

按劳分配 统筹兼顾 动态调整

安阳出台公立医院薪酬分配指导意见

本报讯（记者张治平 通讯员吕贵德）近日，安阳市结合全市公立医院实际，出台公立医院薪酬分配指导意见，根据“突出公益导向，坚持按劳分配，注重统筹兼顾，合理动态调整”的原则，建立适应全市医疗卫生行业特点的公立医院薪酬制度，逐步实现公立医院收入分配的科学化 and 规范化，保障医务人员合理薪酬待遇，为健康安阳建设提供有力支撑。

薪酬总量由人社部门及公立医院主管部门根据公立医院规模、功能定位和工作效果，在现有经济运行条件的基础上动态核定，包括

在编职工以及采取其他用工方式的长期聘用岗位职工基本工资、绩效工资、国家和省规定的各项津补贴以及医疗服务盈余按一定比例提取。经核定的年度医院薪酬总量为该医院薪酬发放上限。在总量范围内，可根据月度工作任务完成情况按月进行分配，医疗集团、医共体和各医院可根据实际运行情况计发年度一次性奖励。

固定薪酬包括基本工资、岗位工资、津补贴等各项基本工资福利以及按岗位、职称、优质服务等方式固定发放的绩效工资。安阳市鼓励公立医院在定岗、定责的基础

上，采取增加急诊科、儿科、产科、精神卫生科等紧缺岗位固定岗位绩效工资、一线医务人员夜间值班津贴以及医疗服务盈余按一定比例提取。经核定的年度医院薪酬总量为该医院薪酬发放上限。在总量范围内，可根据月度工作任务完成情况按月进行分配，医疗集团、医共体和各医院可根据实际运行情况计发年度一次性奖励。

安阳市要求，薪酬分配要充分体现知识、技术、管理等要素的价值，原则上医（含医技）、护（含药）、管薪酬总额占比为5:4:1；统筹考虑编制内外人员薪酬待遇，实行同岗同酬。岗位属性由公立医院与医疗集团（医共体）共同核

定，岗位核定后向市卫生健康委报备，不得随意修改。安阳市制订儿科、精神卫生科、全科、产科、急诊科、感染科等专业薪酬水平倾斜办法，注重对一线医务人员的倾斜，内部分配应体现技术与风险程度差异、临床医务人员与医疗辅助岗位差异。

医疗机构应建立与国家二级、三级医院绩效考核等外部绩效考核、高质量发展相结合的内部绩效考核体系；突出工作量、服务质量、行为规范、技术能力、医德医风和患者满意度等，将考核结果与医务人员薪酬挂钩。临床科主任奖励

性薪酬原则上控制在本科室医生平均奖励性薪酬的2.5倍以内。护士长奖励性薪酬原则上控制在本科室护士平均奖励性薪酬的2倍以内。

医疗机构应明确班子成员绩效工资标准及考核指标，班子成员考核指标参照主要负责人考核指标内容，与所分管责任挂钩，实行年薪制的班子成员原则上参照主要负责人目标年薪标准的80%考核后计算。逐步建立公立医院领导班子薪酬水平与绩效考核名次、高质量发展核心指标、医疗收支结余等挂钩的动态调整机制。

全科教学能力怎么样 现场来比比

本报记者 常娟 通讯员 张晓

同一时间，3组全科专业指导医师、2组助理全科专业指导医师在不同房间进行病例讨论，评委现场打分。参赛人员每人提供一份“小讲课”教案及健康教育教案。根据评分标准，评委逐项打分。3月1日，44名全科专业指导医师现场比拼教学技能。这是河南省第一次举办全科专业指导医师教学综合能力线下竞赛。

本次竞赛由河南省毕业后医学教育专家委员会主办，河南省人民医院、河南省全科医学教育培训基地承办。44名全科专业指导医师来自河南省人民医院、新乡医学院第一附属医院等27家全科专业住院医师规范化培训基地及息县人民医院、浚县人民医院等17家助理全科医生培训基地。

“闫某，女，78岁，1周前开始出现胸闷，偶尔伴有心悸、胸骨隐痛，无头晕、呼吸困难、恶心、大汗等其他症状。在社区卫生服务中心就诊后，为进一步治疗，她被转诊至上级医院。患者可能罹患哪些疾病？需要做哪些检查？根据检查结果，判定患者罹患哪些疾病的可能性大？下一步明确诊断，需要采取哪些措施？”郑州大学第一附属医院全科临床指导医师根据患者的症状和检查结果，对参加住院医师规范化培训的医师（以下简称住培医师）分级提问，引导他们全面细致地回答问题，深入思考患者可能罹患的疾病。这些住培医师包括2024级住培医师、2023级住培医师、2022级住培医师。住培医师紧紧跟随指导医师的节奏，说出自己的想法。在患者病情稳定，下转至基层后，基层指导医师又引导住培医师给患者建立慢性病档案，以及进行家庭医生签约等。

