·教学研究·

研讨课在骨科临床见习中的实施初探

Exploration of seminar in clinical probation of orthopaedics

侯天勇,罗 飞,许建中 (第三军医大学西南医院骨科,重庆 400038)

[关键词] 研讨课;骨科;见习
[中图分类号] R68;G642 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)03-0316-02

临床见习是医学生学习过程中的一个重要阶段,在这个阶段学习的场所由课堂转变成临床,学习对象由书本转变成病患,学习方式由讲解转变成自学,学生们需要将前期学习的书本知识归纳、总结,并在临床的学习对象上找到对应点,完成医学知识由理论到实践的转变[1]。笔者多年来的临床带教经历表明,自学能力强、善于观察和总结问题的学生往往能够很快地完成转变。但是,由于长期的填鸭式教育,大部分医学生疲于应付大量书本知识的记忆,很少有时间进行独立思考,因此也几乎没有自学新知识的机会。研讨课是在教师指导下,挑选研讨专题,学生选择搭配,先由学生进行课前准备,自行查阅文献并简短报告,然后老师、学生共同参与讨论的教学形式[2]。为提高学生的学习能力,我们在骨科见习过程中尝试实施了研讨课这一新的教学方式,现将其中的体会进行总结报告。

1 常见的研讨式教学形式

目前,研讨课的实施方式丰富多样,比较典型的大致可以分为圆桌研讨式、小组报告式和师生角色互换式等。圆桌研讨式教学是以利用教室桌椅设施为标志,开课之初以教师为主,先进行基础知识的讲解铺垫,随后再辅之以学生讨论和文献研究。然后,学生根据自己的兴趣,在教师的指导下选定研究课题,之后进行圆桌研讨。学生平时尽可能搜集相关资料与研究成果,每位同学都在研讨时发言,介绍选题的理论知识和研究进展,相互进行交流研讨。教师也准备一些经典文献、案例和研究的阶段性成果,指导学生学习讨论。小组报告式教学是以小组报告为标志的,学生分为几个组,设定组长,每个小组根据研究选题制定任务和计划,然后实施计划,撰写研究报告,最后由教师根据其完成情况进行综合打分,以小组成绩作为小组成员的课程成绩。师生角色互换式教学以教师与学生角色互换为标志,教师首先明确教学内容及其要求,然后学生扮演教师,每个学生负责讲授一个专题的内容,教师最后作总结和补充,进行点评并给出成绩。通过对比分析可以发现,圆桌研讨式教学有利于发挥学生的主动性,可以提高学生的课堂参与度和研究探索的能力,在学生之间能够形成一定的竞争氛围,但这种方式只适用于小规模的授课。小组报告式教学能够锻炼学生的分工合作能力和人际沟通能力,可以加深对知识的理解,但这种方式对学生的能力要求较高,容易造成小组的大部分工作主要由几个成员完成,而其他成员搭便车的现象。师生角色互换式教学有助于提高学生的知识归纳和语言表达能力,但由于需要花费大量的时间准备和讲解预选的内容,时间成本较高[3]。

2 研讨课在骨科临床见习中的实施方式

根据学员们课堂学习的效果、授课的时间间隔和骨科学的教学特点,综合比较常见几种研讨式教学方式后,我们采取了圆桌研讨式和小组报告式相结合的教学组织形式。首先,确定探讨的题目并提前告知学员,将学员分成4个小组,每个小组在组长的带领下分派任务,查阅文献,归纳总结。这一步骤是研讨课的关键,学员们查阅知识的广度和深度将直接影响研讨课的效果,因此,老师有必要提前给予学员适当帮助,并对内容进行适时审查,以保证学员的查阅方向没有明显偏离主线。在此过程中,应提醒学员除了常见的网络资源之外,图书馆藏书也应作为查阅对象,因为对于知识的掌握除了进展之外,了解其历史渊源也是一条重要途径。为了避免小组有成员搭便车的现象,我们在研讨课中规定每位学员都必须写出研讨报告,以督促学员进行有效的课外阅读和自学,并在此基础上以小组为单位形成发言稿和汇报材料。其次,在研讨课上,教师先进行基础知识的讲解铺垫,随后每小组派出代表陈述小组的观点,不同观点被充分鼓励,疑问随时可以提出,小组间形成气氛活跃的研讨。通过研讨辩解的过程,使观点更明晰,学员们对知识的理解更深入。学员们无法解释的内容最后由老师进行总结和解答。在此过程中,充分地调动学员们的积极性、形成研讨的氛围至关重要。除了课前充分准备的资料之外,老师的引导和适时的提问也具有重要作用。有些同学的观点陈述或讲解缺乏趣味性,部分学员的积极性不高,在此时机,老师要发挥相应的调节作用,适当提出问题,调动学员们思考,使研讨过程中不形成沉默的局面。最后,老师要对此次的研讨课进行有针对性的总结和点评,对于学员们没有讲解清楚的地方作出补充。在课堂中出现的有关学术问题的争论,老师一般不作“是”或“否”的绝对评价,以免影响学生自由地进行学术思维和交流。最后遗留适当的“尾巴”,也可激发学员们的求知欲,鼓励学员们课后根据研讨课的结果再次查阅文献,进一步提升对相关知识的认识。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201403043
[收稿日期] 2014-02-08 [修回日期] 2014-03-20

