

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.23.020

中医教育

中医医教协同临床教学体系的构建路径及关键问题

陈明*, 徐俊良

(南京中医药大学教务处, 江苏省南京市仙林大道 138 号, 210023)

摘要 新时期中医人才的培养需要构建中医医教协同临床教学体系。基于中医医教协同临床教学体系的基本内涵, 提出该体系构建的必要性, 即卓越中医师及中国医学发展再定向的需要、中医教育多轨并存及体系优化的需要、中医临床医学生培养标准同质化的需要; 指出中医医教协同临床教学体系构建的路径, 包括学校人才培养规范与医院管理相融通以建立医教协同育人的工作机制、理论教学与临床实践相融通并遵循医学教育的特殊规律、院校教育与师承教育相融通以彰显中医教育的特色规律; 总结中医医教协同临床教学体系构建需要解决的关键问题是调动医院的积极性, 其解决方案包括让医院获得实际利益、建立校院定期沟通协调机制、政府搭建平台推动校院合作三个方面。

关键词 中医教育; 中医医教协同; 临床教学

中医学是中华民族的优秀文化瑰宝, 在当今时代如何继承好、发扬好、利用好这一传统文化瑰宝, 培养新时代继承创新的卓越中医药人才是中医教育管理者的使命与责任。近年来, 国家教育部及相关部委相继出台系列医教协同深化医学人才培养的文件, 提出要进一步加强中医药教育教学改革, 体现中医药特色与规律, 坚持传承与创新并举, 深化中医药人才培养模式改革^[1]。长期以来, 中医学学术传承与临床诊疗能力培养是中医药高等教育要解决的关键问题, 这个问题需要在临床实践过程中解决。在这个协同创新发展的时代, 构建基于医教协同的中医临床教学体系, 成为解决中医医教协同人才培养的必由之路。

1 中医医教协同的内涵及其存在的相关问题

医教协同是指医学院校协同政府、行业、医院、学习者各方, 共同参与医学人才培养目标的制定、教育教学模式改革、专业课程开发、教学基地建设和制度保障等人才培养的各个环节, 进行跨专业、跨部门、跨地区、跨领域的合作育人模式, 既涉及办学模式, 又涉及人才培养模式^[2]。现以中

医学生临床教学为切入点, 探讨中医医教协同临床教学的相关问题。

医学是一门重技能、重实践的应用性学科。医学教育是实践与理论、科学与人文结合紧密的科学^[3]。早临床、多临床、反复临床是医学教育的基本理念。医学生的培养离不开医院的支持与协助。中医教育有别于西医的一个显著特征是隐性知识的传承。中医学核心价值观、隐性知识的传承需要在临床实践中口传心悟身行。师承是中医传统的教育方式, 名老中医医德医风、临床经验的传承需要面对面、手把手的方式。只有在临床的教学及实践过程中, 通过与大师们的近距离接触, 耳濡目染, 医学生进入到情境式浸入式学习, 才能真正感受到大师的精神风范、学术思想、辨证要点及技术专长, 从而坚定他们“大医精诚”理想信念及追求。已有研究^[4]表明, 院校模式与师承模式的结合是国医大师成才最直接、最有效的传承方式。

中医医教协同是中医教育模式的变革, 是由知识传授为中心的传统教学向以工作情境体验为主体, 不断增强岗位胜任力的实践教学转变。当前中医药教育普遍存在学业负担重、课时多、知识重复传授、教学效果不理想的问题, 学生没有达到深层次的学习效果, 解决实际问题的能力较差。而中医学是一门实践性较强的学科, 因此, 《中华人民共

基金项目: 江苏省教育科学“十三五”规划 2016 年度课题(D/2016/01/55); 南京中医药大学中医品牌专业 2017 年度教学改革研究课题(NZYZYXPPJG2017-42)

