

健康焦点

国家儿童医学中心促进儿科医疗高质量发展

做儿童健康的坚强守护者

本报记者 孙秀艳 杨彦帆

无影灯

推动优质医疗资源扩容下沉

白剑峰

日前,北京协和医院分别与贵州省人民医院签署帮扶合作协议。北京协和医院将向这两家医院输出品牌、技术、管理等优质医疗资源,共建区域医学中心,助推贵州省在医疗服务、医学研究、成果转化、人才培养、医院管理等方面取得突破。这也是我国优质医疗资源扩容下沉的一个缩影。

今年的《政府工作报告》提出,推动优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局。近日,中共中央办公厅、国务院办公厅印发《关于进一步完善医疗卫生服务体系的意见》,要求促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局,建设中国特色优质高效的医疗卫生服务体系,不断增强人民群众获得感、幸福感、安全感。当前,优质医疗资源供给与人民群众需求之间还有一定差距,尤其在医疗资源相对薄弱的地区表现更为明显。随着一系列政策举措出台落地,越来越多的城乡居民在家门口就能看好病,享受更优质、更便利、更实惠的健康服务。

推动优质医疗资源扩容下沉,需要构建有序的就医和诊疗新格局,促进大病重病在本省解决、一般病在市县解决。目前,我国已设置13个国家医学中心,布局建设76个国家区域医疗中心。要发挥国家医学中心和区域医疗中心的技术引领作用,主攻疑难复杂疾病,使重点病种患者跨省、跨区域就医大幅减少。发挥省级高水平医院辐射带动作用,引导省会城市和超大城市中心城区的资源向薄弱地区疏解,聚焦重点病种和专科,推动省内优质医疗资源向基层延伸。突出县级医院县域龙头地位,围绕农村居民常见病、多发病诊疗以及急危重症抢救与疑难病转诊等,持续提升县医院综合能力,补齐能力短板。

推动优质医疗资源扩容下沉,需要构建整合型医疗卫生服务体系,实现上下结合、防治结合、医养结合和中西医结合。要健全家庭医生制度,以基层医疗卫生机构为主要平台,建立以全科医生为主体、全科专科有效联动、医防有机融合的家庭医生签约服务模式,提供综合连续的公共卫生、基本医疗和健康管理服务。推进城市医疗联合体建设,在城市地区网格化布局由市级医院、区级医院、社区卫生服务机构、护理院、专业康复机构、安宁疗护机构等组成的医疗联合体。推进紧密型县域医共体建设,实行县乡一体化管理,逐步实现行政、人事、财务、业务、用药目录、信息系统等统筹管理,建立责任、管理、服务、利益共同体。

推动优质医疗资源扩容下沉,需要发展壮大医疗卫生队伍,把工作重点放在农村和社区。要加大基层、边远地区和紧缺专业人才培养扶持力度,缩小城乡、地区、专业之间人才配置差距。推进农村卫生人才定向培养,落实执业医师服务基层制度,鼓励医师到基层、边远地区、医疗资源稀缺地区和其他有需求的医疗机构多点执业。加强公共卫生、全科、儿科、重症医学、呼吸、精神科、传染病、老年医学等领域急需紧缺专业人才培养培训,完善公共卫生与临床医学复合型人才培养机制。加大全科医生培养培训和使用力度,增加全科医生数量。加强县域医疗卫生人才一体化配置和管理,建立健全双向流动机制。

让优质医疗资源沉下去,是构建优质高效医疗卫生服务体系的重要内容,也是全面推进健康中国建设的迫切要求。期待各地区各部门加快促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局,提高医疗卫生服务的公平性和可及性,推动重心下移、资源下沉,提供全方位全周期的医疗卫生服务,更好地满足人民日益增长的健康需求。

