

临床科研新进展

新模型可助力 胆管癌个性化治疗

本报讯 (通讯员于玎竹 特约记者段文利)北京协和医院肝胆外科毛一雷主任医师和杨华瑜研究员团队研发的肝内胆管癌3D生物打印体外模型,能精准复刻肿瘤自体特征,10天内即可生成临床可用的药物反应谱,为肝内胆管癌个性化辅助治疗提供了快速、可靠的预测平台。近日,相关研究论文在国际期刊《先进科学》上发表。

肝内胆管癌是第二大原发性肝癌,患者5年生存率仅9%,且患者间存在显著肿瘤异质性,导致全身治疗疗效差异巨大。传统肿瘤体外模型存在建模周期长、成本高、批次差异大等问题,难以精准预测药物反应,临床亟需高效的个体化用药指导模型。

对此,团队摒弃传统硅胶,选用甲基丙烯酸酯和甲基丙烯酸酯化透明质酸构建复合水凝胶,并确定最优配比。该水凝胶可模拟肝内胆管癌坚硬、富间质的肿瘤表型,兼具良好的生物相容性与机械强度,能支撑胆管癌细胞良好增殖与持续存活。

团队选取在北京协和医院接受肝内胆管癌根治性切除患者的标本构建模型,经组织学、分子检测及多组学测序验证,该模型在形态、病理特征上与患者原发肿瘤高度相似,且精准保留了原发肿瘤的驱动基因突变、转录程序及肿瘤内异质性,模型保真性得到充分验证。

团队为21名患者的标本重建模型,并开展吉西他滨、顺铂、仑伐替尼等临床常用药物的敏感性检测。结合随访结果发现,该模型的药物敏感性检测结果稳定可靠,能精准捕捉患者的药物反应异质性,甚至可区分同类铂类药物的疗效差异。对于接受新辅助治疗的患者,模型预测的敏感药物组合与临床治疗后肿瘤缩小、病情稳定的实际效果高度匹配。模型预测耐药的患者,在药物治疗中也更易出现疾病进展。

“该模型作为高效的个性化药物检测平台,体外检测结果与临床治疗结局高度吻合,在辅助治疗疗效预测上表现可靠,为高通量药物筛选和精准肿瘤学的临床转化提供了重要工具。”杨华瑜表示,下一步,研究团队将在更广泛的患者群体中检测该模型的预测效果。

居民颈椎病发病研究 有三个核心发现

本报讯 (特约记者仰东萍 通讯员李舒扬)近日,北京大学第三医院骨科周非非教授团队与北京大学公共卫生学院王胜锋研究员团队开展的一项研究,首次基于大样本量队列推算出我国颈椎病的发病率及经济负担。相关研究论文发表在国际医学期刊《柳叶刀·区域健康(西太平洋)》上。

长期以来,我国缺乏基于大规模人群的颈椎病流行病学研究数据,对发病现状及医疗支出现状等尚不清晰。

针对这一短板,研究团队首次利用覆盖全国23个省份、约3亿城镇居民的医疗保险数据库,全面评估了2013年至2017年我国城镇地区人群中颈椎病的发病率及经济负担情况,得出三个方面核心发现:

在发病率与人群特征方面,2017年我国城镇地区颈椎病的总粗发病率达405.65/10万人年。与之相对,我国恶性肿瘤粗发病率为341.75/10万人年(2022年数据)、心血管疾病为620.33/10万人年(2023年数据)。其中,女性发病率显著高于男性,占比达60.58%,男性占比39.42%;50~59岁人群是颈椎病最高发群体,占比达25.1%。

在地域分布方面,颈椎病发病率呈现明显地域性差异,华东地区最高、华北地区最低。这一差异可能与不同地区的经济发展水平差异、人口迁移、职业结构及医疗资源可及性等要素有关,同时揭示了健康社会决定因素在颈椎病发病中具有重要影响。

在医疗支出方面,增长迅速。数据显示,2013年至2017年,颈椎病患者总年度医疗支出从约10.3亿元攀升至约75.5亿元,患者人均年度医疗费用也从约4240元增加到约6890元。

研究团队建议,未来公共卫生政策与临床指南在结合健康社会决定因素的同时,应更加侧重于中老年人(尤其是女性)及高发地区的早期预防与干预,同时探索更具成本效益的颈椎病标准化诊疗路径和防控体系,从而有效减轻颈椎病带来的多重负担。

用好医保支持政策 靶向助力“强基层”

“保障”和“引导”同频,“输血”和“造血”并举,“强基”与“惠民”同向。用好三部门出台的医保支持基层政策,需要健全工作机制,强化政策落实效果跟踪评价,推动实现基层医疗卫生机构得发展、参保群众得实惠、医保基金可持续的良性循环。

高艳坤(媒体人)

近日,国家医保局、国家发展改革委、国家卫生健康委联合印发《关于医保支持基层医疗卫生服务发展的指导意见》,推出14条医保支持“强基层”

