

本期关注

完善二类疫苗接种保障体系的思考

郑州大学公共卫生学院 吴建 冯雨

编者按:疫苗不仅能预防疾病、挽救生命,还能降低卫生保健开支。接种疫苗是预防传染病有效且经济的手段,是迄今为止非常成功的公共卫生措施之一。然而,美国等西方国家近年来出现“反疫苗”现象,给传染病防控工作带来巨大冲击。“反疫苗”现象成因复杂,既有疫苗自身的安全性、经济性、可及性问题,也有政府健康管理体系碎片化、保障体系不完善、民众社会责任意识欠缺问题。尽管目前我国疫苗接种社会接纳程度很高,免疫规划工作成效显著,但需警惕和消除“反疫苗”思潮可能带来的冲击。从本期开始,本报将分两期推出系列文章,对二类疫苗接种的保障体系建设、“疫苗犹豫”的形成机制、二类疫苗纳入医保支付的路径、“疫苗犹豫”问题的治理、二类疫苗接种公平性提升等进行全面介绍,提升公众疫苗信任,增强战胜传染病的信心。

免疫接种为全世界公认的提高健康水平最为经济、安全且有效的干预措施之一。据统计,通过免疫接种,全球每年至少有200万人~300万人免于死亡。美国疾病控制与预防中心评价结果显示:儿童预防接种产生的成本效益比为1:16,即每投入1元,可产生16元的社会经济效益。

我国自1978年实行计划免疫以来,国家免疫规划中免费提供的疫苗虽有14种,但仍有一些对儿童和成人有预防效果的疫苗需自费接种且费用相对较高,为二类疫苗。

2016年,国务院对《疫苗流通和预防接种管理条例》进行了修订,强化疫苗储运的安全及质量管理的同时,减少了疫苗流通的中间环节及成本。尽管二类疫苗价格明显降低,但总体接种率仍处于较低水平,且不同地区接种率差异较大。

目前,二类疫苗存在的问题主要包括:目标人群普及率不高、部分居民无法承担其费用、相较于一类疫苗而言更易出现监管不力等。因此,完善二类疫苗的接种保障体系对进一步扩大二类疫苗的普及范围、发挥其对全民健康的保护作用具有重要作用。

一、建立“疫苗信心”

要逐步完善二类疫苗的集中采购机制,加强疫苗冷链管理,建立接种异常反应监测和补偿机制,加快疫苗全程追溯体系建设;完善相关法律制度,严厉执法,严格问责,进一步保证疫苗的使用安全,提升民众的“疫苗信心”。

二、减轻疫苗负担

经济 and 价格因素仍是影响二类疫苗接种的重要障碍。澳大利亚一项调查显示,将肺炎球菌疫苗纳入公共筹资项目后,接种率由7%提升为51%。我国各级财政应考虑对部分社会需求大、价值显著的二类疫苗给予适当的补助,逐步增加二类疫苗覆盖种类,提升补助水平。

三、提升接种服务供给能力

公共卫生机构可增加预防接种人员的岗位培训内容,注重疫苗接种相关的理论、知识、技能的综合培训,提升接种服务提供者二类疫苗健康宣教能力,引导接种者和民众形成科学、合理的认知观。

