

新闻能见度

□本报记者 张磊

追击“黑色杀手”



潘松刚摄

近日,我国部分地区出现炭疽病例:8月9日,北京市报告1例外地来京就诊肺炎炭疽病例,该病例来自河北省承德市围场满族蒙古族自治县;8月15日,央视报道,山西省文水县刘胡兰镇保贤村出现一起皮肤炭疽疫情。

炭疽是炭疽杆菌感染所致的一种人畜共患传染病,其中绝大多数为皮肤炭疽。由于患者的伤口会形成一块坏死的焦痂,形如黑色焦炭,炭疽亦被称为“黑色杀手”。

需要关注的是,国家卫生健康委公布的《全国法定传染病疫情概况》显示,近10年间,全国每年报告的炭疽发病数在193例至374例之间波动。在有疫苗和治疗药物的情况下,如何进一步追击“黑色杀手”?人类距离消除这一古老的人畜共患病还有多远?

传播

陶奎(化名)清晰地记得,国庆长假的第三天,“家中的一头小牛突然死了”。

这让他懊悔不已,因为两天前的10月1日已现端倪。当天,身为畜牧养殖户的陶奎照例早早起床,直奔牛棚。棚内的15头牛,是全家人的生计所在。陶奎逐一查看,发现一头8个月的小牛有些发蔫,精神不振。此时暑气渐消,天气转凉,陶奎以为小牛的发蔫是气候变化所致。未曾想,两天后小牛便突然死亡。

陶奎并未将这一情况上报相关部门,而是找来同村的几名养殖户,共同将病牛剥皮分割。100多公斤的肉被全部售出,内脏就地掩埋,陶奎只将牛皮留存了下来。

虽然家中并无其他牲畜死亡,但随后的一切令陶奎始料未及。10月4日,参与分割病牛的养殖户李某手部出现红点并伴有发热。同日,另一名参与分割的养殖户冯某也出现类似症状。10月6日,两人出现手部肿胀和坏死性黑色焦痂,到乡卫生院就诊。接诊医生高度怀疑为皮肤炭疽,随即对两人就地隔离治疗。

流行病学学调查显示,此次皮肤炭疽疫情密切接触者达57人,包括病畜养殖户、宰杀病牛者、购买牛肉者、接诊医护人员。幸运的是,除李某和冯某外,其他人员均未感染。此外,村里无牛、羊等其他牲畜死亡,且以该村为中心,方圆3公里内无其他病死畜出现。

11月20日,住院隔离治疗的第43天。冯某和李某的皮肤创面愈合,结痂脱落,临床症状消失,符合解除隔离标准,治愈出院。

上述一幕幕,是2018年发生在河北省承德市围场满族蒙古族自治县牌楼乡牌楼村的一起皮肤炭疽疫情的情景。3年后的2021年8月9日,北京市报告1例外地来京就诊肺炎炭疽病例,病例同样来自围场县,患者亦在当地有牛、羊及其制品接触史。

不同的是,这一次,是肺炎炭疽。“根据感染途径,炭疽主要分为3种临床类型。”中国疾病预防控制中心传染病预防控制所研究员魏建春说,皮肤伤口和黏膜感

染引起的浅表为主的病变是皮肤炭疽;食用未煮透的病畜肉制品,经消化道感染,会引起肠炭疽;吸入炭疽杆菌的芽孢而引起肺部感染,则为肺炭疽;个别人会有败血症和脑膜炎。其中,皮肤炭疽最为常见,占全部病例的95%以上,肺炭疽最为凶险。

“炭疽在我国属于法定报告传染病中的乙类,但肺炭疽参照甲类传染病管理。这些年,我国发现的炭疽疫情均由染疫动物传染给人,尚未发现炭疽杆菌在人际间传播。”魏建春说。

水患

对于此次围场县肺炎炭疽病例产生的原因,相关专家分析,从既往规律看,每年7月—9月为我国炭疽发病高峰期,这种病主要出现在农牧民群体中,而围场县就是以农牧业为主,是我国商品牛基地县。

