

回 聚焦·基本药物使用追踪(下)

# 慢病患者用药更便利

本报记者 李红梅



发病率居高不下,患病人数越来越多。这些慢病存在发病率高、控制率低、合并症重、治疗费用高的现象,但没有治疗特效药,也没有一针见效的手段,只能通过连续、长期的干预患者生活方式来控制疾病发展进程,延缓并发症发生时间。

广东省广州市花都区狮岭镇花城街东边村村民徐大爷比较听卫生站医生的话,他患有高血压,在村卫生站吃药吃了10年,血压控制得不错。他的依从性得益于经济有效的的基本药物。他服用的脑心通胶囊、苯磺酸氨氯地平片属于基本药物,村卫生站常年配备,即使在区人民医院开处方,回到村卫生站也能拿到一样的药品,报销更多。只要头晕,他就会到村卫生站量量血压,让医生看一下。卫生站全科医师邓丽娟往往趁徐大爷看病买药的时候,做一番健康宣教,因为这是家庭医生服务的一部分内容。

邓丽娟管理着村里257名高血压患者,58名糖尿病患者,每名患者来看病拿药,她都要做健康指导工作。有些村民血压降下来或血糖不高了就停药,其中有一名村民停药后发生中风,让她觉得自己的任务更重,于是更加耐心地给慢病患者做健康指导,履行好家庭医生职责。

花都区将40%的公共卫生服务下放给村医,让其履行家庭医生签约服务。村卫生站慢病药品和区级医院一样,配备齐全,受到村民的欢迎。由于看病买药经济、方便、快捷,很多居民搬出去后仍选择回到村卫生站看病。村卫生站就诊人次增加,日均达到40多人次。今年1—4月,花都区基层门诊人次和出院人次同比分别增长19.13%和24.14%。

截至2017年底,花都区开展家庭医生式签约服务总人数为35万人,其中重点人群17.17万人,重点人群覆盖率为65%。在花都区去年4个季度的问卷调查中,村民综合满意度达到93.45%。

江苏省明确规定,在家庭医生签约的高血压、糖尿病、脑卒中等慢性病患者中,探索提供不超过2个月用量的长处方服务,并保障医联体内回到基层康复的慢病患者用药需

求。青岛市从2017年8月起,重点向患有高血压、糖尿病和高脂血症的家庭医生签约居民提供部分基本药物,慢病规范化管理率、家庭医生签约率双双提高。

中国药科大学巩固完善基本药物制度课题组发现,由于缺少有效激励措施,患者主动参与配合的意愿不强,在一定程度上影响了家庭医生签约进展和慢病管理质量。基层保障供应国家基本药物,推动其合理使用,可与慢病健康管理相得益彰、相互促进,形成基本药物以慢病健康管理为载体、为慢病健康管理提供便利工具的工作格局,推动分级诊疗,做实家庭医生签约服务。

**健康扶贫精准化**  
基本药物保障供应和使用,可以大幅降低因病致贫、返贫的风险,使患者的获得感显著提升

陕西省白河县卡子镇凤凰村程吉文的妻子患冠心病,她的签约家庭医生知道后,给她配备了一个小药箱和免费的治疗冠心病基本药物,并在药箱上留下了镇卫生院和自己的联系电话。

在白河县,冠心病、高血压、重症精神病、心脑血管疾病后遗症、糖尿病、慢性阻塞性肺病、类风湿性关节炎、肺结核辅助用药、癫痫、肾病综合征,这10种特殊慢性病实行门诊基本药物全额保障供给。这些药物有28种,全部是国家基本药物。2017年,全县基本药物全额保障达到6546人次。白河县是国家扶贫开发重点县,基本药物保障与健康扶贫紧密结合,有力帮扶了慢病贫困患者。

山东省济南市选择章丘区为试点,在贫困群体中开展高血压和糖尿病两种慢性病用药配送。2016年启动以来,发放药物8985人次。目标群体原发性高血压患者血压控制达标率为88.18%,糖尿病患者空腹

血糖控制达标率为82.84%,血压、血糖状况明显改善。

江西省萍乡市上栗县明确对患有高血压、2型糖尿病、脑卒中疾病的贫困患者进行基本药物保障供应。据上栗县卫计委主任刘祝萍介绍,目前已有高血压患者651人、2型糖尿病203人、脑卒中患者36人获得了门诊基本药物治疗,有效降低了建档立卡贫困患者的用药负担,提高了“三病”患者服药的依从性,切实降低了发病率、致残率和死亡率以及因病致贫、因病返贫风险。

