

本期关注

新冠肺炎(COVID-19)疫情和SARS(严重急性呼吸综合征)疫情再次敲响警钟,提醒人们新发重大传染病呈现增多趋势。能否高效预防和妥善处置新发重大传染病疫情,不仅关系人民的健康福祉,还关系社会的发展和稳定。在新冠肺炎疫情防控中,疫情严重的地区“按下社会经济发展暂停键”,防控成效引人注目,但代价也不可谓不沉重。那么,以新冠肺炎疫情防控为观察视野,当前我国新发重大传染病应急管理体系存在哪些问题?如何通过前瞻性设计加以完善呢?作者提出了自己的思考,以期助力疫情防

反思与重塑 新发重大传染病应急管理体系

郑州大学公共卫生学院 苗豫东 吴建

反思新发重大传染病应急管理体系的弊端

人类发展史是一部人类与传染病的斗争史。在历史上,危害过人类的传染病有鼠疫、天花、霍乱、麻疹、白喉、梅毒、斑疹伤寒、疟疾、狂犬病、肺结核等,其中以鼠疫、天花、流感影响最大。

进入新世纪,SARS、禽流感、埃博拉病毒、中东呼吸综合征等疫情频发,这一年来,新冠肺炎疫情又肆虐全球……人类与传染病斗争的形势依然严峻,全球新发重大传染病疫情治理必须迅速加强。

新发重大传染病疫情具有突发性、非预期性、原因多样性、危害直接性、发生隐蔽性、紧迫性、全球流动性和社会危害严重性等特点,其对人体健康的损害和影响达到一定的阈值会造成社会性恐慌和混乱,直接影响社会发展和稳定。因此,能否高效预防和妥善处置新发重大传染病疫情,不仅关系人民的健康福祉,还关系政府的公信力和政权的稳固。

我国新发重大传染病应急管理体系是在总结抗击SARS疫情经验教训的基础上建立起来的。2019年年底暴发的新冠肺炎疫情,防控初期暴露了我国新发重大传染病应急管理体系的若干短板,包括:信息传递和反馈滞后、形势误判、决策不当、措施不力、反应迟缓、协调不畅、公众参与无序、物资储备不足等。

新冠肺炎疫情的暴发警示我们:不仅武汉等特大城市新发重大传染病应急管理体系脆弱,其他城市以及广阔的农村地区也可能很难从容应对突发疫情。因此,全面思考和重塑新发重大传染病应急管理体系,已成为当下落实健康中国战略的首要任务,同时也是提升我国社会发展内涵的必要举措。

重塑新发重大传染病应急管理体系的实现路径

第一、强化前瞻性系统设计

坚持以习近平总书记一系列关于保障人民健康安全的重要论述为指导,以生态论、系统论、协同论、制度论、信息论、资源论为方法论基础,构建一个覆盖全民的

新发重大传染病应急管理生态系统。实现由医疗救治为主到疫病防控为主,由单

线服务到线上线下融合服务5个理念转变。重构基于有效性、公平性、可及性、质量、安全、效率的六维度新发重大传染病

第二、强化公共卫生法治保障

以宪法为根本,以《突发事件应对法》为基本,修改完善《传染病防治法》《突发公共卫生事件应急条例》等法律法规。从保护人民健康、保障国家安全、维护国家长治久安的高度,把生物安全纳入国家安

全体系,系统规划国家生物安全风险防控和治理体系建设,全面提高国家生物安全治理能

保护生物资源、维护生态平衡、促进生物技术健康发展、强化生物安全风险防控等工作。开展《野生动物保护法》宣教,提升民众对野生动物保护意识和法律素养。

第三、改革完善新发重大传染病应急管理体制

突出疾病预防控制体系在国家应急管理体系中的重要位置,优化整合新发重大传染病应急管理力量和资源,形成统一指挥、专常兼备、平战结合、反应灵敏、上下联动的管理体系。加强基层疫情防控能力建

