维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2004年第13卷第1期
J Regional Anat & Operative Surg, 2004, Vol. 13, No. 1

普通外科见习教学体会

Didactical experience of clinical probation in general surgery

石 彦[1]，宋 爽[2]，靳明林[3]，余佩武[1]，赵冰梅[3]，蔡志民[1]，刘 刚[3]
（第三军医大学附属西南医院：1.普通外科；2.乳腺中心；3.综合教研室，重庆 400038）

[关键词] 外科学；临床教学；见习
[中图分类号] R856.6 [文献标识码]B [文章编号]1672－5042(2004)01－0053－02

临床见习期是医学教育的关键时期之一，其效果直接影响下一步的临床实习，并可能影响医学生的一生[1-2]。近年来，我们对外科临床见习带教进行了一些改革，取得了较大成效，现总结如下。

1 见习前准备

1.1 教员备课

带教教员应为主治医师以上，有较为丰富的临床经验，参加临床见习带教的教员应承担有大班课教学任务或进行了大班课随堂听课，了解学员学习进度。在掌握教学重点的同时根据病房病员具体病情展开备课，尤其是侧重于疾病的诊断、治疗、预后等。另外带教前备课应适当扩充，特别注意针对患者的症状、体征在鉴别诊断上多下工夫，帮助学生提高临床思维能力。

1.2 准备病员

是整个准备工作中最为重要的，如果没有了病员，临床见习就失去了其意义。因此带教前必须熟悉病房病员情况，根据教学计划准备病员。在实际工作中经常会遇到病房没有教学计划要求带教的疾病患者，此时应做好记录，并适当调整见习相关疾病。待收治了教学计划要求带教疾病患者后，利用业余时间完成教学任务。

1.3 学生准备

临床见习往往安排在大班课学习过程中，学生对将要见习的疾病有些还没有学习，因此见习前认真预习，对提高见习效果非常重要。作为带教老师，应至少提前一天把将要见习病种通知学生，并指导其作好见习前的准备。

1.4 准备病员

我们将病员依病情分为两类。① 术前病员：分为两种情况，一种是急诊病人：如急性阑尾炎、肠梗阻、急性蜂窝组织炎患者，若安排过多学生反复检查可引起病员不适和痛苦，遭到其拒绝。因此，视病情安排部分学生查体，并做好解释工作，同时向学生讲解爱伤观念，最大限度的获得患者支持。另一种是平诊病人：此类病员病情轻活动自由，见习时他们可能有意或无意的离开，使见习计划落空。所以见习前一定做好思想工作，对于部分文化素质较高的可以请他们来当老师向学生讲解自己的病情，指导学生查体。② 术后病员：此类病员多卧床且不宜多谈，不能让见习生反复询问或检查。但这些病人术前检查完善、诊断明确，是示教的理想素材。针对于此，带教前应获得家属的理解，并嘱了解病情的家属不要离开，同时准备好病员的所有资料。

[收稿日期]：2003－09－18 [修回日期]：2003－10－30

2 开展互动式教学

以往外科临床见习总是脱离不了传统的灌输式教学，结果没有调动学生的积极性和主观能动性，更为严重的是使学生失去对临床见习的热情。

为了提高临床见习效果，我们采用互动式教学方法。带教老师通过启发、设疑等方法正确引导学生的兴趣，培养学生发散思维和综合分析能力，及时发现学生以前所学知识的不足之处予以巩固。把学生的兴趣引导到探索疾病上，让其学会正确的询问病史和体格检查方法，尽量让学生自己发现阳性体征，并主动思考、总结、解释症状体征发生的机理及其临床意义。同时鼓励学生对疑惑之处进行提问，共同讨论。学生在积极探求中找到正确答案，不仅自身会有成就感，从而进一步激发临床见习的兴趣，也同时对见习疾病有一个全面的感性认识，将大课上学的知识融会贯通，更深刻地认识疾病的本质和内在联系。

3 临床模拟病例教学和临床病例讨论

外科临床见习受医院病员收治量、病种以及疾病多发季节等因素的限制，难以让每组学生都见到大纲规定必须掌握的疾病。我们除了适当调整教学计划，利用业余时间补充见习外，还采用临床模拟病例教学。即见习时带教老师扮演某种疾病的病人，模拟病人的症状体征，并准备适当的必要的检验检查结果。由学生询问病史，进行体格检查，分析检查结果，作出诊断，制定诊疗计划，模拟临床疾病诊治的整个过程。该方法可以弥补临床见习中病例不足的缺陷。

临床病例讨论是医疗工作中不可缺少的重要环节，在见习中进行临床病例讨论，可教会学生分析病情、归纳病例特点、总结诊断依据、辨析鉴别诊断及制定诊疗计划等，使其掌握正确的临床思维方法，训练其临床思维能力。我们每次见习均安排了临床病例讨论，学生们非常发言积极踊跃，讨论非常热烈，收

