

·全科医学教育探索·

医共体下基层全科医师高血压模块化培训实践

卢阳珍 孔华俊 王晓 卢晓琴

党的十九大报告明确指出“实施健康中国战略”^[1],目前基层全科医生力量薄弱难以满足广大人民对健康服务的需求,初级医疗保健体系不健全,基层医疗机构不强,积极性不高,县级医院业务占比过高,老百姓看病不方便,县域内的医疗机构协同性差,缺乏系统关联^[2]。随着医改的深入推进,以县乡一体化为核心的医共体模式建设正在向基层医疗卫生机构延伸。其以县级医院为龙头,乡镇卫生院为枢纽,村卫生室为基础,通过整合基础医疗卫生服务资源,建立科学有效的分级诊疗、双向转诊等分工协作机制,扭转了基层医疗机构技术力量薄弱、群众看病难等现象。因此,构建以县乡一体化为核心的医共体是新型医疗服务体系模式的大势所趋。

为探索破解难题,实现“健康东阳”的战略目标,我市继续推进医疗卫生体制改革,加强东阳市城乡医疗健康服务共同体(以下简称医共体^[3,4])内基层医疗机构人才队伍建设。建立了医共体工作中心,制定了一系列医共体相关制度,确保医共体工作高效顺利运行,真正实现人、财、物统一,要确保医共体改革真正有效落地,必须强基层,强基层必须强基层全科医师,所以在医共体建设之初我市首推基层全科医师能力培养,为真正实现这一目标,我市推行了全科医师培训管理办法。

高血压病作为基层的主要慢病之一,患病率高,其引起的心、脑、肾等并发症发生率高,疾病负担重,已成为全球重要的公共卫生和健康问题^[5]。高血压病的防治重心主要在社区基层^[6],但目前治疗和控制率不容乐观,主要原因包括:社区卫生资源分配不足、制度不健全、社区全科医师水平有限、居民对社区医师的不信任、依从性差等,故通过医

共体这一桥梁,实现医疗资源共享,提高基层全科医师高血压病管理的水平,培养一批合格的基层高血压病管理医师迫在眉睫。目前发达国家已经有了相对成熟的管理模式,著名的社区人群防治研究项目包括:美国的 Stanford Three-Community 研究、Stanford Five-City 计划^[7]、Minnesota Heart Health 计划^[8]、Pawtucket Heart Health 计划^[9],芬兰的 The North Karelia 计划,德国心血管疾病防治计划^[10],瑞典的 Norsjo 研究^[11]等。这些项目均强调高血压病社区管理的重要性,提出高血压病主要由家庭医师负责,能有效降低高血压病发病率,改变高血压病患者的行为习惯,从而减少心脑血管危险因素。而我国目前没有系统的管理模式,通过小班化模块化培训,形成高血压病的三级管理、自我管理、健康管理、药物及非药物等综合管理模式,提高高血压病的控制率,降低并发症发病率,从而降低医疗成本。

1 对象与方法

1.1 培训对象 2018年3月至12月县域内各基层卫生院参加高血压模块培训的全科医师,共有11批104人,每批8~10人。

1.2 方法 对每批参加高血压模块的学员采用“2+5”模式进行培训,即2d的理论授课与病例讨论、5d的临床轮训的教学模式,参加模块培训前进行前测。教学内容包括高血压病的定义、分型、分级标准、临床表现、辅助检查、诊断、鉴别诊断、治疗、宣教、转诊指征及后期管理等,选择典型、有针对性的案例进行讲解,并让学员们讨论,掌握高血压病的诊疗,在临床轮训过程中每人通过对实际高血压病人的规范化管理及病例总结汇报加深对高血压病的管理,更好应用于临床。同时,建立高血压模块微信群,基层医师可对临床遇到的问题在群里讨论,或在群里公布疾病最新进展,最终达到持续学习的目的。

