

体会。所以, MPH 教育仅靠学校教育, 只有书本知识, 只在课堂和实验室, 是难以成为合格的应用型人才, 难以实现 MPH 教育的培养目标, 这就要求 MPH 教育必须与工作实际相结合, 使学生所在单位及社会用人单位成为 MPH 教学的基本途径之一。根据历年来我国招收的 MPH 学生资料来看, 他们大部分从事公共卫生工作, 具有多年的相关工作经验。他们回到学校在职学习是为了掌握更高层次的理论和最新知识, 结合自己在工作实践中遇到的问题, 提高分析问题、解决问题的能力。

其次, 公共卫生行业专业内容更新速度的加快和社会公共卫生突发事件的频繁强化了社会的参与。许多最新的、实用的专业知识, 往往是一边应用, 一边发展, 未必能及时地反映到教科书上。要获得这些知识, 学生必须结合自己的实际工作岗位情况, 深度强化社会参与, 创新解决公共卫生领域的实际问题, 着实体现 MPH 的职业教育特色^[9]。

4 结 语

教育观就是教育理念, 它是对教育的理性认识、理想追求及其所持的教育思想, 是一种观念, 更是一种境界。它是人们教育实践的理论指导与灵魂。有什么样的教育观就会有怎样的教学思想, 就会产生相应的教育行动及教学模式。因而, 我国的 MPH 教育树立科学的职业教育的观念, 是办好 MPH 教育的前提。

参考文献:

[1] 范瑞泉, 代卫红, 甘德秀, 等. 公共卫生硕士(MPH)研究·卫生管理·

生培养质量保障体系的构建研究[J]. 医学教育探索, 2010, 9(1): 5-7.

[2] 张力. 认清高等教育改革发展的新阶段新指向[J]. 中国高等教育, 2010(17): 4-6.

[3] 徐明生, 杨东亮, 廖启靖. 中、丹公共卫生硕士教育比较研究[J]. 中国高等医学教育, 2006(5): 27-29.

[4] 上海科学技术职业教育教学监督室·浅谈高等职业技术教育的课程设置[J]. 中国高教研究, 2003(9): 15.

[5] 杜德栋, 李存生. 试论我们应该树立的高等职业教育观[J]. 宝鸡文理学院学报: 社会科学版, 2007, 27(2): 114-118.

[6] 吴岩. 高等职业教育发展定位中的若干问题[J]. 职业技术教育, 2004, 10(19): 7.

[7] 刘颖, 贺加. 我国 MPH 问题与对策[J]. 中国卫生事业管理, 2010(3): 195-196.

[8] 陆小新. MPH 教育的现状分析与几点做法[J]. 中国高等医学教育, 2007(11): 22-24.

[9] Council on Education for Public Health. Accreditation criteria: public health programs[M]. Washington, DC: Council on Education for Public Health, 2005.

(收稿日期: 2011-02-28 修回日期: 2011-09-14)

贵阳市某三甲医院急诊医疗纠纷分析及对策研究

胡永国¹, 沈春明^{1△}, 徐 洁², 王裔端¹, 冯 燕¹

(1. 重庆医科大学管理学院/医学与社会发展研究中心 400016; 2. 西南政法大学民商法学院, 重庆 400031)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2012. 04. 039

文献标识码: B

文章编号: 1671-8348(2012)04-0402-02

近年来, 患者自我保护和法律意识不断增强, 医患矛盾日渐增多, 加上风险分配不合理, 医院管理不科学, 医护人员服务意识、操作规范性不足等诸多原因, 急诊纠纷不断发生。急诊部作为接待急危患者的窗口, 由于服务对象的特殊性、病情变化的复杂性、不可预测性等, 致使医患纠纷或医疗事故发生率相对较高。发生纠纷既影响医院的正常运行, 同时也给患者增加了负担。因此, 认真研究急诊医疗纠纷案例, 深入分析引发纠纷原因, 结合实际情况制订预防和解决措施, 对于医院至关重要, 同时也给医院管理带来了新的研究课题^[1]。

1 资料来源

对贵阳市某三甲医院 2010 年 1~9 月份医事法规办公室记录备案的急诊部医疗纠纷案例进行分析。

2 结果与分析

2.1 急诊部医疗纠纷现状 该院 2010 年前三季度共发生 18 次急诊医疗纠纷, 有 14 次已与患者协商解决, 占总数的 77.78%, 4 次仍未处理, 占 22.22%。属院方原因的有 12 次, 患方原因的有 6 次, 医患双方具体原因及比率见表 1。科领导和高年资医护人员针对科室具体情况制定了《急诊科医疗事故争议管理规定》, 结合临床实践经验提出相应防范措施, 具体规

