

中美医学课程体系的差异及改革思路*

袁方,朱月春[△]

(昆明医科大学基础医学院生物化学与分子生物学系,昆明 650500)

中图分类号:G642.0

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)32-4404-02

笔者有幸参加了 2013 年教育部“第四期来华留学英语师资培训项目(医学)”,培训地点在美国加州大学洛杉矶分校(UCLA)David Geffen 医学院。在美学习期间,笔者详细了解了 UCLA 医学课程设置;参与了 Block 3(Gastrointestinal, Endocrine, Reproductive, Musculoskeletal, Neurosciences Medicine)的教学、讨论、集体备课及“Doctoring and Clinical Skills”课程演练;观摩了 UCLA 医学院以问题为导向的教学方法(PBL)教学实况,收获很大、感触颇深。现以 UCLA David Geffen 医学院为例,介绍其医学院课程设置体系,并与目前我国医学院课程体系改革实际加以对照,以期为将来中国高等医学教育课程改革提供借鉴和参考。

1 医学课程体系差异

1.1 关于课程设置目标 美国医学院对医生的职业定位包含医疗服务、研究和教育 3 个方面。围绕培养目标,其医学课程的设置宗旨体现在几个方面:所有的课程均整合了基础、临床和社会科学;通过课程学习,促进学生主动和深入理解医学知识;课程开设与时代需求同步;课程学习有利于激发学生的研究兴趣并鼓励参加研究项目。相比之下,我国高等医学教育有三年制、五年制、七年制及八年制,其中五年制是高等医学教育的主体。三年制培养高等医学专科人才,五年制培养高等医学本科人才,七年制和八年制分别培养医学硕士和医学博士^[1-2]。不同的学制,其培养目标定位不同,课程设置目标也有不同的层次^[3-4]。

1.2 关于课程设置内容 加州大学 David Geffen 医学院学制是 4 年,第 1、2 年的课程主题是人类生物学和疾病,强调基础医学与临床实践相结合,课程宗旨是培养如何成为 1 名医生和发展临床技能,全程采用 PBL 教学模式。第 1 年的课程主线围绕遗传学和解剖学;第 2 年的课程主线贯穿临床推理和药理学。第 3、4 年课程纵向整合多学科知识,主题为临床见习与临床经验,课程宗旨是获得门诊和住院经历。第 4 年课程内容有很大灵活性,学生可在医院继续临床经验的训练;也可利用选修课程为攻读高一级学位做准备。

相比较而言,我国大多数医学院校目前的课程设置仍然以学科为主,采用先基础、后临床、再实习的传统三段式教学模式,基础与临床中间存在重复、理论与实践之间存在脱节的矛盾较为突出。近几年,国内一些重点大学对医学课程整合进行了有益的尝试,例如北京大学医学部八年制课程将基础医学形态与机能课程分别融合,临床课程自身融合,基础科学、临床医学与学术研究紧密交织;四川大学华西临床医学院以“器官系统为基础”将医学基础课程、桥梁课程与临床核心课程进行整

合;浙江大学医学院创立了独特的接轨国际先进水平的八年制医学课程体系^[5-7]。总体来说,我国医学院校开展医学课程整合起步较晚,覆盖面较小。

1.3 关于课程类型 David Geffen 医学院课程类型有多样化、开放性的特点。课程类型有:(1)课堂授课;(2)实验课;(3)讨论课;(4)科研训练课;(5)PBL 教学;(6)临床技能实训课。学生通过以上课程的学习和训练,容易养成职业思维方式,解决实际临床问题与专业理论知识的衔接,便于将来顺利转型为 1 名合格的医生。相对来说,我国医学院校课程类型比较单一,大多以课堂授课为主,极少开设讨论课、科研训练课、临床技能实训课等类型课程。PBL 教学模式在中国推广应用力度不大,实施过程仍存在问题^[8-9]。