的务实举措。这些举措以医保支付杠杆作用为牵引,向基层降下医保政策“及时雨”,有助于靶向破解基层医疗卫生服务发展瓶颈。

“保障”和“引导”同频,更好支持服务强在基层。《指导意见》鼓励基层

用好上门服务费、安宁疗护费、家庭病床费、互联网诊查费(复诊)、中医、康复类等项目,确保基层医疗卫生服务精准对接群众需求;优化基层机构价格管理,对一、二级手术治疗以及护理、影像检查和检验等适当缩小不同等级机构价格差距,有助于有针对性促进分级诊疗;鼓励探索基层门诊按人头付费与慢病管理相结合、加强基层门诊付费与家庭医生签约联动,探索将签约居民门诊基金按人头支付给基层或家庭医生团队,将保障家庭医生签约服务向优发展……这一系列举措细化支持基层医疗卫生机构运行压力、破解发展资源瓶颈。

“强基”与“惠民”同向,实现便捷服务优在基层。为更好满足群众就近就医需求,《指导意见》明确:加强门诊就医保障,居民医保门诊统

筹主要依托基层医疗卫生机构开展,支持基层对符合条件的慢病患者开具长期处方,加快推进基层医疗卫生机构刷脸支付……这一系列举措把健康红利送到群众“家门口”,确保群众得实惠。

如何“抬稳”救命的担架

“急救人员抬抬患者”的难题,看似是在追问急救人员的职责边界,实则是在检验整个院前急救体系的完备性与严谨性,考验社会保障的导向与力度。

宁艳阳(媒体人)

前段时间,某地卫生健康部门就“急救人员未及时协助抬抬老人,老人抢救无效离世,急救中心被判赔17

万余元至今未履行”一事发布情况通报,引发社会关注。对于事件双方争议的焦点——“急救人员是否有义务抬抬患者”的问题,法院判决中有一句话掷地有声:院前急救机构的首要职责是及时转运患者……40分钟的

滞留背离救死扶伤宗旨,难以被公众接受。

这个本不该出现的“抬抬难题”为何引发争论?这确实值得从更多视角进行深入分析和审视。

2013年颁布的《院前医疗急救管理办法》明确,从事院前急救的专业技术人员包括医师、护士和医疗救护员。其中,医疗救护员可以从事的5项辅助医疗救护工作中包括“搬运、护送患者”。业内观点认为,上述规定可以延伸出两层含义:其一,急救人员包含医师、护士和医疗救护员三类,三者各司其职、各负其责;其二,医疗救护员需承担搬运、护送患

者等职责。

但在现实中,由于医疗救护员队伍建设、运营维护的成本较高,一些地区难以配齐医疗救护员。院前急救是政府举办的福利性、公益性、惠及民生的事业,急救机构通常为事业单位,收费标准不高且不以营利为目的。如果没有财政、编制的专项保障,急救机构难以承担此项人力成本。

与此同时,公众对于抬抬服务的需求真实存在。当前,需要急救的人员中,不少是独居老年人或超重者,尤其是城市中仍有不少老旧小区的楼房未安装电梯,患者确实需要通过

抬抬才能转运至急救车上。正因如此,急救机构不得不长期直面这一“两难”困境,急救人员也屡屡被推向“抬与不抬”的风口。

我们很难要求公众精准区分“急救人员”“医务人员”“救护员”这些法律法规和行业内的专业概念。对公众而言,最朴素也最迫切的需求莫过于:在需要紧急救护的时刻,拨通“120”,就能获得及时且有效的救护。

“急救人员抬抬患者”的难题,看似是在追问急救人员的职责边界,实则是在检验整个院前急救体系的完备性与严谨性,考验社会保障的导向与力度。希望加速解决这一难题,让生命急救都能得到最稳的托举。



有闻有说

“公园领证”传递婚俗新风尚

江德斌(职员)

近日,有媒体报道,自2025年5月我国全面实行婚姻登记“全国通办”以来,民政部鼓励有条件的地区将婚姻登记机关设置在公园等有标志性、有意义的场所。截至目前,全国已有525个“公园式”婚姻登记点、1000多个户外颁证基地,新人们可以选择自己喜欢的地方去登记结婚。

“公园式”婚姻登记点的设立,打破了传统婚姻登记场所的刻板印象。新人们在公园、历史建筑、文化地标等有意义的地方,完成婚姻登记这件人生大事,重塑了婚姻仪式的情感价值。当新人在绿树鲜花中宣读誓言,在湖光山色间接过证书,婚姻登记便从程式化的行政流程升华为充满温度的生命仪式,

成为值得珍藏的浪漫记忆。从更深层次看,“公园式”婚姻登记点的普及,顺应了婚俗改革的时代潮流。长期以来,高价彩礼、铺张浪费、攀比炫富等不良婚俗现象屡禁不止,给许多家庭带来沉重负担。简约却不失仪式感的公园领证,恰恰传递出“重仪式、轻排场”的婚俗新风尚。

