



纳入更多救命救急好药，今年将调医保目录

我国已建立肿瘤登记年报制度，建有肿瘤登记处574个，覆盖4.38亿人口

男性越能做俯卧撑 心血管病风险越小

新华社北京电 美国哈佛大学陈曾熙公共卫生学院日前说，他们在为一项为期10年的跟踪研究中发现，能做多俯卧撑的男性罹患心血管疾病的风险较低。

研究人员在新一期《美国医学会杂志·网络开放》发表报告说，他们2000年到2010年间以1104名成年男性消防员为对象，收集他们的健康数据。研究开始时这些男性平均年龄为39.6岁，按能够一次完成俯卧撑的个数被分成0至10、11-20、21-30、31-40和40以上这5个区间组，分别在2000年2月研究开始时和2007年11月接受基准测试和中期测试，测试内容包括俯卧撑能力和运动耐受力。

结果显示，在10年间，这些人中一共出现了37例心血管疾病，其中仅有1例病人在基准测试中完成俯卧撑超过40个，其余病人在测试中都没有达到40个。分析还发现，基准测试中完成俯卧撑少于10个的人罹患心血管疾病的比例最高，而完成俯卧撑超过40个的男性罹患心血管疾病的比例最低。

研究人员指出，由于这项研究仅覆盖了成年男性，因此结果可能不适用于女性或其他年龄段的男性。但他们强调，尽管还需要更大规模的研究来论证，这项研究也显示俯卧撑可能是一种低成本、快速、简单的手段，可以临床评估身体机能以及罹患心血管疾病的风险。

患黑色素瘤的老烟民请注意 吸烟致存活率大降 强烈建议尽快戒烟

新华社伦敦电(记者张宏伟)英国利兹大学18日发布一项研究说，吸烟可能会影响免疫系统对抗主要的皮肤癌——黑色素瘤的能力。与不吸烟的黑色素瘤患者相比，有长期吸烟史的黑色素瘤患者的存活率会大幅下降。

利兹大学和瑞士苏黎世大学的研究人员分析了英国超过700名黑色素瘤患者的情况后发，与那些诊断出黑色素瘤之后10年内都没有吸过烟的人相比，吸烟的患者存活的可能性要少40%。

免疫力强可以提升黑色素瘤患者的存活率。研究人员分析了这些患者的基因，并按照遗传因素影响的免疫力高低为这些患者分组。结果显示，有156名黑色素瘤患者在遗传上的免疫力是最强的，但他们中的吸烟患者存活率远低于免疫力一样强的不吸烟患者。

研究人员认为，吸烟对人体免疫系统产生了影响，改变了其抵抗皮肤癌的能力，也增加了其他健康风险。

因此他们强烈建议，有吸烟习惯的黑色素瘤患者应该尽快戒烟。

报告主要作者、利兹大学教授朱莉娅·牛顿-毕晓普说，免疫系统就像一个交响乐团，有不同的分工。这项研究表明吸烟会妨碍整个乐团的和谐演奏，乐团成员或许能够继续演奏，但这是在一种并不协调的状态下进行。

相关结果已刊登在美国期刊《癌症研究》上。

英一款软件可预测 卵巢癌患者生存率

新华社伦敦电(记者张宏伟)英国帝国理工学院15日发布新闻公报说，研究人员最新开发出一款人工智能软件，可预测卵巢癌患者的生存率及其对治疗方案的反应，比使用传统方法更准确。

这款人工智能软件由帝国理工学院和澳大利亚墨尔本大学的研究人员合作开发。测试中，他们让软件识别364名卵巢癌患者的组织样本和计算机断层扫描数据，软件会基于肿瘤的4个特征来评估患者病情严重程度并打分。相关成果发表在《自然·通讯》杂志。

研究人员将软件的结果与传统的活检结果以及医生当前用来评估病患生存率的打分体系进行对比，结果发现，软件在预测患者生存率方面的准确度可达到传统方法的4倍。此外，软件给出的评分还与化疗反应、手术效果相关，说明这一指标有助医生更好地预测患者对治疗方案的反应。

