

医院动态

广西妇幼保健院
成立产前管控中心

本报讯 (特约记者文俊骁通讯员何芸)近日,广西壮族自治区妇幼保健院(广西妇产医院)在邕竹院院区急诊科成立广西首家产前管控中心,旨在通过多学科协作、全流程管理、精准化服务,为孕产妇提供“一站式”保障。

据悉,该中心配备了完整的诊疗功能单元,包括产科诊室、胎监室、急诊B超室、抢救室和留观病房,实现门诊评估、持续胎监、急诊超声、应急抢救、病房留观的无缝衔接。其中,急诊产科留观病房专为“临界情况”孕产妇设计,提供24小时医学监护。该中心整合产科、急诊科等多学科团队,通过“评估—监护—留观—抢救”全链条服务,对孕产妇进行系统性评估,精准识别高危因素并进行分级管理,根据风险等级科学分流,确保高危孕产妇获得重点监护和资源倾斜。

华西第二医院
发布“华西妇幼数字医生”

本报讯 (特约记者喻文苏记者夏海波)近日,四川大学华西第二医院发布“华西妇幼数字医生”。“华西妇幼数字医生”基于预训练的“华西数医大模型”、个性化知识图谱及多智能体协作,具备主动问诊、智能诊断、检查治疗推荐、多模态感知、长期疾病管理等多重能力,可自主生成辅助诊疗方案,助力医生提高诊疗质量与工作效率。

据悉,四川大学华西第二医院下一步将整合人工智能、大数据、物联网、智能设备、具身机器人等技术,打造全链条智能化生态体系,赋能医疗健康服务,让患者获得更好的医疗体验、医生获得更高的工作效率、医院获得更强的服务能力、社会获得更优的资源配置。

沈阳市精神卫生中心
开展同伴支持项目

本报讯 (通讯员周丹 孙丹妮 记者邹欣芮)近日,辽宁省沈阳市精神卫生中心携手沈阳市大东区大北社区卫生服务中心启动精神障碍患者同伴支持项目。该项目旨在通过同伴互助模式,推动精神障碍患者社会功能康复,探索精神心理健康服务新路径。

沈阳市精神卫生中心康复中心主任徐丹介绍,项目将选拔康复状况良好的患者担任“同伴支持者”,通过共情交流、经验分享帮助病友缓解病耻感、提升治疗依从性,实现从“被帮助者”到“互助者”的角色转变。沈阳市精神卫生中心将组建专业督导团队,由精神科医师、心理治疗师定期开展培训指导,构建“筛查—干预—随访”全流程服务体系。项目计划在2025年纳入200余名社区患者及家属,打造“医院—社区—家庭”协同服务。

上海六院携手
上海市医疗急救中心
举办开放日

本报讯 (特约记者陈焕华)日前,上海市第六人民医院急诊医学科携手上海市医疗急救中心举行了一场以“生命守护 急救启航”为主题的开放日活动,让青少年沉浸式感受急救速度,掌握基本急救技能,深入了解院前急救和院内急诊的完整救治链条。

“心脏骤停后的4分钟被称为黄金4分钟,早一秒施救,患者就多一分希望。”活动现场,六院门诊急诊部副主任、国家骨科医学中心管理办公室副主任任芮宇进行急救科普讲座,通过动画演示和真实案例讲解相结合的方式,为青少年科普心肺复苏、气道异物梗阻处理等急救知识。

活动期间,青少年还参观了融合多种尖端技术与设备的六院急诊抢救一体化单元,走进医疗急救中心指挥大厅。在院前急救实训中心,专业老师讲解心肺复苏、止血包扎、自动体外除颤器使用方法等基础急救技能,并通过实际操作指导,让青少年初步掌握技能要领。

合力夯实“1+N”托育服务基础

“1+N”瞄准广大家庭在托育方面的急难愁盼,强调要统筹考虑经济发展、人口结构和托育实际需求等因素,做到科学规划、精准供给。要切实发挥好“1”的作用,并进一步为“N”的可持续发展提供坚实基础。

□段梦兰(媒体人)

