

内部资料 免费交流

醫學信息

YIXUE XINXI

2011 年第 8 期

(总第 474 期)

MEDICAL INFORMATION

编者按 卫生技术评估是对卫生技术利用所产生的短期和长期的社会效应进行评价的一种综合政策研究形式。国际上卫生技术评估已广泛应用在制定临床诊治指南、合理配置医学装备、确定医疗保险报销范围、制定卫生技术服务价格、确定卫生技术及机构的准入等领域。卫生技术评估所提供的科学依据已成为卫生决策者和临床决策者进行循证医学和循证决策的工具之一。本期杂志采访了卫生部“卫生技术评估重点实验室”、“WHO 卫生技术评估与管理合作中心”主任陈洁教授,以“中国卫生技术评估的发展和展望”为题作了访谈。在专题栏目里还介绍了卫生技术评估在国际上的开展情况,以及对人类辅助生殖技术等评估的案例。

本刊登载了局科教处张勤处长撰写的纪念刘俊同志的文章,也借以表达我们的怀念之情。

上海市医学科学技术情报研究所



复旦大学公共卫生学院教授——陈洁



陈洁教授1966年毕业于原上海医科大学，1981年获原上海医科大学医学硕士学位。1985—1986年，陈洁教授作为高级访问学者，去美国哈佛大学公共卫生学院学习卫生政策与管理专业研究生课程，并在哈佛医学院附属医院的成本效益中心实习。在哈佛大学学习期间，陈洁教授撰写了关于中国农村卫生服务体制以及农村医生继续教育的“教学案例”，并因此获得了哈佛大学的奖学金。

80年代末至90年代初，陈洁教授以高级访问学者的身份再次访问美国的有关大学、世界银行、兰德公司等机构，开阔了眼界，了解了世界。她筹建了医院管理学教研室，并在卫生部支持下成立了全国第一个医学技术评估研究中心，创造性地把国外医院管理和医疗保险模式引进到国内，提出按病种临床路径进行质量和成本的标准化。陈洁教授以“中方专家”的身份参与了世界银行“第二次中国卫生部门考察报告”的调研工作，负责有关病种的成本核算研究，研究结果纳入了世界银行的报告。在世界银行推荐下，受聘为第一届卫生部卫生政策与管理专家委员会委员。

1994年，陈洁教授担任原上海医科大学副校长。任职5年间，她领导和组建了原上海医科大学计算机网络系统、在全国首创网上远程医疗项目、提出了上海市政府共建科技大楼方案等等，用她的努力为学校创造了良好的科研、对外交流的平台和环境。

1998年，经中国卫生部推荐和WHO总干事的挑选、聘用，陈洁教授在联合国的专业机构WHO总部（日内瓦）任助理总干事，成为布伦特兰总干事亲自任命的9名执行主任之一，负责非传染性疾病方面事务。在WHO任职的5年间，由她领导的非传染病控制部门，从1个司，扩大到3个司、6个处，并且按照“矩阵结构”进行科学管理。这种管理模式后来被WHO其他很多部门借鉴。任职期间，她领导并起草了“非传染性疾病控制的全球策略”，并成为世界各国共同执行的世界卫生大会的决议。

2003年10月，陈洁教授从WHO退休回国后，积极推动我国卫生技术评估的发展，在复旦大学成立了卫生技术评估重点实验室、WHO卫生技术评估与管理合作中心，并任主任。她带领研究小组和研究生，积极开展“人人享有基本、适宜卫生技术”等多项卫生技术评估的研究项目，为卫生部门的管理决策提供了科学依据。

作为一位在社会医学与卫生事业管理学、医院管理学、卫生技术评估、卫生经济学、临床流行病学等领域的教授，陈洁教授撰写和出版了70多篇(本)的文章和著作，并培养了40多名博士研究生和硕士研究生。

（复旦大学公共卫生学院供稿）

醫學信息

MEDICAL INFORMATION

1976年创刊 2011年第8期(总第474期) 2011年10月31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: 021-33262034
021-33262037
传真: 021-33262049
E-mail:
qbsyxxx@yahoo.cn
网 址:
www.shdrc.org
刊名题字:
王道民
主 编:
徐建光
常务副主编:
张 勤
副主编:
丁汉升 王剑萍
编辑部主任:
林 海
责任编辑:
杨晓娟
编 辑:
吴家琳 胡苑之
上海市连续性内部资料
准印证(K) 0663号

目 次

科研管理

复旦大学公共卫生学院教授——陈洁…………… 封二

专家访谈

中国卫生技术评估的发展和展望
——陈洁教授访谈录…………… 1

专题: 卫生技术评估

卫生技术评估的发展与现状…………… 4
国外卫生技术评估机构介绍…………… 7
卫生技术评估案例介绍…………… 11

科研管理

我国医学科研低质量的原因探究与建议…………… 14

科技成果

2010年度获上海医学科技一等奖项目简介

病毒因素与遗传因素在肝细胞癌发生发展中的作用…………… 16
结直肠癌肝转移的外科和综合治疗…………… 16
糖尿病血糖监测新技术的开发和临床应用…………… 17
基于血管重建的腔内治疗颅内动脉瘤基础与临床研究…………… 18
胰腺癌早期诊断和综合治疗研究…………… 19

医学新闻

西班牙成功实施永久性人工心脏移植手术·····	20
“生物胶水”可黏接细小血管·····	20
首个病毒治疗癌症成功案例·····	21
发光细胞引导癌症手术·····	21
研究人员发现肝脏移植排异反应低的机理·····	22
运动神经元疾病相关新基因现身·····	23
深情怀念优秀的社会医学与卫生事业管理的学科带头人刘俊先生·····	24

动态

卫生部科教司召开卫生技术评估研究工作座谈会·····	26
2010年度上海市卫生系统医学科技期刊审读暨研讨会·····	26
医用特殊物品出入境申请事宜及相关法律法规培训·····	27

中国卫生技术评估的发展及展望——陈洁教授访谈录

卫生技术评估 (HTA) 是对卫生技术的安全性、有效性、经济性、社会伦理性进行系统性评价的综合性过程, 已经成为许多国家卫生决策的有力工具之一。我国于 20 世纪 90 年代引入了卫生技术评估的概念, 复旦大学公共卫生学院陈洁教授多年来从事此项工作, 建立了卫生部“卫生技术评估重点实验室”, 该实验室也被 WHO 确定为“卫生技术评估与管理合作中心”。本刊最近采访了陈洁教授, 请她介绍了我国 HTA 的发展过程, 并对今后开展 HTA 工作做了展望。以下为经过整理的访谈实录。

1 中国 HTA 的发展

本刊: 陈教授, 您早在上世纪 90 年代就开展了 HTA 工作, 并长期从事此项工作, 请您介绍一下 HTA 在我国开展的情况。

陈教授: 卫生技术评估是一个相对年轻的学科领域, 欧、美国家自上世纪 70 年代初相继建立起卫生技术评估机构, 开展了许多有意义、有影响的 HTA 项目。与发达国家相比, 我国的卫生技术评估起步较晚, 但是发展迅速。自上世纪 90 年代初, 国家卫生部开始积极推动 HTA 的发展。1991 年, 卫生部组团前往欧洲国家考察学习卫生技术评估。1992 年 4 月和 10 月, 卫生部举办了 2 次全国性的 HTA 研讨会。我在同年 11 月的全国论坛上作了“HTA 与政策研究”的主题报告。

从我国卫生技术评估的发展来看, 可分为三个阶段:

第一阶段主要是建立卫生技术评估机构。1994 年, 我国第一家卫生技术评估中心在上海医科大学成立。以后, 浙江大学和原北京医科大学分别成立了卫生技术评估相关的研究机构, 1997 年在原华西医科大学成立了循证医学中心。各家卫生评估机构分别有不同的研究重点。

第二阶段是进行卫生技术评估理念的传播。以上海医科大学为例, 我们开展了 HTA 的培训项目, 并获得 China Medical Board (CMB) 的资助, 形成了一个从 1997 年到 2001 年连续 5 年的培训项目。参加项目培训的人员包括: 大学研究人员、卫生管理决策者、临床医生、药师等。通过这个连续的培训项目, 使中国的卫生工作者和决策者对 HTA 的理念有了全面、系统的了解。1999 年, 卫生部在原上海医科大学举行了全国第一届医学技术评估研讨会, 这是卫生技术评估在中国的里程碑事件。在这个研讨会上, 国际医疗技术评估协会 (ISTAHC) 的理事在会上作了有关 HTA 的理论、方法学及在政策制订中的应用的演讲, 中国的学者发表了自己的 HTA 研究结果。这次研讨会的召开也使卫生部意识到, 卫生技术评估是政策决策的重要组成部分, 它将有益于改善卫生服务的质量和效率。

第三阶段是卫生技术评估与卫生政策融合的阶段。HTA 的结果要能为卫生决策服务, 这

是它的意义所在。在我国, HTA 开展的并不晚, 也做了许多评估项目。但是, 评估结果在卫生决策方面的应用还较少。目前, 卫生部已将卫生技术评估作为一个优先重点工作。卫生部科教司建立了卫生技术管理处, 主要工作是资助 HTA 研究, 促进 HTA 研究向政策的转化。卫生技术评估与卫生政策融合是一个多步骤的过程。卫生技术内容广泛, 对每一项技术进行评估是不可能的, 所以首先要确定优先重点评估项目。第二, 要确定卫生技术评估的内容, 比如技术的安全性、有效性、经济性或伦理性, 然后进行数据收集和分析。第三, 形成卫生技术评估报告, 解释信息和结果, 并提出政策建议。最后, 要进行卫生技术报告的传播, 面向的传播对象有政策制定者、卫生技术使用者也包括社会公众。值得高兴的是, 决策者们已经在一些领域将卫生技术评估融入了卫生管理决策的程序。比如一些技术准入管理机制的制定, 已经充分体现了卫生技术评估与政策融合的思路, 如《人类辅助生殖技术管理办法》、《人类精子库管理办法》、《产前诊断技术管理办法》等。

本刊: 我国在卫生技术评估领域开展了哪些活动?

