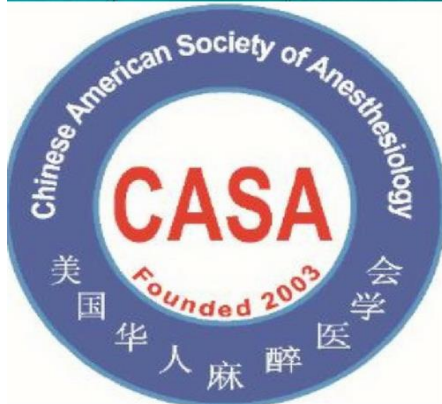


# CASA BULLETIN OF ANESTHESIOLOGY



THE OFFICIAL PUBLICATION OF  
CHINESE AMERICAN SOCIETY  
OF ANESTHESIOLOGY(CASA)  
ISSN: 2471-0733

**Editor-in-chief**

Jeffrey Huang, MD

**Associate Editors**

Cathy Cao, MD,

Jiapeng Huang, MD, PhD

Yunping Li, MD

Jinlei Li, MD, PhD

Chris Lee, MD, PhD

Lixin Liu, MD, PhD

Hong Wang, MD, PhD

Xiaoyan Zhang, MD

Henry Zhou, MD, PhD

**Guest Editor**

Chong Lei, MD, Bin Zhu, MD

**Honorary Editor-in-chief**

David Tang, MD, Henry Liu, MD

**Editorial contact:** [casabulletinofanesthesiology@gmail.com](mailto:casabulletinofanesthesiology@gmail.com)

Table of Contents

CASA 会员新闻.....	2
Interesting case discussion (ICD)讨论.....	4
会议报告 .....	8
会员佳作.....	13

CAA 现任主席，“中国麻醉安全与质控杂志”主编，米卫东教授于2017年5月20日在CAA年会期间为“中国麻醉安全与质控杂志”的海外编委颁发了编辑证书。这次到场领取证书的海外编辑有：副主编**彭勇刚**教授，编辑**左志义**教授，**周杰**教授，**曹锡清**教授和**刘恒意**教授。



CASA 成员**黄建宏**参加2017年佛罗里达州麻醉医生协会年会。他是本次年会的Faculty之一。他的讲座题目为“Implementation OR Emergency Manuals, what is new?”讲课内容包括介绍最新手术室应急手册应用的研究进展，也介绍了中国推广手术室应急手册应用的经验，包括北京大学人民医院培训班，襄阳中心医院的模拟表演，及广东省中山市手术室应急手册模拟演练比赛。



CASA 会员**刘恒意**到武汉同济医学院参加该院 110 年校庆学术活动：今年 5 月 19 号，CASA 会员刘恒意，作为同济医学院海外校友总会参加同济医学院 110 年校庆的代表团成员之一，为该校师生做了题为“体外膜肺氧合（ECMO）的现状及应用前景”的讲座。



CASA 会员**刘恒意**到中国边陲新疆石河子医学院交流：今年 5 月 18 号，CASA 会员受石河子医学院附属医院麻醉科主任王胜的邀请，前往新疆石河子医学院讲学。与该院麻醉科同仁交流了气道处理相关的问题。



由 CASA 成员汪红组织翻译的 Anesthesia & Analgesia 的文章请通过[连接](#)去阅读。有意参加翻译工作的读者请联系汪红教授。

参加翻译者包括：Hong Wang M.D., Ph.D., FASE\*, 储勤军, MD†, 孙振涛、王勇、叶皓天、赵京伟、王涛 (郑州大学第一附属医院麻醉科), Jiapeng Huang M.D., Ph.D., FASE, \* 李斌, MD, 徐畅、苏云洁,

Jinlei Li, M.D., Ph.D., 耶鲁大学麻醉系, 韩宁, M.D.沈阳 安联妇婴医院, 朱斌斌: 宁波大学医学院附属医院麻醉科, Xiqing Cathy Cao, M.D., 美国医星华盛顿 中心医院麻醉系, Ning Miao, M.D 美国国立卫生院临床中心麻醉系)

[http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Documents/Chinese%20Language%20Abstracts/Wang\\_New%20Youth%20Forum\\_China\\_Anesthesia%20%20Analgesia\\_2\(1\)\\_ANE0421\\_Joseph.pdf](http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Documents/Chinese%20Language%20Abstracts/Wang_New%20Youth%20Forum_China_Anesthesia%20%20Analgesia_2(1)_ANE0421_Joseph.pdf)