设,下沉公共卫生资源,前移预防关口,防治结合、联防联控、群防群治,形成完备的现代公共卫生服务体系。整合高等院校、科研院所和军队力量,从生命科学与基础医学交叉融合、临床服务科学与全科医学

交叉融合、大数据科学与流行病学交叉融合、经济管理科学与政策学交叉融合、科学与人文医学交叉融合5个层面开展新发重大传染病应急管理科学研究,建立“立足中国奉献人类”的高水平研究体系。

第四、建立健全新发重大传染病应急管理机制

建立健全政府主导机制,强化政府在新发重大传染病应急管理体系中的综合协调职能,完善预警响应、物资保障、信息治理、舆情研判、救援救助重大政策制度。建立健全人力资源保障机制,加快建

设新发重大传染病应急管理咨询专家库,加强公共卫生专业人才培养,制定符合国情和疫情的激励办法,抚恤、补偿、奖励新发重大传染病应急管理一线工作人员。建立健全全民新发重大传染病应急

管理筹资机制,赋能基本医疗保险,按照低标准、广覆盖、民众可负担,政府有担当的原则,全民筹资,同时鼓励社会和个人以捐赠、资助等形式参与,积蓄新发重大传染病应急管理储备资金。

第五、建设整合型公共生物物资储备与流通保障体系

按照集中管理、统一调拨、平时服务、灾时应急、采储结合、节约高效的原则,优化国家公共卫生常备物资储备体系布局,增设省、市、县三级公共

卫生应急物资储备库。优化公共卫生应急物资拨付方式(一次性拨付和合同预付),科学调整储备的品类、规模、结构,提升公共卫生应急物资储备效

能。加强公共卫生应急物资流通信息系统和运输系统建设,对公共卫生应急救援物资实行集中管理、统一调拨、统一配送。

第六、积极主动开展国际合作

秉持人类命运共同体理念,密切同世界卫生组织和相关国家的友好合作,主动建立公共卫生信息沟通、人才培养、科学研究、知识传播全球合作长效机制,推动

建立全球新发重大传染病应急管理共同体。系统总结中国新发重大传染病应急管理经验和制度优势,为全球提供中国理念、中国方案。建设援华专家、物资、

技术、服务快速响应与接收系统,同时履行应尽国际义务,为有需要的国家和地区提供准确全面的信息通报,以及必要的帮扶。

第七、发挥互联网技术的支撑作用

大力开展新发重大传染病在线咨询服务、远程会诊指导、权威共识指南线上发布和公共卫生健康知识宣教。推动线上服务与线下医疗机构、疾控机构、社区、

药店、隔离场所有效协同,促进新发重大传染病应急管理全程透明化、可视化,坚定公众信心。健全网络直报、舆情监测、医疗卫生人员报告等多元化信息收集渠

道,建立智能化预警多点触发机制,利用大数据、人工智能、云计算技术,精准实施疫情监测、病毒溯源、风险评估、防控救治和资源调配。

舌癌的诊断与介入治疗

□马波 韩新巍

什么是舌癌

舌癌,是头颈部最常见的恶性肿瘤之一,也是最常见的口腔癌,占口腔癌的1/3~1/2。舌癌按解剖学分类可分为舌体癌(舌前2/3)与舌根癌(舌后1/3)两类,其中舌体癌发病率高于舌根癌。绝大部分舌癌为上皮来源的中分化或高分化鳞癌,特别是舌体癌;腺癌比较少见,多位于舌根部;舌根部有时亦可发生淋巴上皮癌及未分化癌;此外还有小涎腺来源的恶性肿瘤如腺样囊性癌等。舌癌患者的5年生存率为50%~70%。

多数研究证实,口腔癌的发病率在全球范围内呈上升趋势,且患病年龄趋于年轻化。舌癌恶性程度高、局部复发率高、颈部转移率高,往往危及患者生命,故需尽早治疗。目前多以手术为主的综合治疗,随着医学模式的改变,在试图提高肿瘤患者生存率的同时,使患者得到较好的生存质量已成为患者和医生追求的共同目标。