陈教授: 从上世纪 90 年代开始, 我国在卫生技术评估领域已经开展了许多活动, 与国际的卫生技术评估组织也开展了广泛的交流。包括以下几个方面:

第一, 是在理论方面的探讨。包括: 对卫生技术评估的概念、方法、优先顺序的研究, 对国外开展卫生技术评估的经验、卫生技术评估对社会影响的研究。卫生技术评估的应用方面的研究, 如与保险、技术准入、医院管理、卫生决策和政策、疫苗评价、医疗费用、临床医疗等的关系。

第二, 是在实际应用方面。在我国已经进行了许多卫生技术评估项目, 比如复旦大学(原上海医科大学)医学技术评估中心曾承担卫生部的多个项目, 有大型医疗仪器设备的配置、利用分析, 如落后 X 线机淘汰、CT 和磁共振技术的配置研究, 伽马刀技术评估, 超声诊断技术评估等; 有预防医学方面的评估, 如疫苗项目的成本分析、产前筛查和诊断技术评估、出生缺陷(唐氏综合征等)预防的评估等; 有治疗技术方面的评估, 如人类辅助生殖技术, 农村卫生适宜技术的筛选等。

本刊: 复旦大学卫生技术评估研究中心是我国最早成立的 HTA 中心之一, 也是卫生部卫生技术评估重点实验室, 主要开展了哪些工作?

陈教授: 自 1994 年中心成立以来, 我们在卫生技术评估方面做了很多工作, 主要有以下几项:

第一, 培养研究人员。在本科生和研究生教育中开设了《医学技术评估》、《卫生技术评估与卫生政策》等课程, 还培养了卫生技术评估方向的硕士研究生和博士研究生, 并且选送卫生技术评估的专业人员出国深造, 举办了卫生技术评估国家级继续教育学习班。

第二, 编写书籍和教材。如《药物经济学》、《临床经济学》, 2008 年我主编由人民卫生出版社出版了《卫生技术评估》, 这是卫生部的“十一五”规划教材。此外, 还有一些关于技术评估与医院管理的案例, 如《伽玛刀的卫生技术评估》、《头孢类抗菌素在下呼吸道感染治疗中的经济学评价》、《脑卒中的疾病管理》等。

第三, 举办研讨会。2001年, 在福建举行了卫生技术评估与医院管理研讨会, 2004年、2005年举办了全国第一届、第二届 HTA 论坛。

第四, 组织开展卫生技术评估课题。至 2006年4月, 我们已组织了3次实验室开放基金课题招标。2002年以来, 中心开展的技术评估项目主要有: 冠心病的临床经济学评价, 磁共振的医学技术评估, 中国卫生技术维护与管理研究, 器官移植的技术评估与立法研究, 产前诊断技术评估和管理模式研究, 中蒙医学技术评估比较研究, 我国主要出生缺陷的疾病负担和预防措施的经济评价研究, 六西格马在医院管理中的应用, 云南省卫生干预措施项目成本研究, 腹腔镜腹股沟疝修补术的有效性、安全性和经济性评估等。

本刊: 请您谈一下, 卫生技术评估对我国医疗卫生领域会有哪些作用?

陈教授: 卫生技术评估是从卫生技术研发到应用的整个生命周期进行评估, 评估报告为卫生决策提供科学依据。它的应用主要有以下几个方面: 当需要对陈旧落后的技术进行淘汰时, 可以通过卫生技术评估来进行; 一些新的、有前景的技术经过评估后可以给以扶持和推广; 而一些新兴技术可能会产生预料不到的风险, 在新技术使用后可以通过卫生技术评估及时规避这些风险。对于政府部门的决策者来说, 在制定卫生技术生产、应用、维护和再利用等方面的标准时, 可以以卫生技术评估报告作为决策依据; 在药物、治疗方案或程序进入市场时可以通过评估报告提供依据。在保险领域也有很重要的作用, 国外的一些保险机构, 在确定医疗保险项目时, 常以卫生技术评估报告为依据。对企业来说, 在产品开发前, 先进行产品的评估, 以规避今后的市场风险。

2 卫生技术评估目前的问题及今后的发展方向

本刊: 我国目前在卫生技术评估领域还存在哪些问题, 今后的发展方向如何?

陈教授: 目前, 我国卫生资源的配置存在公平性欠缺的问题, 表现在几个方面。第一, 重诊断治疗、轻预防保健; 第二, 卫生资源集中在大中型城市及大中型医院, 医院间出现“设备竞赛”, “高、精、尖”医疗设备特别是诊断设备增长过快, 一些大中城市的 CT 和核磁共振配置规模已经大大高于英国等一些发达国家的中心城市的配置规模。另外, 在我国对卫生技术的利用缺乏循证证据。这些问题的解决需要在我国更好地开展卫生技术评估工作, 将卫生技术评估作为政策制定中的常规程序。

与国际上的卫生技术评估工作相比, 我国还处于发展阶段, HTA 还没有得到广泛的应用。政策的制定者们虽然在一定程度上知晓了 HTA, 但是还没有将 HTA 常规地应用在决策中。所以有必要向政府部门的决策者们继续传播 HTA 的理论和方法。此外卫生技术评估在实施中也存在一些问题, 比如资料收集较困难; 工作开展的不连续、不系统, 常常是有了课题、或有了任务才去做; HTA 研究结果的使用和传播仍然很有限, 在政策制订过程中, HTA 的应用还很少; 在中国, HTA 机构分散在不同的部门, 还没有一个国家的委员会来整合各个 HTA 机构。

今后, 我认为还需要在以下几方面继续努力。第一, 提出卫生技术评估规范化的工作指南,

(下转第10页)

◀专题：卫生技术评估▶

卫生技术评估的发展与现状

卫生技术同其他科学技术的发展和应用一样,具有两重性。它一方面增强了诊断和防治疾病的能力,提高了人类健康水平;另一方面也可能带来一些消极影响和不良后果,如一系列的伦理、社会问题,医疗费用的不合理快速增长等。人们希望,在享受卫生技术的益处、提升医疗质量的同时,能够防止、限制卫生技术的负效应和医疗费用的过快上涨。正是在这种背景下,卫生技术评估(Health Technology Assessment, HTA)应运而生,并得到越来越广泛的关注和重视,正成为世界各国卫生决策的重要组成部分。

1 卫生技术评估的概念

1.1 卫生技术

卫生技术的定义已经成为一个广阔的用于卫生保健和医疗服务系统的特定知识体系的统称。它包括药物、医疗器械、卫生材料、医疗方案、医学信息系统、后勤支持系统和行政管理体制等,或泛指一切用于疾病预防、筛查、诊断、治疗、康复及促进健康、延长生存期和提高生命质量的技术手段。

1.2 卫生技术评估

卫生技术评估从卫生技术的技术特性、安全性、有效性(效能、效果和生命质量)、经济学特性(成本-效果、成本-效益、成本-效用)和社会适应性(社会、法律、伦理、政治)方面对卫生技术进行系统全面的评价,是医学科学与卫生统计学、流行病学、卫生经济学、社会医学等多种门类学科交叉的成果,其提供的信息成为各层次决策者合理选择卫生技术的科学依据。

2 国际卫生技术评估的发展概况

技术评估(Technology Assessment, TA)于20世纪60年代首先在美国兴起,1972年美国国会颁布了《技术评估法案》,并据此建立了技术评估办公室(OTA),1973年首次进行了卫生技术评估。1980年以后,丹麦、荷兰、瑞典相继开展了医学技术评估工作。1990年,法国、英国、加拿大、澳大利亚先后建立了国家医学技术评估规划和相应机构,为这些国家卫生技术的开发、应用、推广与淘汰提供科学、可靠的依据。

2.1 美国

HTA最早在美国兴起。第一个HTA组织成立于1972年,迄今已发展到了53个,其数量居世界首位。美国的卫生系统机构松散,其中81%为私营机构,难以控制,所以部分公立机构也涉入了HTA,如蓝十字和蓝盾(主要的健康保险公司)、美国医院协会、许多健康保险公司及美国医生协会和美国医学会。美国的HTA未形成国家的有效合作规模,其活动的目的各不相同,但其最优先的目标往往是成本控制,此外质量管理和创新也得到卫生管理部门的竭力推荐。美国的HTA组织中,87%的评估类型是治疗和诊断技术,66%是成本-效果评价,采

用效果 - 效果合成和咨询专家的方法。

2.2 英国

在英国, HTA 组织成立于 1990 年, 100% 为国有。评估涉及到新技术和普遍采用的技术, 主要采用系统性回顾研究和初始研究, 为临床决策和管理决策提供信息。随着消费者的权益得到保障和发挥, 患者对医疗实践的质询将增多, 同时也使决策者重视消费者的观点, 消费者在各个层面上已涉入到 HTA 的活动。英国的 HTA 活动非常普及, 已成为世界上 HTA 活动组织得最好、得到资助最多的国家之一。

2.3 荷兰

荷兰政府于 20 世纪 80 年代中期的政策报告中首次运用了 HTA 评价卫生保健系统中存在的一些问题, 包括成本、成本 - 效果和质量的內容。HTA 的研究成果被相当有效地整合到管理和支付政策中。荷兰大部分的 HTA 研究都有良好的结果, 但也存在一些问题。例如由保险委员会开展的 HTA 过于集中于成本 - 效果分析, 而忽略了伦理学、心理学和体系结构的影响。但总的来讲, 荷兰 HTA 计划已得到共识并政策化, 发展迅速。

2.4 瑞典

瑞典是实施 HTA 最早的国家之一, 它是第一个建立国家级 HTA 机构的国家, 即瑞典保健技术评估委员会 (SBU)。SBU 的主要任务是为瑞典政府和县议会提供全面的医疗技术评估, 尤其是对新技术的价值评估, 目的是改善效益和公平。SBU 的主要工作方式是进行结构性回顾, 辅以专项调查及其他原始数据的收集来补充。近年来, 瑞典政府和国会鼓励 SBU 扩展 HTA 的活动范围, 延伸至精神卫生保健和社会服务方面, 这标志着 HTA 在瑞典已得到了高度的认可。瑞典政府对市民服务和科学决策的重视有力地推动了 HTA 的发展。

