

□ 本报记者 李颖

# 心血管疾病基层治疗水平亟待提高

## ■行业快讯

### “雾霾天气严重”居2013年十大健康事件之首

科技日报讯(记者李颖)日前,“第六届(2013年度)中国十大健康新闻”评选结果揭晓。

回望过去的2013年,梳理、总结并评价在健康领域发生的大事,我们看到了:十面“霾”伏下,国人的忧虑和无奈;温岭杀医案让医患关系“如履薄冰”;GSK行贿门牵出行业毒瘤;“问题疫苗”引发社会信任危机;转基因之争“一地鸡毛”;社会戾气滋生心理危机;知行脱节暴露国人健康素养低下现状;锯腿自医揭开医保短腿,但同时我们还看到,“光盘行动”涤荡着餐桌上的腐败;健康服务产业蓄势待发,两亿老人加速发动引擎……作为已经成功举办五届的健康领域年度评选活动,慈铭体检·第六届(2013年度)中国十大健康新闻评选着眼于大众健康生活、突出公众立场,以新闻事件对公众健康观念的影响深度、广泛性为评选准则,旨在引领公众的健康生活观念或行为、警示行业不和谐因素。

在活动现场,“健康媒体阳光行动倡议”中参与媒体联合呼吁:坚持“专业、科学、理性、责任”的报道原则,做好健康传播,致力于提高广大民众对健康知识的知晓率,提升国民健康素养,促进行为改变,弥合社会裂痕,最终助力健康中国。

### 全国健康产业经销商委员会成立

科技日报讯(佳宁)1月16日,全国健工委健康产业经销商委员会新闻发布会暨启动仪式在京举行。

该委员会倡导“健康服务产业行业自律,打造安全绿色健康生活”,保护合法经销商从业资格,维护经销商市场运营合法权益;规范有序经营秩序,建立企业间资源互通平台,为经销商搭建有效的产品销售渠道。同时委员会将协助广大健康企业开启快速的事业直通车,使企业与经销商能够安全有效的实现利益双赢。

据了解,该委员会是具有国家官方性质的及具有执行职能的经销商委员会,随着沟通平台的建立,未来企业与经销商之间将拥有高效的沟通平台,资讯流转更加迅速。委员会将促进健康产业流通企业诚信经营,切实保障经销商的合法权益,营造规范有序的商业环境,并竭力为国人打造安全绿色的健康生活保障。

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

## ■热点聚焦

慢性病已经成为中国人的头号健康威胁。值得注意的是,心血管疾病是慢性病之首,《中国心血管病报告2012》指出,我国心血管病现患人数为2.9亿,即每5个成人中有1人患心血管病。其中高血压2.66亿,卒中至少700万,心肌梗死250万,每10秒就有1人死于心血管病。

### 心血管疾病是慢性病之首

“所谓慢性疾病,是对起病隐匿,病程长且病情迁延不愈的疾病的统称。”北京安贞医院心内科刘小慧教授指出,在每年约1030万各种因素导致的死亡中,慢病所占比例超过80%。2010—2030年,四种影响健康的主要因素——心肌梗死、卒中、糖尿病和慢性阻塞性肺疾病的负担(生命年损失)预计将增长近50%。

尤其引起高度注意的是,慢病,以其“高

发病率、高复发率、高致残率、高死亡率及逐年递增的医疗费用已成为严重影响我国国民健康的重大公共卫生问题。

然而,各种导致慢病发生的危险因素并未得到控制,慢病在未来几十年还会越来越多。以血脂问题为例,2012年一项针对中国人群血脂水平的大规模流行病学调查显示,中国20岁以上人群,总胆固醇高的患者高达31.5%,约3.08亿,低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)升高的患者高达20.4%,约1.96亿。

与逐渐升高的血脂异常人群相反,目前中国成人人口中血脂异常的知晓率、治疗率、达标率仍很低,分别仅为11.0%、5.1%及2.8%。另一项中国的研究显示冠心病死亡率的增加,77%是由于胆固醇的升高。这两项调查显示,如果不及早采取有效的干预措施控制血脂水平,在不远的将来,中国人群中心血管事件的发生率可能迎来一个高峰。

