

3 分析与对策

随着社会的不断发展,社会竞争越来越激烈,本科生就业也越来越难,特别是对于从农村走出来的大学生就更加困难,免费订单定向医学学生的培养计划无疑为农村学子提供了很好的学习机会^[1-2]。没有就业的烦恼和压力,本可以一心一意、认真地学习,将来大展宏图,但人性本来就有惰性的一面,如今进入可以包分配的本科生行列,很多学生放下了绷紧的神经,认为只要能够毕业,没必要太认真,并且将来在农村工作也没有什么前途,学多学少也没有太大差别,甚至部分学生认为自己将来在乡下工作,在同学面前抬不起头,很没面子,因此,没有了高中时期的学习激情,由过去的主动学习变为被动学习,缺乏学习热情,从而导致学习成绩下降。为确保订单定向医学学生培养目标的实现,确保培养质量,可以从以下几方面来引导。

3.1 加大宣传,积极做好招生工作 订单定向免费本科医学学生的录取为提前批次,是面向省内招生,这有利于选择到更多、更好的学生。要充分利用这一政策,加大招生宣传力度,让学生了解农村订单定向医学学生培养计划的现实和长远意义,选择有志于为医疗卫生特别是基层医疗卫生服务的学生。

3.2 加强学生思想教育,做好学生心理辅导,树立为农村医疗卫生服务的决心 针对学生出现学习松懈、偷懒,学习没有动力,只要能够拿到毕业证和学位证就万事大吉,甚至“60分万岁”的思潮,以及将来在农村工作生活没有施展才华的空间,产生厌学、被动学习、学习积极性下降等情况,必须结合中国国情,通过加强学生思想道德教育,进行爱国主义、集体主义和专业思想教育,培养学生吃苦耐劳、敬业奉献的思想品质,树立正确的人生观;通过加强学生心理辅导工作,使学生充分认识到广阔的农村不是没有施展才华的空间,只要有决心就一定能够走出属于自己的天地,是金子总会发光的;通过加强学生职业生涯规划教育,帮助学生制定一份阶段性或长远性的规划,给自己职业生涯一个清晰的定位,并通过规划时时鞭策自己,只有通过努力学习,才能实现自己的梦想,成为有用之才^[3]。

3.3 引入竞争激励机制,激发学生学习兴趣,变被动学习为主动学习 订单定向学生入学前已与有关部门签订协议,明确了双方的责任和义务。其中规定不能正常毕业或不能获得毕业证或学位证的学生,不仅不能安排工作,而且还要返还学费、住宿费,但这约束力显然较小,不利于调动学生积极性。要想从根本上解决学生学习积极性不高、变被动学习为主动学习,除了在思想上要加强辅导外,必须引入竞争激励机制。具体设想为:一是对于一学年成绩靠后的 10 名学生收取一定学费,即总

· 医学教育 ·

分最后一名按 100% 缴纳学费,倒数第二的按 90% 缴纳,后面的依次递减 10%,而对于排名在前 10 位的学生给予适当奖励;二是对于两学年总成绩排名均为倒数 3 名内的学生,取消其免费培养资格;其三是尝试选拔优秀、富有同情心,志愿为基层医疗卫生服务的非定向生加入免费定向生培养计划。

3.4 开展形式多样的社区服务,感受基层医疗工作的意义 利用周末开展社区服务或实践,以班级或小组,甚至寝室为单位进行,帮助解决社区居民健康小问题,了解社区居民的心理需求,锻炼语言能力,掌握说话技巧,融入社区当中;利用寒暑假开展卫生调查,特别是边远山区的卫生调查,亲眼目睹边区村民因受疾病折磨的痛苦情景,患者因较偏僻,步行几十里路而延误最佳治疗时机,落下终身残疾甚至失去生命的事例,感悟基层医疗工作的神圣和将来工作的价值,增加自身的使命感。

