

勤奋 严谨 求实 创新

壮医人

双月刊

尹玉新：
时不我待，只争朝夕

触摸医学的温度 ——在肿瘤医院朱军诊室的一次听诊

P12

韩晓宇：科普是医生的责任

P17

2014 年

第 4 期

总第 55 期



23 专家论坛 关注“精神卫生”



3 北医人日历



王志刚

41 图片故事

基础医学院建院六十周年

■ 《北医人》综合



王志刚

43 校友风采

程书钧：站在肿瘤基础研究前沿的领航者

■ 来源《中国医药科学》

5 封面人物

尹玉新：时不我待，只争朝夕

■ 《北医人》记者 徐璐

12 杏林医人

触摸医学的温度——在肿瘤医院朱军诊室的一次听诊

■ 《北医人》特约记者：武慧媛

17 师者

韩晓宁：科普是医生的责任

■ 北京大学第一医院 王若琚

打败“过劳死”

■ 北京大学第一医院 韩晓宁

23 专家论坛

孤独症谱系障碍：如何看，怎么办？

■ 北京大学第六医院 郭延庆

科学关爱，应对痴呆：北医人的责任和担当

■ 北京大学第六医院 王华丽

直面抑郁症

■ 北京大学第六医院 刘琦

37 光荣绽放

北京大学人民医院喜获国家教学成果“三连冠”

■ 北京大学人民医院

北医人（双月刊）

刊名题词

韩启德

顾问

柯 杨 敖英芳

编委会主任

李文胜

主编

王春虎

副主编

丁 磊

责任编辑

徐 璐

编辑

于 洁

韩 娜

校对

陈 迪 刘美岑

美术编辑

徐 璐

图片

黄大无

制作

北京大学医学部党委宣传部

编辑部地址

北京大学医学部

跃进厅 445 室

邮政编码 100191

联系电话 82801241

投稿邮箱

beiyiren2011@126.com

荣誉

10月20日，美国医学科学院（IOM）在第44届年会上公布了新一届增选院士名单，北京大学常务副校长、医学部常务副主任柯杨教授当选美国医学科学院外籍院士。



北大医院周福德主任医师荣登8月“中国好人榜”；北大医院霍勇教授获任国家心血管病专家委员会副主任委员。

人民医院荣获 HIMSS 2014 年度爱思唯尔数字医疗奖。人民医院三届蝉联高等教育国家级教学成果一等奖。

人民医院王杉教授当选《中华医院管理杂志》副总编辑；楼滨城教授获第一届“生命卫士”中国急诊医师特殊贡献奖；眼科黎晓新教授、赵明威教授获首届何氏眼科创新奖，赵明威教授荣获中美眼科学会眼科研究最高奖“金钥匙奖”。

北医三院叶鸿瑁教授获中国儿科医师最高奖——终身成就奖。杨渝平在第二届全国高校青年教师教学竞赛中夺得桂冠。

北大肿瘤医院奥迪圈荣获第二届全国医院品管圈大赛三等奖。

北京大学学报（医学版）入选第三届中国精品科技期刊。

医学部图书馆荣获 2013 年全民阅读先进单位。

科研

● 北京大学基础医学院杨宝学教授主编的《Urea Transporters》一书由 Springer 出版社正式出版发行。

● 国家重大科学研究计划项目“基于基因密码子扩展的蛋白质标记新方法”通过课题验收。

● 《柳叶刀》杂志发表柯杨等中国医学教育改革文章并配发社论；发表北医三院评论文章《生育力保护：挑战与机遇》；发表全球卫生学系刘培龙教授等中国特色全球卫生文章；人物专访隆重介绍北京大学公共卫生学院郭岩教授。

● 游伟程教授团队研究成果纳入 WHO 胃癌防控策略，该报告将成为世界各国胃癌预防策略的指南和科学依据。

● 尹玉新课题组最近研究发现并证实抗癌基因 PTEN 参与调节染色体重塑并影响全基因表达。

● 北大医院泌尿外科龚侃教授课题组发现 VHL 基因相关肾癌遗传学新特点。

● 北大医院皮肤性病科涂平教授课题组发现皮肤 T 细胞淋巴瘤疾病进展新机制。

● 北京大学研究团队绘就世界首个人类早期胚胎 DNA 甲基化全景图谱。

● 医学部 2014 年 973/ 重大科学研究计划项目，医学部专家作为首席科学家获得批准立项项目 2 个，作为课题负责人的课题 8 个；2014 年度国家自然科学基金获得批准项目共计 275 项；医学部博士后获国家自然科学基金项目 9 项。

担当



9月20日，北京大学第三医院危重医学科主任么改琦前往几内亚，执行埃博拉出血热救治任务。10月12日，么改琦圆满完成任务，平安回到祖国。

10月17日，北京大学人民医院急诊科曹宝平副主任医师赴非洲开展抗埃博拉出血热工作。



医学部五位同志（第三医院姚宏伟、口腔医院孙燕楠、基础医学院石雪迎、第一医院董颖、人民医院陈定保）圆满完成第七批援疆任务。

北京大学人民医院专家火速集结奔赴云南鲁甸灾区救援。北大六院派专家前往云南灾区开展心理援助培训。

北大医院赴巴哈马“光明行”活动取得圆满成功；北大医院“光明行”医疗队员再赴加勒比地区；人民医院、北医三院援非“光明行”医疗队圆满完成吉布提医疗工作凯旋。

医疗

北大医院多学科救治一例消化道穿孔及大出血患者（右图）。抢救中，重症医学科医护一心，守护生命。



北大医院胸外科完成国内首例“单操作孔全胸腔镜下肋骨切除术”，标志着国内胸腔镜微创手术又迈上了一个新的台阶。

人民医院成功完成首例乳腺癌术后合并上肢淋巴水肿患者修复重建手术，将乳腺癌整体治疗水平抬高到新的水平，切实为广大乳癌患者重塑身形、重拾信心发挥重要的作用。

北医三院刘忠军教授完成世界首例应用 3D 打印技术人工定制枢椎椎体治疗寰枢椎恶性肿瘤，为肿瘤切除后颈椎结构重建技术开辟出一条崭新途径。

北医三院成功救治国内出生胎龄最低（24 周）婴儿。

世界首例经 MALBAC 基因组扩增高通量测序进行单基因遗传病筛查的试管婴儿在北京大学第三医院诞生，这标志着我国胚胎植入前遗传诊断技术已处于世界领先水平。

北医三院普通外科修典荣带领肝脏外科团队完成首例 3D 腹腔镜肝脏右后叶切除手术。

2014.6-8

6月27日，北京大学医学部2014年毕业典礼隆重举行。



6月5日，全国医学专业学位研究生教育指导委员会临床医学分委员会工作会议在北京大学医学部召开。

6月9日，医学部第三届研究生“良师益友”评选活动结束。

6月9日至10日，英国伦敦国王学院副校长 Robert Lechler 爵士一行 11 人访问北京大学医学部。

6月12日，“北京大学公共卫生学院与中国疾病预防控制中心营养食品所共建教学科研基地”挂牌仪式在京举行。

6月26日下午，北京大学医学部庆祝中国共产党成立九十三周年大会在会议中心礼堂隆重举行。

7月7日，“将健康融入所有政策，应对下一代健康挑战”高层卫生对话会在北京大学医学部举行。

7月1日-7月14日，北京大学—香港大学医学生交流活动在北京大学医学部举行。

7月19日，北京大学医学部医药卫生管理论坛暨北医医院管理高级研修项目百期校友会圆满召开。

8月2日，“北京大学医学部疼痛医学中心第一届学术委员会成立暨 2014 北大疼痛医学论坛”召开。

8月5日，泰国玛希敦大学校长 RajataRajatanavin 访问北京大学及医学部。

2014.10

10月1日至-10月3日，柯杨率医学部代表团参加北京大学医学部-密歇根大学医学院转化医学与临床研究联合研究所第四届联合研讨会。



10月1日，在美国密歇根州安娜堡，北医校友会密歇根分会成立大会成功举办。

10月8日，爱·责任·成长素质教育系列讲座之“美国为什么重视中医”举办。

10月10日，国务院总理李克强在柏林出席第七届中德经济技术合作论坛。北京大学人民医院王杉院长随中方代表团陪同李克强总理参加了此次论坛。

10月10日，关心下一代工作委员会工作培训会召开；医学部召开关于教职工公寓房管理办法实施方案沟通会。

10月14日，北医首届校史讲解志愿者校史专题培训举办。

10月16日，医学部优秀班集体评审会举行。医学部第四期高级团校开学典礼暨第三期高级团校毕业典礼成功举办。

2014.09

“声动北医”医学部中秋节、教师节音乐会顺利闭幕。



9月5日至12日，方伟岗率团访问丹麦、挪威。

9月9日，北京市首个规范化的疼痛科专业病房在北医三院正式启用。

9月10日，医学部2014年庆祝教师节暨表彰大会隆重举行；医学部举行2014级新生开学典礼。

9月13日，本科教育教学督导工作研讨会召开。

9月15日，公共卫生学院三门 MOOC（慕课）课程在 Coursera、Edx 两大平台上线。

9月14日，基础医学院举行学院成立 60 周年庆典大会，并举办系列活动庆祝六十华诞。

9月18日，医学部2014年暑期社会实践总结评审会举行。

9月20日，“深化科技体制改革”主题议政会在医学部召开。

9月23日，研工部组织召开 2013-2014 学年北京大学优秀班集体及先进学风班推选答辩会。

9月24日，医学部2014年欢迎新教职工大会举行。

9月25日，医学部召开基层党建创新立项工作经验交流会。

9月29日，医学部党委召开了统战干部会议。

9月21日至10月4日，北京大学中国卫生发展研究中心成功联合举办第三届“全球卫生新兴之声”系列培训活动。

2014.10

10月17日至19日，2014年中国卫生政促会医学教育分会年会举行。



10月18日，国际口腔重建科学委员会/北京大学无牙颌现代解决方案专题研讨会成功举办。

10月20日，医学部召开“强化党风廉政建设主体责任贯彻落实惩防体系工作规划”会议。

10月20日，瑞典卡罗琳斯卡大学校长访问医学部。

10月21日，研工部召开2014年研究生暑期社会实践总结评优暨交流会。

10月22日，医学部2014级新生风采大赛决赛圆满落幕。

10月24日-25日，第九届中美医师职业精神研讨会在北京大学医学部召开。

10月27日，医学部举行了“爱北医母校”——北医 102 周年庆典主题大步走活动。

尹玉新 时不我待，只争朝夕

■ 《北医人》记者 徐璐



人物简介

尹玉新，医学博士、遗传学博士、北京大学讲席教授、病理学教授、国家“千人计划”专家、“973”首席科学家。

1990年毕业于协和医科大学，随后赴美在加州圣地亚哥 Salk Institute 做博士后。

1997年获得美国北卡大学分子生物学和遗传学博士学位。

1997年至1999年在普林斯顿大学做博士后。

1999年起历任美国哥伦比亚大学助理教授、副教授（终身教授）。

2008年7月至今任北京大学基础医学院院长。

尹玉新长期从事肿瘤机理研究和抗癌药物机理研究。

他是第一个发现抗癌基因 p53 在细胞周期和基因组稳定性相互作用的人，他第一个发现了 p53 指导细胞对环境压力反应的机理。他的研究梯队首次揭示出 p53 下游组织特异性基因 Pac1，证明 Pac1 参与免疫系统的调控。他发现抗癌基因 PTEN 通过新的机制控制基因组稳定性，证实 PTEN 控制着细胞周期进程并对抗癌药物的强烈反应，这一工作将会对肿瘤抗癌药物的研究产生积极的影响。尹玉新团队首次揭示了蛋白质翻译的新机制，从而为鉴定新的蛋白质提供了基础。

在尹玉新的人生轨迹中，有两个转折点奠定、影响了其进程。

这两个点，一个是出国，一个是回国。

“出国”使他进入到世界一流的研究机构，接触了最前沿的研究领域，并在此领域中有所贡献，赢得学术地位；“回国”则使他获得了更大的舞台来施展才华，为祖国医学教育的发展来贡献自己的力量。

从“出国”到“回国”，尹玉新完成了从“个人奋斗”到“为集体奋斗”两种状态的转换。



在美国的奋斗

1990年，尹玉新从协和医科大学毕业，获医学博士学位。这时，一场“出国潮”正席卷中国。在协和医科大学，青年学生间谈论最多的话题，就是出国。“同学见面打招呼的话，就是问‘offer来了吗？有没有信？’”。经过一番努力，尹玉新如愿赴美，到加州圣地亚哥 Salk Institute 做博士后。

Salk Institute 鼎鼎大名，在美国私立研究机构中排列前茅。其创始人 Jonas Salk 是脊髓灰质炎病毒疫苗的发明者，对人类控制和消灭小儿麻痹症做出了历史性的贡献。从这里走出的科学家们不计其数，有五位获得过诺贝尔奖，现职研究人员中也有数位诺贝尔奖得主。

在这里，尹玉新如鱼得水，他参加了抗癌基因 p53 最初的研究，仅用两年时间，就发现 p53 可以调节细胞周期和维持基因组稳定性，从而抑制癌症发生。1992年，当这篇文章发表在《Cell》上时，引起了很大轰动，作为第一个发现 p53 抗癌机理的人，尹玉新接受了很多专访，在学术界崭露头角。“这个成果是我人生的第一步大跨越，也使得我增强了信心，觉得能在这个领域里好好做下去。”

与此同时，尹玉新也深感压力和挑战，尤其是在英文交流方面，于是他决定：“光有个国产‘土博士’学位还不够，应该在美国再拿个‘洋博士’”。

1993年，尹玉新进入美国北卡大学教堂山分校（UNC at Chapel Hill）研究生院攻读博士学位，专业是分子生物学和遗传学，到1997年，他获得博士学位。在这不到四年的时间里，尹玉新受到了美国正统的科研训练，提升了英文能力，成为他“能与别人拉开距离的重要原因”。读博期间，他首次发现了 p53 控制细胞对环境压力反应并诱导凋亡的机理，这一工作发表在《Nature》上。

毕业后，尹玉新进入普林斯顿大学做博士后。在这里他跟随 p53 抗癌基因的发现人 Arnold Levine 教授，继续研究 p53。“在这里就好像到了 p53 的大本营，Levine 闻名医学界，作为 Levine 的学生，别人会对你另眼相看。他使得我有更高的



境界，能接触更优秀的人，能站得更高来看问题。”

1999年，尹玉新开始申请工作，很顺利地成为美国哥伦比亚大学医学院的助理教授，2007年获美国哥伦比亚大学终身教职。

在哥大，尹玉新的工作一帆风顺，他很快申请到美国国家健康研究院（NIH）的基金（R01），建立了自己的实验室。2003年他的研究团队首次揭示出 p53 下游组织特异性基因 Pac1 在诱导细胞凋亡和抑制肿瘤发生中的作用，这一工作也发表在《Nature》。他们随后证明 Pac1 参与了细胞对抗癌药物的反应，其具有很强的杀伤肿瘤细胞的作用，此工作发表于2008年的《Oncogene》。从2005年起，尹玉新开始研究另一个抗癌基因 PTEN，他们发现 PTEN 通过新的机制控制基因组稳定性，此工作发表于2007年的《Cell》。

至此，尹玉新从“上山下乡”所在的边区考上大学，进而协和读博，再赴美科研、读博，最终留在美国，在世界顶级大学里领导一个团队，这一路上，科研成绩硕果累累。

一个偶然的机，让尹玉新在人生轨迹发生了转折，赋予了新的使命。

回中国的机遇

2008年，当尹玉新在首都国际机场走下飞机时，正值北京奥运会闭幕当天。他看着北京城漫天烟花，心中既有期待，又有忐忑。

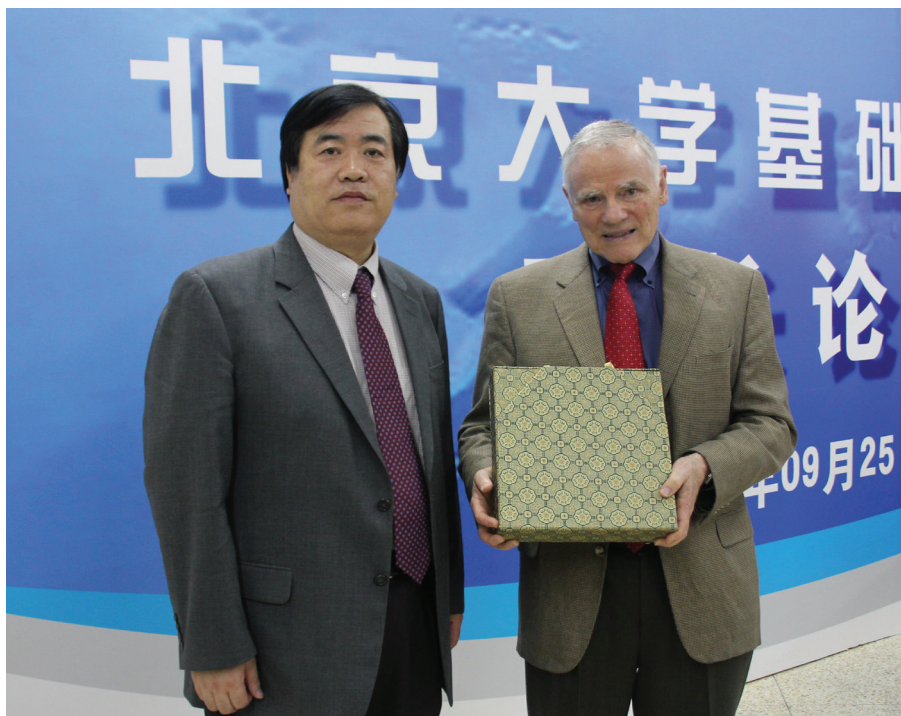
这次回国不同以往，尹玉新将告别奋斗近二十年的美国，回国定居，出任北京大学医学部基础医学院院长一职。

这一年，北医基础医学院在全球招聘院长，尹玉新偶然中看到了这则招聘广告。“我看到时，正是截止日期当天，抱着试试看的想法，投递了简历。”

很快，尹玉新被通知面试。经过四轮面试，在科研和管理上表现突出的尹玉新脱颖而出，得到了这一职位。北京大学医学部主任韩启德，常务副主任柯杨，对尹玉新寄予厚望。尹玉新决心回国开始人生的新篇章。

“当时，我判断国内正在开始大发展，有一大批优秀人才都在准备回国。国内的平台会越来越好。”果然，国家很快实施了高端人才引进计划，他顺利入选中组部“千人计划”，成为国家特聘专家。

正如，1990年尹玉新的出国是在“出国潮”的洪流中，2008年，他的回国，



左图：2013年3月2日，“老年重大疾病系统生物医学协同创新中心”培育启动，尹玉新介绍创新中心的培育情况。

右图：2013年9月25日，美国系统生物学之父 Leroy Hood 莅临基础医学院院长论坛，进行演讲。

又无意中参与了“回国潮”的大浪。

2007年，美国民间智库考夫曼基金会发布了一份报告，首次提出了“人才回流（reverse brain drain）”的概念。这份报告指出：美国正在遭遇历史上第一次人才流失，那些来自印度、中国的技术移民正开始“回流”到他们的母国。

