

《河南省中医医师规范化培训实施细则》出台

本报讯（记者刘 畅 通讯员和平）近日，河南省卫生健康委、河南省教育厅联合印发《河南省中医医师规范化培训实施细则》（以下简称《实施细则》），进一步规范和提升全省中医医师规范化培训、中医助理全科医生培训工作，着力健全中医药临床人才培养体系，夯实中医医师队伍建设基础。

中医医师规范化培训作为中医药毕业后教育的核心环节，是打造高素质中医临床医师队伍的关键抓手。开展该项培训，旨在为全省各级各类医疗机构，尤其是基层医疗卫生机构，培养具备扎

实中医基础理论、专业知识、临床技能，掌握必要现代医学知识与技术，能够独立规范开展常见病、多发病及部分疑难危重症诊疗工作的合格中医医师与合格中医全科医生。

此次《实施细则》的制定，严格对标国家中医药管理局、国家卫生健康委、教育部联合修订的《中医医师规范化培训实施办法》最新要求，立足河南省中医规培工作实际，在全面梳理工作实践、深入剖析现存突出问题的基础上，广泛征求医疗机构、培训基地、高校、带教老师及培训对象等多方意见，兼具政策契合度与地方实操性。

《实施细则》进一步明晰了全省中医规培管理职责体系，河南省卫生健康委（河南省中医药管理局）统筹负责全省中医规培的组织实施与监督管理；各省辖市中医药主管部门协助做好辖区内相关工作；河南省中医医师规范化培训中心在河南省卫生健康委（河南省中医药管理局）领导下，牵头组建省级专家与专业指导委员会，承担基地建设、制度完善、数字化管理系统搭建、师资培训、基地督导质控、统一招录及考核等核心工作。

针对培训基地管理，《实施细则》明确要求，各基地需健全完善培训、招录、轮转、考核、师资、督导、经费等全流程管理制度；强化协同单位管理，将各项培训工作纳入基地整体规划统筹推进；完善师资遴选、考核、激励机制，厚植尊师重教的育人氛围，全力保障培训质量。

在招录工作方面，《实施细则》要求，全省中医规培实行统一组织、分级管理，严格遵循“公开公平、统一招录、双向选择、择优录取”原则，统筹推进区域协同、专业均衡、基地协调发展。符合条件的报名人员可按照就近便利原则，依据全省统一招录计划，自主选报培训基地与专业。

在考核管理方面，《实施细则》明确要求，建立以过程考核为重点，涵盖过程考核、师承考核、结业考核的全流程考核体系；要求培训对象需通过过程考核、师承考核并取得执业医师资格证书后，方可参加结业考核。结业考核分为理论考核与临床实践能力考核，原则上每年6月底前完成，以严格考核检验培训实效。

河南省探索中西医并重 优势互补实践路径

本报讯（记者刘 畅 通讯员朱格岩）5月12日，记者从河南省卫生健康委获悉，近年来，河南省在体系重塑、模式创新、技术攻关等方面先行先试，以体制机制创新为突破口，以服务模式重塑为着力点，推动中西医从“简单叠加”走向“深度融合”，系统构建中西医协同发展“五强化 五破解”的“河南路径”。

强化制度供给，破解“两张皮”壁垒。河南省建立嵌

入式协同机制，将中西医协同纳入卫生健康事业发展全局统筹谋划，各级卫生健康行政部门成立中西医协同工作领导小组，明确主体责任与任务分工。优化评价指挥棒，将中西医协同成效与医院评审、绩效监测挂钩，从制度层面破除“两张皮”壁垒，引导综合医院、中医医院、专科医院从被动配合转向主动融合。

强化平台引领，破解“有想法、没办法”短板。全省范

围内以国家中西医协同“旗舰”医院建设为牵引，分层次开展省级“旗舰”医院、科室创建，推动综合医院结合自身重点和发展定位，分阶段建设中医专科门诊和病房。依托县域医共体和城市医疗集团，将中西医协同服务向基层延伸，鼓励基层医疗卫生机构推广中医适宜技术，逐步构建起分级分层、上下联动的协同服务网络。

强化模式创新，破解“全链条诊疗”路径。河南省聚

焦脑病、肿瘤、康复、围手术期等中西医协同优势显著的领域，探索建立“三师+N”多学科联合诊疗模式，由西医师、中医师、临床营养师联合护理、药学等专业人员开展联合查房，共同制定最优诊疗方案。围绕疾病预防、诊治、康复、护理、营养等全链条，将中医体质辨识、辨证施治、药膳食疗系统融入临床各环节，推动中医药在治未病、慢性病管理、术后康复中全程参与。

