

从中外差异中找到适合国情住院医师培养体制

刘伟明

摘 要 住院医师的有效培养是临床医学发展的前提基础。本文就中外住院医师培养的一些异同进行比较。由于国情的不同,完全照搬西方的住院医师培养体制恐有难度。本文以神经外科住院医师培养为例,在比较差异的基础上,结合我国的国情,探讨适合我国国情的住院医师培养制度。

关键词 住院医师 培养制度 神经外科

[中图分类号] R4 [文献标识码] A

国家高度重视住院医师的培养,国家中长期人才发展规划纲要(2010~2020年),把住院医师培养提高 to 国家发展角度。如何培养住院医师,是近年来卫生行政部门和各专业协会非常重视的问题。接连出台了一些政策法规,保障住院医师培养的规范进行。这其中,由于神经外科涉及的学科广,新知识、新技术层出不穷,临床工作风险大,技术要求高,加大了住院医师的培养难度,这些特点决定了神经外科专科医师成长时间均较其他外科专业长。

一、中外住院医师培养体系的差异

1. 准入制度不同:发达国家由于医疗教育体制的完善,完成医学院学习,获得博士学位,才有资格参加住院医师的培训,住院医师培训作为“毕业后职业教育”。由于住院医师准入水平的同质性便于统一制定培训计划^[1]。我国住院医师培训的主体是完成5年医学教育后的本科生,近来硕士、博士比例逐渐增多。由于接受教育水平不同,临床经历各异,增加了培养计划制定的难度^[2]。还要注意的一个问题是,国外的医学博士(MD)培养和学术型博士(PhD)培养是不同的系统。MD培养主要是培养医生。而PhD更多的是从事临床基础研究。培养目的的混乱也增加了培养难度。

2. 住院医师培训和学位教育阶段的区分:发达国家的学位教育和职业教育分不同阶段。学位教育阶段主要学习基础理论,职业教育阶段主要是临床实践。学习目的明确。而我国的住院医师培训和学位教育有交集,在临床医院培养研究生阶段要考虑住院医师培养的计划;而在住院医师培养过程中,受训医师也要考虑继续深造申请学位的问题。两个阶段区

分不清,相互影响两个阶段的教育^[3]。

3. 流动性:发达国家的住院医师是作为“社会人”独立申请参加住院医师培训,当完成培训时,需要重新双向选择工作单位。我国大部分的住院医师培训都是“单位人”,既在培训开始之时已经明确工作单位,并且大部分都是在本单位培训,培训完成后在本单位继续工作。

4. 目的层次不同:发达国家住院医师培训的目的是培养能独立执业的专科医生。在完成住院医师培训时候,能够独立行医,独自完成大部分医疗过程^[4]。而我们住院医师培训的目的是“达到《卫生技术人员职务试行条例》规定的主治医师标准”,一般来讲,低年资的主治医师在中国的医院里不要求完全独立完成医疗过程,特别是在一些大的教学医院中。

5. 住院医师培养阶段不同:发达国家专科医师的培养是连贯的,从进入住院医师培训开始,就明确自己的专业。这样在学习中有侧重的。而我国的特点,决定了住院医师培训分成两个阶段,第1个阶段3年,主要在2级科室,如内、外、妇、儿等,后2年为专科医师培训,进入3级科室,进行专科培训。

6. 培训内容和强度:发达国家住院医师培养要求全国范围内基本上都是一致的,包括教学大纲和考核等。国内的住院医师培训基本上是各个地区、学校或医院自己搞的一套培训机制。全国范围内比较松散,也很不一致。包括轮转的科室和时长等。由于培训结束后需要自己独立承担工作,所以在发达国家,住院医师的学习有非常高的自觉性,劳动强度要远远高于其他级别的医师。美国住院医师每周工作时间为80h。在欧洲由于劳动保护的限制,工作时间为48h,但欧洲的住院医师常抱怨时间不足以完成培训计划,常主动加班。在培训的后期,很多国家要求住院医师

去别的教学医院学习,甚至是在国外学习,这对住院医师的发展很有好处^[1]。应该看到我国住院医师培训在逐步完善,但并没有非常完善的培训体系,而且很多规定都流于形式。