* 通讯作者: 734862577@qq.com, (025) 85811721

和《中医药法》在关于人才培养方面强调,中医药教育应当遵循中医药人才成长规律,以中医药内容为主,体现中医药文化特色,注重中医药经典理论和中医药临床实践、现代教育方式和传统教育方式相结合^[9]。我们认为,构建校院一体的医教协同临床教学体系可以让学生在临床解决实际问题的过程中学会学习,锻炼中医临床思维,增强学生分析问题、解决问题的能力,进而提高医药院校人才培养质量。中医医教协同是中医教育与时俱进、适应社会对人才培养需求的变革。

现有的中医医教协同临床教学体系存在如下三个问题:一是高校与附属医院之间未能真正实现深度融合协同育人工作机制;二是理论教学与临床实践脱节;三是师承教育在高校教育中逐渐淡化。构建有效的中医医教协同临床教学体系应该直面以上问题,制定切实可行的解决方案。创新中医医教协同临床教学体系建设要以中医学术特点和人才成长规律为指导,临床真实情境体验为主体,中医思维能力构建为导向,中医传承与诊疗能力培养为核心,医教协同育人机制建设为保障,实现附属医院与高校在制度、资源、教学上的深度融合,培养高质量的中医临床医学人才。

2 中医医教协同临床教学体系构建的必要性

2.1 卓越中医师及中国医学发展再定向的需要

我国医学教育经历了由专才教育到大众化教育再到内涵质量提升的发展阶段。受制度惯性的影响我国医学教育改革的进展缓慢。随着全球卫生形势的需求,2010 年进行了第三次医学教育改革,以“岗位胜任力”为核心的卓越医生教育培养计划应运而生。中医学作为医学的一个分支,同样需要培养卓越的中医师。以“岗位胜任力”为培养目标的中医卓越医师应具备良好的人文、科学与职业素养、较为深厚的中国传统文化底蕴、较强的中医思维与临床实践能力,同时具有一定的传承能力与创新精神、具有国际化视野和国医大师潜质。这些素质与能力的培养需要运用科学方法,培养学生自主学习和终身学习的能力;需要不断在理论-实践-理论的反复临床训练中培养学生的岗位胜任力;需要医院与高校共同协作,在床边学病案、教技能、进行医患沟通、体验医德医风。随着社会的发展,中医教育不仅要求能够培养出在专科领域出类拔萃的临床中医师,也要求在全科领域培养大量高质量满足患者与社会健康需求的临床中医人才,这是中国

医学发展的方向。

2.2 中医教育多轨并存、体系优化的需要

目前中医教育有五年制、七年制、八年制、九年制等多种学制并存。随着规范化医师培训及职业医师资格考试等的要求,“5+3”一体化及“5+3+x”改革不断深入。2015 年起,七年制不再招生,需要向八年制或通过其他方式分流。学制调整、体系优化后,规范化医师培训内容融入长学制的人才培养方案中,课程体系、教学方式也因此进行了大量调整及优化。随着规培要求的深入实施,也考验着床边教学的效果及质量。因此中医院校必须从知识传授、技能训练、素养养成等多方面构建好医教协同的临床教学体系,与住院医师规范化培训有效衔接,否则中医院校的毕业生难以具备就业竞争力,更难以适应岗位需要。

2.3 中医临床医学生培养标准同质化的需要

长期以来,虽然许多中医院校实施了临床课程床边教学,但由于各带教医院的师资、条件、重视程度等参差不齐,中医临床医学生培养的质量难以保证同质。医院面临着医、教、研等诸多工作,如果教学工作没有约束及激励机制,医院必然首先考虑医疗的经济效益问题,难以对教学工作引起重视。随着医学院校临床教学基地的增加,中医学生规范化培训床边教学也日益增多,在师资任职资格、培训、床边教学带教要求、规范及教学管理方面均需要建立相应的标准,床边教学效果的评价机制、质量监控也应建立统一的要求。

