

· 论 著 ·

# 关于儿外科住院医师规范化培训中要点与难点的思考

刘璐<sup>1</sup>, 王大勇<sup>1, 2\*</sup>, 孙宁<sup>2</sup>, 王爱华<sup>3</sup>, 焦莉平<sup>3</sup>, 冀石梅<sup>3</sup>

(1. 首都医科大学附属北京儿童医院普外科; 2. 外科教研室; 3. 教育处, 北京 100045)

**摘要:** 目前, 我国儿科医师资源严重紧缺, 儿外科医师更是少之又少。如何按质按量的开展儿科医师的住院医师规范化培训(住培)工作, 加快儿科医师尤其是儿外科医师的成长已成为住培工作乃至整个医疗卫生行业关注的重点话题。本研究通过参考相关文献并对实践教学工作进行总结, 对目前儿外科住培中的要点: 提高人文沟通能力、提高文书书写能力、提高查房能力、提高外科基本技能及儿外科住培中的难点: 生源紧缺、基地集中、过早专科化、初级诊治脱节等进行概括分析, 并结合自身临床教学经验, 对相关问题提出思考与探讨。

**关键词:** 住院医师规范化培训; 临床教学; 要点难点

中图分类号: R197.3 文献标识码: A 文章编号: 2096-4293(2018)02-129-04

## Considerations of the key points and difficulties in standardized residency training of pediatric surgery

LIU Lu, WANG Dayong<sup>\*</sup>, SUN Ning, WANG Aihua, JIAO Liping, JI Shimei

(Beijing Children Hospital, Capital Medical University, Beijing 100045, China)

**Abstract:** There is a serious shortage of pediatricians in China. Pediatric surgeons are even more rare. How to carry out the high quality training of pediatricians, speed up the growth of pediatricians, especially the pediatric surgeons, has become a key concern of standardized residency training and even the entire health care industry. This research summarized the current training experiences by reviewing relevant literatures, and analyzed the key points of training programs, including communication skills, the medical records writing abilities, the abilities of diagnosis and basic surgical skills, and the main difficulties in the current training, which includes shortage of students, over-concentrated training bases, premature specialization, and the separations between elementary diagnosis and treatment. By referring our clinical training experience, considerations and suggestions to the relative questions were proposed.

**Key words:** Standardized residency training; Clinical teaching; Key points and difficulties

住院医师规范化培训(住培)是医学生毕业后教育的重要组成部分, 占据了医学终身教育的承前(医学院校基本教育)启后(继续医学教育)的重要地位, 是通过临床教学将医学生已经掌握的基础知识、基本理论与需要的临床实践技能融会贯通的过程。为住院医师提供规范化培训对于培训临床高层次医师、提高医疗质量极为重要, 是提高我国医学人才实践技能的重要方法。全面、完善的规范化培训可以促进医学生的临床技能由理论性向实践性转化, 从而更好地为患者服务。

儿外科主要研究需手术治疗的小儿疾病, 内容涉及先天性畸形、感染、创伤及肿瘤, 包括诊断学、治疗学, 同时涵盖医学教育、科学研究。儿外科的研究对象为< 18岁的青少年、儿童以及婴幼儿, 其病因、症状和治疗方法等与成年人均有所不同。我

国儿外科起步较晚, 于20世纪50年代, 由张金哲院士等创立并不断发展分化至今, 目前专业范围包括: 小儿急症外科、普外科、泌尿外科、新生儿外科、肿瘤外科、烧伤整形外科、心胸外科、神经外科和骨科等。

我国儿外科住培开始于20世纪80年代末。目前, 临床医学专业毕业的本科生、硕士及博士研究生, 若应届毕业后选择小儿外科专业, 均需接受3年的规范化培训, 培训后需进行结业综合考试, 以获得小儿外科住院医师的规范化培训合格证书, 此后才能被医疗机构认定具有该专业方向的从业资格。

### 1 儿外科住培中的要点

**1.1 提高人文沟通能力** 对于儿外科医师来讲, 年龄过小的儿童不具备完善的语言、肢体表达能力, 无法直接表述自身的症状, 再加上陪同家长焦虑的心态, 使得儿外科医师的诊治过程如履薄冰。所以在住培过程中, 如何培养住院医师的耐心与细心、

