

关于儿科转岗医师培训临床教学查房的几点思考

高珊,汪志凌,万朝敏,谢咏梅

(四川大学华西第二医院儿科 出生缺陷与相关妇女儿童疾病教育重点实验室,四川 成都 610041)

【摘要】 国家卫生与计划生育委员会为缓解儿科医师短缺,提高儿科医疗服务质量,推行了儿科转岗医师培训计划。临床教学查房是关系培训质量的关键环节。在分析了儿科转岗医师培训的特点后,提出了临床教学查房的独特内涵和实施方式,以期引起有关部门及同行的关注和思考。

【关键词】 儿科转岗医师培训;临床教学;查房;儿科

【中图分类号】 R193.8 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2018)24-3545-03

Thoughts on clinical teaching ward-round in the job-transfer-to-pediatrics training. GAO Shan, WANG Zhi-ling, WAN Chao-min, XIE Yong-mei. Department of Pediatrics, West China Second University Hospital, Sichuan University; Key Laboratory of Birth Defects and Related Diseases of Women and Children, Chengdu 610041, Sichuan, CHINA

【Abstract】 In order to alleviate the shortage of pediatrician and improve the quality of pediatric medical services, the National Health and Family Planning Commission has implemented a "job-transfer-to-pediatrics" training program. Clinical teaching ward-round is the key link in the quality of relationship training. After analyzing the characteristics of "job-transfer-to-pediatrics" training program, this study puts forward the unique connotation and implementation ways of clinical teaching ward-round, with a view to attracting the attention and thinking of relevant departments and colleagues.

【Key words】 Job-transfer-to-pediatrics training; Clinical teaching; Ward-round; Pediatrics

儿科医师短缺一直是我国医疗领域面临的严峻问题,许多基层医院未设置儿科专业、或无儿科急诊、病房,造成各大医院儿科人满为患,始终处于“战时状态”。人民群众对医疗服务均等化的迫切愿望与现有的医疗资源短缺和不平衡已成为我国医疗领域的主要矛盾,特别是“二胎时代”来临,使得这个矛盾更加突出。要解决这个问题,就要推动“医疗卫生工作重心下移,医疗卫生资源下沉”。因此,国家卫生与计划生育委员会推行了儿科医师转岗培训计划,为基层医疗单位培训儿科医师,把曾从事其他医学专业的医师,如内科、妇产科医师,经儿科专科培训后转而从事儿科专业,使他们成为具有良好职业道德、扎实医学理论、专业知识和临床技能、能独立承担儿科常见病诊治工作的儿科医师。

儿科转岗培训是新兴的医学继续教育项目,国内外无相同经验可借鉴。我院从2016年开始接受儿科转岗医师培训任务,两年来积累了一定的经验,也发现了不少问题。总结经验教训,我们认为将临床教学查房作为提升培训质量的重要环节,是规范开展儿科转岗医师培训的重中之重。

儿科转岗医师培训具有以下特点:(1)参加人员具有医学背景,但儿科专科医学知识和医疗经验相对匮乏,且个人临床水平参差不齐;(2)所在医疗单位等级及相关检验检查手段水平差异巨大;(3)培训时间短,学习任务重,要在一年的时间里掌握儿科常见病、多

发病的诊治,以及危重症的抢救治疗^[1-2]。针对以上特点,儿科转岗医师培训的临床教学查房应有其独特内涵和实施方式。

1 儿科转岗医师临床教学查房应具有的独特内涵

与临床查房相比,临床教学查房的根本在于通过规范化流程提升下级医师综合诊治水平,同时完成相应的临床任务,教学互动是其核心,规范诊疗是其关键^[3]。除此之外,针对儿科转岗医师这个独特的群体,分层教学是其手段,培养多种能力是其目标。

1.1 教学互动为核心,激发学习主动性 国家卫生与计划生育委员会对儿科转岗医师培训期间需要掌握和了解病种提出了明确要求,但对病种掌握的情况只有通过临床教学查房才能得到验证和提高。为了激发转岗医生学习的主观能动性,教学查房医师应随时提问、及时纠正和示范,同时鼓励、启发学员积极提问,以达到全面系统掌握该病的发病机制、诊断标准、鉴别诊断、治疗方案及预后判断的学习目的。

