

霍勇：做好一名醫生 力促學科發展

36年前，霍勇大學畢業後成為一名醫生。如今，身為全國政協委員，民進中央委員，北京大學第一醫院心內科主任、心臟中心主任的他接受香港文匯報專訪時表示，雖然當年自己的第一志願並不是學醫，但是從醫後，醫生救死扶傷的成就感，讓他越來越熱愛這個職業，也促使自己在行業裡不斷砥礪前行。作為心血管疾病醫療行業的領軍人物，霍勇坦言，三十餘年從醫經歷，自己的第一本職是做好一名醫生，同時不斷研究創新推動整個學科發展，並期待借助政協和民主黨派的平台，在國家醫療體系的規範管理、人才培養、制度建設等方面立足自己專長建更多務實之言，作更多貢獻。

文：香港文匯報・人民政協專刊記者 馬曉芳 北京報道

圖：受訪者提供

出生於江蘇徐州的霍勇，是文革後第一屆大學生。三十多年前，他大學剛一畢業，就成為一名醫生，「1987年到北京，至今已經三十餘年，一直在醫療行業，也越來越熱愛這個行業。」

奔波全國醫院做手術

「我的專業是心血管內科，通常意義上來說是只開藥，不做手術。在1987年讀研究生時就開始跟着我的老師接觸到了心血管介入治療。」談及最初接觸心血管介入治療，霍勇非常感謝自己恩師的引領。

他介紹說，當時國際上早已有了心血管介入治療，即通過微創的血管穿刺治療很多心臟病，但那時在國內很少見，「我的老師那一輩是國內第一批做心血管介入手術的，而我則是國內第一批做心血管介入手術專家的學生。」

霍勇回憶說，上世紀九十年代初他大多數時間都是在全國各地奔波，忙於推廣和提高中國的心血管介入治療技術，「整個上世紀九十年代，我除了出國基本都是在各地醫院

做手術，全國我去做過手術的醫院大概有五六百家。」不僅如此，他還一直致力於冠心病介入新技術的引進和具有中國自主知識產權介入器械的研發。作為中華醫學會心血管介入治療培訓中心主任，他先後幫助全國400餘家醫院開展冠脈介入治療，在全國多地舉辦培訓班和研討會，大力推動了中國心血管病介入診療技術的普及。

借鑒港經驗培養醫療人才

除在自己專業領域不斷研究創新，醫療人才的培養也是霍勇關注的話題，他的提案就常聚焦於此。在談及內地醫療人才培養時，霍勇說，內地應多借鑒港澳的成熟經驗，「我們與香港的交流非常多。香港對醫生的培養體系比內地完善許多，他們對醫學非常重視，對醫學人才培養也非常重視。香港在多年之前就有了專科醫師制度，大學畢業後一定要通過執業醫師考試，之後還有專科醫生考試，培訓認證制度非常完善，內地在這方面要向香港多學習，補上這一課。」

他表示，內地的人才培養也需要建立統一

的准入門檻。「比如要成為心血管專科醫生，就需要在拿到執業醫師證書後，再進行三年的心血管專業培訓，即5+3+3模式，五年大學畢業後，再有三年住院醫師規劃培訓並考試合格，然後再進入心血管專科培訓三年才能成為心血管專科醫生，這樣的培養體系就能很大程度保證醫生水平接近了。這一模式現已啟動試點。」

促國家心血管救治體系建設

「急性心肌梗死需要在十二小時之內開通血管，超過十二小時開通效果就不好了。」霍勇介紹說，12小時內開通急性心肌梗死患者的血管，在中國有相當長的時間處於很低比例，每100個心肌梗死患者大約只有5個能得到介入治療，雖然發展到現在有所改善，但是也有限。通過不斷推廣，目前全國能做介入治療的醫院已達到了42%，「但是這種推動遠遠不夠。」

通過多年的臨床研究和數據對比，霍勇發現，掌握血管介入技術的醫院越來越多，但治療率並沒有大幅度提升，其中最關鍵的問

題是患者沒有及時就醫，加上急救轉運不及時，導致大部分患者在院前延遲誤診。「於是我們借鑒國際經驗，提出了胸痛中心模式。」霍勇主持制定了適合中國國情的胸痛中心自主認證體系、制度及標準，推廣實施中國胸痛中心自主認證工作。先後成立了胸痛中心總部、3個委員會、4個區域認證中心和22家示範中心等組織機構。

截至2018年6月，全國已有460家醫院通過認證，3,000餘家醫院在申請認證過程中。「政府認為胸痛中心模式非常重要，幾乎全國各省的衛計委都發佈了文件，也有很多省市把這個工作作為政府工程。國家衛計