3 中医医教协同临床教学体系构建的具体路径

中医医教协同临床教学体系的构建应遵循医学教育的一般规律以及中医学教育的特殊性。具体构建路径为学校规范与医院管理相融通,建立医教协同育人的工作机制;理论教学与临床实践相融通,遵循医学教育的一般规律;院校教育与师承教育相融通,彰显中医教育的特色。通过基于“三融通”理念的临床教学体系构建,真正实现医教协同育人。

3.1 建立校院合一的管理工作机制

医教融合是医教协同的首要问题,需要实现机制打通、资源共享、医教互动的协同发展局面。校院合一的管理工作机制是医教协同的条件保障,具体实施路径如下。

3.1.1 完善临床教学机构与机制建设 医教协同首先应重视规范管理,形成校院一体化床边教学工作模式,同时应以高校人才培养的教育规范为指

导,完善临床教学机构与机制建设。高校成立临床教学管理处负责一体化床边教学的规范与标准制定,统筹管理评估各教学医院,进行分类指导、协同建设。可以高校教研室为中心,直属附属医院为统领,分层次建立大教研室制度,形成教学联盟。要建立校院管理的信息化平台,定期开展教学医院检查及评估,将教学工作纳入医院部门及个人绩效考核中,建立相关激励与考核制度。

3.1.2 加强附属医院教学条件建设 首先要重视教学经费的投入,实行医院与学校分担投入保障机制,保证教学、实习、培训等各项费用的落实。其次要遴选基础条件较好的附属医院加强床边教学设施建设,重点建设国家级中医临床教学示范中心、临床技能培训中心、教学示范病房等,形成辐射效应。此外,还要加强网络教学平台建设,建设覆盖各教学医院的远程医学互动教学系统,开展网络示范教学。

3.1.3 统筹师资队伍建设工作 将附属医院师资队伍建设工作纳入学校教师发展工作中。建立附属医院师资队伍筛选制度,遴选具有一定资质的医师,通过教师资格考试,课前试讲合格后参与教学。重视床边教学课程教学设计工作,明确课程负责人,通过集体备课、师资培训等活动的开展让临床实践与教学理论真正融合,提高床边教学效果。建立教学激励与考核制度,将临床教师纳入学校教学竞赛及各项名师评选中,增强临床师资的教师身份认同和教学意识。

3.1.4 重视教学质量保障体系建设 高校应将附属医院教学质量监控纳入高校教学质量监控系统中,组织开展床边教学课程网上评教评学,通过医院间互评加强监督。安排督导参与床边教学听课并评教,及时了解医院教学工作实际开展情况。同时开展附属医院教学水平动态评估工作,制定附属医院一体化床边教学检查评估方案、毕业实习检查评估方案等,形成常态化的临床教学质量检查制度。

3.2 遵循医学教育的特殊规律

在临床教学体系构建过程中,注重实践引领,强化基础,融通提升。

3.2.1 理论教学融入临床实践 临床课程的教学实行大班授课与小班讨论相结合的授课模式,在大班集中授课的基础上,开展小班研讨式教学,开展以问题为导向的教学方法(PBL)、以临床病例为基础的学习方法(CBL)等案例式教学方法。中医经典课程更要注意与临床紧密结合,可开设中医经

典病房,让经典理论与临床案例相互衔接,通过案例学习来加强中医思维能力训练,感悟经典理法方药的运用,从而深化理论学习,举一反三。

3.2.2 实践教学巩固理论基础 严格实践教学,本科教育阶段临床通科实习要注重学生临床基本技能的训练,研究生教育阶段临床能力培养要按照住院医师规范化培训要求进行,注重学生临床综合能力的培养。不断优化中医临床思维能力训练系统和模拟处方与方证辨识实训平台的建设,形成“在线训练、虚实结合训练、实物模型互助训练、真实临床训练”的多层次能力培养方式。在实践训练中巩固强化理论知识的应用。运用客观结构化临床考试(OSCE)技能考核站平台,构建完善的多站式客观结构化临床考核体系、实施与国家中医师资格考试接轨的毕业考试改革、提高中医学专业实验实训水平,在实践操作中夯实理论基础。

