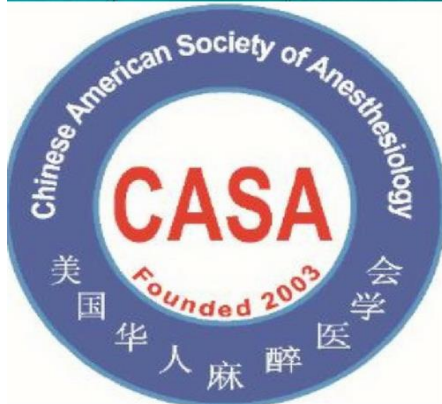


CASA BULLETIN OF ANESTHESIOLOGY



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

Editor-in-chief

Jeffrey Huang, MD, FASA

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, FASA

Xiaoyan Zhang, MD

Henry Zhou, MD, PhD

Guest Editor

Chong Lei, MD, Bin Zhu, MD, Fangfang Zhu, MD

Honorary Editor-in-chief

David Tang, MD, Henry Liu, MD

Editorial contact: casabulletinofanesthesiology@gmail.com

Table of Contents

CASA 会员新闻.....	2
业内新闻	4
Interesting case discussion (ICD)讨论.....	6
会议报告	11
会员佳作.....	15

风灾无情，人有情。最近美国几个州遭受有史以来最大的台风影响。风灾后许多 CASA 成员积极参加 CASA 组织的捐钱活动。帮助灾区民众。



美国华人麻醉学会
Hurricane Harvey Relief Fund
募捐者名册 (10/11/2017)

Yunping Li 李韵平
Weidong Gao 高卫东
Guogang Chen 陈国刚
Changzheng Wang 王长征
Xiqing Cao 曹锡清
Weiguo Zhou 周卫国
Chris Lee 李成付
Xiangnong Luo 罗向农
Yuyan Liu 刘宇燕
Junkui Zhang 张均奎
Fenghua Li 李锋华
Qing Wang 王清
Juan Li 李娟

Sichao Xu 徐思超
David Tang 唐越
Liaoyang Xie 谢燎阳
Yonggang Peng 彭勇刚
Weike Tao 陶为科
Jeffery Huang 黄建宏
Xiaoyan Zhang 张晓燕
Henry Liu 刘恒意
Haifeng Zhou 周海峰
Honghui Feng 冯鸿辉
Lixin Liu 刘立新
Jinlei Li 李金蕾
Haitao Yang 杨海涛

Guozhang Cheng 程国章
Frank F. Gu 谷峰
Hong Wang 汪红
Max Zhang 张运宏
Haufeng Wei 魏华峰
JP Wang 王景平
Ming Xiong
Anasuya Vasudevan
Lu Li 李露
Advanced Solution Pain
Management
Lei Li 李磊
Shachi Patel and Yogan Patel

Total: \$ 4750

Donation for Hurricane Harvey Relief Fund is closed now, Thank you for your generosity!

世界华人医师协会患者安全与质量管理委员会正式成立

根据美国华人医师**张晓燕**提出的“成立世界华人医师协会-患者安全与医疗质量委员会的申请”，经调研论证和广泛征求意见，并提交第一届理事会第四次工作会议通过。患者安全与医疗质量委员会（WACD-PSQA）于2017年九月正式成立。

理事会审议认为：为更好地与世界范围内的华人医师共同学习、交流，推动患者安全和医疗质量的进一步改善，促进世界各国医疗界成熟的理念与实践和国内医疗客观状况相结合，探索出一套适合中国国情的患者安全与医疗质量的可行措施，细则和评估方法。成立世界华人医师协会-患者安全与医疗质量委员会，将有助于整合世界各国华人医师的资源，促进医疗水平的共同提高。患者安全与医疗质量委员会将遵照世界华人医师协会章程和世界华人医师协会分支机构管理办法，在理事会秘书处的指导下积极开展工作。





