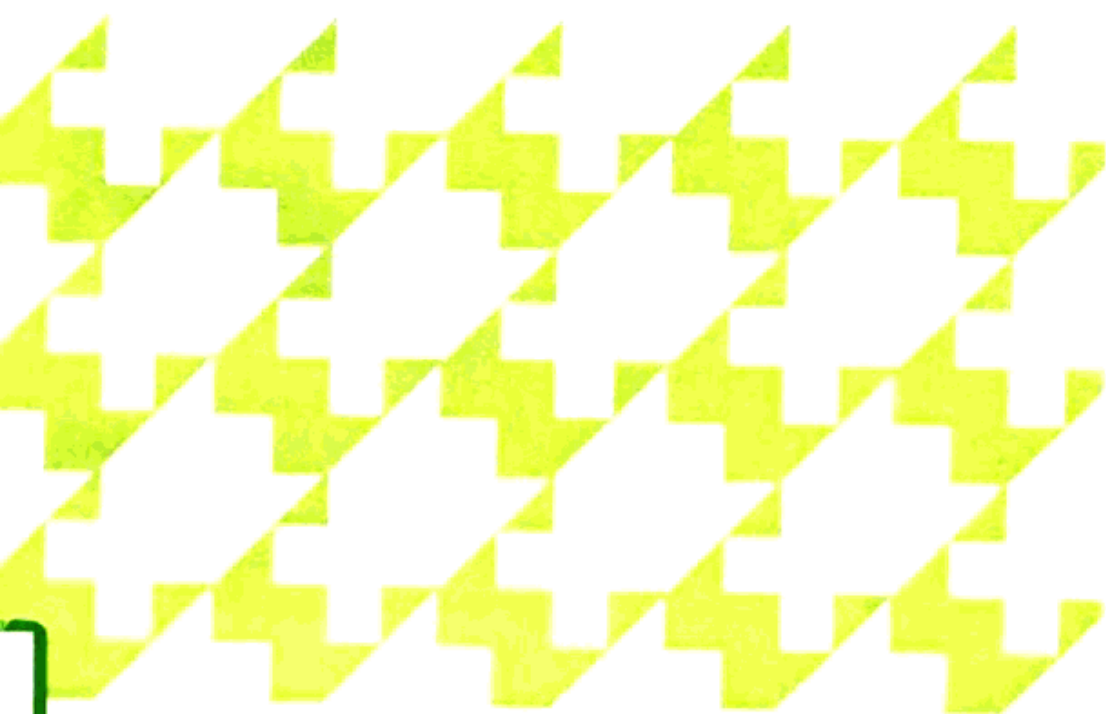


YILIAOWEISHENG

基层医疗卫生研究

主编 王琰璧 刘运兴 隋 军 刘 赞



中国医药科技出版社

《基层医疗卫生研究》编委会

主 审 焦春荣

主 编 王瑛璧 刘运兴 隋 军 刘 翥

副主编 张凤印 贾瑞萍 秦春林 刘建国

张宗元 李金全 胡玉翠 杨星林

宿传平 赵翠萍

编 委 (按姓氏笔划为序):

卫中夫 马 骏 马庆臣 王乐福 王淑香

王辉敏 王熙元 尹翠歌 邓德光 孔凡玲

孔繁湖 付深省 刘法明 牟 进 孙春兰

孙淑琴 杨福顺 李春明 李 敏 何树学

应寿全 沈丽华 张林洲 张彩凤 张海燕

陈春海 邵 蕾 林 舒 赵学敬 赵增科

姚爱兰 袁桂荣 高传芝 高淑桂 唐秋美

崔惠平 鲁凤菊 翟朝光

前 言

为了总结我国广大基层医疗卫生工作者的科研成果,探索基层医疗卫生研究科学的客观规律,提高基层医疗卫生工作水平,我们组织编写了《基层医疗卫生研究》一书。

编写《基层医疗卫生研究》一书的目的,是使广大城乡医务工作者了解当前医疗卫生研究的现状、进展和展望,对地区(市、州、盟)、县(旗)、乡镇的医疗卫生研究工作起到指导、促进和拾遗补缺的作用。

《基层医疗卫生研究》的具体内容,是对“卫生管理”、“预防医学”、“妇幼保健与计划生育”、“临床医疗”、“护理学”、“药学与药事”、“中医、中药与中西医结合”等七个方面,从理论与实践、方法与经验、管理与技术等不同角度进行分析、探索、研究,以供各级从事医疗卫生工作的理论、教学、管理及实际工作人员参考。

由于《基层医疗卫生研究》汇集了全国 22 个省市的专家、学者和从事医疗卫生实际工作者的研究成果,编者希望,它的出版发行,对于总结基层医疗卫生工作经验、研究和认识基层医疗卫生工作中的各种问题,提高基层医疗卫生科研质量,将能起到一定的推动作用。

本书承蒙原山东省委书记梁步庭同志题写书名,谨致谢忱。

鉴于编者水平有限,错谬之处,恐所难免,恳请广大读者和有关专家不吝赐教,批评指正。

本书编委会

1996 年 3 月

目 录

一、卫生管理

浅谈市场经济条件下的乡镇卫生院院长 工作.....	1
乡镇卫生院面临的困境及解决对策.....	2
由旺镇乡村医生队伍现状调查分析与 职业教育对策.....	3
关于强化湖区乡村医生继续医学教育 的几点建议.....	4
村级防保组织工作现状调查分析.....	5
三亚市重建农村合作医疗的难点及对策.....	7
农村基层药品监督管理工作的几点做法 与体会.....	8
提高药品监督管理水平的探讨.....	10
打假治劣工作要强化监督截流.....	11
贯彻《药品管理法》的点滴体会.....	12
依法管药,加强农村基层卫生院的药品 管理.....	14
兖州市加强医疗机构法制管理的基本 做法.....	15
行政村卫生室管理浅见.....	16
医院建设的两大支柱——医德、医术.....	17
试论青年医师临床医疗水平滑坡的原因.....	19
在市场经济中医院要继续弘扬白求恩 精神.....	21
浅论护士职业道德.....	21
医院研究生管理工作浅谈.....	23
1133名离退休干部生活质量调查.....	24
医疗语言功能浅析.....	25

