

试析泌尿外科临床教学中常见问题与对策

徐景聪 陈浩贤 黄军成 沈晓丹 周美爱

广东省农垦中心医院泌尿外科 广东 湛江 524002

【摘要】：本文通过分析泌尿外科临床教学中面临的普遍性困境与挑战，聚焦理论与实践脱节导致学生执行无法合一、学生参与度与主动性不足、医疗安全与患者隐私带来的教学局限以及微创技术发展与传统教学手段落后的矛盾等问题进行分析，结合临床案例深入分析问题的根源。针对存在的问题，结合实践性和操作性，探讨一套综合性的改进对策，通过案例嵌入型教学流程将理论与实践结合、推行分阶段-责任制实习管理模式，提高学生的工作责任心和综合能力、构建标准化模拟体系为高难度操作提供安全的学习平台等不断提高泌尿外科临床教学质量和效率。

【关键词】：泌尿外科；临床教学；常见问题；解决对策

DOI:10.12417/2811-051X.26.10.075

泌尿外科作为外科学的重要分支，其诊疗范围覆盖泌尿系统、男性生殖系统以及肾上腺相关疾病，在现代医学体系中占据不可或缺的重要地位。泌尿外科目前以腹腔镜、机器人辅助、输尿管软管及激光技术为代表的微创诊疗手段为主，深刻改变传统疾病的治疗模式及预后；同时病种结构日趋复杂，不仅包括传统的泌尿系肿瘤、结石、梗阻和感染，随着我国步入老龄化社会，良性前列腺增生、女性盆底疾病等与年龄增加有关的疾病发病率也逐年上涨，对诊疗的精准化、个性化提出了更高的要求。在此背景下，临床教学作为医学教育中连接理论与实践的重要桥梁，承担着将医学生培养为合格的泌尿外科医生的核心使命，不仅是知识传播与技能培训的环节，也是临床思维养成、职业素养塑造的关键阶段。一个高效、系统的临床教学体系，是保障医疗人才梯队建设、推动学科可持续发展的基石。

1 泌尿外科临床教学面临的问题

泌尿外科临床教学是培养后备人才的核心环节，不过传统的教学模式在日益复杂的医疗环境中暴露出大量的问题，影响了教学质量的提升。具体问题表现为：

1.1 理论与实践结合生硬，学生知行分离

该问题核心在于学生无法将体系化的书本知识转化为解决临床问题的实际能力，学生可能能够熟记各种疾病的临床症状、诊断标准和治疗原则，但面对鲜活、不典型甚至多种疾病共存的真实患者却无所适从。具体表现为：为患者问诊时无法抓住重点，也就无法通过问诊为患者做初步诊断假设；专科查体手法生疏且有紧张的情绪，导致检查时会有关键指标被遗漏；解读辅助检查数据的能力不足，比如泌尿系造影的动态过程、尿动力学报告的复杂参数或CT/MRI影像的细节判读，无法做出准确且全面的判断和分析，也就无法深入的分析病理生理学关联与临床意义^[1]。

临床教学中典型问题：理论扎实的实习学生接诊老年血尿患者时，虽知晓无痛肉眼血尿高度提示膀胱癌，却未针对性询问血尿分段、有无血块、吸烟史等关键信息，草率判定为尿路

感染。这反映出学生临床思维脱节，只会套用书本静态知识点，缺乏动态、连贯的诊疗思路，不理解诊断是“假设-验证”的过程，未能依托典型症状开展系统性问诊与鉴别诊断。由此可见，泌尿外科教学不能只侧重知识传授，更要着重帮助学生搭建规范的诊断逻辑与临床思维体系^[2]。

