

■ 本期关注

经过多年的探索与发展,我国医学专业学位研究生规模不断扩大,教育结构逐步优化,专业类别趋向多元化,学位授权点数量增多,整体而言,教育成果显著。但是,目前临床医学专业学位研究生的培养主要采用专业学位研究生培养与住院医师规范化培训制度有机结合的“双轨合一”培养模式,临床医学专业学位研究生临床能力的培养得到加强,科研能力培养被部分削弱。科研能力培养在医学专业型研究生的教育中显得愈发重要和不可或缺。

医学专业学位研究生科研能力现状分析与对策

河南中医药大学第一附属医院呼吸科 谢 洋

医学专业学位研究生科研能力现状

课程开设不合理

在“双轨合一”的培养模式下,传统的临床医学专业学位研究生第一学年上学期为理论知识学习,两年时间在临床科室轮转,剩下半年时间用于科研能力培养和论文撰写。而住院医师规范化培训要求3年一直在临床科室轮转,很多高校为了保证临床医学专业学位研究生临床技能培养的时间和效率,压缩临床医学专业学位研究生科研课程学习时间,精简科研课程教学。对于如何培养科研能力、如何掌握科研操作均未有相关的教育,对于循证医学、临床科研方法,以及统计学软件等课程研究范围涉及少,往往忽视科研在住院医师规范化培训和临床医学专业学位研究生培养中的作用。课程设置不合理,导致研究生知识结构不全面,缺乏对科研方法的了解,学位论文中资料堆砌过多,研究和创新的内容较少。

研究生自身科研意识不足

一是“重临床、轻科研”的思想在医学专业学位研究生群体中十分常见,多数研究生是为了毕业和学位而学习,缺乏对科学研究的热情;存在固有的应试教育思想,没有养成潜心钻研、积极探索的科学态度。
二是研究生本人时间及精力有限。研究生自入学起,大部分时间都在临床轮转,承担着繁重的临床工作,忙于接管患者、整理病历和参加手术,只能利用业余时间学习知识、查阅文献、撰写论文等,没有足够的时间和精力去主动培养自己的科研思维和提高科研水平。
三是师生交流不足。研究生在相当长的时间内在其他科室轮转,脱离了导师监管,导师很少有时间培养研究生的科研能力,导致研究生一头扎进临床,科研能力没有得到锻炼,限制了学生的成长和职业发展,导致其最终只能成为一名医疗技师。

导师对研究生科研能力培养指导不足

一是导师对研究生科研能力培养指导薄弱。临床医学专业学位研究生的导师基本上都来自临床实践一线,部分导师对研究生科研能力培养的重视程度不够,投入精力偏少,把专业学位研究生等同于住院医师进行培养,直接影响了专业学位研究生的科研能力培养质量。
二是导师水平不高。导师在研究生培养过程中自始至终都发挥着极其重要的作用。目前国内医学院校的导师队伍水平参差不齐,部分导师自身科研能力不足或缺乏研究生培养经验,容易忽略对学生科研能力的训练,对学生选择课题、设计课题以及实施课题等缺乏必要的指导。同时,由于课题和科研经费匮乏,难以指导学生开展课题。
三是导师精力不足。由于教学、临床医疗等工作任务繁重,带教学生偏多,导师无暇顾及每一个学生,对研究生培养指导更侧重于临床实践环节,很少有机会与学生探讨临床科研问题,难以激发学生的科研热情。

科研能力培养体系不完善

原国家卫生计生委(现为国家卫生健康委)临床住院医师规范化培训对“双轨合一”培养模式下临床专业学位研究生的轮转科室、完成病种的类别和数量、需掌握的操作和技能等做了详细的阐述和要求;而对科研能力的要求仅仅是能够阅读与本专业相关的文献资料,并具备基本的临床科研思维和论文撰写能力,并未详细规定“双轨合一”模式下的研究生需要达到的科研水平,在一定程度上忽视了“双轨合一”模式下研究生的身份。另外,培养体制中缺乏针对专业学位研究生设立的基金项目。同时,对于专业学位研究生毕业的条件也有所改变,对发表学术论文的要求较以前大大降低,有的医学院校基本取消了对论文发表的要求,从而导致研究生认为只需掌握临床基本技能就能达到培养目标,因而更加注重临床能力培训,将更多时间放在技能训练上,忽略了科研思维和能力培养。

提高医学专业学位研究生科研能力的建议

强化科研能力培养既是专业学位研究生教育本身的目标,同时也有利于推动我国医疗卫生事业的发展。因此,探索一套有效并切实可行的专业型研究生科学研究能力的培养方法,使其具备严谨的科学研究思路,掌握科学研究常规实验技术与方法,具备独立开展医学科学研究的能力,是当下医学研究生教育迫切需要解决的问题。

