

新闻热线:010—58884115
E-mail:Lsx1Lsx2@126.com

■主编 吴红月 责编 卢素仙

远程医疗向卒中宣战

——记首都医科大学宣武医院副院长吉训明教授

□本报记者李颖

■创新启示录



作为首都医科大学宣武医院副院长，吉训明教授长期从事脑卒中诊治新技术的基础与临床转化医学研究，承担包括国家科技支撑计划、“973”和“863”课题及国家自然科学基金等多项国家及省部级科研项目。针对临床存在的难点问题，进行了从动物模型到临床治疗方法的创新性研究，建立了“以脑血流重建为基础的脑保护防治策略”，包括重症脑静脉血栓的多模式诊治方法、溶栓联合血管内低温脑保护及症状性颅内动脉狭窄的远隔缺血适应治疗等创新的诊疗方法，发明了专用治疗器械和设备，并转化应用于临床。

面对我国卒中防治的危机形势，吉训明教授建立了卒中抢救与治疗指导中心，通过“基于专网的卒中介入治疗远程指导技术”将卒中防治的先进技术普及到基层医院，使更多急性卒中患者得到及时、规范、有效的治疗，缩短卒中救治时间，改善预后。

本版与科技部社会发展科技司、中国生物技术发展中心合办

脑卒中患病率每年递增8.7%

随着人口老龄化进程，我国已经成为脑卒中高发国家。每年新发脑卒中病例约250万例，平均每12秒就有一人发生卒中。世界卫生组织最新调查显示，我国脑卒中发生率正以每年8.7%的速度上升。

在接受科技日报记者采访时，吉训明教授表示：卒中给家庭、社会和国家带来沉重的精神与经济负担。

“没有健康保健意识，不重视卒中危险因素和基本疾病的控制，是我国卒中发病率居高不下的主要原因。”吉训明教授介绍说，据《中国居民营养与健康状况调查报告》显示：我国现有高血压患者2.8亿、糖尿病患者1.14亿、血脂异常者1.6亿、烟民3.3亿、被动吸烟者9亿。而上述基础疾病控制的达标率均不足15%。“这些触目惊心的数字，都在提醒我们，针对性地开展卒中筛查，尤其对高危人群的筛查并及早干预，这项工作已刻不容缓！”

国内外治疗脑血管病存差异

“中美脑血管病防治的差距主要在理念，而不仅仅是医疗技术。”吉训明教授认为，理念的差距存在于两个方面：一方面是医护人员的卒中防控意识仍需加强，往往重治疗，轻预防；另一方面是公众卒中防控知识严重缺乏，卒中危险因素的控制达标率过低。“脑卒中的防治，需要政府和社会共同关注，关注老年病，尤其是心脑血管病。”

吉训明教授坦言，我国脑血管病发病居高不下的原因之一，是脑血管病基础疾病得不到很好的控制。高血压疾病是我国脑血管病最主要的危险因素之一。若能控制高血压疾病，那么70%—80%的脑卒中、心血管病都能得到避免或延缓发生。而中国的百姓有一个共性，即病后不吃药。直到病情加重，引起心脑血管损害后再服药，却为时已晚。“这也就是我所要强调的，中国百姓预防心脑血管病的一个误区。”

另一个问题，即我国目前老年人基数大，心脑血管病的病患数量也多；国家卒中中的防控力量还不够，医护人员对卒中患者的科普教育不足。吉训明教授认为，最有效的手段就是大力提倡并加强科普宣传，早期筛查，早期干预，构筑全国卒中筛查和急性期抢救治疗网络，提高筛查人群比例和急性期救治成功率。

急性期进行有效干预

根据美国2013年最新的《急性缺血性卒中早期管理指南》，急性缺血性卒中的治疗关键在于发后3小时内给予积极的溶栓治疗。然而数据却表明，我国仅有16%的急性缺血性卒中患者在发病后3小时内被送到医院，而这其中仅有1.3%的患者接受溶栓治疗。

吉训明教授表示，我国溶栓率低下的原因既有公众对卒中的先兆征和危险因素认识不足，

也有现存卒中救治体系不能延伸至基层有关，这导致绝大多数卒中患者无法在推荐的治疗“时间窗”内，接受规范的溶栓治疗。

“怎么能在急性期进行有效干预？”吉训明教授认为，我国面临的挑战之一就是医疗资源分布不均，一些基层医院的医生的技术水平及经验欠佳，不能第一时间给予规范的治疗措施。

吉训明教授透露，我国90%以上的卒中病人发病在基层，而90%的专家在城市，这种错位导致全国很多地区的溶栓比例甚至不到1%。为了使更多患者受益，通过远程卒中网络指导基层医生，能够实现急性卒中患者在第一时间接受溶栓治疗，可降低患者的致残率和死亡率。“这就是我们为什么着急要做远程卒中的初衷。”