2.5 卫生技术评估的国际组织

为了加强国际协作, 一些卫生技术评估的国际组织先后建立。1985 年国际医疗技术评估协会 (ISTAHC) 正式成立, 1993 年又建立了国际卫生技术评估机构网络 (INAHTA)。这些国际组织的主要任务是: 在全球范围内推广 HTA; 确立共同关心的课题; 建立各成员机构评估报告数据库; 发行国际 HTA 杂志; 促进与其它机构的合作关系; 帮助建立新的 HTA 网络; 以及扩大在发展中国家的影响等。

纵观 HTA 的发展, 在 20 世纪 70 年代初, 欧、美发达国家借鉴工业技术项目评估的经验, 相继建立起评估的机构、组织与规范。随后, 在 70 年代后期, 许多研究都集中于对设备的技术安全性的评估, 80 年代是费用和成本效益的年代, 而 90 年代则是关心健康与伦理影响的年代。如今, 医学技术评估的重要性和实用性已越来越为各国所重视, 各国纷纷加强对技术评估工作的支持与投入。

3 卫生技术评估的发展趋势及障碍因素

3.1 发展趋势

从发展趋势看, 卫生技术评估需要建立优先项目遴选的系统化程序, 以及更加透明的评估

程序；对技术安全性和有效性证据提出更高标准；广泛使用“生命质量”作为评价指标；更强调生物学评价方法的标准化；发展并广泛使用 meta 分析、决策分析和其他综合分析方法；在技术产业领域更强调卫生技术评估；在技术投资、购买、支付、操作指南和其他政策方面对卫生技术评估的需要越来越广泛；更加依赖数据库、电子病案、互联网和其他信息资源；进行越来越多的合作，包括国际合作。

3.2 障碍因素

从全球范围来看，虽然总的趋势是鼓励广泛开展 HTA，但是仍然有一些因素和情况不利于 HTA 的开展，其中包括：

(1) 技术方面 由于对技术的盲目崇拜，使得一些人认为“技术是迫切的”，只要是新的就是好的，不管技术是否有效。更有些人认为，技术评估是阻止技术的创新和传播。

(2) 医学方面 医生对于医学实践的惯性，使他们习惯了长期形成的实践常规，尽管其医学知识已经过时，但由于其接受卫生技术评估信息的渠道不畅，使他们对于 HTA 结论的利用发生障碍。另外一些医生希望自己有选择技术的自由，不希望 HTA 来干涉。

(3) 商业方面 一些生物医学领域的企业认为，HTA 限制了他们通过医学创新获得最大经济利益的自由。他们一般通过法律程序来限制 HTA。目前，一些国际的经济条例也给予商业机构过多的权利。

(4) 资金方面 HTA 的资金不足。一些医学研究人员不愿意将资金从基础研究转向 HTA，还有 HTA 要花费一定的经费用于应付技术生产商的起诉。

关于卫生技术评估的将来，卫生技术评估和政策制定的有机结合仍是一个需要着重解决的问题。在卫生决策和临床决策中，政策制定者和医生仍是有很大的自由空间，因此，必须重视卫生技术评估的传播和执行。

参考文献

- 1 陈洁，主编. 卫生技术评估. 第1版. 北京：人民卫生出版社，2008.

(市医情所医学情报研究部 杨晓娟编写)

国外卫生技术评估机构介绍

世界各国的医疗体制各不相同,使得各个国家的卫生技术发展模式各有不同,因此,各国的卫生技术评估机构及其功能也不尽相同。本文对一些国外卫生评估机构作一简要介绍。

1 英国

1999年,英国国家临床卓越研究所(National Institute of Clinical Excellence, NICE)成立了。NICE发表了对卫生技术、临床实践以及决策制定的指导意见,它起初仅在英格兰和威尔士建立,来帮助英国国家卫生服务体系(National Health Services, NHS)达成3个目的:(1)持续改进医疗保健的总体标准;(2)减少临床实验中无法接受的意外;(3)确保资源的最优利用,以便病人得到最好的福利。这些项目都需要一定的经济分析,不过最重要的是技术评鉴机制。

对每个领域,NICE都在内部设立了一个负责中心,用来提供重要问题的指导。如公共医疗中心为推广健康生活方式和预防疾病提供指导,卫生技术评估中心采取了技术鼓励和干预措施,临床实践中心提供临床指导。而在提供指导的同时,NICE也依赖外部团体的参与,如一些以大学为基础的评估团体。

基本上,NICE的指导基于可获得的最佳证据,或是有针对性的提出建议。NICE还设有专门的鉴定委员会,而利益相关者有权对鉴定结果进行申诉。

NICE在一定预算内,为那些成本-效果比好的项目提供保证,对那些成本-效果比差的技术实行投资回收机制。

NICE为NHS提供了治疗方法的指导建议,其建立标志着将经济因素考虑到配给中。但问题是,NICE的评估是以国家水平的成本-效果比为标准的,而NHS是以地理单位为标准的。因此造成国家和地方的矛盾,从而没有形成足够大的影响力。除此之外,NICE也因为行动过于缓慢,病人有时无法充分获得推荐的疗法,以及NICE的受益面仅限于英格兰和威尔士等原因而受到批评。但总的来说,NICE建立起了一套标准,体现在研究方法的严密性、活动的透明度以及利益相关者的参与度上,在国际上得到了较高评价。

2 瑞典

瑞典在1987年建立了卫生技术评估委员会(The Swedish Council on Health Technology Assessment, SBU),其主要目的是:(1)担心日益增长的卫生服务费用;(2)需要加快对新的、有效技术的传播和使用,以提高卫生保健的质量和可获得性;(3)获得已有的、新的医学技术的相关可靠信息,并以此为基础考虑卫生服务的优先级。

简单地说,政府对SBU的要求是:必须对医疗卫生技术提供循证信息用以指导卫生政策、临床实践等;没有管理的功能;必须综合研究结果,并将信息以普通公众可以理解的形式呈现

出来; 不仅关注医疗方面, 还应关注不同技术的经济、伦理和社会影响, 相关程序, 疾病和伤残的诊断、预防和治疗等。

来自不同领域的 15 名科学顾问成为董事会主席和董事会成员, 并由他们来管理 SBU 机构。董事会决定卫生保健领域应该被优先评估的主题, 并设定一系列优先标准。这些被优先评估的技术常常不是特殊的技术, 而是大多数普通公众关心的问题, 如背疼、哮喘、高血压等。SBU 的评估内容包括: (1) 系统评价, 即在明确定义标准以及证据等级的基础上收集国际上所有相关研究文献的证据; (2) 研究结果的综合, 包括对卫生政策和实践的建议。SBU 意识到有效传播和影响与获得科学可靠的研究结果同样重要, 所以其总结报告不仅有针对专业人士的完整报告, 还有针对普通公众的特殊摘要, 而且几乎所有评估都翻译成英文。SBU 创立了一份季度简报叫《科学与实践》, 用来传播其项目和结果。SBU 还开展了一个特殊的项目, 即由临床工作者担任“大使”, 到全国各地宣传讲授。

SBU 的很多评估结果都被用于实践。如对术前常规检查、高血压药物效益的评估, 背疼治疗方法的评估等。SBU 的影响不仅在于其对瑞典循证医学和 HTA 的贡献, 在一定程度上还包括对国际的贡献, 如 Cochrane 协作网。同时, 它也是国际卫生技术评估机构网络 (INAHTA) 的秘书处。

虽然 SBU 已被瑞典各级卫生系统中的大多数人所认可, 但其在某些方面也受到批评。比如, (1) 它较少关注卫生保健可获得性问题; (2) 评估所需时间长, 因其评估人员不是专职的, 通常要花 2~3 年, 甚至更长时间来完成一个评估; (3) SBU 的影响力也是被争论的一点, 虽然它很重要但影响较小。另外, 药品评估在 SBU 并不是一个优先事项 (因为瑞典另有专门负责药品评估的组织)。

3 德国

在德国, 卫生体系各方均对卫生技术评估有不同程度的利用。德国主要有以下一些机构进行卫生技术评估工作。

医疗文献信息中心 (DIMDI) 是官方的医疗信息出版商, 在为卫生保健提供信息支持的同时, 也负责卫生技术评估项目 (DAHTA)。DAHTA 规模较小, 它每年出版 7 份评估报告, 报告议题由公民通过网络选出。

德国议会设技术评估办公室, 它从社会角度出发关注安全性和有效性, 对象为生物技术、纳米技术、脑成像和远程医疗, 评估结果作为立法依据。

德国的卫生体系联邦联合会 (G-BA) 是根据法律要求, 由医生、医院、疾病基金会、患者等各方代表共同组成的自治机构, 是德国最主要的卫生政策制定者。G-BA 设有健康保健质量和经济效益研究所 (IQWiG)。IQWiG 接受 G-BA 和卫生部委托, 开展卫生技术评估。其法定职能为: 对特定疾病的诊断和治疗程序开展评估研究; 对社会医疗保险偿付服务的质量和效益出具科学证明; 从流行病学角度对重要疾病指南进行评估; 对疾病管理方案提供建议; 对药品开展评估研究; 以容易理解的方式向全体公民提供服务质量和效益相关信息。IQWiG 关注技术

的有效性、必要性和成本效益,其研究报告代表 G-BA,并在 G-BA 政策中得到反映。

疾病基金会是非盈利机构,它负责管理社会医疗保险基金。疾病基金会的评估组织关注新技术,主要对实验性技术和昂贵技术进行评估,以帮助决定是否将其纳入保险偿付范围。约 2 000 名专业人员为疾病基金会评估组织工作,同时他们也为 IQWiG 服务。

4 法国和荷兰

法国卫生技术评估工作由全国性独立科研机构——国家卫生监督局 (HAS) 承担。HAS 接受政府预算,每年约 6 900 万欧元,专职人员 400 人。HAS 具备两类职能:(1) 对各类卫生技术进行评估,对医保偿付范围和技术定价提供建议;(2) 对医院和医生资格进行认证。HAS 规模大,职能广泛,在从事卫生技术评估、提供政策建议的同时对卫生服务提供方具有一定的监管职能。

荷兰尚无全国性评估机构。政府对评估项目提供资助,资助基金由半政府化的机构——健康研究与促进组织 (ZonMw) 管理,每年约 1 220 万欧元。ZonMw 旨在知识传播,在卫生领域的政策、研究和实践中充当中间人角色。它重视预防、医疗和保健,强调对卫生服务效率的评估。