定了报告制度、责任和处罚制度、追索制度、带教责任制度等, 已初见成效。2010 年的医疗争议发生率较 2009 年有所下降, 由 1.58% 下降到 1.27%。但医疗纠纷仍然存在, 各项制度和防范措施仍不完善。

表 1 急诊部 18 起医疗纠纷原因分析

纠纷原因	纠纷数目(次)	所占比例(%)
医方原因	12	66.67
医患沟通不够	6	33.33
医护人员技术水平不高	4	22.22
医护人员责任心不强	2	11.11
患方原因	6	33.33
患者及家属不理解	2	11.11
特殊患者不配合治疗	2	11.11
患者死亡而引发	2	11.11
合计	18	100.00

2.2 急诊部医疗纠纷科室分布 急诊外科医疗纠纷发生最多, 占总数的 70.00%, 其中引发纠纷较多的疾病主要有: 迟发性硬脑膜外血肿; 玻璃伤漏诊, 刀刺损伤, 创口小而深者; 多发伤漏诊, 伴颈髓损伤; 创伤异物残留, 多发复合伤; 高危妊娠; 急

腹症等。与外科比较,内科的纠纷相对较少(占 30.00%),常引发纠纷的疾病有:急性心肌梗死或心律失常造成的意外,脑干梗死及脑出血,高排低阻型感染性休克,肺栓塞,急性中毒,药物相关事件,过敏,儿科疾病等。

针对此情况,医院可以根据常发纠纷疾病类型制订出有针对性的应急措施,避免医疗纠纷的发生。

2.3 急诊部医疗纠纷主要责任人年资分布 住院医师发生急诊医疗纠纷的比例最高,这部分医生刚参加工作,通过执业医师资格考试,但尚未注册,在上级医师同班情况下,病历上或未经上级医师冠签,或未请上级医师诊治,而独自处置,且在住院病历中无严格观察记录,在纠纷出现后极其被动^[2]。主要原因因为年轻医生社会及临床经验很少,理论与临床实践的结合缺乏,诊治过程中观察、应变及与患者沟通能力较差。与之相比,主治和主任医师情况好得多,他们发生纠纷基本都是因为夜间急诊资源不足而超负荷工作。见表 2。

表 2 急诊部医疗纠纷主要责任人年资分布

年资医生类型	发生医疗纠纷数目(次)	所占比例(%)
住院医师	14	77.78
主治医师	3	16.67
主任医师	1	5.56
合计	18	100.00

2.4 急诊部医疗纠纷的时间分布 由于时间段特殊,夜间急诊患者更关心能不能在最短的时间内得到及时救助。他们对“时间”的期望苛刻,特别不愿意“等待”,对处于痛苦与焦急之中,而无医护人员提供积极热情的“关怀照顾”现象最不能容忍,这是一种潜在的危机。医护人员如不了解患者和家属的这些特点和心理变化,行动迟缓,对患者和家属提出的问题置之不理或不给予耐心解释,稍有不慎即引发纠纷。见表 3。

表 3 急诊部医疗纠纷的时间分布

时间	纠纷数目(次)	所占比例(%)
夜间	13	72.22
白天	5	27.78
合计	18	100.00

3 讨论

3.1 引发急诊医疗纠纷因素

3.1.1 医患沟通不充分 急诊患者常需采取一些特殊治疗抢救方法,如紧急心肺复苏、洗胃等,但多数患者及家属对医学知识了解甚少,疾病知识缺乏,对所采取的抢救、检查、治疗手段的重要性不了解,对疾病的严重程度和可能出现的不良后果估计不足,而医护人员因急救的需要无充分时间履行告知义务^[3-4],未与患者家属进行有效沟通,当患者病情恶化甚至死亡时,家属认为医护人员未履行告知义务,侵犯其知情权而引发纠纷^[5]。

3.1.2 医护人员技术水平不高,服务意识差 急诊医生分科过细,局限于专业知识,引起误诊、漏诊是发生纠纷的主要原因之一。部分医生只开出相应检查而未跟踪观察患者病情,未及时填写病历资料,病情恶化未能及时处理,最终延误手术治疗导致患者死亡等易发生纠纷^[6]。年轻医护人员,由于缺乏经验,观察、应变及沟通能力差,不能耐心、合理地解释患者及家属提出的疑问,往往引发医疗纠纷。

3.1.3 突发事件应急障碍,收费透明度低 急诊工作常遇突发事件和特殊情况,如交通事故、酗酒滋事等患者,不愿缴纳检查治疗费用,却要求医护人员立刻检查、抢救、治疗。其要求得不到满足,便对医护人员表示不满;另外,医疗费用自付比例增高是一导火索,一旦患者死亡或伤残,患者及其家属就有一种医疗费与期望值不相符感,医院如果存在乱收费或收费过高而无相关文件规定情形,亦会诱发患方对收费不满而引发纠纷^[7]。

