

● 医学教育 ●

引用:李荣慧,刘平安,吴泠钰,鄢然,张国民. 医教协同背景下医学生临床能力培养模式的研究[J]. 湖南中医杂志, 2022, 38(5):92-95.

医教协同背景下医学生临床能力培养模式的研究

李荣慧,刘平安,吴泠钰,鄢然,张国民

(湖南中医药大学,湖南 长沙,410208)

[摘要] 医教协同是医学生成才的重要途径,一名合格临床医师的临床能力包括扎实的理论基础、敏锐的临床思维、强大的动手能力。当今医学生的培养模式存在病房临床任务过于机械化,科室教学活动相对单一;门诊教学过程较快,学生难以消化;门诊与病房的教学未能有机结合;教学内容相对守旧;临床带教老师教学热情较低等问题。基于以上问题,以医教协同为背景改进培养模式为:分流学生至下级医院;独立完成患者诊治工作;改良教师带教方式;树立主角意识;开展学习交流活;合理分配门诊任务;结合线上教学;举办竞赛活动;建立多元化教学方式;完善监督体系。通过改革,可提升教学效果,提高学生的学习能力,以保证医教协同培养模式的顺利开展,提高医学生的培养质量。

[关键词] 医教协同;临床能力;培养模式

[中图分类号] R2-4 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.05.029

医学生是医疗行业的重要后备力量,是医疗事业未来的希望,我国对于医学生培养模式的探索从未停止过,并逐渐摸索出以医教协同为基本模式的培养理念。医教协同的培养模式注重医学生的基础理论、临床思维、动手能力的多重培养,而此三者也是一名医师临床能力的重要组成部分。因此医教协同是培养临床医学人才的有效途径,也是符合医学教育自身特点的培养模式。医教协同培养模式的不断完善对于提高医学生素质、培养全科医师、提高医学生临床实践能力、构建完备的培养体系均具有重要意义^[1]。而在培养过程中由于教学内容、教学方式、硬件设施等因素的影响,对医学生的培养效果也存在一定的影响。

近年来随着我国教育制度的不断改革,国家对教育事业投入的增加,本科及研究生的数量明显增多;同时随着规培制度的普及,外院进入规培基地的学员人数也不断增多,这就导致集中于大型三甲医院进行临床学习的人数大幅增加,临床学习地点

过于集中,带教老师与学生的数量比例失衡,科室的任务过于繁重,学生动手机会减少,教学质量下降,各级学员的能力培养达不到预期的效果。

1 医学生培养模式存在的问题

1.1 病房临床任务过于机械化,科室教学活动相对单一 带教老师由于临床工作较为繁忙,致使教学活动无法全部围绕临床教学开展,如大量电子病历的书写与整理常常占据带教老师大部分的时间,致使带教老师将病历的书写、整理等任务交给学生,从而忽视了对学生临床诊疗能力的培养。而学生基础薄弱,尚未形成较为成熟的临床思维,通过书写病历来学习临床知识很难达到理想效果,导致学生的临床学习热情下降,临床能力得不到真正的锻炼,甚至引起学生怀疑自身在临床工作中的价值。同时科室的学习方式相对单一,难以保证在临床之余有充分的机会巩固基础知识^[2]。大部分科室专业性较强,带教老师对某一类疾病形成了具有自身特点的诊疗思维,教学内容及教学方式难以创

基金项目:湖南省教育科学“十三五”规划科研项目(XJK20AGD004)

第一作者:李荣慧,男,2020级硕士研究生,研究方向:中医内科学

通信作者:刘平安,男,医学博士,副教授,硕士研究生导师,研究方向:中医药高等教育研究,E-mail:723679086@qq.com

张国民,男,医学博士,教授,硕士研究生导师,研究方向:中医药高等教育研究,E-mail:834095773@qq.com

新,学生所学习的内容多单一而守旧。

1.2 门诊教学过程较快,学生难以消化 由于门诊患者数量相对较多,学生在一定程度上需要协助门诊老师完成问诊和相关检查等操作。老师因忙于患者的诊疗,没有充足的时间向学生介绍患者的具体病情与自己的诊疗思路,导致学生无法在门诊的学习中获得满意的效果。

1.3 门诊与病房的教学未能有机结合 病房的带教老师相对门诊医师大多较为年轻,临床能力存在一定差距。而门诊专家又无法定期到病房查房,其成熟的诊疗思维难以完全展示在病房的教学活动中,病房与门诊的教学活动未能有机结合,以致学生在病房学习的内容不够全面。

1.4 教学内容相对守旧 由于临床任务的繁重以及医院自身资源的限制,临床教学内容更新较慢,导致学生所学知识相对落后,而学生自身的拓展学习能力有限,难以自行丰富最新的临床知识,导致临床认知能力不能得到快速提升。

