

广东省住院医师规范化培训临床教学查房 实施指引*

广东省医师协会毕业后医学教育工作委员会

执笔单位:中山大学附属第三医院(广东广州 510630)

执笔人:柳俊,赖佳明,沈振宇,吴玲玲,姚瑶,赵志新,郑宗珩,周汉建,鄧敏,黎尚荣[△]

参编单位和编者(详见本文末)

【摘要】 临床教学查房是住院医师规范化培训(住培)的重要教学模式,旨在培养和提升住培医师临床思维能力和临床诊治能力。2017年中国医师协会发布的《住院医师规范化培训教学查房规范(征求意见稿)》,为临床教学查房提供了基本参考,但目前尚未形成正式规范。为更好地发挥临床教学查房的作用,广东省医师协会毕业后医学教育工作委员会组织广东省部分住培教学专家,以此《征求意见稿》为蓝本,参考省内各大医学院校的经验,结合专家组的临床教学体会,形成广东省住院医师规范化培训临床教学查房实施指引,供广东省住培教学参考。

【关键词】 住院医师规范化培训; 临床教学查房; 实施指引; 广东省

【中图分类号】 R192.3; C975

DOI: 10.13820/j.cnki.gdylx.20210948

【文献标志码】 A

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



临床教学查房是以指导医师为主导,以住院医师为主体,以真实的临床住院患者为教学内容,采取“三方参与,四方互动”的方式,旨在培养和提升住培医师临床思维能力和临床诊治能力的临床实践教学。临床教学查房突出住培医师临床诊治能力的培训,在预先拟定的时间内通过临床查房展开教学,既区别于日常医疗查房,也不同于示范教学、教学病例讨论和临床小讲课。指导医师、住培医师、患者为参与整个临床教学查房的“三方”,“四方互动”是指导医师与住培医师、指导医师与患者、住培医师与患者、住培医师之间的互动。

1 临床教学查房的目的

临床教学查房的主要教学目的^[1]: (1) 提高住培医师采集病史、体格检查、判读检验检查结果等临床信息收集的能力。(2) 指导住培医师掌握规范化的临床思维方法,提高临床思维能力。(3) 提高住培医师掌握相关疾病特点和制定诊治策略的能力。(4) 培养住培医师的医学人文素养及职业精神。在实施该项临床实践教学活动时,应以所查患者当前最需解决的实际临床问题作为主要教学目标,以期提高住培医师独立管理病床的能力,包括管理该患

者时收集临床信息、综合临床思维、制定诊治方案和加强人际沟通等。特别强调具体的教学目标以1~2个为宜,最多不超过3个。

2 临床教学查房的组织安排

2.1 指导医师 临床教学查房应由医院聘用的指导医师负责并执行。

2.2 教学方案 应根据本专业培训大纲的要求,各培训专业基地针对临床教学查房制定总体课程方案,在一个培训周期内应尽量覆盖本专业的主要病种,并据此制定详细的教学计划。

2.3 教学安排 根据各专业培训的要求,安排临床教学查房至少每1~2周1次。轮转亚专业数量多的专业基地,建议分亚专业进行安排,次数适当增加。

2.4 课程管理 应严格执行住培医师参加课程的管理制度,指导医师或专业教学管理人员应及时准确记录住培医师在临床教学查房过程中的参与程度、组织临床资料能力、病例综合分析能力、组织和分析临床问题能力、批判性思维能力、医学人文素养水平以及团队合作精神等,并作为住培医师完成培训和出科考核的重要指标之一。

* 基金项目:2021年度广东省医学科研基金指令性课题

[△]通信作者:黎尚荣,主任医师; E-mail: lishangr@mail.sysu.edu.cn

2.5 教学督导 培训基地通过院级教学督导、专业基地通过教学小组开展对临床教学查房的质量评估,及时完成反馈和分析工作,保障临床教学查房质量的持续提升。

2.6 集体备课 专业基地应建立集体备课制度,明确临床教学查房的时间安排,明确教学目标、教学对象、教学内容、教学方式等。初次主持该项临床实践教学活动的指导教师应进行教案书写,并纳入集体备课内容。