7. 监管和评价体系不同:发达国家是由相关部门组成独立的专家委员会对住院医师的培训进行监管,并在住院医师培训结束后进行考核。在西方发达国家,住院医师培训结束后采取统一标准认定住院医师培训是否合格。而我国还不能做到这一点,由于医疗水平的地域差异,采取的是地区标准。

8. 培训医院的差异:国外住院医师培训医院必须是有资质的大学教学医院,需要有很强的教学能力和教学意识。有很高的医疗水平^[5]。我国规定 2、3 级医院均具有培养住院医师资格,这些医院存在水平差异,培养出的住院医师水平差异很大。

二、中外住院医师培训的差异

这里不得不说的是发达国家的全科医师培训和专科医师培训是两个系统,从开始的时候,被培训者就明确了自己的目标,这对我们也有借鉴意义,因为要求是不一样的。全科医生要求培训阶段尽量扩展知识的广度,而专科医生要求的是深度。在我国,还在区分住院医师培训和专科医师培训的概念,而在西方发达国家,这两个概念意思是一样的。

这里以神经外科为例,来比较中外住院医师培训的具体差异(表 1)。可以看到,我国神经外科医生数量按照人口比重算是最少的。这里还要强调一点,国外的神经外科医生(neurosurgeon),指的是完成住院医师培训,能够独立行医的神经外科医生,而我们的神经外科医生数目中包含了神经外科的住院医师,所

以我们还要培养更多、更优秀的神经外科医生。

大多数的国家都有住院医师的资格认定,而且住院医师和医院有双向选择的权利。条件优异的住院医师申请者就会有更大的选择余地,同时一个医院招收住院医师的数量和水平,也代表的医院的实力。因此各医院也不遗余力地网罗优秀人才,这样形成了良性的互动。

住院医师培训时间,各国也有差异,基础训练和专科训练的时间配比也略有差异。基础训练很重要,比如在德国强制在 ICU 轮转。但是也应该看到专科训练必须要有时间保障,否则难以保证培训效果。每家医院都各有所长,因此很多国家鼓励或强制去多家医院培训^[4]。

由于发达国家医疗水平地域差别小,培训结束后大多是地区认定培训合格。例如在德国各个地区独立认定神经外科医生,当住院医师完成考核量表,通过考核委员会的笔试和口试后,既取得了神经外科专科医生资格。在各个地区之间相互承认。而美国是有全国性的委员会来认定神经外科专科医生。但目前有很多国家要求有统一的国家考试,以保证培训结果的一致性。我国的情况更为复杂一些,地域差异很明显,处理这一问题,有很大难度^[5]。

三、积极探索适合我国国情的住院医师培养制度

如何找到适合我国的住院医师培训制度,一直是一个高度关注的话题。我国的行政管理部门也在积极探索适合我国国情的住院医师培训制度。近年来,已经和正在进行一些积极的改变。但这是一项任重道远的工作^[6]。还有很多需要完善的工作,总体来说有如下内容:提高住院医师培训基地的门槛,提高

表 1 中外神经外科住院医师培养的差异

国家	人口数 (百万)	神经外科医生 (每百万人口)	准入标准	住院医师培 训时间(年)	基础训练 时间	专科训练时 间(至少)	科研 时间	工作 时间	更换培训 地点	培训结束后 能否独立职业	国家统一 考试
德国	82.5	1.5	有资格认定	6	强制 6 个月 ICU	5 年	无强制	48 周	建议不强制	能	无
俄罗斯联邦	145.0	1.7	完成 1 年 见习	2	6 个月	18 个月	无	-	无	不能	无
瑞士	7.5	1.4	有资格认 定程序	6	1 年	5 年	无强制	48 周	强制更换 1 次	能	无
土耳其	72.3	1.7	通过英文、 科学考试	5	3 年	3 年	无强制	>100 周	无	能	有
日本	128.0	5.0	通过录取 考试	7	2 年	5 年	无强制	-	鼓励	能	无
美国	311.0	1.2	通过 USMLE 考试	6			1~2 年	80h	更换 1 次	能	有
中国	1300.0	1.0	没有统一 规定	7	3 年	4 年	无强制	不统一	无	不确定	无

