

□人民日报记者 白剑峰

### 河北定州市人民医院贾永青

# 要做就做最好的医生

32岁的河北定州市人民医院产科医生贾永青,罹患肾癌,目前已进入晚期。住院前一天,她仍在产科一线不停地迎接新生命。躺在病床上,她依然牵挂着产妇的安危……

要做就做最好的医生,这是贾永青的职业追求。在患者心中,她是一位可亲可敬的“阳光天使”。

## 隐瞒病情近一年,只怕离开心爱的岗位

2012年9月,贾永青突然感到腰部有股钻心的疼痛。她怀着忐忑的心情,到省城一家医院检查,结果是肾癌!

贾永青决定向同事隐瞒病情,她不想耽误科室里正常工作,更不想被特殊照顾,她觉得自己还能扛。去北京做手术的头天晚上,贾永青给产科主任于洪波打电话请假,说:“父亲得了急病,需要我陪着到北京看病,请假一周。”

7天时间很快过去了,可贾永青的伤口还没有痊愈。看着虚弱的女儿,母亲流着泪说:“刚做了这么大的手术,再请几天假吧。”贾永青却说:“9、10月份是我们科里最忙的时候,我的工作现在都是别人替我干着,再请假怎么张口?”

贾永青对父亲说:“爸,我一动伤口就疼,把你治腰疼的腹带给我用用。”父亲拿来腹带,轻轻给她系上。她咬紧牙关说:“爸,再勒紧点。”

这天,贾永青穿上白大褂,回到产科病房。她似乎忘了自己是个病人,最多时候一天接收20多个孕妇,做十几台手术。同事们对她的病情浑然不觉。

然而,疾病的折磨是无情的。由于服用抗癌药物,贾永青出现了脱发、腹泻、长泡等症状。大家关切地问:“这是怎么了?”贾永青答道:“化妆品过敏了。”

2013年6月,于洪波察觉到贾永青的异样。“她很少请假,那天却说脚上起了泡,要请假。”于洪波觉得她一定在隐瞒什么,于是说要开重要的病例讨论会,不准假。站在女儿身边的父亲贾占社再也控制不住,夺过电话,哽咽着道出了实情。

“当初隐瞒病情,只是觉得不想在工作上受到照顾,我觉得我自己还能扛。我打心眼里珍惜医生这个职业,怕离开心爱的岗位。”贾永青说。

## 上午在肿瘤科接受治疗,下午就赶回产科上班

2013年7月2日,她突然觉得背部剧烈疼痛,一种不祥的预感再次掠过心头。

CT检查显示,癌细胞已经转移到肺部、肝脏和腹腔。贾永青的老师看着片子,半天才说出一句话:“永青,我真佩服你,为了工作,连命都不要了!”说完,眼泪夺眶而出。

很快,贾永青得病的消息在整个医院传开。同事们被她执着的精神和顽强的毅力所打动,纷纷伸出援助之手,医院也决定让贾永青在本院肿瘤科治疗。

贾永青的QQ签名很有个性:“请享受不可避免的痛苦。”因为治疗,贾永青脱发严重,她照着镜子说:“都掉光了,我得买个假发。”她还问同事,是长的好看还是短的好看?大家含着泪说,都好看。第二天,她果真买了两顶假发,一长一短,倒换着戴。

在肿瘤科治疗期间,贾永青上午在病房输液,下午拔掉针头就匆匆赶到产科上班。去年7月下旬的一个晚上,急诊科送来一位癫痫发作的孕妇,贾永青立即冲上去帮忙,在拐角处,病床一下子撞到贾永青的肝部。她的肝上长着两个肿瘤,一旦破裂,连抢救的机会都没有。事后,同事孙永娜对贾永青说:“以后再遇到这种情况,你千万不要再往前冲了,有我们呢。”贾永青点了点头。可到了下一次,她依然忘了自己是病人……

贾永青说:“只要身体允许,我就会去上班,因为在那里我会更踏实、更快乐、更温暖。”直到2013年10月下旬,贾永青因持续高烧不退,才接受了住院治疗。去年11月,她被共青团中央授予全国“最美青工”称号。



## 因为爱自己的职业,所以爱每一位患者

2011年3月,贾永青以第一名的考试成绩被定州市人民医院录用。从穿上白大褂的第一天起,她每天查病房、接门诊、写病历、做手术……就像上紧发条的钟表,忙个不停。

为口渴的产妇递一杯热水,给紧张的孕妇一个微笑,为步履蹒跚的病人搭一把手,这已经成为贾永青的习惯动作。同事们说:“她对待患者总是那么有耐心,有礼貌,没有一次和患者发生不愉快的事。”

