

英国 Southmead Hospital 学习体会

2017 年 9 月到 12 月，本人由中南大学湘雅医院资助，湖南省卫计委组织，在英国 Southmead Hospital 进行了三个月的学习。在时间虽然短暂，但是收获颇丰，现将三个月的进修学习做一小结。

Bristol 城市和 NHS 简介

本人所在的布里斯托（Bristol），是英国西南部最大的城市，它是历史上出现在英伦三岛土地上的第二座城市，是一座拥有最多的英国传统建筑，最古老的港口，历史文物最多有着传奇色彩的城市。是英格兰西南地区的经济中心，有空客英国，Rolls-Royce, BAE 系统等著名公司。

英国国家医疗服务体系 NHS，遵行救济贫民的选择性原则，并提倡了普遍性原则。凡有收入的英国公民都必须参加社会保险，按统一的标准缴纳保险费，按统一的标准享受有关福利，而不问收入多少，福利系统由政府统一管理实行，看病所有费用全免。NHS 的主要经费来源于税收。作为英国社会福利制度的最大项目开支，2009 年政府拨款 900 多亿英镑，是 60 年前首次拨款 90 亿英镑的 10 倍。NHS 为全英国 6000 多万人口服务，可说是全球最大规模的公立医疗系统，雇员达 150 万，其中包括 9 万医院医生、3.5 万家庭医生、40 万护士和 1.6 万急救人员，可以说，每 20 个英国国民中就有一位在 NHS 中工作。NHS 体系分两大层次。第一层次是以社区为主的基层医疗服务，例如家庭医生（General Practitioner, 简称 GP）、牙医、药房、眼科检查等。每一个英国居民都得在家居附近的一个 GP 诊所注册，看病首先约见 GP。任何进一步的治疗都必须经由第一层次的基层医疗转介。第二层次医疗以医院为主，包括急症、专科门诊及检查、手术治疗和住院护理等。NHS 实行分级保健制：一级保健称为基础保健，是 NHS 的主体，由家庭诊所和社区诊所等构成，NHS 资金的 75%用于这部分；二级保健是指医院，负责重病和手术治疗，以及统筹调配医疗资源等。

在 NHS 系统中，最重要的部分就是 GP，在英国，除了部分大的综合性医院，大部分国民健康任务都是由密布在各个社区的 clinic 承担的，在 clinic 中得全科医生就叫 GP，相当于国内的社区服务中心及全科医生。跟国内不一样，GP 的地位要比综合医院的医生地位要高，薪水也高，当你感到不舒服，有头疼脑热了，那你就需要到 clinic 找 GP 去了，GP 首先根据情况及简单检验给你做出初步诊断，然后开些简单的药，如果治疗几次效果不佳，GP 就会与邻近的大医院联系，预约相关科室的门诊，然后你根据预约时间才能到综合医院就诊。你不能直接到综合医院去就诊，必须经过 GP 的同意，认为有必要去综合医院治疗才可以预约，但是急诊除外。这里要提到英国医疗中很重要的一项，就是预约制度（appointment），这里医院的门诊、检查以及手术都是需要预约的，这主要通过 GP 与综合医院的 consultant 通过 email 联系，consultant 的秘书会根据病人的情况预约时间门诊（这里每位 consultant 都有一位秘书负责医疗事物处理），病人根据预约时间到医院就诊，而联系的 email 都会在病人病历中存档。西南地区患者的病历资料，我所在医院都能查到，甚至是 10 多年前的资料，包括影像学图片。患者就医时，其详细的纸质病例资料专门有人在各个诊疗机构间运送，病人无法接触。

再介绍下英国医师的培养制度。英国医学教育为本科教育，学制 5 年。医学生属于精英教育，招生规模小，招生要求高，保证了其教育质量。毕业后医学教育尤为重视，从医学院校毕业的学生，尚不能从事临床工作，必须接受两年的住院医师基础培训。之后 GP 再接受 3 年培训，专科医师接受专科培训时间要看所在专业。泌尿外科医师是 5 年，神经外科是 8

