来华留学医学人才高质量培养的多国比较与启示

陈君　代颖琳
南方医科大学国际教育学院，广州 510515
通信作者：陈君，Email：chenjun@smu.edu.cn

【摘要】 在“留学中国”品牌建设持续推进和医学教育国际化深入发展的背景下，来华留学医学教育已由规模扩张逐步转向以内涵建设为重点的提质升级阶段。与国内医学人才培养相比，来华留学医学人才培养在生源学术准备、语言与临床情境转换、培养标准落实及毕业后执业衔接等方面具有更突出的复杂性和特殊性。本文采用制度分析与比较研究方法，围绕国际学生招生筛选、培养标准、学生支持和职业过渡等维度，对英国、美国和澳大利亚的相关做法进行比较。研究发现，我国来华留学医学教育的主要瓶颈并非国家层面临床医学专业认证框架本身，而是项目实施层面仍存在招生门槛不统一、毕业要求与同质化培养落实不到位、临床教学跨文化适配偏弱、执业与职业发展支持不连续等问题。基于此，本文提出构建“引—育—用”一体化培养体系，即在“引”上强化分层分类招生与入学前后衔接支持；在“育”上坚持同标培养与差异支持并举，完善胜任力导向课程、形成性评价和教学基地质量监测；在“用”上加强执业考试指导、职业发展服务与毕业后桥梁培训。研究旨在为构建兼具国际可比性与中国情境适应性的来华留学医学人才培养模式提供参考。

【关键词】 医学教育国际化；　来华留学生；　高质量培养；　多国比较；　体系构建；　胜任力导向

【中图分类号】 R-4

DOI：10.3760/cma.j.cn116021-20260109-02292

Enhancing the quality of medical education for international students in China: A cross-nation comparative study and its implications

Chen Jun, Dai Yinglin
School of International Education, Southern Medical University, Guangzhou 510515, China
Corresponding author: Chen Jun, Email: chenjun@smu.edu.cn

【Abstract】 Against the backdrop of the continuous advancement of the "Study in China" initiative and the deepening internationalization of medical education, China has gradually transitioned from enrollment expansion to quality-oriented development in international medical education. Compared with domestic medical education, international medical education presents distinct complexities and unique characteristics—particularly regarding students' academic preparation, transition across linguistic and clinical contexts, implementation of training standards, and post-graduation transition into professional practice across borders. Using institutional analysis and comparative research methods, this study examines practices in the United Kingdom, the United States, and Australia with a focus on screening criteria for enrollment, training standards, student support, and transition to practice. The study reveals that the main challenges for international medical education in China do not lie in the national accreditation framework for clinical medicine but in uneven implementation across programs, including inconsistent admission criteria, insufficient enforcement of graduation requirements and homogenized training, weak cross-cultural adaptation in clinical teaching, and fragmented licensure and career support after graduation. Accordingly, the article proposes an integrated framework of recruitment, cultivation, and utilization. Specifically, the focus of recruitment is on strengthening stratified and categorized admissions as well as providing seamless

transitional support both prior to and immediately following enrollment. Regarding cultivation, the approach emphasizes a dual strategy of maintaining standardized training while offering differentiated support; this entails refining competency-oriented curricula, enhancing formative assessment, and monitoring the quality of teaching bases. Regarding utilization, efforts are directed toward strengthening guidance for professional licensing examinations, providing career development services, and offering bridging training for graduates. This study aims to provide a reference for developing an internationally comparable yet contextually grounded model of medical education for international students in China.

【Key words】 Medical education internationalization; International students in China; High-quality cultivation; Cross-nation comparison; System development; Competency-oriented

DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20260109-02292

来华留学医学教育是我国教育对外开放的组成部分，也是“留学中国”品牌建设的重要领域，其培养质量既关系高校国际化办学水平，也影响我国医学教育国际声誉与全球卫生合作能力[1-2]。与一般意义上的医学教育改革相比，来华留学医学人才培养兼具医学专业教育与国际学生教育双重属性，既需遵循医学教育高规范性、高实践性和高伦理性的基本要求，又面临跨文化适应、语言转换、异质化生源衔接和跨境职业发展等现实挑战。现有研究虽已关注来华留学医学教育质量问题，但对其制度逻辑、运行约束及质量提升路径的系统分析仍有待进一步深入揭示[2]。近年来，我国临床医学专业认证体系持续完善，国家层面的质量保障框架已逐步与国际医学教育认证发展趋势接轨，教育部医学教育认证工作委员会（Working Committee for the Accreditation of Medical Education，WCAME）也已获得世界医学教育联合会（World Federation for Medical Education，WFME）认可机构的认证[3-4]。在此背景下，更显必要从项目实施层面审视来华留学医学教育的关键问题，即在总体质量保障框架已建立并逐步对标国际标准的情况下，招生标准、毕业要求、临床教学条件和职业过渡支持等环节为何仍存在显著差异。基于此，本文选取英国、美国和澳大利亚作为参照对象，重点比较国际学生招生筛选、培养标准、学生支持服务与职业衔接等方面的实践经验，并在此基础上提出改进路径。

1 国际经验：质量基线、培养标准与支持体系

医学留学生培养的比较研究，关键在于考察国外体系如何在统一质量标准下配置差异化支持，即在守住基本质量底线的同时，通过制度化安排回应国际学生在语言、文化与职业转换中的特定需求。

1.1 招生筛选与质量保障：守住入口质量与培养底线

英国、美国和澳大利亚的教育治理传统虽不相同，但在国际学生培养方面均强调共同原则：国际学生进入医学专业前，需满足明确且可核验的学术能力、语言能力和职业素养要求；进入培养阶段后，则需达到与本土学生一致的毕业能力标准。这表明，国际学生培养可在支持方式上采取差异化安排，但不宜在质量标准上降低要求。

英国医学总会（General Medical Council，GMC）通过《明日医生》（*Outcomes for Graduates*）明确规定了所有英国医学毕业生必须达到的知识、技能与行为标准，该标准并未因学生国籍不同而区别设定[5]。在此基础上，各医学院结合自身培养定位，设置学术入学要求、英语能力要求，并提供学习支持和职业咨询服务。对于国际学生而言，英国的做法体现为在统一毕业标准下提供更充分的学业指导、语言支持和职业咨询服务，助力其顺利完成学业并进入毕业与注册环节。

美国的特点是对国际申请者采取更为审慎的准入政策。美国医学院协会（Association of American Medical Colleges，AAMC）公开信息显示，并非所有医学院均接受国际申请者，国际申请者需要逐校确认政策，并接受严格的学术审核与综合评价[6]。与此同时，医学院校认证委员会（Liaison Committee on Medical Education，LCME）在认证标准中强调医学生学业支持、职业指导、心理咨询和健康服务等制度安排[7]。这表明，美国通过严格准入与完善支持并行的制度安排维持培养质量，而非在培养标准上作弹性处理。

澳大利亚医学委员会（Australian Medical Council，AMC）近年修订的医学教育认证标准进一步强化了社会问责、文化安全、学生福祉与包容性支持等要求[8-9]。其经验表明，在多元文化社会中培养医学人才，既要坚持毕业能力统一，也要正视学生背景差异，在学习支持、身心支持、反歧视机制和临床环境适应等方面建立更细致的制度保障。这一点对来华留学医学教育尤其具有启发意义。

从比较结果看，三国虽路径不同，但仍呈现出三方面共同特征。一是在招生准入环节形成了相对明确且可核验的能力要求，重点考察申请者的基础科学背景、语言能力及医学学习准备度；二是培养环节坚持统一毕业标准，不因国际学生身份而降低培养底线；三是支持体系贯穿培养全过程，涵盖学业辅导、职业咨询、心理支持和向执业阶段过渡的规划。相较而言，来华留学医学项目在上述环节的实施一致性方面仍有提升空间。