再比如，在临床教学中某学生阅读一名肾结石患者的CT片时，准确的指出在哪个部位有结石，但老师继续提问：“结石位于哪个肾盏？是否造成肾盂出口梗阻？肾皮质是否变薄？”等问题时，则茫然失措。这一问题反映出了学生在影像识别和临床决策之间的巨大鸿沟，虽然准确根据CT判断有肾结石，但无法更进一步分析结石具体情况，解读影像的最终目的是为了指导治疗，结石的大小、位置、是否梗阻等状态决定了是否采取药物排石、体外冲击波碎石、输尿管镜手术等，学生的知识仅停留在形态学层面，未能与实践应用形成有效的连接。这一问题提示，影像教学必须与治疗方案的选择紧密结合，培养学生为了治疗而读片的临床思维。

1.2 学生参与度和主动性不足

在门诊、手术室、病房查房等核心的教学场景中，学生往往处于边缘的位置，由于缺乏明确的任务驱动和角色代入，导致很多学生最终成为旁观者和记录员，这种被动的状态不仅无法激发学习兴趣，也容易催生懒惰思维，学生习惯于老师直接给出答案，导致学生无法积极思考。

比如在BPH专科门诊，带教老师转变了传统的带教模式，在学生旁听前要提出具体任务：“由你们进行主问，然后采用IPSS评分量表评估患者的严重程度，最后提出初步治疗方案”，学生的角色转变后，立刻表现出了良好的工作状态：学生会主动询问每个评分项的含义，需要思考为何选择 α 受体阻滞剂而非5 α 还原酶抑制剂作为初始治疗，学生自主思考能力被积极调动起来^[3]。由此分析可知：传统的师讲生听模式剥夺了学生在教学中的主体地位，导致学生无法处于积极探索的状态，一旦被赋予责任，内在驱动力和问题意识便被瞬间激活。由此可知，学生的学习积极性和主动性并不是凭空产生的，是需要在教学

制度设计中进行赋能的,赋予学生明确的、与其能力相匹配的临床职责,变被动观摩为主动参与。

1.3 医疗安全与患者隐私保护的矛盾突出

泌尿外科疾病的特殊性导致患者对暴露隐私部位具有天然的抵触情绪。同时,“以患者为中心”和医疗安全风险较高的背景下,让操作不熟练的学生参与实践,很容易引发患者不适、造成患者投诉甚至医疗纠纷,这就导致带教老师处于保护性心理,减少让学生动手操作的机会,最终却形成了“老师不敢教、学生不敢做”的恶性循环。

例如医院泌尿外科教学中,实习生在未经过充分模拟训练的情况下,为一名年轻男性患者更换导尿管,因为紧张、对男性尿道生理弯曲理解不足和操作手法粗暴,多次尝试失败且导致患者尿道黏膜损伤和剧烈疼痛,引发患者强烈不满。根据此事件分析,将患者作为学生首个技能训练对象,显然是不利于临床实践教学,不仅是对患者权益的模式,也构成巨大的安全隐患。这一问题暴露了教学体系中模拟训练环节的缺失和形式化,也暴露了未能做好与患者的知情同意和充分沟通。学生和老师都未能将操作前的模拟准备和与患者坦诚沟通作为必不可少的步骤,因此在泌尿外科的教学中,要构建一个“模拟训练-考核准入-床旁实践”的闭环,任何有创操作,学生的第一次训练都必须在模型上完成,并且对学生的操作进行考核。同时,老师要指导学生学会与患者的沟通交流,获得患者的充分理解,沟通交流本身也是临床教学的重要内容,不可忽视^[4]。

1.4 微创技术飞速发展与传统教学手段落后的矛盾

腹腔镜、机器人及输尿管软镜等技术成为泌尿外科的主流,但其学习曲线陡峭,对手眼协调、空间感知和器械操作能力要求较高。传统教学中“看一台、助一台、做一台”的阶梯模式在教学质量和效率上均无法满足需求。学生在复杂手术中作为助手,手术视野受限,无法理解主刀医生的操作流程和逻辑,导致学习仅仅停留在观察阶段,无法掌握其内涵。