人体细胞“重新编程” 也能够分泌胰岛素

糖尿病或有新疗法

新华社北京电 一个国际研究团队发现，一种通常不会分泌胰岛素的人体细胞经“重新编程”后也能够分泌胰岛素，帮助控制血糖水平。新发现有望用于治疗糖尿病。相关论文已发表在新一期英国《自然》杂志上。

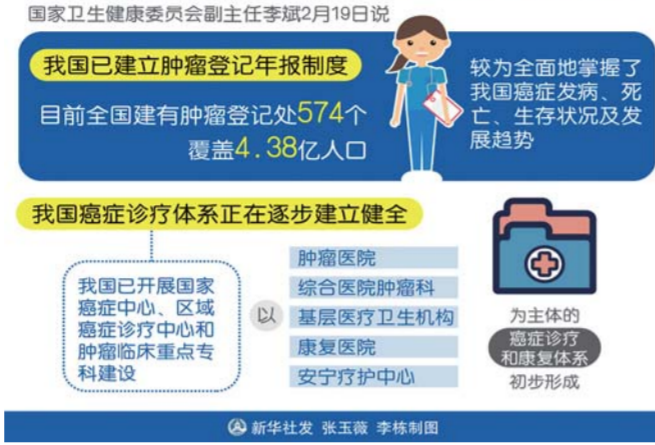
胰腺中通常由贝塔细胞分泌胰岛素，以调节血糖水平。如果贝塔细胞无法正常工作，则可能导致糖尿病。

此前动物实验发现，如果小鼠的贝塔细胞遭到破坏，胰腺中通常不会分泌胰岛素的阿尔法细胞会开始变化并分泌胰岛素。这一过程中，两种分别名为Pdx1和Ma1a的蛋白质起着重要作用。

为探明人类阿尔法细胞是否会类似变化，研究人员将编码上述两种蛋白质的脱氧核糖核酸(DNA)导入人类阿尔法细胞。经一周培养后，这些细胞变得越来越多像贝塔细胞，其中大约40%开始分泌胰岛素。

论文作者之一、瑞士日内瓦大学研究人员佩德罗·埃雷拉说，如果能将阿尔法细胞或其他类型的胰岛细胞以类似方式在人体内分泌胰岛素，或许可用于治疗人类糖尿病。

我国癌症诊疗体系不断健全 全国已建成574个肿瘤登记处



新华社北京2月19日电(记者陈聪、张泉)国家卫生健康委日前说，我国已建立肿瘤登记年报制度，目前全国建有肿瘤登记处574个，覆盖4.38亿人口，较为全面地掌握了我国癌症发病、死亡、生存状况及发展趋势。

李斌在当天举行的国务院政策例行吹风会上说，我国癌症诊疗体系正在逐步建立健全。他介绍说，我国已开展国家癌症中心、区域癌症诊疗中心和肿瘤临床重点专科建设，以肿瘤医院、综合医院肿瘤科、基层医疗卫生机构、康复医院、安宁疗护中心为主体的癌症诊疗和康复体系初步形成。

针对有患者反映的抗癌药供应短缺问题，李斌说，针对抗癌药进医院“最后一公里”的问题，明确谈判药品费用不纳入总额控制范围，要求医疗机构不得以费用总额控制、“药占比”和医疗机构基本用药目录等为影响谈判药品的供应和合理用药需求。

近日召开的国务院常务会议指出，加强癌症、罕见病等重大疾病防治，事关亿万群众福祉，要加快完善癌症诊疗体系，坚持预防为主，推进癌症筛查和早诊早治，努力降低死亡率。李斌就此介绍说，国内外的经验表明，采取早期预防、早期筛查、早期治疗等防治措施，对于降低癌症发病率和死亡率具有显著效果。我国在癌症防治方面坚持预防为主，强化早期筛查和早期发现，积极推进早诊早治，取得了一定成效。下一步，国家卫健委将采取综合措施持续加强癌症防治工作，切实降低癌症死亡率，更好满足百姓健康需求。