3.5 加强后期培养,为他们提供施展才华的空间 根据协议订单定向学生毕业后必须在乡镇卫生院至少服务 6 年,学生到基层医疗单位工作,现在最大问题是如何能够让他们留得住,扎根在基层。首先,要关心爱护,帮助他们适应农村工作环境,解决生活中的实际问题。刚出校门的大学生缺乏工作经验,因此,在业务上要选派有经验医生对他们进行指导,使他们能够迅速地成长,能够独当一面,感受工作的快乐;农村生活相对单调枯燥,文化娱乐较少,医院要适当地开展文化娱乐活动,丰富职工业余生活,解决住房问题,让他们感受到家庭般的温暖。其次,在政策上要予以适当的倾斜。在职称评聘、提干、进修等方面给予适当优先和倾斜,在工资待遇上也要适当提高。第三,为学生创造施展才华的空间。通过引进新项目,为学生提供开拓新局面的平台,让他们充分施展才华,感受解决患者痛苦后的快乐及工作的意义。第四,奖惩分明,对一年内通过执业医师资格考试的给予奖励,而对于两年内没有取得执业医师资格的取消绩效工资等措施。

参考文献:

- [1] 孙进,孙磊. 高校定向培养模式中的问题分析及对策[J]. 青岛行政学院学报, 2010, 2: 70-71.
- [2] 戎会芹. 当前高校大学生择业标准的调查研究[J]. 中国高等医学教育, 2009, 9: 27-29.
- [3] 应航,来平凡,黄隼,等. 高素质医学创新人才培养计划[J]. 中医教育, 2007, 7: 19-20.

(收稿日期:2011-10-15 修回日期:2012-01-07)

医学人文教育改革方案探索

刘 晓

(重庆医科大学儿科学院儿童保健学教研室 400014)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.16.043

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2012)16-1670-02

反思我们所接受的医学教育,有如下问题值得探讨:人文精神是否为医学所必需?若为必需,人文精神与科学精神孰轻孰重?人文教育在医学教育改革中应如何完善?

1 人文精神是医学的核心问题

“人文”是相对于中世纪西方文化的“神文”而言,即以人为

中心而不再以神为中心。“人文精神”是“一种普遍的人类自我关怀,表现为对人的尊严、价值、命运的维护、追求和关切,对人类遗留下来的各种精神文化现象的高度珍视,对一种全面发展的理想人格的肯定和塑造”,简而言之是以人为本。医学生誓言说:“我决心竭尽全力除人类之病痛,助健康之完美,维护医

术的圣洁和荣誉”。“人类之病痛”，一是具体的“病”(疾病本身)，一是广义的“痛”(由疾病带给病“人”的体验)，可见医学关注的本质是“人”的问题。因此，人文精神与医学不仅是一致的，人文精神更是医学的主体。现代西方常识提法是“科学、技术与医学”，三者并列，即医学并不是科学^[1]，因为医学技术是附属于医学的，具有时代特征，而它服务的对象亘古未变，都是“人”。所以，论及医学人文精神与科学精神的关系，前者是核心，后者仅是手段而已。

2 现代医学丧失人文精神源于医学人文教育的缺失

中国现代医学实践并未体现“人文”核心。1977 年业已提出的“生物-心理-社会”医学模式事实上仅被用于病因解释，治疗仍沿用旧的医学模式(生物医学)观念，技术上采用药物治疗(内科)、手术治疗(外科)，心理咨询治疗仅用于有限专业(如心理科、康复科、儿保科)。特鲁多描述医生的责任是“有时，去治愈；常常，去帮助；总是，去安慰。”被治愈的是“病”，被安慰的是“痛”，但实际上，医者总是企图“治愈”(病)，“安慰”(痛)，并未制度化地进入常规医疗行为，一旦技术处置达到躯体治疗目的，治疗即告终结。现代医学已经沦为技术的同义词并商业化；医学人文精神淡化，忽视“人”的体验，忽视“人”的存在，必然导致医患关系的矛盾。

