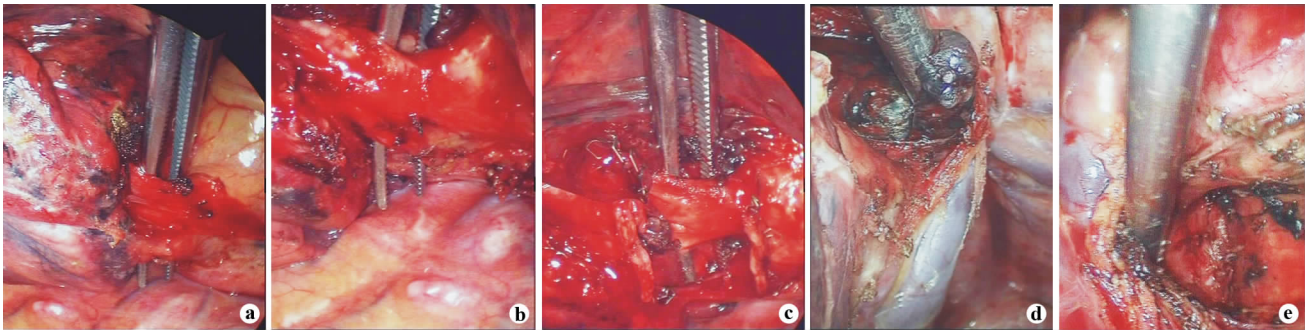


a:分离右下肺静脉;b:分离右下肺支气管;c:分离右下肺动脉;d:箭头所示为隆突下淋巴结;e:箭头所示为隆突

图1 分离右肺下叶手术及分离隆突下淋巴结手术

习。同时胸腔镜的二维视野方向感和镜下操作基本技能的训练也是低年资医师的必修课。因此,我们构建了"解剖学教学+基本技能训练+临床训练",三位一体的培训模式。解剖学教学中带教老师通过视频教材对学员讲解不同手术操作孔选择的原理、解剖路径和解剖要点。我们采用模拟训练器进行腔镜下方向感和持物、结扎、缝合等基本技能的训练。学员可以根据自己的时间和在临床上面临的问题自行安排。在手术带教中,安排低年资医师从扶镜手开始,循序渐进,逐渐到担任一助,最终在高年资医师的带领下逐步尝试进行简单腔镜手术。学员们如果在手术实践中遇到问题时,我们引导他们加强相应解剖学知识的学习和基本技能训练,学员表现出很好的能动性。我们还不定期开展"胸腔镜手术常见并发症的处理"、"胸腔镜手术中常见问题、紧急情况的处理"和"胸腔镜手术器械的使用方法"等专题讲座,为低年资医师补充相关知识。解剖学教学和基本技能训练为使低年资医师很快适应胸腔镜手术打下了良好的基础;同时临床训练又检验了对前面的学习成效,低年资医师在临床训练中遇到学习瓶颈时可以通过加强前面的学习来帮助提高。

解剖学知识的掌握是进一步学习胸腔镜手术的基础。在我们的教学实践中,局部解剖学的教学,使学生能够很快适应和理解胸腔镜手术,效果显著。局部解剖学的学习和胸腔镜下基本技能的训练相结合,可以使初学者提高学习效率,缩短学习曲线。对于当前初学者面临大量的胸腔镜手术,同时又缺少开放手术的经验积累的新形势下,局部解剖学的教学应当受到临床教师的高度重视。

[参考文献]

[1] 蒋 伟,林宗武,王 群. 胸腔镜手术教学方法的探讨[J]. 西北医学教育,2012,20(3):607-609.

[2] 余汇洋,郭光金. 微创外科-手术学教学的新领域[J]. 局解手术学杂志,2005,14(1):C002.

[3] 罗国军,张 利,李卓东,等. 电视胸腔镜辅助小切口肺叶切除术治疗肺癌的疗效分析[J]. 局解手术学杂志,2012,21(4):454-455.