中国医师协会麻醉学医师分会

关于在基层推广《手术室应急手册》模拟教学 中国行公益活动倡议书

广大的麻醉学及围术期医学领域的同志们：

在我国各级医院尤其是基层医院中，由于缺乏相应的专业培训且知识体系不够全面等原因，当面临围术期危机事件时，处理现场很容易出现混乱无序的局面，患者生命安全难以得到有效保障。经过国内外的临床研究和案例证实，《手术室应急手册》可以帮助医护人员把规范的急救流程更好地应用于临床实践中，从而更好地保障围术期患者安全。

目前，在我国已经有许多单位在积极推动《手术室应急手册》在临床应用，并反复组织模拟演练。如：北京大学人民医院、襄阳市中心医院、广东省中山市中医院、广东省中山市博爱医院、浙江省人民医院等模拟教学团队。他们不仅已在本医院组织多次活动，而且还在各种麻醉会议上通过模拟演练表演和举办培训班来教育其他麻醉医生和相关医护人员。

组织手术室危机事件处理模拟演练可以有以下好处：可以熟悉应急手册内容；养成运用应急手册处理危机事件的习惯；规范危机事件的处理流程；增强医护人员的应急抢救能力。同时还能够增强抢救团队的协作、沟通和自信心，及时

发现临床工作中的不足，使处理危机事件的综合能力得到持续改进。

但是，许多基层医院由于缺乏资源，无法开展模拟演练。为了更好地帮助基层医院提高应急处理能力，在中国医师协会麻醉学医师分会的大力支持下，我们拟组织一项公益活动，让已经开展手术室危机事件处理模拟演练和实际应用的单位派出志愿者去基层医院，通过理论授课、现场模拟演练示范等形式指导他们如何使用《手术室应急手册》，让基层医院实现独立组织演练，最终提高基层医生的应急管理能力和应急反应能力，从而达到提高围术期安全的目的。

因此，我们在此发出倡议：诚挚欢迎有志于推动手术室应急手册在我国基层医院应用的志愿者、相关学术组织、医疗单位等加入这项公益活动。同时，也诚挚欢迎全国需要帮助的基层单位积极报名，以便组织安排教学团队进行实地教学、模拟演练指导和其它相应的帮扶工作。

中国医师协会麻醉学医师分会

2017年9月6日



Professionalism

敬业精神

作者：AQI case report

翻译：雷翀，博士，第四军医大学第一附属医院麻醉科



敬业精神：当我们看见时我们是否知道？

“患者进行腹腔镜下胰腺切除术，可能需要开腹。放置硬膜外导管以防需要开腹，告知住院医师不要从硬膜外导管给药除非外科医生中转开腹手术，在任何情况下未经请示不得从硬膜外导管给镇痛药。

我非常忙-2小时后回到胰腺切除手术。尚未开腹。患者瞌睡呼吸缓慢。住院医师说他已经给了2mg 氢吗啡酮，我认为是静脉注射给予的；我们讨论考虑到患者和手术方式，这个剂量非常高。我给了纳洛酮（80mcg），患者清醒反应正常。

2小时候，患者没有反应需要更多纳洛酮，最后需要泵注。她没有疼痛。住院医师随口提到他不明白为什么2mg 硬膜外氢吗啡酮会产生这种效应。”

这一版的 Monitor 关注于敬业精神这一话题，这是一个广泛使用但很难定义的词汇。这里使用这个病例将展开有关敬业精神应该像什么样子和我们如何进行有关敬业精神教学的讨论。这个病例可以用来讨论很多话题，包括沟通的问题（住院医师是否听见并理解了有关硬膜外的指示？），或者这引发了一个有关适当监管定义的新话题：离开 2 小时是否过长？本次有关敬业精神的讨论将有助于引发将来对这一重要话题的内省和评论。可能最重要的是，这会增强一个关键的概念：敬业精神行为是习得的，而非固有的，专业人员在职业的每个水平需要不断地检验自身行为，发现并纠正潜在缺乏敬业精神的行為。