1.2 规范诊疗为关键,保障医疗质量和安全 规范化的诊疗从来都是降低医疗风险、持续改进医疗质量的基本保证。特别是在新的医疗技术层出不穷的今天,规范诊疗更是保障医疗质量和安全的重要法宝。规范化的教学查房应包括:典型病例的选择、全面病史的采集、系统规范的查体、合理科学的报告判读,并最终形成规范的病历、简明扼要、重点突出的病情总结、论据充分的诊断和鉴别诊断,同时鼓励大家分享新进展

使得对疾病的认识更加与时俱进。在教学查房过程中还要注重对提问方法、专业术语、谈吐着装、医德医风等方面的培训。因此,临床教学查房对培养儿科转岗医师严格认真的态度和规范化操作具有不可替代的实际意义。

1.3 分层教学为手段,获得最佳发展 因材施教和有教无类是我国古代的一项教学方法和教学原则,时至今日仍具有重要的现实意义,体现了教育公平的原则。根据转岗医师的不同认知水平、学习能力以及自身素质,在临床教学查房时进行分层、有针对性的教学,激发学习兴趣,树立学习信心,使之扬长避短,获得最佳发展,最终都能达到国家培训要求。

1.4 培养多种能力为目标,造就复合型人才 在信息高度发达的今天,通过多种渠道获取医学知识,群众自身的医学知识水平已经得到大幅提高,但同时伪科学、伪医学充斥媒体,造成误导的情况也日益突出。“医疗专家在身边”是人民群众的强烈愿望。因此,基层医务人员仍然自我定位为“小医生”已不能满足人民群众日益增长的医疗服务均等化的需求,也不符合国家提出的“医疗卫生工作重心下移,医疗卫生资源下沉”指导方针。加拿大住院医师培训框架(Canada medical education direction system, CanMEDS)较为全面地定义了医学教育和医疗实践所必需的各项能力。这些能力包括 7 类,最终演化成 CanMEDS 中表述的医师的 7 种角色,即,能整合医学知识、临床技能和职业素养并将其运用到医疗服务中的医疗专家(Medical expert);擅长处理医患关系的沟通者(Communicator);能与其他医疗相关人员开展有效协作以便提供更好医疗服务的合作者(Collaborator);能组织管理医疗活动、进行资源分配的领导者(Leader);能运用专业技能和影响力,促进患者个体、社区群体健康的健康倡导者(Health advocate);终身致力于思考性学习,医学知识创新、传播和转化的学者(Scholar);遵循职业相关法规,从事符合伦理要求的医疗实践,为社会健康服务的专业人士(Professional)。其中医疗专家是核心,其余 6 个角色为辅助^[4-5]。这与我国患者对医师的需求及国家对医师培养的要求不谋而合^[6-10],但目标更为清晰,要求更为细化,值得我们借鉴。

2 儿科转岗医师临床教学查房的独特实施方式

2.1 查房前准备阶段

2.1.1 摸底调查 转岗医师入科前先进行摸底调查,包括一般情况的调查和专业水平考核,前者包括工作单位、工作时间、原来从事专业、学历、个人预设目标等,后者考核内容为儿科临床基础知识,进而了解每个转岗医师的综合水平,并据此做出分级,如:初、中、高级,开展分层、有针对性的教学。

2.1.2 病例选择 尽量选取正在住院的患者,但由于儿科患者的配合度差、家长焦虑等原因,常给教学查房增加了难度。但这也恰恰是儿科的特点,是每

位转岗医师必会面对的情况,因此鼓励他们克服畏难心理,把它当做训练医患沟通能力的良好契机。若确实无典型病例,可采用标准患者(Standard patient, PS)进行情景训练。在病种的选择上,除了选择立足于大纲要求的典型病例,也可适当选择诊断或治疗过程出现波折、困难的病例,以开阔学员的思路;除了基于病种选择病例之外,还可以基于某种症状或体征选择病例,例如“抽搐待诊”、“腹痛待诊”等,将几种相似症状或体征的疾病综合分析,引导启发学员,剥丝抽茧,逐步得出正确的诊断。