国内环境的改善是重要的推动作用，而内心对“在祖国的土壤上做自己的事”的渴望则是这些优秀人才回国的最重要原因。

“回来后，可以为国做贡献，这不是口头上的那些大道理，而是这个位置真的可以影响中国医学教育，我特别喜欢学生，我希望我能为这些学生多做贡献，这是我回来的主要因素。”对于为何要放弃美国已入佳境的工作选择回国，尹玉新这样说。

作为一名“空降”的院长，尹玉新初来乍到时，难免有心理压力，幸运的是，他得到了领导的支持，同事的帮助。初到北医，时任全国人大副委员长，现任全国政协副主席、医学部主任韩启德接见了，对他的指示是“用教授治院”。因此，尹玉新特别重视学院中的学术委员会。这个由院士、长江学者、杰出教授组成的学术

委员会，能够决定基础医学院发展中的所有重大问题。

“柯杨校长给我很多指点，也很包容，这种包容让我有机会改进我做得不到位的地方。我学会了管理，学会跟不同的人打交道，倾听别人的心声，让他们觉得受到重视，让他们在你的领导下有收获。”

尹玉新有着很强的交往能力，他能够知道别人需要什么，并愿意创造条件帮助别人做成。这一点，让他非常适合行政领导一职。

任期第一届，他的领导团队几乎完全袭承上一届，而且他与团队成员合作愉快。“最开始的几年中，这个团队对我帮助很大。我从来不搞“一言堂”，大多采取集体讨论的方式，这让我很少出错。”

六年时间，尹玉新从一名实验室里的科学家，成为执掌一院的管理者，在中国，在这个位置上，他有机会参与到中国医学教育发展的进程中，他做的事情得以助力中国医学人才的培养和成长。

任重而道远

在北医，乃至北大，基础医学院都可谓第一大院，下设13个系，2个研究所，

1个医学实验教学中心。管理这样一个大院，责任不可谓不重。

学科齐全、师资雄厚是基础医学院的优势，同时，基础医学院仍然面临兄弟院校的挑战，空间有限，资源有限，这些都是摆在院长尹玉新面前的难题。

上任伊始，尹玉新迎来的便是医学部“新途径”教育教学改革工作的全面实施，基础医学院恰恰正是教改试点的前线。

“在柯杨校长、王宪副主任的指导下，学院成立教学工作委员会，对课时如何优化、核心课程怎么安排、授课内容如何精练，如何增加学习兴趣和效果，老师们集体论证。学院内经常召开教学主任、骨干教师的教学改革会，一步步推进具体落实。”

学院经过充分的研讨和论证，以“创新人才培养”为核心，以“基础医学核心课程”和“优化实验教学”为基础，以“器官系统”为中心的小组讨论式学习（PBL）和贯穿基础医学阶段全程的创新人才培养项目为重点，自上而下进行顶层设计，构建了基础医学阶段本科生“创新型医学人才”培养体系。

这一体系从2010年开始在2009级临床医学和基础医学八年制学生中正式实施，取得了阶段性成果。2013年10月，学校接受了教育部临床医学专业认证专家的考察，对“新途径”教改给予了高度肯定。

“北医的教改引起了国内高等医学院校的广泛关注，在教育部成为了一种模式，而我们正是教改的参与者，可以说我们正在影响历史。”谈及此，尹玉新自豪满满。

为推动科研发展，尹玉新力主建设大平台。“在基础60年的历史中，由于教学的需求，使得我们形成了完备的学科分布，如果能使这些学科相互交叉，形成



尹玉新听取实验室学生汇报实验

的合力将会有更强的效果。我们需要一个高水平、现代化的大平台提供支持。”

2010年6月，北京大学系统生物医学研究所成立。研究所涵盖生物学、基础医学、药学、临床医学、中医学、生物信息学等学科，针对重大疾病，如肿瘤、心脑血管疾病、代谢性疾病等进行系统生物学研究。这个学科交流的共享平台，包括基因组学、分子遗传、计算生物学、结构生物学、蛋白质组学、代谢组学、药物研发、转化医学研究室等八个研究室。研究所旨在促进学科的交叉和融合，开展原创性研究，发展转化医学和培育高水平综合性研究团队。

“系统生物医学研究所是国内一流的交叉学科平台，它是基础医学院能够大踏步前进的基础。”尹玉新这样总结。

上任不足四年，尹玉新迎来了一次“大检阅”。2012年，教育部在全国范围内，对具有研究生培养和学位授予资格的一级学科进行整体水平评估。评价指标体系包括师资队伍、科学研究、人才培养、学科声誉4个一级指标及18个二级指标，5000多位专家参与评价，客观数据与主

观评价结合，重视质量、淡化规模，评估结果的公平性、科学性和权威性获广泛认可。

在这次评估中，基础医学院基础医学一级学科在该学科44所参评高校中排名第一，学科整体水平得分91分。

“91分”是历史性的新高，在前两轮评估中，基础医学整体得分分别是“86分”（排名第一）和“80分”（排名第三）。这表明，其学科建设取得显著进步。

尹玉新目前的另一项重要工作是为“分子与转化医学协同创新中心”申报“2011计划”。“2011计划”全称高等学校创新能力提升计划，是继“985工程”、“211工程”之后，国家在高等教育系统又一项体现国家意志的重大战略举措。

“现在我要付出很多的时间和精力把这个申报成功，使得北医发展获得国家资源支持。这是历史机遇，我们不能错过。”

让学生把基础当家，给老师以发展平台

在尹玉新眼中，最重要的是“人”——

“学生”和“老师”。基础医学院有近1900名在校生、400多名教职工。

在基础医学院，尹玉新是出了名的对学生好。“我们一直强调的理念是，学生是我们服务的主体，是我们的‘上帝’。我们必须做好两件事：一是要照顾好他，一是培养好他。我们要把学生当成自己的孩子一样，要做他们精神导师、人生导师，让他们高高飞翔。”

为此，学院领导班子开展了很多工作。每年从院长基金里给学办拨经费，用于学生活动。

基础医学院每年有两场学生典礼极为隆重，一是开学之初的“迎新典礼”，一是毕业之时的“离院典礼”。作为院长，尹玉新每年都要参加，都要讲话。“迎新典礼是我跟学生第一次正式见面的机会，我怎么会放过呢？离院典礼则是最后一个机会，让我向他们表达：‘我们永远关爱你们，期待你们成就，希望你们幸福。’跟年轻人在一起的感觉是最好的，看着他们，我非常自豪。”

“我希望老师们为学生着想，听到学生的要求和呼声，甚至在他们没有要求，还不知道如何发声的时候，提前一步帮他们安排。让他们能在这里得益，让他们在未来回忆起的时候，认为‘我的大学对我如此重要，是因为那些老师，那个环境给我的帮助’。我做行政工作，有机会为学生服务，这是我的使命。”

一流的学院需要一流的师资，尹玉新任职期间，希望能够进一步提升学院的师资力量，尤其是为青年老师的成长建立更好的平台和机制。

尹玉新上任后创办了“院长论坛”。“院长论坛”每月举办二至三次，全院教师、研究生都参加，主讲的都是国内外一流的科学家或管理人员。这样一个高水平的科研交流平台，受到越来越多的关注，成为基础医学院发出理念和声音的地方。

学院正在建立“青年导师制”，让年轻老师参与到教授们的研究团队中来，协同个人的研究与团队研究的方向，带动个人科研能力的成长，同时借助教授的资源，申报自己的项目。对此，院里在考核方面采取了一系列的鼓励政策：对教授进行考核的一项指标就是是否带动了年轻人

六十年，一甲子，几代北医基础人为了学院的发展、医学的进步，将自己的青春毫无保留地挥洒在这片热土，逐步积淀形成砥砺前行、追求卓越、护佑健康的文化底蕴。

经过几代北医基础人的奋斗，时至今日，基础医学院已成为拥有 13 个学系、2 个研究所以及 1 个实验教学中心的医学教学科研中心、国家基础医学领域高级专门人才的重要培训基地；拥有“生物学”和“基础医学”2 个博士学位授予权的一级学科、7 个国家重点学科、2 个博士后流动站、4 个省部级重点实验室，拥有大批国际先进水平的科研基地和实验技术平台。

愿我们风雨同舟，共同努力，实现中华梦，成就“北医基础梦”！

——尹玉新院长在学院成立 60 周年庆典大会上的致辞



成长。

基础医学院每年召开“中期科研会”和“年末学术年会”。院内所有的学术带头人和研究人员齐聚一堂，陈述项目，展示科研亮点，互相交流形成交叉。这样的交流形式被大家一致认可，成为非常有效的院内学术盛会。

学院还建立起三级奖励制度，给教授更好的待遇，给年轻人更多的激励。

“下一步我们会摸索建立更好的机制，来更好地调动全院 400 多名教职员工的积极性，激发潜力，提升整体水平。”尹玉新说。

科研“高产”

“白天做行政，晚上干科研”是尹玉新担任院长后的工作状态。尹玉新说：“晚上、周末都是我的科研时间。我很少出门，极少出去玩，我喜欢实验室，在实验室就像在度假。”

尹玉新的实验室在病理楼，他的实验室有 20 多名成员。回国后，他的研究便得到科技部重大基础研究计划（973）、

国家自然科学基金重点项目、北京市自然科学基金重大项目等支持。

他的团队对 PTEN 基因的抗癌机制开展了深入的研究。PTEN 基因是人类肿瘤中突变率仅次于 p53 的强大抗癌基因，在多种类型的癌症中都存在 PTEN 基因突变或缺失。

研究中，他们揭示了真核生物中新的蛋白编码机制，并由此发现 PTEN 家族的新蛋白 PTEN α ，进一步证实其定位于线粒体，参与调控细胞能量代谢过程。这个发现首次阐明了真核生物可以通过不同密码子翻译起始合成不同蛋白质亚型，从而大大增加了潜在蛋白质家族的数量和构成，有助于揭示蛋白质多功能的分子机制，奠定生物多样性的物质基础。

在最新的研究中，他们发现并证实了抗癌基因 PTEN 参与调节染色体重塑并影响全基因表达。这个研究揭示了 PTEN 在细胞核内的新功能，首次将抗癌基因 PTEN 与表观遗传学信号标志联系起来，提供了新的证据支持 PTEN 在细胞核内信号传导通路中发挥重要作用，为今后进一步加深 PTEN 在核内功能的认识打开了一

扇窗口。

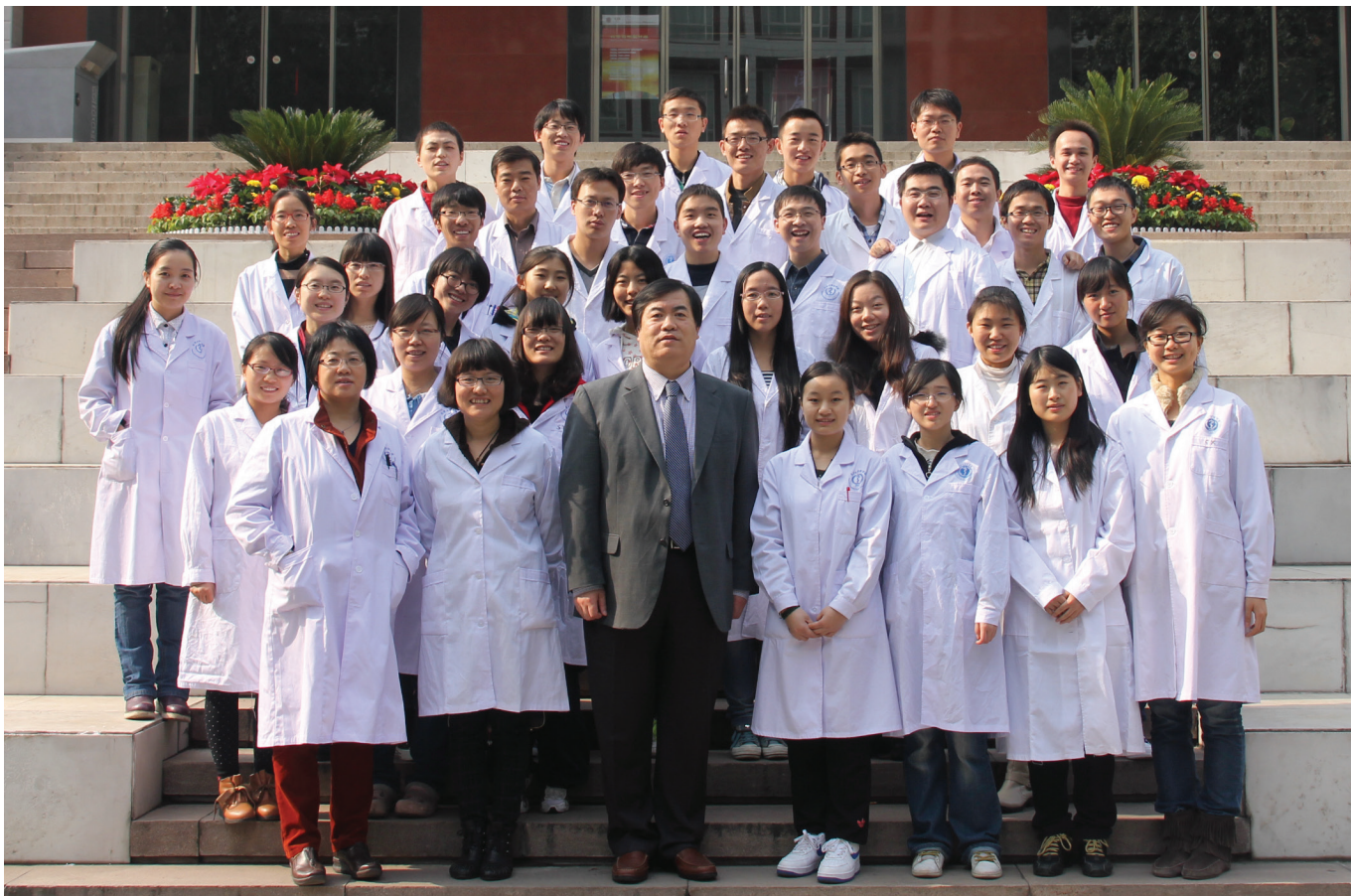
仅 2014 年，尹玉新的课题组就有三篇文章发表在《细胞》的系列刊物上，尹玉新认为：“这只是个开始，未来还会有越来越多的成果产生出来。”

与初到北医的些许忐忑不同，如今的尹玉新踌躇满志，只叹时间太少。

“最初时，并没有想一定能做出什么，只是想试试，现在知道自己肯定能做，而且能做好，正是因为这六年的经历让我知道，这里肯定能做成大事。”

2014 年 9 月 14 日，基础医学院举行学院成立 60 周年庆典，学院组织了一系列活动来庆祝和回顾这一不平凡的历史。

“学院发展了 60 年，我自己待了六年，是十分之一的时间。现在回想起 2008 年的决定，我很幸运当初做了这个正确的选择。现在有一个感受就是时间的紧迫感越来越强，因为特别想做更多的事情。下一个六十年，将是我们建设一流大学，实现中华民族伟大复兴中国梦的六十年”。



尹玉新实验室全家福

记者手记

采访尹玉新院长前，我对他的了解少之又少。无论是百度还是谷歌，所能检索到的就只有他的学术成就和出席会议的新闻。于是，我拿起电话拨到基础院办，试图先从周围人那儿“套到”点信息。

“尹老师对人非常亲和。”听到这句话，我联想起偶尔在校园里遇到的那张透着威严的面孔，心里有点嘀咕。“他是工作狂，有时能收到他下半夜发来的邮件。”这点我不意外，在北医采访了太多的“牛人”，“勤奋”是他们的统一标签。

百闻不如一见，当在弥漫着实验室味道的生化楼的院长办公室，见到尹玉新院长，坐下听他讲述他的经历，谈论他对中国医学教育的理想，说起他的学生他的实验室时，“威严”的面孔变得非常“亲切”，“毫无违和感”。

我问：“您带学生是什么样的风格？”

“我会让学生觉得，你来这里就是挑对地方了，这里是最好的。我不主张学生急于定题目，兴趣是研究的第一位，我所做的就是帮助你建立你的兴趣。”

“当你做科研时，我就是帮助甄别、分析你的研究成果，最后你的成果是自己总结的。我通过与学生反复修改文章来进行交流，这中间我们交换想法，没有师生等级，你在他困惑的时候点拨他一下，他会发现你特别高明，我越来越喜欢这些学生，学生也越来越敬重你。”

“在我的实验室，学生是主力，从我们这儿走时，学会了一整套科研的思想方法体系，谁收了我们的学生做博士后，他就赢透了！”

对学生，这一定是真爱。

触摸医学的温度

在肿瘤医院朱军诊室的一次听诊

■ 文/《北医人》特约记者 武慧媛



人物简介

朱军，主任医师、北京大学肿瘤医院暨北京肿瘤医院党委书记、大内科主任、淋巴瘤科主任；

中国抗癌协会淋巴瘤专业委员会副主任委员；

中国抗癌协会临床肿瘤学协作专业委员会（CSCO）执委会常委、北京希思科临床肿瘤学研究基金会副理事长；

中国淋巴瘤联盟候任主任委员；

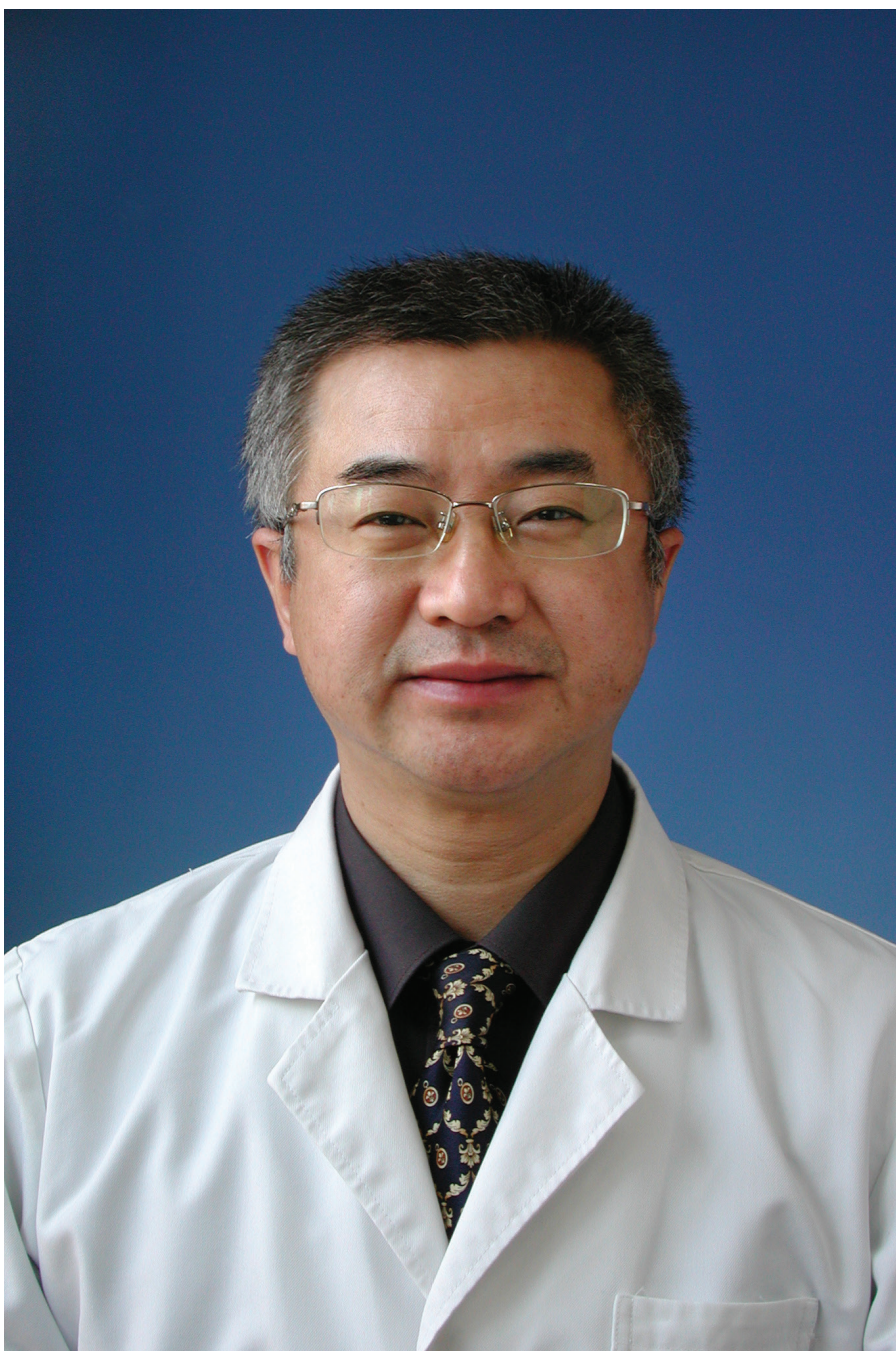
中国老年学会老年肿瘤专业委员会常委。

专注并积极推广和促进恶性淋巴瘤的规范化诊断与治疗。根据中国的临床实际情况，结合患者个体化治疗原则，改良并创新治疗方案，尝试新方法治疗淋巴瘤。

负责 985、973 计划等多项课题研究，获北京市卫生局“十百千”人才计划“十”层次培养。

全年坚持在病房查房讨论、门诊及院内外会诊，得到了国内同行和患者的认可。

在某些类型淋巴瘤的诊断治疗方面接近国际水平，保持在国内领先地位。促进了国内淋巴瘤研究领域的发展。



2014年“服务百姓健康行动”全国大型义诊活动周于9月14日启动，第十届“世界淋巴瘤宣传日”恰逢其时。

9月15日，北京大学肿瘤医院学术报告厅，“远离淋巴瘤困扰”健康大讲堂赢得患者和家属的热情参与。活动本着科普宣传和健康服务的理念，设计了专题讲座、义诊咨询、现场提问等多个环节。