很难定义缺乏敬业精神的行為，但我们大多数人相信：“我们看见了就知道”，在这个病历中有很多例子。不幸的是，发现缺乏敬业精神比敬业精神的教學和评估更容易。敬业精神出自于职业的范畴，其定义是获取和应用知识、技能和价值。同一职业的工作人员通常都承担相同的义务，我们医生的义务就是为了患者的健康和在整个职业生涯中不断的个体化进行自我调整。因此评估和管理职业化的责任不仅限于教育医学生和住院医师的学术机构，所有的医生都有责任进行自我评估（自省、认识和纠正错误）和对同事进行评估和调整（医院特权，州医疗董事会）。Epstein 和 Hundert 将敬业精神定义为“为了服务个体和社会的利益，习惯在日常工作中谨慎地运用沟通、知识、技能、临床推理、情感、价值和反思。”

1999 年医学教育认证委员会（ACGME）将敬业精神加入作为核心能力。Milestones Project 的到来，迫使我们更好地定义这一概念。国际医生执业委员会形成有关敬业精神的纲领并于 2002 年发表（见表）。纲领关注于 3 个重要原则：

- **患者福利**-利他主义、患者兴趣、信任
- **患者自主权**- 对患者诚实，教育并且与患者共同作出决策
- **社会公义**- 医生与社会的合约和公平分配医疗资源

我们都清楚地知道行為不当，不遵守规则的同事。最明显的是破坏性行為，如轻视、贬低或欺凌护士或其他工作人员。加上其他缺乏敬业精神的行為，如没有及时签署病历，不关注检查结果和我们如何监督我们的团队等，这个清单变得很长，我们中大部分人都会承认有时我们有缺乏敬业精神的行為。在培训项目中的“隐藏课程”是“按我说的做，不要学我是怎么做的”，员工可能模仿缺乏敬业精神的行為如与“服务患者”相比，为“私人患者”花费更多的时间和精力。这样的行為将侵蚀学生的对患者的责任和理想，也破坏我们的职业。正如一位医学生描述的：“医学院就是一个下水道。2 年终讲师们来来去去描述他们完美的工作好像这就是学生们应该学的最重要的东西，但是在随后的临床中，生活是糟糕的。人们粗鲁，工作时间长，每次轮转后都有考试”。大多数情况下这位学生的描述是不公平不准确的，但其中还是有可信的东西并且是他的真实感受。

表面上信奉并致力于利他主义、同情、怜悯和以患者为中心的照护等专业行為，但实际上我们常不自觉地致力于脱离和以医生为中心的兴趣，是缺乏敬业精神和伪善的。

上面定义的高尚的敬业精神专业性价值很难争辩。但是将其应用至独立的行为中存在巨大的挑战。因为很难测定价值本身。我们发现测量认知或者技能，如能够进行某项操作或者知道酮症酸中毒的正确处理方法，相对简单。评估非认知的技能如沟通或合作更困难。但评估价值几乎是不可能的因为需要知道个体行为后的动机和目的，不管行为有多么缺乏敬业精神这都是一个艰巨的任务。我们如何知道住院医师作出的决定是基于利他主义原则还是仅仅基于不给主治医师添麻烦？即使我们认为看见了缺乏敬业精神的*行为*，也很难明确记录下来形成有帮助的反馈。Lynne Kirk 提供了一个解决方法 - 使用“基于行为的指导”，与“责任”相关的行为如查房迟到或没有追踪诊断性测试结果*是特定的*，这样测量和纠正也很具体。德克萨斯大学西南医学院的 Jim Wagner 将特定行为与某些非认知技能联系起来。这种联系使我们在需要时能够更容易地评估并纠正敬业精神。

在上述事件中，住院医师有好几个缺乏敬业精神的*行为*。硬膜外药物的剂量错误可能仅仅是个错误。很多错误是简单地失误与缺乏敬业精神无关。这个失误是过高地估计了与硬膜外有关的知识，他不清楚他的给药剂量是否正确，*但还是给药了*。这是个敬业精神的失败。我们被控知道我们的目标行为是正确的，当不确定的时候应该询问。同时这名住院医师的沟通能力很差，他既没有认真听（没有听见主治医师说不要在硬膜外导管中给镇痛药物）也没有合作（自行决定硬膜外给予镇痛药物）。他没有将他的决定告知团队的其他成员（当患者没有清醒时，他没有立刻说出他给了什么药物）。他没有及时作出正确的诊断（硬膜外氢吗啡酮导致呼吸抑制）。最后，虽然没有明确指明，这位住院医师不诚实，至少呼吸抑制发生的时候是这样，因为他没有告诉主治医师他做了什么。对患者不诚实也可能发生，取决于之后这个错误是否会向患者公布。这些行为很清楚都有问题，也不是以患者为中心，诚实或公平地分配了资源（即敬业精神的三个原则）。