四、强化疫苗知识传播管理

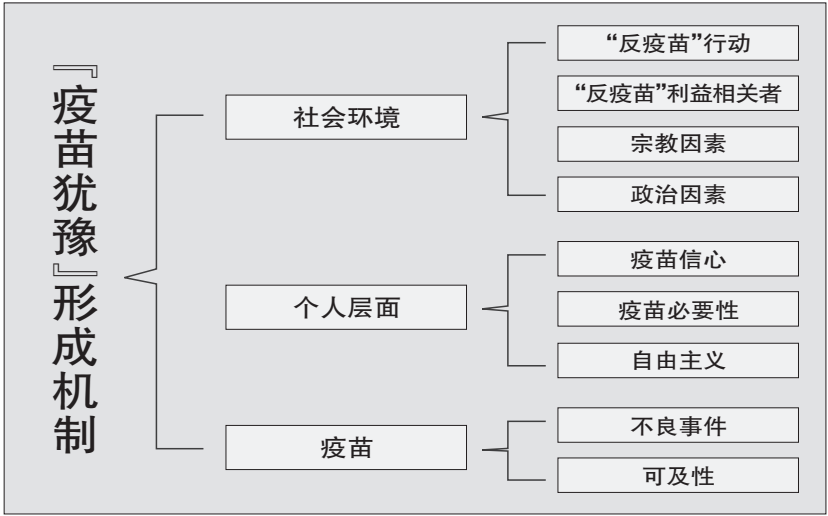
社区接种点应该加强有关政策信息的宣传,丰富宣传渠道,减少宣传中的强制性和诱导性,以提高群众对二类疫苗的认知及对预防接种的信任度。

五、政府主导,市场调节

二类疫苗同时具备商品属性和公共产品属性,不能单独依赖市场进行调节,也不能完全脱离市场采取行政化的管理模式,应当根据当前的实际工作情况。一方面,在充分发挥市场调节的同时,加强行政监管和调控措施,实现疫苗生产企业、接种单位以及受种人群三方面的共赢;另一方面,政府和企业共同担起疫苗宣教职责,开展针对性的宣传教育和干预措施,增强大众的健康意识和理念,有效发挥二类疫苗在预防疾病和促进全民健康水平方面的重要作用。

“疫苗犹豫”的形成机制

郑州大学公共卫生学院 苗豫东 张青青



接种疫苗是预防和控制传染病最经济、有效的公共卫生干预措施。然而,近年来“疫苗犹豫”问题日益突出,被世界卫生组织(WHO)列入2019年全球面临的十大健康威胁。

“疫苗犹豫”是指在疫苗服务可及的情况下拒绝或延迟接种疫苗。“疫苗犹豫”表现形式多样,且因环境、时间、地点、疫苗种类不同而有所差别。“疫苗犹豫”如果在人群中蔓延,可能会逆接种疫苗可预防疾病已经取得的成绩。例如,2019年美国十余个州就确诊了超过200起的麻疹病例,华盛顿州因麻疹疫情宣布进入紧急状态。

“疫苗犹豫”的形成机制(如图)比较复杂,归纳起来可概括为以下几个方面。

从社会层面来看,首先,近年来轰轰烈烈的“反疫苗”运动影响了大众对疫苗的信心。“反疫苗”组织虽然缺乏科学证据论证疫苗的危害,但是他们懂得利用大众的情绪,通过未经论证、耸人听闻的图片和文字,将某些生理疾病与疫苗联系在一起,影响民众对疫苗的信心。

其次,利益相关者的推波助澜也会加重公众对疫苗的不信任。例如,1998年,英国医生韦克菲尔德在权威医学期刊《柳叶刀》上发表论文,称麻腮三联疫苗(MMR)和自闭症之间存在关联

性。这一论断直接导致英国的麻风腮疫苗接种率从1996年的92%跌落至2002年的84%。尽管10年后,韦克菲尔德伪造实验数据的谎言被拆穿,但关于接种疫苗会导致自闭症的谣言至今仍在传播。

此外,西方宗教界认为疾病是“神用来惩罚罪人的工具”,接种疫苗行为是反上帝的有罪行为;以及政府的公信力下降,接种医生和疫苗政策相关人员对与疫苗有关政策解读不充分,部分人群会认为接种疫苗政策的制定是商业

医药公司的利益输送因而产生“疫苗犹豫”。

从个人层面来看,大众对于疫苗的信任度不够,怀疑疫苗的安全性以及担心疫苗接种以后会产生副作用。2014年~2016年,WHO和UNICEF(联合国儿童基金会)对全球194个国家和地区的调查显示,怀疑疫苗安全性和担心副作用占“疫苗犹豫”原因的22%~23%。