二、预防医学

建立适合市、县防疫站档案工作的 运行体制.....	27
施甸县地方性甲状腺肿大流行病学 调查报告.....	28

施甸县部分人群尿碘与食盐碘均值 测定报告.....	30
由旺镇 1993 年猩红热暴发的流行病学 调查报告.....	32
济宁市市中区 1955~1994 年急性传染病 疫情分析.....	33
从伤寒暴发流行看其早期诊断的重要性.....	35
过氧乙酸预防鼠伤寒杆菌感染的流行 措施.....	36
人口蹄疫感染 1 例死亡报告.....	37
旋毛虫病 14 例诊治体会.....	38
保密制度在性病防治工作中的意义及 具体做法构想.....	39
综合疗法治疗尖锐湿疣 113 例分析.....	40
幼女淋病 11 例临床分析.....	41
98 人亚硝酸盐中毒分析.....	42
一起严重的食物中毒事故调查处理及 原因分析(附 26 例抢救体会).....	43
肉毒中毒的研究进展.....	45
农村接种卡介苗卡疤率低的原因浅析.....	49
卡介苗接种事故调查处理 3 例报告.....	50
浓吸百白破肌肉注射后皮下硬结的预防 (附 27 例报告).....	51
谈健康查体人员血压与维生素 C 水平的 指数调查.....	52

三、妇幼保健与计划生育

第二产程中正确运用会阴切开缝合术.....	54
经阴子宫切除术 100 例临床分析.....	55
产后出血 48 例护理体会.....	56
子宫癌并产后尿失禁致会阴伤口愈合 不良 1 例.....	57
安定在产妇产前潜伏期和活跃期早期	

的应用	58
臀位分娩方式的选择	60
胎膜早破的期待治疗	61
256例头位难产临床分析	62
硫酸舒喘灵治疗早产54例疗效观察	63
人工破膜加宫颈封闭方法促进产程	
170例分析	64
异位妊娠误诊原因浅析	65
输卵管妊娠破裂出血12例误诊分析	66
宫外孕引起失血性休克护理体会	67
经病检宫外孕死亡3例	68
妊高征诱因初探	69
对妊娠高血压综合征病人的观察及护理	71
母婴同室对母乳喂养远期效果调查分析	72
母乳喂养适合我国国情	74
母乳喂养及护理	75
新生儿窒息112例临床分析	76
95例低体重儿及其相关因素分析	78
徒手心肺复苏在新生儿心脏骤停抢救中	
的应用与体会	80
新生儿呼吸衰竭的临床观察及护理	81
细针穿刺细胞学检查在妇科临床中的	
应用探讨	82
波姆光治疗宫颈糜烂疗效观察	83
液氮冷冻治疗宫颈糜烂192例分析	85
357例土族妇女宫颈糜烂流行病学因素	
初步分析	86
急性乳腺炎诊疗体会	87
处女膜闭锁误诊2例教训	88
生命神圣与终止妊娠	89
中央性前置胎盘宫颈环扎术护理体会	90
羊膜腔外引产50例临床观察	91
放置金属宫型IUD103例效果分析	92
5例输卵管结扎术并发症处理和经验	
教训	94
输卵管钩提取输卵管绝育536例体会	95
输卵管结扎术并发症的防治	95
宫颈扩张棒在钳刮术中的应用	98
浅议人工流产与青少年女性的健康教育	99

婚检HBsAg阳性随访探讨	100
HBV感染及HBV标志物检测和婚育	
保健	100
输精管结扎残余异位粘连原因分析及	
治疗	102
孕产妇与药物	103
阴道脱落细胞检查在妇女病及防癌普	
查中的应用	104

四、临床医疗

15例低钾软病临床分析	105
急性感染性多发性神经炎75例临床	
分析	106
长期接触氟化物致慢性支气管炎1例	107
27例青年人胃癌内镜诊断分析	108
反复呕吐致返流性食管炎的内镜诊断	
(附15例报告)	109
青少年革囊胃1例	110
纤维胃镜抽样分析初探(附1000例报告)	111
用药不当致低血钾麻痹症21例	112
低血压休克期快速补液体会	113
急救尖端扭转型室速的体会	114
病态窦房结综合征治疗体会	115
慢性充血性心力衰竭合并心率失常	
175例	116
腔隙性脑梗塞合并高血压病96例报告	118
腔隙性脑梗塞应用光子疗法治疗	
108例分析	119
胆道蛔虫的内科治疗	120
急性胆囊炎治疗体会	121
内科与外科急腹症的鉴别诊断	121
肺结核并发7次自发性气胸1例报告	123
老年性肺结核误诊原因分析	124
流行性出血热液体疗法	124
分裂样精神病31例临床分析	126
冠心病危险因素分析及保健	127
高粘血症与冠心病的关系	128
微量元素与心血管病	129
高脂血症病人的自我保健	131