年。完成专科医师培训后，医生需要去找到一个单位做 consultant 才能独立行医，否则需要找医院继续做 fellow（相当于高年资住院医师），在 consultant 带领下才能行医。

Southmead Hospital 简介

本人所在的 southmead 医院隶属于 North Bristol NHS Trust 集团，是其所属 4 个医院中最大的一个，该集团拥有员工近 8000 名，其中医生是 900 余名，护士、助产士及护理人员 2300 余名，其余为科研、辅助等人员，年营业额约 45 亿元人民币。所在医院的泌尿外科，为英国西南地区最大的，也是英国最大的几个之一，接受西南地区别的医院的转诊服务。Consultant 14 名，包括 fellow 和 regisra 共 30 余名。

科室拥有达芬奇机器人，拥有 3 个专门手术间，每日手术量较多，常规开展各类泌尿外科及男科手术，其尿动力学部门创办于 1983 年，是英国最繁忙和著名的，每年开展超过 1000 例尿动力学检查。其所颁发的证书由国际尿控协会认可（ICS），进修期间他们刚好有一期尿动力学培训班，参加的医生来自世界各地。

泌尿外科拥有住院床位 60 张，4 张病床配备 1 名护士，2 名护士为一个小组开展工作，如果是重病人则是 1 床 1 护士，当然还有很多专门的护理人员，因为病人住院后，不需要家属陪护，所有的工作全部由护理人员完成，所有的饮食也是免费的，并且有护理人员照顾。夜班的话，特意问了，差不多是 8 床 1 护士。住院病人主要为术后恢复病人，少量的为重症、急诊入院病人。除非急重症，所有病人均在门诊做好术前准备，手术室进行的手术绝大多数是全麻，术前禁食 4 小时即可。只看到 1 例是椎管内麻醉，因为是位 90 多岁的，肾功能及全身状况都不好的病人，做了前列腺电切术。泌尿外科很多都是日间手术，当日手术当天就走，比如输尿管镜碎石，睾丸切除术，膀胱肿瘤电切等，前列腺电切有些是当晚拔尿管即出院，部分是第二天拔尿管出院。腹腔镜前列腺癌根治第二天即出院。肾癌肾全切或部切、膀胱癌根治等手术，一般是术后住 3 天左右，病人恢复良好的话即可出院。术后患者进入术后恢复室（不是泌尿外科病房），恢复快的病人直接从此处出院，只有需要继续观察的才会转回病房。病人的术前及术后当日医嘱，都是由麻醉师处理，抗生素确实严格管理，像前列腺电切、PCNL 就用术前一剂，阿莫西林常用。所有手术病人都是很早之前就预约的，手术系统会排好下个月之前的手术。

泌尿外科的门诊病人，全部由 GP 或别的医院的医生转诊而来，除非是急诊，医院规定，所有由 GP 转诊的病人，14 天内必须被安排门诊。一般 4 个小时的门诊时间，看 5 个左右病人，时间非常充裕，医师会详细询问病史，包括过敏史、用药史等，简单记录，待完成该病人诊疗后，医师会口述治疗经过，然后有专门的人员将录音转换成文字资料。所在医院，很多科室都是一站式诊疗，非常方便。我们泌尿外科，有专门的 B 超医师，因为病人少，很快就能做，如果需要做膀胱镜，也是当场就做。但是如果是 CT 和磁共振的话就要预约，磁共振预约时间约 1 周。

