

· 论 坛 ·

美国结合医学临床在全科医学领域的发展

张卫军 许家杰

摘要 近 20 年来,美国结合医学临床、科研和教学均得到迅猛发展。民众的热情要求西医师能够了解互补替代医学(complementary and alternative medicine, CAM)的安全性和有效性,并能够提供临床咨询。美国的全科医学,尤其是家庭科,是最早接纳结合医学的专业学科,因为两者诊治的疾病谱存在交叉和重叠,也强调基本相同的核心价值,如以患者为中心、循证医疗、治疗的主动性及连续性。随着结合医学全科医师项目的发展,全科医学的教育人员试图通过加入结合医学的核心要素来提高全科医学的学科能力和建设,如发展出培训课程设计指南和需掌握结合医学核心的可测量的能力指标。当前全美有超过 40 个全科医学项目宣称其加入 CAM 和结合医学的内容,同时各结合医学中心根据自己的特点也发展了具有不同特色的全科医师项目。这种以西医师为主体的结合医学从业人员结构与中国的中西医结合医学初创时相似。时值中国在强调基层西医学学习中医项目之际,希望本文能提供一定的借鉴。

关键词 全科医学;结合医学;互补替代医学;中医;医疗改革

Clinical Practice of Integrative Medicine in the United States and Its Development in Primary Care
ZHANG Wei-jun and Ka-kit HUI Center for East-West Medicine, University of California at Los Angeles, USA

ABSTRACT The field of integrative medicine (IM) has grown tremendously in the United States over last two decades, in terms of clinical practice, research, and education. Its growing popularity among patients has led to increased need for physicians with appropriate counseling skills and a knowledge base of the efficacy and safety of complementary and alternative medicine (CAM) therapies. Family medicine is the first specialty as a whole to embrace IM, which encounters similar ailing conditions and emphasizes similar core values-person centered, evidence based, proactive, and continuous in nature. As integrative family medicine emerges, family medicine educators have developed suggested curriculum guidelines and approved measurable competencies to implement the best of evidence-based CAM and principles of IM. There are currently over 40 family medicine residencies that officially advertise CAM/IM in their programs. Meanwhile, IM centers have also been developing their own primary care programs based on their unique characteristics. This physician-led IM workforce is similar to that of China's IM in the early 1960s. As the Chinese government embarks on repeating its efforts to educate more Western medicine trained physicians in Chinese medicine in primary care training programs, the process and insights related to implementation of their practice in the United States would provide useful food for thought.

KEYWORDS primary care; integrative medicine; complementary and alternative medicine; Chinese medicine; health reform

结合医学在美国和中国的发展有诸多不同。中国结合医学的开展是从 20 世纪 50 年代由政府自上而下、有计划的实施,希望从业人员能够全面掌握中、西

医学两种知识,从而可以系统地开展中西医结合的临床、教学和科研,最终能结合两者为一门新的医学模式。结合医学人员的结构经历了从早期的以西医学学习中医为主发展到目前以中医学学习西医为主的变化。美国的结合医学发展则是从 20 世纪 90 年代早期开始由民众大力推动、政府支持以及主流医学界配合的 3 方合力推动的结果。其主体从业人员是西医各科医师,后来再加入其他医疗卫生人员,如护士、公共卫生

作者单位:洛杉矶加州大学东西医学中心(美国 90024)

通讯作者:张卫军, Tel:001-310-794-0712, E-mail: wzhang

@mednet.ucla.edu

DOI: 10.7661/CJIM.2015.04.0394

人员、社区工作人员等。结合医学在发展中并不提倡从业人员全面或者系统地掌握互补替代医学(complementary and alternative medicine, CAM)的知识,因此临床实践以吸纳 CAM 人员形成的团队医疗为主要模式^[1]。全科医学是最早从整体上接受结合医学并试图将结合医学融入其中的医学专业^[2]。以团队为基础的医疗模式恰恰是美国医疗改革背景下的全科医疗服务系统革新的重要内容^[3],与结合医学的团队理念相吻合。本文将介绍美国结合医学临床的发展以及其在全科医师领域的实施情况。

