

遵循《指南》预防卒中复发

本报讯(记者潘锋)日前,在西安举行的“第二届全国神经科风采秀”总决赛上,中华医学会神经病学分会主任委员贾建平教授呼吁:加强公众对于卒中和危险因素的关注,坚持按照《指南》(《2010 中国急性缺血性卒中治疗指南》)和《2010 中国缺血性卒中 / 短暂性脑缺血发作二级预防指南》规范治疗,有效预防危险事件的再次发生,改善我国卒中的严峻现状。

我国现有 700 万缺血性卒中患者,而卒中

患者再次发生卒中的风险将比普通人群高 9 倍。为了规范卒中治疗,我国在 2010 年出台了 两本结合中国国情和临床可操作性制定的脑卒中诊疗纲领,即上述《指南》。专家强调,除了积极预防危险因素以外,卒中的二级预防非常重要。

贾建平说:“医生和患者都需重视卒中复发风险,坚持推广《指南》和规范治疗不可放松。”专家指出,抗血小板药物是预防卒中再发的关键核心治疗,特别是对于卒中高危患者,应采取有效

控制血压、血脂和血糖水平,并早期启动并坚持使用波立维(氯吡格雷)抗血小板药物治疗等更为积极的预防治疗策略,预防卒中复发。

据介绍,《指南》中针对低危、高危、极高危不同复发风险的患者应制定不同的治疗方案。同时强调,卒中二级预防应该从急性期开始实施且应长期维持。

此次活动由中国医师协会神经内科医师分会和赛诺菲共同举办。

健康视点

40 年前的科研成果,就像尘封的珍珠,在 40 年后终于大放光彩。屠呦呦,一位中国本土生长的专家,因成功发现青蒿素并将其应用于疟疾治疗,从而挽救了世界各国成千上万患者的生命,荣获 2011 年拉斯克奖。笔者向她表示祝贺的同时,也陷入了深深的反思。

仅从评奖谈起,国内的评奖与诺贝尔奖(以下简称诺奖)及拉斯克奖等国外评奖有很大区别。

诺奖等多是对二三十年前的工作,经过长期考验,充分证实其贡献后,才慎重评奖。而我国多数获奖项目几乎都是对近期工作、当年工作,甚至是突击工作的评审奖励,非但没有经过长期考验、重复、验证,其成果的真实性、科学性及贡献度等,也未必可靠。

诺奖等以人为对象,对杰出科学家的个人贡献给予充分肯定和奖励,而我国则多以项目为对象,多以集体奖励为主,杰出科学家的个人贡献,常被忽视或埋没。在获奖名单上排在前一两位的,多为行政领导或以行政为主的科技人员,不一定是真正在第一线作出重大贡献的科技人员。

诺奖等每次获奖人数极少,但质量极高,而我国每年奖项数以千计,良莠不齐,优劣难分,不乏有滥竽充数者。诺奖等的评选过程十分严谨、公正,得到学术界乃至世界各国的公认;而我国有些评奖,则会受到“长官意志”和极少数权成的“意见”等因素的干扰,自吹自擂,弄虚作假,托人情,走后门,拉帮结派,比较严重。

诺奖等的获奖者对学术发展和社会的贡献毋庸置疑,成果转化为生产力和推动社会进步的动力,十分显著。

而悉数我国获奖项目的成果,能够转化为生产力的项目并不多。有些获奖项目并不能发挥其应有的作用,更谈不上产生应有的社会效益和经济效益,甚至成为一堆垃圾。

目前,国内科技界存在着极少数有职有权的专家垄断着大量研究课题和巨额经费的现象,他们成为新型“包工头”,将课题层层转包,最后将大家的科研成果据为己有。他们承担的重大项目最多,经费最多,出的文章最多,因而获奖最多。

青蒿素之后,几十年来中医药界再没有出现与之相当的重大成果。国家的投入与时俱增,每年科研费已经增加几十倍、几百倍,中医药研究课题,由每个项目 3~5 万元,增加到几百万元、几千万元,甚至几个亿,但是科研成果却没有成比例地上升。数量多,质量低,华而不实,不解决问题的成果不在少数,而这些却浪费着大量的人力、物力,实在让人痛心。