中医养生

辨五谷 养脾胃

宣磊

中医认为,五谷性味平和,补益脾胃。《黄帝内经》记载了“五谷为养,五果为助,五畜为益,五菜为充,气味合而服之,以补精益气”的膳食搭配原则。传统上,五谷指稻(水稻、大米)、黍(黄米)、稷(又称粟,即小米)、麦(小麦)、菽(豆子);而现在,五谷泛指各种谷类食物。寓医于食,五谷能入药防病,又各有特点。

大米中的粳米,性味甘平,补气健脾和胃、除烦渴,适合营养不良、慢性胃炎、肠炎人群。米糠层的膳食纤维有助于胃肠蠕动,防治便秘、痔疮。平时可用粳米煮粥、做糕点,但粳米热量较高,糖尿病患者不宜多食。

黄米富含蛋白质、碳水化合物、维生素E和锌、铜等元素,有益气补虚、润肠通便功效。同时,植物纤维含量高,能辅助增加肠道蠕动、改善便秘症状。

小米味甘性凉,能健脾和胃、补肾安神,适合功能性消化不良、反胃恶心、肠鸣腹泻和失眠健忘者。小米所含的维生素B1和B12,能预防口角生疮。小米含铁量高,可预防缺铁性贫血,常用于产后调养,可与羊肉同煮,治疗产后气血虚弱。

小麦有养心健脾安神、滋阴补肾除热功效,能治疗心烦失眠、汗出口渴。适合情绪抑郁者特别是更年期女性的调养。日常可选浮小麦20—30克、茯神10—20克,搭配麦冬6—10克,将药食研碎在沸水中煎煮15—20分钟,去渣饮茶,有助于缓解女性潮热心烦、多汗失眠等不适症状。

(作者为北京协和医院中医副主任医师)

医疗中心建设后,河南省2020年前往北京儿童医院就诊的门诊和住院患儿数,较2016年分别下降63.1%和51.3%。

“从儿科的特定专业寻求突破”,引领全国做专项研究

4月22日,国家儿童肿瘤监测中心编制的《国家儿童肿瘤监测年报(2022)》正式发布,共收录全国376家儿童肿瘤监测点的资料。

“过去,我国未建立系统性、全面性的儿童肿瘤监测体系,儿童肿瘤和白血病的发病率一直没有全国层面的统计。2019年,国家儿童医学中心申请成立国家儿童肿瘤监测中心获批后,在国家层面通过收集、整理数据,预测儿童疾病发病、危险因素流行和发展趋势,为构建防治网络提供科学依据,并为儿童肿瘤药物研发提供了数据支持。”倪鑫说。

目前,儿童肿瘤监测体系和实时动态监测工作也在不断推进。截至今年3月底,在31个省(自治区、直辖市)和新疆生产建设兵团建立了841家儿童肿瘤监测点,130万儿童肿瘤及血液病患者纳入全程管理。

承担重大疑难疾病诊疗,建立全国儿童重大疾病登记系统,积极探索与发展儿科新兴医疗技术,搭建科研平台推动成果转化……按照国家赋予的功能定位,国家儿童医学中心正在向高质量发展迈大步。

“剂量靠猜,用药靠掰”,是儿童用药的老大难问题。2018年,国家儿童医学中心牵头科技部重大专项“儿童药品品种与关键技术”,重点之一就是开发适宜儿童的药品品种、剂型以及给药途径。目前,儿童用药微片技术攻关实现突破并成功转化。

“疏嘌呤是治疗白血病的常用药,临床使用都是成人的片剂。儿童使用时一般按照每公斤体重来计量测算,这就需要‘掰’,很难精准。”倪鑫介绍,应用微片技术,可根据儿童体重将药片精准制成直径2—3毫米的微片,未来还将拓展技术应用范围,儿童吃药靠“掰”的问题有望解决。

面向未来,国家儿童医学中心的发展方向在哪里?

