



CASA Bulletin of Anesthesiology

ISSN:2471-0733

The Official Publication of
Chinese American Society of Anesthesiology

Editor-in-chief

Jeffrey Huang, MD

Associate editors

Cathy Cao, MD, Jiapeng Huang, MD, PhD, Yunping Li, MD,
Jinlei Li, MD, PhD, Lixin Liu, MD, PhD, Hong Wang, MD, PhD,
Xiaoyan Zhang, MD, Henry H. Zhou, MD, PhD

Honorary Editor-in-chief

David Tang, MD, Henry Liu, MD

Editorial contact: casabulletinofanesthesiology@gmail.com

Table of Contents

CASA 会员新闻.....	3
佳文共享	5
业内新闻.....	7
Interesting case discussion (ICD)讨论.....	9
Correspondence.....	10
会议报告.....	12
会员佳作.....	13

1. Announcement from CASA President Henry Zhou:

On March 9, 2016, CASA executive committee decided to add a position in the committee as assistant secretary. This position will focus on fund raising for CASA, particularly for CASA Bulletin, Residency Training Committee, QA Committee, and TEE Committee. Dr. **Jiapeng Huang** was elected for this position. Dr. Huang is actively involved in many CASA activities, and is chairman of CASA TEE Committee. We hope all our members will support his work.



2. **CASA 会员 Dr. Peng Yong** was a faculty member of Gator Anesthesia Technical Skills Conference and Workshop which was held at the University of Central Florida, College of Medicine in Orlando, Florida on March 5th and 6th, 2016. This event is a comprehensive conference and workshop that is dedicated to the modern review of all technical skills that any anesthesiologist needs to master. Dr. Peng taught the utilization of TEE for non-cardiac surgeries in the conference



3. “无痛分娩中国行”是由美国西北大学芬堡医学院，2006年开始策划并在国内推广的一项公益性活动。此活动于2008年在浙江大学医学院附属妇产科医院首次开展，旨在推行安全有效的椎管内分娩镇痛，改变中国高剖宫产率的现状，提高产妇、胎儿及新生儿的安全性，全面建立产科麻醉。CASA 会员张运宏参加中国行云南站中美产科麻醉研讨会。普及推广无痛分娩技术



美国 CDC 阿片类药物处方指南

(黄建宏推荐)

佳文共享

非药物疗法和非阿片类药物治疗慢性疼痛的首选。
临床医生应考虑阿片类药物治疗，只有当预计疼痛缓解和功能恢复的好处超过风险。如果使用阿片类药物，应适当结合非药物疗法和非药物治疗。

在开始阿片治疗慢性疼痛之前，临床医生应该为所有患者建立治疗目标，包括实际的疼痛缓解和功能恢复的目标，并应考虑如何终止治疗，如果好处没有超过风险。

在开始阿片类药物治疗之前和治疗中要定期与病人讨论的阿片类药物治疗风险和病人的责任。

从慢性疼痛的阿片类药物治疗时，临床医生应该用短效阿片类药物，而不是长效阿片类药物

当开始使用阿片类药物时，临床医生应该从最低有效剂量开始。临床医生应谨慎使用处方阿片类药物，增加剂量至每天 50 毫克吗啡（MME）应仔细评估每个病人的益处和风险，并应避免增加剂量至每天 90 毫克吗啡。

长期阿片类药物的应用往往从急性疼痛的治疗开始。当使用阿片类药物用于急性疼痛，临床医生应给最低有效剂量的短效阿片类药物，并不要给过多的数量的阿片类药物。三天或更少的时间的量通常是足够的，很少需要超过 7 天。

在 1 - 4 周开始阿片类药物治疗慢性疼痛，临床医生应评估患者好处和危害。临床医生应每 3 个月或更频繁地评估长期使用阿片类药物治疗的益处和危害。

在长期使用阿片类药物，临床医生应评估阿片类药物相关的危险因素。临床医生应该制定策略来降低使用阿片类药物风险，包括考虑提供纳洛酮给有阿片类药物过量的风险病人，如阿片类药物过量历史，使用非法药物的历史，使用高剂量的阿片类药物（ $50 \geq \text{MME} / \text{天}$ ），或同时使用苯二氮。