文化程度较高的群体更易产生疫苗犹豫。有专家指出,受过高水平教育

二类疫苗纳入医保支付的实现机制

郑州大学公共卫生学院 吴建 何卓文

二类疫苗,是指由公民自费并且自愿受种的疫苗。从长期效益来看,提高二类疫苗的人群接种率,对减少治疗疫苗可预防相关疾病造成的医保基金消耗,有着重要价值,也能更好地满足人民对美好生活的追求。然而,受社会基本医疗保险属性和法律法规限制,二类疫苗相关费用并未纳入报销范畴。

从逻辑层面而言,疫苗可视为一种降低医疗总费用和医保基金支出的前瞻主动性手段,而医疗费用报销则可视作后验被动式手段,因而在医保定位逐渐由居民的“医疗保障”转变为“健康保障”的大背景下,有必

要对二类疫苗纳入医保报销的实现机制加以探讨。

一是建立分类分步推进机制。根据我国传染性疾病的流行特征,结合重点人群需要,逐步增加二类疫苗纳入医保报销的种类。同时,按照医保类型差异化推进,对医保资金充裕的保险,增加报销种类,提高报销比例。

二是建立动态调整机制。我国许多发达地区已逐步将二类疫苗纳入医保报销。通过总结不同地区的政策及医保支付运行经验,结合疫苗接种社会效益和社会价值的评估,可进一步提高保障水平。对于欠发达地

区,应基于医保基金保障能力现况,可选取一类或几类需求大、社会效益和社会价值突出的疫苗,优先纳入医保报销,并适时适度调整保障水平。同时,还应借鉴先行地区在疫苗管理、使用以及接种服务等方面的经验。

三是完善信息化机制。信息化是实现二类疫苗纳入医保的重要基础设施,政府及相关部门可充分利用信息化手段将业务标准数字化,消除连续和一体化服务的信息障碍,从而达到简化支付手续、改进管理、提高使用社保支付预防接种的服务效率。



卵巢癌的诊断与介入治疗

□张建好

卵巢癌是女性生殖器官常见的三大恶性肿瘤之一,可发生于任何年龄,其组织学类型较多。卵巢位于盆腔深部,卵巢肿瘤早期不易发现,而晚期肿瘤往往又失去手术根治机会,5年生存率低于30%。

因此,卵巢恶性肿瘤死亡率居妇科恶性肿瘤首位,严重威胁女性患者的生命和健康。

卵巢组织成分复杂,是全身各脏器原发肿瘤类型最多的器官,不同类型的卵巢肿瘤,组织学行为和生物学行为均有很大的差异。世界卫生组织(WHO)应用卵巢肿瘤组织学分类,主要分为:1.上皮性肿瘤;2.性索-间质肿瘤;3.生殖细胞肿瘤;4.转移性肿瘤。直接蔓延及腹腔种植、淋巴转移是卵巢恶性肿瘤的主要转移途径,血行转移少见。因此,其转移特点是盆腔、腹腔内广泛转移灶,包括横膈、大网膜、腹腔脏表面、壁腹膜及腹膜后淋巴等部位。即使外观肿瘤局限在原发部位,也可存在广泛微转移,其中以上皮性癌表现最为典型。

目前,手术是卵巢肿瘤的主要治疗手段,化疗也是卵巢肿瘤术前或术后重要的治疗方法,而新兴的卵巢肿瘤的介入化疗栓塞可明显提高治疗效果,有望成为改善患者预后的有效方法。

病因

卵巢癌病因尚不十分清楚。

一、有学者提出持续排卵的假说,持续排卵使卵巢表面上皮不断损伤与修复,修复过程中卵巢表面及其内陷的包涵囊肿上皮细胞可能发生基因突变,从而诱发卵巢癌。5%~10%卵巢上皮癌患者有家族史或遗传史,绝大多数遗传性卵巢癌和基因突变有关,并与遗传性非息肉性结直肠癌综合征相关。