中国药科大学课题组研究员、中国药科大学国际医药商学院讲师李伟分析,对于低收入人群而言,常规高血压药物费用仍有较大可能成为该家庭的一大笔卫生支出,这也是造成低收入人群就诊率低、控制率不高的主要原因。基本药物保障供应和使用,可以大幅降低因病致贫、返贫的风险,使患者的获得感显著提升。

基本药物的使用,改变了慢病患者的就医用药行为,提高了规范化管理率,推动了分级诊疗,成为健康扶贫的重要抓手,满足了群众基本用药需求。但是,目前各地仍面临一些突出问题。例如,一些基本药物采购、配送不到位;一些地方慢病药品与基层医疗机构衔接不到位;村医素质不高,影响慢病管理效果,家庭医生签约服务质量得不到保障;基层合格全科医生数量不足,不利于基本药物的合理使用,医疗服务质量有待提高;基层医疗机构管理水平不高,不利于调动基层医务人员的积极性等。

专家建议,进一步巩固完善基本药物制度,培养、提高基层医务人员服务能力和水平,为2020年全面实施国家基本药物制度打下基础。

上图:上海家庭医生签约服务提供“延伸处方”,大医院开出的药品可配送到社区,慢病签约居民就近到社区医院,一次性可开两个月的药量,扩大了社区基本药物用药范围,方便了慢病患者。图为居民正在社区延伸处方窗口取药。 人民视觉

回 不吐不快

用人单位自主评聘职称,有利于打破僵化的条条框框,克服唯学历、唯资历、唯论文的倾向,使医德好、技术高的医生尽快脱颖而出

从7月18日起,浙江省将全面下放卫生系列高级职称评聘权限,实行单位自主评聘。今后不再组建省卫生高级职称专业技术职务任职资格评审委员会。

下放高级职称评聘权限,是职称制度改革的新要求。2017年1月,中办国办印发的《关于深化职称制度改革的意见》提出,要发挥用人单位在职称评审中的主导作用,科学界定、合理下放职称评审权限。对于开展自主评审的单位,政府不再审批评审结果,改为事后备案管理。浙江把职称评聘权限下放,给予用人单位更大的自主权,使职称评审更接地气,对于解放医疗生产力、调动医生积极性具有重要意义。

评职称历来是医生头上的一道“紧箍咒”。很多医生常年处于超负荷运转状态,既要出门诊,又要做手术,还要挤出大量时间写论文,不堪重负。因为在职称评审中,论文所占比重极高,甚至有“一票否决权”。很多医生虽然在临床上兢兢业业,但由于论文不达标,迟迟评不上高级职称。为此,不少人呼吁遵循人才成长规律,创新评价方式,纠正重论文、轻临床的职称评审导向,让医生有更多时间和精力“深耕专业”。

长期以来,我国评价医生的维度较为单一,职称在很大程度上决定着医生的经济收入和社会地位。事实上,医生的职称与水平未必成正比。例如,个别医生虽然有高级职称之名,但看病水平并不高,得不到患者的认可;而一些临床水平高、患者口碑好的医生,却因为没高级职称的头衔,劳动价值得不到体现,这从一个侧面反映了职称评审制度的不尽合理之处。其实,临床水平和患者口碑才是评价临床医生的“金标准”。一位临床医生论文写得再好,如果不去看病,患者也不买单。因此,让用人单位自主评聘职称,有利于打破僵化的条条框框,克服唯学历、唯资历、唯论文的倾向,使医德好、技术高的医生尽快脱颖而出。

当然,浙江省将高级职称评聘权限下放,也引发了不少议论。例如,有人担心不同医院的评审标准不同,打乱了原来统一的评审标准,导致标准降低或标准混乱,权威性下降;有人担心医院的评审权力被滥用,院长的行政权力被强化,评审中出现“沾亲带故”或“公报私仇”等现象;还有人担心各家医院竞相“放水”,导致专家帽子“满天飞”,影响高级职称的“含金量”。可见,政府部门将高级职称评审权下放之后,并不意味着一推了之,万事大吉。政府部门虽不再直接组织职称评审,但还需要制定标准和规则,加强事中事后监督,保证职称评审的公正性。只有把好事办好、把实事办实,才能让职称改革走得更稳健。

职称是医生技术水平和专业能力的主要标志,但不是评价医生的唯一指标。今后,可考虑借鉴国际通行做法,按照教学医生和临床医生进行分类评价。惟其如此,才能让医生各得其所,各尽其能,从而使患者更加受益。