■全國政協委員、北京大學第一醫院心內科主任霍勇

委在2017年發了全國文件，全國二級及二級以上醫院都要建立胸痛中心，這使得整個心血管救治體系建設上升了一大步。」

以胸痛中心建設为抓手，霍勇還組織實施了「中國急性心肌梗死救治項目」，建立急性心肌梗死區域急救網絡，納入3,000餘家各級醫院，強化急救系統及各級醫院的協作。據胸痛中心質控數據顯示，該項目實施後急性心肌梗死救治時間顯著縮短，患者院內死亡率顯著降低。

期專科醫師規範化培訓

「我們國家在結束院校教育後幾乎沒有畢業後教育。對於醫學專業來說，畢業後教育很重要，醫科畢業並不代表就能成為醫生。」霍勇表示，成為一名合格的專科醫生，更需要一個統一的准入門檻，從而保證醫師質量。

專科醫師規範化培訓（以下簡稱專培）是醫學生畢業後教育的重要組成部分，是在住院醫師規範化培訓的基礎上，繼續培養能夠獨立、規範地從事疾病專科診療工作的臨床醫師的必經途徑。建立專科醫師規範化培訓制度涉及面廣，需要配套政策多。早在去年，霍勇就以提案形式建議，國家衛計委牽頭建立聯席會議制度，確保各部委相互協調，更好推動中國專科醫師制度的建立。他建議，建立和專科醫師培訓相銜接的學位配套

制度，專培結束後，可以授予臨床醫學博士學位，盡快由教育部協同衛計委商定。建立參與專科醫師培訓的學員的薪酬制度和參與基地和培訓導師的補貼制度，建議財政部盡快提供專培基地的補助經費，人社部應該在醫生薪酬制度方案確定時考慮專科醫生可獲得較高薪酬標準。

同時，建議國家衛計委在未來醫生招聘、學科建設和醫生執業的各項規定中體現出專科醫生的相應待遇，如專科技術的開展，專科診所開業等方面的資質要求。應借助通過認證的專科醫生可優先晉升高級職稱的方式鼓勵醫生參與專科醫生培訓和認證，遠期在完善專科醫師待遇和制度建議以後，取消臨床醫師的職稱評審。

推動胸痛中心「三全模式」建設

心血管居國人死因首位

霍勇指出，《中國心血管病報告2016》顯示，心血管病死亡佔城鄉居民總死亡原因的首位，農村為45.01%，城市為42.61%。今後10年，心血管病患者人數仍將快速增長，而其中危害最大的是以急性心肌梗死為主的急性重症患者，這對全國心血管疾病的防治任務和社會經濟都是巨大挑戰。

現階段，主要有三方面的時間延遲影響急性胸痛患者救治效率，分別是病人延遲、轉運延遲和治療延遲。而胸痛中心的建設，主要是從以上三個方面優化流程，從而縮短患者救治時間，提高救治的效率，降低死亡率和改善預後。當前，不同層級的醫療機構間缺乏有效分工協作，未能形成良好的區域協同機制，常見病、多發病等也集中在大醫院就診，基層醫療機構未能承擔相應職責。不同醫療機構間信息未能打通，區域性強，形成信息「孤島」，無法持續跟蹤患者的病情變化並進行長期管理。同時，缺乏相關疾病的管理標準指導不同醫院、不同專家對患者進行同質化管理，還缺乏對民眾疾病知識的普及教育，導致民眾在危急重症發病早期自救和他救的意識薄弱。

霍勇建議，地方各級衛生計生行政

部門持續推動醫療機構建設胸痛中心，實現全域覆蓋的全市模式，合理優化醫療資源，建立基層篩查、上下聯動，雙向轉診區域協同救治網絡。國家衛生計生委推動建立健全患者信息管理平台，創新醫療資源共享形式實現院前篩查、院中救治、院後康復的一體化管理。國家衛生計生委發佈心血管危急重症全程管理標準，指導基層醫療機構提供高質量的醫療服務，推動各級胸痛中心全程管理患者，推動分級診療的落地。由各級衛生行政部門主導，加大急性胸痛的公益宣傳，普及胸痛急救知識，提高全民自救和他救的意識，全員參與胸痛中心建設。

高血壓患者加葉酸防腦卒中

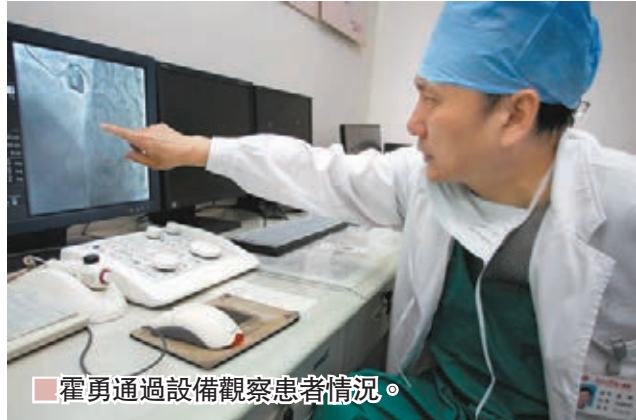
霍勇說，H型高血壓是指伴有同型半胱氨酸水平升高的高血壓，H型高血壓高發（75%左右）是中國高血壓人群主要特徵之一。同時，H型高血壓與腦卒中發生具有明顯協同作用。因而，H型高血壓的防治是應對中國當前腦卒中高發和持續發展的重要策略。「中國人缺葉酸，我們研究發現，特別是高血壓患者因為葉酸缺乏更易導致腦卒中。」