1 美国结合医学发展

从 20 世纪 60 年代开始, CAM 在美国民间一直在默默耕耘,不被主流医学接受,因此一度被定义为“在医学院不讲授的,在美国医院不开展的,保险也不覆盖的非主流医学”^[4]。但早在 20 世纪 70 年代初期,针灸的研究和临床因为针刺麻醉的风行也一度吸引了大批的神经科学研究者、麻醉专科医师和疼痛研究者的兴趣,如洛杉矶加州大学(University of California, Los Angeles, UCLA)疼痛科主任 Bresler 博士就在 UCLA 开展了针灸临床和研究工作。从 1982 年开始,UCLA 医学院与 Helms 研究所合办的医学针灸学习班,成为吸引全美西医学生和医师学习针灸的医学继续教育课程,加强了临床医师对针灸的了解,促成了 1987 年美国医学针灸学会的成立,也是后来结合医学发展的一股强大的力量^[5]。结合医学在美国的发展总体来说是于民众的热情、政府支持以及主流医学界的配合 3 方合力密切相关。

1.1 民众的热情 尽管主流医学界的不支持,民众还是坚持使用 CAM。1993 年 David Eisenberg 教授在《新英格兰医学杂志》上关于 CAM 在美国市场的使用情况的调查,显示美国市场上使用 CAM 的人群达到 1/3 的成年人,使用 CAM 服务的人次超过全科医师的就诊次数^[4]。这表明市场和民众对 CAM 的需求日益增多和持肯定的态度。民众的热情对政府和医学界有推动作用,因此为满足患者的需求,更多的医院在门诊和病房提供 CAM 服务。例如,一项对美国 6 000 多家医院的调查发现 1998 年仅有 8.5%, 2005 年达 26.5%,而在 2011 年则有高达 42% 的医院提供 CAM 服务,呈逐年增长的趋势^[6,7]。

1.2 政府的支持 政府因应民众的热情,通过设立政府机构和项目来管理和引导 CAM 的发展。1992 年美国国立卫生研究院(National Institute of Health, NIH)成立了替代医学办公室;1998 年升级为国立互补替代医学中心(National Center for Complementary

and Alternative Medicine, NCCAM),通过科研课题经费的发放和申请推动结合医学的发展方向,如在 1999 年发放 15 个教育科研课题给医学院和护理学院,研究 1990 年代使用的 CAM 服务的安全性和有效性,以及 CAM 教育的目的和方法^[8];2002 年成立由 20 人组成的白宫互补替代医学政策委员会,研究 CAM 在科研教育和信息、医疗服务的提供等领域的政策^[9];2005 年美国国立医学研究院召开 CAM 领域的专家进行研讨会,对 CAM 的临床、科研和教学的现阶段进行总结,对未来的发展方向提供咨询^[1];2009 年 IOM 再次召开结合医学峰会,讨论结合医学的科研方法、临床实践以及教学的现状和未来方向^[10]。

1.3 医学界的态度 因为早期主流医学界对 CAM 的不接受,多数的医学界人士在早期对 CAM 持冷淡甚至反感的态度。早期医学界的争论主要集中在为什么要开展结合医学上。例如,反对结合医学的英格兰医学杂志的前主编 Arnold Relman 教授认为主流医学结合 CAM 是历史的倒退,认为其理论相互矛盾和缺乏客观性,不可能形成一个具有科学性的新医学;而支持结合医学 Arizona 大学结合医学中心的主任 Andrew Weil 教授则认为民众对主流医学不满且感到 CAM 可能提供帮助才是结合医学发展的动力,因此应该让主流医师了解 CAM 的优点,这样可以提高诊治决策和能力,满足“以患者为中心”的要求。他还认为结合两种医学形成新的医学是医学的未来^[11]。争论双方所持的观点基本代表了长期以来的论调。当然,正是由于民众的热情导致很多人使用 CAM,但考虑到医师的态度和 CAM 知识的掌握,并不愿告知他们的 CAM 使用。正是发现这种混合的使用可能对民众的健康产生威胁,医师们才逐渐开始通过各种途径学习 CAM,以便更好地为自己的患者服务。他们在学习和了解过程中对 CAM 的态度也发生了改变,因此从 1993 年开始结合医学中心在各大学应运而生,根据各自的特点开展教学、科研和临床,结合医学因此得到迅速的发展。1999 年结合医学合作中心联盟由最初的 8 所大学医学院的结合医学项目联合创建,现在已经发展到由 61 个北美的大学和研究机构的结合医学中心组成。其宗旨是在学术机构中推动结合医学的原则和实践,加入结合医学合作中心联盟的要求之一是该结合医学中心需要得到所在医学院院长或者主管单位主任的背书和一定的经费支持^[12]。因此,现在主流医学界的态度是基本接受也愿意更多地了解 CAM,必要时还可以转介患者。