5 澳大利亚

澳大利亚技术评估机构中比较知名的是药物和福利咨询委员会 (The Pharmaceutical Benefits Advisory Committee, PBAC), PBAC 成立于 1954 年,其职责是为卫生部提供有关药物效益方面的建议和咨询。根据法律,该委员会需要考虑药物的效果和经济效益。澳大利亚的医疗服务咨询委员会 (the Medical Services Advisory Committee, MSAC) 重点在诊断技术、程序和器械的安全性、有效性和经济性的评估。

6 加拿大

魁北克省 1988 年始创卫生技术评估委员会 (CETS),并在 2000 年更名为健康评估技术和方法署 (AETMIS),肩负着评估各种卫生保健干预措施安全性和有效性的职责。加拿大国家卫生技术评估办公室 (CCOHTA) 成立于 1989 年,致力于对医疗器械的有效性评估,不久之后又增加了对药品评估的任务。1994 年,CCOHTA 出版了首部用于药物经济学评价的国家指南。随着时间的发展 CCOHTA 的职责范围也有所改变,为了反映出该机构在联邦、省和地区对促进技术的有效利用方面职责的扩大,CCOHTA 于 2006 年再次更名为加拿大药品和卫生技术署 (CADTH)。在 2003 年的医疗改革中,统一药品审评 (Common Drug Review, CDR) 以提高药品的一致性和规范质量的评估过程由 CCOHTA 主导在加拿大各省开始实施。加拿大专业药品咨询委员会 (CEDAC) 作为 CDR 的一个分支机构,对药品制造商的申请提供独立的评价,并为省级卫生保健系统的处方药目录提供建议。由于使用了 HTA,使得加拿大的国家购买能力成倍增强,与其邻国美国相比具有更高的议价能力。

卫生技术评估案例介绍

当前,我国在经济快速增长的同时,也面临着“未富先老”和非传染性疾病防控的巨大挑战。如何合理利用卫生资源,降低疾病负担,增强人民健康,是我国医疗卫生体制改革需要迫切解决的问题。全球卫生实践经验证明,卫生技术评估(HTA)是一个重要的卫生政策辅助工具,有助于优化卫生资源配置,有利于解决“看病难,看病贵”的问题。

1994年卫生部在上海成立首家卫生技术评估中心以来,国内开展了很多卫生技术评估研究实践,一些评估项目为卫生政策的制定提供了参考依据,本文选择几例加以介绍。

1 结核病控制策略—DOTS策略的评估

肺结核是一个重要的全球公共卫生问题。据WHO估计,世界1/3的人口目前已感染结核杆菌,2009年新发病例约940万,死亡约130万。面对结核病的挑战,早在1994年WHO就提出了有效控制结核病的框架,把医务人员直视观察下的“短程督导化疗”(Directly Observed Treatment, Short-course DOTS)扩展为现代结核病控制策略,并在全球推广DOTS策略。我国是世界上22个结核病高负担国家之一,1992年开始接受世界银行贷款开展DOTS项目。

1998年,复旦大学公共卫生学院龚幼龙等采用成本-效果、成本-效用、成本-效益等方法对中国结核病控制不同项目间(DOTS项目、卫生部项目、非项目)进行了评估研究。成本-效果分析发现:DOTS项目治愈1例患者初治成本、复治成本、发现成本分别为537元、769元和83元,卫生部项目分别为760元、1213元和133元,非项目地区分别为1432元、2363元和133元;成本-效用分析发现:每挽回1个伤残调整寿命年(disability adjusted life years, DALY)损失投入的机构成本,DOTS项目初治及复治分别为55元和82元,卫生部项目分别为79元和129元,非项目地区分别为152元和260元;成本-效益分析得出:DOTS项目治疗1例初治和复治病例可避免损失分别为171元和111元,卫生部项目分别为120元和73元,非项目地区分别为64元和34元。研究最终结论认为,DOTS项目用于控制结核病,投资成本低,效果、效益及效用明显。

该研究为全国开展和推广DOTS策略提供了科学依据。据卫生部公布,2005年底全国DOTS覆盖率达到100%,新涂阳肺结核发现率达到78.7%,新涂阳肺结核病的治愈率达91.1%,如期实现了全球结核病控制目标,在防治结核病方面取得了卓越成效。

2 低强度激光血管内照射技术的评估

低强度激光血管内照射(Introvascular Low power Laser Irradiation, ILLLI)技术起源于欧洲,前苏联在上世纪80年代最早开始进行研究并应用于临床治疗。中国自上世纪90年代开始引进和研究,短期内该技术快速被接受和使用,几乎涉及临床医学各个学科,但国际上对ILLLI技术的有效性、安全性仍存在争议。

2004 年, 上海理工大学宓现强采用系统综述法对 ILLI 技术开展了卫生技术评估, 结果显示: (1) 现有研究缺乏高质量的流行病学设计, 绝大多数研究没有采用随机、对照和盲法原则开展, 文献结果的有效性差和可信性低; (2) ILLI 技术的应用无统一标准, 实际应用中在波长、功率、照射时间及治疗疗程等方面偏差较大; (3) ILLI 技术所治疗的疾病范围广, 适应症不明确, 961 篇纳入文献中治疗涉及 362 种不同类型病人。综合研究结果后认为: 该项技术治疗机制不明确, 适应症不确定, 尚无高质量的研究能证明其有效性和安全性, 应进一步开展高质量基础研究和临床研究后进行系统总结, 如使用该技术应慎重和谨慎。

2005 年卫生部发布关于加强“血液疗法”管理的通知, 要求不能将“激光血管内照射疗法”作为临床服务项目向患者提供, 应进行科学的、有组织的临床研究。通知规范了该技术在临床上的应用。

3 人类辅助生殖技术的评估

辅助生殖技术 (assisted reproductive technology, ART) 是指对配子 (精子和卵子) 或胚胎进行人工操作的过程, 其包含人工授精 (artificial insemination, AI) 和体外受精 - 胚胎移植技术 (in vitro fertilization and embryo transfer, IVF), ART 为不孕症的治疗提供了新途径。

上世纪 90 年代, ART 在我国迅速发展, 但缺乏相关的法律法规, 出现以营利为目的的混乱现象。2000 年复旦大学公共卫生学院吕军等对 ART 的安全性、有效性和社会性进行了系统研究, 并对该技术在我国的和发展和应用状况进行了综合评价。

研究的主要结果为: (1) ART 有一哄而上的趋势, 存在盲目性、无序性和商业性的状况, 加强对 ART 的管理显得非常迫切; (2) 在一定技术规范条件下, IVF 的安全性和有效性已能为社会和患者所接受。但与自然妊娠相比, IVF 的妊娠并发症要高得多, 有高比例的宫外孕、自发流产和早产等, 其安全性值得重视; (3) 实施 ART 不仅仅是简单的技术问题, 还涉及法律、伦理、道德等一系列社会问题, 在我国还有计划生育管理的问题, 故应加强法律法规建设和管理; (4) 人工授精技术在我国的应用存在不少问题, 如果该项技术失控将严重影响和阻碍我国生殖医学的健康发展。

该研究同时提出了政策建议: (1) 建立该技术的准入与管理制; (2) 应加强对人类精子库的管理; (3) 制定人工授精机构的基本标准和技术实施规范; (4) 建立科学、有序、统一的体外受精 - 胚胎移植技术中心的管理机制; (5) 消除辅助生殖技术的商业化现象。该项评估为国家制定 ART 的管理政策提供了科学依据。

2001 年, 卫生部发布《人类辅助生殖技术管理办法》、《人类精子库管理办法》及《技术规范、基本标准和伦理原则》。以后又进行了修订, 进一步提高了机构设置标准、技术实施人员的资质要求及技术操作的质量标准和技术规范, 进一步明确和细化了技术实施中的伦理原则。同时对控制多胎妊娠、提高减胎技术、严格掌握适应症、严禁供精与供卵商业化和卵胞浆移植技术等方面提出了更高、更规范、更具体的技术和伦理要求。

4 产前诊断预防唐氏综合征策略的经济学评估

唐氏综合征 (Down Syndrome, 简称唐氏), 又称 21-三体综合征, 是一种由染色体病变引起的严重出生缺陷。新生儿中此病发病率约为 1/700 ~ 1/1 000, 它给社会和家庭带来了严重的疾病负担。迄今, 医学上尚无根治此病的方法, 唯一有效的措施是进行产前诊断, 早期发现, 早期诊断, 尽可能地避免病儿的出生。

我国一些医疗机构陆续开展了唐氏产前诊断(筛查)服务, 2003年复旦大学公共卫生学院陈英耀等在决策模型基础上, 从社会角度对我国开展唐氏产前诊断的主要策略进行经济学评价, 以期为卫生决策部门和医疗机构提供决策依据。

国内医疗机构对唐氏干预的3种主要策略分别为: (1) 无任何筛查、诊断措施(自然状态); (2) 对35岁以上高危孕妇进行羊膜腔穿刺, 取材进行产前诊断(年龄筛查策略); (3) 所有年龄段孕妇在孕14~20周接受外周血两联筛查(AFP+HCG), 对阳性者进行羊膜腔穿刺, 取材做产前诊断(孕母血筛查策略)。研究结果显示: (1) 在有效性方面, 与自然状态相比, 每万名孕妇中选择年龄筛查策略与孕母血筛查策略分别可预防0.67例及1.39例唐氏婴儿出生; 从安全性来看, 因实施侵入性诊断程序, 年龄筛查策略和孕母血筛查策略分别导致每万名孕妇中1.13例和0.80例流产, 因而孕母血筛查策略的安全指数较高。(2) 成本-效果分析和成本-效益分析显示, 孕母血筛查策略的成本效果比和增量成本效果比分别为47.00万元和81.00万元, 而孕妇年龄筛查策略分别为11.00万元和11.00万元, 孕母血筛查成本-效益比是年龄筛查的4.22倍。研究最终结论认为, 孕母血筛查策略的安全性和效果优于年龄筛查策略, 但并不具有经济性的优势。这与国外的研究结果存在差异, 研究者们对其原因也进行了分析, 认为可能与以下因素相关: 我国实行孕母血筛查策略的覆盖率低、筛查后进行羊膜腔穿刺的诊断接受率低、孕母血筛查的价格较高。该研究也提出了政策建议: (1) 积极采取措施, 改善我国唐氏综合征产前诊断策略的经济性; (2) 寻找更有效的筛查策略; (3) 提高孕妇对筛查和诊断的接受率; (4) 制定合理的筛查价格, 理顺不同项目的比价关系; (5) 加强卫生行政部门对产前诊断的统筹规划, 完善网络体系; (6) 建立筛查服务的保偿制度, 部分规避筛查风险。研究为政府选择适宜的唐氏产前诊断策略提供了决策依据。

参考文献

- 1 朱建军. DOTS 策略在结核病控制中的应用进展. 临床肺科杂志, 2008, 13(11): 1453-1455.
- 2 龚幼龙, 武桂英, 李玉梅. 结核病控制项目的成本-效果、成本-效用、成本-效益分析. 中华医院管理杂志, 2001, 17(12): 709-712.
- 3 宓现强. 低强度激光血管内照射疗法的卫生技术评估. 2007年中国科学技术协会年会, 武汉, 2007.
- 4 吕军, 唐智柳, 董恒进, 等. 我国人类辅助生殖技术评估概述. 中华医院管理杂志, 2002, 18(10): 577-579.
- 5 陈英耀, 王斌, 李军, 等. 产前诊断预防唐氏综合征策略的经济学评价. 中国卫生经济, 2006, 25(5): 49-52.

