

(内部资料 免费交流)

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

2014 年第 8 期

(总第 508 期)

1976 年创刊

卷首语 随着现代医学科技水平的快速发展，医学伦理方面的问题也日益突出，迫切需要开展相关研究以指导实际工作。为深入了解我国该领域的发展状况，本刊采访了复旦大学公共卫生学院薛迪教授。本期内容还包括转化医学专题、医学讯息、疫情追踪、科教动态及新闻速读等。



上海市医学科学技术情报研究所

上海交通大学附属第一人民医院妇产科中心

上海交通大学附属第一人民医院妇产科由我国著名临床学家、我国宫颈癌根治手术的开拓者林元英教授创建于20世纪50年代初期，是我国最早的妇产科专业临床、科研和培训基地之一。学科目前是卫生计生委国家重点专科（妇科）、卫生计生委妇科四级内镜培训基地、上海市妊娠糖尿病诊疗中心、上海市危重孕产妇抢救中心、上海交通大学医学院重点学科及临床潜力学科。学科由妇科肿瘤、普通妇科、母婴医学及妇科内分泌/计划生育四个亚学科组成，核定床位数258张。

特色治疗技术

（1）妇科肿瘤综合诊治：学科是上海市妇科肿瘤规范化治疗多中心研究首席负责单位。率先在国内开展宫颈癌普查、预防及治疗，5年生存率达到世界领先水平，成果曾获全国科学大会奖和上海市重大医学成果奖。率先在国内进行卵巢癌“三明治”疗法，提高了晚期卵巢癌的手术切净率及5年生存率，成果获2012年上海市科技进步一等奖。近年来开展了后装放射治疗、三维适形放疗、自体骨髓移植辅助大剂量化疗等项目，使妇科肿瘤治疗综合化及个体化。同时突破妇科肿瘤治疗传统，力争使妇科肿瘤手术微创化，已成熟开展了子宫内膜癌腹腔镜分期手术、腹腔镜广泛全子宫切除手术、腹腔镜外阴癌腹股沟淋巴结切除手术等。

（2）妇科矫形与保留女性肿瘤患者生育和内分泌功能的综合技术：2003年完成亚洲首例腹腔镜乙状结肠代阴道手术治疗先天性无阴道（MRKH综合征），独自设计的改良腹腔镜辅助乙状结肠代阴道手术方法累计治疗MRKH综合征患者138例，成果获上海市第五届临床医疗成果奖，论文被BJOG全文收录。同时试图改变历来肿瘤手术以破坏性手术为特点的传统观念，将保留手术后患者体像完整性、保留手术后生育功能为目的的手术理念引入妇科肿瘤手术。开展了外阴癌手术后外阴和腹股沟区的肌皮瓣重建技术，以及保留生育功能的根治性宫颈切除术治疗早期宫颈癌等多项手术，并在国际上首次提出并证明了早期宫颈癌经腹根治性宫颈切除术中保留子宫动脉上行支的策略和技术。

（3）母婴医学：学科于1997年成立上海市妊娠糖尿病治疗中心。目前已经形成了一套完整成熟的妊娠糖尿病诊疗规范，对妊娠糖尿病的基础与临床进行了大量的研究工作。学科目前是中华围产医学会妊娠糖尿病协作组副组长单位，主持制定了全国妊娠糖尿病诊疗规范。学科于2007年成为上海市危重孕产妇抢救中心，主要负责全市危重孕产妇的抢救诊治。学科充分发挥综合性医院优势，建立了危重孕产妇抢救小组，规划了危重孕产妇抢救流程，每年抢救全市危重孕产妇150余人次，成功救治了子痫合并心脑血管意外、HELLP综合征、Rh阴性产后出血等严重危及孕产妇生命的产科重症。

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

1976 年创刊 2014 年第 8 期 (总第 508 期) 2014 年 8 月 25 日出版

主 管

上海市卫生和计划生育
委员会

主 办

上海市医学科学技术
情报研究所

编辑出版

《医学信息》编辑部

上海市建国西路 602 号

邮编: 200031

电话: 021-33262033

021-33262036

传真: 021-33262049

E-mail:

qbsyxxx@163.com

网 址:

www.shdrc.org

刊名题字:

王道民

主 编:

沈晓初 瞿介明

常务副主编:

张 勘

副主编:

王剑萍

编辑部主任:

沙小苹

编 辑:

杨 翎

杨山石

上海市连续性内部资料
准印证 (K) 0663 号

目 次

专家访谈

我国医学伦理研究的过去、现在和未来

——访复旦大学公共卫生学院薛迪教授…………… (5)

专题文章

妇科恶性肿瘤保留生殖和 (或) 女性内分泌功能的策略

…………… (9)

转化医学专题

转化医学与科研伦理…………… (12)

医学讯息

六大有前途的医疗技术…………… (17)

疫情追踪

“埃博拉”病毒的前世今生, 你知道吗? (一) …… (20)

科教动态

贯彻落实 2014 年全国卫生计生科教工作会议精神,

积极谋划卫生科教“十三五”规划…………… (24)

2014 年度上海市卫生和计划生育委员会科教管理工作

会议召开…………… (26)

2014 年度上海市卫生和计划生育委员会科研课题公布 (26)

第三轮公共卫生三年行动计划学科人才建设项目

成效显著…………… (27)

上海市医学会医学科研管理专科分会第七届委员会 区县协作组成立·····	(28)
“深入基层，服务一线”	
——黄红书记带队赴都江堰开展“万名专家服务基层行动计划”·····	(29)
新闻速读·····	(33)



手机扫描此二维码，可进入上海卫生发展研究网情报研究（内刊）
 （<http://www.shdrc.org/shmst/category/yxxx.shtml>），获取本期《医学
 信息》电子版，并浏览更多精彩内容。

《专家访谈》

我国医学伦理研究的过去、现在和未来

——访复旦大学公共卫生学院薛迪教授



薛迪教授, 博士生导师。复旦大学公共卫生学院医院管理学教研室主任。

主要研究方向为医院经营管理(如医院战略管理、医院绩效评估、医疗质量管理、医院文化建设与评估)、卫生技术评估、医学教育和区域卫生发展战略。近年, 承担或参与了世界卫生组织(WHO)、美国Dreyfus健康基金会“解决问题, 促进健康(PSBH)”项目、国家自然科学基金、国家卫生计生委、上海市卫生计生委及其他政府或机构委托的几十项课题。主编或参编10本卫生管理专业与全科医学专业的书籍, 在国内外专业杂志上发表论文上百篇。

随着社会进步和医学科技的快速发展, 人们更加关注临床医疗和研究中涉及的医学伦理问题。从20世纪90年代起, 我国政府逐步制定了有关生物医学伦理的相关法规, 开展了一系列医学伦理的建设工作。上海市作为国内开展医学伦理工作较好的地区之一, 在医院伦理委员会建设和管理上进行了诸多研究, 并取得一定成果。

近日, 由复旦大学公共卫生学院薛迪教授领衔的“上海市医院伦理委员会标准操作指南研究与管理评估工具开发”项目获得了2013年上海市科技进步奖三等奖。就此, 本刊采访了薛迪教授, 请她详细阐述了我国医学伦理建设的状况及医学伦理相关研究的进展, 以飨读者。

医学伦理研究的重要意义

本刊: 请您简单介绍一下我国医学伦理研究的发展状况及对医学发展的作用?

薛教授: 医学伦理研究对医学发展具有很大的促进作用。以前, 我国对医学伦理方面的研究主要聚焦于一些概念和理论探讨。因此, 对于医院实际工作的指导意义仅局限于理论层面, 如医疗服务、临床研究、医学教育等。现在, 我们开展的医学伦理研究则越来越具体, 聚焦于具体的临床实践、医学研究和医学教育, 所获得的成果也可以直接转化为相关制度和政策, 指导作用更加贴合实际工作。从较多的理论阐述到形成指导实际工作的研究产出, 这是我国医学伦理研究发展很大的转变。

在当前的医学伦理研究中, 我们会从医学伦理学角度分析机构伦理委员会在审核项目时,

应主要考虑哪些因素、审核程序是否规范等,从而更好地为符合医学伦理的医疗卫生服务提供循证决策的依据,促进医疗卫生服务的发展。如果医疗卫生服务不符合医学伦理要求,将会对整个社会的医疗卫生发展产生负面影响,因此通过机构伦理委员会的规范审核,可有效避免卫生技术应用可能产生的负面影响。以人体活体器官移植为例,现在都需要医院伦理委员会进行审核。医学伦理委员会审核的规范与否,就决定了最终活体器官移植决策的正确与否。这对器官移植技术的发展势必有影响。我国过去一些不太符合医学伦理要求的做法,会阻碍器官移植技术的长期发展,受到国际社会的质疑。如果我国器官移植技术应用的程序规范、伦理决策符合要求,我们在世界上有关人体器官移植方面的话语权就会更多。从医学研究来说,机构伦理委员会审核包括研究项目的收益和风险审核,即要考虑医学研究对研究对象会产生怎样的利益和可能的损害。如果没有伦理审核,医学研究中出现了不符合医学伦理的行为,产生了研究对象的严重损害,则会造成将来人们不愿意参加医学研究的负面影响,老百姓会认为参加医学研究是不安全的。所以,机构伦理委员会的审核可促进医学科符合伦理要求,是保障研究对象权益的重要举措。此外,没有通过机构伦理委员会的审核,现在要想在国际权威期刊上发表论文也是不可能的,这会导致我们的研究工作和成果无法在国际上共享和交流。从医学教育来说,现在对医学伦理学也越来越关注。过去,这方面教育相对较少,在医学带教时,我们对患者知情同意做得不够。在医学带教中,事先与患者沟通,解释示范的目的和示范过程,获得患者的知情同意,可争取患者的理解和配合,同时也让医学生们感受到对患者尊重这一医学伦理的基本要求。

我们进行医学伦理研究,主要应先调查临床医疗服务、医学科研与医学教育中遵循伦理规范要求的现状,找出存在的问题;针对这些问题,通过提出改善建议,或将研究产出转化为规章、制度及指南等,从而发挥对实践的指导作用。

医院伦理委员会建设的相关研究

本刊:请谈谈开展上海市医院伦理委员会功能、管理和评估指标体系相关研究的具体思路及该方面研究产生的积极影响?