2.2 床旁问诊查体阶段 由于转岗医师都曾从事临床工作一段时间,具备一定的问诊查体的基本功。在培训期间重点要将其进一步规范化,并突出儿科特点。如,儿科病史中万不可忽略出生史和个人史,包括母亲孕产史、疫苗接种史、个人发育情况等;查体的顺序也要符合儿童特点等等。根据分层教学的原则,简单合作的患者安排给初级医师,复杂不配合的患者安排给综合水平更高的医师。在转岗医师进行问诊及查体时,带教老师需详细记录过程中存在的问题,除了问诊是否全面、重点是否突出,查体是否系统、规范之外,还要对其沟通交流能力、应变能力以及逻辑思维能力等作出指导和评价。

2.3 讨论和总结阶段 通过对病史特点的总结,诊断和鉴别诊断要点的分析,重点训练转岗医师临床逻辑思维能力。总结、精炼、概括能力是从纷繁复杂的临床表现、体征、检验检查结果中提取出对诊断有价值的信息;思维发散能力是当现有证据不足以作出明确诊断时,需要开阔思路,警惕少见病的可能,避免误诊。前者是后者基础,后者是前者的保障,二者相辅相成。既要突出重点,立足于常见病多发病,又要拓宽思路,避免漏诊少见病。总结阶段,带教老师可以将相关疾病认识、治疗的新进展与学员分享,培养其现代医学自学的新方法,即权威专业书籍的学习为基础,最新指南和文献为拓展。

2.4 教学效果反馈阶段 可以利用 3~5 min 的时间回顾上一次临床教学查房的重点、难点、易混淆、易忽略的内容,再次加以强调。可以采用诱导提问的方式,也可以安排学员模拟教学的方式,给予巩固,以求进一步的提高。对于教学难点、研究热点,甚至是学员感兴趣、想了解的问题,如儿童牛奶蛋白过敏、儿童便秘,都可以鼓励学员做成读书报告,由带教老师做点评。既增强了学员的参与度,又使带教老师对学员综合能力的水平、临床教学查房的效果有进一步了解。

综上,临床教学查房是儿科转岗医师培训中重要组成部分,是参训人员将来能否胜任医疗工作的关键所在。如何使儿科转岗医师在临床教学查房中得到最大受益,我们做了一些工作和设想,希望引起有关部门及同行的关注和思考。

以晕厥伴小便失禁为首发症状的 Stanford A 型主动脉夹层一例

许素彦, 郭利芝, 施海法

(河北工程大学附属医院急诊科, 河北 邯郸 056002)

【关键词】 主动脉夹层; 晕厥; 小便失禁; 漏诊; 误诊

【中图分类号】 R543.1 【文献标识码】 D 【文章编号】 1003-6350(2018)24-3547-02

主动脉夹层(aortic dissection, AD)是临床上较少见的急危重症之一,病死率高,典型症状为突发的、剧烈的胸背部撕裂样疼痛^[1],而不典型者则复杂多样,极易漏诊、误诊。温伟等^[2]曾报道,AD的误诊率高达38.96%。晕厥伴小便失禁的原因多为神经系统疾病所致,经查阅相关文献,主动脉夹层以此为首发症状者,至今尚无报道。2017年10月我科收治1例此类患者,现给予报道,旨在提高广大医生对不典型主动脉夹层的认识,为临床诊治提供帮助。