[http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Documents/Chinese%20Language%20Abstracts/Wang\\_New%20Youth%20Forum\\_China\\_Anesthesia%20%20Analgesia\\_2\(1\)\\_ANE1581\\_Illfeld\\_2017.pdf](http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Documents/Chinese%20Language%20Abstracts/Wang_New%20Youth%20Forum_China_Anesthesia%20%20Analgesia_2(1)_ANE1581_Illfeld_2017.pdf)

[http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Documents/Chinese%20Language%20Abstracts/Anesthesia%20and%20Analgesia\\_1\(1\)\\_ANE1134\\_Mahmood\\_2017.pdf](http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Documents/Chinese%20Language%20Abstracts/Anesthesia%20and%20Analgesia_1(1)_ANE1134_Mahmood_2017.pdf)

Win Some, Lose Some

## 会赢，也会输

作者：AQI case report

翻译：朱方方，宁波市医疗中心李惠利医院麻醉科



病例讨论：

一位 55 岁男性患者因慢性腰痛行 L4/5 椎板切除融合术。术前史包括高脂血症，睡眠呼吸暂停综合症，良性前列腺增生，长期吸烟和酗酒。患者术前经常行体力活动，2 月前心脏应激试验结果阴性。术前心电图正常。药物治疗包括：劳拉西泮，阿伐他汀，阿米替林，坦索罗新，加巴喷丁和阿司匹林(术前一周停用)。

麻醉采用异丙酚，司可林，七氟烷，芬太尼和维库溴铵行常规诱导和气管插管。患者翻至俯卧位并开始手术切皮。麻醉维持使用七氟烷。手术开始一小时后，患者出现了短暂的自限性的室性心动过速，同时心电图发现了 ST 段抬高。及时告知外科医生并决定结束手术，并给予麻黄素治疗低血压，同时将吸入氧浓度增加至 100%。几分钟内，患者室性心动过速再次发生。速将患者翻至仰卧位，并开始 CPR，行高级生命支持流程，4 次电除颤之后，患者脉搏转回正常。接着开始给予胺碘酮和去氧肾上腺素治疗。经食道超声心动图显示患者心肌收缩力不对称性下降。心脏科医生建议紧急给予比伐卢定并将患者快速转入心脏导管室。诊断是急性斑块破裂和血栓性心肌梗塞。随后患者接受急诊血管成形和支架置入术，术后恢复正常，顺利出院。

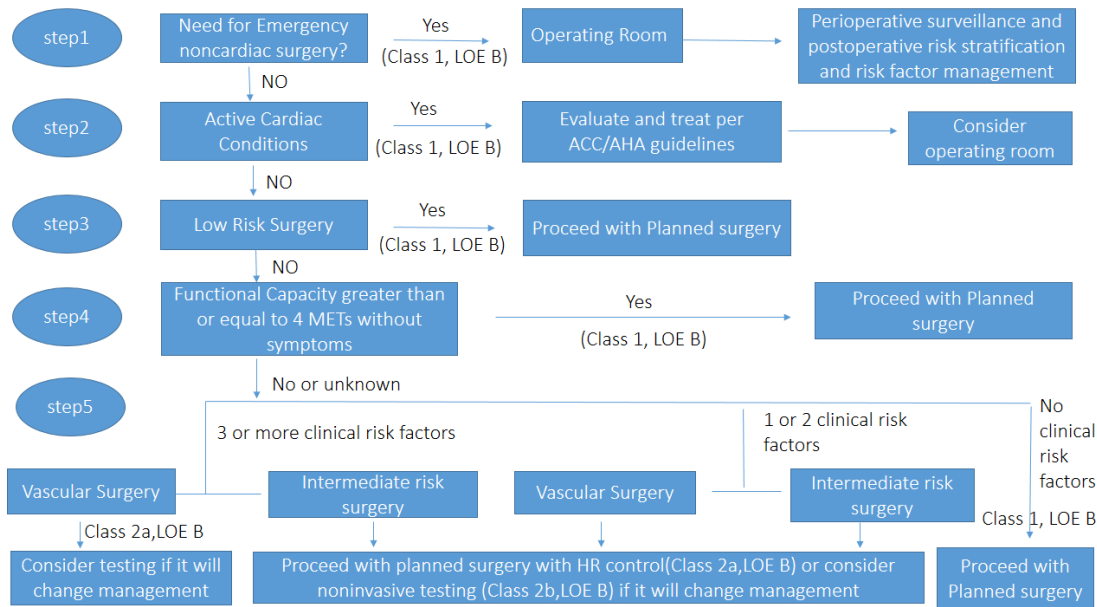
讨论：

这个病例引发了许多有趣的问题。第一个问题是，术中出现急性冠脉综合征的患者如何行最好的麻醉管理？第二个问题是，患者是否在麻醉之前做了充分检查准备工作？最后一个问题，涉及对麻醉团队的影响（第二个受害者）。

