

关注癌症早筛系列②

消化道癌：技术上不能留遗憾

□ 本报记者 崔芳 王潇雨
通讯员 张晓丹

“及早”至关重要

一大早,位于北京市东南二环边上的中国医学科学院肿瘤医院人声鼎沸。

走进门诊楼左拐,等待内镜检查的人们排起了长队。他们会依次走进内镜科诊室,接受一段短则10分钟、长则1小时的检查,然后等待一个或悲或喜的答案:是否罹患消化道癌症。

我国有着全世界最大的消化道癌症患病人群。中国科学院院士、国家癌症中心主任、中国医学科学院肿瘤医院院长赫捷的最新研究结果显示:根据国家癌症中心从全国遴选的487个高质量癌症监测点,覆盖3.8亿人口的上报统计数据,2016年我国癌症新发病例总数为406.4万例,其中结直肠癌、胃癌、食管癌分别以40.8万例、39.7万例、25.3万例,位居发病例数排名第二、第三、第六位;同年,我国癌症总死亡人数为241.4万人,其中胃癌28.9万人、结直肠癌19.6万人、食管癌19.4万人,分别第三、第四、第五位。

对于眼前的一切,中国医学科学院肿瘤医院内镜科主任王贵齐习以为常。及早为这些等待的人做出准确诊断,进行规范治疗,是他最重要的工作内容。对他来说,“及早”至关重要。

“以胃癌为例,90%的早期胃癌是可以治愈的。但如果是晚期发现,5年生存率不足30%。”王贵齐坦言。2018年中国抗癌协会临床肿瘤协作中心的统计数据显示,我国癌症患者的患病率和死亡率均是世界平均水平的两倍多,其主要原因是:相较国外,我国胃癌的早诊率较低。食管癌也是类似情况。由于就诊断例90%以上是中晚期,临床治疗效果差,我国的食管癌5年生存率仅为20%左右,与发达国家相比存在一定差距。

发展中的问题

作为揪出消化道癌症的一线“武器”,消化内镜经过了一个多世纪的发展。我国从上世纪50年代起开展消化内镜诊疗技术,经历了从无到有、从简单到复杂、从诊断到治疗的过程:从传统的胃镜、肠镜、十二指肠镜等,逐步扩展到小肠镜、胶囊内镜、超声内镜、放大内镜、电子染色内镜等新型的内镜技术;从单纯的内镜下检查扩展到内镜下治疗;从简单的内镜下治疗扩展到早期胃肠道肿瘤的内镜下治疗等复杂的内镜治疗技术。

设备和诊疗技术升级的同时,我国消化内镜诊疗开展的数量逐年增加。特别是近10年来,随着“早诊早治”理念的不断深入,消化内镜诊疗呈现井喷式发展,目前诊疗例数已位居世界首位。

数据显示,2012年,我国共有6128家医疗机构开展消化内镜诊疗,全年开展消化内镜诊疗2877万例。

“现在,全国全年胃镜诊疗量至少是2500万例,肠镜超过700万例,消化内镜总诊疗量约有3200万例。”王贵齐表示,随着全国医疗机构的内镜中心如雨后春笋般建立,服务覆盖范围扩大,让高危人群尽快、定期接受早期筛查,“硬件”已经越来越不成为主要问题。“接下来需要重点加强内涵建

设,提高能力和技术水平。我们要在最大程度上做到早诊不漏诊、规范治疗,不在技术上留遗憾。”

别因“内功稀松”拖后腿

拿着办公桌上厚厚一沓胃镜检查报告单,王贵齐讲述起这个专业领域水平的参差不齐。到中国医科院肿瘤医院就诊的患者来自全国各地,绝大多数人已辗转多家医院。“看到患者之前的内镜检查报告,很容易发现问题。”王贵齐举例,有的黏膜都没洗干净,导致一些微小、隐匿的早期病变难以发现;有的没能照出重点部位,一些关键性的凸出、褶皱一掠而过;有的截取的图像背景和代表性差,无法为临床医生提供充分的诊治依据;有的语言描述不规范,诊断模棱两可……这些都给疾病的诊断和后续治疗带来障碍,甚至直接影响治疗的远期效果。

