

凉山州放射诊疗管理现状调查分析

帅伟俊

中图分类号: R8125 文献标识码: C 文章编号: 1004-714X(2008)04-0419-02

【摘要】 目的 调查凉山州放射诊疗管理现状,分析原因,探讨管理策略,为卫生行政部门的监督管理提供依据和技术支撑。方法 收集、调查 2006—2007年凉山州各级放射诊疗工作单位办理《放射诊疗许可证》情况资料并进行整理分析。结果 凉山州辖区内现有放射诊疗工作单位 122个,《放射诊疗许可证》办证率 31.25%。结论 凉山州放射诊疗管理现状亟待改善,卫生行政部门应该加强监管力度。

【关键词】 放射诊疗;现状;调查

《放射诊疗管理规定》^[1]自发布并于 2006 年 3 月 1 日起施行已经二年,按照该规定的管理分类,从县级以上卫生行政部门到省级卫生行政部门应根据放射诊疗机构开展的放射诊疗工作的诊疗风险和技术难易程度分级进行管理。为了解凉山州放射诊疗管理现状,为卫生行政部门的监督管理提供依据和技术支撑,对凉山州辖区内 17 个县(市)现有放射诊疗工作单位办理《放射诊疗许可证》情况进行调查分析,报道如下。

1 对象和方法

对至 2007 年 12 月 31 日止,凉山州现有开展放射诊疗工作的医疗单位,按照放射诊疗管理规定的分类办法,分别调查应在相应的县级卫生行政部门、州(地)级卫生行政部门、省级卫生行政部门办理《放射诊疗许可证》的情况。对获得的调查资料,分别统计应在相应的各级卫生行政部门办理放射诊疗许可的单位数。根据调查、统计情况,分别进行分析,以了解凉山州放射诊疗管理现状。

2 结果

2.1 放射诊疗工作单位 凉山州辖区内 17 个县(市)现有开展放射诊疗工作的单位共 122 个,均开展 X 射线影像诊断工作。其中既开展 X 射线影像诊断,又开展放射治疗、介入放射学、核医学工作的 1 个单位;同时开展 X 射线影像诊断和核医学工作的 3 个单位。其分布见表 1。

2.2 办证率 目前凉山州辖区内放射诊疗工作单位办理《放射诊疗许可证》的办证率只有 31.25%。除州(地)级卫生行政部门外,在全州 17 个县(市)中仅有 6 个县(市)卫生行政部门开展了部分工作,其余 11 个县(市)尚未开展对放射诊疗工作单位的放射诊疗方面的管理。县(市)级放射诊疗工作单位 41

表 1 凉山州放射诊疗工作单位分布

单位	X射线影像诊断	核医学	放射治疗	介入放射学
州(地)级	6	2	1	1
县(市)级	41	2		
区镇级	49			
乡级	5			
私立	11			
厂矿	10			
合计	122	4	1	1

个,占全州放射诊疗工作单位数的 33.61%。区镇级放射诊疗工作单位 49 个,占全州放射诊疗工作单位数的 40.16%。二者合计占全州放射诊疗工作单位数的 73.77%。即应办理《放射诊疗许可证》的县(市)、区镇级放射诊疗工作单位占全州放射诊疗工作单位数的三分之二以上。见表 2 凉山州开展放射诊疗工作的医疗单位中,开展放射治疗、核医学工作的单位均没有办理相应的放射诊疗许可。区镇级开展 X 射线影像诊断工作的医疗单位中也均没有办理相应的放射诊疗许可。

表 2 凉山州办理放射诊疗许可情况

单位	X射线影像诊断			核医学			放射治疗			介入放射学		
	应办	已办	%	应办	已办	%	应办	已办	%	应办	已办	%
州地级	6	6	100	2	0	0	1	0	0	1	1	100
县市级	41	23	56.10	2	0	0						
区镇级	49	0	0									
乡级	5	0	0									
私立	11	4	36.36									
厂矿	10	6	60.00									
合计	122	39	31.96	4	0	0	1	0	0	1	1	100

