

奋斗者正青春·守护生命的力量②

# 青春的本色是迎难而上

## ——专访北京大学第三医院运动医学科副研究员史尉利

本报记者 刘喜梅 实习生 车鹏艺 韩毅

“尊重病人”“问诊详细”“技术高超”“有微笑”……这是医生史尉利留给患者们的印象关键词。对史尉利来说,这些来自临床患者的正反馈也促进了他的快速成长。

史尉利是北京大学第三医院运动医学科副研究员、主治医师、硕士研究生导师,也是北京市科技新星。1989年出生的他,从2012年进入北医三院外科轮转起,至今已在临床工作10个年头。

10年间,史尉利不断精进技术,在临床和科研方面同步取得新突破——他在2018年以北京大学优秀博士生身份毕业,也获得了北京大学最高荣誉“五四”奖章;他长期致力于骨关节运动损伤组织工程修复研究,也在生物材料和关节退变的防治策略研究方面取得了重要原创发现;他独立完成各类运动医学手术超400余例,在《先进材料》《美国运动医学》《关节镜》等领域内顶级杂志发表中英文论文26篇,授权专利5项,主持在研的国家级及省部级基金共4项。

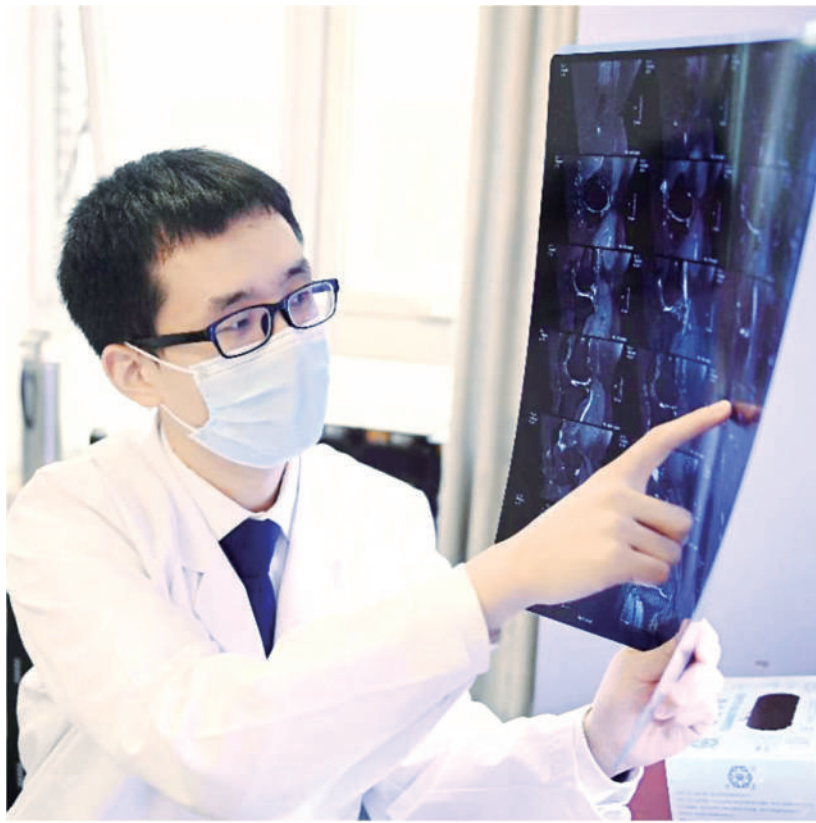
这样的“青年岗位能手标兵”是如何炼成的?近日,记者专访了史尉利。

### 在世界公认的医学难题中探索中国突破

史尉利的主要研究方向——关节软骨损伤修复,是骨科及运动医学领域公认的医学难题。一方面,人类的所有活动都依赖于关节实现,这就要求覆盖在关节上的软骨有着非常强的耐磨性和抗压性,而长期的承重、摩擦又容易给软骨带来损伤;另一方面,关节软骨由于没有血管、神经和淋巴组织,自我修复能力十分有限。因此,软骨一旦受损,如果缺乏相应的治疗,情况只会不断恶化,并可能导致严重骨关节炎和关节病,直接影响患者的运动能力和生活质量。

“以前关节软骨损伤修复被认为是几乎不可能的事情。”史尉利向记者介绍,一直到近20年,新的技术出现以及新的理念改革,关节软骨的修复才慢慢出现了一些新的治疗方法。比如,距骨囊性骨软骨损伤作为