维普资讯 http://www.cqvip.com

效甚佳。

4 重视参观手术及参加诊疗操作

见习是医学生进行临床实践的开始，学生见习外科最大的愿望是能够参观手术，能亲自进行一些简单的诊疗操作。但实际临床见习带教过程中多没给他们这样一个机会，甚至有人认为这些都是实习时应该参加的。可是，对于无菌技术、切口选择，敷料更换、拆线等基本操作过程，其感性认识极强，在口头上均难于讲清。如能安排学生参观一台小型手术，在参观洗手、穿衣及铺单等时讲解无菌技术，在手术开始时讲解切口选择；如能在带教过程中指导学生进行一次正规的外科换药，边操作边讲解，会得到事半功倍的效果，学生也非常欢迎。作为带教老师，回想起自己接触临床后第一次进手术室、第一次进行外科诊疗操作至今仍记忆犹新，终生难忘。

5 讨论

每天见习结束前对当天见习内容进行讨论和小结是极为重要的，具有画龙点睛的作用，精练绝妙的总结会帮助学生迅速再现见习全过程，加深印象，提高见习效果。而且在了解学生见习效果的同时，可对下一步教学安排和方法及时进行调整。

外科临床见习带教工作繁琐，过去有人认为见习不同于实习，带学生在病房走走看看，对临床工作有点感性认识就行了。这种观点是非常不负责任，外科临床见习具有重要的桥梁作用，对学生将来实习和毕业后从事临床工作影响很大。深化教学改革对见习带教老师提出了新的要求，即其要有强烈的工作责任感，要有扎实的理论知识和较丰富的临床经验，要在带教实践中不断改进教学方法。

国内外目前都已将临床教学作为培养医学生的重要手段。运用多种教学方法，积极进行教学研究和教学改革，不断丰富教学经验，是提高教学质量的关键。重视并认真实施临床见习对培养高素质的医学人才有着举足轻重的作用。

[参考文献]

[1] 杨善珍，董 新，吕宪玉. 探索适合大专生外科学课堂教学方法[J]. 中国局解手术学杂志，2001，10(4)：404.
[2] 张 洁，孙大成，史占军，等. 临床外科教学现状及改革的设想[J]. 中国局解手术学杂志，2002，11(2)：156.

（编辑：兰阳军）

·个案与短篇·

18例胃手术后并发胃无力的观察及对策

赵媛莉，程 琳，陈晓曼
（重庆第三军医大学附属西南医院普通外科，重庆 400038）

[关键词] 胃无力；对策
[中图分类号] R683.42 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)01-0054-01

胃无力是胃术后的并发症，表现为胃功能性排空障碍，即胃对食物的排空延迟。常见于胃大部切除术或迷走神经切断术后，但也可发生于胃其他手术后。适当严格的非手术治疗可以治愈，但常常对本病认识不足，误认为是机械性梗阻而再次手术，加重病情，带来了不良后果[1-3]。本文对2000年1月至2003年11月诊治的18例术后胃无力病人，经采用对症保守治疗和相应的护理措施，均取得满意疗效，现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组18例中，男11例，女7例。年龄16～78岁（平均51.1岁）。其中胃十二指肠溃疡行胃大部切除术3例，胃癌根治术12例，高选迷切加胃窦粘膜切除术2例，单纯胃空肠吻合术1例。主要症状是停止胃肠减压、拔除胃管后，进流质或改进半流质时，出现上腹饱胀、恶心、频繁呕吐，可无排气排便，胃镜证实无机械性梗阻。病例出现症状时间为术后4～14 d，术后4 d停止胃肠减压即出现症状者3例，术后5～7 d进食流质后出现症状者11例，8～14 d进食半流质饮食后出现者4例。

1.2 治疗

1.2.1 一般治疗 禁饮禁食，持续胃肠减压，高渗温盐水或普鲁卡因洗胃，促胃动力药物，如胃复安、吗叮啉、西沙必利、氨甲酰甲胆碱等；应用肠内或肠外营养补充水、电解质、热量、维生素及微量元素等。

1.2.2 中医治疗 针刺足三里、中脘、合谷、梁丘，新斯的明1 mg足三里穴位注射，陈皮、香附、制半夏、大黄各10 g，干姜6 g水煎，1剂每天2次服。

2 结果

18例胃无力病人中，13例在术后17～20 d恢复；3例在术后第4周恢复；2例在术后第5周恢复。

3 讨论

3.1 早期发现

拔除胃管后注意观察病人有无餐后饱胀、恶心、呕吐等胃

（下转64页）

[收稿日期] 2003-09-10 [修回日期] 2003-11-12