3 临床教学查房的准备

3.1 患者选择 (1) 应为专业培训大纲要求住培医师掌握(或熟悉)的病种,以常见病、多发病为主。不建议选择少见病甚至罕见病。(2) 应首选指导教师和住培医师管理的住院患者。(3) 所选择的患者应病史清晰、症状和体征明确、辅助检查资料相对完整。病情相对典型,在诊断、鉴别诊断、检查和治疗等方面存在需要进一步分析的问题,这样才有利于住培医师临床思维能力的培养和对诊治方案的探讨。(4) 所选择的患者病情相对稳定,易于配合。(5) 应提前做好与患者和家属的沟通,并征得同意。

需要注意的是:所选择的患者,若非由本次临床教学查房的指导教师和住培医师主管,指导教师应先与所查患者的管床上级医师充分沟通,以获得进一步的临床信息,包括目前的临床诊治情况和存在的主要问题,进一步的诊疗措施等,避免出现临床教学查房诊疗结果与实际诊疗过程之间存在的矛盾现象。

3.2 住培医师的准备 (1) 管床住培医师应充分准备患者资料,包括病史、体格检查、辅助检查、入院后的病情变化和诊疗过程等。其他参与查房的住培医师亦应了解相应情况。(2) 对资料进行认真分析,提出初步的病例特点,诊断与鉴别诊断及相关依据,进一步检查方案及其依据,处理原则和治疗方法。(3) 针对患者入院后至实施本次查房前的病情变化,提前准备好查房过程中需要讨论的问题,对所提出的问题进行相应资料检索、分析和汇总,并提出初步解决方案。

需要强调的是:住培医师应围绕临床教学查房的目标和患者的病情变化,提出问题并制定相应解决方案,否则达不到培训效果。此外,针对所查患者,住培医师与指导教师提出的问题 and 解决方案未必一致,这反而为问题达成“共识”并得以解决带来

更多的分析和讨论机会,体现出教学相长的优势。

3.3 指导医师的准备 (1) 提前亲自查看患者,动态掌握患者全部临床信息。(2) 围绕患者目前的临床问题,确定本次查房的教学目标和要求、住培医师需掌握的知识点、教学过程中的重点和难点。查房目标包括但不限于:诊断和鉴别诊断、检验及辅助检查、治疗决策、康复指导、出院前宣教等。(3) 准备相关临床资料和教学资料,包括文献资料、诊疗指南等。(4) 制作多媒体课件。(5) 准备一定数量的思考题,用于住培医师查房结束后自主学习,并提供必要的参考文献。(6) 将查房相关信息,如时间、地点、指导教师、所查患者姓名及床号、临床教学查房目标等简单信息,提前发送至参与查房的住培医师。(7) 教学经验不足的指导教师(尤其是首次主持临床教学查房者),建议撰写查房教案,内容包括但不限于:教学对象、教学目标、病例特征、教学要求、查房流程及时间安排、主要讨论问题、教学重点和难点、思考题、参考文献等内容。

需要注意的是:(1) 在临床教学查房的设计中,应注意流程安排合理,各阶段教学目标明确。(2) 多媒体课件的幻灯片数量应该合理,建议控制在15张以内,内容包括但不限于:本次临床教学查房主要内容、患者的入院记录和病程记录、指导教师总结的病例特点、检验检查结果、指导教师预拟的问题、诊疗思维导图,还应包括双语、难点和新进展相关内容、参考书籍和文献、临床教学查房小结、布置的思考题。强调要避免将查房中的分析和讨论阶段演变成“临床小讲课”的形式,导致无法达到培养住培医师临床思维和提升临床诊治能力的目标。(3) 指导教师可用3~5 min时间讲解难点问题(如有),从而让住培医师更容易理解重点问题;其余时间,在指导教师的引导下,让住培医师运用他们已有的知识和经验,经过分析和讨论,去尝试解决患者当前最需要解决的临床问题。

