

上寻找和自己的临床、教学经验。

3.3 中国医学生数量大,开展 PBL 教学存在问题 在中国,每年有大量的高中毕业生进入到医科大学,自 1998~2010 年,全国医科大学招生数由 75 188 人扩增至 533 618 人^[7-8]。目前,第三军医大学一个教学小班学员数量就能达到 40~50 人,一个教员要兼顾众多学员的集思广益,跟众多学员同时进行交互,这是 PBL 教学模式实施的一个难点。

3.4 PBL 教学评价体系不完善 目前,对学员教学效果的评价主要还是使用传统的理论考试+实训考核的考核方式,学员的学习仍是以把握教学重点、解决教学难点为主,考试题目包括执业医师考题,仍以选择、填空、名词解释和问答为主,与 PBL 教学模式本身相关的论述题或病例分析题无法占据试题主流^[9]。

4 对皮肤性病学 PBL 教学模式存在问题的相关建议

PBL 教学模式的顺利实施必须结合传统的 LBL 教学模式,因为学员有了一定的初步专业知识,方能在 PBL 教学学习中提出具有一定深度的问题,弥补本身学习的不足,让教员在一定程度上对学员的知识漏洞进行弥补,对学习深度进行拔高^[10]。教员应该尽快适应角色转变,由“老师”向“导师”转变,教员授课中拒绝满堂灌输,仅仅起着教学导向的作用^[11-12]。

PBL 教学课堂中学员数量不宜过多,学员人数众多,教员难以全程兼顾,难以保证 PBL 教学效果。教学评价体制需随着 PBL 教学模式的开展而进行相应的改革,如笔试考试题需由客观题逐渐向主观论述题、病例分析题转变,这样才能考出学员的真实理论水平,而不是简单的选择 ABC。医学院校的硬件配套设置如高速的校园网络、文献检索系统、计算机辅助教学、辅助医疗系统、虚拟假人等和 PBL 配套教材应当跟进,保证 PBL 教学模式顺利实施^[13]。

参考文献

[1] 史毓杰,杨健,杨文林.关于 PBL 教学模式在皮肤性病学教学中应用的思考[J].临床医学工程,2009,16(8):149-150.

• 医学教育 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.07.047

[2] 刘忠秀.医学教育中 PBL 教学模式应用的探讨[J].中国高等医学教育,2008,1(1):16.

[3] 梅人朗.亚洲医学院校 PBL 的实施和学生的体验[J].复旦教育论坛,2003,1(6):77-80.

[4] 杨静,冯文莉,奚志琴.PBL 教学法引入皮肤性病学临床见习教学的尝试[J].基础医学教育,2014,16(6):464-465.

[5] 孙丽梅,田静,周毅成.皮肤性病学 PBL 教学初探[J].医学教育探索,2010,9(1):107-109.

[6] 杨竹生,杨秀敏,田晶.PBL 教学法在皮肤性病学教学中的应用[J].中国病案,2012,13(7):53-55.

[7] Sun W,Wu H,Wang L.Occupational stress and its related factors among university teachers in China[J].J Occup Health,2011,53(4):280-286.

[8] Tian Y,Xiao W,Li C,et al.Virtual microscopy system at Chinese medical university:an assisted teaching platform for promoting active learning and problem-solving skills[J].BMC Med Educ,2014,14(1):74.

[9] 杨晓宏.PBL 教学法在临床实践教学中的应用[J].川北医学院学报,2008,23(5):536-538.

[10] 吴志洪,钟江,覃永健,等.皮肤科教学中皮疹线索结合 PBL 教学法的实践和探索[J].继续医学教育,2012,26(Z1):31-33.

[11] 周春丽,吴军,王儒鹏,等.关于提高皮肤性病学教学质量的思考[J].重庆医学,2011,40(18):1863-1864.

[12] 薛丽,蒋献,王曦.真实病例 PBL 教学法在皮肤科临床见习中的应用及效果评价[J].医学教育探索,2010,9(12):1640-1642.

[13] 赵玉磊,许惠娟.留学生皮肤性病学临床教学的实践与探索[J].实用皮肤病学杂志,2011,4(2):109-110.