结合医学从业人员的复杂专业背景导致结合医学

开展的不平衡。早期对结合医学有兴趣的主流医学的从业人员通过各种途径接触 CAM:如哈佛大学的 David Eisenberg 教授在 1979 年作为首位美国科学基金会派遣的医学交换生来中国在当时的北京中医学院学习中医,后来发表书籍“Encounters with Qi”记录他的思考和经历^[13,14];一些主流医学的从业人员(医师或研究人员)有 CAM 方面的传承,如 MD Anderson 肿瘤中心的 Lorenzo Cohen 教授的祖母是瑜伽大师(未发表的采访资料),得克萨斯大学的 Victor Sierpina 教授在医学院学习时一位老师关于草药的课外教育^[15],还有加州大学尔湾分校的林欣教授从太极宗师(未发表的采访资料);来自大中华地区的学者,在西医从业的同时,也利用语言和地区的便利学习中医,如 UCLA 的许家杰教授与中国中西医结合界的合作交流;从 1980 年早期,来自中国大陆的具有中医背景的留学生也加入了这个队伍,如来自上海中医药大学 的劳力行教授。这些学者利用政府和民众对 CAM 的支持和兴趣分别在大学启动结合医学中心或者项目。后来,因为结合医学强调身心医学、预防、营养等理念,相关领域的人员也陆续加入进一步壮大结合医学的队伍。这些主流医学从业人员因此成为结合医学在美国的开创者。目前,由于结合医学中心教育项目的开展日渐增多,更多的西医师获得结合医学教育成为结合医学人员。这是目前结合医学从业人员的大致构成。这样的人员结构加上附属的医学中心的不同和支持力度导致美国的结合医学中心或者项目的不平衡,存在 7 种不同的层次:最低的层次如自由单独工作的了解 CAM 的临床工作者;了解 CAM 的临床工作者,已经形成一定的网络,可以互相交流;接受正规的 CAM 教育的临床工作者;多学科一起工作的结合医学模式;多学科协同工作的结合医学模式;在医院内开展的结合医学模式;以及最高层次的在学术医学中心开展临床、教学和科研的一体化的结合医学模式^[16]。

医疗改革法案也对结合医学有一定的影响。在法案中提到采用公共卫生和结合医学模式的策略来发展全国性的预防和健康促进措施,并建议在以患者为中心的医疗协作之家(Patient-Centered Medical Home, PCMH)的团队中加入 CAM 从业者^[17]。根据医疗法案建立的以患者为中心的结局研究中心(Patient-Centered Outcome Research Institute, PCORI)也强调结合医学的重要性;其 19 人管理指导委员会,要求必须有一名结合医学从业人员,因此 2010 年第一期的委员会聘请了一名整脊专业的专家

进入;PCORI 也明确要求将结合医学模式纳入进行比较疗效研究,如在 2009 年 100 个优先研究的列表中,有 5 个项目与结合医学相关^[18]。医疗法案中要求所有医疗保险公司提供的基本医疗服务中,在各州自行决定的基本医疗服务的部分,有 4 个州(加州、马里兰州、新墨西哥州和华盛顿州)将针灸作为治疗疼痛、呕吐,还有其他一些疾患的基本医疗服务。

