

活动成为激发学生的职业热情,培育高尚医德的沃土^[6]。作者坚信这种潜移默化、润物细无声的无形渗透将会为医德教育撑起一片蔚蓝的天空,使医学生们从内心真切感受到医生职业的神圣与责任的重大,提升对职业的认同感。

3.2 强化医德规范、医学伦理的认知 对医德规范、医学伦理的深透认知是履行医生职责的根本保障。通过调研作者看到绝大多数学生能正确理解医德规范,但是对“诚实、守信”,“相互尊重、相互学习”等基本准则在我们培养的医学高级人才中并未得到广泛的认可;对医学伦理的自主原则有 42.39% 的学生认为是由医生决定治疗,4.94% 的学生认为应完全听从患者的所有要求,研究生们并未理解到自主原则不是医生的自主,而是患者和家属的自主选择权^[7]。临床医学专业学位硕士研究生因为培养目标的特性决定了在学习过程中比科学型研究生有更多机会将医德体验带入临床实践。高尚的医德扎根于基本的规范,只有将书本上习得的条款与临床诊疗中的现实汇集碰撞,才会在学生脑海扎根,照亮医疗行为。

3.3 培育对医德责任的担当 医德责任是医德原则和规范对医务人员的要求^[8],它既是对自我行为的有效约束,更是一种想方设法为病患解除痛苦恪尽职守的高尚情感,它是一种“自觉自愿”付出的行为体现。面对“如果您是一名临床医生,在诊疗过程中被患者误解,在与患者反复沟通后仍无法解决的问题”(表 1),3 个年级的学生在答案的选择上呈现显著性差异,2013 级有 70 名(56%)更倾向于选择继续与患者沟通,争取患者理解,尽早配合治疗,而 2011 级却有 38 名(58.46%)选择找上级部门协调解决。由这组差异较大的数据我们可看出刚进入临床实习同学大都希望通过自己耐心的沟通最终取得患者的信任,对与患者的沟通抱积极作为的态度,然而随着接触临床时间的增长,同学们在医患纠纷避让,医患沟通的行为选择上态度更加谨慎;另一方面对“红包”的诱惑仍有少数同学选择接受,部分学生医德行为的选择倾向、医德责任的担当有悖教育者期望。面对现实中种种压力和诱惑,坚定医学生医德信

· 医学教育 ·

念,提升其医德责任感,才能促使学生们在今后的从医生涯中做出正确的医德行为选择。

“大医精诚”的情怀绝非一蹴而就,高尚医德的养成与学校的教育培养、临床实习的医德氛围息息相关。掌握现状,重视对学生职业认同的教育,改革医德教育形式和内容,强化学生对医德规范、医学伦理的认知,培育有医德责任感,有担当的高级医学综合性人才将是医德教育的不懈追求,也是赋予高等教育义不容辞的神圣职责。

参考文献:

- [1] 孟繁英,李卉. 社会职能视域下医学生利他素养的培养[J]. 黑龙江高教研究,2013,31(7):157-159.
- [2] 王旭. 医学研究生医德教育研究[D]. 西安:第四军医大学,2010.
- [3] 邝红妹. GMER 背景下的医学生临床实习期医德教育研究[D]. 汕头:汕头大学,2009.
- [4] 王巍巍. 临床医学研究生医德现状分析与教育对策[D]. 济南:山东大学,2007.
- [5] 廖湘阳. 全日制硕士专业学位社会认同度测量维度研究——基于在读全日制硕士专业学位研究生的视角[J]. 学位与研究生教育,2013(2):57-61.
- [6] 代安琼,刘芳. 高等医科院校加强医学生医德教育的实践探索——以重庆医科大学为例[J]. 中国卫生事业管理,2011,28(12):946-956.
- [7] 蒋广根. 医科生医德认知度影响因素分析[J]. 医学与哲学,2007,28(9A):75-76.
- [8] 董俊梅. 谈医务人员的医德责任感[J]. 山西高等学校社会科学学报,2003,15(6):114-115.