临床医生应审查病人的管制药使用历史，通过州管制药处方药监控程序（PDMP）的数据来确定病人使用阿片类药物的剂量或同时用不同处方，可能导致服用过量的风险。临床医生应每 3 个月审查 PDMP 数据。

当使用阿片类药物治疗慢性疼痛，临床医生应阿片类药物治疗之前给病人尿液药物测试，并每年一次尿液药物测试。

临床医生应尽可能避免同时开阿片类药物和镇静药物

临床医生应为阿片类成隐患者提供治疗。

详细内容请查看： N Engl J Med March 15, 2016

规培 规培 规培

年轻医生对规培的看法

卫计委宣布医学生毕业后参加 3 年规培，2 到 4 年专科培训。这个消息是让许多年轻医生和在校学生的不满。最近几位中国规培生写信到 lancet 发表了他们对规培的看法。

他们说跟美国住院医师培训相比较，中国医生在大都市二级三级医院工作的医生平均工资是每个月 5000 人民币 (780 美元)。年轻医生的工资就更低了。

中国医闹发生频繁。由于中国人口老龄化，加上开放二胎政策，医生工作量明显增加许多。一个专科医生一天门诊病人是 50 人。最近几个年轻医生死在工作岗位上。

由于低收入和不良工作环境逼使许多人失去了学医兴趣，正在医学院学习则准备改行，正在培训的也准备放弃。

详细内容请查看：Lancet 2016; 387:1617

” 医疗差错是如何夺走一个小女孩生命的”。

一个 18 个月小女孩 Josie 在烫伤后就诊于美国顶尖的被家属认为绝对不会发生“差错”的约翰霍普金斯医院。经过重症病房的许多治疗、烫伤及感染病情相对稳定。然而，就在被告知可能第二天出院的前一天，小孩却因“脱水”而死亡。为什么会这样？因为我们创造了一个允许它发生的系统。”

教训说明：医生不是神，任何人都会犯错。重要的是在深刻教训的基础上如何积极地改进管理，避免医疗差错，提高质量。

详情请见 <http://www.baltimoresun.com/bal-te.sorrell14dec14-story.html?from=groupmessage&isappinstalled=0>

医院找到一种方式说，“对不起”

去年 Gary Avila 在斯坦福医院做手术，外科医生不小心损伤神经，影响手的使用。

通过斯坦福程序称为 Pearl (Process for Early Assessment, Resolution and Learning) 解决 Gary 的神经损伤的问题。除了道歉，解释为什么错，并免了他的医疗费用，Gary 收到双方同意保密的补偿。

斯坦福的 Pearl 计划是一个模型，通过更多的沟通来解决，出错后医院采取与病人互动，并避免昂贵的诉讼。

自从“Pearl”项目开始实施之后，2009 年到 2014 年的医疗事故法律诉讼降低了 50%，赔偿案例的费用也比 2003 年到 2008 年降低了 40%。在遇到不良事故时，他们首先要分析情况，对其严重程度进行分级，从而决定合适的赔偿金额

详情请见 <http://www.wsj.com/articles/hospitals-find-a-way-to-say-im-sorry-1454355564>

业内新闻

参加Obamacare人减少

2016在州和联邦交易所注册参加Obamacare人数减少了40%，明显低于政府和私人部门的估计，有人说，这一计划太贵了，人们宁愿支付罚款，也不愿购买他们的保险。

减少原因：

Obamacare没有从2013秋季联邦healthcare.gov网站灾难性的推出时完全恢复

有已为会更多的雇主不再替员工购买保险，让他们去州和联邦交易所参加Obamacare。这并没有发生

尽管很多没有得到补贴的人依然参加Obamacare，但更多人直接从其他保险公司或经纪人购买保险

详情请见：<http://www.usatoday.com/story/news/nation/2016/02/15/costs-changes-led-obamacare-enrollment-fall-far-short-estimates/80061050/>

**Interesting case
discussion (ICD)讨论**

患者男 15 岁，口腔外科下颌畸形矫正术。诱导丙泊酚，罗库，术中维持七氟烷。术中一小时后二氧化碳逐渐升高，后伴体温快速进行性升高，玻璃温度计“爆表”1 小时，无尿，肌张力高。循环紊乱，高血钾症，酸碱失衡，DIC，抢救无效死亡。

CASA Bulletin of Anesthesiology Feb 2016 ICD Discussion: 病例2: 36岁, 女, G6P4, 妊35周+1天, 因为严重先兆子痫入院, 入院的时候有头疼, 右上腹压痛。病人体重384磅(174公斤), 身高165cm, 血小板8万, 肝功能AST, ALT 分别 534 和 713。

病人入院后产科即刻要求麻醉会诊打硬膜外。

把病人2周前的CBC调出来看, 当时血小板是178。就再查了一个CBC, 血小板7.2万, INR 1.4, PTT 43
请问各位: 能不能打硬膜外? 产科要做剖腹产, 如何给麻醉?