3.1.4 医院布局不合理 医院布局不合理或布局图示过于复杂,是许多医院都存在的问题,也是引发纠纷的潜在因素之一。该院急诊科位于老楼,年代久远,布局不合理,无法设立专门的急诊辅助检查科室,导致急诊流程不通畅。尤其是夜间,急诊导医任务重,如患者对医院环境不熟悉,往往会带来诸多不便,也存在一定程度的安全隐患,易引发医疗纠纷。

3.1.5 患者或家属不理解,无理取闹 急诊患者多自我感觉病情危急,自己或家属非常紧张,情绪易激动,要求首先为其诊治,而急诊患者就诊随机性大,急诊流量不稳定,在患者集中时段易造成忙乱。医护人员往往要根据病情的轻重顺序诊治,患者提出的要求不能立即得到满足而心生不满。入院前已死亡的无主患者,家属认为医生救治不力,提出无理赔偿要求,故意为难医院,但事实上院方无错。这些均易产生纠纷。

3.1.6 特殊患者不配合治疗 精神患者来院时精神异常,处于妄想状态,拒绝治疗常出现自伤,家属责怪医院要求赔偿而引起纠纷;患儿因哭吵好动,家属看护不牢,导致治疗过程中发生损伤而导致纠纷^[8]。

3.2 建议

3.2.1 缩短急诊流程 医院本着一切为了患者、一切方便患者、一切服务于患者的理念,最大限度地发挥医院职能,协调各临床科室尽可能为方便患者急诊抢救创造条件。例如:夜间门诊化验室安排值班人员负责急诊化验工作;调整有关辅助科室地理位置,让门诊辅助科室向急诊科靠拢。

3.2.2 加强医护人员思想教育,妥善处理矛盾 急诊纠纷往往是由于患者或家属对医护人员的服务态度、操作技术、简单应对、疏忽造成的小失误等不满意造成的。因此,急诊医护人员要有良好的精神状态和风貌,用和蔼的态度、关切的语言、过硬的技术本领对待患者;多换位思考,体谅和理解患者的困难和不便;尽可能争取院方支持及有关科室配合^[7]。一旦出现纠纷苗头,要及时、妥善、恰如其分地进行处理和解决,避免与患者及家属发生冲突。对于医护耦合性纠纷或是涉及到其他护理人员的纠纷,不推脱责任,应该善于平衡协调。

3.2.3 认真履行急诊各环节的告知义务 急诊患者病情可能随时发生变化,医护人员应做好各环节告知工作。如初诊后病情及所采取的抢救、检查、治疗手段;操作过程中需配合事项及可能出现的不良后果,共同选择合适治疗方案;对危重患者应及时发病危通知书;有创检查和特殊治疗前要与患者或家属签订知情同意书^[9];再次急诊患者要给予重点关注;对拒绝检查、治疗、自行离院者要进行反复交代,做好记录并签名^[5]。

3.2.4 加强急救技术的培训与考核 科室要将急救技术操作的培训和考核作为一项长效机制来抓,制订培训计划,定期进行考核。科室医护人员应努力学习新业务知识,提高技术水平,适应当前形势下急救工作的需要。定期参加权威部门组织的学术活动,了解国内外急救新动态,积极开展实践操作训练。要牢固树立“抢救第一”的观念,使患者及家属产生信任及安全感,从而减少医患纠纷^[10]。

动脉期明显强化的组织呈低密度时,中央纤维瘢痕则见明显强化而呈高密度。

临床上可以通过对患者的临床表现、血清学指标及影像学表现综合分析,以降低 HCA 的误诊率。临床上多不主张用经皮细针穿刺活检的方法来明确诊断。

总之,目前认为对于怀疑为 HCA 的患者,应尽早行手术切除,原因如下:(1)虽然 HCA 在世界范围内以生育期女性多见,其中 85%~90% 的患者有超过 5 年的口服避孕药史,停止口服避孕药后部分 HCA 可以自行消退,但在我国多属自发性 HCA,与服药无关;(2)HCA 有破裂出血的风险,个别病例还有癌变的可能;(3)从临床表现、血清学检查及影像学表现来区分 HCA 与高分化原发性肝癌比较困难;(4)HCA 患者一般情况较好,肝功能多正常,可以耐受肝脏手术^[10]。

参考文献:

- [1] Ribeiro JMA, Chaib E, Saad WA, et al. Surgical management of spontaneous ruptured hepatocellular adenoma[J]. Clinics (Sao Paulo), 2009, 64(8):775-779.
- [2] 张磊,蔡建强,赵建军,等. 肝细胞腺瘤 10 例诊治分析[J]. 中华肝胆外科杂志, 2009, 15(10):738-740.
- [3] Buell JF, Tranchart H, Cannon R, et al. Management of benign hepatic tumors[J]. Surg Clin North Am, 2010, 90

(4):719-735.