(收稿日期:2015-09-18 修回日期:2015-11-28)

用整合医学理念提高肿瘤内科临床带教质量*

杨镇洲,蓝保华,何 昊,张志敏,李 钱

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所肿瘤中心,重庆 400042)

[中图分类号] R4;G642

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2016)07-0995-02

临床带教是医学教育的必经历程,培养医学生成为临床医生依靠临床带教,临床带教是把书本知识理论转变为临床实际工作的过程,是培养临床医生工作能力的必然途径^[1]。目前,我国临床医学课程因专业条款的不同划分越来越细化,虽然这种划分使得教师对这一部位疾病的发生、发展和转归有更详细的阐述,专科医学生能够更深入的掌握这种疾病的诊断和治疗。但疾病本身不是单纯发生在一个组织和器官,单从某一器官出发去治疗往往达不到预期的治疗效果。在这样的教育体制下培养出来的临床医学生,往往会成为“工匠型”医生,“只见

病症,不见疾病,或只见疾病,不见人”,只会唯器官看病,唯症状看病,不能从整体上把握疾病,在疾病的整体把握中容易顾此失彼。整合医学(holistic integrated medicine)是有机整合医学各领域理论知识与临床实践经验,从个体差异出发,依据人文、社会、地理情况的变化,及时修正与更新,是在不断完善,适合疾病治疗、符合人体健康的医学新体系^[2-3]。

1 肿瘤内科临床带教中引入整合医学理念的必要性

科学的整合指相邻乃至相距甚远的学科之间相互交叉、相互渗透、相互融合,从而打破原有学科之间的界限,形成许多边

* 基金项目:国家自然科学基金资助项目(81272499)。 作者简介:杨镇洲(1970—),副教授,主要研究方向为肺癌的发病及防治机制研究。

缘性、综合性学科^[4-5]。整合医学有利于科学的医疗观念的形成、全面的理论体系的建立以及诊断工具和治疗技术的提高,为疾病的诊疗提供更好的医疗保障。传统的教学理念下,学生从肿瘤内科学专业组学到的都是片段化的、不连贯的知识,而人体各器官功能是相互联系、相互影响的,疾病的发生、发展过程也是整体的,不能从整体的角度出发的融合理论,必然造成看病只关注一个器官、某些症状,不能全面把握疾病的发生、发展全过程,从而可能导致漏诊、误诊等医疗过失的发生。整合医学理念的提出有利于解决传统医学教学体系中的突出矛盾和问题,顺应新时期医学发展的客观需要^[6-7]。

虽然肿瘤内科学已经发展成为一门独立的、专业性很强的学科,但是,肿瘤内科与胸外科、头颈部外科、乳腺外科、泌尿外科、耳鼻喉科等学科相互渗透,相互交叉并相互补充。这就要求在肿瘤临床教学过程中给学生灌输整合医学理念,从整体角度出发,树立学生全面的、系统的、整体的肿瘤内科学理念。因此,在肿瘤内科临床带教中如何适时引入整合医学的概念、思维和方法,灵活、有效地运用到医学实践中去,既是当前医学教育发展的要求,更是新时期肿瘤内科学医师培养的要求。

2 肿瘤内科临床带教中引入整合医学理念的具体措施

2.1 强化教师的整合医学意识 带教老师在临床教学过程中应转变教育观念。肿瘤内科学教学中建立整合医学模式的关键在于强化临床带教老师队伍的整合医学意识,临床带教老师需要通过各种形式的学习,把握整合医学相关的理论、思维与实践方法,并在肿瘤内科学教学的始终渗透整合医学教学思想。老师应意识到,整合医学教学模式必然取代传统的医学教学模式。要充分认识到整合医学的精髓、价值和意义,掌握实践整合医学的各种理论和技能,从而改进临床教学工作。

2.2 开展灵活多样的教学方法 综合治疗是肿瘤疾病治疗未来的发展方向,多学科联合查房保障了肿瘤多学科协作团队(MDT)模式的实施,有利于突破传统单科诊治模式的不足与诟病,提升肿瘤诊断与治疗的水平^[8-10]。本院肿瘤中心开展形式灵活多样的教学查房,让医学生零距离与患者交流、了解患者病情变化,使学生能够加深对疾病的认识,形象生动地掌握书面理论知识。同时,对疑难病例实施多学科会诊,让学生积极参与多学科围绕临床疑难病例、核心技术的研讨活动,从中得到综合、系统的临床思维经验和实践体会,通过全面、深入地思考,形成整合医学理念。

