

## 本期关注

县域医共体是指以县级医院为龙头、乡镇卫生院为枢纽、村卫生室为基础的一体化管理组织。医共体建设的优势在于采用责权利一体、人财物统一的合作模式,有利于激励和引导医共体内各方朝着以人民健康为中心的方向共同努力。医共体建设的本质是深化县域医疗卫生服务供给侧结构性改革,优化整合县域医疗卫生资源;核心是推动优质医疗卫生资源下沉,实现资源共享;目的是全面提升县域医疗卫生服务水平和供给效率,为人民群众提供全方位全周期健康服务。目前,河南省已全面推开县域医共体建设,105个县(市)组建了199个医共体并全部挂牌运行,但从实际效果来看,仍需加大推进力度,强化内涵建设,切实形成服务、责任、利益、管理共同体。

# 六项举措推进 县域医共体高质量发展

河南省卫生健康委员会体制改革处 江行义

## 一、要秉承人民至上理念

人民健康是社会主义现代化建设的重要标志。中国特色社会主义进入新时代,人民群众更加重视生命质量和健康安全,健康需求呈现多样化、差异化的特点,人民群众不但要求看得上病、看得好病,更希望不得病、少得病,对政府保障人民健康、提供基本医疗卫生服务寄予更高的期望。推进医共体建设要以满

足人民群众健康需求为出发点和落脚点,聚焦聚力人民群众看病就医难题,将县域医共体建设纳入全面深化改革和乡村振兴战略的重要内容,优化县域资源配置,统筹推进城乡融合发展,把更多优质医疗卫生资源引向基层、投入基层,让群众就近享有公平可及、系统连续的健康服务。

## 二、要建立高位推进机制

按照优化、协同、高效的原则,成立由县级党委、政府牵头,机构编制、发展改革、财政、人力资源社会保障、卫生健康、医保等部门及医共体成员单位代表参加的医共体管理委员会,统筹医共体建设的规划布局、投入保障、人事安排、政策制定和考核监管等重大事项,切实建立健全“党委统筹、政府主导、部门协

同、上下联动”的工作推进机制。管理委员会办公室设在县级卫生健康委员会,办公室主任由卫生健康委主任兼任,成员由各成员单位相关人员组成。探索成立卫生健康党工委或医共体党委,全面加强党对县域医共体的统一领导,切实把公益性写在医疗卫生事业的旗帜上。

## 三、要优化重塑服务体系

根据县域内医疗卫生资源结构和布局,按照“三个有利、严把三关”(有利于破解群众看病就医难题、有利于调动医务人员积极性、有利于医疗卫生事业发展,严把清产核资关、严把人事交接关、严把财务移交关)的原则,组建1个~3个由县级公立医疗机构牵头,其他县级医疗机构、乡镇卫生院、社区卫生服

务中心为成员单位的医疗健康集团,构建起定位明确、分工协作的新型县域医疗卫生服务体系。医疗健康集团成立党委,实行党委领导下的院长负责制,集团党委对各成员单位党建、纪检监察、党风廉政建设工作实行统一管理,推动集团内部思想、文化、业务、服务、利益相融合。

## 四、要创新内部运行机制

按照集团化管理、一体化运行、连续化服务的模式,制定医共体章程,明确医共体牵头医疗机构和成员单位权责关系,健全牵头医疗机构与各成员单位共同参与、定期协商的议事决策制度,推行行政、人员、业务、器械、财务、绩效、信息等统一管理。郸城、郟县、永城等地采取责权利一体、

人财物统一的共建共享模式,探索形成了“一办、五部、六中心”的内部运行机制。“一办”,即党政办公室。“五部”,即运营管理部、健康促进部、医保管理部、财务审计部、信息管理部。“六中心”,即远程影像中心、远程检验中心、远程会诊中心、远程病理中心、远程心电图中心、消毒供应中心。

## 五、要提升县域整体能力

坚持以县域医疗中心建设和三级医院创建为引擎,持续推进县级医院呼吸、重症监护、传染、肿瘤、心脑血管、血液透析、病理、职业病防治、精神卫生和老年医学等重点专科建设,推进中医诊疗、胸痛、卒中、创伤、危重症孕产妇救治、危重儿童和新生儿救治、慢性病管理等中心建设。

同时,要充分发挥牵头医院上联下带的纽带作用,采取一院一策、科室共建、以科带院、驻扎式帮扶等举措,建立专家门诊、急救站、联合病房、延伸药房,帮基层强骨、为基层赋能、助基层惠民,带动基层转型升级,实现由县级强向县域强转变。

## 六、要推进配套政策落地

严格落实政府对公立医院和基层医疗卫生机构的投入政策,按原渠道足额安排医共体成员单位各项补助资金,探索建立专项资金用于聘请县外专家、补贴“两病”(高血压病、糖尿病)人员用药、开展家庭医生签约服务。实行医保按人头打包支付,建立结余留用、合理超支分担的激励约束机制。探索实行员额制管理,创新落实“两个允许”要求,推行院长年薪制、医务人员目标年薪制。建立动态医疗服务价格调整机制。加快推

