

■ 一家之言

中医药作为我国独特的卫生资源、潜力巨大的经济资源、具有原创优势的科技资源、优秀的文化资源和重要的生态资源，在经济社会发展中发挥着重要作用。

随着人们健康意识的提高和健康需求的增长，生命健康领域的竞争日趋激烈，作为具有原创优势的中医药迎来难得的发展机遇，迫切需要加快推进中医药现代化发展步伐。

中医药现代化要坚持中医药自身发展规律。遵循中医药发展规律，必须保持中医药的本色。道法自然、天人合一、阴阳平衡、调和致中、辨证论治等中医基本理论，蕴含中华民族的文化基因，是中华民族智慧的结晶。在几千年的发展进程中，中医药形成了独特的宇宙观、生命观、健康观、疾病观、防治观。这些理论是长期积淀形成的，是中医药生存发展的根基。事实证明，中医药一旦背离了自身发展规律，中医西化，特色弱化，必将丧失自我。因此，无论是研究中医，还是运用中医、推广中医，必须遵循中医药自身发展规律。

中医药现代化要注重与现代科技有机结合。中医学早在2000多年前就已初步形成了理论体系的基本框架，并与中国古代文化同步发展，在不断汲取历代科学技术成果的基础上，充实完善自身，体现了社会科学知识和自然科学知识的有机结合。中医药是一个复杂的科学体系，中医药的发展离不开现代科技的推动，需要整合应用多学科的先进技术与方法开展融合创新研究。例如在生产端，中药溯源体系利用互联网、物联网、区块链等技术，实现中药材从种植到加工、流通、临床使用等环节的全流程信息可追溯，满足政府监管、公众查询、产业运营的需求，提升中药临床用药安全性和效果；在制造端，中药(中药饮片、中成药)智能制造，将先进的智能制造技术与传统中药生产相结合，通过生产全流程的数字化，保证生产效率，中药产品的品质一致性、稳定性、可靠性，以及生产过程的灵活性；在服务端，将名老中医和经典名方的诊疗智慧与现代互联网技术结合，通过诊疗数字化解决中医医疗资源分布不均衡、名老中医少的困境，提高中医的可及性。通过现代高科技，进一步发挥中医药临床优势，继承与创新相结合，实现对传统的超越，使中医学显示更强的生命力。

中医药现代化，需要加强高质量人才队伍建设。人才队伍建设是中医药现代化发展的根本。当前，面对人民群众对更多更好健康服务的现实需求，面对自身传承创新的内在要求和“走出去”的国际化战略需要，中医药发展面临着人才总量不足、结构不优、高层次人才缺乏、基层人才匮乏等问题。中医药事业的现代化发展，必须加强人才科学规划，优化人才来源结构，改革人才培养模式，完善人才评价体系；以高质量的中医药人才队伍建设推动中医药现代化发展，形成全面建设健康中国的有力支撑，推动我国生命科学实现创新突破，为中医药振兴发展提供强有力的人才支撑和智力保障。

总体而言，中医药现代化任重道远。但是，实现中医药现代化不能一蹴而就，只有准确把握中医药现代化发展的内在逻辑，沿着正确的路径一直走下去，才能更好地传承中医药，推动中医药创造性转化、创新性发展，使中医药在医疗、经济、文化、国际交流等领域发挥更大作用。

(作者为河南中医药大学管理学院研究生)

中医药现代化任重道远

□程传文

公立医院改革路径探析

□梅晓温

核心提示:新冠疫情给全球带来巨大影响，主要涉及经济、社会、健康、医疗等方面。重大疫情之后，往往需要较大的社会变革，以此适应疫情之后的社会经济发展，公立医院也不例外。对于公立医院，其改革之路需要“思而行远、思而行健”。在此，笔者针对公立医院改革路径进行解析。

公立医院面临新挑战

新冠疫情为大家带来许多思考:要想有效地预防疾病,就必须思考如何快速适应、转变和突破。面对新冠疫情,医疗机构内部进行大幅变革,包括门诊治疗管理模式的调整,急诊医疗和抢救医疗的分离,内外科联合的机制,内科专业技术化和作业化的加强,临床外科微创化日间化的迫切性,以及医技科室功能位置的转变等。

新冠疫情给公立医院带来了一系列问题,比如公众对公共卫生事业的重视程度不断提高,学科专业发展规划和格局面对新的挑战,资金负担和运营困难也在不断增加,公立医疗机构发展面临严峻考验。

第一,公共卫生与临床学科的发展差距较大,要想实现长期蓬勃发展,必须从整个学科体系建设出发,重点关注传染病科的建设格局,以及呼吸科、重症监护室、急诊科之间的联动机制。