一篇发表在2020年12月《同济大学学报(医学版)》上、来自同济大学附属同济医院消化内科的综述指出,尽管我国胃镜的诊治已基本普及,但诊疗质量不容乐观。我国早期胃癌的检出率低于20%,远远低于日本(70%)和韩国(50%),其他消化道早癌的检出率也较低。此外,由于我国地区差异大、经济发展不平衡,内镜技术发展也存在着明显的不均衡现象,

东部沿海地区明显领先于西部地区,三级医院明显领先于基层医院。该综述分析,造成上述差距的原因主要是我国消化内镜医师的培训更多以“师徒”带教的模式进行,没有统一的评估体系,配套制度不健全,更没有建立严格的准入制度。同时,各家内镜中心的质量控制水平差异较大,尚未建立起健全、有绝对约束力的消化内镜质控体系和评价机制,消化内镜诊疗技术的临床管理尚显不足。

据悉,美国从1999年即开始对消化内镜质量控制进行相关研究,并逐步建立了完善的消化内镜医师培训和消化内镜质量控制体系。与此同时,发达国家纷纷建立了消化内镜质控与培训体系,基本达到了消化内镜培训同质化。如英国成立专门的消化内镜培训和资质认证机构,覆盖了英国国家医疗服务体系内的所有消化内镜从业人员。日本从研修医开始,需要长达10余年的正规培训才可以参加消化内镜医师的考试。

好消息是,近几年,我国对消化内镜的质量控制越来越重视,相关质控和培训规范、政策、机构、方案正在不断推出。“希望每一个内镜医生都能踏踏实实、日复一日、年复一年地把这些看似枯燥实则重要的检查做好。”说这话时,王贵齐坐在科里的医生办公室,背后是一张足以覆盖半个书柜的《上消化道内镜检查规范操作流程》。

工作者责无旁贷。特别在消化道癌领域,其筛查的灵敏度、特异性,很大程度上取决于医生的技术水平、职业经验、判断能力。筛查质量的提升,还需要医疗管理的支持和鼓励、制度的考核和规范、政策的完善和保障等协同发力。

患者性命相托,必当全力以赴。这不仅是医务工作者、医疗卫生机构、卫生健康管理部门的承诺和使命,更应成为目标责任、行动指南,促使其在接下来的日子里各担其责、扎实推进、奋力实现。练内功,正当时。

新型光敏蛋白或能治视网膜病

本报讯(特约记者杜巍巍 通讯员杨岑)北京时间4月18日,国际学术期刊《信号转导与靶向治疗》在线发表武汉大学人民医院眼科沈吟教授作为通讯作者的研究成果《高灵敏度视网膜光敏蛋白恢复小鼠的视觉功能》。该项研究进行的动物实验证明,使用新型光敏蛋白,可以将小鼠视力提高到相当于人类视力的0.3左右。这也意味着,过去被认为是不可治愈的致盲性视网膜眼病的患者,有望重见光明。

课题组成员、武汉大学第一临床

学院博士生陈飞和于在在德国合作者的帮助下,筛选得到具有高灵敏度和快动力学特性的改良版微生物光敏蛋白,并利用光遗传学技术恢复了小鼠的视觉功能。这一研究成果为临床利用光遗传学治疗视网膜退行性疾病奠定了基础,也为光遗传学结合其他技术手段治疗视网膜退行性疾病提供了可能。

沈吟介绍,若将这种光敏蛋白运用到临床,可以治疗各种光感受器凋亡的遗传性视网膜病或视网膜退行性疾病。

小开口解决主动脉夹层大麻烦

本报讯(通讯员刘洋 李小诗 王媛媛 记者郝金刚)近日,山东大学齐鲁医院血管外科姜剑军团队为一名疑难复杂A型主动脉夹层患者实施腔内微创修复手术。目前,患者恢复良好,顺利出院。