贾永青是产科唯一一名医学硕士研究生,可在孙永娜眼里,她谦虚得像个小学生:“她不仅认真向医生学习,还经常向我们护士请教。”

1982年出生的贾永青从小就想当一名医生。专升本,又读研,学医8年,最终实现了儿时的梦想。

贾永青在河北医科大学读研究生时,主攻的是妇科肿瘤。进入医院后,于洪波觉得她不仅业务水平高,而且工作踏实认真,硬把她从妇

科要到了产科。

手术后,贾永青依然没有放弃学习。2012年11月,贾永青通过考试,拿到了助产证。孙永娜说,刚开始她为了学习接生手法,白天下班也不回家,晚上一有手术就跟进手术室。“别人两三年都不一定能单独值班,她不到一年就能独当一面了。”

贾永青有个笔记本,上面记录着她所收治的所有病人的姓名、联系方式、简要病情,情况特殊的病人则有更详细的记录。在贾永青看来,这份微缩版的病历是她最骄傲的“成就”,比上学时得的奖状更让人欣喜。她说:“这些人,我治疗过,帮助过。”

(《人民日报》2014年4月16日6版)

### 2014全省中医药工作会议经验选登

## 省中医院:夯实基础 强化特色

广东省中医院以深入开展党的群众路线教育实践活动为推力,以建院80周年为契机,着力于创新驱动发展,医疗工作再上新台阶。医院在人才培养、中医药师承、文化建设、改革创新等方面取得了显著成绩,得到国家卫生计生委副主任、国家中医药管理局局长王国强的充分肯定,被称赞“在改革发展中显示出了良好的发展势头和巨大的发展潜力,不仅打响了岭南中医第一家的品牌,也为全国中医医院改革发展创造了经验,成为全国中医药界的一面旗帜,学习的榜样”。

## 紧紧围绕中医临床疗效的提高,进一步推进中医特色与优势的形成

2013年,该院紧密围绕“强化中医药特色与优势,提高临床疗效”的目标,系统梳理院内流派,加快院外学术流派的引进,在“岭南学派”、“扶阳派”、“补土派”基础上,初步总结了该院13个院内流派并组建了中医学学术流派传承工作室,重新修订了院内流派工作室实施方案,为进一步继承流派学术思想,培养流派学术人才,加强流派学术的推广与传承奠定了坚实的基础。

加强了“中医经典病房”建设,探索发挥各家学术流派的临床经验解决疑难、危重疾病,2013年中医经典病房与ICU、急诊科形成“金三角”合作,共同运用破格救心汤治疗急性心衰、休克等危急重症,收到显著成效。

“治未病”工作取得突出成效,2013年该院成功申报成为“全国第一个治未病研究基地服务示范点”,获得中国健康促进基金会、中华医学会健康管理学分会联合颁发的全国“健康管理示范基地”、“亚健康状态中医辨识与分类系统的建立与运用”获得2013年中华中医药学会科学技术二等奖、华夏医学奖三等奖。

慢病门诊建设收获研究成果。在全面推开慢病门诊基础上,组织编写了90多万字的《中西医结合慢病防治指导与自我管理丛书》,第一辑13个病种分册已正式出版,进一步向群众普及慢病防治及管理知识。

进一步加强中医药高层次人才培养。黄春林教授被国家中医药管理局正式确定为第一批中医药传承博士后合作导师,肾病学黄琛博士成为黄春林教授的传承博士后。新建10个以名老中医命名的工作室,进一步推进了我院名老中医学术思想的挖掘和继承工作。一批有独特临床经验的中医专家王令习、付广成等来院带徒。第一批院外脱产跟师人员顺利结业,国家中医药管理局第五批师承人员顺利通过年度考核,省中医院被国家中医药管理局评为“第二批全国优秀中医临床人才研修项目先进管理单位”。

## 紧紧围绕综合服务能力的提高,进一步突显专科群整体优势

2013年新增2个国家级重点专科(重症医学科、护理学),3个省级临床重点专科(消化内科、肿瘤科、医学影像科)。目前,该院拥有10个国家级重点专科,23个国家级重点专科,32个省级重点专科。在原来6个专科担任国家局重点专科协作组组长单位基础上,妇科专科被选为国家局妇科学科远程会诊中心建设单位,肾病学、重症医学科则被选为相应专科远程会诊中心的候选建设单位。围绕提高专科临床技术水平的目标,2013年共引入新技术、新项目32项。生殖医学科体外受精-胚胎移植及其衍生技术(试管婴儿)顺利通过省卫生计生委评审,进入试运行阶段,进一步提高该院在辅助生殖方面的综合能力。通过不到一年半的努力,该院完成器官捐献的病例数从0例到28例,完成肾移植手术49台,器官捐献肾移植手术台次已经位居