其实,改革开放以后,我国制定了一系列的人才计划,如“百人计划”、“千人计划”等,这都说明国家求贤若渴,对人才的重视。

但一方面是急于求成,全世界重金搜索千里马,另一方面则是将自己的千里马套在牛车上,不能充分发挥作用。

对此,国内很多学者和有识之士不断呼吁,改革我国科技管理的体制、机制及各种奖励的目的、原则、评选方法与标准,特别是学术环境。

尤其在国内外各行各业的改革已取得显著成效的今天,我们有理由相信,科技界的改革一定会迎来美好的明天。

屠呦呦获奖的喜与忧

□李连达 李贻奎

生命毕竟只有一次,只有极少数人能达到自然衰老终结,灾害、疾病以及战争等因素都可能无情地缩短自然生命的里程;当然,也并不是所有的危重病患者都适合救治。但遗憾的是,在临床上,医生常常被要求对这类患者实施“不惜一切代价”的抢救。治疗,还是放弃?

一场技术与伦理的对峙

□本报记者 张思玮

“死是一件无须着急去做的事,是一件无论怎么耽搁也不会错过的事,一个必然会降临的节日。”这是已故学者史铁生在《我与地坛》中对死亡的描述。

去年的最后一天,史铁生因突发脑溢血被送进医院抢救,在生命最后的那一刻,史铁生的妻子陈希米遵照他生前的嘱托,放弃了无谓的抢救,选择了让他平静地自然离去,并捐献出全部能用的器官。

不过,在现实中,我们时常在重症监护病房(ICU)看到“被活着”的患者。比如脑死亡、肿瘤终末期出现了不可逆的多器官功能衰竭的患者,在医学上已宣布无效治疗了,但是技术的支持仍可以让生命延续。

“这不仅是对资源的浪费,也违背了自然生死的规律,更是对患者的不尊重。”中国人民解放军第三〇九医院急救部主任马朋林说。

尊重生命的一次性

以前,人类的死亡是“高代价,无成本、自然决定的”,伴随着危重症治疗技术的快速发展,死亡已经沾染上了“高成本、高代价”的色彩。

“毕竟生命只有一次,人类生命只有极少部分能达到自然衰老终结,灾害、疾病以及战争等因素都可能无情地缩短自然生命的里程。”马朋林认为,对任何患者都不能轻易地选择放弃。

据统计,在国内,患者选择主动放弃 ICU 治疗的仅占 10% 左右,且 90% 的放弃救治是因为经济负担过重。

莫轻易对生命说“不”,“毕竟生命只有一次!”除了患者、患者家属之外,马朋林特别强调了医生的因素。

延伸阅读

生前预嘱:是人们生前根据个人意愿,自主选择在临终时是否使用呼吸机等人工生命支持技术延缓死亡的做法,以帮助人们用接近自然死亡的方式追求更多临终尊严。

这种建立在个人知情同意权基础上的死亡方式,是缓和医患矛盾的良药。因为死亡是所有生命的归宿,所以其最大受益者实际上是社会的全体公民。

中国政法大学证据科学研究所刘鑫教授认为:生前预嘱在订立和执行时最好由公证机关公证或者由第三方见证,尤其是患者家属比较多的时候,最好让患者家属都在生前预嘱上签字。

“有的患者在当地医院认为是无药可救了,但是转诊到重症医学建设与发展比较好的 ICU,却能挺过难关。这其中的差别在于医生对疾病发生发展过程的认识与判断。”

马朋林觉得,作为一名重症医学科医生,必须培养缜密的临床逻辑思维能力。“其实,ICU 救治技术和手段都一样,但何时、用何种措施干预到何种状态与患者的预后密切相关。就像大家都做这一盘菜,我们更应该追求的是如何把这盘菜做得更为精致。因为任何诊断思路的偏差、病情变化监测的不及时以及干预措施的不恰当都可能让患者离开。”

马朋林还把 ICU 医生比作调琴师,“只有精心地去调每一根琴弦,才能使钢琴演奏出最和谐的旋律”。

当然,如果遇到本不该放弃救治的患者的家属提出要放弃治疗时,马朋林每次都反复与家属沟通,“如果患者对重症医疗的反应良好,也就是说患者通过治疗,各种身体指标都呈现出好转的趋势,我们还是应该给他保留生存的希望,因为生命只有一次,放弃救治,结果一定是死亡”。

