

勤奋 严谨 求实 创新

壮医人

双月刊

俞光岩

兴趣是最好的老师

陈育德：学高为师身正为范 甘为人梯不争春

姚晨：先医生之忧而忧，后病人之乐而乐

P9

P15

2017年
第4期
总第70期

北医人

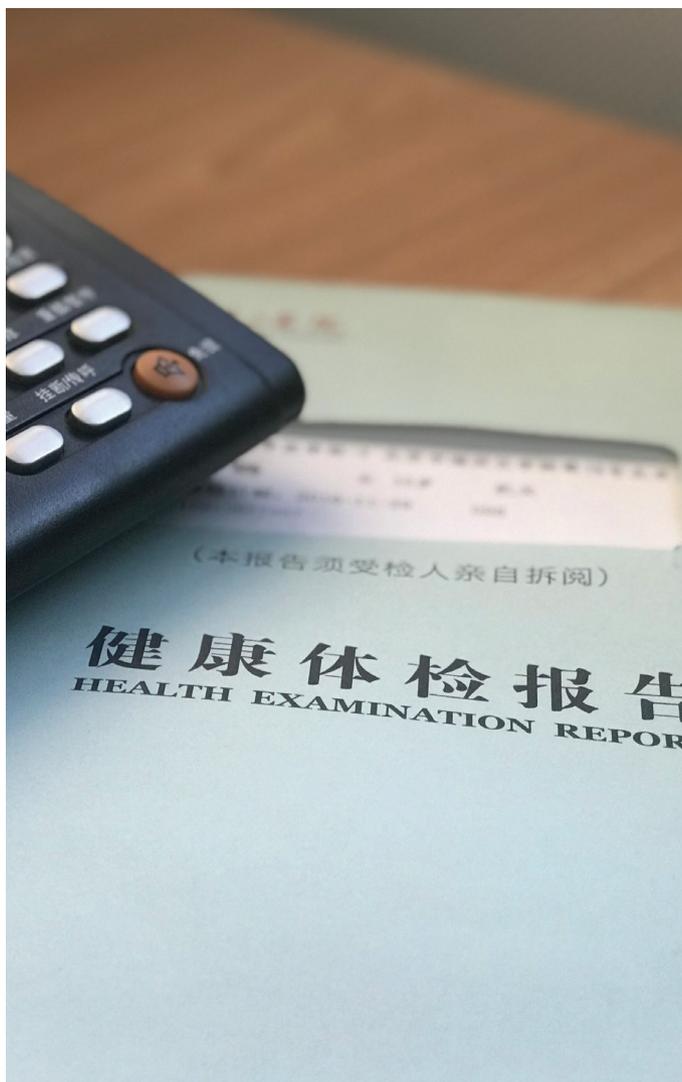
23 专家论坛 体检知多少

王鹏：体检守卫健康

沈琳：癌症可防控，早期发现很关键

梁卫兰：宝宝成长，共同守护

■ 《北医人》记者 徐璐 于洁



医疗故事

陶其敏离世，她在自己身上试验了我国第一支乙肝疫苗



39 图片故事

陶其敏离世，她在自己身上试验了我国第一支乙肝疫苗

■ 《北医人》综合

CONTENTS 目录

2017年第4期

总第70期

3 封面人物

俞光岩：兴趣是最好的老师

■ 《北医人》记者 韩娜

9 师者

陈育德：学高为师身正为范 甘为人梯不争春

■ 北京大学公共卫生学院 张拓红

13 杏林医人

姚晨：先医生之忧而忧，后病人之乐而乐

■ 《北医人》记者 徐璐

37 身边

真情感动你我

记北京大学口腔医院医德医风讲评活动

■ 北京大学口腔医院提供文字、图片

41 校友风采

黄璐琦：中药资源普查探路人

■ 来源《中国中医药报》

45 文苑采撷

一封医生给医生的表扬信

■ 北京大学第三医院儿科 鲍慧玲

切了长，长了又切，沙先生的寻医之路

■ 北京大学肿瘤医院 管九苹 李舒

北医人（双月刊）

刊名题词

韩启德

顾问

詹启敏 刘玉村

编委会主任

李文胜

主编

焦岩

责任编辑

徐璐

编辑

韩娜

于洁

校对

宋再伟

美术编辑

徐璐

图片

黄大无

部分图片来源于网络

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



俞光岩： 兴趣是最好的老师

■ 文/《北医人》记者 韩娜



人物简介

俞光岩，北京大学口腔医学院口腔颌面外科教授，主任医师，博士生导师。担任中华口腔医学会会长，中国医师协会口腔医师分会名誉会长，第十一、十二届全国政协委员。1996年11月至2009年4月任北京大学口腔医学院院长。

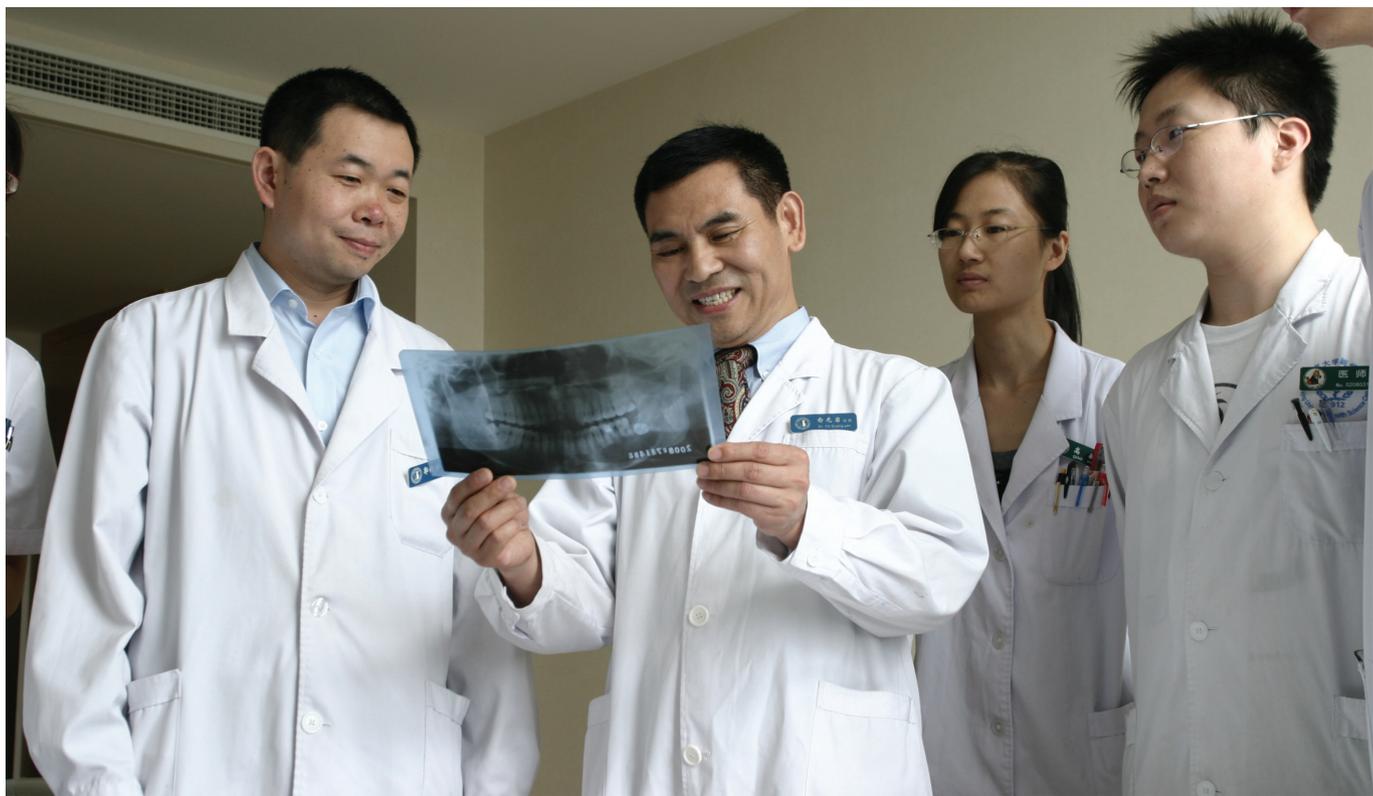
主要研究方向为唾液腺疾病、口腔颌面部肿瘤以及唾液腺移植治疗重症干眼症。先后承担国家及省部级科研基金项目39项。发表论文430余篇，其中SCI收录130余篇。主编教材及专著16部。以第一完成人获国家科技进步二等奖1项，省部级科技一等奖3项。培养研究生和博士后70余名。获“全国卫生系统先进工作者”、“全国五一劳动奖章获得者”及“全国优秀科技工作者”称号。香港牙医师学院、英国爱丁堡皇家外科医师学院和英国英格兰皇家外科医师学院先后授予“Honorary Fellowship”。

“不抽烟、不喝酒、不唱歌、不跳舞”是俞光岩在口腔医学界著名的“四不”。

作为一名学霸，他消遣的方式就是读书写作，即便是看专业书籍也很有兴趣，丝毫不觉得累。

不论是听他谈及自己的学习经历，还是研究过程，都能被俞光岩那种掩盖不住的“乐在其中”的情绪深深地感染。

可以想象，跟俞光岩一起工作、学习，一定是一件快乐的事情。



俞光岩教授查房

把学习当作一种享受

俞光岩是真正地倾心于医学，醉心于钻研。

出生于浙江诸暨的一个普通农民家庭；因为文革，初二时中断学业回乡当赤脚医生；1970年被推荐进入绍兴卫校学习……

看起来，小时候的俞光岩似乎并没有很好的学习条件，但是这并不妨碍他成为一名学霸。

小学时，走路也会拿本书边走边看，有时候还会撞到树上；上学期间，历来都是班里成绩最好的学生；工作之后，利用出差坐飞机的时间，完成了许多文章；甚至去美国参加儿子的毕业典礼，陪家人去海边，也是文献不离手。

说到对学习和专业的热爱，俞光岩忍不住连用两个“非常”：“我觉得能够学习知识，掌握到很多有用的本领，是一种享受！所以非常非常喜欢学习！我觉得口腔颌面外科是做学问的学科，也是操作技术要求很高的学科，对这个专业我非常非常热爱！”

对于俞光岩来说，做科研、做学问本身带来的乐趣就是最大的回报。

一次，科室遇到了一例临床上十分罕见但又特别典型的病例，没有经验的学生直接取了活检，破坏了组织结构。得知此事的俞光岩像个失去了心爱礼物的孩子，大呼可惜，他说：“这么有研究价值和教学价值的东西，给我500万都换不来啊！”

正是这种对研究纯粹的热情、对学问发自内心的兴趣，使俞光岩能够在科研这条铺满荆棘的道路上，走地坚定，且乐趣无穷。

“学而不思则罔，思而不学则殆”，多思考，是俞光岩学习的一大法宝。

阅读一篇科学文献，俞光岩除了看它的结论和方法，对自己的课题有什么帮助，更重要的是看它的思路，看作者是怎么设计实验的，换成自己会怎么做，有没有更好更巧妙的方式。

俞光岩也会将自己的这种热情和认真传递给他的学生。他常常对学生说：“这种临床现象有点意思啊，我们应该研究一下，看看到底是怎么一回事。”

在临床教学工作中，俞光岩特别重视注重临床实践，手把手将临床技术毫无保留地传授给年轻医师。本来自己不到一个小时就能完成的一台腮腺手术，俞光岩会花上更多的时间，耐心地一步步、手把手地教。

温和和蔼、平易近人的俞老师，在学生面前树立了一个十分优秀的榜样，让学生自然而然产生一种自我鞭策的压力和动力——“如果做得不好的话，自己也会过意不去”。

学生苏家增回忆到，一次他让师弟给病人拆缝线，大致交代了两句注意事项后就忙别的事情了。俞光岩知道后，丢下自己手头的事情，把他叫过来，批评道：“你在带教，就要认真真教他。拆线虽简单，但是很多基本原则也是要讲的！”说完又当面讲述了规范操作。

苏家增感慨：“我在羞愧之余，更加为自己成为俞老师的学生而感到幸运。”

口腔科大夫治了眼科的病

作为一名口腔医学专家，口腔颌面

部肿瘤是俞光岩的专长。但令一般人想不到的是，俞光岩的另一项拿手本领针对的却是一种常见的眼科疾病——干眼症。

年仅16岁的女孩小敏（化名），因为一次偶然的药物过敏，出现严重的角膜和结膜的急性炎症，泪腺受到破坏，患上了干眼症。

眼干、疼痛、畏光，眼睛像干涸的农田一样，泪腺逐渐丧失功能，视力也在慢慢下降，痛苦的小敏真正体会到了什么叫做欲哭无泪。

五年的时间里，小敏去了大大小小的医院，病情却没有一点好转。

一直以来，重症干眼症的治疗都是个难题，从最初补充人工泪液到堵塞部分泪道，到50年代苏联专家发明的腮腺导管移植，对重症干眼症的治疗虽在进步，却一直没有找到有效的方法。

上世纪80年代后期，欧洲学者终于找到比腮腺分泌液更接近泪液成分的颌下腺分泌液。将颌下腺游离以后移植到颞部，用移植颌下腺分泌的唾液替代泪液，不仅解决了眼干的问题，还因为阻断了神经的支配，在失神经状态下，腮腺导管移植所导致的进食流泪现象得以解决，“鳄鱼的眼泪”成为历史。

1999年以来，俞光岩将这项技术引入国内，并率领课题组开展了“血管化自体颌下腺移植治疗重症干眼症”的系统的临床和基础研究。

俞光岩并没有止步于已有的手术方案，在他看来，手术只是完成了一半，另一半则是术后移植腺体分泌功能的调控。

多了不行，少了也不行。而要让移植腺体的分泌乖乖听话，可不是一件容易的事情。

如何增加“休眠期”的移植腺体的唾液分泌、降低导管阻塞的发生率？

如何应对移植后腺体唾液分泌过多的问题，减少泪溢、避免二次手术？

如何应对气温和运动对移植腺体分泌功能的影响？

……

着眼于一个又一个问题，俞光岩开始了孜孜不倦的研究。他创造性地提出了部分颌下腺移植技术，因泪溢而进行的二次手术率从80%下降到30%。





此外，他还运用转化医学的模式，通过临床与基础研究的紧密结合，针对移植后出现的不同情况，制定了一套较为完善的应对策略。

通过辣椒素刺激移植腺体的分泌，解决休眠期分泌不足问题，使导管阻塞的发生率从18%下降到6%；通过注射肉毒毒素，解决腺体夏季气温高分泌过多的问题；通过局部涂抹改良的阿托品凝胶，解决短期如运动时腺体分泌过量的问题……

在同仁医院眼科专家的推荐下，走投无路的小敏抱着最后的希望来到了北京大学口腔医院。

和小敏一样前来求医的患者络绎不绝，近二十年来，俞光岩率领团队采用这项新技术治疗了190多例患者的210多侧患眼，是世界上病例数最多的一组临床和基础研究。

在不断研究的基础上，俞光岩主持制定了“血管化自体颌下腺移植治疗重症角结膜干燥症的指南”，使自体颌下腺移

植成为我国口腔医学在国际上的一个医疗技术亮点。

其实这个手术，从经济的角度来说，“划不来”。

手术复杂、难度高、风险大，术后还会有各种问题需要长时间的随访；但是手术收费很低，因此，许多医生不愿意做。但是俞光岩坚持做，因为术后病人的生活质量能够得到很大的提升，甚至改变病人的命运。这种成就感，是任何物质上的获得都无法取代的。

手术之后的小敏，眼干症状得到了有效的缓解，视力也逐渐恢复。2012年她报名参加成人高考，携带助视器答卷，最终考入中医药大学针灸理疗科。

想病人所想，急病人所急

唾液腺肿瘤、口腔颌面肿瘤手术切除后，可能造成口腔颌面部缺损，不仅功能修复十分重要，外形恢复的效果也直接

影响到患者的生活质量。为病人着想，解决他们关心的问题，提高他们的术后生活质量，是俞光岩在临床和科研上的最大动力。

俞光岩课题组创立的部分腮腺切除治疗腮腺良性肿瘤的新术式，在全国得到了普遍推广，这种术式不仅能缩短手术时间、减少面神经损伤，减轻面部畸形，而且还能保存大部分腺体功能；他们提出了既保留功能又避免“复发”的腮腺沃辛瘤手术新方案、腮腺咬肌筋膜下翻瓣预防味觉出汗综合征的新方法、避免或减轻下唇麻木的腮腺深叶肿瘤手术新入路；他们建立了针对性强、个体化的唾液腺肿瘤诊治规范，明显减少手术并发症，显著提高患者的生活质量。

精湛的医术使得俞光岩深得患者的信任和爱戴。有的病人术后多年见到他，还高兴地说：“我的手术就是您给做的，您再看看当年的艺术品。”

说到病人，俞光岩有个感触很深的

故事——“一席话，一条命”。

上世纪80年代，俞光岩当总住院医师时，遇到一位新婚不久得了“口底鳞状细胞癌”的病人，出于对癌症的恐惧，术前心灰意冷，甚至一度想到自杀。

俞光岩得知后，详细地向他解释了病情，并耐心地开导病人：“癌症并没有你想象的那么可怕，关键是早诊断、早治疗。你患的是早期癌，许多这样的病人只要积极治疗，预后是很好的，依然可以正常生活和工作。所以你要建立起信心，配合治疗。”

通过俞光岩的术前谈话，患者重燃信心，顺利接受手术。手术后患者恢复很好，两人也成为了多年的好朋友。

对于医生也许只是一次常规谈话，但是对病人来说，可能就是生死攸关的大事。

这个故事甚至对俞光岩的儿子产生了潜移默化的影响，这种“救人一命”的自豪感，成为他选择学医的原因之一。

“无德不为医”，一个好医生不仅要有崇高的医德和高超的医术，还要讲究服务方式和服务艺术。

“一名外科医生在他的工作生涯中需要完成很多次手术，但对于一位病人来说，或许他生命中就只做一次手术。”正是抱着这样的想法，再加上一颗换位思考的体恤之心，对待病人，俞光岩总是怀着极大的理解和爱心。