3.4 其他准备 (1) 查房所在的病房内温度适宜,具有一定的私密性,避免无关人员在场。(2) 示教室环境宽松、安静,应提前准备相应的教学设备如影像资料播放设备、黑(白)板、必要的教具和模具等。如有条件,可在示教室内接入临床电子病例等信息系统以便实时查阅临床资料。(3) 部分学科需要特殊的检查设施(如妇产科、耳鼻喉科等),应请患者在特定检查室完成病史采集或体格检查的过程。

4 临床教学查房的实施

4.1 查房前准备 时间一般为3~5 min。

主要内容有:(1) 指导医师自我介绍并了解参与查房的住培医师身份,包括年级、专业等,体现指导医师对参加本次教学活动学员层次的了解,映射指导医师因材施教的理念。(2) 本次临床教学查房的目的,包括重点、难点等。指导教师可以询问住培医师围绕本次教学目标准备了哪些内容,以便带着问题进入后续阶段的实践和学习。(3) 明确本次查房的过程安排、住培医师的分工等。(4) 交代注意事项及人文关怀,如手卫生、隐私保护等。

4.2 临床信息采集 时间一般为25~30 min。

主要过程:(1) 管床住培医师以背诵方式,汇报主要病史、主要体格检查及主要辅助检查结果。(2) 指导医师或管床住培医师向患者核实病史,由指导医师引导其他住培医师对遗漏部分进行补充询问。病史汇报、核实和补充询问这一过程的时间一般为5~10 min。(3) 管床住培医师结合病情变化进行重点体格检查,其他1~2名住培医师可以补充遗漏的重点体查部分并汇报体检结果。(4) 指导医师针对住培医师体格检查过程中可能出现的遗漏或不规范手法进行补充纠正,并进行规范性示教。(5) 指导医师和住培医师主动询问患者对诊治过程的想法,解决其疑虑。(6) 离开病房前,应向患者致谢并将随后的讨论结果告知患者或家属。

需要注意以下几点:(1) 指导医师站在纵观全局的位置,住培医师或指导医师体格检查时应在患者的右侧进行且应注意体检前后手卫生。(2) 指导医师应重点强调在诊断及鉴别诊断中具有重要意义的阳性症状和阳性体征,以及阴性症状和阴性体征的采集,在病史采集和体格检查过程中培养住培医师的临床思维能力。(3) 指导医师应尽量安排参加本次临床教学查房的住培医师能够听清管床住培医师的病例汇报,看清管床住培医师、其他住培医师和指导医师的体格检查过程。(4) 注意患者隐私保护,允许患者补充病史并回应患者提出的问题,充分体现爱伤观念、医患和谐关系。(5) 指导医师在补充病史和纠正不规范手法等过程中,应注意对住培医师的保护,避免在患者面前直接批评相关住培医师。

4.3 病例分析和讨论 该阶段的时间一般为35~45 min。

主要过程:(1) 指导医师询问住培医师床旁补充问诊、重点体检的原因并作相应解释,点评住培医师在床旁阶段的表现,包括病史汇报情况、体检手法、人文关怀等。(2) 指导医师点评住培医师病历书写情况,纠正病历书写错误,指导住培医师规范书写医疗文书。(3) 住培医师归纳和总结病例特点,指导医师点评存在的问题并引导住培医师进行修正,培训住培医师凝练有助于临床诊治信息的能力。(4) 先由住培医师判读检验和辅助检查结果,然后指导医师点评和引导,培训住培医师正确分析相应结果以及各项检验检查对临床诊治的参考价值。(5) 围绕患者当前最需解决的临床问题及教学目标,指导医师汇总并归纳师生预设的问题和因病情变化新出现的问题,确定本次讨论的主要问题,以问题为导向,进行指导医师引导、住培医生积极参与的分析和讨论。首先由住培医师对某个问题提出初步分析和结论,然后在指导医师引导下,其他住培医师进行进一步的分析和讨论,使参与的住培医师对每个问题均达成“共识”,即有相应解决方案和措施,最后由指导医师进行归纳和点评,从而达到培养住培医师临床思维、提升临床诊治能力的目的。