(收稿日期:2013-12-08 修回日期:2014-01-22)

住院医师规避医疗纠纷能力的培养

覃佳强,温 晟,王忠良,南国新[△]

(重庆医科大学附属儿童医院骨二科/儿童发育疾病研究教育部重点实验室干细胞生物学与治疗研究室/儿科学重庆市重点实验室,重庆 400014)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.12.043

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2014)12-1525-02

随着中国医疗卫生体制改革的全面推进,即市场化的医疗体制的改革,患者看病难、看病贵的现象加深了医患矛盾。2012 年 3 月发生在哈尔滨医科大学附属第一医院一位年轻医生被杀之后,网上竟然有 60% 的人高兴。央视著名节目主持人白岩松在 3 月 28 日《新闻 1+1》栏目中表示震惊。人们不禁要问:这社会是怎么了? 在中国医师协会 2008 年度提供的《医患关系调研报告》中,通过对 100 名医护人员问卷调查结果表明,医患之间的信任度不到 70%。2009 年度“医师执业风险与医患维权高层研讨会”中的数据显示,国内平均每家医院每年发生医疗纠纷 66 起;发生患者打砸医院事件 5.42 起,打伤医护人员事件 5 起,平均每起赔付额人民币 10 多万元^[1]。患者对医生不信任,医生同样对患者也不信任。据中国医师协会 2004 年《医患关系调研报告》表明:约 75% 的医护人员认为自己的合法权益不能得到保护^[2]。医患双方丧失了基本的相互信任。医患矛盾不断加深,给医患双方都带来不同程度的伤

害。同时也破坏了社会的和谐,需亟待解决。

从近年发生的医疗纠纷分析,医疗纠纷分为医疗过失纠纷和非医疗过失纠纷两类。而调查表明非医疗过失纠纷逐渐占据主导地位,且呈上升趋势。非医疗过失纠纷逐渐取代医疗纠纷成为医患矛盾的主要表现形式,患方获得高额经济赔偿已成为一种“当然”现象^[3]。加上目前法律制度的不完善,“医闹”不受法律的约束,催生了医疗纠纷的出现。因此,医务人员觉得人人自危。医院各级领导开始重视各种防范意识和自我保护意识的培养。在临床教学工作中,除了培养医学基本技能外还要培养住院医师如何规避医疗纠纷也成为培养新一代医生的重要组成部分。本院小儿外科主要从以下几个方面培养住院医师规避医疗纠纷的能力;现总结如下。

1 医德培训

良好的医德是取得患者信任的最佳桥梁。如上所述,许多医疗纠纷不是因为医疗技术问题所导致,而是患者家属对医院

或者医生个人的服务不满意而引起。因此,要培养一个合格的医生,不能只注重医学知识和技能的培训,首先要具有良好的医德,要有全心全意为患者服务的意识。对住院医师第一阶段的培训是医德教育。要让住院医师懂得医生不仅在业务上要精益求精,更重要的是要具有高尚的人格修养。如果缺乏耐心,在语言上和行动上稍有偏差,就会引起不必要的误解和不满情绪。所以需要重视培养住院医师道德素养、文化素养、行为素养、语言素养、心理素养、性格素养等。要懂得如何去尊重患者、关心患者。让家长感觉到医生和患者之间不是对立面,而是和他们站在同一个角度去为患者解除痛苦。只有这样才能取得他们的配合和信任。本院规定住院医师进入临床之前对其进行 1 周的医德培训,通过正反两方面的典型事例对其进行教育,展示医德在医疗工作中的重要性。

2 医患沟通能力的培养

良好的医患沟通是化解诊疗过程中各种矛盾的有效方法^[2]。哈尔滨医科大学附属第一医院院长刘红宇认为:好医生须具有医德医技加沟通。已往临床教学多关注医学专业知识及技能的培训而忽视了医患沟通能力的培养,住院医师从一名只掌握理论知识的学生转变为一名医生是质的变化,一下转为新的角色往往难以适应临床医疗工作,容易出现医患矛盾甚至纠纷^[3]。同时除了具有高尚的职业道德和良好的人文素质外,还应特别重视加强和培养住院医师的沟通技能。良好的沟通有时远比药物和手术的作用更大,与患者或者家属交流时通过拉家常的方式,从中取得医学信息。在沟通中要视患者如亲人,想患者所想,急患者所急,以患者为中心。重大问题如手术方案等要跟上级医生一起面对患者家属,并进行沟通。对患者家属提出的每一个问题应耐心地解释。要对临床常见病的并发症及合并症如指掌,在病情明确诊断后,首先告知家属治疗方案,同时对术中、术后可能发生的并发症也告知家属。各种沟通文书严格按照签字制度进行,同时要培养住院医师的主动性。各种沟通均应建立在主动的前提下进行。主动地告知患者病情,主动地去进行交流沟通,让患者家属感觉到医生是一心一意地以患者为中心。重视住院医师服务性语言的培养。只有做到这些,才能取家属的信任,即使出现一些意想不到的问题,也会得到家属的谅解,从而化解医患矛盾^[4]。

