

中西医结合急诊临床带教体会

张连东, 裴新军, 谭美春

(上海中医药大学附属曙光医院宝山分院急诊 ICU, 上海 201900)

急诊医学是医学中一门新兴的跨各临床专业的学科,它既有本身的理论体系,又与各临床医学和基础医学紧密相连,有其自身不可替代的特点和规律性。现代急诊医学是集院前急救、院内抢救、重症监护、急诊病房于一体的综合学科^[1]。中西医结合急诊医学作为急诊医学的组成部分,越来越体现出其临床优势,中西医结合是 21 世纪中医急诊发展的方向和必经之路^[2]。如何培养合格的中西医结合急诊人才是现阶段中医教育亟需考虑的重要问题。我院急诊科是医院重点专科,也是上海市第三批中医优势专科,自 2011 年成为南京中医药大学实习医院以来,已连续带教学生 40 余名,对中西医结合急诊危重病的临床带教有了自己的体会,现总结如下。

1 发挥中医特色,培养中医急诊人才

中医药是在几千年同各种流行病及急危重病的斗争中发展完善的,伤寒论与温病学说的建立为中医药治疗急危重病提供了理论基础。近年来接连发生的严重急性呼吸综合征(SARS)、禽流感、手足口病、甲型 H1N1 流感等,中医药更是显示出了明显的优势。目前临床常用的安宫牛黄丸、中药灌肠液治疗顿挫高热,麝香保心丸治疗心脏急症,针灸治疗各种痛症等,都显示出中医在急救方面具有独特的优势和特色^[3]。喘证、中风病、肺热病是本科室优势病种。本科较早开展中西医对急危重病的治疗,并取得了显著的成果。在全市范围内,本科较早并成功开展了大黄配合西药治疗急性胰腺炎的研究及临床实践工作,取得良好疗效。

我科在临床带教中积极培养学生重点专病的诊疗思路及中西医结合切入点,使学生掌握快速中医诊断及治疗模式。在临床查房中,鼓励学生全面收集中医四诊资料,将中医四诊资料、现代医学体检及诊断手段相结合。中医望诊中的“望神”、“望态”、“望形”、“望舌”,闻诊中的“闻声”,切诊中的“诊脉”等诊断方法,包含了大量判断急危重病的理论和方法,可以有效提高学生的急危重病诊断水平。我们要求学生努力提高针灸、穴位注射等中医技能。针灸治疗中风急性期及恢复期患者有独特优势,学生在老师指导下对患者进行治疗,对中西医结合疗效有切身感受。

案例式教学能锻炼学生分析问题、解决问题的能力,增强学生的求知欲,同时可以将理论知识更好地融会贯通^[4-5]。在临床带教中,我们引入案例式教学法,为学生提供典型中医急诊病例,要求学生根据患者情况辨证论治,根据优势病种诊疗方案进行处方,然后由上级医师进行修改,使学生能

亲身体会中医治疗急症的诊断及急救思维过程,有利于临床思维的培养。

2 加强理论知识,锻炼临床思路

急诊医学的特点是发病急、变化迅速,所拥有的医疗资料少,医生需要在极短时间内对患者的状况进行综合判断,理清思路,找出主要影响因素。这就需要医生从有限的问诊资料、临床查体及快速辅助检查中获取最有效的资料,迅速判断病情,进行抢救或及时分诊。首先对症处理,运用有效手段稳定患者生命体征,再进一步寻找病因,病因明确后再进行有针对性的治疗^[6]。医生必须在长期的临床治疗中培养学生善于观察的能力,透过现象看本质,“见微知著,司外揣内”,抓住主要矛盾,祛除诱因,及时有效地进行干预,为进一步专科治疗赢得时间和机会。

急诊科的诊疗思路适用于“重病推定”原则。这要求急诊医生能快速处理危及患者生命的各种情况,及时发现最可能致命的、最严重的问题,以最简捷、有效的措施进行干预。这就需要急诊医生既要有扎实的理论知识,对各种急症熟练掌握,能有效鉴别不同疾病,同时又不仅仅局限于理论知识,除对书本知识融会贯通外,还需要丰富的临床经验支撑。在我们的临床带教中,首先在查房过程中结合病例复习巩固理论知识,同时加强临床体检等基本技能的培训。培训过程中最重要的是加强学生急诊临床思路的培养^[7-8]。