省第3位,成为目前全国仅有的2家进行器官移植的中医院之一。该院顺利通过了2013年省卫生计生委的初筛,同时该院作为试点医院获得了与移植医院一样的资格,获得了省卫生计生委划分服务片区的许可。

主攻病种的诊疗方案的临床疗效明显,得到行业广泛认可,被国家局重点专科协作组采纳并推广。2013年新增2个病种成为国家局重点专科协作组优势病种牵头单位,目前共有24个病种成为优势病种牵头单位;协作医院范围进一步扩大,目前共有106家,其中2013年新增14家协作医院协议,2位高级职称人员被选派到协作医院挂职,“榕树效应”逐渐形成。

进一步梳理、总结、提炼优势病种中医护理经验。牵头制定盆腔炎、慢性肾衰(慢性肾功能衰竭)、四弯风(特应性皮炎)等三个优势病种中医护理方案,医院被国家中医药管理局授予“全国中医医院优质护理服务先进单位”。

## 紧紧围绕住院发展的生命线,不断完善医疗质量和医疗安全保障体系

围绕“零缺陷”质量目标,进一步完善医疗质量监测指标体系,新增重点手术死亡率、重点病种死亡率两项监测指标,实现了对医疗质量关键环节、重点手术、关键病种、危重患者的及时跟踪、动态监测,有助于及时发现质量缺陷、采取改进行动,标志着该院医疗质量监测与改进体系日臻完善。

深化了环节管理,在开展非计划性再次手术讨论的基础上,从2013年起开展术后死亡病例讨论,对术后死亡原因进行根源性分析,查找可控的系统性因素,制定可行的质量改进方案,使手术质量管理更为科学化和规范化。

通过到科室蹲点,对重点科室的手术风险评估情况进行监管,对高风险患者的基础疾病加强监控,完善了手术风险评估体系,使医疗风险得到有效控制。临床路径信息系统正式上线,实现了对临床路径的实时监控,提高了医务人员诊疗行为的规范性,使得医疗质量与安全进一步加强。

## 紧紧抓住“满意工程”建设,全面提升医疗服务质量与效率

以患者反映最强烈的问题为切入点,深入开展“创优活动”,解决了一批医疗服务难点问题。通过将预约时段由原来的1小时缩短到30分钟,增加预约挂号的途径和时段,将周六、周日、节假日门诊纳入预约挂号,进一步方便了患者预约,简化了自助挂号流程等举措,大大提高了预约率;为解决B超患者候诊秩序混乱的问题,扩大了B超候诊空间,调整了候检区的布局,增加了人员和设备,使B超检查区的环境和秩序得到较大的改善;为缩短患者就诊后交费排队等候的时间,医院上线了API系统,提高了结算效率,使交费排队等候时间缩短了一半左右,受到了患者的好评。在由国家卫生计生委及人民网组织的全国“群众满意的医疗卫生机构”评选宣传活动中,该院被评为“群众满意的医疗卫生机构”;在由三九健康网举办的第七届中国健康年度总评榜中,该院荣获“广州最受欢迎三甲医院”。

积极引进精益医疗的理念,邀请国际著名的精益改善专家进行专项指导和培训,针对医院服务工作中的难点问题,选择门诊折返、手术准点、用药安全、门诊退费等问题,成立精益改善项目小组,着力化解流程难题,取得了明显成效。实现了首台手术准点率、接台手术准点率、整体准点率的上升,医生静脉用药医嘱风险率、中心药房发药风险率、护士静脉用药执行风险率的下降,以及门诊总折返率、处方折返率和检验检查折返率的大幅下降。

## 急性缺血性卒中溶栓流程管理

□徐安定

在急性脑梗死的治疗中,唯一可以降低致残率的治疗就是溶栓。大多数学者认为,基于临床和CT选择的缺血性卒中(脑中风,脑血管意外)患者,在发病4.5h(小时)内可从重组组织型纤溶酶原激活剂(以下简称rt-PA)溶栓治疗获益。在2012年国际卒中大会上公布的中国急性缺血性卒中溶栓安全监测研究显示,对中国人群而言,发病3~4.5h溶栓同样有效。为达到治疗获益最大化,应尽可能缩短启动治疗的延误,即在溶栓时间窗内发病的急性脑梗死患者,应尽量在4.5h内入院接受治疗,否则获益将远小于危害。