收稿日期: 2017-11-20; 修回日期: 2018-01-17

通信作者: 王大勇, E-mail: w.dayong@yahoo.com

(C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net>

沟通无障碍(医师-患儿、医师-家属)尤为重要<sup>[1]</sup>。

如何依据患儿的家庭文化、社会背景和病情组织语言,了解家长的诉求、讲清现实存在的问题、解决方案和可能的变化与转归,获得家长的充分信任,已成为儿外科医师住培中的教学要点。住院医师需要通过不断的沟通,降低信息的不对称,获得家长的信任与理解。如:手术前谈话,住院医师尽量用对等的语言,逐条向家属交待,对家长的关切要认真解释沟通,使家长充分理解手术可能出现的风险及并发症,沟通后务必签字。对可能出现的意外手术前,必要时在术中再次和上级医师一起与家属沟通,使诊疗过程更为主动。在日常的工作中,住院医师应做到主动查看患儿、及时掌握病情,并用患儿及家长可接受、可理解的语言进行沟通,在沟通的过程中与患儿培养感情,并得到家属的信任。

**1.2 提高文书书写能力** 病历文书是总结患者既往疾病和现有疾病基本情况的文件。病历的书写考验着医师的诊断、鉴别诊断的分析和书面表达能力,是具有科研价值的、真实性的法律文书。书写病历文书必须抱着真实、客观和严谨的态度,及时完成并保证每一份病历文书的逻辑性和科学性。

对于住院医师的每一份病历,上级医师都应对其进行认真的阅读和修改,提出缺陷,指出不足,督促住院医师的临床技能不断提高。还应注意到的一点是,现在大部分医院普遍已使用电子病历,电子病历由于是电脑录入,时常会出现复制、粘贴错误的问题,部分病历出现千篇一律的现象,甚至会出现将男性器官写入女性患儿病历的错误。外科病历中,不仅要写对病变手术部位、左/右、上/下等关键词认真核对,还要体现临床认知和逻辑。因此上级医师要指导住院医师病历个性化,应该每周定期对所有病历等相关文书进行整理和辅导,固定病历文书排序,形成序贯性的逻辑临床思维,并养成良好认真的检查习惯,从病历中学习和受益。在培训中,如条件允许,应要求住院医师旁听医疗纠纷处理,使其了解病历书写的客观性、真实性和重要性,并借此提高处理和防范医患纠纷的能力<sup>[2]</sup>。

**1.3 提高查房能力** 建议住院医师每天必须坚持至少4次查房,养成良好的查看患者习惯。建议每个病例至少要考虑3~5个鉴别诊断,开拓思路,提高诊疗的客观性。儿童病情变化快、不稳定,这就要求住院医师在患儿病情变化时及时到场查看,病情稳定时亦要定时查房。针对儿外科住院医师,建议其早于上级医师到院,先进行第1次自我早查房,查看患儿体温单,了解生命体征、体温、出入量情

况,并查看患儿病变部位或手术切口部位情况,询问饮食、二便情况,并熟知患儿实验室检查、影像学检查结果。第2次查房为跟随上级医师查看患儿,在查房过程中,上级医师应根据患儿病情或变化提出要点、难点问题,引发住院医师进行积极的思考、诱导式的提问,而不是一贯式的发号施令。住院医师在查房过程中不能只作听众或记录员,要发挥主观能动性,结合患儿特点及变化提出有建设性的意见。从住院医师的提问中,如发现问题,应予以及时纠正,并可在合适时机与其他医师共同讨论具有共性的问题。第3次查房为患儿手术结束返回病房后,住院医师要对患儿术后的生命体征、一般情况、手术部位情况等多方面进行评估,待患儿病情平稳后方可返回手术室进行下一台手术。第4次查房为当日手术全部结束后对病房所有患儿进行检查,了解病情变化,及时查阅、收集检查化验单及影像学资料,对病情有自我的认识并提出问题,离院后可有针对性的查阅书籍及相关文献,并准备次日与上级医师讨论、求证。

