

(内部刊物 免费交流)

醫學信息

YIXUE XINXI

2010 年第 10 期

(总第 464 期)

MEDICAL INFORMATION



上海市医学科学技术情报研究所

心理健康卫护的堡垒——上海市心理咨询中心



上海市心理咨询中心是 1998 年在市政府支持下建造的，是目前在上海乃至全国规模最大的心理咨询和心理治疗的专业机构。该咨询中心设有专门的心理咨询大楼、心身科病房基地、医学心理学研究室、儿童行为研究室、儿童青少年心理发展中心、心理健康教育研究室和上海市第一条心理健康热线电话等；拥有众多全国知名的在心理咨询和心理治疗方面有专长的专家；

具有坚实的科研力量和活跃的对外学术交流活动；为上海和全国培养了大量心理咨询和心理治疗方面的专业人才。

上海市心理咨询中心目前平均每天就诊达 450 人次，并以每年 15% 左右的速度递增。该中心在抑郁症、焦虑症、强迫症、恐怖症、疑病症、失眠症、神经性厌食、儿童多动症、学习困难、儿童青少年情绪行为障碍和儿童孤独症等心理疾病的诊疗方面有着丰富的经验，还对许多尚未达到心理障碍程度的各类因工作压力、人际关系、家庭婚姻恋爱和躯体疾病等因素引起的心理困扰提供心理咨询服务。

心身科病房作为上海市心理咨询中心门诊的病房基地，目前共有 42 张床位，在临床上承担着对各种严重的或难治性的心理疾病进行系统的心理治疗，并接受了大量来自全国各地（约占所有住院患者的 40%）的疑难危重患者。

上海市心理健康热线开通于 1990 年 11 月，是上海市第一条向社会提供心理健康服务的热线。开通至今，在心理健康知识的普及、对心理障碍者提供快速及时的心理支持和帮助、对处于心理危机状态的求助者进行有效的危机干预方面发挥了积极的作用。其成就获上海市科技进步三等奖、上海市“百件精神文明好事”称号、上海市卫生局“十佳好事”奖等。

该中心承担着上海各大综合性医院、专科医院、高等院校和中小学以及各级区县街道心理咨询机构培训专业心理咨询人员的任务。目前，受卫生部和劳动部的委托，为华东及周边地区培训心理咨询和心理治疗的专门人才。

（上海市精神卫生中心供稿）



醫學信息

MEDICAL INFORMATION

1976 年创刊 2010 年第 10 期 (总第 464 期) 2010 年 11 月 30 日出版

主 管

上海市卫生局

主 办

上海市医学科学技术
情报研究所

编辑出版

《医学信息》编辑部

上海市建国西路 602 号

邮编: 200031

电话: 021-64456795

传真: 021-64456795

E-mail:

qbsyjys@yahoo.com.cn

网 址:

www.shdrc.org

刊名题字:

王道民

主 编:

徐建光

常务副主编:

张 勘

副主编:

丁汉升 王剑萍

编辑部主任:

任建琳

责任编辑:

吴家琳

编 辑:

杨晓娟

上海市连续性内部资

料准印证 (K) 0663 号

目 次

心理健康卫护的堡垒——上海市心理咨询中心…………… 封二

心理危机干预

专 访

突发性公共事件中的心理干预

——访医学心理专家张海音教授…………… (1)

纪 实

上海“11·15”突发性事件的心理危机救援实录 …… (5)

文献研究

国外心理危机干预体系和模式…………… (7)

群体心理危机干预…………… (10)

适宜技术

上海卫生适宜技术现状分析及发展思考…………… (12)

新生儿听力筛查及推广应用…………… (15)

“合四为一”肿瘤诊疗新模式…………… (18)

社区卫生成果

脑瘫儿童社区链式康复服务模式…………… (19)

社区眼病防治模式…………… (19)

康桥镇社区肢体残疾人康复管理.....	(20)
---------------------	------

临终病人的缓和医疗适宜技术.....	(21)
--------------------	------

科技进展

胆道癌危险因素的探讨.....	(22)
-----------------	------

清胰化积方治疗晚期胰腺癌.....	(22)
-------------------	------

骨疾病药物可以治疗乳腺癌.....	(23)
-------------------	------

受损的线粒体与帕金森氏病相关.....	(23)
---------------------	------

基因治疗有助于患抑郁症的老鼠.....	(24)
---------------------	------

学术活动

第十届全国消化道恶性病变介入诊疗研讨会暨2010消化介入/内镜新技术国际论坛在都江堰市召开 ——都江堰灾后科技援建项目启动.....	(25)
---	------

东方科技论坛第165期：转化医学是突破精神医学研究瓶颈的关键	(25)
--------------------------------------	------

卫生部召开省级遴选适宜卫生技术工作座谈会.....	(26)
---------------------------	------

中国中西医结合学会信息专业委员会成立.....	(26)
-------------------------	------

《心理危机干预》

专 访

突发性公共事件中的心理干预

——访医学心理专家张海音教授

上海“11·15”事件发生后,上海市卫生局在第一时间组建了一支由本市 60 余名经验丰富的医学心理卫生专家组成的心理干预队伍进入受灾居民安置点、救治伤员的医院,对受灾人群进行了及时的心理救援,获得很好效果。本刊采访了本次危机心理干预专家组副组长,上海市心理卫生咨询中心咨询部主任张海音教授。以下文字根据采访录音整理而成。

一、我国心理危机干预的发展轨迹

本刊:这次突发性公共事件发生后,上海的心理干预很及时地介入救援,并起到很好效果。请张主任谈谈心理救援在突发性事件中所起的作用,以及心理干预技术等方面的发展进程。

张教授:心理危机干预国外开始比较早,并逐步发展起来。我国大概是九十年代初,也开始逐步重视了。一开始是以热线电话的形式,但这是对个体的,因为对群体性事件重视心理危机干预受到社会发展水平限制,而且是以大事件为契机的。实际上我们卫生系统开始涉及比较大的社会事件的心理危机干预是新疆克拉玛依火灾,那次火灾的遇难人群中许多是孩子,所以社会反应特别强烈。这是在卫生部的指示下,由心理卫生专业人员介入的心理危机干预,并收到了较好的效果。经过那次的实践,大家感到对突发性重大社会事件的心理危机干预确实很有必要。然后接下来比较大的事情就是 2003 年 SARS 事件。SARS 事件当时我们上海只有 8 个病例,但是引起公众恐慌还是蛮强烈的。当时在上海通过热线电话、社区心理健康知识推进,以这种方式在公众、媒体中做了些这方面的工作,这对消除社会民众的恐慌心理起到了很好效果。当时在北京小汤山医院也有心理卫生人员的介入,当时的心理干预不但针对 SARS 病人,也针对其他人员,包括病人家属、接触病人的医护人员等。最引起关注的就是 2008 年汶川地震的心理干预工作。

二、心理危机干预须把握好科学性、专业技术性

就这次火灾的心理救援,联系汶川地震后心理干预工作谈一点想法。

2008 年 5 月 12 日地震后,上海市卫生局组织第一批医疗队赴灾区。我是 5 月 14 日随第二批疾控和心理医疗队赴地震灾区的,在对心理干预专业人员的派遣方面,这次是属于比较早的。当时社会对心理干预认知度提高了、也重视了,我当时就感觉到仿佛全国搞心理干预的人全部扑到汶川去了,比如有卫生部派的、有地方的、也有各种医疗单位直接派的、还有

大学心理系的、社工的, 方方面面的人都有。当时参与心理干预人员的人数很多, 队伍也很庞大, 但缺乏有效的组织管理、统筹协调, 这就必然会产生比较乱的现象。乱而无序的心理干预, 会让人感到讨厌。人家在帐篷里, 一天前前后后有六批人来干预, 那不就变成一种招惹了吗? 我们讲, 当一个人遭受很大灾难之后, 有很多人关心总是不错的, 但是方法要恰当。这就是说要讲专业技术性和科学性, 在这一点上这次“11·15”火灾后的心理危机干预就做得比较到位。

“11·15”事件发生后的第二天(16号)凌晨, 在市领导召开的紧急会议上, 市有关领导就提出了心理救援也要及时跟上并尽快落实的指示。市卫生局长马上下指示第一时间要到位, 并且在第一时间出方案、组织队伍、启动预案。我们4位心理卫生专家16号凌晨5点多被召集到卫生局, 7点多把方案定下来, 9点多在卫生局的统一指挥安排下从市精神卫生中心、各区心理卫生中心抽调了60余名有经验的医生, 集中起来进行针对性地培训。60余名心理医生差不多在中午12点全部到达20个安置点和抢救伤员的医院。现在看来算是非常快、非常及时的!

原先我们这个专业领域一直有这样的争论: 你这个心理干预去得早有没有用? 因为灾难事件发生后, 最早的是消防、解放军等救援人员干的活, 接下来就是外科医生、烧伤科医生他们干的活。关于心理危机干预究竟什么时候介入这个问题, 国际上也经常有这方面的论文发表, 一种意见认为越早越好, 另一种意见说早介入不见得好, 甚至还起反作用。两方面的论文都有。最近比较一致的共识是: 心理危机干预的早期介入, 只要做得恰当肯定是好的! 反之则可能造成不利。所以说, 如果在科学性、专业性方面把握得好, 心理危机干预越早越好。

这次我们吸取了汶川地震后心理危机干预的经验, 在组织心理救援的队伍, 制订心理危机干预的方案中做到科学性、专业性, 使早期的心理救援及时、有序、有效的进行, 并取得了很好的效果。这次我们很强调一点, 就是要小心谨慎, 不要为了干预而干预地硬做, 而要符合受灾群众的心理需求。有些人一开始会比较排斥, 会不要心理医生的帮助, 对这种情况我们一定要尊重他的意愿, 这是他的自主权, 同时也要给予必要的关注。这就是我们讲的心理干预技术层面上的一些原则。这样的工作是需要小心谨慎, 逐步展开的。

心理干预的科学性, 专业技术性, 还体现在对干预工作过程的管理。在对专业人员的选派、培训后, 接下来的就是干预过程中的评估、督导等。2008年汶川地震心理救援, 我主要是负责一些培训和技术方案, 那次的经验对这次上海事件也起到了作用。我们这次在这方面都有规定和要求。这次突发性公共事件共有20安置个点, 每个点除了具体操作的专业人员外, 还配备专家组成员进行评估和督导。要求每天都做督导汇总以及对干预方案的完善与修订。这样的方