现场交流时，朱军又一次提及“医患携手、共抗病魔”——重视患者在诊疗中的积极作用，是朱军一贯的主张。为此，他把引导患者树立乐观坚强的心态纳入医疗救助过程，带领团队在专注于提高淋巴瘤诊疗技术水准的同时，始终秉持医者的人道精神和医学的人文品格。

在他的诊室里，“和谐医患”绝不是一句空洞的口号。

“医学倘若缺乏必要的人文关怀，就会失去应有的人性温度。”

把病人当作一个真实的人，体恤其受疾病袭击时的痛苦，面临生命危险时的悲伤以及对于爱抚和同情的渴望——是医学人文的应有之义。

数月前，笔者有过一次旁听朱军主任出诊的经历。至今，那个充满人情味的场面还刻在脑海里。

他解读病情时的睿智幽默，让患者轻松起来；介绍方案时的通俗明晰，让医学不再陌生；关注病患内心冷暖，让淋巴瘤不再可怕……

谈话间不时发出的笑声，弥漫在空气里，让诊室气氛温暖而愉悦。

三个半小时，犹如聆听一场“故事会”，虽然没有手术室或病房里的故事那么揪心，让人激动，但医患间的尊重、信任和理解在他们的对话中清晰呈现。

二十位患者，进进出出，朱军一刻没有停歇。好几次我都忍不住想提醒他喝口水，又惟恐破坏了因我在场的“原生态”。其实，这样的连续工作，他早习以为常。

●听诊现场 1

“不用刻意去‘找’毛病”

“您好！请坐！”每当患者进屋，朱军都会热情招呼。如果是复诊患者，场面则更轻松——“我们又见面了！”握手或拥抱的情境，感觉很温馨。

“您的状态挺好啊！尽管当时诊断出一个毛病，但现在看来我们采用的方法还是让您获益了。”

“都是您英明！”老人欢喜地竖起大拇指。

60多岁的李女士，2012年11月查出淋巴瘤，北大医院安排她住院化疗。她执意要来北京大学肿瘤医院找专家——全面检查之后，根据患者当时的症状和意愿，朱军建议“可暂不进行化疗”。

如释重负，李女士激动地回家了。18个月已经过去，让她时刻保持“警惕”的症状一直没有出现。

“既然一年多这个毛病没怎么‘折腾’，那咱就和它‘和平共处’吧！”朱军高兴地回应。

“可是有时总感觉这里咯噔一下，我总担心是不是出什么毛病了。”李女士指着左腹部，满脸疑虑。

朱军冲她笑笑。边翻看检查报告单，边问道：“有发烧、消瘦、疼痛乏力等症状么？”

“没有！”

“是否有持续反复的不舒服让你受不了，以致影响到你的生活。”

“没有！”毫不犹豫的应答，让朱军更加放心。

“下一步怎么行动主要取决于您自己的意愿。如果天天嘀咕，总想搞出个所以然来，那我们就再取一次病理，看看与一年前有没有变化；如果您不想用药，那咱们再继续观察，等到有不舒服的症状出现了，咱再用药让它别‘捣乱’。”

“要我说，您就不用有疑虑，不用刻意去‘找’毛病。”为患者摆出两种选择的同时，朱军也表明自己的态度。

“妈，您听明白了吧！”李女士的女儿在旁插话，“老太太就是心思比较重。”

“要说任何感觉都没有，那也不符合规律。人在一天天变老，何况我们已经发现有点毛病，但还不至于非要进行化疗。”

朱军继续解释，“原来我们就认为您这个病症是慢性的，现在一年多的观察也符合之前的判断。淋巴结稍微有点大，但是发展缓慢。只要没影响到你基本的生活状态，就不要总是去琢磨了。”

“明白啦！我这儿来找您一趟，心里就踏实多了！”老人起身鞠躬致意。

●听诊日记

来找朱军复诊的患者，说得最多的一句话便是：“见到您，心里踏实！”

他们之间的交流，像朋友间的谈话，又如同亲人般的叮咛。从进门开始那声简短却重要的问候，到就诊结束还再三的嘱咐，“不用过度紧张，好好保重，有问题随时联系！”处于这样的医疗人际交往中，医患哪来的矛盾？

由于疾病，这些患者的心理都情不自禁带上了“淋巴瘤”的标签，内心有恐惧、有不安。精神焦虑自然总会给自己“找”点毛病。

“找”毛病常常出于对医学知识的匮乏。近年来淋巴瘤成为全球增长最迅速的恶性肿瘤之一，发病率年均增加4%，相对发病年龄比其他肿瘤年轻5-6岁。

9月15日中央电视台播发新闻，向公众普及淋巴瘤科普知识。“淋巴瘤是有可能治愈的恶性肿瘤，跟其他肿瘤相比，淋巴瘤的治愈率是最高的之一。”朱军接受采访时表示，“十几年来淋巴瘤的发病和治愈率都在增加，特别是治疗的治愈率增高比较快。”

尽管我们的科普宣传一再强调：淋巴瘤不同于其它严重的癌症，相当多的淋巴瘤可以完全治愈，但仍有很多人对疾病缺乏认知。



近年，北京大学肿瘤医院淋巴瘤科结合临床实际和个体化治疗原则，改良并创新治疗方案，积极推广与促进淋巴瘤的规范化诊疗，在鼻 NKT 细胞淋巴瘤等类型的淋巴瘤诊疗方面达到国际水平，保持了国内领先地位。

听诊中不难发现，多数患者是心理压力大于病情程度，难怪他们说，“看完大夫就感觉病已经好了一半。”朱军笑答，“要真是病情严重，哪是我在这里给你叨叨几句就能好的啊。”

给予患者医疗技术救助的同时，他更多的是在做心理的治疗和安慰，而这需要比医术付出更多的耐心和责任心。

“不用害怕，如果世界上能让我挑选个肿瘤得，我就挑你这个。这个最好治，属于淋巴系统增生。”

“住上院就踏实了，不用想太多。虽然辗转几家医院，走了点弯路，但现在我们已经朝正确的路上走，病好了还要继续挣钱养孩子。”

这样贴心的解答和鼓励是在为患者“卸包袱”。卸下思想包袱的病人轻松了，给予医生的信任和尊重却变得沉甸甸。

●听诊现场 2

“高兴即是最好的药”

“身上长了好几个包包，可是脸上一个都没有，你应该谢谢它。”

“还真是，要不是您这番提醒，我真没注意，要这么想，倒还挺幸福的哪！”

女孩明媚地哈哈笑起来。

女孩齐耳短发，清秀干练。进诊室时左手握着张纸条，右手攥了根笔。朱军与她交流了最新的检查结果，在问询身体近况的同时还叮嘱了几点注意事项。告诉她患有属于低度恶性的淋巴瘤

“主任您看，我这个白细胞数为什么会高呢？”

显然，她是预先做了功课，查阅过淋巴瘤的相关资料。朱军解答后，她便在那张事先备好的纸条上划了个勾，又接着提问。几个回合后，纸条被轻轻合上。

“以你目前的情况看，暂时不需要化疗，可以在当地找个中医调理一下。”

“短期不会有太大问题吧？”

“肯定不会！”

“用不用吃点药啊？”

“高兴就是最好的药！”

这个回答，让她略带担心的眉头瞬间变得轻松，清瘦的脸庞绽放出甜美的笑容。

●听诊日记

像这样，病症缓慢暂时不需化疗的患者不在少数。那天就诊的患者中，有位五年患病史的男士，生活一直安好，未见

明显不适。这次来就想问问医生，自己要不要化疗？由于复诊几次医生都是建议观察，他有点按捺不住了。

还有一位 62 岁的老先生，因为偶得偏方，吃土豆对自己的病有好处，便开始天天吃，吃到自己都觉得难受了。又听邻居说，海鲜等食物不宜吃。种种说法该不该信？

更有受“神奇功效”诱惑的孝顺女儿，来找医生求证一下“昂贵保健品”是否靠谱？

各式各样的问题和困惑，朱军一一解答。他出诊，总是尽可能地尊重和满足每一位患者的需求。

其实，患者的问题对医生而言，可能已经回答过上千上万遍，或许一天出诊就要说好几遍，但对于患者，就是“一医一患”，他们要得到的是个体需求的满足。听起来似乎有些不公平，这便是医生职业的特征，辛苦却常常不被理解甚至遭受埋怨。

听诊那天，朱军本应在下午 1 点前赶往北京西站，与团队汇合赴兰考出差。可是直到 12 点半，他还在解答患者家属的咨询，一个新疆小伙子硬是要加号，朱军只得看完所有病号后，放弃吃饭、休息时间为其“加诊”。



面对日益增大的门诊量，医生几乎每天都是在超负荷工作。为了更好地问诊，并保护专家身体，医院建议专家门诊每天只挂 15~20 个号，但实际上只看 15 个号的情况几乎不存在。患者挤在门口请求加号，岂能“有求不应”。

从各地慕名而来的淋巴瘤患者，病情程度有别，患病类型各异，个体病灶特征和心理诉求也不尽相同。面对每个患者，朱军都要迅速知道其就诊希望解决的主要问题，并在短时间内为患者“支招”。针对每一个病患，朱军也会做出具体的个性化的叮嘱，包括饮食起居、情绪调节、预防治疗等具体细节诊疗策略与方案。而走出诊室的患者总不忘回来再补上一句，“朱主任您有机会一定来我们家乡转转，我给您当导游！”

这样的热情相邀散发着亲情、友情，是发自内心的感恩。

●听诊现场 3

尊重胜于怜悯

“你们可真行，怎么还能编出个红

斑狼疮。”听着眼前三位患者家属的描述，朱军有点诧异。

来自辽宁鞍山的老刘，半年前因患淋巴瘤来到肿瘤医院就诊。

朱军结合老人实际情况提出诊疗方案。如今，已经在当地医院完成三期化疗。由于子女们一直对老父亲隐瞒着病情，所以家属先行进来和朱军沟通后，才让老人进来。

“您这待遇很高嘛，看病还派个代表团来！”全家人都乐了。

见老人进来，朱军微微前倾了一下身子，笑问：“老人家看起来状态挺好的嘛，快请坐。最开始有毛病时主要是哪里不好？”

一边询问，一边自然地请老人撩起裤腿。看了腿上取病理的地方，又顺理成章地观察、问询了化疗及用药后身体的变化。一切显得顺其自然。

看得出来，朱军是悉心巧妙地“瞒”着老人，又认真真地解答老人的疑惑。

“化疗后我身上怎么还起了疱疹？”

“带状疱疹和用药有关系，由于您体内潜伏着这个病毒，聚集在肋间神经里，用药后就显现出来了。以后就不会太有事

了。放心吧！”

“这次来，自己有什么打算？”

“我感觉现在没事了，能不能不化疗，太难受！”

老人摘下帽子开始诉苦，“您看我这头发，以前浓黑浓黑呢……”

“头发少了，包包小了，打个平手！”朱军风趣地说。

“现在可以有三种选择：第一、听你的不再打化疗，但要有思想预期，原先的包包也许不起了也许还起，这就好比打赌。第二、换成中药口服药，睡前服用沙利度停，控制它不发展。第三、按照咱们最初计划的四至六个疗程，再坚持打一个，完成基本标准。”老人仔细听专家意见，生怕遗漏了什么。

利弊分析后，朱军补充一句：如果问我，我建议打满四个疗程，难受也就一星期，五天就过来了，然后休息一至一个半月，同时服用点中药、口服药让其稳定。

“当然，我们也尊重患者的意愿，由您自己来选择。”这个尊重放权，好比神针般有效。

原想放弃继续化疗的老人，丝毫没有迟疑，当场拍板：“我听大夫的！坚持打满四个疗程！”

语气坚定、信心十足的选择，透露出医患间充分交流后的那种信任。

●听诊日记

“触摸和谈话曾是医生的两件法宝，虽无真正的医疗作用，但病人却藉之得到了安慰和信心。”

周国平在《医学的人文品格》中有过这样的表述，“现在，医生不再需要把自己的手放到病人的身体上，也不再有兴趣和工夫与病人谈话了。取而代之的是各种复杂的机器，它们横在医生和病人之间，把两者的距离越拉越大。”

“病人世界”与“医生世界”的深刻差异、技术与人性的冲撞，让医生与患者间关系冷漠，今天的医患关系紧张与医学人文缺席就始于对话。

耐心讲解病情及相关诊疗信息，包括不同治疗方案的可能结果、可能的康复时间、费用——在朱军的诊室里，帮助患

者根据自己的情况作出选择，是他竭力要做的事情。虽然有些问题可以不做解释，但他认为，这样的解释可以让患者感受到尊重。尊重患者知情权，即满足他们了解和掌握自己病情的渴求和愿望。

尊重，呼应了首先是“人”，其次才是“病”的现代医学模式。要真正拥有并时刻保持对患者的尊重，惟有“好医生”才能做到。这需要我们的医生，不但有学术和医术上的造诣，还要有深刻的睿智、广阔的人文视野和丰富的同情心。

我自己患病时经历过的诊室对话十分简约，“哪里不舒服？几天了？公费自费？”这次听诊，令我记住了医生和患者妙趣横生的对话——“患者：都说您是神医！朱军：那只是个传说！”

也记住了就诊结束患者脸上无比灿烂的笑容、年岁已大的老者仍要鞠躬致谢的动人一幕。耳边再次想起美国杰出医学家刘易斯·托马斯的观点：病人需要医生那种给人以希望的温柔的触摸，那种无所不包的从容的长谈。

●听诊现场 4

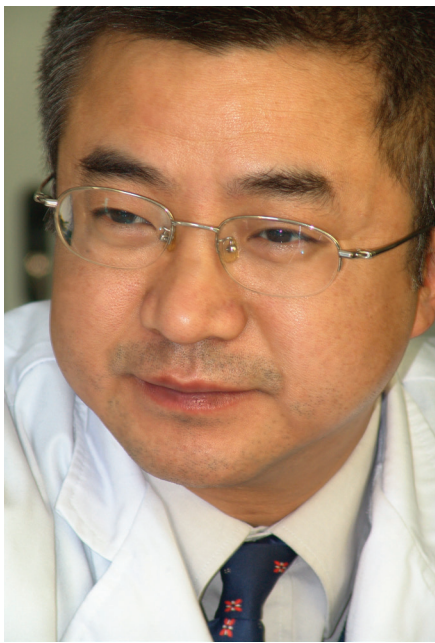
生命值得相托

“医院告知我们最多活半年，全家人都接受不了这个现实……”丈夫述说着妻子几个月来的病情转化，眼神中浮现出一丝忧郁的暗影。

从新疆阿尔泰赶来的陈女士，36岁，是今天第一个初诊病人。两周前，被诊断患有弥漫性大B细胞淋巴瘤。犹如晴天霹雳！她怎么也不愿相信：好端端的自己由牙疼变成淋巴瘤。

“这次得病前我媳妇的身体状况一直倍儿棒！”回忆起发病前的了无征兆，丈夫目光笃定。

“今年一月份，因为牙疼到市第十六医院就诊，医生让服消炎药消肿后去拔智齿。结果半个多月都没有消肿。挨到春节后，又去地区人民医院就诊，医院当即拔掉智齿并打了一周消炎药。肿痛还是一直未消，后又断续在家服用止痛消炎药。五月底去医院复查拍片时，发现牙龈上有个一公分瘤，直接将我们转到了新疆医科



大学第一附属医院。住院手术切掉肿瘤，说是一周后便可出院。但是过了十多天还没好，医院进一步检查，诊断为淋巴瘤，让我们转入血液科化疗。”患者丈夫一口气讲完了患病经过。

牙疼——淋巴瘤？听起来，确实有点离奇。

“还有什么其它症状吗？比如发烧、消瘦，有没有长出包包、皮疹……”听完主诉，朱军开始询问，“现在有什么不好？做什么工作？孩子多大啦？……”很贴近生活的问题，倒让满脸愁苦的陈女士放松不少。

几个月来的各种检查单，肿瘤医院检验科新出的报告单，都在刚才的时段里被朱军翻看过。指着单子，朱军格外关切地问了句，“这些情况患者都知道吧？”

得到肯定的回答后，朱军说，“非霍奇金淋巴瘤”这个诊断是正确的。进而解释：这是一类起源于B细胞或T细胞的淋巴系统恶性肿瘤，其中B细胞来源的淋巴瘤占70%~80%。B细胞淋巴瘤分了近三十种类型，最常见的就是弥漫性大B细胞淋巴瘤。

“这个病很常见，但你的发病部位比较特殊，与牙槽牙颌骨有关。相对而言，这种类型肿瘤的侵袭性更高一些。但好在年轻，病变比较局限，无全身症状，目

前检查还没有更多病灶，这是有利因素。”交流中，时有对患者积极的鼓励。

“淋巴瘤分为四期，我们希望你是一期。当然还要进一步检查和评估，才能决定治疗。治疗路线很清楚，就是全身化疗。根据病理和条件CT2.0阳性，采用利妥昔单抗，也就是美罗华联合化疗……总体时间在四到五个月以上，但并不是一直待在医院……可以定好方案回新疆做，几个周期后再来复查……”

