

人们常说的“无痛”分娩,在医学上被称为分娩镇痛。国务院办公厅近期印发的《关于加快完善生育支持政策体系推动建设生育友好型社会的若干措施》提出,加强生殖健康服务,指导各地将适宜的分娩镇痛以及辅助生殖技术项目纳入医保报销范围。

将分娩镇痛纳入医保,有利于进一步推广这一技术,让更多产妇免受生产之痛。“新华视点”记者调查发现,我国分娩镇痛普及率在逐步提高,但部分地区应用比例依然偏低。

国家政策鼓励纳入医保

“无痛”分娩推广还存哪些难题？



多地加大力度推广“无痛”分娩

“用了‘无痛’分娩后,虽然还是能感受到一点疼痛,但生产过程中确实轻松多了。”不久前刚生完二胎的成都市民秦女士告诉记者,8年前生头胎时没用“无痛”分娩,疼了一天一夜。“这次感觉好多了,没那么受罪。”

“分娩镇痛是通过麻醉医师在产妇腰椎脊髓的硬膜外注射麻药,缓解其生产疼痛,相当于起到神经阻滞的作用。”吉林省妇幼保健院麻醉科主任陈丽说,“这项技术十分成熟,其安全性和有效性已经经过大量实践验证。”

近年来,相关部门出台多个文件推广分娩镇痛。2018年,国家卫生健康委发布《关于开展分娩镇痛试点工作的通知》,之后确定900多家医院作为第一批国家分娩镇痛试点医院;2022年,国家卫生健康委等17部门印发《关于进一步完善和落实积极生育支持措施的指导意见》,提出“扩大分娩镇痛试点,规范相关诊疗行为,提升分娩镇痛水平”。



四川大学华西妇女儿童医院产科医生夏伟说,通过大力宣传、完善配套,分娩镇痛接受度较高。“目前医院每年自然生产的孕妇平均约1万例,其中8000多例采用了分娩镇痛。”

根据国家卫健委发布的数据,与2015年相比,2022年900多家试点医院分娩镇痛率从27.5%提升到60.2%。

但我国不同地区分娩镇痛的开展情况存在较大差异,部分地区尤其是西部地区和县级以上医疗机构分娩镇痛率较低。记者在中部地区某地级市采访发现,2023年,当地不同医疗机构的分娩镇痛率从12%到47%不等,平均在30%左右。

中华医学会麻醉学分会原副主任委员、中国医师协会麻醉学医师分会原会长姚尚龙说,今年6月,根据湖北省333家二级以上公立医院统计,湖北省分娩镇痛率达60.4%;根据各地统计数据估算,目前全国分娩镇痛率约为50%。



推广仍面临三大难题

业内专家表示,分娩镇痛推广还面临认知不足、麻醉医生短缺、费用门槛高三个难题。

不久前,武汉市民李女士预产期在即,她决定选择“无痛”分娩,却遭到家里老人的反对,担心住身体里注射麻药会伤到孩子。

对分娩镇痛心存疑虑的人不在少数。“会不会对宝宝智力有影响”“会不会引发产后腰痛”“会不会增加产程”“用了真的一点都不疼吗”……多位医生表示,临床中经常有人询问此类问题。

“有些人习惯在网上找攻略,但网上有不少说法缺乏科学依据,容易误导人。”华中科技大学同济医学院附属同济医院麻醉科副主任周志强说,我国分娩镇痛技术已经十分成熟,最常用、最安全的是椎管内镇痛中的硬膜外麻醉,能够帮助

大多数产妇减轻60%至90%的疼痛。大量案例证实,使用药物对产妇和新生儿几乎没有影响。

“通常分娩镇痛使用的药物浓度及剂量,是剖宫产麻醉的1/10到1/5,产妇生产后也可以进行母乳喂养。”吉林大学第二医院妇科主任许天敏说。

多位基层妇产科医生表示,有的产妇害怕“自己生”;有的担心如果顺产不顺利,中途改剖腹产更麻烦;有的考虑孩子上学时间,刻意要求胎儿出生日期。这些因素导致目前医院剖宫产比例较高,分娩镇痛总体普及率较低。

