伍、强化督导力度、丰富督导内容、实施网上评教、公布督导结果等形式树立督导工作的权威性，促进授课质量提高，确保人人过关[8-9]。在教学管理制度方面，针对临床教学工作中存在的薄弱环节和评价中反映出来的问题，制定了教学质量考评细则，该细则共 18 款 46 条，内容涉及教学工作的方方面面，对确保教学质量起到了重要的监督作用。

经过 3 年多的自评自建工作，本院临床教学工作得到稳步提升，表现在：(1)教学工作主体地位得到进一步巩固。常委会每季度组织专题议教；院部领导每周参加听课；机关各部协同配合，解决教学建设中遇到的突出问题。教学工作的中心地位、教学质量的生命线意识都深入人心。全院重视教学、关心教学、支持教学、服务教学的氛围更加浓厚。(2)教学管理得到进一步规范。严格落实各项教学规章制度，加强集体备课、试讲等关键环节，使教学运行机制更加顺畅；加强教学质量监控机制，教学督导、评教评学经常化、制度化、规范化，建立了学员网上评教、教学专家督导、教学工作状态评价等措施，为教学过程控制和教学质量评价提供了重要依据。(3)课程建设水平得到进一步提升。《外科学及野战外科学》被评为国家级精品课程，《妇产科学》被评为“总后”优质课程，《医学影像学》荣获全国网络课程大赛一等奖，《实验诊断学》获军队网络课程二等奖，《神经精神病学》、《灾害医学》被评为学校重点建设课程。初步形成了优质课程群，对教学质量提升提供了有力支撑。(4)办学条件得到进一步改善。新病房大楼每个病区增配了学员示教室，为学员临床见习、实习提供了优越的学习环境；临床技能培训中心的启用为开展临床技能多站式考核、临床专项技能培训创造了条件；教学基础设施和营院环境有了大幅改善，功能更加齐全、环境更加优美。(5)教员队伍素质得到进一步提高。新增“总后”育才金奖 1 人，银奖 9 人，“总后”优秀教师 2 人，获学校级三名(明)教师 18 人。通过资格审核、集中培训、面试考核，培养 3 个批次共 156 位聘用教员，在临床实践教学中发挥积极作用，为拓宽临床医学院师资队伍培养途径探索出了有效途径。(6)教学改革得到进一步深入。先后获得校级及以上教学成果 6 项。获全军教改课题 1 项，重庆市教改课题 12 项，本院每年自筹经费资助立项教学研究类和实用课件类课题 15～20 项，年均发表教学论文 50 余篇。全体教员探索教学、研究教学的积极性、主动性不断增强，教学研究的氛围更加浓厚。

参考文献：

[1] 王智勇，于越. 中医院校开展课堂教学质量评价的研究与实践[J]. 中医药管理杂志，2010，18(2)：133-134.

[2] 左淑芬. 职业学校教学质量评价体系建设及其实践[J]. 河南省医药学校学报，2010，31(1)：75-77.

[3] 黄秀云. 创新激励机制 提高临床医学院教学水平与质量[J]. 西北医学教育，2009，17(12)：1104-1106.

[4] 汪冠群. 高校教学方法创新的支持体系建设刍议[J]. 当代经济，2009，14(2)：136-137.

[5] 张丽萍. 试论高校实验教学质量评价机制的构建[J]. 黑河学刊，2008，138(1)：106-107.

[6] 刘丽梅. 对高校教学质量评价问题的思考[J]. 长春师范学院学报，2006，25(2)：134-136.

[7] 程恩魁. 构筑新型课堂教学评价观[J]. 锦州医学院学报，2002，23(1)：77-78.

[8] 赵玮，徐敏，李树森. 医学院校课堂教学评价体系构建的思路[J]. 西北医学教育，2010，18(1)：79-81.

[9] 赵玮，梁慧敏，汪海波. 医学院校课堂教学评价体系的构建[J]. 中国高等医学教育，2010，4(1)：70-71.

