



# 口腔全科进修教学模式的建立与实施

李思雨<sup>1</sup> 潘洁<sup>1</sup> 雍颺<sup>1</sup> 朱文昊<sup>1</sup> 崔静<sup>1</sup> 王琳<sup>1</sup>

## 摘要

基层口腔医生对毕业后口腔全科教育有着广大的需求,北京大学口腔医院综合科从2013年起逐步建立了规范化的口腔全科进修教学模式并积累了丰富经验。该模式注重口腔全科理念的贯彻,通过口腔全科的教学设置在进修全周期实施规范化的口腔全科培训。实践证明:新模式能帮助进修医生建立全科诊疗理念,培养出胜任的、适合国民口腔健康需求的口腔全科医生。

**关键词** 口腔全科; 进修教育; 口腔医学

## 1 引言

随着口腔专科的不断发展和对医疗本质理解的不断深入,越来越多的专家已经意识到口腔全科医疗的重要性及中国对口腔全科医生的大量需求<sup>[1-3]</sup>,口腔全科逐渐开始成为一个独立的培养方向<sup>[4]</sup>。由于我国现行的口腔医学教育偏重于按照专科模式教学,使得学生在毕业时掌握的是多个口腔专科知识的汇总,缺乏口腔全科诊疗的系统性和逻辑性。对于毕业后开始工作的年轻医生,全科理念的缺乏就

成为工作中的短板,因此对口腔全科教育有着十分广大的需求。但国内多年沿袭的教学模式使我们缺少规范的口腔全科教学模式和师资,多数口腔全科教育仍然是不同专科老师带教、按多专业分块教学进行合作的模式<sup>[5,6]</sup>。这种教学模式培养出的口腔全科医生仍会沿袭固有的专科思维,欠缺对患者进行全面评价和综合诊疗的能力,无法真正实现全科医生的培养要求。因此,我们从师资培养的源头做起,以建立规范的口腔全科毕业后教学模式为目标,不断摸索并调整教学内容<sup>[7,8]</sup>,最终达到了良好的

作者单位 <sup>1</sup>北京大学口腔医学院·口腔医院,综合科 国家口腔疾病临床医学研究中心 口腔数字化医疗技术和材料国家工程实验室 口腔数字医学北京市重点实验室,北京 100081

通信作者 王琳,口腔修复及口腔全科专业,Email: lwang2010@163.com,电话: 13621137461

第一作者 李思雨,口腔修复专业博士,2008年至今于北京大学口腔医院综合科工作,一直承担进修生和住院医师规范化培训的教学工作。2012-2014年于美国罗切斯特大学伊斯特曼口腔健康研究院完成口腔全科住院医师规范化培训。

教学效果。

## 2 口腔全科教学师资团队建设

### 2.1 师资培养

北京大学口腔医院综合科从2012年起陆续派出多名有一定工作和教学经验的主治医师赴美国罗切斯特大学伊斯特曼口腔健康研究院参加口腔全科住院医师规范化培训项目,接受为期一年的涵盖基础理论和临床实践的口腔全科标准化训练,建立了规范化的口腔全科诊疗理念。

### 2.2 教学团队

口腔全科进修教学团队由一名教学组长、四名专科带教老师及一名专职护士组成。教学组长由完成美国规范化口腔全科培训的高年医生担任,负责组织、管理当年教学项目并统一教学组其他成员的全科理念,保证教学指导思想的一致性。教学组长负责占总门诊时长1/3的全科门诊带教,全科门诊时不分专业诊治患者,而是基于患者实际的口腔综合问题进行全面分析,为患者制定综合治疗计划,提供全科规范化诊疗。教学组长在教学全程负责将全科诊疗理念贯彻始终。教学组配备固定带教的牙体牙髓、牙周、修复及颌面外科专业的专科医师,固定在每周专科带教时间指导较复杂的专科治疗。这样可充分利用专科医院教师的专业知识和技术优势,有效提升进修医生的专科技能,也能保证患者得到优质的诊疗服务。同时,专科带教老师也能够通过教学不断强化口腔全科思维,进一步提高整个教学团队的综合教学能力。配置专职护士则有助于增进进修生门诊的整体管理,并渗透口腔全科的四手配合理念。

## 3 口腔多专业教学设置

### 3.1 口腔多专业理论知识教学

口腔全科进修教学以全面提高进修医生的综合诊疗能力为主要培养目标,与此同时,对以往的基础知识及基本技能查缺补漏,夯实各专业基本理论

知识和基本临床技能基石。课程设置依分阶段循序渐进、不断巩固的原则安排。通过临床前两周的前期培训对牙体牙髓、牙周、外科和修复四个主要专业的基本理论回顾和基本操作巩固,以此明确口腔全科及专科的基本诊疗原则及操作规范。通过前期培训能初步建立起进修医生的全科诊疗理念,并保证其在规范、统一的全科诊疗原则下接诊患者。