一种难治性的踝关节运动伤病,多表现为疼痛、肿胀和功能障碍等,严重影响患者生活和日常活动。近20年来国际上对这一疾病探索最多的治疗方案,就是选择将膝关节非负重区的骨软骨取下后移植到缺损区域,该方法临床效果确切,让该疾病的治疗出现转机。然而在临床实践中,大约20%的患者会出现膝关节供区疼痛等并发症问题。于是,如何改进关节



骨修复、进一步解决患者问题,成了摆在史尉利面前的新课题。

“经过不断的临床实践,我们不再考虑去取膝关节软骨,而是取髌骨的骨-骨膜来植入到距骨骨软骨损伤区。这种方法不仅解决了移植供区并发症问题,骨-骨膜移植物的干细胞还能够帮助损伤软骨区进行修复。”史尉利介绍,他作为第一作者根据这一中国原创的治疗方案所完成的研究成果,现已发表在领域内顶级杂志《美国运动医学》上。

记者了解到,与传统方法相比,骨-骨膜移植治疗距骨囊性骨软骨损伤不仅临床疗效确切,且取材简单、损伤小,更容易被患者接受。仅在北医三院,该技术就已让超150名患者受益。不仅如此,目前该治疗方案已在多家三甲医院开始推广应用,为关节软骨损伤的患者提供了更多治疗选择。

### 解决不了的问题,让更多中国方案孕育而生

虽然运动医学专业的名称包含“运动”二字,但它不仅仅是运动的问题,对于患者而言,这常常是劳动甚至生存的问题。史尉利介绍,软骨损伤修复的患者年龄主要分布在35~55岁之间,如果放任病情发展,后期将

可能会丧失劳动力,这对于一个中年人而言是致命的。

“新的病人不断出现,也是督促我们医生进步的原因。”史尉利告诉记者,曾遇到过一些病人,在全国各地求医无果后,最终从外地来到了自己,但他很遗憾以当时的技术并没有更好的办法能够为患者治疗。看着患者失望离开且这样的患者慢慢多起来,史尉利意识到,新的诊疗技术的研究迫在眉睫。因此,除了临床工作,史尉利将下班以后以及周末的时间,几乎都在实验室钻研新技术。

来自四川的患者孙立(化名)就是新技术的受益者之一。

“当时我才四十出头,因为距骨软骨损伤走路腿一瘸一拐的,没有任何一个工地愿意接受我。是你们团队让我拥有了重新生活的机会。”5年之后的一次电话回访,孙立在电话的另一头,对史尉利说出了心声。

原来,这位患者是5年前经由史尉利所在团队手术的患者。当时,这位患者因为丧失了劳动能力已经没有办法抚养孩子,最后狠下心来借了钱来北京做手术,术后半年他就已经恢复到能够重返工地了。有了工作机会,孙立恢复了正常生活,又重新担起了一家的顶梁柱。

这样的患者还有很多。成功治疗的案例,也让史尉利更加坚定了要在

这个方向继续钻研下去的决心。

很多人好奇,为什么史尉利医生年纪轻轻的就能在科研和临床实现双丰收?对此,史尉利给出的答案是,“很多病人甚至是走投无路才来到北医三院,所以我们不仅要竭尽全力去探索为患者解除痛苦的办法,还要在科研和学术领域形成自己的理论体系,才能在国际医学领域不断壮大中国声音。”

本着科研是从临床需要出发,最终又回归临床应用的思路,现在史尉利正在探索基于3D打印技术的蚕丝蛋白-明胶支架,以备将来应用于修复关节软骨修复支架,结合髓腔开放干细胞释放技术修复体内关节软骨损伤,在实验室研究中取得了良好修复效果。目前,该基础研究阶段的成果,已经刊发于国际顶级材料学期刊《先进材料》,为后续的临床转化奠定了基础。

### 扎根临床,带着鞭策再出发

在繁忙工作之余,史尉利还积极参与各项社会服务工作,他是援鄂抗疫医疗队的一员,也是冬奥会服务的医疗专家。这些经历,让史尉利对临床工作有了全新的认识。

“印象特别深刻的一次经历,是在武汉同济医院中法新城院区抢救的一位重症患者。病人突然出现气胸,情况十分危险。”2020年2月6日,史尉利作为国家援鄂抗疫医疗队的一员,在武汉同济医院中法新城院区参与重症和危重症患者的救治工作60余天。那位患者,是史尉利到武汉后在隔离病房遇到的第一个危重症患者,但气胸的处理并不是他的专业方向,而当时隔离病房只有史尉利一个值班医生。来不及犹豫,史尉利迅速启动气胸的治疗流程,并随后与队友中的专科医生共同为患者实施了胸腔闭式引流术,及时让患者脱离了危险。

