

专病专治
特色突围
引领医院高质量发展

□ 韩新生

近年来,开封市中心医院始终坚持以党建引领学科提质、以核心技术破解医疗短板、以人才蓄力赋能长远发展,将党建与业务深度融合,以“十年磨一剑”的定力深耕细作,推动医院向区域一流现代化综合性医院的目标奋进。这种发展思路,为地市级医院如何实现“专病专治、特色突围”提供了有益借鉴,更用实际行动诠释了公立医院的使命担当——让优质医疗资源真正扎根基层,惠及百姓。

“党建+”融合 将“政治优势”转化为“发展优势”

公立医院高质量发展的核心,在于将党建的政治优势、组织优势转化为学科高质量发展的优势。开封市中心医院党委实施了“党建+”融合工程,将党建引领贯穿于学科建设、技术突破、人才引进、患者服务全链条。在神经内科提速提质发展的关键节点,“党建+学科发展”融合模式发挥了“定盘星”作用。

顶层设计强基固本 开封市中心医院将支部建在科室上,由党员骨干领衔技术攻关,使党组织的战斗堡垒作用在临床一线充分彰显。

制度保障压茬推进 在开封市中心医院,科室主任或学科带头人兼任党支部书记,实施“双带头人、双考核”机制,实现党建与业务同频共振、双向赋能。

人才引育双轮驱动 开封市中心医院出台领军人才及高层次人才引育、博士培养等政策,坚持“把骨干培养成党员、把党员培养成骨干”。

诊疗模式创新突破 开封市中心医院建立“15分钟卒中急救圈”与多学科诊疗(MDT)体系,为精准高效救治持续赋能。这套组合拳,将党建“软实力”实实在转化为高质量发展“硬支撑”。

技术破局 培育急性脑血管病救治的“开封经验”

急性脑血管病发病率高、危害大,其救治水平关乎患者生命安全。开封市中心医院神经内科深耕该领域数十载,走出了一条从技术“跟跑”到区域“领跑”的突围之路。

“溶栓再通”1.0时代 1996年,开封市中心医院紧跟国际前沿开展静脉溶栓技术,参与国家脑血管科技攻关项目,开启了开封市急性脑梗死“静脉溶栓”的先河。

“精准再通”2.0时代 2016年,开封市中心医院与国际同步开展急性脑梗死机械取栓技术,建立“静脉溶栓+机械取栓”规范化桥接治疗体系。目前,可实现90%患者血管成功开通,60%患者获得良好预后。2023年,开封市中心医院开通“急诊卒中单元”绿色通道,将影像学评估与治疗决策前移至急救最前沿,入院至溶栓(DNT)中位数时间降至18分钟,卒中治愈好转率稳定在85%以上,开封市中心医院荣膺全国首批、河南省首家急诊卒中单元联盟单位。

脑出血微创技术填补区域空白 针对脑出血,开封市中心医院开展微创颅内血肿清除术,突破复杂颅内血肿微创救治禁区。目前,开封市中心医院年均完成静脉溶栓600余例、微创血肿穿刺180余例,神经介入年手术量超千例,危重患者救治成功率显著提升。

精准赋能 让疑难罕见病诊疗不再“东奔西走”

疑难罕见病的精准诊疗,是学科核心实力的“试金石”。面对区域内肌肉萎缩、肌无力患者因诊断不明而四处就医的困境,开封市中心医院率先建成豫东地区神经肌肉病理实验室,成为河南省较早系统开展肌肉活检技术的医疗单位。

全维度精准诊疗闭环构建 开封市中心医院以肌肉活检技术为核心,打造了“临床评估+肌酶检测+肌电图+影像+肌肉活检+基因检测”六位一体的完整诊疗闭环,实现从症状到分子病理的精准溯源。依托该平台,开封市中心医院成功确诊河南省第二例神经元核内包涵体病、开封市首例线粒体脑肌病等罕见病,年收治疑难病患者200余例。

高能级平台相继落地 开封市中心医院获批河南省神经肌肉病理医学重点实验室、河南省神经疾病精准诊断工程技术研究中心。2025年7月,国际神经病学权威、德国埃朗根-纽伦堡大学医院神经内科主任斯蒂芬·施瓦布教授受聘为河南省神经肌肉疾病精准诊疗工程技术研究中心名誉主任及医院首席科研专家,标志着区域疑难病诊疗能力迈向国际水准,让患者在家门口就能享受到国内乃至国际前沿的诊疗服务。

亚专科协同 多技术融合锻造全周期诊疗新格局

目前,开封市中心医院神经内科已建成覆盖脑血管病、癫痫、认知障碍、神经肌肉病、帕金森等9个亚专科的完整体系,拥有6个病区、250余张床位,197名员工,形成梯队合理、协同高效的专业集群。

