

预见性护理指引在骨科护理中的应用效果

陈秀丽

(江苏省泰州市人民医院骨科 江苏泰州 225300)

摘要: 目的: 探讨骨科护理中预见性护理的效果。方法: 随机选取我院骨科自 2020 年 1 月至 2021 年 3 月接受治疗的 72 名患者, 分为对照组和观察组, 给予前者患者常规的护理, 后者则给予预见性护理指引。一段时间后, 对两组患者的数据结果进行分析比较。结果: 数据显示, 观察组各项数据均优于对照组 ($p < 0.05$) 结论: 预见性护理指引具有一定的临床推广价值。

关键词: 预见性护理指引; 骨科; 应用效果

骨科疾病是临床中常见疾病的一种, 骨科患者由于长期承受身体疼痛的折磨, 难免会产生消极情绪, 这些消极情绪会对临床治疗效果造成影响, 甚至会引发其他并发症。研究表明, 预见性护理指引可以有效地缓解骨科患者焦虑抑郁等情绪, 从而优化患者的护理疗效。本文对预见性护理指引进行分析, 分析对比得出结果, 现有如下报道。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

组别	n	男性(例)	女性(例)	平均年龄(岁)
观察组	36	19	17	41.4±1.3
对照组	36	25	11	42.7±1.4

通过比较得出, 这两组患者的一般资料无统计价值 ($P > 0.05$)^[1]。

1.2 方法

对照组行常规护理, 观察组预见性护理。详细内容有: ①患者入院后需要先对其身体进行全面诊断, 针对骨科患者的特点和诊断结果制定手术方案, 为患者的手术做好万全准备。护理人员需要对患者进行细致入微的看护, 每天认真观察并记录患者的病情变化。手术前帮助患者进行卧床排泄训练。术前为防止异物阻塞气道, 护理人员需协助患者练习深咳。手术前为防止患者在手术中发生呕吐而造成收入性肺炎甚至阻碍呼吸, 一般要求患者在手术前禁水禁食 6-12 小时^[2]。②患者的情绪对其身体健康的恢复也十分重要, 护理人员需要通过聊天等方式深入了解患者在治疗期间的心理变化, 让患者保持良好、乐观的心态, 可以带患者出去呼吸一下新鲜空气, 聊聊患者有兴趣的话题转换一下患者的情绪。另外, 还要让家属意识到陪伴的重要性, 让患者从陪伴中感受到温暖, 从而更加有信心、更积极地度过治疗阶段。③住院期间患者要把握好睡眠时间, 以促进病情尽快恢复。另外, 患者的饮食健康也要得到保障, 可食用含钙量高的食物, 以防止骨质疏松。手术后适当地进行运动, 可以减小患者的通气障碍, 使肺部减少感染, 加快下半身血液流动, 防止肌肉力量减弱, 恢复肠胃正常工作, 促进饮食。护理人员要每天为患者清洁皮肤和被褥, 防止出现压疮。护士对患者进行护理时需严谨、无菌地操作术后留置尿管^[3]。还有一点也非常重要, 就是要做好病床、病房的安全防护, 避免发生二次伤害。要保证患者有一个安静、卫生的病房环境。④手术后的康复与骨科手术同样重要, 但目前很多患者及家属会忽视这一环节, 认为其意义不大, 这是不正确的。就比如骨科手术是建造一栋公寓, 地基已经打好了, 建造的牢不牢固, 漂不漂亮, 能否安全居住关键在于患者后期的康复阶段。若患者按照要求积极进行康复锻炼, 他会住上最漂亮、最牢固、最安全的公寓, 若患者敷衍了事, 不对自己负责, 那他只能住在一个普通且安全没有保障的公寓。因此术后康复必须得到重视。刚开始患者的运动强度不要过大, 要在医护的协助下进行, 逐渐地可以借助支架等工具进行锻炼并延长活动时间, 以便更快地恢复健康。当然, 如果是病情比较严重、身体还很虚弱的患者则不建议太早进行活动。

1.3 判定标准

1.3.1 焦虑及抑郁评分

根据 1971 年华裔教授 Zung 编制的焦虑自评量表 (Self-Rating Anxiety Scale, SAS) 对患者的焦虑情况进行评估。这是以 1965 年编制 Zung 抑郁量表 (Self-rating depression scale, SDS) 即 4 级评分的自评量表为原型来评估患者抑郁情况。