需要注意以下几点:(1) 强调住培医师运用已有的理论、知识与经验来解决临床实际问题能力的培养。(2) 住培医师应围绕所查患者的病情需要进行分析,诊断和鉴别诊断按照明确、可能性大、可能性不大或不除外、可除外进行依次排列;制定治疗决策时,指导医师应引导住培医师在按照临床工作指南进行规范性治疗的基础上,掌握各种治疗措施的适应证和禁忌证、权衡临床受益和可能存在的风险,为所查患者制定合理的、个性化特征的处理原则和治疗方法;切忌按照教材内容简单罗列。(3) 为达到诊疗目的所需的进一步辅助检查项目,住培医师应充分说明其选择依据,以及选择的合理性、规范性和可行性。(4) 指导医师应合理运用启发式教学模式,引导并鼓励住院医师充分表达自己的观点,培养住培医师自主分析问题、逻辑推导和批判性思维的能力。

4.4 查房总结 该阶段的时间一般为10 min左右。

主要内容有:(1) 临床总结。患者目前最需解决的临床问题,如诊断及鉴别诊断、进一步检验和检查、处理原则和治疗方法等,是否得到了解决,解决的方法如何。(2) 教学总结。是否达到了培训住培

医师所需掌握的临床思维和诊治能力提高的教学目的。指导教师应具体点评住培医师在基本理论、基本知识、基本技能、临床思维能力、医学人文等方面的优点和不足,对住培医师提出切实可行的改进建议,并指导住培医师进一步学习的方向。

在结束本次教学活动前,指导教师应该交代管床住培医师将讨论结果告知患者或家属,并落实到医嘱上。体现以患者为中心、以临床为重点、以诊治为目的的培训理念。

4.5 其他 包括双语教学、教学能力、护理、新进展。(1) 指导教师应用语专业、规范,并合理教授与临床教学目标相关的专业英语词汇。(2) 指导教师应注意培养住培医师的教学能力。例如,可由高年资住培医师尝试教低年资住培医师如何判读检验和辅助检查结果,或由住培医师对患者进行合理的健康宣教,然后由指导教师补充和纠正等。(3) 指导教师应指导检查护理相关问题。例如,由护士或住培医师进行与临床教学目标相关的知识宣教、告知术前、术后注意事项等。(4) 指导教师应指导住培医师将对患者有实际诊治意义的新进展应用于所查患者,无循证医学证据或尚未共识的新进展以思考题形式布置给住培医生课后自学了解。

5 实施过程常见问题和解决方法

5.1 病史汇报能否在示教室进行? 一般情况下不建议。若遇肿瘤、HIV 感染、传染病等敏感、隐私问题,汇报病史可以改在示教室进行,这是少见的情况,或是由某些专业基地或亚专科收治的病种特点所决定的。

5.2 指导教师能否在床旁点评住培医师的表现?

可以。针对住培医师汇报病史、补充问诊及体检手法进行纠错,是在床旁立即指出并点评的。因患者在场,教师用语及语气应注意保护好住培医师,尽量避免使用“错误、不对”等词语,建议使用“看这样的方式是不是会更好些”、“还有提升空间”等语句。

5.3 如何归纳和总结病例特点? 内容包括但不限于:(1) 性别年龄,急性发病、慢性发病还是慢性发病急性加重;(2) 主要阳性及有鉴别诊断意义的阴性症状;(3) 主要阳性及有鉴别诊断意义的阴性体征;(4) 对诊治有价值的阳性或有鉴别诊断意义的阴性辅助检验检查结果;(5) 初步诊断及目前治疗状况;(6) 下一步诊治计划。

