

新闻速递

我院召开全员大会 暨迎接青岛市卫健委三甲预评审工作 再动员大会



▲ 韩方希讲话



▲ 牛建一讲话

7月8日，我院组织召开7月份全员大会暨迎接青岛市卫健委三甲预评审工作再动员大会。创办人、院长韩方希，执行院长牛建一，副院长方政慧、金讯波，党委副书记、副院长明艳，院长助理马建群、鞠桂芳出席。大会由牛建一主持。

韩方希在讲话中指出，经过三个多月的全力奋战，全院员工思想意识有了进一步提高，尤其是对三甲医院评审的必要性、重要性和迫切性有了更加深刻的认识。在三甲迎准备工作中，全院各科室齐心协力，加班加点，涌现出了众多先进科室和优秀个人，充分展现了青滨附院人的精神风貌。

韩方希强调，全院上下一定要充分理解医院发展与个人成长之间的关系，一定要树立医院与个人是利益和命运共同体，是权利和责任共同体，是发展和进步共同体的意识。医院发展更好、平台更大，在这个平台上的每个人都能更具认同感、自豪感和归属感，同时也能有更大的进步空间和更多的发展机遇。因此，每个人都应该用积极的态度，扎实的工作和平常心来面对即将到来的预评审，从现在起，要重视每一项工作，向最好的方向努力，做最坏的打算，以“潮起海天阔，扬帆正当时”的信心和决心，以三甲医院评审为契机，不断完善各项诊疗流程，提高医疗服务质量。

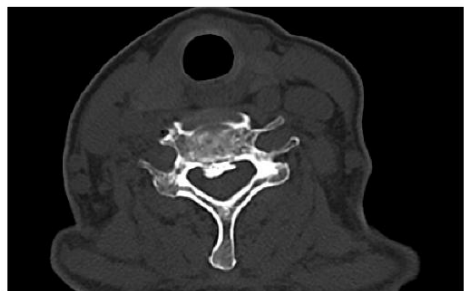
牛建一在总结讲话中对三甲评审过程中的一些重点问题和重要事项进行了强调。他指出，医院的后续发展与每个人的发展前景息息相关。现在，三甲医院评审的号角已经吹响，全院上下都应该做好充分的准备，在自己的工作岗位上做到精益求精，争取为医院三甲评审增光添彩。

接连为高龄老人完成复杂颈椎手术 我院颈椎病治疗再突破！

近日，骨科团队接连为两位高龄老人实施复杂颈椎手术，标志着骨科在处理复杂颈椎病手术治疗方面有了新的突破，同时也为我院在颈椎病的规范化诊疗方面增添了新的解决方案。

72岁的王奶奶颈肩部疼痛十年了。最近一段时间，王奶奶的“老毛病”明显加重，反复的颈肩部剧烈疼痛让老人痛苦不堪。为此，王奶奶在家属的陪同下来到我院骨科住院治疗。

入院后，医生为王奶奶完善相关检查后发现，其C5-C7椎间盘突出伴椎管狭窄，后纵韧带钙化，遂诊断其为混合型颈椎病。骨科医师团队根据王奶奶的情况综合评估后认为，王奶奶颈椎间盘突出，后纵韧带钙化等多因素导致的颈管狭窄是引起患者颈部反复疼痛的关键，最好的办法就是行手术治疗。



术前CT示颈椎椎管狭窄
后纵韧带骨化严重

王奶奶C5/C6椎体退变严重，后路手术对解除椎管压迫效果不佳。为了能够充分减压，骨科医师团队与家属耐心沟通后决定为老人行颈前路椎体次全切除术。

术中，骨科医师团队采取全麻下切除椎间盘，椎体次全切，刮除软骨面，随后放置钛笼植骨方案。开口、钝性分离达椎体前方、定位透视明确减压椎体、切除病变椎间盘、刮除相对软骨面、制备植骨床、置入钛笼和钛板……过程中，医师团队凭借精湛的技术，用颈前右侧一个6cm的弧形切口，成功为王奶奶实施了手术。