国家卫生健康委、国家发展改革委、教育部等7部门近日印发的《关于加快推进普惠托育服务体系建设的意见》,明确了加快推进普惠托育服务体系建设的总体要求和主要任务。这是

加快建立健全全方位、立体化、多层次、能落地的生育支持政策体系的又一重要举措,不仅为进一步解决家庭育儿难题、助力“托得上”“托得起”“托得好”提供了政策保障,更为进一步指导各地加强普惠性、基础性、兜底性的托育建设,推动托育服务市场健康有序发展提供了有力支撑。

发展普惠托育服务是完善生育支持政策体系、推动建设生育友好型社会、促进人口高质量发展的重要举措。在全社会共同努力下,我国托育服务的政策法规体系、标准规范体系和服务供给体系逐步建立。但也要看到,当前,托育服务供给的数量、质量、价格与人民群众的需求和期待相比还有较大差距,进一步加快推进普惠托育服务体系建设势在必行。

民之所盼,政之所向。《意见》提出要构建“1+N”托育服务体系,即以托育综合服务中心为枢纽,以托育机构、社区嵌入式托育、幼儿园托班、用人单位办托、家庭托育点等为网络的托育服务体系。“1+N”瞄准广大家庭在托育方面的急难愁盼,强调要统筹考虑

经济发展、人口结构和托育实际需求等因素,做到科学规划、精准供给。

要切实发挥好“1”的作用。一方面,继续统筹用好各类资金渠道,加大托育综合服务中心建设力度,优先实现托育综合服务中心地市级全覆盖;另一方面,着力用好管好托育综合服务中心,发挥其示范引领、辐射带动作用,实现其与托育机构、社区嵌入式托育、幼儿园托班等的有效联动,形成“1+N”的乘数效应,带动区域内托育服务整体提质增效。

要进一步为“N”的可持续发展提供坚实基础。在这方面,还有许多问题有待解决,比如要结合实际,统筹运用多渠道资金,支持建设普惠托育服务设施,按需配置托位。充分看

到当前社区托育服务存在的资源布局不均衡、供需结构矛盾等问题,以地市为单位,统一规划社区嵌入式托育服务网络;在鼓励有条件的幼儿园开设托班、提供托育服务时,强调相关幼儿园要在满足学前教育普及普惠的基础上解决好场地、设施、师资等条件保障,确保安全和质量,方能稳妥向下延伸招收能够适应集体生活的2~3岁幼儿。

发展普惠托育服务需要全社会共同努力。期待各地各部门积极落实支持措施,及时解决困难问题,加强对托育服务机构的监管和人才培养,动员社会参与,更好地满足广大家庭的托育服务需求,切实为婴幼儿健康成长保驾护航。

保目录内谈判药品和商保创新药目录内药品可不受“一品两规”限制;对合理使用医保目录内创新药的病例,不适合按病种标准支付的,支持医疗机构自主申报特例单议。

推进创新药进入医疗机构是一项系统工程,需要政府部门、医疗机构、企业等多方共同努力。上述这些规定瞄准创新药进入医疗机构的难点,在政策层面“松了绑”。下一步,有关各方须抓实改革要求的落地,确保改革目标不跑偏、改革动作不变形、改革成效有底色,最终实现患者及时获益、医院合理用药、企业创新有回报的多赢局面。



强化政策协同,提升创新药可及性

□吴少杰(媒体人)

创新药是医学科技进步的前沿成果,往往能为患者带来新的治疗希望。近日,国家医保局、国家卫生健康委联合出台《支持创新药高质量发展的若干措施》,为创新药发展注入强劲动力。其中,推动创新药加快进入医保定点医疗机构,是提升创新药可及性、让更多患者受益的关键环节。让创新药顺利进入医疗机构,在打通政策堵点的同时,还需在落实层面优化