Correspondence

病例讨论: (李韵平)

谢谢分享非常有难度的病例 (BMI 64), 而且临床上并不是少见。

除了严重子痫前期的诊断, 应排除妊娠期脂肪肝(Acute Fatty Liver of Pregnancy)。如果是后者, 可导致急性肝衰竭, 多器官衰竭, 这时我仅考虑全身麻醉。

对于严重子痫前期病例的处理, 区域麻醉与全身麻醉相比, 各有利弊。没有完美的临床方案。无论选用哪种方案都需要承担一定的风险, 所以, 必须权衡利弊。

全麻的风险: 气道的管理的困难(包括OSA)、插管时血压增高引起颅内出血的可能、误吸的风险、术后镇痛的问题、增加子宫收缩乏力的风险、静脉用药对胎儿的影响, 等等。

区域麻醉的风险: 凝血功能障碍可能导致硬膜外血肿、技术上的难度、高位脊麻的风险, 等等。

在产科，硬膜外血肿的发生极为罕见，可能与妊娠的高凝状态有关。Cook TM 等 (Br J Anaesthesia 2009;102:179) 统计了英国某一年 35 万产科椎管麻醉的并发症，没有一例硬膜外血肿。病态性肥胖患者进行椎管麻醉虽然具有技术上的难度，使用超声波引导的穿刺，可大大提高操作的准确性和安全性。

怎样评估这种变化迅速的凝血功能，目前并没临床指南，也没有达到共识。作者在此推荐产科麻醉专家的建议 — Hess Rule。

HESS RULE — 凝血功能和椎管麻醉

- 血小板计数 $>75,000/\text{mm}^3$ ，而且稳定的血小板计数，认为相对安全。
- 子痫前期 Preeclampsia:
 - 轻度：24 小时内的血小板计数
 - 重度：12 小时内的血小板计数
 - 血小板计数不稳定的：4 小时内的血小板计数
- 急性胎盘剥离：
 - 2-4 小时内的血小板计数
- 如果预计血小板计数将继续下降，可以在凝血障碍出现前夕，提前置放硬膜外导管。
- 如果血小板计数低，可以借助 TEG 血栓弹力图的结果综合考虑。

注：Dr. Phil Hess 从事产科麻醉 20 多年，哈佛医学院麻醉副教授、哈佛教学医院碧英以色列迪肯尼斯医学中心产科麻醉主任。在 2000 年发表于《麻醉和镇痛》的文章，提出了剧烈的分娩疼痛与剖宫产的内在因果关系的独特见解，解除了硬膜外分娩镇痛引起剖宫产率增加的误解。另外，Philip Hess 医生在硬膜外镇痛复合用药的选择、降低局麻药浓度，进一步完善“可行走的硬膜外分娩镇痛”作出了重要的贡献。2012 年 Philip Hess 医生和他的同事发表于《Nature 自然》的文章，从分子病理的角度，第一次阐述了妊娠期心脏病和子痫前期血管内皮因子的关系。而且，他是大型中文产科麻醉参考书《产科麻醉—原理与临床》的主编之一。

会议报告

在迎接中国新年到来之际，美国华人麻醉医学会 CASA 在美东地区的会员于二月六日 (Saturday) 在新泽西州 Wayne 的粤皇庭餐馆 Royal Canton Restaurant 举行了一年一度的迎春晚会。会议由王长征医生主持，新任会长周海峰讲了 CASA 明年的工作计划。为了表彰刘立新会长在过去一年的工作和成绩，CASA 制作了精美的奖牌颁发给她。晚宴是由 Michael Packman 的投资公司赞助，Mr. Packman 及合伙人也在会上介绍了他们的投资产品。七十多位麻醉医生及家属参加了聚会，其中不少有远道而来的医生，包括从费城来的刘恒意教授夫妇、从康州来的冯鸿辉、李金蕾医生、宾州来的陈文医生，还有一些第一次参加 CASA 聚会的新医生。这里要特别感谢王长征、韦德跃、谢辽阳三位医生，他们为大家提供了多瓶美酒及抽奖活动，他们的无私奉献让晚宴更加热闹。新老朋友们一边品尝美食美酒，一边兴趣盎然地交谈，一边兴致勃勃地唱着卡拉 OK，直到餐馆关门才恋恋不舍地离开，相约下次聚会再见。