积极防治高血压 以预防脑血管病发生·····	132	67例遗传症原因分析·····	159
在治疗感染性开放损伤中应用利福平的体会·····	133	青霉素G所致药物热6例报告·····	160
舌下含有大剂量硝酸甘油抢救急性肺水肿51例疗效分析·····	134	静脉滴注青霉素类药应注意的问题·····	160
胺碘酮治疗心房纤颤30例临床分析·····	135	对青霉素迟发性变态反应1例报道·····	161
局部药物注射治疗咽喉异感症97例疗效观察·····	137	强化阿托品化与阿托品中毒的临床观察·····	162
感冒通治疗婴幼儿腹泻38例体会·····	138	急性有机磷农药中毒219例分析报告·····	163
利福平保留灌肠治疗细菌性痢疾·····	139	浅谈口服有机磷农药中毒洗胃体会·····	164
利福平治疗急性细菌性痢疾53例·····	140	救治有机磷农药中毒的用药体会·····	165
甲酚皂溶液治疗雀斑118例疗效观察·····	141	急性有机磷中毒并发支气管炎80例临床分析·····	167
利多卡因治疗急性脑梗塞41例报告·····	141	洗胃抢救口服有机磷农药中毒·····	168
利多卡因治疗内耳眩晕症15例临床观察·····	142	有机磷农药中毒合并安眠药中毒误诊1例·····	169
大剂量氟哌酸加654—2一次口服治疗尿路感染42例观察·····	143	抢救重度有机磷中毒5例体会·····	170
脑益嗪治疗顽固性失眠54例疗效观察·····	144	急性有机磷农药中毒148例抢救体会·····	171
硝酸甘油与多巴胺联合静滴治疗尿毒症期难治性心衰17例体会·····	144	敌敌畏中毒救治中的几点体会·····	173
病毒性、聚肌胞联用治疗流行性出血热54例·····	145	鼻饲解磷定治疗有机磷中毒的观察·····	174
病毒性治疗疱疹性咽峡炎56例疗效观察·····	146	田间喷洒有机磷农药中毒110例临床分析·····	175
萘甲醚注射液治疗疟疾现症病人30例临床观察·····	147	弥漫性肺间质纤维化误诊11例观察·····	176
硫酸镁、ATP联合平喘疗效分析·····	148	小儿鼻腔异物误诊1例·····	178
潘生丁联合雷尼替丁治疗流行性腮腺炎35例观察·····	149	结肠癌误诊分析与教训·····	179
联合用药治疗小儿喘息性疾病32例疗效分析·····	150	胰腺癌误诊的经验教训(附4例报告)·····	179
局部用药治疗幼儿湿疹20例·····	151	青年人胃癌误诊的经验教训(附3例报告)·····	181
小儿难治性肾病治疗体会·····	151	成人型甲状腺功能减退症15例误诊分析·····	182
流感性肺炎诊疗体会·····	152	婴儿干酪性肺炎并发结核性脑膜炎误诊1例·····	184
晚发性维生素K缺乏所致颅内等部位严重出血倾向12例分析·····	153	带状疱疹误诊2例·····	185
小儿氯胺酮全麻窒息抢救的体会·····	155	706代血浆致寒颤高热误诊2例·····	186
散发性脑炎的诊治·····	155	以急性腹痛为主要症状的破伤风1例·····	187
婴幼儿肺炎合并心力衰竭的诊断和治疗·····	157	心尖部肥厚性心脏病误诊1例·····	187
		服用安定所致肺性脑病死亡1例·····	188
		冰凉花中毒致严重心律失常1例·····	188
		小儿先天性膈疝误诊分析·····	189
		十二指肠溃疡穿孔误诊为急性胆囊炎1例·····	190
		早孕期服用“雄黄鸡”致胎儿畸形2例·····	191
		祖孙分别患带状疱疹、水痘2例报告及	

临床分析.....	192	卡马西平引起大疱性表皮坏死性皮炎	
利多卡因皮试结果判断不当发生过敏		1 例.....	226
反应 2 例.....	193	甲硝唑致心绞痛 1 例.....	227
辅酶 A 致过敏性休克 2 例报告.....	193	咪喃唑酮致严重过敏反应 2 例.....	228
口服异烟肼过量致呼吸循环衰竭死亡		氟美松引起老年性消化道出血 2 例.....	228
1 例讨论.....	194	卡托普利致干咳 21 例临床分析.....	229
静脉点滴氨茶碱致死 1 例报告.....	195	大剂量甘草片致低钾血症 1 例.....	231
农村医院外伤性颅内血肿的诊断.....	196	服康泰克过量致严重反应 1 例.....	231
颅脑损伤的临床观察与判断.....	198	氯霉素致精神异常 1 例.....	232
儿童颅底骨折引起窒息死亡 2 例.....	200	直肠指诊在肛肠检查中的重要性.....	233
食管贲门癌现代诊断与外科治疗.....	201	积粪肠堵塞误诊 2 例报告.....	233
创伤性膈疝 10 例诊治体会.....	204	对维生素 K ₃ 与速尿治疗泌尿系结石	
外科手术感染的一般原因及其预防.....	205	的验证.....	234
以左膝关节疼为首发症状的肝癌 2 例.....	206	胸壁外伤致膈疝 1 例.....	235
小儿假性胰腺囊肿 8 例诊治体会.....	207	严重肝脾损伤并发胃穿孔 3 例临床分析.....	235
甲状腺机能减退致肢体不自主抖动		大隐静脉曲张逆行切除 (附 78 例报告) ...	236
1 例.....	208	12 例肩周炎关节活动障碍治疗分析.....	237
甲状腺术后甲状腺下动脉出血引起		雾化吸入治疗小儿喘息性支气管炎	
窒息 1 例.....	208	218 例.....	238
锁骨骨折切开复位内固定 23 例治疗体会 ...	209	雾化吸入在头面部烧伤病人中的应用.....	239
基层医院诊治绞窄性肠梗阻体会.....	210	血小板聚集波型曲线在临床诊断中	
找阑尾困难的原因及寻找方法.....	212	的应用.....	240
阑尾切除术后残端大出血 4 例分析.....	214	心电图机的抗干扰技术.....	241
阑尾囊肿扭转致绞窄性肠梗阻误诊 1 例.....	215	B 超对病毒性肝炎诊断价值的探讨.....	243
161 例农村阑尾炎患者病情分析.....	215	超声诊断肾周围脓肿.....	245
43 例阑尾残端处理改进的体会.....	216	B 超诊断肾盂肾炎异位肾 1 例.....	245
阑尾内大结石 1 例报道.....	217	特殊首发症状原发性肝癌右膈升高 X 线	
外伤医源性异物残留 3 例治疗体会.....	217	分析.....	246
外伤后急性喉梗阻救治 2 例报告.....	218	低能量 He-Ne 激光血管内照射治疗脑血	
以胸痛为主诉的直脊综合征并发心律		栓 20 例疗效观察.....	247
失常 1 例.....	219	青少年鼻咽癌 33 例临床分析.....	249
手法整复、塑形石膏固定治疗克雷氏		心内直视手术人工心肺机的配合.....	250
骨折 127 例体会.....	220	大剂量负角度静脉尿路造影术的临床	
碳酸氢钠的临床应用.....	221	应用.....	251
心痛定治疗痛经 23 例.....	222	改良骶管麻醉术的临床应用.....	252
硫酸镁治疗哮喘.....	222	颅脑损伤的麻醉体会.....	253
甲氧苄氨嘧啶加地锦草酊治疗急性		体位改变对血流动力学的影响及处理.....	254
典型菌痢 75 例疗效观察.....	224	QZ13 型气压止血带引起血水泡的教训.....	255
氯氮平致意识障碍 10 例分析.....	225	如何做好手术室器械管理工作.....	256

手术室对乙肝病毒感染者手术的管理	257
手术室内感染与控制	258
腹腔巨大肿瘤致下肢静脉输液倒流 1 例	259
对提高检验质量的几点建议	259
C-反应蛋白测定及临床意义	260
63 例 EHF 患者的血清 coRT 临床观察	262
β -HCG 测定在葡萄胎诊治中的临床 探讨	263
浅谈医疗设备的管理与使用	264