另外,学生在临床上遇到的疑难病例,引导学生自己去查阅相关方面的知识,如病理学、免疫学方面的知识,了解这种疾病是如何诊断的,其相关的发病机制是什么,目前的治疗方法是什么,有哪几种,病死率有多高,如何提高这种疾病的救治成功率等,关于这种疾病目前有无新的治疗方法,其基础研究动物实验方面有无进展。以临床问题为出发点去进行科学研究,让基础研究的成果能应用于临床,培养学生的转化医学思维。

现在是大数据时代,合理治疗方法的选择需要有证可循。即是要培养学生在制订治疗方案的时候,具有循证思维、文献检索、评估和利用证据的能力,发挥自主学习的主观能动性,为今后的执业生涯养成良好习惯。本院肿瘤中心要求医学生积极参加科室组织的学术活动及相关的学术会议,加强科室内部

及科室与外院的学术交流,多了解肿瘤内科相关疾病国内外的研究现状,培养整合医学理念,进而成为肿瘤内科学的优秀人才。

2.3 完善相关制度 保证引入整合医学理念临床带教模式的顺利实施,必须从制度上完善临床带教老师工作的相关规定。本院肿瘤中心在临床带教老师学历、带教能力水平等方面从制度上提出了更高的要求。临床医生要求具备硕士及以上学历、教师资格证等条件,需通过科室考评后才能成为聘为临床带教老师。同时,制订并完善带教老师团队的带教实施方式、检查考核与交流制度等,确立带教老师的日常工作细则、权利与义务、考核聘任方式。为保证临床带教的整合医学思维质量,本院肿瘤中心从严把带教老师准入制度,充分、能动地发挥每个成员的作用和能力。

3 总 结

实践证明,将整合医学思维用在呼吸循环系统见习带教中,专科课程考试成绩显示试验组平均分数显著高于对照组,在课堂情况、知识掌握情况、临床思维综合运用能力方面,新教学模式与传统教学模式相比有明显优势^[11]。在肿瘤内科学临床带教过程中引入整合医学理念,使得医学生医学入门开始接触到的就是这种肿瘤内科学整合理念,必然对他们在今后的学习生活和临床工作实践大有裨益,养成良好的行为规范和职业品质,培养出肿瘤内科学优秀人才,推动肿瘤内科学的发展。

参考文献

- [1] 王楠楠,林萍,胡玉娇. 神经内科进修医师脑血管病临床带教策略探析[J]. 中国科技博览, 2015, 12(19): 64.
- [2] 樊代明. 整合医学纵论[J]. 医学争鸣, 2014, 43(5): 1-13.
- [3] 樊星, 杨志平, 樊代明. 整合医学再探[J]. 医学与哲学: A, 2013, 34(3): 6-11.
- [4] 樊代明. 整合医学初探[J/OL]. 中华消化病与影像杂志: 电子版, 2013, 3(1): 27-35.
- [5] 李云华, 丁国锋, 李志. 整合医学教育模式下传染病教学改革探索[J]. 西北医学教育, 2014, 22(5): 972-974.
- [6] 周铁波, 肖琛嫦, 龚斐. 整合医学——临床医学教育改革的新思路[J]. 医学新知杂志, 2014, 24(2): 136-137.
- [7] 暴洁, 俞邴, 潘卫东. 整合医学的理念与模式思考[J]. 世界中西医结合杂志, 2013, 8(11): 1164-1167.
- [8] 丁红华, 王春刚, 陈栋晖, 等. 肿瘤多学科综合治疗背景下教学查房模式的转变[J]. 中国高等医学教育, 2011(6): 74.
- [9] 刘勤江. 恶性肿瘤多学科联合查房模式探讨[J]. 甘肃医药, 2011, 30(1): 7-9.
- [10] 刘俐惠. 取经多学科专家组诊疗模式[J]. 中国医院院长, 2014, 10(22): 76-77.
- [11] 钱德慧, 冯欢, 任然, 等. 整合医学思维在呼吸循环系统见习带教中应用探讨[J/OL]. 中华肺部疾病杂志: 电子版, 2013, 6(5): 487-488.