在学习其先进医疗技术的同时，其医学人文也非常让人感动，或许这是整体高素质的一部分，如果路上有人靠近你了，都会说 excuse me，平时更是 sorry, thank you 不离口。医师工作时情绪饱满，术中经常会双膝跪地以保持视线与患者同一高度，充分体现对病患的关怀。工作医师会亲自迎接患者进入诊室，并且非常注重隐私，因为我是访问学者，医师每次都会征得患者同意，否则我不能在场，但是病人及家属都会跟我问好或握手，结束时都会说感谢或握手告别。病人及家属一般都非常有礼，不会因为疾病表现的特别痛苦，泰然处之让人震撼，有位肿瘤晚期的病人，插着尿管，背着氧气筒，双下肢水肿厉害，仍表现的很绅士，很开朗。所以，很多恶性肿瘤都是当场告知患者的，除非家属有特殊要求。如果患者是不知情的，手术通知单上会特别注明。所在医院有很多慈善项目，比如有志愿者为病人服务，大厅经常有人演奏钢琴等乐器，有时还有唱歌、卖烘焙食品为医院筹款等，感觉参与者都很真

诚。这里没有医闹一说，在医院里都会有一张告示：攻击或侮辱医生的行为将不能容忍，将会被法律制裁！有个团友在 GP 处学习，GP 说如果有病人对他拍桌子，保安马上就会来，而且，他会把他录入系统，以后不会再给他看病了。

在最近一次关于欧美发达国家医疗体系的评比中，NHS 系统再次蝉联第一。当然，NHS 也不是完美的，在建立之初，NHS 曾经对改善人民的健康状况起到了非常积极的作用，并受到了社会的广泛欢迎。但是 NHS 面临的问题和矛盾也越来越突出，资金不足、人员不足、浪费和效率低成为最主要的问题，最近英国脱欧，更是雪上加霜。英国的医疗人员本来就缺乏，据媒体报道，英国医务人员约三分之一来自本国，三分之一来自其他欧洲国家，还有三分之一来自印度、菲律宾、尼日利亚等国，所在医院所见基本相符。而庞大的机构、全免费等原因造成 NHS 内部的资源严重浪费、效率低、医护人员的积极性下降。手术中器械浪费很多，很多都是一次性使用，比如超声刀也是一次性使用，有时手柄感觉太长，就会扔掉重换一把。我问手术医生费用问题，他们说只有 NHS 知道，不关心。手术中，手术室中人员配备很多，一般是：麻醉师 2 名，护士 3 名，再加所需手术医生，还有一个专门的机器人手术助理，如果需要使用 X 线，有专门的放射科医师全程跟台手术，如果需要，还有专门的术中摄影师，这或许也是人员缺乏的原因吧。

由于医师的门诊病人看的少，人员数量配备要求高，而且每周工作时间法律规定是 40 小时（护士每周工作 37 小时），按工作年限还有 6-8 周的年休假，所以结果就是病人就诊和接受治疗的时间十分漫长，如果平诊，GP 门诊预约的时间至少需要 3 周。以下数据摘自所在医院上年度年报：NHS 设定了经由 GP 转诊到医院后最长等候时间是 18 周，所在医院上一年度完成率是 87.2%。在患者到达医院后，NHS 规定被医生接待的最慢时间是 4 小时，而所在医院年初的达标率是 25%，夏天只有 15%。如 GP 怀疑是肿瘤，NHS 规定 62 天内需要被处理的达标率是 85%，所在医院上一年度是 83%。NHS 规定，被诊断为肿瘤后 31 天内需要被治疗的达标率是 95%，所在医院刚好达标。对一些严重的肿瘤会被 GP 列入紧急名单，NHS 规定 2 周内必须被处理，所在医院也是刚好达标。所以，这边在公立医院看病就是等！我观察到，许多在泌尿外科接受手术的病人，都是等待了 3 个月甚至更长的，有些肿瘤患者也是等待了数月之久。有些非肿瘤如输尿管结石或肾结石患者，术前不会再次进行影像学检查，术中看到的影像是数月前的，经常术中未发现结石。