### 全科医生是防控主力

北京友谊医院心血管中心梁金锐教授指出,患有高血压、高血脂等慢病的病人,其所患慢病的防治工作是一个长期的过程。因此,基层及社区医疗单位更应该在我国未来的慢病防控格局中扮演重要角色,基层及社区医疗单位就是慢病防治的主战场,全科医生更应该成为管理慢病的主力军。“把心血管防治的主战场从医院移到社区,以社区为基础进行人群综合干预措施,是我国有效防控心血管病的重中之重。”

然而,遗憾的是,截至2011年,中国目前注册的全科医生只有7.8万。尤其需要重视的是,由于教育背景问题、临床实践能力问题,社区全科医生在医疗服务中,尤其在对慢病的管理中,需要在医疗行为规范方面、慢病危险因素的评估及干预知识方面、

心血管疾病预防获益的教育和训练方面进行切实有效的提高。调研显示,目前在诸多问题当中,临床实践技能是全科医生最需要补充的技能。

### 社区成防控主战场

“控制慢病,成为我国、乃至全世界所面临的重要而紧迫的问题。”刘小慧教授表示,从国际上的管理经验来看,将基层及社区医疗单位建设成为慢病防控的主战场,社区是慢病防治的主战场,全科医生更应该成为慢病管理的主力军。全科医生作为沟通的桥梁和纽带,连结着社区群众和专科医生。因此,以社区为基础进行人群综合干预措施,才能有效防控心血管病。

为提高基层卫生医疗专业人士的诊治水平、推动基层医疗水平发展,由中国卫计委疾控局慢病处指导并推行、辉瑞中国全力

支持的全民健康生活方式-COMPACT全科医生教育项目已于2013年10月正式启动,并于2014年年底前完成!邀请全国各省市心血管科、神经科、老年科的知名专家担任主讲,面向北京、上海、广州、成都、厦门、南京、杭州、天津、宁波、深圳等十大城市的基层全科医生、社区医生等公共卫生人员,就“从指南到实践—社区血脂异常的诊治管理;社区血压诊治管理;急性心肌梗死\卒中病例分析;老年心血管病共病的治疗策略”等内容展开系列培训活动。

据悉,该项目以提高全科医生首位需要补充技能——临床实践技能为核心教育内容,率先在十城市面向广大基层全科医生、社区医生等公共卫生人员,就血脂、血压等慢性疾病预防开展系列培训及竞赛,切实提高基层卫生医疗专业人士的诊治水平,推动基层医疗水平的发展。

## ■治疗手册

# 不必谈癌色变 癌症重在预防

□ 北京大学肿瘤医院 张小田 孙婷婷

全国肿瘤防治办近日发布《中国肿瘤统计年报》显示:我国每年新发癌症病例为350万,因癌症死亡的有250万。在癌症的治愈率上,目前发达国家已达65%,而我国仅有25%左右。两相比较,国人恐慌,并有人调侃“1/3癌症是吓死的,1/3是病死的,1/3是治死的”,担心医生“过度治疗”成为罪魁祸首。但事实上,“治愈率”并非非肿瘤学的规范名词,过度治疗也非差别巨大的主要原因。

### 我国癌症预防体系落后

首先,“治愈率”是通俗说法,医学上多用“5年生存率”来表示癌症预后和治疗水平,它受很多因素影响,如能否早期诊断,疾病治疗水平,社会经济文化水平等,也依赖于地区的肿瘤登记、死因登记报告工作的质量等。目前,我国尚未能获得覆盖全国范围的恶性肿瘤生存率数据,但国内几个历史较久的肿瘤登记处通过收集恶性肿瘤发病和死亡资料,并随访“尚存活患者”,了解其生存状态,最终得出生存率。

例如北京市肿瘤登记资料显示,1982—1983年北京市西城区常见恶性肿瘤中,以女性乳腺癌的5年生存率(62.0%)最高,其次为结肠癌(男性27.2%,女性28.8%)、直肠癌(男性25.2%,女性22.8%),而肝癌(女性1.9%、男性2.1%),肺癌(男性6.7%、女性4.2%)、食管癌(男性6.2%,女性7.8%)和胃癌(男性10.4%,女性11.3%)生存率较低。时隔25年之后,在北京市2007年新发癌症病例中,女性乳腺癌的5年生存率增至81.04%,结肠直肠癌5年生存率增至46.16%(男性46.86%、女性45.26%),而生存率相对较低的肺癌(男性10.83%、女性13.49%)、肝癌(男性12.21%,女性13.34%)、食管癌(男性12.27%,女性17.28%)和胃癌(男性23.82%,女性24.30%)较25年前也有大幅度提高。