2 美国结合医学医师的培养

根据结合医学学术健康中心联盟的定义,结合医学强调促进医患关系,在主流西医的基础上合理使用所有的有证据支持的 CAM 治疗手段。尽管有研究表明同时具有 CAM 和西医的双重学历的从业人员对结合医学具有更倾向性的态度和更完善的知识^[19],但美国结合医学界对西医师的结合医学培养要求还是从医疗实际出发,并不强求他们全面和系统性地掌握 CAM。相反,结合医学教育侧重于了解 CAM 治疗特点和长处,特别是针对主流医学的弱点,以便能够将相关患者转介绍给 CAM 从业人员,或者和 CAM 从业人员形成合作团队,从而促进不同专业间的交流^[20]。1999 年 NCCAM 启动 CAM 教育项目科研课题,一共授予 15 个课题给医学院和护理学院。通过对 15 个课题负责人的调查, Kreitzer MJ 等^[8]得出结合医学教育应该让医师和其他的结合医学从业人员具有 5 个核心能力:(1)注意到 CAM 的有效治疗和临床特点;(2)了解 CAM 治疗手段的截至目前的证据;(3)掌握部分 CAM 治疗手段的操作技巧;(4)理解 CAM 自我治疗的方法;(5)了解 CAM 的模型和系统。因此呼应了 Andrew Weil 在辩论中提到的为什么发展结合医学的观点^[21]。

美国结合医学的开展并不均衡,每个结合医学中心对医师的培养的标准也不同,因此各自培训内容相差很大。2011 年美国结合医学界开始推动结合医学医师资格认证和考试。按照要求,够资格参加认证考试必须是不同专业的西医师,且已经完成住院医师培训。这些西医师还必须接受相关结合医学或者 CAM 训练:(1)参加获得认可的 21 个结合医学中心的 Fellowship 项目;(2)取得 CAM(如中医学、自然医学及整脊医学)学校的正规学历。其考试内容的范围很广泛,如营养、食物添加剂、身心医学、CAM 治疗方式、整体医疗系统、生活方式、预防和促进健康;结合医学在各专业的治疗方法;结合医学基础理论和历史;以及结合医学职业规范和实践^[22]。CAM 包括的范围很广,中医学在其中的比例较小,具体见美国结合医师执业考试内容纲要^[22](表 1)。

表 1 美国结合医师执业考试大纲

	领域	所占百分比 (%)
1	营养(宏观/微观营养,治疗性节食,社会/文化对饮食调节的影响,动源性食物,环境因素对饮食的影响等)	15
2	食物添加剂,植物药以及其他的天然药物(不良反应,与药物相互作用,质量控制,基于证据的有效性等)	15
3	身心医学(精神和情绪对健康的影响,身体对精神和情绪的影响,冥想等自我调节手段,安慰剂等)	14
4	互补替代治疗方法(身体调理,如按摩、整脊等,能量医学,如太极,气功等,运动疗法,如瑜伽等)	10
5	整体医疗系统(中医学,印度草医学,顺势医疗,自然疗法等)	8
6	生活方式,预防和促进健康(自我照护,健康行为,环境因素,社会因素,体育活动等)	13
7	结合医学治疗方法(妇女健康,老年医学,心血管,呼吸病,肿瘤,神经,内分泌,临终医学,疼痛管理等)	15
8	结合医学基础理论和历史(原则,历史,伦理)	5
9	结合医学职业规范和实践(法律,成本效益,医疗决策,循证医学)	5

结合医学是在主流西医的基础上采取吸纳 CAM 的具有证据的治疗手段,因此其治疗范围集中在西医治疗的薄弱环节。通过调查美国 29 所大学医学院结合医学中心的临床项目发现,这些结合医学中心认为治疗最成功的前 5 种疾病包括:慢性疼痛、消化系统疾病、抑郁、压抑及肿瘤相关的疾病^[23]。因此,针对这些常见多发而且治疗有成效的疾病,美国医学界已经开展了很多研究,并形成一定的诊疗规范,作为对医师培养的内容。

3 结合医学家庭医生(全科医师)的能力培养

全科医师是最早接受 CAM 的一个群体,因为他们在临床上处理的疾病也是 CAM 所擅长的。研究表明结合医学在全科医生的接受度很高,被认为可以提高全科医师处理常见多发病的能力,减少向收取费用较高的专科医师的转介;全科医师可以通过了解 CAM 的医疗模式,从而向费用更低的 CAM 从业人员转介患者;甚至可以考虑将他们纳入全科医师团队,组成结合医学团队,联合诊治患者^[1]。在一项分析成功的结合医学临床项目的研究中,作者发现这些项目都有开放兼容的机构文化及能力突出的 CAM 和西医从业者;团队成员间能够有效沟通;经济上可以持续的医疗环境;有能力处理一些特殊的复杂病情^[24]。这样的要素非常契合以患者为中心的 PCMH 所强调的团队医疗和协调治疗的医学模式。结合医学强调整体观,从整体而非单个疾病的角度对综合处理同时罹患多种疾病的慢性患者群的治疗和预防有指导意义。这些对全科医师具有强烈的吸引力。