“这位患者的抢救经历也再次启发我,临床医生就需要扎扎实实地立足于临床。作为一个运动医学科的医生,曾经一些我认为与我专业无关的技术比如气胸的处理,在学的时候感觉用处不大,但是在你无法预料的情况下,这些技术可能会起到至关重要的作用。”史尉利感慨。

因为临床和科研工作的突出成绩,史尉利获得了北京大学“青年岗位能手标兵”、北医三院优秀人才奖等荣誉。对此,史尉利表示,“这些荣誉和称号,对我来说既是一种激励,也是一种鞭策。它就像一种正反馈,提醒着我还有更多的难题在等待着我去解决,未来的我还可以做得更好。”



## 老胃病可以贴三伏贴吗?

唐旭东

“冬养三九补品旺,夏治三伏行针忙。”这是自古以来中医冬夏养生的生动场景,讲述的是对于慢病调理和养生者来说,三伏天用针刺、灸等方法刺激相应穴位,能起到和冬天吃补品相似的治疗效果。随着生活水平的提高,老百姓的自我养生意识越来越强,每到夏季三伏来到,许多中医院脾胃科门诊就医的患者,在问诊之余会多问一句:“您说我这老胃病能贴三伏贴吗?”

可以明确地说,三伏贴,并非所有的“老胃病”患者都合适。咱们就来聊聊其中缘由。

三伏贴这种疗法来源于“冬病夏治”这一理念,因此,三伏贴是为了治疗“冬病”。

“冬病”是什么?中医认为,冬病主要指因秋冬季寒冷而诱发的一类疾病,常见的如哮喘、支气管炎、鼻炎、胃痛、关节痛等。拿胃痛来举例,冬季易犯,应“急则治其标”、消除疼痛等不适症状;夏季则可以采用温阳散寒的中药扶助阳气、增强体质,使胃痛在冬季减少发作、发作轻微或不再发作。

冬病之所以夏治,因为冬病根源是“寒邪”,寒邪一日不除,冬病一日不解。冬病患者多属气虚阳虚,本身体质偏虚寒,再加上冬天天地寒冷,两寒夹击,则容易犯病或加重。盛夏,人体阳气充足而达到一年中的高点,加之外界酷暑骄阳,最易消除潜藏在体内的虚寒之邪。

在临床上,穴位贴敷,即三伏贴,是中医治疗冬病的常用方法与技术,因其简单易行、疗效显著而被广泛使用。三伏是一年中最炎热的时候,人体气血趋于体表,毛孔最为开放,此时选取特定的穴位进行敷贴,所贴药物最易由皮肤渗入穴位经络,达到温阳散寒的效果。

根据上述说明可知,三伏贴适合的是脾胃阳虚性的胃肠病。我们可根据自身症状来判断是否属于脾胃阳虚。

脾胃阳虚,常表现纳差腹胀、脘腹疼痛喜温喜按、口淡不渴、四肢不温、大便溏薄、或四肢浮肿、畏寒喜暖等。中医大夫还会观察患者的舌脉之象,常见舌淡而胖,舌苔白润,脉沉迟等。胃不好的患者,常因天气变冷、吹了凉风、吃了生冷食品而引发胃部不适,或时不时觉得胃里似有一块冰块,甚至觉得打嗝都冒着凉气儿,或恐惧瓜果冷

饮,从来不敢吃,手里常备保温杯,去医院做胃镜,可能有慢性萎缩性胃炎、糜烂性胃炎等,并不一定有什么特殊改变。而肚子不好的患者,容易大便长期不成形,或时干时稀,稍微吹个空调就容易腹泻,吃了冷饮就肚子痛。这些是脾胃阳虚患者的常见表现,各位可自行做个参考对比。当然,自己拿不准的,最好接受脾胃病专科大夫的专业评估。