“我们要从儿科的特定专业寻求突破,比如儿童肿瘤等重大疾病、儿童慢性病防治、儿童心理健康等,引领全国做专项研究。”倪鑫说,在儿童慢病管理方面,国家儿童医学中心持续关注“小胖墩”“小眼镜”以及儿童糖尿病、高血压问题,牵头做好相关疾病预防筛查、干预治疗,推动家庭、学校、社区、医疗机构多方联动。

倪鑫表示,在全国儿科体系建设中,还要推进不同专业的标准化能力建设,加强标准制定与推广,完善儿科质量控制体系,在不同区域、不同儿科专业体系中推动儿科医疗高质量发展。

系国家儿童医学中心,希望与武汉的儿童医院建立联系,一起探讨儿童新冠治疗的经验。在国家儿童医学中心的协调下,三方很快建立起研究协作机制。儿童感染新冠如何早发现、特殊病例如何处置、感染率如何有效降低……在各方的共同努力下,这些问题的研究实践不断推进,为全球应对儿童新冠感染提供了经验和示范。如今,借助国家儿童医学中心这个平台,儿童健康国际交流日益密切,涵盖议题更为广泛。

去年5月,北京儿童医院呼吸二科副主任杨海明作为外派专家到北京儿童医院新疆医院任职。他从基础抓起,改进查房制度,完善交接班等工作程序。每周三和北京儿童医院开展线上联合查房,讨论疑难重症病例诊疗思路……在杨海明团队的努力下,北京的技术和经验逐步“导入”北京

天刚蒙蒙亮,国家儿童医学中心干细胞移植科负责人秦茂权像往常一样,匆匆坐上开往河北保定的高铁。1个小时左右,150公里的路程,他下了高铁直奔北京儿童医院保定医院干细胞移植科病区。完成晨交班后,如约为患者看病。

“看病不用到北京,北京专家在保定。”国家儿童医学中心推进优质医疗资源下沉,以“患者不动医生动”模式服务全国患儿。

如何让不同地区的儿童享受同样质量的医疗资源?国家儿童医学中心的破题思路是:推进建设以国家儿童医学中心为引领,国家儿童区域医疗中心为骨干的“国家一省一市一县”四级

“10年前,北京儿童医院的患者中,70%是外地的孩子。因此,必须把全国儿科诊疗的平均水平提上来。”倪鑫说。2013年,该院率先提出“全国儿科是一家”,牵头组建北京儿童医院集团,首次建设跨省专科医联体。

“国家儿童医学中心挂牌之后,我们的担子更重。同时,得益于国家儿童医学中心的影响力,我们的工作更顺畅了。”倪鑫说。截至目前,儿科医联体理事单位成员已达54家。

国家儿童医学中心代表我国儿科医学最高水平,体现“国家队”的使命和担当。例如,基于相关数据和临床,积极推动儿童白血病、儿童先心病相关诊疗和药物纳入医保支付范围;密切跟踪国际儿童疾病谱的变化,提出相应对策和建议,为国家儿童健康相关决策提供有力支撑;在洪水、地震、震病等重大公共事件的医疗救治中,第一时间响应,做儿童健康的坚强守护者。

2020年初,英国一家儿童医院联

儿童卫生服务体系。“发挥国家儿童医学中心的作用,关键是满足患者需求,让他们以最少的时间、最短的路径解决看病问题。”倪鑫说,国家儿童医学中心正在支持河南、黑龙江等4个国家区域医疗中心建设,通过远程会诊、双向转诊,以及管理、技术、人才等输出交流,各级医院之间架起了互联互通的网络,逐步推进首诊在基层、复杂病例远程会诊、疑难急重患者转诊。

去年5月,北京儿童医院呼吸二科副主任杨海明作为外派专家到北京儿童医院新疆医院任职。他从基础抓起,改进查房制度,完善交接班等工作程序。每周三和北京儿童医院开展线上联合查房,讨论疑难重症病例诊疗思路……在杨海明团队的努力下,北京的技术和经验逐步“导入”北京

天刚蒙蒙亮,国家儿童医学中心干细胞移植科负责人秦茂权像往常一样,匆匆坐上开往河北保定的高铁。1个小时左右,150公里的路程,他下了高铁直奔北京儿童医院保定医院干细胞移植科病区。完成晨交班后,如约为患者看病。