五、护理学

系统原理在护理管理中的运用	266
试论县级医院护理班次改革	267
乡镇医院组织护理业务查房体会	268
静脉穿刺的方法及失败原因分析	269
输液时静脉穿刺成法三则	271
静脉注射的干扰因素分析及其预防措施	272
手术室护士在抢救失血性休克中的 重要作用	273
高血压脑出血破入脑室术后的护理	274
高血压脑出血早期手术的护理	275
脑出血病人急性期的观察与护理	276
慢性肺心病急性期的护理体会	278
急性心肌梗塞病人康复的心理护理	279
康复期心脏病人的护理体会	280
脑梗塞的康复护理	280
住院精神患儿饮食障碍的观察及护理	282
恢复期精神病人失眠的护理	283
30 例镇静催眠药中毒护理体会	284
慢性酒精中毒病人的护理体会	285
急性出血坏死型胰腺炎手术前后的护理	286
腹腔大出血急症术中医护配合的几点 体会	288
97 例腹腔脏器损伤急诊手术配合	288
骨科牵引病人的护理	290
浅谈乙肝手术患者的消毒隔离	291
输入异型血致严重溶血反应 1 例护理 体会	293
输血前静脉注射盐酸异丙嗪发生反应	

的体会	294
谈老年人的饮食	294
老年性糖尿病病人生活指导与护理	296
老年病人的心理特点及心理护理	297
关于老年期的心理卫生	298
浅谈心理护理对手术病人的影响	299
谈外科手术患者的心理护理	300
恶性肿瘤病人的心理护理	301
浅谈护患心理沟通	302
护理新生儿脐炎 36 例体会	303
新生儿脐部护理体会	303
婴儿头皮静脉穿刺的体会	304
新洁尔灭在 183 例清创缝合术中的应用	305
氨力农治疗心衰的护理体会	306
22 例急性有机磷中毒反跳护理体会	307
静脉注射安络血与氟美松治疗输液反应	308
导尿术与感染	309
论中医饮食护理	310
试论基层护理改革与社区护理	311

六、药学与药事

加强药剂科管理是临床合理用药的根本	313
基层医院药剂科的管理	314
基层医院药剂科管理的体会	315
乡镇医院药房药品应如何管理	316
医院药剂科工作探讨	317
对加强医院药品质量管理的认识	318
试论医院药品的质量控制	319
对乡卫生院的处方调查浅析	320
谈加强药房药品经济管理	321
浅析医院药品质量经济管理	322
公费医疗医院药房工作的探讨	323
谈当今几种不良用药方式	324
基层临床常用药物反应分析	325
药库标准化管理实施体会	326
药房发药八注意	328
基层药检工作“重复检验”问题浅析	329
实行药品检验协议书的作法与体会	330
发药交待的重要性	331

药物不合理配伍及相互作用问题探讨	332
谈抗生素的临床合理应用	334
浅谈抗菌药物的不合理应用	335
临床输液中的热原反应	336
复方降压片的临床应用	337
饮水量对口服药物生物利用度的影响	337
合理使用含铁药物	338
抗高血压药的临床应用	339
多潘立酮的严重不良反应	340
浅谈药源性疾病与合理用药	341
抗菌药物临床应用现状分析	342
抗抑郁药进展	343
异烟肼的特殊毒副反应	345
结核病化疗和预防用药进展	347

七、中医、中药与中西医结合

浅谈“原因和结果”、“现象和本质”	
与中医基础理论	350
中医急诊刍议	352
小儿咳嗽的证治	353
祛湿化痰法在半身不遂治疗中的应用	355
术后尿潴留病人非尿管排尿效果	355
腰俞穴麻醉与利多卡因	356
除湿汤治疗春季卡他性结膜炎疗效观察	357
增液汤加味治疗单纯性鼻出血 28 例	359
自拟溶栓复原汤加减治疗脑血栓 200 例	
临床观察	360
自拟“止痒洗剂”使用体会	361
白矾合冰硼散治疗脓疱疮 25 例疗效观察	362
皂角刺汤加赤练散治疗慢性化脓性	
骨髓炎	363
“二黄散”治疗慢性化脓性扁桃腺炎	364
康复百灵散外治急性慢性软组织损伤	
疗效评价	364
二藤汤灌肠治疗盆腔炎 47 例	365
双麻翘草汤加味治疗牙痛 70 例	366
“清肝煎”治疗急性病毒性肝炎 157 例	
临床观察	368
腱鞘囊肿采用挤压理疗封闭治疗 28 例	

体会	369
通络止痛汤治疗肩周炎 41 例体会	369
真武汤治疗慢性肾炎及肺原性心脏病	
体会	371
生脉散抢救急性心肌梗塞并发心源性	
休克的体会	372
试论“病痰饮者，当以温药和之”	373
自拟补脾止泻散治疗婴幼儿迁延性腹泻	
的体会	374
复方大黄液治疗烧伤 31 例报告	375
带下病的治疗体会	376
薏苡附子败酱散加味治疗顽固性带下病	377
大蒜竹叶汤治疗牙痛体会	378
夏秋季湿疹治验	378
饮食对小儿的致热与退热	379
痢证误服斑蝥致急性肾功能不全治疗	
分析	379
针刺合谷透后溪穴配合手法治疗急性	
腰扭伤	380
试论针灸“独取一穴”	382
点刺加针灸治疗面神经麻痹	383
眼针治疗中风后遗症 36 例疗效观察	383
巨针治疗脑血栓后遗症探讨	384
梅花针结合电脑中频治疗带状疱疹 14 例	
临床观察	385
用炙麻黄治疗慢支肺气肿	387
耳穴划痕治疗银屑病	387
狭窄性腱鞘炎小针刀切割及鞘内药物	
封闭治疗 105 例体会	388
肩周炎的综合治疗	389
蠲痹汤加味为主治疗肩关节周围炎	390
50 例颈椎病手法治疗的体会	392
手法推拿治疗急性腰扭伤 100 例	393
推拿松解加刮痧治疗肩关节周围炎 30 例	394
颈椎病患者自我疗法	395
运用中医少阳证治愈 2 例慢性胆囊炎	396
“双苏汤”治疗鱼刺扎伤的体会	397
“疣方”内外兼治扁平疣 36 例疗效观察	398
桂枝、防风、羌活、红花、酒、醋外敷	

