

# 住院医师培训中外对比研究

邓晓涛, 周诚

【中图分类号】R192 【文献标识码】A 【文章编号】1000-0313(2013)06-0610-03

【关键词】 全职住院医师; 在职培训; 对比研究

住院医师培训是指医学生从学校毕业进入医院后在上级医师的指导下进行临床实践, 通过规范的要求和严格的考核, 从而学习到在某一认可的医学专科领域中成为合格医生所需要的医学知识、临床技能和职业态度, 即培养医生的核心能力。它是培养临床医学人才的重要途径, 是加强医疗队伍建设、提高医师质量的重要手段, 也是提升临床医疗服务水平的重要环节和措施。

国际公认高等医学教育连续统一体应包括三个阶段, 即学校教育、毕业后医学教育以及继续医学教育阶段。从整体上看, 由于医学科学技术的飞速发展, 在医师的一生中第一个学校教育阶段仅仅获得了 20% 左右在工作中使用的基本医学知识; 而第二个毕业后医学教育阶段即通常所指的住院医师(包括专科医师)培训阶段和第三个贯穿医师终身的继续医学教育阶段则提供了约 80% 左右在工作中使用的医学理论知识和实际操作技能。作为一门特殊的直接关系人生命健康的科学, 住院医师培训是作为承上启下最重要的支撑阶段, 它的目标是要培养住院医师具有厚基础、宽知识、强能力、高素质。本文仅就我国与发达国家的住院医师培训体系做一比较, 从中找出差距并得以借鉴。

## 发达国家住院医师培训制度

住院医师培训源于 19 世纪末, 德国首先提出住院医师规范化培训的概念, 当时是为特定专科领域的医生提供提高技能的非正式额外机会。之后美国开始探索住院医师培训制度, 从 1919 年正式实行“4+4”两段 8 年制医学教育, 即 4 年大学本科毕业后再进入 4 年医学院校学习, 推行医学生毕业后的住院医师培训制度。20 世纪 60 年代以后又开始推行医学博士(MD)加哲学博士(PhD)双学位制度, 1992 年, 美国建立了以授予专科证书为目标的考试程序, 这种医学教育体制造就了美国医学科学在全球领先的国际地位。

美国医学院校实施淘汰制的 4 年制教育, 前两年是学习医学基础知识, 学生在二年级结束时需要参加全美医师资格考试的第一步(step 1), 合格后才能进

入高年级学习; 三年级、四年级是学习临床医学知识, 边学习边见习, 毕业前进入第二步考试(step 2)。通过这两步的考试后, 有志于做医生的学生们再根据自己的特点和成绩, 报名申请各医学院附属医院或综合型医院的住院医师培训。根据不同专业, 住院医师培训时间至少为 3 年, 个别专业长达 8 年。其中第 1 年的教育为实习医生教育, 完成教育进入第三步考试(step 3)并通过相应考试后, 才有资格拿到州政府颁发的医师执照。在 3~8 年的住院医师培训结束时, 参加全国统一考试, 通过后最终有资格成为独立行医的医师, 即相当于我国的主治医师。

发达国家的住院医师培训非常严格, 培训包括医疗、教学和科研 3 个部分。以美国放射科住院医师为例, 首先要求培训基地能确保向所有住院医师提供影像诊断各个亚专业和介入操作的训练, 能提供正规的放射生物、放射物理和核医学的培训, 并且能提供足够的研究机会以保证住院医师能很好完成他们自己的科研设计。住院医师的医疗培训需要参与大量的临床实践工作, 除在本专业科室轮转外, 还需要在其他相关科室进行轮转, 必须保证能通过执照考试的 12 个亚专业的训练即神经、胸部、骨关节、消化、泌尿、儿科、乳腺、介入/血管、超声、体部 CT、MRI 和核医学, 要参加读片、报告、听课、讨论和病例随访, 年复一年多次轮转, 反复强化, 重点考核包括医疗能力、医学知识、沟通能力、科学思维方法、职业道德、基于系统的实践和技能等 6 大部分。教学培训分为修课和授课两部分, 培训期间都必须选修指定的课程, 特别是第一年必须参加基础放射学、放射生物、放射物理和核医学的正规授课学习并通过考试; 同时也要完成一定量的授课任务。科研培训方面, 大多数是参加科内的科研工作, 少数医院(学校)要求所有住院医师参加 3 个月的科研工作, 也可以选择增加 1 年时间专做科研工作训练, 每一位住院医师都需合作或独立地完成一项科研项目并作汇报。经过以上这些环节, 住院医师得到了长足的训练, 具备了很好的综合素质和很强的工作能力。

