

儿童口腔医学进修医师综合能力 的提升方案探究

杨 燃 邹 静 黄睿洁

DOI: 10.12337/zgkqjxyyzz.2021.03.009

摘要

随着社会对儿童口腔健康的关注度不断提高,儿童口腔保健的需求迅速扩大,进入专业的儿童口腔科进修已成为越来越多基层医生的选择。如何优化进修医师的培养流程,在其有限的进修时间里,在最大程度上提高其关于儿童口腔诊疗的理论知识、临床技能、诊疗思维、医患沟通能力、临床科研能力及发现问题解决问题的能力,需要不断的尝试和创新。本文就进修医师临床能力及其科研能力的提高的教学模式进行总结,以有利于培训合格的儿童口腔医生,提高基层医院及诊所儿童口腔医学诊疗水平。

关键词 儿童口腔医学,继续教育,临床训练,科研训练

1 引言

随着社会对儿童口腔健康关注度的提高,对儿童牙医的需求量也越来越大。基层医生在其日常的 诊疗过程中发现了较多的儿童口腔医学相关问题,但因其自身专业知识的限制无法解决这些问题,因

此越来越多立志服务于儿童患者的基层医生选择到 专业的儿童口腔科进行继续教育,其进修的目的是 寻求儿童口腔专业方面综合能力的全面提升,其中 包含了临床能力及科研能力的提升。如何在有限的 时间内让进修医师建立儿童口腔健康管理理念,掌 握儿童口腔医学的基础理论,提高儿童行为管理能

作者单位 口腔疾病研究国家重点实验室,国家口腔疾病临床医学研究中心,四川大学华西口腔医院儿童口腔科

通讯作者 黄睿洁

联系方式 028-85503644 电子邮箱 hwangrj@163.com

通讯地址 四川省成都市武侯区人民南路三段 14 号, 610041

基金项目 四川省卫生健康科研课题项目 (19PJ074)

力和口腔疾病诊疗能力,并同时提高其临床科研能力,对带教老师是一个巨大的挑战,需要在教学方式上不断的尝试和创新。本文就提高进修医师临床能力和科研能力两方面进行了以下的探索。

2 进修医师临床能力的提高

2.1 理论知识的提升

儿童口腔医学是口腔领域唯一一门以年龄来命名的口腔亚专业,其诊疗内容几乎涵盖了口腔各个专业的内容^[1],这就要求儿童口腔科进修医师需要不断完善自身的口腔医学各个专业的理论基础。但单纯的理论知识学习较枯燥且容易遗忘,进修单位主要采用 PBL(problem—based learning,PBL)和 CBL(Case—Based Learning,CBL)相结合的教学模式,由授课老师提出代表性问题和相对应的典型临床病例,进修医师通过查找阅读资料,在解决问题和病例讨论的过程中学习、巩固基础知识。

例如要解决"金属预成冠在儿童口腔科的应用"这一问题,进修医师将对什么是金属预成冠、其使用历史、与铸造冠的区别、牙体制备要点、对咬合的影响、儿童关节发育和牙齿异位萌出等基础知识进行学习。进一步巩固和强化对基础知识的理解将通过 CBL 教学模式得以实施。带教老师可给出预成冠相关的典型病例,该病例可包含后期复查中出现了预成冠导致六龄牙异位萌出的情况,进修医师分组进行查找资料、制定治疗计划,然后与带教老师进行讨论,在解决真实的临床病例问题的过程中,进修医师将再次对金属预成冠的适应症、备牙要点、及异位萌出等基本知识进行再次学习巩固。

2.2 临床技能的提升

儿童口腔科是口腔专业的一个小全科,涉及到口腔领域方方面面的技术,并包含了儿童的行为管理技术^[2]。为全面提升进修医师对儿童口腔科相关临床技术的了解,进修单位安排每周的小讲课,由授课老师对儿童口腔科的常用技术进行系统讲解,并增加儿童心理学及药物行为管理的学习内容,让进修医师系统的熟悉儿童口腔科常见的临床技能,掌握常见技能的相关知识,明确各种儿童口腔科的治疗技术及行为管理技术的适应症及禁忌症、操作要领、风险及相关的预后。其次给出各种临床技能的相关视频链接,鼓励学生课下自主学习操作技能的相关基础知识,通过反复观看操作视频,自己进行归纳总结。在临床实践方面,督促进修医师协助

带教老师的临床操作,积极充当带教教师助理的角色,充分利用儿童口腔科患者数量多的优势,在带教老师的亲自指导下,尝试独立的完成儿童的行为管理、治疗技术的实施,并不断的总结与思考。全面提升进修医师接诊儿童患者的信心与能力。