技术前移,从“治已病”到“治未病” 开封市中心医院针对药物难治性的严重颈动脉狭窄及颅内血管狭窄患者,创新开展血管内球囊扩张支架植入术,将脑血管病诊疗从“发病后救治”前移至“发病前预防”层面;针对中晚期帕金森病患者,运用脑深部电刺激术(DBS)显著改善运动症状,提升生存质量,开创了帕金森病精准治疗的新局面。

多学科协作,打破专业壁垒 开封市中心医院以疾病为链条,建立卒中、癫痫、帕金森病MDT及神经重症监护等多学科协作平台,实现“医、护、技、药”无缝衔接。开封市中心医院按照整合医学理论,构建起神经内科、神经外科、神经康复、神经影像“四位一体”的河南省神经疾病区域医疗中心。

人才引擎,持续赋能创新 开封市中心医院实施领军人才专项计划,柔性引进首都医科大学附属北京天坛医院莫大鹏教授、青年长江学者王安心等顶尖专家,携手河南工业大学推进医工融合;每年选派5名~10名学术骨干前往海外研修;同时强化自主培育,已培养博士3名、在读博士4名,构筑“引进+培育”双轮驱动的人才高地。

历经47年砥砺前行,开封市中心医院神经内科目前已拥有国家神经系统临床医学研究中心开封分中心等5个国家级基地(中心)、8个省市级中心、2个省市级重点专科(学科)、4个省市级重点实验室、2个省市级质控中心、1个市级研究所和1个省市级创新团队。

面向“十五五”,开封市中心医院神经内科锚定更高目标:争创国家级临床重点专科,建立国内知名的神经疾病研究与转化平台,打造河南省神经介入与神经肌肉病诊疗中心、帕金森病诊疗中心、区域性认知障碍诊疗中心、省内知名的癫痫诊疗中心,深度发展“康治一体化”临床路径,积极参与国家级及省级多中心临床研究,持续提升区域乃至全国学术影响力。

从1904年积淀的百年底蕴,到“十五五”的崭新征程,开封市中心医院正以“党建为魂、技术为骨、人才为翼”,在守护百姓脑健康的征途上阔步前行,向着区域一流现代化综合性医院的目标勇毅奋进。

(作者系开封市中心医院党委书记)

征 稿

本版主要栏目有《本期关注》《经验探索》《一家之言》《他山之石》等,内容涵盖卫生健康系统业务、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!

电话:(0371)85967078

投稿邮箱:707334863@qq.com

■ 本期关注

解密医疗服务技术劳务价值

□ 蒋 帅

核心提示

医疗服务技术劳务价值是以医务人员“活劳动”为载体,在遵循社会必要劳动原则下,将医学教育成本、专业技能培训等知识技能储备,通过实际服务过程中的体力、脑力与心力消耗,转化为患者健康水平提升的综合效用。其核心内容涵盖服务项目特性(耗时、技术难度、风险程度)、知识技能投入、实际劳务消耗与健康产出4个维度,最终由服务项目基本特性、技术劳务投入与医疗服务质量水平三重因素共同决定。

医务人员是医疗机构的核心生产要素和价值创造主体,充分体现其技术劳务价值已成为医药卫生体制改革的重要议题和《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》等重要条款释义。

当前,医疗服务价格、人员薪酬待遇等未能充分体现其技术劳务贡献,导致医疗行为异化与扭曲,最终受损的是公众健康。

技术劳务价值的基本概念

“价值”是公众耳熟能详的一个高频词,其通常指一个物品、服务或观念的重要性或者它所具备的用途,也可指它在经济、文化、道德等方面的贡献。

医疗服务技术劳务本质是医务人员充分发挥主观能动性并以自身的“活劳动”为载体,为患者提供医疗技术支持以满足患者健康需求的服务活动,其价值是现有正常医疗服务条件、社会平均劳动熟练程度和劳动强度下,在提供医疗服务过程中所耗费的“活劳

动”对应的价值量。

技术劳务价值的核心内涵

遵循“社会必要劳动”原则,医疗服务技术劳务价值核心内涵包括4个方面:

一是明确的医疗服务项目及其项目的基本特性,如项目基本耗时、技术难度和风险程度。二是具备必要的医疗专业技术能力,或者取得相应的执业资格证书所耗费的医学教育成本和毕业后专业技能培训成本等。三是具备专业技术水平只是价值形成的前提,而将专业技术充分应用到实际服务劳动中是价值实现的关键。四是运用专业技术提供必要医疗服务,且服务对象获得健康水平的实际提升结果,直接影响价值体现程度。医疗服务技术劳务价值是基于医务人员诊疗技术而提供服务的,且提供的同时也能反过来提升自身技术服务能力,因而与社会普通技术服务相比,其具有培训成本高、知识更新快、脑力消耗大、技术风险高等特征。