3 传递信息能力的培养

有研究发现,非医疗过失纠纷中有很大一部分是由于患者及家属医学常识缺乏,医患双方信息不对称,对治疗结果产生误解,而引起的不满情绪所致^[5]。所谓信息不对称是指缔约当事人一方知道而另一方不知道,甚至第三方也无法验证,即使能够验证,也需要花费很大物力、财力和精力,在经济上是不划算的^[6]。目前很多疾病还不能完全治愈,尤其是外科疾病术后可能会发生许多不可预知和可预知的并发症。由于目前医疗费用高,一旦发生并发症或者意外死亡,家属及患者认为是医生的过错,花了钱而没有得到预期的效果。产生这一结果的主要原因是医生对病情及其归转交代得不够或者对方理解不够。直接面对家属或者患者交代病情,他们会以为医生是在推卸责任。如何解决患者及家属对疾病归转及发展正确的理解,而消除其误认为是医生的责任和技术所造成,在临床教学中发现,通过上下级医生的互动间接地传递信息,缩减医患双方信息不对称是一种行之有效的方法。在查房过程中上级医生面对下级医生对疾病进行综合分析,同时把该疾病可能发生的并发症和合并症讲给下级医生听,下级医生也可以提出自己的疑问让上级医生来回答。明着是上级医生在给下级医生传授知识和讨论问题,事实上主要目的是讲给家属和患者听,让其不要站在对立的角度的去了解疾病方面的信息,提升他们对疾病认识以及各种因素对疾病的影响。通过这种方式家属也会感受到医疗小组对他们的重视程度,也使他们感受到医生是和他们站在

一起来共同战胜病魔,而非对立面。从而拉近二者的距离,消除隔阂。这种方式比直接跟家属和患者沟通产生的效果好得多。只有取得患者及家属的信任,使他们对所患疾病有所认识,一旦发生并发症和合并症,他们会理解,而非医生所致,同时也在患者及家属心目中树立起医生的形象,甚至有的患者会认为这位医生医术高明,料事如神,值得信任和尊重。在临床工作中遇到这样一个事例:1 例 7 岁肱骨干骨折患儿,术后骨折对位不理想,但对于儿童来说在可接受的范围之内,愈后不会留下后遗症。家长拿到片子之后闷闷不乐,情绪不稳。准备在查房时质问主治医生,正好同病房住着 1 例 1 年前曾因股骨干骨折在基层医院行钢板固定,6 个月后钢板断裂骨折不愈合的患儿。这位主治医生看出那位家长的表情后,先查钢板断裂的患儿,在分析这一患儿的治疗过程中讲道:儿童远离关节部位的骨折没有必要追求解剖复位,如果一味追求解剖复位,必然造成不必要的创伤,导致局部血液循环不好,结局就如同这个患儿。的确这个患儿钢板固定术后的片子骨折复位很漂亮,但就是不愈合,导致钢板断裂。该患儿家长听后连连点头认可。事实上这位主治医生处理得很恰当,这些话都是间接地讲给那位骨折复位不理想的患者家属听的,轮到查看那例患儿时,主治医师再次向下级医生强调,儿童骨折要注重功能复位而非解剖复位。像这例骨折虽然有错位,但作为儿童完全可以修复,没有必要追求解剖复位。查完房家属什么也没有追问,常规出院。如果家属不理解,可能会出现迟迟不出院,最后即使没有任何问题,可能会因为住院费用而引起纠纷。1 个月后这例患儿门诊复查时骨折愈合良好,3 个月后功能完全恢复。

4 承受压力能力的培养

医疗纠纷的上升态势,不仅干扰正常的社会和医疗秩序,增加了卫生管理部门的工作量,同时也加重了医务人员的心理压力,影响了医疗机构及医生在社会上的声誉和形象^[7-8]。在当前的医疗环境之下,医务人员普遍感到工作繁重,风险高,压力大,且得不到社会应有的尊重,医生的每一种行为都在防范可能发生的医疗纠纷风险下进行。2009 年北京地区中国医师协会的一项调查表明:由于医患关系紧张,很多医生对自己的执业环境感到不安,有的甚至恐惧。36.75%的医务人员有改行的愿望^[1]。面临这种环境如何让年轻医生投身于医学事业,是医院管理者和社会亟待解决的问题。要缓解临床医生的心理压力,让其安心工作,本文认为可从以下几方面对住院医师进行干预:(1)要进行心理疏导,定期开展心理卫生学术讲座。请心理专家进行交流,以缓解心理压力。(2)进行心理训练,聘请心理学专家对临床医生进行培训,并对已发生的医疗纠纷进行讨论,总结防范经验,提高医生的心理应对能力,以缓解心理紧张。(3)及时请专业的心理医生对发生过医疗纠纷的医生进行心理评估及干预,以帮助其缓解心理压力,早日摆脱医疗纠纷所带来的困惑。

