■本期关注

单病种管理是一种照顾模式，它使患者从入院到出院按一定模式接受治疗护理，是针对某种疾病（或手术），以时间为横轴，以入院指导、诊断、检查、用药、治疗、饮食指导、教育、出院计划等理想护理手段为纵轴，制定的标准化诊疗护理流程（临床路径表）。其功能是运用图标的形式来提供有时间的、有序的、有效的医院服务，以控制诊疗质量和经费，是一种跨学科的、综合的整体医疗护理工作模式。

临床路径是单病种质量管理的重要途径

河南能源焦煤中央医院 马好斌

单病种质量管理的现状

早在1992年，卫生部（现为国家卫生健康委员会）就已颁布了《病种质量控制标准》，促进病种质量管理在全国各级医院的推广应用，对提高医疗质量起到了积极作用。

2004年，卫生部下发文件，将天津、辽宁、黑龙江、山东、河南、陕西、青海确定为按病种收费的试点省（市），并在河南确定了单病种最高限价试点。

实行单病种质量管理是大势所趋。许多医院把单病种医疗费用作为质控标准内容。目前，很多城市和地区都实行了单病种限价管理。北京、广东、河北、河南等地都实行了单病种限价收费，北京每季度向社会公示6个手术病种费用。深圳目前对小儿肺炎、肺炎、阑尾炎、正常分娩、剖宫产5个病种的住院费用进行公布，不少医院也已开始对这5个病种实施单病种质量管理，个别医院还公开承诺对某些病种定额包干收费。

虽然政府大力推动，但我国临床路径的实施仍面临诸多挑战。

一是医院临床路径实施程度不高。我国约有94%的公立医院已实施临床路径，但常见疾病临床路径的实施率多在35.3%~64.7%。

二是医务人员对临床路径缺乏足够的认可度，对临床路径实施的可操作性和实施意义存有较大疑惑。部分医务人员认为，临床路径的推广是行政部门的要求，并非临床工作实际需要。在不同地区和不同等级的公立医院，临床医务人员的认知评价也存在一定差异。

三是政策和管理的激励机制尚不完善。我国医疗服务主要是按项目付费，医院和医务人员缺乏控制医疗费用、实施临床路径的动力。在一些经济欠发达地区，医疗保险单病种报销限额基于既往实际费用测算，导致医疗保险报销限额低于按临床路径诊疗的费用，严重影响患者进入临床路径的意愿。此外，我国公立医院对临床路径实施激励措施者不足80%，影响了医务人员实施临床路径的积极性。

四是缺乏良好的信息化平台。临床路径的实施和质量监控必须依托良好的信息化平台，而一些医院的信息化程度还不足以支持临床路径的推行。

五是缺乏相关研究。我国缺乏临床路径的制定、评价、影响因素等研究，也影响到临床路径的推广。

单病种质量管理的意义

一、实施单病种质量管理，可根据病种明确基本诊断检查、用药和诊疗原则，以控制单病种成本。单一病种从患者确诊入院，经检查、治疗，到治愈出院，限定了最高医疗费用，最大限度减少了不合理消耗，有利于医疗费用合理性，减轻社会、患者医疗负担。

二、实施单病种质量管理，并不断提高其管理水平，有利于将医疗技术质量、服务质量和质量成本等全部包含在医疗质量管理范围之内，以克服传统的医疗质量管理方法仅限于生物医学技术质量的局限性，特别是能够将医疗费用控制包含在病种医疗质量特性之中。

三、单病种质量管理也是医院分级管理与评审中评价医疗质量的一项重要内容。传统对于出院病例进行评价的质量评价指标，在医疗质量和效率评价方面仍然有效，但会随着其为之服务的对象——患者构成不同而变化。因此，直接用平均指标衡量医疗质量和效率，而不考虑病种构成的不同，评价就缺乏可比性。

四、实施单病种质量管理，通过制定、推行规范化的病种诊疗方案，以规范方案为依据进行质量监控，可实现对疾病诊疗过程的质量控制。制定科学的单病种质量控制标准，是加强医疗质量标准化管理、确保医疗质量和医疗安全措施之一，符合现代医院医疗质量管理模式。此外，单病种质量标准可动态调整，确保医疗质量的持续改进。

五、实施单病种质量管理，有利于进行医疗质量评价。单病种质量管理是科室质量管理的重要单元，主要病种的医疗质量可代表医院的医疗质量水平。

六、单病种质量管理指标既有较好的代表性，又有可靠性。实施单病种质量管理能够比较确切地反映医疗质量的实际情况和问题，克服或减少医疗统计评价的局限性和不确定性，有利于进行临床医疗质量反馈控制。

