

本期关注

编者按:疫苗不仅能预防疾病、挽救生命,还能减少卫生保健开支。接种疫苗是预防传染病有效且经济的手段,是迄今为止非常成功的公共卫生措施之一。然而,美国等西方国家近年来出现“反疫苗”现象,给传染病防控工作带来巨大冲击。“反疫苗”现象成因复杂,既有疫苗自身的安全性、经济性、可及性问题,也有政府健康治理体系碎片化、保障体系不完善、民众社会责任意识欠缺问题。尽管目前我国疫苗接种社会接纳程度很高,免疫规划工作成效显著,但需警惕和消除“反疫苗”思潮可能带来的冲击。本报分两期推出系列文章,对二类疫苗接种的保障体系建设、“疫苗犹豫”的形成机制、二类疫苗纳入医保支付的路径、“疫苗犹豫”问题的治理、二类疫苗接种服务公平性提升等进行全面介绍,以提升公众疫苗信任度,增强战胜传染病的信心。

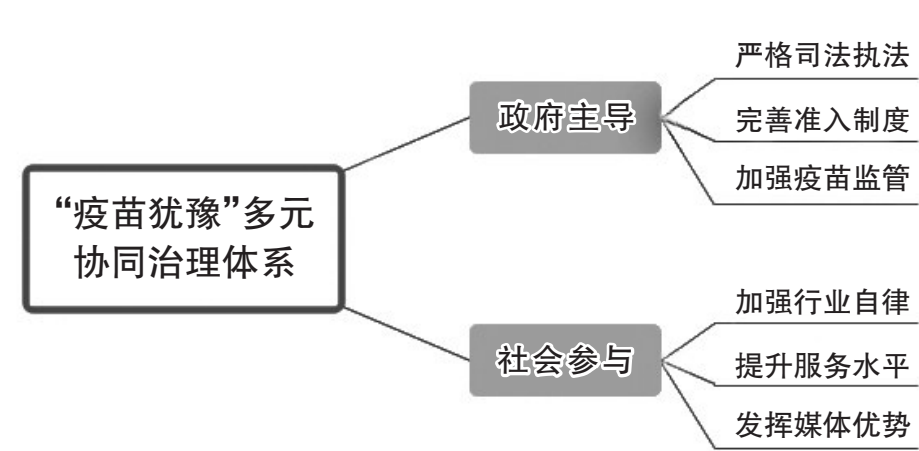
构建后疫情时代“疫苗犹豫”多元协同治理体系

郑州大学公共卫生学院 苗豫东 冯雨

“疫苗犹豫”就是在疫苗服务可及的情况下拒绝或延迟接种疫苗。世界卫生组织指出,“疫苗犹豫”并非只是困扰发展中国家公共健康的问题,在一些高收入国家以及接受过高等教育的人群中,排斥接种疫苗的现象正在蔓延。

“疫苗犹豫”成因复杂,既与疫苗自身相关,如安全性、价格、有效性等,也与抵制疫苗的社会思潮、行动有关。因而,有效治理“疫苗犹豫”问题,不仅要充分发挥政府治理的主体作用,还要充分发挥非政府组织、媒体等社会力量的作用,构建后疫情时代多元协同治理体系(如图所示)。

第一,政府主导,建立多层次监管体系。严格《疫苗管理法》司法执法。目前,疫苗生产流通中企业和其他主体的义务和责任法律界定清晰,政府及执法部门应监督疫苗企业履行法定义务和责任,并引导



从他律的被动承担逐步走向自律的主动承担。完善行业准入制度。对疫苗的生产、流

通企业实施严格的准入制度,使疫苗从产品注册、企业管理到生产与流通等各个方面都有更好的质量保证。

重视疫苗应用评价。疫苗监管机构应不断优化免疫策略,发现和评估罕见严重副反应并进行因果判定,在疫苗上市前就展开对孕妇、儿童等特殊人群的安全性、有效性评价。疫苗上市后进一步完善疫苗使用经验,对疫苗安全性、有效性、可预防疾病的发病率以及公众对疫苗接受度等指标开展持续监测,丰富上市后证据。

第二,社会参与,建立多元化治理体系。加快疫苗行业诚信体系建设。疫苗生产、流通行业组织应该加强行业自律,进一步建立健全行业规范,引导和督促企业依法开展生产经营,促使企业在疫苗生产流通过程中主动承担企业主体责任,自觉接受社会监督,保证疫苗制品从研制到流通全程的质量安全,建立完善的行业诚信体系,提高公众对疫苗制品的信任度。

改善疫苗接种服务体验。接种门诊、疾病预防控制中心、医院是公众获取疫苗相关

知识和服务的基本途径,也是公众最信任的途径。接种服务体验(服务方式、服务内容、专业建议与推荐等)在逆转接种者“疫苗犹豫”中起着关键作用。例如:儿童在离开接种门诊时,接种工作人员可以口头预约下一次接种的时间,也可以通过书面的提醒,使儿童及时完成预防接种程序,并最终达到较高的预防接种覆盖水平。同时,鼓励有条件的医疗机构提供预防接种服务,积极利用数字化技术、“互联网+”等技术,减少等待时间,提升接种“服务体验”。