优化课程设置,加强科研能力培训

建议学校开设科研能力训练课程,引入临床科研优秀案例,组织开设临床科研方法、循证医学培训班,设立专项基金,鼓励研究生紧密结合临床实际完成学位论文。学校应在政策方面要求学生在规培期间参加一定数量的学术讲座,并将其作为一项考核标准。研究生管理机构应定期组织学生进行学术交流,鼓励他们就自己最近看到的一些新研究内容、研究方法与大家分享及讨论。同时,对学生在科研设计方面所需的帮助进行调研,学校根据调研结果给予支持。

提高研究生的科研兴趣和学习主动性

一是重视研究生思想工作,使其明确每一名专业学位研究生在努力提高临床能力的同时,还要提高自己的科研能力,为以后在临床工作中发现并解决问题奠定基础,为提升自己的竞争力增加筹码。可通过举办讲座、竞赛等方式,提高学生发现问题的能力,强化科研思维培养,提升学生参加科研能力培训的主动性。
二是注重培养团队意识。组织兴趣爱好相同的同事、同学组成专业的团队,分工合作、完成大型实验课题,尤其是临床课题,有意识地培养研究生在临床研究中学会资源共享,引导和加强相互之间的合作,培养大家紧密的团队精神和团队意识。
三是提高对毕业生的科研要求。研究生管理部门可适当增加对毕业生学位论文的要求,如在论文选题方面要求具有创新性、前沿性和科学性,同时要求从研究目标、科研设计方案、选取指标、技术路线等方面列出具体的实施方案,并探讨其可行性;也可以适当要求增加临床医学专业学位研究生毕业论文的发表数量和发表刊物的档次,如增加发表论文章数,要求发表核心期刊的文章等。

充分发挥导师在研究生科研能力培养中的重要作用

一是建立导师考核、培训制度,转变研究生培养观念。完善导师评聘评价机制,改变单一科研导向,并且将研究生培养质量作为导师考核要素之一。
二是完善教学方式方法。在科研能力培养过程中,导师无疑是研究生的引路人。因此,导师应进一步完善培养方法,更加注重对学生专业知识、科研方法、怀疑精神、发现问题和解决问题能力的培养。调查发现,最有效、最有利于创新能力培养的教學方式是专题研讨。要通过让学生参与导师课题研究、参与实验实际开展及参加学术讲座和学术交流等方法,提升研究生科研基本素质与实际科研能力。
三是采取导师团队制度。由2名~3名导师共同对研究生进行指导,分为主导师和副导师,主导师为研究生入学时报考的导师,主要负责研究生临床能力、科研能力训练及毕业论文指导工作,副导师主要是辅助主导师开展工作,给予研究生学习和生活方面的帮助,通过整个团队,提升研究生的科研能力。

建立、健全科研能力培养机制

一是设立专项基金。研究生管理部门可设立针对临床医学专业学位研究生的专项研究基金,积极鼓励临床专业学位研究生申请课题和参与科研。
二是搭建交流平台。学校可以定期聘请国内外专家开展科研专题讲座,并把听取科研讲座纳入研究生培养体系,要求临床医学专业学位研究生听取足够场次的讲座才能取得硕士学位。医院也要充分搭建科研成果交流平台,邀请国内外专家学者来授课,加强国内外学者与研究生的交流,为研究生营造良好的学术氛围。
三是激励导师和临床医学专业学位研究生投入科研工作,如临床医学专业学位研究生撰写的论文录用后,论文发表的版面费可以报销,带教老师可以获得额外的奖励,激励研究生积极参与临床科研工作。

■ 经验探索

急性心肌梗死是冠状动脉急性、持续性缺血缺氧所引起的心肌细胞损伤及坏死的临床综合征;是冠心病的严重类型,发病率、致死率、致残率较高。急性心肌梗死的病理生理特点决定在其诊治过程中应贯彻时间管理策略,及时、确切、有效地开通梗死的相关动脉,不仅能够抢救患者的生命,而且能够提高患者的生活质量。CPC(胸痛中心)作为一种新型的医疗模式,通过统一流程,为急危重症胸痛患者开通绿色通道,在较短时间内对患者采取最佳的治疗方案,使大量高危胸痛患者,尤其是急性心肌梗死患者最大获益。

在CPC模式下,郸城县人民医院自2015年10月开始构建并同步运行急诊快速绿色通道,经过几年的运行和逐步完善,大大方便了胸痛患者的急诊救治,心血管病的救治水平得到了较大提升,并于今年5月17日顺利通过了国家标准版CPC的认证。

急诊快速绿色通道设置急诊门诊路径、急诊“120”路径。那么,具体怎么操作呢?