在没有已知冠脉疾病的患者，围术期心肌梗死的发生率小于 0.5%，而在术前明确冠心病的患者是 1-2.4%[1]。准确的评估患者麻醉术前风险显然是最佳的措施，但在本病例中，我们还做的不够。针对进展性或可疑的心肌梗死的治疗在 2010 年美国心脏病学院/美国心脏病协会(ACC / AHA)关于急性冠脉综合征[2]管理指南中指出，包括打电话求助，心电监测，氧气供给，准备心肺复苏以及电除颤，使用阿司匹林和获取 12 导联心电图。在本病例中，我们麻醉医生是幸运的，因外科医生可以迅速完成手术，并将患者在其室颤之前翻至仰卧位。我们假设患者在俯卧位心脏骤停，不管是 CPR 还是除颤抢救都不应该被推迟，即使在俯卧位，CPR 及除颤都被证明是有效的[3-5]。

抗血小板药物和溶栓药物是早期治疗 ST 段抬高型心肌梗死的基石，但是不论是治疗期间还是术后即刻都可能会导致广泛出血。手术医生，心内科医生和麻醉医生之间的多科协商合作是至关重要的，共同确定药物治疗以及进一步优化应对策略。

显然，预防心肌梗死的发生比任何术中管理都要重要，但评估患者风险的方法在过去四十年一直在稳步发展。本例中的麻醉医师参照了循证医学围术期心脏患者非心脏手术管理指南，该指南指出，对于心脏应激试验阴性的患者没有必要做进一步的检查。的确，即使该患者已知伴有稳定性心绞痛的冠状动脉疾病及应激试验阳性，除非有严重的三支病变或可疑的左主干病变，对于此类中风险手术并没有指出术前需要进一步检查或其他干预手段。急性心脏疾病的患者（因当前或新近心肌梗死导致的急性心肌缺血，严重主动脉瓣狭窄，急性心衰和某些不稳定性心律失常）显然需要进一步检查，其余的管理则参照表 1，2007 年 ACC / AHA 围术期心血管评估和非心脏手术管理指南：[circ.ahajournals.org/content/116/17/e418.full.pdf+html?sid=0b04e74c-078a-4378-8117-0620850f000d](http://circ.ahajournals.org/content/116/17/e418.full.pdf+html?sid=0b04e74c-078a-4378-8117-0620850f000d)[6]。



该指南来源于术前已知冠状动脉疾病患者行冠脉重建术并没有通过治疗改善预后的研究。CARP 研究随机选取了 510 位冠状动脉疾病的患者（包括三支病变，但排除左主干病变）接受冠脉血管重建术与之前未行手术的对照组比较并没有优势：在即刻，30 天以及 2 年的死亡率或主要心脏不良事件的发生无明显差别[7]。针对像本病例中脊柱手术的低风险手术进行术前干预的潜在优势的支持则更是少之甚少。

这也可以解释了对已知冠状动脉疾病患者行冠脉重建并无益处的原因了。首先，取决于麻醉医师管理围术期应激反应的整体技术水平；第二，在于围术期心肌梗死本身。心肌缺血可能因高血压，血管张力增加，心动过速，缺氧，贫血，低血容量或低血压触发引起整体或局部的氧供小于氧需（2 型心肌梗死）[8]。麻醉医生可以在术中及术后管理这些因素。然而，缺血也可以发生在急性缺血斑块破裂和血栓形成引起突发冠脉闭塞，比如本病例患者[8]。这些事件经常在术中因剪切力因素增加（如高血压，心动过速）以及高凝状态和与手术相关的系统性炎症反应推动下发生。不稳定斑块难预测，40%狭窄病变如果没有侧枝，斑块突然破裂时会完全闭塞而缺血严重，而 80%病变有良好侧枝即使完全堵掉也不会缺血，因为侧枝有血供[9]。较小的狭窄更可能是围术期心肌梗死的罪魁祸首，但没有证据说明这些微小病变具有血管再生。

本病例报道者指出该事件是可以预防的，但这也可能也只是事后的说法而已。麻醉医生应该处理好可能引起心肌梗死的血流动力学问题，但触发炎症反应和高凝状态的机制尚未明确。手术组织创伤程度，手术持续时间以及患者的基因遗传等都起着重要作用。已证实的减少围术期心肌梗死发生率的干预措施包括预防性冠脉重建(没有优势，如上所述)，阿司匹林，β受体阻滞剂和他汀类药物。β受体阻滞剂一直以来是最具争议的。Mangano 在 1996 年拉开辩论并表明术前使用阿替洛尔可以减少围术期以及术后 6 个月的死亡率[10]。在 2007 年 POISE 研究指出，8331 位接受非心脏手术的心脏疾病患者被随机分配为美托洛尔或安慰剂两组，分别是术前 2 至 4 小时以及术后