老胃病的三伏贴怎么贴?制作三伏贴,常选用补火助阳、温阳散寒的中药,如附子、干姜、肉桂、小茴香、高良姜、花椒、白芥子、细辛等,经过炮制后研末,用药汁或香油调匀,贴敷于人体的穴位,以疏通经络,调理气血,从而达到振奋阳气、促进血液循环、祛除寒邪、提高机体免疫力的效果。

在穴位选择方面,脾胃虚弱患者常使用腹部的中脘穴、背部的脾俞穴、小腿上的足三里穴进行贴敷以健脾益气,温阳散寒。肠道虚寒的患者,一般加用脐两侧的天枢穴、大横穴,背部的大肠腧穴、肾腧穴理气通滞,温阳固涩。

每一伏的第一天,是敷贴的最佳时机,如若错过,也无须紧张,在接下来的二伏、三伏对应的日子贴敷即可。每10天贴1次,连续贴完三伏为1个疗程,一般建议连续贴3年。三伏贴一般在头伏、二伏、三伏的某一天上午11时以前贴完药饼。上午11时到下午1时点为午时,中医认为此时人的穴位、毛孔充分张开,药力最易渗透到体内。一般药饼须贴4到6小时,无不适可延长贴敷时间,如若皮肤刺痛、发痒或灼热明显,则应及时取下药物,谨防过敏。

三伏贴期间有哪些注意事项?

一是忌受寒冰冷。夏季天热最易贪凉,大量使用生冷寒凉食物,或长期躲于空调房,则易致中阳受损、脾胃虚弱,使三伏贴的效用大打折扣。

二是须慎食辛辣,以防动阴。气候炎热,最易伤阴,在三伏贴的加持下,应慎食肉桂、花椒、大茴香、小茴香、羊肉等温热食物,以防燥热内盛、暗耗津液。

三是忌过食肥甘厚腻,以防生湿。暑季本就湿重,若同时过度食用高油脂高热量的食物,则易导致内外湿热之邪合击,脾气困顿,运化失常。

### 七日链接 QIRILIANJIE

平均降价48%!

## 第七批国家药品集采公布拟中选结果

本报讯(记者 陈晶)在国家医保局等相关部门组织和指导下,全国各省份组成采购联盟开展第七批国家组织药品集中采购,于7月12日在江苏南京产生拟中选结果,公示结束后将发布正式中选结果。本次集采有60种药品采购成功,拟中选药品平均降价48%,按约定采购量测算,预计每年可节省费用185亿元。

295家医药企业的488个产品参与投标,其中,6家国际药企的6个产品入选,211家国内药企的321个产品入选,投标企业中选比例73%。平均每个药品品种有5.4家企业入选,供应多元化和稳定性进一步增强。

本次集采药品涉及31个治疗类别,包括高血压、糖尿病、抗感染、消化道疾病常见病、慢性病用药,以及肺癌、肝癌、胃癌、肠癌等重大疾病用药,群众受益面广、获得感强。以肝癌一线靶向药仑伐替尼胶囊为例,

每粒从平均108元下降到平均18元,一个治疗周期可节约费用8100元。在降血压领域首次纳入缓释剂型,硝苯地平控释片降价58%、美托洛尔缓释片降价53%,高血压患者用药负担明显减轻。此外,美国辉瑞公司的替加环素、日本安斯泰公司的依巴斯汀、意大利博莱科信谊公司的典帕醇等4个原研药中选,平均降价67%。

本次集采坚持了“量价挂钩、招采合一”的基本原则和“国家组织、联盟采购、平台操作”工作机制,并作出进一步调整优化,强化供应保障。首次引入保供机制,每个省份将同时有一个主供企业和一个备供企业,确保临床使用稳定。下一步,国家医保局将会同有关部门指导各地实施工作,确保全国患者于2022年11月用上本次集采降价后的中选产品。

## 织密织牢基层医疗“保障网”

本报记者 陈晶

截至2021年底,全国建有各类基层医疗卫生机构近98万个,卫生人员超过440万人,实现街道、社区、乡镇、村屯全覆盖;90%的家庭15分钟内能够到达最近的医疗点;基层诊疗量占比长期保持在50%以上……国家卫生健康委14日举行新闻发布会,介绍党的十八大以来基层医疗卫生服务工作进展成效。这10年,我国基层医疗卫生防病治病和健康管理能力持续提高,取得了积极进展和成效。

