



总编周语⑯



你可能不知道，那个在办公室整天都乐呵呵，对待工作无比热情的同事，回到家里却跟换了个人似的：脾气暴躁、郁郁寡欢！2月22日，中国科学院心理研究所、社会科学文献出版社联合发布《中国国民心理健康发展报告（2017~2018）》蓝皮书（简称蓝皮书）称，我国城镇人口中11%~15%的人心理健康状况较差，2%~3%的

人心理健康状况差。

《柳叶刀·精神病学》子刊最新发表的中国精神卫生调查显示，除老年痴呆外，6类精神障碍的终生患病率为16.6%，即1/6的居民在一生中至少发生一种精神障碍疾病。

六大类精神障碍包括心境障碍、焦虑障碍、酒精/药物使用障碍、精神分裂症及相关精神病性障碍、进食障碍、冲动控制障碍。

伴随中国经济的飞速发展，我们终于摆脱了困扰几千年的温饱问题，过上了安居乐业的好日子。面对

今天的富裕生活，人们理应天天乐呵呵的才对啊？

但现实却与理想背道而驰！出现这样的反差，主要是人们在快节奏的生活工作，最大化地追求财富和金钱，却忽略了对精神的处理，出现物质脱贫、精神返贫的新问题。

英国心理学会研究员珍贝·特曼发文称，62%的人认为生活正变得越来越令人焦虑，除对金钱、对变老、对外貌和职业发展的担忧是焦虑的主要来源外，另外还有：离不开智能手机；过着“双重生活”；对健

康的担忧；“看起来更完美”让人压力大；年轻人压力越来越大等五大焦虑源。

甚至连治病的医生也心理问题突出。蓝皮书中明确指出，医务人员和教师、银行业职员以及IT职员一样，其心理健康水平呈逐年下降或低于全国平均水平，需要专业人士的疏导。

心理问题会带来严重的生理问题。美国医学博士、心理学家约翰·辛德莱尔在《情绪革命》一书中指出，医学证明，76%的疾病都是因为负面情绪引起的。如颈椎疼痛、溃疡、

头痛、便秘、胀气等生理症状。

任何时代，都会有与时代伴生的情绪压力，并不会只存在于今天。只是我们当下遭遇的压力比历史上其他时代更深重。任何人，都会遇到各种心理压力，但怎么才能快乐起来呢？辛德莱尔指出：我们需要学会处理压力和情绪的方法。通过不断学习让自己变得成熟，从而能够保持平和的心态，即使事情如何令人忧虑、焦急、恐慌，依然能保持镇定、勇敢、坚定和愉悦。

你为什么不快乐

▲《医师报》社执行总编辑 张艳萍

一家之言

不能让肿瘤患者最后死于心脏病

▲复旦大学附属中山医院 葛均波 院士

心肌细胞与身体其他部位的绝大部分细胞不太一样，坏死后，基本不具备再生的能力。而肿瘤治疗所使用的化疗药物、放疗射线、内分泌治疗、靶向治疗等都会造成高血压、心律失常、心肌梗死、心力衰竭等轻重不一的心血管毒性反应。特别是PD-1等免疫疗法引起的高致死性的免疫性心脏病，让我们日益重视和关注关注肿瘤患者的心血管问题，“不能让患者得了肿瘤，最后却死于心脏病。”

临床上，不同专科之间相互独立，这给患者治疗有时也带来一些弊端。譬如肿瘤科医生只关心如何控制癌症，心内科医生只会看心血管病变。而对于肿瘤患者，如果化疗、放疗引起心肌损伤，或者心血管病患者突然发现恶性肿瘤，可能会出现求医无门的现象。

为什么会这样呢？一方面，肿瘤科医生对心血管毒性的观察和诊治不够到位。另一方面，心脏科医生对各种化疗药物的机理及不良反应理解不够，按照目前的常规方法处理起来往往力不从心。因为这些病变的诊治，不仅仅要针对高血压、心律失常和心力衰竭本身，而且一定要密切结合患者的肿瘤治疗史，要对不同化疗和靶向药物的特点和机制了然在胸，才能制定出最佳治疗方案。无论对于肿瘤

科医生，还是心血管医生，都是前所未有的挑战。

目前，复旦大学附属中山医院在内的多家综合性医院和心脏中心，已经开设了肿瘤心脏病学多学科联合门诊，让这些既往“三不管”的患者终于能够“找到组织”。在这样的联合门诊，患者在诊室面对的不是一位医生，而是一个团队为他们协同作战。心内科、肿瘤科、药剂科、放射科甚至心理医学科的医生从不同角度分工合作，给患者带来缜密的个体化诊疗方案。

在我们的联合门诊中，有一位化疗后诱发心力衰竭的乳腺癌患者，曾经动容地说：“对我们这些类患者，因为肿瘤医生对靶向药物的心血管毒性了解不够，往往会用‘你肿瘤已经治好了’、‘生病总会不舒服’、‘胸闷多休息下应该就没事了’之类的话语应付过去，而拖延了对心血管病变的治疗。有些病友就这样孤独痛苦地一直蜷缩在黑暗中等待，有些人永远都等不到上帝打开窗户的那一天……”