如果是急诊，你也还是需要等待，除非真的危及生命。我们有个团友肘部骨折去看急诊，等了好几个小时才看到医生，又过了几个小时才接受到 X 线检查，最后打了石膏。中间实在太痛，好不容易要了一颗止痛药。本人也因为需要处方药去过医院 2 次，每次都要至少等待 4 小时。这里还有私人医院，效率会高许多，医生都是各大医院的 consultant 级别的医生，英国公立医院中 consultant 级别的医生是可以到私人医院干私活的，而且很多都会去兼职，我所在医院很多医生都在外面兼职，因为这边收入也不是很高。在私人医院你可以自己选择时间，选择医生，但是费用高（有个人告诉我一次去私人医院看急诊，做了个胸部 CT 平扫花了 1200 英镑差不多 10000 人民币），当然，他们可以额外购买私人医院的医疗保险，费用可能因人而异，有个人告诉我，他 1 年只要 800 英镑，但是买的人不多。

关于收入，consultant 是按时间计费，每小时 50 英镑，护士是每小时 12 英镑，所在医院给一位 consultant 年薪 7 至 8 万英镑，所熟悉的一位 consultant，税前年薪 7.8 万英镑，税后还有约 4 万英镑，低年资医师年薪约 3-4 万英镑。而英国平均收入是 2.5 万英镑，收入越低税收越低，2.5 万英镑的税后收入约 2.2 万英镑。所以，英国医生总是抱怨收入不足，所以很多 consultant 会在私人医院兼职，总体收入应该还是比较可观。

个人收获

专业方面来讲，在英国更多学到了平时用得较少的经腹途径的上尿路手术和机器人手术，

完成了两篇文章的投稿。但既然研修总结的读者是医院的各个科室的同行，可能讲讲有共鸣的地方比较好。中南大学正在建设双一流学科，百年湘雅的临床医学学科如何进入 ESI 前千分之一，每个湘雅人都肩负重任。建设双一流、短期和中长期的策略都需要，短期的提高引用率的方法已经在实行，而中长期如何提高临床医学学科影响力（不是基础研究，学习了中南大学 ESI 临床医学论文数，才发现基础的文章没有列入进去，也就是说即使发了 CELL、SCIENCE 对临床医学学科 ESI 排名也没有用）。

NSH 全民免费医疗全球著名，如果说美国是以高、精、尖的技术见长，英国的 NHS 医疗系统更注重花更少的钱办更好的事，这个可以做到吗？比如说外科系统最常见的机器人手术，英国各大中心均有，可是与开放和腹腔镜手术相比，是否给病人带来更多的益处，结论似乎不那么肯定，现在这个中心的腹腔镜手术跟机器人手术的数量相差不多，依据患者病情选择。说说临床试验，因为在国内也进行过尝试（两项 clinical trial 的注册试验正在进行），感觉非常吃力，从试验设计的完善、执行的力度、伦理标准和资金来源各方面来看，离顺利完成还差很远。在 BRISTOL 的 SOUTHMEADS HOSPITAL 旁有一个 clinical research centre，上下班经常经过，好奇心驱使进去问问，意外得到了 Helen Lewis-White 小姐的热情接待，并详细询问了泌尿外科临床试验开展的情况。泌尿外科关于肿瘤、尿控方面正在进行的临床试验有十余项，绝大部分的试验都是由强生、阿斯利康、赛诺飞等大型制药公司和 COOK 等大型器械厂家在主导，提供资金支持，通常在试验完成后 12 个月内，临床数据要公开或者返还给公司。Helen 说一个试验能否顺利开展，没有基金和慈善的支持，仅靠医生个人的力量是无法完成的。国内的情况跟英国比较相似，很少有国家级、省级的项目直接支持临床研究。但现在很多药厂把这部分拿到中国来做，湘雅的临床试验越来越多，虽然大部分时候并不是牵头的单位，但需要积极参与进去好好学习套路，否则是不可能有机会的。中南大学的领导也很有远见，不光有临床大数据库的资金支持，每年还有临床项目的申请和支持。但实话说，院内基金的钱对于一个正规的临床项目来说，聊胜于无，远远不够，更多的资金来源还是应该放在大型药厂和器械厂的项目申请上来，开展得更规范、更有说服力。当然如果能以院内基金的项目吸引更多的资金投入某个试验，那就达到了抛砖引玉的目的了。