为什么会得舌癌

舌癌的发病率主要与解剖位

置,以及患者的种族、年龄、性别等因素有关。80%~90%的舌癌好发于舌活动部的侧缘特别是后侧缘,8%发生于舌背,2%发生于舌尖。

舌癌的发生与各种因素致舌黏膜细胞反复损伤、充血、增生等有关,使其舌黏膜细胞核的代谢逐渐增加,导致DNA(脱氧核糖核酸)上的基因反复断裂、重组,从而导致基因突变,发生舌癌。

其可能的危险因素有:1.吸烟。吸烟越早、烟龄越长,发病风险越高。2.咀嚼槟榔。我国不少地区都有咀嚼槟榔的习惯,WHO(世界卫生组织)国际癌症研究中心明确指出槟榔为一级致癌物。3.HPV(人乳头瘤病毒)感染。已明确HPV感染在扁桃体癌发生上起重要作用。4.口腔卫生差。口腔卫生差,细菌霉菌滋生,繁殖形成亚硝胺及其前体,有致癌作用。口腔有炎症时,细胞处于增生状态,对致癌物敏感性增强。

如何发现舌癌

一、临床表现

舌癌早期大多症状不明显。

舌癌早期症状可表现为溃疡、外生与浸润3种。有的病例的第一症状仅为舌痛,初期表现为黏膜小硬结,逐渐形成明显肿块及溃疡,合并感染时产生剧烈疼痛。舌癌向口底侵犯时,出现舌运动受限,舌固定、进食困难及语言不清等。

舌癌的淋巴结转移率较高,为40%左右。转移部位以颈深淋巴结群最多。舌癌至晚期,可发生肺部转移或其他部位的远处转移。

二、辅助检查

1.病理活检:舌部病理活检是定性诊断的“金标准”,可以是手术切取标本,也可以采取穿刺活检方法,更微创。

2.CT扫描:CT难以显示小的肿瘤,但可以判断骨质受侵情况;舌癌CT典型表现为类圆形低或略高密度区,增强呈环形或不均匀性强化。

3.核磁共振成像(MRI):具有软组织分辨率高、多平面及多序列成像的特点,可显示软组织病变的全貌并能立体定位,可早

癌治疗更为困难,以往采用化疗一手术一放疗的综合治疗方案,但复发率和5年生存率无明显改善,全身不良反应重,严重影响患者的生存质量。

近年来,出现的超选择性动脉化疗栓塞,即通过动脉插管,将化疗药物直接灌注至肿瘤供养的动脉血管,并同时阻断肿瘤的血供,既可以延长肿瘤细胞与化疗药物的接触时间,使肿瘤组织缺氧坏死,又可以减少全身的毒性,具有针对性强、疗效好、全身不良反应小的优点。

放射性¹²⁵I粒子组织间植入术:舌癌原发灶或转移瘤植入放射性¹²⁵I粒子治疗相比其他疗法,在治疗口腔颌面部的恶性肿瘤方面具有创伤小、并发症少、安全、高效等特点。放射性¹²⁵I粒子植入治疗是一种新颖的治疗方法,方法简便,创伤小,副作用轻。这种方法在治疗口腔颌面部的恶性肿瘤方面有着独特的优势。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)



经验探索

某市中心医院为三级综合医院,按照院内部署,以两名资深血液内科医师为班底筹建儿童血液病学组,并申请相应的二级诊疗科目。

当地卫生健康行政部门发现两名医师执业范围均为内科专业,如要在儿科(一级诊疗科目)下成立小儿血液病专业(二级诊疗科目),应将执业范围变更为儿科专业。为稳妥起见,许可部门请示上级部门如何处理。

我国医师注册执业范围属于行政许可管理范畴。按照行政许可法要求,医师应在注册的专业范围内开展执业活动。原则上,儿科诊疗科目下的执业活动,应当由儿科医师开展。

随着医疗学科逐步发展,大型医院逐步细化分科,提升了专科专病诊疗能力。这是医疗服务能力逐渐增强的表现,但随之而来的是——学科交叉情况也越来越来,并且医学仍然存在许多未知领域,在临床上很难把不同执业范围截然区分清楚。