(收稿日期：2010-11-30 修回日期：2011-01-17)

·医学教育·

传统教学法和问题教学法在妇产科教学中的利弊探讨

李玉艳，何 畏

(第三军医大学西南医院妇产科，重庆 400038)

doi：10.3969/j.issn.1671-8348.2011.11.042 **文献标识码：**B **文章编号：**1671-8348(2011)11-1132-02

随着科学技术的不断发展进步，医学知识迅猛增加，医学教育随之发生较大的变化，国内外的教学方法存在较大差异。作者结合与英国妇产科教学中的师生进行交流情况，现将本校与英国帝国理工大学(以下简称英国)的妇产科教学进行比较，探讨两种本科妇产科学教学方式之间的利弊，以及进一步提高教学质量的可能方法。

1 教学方法间的差异

本校采用的是中国通用的教学模式——传统课堂教学法[1]，在大学四年级阶段首先由学校组织妇产科学的专业课课堂讲座，约 70 学时，几乎涵盖教科书全部内容，接着约 40 学时的临床见习，在大学五年级进入临床学习，妇产科轮转约 4 周时间，由住院医师带教，进行问诊、书写病历以及参观手术等[2]。

英国采用的是问题教学法(problem based learning，PBL)[3]，在大学四年级或五年级阶段直接进入附属医院的妇产科室学习，为期 7 周，内容包括：患者见习，每周至少见习 2 个患者进行采集病史和检查，并详细记录和书写病历，指定的顾问医生每人负责指导 3～4 名学生，按教学手册进行门诊、手术参观以及其他临床工作，每周进行 2～3 次集中学习讨论，包括小讲座或基于问题的学习以及临床讨论等。

二者教学方法间具有明显的差别。本校采用的传统教学法经过多年的教学促进，在教学内容、课堂教授等方面有了极大改进，内容更加凝练，力求以知识重点、难点为中心，讲深讲透一个问题，授课以课本为基础，进行一定组合，尽量加大医学信息量，并涵盖部分前沿医学知识，在教学过程中强调知识的深入性和全面性。

PBL 则是西方国家目前采用较多的教学方法[3]，英国采用的妇产科学教材，其内容明显比中国教材简洁，内容以器官为主线，简要列出各个器官的常见疾病及诊治，但每章均列出相关专著作为参考书籍。教学过程中以教学手册为重点，内容

涵盖学生应该掌握的各个知识点，要求学生必须进行参观学习，如妇产科各种检查、分娩接生等，指导教师则提出专题或病例进行讨论学习，并检查学生的理解、归纳、书写和解决问题等能力，逐项记录打分，并将其作为学习成绩的重要组成部分。课堂教学只有极少数的全校性的讲座，各个年级学生均可参加，也可不参加，网络上也可以查看以往的讲座。学生有 1 年时间，可对某一方面问题进行深入学习，在专业指导教师指导下进行相应科学研究，通过答辩以后获得另一个理工学位。

1.1 学习方法的差异 由于教学方法的不同，学生的学习方法也相应不同。中国的传统教学法强调认真听讲，注意预习和复习，但总体仍以填鸭式为主。课堂内容多为教师进行精心准备的内容，涵盖了学生应该理解掌握的重点和难点，学生在充分理解掌握记忆的基础上，基本可掌握妇产科学教材的精髓。在见习和实习阶段，严格按照学习大纲要求进行，按部就班，基本可初步掌握妇产科疾病的诊治方法。学生基本属于饲养型学生，只需定时预习复习，认真听讲，适当思考总结即可以得到理想的学习成绩。

PBL 的学生则相对比较茫然，教学直接面对患者，对可能面对的问题或病例不清楚，因此，学生常规首先通读数遍教材，自己找出疑点进行查阅参考文献或网络求助，自我控制学习，在病例讨论或专题讨论前广泛收集资料，自行整理加工，同时强调小组间人员的相互支持补充，达到学习目的。学生属于“放养型”学生，在指导教师指导下自行学习，并随时补充。如手术中教师问了一个学生不能解答的解剖结构等问题，学生可在手术室内立即联网至三维解剖图谱，既及时学习补充该解剖部位知识，且印象深刻。