薛教授:该方面研究分三个阶段。第一阶段,我们对上海市各医院伦理委员会的组织构架、管理状况、发挥功能及存在问题等进行了相关调查研究。我们发现,各医院在伦理委员会建设及运行管理中确实存在差异。最初,绝大部分三级医院都有医院伦理委员会,二级综合医院则很少有,二级专科医院基本上没有。现在,三级医院都建立了医院伦理委员会,很多二级综合医院也建立了医院伦理委员会,而二级专科医院和社区卫生服务中心很少建立。随着社会对医学伦理的重视,越来越多的医院建立了医院伦理委员会。接下来,我们将对通过的研究项目的知情同意书进行调查研究,了解其中是否纳入应有的知情同意要素等,从而在一定程度上反映医院伦理委员会的审核工作状况。结果显示,有的知情同意书内容不全,有的未仔细告知

研究的风险,还有的使用了一般患者难以理解的专业词汇等。在上述两方面前期工作之后,我们考虑是否应该对上海市医院伦理委员会的建设制定一些规范或操作指南。实际上,上海市一些大医院的伦理委员会都制定有自己的标准操作程序,但一些小医院刚开始开展这项工作时,要建立比较规范的标准操作程序不太容易,不知道具体应该有什么内容和要求。因此,第二阶段,我们组织了上海市医学伦理学会及上海市医学伦理专家委员会的有关专家,在课题研究的基础上,共同制定了上海市医院伦理委员会标准操作指南,为医疗卫生机构制定标准操作程序提供了参考。各医疗卫生机构可结合机构自身情况,对我们制定的医院伦理委员会标准操作指南进行适当调整,形成适合自己机构的标准操作程序。在上海市医学伦理学会年会上,我们编写的这本标准操作指南发给了参加会议的医疗卫生机构管理者、医学伦理教育与研究者以及各级卫生行政部门领导,并在上海市医学伦理学会的网站上公开发布,对推动上海市及我国医学伦理的发展发挥了积极的作用。第三阶段,鉴于上海市各级医疗卫生机构的伦理委员会建设与管理工作的差异较大,我们又开展了上海市医院伦理委员会评估指标体系研究。在研究基础上,由上海市卫生计生委组织专家,对上海市部分医院和上海市疾病预防控制中心进行了现场督导。根据研究所制定的评估指标框架,对机构伦理委员会进行了评价与现场指导。此外,该评估指标体系对于机构伦理委员会加强自身建设也提供了自我评价的工具。虽然我国也颁布了《涉及人的生物医学研究伦理审查办法(试行)》等相关法规,但主要是一些原则性要求。具体到医疗卫生机构应如何去开展伦理审查工作,我们的课题研究成果提供了相关的意见和指导。

本刊:请谈谈您在开展软科学研究方面的经验和体会?

薛教授:上海市在医学伦理相关工作方面处于全国领先地位。卫生行政部门的重视、医学伦理学会的支持及从事医学伦理和卫生管理研究的专家参与,使上海市形成了一支推动医学伦理发展的团队,带动了整个上海市医学伦理的建设和发展。软科学研究,尤其是管理方面的研究,有许多是定性或半定量的研究,往往依据国家相关法规及国际通用准则,这些研究对我们医疗卫生实践与管理提供了决策依据。同时,我们软科学研究应尽可能地使政府相关部门、学术团体或其他相关决策者参与其中,应把科学研究与管理与政策联系起来,使成果更易转化为决策,这样才能发挥软科学对社会进步的推动作用。

卫生技术的医学伦理审查状况

本刊:请谈谈卫生技术医学伦理审查的目的和意义?并就具体的卫生技术,谈谈我国医学伦理审查的现状?

薛教授:卫生技术评估包括卫生技术准入、卫生技术应用的持续性评价等。从医学伦理角度来说,更多从患者医疗服务的公平性、安全性及有效性等方面考虑,考量卫生技术是否可以准入或应该淘汰。以产前B超检查为例,从技术上说可以鉴别胎儿性别,但从社会长期利益来

说,是不允许进行以鉴别胎儿性别为目的的产前B超检查的。又比如,一些昂贵的卫生技术就不适于普及,否则将影响基本医疗卫生资源的配置与利用。只有当这些卫生技术成本降低后,才适宜于推广应用。卫生技术评估的医学伦理审查还会涉及到某项卫生技术是否应该列入基本医疗保险报销目录,是否应由政府免费提供。这时,需要权衡卫生技术的安全性、有效性、经济性及其他社会影响等。有关医学伦理的问题,往往是具体事件具体分析。卫生技术伦理评估的主要目的是使卫生技术安全、有效、经济,符合社会发展的长期利益,保障社会公平。

我国医学伦理审查起步较晚,在大医院开展得较为规范,但不同等级医院之间、不同地区之间依然存在差距。最初,也有人误解医学伦理审查就是走个过程,盖个图章,并没有真正从医学伦理审查的意义角度去认识。随着人们对医学伦理的重视度增加,机构伦理委员会的底气越来越足,医学伦理审查也不再流于形式。对于没有通过医学伦理审查的项目,肯定不能开展;还有一些项目则需要改进方案或者把知情同意做得更好。总体来说,我国在基因检测、治疗技术的发展与应用方面,医学伦理审查较为慎重。目前,我国基因检测技术已被叫停,这是有道理的。该技术本身存在不确定性,且在医疗服务中还涉及对患者心理疏导、基因信息保密等一系列医学伦理问题。只有在更规范的管理办法出台之后,该类技术才能逐步放开。

本刊:请谈谈在医学伦理学教学方面,还应加强哪些工作?您下一步工作计划是什么?

薛教授:在医学伦理学教学上,应考虑如何把教学内容与医学生未来的医疗实践结合起来;并在工作中,加强医学伦理学的继续教育,使医务人员掌握医学伦理的规范要求。目前,上海市医院伦理委员会在组织架构与管理上已逐步规范。下一步,我们希望能够把研究再深入到医疗卫生的不同领域,深入到不同临床专科,针对卫生技术发展和应用中的具体医学伦理问题,开展专题调研,以促进上海市医学伦理的发展,促进医疗卫生服务、科研和教育的健康发展。比如生物样本库建设也要符合医学伦理要求。我们正在进行这方面研究,从医学伦理学角度规范生物样本库的建设。

(市医情所 杨翎 整理)

◀专题文章▶

妇科恶性肿瘤保留生殖和 (或) 女性内分泌功能的策略

严沁 席晓薇* 上海交通大学附属第一人民医院

对于妇科恶性肿瘤,传统治疗理念认为手术范围越大,治疗效果越好。各种妇科恶性肿瘤的治疗几乎都是最大范围地切除肿瘤及其周围相关组织,并且在手术前或后辅以化疗、放疗,以求获得长期生存。但是,如此“模式化”的治疗方式却使相当一部分生育年龄的患者失去卵巢和子宫,从而永久地丧失了生育及女性内分泌功能。近年,日趋明显的妇科肿瘤发病年轻化趋势使这一矛盾愈显突出。因此,也迫使妇科肿瘤医生更加重视对患者进行保留生殖和 (或) 内分泌功能的治疗。但是,我们也应该看到保留生殖内分泌功能治疗还是个新的治疗理念,在许多方面尚未达成共识,甚至还存有争论,很多治疗方法也并不十分完善。因此,我们必须正确理解妇科恶性肿瘤保留生殖内分泌功能的内涵,严格掌握适应证,做到充分知情同意,尤其对治疗方案的有效性和安全性尚须得到更多循证医学证据的支持,以真正做到在不影响生存的前提下有效地保留患者的生殖内分泌功能。

广泛意义上的保留女性生殖内分泌功能是指:(1)保留卵巢,以使女性内分泌正常;(2)保留子宫,使其具有生育功能;(3)保留外阴、阴道的正常形态,使其能有正常的性交功能;(4)保留盆底的正常解剖,避免术后盆底功能障碍。由于后两点尚涉及到妇科整形相关内容,因此,此次主要讨论前两部分内容。

一、宫颈癌——保留女性生殖内分泌功能的“先驱者”

根据上海市疾病预防控制中心数据,上海市宫颈癌发病高峰为 35 ~ 39 岁和 55 ~ 59 岁两个年龄段,由于诸多社会因素 (如单独二孩政策), 越来越多的妇女生育年龄推迟到 35 ~ 40 岁,致使 15% ~ 20% 的宫颈癌患者诊断时正值生育期; 并且还有越来越多的患者有提升远期生活质量的要求。宫颈癌最成功的保留女性内分泌功能的措施是卵巢移位 (移植) 术,即在宫颈癌手术时将卵巢向两侧结肠旁沟侧方移位 (也有移植到乳房、腹股沟或腹壁皮下); 或是在放疗前先用腹腔镜手术将卵巢向两侧结肠旁沟侧方移位,目的是将卵巢移出盆腔放射野,以避免卵巢放射性去势。此种治疗措施的理论依据是:宫颈鳞癌卵巢转移的发生率 < 1%, 且卵巢分泌的性激素与宫颈鳞癌的发生无明确关系,因此对早期宫颈鳞癌患者手术中保留卵巢已成为常规。2003 年国际妇产科联盟 (FIGO) 推荐年轻的 I b / II a (直径 < 4 cm) 宫颈鳞癌患者可以保留卵巢。宫颈癌行卵巢移位 (移植) 手术的指征是: 患者年龄 < 45 岁或有明确的保留卵巢意愿; 早期宫颈鳞癌 (腺癌需慎重, 卵巢转移率 10%); 估计术后可能行盆腔外照射 (如存在淋巴

* 通讯作者: 席晓薇, E-mail: xixiaowei1966@126.com

结转移、深肌层浸润、脉管侵犯等);无宫体侵犯;双侧卵巢和输卵管外观正常;无卵巢恶性肿瘤家族史。

除了保留卵巢,对于宫颈癌患者来说,如果能够保留子宫体就意味着能够保留生育功能。1994年,法国医生 Dargent 首次提出根治性宫颈切除手术概念,即切除宫颈及 2 ~ 3 cm 的宫旁及阴道组织,然后将宫体与阴道残端相吻合。这无疑是宫颈癌手术的一次颠覆性革命。目前广泛性宫颈切除手术方式主要包括由 Dargent 倡导的腹腔镜下盆腔淋巴切除加阴式根治性宫颈切除术(LVRT)和由美国医生 Smith 提出的腹式盆腔淋巴结切除加根治性宫颈切除术(RAT)。RAT的特点是所有操作均在开腹直视下进行,切除宫旁组织比LVRT更充分;而LVRT术中出血、损伤的发生率更高,宫旁组织切除欠充分。根治性宫颈切除手术指征尚存在争议,目前比较统一的手术指征为:(1)渴望保留生育功能的年轻患者;(2)患者有强烈保留子宫意愿且临床无生育障碍证据;(3)FIGO分期Ia2~Ib1(宫颈局部病灶小于2cm);(4)影像学检查未发现宫颈内口上方浸润和/或子宫肌层浸润;(5)无盆腔淋巴结转移的证据;(6)病人充分知情。根治性宫颈切除术后疾病复发率约为4.1%,死亡率2.5%,与传统的根治性子宫切除手术相近。据文献报道,根治性宫颈切除术后大多数患者均能自然受孕,部分可至足月妊娠,但孕早、中期的流产率各为16%和4%~10%,早产比例为16%~19%,均高于正常妊娠。因此,此类患者在孕期应作为高危妊娠处理,一旦决定终止妊娠应行剖宫产手术,分娩后建议患者同时行全子宫切除。

二、发病率日趋上升的子宫内膜癌能否保留生殖内分泌功能?