(市医情所医学情报研究部 王海银编写)

我国医学科研低质量的原因探究与建议

陆雯婷 张勤 上海市卫生局科研与教育处

科研论文作为科学研究的一个重要环节,集中体现了科学研究的质量,对于推动科学的发展起着极其重要的作用。英国皇家学会于今年3月28日发布的一份报告显示,中国在科研论文数量上所占比重已从4.4%上升到10.2%,排序位置从全球第六上升至第二,并有可能在2013年取代美国成为世界最多产的科研大国。一方面,这反映了我国科研水平的国际地位产生了突破性的影响,而另一方面,更让人担忧的是,众多科研论文平均引用率排在世界100名开外,真正好的论文、真正有价值的科研成果凤毛麟角。

医学科研同样面临着量多质低的窘况。目前国家对于医学科研工作大力支持、科研经费持续投入。然而,在这背后,却充斥着大量低质量、甚至无用的科研成果,不仅大量的科研经费与资源被浪费,更重要的是低质量的科研将严重误导医疗行为,误导卫生政策的制定与实施,甚至威胁公共健康和人民生命安全。

1 医学科研质量低下的原因探究

1.1 科研不规范、学术造假所致

现在很多年轻科研人员往往忽视了科研的严谨性,许多的临床试验在执行过程中会存在诸如不符合伦理要求、试验标准操作规程不完善、研究者缺乏生物统计学方法的培训、试验过程缺乏监督及有效核查等问题,严重损害了试验的真实结果,使其结论的可信度大打折扣。

还有不少科研课题,研究者仅从专业角度考虑问题,忽视了科研的科学性,研究方案设计不合理,研究统计方法应用错误等导致组间受混杂因素的干扰很严重,无法得出正确的结论。

更有甚者,或是为了出名,或是受经济利益驱使,在科学研究中弄虚作假,篡改试验数据、夸大科研成果、夸大本人的贡献、强占他人成果、抄袭等,无一不大大降低了医学科研的水平。

1.2 科技评价体系缺陷所致

就目前而言,科技评价主要以定量指标为主,无论大医院还是小医院,几乎都将论文、科研项目、获奖情况等与医生的待遇、晋升、考核相挂钩,每年下达指标数,以此作为绩效考核依据。

这种评价方式,是一种过度量化、过于简单、忽略论文及科研成果实际价值的科技评价方式,严重背离了科技研究的宗旨,在某种程度上体现了我国科技评价机制的不健全,也催生出大量的“学术泡沫”。甚至成为引发一稿多投、同一成果重复发表等学术不端现象的主要根源,直接造成了医学科研多产但质量不高。

1.3 学术会议泛滥,背离学术初衷所致

学术会议是广大医务工作者学术交流的平台。在会议上发布或介绍最新的科研成果、学术经验等,有利于同行间融汇思想,激发学术热情,从而进一步提升科研能力。但现今,各种规

模的学术会议多如牛毛, 专家四处赶场, 为了开会而开会。

学术会议的过度泛滥使得会议的整体学术水平越来越低, 进一步造成了科研质量的低下。一方面, 繁冗的会议让医生静不下心来好好地做科研, 把大量时间用于开会演讲。另一方面, 会议参加者过早离席或是干其他事情消磨时间, 有时更是假借参加学术会议之名做自己的事情, 学术会议流于形式。

2 对于提高医学科研质量的建议与对策

2.1 营造科学研究的良好氛围

自然科学的发现和发明, 从来都是厚积薄发的结果。由于科学探索所特有的不确定性和非共识性, 所以我们更需要一个开放自由的环境、一个宁静致远的环境、一个宽容失败的环境。开放自由的环境能够激发思想的火花; 宁静致远的环境能够使人不带任何功利色彩地进行科学研究; 宽容失败的环境能促使人对科学进行不断探索钻研, 是催生创新成果的温床。科学研究没有百分百的成功, 只有当宽容失败的理念深入人心, 才能让每一位科研人员真正地放开手脚, 勇攀科学的高峰。

2.2 鼓励探索创新, 解决临床实际问题

科学研究的特点就是创新, 医学科研就是为了通过不断的探索、创新, 努力提高诊断水平和治疗效果、改善预后。

医学科研历来都是从实践中来, 到实践中去的循环往复过程, 应从医学实践中凝练和挖掘科学问题, 开展学术思想和研究方法的创新研究, 多研究那些关系国计民生的重大疾病、突发公共卫生事件、危害人民群众健康的常见病、多发病。此外, 科研人员还需进一步加强科研成果转化能力, 使科研能真正服务于临床。

2.3 规范和完善科技评价体系

科技评价应遵循公开、公平、公正的原则, 评价方法应采用定性与定量相结合的方法, 以是否具有重大科技创新、重大技术进步, 是否阐明自然现象、特征和规律, 是否做出重大科学发现, 是否在相应技术领域、学科和行业内有影响, 以及是否已取得和具有潜在的经济社会效益等实质性的价值标准作为重要指标。慎重使用“国际领先”、“国内领先”等评价。同时建立和完善同行评审人员的信用制度、开展科研项目后评估和追溯评价以及第三方评价制度, 充分发挥学术共同体在学术评价中的作用, 保持中立、客观的评价。

2.4 强调办会质量, 规范学术会议

美国以及欧洲等发达国家, 学术会议不多, 大都是每年只召开一次, 但会议很有质量, 达到了举办学术会议的初衷: 交流学术思想, 共同提高学术水平。学术会议的召开是必要的, 但规范学术会议、强调会议质量, 还需行业协会加以引导与帮助, 政府部门加以管理与监督, 医务人员回归清醒与自律。

2010年度获上海医学科技一等奖项目简介

病毒因素与遗传因素在肝细胞癌发生发展中的作用

该项目由中国人民解放军第二军医大学曹广文教授领衔完成。

项目围绕我国乙型肝炎病毒(HBV)研究领域的难点——HBV基因型/亚型及其变异的分布、病毒学特征及遗传因子在肝细胞癌(HCC)发生和转移过程中的关系问题进行了系列研究。

主要创新点:

(1) 我国 HBV 基因型 / 亚型的流行特征与所致疾病关系: 首先建立了 HBV 基因型 / 亚型快速、联合鉴定方法, 首次阐明了我国大陆地区自然人群中主要 HBV 基因型为 C (68.3%)、B (25.5%)、混合型 (5.7%) 和 D (1.5%), 主要亚型为 C2 (58.0%), B2 (27.3%) 和 C1 (10.7%)。HBV C2 由北向南逐渐降低, HBV B2 和 C1 的分布则相反; 发现了新基因亚型 C8 和 C9, 在新疆维吾尔族人群中发现古老型 HBV D1; 和 HBV C2 相比, HBV B2 在年轻人群中复制能力强、容易造成急性乙肝, 但随年龄增加容易被清除; HBV C2 所致急性乙肝慢性化率显著高于 HBV B2; HBV C2 是肝硬化和 HCC 发生的独立危险因素, 而 HBV B2 是 HCC 复发的独立危险因素。

(2) 在 HBV 的 HCC 相关病毒变异方面: 首先用 900 例来自社区的无症状感染者 HBV 序列确定“野生序列”, 确定各基因亚型对应变异谱; 发现 A2964C、T3116C、A1846T 是新的肝硬化独立危险因素, 而 C2964A、C3116T、C7A、T1674C/G 是新的 HCC 独立危险因素, 发现联合变异是 HCC 的决定因素, 发现前 S 区、核心启动子 / 增强子 II 变异从 HBV 慢性感染发展到 HCC 过程中逐渐累加, 这些变异及其联合可预测 HCC 的发生。

(3) 在 HBV 和遗传因素与 HCC 关系方面: 应用基因芯片和噬菌体肽库等技术发现一组与癌症发生和转移相关的炎症信号网络的关键基因, 发现这些炎症信号网络中 NF κ B 途径的 NF κ B1 和 I κ B 基因启动子单核苷酸多态性及其单倍型是 HBV C2 感染相关 HCC 的独立危险因素。这些发现对确定何种 HBV 感染者易发生 HCC, 并采取针对性早期干预措施预防 HCC 发生有重要价值。

该项目在 J Natl Cancer Inst 和 Gut 等发表 SCI 论文 24 篇, 影响因子共 125 分, 他人引用 269 次; 申请专利 1 项; 项目在筛查高危 HBV 感染者和继续医学教育中得到应用; 负责人应邀赴欧洲进行系列专题报告向国际推广。

结直肠癌肝转移的外科和综合治疗

该项目由复旦大学附属中山医院秦新裕教授领衔完成。

肝转移在结直肠癌整个病程中发生率达 50%(其中 25% 在初诊时已发生肝转移), 是结直

肠癌主要死亡原因(60%~70%),也是其5年生存率徘徊在50%~70%的主要原因,提高肝转移疗效是改善结直肠癌预后的关键。课题组从手术治疗创新、综合治疗的规范以及预防等方面开展了系统研究。

主要创新点:

在国内最早开展肝转移灶切除的基础上,打破既往关于切缘、转移灶个数、可切除的肝外转移灶和肝门淋巴结转移等限制,扩大了手术适应症。至2009年12月,共施行结直肠癌肝转移灶切除近500例,切除率从19.2%提高到31.2%,术后5年生存率达35.6%。课题组针对“同时性肝转移患者是否同时切除原发灶和肝转移灶”这一国内外争论焦点,率先在国内开展了结直肠癌肝转移灶和原发灶同步手术切除。截至2009年12月,共完成231例手术,手术并发症发生率、术后复发率和3年生存率与分阶段先后切除原发灶和肝转移灶相同,而且避免了患者进行两次手术的打击。结直肠癌肝转移多学科综合治疗团队(MDT)是目前国际上最新的治疗模式,课题组在国内率先建立了MDT。经MDT诊疗的患者,有24.7%在综合治疗后获得了肝转移的根治性切除,达到国外先进水平。课题组率先在国内外采用联合奥沙利铂+FUHR+MMC对经过影像诊断为III期结直肠癌的患者行术前肝动脉和肿瘤区域动脉灌注化疗,共计开展了近千例,在不增加并发症的前提下降低术后肝转移的风险55%。

该项目发表SCI论文11篇,中华系列杂志论文40余篇,主编《结直肠癌肝转移早期诊断和综合治疗》专著一本。推广应用的单位共施行术前介入化疗近万例,使之成为预防术后肝转移的有效方法。

糖尿病血糖监测新技术的开发和临床应用

该项目由上海交通大学附属第六人民医院贾伟平教授领衔完成。

糖尿病发病率高,是危害严重的全身性疾病。血糖监测是评估糖代谢紊乱及治疗效果的必要手段。随着科技的进步,血糖监测技术也得到不断的开发和完善。与此同时,血糖监测领域仍有许多亟待解决的问题:(1)动态血糖监测尚未建立正常参考值,限制了该项新技术在临床上的广泛应用和合理解释。(2)国际上已将糖化血红蛋白这一评价长期血糖控制的监测指标用于糖尿病诊断,然而在中国人群中是否适用缺乏证据。(3)遏制糖尿病发生发展的关键是早筛查、早诊断,如何找到高效、便利的筛查方法始终是一个难点。该项目围绕以上问题,从多个层面开展了系列研究,取得了多项技术突破和新发现。

主要创新点:

(1)在国际上首次通过全国多中心研究,建立了中国人动态血糖的正常参考值,研究结果被2009版《中国动态血糖监测临床应用指南》所采用,为动态血糖监测新技术在临床的推广应用奠定了基础。

(2)在国际上首次提出了应用糖化血红蛋白诊断糖尿病在中国人群中的最佳切点 $\geq 6.3\%$,为临床提高糖尿病的诊断效率提供了新手段。

(3) 在国际上首次发现联合检测空腹血糖和糖化血清白蛋白可以提高糖尿病筛查效率, 为糖尿病早期筛查提供了新途径。

(4) 在国内首次通过动态血糖监测技术, 阐明了正常糖调节人群血糖波动与早期相胰岛素分泌功能密切相关, 通过干预研究率先报告了基线骨钙素水平与降糖治疗后血糖波动的改善明显相关, 为制定优化降糖治疗方案提供了依据。

该项目已撰写论文 52 篇, 其中发表 51 篇, 6 篇被 SCI 收录, 另有 2 篇已在 SCI 期刊发表, 1 篇已被接受, 累计影响因子 31.19, 单篇最高影响因子 13.66。有 3 篇被英文期刊引用 10 次 (他引 8 次), 17 篇被中文期刊引用 165 次 (他引 146 次)。培养 15 名博、硕士研究生, 获得相关研究基金 3 项。主要创新技术通过举办血糖监测国际论坛、国内外重大学术会议特邀报告、全国糖尿病新技术学习班、进修医生培养等多种形式向国内外推广, 已被全国 55 家医院应用, 提升了我国糖尿病的诊治水平, 扩大了我国在国际学术领域的影响, 社会效益显著。

基于血管重建的腔内治疗颅内动脉瘤基础与临床研究

本项目由上海长海医院刘建民教授领衔完成。

颅内动脉瘤破裂出血是常见的急性脑血管病, 病情极为凶险。血管内治疗已成为该病最为重要的治疗方法之一, 针对脑动脉瘤血管内治疗中的疑难问题, 课题组开展了相关基础与临床研究。

主要创新点:

首先提出并证实脑动脉瘤血管内治疗的血管重建理念, 包括 (1) 在影像随访中首先报告支架植入后“隔离带形成”现象, 形成载瘤血管修复理念; (2) 通过动物实验的组织学研究证实, 支架可以促进动脉瘤颈的解剖愈合; (3) 证实内皮祖细胞在支架治疗动脉瘤后瘤颈愈合中的作用。在理论研究的基础上, 进一步探索将冠脉支架等技术引入颅内血管的临床应用, 使一些既往无法治疗的颅内病变的介入治疗成为可能, 形成了脑动脉瘤腔内治疗的血管重建技术体系, 创用了以下关键技术: (1) 国内最早开展支架成形术结合弹簧圈栓塞治疗颅内动脉瘤的研究, 在支架选择、定位和输送等技术上进行改进, 使支架成形术成功率达 99%; (2) 在国际上首创弹簧圈成篮后支架植入术 (支架后释放技术) 和支架半释放技术, 显著提高动脉瘤的技术成功率和致密栓塞率; (3) 国际首创颅内支架侧孔成形术和平行“Y”型支架成形术, 使颅内重要侧枝血管通畅率达 99.5%; (4) 首次报道微导丝辅助技术, 成功解决末梢型宽颈动脉瘤的血管内治疗难题。此外, 运用血管重建理论在国内率先开展基于血流导向的流体力学与器具开发研究, 包括 (1) 开展支架孔率对血流动力学影响的研究, 确定动脉瘤治愈的支架孔率; (2) 设计具有自主知识产权的血流导向装置, 并通过动物实验研究和临床研究证实, 单用该器具, 动脉瘤治愈率高达 83.3%, 成功率达 100%。本组共应用血管重建术治疗各类难治性颅内动脉瘤 1 032 例, 成为国内外治疗该病例数最多单位, 总致密栓塞率达 85% 以上, 载瘤动脉均保持通畅, 并发症率 1.45%, 复发率 2.2%, 在颅内血管成形的手术成功率、围手术期安全及中短期疗效方面优

于国际上的大宗报道。

该项目发表论文 80 余篇, 编写专著 4 部, 举办学术会议 24 次, 培养研究生 45 名, 所创用的相关技术在近百家医院推广应用, 获得了良好的社会效益和经济效益。

胰腺癌早期诊断和综合治疗研究

本项目由上海长海医院李兆申教授领衔完成。

胰腺癌是常见的高发恶性肿瘤之一, 5 年生存率低于 5%, 目前缺乏有效的早期诊断手段, 并且中晚期胰腺癌的疗效无显著突破。课题组针对胰腺癌的分子生物学特性, 开展胰腺癌早期诊断标志物研究, 并通过内镜介入、改良外科手术方式等进行新治疗方法的探索。

主要创新点:

(1) 胰腺癌的早期诊断研究: 在国际上报道 EUS-FNA 穿刺物粘蛋白分子可作为胰腺癌早期诊断的新的分子标志物。发现了 NPTX、miR-21、miR-196a 等一系列血清标志物, 其敏感性和特异性达到 85% 和 90%。发现胰液中检测 TTR 蛋白可作为早期诊断标志物。在国际上首次命名一条全新的胰腺癌特异表达基因——S100P 基因, 并被 GenBank 收录。建立了血清定量检测 K-ras 突变的方法, 与 CA19-9 联合, 诊断胰腺癌的敏感性和特异性达到 80% 以上, 并建立了胰腺癌高危人群筛查流程。

(2) 建立了胰腺癌外科手术的全新模式: 对于可切除的胰腺癌, 通过改进传统胰十二指肠切除手术的技术路线、完善血管切除/重建技术、实施区域淋巴结廓清术、改进消化道重建技术等多项措施, 使胰腺癌的总手术切除率达到 80% ~ 85%, 严重并发症低于 15%, 胰痿发生率为 2.7%, 1、3、5 年的生存率分别为 70.8%、31.4% 和 20.9%。累计完成 3 000 余例胰腺癌手术, 手术例数和成功率居于国内首位。

(3) 开创了多种胰腺癌内镜介入治疗新技术: 对于无法手术切除的中晚期胰腺癌, 在国际上首次开展超声内镜 (EUS) 引导下放射性碘 -125 粒子种植新技术, 短期疼痛缓解率达 75%, 1 年生存率达 27%; 在国际上首次研制成功可承载放射性粒子的胆胰管引流支架; 在国际上首次开展腹腔神经节放射粒子种植术治疗胰腺癌疼痛; 使中晚期胰腺癌的 1 年生存率提高到 30%, 平均中位生存期提高至 9.4 月。

该项目共发表相关论文 274 篇, 其中中文论著 230 篇, SCI 收录 44 篇, 影响因子总分 161.1, 最高影响力杂志 Gut (9.7 分), 累计被 SCI 他引达 120 次。创办了《中华胰腺病杂志》, 主编《现代胰腺病学》。获国家实用新型专利 4 项, 申请国家发明专利 8 项, 出版专著 8 部。研究成果在国内 30 余家单位推广, 先后 20 余次在国际学术会议上操作演示, 显著提高了中晚期胰腺癌患者的生存质量, 取得了广泛的社会和经济效益。

(市医情所徐文怡整理 牛玉宏审校)

(本文编辑: 杨晓娟)

西班牙成功实施永久性人工心脏移植手术

西班牙首都马德里“10月12日医院”8月22日宣布，西班牙首例接受永久性人工心脏植入的患者当日出院，手术成功。

据这家医院介绍，这位67岁高龄的患者患有心肌扩张症，由于此前的心脏病病史，其心肌无法有效收缩，并且由于肾功能衰竭和慢性阻塞性肺病，他无法接受心脏移植，于是选择了人工心脏植入手术。

植入其心脏的设备包括一个由电机、进出口导管和控制设备组成的泵，该泵将血液从左心室心尖部推至主动脉。整个设备位于患者体内，靠一根电线与体外控制装置相连。控制装置可使用主电源，也可使用电池提供约12h的动力。该设备一经植入，便不需要再校准或进行技术上的调整。