门诊病人很多，朱军还是给了患者一个详细的治疗方案，并叮嘱以后要注意的方面，最后一再强调，“你这样的病有一半或以上的几率能治愈。听起来不高，但对于这类的恶性肿瘤，完全治愈还是要付出努力的。”

“我们就是投奔您来的，在这里治疗。”患者心里一个大大的问号有了答案。

●听诊日记

患者之所以会怀疑当地医院的诊断结果，是出于对病情的不甚了解：“医院只告诉我们是淋巴瘤，其它啥也没说……”

当患者对自己的病情一无所知时，往往特别焦虑甚至会怀疑、不解——耐心倾听他们的诉说，可以让焦虑心理得到些释放；尽可能多的讲讲疾病知识，满足他们心里对病情进一步知晓的需求和愿望。

这是医患间最普通的沟通，通过叙述与聆听、描述与解释，使双方信息对称、关系平等起来，才会相互信任。患者心底踏实，就会感觉生命值得托付。

医学的故事首先是人与人的故事，这个故事从门诊开始。在我们的医疗生活中，医患差异转换成医患冲突的起爆点往往就在于只重故事的结果，而忽视故事的主人公和讲故事的人。信息交流的不畅、医患沟通的不够，一定程度上降低了患者对医生、医院的信任度，造成医患危机。

这里仅仅记录了医生出诊故事中的只言片语，可以感受到：现实医患之间不只是矛盾、怀疑和侮辱，还有很多欢喜、感激和信任，需要我们更多的记录和传播。

“有时，去治愈；常常，去安慰；总是，去帮助。”特鲁多名言，在现实医患关系下依然神圣……

韩晓宁

科普是医生的责任

■ 文 / 北京大学第一医院 王若瑒



人物简介

韩晓宁，北京大学第一医院心内科副主任医师。

2004年毕业于北京医科大学医疗系，2007年获得北京大学医学博士学位。

从2002年开始，一直学习工作在北京大学第一医院。

专业是心血管内科的危重症疾病诊治，也擅长患者教育与慢性病随访工作。

工作中她是一位热情洋溢的医生，她温暖亲切的话语不仅鼓励安慰了患者和家属，也感染和坚定了年轻医生的信念。她坚信设身处地的为病人着想，把你为病人做的和想为病人做的事用病人和家属可以完全理解的方式告知给他们，医患矛盾会减少很多。

她说，“科普是医生的职责，是医生工作中的一部分。”

以一句“爱工作也爱生活，治患者也治自己”作为结束语，韩晓宁严谨而有条不紊的演讲得到了台下的阵阵掌声。北京大学第一医院首届青年科普能力大赛中，韩晓宁以“过劳死”为主题，在激烈的比赛中夺得一等奖。

韩晓宁平日对工作一丝不苟、充满热情，她待患者认真负责，并时常进行高血压、冠心病方面的科普讲座。她认为，科普并非一日之事，是与患者接触过程中的点滴积累，是医生的职责，是医生工作中的一部分。



作为临床医生认真而敬业

作为北大医院心内科的副主任医师，韩晓宁每天都要面对很多来自全国各地的病人。繁重的临床工作，她从未懈怠过患者的病情，并将很多时间放在与病人的沟通上，努力尝试多方面的干预，并从每日的分析思考中积累了大量临床经验。

在病人眼里，她是一个态度和蔼、工作认真的年轻医生，无论病人是中年妇女还是七旬老人，她多会通过充分沟通努力取得患者信任。有病人评价她“不是亲

人胜似亲人，一个年轻有为的好大夫。”

心血管疾病很多是慢性综合性疾病，与不良的生活习惯有密切关系，因此其治疗不能仅仅依赖药物，更需要病人生活方式的改善。

韩晓宁不断通过各种方式向心血管病人强调健康生活方式的重要性。她不厌其烦一遍遍向病人强调按时服药、积极控制病情以及戒除烟酒的重要性。

她说，健康的生活是我们自己就可以做到的，用药是要靠医生和外界因素，从治疗的成本和我们这个对身体的好处来

讲的话，生活方式的改变是必不可少的，而且不论是在高血压的指南上，还是这些国际的其他医生的推荐上，我们都是把生活方式的改变作为高血压治疗的第一步，也是基础。不能说我光吃药就行了，该喝酒喝酒，该抽烟抽烟，该躺着不动躺着不动这是不行的。她曾经严肃地劝说一位35岁的严重高血压病人，“过劳是社会问题，不可避免，过劳死是可以避免的。你倒下了，父母妻儿怎么办？”

她在门诊和病房都会仔细询问每位患者平日的生活方式和精神因素，比如平

2013 年 11



韩晓宁获得北大医院首届青年科普能力大赛一等奖，左三为韩晓宁。

时爱吃的食物、是否有大量吸烟和饮酒的习惯、平时承担的工作和精神压力等，从中找出与心血管疾病相关的危险因素，从多个方面入手对病人的健康进行干预，以达到更好的治疗效果。

每隔一两周，韩晓宁就会在心内科门诊的教室里进行健康讲座，为心血管病人制定合理的膳食计划，使他们能够更好地控制高血压、高血糖等慢性病，把健康知识传播给需要的人群。她说：“平时无论在门诊或是病房，经常会遇到病人来询问‘病怎样才能好？’‘出院后吃什么

药？’‘以后应该注意些什么？’等问题。说得清楚，病人就能做得更好，获益更大。”

临床工作中认真总结，坚持科研

科研是每一位医生必须完成的工作，韩晓宁的科研主要涉及高血压、冠状动脉性心脏病和心肌梗死等临床和基础医学方向，她通过大量的临床病例进行总结以及分子细胞水平的研究，成果发表在多篇核心期刊上。

心血管事件是手术病人围术期常见

的并发症，也是老年患者术后死亡的重要原因之一，因此如何做好对手术病人心血管风险的评估至关重要。

韩晓宁与北大医院心内科的几名医生一起合作，对 1079 例进行过腹腔手术的病人围手术期心血管事件发生的危险因素进行分析，最后得出结论，老年人、缺血性心脏病、慢性阻塞性肺病和肾病病人都是手术出现心血管并发症的高危人群，因此术前需要进行心血管并发症的评估，以更好地保证手术病人围术期安全。让科研能够真正用于实际，帮助解决临床问题。

冠状动脉钙化是导致冠心病的主要原因，在她的一项研究中，通过对 141 位冠状动脉疾病病人的血糖水平、二尖瓣钙化水平和主动脉伴钙化水平等临床危险因素进行评估，计算与冠脉钙化程度的相关性，从而为心血管病人冠脉钙化水平估测提供更多的参考。

另外，韩晓宁还通过对大鼠心肌转染重组人白细胞介素-10 的 2 型腺相关病毒，发现了白细胞介素-10 可以抑制大鼠急性心肌梗死后左室心肌胶原沉积，为临床治疗方式的拓展提供方向，文章作为在中华医学会第 11 次心血管病学术会议论文发表。

学生眼中严谨的老师

在学生眼里，韩晓宁是一名可爱、可敬的年轻老师，心内科的住院医师每次提到她的课堂都会赞不绝口。

她在作为病房主治医生时，对每一位病人的生命体征、化验指标和影像学检查都会与学生一起分析、讨论，明确病人的病情进展方向，鼓励住院医表达自己的观点，寻找下一步更好的治疗方法。她说，医生都会犯错，但必须有足够的责任感对每一位病人负责尽量减少犯错，很多时候，一个小小的不留意就有可能威胁病人的生命。

作为临床经验尚不丰富的住院医师，如何在紧急情况下发现重要的症状或体征，并立即做出反应和相应处理，是保证病人生命安全的重要能力之一。心内科监护室里病人病情复杂严重，因此需要仔细观察病人的细节情况，不忽视任何一个可疑的症状和体征。一个胸痛就诊的病人，需要考虑的疾病很多，即使很多临床表现提示冠心病，也不能不去考虑主动脉夹层、肺栓塞等其他病的可能性；一个急性心肌梗死的患者，一旦出现血压迅速下降、意识不清等休克表现就应立刻想到急性心力衰竭、心脏破裂等可能。

对于心内科病房里可能会遇到的临床表现和紧急情况，她经常与学生们一同分析其中的病生理机制，而不仅是单纯地列举病例。

譬如，一个病人出现病情变化应如



何通过各项指标寻找原因；而吸氧、利尿、扩血管等每一步关键措施有何意义，能够带来怎样的效果；对于不同病人如何预测下一步可能会出现的情况，怎样采取最佳最有效的治疗。

她向学生展示的是一个完整而复杂的病人，从宏观到微观，她严谨的思维，清晰的逻辑，引人入胜的讲解，吸引了讲台下听课的学生们，而韩晓宁老师在课堂中表现出对病人的责任心和对临床的热情，也不断感染着尚处学习过程中住院医师和实习生们。

她曾在开会中对住院医师提出三点建议：第一，要头脑清楚，面对所管病人，要明白已经解决了哪些问题，还有哪些问题需要解决，并找出办法，同时要完成好出院小结和出科考试，这标志着在这个科室的轮转你掌握了什么；第二，要责任心强，人无完人，都会犯小错误，而如果有责任心就会杜绝或减少错误；第三，要从工作本身得到乐趣，包括治愈患者的成就感，得到患者认可的满足感，学到新知识的新奇感等。

宣传科普“过劳死”

北京大学第一医院首届青年科普能力大赛中，韩晓宁以“过劳死”为主题，在激烈的比赛中夺得一等奖。

对于为何选择“过劳死”这个主题，而不是其它一些经常能听到的耳熟能详的话题，韩大夫说“科普大赛，意思就是科普第一，比赛第二。科普宣传的关键是讲给谁听，讲听众最关注的话题，告知他们最有用的知识，就一定能取得好的现场效果。科普成功，比赛就迎刃而解了。”考虑到决赛时台下的听众主要是医生和新闻媒体工作者，他们都是高强度工作的过劳人群，她选择了这个与在场所有人都休戚相关的话题，真心希望大家能从中受益。

韩晓宁认为，谈到过劳，作为医生这个群体，我们同时也是患者。“正常工作之外我们要加班还要值夜班，周末也必须牺牲休息时间出门诊、看病人。上手术也好、值急诊也好，你总不能把病人晾在一边自己去吃饭吧，所以正常饮食也没有保障……但既然选择了这个工作，过度劳累就是不可避免的，更需要正确的方式调整自我，在从‘过劳’到‘成疾’的过程中给予干预，科学过劳。做到‘爱工作也爱生活，治患者也治自己’。”

除了本届青年科普大赛宣传“过劳死”以外，韩晓宁其实一直关注着“过劳”人群，她在很多节目和文章中都提到了“过劳死”这个日益严重并威胁年轻人健康的社会问题。她说，“过劳死的直接致死疾病前四名都是心血管疾病。我认为作为心内科医生，为大家讲过劳死责无旁贷。现在的社会中普遍存在过劳现象，在工作高强度的人群中如果发生严重事件的话，是对社会财富的巨大损失，对家庭是巨大的沉重打击。”

在一篇名为《小心，猝死已经盯上了你！》的访谈中，举出了“37 岁的某网站编辑脑溢血猝死；某集团 24 岁的公关猝死”等令人唏嘘不已的案例，文章中韩晓宁作为专家指出，导致年轻人猝死的主要原因是：工作时间过长，劳动强度过重，心理压力过大。一些特别年轻的猝死案例，可能是因为患者身体有些原本不了解的隐秘状况，比如有的患者心脏上有冠

状动脉瘤，或主动脉畸形等，有的患者有家族遗传病史。因此，同样的加班强度，有些人的表现是极度疲劳，及时休息就能缓解，而有些人却走向了死亡的不归路。此外，她还从法律角度提出，过劳死目前仍属法律盲区：劳动保障范畴内尚不存在过劳死的概念，过劳死者无法获得相应赔偿；对过劳未死的加班一族来说，法律更是“爱莫能助”。因此，避免过劳死还要靠自己。

韩晓宁也曾经于今年8月在接受媒体采访时提到了导致现在年轻人过劳猝死比例攀升的原因，包括超时工作引发的心血管疾病和过劳导致的肝损伤，并提出了平时察觉身体疲劳、预防过劳死的方法，为青年白领的自我健康管理提出建议。

北大医院科普大赛同时邀请了很多新闻媒体工作者，韩晓宁也关切地提到，媒体其实也很过劳，我们听广播、看电视觉得他们很放松、愉快，其实不是这样的。拿广播电台的主持人来说，他们的时间安排是精确到秒的，在播放节目时要不停地切换按钮，精神高度紧张。他们也要经常加班排节目、做稿子、做前期准备工作，周末节假日也难得休息，也是很高强度的工作，也是过劳人群。她说，这次比赛更像是一次科普宣传，希望让场下包括医生、大众和媒体工作者在内的所有听众能够有所收获，做到“科学过劳”。

“无孔不入”的科普宣传

如今人们在紧张忙碌的工作和应酬中过度劳累，并常常伴随巨大心理压力，难以避免地熬夜、不规律饮食、饮酒、吸烟，大部分人不重视不良习惯对健康的影响，可以说，各种心血管慢性病和猝死等急症是社会高速发展中无法避免的问题。韩晓宁认为，北大医院作为百年老院，我们应当承担这样一份社会责任。

其实在日常的医务工作中，韩晓宁就非常重视医学科普知识的宣传。但是门诊病房的病人繁多，肯定无法让所有人都收获科普知识，这应当如何解决？她想到从两条路入手：第一，医生应识别出最需要的人群，找到工作重点，尤其要关注医学常识薄弱、依从性较差的病人，指导并

督促他们按时服药和生活方式的改变；第二，上级医生通过培训住院医师、护士，例如利用在病房里早交班、小讲课的机会提高住院医师做科普宣传的能力，让更多有效的声音传达出正确的知识。

科普是无孔不入的，平时随时放在嘴边说两句，自然就达到了科普的目的。一个高血压、冠心病或者心衰的病人出院需要嘱咐的事项，这个住院医是应该做到的。韩晓宁认为科普也是医生必须具备的能力，通过向病人讲述如何预防疾病的发生发展和正确的生活习惯，对提高病人依从性、改善病情有很重要的作用。

虽然最终的目的是将科学的知识传达给广大人群，但针对不同的人需要用不同的方式进行科普宣传。她说，“科普当然也需要技巧，听众决定了讲解的方式。对居委会的大爷大妈就要走‘亲民路线’，对公司的白领就要显得更知性，而对医生专家则用提纲挈领、言简意赅的方法说出来就行了。当然，科普宣传最好还能讲得有意思，中间穿插一些事例和轻松的元素，起到吸引注意力的作用。”

猝死病人的抢救时间是发病时的“黄金五分钟”，短短的五分钟内，如果有人用正确的抢救方法进行复苏，则病人的生存几率则会大大提高。在去年央视《新闻1+1》的一期节目《中青年猝死：真的“猝不及防”？》中，韩晓宁在电视里展示了急救心肺复苏的步骤，并告诉观众，猝死病人应在10到15秒内尽快执行心肺复苏，以免耽误最佳抢救时机。她在讲述时强调，按压时要尽量保持频率一致，虽然会很消耗体力，施救者一定要坚持，这样保持4分钟左右的时间，可能一部分病人就能恢复正常的心跳。

去年10月，在新浪健康频道的一期专题《腿越细寿命越短是何道理》中，韩晓宁从专业的角度告诉民众，人体上最应该减肥的部位是腹部，腹部积存的脂肪过多会影响器官功能，增加心脏病、糖尿病和其他疾病的发生率，为民间流传的不科学理论进行专业的分析和讲解；而今年她在新浪微博专栏《年轻人也可能得心肌梗塞》里，通过自己在急诊的亲身见闻和体会，告诫平时生活经常不太注意的年轻人，饮酒吸烟应限制，过度放纵甚至会危及生命。

从微博到访谈再到电视节目，韩晓宁充分利用当今快速发展的新闻媒体渠道，向老百姓普及科学的医学知识，让正确的理念和习惯渗透到老百姓的生活中。“在当今信息流通便捷、获取知识方便的时代，需要用医生的能量宣传正确的知识，为社会做出贡献，防止错误的信息对群众的误导，让正确的声音变得更洪亮！”

从微博到访谈再到电视节目，韩晓宁充分利用当今快速发展的新闻媒体渠道，向老百姓普及科学的医学知识，让正确的理念和习惯渗透到老百姓的生活中。

“在当今信息流通便捷、获取知识方便的时代，需要用医生的能量宣传正确的知识，为社会做出贡献，防止错误的信息对群众的误导，让正确的声音变得更洪亮！”



韩晓宁参加科普大赛复赛

打败“过劳死”

■ 文 / 韩晓宁

“过劳死”顾名思义是指过度劳累工作导致死亡。这个名词近些年已经通过网络和电视媒体被越来越多的公众了解。

“过劳死”最早出现在上世纪七八十年代日本经济繁荣时期，它的英文名称为 Karoshi，源自日语“过劳死”。

“过劳死”是指在非生理的劳动过程中，劳动者的正常工作规律和生活规律遭到破坏，体内疲劳蓄积并向过劳状态转移，使血压升高、动脉硬化加剧，进而出现致命的状态。

通俗一点讲，人体就像一个弹簧，劳累就是外力。当劳累超过极限或持续时间过长时，身体这个弹簧就会发生永久变形，免疫力大大下降，导致老化、衰竭甚至死亡。“过劳死”并不是临床医学病名，而是属于社会医学范畴。

国外文献报告“过劳死”人群年龄集中在 30-50 岁，经调查死者往往在死前一周有过重的工作任务或过大的心理压力。近几年国内连续青壮年“过劳死”的报告更是引起大家对“过劳死”的广泛关注。

什么人容易发生“过劳死”呢？容易发生过度劳累的人群就是“过劳死”的危险人群：有事业心的人，特别是称得上“工作狂”的人；有遗传早亡血统又自以为是身体健康的人；超时间工作者；夜班多，工作时间不规则者；长时间睡眠不足者；自我期望高，并且容易紧张者；几乎没有休闲活动与嗜好的人；从事 IT 工作的人等等。疲劳和压力在目前职场竞争剧烈，工作效率不断提高的现状下不可避免。因此，了解“过劳死”产生的原因，尽量避免“过劳死”发生就成为与每个人都休戚相关的事。建议大家通过以下六个策略打败“过劳死”。

打败策略一：

战略藐视，战术重视。“过劳死”可防可治的，只要防范得当，职场精英们

完全可以在胜任工作的前提下远离“过劳死”。不必因为对“过劳死”的恐惧就不敢承担有挑战的工作任务。但与此同时，每个人，尤其是那些“过劳死”的高危人群，必须认识并重视“过劳死”的防治。这样才可以避免悲剧的发生。

打败策略二：

认识疲劳，警惕过劳。每个人工作和生活中都会体会过疲劳。“过劳死”中所涉及的疲劳并不是偶然体会到的一过性疲劳状态。它以下的几方面标准。

主要标准有以下两条：1) 持久或反复发作的疲劳，持续在 6 个月以上；2) 根据病史、体征或实验室检查结果，可以排除引起慢性疲劳的各种器质性疾病。

体征标准包括以下 4 条：1) 低热，口腔温度 37.5℃ ~ 38℃；2) 可触及小于 2 厘米的颈部淋巴结肿大或压痛；3) 咽部充血，但无明确扁桃体炎症；4) 未发现其他引起疲劳的疾病体征。