子宫内膜癌标准的治疗模式为全子宫切除+双附件切除+盆腔后腹膜淋巴结切除术,术后根据情况决定是否给予辅助治疗。由于子宫内膜癌好发于绝经前后的妇女,其中40岁以下患者占有所有病例的2.1%~14.4%,且年轻患者多数有不孕症病史,渴望保留生育功能。大多数子宫内膜癌患者对孕激素治疗有反应,孕激素受体阳性者反应率为70%~80%,并且对术前接受孕激素治疗的子宫内膜癌患者进行子宫切除术后发现,约25%的子宫标本没有肿瘤组织残留,这些均提示子宫内膜癌患者有保留生殖内分泌功能的可行性。目前治疗的焦点问题是如何选择合适的患者,而最难以解决的问题是如何确定临床分期。一般认为,子宫内膜癌保守性治疗的指征是:患者年龄<40岁;有迫切保留子宫的意愿;子宫内膜样高分化腺癌;无子宫肌层侵犯及子宫外转移依据;孕激素受体阳性;血清CA125水平正常;患者有随访条件。治疗前可通过分段诊刮及宫腔镜了解肿瘤是否累及宫颈;影像学(一般建议MRI)了解宫颈和肌层受侵情况以及是否有肿大淋巴结。保守性治疗方法一般应用高效孕酮治疗3个月,然后行诊刮了解内膜变化情况,若病情有逆转,则继续治疗3~6个月。如反复诊刮提示病情持续存在或进展,则考虑全子宫切除。子宫内膜癌保守性治疗前必须和患者进行充分沟通,告知患者保留生育功能的治疗目前尚处于临床试验阶段,虽可使60%~75%的内膜癌消退,但其中仅有20%~25%的患者能分娩健康婴儿。目前尚需统一的问题有:治疗用孕激素的剂型及

治疗时间;观察多长时间可允许其受孕;助孕技术的风险;分娩后是否需要切除子宫等。

三、号称“癌中之王”的卵巢恶性肿瘤能保留生殖内分泌功能吗?

由于上皮性卵巢癌(EOC)易发生转移及复发,5年生存率低,因此对于EOC患者实施保留生育功能手术尚无统一意见,但普遍的认识是必须制定非常严格和谨慎的指征。目前,认为必须具备以下条件方可实施:患者年轻,渴望生育;临床分期为Ia期,病理分级为G1级;对侧卵巢外观正常;腹水或腹腔冲洗液细胞学检查阴性;“高危区域”探查或活检均阴性;有密切随诊条件。FIGO2003年推荐:EOC保留生育功能的手术应按规范的分期手术进行评估;术中证实为单侧卵巢受累且包膜完整;对侧卵巢外观正常则不需行剖视活检。美国综合性癌症网络(NCCN)推荐:对于渴望保留生育功能的I期EOC患者均可考虑行保留生育功能的手术。一个全面的分期手术是保留EOC患者生殖内分泌功能最重要的组成部分:足够大的正中切口打开腹腔;取腹水或腹腔冲洗液行细胞学检查;仔细探查整个腹膜及腹腔内脏器;除了任何可疑部位活检外,还要从膀胱腹膜反折、子宫直肠陷凹、双侧结肠旁沟、横膈下腹膜和双侧盆壁等处随机活检;肿瘤局限于卵巢者应仔细检查包膜是否完整。手术方式为患侧附件切除+结肠下大网膜切除+系统的盆腔淋巴结切除术。目前,对于早期EOC的保守性治疗认同度正在提高,认为保留生育功能必须纳入其治疗策略。但目前EOC保留生育功能的治疗缺乏随机对照研究,样本量小,随访时间短,目前大多数文献支持只有对具有良好预后因素的早期EOC患者实施保留生育功能手术才有较高的安全性,一般建议完成生育后行全子宫和对侧卵巢切除术。

卵巢生殖细胞肿瘤与EOC不同,由于患者以年轻、未婚、未生育者占绝大多数;且早期病例所占比例高;有明确的肿瘤标志物可以随访,如甲胎蛋白(AFP)和人绒毛膜促性腺激素(HCG);通过手术和化疗预后较好,因此对于所有希望保留生殖内分泌功能的患者均可实施保守性手术(保留对侧卵巢和子宫),这已取得比较成熟和一致的意见。

四、总结

综上,虽然没有人会质疑优先根治肿瘤的重要性,但也不能忽视部分年轻、早期、迫切希望保留生殖内分泌功能患者的愿望。然而,目前多数保留生殖内分泌功能的技术或方法尚处于临床探索或初步应用阶段,因此,技术的安全性是治疗中涉及伦理学的严肃问题。当年轻的妇科恶性肿瘤患者获知肿瘤的治疗可能造成生殖内分泌功能永久损伤时,其心理会受到严重伤害。然而,当她们得知有新的方法和技术可保全其功能时,又会对治疗的有效性抱有过高期望。此时,医生有责任告之患者相关治疗风险,并且有义务鼓励患者在充分知情的前提下选择治疗方式。妇科肿瘤医生应结合患者的具体情况,全面考虑,仔细判断,特别注意要尊重患者及其家属的意愿,最终选择恰当的治疗方案。随着医学技术与人文科学的不断发展与进步,妇科恶性肿瘤保留生殖内分泌功能的适应证必定会逐步拓宽,治疗理念与方法也会不断更新。

《转化医学专题》

转化医学与科研伦理

张勤 上海市卫生和计划生育委员会科技教育处

转化医学研究以现代生物医学技术为基础,以人为研究对象,在强调临床应用的同时带有一定的实验性、不确定性,无可避免地对人体存在一定伤害和潜在危险,而生命伦理学是对人的权利和尊严的价值关怀,两者的碰撞与冲突势必引起一系列伦理问题。自然哲学与道德哲学,事实判断与价值判断,二者分属不同的领域,有不同评价标准,其变革速度不一。科学技术与伦理道德发生矛盾,有时甚至是激烈冲突也是必然的。在过去半个世纪中,由于缺乏对此问题的高度认识,干扰了技术发展的临床应用,或者干脆中断了技术的研发,这些案例在人工授精和优生优育技术发展中,表现得尤其突出,宗教与社会等形而上的因素,一直延伸到干细胞技术的发展。要快速推进科研成果到临床的应用,除了需要打破原有的重重壁垒外,还需要在各研究环节建立绿色通道,但伦理的管控是不可绕过的门槛,只有重视并且极早的介入,更能发挥保驾护航的作用。

一、医学伦理

保护受试者利益是医学伦理的第一原则,它要求医务人员有义务不去有意或无意地伤害受试者,在科学研究中要权衡利弊。“头顶美丽的天空和内心的道德情感,引起心灵的深深震撼”,德国古典哲学的创始人康德的著名论断:“人是万物的尺度”。《赫尔辛基宣言》规定,当科学的利益与人的利益发生矛盾时,要以人的利益居先,主要包括两项原则:

1. 知情同意原则

知情同意与确保受试者的隐私是一切涉及人体研究活动和行为的伦理学基础,也是人体生物医学研究的主要伦理要求之一。《纽伦堡法典》中首次明确了知情同意原则,它的目的是借由提供相关的知识和信息来保护受试者,使受试者了解自己在试验过程中的权利,帮助他们作出知情选择:同意或拒绝。同时应当关注弱势人群,确保受试者的选择是公平的。寻求受试者知情同意的同时,受试者的知情同意将被记录。研究进程中必须具备适当的监督措施以确保受试者的安全。

但在实际操作中还是存在诸多问题,比如知情同意书内容告知不充分,涉及受试者利益的关键信息往往缺失;不少知情同意书过于格式化、专业化,使受试者无法完全理解;有的知情同意形同虚设,难以消除“医生”角色的影响,缺乏使人自由判断与选择的能力,可能会流于

形式甚至“去责任化”；大多知情同意给予考虑的时间较少，研究对象从了解知情同意书内容到签署知情同意书用时 1 天还不到。

2. 有利无伤原则

有利无伤与最小化受试者的风险是医学伦理学的另一基本原则。它要求对受试者和患者实施有利的医学行为，在解除或减轻痛苦、治愈疾病或缓解症状的同时最大限度降低对他们伤害，尽可能避免疼痛与痛苦、损害与残疾，与预期收益相比研究的风险是合理的，使他们在生理上和精神上真正受益。可以说转化医学研究促进新药物、新仪器、新疗法早日应用于临床，有利于医学科学的发展和人民健康水平的提高，与有利无伤与最小化受试者的风险原则上是一致的。

但是长期以来，由于临床科研缺乏系统的伦理学管控，往往没有进行严密的设计、没有进行充分的动物实验、没有进行正规的 I、II 期临床试验，便贸然进行 III、IV 期临床试验；有些甚至还未严格考察药物的毒副作用便直接大量应用于临床，从而导致严重灾难的例子时有发生。如 1937 年美国某工厂使用二甘醇代替酒精生产磺胺酞剂，用于治疗感染性疾病，结果有 300 多人发生肾功能衰竭，107 人死亡；1959 年震惊全球的“反应停”事件，“海豹肢畸形”患儿在日本大约有 1000 名，在西德大约有 8000 名！全世界超过 1 万人！

二、现阶段科研伦理问题

国际医学杂志编委会 (ICMJE) 声明，自 2004 年开始要求增加临床试验的透明度，扩展了登记注册及增加报告结果的要求，登记的最后期限是第一例病人临床试验开始后的 21 天，否则将导致结果被拒。目前医学伦理问题已经越来越受到重视，不仅国外的杂志，许多国内杂志如中华医学会系列杂志的稿约中均加入了有关医学科研伦理方面的要求，要求获得伦理委员会批准并取得受试者的知情同意。而在我国国家层面，相应的管理整体仍较为滞后，2000 年以前仅有国家食品药品监督管理局颁布的《药物临床试验质量管理规范》，2000 年以后虽陆续出台了一些规定、办法，但内容上仍有许多不完善的地方，对于伦理监管的作用十分有限，主要表现在：

1. 伦理审查质量参差不齐

我国伦理审查起步较晚，制度建设也不够健全，且发展不平衡。2007 年卫生部出台了《涉及人的生物医学研究伦理审查办法（试行）》，对伦理委员会有明确的要求，但是缺乏操作指南和制度保障。不同机构伦理审查标准不一，重视程度、人员素质也不尽相同，因此审查质量相差很大，在一定程度上制约了转化医学的发展。