这个事件也指明了主治医师的缺乏敬业精神行为 - 2 小时离开房间是否太长而不能给予住院医师足够的监管？我们的病例管理模型中，我们日常对他人的监督必须平衡生产压力和安全。全城范围的监管肯定是不专业的，但是从手术室监管胃肠中心是否缺乏敬业精神？CRNA 从家里监管急诊病例是否缺乏敬业精神？这些问题很难回答，但是我们应该清楚并解决。在这个病例中，我们希望主治医师能够有效地教育住院医师其缺乏敬业精神的*行为*。很显然通过向 AIRS 汇报这个事件，主治医师提供了敬业精神范例，从而我们能够从该事件中学习。其中有自我反思、明确所犯的*错误*，希望能与住院医师一起改正。

在沟通中的失误指出了系统对缺乏敬业精神*行为*的作用，包括生产压力和缺乏标准的沟通流程。系统对专业行为的作用是安全性的重要组成部分。一旦缺失团队就有犯错误的*可能*，就如本例。对主治医师的工作需要使其不得不长时间离开是导致这一失误的系统因素。

为了形成适当的敬业精神，我们必须首先在机构、员工和学生中建立适当的预期，在政策中明确并且提供预期行为的清单（向员工，工作人员和学生）。例子包括完成病例的时限和与转诊医生的适当沟通，及时对会诊要求作出反应，不能因为医生一时兴起取消门诊或者手术。应该让患者和家属了解这些预期，这样他们可以提供反馈是否达到这些预期。

一旦预期被设定，应对通过自我反省、内部质量委员会和医疗人员的审查等方法对所有人员进行常规评估。一旦发现问题，必须进行整改。一旦发现不可接受的行为，应该劝告行为个体回顾缺乏敬业精神的行为并建立特定的纠正计划。每个机构的领导有责任形成支持的公正的机构文化，对专业性的预期，并且定义和记录它。

理解对于临床医生而言专业行为是培训非常重要的部分很关键，不是简单的固有特征（因此具有重要意义且对隐藏的课程具有潜在的负面影响）。我们能且必须培训住院医师（继续培训我们的员工）行为的敬业精神。最近一项对医学生在医学院缺乏敬业精神行为和之后执业中纪律处分相关性研究强调了敬业精神培训的重要性。Papadakis 和同事将 235 名受过美国医学执业委员会处分的医生与同一医学院毕业的 2 名对照相匹配。在医学院有缺乏敬业精神行为的学生之后受到纪律处分的几率是没有缺乏敬业精神行为学生的 3 倍。此外，那些显示出“非常不负责”（在医学院记录中不负责任次数 ≥ 3 次）的学生有 8.5 倍的可能性在职业生涯中受纪律处分。通过增强敬业精神的教教育是否能改变这个轨道尚不明确，但显然不能维持这种状态。

我们不认为这一病例中的住院医师“是缺乏敬业精神的”但是他“表现出了缺乏敬业精神”。应该教育其敬业精神并纠正缺乏敬业精神的行为。这一病例中适当的方法是主治医师私底下与住院医师进行一次开诚布公的讨论。告诉住院医师：“这是一团糟，其中有你的原因。我想帮助你纠正，并且站在你这一边。”住院医师可能被问及以下四个问题：

1. 你是否理解你在其中起的作用？
2. 系统对你的影响是什么？
3. 你如何做才能在下次相同的情况下做的更好？
4. 我如何帮助你反思这次挑战？

我们感谢主治医师将病例汇报至 AIRS。住院医师参与汇报将产生非常积极有效的结果。在回答问题和书写报告的时候，住院医师和主治医师一起反思。

作为麻醉医生，我们具有相同的知识和技能，我们为患者和我们的职业作出巨大的奉献，我们尽力提供最高水平的医疗服务。我们已经在保障患者安全方面起领导作用，我们也应该能够在敬业精神方面发挥领导作用。