“公园式”婚姻登记点的出现,为新人们提供了一个为爱情缔约的美好场景。期待这样的婚俗改革举措能够持续推进,让更多新人在美丽的地方开启美好的婚姻旅程。

评论投稿邮箱: mzpjjkb@163.com



鼓励用人单位对3岁以下 婴幼儿父母职工实行弹性工作制

弹性工作制让生育友好落地生根

“十五五”规划纲要提出,全面落实生育休假制度,鼓励用人单位对3岁以下婴幼儿父母职工实行弹性工作制。(王尚)

行业纵论

生成式AI临床应用的伦理困境与应对策略

杨飞龙 刁晞桐

近年来,以ChatGPT为代表的生成式AI(人工智能)模型快速向医学领域渗透,在医学影像初判、辅助诊断、协助患者教育等方面得到应用。2026年1月,工业和信息化部等8部门印发《“人工智能+制造”专项行动实施意见》,提出加快发展手术机器人、智能诊断系统等,加速智能医疗装备产品创新和临床应用推广。当这股技术浪潮涌向临床一线时,一系列复杂而又深层次的伦理挑战也接踵而来,需要各方给予足够重视。

生成式AI模型最核心的优势在于,能从海量数据中快速学习,生成适应性强且值得采纳的内容或建议。然而,临床医学的决策直接关系到生命健康,容错率低,显著区别于其他领域。在临床中应用生成式AI模型需要注

意以下几点。一是注意医疗数据使用。医疗数据包含病史、基因组、影像乃至完整的诊疗记录,属于敏感、私密数据。使用医疗数据训练AI模型要面临的首要问题是隐私信息保护,传统的匿名技术在算法面前不再完全可靠,更深层次的隐患在于数据本身的“社会基因”。如果训练数据存在群体代表性不足或偏见,生成式AI模型不仅会延续这种偏见,还会固化甚至加深歧视,进而加剧医疗资源、质量的不公平。

二是警惕决策“黑箱”。许多生成式AI模型,其内部决策过程类似“黑箱”而难以直接观测理解。当生成式AI模型提示某部位高度怀疑恶性肿瘤却无法像人类专家一样清晰指出其具体依据时,当医生无法将自身经验知识与生成式AI模型逻辑对接融合时,若医生采纳模型建议可能引发不良结局,导致责任追溯更加复杂棘

手。因此,生成式AI模型必须被定位为辅助工具,人类医生必须牢牢掌握最终决策权与伦理否决权,并为结果承担终极责任。

三是保有医学温度。医学的本质不仅是科学,更是充满同理心和个体化关怀的学科。那些无法被量化的互动所传达的温度,是医学治疗过程中不可或缺的部分。生成式AI模型的介入可能会令医疗互动出现“人味”减少的潜在风险,如果医患沟通过于依赖生成式AI模型生成的标准化医学话术,如果医生的目光更多投向屏幕的智能分析而非患者本身,治疗效果可能大大削弱。此外,过度依赖技术辅助,可能会弱化临床医生自身宝贵的批判性思维和直觉判断能力。生成式AI模型只能基于表面特征和部分数据给出建议,不具备完善全面的视角和思考维度。医生需要综合平衡技术信息、患者具体情况及其个人意愿后,作出最符合患者利

益的判断,守护不可替代的临床智慧与人文关怀。

面对多重挑战,社会需要构建一个多层次、动态发展的敏捷治理体系,引导技术向善。

强化法规与标准建设。应加快制定专门适用于医疗领域生成式AI模型产品的审评审批、数据安全、算法备案与透明度的细则,明确各方的权责边界,特别是建立完善的质量追溯与问责机制。

关注技术创新与伦理。大力发展联邦学习、差分隐私等技术,力求在保护原始数据隐私的前提下实现算法性能提升。同时,将可解释性作为医疗领域生成式AI产品的核心性能指标之一予以规范和推动。

提升医务工作者的“AI素养”。这包括对临床医生进行系统的AI工具批判性使用培训,在医院内部组织多学科(临床、伦理、法律、信息等)专家建立伦理审查委员会,对引入的生

成式AI模型应用进行前置评估与持续监督。

建立开放多元的对话平台。技术开发者、临床专家、伦理学者、政策制定者、患者代表应加强沟通,共同制定和迭代治理规则,确保技术的发展方向符合患者期待,并创造更大社会价值。

生成式AI模型为现代医学打开了新窗口,其映照出的不仅是效率之光,更是公平与责任的深刻命题。技术前进的目标在于从繁重重复的劳动中解放生产力,而非替代人类的专业判断与温情关怀。因此,必须将伦理思考深度嵌入科技研发与临床应用的全流程,在审慎中探索、在规范中创新,让医疗的未来更优质、更公平、更具温度。

(作者杨飞龙系中南大学湘雅三医院党委副书记;刁晞桐系中南大学生命科学院硕士研究生)