有些伦理委员会的审查工作仅限于研究者提交的研究方案，很少对整个试验过程进行跟踪，

也极少要求研究者在研究中进行提交方案变动或其他相关的反馈信息,难以真正实现对研究项目的伦理监管。经调查,机构伦理委员会工作中存在问题是无 SOP 或未能遵循 SOP,流于形式,游走批准,不少会议记录不符合要求,往往用非专业语言表达专业问题。科研方案的科学性、研究者的资格、试验的设备、多中心质控、数据管理等试验方案审查不全面;知情同意书内容审查不全面,往往有风险无权益;过程审查不到位,修改后反馈意见、年度审查不够及试验过程和再审查缺如。

2. 对伦理的认识不足

一项研究显示,在生命伦理学的一些基本概念的了解上,比如对生命伦理学不伤害原则的了解,正确率为 78.33%;对生命伦理学基本范畴的审慎的认识,正确率只有 61.67%;尤其是在生命伦理学基本范畴的权利选择中,选择医生权利的占到 51.67%,大大超过了选择病人权利的 41.67%。说明对生命伦理学的一些问题及基本原则的认识上是存在偏差的。

在我国,伦理之所以引起了大家的广泛重视,一个重要的原因就是国外期刊对于伦理审查的要求。以前我国不重视伦理审查,许多研究人员都遭遇过在国际专业学术期刊发表论文因为缺少伦理审查程序而被拒绝的尴尬。因此,人们对于伦理只是一种被动需求,并没有引起足够的重视,没有相关需求的人不会主动关心伦理,这就在一定程度上造成了公众对于伦理认识的十分有限,更不用说将伦理的理念、原则贯彻于研究和医学实践中了。

以干细胞研究为例,我国目前与此有关的规定只有《人类辅助生殖技术规范》与《人胚胎干细胞研究伦理指导原则》,且比较宽泛,并没有规定从事干细胞研究的机构需要进行审批获得许可证,也没有规定相关人员所需具备的资质;没有要求从事干细胞研究的机构在相关管理部门对胚胎来源、干细胞系如何建立、克隆胚胎或杂合体和嵌合体如何形成和毁掉等进行备案,因此很难对之进行有效管治。我国成体干细胞的基础研究发展迅速,成体干细胞临床应用却超越临床试验,出现一系列伦理、法律和社会问题,引起公众关注。2009 年 3 月 2 日卫生部颁发了《医疗技术临床应用管理办法》,但对干细胞研究和临床应用的规范有待细化;制定“成体干细胞研究和临床应用的伦理准则”严格准入制度,规范科学行为,显得特别迫切!

三、伦理辩护对转化医学的作用

生命科技回答能够做什么,伦理辩护解决可以做什么。虽说科学研究与伦理道德是一对相互冲击的矛盾,但两者在总体上又是一致的,共同决定着科技进步与社会前进的步伐。科研的每一次重大进步必然会对伦理道德提出更高的要求,而伦理道德的高标准又指引着科学研究朝着正确的方向迈进,两者相辅相成。

1. 伦理辩护对转化医学研究的规范作用

没有规矩不成方圆。生命伦理学通过一系列规则、制度和程序来规范科学研究的行为,明确应该做哪些、应该怎么做,维系了整个人类的道德价值体系。在伦理的规范框架下,转化医学研究才可以有的放矢。伦理的规范既是对受试者的有效保护,也是对研究人员的有力支持。

2. 伦理辩护对转化医学研究的引导作用

不管科技多么强大,它都必须受伦理的引导。作为意识形态,伦理道德对转化医学研究的发展具有方向性意义。任何一项人类的科技发现或发明,是否能加以应用和推行,首先要衡量其对人类的生存和社会的长期发展的利弊。伦理辩护的意义就在于此,能够给予转化医学研究理性指导,引导其向着正确方向发展,更好地为人类造福。

3. 伦理辩护对转化医学研究的促进作用

现代医学科学具有的二个主要支撑点:医学人文精神及医学诊疗技术。没有了人文精神,医学就失去了灵魂;没有了临床诊疗新技术,医学就失去了躯干。

我们认为医学伦理是对人类行为的规则或准则进行分析,能够弥补单纯的生命科技理性的不足,一方面能解决转化医学研究中由于不同价值冲突引起的伦理道德难题,另一方面不断出现的伦理道德难题也为转化医学研究注入新的活力,从而不断地促进创新和发展。

四、科研伦理调适相关建议

1. 进一步完善伦理监管的体系

伦理监管是一个涉及多机构、多部门的系统性工作,不仅需要中央和地方政府机关完善相关法律法规、健全制度,还需要各级专业团体发挥专长统一审查规范、建立评估体系,需要大学及科研院所、医疗单位积极配合、规范操作、加强自律。只有充分加强各方的协作配合和沟通交流,才能切实有效地提高伦理监管的效能,及时发现存在的差距和解决相应的问题,进而不断完善整个组织监管体系,促进生命伦理良性运行机制的形成。上海是我国开展生命伦理研究和实践最早的城市,政府在伦理建设中扮演着规划、引导、服务与监管者的重要角色,任重而道远。

2. 进一步发挥机构伦理委员会的功效

机构伦理委员会作为受试者权利得到尊重和保护的重要环节,在规范生命伦理学的有序发展和医学临床实践中发挥着独特而无可替代的中心作用,是知情同意原则和有利无伤原则得以坚持、受试者利益得以有效保护的关键。因此,伦理委员会要不断加强能力建设,要根据相关法规要求,建立规范的伦理审查规则,不断完善机构伦理委员会的工作制度和标准操作程序;进一步完善伦理委员会的功能与日常管理,尤其应重点完善研究伦理的审核,包括知情同意书

的审核、跟踪审核、严重不良事件的审核,所有审核的资料应有良好的记录和档案管理;营造把受试者安全和权益放在首位的文化氛围,对医务人员开展医学伦理咨询与帮助,以使医务人员掌握生命伦理的原则和相关的法规要求,逐步扩大机构伦理委员会的社会影响力。特别需要坚持伦理委员会的独立性,有效发挥伦理委员会的功效,着力推进社会公众参与机制,更好发挥伦理委员会的作用。

3. 进一步加大伦理培训的力度

定期、持续、规范的伦理知识培训对于全面提高研究者和伦理委员会成员的专业化水平,有着至关重要的作用。对不同人群开展分层分类的伦理培训将有利于伦理更好地发展,加强对单位领导干部的伦理培训以提高领导层对伦理工作的重视与支持;加强对伦理委员会委员与秘书的培训以提升伦理审核与咨询服务的水平,起到有效“把关”的作用;加强对研究者及医务人员的培训以提升伦理知识,增强其保护受试者的意识,规范临床科研及日常工作行为;加强对公众的培训以普及伦理知识,取得社会对于科学研究的理解、监督及配合,这就能够将外在的压力逐步转变为内在的驱动力,从而提升能力,促使我国生命科学研究走上良性发展轨道。

4. 进一步加强研究人员的道德修养

揭示人类生命运动的本质和基本规律是医学科研的基本任务,要不断认识和根治疑难疾患,这不仅需要转化医学研究人员的聪明才智,更需要研究人员具备崇高的医学科研道德。良好的道德意识和道德行为是保证转化医学研究顺利进行的充分必要条件和前提。因此,在转化医学研究中一定要强化研究人员的伦理道德修养、加强科研自律,提升生命科技的社会公信力,具有十分重要的现实意义。“如果你们想你们一生的工作有益于人类,那么,你们只懂得应用科学本身是不够的。关心人的本身,应当始终成为一切技术上奋斗的主要目标——用于保证我们科学思想的成果会造福于人类,而不致成为祸害(爱因斯坦)”。

(未完待续)

《医学资讯》

六大有前途的医疗技术

近年来,大量革命性技术创新给医疗领域带来了翻天覆地的变化。近日,国外一项基于 2009 ~ 2014 年医疗市场现状的报告列出了 10 项增长潜力巨大的医疗新技术,如胶囊内镜、药物输送系统、分子诊断与靶向治疗、移动医疗等,市场总估值高达 4543 亿美元。其中,前景最被业内人士看好的 6 大医疗技术如下:

一、影像诊断,减轻痛苦

代表:胶囊内镜

上述报告显示,十大医疗新技术中 2/5 (约 1778 亿美元)的市场份额来自内科诊断技术,包括核医学成像、胶囊内镜等。

美国弗若斯特沙利文咨询公司发布的报告显示,近 10 年来,医用成像技术将成像时间缩短为几秒,拍出图像是三维、全彩的,能在很大程度上取代过去的穿刺活检。比如,核医学成像技术为肝纤维化的无创检查打下基础;胶囊内镜让患者免受痛苦。据介绍,胶囊内镜比普通胶囊略大,有一个米粒大的摄像头。吞下后,它会以每秒两张的速度拍照,并将照片实时发送到体外图像记录仪中,6 ~ 8 小时后随大便排出。医生只需分析收集到的照片,就可对胃肠道的状况一目了然。胶囊内镜甚至实现了在家检查,然后用手机、电脑将照片发给医生,就可能早期发现胃癌等。但它也有弊端,如 8 小时拍出的 5 万张照片中,七八成是没有诊断价值的,而且存在盲区。这些问题需要厂家和医生合作解决。

二、分子诊断,定位癌症

代表:分子靶向治疗

顶尖科学杂志《自然·遗传学》早在几年前就将分子诊断技术列为十大健康技术之首。它在遗传病、传染病、肿瘤等的预防、诊断以及个体化治疗上发挥巨大作用。

以肿瘤为例,世界卫生组织发布的《全球癌症报告 2014》指出,2012 年,中国癌症死亡人数为 220 万,占全球总数的 26.8%。我国肿瘤患者的治疗效果仍不理想,解决之道在于提高早期诊断率及对晚期肿瘤进行精确治疗。目前,约八成肺癌患者就诊时已属晚期,失去手术机会。传统化疗属“试错治疗”,往往按照指南选择一种化疗方案,2 周期治疗后评价疗效,有效则继续原方案,无效则更改方案。该模式疗效不佳,且副作用较大。研究表明,肿瘤的发生发展往往与基因异常有关。比如肺癌,特别是肺腺癌,多存在特定的驱动基因。要明确驱动基因,就需要分子诊断来帮忙。找到特定基因,给予针对性的分子靶向治疗,疗效好,且副作用小。比如,携带表皮生长因子受体 (EGFR) 敏感突变基因的晚期肺癌患者,给予 EGFR-TKI (如吉非替尼、

厄洛替尼等) 靶向治疗, 疾病控制率可达 90%, 患者无需住院, 生活质量很高。因此, 许多药企投身该领域, 分子诊断市场正以 15%~18% 的年增长率递增。