强化要素保障，破解“疗效说不清”瓶颈。河南省不断拓展“互联网+中西医结合”应用，利用临床决策支持系统规范诊疗行为，以大数据手段开展疗效评价，推动诊疗方案动态修订、持续优化。完善兼顾中西医要求的质控体系，以病案质控、院内感染管理等为切入点，常态化开展结构、过程、结果三维质控。推进“智慧中药房”建设，实现在线处方智能审核、中药饮片精准调剂、代煎配送全流程服务。

河南今年在线培训18万名基层卫生人员

本报讯（记者常 娟）5月13日，记者从河南省卫生健康委获悉，河南持续实施基层卫生技术人员全员在线培训考试计划，今年计划在线培训全省基层卫生人员18万人以上。

基层卫生技术人员全员在线培训考试计划，培训对象涵盖4类：一是卫生技术人员岗位技能培训，主要包括乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室全体在职医疗卫生技术人员。二是执业资格考试前辅导培训，主要包括已报名参加2026年执业医师、执业助理医师、乡村全科执业助理医师资格考试的基层医疗卫生人员；鼓励符合报名条件参加2027年资格考试的人员注册参加考前辅导培训。三是基层卫生主要政策培训，主要包括县域医共体工作人员、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）管理人员；县域医共体内县级医院的注册全科医师、参与基层家庭医生团队的全科医师、下派乡镇卫生院的驻点帮扶医师。四是家庭健康指导员培训，主要包括尚未参加家庭健康指导培训的村（居）公共卫生委员会成员。

卫生技术人员岗位技能培训，培训内容为：全科医生、临床医生（含中医）、乡村医生，主要参照《河南省分级诊疗乡级病种目录》《河南省分级诊疗村级病种目录》明确的

病种范围，重点培训应知应会病种基本理论、基本知识、基本技能，以及家庭医生签约服务流程、政策规定、基本公共卫生服务规范；对其他卫生技术人员，主要培训相关专业知识与技能。执业资格考试前辅导培训，根据执业医师、执业助理医师、乡村全科执业助理医师资格考试大纲要求，主要培训考试大纲要求的医学基础知识、临床专业知识、公共卫生知识、医学人文及法律法规，以及技能操作演示、真题解析、考点分析等内容。基层卫生主要政策培训，主要培训基本医疗卫生与健康促进、医疗事故医疗纠纷等相关法律法规，县域医共体、基层卫生健康、基本医疗保险、家庭医生签约服务相关政策，DRG/DIP（按疾病诊断相关分组/按病种分值）等医保支付方式，基本公共卫生服务规范与绩效评价，重点人群与重点慢性病健康管理，医学人文与医务礼仪、医疗领域安全生产等。家庭健康指导员培训，主要培训健康理念、健康知识、健康行为、健康服务技能等。

河南省卫生健康委明确提出，以上所有人员均应在在线学习传染病基本防治知识，以及体重管理、健康教育、医患沟通等基本服务技能。家庭医生团队在线培训内容按照《2026年家庭医生团队签约服务技能培训项目实施》执行。



近日，武陟县卫生健康委、县教育体育局、县疾病预防控制中心组织县内医院医务人员，走进县实验小学开展急救知识进校园活动。

活动现场，医务人员以通俗易懂的语言，为师生讲解了心肺复苏、食管异物处理等急救知识，示范了心肺复苏、海姆立克急救法的操作流程及注意事项。

王正勋 侯林峰 柴明辉/摄

今日导读

郸城：提升县域中医药服务质效
从痰瘀虚论治中风后遗症
中医辨治带状疱疹后遗神经痛

5版
6版
7版



请扫码关注
微信、微博

从“开大刀”到“扎小针”——谈谈介入科的精准抗癌之路

河南省肿瘤医院 胡鸿涛

近年来，微创介入技术作为肿瘤治疗领域第四大治疗手段，正凭借创伤小、恢复快、可重复等优势，为无数无法手术或不愿开刀的患者点亮生命之光。

作为河南省肿瘤医院微创介入科主任，我从医20余年，见证了微创介入技术从“配角”逐渐走向“主战场”的历程。今天，我想和大家聊聊，我们是如何用一根“细针”、一个“导管”，精准打击肿瘤的。