1.2　课程与临床教学：以学科基础为支撑、以胜任力建构为导向

国际医学教育改革的总体趋势，是在保留学科课程基础价值的同时，强化课程整合、早期临床接触和能力导向评价，推动基础、临床、人文与实践教学之间的协同衔接。英国和美国在课程改革中普遍强调问题驱动学习、螺旋式整合课程及临床情境中的持续学习，其目的在于增强学生将知识迁移至真实临床任务的能力[10-11]。澳大利亚则在能力本位改革基础上，进一步将文化安全、社会责任和学生支持嵌入培养全过程[8-9]。这些经验提示，能力导向改革并非削弱知识体系，而是要求知识教学、临床实践和职业素养培养实现更高水平的协同。对于来华留学医学教育而言，课程与教学的特殊难点集中体现在跨文化临床适配。国际学生不仅需要掌握医学科学知识，还需在中国医疗场景中完成病史采集、患者沟通、医疗制度理解和职业规范内化。值得强调的是，《来华留学生临床医学专业本科教育（英语授课）质量控制标准（试行）》已明确要求汉语及医学汉语作为必修课程贯穿临床实习前的教学全过程。因此，《医学汉语》不宜仅被视为辅助性语言课程，而应定位为来华留学生医学教育中的必修课程和重要通识课程。在教学实施中，课程内容还应进一步向病例情境、医患沟通和临床表达延伸。若课程体系仍主要停留在英文知识传授层面，而医学汉语、双语临床沟通、病例情境转换及中国卫生体系认知等方面的训练不足，学生在见习、实习和毕业阶段即易出现学习与实践脱节。

因此，来华留学医学课程改革宜在吸收国内医学教育改革经验的基础上，进一步凸显国际学生培养的项目特征，重点推进三方面建设。其一，围绕高频临床任务构建基础、临床与人文融合的课程模块；其二，将医学汉语作为贯穿临床实习前全过程的必修纵向课程，并强化其与医患沟通、中国医疗法规和职业伦理学习的衔接；其三，在模拟教学、标准化病人和床旁教学中增加真实中国临床情境的训练比例。目前，国内部分高水平医学院校已在整合课程、客观结构化临床考试（objective structured clinical examination，OSCE）和临床技能训练方面形成了较为成熟的经验。这说明，我国具备推进医学教育改革的现实基础，但这些高质量做法在来华留学医学项目中的转化、复制与制度化程度仍显不足。由此可见，来华留学医学教育改革的重点，在于围绕国际学生培养需求增强相关举措的适配性与落实度。

1.3　毕业要求与职业过渡：强化由学业完成到执业胜任的连续支持

英国通过法定注册制度与毕业后过渡政策，为国际医学生提供相对清晰的职业路径。GMC 的注册标准与医学院毕业要求直接衔接，毕业生签证（graduate route）则为国际毕业生在英求职并参加专业与语言评估委员会考试（professional and linguistic assessments board，PLAB）提供了过渡窗口。多数医学院还设有职业发展中心，为学生提供简历修改、面试辅导和职业规划等服务。美国住院医师匹配（national resident matching program，NRMP）是医学毕业生进入毕业后培训体系的核心机制。医学院职业发展办公室通常围绕住院医师申请与匹配，提供选科建议、申请文书指导和模拟面试等支持，使职业指导与培养过程保持较为紧密的连接[12]。澳大利亚则通过注册申请与监督实践制度，为国际毕业生从学校走向临床岗位提供过渡安排。符合条件的毕业生可在受监督条件下完成实习，以满足完全注册要求[13]。其学生支持体系同时强调文化敏感性与全人关怀，针对国际学生的语言障碍、文化冲击和学业压力提供系统性咨询与辅导。

从国际经验看，医学教育质量还需通过毕业后

的注册准入、规范化培训衔接和后续职业发展加以检验。英国的GMC毕业标准强调新毕业生必须能够安全执业;美国的医学培养与住院医师匹配及后续培训路径联系紧密;澳大利亚则在注册申请与过渡性实践方面提供了较为明确的信息框架[5,12-13]。这些安排提示医学教育质量最终仍需在毕业后的执业表现和职业发展中得到检验。尤其对于国际学生而言,职业过渡不仅涉及一般意义上的就业指导,更涉及执业考试信息、注册政策理解、回国资格衔接、签证与培训机会及校友资源联通等支持安排。若相关支持不足,学生即使在校期间成绩尚可,毕业后仍可能面临路径不清、信息不足和能力转换不畅等问题。据此可见,国际学生培养的完整链条至少应覆盖3个层面。一是毕业能力标准清晰;二是学校提供持续的职业咨询与申请辅导;三是教育体系与注册、培训体系之间形成较明确的接口安排。对照来看,上述方面仍是我国来华留学医学教育需要持续完善的环节。