在诊室里，经常可以看到这样的场景，患者为选择哪种治疗方案纠结不已，

反复权衡。不论询问多少次，俞光岩都会耐心解答，详细分析每种方案的利弊，帮助患者做出决断。

引领国内口腔医学发展

1996年，俞光岩接棒北京大学口腔医院院长，作为这所拥有60多年历史、代表我国口腔医学发展水平的医院掌门人，俞光岩深感责任重大。

2001年，俞光岩带领全院提出了口腔医学院中长期目标和规划——“创建世界一流的口腔医学院，这是北大口腔医学院今后相当长的一段时间的奋斗目标”。

发展具有国际水平的特色医疗技术，实施人才战略，建设医院文化，提高服务

水平和患者满意度……俞光岩将目标一一分解，步步为营，各个击破。

2008年起，俞光岩担任第十一、十二届全国政协委员，站在行业发展的高度上，口腔医学教育和人才培养、公立医院改革、国产医疗器械的使用、暴力伤医事件等都是他提案中的关注点。

特别是2016年担任中华口腔医学会会长以来，提高口腔医生整体的水平成为俞光岩的重点工作。

口腔医学会通过各种形式的继续教育，设立西部临床科研基金、国际交流基金等措施，着力提高基层口腔医师的整体素质和专业水平。

最近几年，口腔医学院校招生数量明显增加，但在这个过程中，也出现了一些问题：一些新办口腔医学院校的师资力量明显不足，教育条件、教学设备有明显欠缺，教育质量受到影响。

针对这一点，俞光岩建议，在现有口腔医学教育模式的基础上，把提高口腔医师队伍整体水平的重点往前移，提高在校本科生的教育质量。一方面，招生人数应经过省级教育主管部门审批，根据教学条件招收适量的本科生；另一方面，组织开展口腔医学院校之间的帮扶行动，教学实力强的老校、名校对口帮扶教学条件不足的新建口腔医学院系，以期达到事半功倍的效果。

从医学家到管理者，经过数十载的业界历练，俞光岩在不断提升的舞台上，继续发挥着自己的能力和智慧。



● ● ● 记者手记

从赤脚医生到医学教授、到北京大学口腔医院院长、到中华口腔医学会会长，这个普通农民的儿子一步一个脚印地走过来，离不开良好的心态。

俞光岩说，自己的每一个成长环节都离不开别人的支持和帮助，因此感到很知足，同时也十分感恩。

“不要太在乎自己，不要不在乎自己的工作。”这是俞光岩的人生信条。

不要把自己看得太重，把名誉地位看得轻一点，就免了很多烦恼，因而俞光岩能够活得如此纯粹和洒脱；不要不在乎自己的工作职责，尽力把自己该做的工作做好，履行好自己的职责，也才有俞光岩如今的成就和贡献。

当个好老师、好医生、好的科技工作者、好的管理工作，这些目标听起来很朴实，但却需要用一生脚踏实地地践行。

当被问到自己是否达到了心目中“好”的标准时，俞光岩笑着说：“没有最好，只有更好。”

陈育德

学高为师身正为范 甘为人梯不争春

■ 文 / 北京大学公共卫生学院 张拓红

“其身正，不令而行。其身不正，虽令不从。”

教师是学生学习、模仿的对象。教师从小事做起，率先垂范，做出表率，以高尚的人格感染人，以和蔼的态度对待人，以丰富的学识引导人，以博大的胸怀爱护人。

只有这样，学生才会“亲其师，信其道”，进而“乐其道”。

我们的身边就有这样一位令人尊敬的教师，他就是北京大学医学部（原北京医科大学）公共卫生学院的陈育德教授。



人物简介

陈育德，1936年4月出生。著名卫生事业管理学专家。

1959年北京医学院卫生系毕业。

曾任北医公卫学院副院长、院长。

1982年组建社会医学与卫生事业管理教研室并任主任。

1985年组建北京医科大学卫生管理干部培训中心并任主任。

期间曾任卫生部卫生统计信息中心主任。

曾获卫生部和国家科技奖。

主编《卫生事业管理》等十余部专著。

曾获北京医科大学“桃李奖”、中国医院管理协会医院信息化建设突出贡献奖、中华预防医学会预防医学与公共卫生发展贡献奖等。



有所不为才有所为，造诣深厚

陈育德的名片上只写着“北京大学公共卫生学院教授”。但他担任或者曾担任过众多重量级的学术职务：中国卫生统计学学会(原中国卫生信息学会)副会长、中华预防医学会副会长、中华医学会卫生学专业委员会常务委员、亚洲农村医学会常务理事、中国电子学会医药信息学会副理事长、国际医药信息学会理事、社会医学专业委员会常务委员。

他还担任或曾担任若干核心期刊的主编：《中华预防医学杂志》总编、《中国卫生统计》杂志主编、《中国医院统计》杂志主编、《中国预防医学杂志》副主编。曾经担任全国医学专业学位教育指导委员会委员、国务院妇女儿童工作委员会办公室《中国妇女发展纲要(2001-2010)》、《中国儿童发展纲要(2001-2010)》评估专家组成员、国家统计局应用标准技术委员会委员、卫生部卫生政策与管理研究专家委员会成员、卫生部卫生专业高级技术资格评审委员会委员、卫生部国际合作咨询委员会委员、卫生部医学伦理委员会委员、卫生部生殖健康专家组成员、北京市卫生信息标准专家委员会成员、世界银行卫Ⅲ、卫Ⅳ、卫Ⅵ和卫Ⅷ项目专家组成员。

陈育德曾担任北京医科大学社会医学与卫生事业管理教研室主任，公共卫生学院副院长、院长；卫生管理干部培训中心副主任、主任。

1989年至2000年的12年间，因卫生部工作需要，陈育德服从组织安排，一直担任卫生部统计信息中心主任，组织制订了《卫生统计工作十年规划》与《卫生信息化工作十年规划》，制订与修订了《全国卫生统计工作管理办法》，修订了全国卫生统计报表制度，主持了1993年和1998年第一次、第二次国家卫生服务调查，具体负责始于1999年的国家卫生信息网络建设项目设计和组织实施。

在卫生部统计信息中心离职时，前卫生部副部长王陇德代表卫生部做出的评价是：“作为一把手，他作风民主，工作到位，注意维护班子团结，清正廉洁，为统计信息中心建设打下了坚实的基础……为发展开创了良好的局面。”



陈育德在卫生部统计信息中心

2000年6月以后，陈育德又全身心地回到了他所热爱的教学和科研岗位，至今仍然担任北京大学公共卫生学院教授、卫生政策与管理学系名誉主任、卫生部卫生政策与管理研究专家委员会委员、卫生部信息化工作专家咨询组成员等。

陈育德最初从事的专业是保健组织学，随后主要从事卫生统计学教学和科研。他参与主编的《寿命表编制方法与应用》和《实用卫生统计学》深入浅出，理论联系实际，特别适合刚刚涉足公共卫生领域的人们了解和应用卫生统计方法，解决实际问题，因此该书深受初学者欢迎。

此外，他在居民疾病统计与死亡统计等方面做过不少工作。

20世纪80年代初，他参与创建社会医学与卫生事业管理专业，当时正值为适应卫生改革和发展需要，卫生部决定提高与加强各级卫生行政部门科学化管理水平，支持在北京、上海、华西、同济、西安和哈尔滨六所医科大学成立卫生管理干部培训中心之际。

1985年，由陈育德具体主持，在只有3间房、7名教员的社会医学与卫生事业管理教研室的基础上，成立了卫生管理干部培训中心，陈育德担任该中心的常务副主任。该中心从无到有，从弱到强，到1995年，已拥有教职员37名，兼职及客座教授10余位，成为能承担国家委托的教学、科研任务的卫生部卫生管理干部培

训中心之一。

从此，陈育德的专业方向就转为卫生信息管理学、社会医学和卫生事业管理学，积极发展与世界银行、世界卫生组织和欧美知名大学之间的合作关系，使该教研室和中心发展成为有卫生事业管理、社会医学、卫生经济学、医院管理学、卫生法学和健康教育六大专业方向的教学、研究团队，在国内外具有一定的影响力。

陈育德的研究范围甚广，著述颇丰。他所参与的重大研究包括：“中国城市医疗服务研究”、“卫生防疫需求与对策研究”、“乡镇工业企业职业卫生服务需求与对策研究”、“中国城市初级卫生保健评价指标体系研究”、“国家卫生服务调查(1993年，1998年，2003年，2008年)”、“区域地球化学在农业与生命科学中的应用研究”、“80年代末90年代初中国居民恶性肿瘤死亡回顾调查”、“常见恶性肿瘤发病、死亡登记和危险因素监测方法的研究”、“影响孕产妇死亡的社会因素的研究”、“卫生服务公平性研究”等。

1990年以来，他的研究课题紧紧围绕我国卫生改革和发展的需求，根据1993年第一次国家卫生服务调查结果，明确提出了城乡居民“看病难、看病贵(尤其是看病贵)”的问题，结合对当时卫生资源的分析，提出了“总量平衡、结构调整”的资源配置与管理策略，以及提高卫生服务效率和效益的思路，并与同道一起



积极提倡与推进区域卫生规划、发展社区卫生服务和农村初级卫生保健。他还担任国家和省部级科研项目的技术顾问。

他承担与参与的项目曾获得了一些科研奖，如“影响孕产妇死亡的社会因素的研究”获北京医科大学科研成果奖；“中

国城市医疗服务研究”获1987年度卫生部科技进步二等奖；作为主要成员参加的“八五”攻关项目“区域地球化学与农业和健康”获2001年度国家科学技术进步二等奖。

此外，他还在建立地区综合卫生发

展项目、妇幼卫生项目、改善贫困地区综合卫生服务能力与社区卫生服务管理信息系统，以及健康统计指标体系、医院统计指标体系和医院信息化基础研究方面倾注了大量心血，他的不少研究结果在卫生政策制定与决策中得到了实际应用。

在SARS流行过后，他在公共卫生信息网建设以及多项国家级的大型现场调查（如2000年、2005年国民体质监测，2002年中国居民营养与健康状况调查，2003、2008年国家卫生服务调查，第三次居民死因回顾调查，第三次全国口腔健康流行病学调查等）研究中投入了大量精力，现在还在积极参与《健康中国2020》战略研究组的工作。

陈育德主编或参编的书籍除一些统计学的书以外还有《中国卫生事业管理学》、《社会医学》、《卫生事业管理案例》、《卫生事业管理学》、《中国卫生地图集》、《中国生态环境地球化学图集》、《中华人民共和国人口环境与可持续发展地图集》等。

1980年以来，他与同事一起在国内外发表的学术论文达100多篇，其中《北京市西城区居民患病与就诊的因素分析》被中华医学会北京分会评为1987年优秀论文。

严于律己宽以待人，睿智练达

陈育德能取得这样的成果，与他苦行僧般严谨的治学态度是分不开的。

从他完成在美国疾病控制中心访问学者和约翰霍普金斯大学博士后研修回国后，他对于学业的追求从未间断过。

看到过陈育德工作的人都感慨万分：开会时他从来笔不离手，他所记笔记之详尽令青年助手们汗颜。他总结归纳之精辟、速度之快、内容之全面令人们对他的精力、注意力、反应能力和丰富扎实的知识啧啧称奇。陈育德非常尊敬他的老师和同事，做人谦逊，有口皆碑。

1989年，已经声誉鹊起的陈育德没有主动申报社会医学与卫生事业管理专业的博士生导师，一是他认为自己的学术造诣还不够，二是因为他的老师和前辈还没有申报。记得当时担任公共卫生学院名

誉院长的刘世杰教授给他写了一封长达3页、热情洋溢、言辞恳切的亲笔信，建议他一定要申报。尽管如此，陈育德还是过了一些年后才申报。

陈育德对人宽厚，从不尖刻。他提出批评，但更多的是建设性意见。因此，他比哪位专家都忙。

一方面，是他学识渊博，看问题一针见血，提出问题切中利害；另一方面，是他不辞辛苦，不论长幼尊卑，一视同仁地向所有求助于他的人伸出援手。

他言语不多，但句句中的；他措辞严谨，实事求是。虽然他已是资历较深的专家，但他一直信奉“术业有专攻”，在学术方面决不滥用自己的声望。

对于自己的专业领域，作为专家提建议时，他仍然要声明“仅供参考”；对于自己不熟悉的领域，他多数时间在认真学习，开会的时候做大量的笔录，即使发表意见，也非常谨慎，表明了一位学者所具有的严谨、认真的治学态度。

他现在还活跃在很多研究领域的第一线，如卫生信息标准化、大型现场流行病学调查、卫生系统绩效评估、社区卫生服务评价、国民体质调查、慢性病防治、艾滋病控制、民营医疗服务的研究、农村初级卫生保健评价、结核病控制，经常带领年轻的研究者们深入现场，获取第一手的资料。

所以，他在提出建议的时候，既有基于经验的深入思考，也有联系实际的生动案例。他注重以理服人，而不是靠权威压人。古谚云：“有容，德乃大。”善待他人、尊重和他人，善意指出他人不足，尽全力帮助他人，使陈育德成为一位受人欢迎的资深专家。

甘为人梯不争春色，桃李不言

陈育德从1959年开始留校任教以来，正式招生和培养过的学生多达40人，然而聆听过他教诲的学生却不计其数。

崇尚严谨、求实的精神，陈育德把教书育人当成自己人生中最重要原则。恪守这一追求，他让本科生刚一进入大学就树立公共卫生专业思想，追寻这一理想，他努力创造条件创建北京大学社会医学与



卫生事业管理专业的硕士点、博士点。

对慕名前来请教的学生和年轻教师，他来者不拒，总是身体力行地提供各种帮助，包括研究资料和研究思路。

他反复向青年教师讲：培养学生，不光要关注做学问，学会做人要放在最前面。他这种教书育人的理念已经深深地扎根于全系教师的脑海中。陈育德认为，一个专业必须要后继有人。他自己低调做人，却呕心沥血培养了一大批本专业的优秀人才。

20年前，在出国名额极其紧张、不少知名学者都在为自己谋求国外教职的环境下，他却用自己宝贵的科研经费派遣了多名青年教师出国深造或在国内攻读学位；在他主要时间已经到卫生部工作的时候，也毅然将他留校任教的第一位统招硕士毕业生派出国外攻读博士学位；为了让青年教师能够安心在国外进修一年，他不顾年事已高，主动请缨承担了这位青年教师的60学时教学任务。

陈育德做人实在、低调，做事认真、负责的态度给他带来了更多的机会。他连续获得“八五”和“九五”科技攻关项目，但在课题研究工作中，他把青年教师推到前台，让他们在实践中锻炼成长，自己则默默、持续地关注着他们的每一个脚步。

“扶上马，还要送一程”，这是陈育德培养青年教师的典型写照。作为专业的创始人，他一直担任中华预防医学会社会医学分会的常务理事，但他自己坚决推出本系年轻教师。

“俏也不争春，只把春来报”，正是陈育德教授这种甘为人梯的精神，使北京大学卫生政策与管理学领域的教师能够保持较高的素质，形成团结、高效的群体。

为此，北京大学医学部在2001年把教学工作最高荣誉“桃李奖”授予了陈育德。

陈育德总是将教学作为最优先的日程安排。目前他仍然一如既往地关注着教学和科研工作，尤其是教学改革的理论研讨与实践。

他鼓励社会医学与卫生事业管理各门课程主讲教师进行教学改革，要求他们在继承传统的同时，顺应时代和社会经济改革的要求，培养具有更强能力的学生。

“教书育人是教师的天职，要为人师表，必须学为先。学做人，学学问，学教人，终生学，无止境！”这是2008年教师节，陈育德写给公共卫生学院的寄语。他是这样说的，也是这样做的，而且他还在继续身体力行地做下去。

感恩母校·重在践行（节选）

■ 文 / 陈育德

预防医学是人类社会发展的产物

医学是维护人类健康的科学，预防医学是应人类社会发展的需要而产生。

医学有一发展过程：早年就是一个医学，主要是对病人个体的诊断和治疗；适应工业化城市化以及科学技术与医学的发展，分化出预防医学；上世纪，医学分化为基础医学、临床医学和预防医学；当今，又提出“4P”【prevention(预防)、prediction(预测)、personality(个性)、participatory(参与)】医学。

我们面临双重疾病负担：一是，感染性疾病（以艾滋病、结核病、病毒性肝炎为重点的重大传染病与新发、突发传染病以及其他的一些传染性疾病）；二是，慢性非传染性疾病（心脑血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病等内分泌疾病等，中国目前这些慢性非传染性疾病占居民总死亡率的80%以上）。

中国以至全球正处于疾病模式的转型，由感染性疾病为主转为以慢性非传染性疾病为主的疾病模式。

我们如何应对双重疾病的威胁与挑战？我们需要培养大批临床医师、从事基础医学研究的专业人员以及预防医学和公共卫生学的专业工作者。

目前，公共卫生领域的专业人才包括：疾病预防控制、健康教育、妇幼保健、精神卫生、急救、采供血、综合监督执法、食品安全风险评估与标准管理、计划生育、出生缺陷防治等。现有专业人员的数量、质量、结构、分布离实际需要有很大差距，需大力培养。

预防医学专业毕业后的去向有这些：疾病预防控制、健康教育、妇幼保健、精神卫生、急救、采供血、综合监督执法、食品安全风险评估与标准管理、计划生育、出生缺陷防治等行政管理与专业技术机构，预防医学、公共卫生相关的教学科研机构。不仅是属于卫生和计划生育部门的，一些相关部门的行政管理与专业机构也需要预防医学专业毕业的专业技术工作者。