相关技术距大规模应用还需时间，虽无法取代医生却能辅助医生

能诊断会治疗，“AI医生”何时上岗？

第四范式创始人戴文渊说，对于深度学习而言，慢性病的数据量相对比较小，可能只有万级的数据样本。因此在糖尿病的风险预测中，算法应用了迁移学习、半监督学习和可解释机器学习等。

“人工智能不会替代医生，但懂人工智能的医生可能会替代不懂人工智能的医生。”联影智能联席首席执行官沈定刚认为，未来人工智能的应用将贯穿于整个临床 workflow，从源头的成像一直到后期的诊断、治疗和评估。

不过，就目前的技术限制，在人工智能输入的数据和其输出的答案之间，通常存在着无法洞悉的“隐层”，被称为“黑箱”。“黑箱”存在的后果，就是难以判断人工智能是否出错。

“如果能让医生看到计算机是怎么想的、怎么得出结论的，就能让人类更相信计算机，让人类对它更加放心。”张康说。

夏慧敏介绍，人工智能并不会取代医生，但是可以大幅减轻医生的工作量。她说，更好的技术手段和平台，既能在一定程度上解决医疗服务能力不足的问题，又能提高健康服务的公平性。

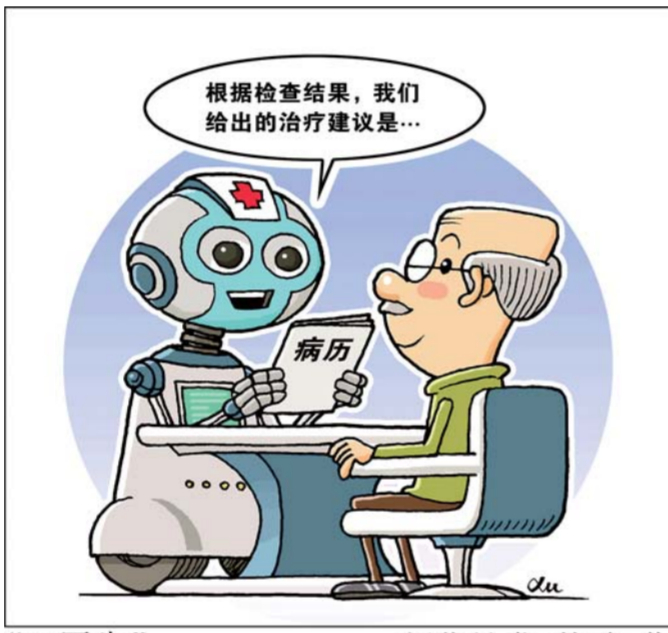
“人工智能医生”何时能“上岗”？

记者走访多家医院、人工智能公司发现，现阶段医疗人工智能发展存在诸多难点，比如医疗数据难以获取、研发周期长、临床实验费用高、医院应用门槛高等。

专家认为，我国在病例数据方面有很大优势，但由于医疗数据没有共享，存在“孤岛”现象。且数据的录入欠缺标准，导致大量优质数据无法为医疗人工智能的发展服务。

“人工智能医生”何时能正式“上岗”？去年原国家食品药品监督管理总局发布了新版《医疗器械分类目录》，新增了与人工智能辅助诊断相对应的类别，在目录中具体体现在对医学影像与病理图像的分析与处理。这意味着，如果医疗影像人工智能产品想要走医院采购这条路，必须通过相应认证。

杨志明认为，目前人工智能技术未能达到通用人工智能，还处于垂直领域的“弱人工智能”阶段，在推理、综合决策、跨领域、跨物种、自我创新等方面还远未成熟，人工智能代替人类医生还需要很长的时期。



“AI医生” 新华社发 徐骏 作

——提高癌症筛查效率。早诊早治是提高癌症治愈率的关键。2018年12月，中山大学肿瘤防治中心牵头开展上消化道肿瘤人工智能诊疗决策系统的研发及推广应用项目，根据该系统试用初期数据分析，临床试用中恶性肿瘤识别准确率已达到95%以上。徐瑞华认为，我国现有癌症筛查技术仍有许多局限性，癌症早诊早治率仅约20%。人工智能在胃癌、肺癌、乳腺癌、肝癌等早诊早治方面均有广泛应用前景。