1.3.2 护理满意度

通过填写我院自制的满分为 10 分的《护理满意度评分问卷》进行评分。

1.3.3 并发症发生率

统计两组患者术后并发症的发生率, 并发症包括但不限于: 压疮、感染、下肢静脉血栓。

1.4 统计学方法

使用 SPSS21.0 统计, 计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 及 (%) 表示, 采用 χ^2 检验。

2. 结果

2.1 两组患者 SAS, SDS 评分比较

两组患者 SAS, SDS 评分比较结果如表 1 所示。

表 1. 两组患者 SAS, SDS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	SAS		SDS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36	69.72±3.31	50.12±5.51	0.71±0.23	0.52±0.35
对照组	36	67.25±3.29	56.21±5.03	0.73±0.35	0.57±0.31
χ^2	-	1.758	13.956	1.489	10.269
P	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者的护理满意度对比

经研究, 患者间护理满意度具有较大差别 ($P < 0.05$) 见表 2。

表 2 两组骨科患者的护理满意度对比 (n/%)

组别	n	特别满意(例)	比较满意(例)	不满意(例)	满意度(%)
观察组	36	19 (52.77%)	14 (38.88%)	3 (8.33%)	91.66%
对照组	36	8 (22.22%)	11 (30.55%)	17 (37.77%)	52.77%
χ^2	-	9.123	11.458	10.258	10.730
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者并发症发生率对比

护理干预后, 观察组患者并发症的总发生率明显较对照组低 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者并发症发生率对比 (n/%)

组别	n	压疮	感染	下肢静脉血栓	总发生率(%)
观察组	36	1	0	1	5.55%
对照组	36	3	4	1	22.22%
χ^2	-	10.134	11.489	9.877	9.369
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

预见性护理即护理要具有前瞻性, 防患于未然。也就是说护士在对患者基本情况有一个初步了解的基础上, 用超前思维预先推测护理中可能出现的问题, 以便问题真正发生时能够及时、有效地应对。预见性护理使得护理工作能够更顺利地展开, 让护士充分发挥其自身的价值, 对工作的积极性大大提高。一名优秀的护理人员在技术和思维上要有更高的要求, 要知道“于不疑处有疑, 方为进矣”, 要不耻下问, 在实践中积累经验。本文通过对 72 例骨科患者进行随机分组研究, 研究发现, 护理人员通过术前、治疗期间以及术后康复阶段对患者进行细致入微的协助与看护, 对患者的病情变化有一定的积极作用。护士在手术前帮助患者进行一系列的术前练习, 可以有效防止患者术中意外情况的发生。在住院期间, 护理人员要注意患者的睡眠和饮食状况, 以促进病情尽快恢复。护理人员要处理好患者的个人卫生, 还应保证患者病房的安全、干净、卫生。术后协助患者进行康复锻炼, 一开始强度不要过大, 逐渐地可以借助支架等工具进行锻炼并延长活动时间, 如果是病情比较严重、身体还很虚弱的患者则不建议太早进行活动, 以免影响身体的恢复。从研究数据中我们可以清晰地看到, 观察组护理疗效与对照组相比有了很大的提高^[4]。

综上所述, 预见性护理指引具有一定的临床推广价值。

参考文献:

[1] 田新芳. 预见性护理指引在骨科护理中的应用分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(37):204+206.
 [2] 陈希. 预见性护理在骨科护理中的应用效果[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(25):71+74.
 [3] 徐敏. 预见性护理指引在骨科护理中的应用效果评价[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(53):329+331.
 [4] 陈静. 预见性护理指引在骨科护理中的应用效果[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(01):136.

