

·全科医学教育探索·

思维导图在全科住院医师规范化培训门诊带教中的应用

刘培红 张庆国 周炜 孙伟 许夏霞 吴柯柯

2009年中共中央、国务院《关于深化医药卫生体制改革的意见》将建立住院医师规范化培训制度,加强基层医疗卫生人才队伍建设,特别是全科医生的培训作为我国深化医药卫生体制改革的中心任务之一^[1];全科住院医师规范化培训是培养高质量全科医生的最佳途径^[2]。门诊接诊是全科医师日常工作的主要形式,门诊接诊能力的培养在全科医师住院医师规范化培训中尤为重要^[3],临床思维的训练又是门诊接诊能力的核心问题。有研究表明思维导图能显著提高住院医师的临床思维能力^[4]。本研究在全科门诊带教中增加绘制思维导图环节,探讨思维导图在全科门诊带教中的作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择浙江省台州医院全科基地规范化培训的2017~2019级学员,共20名学员,其中2017级4名、2018级4名、2019级12名;男性8名、女性12名,均为大学本科学历,参加规范化培训之前均未参加工作。本次研究为前瞻性研究,将20名全科学员按照不同年级随机分到两组,分为研究组和对照组,研究组中男性4例、女性6例;平均年龄(23.90±0.78)岁;2017级学员2名、2018级学员2名、2019级学员6名。对照组中男性4例、女性6例;平均年龄(24.00±0.82)岁;2017级学员2名、2018级学员2名、2019级学员6名。两组一般资料比较,差异无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 对照组进行常规门诊带教,研究组在常

规门诊带教基础上增加绘制思维导图环节。研究前准备:①设计门诊标准病例剧本:科室成立研究小组,根据真实病例设计发热、头痛、头晕、咳嗽、咯血、胸痛、腹痛、腰背痛、咯血、心悸、水肿、口干等全科常见症状门诊病例剧本(教学12例和考核10例),并经研究小组审核。②思维导图库制作:对上述每一个症状的病因、各病因的疾病特点绘制思维导图,并经研究小组审核,制定一个相对全面规范的思维导图样本。③对研究组的学员进行思维导图绘制方法的培训。④安排主治以上的医师进行门诊带教,带教老师均需进行迷你临床演练评估(mini-clinical evaluation exercise, Mini-CEX)、思维导图评价反馈等培训。

每周选取上述制定的一个症状学病例,病人采用标准化病人,每周带教病种相同,带教老师相同,进行为期3个月的研究。接诊流程:对照组每个学员接诊20 min,在每个学员接诊患者结束后,带教老师从问诊、体格检查、临床思维与治疗、沟通能力及人文关怀、总体表现等方面进行点评反馈5~10 min。研究组每个学员接诊20 min,每个学员在患者接诊结束后将主诉的病因、各病因的疾病特点绘制成思维导图20 min,在下一个学员接诊结束后带教老师再对前一个学员的接诊过程及思维导图进行点评反馈5~10 min。

1.3 考核评估方法 干预前后研究组和对照组均通过标准化病人进行接诊考核。门诊接诊考核表采用住院医师规范化培训 Mini-CEX 记录表,评价内容包括医学问诊、体格检查、临床思维与治疗、专业能力综合评价、沟通能力及人文关怀、总体表现等六方面内容,每项内容评分设置为不合格(1~4分)、合格(5~6分)、良好(7~8分)、优秀(9~10分)。每次考核均由两个带教老师评价,以

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2020.012.017

基金项目:恩泽医疗中心(集团)科学研究基金(18EZGP8)

作者单位:317000 浙江临海,温州医科大学附属台州医院全科医学科

通讯作者:张庆国,Email:zhangqg@enzemed.com

平均值计入成绩。

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行分析, 计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)来表示, 组间比较