式使心理干预不会存在太大的偏差,以确保心理干预的质量。

三、关注重点人群,长期干预,防范PTSD及其严重后果

1、一般人群 从专业上来看,一个人受到重大的创伤刺激后会有各种反应,如过度恐惧、做恶梦、情绪愤怒以及生理上的种种不良反应。从世界卫生组织制定的原则来看,这些反应在一个月内算是正常的,这是一个自身心理应对的短暂过程和现象。受到创伤后,一般人都有动力去应对、克服的,随着时间推移,会逐步恢复到原来的状态。创伤刺激后能在短期内恢复至原来状态的,占创伤人群的大多数,我们称之为一般人群。对一般人群的早期干预,一般是做一些面上的,也就是相当于心理健康普及的推广活动,专业人员就是起到心理支持的作用,帮助大家最快地减轻痛苦,适应这个过程。

2、重点人群 从国内外流行病学资料来看,还是会有 5%-10% 的人克服不了创伤后的种种不良反应,如超过一个月,即出现创伤性应激障碍,这 5%-10% 的人群就是我们关注和干预的重点对象。

美国人对创伤性应激障碍关注研究比较多。这起因于越战以后,美国政府对一些退伍军人都安排得很好,比如对职业的安排等。勋章给了,钱也给了,生活应该不错了。但是总有一部分人不能正常地回归社会,老是跑医院看病,老是上访政府有关部门等等。经研究看来,这些人不是生活、钱、健康等问题,而是一种心理障碍。所以一个人有心理上的障碍,就会导致诸如抱怨、不能正常的工作生活、家庭(人际)关系紧张、情绪状态差。所以研究结果认为这是一个创伤后应激障碍(post-traumatic stress disorder PTSD),这个概念现在国际也在关注。这些反应的表现:总是在回忆、噩梦中再现当初创伤时的场景,脑海里像放电影一样的挥之不去,这是很痛苦的!这个很典型的症状称为“闪回”;第二个比较麻烦的症状表现是“回避”,凡是他会让他想起的当时的人和事,他都避开,这个事情不能谈,那个地方会让他想起一些事情而不能去,这样就会影响人的许多社会功能。还有就是处于“高警觉”状态,一惊一乍地,比如听到水的声音,就会联想到消防水在救火等等。这些不仅影响人的社会功能,而且还会感到很难受、很痛苦,严重影响生活质量。创伤性应激障碍还会合并很多其他情况,如抑郁症,严重的会引起自杀。汶川地震后半年到 9 个月后,当地就发生了很多干部自杀。我曾经做过这方面的调研,国内外的很多研究也发现这个现象。这些干部一开始忙于地震救援工作,一时体验不到或没时间去体验痛苦。到了一定时间以后,他们会回顾自己,觉得家没有了、亲人不在了,自己活着还有什么意思?特别是在体验这些痛苦时没有得到及时地宣泄,很多人就会走上自杀这条路。这是最严重的后果!

对于重点人群,要运用很多专业知识,尤其是对那种心理损伤很严重的、时间很持久的受

灾对象。我们首先要对受灾人群进行评估,有直系亲属在火灾中丧生的或者目睹很悲惨的情形或者个性有缺陷的,或原来就有心理障碍的,这些都是我们必须关注、防范的重点人群。对重点人群我们希望做连续的、长期的心理干预,因为这些人有可能会演变成严重的心理障碍。心理干预目的就是要预防这种严重心理障碍发生,防范自杀悲剧发生。

四、心理干预必须有组织地统筹协调进行

本刊:大型突发事件发生后,在专业医学心理干预技术力量不够的情况下,非医学专业的心理干预力量能否参与发挥作用?

张教授:从原则上来说是可以的。比如国外发生了重大事件后,一些社工、心理咨询师等人员都可以参与。只是一点,要有序地组织。在这种情况下,我们所担心的就是多头和无序,你做你的,我做我的,互相之间没有统筹协调,势必会造成混乱的现象。对一个被干预的当事人来说,他(她)也不知道你们是谁,然后类似同样的一个故事要对几批人讲述,这就会引起副作用。如果是有序地组织,越来越多的懂心理咨询的人介入进来是可行的。特别是早期阶段特别需要有人进行心理支持,像社工、心理咨询师这类非医学专业人员,接受过相应心理干预培训,应该说是具备这个能力的。

比如发生了大型的公共突发事件,必然会引起大范围的群体性的心理问题,那么就需要有大量专业技术人员参与心理干预工作。如果要调动除了卫生系统以外的专业力量,就如前面提到的心理咨询师、社工其他系统的专业人员的介入,这就存在一个组织指挥、联络协调、整合分工的问题。由谁来统一组织管理、指挥协调,这需要有预案,否则会造成乱的局面,影响心理干预正常进行。上海做过这方面尝试,比如我们当初在汶川的时候就提出了一个建议,大家可以分片包干:在医疗机构里的伤员由医学心理专业人员进行干预;学校的中、小学生心理问题,由教育系统的心理咨询人员进行干预;安置点的受灾群体,由民政局组织的社工去进行干预。这样就能根据各个受众群体的不同心理需求,展开有针对性的干预工作,并且有所分工的专业人员也能各施其职,使心理干预井然有序。所以这次我们也准备以项目为抓手,由我们专门做儿童心理干预的医学心理专家牵头,邀请大学心理系的一些专业人员,对火灾楼里面的儿童、青少年进行这方面的工作。在学校里以学校为基地,对一些重点的人群进行一些随访、干预。这是需要整合和分工的。

(市医情所情报研究部 任建琳 吴家琳 杨晓娟)

纪 实

上海作为一个特大型的国际化城市,其现代化的城市功能在各个方面都得以充分体现。面对突发性公共事件,上海的应对能力如何?以下就“11·15”事件,仅以心理危机干预的情况来展现我们这座城市处理危机的能力。

上海“11·15”突发性事件的心理危机救援实录

紧急动员部署:11月15日深夜,市政府翁铁慧副秘书长主持召开“11·15”火灾医疗卫生救援工作会议,会上要求加强心理危机干预工作。16日清晨,市卫生局召开紧急会议,成立“11·15”心理干预工作组和专家组,同时设立现场指挥部。市卫生局王磐石副巡视员在作应急动员中,要求大家本着尊重生命奉献爱心的精神,切实做好心理救援工作,要利用专业优势,将火灾带来的身心健康影响降到最低。

制定应急预案:16日清晨,上海精神卫生中心的专家们根据《关于加强突发公共事件卫生应急处置工作的通知》、《突发事件公共事件精神卫生应急处置预案》文件精神,立即制定出了《“11·15”火灾心理干预应急预案》。该应急预案从组织设置、组织指挥、处置原则、职责分工、处置措施、注意事项等作了具体详尽的规定。

心理干预队伍组建:15日16时(事件发生的当天),静安区精神卫生中心12名专业人员在第一时间赶赴临时安置点,首先开展了对50余人的心理干预。

16日9时,市精神卫生中心、徐汇、虹口和长宁精神卫生中心63名精神卫生骨干两个小时内全部集结到位,经过短暂培训后立即赶赴14个临时安置点开展心理干预工作;以后又增调黄浦、卢湾、闸北、普陀、闵行5区专业人员8人充实到7个新增安置点,开展工作。最后共有74位心理咨询专业人员参加心理危机干预工作,其中博士7人,硕士17人;正高级职称5人,副高职称12人。

现场心理干预及延伸服务:集结到位的心理咨询专业人员以小组为单位,对所有居民安置点和救治医院的受灾居民进行了及时、有序、有效的心理危机干预。依照《“11·15”火灾心理干预应急预案》中干预方法和原则,对干预对象按心理应急反应程度分类;将有遇难者家庭列为关注的重点;对有自杀倾向的重点对象进行跟踪干预;了解受灾人员一般心理诉求,协调解决或反映解决;缓解受灾居民焦虑和悲伤的情绪。

做好筛查评估是心理干预前的一个重要环节,心理干预人员根据《汉密尔顿焦虑量表》、《汉密尔顿抑郁量表》对受灾幸存居民进行心理状况的“自评”和“他评”,以筛选和明确重点干预对象;对火灾事发点周围学校和托幼机构的少年儿童进行心理问题筛查,以在必要时开展集体心理干预。

心理干预的延伸服务主要为:安排干预人员参加龙华殡仪馆在这次突发事件中遇难的部分尸体DNA辨认工作,准备可能出现的应急干预;为几户受灾民工40位来沪亲友进行心理疏导;

11 月 21 日集中祭奠活动时, 各安置点都派专人陪同遇难家属到现场进行一对一服务; 对静安区消防支队 15 名参加救灾的官兵进行集体心理辅导。

培训与督导: 市精神卫生中心专家分 4 次对 89 人开展心理救援应急培训, 学习提高实战经验。针对媒体大量采访需求, 市卫生局宣传处对全体心理危机干预队员进行“媒体风险沟通技巧”培训; 针对 11 月 21 日可能出现集中祭奠活动, 对心理援助队员进行针对丧亲儿童危机干预的技巧培训。指导心理援助队员结合民俗和文化个性化进行引导, 避免遇难者家属因为祭奠受到二次心理创伤; 每天召开例会, 各干预小组汇报工作进展, 并对疑难个案进行集体督导, 提高干预技术。

宣传教育: 紧急印制《灾变后我们应该如何面对》心理宣传资料 3000 份, 在各安置点发放, 受到受灾居民和工作人员的欢迎。制作《走出阴霾, 重塑希望, 我们在你身边》宣传海报 200 份, 在各安置点张贴。

工作成效: 截止 11 月 30 日共出动心理干预队员近 1000 人次; 开展心理问题筛查万余人次; 实施干预的重点对象 564 人次; 一般心理支持 1854 人次; 开展药物治疗 197 人次; 专科转诊 19 人次。

经过及时有效的心理干预, 受灾群众心理状况普遍好转, 多数安置点的居民开始回归正常的生活和工作; 一些居民心理康复后能鼓励和帮助邻居或朋友; 少数出现了创伤后应激综合症的人员被转介到专业机构治疗; 住在医院的轻伤病人心身逐渐康复出院。

在沪参加全国心理学年会的专家了解了“11·15”特大火灾实施的心理危机干预后认为, 上海工作方案科学, 工作有力有序, 做法有创新性, 成效明显。

后续工作: 目前心理干预已顺利完成了由应急阶段到重点阶段的工作对接, 工作组由市过渡到区的属地化, 静安区的 14 名心理干预队员编成 5 个干预小组, 继续负责安置点的心理干预工作。市精神卫生中心为静安区 14 名队员配备了一对一督导专家, 随时提供相关业务指导。市精神卫生中心每天派出 1 名心理专业人员指导静安区心理干预队员, 对重点人员进行心理干预, 同时还安排 5 名心理治疗师(包括 1 名儿童心理专家)轮班做心理治疗。继续要求坚持例会制度和信息报告制度。