综上,国际经验对我国的启示,在于构建"高门槛准入—同标准培养—差异化支持—连续性职业过渡"的项目治理逻辑,并据此提升课程、教学与支持体系之间的协同程度。

2 来华留学医学教育的关键症结:基于特殊性的结构性分析

通过与先进体系的比较可以发现,来华留学医学教育的突出矛盾主要集中在入口、过程和出口3个环节,并叠加了国际学生教育的多重变量。基于前述比较,当前主要存在以下4个方面的结构性问题。

2.1 生源异质性突出,招生评价操作性与入学准备衔接性不足

来华留学医学项目面向多元生源国和不同教育体系招生,申请者在基础科学背景、语言能力和学习准备度等方面差异显著。现行《来华留学生临床医学专业本科教育(英语授课)质量控制标准(试行)》已对招生资格、学科背景和语言能力提出原则性规定,但这些要求仍需进一步转化为可操作、可比较的招生评价指标。尤其是在如何识别申请者的医学学习准备度、如何判断其是否具备顺利进入专业学习的基础,以及如何为基础相对薄弱但具有培养潜力的学生提供入学前后衔接支持等方面,当前仍缺乏细化、统一的操作指引。因此,如何在尊重生源差异的基础上提高招生评价的科学性,并加强招生准入与入学准备之间的有效衔接,仍是来华留学医学教育质量治理的重点问题[1-2]。

2.2 毕业要求表述较原则化,同质化培养落实仍有落差

从政策层面看,来华留学医学教育一直强调培养质量与临床医学专业基本要求相衔接,但在项目实施层面,不同院校在课程学时、临床接触机会、见习实习管理、毕业考核和教学基地建设等方面仍存在差异。一些项目对"同质化培养"的理解仍停留于课程名称相似、教学计划相近,而未能真正落实到毕业能力要求、临床实践标准及教学过程质量控制的一致性上。近期国内关于临床教学质量同质化的研究也表明,不同实践教学基地之间的带教质量、考核结果和学生能力表现可能存在显著差异[14],这对于语言和文化适应压力更大的国际学生而言,影响更为突出。

2.3 临床教学的跨文化与双语适配不足

来华留学医学教育最具特殊性的难点,在于国际学生需要在中国医疗场景中完成临床能力建构。当前一些项目在基础理论阶段较重视英文授课,但进入临床阶段后,医学汉语训练、双语病例讨论、真实病房沟通演练、标准化病人情境设计及临床带教教师英语授课能力支持仍相对不足。其结果是,学生虽能够在课堂层面理解专业知识,但在临床现场的沟通表达、病历书写和处置思维呈现方面仍可能存在明显短板。这一问题难以直接套用国内医学生培养逻辑,需要置于跨文化医学教育视角下加以应对。

2.4 执业衔接与职业发展支持链条不完整

目前,来华留学医学项目对学生的支持仍以学业管理和日常事务保障为主,更多体现为保障型支持;而面向国际学生毕业后执业考试、规范化培训申请、回国资格衔接、职业生涯规划和校友网络联结等发展型支持相对不足。学生往往在毕业前后才集中获取相关信息,缺乏贯穿培养全过程的前瞻性规划,由此导致培养过程与毕业后职业发展之间存在一定断裂。

3 启示与路径:构建"引—育—用"一体化培养体系

针对上述问题,来华留学医学教育有必要由以

规模扩张为主的办学思路，进一步转向以标准建设、过程管理和结果评价为核心的质量治理路径，围绕入口质量、培养过程质量与职业过渡支持，构建更为完整的培养体系。

3.1 “引”——强化入口质量治理，夯实人才培养基础

3.1.1 建立分层分类、能力导向的招生评价体系

建议根据主要生源国教育背景差异，构建学历材料审核、基础学科测试、语言能力评价及职业动机与沟通面试相结合的招生模式。对于学术准备相对薄弱但具有培养潜力的申请者，可通过预科、桥接课程或先修模块实施过渡支持，而不宜以降低正式医学项目标准的方式扩大招生。招生环节应重点考察学生是否具备进入医学专业学习所需的科学基础、学习韧性、伦理意识和跨文化适应潜力。从质量治理角度看，来华留学医学项目的招生评价不宜简单参照一般国际学生招生模式，而应与医学人才培养的高标准、长周期和强实践性要求衔接。只有将生源质量、招生标准与后续毕业要求、临床能力培养和职业过渡支持统筹考虑，才能真正实现来华留学医学教育由“招生管理”向“入口质量治理”的转变。