**1.4 提高外科基本技能** 熟练的外科操作技能是所有外科医师的根本。基于儿外科手术操作过程中手术视野暴露空间较小以及儿童的解剖特点等,对儿外科住院医师的外科基本操作技能要求更高,此外,还要重视如保持体温、患儿转运等儿童特有的问题。由于近年来医患关系日趋紧张,这导致部分医院不愿采用低年资住院医师开刀,这对医师培养来说是较大的阻碍<sup>[2]</sup>。住院医师在上手术台操作前一定要做好充分的前期准备,查阅解剖和手术图谱,了解手术并发症和合并症,积极翻阅文献,结合病历及影像学资料对手术部位进行自我虚拟重建。组织住院医师进行教学查房,联合放射科、超声室、病理科等科室开展阅片查房。如条件允许,可利用3D解剖组织虚拟重建学习平台对病例进行模拟,让住院医师对术中情况有充分的预知和预判。对于腹腔镜等特殊器械操作可通过模拟器进行定期培训,以提高住院医师的基本手术操作技巧。在严格遵守医院手术等级及手术资质管理条例的前提下,鼓励住院医师积极参与手术,从拉钩、剪线、扶镜做起,从二助、一助向主刀努力。在手术过程中,上级医师应耐心讲解手术要点、难点,给住院医师充分的锻炼机会并给予鼓励。住院医师在术中应多看、多想,注意观察指导老师的操作动作,下台后要能及时回顾、反思,并循证相关书籍、文献,不断提高自我。

## 2 儿外科住培中的难点

国外的儿外科住培已形成完整的培训体系。德

国学者曾对 20 多个国家的儿外科培训模式进行比较。在美国, 必须经过 5 年外科住院医师培训并获得认证后才能进入儿外科专科培训, 其余国家的平均培训时间为 6 年零 3 个月<sup>[3]</sup>。

**2.1 生源紧缺、基地集中** 在我国, 儿外科作为二级学科, 在住培中作为培训科目之一独立招生, 生源严重不足。综合性医院极少设立儿外科专业或缺乏住培能力, 故儿外科住培基地主要集中在儿童专科医院, 培训主要在儿外科各专业间轮转。在北京, 仅有少数儿童医院拥有儿外科住培基地资质。社会对儿科医师, 尤其是儿外科医师的需求日益增大, 急需儿外科医师迅速成长。但每年参加住培的儿外科住院医师非常少, 这导致儿童专科医院人满为患, 儿外科医师每日超负荷工作仍无法满足就诊需求。

**2.2 过早专科化、初级诊治脱节** 住院医师完成住培, 基本就职于各儿童专科医院和大型综合医院的儿外科专业。由于种种原因, 儿外科住培基地生源紧缺。而外科住培未将儿外科纳入培训轮转科室, 经过住培的外科医师对儿外科临床知识几乎一无所知, 不具备接诊儿外科常见病的临床能力, 一旦进入基层医疗单位, 在实际工作中又不可避免要接诊儿科病患。住培过早专科化, 造成外科住院医师的临床技能培训与其在基层一线实际工作中所应具备的临床能力之间尚不够契合<sup>[4]</sup>。

儿外科常见病的初级诊治主要在基层, 即社区或一、二级医院的全科医师以及儿科或成人普外科医师。近年的临床专业本科教学过程中, 儿外科相关知识匮乏, 仅对儿内科的常见病进行基础讲解, 大部分医院不开设儿外科, 临床实习更无从谈起, 导致全科医师在儿童定期体检、日常诊疗过程中对儿外科相关疾病如先天性畸形、肿瘤等诊断不明, 漏诊严重, 儿科或成人普外科医师在处理儿外科急症、创伤等病例时诊断不明确, 处理不得当, 可能会加剧风险、影响预后。另外, 在大多数二级医院, 儿外科病例一旦确诊, 即使是一些常见病, 也很少能够得到及时救治, 均需转诊至儿童专科医院, 导致转诊过程中延误治疗时机, 造成不良后果。儿外科常见病在基层医院无法展开救治, 儿童专科医院势必人满为患, 满足不了社会的医疗需求。