现有各项改革举措,围绕患者用药可及性形成工作的同心圆。

近年来,创新药获批上市的速度和进入医保目录的步伐都在加快,约80%的创新药可以在上市2年内纳入医保支付范围。但业界观察到,一些创新药即便已经纳入医保目录,却难以快速进入医疗机构。一些医疗机构管理者表示,受原有监管政策及医保支付方式改革全面推开、药品集采扩面提速、地方医保基金收支浮动等多重因素影响,医疗机构对引入价格相对较高的创新药有一定的顾虑。

深入观察这些顾虑,可以看到:医疗机构药品目录管理等制度在确保合理用药的同时,往往难以及时高效响应创新药进入医疗机构的需求;在落实药品集采政策、推进医保支付方式改革的过程中,医务人员开处方的笔要跟着政策的指挥棒走,以确保集采药品使用量达标、医疗费用不超标,形成了创新药使用的“隐形门槛”;一些临床医生在长期实践中形成了一定的用药习惯,加之对创新药的临床价值认知有限,也会影响创新药使用。从患者角度来看,创新药价格相对较高,

即便经过医保报销,个人自付部分仍可能超出承受能力,影响其对创新药的接受度。此外,创新药上市初期的市场份额较小,供应是否稳定、配送是否及时等因素也难免引发各方担忧。

对此,《若干措施》给出了破解之道:鼓励医保定点医疗机构于药品目录更新公布后3个月内召开药事会,根据需要及时调整药品配备或设立临时采购“绿色通道”;鼓励商业健康保险、医疗互助等将创新药纳入保障范围;不得以医疗机构用药目录数量、药占比等为由影响创新药配备使用;医

艾滋病告知,莫让医务人员陷入两难

□王尚(媒体人)

近日,一则“男子婚检查出HIV(艾滋病病毒)感染,哭求医生别说出”的报道登上社交平台热搜。近年来,婚前隐瞒艾滋病病史被诉案件偶有发生。婚检中查出艾滋病是否要告知艾滋病病毒感染者、艾滋病病人的另一半?面对这一问题,医务人员往往陷入两难境地:如果告知,涉嫌侵犯感染者、病人隐私;如果不告知,又会背负精神压力,一旦感染者、病人的另一半被感染,还会有被诉的法律风险。

如何在保护感染者、病人隐私权的同时,兼顾其伴侣的生命健康权,已成为一个亟待解决的重要社会问题。对这个问题的解答不能停留在医务人员“担心自问”上,而需要全社会问题共答,在切实保障感染者、病人合法权益的基础上,保障好每一个人的生命健康权。

依照现有法律法规,医务人员无权将病情告知除感染者外的其他人。根据《中华人民共和国医师法》第56条规定,若医师泄露病人隐私或者个人信息,且情节严重,将被责令暂停6个月以上1年以下执业活动,甚至吊销医师执业证书。《艾滋病防治条例》规定,未经本人或者其监护人同意,任何单位或者个人不得公开艾滋病病毒感染者、艾滋病病人及其家属的姓名、

住址、工作单位、肖像、病史资料以及其他可能推断出其具体身份的信息。

然而,有法律界人士也提出,感染者、病人的伴侣的生命健康权同样需要保障;虽然隐私权和生命健康权都属于人格权,但在权利位阶上,生命健康权通常被视为更为基础且重要的权利。立足此观点,有的地方已经尝试通过地方立法先行破冰。自2021年3月1日起施行的新版《云南省艾滋病防治条例》规定,感染者和病人应当将感染艾滋病病毒的事实及时告知其配偶或者性伴侣;本人不告知的,医疗卫生机构有权告知。

云南省的尝试提供了经验,通过地方立法将“告知伴侣”的行为合法化,为医务人员提供了明确的操作指引和法律保障,展示了地方立法在平衡个体权利和社会公共利益之间的积极探索。这种做法也引发了关于地方立法权限与上位法协调性的深入讨论。有观点认为,《云南省艾滋病防治条例》相关规定与上位法之间存在一定的冲突,地方立法应确保与国家法律法规保持一致。

无论如何,遏制艾滋病病毒传播,有赖于感染者、病人的自觉,也需要用健全的法律制度、科学的医疗支持体系、广泛的健康教育来提升全民的安全感。打破医务人员在工作中面临的困境,让善良的人免于陷入两难,需要全社会抓紧行动起来。