采用 t 检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组干预前后各项成绩比较见表1。

表1 两组干预前后各项成绩比较/分

组别		医疗问诊	体格检查	临床思维 与治疗	专业能力评价	沟通能力 与人文关怀	总体表现	总分
研究组	干预前	6.05 ± 0.84	6.75 ± 1.15	5.80 ± 0.94	6.20 ± 0.89	6.50 ± 1.10	6.40 ± 0.88	37.60 ± 4.01
	干预后	8.40 ± 0.92*	7.90 ± 0.84	8.30 ± 0.95*	8.50 ± 0.83*	8.15 ± 0.55	8.50 ± 0.87*	50.00 ± 3.98*
对照组	干预前	6.10 ± 0.71	6.30 ± 1.05	5.95 ± 0.86	5.90 ± 0.91	5.80 ± 0.90	6.20 ± 0.91	36.20 ± 3.92
	干预后	7.20 ± 0.76	7.30 ± 0.90	7.30 ± 0.84	7.50 ± 0.86	7.70 ± 0.58	7.50 ± 0.92	44.50 ± 4.09

注: *与对照组干预后比较, $P < 0.05$ 。

由表1可见, 干预前两组在医学问诊、体格检查、临床思维与治疗、专业能力评价、医患沟通和人文关怀、总体表现、总分方面成绩比较, 差异均无统计学意义(t 分别=0.14、0.91、0.37、0.74、1.55、0.49、0.78, P 均 > 0.05)。干预后, 研究组在医学问诊、临床思维和治疗方面、专业能力评价、总体表现、总分明显高于对照组干预后, 差异均有统计学意义(t 分别=3.18、2.49、2.99、2.24、3.04, P 均 < 0.05), 但两组体格检查、医患沟通和人文关怀方面成绩比较, 差异均无统计学意义(t 分别=1.54、1.78, P 均 > 0.05)。

3 讨论

全科医师大多在基层医院门诊工作, 相较专科医师而言, 往往更先接触到患者, 这一阶段的患者往往以症状学为主, 且基层医院辅助检查手段相对有限, 因此形成良好的临床思维习惯就显得尤为重要, 这不仅关系到疾病的正确诊断与治疗, 还关系着疾病的精确转诊^[5]。全科住院医师规范化培训的目的就是培养适应社区医疗岗位胜任力的医生^[6]。

思维导图又称心智图或脑图, 是20世纪60年代英国人托尼·巴赞创造的一种强化记忆的笔记方法, 是一种可视化思维工具。思维导图是结构化的放射性思维模式, 它不仅帮助使用者提高记忆力, 最明显的优点是使思路清晰化^[7]。思维导图与临床思维过程在思维特征上具有很强的相似性。对全科规范化培训学员而言, 已经在医学院掌握了基本理论、基本知识、基本技能, 在临床实践中, 需打破原来的纵向思维模式建立网状的知识体系。以症状学出发的思维导图, 从症状作为关键点出发, 将病因通过线条等方式关联起来, 通过归纳整理, 提取关键信息, 形成一个以症状为中心点, 各种病因及鉴别特点、鉴别要点形成分支树桩结构图形, 呈

现各信息点间的层次关系和思维顺序关系, 实现临床思维过程的可视化^[8]。通过这样的横向关联, 学员在病史采集和查体时更有条理性和目的性, 并有的放矢地安排辅助检查, 将症状结合实际案例综合分析, 临床思辨能力得到不断提升。

近年来国内很多培训基地开始了对全科门诊教学模式的探索, 如复旦大学附属中山医院、浙江大学医学院附属邵逸夫医院等^[9-12], 均取得了良好的成效。我院全科门诊带教常规采用的是督导式教学门诊培训, 具体实施方法为先让学员对病人独自接诊, 带教老师在旁边观摩, 接诊病例结束后, 带教老师再对接诊要点、存在问题等进行点评。这种模式增加了学员临床实践的机会, 一定程度上能提高学员病人接诊、体格检查、医患沟通等方面的能力; 但仍然存在学员对问诊内容不够全面, 临床思维较局限, 且对于带教老师点评接诊存在的问题容易被遗忘等现象。通过在督导式教学培训基础上增加思维导图环节, 让规范化培训学员在门诊接诊患者后, 绘制思维导图, 对于病因相对复杂的症状可能需要绘制多个思维导图。以水肿为例, 绘制第一层次为全身性水肿、局部性水肿; 第二层次全身性水肿又会有心源性、肾源性、肝源性、营养不良性等等病因, 局部性水肿又有淋巴管炎、静脉血栓、血管神经性水肿等等; 第三层次是各种病因的诊治要点, 如心源性水肿, 患者多有心脏基层疾病, 水肿以双下肢最为明显, 与体位有关, 伴有腹胀、呼吸困难等临床表现, 查体有颈静脉怒张、心脏杂音等。学员通过绘制思维导图, 可以将各个知识点进行整合, 思路更加有条理性, 带教老师也能通过学员绘制的思维导图, 发现其思维的局限性在哪里, 通过点评后让学员不断地进行完善, 这样反复进行思维导图