总之,在当前医疗环境下,培养青年医生规避和化解医疗纠纷的能力对他们的成长至关重要,值得重视和深思。

参考文献:

- [1] 唐兰叶. 中外医患矛盾现状与研究[J]. 岁月, 2012(4): 81-82.
- [2] 张诚, 陈幸华, 张曦. 浅谈住院医师规范化培训体会[J]. 继续医学教育, 2010, 24(3): 1-2.
- [3] Callahan D. The goals of medicine: setting new priorities [M]. Washington DC: Georgetown University Press, 1999: 3-53.
- [4] 南国新, 覃佳强, 王忠良. 小儿外科住院医师规范化培训探讨[J]. 现代医药卫生, 2013, 29(12): 1907-1909.
- [5] 郑大喜. 信息不对称下医患之间的利益(下转第 1531 页)

长;可指导患者依据禁食时间,接台手术患者可合理进食。术后均给予饮食指导,少量多次,例如饮水每次不超过 200 mL,但 1 例老年患者由于听力、理解能力等原因,单次饮水、进食量过大,胃肠道突然扩张引起迷走神经反射。因此,对于理解力较差的老年或农村患者,应注意护理知识讲解的效果,让患者及家属真正理解。

3.2 术中及术后拔鞘管等操作的相关护理 本文结果发现,PTCA、射频消融引起迷走神经反射稍高于先天性心脏病介入治疗,其原因可能与以下几个因素有关:(1)PTCA、射频消融手术患者多为高龄,较先天性心脏病介入治疗年龄更大;(2)PTCA、射频消融患者冠状动脉病变较为严重,心功能较差,对于手术应激反应差;(3)PTCA 手术时间较长,引起局部水肿的可能性较大。对于手术时间较长、对疼痛比较敏感的患者,应注意适当给予利多卡因减轻疼痛,阻断因血肿、疼痛引起的神经反射,术中密切观察心率、血压的变化,如出现迷走神经反射,应立即给予对症治疗,包括阿托品、快速补液等。本文中术后拔鞘管时引起迷走神经反射的例数最多,提示预防拔管综合征在护理工作中具有重要意义^[9]。术后 4~6 h 拔除留置的动脉鞘管,由于拔鞘管方法不当或麻醉效果较差,加压包扎过紧,压迫时用力较大,缝合的牵拉刺激股动脉,引起患者疼痛、不适,刺激皮层中枢、下丘脑等神经中枢,使胆碱能神经张力增加,血管反射性扩张,引起迷走神经反射症状,甚至神经源性休克^[10]。因此,拔管前应准备好多巴胺、阿托品和利多卡因等药品,建立静脉通路,多功能心电监测,告诉患者可能出现的不良反应,调节好环境温度,注意遮盖肢体和保暖^[11-12]。拔管前停止使用硝酸酯类药物,及时补充血容量,可提前 30 min 静脉输注林格氏液,使拔鞘前入液量达到 1 000~1 500 mL。拔鞘时动作稳、准、轻。对疼痛敏感、焦虑患者,可采用利多卡因局部麻醉,试验性压鞘管^[13],转移注意力,未出现血压、心率降低后再拔管。

3.3 术后静息状态下的护理 (1)排尿护理。由于介入术后补液、饮水等原因,引起患者尿量增加。有些患者不习惯床上排尿,引起尿潴留,而导尿时单次放尿量过大,腹压突然降低,引起血液在盆腔脏器中滞留^[14],诱发迷走神经反射。本次研究中 1 例患者因不习惯床上排尿造成尿潴留,而家属由于相关护理知识欠缺,单次放尿量超过 500 mL,引起患者出现迷走神经反射症状。因此,术前应使患者适应、掌握床上大、小便的方法,排尿困难患者可用热敷、按摩腹部、听流水声等方法帮助排尿。对于留置导尿管的患者,应告之家属相关知识,避免一次放尿超过 500 mL。(2)术后体位护理。本文中有 4 例患者因屈腿、侧卧压迫鞘管,血管鞘远端摩擦、刺激动脉内膜,引起迷走神经反射^[15-17]。对于此类患者应要求平卧休息,术侧肢体伸直,保持翻身时下肢与躯干成直线,避免鞘管受压或弯曲。有报道使用血管缝合器,沙袋压迫等措施可使制动时间相应缩短。有的患者因制动时间长而腰背不适,本院采取背部垫软枕,局部按摩等措施帮助缓解,未再出现因体位压迫鞘管引起迷走神经反射症状。