症状标准 1) 体力或心理负荷过重引起不易解除的疲劳；2) 没有明确原因的肌肉无力；3) 失眠症状普遍存在，多梦或早醒；4) 头胀、头昏或头痛；5) 注意力不易集中，记忆力减退；6) 食欲不振；7) 肩背部不适、胸部有紧缩感，或有腰背痛、不定位的肌痛和关节痛，无明确的风湿或外伤史；8) 心情抑郁、焦虑或紧张、恐惧；9) 兴趣减退或丧失；10) 性功能减退；11) 低热；12) 咽干、咽痛或喉部有紧缩感。

如果同时具有以上 2 项主要标准、2 项体征标准和 6 项症状标准；或累计具有 8 项以上单纯的症状标准，即可确诊为疲劳状态。当一个人感受到如此严重的疲劳，需要马上启动后面的修复策略。

打败策略三：

尊重身体，主动休息。如果条件允许，尽量按生物钟作息。因为睡眠节律的紊



乱会让人承担更大的压力，疲劳更容易发生。即使需要上夜班，也尽量让作息制度稳定，这样有利于身体的适应。尽量每日三餐进食，且要强化三餐营养，优化饮食结构，避免高油高盐高热量饮食，也要避免暴饮暴食。同时还要学会主动休息。不要只在累的干不动的时候被动休息，主动休息不仅可以放松身心还可以提高工作效率，是事半功倍的休息方式。

具体说来有以下几个方式。其一，重要活动之前抓紧时间先休息一会儿。如参加考试、竞赛、表演、主持重要会议、长途旅行等之前，应先休息一段时间。其二，保证每天 8 小时睡眠，周末应进行一次“整休”，轻松、愉快地玩玩，为下一周紧张、繁忙的工作打好基础。其三，做好全天的安排，除了工作、进餐和睡眠以外，还应明确规定一天之内的休息次数、

时间与方式，除非不得已，不要随意改变或取消。最后，重视并认真做好工间休息，充分利用这段短短的时间到室外活动，享受日光浴或做深呼吸，或欣赏音乐，使身心得以放松。

打败策略四：

定期体检，防患于未然。有关资料表明，直接促成“过劳死”的5种疾病依次为：冠状动脉疾病、主动脉瘤、心瓣膜病、心肌病和脑出血。把这条信息反过来读就是积极防治心脑血管疾病可以减少“过劳死”。大家需要定期检测自己的血压、血脂、血糖，避免超重并戒烟。即使没有上述情况，每个人也要重视健康体检，对自身健康状况的准确把握可以避免承担超过身体承受能力的工作任务，对疾病的早期积极治疗可以避免健康状况恶化。

打败策略五：

劳逸结合，适当运动。人人都要学会调节生活，短期旅游、游览名胜；爬山远眺、开阔视野；呼吸新鲜空气，增加精神活力。无论工作多忙，休假呢还是要提上日程。同时还要坚持合理运动，现代人的工作往往有静而不动的特点。运动医学专家认为，要想保持持久旺盛的精力，需要经常运动，以增加体能储存，每周散步4~5次，每次30~45分钟，或一星期进行3~4次温和的户外活动，每次30分钟，都是必要的。运动不仅可以缓解疲劳还可以强健体魄，可谓一举两得。

打败策略六：

精神舒畅，提高免疫力。不仅是躯体疲劳会导致过劳，心理性过劳——失望、焦虑、恐惧、神情沮丧等也可使人精力衰竭。当一个人感到烦恼、苦闷、焦虑的时候，他身体的血压和氧化作用就会降低，而人的心情愉快时，整个新陈代谢就会改善，免疫力也会提高。同样强度的工作，积极快乐的完成比消极不满的勉强完成要轻松的多。学会享受工作本身的乐趣，神清气爽的战胜疲劳。

随着和社会科学技术的进步，人们的生活节奏越来越快，工作压力也随之不断增加。既然无法逃避，就积极的面对，科学过劳，远离“过劳死”。



参赛感想



没有想到会得第一名，所以也没有可以侃侃而谈的经验。但有一点是必须要和大家分享的，那就是在决赛前科普宣传工作培训会上，《健康之路》节目制片人吕芸老师说的那句话“重点是讲什么和怎么讲”。这句话给了我深深的启示。

首先是讲什么，也就是命题。临床医生做科普自然是要贴近自己的专业。一个心内科医生讲哮喘防治听众一定不买账。但同样是心内科的范畴内，根据不同受众选择不同的内容，争取让最多的受众感兴趣并获益却一定会取得好效果。我复赛题目《怎样才能少吃盐》已经可以覆盖高血压和一般的生活方式干预，但时下流行的“过劳死”显然会更引起台下“过劳”评委和“过劳”听众的注意。我预期大家都听说并了解这个名词，以把重点侧重在预防，最终定题目为《打败“过劳死”》。现场的反应和我预期的一样，所有的人都在认真聆听，包括我自己无比景仰的前辈。

其次是怎样讲，也就是技巧。这里包括宣教的基调、风格、亮点互动和现场资源融合等许多方面。最关键的决定因素就是谁来听，想听什么。科普大赛的评委是医学部和医院领导、媒体健康科普达人和各位专家学者。听众是我们的同事。也就是受众都领悟力很高的高知阶层，那我的演讲风格和基调就定的知性、阳春白雪。如果是居委会大爷大妈，就一定是要通俗易懂和和蔼可亲了。严肃的问题做科普，就必须搭配快乐的素材，可以是有趣的图片或者是幽默的阐述，总之不要变成很沉闷的讲大课。现场资源的利用很随机，前面讲者或主持人的发言可以作为自己话题的引入或佐证，在场最受关注的闪耀人物，可以用来提问或举例子讲故事。但这些引用在准备阶段一定要有预设排练，否则一旦收放控制不住很容易超时。

讲什么和怎么讲的中心其实是一个，那就是讲给谁听，剖析好受众确定对这两点已经足够支持一场成功的健康科普宣传。而比赛能淡定自若还需要一点讲者的敬业精神。其一是认真做科普，5分钟，很努力去给听众讲清楚一件事情，珍惜有效的互动和沟通，投入的是科普就不会为比赛紧张。其二是长期做科普，从门诊病人到社区人群，一天天讲下来，感染力和从容是经验的具体表现。

比赛只是一个插曲，科普却会伴随医生的一生。不论你是否愿意，我们每天都在做。那既然做了，就索性做的精彩一些，快乐一些。与各位同道分享。



专家论坛

关注“精神卫生”

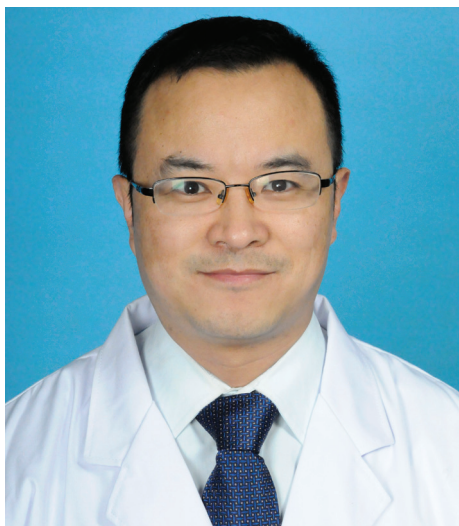
Forum

在 1991 年，尼泊尔提交了第一份关于“世界精神卫生日”活动的报告，这一报告受到了国际社会的重视。1992 年，由世界精神病学协会发起、世界卫生组织确定，把每年的 10 月 10 日定为“世界精神卫生日”，以提高公众对精神疾病的认识，分享科学有效的疾病知识，消除公众的偏见。

随着社会的转型与发展，我国精神卫生工作面临着巨大的挑战，目前，精神疾患在我国疾病总负担的排名中已超过心脑血管、呼吸系统及恶性肿瘤等疾患，居于首位。

本期〈专家论坛〉，邀请北大六院郭延庆副院长、王华丽教授和刘琦副主任医师分别根据“儿童孤独症”、“老年痴呆症（AD）”、“抑郁症”三个主题撰文，普及相关知识，探讨疾病预防诊疗。





人物简介

郭延庆，副主任医师，副教授，北京大学第六医院副院（所）长。

毕业于北京医科大学（现北京大学医学部）。

曾在美国内华达大学进修应用行为分析、美国哈佛大学进修医学人类学与儿童精神病学。

从事儿童少年精神科医疗、教学、科研工作十余年。北京市孤独症康复协会培训部主任，国际应用行为分析协会中国分会主席等。长期组织儿童孤独症应用行为分析（ABA）家长培训班并担任主讲，500余个家庭受益。多次举办公益讲座，普及ABA以及孤独症的早期干预措施，在孤独症家长中引起较大反响。

主要医疗工作领域：儿童青少年精神障碍、儿童孤独症的诊断和治疗、心理治疗、行为分析。擅长儿童精神障碍、心理治疗、行为分析、儿童孤独症。



孤独症谱系障碍是一种脑发育性障碍，以社会交往障碍、沟通交流障碍和重复局限的兴趣行为为主要特征。起病于三岁之前，三岁以后随着对儿童社会性要求增加而表现明显。目前在认识充分的发达国家，其患病率已高达每68个儿童中有1个儿童，但在认识尚不充分的国家，其患病率报告不一，从百分之一到千分之一不等。

孤独症谱系障碍对儿童心理与社会发展影响巨大，但迄今为止，病因及发病机制尚不清楚，更缺乏行之有效的药物治疗，绝大多数儿童需要长期的教育训练和行为干预，对家长、社会和国家都是一个巨大的挑战，因此，孤独症谱系障碍在全世界范围内被视为亟需优先解决的公共卫生问题之一。

自2007年12月联合国大会确定每年的四月二日为“世界孤独症意识日”（简称孤独症日）以来，孤独症在世界范围内被越来越多的人认识，联合国秘书长和一些重要国家的元首每年都发表特别致辞，敦促大家提高对孤独症的认识，改善孤独症人士的生活条件和人文环境，号召更多接纳和服务于孤独症人士及其家庭。我国政府和相关专业人员对孤独症谱系障碍也给予了很大关注，国家领导人亲自批示相关工作开展，卫生、教育、民政、残联、妇联等相关部门和团体在孤独症谱系障碍人士的诊疗康复和家庭支持等领域也给予了越来越多的关注和财政支持。

尽管如此，广大孤独症谱系障碍人士家长和非相关专业人员对该障碍还存在很多认识上的误区，对如何干预和服务于孤独症谱系障碍还存在大量未经验证、虚假不实、甚至贻害无穷的信息和手段，孤独症谱系障碍儿童家长不了解该如何真正帮助孩子，社会大众也不完全了解该如何正确对待和帮助孤独症人士及其家庭。

孤独症谱系障碍：如何看，怎么办？

■ 文 / 北京大学第六医院 郭延庆

Q：如何看待孤独症谱系障碍的诊断标准，临床医生又是如何诊断的？

A：孤独症谱系障碍的诊断并不是一件轻松的事情。绝对不是看看美国精神疾病诊断与统计手册（DSM-5）或者国际疾病诊断与分类第十版（ICD-10）的描述条文，然后逐个对号入座，凑够了标准就是，凑不够的就不是那么简单。

为什么？条文的描述都是统一的，而孤独症谱系障碍儿童的表现，却每个人都不同。

先说智力，从智商不足 40，到高于 120 的天才智商，我们的孩子们把儿童能有的智商范围几乎完全覆盖。

再说语言，从毫无语言，到机械仿说，到雄辩甚至诡辩，我们的孩子们也能把上帝赋予人类语言的技巧和智慧演绎的天衣无缝（从大辩无言到巧舌如簧）。

再说社交兴趣，从对人毫无兴趣到对人感兴趣到烦死人家，我们的孩子们把社交对人的深刻影响表现的淋漓尽致。

再说兴趣行为，从瓶子盖到天文，从砖头瓦块到地图、交通路线，从广告到历史传记，从一般的 dou-ray-mi 到惊人的音乐天赋，从不识数到常人不能企及的推算万年历、开平方以及数字演算，从不识字到过目不忘的识记天才。

不管是常人拥有的，还是常人不感兴趣的，还是常人难以达到的，从兴趣的范围，到广度，到深度，在孤独症谱系障碍儿童中，只有你想不到的，没有什么是不可能的。

若没有阅历成百数千的孤独症谱系障碍，单看诊断条文的描述，很容易出现认定的反而不是，认为不是的倒有可能是。条文中的共性是在实际阅历真实鲜活个案的不同中体会到的，不是靠通过文字的字



面意思理解到的。

国际上，关于孤独症儿童诊断的“金标准”，往往指向两个相对客观的检查，而不仅仅是专家的临床印象。

这两个相对客观的检查分别是孤独症诊断访谈量表（修订版，ADI-R）和孤独症诊断观察量表（ADOS）。

前者面向家长，通过访谈收集儿童相关的发育信息和症状信息，一个正在接受训练的医生执行这样的检查往往要花 2 到 3 个小时；一个训练有素的医生执行这样的检查要 1 到 2 个小时。

后者面向儿童，通过设置特定的互动游戏，观察儿童的能力和缺陷，往往需要 1 到 2 个小时的时间。前者对儿童有了纵向的了解，后者则对儿童有了横断面的直观印象。

通过金标准验证的孤独症谱系障碍的研究论文在国际交流中比较能得到认可，有说服力。但是国内精通这两项检查的医生屈指可数。大多数儿童是靠专家临床印象诊断的，专家的临床印象的真实度

取决于他 / 她阅历过的真实孤独症儿童的数目。见过的越少，临床印象越偏隘，越容易漏诊和误诊。

即便经过金标准的检查，看过的真实孤独症也不少，仍有两类儿童，对所有专家都是难题。

第一类，智力严重落后的儿童；第二类，边缘状态或者不典型的儿童。

前者受限于其发育水平，很难界定是“不能”的状态还是“偏离”的状态。后者因为其发育水平接近同龄儿童而难以区分其发育的“偏离”的度。这两类儿童都需要一段时间的随访、实时观察评估才能最终确定。后者常常在局部或者横断面上表现如常，而整体上或者纵向来看又有突出问题的儿童。

正因为诊断并不容易，所以才有这样的悖论，孤独症还是得找有经验的专家来看，但是，再有经验的专家也有拿不准的时候或者自以为拿得准却犯错误的时候。突破这个悖论的基础，是专家们还是谦虚一点，当事实明显走向印象的反面的

时候，及时调整自己的判断，这并不丢人。

Q2：如何看待医生对于孤独症谱系障碍的诊断意见？

A：医生的职业之一就是每天在给他的服务对象下判断。精神科医生在下判断时除了面谈和观察，可资利用的其它手段几乎为零。因此，精神科医生误诊和漏诊的可能性远远大于其他有手段帮助明确诊断的医生。而精神科的判断一旦下达，多数又都具有慢性、持续康复和治疗的特点，因此不容易被接受，也不能轻易下结论。

在儿童精神科里，孤独症谱系障碍的判断就是一个典型代表。但是，医生在他职业生涯的培训和锻炼中，或多或少会形成个人的倾向性：有人以不错杀为追求，有人以不漏过为荣耀。不管是意识到还是没有意识到，一个医生判断的轨迹中总是能明明白白地透露着这种倾向，或者在漫长的生涯中有一点从一个倾向向另一个倾向过渡的趋势。

以个人为例，我在临床中比较倾向于“以问题为中心”，也就是重点探讨干扰现实生活的实实在在的问题是什么，并与来访者一起寻求问题的原因和解决之道。所以，我个人的临床实践中对诊断的判断就看得淡一点。另外，我深知可资利用的辅助诊断手段有限，临床片面的接触又受到时间和空间的限制，信息如果不是足够让我信服，宁愿不诊断或者只给出临床问题的诊断。

在诊断沟通的另一半，也就是家长那里，对诊断印象的接受态度也彼此不同，有的喜欢有一个明确的、权威的意见而不能忍受模糊的不确定的判断；有的则对模糊、不确切的印象较为耐受而反感快速下判断的医生；还有的，总是追求与医生诊断相左的证据并且不断更换医生。所以，在获得一个临床判断以后，如果对这个标签很在意，需要从医患双方的角度个体化地评估这个判断印象的客观程度与主观程度，花点时间了解你的医生和你自己。



对家长、老师等培训活动剪影

Q3：如何看待当前从病因和生物学角度对孤独症谱系障碍的种种干预尝试？

A：孤独症的病因和生物学治疗方面，目前为止，仍然还是一个探索和发现的阶段，远未到可以盖棺定论的时候。如果当下在这个领域有什么明白无误的信息可以结论的话，那就是“孤独症谱系障碍的病因、病理机制还不十分清楚，没有任何公认的、可以推荐的针对病因、病理机制的生物治疗措施”这句话。

既然如此，社会上流传的、甚至是从个别医院、机构所推荐的种种生物治疗措施（包括但不限于各种脑神经营养药物，外科治疗，免疫治疗，排毒治疗，禁食治疗，各种磁疗和干细胞移植治疗等等）就并不是真正意义上的临床循证依据支持的治疗（不管在宣传上用了多专业、高深、科技的名词），甚至有些是循证依据否定了的治疗方法（比如大剂量镁加维生素 B6，排毒治疗等等）。

那么，对于在生物学治疗领域的种种尝试，我们到底应该持有一个什么样的态度呢？

专业人员也好，家长也好，保持一

个开放的思维和态度，是必要的。所谓开放，就是不盲目否定，也不盲目崇信，注重其所以如此的过程和所以能如此的因素，把成功当作个体的成功而不是普适的成功，把失败也当作个体的失败而不是普适的失败，把兴趣集中在对个体性因素（无论成功还是失败）的发现和探讨上。

个体成功的多了，个体成功因素探讨的明了了，就会有普适的东西出来。从失败中也可以作如是观。对任何个案的成功不必不加分析地抱有排斥、憎怨之心，但在引用、借鉴和推广上应当慎重：始终保持“个案的成功不等于普适的成功”这个警戒之心。尤其注意收集那些已经被循证依据所否定了的治疗方法，不要再无谓地重复错误、甚至有害的治疗。

Q4：如何看待教育训练对于当下孤独症谱系障碍康复的作用和意义？

A：在孤独症谱系障碍的临床个案干预中，充满着伪证、争议、不支持、未证实、无实效的各种方法，这是该领域不争的事实。教育训练与行为干预仍然而且将长期作为主流的干预措施。然而，教育训

练与行为干预既是科学，又是艺术，操作者的理论水平和实践经验直接影响训练效果的好坏。

在这一类的主流干预趋势中，研究最为透彻，实证经验最多是建立在应用行为分析（ABA：Applied Behavior Analysis）原理基础上的技术和方法，这些技术和方法融合了强化干预、互动式干预、辅助教学、练习与反馈等模式，并且强调在家庭、学校、医疗和社区三位一体的有效合作，以达到训练模式和策略的持续性和最终的成功。

所有儿童都不能忽视教育训练对孤独症谱系障碍的根本干预作用。但是教育训练严重依赖操作者个人的学识积累，修养与经验，以及其本人是否接受过系统而规范地专业培训，培训时间长短等等条件。

相对于国外同行操作者，我们的老师（医生，和家長），无论在知识积累，原理把握，培训督导，实践操作层面还有很大的局限性和盲目性。

我们对当前流行的各种主流干预趋势都有一知半解的了解，甚至错误的了解，而我们对孩子的训练，也就自然而然地基于这样的了解的基础上，难免会夹杂更多的常识（而非教育技术或理念）成分，或者走上普教或一般特教（而非针对孤独症的特教）理念上去。

