

• 卫生管理 •

以中西医协同发展为导向的综合医院中医科发展模式探索与实践

林妙阔 王丽虹

【摘要】本文立足于福建省综合医院中医科实际，以福州市第二总医院为例，通过文献分析、调研访谈、专家咨询等多渠道，从中医特色专病建设、创新协作医疗模式、加强医疗质量管理与评价、重视人才培养等方面探讨以中西医协同发展为导向、行之有效的发展模式。综合医院中医科在发展过程中采取以中西医协同发展为导向的发展模式，可实现“1+1>2”，中医科、中医药与综合医院“互助”发展的模式具有可行性和有效性。

【关键词】综合医院；中医科；中西医协同发展；发展模式

【中图分类号】R197.3；R277 **【文献标识码】**B **【文章编号】**1002-2600(2025)01-0081-04

国家重视中医药发展，出台政策鼓励综合医院加强中医药工作，促进中西医协同发展^[1]。综合医院中医科面临各种挑战，如发展局限性、现代医学冲击、政策不适和人才缺乏^[2-4]。如何发挥中医科特色，促进其与医院共同发展，对国家中医药战略和卫生事业至关重要。本文根据已取得的实践成效，探讨福建省中西医协同发展模式。

1 综合医院中医科的发展模式

目前，国内综合医院中医科的发展模式主要可以分为以下几种^[5]。

1.1 独立运营模式

中医科独立运作，拥有自己的门诊、病房。其优势在于管理简单、成本低。因缺少与西医科室合作，中医科在病种选择和治疗方案上受限，难以充分利用中医药的优势。

1.2 多学科综合诊疗模式 (MDT)

中医科作为 MDT 平台，参与特定病种的诊疗，与其他学科共同组成诊疗团队，共同制订治疗方案，为患者提供全方位的诊疗服务。这种模式的优势在于能够充分发挥中西医各自的优势，提高诊疗效果，但需要医院层面的大力支持和政策引导。

1.3 专病协作模式

中医科与西医科室针对特定病种合作，如设立专病门诊、医师组，共同制订诊疗指南和路径。其优势在于提升特定病种诊疗水平，但需解决跨科室合作中的分工、绩效、优先权等问题。

1.4 专科协作模式

中医科与西医科室共建亚专科，共同进行医疗、科研、教学。此模式能促进中西医深度融合，但需处理科室间责、权、利分配问题。

2 综合医院中医科发展现状及困境

2.1 中医科自身的局限性

综合医院中医科床位数普遍低于医院标准床位数的 5%，发展缓慢，经济效益低，常被忽视^[6]。

2.2 现代医学的发展和临床学科的专业化对中医科产生了明显影响

循证医学的兴起促进了从传统经验医学向循证医学的转变^[7]，中医科医师在西医理论方面的不足也削弱其竞争力，这对依赖经验的中医学构成挑战。因此，患者更倾向于选择西医专科就诊，而中医科的首诊患者数量相对较少。

2.3 政策规范和标准对中医科良性发展需求的限制

综合医院普遍运用西医政策规范和标准来评判、管理中医，一定程度上阻碍中医的发展。中医科在医院规划和发展决策时缺少话语权，基本都是照搬西医管理模式，无法有效体现中医药特色，丧失了生机和创造力^[8]。

2.4 中药制剂开发面临重重挑战

综合医院中药院内制剂已逐渐退出公众视野。主要原因在于，其管理审批流程复杂、现行标准未能充分体现中医药的特点、研发成本高昂、周期漫

基金项目：福建省中医药科研项目（2021zygl82）

作者单位：福建省福州市第二总医院，福州 350007

DOI: 10.20148/j.fmj.2025.01.025

长、难度加剧^[9]，导致许多医院选择放弃申报开发。

2.5 中医药人才匮乏的挑战

人才流失严重，高学历中医人才难进或不愿进综合医院，与从业选择少、薪资待遇差、评价体系不完善有关。综合医院中医科缺乏发展规划，人才进入渠道不畅，导致后继人员不足，人员梯队不合理，出现断层，影响服务质量和可持续发展^[10]。

2.6 综合医院内部扶持与合作的不足

综合医院中医科常被视为次要学科，与西医科室间存在竞争^[11-12]。中医科与西医专科间合作有限，多为会诊和开中药。

2.7 文化建设滞后

综合医院中医药文化建设滞后，缺乏中医药文化氛围，难以激发中医药人才的积极性^[13]。

3 综合医院中医科发展模式探索与实践

3.1 准确定位，积极开展中医特色专病建设

中医科发展应与医院总体目标一致，紧密结合医院重点和优势专科^[14]，针对中医优势病种，找准治疗切入点，协调与西医科室关系，体现“有所为、有所不为”的原则。开展特色专科门诊，突出中医药特色是关键，以吸引更多病源，建立中医科的特色治疗室，以满足中医科患者治疗的需要^[15]。围绕医院重点学科，中医科应形成“大综合、小专科”格局，既发展全科，又突出专科专病，主攻西医医疗效弱的难治病，从疗程、疗效、副作用、费用等方面展现中医优势，实现“科有专病、人有专长、病有专术专药”。