1.4 关于课程考核方式 全美医学毕业生均需通过医学教育认证委员会(ACGME)的考试获得行医执照。住院医师需通过医学专业委员会(ABMS)的考试,获得执业医师和专科医师的资格^[10]。David Geffen 医学院校学生毕业前都要经历两次重大的临床表现考试(医学综合课程 I、II),分别安排在第 2 年学业结束后和第 3 年临床见习结束后。这 2 次考试通过后学生才有资格进入第 4 年的社区医生实践活动。除此以外,第 1、2 年的每个模块结束后都要进行考试,最终成绩只给出 2 种情况,即通过或没有通过。考试分数组成包括:综合考试分(要求 70 分以上)、实用临床技能考分、随机小测验、临床操作评价(患者的面试和体格检查)、PBL 小组学习、实验课、讨论课等。由此看出,美国医学院校对学生的考核方式和考核内容是全面多样化,要想拿到学位证书不是件容易之事。相比之下,国内医学院校课程结业考试形式比较单一,多为闭卷考,分数组成包括平时分(实验分或期中考分)占 30%~40%、期末考分占 60%~70%不等。

2 我国医学课程体系改革思路

课程改革是医学教育的核心,通过分析美国顶尖医学院校的课程体系,有助于我国医学院校找出差距,学习国外医学教育的成功经验。现结合我国医学教育实情,提出几点与国际医学教育接轨的课程改革思路。

2.1 更新观念,改革创新医学课程设置 按照 2001 年国际医学教育组织制定的“全球医学教育最基本要求(GMER)”,医学毕业生应该具备的核心能力应涵盖 7 个领域,即医学职业价值、态度、行为和伦理领域;医学科学基础知识领域;沟通技能领域;临床技能领域;群体健康和卫生系统领域;信息管理领域;批判性思维和研究领域。医学课程设置时应以 GMER 为参照,结合我国国情与各校校情,建立有中国特色的能与国际

* 基金项目:医学生物化学与分子生物学双语示范课程(13013047);云南省医学细胞生物学与分子生物学实验教学示范中心(6011102108);昆明医科大学校级教研改课题(2014JY-Y-04)。作者简介:袁方(1968-),医学硕士,讲师,主要从事生化与分子生物学教学与科研工作。△ 通讯作者, Tel:(0871)65922854; E-mail:zhuyuechun20091119@163.com。

先进水平接轨的课程体系。为此,各校应立足于学校人才培养的定位,更新观念,改革现有的医学课程设置,适应国家新提出的卓越医学生人才培养理念。

2.2 加大课程融合,基础联系临床 以器官为中心的课程体系能加强学科之间的交差融合,基础与临床融合。我国医学院的传统课程体系仍以学科为中心,要逐渐改变学科为中心的课程设置,笔者认为医科院校的课程有必要加大整合力度,打破基础与临床课程的界限,删减重复内容,促进理论与实践有机结合,实现临床问题向基础知识回归,使所学的知识更加连续,相对完整,便于学生的理解和掌握。当然,课程融合改革是一个系统工程,难度大、涉及面广,需要学校全面统筹,师生统一认识、专家群策群力,才能做好这项育人工程。

2.3 早期接触临床患者,突出临床技能的培养 以学科为主的课程体系使医学生在基础课程的学习中无法早期接触患者,临床技能训练不够。一方面,建议在医学生一、二年级开设患者与医生关系课程,比如生与死、癌症幸存者座谈会、女性健康、器官移植伦理问题、患者护理的人文途径等,这些专题应贯穿医学生培养的全过程中。另一方面,建议在临床实习前、实习过程、轮转等环节都要加强临床技能的训练。培训的内容应包括采用适当的诊断和治疗手段、医患沟通技巧、对患者健康问题的评价分析、指导患者重视生理、心理、社会文化对健康的影响等。通过早期接触临床患者、强化临床技能,才能更好地培养医学生的职业素养、人文关怀,了解社会问题对健康的影响,这对于将来进入医院并顺利过渡为医生是非常必要的。