“看病不用到北京,北京专家在保定。”国家儿童医学中心推进优质医疗资源下沉,以“患者不动医生动”模式服务全国患儿。

如何让不同地区的儿童享受同样质量的医疗资源?国家儿童医学中心的破题思路是:推进建设以国家儿童医学中心为引领,国家儿童区域医疗中心为骨干的“国家一省一市一县”四级

“10年前,北京儿童医院的患者中,70%是外地的孩子。因此,必须把全国儿科诊疗的平均水平提上来。”倪鑫说。2013年,该院率先提出“全国儿科是一家”,牵头组建北京儿童医院集团,首次建设跨省专科医联体。

“国家儿童医学中心挂牌之后,我们的担子更重。同时,得益于国家儿童医学中心的影响力,我们的工作更顺畅了。”倪鑫说。截至目前,儿科医联体理事单位成员已达54家。

国家儿童医学中心代表我国儿科医学最高水平,体现“国家队”的使命和担当。例如,基于相关数据和临床,积极推动儿童白血病、儿童先心病相关诊疗和药物纳入医保支付范围;密切跟踪国际儿童疾病谱的变化,提出相应对策和建议,为国家儿童健康相关决策提供有力支撑;在洪水、地震、震病等重大公共事件的医疗救治中,第一时间响应,做儿童健康的坚强守护者。

2020年初,英国一家儿童医院联

儿童医院新疆医院。如今,北京儿童医院新疆医院的医疗质量、科研能力都有了明显提升。

“以往一些疑难重症患者可能需要转到北京,但这一年以来,很多疑难病例在当地就解决了。”杨海明说,“北京儿童医院挂牌国家儿童医学中心后,我们责任更重了,来引领全国儿科诊疗规范化和提升质量。”

为进一步充实儿科医师队伍,提高儿童医疗卫生服务可及性和整体服务能力,国家儿童医学中心还承担了内科医师转岗儿科医师培训工作。据了解,北京市儿科医师转岗培训自2017年开展,至今109人完成培训,目前82.7%人员从事儿科相关专业。

倪鑫告诉记者,目前北京儿童医院外地患儿比例已经下降到45%左右。区域儿童

在北京儿童医院门诊楼顶层,有一张巨幅合影:穿白大褂的医生,穿淡紫色衣服的护士,穿各种服装的离退休人员……不同色块拼成了“公慈勤和”四字院训,中间是一颗爱心。这是2022年北京儿童医院为庆祝建院80周年拍摄的全体职工合影。

2017年1月,北京儿童医院成为国家儿童医学中心主体单位。近日,记者走进国家儿童医学中心,探访我国儿科医学的高质量发展之路。

“全国儿科是一家”,建设跨省专科医联体

年均门诊量约300万人次,拥有高级职称的医护人员600余人,全国仅有的3位儿科专业院士出自这家医院,北京儿童医院被誉为全国儿科医学的标杆。

“国家儿童医学中心是以儿童重大疑难疾病诊疗为核心的国家级儿科医疗机构,涵盖医疗、科研、教学、预防和管理功能。”国家儿童医学中心主任、北京儿童医院院长倪鑫说。

“10年前,北京儿童医院的患者中,70%是外地的孩子。因此,必须把全国儿科诊疗的平均水平提上来。”倪鑫说。2013年,该院率先提出“全国儿科是一家”,牵头组建北京儿童医院集团,首次建设跨省专科医联体。

“国家儿童医学中心挂牌之后,我们的担子更重。同时,得益于国家儿童医学中心的影响力,我们的工作更顺畅了。”倪鑫说。截至目前,儿科医联体理事单位成员已达54家。

国家儿童医学中心代表我国儿科医学最高水平,体现“国家队”的使命和担当。例如,基于相关数据和临床,积极推动儿童白血病、儿童先心病相关诊疗和药物纳入医保支付范围;密切跟踪国际儿童疾病谱的变化,提出相应对策和建议,为国家儿童健康相关决策提供有力支撑;在洪水、地震、震病等重大公共事件的医疗救治中,第一时间响应,做儿童健康的坚强守护者。