三、微创技术, 缩小伤口

代表: 微创内固定

1987 年, 法国医生穆雷完成了世界首例腹腔镜胆囊切除术, 开创了微创外科新纪元。几十年来, 从胃肠镜到腹腔镜, 微创概念已深入到各医学领域。有国外学者将微创外科、基因工程、器官移植并称为 21 世纪医学发展三大主流。

骨科微创技术正引领方向。以老年骨质疏松患者最易发生的股骨粗隆间骨折为例, 过去多采用动力髋螺钉, 也就是“打钢板”固定, 创伤大, 患者需长期卧床, 易诱发血栓。据某些医院统计, 老年人髋部骨折围手术期死亡率约 6%, 甚至高于恶性肿瘤。随后, 伽马钉等微创设备的开发克服了手术切口大的问题, 但不能把伤骨完全复位。对此, 解放军总医院骨科医院院长唐佩福设计出内侧支撑髓内钉, 通过微创内固定技术, 在伤骨内侧增加一个固定。该技术让患者可以早下地, 避免发生致死性并发症, 并得到国家食品药品监督管理总局的认证、批准, 并在国内推广。

四、药物输送系统, 按需给药

代表: 纳米晶体技术

国外报告显示, 附加有药物输送系统 (DDS) 的药品已占据约 1108 亿美元的市场份额。DDS 早期研究集中在缓释制剂上, 让患者打一针就能维持较长时间。比如醋酸亮丙瑞林微球、曲普瑞林微球、利培酮微球等在肿瘤、代谢性疾病、精神病治疗中应用广泛。

近几年, DDS 研究的主要目标是弥补因药物本身化学结构所导致的生物利用缺陷。比如, 美国阿维马克斯 (AvMax) 公司开发的肠道滞留技术, 使药物在生物利用度最佳的小肠停留, 保持对幽门螺杆菌的作用, 治疗消化性溃疡。美国义隆 (Elan) 公司的纳米晶体药物输送技术包含一种防止聚集和改善溶解的赋形剂, 解决了择时给药问题, 药物输送与人体节律同步, 保持 24 小时均衡的血药水平, 在高血压的治疗上已产生效果。近日, 美国麻省理工学院的斯蒂芬·莫顿研发了一种治疗癌症的双药、延时纳米输送系统, 可避免癌细胞对化疗药产生抵抗。可见, 纳米技术是 DDS 发展的重要方向。

五、非侵入性检测, 取代穿刺

代表: 唾液检测血糖

血液、羊水、骨髓……这些液体的指标是许多疾病的诊断依据。但获取它们需要穿刺, 有侵入性, 不仅给患者带来痛苦, 还容易交叉感染。像糖尿病患者更需要不间断监测血糖, 治疗

依从性较差。

基于生物传感器技术的非侵入性检测设备的发展,为患者带来希望。据美国物理学家组织网 2012 年报道,美国普渡大学的科学家发明一种传感器,能通过泪液和唾液检测糖尿病,还可诊断帕金森病和老年痴呆症。加州大学旧金山分校临床与转化遗传学系副主任玛丽·诺顿博士则开发出非侵入性产前检查技术,可检出超过 80% 常见染色体三倍体异常(如唐氏综合征),有望取代绒毛膜取样和羊水穿刺。

随着可穿戴医疗的发展,非侵入性检测技术有望走进千家万户,实现全天候监测。比如,以色列 BIG 公司开发出手表式血糖监测装置,通过测量生物电阻变化监测病情。但美国科技杂志《收集世界》提出,无创血糖检测技术仍处于开发初期,尚无产品上市。如何保证数据更准确、分析更可靠,是此类设备面临的技术难题。

六、移动医疗,保证安全

代表:医院信息化

一位美国医生坐在办公室,就能通过可穿戴设备查看中国病人的心电图,这就是移动医疗带来的美好展望。美国著名心脏病专家埃里克·托普将其列为最具潜力的医学新技术。

移动医疗的优势在于以病人为核心,最大限度保障医疗质量和安全,同时提高效率。输液或发药时,护士用移动掌上电脑分别扫描患者腕带及药品上的条形码,若匹配则会弹出“执行成功”的字样,否则会给出“病人与医嘱不匹配”、“医嘱不存在”等提示,实现用药零差错。另外,如北京大学人民医院每天门诊量过万,患者排队缴费耗时多。经过调查发现,每天约有 25% 的患者使用银行卡,于是医院配备了 7 台移动收费车刷卡结算,减少排队时间。

全球移动通信系统协会发布报告称,2017 年移动医疗市场的发展将带来 230 亿美元的收入。移动医疗将在慢病管理、个体化医疗等方面发挥作用。

(摘编自《生命时报》)

《疫情追踪》

“埃博拉”病毒的前世今生，你知道吗？（一）

一、埃博拉病毒如何被发现

人类的故乡在中非，那里迄今还有一片很原始的地方，除非坐小型飞机，否则只能乘船才能抵达那些散落的村落，有的地方甚至得坐 3 周船才能抵达。

1976 年 9 月中旬，位于扎伊尔北部本巴（Bumba）地区扬布库村的一间小教会医院的医生报告几十例相同病例，比疟疾症状严重，包括出血性呕吐、鼻出血、出血性腹泻，其中 14 位病人死亡，其余病人的病情也很严重。

扎伊尔首都金沙萨收到电报后，扎伊尔卫生部请求国际援助。10 月初，该医院被迫关闭，几周后受扎伊尔卫生部委派，一支国际专家组抵达扬布库村，成员包括来自法国、比利时、加拿大、南非、扎伊尔及美国的专家。来自美国的是 CDC 的 9 人团队，因此其领队卡尔·约翰逊就成了专家组的组长。约翰逊出掌专家组，一不是靠手下人多，二不是靠美国的势力，而是用命换来的资格。

1962 年，正在巴拿马进行研究项目的约翰逊和麦肯齐（Ron MacKenzie）一道前往玻利维亚马格达莱纳（Magdalena）调查当地的一种出血热。他们抵达马格达莱纳后，发现疾病流行情况非常严重，只好返回美国。争取到更多的资助人手后，于次年重返玻利维亚，进行深入研究。可是没多久，两人也被感染，被送到巴拿马抢救。幸好当地军队医院的医生有在韩战期间治疗流行病出血热的经验，用同样的办法救活了两人。恢复过来后，两人认为自己已经具备了免疫力，再次来到玻利维亚，成功发现了病原。这是一种新型病毒，被命名为马丘坡（MACHUPO）病毒。进一步发现当地的一种小鼠是这种病毒的携带者和传播者，通过灭鼠解决了出血热流行。这场流行感染者 470 人，死者 192 人，死亡率 40%。之后病毒消失，一直到 1994 年才再次出现，10 人感染 6 人死亡，死亡率 60%。

马丘坡病毒是现在已知的烈性病毒之一，可以通过血液和接触感染，病毒在空气中能够存活。但这种病毒对人类的威胁不大，因为其天然宿主 *Calomys Calosus* 小鼠生存在玻利维亚丛林深处，由于交通不便，形成了一道天然屏障，使得这种烈性病毒不能在人群中扩散。

14 年后，回想起在玻利维亚几乎丧命的经历依然心悸的约翰逊来到扬布库村，先将血液样品送 CDC 等实验室，经过电镜检查，确定是病毒感染。这种病毒和 1967 年在西德和南斯拉夫出现的马尔堡（Marburg）病毒相似。马尔堡病毒也引起出血热，那次流行 31 人发病，7 人死亡，死亡率 23%。1975 年在南非有 3 人发病，1 人死亡。后来时有流行，最严重的一次是

2004–2005 年在安哥拉的流行, 252 人感染, 227 人死亡, 死亡率 90%。

扬布库村发现的病毒被按流经本地的埃博拉 (Ebola) 河的名字被命名为埃博拉病毒, 和马尔堡病毒组成新的丝线状病毒科。在进行紧急处理之后, 根据马丘坡病毒的先例, 约翰逊认为下一步要找到传播源, 从而控制流行。埃博拉病毒毫无疑问是一种动物病毒, 也毫无疑问是一种能够从动物传染给人的病毒, 其源头应该是某种不会得出血热的携带埃博拉病毒的野生动物, 很可能还有一种动物作为中间宿主将埃博拉病毒从原宿主带入人群, 这种中间宿主应该是一种和人类有接触的动物, 而原宿主则是和人类无接触的动物, 这样才能解释为什么突然出现埃博拉病毒流行。根据这个推论, 专家组从扬布库村的动物开始, 先在村落里抓了 818 个臭虫, 没有发现携带埃博拉病毒的痕迹。下一个怀疑对象是蚊子, 逮了很多蚊子, 没有发现埃博拉病毒。那么就可能是家畜了, 在村落里抽了 10 头猪和 1 头母牛的血, 一无所获。也许是鼠类, 抓了 69 只耗子、30 只大鼠及 8 只松鼠, 也一无所获。只好扩大范围, 抓了 6 只猴子、2 头鹿和 7 只蝙蝠, 依旧一无所获, 也没有其他动物可以抓了。

此时患病者死亡率达到了 88%, 专家组给扎伊尔卫生部提出几条防疫建议, 结束了这次行动。离开扬布库村时, 专家组有一种预感, 埃博拉病毒不会像马丘坡病毒那样重新返回丛林, 因为这种凶悍病毒的宿主和传播途径都是未知。

也是在 1976 年, 苏丹西南部也发生不明原因的传染病流行, WHO 派出专家组, 从重症病人身上抽血后送英国微生物学研究所, 希望那里的实验室能够发现病因。1976 年 11 月 5 日, 在微生物研究所实验室工作的杰弗里·普莱特 (Geoffrey Platt) 用注射器将一只感染了苏丹病人血液的豚鼠的肝脏取出来, 准备给另外一只豚鼠接种, 不小心针头扎到了自己的拇指。普莱特心里大叫不好, 他知道苏丹疫区的病死率已经超过 50%, 赶紧摘下手套, 将拇指泡在消毒液中, 努力地想挤出几滴血, 但挤不出来, 他的情绪镇静下来, 仔细看看拇指, 没有找到伤口。他知道有两种可能, 一是没有扎进去, 二是伤口很小, 已经愈合了。前者是好事, 后者则是坏事。普莱特尽力安慰自己, 往第一种可能处想, 即便是第二种可能, 按照其他病毒传播的情况, 这么一点点, 应该不可能造成感染。但是, 4 天后, 普莱特病倒了。苏丹的传染源也找到了: 埃博拉病毒。

普莱特被送进一间特殊病房, 按生物安全 3 级的标准, 房间为负压, 医生护士戴口罩。先对他进行干扰素治疗, 然后从非洲空运来一位从埃博拉病毒感染中恢复过来的病人的血清, 给他注射。4 天后, 普莱特的病情加重, 呕吐腹泻之外, 有免疫系统衰竭的迹象, 医生只能给他多用非洲运来的血清。到第 8 天, 普莱特从鬼门关上回来了, 经过很长一段时间的康复后出院, 不仅体重下降, 而且头发几乎掉光了。得益于及时的治疗, 普莱特捡了一条命, 也证明了一件事: 埃博拉病毒的感染力超强。