再讲到英国临床试验的基本架构，以泌尿外科为例，所有临床试验的想法来源于临床医生，最后再回归临床。区别于国内临床试验由医生主导，英国临床试验的能常由一个 biomedical scientist 负责。在 clinical research centre，还分别有人负责 ethical, safety, registration 等文字和设计方面的事务。如图可见，临床研究中心有一系列针对医生、患者的如何参与、制定、执行一个临床试验项目的宣传手册和更具体的资料。泌尿外科有 5 位专职的 administrative nurses 负责从 GP 或者专科医生那里招募患者加入临床试验。由于 NHS 医疗费用全免，有时候招募患者加入特别的实验时候会很困难，需要较多的解释，好在这边的患者多倾向于医生的决定，依从性较高。我问 HELEN，那临床医生只有提出一个想法就可以了吗？她说：有想法和有钱就可以，ALWAYS MONEY，如果有医生能拿到项目，He is the man (who is in charge)，临床试验中心可以具体细节做好，临床医生都很忙，他们不需要具体操作这些事情。

就我们泌尿外科来讲，欧洲主导的 EAU 指南，每年都会有临床试验的新的数据加入，更新频率很高。SOUTHMEADS HOSPITAL 的 Prof. Marcus Drake 是前国际尿控协会的主席，是尿控指南的制定者。还有肿瘤方面的 Rajendra Persad，也主导和参与了如 ProtectT 等一系列的影响指南的重要临床试验。但是美国的 AUA 的指南，好几年才出一版。以个人片面的感觉，美国更关注的可能是新技术的开展和新药的研发，英国和欧洲这边更多精力放在规范和验证。仅从引领指南的角度来讲，欧洲这方面走在美国前面。再看看我们，中国医院绝大部分的技术是引进和学习的，真正原创的东西极少。临床医生更多的关注点在技术的学习上，一种新技术的开展，一个疾病新的诊断和治疗方法等。但我们很少把精力放在规范的临床试

验开展上，相对于英国患者入院就可以选择临床试验加入。我们大部分患者的资源是白白浪费了。

下一步怎么办？1.多与国际大型制药厂、器械厂合作，开展临床研究，熟悉具体过程后才能更进一步。另外，这也是临床医生增加收入的重要方式。2.招募专业人才，建立临床试验中心，由临床 PI 负责资金来源和想法，具体的操作由临床试验中心人员负责。这个中心负责临床试验的注册、伦理、安全性、具体设计和具体实行等问题。简单讲就是由更专业的人来做这个更专业的事。才可能保证我们的临床试验 on an international level。但湘雅医院如果设立一个这样的部门，会不会有足够的临床试验的项目和资金支持运转下去是个问题。国内华西医院的循征医学中心这方面应该是走在前列，设立了中国的试验注册中心，华西医院的医疗数据在可以预见的未来，将会在国际、国内外占有一席之地。真心希望湘雅也有那么一天。

再想下自己，平时更多的关注是新技术、新药以及其它创新性东西，每天捧着手机，对微信上的专业新闻乐此不疲。跟同行聊起似乎只有讲起这些才不会落伍。实际上却忽略了太多基础和系统的东西。再想想我们泌尿外科自己的 CUA 指南，又有多少数据是来源于国内医院的？大部分都是直接翻译国外的 EAU、AUA、NCCN 的指南。中国如此大的患者数量，却没有我们自己的临床数据来支撑我们自己的临床决策。MAYO 泌尿外科 1985 年就建立了前列腺癌的数据库，日积月累，后来逐渐形成了膀胱癌、肾癌等很大个数据库。这个库不光包含了患者详细的临床资料，还有组织标本等。其实中南大学的领导还是很有眼光的，早几年就提出了我们的大数据库计划，可惜的是“想到”离“做到”还差得太远。临床研究可能并不需要那么高大上的技术，更多的是积累、是专注。临床决策中的每一步都是需要数据支持的，中国人自己的数据。即使是重复，也是有意义的。我想何时真正的把我们的大数据库建立起来，何时我们的临床研究才真正开始，何时我们才会提出不同于西方指南的真正的中国指南。