放弃,也是一种爱

不尊重患者意愿的强行实施救治,在北京复兴医院院长席修明看来,这在本质上是一种自私的行为。

“并不是所有的危重病患者都适合救治。然而遗憾的是,在临床上,医生常常被要求对这类患者实施‘不惜一切代价’的抢救。”席修明说。

如果实施救治,显然违反了自然规律;如果放弃治疗,又牵涉到社会伦理的诸多方面。这种两难的境况,被诸多医务工作者认为是技术与伦

中国青年政治学院法律系主任林维教授认为:不当由亲属、个人或医院来决定是否给患者实施尊严死,而应当由法院依据医院或卫生系统内的专业判断来决定。

郑州大学第一附属医院副院长张水军教授认为:“尊严死”是可以有条件接受的,而这个条件必须具备四个要素。比如患者确实生命垂危,痛苦难忍,现有医学条件无法医治,死亡成为必然;亲属确实是出于人道考虑提出的申请,不存在不良企图;医疗机构没有违反规定进行不良诱导。再就是最重要的,允许患者“尊严死”的决定必须经过合法组织机构的严格审查。

理的“一场对峙”。

马朋林向记者归纳出“不惜一切代价”背后的因素:患者对生的渴望,家属对患者强烈的爱与传统孝道的观念,物质的相对富有,对疾病预后的认识不足等。

“这样就不仅增加了个人和国家不必要的医疗费用,还可能会引起医疗纠纷。”马朋林觉得,过分的医疗救治,必然对患者产生伤害。

对此,席修明等医务人员观点一致:让死亡回归到自然的状态。

“生命最后的那一瞬间,只有很少的家属,甚至没有亲属在身旁,身上布满了各种管子。”席修明坦言,虽然他无法获知患者内心的真实感受,但是他认为,工具的理性无法取代人性的甘泉。

尊严死不等于安乐死

“尊严地活着,尊严地死去,是我们追求的最高人生境界。”北京宣武医院神经外科主任凌锋说,医生不是神仙,医学也不能包治百病、预知未来。

比如面对死亡,我们无法准确预测昏迷患者几时醒来,无法预测神经功能可以恢复到什么程度;我们不知道每个人都有什么样的代偿能力,不知道张三与李四有多大的不同……正因为有这么多的“不知道”,生命才会如此神秘和复杂,我们才会对生命充满敬畏和尊重。

2009 年,凌锋曾经参与过《脑死亡判定标准(成人)》及其配套的《脑死亡判定技术规范》制定。她一

世界海拔最高医学研究基地在唐古拉山成立



图为挂牌仪式现场

第三军医大学唐古拉山高原医学研究基地在海拔 4980 米的唐古拉兵站日前正式挂牌,标志着世界海拔最高医学研究基地宣告成立。该研究基地将主要用于开展高原现场大规模人群的流行病学和军事作业医学研究,并以全天候对外开放的形式,打造成为我国我军高原医学研究的资源共享平台,将大幅提升我国我军高原医学研究水平。

近年来,广大高原地区的军事和经济战略地位日益凸显,第三军医大学瞄准战略需求,充分发挥自身学科、人才和技术等优势,将“高原医学科研旗帜”插上世界屋脊,为高原医学的快速发展提供了平台保证。随着该基地研究工作的深入开展,将为全面提高高原军民健康水平和军事作业能力提供更科学、更系统的依据,也将为显著提升我军高原部队医疗服务水平和卫勤保障能力奠定坚实基础。

据悉,第三军医大学同时还积极鼓励和倡导开展高原医学“大科学”研究,不断强化与国内外、军内外相关单位的大科研、大协作,充分发挥研究基地现场优势、资源优势 and 实验室优势,合力攻克高原医学的重大关键科学问题。

(通讯员赵虹霖 / 摄影报道)

对话院长



田伟:北京积水潭医院院长、脊柱外科主任、教授,中华医学会骨科学会候任主任委员。国内外医学领域知名骨科专家,享受政府特殊津贴专家,香港骨科医学院名誉院士。先后承担了国家“863”项目、国家“九五”攻关项目、北京市科委、北京市重点实验室的课题研究。

战胜病魔是医患的共同目标

——访北京积水潭医院院长田伟

□本报记者 张思玮

如果说田伟当初选择从事医学这个职业是受到了家庭的影响,那么他逐渐在医学这条道路上越走越宽、渐入佳境,除了归结为自身的天赋、努力之外,更多的是他那种言出必行的处事风格。