来自个人经历的体会

首先，志愿服从需要，在干与学中深化。

第二，要认真读书，夯实基础，学而才知不足。反复阅读《保健组织学》、《卫生统计学》、《医学统计学》、《医用数理统计方法》、《罗氏卫生学》、《公共卫生与预防医学》、《管理学原理》……等，让我受益匪浅，享用终身。需要学习掌握的理论、知识与技能，包括基础医学、临床医学、预防医学各方面。着重在专业基本理论、基础知识、基本技能—专业基本理论与知识、统计与计算机技术、现场流行病学与实验流行病学、循证医学、卫生检验与卫生毒理、专题调查与实验设计、管理学与社会学的相关理论、知识、技能（如调查方法；计划、组织、实施、监督评估；社会动员与健康教育健康促进等）。

第三，干中学，实践出真知。1959—1962年，在酒仙桥工厂基地专业教学实践；结合教学在城乡基层进行工厂保健、社区卫生、居民健康的专题调查。1963年7月—10月，在河北“无名高热”、“急性黄疸”现场流行病学调查。1969年10月—1970年2月，保定铸机厂学工，接受再教育。1970年10月—1971年6月，河北平山县农村防病（布氏菌病）教改小分队。1967年6—9月，参加北京医疗队，在甘肃酒泉地区进行农村卫生调查。1979年2月—12月，云南西双版纳医疗队进行疟疾为重点的疾病防控与培训工作。上世纪80年代初开始，从事初级（基本）卫生保健实践与研究。上世纪90年代以来，从事区域卫生规划实践与研究。上世纪80年代开始，从事卫生服务调查实践与研究。

第四，锋从磨砺出，香自苦寒来。我参与研究制订推行和评估上世纪90年代与本世纪头10年国家初级（基本）卫生保健十年规划；参与拟定区域卫生规划指导意见，并为全国半数以上省（直辖市、自治区）卫生资

源设置标准与区域卫生规划的制订通过技术支持；上世纪90年代初参与建立国家卫生服务调查制度，自1993年起的20年间，负责组织实施和参与了五次国家卫生服务调查；近30年来，不同程度的参加了一系列中国居民健康大数据调查；参加了几项有意义的工作：如促进国家妇幼卫生健康指标监测的三网合一、国家两纲（《妇女发展纲要》、《儿童发展纲要》）指标进展的监测、“十三五”国家卫生和计生服务体系建设规划纲要的研究与制订等。

我也获得了丰厚的回报：“桃李奖”、“医院信息化突出贡献奖”、“公共卫生与预防医学发展贡献奖”。

以师为范，感恩北医，服务人民，报效祖国

恩师们的言教身带，为我树立了学习的榜样。金宝善先生、叶恭绍大夫、俞锡璇先生、刘世杰大夫、胡汉昇先生、朱聃大夫、钱宇平大夫、彭瑞聪大夫、李天霖大夫等恩师赤诚爱国、忠贞不渝、坚定不移；严谨治学、勤奋探索、务真求实；诲人不倦、以德育才、执着敬业的奉献精神和高尚品德，深深铭刻我的脑海，引导我在中华振兴的道路上当一个长距离接力赛的传棒手。

从教生涯五十八年，前二十年是积累与准备：学习、锻炼、接受工农兵再教育，做基础教育和教学管理工作；后三十八年，是回馈社会：教书育人和从事专业实践。

我为两个中心——北医卫生管理干部培训中心（现为公共卫生学院卫生政策与管理学系）、卫生部统计信息中心——做了一些奠基的工作，重点是团队建设，带出一批规模相当于“加强排”的专业人才，一支中华复兴的宝贵生力军，这是我最大的欣慰。

归结起来就是要实践“爱国、敬业、诚信、友善”公民层面的价值要求。要努力践行习近平总书记在2014年5月4日向广大青年提出的要求：勤学、修德、明辨、笃实、

我的人生格言是：“甘为人梯，不争春！”、“活到老，学到老，学做人，学做事，学学问，终身学，无止境！”

WHO上世纪70年代末提出通过初级（基本）卫生保健（Primary Health Care）途径实现“人人享有卫生保健（Health For All）”。当今提出“全民健康覆盖（Universal Health Coverage）”，要用一代人的时间解决这一问题。

2016年8月党中央、国务院召开了全国卫生与健康大会，习近平总书记发表了重要讲话。他强调，没有全民健康，就没有全面小康。要把人民健康放在优先发展的战略地位，以普及健康生活、优化健康服务、完善健康保障、建设健康环境、发展健康产业为重点，加快推进健康中国建设，努力全方位、全周期保障人民健康，为实现“两个一百年”奋斗目标、实现中华民族伟大复兴的中国梦打下坚实健康基础。中央政治局于2016年8月26日审议通过了“健康中国2030”规划纲要。

我要以我的余生为“健康中国”和“全球健康”奉献绵薄之力！与我的同事们和同学们共勉！

（陈育德 2014,10；2017,11 修改）



陈育德教授及其学生在北大医学部设立了“立德树人”奖助金，首期捐资14万元。陈教授说：“他和学生们设立这个奖助金，就是为了培养学生的科研素养，提高本科生创新和实践能力，鼓励预防医学学生开展公共卫生领域的相关研究与实践。”

左图为：12月21日，奖助金颁发仪式举行。陈育德教授及学生代表为首次获得“立德树人”奖助金的四位学生颁发了奖金证书。

姚晨

先医生之忧而忧，后病人之乐而乐

■ 文 / 《北医人》记者 徐璐



人物简介

姚晨，教授，“临床研究（方法）学”博士生导师。

现任北京大学第一医院医学统计室主任，兼任北京大学临床研究所副所长。

曾在解放军总医院（军医进修学院）从事临床医学研究生医学统计学教学和统计咨询工作16年，2004年8月转业调入北京大学第一医院医学统计室工作，主要从事医院科研平台统计咨询服务。

2008年6月在北京大学临床研究所组建设了一个符合国际规范的数据管理与统计分析平台，致力于临床研究的数据管理与统计分析方法应用的研究，开展临床研究设计教育培训工作。与临床医生合作参与了众多新药、医疗器械和研究者发起的临床研究项目。

主要学术任职有中国医师协会循证医学专业委员会主任委员、中国卫生统计学学会统计理论与方法专业委员会副主任委员，世界中医药学会联合会临床疗效评价专业委员会副会长、吴阶平医学基金会肿瘤医学部副主任委员，国家食品药品监督管理局药品/器械审评专家库专家。并担任多种国内医学杂志编委。

姚晨，我说的不是那个微博女王，我说的是，北京大学临床研究所副所长，北京大学第一医院医学统计室主任。他是国内较早参与规范我国临床试验数据管理与统计分析的知名生物统计学专家。



形象思维与逻辑思维的结合

医学思维偏形象，数理统计讲逻辑，这是两种不同的思维模式。

从小学奥数的姚晨，考入第四军医大学后，费了好大劲，才适应医学的学习方式。

如果不是1983年发生在姚晨身上的一件大事，他可能不会有机会，把医学和统计这两种不同思维模式结合在一起。当时，他正打算研究生报考航空医学专业呢。

1983年5月1日，姚晨与同学们到华山游玩，行至华山千尺幢，人群摩肩接



踵，异常拥挤。突然，巨大的冲力下，十多名游客从垂直的崖梯上跌落。紧急时刻，第四军医大学的同学们，挺身而出，奋力抢救负伤游客。他们运用所学医学知识，紧急救护伤员，送往医院。他们冒着自身被砸伤、撞落的危险，筑起人墙，保护游客安全通过险道。

这次“华山抢险”事件，在当时的社会上引起很大反响，他们的故事被画进连环画。团中央授予华山抢险英雄集体“全国新长征突击队”称号，姚晨和其他10名抢险学员被授予“全国新长征突击手”称号。

回忆起这段往事，姚晨说：“我们能在社会进步中起到一小点作用，这让我感到骄傲。”

除了荣誉，这件事也成为姚晨人生的一个转折点。既是“抢险英雄”，又成绩优秀的姚晨，获得了保送本校研究生的机会，而且得以进入卫生统计领域，师从我国最权威的医学统计专家郭祖超教授。

做统计，需要数学好，奥数的功底，在这时又派上了用场。而临床医学的背景，又使得姚晨在日后工作中更得心应手。“搞医学统计，跟医生的交流很重要。只懂统计的人对医学不了解，我受过完整的医学

训练，很清楚医生临床中会遇到的问题，也就更受医生们的欢迎。”姚晨说。

统计学的核心是要控制偏倚

毕业后，姚晨进入解放军总医院的统计教研室工作，主要的工作是面向临床医学研究生教授医学统计知识。

1999年在我国著名药物临床试验生物统计学者苏炳华的推荐下，还是副教授的姚晨加入了国家药监局组建的“新药评审专家组”，成为组里最年轻的专家。

这是姚晨职业生涯中非常重要的一

步。在新药评审专家组，姚晨参与到我国首次制定新药临床试验生物统计指导原则的过程中。“我们干劲十足，心想把这件事做好，为国家做些事。”

中国的医学统计早年发展落后，统计、临床两者没有有效结合。“一方面，医生做科研的少，研究的规模也小；另一方面，医生会觉得，我做临床试验，跟你们搞统计的有什么关系呢？你们的方法我不是也学了吗。”姚晨回忆当时的情况。

“有的医生认为统计就是算个数值，因为发表文章中必须有P值（反映两组差别有无统计学意义）。”姚晨说，“但他没有从根本上理解统计的意义。”

2003年，“新药临床研究生物统计学术研讨会”召开，姚晨参与组织了这场会议。会议将美国FDA最新的统计学方法介绍到中国，给中国学界和临床界触动很大。“我们在这个会上，向医生们介绍如何控制偏倚，如何让研究结果更加可靠，医生们给我们反馈说，这些我们以前从来没有考虑过，很受教育。”

“统计的核心就是要控制偏倚（BIAS）。”这句话，被姚晨反复提及。

统计学家看世界的角度与医生的不太一样。医生的终极目标是，使用一切手段，想方设法把病人治好。医学统计学家关心的则是，治疗方案中的某一项医疗干预，在整个医疗过程中起到了什么作用，是否对病情缓解产生了有效的治疗效果。

“我们经常会遇到医生说，这个新药我们用着效果很好，肯定是有效的。但我们做统计的就会首先考虑，这里面有多少是偶然因素或其他因素的影响。”在统计师眼中，一切都要进行“无效假设”，抽样误差永远存在。“抽样误差越小，偶然性越小，才说明干预的有效性。”

“随机、对照、双盲”，能够最大程度地避免、减少临床试验中的偏倚，被公认为是评价干预措施的金标准。但在真正的实施中，在医学统计师看来，存在很多问题。

“随机分组，不是病人的选择，也不是医生随便决定的，而是由统计设计的‘随机化系统’决定的。医生严格执行这个方案，就能将性别、年龄和病情等已知和未知影响因素做到均衡分布，这就是统



姚晨（左）与郭祖超教授

计的魅力。”姚晨说。

随机分组后，一组使用目标药，一组使用安慰剂，病人和医生都不知道谁吃的是什么，为的是排除人为干扰和心理因素的影响。这样得出来的结果才是最单纯的。

2005年，药审中心颁布了“化学药物和生物制品临床试验的生物统计学技术指导原则”和“化学药物临床试验报告的结构与内容技术指导原则”。

与此同时，中国开展的药物临床试验越来越多，呈现出，大规模、多中心的趋势。大量数据需要汇总和分析，医生单打独斗收集数据做分析已不现实，监管部门和评审专家对统计的要求也越来越高，独立的第三方统计队伍逐渐被大家认可。

自此，临床试验发生了很大的变化，医学统计逐渐发挥了科学审评的作用。“这个变化，使得我们这些默默无闻做辅助工作的医学统计人员，走到了前面。”

为医生科研服务，为病人造福

在临床研究所姚晨的办公室里挂着一幅朋友赠予的对联：先医生之忧而忧，后病人之乐而乐。姚晨朋友多，医生朋友尤其多。

2004年，姚晨离开部队，转业进入北大医院。2008年6月18日，北京大学临床研究所成立，姚晨是成立初期的三个“光杆司令”之一。

“我深刻觉得，我们搞统计的是必须要为医生做研究服务的。我更希望的服务面大一些，不只是北大医院的医生，所以，当学校要成立临床研究所，我很乐意参与其中，建设这样一个平台能为更多的医生服务。”姚晨说。

临床研究的目的是对医学实践中提出的理论假设进行科学验证，获得一个“无偏倚”的准确推断。而统计学则是研究不确定性科学问题的解决工具。

在姚晨看来：临床研究中，统计学的价值不仅仅体现在最后的数据分析中，更重要的是在临床研究设计阶段被重视。

“一份良好的临床研究设计，应该是专业设计与统计设计的有机结合。统计学专业人员应作为临床研究团队中重要的成员，自始至终地参与整个临床研究。”

北京积水潭医院在对“骨科手术机器人”设计临床试验时，曾专门找到姚晨征求意见。

骨科医生关注治疗效果，他们认为评价指标是手术结果——即一年后功能恢复情况。姚晨提出了他的看法：以治疗结



果作为评价指标，则影响因素太多，除了机器人的辅助能力，还有医生技能、术后康复护理、患者年龄等等。这样很容易使结果分析产生偏倚。

姚晨对机器人在手术中的作用进行了详细了解后，针对临床试验的目的，他建议将评价指标锁定为：X光透视次数、手术时间、操作精度、导针调整次数等各项指标。

骨科手术机器人用25对病例完成了临床试验。日后，这一项目获得了国家科学技术进步奖二等奖。这一奖项中，没有姚晨的名字，姚晨说：“很正常，参与的人太多了。医生是主导，我们参与临床设计和分析，就是为医生服务。”

“临床为鲜花，统计是绿叶，我们不能喧宾夺主。”姚晨一直坚持的原则。“临床研究者对药物机理的理解，对病人治疗的意见，起到主导作用，而统计是一种方法和工具，能帮助临床研究得出更加科学的结果。”

在医学统计保驾护航下，试验结果“有效”，大家喜闻乐见；但当试验结果达不到预期设想时，更需要考验统计人员的“良心”。

上市公司的药物临床试验结果不佳，写报告向股民公布数据时却避重就轻、遮

遮掩，姚晨审核时，发现问题，连夜修改，坚持把全部结果进行公开。“压力肯定会有，但我们必须坚持原则，科学就是科学。”实事求是姚晨的一贯做法。“把阴性改成阳性，把无效说成有效，这样的事情我们从来没有过。”

“实事求是”的处事方式为姚晨赢得了尊重，“服务医生”的过程中也让姚晨收获了很多朋友，而他更自豪的是：“我虽然不是医生，但我通过与医生的合作，帮助了医生，而我们的研究成果最终也是用于治疗病人。”

建团队，培养人才，服务更多人

2017年，北京大学临床研究所姚晨获得了北京大学第三届产学研工作奖中的“先进个人奖”。姚晨获得过很多荣誉，对这个荣誉，他很自豪。这个奖项的背后，是从2014年到2016年，姚晨带领团队，签署、承担的80余项新药/器械临床试验设计和分析合同。

由于姚晨在新药临床领域的专业声誉，他为研究所带来了许多国内创新药物、器械公司委托的研究设计分析合同。姚晨带领团队，通过严格良好的试验设计，把握了药物和器械创新上市的进程和质量。

从无到有，姚晨创建了北京大学临床研究所数据管理与统计分析团队。

统计部的阎小妍记得2009年来临床研究所面试时，姚晨怕她找不到办公室，从五楼办公室跑下来，到大门口迎接了她。

建立全套标准化操作流程（SOP），通过项目，在实践中锻炼队伍，这是姚晨培养队伍的方式。

“姚老师很尊重我们的意见，他从来不会训斥人，但给我们很大的空间和平台，不遗余力地向业内推荐我们，希望我们也能在行业内成为有影响力的人。”阎小妍现在已经成长为部门副主任。

除了带团队，做项目，姚晨在临床研究所的主要精力还放在做培训上。他认为：“作为大学的研究所应该以培养人才为己任。”

研究所成立第二年，经过姚晨的牵线搭桥，研究所与瑞士巴塞尔大学欧洲药物研发中心、美国加州大学旧金山分校药学院合作，开设了“国际创新药物研发和管理高级课程（CCDRS）”。

这项课程旨在帮助中国制药企业、研发人员和政府监管人员获得最先进的药物研发知识、管理理念，促进中国制药产业科学有效地发展。姚晨一直负责第三模块的授课。到2017年，课程已经成功举办九期，累计培训学员上千人，为学术界、工业界和政府搭建了交流的学术平台。

而今，“临床研究设计培训班”、“临床研究设计与方案撰写国际训练营”等诸多培训项目成为临床研究所的金字招牌。2013年11月，“临床研究（方法）学”二级学科获硕士、博士学位授予权。一个多层次的、与国际接轨的临床研究高级专业人才培养体系，在临床研究所逐渐形成。

“做实事，不吹嘘。”在姚晨看来，之所以能取得现有的成就，得益于北大临床研究所秉承科学态度，做事踏实。

但同时，他也清楚地看到研究所面临的挑战。2008年时，北大临床研究首先开河，是国内第一个由大学成立的专门从事临床研究的公共平台。而今，后起之秀很多，随之也带来了压力和挑战。

“扩大国内市场，做好为医生服务的工作，加强人才培养，临床研究所的未来，我蛮有信心。”姚晨这样说。



专家论坛

体检知多少

Forum

体检作为一种行业，是在上世纪 40 年代首先在美国出现的。21 世纪初，全球进入大健康管理时代，“预防优先”的健康观念深入人心。

随着习近平总书记“没有全民健康，就没有全面小康”的提出，“健康中国”上升为国家战略，十九大的召开更是给这一战略的实施指明方向。

体检是了解自身健康状况、早期发现疾病线索和健康隐患的最全面、有效的手段。

但你对体检了解多少？是否足够重视？

本期 < 专家论坛 >，特别采访北京大学第三医院体检中心主任王鹏、北京大学肿瘤医院副院长沈琳、北京大学第一医院儿童保健专业主任医师梁卫兰为您详细讲解健康体检、防癌专科体检、儿童体检的方方面面。