### 3 思考与探讨

鉴于目前庞大的临床工作需求, 如何有效地提高儿外科住培的质量已成为儿外科住培基地乃至全科医学、基层医院共同探讨的热门话题。

通过对近年来在本院儿外科基地进行住培的住

院医师学习培训情况进行总结分析, 并与住院医师进行交流、访谈反馈, 再与从事多年临床教学工作的专家商榷后达到以下 2 点基本共识。

**3.1 提高住培带教老师的综合能力** 在其他专业看来, 儿外科就是一门学科, 不分详细专业。但在儿童专科医院, 儿外科也分为诸多亚学科。住院医师住培期间要在各科室进行轮转, 要求其快速了解各专业相关疾病的基础知识、诊疗常规及基本诊疗方案、手术方式等。这就要求住培带教老师的临床基础知识扎实、综合业务能力强, 不但要对本专业驾轻就熟, 对于其他专业的知识内容及手术基本操作也要有所了解。同时, 儿童病情变化快、病情复杂, 常合并为内科疾病, 在诊疗过程中, 如何快速准确诊断并予以正确的处置尤为关键, 这也需要带教老师有比较过硬的儿内科学知识功底, 熟知小儿体疗疗法、内科常见病的诊治等多方面内容。

在提高带教老师临床综合能力的同时, 要注重培养老师的临床教学能力。带教老师不但要“会”, 还要懂“教”。良好的语言表达能力, 利用多媒体、网络教学能力, 崇高的道德修养及人格魅力等诸多方面已成为住培带教老师的必备条件。住培基地可定期举办教案分析、教学观摩、优秀老师讲座等多种形式的学习活动, 提高住培带教老师的临床教学能力。

另外, 住培带教老师需要熟知医学教育法律法规和医学心理学的相关知识<sup>[5]</sup>。参加住培带教的老师通常已通过高等教育师资考试, 对教育相关法律法规均有所了解, 要依法施教。在住培带教过程中, 老师要深入了解住院医师的心理活动, 时常与住院医师进行交流、反馈, 懂得心理疏导技巧, 增强与住院医师之间的沟通, 提高教学质量。

**3.2 因材施教, 实施个体化教学** 参加住培的住院医师可能来自不同院校, 学历也不尽相同, 带教老师需要根据住院医师的个人情况制定个体化的培养计划。对于理论基础较为薄弱者, 在教学过程中应注重强化基础知识、基础理论, 建立儿外科知识体系, 让住院医师能够形成自己的知识架构, 将所学内容及操作要点有逻辑地结合, 而不是盲目的死记知识点。对于硕士或博士毕业生应引导并鼓励其参与临床科研及课题的探讨。

在带教过程中, 老师应尽可能多的与住院医师沟通, 对学习、带教情况进行及时的反馈, 充分了解每一位住院医师的心理活动。对于思维比较活跃、动手能力较强的住院医师应尽量开发、拓展其临床思维能力, 进行开放式教学, 如 PBL (基于问题的学习)<sup>[6]</sup>、CBL (基于病例的学习) 及翻转课堂<sup>[7]</sup>

等多种教学模式,注重其手术操作能力的锻炼。对于性格较为内向、动手能力稍差的住院医师要注意对其加以心理支持与鼓励,树立其独立临床思维及操作的自信心,并适当多的给予操作机会,配以耐心的讲解与辅导<sup>[8-9]</sup>。

我国的住培起步比较晚,住培相关政策、法规还未完全落实,住院医师的学历、临床技能水平不尽相同,为住培的开展提出了难题。儿外科在综合医院的规模较小,儿童专科医院、住培基地相对集中,资源紧缺,住培方式、方法有待进一步完善、改进。需要充分发挥综合性教学医院的临床教学能力,逐渐完善和补充儿外科住培内容,在儿科专科医院和住培基地建立系统化、规范化、标准化的儿外科住培体系及标准,提高带教老师的综合业务水平及临床带教能力,确保儿外科住院医师的规范化培训质量<sup>[10]</sup>。