七、对单病种费用的控制，也是医保的要求。医保部门采用多种形式相结合的付费方式，按病种付费也是其中的一种方式，这就要求医院对单病种费用进行合理控制，保证病种平均医疗费用不能超过医保部门规定的标准。

单病种质量管理的经验和做法

为了缓解老百姓“看病难、看病贵”现象，有效管理医疗资源，限制医疗费用增长，促进患者满意度上升，自2018年1月1日起，河南能源焦煤中央医院开始对329种单病种及44种“日间手术”“日间治疗”实施单病种质量管理。

一是成立单病种质量管理领导小组，由院长任组长，业务院长任副组长，成员由医务处、护理部、药学部、信息科、病案科、医保办及临床医技科室负责人组成，主要负责定期检查全院单病种质量控制的实施情况，并进行效果评价和考核奖惩。

二是单病种质量管理工作在医院单病种质量管理领导小组指导下，由科室单病种质量管理实施小组具体实施，科室单病种质量管理实施小组由科主任、护士长任组长，组员包括科内医疗、护理人员。

三是明确单病种诊疗的操作规程，使其规范化、标准化，避免“过度开药”“过度检查”现象的发生。规定每一个医疗步骤及必要的检查、检验项目，减少医疗资源的浪费，减轻患者的经济负担。

四是坚持一切以患者为中心，要求医生在收治符合临床路径的患者时，要与患者进行充分沟通，便于患者知情并做出选择。

五是通过单病种限价工作，规范诊疗护理常规，增强医务人员的责任感，实现医患双方权利和义务的统一，进一步防止医疗纠纷的发生。以白内障手术为例，河南能源焦煤中央医院已累计完成1355例单病种结算，为每位患者平均节省支出800元，总计108万余元。

六是实施单病种质量管理的科室建立登记本，详细记录每位患者的临床路径，便于根据病种综合分析统计资料。

七是实行抗菌药物分级管理，将疗效较好、副作用小、价格低廉的药物列为一线药物；将毒副作用较大或价格昂贵的抗菌药物列为二线药物，须经主治医师以上批准方可使用；将毒副作用大或需保留的药物列为三线药物，须经副主任医师以上人员同意方可使用。

八是医院将单病种质量考评结果纳入医疗质量检查考评体系，并与相关责任人的职称进阶、评优选先、绩效考核等挂钩。每月完成率不低于科室当月出院人数的20%，每降低1%，扣减科室绩效工资500元，以此类推；每增幅1%，奖励绩效工资500元，以此类推。

临床路径的实践与应用

一、临床路径的制定

单病种质量管理离不开临床路径的实施。单病种质量管理内容宽泛，方式多样，临床路径涵盖了单病种质量管理的方方面面，是较为全面、真正意义上的单病种质量管理。

单病种质量管理在控制成本、降低费用的同时，保证质量和安全是最重要的环节。正确选定病种及质量标准是开展单病种质量管理工作的前提，而科学编制临床路径是开展单病种质量管理的关键。医院应对临床路径的设计内容和表格的框架，如治疗、检验、饮食、活动、护理、健康教育、出院计划和变异记录等方面进行适用性评估。

二、制定标准化医嘱

所谓标准化医嘱，是指依据某一病种的病情发展与变化，制定出该病种基本的、必要的、常规的医嘱，如治疗、用药等。标准化医嘱应与临床路径的内容相对应，并使之相对全面化、程序化，相对固定，方便明确临床路径的进行。

三、设定套装检验单

临床路径是控制品质与经费的工作模式。因此，在临床路径的实施过程中，应将某病种某日所需要做的检验单一并输入电脑，即套装化管理，方便明确临床路径的进行，避免漏检或多检的发生，达到控制服务品质与经费的目的。

四、开展各部门的教育宣传

临床路径是多种专业人员合作的工作模式。因此，在实施临床路径之前，医院应举办各部门联席会，对各专业人员进行说明，使医生、护士和其他科室人员明确各自的角色和职责，通过沟通协调以达成共识。

此外，医院还要向社会、患者和家属说明开展这一现代化服务的目的和相关内容。

哪些人容易得肺结核

河南省疾病预防控制中心结核病预防控制所 蒋建国

结核杆菌可以侵犯除毛发、牙齿、指甲以外的全身各个部位，引起各个部位的结核病，其中肺结核最常见。肺结核是严重危害人们健康的传染性疾病。一名处于传染期的肺结核患者，一年可平均感染10人~15人。