3.1.2 完善入学早期识别与适应支持机制

国际学生入学早期，尤其是由通识/基础学习转入医学专业学习和临床见习准备的阶段，更易出现学业、语言和适应方面的问题。国际高等教育与医学教育实践表明，针对学业风险学生的早期识别，以及面向国际背景学习者的入学导向、语言与沟通训练、导师/朋辈支持和持续跟踪，均是较为常见且有效的支持方式。因此，可围绕基础科学、医学英语/汉语、学习方法、学术规范和心理适应设置桥接性支持模块，并结合形成性评价、导师反馈和分层辅导，及早识别学习困难，减少相关问题在临床阶段集中显现[15-16]。

3.2 “育”——优化培养过程设计，推进同标培养与差异支持协同实施

3.2.1 细化与培养目标衔接的毕业能力指标体系

在与临床医学专业总体毕业要求衔接的基础上，建议将来华留学医学生毕业能力进一步细化为可观察、可评价的指标体系。除医学知识、临床技能和职业素养外，还应重点纳入医学汉语基础、跨文化沟通能力、中国医疗制度认知、公共卫生应急意识及在华临床情境适应能力等内容。如此既可坚持医生培养标准不降格，又能将国际学生培养中的特殊能力要求予以显性化和评价化。

3.2.2 推进以临床任务为导向的整合课程与情境化教学

课程改革应以真实临床任务为牵引，在保留学科基础教学优势的前提下，推动病例整合、问题驱动学习（problem-based learning，PBL）、模拟教学和早期临床接触协同开展。对来华留学医学教育而言，更为关键的是推进医学汉语教学、双语病例讨论、标准化病人训练、床旁教学观摩、门诊跟诊和社区实践等环节的系统衔接，促进学生完成由“知识理解”向“情境应用”的转化。近年国内的医学教育研究也提示，围绕能力框架推进专业语言课程建设，并从“在地国际化”视角重构课程与教学场景，有助于提升医学人才培养的适配性与实践性[17-18]。

3.2.3 以形成性评价保障同质化培养落地

建议在过程评价中系统引入工作场所评估（workplace-based assessment，WPBA）工具，如迷你临床演练评估（mini-clinical evaluation exercise，Mini-CEX）、操作技能直接观察（direct observation of procedural skills，DOPS）和案例讨论（case-based discussion，CBD），并结合电子档案袋（electronic portfolio，e-Portfolio）持续追踪学生能力发展。毕业考核应以 OSCE 和综合临床能力评价为核心，同时建立临床教学基地准入、督导、退出和反馈机制，尽量缩小不同基地之间的培养差异，从制度层面推进同质化培养。

3.3 “用”——完善职业过渡支持，延伸人才培养链条

3.3.1 建立主要生源国执业考试与注册信息数据库

学校层面应系统梳理主要生源国及重点输出国的执业考试、注册规则和继续培训要求，形成动态更新的信息数据库，并在高年级阶段开设专题讲座、咨询门诊和申请辅导。对于有意赴美国、英国等国家继续发展的学生，可提供美国医师执照考试（United States Medical Licensing Examination，USMLE）、专业与语言评估委员会考试（Professional and Linguistic Assessments Board，PLAB）等相关信息与学习建议；对于计划回国执业的学生，则应加强与校友及合作机构的联络，帮助其尽早完成资格衔

接规划。

3.3.2 健全国际医学生职业发展支持平台

建议将现有学生管理与学业支持服务升级为覆盖学业、心理、职业和校友资源的综合支持平台，提供个性化学业规划、简历与求职辅导、面试指导、科研与选修建议、跨文化适应培训及职业发展咨询。对国际学生而言，越早形成明确的职业发展方向，越有利于其在临床轮转、科研训练和毕业准备中实现连续积累。

3.3.3 探索毕业后桥梁培训与培训质量反馈机制

有条件的院校可依托附属医院和国际合作网络，探索面向优秀毕业生的桥梁培训或见习提升项目。同时，应将毕业后表现、执业考试通过情况及校友发展轨迹纳入培养质量反馈体系，并据此对招生标准、课程设置、评价方式和支持措施进行动态优化，从而推动来华留学医学教育形成“结果反馈—过程改进”的质量闭环。

利益冲突 所有作者声明不存在利益冲突

作者贡献声明 陈君：研究指导、凝练主要观点；代颖琳：逻辑设计、撰写论文

参考文献

[1] 中国教育国际交流协会国际医学教育分会. 来华留学生临床医学专业本科教育（英语授课）质量控制标准（试行）[S]. 北京：中国教育国际交流协会，2020.