据悉，目前在欧美国家已有超过6500名病人受益于该设备。这种人工心脏与其他类似设备相比，临床疗效较好，并减少了感染、血栓、溶血以及红细胞破裂的风险。

(信息来源：<http://www.jkb.com.cn/document.jsp?docid=238116&cat=09C>)

“生物胶水”可黏接细小血管

外科手术中，把断裂、破裂的血管接起来一直是“针线活”，但缝合术不适合特别细小的血管。美国研究人员新发明一种方法，能用“生物胶水”把细小血管黏接起来，并且能避免缝合术的一些副作用。

美国斯坦福大学医学院的一个研究小组报告说，他们利用了两种现成的物质：有机聚合物“泊洛沙姆407”，以及生物黏合剂“多抹棒”。前者用于把血管的两端撑开，后者用于黏合。

“泊洛沙姆407”对人体无毒，已被批准用作一些药品和个人护理产品的辅料。它有一种独特性质，在低温下是液体，受热后变成固体，过程是可逆的，新方法正是利用了这一特性。研究人员将该物质加热到高于体温，使它变成固体，用于撑开血管，温度下降后它变成液体，不会阻塞血管。

研究人员说，他们在动物身上进行的试验表明，新方法比传统的血管缝合术更高效，并且能接合仅0.2mm粗的血管，而缝合术很难处理直径1mm以下的血管。此外，针线造成的损伤会使血管出现内膜增生或炎症，增加血管栓塞的风险，新方法则没有这种风险。相关论文于8月28日发表在英国《自然-医学》杂志网络版上(doi:10.1038/nm.2424)。

这种方法还需要进行更多动物试验，然后进行人体试验，确认安全有效后才能付诸实用。研究人员认为，由于所用的两种物质此前都已通过美国食品和药物管理局的认证，该方法走向

临床的速度可能会很快。

(信息来源:

http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/news.xinhuanet.com/health/2011-08/30/c_121929755.htm)

首个病毒治疗癌症成功案例

来自加拿大渥太华大学、美国抗癌药研发公司 Jennerex 等处的研究人员 9 月 1 日在 *Nature* 杂志上发表了 1 项癌症治疗研究 (doi:10.1038/nature10358), 该研究首次利用一种静脉注射病毒靶向肿瘤而不会伤害到正常组织, 研究也首次显示了外源基因在静脉注射后能进行肿瘤特异性表达。*Nature* 杂志发表的这篇文章是这项研究第一阶段的临床结果。

Jennerex 公司主要致力于开发突破性靶向溶瘤病毒疗法的临床生物治疗, 溶瘤病毒 (oncolytic poxvirus) 是一类具有复制能力的肿瘤杀伤型病毒。1991 年, Martuza 等人在 *Science* 杂志发表文章, 称转基因 HSV 在恶性胶质瘤治疗中有一定的效果, 此后采用 HSV 进行的溶瘤病毒治疗就日益受到关注。其原理是通过对自然界存在的一些致病力较弱的病毒进行基因改造制成特殊的溶瘤病毒, 利用靶细胞中抑癌基因的失活或缺陷从而选择性地感染肿瘤细胞, 在其内大量复制并最终摧毁肿瘤细胞。

近年来, 溶瘤病毒治疗引起了广泛关注, 但是还没有确切的成果公布。在这篇文章中, 研究人员对 23 名已发生转移的结直肠癌、皮肤癌、卵巢癌以及肺癌的患者进行了试验。患者分别接受了 5 种不同剂量水平的 JX-594 病毒单剂静脉内注射治疗。87% 的病人接受的是最高剂量水平的治疗, 在此部分病人中, 注射的肿瘤靶向病毒成功地跟随肿瘤细胞到达全身并进行了复制, 并成功阻止了肿瘤的继续生长, 且没有干扰正常组织, 其余接受低剂量治疗的患者病情也趋于稳定。所有剂量水平的治疗均处于可接受范围内, 患者仅出现轻微的副作用, 比如流感样症状。

文章的另一作者, 渥太华大学医学教授 John Bell 表示, “我们都十分激动, 因为这是医学史上首个静脉注射病毒治疗在癌症组织中稳定、并选择性复制的人类成功案例”。这也是第一次使用溶瘤病毒产品对已发生转移的癌症病人进行静脉内给药, 并且证明成功地做到了定靶和摧毁癌症, 这开拓了系统治疗癌症的一个新局面。

(信息来源: <http://www.ebiotrade.com/newsf/2011-9/201191172730353.htm>)

发光细胞引导癌症手术

近日, 来自荷兰格罗宁根大学、德国慕尼黑工业大学以及美国普渡大学的研究人员组成的一个研究小组, 利用一种能够让癌变细胞发光的新技术成功地完成了对卵巢癌患者癌变组织

的精确摘除,这是医生首次将这种技术用于人类。这一研究成果 9 月 18 日在线发表于 *Nature Medicine* 杂志 (doi:10.1038/nm.2472)。

卵巢癌是女性生殖器官常见的肿瘤之一,发病率仅次于宫颈癌和子宫体癌而列居第三位,但因卵巢癌的致死者却占各类妇科肿瘤的首位。这主要是由于卵巢癌的生长部位隐蔽,肉眼无法直接看到,造成诊断和治疗上的困难。

新技术的开发者、普渡大学的化学教授 Philip Low 说:“采用传统的检测技术,外科医生仅能观察到直径为 3mm 的癌细胞团,新技术大大提高了检测的灵敏度,将癌细胞团的检测直径缩小至了 0.1mm。”

由于大部分卵巢癌恶性肿瘤中的细胞都有一种特殊的受体,这些受体能够与一种叫做叶酸的维生素结合。基于此项结论,Low 提出了一个大胆的设想:利用叶酸作为“特洛伊木马”将显像剂传送至癌细胞中。于是研究人员将一种荧光物质添加到叶酸上,在手术前 2 小时将其注入到患者病变组织中,利用特殊光线照射,医生在整个手术过程中就能准确定位那些发光的癌细胞。借助这一技术,研究人员在手术中精确摘除了癌变组织。

由于叶酸受体除在 85% 的卵巢癌中有高表达外,大约 80% 的子宫内膜癌,肺癌和肾癌,以及 50% 的乳腺癌和结肠癌中也表达这一受体。研究人员认为,未来这一技术将能广泛地适用于识别多种癌变组织。目前,Low 的研究小组正与梅奥医学中心达成协议共同开展下一阶段的临床实验。

(信息来源: <http://www.ebiotrade.com/newsf/2011-9/2011921213717367.htm>)

研究人员发现肝脏移植排异反应低的机理

澳大利亚研究人员日前发现肝脏移植排异反应比较低的机理:健康的肝细胞可吞噬并摧毁免疫 T 细胞,减少器官移植排异反应。这一成果有助于提高人类器官移植的效果。

澳大利亚百年研究所研究人员在 10 月 4 日的美国《国家科学院学报》杂志上发表研究报告 (doi:10.1073/pnas.1112251108) 说,患者接受器官移植后,一些“反应过激”的免疫 T 细胞会使自身免疫系统把移植器官当作“入侵者”发起攻击,引起排异反应。研究人员通过动物实验发现,健康的肝细胞可吞噬并摧毁免疫 T 细胞。此发现有助于解释为什么肝脏移植排异反应发生几率低于其他器官移植。

研究人员认为,如果人类能够掌握肝脏控制免疫系统的方式,患者将不必使用大量抑制免疫药物,就能达到减少排异反应的目的。

(信息来源: http://news.xinhuanet.com/health/2011-09/21/c_122066667.htm)

深情怀念优秀的社会医学与卫生事业管理 学科带头人刘俊先生

张勤 上海市卫生局科研与教育处处长

今天,我们怀着无比沉痛的心情向刘俊先生告别。他因病医治无效,享年 67 岁就离开了我们。

几年前,刘俊先生就分析说,我国目前医改的第一个弊端就是医疗费用上涨过快,其上涨幅度远远超过了我国 GDP 的正常增长水平,也超出了广大百姓能承受的经济能力和心理承受力。第二是医疗保障体系不完善,有超过一半的中国人还没有医疗保障,就是已经有了医疗保障的人,其保障水平也比较低。在享受医疗保障的过程当中,还有很多个人的风险,在我国还存在着因病返贫的现象。第三就是我们的服务体系目前在效率上、在公平上跟我们构建和谐社会的要求还有相当大的差距。由于以上原因,目前对于我国医疗改革中反映比较强烈的就是“看病难”、“看病贵”问题。今后应该增加投入完善医保系统和服务体系,为广大患者提供基本的卫生服务,解决“看病难、看病贵”的问题。当医改新政不断深化之时,我们不禁为痛失一位优秀的社会医学与卫生事业管理的学科带头人而深深惋惜!

