

《诊断学基础》课程教学方法的探索和实践

裘晓华

关键词 《诊断学基础》教学方法 探索和实践

中图分类号 G642.4

文献标识码 B

文章编号 1005-7145(2007)04-0086-02

高等学校必须坚持育人为本,把教学改革作为重中之重抓紧抓好。通过教学改革和教育创新,充分调动教师和学生双方面的积极性。近年来,针对学生中普遍存在的“高分低能”现象,笔者对《诊断学基础》教学中的主要环节方面进行了探索。

1 课堂教育向以学生为主的学导式教育模式转变

教学方式不利于学生综合分析问题能力的培养。进入临床课阶段,学生已具备了一定的医学基础理论课知识,内科学就是要运用已学的知识分析诊治内科学常见疾病,这一综合分析思维过程的培养需要教师不失时机地引导、启发、点拨,点燃其思维的火花。为此,笔者将教材分为 3 种类型,采用不同的教学方式。第 1 类常见症状学,如发热、咳嗽、头痛和呼吸困难等,采取自学基础上精讲,先布置思考题让学生带着问题自学,然后重点讲解病因和临床表现。第 2 类是内科学发病机制、病理、病生理,以精讲为主,即教材上易懂的不讲,难点讲清,有些内容留有悬念,启发学生深入思考,安排讨论答疑,或课堂提问自由发言。学生普遍反映听课重复内容少,思路宽,能触类旁通,温故知新,此外结合相应的电化教学加深理解。第 3 类是采取案例教学形式,学会全方位思维分析判断疾病。通过案例教学不仅学到了现代医学相关疾病的诊断思路和方法,而且师生相互交流,各抒己见,极大地激发了学生潜能,将基础理论融进临床案例,培养训练了他们综合思维能力,日积月累使之成为日后创新精神和实践能力的源泉。

2 临床见习向自己动手的教学模式转变

以往临床见习时间少,质量不高,学生意见颇大。近年来,笔者在大一、大二学生假期社会实践的基础上,采取加强见习课的组织落实,改进带教方

法,要求学生自己动手,人人参与。在病房见习中让学生自己采集病史、查体诊断,每人书写 1 份规范完整的病历,老师批阅后点评。通过训练使他们在语言交流、操作检查、分析判断、书写技能等方面均得到提高。从具体内容入手,去归纳概括某种结论或道理,以实现学生由“学会”到“会学”的转变。

3 毕业实习向以问题为中心的循证医学教学模式转化

问题为中心的循证医学教育法在于发挥问题对学习过程的指导作用,调动学生的主动性和积极性,引入问题让学生了解自己在问题所涉及的可能方面和知识程度。以小组力量可解决问题的程度,按照“接受问题—问题分析—思考学习—讲授讨论—实践操作—考核评价”的程序来进行教学。

3.1 问题的引入 临床实习中每天都会面临许多有关疾病诊疗中的疑难问题,问题引入在于提供给

学生主动学习和积极思考探索的学习动机,让学生知道有关该问题在哪些方面不懂和需要学习什么,以培养学生临床思维 and 实际解决问题的能力。

3.2 问题的分析与解决 学生接受问题后,带着解决问题的愿望接触患者,深入了解患者问题的有关信息,采集病史,收集资料,概括出要点和难度,并请教带教老师,在老师的指导下独立完成。在搜集病史资料的过程中,与其他的医护人员建立联系,其人际交往、口头表达、组织管理能力得到提高,为今后的临床工作打下良好基础。

3.3 思考学习和讨论讲授 学生带着问题的强烈愿望深入临床接触患者,正确收集资料,提出临床诊断,对照书本知识独立思考,对基本理论也有了更深刻的认识,制定出治疗措施,通过科内小讲课、教学查房、三级查房或组织疑难危重病讨论等形式接受老师的知识和经验,或从教科书、参考书上寻找答案或从专业期刊上查阅信息,并付之于实践,提高了学生的临床兴趣,发展了自学能力。

作者单位 316000 浙江海洋学院医学院

作者简介 裘晓华(1964-),女,硕士,副主任医师,从事临床及教学工作。

3.4 实践操作与考核评价 实践操作是学生的认知过程由感性认识上升到理性认识的必由之路。通过临床教师手把手的教育,做到放手不放眼,并定期组织出科考试。考核评价包括理论考试和临床技能两部分。理论考试是应用和临床分析题,督促学生掌握专科理论,联系实际,从接触患者开始,包括询问病史、收集资料、书写病历、提出诊断和治疗计划等,均能较全面地检查学生解决问题的能力。技能考核为各种基本操作程序,如心电图机或简单监护仪的使用等,并根据考核内容提问。通过理论和技能的考核使教学双方的信息及时反馈,引导学生在学习中独立思考,增强自信心,帮助其解决疑难问题、肯定成绩,极大地诱导了学生的实习热情。