人物简介

王鹏，北京大学第三医院体检中心主任，兼任北京大学第三医院党委、院长办公室常务副主任，运动医学科医师。

2000年本科毕业于西安交通大学临床医学系；2010年硕士研究生毕业于澳大利亚拉筹伯大学公共卫生学院；目前在中南大学攻读博士学位。

社会职务：北京市青年联合会委员、中国医师协会整合医学分会健康管理专委会委员、中国医师协会健康管理与健康保险专委会委员、北京医学会健康管理分会委员。

2014年兼任医院体检中心主任，对体检中心进行全方位的提升改造，在空间没有改变，人员没有显著增加的情况下，梳理工作流程，提高服务质量和效率，2年内使科室业务量提升2倍，并让名不见经传的科室在学会内迅速得到认可。



北京大学第三医院体检中心成立于2010年12月，以维护和促进人民健康为宗旨，依托北医三院的综合实力，面向全社会提供高品质的健康体检及个性化的健康管理服务。

体检中心面积2000平方米，环境宽敞、明亮、整洁。独立的就诊空间不仅符合标准预防的要求、保护了受检者的个人隐私更体现了人文关怀。

体检中心目前员工45名，其中主检医师5名，体检医生12名，护士及医疗助理23名，行政人员8名。医生团队中，副高以上职称占61%，博士学历医生占62%。体检中心目前有健康管理师7名。

2015年，体检中心的顾问委员会与专家委员会成立，现有顾问45位，专家39位。

体检中心拥有先进的仪器设备，开展综合、适宜、精准的健康体检和健康管理与北医三院的学科特色融为一体。

2013年，体检中心获得“中国百佳最受消费者信赖的健康管理（体检）机构”称号。

2015年，体检中心获得我院优秀管理团队称号。

2016年荣获北京大学医学部级青年文明号。

北医三院体检中心始终坚持健康评估、健康体检、健康促进的健康管理理念，在医疗、教学、科研等方面实现同步发展。

王鹏：体检守卫健康

■ 文/《北医人》记者 徐璐 于洁



北京大学第三医院体检中心团队

体检：健康管理，零级预防

Q1：年轻人觉得自己身体好不用体检，老年人觉得等有病看医生就行了，体检又不能看病。那么，健康体检有什么意义？

王鹏：当前无论是国家层面，还是个人，都越来越重视大健康理念。习近平主席在全国卫生与健康大会中也明确指出没有全民健康，就没有全面小康。

很多疾病在没有发展成疾病之前是有预警信号和苗头的，体检的意义就是发现这些风险信号。所以，我们比社区医生的“防守”时间还要早。

一般人出现了症状才会去看医生，而我们主张大家要早期发现风险信号，根据风险信号去排查相应的疾病。

如果在早期阶段发现问题，进行干预或治疗的话——第一，创伤小，对工作的影响小；第二，花费小，无论是个人还是社会的卫生经济，成本都低。

所以，在健康体检中，我们关注的是健康风险。从风险的角度出发，做零级预防、早期预防，这是健康体检的意义。

Q2：“健康管理”概念下的体检是怎样的？

王鹏：首先受检者要填一份健康问卷，进行初步的评估，然后与健康管理师

一对一面谈，健康管理师根据受检者的生活习惯、饮食习惯、既往的家族史、疾病史等方面的情况进行评估，确定健康风险点，然后据此为受检者制作一个个性化的体检方案。我们把这种叫“开单体检”，就像去门诊看医生，医生根据你的主诉、症状给你开检查单一样。

这种个性化的方案，每年都会有一定的微调，同时，也有连贯的数据对比。比如，今年拍片某个局部病灶与往年相比没有显著性变化，那就不用过于担心，进一步观察就可以了。

这种个性化的体检方案，在我们体检中心已经开始推行。我们信息系统还在继续完善，更新完毕后，会更加方便实施。

基本检查不能少，特定检查分人群

Q3：对于一些具体的体检项目，请您来谈谈其意义和适应人群。比如，肛诊？

王鹏：说起肛诊，挺尴尬的事，好多人不愿意查，但其实不同人群有着不同的观察重点，比如老年男性，我们除了要排查直肠末段的占位性病变以外，还要进行前列腺触诊检查，所以肛诊还是很必要的。

Q4：一般人会担心X光的辐射，需要每年都查吗？

王鹏：X光的检查主要是拍胸片，这是最简单的初级筛查手段，对于早期肺癌的诊断，有一定的意义。我们一般建议除了计划怀孕和孕中的人，都应该拍。但是对于肺部肿瘤的高风险人群，还是建议进行胸部低剂量CT检查。体检中我们都会对受检者进行放射性的防护，加上新的放射技术的应用，受检者所接受的放射剂量是安全的。

Q5：B超也是很常见的基本检查项目，请您谈谈它的意义？

王鹏：我的感觉是体检中，有点过度依赖超声了。好多人说，我做完超声了内科不用去了。视触叩听，这些基本的检查手段反倒不被大家重视了。

超声确实有它的优点，无创无痛，对于血流、脏器等，它观察得仔细、清楚。但应用超声进行检查的部位，并非所有人群都适合，对于不同的受检者，应该有不同的检查方案。比如，颈部血管提示的是脑血管疾病的风险，一般没有家族史的年轻人可能就不需要查了，但男性到了45岁、50岁时，女性绝经后，就应该重点关注。

Q6：心电图的意义是什么？

王鹏：它是通过心电活动反映心脏健康状况的一种基本检查方法。比如，心脏早搏，有时它是一过性的，偶发的，就没有什么影响；但如果频发室早、房早，

就要提醒你，可能就需要进行医疗干预。

Q7：最近大热的基因检测项目，适合每个人吗？

王鹏：随着精准医学以及二代测序的发展，开展疾病易感基因检测和单基因遗传病检测已经是目前存在的一个客观现实。疾病易感基因检测就像是帮助身体扫雷。通过检测可得知身体哪些地方存在健康“雷区”，然后指导我们如何去避免引爆这个“雷”，有效达到预防疾病的目的。但受检者还是应该根据自身情况有针对性的选择检测，不能盲目跟风。

Q8：骨密度的检查呢？

王鹏：骨密度的健康筛查，我们更倾向于了解其发生骨量丢失的风险大小，从而为进一步了解骨质疏松的程度和评估跌倒后骨折风险提供依据。所以我们更为关注那些骨质疏松的高危人群：如中老年人、不经常进行户外锻炼的人群、围绝经期的女性等。

Q9：我们还有什么特色检查项目吗？

王鹏：现在我们最有特色的一个检测项目是整体运动功能测评，适合有运动需求的，长期锻炼的人群。这是从运动医学中发展而出的。运动医学中的运动员体格筛查包含了很多这样的检测手段。我们一直探讨与准备针对于健康人群的整体运动功能测评，目的在于通过对人体整体运动功能，包括心肺功能水平、协调性、平衡功能、反应速度、手眼配合能力、脊柱及大关节的骨骼肌肉韧带等功能，各肢体肌肉含量体脂等指标进行整体性功能化的量化评定，得出心肺功能安全有效的锻炼阈值，肢体运动功能方面存在的不平衡，运动锻炼中潜在的急慢性伤病的潜在风险，进而制定医疗级别的运动建议。

目前整体运动功能测评内容包括基础评估：心率、血压、心电图、超声心动、肢体动脉检查；运动医学专科查体；运动



受检者感谢



功能评估包括：人体成分检测、身体姿态评定、基本运动素质测评。心肺功能运动测评。通过系统评估，出具专业的运动测评报告，通过运动处方、针对性功能锻炼等给予受检者专业的运动指导。

我们还可通过腕表等可穿戴设备，实时收集受检者的脉搏、心率、血压等数据，进行时时风险管控和长期的健康管理。

体检结果可寻求健康管理师咨询

Q10：体检结果出来后，会有很多假阳性结果，提示有问题，去医院看没事儿。怎么看待这个问题？

王鹏：这里需要澄清一些概念：之所以到医院就诊后，医生说“没事儿”可能有以下几方面的原因，不能笼统地都说成是“假阳性”：

一是，我们发现的阳性结果阶段，不一定是到了疾病的状态，而是“健康风险”。所以当你拿着体检报告到门诊去找医生看病的时候，往往医生说，这个“没事儿”是指目前不需要马上治疗，进一步观察就可以。例如：一些中年受检者的眼

底动脉出现早期硬化征象，虽然尚未影响视力，不需要立刻治疗。但作为体检，我们不能不提示您，而进一步的专业建议也需要专科医生进行了更为详尽的检查后给出。

二是，一些指标代表的是受检者某个时间的一份标本的情况，收到多种因素的影响。比如，尿常规的检查。虽然我们在检前反复强调规律饮水（进行呼气试验检查的需要另外嘱咐），留取尿标本时要采集“中段尿”，可仍然有些人忽视了。这样造成的所谓假阳性，就需要复测后才能给出下一步的诊疗建议。

三是，关于“健康风险”和“健康管理”的理念，在我国被正式提出并由学会进行推广才刚刚 10 余年的时间，我们对于一些阳性结果的提示用语还需要完善，希望在给大家带来有效提示的同时，不要给受检者造成不必要的紧张。我们还要检前检后咨询、加大对临床医生的宣传从而做好相关的衔接与沟通工作，是我们的水平有进一步的提高。

Q11：那我们应该怎么看待体检结果呢？

王鹏：有问题的可以找健康管理师

咨询。我们体检中心每天下午，有副高以上级别的专家给有需要的人解读报告。解读之后，你就会知道风险到底高还是低，是定期做一个检查就行了，还是说一定得现在就去门诊。

另外，如果体检结果确实已经到了高危阶段，我们会当天就打电话给体检者，让他明天一定要到我们这儿来拿结果，然后去门诊看病。我们会为他把转诊单都开好，到了门诊可以走院内的微循环转诊通道挂上号。

Q12：那也有假阴性，漏诊的情况？

王鹏：是的。所以，我们必须对体检有一个正确的认识。它只是一种方法，而不可能解决所有健康或疾病的问题。

这里我想和大家分享一句话，那就是“我们每个人都是自己健康的第一责任人”。

健康更多是把握在自己的手中。当然，进行更多的研究和努力进一步提高体检筛查健康风险发现潜在疾病的效能与效率正是我们大学附属综合医院体检中心应该发挥的作用与责任！



专家论坛

Forum



人物简介

沈琳，主任医师、教授、博士生导师。

现任北京大学肿瘤医院副院长、消化肿瘤内科主任、北京市肿瘤防治研究所副所长。

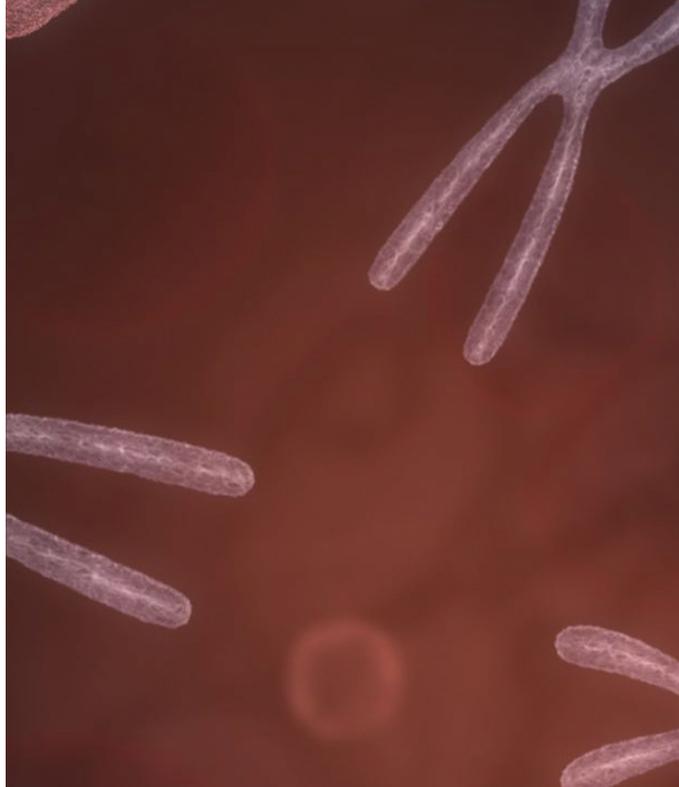
专业方向为消化系统肿瘤的诊治与治疗，特别是胃肠道肿瘤的综合治疗与精准治疗。

在国内消化系统肿瘤领域享有盛誉，对胃肠道肿瘤术前分期、治疗决策、术后治疗等领域极具经验，对食管癌、胃肠间质瘤、神经内分泌肿瘤及胰腺癌等也有非常丰富的经验，是中央保健委员会中央保健会诊专家。

中国癌症死亡率高。据统计，2015 年我国癌症死亡人数 281 万，占全球因癌症死亡人数的 1/4。我国 80% 的癌症一被查出来就是中晚期，这是因为很多癌症的早期症状并不明显，常常被人忽略。晚期癌症的治愈率只有 20%。

晚期癌症多，且治愈率低，就导致很多人谈癌色变。但实际上，做好预防，早发现早治疗，癌症的治愈率可以显著提升。

对于癌症，大家需要重新认识，主动防御。



沈琳：癌症可防控，早期发现很关键

■ 文 / 《北医人》记者 徐璐

Q1：对于肿瘤的早期筛查而言，为什么要做肿瘤专科体检？普通健康体检能否早期发现肿瘤？

沈琳：健康体检中的常规项目包括：抽血、X光、B超有一定的检查意义，但对于癌症检查，漏诊率比较高。

X光片的分辨率比较低，当胸部X光片检查诊断是肺癌，这时常常就已经到了晚期。这些检查也无法发现消化道肿瘤。

但对于有乙肝、丙肝病毒感染的病人，B超可以早期发现肝癌。B超检查乳腺，可以早期发现乳腺癌。

但总的来说，健康体检的常规项目对肿瘤的诊断，特别是早期诊断，意义是不大的。早期发现肿瘤，需要做的应该是肿瘤专科体检。所以，对于高危人群，我们建议用更有针对性的检查方法。但是在此之前，我们必须知道，你有哪些风险？可能会患上哪种癌症？同时检查手段应该安全微创，要避免过度检查，应有合理的时间间隔。

Q2：哪些人需要做肿瘤专科体检？

沈琳：肿瘤专科体检应该针对高危人群开展。不同的恶性肿瘤有不同的

高危人群。首先，不良生活习惯的人群。长期抽烟的人容易得肺癌和消化道癌症，长期饮酒的人容易得肝癌、食管癌、胃癌。

第二，有癌前疾病的人。例如，有乙肝、丙肝病毒感染的人是肝癌的高危人群；有肠息肉、食管增生、慢性结肠炎等疾病的人群，也是消化道癌症的高危人群。

第三，有些癌症有家族聚集倾向，有家族史的也属于高危人群，像是胃癌、乳腺癌等。

一般来讲，肿瘤绝大部分发生在中老年人身上，但对于一些有遗传家族史，或者有不良生活习惯、有癌前疾病的人来说，肿瘤发生年龄会提前，需要特别警惕。

Q3：对中国人来说，最需要警惕哪些癌症？

沈琳：目前国内恶性肿瘤发病率前几位的是肺癌、胃癌、肝癌、食管癌、结肠直肠癌、乳腺癌和宫颈癌等。

Q4：中国肺癌的发生率最高？请您介绍一下，肺癌的高危人群有哪些？应该如何进行早期筛查？

沈琳：高危人群包括：有吸烟史者，长期被动吸烟者（大于20年，基本每天接触）；有（石棉、铍、铀、氡等接触的）职业暴露史者；有COPD或慢性肺纤维化病史者。

胸部低剂量螺旋CT扫描目前已经成为早期肺癌筛查的最佳方法。在低剂量CT的帮助下，第一期肺癌检出率已高达80%。加上几个生物标记，检出率甚至可以到90%以上。我们提倡45岁以上的高危人群，要定期进行低剂量CT检查。

Q5：我国胃癌发病数约占全球的50%，应如何对待？

沈琳：70%以上的早期胃癌没有明



沈琳做客北京卫视养生堂

显症状，但胃癌是可防可治的，只要早期发现、早期治疗，治愈率可达90%。

胃癌的人种、地域差异较明显。东亚地区是胃癌高发区，中国、日本、韩国3个国家的胃癌总人数约占全球的70%左右。这与该地区的人种遗传性，饮食中烧烤、腌制类食物吃得较多，吸烟率高等因素有关。

具体到大陆地区，胃癌也更“青睐”偏好高盐饮食的沿海地区、长江中下游或相对贫困地区的人群，如江苏、山东、安徽、河南、甘肃、内蒙、东北三省等地。

从年龄上看，胃癌的平均发病年龄为五八九岁，但患者从几岁到90多岁都有。我碰到的最小患者年仅9岁，具体病因不详。年轻的胃癌病人往往发现时便

是晚期，这与胃癌发病初期症状不明显，年轻人又不太重视有很大关系。因此提高警惕，早期发现非常重要。

胃癌的高危人群包括：有肿瘤家族史的人；长期吸烟、饮酒，特别爱吃烫食、腌制和烧烤食物、高盐食物等不良生活习惯的人；幽门螺杆菌感染者、有胃溃疡、慢性胃炎等胃病的患者。

胃镜检查是目前公认的最早、标准、精确的胃癌筛查方式。而用其他方式能查出的胃癌，已不是早期。CT、造影等技术，能扫描出一定直径的胃部病变，但无法捕捉到如此细小的变化。因此，该做胃镜的人千万别犹豫。