“我不喜欢那些太表面、太张扬的形象工程,任何一个人去做你应该做的事情就可以了。”田伟说。

1995 年回国,1997 年创建北京积水潭医院脊柱外科,2003 年开始出任北京积水潭医院院长至今,停留在田伟记忆中的既有中国脊柱外科崛起发展的轨迹,也有对整个医院、乃至整个医疗系统发展规划的惦念。

专家型院长更适合国情

纵观世界范围内,很多国家的医院院长,都是由某医学领域颇有威望颇具建树的专家来担任。从专业角度来讲,作为专家,在医学人文领域已经积淀了浓厚的悟性,取得了优异的成果,具备了一定的影响力。而作为医院,突出的特点就是有较高的技术性和较强的专业性,必然存在着由医学专家来管理的客观需求。

不过,美国医院院长更多地会聘请专门的商

“现行的医疗系统大家都不满意,但是改革起来非常困难,就像什刹海的旧四合院,看着不值钱,实际很值钱,虽然很值钱,但是因为想不出改造的方法还是不值钱。……我们一定要咬着牙,整个社会和医疗行业团结起来,才能让旧日的老街焕上新颜。让患者获取更好保障和医疗,医院和医生得到尊严和劳动价值。

——田伟

业运作经理来担任医院的 CEO,他们主要从整个医院的运营角度出发,确保医院正常运行。

“毕竟国内医院的管理不是一个以商务为主的角度,而是全方位的,包括业务方面都要进行管理。”田伟说,现在中国正处于医院发展的新时期,也许更需要专家型的院长。

过去计划经济体制下,医院不仅需要提升医疗技术水平,还得兼顾经营问题。“毕竟不是以前那种纯吃‘皇粮’的时代了,但是也不意味着医院就唯利是图。医院作为公共卫生服务机构,是具有公益性色彩的。”田伟认为,医院的管理和经营应该是相辅相承的。

劳要有所值

“希望我们也能像律师、作家、设计师一样,得到劳动的认同。”当谈到医务工作者的劳动报酬时,田伟觉得,现实中并没有得到应有的体现。

田伟建议,通过改革要逐渐转变医院的收费体制,应以劳动换取报酬和运营成本作为考量标准,减低药品和设备的价格比例。

除了关注医务工作者待遇的问题之外,田伟还对国内当前的医务人员的教育培训体制提出了自己的意见。“在全世界,医生都是一个被人尊敬的职业,培养医生也自然很严肃,而国内医生的教育、培训水平却参差不齐,这也直接导致医生的诊治水平各有差异。”

此外,田伟倡导推行医疗资源网络化。如果建一个社区医疗中心、私人专业诊所与大医院形成网状医疗服务带,让病人小病在社区,大病进医院,这样或许才能有效地缓解看病难的局面。

患者首先是一个

“不要老维持着过去那种我是专家、有专门

治病技术的人这种观念。治病没错,但更重要的是治这个患者,他首先是一个人,不仅仅只是一种病。一定要把人放在第一位,这样的转变才能够更理解病人的心情和处境。”

田伟认为,也许现实中要求每位医生都视病人为上帝或者如同自己的父母,未必都能做得到。但是医患之间在治病的大目标上是一致的。

田伟以脊柱外科手术为例谈起,这种手术一定要精确定位,绝不能先切一个大口子,再去看,再去找。“医生可以借助以往的经验,判断一个正确的位置,别怕麻烦,‘吃’点线,如果能保证百分之百定位正确,这个百分之百对病人来说是何等的重要。”

“大夫 1% 的失误对病人就意味着 100%。”田伟说,作为医生或者护士,就是为病人治病服务,应该换位思考,应该与病人一起战胜疾病。

对一些超越了医院本身制约范围的事情,田伟也有些无奈,但他一直对未来充满着信心,“毕竟我们现在正在大步地向世界水平迈进,中国的各个方面都在飞速发展,包括治病的理念,包括医患关系。但必须要明确医患之间在治病的大目标上是一致的,不是对立的。虽然目前处于比较困难的时候,但是总有一天能解决。”

主编:王璐 责任编辑:张思玮
luwang@stimes.cn kxjk@stimes.cn
编辑部电话:(010)82614178 82619191-8280