1.3 考核方式 包括病例为基础的汇报(case based discuss, CBD)、理论考试、客观结构化临床考试(objective structured clinical examination, OSCE), CBD在高血压模块化培训最后一天下午进行考核,由科室的带教负责人对本科室所有学员进行一对一的CBD考核。理论考试由各模块的负责人出卷,其中单选题20个、多选题10个和病例分析1个。OSCE在培训结束1个月后进行考核,包括病史采集、体格检查、辅助检查、鉴别诊断及治疗等。40% CBD得分+60%理论考试得分为总分1, OSCE得分为总分2, 总分1通过才能进入1个月后的OSCE考核,两者均 ≥ 60 分者视为合格,授予高血压病模块培训合格证。

1.4 统计学方法 采用SPSS 16.0统计软件进行处理。计数资料组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 前测情况 前测方式以理论考试的形式进行。在11批共104名参加高血压病模块的学员中,通过前测的学员只有14名,通过率13.46%。

2.2 高血压病模块培训后学员的考核成绩见下表1

表1 县域内高血压模块培训后的学员的考核成绩

批次	总人数	总分1 ≥ 60 分 人数	总分2 ≥ 60 分 人数	培训 合格 人数	合格 率/%
1	10	10	2	2	20.00
2	10	9	9	9	90.00
3	8	7	3	3	37.50
4	10	9	6	6	60.00
5	10	10	9	9	90.00
6	9	9	7	7	77.80
7	9	9	8	8	88.90
8	10	8	9	9	90.00
9	10	10	10	10	100
10	10	10	9	9	90.00
11	8	6	7	6	75.00
合计	104	97	79	78	75.00

由表1可见,高血压病模块培训后,共有78名学员通过考核,通过率75.00%。高血压病模块培训前后通过率不同,差异有统计学意义($\chi^2=79.80, P < 0.05$)。

3 讨论

东阳医共体建设实现了从“机构就医”向“体系就医”理念的转变,是构建高效医疗卫生服务体系的突破口,而实现高质量连续性疾病管理,基层全科医师培养是关键,我院引进台湾先进的教学模式,利用医共体平台对基层全科医师进行模块化培训,成效显著。

本次培训结果显示,高血压模块培训前,基层全科医师对高血压病的理论知识缺乏,对高血压病的管理能力不足,社区高血压病的管理现状可想而知。据调查显示,目前我国居民对高血压病的知晓率、治疗率和控制率依然较低^[12,13]。高血压病患者由于年龄、病程、血压水平、靶器官损害情况及并发症等千差万别,因此需施行综合性及个体化的管理方案,并且是长期甚至终生的管理。基层全科医师作为居民的第一道安全网,是居民健康的“守门人”。通过医共体的建设,使基层全科医师有机会接受统一的培训和管理,很显然,通过高血压模块的培训后,通过率75.00%,基层全科医师管理高血压病的能力快速提升,能为我市居民提供较好的就医服务。

目前医共体尚处于摸索和发展阶段,虽小有成效,但仍存在以下问题:①政府专项资金补助不够:目前县级公立医院财政补助与投入偏低,多靠医院自身结余,因是政府的改革政策,所以必须要执行,使医共体的发展缺乏一定的积极性;②牵头县级医院人员不足:医共体培训需额外投入大量的人力、物力、财力,医务人员大多要占用自身的休息时间来完成对基层医师的培训,本身业务繁忙,又因医共体分散了大部分精力,虽然医院会有奖励,但不多,没有额外的人员分配;③分级诊疗制度开展不顺利:因目前老百姓生活质量提升,对医疗服务要求高,加之对基层医疗水平低的成见,使上级医院下转比例低,甚至造成上级医院病人无法下转现象,形成恶性循环,无法完成上下联动。

医共体下小班化模块化的教学模式有利于基层全科医师高血压病的诊疗和管理能力培养,使基层管理高血压病更加规范、合理,有助于加强专科医师与基层全科医师间的紧密联系,最终形成管理慢病患者的全-专科新模式,在优化卫生资源合理分配的同时,真正达到提高慢性病管理质量的目的,最终助力达成“健康东阳”的战略目标。