持续给予治疗 [11]。结果心脏事件发生率美托洛尔组为 5.8%，安慰剂组为 6.9%( $p = 0.4$ )。然而，美托洛尔组总体死亡率更高分别为 3.1%和对照组 2.3%，其原因很大程度上是由于 $\beta$ 受体阻滞剂组中中风的发生率增加了一倍。这些数据已经通过几个较小的试验和荟萃分析证实。

美托洛尔在 POISE 研究中的影响可能是由于使用的剂量过大或者美托洛尔的本身。越来越多的证据表明，并不是所有的 $\beta$ 受体阻断剂都是一致的。阿替洛尔已被证明比美托洛尔能承受更好的风险状况[12]，最近的观察性研究显示，美托洛尔与中风率发生的增加相关，比索洛尔、阿替洛尔则不是，这可能由于后两者的心脏选择性有关[13]。基于这一点，指南建议如果已使用 $\beta$ 受体阻断剂的患者继续使用，若不是则术前不推荐使用。然而， $\beta$ 受体阻断剂仍应被围术期处于心肌氧供需失衡风险的患者用来管理急性高血压和心动过速。

最后，本病例在该事件中提出了一个问题“第二个受害者”。大多数麻醉医师在他们的职业生涯中经历至少有一个突变性紧急事件。对此类事件的情绪影响已被关注到，但是目前很少有对涉及的医生有效的方法。Ganzoni 调查发现，几乎许多涉及不可预测性事件的麻醉医师都感到和可以预防事件相同的个人责任感[14]。更糟的是，报告这一事件的麻醉医生认为这是可以预防的，然而它显然不是，这表明他/她将专家都认为是“不可以预防的”的事件归结为个人责任因素。

结论：

医学实践和其他人类活动一样，常常像一场赌博。循证医学指南是以事件在一定人群中发生的可能性为基石，但对于具体患者的预后提供很少的信息。此外，循证医学是基于我们目前现有的知识，因此，它是随着我们知识水平的不断增加而变化。在很多情况下，就像这个患者一样，即使严格遵守循证医学的方法仍不能保证一个完美的预期结果。首先，临床警觉性极其重要，还有就是麻醉医生在患者遭遇紧急事件时的抢救能力。最后，我们必须承认诸如此类事件的情绪影响，必须建立有力的支援系统来提供重要资源——按统计数字来说，我们在某个特殊时期都会碰到这种事件，也需要这种支持。

## 相约北京 共创未来



周少凤 休斯敦医学中心



曹锡清 医星华盛顿中心医院

中国医师协会麻醉学分会 2017 年年会暨 2017 北京医学会麻醉学专业学术年会 5 月 19 日-21 日乘着一带一路的春风，在美丽的雁栖湖国际会展中心成功举办。



美国华人麻醉医生协会 QA 委员会受中国麻醉医师协会邀请举办了术中超声急救和恶性高热模拟演练，与会听众和参加演练的医生反响热烈，人气爆棚，会场挤的水泄不通。浙江人民医院严美娟主任和她带领的模拟团队提前一天就到达会场准备布置，在美国西佛吉尼亚州大学医院麻醉科副主任汪红教授和佛罗里达州大学医院心脏麻醉科主任彭勇刚带领下演练术中超声诊断肺栓塞和心肺复苏急救。北医三院徐懋副主任医师帮助翻译了恶性高热模拟流程课件，制作角色卡片和准备讲义挂图及一整箱的材料针管等等，美国滨州 Drexel 大学医院的麻醉科副主任刘恒意和华盛顿特区医星华盛顿中心医院和 CASA MH 委员会负责人曹锡清医师组织了恶性高热模拟演练。衷心感谢北医三院郭向阳主任和李民副主任的大力支持和周到安排。感谢天津天堰科技公司的王金鹏经理提供高级模拟人和程序设计，感谢云南省肿瘤医院的王忠慧主任现场分享抢救成功与患者沟通的经验和广大基层麻醉医生的互动参与。感谢 CASA QA 委员会负责人张晓燕和 CASA