3.3 彰显中医教育的特色规律

院校与师承教育相结合,同质与个性教育并行,可以充分发挥各自优势,取长补短。

3.3.1 师承学习贯穿全程,强化中医临床思维 师承教育贯穿中医临床教学全程。本科阶段实行见习医生制,并配备本科生导师,临床课程实行跟名医小组轮转式抄方学习。在随名医见习过程中,直观感受名老中医的职业精神和中医文化的魅力,加深对中医基础理论、基础知识、基本技能的理解与学习,训练中医临床思维能力。研究生阶段配备对应的师承导师,通过点对点的口传心悟,增强中医临证思辨能力,学习师承导师经验,师其法而不泥其方,增强其独立处理疾病的能力。

3.3.2 中医流派整理学习,培养学术传承能力 中医学学术流派众多,各医院充分利用所在地域的学术流派资源,一方面有计划地安排实习生到学术流派传承工作室进行整理、发掘、总结等工作;另一方面安排实习生跟随学术流派传承人跟师临床,有效地培养学生的中医学术传承与临床诊治能力。中医医教协同临床教学体系构建的具体路径见图1。

4 构建中医医教协同临床教学体系的关键问题

从中医医教协同临床教学体系构建的路径可以看到,医院的参与程度是这一体系构建成败的关键所在。由于医疗卫生管理体制问题,学校与附属医院之间较多处于松散的合作型关系,学校缺少相应的约束与管理机制和手段。医院没有法律义务参与高校办学,加上学生培养创造的收益甚微,医院出

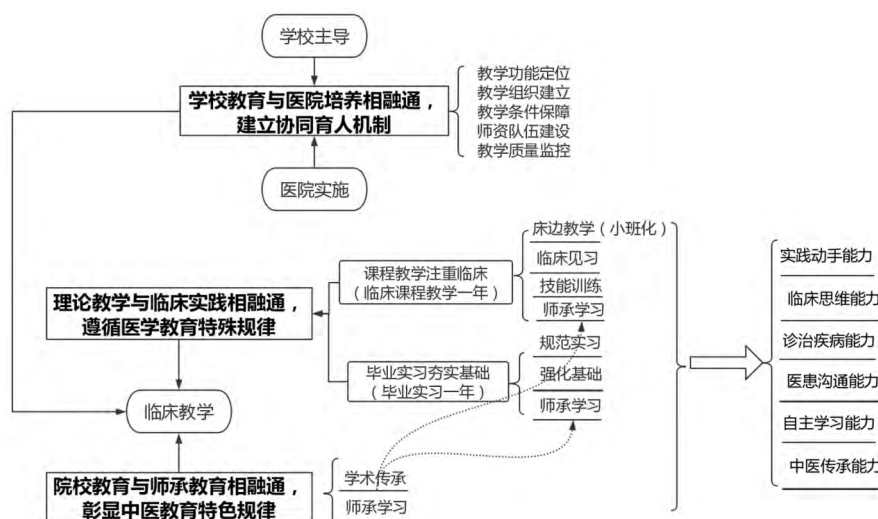


图1 中医医教协同临床教学体系构建的具体路径

于自身经济利益和生存发展等因素的考虑，参与教学科研的热情不高。因此，如何调动医院的积极性，使医院能真正全程、深度、长期与高校协同开展人才培养工作是构建中医医教协同临床教学体系需要解决的关键问题。具体可从以下途径入手。