2.3 儿童口腔临床诊疗思维的提升

儿童口腔科进修医师通常是口腔其他专业的医 生, 多数是口腔全科医生, 且在过往的工作中偏重 于成人口腔疾病的诊疗, 常常局限于解决患者的主 诉问题, 而忽略了儿童是一个生长发育个体, 诊疗 计划常不全面。因此应注重培养进修医师的"儿童 口腔健康管理理念",这是口腔全生命周期管理的 一部分,包括了孕期妇女、婴幼儿至青少年期时期 的口腔疾病及颅颌面发育异常的预防、早期诊断和 干预^[1]。进修单位在本阶段的教学主要采用 CBL 教 学模式,提供典型病例让进修医师进行分组讨论, 从病史的询问、专科检查、诊断及治疗计划的制定 方面进行汇报,教师进行点评和总结。在实践方面, 进修医师出科前需要接诊既定数量的初诊患者,并 完成整个治疗周期。每一个初诊患者都需要提供完 整的病史、专科检查、辅助检查、诊疗计划、预防 计划及治疗实施的记录。进修单位定期安排进修医 师对自己接诊的疑难病例进行汇报和分组讨论,带 教老师进行点评。通过多个完整病例的接诊治疗的 完成和过程的整理, 使进修医师的儿童口腔诊疗思 维得以提升。

2.4 医患沟通能力的提升

儿童口腔科医患关系是以患儿为中心,由医护人员、家长和儿童组成的复杂的"三角关系"^[3]。 一名优秀的儿童口腔科医生,应具备与患儿及家长构建和谐医患关系的能力。

在医患沟通方面,进修单位对进修医师开设医学心理学、医学伦理学、法学及社会学等多维度课程。包括让进修医师认识到儿童并不是一个"小大人",其就诊心理与成人的不同。在接诊的过程中,可以通过和儿童交谈和观察其行为模式,初步判断其配合程度,并且按照 Frankl 行为量表进行分级 [4]。不同气质的儿童采用对应的交流方式,与患儿建立良好的,平等的互相信任的关系,有利于患儿积极配合诊疗过程。另外在临床工作中,获得儿童患者家长的知情同意往往比一对一面对成人患者时获得知情同意要困难的多。在与患儿家长沟通的时候,

也可通过交流初步判断家长的性格类型,掌握不同 类型家长交流的技巧,沟通的过程中要详细告知家 长每一项医疗措施的预后和风险,并取得有法律效 应的知情同意文书。

带教老师在临床实践过程中应有意识的安排进修医师接诊不同类型的儿童及其家长,进修医师可根据所学的知识,根据患儿及其家长的特点,运用合适沟通方式,取得家长的知情同意及患儿的信任认可,顺利地为患儿治疗口腔疾病。之后以病例汇报的方式进行小组讨论,带教老师进行点评,指出可以改进的地方,并在下一次接诊时进行实施,如此反复强化,以提高进修医师的医患沟通能力。

2.5 科研能力的提高

进修医师通常来自于基层,对儿童口腔进修医师的临床相关科研能力提高,是进修医师借助常规的诊疗平台即可完成的科研,而非纯基础类的需要借助大型科研平台才能完成的课题。提升进修医师科研能力可以从以下五部分着手。

2.6 问题发掘

在临床带教和病例讨论的过程中启发进修医师发现和挖掘问题。儿童口腔医学中常见的问题有:如何选择治疗方案,如何选择材料,临床新技术如何确定适应证,如何开展,其疗效如何等等问题。问题发掘的第二步是核心问题的确定。例如,涉及治疗方案选择时,需要回答的问题是:在何种情况下应选择何种治疗方案?选择此种方案背后的生理及病理依据是什么?该标准有足够的数据支撑吗?核心问题的关键词将成为文献检索及阅读的关键词。

2.7 文献检索及阅读

开设文献检索相关课程,介绍文献检索的各大中文及英文检索平台及其使用方法。例如中文检索平台有中国知网 CNKI 数据库、中国科学院文献服务系统、万方数据库等,英文文献检索平台有Pubmed、Web of Science、OVID等^[5]。平台主要依赖关键词、作者信息、发表日期等进行检索。在针对解决临床问题的检索中,主要使用关键词进行检索。检索平台会根据关键词列出多篇文献,进修医师可以阅读摘要以判断该篇文献是否对解决问题有用,对于有用的参考文献可以进一步获取全文信息。文献阅读务必积累一定数量,一般而言,可以粗略阅读 50~100 篇左右的相关文献、精读 3~10