1.2 学生自我评价的差异 作者曾对两校学生询问同一个问题，即“你认为妇产科学的学习困难是什么”，学生回答也具有一定差异。本校学生普遍认为妇产科学习内容多，难以记住，是最主要困难；而英国学生认为妇产科学内容多，不知道哪些是重点，不知道哪些应该记忆是最主要的学习困难。两校学生都认为学习成绩是一个自我评价的重要指标，但两校的考试方法具有明显不同。本校学生考试主要为课堂教学结束后的理论考核为主，实习成绩也有一定比例，但并不纳入妇产科学的考核成绩。英国学生在学习阶段教学手册上有一个考核成绩，在学年末有妇产科学的理论考核，同时最后还有一个实践考核，直接面对真正患者或标准化患者的考核也占据重要内容，因此，其考核更加全面，成绩更加真实，更能反映学生的学习效果。如果以后从事妇产科工作，两校学生均表示不必担心害怕。本校学生认为自己具有一定理论基础，在相关科室逐步培养学习下可以达到医师标准，可以成为合格医生。而英国学生则认为在理论基础上，工作中可以不断自我学习，可以得到更多知识，有很大发展空间。

2 讨 论

1969 年 Howard 首先在 McMaster 大学率先推出 PBL 课程，这对传统医学改革是一个巨大冲击，他们认为在小组内学习临床问题，会更加有趣和适切[3]。与传统教学方法相比较，最大的区别在于学习环境，PBL 运用以学生为中心的小组进行个别指导方法，学生通过运用病例或问题进行主动性学习，其中有显著的大量时间独立学习。Vernon 和 Blake[4] 认为 PBL 为一种总体的教学策略而不是一种简单的教学方法，学生在相对少的指导下学习，重点在于互相学习和由学生自己利用所提供和标明的学习资源，也是指学生必须自己发现或构造关键信息。这种最小化的指导学习是 PBL 方法的本质[3]，PBL 采用一种递增的框架通过问题提供背景、关联和动机，立足于以前的知识整合，通过积极、反复和自我主导的方式采集和构建知识，不仅仅是解决问题，而且是通过多种途径获得知识使之能更有效运用[5]。

两种教学方法的优劣一直有争议，对 PBL 教学一直有支持者和反对者，但 PBL 的毕业生显示比传统课程的学生有相等的或更好的职业能力[3]。Epstein[6] 认为 PBL 的快速扩展是伴随 20 世纪的知识爆炸发生的，它提高了学生的推理和沟通能力，但相应有一定知识的缺陷。Koh 等[7] 则认为 PBL 学生有 4 个能力较强：应付不确定性，卫生保健的法律和伦理方面的鉴别能力，沟通技能和自我主导的持续学习能力。Watmough 等[8] 在利物浦大学医学院对即将毕业的两种教学方式的学生进行问卷调查，PBL 学生们认为自己已经准备好做医生，特别是临床和沟通技能，以及自我学习和研究能力，但认为基础知识弱于传统教学者，需要更加努力才能通过毕业考试，而传统教学的学生认为他们获得了好的采集病史和检查技能，有扎实的基础知识参加毕业考试，但抱怨负荷过重和早期的多数讲座不恰当，认为自己尚未做好当医生的准备，且研究能力方面培训不够[9]。Distlehorst 等[10] 报道学生毕业后 3 年随访，发现两种教学方法的学生的工作能力差别较小，但 PBL 学生有更好的自我学习习惯。