综上所述,迷走神经反射发生在心脏介入的围术期并不少见,本院通过循证分析,充分认识、了解了各手术方式,各时间段引起迷走神经反射的可能机制及原因,并据此改善护理措

施,在一定程度上降低了迷走神经反射的发生率。因此,EBN 方法可有效降低心脏介入术后迷走神经反射的发生,提高护理质量。

参考文献:

- [1] 姚红梅. 心脏介入术后迟发血管迷走神经反射的相关因素及护理干预[J]. 江西医药, 2008, 43(6): 627-628.
- [2] 刘海波, 朱卉, 胡芳. 循证护理在肠造口周围皮炎预防及治疗中的应用[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(10): 886-889.
- [3] 邵红艳, 林兴凤. 循证护理在机械通气患者控制呼吸机相关性肺炎中的应用[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(9): 797-798.
- [4] 胡雁. 循证护理应用中常见问题及误区分析[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(8): 740-742.
- [5] 张平平. 循证护理在预防腹腔镜术后肩痛中的应用[J]. 中华全科医学, 2012, 10(3): 482-483.
- [6] 柴小艳. 心脑血管介入术致迷走神经反射 103 例临床护理[J]. 齐鲁护理杂志: 下旬刊, 2011, 17(8): 49-50.
- [7] 李彩英. 心理干预对心脏介入术并发症的影响[J]. 护理研究, 2008, 22(11C): 3074-3075.
- [8] 林惠, 蔡新. 经皮冠状动脉介入治疗前后焦虑行为分析及护理[J]. 重庆医学, 2008, 37(18): 2126-2127.
- [9] 刁晓兰, 刘乾惠, 石娟. 心脏介入术后并发血管迷走神经反射的原因分析[J]. 全科护理, 2010, 8(6): 508-509
- [10] 李昱婷, 郭清. 循证护理在减少心脏介入术后血管迷走神经反射中的应用[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2009, 1(5): 296-298.
- [11] 代志秀. 2 300 例冠状动脉介入术后血管迷走神经反射的预见性护理[J]. 检验医学与临床, 2010, 7(14): 1451-1452.
- [12] 孟桂平, 任春霞. 冠脉介入诊疗术后拔鞘并发迷走神经反射全程护理干预的效果观察[J]. 安徽医药, 2010, 14(9): 1092-1093.
- [13] 赵志红, 孙惠萍, 张素巧. PCI 术后并发血管迷走神经反射的预防与护理[J]. 护理实践与研究, 2009, 6(11): 37-38.
- [14] 谷天宝, 白艳霞. 心脏介入治疗术后并发迷走神经反射的临床研究方法及相关因素[J]. 医学研究杂志, 2009, 38(5): 129-130.
- [15] 张祖峰, 张玉芝, 尹红君. 经股动脉行心脏介入诊疗致血管迷走神经反射 19 例临床分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2010, 13(24): 58-60.
- [16] Espirito Santo A, Choquette A. Experience of adapting and implementing an evidence-based nursing guideline for prevention of diaper dermatitis in a paediatric oncology setting[J]. Int J Evid Based Healthc, 2013, 11(2): 121-127.
- [17] Burman ME, Robinson B, Hart AM. Linking evidence-based nursing practice and patient-centered care through patient preferences[J]. Nurs Adm Q, 2013, 37(3): 231-241.

(收稿日期: 2013-08-08 修回日期: 2013-12-25)

(上接第 1526 页)

- 冲突与博弈策略分析[J]. 中国医学伦理学, 2007, 20(1): 52-56.
- [6] 张维迎. 博弈论与信息经济学[M]. 上海: 上海人民出版社, 2004: 240-250.
 - [7] 张鹏, 陈威, 李振江. 医疗纠纷的起因及防范措施[J]. 医

学与社会, 2005, 18(4): 41-43.

- [8] 曹冰, 陈力. 医疗纠纷对临床医生心理影响及其对策研究[J]. 中华医院管理杂志, 2009, 25(7): 473-475.

(收稿日期: 2013-09-08 修回日期: 2013-12-04)