——助力公共卫生科学决策。业内专家认为，人工智能通过海量的数据模拟拟出医疗流程、医疗诊断、医疗建议和治疗方案，将推动公共卫生政策的制定更为科学。

“人工智能医生”会取代人类医生吗？

“人工智能医生”究竟是如何“思考”的？以慢病管理为例，看似简单的“百分比”，背后其实有一整套算法模型。

新华视点 中国新闻名专栏

新华社广州2月19日电(记者肖思思、周琳)能“读图”识别影像，还能“认字”读懂病历，甚至像医生一样“思考”，出具诊断报告，给出治疗建议……这不是科幻，人工智能医疗正从前沿技术转变为现实应用，“人工智能医生”离我们越来越近。

机构预测，中国医疗人工智能的市场需求已达数百亿元。专家认为，“人工智能医生”的应用，有利于缓解社会老龄化带来的医疗资源供需失衡以及地域分配不均等问题。那么，“人工智能医生”何时能真正上岗？

人工智能+医疗市场规模持续增长

由广州市妇女儿童医疗中心教授夏慧敏、加州大学圣地亚哥分校教授张康等专家领衔的团队研发出“辅诊熊”人工智能诊断平台，通过自动学习56.7万名儿童患者的136万份高质量电子文本病历中的诊断逻辑，诊断多种儿科常见疾病，准确性与经验丰富的儿科医师相当。2月12日，这项临床智能诊断研究成果，在线刊登于知名医学期刊《自然医学》。

北京深思考人工智能首席执行官杨志明博士认为，人工智能技术不断发展，正与医疗垂直应用场景深度融合。

人工智能和医疗的结合被看作未来5-10年的投资热点之一。根据前瞻产业研究院的报告，中国人工智能+医疗市场规模在持续增长，2017年超130亿元，增长40.7%，2018年市场规模约200亿元。那么，“人工智能医生”能做什么呢？

——缓解医疗人力资源紧张。在上海市第九人民医院放射科，每天仅胸部检查就达1500人次。该院引入肺部影像智能诊断系统后，这一人工智能技术将胸部影像诊断压缩至秒级。中山大学肿瘤防治中心院长徐瑞华认为，人工智能可一定程度上缓解医疗资源不足的状况，让优质医疗资源下沉到基层，使更多群众享受到普惠医疗。

——预防慢病。由于慢性病筛查准确率低、针对性干预难度大、健康管理工具缺失等医疗难题，成人对糖尿病的知晓率仅30.1%。上海瑞金医院和人工智能公司第四范式共同推出一款基于人工智能实现的糖尿病及并发症管理产品，在公众号中输入个人的相关信息，包括性别、体重、空腹血糖等，可以预测出此人近3年患糖尿病的风险系数。

共享风吹到医护界，“网约护士”该怎么约

随着共享经济的风靡，近年来“网约护士”在全国多地悄然兴起。日前，国家卫健委发布《关于开展“互联网+护理服务”试点工作的通知》，让这一领域再受关注。那么，“网约护士”怎么约？记者围绕网友关注的焦点问题进行了采访。

“网约护士”官方版和民间版

国家卫健委近日出台新政，对“互联网+护理服务”的提供主体、服务对象、服务项目、服务管理、风险防控等提出了原则性要求，并确定北京、天津、上海、江苏、浙江、广东六省份为试点。

此次国家层面政策的出台，被网友称为“网约护士”的官方版。

实际上，“网约护士”并非新鲜事物，几年前开始就有了“民间版”。记者采访了解到，近年来，国内已陆续出现多个网约护士平台，如医护到家、U护、金牌护士等。

广东省家庭医生协会常务副会长吴育雄介绍，广东2015年就推出了U护平台，利用护士碎片化的空闲时间就近提供上门护理服务。

目前U护居家护理服务已经覆盖全国10多个省份的20多个市区，合作医疗机构近80家，用户注册超过3.6万人。U护上门服务按时长计费，每小时60元到110元不等。不仅盘活了社会护理资源存量，也为护士提供了增收机会。