金杯银杯不如口碑。一位医生只要能认认真真看病,在病人心中就是好医生。相信随着医生评价制度更加科学合理,其正面激励作用将进一步显现。

# 让医生职称评定更接地气

白剑峰

回 健康瞭望塔

## 肺癌多学科智能诊断系统正式发布

**本报电** 近日,全球首个肺癌多学科智能诊断及国内首个肺癌临床科研智能病种库在四川省成都市发布。该智能病种库和诊断系统由四川大学华西医院与依图科技合作研发。病种库跨系统集成了2.8万例肺癌患者全周期数据、百万份临床文档和报告、千万份原始医学图像,收录了肺癌患者的影像、病理、基因检测、病历文本等多维数据。依托这个病种库,华西依图联合团队共同开发了全球首个肺癌多学科智能诊断系统。该系统不仅能实现结节筛查等初级功能,还能结合国际、国内最新临床肺癌诊疗指南,实现肺癌全类型病灶的诊断覆盖,综合多学科临床信息作出诊断,有助于减少误诊、漏诊。(李红梅)

## 百岁老人成功接受半髌关节置换手术

**本报电** 日前,陕西富平县朱家中医骨伤医院成功为一名百岁老人实施半髌关节置换手术,帮助老人重新站起来走路。富平县宫里镇1918年2月出生的百岁老人陈某在家行走时不慎摔伤,因右股骨颈头下型骨折住院诊治。术后第三天老人恢复半卧位,第五天在护士的帮助下重新站立行走。据了解,高龄老人摔致致残率很高,往往只能长期卧床。如果能帮助老人站起来,将能大大改善其生活质量。(龚仕建)

回 健康之道·说说风湿病①

# 风湿病不仅仅是关节痛

叶华

风湿病的临床表现多种多样,最常见的症状包括关节炎、关节痛、皮疹、长期不明原因发热、肌无力或肌肉酸痛、反复口腔溃疡等

许多人认为,风湿病就是关节痛或肌肉痛。其实,风湿病不是一种单一疾病,而是一组侵犯关节、骨骼、肌肉、血管及有关软组织或结缔组织为主的疾病,其中多数为自身免疫性疾病。风湿病发病隐蔽而缓慢,病程较长,血液中多可检查出不同的自身抗体,部分患者临床症状不典型,诊断有一定难度。目前常用于治疗风湿病的药物包括非甾体类抗炎药、糖皮质激素和免疫抑制剂等。

根据风湿病的不同特点,可分为弥漫性结缔组织病、血清阴性脊柱关节病、骨关节炎、感染引起的关节炎、伴风湿性疾病的代谢病及内分泌病、有关节表现的骨、骨髓及软骨疾病、非关节性风湿病等。临床常见的风湿病包括类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、干燥综合征、多肌炎/皮肌炎、骨关节炎、强直性脊柱炎、系统性硬化症、痛风关节炎等。

风湿病的临床表现多种多样,最常见的

症状包括关节炎、关节痛、皮疹、长期不明原因发热、肌无力或肌肉酸痛、反复口腔溃疡、雷诺现象、口干眼干、反复腮腺肿、明显脱发等。

**发热。**可为低热、中热度发热,也可为高热,往往表现为不规则的发热,一般无寒颤,抗生素无效,同时血沉快,如系统性红斑狼疮、血管炎、脂膜炎皮肌炎等均以发热为首发症状。

**关节肿痛。**这是风湿病的主要症状之一,也是导致关节功能障碍的重要原因。关节痛、颈肩痛、腰背痛、足跟痛往往是风湿病的主要表现,常常伴有关节的肿胀。

**皮肤黏膜和肌肉受累症状。**主要包括系统性红斑狼疮、皮肌炎/多肌炎、白塞病、脂膜炎、干燥综合征可有皮疹、光敏感、口腔溃疡、外阴溃疡、眼部症状、网状青紫、皮

肤溃疡等。另外肌肉可有疼痛、肌无力、肌酶升高症状,肌电图表现为肌原性损害等,如皮肌炎/多肌炎、混合性结缔组织病、系统性红斑狼疮等。

**雷诺现象。**指端遇冷或情绪激动时出现发白,然后发紫、发红或伴有指端的麻木、疼痛,严重的可有皮肤溃破,可见于硬皮病、类风湿性关节炎、混合性结缔组织病、系统性红斑狼疮及系统性硬化症等。

**多系统损害。**有些弥漫性结缔组织病如系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎等可有器官、多系统损害,如表现为心脏炎、肾脏损害、血液系统、呼吸系统、消化系统及神经系统损害等。

近年来,治疗风湿病不再局限于简单的消炎止痛,而是将联合治疗、强化治疗、达标治疗等概念应用于临床实践。医生应综合患者的病情特点制定个体化的治疗方案。绝大多数患者能够从合理的治疗中获得最大益处,使病情得到完全控制。

(作者为北京大学人民医院风湿免疫科主任医师)

本版责任编辑:李红梅