[4] 刘德纲,蔡开灿,赵 意,等. 全胸腔镜下单向式肺癌根治术[J]. 南方医科大学学报,2012,32(1):139-140.

[5] 陈 阳,余小舫. 美国胃肠内镜外科医师协会关于腹(胸)腔镜手术准入制度的指南[J]. 中国微创外科杂志,2006,6(12):988-989.

[6] 李 辉. 胸腔镜外科医师规范化培训新模式的探索[J]. 卫生职业教育,2011,29(4):136-137.

(编辑:周小林)

骨科主治医师手术技巧培训新模式的探索

New model of surgical techniques training for attending physician in orthopedics department

陈 亮,王子明,杜全印,王爱民 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所骨科,重庆 400042)

[关键词] 骨科;手术技巧;培训;新模式

[中图分类号] R681;G424 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)04-0436-02

随着我国医疗体制的不断完善,医学科技的飞速发展,医疗机构内部的竞争不断持续增强,如何培养好医院人才是一个医院发展的重要课题[1]。而骨科主治医师是骨科病房工作的主力军,是骨科发展的动力[2]。但是,当今骨科学分工越来越细,骨科病种纷繁复杂,新技术、新理论日新月异,使得骨科主治医师业务成长缓慢,对骨科主治医师的培养提出了新的挑战。骨科主治医师的培养属于继续教育的范畴,即无现有教材,又缺乏既定模式。因此,我科以骨科中心亚专科关节四肢外科为模板设计一套"专业细分化培养模式",加强骨科主治医师培养,特别是对手术技巧培训模式进行新探索。旨专业理论基础扎实,手术技术精湛,掌握国际前沿学术动向的现代骨科

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201404046

[收稿日期] 2014-04-11 [修回日期] 2014-04-26

主治医师。

1 传统骨科主治医师培养模式下手术技巧培训的缺点

一直以来,骨科工作繁重,知识面覆盖广,需要有丰富的解剖学、生理学、病理学等相关知识,骨科主治医师是骨科病房工作的主力军,是骨科发展的动力。而骨科主治医师的培养多是“场放式”成长,多靠自身的上级医师“言传身教”,以及自己的不断摸索,不但进步缓慢而且知识更新慢,水平也参差不齐。由于个体差异以及进入骨科主治医师前经历的差异,不一定每位医师都能胜任骨科主治医师岗位。目前许多大医院的骨科都为分科分区或分组状态,住院医师入科分配带教老师后,就多固定在老师所在的组数年,造成了不同组的医师学习和掌握的内容可能有很多不同,且只掌握了亚专业单病种知识,而对其他疾病的处理知道很少,形成了知识结构的缺陷[3]。通过科室调查以及同行交流发现,传统骨科主治医师培养模式下手术技巧培训的缺点是:基本功欠扎实,知识面较窄,知识体系欠完整,知识更新不及时,对疾病认识深度不够;临床操作欠熟练,手术原理认识较浅薄,手术技术欠精细。

2 专业细分化培养模式

我科以骨科中心亚专科关节四肢外科为模板设计一套“专业细分化培养模式”,该培训模式下设二种职位,一种是稳定职位,由高级医师担任;一种是培训职位,由主治医师担任。培训职位 6 个月流动一次。不但有利于培育职位的医生学习各位高级医师的长处,也使得传统医疗模式 4 ~ 5 年所接触到的同一病种疾病,让其在短短 6 个月内集中收治,大大增加了学习的积极性和实效性。