动全民健康信息平台提质升级,实现电子健康档案和电子病历的连续记录和信息共享,促进检查结果、上级诊断和区域互认,实现诊疗信息的互联互通,为医共体成员单位开展医疗服务、公共卫生、医疗保障、药械管理、综合监管等业务提供信息支撑。全面实施“一体化”共享服务,为群众提供远程诊疗、预约挂号、双向转诊、区域一卡通、家庭医生签约、健康咨询等在线服务,不断增强人民群众的获得感、幸福感、安全感。

结核病可以发生在人体任何一个器官上,最常见的是肺,约占所有结核病的95%。其他还有肾结核、骨结核、淋巴结结核、结核性脑膜炎、眼结核、鼻咽结核、肠结核等。可以说,除了头发和牙齿上没有发现过结核病,其他器官都可能发生结核病。

在我们的印象中,结核病都会传染。事实上,在所有的结核病中,仅肺结核具有传染性,并且只有痰菌检测为阳性、正处在排菌期的肺结核患者才具有传染性。

根据结核病研究所结核门诊的数据统计,具有传染性的患者仅占所有结核病的15%~20%,而且这些患者只要不感染耐药结核杆菌,通过规范的抗结核治疗一两个月后,痰菌就能够转为阴性,也就不再具有传染性了。

结核病的治疗应遵循“十个字”原则:早期、规律、联合、适量、全程。如果不遵循这一原则,患者往往要付出沉重的代价。

例如,发现结核病后,如果不进行早期治疗,治愈难度加大,可能会有后遗症:不规律治疗,易导致结核杆菌耐药,一旦引发耐药多药结核性脑膜炎,就会危及生命;不联合用药,治疗强度不够,也会产生耐药,增加治疗难度;不适当用药,剂量过大或不足,都达不到最佳治疗目的;不全程治疗,症状一消失就停药,容易半途而废,也会增加治疗难度。

当然,也有一些结核病难以治愈,主要原因是:患者对所有抗结核药均有过敏反应或肝损害表现,如肝硬化晚期的患者;患者对现有的抗结核药都产生了耐药,这种情况绝大多数是人为反复间断服药造成的,极少数是由于感染了耐药结核杆菌;患者病情严重,发现太晚或者免疫力极度低下,如多个脏器严重病变。

结核病患者需要静养休息,如果不好好休息,继续上学或工作,长时间处于劳累紧张状态,免疫力就会下降,即便坚持服用抗结核药,结核病也不易好。

那么怎样才能发现自己是否得了肺结核呢?

肺结核的常见症状是咳嗽、咯痰,如果这些症状持续2周以上,应高度怀疑得了肺结核,要及时到医院看病。

肺结核还会伴有痰中带血、低热、夜间出汗、午后发热、胸痛、疲乏无力、体重减轻、呼吸困难等症状。

怀疑得了肺结核,要及时到当地结核病定点医院机构就诊。省、市、县等区域均设有结核病定点医院。

# 结核病治疗最忌不规范

河南省疾病预防控制中心 张艳秋

## 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

# 脊索瘤的诊断与介入治疗

□任克伟 韩新巍

脊索瘤是一种罕见的中低度原发恶性肿瘤,源于胚胎残余的脊索组织,常发生在颅底斜坡、鞍区和脊髓尾部,约1/3发生于颅底。

颅底脊索瘤呈缓慢进行性生长,占原发颅底肿瘤的0.2%~5%,任何年龄均可发生,发病高峰年龄为35岁~60岁。颅底脊索瘤好发于斜坡区,常以颅神经损害(其中以动眼神经和外展神经症状多见)、脑积水和运动感觉障碍起病,因起病隐匿,无典型症状而导致诊断延迟。手术是颅底脊索瘤的首选治疗方案,术后常结合放射治疗。

近年来,随着神经影像学技术和微创神经外科的发展,脊索瘤的诊断和预后在一定程度上得到改善。但由于其解剖位置、生物学特性、预后不良等使脊索瘤治疗相对棘手。

## 病因学

脊索瘤是一种罕见的恶性骨肿瘤,可发生在中枢神经轴的任何地方。脊索瘤是一个独特的实体,它是由脊索残余物衍生的恶性肿瘤,胚胎结构是胚胎盘中神经板诱导所需的胚胎结构。在头颈部,大部分出现在颅底,少数伴颅神经推出现。脊索瘤也有报道在头颈部和颈部的额外位置,包括鼻咽、鼻窦、鼻侧壁、口咽部和颈部软组织。鼻咽部的一些额外脊索瘤与从斜坡延伸出的窦道相关。

