维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2002, Vol.11, No.1

扎实抓紧抓好建立试题数据库及管理

黄永威* 肖 南*

随着信息技术的进步和发展，高等教育已进入电子信息时代，硬件的容量与速度极大提高，软件技术也发生了很大的变化。对学生的考试，历来命题都是人工完成，费时费力。试题的易难度很难评估出教学质量和学生的学习水平，显然、这种命题方法很难适应朝代发展的需要。试题数据库知识覆盖面广泛深度够，既能检查学生的知识及操作能力的真实水平，又符合教学改革中的教考分离目的，更能随时在计算机的试题数据库里增加，筛选一套能反应学生对掌握课程知识的程度及获得公平、合理的试卷、又能获得考试反馈信息。

一、试题数据库建立前存在一些问题

检查学习知识水平的通用方法是命题考试方式，是检查和评价教学效果的有效方法。过去外总命题考试都是由有课的教师分别出题，后由主任汇总、审核送印、形成教考不分。命题也往往会出现偏易、偏浅；在评卷中又不严格执行按标准答案评分，随意给人情分、给高分，这样不能反映出学生的知识水平、极容易导致学生产生"外总容易学"的自足情绪，而学习外总知识没有认真投入。至于命题工作量大，评卷又受到人为因素的影响，缺乏科学性，很难对教学质量作出一个科学的真实评价。

二、试题数据库的主要功能

1 试题数据库及选题管理，可根据教师对试题内容、试题编辑、答题方式、答题时间、题目分值等方面要求，自动成卷，打印并有询查、报表的输出等重要功能；在题库中还能添加、删除和修改题目、

2、命题试卷生成

本软件系统提供了一个选题的界面，可以把题库分成手工出题、随机(自动)出题和半自动出题。

(1)手工出题：在编的UCDOS软件环境中点出菜单，由菜单中选择人工期出题，系统要求输入文件名称。试题库包括各种题型，如选择题、名词解释、填空题、问答题、立题后，即打即得。

(2)随机出题：进入系统要求给一个文件名称，提供大小、易难度的选择分值，提供要求完毕(提供相应的试卷)，然后按"试卷预览"可以查看各类型的详细内容，并可修改。

(3)半自动出题：在随机出题的基础上，重点手工选题，可满足不同的目的考试、不同题型、不同易难度等方面的需要。

三、试题数据库命题的原则

命题原则：以新教材全国高等医药院校的"外科学"第五版及教学大纲为准则，其次外科学第四版为参考；根据本科的特点及其他层次不同的教学要求，统一标准命题；试题内容覆盖外总重点课程，合理的确定题型、题量及易难度。在外总课程为重点的基础上，贯彻国家教育部的"宽口径，后基础"的方针，对学生一定要考知识与能力相结合，着重检查学生对学过的基本理论、基本知识、基本技能。正如外科学第五版修订说明，要体现三个特定：特定的对象：是临床医学专业五年制本科学生。特定的要求：是培养从事临床医疗工作台的通科医生。特定的限制：是别有于参考书、专著、综述和医疗诊治规范化等。内容的多少按多数院校教学时数的比例安排。突出外总重点课程的特点。

四、试题数据库代码及管理

在设计数据库时，按代码编题，加以有序的管理，便于系统的正常运行。数据题库内容要制作分级代码表，作为组卷的索引。本文题库分级编码参照中山医大解剖教研室编写的解剖学课程国家试题库编码做，第一级为教科书章节的代码；第二级相当于教科书节的代码；第三级为代表知识点；第四级为考题易难度代码。

五、试题数据库有一定期的指标

1.命题量

命题量应是覆盖外科学总论的全部内容，按各章节的教学时数、内容深浅及重要程度，确保命题的质量及分布，一般每学时命题20道题左右，总数1700～2000道题。

2.按教材及教学大纲的要求命题

按"教材及大纲"要求命题、就可避免了两种情况：一个所谓关怀学生、命题简单、深难度不够；二是出难题、偏题、怪题，考倒学生，结果考出的成绩不真实，失去科学性、可比性。在此，将试题分为四级：容易、较容易、较难、难题。

3.教学要求和对各层次的认识

教学大纲规定：即了解、熟悉、掌握和超纲四个等级，共比例为10%、15%、60%和5%。国内外的医学考试，分三个方面，即在记忆能力、理解能力及应用能力和各自比例均为1/3。本文均按3:3:4进行命题成卷的。

4.本文题型、答题时间、得分值

外科学总论总学时数85学时，考试时间120min。出题的题型分选择、名词、填空及问答题，分数比例为40%、10%、10%、40%，每题分值为1min、2min、1～2min、10～15min。

六、建立试题数据库的目的意义

1.教学改革的需要

试题数据库的建立是本教研室的新飞跃、新发展，是教学改革又一体现、建立试题数据库，代替了人工操作的旧习惯，旧

* 作者单位：530021 南宁市广西医科大学外科学总论教研室

维普资讯 http://www.cqvip.com

传统，实现多年梦想的教、考分离的目的。

2.缩短了组卷时间，提高工作效率，增强保密性

命题完成后交由专家组审校，授权给管理人员输入计算机，可以随时修改、分析、增加或淘汰。考前教师不知道考题内容。

3.评分标准、信息反馈快捷

评卷排除人为因素干扰，减少因教师水平和工作粗枝大叶而造成的误差，根据所备的标准答案，评分更为正确、公证、合理。题库能提供一套科学较完整的指标及评测系统，也能对试卷各项目的真实统计、分析、评价。信息反馈为上级对教学工作的决策提供参考。从而促进教改的进展，促进教学工作的管理科学化、规范化和现代化。