呼吁远程卒中纳入国家医保

吉训明教授希望通过远程卒中技术，实现对延迟就诊患者个体化的动脉溶栓治疗。

“目前，美国急诊溶栓比例从过去的5%最高提升到33%。”吉训明教授解释说，经过远程卒中中心会诊的患者大都愿意接受溶栓治疗，这意味着把高级的医疗资源及时释放到需要的地方，是一般的“会诊”所达不到的效果。

吉训明教授表示，如果没有远程卒中中心，外地的医院想把大城市的专家邀请过去手术会诊、内镜剥脱术会诊，甚至支架手术会诊都可以实现，但急诊溶栓却做不到，因为有黄金时间窗的限制。其次，溶栓适应症的选择标准需要经过正规训练的专科医务人员判断，许多基层医院常常没有专科医生对神经科的知识了解不够全面。相关的科室，比如影像科、超声科、检验科的辅助支撑能力也不够。从这个意义上说，远程卒中中心的存在可以使多学科专业医生进行交叉

指导，有助于提高溶栓比例。

吉训明教授透露，目前我国总体溶栓比例不到3%，也就是国外的1/10。卒中中致残率为75%左右，如果能帮助更多的医院对患者及时实施溶栓治疗，那么脑卒中的致残率和死亡率就能得到全面降低。

“远程急救是挽救患者生命最基本的技术。”为此，吉训明教授呼吁政府部门，要真正认识这个重要性，把远程卒中纳入国家医保，有了远程卒中纳入国家医保，有了有效的机制保障促进，基层医院愿意请会诊，大医院的专家也能坐得住，只有这样才能循环起来。

五年内远程卒中网络覆盖全国

目前，远程卒中中心的建设得到了国家发改委、卫计委信息中心、民政部等多部门的经费投入支持，仅北京一地的卒中中心建设就投入了700多万元。吉训明教授表示，来自多方面的支持使中国的远程卒中中心达到比欧美更先进的程度。首先，中心将拥有最先进的影像信息系统，非常清晰，甚至能捕捉到患者的眼球变化；第二，中心有独立的专网带宽，没有延时，这样对脑出血及缺血性的用药、手术、介入治疗、康复都能进行实时的指导。

“作为国家级中心，最主要的工作就是摸索规范、建立流程、人员培训，推动全国远程卒中网络的建设。”吉训明教授表示，力争在三五年后达到美国目前的治疗水平。未来，中心的辐射面能覆盖乡镇级医院，以便大医院专家对基层医院的卒中筛查防控工作给予技术支持。其次，经过中心培训的专科医生能接受远程手术指导。手术过程中如果遇到特殊情况，可立即呼叫大医院专家进行指导；而专家甚至能够通过手机等移动终端指导紧急手术。



2014年10月21日上午，首都医科大学宣武医院副院长吉训明来科技部为科技管理人员讲授心脑血管疾病的治疗及早期管理、卒中防控等相关科普知识。图为吉训明副院长在讲课。

■热点聚焦

“特许经营”能为医疗健康服务带来什么？

□本报记者李颖

10月13日，北京市发布《促进健康服务业发展实施意见》。《意见》提出，允许公立医院以特许经营方式与社会资本进行合作，鼓励社会资本以托管、合作等多种形式参与公立医院整体转型为康复护理机构，鼓励符合资质的护士开办护理机构，探索护理社会化。

法无禁止即可为

在北京市政府发布的《意见》中，首次提出了公立医疗机构的“特许经营”概念，即允许公立医院在保障资产安全、医疗质量安全且具备相应管理能力的前提下，以特许经营的方式开展与社会资本的合作。

“特许经营”是目前商业领域比较常见的一个概念，是北京提出的重要政策创新。“北京市卫生计生委副主任、新闻发言人钟东波解释说，“特许经营”是以契约方式，将特许经营的经营资源（包括商标、企业标识、专利技术、经营管理模式等）由受许方使用，受许方给特许方支付一定费用的经营模式。

“特许经营”模式目前在商业领域比较流行，这是“公私医疗机构合作”的一种新方式，有助于公立医院好的技术、人才和管理迅速输出，促进健康服务业特别是社会办医的发展，百姓也能在更大范围得到优质服务。

这意味着，北京将允许公立医院和社会资本

拥有更加灵活的合作形式。钟东波认为，在目前市民看病扎堆大医院的情形之下，市民可在更大范围得到优质服务。对于公立医疗机构，通过这种方式获得一定的经济收益，亦可以用来反馈支持公益事业的发展。