除了主观因素外,还有部分产妇虽想“无痛”却遭遇现实难题。一名网友说,去年国庆期间生产,由于值班麻醉医生去了急诊室,没有其他麻醉医生为她实施分娩镇痛,她疼了18个小时。

不少医护人员坦言,分娩镇痛的麻醉过程需要麻醉师陪伴,但我国麻醉师人数偏少,尤其是综合医院手术量很大,麻醉师往往分身乏术。有的县级医院因为麻醉医生数量少,也较少向产妇推广分娩镇痛。

成都市第一人民医院妇产科医生陈妍告诉记者,孕妇生产的时间很难固定,经常是半夜突然要生产,医院需要配备专门麻醉师进行保障,基层医院确实存在困难。

另外,选择分娩镇痛相比普通自然生产多出上千元麻醉费用,这也是阻碍一些家庭选择分娩镇痛的原因。“在一些偏远的县市、乡镇,产妇是否选择分娩镇痛,费用也是主要考量因素,不少人不舍得。”湖北省荆门市人民医院产科主任罗志平说。



加快政策落地 加大推广力度

今年,国家医保局印发《产科类医疗服务价格项目立项指南(试行)》,将“分娩镇痛”“导乐分娩”“亲情陪产”等项目单独立项,鼓励医疗机构积极开展分娩镇痛等服务。部分地区已将分娩镇痛相关费用纳入医保报销范围。

国办发文指导各地将适宜的分娩镇痛以及辅助生殖技术项目纳入医保报销范围。“这对于推广分娩镇痛是一个重大的利好消息,希望各地能加快落地、细化完善、宣传推广。”陈丽说。

姚尚龙说,目前,全国没有统一的分娩镇痛

收费标准。“医生陪伴在产妇身边实施镇痛并保障其安全,往往需要数小时。若收费标准过低,付出与回报难以匹配,会影响麻醉医生的积极性。”姚尚龙呼吁,应该使麻醉医生的工作得到相应的价值体现,推动分娩镇痛的进一步普及。

华中科技大学同济医学院附属同济医院产科常务副主任乌剑利等人建议,通过系统化培训,提升麻醉医生技术水平,如组织一些医院进行麻醉经验分享,重点讲解急难危重情况的处理,打消基层医院对开展分娩镇痛的顾虑和胆

怯。

陈丽建议,除了国家相关主管部门官方的宣传手段外,可以在适龄人群中利用新媒体手段,加大宣传推广力度,特别是在孕检人群中增加相关科普内容的推送讲解,提升知晓度。

多位基层医生建议,国家要加大麻醉医师培养力度,为基层医疗机构配备更多的麻醉医师,同时加强对医院现有医生的培训,让更多医生了解麻醉常识。

长征系列火箭发展看点解析

12月3日下午,长征三号乙运载火箭发射任务取得圆满成功,实现了我国首个单一型号火箭100次宇航发射。

长征三号乙运载火箭有何亮点? 长征系列运载火箭未来有何规划? 记者采访了中国工程院院士、中国航天科技集团一院长征三号甲系列运载火箭首任总指挥兼总设计师龙乐豪。

长征三号乙运载火箭缘何能创“百发”纪录？

问:长征三号乙运载火箭缘何能创“百发”纪录?