恶性高热 MH 教育和提高知晓的榜样

美国恶性高热协会主席亨瑞·罗森伯格 2015 年年终总结



美国华盛顿中心医院曹锡清翻译



会员佳作



2015 年又是 Malignant Hyperthermia Association of the United States (MHAUS) 的一个繁忙而卓有成效的一年。我们的执行董事戴安娜多尔蒂和她的员工值得特别称赞。我们的一系列工作包括非常成功的 MH “准备清单”，MH 热线，发行刊物 *The Communicator 通讯*，和电子通讯 *Hot Topics 热门话题*。另外，参与社交媒体如 Facebook 和 Twitter 的时间增加了。大部分时间都花在回复来自患者和医生的问题，确保 MHAUS 网站上资料的及时更新，同时引入新的“咨询专家”部分和为 MH 易感者提供做确诊测试的指导。不容忽视的是目前正在努力筹集资金，以确保组织的持续运作。我们特别感谢 MHAUS，医疗和护理界对 MHAUS 的贡献，以及数以百计的其他捐助者。我们特别高兴今年年底前已经筹集超过\$ 15,000。对于一个不以营利为目的的组织，筹款以便持续经营是一大挑战。

我特别要感谢凯勒家庭的努力：2015 年 6 月 6 日在伊利诺伊州的马歇尔市他们发起了年度杰弗里·凯勒纪念游泳，用于为 MHAUS 募集资金和让民众知晓 MH。杰弗里的家人一直是 MHAUS 的强烈支持者，他们确信加强 MH

教育和知晓对防止因 MH 死亡和引起残疾是非常重要的。杰弗里的父母柯特和凯西·凯勒是 MHAUS 的董事会成员。

MHAUS 的重点是 MH 的临床教育，为实现这一目标我们的 MH 专家在遍布世界各地的会议上发言。我们在 MHAUS 网站上推出了“专家咨询”专栏，如果可能争取在患者及医务工作者提出问题的 48 小时内给予解答。单这一步已经取得了巨大成功。我们 MH 专家花费时间精力的无私贡献很了不起，为多于 500 个临床问题和超过 150 次为病人（或亲人）答疑解惑！我们仍继续为那些需要我们的人服务，将来我们会将这些“专家咨询”的数据汇总编集成可搜索的“知识银行”。

国际上，几个 MHAUS 专家在法国里尔召开的欧洲 MH 年会上发表了摘要。MHAUS 热线主任罗恩·利特曼博士发表了 16 个月间呼叫热线的总结。因为可以从热线记录中提取信息并输入到可搜索的数据库，利特曼医生比过去能更详细地分析我们的志愿专家们收到的 700 个电话热线中的元素。许多不寻常的电话病例会在一个封闭的专家会员 MH 讨论组中讨论，这让所有会员学习热线咨询顾问的经验。这些信息也在热线咨询顾问的定期会议上讨论，往往达成对复杂案例的管理建议。例如，我们从众多热线来电学会了一条明显教训是丹曲林对各种不同原因引起的高热都能有效的降低体温，比如对其他非麻醉药引起的药物高热，感染甚至也许对单纯运动诱发的中暑热休克都有效。