个案介绍(1)

儿童心理危机干预专家专程前往宝山区罗店镇一遇难人员的亲属家, 对在大火中丧失母亲和奶奶而暂不知情的五岁小女孩进行心理疏导, 指导其外公、外婆如何选择有利时机和场景告知外孙女实情以及参加母亲和奶奶追悼会的方式, 目前小女孩及其外公、外婆情绪稳定。

个案介绍(2)

市精神卫生中心专家到安置点看望次日将举行追思会、一直情绪不稳某丧妻中年男子, 并安排心理专家参加第二天在徐家汇天主教堂为其妻子举行的追思会, 及时提供心理援助服务。追思会当日, 陪同心理专家发现该男子表面上情绪稳定、但内心紧张, 故与对口帮扶单位及其家人联系, 建议给予 24 小时陪护和加强关心。

(本文根据“11·15”心理干预工作组总结材料整理)

国外心理危机干预体系和模式

心理危机干预在发达国家经过了几十年的发展,无论从理论研究还是实践操作上都已经形成了较为成熟的一套体系和模式。以下对国外心理危机干预的相关体系和模式以及原则和策略作一介绍。

一、危机事件压力管理

危机事件压力管理 (Critical Incident Stress Management, CISM) 是近二十年来发展起来的一个概念。CISM 包括了从危机发生前的预防到危机发生后干预的所有阶段。这个体系综合考虑了应用于个人、小团体、大型团体、家庭、组织甚至整个社会的各种干预方式。

1. CISM 体系的组成

CISM 包含了以下重要的组成部分:

(1) 危机发生前的准备。这项工作主要体现在平时对学生和社会民众进行灾难和应对灾难的教育,以及进行各种应对灾难发生的演习。

(2) 大规模的公共安全人员的动员,能将大量的危机管理指令及时传达给受灾难人员。主要指在灾难发生时能及时有效地进行大规模的人员动员,并且在应对危机过程中能有效地将各种指令传达给心理危机干预小组和人员。

(3) 个人紧急危机干预。在灾难发生后最短时间内开展个人心理危机干预与指导。

(4) 简短的小团体讨论。要求受灾人员群体进行有效合作共同减少急性应激症状。

(5) 开展危机事件紧急晤谈 (Critical Incident Stress Debriefing, CISM)。CISM 是一种团体心理危机干预模式,有时也被认为是团体心理指导,与个体心理危机干预相对应。目前的 CISM 模式包括了 7 个阶段 / 步骤。一般要花费 1.5 ~ 3 个小时的时间。一般建议在 2 ~ 14 天进行 CISM,如果是重大灾难建议在灾后 3 ~ 4 周后开展 CISM。

(6) 家庭危机干预过程。

(7) 组织机构的发展干预。

(8) 在需要的时候给予额外的心理支持和治疗。

CISM 是一个庞大的灾难心理危机干预体系,涉及个人、家庭以及社会的整个心理危机干预,为灾难心理危机干预工作提供全面的指导。

2. CISM 的有效性

(1) 个体心理指导的有效性。灾难后的心理指导主要指通过对受灾人员的在认知和行动上进行指导的方式进行干预,心理指导一直都是 CISM 体系的核心内容。关于心理指导的有效性,研究者的追踪研究发现,如果仅仅由心理危机干预人员对个人提供认知和行为改变的指导意见,在几个月后,受灾人员依然可能处于心理创伤状态之中。在进一步的研究中,发现危机干预过程中的个别心理指导之所以无效,主要由于两个原因:一是没有采用团体的 CISM 程序。

二是在危机干预的操作步骤上不够规范。

(2) 综合干预方案的有效性。国外一些学者发现, CISM 可以有效的减少心理创伤以及 PTSD 症状。Richards 发现完整的 CISM 体系比单独采用 CISM 技术能更有效地降低类似 PTSD 的症状。因此综合考虑 CISM 的各个研究都表明了 CISM 是一项有效的灾难心理危机干预体系, 能有效的降低灾后的急性应激反应。通过这个体系, 可以有效地节省危机干预中的医疗和资金等各种资源, 稳定受灾人员的情绪。在实际的灾难心理危机干预过程中, 还要根据团体和危机事件的具体情况来进行相应的调整, 做出合适的应对。

二、国外心理危机干预常用模式

1. 平衡模式

危机中的人通常处于一种心理或情绪失衡的状态, 平衡模式的目的在于帮助个体重新获得以前的平衡状态, 主要适用于早期干预。

2. 认知模式

心理危机主要来源于对灾难和创伤的错误思维和信念, 认知模式通过校正错误的思维方式, 尤其是改变非理性的认知和自我否定, 使个体能够获得对生活中危机的控制, 适合于危机稳定后的干预。

3. 心理转变模式

此模式的主要目的是评估与危机有关的内外部因素, 帮助个体利用环境资源、寻求社会支持并调整自己的应付方式从而获得对自己生活的自主控制。有研究者认为将这 3 种模式整合在一起, 形成一种统一的、综合的模式对于进行有效的危机干预是很有意义的。

三、心理危机干预的原则

早在上世纪的四十年代, 国外学者就提出了心理危机干预的三个基本原则: 快速干预、现场干预以及期望干预(让受灾难影响的人尽快恢复基本的社会功能)。

美国的心理危机干预的研究人员也普遍认为, 要注意以下 5 个原则:

1. 快速干预 灾难后的心理危机会造成情绪上的危险状态, 即使他们已经被安定下来, 也仍然很有可能处于不适应的高危状态。因此, 危机干预最关键的一点就是灾难心理危机干预人员要在第一时间到达现场。

2. 稳定化 最大程度动员物资、人员等参与救灾工作, 建立物质上和心理上的支持网络, 尽快恢复生活秩序和规则以稳定受灾人员和受灾群体的心态。促进稳定是灾后心理重建的第一步, 有利于尽快恢复受灾人员的各项心理功能。

3. 理解灾难 受灾人员通过回顾灾难发生后的一切, 理解灾难发生的过程, 了解灾难发生后的各种影响, 增加对灾难的控制感。心理危机干预人员要倾听受灾人员描述事件经过, 鼓励他们表达各种情绪, 帮助他们理解灾难的影响。

4. 注重问题解决 对危机干预人员而言, 积极帮助受灾人员使用各种资源来获得控制感是非常重要的。灾难发生后, 受灾人员对自己生命和环境的控制感被摧毁, 很容易导致无助和绝望的情绪, 影响灾后的心理重建。因此心理危机干预人员要协助受灾人员从自己的经验出发,

通过解决灾后出现的众多问题来重新恢复信心, 重新获得控制感, 进而恢复各项心理和社会功能。

5. 鼓励自力更生 注重受灾群众的自力更生能力在灾后的心理重建中起到重要作用。危机干预人员要激发受灾人员的主动性, 鼓励他们调动自身能力, 积极寻找有效的方法解决灾后的各种问题。

四、改善受灾人员心理状况的策略

在灾难心理危机干预中, 研究人员特别强调有三个因素在改善受灾人员心理状况方面起到重要作用: 通过公开讨论宣泄情绪、社会支持和适应性应对。灾难后心理康复的一个重要步骤是能够与他人分享灾难事件后的情感反应, 分享对灾难的恐惧情绪, 理解灾难事件造成的各种影响, 并由此开始进入心理和社会功能恢复的过程。同样, 社会支持网络为受灾人员的心灵重建提供心理支持、同伴友谊、信息分享和生活与家园重建方面的实际帮助。适应性应对包括了认知和行为技巧, 这些技巧包括搜集有用的信息, 改变灾难发生后的消极的认知评价, 理性认识自己在灾难后各种行为的合理性, 对重建的各项工作给予合理的期望和获得应对危机的各项技能。

参考文献

1. 程奇, 国外灾难心理危机干预研究综述, 福建医科大学学报(社会科学版), 10卷2期, 50~53.
2. Everly G S, Mitchell J T. Critical incident stress management(CISM): A new era and standard of care in crisis intervention[M] 2nd ed. Ellicott City: Chevron, 1999: 215~218.
3. Everly G S, Flannery R B, Mitchell J T. Critical incident stress management: A review of literature[J]. Aggression and violent behavior: A review journal, 2000(5): 23~40.
4. Everly G S. Five principles of crisis intervention: Reducing the risk of premature crisis intervention[J]. International Journal of Emergency Mental Health, 2000, 2(1):
5. Yalom I D. The theory and practice of group psychotherapy[M]. 3rd ed. New York: Basic Books, 1985: 106~108.
6. Flannery R B, Everly G S. Crisis intervention: A review[J]. International Journal of Emergency Mental Health, 2000, 2(2): 119~125.
7. Cheal BI. Floods, fires and winter storms: What you can do with your children[M]. New York: Disaster Training International, 1997: 93~95.
8. Mitchell J T, Everly G S. Critical incident stress debriefing(CISD): An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services[M].
9. 金宁宁等, 突发灾难事件的心理危机干预, 护理管理杂志, 5卷1期, 35~37.