- [4] 陈孝平,陈汉. 肝胆外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:438-441.
- [5] Toso C, Majno P, Andres A, et al. Management of hepatocellular adenoma: solitary-uncomplicated, multiple and ruptured tumors [J]. World J Gastroenterol, 2005, 11(36):5691-5695.
- [6] Papanikolaou V, Giakoustidis D, Patsiaura K, et al. Management of a giant ruptured hepatocellular adenoma: report of a case[J]. Hippokratia, 2007, 11(2):86-88.
- [7] 吕明德,杨建勇. 腹部外科影像诊断与介入治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003:178-183.
- [8] 耿利,林川,王义,等. 肝细胞腺瘤 36 例临床分析[J]. 肝胆外科杂志, 2007, 15(1):21-23.
- [9] Van Aalten SM, Terkivatan T, De Man RA, et al. Diagnosis and treatment of hepatocellular adenoma in the Netherlands: similarities and differences[J]. Dig Surg, 2010, 27(1):61-67.
- [10] 段伟东,蔡守旺,张文智,等. 肝细胞腺瘤的诊治[J]. 中华消化外科杂志, 2008, 7(2):120-123.

(收稿日期:2011-01-09 修回日期:2011-05-22)

(上接第 403 页)

3.2.5 完善医疗纠纷投诉处理流程 面对发生纠纷后患者的投诉,结合临床实践经验,科领导和高年资医护人员针对医院和科室的具体情况制订《医疗事故争议投诉处理流程》,致力于让患者满意,尽力缓解患者的不满情绪,尽快解决纠纷。具体程序为:详细登记投诉材料→深入科室调查→科室研究提出初步处理意见→医事法规办公室向医护处及分管院长汇报→答复家属。答复家属时,通知科主任共同参加。达成协议与患者家属签订协议书。遇患者死亡时,动员家属签尸解协议书并进行尸体解剖,从而实现医患双方在认识上的一致,避免大多数医患矛盾的发生^[11]。协商困难或遇无理取闹时申请医疗事故鉴定,在有第三方调解机构时可将纠纷引向调节机构,因第三方调解机构与医院无利益关系,患者及家属较能接受其调解结论。在能进行调解的情况下尽量不通过司法程序解决^[12]。

3.2.6 提倡鉴定,完善鉴定程序 《医疗事故处理条例》实施以来,鉴定成为处理医疗纠纷重要途径。鉴定结论是解决纠纷和人民法院依法判决的重要证据。由于医患双方对鉴定的认识角度不同,也成为其实施的重点和难点。由于医学鉴定结论作为证据的特殊性,专业性更强,给法官判案带来一定的困难。我国现有的《医疗事故处理条例》对涉及医疗事故鉴定委员会的组成及医疗事故鉴定结论的性质等方面的规定仍不尽人意。所以尽快以法律法规形式完善医疗争议的鉴定程序极其重要。

参考文献:

- [1] 周院生. 医疗纠纷[M]. 北京:中国检察出版社, 2009:1-2.
- [2] 吴雪松,王莉媛,马建群,等. 法学视域中的病历及其作用

实现[J]. 医学与哲学:人文社会医学版, 2010, 31(10):66-68.

- [3] 肖鹏. 论孕妇李丽云母子双亡案件的法律对策[J]. 中国卫生事业管理, 2008(8):538-539.
- [4] 殷欣,李文涛,安力彬,等. 好撒玛利亚人法对我国院前急救的启示[J]. 医学与哲学:人文社会医学版, 2010, 31(2):53-54.
- [5] 王琼,吴小翎. 医患沟通从医学生抓起[J]. 重庆医学, 2010, 39(1):123-126.
- [6] 赵宁,张正伟,赵建. 浅谈医德在急救医疗中的作用[J]. 中国卫生事业管理, 1998(9):499-500.
- [7] 方燕君,郑晓. 和谐医患关系的构建[J]. 重庆医学, 2010, 39(16):2231-2233.
- [8] 张莉琴,赵世霞. 精神科护理中潜在的法律问题及防范对策[J]. 卫生职业教育, 2008, 26(3):146-147.
- [9] 苏银利,李乐之,李建光,等. 医患不同群体对手术知情同意书签字的态度调查[J]. 医学与哲学:人文社会医学版, 2009, 30(3):44-45, 50.
- [10] 徐玉生. 医疗纠纷案例分析与防范对策[M]. 北京:军事医学科学出版社, 2002:117-118.
- [11] 薛锋. 规范院前急救法律法规的必要性[J]. 社区医学杂志, 2009, 7(14):6-7.
- [12] 种衍军,朱玉久. 第三方调解解决医患纠纷的实践与思考[J]. 中国卫生质量管理, 2009, 16(4):65-68.

(收稿日期:2011-03-09 修回日期:2011-05-22)