

中医院重症医学科的建设与管理

——广东省中医院重症医学科经验谈

郭力恒, 张敏州

(广东省中医院重症医学科, 广东 广州 510120)

重症医学是现代医学二级新学科, 主要集中救治医院各种疾病导致的危重症患者, 配备有高素质人才和尖端设备, 是各临床科室的坚强后盾, 是医院医疗水平的重要标志, 已成为现代医学中发展迅速、最有潜力的新兴学科。

1 中医院重症医学科的建设与发展现状

目前, 全国大部分大型中医院已经建立或正在建立重症医学科。中国中西医结合学会重症医学专业委员会于 2011 年进行了全国中医院重症医学科建设现状调查, 按照全国三级甲等(三甲)及大型二级甲等(二甲)中医医院目录发放调查表, 覆盖全国各省市, 以综合性重症监护病房(ICU)为主。调查显示, 中医院重症医学科有了显著的发展, 中医院重症医学科以三甲医院为主(83%), 多数是教学医院(86%)。医生的专业以急诊(41%)、重症医学(27%)、心内科(14%)占绝大多数, 93%属于综合 ICU, 70%属于半封闭式管理(即是由转入科室与 ICU 共同管理)。大部分医院(74%)具有设立的 15 项基本医疗质量控制制度, 全部医院开展实施液体复苏等 10 项基本医疗技术, 大部分(70%~90%)开展深静脉穿刺插管、气管插管等, 相当一部分医院(53%)开展连续性肾脏替代治疗(CRRT), 也有 28% 的医院开展床边 B 超。全部医院均有使用中成药, 绝大多数医院(95%)也使用了汤剂治疗, 多数都有使用针灸(70%)或特色疗法(68%)。

但相比国外和国内先进西医医疗中心, 中医院重症医学科还有不足^[1]。如床位占医院总床位比例多不足 2%, 相对于指南的要求仍然具有很大的发展空间; 医护人员数量不足更为明显, 医院床均 0.6 (指南最低 0.8), 护士尤其明显, 床均 1.5, 比指南要求的最低 2.5 还低; 多数单位都有相关的中医诊疗制度, 但执行力度参差不齐。开展中医病例讨论 70%, 临床路径 60%, 名老中医查房 40% (可能与有的医院缺少名老中医有关)。

2 加强文化建设, 构建科室软实力

重症医学科要求知识面广、对病理生理理解深、技术操作多、监护环节多、配合要求高……建立优秀的重症团队必须有高素质的人才, 要有追求卓越的信念, 变“要我做好”为“我要做好”。

2.1 以目标引导人: 广东省中医院重症医学科始建于 1998 年, 建科初期就提出了科室发展目标是“创建全国一流 ICU”。如何才能在全国众多 ICU 中脱颖而出, 人才发展至关重要, 科室鼓励医护人员制定年度目标计划和远期规划,

使个人的进步与科室发展同步, 使被动进步变成主动发展。

2.2 以荣誉激励人: 荣誉不但可以成为鞭策荣誉获得者保持和发扬成绩的力量, 还可以对其他人产生感召力, 成为激发比、学、赶、帮、超的动力, 从而产生较好的激励效果。科室建立了系统的荣誉激励制度, 如: 开展优秀医护人员的评比活动, 给予医护人员非业绩性竞争荣誉, 颁发内部奖励证书, 借助荣誉墙和早会交班来激励员工, 设立荣誉基金定期奖励表现好的医护人员等。倡导“大事面前讲原则, 小事面前讲风格”。提倡主动补位意识, 打造具有主人翁精神的团队, 提倡“团结奋进”, 避免组织内耗, 超越个人, 发挥整体优势。

2.3 提畅“责任心就是生命”: 强化责任心意识, 认识到技术可以学习, 经验可以积累, 责任心不可替代。要把责任心始终放在第一, 杜绝医疗隐患或医疗事故的发生。陈可冀院士题词——“中西医结合救死扶伤, 责任心与技术领先楷模”。是对我们的鼓励和鞭策。