1999 年 Kligler B 等^[2]第一次提出将结合医学加入家庭科住院医师的培训项目,相关课程设计也在 2000 年发表。2003 年 6 所大学的家庭科住院医师培训项目在 Arizona 大学结合医学中心的带动下启动一个 4 年制的家庭科住院医师项目。该项目有两个主要目的:一是发展通过认证的 4 年制结合医学家庭科住院医师项目;二是培养家庭医生,使他们有能力从患

者的整体观的角度上进行诊治以及能够运用所有适合的治疗手段。家庭医学的领袖希望借这个项目逆转医学毕业生对家庭医学的日渐丧失的兴趣^[25]。2007 年共有 8 个家庭科住院医师项目加入这个结合医学项目,共同发展一个为期 200 h 的以结合医学能力培养为主的网络课程。2008 年美国家庭医师教师协会(Society of Teachers of Family Medicine, STFM)下设的结合医学小组开始设计一系列关于结合医学的家庭医师教育,力图使课程设计也符合主流的美国医学教育认证委员会(Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME)的要求。在 2010 年,STFM 通过了按照 ACGME 的家庭医师住院医师培训的 6 大范围划分的 19 项可测量的能力标准,见表 2 节选的 16 项能力要求。6 个范畴包括临床治疗、医学知识、人际和沟通技巧、在实践中学习和提高、职业精神以及医疗系统为基础的实践。比如,在临床治疗中,强调以患者为中心的病史收集,采用生物—精神—社会模式;促成患者的生活方式改变;以及制定和实施健康管理计划。采用这些标准,当前全美有超过 40 个全科医学项目宣称其加入 CAM 和结合医学的内容^[26,27]。

4 3 个结合医学中心的关于全科医学的部分

美国结合医学的机构差异很大,并非所有结合医学中心开展临床项目。它们的具体项目和专业方向主要根据其所附属的医学中心的特点以及创建者的个人背景而决定。比如,新近成立的圣地亚哥加州大学结合医学中心就是以家庭医学科为依托的临床中心,它们的重心必然是通过结合医学来丰富和发展全科医学。以下简述 3 个有代表性,但特点不同的结合医学中心在临床发展全科医学的一些情况。

4.1 UCLA 东西医学中心 UCLA 东西医学中心由许家杰教授在 1993 年创建,隶属于 UCLA 医学中心。因为许家杰教授和中国中西医结合专家的合作和互相学习,与其他建立在美国高校中的结合医学中

表 2 家庭科住院医师需掌握的结合医学核心能力

范畴	能力	
临床治疗	适当且有效治疗和预防保健	
1	以患者为中心的病史收集,治疗体现生物-精神-社会模式,包括营养、心灵和替代医学	S
2	使用动机式访谈或者肯定式探寻技巧促成患者的行为改变	S
3	与患者合作,共同制定针对疾病预防和治疗的筛选以及疾病管理计划,使用包括主流和互补替代医疗模式	S
医学知识	掌握生物医学、临床、流行病学、社会行为科学的医学知识	
4	理解并掌握健康和疾病与以下致病因素的关系:情绪、压力、营养、体力锻炼、社会支持、心灵、睡眠和环境	K
5	评估循证医学在结合医学临床实践的优点和局限性	K
6	能够理解常见的 CAM 治疗,包括其历史、理论、机制、安全/有效性、禁忌症、流行和使用模式	K
人际和沟通技巧	信息交流以及与学生,患者家庭及医学同行的合作	
7	认识到良好的医患关系能够促进治疗效果	A, K
8	能够尊重和理解患者基于文化信仰和个人偏好对健康,疾病和病患的解读	K, S, A
9	能够显示对参加治疗的医疗同行,工作人员,咨询者及 CAM 从业人员的尊重	S, A
在实践中学习和提高	吸收科学知识,通过在实践中自我学习持续性提高	
10	确定个人在主流医学和 CAM 领域中的学习需求	K, A
11	在治疗时使用循证医学的资源,包括 CAM 的资源	S
12	辨识可信赖的主流和 CAM 的印刷和网络资源,利于个人的学习	K, S
职业精神	职业责任和伦理原则	
13	显示有能力反应患者就诊时的状况,保证患者的偏好和文化信仰,从而促进医患关系为中心的治疗	S, A
14	理解自我治疗对提高患者健康,并维持工作和生活平衡的重要性;同时面对患者,工作人员和同行能够以身作则	A, K
系统为基础的实践	注意在大的医疗环境下的实践	
15	与 CAM 从业人员和其他的医疗专家在治疗患者时合作,同时也能理解法律因素和适当存档保留证据的必要性	S, K
16	确定策略来促进患者获得结合医学服务,包括帮助低收入人群	K