技术劳务价值的决定要素

基于技术劳务价值核心内涵,其决定要素涵盖服务项目特性、技术劳务投入与服务质量水平等3个维度。

医疗服务项目基本特性

医疗服务项目是医疗机构按此项目提供服务所产生资源消耗的最小计量单元。实际上,技术劳务价值依附于医疗服务项目,因而我国学者多遵循《全国医疗服务价格项目技术规范(2023年版)》,通过衡量人力成本来体现医疗服务技术劳务价值。医疗服务项目技术难度、风险程度和基本耗时等要素共同构成医疗服务的项目特性。服务项目耗时反映标准技术成熟度条件下完成该服务所需平均必要的劳动时间投入,直接体现医务人员劳动消耗量;技术难度和风险程度很好衡量了医务人员提供项目服务专业技术水准和操作风险的最低要求。

医疗服务技术劳务投入

技术劳务投入是医疗服务技术劳务价值形成的基础

维度,包括知识技能投入和实际劳务消耗等。知识技能投入是指医务人员为获得并维持执业能力所进行的系统性投入,构成其提供服务的资格前提,主要包括医学教育成本与技能培训成本等,前者指医务人员在取得执业资格前,为具备独立执业能力所必须完成的学历教育投入;后者指其为维持和提升专业水平、适应医学技术发展形势而持续进行的职业继续教育与专科能力培训所需的社会必要经济投入。二者共同构成医务人员技术劳务价值的潜在储备,为医疗服务价值创造奠定基础。

医务人员具备医疗服务知识技能并不等于技术劳务价值得到体现,而实际劳务消耗是将知识技能转化为实际服务价值的关键环节,涵盖体力、脑力与心力等三方面消耗。考虑不同专科、不同服务项目的社会平均劳动消耗差异,医务人员在提供服务过程中的知识技能投入与其实际劳务消耗共同决定技术劳务投入。

医疗服务质量水平

医疗服务质量水平是技术劳务价值中的效用表现,其从健康改善角度来反映医务人员将专业技能转化为实际健康产出的综合效用,直接影响着医疗服务技术劳务价值实现程度,主要表现在诊疗质量与安全、服务满意度等方面。诊疗质量与安全性从技术层面体现医疗服务对患者健康的客观影响,重点反映医疗服务诊治结果。例如,实施某项手术操作越规范、病情改善程度越高,表明医务人员的技术劳务价值越高。服务满意度主要反映患者对医疗服务过程与结果的主观感知,是衡量技术劳务价值被认可程度的重要指标。例如,医务人员的服务态度和沟通能力、人文关怀及实际诊疗效果等。医务人员通过良好的职业素养、有效的沟通和恰当的关怀等,能够显著改善患者就医体验,从而促进技术劳务价值的完整实现。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

将公共卫生理念融入住院医师培养

□ 谭琳琳

在健康中国战略纵深推进的当下,医院管理的内涵正经历深刻变革。作为管理者,我们常常聚焦于如何提升医疗服务效率与质量,却容易忽略一个根本性问题:健康服务的提供者——医务人员,其自身的健康素养如何保障?

近期,郑州大学第二附属医院住院医师规范化培训办公室(简称住培办)完成了一项针对100余名住培学员的膳食营养横断面调查,并据此编制下发了《住院医师膳食营养健康指导手册》(以下简称《手册》)。这并非一次简单的健康科普活动,而是作为一位具有公共卫生专业背景的管理者,尝试将循证管理理念植入毕业后医学教育的一次深度探索。

从“感性认知”到“数据画像”重新定义管理问题 长期以来,我们对住院医师“工作忙、吃饭不规律”的认知,多停留在感性层面。但管理的科学化,要求我们必须用数据为管理决策“画像”。2026年全民营养周,我们牵头开展了专项横断面调查。数据结果令人警醒:大部分参训学员存在饮食结构不合理问题,呈现出高油高盐类食物摄入量过多等典型特征。

这组数据让笔者意识到,住院医师的健康问题,已不再是个人生活习惯的“私事”,而是关系到医疗队伍可持续发展的管理“公事”。作为健康

理念的传播者,只有自身践行科学的健康生活方式,才能更好地向患者传递营养指导。因此,管理者的责任,就是将这一隐性风险显性化,并主动干预。

从“行政指令”到“专业赋能”构建循证干预闭环 发现问题是起点,解决问题才是关键。传统的行政管理思维可能是下发一个通知、组织一次讲座。但是,笔者认为,基于专业背景,我们完全有能力做得更精准、更科学。我们摒弃了“大水漫灌”式的科普,决定将调查数据这一“科研成果”转化为“管理产品”。在编制《手册》的过程中,笔者主导确立了“数据驱动内容”的核心原则:针对调

