

我国神经外科专科住院医师培训基地现状与思考

菅凤增 王任直

【摘要】 神经外科专科住院医师培训即将在全国推行,从培训基地看,多数三级甲等医院均有足够的病例数和良好的医疗设备以保证住院医师培训的顺利进行,但亚专科的划分以及培训意识和培训方法等诸多方面尚存较大提升空间。为了建立并健全我国神经外科专科住院医师培训基地,加强国家行政管理部门的监管,建立由行业协会主导、全国统一的培训基地和考核制度是十分必要的。同时还需结合我国国情,规范医学研究生教育和专科医师培训。

【关键词】 实习医师和住院医师职务; 在职培训; 神经外科(学); 综述

Current situation and consideration of training base hospitals for residents of neurosurgical specialization in China

JIAN Feng-zeng¹, WANG Ren-zhi²

¹Department of Neurosurgery, Xuanwu Hospital, Capital Medical University, Beijing 100053, China

²Department of Neurosurgery, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Beijing 100730, China

Corresponding author: JIAN Feng-zeng (Email: fengzengjian@hotmail.com)

【Abstract】 Resident training of neurosurgical specialization will be tried and carried out in all over China. From the point of view of training base hospitals, a majority of 3A level hospitals have sufficient patients and good equipments which will ensure the success of training process; however, division of subspecialty, teaching motivation and teaching method still have a great potential to improve. In order to establish and improve training bases for residents of specialization, supervision from national administrative department should be strengthened; professional society also plays an important role in standardizing and controlling the training quality. Considering our nation's situation, integration of postgraduate education and resident training is worth of discussion.

【Key words】 Internship and residency; Inservice training; Neurosurgery; Review

住院医师和专科医师的规范化培训关系到未来我国医疗队伍的素质,利于地区间医疗人才资源与医疗质量的均衡化发展。住院医师在上级医师督导下,不仅能够掌握独立行医所必须的专业知识和操作技能,而且可以通过耳濡目染培养专科医师的职业精神、职业道德、沟通技能,并使其学会人文关怀。提高神经外科专科医师准入标准,加强职业培训,提高行业整体素养,最终也将惠及广大患者。我国住院医师培训采取第一阶段的3年基础培

训和第二阶段2~4年专科培训的“3+X”模式。目前,第一阶段(“3”)的规范化培训已在全国范围内全面启动,由各省、市、自治区卫生和计划生育委员会(以下简称卫计委)组织实施;第二阶段(“X”)的培训正在准备并将全面启动,受国家卫计委委托,中国医师协会神经外科医师分会作为试点专科在此阶段中先行一步,其成果和经验将为其他专科医师规范化培训提供参考。2015年5月,笔者与另外3位神经外科专家对湖南省、湖北省、河南省、江西省共13所三级甲等医院神经外科进行实地考察,并根据中国医师协会专科培训基地考核精神和神经外科医师分会基地考核细则(标准)对我国神经外科专科住院医师培训基地建设的现状作一总结,结合国内外成功经验提出建议。

从“硬件”配备情况看,各医院均配备神经外科

doi:10.3969/j.issn.1672-6731.2015.07.015

作者单位:100053 北京,首都医科大学宣武医院神经外科(菅凤增);100730 中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院神经外科(王任直)

通讯作者:菅凤增(Email:fengzengjian@hotmail.com)

所需大型医疗设备,如CT扫描仪、MRI扫描仪、数字减影血管造影仪和手术显微镜等,多数医院还配备高速磨钻、超声吸引手术刀、术中电生理学监测设备和神经导航仪等,具备独立或与医学院校联合建立的实验室等,为专科医师培训提供了较好的“硬件”基础。存在的主要问题是:设备未发挥其作用,如有些医院高速磨钻仅用于颅骨切开术;电生理学监测设备陈旧,形同摆设;神经导航仪也存在类似情况;神经显微外科实验室配备的多是手术室淘汰的手术显微镜。

