎感,必须细嚼慢咽、用水冲服才能缓慢咽下;当病变逐渐加重时,吃半固体食物、面条也会出现吞咽困难;病变再进展,喝流质食物(如稀饭)也会吞咽困难,最后发展到滴水不进,进而导致营养不良、脱水、贫血、消瘦、恶病质、甚至死亡。

早中期食管癌可有剑突下(心口部、上腹部)进食时烧灼、刺痛感,中晚期食管癌的疼痛逐

渐演变为持续性,疼痛部位常位于胸骨后或肩胛间区,表现为持续性、严重疼痛,患者常常需要服用止痛药物止痛。

怀疑患了食管癌,就要进行X线食管造影、内镜和胸部CT检查。

X线上消化道钡餐造影是诊断食管癌必不可少的检查方法,可直接发现食管癌狭窄区的部位与长度、形状,以及对比剂通过狭窄区的困难程度,可对食管癌进行大体归类分型。

无论是早期癌还是进展期癌,纤维内镜检查必不可少。用内镜检查钳夹组织活检、毛刷刷检,可获得细胞学及组织学诊断。

CT或MRI(磁共振成像)

检查可显示食管癌对周围结构的侵犯,了解纵隔淋巴结有无转移,判断食管癌分型分期,直接决定最佳治疗方案。

如何通过介入方法治疗食管癌

食管癌的主要治疗方法包括:手术切除、放疗、药物化疗和微创介入治疗等。

手术切除又分为开胸手术与胸腔镜手术,现在都倡导胸腔镜操作,手术后为预防胃食管反流,患者再也不能平卧休息。早期食管癌手术切除可达到根治效果,患者5年生存率可达90%。高龄患者、重要脏器病变

不能耐受手术者、局部病变难以切除者和发生远处转移者不适合手术切除治疗。

放疗是早中期上段食管癌的首选治疗方法,而放疗后食管狭窄也会造成吞咽困难,需要在食管内放置支架。中晚期食管癌、周围侵犯广泛者不适合放疗。

食管癌化疗效果有限,副作用大,一般不单独使用,可与放疗配合,发挥强化作用。

食管癌的介入诊疗包括食管癌自身诊疗和食管癌并发症治疗。

一、食管癌自身介入诊疗:1.严重狭窄内镜不能通过或身体素质差无法进行内镜检查者,进行影像导向下的介入钳夹活检术,引入导丝导管,通过狭窄,引入鞘管,经鞘管引入活检钳夹取病灶组织明确病理学诊断。2.动脉灌注化疗术,适用于各期肿瘤,经股动脉穿刺引入导丝导管,选择食管癌的供养动脉插管,经供养动脉直接灌注高浓度化疗药,以极大提升药物局部浓度,从而提升治疗效果,缩短治疗周期,降低治疗费用。不仅可使中晚期肿瘤降期后患者重新获得手术切除的机会,而且可以改善放疗效果,也可以治疗复发性肿瘤。此外,该疗法副作用小,患者易于耐受,在改善晚期

食管癌患者生活质量的同时,延长患者生存期。3.栓塞治疗,配合局部灌注化疗以提升疗效。

4.携带粒子内支架植入,既可解除食管癌的狭窄,又可发挥肿瘤治疗作用。若肿瘤的食管壁厚度在15毫米以内,可以单纯使用粒子内支架植入根治肿瘤,若肿瘤厚度超过15毫米,需要配合灌注化疗。

二、食管癌并发症介入治疗:1.食管内支架植入,可治疗食管严重狭窄进食困难、食管气管瘘、食管纵膈瘘等。2.气管内支架植入,可解决食管癌局部肿大,或者纵膈淋巴结转移肿大压迫气道、气道狭窄呼吸困难等,恢复气道正常通气功能。3.动脉栓塞治疗,可用于食管癌合并出血、栓塞出血的异常血管团止血。

如何预防食管癌

一、戒烟、戒酒。吸烟与酗酒是引起食管鳞癌的重要因素。与不吸烟者相比,吸烟者的



AI智能体质分析与调理

扫一扫
测体质



- ★微信直播课
 - ★18种体质分析
 - ★200种证型分析
 - ★对应360味中药
 - ★零元合作/代理
- 报名微信:mcn1168
联系人:焦老师 15801679829
世界中联(北京)中医科学研究院



征 稿

本版主要栏目有《本期关注》《经验探索》《一家之言》《放眼海外》等,内容涵盖业务、行政、后勤、经营、医疗安全、医院文化、人事制度、医患关系等。

稿件要求:论点明确、论据充分、条理清晰、语句通顺,具有一定的科学性和实践指导性,热忱欢迎您投稿!
投稿邮箱:343200130@qq.com