将专业价值与特定价值相连接 (Kirk 报导, 2007)	
价值	行为
责任	<ul style="list-style-type: none"> ● 关注任务 ● 准时到达
成熟	<ul style="list-style-type: none"> ● 接受失败的责任

	<ul style="list-style-type: none">● 不提出不适当的要求● 压力时不虐待和批评
沟通	<ul style="list-style-type: none">● 认真倾听● 不敌对、贬低或讽刺● 不高声或破坏性
尊重	<ul style="list-style-type: none">● 维护患者隐私● 耐心● 对身体/情感需求敏感● 不偏见或歧视

References:

1. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287(2):226-235.
2. ABIM Foundation; ACP-ASIM Foundation; and European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med. 2002;136(3):243-246.
3. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. Lancet. 2002;359(9305):520-522.
4. Kopelman L. Cynicism among medical students. JAMA. 1983;250(15):2006-2010.
5. Coulehan J, Williams PC. Vanquishing virtue: the impact of medical education. Acad Med. 2001;76(6):598-605.
6. Kirk LM. Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching. Proc (Baylor University Medical Center). 2007;20(1):13-16.

CASA 代表团参加中华医学会第 25 次全国麻醉年会 (2017)的报道



李韵平 Yunping Li, MD

Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA

CSA (Chinese Society of Anesthesiology) 年会于 9 月 7 日-9 月 11 日在郑州隆重召开。参与会议、讲课的 CASA 成员有：李韵平、冯鸿辉、刘恒意、汪红、张晓燕、李金蕾、唐越、曹锡清、彭勇刚、王景平、刘立新、杨海涛、周捷、周星光、章利铭等等。

总结为几个第一：



JW 万豪酒店

3.

1. 河南，郑州：据百度消息，河南人口数量居全国第一，高达 1.3 亿。郑州大学第一附属医院三个院区共有病床 1 万张，也是全国第一。郑州 JW 万豪酒店，称为“大玉米”，高大上的地标级建筑。

2. 中华医学会第 25 次全国麻醉学术年会 (2017)，参会人员 2 万多，最多的一次。CSA 年会要求所有的课件幻灯片为中、英对照。大会共设立 14 个分会场，邀请近 400 位国内外讲者，共进行 341 场学术讲座。包括主题报告、知识更新、转化医学、一带一路学术交流、病例讨论、热点争鸣、Workshops 和 Panel Discussion 等多种交流形式，举办中青年优秀论文评选，CSA-BJA 论文摘要评选，并组织壁报展示及讨论。

3. CSA 会员在 CSA 年会的活动 (按 CSA 讲者查询顺序) :

曹锡清	一带一路学术交流专场	恶性高热的鉴别诊断
周星光	手术室外麻醉 - 专题发言	喉罩与日间手术麻醉
杨海涛	一带一路学术交流专场	病态肥胖病人的麻醉注意事项
刘恒意	知识更新	常见麻醉危急状态及处理进展
	Panel Discussion	麻醉危急状态与处理
汪 红	超声 - 专题发言	超声在围术期医学中的应用
	Panel Discussion	围术期超声问题讨论
冯鸿辉	一带一路学术交流专场	慢性疼痛治疗的神经调节
周 捷	产科麻醉 - 专题发言	神经系统疾病与产科麻醉
王景平	疼痛	全美阿片药耐受现状及分析
李金蕾	专题发言	合并糖尿病行下肢动脉栓塞取栓术的麻醉方法与术后转轨
	Panel Discussion	合并糖尿病行下肢动脉栓塞取栓术的麻醉方法与围术期管理
章利铭	转化医学	临床麻醉的最佳实践和麻醉医生在其中的领导作用
刘立新	知识更新	老年患者手术的麻醉
	Panel Discussion	老年患者麻醉管理
李韵平	产科麻醉 专题发言	麻醉对儿童认知能力的影响
彭勇刚	知识更新	经皮换瓣术麻醉医生面对怎样的挑战?
	Panel Discussion	心血管功能评估与处理
唐 越	知识更新	TTE 在非心脏手术中的急性应用
	Panel Discussion	心脏病患者围术期管理
张晓燕	一带一路学术交流专场	临床麻醉质量管理指标