### 基层医疗机构门诊占比下降 不意味服务能力弱化

“强基层”是深化医药卫生体制改革的重要原则和工作内容。据相关数据显示,近年来基层医疗卫生机构门诊人次占比有所下降,这是否意味着基层医疗卫生服务能力不如以前了?“近几年,基层医疗卫生服务机构的门诊占比是有所下降的,但并不意味着基层医疗卫生服务能力的弱化。”国家卫生健康委基层司司长聂春雷发布会上如是说。

对此,聂春雷引数据指出,2012年~2021年,基层医疗卫生机构从91.3

万个增至97.8万个,基层机构床位数从132.4万张增至171.2万张,基层卫生人员从343.7万人增至443.2万人,其中执业医师和助理执业医师数量也从100.9万人增加到161.5万人。“而且在乡镇卫生院和社区卫生服务中心的卫生人员,执业医师人员中大专以上学历的占比也有所提升。”聂春雷表示,这些都说明基层医疗卫生机构、人员队伍一直在发展,服务能力并没有下降。

此外,2012年~2021年,基层医疗机构门诊服务量从41.1亿人次增加到42.5亿人次。“衡量基层医疗卫生机构,不应该只看门诊的人次占比,还要看综合的服务能力。如果再加上常态化疫情防控中投入的大量人力物力,基层承担了大量工作,它的服务能力还是在稳步提升的。”聂春雷强调,单纯从门诊量来看,占比下降说明医疗服务能力提升的速度,特别是目前群众对高质量、多样化医疗服务的需求增长快速,基层医疗卫生机构的发展与之还有差距。

“下一步我委将以问题为导向,大力提升基层医疗卫生机构的服务能力,多措并举,努力把患者留在基层。”聂春

雷说,主要举措包括:出台乡镇卫生院、社区卫生服务中心服务能力标准,指导地方对照标准自评自建和整改提升;以社区卫生服务中心和乡镇卫生院为基础建设社区医院,出台社区医院基本标准和医疗卫生质量安全核心制度要点;多种手段壮大基层卫生人员队伍;推进县域医共体建设,突出“强县域、强基层”导向,确定山西、浙江、新疆3个试点省份和其他省份551个试点县;加快信息化建设,赋能基层医疗卫生服务,初步建立国家基层医疗卫生综合管理平台。

### 推进基层医疗卫生服务机构高质量发展,人才是关键

要想推进基层医疗卫生服务机构高质量发展,人才是关键。近年来,国家持续深化基层医疗卫生系统人事制度改革,进一步创新举措,畅通人才引渠道,优化基层卫生人才队伍建设,取得明显成效。但依旧存在着人才数量不足、素质不高、待遇差留不住人才、服务水平低等问题,制约着基层医疗卫生服务的发展壮大。

“截至目前,我们省纳入一体化管理的62757名乡村医生全部缴纳了养老保

险,有效解决了乡村医生期盼已久的养老保障问题。”河北省卫生健康委党组成员、计划生育协会专职副会长许钢柱介绍,破解这一难题,河北省有自己的妙招,比如在河北省推广乡村医生本土化培养模式,由地方财政出资,委托医学院校培养本土本土、高中学历人员或乡村医生子女达到中等医学专业水平,按程序注册后直接到村卫生室工作;允许医疗服务收入扣除成本并按规定提取各项基金后主要用于人员奖励;优化基层医疗卫生机构岗位设置,设立基层高级职称。

“十三五”以来,全县增加了1200个卫生技术人员编制,每年我们公开招聘200名本科及以上学历人员充实到县乡医疗机构。乡镇卫生院全面落实财政全额工资,并贯彻执行“两个允许”政策,调动医务人员工作积极性。同时我们每年公开招聘20名编制村医,建立健全县招乡管村用的用人机制,村医的身份转变了,待遇提高了,养老有保障了,基层医疗队伍更加稳定。”贵州省遵义市习水县县委副书记、县人民政府县长冉崇庆给出了他们的解决方案。

“我委将积极会同相关部门,将村医队伍建设纳入整个乡村医疗卫生体系建设发展的大盘子中统筹考虑,努力推动把地方成熟的经验上升为国家的政策,为村医队伍发展创造良好的政策环境,进一步引导各地把乡村医生向执业医师和执业助理医师转化,提升乡村医疗服务体系的整体服务能力水平,为全面推进健康中国建设,实现乡村振兴,打下坚实的基础。”聂春雷最后表示。