而影响了练习效果;③习惯动作较难纠正,常见的错误是手术剪、钳等带有环柄的器械及手术镊的拿持方法不当,学员仍然按照日常的习惯方法拿持;④教学资金投入不足,无力购置仿真的教学模型。

上述问题的存在,有共性也有个性。要解决这些问题,必须加大教学改革的力度,围绕课程标准深入探讨练习内容、方法及教具的改革。同时,加大教学经费的投入力度,科学合理地购置教学模型,使学员练习时使用的教具更加接近人体组织,从而获得更为真实和深刻的体会。

[参考文献]

[1] 刘洪彬,文 灿. 外科手术学基础教学方法探讨[J]. 局解手术学杂志,2009,18(3):152.
[2] 刘安堂,张盈帆,沈宏亮,等. 外科手术学无菌术教学中应强化几个观念[J]. 局解手术学杂志,2011,20(4):461.
[3] 马跃美. 外科手术学基础[M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,2011.
[4] 何 煜,韩世发,周连生. 手术基本功练习包的研制与应用[J]. 武警医学,2001,12(3):157.

(编辑:雷 艳)

心血管外科住院医师规范化培训初探

Initial exploration on standardized training of cardiovascular surgical residents

秦 川,肖颖彬,陈 林 (第三军医大学新桥医院心血管外科中心,重庆 400037)

[关键词]心血管外科;住院医师;规范化培
[中图分类号] R654.2;G424 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2012)03-0332-02

随着学科的迅速发展、患者群体的不断扩大以及疾病谱的不断变化,我国对心血管外科医师的数量和素质的要求也不断递增[1]。然而,心血管外科医师具有专业素质要求高、成长周期长的特点,目前很多单位呈现出"供不应求"的形势。针对这一现状,如何通过开展规范化培训,并在保证质量的同时尽可能缩短培训时间已成为亟待解决的问题。为此,作者根据所在单位多年住院医师培训的经验进行了初步的探讨。

1 心血管外科住院医师的培训目标

心血管外科的治疗范围主要为心脏、大血管疾病,具有病种多、病情复杂而危重、患者年龄跨度大、诊治手段多样、风险相对较高、工作强度较大等特点,因此对住院医师的医学基础理论及专业知识、临床经验、临床技能、医患沟通技巧、心理素质等提出了较高的要求。为此我们认为,心血管外科住院医师作为心血管外科的生力军,是开拓并引领我国心血管外科未来发展的主体和希望,应当具备扎实的专业理论知识、过硬的临床技能、良好的医患沟通技巧以及一定的临床科研能力。

2 强化住院医师专业理论学习

我们开展了针对住院医师的专业理论知识培训。首先对他们应当阅读的专业书籍及时间进行了规定,且由带教的高年资医师不定期就其阅读的内容进行提问,督促学习并组织开展阅读后心得汇报和讨论,使他们的学习由被动逐渐转变为主动。其次,我们组织了大量的知识讲座,将临床常见的问题以及涉及的知识点,设计为多媒体幻灯,以开放讨论的方式进行讲解。比如,对于心外科常见的先天性心脏病、房间隔缺损,我们设计了针对其胚胎学、解剖学、病理生理学特点,临床表现,诊断要点,手术方法,术后管理及并发症以最新进展的多媒体幻灯,将该疾病的所有知识点全部涵盖,并融会贯通,使已掌握的片段化知识得到了串联,大大提高了学习效率。为了检验学习效果,我们还定期组织理论考核,考试成绩计入本人年终考评,并与经济利益挂钩,这成为了年轻医师学习的动力之一,也是学习效果和教学方法的有效检验手段。

3 加强临床技能培训

我们结合心血管外科的专科特点,对住院医师开展临床技能培训。首先,我们从最基本的常见疾病的诊治入手,要求必须按照规范的程序进行全面查体、病史采集等,杜绝心脏病就只看心脏、先入为主、过度依赖心脏超声等辅助检查的错误思想和行为。比如,在接诊一个室间隔缺损的患者时,应当在"从头到脚"进行全面查体的基础上,重点进行心脏查体,分辨心脏杂音的性质,结合病史的详细询问,作出初步诊断和鉴别诊断,最后,结合辅助检查结果作出确诊,制定治疗方案。其次,我们规定住院医师每年必须轮流至 ICU 轮转 2 个月以上,通过参与危重患者的围术期管理、抢救,有关仪器设备的使用、熟悉,使其临床技能得以进一步提升。另外针对住院医师对手术最感兴趣这一特点,我们尽可能为他们提供机会,从洗手、消毒、铺单等基本操作开始,培养其严格的无菌观念和受伤意识。手术操作采用由易入难,由简至繁的方式,手把手的教授。由于住院医师来自不同的单位,手术操作上可能已经养成了一些习惯,我们注意纠正一些不良习惯,做到科室内手术操作的统一化、标准化、规范化。