第二,在疫情暴发时,由于治疗量和手术量大幅减少,导致公立医院收支不均衡,加之省内外公立医院的建设发展,分级诊疗能力的提升,外地转诊患者有所

减少。在这种情况下,提升医学技术创新能力显得尤为重要。

第三,由于治疗和手术量有限,收支变动较大,学科规划必须采取新的方式,而不能沿用传统的模式。如果不改进“医、技、护、管”模式,就不能有效解决学科专业发展、工作人员调整、绩效分配等问题。

第四,在疫情期间,公立医院的收入大幅下降,成本支出呈递增趋势,差值逐步加大,而医务人员的期望值不断提高。

那么,如何布局公立医院的诊疗内容?如何推进公立医院转型发展?笔者认为,加强顶层设计、优化临床路径考核计算方法、实现社会效益与经济效益同步发展、提升核心竞争力等,这些都是公立医院管理者应当思考的问题。

公立医院如何改革

调整病种结构 过去,公立医院的可持续发展主要依赖门诊量和入院患者的增加;新冠疫情之后,情况和以前大不相同。如果业务量无法提升,病种结构将会长时间停留在原来的水平,无法实现可持续发展。面对这种情况,公立医院管理者必须认真思考并调整计划:内科

体系(包括内科操作诊治工作量、优良疾病收治状况,以及各科优良疾病变化);临床外科体系,包括恶性肿瘤收治术后状况,非癌症以优良手术病种为考评根据,结合ICD-10(疾病和有关健康问题的国际统计分类编码)和CM-3(手术操作分类编码),四级手术工作量;门急诊、医技、麻醉等(配合临床新开展的检测项目情况,主动开展的治疗性项目情况,考察急危重症抢救成功例数)要重新梳理。每个学科都有自己重点关注的病种,要采取措施,让其达到技术含金量高、学术含金量高、经济附加值高的要求,否则很难满足群众的就医需求,从而影响公立医院发展。

重点关注病种的选择条件 主要包括:代表学科特色、技术水平、亚专业分布、发病率、自身特色;根据病区床位数量,1个病区的专业原则上应为3个,2个病区的专业原则上应为4个,3个以上病区的科室原则上应为5个;单项病种例数应大于500例/年;外科系统应当满足三级、四级手术治疗的要求;“内外科科化、外科微创化”,要注重学科的整体化、系统化及多学科融合,以便更好地治疗相关疾病。

关注临床发展能力考核指标体系 新冠疫情后,对于指标体系的修改,除了过去病种结构、疗效、关键指标以外,还需要增加综合考量指标,特别是医务人员临床能力。

优化临床路径考核计算方法 优化临床路径的重要程度不言而喻。比如,若干术前病种,是否按流程路径走完。如胆囊炎和胆结石,常态下做肝肾部位血管

规、胸片、B超、CT(计算机层析成像)检查。假如患病10年以上,是否怀疑胆心综合征,是否做心脏超声检查;如果患者胆囊息肉、胆结石体积较大,随着体温的改变,结石是否滚动,是否做动态的CT检查等,这些均要考虑,因此需要优化临床路径。此外,药占比、耗材占比下降之后,在不增加老百姓负担的前提下,公立医院不仅要科学、合理地调整治疗结构,还要优化医疗收入。

将关键疗效指标纳入考核体系 在各科室核心技术都能开展的前提下,关键疗效指标要融入医生考核范围,要实现科学化、全方位、可操作性、可持续性,确保实施的有效性和可持续性,社会效益和运行效率平衡。一是完善机制,转变公立医院经济收入目标与工作人员总收入的直接关联;二是斩断工作人员总收入与药品处方、检验、耗材等总收入之间的直观关联;三是转换以公立医院总收入减支结余提成利润分配方式,以更加公平、公正的方式进行利润分配,通过多劳多得的方式,引导医务人员开展风险高、难度大的手术,提高急危重症救治水平。在临床治疗各科,为了提高效率,将传统的操作量、优良病种、术后评估等级和综合评估平均满意度等技术指标纳入绩效管理体系。此外,医技主管部门还应评估诊断准确率、阳性检出率和恶性肿瘤出现率,以此来衡量医务人员的工作表现。在护士的奖金分配方面,应该更加重视对患者的看护,并且应该考虑如何提高技术使用率,集中精

力治疗和护理疑难急危重症患者。

采取三级责任医政管理模式 实施三级责任模式,确保防病治病责任得到有效落实,严格规范治疗行为,进一步提高医疗保健服务质量,加强急危重症和疑难复杂疾病的诊断和治疗能力,以期达到最佳的治疗效果,并调动医务人员的积极性,明确医务人员的职责。这种模式建好以后,每个月都要进行比较,形成长效提升制度。