的训练,学员的临床思维分析能力也会不断提高。本次研究选用标准化病人进行门诊接诊培训,标准化病人稳定性好,可以减少病例选择对研究的影响。考核应用的Mini-CEX记录表是我院结合实际情况进行改良的版本,王峥嵘等^[13]研究表明改良的Mini-CEX记录表有助于住院医师规范化培训的更好开展。本研究结果显示,采用思维导图干预的全科学员医学问诊、临床思维与治疗、专业能力评价、总体表现得分均较对照组高(P 均 <0.05),说明思维导图在提高学员医学问诊、临床思维与治疗等方面是一种行之有效的方法。对于全科医学这门需要整体思维的学科,思维导图应用于全科门诊教学有着积极的作用,第一,它可使规范化培训学员养成系统的诊治疾病的思维习惯,掌握扎实的临床基础;第二,带教老师在带教过程中也需要不断地学习,也要系统地梳理临床思路,从而促进全科带教老师的思维和素质发展;第三,可促进学员在临床实践中不断地反思(反思教学)。

综上所述,在全科门诊带教中应用思维导图能有效提高全科学员的门诊接诊能力。但本研究也存在一定的局限性,比如思维导图能将接诊过程可视化,但是接诊技巧还包括行为举止、语言组织等,如问诊语气如何,有没有进行暗示性提问、是否使用过多医学术语等等,老师在这方面反馈时学员仍然无法直观感受。后续研究可增加接诊录像联合思维导图绘制,进一步加强接诊反馈。

参考文献

1 中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见[J].

- 中华人民共和国卫生部公报,2009,(5):1-10.
- 2 董爱梅,祁祯楠,齐建光,等.北京大学医学部全科住院医师规范化培训的探索与实践[J].中华全科医学,2018,16(11):1913-1915.
 - 3 任菁菁,方立争.门诊教学在全科住院医师规范化培训中的作用[J].中华全科医师杂志,2008,7(10):690-691.
 - 4 熊宇,汪欣,向国春,等.思维导图在临床思维能力培养中的应用[J].中国高等医学教育,2016,30(7):80-81.
 - 5 顾秋千,袁春兰,韩一平.浅析全科培训中临床思维的建立与培养[J].上海医药,2019,40(24):13-15.
 - 6 覃泱,梁康,魏兵,等.培养医学生岗位胜任力,推进临床教学改革[J].中国继续医学教育,2020,12(2):1-3.
 - 7 托尼·巴赞.思维导图[M].北京:作家出版社,1999:39.
 - 8 董靖竹,薄红,胥娇,等.思维导图在全科住院医师规范化培训教学中的应用[J].中华医学教育探索杂志,2018,17(11):1175-1179.
 - 9 刘娟娟,韩婷婷,任菁菁.GP-IP带教模式在全科医师规范化培训中的应用探讨[J].中华全科医师杂志,2017,16(12):981-983.
 - 10 沙悦,曾学军.全科医学住院医师规范化培训中的门诊教学实践探讨[J].中华全科医师杂志,2019,18(1):92-93.
 - 11 陈亮,张维维,夏秀萍,等.莱斯特评估包在全科医生门诊接诊能力培训中的应用效果分析[J].中华全科医师杂志,2018,17(7):557-559.
 - 12 戴红蕾,陈丽英,朱文华,等.全科住院医师规范化培训垂直分层门诊教学模式[J].中华全科医师杂志,2014,13(3):173-174.
 - 13 王峥嵘,张金花,郭群依.迷你临床演练评估在住院医师规范化培训中的作用[J].中国高等医学教育,2016,30(11):92-93.

(收稿日期 2020-09-15)

(本文编辑 蔡华波)