说到运动诱发的热休克继而肌肉分解的情况，2015 年 9 月康州大学的寇瑞斯特林格研究所在美国国立体育教练协会资助下主办了探索 MH 和运动诱发的热休克之间关系的研讨会。由道格卡萨博士为首的这个研究所多年来一直在研究运动诱发的热休克的致病机制以及此病带来的后果。该次会议的摘要刊登在上期的 *通讯*，将在 *国立体育教练协会杂志*上发表。劳力中暑也是军队里的一个重要问题，尽管有使用表面冰和温水快速冷却的明确治疗措施，每年都会导致几个年轻运动员的死亡。同时，最近的研究表明，丹曲林的最新制剂 Ryanodex[®]，不仅能有效地治疗动物和人接受麻醉药物后诱发的 MH，也能逆转在 MH 易感动物中发生的运动或中暑引起的 MH 症状。2016 年 1 月我们的 MH 博客中介绍了有关人热休克的研究，说明 Ryanodex[®]还会缓解人在中暑时的生理反应。也许 Ryanodex[®]有助于劳力中暑的治疗。针对这些研究，MHAUS 计划主动和竞技体育教练和急诊医生们联系，通告他们 MH 的特点并推荐 MH 的诊断和治疗方案。这将要付出重大的努力，因为在美国有超过六万名认证的体育教练和四万到四万五千名急诊内科医生和数以万计的急诊方面的技术人员。

我们对 MH 的患病率和发病率研究的重大进展来自于不断加深的对 MH 分子遗传变化的知识。三个基因里的 DNA 改变可用于预测 MH 易感者。然而，兰尼定受体 1 型的 DNA 变化是最常见的，通常用测试这个基因的突变来诊断 MH 易感性。基因测试必须有选择地使用，有时更重要的是用肌肉活检挛缩实验来评估 MH 易感性。为了帮助导航以决定哪些测试适用于某个特定患者，MHAUS 开发了测试的指南或“路线图”，可在 MHAUS 网站上患者选项栏中找到，这些标准也包括在不明原因的高热和肌肉分解的情况下所做的基因检测。MHAUS 专家咨询委员会与美国国立人类基因组研究所的科学家联合所进行的另一项努力是对兰尼定受体的几百种 DNA 突变进行详细检查，以确定哪些可能预测 MH 易感性。希望这样的研究有益于及时推出以 DNA 为基础的测试，而不是肌肉活检挛缩试验。

部分这方面的努力既是基因变化分析亦是它们与患者的“表型”的关系。针对这项工作，MHAUS 北美 MH 登记数据里所含的资料特别有价值。MH 登记处已有超过 2000 次 MH 发病时的详细的临床情节记录和目前搜集的既有临床历史也有适当的患者同意的遗传信息。我想特别认同的是 MH 登记处主任芭芭拉布兰顿医生和她的工作人员，他们不仅确保注册表中数据的准确性并恰当的保护数据，也在医学和护理杂志上发表从数据库里得到的结果。

最后，我想提一下 2015 年的亮点，这对我个人尤其重要。我很荣幸在十月的美国麻醉医生协会年会上接受杰出服务奖。说实话，我获奖主要是 MH 专家们所贡献时间和专业知识的共同结晶，代表了 MHAUS 还有 MHAUS 工作人员和董事会的辛勤工作。

总之，这是 MH 和 MHAUS 历史上一个非常令人兴奋和充满活力的时代。我只是涉及了几个主要的主题和过去一年的成就。我预计在未来的几年中在知识上和改善病人结局上会有更多的进步，这将会更好的照顾 MH 患者及他们的家属。MHAUS 在过去的 35 年中经历了漫长的道路，你的不懈的支持对未来 MH 的教育和科学研究是至关重要的。

中国基层医院现状-2015 年云南广西行

田穗荣

10/24/2015

覃主任和朋友开车来带我们去基层医院看看。10:27 離開旅店。途经桂林陸軍學院。和来自貴港的壯族覃主任聊天，家鄉稻子畝產 1000 斤，肥料殺蟲劑 500 元，出售 1300 元，純利潤 800 元。人均農田面積不多，不到一畝/人，由於農田面積不大，農村僅能達到半機械化，每個農民也不可能耕種很多畝地，故此收入不多。很多人外出打工。

12:11 平樂二塘收費站。收費 0.40/公里，付費 55 元。12:27 來到平樂縣張家鎮的尹雯泉水魚餐館午飯，火鍋吃魚片。平樂縣張家中心衛生院王院長很熱情地招待我們。

王院長本是醫生，大概兩年前這個衛生院因經營不善瀕臨倒閉，把王院長調過來做管理工作。

醫院的藥房是空的，醫院還欠醫務人員的工資，人心惶惶，這個院長怎麼當？

他首先了解醫院的財政狀況，開職工會議，和藥商聯系借些藥給衛生院使用，也和政府商討解決財政危機的方法。

人心穩定了，他僱用年輕醫生來培訓。終於財政穩定下來了。加上最近政府為了改善基層醫療條件，撥款來增加醫務人員的工資，現在衛生院的醫生工資已經達到 3000-4000 元/月。這不算高工資，但是在當地來講也不錯了。