[2] 黄睿彦. 来华留学生本科医学教育现状分析[J]. 医学与哲学，2019，40（16）：70-74. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2019.16.17.

[3] 教育部. 教育部临床医学专业认证工作委员会正式通过世界医学教育联合会医学教育认证机构认定[EB/OL].（2020-06-23）[2026-03-27]. https://www.moe.gov.cn/jyb_xwfb/s271/202006/t20200623_467766.html.

[4] World Federation for Medical Education. Working committee for the accreditation of medical education, ministry of education（WCAME）awarded WFME recognition status [EB/OL].（2020-06-03）[2026-03-27]. https://wfme. org/wp-content/uploads/2020/06/WFME_Press_Release_WCAME_Recognition_June-2020.pdf.

[5] General Medical Council. Outcomes for graduates [EB/OL]. [2026-03-27]. https://www.gmc-uk.org/education/standards-guidance-and-curricula/standards-and-outcomes/outcomes-for-graduates.

[6] Association of American Medical Colleges. Applying to medical school as an international applicant [EB/OL]. [2026-03-27]. https://students-residents.aamc.org/applying-medical-school/applying-medical-school-international-applicant.

[7] Liaison Committee on Medical Education. Functions and structure of a medical school 2025-2026 [EB/OL]. [2026-03-27]. https://lcme.org/standards-and-rules/.

[8] Australian Medical Council. Review of accreditation standards for primary medical programs（medical school standards review）[EB/OL]. [2026-03-27]. https://www. amc. org. au/accredited-organisations/review-of-accreditation-standards-for-primary-medical-programs/.

[9] Australian Medical Council. Guidance matrix: Standard 4 and Standard 5 [EB/OL]. [2026-03-27].https://www.amc.org.au/accredited-organisations/medical-schools/guidance-matrix-overview/guidance-matrix-standard-4/; https://www.amc.org.au/accredited-organisations/medical-schools/guidance-matrix-overview/guidance-matrix-standard-5/.

[10] Frank JR, Snell LS, Ten Cate O, et al. Competency-based medical education: theory to practice [J]. Med Teach, 2010, 32(8): 638-645. DOI: 10.3109/0142159X.2010.501190.

[11] Harden RM. What is a spiral curriculum? [J]. Med Teach, 1999, 21(2): 141-143. DOI: 10.1080/01421599979752.

[12] National Resident Matching Program. Results and data: 2024 main residency match [EB/OL]. [2026-03-27]. https://www.nrmp.org/wp-content/uploads/2024/06/2024-Main-Match-Results-and-Data-Final.pdf.

[13] Australian Health Practitioner Regulation Agency. Applying for registration [EB/OL]. [2026-03-27]. https://www. ahpra. gov. au/Registration/Applying-for-registration.aspx.

[14] 徐佳，王国利，张汝峰，等. 医学院校临床教学质量同质化分析及改进建议[J]. 中国高等医学教育，2024（6）：34-35，38. DOI: 10.3969/j.issn.1002-1701.2024.06.013.

[15] Ratnapalan S, Jarvis A. How to identify medical students at risk of academic failure and help them succeed? an interview with a medical educator [J]. Med Sci Educ, 2020, 30(2): 989-994. DOI: 10.1007/s40670-020-00940-1.

[16] Nwankwo EP, Onyejesi DC, Onyia OE. A review of support for International Medical Graduates (IMGs): a scoping review [J]. BMC Med Educ, 2025, 25(1): 924. DOI: 10.1186/s12909-025-07389-z.

[17] 王庆怡，赵佳，施翌，等. 医学院校八年制EMP课程能力框架构建与教学实践[J]. 中华医学教育探索杂志，2024，23（10）：1352-1357. DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20240110-01829.

[18] 李培森，王羽，刘恩梅，等. 医学教育“在地国际化”：内涵意蕴、价值旨归与实践路向[J]. 中华医学教育探索杂志，2025，24（7）：908-914. DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20241011-02072.

（收稿日期：2026-01-09）

（本文编辑：邬小梅）