这名51岁的女患者两年前曾做过主动脉弓置换加支架象鼻手术。此次入院后,经检查发现为升主动脉夹层动脉瘤,腹主动脉夹层,同时患者右肾动脉还有一破口。

姜剑军团队决定使用血管塞封堵

升主动脉及腹主动脉夹层破口,肾动脉支架封堵肾动脉破口。术中,先穿刺患者一侧股动脉用血管塞封堵升主动脉及腹主动脉破口,再用覆膜支架重建右肾动脉并封堵其破口。术中造影显示,动脉夹层隔绝良好。

据介绍,该病例若采用传统手术方式治疗,风险高,并发症也多。此次医务人员采用的技术并发症少,避免了覆膜支架或手术阻断大量肋间动脉及腰动脉,减少截瘫发生率,或可作为复杂夹层的辅助治疗方案。

静脉“变”动脉保住患者手臂

本报讯(记者卜硕彦 通讯员安丽云)李先生工作时左臂不慎被电伤,由“120”急救车送到河北省石家庄市人民医院。医护人员接诊后发现,患者受伤部位为左肘部,左侧上肢尺动脉与桡动脉搏动均消失。于是,医护人员紧急对其进行超声检查。结果显示,患者左侧桡动脉断裂,如果不能及时处理,可能导致截肢。

考虑到患者病情复杂,该院烧伤整形科主任赵连魁迅速开展急诊手术。医生精心设计了一套手术方

案——以“静”为“动”,即将静脉“变”动脉,从患者右下肢截取大隐静脉血管,再移植到左肘部,将断裂的桡动脉接通,恢复左前臂、左手的血运。

在手术室,麻醉科密切配合下,医护人员迅速完成术前准备。6名医生使出了“绣花”功夫。6个小时后,李先生断裂的桡动脉接通了,苍白的左手渐渐红润。术后,医护人员密切观察其指端血供,每日检测皮温、肢体感觉。经过精心治疗和护理,李先生的左手臂功能不断恢复。

短评

练内功 正当时

近年来,随着内科化疗、靶向和免疫治疗的药物矩阵不断壮大,外科技术日益精准,放疗技术长足发展,恶性肿瘤的治疗效果实现了巨大提升。但与此同时,如果细分到具体癌种,这种提升却差异巨大,很多领域距离“慢性病化”仍有很长的路要走。

消化道癌就是其中之一。其中,

晚期胃癌的生存时间在过去20年里延长有限;食管癌5年生存率刚过30%;即使在取得巨大进步的胃间质瘤领域,医生们也尚未具备全盘控制战局的信心。此时,提升早筛早诊率,防患于未然,是患者几乎唯一可选择的捷径。

保障这条捷径的平坦、通畅,医务

鼓声激荡改革破冰之路

——海南省人民医院改革发展纪实



医院牵头完成麦默通“锐研”双向真空辅助乳房活检与旋切系统应用手术。图为发布会现场。

南海之际,万物逢春;惊涛拍岸,风鹏正举。

2021年2月,海南省委、省政府印发《海南省人民医院综合改革方案》,海南省人民医院被赋予改革新使命。

一年来,海南省人民医院深入贯彻落实省委、省政府的改革指示精神,挂图作战、按表推进,吐故纳新、群策群力,推动实施全面综合改革顺利开局、蓬勃展开。

理念引领行动,方向决定出路。海南省人民医院将举全院之力,推动全面综合改革重大决策部署一贯到底、落地生根。

制度创新蹚出新路

无边胜景入目来,踏春前行日争新。

改革力度、魄力前所未有,鼓声激荡改革破冰之路。医院以直面挑战的雄心壮志,以开路先锋的姿态,踩准改革的鼓点,奋力前行。

一年来,一批批重大改革事项落地实施,一个个利好政策接连推出;一年来,医院以“7+5”配套方案和47项任务清单为改革抓手,出台或修订完善人事、医疗、科研、医保等相关制度规范50个;一年来,医院逐步取消行政级别,实现“一总量四自主”(人员总量,自主内设机构、自主招聘,自主评聘、自主绩效分配),制度集成创新不断加快,医院运行效率明显提升。

