

提升医疗水平和医疗质量 减少临床吃不准、拿不住情况

杨跃进：培养智慧医生

对话嘉宾：中国医学科学院阜外医院教授 海医会心血管专业委员会主任委员 杨跃进
采访者：医师报记者 贾薇薇

作为擅长冠心病诊治和介入治疗的心内科专家，中国医学科学院阜外医院杨跃进教授一直致力于心血管病领域前沿问题的临床和研究工作。

他曾在国内率先进行了超声心动图定量评价冠心病患者左室整体和节段功能的方法及应用研究、率先开展了急性心肌梗死心室重构防治的实验和临床研究、率先开展了对急性心肌梗死患者微血管内皮功能及完整性保护作用的研究。

2017年11月16日至19日，在第八届海峡两岸医药卫生交流协会（海医会）心血管专业委员会年会上，《医师报》记者就如何切实提高临床医生的看病水平、如何看待指南对于临床实践的意义、怎样通过指南与实践——临床危重疑难病例研讨（GAP-CCBC）来提高临床水平，以及医疗质量的相关认识、急性冠脉综合征（ACS）诊疗新理念等问题，对杨跃进教授进行了专访。



把临床问题上升到可被发现和提升的层面

医师报：您曾说“目前临床危重急救和疑难病分析不足，导致临床实践过程屡屡出现吃不准、拿不住、有可能失误的情况”。您觉得怎样才能切实提高临床医生的看病水平？

杨跃进：提高临床水平需要有“小”和“大”两个层面的思考。“小的层面”是指看病要在规范基础上进行个体化诊疗，是医生水平的问题。“大的层面”是指医疗管理及质量的监测和提升，是科室和医院水平的问题。

举个很简单的例子，针对某一病种，你所在的医院死亡率有多高？为什么高？什么原因造成的？能不能找到并加以改进？

医疗水平并不仅仅是医生的水平，还有些属于“大的层面”的问题。比如心梗，一经诊断，

需要再灌注，医院能不能做出很快的响应？此外，医院的用药是否规范？哪些人不规范？为什么不规范？怎样避免不规范？这些问题需要监测和管理。这就是把临床问题上升到可以被发现和提升的层面。

未来医学模式一定是“循证医学加个体化治疗”

医师报：当前指南越来越多，您怎样看待指南对于临床实践的意义？

杨跃进：医学已进入了循证医学时代，其特点是科学可靠。虽然循证医学比经验医学有了明显的进步，但其过于原则、宽泛的缺点，离真实世界纷繁复杂的个体病例有差距，许多临床问题尚无循证医学证据。未来的医学模式肯定是“循证医学加个体化治疗”。这一模式既科学可靠，又能解决临床中的实际问题。

医学是实践科学，需要理论和实践紧密结合，临床医生应根据自己的实践经验做出决策。没有指南指导疾病的诊疗，如同航

海时没有航线图。但只看指南、不看患者，就如同学习了航海，却没有出过海。没有来自患者的准确的第一手信息，可能导致错误诊断，而此时的指南没有任何价值。

在全球化的今天，理论有趋同的倾向，全世界的教科书、研究结果、共识、指南几乎一致。但实践则呈现趋异的倾向，表现在不同国家、不同民族、不同文化以及不同医院、不同医师间的临床实践都有一定的差距，从而导致疗效差异。正像月食一样，

不同地方看到月食景象也不同。

如今需要关注的问题是，指南越多，实践起来反而越困难了！指南太多，理解偏差，认识混乱，不太会看病了；看病被动依赖指南和路径，而缺乏积极能动性了；遇到疑难危重病例救治容易出错了；临床疗效差别大了；解决问题的临床经验也少了。提高医生的临床水平，要以病例为基础，综合循证医学和个体化医疗的经验，培养智慧医生，而不能言必循证、动辄路径。

GAP-CCBC：遵从指南又贴合实际

医师报：海医会心血管专委会创办了GAP-CCBC，请您介绍一下如何通过GAP-CCBC提高临床水平？

杨跃进：为避免单纯讲理论的传统式授课，海医会心血管专委会创新性地创办了对指导临床实战非常有益的“指南与实践——临床危重疑难病例研讨”，即GAP-CCBC。

GAP-CCBC以病例讨论为主，结合内地与港台地区的特点，侧重危重、复杂和疑难病例，从

中总结出具体的、遵从指南、又贴合实际的临床诊疗规范和程序。消除循证医学证据和临床实践的差距是GAP-CCBC的重要任务，其实就是提高了临床水平。

GAP-CCBC经历了9年的历程，每年都举办10场左右围绕临床疑难、危重或有教育意义的病例讨论会。作为大会的配套

用书，每年出版的《GAP-CCBC精彩病例荟萃》和《中国循环杂志》指南解读专刊，其目的就是惠及更多医生。

另外，还要强调的是，每次讨论我们都邀请老、中、青三代人同台讨论，也是希望老专家能够起到传帮带的作用，带领中青年医生共同进步。

强调医疗质量已成为欧美共识

医师报：您作为北京市冠状动脉介入治疗质量控制小组的组长，一直致力于医疗质量控制，除此之外，您还做过哪些相关工作？目前，国外对医疗质量关注度如何？

杨跃进：我还牵头组织了“十二五”攻关项目中国急性心肌梗死注册（CAMI）研究。这是目前我国最大规模的急性心梗注册研究，主要目的是提升我国急性心梗的医疗质量。

2016年，受卫生计生委的委托，我作为组长，组织全国专家制订了《中国冠状动脉血管重建适宜性标准》。

近年来，强调医疗质量已成为欧美国家的共识。

以近期欧洲ST段抬高型心肌梗死（STEMI）指南为例，该指南首次将医疗质量评估写入了指南。

美国更是坚持致力于质量评估和考核。近期，其再次更新了心肌梗死质量评估标准，并发布了最新版急性冠脉综合征（ACS）以及稳定性心绞痛血运重建适宜标准。

为了监管，美国规定，医院参加“冠状动脉介入治疗注

册登记”和“急性心肌梗死注册登记”是一项行为规范，不参加到医院认定为医疗质量不合格。

总之，欧美国家公布的这些规范性文件已经将评估和改善医疗质量作为指南修订的核心内容之一。

其内容为制订质量标准，并监控医疗机构的医疗质量水平，采用卫生信息技术获得可靠、相关、及时、全面的医疗质量信息，应用医疗效果评估手段，不断改进弥补指南与实践的差距。

比如，2012版ESC指南推荐，在接受溶栓治疗的病例中，从诊断STEMI到治疗的最大延迟时间为30 min，2017年指南将这一最大延迟改为10 min。再比如，欧美指南一致认为，为了保证患者尽早得治，建议要提高公众识别心肌梗死的常见症状和呼叫急救服务的意识。

精准化成未来趋势

医师报：作为心内科专家，请您谈谈ACS诊疗方面的新理念。

杨跃进：随着对ACS的临床、影像学、病理、细胞和分子层面认识的深入，我们对ACS的机制有了进一步的认识。ESC将冠状动脉非阻塞性心肌梗死（MINOCA）写入了STEMI指南，MINOCA实际上是痉挛或微血管病变型的心肌梗死。

另外，根据炎症水平和影像学进一步对ACS分型，并采取不同的治疗策略，成为了新的趋势，预示着ACS的诊治趋向精细化。

对话 高端