二、生殖因素,包括妊娠次数、首次生育年龄、哺乳、使用促排卵药物、口服避孕药。

三、外源性激素的替代治疗。

四、生活方式,如与肥胖、吸烟、饮酒等相关。

总而言之,局部刺激因素、激素水平、年龄和产次、精神因素及遗传因素与卵巢肿瘤相关性较高。

临床表现

卵巢癌早期无症状。晚期主要症状为腹胀、腹部肿块、腹腔积液及其他消化道症状,部分患者可有消瘦、贫血等恶病质表现。

肿瘤向周围组织浸润或压迫,可引起腹痛、腰痛或下肢疼痛;压迫盆腔静脉可出现下肢水肿;功能性肿瘤可出现不规则阴道流血或绝经后出血。

三合诊检查可在直肠子宫凹陷处触及硬结节或肿块,肿块多为双侧,实性或囊实性,表面凹凸不平、活动差,与子宫分界不清,常伴腹腔积液。有时可在腹股沟、腋下或锁骨上触及肿大的淋巴结。

辅助检查

一、彩超检查可了解肿块的部位、大小、形态、囊性或实性,囊内有无乳头状突起。临床诊断符合率大于

90%,但不易测出直径小于1厘米的肿瘤,良性肿瘤超声显像主要为囊性或以囊性为主的混合性回声,边界清楚,形态规则,血流信号不明显或稀疏短条状分布在肿瘤周边;恶性肿瘤相对较大,以实性或混合性回声为主,形态不规则,边界欠清晰,内部回声不均匀,血流信号较丰富,呈网状或分支状,流速较低;交界性上皮肿瘤表现为囊性包块,内见数个乳头状突起,部分可见血流信号。

二、MRI(磁共振成像)可较好显示肿瘤位置及肿瘤与周围组织的关系,病灶可表现为实性或囊性肿块,可见T1WI(T1加权成像)低或等信号,T2WI(T2加权成像)高或略高信号,信号不均匀,在实时增强扫描后实性部分及囊壁有明显强化。

三、CT可判断周围侵犯及远处转移情况,肿瘤组织多为圆形或卵圆形,边缘多为分叶,瘤体多与周围组织关系欠清,周围器官常受压迫移位,强化后多为明显强化,肿块内囊性部分无强化。

四、血清CA125(糖类抗原125)测定,80%卵巢上皮肿瘤患者血清CA125水平升高,但近半数的早期病例并不升高。

治疗

晚期卵巢癌常用治疗方法为肿瘤细胞减灭术及术后以铂类药物为主的联合化疗。由于发现晚、化疗易发生耐药,卵巢癌患者预后差,5年生存率低于30%。

随着介入治疗技术的发展,经动脉灌注化疗及栓塞渐成为妇科恶性肿瘤的有效治疗方法之一。将介入治疗应用于妇科恶性肿瘤的目的有以下几种:1.缩小或消除病灶,降低临床分期,为手术治疗创造机会,提高生活质量;2.降低肿瘤细胞的分级,消灭癌灶周围的微小转移灶,提高生存率;3.晚期癌瘤的姑息治疗;4.癌灶出血的止血方法之一。

研究证实,经盆腔肿瘤供血血管灌注化疗药物,可使肿瘤局部药物浓度比外周血高4倍~22倍。有研究表明:局部药物浓度增加1倍,杀死癌细胞的数量可增加10倍左右,超选择插管可使化疗药物直接进入肿瘤供血动脉,使肿瘤局部的药物浓度比全身静脉化疗高出许多倍,达到有效杀伤肿瘤细胞的目的,提高治疗效果。

125I放射性粒子植入近距离内放射治疗实体肿瘤临床疗效确切、创伤小、并发症少,已广泛应用于前列腺癌、头颈部恶性肿瘤、肺癌等实体肿瘤的治疗。近年来,125I放射性粒子植入治疗复发性妇科肿瘤包括卵巢癌,也取得了较好疗效。采用CT引导下经皮穿刺125I放射性粒子植入治疗复发性卵巢癌,能够提高肿瘤局部控制率,改善患者生活质量,并发症少、耐受性好。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