## 我国住院医师培训体系

我国的住院医师培训制度始于北京协和医院。1917 年洛克菲勒基金会出资创建北京协和医学院,

作者单位: 100730 北京, 卫生部北京医院放射科

作者简介: 邓晓涛(1970-), 男, 湖南衡阳人, 主治医师, 医学影像教研室秘书, 主要从事腹部影像诊断和介入治疗工作。

通讯作者: 周诚, E-mail: cjr.zhoucheng@vip.163.com

1921 年正式成立,这是中国第一所开设 8 年制临床医学专业的学院,实行医学预科、医学基础知识和临床实践三段式教育,在国内首次实行严格的 24h 住院医师负责制和总住院医师负责制,当时国内一些教会开办的医学院校也纷纷效仿。几十年来,协和医院坚持规范的住院医师培训制度,培养了一批高级临床医务人才。

1949 年以后,我国的医学教育更多的向前苏联学习,医学生招生体制与欧洲国家类似,从高中生中直接招收医学生,大多数经过 5 年的学习(包括 1 年临床实习),毕业后直接进到各级医院做医生,其住院医师培训由各自所在的医院来负责完成。由于我们国家幅员广大,经济发展不平衡,医学教育学制短,各级医院自身的管理和专业水平差距就更大,因此培养出来的医生良莠不一,水平参差不齐。

1962 年卫生部开始拟定统一的住院医师培训考核试行办法,后来因“文革”使得刚刚起步的住院医师培训制度被打破了。上世纪 80 年代随着高考制度的恢复,高等医学院附属医院开始试行住院医师培训考核办法。1993 年卫生部发布了关于实施《临床住院医师规范化培训试行办法》的通知,指出实施住院医师规范化培训,是培养临床医学人才、提高我国临床医疗工作水平的重要措施,也是完善我国毕业后医学教育制度的组成部分。

要求各地组成由医学院校、医学会、有关医院等参加的专门机构,结合实际情况,制定具体要求和实施办法,包括培训基地认可标准、各学科培训细则、考核方法和记分方式等。从此使我国住院医师培训逐步纳入正规。

进入本世纪以来,对实施住院医师规范化培训越来越重视,卫生部交由中国医师协会负责制定全国统一可行的住院医师规范化培训基地标准和各学科培训细则,已有 20 多个省直辖市开始了试行住院医师离开各自医院到有资质的培训基地接受两阶段“3 + X”的规范化培训。近年来更是出现了“上海模式”,即医学生毕业后直接先到培训基地接受规范化培训,经考核取得合格证后再选择医院申请求职。

## 中美住院医师培训制度差异

### 1. 对培训基地教学设备和资源的要求

美国:有专门的美国毕业后医学教育认证委员会(ACGME)作为组织领导机构,有认证标准,统一认证、统一管理;住院医师培训是在经过严格评审获得认可的教学医院中进行;获得培训资格后还要接受长期的监督,以确保培训的质量;政府提供大部分资金保障。

中国:目前交由中国医师协会负责,但培训尚没有全国范围的规范化、统一化;我国二级以上医院均可作为培训基地,受医院等级、地区差异等因素,水平不同,无法全面达到要求;培训经费由政府 and 培训基地(医院)承担,大多数受训人员为医院职工,需要为医院创造效益,这就决定了培训计划有可能让位于提供医疗服务。

### 2. 住院医师获得受训资格的方式

美国:住院医师培训职位是根据毕业生的志愿采取自愿申请制度,医院根据面视决定是否给予职位,不同专业竞争的情况不同。例如 1997 年矫形外科职位达到 1/89;住院医师在培训期间不是正式的医院职工,这促使他们必须勤奋努力充满竞争意识。

中国:目前绝大多数的临床医学专业毕业生都是先申请就业到医院,再接受住院医师培训,即各医院培训本院的住院医师,缺乏竞争机制。

### 3. 培训方法与考核体系

美国:住院医师培训期间有严格考核登记制度,第一年实习医师结束后参加各州政府的执照考试,获得住院医师资格;其后根据意愿与专业继续进行住院医师培训,完成统一的、规范的大系统和专科的轮转时间和培训目标;评估贯穿整个过程,包括主观和客观的详细全面的评估系统;轮转结束时,指导教师及相关人员对 6 个核心能力给予 5 分制的评估;有定期全国的初级/高级住院医师考试,整个轮转培训结束参加全国统一的住院医师考试,通过者最终获得行医执照。

中国:住院医师在培训单位多以“以干代训、以考代训”的形式,在量化考核上各行其是,缺乏权威机构统一的标准;住院医师轮转常因医疗任务繁重、人员不足而被抽去顶岗,使他们不能完成住院医师规范化培训,核心能力薄弱。