(市医情所情报研究部)

群体心理危机干预

心理危机干预有个体和群体两种方式,下面介绍群体心理危机干预方法及须注意的问题。

一、群体心理危机干预行动

群体心理危机干预,旨在通过团体讨论等形式,引导人们在灾后对自己的心理进行重建。具体活动借鉴大众倡导行动 PCPA 四阶段模式进行。

1. 提出干预议题 根据心理危机干预的总目标提出主题。在此基础上提炼出表达行动寓意的标识和口号。经过标语或媒体等方式发布出来,对人们的心理产生抚慰作用。

2. 建立心理危机干预组织 群体心理危机干预的目标需要通过组织集体的努力方可实现。这个组织可由行政领导、流行病学、公共卫生、心理学专家和社会工作者共同组成。组织成立后,首要的问题是如何进行其组织联盟行动和协调。

3. 宣传与教育 心理危机干预中的宣传与教育举措主要通过一系列的传播手段将心理危机的知识、管理方法和应对技能传达到灾民,使他们借助于这些知识和技能,走出心理危机的困局。这里的宣传与教育主要指心理危机管理讯息研制、发展和传播这一连续性的过程。它包括如下过程:(1) 讯息研制。讯息可以分为核心讯息和依据事件和对象的特性而定制的配套讯息(tailored messages)。核心讯息指危机干预所需的最基本和最重要的讯息,其作用在于使人们先入为主、引起关注。配套讯息是干预对象进一步关心的讯息。一般来说,一个好的心理危机干预行动,不但要有行动计划,还要提炼出核心讯息,定制出配套讯息。(2) 讯息发展。对大众心理救援能够产生作用的讯息应该在逻辑上具有说服力,心理上具有权威,能够打动人心,真正能够使人在心理上得到安慰。要强调的问题是心理问题容易受暗示的影响,正面和负面的暗示产生相反的后果。所以,应该围绕心理效应而设计表达形式。(3) 讯息传播。讯息研制成功后讯息传播方面也要花大量的精力。要充分利用广播和电视媒体覆盖面广、传播效率高的优势进行传播。将精心组织的宣传资料利用各种形式向灾民传播。目前可利用的媒体还有网络、报纸与杂志、宣传小报、报告会等。

4. 现场心理危机干预 除了一些较重的心理疾患需要专门的治疗外,大多数轻中度的心理危机通过现场干预就可以解决问题。在缺乏心理卫生专业工作者情况下,较可行的办法是招募一些自愿者,如医学生,进行必要的培训。在专业工作者的指导下,让他们参与现场心理危机干预。现场心理危机干预有多种形式:(1) 团体心理危机干预。团体危机干预的形式多种,包括心理健康教育、心理咨询和心理治疗等多种方式。团体心理健康教育是将受灾群众召集起来,由心理健康教育学者和社会工作者进行心理健康讲座和辅导。团体心理咨询是针对团体面临的共同心理危机问题而进行的咨询。团体治疗是应用心理辅导的技术,让团体成员在组织中相互的倾诉、解决共同面对的问题,使他们顺利度过心理危机期。(2) 团体社会活动。灾难发生后,人们变得麻木、冷漠,不愿意参与集体活动,这将导致个人与社会的孤立,使得个人更加封闭,

很容易造成个人的自闭、焦虑等相关心理症状。需要尽可能地将他们组织起来,进行一些力所能及的自救和互救活动。这样,可以将他们对灾难的“注意力”转移,心理中的“淤积”得以释放。

5. 不同场所的心理危机干预 可以利用不同场所等条件进行心理危机干预。(1) 学校干预。学校是良好的干预场所。其一,学校是青少年聚集的地方,早期干预可以得到较好的效果。其二,学校存在着天然的干预条件,如利用课堂进行健康教育、利用课外活动时间进行行为技术演练等。(2) 工作场所干预。工作场所是针对大多数成年人干预的适合场所,如利用工作休息时间可以组织员工进行健康教育和集体心理咨询。(3) 社区干预。以社区为基础的干预能够影响很多人。应用社区组织实施的心理危机干预行动有很多成功的尝试。

二、群体心理危机干预所要注意的问题

主要从公共卫生的角度来论述和介绍灾后心理危机干预方法。这并不意味着个体干预不重要。从国际经验看来,成功的心理危机干预无不是群体和个体方法完美结合的结果。群体的方法可以在短时间内大面积覆盖,给予人们初步的感受,解决一些面上的问题,进一步深入的工作却需要个体方法,如面对面的心理咨询等。社会支持对心理危机的处理至关重要,无论使用何种方法进行心理危机干预,社会支持始终是一个“强化物”。

群体干预方法应强调团体内人们的互动与鼓励。同时外源性的社会支持资源的利用颇为重要。如鼓励他们尽早与亲戚朋友取得联系,从中获得他们的支持。在群体心理危机干预中也要善于应用各种心理和行为技术。研究表明,美国公民在“911”恐怖事件后,98%的人向他人倾诉,90%的人求助于宗教,60%的人进行群体活动,36%的人进行募捐。这对心理危机干预方案的设计有一定的启迪作用。

为了使心理自救的知识和方法在群众中迅速扩散。可以选拔一些对他人能产生影响力的领袖,经过一定的相关知识和技能的培训,通过他们的口头传播和劝说及行为示范,使其他人心理自救的态度和行为得以改变。

参考文献

1. 杨廷忠,地震灾难后的群体心理危机干预方法,中华预防医学杂志2008年7月,第42卷第7期
2. 杨廷忠,健康行为理论与研究. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 81-83. 116-124.
3. Isreja V, Kleijn WC, Schreuder BJ, et al. Testimony method to ameliorate post-traumatic stress symptoms: Community-based intervention study with Mozambican civil war survivors. Br J Psychiatry, 2004, 184: 251-257.
4. American Psychiatric Association. Coping with a national tragedy. Psychiatr Serv, 2001, 52: 1427.
5. 杨廷忠,米光明,蔡海榕. 创新扩散理论: 健康教育和健康促进的一个应用性模式. 中国健康教育, 2003, 19: 450-451.

(市医情所情报研究部)

《适宜技术》

上海卫生适宜技术现状分析及发展思考

任建琳 王剑萍 江力波 许铁锋 张勘*

上海市医学科学技术情报研究所 上海市卫生局科研与教育处

随着我国医疗卫生事业改革的深化,卫生适宜技术的推广、运用将进一步扩展、普及,加强对卫生适宜技术的研究和推广十分必要并有其重要的现实意义。本文在总结分析的基础上,提出了下一步工作思路,为上海卫生适宜技术工作的进一步推广与发展提供参考。

1 上海发展卫生适宜技术有较好的研究基础及组织体系

文献计量方法研究显示,我国卫生适宜技术作为研究热点始于 2006 年,2009 年新医改方案出台后呈急剧升温趋势,但目前已形成体系和研究方向的机构、团队屈指可数,上海是其中之一。上海市卫生系统已初步形成集适宜技术研究、管理及推广功能为一体的组织机构体系。

1.1 适宜技术评估

复旦大学于 2004 年 5 月成立了卫生部卫生技术评估重点实验室。开展卫生技术、管理、政策研究及教育培训、交流合作、服务等工作。进行了《唐氏综合征产前诊断》、《磁共振的医学技术评估》、《医生处方用药研究》、《产前诊断技术评估和管理模式研究》等项目评估研究。

1.2 适宜技术研究

上海市医学科学技术情报研究所受卫生局委托,自 2005 年始开展《上海市社区卫生适宜技术及其流动的研究》。调研了上海市闸北临汾社区卫生服务中心、上海市卢湾顺昌社区卫生服务、上海市长宁北新泾社区卫生服务中心、上海市普陀长风社区卫生服务中心等多家社区卫生服务中心,了解临终关怀、大肠癌因症就诊早期诊断、糖网社区防治、骨松社区防治等适宜技术;发表《我国 1998 年-2008 年卫生适宜技术论文分析》、《“十年百项计划”上海项目的社区推广经验分析》等研究论文;《医学信息》开设“适宜技术”专栏;拍摄《健康守护者 - 上海市社区卫生服务十年巡礼》专题片宣传、介绍、推广社区适宜技术;2009 年 12 月协助中国健康促进基金会启动上海地区开展骨松防治银丝带宣传活动;2009 年底开始开展《上海卫生技术转化平台建设》专题调研;2010 年申报上海市公共卫生新三年行动计划项目《上海社区卫生服务适宜技术实证研究》进入二轮评审。2010 年 11 月受卫生局科教处委托整理上海卫生适宜技术资料赴北京参加卫生部组织的各省级卫生适宜技术研讨座谈会,汇报并交流工作。

1.3 中医药适宜技术推广

上海市中医药社区卫生服务研究中心组织讲师团赴各区(县)为社区医务人员传授专项中医药适宜技术;编撰《上海市中医药适宜技术社区推广与应用指南》;制作中医药适宜技术社区推广与应用影像教学光碟;建立上海市中医药适宜技术社区推广与应用网站主页(www.zhentuishang.net),开通适宜技术咨询热线。

2 上海卫生科技“四位一体, 联动发展”的管理模式促进适宜技术产生、转化与发展

2.1 上海临床医学中心项目建设推进先进适宜技术的产生与应用

代表上海医学水平的 33 家临床医学中心, 在其医疗、科研活动中, 随着诊疗服务半径、门诊住院人数成倍增加, 以及学术交流等活动, 将“微创外科治疗”、“脑血管病规范治疗及三级康复”、“针灸推拿方法治疗脊突、尿失禁、溃疡性结肠炎”等临床中心的重点、优势病种诊治先进适宜技术广泛应用于临床并辐射到二、三级医院及外省市医疗单位。

2.2 学科(专科)建设催生一批专科专病、特色优势项目的适宜技术

上海市卫生局在 1994 年和 1997 年进行了两个周期的医学领先专业建设, 于 2004 年启动新一轮重点学科(30 个)、专科(30 个)、社区特色项目(40 个)建设。学科建设催生了一大批专科专病、特色优势项目的适宜技术, 如“白内障微创手术临床应用”、“消化道恶性梗阻的动脉内灌药联合内支架置入治疗应用技术”、“一次性颅骨整形性外减压术”、“糖尿病足早期护理干预的适宜技术”、“社区眼病防治与干预模式”、“社区防治骨质疏松症适宜模式”、“乳腺癌患者康复期社区干预模式”等技术, 在医疗、预防工作中开展应用良好, 部分适宜技术项目经鉴定评审获国家、市、区县科技进步奖或推荐入选卫生部“十年百项”推广项目。

2.3 上海公共卫生学科人才项目培育出公共卫生及疾病预防适宜技术

2007-2009 年上海市加强公共卫生体系建设, 选拔了传染病学、流行病学、卫生毒理学、劳动卫生与职业病学、环境卫生学、放射卫生与放射病防治学、卫生监督学、健康促进和健康教育学、输血医学、全科医学、急诊医学等 11 公共卫生重点学科, 30 名带头人和 100 名公共卫生优秀青年。三年建设取得成效, 在提升公卫学科水平, 提高应对公共卫生突发事件能力的同时, 也产生了一批公卫适宜技术, 如“面向农村和城市社区推广绿茶多酚防龋涂膜的技术”、“社区伤害疾病负担及综合防治模式”、“中国爱滋病及其相关疾病的诊疗规范”、“基于生物效应的饮用水安全性评估”、“上海市结核病综合防治模式研究及其推广应用”等。

2.4 局级技术推广招标项目, 有效资助了项目的研究与应用推广

上海市卫生局在 1995 年至 2002 年间, 分 3 批对全市范围内筛选出的 20 项成果推广项目给予计划立项, 多方筹资匹配经费支持推广项目开展研究; 2005 年 -2007 年连续 3 年在全市范围内遴选招标了 12 项中医特色明显、疗效突出、简便验廉, 有利于临床使用推广的专项中医药适宜技术研究项目, 以上课题立项资助措施促进了上海卫生适宜技术及成果转化有效落实。