与日本60%的胃癌整体治愈率相比，我国胃癌治愈率偏低。这主要是因为

日本规定50岁以后要开始做首次胃镜检查，其早期患者占60%以上；而我国只有10%左右的患者发现时是早期。

Q6：请您再介绍一下，其他常见的消化道肿瘤的早期筛查方法？

沈琳：消化道肿瘤的发生和不健康的生活方式和饮食习惯息息相关，和疾病史和遗传因素也有一定关系。有些人出现小问题就会积极主动求医，这是非常重要的。

消化道肿瘤患者大多数在早期是没有任何症状的，一般出现症状后再检查几乎都是中晚期了。大家如果无故出现食欲下降、吞咽困难、疲乏无力、日渐消瘦、

腹痛、便血等症状，就需警惕了。每年一次的常规检查非常必要。

食管癌早期没有疼痛感。绝大多数患者是因为吞咽食物有哽咽干才来就诊，但这时很多就已经是中晚期了。食管癌在我国地域差异明显，河北、河南、山西、福建为高发省份。此外，它与不良饮食习惯、抽烟、喝酒等不良生活习惯是密切相关的。早期筛查可以先做钡餐造影，看看食管有没有狭窄。

胰腺癌治疗效果不好，治疗后的生存率也非常低。对于这种癌症，预防更为重要。肥胖人群、糖尿病患者、高脂血症患者都需要警惕。

结肠癌早期发现后治愈率很高。结肠直肠癌的高发人群包括：有慢性结肠炎、结肠息肉者，便潜血阳性者，有结肠癌家族史者，饮食习惯不良者（长期脂肪餐或红肉摄入）。高危人群最好做肠镜，进行结肠病变的筛查。有慢性病的一定要积极治疗，有息肉一定要把它根除，可以降低癌症的发生率和死亡率。

Q7：中国也是“肝癌大国”，请您谈下肝癌的防控？

沈琳：我国的肝癌患者占全球的55%。近九成的肝癌与乙型肝炎密切相关。乙肝、丙肝现患或携带者，肝硬化者，酒精或非酒精性肝病者都属于高危人群。现在我们国家对新生儿全部计划免疫，免费接种乙肝疫苗。现在我们国家15周岁以下的儿童，乙肝病毒携带率已经明显下降，大概达到1%左右，将来会大大降低肝癌的发病率。

肝癌早期发现主要靠检查，对于高危人群每半年要抽血，查甲胎蛋白，同时要做B超。对于一些指标异常或者发现肿物的患者建议做腹部增强CT或者核磁共振。

Q8：乳腺癌是妇科最常见的恶性肿瘤。因为诸多明星患病的新闻而被人所广泛知晓，乳腺癌应如何早期筛查？

沈琳：乳腺癌的高危人群包括：月经初潮时间早、绝经年龄晚者；未婚、未育者、未哺乳者；绝经后肥胖者；长期精神压抑者；雌激素替代治疗者、长期口服避孕药者；胸部放疗者；有乳腺癌家族史者；乳腺肿物或乳头溢液者；有乳腺导管或小叶中重度不典型增生病史者。

B超检查能够看清乳腺结构的变化，适用于40岁以下的女性。40岁以上女性可以用X线检查和B超检查。

Q9：请谈谈宫颈癌的早期筛查？

沈琳：高危型人乳头瘤病毒（HPV）持续感染是宫颈癌的主要危险因素。90%以上的宫颈癌伴有高危型HPV感染。宫颈癌与性生活关系密切，国内外大量资料证实，早婚、早育、多产、性生活卫生差及性生活紊乱的妇女，患病率较高。

巴氏涂片、TCT检查、HPV病毒检测是早期筛查方式。近些年宫颈癌发病趋向年轻化，小于30岁的宫颈癌患者人数有明显上升趋势。妇女在进行第一次性生活后，最好就开始做巴氏涂片进行宫颈癌筛查，一年一查。如果三次或多次结果连续为阴性的受检者，可以减少受检次数。

Q10：基因检测可否用来防控癌症？

沈琳：癌症有遗传倾向性，但并不是说你携带了什么基因就一定得癌症。比如说，现在比价明确的研究时，乳腺癌与BRCA1和BRCA2两个基因的突变关系，在美国白人女性中，如果有这样的突变，她到80岁，乳腺癌的发病率有60%到80%。大肠癌也是，遗传占了一部分的人群。散发息肉和遗传性家族息肉都是有特殊遗传易感基因的人群，但这并不代表所有的大肠癌都与遗传基因有关系。

基因检测在癌症进行精准诊断治疗中，有着重要意义。在预防方面，不是说基因检测可以用来预防，而是说，对于某些研究证实的易感基因，有家族史的直系亲属，做个基因筛查，如果发现携带了这

种易感基因，就要更加注意生活方式和定期筛查，这样才是有意义的。

Q11：除了根据自身情况，做早期的癌症筛查外，生活方式上应注意哪些问题？

沈琳：总体来说，还是要保持健康的生活方式。具体来说，有这些问题需要大家注意。

不要久坐不动，要经常锻炼。要保持适当、健康的体重，不能太胖，也不要太瘦。太过肥胖容易得肠癌、乳腺癌、结肠直肠癌、胰腺癌等。但太瘦的话，身体抵御力弱，抗打击能力更低，一旦出现癌症生存期很短，很难治疗。

要有一个良好的饮食习惯。低盐饮食，不要喝烫的饮品，能预防食管癌、贲门癌、口腔癌；多吃蔬菜水果，适当吃肉，预防胃癌；不要总憋大便，规律排便，预防大肠癌；不要过度饮酒。

减少不安全的性行为，可以保护女性减少宫颈癌风险。

不要吸烟，少吸二手烟，预防肺癌。

熬夜不要超过12点，及时补充睡眠；控制情绪，不要总钻牛角尖，愉悦的心情也是癌细胞的“天敌”。

Q12：最后请您再总结一下癌症的防治？

沈琳：首先，保持良好生活方式积极预防；然后，做好自我评价，看看自己是不是高危人群，如果是，就到医院或肿瘤专科体检中心去寻求医生的建议，制定一个个性化的体检方案，定期检查；最后，一旦检查出肿瘤，也不用过于害怕，要进行合理的综合治疗。总的来说，癌症不是绝症。积极预防，早发现，早治疗，就能降低癌症死亡率。

（致谢：北京大学肿瘤医院胸外科王嘉、乳腺内科宋国红、肝胆胰外科钱红纲、妇瘤科高雨农等专家对本文亦有贡献。）



专家论坛

Forum



人物简介

梁卫兰，北京大学第一医院儿童保健专业主任医师。

小儿神经专业硕士毕业。1993年-1995年在美国纽约大学进修学习。

主要从事儿童保健和儿童预防接种工作。专业特长：儿童保健、儿童预防接种、小儿神经、儿童早期语言发展。



北京大学第一医院儿科拥有资深的儿童保健专家团队，为婴幼儿提供系统的体格智能发育测评和养育指导。为各类疾病儿童提供个性化的预防接种。

儿童保健门诊内容涵盖儿童预防接种，特别是对疾病儿童的预防接种。儿童体格发育、智力发育的测评、科学指导家长合理喂养，促进儿童的运动、认知能力、社会适应能力的发展。针对儿童的发育特点给予家长个体化的综合指导，同时，对于筛查出的疾病与发育问题及时提供积极有效的干预和专科转诊。

梁卫兰： 宝宝成长， 共同守护

■ 文/《北医人》记者 徐璐

体检不仅要关注体格发育，还要关注能力发展

Q：对于学龄前儿童来说，体检有什么意义？

梁卫兰：学龄前儿童是生长发育的关键时期，是人一生中体格发育速度最快的时期，同时也是神经系统发育的黄金时期。

儿童体检的目的就是根据儿童的发育规律，指导家长为儿童提供良好的生长环境，使儿童在身体、心理、社会适应能力方面得到全面发展。

体检不仅要关注体格的发育，包括身高、体重、头围等等。能力的发展也很重要。如果早期发现问题，早期纠正，大脑处于可塑期，就更容易产生效果。

儿童保健科还承担了一个重要的功能是健康咨询。现在家长都有很多问题，有的家长每次来都带一页纸记录问题，比如枕头多高合适，一天睡眠多少合适，每天需要喝多少水，抱孩子的姿势应该怎样，多大月龄可以学坐，多大宝宝可以学着站立等。我们都会予以详细解答。

如果我们发现孩子太瘦或者太胖，我们也要询问家长的喂养方式对不对，并指导喂养。如果是保健科解决不了的问题，



就要推荐她去找相应专业的儿科医生进行治疗。

Q₂ : 学龄前儿童体检的周期应该是怎样的? 主要有哪些项目?

梁卫兰: 新生儿满月时要体检, 42天要去出生的医院做复查。

之后, 北京市要求的体检周期是, 3个月, 5~6个月, 8个月, 12个月各一次。1岁到3岁是一年体检两次, 在整岁和半岁的时候。三岁后进入幼儿园, 幼儿园会组织每年体检。

体检的项目主要有身高、体重、囟门、心肺、头围、肝脾、骨骼发育、牙齿、听力筛查、智力筛查等。

血常规在6~8个月时要查一次, 以后每年查一次。3岁以后容易出现免疫疾病引起的肾的变化, 3岁时要查尿常规。

出牙之后要看看牙齿发育, 再大一点儿看有没有龋齿, 有条件的话, 可以请牙科医生检查。发现龋齿要早期矫正, 浅龋比深龋好补, 浅龋肉眼不容易发现。

视力发育也要关注, 4岁前如果家长觉得孩子视力有问题, 需要到小儿眼科用特殊的方法检查。4岁后用普通视力表可以检查, 如果检查发现孩子视力异常要及

时看小儿眼科。

Q₃ : 智力发育、能力发展方面的检查, 主要包含哪些内容?

梁卫兰: 在大运动方面, 2个月的宝宝应该会抬头达90度, 4~6个月会翻身, 8~10个月会爬, 1岁的孩子应该会扶栏杆走路, 12~15个月会走, 1岁半会扶栏杆上台阶, 两岁一般会跳了, 三岁时会单脚站。

精细运动方面, 主要孩子抓取物品的能力。6个月会伸手够物, 9个月会拇指捏去小物品、1岁半的孩子会用勺子, 2岁会自己独立吃饭。

在语言方面, 孩子在2岁以前, 语言理解能力比说话更值得关注。一般6个月的孩子能对自己的名字有反应, 八、九个月就可以开始听懂一些词汇, 1岁能听懂许多话, 1岁半的孩子能听懂很多话了, 可以完成一些指令做一些事情。如果一岁的孩子还听不懂话, 那比2岁不会说话还值得关注。会说话的年龄差异较大, 一般来讲1岁的孩子会叫爸爸妈妈, 两岁以后大部分孩子都会说句子了, 如果两岁以后还不会说话, 就应该给孩子做个智力测评。如果测评结果只是语言表达差一点, 其他各项正常, 家长就不用太焦虑, 但要平时

要鼓励孩子说话。

北京市社区儿童保健门诊现在使用的是智力筛查量表, 如果有问题的孩子, 会转到妇幼保健院、儿科, 进行详细诊断, 然后对落后的方面进行干预。

Q₄ : 这种检查能否做到自闭症儿童的早期发现?

梁卫兰: 家长在早期要注意孩子眼神交流。新生儿便已经具备了一定的眼神交流能力。3个月的孩子就会和家长很好的互动了。如果发现孩子眼神交流不好, 3个月的孩子不会和人互动, 家长就应该关注了。可以到儿科或保健科检查, 平时家长要更多跟他互动, 多给孩子语言方面的刺激刺激。

八九个月的孩子, 可以通过动作、手势、语言等跟他互动。如果互动中, 孩子不看、不理, 那就是一个预警信号。

所以说, 家长不要只关注小宝宝的吃喝拉撒睡, 这种互动、沟通也特别重要。

之前, 自闭症儿童3岁才能诊断, 现在诊断年龄可以提早到1岁。早诊断, 早干预, 效果会有明显提升。

保健科要在孩子有这方面轻微表现的时候就要让家长多加的关注, 一般不明确诊断再进行干预。这一点我也深有体

会，这么多年，我们非常注重孩子的眼神交流、互动能力，每次体检，我们都会检查。

微量元素检查准确度不高，AD同补预防缺钙

Q5：对于微量元素的检查，您认为准确吗？有意义吗？

梁卫兰：所谓的微量元素检查，大多是通过采集末梢血的方式进行的，主要检查钙、铁、锌、铜、镁和血铅的含量。但用这个方法查出来几个微量元素的含量可以说是不准确的。

首先，微量元素检测反映不了钙的水平。因为钙主要存在于骨骼当中，血液中的游离钙没有办法反映整体水平。微量元素查是否会缺钙，容易产生误导。

对于铁，血常规的检测就可充分反映，比指尖血查微量元素要准确的多。而且血常规检测除了血色素外，还反映出红细胞、平均红细胞体积、平均红细胞血红蛋白含量等很多指标，据此可以综合判断是否缺铁。

对于锌，有一定的提示作用。但孩子缺锌没有特异性表现，如果觉得孩子食欲不好，状态不好，补点锌就好了，那就可能提示孩子缺锌。

铁和锌的食物来源相同，肉、肝里面都是既含铁又含锌。如果孩子有缺铁性贫血，一般也会缺锌，补充完纠正贫血后可以适当给孩子补一两个月的锌。

如果孩子有贫血表现，比如脸色苍白、耳廓和小手都白，白且发黄，那就提示可能是有贫血，应及时去做血常规检查。此外，妈妈贫血，特别是怀孕时妈妈贫血，孩子也容易贫血。发现贫血要及时纠正，补充铁剂。单纯靠饮食纠正，效果很差。

国家卫计委也曾发出通知，禁止各级各类医疗机构针对儿童开展非诊治需要的微量元素检测。

Q6：孩子缺不缺钙，这是很多家长关注的问题。那么骨密度的检测是否准确？对指导孩子补钙

有意义吗？

梁卫兰：骨密度检测有两种方法，一般推荐使用超声检测，对身体无害，还有一种是X射线测量骨密度。

骨密度检测能在一定程度上反映孩子的骨钙情况，但不能做到非常精确，会受到孩子自身胖瘦的影响。

对于缺钙，首先应该是预防。一般来讲，母乳中钙、磷比例恰当，钙吸收率高，就不需要额外补充钙剂。

1岁以上的孩子，如果每天能喝500毫升的牛奶，钙的摄入量也是足够的，不需要额外补充。如奶量不足，可以每日补充150~300mg的钙。

但大家都知道，钙的吸收比钙的摄取更重要，维生素D可促进钙的吸收。维生素D可以通过接触阳光在皮肤合成获得，所以户外活动对预防缺钙非常重要。日常膳食中的维生素D含量很低，现代社会大家普遍存在阳光接触不足的情况，所以就要通过维生素D补充剂来获得。

我们国家规定，出生两周后（15天），每天常规补充维生素D400~800IU，而且我们建议是维生素A、D同补。维生素A

具有促进免疫系统发育、促进骨骼发育、维护视觉健康、预防贫血等作用。

有的家长认为，欧美国家只指定每日补充维生素D，所以从国外买回纯维生素D的补充剂。其实，那是因为欧美等发达国家由于饮食结构不同，维生素A缺乏率相对较低，不需要预防性补充。

有大量的调查、研究提示，我国属于维生素A中度缺乏国家，特别在小于6个月婴儿中更是普遍。所以，不应该一味照搬国外标准。

另外，维生素AD都属于物理和化学性质非常不稳定的物质，遇光照、高温、空气极易氧化失效，我们推荐使用独立包装的制剂，这样不易产生氧化作用。

维生素AD同补，应至少补充到两岁。一岁到两岁之间，夏季户外活动量大，接触阳光时间长，可以选择不补充。

两岁之后，佝偻病发病率低，对维生素AD的补充没有硬性要求。但在调查中我们发现，大孩子维生素D仍然普遍缺乏，这与孩子们户外活动少有很大关系，尤其是冬天，所以儿童保健仍建议冬天可以继续补充维生素D。



智力测评

Q7：缺钙一般来讲有哪些表现呢？

梁卫兰：不同月龄的婴儿表现不同。4个月以内的小婴儿，主要表现就是，囟门大、颅骨软，还有夜惊。比如说，小宝宝晚上突然就大哭，这就是夜惊。

需要注意的是，枕秃不是缺钙的重要表现。特别是夏天，容易出汗，小宝宝总是躺着，基本上一多半的宝宝都有枕秃。

大一点的宝宝，五到八个月，出现方颅、肋骨外翻、鸡胸、漏斗胸等特征，也是缺钙的表现。

此外，有的孩子身高、体重增长特别快，明显高于同月龄的孩子，这样的孩子也容易缺钙，因为他对钙的需求更高。

疫苗是保护孩子健康的重要武器

Q8：儿童保健中还有一项比较重要的是预防接种，请您介绍一下？

梁卫兰：疫苗是迄今为止最有效预防疾病的手段之一。

疫苗接种是安全的，但个别儿童接种疫苗后可能出现不同程度的接种反应，如低热（38.5℃以下）、局部红肿、硬结等症状，一般不需要特殊处理。

北京市儿童计划免疫程序是这样的：

出生时接种卡介、乙肝疫苗第一针；1个月接种乙肝疫苗第二针；2个月接种灭活脊髓灰质炎疫苗第一针；3个月接种脊髓灰质炎疫苗第二剂、百白破疫苗第一针；4个月接种脊髓灰质炎疫苗第三剂、百白破疫苗第二针；5个月接种百白破疫苗第三针了；6个月接种乙肝疫苗第三针、A群流脑疫苗第一针；8个月接种麻疹、风疹二联疫苗；9个月接种A群流脑疫苗第二针；12个月接种乙脑疫苗第一针；