此外,极端天气或促进了病原菌的扩散。炭疽杆菌在不利的生存条件下可形成芽孢,长期潜伏在土壤里,导致被污染的土壤、水源等成为历史疫源地。在洪灾等极端天气条件下,土壤深处的芽孢被冲出地面,污染草和饲料,并且扩散到较大范围。记者查询发现,仅今年7月,围场县气象部门就发布了27次雷电、暴雨或冰雹预警,尤其是上半个月,几乎每天都有雨。

这方面的原因,在2018年围场县发生的皮肤炭疽疫情中也存在。承德市疾病预防控制中心张聪等人发表的《2018年河北省承德市一起皮肤炭疽疫情的实验室检测及调查分析》指出,2005年围场县牌楼乡红石砬子村就曾发生因宰杀病牛感染3例皮肤炭疽的情况,红石砬子村与2018年出现病例的牌楼村同属牌楼乡,两村相距约20公里。文章分析称,就地势而言,红石砬子村位于牌楼村上方,有可能在2005年对病死牛掩埋处理不当,后续措施未跟上,造成雨季雨水将土壤中的病原菌冲刷出来,污染了附近的地区,牲畜在啃食过程中感染。

今年我国多地出现洪灾,魏建春提示,除了关注肠道传染病外,也不能忽视炭疽。“报告发病数较多的省份有四川、甘肃、青海、新疆、内蒙古,上述地区要特别加以关注”。

魏建春同时强调,炭疽疫情一般规模不大,近年来我国最大规模的一起炭疽疫情有26个病例,“曾有报道,洪灾后爆发的炭疽疫情,规模与一般的暴发疫情相似,没有病例骤增的情况,公众不必恐慌”。

顽疾

相比极端天气,多位业内专家表示,就全国层面而言,更应警惕的是私自剥食病死牲畜的顽疾。

“在我国很多农村地区,家畜病死后有剥食病死畜现象,甚至有人将病死牲畜肉拿到市场上出售或给周围亲戚朋友分食,增加了炭疽传播的风险。”魏建春说,2011年辽宁省海城市发生炭疽疫情,33例皮肤炭疽病例有共同暴露来源(屠宰接触病死畜);2014年贵州省报告发生聚集性疫情3起,分别由剖割或食用死马、羊引起。

在魏建春看来,除了生活方式不健康、健康素养水平低等因素外,相关补偿机制不到位也是农牧民剥食病死畜的重要原因,“由于缺少针对病死动物的补偿机制,农牧民为减少经济损失,常将病死牛羊剥食,甚至贩卖”。一位农牧民告诉记者,一头成年肉牛的价格在万元左右,时机好、品质高的情况下,能卖到数万元。对于病死牲畜,虽然政府也有一定补贴,但和万元的售价相比,仍存在不小差距。

如何健全补偿机制?专家表示,可考虑让保险补偿机制介入,对于因传染病死亡的牲畜,尤其是大型牲畜,由政府补贴的基础上,由商业保险另行补偿。

另外,如何处理因炭疽死亡的病畜尸体,也是一个棘手的问题。一位基层疾控机构的工作人员告诉记者,炭疽菌在有氧条件下会形成芽孢,因此无论对动物炭疽的检验还是人的样本检验,都严禁解剖剖检,以防止出现大量血液污染环境。死于炭疽的人类尸体和畜尸应完整地火化处理,患者的废弃物品也要尽可能彻底焚毁。若死于炭疽的动物已被宰杀,则须将畜尸的剩余部分尽可能地搜集完整并焚毁。被污染的环境、土壤和不能焚毁的物品,可使用含氯消毒剂消毒。

“那么大一头牛要完整地火化,是需要专业设备的。”上述工作人员表示,实际工作中,一些地方由于不具备焚烧的条件,将死于炭疽的家畜尸体用生石灰掩埋,这种措施的效果有待评估;部分省市从国外购置了专业焚烧炉,但由于成本较高,面临后期运维压力,“如何解决这一问题,需要政府出台统一政策”。