4. 在 CSA 年会期间，汪红、童传耀以海外特聘顾问，参加了 CAA CME 麻醉专业委员会工作会议。



5. 由刘恒意教授创立和组织，江苏新晨药物有限公司赞助的 CASA 讲学团，是 CSA 年会之前的重要学术交流。也是 CASA 的传统。今年是继甘肃兰州、贵州遵义、陕西延安、广西桂林之后的第五年，9月3日在山西太原举行，有400多人参加，座无虚席。马虹、李韵平、刘恒意、冯鸿辉、汪红、张晓燕、刘立新、李金蕾、曹锡清参加了讲学团并讲课。

9月5日，CASA 讲学团一行8人参观了山西医科大学第一、第二附属医院，进行了床旁超声指导、恶性高热模拟演练。



6. CASA - 新青年 之夜

在 CSA 会议期间，由迈捷生命科学赞助的 CASA-新青年之夜，为国内外麻醉同道提供了交流、交友、娱乐的一个平台。CSA 主委、副主委、常务委员熊利泽、刘进、邓小明、姚尚龙、余布为、米卫东、张卫、闵苏等参加了晚会。熊利泽、刘进作为 CSA 代表发言致辞。Beverly Philip, MD - Vice President for Scientific Affairs, ASA , President, International Association for Ambulatory Surgery 作为 ASA 代表并发言致辞。大约有 200+ 参加晚会。



7. CASA 会员 2017 在中国的学术活动概括：

CASA 代表们在国内非常活跃，足迹遍布多个医院、医学院，不辞辛苦，多次讲课。仅在 9 月份，讲课的医院有（不完全统计）：

协和医院麻醉科 (x3); 湖南省中南大学湘雅医院麻醉科; 湖北黄梅妇幼保健院; 陕西省人民医院麻醉科; 陕西省交通大学一附院麻醉科; 湖北襄阳 隆中讲坛; 湖北襄阳中心医院; 湖北省妇儿麻醉与镇痛国际研讨会; 武汉市麻醉学会 2017 年会; 太原山西医科大学附二院; 重庆涪陵中心医院; 河南省人民医院; 郑州大学一附院 (x2); 中国医科大学附属第一医院; 沈阳军区总医院; 北京大学医学院 人文学院; 山西医科大学 人文学院; 世界华人医师会, 青岛; 浙江大学附二院; 河南洛阳市中心医院; 河南郑州市中心医院; 北京安贞医院; 北京积水潭医院; 上海嘉定医院; 北京中日友好医院; 福建汕头医学院第二附属医院; 天津胸科医院

中国基层医院现状-2016 年广东，康定行

术前同意书 医疗反腐 Professionalism (敬业精神)

田穗荣

汕头：



术前同意书

讲课中谈到医务人员的责任是医治护理病人，对病人负责任，而不是听家属的决定。尤其提到分娩镇痛，有的中国医院居然允许丈夫婆婆做决定，实在荒谬！究竟是孕妇疼痛还是丈夫婆婆疼痛？

结果听课的医务人员提到，术前同意书一定要家属签名。家属不签名，病人签名也没用！

我赶紧请教，中国这方面的法律是什么？

“好像得病人和家属一起签名。”

随后的行程中我就此问题反复请教不同级别的医务人员，包括领导干部。

反复的对证，法律规定，医疗决定应该由病人做决定（假设病人精神正常有决定的能力）。

法律如此规定，那么为什么多家医院完全漠视法律而强调家属的决定权？

- 1, 避免医疗纠纷，免得医疗意外或者医疗效果未能达到预期的情况下家属来吵。但是这个问题其实并不是太难解决的，只要术前谈话解释清楚，病人决定接受治疗以及治疗可能发生的副作用和并发症，家属吵也吵不出个名堂！
- 2, 医疗费用的问题！这个才是最重要的原因！如果家属签名同意接受治疗，意味着家属愿意支付医疗费。否则你根据病人的意愿提供治疗后可能分文无收，医生需要对病人欠费负责任，医生如何愿意担当这个风险？