1岁半接种百白破疫苗加强、甲肝疫苗第一针、麻风腮疫苗、水痘疫苗；

2岁接种乙脑疫苗第二针、甲肝疫苗第二针；

3岁接种A+C流脑疫苗；



家长学校

4岁接种脊髓灰质炎疫苗加强、水痘疫苗加强；

6岁接种麻风腮疫苗加强、白破疫苗；小学4年级接种A+C流脑疫苗加强；初中1年级接种乙肝疫苗加强。

自费疫苗有：HIB疫苗、轮状病毒疫苗、肺炎疫苗、水痘疫苗、五联疫苗等。

自费疫苗与免费疫苗同等重要。之所以有些疫苗是自费的，主要是由国家综合财力和流行病发病率高低决定。随着国家财政投入加大，越来越多的自费疫苗将会变成免费疫苗。

在目前这个阶段，家长可以根据自身的经济条件和孩子的身体状况来决定是否接种自费疫苗。如果经济条件许可，我们一般建议接种。

此外，根据疫苗的成份，可分为单苗和联合疫苗。单苗是一种预防单一疾病的疫苗，而联合疫苗是一种疫苗可同时预防多种疾病。联合疫苗将成为预防接种的

一种趋势，不但可以提高疫苗接种率，还能大大减少注射次数和因多次接种所带来的不良事件风险。

Q9：有些早产儿和有严重疾病的孩子，在疫苗接种方面应注意什么问题？

梁卫兰：对于早产儿、低体重儿、免疫力低下的宝宝，疫苗的选择就要格外小心。早产儿要等宝宝体重达标，并且身体状况好后再开始补种疫苗。

免疫力低下的孩子，要等到免疫状态好后再开始补种，不然容易出现接种反应，而且接种效果也不好。

好多情况特殊的孩子，社区医院分辨不清是否能接种疫苗，可以到北大医院的儿童保健科来接种。我们会逐一分析是否适合接种，如果有需要我们会找相应的儿科专科医生来帮助判断。



陶其敏离世，她在自己

中国共产党员、全国劳动模范、首都十大健康卫士，中国病毒性肝炎防治事业的先驱，中国病毒性肝炎免疫学检验的奠基人，北京大学肝病研究所（原北京医学院肝病研究所）的创始人，中国第一支血源性乙肝疫苗的研制者，北京大学肝病研究所首任所长、名誉所长陶其敏教授于2017年11月15日15点27分因病在北京逝世，享年86岁。

她是打响中国乙肝阻击战的第一人，她在自己身上试验了中国第一支乙肝疫苗，她为中国检验医学事业、特别是肝病的实验诊断作了突出的贡献。



早在70年代，陶其敏开启了我国预防乙肝的先河。

1975年7月1日，我国第一代血源性“乙肝疫苗”研制成功。但当时的中国不具备疫苗敏感性和安全性试验的条件。为了“疫苗”早日应用于人体，陶其敏毅然伸出手臂，1975年8月29日下午，她接种了第一支乙肝疫苗进行试验。

随后，她带领团队书写了多项中国肝病研究的第一，在病毒性肝炎研究领域作出了卓越的贡献：

- 明确首例中国乙型肝炎病毒携带者
- 自行研制出中国第一套乙肝检测试剂盒
- 研制出中国第一支血源性乙肝疫苗
- 研制出第一套丙型肝炎检测试剂盒
- 率先建立达到国际先进水平的丙肝病毒基因检测方法

一系列的成绩没有让陶其敏停滞不前，她创建和发展了北京大学肝病研究所、临床药理基地，并将肝病的攻坚战从防御转向治疗。在近20年的临床治疗过程中，她是病人眼中和蔼耐心、医术高超的老专家。

陶其敏为我国肝病研究作出了巨大贡献，她先后获得国家级科技进步一等奖，国家级、省部级科技成果奖31项，全国劳动模范和女医师杰出贡献奖等多项荣誉。

乙肝疫苗的研制项目入选《健康首都辉煌60年100件大事》，同时与载人航天和杂交水稻一同被评为改革开放30年中国科技十大进步。



1931年10月，陶其敏出生于苏州。1951年，考取山东医学院。1956年成绩优异的她被分配到了北京人民医院（现北京大学人民医院）。

已身上试验了我国第一支乙肝疫苗



乙肝疫苗研究团队（右五汉斯·米勒、左三陶其敏）。



1993年，陶其敏教授出席国际病毒学会议，与因发现乙型肝炎病毒表面抗原而获诺贝尔奖的blumberg教授合影。



真情感动你我

记北京大学口腔医院医德医风讲评活动

■ 北京大学口腔医院提供文字、图片

北京大学口腔医院医德医风讲评活动已经连续开展二十四年，是医院文化建设的特色品牌活动，2017年，医院特别制定了《医德医风讲评五年工作方案》，将讲评的形式和内容进一步扩大，以起到更好的效果。

12月20日下午，2017年度北大口腔医院医德医风讲评大会召开。院党委书记周永胜做2017年度医德医风讲评全面汇报，随后，九个部门倾情讲述医德医风事例，通过演讲、舞台剧、情景再现等多种形式，还原了一个个感人至深、精彩纷呈的医患故事。《北医人》刊登部分精彩故事以飨读者。



北大口腔医院党委书记周永胜做2017年度医德医风讲评全面汇报，他对2017年度国家卫生计生委患者满意度调查结果进行了分析，并介绍、分析了几个典型医疗投诉案例。

2017年，口腔医院的患者满意度的各项指标和总得分继续名列前茅。

周永胜说：“爱心和医德不是孤立之物，而是在深厚的人文土壤上培育出来的，应注重医学人文品格的培养，时刻铭记‘医乃仁术’、‘医者德为本’。”



牙周科奉献了一出幽默风趣的情景剧——《周到的关爱》，讲述一位6个月身孕的准妈妈治疗牙周病的曲折故事，从家属一开始坚持的不接受治疗，到最后全家人的配合治疗和完全信任，充分说明了一名优秀的医护人员，不仅要具备过硬的医学素养，更要时刻怀着关爱患者的心。



修复科党支部书记李健大夫和在场人员进行了亲切的交流，通过发生在一年圣诞里的诊室故事，让大家体会到“懂比爱更重要”，作为患者，希望让懂自己的人实施治疗；作为医生，同情心和同理心是医患沟通的重要工具。

医者仁心 永不言弃 ——急诊科抢救纪实

前两周，我在急诊看到一个小伙子，因为正畸钢丝扎嘴来就诊。他看起来没有什么不同，但谁能想到这个正值豆蔻年华的小伙子一年前还在生死线上挣扎，是我们，把他从生死边缘抢救回来，甚至在他的父母都已经快要放弃治疗的时候，是我们的坚持，最终使这个孩子迎来了生命的重生。

去年7月7日，临近中午，大家还没从一上午的紧张工作中恢复过来，一辆救护车呼啸而来，所有的人都立刻绷紧了神经。

被平车拉进来的是一个面目全非的小伙子，面部严重肿胀、变形，双脸淤青，双侧鼻腔及上颌骨后部持续渗血，上下颌骨多发骨折，病情十分危重。

原来这个小伙子初中三年级，由于期末考试不理想，被老师和家长批评，一时冲动，从自家六楼的阳台上跳了下来，面部着地，形成粉碎性骨折。

在急诊，时间就是生命，与死神较量的战役立即打响。

急诊科医护人员马上启动应急预案，开始对患者进行抢救，同时上报医务处，联系外科急会诊。

我作为首诊医生，一直守在患者身边，评估病情，开放静脉通路、监护吸氧、保持呼吸道通畅、压迫止血……

现场气氛异常紧张，但所有医生与护士忙而有序，配合默契。

虽然急诊科每年遇到的危重病人不多，但我们从不敢放松警惕，定期演练，完善应急预案，只有这样才能做到在危险发生时，每个环节都精准配合。

正是急诊的快速反应能力、过硬的技术、标准化的抢救流程才能在危机时刻充分发挥作用，力挽狂澜。

很快，病房的伊彪老师、安金刚老师和外科门诊的葛娜老师赶到了，各位老师马上开始主持抢救工作，并请麻醉科会诊。

几分钟之内，麻醉科的王小东、韩芳老师赶到了，对患者进行了全面的评估



与监测。

紧接着，从护理部的微信群里得到消息的康晓伟老师带着多名护士牺牲了休息时间，第一时间赶来帮助我们。就连没有上班、恰巧路过的何伟老师都二话不说，直接冲进来投入战斗。

患者的情况非常紧急，上颌后部伤口大量活动性出血，基本生命体征每况愈下，心率、血压、血氧持续下降，很快出现呼吸道梗阻，憋气，三凹征。

由于时间紧迫，为了确保患者的生命安全，在没来得及让家属签署知情同意的情况下，我和何伟老师就对患者进行了气管切开。我们非常清楚这其中的巨大风险和责任，但是为了抢救这个鲜活的生命，为了这个小伙子的生命质量，我们必须冒这个险。患者的生命体征逐渐平稳，但考虑到高坠造成的颅底、胸腔、纵膈的损伤，以及继发的失血性休克，患者需要转入综合性医院进行综合救治。

患者的需要就是我们的责任，我们马上联系了北京大学人民医院急诊科。人民医院立刻安排了床位及设备，随时准备接收患者。我和麻醉师刘云一起护送患者转院。在急救车上，患者的血压和血氧一直很低，我一直紧紧盯着监护仪，整个心都悬在空中，直到患者插上呼吸机，转入ICU，我才真正的松了一口气，直到那时我才发现整个人都已经被汗水湿透，裤子和鞋子已经全部被鲜血浸湿。

这个小伙子在人民医院也是多次徘徊在生死边缘，血色素最低已经到了2克，

长达十余天的昏迷不醒，多次的手术抢救。就连他的父母都已经绝望放弃，主动询问器官捐献的程序时，是我们医生的坚持，最终把他从死亡边缘带了回来。小伙子的病情平稳后，又回到口腔医院，由安金刚老师为他完成了面部骨折的修复重建。目前，他已经开始正畸治疗，准备修复缺失牙齿。

现在，他已经回到学校，恢复学业。看着这个小伙子，我油然而生出一种无法言语的成就感和自豪感。这条鲜活的生命是急诊科临危不乱、积极抢救的结果，更是我们医院整个抢救团队拼搏努力、永不放弃的成果，我作为其中一员，深感荣幸。在危急关头，急诊科的力量是有限的，是门诊、病房、手术室，甚至兄弟医院的通力合作才能使患者转危为安，从死神手中夺下这宝贵的生命。所谓医者仁心、正是因为我们有着共同的信念，才有了各位老师的及时会诊，医生的勇于担当，医护的默契配合，才有了转诊的无缝衔接、兄弟医院的大力支持……最终换来了对生命的及时营救。

急诊是医院的前哨，我们都是一群哨兵，不分昼夜的站在急诊临床一线的战斗场上，为患者解除病痛，守卫着患者的生命安全。在每一个寒冷的深夜、寂静的黎明，在每一个阖家团圆的欢聚时刻，我们急诊人都在默默的坚守着，为大家站岗放哨。急诊人永远不忘初心、牢记使命、医者仁心、永不言弃！

（急诊科：刘宝钟）

服务患者 从点滴做起

药师和患者的距离有多远？

是隔着一面冰冷的玻璃窗？传递一张我懂你不懂的处方？还是从窗口传来陌生声音的距离？

其实，其实我们之间的距离或许就是那一杯水，一杯水如何能衡量距离？

在瑟瑟寒风刮起时，在一位病人拿着刚刚取到的药品在大厅四处张望，面露难色的向药房同志咨询，哪里有口水能把药咽下去的时候，一杯水的距离就是患者与药师感情的距离。或许可以告诉患者，医院设有热水器，或许可以告诉他到那里最方便的捷径，但是当门诊药房的药师将一杯水直接递给患者的时候，是最近的距离，因为那传递的是一份真诚的关怀。

或许，这距离也许是默默的陪伴和帮助？

一位86岁的老年患者独自来看牙，在门诊药房取药过程中试探性的询问放射科胶片如何打印，这在我们看来简单的操作对一位八十高龄的老人无异于读天书一般，老人蹒跚的身影一直印在药师眼里，几位药师立即安排好后续的工作，抽出工作人员主动帮助老人打印胶片，并全程陪同他到放射科、综合科特需门诊就诊，如同家人般亲切、体贴、自然，及时的陪伴和适度的帮助，让老人踏实和感动，患者满怀感激的离开医院，越走越远，但是药师和老人的距离是越来越近，拉近距离的依然是那份真诚的关怀。

药师的职责与功能有非常明确的专业性，一切以病人为中心是工作的根本，回答患者咨询是药学服务的主要内容之一，这咨询功能作用不仅是答疑解惑、“动动嘴”那么简单，由于药房所处位置的特殊性，它还包括药师专业知识、导诊、处



理应急突发事件及临时性矛盾处理等很多工作，这些内容对药师们提出了更高的要求，他们不仅要有良好的沟通能力，还要对医院和专业科室基本服务流程全面了解。而且每一个都是围绕“便民”来做文章。正所谓“小窗口，传递大世界。”

我们不但要提供专业性强的药学知识咨询，更要提供精准的药学关怀服务。山不在高，有仙则灵；水不在深，有龙则灵；招不在大，暖心就行！我们把人文关怀真正融入到专业的药学服务中，为取得患者的信任，大招小招一起使，把医患关系在经年累月的积弊中“小心轻放”的玻璃体变成有着共同目标的“利益共同体”。从制度上建立《药剂科文明服务管理规定》、《药剂科文明服务公约》等一系列基础性规范文件、制作合理用药展示板；套小招：为患者提供合理用药宣传材料，提供小箱子、小盒子、小绳子、小袋子的四小方便服务，微笑面对患者。

暖心，还要引发共情，面对长年患病患者焦虑的心情，用药师咨询中药师的每一次耐心的疏导和劝慰，都让患者增加一份战胜疾病的信心，每次面对患者，都能

体会患者心中的痛苦和难处，总是在为病人缓解病痛的同时，从精神上理解、心理上鼓励、行动上支持他们，正如特鲁多医生墓志铭中写道的：有时是治愈、常常是帮助、总是去安慰。

就这样，没有惊天动地的事迹，没有英雄耀眼的光环，但在这6米见方的窗口就是我们药学人员的舞台，人们常说人与人最远的距离是心与心的距离，医患关系的弥合之路会走的艰难，但我们付出努力，一点点，一步步，让心与心近一点，亲一点，单单就是这一份心，一份情换来了患者对我们工作的肯定。

虽然仍然会有那么多的不理解和不信任，但作为卫生与健康战线上的我们，没有轻言放弃，党的十九大刚刚闭幕，提出了实施健康中国战略的总体要求和具体路径，随着医药卫生体制改革的不断深入，随着改革与改善同步推进，我们愿意相信、愿意坚守、相信这份职业的崇高和神圣，坚守这份职业的操守和良知，这就是我们的选择，我们就是一直在为患者服务的药学路上不断前行的践行者。

（药剂科 韩蕊）



从挂号排队到指尖上的医院，从按科看病到按病问诊，北京的就医环境正在悄然改变，一门诊的老师讲述了医药分开综合改革施行以来的八个月，对于医务人员来说，如何提升服务内涵，如何体现人文关怀，如何获得患者的信任，都依赖于我们自身努力去转变。

理解、沟通从心开始

今年是我进入临床工作的第7年，还记得来报道的第一天，我的护士长蔡老师意味深长的跟我说，要想干好临床，首先你要学会沟通。每天和不同的人打交道，能不能把话说明白，把事做清楚，这是一门学问，慢慢去体会吧！

我喜欢看留言簿，透过患者的心声能看到我们最真实的工作，这些都是患者最直白的感受，读的久了，也会感到内心充满了温暖和触动。

“术后的日子对我来说可以用折磨来总结，无比复杂的手术和心理压力让我有些难以忍受，可是在这冰冰凉凉的医院里受到了一病区全体医护人员的细心照顾，正是这些无微不至的关心，让我改变了想法，这里让人感到温暖。”

“无论术前还是术后，护士们都将注意事项交代得清楚了，每项护理操作都很及时到位。一病区给我的印象是明亮、安静、整洁、管理规范。”

这些患者的真挚留言，是我们一病区全体医护人员真诚以待换来的，我们不仅有过硬的专业技术，更重要的是尊重和真诚，和患者沟通从心开始，拥有一颗关爱病人的心，才能设身处地的为病人着想。

我们的每一位主刀医生，几十年如一日，不管是门诊还是手术结束的有多晚，都会在术前亲自和每一位患者、家属进行深刻的谈话和沟通，详细告知手术的方案，询问患者的需求，达成医患一致；我们的每一位责任护士，也会在术前和患者、家属谈话，评估患者的情况，告知患者术后可能出现的不适问题，缓解患者的紧张，让患者学会配合。我们的护士都对每一位患者的病情了如指掌，在住院期间的任何一个环节里都会给予患者及家属详细的健康指导。我们把所有住院期间的告知内容都放到患者的床旁，便于我们讲解也便于患者自己查看。我们不仅讲清楚为什么要这样做，还会告诉患者该怎样去做，并且明确表示如果不这么做的后果是什么？通过这样的沟通，我们多说一句，多提醒一次，多解释一分，就免去了患者很多的疑虑和紧张，也为我们之后的治疗减少了很多麻烦。



当然，工作中的沟通也不是一帆风顺的。我也曾遇到过困惑。我曾遇到过一位既往有抑郁症的患者，每晚睡前都需要口服抗抑郁药，那天晚上，我按照工作流程让病人按时服药，没想到他很不配合，坚决不吃药！我问他为什么，他说，“我想做个正常人，不吃药就是正常人了。”我劝说他吃药，纠正他的想法，虽然他百般不情愿，但还是把药吃了。可没想到第二天，我再次为他做治疗的时候，他双手捂住嘴，大声的对我说：“你是坏人！你强迫我吃药！我不要你输液！”他拒绝我的治疗，并对我大吼大叫。