中国目前的医学高等教学改革也在逐步进行中，如强调双语教学，精品课程，引进标准化患者教学，仿真性临床技能多站考核，采用系统教材教学等，部分学校也在一些课程中尝试 PBL 或病例教学法等，也取得了一定成果，但中西方的医学教育仍有较大差异[1]。通过本校与英国帝国理工大学妇产科教学之间的比较可以看出，传统的课堂教学法与 PBL 之间有明显不同。作者也认为通过传统教学法教育出的学生，基础知识比较扎实，具有一定的理论功底，经过实习和以后的临床实践可以达到一个医生的要求。但也应该看到中国的医生在以后的自我学习上有一定难度，知识更新较慢，特别是在广大基层工作的医生，这当然与中国的信息网络发展滞后于西方发达国家有一定关系，也与自我学习能力薄弱有关。而西方学生则在面对以后行医中可能遇到的问题具有极大自信，因此，PBL 教学对促进学生的自我学习和自我分析、解决问题能力有较大帮助。

但是 PBL 学生大多数时间都在医院直接进行临床学习，对教学医院和师资人员要求高，医学生的招生数额主要取决于教学医院的数目和规模，也是很多西方的名牌大学如牛津和剑桥大学医学生名额少的原因之一。由于文化和环境等因素在中国直接推行 PBL 有较多困难，Johnston 等[11] 认为亚洲学生在理解核心概念等方面学习有一定困难，Albanese[12] 认为从课堂教学和竞争分级环境出来的学生多不能充分利用 PBL 学习环境。因此，作者认为在现阶段直接采用 PBL 教学是不可取的，但在现代的医学教育中应该纳入 PBL 的理念，教学中加强自我学习的环节，促进和鼓励学生自我探索，充分利用网络资源，增加小组讨论和对自我学习的检测考核，在科学饲养的同时适当放养，增强野性，有利于学生的创新思维发展和毕业后的持续学习。

参考文献：

[1] Wu ZY，Zhang ZY，Jiang XQ，et al. Comparison of dental education and professional development between mainland China and North America[J]. Eur J Dent （下转第 1144 页）

2 讨 论

别嘌醇过敏综合征(allopurinol hypersensitivity syndrome,AHS)是指应用别嘌醇 1～4 周(或 2～5 周)后出现皮肤、肝、肾、眼、血液、胃肠道等全身过敏反应[1]。临床表现最常见为皮疹,包括斑丘疹、剥脱性皮炎、严重多形性红斑和中毒性表皮坏死松解型等;约 40%～45%的患者分别出现肝脏和肾脏损害;血液系统出现白细胞和嗜酸细胞增多,主要并发症有广泛的皮肤葡萄球菌感染、胃肠道出血、弥漫性血管内凝血及成人呼吸窘迫综合征等[2]。住院患者发生率为 1‰,死亡率为 25%[3]。AHS 发生机制尚不清楚,可能与别嘌醇的代谢产物别嘌二醇(oxypurinol) 致变态反应有关。AHS 作为别嘌醇较为严重的不良反应值得注意,为避免 AHS 的发生,临床工作中应注意:(1)肾功能不全时别嘌二醇半衰期延长[4],发生过敏反应概率增高,针对老年和慢性肾功能不全患者应根据肾功能调整并谨慎用药。(2)用药适应证:对无症状的高尿酸血症患者首选促尿酸排泄药物;别嘌醇只用于一般治疗措施无效的有症状患者,或长期存在高尿酸血症(尿酸大于或等于 594.84 μmol/L)的患者[5]。(3)服药期间多饮水,并使尿液呈中性或碱性,以利尿酸排泄。(4)药物之间的相互作用:ACEI/ARB 具有降压、减少蛋白尿、延缓肾功能恶化;改善心衰时血流动力学,抑制心肌及小血管重塑的作用。但 ACEI 与别嘌醇联合使用时别嘌醇过敏发生概率增加数倍。文献报道依那普利加别嘌醇引起急性过敏反应伴严重冠脉痉挛,最终导致心肌梗死[6]。目前尚无 ARB 加重别嘌醇过敏的文献报道。因此,对于那些类似于本例,同时存在心功能不全、慢性肾炎蛋白尿等有 ACEI/ARB 使用指征、又同时需使用别嘌醇治疗高尿酸血症的患者,应避免 ACEI 与别嘌醇伍用,选择 ARB;对于已经使用 ACEI 的患者需加用别嘌醇时,应先将 ACEI 改为 ARB 后再加别嘌醇,以避免 AHS 的发生。(5)本例患者还涉及别嘌醇与华法令联合使用,此时别嘌醇可制华法令代谢,延长其半衰期,抗凝作用增强,抗凝过度出现严重肺出血[7]。ACEI/ARB与华法令联合使用能增强华法令的抗凝作用,使 INR 增长至 4～5,出血风险增高,故本例未行肾穿刺活检。