治疗面神经麻痹.....	399	影响大黄泻下效力的几个因素.....	416
针刺拔罐封闭治疗坐骨神经痛的体会.....	399	青蒿的真伪鉴别.....	418
治疗闪腰岔气的特效方.....	400	人参的药理作用与煎服方法.....	418
治疗肾结石验方.....	401	浅谈蜂蜜的药用价值.....	419
穴位埋线治疗慢性胃炎 30 例疗效观察	401	清石油治疗 I°— II° 烧烫伤 100 例体会	420
穴位穿刺埋线治疗胃病附 60 例疗效观察 ...	402	中西医结合治疗周围性面神经麻痹	
复方青黛丸与乐肤液治疗银屑病.....	403	60 例观察	421
扩注刮浴法治疗肛裂 200 例临床体会.....	404	中西医结合治疗毛细支气管炎 30 例	
竹车利尿饮（自拟方）治疗痔瘕术后		临床观察.....	422
尿潴留有奇效.....	405	中西医结合治疗肺心病急性发作患者	
蝮蛇抗栓酶治疗动脉硬化性脑梗塞		40 例观察	423
15 例临床观察	406	中西医结合治疗小儿急性肾炎体会.....	425
蛇毒抗栓酶 II 号治疗脑血栓疗效观察.....	407	中西药结合外用治疗各种皮肤病.....	425
复方丹参治疗肺心病急性发作 25 例		中西医结合治愈糖尿病性坏疽 1 例.....	426
疗效观察.....	408	中西医结合治疗胆道蛔虫病 50 例临床	
浅谈中药工作中潜在的几个问题.....	409	分析.....	427
中药姜制的沿革初探.....	410	中西医结合治疗外阴白色病变 5 例.....	430
应注意区分易于混淆的中药.....	412	中西医结合治疗小儿肺炎的临床观察.....	430
浅谈中药霉变、虫蛀的防治.....	414	维生素 B ₁ 、B ₁₂ 足三里穴位注射治疗术	
目前中草药使用的几种混乱情况及其		后肠通气 6 例探讨.....	431
对策.....	415		

一、卫生管理

浅谈市场经济条件下的乡镇卫生院院长工作

随着社会主义市场经济体制的发展与完善,作为连结县、乡、村三级医疗网的枢纽——乡镇卫生院,进入了一个竞争时期。如何适应市场经济发展,使卫生院发展壮大,从而达到“2000年人人享有初级卫生保健”的战略目标,卫生院院长起着决定性的作用。如何造就一大批德才兼备的跨世纪的优秀院长?笔者就乡镇卫生院院长面临的工作困境和应具备的工作素质谈点粗浅看法。

1 乡镇卫生院院长面临的工作困境

1.1 工作责任大。在群众眼里,院长是当地医疗卫生技术的权威;在院内职工中,院长是他们的领路人。院内工作大至贯彻党的路线、方针、政策和卫生系统的法律法规及医疗预防卫生管理,小至调节人际关系,都要由院长去管。乡镇党委政府一有突击性工作任务,也要抽院长去参加。院长的工作量大,时刻责任在身。

1.2 工作苦,待遇差。一是工作繁忙,压力大。工作起来千头万绪,样样都必须有院长亲自抓、亲自干。二是工作条件差。乡镇卫生院一般离县城较远,交通不方便,子女上学、就业难,房屋破,有时连生活用水、照明都成困难。三是设备简陋。绝大多数院长都是从医疗第一线提拔上来的业务骨干,院长的医术代表着该院的医疗水平。但医技科室跟不上,有的卫生院连X光机都没有,医疗水平也难以提高。

1.3 卫生事业经费投入不足。有的乡镇领导认为卫生院是营利性的,每天都有经济收入,因此无端克扣卫生事业经费。有的卫生院拨款不到人头工资的30%,其余都靠单位弥补,工资发不出,职工找院长,院长工作就被动。

2 卫生院院长应具备的素质

2.1 选拔和任命的卫生院院长,必须符合“革命化、年轻化、知识化、专业化”的原则要求。

2.2 院长是改变一个卫生院面貌的主要带头人,他的决策水平、精神面貌、进取精神、工作作风对该卫生院具有很大的影响。因此卫生院院长要思想解放、不满足现状、有进取心,能胜任院内外的各项工作。懂业务、会管理,有与市场经济相适应的竞争意识、机遇意识、超前意识,还要有一定的创新精神。

2.3 组织领导能力要强。市场经济条件下,卫生院在竞争中求生存,在信誉中求发展,经济效益能否上去,关系到本院职工的切身利益,这就要求院长具有较强的组织能力和领导才能,掌握必要的市场经济和现代管理知识。有敢闯、敢试、敢冒险的精神,在群众中具有较强的号召力和影响力。

2.4 院长还必须具有吃苦在前、享受在后、只讲贡献、不求索取的精神,能正确处理国家、集体、患者、家庭之间利益的关系。一手托“四家”,为了党的工作、病人的康复,甘于自我牺牲和奉献。

(李传玉 张树芳)

乡镇卫生院面临的困境及解决对策

乡镇卫生院“吃不饱”的现象，是近几年来一个值得关注、亟待解决的问题。究其原因是多方面的，其要害问题是医疗质量。随着农村经济的发展，乡镇卫生院已渐渐不能满足农村对医疗保健的新要求。一是随着农民物质文化生活水平的日益增长，人们要求治病时间短，医疗质量高，医院条件好，而乡镇卫生院的现有医疗状况满不了农民的要求。二是乡镇、村工业造成严重环境污染，而乡镇卫生院缺乏这方面的专业医疗技术。三是农村疾病谱发生变化，乡镇卫生院却没有及时随着疾病谱的演变而进行技术更新。四是实行计划生育后，优生、优良和搞好独生子女疾病的防治，已是农民关心和最迫切要求解决的问题，而乡镇卫生院缺乏治疗小儿科疾病的专业人才。综上所述，各乡镇卫生院只有逐步改变“小而全”的结构形式，发挥各地的优势，集中力量开办小型有特色的专业科室，才能解决“吃不饱”的问题，满足农民对医疗卫生的要求。

乡镇卫生院要发展具有特色的小型专科，需要有适宜的医疗建筑、较高的医疗技术和先进的医疗设备，其首要问题是医疗技术。只有采用先进的医疗技术才能取得最佳疗效。但是由“小而全”向“小而专”的发展过程中，关键在于使“专”字的医疗技术处于领先地位。要使技术从落后变为先进，大体上应采取三种形式：