王院長希望能僱用本科醫學院畢業生，一位本科生來了一個星期就跑掉了，到現在為止他還未能找到能留住高學歷醫生的辦法。目前工作的年輕醫生已經考了幾年仍無法通過醫生執照，只能在有執照的醫生陰影下工作。儘管以一個執照來決定醫生的醫療水平有點片面，但是執照是衡量醫生理論水平的一個測試，理論差的人很難成為好醫生的。這幾位醫生無法獲得醫生執照，短期來看行醫非法，長期來說他們無法提供令人滿意的醫療服務，而且將來醫療管理规范化後他們必定被迫離開，前途堪慮！

允許這種醫生行醫，表面上解決基層缺乏醫生的問題，這種解決辦法進一步惡化了基層醫院的醫療質量和信用，“全國人民上協和”？為什麼？誰願意把生命交給這種“醫生”？

張家鎮離平樂縣城 27 公里，人口不到 5 萬，這個衛生院有 50 張床位。醫院環境不錯，旁邊是農田，遠處典型的桂林山水風光。



卫生院住院部床位，条件不错。

观察病房，寥寥数人，显然入住率不高，顶多 1/4。

“入院率有 75% /” 王院长告诉我。

“但是我没看见几个病人呀！”我惊讶道。

”病人回家了。”王院长解释道。

可以回家休息的病人需要住院吗???

门诊的报销比例比较低，让病人住院可以让病人少掏钱，医院又可以获得更高利润，两全其美。

“两全其美”的代价是浪费医疗资源，间接地增加了老百姓的医疗负担。也许目前这么做对医院和病人有好处，最终是无法持续下去的。可是，对于王院长来说，对于张家镇的医务人员来说，生存比“远见”更实在更重要。今天活不下去又何来将来呢！

由于政府大力扶持基层医院，居民在基层医院就医可获比较高比例的医保报销，借此鼓励居民就地看病，增加基层医院的工作量，解决基层医院的营业问题。

例如，王院长举例：本地人在广州工作得了阑尾炎，在广州做手术可能收费 10,000 元，医保报销数百元或一千元，自己的支付数千元，那是民工好几个月的工资。故此民工坐火车回到张家镇做手术，手术费大约 3000 余元，报销 80%，自己支付数百元。

毫无疑问这是一个好办法，帮助挣钱不易的民工解决某种疾病的费用，也让基层医院有机会提供医疗服务。

但是，一年做不了几个手术的外科医生和麻醉医生的水平如何？千里迢迢回家做手术的风险有多大？卫生院无法留住资质比较高的医生原因何在？除了工资，中国医生的培训程序，职称评比制度，流动性，当地的社会配套（学区，医疗系统，交通）等都好医生无法愿意呆在基层医院。

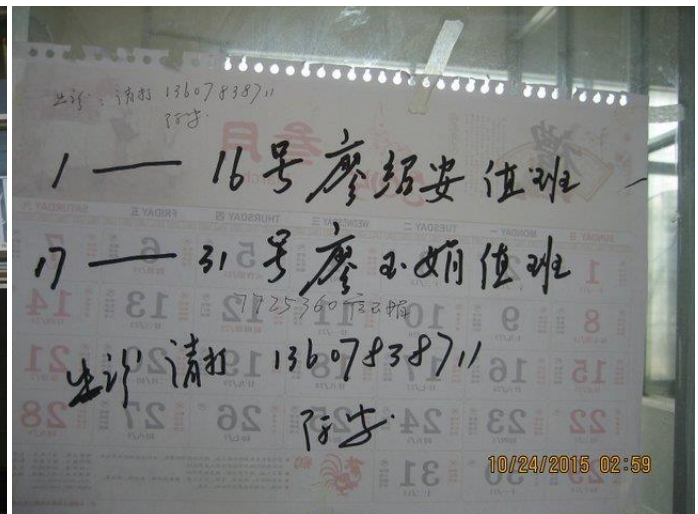
这是整个国家的问题，王院长只能在他的职权范围内为职工牟利，他还想继续发展业务，买更多的医疗器械，增加不同的医疗专科。但是，医疗器械需要获得全面培训的医生才能发挥其最大功能，否则可能伤害病人，但是，基层医院的“好医生”从哪里来？