Newsletter 总编黄建宏医生事前帮助联系和设计。看到年轻人努力认真是对我们最大的鼓励和回报。

彭勇刚教授：“有机会和各位同道密切合作同台推广急救理念从而实现了我们的共同心愿也算是我们中美麻醉医生成功合作的典范 为我们自己鼓个掌

北医三院徐懋：“感谢各位教授的辛苦付出，你们为国内的麻醉发展和合作做出巨大贡献，给我们提供了很多新的理念和发展模式，感谢你们！”

刘恒意教授：“再次感谢你们的精心准备和团队精神，非常成功！”



CAA 在此会期间，由主席童传耀、付主席刘虹的主持下，彭勇刚，周少凤，刘仁玉和姚东东等麻醉学教授参与，举办了麻醉医学教育口试专场，向国内的麻醉界同仁介绍口试在年青医生培训过程中的必要性和重要性，以及如何通过口语训练来提高临床综合素质与能力，同时与 CAA 推荐的 5 名麻醉科主治医师做现场模拟考试等互动，参与的医生们非常认真积极，听课的医生们也能用极高的热情参与其中。由于座位有限，会场内有很多听者至始至终站着听讲，让我们深深感动，也倍感肩上担子沉重。做为旅居海外的学子们，我们相信更会以此为动力，加倍努力，同心协力，为中国麻醉事业做出贡献。



正是:

雁栖湖畔生辉

麻友四海相会

新识连忙介绍

旧友不停举杯

一路一带余温

急救演练爆火

铭记前辈榜样

模拟面试期望

## The First Chinese Symposium on Obstetric Anesthesia at the 49<sup>th</sup> Annual SOAP Conference

Weike Tao, MD

The University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas

At the 49<sup>th</sup> Annual Conference of the Society of Obstetric Anesthesia and Perinatology (SOAP) in Bellevue, WA, the First Chinese Symposium on Obstetric Anesthesia was held on May 10, 2017. Dr. Cynthia Wong from the University of Iowa gave an opening presentation on the history of obstetric anesthesia, highlighting key milestones in the Western and Chinese history of the practice. Dr. Shanglong Yao, head of the Chinese Society of Anesthesiologists – Obstetric Anesthesia Division, presented a keynote speech on special challenges Chinese physicians face with the “second-child policy” after nearly four decades of the “single-child policy.” Since 2015, there has been a sharp increase in pregnancy from older women with various medical conditions, most of whom had a previous cesarean delivery, and the demand for labor analgesia amongst nulliparous women is rapidly increasing. Providing safe and effective anesthesia and managing maternal and fetal complications in large volumes of are the immediate tasks for Chinese physicians. Four other Chinese anesthesiologists presented their work to a group of international audience. Dr. Xiaofeng Shen from Nanjing Provincial Women and Children’s Hospital shared her experience in providing epidural analgesia in 95% of laboring women with a delivery volume of over 24,000/year. Dr. Haiya Yan from Ningbo Women and Children’s hospital presented data on intraoperative cell salvage during cesarean delivery in over 1400 women, totaling over 600,000 mL of salvaged red cells transfused. Dr. Duomao Lin and Dr. Mingjun Xu shared their experience in managing women with cardiac conditions and intrathecal analgesia, respectively.

Dr. John Sullivan and Dr. Brendan Carvalho opened the general session by extending a special welcome to Chinese attendees. A group of US-based anesthesiologists provided simultaneous translations of SOAP lectures to the Chinese audience. A special tribute was paid to a pioneer in obstetric anesthesia in China, Dr. Guangbo Zhang, performed the first epidural labor analgesia in China in 1963. In greeting the SOAP meeting and the Chinese Symposium via a video, Dr. Zhang expressed her gratitude to Peking Medical University for supporting her initial work as well as a group of US physicians for helping promote labor analgesia in China in recent years as the No Pain Labor & Delivery Global Health Initiative.

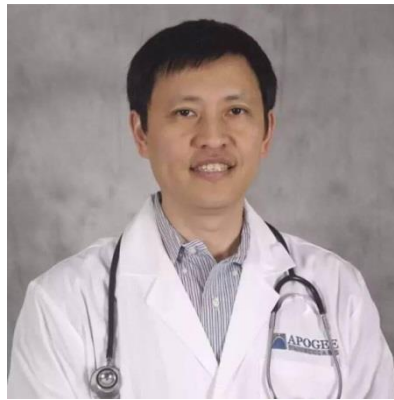
The Chinese Symposium and the simultaneous translation played an important role in encouraging attendance to the SOAP meeting. The ability to understand the presentations significantly increased the educational value of SOAP meeting to over 50 Chinese delegates. The number of Chinese attendees and their level of participation were unprecedented. The group is

likely to bring home this positive experience which will encourage attendance of future meetings and increase the international footprint of SOAP.