一例 TIPS 术后迟发性胆道出血的诊疗与护理

史文 俞曦 单小航

(南京中医药大学附属南京医院(南京市第二医院)肝病科)

摘要: 本文分享一例经颈静脉肝内门体静脉分流术(TIPS)治疗门静脉高压症(EGVB)患者术后罕见胆道迟发性出血的阶梯式诊疗和护理。经过实践得出:阶梯式诊疗和护理对于 TIPS 术后罕见迟发的胆道出血有指导意义,临床如发生该症状时可借鉴,便于迅速排除其它干扰,可有效提高治疗效率和患者满意度。

关键词: TIPS; 门脉高压; 胆道出血; 阶梯式疗法; 护理

自 30 年前首次应用于临床以来,经颈静脉肝内门体分流术(transjugular intrahepatic portosystemic shunt,TIPS)通过国内外众多的临床实践已成为治疗门静脉高压(EGVB)相关并发症的常用治疗手段,对于肝硬化合并上消化道出血患者,TIPS 术初期止血成功率 $\geq 95\%$,具有操作简单、疗效显著、恢复时程短等优点[1-2]。虽然该项技术已经非常成熟,但是由于患者个体差异等因素临床上仍然会出现相对应的并发症,这些并发症多出现在围手术期。其中胆道出血的并发症一般常规出现在手术中,但本例患者出现在术后 5 天,为迟发性的出血,较为罕见。本文现对一例 TIPS 术后罕见的肝内胆管迟发性出血的治疗和护理进行总结报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 患者,男,年龄:63 岁 婚姻:已婚 病史摘要:患者 1 月前无明显诱因出现腹胀不适,上腹为主,进食后加重,伴面黄,尿黄,食欲及食量明显下降,偶有恶心,无呕吐,至当地医院就诊,彩超提示:肝大,门静脉内低回声,血栓形成可能。胆囊壁水肿,主胰管扩张。脾大。腹腔积液。后于当地市人民医院住院治疗,诊断“肝硬化失代偿期”,发现门静脉血栓形成,予以抑酸护胃,保肝,利尿、补充蛋白、利伐沙班等治疗后腹胀好转出院,3 天前患者突发便血,后出现意识不清,由亲属发现后送医,2022-05-20 入院后大便转黄,意识逐渐好转。诊断已明确:肝硬化失代偿期。治疗方案定于 2022-06-14 行经颈静脉肝内门-腔静脉分流术(TIPS)+食管-胃底曲张静脉栓塞术(SEVE)+肝动脉造影+中心静脉置管术。术后一般情况可。在 2022-06-19 患者突发上腹部剧痛,持续疼痛阵发加剧,患者伴有恶心呕吐症状,但未见呕吐物。

2 诊断及治疗

2.1 初步诊断及处理措施 当班医生从患者当时的症状出发,考虑可能出现 1、TIPS 常见术后并发了消化道出血的可能。2、出现心脏方面的疾病。3、原有上腹部不适恶心呕吐的症状因进食不当出现急腹症。4、胰腺炎。考虑以上四种可能,医生给与了对应的检查一一排除。患者当时的阳性体征表现:急腹症、高血压、恶心呕吐。查血报告示:血液分析(分院)+CRP(全血):C-反应蛋白: $<10.0\text{mg/L}$,超敏 C-反应蛋白: 3.85mg/L ,白细胞: $8.87 \times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞百分比:77.3%,中性粒细胞绝对值: $6.86 \times 10^9/\text{L}$,红细胞: $2.59 \times 10^{12}/\text{L}$,血红蛋白: 84g/L ,血小板: $124 \times 10^9/\text{L}$,血清淀粉酶测定:淀粉酶: 270U/L ,电解质+肝功能+肾功能:总胆红素: $36.6\mu\text{mol/L}$,直接胆红素: $22.3\mu\text{mol/L}$,白蛋白: 28.8g/L ,谷丙转氨酶: 33.5U/L ,谷草转氨酶: 91.4IU/L ,谷氨酰转氨酶: 67.2U/L ,碱性磷酸酶: 88.0IU/L ,尿素: 12.47mmol/L ,肌酐: $220.0\mu\text{mol/L}$,急诊心衰:B 型尿钠肽测定: 188.70pg/ml ,急诊心肌酶谱:肌红蛋白: 112.00ng/mL ,CK-MB: 0.90ng/ml ,肌钙蛋白: 5.900pg/mL ,凝血功能检测:凝血酶原时间: 15.0 秒,凝血酶原活动度: 74.2% ,心电图示:窦性心律。判断:患者有血红蛋白下降指征但并未出现呕血和黑便的症状,暂排除 TIPS 术后常见并发症:门静脉高压引起的食管胃底静