我所了解的机构，大小，知名无名，也不少了，没有几家算得上真正研究导向的，没有一家在培训老师方面不是速成的（从理论到独立上手训练孩子都不超过1年的时间）。培训名目繁多不说，在同一名目下的培训从理念到内容到操作，也都是五花八门，让人哭笑不得。大多数训练是在低技术含量水平上重复操作。

一个简单的拍手训练，很多老师并不明白，为什么训练这个项目，它的意义在哪里，支撑的原理是什么；甚至训练的流程也并不熟悉，针对训练中出现的问题，他/她往往也没有多少有科技含量和智慧的办法。仅仅把它作为一个训练任务，他/她可能很认真，但他/她的训练的确



组织孤独症儿童社会活动剪影

很盲目。

Q5：作为家长，如何帮助孤独症谱系障碍人士？

A：孤独症的特质表现可以说是终生难变。就像普通个人也很难变成另一个人一样。但这并不意味着孤独症不能获得一般意义上常人评价为成功的事业成就和个人成就。他们永远是独特的个体，但他们可以拥有常人一般意义上的生活的一切。

自理，独立的生存和生活技能无论是对正常人还是孤独症人士都是重要的，孤独症人士可以做的更好。

他们所面临的困难一方面来自于他们可能与生俱来的特质，一方面来自于社会对这些特质的不了解和不接纳。这些特质本身不涉及价值和道德的判断，如果从认识，了解，接纳和欣赏的角度去看，这些人很值得信赖，很可靠，也许是我们常人自己不够好。如果有了这样的态度和认识，孤独症人士也可以并且愿意成为我们的朋友。在此基础上，我们可以教、他们也可以学会让他立足于世界和社会的足够的生存和生活技能。

孤独症谱系障碍人士可能会有一些

异乎寻常的举动行为。但怪异举止不是孤独症人士特定的标签，每个其他的人都可能有这样的行为举止，只是我们更能分辨场合以及场合的要求而已。孤独症人士也可以学会分辨这些，只不过他们需要我们先接纳，然后是耐心的辅导。

Q6：作为社会人，如何帮助孤独症谱系障碍人士及其家庭？

A：一般大众花点时间了解孤独症人士，了解他们如何与我们不同，了解他们的诉求和他们的亲友们的诉求，了解是接纳的基础，接纳是同理心的源泉。我们越多了解这些特质上不同的同胞，越是愿意帮助他们，甚至愿意改变自己。

孤独症可能不孤独，你要尊重他多一些，侵扰他少一些；孤独症可能很孤独，你要了解他多一点，疏离他少一点。孤独症孤独不孤独，我们不知道。但我知道，我们可以让他感到孤独，也可以让他感到不孤独。



专家论坛

Forum



人物简介

王华丽，教授，研究员，博士研究生导师。北京大学精神卫生研究所临床研究室主任，兼记忆障碍诊疗与研究中心副主任，痴呆诊治转化医学研究北京市重点实验室。

2001年毕业于北京大学，获医学博士学位。

国际老年精神病学学会（IPA）常务理事、中国老年学学会老年心理专业委员会副主任委员、中国老年保健协会老年痴呆及相关疾病专业委员会（中国阿尔茨海默病协会，ADC）副主任委员、中华医学会精神医学分会老年精神病学组副组长、青年委员、中华医学会临床流行病学分会青年委员；《中国心理卫生杂志》常务编委。

长期从事老年期心理卫生与老年期精神障碍、老年期痴呆等疾病的临床诊治、研究与培训工作。主持国家自然科学基金、国家“863”计划课题、美国NIH国际合作项目等课题；参与国家“十一五”科技支撑计划、国家“十二五”新药创制平台等项目。



随着人口老龄化的发展，老年人面临的精神健康问题，如抑郁和痴呆，也日益得到医学界和社会的广泛关注。在2013年伦敦召开的G8高峰会上，世界卫生组织公布最新统计数字，报告截至2013年全世界约有4400万人口患有痴呆，并将在2030年达到7600万，而到2050年，这一数值将达到惊人的1.35亿。2013年在《柳叶刀》上发表的一项荟萃分析估计，2010年我国大约有痴呆患者919万，接近全世界患者人数的四分之一，是全世界痴呆患者人数最多的国家。随着老龄化进程的不断加快，我国痴呆患者人数仍将迅速增多，痴呆将成为未来几十年我国面临的重大健康挑战。

痴呆，作为大脑的一种慢性疾病，不仅一点一点擦去了老人对生活的记忆，让他们忘却曾经美好的生活，更是一个一步一步消蚀家人的精力和耐心。长期照顾痴呆患者，让家属不断陷入苦恼，压力重重。在众多照料痴呆患者的家属中，八成以上的人有不同程度的情绪障碍，有的人甚至患上了抑郁和焦虑症。痴呆的危害更严重的表现在沉重的经济负担，长期照顾，对于经济一般的家庭无疑是沉重的负担，尤其是病人在医疗和照顾费用方面的开支必不可少，如果没有积蓄，对照顾者而言，更是雪上加霜。病患的住院医疗费用、保姆费、生活费用等都可能成为沉重的经济负担。

面对吞噬老人记忆的病魔，我们北医人承受的是责任，遵循的是科学，表现的是担当。



科学关爱，应对痴呆：北医人的责任和担当

■ 文 / 北京大学第六医院 王华丽

开设记忆体检服务，早期发现痴呆征兆

痴呆是老年期发生的以慢性进行性智力衰退为主要表现的一种神经精神疾病。临床特征为记忆、理解、判断、推理、计算和抽象思维多种认知功能减退，可伴有幻觉、妄想、行为紊乱和人格改变，严重影响工作、生活和社交能力。早期识别与防治痴呆不仅是一个医学问题，也是一个重大的社会课题。

最常见的痴呆为阿尔茨海默病（俗称“老年性痴呆”），它的早期症状往往被认为是老年人的“老糊涂”而被忽视。

记忆衰退是阿尔茨海默病最早和最常见的症状，如记不住定好的约会或任务，记不清近期发生过的事件。其中有些病人可能会力求掩饰与弥补，往往采取一系列的辅助措施，如不厌其烦地书面记录或一反常态地托人提醒等。

痴呆患者的记忆进一步损害及理解判断的缺损可能使老人学习新知识、掌握新技能等能力下降，并产生妄想。患者还会丧失对时间、地点、人物甚至自身的辨

认能力，有时患者的情感还会失去控制能力。

由于痴呆患者经过规范的抗痴呆治疗，认知功能可在一定程度上得到改善，长期治疗可延缓功能进一步衰退，保证患者和照料者仍享有高品质的生活。所以，早期识别痴呆，使更多患者及时得到规范治疗是目前为老年痴呆患者提供良好医疗保健的重要举措。

在过去的十几年里，北医的许多专家深入社区、养老院、卫生院，开展痴呆的科普教育，宣传痴呆早期诊断和识别的基础知识，为全国培训上千名记忆障碍诊治医生，培训社区医生，培训社工和护士，极大地推进了痴呆早期筛查工作。

北京大学第六医院经过多年努力，也成功引进一个简便易行的痴呆早期症状筛查清单（AD8），通过了解老人在判断力、问题解决能力、学习新事物能力、记忆力、定向力、思考能力、兴趣与爱好等八个方面是否因为脑子的问题出现改变，而帮助判断老人是否存在认知损害的风险。目前该工具已经广泛用于痴呆初步筛查，而且家人也能将应用程序下载到手机上使

用。

此外，北大六院记忆中心长期为老人提供免费记忆体检服务，帮助老人了解自己的记忆健康状况和老化程度，有效地识别痴呆的极早期征兆，为患者争取了治疗的最佳时机，使患者长期保持高水平的生活品质。

规范治疗技术，倡导优质痴呆照护与管理

尽管目前，还不十分清楚发生老年痴呆的根本原因。但适当照料和正确的药物治疗，将能够帮助患者减少痛苦，提高生活舒适度。

于欣教授在2004年参加了前国际老年精神病学学会（IPA）主席、澳大利亚墨尔本大学赵汝权教授与香港中文大学赵凤琴教授领导的亚洲国家地区专家组，就促进痴呆患者及家庭生活质量（QoLDEM）达成专家共识，指出科学的、全方位的“三管齐下”痴呆治疗与保健是提高痴呆患者及家庭生活质量的重要举措。

目前，这套“三管齐下”治疗规范

不仅是六院记忆门诊的常规技术方案，而且也被列入全国痴呆诊治指南，包括：

(1) 给予痴呆患者规范的药物治疗。

大量医学证据表明，尽管痴呆无法治愈，但药物治疗可能延缓疾病进展与功能衰退，提高生活质量，维持患者的尊严。

目前，抗痴呆药物治疗主要基于以下2类阿尔茨海默病病理机制：一是基底神经节神经元的缺失和相应的胆碱能缺陷，相应的药物包括多奈哌齐、卡巴拉汀和加兰他敏；二为谷氨酸盐兴奋毒性，美金刚则是针对这一发病机制研制出来的治疗药物。

临床医生可以根据使用方便性、患者的倾向、价格和安全性等因素选择用哪种药物开始治疗。在判断治疗反应时，临床医生始终应该从可靠的知情者处搜集信息，要考虑痴呆症状和躯体健康状况的波动，评价认知、功能和行为方面的变化。教育家属要有现实的治疗期望以提高依从性也是非常重要的。还应该提醒家属，突然地终止治疗有时会导致认知和行为问题的恶化。

(2) 为患者提供科学的社会心理辅导与干预。

科学证据表明，照料过程中进行细致的认知和生活技能训练也能在一定程度上改善患者的功能水平，家庭照料者可酌情选用自我能力展示训练、记忆训练活动等。痴呆患者常存在不少精神行为症状，一旦发现，就应该积极寻找造成这些表现的原因，尝试采用非药物干预，如认知干预，调整环境，改变活动要求，或者人际交流方法。

具体非药物治疗方法的选择应该根据患者的特征、照料者情况、治疗的可及性、精神行为症状的严重程度以及特定症状对特定治疗产生反应的可能性来进行。

(3) 支持与关心照料者。

照料痴呆老人是一项艰巨，有时甚至是苦恼的工作，需要付出极大的耐心和毅力。因此，在痴呆的治疗过程中，还应该为患者家属和照料者提供适当的

支持。北大六院在长期实践中总结出一整套痴呆家属照料实用技能，通过出版书籍、开展团体培训等方式，已经帮助很多社区痴呆老人和家庭。

推进脑健康行动，预防老年痴呆

老年人特别是发现记忆已出现减退的老年人，特别希望掌握一些方法预防痴呆的发生。

北大六院记忆中心在国内率先倡导“脑健康行动计划”，免费为社区居民发放“脑健康手册”，开展健康教育，在社区开展痴呆筛查工作，帮助老人发现痴呆的患病危险因素，鼓励老人积极改变生活方式，减少危险因素，预防痴呆的发生。

目前，国内外专家较为公认的痴呆预防策略主要从保护心脏、坚持体育锻炼、保证平衡健康饮食、参加益智训练、参与社交活动等五个方面入手。

首要是加强心血管风险管理，保护好心脏。老年人中患冠心病、高血压等心脑血管疾病的比例高，此外还有糖尿病，这些疾病与阿尔茨海默症相关，因此，需要尽可能地去控制心血管危险因素。

其次，老年人应坚持规律性的体育锻炼。老年人应根据自己的身体情况选择适合自身强度的体育锻炼方式，比如有的老年人关节还不错，可以选择打太极拳。关节不好但判断能力还不错的老人，可以选择游泳，重要的是需要规律运动，不能“三天打渔两天晒网”，才会对预防疾病有帮助。

此外，健康均衡的饮食也是一个不可或缺的干预措施。糖、蛋白质和脂肪是人类的三大主要营养来源，少了哪一种，营养的摄入都是不均衡的。国外研究强调多吃含不饱和脂肪酸的食物，比如植物油以及坚果，多吃蔬菜水果。建议老年人根据自身状况选择合适的均衡的饮食方式。

益智训练对预防阿尔茨海默病有重要意义。人的大脑功能需要不断地去训练，才能永葆年轻。

所有证据都提示，受教育少、不动脑子的老人，痴呆患病的风险更高。很多老人爱忘事，做事经常出错，家人就尽量不让其干家务等，虽然表面看起来是为老人着想，但实际上，这种老人的脑功能会下降得很快。适合老人的认知训练活动也丰富多彩，如背诵古诗、打麻将、记日记、



医患联谊会

听音乐、学唱新歌等可能都对改善老人认知功能有一定帮助。

最后一点是老年人要多参与社交活动。我们可以建议参加去老年大学、老年活动中心以及小区里组织的一些活动，为自己创造更多的社交机会，保持良好情绪，更好地维持大脑健康。

北大六院记忆中心于2012年启动“记忆健康进社区”活动，不仅在社区开展健康知识宣教，培训家属如何照顾患者，而且已率先在海淀区花园路社区开展老年人记忆健康建档工作，为社区老年人进行系统的记忆测评，指导认知训练，帮助老人消除对痴呆的担忧，掌握预防痴呆的策略和方法。



志愿者合影

医患家属联谊，携手抗击痴呆

痴呆老人由于认知能力逐渐衰退，导致生活能力也不断下降，从刚开始生活基本能够自理，到最后需要全天候的照顾，患者的生活质量很大程度决定于可获得的照护，照顾痴呆老人是慷慨而富有爱心的行动，但同时也是件十分繁重的任务。

大量针对家庭照护者的研究和调查表明，承担居家照护的家庭成员比普通人要承受更为巨大的潜在健康风险。比如，身心健康问题的风险是别人的2倍，因精神问题服药的概率高2.5倍，觉得与家人朋友有隔阂，家庭关系和社会关系都受到影响，更有可能遇到财务危机。

为了更有效地促进照料者了解疾病和照料保健工作的知识，传递新信息，北京大学精神卫生研究所（第六医院）于2000年率先在国内组织阿尔茨海默病（AD）医患家属联谊会，该医患联谊会是由专业人员和病人家属共同组成的非赢利性支持性团体，定期聚会，举办讲座，照料者可在一起交流照料中的困难，抒发所压抑的情绪。参加医患联谊会后，照料者反映不仅能共享体会和经历、提高自我价值感、减少孤独感、在适当的条件下从别人那儿学习经验，并从其他照料者那儿接受鼓励和支持。

链接

我们的家——AD 医患家属联谊会

2000年7月22日，北京大学精神卫生研究所（第六医院）一批年轻医生和护士自愿组织了痴呆医患家属联谊会，成为国内最早开展痴呆患者家属支持的服务团体。

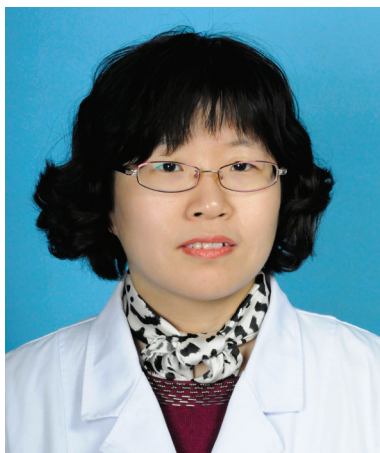
15年来，大家经历风风雨雨，克服重重困难，联谊会让来自城市各个角落的照料者能够相聚在一起，使他们能够获得有关的医学知识教育，能够掌握更多的照料保健技巧，能够充分交流各自的照料体会和心得。

如今，每月一次的联谊会活动已经成为六院记忆障碍诊疗与研究中心（简称“记忆中心”）的日常工作，参加活动的专业人员、志愿者、患者、家属互相牵挂，他们不仅分享科学的疾病常识及照料技巧，而且互相支持，互相帮助，感受彼此的心情，无数家属在这里得到了帮助，把这儿当成自己的“家”。

更有越来越多的年轻人、少先队员投身志愿活动，为老人带来轻松的音乐，愉快的游戏，让联谊会成为更多人的“家”。

如今，AD 医患家属联谊会不仅是全国痴呆照护领域的典范，也是推进痴呆公众宣传的倡导者。

在2012年，北大六院AD 医患家属联谊会更是成为中央电视台新闻公益行动——《我的父亲母亲：给生命两头同等的关爱》的重要合作伙伴，数位家属勇敢地站在媒体面前，呼吁社会对痴呆患者更多的关爱，进一步推动了全社会对痴呆的关注，为痴呆的早期发现、早期诊治及规范化治疗做出重大贡献。



人物简介

刘琦，女，副主任医师。
北京大学第六医院，综合一科副主任，临床药品试验机构办公室副主任。
2003年毕业于北京大学医学部，获得临床博士学位。
1997年至今在北京大学第六医院工作。
2004年开始，作为研究者和协调员从事新药临床试验的实施和管理，参与多项国内、国际多中心抗抑郁剂 II 期和 III 期临床试验。
2004-2005 年，从事改良电休克治疗。
2010-2011 年，参加第四期中德家庭治疗高级培训班。
2013 年起，参与 973 课题——抑郁症客观诊断指标的建立与药物个体化干预的设计和实施工作。



抑郁症是以持续的情绪心境低落为主的一种疾病。据世界卫生组织报告，目前抑郁症已是世界第四大疾病，抑郁症患者的自杀率比一般人高 20-50 倍，其自杀成功率达 15%。

直面抑郁症

■ 文 / 北京大学第六医院 刘琦



Q₁：抑郁症有多重要？

A：抑郁症之于精神科，不亚于高血压之于心内科，是一种常见且重要的疾病。它患病率高，造成的疾病负担大，给患者本人及其家属带来巨大的痛苦。

在世界范围内进行的多个大样本调查显示，抑郁症（重性抑郁障碍）终身患病率估计值最低的是尼日利亚的 3.3%，最高的是美国的 16.6%。根据国内的数十项研究估计，此时此刻，每 1000 个中国人中，有 16 个人患有重性抑郁障碍。在一年里，每 1000 个中国人中，会有 23 人患此病。

全球疾病负担研究发现，1990 年抑郁症在全球所有疾病负担中位列第四位，而预计在 2020 年将会提高到第二位，仅次于冠心病。



Q₂：抑郁症有哪些表现？

A：在压力重重的现代社会，“郁闷”或者“抑郁”似乎已经成为了人们的口头禅。那么，是不是坏情绪就等于抑郁症呢？当然并非如此。抑郁症包含了一组临床症状群，我们可以简单地划分为几个方面：

感到心情低落、沮丧或绝望；有人用“一片阴霾，就像下雨前那种阴沉的天气”来比喻内心的情绪。

做事时提不起劲或没有兴趣；以前感兴趣的事情都提不起兴趣了，即使勉强去做也毫无乐趣可言。



睡眠问题：包括入睡困难、睡不安稳、早醒或睡眠过多。

感觉疲倦或没有活力：抑郁使人感到失去精力，做事没有动力。

食欲不振或吃太多：饮食问题往往伴随着明显的消瘦或体重增加。

觉得自己很糟：或觉得自己很失败，或让自己和家人失望。

注意力不能集中：做事难以专心，看电视、看报纸经常“走神”。

说话、做事明显变得缓慢：抑郁严重的人像一架到处都生了锈的机器，尽管任何部件都没有坏，但整体运转失灵了。

悲观的想法：有不如死掉或用某种方式伤害自己的念头，严重时自杀。

影响生理功能：如出现头晕、头痛、心悸、出汗、怕冷怕热、皮肤发麻、尿频尿急、腹胀、便秘、性欲减退等。

当出现以上多个方面的症状，持续时间超过两周，且影响到了人正常的生活和工作能力时才能诊断为抑郁症。

Q₃：抑郁症为何难以被识别？

A：令人遗憾的是，与抑郁症的高患病率和高危害性不相符的，是它的低就诊

率和低识别率。

从患者这一方面而言，患病后的就诊率非常低。原因之一是病耻感，抑郁症往往被很多患者和大众认为是性格缺陷、情感懦弱或者缺乏意志力的表现。所以，很多人认为抑郁症患者只要付出足够的努力，就能好起来。