1. 从本单位实际出发，发挥现有的医疗技术优势，开办拳头项目，逐步建立起适应现实要求的医疗技术开发体系。具体做法：一是访贤，收集经过临床验证确有显著疗效的单、验秘方；二是充分发挥有一技之长医务人员的作用；三是总结医疗实践经验，筛选出最优医疗技术。这些问题主要依靠自力更生来实现，是乡镇卫生院所应采取的一种主要方式。

2. 建立小型专科乡镇卫生院如单纯依靠自己的力量难以实现，应根据需要与可能，适当引进人、技术、项目、设备也是完全必要的。但是引进项目、设备的同时，不仅要熟练的掌握使用、管理、维修等技术，而且要具有适应性、先进性、新颖性、效益性。切忌不经考察和论证，盲目引进，致使引而不全，进而无用，造成损失。

3. 乡镇卫生院搞医疗联合体除在经济上互惠互利外，在形式上可采取多种多样，更主要是通过这种联合，传播新技术，培养人才，帮助建立专业科室，推动农村基层卫生单位向医疗技术专业化方向发展。

以上三条各有特点，而且相互作用。在运用这些方式时，要立足现在，面向未来。专业科室的振兴必须依靠科学技术进步、不断的进行技术改造和更新换代。专业科室应该随着疾病谱而更改新的专业科室。设立专业科室应保持相对稳定，如果没有相对的稳定，会导致“专”而不精。因此在工作中要注意：

- (1) 创办小型专业科室，要正确贯彻多层次、多渠道、多形式集资办医的方针。各地在创办小型专业科室中，要坚持以乡镇卫生院的原有卫生资源（即房屋、设备、资金、人才）为基础，实行多方集资。如争取乡政府和各级卫生行政资助，争取行政村或专业户提供资金，也可以动员厂矿企业供给资金、房屋、设备同乡镇卫生院联合举办，以为专科医院或专业科室提供先决条件。

- (2) 培养、发展大批人才，促进技术进步，提高医疗质量，不断取得医疗新成果。

- (3) 为方便农民就医看病，减少病人的开支，各地乡镇卫生院开办专科应具有一个共同的特点：方法简便，疗程短，疗效高。从而改变病人从农村到城市医院诊病的流向，节省农民的劳动时间，缓解城市看

病难、住院难的问题。从经济观点看,这样既可节省到大城市医院看病的往返和食宿费用,又可减少医疗费。

乡镇卫生院开办专科的难度比较大,究其原因:其一,有的地区或单位,名义上进行改革,实际上还是延用过去的老章法。经济预算实行鞭打快牛,收入多的少拨款,收入少的多拨经费,在人事上照样是干部坐“铁椅子”职工端“铁饭碗”;在奖金分配上基本上还是同吃“大锅饭”。结果仍然存在干多干少、干好干坏一个样的弊端,缺少开发技术进步的动力。其二,有的地方和单位领导,虽然认识到搞专业化的好处,但总觉得单位房屋差、资金少、无人才、缺器械,好事无力办,产生等待观望思想。其三,有些卫生部门的领导,认为自己含辛茹苦好几年经营起来的医院,在同级医院中居领先地位,能担负一般医疗水平,用不着设医疗专科,从而因循守旧不求进取。因此,各地乡镇卫生院要解放思想,根据不同情况,因地制宜,开展适合本地区的小型专业科室,以解决目前面临的困境。

(贺凤喜 赵文霞 马占龙)

由旺镇乡村医生队伍现状调查分析与职业教育对策

乡村医生的数量、质量、结构和管理,直接影响着初级卫生保健工作的实施与落实,和村级卫生组织的发展。为了解乡村医生的现状及存在的问题,以寻求解决问题的可行途径,笔者调查了云南省施甸县由旺镇全镇的16个办事处卫生室及42名乡村医生,结果如下。

1 资料来源与方法

本调查均以1984~1994年由旺镇乡村医生档案资料为主,采用“乡村医生现状调查表”,通过召开乡村医生会及走访乡村医生个人,逐项的进行意向调查。

2 现状分析

由旺镇1994年在岗乡村医生共42人,其中女乡村医生16人(3个办事处卫生室无女乡医),平均每千人口拥有乡村医生1.115人(42/37665)。通过调查分析,发现该镇乡村医生队伍存在以下几个问题:

2.1 乡村医生数量相对不足。表现在每千人口拥有乡村医生数(1.115‰),低于国家建设标准(2‰);

2.2 乡村医生素质较低。据调查:无学历者占28.572%,无职称者占16.67%(见附表);

2.3 乡村医生年龄偏高。在被调查的42名乡村医生中有18名为50岁以上的,占42.86%;

2.4 乡村医生结构不合理。一是学历结构不合理,无学历者较多(28.572%)。二是职称结构不合理。表现在初级职称,即乡村医生与医师职称人员之比为1:0.09375,无职称人员占乡村医生总数的16.67%。三是女乡医较少。据调查:有3个办事处卫生室无女乡医,对当地妇幼保健工作、妇女常见病防治,特别是对新法接生及孕产妇系统工作的开展存在一定的困难,应引起有关部门重视并加以研究解决。

3 对策与建议

3.1 进一步加强对村卫生室人员的配备和乡村医生队伍的建设。动员和鼓励初、高中应届毕业生到正规卫校培训2~3年,取得中专学历以后上岗。认真把好乡医选拔关,保证上岗一人合格一人,并按照国家规定,每500人口配备一名乡村医生,其中每卫生室配备一名女乡村医生。建议有关部门制定出相应的政策,采取有效的措施,大力发展集体办医,推动集资医疗,保证乡村医生的正常工作。严格控制无学历人

员进入村卫生室。

3.2 进一步加强在岗乡村医生的管理及再教育。对无学历的乡村医生,在未调整前,必须大力开展以岗位培训为主的职业教育,鼓励参加函授学习,或推荐到省、地、县以上医疗单位进修,同时做好一月一度的乡级例会学习,以提高乡村医生队伍的整体素质。建议有关部门对各级各类在岗的乡村医生进行分期、分批、有计划、有步骤的培训,以保证乡村医生业务技术的提高。定期对乡村医生的工作及理论知识进行考核评估,评定工作时应与职称挂钩,适当增加乡村医生主治医师的比例,以调动其积极性。