为深化“放管服”改革,创新人事管理体制机制,医院实行人员总量管理,打破编制管理边界。

医院以卫生主管部门核定的2500张床位数为依据,按1:1.7的比例重新核定人员总量。同时,医院实行全员聘用制,员额统一纳入总量管理,人员总量管理初见成效。人员总量内新招聘的人员在岗位聘用、职称评定、考核奖惩、薪酬分配、社会保险、住房公积金、解除聘用等方面统一适

用事业单位人事管理规定,激发了职工的内生动力。

“人员总量管理将会成为事业单位人员管理的未来趋势。我们纳入人员总量备案管理的人员与在编人员的待遇一致,实行统一的事业单位人事管理制度、同工同酬、同等待遇。”医院党委副书记钟文非表示,实行人员总量管理是深化公立医院改革的客观要求,也是推进医院综合改革高质量发展的重要举措。

内设机构创新又是另一大利好。医院对原有的15个内设机构和7个挂牌机构进行整合,形成16个内设机构,增设质量管理部、运营部、内控审计部、综合管理部,优化了组织架构。1983年出生的郑莹莹成为第一个“吃上大螃蟹”的人。长期以来,由于医院缺乏畅通有效的晋升通路,作为业务骨干的郑莹莹10年来一直是一名医务部门的普通职员。得益于全面综合改革的实施,2021年11月,郑莹莹竞聘成为质量管理部的部长。做着喜欢又擅长的事情,有了更大的展示空间,郑莹莹觉得每一天都很充实。

打造人才荟萃之地

过去一年,海南省人民医院坚持科学方法论,大胆试、大胆闯,努力在新的改革发展刻度上标注不平凡的印记。自主招聘人才、按需设岗、择优录用,也是推进医院综合改革高质量发展的重要举措。医院在国内创新性聘请首席运营官王洁指导医院运营管理、预算管理和内部控制等工作,防范和管控内部运营风险。王洁是中国卫生经济学会卫生财会分会会长、北京医院原总会计师,在医院运营管理、内部控制等方面积累了丰富的经验。

“医院给予的关怀就是我未来工作的动力。”王洁曾放弃国内多家单位抛来的“橄榄枝”,选择来到海南省人民医院工作。谈及工作设想,王洁有着清晰的规划:围绕医院发展战略和目标,以解决问题为导向,以人物等资源高效使用为目标,以信息化建设为抓手,以公立医院绩效考核为契机,

加强医院运营管理,助推医院医教研防全面发展。

王洁坚定地说,既来之则安之,一定会珍惜医院给予的平台,努力为医院的发展贡献自己的力量。

栽下梧桐树,引得凤凰来。如何用好人才,形成长效的人才管理机制也是医院发展的重中之重。

为了在发展中育才,医院加大学科带头人的培养力度,加强学科人才队伍建设,推动有博士学位、有培养前景的年轻骨干快速成长;医院全年选派62名重点专业人员加入“省卫生健康委精英计划”,选派125名医护人员外出进修学习,数量是上一年度的2倍。

一年光阴,见证了海南省人民医院梦想照进现实的高飞远翔;一年光阴,面对海南省人民医院迎来的历史性发展机遇,每名员工都参与其中。

柳德斌是2022年医院全球招聘的学科带头人之一。他是清华大学的博士,有20年的工作经历,主刀各类心脏大血管外科手术5000余例。柳德斌不仅精于心脏大血管疾病的外科手术治疗,尤其擅长微创技术。有人曾评价柳德斌,“一手拿手术刀、一手拿导管”,集“开刀”“全胸腔镜”“微创小切口”“介入”和“杂交”技术于一身。

规划学科发展,带团队、推广应用新技术新项目……在海南省人民医院,柳德斌感到前所未有的忙碌与充实。柳德斌说:“海南蓄势待发,海南自贸港的未来拥有无限可能,海南省人民医院的发展更有广阔的前景。”