1.5 临床带教老师教学热情较低 临床带教老师的任务繁重,承担着病房的医疗和学校的教学任务^[3],白天查房开立医嘱,晚上在校授课,繁忙的日常任务导致带教老师无法抽出更多的时间完成教学任务,从而难以保障带教质量。其带教成果难以量化,且对职称评定不能提供直接的帮助,导致带教热情降低。

2 以医教协同为背景改进培养模式

2.1 分流学生至下级医院 下级医院的实习学生数量相对较少,学生的独立实践机会较多,老师对学生的关注度较高。对可进行学生分流的下级医院的设定,需尽量以学校的非直属医院为主。非直属医院大多为三甲医院,病种类别及数量基本可满足日常教学,带教老师的临床及教学水平亦有所保证。对于学生的下沉工作宜做到“两个分散”(医院分散、科室分散)和“两个优质”(科室优质、教师优质)。学生应分散下沉至下级医院,并且学校应当提前考察待分配的科室,以保证科室学习氛围良好、专业特色明显、业务水平突出,担任带教的医师具有扎实的学科基础、优良的专业素养、良好的教学能力、积极的教学态度。

2.2 独立完成患者诊治工作 病房学习应注重培养学生对患者整体病程的把控能力。学生全程参与患者的诊治过程可加深其对疾病的理解。带教

老师示范后,可协助学生独立收治患者,独立完成制定医嘱、诊疗方案等工作,并要求学生复习当天收治患者所患疾病的诊断、治疗、预后等相关知识。同时在病房办公室设置相关书籍资料的存放处,以便于学生随时翻阅,及时解决临床实践中遇到的难点与疑点,并鼓励学生自带学习资料与科室成员共同分享。

2.3 改良教师带教方式 临床中可建立探索式的学习模式。经过师生四诊合参、开立医嘱等常规操作后,带教老师可以引导学生思考问题,如:为什么会出现这种症状,其病理机制是什么,生理机制又是什么,对应哪一种解剖位置及结构,所用药物的作用机制有哪些,如何进行中医辨病、辨证等。通过带教老师引导、学生共同参与的探索式学习模式,由疾病的临床症状向病理、生理、解剖、药理及中医等内容进行追溯、拓展,实现学生对该疾病全面、系统的了解^[4],同时注重中西医的汇通,提升学生临床思维的深度与广度。

2.4 树立主角意识 带教老师督促学生除了完成基本的必要任务外,还应当积极树立主角意识,让学生在临床学习中获得存在感和成就感。带教老师可将患者分配给学生进行独立管理,要求其负责患者从入院到出院的全过程。对于独立管床表现良好者,应进行表扬,并定期让优秀学生分享管床以及学习经验;对于表现不佳的学生应当予以鼓励,帮助查找原因,让学生互相帮扶、共同进步。同时,带教老师应与患者积极沟通,向患者表明学生具备良好的专业能力和人文素养,完全可胜任临床工作,让患者安心配合治疗,以增强学生的信心,让其更快进入医师的角色。

2.5 开展学习交流活 科室定期组织学生开展业务学习,内容以临床典型病例、病种为主,采用师生角色互换的模式,由老师、学生轮流讲解相关内容,以竞赛评比、随时提问的形式激励各组老师、学生认真备课,仔细听课。医院定期组织院内专家分享诊疗经验,邀请外院知名专家来院开展讲座、查房、坐诊等活动。并要求学生提前学习专家讲授的相关内容,结束后由科室组织学习心得交流会,及时消化学习内容。

2.6 合理分配门诊任务 门诊老师应注重培养学生对疾病的精确诊断能力与即时治疗能力。门诊与病房相比具有患者数量多、症状相对较轻、老师

讲解时间有限等特点。故每次门诊可安排2~3名学生跟诊,将病历书写、开立检查等任务分配给不同的学生,以此减少老师的工作量,便于为学生讲解临床知识。门诊病历书写可培养学生短时间采集疾病信息的能力,之后再由门诊老师补充。门诊病历书写力求规范、清晰,便于学生拍照记录,以便后续学习。同时,门诊老师及时讲解开立相关检查的目的及其结果的临床意义,以巩固学生的相关知识。学生还可采取模拟接诊的方式,即以门诊医师的角色对接诊的患者给出诊断结果及治疗方案,并与老师的诊疗方案进行对比。同时,门诊老师每周开展门诊病例学习,进行答疑解惑,力求让学生完全巩固诊断与治疗的思路。

