维普资讯 http://www.cqvip.com

医学教育；颅脑损伤；外科手术；局部解剖学 R321(2)

局解手术学杂志 1994 年第 3 卷第 4 期总第 12 期

以上仅总结了一个年级局解手术学协作教学初步体会，时间比较短，一些远期效果还无法总结，如拓宽教师知识面，提高师资素质；密切学科间横向联系等。但是协作教学中存在的缺陷也是不可忽视的，如手术学提前了一学期，延长了与临床实习的间隔时间。这一缺陷是否影响临床实习，还有待进一步探索。

（收稿：1994—06—03）

41—42

颅脑手术教学与局部解剖教学

遵义医学院神经外科 王恩海

（贵州遵义，邮政编码 563003）

R651.15-4
R602

任何手术都离不开局部解剖，颅脑外科更是如此。随着科学技术的迅猛发展，出现了显微外科，功能神经外科，精神外科学，立体定向技术，r 刀，激光刀，脑移植等高精尖技术。更需要准确、精细的解剖知识。否则失之毫厘，差之千里，不但不能治病救人，反而还要危胁生命。

下面就颅脑外科临床教学中，尤其颅脑外科手术学教学中与局部解剖学密切结合的体会简述如下：

一、颅脑疾病诊断中的局部解剖学教学

颅脑外科的疾病，是通过临床症状、体征加以必要的辅助检查，进行定位和定性诊断的。如果一个病人出现头痛、呕吐及一侧肢体瘫痪，就需要给学生讲解有关大脑半球的中央沟、中央前回的位置、功能、锥体束的传导。如果一个外伤性颅内血肿并发脑疝，你就需要讲深讲透小脑幕孔区的解剖知识。以及发生昏迷、单侧瞳孔散大；对侧肢体瘫痪的原因。即颞叶的海马回、钩回向中线并向下移位，压迫了中脑背盖，同侧大脑脚，同侧动眼神经的结果。我们往往用幻灯、挂图来教学。使学生掌握小脑幕孔区的位置，周围的结构。

二、术前准备时要抓紧对有关的局部解剖的再教育、再学习

临床上，对中等以上的手术都要进行术前讨论。主要研讨手术的适应症，有无禁忌症，术式、入路，术中注意事项，术中可能出现的问题及防范措施，术后并发症及其防治等。譬如：切除松果体肿瘤采取纵裂入路，需切断数根桥静脉，进入纵裂，切开胼胝体压部才能显露肿瘤，注意保护大脑内静脉，大脑大静脉，直窦等深静脉。我们不但反复讲图谱，而且还到解剖教研组看标本，解剖尸体。每台新设计的手术，改进的手术，都要多次熟习局部解剖。所以手术学与局部解剖息息相关，如果进行三脑室的手术，我们就讲脑室系统的结构，如何进入三脑室，三室侧壁即下丘脑的功能，以及术中如何保护下丘脑等问题。

三、在手术中对局部解剖进行真实直观的教育

在每次手术中对显露的组织结构进行边作边讲解，具有活生生的真切感和吸引力。如垂体瘤摘除手术，从开额瓣，剪开硬脑膜，打开侧裂池，边吸引脑脊液边向后牵拉脑组织，沿蝶骨嵴逐渐推进，直至前床突。逐步显露嗅神经，视神经，视交叉前缘及肿瘤。显露过程即局部解剖过程，每一步都抓紧对学生进行手术学及局解的教育，使学生每次看手术，参加手术都获益非浅。

还譬如听神经瘤切除手术，从后颅凹入颅后，切开硬脑膜，牵拉小脑半球，显露后组颅神经（9～12 对），并予以保护。显露肿瘤后予以囊内切除，最后将囊壁从桥脑、小脑、面神经、三叉神经等结构分离下来。肿瘤切除过程实际包括很大一部分局部解剖过程。只有局部解剖清楚才能大胆的手术；而手术学的基本技术之一就是要把局部重要的结构显露清楚，二者相辅相承。所以手术学教学一定要把解剖学教学贯穿在一起。临床实践表明精确的局部解剖知识和娴熟的手术技巧是手术成功的法宝。