比如,泌尿外科学生观摩一台腹腔镜肾癌根治术后,惊叹主刀医生手术出血量少,但询问学生“首个 Trocar 为何选择在这一位置穿刺?为何在这个组织层面游离?采用超声刀时为何选择这一能量”等问题时,学生无法回答^[5]。可知传统的手术观摩中,学生被动的接受信息,无法主动解构手术技术,学生没有获得一个分析手术的框架,无法将连续的手术流程分解为一个关键步骤和决策点,学生只看到了手术成功、手术多么完美,却忽略了探索为何要这么操作。随着泌尿外科微创时代的到来,手术教学也必须随之创新和变革。需要通过术前录像讲解、手术和关键步骤分解演示以及模拟器上的针对性训练,将隐含的经验性知识显性化、结构化的传递给学生。

1.5 教学考核方式单一,无法评估学生的临床能力

很多科室的出科考核仅以理论考试为唯一的评估方式,这

种考核方式能够有效评估学生对理论知识的记忆程度,但无法衡量其真正的临床胜任力。一个笔试高分的学生,可能依然不善于问诊、怯于操作、缺乏沟通技巧与共情能力。单一的考核会错误的引导学生和教学资源片面发展,现代医学教育强调对“医学知识、临床技能、职业素养”三位一体的综合评估,单一考核忽略了临床技能和职业素养的培养与评估,也就无法培养出可为患者提供高质量和人性化医疗服务的合格医生。因此,泌尿外科的临床教学中需要积极的改革考核方式,引入临床演练评估、操作技能观察评估、标准化病人考核等评价工具,实现教学改革目标不可缺少的重要内容。

2 提高泌尿外科临床教学实践性与操作性的对策

2.1 案例嵌入型教学模式

(1) 课前准备阶段:不再随机选取病例,而是构建“教学典型案例库”,保证覆盖泌尿外科核心病种并且兼顾常见病与疑难病。教学前 1~2 天将提前准备的病史摘要、初步检查结果发送给学生,并且布置问题让学生思考:根据现有资料给出初步诊断。需要与哪些疾病进行鉴别?下一步会采取哪些检查验证你的诊断?

(2) 床旁教学阶段:在获得患者知情同意后,鼓励学生作为主诊医生进行问诊和专科查体,带教老师要作为指导者,突出学生为教学主体。学生问诊完成后,老师不是直接纠正,而是通过提问引导学生反思。比如“你为何没有询问患者的吸烟史?认为刚才的前列腺指检手法有哪些可以改进的地方?”,同时老师要演示正确、专业的操作方法。

(3) 课后复盘:组织小型讨论会,要求学生采用 SOAP 格式进行汇报。重点评估学生诊断依据的逻辑性、鉴别诊断全面性和治疗方案的合理性等。然后要求学生根据真实的案例,完成一份高质量的病程记录或术前小结,由老师进行批改和反馈。

该教学模式利用真实的案例,将离散的病例、诊断、治疗等内容串联起来,模拟了医生临床诊断和治疗的真实路径,让学生在不断的训练中提高专业能力。

2.2 推行“分阶段-责任制”实习管理体系

(1) 实习初期阶段(1~2周):主要带领学生熟悉病房环境、工作流程等,掌握规范问诊、系统和专科查体,能够独立完成合格的首次病程记录。

(2) 实习中期阶段(2~3周):学生在老师的指导下负责 1~2 张病床的日常管理,成为医疗团队的核心成员。独立管理患者从入院到出院的常规流程,参与术前谈话并书写谈话记录,作为第二或第三协助中小型手术,并开始学习阅读和分析复杂的影像学资料。考核方式为 DOPS,患者管理能力的综合评估。