脉曲张破裂引起的出血。心肌酶谱化验指标也相对较好,心电图提示窦性心律正常范围,排除心脏疾病。血清淀粉酶提示正常,排除突发的急性胰腺炎。患者神志清楚,自诉未进食坚硬难消化食物,排除因进食不当引起胃肠绞痛等急腹症。当即初步方案给与患者胃肠减压、硫酸镁稀释液静脉滴注止痛、生长抑素稀释液静脉泵入止血、护胃、补充 B 型阳性红细胞悬液,血浆等对症处理。

2.2 阶梯式进一步诊断及治疗 二线班医生建议给与患者全腹部增强 CT,见胆管密度增高,胆总管稍扩张,胆囊炎表现,根据患者胃肠减压出现少量暗红色胃内容物,考虑 TIPS 肝内胆管损伤。消化科会诊:胆管损伤的并发症一般出现在术中较多,不属于常规 TIPS 术后并发症。该次并发症发生在术后第 5 天,属于迟发症状,更为罕见。基于精准医疗的方向,还应找出该不良症状的根源对症治疗,才能从根本上治疗疾病。经医疗组讨论后:立即予以停止抗凝、止血、胃肠减压、抑酸护胃,解痉止痛,抗感染等治疗。患者有 ERCP(指经内镜逆行性胰胆管造影术)手术指征:肝内外胆管扩张,胆管内絮状回声(血凝块)。患者无手术禁忌症。定于 2022 年 06 月 21 日行 ERCP 术,术中明确胆道梗阻情况,同时造影明确是否存在胆瘘、血凝块可能,明确诊断。为解除梗阻必要时需置入支架、导管,术后监测生命体征,观察有无腹痛,发热,出现术后胰腺炎等。由于判断及时,处理方法得当,在初步药物控制出血、呕吐、腹痛的基础上进一步 ERCP 留置鼻胆管负压引流胆道内出血及分泌物的治疗方案解决了患者胆道梗阻的问题。患者治疗后恢复较好,于 2022 年 7 月 1 日出院。

3 护理诊断及措施

3.1 初步常规护理诊断及措施 护理诊断:1、疼痛与局部出血或感染刺激神经有关。措施:询问患者进食情况、反复腹痛位置疼痛类型、疼痛程度、持续时间,判断是非进食引起的急腹症、疼痛程度 NRS 评分为 6-7 分;给与患者持续心电监测,生命体征尚好;及时汇报医生患者病情协助医生判断患者疼痛的原因;遵医嘱使用止痛药物,动态观察用药后效果,给与 NRS 评分为 2-4 分,及时反馈医生。2、有勿吸的风险与患者强烈的呕吐感随即发生呕吐体位不当有关。措施:抬高患者床头,给与患者取仰卧位且头偏向一侧;引导教会患者呕吐方式,一旦呕吐,防止发生误吸不良症状;遵医嘱用药,及时给与患者对症护胃止吐药物处理,缓解不良症状,动态观察用药效果及时反馈;遵医嘱给与患者胃肠减压减少胃内容物的潴留,促进排空;协助指导清理口腔及呼吸道分泌物,讲解目的并施实。3 潜在并发症:加重出血的危险、窒息的危险、肝昏迷的可能与患者病情变化急腹症伴凝血功能差、呕吐症状以及肝门静脉建立直通关系引起静脉回流血中血氨含量升高有关。措施:严密监测患者生命体征、神志、呕吐情况、意识状态,判断患者病情变化状态,给与及时的护理预判诊断和护理措施;遵医嘱及时正确使用止血、抗昏迷、泵入硝酸甘油稀释液降血压药物,动态观察用药效果,及时反馈;胃肠减压、留置导尿管的护理、心理护理。

(下转第 57 页)

综 述

生,严格要求各个医院按规章制度施行档案管理机制。确保档案格式之后才能快速的分类、找寻、使用,才是档案信息化建设的最终目标。

2.3 加大乡镇医院的建设力度

优化乡镇医院的基础条件,对网络、电、计算机等基础设备进行乡镇普及化,提升乡镇的医务人员个人素养、医疗水平,让乡镇医护人员现代化、年轻化。但是此举需要相应的资金支持,目前难以出具有效合理的改善方式。