（收稿日期：2001-06-12）

·个案与短篇·

子宫颈癌术后骨盆死腔经阴道负压引流的护理

杜 彬* 李艳萍* 杜容娇*

子宫颈癌是最常见的妇科恶性肿瘤之一。如早期诊断、及时合理治疗，其治疗效果较好，常用的治疗方法有手术、放疗及手术合并放疗三种。自1990年1月至2001年7月，我院妇科根据临床分期、年龄、全身情况，对30例子宫颈癌病人进行了扩大全子宫切除术、子宫根治术及盆腔淋巴结清除术。通过术后骨盆死腔阴道负压引流（以下简称盆腔引流）的临床应用，观察及精心护理，有效地控制了骨盆死腔炎性浸润、脓肿及术后盆腔淋巴囊肿的发生，现总结护理体会报告如下。

一、资料和方法

1.临床资料：本组病人30例，年龄26～69岁，平均47岁，其中患有子宫颈鳞癌23例，子宫颈腺癌5例，子宫颈鳞腺癌1例，子宫重复癌（子宫颈腺癌、子宫内膜癌）1例，相应的进行了扩大全子宫切除及盆腔淋巴结清除术20例，子宫根治术及盆腔淋巴结清除术8例，扩大全子宫切除术、右卵巢移位术及盆腔淋巴结清除术2例。

2.方法：（1）盆腔引流管留置时间：盆腔引流管留置时间最短为45h 1例，最长为96h 1例，平均为54h，留置为48h者17例，50至52h者6例，70至72h者5例。

（2）盆腔引流量：盆腔引流量最少100ml 1例，最多400ml 1例，平均为208ml。术后第1d早晨自术后17h盆腔引流量平均为112ml（最少40ml，最多325ml）。

二、护理要点

1.了解盆腔引流管的位置：手术时，子宫、附件、宫旁组织及盆腔淋巴组织全部清除后，检查创面，用2号肠线把阴道断端锁边式缝合，且中央留一小孔，将两根长50cm的橡胶管由此置入。两管内端放置盆腔腹膜后闭孔窝处，左右各一根。两管经阴道牵出，外端分别用胶皮指套包扎，回病室后与负压吸引器相连接。将两管标明左、右，便于观察识别。

2.妥善固定盆腔引流管：病人术后安返病室，将盆腔引流管妥善固定于大腿上内侧，防止滑脱。首先用止血钳夹住引流管末端的1/3处，无菌条件下剪掉套在末端的胶皮指套，再分别与两负压吸引器相连接后打开止血钳，引流液将顺利引出，护理操作及翻身时避免牵拉引流管，以防脱落，有松动、滑脱时及时加固。

3.预防逆行感染：子宫颈癌广泛切除术，剥离面大，机体消耗严重，抗病能力低，易发生感染。需备好高压消毒的治疗巾，铺于床中部，每日更换，且保持床铺清洁，严格执行无菌操作，每日用0.5%洗涉汰棉球清拭会阴部及盆腔引流管的外周两次，无菌纱布敷盖在外阴部，保持外阴部清洁。敷料潮湿时应及时更换。引流液按时处理，引流管应始终处于切口部位以下，以防引流液逆流，引起逆行感染。遵医嘱准确，及时应用广谱抗生素，预防感染。

4.观察盆腔引流液量、色、性状的变化：每日用量杯准确测量引流量并记录。术后17h引流量平均为112ml。如未达到此量，可能引流管被血块，纤维蛋白凝块等堵塞或负吸引器装置出现故障，及时查原因予以解除，保持引流管通畅，勿折曲与受压。引流液开始为血性液体，是创面渗出的血液与淋巴液组成。术后24h后逐渐形成略带血性液体，48h转为血清样透明液体。如果48h后尚未转为血清样液体，应及时通知医生，检查是否盆腔仍有出血。

5.体位与指导：术后生命体征平稳后，取半卧位，利于渗出液流入盆腔顺利引出，同时利于降低腹肌张力，减轻切口疼痛。向患者及家属说明留置盆腔引流管的重要性，典型病例介绍，调动病人主观能动性，诱导病人自动配合治疗与护理。

6.拔除：盆腔引流管放至引流量每日5～10ml时再拔出。

三、讨论

盆腔腹膜后淋巴囊肿，主要是盆腔淋巴结清扫后，腹膜后留有死腔，回流的淋巴液潴留形成囊肿，如淋巴结较多囊肿逐渐增大，可出现压迫症状；如继发感染可出现纤维化硬块。

根据30例盆腔负压引流的观察、护理，未发生引流管脱落、粘连、破损等意外，简便易行，有效地控制了骨盆死腔炎性浸润、脓肿及术后留有盆腔淋巴囊肿的发生，效果良好，是值得推荐的子宫颈癌术后的引流方法。

（收稿日期：2001-10-30）

* 作者单位：110001 沈阳市中国医科大学附属第一医院妇科病房