2.4 提倡感恩文化: 感恩是一种处世哲学, 也是生活的智慧。学会感恩, 为自己已有的而感恩, 感谢医院、科室给予个人的一切, 才会有一个积极的人生观, 才会有一种健康的心态。“真诚关爱”是广东省中医院的核心价值观和服务宗旨, 每个员工入职前都会接受一系列岗前培训, 包括医院文化教育、感恩教育。我们认为“患者来到 ICU, 就是对我们的最大信任, 我们要对得起每一个患者的信任, 对得起每一个家庭的厚望。”具体到日常医疗工作中来说, 比如对于急性心肌梗死(AMI)患者的治疗, 除了急性期的抢救, 更重要的是长期的治疗和关爱, 患者及家属如果了解到患的是什么病, 如何诊治, 如何服药, 如何康复, 则会进一步提高对患者的治疗效果和服务满意度。为了达到这一目的, 科室设立了温情电话、送报读报活动, 定期举办病友会和门诊、电话随访, 使医患心连心, 齐心协力守护生命。

3 加强技术建设, 打造科室硬实力

重症医学科光有美好的愿望和爱心是不够的, 要有能救治危重复杂病症的能力。

3.1 以人为本、加强培训、规范化是学科发展的基础: 科室以中华医学会重症资质培训教材、重症医学相关指南为标准, 对全体员工进行反复培训。将重症的主要内容进行流动式教学, 设立重症论坛、研究生沙龙、病例讨论、示范操作、编写医生及护士手册等, 不断提高员工的技术水平。对有创性操作采用准入制度, 科学培训, 放手不放眼, 在保证医疗安全的前提下提供学习机会。

3.2 双专业和双技术制度: 结合科室需要、个人志趣和 ICU 具体情况, 创造性采取了双专业和双技术的培训体系, 成立了多种小组, 如心肌梗死小组、呼吸机小组、血液动力学小

组、感染控制小组、CRRT 小组、伤口管理小组等。在系统学习基础上每个人重点掌握两种专业和技术,在这两种专业和技术方面对自己要有更高的要求。各个小组轮流负责主题活动,组织学习进展和前沿,并带动全体人员共同学习,将理论知识运用于实际工作中。随着医学的发展,尤其是近年来循证医学悄然兴起,结合 ICU 的各项集束化治疗(bundle),制定集束化策略,发挥各层次人员特长,培养一支技术过硬的学习型团队。

3.3 走出去,请进来:学科要发展,必须有超前的眼光,必须要跟得上现代医学发展。科室在人手极其紧张的情况下,不断派出进修人员学习。采用国外、境外、国内不同层次,以及长、中、短期相结合的方式,分层次有目的、有计划地组织进修学习。进修人员引入新理念,通过介绍总结、组织问题工作组等形式以点带线、以线带面,逐步提高全科技术水平。目前全科 12 名医生参加并通过了全国重症医学医师资质培训,13 人次完成各种进修学习。通过主办和承办中国医师协会中西医结合医师大会、中西医结合重症医学学习班、冠心病介入论坛等国家级大型会议,广泛交流学习到了更多技术和理念,通过跟名师、拜名师,不断学习,不断创新。

4 完善制度建设,为科室提供安全保障

重症医学科的特点是患者病情重、操作多、治疗复杂、出现差错可能后果严重,因而管理更显得尤为重要。

4.1 医疗质量点评:随时对医疗环节的风险和缺陷进行讨论、分析、总结、整改,每周进行科室会总结,每季度全科点评总结,对事不对人,公平、公正、公开。开展医师及护理组长年度工作总结及展望,为进一步提高业务水平明确方向。及时纠正医疗隐患和缺陷,凡是发现医疗隐患和缺陷,要深挖审查,举一反三,通过自我纠错,完善流程、改进规范,平时还要认真做好提醒教育,使每个医护人员杜绝侥幸心理。