发挥媒体“正能量”。各类媒体是联系疫苗和公众的科普桥梁。媒体应将从正式渠道获取的疫苗知识向大众普及,在消除社会对疫苗误解中发挥“正能量”。同时,新媒体在进行信息发布传播时,应更加重视信息的准确性、科学性,恪守必要的界线,保证立场的客观公正。

提升欠发达地区二类疫苗接种服务公平性政策建议

中国政法大学光明新闻传播学院 周祉含



资料图

预防接种是根据国家疾病预防控制规划,由合格的预防接种技术人员按照既定的免疫规划程序,利用疫苗给符合条件的接种对象输出到机体内,从而提高人群免疫水平,达到预防和控制针对传染病发生和流行的目的。

大量的流行病学和卫生经济学证据表明,一个国家或地区预防接种服务利用情况与居民的健康水平和疾病负担息息相关。实现预防接种服务的全民覆盖,保障城乡居民充分利用系统连续、高质量的、公平可及的预防接种服务,已成为实现健康中国战略的重要组成部分。

目前,我国由政府免费提供的一类疫苗接种率已达到了较高水平,但是需要自费接种的二类疫苗接种率依然处于较低水平,且一些经济欠发达地区接种率远低于经济发达地区。二类疫苗作为一类疫苗的补充或有限的替代,在控制传染病流行、减轻疾

病负担方面发挥了积极作用。在社会经济发展相对落后地区,疫苗接种的低价高效优势尤为突出。因此,欠发达地区二类疫苗接种服务公平性亟待提升。

一、提高接种服务可及性

提高政府部门对扩大免疫重要性和必要性的认识,厘清卫生健康部门、疾病预防控制机构和各级预防接种门诊的职责,积极推动经济欠发达地区二类疫苗接种服务。

鼓励医药企业构建疫苗创新研发平台,促进二类疫苗的研发、生产和商业化,提高二类疫苗市场良性竞争。

进一步完善二类疫苗集中采购机制,通过专家论证会和委托代理机构组织竞争性谈判等方式采购二类疫苗,程序规范,过程透明,组织有序。

不断优化二类疫苗接种服务网络,做到以镇(街道)为单位全覆盖,加强二类疫苗供应。

规范预防接种单位设置、人员资质和服务流程,实行集中接种模式,乡村医生不得开展二类疫苗接种业务。

二、重视宣传教育工作

各级政府要将二类疫苗宣传教育工作纳入重要议事日程,积极引导二类疫苗宣传教育工作的开展。

相关部门要建立分工协作机制,研究制定二类疫苗宣传教育工作方案,履职尽责,加强配合,逐一抓好各项工作落实。

主管部门要协同相关社会组织定期开展形式多样的宣传教育活动,普及二类疫苗的基础知识,提高居民对二类疫苗预防接种、健康防病的认识和理解;增加居民获得二类疫苗预防接种知识的途径,通过悬挂横幅、摆放展板、发放宣传资料、利用微信平台等宣传方式,倡导居民重视、关心并主动参与接种二类疫苗,营造良好接种氛围。

三、加大疫苗监管力度

完善监管制度,健全二类疫苗管理和预防接种长效机制,推动预防接种工作做实、做细。

创新监管方式,加大监管力度,提升二类疫苗预防接种服务信息化水平,切实保障疫苗接种的质量。

规范二类疫苗存储、使用等技术指标,细化疫苗存储、运输公共服务负责人履职处置办法。

组织疫苗检查中心开展定期巡查,对于质量可疑疫苗抽检鉴定,要遵守同一性原则,并履行同一性认定手续,对于不能保证同一性的,坚决予以封存销毁。

完善二类疫苗异常反应补偿机制,做好疑似预防接种异常反应监测工作,增强危机应对机制,保障预防接种安全,增强居民对二类疫苗预防接种工作的信任。

肺转移癌的 diagnosis 与介入治疗

□李兆南 韩新巍

肺是恶性肿瘤转移最高发的器官,全身各组织器官的肿瘤基本都可以转移到肺。最常见发生肺转移的原发癌部位分别是女性生殖系统、消化系统和呼吸系统。在全部恶性肿瘤死亡病例的尸检中,约30%有肺转移。

在肺转移的临床病例中,80%~90%为多发性的,10%~20%是局限性或孤立性的。大多数病例在原发癌出现后2年内发生转移,3年后发生转移者少,但亦有长达10年后发生转移的。少数病例肺转移灶比原发癌更早被发现。随着肿瘤的综合治疗的开展和肿瘤患者生存期的延长,肺转移性肿瘤的发生率正在不断增高。

转移癌之所以不同于原发癌,是因为它的形成是一个多因素、多环节、连续动态过程。转移癌细胞具有更活跃的运动性和更强大的耐药性,特别是具备丰富的新生血管而增殖速度极大加快,而且对宿主免疫功能有更大的抗拒性。治疗转移癌,应该是多靶点、多导向的复合结构药物。