二、埃博拉病毒类型之谜

苏丹的流行发生在苏丹与扎伊尔边境,离扬布库村 500 英里,死亡 151 人,占感染者总数的 53%,低于扎伊尔流行的死亡率。其病毒也和扎伊尔的病毒有很大区别,这样就有了埃博拉病毒扎伊尔型和苏丹型。埃博拉病毒为什么于 1976 年突然在扎伊尔和苏丹同时流行,而且是两种不同的型?没有答案。

次年,扎伊尔西南部的一家教会医院收住了一位得出血热的 9 岁女孩,血样被送到 CDC 约翰逊实验室进行培养后,证实是埃博拉病毒。女孩死亡,其感染途径不得而知。两年后,在苏丹流行地再次出现埃博拉病毒流行,22 人死亡,死亡率 65%,依旧低于扎伊尔型。之后,埃博拉病毒在非洲消失 15 年之久。

由于没有解决埃博拉病毒的宿主和传播问题,约翰逊一直希望重返扎伊尔,但苦于没有经费。1979 年,他利用 WHO 在当地进行猴痘研究的机会,再次来到扎伊尔,在本巴地区、扎伊尔北部及喀麦隆东南部,大规模采取动物样品,一共采集了 1500 多个动物,包括 117 种,血、肝、脾、肾样品取出后,冷冻后送 CDC。约翰逊后来在《传染病杂志》发表论文,对这次大规模采样进行总结:一无所获。埃博拉病毒的来源和传播途径成了约翰逊最大的遗憾。

埃博拉病毒在非洲两地同时流行,传播性强,死亡率极高,使得科学家认为很可能是下一次瘟疫。但流行之后,经过些许余波,埃博拉病毒归隐丛林,让科学家们松了一口气,但他们不敢放松警惕,继续对扎伊尔、苏丹等地进行埃博拉病毒流行病监测。十年磨剑,埃博拉病毒在非洲毫无动静。但专家们万万没有想到,埃博拉病毒竟然出现在一个意想不到的地方。莱斯顿 (Reston),位于维吉尼亚州北部,临杜勒斯国际机场,距美国首都哥伦比亚特区 20 英里,是美国的 IT 重镇之一。

1989 年,位于莱斯顿的康宁公司下属 Hazelton Research Products 公司的莱斯顿灵长类检疫中心来了一批从菲律宾进口的用于医学实验的长尾猕猴,到货的时候发现在路上死了两只。这种情况不算什么,类似的动物长途运输常常会导致动物死亡,有时候甚至全军尽没。猕猴被运到莱斯顿的灵长类检疫中心后继续发生死亡事件,这一下就不正常了。在美国,猴子这种大型的实验动物很贵,照顾起来比对自己家的孩子还要精心,绝对不会发生虐待的事情。猴子是得病死的,每天死两到三只猴子说明是一种传染病。这引起了中心人员的警惕,进一步观察,死亡的猴子有出血热症状,有人突然想到埃博拉病毒。这一下就成为美国卫生防疫最大的警报了,陆军传染病研究所闻讯而来,场景如同好莱坞大片,军方将中心剩下的猴子全部杀死,对中心进行全面消毒,后来房屋被推倒重建。实验室发现确实是埃博拉病毒,和扎伊尔型、苏丹型有区别,进而发现中心的 6 位工作人员血液中出现该病毒的抗体,表明已经被感染。根据这些情况,专家认为此型病毒可以通过空气传播。也就是说,这型埃博拉病

毒具备流感病毒的传播能力，参照扎伊尔和苏丹的流行情况和死亡率，加上美国首都郊区密集的人口，一场大祸临头。不仅相关人员陷入死亡的恐惧中，整个华府开始骚动，高层寝食难安，不知道疫情扩散的情况，更不知道一旦出现埃博拉病毒流行，华府地区以至美国会发生什么情况？

山雨欲来风满楼之际，这几位感染者居然一直没有发病，让大家把心放回肚子里。专家前往菲律宾，在马尼拉附近的一家猴出口商处发现大批死于埃博拉病毒感染的猴子，也发现了 12 名血液中有该病毒抗体的菲律宾人，这 12 位感染者同样没有任何症状。于是埃博拉病毒又多了一型，莱斯顿型。这型埃博拉病毒可以感染猴，且死亡率极高，也可以感染人可是不会引起任何症状。

1992 年 11 月，位于西非科特迪瓦的一家国家公园内的黑猩猩开始死亡。瑞士生物学家克里斯托弗·伯施（Christophe Boesch）在此研究黑猩猩 15 年了，发现黑猩猩数量减少，一部分黑猩猩死亡，另外一部分不见了。1994 年，在解剖一具黑猩猩尸体的时候，一位 34 岁的瑞士籍女研究生发病，被送进医院，按疟疾进行治疗，病情恶化后被运回瑞士。在瑞士，医生们用各种病毒的抗体，包括埃博拉病毒已知三型病毒的抗体进行检测，查不出病因。最后经过进一步检查，发现了另外一型埃博拉病毒，科特迪瓦型。这位女科学家幸运地活了下来，体重减轻了十几磅，头发也几乎掉光了，并且成为第一位将埃博拉病毒带出非洲大陆的人。

（未完待续）

（摘编自医学论坛网）

◀科教动态▶

贯彻落实 2014 年全国卫生计生科教工作会议精神，积极谋划卫生科教“十三五”规划

2014 年 6 月 6 日，全国卫生计生科教工作会议在京召开，国家卫生计生委主任李斌、副主任刘谦在会上作了重要讲话，对上海谋划卫生科教“十三五”规划具有重要引领作用。

一、李斌主任讲话精神

李斌主任作了《实施科教兴国创新驱动发展战略 开创卫生计生科教工作新局面》的讲话，指出近年来卫生计生系统紧紧围绕经济社会发展大局和人民健康需求，不断推动医学科技创新，着力加强医学人才培养，为推进事业改革发展、提高人民健康水平发挥重要的支撑作用。但与党中央、国务院的要求相比，与人民群众的新期盼相比，还存在一定的差距。李斌主任提出了四点要求：

（一）深刻认识科技教育在卫生计生事业中的战略地位，增强做好工作的责任感和使命感。要认真学习、深刻领会习近平总书记和中央领导同志关于科教工作一系列重要讲话精神，要始终把教育和科技放在全局性、战略性位置。如果说深化医药卫生体制改革是调节医疗卫生服务的生产关系，抓好科教工作就是维护和发展医疗卫生服务的生产力，其发展程度应当成为卫生计生事业进步的重要标志。科技教育是卫生计生事业的基石，没有科教工作的支撑和引领，就无法满足人民群众日益增长的多样化、差异化的健康需求，卫生计生事业的改革发展就会缺少驱动力，甚至会丧失生命力。必须切实把思想认识统一到中央关于科教工作地位和作用的论断上来，统一到卫生计生工作的重大决策部署上来，不断增强做好科教工作的主动性和自觉性。

（二）服务大局，服务需求，以科技创新驱动卫生计生事业发展。要重点抓好三方面的工作，一是明确需求，超前谋划。要以创新驱动发展战略为指导，围绕国家战略需求，准确把握我国面临的主要健康问题和需要发展的关键技术，提出发展目标、方向与步骤，着力提升基础前沿、关键共性、社会公益和战略高科技技术研究水平。二是精心组织，做好重大科研项目实施。严格依据“科学聚焦、合理瘦身、系统集成、突出重点”的要求，加大科研攻关力度，做好国家科技重大专项的组织实施工作，使科技创新成果切实转化为服务国家战略、惠及亿万人民的现实生产力。加大临床医学研究和大型流行病学研究的资助力度，提升临床诊疗水平。推动行业科研基地建设发展，加快推进新技术转化和适宜技术推广，支持国产医学装备研发应用，促进经济转型和产业升级。三是加强科技支撑保障体系建设。切实加强实验室安全监管，完善管理制度体系，坚持依法依规办事和属地化管理。加大对生物安全、医学伦理、人类遗传资源、科研诚信、知识产权保护等的监管力度，守住科研管理的“红线”。

（三）完善体系，提高质量，切实抓好人才队伍建设。要重点抓好四件事。一是完善毕业后医学教育体系。要按照 2013 年底 7 部委联合印发了《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》要求，切实推动工作落实，确保完成 2015 年全面启动、2020 年全面建立的目标任务。

要坚持以质量为核心、以规范为准绳、严格培训考核。坚持质量意识，动态管理，严格控制规范化培训基地的数量。同时在充分调研论证基础上，尽快制定出台专科医师培训制度的指导意见。二是切实加强医教协同。建立健全工作机制，研究提出卫生计生人才培养需求，协同教育部门加强对院校设置、专业结构、招生规模和资源配置的宏观调控，按需调整招生规模，优化培养结构，强化临床实践教学，提升培养质量，逐步实现医学人才培养的供需平衡。三是加强短缺人才培养。有计划地加强全科、儿科、精神科、病理科等短缺人才的系统性培训，扩大紧缺专业的医学院校培养规模和住院医师培训数量。四是认真落实国家中长期人才发展规划。组织实施重点人才培养计划，依托重大科技项目和科研基地建设，吸引、培养领军人才和创新团队。加快建立集聚人才的体制机制，健全人才向基层流动、向艰苦地区和一线流动的机制。

（四）加强领导，注重协同，有效提升科学管理能力。各单位主要领导要把科教工作作为核心和重点任务，切实加强组织领导，明确责任职责，抓好抓实。要坚持联系实际，在提高科教工作科学化管理水平和能力上下功夫。要把落实科教管理任务与全面推进医改的总体部署结合起来，坚持问题导向，充实工作规划，完善管理制度，采取措施，全面落实工作任务。要注重创新工作机制，衔接政策措施，统筹利用资源，完善相关政策，注重引导各方资源向重大问题与核心目标集中。要注重建立良好的运行机制，加强绩效考核，完善规范的管理体系，逐步实现专业化、精细化、全程化的管理目标。

二、刘谦副主任讲话精神

刘谦副主任对“十二五”以来卫生计生科教领域 7 大方面的进展进行了回顾，并部署了近期工作重点。

（一）“十二五”以来卫生计生科教工作推进情况。“新药创制”和“重大传染病防治”国家科技重大专项工作稳步推进；公益性行业科研专项等重点科技工作对卫生计生事业的支撑和推进作用逐渐显现；逐步形成较为完备的科技管理体系；住院医师规范化培训制度初步建立；全科医生培养工作积极推进；继续医学教育工作不断加强；协同推进院校医学教育改革。