查中突出的“高油高盐”饮食问题,《手册》不提供空洞的“清淡饮食”建议,而是给出具体场景下的“减油减盐”实用技巧——这便是“精准对标”;同时,邀请临床营养科郑英斌团队进行学术把关,将住培办的组织管理优势与临床科室的专业技术优势相结合,确保了《手册》的科学性与权威性——这便是“专业跨界”的实践。

这一过程,实质上构建了一个完整的“调查-分析-干预”循证管理闭环。它打破了行政与临床的壁垒,实现了从“行政指令”到“专业赋能”的管理升级。这本《手册》的诞生,正是这一管理理念创新的物化成果。

从“被动应对”到“主动健康”探索长效管理机制

目前,该《手册》已作为标准化干预工具下发至全体住培学员,实现了从“数据发现”到“管理转化”的初步闭环。着眼未来,我们将适时启动二次横断面调查,通过前后数据的纵向对比,科学评估干预成效,进而探索构建一套可复制、可推广的“医师健康促进”长效机制。

作为管理者,我们不仅要培养技术精湛的临床骨干,更要塑造身心健康的医学人才。将公共卫生生的“主动健康”理念深度融入日常管理,以循证数据驱动管理决策,这正是新时代医院管理者应有的担当与作为。

(作者供职于郑州大学第二附属医院)

一次不规范治疗可能让“特效药”失效

□ 高 敏

普通结核病和耐药结核病,虽然都叫结核病,但是治疗难度和预后有天壤之别。

普通结核病 (药物敏感性结核病) 治疗周期 6个月(2个月强化期+4个月巩固期)。 用药方案 一线抗结核药物(异烟肼、利福平、乙胺丁醇、吡嗪酰胺等)。 治愈率 85%以上。 治疗费用 数千元(多数地区医保可报销)。 药物副作用 相对可控。

耐药结核病 治疗周期 18个月~20个月,甚至更长。 用药方案 二线药物(种类少,药效弱,副作用大)。 治愈率 50%~60%。 治疗费用 数万元至数十万元(部分药物需要患者自费)。 药物副作用 明显(肝损伤、肾损伤、听力下降、精神异常等)。

同样是结核病,命运的差异可谓天壤之别。而这条分界线,往往只在一念之间——是否坚持规范治疗。

结核分枝杆菌是一种“狡猾”的细菌。当患者不规范服药时,药物在体内的浓度会忽高忽低——浓度足够高时,敏感菌被杀死;浓度不足时,部分菌株侥幸存活,并在这个过程中“学会”了抵抗药物。

这些存活下来的菌株,就是耐药菌株。它们会逐渐繁殖,取代原来敏感的菌群。当患者再次服药时,原来的药物已经无法杀死它们了。 不规范治疗,等于在帮结核分枝杆菌做“耐药筛选”。

更可怕的是,耐药结核分枝杆菌可以通过空气传播给他人。一个耐药患者,可能传播出更多的耐药患者,形成“耐药结核病的传播链”。

耐药结核病的艰难治疗之路

耐药结核病的治疗远比普通结核病复杂。

耐药结核病的治疗,通常需要联合使用多种二线药物,而且副作用明显:如注射剂(如曲霉毒素、阿米卡星)需要连续注射数月,可能导致听力下降、肾功能损害;某些药可能引起精神异常,包括抑郁、焦虑、幻觉等;氟喹诺酮类药物(如左氧氟沙星、莫西沙星)可能引起关节疼痛、肌腱损伤。

治疗周期长达18个月~20个月,患者需要定期复查肝肾功能、听力等,密切监测药物副作用。整个治疗过程对患者的身心都是巨大的考验。

如何避免成为“耐药者”

对于结核病患者,避免耐药的关键在于规范治疗。 规律服药 每天定时服药,不要漏服,不要随意停药。患者可以设置手机闹钟提醒,或让家人监督。 全程治疗 即使症状消失了,也必须完成全部疗程。症

状消失代表大部分结核分枝杆菌被杀死,但还有少量“顽固分子”潜伏在体内,只有完成全程才能彻底清除。

定期复查 按医生要求定期复查,便于及时监测疗效和药物副作用。

不自行停药 如果出现药物副作用,患者应及时与医生沟通,由医生决定是否调整治疗方案,不要自行停药或换药。

对于普通大众,预防结核病的关键在于: 保持良好卫生习惯,不随地吐痰。

出现咳嗽、咯痰超过2周,及时就医检查。

与结核病患者密切接触

规范治疗终身受益

普通结核病与耐药结核病之间,隔着一道规范治疗的桥梁。走好了,6个月痊愈;走偏了,可能要付出2年甚至更长时间的代价,承受更多的痛苦和更高的费用。

结核病是可防可治的。关键在于:第一次治疗,就要规范并坚持到底。

(作者供职于河南省疾病预防控制中心结核病所)



全面行动 全力投入 全民参与 终结结核

结防那些事

开展终结结核行动 共建共享 健康中国