## 促进沟通可以明显减少医疗错误 (Part II)

谢党赐<sup>1</sup>、陈雄鹰<sup>2</sup>、林艳丰<sup>3</sup>



【1】美国阿拉巴马州蒙哥马利杰克逊医院医院医生；

【2】美国凯撒北加州医疗系统家庭医生；

【3】美国宾夕法尼亚州学院山尼特尼医学中心医院医生；

在门诊时医生和患者以及家属的交流

### 1. 门诊医生的交班:

由于现代医学技术的突飞猛进和疾病的复杂化，为了减少医疗错误，提高医疗质量，行之有效的门诊交接班也是必要和必须的。目前美国电子医疗病历的广泛使用，则大大的提高了门诊医生交班的效果。门诊交班可以简单分为以下几个方面。

#### 1) 第一种交班的形式：医生与患者的交班

当医生看完病后，对病人做出了初步诊断和制定了诊疗计划，这个诊疗计划将有赖于患者对该计划的充分理解和自愿执行才能起到应有的作用。很不幸的是，许多患者经常不完全了解看病时医

生所讨论和给予的医疗信息。许多患者在看病后经常不记得医生所交待的事情。有调查显示，大约有 40%到 80%的患者在看病后不记得医生到底和他们说了什么。尽管有些患者记住了一些，但几乎有 50%的记忆信息是不准确的。医生与患者有效沟通和让患者参与诊疗，可以帮助患者对他们的医疗照护作出更明智的决策，这反过来又可以促进患者更好的遵守医嘱和最终改善医疗质量。使用电子版门诊小结对于促进医患有效沟通尤其有效。医生在每次门诊后尽可能地交给患者一份门诊小结对患者会有很大的帮助。美国各地的医生诊所都有自己版的门诊小结（这个小结不是门诊的医生所写的病历）。医生可以根据患者的具体情况，增减门诊小结，添加药物核实清单和使用电子处方等等。当患者离开诊所时，工作人员给予患者诊所的联系电话或电邮方式（这是各医疗机构自建的加密电邮）以利于患者在离开诊所后，如果遇到疑问或者出现新问题时，能及时联系。

## **2). 第二种交班形式：是门诊医生与急诊或医院医生的相互交班**

在门诊医生的日常工作中，门诊医生常常需要将患者送往急诊室或住院部接受进一步的诊疗。同时门诊医生也常常会接受从急诊室或者医院出院的患者。由于门诊医生与急诊或医院医生不能做面对面的直接沟通，如果这种沟通不顺畅的话，就会直接影响医疗照护的顺利过渡。主管医生对病人了解，而且又熟悉医疗系统里各种不同的专科医生，这样就可以为患者做出最正确和成功的转诊。顺畅和成功的转诊，不仅仅是从医疗质量的角度能获益，而且即使是从患者的角度，顺利的交流可使患者感觉到他们在治疗和护理中得到了很好的过度。为了能成功实现这样的交班，医生就将有赖于现代通信技术比如电子记录，电话，电邮及加密的医生间的及时交谈（类似的社交网络如微信）。这里需要提及的是，这种形式的交班是为了顺利地为客户转诊，而不是直接干涉其他医生的独立诊疗。

## **3). 第三种交班形式：**

是主管医生与门诊各专科医生之间的交班。这种交班形式与第二形式相仿。

## **4). 第四种形式：**

是一种非常特殊的交班形式，我们估且称之为“系统内交班”。



医学进入 21 世纪，计算机大系统，大数据已经被成功地引入医疗护理。大型医疗系统融合医疗服务提供者和健康保险提供者的功能于一体，为患者提供全方位一体化的健康服务，包括疾病预防、疾病诊疗和病后康复等。大数据及群体健康管理可以大幅度地提高医疗质量。这种系统或交班强调预防为主。患者可以通过这个系统，多方面地了解自己的健康数据。比方说预防接种记录，患者可以很容易知道自己的接种历史，以及什么时候需要再注射哪种疫苗。他们也可以了解自己每次就诊时的生命体征（血压、心率及体重等）以及所有的实验室检查、放射科检查结果等资料。更有许多患者因此建立了自己的档案，他们还会在看病时带上自己的档案与医生讨论。此外，他们还可以了解自己的肿瘤筛查历史，记录下一次体检或者随访的时间，同时还可以获取和学习大量常见的健康知识。这种形式的交班是如何实现的呢？第一，是通过互联网与患者档案资料库直接联结（当然这是高度机密和反泄密的系统）；第二，患者可以直接写短信给他们的医生（包括家庭医生以及他们所看过的任何的专科医生）；第三，医疗护理的提供者依据系统提供资料为患者，并根据患者的需要提供及时的服务。