注:S 为技术;K 为知识;A 为态度

心不同,UCLA 东西医学中心是唯一的自我定位为从事中西医结合,集医疗、教学和科研于一体的医学机构。中心的临床分两部分:一部分是传统的结合医学专科门诊,这个门诊由西医师和针灸医师负责日常门诊,实行从临床医疗到预防、康复系列化和综合性医疗服务,患者多由校内 500 多名各专科医师转介过来^[28]。

临床的另一部分是结合医学全科医学诊所,由 Edward Hui(许国豪)医师负责。该结合医学全科医师项目在 2012 年得到 UCLA 医疗系高层的大力支持,因此部分 UCLA 医疗系的全科医师 Fellow 经选择来中心进行第 2 年的结合医学学习和工作。诊所采用 PCMH 的团队医疗和协调治疗的要素,根据中医“证”演化的以人为中心的特点采集整体观的健康史和制定个性化防治方案,采用针刺、推拿、痛点封闭、自我按摩、辩证食品咨询和太极、气功锻炼等治疗和自我保健方法^[29]。另外,针对复杂病情患者,建立包括东西医学信息中心和访问教授在内的循证医学团队,团队间以远程医疗设施作为工具来进行常规沟通。

4.2 Arizona 大学结合医学中心 Arizona 结合医学中心由 Andrew Weil 教授在 1994 年创立。他

在哈佛大学获得医学植物本科和医学博士学位,后从事医学植物学研究。中心的执行主任是 Victoria Maires,她原是一名妇科医师,参加了该中心的首批 Fellow 培训项目,后来帮助 Andrew Weil 处理中心的具体事务。该中心开创了美国第一个结合医学住院医师项目,其课程设计也为美国其他结合医学中心所借鉴,目前已培养了超过 1 000 名的结合医学医师^[30]。

2012 年启动 Arizona 结合医学全科医师诊所,希望综合所有结合医学和全科医学的原则,提供循证的、以患者为中心的、强调预防和健康的全科医师临床模式。沿用 PCMH 的团队医疗方法,团队成员包括从业护士、医师助理、中医师、营养专家、身心医学专家和健康教练。一般在患者的全科医师初诊后,根据具体健康情况组成团队。让患者和医疗共同决定防治计划和健康目标,既考虑所有健康决定因素对患者的影响,适当地使用主流和 CAM 医学治疗手段,也通过健康教练提供生活方式的改变。复杂患者在每周的病例讨论会上深入讨论。还提供自我管理项目,包括瑜伽、太极、营养基本知识及减压项目等^[31]。

4.3 杜克大学结合医学中心 杜克大学结合医学中心隶属于杜克医学中心,最初由几名长期关注和

支持结合医学的杜克医疗系统的教授和医师发起,得到当时的校长也是美国科学院院士 **Ralph Snyderman** 的大力支持,于 1998 年正式成立,因此 **Snyderman** 院士对杜克大学结合医学中心的发展一直拥有强大的影响力。**Snyderman** 院士提倡前瞻性医学 (prospective medicine), 以个人健康计划作为医疗服务系统的主要工具。其理论基础是个体的基因遗传作为疾病发生的基线,而环境因素和生活方式有促使发生疾病的能力。如果以时间为轴,医师则可以计算个体的健康风险和状况,然后制定策略来让患者和医疗人员参与,限制疾病的发展;而一旦发生疾病,则根据各种循证医疗妥善治疗^[32-34]。全科医师应该主动地根据健康风险因素制定个体化的健康计划。