在急诊门诊路径方面,急诊科预检护士熟练掌握胸痛患者分诊处置流程,识别胸痛患者后立即启动快速绿色通道,先诊治、后收费;急诊科值班医生依据病情和心电图快速做出急性心肌梗死患者的诊断或疑似诊断,同时上传患者心电图及病历资料至医院“CPC专家微信群”,呼叫急诊会诊,和CPC专家一起决定患者的血管再通策略,同步值班护理按医嘱对患者进行必要的处置并留取血标本;和患者家属谈话沟通并签署知情同意书,同时一键启动CCU(心内科重症监护室)或导管室;最后备好抢救箱和除颤仪,护送患者到病房或导管室进行规范化治疗。

在急诊“120”路径方面,“120”接诊医生接触急性心肌梗死患者(包括高度疑似患者)后,立即上传患者心电图及病历资料至医院“CPC专家微信群”呼叫急诊或会诊,必要时一键启动,随后和跟车护士一起对患者进行必要的救治,初步进行病情沟通;在入院前和CPC专家一起决定患者的再灌注策略并签订知情同意书,一键启动CCU或导管室;入院后绕行急诊科,直达病房或导管室治疗。

患者进入医院大门到开始静脉溶栓时间、从患者进入医院大门到PCI(经皮冠状动脉介入治疗)介入导丝通过病变部位静脉溶栓时间逐步缩短;再灌注成功率达90%以上,住院时间较前缩短,不良事件发生率逐渐降低。

近年来,随着我国社会经济的高速发展和人口老龄化的加快,以及人们生活方式的改变,心血管病的发病率持续增高,急性心肌梗死已经引起了社会的高度关注。研究显示,从2002年到2017年,我国急性心肌梗死的死亡率总体上呈上升态势,尤其是农村地区近10年来急性心肌梗死的死亡率呈快速上升趋势。由此可见,我国农村地区心血管病的防治形势异常严峻。作为老百姓家门口的医院,县级医院具备时间和距离优势,但心血管病的急诊救治能力亟待提升。对于急性心肌梗死患者,时间就是生命,急性心肌梗死患者的有效管理要从首测医疗接触开始,早期识别和快速转运是救治的关键;早期急性心肌梗死患者的诊断可以更快速,但急性心肌梗死患者的合理精准化治疗却需要奔赴省、市级医院才能完成,需要等待时间。

随着国家医疗改革向县域深耕,很多县级医院抓住发展机遇;对上“医联体”,通过和上级医院建立专科联盟,促使部分高精尖适宜技术下沉,县级医院骨干医生得到迅速成长,使大量基层高危、需血运重建的患者在县级医院进行急诊介入治疗成为可能;对下“医共体”,通过与基层医疗卫生机构建立紧密型医疗服务集团,统一政策、资金、管理,使县、乡、村三级医疗卫生机构紧密相连,急危重患者的识别、会诊、转运更加方便快捷。

在CPC医疗新模式下,县级医院通过为胸痛患者构造并延伸多途径急诊快速绿色通道,有效整合县域内的医疗资源,摸索出在最短时间内救治高危胸痛患者的新路径,助力县级医院心血管急诊救治能力迅猛提升。医院可以把CPC建设的“最后一公里”落实到基层,实现县域内CPC建设的全员参与、全程管理、全域覆盖的“三全”模式,从而开辟健康中国“心”路径,为“健康中国2030”做贡献。

加强胸痛中心建设 提升县级医院救治能力

郸城县人民医院急诊科 张 开 李 玲

洪灾之后莫悲伤 积极乐观保健康

河南省疾病预防控制中心结核病预防控制所 孙建伟

今年7月中下旬,河南遭遇历史罕见的持续性强降雨,全省多地受灾,郑州、新乡、焦作、济源、鹤壁、安阳等地受灾严重。很多群众背井离乡,被转移安置。家中受灾,寄居在外,心情很容易悲伤忧郁。

中医认为,忧伤伤肺。人在悲伤忧愁时,可使肺气抑郁,耗散气阴,出现感冒、咳嗽等症状,可直接引起机体体液或细胞免疫功能下降,导致包括肺结核

在内的多种肺部疾病的发病或加重。喜为心志,心为君主之官,主明下安,喜则气和达志。

“悲伤肺,喜胜悲”。结核病患者治疗时间长,好多患者难免心情抑郁。中医有“常笑宣肺”一说,对呼吸系统来说,大笑能使肺扩张,人在笑时还会不自觉地进行深呼吸,肺活量的增加能够有效地排出大量二氧化碳,清理呼吸道,促进呼吸的顺畅。因此,“喜笑”对

提升肺功能有着功不可没的平复疗效。另外,“喜笑”还可以缓解各种身体不适,诸如疲劳、头痛、消化不良、背脊

僵硬、焦虑不安和各种伤口的慢性疼痛等。

因此,灾区群众,特别是肺部疾病患者应积极调整情绪,保持良好的心态,洪灾之后莫悲伤,积极乐

观保健康,以健康的身体和乐观的精神参与家园重建,早日回归正常的生产生活。

结核病防治论坛

开展“终结结核”行动 共建共享 健康中国
本栏目由河南省疾病预防控制中心主办

征 稿

本版主要栏目有《本期关注》《经验探索》《一家之言》《声音》《借鉴》《他山之石》等,内容涵盖业务、行政、后勤、经营、医疗安全、医院文化、人事制度、医患关系等。
投稿邮箱:757206553@qq.com