2.5 组织技术成果鉴定会, 推荐申报科技奖, 进一步推动了适宜技术的推广工作

上海市卫生局组织专家对成熟技术成果研究水平及推广应用前景及价值进行鉴定评估, 对评价水平高的适宜推广成果优先推荐科技奖。新华医院“新生儿听力筛查及干预”项目经鉴定为国际先进水平, 2004 年获上海市科技进步一等奖, 2006 年获国家科技进步二等奖, 2010 年 10 月由卫生部组织在全国范围内推广。“糖尿病视网膜病变发病机理和临床防治”2007 年获上海市科技进步一等奖, 2008 年获国家科技进步二等奖, 目前在临床及社区开展应用良好。

2.6 推荐申报卫生部“十年百项”计划,为适宜技术推广积累实践经验。

“十年百项”计划开展以来,上海市卫生局每年都积极组织申报,在第一和第二轮计划中上海卫生系统均有立项项目。通过该计划实施,一批适宜技术在实践中检验应证了其推广价值。第九人民医院“盲探气管插管”由于其推广价值高,第一轮推广计划完成后,继续被列入第二轮第 7 批推计划。

3 上海卫生适宜技术发展思考

上海市卫生局自上世纪 90 年代初开展卫生适宜技术工作至今,取得了较好成绩。为探索进一步发展思路,以“十年百项”适宜技术为例进行调研,总结推广过程中存在的问题并提出对策建议。

3.1 问题分析

1. 项目推广过度依赖项目负责人的自主性,政府层面的政策及措施力度不够,成为影响技术推广一大因素。

2. 经费不足及激励措施不够,制约了推广各项措施的有效开展。

3. 推广应用层次范围不清晰或与医疗机构目前功能定位不匹配,限制了技术推广。第九人民医院朱也森教授的“盲探气管插管新技术”,不在社区“六位一体”的功能范围之内,社区没有资质或人力、设备开展实施此类技术。此类项目再定位在农村和城市社区推广层面可能不再适宜。

4. 技术使用资质问题在一定程度上限制了技术的推广。华山医院胡永善教授的“急性脑血管病后三级康复技术”项目很适合在社区卫生服务中心推广应用,但由于大部分社区医生无法取得康复医师资质而不能开展此项工作,从而限制此类技术在基层医院的推广应用。

3.2 对策思考

1. 加强政府行政部门在适宜技术推广中的主导作用,为适宜技术项目推广搭建平台。

2. 加强对项目负责人的考核,同时跟进一定的激励措施。

3. 加强对基层医务人员的培养,协调并合理解决资质认证对技术推广的限制。

4. 加强协作,引进多元筹资参与机制,争取多方面支持。

5. 加强推广应用后的随访评估工作。

3.3 措施建议

1. 把工作的重心由推广转移到应用上来,同时更加重视成果及技术转化推进工作。

2. 开展卫生适宜技术筛选研究,建立适宜技术库。

3. 建立适宜技术推广应用长效机制,建议将适宜技术项目列入局级科研常规专项计划,给予经费资助及匹配,加强项目全过程管理。

2010 年 10 月 25 日卫生部在上海交通大学医学院附属新华医院召开了新生儿听力筛查项目启动会, 确定由新华医院领衔的全国新生儿听力筛查专家组在上海、北京和江苏等 19 个省市推广“新生儿听力筛查干预”项目。本刊邀约专家撰文介绍新生儿听力筛查技术及推广应用意义。

新生儿听力筛查及推广应用

吴皓 沈晓明 黄治物 梅玲 上海交通大学医学院附属新华医院
上海交通大学耳科学研究所

先天性听力损失是常见致残性疾病之一, 已成为全球关注的重大公共卫生问题。正常新生儿中, 双侧先天性听力损失的发病率约为 3%, 远远高于苯丙酮尿症、甲状腺机能低下等的发病率, 居目前可筛查的出生缺陷疾病之首。在我国如按每年出生 1900 万人口计算, 平均每年大约要新增 5 万先天性听力损失的患儿。如果不能早期发现这些先天性听力损失的儿童, 就不可能对其提供早期诊断和早期干预的服务, 他们就可能因听力损失致残。国内外已有的实践证明, 新生儿听力筛查使发现婴幼儿耳聋平均确诊年龄大幅度地下降, 被认为是降低先天性耳聋致残的最有效措施。因此, 2009 年 2 月卫生部颁布的《新生儿疾病筛查管理办法》, 明确把听力障碍列为新生儿三大疾病筛查病种之一。

1 什么是新生儿听力筛查

新生儿听力筛查原始的概念是采用电生理技术将有可能存在听力障碍的新生儿在出生后一周内筛选出来。目前所指的含义是指以新生儿听力筛查为基本的系统工程项目, 包括筛查前的科普宣教和筛查告知、筛查环节(含初筛和复筛)、筛查结果告知和解释及其随后的听力测试、诊断评估、干预康复和随访等诸多环节组成。新生儿听力筛查应贯彻多学科合作、家长知情选择、儿童权益保障和信息统计服务的原则于全过程, 最终目的是使听力障碍儿童得到康复, 回归主流社会。

2 新生儿听力筛查技术和策略

筛查技术 最为成熟的新生儿听力筛查技术有两种: 一种是能客观反映耳蜗生理、病理状态的重要指标耳声发射(otoacoustic emissions, OAE)记录技术, 它的发生与耳蜗外毛细胞的主动运动密切相关。另一种是能客观反映外周听觉系统、第八颅神经和脑干听觉通路的功能的自动听性脑干反应(automated auditory brainstem response, AABR)记录技术。目前, OAE 和 AABR 的两步筛查法, 被广泛接受和使用, 并被认为是最有效、最经济、最完善的筛查方式。

筛查策略 新生儿听力筛查策略有两种: 普遍听力筛查和目标人群听力筛查。前者是对所有出生的新生儿实施听力筛查, 后者即对具有听力损失高危因素的新生儿实施听力筛查。

我国在现阶段推荐的策略首先是普遍筛查, 在尚不具备普遍筛查条件的筛查机构, 也可采用目标人群筛查, 将具有听力损伤高危因素的新生儿及时转到有条件的筛查机构。依据 WHO

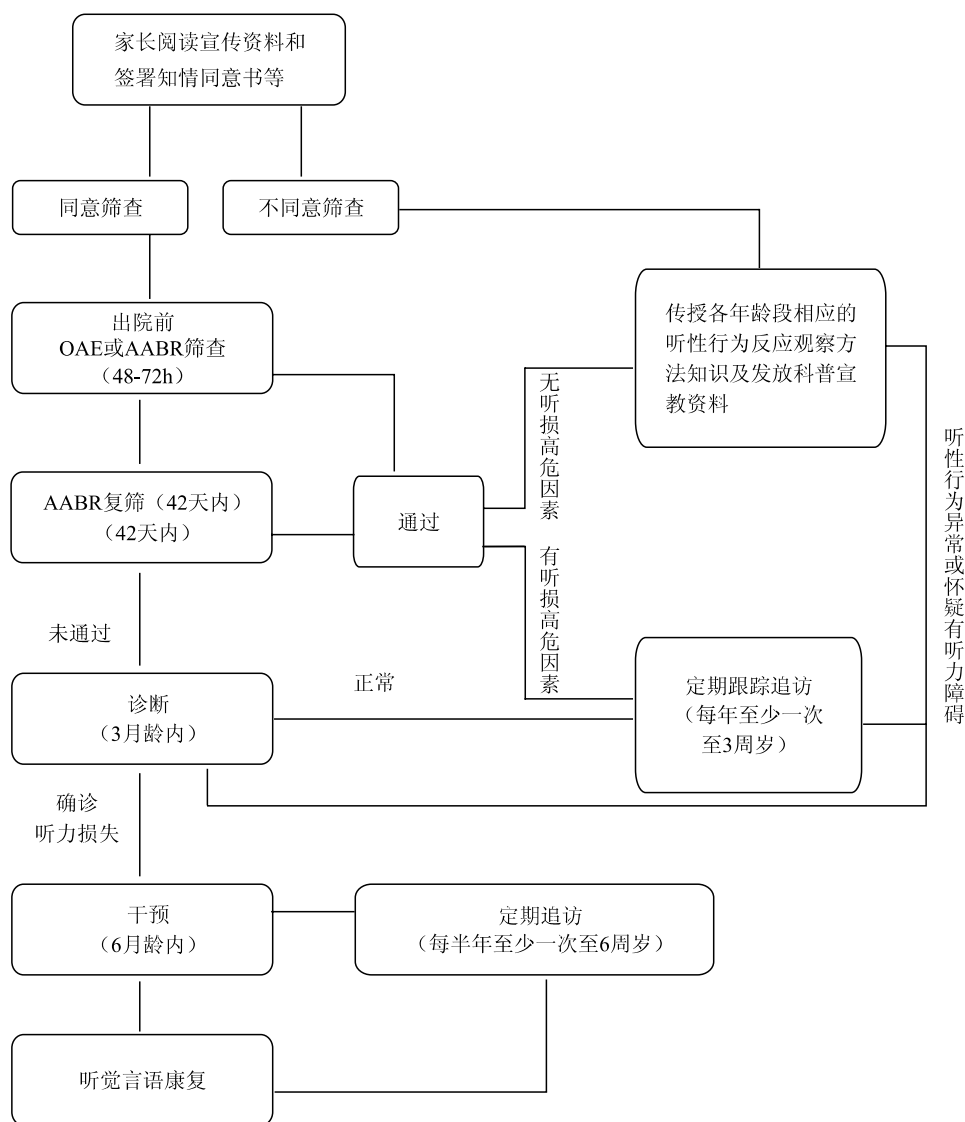
的决议, 发展中国家可采用两种新生儿听力筛查模式: 基于医院的新生儿听力筛查模式和基于社区的新生儿听力筛查模式。前者主要是对在医院出生的新生儿, 在其出院前进行听力筛查, 后者主要是针对非医院出生的新生儿, 结合计划免疫对其实施听力筛查。

筛查方案 目前常用的听力筛查方案是两阶段筛查。首先用瞬态耳声发射 (transient evoked otoacoustic emissions, TEOAE) 初筛, 未通过者再用自动听性脑干反应 (automated auditory brainstem response, AABR) 复筛。这一方案不会显著降低敏感度, 又能保证极低的假阳性率, 特异性大于 90%。这一筛查方案主要针对普通产科病房的新生儿。对于 NICU 的新生儿, 因其听力损失的发病率要较普通病房高很多, 更重要的是诸如听神经病等神经传导障碍疾病大多集中于此, 所以首先用 AABR 筛查, 对不通过者, 直接转入诊断程序。