糖尿病患者、高中生、老年人和农民工等是结核病的高发群体。

一、糖尿病患者

结核病的发病率与人体的抵抗力关系密切。人体抵抗力的强弱是能否抵抗初次侵入人体的结核杆菌的关键。当身体有疾病或者压力过大时，人体抵抗力下降，很容易受到结核杆菌的侵蚀，引起结核病。目前，结核病发病率虽然有了显著下降，但是在糖尿病患者中，结核病发病率却在上升。

有研究发现，糖尿病患者更容易患上结核病，其患病率是一般人群的4倍~8倍。

这是因为，糖尿病是一种以高血糖为特征的代谢性疾病，高血糖和高甘油三酯十分有利于结核杆菌生长，加上患者体内蛋白质合成减少、分解增多，免疫球蛋白降低，作为保护肺泡与支气管黏膜的重要物质维生素A的下降会使肺泡与支气管黏膜血液供应减少，氧气吸收困难，这一切都为结核杆菌的生长繁殖提供了“温床”。

二、高中生

高中生要参加高考，背负着全家的希望，学业压力大，加上住校群居，所处环境空气流通差，人口密集，患结核病的风险较大。

三、老年人和农民工

65岁以上老人多发此病，这与免疫力下降有关。而农民工流动性大、工作强度高，容易营养不良，加上作业和居住环境差，这些都是造成结核病高发的因素。

此外，如果存在以下情况，你就得当心肺结核了：生活在高污染区域；与传染性肺结核患者有过密切接触；一些特殊环境中的妇女儿童；有吸烟和酗酒等不良嗜好。

以上这些情况，有些需要行政部门来解决，比如说大气污染等，但更多的是我们自己可以避免的，如在办公室、教室、寝室、公共交通工具上等人群密集的地方，多开窗通风换气；如果家人得了肺结核，自己也要去结防机构做检查。

如果你是老年人，建议你合理饮食，适当锻炼身体，定期体检，提高生活质量；如果你是孕妇，就更要注意了，一旦怀疑得了结核病，必须立刻向医生寻求帮助；对于小宝宝而言，出生时就要接种卡介苗，这个极其重要！

吸烟对身体不好这大家都知道；喝酒的话，可以少量饮酒（50毫升/天），但千万不要酗酒。

我们与结核病的博弈绝非一朝一夕就可结束的，容不得丝毫侥幸心理。控制结核病，不仅是疾控人员、医务人员的责任，也是你我他的责任！

结核病防治论坛

开展“终结结核”行动 共建共享健康中国

本栏目由河南省疾病预防控制中心主办

食管癌的诊断与介入治疗

□路慧彬 韩新巍

食管癌是发生在食管上皮组织的恶性肿瘤，占所有恶性肿瘤的22%。全世界每年约有22万人死于食管癌。我国是食管癌高发区，因食管癌死亡者人数仅次于胃癌，居第二位。患者发病年龄多在40岁以上，男性多于女性，但近年来，40岁以下发病者有增长趋势。

病因

一、饮食习惯与食管慢性刺激

长期吸烟和饮烈性酒，长期吃热烫食物。食物过硬且咀嚼不细等与食管癌的发生也有一定关系。

二、致癌物质

1.亚硝胺类化合物。亚硝胺类化合物是一组很强的致癌物质。食管癌高发区河南省林州市的居民喜食酸菜，此酸菜内即含亚硝胺。实践证明，食用酸菜量与食管癌发病率成正比。

2.真菌和病毒。国内有人用发霉食物长期喂养老鼠而诱发食管癌。

HPV（人乳头瘤病毒）和EB（人类疱疹病毒）与食管癌的发生也有一定关系，但需进一步进行研究。

三、遗传因素

人群的易感性与遗传和环境条件有关。食管癌具有比较显著的家庭聚集现象，高发地区连续三代或三代以上出现食管癌患者家庭的屡见不鲜。

四、营养因素和微量元素

膳食中缺乏维生素、蛋白质及必需脂肪酸，可以使食管黏膜增生等，进一步可引起癌变。微量元素铁、钼、锌等的缺少也和食管癌的发生有关。

五、基因因素

食管癌的发生与癌基因的表达和扩增、抑癌基因的丢失有一定相关性。

临床症状与体征

一、早期症状

在食管癌早期，可能因局部病灶刺激食管引起食管蠕动异常或痉挛，症状一般较轻，持续时间较短，常反复出现，时轻时重，可有无症状的间歇期，持续时间可达1年~2年，甚至更长。主要症状为胸骨后不适、烧灼感或疼痛，食物通过时局部有异物感或摩擦感，有时吞咽食物在某一部位有停滞感或轻度梗阻感。下段癌还可引起剑突下或上腹部不适、呃逆、嗳气等。