参加竞赛的全科临床指导医师被分成44组，每组都包含一名临床指导医师、一名基层指导医师、3名~6名参加全科专业住院医师规范化培训或助理全科医生培训的学员。在病例讨论环节，以真实病例（比如上述病例）为教学素材，使用黑板、白板进行教学，并画出思维导图和表格等，指导学员综合运用各学科知识解决临床问题，实现既定的教学目标。

“这种形式很有趣，既可以学知识，又可以拓宽视野，增加阅历。我们都争着当老师的‘陪练’。”经历了院内选拔后来到竞赛现场的郑州大学第一附属医院2024级住培医师刘庆悦说。这次“从心开始”——1例多病共存综合诊疗的讨论让她和同学掌握了以前从未注意过的知识；对冠心病患者进行救治时，要根据病情是急性期还是慢性期，调整他汀类药物用量。

息县人民医院全医学科主任张意昆和基层指导医师李慧敏以“隐形的刀锋”为题，对5名正在参加培训的助理全科医生进行“腿疼”的病例讨论教学，提醒助理全科医生注意患者的“腿疼”除了可能由腰椎间盘突出等常见病引起，还有可能是带状疱疹前期疱疹未出现时的症状，而这容易被忽视。

“为了提高教学效果，我还深入研究了DeepSeek（杭州深度求索推出的人工智能助手），并告诉我们的学员要善于运用人工智能技术。”收到全省全科专业指导医师教学综合能力技能竞赛通知后，张意昆第一时间报了名。他说，乡镇卫生院和村卫生室的医师有机会参加省级竞赛，很难得，自己不会放过这个可以拓宽学员视野的好机会。

“我们没想到，这次竞赛会这么受基层医生欢迎，大家都抢着要来当学员。”河南省人民医院全医学科副主任刘晓宇说，“很开心。通过竞赛，我们把规范教学病例讨论、‘小讲课’及健康教育的‘种子’种了下去，总有一天，它们会茁壮成长。”

镜头之下

周口市中心医院

成功开展自体造血干细胞移植术

本报讯（记者侯少飞 通讯员郭永伟）“我再也不用忍受疼痛的折磨啦！感谢周口市中心医院，在咱家门口也能做这么难的手术。造血干细胞移植术非常成功，血液内科移植团队给了我第二次生命。”3月7日，从无菌病房顺利出来后，王先生表达了对该院血液内科医务人员的感激之情。

2024年5月，45岁的王先生出现骨痛、乏力症状，连翻身都困难，走几步路就要大口喘气。王先生来到周口市中心医院就诊，被诊断为多发性骨髓瘤。对于他来说，这是一个晴天霹雳。经历了几个疗程的化疗后，他的病情得到了有效控制。但是，多发性骨髓瘤是一种血液系统恶性肿瘤，对其进行常规化疗，缓解深度有限。年轻的多发性骨髓瘤患者或者身体好的部分老年多发性骨髓瘤患者需要在有效诱导治疗后，优先选择自体造血干细胞移植术，才能达到深度缓解，从而延长生存期。

血液内科医务人员在与王先生的家人充分商量后，决定为王先生实施自体造血干细胞移植术。

据了解，自体造血干细胞移植术是一种比较复杂的血液病治疗方法。血液内科移植团队认真评估病情，进行讨论，最后制订了精准的移植方案：连续几天定时定量为王先生注射动员针，待其达到标准后，应用血细胞分离机为其采集造血干细胞，并冻存、分离血浆以备回输时使用，确保每个环节都科学合理，严谨有序。

在王先生进入无菌病房后，造血干细胞成功复温、顺利回输。在骨髓抑制期，血液内科医务人员日夜守护王先生。术后，王先生恢复良好，身体疼痛、乏力等症状消失。



近日，在漯河市郾城区黄河广场，区疾病预防控制中心工作人员给群众讲解春季常见传染病相关知识。当天，该中心组织工作人员开展春季常见传染病预防知识宣传活动，帮助居民增强健康意识，提高传染病预防能力。

王明杰 李佳/摄

温县人民医院

冲击波球囊技术击碎心脏“血管石”

本报讯（记者王正勋 通讯员郑雅文 任怀江）3月1日，温县人民医院心血管内科二病区团队成功将冲击波球囊技术应用于临床，为一名复杂冠状动脉钙化患者实施了介入手术。

患者刘某今年66岁，女性，有冠心病病史6年，曾接受冠状动脉支架植入术。近1个月，她反复出现活动后胸闷、心慌等症状，并逐

渐加重，遂来到温县人民医院就诊。

入院后，刘某做了相关检查。冠状动脉造影检查发现左前降支近端重度狭窄90%，合并严重冠状动脉钙化，原支架贴壁不良，左主干分叉处钙化狭窄明显。心血管内科介入团队经过认真评估，在与患者家属充分沟通后，决定采用冲击波球囊技术治疗患者。