“这次新政出台前，我们平台自行规定是三年以上临床经验，现在根据试点工作方案，派出的注册护士应当至少具备五年以上临床护理工作经验和护士以上技术职称。”医护到家医学风控部经理胡劲南告诉记者，目前医护到家平台注册的护理人员约6万多名，平台要根据规定把符合条件的护士筛出来，其他不满足条件的护士可开展陪诊、护理咨询等其他业务。

是病人约还是医疗机构约？

业内专家认为，护士上门是趋势，网约护士可以缓解护理资源供需矛盾。目前有大量病人要居家康复，社会上还有不少失能和半失能的老人需要居家照护。如果把这两部分人都放在医院里，会占用大量医疗资源，社会难以承受。另一方面，居家康复也可以提高病人的生活质量。

那么问题来了，居家的病人如何约到护士呢，是病人网约护士？还是医疗机构网约护士？

之前的各类平台上，有的是患者在手机上进行注册和身份认证后，选择所需服务，上传医疗机构开具的处方、药品及病例证明，即可等待护士接单。

订单通过审核后，护士就可与患者预约时间，开展上门服务。有的用户从平台下单，医疗机构接单后再派护士上门，医疗机构如果自身护士不够，可以从平台上雇佣一个护士上门提供服务，医疗机构按时间和服务内容付费给护士。

天津市卫健委医政医管处副处长律扬表示，此次出台的新政对相关内容作了明确，和媒体报道的类似网约车模式不同，官方版的“互联网+护理服务”更多的是指实体医疗机构的派出服务，护士上门服务提供护理服务可以视为执业机构的服务延伸。医疗机构派出自己的护士，护士则是完成本职工作。

“病人网约护士由于没有医生参与，服务也没有连续性，所以服务质量没有保证，还存在一定医疗风险，很难持续发展。”吴育雄说，新政对医疗护理质量负责的主体是医疗机构，服务模式是家庭医生签约服务内容中的一项，即家庭病床。护士上门服务执行的是医嘱，在医疗机构的医生和管理人员的监督下完成护理服务，护理质量更有保证。

“护士上门”有关安全的那些事儿

作为“互联网+”的新业态，安全问题一直是各界关注的焦点。中国社科院人口与劳动经济研究所社会保障研究室主任陈秋霖表示，不同护理服务的风险层级和对医疗和相关保障措施的要求不同，所以，不是所有护理服务都适合互联网方式，未来希望进一步聚焦细化“互联网+护理服务”适合开展哪些项目，建立一个内容清单，有助于进一步确保安全、防范风险。

记者从浙江、天津等地了解到，相关部门将组织护理和临床专家进行研究论证，共同制定相关的服务项目目录清单，确保医疗安全。“这个目录可能是分批分级的，最开始我们会保守一些，先从需求高、风险小的项目做起来，然后根据实施情况，再逐步扩大。”律扬说。

另一方面，“互联网+护理服务”对相关管理部门的监管能力和监管方式也提出了新要求。“以前所有的医疗行为都发生在固定的医疗机构里，通过互联网+开始分散到患者家中，要做到服务过程能留痕、可追溯。目前各省都在建设互联网+医疗”的监测平台，可将互联网+护理”也纳入监测平台，打通数据，完善标准。”陈秋霖说。

浙江省卫健委巡视员马伟杭介绍，浙江省互联网医院平台(浙江健康导航)已经上线，是“服务+监管”的一体化平台，对于今后服务的开展，能够起到一定借鉴作用。

“保险机制方面，医护到家对用户及护士均免费投保三重保险，主要针对护士在上门服务中、操作过程中的意外。”胡劲南说，在运营细节中，护士在平台里点出发，平台能对其实时定位。

(采写记者：付光宇、肖思思、林苗苗、俞竟) 新华社天津2月19日电