3 新生儿听力筛查的流程

流程包括筛查前的科普宣教和筛查告知、筛查环节 (含初筛和复筛)、筛查结果告知和解释及其随后的听力测试、诊断评估、干预康复和随访等诸多环节组成 (见下图)。

普通产科病房新生儿听力筛查流程图



筛查前的宣教和告知 有助于普及儿童听力保健知识,提高父母参与新生儿听力筛查的积极性和依从性以及知情同意。

筛查 首先用瞬态耳声发射(transient evoked otoacoustic emissions,TEOAE)初筛,未通过者在出生后 42 天内再用自动听性脑干反应(automated auditory brainstem response,AABR)复筛。

筛查结果的告知和解释 向父母告知听力筛查的结果之前,应核对接受听力筛查儿童的基本信息。听力筛查的结果只有通过转诊两种。对需转诊的儿童,需向其提供转诊的具体程序和地点等相关信息,执行听力筛查的人员需在记录上签名。此外,应该全面地向父母告知和解释听力筛查结果。

听力测试和诊断评估 听力筛查阳性的儿童应在筛后的 1 月内,最晚不超过 3 月内接受听力学的全面测试诊断评估,明确是否有听力障碍。若确诊儿童有永久性听力障碍,应向父母提供后期干预和康复的相关信息。

听力障碍儿童的干预和康复 对确诊为永久性听力损失的儿童,应在 6 月龄内接受干预。包括听觉辅助装置和医学干预以及听觉和言语康复。

随访 新生儿听力筛查是发现有针对性听力损失的婴幼儿,对于平均听力损失小于 30—40dB HL 的新生儿,用常规的 OAE 和 AABR 难以检出;另外有些听觉障碍疾病(如:听神经病),单用 OAE 难以查出;新生儿听力筛查对儿童迟发型听力障碍无效,因此对听力筛查已通过,但是存在听力损失高危因素的婴幼儿应随访。

4 新生儿听力筛查的推广应用

我国新生儿听力筛查工作经历了十年发展,已经取得了一定的成绩,以上海市为代表的一些发达地区大范围(以省市为单位)的普遍筛查模式已经建立,筛查区域和规模在不断的扩大。为进一步推动我国新生儿听力筛查朝规范化、科学化方向发展,此次 19 个省市作为首批项目开展地区,将通过建立规范的 26 个听力诊治中心、19 个听力筛查中心以及制定适合全国不同地区的新生儿听力筛查模式、建立先天性听力障碍早期诊断和早期干预技术规范;制定康复效果的评估标准,提供技术、数据库建立、网络管理等多方面技术平台;建立新生儿听力筛查培训国家基地,通过基地进行技术培训达到技术推广应用的目的;在此基础上,通过听力筛查、追踪随访及各级目标人群的基因筛查,建立全国性新生儿听力筛查网络,构建适合不同地区实际情况的各级先天性听力障碍的预防体系。最终实现在国家层面上建立先天性听力障碍防控体系,从整体上降低我国先天性听力障碍疾病的发生率和致残率。

* 上海交通大学医学院附属新华医院的研究成果《上海市先天性听力障碍干预对策及 13 万新生儿听力筛查效果研究》获上海市科技进步一等奖;《新生儿听力筛查及干预研究》获得 2006 年国家科学技术进步二等奖。

“合四为一” 肿瘤诊疗新模式

丁罡 蔡秉良 施志琴 吴英 施建文 上海交通大学医学院附属新华崇明分院

崇明中心医院在恶性肿瘤合理、规范综合治疗方面做了有益尝试,探索建立了“合四为一”的肿瘤诊疗新模式。

2004 年崇明中心医院在仁济医院托管期间,将医院的放疗科、肿瘤内科、介入科和核医学科“合四为一”,成立了肿瘤联合诊疗中心。诊疗中心负责人由该院肿瘤专家担任,并由高级职称医师组成肿瘤专业委员会,安排制定肿瘤病人的治疗方案。

在“合四为一”诊疗模式下,肿瘤患者入院后,根据病人的检查结果及患者的机能状况进行临床分期。提交肿瘤联合治疗委员会讨论后根据 NCCN 治疗指南决定综合治疗方案。在征得病人知情同意后,各治疗科室根据方案有序地给病人治疗,如先化疗,后手术;先手术,然后再放化疗等。在治疗过程中如出现病情恶化或过大的治疗引起不良反应等问题,则该病例又返回到肿瘤联合治疗委员会重新讨论。同时,中心设立随访医师,协调综合治疗的顺利执行。中心还制定了一套合理的、操作性强的规范工作流程和会诊制度,真正使肿瘤综合治疗的模式落到实处。联合多学科专家共同诊治病人,科学应用手术、化疗、放疗、生物治疗、中医药治疗等手段,合理安排每一个病人的治疗方案,进行个体化的治疗使每个病人均得到最佳的治疗效果。

“合四为一”肿瘤治疗模式,符合循证医学的原则,其多学科的合作与补充,避免了在肿瘤治疗中的“过度”和“不及”。由于资源整合,肿瘤联合诊治中心病人治愈率及 5 年生存率有明显提高,社会效益和经济效益明显增长。中心床位由当初 10 张发展到现在 70 张,床位使用率一直保持在 110%,医疗收入在医院临床科室中排名第二。目前肿瘤中心已发展成集医疗、教学和科研为一体的地方重点学科。

新的诊疗模式也推进了医院专科医师的培养,肿瘤联合诊疗中心每月举行一次常见肿瘤诊疗专业讲座,住院医师在肿瘤放疗、化疗、介入、核医学和外科等专业轮转。同时肿瘤住院医师进行上岗前培训,参加卫生部放疗、介入和核医学上岗证考试。考试合格医师才有资质开展临床肿瘤相关治疗业务工作。

该模式最大限度地减少病人负担,避免过度检查和治疗的同时也让肿瘤患者能放心的在肿瘤中心就治。住院患者无需经常转科,根据固定的程序化治疗方案安排手术组、放疗组、化疗组,各治疗组间衔接紧密,效率高,体现了以病人为中心,把真正的方便留给了病人。同时,肿瘤联合诊治中心的诊疗流程确保了肿瘤多学科综合治疗的应用,符合现代循证医学的需要。“合四为一”的肿瘤综合治疗新模式是一个良性运行的模式。

* 新华崇明分院 2010 年被卫生部列入“常见肿瘤规范化诊疗”的试点医院,试点病种为肝癌。

《社区卫生成果》

脑瘫儿童社区链式康复服务模式

“脑瘫儿童社区链式康复服务模式”是徐汇区华泾镇社区卫生服务中心完成的项目，该项目的主要特色为以下几方面：

1、确立了脑瘫儿童链式康复模式 2003 年华泾镇社区卫生服务中心和复旦大学康复科签约联合成立了儿童康复科，首次提出并确立了包括中医、现代康复治疗、幼儿园教育、家庭康复指导为一体的脑瘫儿童社区链式康复模式。该链式模式主要体现为：医疗机构承担链式康复模式的系统管理职能，包括患儿的转介、引进和开发新的脑瘫康复手段、开展治疗和评价、制定合理的康复干预程序、维护康复链式模式的正常运转等；社区主要承担基础的脑瘫康复任务，包括社区医疗和教育等，为患儿在熟悉的社区环境中提供有效、快捷的康复治疗，同时与医疗机构一起共同推动脑瘫家庭康复的开展，为各种不同情况的家庭设定最合适的康复程序；家庭可以选择符合自身状况的脑瘫康复程序，持久地对脑瘫儿童进行有效的康复干预。项目组十分重视家庭康复在脑瘫治疗中的作用，开展门诊咨询式家庭康复指导，通过开展家庭培训，使患儿家长获得了更多的脑瘫家庭康复知识和技能，进行家庭康复的依从性明显提高。在社区医生的上门指导下，大部分家庭能每天坚持实施家庭康复。

2、注重中医综合治疗 项目组注重发展中医尤其是针灸、推拿对脑瘫患儿的康复治疗作用，通过上海市卫生局《中医综合治疗小儿脑瘫的临床多维研究》和《运动发育推拿法治疗痉挛型脑性瘫痪临床研究》的课题研究，在应用中医综合治疗，采用多维的评价方法判断疗效方面，提供了可广泛应用的小儿脑瘫社区综合治疗方法，建立了社区中医综合治疗脑瘫流程，确立了简便易行的社区家庭脑瘫康复评价体系。经过系统康复治疗，55% 的脑瘫患儿获得了独立行走能力，达到国际先进水平。

3、探索脑瘫儿童的医教结合 项目组不断探索对脑瘫儿童进行医疗与教育想结合的康复之路，与徐汇区特殊教育中心共同管理在正常小学就读的脑瘫患儿，并与浦东新区特殊教育学校共建“脑瘫康复医教结合基地”，多年来共有 41 名患儿 3500 人次进入位育幼儿园随班就读。《上海市脑瘫儿童康复管理规范》ScpchiTd 脑瘫登记与系统管理成为上海市卫生局地方卫生标准预研制项目。

华泾镇社区卫生服务中心通过几年的努力，积累了小儿脑瘫康复的经验，建立了一套良好的儿童康复临床标准化测试系统流程，在国内处于领先地位，有良好的社会声誉，已成为上海市残联定点康复单位。

社区眼病防治模式

长宁区北新泾社区卫生服务中心完成的该项目，在建立网络的基础上，进行社区流行病学调查、开展慢性眼病干预等，从而形成了有特色的眼病防治模式。

1、建立社区眼防网络,开展眼病的宣教及建档 坚持以政府为主导,在市级医院及眼病防治机构的技术支撑下,建立起由区、街道、居委会,社区和医疗协同管理的北新泾社区三级眼防治网络,覆盖了 4 万余名社区居民,形成了社区眼防三级组织网络及社区平台运行机制、资源整合协同机制、公共卫生经费保障机制。利用网络开展的健康宣传教育,使居民的常见眼病知识知晓率从 24.9% 提高到 88.2%。对防治重点人群如老年人、糖尿病患者和儿童的眼病资料建档率分别达 97.5%、90.7% 和 80.4%。

2、依托眼防网络,进行社区重点人群流行病学调查 1995-2007 年间 4 次累计完成 23356 人次社区 60 岁以上老年人群致盲与视力损伤的患病率调查,在国内率先提出“眼底病成为城区人群致盲首因”的结论。2003-2008 年间 3 次累计完成 1260 人次社区糖尿病人群眼病调查,获得上海市首个以社区人群为基础的糖尿病眼病患病率及危险因素资料。2007 年开展对 2421 名社区学龄前儿童视力和屈光不正调查,获得上海市城区首个儿童近视眼患病率及危险因素资料,探索了社区学龄前儿童视力问题第一时间发现的流程和转诊程序。