钟东波一再强调，公立医院和社会资本开展特许经营合作的前提是，确保资产安全、医疗质量安全，以及合作机构拥有一定的管理能力，反对简单挂名的合作方式。

对于其中涉及的政府部门如何审批、如何监管等问题，钟东波表示，下一步将会按照市政府的意见，出台配套文件细则。按照规定，相关细则预计于今年年底前制定完成。但是，“建立公开、透明、平等、规范的健康服务业准入制度，按照法无禁止即可为的原则，进一步开放市场和降低门槛”的大方向已经明确。

鼓励社会开办护理机构

按照《意见》，北京将鼓励引导药品零售企业提供处方外配服务和药学服务，探索推进互联网医药销售和药学服务。据了解，“处方外配”即在医疗机构就医后，持医师开具的处方在药店等购药的行为。业内认为，此举有助于纠正医疗机构“医药不分”的问题。

“在国外一些发达地区，私人诊所周边常有配套药房、检验所等等，作为健康服务业的亚产

业。”钟东波称。未来，独立的检验、检查类医疗机构也将纳入政府鼓励发展的范围之内。如医学检验中心、影像中心、病理中心等。

在《意见》中，北京市还将鼓励社会资本以托管、合作等多种形式参与公立医院整体转型为康复护理机构。

钟东波介绍，以北京城镇职工医疗保险患者为例，30岁以下患者人均门诊服务人次为3.3次，60岁—70岁的达9.2次，70岁以上的达到10.1次，患者对于康复、护理、上门服务需求快速增长。《意见》提出，鼓励社会力量在社区提供居家养老、照料、康复、健康咨询、临终关怀等相互衔接的健康服务。力争到2020年，北京市每千名老人拥有的养老机构养老床位达到40张。

在支持社会办医方面，北京市卫计委明确，未来将支持社会办医疗机构组建或参与区域医联体建设。此外，在北京市提出鼓励医生开办个体诊所后，《意见》首次提出鼓励符合资质的护士开办护理机构，探索护理服务社会化。对于符合条件的非公立医疗机构，北京将按照相关规定纳入基本医疗保险定点范围。此外，将严格控制并逐步压缩公立医院提供特需服务规模，为社会办医留出空间。

分级诊疗体系促成分级报销

日前北京市人大常委会已通过了下一步医疗

改革方案，针对分级诊疗等有详细内容。“推动分级医疗，主要是要让老百姓愿意去基层医院、医生愿意去基层医院、大医院不盲目扩张，推动补偿机制改革。”钟东波介绍，将对这三方面有针对政策，“让合适的病到合适的地方去看。我都是到基层社区看病，很方便。”

分级诊疗，顾名思义就是按照疾病的轻、重、缓、急及治疗的难易程度进行分级，不同级别的医疗机构承担不同疾病的治疗，最终形成“小病在基层、大病到院”的新格局。

据悉，新的公立医院综合改革方案有望促成分级价格报销体系，建成分级诊疗，按照总体设计、全面实施、分步实行的原则，让百姓在基层医院看病更便宜，具体措施目前正在反复评估论证。据透露，今后在适当的时候，可能还会实行强制到基层首诊。

同时，钟东波也指出，在分级就诊的同时也要解决医生的薪酬问题。“从目前来看，大医院和基层医生的薪酬差在2—3倍，这就不利于把人才吸引到社区基层。而在国外，社区与大医院的薪酬相差无几，有时候甚至基层更高。首先要让好医生愿意去，患者才会愿意去。”钟东波说。

此外，北京市医改办主任韩晓芳也表示，新方案将建立分级价格体系和分级报销政策。“总体考虑是让老百姓在基层看病比大医院更便宜，引导患者下沉。”

■一周视点

专家学者不妨多点科普和传播意识

□李颖

近年来，随着养生热升温，健康科普逐渐偏离正轨，走向娱乐化和商业化，导致谬论流传，怪论连篇。走进书店，健康养生类图书琳琅满目，各有各的“秘方”，观点到处“打架”；打开电视，冠以“中医世家”、“美国博士”光环的专家学者轮番上阵，纷纷挑战主流，竞相颠覆常识……而在这股疯狂的热潮中，谁能吸引“眼球”，谁能迎合受众，谁就能赚得盆满钵满。结果，养生科普讲坛成了鱼龙混杂的“名利场”。

养生节目火了，很多电视台开始跟风，这时会出现个别误导公众的节目，给老百姓带来困扰。甚至在缺少认证的情况下，个别医生没有行医执照，如果电视台也没有一个判断标准或者审查制度，加之如果制作电视节目的工作人员不够有责任心或者有别的利益上的关系，例如广告等等，就容易产生假专家误导人们的现象。患者或者观众对养生知识的渴求，也给一些假专家和养生电视节目带来可乘之机。