每周利用门诊后时间安排一次理论提高课,邀请科内及专业科室的专家或高年资医生讲授各专业领域的常用技术和新进展,旨在开拓进修医生视野。为不断调动授课老师知识更新积极性并满足进修医生学习兴趣,引入课程评价体系,由进修医生填写匿名评价表,根据评价结果淘汰末位课程。结合进修医生提出的提高课兴趣点,经教学组讨论后决定是否增设新课,旨在保证课程设计的“全、新、专”。

具体课时设置情况见表1,前期基础课中大部分课程的理论和实操课课时比例接近1:1。

### 3.3 口腔多专业临床常用技术规范培训在进修全周期的教学设置

#### 3.3.1 循序渐进的规范化操作培训

我们根据教学进度逐步培训多专业临床常用技术的规范操作,如牙科显微镜的应用培训、复杂牙及阻生智齿拔除术的培训、纤维桩规范化粘接技术的培训等。这些循序渐进的多专业规范化操作培训可帮助进修医生全面掌握各专业的临床常用技术,有助于提升其全科治疗的技能。

#### 3.3.2 技术考核准入制度

临床培训中,我们设置了不同专业的技术考核准入标准。如牙髓专业根管治疗初始时为用手用锉根管预备+冷侧压技术根管充填,经临床病例提交及体外模拟根管考核达标后才可改用镍钛机用锉根管预备+热牙胶垂直加压根管充填;牙周专业初始时为手工洁治,一个月后经相互手工洁治考核达标后才可改为超声洁治。

表1 口腔全科进修教学课时设置表

	牙体牙髓	牙周	口腔颌面外科	修复	口腔综合
前期基础课	34*	13*	8	24*	19*
理论提高课	30	15	12	29	33

注: \*表示该课程内容包含理论课和实操课,课时比例接近1:1。

### 3.3.3 手术助手制度

对于进修医生无法独立完成的一些技术敏感性要求较高的手术类治疗项目,教学组安排专科老师进行手术操作、接诊进修医生作为助手配合并完成术前准备和术后维护,如显微根尖手术、膜龈手术及种植手术等。由于每位进修医生接诊的病例无法涵盖所有手术类型,因此安排他们轮流担任科内老师的手术助手,以便其学到尽可能多的手术规范操作。

## 4 口腔全科理念贯穿临床培训始终

### 4.1 明确培养热爱口腔全科诊疗的人才目标

一年制口腔全科培训对进修医生也提出了更高要求,不仅需要其具备多专业的理论基础和临床技能,更要具备对口腔全科事业的热爱和完成学业的毅力。教学组采取面试招生制度,差额录取符合培养要求的进修生。面试侧重于考察进修生的综合素质,通过笔试和仿头模模拟操作考试来考察进修生的基础理论和临床技能水平,通过进修生自我展示和教学组面试来考察进修医生的综合素质和发展空间。通过面试制度,有助于录取热爱口腔全科事业,有能力有决心完成进修教学目标,未来能够将规范化口腔全科诊疗推广到基层口腔医疗或教学机构,惠及更多的患者。

### 4.2 全面口腔检查、综合治疗计划制定与全科病历书写

鉴于进修医生来自全国各个地区,虽经面试,但水平仍有参差,为保证进入门诊能具备基本规范的诊疗能力,设定入学前两周为前期教学培训阶段。通过口腔综合诊疗之《规范化的资料收集与记录》和《全面诊断和制定综合治疗计划》等理论课程及综合病例讨论,在进门诊前就帮助进修医生尽快建立起全科诊疗分期的理念,将综合治疗计划分为系统期、急症期、疾病预防控制期、功能美观修复期与复查维护期,并通过分期来指导有序的治疗过程<sup>[9]</sup>。

要求进修医生对有综合诊疗意愿的患者均须进行全面口腔检查并应根据患者实际状况按分期制定多个可选的综合治疗计划。为便于患者的完整资料收集与全面口腔检查记录,我们还设计了患者资料收集表与口腔检查记录表。随着医院电子病历的推行,在全科诊疗病历模板中自动将治疗计划进行分期,不但可规范进修医生的病历书写,还可在书写病历的过程中不断强化治疗计划分期,有助于不断

巩固、深化其全科诊疗理念。

## 4.3 口腔全科诊疗理念实际应用的考核

### 4.3.1 中期病例报告

中期病例报告的意义在于培养进修医生全面收集、整理资料的能力并帮助其巩固口腔全科的诊疗理念。该报告在临床培训的第5个月进行,可有效地检验进修医生是否建立起口腔全科的诊疗理念。报告中的综合病例须至少跨2~3个专业,要求图文并茂地展示为一个综合病例制定多个可选综合治疗计划的依据和过程;本报告侧重于病例资料的完整收集与整理、全面的正确诊断和多个可选治疗计划的制定。

### 4.3.2 结业病例报告

结业病例报告的意义在于进一步培养进修医生全科诊疗的思维和能。该报告在临床培训的最后两周进行,是对进修医生口腔全科诊疗理念、多专业技术与循证医学等方面综合能力的全面检验。本报告侧重于展示一个完整综合病例的诊疗全程,除中期病例报告所涵盖的内容外,还要求展示规范有序的治疗全程。结业病例报告由各专业科室及科内专家共同点评,保证了较高的专业及全科水准。