### 4. 带教人员及教学方式

美国:实行导师制,使培训能有序、规范、严格的执行;教学形式多样化,尤以提问式教学为主,引入以临床问题为中心的自学训练和自我学习;将循证医学理论应用于临床教学中,养成尊重客观科学事实的思维模式;采取更加量化的、具体明确的教学活动,如定期的讲座、会议和研讨会,使住院医师可以有效和更快的提高自己。

中国:实行导师制并进行规范带教仍十分缺乏;针对临床实践以外的教学活动的规定比较笼统,没有细化、制度化、规范化;临床教学中传统的“填鸭”式教育模式仍是主要方式;在医疗过程中经验式的行为在各级医院发生率较高,忽视理论知识和客观证据也时有发生,不利于循证医学的教育和应用。

### 5. 科研能力和理论学习及文献检索能力水平

美国:住院医师必须有机会参与科研工作,学习科研方法,并在研究中培养兴趣,确立今后专业发展方向,在第 2~3 年选定课题并撰写论文,在轮转结束时宣读答辩;上述方法使住院医师必须关注专业的动态发展方向和形势,提高科研水平和文献检索能力。

中国:住院医生疲于应付日常医疗工作,没有要求一定要参与科研工作,没有系统培训文件检索、收集资料、数据处理等科研的基本方法训练;外语水平不高也限制了研究能力。

## 对我国住院医师培训的思考

### 1. 存在问题

医师队伍整体状况人员数量大,素质差异大,这与我国的医学教育体制和结构模式不尽合理有着必然的联系。我国医学教育体系的多元化,包括了临床医学、影像医学;博士、硕士、本科、大专;八年制、七年制、六年制(外文)、五年制、三年制;临床型、科研型等等,造成人员质量参差不齐。

知识素质教育和职业教育相混淆,不同层次、不同办学形式对生源情况、培养内容以及考核标准都有很大影响,除普通全日制医学教育外,电大、夜大、函授、网络教育等又给本来就很薄弱的医学教育雪上加霜,一些办学机构受利益驱动,不断向医疗服务市场输送大量良莠不齐的从业人员。

目前只有本科生以上能进入住院医师规范化培

训,本科以下学历医学生的培养和管理成为突出问题,暴露了医学教育制度和用人制度的矛盾;按规定中专生、大专生在取得执业助理医师资格 5 年后方可参加执业医师考试,获得执业医师资格。但事实是在获得执业医师资格前,这些医生早已在临床上(尤其在基层)诊治患者了。

根据卫生部统计:1993 年以来,我国已有 20 余个省开展临床住院医师规范化培训;2006 年卫生部审批通过了 1100 个住院医师培训试点基地,涉及 12 个省、直辖市的 89 家医院,但这样的培训进度远远难以满足实际需求,必须扩大覆盖面。

### 2. 期待与作为

应由政府层面机构来管理和投资住院医师培训,加大力度、加快步伐,建立并完善一系列的住院医师培训制度,包括资质、培训、考核和认证。

加快我国住院医师培训基地的建设,包括硬件建设和软件建设,为规范的住院医师培训提供合格的基地。

建立统一规范的国家级的住院医师培训标准,特别是除技术标准外,同时要注重职业道德素质和人际关系处理能力。

开展多种形式、多级层次的科研教学活动,创造良好的学术氛围;优化培训资源,加速推进我国毕业后医学教育的国际化进程。

(收稿日期:2013-02-26)

## 《请您诊断》栏目征文启事

《请您诊断》是本刊 2007 年新开辟的栏目,该栏目以临床上少见或容易误诊的病例为素材,杂志在刊载答案的同时配发专家点评,以帮助影像医生更好地理解相关影像知识,提高诊断水平。栏目开办 6 年来受到广大读者欢迎。

本栏目欢迎广大读者踊跃投稿,并积极参与《请您诊断》有奖活动,稿件一经采用稿酬从优。

《请您诊断》来稿格式要求:①来稿分两部分刊出,第一部分为病例资料和图片;第二部分为全文,即病例完整资料(包括病例资料、影像学表现、图片及详细图片说明、讨论等);②来稿应提供详细的病例资料,包括病史、体检资料、影像学检查及实验室检查资料;③来稿应提供具有典型性、代表性的图片,包括横向图片(X线、CT 或 MRI 等不同检查方法得到的影像资料,或某一检查方法的详细图片,如 CT 平扫和增强扫描图片)和纵向图片(同一患者在治疗前后的动态影像资料,最好附上病理图片),每帧图片均需详细的图片说明,包括扫描参数、序列、征象等,病变部位请用箭头标明。

具体格式要求请参见本刊(一个完整病例的第一部分请参见本刊正文首页,第二部分请参见 2 个月后的杂志最后一页,如第一部分问题在 1 期杂志正文首页,第二部分答案则在 3 期杂志正文末页)

栏目主持:石鹤 联系电话:027-83662875 15926283035