## 2. 门诊诊疗时对患者进行“最新用药的核实”

门诊诊疗时对患者进行“最新用药的核实”（Medicine Reconciliation），其中包括新近药物的变化和剂量调整，等等，也是促进沟通的重要一环。在美国患者看完病离开门诊时，通常医生都会给患者列出这次见面后药物变化和剂量调整的清单，包括哪些药物该停药、哪些药物的剂量有加减和哪些是新药等等。美国的退伍军人医院有一整套更完整的医生对每一患者诊治后的门诊病程记录，它包括三个部分，其中有：诊所医生病程记录(Clinic Practitioner Progress Note), 最新用药核实补充记录（Medicine reconciliation Specialty and Ancillary), 和“诊所医生患者离开诊所时的具体指导(Clinic Practitioner Discharge Instruction”。诊所希望通过采取这些措施以促进沟通、减少误会和失误。

## 病人可以做的几个如何预防和减少医疗差错发生的小举措

### 1. 病人自己能做点什么来减少医疗差错的发生呢？

从预防医疗差错的发生的角度来说，一个病人或者家属能够做的最重要的事情就是他们应该参与到他们自己的医疗服务团队里面来。病人自己成为一个医疗的直接参与者。这意味着病人在关于自己医疗服务方面的每一个决定都由病人自己来参与和做出。研究表明，病人如果能够直接参与到他们自己的医疗中来，他们往往能够获到更好的医疗效果。

## 2. 让你的医疗团队能够更好的了解你

——让所有参与治疗你的医生们知道你现在在服用的药物。这些药物应该包括处方药和非处方药，也包括一些食物补充药物，比如维生素或者一些草药等等。至少每年一次，你应该把你所有服用的处方和非处方药物带给你的医生看。

——让医生知道你对那些药物有过敏性，和你曾经服用过的药物的副作用。这样就能够预防你服用曾经伤害过你的药物。

——让所有的参与和涉及到你的医疗的医护人员都知晓有关你的重要的医疗信息，而不要理所当然的认为这些医生们对你的病情都非常地了解。

## 3. 问有关你服药的那些问题是你能够听得懂的内容

——在医生给你开药时，你需要问医生关于这个药的作用情况，当你去药房拿药的时候，你应该重新向药剂师再问一次。

——要问你所要服用的药物的可能产生的副作用。一旦你了解了这个药可能发生的副作用，你就

能够更好的为之做好准备。这样一旦药的副作用发生了，你就可以及时的向医护人员报告。尤其是在某些你无法预料到的副作用产生的情况下，这就更为重要。因为及时地得到帮助能够预防你的病情加重。

——当你的医生给你写处方时，你一定要保证你可以读的懂医生写的药名，如果你看不懂医生的笔迹，那么药房的药剂师也有可能看不懂。

#### **4. 要勤于问你的药剂师**

——当你去药房拿药时，你必须问你拿的药，是不是你的医生给你开的药。美国麻省药理学和健康科学学院曾经做过一个研究，他们发现百分之八十八的药物的错误是涉及到药剂师给了病人错误的药或者给了错误的剂量。

——如果你对你所要服的药物有任何方面的疑问，你一定要当场问。有时候服药说明会比较难于理解。比如，对每天吃四次药的这个问题，你就应该问，是每六个小时吃一次呢，还是只要一天在醒着的时候吃四次就行。

——如果你需要服水剂的药物，你最好问你的药剂师需要什么办法来测量这个剂量最好。如果你不知道怎么服用的话，你也需要认真的问清楚。研究表明，许多人并不知道正确的液体药物的度量方法。比如许多人使用家庭用的汤勺儿按照要求来服液体药物，问题是汤勺有大小之分。服用足够所需药物的量很重要。

——在询问药剂师关于药物时还需要问下面的几个问题。这个药物的作用是什么？我该如何服用药物和服用多长时间？药物的可能副作用是什么呢？如果我发生了药物所能引起的副作用，我该

如何去做？医生新开的这个药物和我其它已经在吃的药一起合用安全吗？可不可以和它的食品补充药一起合用呢？当我使用这些药物时，什么样的食物，饮料或者活动，我需要避免呢？

## 5. 当你需要住院时

——如果你能够选择的话，最后选择一个有许多同样的病人做同样的检查或者手术的医院。研究表明，如果一个医院经常接收和治疗同样类型的病人，那么他们的临床效果一般都会好很多。

