

中国需要适宜技术 而非“精英医学”

▲ 北京大学人民医院心脏中心 胡大一

心血管医学是 忽视适宜技术 “重灾区”

心血管医学领域同样是精英医学主导，忽视甚至贬低适宜技术的“重灾区”。先以房颤射频消融技术为例，加以剖析。这一技术成为大医院专家群体大力推动，日趋高推的技术。在某些医院甚至做到很少有非适应证的地步。但至今尚无射频消融治疗房颤，降低总死亡率，延长患者生存令人信服的临床证据。

“精英医疗”一个严重的后果是，它一方面宣传“精英技术”的神奇性，同时散布不接受治疗的房颤的危险性，结果使那些无法接受、不愿接受、治疗失败和治疗复发的广大患者与家庭感到焦虑、抑郁和无望。

实际上，惠及广大患者治疗房颤的适宜技术是用药物控制心室率，规范使用抗凝药物。有些症状明显的阵发性房颤患者，可试用预防房颤复发的药物，注意随访这些药物的不良反应。

冠脉 CT 筛查泛滥

冠心病的诊治问题更为严重，患者是否有症状，症状是否为心绞痛，问诊十分粗糙。把冠脉 CT 作为筛查手段，用的泛而滥。胸痛-CT-冠脉造影几乎成了过度诊断的套餐。很多大医院很少甚至不用心电图运动负荷试验。

在这一大趋势影响下，地市级和县级医院也都不用这些低成本无创的适宜技术。本来众多稳定性心绞痛患者，经药物和康复治疗效果很好，支架介入治疗并不改善预后，但在这些患者中存在支架过度使用的严重问题。而在体检筛查、过度使用 CT，发现的临界病变，患者毫无症状，也在病历上被诊断为不稳定性心绞痛，被过度支架后，变得有症状了，甚至有濒死感的惊恐发作。

近 20 年，我国临床上使用贵得多的血管紧张素 II 受体拮抗剂替代更早上市、证据更充分的、价值更低廉的血管紧张素转换酶抑制剂的速度大大超过发达国家。最近又在提速用高价自费的替格瑞洛替代氯吡格雷。

抛弃低成本、安全有效 适宜技术是严重医学问题

20 世纪 60 年代，毛主席对医疗卫生工作的重要指示中提到，高精尖的东西不是不要，只是应放少量的人力物力，要把主要的人力、物力、财力放到人民群众最需要的问题上去。以创新、创业和创收的联动机制，本末倒置，把大量人力、物力和财力消耗在成本越来越高的“精英医疗”，却忽视甚至完全抛弃造福亿万群众的低成本的安全有效适宜技术，是亟待纠正的严重医学问题。

应从指南、临床路径、医疗质控，尤其在付费机制上限制不恰当和过度、甚至滥用的“精英医疗”，推动惠及广大民众的适宜技术广泛推广应用。

专家访谈

医师报：经过专家团队历时一年多辛勤工作，2016 年版《我国血脂异常与动脉粥样硬化性心血管病（ASCVD）防控指南》出炉，新指南在制定中面临哪些新情况与挑战？

胡大一：2005 年指南的公布对我国血脂异常控制与 ASCVD 的防控起到了积极的推动作用。之后的 11 年，国际国内在这一领域发生了巨大的变化，指南的更新势在必行。

首先，2005 年指南主要依据的是我国多年来积累的流行病学研究成果，亮点是根据我国自己数据制定的心血管病（包括卒中）的危险分层，尤其鉴于我国缺血性卒中的高发，加大了危险分层中高血压的权重。2005 年以来，我国国内组织和参与国

际的血脂异常干预研究日益增多。仅 HPS-2 THRIVE 一项中欧合作研究中便入组 1.2 万余例中国患者。

其次，美国心脏病学学院（ACC）和美国心脏学会（AHA）2013 年底发表的关于胆固醇和 ASCVD 新指南，全盘颠覆了美国多年的 ATP 体系，建议取消低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）等血脂异常的干预目标，列出四类需要使用他汀治疗的人群，推荐大剂量高强度他汀干预，引起了主流学者的一致质疑与反对。

再次，2005 年指南公布之后，受商业利益驱动，在我国出现了一系列关于血脂异常干预和 ASCVD 防控的错误思潮，片面夸大他汀类药物抗炎症等降胆固醇主导作用之外的多效性，提出在急性冠脉综合征（ACS）和经皮冠脉介入治疗（PCI）围手术期突击使用阿托伐他汀 80 mg 的序贯疗法。

我国新指南旗帜鲜明，高举公益与科学的旗帜，坚持中国的证据特色，既没有跟 ACC/AHA 的风，也坚决排除和抵制了商业利益的干扰。

医师报：新指南的主要亮点有哪些？

胡大一：新指南主要有以下几个亮点：第一，不同意 ACC/AHA 指南的建议，明确坚持根据 ASCVD 危险分层设立

LDL-C 的干预目标值。经过专家组充分讨论与投票表决，建议将 ASCVD 二级预防的 LDL-C 的干预目标值从 2005 年的 $<80 \text{ mg/dl}$ 降至 $<70 \text{ mg/dl}$ 。第二，新指南坚持百年胆固醇理论与定律，排除了片面过分强调他汀类药物多效性的干扰。

第三，新指南根据我国的数据与证据，强调我国大多数患者不需要，也不能耐受 ACC/AHA

推荐的高强度、大剂量他汀治疗，并明确提出适合我国国情的他汀中小强度，必要时联合用药的方针。

第四，不把 ACS 与 PCI 单列，不建议突击使用高强度、大剂量阿托伐他汀的序贯疗法。

医师报：全国卫生与健康大会近期在京召开，习近平总书记指出：“将健康融入所有政策，人民共建共享”“要坚定不移贯彻预防为主方针，坚持防治结合，联防联控，群防群控，努力为人民群众提供全生命周期的卫生与健康服务”，您如何解读这些健康策略？

胡大一：这是我党和国家领导人建国以来，第一次提及“将健康融入所有政策”这一 WHO 多年倡导推动的健康策略。要实现健康中国梦，让中国人民人人享有健康，要控制慢病的流行，一定要全党动员，全政府行动，绝不仅仅限于卫生计生委和国家体育总局。

所有政府部门在做重大决策和制定发展规划时，都要把人民健康作为不可或缺的最重要的因素来考虑。伤害人民健康的事不能做。不落实控烟，健康中国就是一句空话。如果立法部门制定的公共场所控烟条例“低标准，瓜菜代”，留下健康隐患，保护烟草企业利益，伤害人民健康权益，这样的法不如不立。发展经济如果不重视环保，就会造成严重影响健康的环境污染。

医师报：您认为如何实现健康中国梦？

胡大一：要实现健康中国梦，实现人人享有健康，不仅需要全政府行动，也必须发动全民参与。尤其是非传染性疾病，是每个人生命过程中都要面对的问题与挑战。而决定健康与寿命权重（60%）最大的因素的是生活方式和行为，而得病后治疗的医疗权重只有 8%。发动广大人民群众对自己的健康负责，包括投资。

健康投资不能完全靠政府，逐步富裕起来的人民群众应优先投资健康，要提高全民健康素养，使健康变成社会的文明时尚。

我的健康我做主，我的健康我负责。落实广大人民群众自我管理健康的意识与责任，知识与技能、实践与实效，这就是群防群控的人民战争。



在 20 世纪 60~80 年代，仅经过简单培训的赤脚医生，以其极大的热情，担负起了数亿中国农民的基本医疗卫生保健事业。然而，在如今高端医疗水平不断提高的情况下，却有很大一部分人失去了基本的医疗保障。