据温县人民医院心血管内科重症监护室副主任杨登峰介绍，冠状动脉钙化是冠心病介入治疗的“拦路虎”。如果应用传统的高压球囊扩张、切割球囊等技术，因钙化斑块坚硬如石，会难以充分扩张血管，易导致支架贴壁不良、术后再狭窄等问题。而应用冲击波球囊技术，可将高频脉冲能量精准送至钙化部位，在不损伤正常血管组

织的前提下，“震松”并击碎深层钙化斑块，改善支架贴壁质量，减少发生支架内再狭窄、血栓形成等并发症的风险，改善长期预后。冲击波球囊技术具有创伤小、安全性高、疗效确切的特点。

术中，心血管内科介入团队精准操作，将冲击波球囊输送至钙化部位，通过释放高频脉冲能量，分阶段击碎钙化斑块。术后复查结果显示，钙化环被有效松解，血管弹性显著恢复，支架贴壁效果理想，患者的胸闷症状即刻缓解。

“冲击波球囊技术的成功开展，不仅填补了温县在这项技术上的空白，也标志着我院心血管介入治疗体系进一步完善，进入精准化、微创化阶段。”温县人民医院心血管内科二病区副主任张福庆说。

5天，拯救重症肌无力患者生命

通讯员 赵文豪 赵芸莹 白丹

重症肌无力危象合并重症肺炎、脓毒症，患者生命垂危。新乡医学院第一附属医院（以下简称新医一附院）神经重症医学科医护团队凭借精湛的诊疗技术，仅用5天时间，成功救治了患者。

半个月前，有着8年重症肌无力病史的李先生，因感冒出现发热（最高体温39摄氏度），伴有胸闷、吞咽困难、咳嗽、痰难以咳出

等症状，被紧急送至新医一附院神经重症医学科。

入院时，李先生呼吸严重无力，血氧饱和度急剧降至76%，血气分析提示Ⅱ型呼吸衰竭。这些都是重症肌无力危象的典型表现。神经重症医学科医护团队第一时间启动应急流程，迅速完成气管插管，并连接呼吸机辅助呼吸，以稳定生命体征，为后续治疗

赢得时间。

然而，患者的病情远比想象中复杂。进一步检查发现，李先生合并重症感染，且免疫力极低，全身炎症反应剧烈，有多器官功能衰竭风险。

面对严重呼吸无力、重症感染难题，神经重症医学科医护团队迅速制订集束化治疗方案——进行抗感染、液体复苏及循环支持，同时启动丙种球蛋白冲击治疗，增强免疫力，阻断重症肌无力进展。在机械通气的支持下，该医护团队每日进行肌力评估、呼吸功能监测及抗胆碱酯酶药物剂量动态调整，不断优化治疗方案。

入院第3天，李先生的肌力明显改善，成功脱离呼吸机。观察

李先生自主呼吸无异常后，神经重症医学科医护团队顺利拔除气管插管。入院第4天，李先生恢复经口饮食。入院第5天，李先生可床旁独立行走，并被转入普通病房。入院第9天，李先生顺利出院。

在转出神经重症医学科当日，李先生给神经重症医学科全体医务人员送上一封手写的感谢信。信上写着：“真诚地感谢整个科室的付出！（医院）又一次拯救了我的生命！谢谢大家！”朴实的句子里，满是对医务人员日夜坚守的敬意。据了解，8年前，李先生因重症肌无力在新医一附院接受了胸腺瘤切除术。此次再度入院，他又得到了医务人员的全力救治。

相关链接

重症肌无力是罕见病，是由神经-肌肉传递功能障碍引起的慢性自身免疫性疾病，主要表现为肌肉无力和易疲劳。该病虽然发病率低，但是严重影响患者的生活质量。重症肌无力危象是重症肌无力患者在病程中突然出现的并发症，是重症肌无力患者死亡的主要因素。

重症肌无力危象合并脓毒症，死亡率极高。救治这类患者，需要做到免疫功能调节、感染控制和器官支持的平衡。此类危重症的救治需要把握三大核心要素：

1. 早期识别呼吸衰竭并果断使用呼吸机，避免缺氧导致的不可逆损伤。
2. 迅速识别重症肌无力危象的类型，精准把握重症肌无力危象一线药物选择和治疗时机，以快速阻断免疫风暴。
3. 严格进行集束化管理，通过抗感染、营养支持与早期康复的协同作用，实现治疗效果最大化。