霍勇說，2008年他帶領團隊對20,702位高血壓患者開始了跟蹤研究，研究團隊科學的將患者分成兩組，在此基礎上採取雙盲方法（雙盲：醫生和病人都不知道患者服用的是哪一種藥），一組僅用降壓藥依那普利片，另外一組用依那普利葉酸片，最後觀察4.5年比較兩組哪組腦卒中多。4.5年後團隊看到降壓加葉酸組比起單純降壓組額外減少了21%的腦卒中的發生。

霍勇說，研究結果提示應該在H型高血壓患者降壓藥裡面加葉酸。他提出的這一H型高血壓的創新防治理念是具有中國特色的科學貢獻，更是對未來中國疾病防治有重要意義。



■霍勇（中）在手術台為患者診療。



■霍勇通過設備觀察患者情況。

倡「三高共管」助力健康中國

「『三高（高血壓、高血糖、高血脂）共管』是我們連續提了三年的提案，今年終於被政府論證採納了」，霍勇高興地說。中國自2009年起已將高血壓、糖尿病管理納入國家基本公共衛生服務均等化。但血脂管理相對滯後，成為中國心腦血管疾病防控的「短板」。因此，霍勇與數位醫療界專家委員聯名提案建議，將血脂管理納入現有國家基本公共衛生服務項目中高血壓、糖尿病的管理標準，實現「三高共管」，從而提升心腦血管疾病的管理質量及防控效率，抑制心腦血管疾病的顯著上升趨勢，提高預期壽命、降低慢病早死率的目標，助力實現健康中國。

霍勇說，以高膽固醇為主的血脂異常是冠心病、心肌梗死、心臟性猝死和缺血性腦卒中等心腦血管疾病的獨立而重要的危險因素。數據顯示，國人冠心病死亡率增加，77%歸因於膽固

醇升高。中國血脂異常患病率從2002年的18.6%到2012年的40.4%，增長了117%，高膽固醇血症從2.9%增長到4.9%，增長了69%。同時，合併三個危險因素（血壓、血糖、血脂）的患者比率也迅速上升，已經超過40%。在管理血壓、血糖等危險因素的同時，如將血脂納入同等重要的綜合管理，將會產生「1+1>2」的協同作用。

霍勇指出，從基本公共衛生服務每年增加的費用中，拿出不到每人1.9元人民幣的錢用於血脂管理，即可實現心血管疾病危險因素綜合管理，是最具成本效益的干預措施，可以產生「事半功倍」的效果，提高心血管疾病的處理效率、降低死亡率。三高共管可提高基層綜合管理心腦血管疾病能力，支持分級診療的實施；讓心血管疾病管理更加完善，增加老百姓的獲得感和滿意度。

對「帶路」國家 醫生更多培訓

在接受香港文匯報・人民政協專刊專訪的前一天，霍勇剛剛從吉爾吉斯斯坦回來，「我後天就要飛去非洲，主要是推動『一帶一路』沿線國家的醫療項目合作，目前我們已帶領中國心血管健康聯盟啟動了10餘個相關國家的項目。」

為響應國家「一帶一路」倡議和國家衛計委出台的《推進「一帶一路」衛生交流合作三年實施方案（2015-2017）》，由中國醫師協會聯合中國心血管健康聯盟共同牽頭設立了「『一帶一路』心臟介入培訓項目」，經國家衛計委國際合作司批准立項。霍勇介紹說，項目運行以來，國家衛計委國際合作司和中國醫師協會做了大量工作，以促成中國與「一帶一路」國家間的心臟介入培訓項目落地，培訓項目為「一帶一路」沿線國家培養了數量

可觀的醫學人才；深化了「一帶一路」國家間、醫師間的人文交流；促進了國際合作和醫療產業發展。霍勇指出，該項目缺乏政府間雙向交流機制和正式的政府領導下的專業層面的各專科綜合工作機制，在簽證方面遇到的困難，也將很大程度上限制外國學員來華接受培訓、阻礙衛計委「一帶一路」方案的實施。

針對這種情況，身為政協委員，他專門形成提案，建議建立國家推動、學科及專家參與的國家層面的雙向交流機制，以便更好地了解 and 對接中方與外方的訴求、需求，成立正式的政府領導下的專業層面的各專科綜合「一帶一路」工作推進委員會。為辦理來華簽證提供方便，方便國外學員來華接受培訓。同時，為辦理外國醫師短期行醫許可證提供方便。



■霍勇在少數民族地區義診。