参考文献:

[1] 陆玮,单剑萍,朱汉威. 慢性肾功能衰竭患者口服别嘌呤醇致剥脱性皮炎 4 例分析[J]. 实用医学杂志,2005,21(7):724-726.

[2] 蔡旭镇,黄丽娜,郑克衍. 别嘌醇过敏综合征并肾衰竭死亡[J]. 药物不良反应杂志,2008,1(6):434-436.

[3] 汤雪萍,邱泽武. 别嘌醇超剂量致剥脱性皮炎[J]. 药物不良反应杂志,2002,2(5):319-321.

[4] 陈晓红,赵志刚,魏丽荣. 别嘌醇的不良反应文献分析及探讨[J]. 实用药物与临床,2010,25(2):149-151.

[5] 张忠辉. 痛风与高尿酸血症的进展[J]. 重庆医学,2007,36(10):985-987.

[6] Ahmad S,Allopurinol,Enalapril. Drug induced anaphylactic coronary spasm and acute myocardial infarction[J]. Chest,1995,108(2):386-388.

[7] Self TH,Evans WE,Ferguson T. Letter:drug enhancement of warfarin activity[J]. Lancet,1975,20(4):557-559.

(收稿日期:2010-11-19 修回日期:2011-01-16)

(上接第 1133 页)

Educ,2010,14(2):106-108.

[2] 李玉艳,王凤英,俞炽阳. 应对妇产科临床教学难点的几点体会[J]. 重庆医学,2007,36(22):2345-2345.

[3] Neville AJ. Problem-based learning and medical education forty years on. A review of its effects on knowledge and clinical performance[J]. Medical Principles and Practice,2009,18(1):1-4.

[4] Vernon DT,Blake RL. Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research[J]. Acad Med,1993,68(5):550-563.

[5] Maudsley G. Do we all mean the same thing by problem-based learning? A review of the concepts and a formulation of the ground rules[J]. Acad Med,1999,74(2):178-181.

[6] Epstein RJ. Learning from the problems of problem-based learning[J]. BMC Med Educ,2004,4(1):1-3.

[7] Koh GC,Khoo HE,Wong ML,et al. The effects of problem-based learning during medical school on physician competency:a medical school on physician competency:systematic review[J]. CMAJ,2008,178(1):34-41.

[8] Watmough SD,O'Sullivan H,Taylor DC. Graduates from a reformed undergraduate medical curriculum based on Tomorrow's Doctors evaluate the effectiveness of their curriculum 6 years after graduation through interviews[J]. BMC Med Educ,2010,10(1):65-68.

[9] Watmough S,O'Sullivan H,Taylor D. Graduates from a traditional medical curriculum evaluate the effectiveness of their medical curriculum through interviews[J]. BMC Med Educ,2009,9(1):64-66.

[10] Distlehorst LH,Dawson BK,Klamen DL. Supervisor and self-ratings of graduates from a medical school with a problem-based learning and standard curriculum track[J]. Teach Learn Med,2009,21(4):291-294.

[11] Johnston JM,Schooling CM,Leung GM. A randomised-controlled trial of two educational modes for undergraduate evidence-based medicine learning in Asia[J]. BMC Med Educ,2009,9(1):63-65.

[12] Albanese M. Problem-based learning:why curricula are likely to show little effect on knowledge and clinical skills[J]. Med Educ,2000,34(6):729-732.

(收稿日期:2011-01-07 修回日期:2011-01-12)