3、依托眼防网络,防治结合开展眼病干预 以慢性病和眼底病为重点,对社区人群开展筛查和早期干预,采取“一对一”宣教、干预及康复指导,使社区盲率从 1997 年的 1.09% 降至 2000 年的 0.71%,为全国最低。建立了以“数字化眼底筛查技术”为特色的社区糖尿病专项档案,通过健康教育和个体干预(在慢性病管理基础上),有效延缓糖尿病患者视力损伤,3 年干预后研究社区糖尿病患者盲率仅为对照未干预社区的 56%。开展眼传染病防控工作,通过定点监测及全科团队责任区服务,采用完善监测报病网络、重点场所卫生宣传教育、眼科门诊规范化建设、制定疫情爆发处理预案、社区人群分类管理等措施,2003 年起社区“红眼睛”年发病率控制在 1.5/10 万以下,为国内最低。

4、纵向资源整合,提升社区眼防工作质量 专家团队技术支撑下沉社区,包括指导眼病筛查、疑难病会诊、眼科及全科医师的培训或进修学习;全科团队运用适宜技术,对社区常见多发病进行筛查,发现视力异常者在眼科的配合下开展梯度转诊。纵向整合医疗资源机制改变了社区长期以来只有视力检查没有诊断,只有项目没有成果的状况。

项目组共发表相关论著共 11 篇(SCI2 篇),被引用 18 次;成果被专业眼病防治机构编制的《眼病防治工作指南》多次引用。

康桥镇社区肢体残疾人康复管理

目前国内很少有机构对肢体残疾人进行建档立卡,以至许多有康复需求的肢体残疾人无法得到康复服务,更缺乏专业的康复治疗师的指导及长效的康复管理。浦东新区康桥镇社区卫生服务中心完成的该项目从以下几方面进行尝试并获得成功。

1、为肢残人归类建档,制定个体化康复方案 自 2006 年起,项目组对康桥镇 523 例肢体残疾人进行调查,对调查资料进行分析、归类,并且为肢体残疾人建立了电子信息档案,以便

进行动态管理,并随时跟踪、更新信息。调查结果显示:所有肢体残疾人都有康复需求,特别是截瘫患者及家属,不同肢体残疾人对康复需求不尽相同。

项目组针对不同患者的实际情况,制定了“个体化”的综合康复方案。通过“个体化”的康复治疗,取得了良好的效果。如在 233 例骨关节残疾病人中,筛选出 7 例有手术治疗价值者先予以手术,然后再进行康复训练,这样明显改善了患者的肢体功能,有效的降低了残疾程度。该社区中 523 例肢体残疾人经“个体化”的康复治疗,按照《肢体残疾康复“十一五”实施方案》中肢体残疾康复训练评估标准,显效 13 例,有效 451 例,无效 59 例,有效率达 88.71%。

2、康复团队上门指导,实现连续康复服务的目标 项目组率先在国内对肢体残疾人进行社区康复管理方面进行了有效探索,通过对康复团队上门服务、指导家庭参与,对肢体残疾人开展归类康复及管理,以实现康复服务的规范化、系统化和连续服务的目标。这一适合肢体残疾人的社区康复途径及服务管理模式,使康桥镇所有肢体残疾人康复指导率达到了 100%。有效的提高病人的生活质量及生活自理能力,为肢体残疾人重返社会提供有力的支持和保障。

该项目发表论文 5 篇。其中《肢体残疾人的社区康复管理》一文,是国内首次对残疾人进行社区康复管理的论文,已被下载 34 次,取得了良好的社会效益和经济效益。

临终病人的缓和医疗适宜技术

该项目是闸北区临汾路街道社区卫生服务中心 15 年来在为临终病人开展临终关怀服务的不断实践中而取得的成功。该项目形成的缓和医疗和安宁护理适宜技术,有效缓解了晚期癌症患者的痛苦症状,提高了临终患者的舒适度,改善了临终患者的生存质量。

1. 临终病人病情(生存期)评估表 临终病人病情(生存期)评估表,含有 13 项临床评估指标,各包含 5 个极差内容。通过该评估表对临终病人的病情(生存期)进行评估,可使临终关怀团队能比较准确的掌握晚期癌症患者的生存时间,并以此制定相应的临终关怀措施。比如:病情轻者生存期在 3 个月以上,可劝说居家颐养或开设家庭安宁病房提供心理疏导、缓和医疗服务;病情重者预计生存期在濒死阶段,应告知家属,原则上停止输液和实施无谓抢救,和病人家属共同准备料理后事和尸体护理服务。该评估表自 2009 年 1 月开始投入临床应用,结果评估表的信度、效度均符合要求。该评估表经本市和吉林、新疆等外省市的安宁病房使用,均有比较满意的评价。

2. 临终病人的缓和医疗适宜技术 缓和医疗适宜技术主要是控制癌症终末期患者疼痛、呕吐、呼吸困难和其他病痛的治疗方法。该治疗方法为:三阶梯止痛法;基本对症;中医、中药;脱水;特殊措施和心理治疗,单一治疗无效者作上述方法的综合治疗。该卫生中心安宁病房收住的 120 例晚期恶性肿瘤和老龄衰竭病例,经该适宜技术治疗后的有效缓解率为:疼痛 96.90%;呕吐 60.61%;呼吸困难 33.80%,无严重不良反应发生,治疗前后比较差异,有统计学意义。该适宜性缓和医疗技术安全、有效、经济、操作便捷,易推广普及。缓和医疗技术有助于合理使用卫生资源,降低过度医疗导致的医疗资源浪费。具有良好的社会效益和经济效益。

(市医情所情报研究部)

《科技进展》

胆道癌危险因素探讨

胆道癌(包括胆囊、肝外胆管癌和壶腹癌)是本市近数十年来发病率上升速度很快的恶性肿瘤之一。其病因除了公认的胆石外,其余仍不很清楚。由上海市肿瘤研究所牵头,与上海市区 40 余所医疗机构协作开展的此项研究,系统地收集了环境、生活方式和基因等资料,在分子流行病学研究方面涉及与炎症、脂质代谢通路、胰岛素敏感性、激素有关的基因以及修复基因多态和胆道癌、胆石病的联系性和基因-环境交互作用。经对收集到的市区 627 例胆道癌病例,1037 例胆石病例和 959 人一般人群进行了系统性研究。

研究结果发现:胆石是胆道癌的重要危险因素;血清甘油三酯水平与胆石病、胆道癌风险存在正相关联系,高密度脂蛋白胆固醇水平则存在负相关联系;一级亲属中有胆石病病史也是危险因素;慢性胆囊炎、胰腺炎和糖尿病可显著升高胆道癌的风险;血清 HBsAg 阳性、肝硬化与肝外胆管癌有联系;肥胖、多摄入腌制食物、咸菜是危险因素;女性孕次多、首次分娩年龄较低、月经来潮迟与胆囊癌风险有联系。而多摄入新鲜蔬菜、水果、葱属类蔬菜以及饮茶和服用非甾体抗炎药是保护因素。

该研究既验证了以往国内外研究获得的一些与胆囊癌的关联因素,如胆石、肥胖、胆囊炎等慢性疾病、妊娠等;也有一些新的发现,如乙肝感染与肝外胆管癌、饮茶和服用非甾体抗炎药是保护因素、家族胆石病史和一些月经生育因素是危险因素。

清胰化积方治疗晚期胰腺癌

复旦大学附属肿瘤医院用以“清胰化积方”为基础的中西医结合方法,治疗晚期胰腺癌的临床疗效及机制进行了长期的系列研究。根据中医对晚期胰腺癌的病因病机的认识,应用清热解毒化湿散积的治疗方法,共治疗 56 例胰腺癌,发现中药加化疗组的生存期、肿瘤缩小及主症改善等均优于单纯化疗组;又以“清胰化积方”治疗 32 例Ⅳ期胰腺癌,结果中药组的生存期优于化疗组,其中 1 年生存率分别为 34.3%vs11.25%、中位生存期分别为 6.07 个月 vs4.17 个月,回顾性研究发现该“清胰化积方”能明显提高晚期胰腺癌患者的生存期。

前瞻性研究观察 80 例晚期胰腺癌患者,发现“清胰化积方”结合动脉灌注化疗及放疗可明显提高患者生存期。临床研究表明:“清胰化积方”对晚期胰腺癌具有肯定疗效。围绕临床研究开展的基础研究,部分阐明了“清胰化积方”治疗晚期胰腺癌的疗效机制。有关专家认为:应用中药复方“清胰化积方”或中西医结合治疗胰腺癌具有很好的推广应用价值,并有可能在中西医结合治疗晚期肿瘤方面提供有益的经验 and 有所突破,是中西医结合治疗晚期肿瘤的良好范例。

(市医情所情报研究部)

骨疾病药物可以治疗乳腺癌

自从 2002 年激素替代疗法 (HRT) 的副作用被报道后, 绝经期治疗可增加妇女乳腺癌风险的证据不断增加。

9 月 29 日《自然》发表的 2 个研究显示, HRT 中的黄体酮 (合成孕激素), 通过激活 RANKL 蛋白可以在小鼠中引起乳腺癌。该研究也提示用 1 种治疗骨质疏松的药物阻断这条通路可以治疗乳腺癌。

RANKL 蛋白, 属于免疫信号蛋白家族, 众所皆知的是它在骨再生中的作用, 它可以激活破骨细胞使骨分解。2002 年, 加拿大多伦多大学 Josef Penninger 领导的小组发现, 缺乏 RANKL 的老鼠怀孕时在形成乳腺组织方面存在问题。最近, Penninger 和 Dougall 2 个独立研究小组分别发现, RANKL 也与老鼠乳腺癌模型相关, 该模型是由黄体酮驱动的。

Penninger 的小组用 1 种叫 MPA 的黄体酮治疗老鼠, 结果动物乳腺组织的 RANKL 表达明显增加。同时, 他们对基因工程制成的乳腺组织缺乏 RANKL 受体的老鼠给予黄体酮和一种致癌药品, 经过 8 周后发现这些老鼠比正常老鼠乳腺肿瘤更少。Penninger 的小组也发现, RANKL 可刺激乳腺上皮细胞分裂, 从而有助于维持干细胞, 这些干细胞可以引起乳腺肿瘤。

Dougall 小组的方法稍有不同。研究者们没有使用缺乏 RANKL 蛋白的小鼠, 而是给老鼠 1 种药物以阻止 RANKL 与受体的连接。与前一研究一样, 用药物治疗的老鼠乳腺肿瘤形成更少。