疫苗

动物炭疽是人间炭疽的源头,对

家畜接种炭疽疫苗是防止畜间和人间炭疽最根本的手段。然而,我国农牧区家畜炭疽疫苗接种还没打通“最后一公里”。

与人用疫苗相同,兽用疫苗也存在接种异常反应。相关专家表示,不同的是,人用疫苗的接种异常反应率要求极为严格,须控制在百万分之一以下;兽用疫苗就没有这么高的要求,动物接种异常反应风险大,导致动物接种后个别非正常死亡。因此,虽然兽用炭疽疫苗价格低廉,但牧民仍因害怕承担牲畜死亡的经济损失而不愿给牲畜接种。

为提高兽用炭疽疫苗接种率,专家建议,首先,要引入保险补偿机制,同时简化补偿手续。目前,部分地区已经有类似的保险补偿机制,但手续较为烦琐,赔付周期较长。其次,要进一步加强宣教,让牧区和农村居民了解家畜接种炭疽疫苗的意义,缓解农牧民对兽用疫苗的抵触情绪。“兽用疫苗种类多,牧民往往搞不清楚打的是哪种,预防的是什么病,在今后的工作中要加强对牧民的宣教”。

另一方面,人用炭疽疫苗是国家免疫规划确定的应急接种疫苗,未在人群中普遍使用,只有在发生炭疽时才会组织重点地区重点人群进行应急接种。

除上述原因,人用炭疽疫苗的接种方式,也令其接受度不高。人用炭疽疫苗的全称是“皮下划痕炭疽活疫苗”。这种疫苗并不是常规的以注射或者口服的方式进行接种,而是使用皮上划痕的方式进行接种,接种时,于上臂外侧上部用75%乙醇棉球消毒皮肤后滴疫苗2滴,相距3~4厘米,持消毒划针在每滴疫苗处作“#”字划痕,每划痕长约1~1.5厘米,以划破表皮微见间断小血点为度。虽然创口极小,但相比注射等方式,这种有创伤的接种方式不太被人接受。

此外,人用炭疽疫苗的免疫保护期短,一般在一年左右,需要反复接种,对受种者的依从性有较高要求。相关专家表示,我国具备人用炭疽疫苗的国家储备,但疫苗接种需满足一定的条件。如果病例为皮肤炭疽,且经调查感染途径明确,污染环境已经无害化处理,受污染或受感染的接触者都已接受有效的医学监控,则无须进行人的疫苗接种,否则,会带来一些负面效应,如给感染病例的判断带来混杂,出现偶发副反应病例。而采取环丙沙星等特效药用于暴露人群的预防性服药,可在一定程度上减少病例发生,效果更好。

源头

在新中国成立之初,炭疽遍及全国各省,畜间炭疽常有暴发或流行,人间发病规模大,死亡病例多。如1950年安徽省太和县发生畜间炭疽疫情,数千头牲畜感染,3000多人死于该病。近年来,随着有关部门加强防控,我国炭疽总体发病水平较低,2011年以来全国每年报告发病数在193例至374例之间波动。那么,进一步追击“黑色杀手”,还需要哪些努力?

“由于无法将炭疽芽孢斩尽杀绝,因此,自然环境中的炭疽尚难消除。”魏建春坦言,但做到减少甚至不出现聚集性疫情,是完全可行的,“如果控制好,每年的发病数就会很少”。

“我国炭疽防控的关键在于源头控制下的综合施策。”魏建春表示,首先,要做好联防联控,加强各地动物与卫生部门联防联控机制,及时通报疫情信息。动物间炭疽疫情得到控制,人间疫情自然会减少。动物防疫部门要加强动物疫情监测,严把检疫关,控制传染源,做好疫情的规范处置,加强重点地区动物疫苗接种工作。目前,我国家畜养殖规模大,屠宰、加工、贩卖、运输产业链复杂,涉及从业人员较多,集中与零散从业现象共存。因此,防控炭疽的发生、传播和流行,除了畜牧兽医部门和疾控医疗部门的努力,还需要通过体制机制的改变阻断炭疽传播和流行的链条。

其次,要加强基层医务人员培训,尤其是要提升基层医疗机构疫情发现与处置疫情的能力,提高医疗机构对炭疽的诊断意识和诊治能力,强化病例诊断的及时性和治疗的规范性,降低重症和死亡的风险。同时,加强基层疾控机构能力建设,为其配备相应设施设备,做好应急物资储备,做好专业人员的培训和应急演练,提高检测、调查和应急处置能力。