临床医学人文精神的缺失，是什么原因造成的？是公费医疗制度改革，还是社会商品化？都不是，因为不论在过去中国计划经济时代还是目前美国医改阶段，医患矛盾都一直存在。根本的原因，在于医学教育，在于现代医学教育中人文精神教育的缺失。

3 人文精神教育改革方案分析

3.1 提高医学生生源水平 中国的医学教育体制与生源水平与国外差别较大^[2]。苏联式与美欧日式医学教育体制时长一般是 6~8 年，中国的医学教育层次很多，3~8 年。多层次教育的生源良莠不齐，如扩招后的 3 年制专科生源和 8 年制硕博连读生源差异相当大，这显然不能保证医生专业素质的一致性。王卫平提出，现阶段，5 年制医学教育应成为医学教育的主体，长学制教育应控制性地发展，而 3 年制教育作为中国医学教育中的过渡性设置应逐渐取消^[3]。在全国高考制度前提下选择生源，应提高医学生入学成绩要求，同时兼顾其人文学科成绩及相关社会活动经历。只有保证医学生生源的高素质，才可能提高医生整体素质。

3.2 改革医学教育课程设置 现有的状况是医学生的知识结构较早地局限于以医学专业为中心的狭窄范围内，人文科学底子薄，加上中、小学教育大多是应试教育，社会经验匮乏，医学生和医生人文精神不足的缺陷非常明显。人文精神教育要借助于人文科学教育来实现，但在有限的时间内应如何安排及安排什么学科应是难以抉择的。国外医学教育体系中人文科学所占比例大，如英国将医学人文科学全设为必修课，美国则有医学院把人文课程设置为长达 4 年的基础学科。中国可借鉴西方名校增加人文科学比重的方式，作以下课程设置改革。首先，在低年级设置较大比重的人文科学，避免过度强调课程的短期实用性。基本科目应重点涉及职业价值行为态度和伦理、批判性思维和研究能力、信息管理能力、人际沟通能力——以上能力与医学技能是国际医学教育专门委员会 2001 年制定的全球医学教育最低基本要求，是从医者的核心能力；其他科目，如语言、文化、历史、道德也应安排。重庆医科大学现行的博士培养必修课程仅设有外语和政治，给学生以足够的

学习空间，而政治课选题从科学与人文出发，高屋建瓴，很好地提升了学生的思辨能力，是一个成功的尝试。此外，可借鉴美国医学生修读双学位的方式，医学生同时修读人文科学学位，在就业时采取支持政策以资鼓励。而牛津大学课程设置更注重横向联系，把两门或三门课程结合起来上^[4]。我们可借鉴牛津模式，把临床科目与基础课结合起来上，如“解剖学、外科学与医学美学”、“病理学、内科学与医学伦理学”，其优势在于避免临床医学与基础医学课程的重复，节省了课时数，但增强了基础课程的实用性及医学生思维的逻辑性，而且比改编教材的可操作性更强。其后，在进入临床课程之前，应设置社会实践课程，如亲临贫困地区、普通社区作卫生服务社会调查，目的是了解民情、感性认识社会需求，其时安排职业规划将使医学生获得应有的社会责任感。高年级的人文教育则应重在增加临床操作机会，使用协作组，采用以患者或以问题为中心的学习方式，培养无私奉献、关爱患者、热爱生活、热爱社会、与人协作的品格^[5]，将有助于培养以人为本的行为规范。但一定要配置相应的评估、督导机制，以保证学习实践的有效性。

3.3 改革医学继续教育内容设置 要改变临床医师的行为现状，凭个人热情不行，一定要有相应制度的支持。现行医学继续教育内容少有涉及人文话题，即使有，也是出现医患问题后“头痛医头、脚痛医脚”式的暂时性安排。故有必要将临床医生的人文科学教育制度化。应充分利用医学继续教育这个工具，如增加一些激励机制，将人文科学继续教育计分权重增加，或设定必修分值，以保证人文学科继续教育制度的推行。