3 专业细分化培养模式下的手术技巧培训

3.1 手术前的基础理论培训

扎实的基础理论是指导骨科医师确定手术治疗方案,预测手术效果的基石。针对主治医师培养的特点,我们制定了一套特定的理论培训体系。首先,要求培训职位医师就特定病种制作病例讨论幻灯,结合以往自身的治疗经验,图文并茂,结合查阅 SCI 文章,了解该病种的最新治疗进展和理论依据。在专题阐述后,由稳定职位的专家结合专业实际,进行总结性指导讲评。每个专业技术骨干都会有 3 个阶段的学习经历:准备阐述的自我学习、阐述过程中的相互交流学习和听取指导专家的讲评学习。这种方式的好处是可对专业技术骨干本人产生一定的压力,将培训由被动变主动,调动学习的主动性,有利于找出差距、发现问题。通过病历讨论制度的培训,掌握该病种理论基础,了解了最新国际前沿学术动向,并有可能在临床工作中加以借鉴及应用,从而提高学习积极性。其次,要求培训职位医师每收治一个病人,都要及时向稳定职位的上级医师汇报,共同阅片,共同分析化验数据,共同制定手术方案。最后,每周固定时间由稳定职位的老师进行集中的专题讲座或者主持病例讨论,就某一关注点进行深刻详细的学习,比如“髋关节翻修前骨缺损的评估”,“膝关节置换的手术要点”等专题讲座。

3.2 手术技巧培训

手术操作是培训模式的重中之重,也是培训职位医师热情高、乐于学的关键技能。主治医师的培养的特点决定了主治医师的手术技巧培养不同于一般住院医师的培养。主治医师大多有多年的临床经验,能独立完成中等难度的手术,有一定的手术技巧。因此,主治医师的手术培养强调因材施教,突出特长,使其最终能成为某一领域的专家。我科手术操作培训采取因人而异,逐步放开的策略。按照国家规定的手术分级管理要求以及我科室的临床工作实际,将科室病员收治按照疾病部位分为髋关节组(含骨盆和手足)和膝关节组(含肩、肘、踝关节)先由稳定职位的上级医师带教,讲解手术要点、难点、关键点,培训职位医师从一助做起,逐渐从一般操作过度到要点操作。稳定职位的带教老师在保障医疗安全的前题下分段放手,最终敢于放手,大量的临床手术让其独立完成。在保障医疗安全的前提下增强年轻主治医师的自信心,而且也使其获得“我也是专家”的成就感。

4 教与学的思考

自 2011 年开始,我科通过“专业细分化培养模式”,共对 6 名骨科主治医师进行为期 2 年的系统培养,主治医师能力的提升明显,手术理论扎实,手术技巧得到极大锻炼,短期内可掌握较为复杂的手术,培训效果满意。主治医师是科室稳健发展的动力源泉。然而主治医师大部分有自己的家庭,既要繁重的日常医疗工作,还要承担科研任务,还有赡养父母和教育子女的责任,在经济与精力方面都存在相当大的压力[4]。如何通过科学有效的培养方法,使其尽快成为合格的主治医师就显得尤为重要。主治医师的培养属于继续教育,涉及教与学两个方面。教,反映在主任医师指导主治医师方面,旨在传授疾病诊疗技能,培养良好职业素养。通过专业细分化培养模式设立的稳定职位,为主治医师的培养确定了学习的深度,而组间轮换制度为主治医师的培养确定了学习的广度,从而提升了主治医师的核心竞争力,为主治医师的发展提供了捷径。学,是主治医师实现自我能力提升和超越的内在动力。通过专业细分化培养模式,短时间内聚集大量相同病种的病例,增强学习的积极性和实效性,反复强化。通过查房制度,倒逼学习,无形中增加了学习压力,吃透关键点。通过专业细分化培养模式,缩短主治医师业务成长周期,培养出专业理论基础扎实,手术技术精湛,掌握国际前沿学术动向的现代骨科主治医师,最终使更多患者受益,实现医师治疗疾病的终极目标。

[参考文献]

[1] 勇 前,曲 红,司慧捷,等. 现代化医院人才培养与使用的探讨[J]. 医学教育探索,2010,9(7),878 - 880.

[2] 李卓江. 浅谈主治医师的素质培养[J]. 贵阳医学院学报,2000,4(25),429 - 430.

[3] 柳茂林,连建强,侯俊芳. 骨科住院医师培养体会[J]. 医学信息,2011,24(1),280.

[4] 李永新,王 杰,郝欣平. 耳科主治医师培养思考[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2012,19(2),107 - 108.

(编辑:左艳芳)