从“巨创”到“微创”：一个理念的转变

我刚参加工作那年，遇到一位70岁的肝癌患者。老人的肿瘤不大，但肝硬化严重，无法耐受手术切除治疗。当时微创介入技术还没有普及，我们只能给予老人对症支持治疗，老人不久便离世了。

这件事深深刺痛了我。后来，我远赴韩国学习先进的微创介入技术，回国后便一头扎进微创介入领域。

现在，我们科室每年完成数万例微创介入手术。其中最具有代表性的就是肿瘤消融术——在CT（计算机断层成像）或者超声引导下，将一根直径仅1毫米~2毫米的消融针精准穿刺到肿

瘤内部，通过射频、微波或冷冻的方式，让癌细胞在几分钟内“坏死”。术后，患者体表只留一个针眼。局麻患者当时就能活动和进食；全麻患者术后第二天就能下床自主活动和进食。

“一针清零”：让中晚期患者绝处逢生

随着微创介入技术的发展，很多“不能切”或者“不愿意切”的肿瘤，可以“消融掉”；“切不净”的肿瘤，可以“栓塞死”。

我曾接诊一位40多岁的乙肝患者，他的右肝有一个5厘米的肿瘤，紧贴大血管，无法手术切除。患者情绪低落，甚至开始安排后事。我仔细评估后，认为完全有机会通过肿瘤消融术治愈。术中，我在CT引导下精准穿刺，像“拆弹”一样将肿瘤完整灭活。术后第二天，患者就能正常吃饭，2天后出院。如今5年过去了，他每年复查结果都正常，逢人便说：“是胡主任那根针救了我的命。”

对于无法直接消融的大肝癌或多发肝癌，我们采用“血管介入”策略：向肿瘤供血动脉注入高浓度化疗药，再用微小颗粒栓塞血管，实现“饿死+毒死”肿瘤的目的。我们还在河南省率

先开展了钇90放射性微球治疗肝脏肿瘤的技术，目前在技术及诊治患者数量方面均位居全省第一。

从“跟跑”到“领跑”：科研反哺临床

作为省级医院微创介入科的带头人，我担任了河南省综合介入技术质量控制中心主任委员，牵头制定了全省介入质量控制标准，每年开展培训和督导，推动全省微创介入技术的规范化。

20年前，我们学习国外技术；今天，我们开始向世界输出“河南经验”。我带领团队主持国家自然科学基金、省部共建项目等多项课题，围绕肿瘤消融后复发机制、血管介入联合靶向免疫等方向开展研究；以第一或通

讯作者发表SCI（科学引文索引）论文20篇，获得省级科技成果奖多项。

我认为，临床医生搞科研，不是为了发论文，而是为了解决患者的问题。比如，我们发现有些患者在接受肿瘤消融术后肿瘤复发，便探索动脉造影CT引导技术，使患者术后复发率显著下降，还解决了化疗后消失的肝转移灶无法消融的临床难题。

腺样囊性癌是罕见肿瘤，其病程发展缓慢，但常常出现肺转移，且对放化疗和靶向治疗不敏感，患者常常陷入治疗困境。从接诊第一例患者开始，我们团队就立志要为这些罕见病患者解决病痛。对于肿瘤转移较少的患者，我们采用直接消融的方法取得根治效果；对于肿瘤多发转移患者，我们采用“栓塞+粒子+消融”的方式

尽可能根除病灶。我们还在医院的支持下开设了国内首家腺样囊性癌转移专病门诊。

此外，我们团队通过胃造瘘门诊，为渐冻症和不能经口进食的患者搭建了生命的营养通道，助其在抗击病魔的道路上拥有更好的体质。

让微创介入技术成为肿瘤治疗常规选项

展望未来，我希望微创介入技术不再是“最后的选择”，而是与手术、放化疗并列的常规选项。我们正在开展多项临床研究，探索消融联合免疫、介入联合靶向等新模式，力

求进一步提高中晚期肿瘤患者的疗效。

同时，我将继续推动全省微创介入技术的同质化、规范化，让基层患者在家门口就能享受到优质的微创介入技术服务。

从“开大刀”到“扎小针”，技术的进步改变了肿瘤治疗的格局，但不变的是医者“除人类之病痛”的初心。我愿做那个手拿“细针”、心系苍生的“介入匠人”，在精准抗癌的道路上，步履不停。



肿瘤防治

名家谈