

● 规培·海外见闻

花样百出的全科  
医师资格考试

▲ 北京协和医院急诊科  
须晋

我有幸通过医院“百人计划”项目，赴澳大利亚墨尔本大学全科医学培训和研究中心进行为期3个月的交流，了解了澳洲全科医学概况。

在澳大利亚，全科医生是整个医疗系统的“守门人”，是每一位患者看病都必须经过的第一站。在澳大利亚，医学生要想成为全科医生，需要在完成本科教育的基础上，在医院参加为期3年的全科医生培训，最后一年要参加澳大利亚皇家全科医生委员会（Royal Australia Committee of General Practitioner）考试，考试通过之后即可取得全科医生资格，独立执业。

据称，全国全科医生都可以给未来考试出题，不断更新和充实题库。一般来说，这些题目主要来源于澳洲各个地区全科医生自身的临床工作经历和总结，因此保证了题目的多样性和范围的广度与深度，当然这也可能导致有的题目没有一个非常明确的答案。所以，每个新考题需经过考试委员会审核并反复论证考题及答案的合理性。

在审核和论证这些花样百出的题目时，一般会先组织一定数量的正式执业全科医生先进行测试，看看每一道题绝大多数全科医生的答案或者答题思路是什么，然后再定出参考答案，但是自始至终，都是以“默塔的综合练习”（Murtagh's General Practise）作为根本，各学科相关指南为辅助。因此，每年的考题都不一样。



墨尔本大学

● “小樵夫”在美国专栏⑱

规培怎样符合中国国情？

▲ 美国南加州大学医学院 乔人立

住院医师规范化培训之所以重要在于“规范化”，规范化旨在消除因各医院水平各异引起的培训效果差别。因此，各医院执行统一的培训及考核标准十分重要。那么，规范化培训应该以何为标准？规培生的考试又要着眼于什么呢？



时代在进步 美国的规培也在变革

在规培始祖奥斯勒当年的培训制度下，培训医生必须住在医院里，以随时应对病房的征召。因为那时，教材和教学手段有限，只有不漏掉任何接触患者的机会才可能见识到临床知识的更多层面，只有通过紧密观察才能在最早时间抓住控制病情变化的机会。

如今，诊疗手段长足发展，发达的交流与影像学技术更使得实时的现场记录与观察不再是必须。与此相应，美国住院医师早已不再要求住在医院里，相反，连续工作时数不得超过上限

已成为法律规定。

在师资方面，住院总处在当时规培培训的金字塔顶端，起着主治医师的作用。这是因为当时医生缺乏，尤其是受过正式培训又在教学医院里工作的医生更是凤毛麟角。且那时医学只有初级的专业区分如内外妇儿，有限的医学科学使内科医生有可能涉足全身各系统。而当今，现代教学医院师资完备，专科划分清楚且深入，在美国，由各专科培训医生（fellow）共同分担住院总任务，住院总剩下的职责是学习医学教育管理。

警惕国内规培的两点质量妥协

提高临床实践能力是规培的核心内涵。一位名医说过，猴子经过训练也学得会插管，可无论怎么训练也出不来猴子医生。此话虽然带着幽默，却反映了本质。那么，临床技能到底是什么？该怎么训练？

首先，必须非常清楚的是，在培训三年里，要逐年增加住院医的责任，即，增加一名医生独立判断与做决定的能力。美国培训的具体做法是将住院医编组管理患者，一名资深住院医师带1~2名第一年住院医师。第一年住院医师的责任是收集编写病历，熟悉自己的患者。第二年，住院医师就要拿出治疗方案。这样一来，二年以上的资深住院医师必须能够总结病例，分出轻重缓急，才能做出判断与

决定。在逐级增加责任的实战中锻炼出来的医生，三年结业时就可以独当一面。

第二，住院医教学大纲根据3~5年的培训期而设定，只有严格按照大纲培训才能保证规范化。因此，在美国，无论新住院医以往经历如何，在培训中均要“清零”，从头开始。只有这样不折不扣地完成了培训，才敢保证达到一定质量。

目前，国内培训项目虽然按照教学大纲安排轮转，却有两点严重的质量妥协：住院医师以往临床经验可用来顶替培训期的轮转；住院医排班不分年资，只计算月份总数，第三年住院医师和第一年住院医师工作性质相同。这样的安排，完全没有抓住规培本质，甚至已经严重破坏规培规则，没有“规范”可言。

后记

住院医师规范化培训制度是否符合中国国情？这是一个毫无价值甚至不能成立的问题。因为人体生理病理知识，医学科学本身是各国相通的。因此，如果用所谓“国情”问题质疑规培制度，不免让人觉得，这是怀疑我们中国医生难以走向世界领先的位置。

规范化不仅是要统一国内医生的质量，培训标准也应该与世界他国标准相当。也就是说，中国培养出来的医生应该是无论放在世界任何地方，都可以按照世界通行标准，独立处理疑难病症的专业人员。这样培训出来的医生才是合格的医生，这样的培训制度才是规范化的制度。

● 读书窗

我执意将“SKILL”译成“艺术”



书籍：《临床医患沟通艺术》

推荐指数：☆☆☆☆☆

推荐人：译者

北京大学医学

人文研究院

王岳

推荐理由：

翻译这本国外著作完全出于个人喜好和兴趣，也完全出于我希望医患关系尽快改善的初衷。回顾自己从事13年医疗纠纷法律服务的经历，感触多多，有些问题一直萦绕在我脑海

海中：为什么医疗纠纷没有因为医疗行业的关注而变好？为什么同一名患者去医院看病，却对两位医生做出大相径庭的评价？为什么一起起伤医悲剧发生后，网络上却是一片叫好声？

译者拿起这本 Peter Washer 所著的书，就爱不释手，该书也许恰恰可以解开国人上述的问题与困惑。Peter Washer 举了一个非常简单的例子：如果医生问问自己的母亲，这一辈子看病最喜欢的医生是谁？为什么喜欢这位医生？母亲很少会这样回答：“他的药理知识很扎实……”相信，从本书一个个幽默的例子和对话中，医生们会找到工作中自己与患者沟通的问题，并了解应该如何去做。

值得强调的是，临床沟通技巧培训一定要搞清楚“心”与“术”之间的关系，二者缺一不可。这些年，医疗行业也很重视医患沟通培训，但是收效甚微。这与我们往往关注了形而下的“器”（“术”——技巧），却忽略了形而上的“道”（“心”——自我）不无关系。

所以，在本书翻译中，虽然原著标题为“SKILL”，我却执意将其译为“艺术”。因为艺术是用“心”的，是有灵幻的，是有温度的……如果仅仅将书中的“SKILL”烂熟于胸，医生仍无法成为患者眼中的好医生，因为没有透过“SKILL”去感受医者“患者至上”的价值观，去感受医者“帮助弱者”的人生观，去感受医者“敬畏生命”的世界观……