从神经外科临床工作角度看,各医院年手术量为600~4000台次,能满足培训基地600台次/年的基本要求,但手术病种分布不均衡。例如:其中3所地市级医院手术病种以颅脑创伤和脑出血为主,鲜见复杂的脑血管病和肿瘤。从亚专科分组情况看,虽有中枢神经系统肿瘤、脑血管病、脊柱神经外科和功能神经外科等亚专科,但各亚专科之间的发展极不均衡,如脑血管病专科,有些医院以介入治疗为主,有些医院则以手术治疗为主;功能神经外科专科,有些医院可以完成较精细的脑深部电刺激术、癫痫等详细的电生理学监测和手术;大多数医院功能神经外科开展的治疗业务尚处于较初级阶段,仅可行三叉神经痛和面肌痉挛的微血管减压术;而各医院脊柱神经外科技术存在的差别则更大,多数医院以脊髓肿瘤为主,能够独立开展脊柱内固定术并行部分脊柱退行性疾病治疗的仅两所医院。

足够的临床手术量是保证外科住院医师培训的基础,但影响培训质量的因素尚多,如资源配置、学习环境和条件、带教医师的教学意识、学生对培训质量的反馈,以及相关部门的监管力度等。

资源配置不合理是目前临床医师压力过大的重要原因之一。如手术室及相关配套设施少、辅助人员不足、合格的神经外科医师少等;不合理的绩效指标和管理也是导致临床压力过大和发展不平衡的重要原因之一。加班手术在各医院均为常态,同时为了追求手术速度,带教医师给住院医师提供的实习训练机会减少,按部就班的带教手术几乎更不可能,与设立住院医师培训的初衷相差甚远。

从受训住院医师角度看,由于临床医疗牵涉的精力过大,加之科研等项指标的要求,住院医师少有自由支配的时间进行深入系统的学习和训练,学习渠道主要是日常临床工作,缺乏系统的学术发展规划,因此难以深入探索学术前沿。在神经显微外

科技术训练方面,尽管各医院均配备实验室和手术显微镜,但缺乏系统的训练课程和合格的指导教师,且不能保证足够的培训时间,多数医院的神经显微外科实验室闲置。

在“软件”方面,由于缺乏规范科学的教学方法和责任意识,带教医师的教学意识和水平参差不齐。相对而言,医学院校及其附属医院教学意识较强,如华中科技大学同济医学院、中南大学湘雅医学院等。这些医学院校均有百年历史,其带教作风在师生中代代相传,成为当前住院医师培训的宝贵财富,也是吸引各医学院校毕业生前往参加规范化培训的重要基地。由于青年医师尚处于塑造人生观、价值观、世界观的重要阶段,带教医师的医风医德对我国神经外科职业精神、学术追求和医患关系具有重要影响。

各地专科住院医师培训质量要求不一,监管措施也存在不少问题,导致不同基地医院培训出的神经外科专科医师(主治医师以上)知识水平和技术水平相差甚远。究其原因有三:其一,目前我国尚无规范的专科住院医师培训措施和培训标准;其二,住院医师年资较低,缺乏必要的客观统计与匿名反馈机制,即使带教医师未提供必要的学习机会或手术操作机会,受训的住院医师亦无提出意见的渠道;最后一点是,鉴于部分受训的住院医师已经是相关科室的固定人员,使轮转计划受到影响而改变,甚至过度延长时间,行政管理部门对此类情况缺乏监管手段,而行业协会(中国医师协会)尚未建立相关的有效的监管机制。

目前,临床医学研究生教育与住院医师培训之间存有矛盾,加之我国临床医学研究生分专业型与科学型两类,更带来许多混乱。目前,第一阶段的住院医师培训已经与专业型硕士研究生培养接轨,但各地要求不尽一致,如有些地区要求神经外科硕士研究生大多数时间在其他相关科室轮转,在神经外科的培训时间仅为2个月,而有些地区则要求神经外科轮转时间为15个月,这种不一致性直接影响第二阶段培训时间的安排。也有学者提出将第二阶段住院医师培训与专业型博士研究生培养接轨,但由于各专科之间培训时间不一致,如美国的内科医师培训为2年、普外科和骨科3年、神经外科7年,因此,专科医师培训与博士研究生培养接轨仍待进一步讨论。

鉴于上述问题,建议从以下几方面逐步完善我

国神经外科专科医师第二阶段培训。

第一,应完善各项规章制度、培训要求和考核标准。各级管理部门和行业协会应从全局出发,重视神经外科专科住院医师培训工作,相互协作,尽快完善专科医师培训制度、提出具体的质量要求、监督培训目标完成的比例、建立严格完善的考核方法。督促落实培训相关措施,如薪资待遇、社会保险、行医许可等。受训住院医师数量也应根据地区人口数量和基地医院能力决定,切不可只关注数量、不顾质量。