——如果你已经被收入院了，你要问所有跟你有接触的医护人员，他们在进入你的房间前，是否洗了他们的手。医院内的医护人员经常洗手是预防传染病的一个很重要的方式。

——当你的病情好转了，能够从医院被送出院时，你应该让你的医生向你解释你的回家后的治疗计划。这个包括你所要服用的药物和什么时候你能够恢复你的正常的生活状态。有研究表明，当医生送病人出院时，医生们认为他们的病人都完全理解和听懂了他们所应该做和他们所不应该做的事情，但事实上并非如此。

## 6. 做手术前的注意事项

——在你接受任何手术前，你应该知道，你，你的主管医生和你的外科医生都一致的同意和非常清楚地清楚，你所要接受的手术。在身体错误的一侧接受手术，比如说该做左膝关节的手术而做了右膝关节的手术的这种情况，虽然非常少见，但是即使是发生了一次也是不应该的。手术做错身体的部位应该是百分之百可以预防的事情。美国骨科医生协会鼓励他们的骨科医生在做手术之前，在要做手术的病人的肢体上签上他们自己的名字。这样就可以预防在手术时在已经铺单后的情况下，不会盲目地做错误肢体侧的手术。

## 7. 你自己的健康，你自己要负起责任

——如果你有什么疑问或者有什么担忧，一定要讲出来。你有权利对你的医疗团队的任何人员提出任何有关你的诊疗的问题。

——你必须知道谁是你的主管医生，那个医生是在主管你的整个的治疗过程。这一点，对住院的病人尤其重要，因为医院里，可能有很多个医生在同时参与你的治疗。

——一定要通知你的一个家属或者朋友和你一起去医院或者作为你的协同伙伴。这个协同伙伴可以办到不少有些你办不了的事情，或者说是在你需要帮助时能帮助你，尤其是在你不能做决定的情况下，比如说神志不清时。即使你认为当时你并不需要这么一个人，但是你也也许在后来的时间里需要它。

## 8. 尽可能多的了解你自己的病情和医生推荐给你的检查以及治疗的计划

——作过多的检查或者发现更多的信息并不意味着一定是件好事情。所以作为病人，你应该知道为什么这个检查必须做，知道做这个检查或者做这个治疗为什么能够帮助你。某些情况下，不做检查和不做治疗，也许对你的病情更有好处。

——如果你已经做了一个检查，千万不要假设，医生如果没有告诉你检查的结果就是好结果，你一定要问医生这个检查的结果如何，无论是好还是坏。

——要经常询问你的医生和护士，你也可以使用其它的可靠的医疗资源来对你自己的病情和治疗做更多的了解。比如对某种疾病的治疗推荐是不是根据最新的科学依据而得出的，这些信息通常是可以从国家医疗健康指南的网站上查到的。你可以问你的医生，你的治疗方案是不是根据循证医学的方法，是不是根据最新的最好的医疗证据来做出的。

## 总结

有效沟通被确定为有效协调医疗服务，减少医疗失误的核心要素。医疗错误可以源于医疗服务提供者本身的人为的错误，但更多的情况下是源于不完美的医疗技术和医务人员之间以及医患之间的沟通不良。例如，糖尿病患者可以接受来自内科医师，内分泌专家，足病医师，肾内科医师，眼科医师，神经内科医师，药剂师，营养师，物理治疗师，注册护士，社会工作者的治疗，并且医务人员应该根据患者的需要或者并发症的发生情况来制定治疗计划。因此，现代医学不再是医生对某个患者的疾病的单打独斗。团队合作，院内及院外门诊治疗的协作也是非常重要的。特别是在如果不能通过电子病历进行健康信息交换的情况下，协调多个医疗服务提供者也是件不容易的事。I-PASS 结果显示，“通过标准化的医生交班程序可以减少住院医生规培基地的医疗错误”。笔者结合在临床实践中的体会来对美国医生临床工作中的几个重要环境，比如分别在门诊和在病房时的医生和医生、医生和患者及家属的交流进行了剖析，就其中的几个重要环节比如医生的最佳形式交班，最新用药的核实，在住院时医生和患者真切的沟通以减少医疗错误进行了讨论。同时，本文还介绍了作为患者和家属就预防和减少医疗差错的发生可以用到的几个小举措，鼓励患者和家属对医疗过程中的任何疑问都要向医务人员提出，不要害怕提问，更不要做一知半解的病人。总之，医生之间的更多的交流和沟通是患者的福音。美国的各级卫生机构，医疗保险公司，医疗服务工作者，包括医生，都在共同地为此努力着，希望能让美国的医疗系统运作的更为安全。