注:四项合计应办 128 已办 40 总办证率 31.25%。

3 讨论

(1)按照开展的放射诊疗工作的诊疗风险和技术难易程

作者单位:凉山彝族自治州疾病预防控制中心,四川 西昌 615000
作者简介:帅伟俊(1950~),男,四川乐山市人,副主任医师,从事放射卫生工作。

为突出的是血液学分析方面具有相当的能力,但其他设备市级以下医院数量较少,县级医院就更少。且政府经费投入很少,制约了各级医院尤其是县级医院的设备购置。

4 讨论

从调查结果来看,全省医疗机构各级、各单位公共卫生应急预案体系基本建立。医疗机构专业队伍以市级以上为主,具备一定核和辐射应急医学救援能力和事故处理能力。核和辐射现有设施和设备基本满足日常检测工作。基于上述分析体会如下:一是争取更多政府支持。建立突发公共卫生事件专项经费制度,充分保障核和辐射等公共卫生事件应急机制的运

行。二是加强专业队伍建设。在医疗机构专业队伍主要是以临床救治为主,但在重大突发公共卫生事件中人员救治是由我们医疗机构来承担的,因此,医疗救治人员除有娴熟的临床救治技能外还需要具有一定的公共卫生知识,其关键在于加强各级医院核和辐射应急救护知识的培训,适应突发事件应急需要。三是加大设施建设力度。适当购置核和辐射应急检测设备、防护装备和洗消设施等,有条件的市级以上医院应建立或加大血液和烧伤科室,县级医院应积极培训部分医护人员,熟练掌握血液和烧伤病人的诊断治疗。四是进一步加强医院应急管理体系。制定切实可行的核和辐射应急预案,通过演练,提高现场医疗救治方面的应急处置能力。

度进行分级管理,开展放射诊疗工作活动的,除应具备与其开展的放射诊疗工作相适应的场所、设备、人员等条件,还应经所在地县级以上卫生行政部门的放射诊疗技术和医用辐射机构许可。即医疗机构开展放射诊疗工作,应按照开展的放射诊疗工作类别向所在地相应的卫生行政部门提出申请,取得《放射诊疗许可证》并办理相应的诊疗科目后方可从事许可范围内的放射诊疗工作^[2]。

(2)按照目前开展的放射诊疗工作的诊疗风险和技术难易程度,凉山州辖区内放射诊疗工作单位应分别向县级卫生行政部门、州(地)级卫生行政部门、省级卫生行政部门申请办理《放射诊疗许可证》。但是,由于宣传、贯彻执行、监管力度不够,这一工作目前开展缓慢,多数医疗机构特别是区镇级医疗机构在未取得《放射诊疗许可证》的情况下仍然在开展工作中。

(3)在调查中发现,有的卫生行政部门在办理和校验《医疗机构执业许可证》时不审查医疗机构是否取得《放射诊疗许可证》,仍然将医学影像科目批准和核准到诊疗科目内。这除了卫生行政部门审理不严外,也与卫生行政部门内部的协调有关。办理《放射诊疗许可证》的是卫生监督科负责,而办理《医疗机构执业许可证》的是医政科。部门之间各行其事,不能相互配合。

(4)按照开展的放射诊疗工作,在同时开展 X射线影像诊断、核医学、放射治疗时,应当向省级卫生行政部门申请办理《放射诊疗许可证》。但凉山州同时开展 X射线影像诊断、核医学、放射治疗的医疗机构均未取得省级卫生行政部门颁发的《放射诊疗许可证》而仅持有州卫生行政部门的批准的只有 X射线影像诊断和介入放射学的《放射诊疗许可证》。这与有关医疗机构的相应条件不具备、不符合办理程序规定的要求的条件有关。对这些医疗机构,卫生行政部门应按照法定的职责去进行监管,督促他们改进,不允许这些医疗机构在无证情况下仍然开展相关工作。

(5)县级卫生行政部门不能主动开展放射诊疗管理的原因,主要是考虑其所管理的医疗机构如要按照规定办理,就要承担检测、评价费用。上一级卫生行政部门对下一级卫生行政部门在放射诊疗管理方面的工作只局限于转发文件,不能做到真正的落实、监督、检查。

(6)笔者认为,要认真贯彻并执行好《放射诊疗管理规定》除了医疗机构领导需要加强学习管理规定、主动申请办理外,关键在各级卫生行政部门要按照法律、法规的要求,认真执法,严格执法。积极开展监督。对不按照规定办理《放射诊疗许可证》和无证开展放射诊疗活动的,应该坚决查处。当然,医疗机构毕竟多数属于卫生行政部门所管辖的下属部门,放射诊疗活动的管理,在目前这种管理机制下,从某种意义上说就将代表国家行使的行政执法降低到还是属于部门内部管理的范畴,这也是卫生行政部门在管理中存在的误区从而导致无法认真进行监督、管理,尤其在县级卫生行政部门是普遍存在这种现象。