福州市二总医院设立了中医二级学科或专业组，以满足患者多样化的就医需求。该院塔亭中医馆提供夜间和周末日间服务，涵盖中医内科和儿科常见病、多发病及疑难病的辨证论治，同时提供中医养生保健等健康教育。以提高临床疗效为核心，医院评估并推广具有中医药特色且疗效稳定的重点病种，完善中西医结合诊疗方案，提升临床能力。2024 年推广运用国家颁布的相关病种中西医结合诊疗方案共 13 个。医院以骨伤康复为特色，建立了一整套系统的中西医结合诊疗规范体系，开展骨关节康复、神经康复、运动损伤康复等多种康复治疗，并将中医操作及康复特色融入日常护理工作。科室的影响和治疗辐射面日益扩大，业务水平不断提高，病人来源由本市逐渐扩展至全省，区域外病人>30%。

3.2 创新协作医疗模式

新模式通过中医科与西医专科联合管理，实现

独创性合作临床服务，保持独立性同时促进诊疗共通与合作，中西医手段实现高效配合。通过交叉查房，解决中西医结合诊疗的资质和安全问题。除中医科病房床位外，同时设定床位分散收治原则，即可根据患者病情将患者收治于相应西医专科病区，共管并形成中西医共建病房。加强和西医科室的协作，将中医纳入多学科会诊体系、参与疑难病例讨论，西医科室可邀请中医科会诊，尤其在康复和慢性疾病调理方面^[16]。强化中西医转科制度，促进科室间协同攻关，科研创新，实现优势互补。

福州市二总医院开展中西医联合查房，建立中西医结合特色门诊和中西医结合病房。同时，结合中医重点病种和诊疗优势，建立院内中医与西医会诊机制，中西医协同攻关，组建包括中医师、肛肠外科医师、营养师的多学科团队，研究实施中西医结合诊疗方案。邀请中医类别医师参加急危重症和疑难复杂疾病多学科会诊，提升临床科室综合诊疗能力。

加强中医药防治传染病知识培训，组建院内重大传染病救治的中西医专家组，在新发、突发和季节性传染病防治等工作中，确保中医药第一时间参与，深度介入预防、治疗和康复的全过程。此外，针对阿尔茨海默病（AD），构建中西医融合诊疗体系，组建中西医结合专家团队，实施双向诊疗路径；创新中医药临床应用，使用特色中药方剂及中成药、针灸推拿辅助治疗；开展研究项目，进行临床试验与数据分析；开设健康教育讲座，建立心理干预机制。

3.3 加强对中医临床诊疗的医疗质量管理与评价

以“临床路径”为手段，通过研究形成针对重点病种的最佳中医诊疗方案，提高疗效。例如，在肿瘤辅助治疗、骨折康复、卒中后遗症等疾病的治疗中，将中医方剂融入临床路径管理，提升中医诊疗规范性。福州市二总医院规范中药的合理使用，加强中药处方的质量管理，并将中医药的应用情况，尤其是中医药疗效的评价，作为考核科室的重要指标之一。根据医院实际情况，增加中医专科门诊数，制订中医临床科室病床使用率、中医治疗率、中西医科室间会诊转诊制度执行率、中医三级医生查房率等一系列标准。

3.4 重视中医药人才队伍的建设

建立多元化中医人才培养模式，制订个性化培养目标^[17]。福州市二总医院开展中医医师规范化培训，住院医师需轮转重点科室 1 年，掌握常见病

诊疗和危重症抢救,为中西医结合治疗打下基础^[18]。通过临床跟师、优秀中医临床人才研修、名老中医药专家传承工作室建设等方式,发挥专家作用,构筑人才队伍,以名医专家为依托,形成结构合理的中医人才梯队。充分发挥名医工作室的品牌优势,举办福建省名中医传承创新研讨会及中医学学术经验传承学习班,传承名老中医学术思想,弘扬中医药文化。

3.5 多方协同促进发展

制订一套切实可行的中医药优惠扶持政策,加强和推动综合医院中医文化建设,营造中医药文化氛围,提升中医药人才的文化自信,稳定中医科医护人员的专业思想,各尽所能把中医科室做大做强。福州市二总医院持续建设中医药相关科研平台,针对院内协定方的有效成分及作用机制等研究领域建设相关实验室,为开展中医药研究的人员提供硬件设施与条件。在设施设备配备等方面,加大中医药科研设备的投入,在已有的硬件基础上,增置可用于中医药科学研究的科研设施设备,推进科研平台建设。