4.1 让医院获得实际利益，使协同战略深入人心

通过校院协同育人可以让医院获得一些实际利益，实现互动共享发展、借力借势发展：一是输送一些医院需要的拔尖创新型中医药人才。长学制学生的生源好，一体化的人才培养方案使他们毕业后即可“四证合一”（执业医师资格证、住院医师规培合格证、研究生毕业证及学位证）。通过更多高层次、高素质中医药人才的培养及输送，减轻医院后期培训压力，使医院能用且好用。二是提升医院声誉，提升医院社会效益。医院与高校合作，成为高校的附属医院，这是一种无形资产，是一种战略资源，可以让医院赢得更好的社会声誉。三是高校的教学资源可以对医院开放，如对医生进行师资培训、开放科技资源查新、教学职称晋升渠道、高层次进修等。四是利用高校人才、科技及信息优势，开展相关科研项目合作，进行疑难杂症的攻关，合作申报高层次科研课题，在解决医院技术、管理等方面难题的同时提升医院竞争力。通过协同战略实施，让校院形成共同的奋斗目标与价值追求。

4.2 高校高度重视与医院的合作，建立校院定期沟通协调机制

中医药高校作为办学主体，应高度重视医教协同育人工作。一是高校党政领导均应重视参与医院的合作，投入必要的人力、物力、财力，以“一家人”的心态对待协同过程中的问题，主动对接，

提高医院对医教研合作的理解与认识。二是高校与附属医院定期开展不同层次、不同范围的交流会，交流临床教学中的经验，树立临床教学典型；讨论解决临床教学过程中存在的问题、寻找合作共赢的共同点。三是及时沟通重大的改革事项、重要的政策调整、人事需求等信息，提出建议或要求。四是引入竞争机制。高校应做好教学医院的管理与服务，经常深入医院了解床边教学现状或进行评估；医院也应重视教学管理岗位的设置，建立医教研考核激励机制；高校对医院的教学现状、条件进行评估筛选后，明确重点合作教学医院，给予资金、资源与人力支持，进行深度的教学科研合作。

4.3 政府搭建平台推动校院合作

在中医药发展大好机遇期、在这个协同创新创业时代，政府也应发挥积极作用，引导医院积极参与中医医教协同工作。一是政策激励。如政府可给予参与床边教学的医院税收减免和财政补贴待遇，或设立校院协同临床教学项目，给予专项资金支持。二是通过各种层面、各种途径强调医院参与办学的社会责任。三是制定相应的法律法规，如《校院医教协同办学促进条例》等，使医院在临床教学中必须履行相应的义务和职责，同时享受相应的权利和待遇。制定相应的医改政策，使住院医师培养从“单位人”模式转为“行业人”模式，为住院医师规范化培训提供支撑等。

“新时代的高教40条”指出要构建全方位全过程深融合的协同育人新机制^[4]。中医教育发展方向是重人文、重继承、重实践、重体悟、重创新的人才培养，构建中医医教协同临床教学体系，适

(下转第2070页)

神经冲动通过喉上神经和舌咽神经传入脑干。Kojiro 等^[1]发现,刺激双侧喉上神经的内支可以诱发吞咽活动,可见喉上神经内支支配区可能存在诱发吞咽活动的感受器。喉上神经内支由迷走神经分支而来,其穿甲状舌骨膜入喉,分布于舌根部(金津、玉液、廉泉)、梨状隐窝和声门裂以上的喉黏膜(软腭、咽后壁点刺、翳风深刺)。针刺金津、玉液,翳风深刺及软腭、咽后壁点刺可以增加口腔黏膜、咽部、喉部感受器的敏感性,使其在吞咽过程中更容易被激活而诱发吞咽活动,从而达到治疗的目的。