头颈部脊索瘤的症状与包括头痛、颈痛、复视或颅神经麻痹在内的肿块效应有关。一些儿童出现脊索瘤可能与结节性硬化症有关。

## 临床表现

颅底脊索瘤一般生长缓慢,病程较长,平均可达3年以上。头痛为颅底脊

索瘤最常见的症状,约70%的患者有头痛症状,常呈弥漫性,可向枕部或颈部扩散。头痛性质呈持续性钝痛,一天中无明显变化,如有颅内压增高则势必加重。头痛原因考虑与肿瘤浸润颅底有关,如头痛位于枕颈部,头颈部活动可加重或诱发疼痛,常提示枕骨髁受肿瘤侵犯。展神经受侵犯引起的复视亦多见(60%~90%)。多发性脑神经损害和长束损害也较常见。约一半患者可出现鼻塞、咽部异物感和吞咽不适,原因是由脊索瘤突入鼻咽部引起。如肿瘤向小脑脑桥角发展,患者可出现听力下降、眩晕、耳鸣等症状。因肿瘤常压迫第三脑室后部和中脑导水管,使之向后上方移位,可伴有一定程度的脑积水,但颅内压增高的症状因肿瘤生长缓慢而不明显。另外,肿瘤累及蝶鞍,可表现为视力减退、视野缺损及垂体功能紊乱,男性可表现为性欲减退、阳痿,女性则表现为闭经。

## 影像学特征

颅底脊索瘤的X线检查能发现较大肿瘤的骨质破坏情况,部分破坏区边缘可见骨硬化,破坏区内可见散在的斑片状钙化灶,多见于斜坡、蝶鞍。

颅底脊索瘤的CT扫描常分为4型:斜坡型、鞍区型、中颅窝型和鼻咽型,鞍区型最为常见。CT扫描可了解病灶部位、钙化及侵犯的程度等情况。肿瘤较大时可出现相应的脑组织、脑池和脑室系统受压等表现。CT可见位于颅底中线部位的肿块,颅底不规则的溶骨性骨质破坏,可侵犯斜坡、后床突、蝶鞍、筛窦等,内常有散在斑片状钙化,病变多为混杂密度或等密度。CT增强扫描病变呈轻度中度非均匀性强化。

MRI(磁共振成像)在颅底脊索瘤的影像诊断中起着非常重要的作用。MRI对软组织分辨率高及多方位成像,能准确显示颅底脊索瘤的部位、范围及肿瘤对海绵窦、颅神经等周围结构的侵犯,多表现为不均匀信号,这可能与瘤内出血、钙化、囊变等有关。颅底脊索瘤在T1WI(T1加权像)上主要表现为等或低信号,T2WI(T2加权像)上呈显著高信号。肿瘤内部有时可见散在的线状、结节样及片状低信号,可能为纤维间隔、钙化、出血等。增强扫描后,绝大多数肿瘤常呈中等至明显不均匀强化。

## 诊断

因颅底脊索瘤早期临床表现不明显或不典型,常需要结合影像学检查诊断。颅底脊索瘤的影像学检查可显示肿瘤的大小及与周围组织结构的关系,对肿瘤的定性、定位诊断具有非常重要的意义。X线检查局限性较多,故较少应用于诊断早期颅底脊索瘤。CT较MRI更能清楚敏感地显示较小的骨质破坏及钙化。MRI较CT能更好地显示颅底重要结构与肿瘤的毗邻关系。联合应用CT与MRI能早期诊断颅底脊索瘤,还能为临床确定手术方式及手术入

路提供重要依据,且在术后随访评估中起重要作用。

## 介入治疗

脊索瘤颅底外科的发展及各种手术方式的完善,积极地促进了颅底脊索瘤的完整切除。根据肿瘤的部位、特点及病变程度,选择特定的手术入路或不同手术入路联合进行肿瘤完整切除是必要的。虽然国内外研究显示,颅底脊索瘤的治疗首选手术切除,但由于颅底脊索瘤的解剖部位较深且与颅底重要的神经血管等结构相邻,肿瘤的全切除难度极大,术后的复发率高,复发以后患者的远期生存率很低。

一些研究结果显示,术后及时合理地应用有效的放疗治疗可能改善脊索瘤患者的预后。近年来,随着影像学的快速发展,影像引导下的放射性粒子植入治疗在全身实体肿瘤的局部治疗中占有越来越重要的位置。该治疗方法能够使定位、剂量、治疗更为精确,且降低了肿瘤周围组织的放疗反应,更多地保护了周围正常组织及重要结构不受放射损伤,能够减少并发症及降低复发率,改善患者远期生存质量。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)



## 肛肠全程无痛技术培训 常年招生

学痔瘘技术送鼻炎技术

联系人:田长修 电话:13653737333

地址:卫辉市人民路北段田氏痔瘘专科医院

## 奇芝堂

甄选真材实料 安全放心可靠 健康调理每一餐

### 老亲访友 就选奇芝堂

郑州奇芝堂食品科技有限公司 团购/订购热线:0371-58615152

## 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!

联系人:杨小沛  
电话:(0371)85967078  
投稿邮箱:343200130@qq.com  
邮编:450046  
地址:郑州市金水区东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社总编室