

中日医院院长 王辰院士

建立科学培训体系 推进分级诊疗



王辰 院士

医学教育才是根本

目前,我国规范医疗行为最核心的问题是住院医生培训、专科医生培训的问题。而院校教育、毕业后教育和继续教育,构

成国际上医学教育的三个阶段,其中毕业后医学教育就包括住院医师培训和专科医生培训。王院士认为,国家必须保证良医的培养机制,以保证医生的相对同质

化,并提高基层医生的待遇。王院士表示,只有解决好这些难题,才能培养出规范化诊治的基层医生,最终实现分级诊疗的目的。

临床医生都是研究者

“现在医学界弥漫着错误的声音,认为临床医生不该做研究,这种观点不可取。”王院士认为,行医就是一个研究的过程,是临床与研究的高度统一。医生可以不作基础研究,但不能不作临床研究。医生作为知识分子,必将肩负指示创造和传播的责任。

王院士认为,我国的疾病谱急剧变化,亟待形成科学适宜的防治模式。因此应加快临床研

究、研究体系及能力建设的步伐,这将会从根本上提升中国的医疗卫生水平。同时当我国医疗资源绝对缺乏、碎片化和不均衡化几个特征并存时,双向转诊非常需要的。

临床研究设计是关键

王院士指出,研究资源丰富的我国应打造专业化的临床研究平台,建立临床研究的临床病例及样本资源库,并开展能改善临床实践的研究设计。

王院士表示,此次CKD-MBD学习班可结成协作网,进行注册登记研究及规范化临床研究学习培训;对长期随访的样本

数据时可进行人群队列研究;把我国CKD-MBD病例资料进行采集,做临床干预效果评价,提出解决策略,最后将基础研究与临床应用相结合,真正实现理论、基础与临床的相互转化,最终解决患者问题。

“现在我们在规范化诊疗上的核心问题,就是我们医生本身的非一致性、非同质性,”王院士认为,只有学习国际上的一整套使医生同质化和保持医生渐进性教育和培训方法,建立科学的培训体系,培养具备较好同质性的医生,才能提高基层医生的诊疗水平,患者才会回归基层,否则一切将归于枉然。

直击慢性肾脏病矿物质与骨异常现状

▲ 本报记者 于伟

9月16日,由北京市科委、中日医院和航天中心医院共同举办的第一届慢性肾脏病矿物质与骨异常(CKD-MBD)规范化诊治的普及与推广学习班暨CKD-MBD国际研讨会在京召开,针对CKD-MBD是全身性疾病,具有致死性、致残性等特点,本次会议邀请王辰院士、罗大伟、张凌等多位著名学者进行精彩演讲,与会者互相交流,分享经验。

中日医院肾内科 张凌教授

终末期肾病患者激增 防治规范化亟待加强



张凌 教授

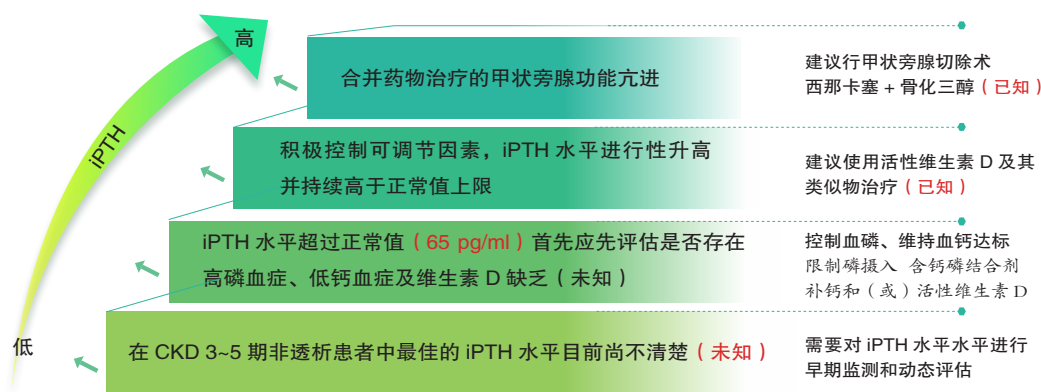
目前国内很多基层单位对CKD-MBD诊治仍存诸多误区,包括临床医护人员对CKD-MBD诊治的认知不足;基层单位对CKD-MBD诊治手段单一且缺乏,新药上市过程缓慢;基层单位对CKD-MBD诊治措施不规范;甲状旁腺切除术开展过少等。

张凌教授报告了目前已知CKD-MBD诊治中存在的问题及相关进展,同时也指出了许多未知的疑惑及未来研究方向。

据统计,我国慢性肾脏病(CKD)患者约有1.2亿。按照发达国家的患病率估算,我国的终末期肾病患者约为200万。

然而,根据我国透析登记系统统计,截至2014年底,我国在透(血透+腹透)患者人数仅约38万。然而我国的透析质量却仍处于相对较低的水平,其中

图1 控制继发性甲旁腺措施—CKD 3~5期非透析患者



CKD-MBD诊治水平相对低下成为较突出的问题,且在国内的中小医院表现尤为突出。

CKD-MBD与CKD患者生存质量密切相关。甲状旁腺功能亢进(SHPT)是矿物质代谢紊乱的重要表现类型之一,也是CKD-MBD患者中最常见的异常表现之一。

甲状旁腺激素(iPTH)水平的明显增高与患者死亡、住院治疗和骨折发生率的增加显著相关,可增加透析或死亡风险。

张教授指出CKD 3~5期患者SHPT的控制措施仍有许多未知(图1),当CKD 3~5D期合并血管/瓣膜钙化时,建议将其心血管病风险列为最高级别,可据此指导CKD-MBD患者管理。

PTX治疗SHPT

在CKD 3~5期,药物治疗无效的重度继发性甲状旁腺功能亢进症,应进行甲状旁腺切除术(PTX)。国际透析预后与实践模式研究(DOPPS)显示,与其他国家相比,我国接受PTX的患者比例最低,仅为

2%。而按照其他国家的基线水平估算,我国已经接受过甲状旁腺切除术的患者数应为约4万人,每年还应新增手术患者约1万人。而实际上,我国每年仅开展PTX约1000例,已经做过手术的患者不足1万人。

目前我国CKD-MBD患者诊治现状

★ iPTH水平增高与骨病、心血管病、血管钙化的发生显著相关,是影响患者生存质量的重要因素;

★ 非透析CKD患者SHPT的早期干预能为患者带来更多获益,当iPTH > 65 pg/ml且进行性升高时即需要开始控制;

★ 在不同指南中PTH目标范围差异十分明显,日本SHPT患者死亡率低于美国及欧洲,可能与目标iPTH水平较低相关,将iPTH目标控制在60~240 pg/ml;

★ DOPPS及CORES研究表明,当iPTH控制在150~300 pg/ml时,透析患者的全因死亡率及心血管病死亡率最低;

★ 不同药物在控制SHPT的不同阶段有很大的帮助,强调早期监控和治疗,晚期可使用西那卡塞和PTX,必须要注意术后低血钙的防治。



(下转第17版)