现任主任 **Adam Perlman** 是一名全科医学教授和全科医师,因此也发展结合医学全科医师项目。该中心在全科医师的重要贡献是发展了健康教练在治疗团队的作用。健康教练帮助顾客明确健康目标,维持达到有助于健康的行为、生活方式和态度,指导顾客的个人健康和维持健康的活动。一项针对糖尿病患者的健康教育介入,发现结合医学健康教练能提高患者对治疗方案的依从性、生活方式的正面改变及总的健康状况的改善^[35]。健康教练还能促进个体化健康计划的制定和实施^[36]。

5 总结

美国的结合医学是在 20 世纪 90 年代初期因应民众的要求发展起来的。从业人员是掌握一定 CAM 知识的主流医学人员,但彼此差别很大。对全科医师个人来说,他们被要求掌握结合医学的核心要素来丰富和发展全科医学。对结合医学中心而言,其发展的项目和方向存在明显的差别,体现在全科医学的开展上也是如此。尽管都采用团队医疗、协调医疗、以病人为中心的医疗决策等 PCMH 的核心要素,UCLA 东西医学中心更注重中医师和中医治疗手段的运用;Arizona 结合医学中心则强调医患共同的医疗决定;杜克结合医学中心深入发展健康教练在治疗团队的作用。因此,美国的结合医学在全科医师领域的发展既注意采用医疗服务系统的创新,也充分考虑本结合医学中心固有的特点。

参 考 文 献

- [1] Institute of Medicine. Complementary and alternative medicine (CAM) in the United States [M]. Washington, D. C.: The National Academies Press, 2005: 1-330.
- [2] Kligler B, Gordon A, Stuart M, et al. Suggested

curriculum guidelines on complementary and alternative medicine: recommendations of the Society of Teachers of Family Medicine Group on Alternative Medicine [J]. *Fam Med*, 2000, 32(1): 30-33.

- [3] Shortell S, Gillies R, Wu F. United States innovations in healthcare delivery [J]. *Public Health Rev*, 2010, 32(1): 190-212.
- [4] Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, et al. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use [J]. *N Engl J Med*, 1993, 328(4): 246-252.
- [5] 张卫军, 苏大明, 许家杰. 结合医学在美国洛杉矶加州大学的发展和现状 [J]. *中西医结合学报*, 2012, 10(9): 953-960.
- [6] Ananth S. CAM: An increasing presence in U.S. hospitals 2009 [OL]. Available from: http://www.hhnmag.com/hhnmag_app/jsp/articledisplay.jsp?dcrpath=HHNMAG/Article/data/01JAN2009/090120HHN_Online_Ananth&domain=HHNMAG.
- [7] Hart J. Patients and evidence motivate hospitals' increase in CAM services [J]. *Alternat Complem Ther*, 2012, 18(1): 21-23.
- [8] Kreitzer MJ, Sierpina VS. NCCAM awards grants to CAM institutions to enhance research education [J]. *Explore (NY)*, 2008, 4(1): 74-76.
- [9] White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy. White House Commission on complementary and alternative medicine policy: final report [M]. 2002, Department of Health and Human Services Washington, DC, 2002: 1-233.
- [10] Schultz AM, Chao SM, McGinnis JM, et al. Integrative medicine and the health of the public: a summary of the February 2009 Summit [M]. Washington, D. C.: The National Academies Press, 2009: 1-222.
- [11] Dalen JE. Is integrative medicine the medicine of the future? A debate between Arnold S. Relman, MD, and Andrew Weil, MD [J]. *Arch Intern Med*, 1999, 159(18): 2122-2126.
- [12] Consortium of Academic Health Centers for Integrative medicine C [OL]. Available from: <http://imconsortium.org/>.
- [13] Eisenberg DM, David M. Eisenberg, MD: integrative medicine research pioneer. Interview by Karolyn A Gazella and Suzanne Snyder [J]. *Alternat Ther Health Med*, 2006, 12(1): 72-79.