病因

一般认为,原发癌的生物学特性和机体的免疫状态是发生肺转移性肿瘤最主要的因素。肺转移癌发生时,一般是细胞停留在肺的小动脉或毛细血管的分叉部位,粘附在毛细血管的内皮上形成凝块,然后穿过管壁进入血管外的结缔组织,开始细胞增殖,变为小的瘤体,形成转移癌。如果循环在血流中的恶性肿瘤细胞不能附着或穿入软组织,被吞噬细胞吞噬,就不能形成转移灶。因此,从动力学和免疫学观点来看,机体的血液黏稠度和免疫功能对肿瘤的肺转移影响很大。

肺转移癌的转移途径视原发癌的解剖位置而异,一般有以下几种:

直接浸润或蔓延:原发于胸壁、胸膜、纵隔或膈下器官的恶性肿瘤可以直接蔓延到肺。如恶性淋巴瘤、胸腺癌、乳腺癌、食管癌、肝癌、胰腺癌等,但此种转移方式相对少见。

气道种植转移:由肺的一个区域经支气管树的管腔向余肺或对侧种

植,形成转移,多见于支气管肺癌。

淋巴道转移:通过淋巴道向肺内转移是较为常见的转移途径。常见于腹腔、盆腔的恶性肿瘤,经腹膜后淋巴道转移入肺。乳腺癌也可以经淋巴道转移到肺。

血行转移:经体静脉及右心循环到肺,或经门静脉、通过下腔静脉而进入体循环到肺,或从淋巴管进入胸导管,转入锁骨下或颈静脉,再通过血管进入肺,或直接侵犯静脉,经左心循环到支气管动脉而进入肺内,都是血行转移的途径。

临床表现

早期肺转移癌多无明显症状,常在原发癌的定期复查中被发现。如果转移灶位于支气管内膜,患者可出现呼吸道症状。临床出现胸痛常见于同时有肋骨转移者;少数病例的支气管黏膜受侵犯可出现少量咯血,但绒癌肺转移可发生大咯血。当转移癌侵犯胸膜、主支气管或邻近结构时,可出现与原发性支气管肺癌相同的症状,如咳嗽、痰中带血丝、胸痛、胸闷、气急

等。症状出现较早时,提示转移灶累及支气管。如果同时伴有纵隔转移,患者可表现为音哑、上腔静脉综合征、膈麻痹及食管或气管压迫症状,偶有肿瘤引起急性肺栓塞,表现为进行性呼吸困难。如并发癌性淋巴管炎、大量胸腔积液、肺不张或上腔静脉受压时,则呼吸困难更为明显。继发感染可有发热。肺性肥大性骨关节病和杵状指比原发性肺癌少见。

辅助检查

转移性肺肿瘤的X线表现,最常见的是中下肺野孤立性或多发性结节样病灶,直径1厘米~2厘米,边缘较光滑。随着病灶增大和增多,可相互融合成巨块。绒毛膜癌常呈棉花团的球形灶。来自消化道的转移性肺癌可呈弥漫性粟粒样或网状阴影。转移性肺癌,偶可形成不典型的癌性空洞。少数生长较慢的转移性乳腺癌,可形成弥漫性肺纤维化。女性转移性癌所致胸腔积液,多来自晚期乳腺癌。

CT是发现小的肺转移灶或评价纵隔转移的最有效的方法。

放射性核素肺扫描检查:恶性肿瘤的肺内转移灶与放射性核素有亲和力,阳性率可达90%左右。但肺炎和其他一些非癌病变也可呈现阳性现象,因此必须结合临床表现和其他资料综合分析。

经胸壁穿刺活组织检查:对于周围型肺癌获取组织学诊断的阳性率可达90%以上,方法简单。但极少数可能产生气胸,胸膜腔感染或出血、癌细胞沿针道播散等并发症。

胸腔镜检查:经胸壁小切口插入胸腔镜或纤维支气管镜,直接观察病变范围,或取活组织做病理切片检查。

诊断

明确的原发性肿瘤病史,根据影像学及肿瘤标志物筛查,对于高危患者采取活检,可明确诊断。

介入治疗

恶性肿瘤出现远处转移是全身播散和预后不良的表现,除在门静脉回

流区域生长的恶性肿瘤主要转移至肝脏外,肺是所有恶性肿瘤最主要的转移器官,30%~40%的恶性肿瘤在自然病程中发生肺转移。传统观点多认为肺转移癌属肿瘤晚期,不宜手术或介入治疗,但随着近年来对肿瘤生物学行为认识的提高,国内外报道对符合条件的患者进行手术治疗可获良好的疗效,甚至达到治愈。

对于肺转移癌血管内介入治疗目前尚存在争议,因转移性肺癌供血血管为支气管动脉或肺动脉或两者皆有。部分文献报道支气管动脉联合肺动脉灌注化疗取得一定疗效,但无大数据支撑,且无前瞻性对照研究,但对于转移肺癌放射性粒子植入治疗取得了良好的效果,能延长患者生存期,改善预后。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