“健康宣传同样至关重要。”魏建春说,针对炭疽病例发生地区,应强化健康教育,提高当地养殖户和农牧民的防病意识,做到“三不一报告”,即不屠宰、不贩卖、不食用病死牲畜,发现病死牲畜后及时报告;加大炭疽防治知识宣传力度,促进患者及时就医。

缺席“最美”发布的最美医生

(上接第1版)

这一回,是第七次出征

“最美医生”节目录制时,广州中医药大学第二附属医院医生张忠德正在江苏南京参与患者救治。自去年1月以来,湖北武汉、河北邢台、云南瑞丽、辽宁营口、广东广州……每当疫情袭来,他总是第一时间响应国家号召冲锋到第一线,运用中西医结合的方案积极救治患者。这一回,是他第七次出征。

第一次与新冠病毒短兵相接,是2020年的除夕夜。作为国家中医药管理局应对新型冠状病毒感染肺炎疫情防控工作专家组副组长,张忠德赴武汉参与医疗救治工作。前往武汉的高铁上,整个车厢只有他一个人。到达后,他问的第一句话是:“患者在哪里?”在武汉奋战的73天里,张忠德平均每天工作十几个小时,带领团队建成建制接管5个病区348张床位,其中重症及危重症患者达191名,中医参与率达100%。

“作为一名党员、一名医生,患者在哪里,我的战场就在哪里!”本轮疫情中,张忠德拖着行李箱出现在南京,这是他第三次与德尔塔毒株正面交锋。多次交手让他对中西医结合的应对策略更有心得,“在几次对新冠病毒德尔塔株感染患者的临床救治中,中西医协作都非常融洽,大家优势互补、尽全力救治患者”。

健康防线,从不缺席

能入选今年的“最美医生”,湖北省黄梅县孔垄镇邢圩村乡村医生邢锦辉感到分外荣幸。得知可以到北京参加节目录制,她颇为期待。但她还没动身,省里就发生了疫情。作为村里老百姓的健康“守门人”,邢锦辉分清轻孰重。宁肯缺席节目,也要守好岗位,这是她足以匹配“最美医生”称号的家国情怀。

在邢锦辉的“岗哨”——村卫生室,墙壁上挂满了村民送来的锦旗。乡亲们喜欢她,因为她从卫校毕业后就一直坚守在邢圩村。20多年来,她关爱贫困家庭,经常对丧偶、残疾人患者减免治疗费,对孤寡老人、贫困户实行免费治疗,累计减免治疗费60余万元。对一些特困户,她不但免费治疗,还送钱补贴其家用。她积极参加公益活动,捐赠数万元,支持山区改善医疗条件、村居环境,资助贫困学生继续学业。

抗击新冠肺炎疫情期间,邢锦辉每天早出晚归,为村民监测体温,宣传防疫知识。“健康所系,性命相托。作为医生,不但要有高超的医术,更要有为患者服务的崇高精神。”邢锦辉坚信,战胜这场疫情,就是对这场“缺席”的最大弥补。

而在千里之外,偌大的央视演播厅,隆重的发布舞台上,出席节目的“最美医生”们都对工作牵肠挂肚。去年以来先后奔赴多个抗疫战场,连续抗疫250余天,行程超过2万公里,首都医科大学附属北京朝阳医院医生胡晓晖说:“如果祖国有需要,我会再一次出发,用生命来守护人民的生命安全。”走下发布台,他随即奔赴武汉指导医疗救治。因破解天津市宝坻区百货大楼疫情病毒传播链条而走红网络的天津市疾病预防控制中心张颖,利用工作间隙赶来录制,并连夜返回工作岗位……

他们身后站着的,是全国1347.5万名医疗卫生工作者。本轮疫情中,广大医疗卫生工作者奋战在疫情防控、医疗救治、核酸检测等条战线,用行动诠释着“心中有信仰,脚下有力量”。聚光灯下他们或许会缺席,但在守护人民生命健康的第一线,他们“闪亮”从不缺席。