3.3 对年龄偏高的乡村医生,国家应制定出适当的退休政策。据调查,我镇的42名乡村医生中有18名在50岁以上,占42.86%。这些乡医年龄偏高,难以担任本村的卫生防疫及初级卫生保健工作任务,与医学模式的转变不相适应。因此,笔者认为:国家应建立乡村医生退休制度,对达到退休年龄的乡村医生应给予退休,同时建议有关部门设置乡村医生养老保险基金,每年定期对退休的乡村医生给予适当的退休基金补助,以保证生活。

附表 由旺镇乡村医生学历、年龄、职称构成比(%)

学 历	人 数	%	年 龄 (岁)	人 数	%	职 称	人 数	%
中专生	5	11.904	<25	3	7.14	医师	3	7.14
高中生	2	4.762	25~	10	23.81	医士	32	76.19
初中生	23	54.762	40~	11	26.19	无职称	7	16.67
无学历	12	28.572	≥50	18	42.86			
合 计	42	100		42	100		42	100

(李金全 杨续国 谢美华)

关于强化湖区乡村医生继续医学教育的几点建议

微山为一半农半湖业的县,西北东南狭长,南北长约120公里,人口居住分散,交通不便,群众就医诊病困难。大部分乡村医生还是六七十年代仅经短期培训走向从医道路的,知识普遍陈旧老化,满足不了农民对医疗保健的需要。再加上社会上一些不良因素的影响,乡村医生一般不愿意外出进修培训深造,致使知识无法更新,业务素质明显落后于农村经济的发展,不适应当前医疗卫生事业发展的需要。

因此,为实现2000年人人享有初级卫生保健这一战略目标,发挥乡村医生在湖区的作用,提高他们的业务素质,是当前乡村医生继续教育的重要课题。本文就湖区乡村医生的继续教育问题谈几点建议。

1 加强领导,建立县乡村医生再培训中心

乡村医生的继续医学教育必须有强有力的组织保证。可在县卫生局的直接领导下,以县卫校为理论教学基地,联合县医院、妇幼保健院、防疫站,建立一个有组织管理、技术实力较强和有实践基地的乡村医生培训中心。卫生行政部门应就此制订切实可行的“法规”,以保证他们接受再教育。

2 建立乡村医生再培训目标的可行性

乡村医生再培训目标可以多样化,但最终还是要从2000年人人享有初级卫生保健的实际需要出发,充分体现针对性和灵活性,使乡村医生的继续医学教育持久健康地发展。那么,如何才能体现出目标的可

行性?笔者认为:

2.1 从湖区乡村医生的目前状况上看,必须培训具有湖区特色的不同乡镇地区中不同业务水平的乡村医生人员。在办学培养期间,坚持以理论学习和临床实践为培养手段,学以致用,学用结合,不断提高湖区乡村医生的业务能力,从而达到人人享有初级卫生保健服务的目的。

2.2 从湖区特殊的地理环境看,湖区面积范围广,人口居住分散、湖上流动性大,对乡村医生的培训,可采取分期分批轮训或定期组织集训的办法。在培训周期上,可2—3年为一周期。对每次培训时间的长短,可依不同乡镇地区中乡村医生工作年限的多少,所受教育的程度、业务水平的高低,综合分析得出结论。例如:县驻地周围农业乡镇的乡村医生可半天在岗服务,半天时间集中到培训中心进行培训数月;远离县城的农业和湖上作业的渔业乡镇的乡村医生,可脱岗集中到培训中心连续培训数周乃至数月。总之,一定要突出投资少、周期短、见效快、质量高的湖区办学特点,真正达到提高他们实际工作能力的目的。

3 从实际出发,制定教学计划,选择培训教材

没有计划就达不到培训的目标,没有教材就会使目标落空。乡村医生的继续教育是一种办学形式,其教学模式和系统教育的传统模式不同,所以,在教学计划的制订和教材的选择上,要注意知识性、科学性和实用性。在组织实施中,要树立“大卫生”观念,针对基层需要培养预防、医疗、保健等专业人材。理论教学要拟定各学科医学基础知识,做到预防、医疗、保健一体化,进行系统讲授。实践部分要用理论指导实践,实现全方位高质量的整体服务。

总之,笔者认为目前湖区乡村医生队伍人员的素质与时代的要求很不相称,继续教育到目前为止仍未建立一个统一的规范化、制度化的进修再培训程序,尚属薄弱环节。面对新的形势,应有新的举措。根据我县湖区固有的特点,要尽快拿出一个办学方案或探索治学的路子,进行有目的、有计划、有步骤的安排,并切实抓紧抓好。这样,湖区乡村医生的素质一定会大有提高,2000年人人享有卫生保健的宏伟目标也一定能够实现。

(杨列重)

村级防保组织工作现状调查分析

村级卫生防保工作是我国卫生事业的重要组成部分,村级防保组织是落实农村防保工作的基础。加强村级防保组织的建设是实现“2000年人人享有卫生保健”的保证。为更好地发挥村级卫生防保组织的作用,我们对天津市西青区村级防保组织的现状进行了调查分析,并就存在的问题提出一些解决的对策供大家参考。

1 调查方法和对象

本次调查采用自填式问卷方法,对本区145个自然村发出问卷145份,回收109份,回收率75%。对收回的问卷随机抽取10%进行核实,其填写情况可信。

2 调查结果

2.1 社区状况:我区位于天津市西南部,呈扇形分布。全区人口总数约30万,其中农业人口占70%。全区有9个乡镇,各乡镇均有医院或卫生院;145个自然村,各村均有卫生所。

2.2 村卫生所状况:所调查109个村的卫生所,一般有房屋1~3间,94%的卫生所为集体办医,各卫生

所均有专人负责预防保健工作。尚有部分卫生所有合作医疗制度。详见表1。

表1 村卫生所一般情况

房屋(间)			主要设备			办医性质		防保工作		合作医疗	
1	2	≥3	冰箱	高压锅	X光机	集体	个体	专人管	兼管	有	无
18	16	75	7	88	5	102	7	4	105	48	61

2.3 乡村医生状况: 109个村共有乡村医生265名,从医年限最短两年,最长达30年。他们是经过短期培训上岗的,并且经过考试领取了乡村医生证书。还有部分乡村医生经学习达到了大专水平。多数乡村医生除从事医疗工作外,还兼做防保工作或兼做计划生育工作。乡村医生年收入一般在3000元至7000元之间。其收入来源有三种情况:(1)由村发放工资,医疗收入归集体。(2)由村发放误工补贴,医疗收入归自己。(3)村里没有任何补助,其医疗收入归自己。不管哪种情况,乡村医生收入多数低于同村后勤人员的收入。详见表。