1 病例简介

患者女性,58岁,退休工人。因“晕厥伴小便失禁1h”于2017年10月13日13:30入院。缘于1h前在家扫地时突发晕厥伴小便失禁,持续数秒后意识自行恢复,自觉心悸、胸闷。无胸痛、发热,无头痛及恶心、呕吐,无腹痛、腹泻及大便失禁,无抽搐及四肢活动障碍,由“120”救护车接回我院。入院数分钟后出现胸背部、腰部疼痛,呈持续性钝痛。既往高血压病史30余年,长期服用“硝苯地平缓释片1片,1次/d”,血压控制在140~150/90~100 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。否认糖尿病及冠心病史。查体:体温(T) 36.5℃,脉搏(P)

74次/min,呼吸(R) 20次/min,血压(BP) 168/120 mmHg,双侧血压一致。急性病容,神清,精神差,查体合作。双侧瞳孔正大等圆,对光反射灵敏。心肺腹未见明显异常。神经系统查体阴性。辅助检查,血常规:红细胞(RBC) $4.32 \times 10^{12}/L$,白细胞(WBC) $11.11 \times 10^9/L$,中性粒细胞(N) 83.60%,淋巴细胞(L) 11.10%,血红蛋白(Hb) 13.7 g/L,血小板(PLT) $108.00 \times 10^9/L$;心肌酶谱:肌酸激酶(CK) 84 U/L,肌酸激酶同工酶(CKMB) 23 U/L,肌钙蛋白(cTnI) $<0.02 \text{ ng/mL}$;肾功能:尿素氮(BUN) 7.40 mmol/L,肌酐(Cr) $92 \mu\text{mol/L}$;血糖:6.40 mmol/L;心电图:窦性心律,且无动态演变;心脏彩超:二尖瓣及三尖瓣少量返流;头颅CT:未见异常;胸腹部CT血管造影(CTA):(1)升主动脉、主动脉弓、降主动脉、腹主动脉及双侧髂总动脉、头臂干可见双腔改变,考虑主动脉夹层,腹腔干及左侧肾动脉均起自假腔;(2)主动脉及冠脉管壁钙化灶(见图1)。初步诊断:(1)主动脉夹层 Stanford A型;(2)高血压3级 很高危。立即给予硝普钠降压等,并转北京上级医院。该院考虑患者病情重,手术风险大,花费高,与家属协商后,采取保守治疗。患者发病后第3天死亡。

通讯作者:许素彦。E-mail:783499508@qq.com

参考文献

- [1] 陈洪菊,熊涛,屈艺,等. 儿科转岗医师临床轮转培训目的、问题及对策浅析[J]. 亚太教育, 2016, 11: 276, 278.
- [2] 胡梵,王一斌. 参加儿科转岗培训的医师工作背景调查及培训方案探讨[J]. 中国医学教育技术, 2017, 31(1): 97-100.
- [3] 邹志康,孙金杰,吴颖超,等. 住院医师规范化培训临床教学查房的实践与体会[J]. 中国医院管理, 2014, 34(11): 39-41.
- [4] 刘萍,耿赞,吴晓莉,等. 以胜任力为导向的加拿大住院医师培训框架对我国中医住院医师培训体系的启示[J]. 中医药管理杂志, 2017, 25(20): 7-9.
- [5] Ng VK, Burke CA, Narula A. Knowledge of CanMEDS-Family Medicine roles: survey of Canadian family medicine residents [J]. Can Fam Physician. 2013, 59(9): e428-434.
- [6] 张红妹. 住院医师规范化培训存在的问题分析与对策探讨[J]. 中国医院管理, 2013, 33(11): 58-59.
- [7] 蔡涛,方圣,陈爱军,等. 全科医师转岗培训皮肤科教学的探讨[J]. 教育教学论坛, 2014, 20: 85-86.
- [8] 张伟,陈杰,金雷辉,等. 住院医师规范化培训的组织、管理与实践[J]. 中国医学教育探索杂志, 2013, 13(3): 302-305.
- [9] 李春芳,李雪兰. 全科医师转岗培训妇产科带教的实践及体会[J]. 中国医学教育技术, 2013, 27(1): 108-110.
- [10] 闵旻,雷红,熊世熙. 心内科住院医师规范化培训中的问题与对策[J]. 中国医学教育技术, 2016, 30(1): 106-108.

(收稿日期:2018-03-02)