(7)《放射诊疗管理规定》中的有些条款的要求,在实施时存在一定的操作难度,与实际工作不相符,如在我州基层医疗机构从事 X射线影像诊断的放射工作人员,多数都不具备“专业的放射影像医师”这一执业条件。他们中有从事西医、中医和药剂的或者持有其他类别的执业医师证,能够开展放射影像专业是通过进修学习而获得的,均没持有“放射影像医师执业医师证”。由于地处边远艰苦山区,放射专业人员很不容易分配去,这一现象在比较长的时间内还很难有所改变,但基层医疗机构又特别需要开展 X射线影像诊断。如何结合实际情况开展好放射诊疗管理适当放宽准入条件,这值得决策部门考虑。

参考文献:

[1] 卫生部令第 46号,放射诊疗管理规定 [S]. 2006

[2] 卫生部,放射诊疗许可证发放管理程序 [S]. 2006

(收稿日期:2008-04-24)

【工作报告】

不典型急性硬膜下血肿的 CT征象分析

黄绍权, 龙海丹, 叶 军, 苏建伟

中图分类号: R814.42 文献标识码: D

典型急性硬膜下血肿易于诊断,不典型硬膜下血肿由于其密度、形态、部位不典型,以及影像医师经验不足、重视不足易于漏诊、误诊,抽取我院发现的 35例非典型硬膜下血肿的影像及临床资料,进行分类分析。

1 资料与方法

35例外伤患者,男 27例,女 8例,年龄 1~74岁,平均年龄 34岁。车祸伤 23例,坠落伤 7例,打击伤 5例;扫描前,16例恶心呕吐,10例有不适感,3例昏迷,6例无症状。

使用美国 GE公司 HiSpeed NX螺旋 CT扫描,0.8 s,120 kV,150 mA扫描从听眶线至顶部,层厚 5 mm,层距 5 mm。常规窗宽 70 HU,窗位 40 HU在操作界面上,观察外伤患者 CT图像时,均要求适当调节窗宽窗位。

2 结果

35例 CT平扫后确诊的不典型急性硬膜下血肿,治疗后复查,血肿均吸收。①血肿密度的改变:血肿密度不均匀 4例。②血肿形态不典型:血肿呈梭形 7例,较薄的弧形 5例。③血肿引起脑室的改变:血肿引起同侧脑室扩大 4例。④血肿位置

的变化:血肿位于小脑幕 8例,大脑镰 7例。⑤合并症:合并硬膜外血肿 4例,挫裂伤 9例,蛛网膜下腔出血 8例。因年轻医师经验不足漏诊 11例,审核报告时经窗宽窗位调节均被发现。

3 讨论

3.1 不典型急性硬膜下血肿病理机制 急性硬膜下血肿发生于硬膜囊与蛛网膜下腔之间,在外力作用下,头部产生突然的加速或减速时,不同组织结构或器官的速度差异,静脉窦的链接部或桥静脉在剪切力作用下被撕裂,血液进入硬膜下腔^[1]。不典型急性硬膜下血肿密度不均匀由于蛛网膜破裂,脑脊液通过破口进入硬膜下与血液混合或稀释血红蛋白所致^[2,3];血肿呈梭形,系活动出血未及时散开,而形成对脑组织的压力所致;血肿呈薄薄的弧形或较小的新月形,由于出血量较少而形成^[4];血肿同侧脑室扩大,由于同侧室间孔迅速被挤压所致。不典型急性硬膜下血肿位于小脑幕、大脑镰,颅脑外伤后由于颅内压迅速增大使小脑幕、大脑镰偏移,导致静脉窦或桥静脉破裂^[5],多见于颅脑损伤较重患者,常合并有外血肿、挫裂伤、蛛网膜下腔出血。

3.2 典型急性硬膜下血肿 CT表现 不典型急性硬膜下血肿密度的改变,在 CT上颅骨内板下表现为高低混合密度的新月形影;血肿形态改变,其 CT表现为血肿临近颅骨部位与对侧