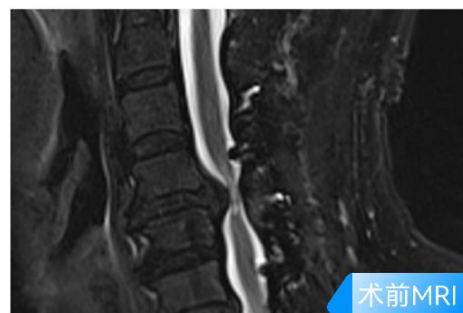
植入钛笼、钛板后DR

无独有偶，同样72岁高龄的赵爷爷也在骨科医师团队的精心诊疗下，摆脱了长达数年的四肢麻木的困扰。



术前DR

赵爷爷患双足麻木4年多，双下肢、双手麻木也有2年多了。3年前，赵爷爷在外院行颈椎手术治疗，术后间断口服药物治疗，但四肢麻木的症状一直没有明显缓解。为此，赵爷爷在家属的陪同下来到我院寻求进一步治疗。



术前MRI

经诊断，赵爷爷为脊髓型颈椎病。经完善检查和综合评估，骨科医师团队决定为赵爷爷实施“全麻下颈椎前路颈5椎体次全切除+椎管探查减压+植骨融合内固定术”。术后，赵爷爷四肢麻木的症状消失。为此，赵爷爷和家属还特意送了锦旗表达感谢。



植入钛笼、钛板后DR



科室动态

精准破局 重获“肝”净 我院介入医学科成功完成业界“天花板”手术

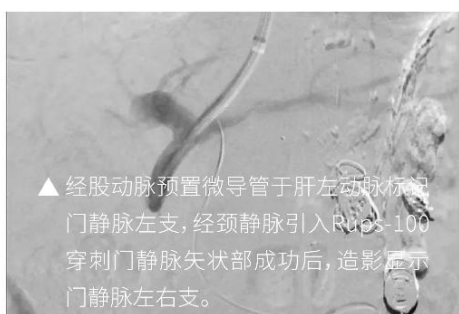
近日，介入医学科尹智伟医师团队成功为一名肝硬化、门脉高压致反复上消化道出血患者实施“经颈静脉肝内门体静脉分流术（TIPS手术）”，开启了该院门脉高压症微创治疗的新篇章。

63岁的吴大叔半年前因间断黑便于当地医院就诊，医院以“食管静脉曲张破裂出血”收住院并行“内镜下曲张静脉套扎术及经皮胃冠状静脉栓塞术”。由于此次手术为非根治性手术，近日，吴大叔在家属的陪同下来到我院介入医学科寻求根治。

接诊后，介入医学科主任、主任医师尹智伟第一时间为其完善相关检查。吴大叔上腹增强CT示其肝硬化、门脉高压、脾大，血分析显示三系减少。根据病情，尹智伟主任医师决定为其实施“经颈静脉肝内门体静脉分流术（TIPS手术）”。考虑到吴大叔白细胞 $1.28 \times 10^9/L$ ，血小板 $8.00 \times 10^9/L$ ，血红蛋白 $81g/L$ ，消化内科主任、主任医师郭威首先对其进行了升白细胞和血小板等对症治疗，待其具备手术条件后再行手术。

经颈静脉肝内门体静脉分流术（TIPS手术）是通过在肝内门静脉与肝静脉之间建立一条人工分流道，将部分门静脉血液引流到体循环中，从而降低门静脉压力，保证肝脏的正常灌注和功能，降低肝硬化引起的食管胃底静脉曲张的血流灌注，对门静脉高压导致的食管胃底静脉曲张破裂出血、顽固性胸腹水等达到根治性治疗目的。此项技术被业界誉为介入手术中的“天花板”。

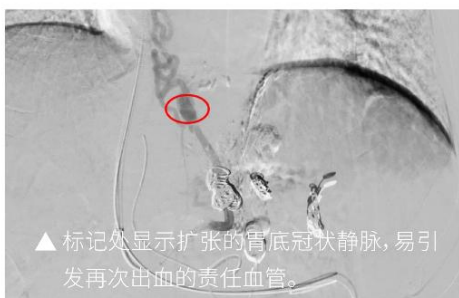
吴大叔肝中静脉距离门静脉非常近，手术操作难度极大。尹智伟医师团队在青岛大学附属医院介入医学科主任王松的指导下，成功为吴大叔实施了手术。整台手术历时102分钟。术中，吴大叔全程清醒无痛，仅颈部及腹股沟有2个小针眼。术前门静脉压力为48mmHg，术后门静脉压力降为26mmHg，下降46%，患者无黑便等不适。术后吴大叔白细胞 $8.05 \times 10^9/L$ ，血小板 $65 \times 10^9/L$ ，血红蛋白119g/L，脾功能亢进明显好转，手术效果显著，当天就能进流食，第二天即可下地活动，术后五天顺利出院。