2.7 结合线上教学 由于临床工作较为繁忙,若要求带教老师在临床中完全将问题讲解清楚并不现实,因此通过微信等平台进行线上学习可以大大提高学生的学习效率,增强学习效果。线上学习可根据实际情况灵活设置学习时间,内容以临床未解决的问题为主,并对问题进行相应拓展,如相关疾病的鉴别诊断等。同时,还可践行多级互动的方法,定期邀请相关专家在线上向学生分享临床诊疗经验,要求学生记录并定期复习。

2.8 举办竞赛活动 科室以及医院定期组织带教老师参加基础知识、实践技能等相关的竞赛活动,以此督促带教老师积极学习,不断提升临床教学质量;定期组织学生参加基础知识、临床思维、实践技能等方面的竞赛,以提升学习动力。将比赛融入正常的学习工作中,以培养学生的竞争意识,不断提升临床能力,增强自主学习意识^[5]。并鼓励师生共同参赛,减少距离感,提高默契度,提升教学效果。

2.9 建立多元化教学方式 自然科学与人文科学的交织融合形成了医学这一综合学科,而多元化的教育理念亦是对医学本质的探索与践行^[6]。在教育理念上应注重对多元化理念的运用,借助最新的教育教学理念,引入现代化教育教学方式^[7]。医学生对于实际问题的解决能力尤为重视^[8],适当地将工程、科学、人文、数学等学科的知识融入医学教学中,只有临床知识点与学生的知识面产生更为广泛的契合点,临床问题方可更加容易解决。带教老师可积极运用微信公众号等平台筛选优质文献并及时向学生推送,通过微视频等方式对临床中的重点、难点进行解析。老师带领学生查找最新文献、

汇总内容,将内容分析提炼后应用于临床教学,让学生学会利用文献中的医疗技术解决问题。鼓励学生使用思维导图的方式对知识点进行串联记忆及理解,共同总结归纳相关研究资料,实现师生的共同学习与进步。除此之外,老师还应注重医学生人文精神的培养,注重“入院第一课”,在学生步入临床的伊始即培养其对生命的敬畏之情,通过带教老师的言传身教不断强化学生的人文意识。

2.10 完善监督体系 学校应完善学校督促医院、医院督促老师、老师督促学生的监督体系。学校安排专门的监管人员对各个附属医院的临床带教、学生培养情况进行监督,并在医院设置相关负责人对教学情况进行实时反馈、指导。医院安排科室的相关领导负责监督并考核科室老师的教学情况,严格按照培养模式考核带教情况,并设置奖惩制度,激发教学动力。带教老师应做好对学生的监督、考核工作。对于学生在临床中未能及时理解、吸收的问题,带教老师以布置学习任务的形式,督促学生在业余时间及时完成学习任务,并以学习笔记、文件的形式上交,由带教老师批阅、讲解。对于学生的学习情况,带教老师应如实予以记录评分,归入出科考核成绩,并将此项成绩作为奖学金、三好学生等评优评先项目的依据。同时学校应设置相关渠道供学生对带教老师、所在科室、医院进行评价,并积极听取学生建议,积极分析、解决相关问题。

3 结 语

医学生的培养过程是漫长的,这对于院校及医学生自身均是不小的考验。在医教协同作为培养模式的大背景下,要求医院、学校“严管”“善管”,老师“乐教”“善教”,学生“乐学”“善学”,只有多方面共同努力、携手向前,才能做好医学生的培养工作。同时要求医学生具有刻苦钻研的精神,对医学事业具备人文医学的情怀。人文精神作为医学事业的重要支撑元素,在培养之初就需要明确其存在的意义,并不断在培养过程中进行强化。作为教育者,应当在教学过程中激发其情怀、培养其兴趣、提升其能力。而医学教育事业更需要人文情怀的支撑,既要做好激励师生的人文情怀,让老师将教育事业干好,让学生将医学知识学好,也要设置合理的奖惩制度激发师生的前进动力,更要健全培养制度、优化培养环境、完善培养方式,通过多方面的努力将医学教育事业干好。

王君妍等^[9]通过对医教协同政策实施后的北京市第二批住院医师规范化培训情况进行调查,得出结论,与2018年相比,2019年培训的出科考核开展情况、住宿条件、补贴水平均得到显著改善。90%以上的住培基地能够积极开展岗前教育、教学查房、病例研讨、专题学习、技能培训等活动;85%以上的学员在培训期间能够有效完成规培要求的病例数、病种数、技能操作数、轮转计划;90%以上的学员可主动完成相关指标,顺利通过结业考核。李敏等^[10]在新疆医科大学进行了医教协同教学模式的改革,结果显示教学质量得到了较为明显的提高。学生对教学的管理满意度提高近16%,各临床医学专业学生2019年成绩均质化程度比2016年提升10.8%;不同临床医学院优秀率差距缩小15%;2019年执业医师通过率更是高于全国平均水平,说明医教协同培养模式的推行有效促进了医学人才培养质量及医学教育条件的整体提升。