没有好的医生，如何吸引病人就地医治？如何和县城医院，桂林的省级医院竞争？

有人争论说，基层医院就是治疗头疼脑热，不需要好医生，这是完全错误的观念。也许大部分头疼脑热仅仅是普通感冒，仍然有少数病人可能患严重疾病，需要知识全面的医生能做出正确评估，必要时推荐到上级医院做进一步的检查和治疗。

例如美国的儿科培训，除了健康儿童的预防性治疗和疾病诊治，学习指南和文献是重要的一方面。还有很多先天性疾病相当罕见，住院医生得努力苦背教科书，把先天性疾病背个滚瓜烂熟去通过考试。这样当医生给先天性疾病的孩子进行诊断，能够有足够的知识和警觉性考虑到某种罕见疾病，使病孩尽早获得诊治，减少误诊的可能性。还有，美国基本没有风湿性心脏瓣膜病人，原因是良好的预防诊治来预防这类疾病的发生。

与其增加不同科室，倒不如定位自己在医疗系统的角色。把人力物力集中在本地的基本预防诊治工作：预防针，常见病的管理，疾病普查，健康宣传教育等工作。至于其他的科室，例如外科，本地医生做出诊断（准确率比较高的诊断）后把病人送到 27 公里外的县城医院做手术。这种集中医疗资源的做法对病人和医生都有好处。



政府要求加强基层医疗服务，镇里建立这种门诊，大门大开，里面空无一人，如需看病，得打电话。这种诊所的费用，值班人员的工资从哪里来？有没有达到服务人民的目的？很难想象美国会有这么空空如也没有病人的诊所可以生存！

4:51 離開平樂張家衛生院。5:52 抵達沙子鎮醫院。沙子鎮比張家鎮富裕得多，主要是經濟作物（水果，公路邊看到到處在晒柿子干，公路兩邊都是果樹）給農民帶來比較高的收入（百度資料說農民人均純收入達 3096 元）。有錢好辦事，沙子鎮中心衛生院新樓房，住院部病人房間內有廁所和空調，條件環境也不錯。近年來醫院招收本科畢業生，並把他們送到桂林進修。覃主任是一位很優秀的教師，這次我們到基層每家醫院，都是他的學生介紹情況。

進修醫生的學習非常實用性，沙子鎮位於農村，勞工造成外傷，進修醫生在桂林學習處理外傷，例如骨折的醫療，這樣沙子鎮的病人可以就近接受治療。

這是很實在的做法，但是這種學習方式缺乏系統性理論性和規範化，頭痛醫頭的处理應該是不夠的。中國醫生的規範性培訓還有很長的路。

10/26/2015

約好 2:45 覃主任來旅店接我去醫院講課。3:13 來到婦幼保健院。



門前的石碑顯示這是百年醫院

百年醫院？中國歷史上的醫院几乎都是西方教會興建的，這個醫院也不例外吧？果不其然，這是醫院網站的介紹：“桂林市婦幼保健院始建於 1911 年，其前身為英國基督教會桂林道生醫院，迄今已有一百多年的歷史，是桂林市第一所西醫醫院。1951 年，桂林市人民政府接管後將其更名為桂林市婦幼保健院，是廣西壯族自治區最早建立的婦幼保健院。1998 年地市合併後，原桂林地區婦幼保健院並入市婦幼保健院。”

果然是教會醫院，現在已經是三甲醫院，620 張床位，這個床位数在美國已經算是大型醫院了。

10/27/2015

上午覃主任还得上班，安排下午去平乐县的医院讲课。上午在瓦窑区随便逛，



旅馆附近的卫生院，门可罗雀，卫生院后面的楼房空置。

这些显示了基层卫生机构的困境，没有及格的医生，也无法吸引优秀的医生，自然无法获得病人信任。

下午平乐周主任来旅馆接我们，2:58 開車，4:25 经过茶江。週主任是瑶族人，他的老家在山区，离平乐县城 60 公里，由于道路条件差，一定得开运动型多用途汽车，而且车速极慢才能避免汽车底板的损伤。离家乡不远的地方还有一条河，人车乘船过河后开车不久没路了，还有走一段路才到家，60 公里的路程得走几个小时。