以诊疗全流程数据支撑中医医疗服务质量监测,建立预问诊—格式化病历—随访系统。实现对中医优势病种“胃脘痛病(慢性胃炎)”全流程数据的采集分析,同时对该病种中医诊疗方案及其相关的协定处方、中成药、中药饮片、中医非药物疗法等临床应用各 200 例完整病案实践效果的监测评估,完成中医优势病种监测评估数据采集和研究报告。制定鼓励各临床科室提供中医药服务的激励措施和办法,积极支持临床科室开展中医药服务,将中医药服务提供情况纳入医院各临床科室及其管理人员年度工作考核目标。

4 结论与建议

本研究提出了以中西医协同发展为导向的综合医院中医科发展模式,并通过福州市第二总医院中医科的实践分析,验证了该模式的可行性和有效性。中西医协同发展是综合医院中医科发展的必然趋势,单纯的中医诊疗模式难以满足患者的需求,也无法与西医专科竞争。因此,综合医院中医科必须转变发展思路,积极探索中西医协同发展模式,才能在竞争中立于不败之地^[19]。

特色专病建设是综合医院中医科发展的关键,应结合自身优势和医院重点学科,开展特色专病建设,形成“大综合、小专科”的格局。通过突出中医药特色,吸引更多患者,才能提高中医科的社会

效益和经济效益。创新协作医疗模式是综合医院中医科发展的有效途径,应加强与西医科室的合作,开展中西医结合治疗和多学科会诊,提高治疗效果。同时,积极探索创新协作医疗模式,如中西医共建病房、联合查房等^[20],才能更好地发挥中医药的优势。

人才培养是综合医院中医科发展的基础,应建立多元化的人才培养模式,培养高素质的中医药人才队伍。同时,注重中医药文化的传承,培养中医人才的文化自信和职业自豪感。政策支持是综合医院中医科发展的重要保障,包括设立中医药发展专项资金、提高中医诊疗服务价格、建立中医药人才培养激励机制、推动和加强中医药文化建设等。

本研究对综合医院中医科发展模式进行了初步探索和实践,但仍有许多问题需要进一步研究,例如:如何提升中医临床科室综合能力、经济效益及信息化建设?如何进一步提升中医科病种优势能力、科研发展水平和建立科学的评价体系?未来,我们将继续深入研究这些问题,以进一步提升中医临床服务能力以及重点专科病种优势能力,并加大中医药科研投入力度,搭建和应用中医药大数据信息平台,开展中医药规律研究、临床应用及相关经济学研究,为综合医院中医科发展提供理论支撑和实践指导。

参考文献

- [1] 李孟.政策推动中医药高质量发展 [N].中国商报,2021-07-21 (003).
- [2] 罗维军,张维晴,林启辉.综合医院设立中医部推进中医药高质量发展管理模式探讨 [J].中国医院,2024,88-90.
- [3] 胡波,陈召起,宋欢欢,等.综合医院中医学科平台化建设的思考 [J].中医药管理杂志,2021,29 (15): 63-65.
- [4] 罗维军,张维晴,罗新乐,等.基于医联体模式下综合医院中医科建设探讨 [J].中国医院,2022 (10): 26.
- [5] 周继如,胡涤非,湛韬.综合医院中医科运行模式探索与实践 [J].医院管理论坛,2016,33 (5): 15-17.
- [6] 综合医院中医药工作指南 2024 版 [EB/OL]. [2024-09-06]. <https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202409/P02024092-0412880615647.pdf>.
- [7] 罗跃东,宋金贵.关于利用综合医院发展中医的建议 [J].光明中医,2015,30 (10): 2247-2248.
- [8] 面对“用管理西医西药模式管理中医中药”的逆境,中医人奋力呼吁,建立起中医药管理体系—趟出中医药自主管理新路 [EB/OL]. [2021-06-29]. <http://www.natcm.gov.cn/xinxi-fabu/meitibaodao/2021-06-29/22147.html>.
- [9] 高彩霞.中医药在综合医院的发展 [J].中医研究,2011,24 (7): 7-9.
- [10] 刘城林,邹晓东,梁昆.浅议综合医院中医科的人才梯队建设 [J].世界最新医学信息文摘,2019,19 (83): 21-23.
- [11] 许东云,杨昆蓉,俸一然.以重点专科建设带动综合医院中医科发展——以昆明医科大学第一附属医院中医科为例 [C].中