而诊断抑郁症对于患者而言，不仅意味着受到世俗的不理解这样的情感伤害，还很有可能受到物质上的切实阻碍。比如在求职、晋升中处于劣势；在使用生活工具中受到歧视，比如申请驾照、乘坐飞机，甚至是在游乐园都处处可以看到精神病患者请勿乘坐的标识。

当然，对疾病知识的认知不足也是患者不能认识到自己的问题从而求医的一大原因。

而从医生的这一方面而言，对这一疾病的识别率也不高。一方面在于，对于部分抑郁症患者，情绪不好的体验可能并不突出，而躯体不适的感受则占据了上风。国外有研究表明，在初级保健机构中，最终被诊断为抑郁的患者中超过一半的人最初以躯体主诉就诊。

抑郁症最常见的躯体症状是疼痛（如头痛、背痛或者模糊、无法定位的疼痛）、

睡眠紊乱、胃肠道不适、乏力、食欲改变。这种突出的躯体不适导致患者长期在各大科室反复检查就诊，而内科对症治疗往往无法缓解其症状。

对于国内的情况来说，有病就上大医院的做法取代了初级保健机构的地位，抑郁症的患者（不管是躯体症状为主还是情绪症状为主）在看病初期，通常在综合医院就诊，尤其是神内科、消化科、心内科甚至疼痛科等各内科，内科医生对精神科疾病的知识不足或重视不够，就可能延误转诊和治疗。

Q₄：躯体疾病和抑郁症有什么关系？

A：上文中，我们提到了抑郁症可以表现出很多躯体症状，而患上抑郁症并不意味着患者就不会得其他躯体疾病。实际上抑郁症和躯体疾病有着密不可分的关系。

躯体疾病患者抑郁症的患病率更高。有研究报道在内科住院的患者中有22%~33%的人出现抑郁障碍，癌症患者中为33%~42%，脑卒中患者发病后的前2周内为47%，心肌梗塞患者发病后数日为45%。慢性疼痛患者的抑郁患病率很高。

抑郁症还可能增加其他疾病的患病风险。共病抑郁症时，患者的很多躯体症状可能会加重，比如疼痛，甚至血压、血糖的升高，增加卒中复发的风险，等等。另外，抑郁的状态会降低患者参与医疗保健的能力，患者可能因为疲乏、精力不济而不能坚持规律的就诊和治疗，也可能因为消极绝望而不愿意再治疗其躯体疾病。同时，抑郁症还会延长其他躯体疾病的住院时间并不利于预后。

Q5：患抑郁症自杀风险有多高？

A：如果说抑郁症是被灰色雾霾掩盖的大地，那自杀就是其中深不可测的黑色悬崖。

2014年的8月就是这样一个黑色的8月，随着两位身患抑郁症的名人先后自杀身亡，抑郁症的自杀问题一时间又被推到了新闻的风口浪尖。

8月11日，美国著名演员罗宾·威廉姆斯在加州的家中窒息性自杀，享年63岁；半个月之后，8月28日，年仅41岁的我国翻译家孙仲旭也选择自杀的方式离开了尘世。

但这实际上只是抑郁症自杀问题的冰山一角。未接受治疗的抑郁症病人，尤其是存在共病和负性生活事件情况下，自杀风险非常高。重性抑郁障碍自杀的终生死亡率大约为10%–15%。

如此高的自杀风险无疑给我们敲响了警钟，再一次说明了对抑郁症及时治疗的重要性。

同时，即便是已经诊断、甚至已经在治疗之中的患者，因为抑郁症具有波动、复发的可能，所以医生、患者和家属都要在整个过程中监测自杀的风险。

Q6：抑郁症有哪些治疗选择？

A：系统治疗对于大多数抑郁发作的患者是有效的，通常能在1–3个月内让患者恢复到病前功能水平。抑郁症的

治疗方法包括：药物治疗、正规心理治疗、物理治疗。这些方法可能单独或联合使用。一些程度非常轻的抑郁障碍可以不治而愈，但并不推荐患者因此存有侥幸心理而拒绝治疗，因为这个概率很低，而我们并不能预测哪一部分人是可以自愈的。

对于抑郁症的治疗，常常有很多的误解，在这里给予一些说明。

其一，即使抑郁的出现有明显的诱因，比如严重的躯体疾病（如癌症，心脏病）或失业、丧亲，抗抑郁药的治疗也是有效的；不能因为抑郁状态是可以理解的，就忽视对持续抑郁状态的治疗。

其二，抗抑郁剂并不会导致成瘾，或者让人变成“傻子”、“越吃越呆”等。

其三，“吃上药就不能停”。抗抑郁治疗是有明确疗程的，在维持治疗期可以逐渐减药直至停药。虽然对于反复发作的患者（比如复发三次以上），出于预防复发的考虑可能建议终身服药，但这并不是药物本身的特点导致的。

其四，“电休克是非常可怕的”。顾名思义的话，电休克似乎是一种惩罚性

质的、可怕的手段。但实际上，“电休克”的学名是电惊厥治疗（ECT），是在短暂的全身麻醉的情况下，通过在大脑单侧/两侧释放电流，引起大脑神经递质的诸多变化从而达到治疗效果。对各种类型的抑郁症都是有效和安全的治疗，有效率高过药物治疗。而且，因为处于全麻状态，患者并不会感受到恐怖或痛苦。

到目前为止，大量随机对照临床试验证实，抗抑郁药物对所有类型的抑郁发作治疗均有效，而且抗抑郁药比安慰剂更为有效，疗效也优于心理治疗。

抗抑郁药治疗研究的荟萃分析显示，大部分抗抑郁药疗效相近，对抑郁但是身体健康的老年人和对年轻成人的疗效也是接近的。与抗抑郁药相比，抗焦虑药对抑郁障碍是无效的。抗焦虑药对抑郁障碍中常伴随的焦虑症状可能有效，从而能减轻整体病情；但由于不能治疗核心的抑郁，所以自杀风险和抑郁症状会持续存在。

一旦抑郁障碍的诊断确立，治疗的首要目标就是要尽快缓解疾病自然病程所带来的症状和痛苦。抑郁症的总体治疗目



标如下：

减少并最终消除抑郁障碍的所有症状和体征；
使心理社会和职业功能回到病前水平；
最大程度的降低再燃和复发的可能性。

Q₇：如何帮助身边患有抑郁的人？

A：根据抑郁症的发病率来推算的话，每个人身边都有出现抑郁症患者的可能性，也许就是自己的亲人或好友。

此时，首先要做的事，是帮助患者得到诊断和治疗。

抑郁症的患者因为通常处于消极的状态，很可能不会主动寻求帮助，并且往往认为治疗也不会有效，所以外在的帮助鼓励非常重要。作为亲友，可能需要陪患者去看医生，因为如果只是口头鼓励，患者可能不会付诸行动。开始治疗之后，还要鼓励他坚持治疗，如果坚持治疗6至8周后没有明显的改善，则需要陪他寻找其他的治疗方式。

在治疗之外（包括药物治疗和心理治疗），作为家人和朋友还能做什么呢？

倾听和理解永远是最重要的。作为医生，我们在与抑郁症患者的交谈中发现，除了症状本身带来的困扰，不被周围人理解是最大的痛苦之一。病人告诉我们，他们常常听到这样的话：“你这不是身体挺好的吗，看着没事啊”，“你就是没事闲的”，等等，甚至身边至亲的人也因为他们的终日愁眉苦脸和唉声叹气而显得不耐烦。这使得病人在自身的痛苦之余，还被迫带上了软弱、没病找病的帽子。

因此，大家应该时刻牢记这样一个概念——抑郁症是一种常见疾病，跟高血压和糖尿病一样，并且可以得到有效的治疗。在这个基础上，再去跟患者交谈，仔细、耐心地倾听，表达对于他痛苦的理解，给予情感上的支持和鼓励，这是非常重要的。

在感受之外，还要指出事实，给予希望。最核心的事实就是——随着时间和治疗，抑郁终会离他而去。

除言语之外，身体的活动也很重要。我们要尽量邀请患者去散步、外出或进行其他的活动，如果他拒绝，要不断尝试，只是不要强求。

除了陪伴之外，还要“监督”。如果患者提及或者暗示了自杀，一定不能忽视，应该向他的医生报告；如果患者自己不能坚持就诊，要提供帮助以督促他规律有效地完成治疗方案。



教书，兴千秋伟业；育人，载万世丰功。

北京大学人民医院在即将走过百年历史之际，它的教学事业也已经发展了七十余年。虽然这在滚滚历史洪流中渺小得近乎转瞬即逝，但人民医院的讲坛耕者却不仅利用它培育了一代又一代的医学界领军人物和救死扶伤的生命卫士，还取得了一个个让人民人骄傲让世人钦佩的成绩。

这其中不仅有反映社会对师者高度认可的国家和北京市名师奖、桃李奖以及各级优秀教师奖，更有反映人民医院教学团队整体实力的国家级教学成果奖。

在第30个教师节来临之际，北京大学人民医院又传喜讯，人民医院“德育为先 能力为重 推进临床实践教学综合改革”项目获得2014年高等教育国家级教学成果奖获奖一等奖。这已经是北京大学人民医院连续三届获得国家级教学成果一等奖，成为我国高等教育史上绝无仅有的“三连冠”。

北京大学人民医院喜获国家教学成果“三连冠”

■ 文 / 北京大学人民医院



作为大学的临床学院，70 余年的教育教学历史为北京大学人民医院的教育事业奠定了深厚坚实的基础。

北京大学人民医院目前承担的教学任务覆盖临床医学教育的全程，包括院校教育、毕业后教育和继续医学教育，有包括临床 8 年制、临床研究生、科研研究生、护理本科、护理专科、医学检验本科、药学专业、口腔留学生班、夜大学、订单培养、委培住院医师、各类进修人员、各类国内访问学者、西部人才培养项目、管理类进修学员等在内的 18 个轨道的教学任务，每年培养学员 2400 余名。

医院秉承“本仁恕博爱之怀，导聪明精微之智，敦廉洁醇良之行”之院训，坚决贯彻落实国家规划纲要和医药卫生体制改革意见，强化医学人才是卫生事业发展第一资源的理念，遵循医学教育规律和医学人才成长规律，将我国国情与国际先进教育教学经验相结合，以提高教学质量为主线，立足于制度建设，在高质量完成常规教学任务的同时，锐意进取，不断深化教育教学改革，全面推进素质教育发展，努力把影响辐射到国外，争取在国际医学教育领域的发言权。

成果丰硕

过去的一年是北京大学人民医院临床医学教学领域浓墨重彩的一年，也是收获颇丰的一年。

医院一如既往的高质量完成常规和既定的教育教学工作。顺利完成了内科、外科、妇产科、儿科和护理教研室的换届；再版了我院牵头的教育部临床能力认证系列丛书之“中国医学生临床技能操作指南”；成功举办了“第五届全国高等医学院校大学生临床技能竞赛”；圆满完成教育部对北京大学临床医学教育的认证任务；顺利通过国际医学模拟协会对医院临床能力中心的认证。

为夯实医学生临床专业基本功，医院开展了教学查房、优秀病历展示，病历知识比赛等活动，联合完善了师生双向 360 度床旁教学评估系统，目前该系统已覆盖了大部分教学环节。同时医院今年开展了 8 年制内科学专业临床能力毕业集体



全国高等医学院校临床技能竞赛，临床实践教学改革突破口

考核的试点工作，探索规范 8 年制医学生毕业能力培训和考核的新模式。

教育关乎兴盛，承载未来，为国家培养一流的临床医学人才始终是北京大学人民医院临床教育教学工作的核心和目标。

在北京首届住院医师临床技能大赛中，1/5 的获奖者是在北京大学人民医院接受培训的住院医师，再次用事实彰显了医院卓越的培训能力和优良的培训质量。

更可喜的是，继北京大学人民医院以《基于网络环境的教学质量实时监控系统在高等教育教学管理中的研究与实践》和《基于网络环境的临床医学自主学习体系及其信息平台的建设与应用》分别于 2005 年和 2009 年两次获得国家级教学成果一等奖之后，今年由王杉院长主持的《德育为先 能力为重 推进临床实践教学综合改革》再次获得教育部国家级教学成果一等奖。国家级教学成果奖每 4 年评比一次，北京大学人民医院成为第一家实现了该奖项“三连冠”的临床教学医院，这是每一位从事教学工作的人民的骄傲和自豪。也印证了来自美国、新加坡、加拿大的国际模拟协会认证专家对北京大学人民医院的书面评价“医院领导对教学工作给予

高度支持和重视，教学氛围浓厚，师资队伍强大，教学条件先进，对国内医学模拟教学起到了辐射和示范作用”。

机遇与挑战

随着医疗卫生体制改革的深入开展，医学教育既面临新的机遇，也面临更大的挑战。

现代教育技术迅猛发展、医学知识爆炸式增长、疾病模式和患者期望发生变化、临床教师的工作和精神负荷加重，以及医学生面临的社会环境和需求有别于传统等，都是作为临床医学教育工作者无法回避的现实挑战，给教育管理者和临床教师带来了巨大的压力。

过去的一年，北京大学人民医院不断开拓新的课程模式和主题，改善教学环境、改进辅助教具，完善教学评价和反馈方式，建立新的教师培训计划等，积极应对挑战，把握机遇，使医院临床医学教育在传承中发展，在发展中创新。

同时，北京大学人民医院以接受国际医学模拟协会对临床能力培训中心的认证以及教育部对北京大学临床医学教育的认证为契机，认真梳理并总结了近年的教



左图：临床能力培训中心建立起与国际接轨的模拟医学教育全新模式；
右图：三年规范化护理培训模式，培养高质量护理人才。

育教学工作，将优点和优势发扬光大，积极改进工作中的不足。

完善临床能力培训中心的建设和将能力培训课程体系与国际医学教育标准接轨是过去一年教学管理部门的重点工作。

医院用先后向教育部和卫计委等部门申请的约 3000 万元项目经费，对教学环境进行了较大规模的改建，建立了新的临床能力培训中心，改建了化诊实验室、外科技能实验室和学生教室等。购置了包括高级模拟人、3D 医学影像工作站、虚拟内镜以及普通模拟训练器具等 1200 余件模拟训练设备。

2013 年北京大学人民医院临床能力培训中心通过国际医学模拟协会认证，极大地促进了中心的软、硬件的建设，推进了临床能力培训中心的国际化进程，标志着北京大学人民医院在模拟医学教育教学领域与国际接轨。

医院临床能力培训中心的设计融入了现代教育理念，体现了教育技术发展的趋势。临床能力中心以提高学员临床能力、提升医疗质量和医疗安全为使命，将医学模拟教学与传统的医学教育有机整合。教学内容涵盖院校教育、毕业后教育和继续医学教育全程，既是医学生、住院医师和护士临床能力的培训场所，也接待全国进

修医生和来自社会的各类学员。去年中心与加拿大多伦多大学联合开设了《腹腔镜外科基础学》课程和资格认证。

中心集培训、考核与科研三大功能为一体，既能满足基础技能和高级技能的培训，也能开展综合能力训练。

在课程和教学环境的设计上努力将职业精神的培训融入专业课程培训体系，力争做到育人无痕。

为了承担社会职责，同时也为了扩大医院的知名度，增强临床能力培训中心的“造血”能力，临床能力培训中心实现了对外有偿开放，先后为西城区卫生局培训了骨干护士和全科医师，为北京市护理学会千名护理骨干开设了静脉输液规范化培训班，建立了“北京大学人民医院/GE 中国超声技能培训中心”等。

课程模式探索

高等医学教育的教育对象均是 20 岁以上的成人，他们有自我负责、自我指导的能力。因此为提高医学教育的质量和社会适应性，兼顾临床医学生学习即工作的特点，医院以人才培养为主线，深入探索课程模式，努力使课程模式多样化，在持续改进传统前瞻性教育模式、完善大课、

CBL、PBL 教学方法的同时，以现代教育理论为指导，建立并推广以“经验学习”和“目标为导向”的课程模式，将以“学员为中心”的理念融入其中，激发学员在培训中发挥主观能动性，提高自主学习和终身学习的能力。

住院医师心肺复苏技能训练即采用了“目标为导向”的方式：要求住院医师掌握初级心肺复苏相关知识和操作，了解高级心肺复苏，自学为主，辅以自学教材以及每年 4 次辅导和训练指导，以通过认证考核获得能力中心颁发的 CPR 资格认证证书为目标。今年参加认证的 157 名住院医师全部通过认证，其中 151 人（96.2%）仅一次就通过了认证。

另外，以“目标为导向”的内、外科住院医师临床技能培训也即将实施。这种课程模式获得了同行的认可和好评，目前北京市卫计委科教处委托北京大学人民医院制定北京市住院医师 CPR 培训体系和考核标准，将在北京市推广我院以目标为导向的 CPR 培训和考核体系。

人民医院是较早早在课程计划中设置沟通技能、职业态度和伦理知识培养的臨床学院，医学生职业精神的培养和养成一直是教学计划的核心部分并贯穿医学教育的全过程。

依托中国医师协会临床医师职业精神研究中心和临床能力培训中心，医院在继续完善以课堂教学为主的传统培训模式、拓展医务志愿服务平台、强化小班班主任制度、改进医学生社会实践项目化管理等进行职业精神培训的同时，不断地将尊重患者、自我反省、批评思维等人文精神和职业价值观融入课程体系。

老师们给医院能力培训中心的模拟人“穿衣带帽”，要求学生训练后给“病人”整理好衣服，在技能培训过程中逐步渗透人文精神，力争做到润物细无声。

教育处和继续教育处还依托临床能力中心先进的硬件设施，将自我反省和批评性思维的培训融入常规专业课程体系，育人无痕，同时将利他行为，例如献血，志愿服务等作为国家奖学金、优秀住院医师等评选条件之一。

北京大学人民临床医院教育教学的发展和取得的成绩是与一代代人民教师的无私奉献分不开的。

人民医院所有为教育教学事业呕心沥血、辛勤工作在临床教学一线的老师们，在出色完成繁重繁杂的临床工作的同时，把教书育人，为人师表作为不懈的追求和应尽的职责，默默耕耘、无私奉献，用爱心、知识、智慧传道授业解惑，用行动证明了“教师是阳光下最崇高的职业”，为优秀医学人才的培养，为我国医疗卫生事业的发展做出了突出的贡献。

回首昨日，荣誉与自豪同在；思考今天，竞争与荣耀并存；展望明朝，挑战与机遇不断。

9月9日习近平总书记考察北京师范大学时号召全国广大教师要做有理想信念、有道德情操、有扎实知识、有仁爱之心的好老师，为发展具有中国特色、世界水平的现代教育，培养社会主义事业建设者和接班人作出更大贡献。

北京大学人民医院全院教职员工再接再厉，响应习总书记的号召力争做个“四有”教师，学为人师，行为世范，秉承“本仁恕博爱之怀，导聪明精微之智，敦廉洁醇良之行”的院训，为我国临床医学教育事业做出更大的贡献！