（二）落实重点工作，开创卫生计生科教工作新局面。首先要服务大局，服务需求，做好医学科技重点工作。一是要在全面落实“十二五”规划任务同时，及早谋划“十三五”规划。二是要抓好国家科技重大专项等重点科技工作；三是要贯彻落实国务院关于改进加强中央财政科研项目和资金管理的若干意见，提高医学科技工作管理水平。其次要完善体系，落实制度，加快推进人才队伍建设。一是要落实住院医师规范化培训制度，推进专科医师培训制度启动工作；二是要加强医教协同，服务卫生计生专业人才需求；三是要强化专业技术人员培养。

各单位和部门要积极贯彻落实李斌主任和刘谦副主任讲话精神，要将讲话精神体现在“十三五”规划编制中，坚持目标导向、战略导向、问题导向，用改革创新思路推进卫生科教工作。

（市卫生计生委科教处）

2014 年度上海市卫生和计划生育委员会科教管理工作会 议召开

为进一步加强上海市科教管理工作,做好本市卫生科教发展“十三五”规划,8月14日,2014年度上海市卫生和计划生育委员会科教管理工作会议在上海市精神卫生中心召开。上海市卫生计生委科教处处长张勘、上海市精神卫生中心副院长赵敏等出席会议,并分别讲话。参加会议的人员还包括各有关大学、上海申康医院发展中心、各区县卫生计生委科教工作分管领导,二甲及以上医院科教工作分管领导,委属单位科教工作分管领导等。

会议议程主要包括两项内容:首先由赵敏副院长致欢迎辞,接下来由张勘处长发表“打造亚太医学中心,我们医教研该做哪些准备?”的精彩报告,并布置卫生科教“十三五”规划思路编制事宜。张勘处长的报告围绕临床服务、医学教育及医学科研等方面的问题展开,提出对策和思考及卫生科教“十三五”的目标和任务,指出打造亚太医学中心还任重道远!

此外,编制卫生科教“十三五”规划思路时,应根据提纲进行,包括:(1)现状和问题;(2)目标和指标;(3)主要举措;(4)保障措施;(5)建议纳入市卫生科教规划的内容;(6)建议纳入市卫生科教规划的项目和论证报告等六个方面。同时要求各区县卫生计生委、各单位积极组织调研,抓紧梳理、及时提交材料,共同推进科教工作“十三五”规划思路的研制。

(市卫生计生委科教处)

2014 年度上海市卫生和计划生育委员会科研课题公布

2014年度上海市卫生和计划生育委员会科研课题立项评审已完成。根据《关于组织申报2014年度上海市卫生和计划生育委员会科研课题的通知》(沪卫科教〔2014〕20号)的要求,今年有关单位及行业协会共申报市卫生计生委科研课题1305项,初审不合格14项,实际受理1291项,其中重点项目68项,面上项目774项,青年项目430项,计划生育类项目19项。我委组织本市有关专家对申报的项目进行了评审,根据“效益水平优先,兼顾学科布局”的原则,经过专家评审,最终确定679项课题列入2014年度上海市卫生和计划生育委员会科研课题计划,其中重点项目31项,面上项目413项(含行业协会推荐项目40项),计划生育类项目12项,青年项目223项。

我委将根据科研课题管理要求对立项项目填报计划任务书,并加强过程管理,确保课题按既定目标实施。

(市卫生计生委科教处)

第三轮公共卫生三年行动计划学科人才建设项目成效显著

第三轮公共卫生三年行动计划学科人才建设项目已顺利通过验收，通过第三轮公共卫生三年行动计划的实施，本市公共卫生学科人才建设较第二轮取得明显成效，为公共卫生事业的持续发展奠定了良好的基础。

一、重点学科建设项目

在技术储备、人才储备及学科发展潜力方面具有较好的促进作用，切实提高了科研攻关能力，改善了上海市市公共卫生体系的“软”实力，进一步加强了公共卫生优势和特色学科，系统地提升了公共卫生学科水平，有效提高了应对公共卫生事件能力。

此轮学科建设期间，共形成 16 个市级及以上重点学科，新增的国家级重点学科有 7 个，新增 15 个市级及以上重点研究基地，新增了 197 人次在市级及以上的学术团队中担任职务；11 个重点学科共主办 34 次国际会议和 75 次国内会议，参加 495 次国际会议和 1050 次国内会议，各学科已大部分做到国内领先，与国际接轨。新增上海领军人才 5 人，现上海领军人才共 8 人。

学科负责人共承担 300 项各级各类科研项目，此外承担“973”项目 7 项，“863”项目 1 项，国家自然科学基金项目 45 项，6 项为重点项目，国家哲学社会科学基金项目 2 项，1 项为重点项目。重点项目数为第二轮学科建设时的 2.3 倍。项目经费方面，共获得 2.4 亿的科研经费，是第二轮学科建设时的 2.2 倍，其中到位经费 1.6 亿元；人均承担科研经费 705.95 万元，达到翻番。

科研硕果累累。在论文发表方面，学科负责人共发表 1152 篇论文，其中国外发表 415 篇，SCI 收录 443 篇，论文发表总量是第二轮学科建设期间的 2.83 倍。在著作方面，学科负责人共出版 62 本学术专著，主编教材 39 本等。著作总量是第二轮学科建设期间的 1.66 倍。在知识产权方面，共申请 44 项发明专利，授权 21 项，所获授权数比第二轮建设期间多出了 8 项。在成果方面，共获上海市科技进步奖一等奖 2 项、二等奖 4 项，上海市自然科学三等奖 1 项。在本轮学科建设期间，新增博士后流动站 2 个，一级学科博士点 4 个，二级学科博士点 6 个，硕士点 11 个，总数分别达到 17 个、17 个、22 个和 43 个。在研究生培养过程中，共完成 1203 篇研究生论文，申请 26 项专利 11 项已获授权。

二、人才培养项目

有效地提升了公共卫生人才队伍的整体水平和专业能力，为本市未来出现的公共卫生问题提供了人力资源保障，也为公共卫生事业的持续发展奠定了良好的基础。

优秀学科带头人项目成绩斐然：30 位学科带头人在国内核心期刊共发表学术文章 140 篇；发表 SCI 论文 82 篇，出版专著 39 部；共承担的课题项目共 89 项，累计受资助金额近 8000 多

万元; 获得国家级奖励 2 项, 获得省部级奖励 8 项, 学会奖 7 项; 共申请专利 8 项; 制定了新的行业标准共 5 项; 在项目开展期间, 30 位受资助学科带头人各类学术任职 119 席, 杂志期刊任职 69 人次; 共参加国际会议 38 次, 承办会议 22 场次; 期间博士后共出站 2 位, 培养博士生 20 名, 硕士研究生 60 名; 30 位学科带头人的科研项目或科研成果已转化应用的有 3 项; 在项目开展期间, 6 人参与上海市 H7N9 型流感的预防与治疗。学科带头人在实践能力、成果应用、学科队伍建设方面成绩显著。

海外人才项目成果显著: 在科研课题方面, 30 名海外研修人员共计主持或参与课题研究 199 项, 以第一负责人主持的课题数量增长幅度都超过 1 倍以上; 课题经费方面, 共计获得科研经费 28891.2 万元, 经费额度增长显著, 其中, 国际合作项目增长 151%, 国家级项目增长 423%, 省部级项目增长 87%, 局委级项目增长 109%, 其他项目增长 516%; 此轮人才培养期间, 共计发表文章 369 篇, 其中 SCI 论文 104 篇, 核心文章 265 篇。此外, 培养期间, 培养对象参与编制教材 39 部, 专著 13 部, 编著 2 部。30 名培养对象贡献其他科研成果共计 20 项, 包括批准或申请专利 10 项, 行业标准 4 项; 共计获奖项 27 项, 其中国家级奖项 8 项, 省部级奖项 15 项; 人才项目培养对象担任学术组织重要职务的数量共计 91 个; 参加学术会议共计 130 人次; 30 名培养对象的教学时数共计 2456 学时, 参加专业培训项目共计 106 人次, 获得相关证书的占到 57.5%; 除了本轮人才培养之外, 30 名培养对象共计获得其他人才计划 17 项。

培养对象反映良好: 通过参加此轮人才培养计划, 各培养对象在基础理论和专业知识、科研课题能力和经验、学术传播和健康宣传、培训带教和参与公共卫生实践方面都有了不同程度的提升; 综合能力得到进一步挖掘, 发展壮大了我市公共卫生人才队伍的整体水平和专业能力。

(市卫生计生委科教处)

上海市医学会医学科研管理专科分会第七届委员会区县协作组成立

7 月 22 日, 上海市医学会医学科研管理专科分会第七届委员会区县协作组成立会议在浦东新区卫生发展研究院召开。上海市医学会、上海市医学会医学科研管理专科分会、上海市卫生计生委科教处、浦东新区卫生计生委、第七届委员会区县协作组全体委员、各区县卫生计生委科教管理干部、市医学重点专科负责人及所在单位科教管理干部约 200 余人参加。

会议宣布了本届区县协作组委员名单, 并颁发区县协作组委员证书, 区县协作组组长郁东海同志报告协作组年度工作计划。

会议还进行了学术交流, 上海市医学会医学科研管理专科分会主任委员张勘教授作题为《打造亚太医学中心, 我们医教研工作离一流水平还有多远》主旨报告, 上海市卫生计生委科技教育处倪元峰和徐汇区卫生计生委朱福副主任作交流发言。

(市卫生计生委科教处)

“深入基层，服务一线”

——黄红书记带队赴都江堰开展“万名专家服务基层行动计划”

对口帮扶、支援西部大开发是党中央、国务院的重要战略部署。2011 年来，国家人力资源和社会保障部通过实施“万名专家服务基层行动计划”，组织专家“西部行”、“东北行”等示范活动，取得了良好效果。2013 年底，我委结合对口支援都江堰工作的良好基础，积极申报相关服务项目，报国家人力资源和社会保障部得以批准实施。

8 月 5-9 日，市卫生计生委在黄红书记的带领下，组成了由医学院校、申康医院发展中心、部分区县、疾控和卫生监督负责同志参加的共 11 人的工作考察组，赴都江堰开展“万名专家服务基层行动计划”。同时，这也是结合群众路线教育实践活动，继续加强对都江堰市卫生计生系统的对口帮扶工作，为都江堰带去上海先进的管理方法和理念，卓有成效的工作模式和经验，为促进当地医疗卫生和科研教育工作、推动两地交流增添新的动力。