- 华中医药学会综合医院中医药工作委员会成立大会暨学术年会. 中华中医药学会, 2015.
- [12] 陈召起, 王永霞, 胡波, 等. 大型综合医院中医学科发展困境和出路探讨 [J]. 中医药管理杂志, 2022, 30 (3): 4-6.
- [13] 赵晓燕, 潘文俊, 夏梦嘉. 中医药文化建设在综合医院发展中的必要性和充分性探讨 [J]. 中医药管理杂志, 2020 (23): 28.
- [14] 胡波, 陈召起, 宋欢欢, 等. 综合医院中医学科平台化建设的思考 [J]. 中医药管理杂志, 2021, 29 (15): 63-65.
- [15] 臧鑫. 中医药在广东大型综合性医院中发展的实践与展望 [J]. 现代医院, 2013, 13 (9): 1-3.
- [16] 刘晶. 基于中医药特色的三级公立中医医院高质量发展评价指标体系研究 [D]. 北京: 中国中医科学院, 2023.
- [17] 宋欢欢, 王永霞, 孙兴华, 等. 综合医院中医科室学生的培养方法. 中国医药导报, 2021, 11 (16), 65-67.
- [18] 李晨晖. 长三角一体化背景下市级综合性医院中医药发展的机遇与挑战 [D]. 杭州: 浙江中医药大学, 2022.
- [19] 周洁, 胡凌娟, 党子悦, 等. 公立医院高质量发展背景下北京市某中医医院流动人员管理存在的问题及对策 [J]. 卫生软科学, 2024, 38 (8): 45-49.
- [20] 李扬纛. 综合医院中医科发展的设想与展望. 第十届中国泉州-东南亚中医药学术研讨会论文集, 2021, 491-494.

• 卫生管理 •

区域联盟模式对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者的效果分析

陈 刚 方明程 阮静霞

【关键词】区域联盟；就诊方式；急性 ST 段抬高型心肌梗死；急诊经皮冠状动脉介入

【中图分类号】R605.97 【文献标识码】B 【文章编号】1002-2600(2025)01-0084-02

急性 ST 段抬高型心肌梗死 (ST-segment elevation myocardial infarction, STEMI) 因起病急、病情重、变化快、致死率及并发症发生率高等原因, 已逐渐成为严重的社会公共卫生问题, 是导致我国城乡居民死亡的重要病种之一, 严重威胁人民群众的生命健康^[1-3]。通过快速、及时地实施经皮冠状动脉介入治疗 (percutaneous coronary intervention, PCI) 使梗死血管复通, 实现再灌注是抢救 STEMI 患者的有效手段。有报道指出, 当 STEMI 患者血流动力学情况处于稳定状态时, 应尽快行 PCI 介入治疗, 快速恢复闭塞血管的血流灌注, 介入时间越早效果越佳, 患者获益越大^[4]。2019 年胸痛中心质控报告指出^[3], 基层医院要提升 STEMI 患者救治的效率及效果, 要与有急救能力的上级医院建立有效的联系。因此, 基层医疗单位与区域医学中心之间建立区域联盟协助体系, 是挽救 STEMI 患者的有效手段。我院依托胸痛中心, 利用福建省急救中心的区域联盟体系的优势, 以进一步分析区域联盟模式对 STEMI 患者的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 2 月至 2024 年 2 月 STEMI 患者

97 例, 其中男 59 例, 女 38 例, 平均 (54.6 ± 9.72) 岁, 高血压病 57 例, 糖尿病 44 例, 吸烟史 39 例。根据转诊方式不同, 分为常规转诊组 46 例和区域联盟转诊组 51 例。纳入标准: (1) 符合 STEMI 诊断标准及 PCI 指征, 且知情同意行 PCI; (2) 均来自非 PCI 手术医院, 路程在 100 km 内; (3) 发病至 PCI 时间 < 12 h; (4) 神志清楚, 有意愿转院治疗。排除标准: (1) 合并肺、脑血管疾病及血流动力学不稳定患者; (2) 首诊予以溶栓的患者。

1.2 转诊方式

(1) 区域联盟转诊组: ①通过远程在线会诊, 利用胸痛中心的微信平台, 联盟医院的值班医生完成相关检查后, 将患者的基本信息及检查结果发布在胸痛中心的微信群, 包括心电图、肌钙、基本生命征、手术意愿及转院意愿等, 胸痛中心群内急诊值班专家根据联盟医院提供的信息给出会诊意见及处理方案; ②转运, 群上发布跟车医师联系电话以随时跟踪生命征及路程距离; ③启动导管室, 值班医护立即到达导管室, 做好手术准备; ④绕行急诊, 患者到达本院区后, 直接送达指定导管间, 立即进行手术; ⑤术后, 手术结束将门-球时间及术

作者单位: 福州大学附属省立医院心导管室, 福州 350001

DOI: 10.20148/j.fmj.2025.01.026