这位患者的药物性心脏损伤也曾被忽视，甚至为此患上了轻度抑郁症，最终在肿瘤心脏病学联合门诊得到了有效救治。因此，肿瘤患者一定要意识到，放疗、化疗不但会引起脱发、呕吐、消瘦，更得关注心脏健康，别让肿瘤治疗“伤了心”！

他山之石

卫生支出并非成本，而是投资

▲世界卫生组织 谭德塞 总干事

世界卫生组织（WHO）有关全球卫生支出的新报告显示，全球卫生支出快速上涨，特别是在低收入和中等收入国家。这些国家的卫生支出平均年增长达6%，高收入国家的平均年增长速度为4%。

卫生支出由政府支出、自费付款（人们自己付钱获得卫生保健服务）以及自愿性健康保险、雇主提供的医疗规划和非政府组织开展的活动等来源

组成。

报告指出，各国政府提供的资金平均占本国卫生支出51%，而35%以上的卫生支出来自患者自费。这种情况的一个后果是，每年有1亿人因此陷入极度贫困。这意味着，各国卫生支出虽然增加，但人们的自费支出比例还是太高。

WHO总干事谭德塞博士说：“增加国内支出对于实现全民健康覆盖和卫生相关可持续发展目标

至关重要。记住，卫生支出并非成本，它是对减少贫困、创造就业、提高生产率、实现包容性经济增长以及更健康、更安全、更公平社会的投资”。

世卫组织卫生系统治理和筹资司司长Agnes Soucat博士说：“健康是一项人权。所有国家都需要将高效且具有成本效益的初级卫生保健确定为重点，这是实现全民健康覆盖和可持续发展目标的路径”。

行业观察

过度歌颂医德 = 变相鼓励违法

▲天津市泰达医院 李青

2月9日，四川省乐山市五通桥区人民医院邢锐医生在自己被打伤的情况下，依然为施暴的患者治疗。看完视频，我的第一感觉是，这位邢锐医生咋这么怂呢？你虽然是一个医生，但你首先是一个公民，遇到不法伤害，你有权利自卫。放弃合法权益，等同于变相鼓励违法行为。

一个醉酒的人，独自来到医院，身边没有亲朋好友，说明醉得不深；能在医生值班室有那么大的劲撒野，说明伤得不重。甚至这位醉汉受的伤比他对医生施

加的伤害还要轻许多，凭什么医生忍着自己是伤去为他缝合？公共场合，醉酒打砸致人受伤，已经涉嫌犯罪，警察应该把他带走，该去哪里缝合就去哪里缝合。

更为荒唐的是，这本来是一起违法犯罪事件，却又被某些人以“医德高尚”、“以德报怨”升华为一起感人事迹，而升华的结果恰好冲淡了事件本身的违法性质，以及夜班医生的悲惨现实。这种升华，如同发生了一起灾难事故，一些人却用救人的事迹去掩盖灾难的责任一样无耻。

“医德”就像一个紧箍咒，紧紧地套在医生的头上。如果医生被打了不还手，就说医生“医德高尚”；如果对医生不满了，就对医生冠以“没有医德”。

没有规则的道德，本身就是荒谬。

胡适说：“一个肮脏的社会，如果人人讲规则，而不是谈道德，最终会变成一个人人味的正常社会，道德也会自然回归。一个干净的社会，如果人人都不讲规则和法律，却大谈道德和高尚，那么这个社会最终会坠落成一个人伪君子遍地的肮脏社会。”

微言大义

《夜班医生：元宵的滋味是聚少离多的缺憾》

@白墨 节日期间值班的医生和医生家人都是舍小家为大家无私奉献的人们，向如此敬业的白衣天使致敬！

《江凤林医生维权案终于有结果了！》

@姜绍强 对判决结果有点失望，基于事实和规则的公平和正义才能带来医患和谐。也只有留下经得起历史考验的公平判决，法治中国才有希望。

《海潮随笔 | 天了噜，惊现天才小大夫，“大牛”们都汗颜了！》

@冬日暖阳 读完这篇文章感觉作者就是天才小大夫，后来成长为大牛！文章的布局独具匠心，既表扬鼓励住院医生，又鞭策带教老师。

《医生为何沦为医疗纠纷中的“弱势群体”？很多人忽略了这点》

@彼岸兔 再好的沟通，再多的签字，抵不过患者或者家属一句“我不知道，当时他没说明”。

时评版稿约

《医师报》时评版欢迎广大读者针砭医疗行业时弊、赐稿。希望大家对医药卫生体制改革、医师执业环境、医患关系、医师职业道德建设、当前行业热点问题等展开评论。

稿件请注明新闻来源，并附作者真实姓名、单位、地址、邮编、电话。
投稿邮箱：ysbzgy@163.com



扫一扫，关注 DAYI2006