2020年初,英国一家儿童医院联



图①:国家儿童医学中心主任、北京儿童医院院长倪鑫(中)在儿童肿瘤多学科联合门诊出诊。

图②:国家儿童医学中心干细胞移植科负责人秦茂权在北京儿童医院保定医院出诊。

图③:北京儿童医院外景。

名医讲堂

不能单纯以眼压高低来评判青光眼

周强

青光眼是全球第二大致盲性眼病,其症状隐匿,不易被察觉。青光眼是以特征性视神经萎缩和视野缺损为共同特征的一组疾病,病理性眼压升高是其危险因素。当眼压升高的程度超过视神经耐受,就会出现特征性视神经萎缩以及视野缺损。正常眼压的维持是依靠眼内房水产生和流出的动态平衡达到的。房水流出眼外通道的一个重要位点就是房角,正常情况下,房角处于开放状态。对于原发性青光眼,根据眼压升高时前房角开放或关闭状态,临床上大体分为开角型青光眼或闭角型青光眼。

两种类型的青光眼发病机制不同,临床表现完全不同,疾病进展程度也不相同,但晚期都会造成不可逆的视神经损伤和视野缺损,严重的则会导致失明。无论是开角型还是闭角型青光眼,都有一定的遗传倾向。家族中有青光眼病史的人,患病风险明显高

于一般人。原发性闭角型青光眼患者往往有特征性的解剖因素,如前房浅、房角窄、角膜小、晶状体大、眼轴短等。这些因素往往会导致患者呈现远视的状态。所以,远视眼的人群是闭角型青光眼发病的高危人群。具有这种特征性解剖因素的人在某些促发因素下,房角会发生急性关闭,房水流出受阻,在眼内大量积聚,导致眼压急剧上升,医学上称之为原发性急性闭角型青光眼。还有些患者房角会发生逐渐进行性的黏连关闭,从而导致眼压缓慢而进行性的升高,引起视神经的损害,医学上称之为原发性慢性闭角型青光眼。

原发性开角型青光眼的高危人群包括近视眼、糖尿病、视网膜静脉阻塞以及低血

压患者。这类患者的房角一直开放,但眼压会进行性升高,发病过程很隐匿,早期无法察觉,但视神经会在高血压的作用下发生特征性的视盘凹陷和损伤,导致视野的缺损。原发性开角型青光眼患者中还有一类特殊人群,这些患者的视神经也会发生进行性的损害,房角也是开放状态,但整个发病过程中的眼压都在正常范围之内,医学上称之为正常眼压性青光眼。

有人认为,眼压高就是青光眼。其实,不能单纯以眼压高低来评判青光眼。青光眼患者往往伴有高血压,但并不是所有的青光眼患者都会眼压高。另外,眼压高也并不意味着发生了青光眼,很多人检测眼压高,但长期随访并没有出现视神经和视野的损

害,这是高眼压症。眼压的正常数值不是绝对的概念,而是一个统计学的正常范围。眼压和视神经的承受度是一个平衡,只有自身眼压超过了视神经的承受程度,才能导致视神经损害。如果视神经的耐受程度高,即便自身眼压超过了正常范围,也不会发生青光眼;反之如果视神经的耐受程度差,即便自身眼压在正常范围,也会发生青光眼。

青光眼对于视神经的损害是不可逆的,即便是通过手术或药物使病情得到控制,也只能保护没有受损的视神经纤维,而不能使得坏死的神经纤维恢复。如何才能早期发现青光眼?建议如下:定期做眼科检查,包括视力、眼压、眼底和房角;避免长时间在暗处低头阅读;出现单眼视力模糊或虹视,伴鼻根部酸痛或头痛,即便能自行缓解,也需要及时到医院就诊;走路时容易摔倒、磕碰,夜间或暗处活动受限,需及时到眼科就诊。

(作者为北京朝阳医院眼科主任医师)