培训医院的整体水平;鼓励培训合格住院医师的合理流动;准许“社会人”报名参加住院医师培训。通过双向选择来调节培训者和培训机构;探索把住院医师培训和学位教育有机融合;培训内容条目化,逐渐明确。按照统一的要求培养住院医师,保证水平一致;建立评价机构。把握好住院医师培训的最后一关。在培养内容上将医学临床培养和基础科研培养分离,将医生的考核体系与临床紧密关系,而不是和科研紧密关系可能是中国住院医师培训体系今后需要解决的问题。

我国幅员广阔,地域差异大,社会经济水平和医疗传统有差异很大,医疗资源配置不平衡,因此在政策的制定上应该考虑到地区的差异^[7]。在同一地区,传统的中心医院所占有的医疗资源和病员数量比其他的医院有很大优势,诊疗水平差异很大。基层医院的医疗能力令人担忧。其实我们可以通过人员流动来减少地域和不同医院之间的差别。以“社会人”的身份参加住院医师培训便于这一体制的执行。培训合格后重新寻找工作单位,减少“近亲繁殖”,利于医院和医生的发展,并能保证各个医院水平接近。由于参加住院医师培训人员的差异,及培训内容是各地区自行制定的。因此,把好最后一关非常重要。通过培训,能否达到神经外科专科医生的水平,需要一个

专门的机构来认定。

应该看到,住院医师培训体制其实是整个医疗体制的一部分,脱离开周围的医疗体制,单纯强调住院医师培训效果不会好。我国的医疗体制改革正在不断推进,在此基础上,相信我们会培养出更多、更优秀的医师,为广大患者服务,不断提高国人的健康水平。

参考文献

1

Burkhardt JK, Zinn PO, Bozinov O, *et al.* Neurosurgical education in Europe and the United States of America[J]. *Neurosurgical Review*, 2010, 33(4): 409-417

2

郭肖宁, 王星月, 曹钰, 等. 住院医师规范性培训制度存在的问题和对策[J]. *中国医院管理*, 2004, 24(8): 42-43

3

贾敏, 张占伟. 在住院医师培养中实现在职研究生教育与规范化培训有机结合的设想[J]. *中国高等医学教育*, 2005, 4: 83-84

4

Omerhodzic I, Tonge M, Matos B, *et al.* Neurosurgical training programme in selected European countries: from the young neurosurgeons' point of view[J]. *Turkish Neurosurgery*, 2011, 22(3): 286-293

5

唐国瑶, 陈建俞. 北美住院医师培养模式运行现状与发展趋势[J]. *中华医学教育杂志*, 2006, 26(1): 88-91

6

黄贞杰. 探讨我国住院医师规范化培训的现状及对策[J]. *医学与哲学: 临床决策论坛版*, 2007, 28(5): 64-65

7

陈兵, 尹延庆, 龙霄翱, 等. 县市级医院神经外科专科医师专业知识教育的思考[J]. *广东医学院学报*, 2008, 26(6): 678-679

(收稿日期:2014-05-23)

(修回日期:2014-06-10)

临床教学路径在骨科临床实习带教中的应用

杨 彪 赵晓光 王 磊

摘 要 **目的** 探讨临床教学路径在骨科临床实习带教中应用的效果。**方法** 将 76 名临床医学专业实习学生随机分为实验组和对照组,每组 38 人,实验组采用临床教学路径带教方法,对照组采用传统带教模式。对比两组学生实习结束后基础知识、基本技能、职业态度及综合素质考核的成绩,同时比较两组学生对带教的满意度。**结果** 实验组实习学生的各项考核成绩明显高于对照组($P<0.05$),对带教的满意度也明显高于对照组($P<0.05$)。**结论** 临床教学路径带教方法优于传统的实习带教,适合在临床医学骨科实习中应用。

关键词 临床教学路径 骨科 实习

[中图分类号] G642.44 [文献标识码] A

临床医学是一门实践科学,临床实习不仅是临床医学学生把书本知识转变为临床技能的必经之路,同时也是巩固已学知识、拓宽知识结构的重要阵地。如何让学生更好地完成实习、培养合格的临床医师,是医

学院校教育工作者长期思考的问题。骨科做为外科的重要分支学科,是临床实习的重点,同时也是难点。然而在长期的教学实践中笔者发现,由于骨科具有分支细、内容多、重操作、发展快等特点,传统的带教模式已经越来越不适应学科的发展^[1]。为了改变这一现状,笔者医院骨科教研小组总结以往的带教经验,