4.2 主动上报和分享文化:制定医护缺陷/差错主动上报制度,全体医护人员在对事不对人的前提下,坐在一起分析讨论缺陷/差错原因,帮助当事人分析事故链,找到缺陷/差错发生的真正原因,促进当事人改进工作的态度和方法。强调借鉴其他科室和医院有代表性的事件,以人为本,形成“别人生病我吃药”,防患于未然。

4.3 提出“没有突然发生,只有突然发现”:在日常医疗工作中重视监测的动态和趋势,强调风险预见和动态评估。经验证明,许多病情“突然发生”变化,仔细追究,其实早有先兆,只是起初未重视和意识到,待病情严重变化才“突然发现”而已。因此,总结经验、提高水平、防微杜渐十分重要。

4.4 “护士能顶半个医生”:重视护理工作,强调培养和发挥护士的能力。重症医学的护理人员和患者的接触机会多、时间长,对患者病情观察更全面、更直接。重症医学的护理工作举足轻重,给护士提供必要的继续教育机会同样重要。科室派护士参加各种培训班,定期组织护理论坛,不但提高了护士学习的积极性,而且对提高医疗水平、减轻医生负担起到重要作用。

5 中西医结合、病证结合

5.1 中西医要结合而不是“混合”^[2]:限于历史的原因,许多中医典籍的记载今天必须辨证来看。同样是胸痹心痛,AMI 和稳定型心绞痛、心脏神经官能症,其病机、预后显然是

不同的。中医要重点发挥自己应有的优势,如调整阴阳、补益正气、化痰等,取长补短,要选好中西医各自的切入点,达到有机结合、优势互补的目的,而不是中西医“混合”。如对严重感染,以抗菌药物抗感染,以中医拮抗炎症、调理脏腑、抗休克等,而不是一味清热解毒。

5.2 必须善于观察和总结:国医大师邓铁涛教授通过大量临证发现,AMI 患者多有胸痛、舌质暗、瘀点、脉涩等血瘀表现。经皮冠状动脉介入治疗(PCI)术后血管开通,血流恢复,胸痛症状多明显缓解^[3-4]。从中医角度看,PCI 开通了闭塞之络,改善血流,具有“活血化瘀”功效。但另一方面,PCI 术后患者更多表现为精神不振、纳差、乏力等本虚症状,其原因为手术具有破血作用,易耗伤正气,故本虚症状术后还可能加重。应用中医药从整体上调整阴阳气血,标本兼治或以治本为主,可以弥补介入治疗的不足。在这一理论指导下有学者研制出具有益气活血、破瘀通络功效的通冠胶囊,可抑制 PCI 术后引起的小血小板激活,改善 PCI 术后高凝状态,降低术后再狭窄的发生率^[5-6]。

5.3 结合当代医学的先进成果,促进中医学的发展:为提高 AMI 的救治水平,2004 年本院率先开通 AMI 绿色通道,24 h 随时收治,先治疗后收费,并进行 AMI 再灌注治疗后的中医药治疗方案研究。2010 年,又在全国中医院率先成立胸痛中心,进一步优化诊疗流程。对 AMI 根据再灌注阶段分期辨证,规范中医诊疗方案^[7],在此基础上,构建中医临床路径。联合北京、上海等 8 家大型三甲医院,组织完成国家中医药管理局公益性行业科研专项“AMI 中西医结合临床路径的构建和评价研究”。结果证实:益气活血法为基础的中西医结合临床路径可以缩短患者住院时间[(9.2±4.2) d 比 (12.7±8.6) d, $P=0.001$],控制住院费用[(46365.7±18266.9) 元比 (52866.0±35404.4) 元, $P=0.003$],充分体现出中西医结合临床路径在医院管理和质量控制方面的价值。2011 年 3 月,课题通过以中国工程院院士、中国中医科学院院长张伯礼教授为首的专家组鉴定,认为该研究达到国内领先水平,综合效益达到国际先进水平。同年获得中国中西医结合学会科学技术二等奖,研究结果也发表在 *Evid Based Complement Alternat Med*^[8]。