答:长征三号乙运载火箭与长征三号甲运载火箭、长征三号丙运载火箭共同构成长征三号甲系列运载火箭。长征三号乙运载火箭于1993年获批立项,从1996年首飞到完成100次发射历时28年,是我国宇航发射次数最多的单一型号火箭,承担了多个国家重大工程任务,将北斗、嫦娥、风云等“乘客”送入预定轨道。

长征三号乙运载火箭是一款适应性很强的运载火箭,其运载能力可以覆盖世界绝大多数应用卫星的质量,使得它可以兼顾国际商业发射和国家重大工程任务。长征三号乙运载火箭可以用于超同步转移轨道或低倾角同步转移轨道发射,以及深空探测器发射,还可以在飞行过程中实现侧向机动变轨、多次起旋、消旋、定向等,这也是其能成为我国宇航发射次数最多的单一型号火箭的原因。

本次任务中,型号团队围绕产品流程优化、可靠性提升、产品化等方面对火箭开展了多项技术优化。同时加强质量管控,细化分解形成近50项保成功措施,确保任务顺利实施。

新一代载人运载火箭研制进展如何？

问:我国新一代载人运载火箭工作进展如何?

答:目前,我国新一代载人运载火箭——长征十号系列运载火箭研制工作正有序推进。新一代载人运载火箭是为发射新一代载人飞船和着陆器而全新研制的高可靠、高安全载人运载火箭,未来能将我国奔月轨道运载能力由8.2吨提升至27吨,填补我国载人登月能力空白。

这一火箭具有安全可靠、性能先进、流程创新、扩展灵活等特点,并且以新一代载人运载火箭为基础,可以发展近地空间站载人 and 载货等系列化衍生构型,推进我国载人运载火箭升级换代,满足空间站运营任务及各种应用卫星发射需求。

我国将通过新一代载人火箭研制,攻克发动机多机并联、低频弹性控制、故障诊断及容错重构等关键技术,进一步提升火箭可靠性。

当前,长征十号系列运载火箭已完成一子级动力系统试车等大型试验,按照研制计划后续还将持续开展一系列试验项目,对各系统设计进行全面验证。

长征系列运载火箭未来还有哪些规划？

问:长征系列运载火箭未来还有哪些规划?

答:面向未来,长征系列运载火箭的发展方向为“大、快、高、低”——即大运载能力、快速反应、高可靠性和低成本。这四点将是未来我国运载火箭发展的关键词。

根据我国运载火箭型谱化发展规划,重型运载火箭是下一代运载火箭的核心标志,将支撑我国奔月轨道运载能力达50吨,填补近地轨道运载能力100吨级空白,实现跨越发展,满足深空探测和近地空间大规模运输等中长期发展需求。

同时,重型火箭研制具有极强带动性,可充分带动先进设计、高端制造、原材料、元器件等相关基础工业的发展,加速我国制造业转型升级,带动我国高端装备发展,推进制造强国建设。通过重型运载火箭研制,可攻克超大直径箭体结构设计制造、大推力高性能发动机设计制造、连接器自动对接、大功率伺服机构等关键技术,将显著提升我国航天科技水平,有力支撑航天强国建设。

此外,研制可重复使用运载火箭将大幅降低进出空间的成本,提高产品周转效率,支撑主流载荷高频次发射和全球极速运输服务。

新型火箭研制是否会结合人工智能技术？

问:新型火箭研制是否会结合人工智能技术?

答:智能飞行技术与运载火箭总体设计技术发展相辅相成,结合运载火箭总体设计技术发展历程和趋势,可将智能飞行技术发展分为四个阶段,自动控制阶段、有限智能飞行阶段、增强智能飞行阶段、全面智能飞行阶段。

我国长征系列运载火箭经历了前三个阶段的发展,正通过研制新一代载人运载火箭迈向第四阶段。这一阶段航天运输系统将有效融合人工智能技术,建立全生命周期、全系统的智能健康检测系统,实现火箭本体自主修复。

同时,还将具备交互式学习能力,可通过多智能体天地协同学习、多智能体的协同重构,自主适应环境和本体状态变化,具备不确定性故障适应能力。

崇贤街道回迁安置公告

兹定于2024年12月7日上午8:00时在崇贤中学报告厅举行贤宸德信府·前贤华庭安置房摇号分房活动。请各安置户携带《分房通知书》、户主身份证原件前来参加。委托他人摇号的,则受托人需携带所在村社证明的授权委托书、《分房通知书》、户主身份证原件、受托人身份证原件到摇号现场。

若安置户在规定时间内未参加摇号或到现场后拒绝摇号的,将由公证人员代为摇出房源。

本次安置分房新增人口截止时间为分房当天的24时止。

特此公告!