持续激发公立医院活力 在公共卫生事件中,医务人员是哨兵,是“边防部队”。自新冠疫情以来,公立医院及医务人员发挥了重要作用。但是,由于疫情期间持续投入,导致的公立医院资金缺口进一步加大。同时,根据疫情防控的需要,有的公立医院甚至停诊,导致各项收入大幅下降。对公立医院而言,再先进的医疗设备和硬件设施也代替不了医务人员的技术水平和服务能力。因此,公立医院要采取有效措施激发医务人员的积极性、主动性和创造性。笔者认为,这是公立医院改革的关键所在,也是公立医院走出困境、实现高质量发展的原动力。

综上所述,新冠疫情不仅让公立医院面临新挑战,还为公立医院发展迎来重要契机。面对改革重任,公立医院要坚持“以人民为中心”的原则,不断优化人才评价机制,“识人、聚人、促活力”,优化绩效管理体系,“管人、理事、增动力”。只有这样,公立医院才能走向新的高质量发展之路。

(作者供职于邓州市卫生健康委)

尿常规检查 正确留尿很关键

□蔡余霞

尿检时如何正确留尿

准备工作 在留尿前,患者应了解具体要求和注意事项。有些尿检需要空腹或特定时间留尿,有些尿检需要特定的尿样收集器。因此,在留尿前,患者要准确理解医务人员的要求。

清洁外阴 在留尿前,患者要用温水清洁外阴,避免细菌污染尿液。

采集中段尿液 尿液的第一部分和最后一部分可能夹杂着细菌和杂质。患者在留尿时,尽量避免采集这两部分的尿液。正确的方法是先排出一部分尿液,然后再

用容器接住中间的尿液。在采集尿液时,患者应将容器放在私处下方,避免尿液被污染。

采集24小时尿液 有些尿检需要采集24小时尿液。在这种情况下,患者应将第一次排出的尿液排空,然后开始计时,每次排尿后将尿液保存在特定的容器中,直到24小时后再将所有的尿液混合在一起。

保存尿液 对于患者采集的尿液,医务人员应及时送到实验室检测;若不能及时送检,可以将尿液保存在冰箱中,但是不要保存时间太长。

哪些检查需要留24小时尿液

蛋白尿检查 蛋白尿是肾脏疾病中常见的症状之一,通过24小时尿检,可以了解患者的尿蛋白排泄量,为判断肾脏功能提供重要参考。

钙代谢异常检查 钙代谢异常是多种疾病的共同表现,如甲状旁腺功能亢进症、肾结石、骨质疏松症等。24小时尿检可以检测出患者的钙、磷、尿酸等物质的排泄情况,有助于医务人员诊断疾病。

肾小球滤过率检查 肾小球滤过率是评估肾脏功能

的重要指标之一。通过24小时尿检,医务人员可以计算出患者的肾小球滤过率,为判断肾功能提供重要参考。

药物治疗监测 一些药物在代谢过程中会被排出体外。通过24小时尿检,医务人员可以了解药物的代谢情况和排泄速率,有助于调整药物剂量。

总之,正确留尿是确保尿检结果准确的重要前提。通过正确的留尿方法,可以更好地帮助医务人员了解患者的身体状况,为治疗提供有价值的参考。

(作者供职于杞县中医院检验科)

怎样治疗子宫收缩乏力性产后出血

□刘雪佳

子宫收缩乏力是指产后子宫不能有效地收缩,导致子宫内膜血管无法及时关闭,从而引起大出血。这是一种严重的产后并发症,如果不及时治疗,就会危及产妇的生命。

药物治疗

催产素 催产素是一种能够刺激子宫收缩的药物,可以促进子宫内膜血管收缩,从而减少出血。在治疗子宫收缩乏力性产后出血时,催产素常常作为第一线药物使用。催产素可以通过静脉注射或皮下注射的方式给予,剂量和使用时间要根据患者的具体情况进行调整。

氨甲环酸 氨甲环酸是一种抗纤溶药物,可以抑制纤溶系统的活性,从而减少出血。氨甲环酸通常与前列腺素联合使用,能够增强收缩效果,同时减少出血。

甲氨蝶呤 甲氨蝶呤是一种能够促进子宫平滑肌收缩的药物,可以有效地治疗子宫收缩乏力性产后出血。甲氨蝶呤的作用机理是通过抑制子宫内膜细胞的DNA(脱氧核糖核酸)合成和细胞分裂,从而促进子宫平滑肌收缩。