循证医学教学法结合以问题为基础的教学法强调学生参与学习的主动性,可以有效地提高学生独立解决问题的能力^[9]。本科结合具体患者定期开展病例讨论,要求学生学习循证医学证据,积极进行发言与提问。具体的案例分析与决策实践可以促使学生不断地思考、归纳、领悟,对理论知识融会贯通,有利于学生形成适合自己的思维方式和工作体系。

3 提高动手能力,规范临床操作

急诊医生要求能熟练掌握各种急救操作技术,如心肺复苏、气管插管、电击除颤、机械通气及各种穿刺术(包括深静脉穿刺、胸腔穿刺、腹腔穿刺、腰椎穿刺、心包穿刺及骨髓穿刺)等。急诊救治需要迅速有效,如突发心搏骤停患者需要立即进行心肺复苏、气管插管及机械通气等,急性活动性上消化道出血患者需要在内镜下止血或三腔管压迫止血等。及时有效的处理可以迅速挽救患者生命。

中医院校学生往往操作能力差,无法及时应对突发情况,这就需要平时反复不断地进行练习。我科在教学中多次组织实习学生进行急诊技能的培训。急救技术的熟练掌握一方面要熟悉规范的标准化流程,还需要对解剖位置的准确把握。我科在教学中要求学生熟记操作规程,鼓励学生反复应用教学人体模型进行练习,同时提供多媒体材料供学生学

doi: 10.3969/j.issn.1008-9691.2014.05.022

基金项目:上海市第三批中医优势专科支撑项目(ZYSNXD-YL-YSZK020)

通信作者:裴新军, Email: plgmyh1@yahoo.com

习。在临床实习中,要求学生认真参加查房,提前复习相关理论知识,认真参加新患者的接收及处理,积极参与每一次抢救,认真观摩带教老师的动作和操作步骤,积极提问。通过不断实践,充分掌握现场急救技术和外科基本功。

4 增强风险意识,掌握沟通技巧

急诊工作风险高,容易发生医疗纠纷,甚至引起法律诉讼。在医患矛盾日益加剧的今天,这一冲突体现得更加明显。本科在急诊临床教学中对学生法律意识的培养,使学生形成对病历等医疗文书严肃性的认识,在日常工作中严格按照规范对医疗文书进行书写与管理;对学生进行医疗纠纷防范培训,分析具体医疗纠纷案例,使学生认识到医疗程序的严肃性和违规后可能带来的严重后果,从而严格遵守标准化的医疗程序进行临床工作^[10]。

良好的沟通技巧可以有效降低风险,提高医患配合协作的水平,给患者的临床治疗创造良好条件。急诊患者病情重、时间紧,家属往往比较焦虑、激动,正确的沟通方式与及时有效的信息交流,可以取得患者本人和(或)家属的理解与支持,对保证急诊工作的顺利进行十分必要^[11]。鼓励学生从患者角度去感受和理解,关爱患者,学习沟通技巧,使自己成为一名合格的中西医结合急诊医生。

5 结 语

中西医结合急诊学科的发展需要大量优秀的中西医结合急诊人才,临床带教是培养学生走向临床的重要一环。培养学生如何运用中西医结合知识正确识别和处理急危重症,以及如何进行良好的医患交流沟通,是中西医结合急诊医学