图一：上海援建都江堰医疗中心纪念石刻



图二：上海专家组在都江堰医疗中心调研

一、调研座谈深入细致

专家组一行在都江堰市卫生局与都江堰市委领导、卫生系统管理干部进行了座谈。都江堰市委常委、纪委书记李光辉介绍了都江堰市的整体情况，结合成都市的工作会议精神，展望了都江堰未来发展的美好愿景。都江堰市副市长杨锋介绍，通过对口帮扶工作，都江堰市的医疗服务能力得到提升，疾病预防控制得到加强，卫生监督体系进一步完善。都江堰市卫生局局长陈光建介绍了卫生系统的工作概况。上海市卫生计生委党委书记黄红代表专家组一行介绍了上海医药卫生体制改革的进展和本次活动的目的，即考察灾后重建和援建工作成果，特别是我市对口支援都江堰医疗卫生人才培养的效果，增进与都江堰市卫生计生系统的交流，加深两地卫生计生系统的合作友谊。座谈会后，黄红书记带队调研，现场考察了都江堰市医疗中心（第一人民医院）、都江堰市妇幼保健院、都江堰市中医医院。专家组结合听取汇报、座谈交流和实地走访，了解了当地医教研工作的开展情况，对都江堰卫生系统近年来的工作给予了充分肯

定,也提出了许多建设性的意见和建议。



图三：对口支援活动座谈会



图四：上海市卫计委黄红书记讲话



图五：专家组调研都江堰市妇幼保健院



图六：专家组调研都江堰市中医医院

二、培训讲座精彩纷呈

在都江堰市卫生局三楼的学术报告厅,上海市卫生计生委科教处张勘处长的报告《医学科教支撑业务发展的实践与思考》从现代医学发展的软、硬件需求到科研管理方法的创新,从学科、人才建设的技术组织和项目管理到卫生事业科学发展,从不同角度阐述了现代医院科研工作的重要性及转化医学研究的方向。与会人员一致表示,通过听讲座深受启发,开拓了眼界,创新了思维,对医院科研能力的提升和诊疗水平的提高具有积极促进的作用。

在都江堰有关医院,上海的专家开展了业务授课。上海市第十人民医院妇产科主任成佳景主任医师的《HPV与宫颈疾病》、上海市第八人民医院党委书记周建元主任医师的《儿童哮喘防治进展》、华山医院心内科副主任罗心平主任医师的《心血管疾病介入治疗现状》,瑞金医院北院常务副院长赵任主任医师的《大肠癌外科治疗现状和思考》,龙华医院浦东分院内科主任倪伟主任医师的《顽固性咳嗽的辨治思路》等精彩的学术课题深深地吸引着都江堰市医疗机构的医务人员,会场座无虚席,专家精辟的讲解和对疾病独到的见解带领着大家进入一个新的医学领域,开拓了医学视野,提升了医学认识水平。专家们在讲课后还进行了教学查房,在查房中与陪同查房的医务人员深入地沟通、探讨,重点指导部分疑难病例的检查、诊断和治疗措施,提高了临床科室的业务水平。



图七：对口支援医教研培训班开班式



图八：科教专题讲座



图九：专题讲座



图十：教学查房

三、义诊活动深入人心

今年义诊活动在都江堰市金江社区卫生服务中心开展,内容涵盖疾病预防,健康教育,内、外、妇、儿科的咨询、中医疾病诊治等。义诊在早上9点开始,不少附近城镇的居民闻讯赶来,扶老携幼,络绎不绝,现场一时热闹非凡。活动过程中,各位专家热情为当地群众诊治,不少群众都感慨地说:“这种在家门口就能看上海专家的活动就是好啊!”义诊活动还有另一道风景线。前来就诊的群众将“儿科”、“心血管内科”以及“中医科”围了个水泄不通。专家一方面为他们进行免费测血压,一方面耐心细致的解答就诊群众的各种问题。同时,金江社区卫生服务中心还通过派发宣传单张的形式,积极向群众普及健康知识。义诊于上午9:00开始,专家们认真地询问、诊断每一位前来义诊的群众,耐心地给他们提供专业咨询。义诊活动一直持续到中午12时15分结束,参与义诊的群众共计300余人。



图十一：上海专家在都江堰义诊



图十二：义诊场景



图十三：义诊现场



图十四：专家问诊

此次义诊活动在解除群众疾病隐患、强化群众卫生健康意识的同时,大力营造和宣传了上海卫生的良好形象,取得一定的成绩。但同时我们看到基层缺医少药的现象还是比较普遍,群众的卫生知识、保健意识亟待提高,渴望与上海专家教授交流病情的心情还是相当迫切。因此,我们今后还可以多组织此类型的活动,多走到农村去、多走到群众中去。

在全国深入开展党的群众路线教育实践活动中,上海市卫生计生委此次开展“万名专家服务基层行动计划”暨对口支援都江堰市活动,受到委党委、市人社局的高度重视,得到申康医院发展中心,有关医学院校、区县卫生计生委的大力支持,有一定社会反响,群众普遍反映良好。下一步,在国家卫生计生委和上海市委市政府的统一部署下,上海卫生系统将紧紧围绕“动真情、办实事、求实效”的要求,主动加强与对口地区卫生系统的沟通联系,充分发挥本市卫生医学技术优势,为保护受援地区人民群众健康、促进当地卫生事业发展做出更大贡献。

(市卫生计生委科教处)

附：2014 年上海市卫生计生委对口支援都江堰活动人员名单

- 1、黄 红 上海市卫生和计划生育委员会党委书记
- 2、张 勘 上海市卫生和计划生育委员会科教处处长
- 3、沙卫涛 上海市卫生和计划生育委员会党委办公室副主任
- 4、卢 伟 上海市卫生局卫生监督所所长
(原上海对口支援都江堰灾后重建前方工作组组长)
- 5、罗心平 复旦大学附属华山医院心内科副主任
(原中德红十字野战医院成员)
- 6、赵 任 交通大学医学院附属瑞金医院北院常务副院长
(原上海对口支援都江堰灾后重建交通大学医疗卫生队队长)
- 7、倪 伟 上海中医药大学附属龙华医院浦东分院内科主任
(原上海对口支援都江堰灾后重建中医药大学医疗卫生队队长)
- 8、周建元 上海市第八人民医院党委书记
(原上海对口支援都江堰灾后重建徐汇区医疗卫生队队长)
- 9、成佳景 上海市第十人民医院妇产科主任
(原上海对口支援都江堰灾后重建申康医疗卫生队队长)
- 10、倪元峰 上海市卫生和计划生育委员会科教处主任科员
(原上海对口支援都江堰灾后重建前方工作组组员)
- 11、林 云 上海市卫生和计划生育委员会科教处副主任科员

◀新闻速读▶

北京所有养老院都将能看病 根据北京市民政局等 10 部门联合出台《关于进一步推进本市养老机构和养老照料中心建设工作的通知》，各养老机构可通过“内设”医务室、卫生室，或引进周边医院分院；申请“独立设置”康复医院、护理院及社区卫生服务中心；与周边医院签订“合作协议”，开辟老人绿色就诊通道三种方式实现“医养结合”。同时，多部门将建立医养结合的“会商协调机制”和“联合审批制度”，力争到 2015 年实现“医养结合”的目标。

8 月 19 日《北京晨报》

今年移动医疗增长率近 30% 根据相关预测，2014 年我国移动医疗市场的增长率接近 30%。部分业内人士认为，移动医疗最具有应用前景的地方是健康管理，即利用互联网积累健康数据，对一些慢性病如高血压、糖尿病进行管理。目前，虽然国内的各种移动医疗应用如雨后春笋般涌现，但要健康发展，还需走通监管和医改两关。

8 月 18 日《经济参考报》

“医二代”走进病房解人生困惑 8 月 13-14 日，30 位名校优秀高中生和“医二代”子弟走进了上海交通大学医学院附属瑞金医院，参加医学体验营活动。经过两天体验，这些同学走出医院时大多表示，学医带来的不仅有艰辛，更多是乐趣和成就感；无论医生的生存状况有多难，未来也会坚定地选择这条道路。

8 月 15 日《劳动报》

深圳首次挂牌出让医疗用地 8 月 8 日，深圳市土地房产交易中心发布了《龙华新区民治三级医院项目土地使用权出让预告》，就项目用地出让初步方案公开征集社会专业意见。这标志着该市首次挂牌出让医疗用地已进入实质性的操作阶段。据悉，这也是国内首次挂牌出让医疗用地，在社会办医改革上迈出了重要一步。

8 月 9 日《深圳特区报》

浙江：首诊就到大医院或全自费 近日，《浙江省分级诊疗试点工作实施方案》面向社会公开征求意见。该方案要求，9 月底前，在该省部分市县启动分级诊疗试点工作，即“小病在社区，大病进医院，康复回社区”。该省卫生计生委医政医管处处长王桢表示，待该体系完善后，市民首诊去大医院甚至可能要全自费。

8 月 7 日《北京晨报》

多点执业难解民营医院人才荒 推行医师多点执业,有利于促进医疗人才的纵向和横向流动。然而,现实却是医疗人才在公立与民营体制间的横向流动难度最大,远远大于公立医院体制内的纵向流动。公立医院的医生依附于现行的体制,难以成为“自由执业者”。多点执业的单项改革,还须有公立医院体制改革的跟进,特别是公立医院人事制度的改革,才能让医生成为真正的“自由执业者”。医疗人才充分流动,民营医院的人才荒也就可能解决。

8月7日《中国经济时报》

上海医院实现跨院一站式付费 8月5日,从上海申康医院发展中心获悉,“医联跨院一站式付费服务项目”已在上海市27家市级医院开展,提供三级医院间便捷的跨院门诊储值、付费结算服务。患者账户采用预缴金模式,须借助医保卡或医联卡,并配合二代身份证在医院自助设备上开立个人实名制账户。患者挂号后无论做多少检查、开几次药,都只需离院时最后一起结算。

8月6日《羊城晚报》

“试药族”游走法律边缘 在医学临床试验过程中,为观察药物的安全性和代谢过程,需要在健康人身上进行药物测试,“试药族”应运而生。尽管试药是需要的,但不能徘徊在法律之外,法律必须对试药者进行到位的保护。不能让他们成为地下组织,而应登记造册,由国家药监部门统一管理。

8月4日《法制日报》

“问诊”高校附属医院 7月,中央巡视组在反馈专项巡视情况时特别指出,校辖附属医院存在摊子大、权属杂、资金乱、监管难等问题,极易诱发腐败。这传递出一个重要信号,高校附属医院的问题已引起反腐部门的高度关注。而记者从教育部获悉,有关部门正酝酿进一步深化直属高校附属医院管理体制改革的。

8月4日《南方都市报》

上海零售药店准入政策悄然松绑 8月2日,上海松江区首家大型平价药房在松江老城区露面,这意味着上海零售药店准入许可政策悄然松绑。据了解,在上海徐汇、长宁等中心城区,对新开药店限制距离和人口配比的“双限”审批也出现松动。近年,药品零售行业整体陷入份额不断萎缩、价格优势不再的困局,实体店关店潮不时出现。而政府部门对政策适时松绑,可让市场发挥更多作用。

8月3日《新闻晨报》