### 急性脑梗死溶栓时间窗与给药方式

目前,已有大量循证证据确定rt-PA在缺血性卒中溶栓中的地位(图1)。中国研究显示,对发病3h内的急性脑梗死患者,给予尿激酶100万单位和150万单位疗效一致,前者风险较小;对发病3~6h者,给予尿激酶150万单位比100万单位效果更好,但死亡率显著增高。虽然该研究有一定缺陷,未得到国外同行的认可,结果也未被纳入循证医学证据库,但仍具有一定参考价值。

还有一些其他再通或溶栓研究:(1)小规模动脉溶栓研究显示,对大动脉主干闭塞<6h者进行动脉溶栓治疗,90d(天)确有明显获益,但缺乏大规模随机对照临床或明确的荟萃分析数据。(2)CT灌注或磁共振灌注/弥散成像研究显示,发病3~9h实施溶栓未获得阳性结果,还在进一步研究中;(3)动脉、静脉联合溶栓的卒中介入治疗III期试验研究尚未结束;(4)近年机械取栓技术也成为热点;(5)超声辅助溶栓缺乏大规模随机对照临床设计,只有基于小规模研究的荟萃分析,是否安全有效尚需进一步探讨。

### 急性缺血性卒中溶栓治疗适宜人群

以往急性缺血性卒中溶栓流程一般为:所有3.5h内到达急诊室的患者,应首先考虑基于CT的静脉rt-PA溶栓;对发病可能在4.5h内的患者,应优先考虑基于CT的静脉rt-PA溶栓,且到达急诊室至溶栓时间应控制在60min(分钟)内。

选择磁共振或血管检查仅适用于下述患者:快速恢复,病情较轻(如NIHSS<3分),不适合溶栓、拟机械取栓或血管内治疗。须注意,因磁共振检查可能延误时间,故不推荐盲

目进行此项检查。

除患者大血管闭塞或就诊医院能在发病6h内实施动脉溶栓外,不推荐动脉溶栓。对经济困难的患者,可考虑实施标准尿激酶静脉溶栓。对发病3.5~8h到达急诊科的疑似缺血性卒中患者,可探索性对灌注CT或磁共振灌注/弥散成像显示的不匹配区进行rt-PA溶栓,但对基底动脉闭塞者应立即启动静脉rt-PA溶栓或动脉溶栓(尿激酶或rt-PA)。发病>8h到达急诊科的疑似缺血性卒中患者,原则上不考虑溶栓,除非急性基底动脉闭塞尚有溶栓条件者。基底动脉闭塞需要急性基底动脉闭塞的确凿证据,昏迷不是排除基底动脉闭塞者溶栓的标准。高龄、发病至治疗时间>24h、美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)>25分、弥散成像显示较大异常信号,提示患者预后差。

### 减少院前、院内延误策略

提高溶栓率是卒中质量控制的关键指标,首先应注意减少院前延误。这需要社会和医生积极参与,120急救系统也是其中的重要环节。120出诊医务人员应懂得快速识别疑似卒中患者,熟知卒中早期表现,就近送往可开展全天候溶栓治疗的医疗中心。尽早激活卒中团队,预定急诊CT和实验室检查,做好组织化管理,把院内延误控制在60min以内是实现溶栓率提高的基础。

笔者所在医院对溶栓各环节(图2)处理的时间点和情况进行严格统计、监管,并及时给予反馈,积极寻找院内延误的关键问题,并予以改进。该院数据显示,2001~2007年,接受溶栓治疗的急性缺血性卒中患者仅占1%左右;2009年发布监管措施后,2010~2011年溶栓率超过9%,与美国比例接近。2009~2011年,发病3.5h内入院的急性缺血性卒中患者溶栓率已达78%,组织管理效果显著。

### 及时发现和处理溶栓相关脑出血

临床分型 临床将溶栓相关脑出血分为两类:(1)无症状性脑出血,影像学显示有颅内出血,但临床无恶化;(2)症状性脑出血,1995年NINDS将其定义为CT证实的新发颅内出血,并与患者临床恶化呈时间相关性,没有明确NIHSS增加分数。而ECASS-II的出血分析则定义为NIHSS增加≥4分,且证实出血与临床恶化相关。