上述两次病例报告促使进修医生不但要时刻注意综合病例的收集和规范诊疗,还要不断培养全科诊疗的思维和能。病例报告中进行深入讨论的要求也督促进修医生注重循证医学,培养从临床实践中发现问题并主动学习来解决问题的能力,使其具备长期进步的能力和潜力,而这正是临床医生胜任力<sup>[10]</sup>和本进修项目教学目标的要求。

## 4.4 口腔全科培训成果检验

### 4.4.1 出科考核

为了更全面地反映学生一年学习所取得的进步,我们取消以往的入科和出科考试而将其改为入科和出科胜任力评价。评价表的设计借鉴国外成熟的胜任力五级评价指标<sup>[11]</sup>,对各专业的临床技能和的诊疗能力、综合诊疗能力与自我学习能力等方面共45项具体指标的胜任力进行评价,能够相对全面地评价一年的进修收获。结果显示进修医生在毕业时能够胜任口腔全科临床工作。

### 4.4.2 口腔综合病例大赛屡次获奖

中华口腔医学会自2014~2019年主办了六届

全国“口腔好医生”跨学科病例展评大赛,获得了越来越多口腔全科和专科同行们的认可;2019年中华口腔医学会全科口腔医学专业委员会开始主办第一届“口腔全科优秀病例交流”大赛,这些口腔综合病例大赛均邀请到国内外多名不同专业的专家作为评委,并吸引了五大院校的专科医生参赛,充分体现了专业领域对口腔全科的重视,不同专科背景医生的参赛也增大了获奖的难度、增加了比赛的含金量。

在这六次全国大赛中,我科培养的全科进修医生取得了优异的成绩:共获得一等奖2次、二等奖1次、全国十强十余次;他们在地方举办的病例大赛中也取得了骄人的成绩,如获得2019年华东地区白玉兰口腔优秀病例展评优胜奖及“白玉兰口腔优秀病例奖”安徽赛区一等奖等。病例大赛的获奖不仅是对参赛病例本身的肯定,更是我科全科进修

教学模式的优秀成果,这充分体现了新模式对进修医生全科诊疗理念和能力的培养遵循循序渐进的过程,培养出的进修医生口腔全科诊疗理念深刻、专业技术规范,是胜任的口腔全科医生。

## 5 总结和展望

经过8年的口腔全科进修教学实践,北京大学口腔医院综合科一年制规范化口腔全科进修模式已进入稳定发展阶段,为全国各地培养了近百名优秀的口腔全科医生,他们不断将全科诊疗的理念和规范向周围辐射与传播。我们在教学实践中还尚存不足,比如出科考核缺乏教师的客观评价,以及缺少科学的教学研究来有的放矢地提升临床教学工作。今后我们将根据国情不断改进和建设口腔全科进修教学模式,继续促进口腔医学综合人才培养的发展。

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突

## 参考文献

- [1] 刘洪臣. 口腔全科医师[J]. 中华老年口腔医学杂志, 2009,7(1):1-2. DOI:10.3969/j.issn.1672-2973.2009.01.001.
- [2] 刘洪臣. 口腔全科医疗与口腔全科医师[J]. 中华口腔医学杂志, 2010,45(4):193-195. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2010.04.001.
- [3] 任延方. 中国国民口腔健康需求、口腔医学教育及住院医师培训现状与思考[J]. 中华口腔医学杂志, 2015,50(8):457-461. DOI:10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2015.08.003.
- [4] 刘洪臣. 我国全科口腔医学的起步与发展[J]. 中华口腔医学杂志, 2016,51(2):65-68. DOI:10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2016.02.001.
- [5] 李菁, 杨瑛, 潘丽恩等. 探索口腔专业住院医师规范化培训模式培养口腔全科医师. 临床和实验医学杂志, 2013,12(5):385-387. DOI: 10.3969/j.issn.1671-4695.2013.05.030.
- [6] 文才, 谢蕾, 杨江华等. 口腔医院综合门诊教学对口腔全科医生培养的影响. 中外医学研究, 2016,14(1):152-153. DOI: 10.14033/j.cnki.cfmr.2016.1.085.
- [7] 雍隼, 王琳, 孔宇等. 口腔医学综合进修教学模式初探[J]. 中华医学教育杂志, 2013,33(2):290-292.
- [8] 赵晓一, 雍隼, 李思雨等. 加强口腔治疗整体设计意识, 实现口腔进修教学重点转移[J]. 中华医学教育杂志, 2013,33(5):774-776.
- [9] Srefanac SJ, Nesbit SP. Diagnosis and treatment planning in dentistry[M]. 3rd edition.
- [10] Chambers DW. Toward a competency-based curriculum. [J] J of Dental Education, 1993,57(11):790-793.
- [11] Baginska J, Wilczynska-Borawska M. Continuing dental education in the treatment of dental avulsion: Polish dentists' knowledge of the current IADT guidelines[J]. Eur J Dent Educ, 2013,17(1):e88-92. DOI:10.1111/j.1600-0579.2012.00765.x.