周主任曾经把父母接出城市居住，但是老人家不喜欢城市生活，每天无所事事，体重加重血脂增高，还是决定回家乡居住。家乡门前屋后种些青菜，这些轻微的劳动降血脂减体重。

老家的年轻人都出去打工了，村里只剩下几十人，最年轻的也 50 多岁了。山里人在不多的山地种些粮食，没有农业税的情况下勉强糊口，他们的产值极低，腰包没有多余的钱，不少 50-60 岁数的山里人文盲，有的文盲村民曾经出去打工，但是没有任何技能也没有学习能力的这批人找工作艰难，找到的也是极低的工资，而且总觉得被人欺负，干脆回到熟悉的家乡有一天没一天的混日子。没有年轻人来补充人口，不久的将来这个自然村落将从地图上消失，这似乎是贫穷山区村落的最终结局。

平樂原名昭州，我们一行人下午 4:30 抵达平乐中醫院。原先医院旧址楼房陈旧，很少病人愿意前来看病。劳院长积极奔走，终于筹得资金，建起新医院，环境幽雅，吸引病人，目前该医院每年手術量 500 例。

在职工宿舍楼梯的墙上贴着医院的财政资料，在旧址的营业额很低。搬到新址后的数月中营业额以倍数增长，尽管收支仍然未能平衡，但是收入增长的幅度显示转亏为盈的日子为期不远啦！



医院的新宿舍和停车场，周围环境和桂林相似。尽管说“桂林风景甲天下”，你到广西到处逛逛，看看“广西处处皆桂林”吧！

5: 35 桂江上的樂發魚餐廳吃魚，还是火锅的形式。

桂江的日落，桂江的景色，美吧？怎么样，是不是“广西处处皆桂林”？

平乐县城街景，据说城市街道两边的房子都由政府统一“整容”过的，规范化的容貌。

晚上到平樂中醫醫院講課。

彩雲大酒店。這個酒店的洗手間乾濕不分，淋浴就在廁所盆的旁邊，洗澡後腳濕濕地踏出來，很容易把房間的地毯弄濕，潮濕的天氣引起發霉。

10/28/2015

清早劳院长请我们到旅店对面的喜盈門酒樓早餐，吃炒粉，油茶，年糕等。劳院长精明能干，他谈到了工作上的困难，医院的前景，从言谈可以看到医院干部不好为呀！

9: 26 離開彩雲大酒店，9: 53 抵达陽朔，下面是在阳朔十里画廊的牌照：



10:32 抵达西街。根据潘主任的介绍，西街曾经打造成咖啡小街，吸引游客，事实上在这里我们能见到不少外国人在这里闲逛，坐在咖啡厅品尝咖啡。但是近年来生意不好，他朋友开的咖啡店好像经营不下去，转出去了。



漓江老渔民和鱼鹰，老渔民一直靠鱼鹰在漓江捕鱼为生，现代化的技术用电网，炸药在漓江捕鱼，这种断子绝孙的捕鱼方法造成漓江没鱼了。老渔民只能靠游人与鱼鹰牌照每次收取3元维生。现在政府严禁这些非法捕鱼方式，但是鱼类的恢复不容易。

他的儿子有游船接游客，估计生活无忧。但是他应该还是怀念当年的打鱼生涯，带着鱼鹰在江边走走坐坐，还可以挣几个钱，还是不错的。

12:00 大师傅旗舰啤酒鱼店，这是当地的名菜，用啤酒红焖而成，没有腥味且鱼肉鲜嫩。

1: 17 離開，2: 18 來到荔浦縣人民醫院，這裡纽约 T-Mobile 的手機沒有信號。我們找到骨科蔡主任，到吳院長辦公室聊天。吳院長向我顯示了最近開始出版的醫院報刊，介紹醫院的發展和服務，這是一個很好的宣傳和溝通方式。

這個醫院也在大動土木建造新的醫院大樓，這種醫院“發展”的做法處處可見。醫院的床位越建越多，購置昂貴高級的醫療檢查設備，這種做法增加了醫療服務的多样化，但是費用也如火箭式的直上太空。

10/30/2015

下午 3: 30~5: 30 在廣西南溪山醫院講課。



醫院環境幽雅，南溪山是背景



儘管這個污水處理顯得老舊，但是仍然說明醫院重視醫療污染的問題