教学前进的方向。以上是我科在中西医结合急诊教学中的体会,希望在今后的工作中进一步探索并学习同行的经验,为中西医结合临床教育事业服务。

参考文献

- [1] 杨继兵,潘涛,金桂兰. 中医药院校急诊医学教学模式探讨[J]. 中医教育, 2008, 27(6): 69-70.
- [2] 孙菊光,奚肇庆. 21 世纪的中医急诊路在何方? [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2006, 13(1): 63-64.
- [3] 吴敏. 中医急症用药的现状 & 值得重视的几个问题[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2002, 9(1): 3-5.
- [4] 赵海滨,李冬华,张秀静. 中医急诊学多元化教学模式初探[J]. 中医教育, 2012, 31(3): 59-60.
- [5] 李雁,杨承芝,王光磊,等. 以病例为引导的中医急诊临床教学实践与探索[J]. 中医教育, 2010, 29(5): 69-71.
- [6] 赵静,余锋,刘南. 中医急诊专科医师临床带教体会[J]. 中国中医急症, 2013, 22(4): 611-613.
- [7] 王津生. 急诊工作的思维特点[J]. 中国临床医生, 2005, 33(8): 47-48.
- [8] 李俊,曾瑞峰,叶焯. 中西医结合急症学的临床实习教学体会[C]//2012 中国中西医结合学会急救医学专业委员会学术年会论文集, 广州, 2012. 北京: 中西医结合学会, 2012.
- [9] 刘迅,姜探奇,赵南. 内科临床实习中开展以问题为基础的循证医学教学研究体会[J]. 中国危重病急救医学, 2005, 17(5): 314.
- [10] 孙梯业,陈自强,颜伟,等. 临床急诊教学的现状与思考[J]. 中国中医急症, 2005, 14(1): 71-72.
- [11] 何珂. 浅谈临床专业医学生沟通能力课程体系的创建[J]. 航空航天医药, 2009, 20(12): 101-102.

(收稿日期: 2014-05-15)

(本文编辑: 李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

本刊对运用统计学方法的有关要求

- 1 统计学符号: 按 GB 3358.1-2009《统计学词汇及符号》的有关规定, 统计学符号一律采用斜体。
- 2 研究设计: 应告知研究设计的名称和主要方法。例如: 调查设计分为前瞻性、回顾性还是横断面调查研究; 实验设计应告知具体的设计类型, 如自身配对设计、成组设计、交叉设计、析因设计、正交设计等; 临床试验设计应告知属于第几期临床试验, 采用了何种盲法措施、受试对象的纳入和剔除标准等, 并提供临床试验注册机构的名称和注册号。主要做法应围绕重复、随机、对照、均衡 4 个基本原则概要说明, 尤其要告知如何控制重要非试验因素的干扰和影响。
- 3 资料的表达与描述: 用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表达近似服从正态分布的定量资料, 用中位数 (四分位数间距或四分位数) [$M(Q_R)$ 或 $M(Q_L, Q_U)$] 表达呈偏态分布的定量资料。用统计表时, 要合理安排纵横标目, 并将数据的含义表达清楚。用统计图时, 所用统计图的类型应与资料性质相匹配, 并使数轴上刻度值的标法符合数学原则。用相对数时, 分母不宜小于 20, 要注意区分百分率与百分比。
- 4 统计学分析方法的选择: 对于定量资料, 应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的, 选用合适的统计学分析方法, 不应盲目套用 t 检验和单因素方差分析。对于定性资料, 应根据所采用的设计类型、定性变量的性质和频数所具备的条件及分析目的, 选用合适的统计学分析方法, 不应盲目套用 χ^2 检验。对于回归分析, 应结合专业知识和散布图, 选用合适的回归类型, 不应盲目套用简单直线回归分析; 对具有重复实验数据检验回归分析资料, 不应简单化处理; 对于多因素、多指标资料, 要在一元分析的基础上, 尽可能运用多元统计分析方法, 以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系做出全面、合理的解释和评价。
- 5 统计结果的解释和表达: 当 $P < 0.05$ (或 $P < 0.01$) 时, 应说对比组之间的差异具有统计学意义, 而不应说对比组之间具有显著性 (或非常显著性) 差异; 应写明所用统计学方法的具体名称 (如: 成组设计资料的 t 检验、两因素析因设计资料的方差分析、多个均数之间两两比较的 q 检验等), 统计量的具体值 (如: $t = 3.45$, $\chi^2 = 4.68$, $F = 6.79$ 等); 在用不等式表示 P 值的情况下, 一般情况下选用 $P > 0.05$ 、 $P < 0.05$ 和 $P < 0.01$ 共 3 种表达方式, 无须再细分为 $P < 0.001$ 或 $P < 0.000 1$ 。当涉及总体参数 (如总体均数、总体率等) 时, 在给出显著性检验结果的同时, 应再给出 95% 可信区间。