2.4 提升乡镇现代化、小康化的发展速度

现代农村环境下的乡镇医院难以实施档案信息化建设的根本原因是乡镇建设过于落后,而乡镇落后是资金不够充足和人口流失问题导致的。我国的国土面积过大,乡、村、镇之间距离过远,加上经济集中化、人才人口集中化导致乡镇建设无法达到预期的进度和速度。大型城市近郊的乡镇现代化发展较快,基础民生设备也比较普及,吃得起饭,用得起电。而较为偏远的乡镇经济基础较差,与现代化社会脱节严重,道路甚至没有修缮,出入都极为不便。加上当地居民思想较为落后,经济较为拮据,没有用电、用水、看病等基础的经济条件。而往往这样比较穷困的乡镇,总会出现数十个周围乡镇公用一个卫生招待所的状况,卫生招待所的资源还极为短缺,只能治疗一些头疼脑热的小病,遇到了稍微大一点的病症除了推荐去大城市治疗,就只能让当地居民在家等待死亡。而大部分居民并没有去大城市看病的本金,形成恶性循环。因此应加快乡镇发展速度,提升乡镇居民生活水平,增加乡镇医院的建设,医疗设备的更新,医护人员的数量,才能让档案信息化有用武之地,才能让乡镇有能力建设信息化档案管理。

总结:乡镇医院档案信息化建设是一个社会问题,很难有明确的短时间内的改进方案。乡镇人口流失导致乡镇无法现代化、无法信息化。

(上接第49页)

3.2 急腹症确诊为 TIPS 术后迟发胆道出血,给与阶梯式精准的护理诊断及措施 护理诊断:1、密切观察患者出血症状的发展,查看胃肠减压及鼻胆管引流物颜色、量、性状,判断患者疼痛的变化,及时反馈。2、定时监测患者生命体征,意识、判断止血、护胃、抗感染、抗昏迷药物使用后患者不良症状缓解。3、指导患者床上踝泵运动,防止深静脉血栓的形成。4、指导患者谨慎活动、翻身、解大便勿太用力防止加剧出血症状。5、安抚患者不良情绪,给予心理护理。

4 讨论

研究表明[3-4],与内镜及联合药物治疗相比,TIPS 手术治疗 EGVB 具有较低的失败率和死亡率,且早期治疗效果更佳,TIPS 术后并发症的发生开始成为临床关注的重点。有研究者表明在不完全统计下 293 例肝窦阻塞综合征(hepatic sinusoidal obstruction syndrome,HSOS)行 TIPS 治疗术发生胆道出血的死亡率为 3%^[5]。由于临床中未发现术后胆道出血死亡率的统计数据,因此,参照类似病症 TIPS 治疗术的胆道出血发病的死亡率,医疗组更需警惕初步药物治疗缓解不良症状后隐藏的根本原因。只有更进一步的精准的诊疗才能解决患者反复出现的腹痛、呕吐、胃肠减压少量出血的症状。阶梯式的诊疗和护理为该不良症状出现后治疗的重点所在。所以该病例中迟发性 TIPS 术后胆道出血的并发症在医护联合救治下得到了及时、有效的控制,保障了 TIPS 术的治疗效果,达到了预期降低门静脉压缓解上消化道出血和顽固性腹水的目标。

乡镇基础建设导致乡镇医院档案信息化建设的难度大大增加。大城市的人口聚集导致医护人员的紧缺,在大城市的医护人员都紧缺的社会背景下,乡镇医院的建设也显得捉襟见肘。而培养医护人员、增加乡镇建设又因为乡镇数量巨大,面积甚广需要大量的资金作为基础。较为发达、经济基础较好的近郊乡镇,当地居民出现比较大的症状时都选择去城市的大型医院看病、治疗,而落后的乡镇又没有建设信息化档案的必要和能力。种种交叉着的复杂原因造成了当今乡镇老龄化严重、社会结构脱节的困境,乡镇医院档案信息化建设的用处也无法发挥,目前只能解决近郊发达乡镇的问题,对于我国庞大基数的乡镇来说不过九牛一毛,因此档案信息化现在处于能用的人用不上,没有的人用不着的尴尬地位,想要有妥善的改良方式,需要从社会结构开始层层递进,注定是一个短期无法实现的目标。

参考文献:

- [1] 吴博艺. 5G 技术在医院档案信息化管理中的应用[J]. 兰台内外, 2020(17):1-3.
- [2] 薛亚妮. 医院档案信息化建设存在的问题与策略[J]. 冶金管理, 2020(7):247-248.
- [3] 逯建恒. 医院档案信息化管理与电子病历管理信息系统[J]. 电子技术与软件工程, 2021(19):180-181.
- [4] 陈佳强. 大数据背景下医院档案信息化建设分析[J]. 办公室业务, 2020, 0(2):94-94.
- [5] 白亦霆. 基于云计算的医院档案信息化管理系统设计[J]. 中国高科技, 2020(10):50-51.
- [6] 王登辉. 基于新医改背景的医院档案信息化管理措施[J]. 黑龙江档案, 2022(1):220-222.

