维普资讯 http://www.cqvip.com

活学习息息相关、涉及他们过去的经历和经验的内容，因为对这些话题，他们想读、想听、想说、想写；想提出自己的看法，想表达自己的爱憎，想向他人提出自己的忠告，想了解他人的观点，想征求他人的意见，而正是这些"想"使学生们有了参与各种口语实践活动的兴趣和强烈的交流意图和说话动机，从而收到事半功倍的效果，学生会产生一种成就的愉悦和对英语的好感，从而更加积极地学习，提高其英语水平。

3 采取丰富多样的教学组织形式

采取丰富多样的教学组织形式是提高医学本科生口语能力的必要手段。口语包含听和说两个方面。口语作为一种技能，包含听力技能和说的技能。听和说是口语交际中密切相关的但形式上不同的两个相反的行为过程。从传递信息角度而言，听是被动过程，吸收过程、输入过程、理解过程，说是主动过程，输出过程、表达过程。听是说的基础，听懂才能说出，反之，说准确流利才能听懂[3]。为了发展口语技能，既要发展听的技能，又要发展说的技能。英语教学也应先听后说，听说结合。然而，由于大学英语教学的学生多、内容重、课时少，许多院校人为地把听和说割裂开来，造成了听与说训练的脱节现象。既便在听说课上，教师也只是放磁带，学生对答案，几乎没有机会提供给学生练习口语。因此，要提高学生的口语能力，既要让学生多听，还要采取多种教学组织形式，为学生创造机会多说。英语口语练习是多姿多彩的，教师可结合实际需要使用。如问答、复述、描述、朗读跟读、情景对话、看图说话、讲故事、角色扮演、口头作文、命题谈话、即兴演讲、新闻采访、分组讨论、热点话题辩论、戏剧小品、英语晚会、猜迷语、做游戏、唱英文歌、诵英文诗、英语角等，使学生的口语能力在不断的语言实践和运用中得以稳步提高。

[参考文献]

[1] 刘玉瑶.微格教学系统辅助英语口语教学模式初探[J]. 外语电化教学,2002,84:10-11.
[2] 王晓莉.论英语口语教学的几项基本原则[J]. 辽宁师专学报(社会科学版),2001,17(5):89-90.
[3] 杨 敏,李云鲁,郑成兵.医学硕士研究生英语分层教学模式的探讨[J]. 局解手术学杂志,2003,12(3):229-230.

(编辑:郭光金)

临床大班课分级教学法的探讨

Study of teaching method of different levels in the clinical class

王明荣
(第三军医大学西南医院胸心外科，重庆 400038)

[关键词] 分级教学法；医学教育
[中图分类号] H193；G642 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2003)04-0289-02

临床大班课是理论与实践结合最紧密的理论课程，也是学员在进入实习前的重要一课，如何根据学员的不同心理上好这一课甚为重要。因此，在有限的时间之内如何根据学员的不同的层次、要求，不同的心理深入浅出、生动形象、趣味地讲好大班课值得研究探讨，作者从自己的教学实践中浅谈一点体会以此供广大同道探讨。

1 分级教学

目前我校临床大班课层次多，有七年制、五年制、专升本、护理本科。可谓水平参差不齐，而不同层次，其对课程的要求则有很大区别，对于一个教员仅照本宣科就远不能达到预期目的，这就要求教员要有强烈的责任心，很好的敬业精神，热爱教学工作，要千方百计尽职尽责地去完成好这个任务。讲授大班课的过程，实际是教员与学员互相交流的过程，那就要求在未授课前先了解他们的基础，他们的要求，考虑在授课中哪些将成为他们的难点，哪些是重点并设计好授课的内容，做到心中有数，才能有备无患。如：七年制的同学除课本以外，希望更多地了解目前医学的新动态、新技术及发展趋向。他们的基础扎实，思想活跃，而专升本来源于广大基层部队医院，他们的临床经验比较丰富，但文化层次及基础参差不齐，在给他们授课时就要以大多数人的状况为准，照顾大多数，否则就会欲速则不达。在课间还要专访同学对讲课的反应，及时解释，必要时重复他们在听课中费解的难点，及时改变及适合他们的、便于理解的授课方式。

2 理论与实践相结合

纯理论讲课比较单调，时间一长难免乏味，怎样提高趣味性，做到理论与实践结合，是一个关键性的问题。由于自己临床工作几十年，积累了大量的临床经验，有成功的，也有失败的，因此在上大班课时可将工作中典型的病例穿插在理论课中，可达到加深学员印象，提高同学的趣味性。同时还可充分

[收稿日期] 2003-07-17 [修回日期] 2003-08-22

维普资讯 http://www.cqvip.com

利用多媒体生动形象具体的传播特点使课堂内容形象化、具体化。如食管癌根治的手术方式,怎样吻合,各自的适应证,要讲比较费解,用吻合器在课堂上演练,加上录像就较好理解。再如人工瓣膜置换,拿实物给同学观摩,结合心脏图解就比较形象、生动。