为保证与提高儿外科住培的教育教学质量,需要相关法律、法规进一步完善落实,以法为纲、依法施教;需要相关政策的扶持与鼓励,解决培训基地、师资匮乏问题;需要住培基地的重视与投入,丰富住培教学内容、提供良好的教学环境与氛围;需要带教老师不断提高自身综合素质,采用先进的、个体化的教学模式和方法,培养住院医师对儿外科知识及操作的学习兴趣,培养其独立创新的临床思维与科研能力。

## 参考文献

- [1] 刘星,李明.提高小儿外科住院医师医患沟通能力的探讨[J].中华医学教育探索杂志,2015(3):322-324.
- [2] 何昀,李晓庆.小儿外科住院医师规范化培训的要点分析[J].教育教学论坛,2016(4):87-88.
- [3] 杨光伟.基于教学主题的工作坊研习模式在学科骨干教师培训中的应用[J].浙江教育学院学报,2011(1):8-12.
- [4] 单炯,潘伟华,吴晔明.儿童外科基础教育和住院医师培训的困境[J].中国高等医学教育,2013(12):15-61.
- [5] 潘伟康,何家璇,高亚.如何提高小儿外科住院医师规范化培训的质量[J].科教导刊,2016(8):144-145.
- [6] 傅晓燕,谢晓恬,乔晓红,等.PBL结合医学模拟在长学制医学生儿科实践教学中的应用研究[J].中华医学教育探索杂志,2013,12(3):276-279.
- [7] Sheppard ME, Vitalone-Raccaro N, Karri JM, et al. Using a flipped classroom and the perspective of families to teach medical students about children with disabilities and special education[J]. Disabil Health J, 2017, 10(4):552-558.
- [8] 徐叙庄,罗燕芬,禹金蕊,等.儿科学专业硕士研究生培养中强化专业基础与临床培训模式的探讨[J].继续医学教育,2016,30(8):69-71.
- [9] 张萍,于智宇,迟宝荣,等.医教协同推进临床医学硕士学位研究生培养改革的实践与探索[J].中华医学教育探索杂志,2015,14(9):865-868.
- [10] 汪玲,吴海鸣.推进住院医师规范化培训改革临床医学研究生教育[J].中华医学教育杂志,2011,31(4):600-603.
- [11] care collaboration between general practitioners and hospital emergency departments in the Netherlands[J]. Journal of American board family medicine, 1900, 28(6):807-815.
- [10] Rooij GV, Broekman SM, Broekman DHD, et al. Do employees benefit from collaborations between out of hours general practitioners and emergency departments?[J]. BMC Health Services Research, 2018, 18(1):121.
- [11] 成守珍,张美芬.急诊科护理及风险防范[M].北京:人民军医出版社,2013:325-331.
- [12] Ramanayake RPJC, Ranasingha S, Lakmini S. Management of emergencies in general practice: role of general practitioners[J]. Journal of family medicine and primary care, 2014, 3(4):311-312.
- [13] John Murtagh. 全科医学[M].4版.梁万年,译.北京:人民军医出版社,2013:1159-1173.
- [14] 张泓,俞凤,王楠,等.对教学医院急诊医学教学独特性的思考[J].安徽医药,2012,16(3):412-413.
- [15] 斯基福,斯特拉托斯.临床教学方法[M].曾学军,黄晓明,译.北京:中国协和医科大学出版社,2013:13-42.
- [16] 邵悦萍,陆秀儿,邵锦晖,等.社区全科医师急救技能培训效果评价[J].全科医学临床与教育,2013,11(4):431-432.
- [17] Dehours E, Moustafa F, Jaudet G, et al. What do emergency physicians in the south-west region think about their training by the postgraduate diploma in emergency medicine, ten years after its creation[J]. Annales françaises de médecine d'urgence, 2015, 5(3):144-149.
- [18] 单凯,王晨,姜悦,等.依托综合性教学医院急诊科开展全科医生规范化培训的思考[J].医学教育研究与实践,2014,22(5):1036-1038.