综上所述,阶梯式诊疗和护理展现了一定的治疗水平,提高临床治愈率,达到良好的治疗预期效果。该病例 TIPS 术后的罕见并发症在临床诊疗、护理的联合治疗中提供了较好的参考,希望对临床类似并发症的处理有所提示,提高患者的治愈率,降低死亡率。

参考文献:

- [1] IBRAHIM M, MOSTAFA I, DEVIÈRE J. New developments in managing variceal bleeding[J]. Gastroenterology, 2018, 154(7): 1964-1969. DOI:10.1053/j.gastro. 2018.02.023.
- [2] 张晓丰, 张 玮, 于之源, 等. 经颈静脉肝内门体分流术后分流道失功再通肝硬化患者预后影响因素分析[J]. 临床肝胆病杂志, 2020, 36(2):338-342. DOI:10.3969/j.issn.1001-5256.2020.02.021.
- [3] 郑晖, 黄兢姚, 黄宁, 等. 治疗食管胃底静脉曲张出血预后影响因素分析[J]. 中国介入影像与治疗学, 2019, 16(5): 270. 274.
- [4] 关玉龙, 孔德润, 张乐, 等. 经颈静脉肝内门体支架分流术和内镜下组织胶注射术治疗胃底静脉曲张破裂出血的远期疗效比较[J]. 中华消化内镜杂志, 2018, 35(2): 105. 109.
- [5] 涂晶晶, 等. 肝窦阻塞综合征患者行经颈静脉肝内门体分流术后死亡原因分析[J]. 临床肝胆病杂志, 2020, 36(12):2751.2752.

作者简介:史文 女 本科 主管护师 南京中医药大学附属南京医院(南京市第二医院)肝病科

探索专科联盟：跨地区合作的医疗创新

熊炜

(蚌埠医学院第一附属医院 安徽蚌埠 233000)

摘要：专科联盟建设是医疗卫生改革中的一个重要方向，可以优化医疗资源配置、提高医疗水平、降低医疗成本、提高患者满意度。本文主要从专科联盟的建设背景角度入手，讲述了专科联盟的概念和发展历程，介绍了专科联盟的组成形式和建设步骤，分析了专科联盟的优势和挑战，以及未来前景。专科联盟将在医疗服务领域发挥更积极的作用，为提高人民健康水平和促进医学发展贡献力量。

Abstract: Specialty alliance construction is an important direction in the reform of medical and health care, which can optimize the allocation of medical resources, improve the level of medical care, reduce medical costs, and increase patient satisfaction. This article mainly discusses the concept and development of specialty alliances from the perspective of construction background, introduces the composition and construction steps of specialty alliances, analyzes the advantages and challenges of specialty alliances, and explores their future prospects. Specialty alliances will play a more active role in the field of medical services, contributing to the improvement of people's health and the promotion of medical development.

关键词：专科联盟、双向转诊、医疗创新、整合资源、医疗协作

一. 建设背景

随着医疗技术的不断创新和发展，医疗服务已经不再局限于单一的医院或医生，而是涉及到跨地区、跨领域的医疗协作。专科联盟不仅可以整合资源，提高医疗服务的质量和效率，还可以促进医学研究的合作和进步，为患者提供更好的医疗服务。

近年来，随着医疗服务需求不断增加，医疗资源配置不均问题日益突出，尤其是在医疗服务不发达的地区，专科医疗服务短缺已成为一大问题。这些问题都在不断地推动着专科联盟建设的发展。一方面，医疗资源分布不均的问题是专科联盟建设的动力。各地区的医疗资源存在较大差异，这种医疗资源分配不均导致了大量患者无法获得及时有效的医疗服务。另一方面，部分医疗机构缺失专科医疗服务。由于一些高端技术的复杂性和高投入性，普通医院难以承担某些专科医疗服务，而专科医院数量相对较少，远不能满足市场需求。专科联盟的建立能够使医疗资源得到充分的利用和流动，同时能够提高医生间的交流和协作，加速技术的推广和应用。当前医疗资源配置不均和专科医疗服务短缺问题已经成为推进专科联盟建设的动力，同时也是专科联盟建设需要解决的问题。