二、晚期症状

1.进行性吞咽困难。这是食管癌的典型症状，开始时常为间歇性，可以因食物堵塞或局部炎症水肿而加重，也可因肿瘤坏死脱落或炎症消退而减轻，但总趋势呈持续性存在，进行性加重。如出现明显吞咽障碍时，肿瘤常已累及食管周径的2/3以上。

2.反流。食管癌的浸润和炎症反射性地引起食管腺和唾液腺黏液分泌增加。当肿瘤增生造成食管梗阻时，黏液积存于食管内引起反流，患者可以表现为频繁吐黏液，可混有食物、血液等，反流还可引起呛咳，甚至吸入性肺炎。

3.疼痛。胸骨后或背部肩胛间区持续性疼痛常提示食管癌已向外浸润，引起食管周围炎、纵隔炎，疼痛也可由肿瘤导致的食管深层溃疡引起。下段或贲门部肿瘤引起的疼痛可位于上腹部。

4.其他。肿瘤侵犯大血管，特别是胸主动脉可造成致死性大出血；压迫喉返神经可致声音嘶哑，侵犯隔神经可致呃逆，压迫气管或支气管可致气急、干咳等；位于食管上段，并发食管—管或食管—支气管瘘时，吞咽食物时常可产生呛咳或呼吸困难。

三、体征

早期体征不明显。晚期，因进食困难，营养状况日趋恶化，患者可出现消瘦、贫血、营养不良、失水和恶病质。当肿瘤有转移时，可有大量腹水形成。

辅助检查

一、消化道造影检查及食管拉网细胞学检查

上消化道造影检查是临床上最常用的方法。典型的造影片可以单独作为临床诊断中晚期食管癌的方法，但对于肿瘤的外侵程度及淋巴结转移情况无法做出准确判定。20世纪60年代，沈琼教授发明了收集食管脱落细胞的工具及食管拉网法，为普查和早期诊断食管癌开辟了一条重要途径。

二、内镜检查

对于进展期肿瘤及部分早期肿瘤，通过内镜检查及组织活检、刷检等手段可以获得细胞学及酶学的诊断。因此，内镜检查已成为主要的食管癌普查手段。但在内镜下仅仅依靠肉眼来判别有无早期肿瘤，尤其是原位癌存在一定困难。为了定性诊断，人们将各种技术与内镜相结合，产生了色素内镜、内镜超声等技术。

三、CT、MRI检查

CT检查可以显示中晚期食管癌与邻近纵隔器官结构的关系，了解淋巴结以及其他脏器内有无转移，增强扫描还有助于判断肿瘤对血管等器官有无侵犯及侵犯程度。然而，CT检查对于肿大淋巴结的性质判定尚缺乏特异性。

MRI（磁共振成像）在食管癌诊断方面的价值与CT相似。但近年来有人设计将内镜与MRI相结合用于腔内疾病的诊断，这种核磁内镜在食管癌诊断及分期上有一定价值，随着技术的发展其应用价值会不断提高。

治疗

目前食管癌的治疗主要包括：手术治疗、放疗、化疗和介入治疗。

手术治疗是早期食管癌的最佳选择方案，早期切除可达到根治效果。但食管癌早期症状不典型，检出率低。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治疗。放疗是上段食管癌的首选治疗方法，而放疗后食管狭窄是其主要而常见的并发症。食管癌静脉化疗效果差，副作用大。食管癌的介入治疗包括食管支架植入治疗和局部灌注化疗。

食管支架植入术的目的是封堵瘘口、扩张狭窄、恢复食管管腔的通畅，减轻吞咽困难症状，提高患者生活质量。但食管支架植入术只是一种姑息治疗手段，并不能阻止肿瘤的生长，因此还要根据患者全身状况及分期选择放疗、化疗等综合治疗。

选择性食管动脉灌注化疗是将化疗药物直接注入肿瘤供血动脉，肿瘤血管内药物浓度远高于静脉化疗时的药物浓度。与静脉化疗相比，具有明显优势。动脉直接给药可减少抗癌药与血浆蛋白的结合，增加有效的游离药物的浓度；动脉局部给药减少了肝脏对抗癌药的分解清除作用。因此，选择性动脉化疗治疗效果好，副作用小，患者易于耐受，能改善晚期食管癌患者的生活质量，延长患者生存期。

（作者供职于郑州大学第一附属医院）

健康你我 原装生活 JIANKANGNIWO YUANZHUANGSHENGHUO