卫生健康发展拥有更强推动力

(上接第1版)

“医师法在保障医师执业安全方面的力度加大。”中国卫生法学会常务理事邓利强表示,医师法规定地方政府及其有关部门应当将医疗纠纷和处理工作纳入社会治安综合治理体系,有效防范和依法打击涉医违法犯罪行为,保护医患双方合法权益。这些内容和基本医疗卫生与健康促进法的相关条款相呼应,并且强化了刑法修正案(九)将“医闹入刑”的法律规定,对防止暴力伤医、维护医护人员执业安全将起到十分重要的作用。

一直以来,中医与西医的诊疗范围是医生与卫生执法部门比较纠结的

问题。临床类别的医师能不能使用中医药?中医类别的医师能不能在临床内、外科工作?“医师法明确,‘经培训和考核合格’,西医可以用中医药,中医也可以在综合医院临床科室工作。”曹艳林说。

近年来,医师在公共场所遇紧急情况予以施救的情况时有发生,但也存在一些争议。有医生在高铁上救人被要求出示医师证;云南昆明一位护士为街头倒地的男孩实施胸外心脏按压,却引发了对其急救操作专业性的质疑;一名村医因紧急施救造成他人肋骨骨折后遭遇索赔。

“医师法明确,医师因自愿实施急

救造成助人损害的,不承担民事责任。这条立法鼓励了医师救助他人生命的积极性,有助于打消救人的顾虑。”中国医院协会医疗法制专业委员会常务副主任委员兼秘书长郑雪倩是修法过程中的咨询专家,她指出,医师法不是一部单纯规范医生行为或者保障医生权益的法律,“看似给医生立法,实则关乎百姓的生命与健康”。

期待释义有更详细说明

“对医疗服务行为的约束与权利

赋予,实际都是保障生命与健康的体现,医师法在这方面进行了积极的探索。”郑雪倩表示,医师法规定“在尚无有效或者更好治疗手段等特殊情况下,医师取得患者明确知情同意后,可以采用药品说明书中未明确但具有循证医学证据的药品用法实施治疗”,对临床中经常遇到且容易引发医患冲突的超说明书用药问题进行了法律规范。

但也有业界专家注意到,执业医师法中有明确表述的“实验性临床医疗”,在医师法中被“医师开展药物、医疗器械临床试验和其他医学临床研究”的表述替代,“每个病人的情况都不一样,也难以要求医生开展的每一例治疗都是研究,相关提法的改变是否会让医生在治疗中变得束手缩脚,值得观察。今后公布的医师法释义对此应进一步明确”。

由行业协会承担医师管理职责,这一规定在业界引发讨论。2016年,作为先行者,深圳市通过立法将医师执业注册、登记和备案职责交由深圳市医师协会负责,走出了执业医生“业必归会”的方向。“稍感不足的是,发挥行业协会的作用在医师法中没有太大的突破。医师法明确,医师协会等有关行业协会协助卫生健康主管部门和其他有关部门开展相关工作。”曹艳林说,这可能与我国医师行业协会体系有待完善、功能还不能满足需要等现实情况有关。

在医师执业注册和多点执业方面,医师法沿用了执业医师法的相关规定并明确,医师在两个以上医疗卫生机构定期执业的,应当以一个医疗卫生机构为主,并按照国家有关规定办理相关手续。有业界专家认为,虽然医师法支持先前国家出台的多个执

业政策,并要求第一执业点医疗机构对医生到基层多点执业给予“支持并提供便利”,但“如果人事制度、薪酬制度、医院管理制度没有相应改革,医生仍是‘单位人’,那么多点执业仍将有一定难度”。

根据医师法,医生“参加规范化培训、进修、对口支援、会诊、突发事件医疗救治、救灾或者抢险救灾、义诊;承担国家任务或者参加政府组织的重要活动等”;在医疗联合体内的医疗机构中执业,可以联合办理相关变更注册手续。曹艳林说:“这个规定实际上为优质医疗资源有序流动以及多点执业,从法律上打开了另一条通道”。

专家坦言,对法律条文中一些“业界注意”的地方,期待医师法释义能够有更详细的说明,从而让法律法规落地、落实、落细。