3 要充分调动学员的积极性

大班课多数状况是老师讲,学员听,往往缺乏较多的思维,如何变被动为主动,使广大的学员参与进来,作者认为个别课堂可变更方式,如在讲授胸外伤时,在讲完血胸、气胸、肋骨骨折、心脏外伤后,将创伤性胸肌破裂先不讲,用典型病例的形式将病历先复印下去让同学在课外思考,准备每个区队派一个代表在课堂作中心发言,提出他们的诊断、依据、鉴别诊断,根据他们的发言,从而了解到他们对胸外伤这一节课的理解程度,也反应出他们的思维,判断能力及程度,通过这一形式,人人参加了讲课,个个开动了脑筋,且课程中争论激烈,发言踊跃,各抒已见,既活跃了课堂气氛,也调动了学员的学习热情。通过最后的小结、归纳,使学员印象深刻,效果很好。

总之,一个好的教员,讲台就是一个小舞台,一个好的教员除必须具备良好的演讲能力外,还必须善于把握学员的心理,仅有满腔的工作热情和责任心是远不够的,只有具备了以上各种条件,才能上好临床大班课,我愿与广大同道在今后的教学中不断总结、探讨,从而进一步提高大班课的质量。

(编辑:黄春霞)

(上接279页)

的典型结节样变为根据。

2 手术概况

所有病人均在气管插管、静吸复合麻醉下进行手术。127例接受LC的病人中,2例因胆囊壶腹部嵌顿结石、Calot三角区致密粘连而转为开腹。所有病人术后恢复良好。

3 术前准备

3.1 环境及器械准备

宜选用宽敞的大手术间,应备有麻醉机、各种监护仪、负压吸引装置、以及随时转为开腹手术的器械。术前检查各仪器是否运转正常。手术间行常规空气消毒。

3.2 腹腔镜组件的消毒

腹腔镜器械1套,三晶片电视成像系统,内腔镜切割缝合器,单极和双极电凝器1台,超声刀1台,高压冲洗器及负压吸引器;特殊器械包括腹腔穿刺套管、冷光源、电缆、腹腔镜、带电凝的分离器、钳钩、剪、剥离器、扇形牵开器、无损伤抓齿钳等放置在固定容器内,用环氧乙烷熏蒸灭菌,以保证对精密仪器无腐蚀、无损坏并能杀灭芽胞菌。

3.3 术前心理护理

术前1 d探视病人,了解病情,向患者介绍LC手术的优越性,消除病人的恐惧感,稳定病人情绪,争取患者最大限度的合作。

4 手术配合

4.1 巡回护士工作配合

4.1.1 手术前的准备工作 备腹腔镜摄像监控系统1套,将两台电视监视器分别放置,一台置于术者的对面,另一台置于第一助手的对面,以便术中观察。备气腹机、冲洗机、电灼机及冷光源机各一个,用于气腹的CO_2 1瓶,认真检查各项功能是否正常。

4.1.2 与麻醉师的配合 确保术中循环稳定。建立两条静脉通道,一条滴注麻醉用药,一条输入所需液体。术中准确记录出入量并及时补充血容量。全麻行气管内插管时,密切注意病人心率及呼吸变化,待气管插管成功,协助固定气管插管及气囊充气。

4.1.3 手术体位放置 患者在气管内麻成功后取仰卧位,尽可能清晰暴露术野。

4.2 洗手护士工作配合

清点台上物品及敷料,认真检查各种器械是否齐备并安装好,按手术先后依次将器械排列整齐。协助医生将术野皮肤以碘酒、酒精消毒,常规铺巾。备加热的无菌生理盐水,供术中预热腹腔镜镜头。将导光纤维束、冷光源、高频电刀、超声刀、气腹管、高压冲洗器、负压吸引器等连接好。手术开始后,根据手术需要及时准确传递器械。腹壁戳孔注意避开腹壁扩张的血管。常规方法建立气腹时第一穿刺点选择在脐上或脐下,肝硬变时脐周围可能存在明显的腹壁曲张血管,可将第一穿刺孔调整至脐部偏右上的位置较好。肝硬变病人LC使用的气腹压设定在13~16 kPa,略低于一般的LC中推荐使用的气腹压(2 kPa)。因患者胆囊静脉曲张,胆囊肿大,且多嵌入肝实质,胆囊三角区有纤维粘连,炎性水肿,组织脆弱,易发生撕脱出血,可备用无创抓持钳、钛夹钳、明胶海绵、热盐水纱布等。如止血效果不确实或有其它合并症时应备好剖腹器械,以配合医生改变手术方式。结束手术前应注意检查腹壁各戳孔有无活动性出血。放置引流管,便于术后观察和早期出血并发症的及时处理。关闭切口前与巡回护士认真清点敷料器械,准确无误后方可关闭切口。

5 讨论

肝硬变条件下腹腔镜胆囊切除术的优点在于解剖结构清晰、创伤小,缺点是全麻药物的应用加重了肝脏的负担,气腹的建立会加重肝功能的损伤。完善的术前准备,合理的术中处理,悉心的术后护理是肝硬变条件下完成腹腔镜胆囊切除术的必备条件。因此这就要求手术室护士不但要熟练掌握仪器及器械的名称、用途、安装和使用方法,掌握腹腔镜手术治疗的原理及方法,准确地做好手术的配合,更要对肝硬变病人行腹腔镜胆囊切除术时可能出现的问题进行有针对性的手术护理准备和配合,为手术的顺利进行创造条件,以更好的为患者服务。

(编辑:张天飞)