篇相关文献,并可进行定期的文献分享。

2.8 科研设计

帮助进修医师进行科研设计,基层进修医师 偏向于选择临床类课题。例如前文所述的治疗方案 的选择或材料的选择,可以开展对照试验,即使用 不同的治疗方案或材料与经典的方案或材料进行对 比。临床课题一般分为横断面研究 (corss-sectional study)和纵向研究(longitudinal study)。横断 面研究是在同一时间点上进行观察, 观察对象是不 同的分组下组间的不同(例如有龋儿童和无龋儿童 唾液蛋白的成分或牙面菌斑组成的不同);纵向 研究则是在不同的时间点上观察, 观察对象可以是 相同的组或不同的组(例如使用不同材料行乳牙 充填,观察1年后继发龋或充填体脱落情况)[6]。 纵向研究又根据时间点的不同分为回顾性研究 (retrospective study) 和前瞻性研究 (prospective study)。回顾性研究的时间点为过去的某一时刻 以及当下时刻; 前瞻性研究的时间点为当下时刻和 未来的某一时刻[7]。回顾性研究可能因为回忆偏差 而造成误差,但其搜集数据迅速,不需要长期跟踪 患者,因而成本较低;前瞻性研究无回忆性偏差, 但由于需长期跟踪患者,因而搜集数据较慢,且存 在着患者流失的情况。国际上对于前瞻性研究的评 价优于回顾性研究[7],因此在经费和时间成本允许 的情况下, 优先选择前瞻性研究。

除了临床对照试验,也可以考虑荟萃分析 (meta-analysis) ^[8],汇总已经报道的关于治疗方 案对比、材料对比、新技术对比的临床研究,综合 评价方案的有效性及临床适应证。

2.9 课题开展

由于进修时间有限,课题开展可以回原单位进行实施。提醒进修医师临床课题开展前务必向医院伦理委员会提出伦理审批的申请。未经过伦理审查的课题不能在临床开展。课题开展时,务必征求患儿及其家属的意见,需要对方同意参加该临床课题并签署知情同意书后,方能开展相应课题。患儿及其家属有权在任意时间点要求退出该试验。患者知情同意书中必须包含项目名称、研究人员姓名、项目简介、研究目的、研究过程、参与本研究的风险与受益等内容^[9]。

课题具体实施参照科研设计内容进行即可。需 要注意的是,当涉及多名评估或检查者时,需在正 式检查前进行检查标准的一致性检验,以保证不同 医师临床检查结果的一致性^[10]。

2.10 论文撰写及发表

带教老师在进行医师论文撰写中发挥指导作用。临床试验类论文结构主要分为:引言/概述、材料与方法、结果、讨论、总结几大部分。引言/概述主要讲述现阶段的临床问题以及解决该临床问题的意义;材料与方法主要主要详细罗列试验流程,以便读者重复该试验或评估该试验的准确性;结果即将研究结果做一总结,可以采用文字叙述、表格罗列、图例、图片的形式呈现结果,具体在方式的选择上应以清楚明了为第一原则;讨论则是讨论试

验方法的利弊、试验结果的意义、与其他已报道的 相关试验结果的比较、造成该结果的生理病理机制 等,总结则是归纳核心结果,阐述该试验的意义。 论文在投稿时,应参考试验的主题、试验的具体内 容及结果,选择相应的杂志。

3 总结

综上所述,儿童口腔进修医师能力的提升应同时抓临床能力和科研能力,针对儿童口腔问题,不仅知道如何做(how),还知道为什么做(why),更进一步知道如何探索未知(explore),进而实现其综合能力的全面提升。

参考文献

- [1] 邹静. 儿童口腔健康管理 [J]. 华西口腔医学杂志, 2018, 36(5):465-468.
- [2] Zou J, Meng M, Law CS, et al. Common dental diseases in children and malocclusion[J]. Int J Oral Sci, 2018, 10(1):7.
- [3] 张琼, 张凌琳, 郑巧等. 儿童口腔科继续教育医生临床培养模式的探索与实践[J]. 中国继续医学教育, 2018, 10(2):9-12
- [4] 王艳, 张琼, 王了等. LBL/PBL/CBL 联合教学模式在 儿童口腔医师临床继续教育中的应用 [J]. 医学教育管 理, 2020, 6(4):350-354.
- [5] Jain V and Raut DK. Medical literature search dot com[J]. Indian J Dermatol Venereol Leprol, 2011, 77(2):135-140.
- [6] Sasayama K, Nonoue K, Tada T, et al. Cross-sectional and longitudinal relationship between physical fitness and

- academic achievement in Japanese adolescents[J]. Eur J Sport Sci, 2019, 19(9):1240-1249.
- [7] Euser AM, Zoccali C, Jager KJ, et al. Cohort studies: prospective versus retrospective[J]. Nephron Clin Pract, 2009, 113(3):c214-217.
- [8] Zhong Y, Zhang Y, Wang Y, et al. Maternal antibiotic exposure during pregnancy and the risk of allergic diseases in childhood: A meta-analysis[J]. Pediatr Allergy Immunol, 2021, 32(3):445-456.
- [9] Nash AK, Auchtung TA, Wong MC, et al. The gut mycobiome of the Human Microbiome Project healthy cohort[J]. Microbiome, 2017, 5(1):153.
- [10] Nelson KP and Edwards D. Measures of agreement between many raters for ordinal classifications[J]. Stat Med, 2015, 34(23):3116-3132.