刘俊先生是我们上海市卫生局的老局长、老书记,退休后继续为国家和上海的医改奔波操劳,担任国务院深化医药卫生体制改革专家咨询委员会委员、国家卫生部决策咨询专家委员会委员、上海市人民政府医改工作市长顾问等重要职务,努力开展调查研究,积极建言献策,为国家和上海制定医改方案呕心沥血,做出了不可磨灭的突出贡献。2006 年和 2010 年先后两次参与中央政治局集体学习报告的起草工作。其中,2006 年 10 月,他与北京大学著名经济学专家李玲教授一起,作为主讲人,在中央政治局第 35 次集体学习会上,作了国外医疗卫生体制和我国医疗卫生事业发展专题辅导报告,得到中央主要领导人的高度评价。刘俊先生十分热爱党和人民,十分热爱党和人民的医疗卫生事业。他的一生,是全心全意为人民服务的一生,也是为老百姓健康奋斗的一生。刘俊先生高尚的人格魅力和宝贵的精神遗产永远值得我们后人景仰和弘扬。

记得 1984 年 8 月,我从上海医科大学公共卫生学院(原上海第一医学院卫生系,现复旦大学公共卫生学院)毕业来到上海市卫生防疫站(现上海市疾病预防控制中心)科教科工作不久,刘俊先生刚担任了上医大附属华山医院副院长,再不久,刘俊先生担任了上医大的副书记、副校长,由于基层科技教育工作的关系,我知道刘俊先生在分管的科技开发、医院管理、学生工作方面都积极开拓创新,受到广大师生的赞誉有加。1993 年刘俊先生从上医大来到了局机关,担任了上海市卫生局局长,1994 年又任局党委书记,还兼任中华医学会上海分会会长(现上海市医学会会长、中华医学会副会长),直至 2008 年退休。我从 1990 年即被组织上调到市

卫生局机关科研处工作，一直都在刘俊先生的领导和指导下工作，深得刘俊先生的教诲。

刘俊先生酷爱学习读书，休息天也极少参加应酬活动。刘俊先生讲学习、讲政治、讲正气，特别善于学习、勤于思考，政治思想和理论水平高，具有很强的政治敏锐性和鉴别力，曾经当选为市第七、第八次党代会代表，中共上海市第七届委员会委员。刘俊先生是坚持解放思想、实事求是、与时俱进的践行者，总是善于统揽全局，把握关键，具有很强的宏观决策能力和领导水平。刘俊先生光明磊落，公道正派，廉洁奉公，严于律己，保持了一个真正共产党人的优秀品质、政治本色与道德情操，深受广大干部群众的尊敬与爱戴。刘俊先生针对卫生系统实际，积极有力地推进医药卫生改革，先后推出领衔全国卫生的创新之举：

--- 面对医疗卫生事业发展中出现的新情况与新问题，刘俊先生深入基层调查研究，协调全市相关部门，研究出台了“总量控制、结构调整”的实施办法，实现了政策控费目标，并且依托上医大公共卫生学院卫生政策研究中心，及时总结归纳提高，发表系列研究论文，研究成果荣获国家科技进步奖！

--- 刘俊先生特别懂得“科学技术是第一生产力”、“人才是第一资源”的发展理念，整体推进上海卫生学科人才建设工程，大力发展上海医学科技优势和临床专业特色，1994年起先后推出了医学领先专业和重点学科建设的跨世纪工程、卫生系统“百、千、万”人才培养培训工程，在全市卫生系统营造了前所未有的学科和人才梯队建设的良好氛围，为上海医学学科和人才的可持续发展奠定了坚实的基础，为重振上海医学雄风做出了难以磨灭的贡献！

--- 刘俊先生着力推进上海的公共卫生体制改革与发展，领导我们建立了中国大陆第一个疾病预防控制中心，使传统的旧的卫生防疫站华丽转身，转型成为疾病预防控制中心与卫生监督所，被国家卫生部评价为我国公共卫生领域改革发展的里程碑！

--- 刘俊先生积极培养培训社会医学与卫生事业管理人才。在刘俊先生的直接倡导和支持下，上海市卫生局与上医大合作，以公共卫生学院卫生管理培训中心的平台，利用美国中华医学基金会（CMB）项目支持和研究生培养师资条件，举办了近10期研究生班，培养了一大批卫生管理专业化干部，其中很多也已成为上海卫生管理的中坚骨干。

刘俊先生认为，卫生事业管理是一门专业学科，必须要有专门的学术杂志、专业的人才培养、专业的学术组织机构、专门的职位职场专业晋升制度支撑。刘俊先生亲自担当公共卫生学院卫生事业管理的兼职教授，参加研究生导师小组，参与研究生开题和毕业论文答辩。刘俊先生的卫生改革与发展的学术论坛报告会，常常成为复旦大学公共卫生学院的教学精品。实际上，在抗击SARS的斗争中，刘俊先生临危不乱、科学防控、“群防群控”的策略，以及在担任上海市医学会会长期间倡导医学新兴前沿科学、促进科技创新发展的探索，都为我们树立了“学以致用、学用结合”、“勇于开拓、创新变革”的楷模。

刘俊先生有一句话“必须把老百姓的健康放在心上”。我们深情怀念优秀的社会医学与卫生事业管理的学科带头人刘俊先生，一定要记着这一句非常朴实的名人名言。

君子温言，犹在耳目；卓然风骨，永铭于心。是为永恒的纪念。

2001年10月20日



卫生部科教司召开卫生技术评估研究工作座谈会

2011年8月11~12日,卫生部科教司在四川省成都市召开“卫生技术评估研究工作座谈会”。中国循证医学中心(四川大学华西医院)及相关高等学校循证医学分中心、卫生部卫生技术评估重点实验室(复旦大学医学院)、卫生部卫生发展研究中心、卫生部医药卫生科技发展研究中心、部分省市卫生厅局科教处负责人及有关特邀专家等共60余人参加了会议。

与会人员就卫生技术评估工作的目的、作用、相关概念进行了认真的研讨,对于如何深入开展卫生技术评估提出了意见和建议,对卫生部卫生技术评估重点实验室草拟的《卫生技术评估规范(初稿)》提出了修改意见。

经过充分讨论,会议认为今后应在以下几方面推动卫生技术评估工作:(1)明确概念:应当认真梳理卫生技术评估范围、对象、研究方法学等,明确卫生技术评估的概念以及与其他学科的关系;(2)服务中心:卫生技术评估工作要紧密围绕政府中心工作,服务于深化医药卫生体制改革和卫生事业发展的重点问题,如基层适宜卫生技术的遴选,应该是致力于解决群众关心的“看病难、看病贵”问题的技术评估;(3)跟踪前沿:卫生技术评估研究应当关注国内外高新技术发展动态,跟踪科学技术前沿,发展新技术,推动科技成果转化与应用;(4)规范模式:要深入研究卫生技术评估的方法学,建立规范化的评估和管理模式,保证评估质量;(5)建设能力:要发挥高等院校的传统优势,积极培养青年骨干,推动学科建设,鼓励第三方中立评估机构的建立;(6)确保安全:医疗技术是一把双刃剑,应重视评估工作在确保技术安全性、有效性以及伦理性方面的重要作用;(7)发挥作用:卫生技术评估工作应当与临床和公共卫生实践密切联系,主动适应医疗保障、基本药物等医改工作需要,发挥应有的作用;(8)加强宣传:加强卫生技术评估对公众的宣传,让更多的人了解技术评估的作用,让潜在使用者了解卫生技术评估的价值,认识卫生技术评估的重要性,使卫生技术评估工作在疾病防治中发挥更大的作用。

(信息来源: <http://www.dcmst.org.cn/bencandy.php?fid=12&id=324>)

2010年度上海市卫生系统医学科技期刊审读暨研讨会

2011年9月2日,2010年度上海市卫生系统医学科技期刊审读暨研讨会议召开。市卫生局科教处张勘处长、市新闻出版局新闻报刊管理处赵靖副处长、市新闻出版局顾月明副调研员、市期刊学会副会长王永武、《大众医学》执行主编贾永兴、《中西医结合学报》副主编周庆辉以及本市卫生系统的期刊(包括内刊)主编、编辑部主任和编辑共50余人参加了本次研讨会,会议由市卫生局科教处副调研员周蓉主持。

张勘处长首先发言,他指出了近年来期刊在编校质量方面存在的主要问题,强调不仅要提

高编校质量, 更要加强学术质量评估, 以此来提升期刊的影响力。提出要加强业内合作交流, 取长补短, 实现共赢。周蓉副调研员通报了2009年度本市卫生系统医学科技期刊的审读情况, 并对2010年度审读工作作了部署。从2009年度的审读结果看, 仅少数期刊为“优秀”, 大部分期刊为“良”, 还有部分期刊未达标, 未达标的期刊应争取在近两年达标。2010年度年审读期刊增加至45种, 其中公开发行人期刊35种, 内刊10种。2010年度审读标准增加了学术评价、网站建设等指标, 并借鉴了期刊综合质量考评指标。审读包括自查、互查和专家评审相结合的方式。

随后, 参会人员就期刊数字化、国际化及审读工作展开了交流、讨论。王永武主任介绍了本市医学期刊数字化调研情况。调研结果显示, 主办单位在本市的医学期刊共有112种(其中公开发行人期刊为103种), 学科门类齐全, 以临床医学为主。总体来看, 期刊的稿源质量欠佳, 影响因子较低, 需求量不高。大部分期刊已建立了网站, 设立了在线投稿系统及个性化定制服务。鉴于期刊的数字化水平不高, 期刊负责人共建数字化网络期刊平台的意愿较强。周庆辉主任介绍了市科技期刊学会2011年度的主要工作, 传达了国家新闻出版总署期刊社长和主编调训班的培训情况。赵靖副处长认为, 不同期刊部之间可采取强强联合、强弱互补等合作方式, 成立医学期刊出版集团, 进一步提升期刊综合质量, 下一步要将期刊数字化建设列为重点工作。赵处长还就期刊转体改制问题作了详细介绍。顾月明副调研员介绍了2011年度期刊检查工作, 市新闻出版局统一了社科与科技期刊审读标准, 检查工作包括抽查、复核、申诉、综评等环节, 检查结果分为优秀、优良、合格3个等级。检查结束后, 将对检查结果进行通报, 并开展相关培训。另一项重要工作是出版质量综合评估指标体系研究, 结题后将召开综合评审动员大会, 对出版单位进行一次试评。综合评审以3年为1个周期, 评估结果作为末位淘汰的重要依据。

(市卫生局科教处供稿)

医用特殊物品出入境申请事宜及相关法律法规培训

由上海市医学科学技术情报研究所(中心)主办的第一期《医用特殊物品出入境申请事宜及相关法律法规培训班》于9月22日在上海外经大厦开班。来自上海等地的45家医疗、生物科技、医药研发单位共72名学员参加了本次培训。

培训班根据卫生部、国家质检总局《关于加强医用特殊物品出入境管理卫生检疫的通知》要求, 针对上海地区在实行医用特殊物品出入境审核管理工作中发现的问题, 从实验室生物安全管理、医用微生物、人体物质、科研用生物制品、血液及其制品等医用特殊物品的管理规范、相关法规以及医用特殊物品出入境申请所需的必备材料等方面进行了培训。学员们感到讲课内容非常实用, 课后就他们所关心的问题展开了热烈的讨论。通过本次培训, 既在申请单位的相关工作人员中普及了相关法律知识, 又使他们了解了相关的办事流程和具体要求, 有利于规范相关管理, 加快审核速度。

(市医情所科研事务服务部供稿)

(本栏目编辑: 杨晓娟)