学科建设造福百姓

善弈者谋势。“省委、省政府以自贸港发展为立足点,高标准定位医院发展战略目标,将医院打造成为与高水平建设国际自由贸易港目标相匹配、相适应的医学新高地。”医院党委书记姜鸿彦表示。

不管是内外兼修还是筹谋规划,推动医院实现高质量发展始终是“轴心”。在向着医学高地的目标迈进的过程中,医院始终坚持公立医院的公

益性,着力打造集医疗攻关能力、创新研究能力、社会服务能力于一体的医院。

全面综合改革实施以来,医院部署以“七大中心、两大基地”建设为根本,以心脑血管疾病、神经科学、肿瘤疾病、肾脏疾病等学科为重点的发展战略,打造重症、麻醉、医学影像、临床检验等专科平台,强化发展精准医学、转化医学。目前,经海南省卫生健康委评审,医院16个学科成为指定建设学科,其中,肾脏病中心已获批准建设。

特别值得一提的是,就在海南省人民医院获得国家肾脏移植相关资质证书后,医院于2021年12月1日完成了第一例同种异体肝移植手术。

“如果不做肝移植,就没有更好的办法延长患者生命。”医院器官移植负责人朱晓丹教授回忆道,患者因为酒精性肝硬化终末期导致慢性肝功能衰竭,生命危在旦夕,唯一的救治方法就是肝移植。

但是,患者处于重度肝硬化失代偿期,凝血功能差,无疑加大了肝移植的风险和难度。

“在无肝期,患者生命体征波动大,唯有争分夺秒、险中求生。”朱晓丹说,肝源一到,移植团队立即开展手术。在麻醉科主任吴多志团队的保驾护航下,朱晓丹教授团队顺利完成无肝期的原位植肝,缓慢开放血流过程中,患者血压几乎没有大波动。

把慢性肝功能衰竭患者从死亡边缘拉了回来,海南省人民医院再创新生命奇迹。

谈及医院学科建设,医务部部长王琳表示,医院将贯彻落实自贸港建设健康岛的发展战略,围绕区域重点疾病诊治,加大特色专科和优势学科建设力度,坚持“内外科科化、外科微创化、微创精准化”的发展方向,提升医院核心竞争力及医疗服务能力,同时,打造康养、保健、传统医学相关的特色专科,满足群众多方面的健康需求。

闯为基调、稳为基础,远近结合、小步快跑。全面综合改革实施一年来,医院呈现出全面发力、多点突破、

蹄疾步稳的发展局面。

“改革是我们每个人的发展机遇。一年来,我们在顶层设计、制度落地方面做了大量工作,面对全面综合改革实施的第二年,我们的重点工作则要落实落细到各个事项有执行力、有创新力、有干劲、有办法上。”医院综合改革办主任汤颖表示,回看全面综合改革实施的第一年,人事制度集成创新、医保支付改革、学科建设、智慧医院建设……一个个与医疗紧密关联的关键词,串起一段艰难却光明的全面综合改革之路。

“目前,全面综合改革所获得的业绩得益于省委、省政府领导的高度重视;省委、省政府领导多次批示、专题研究部署,推进医院综合改革相应实施方案出台,并通过外部授权赋能支持医院综合改革,内部锐意改革激发医院内生动力,为我们争创国内一流医院提供了坚实的保障。”姜鸿彦表示,2022年,医院将继续紧扣全面综合改革实施方案,结合能力提升建设年活动,攥指成拳,重拳出击人才引培、学科建设、医疗质量管理、信息化建设等领域,通过抢抓机遇,确保实现2025年进入全国公立医院前100名的目标。

一年入轨、两年发展、三年初见成效。姜鸿彦表示,全面综合改革落地见效,促使改革红利尽快惠及全省人民。努力提升患者就医满意度、职工满意度,以及政府认可度,是实施全面综合改革的应有之义。

未来,海南省人民医院将敞开怀抱,涵养改革气质,塑造开放品格,不断自我革新,日益刷新发展速度,日渐彰显医院担当。

(冯琼)

图片由海南省人民医院提供