由上可见,癌症生存率受很多因素

影响,近年来北京市部分癌症生存率较前提高。而我国与发达国家癌症生存率差别的根源在于,我国癌症预防体系落后,中晚期癌症发病率远远高于发达国家,多数国民未能进行定期体检及时就诊,多数癌症不能早期诊断而难以根治。当然部分患者未能接受规范治疗也为憾事,因此,“不规范治疗”是比“过度治疗”更恰当的表述,包括治多了,治少了,或者治错了。

### 应强化规范治疗

那么怎样的肿瘤医疗行为才是规范治疗呢?现代医学经过几百年的发展,各种癌症的诊断和治疗多数有一定之规,在我国,或者是原卫生部颁布的诊疗规范,例如2010年胃癌、肺癌、结直肠癌等规范,或者为各学会制定的疾病治疗指南,例如美国NCCN的各癌症治疗指南,欧洲肿瘤学会的治疗指南等,这些都是众多专家根据临床研究成果和临床实践经验严谨讨论制定的,只要严格遵从规范和指南的要求,即便治疗效果不理想,也不能称为“过度治疗”或者“不规范治疗”。反之,如违背现有规范指南,即便未出现不良后果,也难逃其咎,主要表现为不遵循指南和规范,任意放宽治疗用药标准,扩大手术范围、医用材料过度浪费及过度医疗保健等。如结肠癌淋巴结转移术后辅助化疗应半年内完成8—12周期,但如持续2年仍进行化疗就属于“治多了”;再如,可切除胃癌推荐施行淋巴结D2清扫术,如仅进行D0或者D1手术,则属于“治少了”。

“指南”并不具有强制性,从字义上讲,是对临床医生的指导性建议和意见。从临床角度而言,每个患者的病情都是非常复杂的,规范和指南的内容很难覆盖每个患者的具体病情。其实“不规范治疗”的原因很多,虽然不排除部分为经济利益驱使,但国民教育水平或国内整体医疗水平低是主要根源。基

层医生主要由于认识的原因,不能够严格遵循指南和规范治疗。而同时,部分家属患者谈癌色变,隐瞒病情讳疾忌医,而另有患者则焦虑不已,恨不能今天诊断明天治疗,盲目追求各种偏方并过度保健,也是不规范治疗的重要原因。医生有时明知错误,也不得不应家属要求,勉为其难。

### 癌症重在预防

为了提高我国肿瘤的整体治疗水平,有如下建议。第一,定期体检,特别是年龄大于40岁以上,一定要养成年年体检的习惯,早期发现,可以治愈癌症。第二,一旦确诊肿瘤,一定要选择规范的肿瘤专科医院进行治疗,例如北京大学肿瘤医院。第三,对于疑难或罕见病例,强调“第二意见”及“多学科综合治疗MDT”的理念,前者强调不同专家的建议可能取长补短,避免误诊误治;而后者为现代肿瘤学的精髓所在,即多个学科对个体患者进行联合会诊制定个体化治疗方案。如北京大学肿瘤医院有定期的MDT讨论或联合会诊,如医院间建立国内、国际合作会诊,也有部分商业会诊中心可以提供国内国际会诊服务,如北京环宇达康会诊中心。

总之,癌症重在预防,不必谈癌色变草木皆兵,也不必悲观绝望,应该理性对待科学诊治,坚持于专科医院接受专业建议及规范治疗,一定能够取得最好的治疗效果。



## ■生物医药

# 低成本致病基因检测技术完成临床转化

近日,北大医院接诊一3岁男孩,临床表现为难治性癫痫,多地求医无法确诊,患者父母表现均正常,无家族史。医生委托中关村华康基因研究院进行了致病基因检测,发现患者分别遗传了父母的ALDH7A1基因的两个突变位点,导致患者体内ALDH7A1基因失去正常功能致患儿罹患吡哆醇依赖性癫痫,而只携带一个突变位点的患者父母表现正常。确定病因后,医生调整了治疗方案,患者症状有所改善,遗传专家建议该家庭再次生育时可过产前基因检测,确保后代健康。

治未病是指采取预防或治疗手段防止疾病发生、发展。人类所患疾病多数是外部环境和内部遗传因素共同作用引起的,解密基因,从生命最内因找出疾病发生的规律性,制定个性化的医疗方案,是实现治未病的可行之路。