▲ 经股动脉预置微导管于肝左动脉标记门静脉左支，经颈静脉引入RUCS-100穿刺门静脉矢状部成功后，造影显示门静脉左右支。



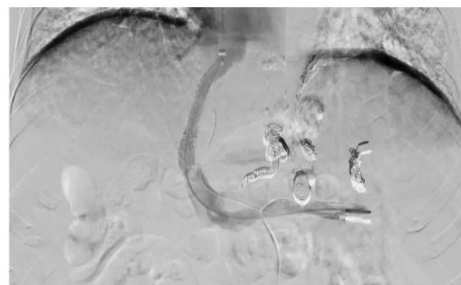
▲ 经脾静脉造影显示，显影血管丰富，提示门静脉高压，仍有一条胃冠状静脉显示，门静脉压力为48mmHg。



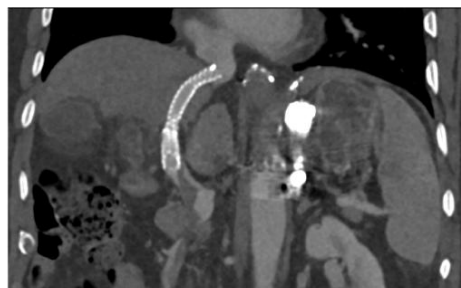
▲ 标记处显示扩张的胃底冠状静脉，易引发再次出血的责任血管。



▲ 对胃底冠状静脉进行可控弹簧圈栓塞后，植入TIPS专用支架8mm×6cm/2cm Viatorr覆膜支架，然后引入8mm×80mm球囊扩张导管进行后扩张。



▲ 术后脾静脉造影显示，门静脉显影血管显著减少，提示门静脉压力下降，胃底冠状静脉栓塞密实，门静脉支架近端位于“漏斗”区，门静脉压降至26mmHg，下降46%。



▲ 术后上腹部CT增强扫描冠状位重建示：TIPS支架位置良好，管腔通畅。

此例TIPS手术的成功开展，不仅填补了医院在该项高精尖技术领域的空白，更充分彰显了介入医学科团队在复杂血管介入治疗方面的雄厚实力和勇于攀登技术高峰的决心，也为医院诊治门脉高压症及其危重并发症增添了一件强有力的“武器”。

新标出台，不仅是评审规则的升级

来源：健康报 作者：孙 梦

写在前面

6月10日，国家卫生健康委发布了《三级医院评审标准（2025年版）》，时隔两年半再次更新医院评审国标。新版《标准》的出台，让医院评审这一在我国探寻摸索了近40年的“老”制度，有了最新的“施工图”。

起源于上世纪80年代末期的医院评审制度，是我国医疗卫生事业管理的核心制度之一。几十年来，对于推动各级各类医院锚定功能定位、筑牢底线思维、提升能力水平、激活发展动能具有重要作用。因其重要性及与医院发展的切实相关性，医院评审的一举一动，始终牵动行业目光。而作为医院评审的具体实施方案，每一次发布的医院评审新标，都是当下及之后一段时间医院发展的“风向标”。

那么，新版《标准》透出哪些“风向”？要回答这个问题，我们或许要从评审新标的显著变化中看端倪。

强化功能定位，明确“提级办医”。新版《标准》首次明确“省市级政府办医主体”原则——三级公立医院原则上应当由省、市级政府举办，少数经济发展水平高、人口基数大的县，可以由县级政府或与地市级政府共同举办。这一针对性极强的规定，直击医疗管理资源碎片化沉痾。通过三级医院举办职责和建设要求的调整，进一步提升省、市区域统筹能力，有望从根本上重构区域医疗体系，避免出现部分县级政府“小而全”的低效投入和管理能力不足的局面。这一规定绝非简单的行政分权，而是通过治理层级的升维，匹配功能定位的升级——让三级医院真正成为疑难重症的“终结者”，真正回归“十大功能”定位。