3.4 设置临床医生心理疏导机制 在中小学校重点建立心理辅导室的同时^[6]，属于高风险行业的医疗行业却缺乏相关心理疏导机制，这是制度的疏漏。医务人员工作时间长、压力大，随时面临医疗风险，包括患者死亡、抢救及医患冲突。几乎所有的临床医生都有着从热血澎湃到冷静，甚至冷漠的转变过程，但每个转变节点必然有关键事件的促进。大多数关键事件是不愉快甚至痛苦的，当事人亦常独自经历消极的心理体验，这既不利于医务人员的身心健康，也不利于将来突发事件重现时当事人选择积极应对策略。如果设置专业人员在第一时间主动参与当事人的个人情绪调整过程，如同汶川大地震后心理辅导那样，则有助于当事人客观认识事件，减缓压力之下的无助感，重建心理健康，进而增强承受能力和职业责任感，并积累面对突发事件的经验。设置这个机制的出发点是以人为本，其实施过程本身也是人文精神的体现。虽然它现在并未被专业人员提出，但这可能是医学终身教育中必要且重要的组分。

因在丛林中终身帮助非洲人而获得诺贝尔和平奖的史怀哲医生说：“一位伟大的医生一定是一位伟大的人道主义者，他不仅以他高超的技艺和人格力量在救助患者于困厄，同时他也在职业生涯中吸取着、享受着无穷的快乐和幸福”。这应是具有完整人格的医者共识。在商业社会中进行医学人文教育，提高医者整体职业道德水平，这本身也是医学人文精神的体现。

参考文献：

- [1] 王一方. 医学是科学吗[M]. 桂林: 广西师范大学出版社, 2008:10.
- [2] 袁力, 刘林祥. 中美医学院校人文教育的比较与启示[J]. 中华医学教育杂志, 2010, 30(5): 798-800.
- [3] 王卫平. 我国高等医学教育层次及学制(下转第 1672 页)

· 短篇及病例报道 ·

抗休克治疗截肢后烧伤患者 1 例的临床分析

张友来, 曾元临[△], 辛国华, 邹立津, 胡清泉, 何 勇, 曾逃方, 李国辉
(南昌大学第一附属医院烧伤中心, 江西南昌 330006)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.016.044

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)16-1672-01

估算烧伤面积与判别烧伤深度是常规烧伤治疗的第一步,也是烧伤抗休克、补液的重要依据之一^[1]。至于截肢后烧伤的患者抗休克治疗是否有其自身的特殊性,本组认为在临床中该类病例十分少见,值得思考。本组对 1 例截肢后烧伤患者行抗休克治疗,从其特殊性讨论烧伤抗休克治疗的综合处理。现报道如下。

1 临床资料

患者,男,25岁,体质量 65 kg,2年前因车祸致左下肢膝关节、左上肢肩关节离断,余病史无特殊。现汽油火焰烧伤头、面、颈部、躯干与右下肢,伤后半小时内急诊入本科住院治疗。总体表面积(total body surface area, TBSA)32%,创面基本呈深Ⅱ度改变。入院时急查化验结果示:肌酸激酶 213 U/L,肌酸激酶心肌同工酶 431 U/L, K^+ 5.5 mmol/L, WBC $33.2 \times 10^9/L$, RBC $6.36 \times 10^{12}/L$, HGB 187 g/L, HCT 0.54 L/L, 嗜中性粒细胞 $30 \times 10^9/L$, 嗜中性粒细胞百分比 90.3%。入院后给予补液、创面处理等常规治疗,未作气管切开,8 h 内共静脉输入复方乳酸钠 1 500 mL、血浆 400 mL、代血浆(羟乙基淀粉)500 mL、5%葡萄糖 500 mL;口服温开水约 500 mL。患者稍烦躁,仍诉口干、肢体湿冷,体温波动于 36.1~37.2 °C 之间,心率约 110 次/分。8 h 内患者总尿量 105 mL,尿量介于 0~30 mL/h 之间,尿色偏深。随后给予 20%甘露醇 250 mL 静脉滴注,尿量明显增多。继续加快输液速度(约 75 滴/分),第 9 小时始体温上升,肢体变暖,休克症状逐渐改善,随后休克期内尿量基本达到 1 mL/(kg·h),尿色清亮,入量根据尿量匀速输入。