3 骨科临床见习中开展研讨课的意义

实施研讨式教学除了学生可以锻炼自己的自学和归纳总结能力之外,老师也可以从学生那里学到相应的知识。因此,研讨课是一种教学相长的教学模式[4]。通过这种形式,学生的自学能力得到提升,对临床知识的认识更加深入,为随后的临床实习提供了很好的帮助。不过,由于我们在骨科临床见习中开展研讨课还处于尝试阶段,包括内容的选择、形式的探索以及氛围的掌控都需要老师进行综合把握,尚未形成切实可行的统一模式。因此,只有不断地探索和总结才能给学生提供更好的研讨氛围,从而进一步提高骨科临床见习的教学效果。

[参考文献]

[1] 王 雨,王爱民. 立足局部解剖学知识提高骨折临床见习带教质量[J]. 局解手术学杂志,2012,21(6):690.
[2] 梁 晶. 美国研究型大学新生研讨课评介[J]. 扬州大学学报(高教研究版),2013,17(1):25 - 29.
[3] 杜 瑞,王庭芳. 对研讨课教学模式的思考 - 复旦大学研讨课观摩体会[J]. 管理工程师,2011,(4):61 - 63.
[4] 王改琴,贾书花,张旭东,等. 浅谈研讨课在组织学教学中的应用[J]. 内蒙古中医药,2012,31(16):113.

(编辑:雷 艳)

消化内镜教学解剖相关并发症预防措施初探

Preventive measures for complications during digestive endoscopic training

甘 涛,朱林林 (四川大学华西医院消化内镜中心,四川 成都 610041)

[关键词] 消化内镜;并发症;解剖结构
[中图分类号] R322.4;G424 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)03-0317-02

消化内镜是诊疗消化系统空腔脏器病变的重要工具,随着多种消化内镜,如胃镜、结肠镜、小肠镜、十二指肠镜、胆道镜等在临床的广泛使用,消化系统空腔脏器疾患的诊疗不断向精细化、微创化发展,而在培训消化内镜医师时,如何减少和避免培训过程中并发症的发生,对培训开展有重要意义[1]。

1 并发症的构成因素

并发症的构成因素有:①培训医师对脏器弯曲部解剖结构不熟悉。表现为对胃肠生理弯曲部的走向存在认识障碍,特别是对咽喉部、十二指肠球降交界部、直乙、降乙交界部等弯曲较大、管腔暴露欠佳的部位,不能根据管腔走向改变调整内镜进镜方向[1-3],导致内镜镜头或镜身挤压胃肠管壁黏膜,发生黏膜片状损伤(镜头所致)或划痕样损伤(镜身所致),严重者致黏膜下血肿形成(镜头损伤会咽部)。②培训医师对内镜下脏器解剖结构的图像视野不熟悉。培训医师操作前虽然反复观摩熟悉胃肠脏器的解剖结构,但由于消化内镜前端的 CCD 镜头都是凸透镜,因此解剖结构显示的图像视野是倒立的,如通过咽喉部是,显示的口腔影像就是倒置的(舌面位于视野上方,而上腭位于视野下方),造成部分受训医师难以适应而影响操作。表现为操作中视野暴露不佳,导致胃镜误入气管引起患者呛咳,或反复刺激患者咽部导致环咽肌痉挛无法进镜,或导致患者咽部损伤出血、术后发生咽部疼痛等。③培训医师对变异的解剖结构不熟悉。患者由于手术或腹腔疾患等导致胃肠解剖结构发生变异,表现为管腔畸形、管腔固定狭窄、出现瘘管、憩室等盲腔。导致操作时循腔进镜困难,进镜阻力大出现肠系膜撕裂样损伤,或误把盲腔当作管腔继续进镜而发生穿孔等严重并发症。④培训医师对解剖结构的通过技巧不熟悉:培训医师操作前虽已熟悉胃肠脏器的解剖结构,但对通过技巧的要领没有掌握,如通过贲门胃底时内镜旋转不够,通过幽门时内镜注气过多,导致通过这些有括约肌的管腔时对患者刺激大,诱发患者恶心呕吐,出现黏膜损伤,严重者可导致贲门撕裂损伤出血。⑤培训医师对特殊内镜的操作技巧不熟悉。如前视内镜通过咽喉部时,可观察咽部食管开口的走向,而操作十二指肠镜时,由于是侧视镜,无法观察咽侧壁,操作不当容易导致咽隐窝穿孔;十二指肠憩室内乳头括约肌缺乏,内镜下手术切开时易发生穿孔等。

2 并发症的预防措施

2.1 培训医师应注重对解剖结构关键部位的学习

胃肠空肠脏器虽是单一管腔结构,但弯曲较多,除了常规的大体解剖结构学习外,要注意通过专业的内窥镜解剖图谱进行腔内解剖结构的学习,特别是对于弯曲部、括约肌部管腔的学习,熟练掌握这些部位的特征和通过技巧,操作中要注意通过管腔皱襞走向改变、管腔内液体位置改变等判断管腔走向,同时加强吸引,减少腔内的注气,尽可能在无张力的状态下通过胃肠弯曲部。

2.2 培训医师要警惕脏器解剖结构中存在的陷阱

这些"陷阱"包括管腔术后粘连、术后盲腔、先天性憩室、术后管腔位置和走行的改变(如毕Ⅰ和毕Ⅱ式术后),操作训练中除要强调循腔进镜外,也要强调无阻力进镜。

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201403044
[收稿日期] 2013-12-13 [修回日期] 2013-12-29