二. 发展历程

专科联盟是指为解决特定疾病或医疗卫生问题而组成的医疗机构的联合体。

专科联盟的发展自上世界 90 年代，当时美国的医院开始成立专科联盟，目的是整合各医院的资源。随着时间的推移，专科联盟的模式逐渐得到推广和应用，并在全球范围内形成了一个庞大的联盟网络。目前，世界各地的医院、医生和研究机构都在积极地组建专科联盟，以实现更好的医疗服务和医学研究成果。在中国，专科联盟的发展也呈现出快速的趋势，越来越多的医院和医生开始加入专科联盟，并在各领域进行协作和合作。

专科联盟目前是处于快速发展期，全球范围内已经形成了庞大的联盟网络。在中国，随着医疗服务的不断升级和医疗技术的不断创新，越来越多的医疗机构开始建设专科联盟，以提升医疗服务的质量和效率。未来，专科联盟的趋势是持续发展和创新。随着医疗技术的不断进步，专科联盟将更加注重数据共享和信息交流。同时，专科联盟也将更加关注患者的需求和体验，提供更加专业的医疗服务。此外，随着跨境医疗的发展，专科联盟也将越来越注重跨国合作。

专科联盟是为了解决现有医疗资源配置不均、专科资源缺乏等问题，通过建立横向和纵向的合作关系，打破原有的医疗资源壁垒，实现资源共享和优势互补，提升医疗服务的水平和质量。具体来说，专科联盟建

设的目的有：1. 提高专科医疗水平。专科联盟的建立可以聚集各地区专科医疗资源，甚至可以通过远程医疗的形式互相连通，取长补短，提高医疗服务水平。2. 专科联盟可以通过相互间科研合作，促进医疗技术的创新。3. 优化医疗资源配置。专科联盟可以通过联盟内资源共享、协同合作等方式，缓解医疗资源不均的问题。4. 降低医疗成本。专科联盟可以通过联盟内携手合作等方式，降低医疗成本，提高医疗效率。特别是在药品采购、设备购置等方面。5. 建立专业技术交流平台。专科联盟可以打破各地区之间的壁垒，实现医疗机构之间的交流合作。这不仅可以提高医疗技术的创新和应用，也可以为医生的专业发展提供更好的平台和机会。

三. 组成形式：

专科联盟的组成形式可以分为以下几种：

(1) 由一家区域内较强的医院组建专科联盟。这种模式一般是由具有一定规模和实力的医院发起组建，通过招募具有一定实力和声誉的专科医生组成专科联盟，提供优质的医疗服务。这种模式最常见，并且是最多的专科联盟组成形式。

(2) 多家医院联合组建专科联盟。这种模式是由多家医院联合组建专科联盟，实现资源共享和优势互补。多家医院可以根据各自的实力和特长组成联盟，提供更加全面的医疗服务。

(3) 由专业团体或专业协会组建专科联盟。这种模式一般是由专业团体或专业协会发起组建，汇集全国范围内的专家和医疗机构，打造一流的专科联盟。这种模式具有较高的学术性和权威性，可以促进学术交流和技术创新。

四. 建设步骤：

(1) 确定联盟的成立目标。专科联盟的建立应该围绕具体的医疗需求，确定联盟的成立目标，设定联盟的具体职能。

(2) 确立管理架构。根据专科联盟的医疗需求，结合自身的医疗资源，确立专科联盟的管理架构，例如专科联盟的理事长、秘书长、常务理事等职务和职务具体工作内容。并且形成专科联盟的章程和协议。

(3) 建立交流合作机制。建立专科联盟内部的交流合作机制，完善专科联盟成员各自的工作内容，确立交流合作的渠道。

(4) 建立专科联盟。通过会议或者学术活动的形式，召集有意向加入专科联盟的各种医疗机构和学术团体，组建专科联盟。

(5) 质控和完善。建立专科联盟后，应定期对其进行质控，确保联盟的长期稳定运行。

五. 优势

(1) 改善医疗资源分布不均；专科联盟的建设会显著改善医疗资源