医教协同的培养模式不仅可运用在临床带教中,亦可在医学生步入本科初期即进行运用。医教协同培养模式与传统的课堂授课模式并不冲突,反而是对传统课堂教学的良好补充。在该模式下,学生在课堂中学到的理论知识可以及时在临床中得到直观的运用及操作,又可以找到理论与实践的差别,从而对课本知识形成更加立体的理解。然而医教协同培养模式亦需要进一步完善。每一个学生都是独立的个体,所擅长的学习模式及方法均有所不同,同一种模式难以满足所有学生的学习要求,这需

要教育者对教学方法及教学内容进行灵活变通。随着时代的不断发展,社会的不断进步,医疗技术及医疗观念也在快速革新,教育者的教育理念应与时俱进,让医学教育更加符合时代潮流与社会需求,这需要广大医学教育者及医学生共同探索。

参考文献

- [1] 李婷. 医教协同视阈下中医临床实践能力培养模式研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(19): 164-165.
- [2] 蔡利军, 徐毅, 孟立娜, 等. 门诊教学对中医七年制临床能力提升的影响——以消化内科为例[J]. 中国高等医学教育, 2017(7): 91-92.
- [3] 王占利, 冯尧伟, 李潇. 医教协同背景下医教合一人员的调查与思考[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(3): 172-173.
- [4] 江华. 临床医学生综合能力考核内容设计[J]. 西北医学教育, 2009, 17(2): 415.
- [5] 王桂鹏, 李佳楠, 高心妍, 等. 以赛促学视角下医学生综合能力提升的探讨[J]. 西北医学教育, 2014, 22(6): 1077-1079, 1094.
- [6] 彭敏, 朱德全. STEAM有效教学的关键特征与实施路径——基于美国STEAM教师的视角[J]. 远程教育杂志, 2018, 36(2): 48-55.
- [7] 据保军, 霍勤, 牛琳琳, 等. 医教协同背景下临床教育教学能力规范化培训体系的探索与构建[J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17(23): 145-147.
- [8] 舒俊杰, 林欣冉, 吴超琪, 等. 基于STEAM理念探析医学生人文精神培养[J]. 中国医药科学, 2021, 11(13): 1-4, 24.
- [9] 王君妍, 孔军辉, 王君, 等. 医教协同政策实施后北京市第二批住院医师规范化培训现状调查[J]. 中国医院, 2021, 25(8): 48-50.
- [10] 李敏, 汪惠才, 李建光. 医教协同背景下地方医学院校同质化临床教学体系的实践应用[J]. 中国高等医学教育, 2021(7): 62-63.

(收稿日期: 2021-09-21)

(上接第52页)伸筋草、鹿衔草、葛根、威灵仙、乌梢蛇、忍冬藤共奏祛风除湿缓痉通络之效。局部取穴配合循经取穴、辨证选穴以疏通局部经络气血,调达阴阳,通则不痛。患者病位在颈项和肩背部,少阳经脉循经过颈项和肩背部,足厥阴肝、足少阳胆经互为表里经,故取胆经风池、肩井穴位治疗。颈部疾患刺激颈交感神经或压迫椎动脉易引起丘脑供血减少,大脑兴奋性增加,从而导致失眠的发生^[5],通过对颈椎的治疗可以改善患者失眠的症状。

4 结 语

赵教授认为颈椎病的发病多责之肝阴不足,本质为本虚标实之证,从肝论治颈椎病体现了中医学辨证论治的原则,针药结合治疗肝阴不足型颈椎病临床疗效显著,能明显改善患者的临床症状。同时

从肝论治颈椎病具有一定的局限性,颈椎病的发病因素往往较复杂,在治疗时要辨证、辨经施治,对患者发病的病位、病因、病性加以鉴别,根据病情变化灵活调整用药。

参考文献

- [1] 孙彦豹, 金宝城, 王静, 等. 颈椎病发病危险因素的调查研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(40): 6-8.
- [2] 曹继忠. 基于证素理论与46位编码技术针灸治疗颈椎病辨证选穴的算法模型研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2019.
- [3] 邓咪朗, 薛凡, 邓豪, 等. 仇湘中教授“从肝论治”颈椎病经验浅析[J]. 中医药学报, 2018, 46(6): 52-54.
- [4] 黄剑浩, 冯军, 谢宇锋, 等. 从精生髓机制探讨“少阳-耳目-颈项-脑”生物轴[J]. 中医学报, 2019, 34(9): 1833-1835.
- [5] 欧志文, 袁智先, 苏美意, 等. 龙氏治脊疗法治疗颈性失眠的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(1): 103-108.

(收稿日期: 2021-06-20)