6 发展与展望

重症医学科的发展经历了从无到有、从弱到强的过程,从最初的“愁病人”到目前的“愁床位”的转变。广东省中医院重症医学科建科 15 年来,没有发生一起医疗事故,由一个 ICU 发展为 4 个,床位数由 13 张增加到 53 张,11 次被评为医院最佳集体,多名医护人员被评为最佳员工。全院医务人员和社会各界对 ICU 的认识也经历了从陌生到认可,从怀疑到赞许的过程。科室多次被报纸、电台、电视广泛报道,提高了重症医学科的内涵建设和社会效益。

科室主持国家自然科学基金 3 项,省部级课题 10 项,发表文章 200 余篇,SCI 收录 9 篇,累计影响因子达 31.062,主编专著 3 部,其中《胸痹心痛与冠心病介入》是国内中西医结合领域第一部冠心病介入专著,获 2010 年中华中医药学会学术著作奖,获省部级科学技术成果 8 项,承办中国第八次中西医结合心血管病大会,2011 年中国医师协会中西医结合医师大会、主办首届全国中医院冠心病介入论坛、中

医院重症医学论坛等,进一步提高了学科水平和影响力。重症实验室通过国家中医药管理局二级实验室论证。受国家中医药管理局委托起草了我国第一部《中医医院重症医学科建设与管理指南》,成为广东省卫生厅重症医学重点专科(是唯一的中医院,全省排名第 2),成为广东省 ICU 专科护士培训基地(唯一的中医院)。2012 年重症医学科正式成为国家中医药重点专科,广东省中医院重症医学科成为全国重点专科协作组总负责单位。

2003 年非典的冲击和考验突显了重症医学的重要性。10 年过去了,中医院重症医学科有了长足的进步,取得了可喜成绩。但我们也要冷静看到,全国中医院重症医学科仍存在着规划不足、水平不一、中医疗效发挥不足等问题,还有待解决。

2013 年 6 月将于天津召开第三届中国中西医结合重症医学大会。本次年会主题:“中西医结合,传承与创新”,相信将成为中医和中西医结合重症医学的又一次盛会。雄关漫道真如铁,而今迈步从头越。中医院重症医学还处在起步阶段,有很大的发展空间,冀此与同道共勉。

参考文献

- [1] 刘大为.重症医学的发展与重症加强治疗病房的规范化.中国危重病急救医学,2006,18(7):385-386.
- [2] 张敏州.邓铁涛论治冠心病.北京:科学出版社,2012:9.
- [3] 张敏州,田文杰,邹旭,等.急性心肌梗死冠脉介入治疗前后中医辨证治疗思路与方法——附 70 例患者治疗分析.中国中西医结合杂志,2004,24(7):638-639.
- [4] 郭力恒,王磊,朱琤莹,等.邓铁涛教授病证结合论治冠心病.中国中西医结合急救杂志,2012,19(3):129-131.
- [5] 张敏州,王磊.邓铁涛对冠心病介入术后患者的辨证论治.中医杂志,2006,47(7):486-487.
- [6] Chen BJ, Feng JX, Su XX, et al. Effects of Tongguan Capsule on post-myocardial infarction ventricular remodeling and cardiac function in rats. Chin J Integr Med, 2010, 15(3):233-235.
- [7] 张敏州.急性心肌梗死病证结合研究现状及思路.中国中西医结合杂志,2012,32(3):294-297.
- [8] Wang L, Zhang MZ, Guo LH, et al. Clinical pathways based on integrative medicine in Chinese hospitals improve treatment outcomes for patients with acute myocardial infarction: a multi-centre, non-randomized historically controlled trial. Evid Based Complement Alternat Med, 2012, 2012:821641.