(3) 实习后期阶段(1~2周):重点为技能深化期。向

临床操作和手术技能深度延伸,在模拟器上达到腹腔镜/输尿管基础技能的考核标准;在真实手术中担任第一助手,深度理解手术步骤,并且能够独立完成扶镜、暴露、缝合打结等基础操作。通过模拟器技能考核、作为手术助手表现的 DOPS 评估完成考核。

该教学管理模式将模糊的实习期规划为清晰的、可衡量的教学阶段,每个阶段都有不同的学习目标,赋予学生与相应能力配备的职能,调动学生的学习内驱力,实现人才个性化、精准化的培养。

2.3 强化模拟训练与技能考核

其一,构建或完善临床技能培训中心,必须配备从基础到高级的系列化模拟设备。同时,开发标准化的训练客户覆盖模块,比如导尿术标准化流程、腹腔镜夹豆与剪切训练。其二,实施技能准入制度。制定每项有创操作的模拟器考核标准。比如,学生必须在导尿模型上连续成功操作5次且无理论错误,方可获得老师监督下为患者操作的资格。其三,构建手术视频数据库,对经典手术、疑难手术进行多角度录制。在复盘教学中,对关键步骤进行慢放、暂停和讲解,将主刀医生的隐形经验转化为具体的知识。

通过强化模拟训练与技能考核,为学生营造了一个“允许犯错”的学习环境,极大降低了初学者的操作风险,是对患者权益最直接的保障。同时,重复性的、标准化的训练快速提升学生的操作熟练度与自信心,平滑学习曲线,为其顺利进入临

床实践铺平道路。

2.4 融入人文关怀与沟通艺术教育

涉及高仿真的教学场景,提出问题:“向一名50岁男性告知其PSA升高,疑似前列腺癌”,“与以为因ED问题感到自卑的年轻患者进行初步沟通”,由老师或其他学生扮演患者,进行情境模拟教学。与此同时,带教老师在日常教学中,要有意识的培养学生学会对患者尊重、耐心的态度,尤其是在检查隐私部位时要做好充分的沟通,征得患者的同意和理解;学会用通俗易懂的语言解释复杂的病情,通过不断的人文关怀理念培养,确保学生能够成为一名有技术、有温度的专业医生。

由于泌尿外科是一个比较特殊的领域,人文关怀和专业技术同样重要,系统的沟通训练可提高学生的共情能力以及沟通效率,帮助学生构建稳固、信任的医患关系,不仅可防范医疗纠纷,也有利于提高医疗服务质量。

3 结语

本文采用对泌尿外科教学中存在的问题结合具体案例进行剖析,对当下教学困境有了全面的掌握,可知传统的教学已无法满足医学教育对高素质人才的需求。教学改革需要转变为以学生为中心的教学理念,教学活动设计要重视创新,通过案例嵌入式教学、分阶段-责任制管理、强化模拟训练、融入人文关怀及沟通教育等方式,全方位激发学生锻炼临床思维、夯实操作技能、培养职业素养的积极性和自主性。

参考文献:

- [1] 陈新,王进有,柳燕.PBL联合Mini-CEX教学法在泌尿外科本科生实习临床教学中的应用评价[J].现代医药卫生,2025,41(5):1268-1271.
- [2] 陈绪龙,王强,李涛.虚拟现实和增强现实技术在泌尿外科临床教学中的应用价值与策略[J].黑龙江教育(理论与实践),2025(1):54-58.
- [3] 蓝建华,杜建辉,黄国华,唐超来,徐小涵.文献报告会联合CBL-PBL教学法在泌尿外科临床教学中的应用[J].中国继续医学教育,2025,17(3):57-61.
- [4] 张可可,阿不力孜·司马义.泌尿外科临床教学中的问题解决能力培养策略研究[J].中文科技期刊数据库(引文版)教育科学,2024(8):085-090.
- [5] 薛松,魏武,周文泉,周水根,张征宇,高建平,葛京平,施建辉,石平.泌尿外科临床教学面临的问题与对策[J].医学研究生学报,2012,25(8):855-857.