第二,首批专科医师培训基地应以医学院校附属医院为主。此类医院教学经验丰富、教学设施齐备、师资力量雄厚;而单纯临床医院则个体差异较大。对于教学医院而言,应在完成各项临床考核指标的同时,将临床教学作为主要使命和荣誉。住院医师不单是完成临床工作的劳动者,同时也是学习者,而带教医师亦非单纯的手术主导者,同时也是传道授业解惑者。在这一方面,第一阶段的培训经验可以借鉴,如河南省人民医院对不能完成教学任务的科室,撤回轮转的住院医师,这对相应科室的教学是一种压力和督促。对带教医师应进行系统的教学方法培训,使理论和临床实践的教学更科学化。培训课程设置和时间安排,应因地制宜地体现地区疾病特色,但原则上各地区应尽量统一。

第三,建立考核与反馈制度。考核应由行业协会独立进行,符合考核标准才能颁发行业协会认证。同时,培训基地教学条件和培训水平的考核,应由住院医师培训管理机构,即国家卫计委科教司等相关部门和中国医师协会分别独立进行;而受训医师的临床能力评价,则根据不同年资设定相应的考核内容,考核结果应反馈给培训基地,以进一步完善和提高培训效果。对于基地考核不合格或受训住院医师平均能力不达标者,应取消培训基地的

资格。

第四,规范学历教育与职业培训之间的关系。尽管我国医学教育具有其特殊性,研究生教育与住院医师培训之间的关系尚未理清。但从本质上,研究生教育的主要目的是培养学生的科研思维能力,而住院医师培训为职业教育。我国临床医学由于地域差异较大,具有一定特殊性,但其发展仍以共性为主,学理相通,欧美国家的医学学制均已经过数百年完善,值得借鉴与参考。我国专业型医学研究生教育与住院医师培训的要求有许多共性,借鉴第一阶段培训和硕士研究生培养接轨的经验,专科住院医师第二阶段培训是否可以与专业型博士研究生培养接轨,值得考虑。

第五,规范亚专科教育培训。不论第一阶段或第二阶段的住院医师培训,原则上仍是普通神经外科的全面学习过程,亚专科培训应是第二阶段培训完成后的继续教育,尤其是脊柱神经外科、功能神经外科等与普通神经外科差别较大的亚专科,不同培训基地之间可以有不同的亚专科特色。欧美国家的 Fellow 制度值得借鉴与参考,或许可以与我国现行的进修制度相结合。

我国住院医师规范化培训刚刚起步,行政主管部门、行业协会、培训基地等诸多方面均需逐步完善,也应考虑到我国国情,但建立、健全住院医师规范化及专科培训关乎我国总体医疗质量的发展,不仅是患者医疗需求不断提高的要求,也是现阶段社会发展的要求,对未来解决医疗资源的不平衡、减少地区之间的医疗质量差异均将发挥巨大的推进作用。

志谢 衷心感谢另外3位考察专家(第三军医大学西南医院冯华教授、北京协和医院马文斌教授、四川大学华西医院徐建国教授)的细致工作,以及北京协和医院杨远帆博士在本文撰写中的大力协助

(收稿日期:2015-06-30)

下期内容预告 本刊2015年第8期报道专题为痴呆及相关认知功能障碍,重点内容包括:神经病理学研究在痴呆相关疾病诊断与治疗中的贡献;多肽脯氨酰顺反异构酶与阿尔茨海默病发病机制研究进展;阿尔茨海默病动物模型研究进展;高血压与认知功能障碍; ^{18}F -FDG PET和 ^{11}C -PIB PET显像对后部皮质萎缩的早期诊断价值;慢性应激诱发APP/PS-1双转基因阿尔茨海默病小鼠认知损害研究;血清胱抑素C对初诊帕金森病患者轻度认知损害的早期诊断价值;同型半胱氨酸和C-反应蛋白对阿尔茨海默病与血管性痴呆的鉴别诊断价值;尿液AD7c-NTP表达变化对痴呆诊断价值的探讨