Dougall 和 Penninger 都认为阻断 RANKL 可以防止乳腺癌, 或在乳腺癌早期阶段进行治疗。

与其它的医学基础研究不同, 该研究可能会迅速转化到临床。Amgen 公司的 RANKL 阻断抗体市场名为狄诺塞麦 (Denosumab), 今年 6 月被美国 FDA 批准为治疗骨质疏松的药物。公司还没有推出观察 Denosumab 是否能防止或治疗乳腺癌的临床试验, 但是目前正在试验该药能否阻止乳腺癌及其他肿瘤的骨转移。

(杨晓娟摘译自 nature news 29 September, 2010)

受损的线粒体与帕金森氏病相关

一项超过 400 个样本的脑组织研究显示, 帕金森氏病与细胞线粒体的丢失相关, 该研究 10 月 6 日发表在《科学 - 转化医学》上。

最近几年, 受损线粒体引起患者神经系统损害的证据越来越多。如发现 MPTP 可引起帕金森样症状, 它干扰线粒体中的电子传递而影响了细胞的能量代谢; 一种广泛使用的杀虫剂——鱼藤酮也有类似作用, 使用后在老鼠中产生了相似的症状。此外, 一些罕见的遗传性帕金森氏病患者携带有关键基因的突变, 这些基因是调节线粒体功能的。这些发现连同其它一些神经系统疾病与线粒体损害有关的证据一起使研究者们产生了通过修复线粒体来治疗神经系统疾病的构想。

在本研究中, 哈佛医学院神经科专家 Clemens Scherzer 带领小组从分析患者和健康人脑组织的基因表达方式入手, 他的小组收集的样本约为以往的单独帕金森氏病研究样本的 10 倍, 这使他的小组可以对基因表达变化进行更敏感的扫描, 发现了与帕金森氏病相关的 10 个新基因组, 这些基因组都与线粒体功能和能量代谢相关。

更重要的发现是在帕金森氏病患者中由单一蛋白 PGC-1 α 调节的基因出现异常的低水平表达。大鼠培养时发现, 在神经元成熟过程中, 该蛋白表达增加可以充分降低 MPTP 和鱼藤酮的毒性反应。Scherzer 认为, 这提示了 PGC-1 α 活化的药物可能会消除帕金森氏病的脑损害。

目前, PGC-1 α 活化药物已经作为 2 型糖尿病的潜力治疗被广泛的研究, 一些已经被批准使用, 如与文迪亚 (罗格列酮) 相似的 Actos (吡格列酮), 它能够激活 PGC-1 α 路径上一个关键蛋白。一个在帕金森氏病患者中测试 Actos 的临床试验已经被监管机构批准。

(杨晓娟摘译自 nature news 6 October, 2010)

基因治疗有助于患抑郁症的老鼠

在抑郁症老鼠模型上, 使用基因治疗方法缓解了了抑郁症的症状, 这可能为那些用药无效的人类抑郁症严重病例奠定了新治疗的基础。

许多研究者认为羟色胺递质释放过少是引起抑郁的原因, 而通常的抗抑郁药机制是提高羟色胺的浓度。10 月 20 日《科学—转化医学》杂志发表了一项研究, 使用病毒将额外剂量的基因 *p11* 传递到成年老鼠大脑, 该基因表达的蛋白可附在羟色胺的受体上, 在细胞间传递羟色胺信号。

p11 基因是最近才被发现与抑郁症有关联的。2006 年, 美国洛克菲勒大学的神经科专家 Paul Greengard 和同事们制成了一个缺乏该基因的突变老鼠, 发现老鼠出现了抑郁样行为。纽约威尔康奈尔医学院的神经科专家 Michael Kaplitt 的实验室专门开发针对脑疾病的基因治疗, 他们与 Greengard 等联手进行了此项研究。

研究者们首先应用 RNA 介入技术, 将阻断剂传递到老鼠脑部与抑郁相关区域之一——伏膈核, 将 *p11* 基因关闭从而阻断其蛋白表达。接下来, 他们将一个携带 *p11* 基因的病毒载体直接注射进缺乏该基因的突变老鼠的伏膈核, *p11* 的增长足以消除突变鼠的抑郁样症状。最后, 研究者们转向人类, 他们将 17 个生前患有抑郁症者死后的大脑与没有抑郁症的人相比较, 发现有抑郁症者伏膈核的 *p11* 水平更低。Kaplitt 说, 这提示“如果我们能逆转脑部该区域 *p11* 的低水平, 将能减少抑郁症症状。”

哥伦比亚大学研究抑郁症的神经科专家 René Hen 认为, “发现是很有意思的, 但是抑郁症的动物模型非常不完善。它复制了该病的一个维度即无法从正常活动中体验快乐, 但是没有其他方面, 比如紧张和焦虑。并且老鼠与人类相比, 可能脑机制不同。为了进一步证实以用于治疗抑郁症, 应该在老鼠中进行一个更广泛的试验。”同时, 因为治疗是侵入性的, 它应该只是用于对其它药物没有反应的严重患者。

(杨晓娟摘译自 nature news 20 October, 2010)

《学术活动》

第十届全国消化道恶性病变介入诊疗研讨会暨 2010 消化介入 / 内镜新技术国际论坛在都江堰市召开——都江堰灾后科技援建项目启动

为进一步提升上海市对口支援都江堰医疗卫生事业发展的规格和层次,长宁区同仁医院介入诊疗中心利用卫生部面向农村和基层推广适宜技术“十年百项”计划项目和上海市重大医学成果转化项目的现有成果对都江堰进行医疗技术上的援建与合作。作为后援建的重大举措之一,国家级继续医学教育项目:第十届全国消化道恶性病变介入诊疗研讨会暨 2010 消化介入 / 内镜新技术国际论坛于 11 月 5 日 -10 日在都江堰隆重举行。

本次会议云集国内外诸多知名专家,来自美、英、德、韩等国的十多位国际嘉宾和 80 余位国内学术专家就消化介入、内镜新技术等前沿学科展开研讨,这将带动都江堰地区相关医疗技术的提高。参加本次大会的代表达到 500 余人,期间组织各类专题讲座报告 50 余场,参加大会演讲和现场主持问题研讨专家 70 余名,并在都江堰医疗中心 DSA 室实况转播介入操作 10 余场。

长宁区同仁医院副院长沈颀与都江堰卫生局签订开展特色医疗长期合作与学科共建框架协议,并将尽力争取将该项目纳入市、区政府后援建统一规划,以体现长宁卫生让都江堰人民不出家门即能享受到上海优质医疗资源的良好心愿。

东方科技论坛第 165 期:转化医学是突破精神医学研究瓶颈的关键

由上海市人民政府、中国科学院、中国工程院联合主办,上海交通大学医学院附属精神卫生中心承办的第 165 期东方科技论坛于 11 月 13 日在沪举行。本次论坛的主题是“转化医学:突破精神医学研究瓶颈的关键”。我国 40 余位精神、神经、生物等领域具有较深造诣的基础研究与临床研究的专家应邀参加了此次论坛并做了重要报告。

精神卫生问题不仅已成为重大的公共卫生问题,而且还是日益严重的社会问题。目前精神疾病在我国疾病总负担中排名首位,据世界卫生组织推算,到 2020 年我国神经精神疾病负担将占到疾病总负担的四分之一以上。估计我国有 1.9 亿人罹患各种精神卫生问题,其中重性精神疾病患者人数约 1600 万,抑郁症患者人数超过 2600 万。

近年来我国精神卫生领域研究取得的成果有目共睹,但是研究“瓶颈”不容忽视,成果众多,发现不断,然而至今未找到特异的生物学指标,精神疾病的诊断仍依靠症状,精神疾病的治疗也局限于对症治疗。症状相似是否代表疾病性质相同,对症治疗可否还患者真正健康,科学研究如何与临床治疗真正接轨,一个又一个困惑使我们迷茫,精神医学的明天该何去何从?转化医学是否成为突破精神医学研究瓶颈的关键,是否能给精神医学带来突破性的进展?这些困扰

精神科问题成为本次论坛的主题。

与会专家围绕“精神疾病研究如何由实验室到临床”、“精神疾病研究如何由人类基因组到 4P 医学”、“精神疾病病因机制研究的新策略——多学科交叉与结合”、“精神健康模式转变, 关口前移——精神疾病的早期识别与干预”、“精神疾病个体基因组和疾病的全基因组关联研究”、“精神疾病基因、环境和生活方式相互作用的动态变化”、“精神疾病生物标志物及其网络的发现和验证”、“精神疾病生物标志物的循证医学研究”、“数字医学与精神病学”、“精神疾病社区公共卫生系统建立”、“精神疾病个性化防控路径和临床路径”等研究课题, 针对我国经济和社会发展的迫切需要, 开展深入而热烈的探讨和交流。我们相信通过此次会议将会加深对精神疾病严重性和解决的重要性的认识, 促进突破目前精神科面临的瓶颈与挑战, 促进基础与临床, 精神科与神经科、基础学科的合作, 促进精神医学的发展, 造福人类。

卫生部召开省级遴选适宜卫生技术工作座谈会

为贯彻落实深化医药卫生体制改革的任务, 推动基层适宜卫生技术工作, 卫生部于 2010 年 11 月 12 日召集北京、上海、天津、江苏、江西、浙江、辽宁、四川、福建、湖南、内蒙古、山东、重庆 12 个省(市)卫生厅(局)汇报交流工作。各单位在总结经验的同时, 对卫生适宜技术工作的进一步开展提出了政府加强主导、增加专项经费、加强评估考核、建立适宜技术库等建议。卫生部科教司谢处长总结指出: 各级科管部门要克服困难开展卫生适宜技术工作; 根据卫生行业的特点, 进一步理清科技成果推广与适宜技术推广的关系, 强调卫生适宜技术的安全性; 进一步修订卫生适宜技术推广办法; 建议各省市积极稳妥地建立卫生适宜技术库; 进一步开展有关卫生适宜技术的课题研究。上海市卫生局委派市医情所情报研究部主任建琳主任参加会议, 汇报《上海市卫生适宜技术现状分析及发展思考》

中国中西医结合学会信息专业委员会成立

为促进中西医结合信息事业的发展, 中国中西医结合学会成立了信息专业委员会, 举办首届全国中西医结合信息学术交流会。会议于 2010 年 10 月 31 日-11 月 2 日在云南省腾冲召开。会议内容丰富, 在数据挖掘与利用、情报研究与服务、古籍保护与利用、中医药信息学学科建设与教学、信息标准研究与服务五个方面开展了学术交流, 举办了医学语言系统培训。上海市中医药大学施毅当选第一届中国中西医结合学会信息专业委员会常务委员, 上海市医学科学技术情报研究所任建琳当选专业委员会委员。

(市卫生局科教处 市医情所情报研究部)