表2 村级防保人员情况

性 别		年 龄		职 称			文 化 程 度					从事医疗年限		
男	女	20~	30~ 40~ 50~	卫生员	医士	医师	小学	初中	高中	中专	大专	5~	10~ 15~ 20~	
148	117	18	58 128 61	12	199	54	20	99	19	82	45	34	41 34 156	

2.4 防保工作情况: 1994年全区共发生甲、乙类传染病548例,发病率为176/10万。儿童计划免疫建证率达100%。各疫苗接种率分别为婴儿麻疹疫苗99.8%,麻疹疫苗98.89%,卡介苗99.6%,百白破疫苗98.7%。四苗完全接种率达95%以上。

3 存在问题及对策

3.1 村卫生所建设滑坡: 在党的把医疗卫生工作重点放到农村去的方针指导下,三十年来,特别是改革开放以来,我区各村卫生所建设取得了长足进展,基本情况是好的。到1992年,全区卫生所99%达到了甲级卫生所要求。但近年来某些村领导不同程度地放松了对卫生所的管理。其表现在:(1)减少了对卫生所的投入。按照甲级卫生所的要求,每个卫生所应有三间房屋,但目前已有三分之一的村卫生所不足三间房屋。部分卫生所缺少高压消毒设备,仍用锅蒸煮水煮方式消毒。(2)乡村医生报酬偏低。约有75%的乡村医生工资低于同村后勤人员工资。(3)卫生所集体办医性质日趋不稳。村卫生所出现了台医不合药,乡村医生轮流看病,个体行医等多种办医形式。已有10%的卫生所成为个体办医性质,更有甚者一个村同时存在几个卫生所。其解决对策有:(1)加强村卫生所的管理,制定统一的政策,村领导要有专人负责卫生所的工作,必要时采取行政手段维护集体办医,对只行医看病不做预防保健工作的乡村医生收取防保基金。(2)适当增加对村卫生所的资金投入,每年可以从村提留中提取一定比例的资金用于改善卫生所的办医条件和预防保健条件。(3)提高乡村医生的报酬。对于集体办医的卫生所,乡村医生报酬一般应与副村长相当。

3.2 乡村医生人才潜在危机。我区乡村医生队伍总体上是优良的。大部分乡村医生是六七十年代经过培训上岗的,素质较高。他们当中95%的人获得了乡医证书,其中20%还获得了医师职称。尽管如此,这支乡村医生队伍仍存在潜在危机。其主要表现有:(1)年龄老化,30岁以下的年轻乡村医生仅占6.8%,而40岁以上的占到70%。(2)新上岗的乡村医生部分未经正规培训,出现了不经任何部门同意让子女“顶替接班”的家庭世袭现象。(3)基础文化偏低,尚有7.5%的乡村医生文化程度在初中以下。其解决的对策有:(1)建立乡村医生培训基地。对初上岗者进行基础培训,对已上岗者进行定期轮训,使其不断

更新知识,适应防保事业的发展。(2)区卫生学校开办乡村医生班,培养较高质量的乡村医生人才。(3)鼓励村民自费到医学院校学习,学成后服务于农村。

(刘树森 姜广起)

三亚市重建农村合作医疗的难点及对策

三亚市(原崖县)70年代初全面实现农村合作医疗,每个大队均设合作医疗站,多数生产队配有赤脚医生,执行“预防为主”的卫生方针,提供“合医合药”的医疗保健服务,方便农民就医,深受广大农民的欢迎。十一届三中全会特别是海南建省以后,三亚市农村经济发展很快,农民生活不断提高,但由于合作医疗的解体,导致一些农民因病致贫和边远农村农民看病难以及防保工作落空。如1981年—1988年三亚市爆发了3次登革热大流行。正反面经历证明:合作医疗是保障农民健康的法宝,重建合作医疗势在必行。

1 重建农村合作医疗的难点

1991年三亚市尝试重建了部份管理区的合作医疗,因存在难点不及时克服,面临再次解体。难点是:

- 1.1 对重建合作医疗认识不足。(1)部分干部认为合作医疗是吃“大锅饭”,对兴办合作医疗积极性不高;(2)实行家庭联产承包责任制后,合作医疗基金筹集困难,乡村干部存在畏难情绪;(3)基层干部担心向农民收集合作医疗费用被扣上“乱摊派”、“增加农民负担”的帽子,工作缩手缩脚;(4)一些富裕农民认为合作医疗是低层次的医疗服务,对重建合作医疗兴趣不大。
- 1.2 合作医疗集资渠道不畅、管理不善。(1)乡村企业弱小,集体筹集的资金没有固定来源;(2)市(乡镇)财政列支的卫生事业费中没有合作医疗补助费;(3)合作医疗制度不健全,管理混乱。
- 1.3 乡村医生队伍“一少二差三不稳定”。(1)三亚市有乡村医生163人,平均每千个农民仅占有0.47个乡村医生;(2)乡村医生普遍业务素质差,大部分未经过系统专业培训,多是“自学成才”或跟师边干边学,既无学历又无职称,技术水平低,难以胜任医疗、预防、保健工作;(3)乡村医生报酬偏低且不大有着落,不安心工作,弃医经商,改医务农,队伍很不稳定。
- 1.4 乡镇卫生院发展滞后。卫生院的工作用房不足,医疗设备简陋,技术层次结构不合理,科室设置少,管理跟不上,难以担负培训乡村医生的任务和接受合作医疗转诊的病人。
- 1.5 部分农民对合作医疗持疑虑观望态度。(1)乡村医生诊疗水平低,部分农民对合作医疗不信任。(2)年青力壮的农民担心参加合作医疗“吃亏”而不合作。(3)不少农民担忧合作医疗经费乱用或报销不合理,犹豫不决。

2 对策

重建农村合作医疗,不是简单地恢复传统的合作医疗模式,而是要大胆地把改革机制引入合作医疗制度中,改革不合理的因素,改集体投资为主为农民集资为主,改无偿服务为有偿服务,改乡村医生报酬由集体固定支付为与工作实绩挂钩。

- 2.1 充分认识到农村合作医疗的重要性。合作医疗对农村经济乃至整个社会经济的发展有重要的影响,是“2000年人人享有初级卫生保健”的重要内容。市、区、乡、各级政府要把合作医疗纳入本地区社会发展规划,列入任期目标责任制,统一给予合作医疗政策扶持,把重建合作医疗当作是农民办好事来抓。