四、对术后病人并发症的认识和处理，同样是以局部解剖为基础的。

譬如，听神经瘤术后病人，可能出现周围性面瘫、声嘶、误吸、吞咽无力、眼震等。只有老师以局部解剖知识为基础，进行解释和说明，学生才能领悟。

总之，神经外科手术学教学中，术前要讲局

维普资讯 http://www.cqvip.com

解；术中要让学生看到暴露出来的局部组织结构；术后还要谈局解。由此可见，局部解剖教学是手术学教学的重要组成部分。

五、制作手术学教学录像带，加强手术学教学

我们教研室先后组织编制了〈肠切除吻合〉、〈阑尾切除〉、〈疝修补〉、〈脾摘除〉、〈胃肠吻合〉等。还购买了许多标准手术录像带，这些录像带有手术学内容，也有局部解剖学内容对学生教育甚大。

六、筹建局解手术学示教室

根据临床教学需要，准备在手术室中搞一个综合示教室。在里面陈列局解标本、挂图、手术学图谱，放相机、手术录像带、局解录像带、摄像机、录像装置，电视播放装置。解决参观手术难的问题。有些手术位置深、术野小，必须用电教设备才使大家都能参观到。

现代科学技术的发展，显微外科、立体定向、r 刀等新技术的出现，必然要求局部解剖学进一步发展，局解的进展将推动手术学更进一步的发展。研究局解与手术，将局解的研究重点放在为手术学服务的目标上。使基础更好地为临床服务，为实践服务。

（收稿：1994—06—03）

关于局解向局解手术学过渡阶段的教学探讨

延安医学院 **韩振奎**

（陕西延安马家湾，邮政编码 716000）

现代医学的迅猛发展，对旧的医学教育模式提出了严峻的挑战，传统的学科制和以“三基”为宗旨的教学，已不适应现代医学发展的需要，医教改革势在必行，如何培养学生更快地获取知识，并用所学的知识去解决临床实际问题的能力，此乃改革的关键所在。我们不仅要造就一代具有很强实际工作能力的“实用型”人才，而且要使他们在实际工作中能够不断完善自我，不断进取、开拓、创新定有所造诣的“发展型”和“创造型”人才。

几年来，经过广大同仁的充分探讨和全国性的学术交流，对局解的教改和前景取得了广泛的共识，积累了宝贵的教改经验，使局解这门临床医学基础课越来越充分地发挥出了其“桥梁课”作用，摆脱了困惑，彷徨的被动局面。我校的局解教学自 1990 年开始，计划用 5 年的时间，逐步完成向局解手术学模式过渡，现将我校 4 年来过渡阶段的教学尝试和体会总结如下：

一、完善教师知识体系是提高教学质量的前提

讲课是一门综合性很强的艺术，师者仅限于精通自己的专业课不行，还必须了解教育学、心理学、逻辑学、辩证法、未来学及人材学等等，这是基本的知识素养。就局解这门特定的专业而论，要讲好它，并要尽早实现其向局解手术学模式转变，最迫切是要丰富自己的临床知识，特别是外科者、为产科学、影像诊断学方面的理论知识和临床工作经验，仅靠一年的临床实习所获得的知识是微不足道的，远远不能满足教学的需要。为此，过渡阶段师资队伍的建设完善教师素质是首要任务。我们的教师几年来，始终坚持无课期间到临床上班，教研室根据本人兴趣，并注意人员的合理布局，保证每一相关的临床科室均有一人上班，规定至少固定 3 年后再轮转以便于临床水平的提高，现在均已达到主治医师水平。在分担教学任务时，发挥各人专长，即：在骨科上班者主讲四肢局解；普外上班者主讲腹部、泌尿；妇产科上班者主讲盆、会阴部。教师素质完善了，教学效果如何呢？据我们连续四年对 1200 余名学生的综合考评分析，结果是肯定的，而且随着教师教学和临床经验不断提高和丰富，与历届学生对所学知识的领悟程度及实际工作能力呈正相关，这充分说明作为局解教师要讲深、讲透、讲活这门课，必须同时具备有关临床理论知识和实践经验的道理性。

二、局解教改的最大障碍是传统的学科制

传统单一的学科制课程设置方式，虽然有其有利的因素，即：依学科性质与学生认识人体和疾病的过程，由形态到功能，由正常到异常，便于组织教学，但是许多医学教育家对此提出异议，认为学科制课程设置结构僵化（医学 教育象阿伯拉汉森称之为课程“骨化”）将完整的医学科学肢解得