新闻链接

2014年9月9日，教师节表彰大会在人民大会堂隆重举行，会上颁发了第七届高等教育国家级教学成果奖。北京大学人民医院“德育为先能力为重 推进临床实践教学综合改革”项目获得2014年高等教育国家级教学成果奖一等奖。成果第一完成人、北京大学人民医院院长王杉教授受到习近平主席接见并接受颁奖。

从2005年，北京大学人民医院“基于网络环境的教学质量实时监控系统在高等教育教学管理中的研究与应用”项目获国家级教学成果一等奖。历经4年的实践与拓展，“基于网络环境的临床医学自主学习体系及其信息化平台的建设与应用”不断补充完善，再次以其科学性、实用性、创新性获得首肯，2009年再次获国家级教学成果一等奖。此次再次夺冠，正是北京大学人民医院多年来不断推进临床实践的综合改革，德育为先，探讨提高医学生临床综合能力的途径和方法，建立专业课程、临床循环技能培训和职业精神培训”三系合一”的临床课程体系，开启临床实践教学改革“破冰之旅”的成功探索。

据悉，国家级教学成果奖每四年评选一次，是代表国家教育教学最高水平的奖项。本次申请国家级教学成果奖的项目共计946项，其中仅有50个项目获得一等奖，北京地区更是仅有北京大学、清华大学、中国人民大学和北京科技大学等7所单位的10个项目获得一等奖，该成果是其中唯一的医学教育教学方面所取得的成果。

北京大学人民医院成为教育部医学教育临床教学研究中心的牵头单位，教育部人才培养模式示范区、特色专业示范点、教学创新团队，拥有2名国家级名师、2名北京市名师和四门国家级精品课程，是中国医师协会临床医师职业精神研究中心、中国医院协会医务社工与志愿服务委员会所在地，是国家卫生计生委《志愿服务进千家医院万户社区》试点单位，承担教育部教学改革与质量工程项目十二项，承担各级教学改革项目60项，是我国临床教育教学改革的重要示范基地。

“德育为先、能力为重 推进临床实践教学综合改革”教学成果一等奖的获得，实现了临床实践综合体系的改革与临床专业课程体系、医学生职业精神培养体系改革的同步发展，体现了德育为先，能力为重，实现了医学生职业素养、专业知识、临床思维能力、医患沟通能力等临床综合实践能力有效提高，有利于医学生综合素质的培养，加快了各高校临床实践教学改革的步伐，建立高质量临床实践教师队伍，实现教学质量的可持续发。



1954-2014



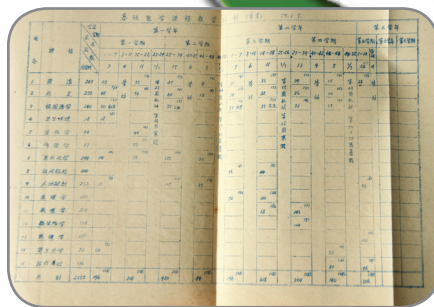
右图：1995 年庆祝王志均院士从教 60 周年。

1985

1954



下图：1959 年基础部生化教研室合影。



1959 年的基础医学课程教学计划。

基础医学院建院六十周年

2000

2000年4月，北京大学与北京医科大学合并后，基础医学院更为北京大学基础医学院至今。



上图：2002年韩启德理事长带队参加在匈牙利召开的第四届国际病理生理学大会。

下图：北京大学基础医学院成立60周年大会合影。



1960

1960年2月，北京医学院基础医学部改称基础医学系。



左上图：病理学系吴秉铨教授与北医三院病理科专家定期开展研讨会。

右上图：基础医学院解剖教研室历史悠久，是北医最早的一批学科。

右下图：1972年北京医学院针麻研究组合影。



北医百年华诞之际，北医评选出 21 位杰出校友，他们是：张金哲、甘英、王澍寰、李载平、钱煦、安静娴、张友尚、屠呦呦、陈君石、于德泉、何鲁丽、吴景春、程书钧、曹荣桂、高润霖、刘昌孝、彭玉、巴德年、曹泽毅、次仁卓嘎、王存玉（按入学顺序排列）。他们是北医的宝贵财富，是我们学习的榜样。《北医人》杂志将在校友风采栏目中陆续刊登介绍杰出校友事迹的文章。

程书钧：站在肿瘤基础研究前沿的领航者

■ 来源《中国医药科学》



人物简介

程书钧，1939 年 12 月生于江西省玉山县，中国工程院院士。

1962 年北京医学院医疗系毕业；

1965 年协和医大研究生毕业；

1978 年至 1981 年在法国国家肿瘤研究所进修遗传毒理学；

1986 年至 1987 年在美国俄亥俄医学院做访问学者；

1992 年、1996 年分别在荷兰肿瘤研究所和美国 MD Anderson 肿瘤中心短期工作。

任中国环境诱变剂学会理事长，中国抗癌协会副理事长，中国医学科学院和中国协和医大学术委员会执行委员，“癌变、畸变、突变”杂志主编，国家“973”肿瘤项目首席科学家，北京市科委肿瘤重大专项首席专家，第十届全国政协委员。

主要从事肿瘤病因、环境致癌和抗致癌物研究；人上皮细胞无血清培养；人肺癌变分子机理和肿瘤分子标志谱研究。

在国内举办过多次相关的国际会议。已获得两项国际专利，两项国内专利。

1999 年当选为中国工程院院士。



基因：肿瘤的流行病学研究趋势

在谈到肿瘤的流行病学趋势时，程书钧院士说：“近年来，癌症已经成为危害民众健康的重要疾病之一。据统计，中国每年癌症新发病率约 260 万，死亡 180 万；在过去的 30 年中，中国癌症死亡率增加了 80%，癌症死亡率占总死亡率的 20%，已经位列中国民众死亡病因中的第一位。全球每年肝癌新发病和死亡人数超过 70 万；其中 55% 以上发生在中国。这次会议为我国肿瘤研究与治疗的各个学科提出了一个严峻课题，即‘攻克癌症，造福民众’。”

在采访中，程书钧院士回顾了百年肿瘤研究的历史，其中着重谈到了“从染色体到抑癌基因的突破”。

他说：“肿瘤的研究大概经历了 100 年，从第一个报告肿瘤跟染色体相关，后面讲到了癌基因、讲到了抑癌基因，为肿瘤的研究提供了许多重要的信息。但到今天为止，人们对肿瘤的治疗依然存在着许许多多需要思考的问题。

从 2003 年人类基因组完成测序以后，在 2008 年，研究者第一次将人的肿瘤全部进行测序。这项研究告诉我们一个很重要的信息：相同的两个人的肿瘤，他们的基因突变却有很大的不同。例如，都是大肠癌，但不同患者的基因测序就不一样。为什么相同的肿瘤在临床上有这么多的差异？这主要是因为每个人所产生的基因突变不一样。直到今天为止，这项研究通过对许多人类全基因组的测定，结果表明，基本上还是符合规律的。”

此后，程书钧院士又由此谈及了新基因的发现，在阐述“从肺发育研究到新基因发现”这一话题时，程书钧院士的兴奋之情溢于言表。他说：“这几年我们在研究过程中，还得到了这样一个结论：在研究肺的发育过程中，我们发现了一种基因。这种基因可以被用来预测肺腺癌的预后，同样这组基因也可以很好地预测乳腺癌的预后。

到目前为止，我们已经研究了国际上 2400 多例的乳腺癌病例，从中都看到了这个问题。

所以，这些研究给我们提出了一个

思考的机会，我们也缘此提出了一个问题：在肿瘤的治疗方面，一直以来人们一般是先进行器官定位，如胃癌按胃癌治，肝癌按肝癌治等等。这已经成为多少年来，我们临床医生的治疗规律。

现在人们的这个概念已经开始动摇了。可能肿瘤的许多临床症状不完全取决于它所在的器官部位，而可能跟它发生、发展过程中的很多基因有关系——我在两三年前就在关注并主张这个理念了。”

程书钧院士详细介绍了肿瘤突变基因的基础研究。

他说：“在研究中发现，人类肿瘤内的突变基因有两组：一组是突变率相对较高的少数基因；另一组是大多数的基因突变率在 1% ~ 3% 左右，所以一群人的肿瘤基因突变在另外一群人不会完全一样。这对于解释目前临床上为什么肿瘤基因突变产生这么大的个体化差异，具有很大意义。所以，现在人们开始猜想，可能肿瘤不是某一两个简单的基因突变，可能是一个肿瘤的基因网络发生了改变。

所以，这几年在肿瘤研究上便有一个重大的导向，即：人们越来越开始重视人类肿瘤在临床上的研究规律，并利用现在最现代化的多种渠道的高端分析及生物信息在一个更深的层面上去解码肿瘤，这些研究近几年取得了很大进步。我们这几年也在从事这项研究工作，我们主要重视的是人的发育跟肿瘤治疗关系。因为早在 100 多年前，外国学者就认为人类肿瘤跟人的胚胎发育极其相似，两者之间有许多共同点。”

防患于未然：肿瘤治疗未来的发展方向

在触及肿瘤治疗未来的发展方向这个话题时，记者原以为程书钧院士会介绍目前有多少化疗药物问世，有那些新的治疗设备问世，有什么新的手术方法发明等等，但程书钧院士阐述的话题，却出乎记者的预料。他一开口，就说出了一个令记者颇感意外的观点：“肿瘤治疗未来的发展方向是预防”。

针对这个观点，程书钧院士进一步阐释说：“如果肿瘤是一个分支网络的改

变，是不是应该综合考虑呢？那么我们对目前肿瘤治疗层面所持有的概念，应该有所思考。

比如说，学界提出，某种晚期肿瘤，现在不是都开始讲基因治疗了吗？而且，单一的一种基因能否将晚期肿瘤治好，单一的一种药物能否将晚期肿瘤治好等等，现在的危机已经引起人们的思考。

对于晚期肿瘤，人们不能只希望一种基因、一种药物，即可把晚期肿瘤治好；在未来肿瘤防治方面，现在人们已经开始很清楚地意识到：将来，肿瘤防治最大的方向是在预防层面，而不是等到肿瘤发展到了晚期，再去治疗——这是个被动的过程。

因此我认为，预防，应该是未来人们控制肿瘤最重要的一个途径。在预防层面就要重视癌前病变。因为在肿瘤的发展过程中，会有一个很长的时期，比如 10 年至 30 年，都有可能存在癌前病变。那么，这个阶段对于肿瘤的防护和治疗，就显得极其重要。”

谈到肿瘤的癌前病变话题时，程书钧院士发散性地提到了“乙肝疫苗可以预防肝癌”的新理念，并认为：乙肝疫苗可以预防 70% 的肝癌。

程书钧院士耐心的向记者讲述了乙肝疫苗预防肝癌的原理和流程。

程书钧院士详细阐述说：“目前学界有一个重要概念，就是现有的晚期肿瘤病人应该利用个体化靶向综合治疗作为未来的防治方法。

讲到肝癌的预防，我想首先介绍一个信息：2009 年，我国台湾地区 GNBA 发表了一个接种乙肝疫苗——对新生儿接种乙肝疫苗方面的统计报告，结果表明，成年后的接种者比没有接种患肝癌的比例下降了 70%；也就是说，接种乙肝疫苗极为有效地控制了乙肝，实际上就是控制了 70% 的肝癌发生。

在这里，我要特别讲到中国医学科学院肿瘤医院的孙宗棠教授，他在我国江苏省启东地区的研究结果与我国台湾地区的研究结果比较相近。

这两个实验再一次告诉我们，人类想控制肝癌的首要问题是控制肝炎。这一点已经得到了孙宗棠教授在启东地区开展

的那项研究的证明，同时也得到了台湾地区的研究证明。这两项研究结果应该是毫无悬念的……”

随后，程书钧院士又谈及了另一种女性多发肿瘤疾病——宫颈癌的预防问题。

他认为：“宫颈癌的预防也是一样。在关于宫颈癌的相关研究中发现，人类乳头状病毒又开始复发了，所以现在国外已经有两家公司上市了防控人类乳头状病毒的疫苗。

因此，大家现在高度期盼随着人类乳头状病毒疫苗的使用，可以有效地降低宫颈癌发病率。相信宫颈癌和肝癌在未来的10年或20年内，也会得到有效的治疗。还有，其他一些与生物学因素有关的肿瘤，也是人类最先要控制的肿瘤——包括胃癌、鼻咽癌、喉癌等在内，也值得高度关注。”

黏膜切除：肿瘤外科领域的历史性转折

在谈到肿瘤外科的发展历程时，程书钧院士兴奋的声音提高了很多，他说：

“在二三十年前，那时评价一个外科医生的水平高低的标准，是他能把一个乳腺癌大规模切除，胸大肌到腋下淋巴结通通切除，做到这些，我们就说这个大夫很高明了。但在今天，人们的概念已经开始发生转变。

在纪念抗癌协会成立40周年时发表的一个抗癌专题的报告中说：从1985年开始的一个长期的对比行研究标明：乳腺癌患者只要对局部肿瘤切除，再加上放疗，与做大范围的乳腺切除术，其远期效果是一样的；这就告诉我们一个信息：并不是手术做得越大越好。

中国医学科学院肿瘤医院医院的王贵齐教授已经开始大规模地在胃癌、食管癌方面的前瞻性研究，就是进行癌前病变的黏膜切除。现在他们每天都在做。在他们开展的癌前病变手术中，黏膜就切除了。临床统计结果显示：10年以上的生存率达到90%。所以，癌前病变的黏膜切除，已经成为外科在肿瘤治疗上的一个重大的转折。”



程书钧院士接着说：“那么，肝癌是不是也需要黏膜切除呢？是不是也要等到肿瘤长得很大的时候，才动手术呢？有没有可能在肝癌的很早期、甚至在没有发生肝癌前的早期，就利用外科手术做到根治呢？”

我想，食管癌在做了，乳腺癌在做了，大肠癌在做了，胃癌也做了，那么，我相信肝癌除了刚刚提到的预防措施外，应该还有一种可能行，就是把肝癌的早期病变控制住，这样就可以使肝癌病人大大减少。同理，对于肺癌是否能提早进行控制的问题，也值得我们思考和借鉴。对于肝癌，除了预防控制外，能否在早期将其癌前病变控制住，更是值得我们考虑的问题。”

谈到这里，程书钧院士回头正好看到本次大会的执行主席、中国医学科学院肿瘤医院腹部外科副主任吴健雄教授。

他对吴健雄教授说：“吴教授，你们可以观察一下，在肝癌治疗方面是不是也可以做一下癌前病变的黏膜切除？要把肝癌的治疗前移、再前移！”

吴健雄教授回答说：“我们已经在开展这方面的研究，并且取得了一些阶段性成果；特别是在肝癌的早期诊断方面，已经取得了一些成果。我们正在继续往前努力！”

从“治疗病人的肿瘤”向“治疗带有肿瘤的病人”过渡

在谈到“病人的肿瘤”和“带有肿瘤的病人”两个概念时，程书钧院士告诉记者，这是两个完全不同的概念，也是历史性跨越的概念。

程书钧院士说：“我讲一个临床的问题，就是临床上有许许多多的晚期病人，我们现在对晚期肿瘤的治疗，就是把肿瘤细胞杀死。这个观念也需要更新。”

他说：“我们要由治疗病人的肿瘤向治疗带有肿瘤的病人过渡。近十几至二十年来，肿瘤研究最大的进展就是人们开始意识到肿瘤治疗需要个体化、靶向治疗。这是肿瘤治疗方面的巨大革命。人们

在理论和实践上，对肿瘤的治疗和认识发生了巨大的革命，即靶向治疗。但是单一的靶向治疗还不是最高水平，现在的靶向治疗还是一个靶点一个药，将来可能会发展到若干靶点同时治疗。

美国 FDA 认为，像肿瘤这种网络疾病复杂的疾病，应鼓励多种药物同时治疗。这是因为它是一种复杂的分支网络疾病，不是单一的疾病。这就要求我们现在要发展多基因的改变技术，这一技术在国外已经开始了。

实际上在两年前，我就跟我们国家最大的基因测序公司——‘华大基因’全力在做这项研究了。把这项工作做好，就需要我们的临床大夫一定要把肿瘤病人的治疗前、治疗中和治疗后的临床的资料收集好、保存好。

只有这样，才能系统地了解一个病人在各个治疗过程中，对药物的敏感程度；将来，再根据这些病人的身体反应程度制定药物标准。如果没有这些基础资料，这些研究是不可能进行下去的。

过去的医生曾经认为，只要知道肿瘤在那个器官，就有治疗办法了；以后恐怕就不会这样了。因为针对肿瘤的治疗，并不是取决于它在什么部位，而是取决于这个肿瘤的基本基因的改变是什么信息。两个不同部位的肿瘤，只要基因改变是一样的，就可以用同一种药物给予治疗。所以，同一个部位的肿瘤，不一定用同一个

治疗方法；同一种肿瘤也不一定要用同一种药，两个不同部位的肿瘤未必不能使用同一种药物治疗。

所以，这件事情需要我们的临床医生，此外要在肿瘤治疗各个阶段病人的资料保存好。这项基础工作做好了，我相信我们中国医生会做出前人没有取得的成就。”

继之，程书均院士又谈到了治疗肿瘤病人的另一项不可忽略的因素——心理干预。

他首先介绍说：“前年 Science 杂志发表的一篇文章中，把老鼠做成肿瘤模型，并分成两组。研究人员让其中一组老鼠过得非常高兴，它们可以玩、可以聊天、还可以获得玩具；另一组老鼠却被关在笼子里，而且享受不到那些待遇，甚至吃晚饭也要关在笼子里。

结果，‘高兴组’大鼠的生存周期和肿瘤的体积、恶化程度，都比另一组要好的多。

这项实验告诉我们一个重要信息——他们的研究结果显示，动物的大脑皮层，影响着下丘脑，控制着内分泌系统，影响着脂肪代谢。由此可以进一步说明，你不能仅仅治疗病人的肿瘤，还应该考虑带有肿瘤的病人。

所以，临床医生在治疗肿瘤的过程中，要考虑到神经内分泌因素，要考虑肿瘤病人的心理干预。这一点值得我们高度

重视。也就是说，对于肿瘤的治疗要综合考虑各种心理和生理因素，这会给肿瘤的治疗带来重大的进步。”

采访到最后，程书钧院士还呼吁说：“我们国家应该有一个关于肿瘤的中长期的控制计划。这一点，国家的决策部门应该高度重视。

国家如果不建立一些这种整体的关于肿瘤的中长期的控制计划中心，而仅仅只是靠几个项目的推动，那么我们国家的肿瘤防治工作应该是很难推动的。

我国应该建立几个肿瘤防治中心，例如乳腺癌防治中心、肝癌防治中心等。每个中心应该全力以赴地了解和研究我国的肿瘤发病情况。

如果不建立几个这样的防控中心，我们国家的肿瘤防控工作将很难开展。

另外我还有一个建议，就是一定要建立社区预防机制，一定要有社区长期的追踪观察。如果没有这些措施，仅仅光靠上几个项目，是很难推动我国肿瘤防治进展的……”

由于程书钧院士还有学术活动，采访不得不结束了。从程书均院士所谈的话题中，记者感悟到，他始终是站在肿瘤防治的社会前沿和学科前沿阐述自己的理念的。从这些话题中可以看出，程书均院士在我国肿瘤防治领域，是居于“领航者”的重要层面上的学者。