我很错愕，感到不可思议，带着委屈气呼呼的就找到了护士长开始一通倾诉，等我把委屈都诉说完了，蔡老师说，“我很理解你的心情，但是，我就问你一句，他是正常人么？”“不是。”“那你和他计较什么？”我愣住了，是啊，我和一个有精神疾患的病人计较什么呢？在我看来，治疗很重要，而患者的需求却不是这样的，他隐瞒病情，不想让人知道，所以他拒绝吃药，这可以理解，我应该包容他，用更好的方法和技巧帮助他吃药，而不是强制性。在这件事情上，我一再的坚持，提醒了他疾病的本身，反而刺激了他。

在护士长蔡老师的一番开导下，我深刻的懂得了什么是真正的理解和换位思考，要耐心的倾听患者的感受，用心的理解患者的需求。说着容易做着难，有时候，并不是我们做的不够好，而是我们没有给予对方所需要的！临床的工作从来不会千篇一律，顺风顺水，每当遇到这样的个案，

主任和护士长首先不是批评，而是引导，让我们自己从中分析总结，给予指导和帮助，然后把案例分享，让大家都能从中学会换位思考，学会沟通技巧。

我们病区提倡使用“标准化沟通流程”，也就是“接触—介绍—沟通—询问—回答—离开”。首先，我们会用对方喜欢的称谓来称呼对方，比如年轻人我们会亲切的称呼“帅哥！美女！”，称呼年纪大的病人和家属“叔叔阿姨！大爷大妈！”向患者主动自我介绍，“早上好！我今天是你的责任护士，我叫刘倩，你可以喊我倩倩！”做任何治疗前向患者解释说明要做什么，需要多长时间，询问患者有何疑虑，了解患者的需求，对他提出的问题予以恰当的反馈，最后和患者解释下一步安排后礼貌离开。我们每一个人都认真的执行标准化的沟通流程，得到患者和家属的高度认可。我们每天和患者相处的就像一家人，和谐、温暖。

我们沟通的很好并非决定于我们对事情诉说的有多好，而是我们对患者的需求有多了解。工作中，不仅需要我们严谨的专业技术为患者提供优质的医疗护理服务，还应当学会有效地沟通，运用同理心，了解患者的需求，理解患者的感受，感同身受，用心去沟通。拥有一颗关爱病人的心，才能设身处地的为病人着想。有了爱心，才会有温柔的语调，才会有体贴地触摸，才能保持热忱的态度，才能耐心的倾听患者的诉说，才能得到患者的信任！理解、沟通从心开始。

（一病区蔡娟、刘倩）

阅读，拉近我们的距离

进入临床实习第二年，依旧青涩，面对患者，我有时会天真的想：他们对我这样的年轻大夫会有期待吗？所谓“医精德睿”，他们会不会用现在大众惯用的“医德”来评价我？可是，稚嫩如斯，又岂敢妄谈“医德”二字呢。直到我听到白岩松关于“医德”的讲演，他用三个小故事为“医德”做了生动的注脚：“德”中有心，走进患者的心里，医德之光就在那里熠熠生辉。下面我想用两个小故事和大家分享我的心得。

临近春节的一个午后，修复科诊室中过年的喜悦在静静流淌。我叫了一个初诊，转身看到一位外国面孔的中年女性患者信步走入诊室。她走到我面前，一边把病历本交到我伸出左手，一边向我背后张望，说：“医生呢？我想镶牙。”我有些莫名，答道：“呃，我就是。”她狐疑的摇摇头，说：“不，你不是，你看起来就像我的学生。”被患者当做小孩儿，我实在尴尬，但还是笑了笑解释道：“可能我看起来比较年轻，但我的确是您的接诊大夫。”也许是我的态度感染了她，她坐到牙椅上，我们的治疗开始了。

最终戴牙已经是春节过后的两周，她对于修复效果表示满意。临走前，我交代完注意事项，又忍不住问她，为什么最开始不信任我，却决定让我给她镶牙呢？她笑着回答我，笑靥中有着俄罗斯女人的和蔼，说自己是人大的文学系教授，初诊时问我不了解俄罗斯诗人，我说读过一点普希金，他的《假如生活欺骗了你》恰巧也是她的最爱。”我愕然，万没想到一句寒暄的闲谈竟增加了她对我的信任，为我赢得一次实践的机会。



起初，我并未多想，只当是一个巧合，直到我读到第二个小故事。这是我在汪曾祺先生的一篇生活小札中读到的。众所周知，汪先生爱吃、会吃，写吃的文章更是让人读之生津，而他本人晚年却饱受牙病折磨。上世纪九十年代的牙科诊室在大众眼中是个“五金作坊”，汪先生每次都是战战兢兢前去应诊。然而，一次他被叫进去后四处打量，发现医生的“兵器”旁有一本折了角的《都德短篇小说选》。他在文中自述到：未及交谈，心情便坦然了，心想，把我这口牙交给一位懂都德的医生去处置是放心的。最后果真是一次愉快的诊疗经历。

其实普希金的诗我读过的并不多，他和都德一样，作品中都几乎不涉及医院、治疗等内容。但我想，这份“误打误撞”的信任可能源自文学对心灵的滋润，不必多言，普希金诗句中的淡淡忧伤，都德文章中的徐徐诗意，如同娓娓道来的细述，暗暗契合了患者对医生理想气质的期待。偶然谈到的一本书，一幅画，甚至一部电影，都可能悄然拉近我们和患者的距离。

坦白说，作为一名医学生，临床上每每看到患者对老师信任孺慕的眼神，心中都会升起一份期待，何时我们也能获得患者的信任和认可呢？随着临床实践逐渐增多，我才发现，我们和老师之前的距离横亘着岁月这条长河，经年累月的沉积让他们在患者面前游刃有余，这份沉稳不仅是技术的精湛，也有世事洞明的睿智。患者的信任并不完全源自技术和知识，二者之间还需要人性连缀，需要生命感的滋润。这种生命感可以是源自时光沉淀的厚重，也可以借助于文学艺术。提高自己的医学人文素养，就是在拉近我们和老师之间的距离。

这两年的临床实践让我明白，所谓“医德”，不是难以望其项背的终极追求目标，而是可以在点滴中培养的自我修养。都德的小说是虚构的，但给予人们的灵魂回响是真实的，带给大众的温暖正直是共通的。作为医学生，我们不妨在磨砺技术的同时加上阅读，提升自己的医学人文素养，拉近我们和患者，和老师的距离。

（2011级八年制 杜晴）



护理部为大家讲述的故事是《守“护”健康 传递“针”情》。讲述了一起因实习医师的操作失误，使患者误吞异物的真实故事，综合二科的护理团队做到了对患者负责到底、毫不推诿，直面错误，最终赢得了理解与尊重，与患者成为了朋友。由此证明，即便是避之若浼的纠纷，在努力下也能变为笑靥如花的佳话。

心中有“不”

尊敬的各位老师，亲爱的同学们大家好，非常荣幸能够站在这里。说到医德医风，我们的头脑中可能一下子就蹦出了一些说教的言辞，你要如何，你一定要如何……然而今天，我想谈谈我们心中应该有的医德医风之几个“不”。

“不忘初心”

曾几何时，我们无惧无畏填报志愿，放弃周末和聚会，挑灯夜战通宵学习只为心中的医学梦，我们热爱红牛和自习室，我们用幻灯片和课堂录音装满内存。

曾几何时，我们总是迎着朝霞来到诊室，站在镜子前仔细整理衣领和胸牌，掖好帽子外的几缕头发，我们认真对待每一个病人，仔细地做每一个操作，耐心地解释与反馈，仔细地反思与总结，期待更好的提高。

医路漫漫，我们就仿佛远足者一般，注定会遇到不少艰难险阻。希望在这条路上，我们都能不忘初心，向着远方的圣殿努力前行。

“不弃小节”

拒绝做一位油腻的医生。

整洁的白大衣，端庄的姿势，优雅的谈吐，会让你作为医生显得更加专业和脱俗。有人说，好医生只需要拥有好医术就够了。试想，如果有一天你不再在乎白大褂是整洁还是脏皱，不在乎自己在患者面前的形象了，那么此时谈医德医风就像跟一个自暴自弃的人谈理想和风骨一样滑稽。

其实，与外表相比，内心的油腻更加可怕且不易察觉。记得柳叶刀老板曾经说过自己作为一名外科医生开烧烤店的初衷：“我需要副业，它能让我没有经济顾虑，简单纯粹地做医生。”这句话多么真实却带着一点心酸。

医生这个特殊的行业，让我们的心中不能有一点点贪欲。

作为口腔医生，即使少有游走在金钱边缘的生死选择，我们也要永远保持着自己内心道德的天平，为患者提供最好的选择。



“不吝温情”

让我们在最短的时间里体现与实现最大的价值。

在这里，我把“体现”放到了“实现”前面，其实是想突出在医患沟通中能够快速让自己获得患者信任、拉近距离，传递温暖的重要性。

这些温暖就像果酱，让冰激凌看上去、尝起来都变得更加美味了。

记得我有一位牙周炎患者，被家务琐事缠身，日常时间都用来照顾孙子，对花时间解决自己的口腔问题十分犹豫。

这时作为医生我们只要交代清楚了治疗的重要性后完全可以回应一句：您自己选择是治疗还是不治疗吧！但当时的我突然被触动了，因为我联想到在家里奶奶为了照顾一家人总是最后才想到关心自己的身体，就非常诚恳地劝说这位患者一定要关心自己的身体，老人身体好对家人才是福。

老奶奶非常感动，决心好好治牙，治疗结束之后还坚持和我合影，并在冲洗出的照片上写上了“医德高尚，精益求精”一行字送给我和我的带教老师。这个小小的称赞更鼓励我成为一名“温暖”的医生，把患者的事当成自己的事，为患者付出一片真心。

我认为医生永远都是解决他人痛苦的人而不是机器，善于向患者传递温暖的情感，能为有限的治疗价值加上无价的情感分。并且有时候一点善意而恰到好处的引导，会起到意想不到的效果。

“不拒真美”

向患者致敬。对于年轻医生来说，患者是我们让成长的最好的教科书。所以，我们要感恩地对待每一位患者，更要善于从患者身上学习和成长。

在五病区轮转时有一个叫甜甜的女孩和她的父母令我印象深刻。

甜甜本是一个唇腭裂孤儿，是她现在的爸爸妈妈，从孤儿院把她领回家，带她看病，还陪她压腿练形体，一点一点纠正了原本非常严重的罗圈腿，现在的甜甜已经出落成亭亭玉立的大姑娘。

看着她们一家人的幸福、开心的样子，我更深刻地体会到善良和爱的付出一定能开出世界上最美的花朵，也激励着我在未来的行医路上永葆心中对真善美的追求。

医院里从不缺少这样美丽的故事，从身边人汲取到的正能量让我不断地向着成为一名更优秀的医生而努力。

医德医风，虽然听上去虚幻，做起来缥缈，却贯穿在我们职业的一点一滴中。

让我们心中有“不”：

对患者的要求不耐其烦，对仁医善行不假思索；

对重重困难不甘示弱，对奋斗钻研不亦乐乎；

不落窠臼求创新，不同流俗漾清波；不骄不躁行医德，不离不弃展医风！

（2012级口腔班 魏迪洋）

2017年12月14日，北医校友会第六届校友代表大会在医学部召开。校友是学校发展的重要基石，他们中的优秀代表是我们共同的骄傲。北医校友会每隔两到三年评选一批优秀校友，他们代表了“勤奋、严谨、求实、创新”的北医精神，值得所有北医学子和我们去铭记和学习。今年，共有林东昕院士、黄璐琦院士2名校友当选杰出校友、巴桑卓玛等67名校友当选优秀校友。《北医人》杂志将在〈校友风采〉栏目中陆续刊登介绍校友事迹的文章。

黄璐琦：中药资源普查探路人

■ 来源《中国中医药报》；文/胡彬



人物简介

黄璐琦，1968年生于江西婺源，中国工程院院士，中共党员。

1995年获北京大学医学部（原北京医科大学）博士学位。

1992年起在中国中医科学院工作至今，现为中国中医科学院常务副院长，首席研究员，中药资源中心主任，全国中药资源普查试点工作专家指导组组长，科技部重点领域中药资源创新团队负责人，部局共建道地药材国家重点实验室（培育基地）负责人，曾任国家973计划项目首席科学家。北京市第十五届人民代表大会代表。

牵头编制了《全国中药资源普查技术规范》，并付诸实施。实现了稀有野生中药资源的遥感动态监测，形成了五种资源保护模式。建立了中药材鉴别新方法。提出了道地药材形成的三个模式理论。发现了丹参酮合成的关键酶基因及一条二萜生物合成新途径。提出了“分子生药学”，出版的专著及教材发行海内外，全国已有30余所高校开设该课程。



在位于北京东直门附近的中国中医科学院内的一间办公室，记者见到了第四次全国中药资源普查试点工作专家指导组组长黄璐琦。

不大的办公室内，书架上、书桌上，堆满了和中药相关的书籍、杂志，作为装饰的相框里，也都是他在野外考察时与各色中药的“合影”。谈起被评为2014中医药年度新闻人物，黄璐琦谦虚地说：“中药资源普查是集体的功劳，我只是其中的一个代表。”伴着一杯清茶，他为记者讲述自己在中药资源普查路上的一段段奇妙旅程。

作为中国中医科学院副院长，中药资源中心主任黄璐琦从2011年起，在国家中医药管理局的领导下，在中国中医科学院的支持下，与中药资源普查专家指导组成员一起，顶层设计了试点工作，带领、指导各地普查队员，深入一线开展资源调查，摸清全国中药资源“家底”。

势在必行的资源普查

对于如今的中药市场，黄璐琦饱含忧虑：“近年来大多数中药材价格波动极大，对药农和企业造成伤害。药材质量问题频现，造假现象屡屡曝光。在此次资源普查中，我国到底有多少中药资源、每年可用量又有多少、农民种什么、信息如何获取等问题都有待回答，组织第四次全国中药资源普查势在必行。”

2011年11月，国家中医药管理局启动了第四次全国中药资源普查，这是自1983年第三次全国中药资源普查后，对国内各省现存中药资源进行的一次“大摸底”。

时隔近30年，原有数据已不足以支撑产业发展的科学决策，与此同时，环境发生了巨大的变化，技术手段也有日新月异的突破。摸清国内中药资源基本现状，成为迫切而重要的任务。对于藏在深山里的中药，又能有哪些新的认识？在环境的巨变下，哪些品种已经面临濒危？这些问题都摆在了中医药人的面前。

在资源普查筹备阶段，国家中医药管理局科技司有关负责人以及普查技术专家一次次地开会，还先后走访水利部、国

土资源部、林业部、国家遥感中心等部门，在多方取经的基础上，组织各方专家召开研讨会，探讨普查必要性和可行性、组织方式、技术支持等问题。历时数月，他们先后撰写了普查的全国方案、省级方案、县市级方案。明确了普查目标、内容、组织方式、技术定位、预期成果等核心问题。

黄璐琦介绍，普查主要完成的工作有四项：一是要探明中药资源的种类和分布，及563个重点中药材品种的资源总量。二是进一步调查清楚中药资源相关知识，如民间对一些药材的特殊用法等。三要建设一批中药材种苗繁育基地。目前多种野生中药材濒危，解决资源稀缺问题，最终还得靠人工种植，通过普查遴选种植基地成为当务之急。四是建立动态监督机制，保障信息通畅。

全国中药资源技术规范编制课题组，包括参与第三次资源普查的老专家在内的全国50多位中药专家，共同制定了《全国中药资源普查技术规范》，为全国中药资源普查提供了技术指南和保障。而后又将其精炼成一套便于携带的小册子，要调查哪些品种，样方如何设立？实际的问题一一列出，方便普查队员在野外能随时随地查看。“专家组还主持建立全国中药资源普查数据库，要求普查队员在调查期间除填写纸质表格、实地采集、压制中药材植株标本外，还要登录网站即时在线填报各种信息。”黄璐琦说。

中药世界中的“愉悦”行程

作为专家组组长，黄璐琦除了在北京日常的繁杂工作，以及各地的学术会议、交流考察外，带领各地资源普查队员跋山涉水、翻山越岭，进行技术指导、监督检查，成了他近几年来工作的主旋律。

“《技术规范》在实际运用中还存在哪些不足，普查队员在一线发现有价值的科学问题，我们都要及时调整修正，提炼总结。”三年间，细算下来，黄璐琦几乎一半的时间都在野外跟中药“面对面”地打交道。跟随各地普查队员，他走过了全国60余个普查试点县。“这对我来说是一段太珍贵的经历了！”他感叹道。

黄璐琦拿出了自己的笔记本，里面

有他在路途中写下的记录，安徽、甘肃、西藏、云南……每到一地，他收集沿途拍摄的照片，并记录下自己所见所感，还有带来研究灵感的种种新发现。“我给它们起名为‘行走的愉悦’，在这行走的过程中收获良多。”

随手打开一篇，是在河南安阳汤阴县考察的记录。他发现在当地伏道扁鹊庙院周围有不少艾叶，回来查阅李时珍《本草纲目》，里边记载：“艾叶以汤阴复道者为佳。”这里的“复道”是否就是“伏道”？于是，他考证了大量古籍文献，一篇题为《有关〈本草纲目〉中关于北艾产地修订》的论文刊登在了2014年12月的《中国中药杂志》上。

普查路途上带来这样研究灵感的例子还有很多。在西藏海拔4000米以上的高原地带，考察过程中他以科学家所具有的敏锐洞察力发现了苦味枸杞，与平时多见的甘甜味道的枸杞大有不同。查阅《本草原始》，发现确有“枸杞子，味苦”的记载。在人迹罕至的高原地区，植物生长未经过人类生产生活的影响，野生的枸杞原本就是苦味，经人工驯化、选择后变为现在的甘味。“相关研究基本完成了，我打算根据这些整理出论文。这些发现对今后的研究都有启发作用。”黄璐琦说。掌叶大黄的叶子可开发成蔬菜、三七种植问题的解决思路……这些都成为他的新课题。