- [14] Eisenberg DM. The Institute of Medicine report on complementary and alternative medicine in the United States – personal reflections on its content and implications [J]. *Alternat Ther Health Med*, 2005, 11(3): 10–15.
- [15] Sierpina VS. The history of complementary and integrative medicine [J]. *South Med J*, 2006, 99(8): 906–907.
- [16] Mann D, Gaylord S, Norton S. Moving toward integrative care: rationales, models, and steps for conventional-care providers [J]. *Complement Health Pract Rev*, 2004, 9(3): 155–172.
- [17] Horrigan BJ. Health care reform bill contains opportunities for integrative medicine [J]. *Explore (NY)*, 2010, 6(4): 221–224.
- [18] Institute of Medicine. Initial national priorities for comparative effectiveness research [M]. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2009: 1–252.
- [19] Hsiao AF, Ryan GW, Hays RD, et al. Variations in provider conceptions of integrative medicine [J]. *Soc Sci Med*, 2006, 62(12): 2973–2987.
- [20] Gaylord SA, Mann JD. Rationales for CAM education in health professions training programs [J]. *Acad Med*, 2007, 82(10): 927–933.
- [21] Dalen JE. Integrative medicine and the future of medical practice [J]. *Alternat Ther Health Med*, 2006, 12(2): 14–15.
- [22] American Board of Physician Specialities. American Board of Integrative Medicine 2014 [cited 2014 Sept. 10] [OL]. Available from: <http://www.abpsus.org/integrative-medicine>.
- [23] Horrigan B, Lewis S, Abrams D, et al. Integrative medicine in America: how integrative medicine is being practiced in clinical centers across the United States [M]. Minneapolis, MN.: The Bravewell Collaborative, 2012: 1–116.
- [24] Boon HS, Kachan N. Integrative medicine: a tale of two clinics [J]. *BMC Complement Alternat Med*, 2008, 8: 32.
- [25] Maizes V, Silverman H, Lebensohn P, et al. The integrative family medicine program: an innovation in residency education [J]. *Acad Med*, 2006, 81(6): 583–589.
- [26] Gardiner P, Filippelli AC, Lebensohn P, et al. Family medicine residency program directors attitudes and knowledge of family medicine CAM competencies [J]. *Explore (NY)*, 2013, 9(5): 299–307.
- [27] Locke AB, Gordon A, Guerrero MP, et al. Recommended integrative medicine competencies for family medicine residents [J]. *Explore (NY)*, 2013, 9(5): 308–313.
- [28] 张卫军, 李捷珈. 美国洛杉矶加州大学东西医学中心 [J]. *中西医结合学报*, 2008, 6(10): 1094–1097.
- [29] Pritzker S, Katz M, Hui KK. Person-centered medicine at the intersection of East and West [J]. *Eur J Person Centered Healthcare*, 2013, 1(1): 209–215.
- [30] Lebensohn P, Dodds S, Brooks AJ, et al. Increasing resident recruitment into family medicine: effect of a unique curriculum in integrative medicine [J]. *Explore (NY)*, 2014, 10(3): 187–192.
- [31] Herman PM, Dodds SE, Logue MD, et al. IMPACT-Integrative Medicine Primary Care Trial: protocol for a comparative effectiveness study of the clinical and cost outcomes of an integrative primary care clinic model [J]. *BMC Complement Alternat Med*, 2014, 14: 132.
- [32] Snyderman R, Williams RS. Prospective medicine: the next health care transformation [J]. *Acad Med*, 2003, 78(11): 1079–1084.
- [33] Williams RS, Willard HF, Snyderman R. Personalized health planning [J]. *Science*, 2003, 300(5619): 549.
- [34] Snyderman R, Dinan MA. Improving health by taking it personally [J]. *JAMA*, 2010, 303(4): 363–364.
- [35] Wolever RQ, Dreusicke M, Fikkan J, et al. Integrative health coaching for patients with type 2 diabetes: a randomized clinical trial [J]. *Diabetes Educ*, 2010, 36(4): 629–639.
- [36] Smith LL, Lake NH, Simmons LA, et al. Integrative health coach training: a model for shifting the paradigm toward patient-centricity and meeting new national prevention goals [J]. *Glob Adv Health Med*, 2013, 2(3): 66–74.

(收稿:2014-09-21 修回:2015-01-15)