其实，早在2011年，当时的北京市卫生局就公布了首批北京健康科普专家遴选结果，251名专家成为卫生局官方认可的养生专家，其中近九成成为主任医师，其他为副主任医师等。所有专家均是各医院热门科室的权威专家，还有来自国家疾控中心、北京市疾控中心的传染病控制、食品与营养、计划免疫等方面的相关医师26人，他们被优先推荐在养生保健栏目“出镜”。这个办法有助于防止“张悟本”等伪专家在养生保健市场里鱼目混珠。专家如果在宣传养生知识时夸大、“忽悠”人或与经营单位合作非法牟利，一经核实，都将被取消专家资格。这就相当于有了一个认证制度，一方面有利于电视台有条件地选择专家，另一方面便于卫生部门的管理，同时人们也有了辨别的参考依据。

然而实际情况并不乐观。电视台为了追求收视率，出版社为了多卖码洋，纷纷把目光瞄准健康养生。一个江湖郎中，只要口才好、能“忽悠”，就会被选为“千里马”，经过策划包装，闪亮登场。由于急功近利，部分新闻出版工作者放弃了“把关人”的责任，既不严格审查节目内容，也不认真核实作者身份，把一个个冒牌“专家”捧得大红大紫。事实证明，很多“养生明星”都存在虚构身份、伪造学历现象。但是，由于缺乏有效的监管和惩罚机制，一些新闻出版工作者仍在盲目“造星”，导致怪论受追捧、科学受冷落。

由于忽视甚至刻意回避内容的科学性，随便找个所谓专家当“万金油”，这不能不说是老百姓的一种悲哀。

公众渴望健康，但健康知识的传播更需要专家型学者来普及。首都医科大学宣武医院副院长吉训明教授曾多次表示，对医护人员而言，除了积极做好脑血管病患者的临床诊治工作外，还应该利用业余时间给公众和患者传授卒中预防科普知识。因为医生，尤其是知名专家的公众信任度高，他们需要站在科普宣传的第一线，给老百姓定期做科普宣传，从而不给虚假商业广告留空间。他强调，脑血管病的科普宣传比心血管病科普显得更为迫切，心脑血管病时患者会出现剧烈胸痛，而卒中早期症状轻微，不易引起患者和家属的重视，导致延误治疗，失去治疗的最佳黄金时间。

笔者认为，群众需求与科普内容还有很多空间需要对接。从国外成熟经验来看，科普与问诊相结合，就是一种不错的尝试。病人确诊后，护士发放关于特定疾病的基础知识、护理方法等，简单明晰的图片、规范统一的答复，起到初步的解疑释惑功能，待到门诊时间，医生只需“拾遗补缺”即可，省下不少宝贵时间。此外，科普与导诊相结合，也不失为一项好选择。

■中医视窗

中医药参与治疗登革热

科技日报讯（彭燕 记者罗朝淑）广东省疾控中心专家对最近三周登革热报告病例的发病时间进行分析发现，该省疫情发展趋势开始呈现下降态势。但疾控专家提醒，尽管目前广东大部分地区气温略有下降，雨水较少，有利于蚊媒控制，但目前仍处于疫情高发期，形势依然严峻，各地要保持高度警惕，密切关注疫情变化，继续落实以清理蚊虫孳生地为核心的各项防控措施，防止疫情反弹。

国家卫生计生委副主任、国家中医药管理局局长王国强日前带队对广东省登革热防控工作进行检查时要求，要按照中西结合、整合资源、统一领导、密切配合的原则，发挥中医药在登革热防控工作中的独特优势。

王国强强调，广东省登革热疫情防控形势依然十分严峻。要完善联防联控机制；大力开展环境卫生整治，彻底清除蚊虫孳生地；进一步加强疫情监测、分析和处置；加强蚊虫密度监测；完善对登革热的病例管理，特别要加强重症病例救治，最大程度减少死亡；要继续深入开展社会宣传；强化专业防控和群众参与的协作配合，形成群防群控工作格局；发挥中医药在登革热防控工作中的独特优势。

为此，广东省与省卫生计生委及相关医院协调，积极应对疫情，有针对性地指导开展救治工作，并根据岭南地区气候特点、登革热发病季节及病情变化特征，详细介绍了登革热中医辨证施治指南，概括了登革热中医辨证四个证型，即：卫气同病证、气分热盛证、邪伏膜原证、瘀毒交结证；提出了中医治则治法，推荐了四个证型的方药和中药制剂。