此次922个县级普查点遍布全国31个省、市、自治区，在野外工作的队员达到上万名。“毛主席曾说：‘群众是真正的英雄，而我们自己则往往是幼稚可笑的，不了解这一点，就不能得到起码的知识’，这点在普查的路上我真切体会到了。”黄璐琦感慨。他发现，各地在中药材种植、采收方面，包括资源普查工作本身，都有自己的创造：比如，田地里收割过后的麦秆，在地表留下适当的高度，正好可以用做瓜蒌的“天然”棚架，只需在麦秆所在的田里播下种子，瓜蒌在生长过程藤蔓自然攀援到这些“棚架”上，既节约时间资源，又绿色环保。

再比如，划取样方是中药资源普查的一项基本功，在考察地随机选取位置，用相应工具，圈出面积10m×10m的正方



黄璐琦在实验室里查看试验结果

形地块后作为样方，然后对样方内的资源进行考察。但在野外，尤其是山地，常用的线绳划取样方就不那么方便了，当地的普查队员用竹竿一拉，轻松划取样方，地形的障碍迎刃而解。“这些工作生活中的智慧，让人大开眼界。”黄璐琦啧啧赞叹。

现在，中药资源普查工作发现1个新属11个新物种，汇总得到1.3万多种药用资源的种类和分布等信息，中药资源种类数已超过第三次全国中药资源普查。收集整理22个省份的中药材生产适宜技术84项，与中药资源相关的传统知识1千多条，拍摄照片230多万张，标本实物10万多份，为国家中药资源标本馆和数据库建设打下了扎实的基础。

连接国家级中心和县级监测站的28个省级中药材质量监测技术服务中心已建成，基本完成中药资源动态监测信息和技术服务体系的总体布局。组织参加12个省（区）16个中药材种子种苗繁育基地建设的79家单位，成立具有协同创新机制的全国中药材种子种苗基地科技联盟，提供规范化、专业化和社会化的种子种苗服务。

黄璐琦带领课题组系统地开展了中药资源保护性利用研究，将3S技术（遥感技术、地理信息系统及全球定位系统）

引入以质量为依据的中药区划研究中，实现了以有效成分积累为指标的中药适宜性区划，突破了以生长适宜性为基础的传统中药区划模式，实现了稀有野生中药资源的遥感动态监测，建立了国内最大药用植物种质资源共享平台。

青春岁月里的宝贵财富

黄璐琦出生在江西婺源一个医学之家，母亲是一位中医，从小他便跟随母亲出诊。“我家当时所在的这个县城不大，跟着母亲从街头走到街尾，不管是大人还是小孩，见到时都称呼‘金医生’，我为母亲从事的工作感到自豪。当时还会有患者到我家来看病，不论何时，母亲都会马上放下手里的事专心问诊；如果赶上患者来看病，来不及吃饭，母亲还会请他们一起吃，那时候我觉得医生很崇高。”

潜移默化的影响下，1985年，黄璐琦考入江西中医学院中药系，投身中医药领域，过去对母亲从事职业的骄傲自豪，逐渐变为了自己对所学专业的热爱。

1992年，黄璐琦成为北京医科大学一名博士研究生，师从楼之岑院士、诚静容先生和乐崇熙研究员。读书期间，黄璐琦对栝楼属植物研究产生兴趣。栝楼属植

物药用价值和经济价值都很高，如有抗癌作用的天花粉即来源于此属。为调查国内栝楼属的药用植物，他只身一人前往广东、广西、云南、贵州的深山老林实地考察，采集植物。他还广泛查阅英国、美国、澳大利亚、日本等国标本，最终整理出世界范围的栝楼属植物名录，并发现新种植物，使中国在这一领域的研究达到国际先进水平，解决了被世界葫芦科专家C. Jeffrey称之为“东亚地区葫芦科中最难处理的分类学难题”。他也因此获得北京医科大学特等奖学金。

一次，黄璐琦在贵州做野外调查时，车在路上出了故障，他独自沿着公路在月光下徒步了整整一夜。“那时候交通非常不方便，比如我们从昆明到西双版纳，路上要走一星期。车也状况频频，我们经常是‘上坡推’‘下坡滑’。”回忆起学生时代野外采集的经历，黄璐琦说，当年获得的经验，都成了今天属于自己的一笔宝贵财富，在近年来的普查中派上了用场。2013年夏天，在安徽天柱山野外交集中，全队的人员都有个醒目的标志——一双及膝白色鞋套，这也是黄璐琦在云南西双版纳采药时积累下的经验，通过这样的防护来防止蚂蟥叮咬。

分子生药学的创建发展

在进行栝楼属植物分类学研究时，黄璐琦发现有很多问题用传统技术和方法已经无法很好地解决，而分子水平的研究则很可能为这门古老学科带来新的生机。

1995年，他发表了《展望分子生物技术在生药学中的应用》一文，首次提出了“分子生药学”的概念。分子生药学在中药鉴别和生产方面的巨大价值，在生药学行业引起很大的反响。又经过5年的实践探索，黄璐琦与一批年轻学者编写的重要著作《分子生药学》出版。2012年，分子生药学被国家中医药管理局确立为重点培育学科。至今全国已有十几所高等院校开设分子生药学课程。他创建起国内第一个分子生药学实验室，并通过国家中医药管理局三级实验室验收。“继承与发展”这个理念一直挂在他心间，坚持以中医理论为指导，他努力尝试把各个领域的知识

引入到中医中药。对分子生药学的研究，他一坚持就是近20年。

引入分子生物学技术，他建立起中药材鉴别新方法，其中高特异性聚合酶链式反应技术鉴别中药材乌梢蛇真伪的方法，荣获中国专利优秀奖，被2010年版《中国药典》收载，这是分子鉴别方法首次收载于国家药典。他带领课题组发现了一条丹参酮合成的关键酶基因及二萜生物合成新途径，并在国际著名刊物PNAS、JACS等发表了系列高水平文章。所率团队现已申请基因国家发明专利8项，已成为丹参酮生物合成途径上基因注册和专利申请最多的研究组，并由此建立了二萜类药用成分生物合成研究平台。

此外，他还在全国开办“分子生药学”培训班，给有兴趣的学者免费做关于“分子生药学”技术的讲授。他希望能更多的人能够和他一样，在中药学研究道路上一直走下去。

黄璐琦获得了国家杰出青年科学基金资助以及中国工程院光华工程科技奖（青年奖）、国家特支计划百千万工程领军人才、全国优秀博士学位论文指导教师等荣誉；获国家科技进步奖二等奖4项，其中有3项是第一完成人，另外一项是第二完成人；在国内外一级刊物发表论文500余篇，主编著作17部，获国家发明专利9项；近5年，以第一作者或通讯作者发表SCI文章80篇。

“心无旁骛，坚持一个方向。”时至今日，黄璐琦经常是实验室里走得最晚的。只要不出差，他会忙碌到将近深夜时分。“天地广阔，大可作为。”对中药事业的热爱，让黄璐琦感到要做的事情还有太多太多。

对话黄璐琦

记者：在您看来，中药资源在哪些方面存在问题？

黄璐琦：首先，中药资源从管理层面上，职能交叉、多层次管理，除了医药部门，农业、环保、林业都有涉及，由于沟通不足容易导致一些问题。其次，中药资源队伍不健全，人才相对缺乏，很多医生只开方但并不认药。现在分工过细，造



黄璐琦（中）在安徽天柱山实地调查中药资源

成了中医中药的脱节。此外，中药科研没有和生产一线结合，难以形成合力，协同创新能力略显不足，为此在这次普查试点工作中，在组建普查队伍时，我们的队员既有医生、药师，也有农林人员、医药企业人员、行政管理人员，各行各业都有涉及，以促进中医药与各行业之间的联系。

记者：中药资源普查还在继续，下一步的工作将有哪些打算？

黄璐琦：中药资源普查试点工作的科研成果要与实际运用相结合，解决地方实际问题，带动地方经济，促进中药学科发展。要在巩固普查试点工作成果、保证中药材质量和提高疗效等方面下工夫。

未来，通过与各省科研单位、大专院校以及中药资源动态监测和信息服务站建站单位的联动，我们将形成稳定的科研组织架构和共建共享的合作与成果分享机制，加强科研成果向中药材生产一线的转化应用，为标准的制定提供保障。

除了建立中药资源动态监测体系，建设种苗繁育基地也将是重点工作之一。从种苗繁育、科研基地、信息监测点、专家委员会、信息服务，到企业需求定制，引导产业合理布局与发展，保障中药材产地规范、质量优良、价格有序、加工安全、渠道透明。

记者：听您讲述了求学路、研究路上的故事，在这些过程中，哪些人对您影响最深？

黄璐琦：乐崇熙、诚静容、楼之岑等导师在为学做人方面都对我产生了深刻的影响。我还记得研究生复试时，乐崇熙先生耐心教我改正南方口音，区分“您”和“你”，还有用餐规矩、说话礼仪，这都使我颇为受益。曾担任中国药学会理事长、中国工程院院士楼之岑先生的严谨治学精神让我敬仰。一位师兄给当时国内最高水平的专业杂志投稿，编辑意见是文章水平很高，但篇幅长。师兄把稿子拿给先生，先生提笔批注“我们不能削足适履。”后面署名“生药教授楼之岑”。而后返给编辑部，最终论文全文发表。先生的不凡气度和治学精神在此可略见一斑。

记者：您提到“心无旁骛”是成功的因素之一，您是如何做到的？

黄璐琦：做任何一个行业投入进去都有这样一种状态。叫心无旁骛也好，还是叫全身心的投入、废寝忘食也好。遇到研究上不顺利时，反而会激起你的斗志。为什么我做不出来？它到底什么原因？越琢磨越有味道。一旦把这个问题解决了，就像骑着自行车、哼着小曲，走在回家路上的感觉，轻松惬意。

一封医生给医生的表扬信

【编者按】近日，北医三院收到了一封表扬信，作者是三院一位儿科医生，她讲述了自己作为一名患者家属的亲身经历和作为一名医务人员的感触……

尊敬的医院领导：

我作为一名工作多年的临床医生，今天我谨从一个医生的角度来说一说我们医院的一位好医生。

2017年11月17日，家中亲戚因胸闷、胸痛、乏力、出汗而入住我院心内科一病房，主治大夫是徐昕晔主治医师：此患者有冠心病史，于十几年前曾经做过心脏支架手术。此次住院的目的是做心脏的全面检查和心导管检查。在住院第一天，从血常规和血生化检查结果中，徐大夫发现了患者贫血和营养不良的情况：徐大夫不肯放弃这一现象，反复追问病史，一遍又一遍的与患者及家属沟通交流，从中寻找蛛丝马迹，心导管手术从原定的周二推至周三，又从周三推至周四。终于通过胸椎核磁检查找到了真正的病因——胸4-5恶性骨肿瘤。

至此，心内科的诊治已告一段落，他完成任务了。然而徐大夫不辞辛苦，下班时间仍然在病房与家属商榷怎样与患者交待、告知病情，并积极与相关科室（骨科、放射科、血液科）联系后续诊断治疗问题，还为病人后续的治疗做好了身体条件的准备。

今天在这里表扬他，不仅仅是他为亲戚查出了这么大的

病患，而是发自内心的感受到这真是一位难得的好医生，家属认为徐大夫完全可以为患者如期施行心导管手术，然后做出诊断并出院，这是顺理成章的程序，然而他却并没有这么做。

我们家里有来自北京各大医院多名医务工作者，上至泰斗级著名院士，下至从医多年的普通医生，我们深知目前的医疗环境与大夫的难当，而徐大夫这种认真负责，一丝不苟，思维缜密，不肯放弃的诊治精神，就是我们所说的医德，还有他良好的医患沟通技巧，也正是医学人文精神的需要，是医学发展的需要。良好的沟通技巧成为每个医生成功的必要条件，只有掌握了医患沟通技巧，作为医生才能是一名合格的医生，才能是一位有成就感的医生。

在当前医患关系颇为紧张的情形下，作为医务工作者在这一矛盾中，如何用我们的高度责任心，耐心细致的工作态度，与患者沟通交流，是我们都应该思考的问题。我觉得徐大夫所表现出来的良好的医德和医患沟通技巧，正是我们许多医生还缺乏而需要学习的品德和能力。无论我们是普通医生、专家或教授，都需要认真学习。希望医院能够宣扬这种精神，使我们的医生都成为患者满意的医生，患者信任的医生，患者需要的医生——真正的好医生。

我为我们的北医三院和心内科培养出了这么好的医生而感到骄傲！

作者：北京大学第三医院儿科 鲍慧玲

来源：北医三院院报



摄影：罗岚瑞

切了长，长了又切，沙先生的寻医之路

故事的主人公沙先生，30岁，江苏人，他曾是一家单位的保安员，日子过得平平淡淡。2016年3月，他忽然感觉肚子疼的不能忍，赶紧去医院做了B超，结果竟然发现有两个瘤子，医生当机立断的让他加做了加强CT，但这并不能明确究竟这两个瘤子是什么性质，医生说可能是肠胃间质瘤，也可能是别的，建议他到三甲医院去看看。

沙先生非常焦虑的先后来到南京三家三甲医院，看了很多医生，做了好多检查，可都不能确定这是什么病，唯一肯定的只有瘤子是恶性的可能性非常大！为了进一步确诊，他们又安排了沙先生做了穿刺。

穿刺结果出来了，报告显示这不是恶性肿瘤，但却也不知道是什么。

一家人又辗转到上海的三甲医院，当地医生说不管是不是恶性的都要开刀，瘤子在里面不是好东西，建议手术。

于是沙先生就做了手术。三个月后复查，发现复发了。医生说没有更好的办法，也没药能治疗，只能试着再次开刀扩大切除，而且，说这种病手术做的越多，复发得越快。

沙先生想了又想，决定不继续手术了，自己回家吃上了中药，九个月后的一天，忽然在肚脐旁摸到了一个很大的东西。他当即去看医生，医生说现在腹膜后、肠系膜都长满了，其中最大的一个就是肚脐旁竟有9.5公分。医生说，没有什么好办法，只能这样切了长，长了切，沙先生陷入了绝望。

在万分无助的时候，他在网上查到了北京大学肿瘤医院李舒医生有一个“关注硬纤维瘤”的患者群，通过网友的帮助下他进了群，犹如黑夜里的一线曙光，在这里，他认识了很多病友，大家都是李舒医生治疗团队的病人，病友们自发的组织了微信群，在群里交流沟通，相互鼓励，相互温暖，这让沙先生又看到了希望！

沙先生抱着一线希望来到了北京大学肿瘤医院，看病的过程中，他了解到李舒医生他们科有一个团队，专门研究硬纤维瘤，这个团队非常专业，致力于帮助很多像沙先生一样陷入绝望的患者重拾希望。

通过交流，病友们都感觉到，很多病人甚至很多医生都不了解这个病走了好多弯路，真是太可惜了！为此，大家相约，纷纷将自己亲身经历的故事讲述出来，希望媒体朋友们可以帮助传播，让更多人了解和认识硬纤维瘤，了解硬纤维瘤。希望社会各界关注这个群体，更希望医生们早日攻克硬纤维瘤，找到治疗方法，让病友们都得到正确的治疗，愿大家都尽快好起来。

硬纤维瘤不做手术行不行？

对于已经确诊为硬纤维瘤的患者，最关心的就是如何治疗。既然硬纤维瘤属于良性肿瘤，那么不开刀能不能治好？放疗行不行？今天我们就来聊聊硬纤维瘤的治疗方法。

首先需要明确，手术是硬纤维瘤最主要的治疗方式。对于初次诊断为硬纤维瘤的患者，如果能够进行完整的、根治性的、广泛的切除手术，同时手术不会对身体造成太大的损伤（如损伤肢体功能等），这种情况下首选手术治疗。

因为硬纤维瘤不会危及生命，因此和一般恶性肿瘤不同，不需要牺牲肢体功能来做根治性切除手术。当肿瘤不可切除或者切除后会导致严重的功能障碍时，可以考虑放疗。此外，当肿瘤切除后，如果周围仍然有病灶残余，这时也需要放疗。

但值得注意的是，放疗对患者年龄有一定的限制。一般认为，30岁以下的硬纤维瘤患者，放疗的效果并不理想，30岁以上的患者疗效相对比较好。之所以不建议年轻患者或儿童患者放疗，主要是考虑放疗对此类人群可能会造成迟发的并发症，主要有以下三种：

1. 肢体挛缩：放疗会导致肌肉萎缩、关节变形，进而造成肢体功能障碍。

2. 生长发育障碍：处于生长发育期的硬纤维瘤患儿，选择放疗可能导致发育异常。例如，硬纤维瘤长在孩子腿上，做完手术后接受放疗，之后这条腿很可能就不再生长，时间长了，两条腿就会不等长；

3. 诱发恶变：硬纤维瘤是一种良性肿瘤，但如果放疗后刺激了肿瘤细胞，患者可能在10年以后长出恶性肿瘤，如纤维肉瘤。

因此，对于年轻的硬纤维瘤患者，选择放疗时要十分谨慎。那么，既不能手术也不能放疗的患者，该怎么办呢？此时可考虑药物治疗。目前最常见的药物治疗有三种：化疗、抗雌激素治疗以及靶向治疗。文献报道，化疗的有效率最高，其次是靶向治疗，抗雌激素治疗效果最差。

如果患者对药物不敏感，或者用药后出现耐药，还有一部分患者不愿意接受药物治疗，此时可以进行保守治疗。但硬纤维瘤的保守治疗，并不是做做针灸、理疗、按摩等。相反，这些措施会在一定程度上会刺激肿瘤，甚至造成肿瘤恶变。因此，建议硬纤维瘤患者千万别尝试。

作者：北京大学肿瘤医院 管九苹 李舒

来源：北京大学肿瘤医院官方微信



摄影：邱志维