(收稿日期:2013-03-15)(本文编辑:李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

本刊对运用统计学方法的有关要求

- 1 统计学符号:按 GB 3358-1982《统计学名词及符号》的有关规定,统计学符号一律采用斜体。
- 2 研究设计:应告知研究设计的名称和主要方法。例如:调查设计分为前瞻性、回顾性还是横断面调查研究;实验设计应告知具体的设计类型,如自身配对设计、成组设计、交叉设计、析因设计、正交设计等;临床试验设计应告知属于第几期临床试验,采用了何种盲法措施等。主要做法应围绕重复、随机、对照、均衡 4 个基本原则概要说明,尤其要告知如何控制重要非试验因素的干扰和影响。
- 3 资料的表达与描述:用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表达近似服从正态分布的定量资料,用中位数 (四分位数间距) [$M(Q_R)$] 表达呈偏态分布的定量资料。用统计表时,要合理安排纵横标目,并将数据的含义表达清楚。用统计图时,所用统计图的类型应与资料性质相匹配,并使数轴上刻度值的标法符合数学原则。用相对数时,分母不宜小于 20,要注意区分百分率与百分比。
- 4 统计学分析方法的选择:对于定量资料,应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的,选用合适的统计学分析方法,不应盲目套用 t 检验和单因素方差分析。对于定性资料,应根据所采用的设计类型、定性变量的性质和频数所具备的条件及分析目的,选用合适的统计学分析方法,不应盲目套用 χ^2 检验。对于回归分析,应结合专业知识和散点图,选用合适的回归类型,不应盲目套用简单直线回归分析;对具有重复实验数据检验回归分析资料,不应简单化处理;对于多因素、多指标资料,要在一元分析的基础上,尽可能运用多元统计分析方法,以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系做出全面、合理的解释和评价。
- 5 统计结果的解释和表达:当 $P < 0.05$ (或 $P < 0.01$) 时,应说对比组之间的差异具有统计学意义,而不应说对比组之间具有显著性 (或非常显著性) 差异;应写明所用统计学方法的具体名称 (如:成组设计资料的 t 检验、两因素析因设计资料的方差分析、多个均数之间两两比较的 q 检验等),统计量的具体值 (如: $t=3.45$, $\chi^2=4.68$, $F=6.79$ 等);在用不等式表示 P 值的情况下,一般情况下选用 $P > 0.05$ 、 $P < 0.05$ 和 $P < 0.01$ 共 3 种表达方式,无须再细分为 $P < 0.001$ 或 $P < 0.0001$ 。当涉及总体参数 (如总体均数、总体率等) 时,在给出显著性检验结果的同时,应再给出 95% 可信区间。

本刊对图表的要求

作者投稿时,原稿中若有图 (表),每幅图表应单占 1 页,集中附于文后,分别按其在正文中出现的先后次序连续编码。每幅图表应冠有图 (表) 题。说明性的文字应置于图 (表) 下方注释中,并在注释中标明图表中使用的全部非公知公用的缩写。线条图应墨绘在白纸上,高宽比例以 5:7 为宜。以计算机制图者应提供激光打印图样。照片图要求有良好的清晰度和对比度;图中需标注的符号 (包括箭头) 请用另纸标上,不要直接写在照片上。每幅图的背面应贴上标签,注明图号、方向及作者姓名。若刊用人像,应征得本人的书面同意,或遮盖其能被辨认出系何人的部分。大体标本照片在图内应有尺度标记。病理照片要求注明染色方法和放大倍数。图表中如有引自他刊者,应注明出处。电子版投稿中图片建议采用 JPG 格式。

关于表格,建议采用三横线表 (顶线、表头线、底线),如遇有合计和统计学处理内容 (如 t 值、 P 值等),则在此行上面加一条分界横线;表内数据要求同一指标有效位数一致,一般按标准差的 1/3 确定有效位数。