运动不足危害多

新华社近日报道,暑假来临,重庆医科大学附属儿童医院一些科室迎来就诊高峰。近视度数飙升,脊柱弯成“S”形,肥胖引发性早熟,抑郁焦虑情绪蔓延……记者深入眼

科、骨科、内分泌科和精神心理科调研发现,这些看似各不相干的疾病背后,竟藏着同一个“元凶”——运动不足。对此,相关科室联合开出一份“运动处方”:加强户外运动,让阳光融入身体与心理健康建设,每天运动1~2小时;运动类型应尽可能多样,根据不同疾病选择具有针对性的运动项目。

朱慧卿绘



扫码看“健康报评论”集锦

行业纵论

系统性筑牢基层医疗应急防线

□陈康

7月初,国家防灾减灾救灾委员会办公室、应急管理部会同自然资源部等多部门召开商会会,综合分析认为:7月,我国全面进入主汛期,全国自然灾害风险形势更为复杂严峻。面对自然灾害带来的挑战,基层医疗卫生机构该如何做好准备,防患于未然?

四川省境内分布着多条地震带,自“5·12”汶川特大地震发生后,5级以上破坏性地震频发,震中多位于乡镇。作为医疗救援最前沿的乡镇卫生

院,却普遍存在“重公卫、轻急救”的现象,急救职能弱化,技术人才匮乏,装备配置不足,难以应对地质灾害“多、频、重”与交通闭塞叠加的挑战。提升基层应急救援能力,亟须从强体系、建队伍、补装备、引技术等多方面入手,以系统性举措筑牢基层应急防线。

强化应急体系,破解“重公卫、轻急救”局面。因突发事件具有偶发性,基层医疗卫生机构易放松警惕,而灾害极端性强,远超其应对能力。卫生健康行政部门需从源头切入,夯实四方责任,建立协同机制,建立健全基层应急中长期发展规划;结合地域地貌

环境特点,制定地震、洪涝、传染病流行等多场景操作预案,并通过常态化演练强化执行;依托县域医疗卫生次中心建设,优化急救网络布局,建立市(州)、县、乡三级联动机制,缩短应急救援响应时间。

筑牢人才根基,解决“无人可用”难题。边远地区因经济基础薄弱、条件艰苦等原因面临人才流失困境,需“留、引、育”并举。应通过“事业留人、感情留人、待遇留人”三措并举,对扎根基层的医务人员给予职称晋升、住房保障、子女教育等方面的倾斜政策,落实大学生乡村医生专项计划编制保

障;采取“理论+实操+考核”模式,分层次开展突发事件现场处置技能培训,尤其是要开展断路、断网、断电等极限状况下的批量伤员救治待援演练,以此为基层建立应急人力资源储备库。

优化应急资源配置,突破“装备短缺”瓶颈。根据区域人口、灾害特点,边远乡镇医疗卫生机构应设立应急避难场所,精准和量化应急物资储备和背囊化应急医疗装备配置,为开展应急工作奠定基础。县域实行区域应急物资“平急储备、实时调用”共享合作机制,分级管理和维护应急储备物资。

强化技术支撑与协同机制,补“技术薄弱”短板。利用“互联网+医疗”开展远程轮训与即时会诊,引入人工智能辅助诊断技术,实现远程医疗技术支持全覆盖;构建梯次支援网络,推行市(州)、县、乡协同模式,县级医院聚焦批量伤员救治与远程指导,乡镇卫生院主攻初级创伤急救与待援期生存保障;推进地方应急立法,规范跨区域协作流程。

提升基层医疗卫生机构应急救援能力是一项系统工程,需以“软硬兼顾、多级协同”的整体性思维统筹推进。在边远地区,更需结合地域特点,优先加强人才保障、分级协作、科技应用等,构建跨区域、多层次、高效率的医疗应急网络。唯有如此,才能真正强基固本,为群众筑牢生命安全防线。

【作者系四川省人民医院主任医师、国家卫生健康委应急专家库成员、国家(四川)紧急医学救援队队长】