[收稿日期] 2012-02-08 [修回日期] 2012-02-20

4 重视医患沟通技巧

医患沟通不良是许多医疗纠纷的重要原因[2],因此我们非常重视对住院医师医患沟通能力的培养。患者入院时,我们要求上级医师带领住院医师向患者及家属交代病情、进一步检查治疗方案,讲明手术方式、必要性、风险等。在沟通时,注意尊重客观事实,强化自我保护意识,注意用语恰当、态度端正。同时,我们要求住院医师一日早、中、晚三次查房,根据患者病情变化,及时调整方案并和患者进行沟通。我们还定期开展医疗法律法规的学习,使住院医师掌握必要的相关知识,用于指导医患关系的建立、维护和调整,以及医患纠纷的处理等。

5 培养临床科研能力

有些住院医师认为自己的主要任务就是把临床搞好,更有甚者片面的认为学会手术是唯一目标。我们常常致力于纠正这一错误观点,让住院医师明白临床科研的重要性。我们鼓励住院医师从进入临床工作之日起,就有意识的在临床工作中寻找、挖掘问题,以之为基础撰写各类文章,大胆向国内专业杂志投稿,并积极申报各级各类基金课题。我们还定期组织一些关于临床科研的讲座,邀请院内外知名专家讲授。在临床工作中,我们要求年轻医师们充分运用循证医学的理论和方法,发现问题,搜索最佳研究证据,结合临床经验,解决问题。通过这些培训手段,锻炼了他们的临床思维,提高了临床科研能力,学习了专业外语,申请到了课题,发表了论文,甚至获得了医学奖励,对于年轻的住院医师以及整个科室将来的可持续发展至关重要[3]。

对于心血管外科住院医师的规范化培训,我们还在不断探索改进。培训效果的定量评价分析、来自各方面的反馈信息、其他单位的宝贵经验都是我们进步的源泉。

[参考文献]

[1] 郝 嘉,肖颖彬. 心血管外科医师临床思维能力的培养和训练[J]. 西北医学教育,2009,17(4):728-729.

[2] 闫 薇,蒋 献. 在医学生培养阶段开展医患沟通能力的培养[J]. 华西医学,2009,24(10):2692-2693.

[3] 孙晓强,侯本祥,卫书盛. 浅谈口腔内科住院医师科研能力的初步培养[J]. 中华医学教育杂志,2006,26(6):45-46.

(编辑:唐秋姗)

经尿道前列腺等离子汽化电切术在基层进修医师培训中的教学体会

Experience in clinical teaching of transurethral resection of the prostate with plasma kinetic energy for visiting doctors of primary hospital

吴荣华[1],黄赤兵[1],冯嘉瑜[1],陈益荣[1],冯 涛[2] (第三军医大学新桥医院:1. 泌尿外二科;2. 医教部教务科,重庆 400038)

[关键词] 前列腺电切;基层进修医师;教学
[中图分类号] R699.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2012)03-0333-02

与以往的传统开放手术相比,前列腺电切术具备操作简单、切除效率高、手术时间短、术后恢复快等优点,已经成为良性前列腺增生的标准治疗术式[1]。对于基层进修医师来说,掌握前列腺电切术可使他们在日常工作中能够独挡一面,具有重要意义。我院作为一所临床教学医院,承担了西南地区泌尿外科临床进修教学的任务,对进修医师进行了等离子电切术的培训,现就如何培养进修医师的手术技能浅谈教学体会。

1 掌握男性尿道及前列腺解剖结构

成年男性尿道长度约为 16~22 cm,整个尿道在行程中有三个狭窄和两个弯曲。三个狭窄分别在尿道外口、膜部和尿道内口。一个弯曲为耻骨下弯,在耻骨联合下方约 2 cm 处,包涵前列腺部、膜部和海绵体部的起始段。另一弯曲为耻骨前弯,在耻骨联合前下方,在阴茎根与阴茎体之间。了解以上解剖结构,在植入前列腺电切镜时,可以避免戳穿前列腺、损伤直肠以及导致尿道假道形成等严重并发症。尿道解剖分区可分为 3 部分,即海绵体部、膜部和前列腺部。临床上把海绵体部称前尿道,膜部和前列腺部称后尿道。前列腺部为尿道穿过前列腺的部分,管腔最宽,长约 2.5 cm,前列腺腺体分为 5 个区,即移行区、外周区、中央区、纤维肌肉基质区和尿道周围腺体区,其中移行区和尿道周围腺体区即增生前列腺发生的区域。尿道前列腺部正中有一纵行隆起,称尿道嵴,嵴中部隆起的部分称精阜,在前列腺电切术中可以作为定位的解剖标志,在切除增生的腺体时,我们要求进修医师以此为基点,电切镜的外鞘不能超过精阜,这样可以避免初学者损伤尿道外括约肌,导致术后控尿困难。

2 等离子汽化电切的基本工作原理及切割特点

双极等离子切割汽化的工作原理为:电流通过工作电极与回路电极产生回路而释放射频能量,射频能量将导体介质(生理盐水)转化为一围绕电极的高聚焦等离子体,该等离子体由高电离颗粒构成,这些电离颗粒具有足够的能量将前列腺组织中的

[收稿日期] 2011-12-13 [修回日期] 2012-01-06