病例特点培训的是住培医师对患者特点的高度概括和凝炼能力,是必须完成的教学步骤。

5.4 如何进行有效的讨论与分析? (1) 首先,指导教师通过询问、汇总并归纳师生围绕本次教学目标预先提出的问题以及因病情变化新出现的问题,按急重缓轻、最可能到最不可能、最佳选择到最末选择的排序确定本次讨论的主要问题。(2) 然后以问题为导向,在指导教师引导下,住培医生积极参与,对主要问题逐个进行分析和讨论,支持点、不支持点、结论和下一步措施。

此过程中,可先由一名住培医师对问题进行分析并得出结论,之后指导教师应尽力调动参与本次查房的其他住培医师表述自己的观点,通过相互讨论,直至师生、生生达成“共识”才转至下一个问题,这样才能形成有效的分析和讨论。分析讨论的目的,是使参与的住培医生在管理患者时,建立起同质化、正确的临床思维并提升对患者的临床诊治能力。

5.5 如何防止指导教师将病例分析和讨论阶段演变成临床小讲课? 推荐2个小技巧供参考:(1) 控制本次教学活动所用的幻灯片数量总数,建议在15张左右。(2) 讨论分析阶段,指导教师不应站在示教室的讲台上,而是坐下来与住培医师面对面进行病例分析和讨论。

5.6 是否可以在床旁实施并完成整个临床教学查房全过程? 部分情况可以。例如讨论分析的内容均为有利于患者、有利于健康宣教的,可以考虑在床旁完成。如果采用这种方式,一方面需要注意患者是临床教学查房的组成部分,应充分展示“三方参与、四方互动”的临床教学模式、体现人文关怀、医患共同决策等爱伤理念,另一方面也需指导教师调整查房安排,实现无幻灯演示支撑的教学活动。

当存在不利于患者或临床有争议的内容、判读对患者不利的辅助检查结果、点评住培医师不足之处以及传染患者等情况时,不合适全程床旁完成。

6 课程思政

要在课程教学中注重加强医德医风教育,着力培养住培医师“敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆”的医者精神,注重加强医者仁心教育,在培养精湛医术的同时,教育引导住培医师始终把人民群众生命安全和身体健康放在首位,做党和人民信赖的好医生。

7 其他

本实施指引以中国医师协会住院医师规范化培训教学查房规范专家论证组、毕业后医学教育部数字培训中心《住院医师规范化培训教学查房规范(征集意见稿)》^[1]为蓝本,参考省内各大医学院校的经验,结合专家组的临床教学体会,经讨论后形成。适用于广东省各住院医师规范化培训基地开展临床教学查房,各基地可以根据自身的传统与特点进行适当调整,但不能偏离其基本框架。

【致谢:本实施指引制定过程中,广东省模拟医学研究院、硕氏模拟医学研究(广东)中心提供了全程的组织支持,在此表示衷心感谢。】

参考文献

- [1] 中国医师协会住院医师规范化培训教学查房规范专家论证组,毕业后医学教育部数字培训中心. 住院医师规范化培训教学查房规范(征求意见稿) [J]. 中国毕业后医学教育, 2017, 1(2): 81-83.

(收稿日期:2021-03-29 编辑:庄晓文)

参编单位和编者(各单位编者按姓氏拼音排序)

中山大学孙逸仙纪念医院: 詹俊

南方医科大学南方医院: 秦再生, 郑维扬

南方医科大学珠江医院: 陈剑锋

暨南大学附属第一医院: 曾慧兰

广东医科大学附属第一医院: 莫伟

广东药科大学附属第一医院: 蒋文功

广州医科大学附属第一医院: 胡明

广东省人民医院: 叶海燕

深圳市人民医院: 李明岳

广东省医师协会毕业后医学教育工作委员会: 王伊晖, 乡汝浩