手术治疗

子宫切除术 如果子宫收缩乏力性产后出血非常严重,无法通过其他方法控制出血,医生就会建议患者进行子宫切除术。这种手术是将子宫完全切除,彻底解决出血问题。然而,由于这种手术会影响产妇以后的生育能力,因此只在特殊情况下才会选择。

子宫动脉结扎术 子宫动脉结扎术是一种介入性手术,可以有效地控制子宫出血。在这种手术中,医生会通过导管将药物或栓塞剂注入子宫动脉中,从而阻止子宫内膜的血液供应。这样可以有效地减轻子宫出血,帮助子宫恢复正常收缩。

子宫壁缝合术 在一些情况下,子宫收缩乏力性产后出血可能是由于子宫壁撕裂或破裂引起的。此时,医生可以进行子宫壁缝合术来修复子宫壁的损伤。这种手术需要专业的技能和经验,可以有效地控制出血并促进子宫收缩。

子宫内膜刮除术 如果子宫收缩乏力性产后出血是由于子宫内膜异常引起的,医生就会建议患者进行子宫内膜刮除术。这种手术可以通过刮除子宫内膜来去除异常组织,从而促进子宫收缩并控制出血。

中医治疗

中医治疗子宫收缩乏力性产后出血,主要采用中药调理和针灸疗法。

对于子宫收缩乏力性产后出血,可以采用桃仁、红花、当归等进行中药调理。这些中药可以促进子宫收缩,加速子宫内膜血管收缩。针灸疗法则是通过刺激穴位来调节产妇的身体机能,从而达到止血的目的。

(作者供职于许昌市建安区妇幼保健院妇产科)

谈谈血管迷走性晕厥

□王超

发生晕厥,起病前可出现短暂性头晕、注意力不集中、面色苍白、视力和听力下降、站立不稳等先兆症状,严重者可有持续10秒~20秒的先兆。

出现这些先兆症状后,患者及时躺下尤为重要。发病初期,患者心跳加快,血压尚可维持,随后心跳速度减慢,血压渐渐下降,收缩压较舒张压下降明显,故脉压差缩小,甚至出现意识丧失数秒或数分钟。少数患者可伴有尿失禁,苏醒后可出现乏力、头昏等症,严重者苏醒后会出现遗忘、精神恍惚、头痛等症,持续一两天后症状可消失。在患者发病时,医务人员经检查可发现患者血压下降、

心跳缓慢、瞳孔扩大等。发作期间,患者往往没有阳性体征。

研究表明,血管迷走性晕厥可诱发性阵挛样运动(惊厥样晕厥),容易被误诊为癫痫。如果患者感觉自己要倒下,干脆躺下去,避免伤到自己;如果患者勉强支撑,摔倒后可能出现脑出血或者骨折,甚至危及生命。

血管迷走性晕厥分为3种类型:1.心脏抑制型。只是心率下降,血压不下降。2.血管抑制型。只是血压下降,心率不下降。3.混合型。血压和心率都会下降。

患者一旦出现突然晕倒情况,不论何种原因引起的晕厥,都要及时到医院做相应的

检查,以便排除病理原因导致的晕厥。检查内容包括心电图、倾斜试验、脑电图、头颅CT(计算机层析成像)等。对于迷走神经兴奋度增加而导致的心动过缓、血压降低等患者可以考虑植入心脏起搏器,防止发生心源性猝死或晕厥,也可以选择药物治疗,主要以β受体阻滞剂为主,常用药物为酒石酸美托洛尔片、富马酸比索洛尔片等。

血管迷走性晕厥的治疗可以宣传教育为主,鼓励患者增加水、钠的摄入量,尽量避免诱发因素。患者在出现前驱症状时,要立即平躺,避免外伤。如果患者愿意,可以尝试站立训练,刚开始每天背靠墙壁站立5分钟,随后逐

渐增至15分钟~30分钟。无前驱症状易受伤的高危患者,应进行预防性服药。患者可以服用盐酸米多君(甲氧胺福林),每天5毫克,一天3次。如果患者服药后仍然发作,可以将药物剂量增加到每天10毫克;如果症状缓解了,仍然不能完全控制,则可加用氟氢可的松,每天0.1毫克,或服用选择性5-羟色胺重吸收抑制剂;如果患者1年内没有出现症状,可以逐渐减药,直到停用;如果症状复发,就要重新开始服药。

总之,血管迷走性晕厥患者预后较好。由于该病危险性高,老年人要多加重视。

(作者供职于海南医学院第二附属医院心血管内科)