2 讨 论

烧伤休克是烧伤治疗中很重要的一步^[2]。虽然目前多认为休克期死亡率明显下降,但是休克度过不平稳,将降低烧伤治疗后期的抢救成功率^[3],因此本组认为烧伤休克仍是烧伤治疗与研究中的一个重大课题。根据本例患者治疗 8 h 后临床表现看,抗休克治疗效果欠理想,仍有休克代偿期表现,目前烧伤抗休克遵守“维持脏器功能平稳的情况下,出多少,补多少”的原则,首先考虑补液量仍不足,按第三军医大学烧伤补液公式明显不够,普遍认为系数也偏小,目前多认为应该是 1.8(大于 1.5)^[1]。但本例烧伤面积是按其肢体健全的前提下估算的,而该患者目前实际体表面积较截肢前缩小 18%。所以截肢后的烧伤面积占总体表面积相应扩大,该例可能应按

39%计算。截肢后烧伤患者发生几率十分低,目前国内外暂未见相关文献报道。

其次,应用 20%甘露醇后尿量明显增多,说明是肾前性原因引起少尿,一方面考虑与深度烧伤后损伤的肌红蛋白、血红蛋白等堵塞肾小管有关。与入院相关检验结果基本一致,另一方面也可能说明输液量不足。烧伤休克期应用溶剂利尿药能起到较好的效果,也可防止引起血容量波动,导致休克期度过不平稳。大面积深度烧伤休克期出现少尿症状,除补液量不足外,损伤的肌红蛋白、血红蛋白堵塞肾小管也是很重要的原因,化验结果示肌酸激酶 213 U/L,肌酸激酶心肌同工酶 431 U/L,但目前没有文献支持两项指标大于何值时,将会引起肾小管堵塞;截肢后患者机体器官的代偿能力是否下降?是否在正常情况不能引起肾小管堵塞,而在截肢后就会引起?均有待在将来的临床工作中进一步观察。从本例来说,应该两种可能都存在,但不管什么原因引起的休克期少尿,只要入量相对足够时,本组认为均可以给予 20%甘露醇,同时甘露醇也有清除氧自由基的作用^[4]。

本组认为,对于体表面积缩小的烧伤患者,应根据缩小后的烧伤面积估算。该特例也说明,烧伤抗休克应个体化,不宜拘泥于补液公式^[5]。此外,烧伤休克期合理应用甘露醇能收到较好的效果。

参考文献:

- [1] 罗高兴,彭毅志,庄颖,等.烧伤休克期有关补液公式的临床应用与评价[J].中华烧伤杂志,2008,24(4):248-250.
- [2] 王玉莲.关于烧伤休克治疗中几个问题的思考[J].中华烧伤杂志,2010,26(3):196-198.
- [3] 张友来,曾元临,辛国华.不同阶段烧伤死亡病例对比分析[J].中华烧伤杂志,2009,25(2):146-147.
- [4] 马文媛,宋艳玲,白涛.体外循环期间甘露醇对氧自由基变化的影响[J].中华实用中西医杂志,2006,23(3):283-284.
- [5] 钟晓春.浅谈对烧伤后早期复苏补液公式的理解[J].中华烧伤杂志,2005,21(5):392.

(收稿日期:2011-11-09 修回日期:2012-01-13)

[△] 通讯作者, Tel:13970081727.

(上接第 1671 页)

问题的探讨[J].中国高等医学教育,2008,7:19-20.

[4] 李情.大学人文教育与创新人才的培养[J].教育探索,2007,6:21-22.

[5] 尹晓然,张军.国外临床医学教育现状以及对我国教育体

制改革的启示[J].西北医学教育,2006,14(3):271-274.

[6] 徐中收.学校心理辅导行政的作用与机制[J].上海教育科研,2011,6:67-70.

(收稿日期:2011-10-07 修回日期:2012-01-24)