2.4 借鉴美国 PBL 经验,积极探索医学教育模式 美国医学院课程体系紧紧围绕 PBL 教学模式,一切从问题出发,而一切以解决问题为目标。在美国 PBL 教学模式中,标准化患者、模拟患者、小组讨论、网络教学等发挥了相当积极的作用。我国医学院校在借鉴和应用 PBL 教学模式中,要转变教师的角色、培养学生自主学习的能力、选择合适的 PBL 案例、讲授与 PBL 同步的课堂内容等,在联系我国国情的基础上进一步推广和采用 PBL 教学法。

2.5 培养卓越医生,改进现行的考试评价手段 树立培养卓越医生的理念,必须改进现行的考试评价手段。课程考核应逐

步建立与“国际医学教育认证指标”相一致的考核评价体系和质量保证机制;采用笔试、口试与操作等多种考核方法相结合的评价手段,全方位培养卓越医学生所具备的能力;即临床岗位胜任力,有国际视野、沟通能力,自主学习、专业外语交流、创新与科研、分析解决问题及团队合作的能力等。

总之,面对新时代的要求,医学课程考核的最终目标是确保我国医学培养人才质量适应社会需求,培养促进全体人民健康的医生。

参考文献:

- [1] 孙宝志. 中国与美国医学课程详细比较及重要借鉴[J]. 医学教育, 2002, 22(4): 16-19.
- [2] 马艳, 达建. 七年制临床医学专业课程结构的比较研究与实践[J]. 南京医科大学学报: 社会科学版, 2002(1): 38-42.
- [3] 王德柄. 中国医学教育管理体制和学制学位改革研究[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2006: 9.
- [4] 吴健珍, 陶立坚. 中美高等医学教育的比较[J]. 基础医学与临床, 2012, 32(11): 1244-1251.
- [5] 顾鸣敏, 黄钢. 中美英医学课程整合的比较与分析[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2009, 30(5): 68-70.
- [6] 卿平, 姚巡, 万学红. 以整合的理念引领医学课程改革[J]. 医学与哲学: 人文社会医学版, 2011, 32(4): 67-69.
- [7] 俞方, 夏强, 罗建红, 等. 借鉴美国医学教育培养卓越医学人才[J]. 中国高等医学教育, 2011(2): 3-7.
- [8] 袁修学, 袁静萍. PBL 与我国病理生理学教学改革[J]. 中国高等医学教育, 2013(3): 114-115.
- [9] 刘星霞, 赵春华. PBL 教学法在研究生干细胞课程教学中的应用[J]. 基础医学与临床, 2013, 33(4): 512-514.
- [10] 张威, 谢长勇, 潘晨, 等. 中美高等医学教育比较与启示[J]. 中国高等医学教育, 2011(1): 1-2.

(收稿日期: 2014-06-15 修回日期: 2014-08-12)

• 医学教育 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.32.051

现代外科学进展与医学教育模式的转变*

周波, 张克勤[△]

(第三军医大学大坪医院野战外科研究所泌尿外科, 重庆 400042)

中图分类号: R1

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2014)32-4405-03

外科一词,是由希腊文 cheir(手)和 ergon(工作)构成的合成语。可见,传统外科学强调动手,是一门通过手术来治疗伤病的科学。然而,手术绝非外科学的全部。外科学在本质上是以多学科、多职种和现代医学知识、技术体系为支撑,研究外科学疾病的发生、发展规律及其临床表现、诊断、治疗和预防的一门科学,是艺术和技术的有机结合。在 20 世纪以后,现代外科学快速发展,早已远远超出了手术的范畴,外科学医学教育模式

也发生了重大的转变^[1]。

1 现代外科学的进展

1.1 现代外科学的范畴 现代外科学涉及的范围逐渐扩大。现今,外科医师不但要会做手术,还要研究与外科相关的基础理论,包括病因、病理、发病机制、诊断、预防等。现代外科学的范畴可以从以下两个方面来理解:(1)现代外科学涉及的疾病面越来越广,交叉领域越来越多。单纯只能用内科手段处理的