研究提示,症状性脑出血转换患者的临床表现恶化无论是由于出血本身还是原发病引起的,最终预后均不良。NINDS研究显示,患者总体死亡率17%~21%。PRO-ACTT-II表明,动脉重组前尿激酶导致的症状性脑出血死亡率可高达83%,严重残疾率较高。

CT分型 ECASS-I首先提出CT分型,并广泛应用。A:出血性梗死-I型(HI-I);B:出血性梗死-II型(HI-II);C:脑实质水肿-I型(PH-I);D:脑实质水肿-II型(PH-II)。

ECASS-II是在ECASS-I的基础上结合CT和临床分型而得:A,HI-I型;B,HI-II型;C,PH-I型;D,PH-II型。症状性脑出血患者NIHSS≥4分,出血可能是临床表现恶化的原因;当出血或水肿均存在且不能确定何者是引

起临床恶化的原因时,优先假定是出血引起。其中,ECASS-II患者中78%症状性脑出血者为PH-2型。

预后评估 出血性梗死不增加死亡率,脑实质水肿90d死亡率可达45.1%。HI-1,2型和PH-1型不增加患者早期神经功能恶化和90d严重致残率。接受rt-PA治疗的患者,出血性梗死甚至可增加早期神经功能改善概率;PH-2型患者脑肿面积若超过梗死区域33%,提示早期神经功能恶化,90d死亡率显著增高,幸存者严重致残率较高。伴脑室出血、蛛网膜下腔出血或出血性梗死合并严重水肿者预后不良。

治疗建议 对无症状性脑出血转换、HI-1型及HI-2型患者,在不影响治疗方案的基础上,要加用抗血小板和他汀治疗。PH-2型及症状性脑出血患者应该按照脑出血处理并停用抗血小板及他汀药物。PH-1型患者治疗尚有争议。

(作者单位:暨南大学附属第一医院神经内科)

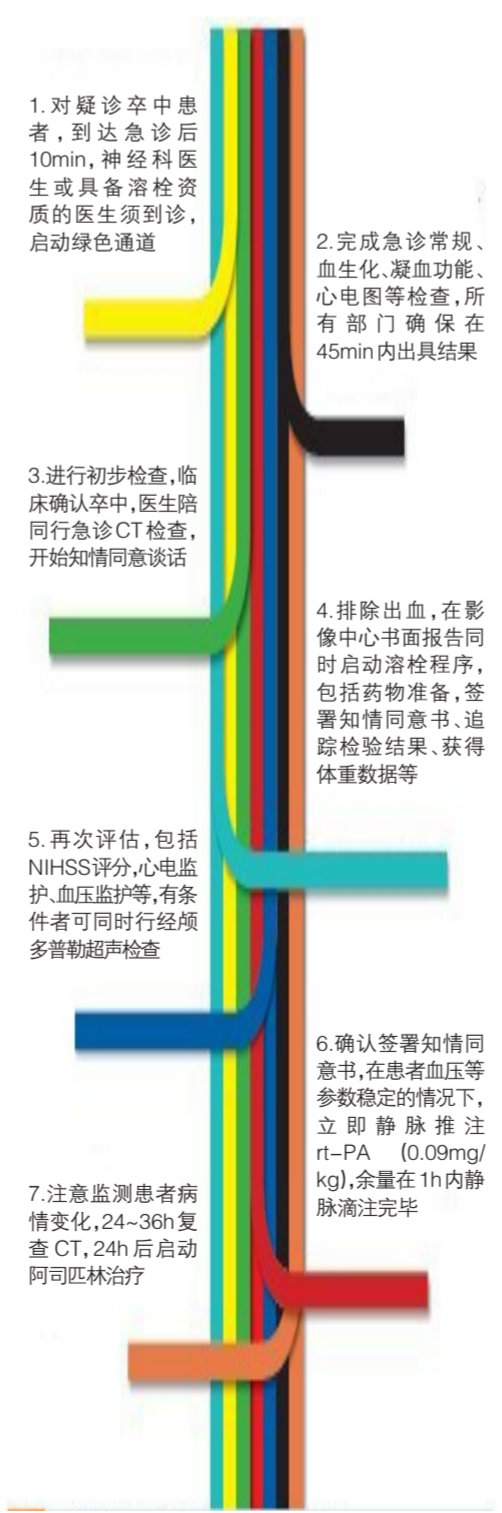


图2 急性缺血性卒中患者院前至院内溶栓流程



图1 急性脑梗死溶栓时间窗的重要循证医学依据