转化发展方式，严控规模扩张。去年以来，医疗卫生行业进一步明确了深化质量内涵效率式发展的总体思路。国家卫生健康委党组书记、主任雷海潮在2025年第1期《党建》杂志上发表的署名文章明确指出，严格控制公立医院规模无序扩张，增强区域卫生规划执行刚性。新版《标准》对无序扩张医院规模、冲击分级诊疗秩序的行为祭出刚性约束，明确在评审标准发布后新增规模超标的医院，直接不予评审，运用“熔断”机制彻底堵住扩张通道，倒逼医院从“大而全”转向“精而强”。

合理控制三级医院规模，要求三级医院加强对基层医疗卫生机构的帮扶，有利于提高医疗卫生服务体系的整体效能，也有利于更好地满足群众就医需要，控制医疗费用的不合理增长。当三级医院管理者不再关注“新增床位数”，转而分析“CMI（病例组合指数）提升0.2的临床路径优化方案”时，医院才有可能实现质效齐升的良性循环，患者也才能享受到医疗卫生事业高质量发展带来的更多红利。

深化医防融合，补足公益短板。新版《标准》的另一项刚性约束，即以强制性条款补齐公共卫生短板，要求三级综合医院必须规范设置儿科以及感染性疾病科、公共卫生科等“防线科室”。“未按规定设置……公共卫生科或者预防保健科等直接从事疾病预防控制工作的科室”的，即被视作踩踏评审红线。

事实上，这些要求并非孤立指标，而是与《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》等顶层制度设计中的条款联动，形成落实医防融合、平急结合、保障公立医院公益性等工作要求的制度闭环。例如，一些医院的儿科常因经济收益低被压缩，但群众又有实际需求，对这类薄弱学科进行制度性兜底，是公立医院公益性的具体体现。医院只有打破临床与公卫的壁垒，将以往被边缘化的公益短板学科纳入医院核心能力框架，医疗体系才有可能真正进入以健康产出为导向的高质量发展周期。

优化评审形式，减轻基层负担。新版《标准》取消现场检查，将100%权重转向日常动态数据监测，明确提出不得使用或变相使用“千分制”等过于细化、脱离实际的评审方式，这也是我国医院评审历程中的里程碑式大事件。彻底颠覆传统迎检模式，彰显了国家卫生健康行政部门坚决落实中办及国办整治形式主义为基层减负要求、着力减轻基层医务人员负担的决心。将评审焦点从“材料厚度”转向数据真实性与连续性，也绝非简单的技术调整，而是倒逼医院打响由“被动迎检”到“数据自治”的系统革命。除此之外，新版《标准》还通过增减指标，体现对质量安全的强化和对科研要求的淡化。“发生重大不良舆情一票否决”，也被纳入评审新规。

可以说，此次发布的医院评审新标，不仅是评审规则的技术性调整和制度性升级，更是我国医疗体系和医院管理模式的一次系统性更新。这场从规模崇拜走向质量重塑、从突击迎检转向常态优化的革命性重构，正在重新定义“好医院”的价值坐标。比照新的“坐标系”，我们恐怕需要跳出“应试”逻辑，来考虑如何进一步推进医院高质量发展路径的深层次变革。

推动深层次改革，向内发力是核心。基于此，如何从规模扩张转向能力跃升，如何构建医防融合的均衡体系，如何实现病种价值驱动的精益管理，正在成为三级医院管理者的必答题。在互联网时代，医院需要学会运用好信息手段、挖掘好数据价值，更好地发挥其在提升医疗安全、帮助临床决策、构建区域协同等方面的作用，同时更加主动地建立自主、自律和自我评价的意识，通过真正扭转“大即是好”的旧发展观，在专科建设、技术创新、人才培养、辐射基层上沉心静气建机制，静水流深做细功。

推动深层次改革，还需外部环境滋养。新时期，三级医院的核心使命是落实“大病不出省”，这需要集中资源提升疑难重症救治能力。而实现高水平医院的高质量发展，既离不开高标准的资金投入，也离不开高规格的政策支持。办医主体需要更好地担负起举办和建设医院的职责和义务，着力破解“要质量却少投入”的矛盾，同时也要在为医院发展做规划、把方向、解难题、强监管上多作为。面对编制、价格、薪酬分配等束缚医院发展的“改革硬骨头”，相关部门也应不畏艰难，合力推进，为医院扫清转型发展的障碍，推动医院在即将起步的“十五五”时期乃至更长一段时间内，实现更高质量的发展，更好地满足百姓健康需求。