参考文献

- 1 李斌.实施健康中国战略(认真学习宣传贯彻党的十九大精神)[N].人民日报,2018-01-12(7).
- 2 宋学芹.基层医疗机构慢性病健康管理现状分析及对策探讨[J].医药前沿,2018,8(8):358.
- 3 严卓然.信息化应用,医共体的现在与未来[J].医师在线,2018,30(8):17.
- 4 张平.县域医共体建设的浙江承载[J].卫生经济研究,2018,25(12):3-6.
- 5 Wang J, Zhang L, Wang F, et al.Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in China: results from a national survey[J]. Am J Hypertens, 2014, 27(11): 1355-61.
- 6 尹学智.我国高血压病疾病的社区管理现状探究[J].健康必读,2018,(17):291-292.
- 7 Fortmann SP, Varady AN.Effects of a community-wide health education program on cardiovascular disease morbidity and mortality: the Stanford Five-City Project[J]. Am J Epidemiol, 2000, 152(4): 316-323.
- 8 Jeffery RW.Community programs for obesity prevention: the Minnesota Heart Health Program[J]. Obes Res, 1995, 3(Suppl 2): 283s-288s.
- 9 Lefebvre RC, Lasater TM, Assaf AR, et al.Pawtucket heart health program: the process of stimulating community change[J].Scand J Prim Health Care Suppl, 1988, 1:31-37.
- 10 Hoffmeister H, Mensink GB, Stolzenberg H, et al.Reduction of coronary heart disease risk factors in the German cardiovascular prevention study[J]. Prev Med, 1996, 25(2): 135-145.
- 11 Weinehall L, Hellsten G, Boman K, et al.Prevention of cardiovascular disease in Sweden: the Norsjo community intervention programme--motives, methods and intervention components[J].Scand J Public Health Suppl, 2001, 56: 13-20.
- 12 Li W, Gu H, Teo KK, et al.Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in 115 rural and urban communities involving 47 000 people from China[J]. J Hypertens, 2016, 34(1): 39-46.
- 13 Lewington S, Lacey B, Clarke R, et al.The burden of hypertension and associated risk for cardiovascular mortality in china hypertension and associated risk for cardiovascular mortality[J]. JAMA Internal Medicine, 2016, 176(4): 524-532.

(收稿日期 2019-08-26)

(本文编辑 蔡华波)

(上接第917页)

也会在不同的科室工作,如何在有限的时间里让学员学到更多内容,突出重点,尤其是对于危重病人的识别,急救复苏,临床思维能力的培养,常见急症的处理。我们的措施是充分利用我们下沙院区的优良条件,我们给住院医师准备了两间值班室,男女各一间,每间配了六个床铺,并提供专门的学习室,故我们采取住院医师24 h住院制,鼓励住院医师24 h住在科室,而实际上ICU往往夜间收治的危重病人较多,这样住院医师就增加了更多的学习与动手机会,特别是导师值班时,相应的住院医师跟班学习。住院医师PPT汇报当月自己主管的比较经典的危重病病人的诊疗经过,是导师制带教过程中的一个特色,当月导师发现有好的案例时,就会让住院医师进行密切跟踪关注这个病人的诊治情况,再结合自己的思考与文献的阅读,月底进行PPT汇报,由具有丰富教学经验的ICU科主任统一点评住院医师

汇报的优缺点,包括PPT制作格式、演讲风格、病情分析的对否、参考文献的优缺点等等,都是对住院医师的各方面能力的培养。

参考文献

- 1 沈旭君,王灵聪,冯晓红.BOPPS教学模式结合PDG教学法在西医内科学理论教学中的应用[J].中国高等医学教育,2017(2):114-115.
- 2 胡电,贾艳爽,古航,等.导师责任制结合PBL教学模式在妇产科住院医师规范化培训中的初步探索[J].中国高等医学教育,2015,29(5):3-4.
- 3 陈炜,刘平,牛素平,等.目标教学法在外科规培住院医师重症监护室规范化培训中的应用评估[J].继续医学教育,2016,30(7):4-6.

(收稿日期 2019-08-02)

(本文编辑 蔡华波)