儿科科室根据患儿病情,可以邀请其他专业医师会诊或参与治疗。其他专业医师也可能具备诊治儿童患者的能力。例如,2016年2月,原国家卫生计生委委员会在进一步做好季节性疾病高发期儿科医疗服务工作视频会议,提出儿科医务人员不足时,可以对高年资内科医务人员进行专业培训,充实儿科医疗力量。

医学以人道主义为指引,以治病救人宗旨。法律政策没有禁止非儿科专业收治儿童患者,也没有规定成立专业学组必须要与二级诊疗科目完全吻合。该院可在内科成立“血液病青少年方向”专业学组,正常开展业务活动。

为了进一步降低执业风险,可待两名医师经过正规儿科培训后,将执业范围变更为儿科专业,再申请设置小儿血液病二级诊疗科目。若医师不愿放弃内科执业范围,可考虑保留内科专业的同时加注儿科专业。

依据规定,儿科医师转岗培训合格证明或二级医院培训本院医师的合格证明可以作为变更或加注儿科执业范围的依据。

虽然三级医院不能直接加注多专业,但按照河南省《关于在县级以上医疗机构推进医师多专业注册的通知》,相关医师可将主要执业机构变更至县级以下医院,加注儿科执业范围后再变更回本院,多专业仍然有效。医院即可以相关医师设置小儿血液病二级诊疗科目。

血液内科医师治疗儿童患者许可实例探讨

河南省卫生健康委 刘笑天

为什么“无偿献血有偿使用”

河南省红十字血液中心 刘春红

在一些网站上,偶尔会出现“血站在利用无偿献血血盈利”的质疑及讨论,导致血液采集工作受到影响。

作为一名血液管理人员,笔者觉得有必要向大家解释一下“无偿献血有偿使用”的问题。

血液的成本主要来自3个方面:一是血液采集耗材,可直接计算到每袋血的主要是献血者的初筛、采血、血液成分制备、血液病毒灭活等过程所需的耗材费用。二是各类检测试剂(主要包括血型、转氨酶、乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒、艾滋病等检测项目)。三是宣传费、纪念品费用、电费、停车费、血液储存费、运输费等。

此外,200毫升红细胞血液的价格是220元,血液采集回来后,首先就要做艾滋病、梅毒等7项检测,还要进行2次复检,一袋血液累计要检测20次,再加上血袋、储存、运输等费用,2007年初步核定的费用为243元。

再比如,冰冻的RH阴性血,按汉族人群1000人才能筛出1人,一袋血的筛查成本需300多元,冰冻过程耗材费用500多元,加上水电费等费用就近900元,血液检测等耗材为243元,初步测算一袋血的成本就到了上千元,但一袋冰冻的RH阴性血费用仅为900元。

综上所述,血液不能按件算,血液的价格应有特殊的基本运行费用,要有试剂、采血耗材、设备等。就如同自来水和汽油,要经过管网运输和加工后才能使用一样。

和子女)可用等量的血液。

无偿献血者临床用血时按规定须交纳临床用血费和两倍于临床用血费的用血互助金,是由专门部门交财政专户储存的,这部分费用不是血站收取的。

无偿献血者临床用血时按规定须交纳临床用血费和两倍于临床用血费的用血互助金,是由专门部门交财政专户储存的,这部分费用不是血站收取的。

无偿献血者临床用血时按规定须交纳临床用血费和两倍于临床用血费的用血互助金,是由专门部门交财政专户储存的,这部分费用不是血站收取的。

无偿献血者临床用血时按规定须交纳临床用血费和两倍于临床用血费的用血互助金,是由专门部门交财政专户储存的,这部分费用不是血站收取的。

无偿献血者临床用血时按规定须交纳临床用血费和两倍于临床用血费的用血互助金,是由专门部门交财政专户储存的,这部分费用不是血站收取的。