基因检测用于临床患者的疾病诊断,为减少误诊、优化治疗方案,早诊断、早预防、早治疗恶性疾病,降低其危害等提供帮助。

在美国,分子医学领域形成了千亿规模的庞大产业链,通过基因筛查使家族性大肠癌和乳腺癌的发病率分别下降了90%和70%。在国内,基因检测处于起步阶段,正值培育期。

中关村华康基因研究院院长魏伟留学归国后,注意到许多疾病临床症状类似,例如神经肌肉系统遗传病涉及数百个基因的成千上万个突变位点,不同病因对应的治疗方案和用药各不相同。他带领技术团队研发了具有自主知识产权的BestSeq™致病基因检测技术,该技术基于高通量测序平台,能同时对上百个样品的、几百个基因进行精确测序,而成本大大低于国际国内同类技术。

目前,华康基因开发了超过1500种疾病的致病基因诊断产品,包括心血管系统、肿瘤、神经肌肉系统、遗传代谢病、癫痫、智力、性腺发育异常、皮肤、眼科等疾病,已规模应用于临床疾病诊断。“这些产品能用于临床患者疾病诊断,还可通过检测根据遗传

□ 本报记者 马爱平

## ■医疗新干线

# 北京安贞医院胸痛中心探索区域协同救治新模式

胸痛,胸闷是许多疾病的常见症状,可能预示着某些致命的疾病(如急性心肌梗死、主动脉夹层、急性肺栓塞等),必须在最短的时间内做出准确判断给予正确治疗,才能最大限度地挽救患者生命并改善预后。例如,急性心肌梗死早期介入治疗一般在12小时内完成,且越早越好——即“时间就是心肌,时间就是生命”。为此,近年来国际上有关急性心肌梗死的救治理念已发生根本变化,从“就近治疗”转变成“优先转运”,即优先将患者转运到有急诊介入治疗条件的医院,在尽可能短的时间(最好60分钟)开通堵塞血管。1月21日,北京安贞医院胸痛中心正式挂牌,标志着北京市的急性胸痛患者有望享受到专业快捷、区域协同的“接力救治”服务。

为提高胸痛患者的救治水平,欧美等发达国家的医院相继成立胸痛中心,旨在通过优化诊断与治疗流程、整合院前与院内资源,为急性胸痛患者提供快速诊断与鉴别诊断,并为某些高危胸痛患者开通绿色通道,以达到提高救治效率、减少误诊和漏诊、降低死亡率、改善患者预后的目的。目前,全美已成立5000余家胸痛中心,近900家医院获得国际胸痛中心协会的认证。拥有运行成熟的胸痛中心已经成为心脏专科不可或缺的指标。

我国这方面起步晚,尚处于探索阶段。近两年,广州和上海等医院相继成立数家胸痛中心,但均以一家核心医院为主导运行,尚未实现真正意义上的区域协同;另外,医院之间、医院与院前急救系统的协同水平也有待提高。北京安贞医院此次与区域内急救系统、其他核心医院以及医联体成员医院紧密联手,共同打造四张“巨网”,即院前急救网、院内胸痛网、医联体网以及区域协同网采用现代化手段将四张网连为一体,形成网络化、区域化的服务中心。

“北京安贞医院是北京市心肺血管疾病诊治研究中坚力量,是国内闻名的急性冠脉综合征和大血管疾病救治中心,对于胸痛诊疗有相当的经验”,北京安贞医院院长魏伟说,“在这一新型模式中,首先要将院前急救网与院内胸痛中心相连,实现‘患者未到,准备先行’,将救护车转变为诊断医院移动监护单元,在救护车一上就开始术前准备和药物干预。对于符合条件的患者,可以绕开急诊室直接送到导管室,为救治赢得时间。”

新成立的北部地区医联体成员与核心医院的胸痛中心相连,有助于迅速甄别高危下胸痛,实现早期转诊及治疗。北京朝阳区紧急医疗救援中心(朝阳120)、北京朝阳区医联体成员医院组成的“朝阳区域协同胸痛救治网”也将通过信息共享和联合调度,以患者的地理位置、疾病情况、转诊医院的接诊和介入能力,实现最优化的转运和真正意义上的区域协同。

□ 本报记者 吴红月