杭州市临平区人民政府崇贤街道办事处
2024年12月4日

本版均据新华社

“AI 医院”来了吗？ 医疗创新“快”中要有“稳”

随着AI技术飞速提升,诊疗应用越来越广。人工智能当家的“AI医院”真的来了? 记者了解到,目前在一些新闻中亮相的“AI医院”,实际是AI辅助诊疗技术的应用。医疗创新在提速,但安全监管的“闸门”仍在人类医生手上。

看病更便捷?“医疗+AI”是趋势

近日,一家研发机构称,即将上线一款“AI医院”人工智能大模型:AI医生通过“阅读”医学文献、“诊疗”虚拟病人不断自我进化,未来有望介入真实的医疗应用场景,辅助人类医生。

公开资料显示,这一大模型目前并未投入医院实际应用。不过,AI技术在一些医疗机构已经得到广泛应用。

在上海,一支医生团队发起、参与研发的人工智能医学大模型,能顺利“通过”国家执业医师资格考试。输入患者的主诉、现病史、体格检查等,AI就可给出诊断和下一步处理的辅助建议。

大模型可以“吃进”数千本医学教材,AI可以更精准地比对CT影像,集成视觉、触觉等传感器的智能监测床可以及时发出预警……越来越多医院引入人工智能技术,“医疗+AI”成为趋势。

专家表示,“医疗+AI”前景广阔,无论患者还是医生,都将在这场科技革命中受益。

AI直接看病？还得医生“拍板”

一位医生向记者讲述了一个真实案例——患儿两次住院,前后历时近一年,专家确诊其患有十分罕见的一种自身免疫性疾病。而人工智能几分钟就给出了同样的诊断。

不过,即便AI能大大提升看片、审方、诊断等医疗工作的效率,最后“拍板”的仍是身穿白大褂的医生。

今年11月,国家卫生健康委等部门联合发布《卫生健康行业人工智能应用场景参考指引》,涵盖了医疗服务管理、基层公共卫生、健康产业发展和医学教学科研4大类84种具体场景,力求全方位发挥AI的优势。其中,从辅助诊断、辅助决策,到辅助治疗、辅助规划手术,“辅助”是AI医疗的一个关键词。

上述由医生团队发起、参与研发的人工智能医学大模型,在上海一家医院已经投入应用,给医生提供辅助。医院负责人介绍,这个大模型的特色是来源于医生、服务医生,将成为与医生共

同在医学领域深度探索的有力工具。

“AI 医院”会来吗？ 监管将更完善

尽管人工智能看病水平越来越高,但AI医疗还面临不少挑战,真正意义的“AI医院”更需迈过多重门槛。医疗安全风险如何防范? 医疗数据如何确保安全? 需要制定一系列监管标准以避免技术滥用。

此前,国家药监局发布了《人工智能医用软件产品分类界定指导原则》,明确提出人工智能医用软件产品管理属性和管理类别的判定依据。国家卫生健康委卫生发展研究中心副主任游茂表示,目前我国AI医疗器械的大多数研究产出都集中在医学影像类,技术发展有同质化倾向,“决策规则”领域研究几乎空白。此外,高质量数据仍然较为缺乏,真实世界数据应用实现机制还需进一步建立。

中国医学科学院医学信息研究所所长刘辉表示,在推动技术创新与升级的过程中,需构建和完善科学合理的法规政策与技术体系,加强对算法准确性、公平性、透明度等关键维度的评估与监管力度,确保AI技术的安全性和有效性。