近年来,试用以问题为中心的自我教育式循证

医学模式,让学生针对自己主管患者提出需要解决的疑难问题,诸如诊断、检查项目、治疗等,老师根据问题指导学生自己动手查阅有关资料、检索文献、查寻国内外现有最新、最好的临床研究证据,结合患者具体病情,用于患者的诊治决策之中,观察其疗效预后,使学生从灌输式被动学习变为主动学习,努力发现临床问题,寻找最佳答案,在老师指导下决策与实践,增强了学习主动性,学生普遍反映自己学有所用,增进师生情感,临床教师因人施教,正确评价学生的能力,逐步提高要求,使学生的自信心增强。如此日复一日,使学生养成自学和自我教育的良好习惯。

(收稿日期 2006-12-06)

· 临床报道 ·

理气升提治疗呃逆 19 例临床体会

白 静

关键词 呃逆 理气升提法 临床观察

中图分类号 R256.31

文献标识码 B

文章编号 :1673-9043(2007)02-0087-01

呃逆是由胃气上逆动膈以气逆上冲,喉间呃呃连声,声断而频,令人不能自制为主证的病证,多由寒气蕴蓄、燥热内盛、气聚痰阻、气血亏虚等原因所致。笔者采用中医药进行治疗,疗效较好,现报告如下。

1 临床资料

共观察门诊患者 12 例,住院患者 7 例。其中女 9 例,男 10 例,年龄 34~74 岁,病程最短 0.5 d,最长 1 周;曾使用过药物(包括中药汤剂及西药)者 8 例,初诊者 11 例。主要表现为:呃声频作,或时发时止,声音洪亮或低沉无力,胸闷不舒,胃脘胀满,食欲减少或伴反酸、口臭、心烦易怒,舌质红苔薄白或厚腻。

2 治疗方法

治以理气升提和胃止呃之法,自拟理气升提方:柴胡 6g,升麻 6g,茯苓 12g,白术 10g,白豆蔻 6g,橘皮 10g,桔梗 10g,白芍 10g。伴情志不舒郁闷烦躁者柴胡用至 10g,并加炒栀子、黄连,伴倦怠手足不温,呃声低弱无力属脾胃阳虚者加党参、吴茱萸,伴口干舌燥,烦躁不安,舌质红而干等胃阴不足者加党参、麦门冬、生地,若呃声沉缓有力,得热则减,得寒则甚之胃中寒冷证加高良姜、吴茱萸。水煎约 300 mL,分 2 次服

作者单位 300130 天津市人民医院

作者简介:白 静(1960-),女,副主任医师,主要从事中医内科临床工作。

用 2 d 为 1 个疗程。

3 治疗效果

3.1 疗效标准 临床治愈:服药 2 剂呃声止,其他伴有症状消失,舌脉正常。好转:服药 4 剂呃声止,其他伴有症状基本消失。无效:服药 4 剂以上,呃声未止,其他伴有症状无改变。

3.2 结果 19 例患者治愈 9 例,好转 7 例,无效 3 例,总有效率为 84.72%。

4 讨论

《素问·阴阳应象大论》谓:“其高者,因而越之。”即指出病位在上,可采用外越之法,如中医八大治法中之吐法即为此意。本证病位在中上二焦,病势向上,故可考虑从上论治。理气升提法是通过使用药物上引逆气外达疏通。方中柴胡、白芍理气健脾,再配以茯苓、白术和中清滞;升麻、柴胡并用,升麻引阳清气上行为主,柴胡苦辛微寒,疏肝解郁,升举阳气,引少阳清气上行为要,升麻行气于右,柴胡行气于左,两者合用升提之功倍增,橘皮理气调中,升多降少,以升为主,行气和中,消胀止痛,桔梗宣通肺气,长于升提上行,开胸理气,白豆蔻上行入肺,宣发理气,中入脾胃化浊散寒,开胃消食,其芳香而气清,功专于中上二焦。诸药配合使用,共奏理气升提和胃止呃之效,从而使逆气外达疏通呃逆自止矣。

(收稿日期 2006-10-18)