多系统萎缩后吞咽困难严重影响患者的生存质量且易导致其他并发症,目前尚无有效治疗方法,本案采用针刺治疗,效果显著,可为临床治疗提供借鉴经验。

参考文献

- [1] BERG K, WOOD-DAUPHINEE SL, WILLIAMS JI, et al. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument [J]. Physiother Can, 1989, 41(6): 304-311.
- [2] 洼田俊夫, 三岛博信, 花田实, 等. 脑血管障害における麻痺性咽下障害: 筛查試験及其临床应用 [J]. 总合リハ, 1982, 10: 271-276.
- [3] GOSMAN-HEDSTRÖM G, SVENSSON E. Parallel reliability of the functional independence measure and the Barthel ADL index [J]. Disabil Rehabil, 2000, 22(16): 702-715.
- [4] 贾建平, 陈生弟, 崔丽英, 等. 神经病学 [M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 229-233.
- [5] GILMAN S, WENNING GK, LOW PA, et al. Second consensus statement on the diagnosis of multiple system atrophy [J]. Neurology, 2008, 71(9): 670-676.
- [6] LANDIS DM, ROSENBERG RN, LANDIS SC, et al. Olivopontocerebellar degeneration: clinical and ultrastructural abnormalities [J]. Arch Neurol, 1974, 31(5): 295-307.
- [7] MULLER J, WENNING GK, VERNY M, et al. Progression of dysarthria and dysphagia in postmortem confirmed parkinsonian disorders [J]. Arch Neurol, 2001, 58(2): 259-264.
- [8] KALF J, DE SWART B, BLOEM B, et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: a meta-analysis [J]. Parkinsonism Relat D, 2012, 18(4): 311-315.
- [9] SULENA, DIPTI G, ANJANI KS, et al. Clinical profile of dysphagia in patients with Parkinson's disease progressive supranuclear palsy and multiple system atrophy [J]. J Assoc Physicians India, 2017, 65(8): 32-35.
- [10] 杨上善. 黄帝内经太素 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1957: 42.
- [11] 李中梓. 李中梓百科全书 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 744.
- [12] 杨继洲. 针灸大成校释 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1984: 965.
- [13] 张景岳. 类经图翼 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1965: 272.
- [14] EDUARDO E, ANN M, JOSEPH Y. Preservation of branchiomotor neurons of the nucleus ambiguus in multiple system atrophy [J]. Neurology, 2003, 60(1): 115-117.
- [15] SHAHEEN H, QASIM A, JOHN C, et al. Cranial nerve modulation of human cortical swallowing motor pathways [J]. Am J Physiol, 1997, 272(4): G802-G808.
- [16] OOTANI J, UMEZAKI T, SHIN T, et al. Convergence of afferents from the SLN and GPN in cat medullary swallowing neurons [J]. Brain Res Bull, 1995, 37(4): 397-404.
- [17] KOJIRO TAKAHASHI, TOMIO SHINGAI C, ISAO SAITO B, et al. Facilitation of the swallowing reflex with bilateral afferent input from the superior laryngeal nerve [J]. Neurosci Lett, 2014, 562(6): 50-53.

(收稿日期: 2019-01-08; 修回日期: 2019-05-04)

编辑: 叶 晨

(上接第 2067 页)

应中医药事业发展的时代要求,是加快构建中国特色标准化、规范化医学人才培养体系的必然要求。

参考文献

- [1] 袁贵仁. 全面推进医教协同,加快构建中国特色标准化、规范化医学人才培养体系 [J]. 学位与研究生教育, 2015, 34(1): 7-8.
- [2] 许冬武, 陈迎红. 医教协同理念下医学教学基地的建设与思考 [J]. 中国高教研究, 2016, 32(2): 87-91.
- [3] 雒保军, 史伟, 李轶, 等. 卓越医生教育与中国医学教育发展的再定向 [J]. 医学与哲学, 2016, 37(7): 74-78.
- [4] 李涛, 李勇. 国医大师成人经验分析及对卓越中医人才培养的启示 [J]. 中国卫生事业管理, 2014, 31(10): 777-778.
- [5] 中华人民共和国国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药法 [EB/OL]. (2016-12-26) [2019-03-20]. <http://fjs.satcm.gov.cn/zhengcewenjian/2018-03-24/2249.htm>.
- [6] 中华人民共和国教育部. 关于加快建设高水平本科教育全面提高人才培养能力的意见 [EB/OL]. (2018-10-08) [2019-03-20]. http://www.moe.gov.cn/srcsite/A08/s7056/201810/t20181017_351887.html.

(收稿日期: 2018-12-27; 修回日期: 2019-03-01)

编辑: 崔京艳