钱是一个非常重要的社会成分，医生又如何能免俗？

医疗反腐

由于基本生活容易满足，似乎当地人的生活态度也比较懒散，工作做了就满意了，而缺乏精益求精的精神。故此这里的教育/医疗质量比较低，要是病了不能依靠这里的医疗技术水平。

生意人和汕头人一样，不乐意反腐！为什么？反腐后做生意不需要贿赂，减轻生意成本！

还是同样的原因，官员本身没有多大的工作动力。收了贿赂，看在钱的份上勉强办些事。不收贿赂啥不干，少干少出事少责任，何乐而不为？

中国地大物博，各地文化各异。我在中国四处游走，可以清晰地感觉到大城市的管理比较规范，有规矩可循，办企业可以计算成本。边远的地区以“人治”为主，当地领导说了算，干与不干难以评估，把钱砸进去才发现办不成，风险太大。这种恶性循环造成这些地区的贫困。

以医生收取病人红包而言，大城市抓得紧，这种现象控制得比较好。汕头肯定属于无法无天的地区，当地人说道，没有红包别上医院！

湛江

Professionalism（敬业精神）

大动土木修建新医院大楼是趋向，政府已经开始发现如此做法的危害，采取措施制止这种做法。如果这个新楼房稍微迟些建造可能“胎死腹中”，无法获得批准。

晚上和科教科陈娟科长和院长陈嫒吃饭。我们谈到了美国 professionalism 的教育。



一位协和博士对这个课题如此回复：“你的讲课题目是“美国医学伦理和职业规范教育”。我们医学院是一间国际化的学校，来讲课的人很多，职业精神这个题目也办过会，很多人来讲过。现在学生需要的不是听人讲，而是缺乏 role model，身教胜于言传。”

从这位博士的言语，说明对“professionalism”几乎一无所知，协和培养出来的博士尚且如此，广大的中国职业人群对此又有多少认识呢？

我很想知道这位博士提到的那些来讲过“职业精神”的人们是什么人？他们讲的具体内容是什么？况且“职业精神”和我讲的 professionalism 可能根本是两码事？

首先 professionalism 在中国的历史文化几乎不存在，故此没有相应的翻译，这位博士所说的“职业精神”并不能准确地反应这个英语单词的真正意义！

Professionalism 存在的前提是有这个职业群体，这个群体制定行业技术标准和行为准则。

中国历史上是农业社会，自给自足，不需要“职业群体”。

即使有某些技术专业，例如木匠铁匠医生，由于中国传统的“教会徒弟饿死师傅”之现实，这些职业基本不会交流技术去发展专业，建立技术标准更是无从说起。

Professionalism 至少有两个要素：1， 行业技术标准，例如医疗界的指南；2， 行业行为准则，有行业的伦理。

而中国大多数行业缺乏标准，例如中国医疗界仅仅近期才开始制定指南，而许多医生不知道指南或者不执行指南；至于行业行为准则，不要说红包回扣这些犯法的做法，医生是为病人治病的，正确的诊断是保护病人利益最重要的工作。但是某些中国医生们一天看数十到 100 位病人的做法，有时间做到医生该做的工作吗？导游是为游客服务的，应该有服务标准，但是实际如何呢？有目共睹！更重要的是，不少人讨厌自己的行业，肆意破坏其规矩而不受到惩罚，完全破坏该行业的声誉，也间接影响同行的收入和尊严！

中国所谈的职业精神是属于鼓励性, 倡导性的做法, 或者属于报刊上所提到的“医德”。职业精神鼓励你去达到职业标准, 学习某位优秀榜样, 所以你需要 role model。但是事实上做不做随你, 违反职业要求也没有问题, 批评了事, 不会受到惩罚, 或者谨谨采取“杀鸡给猴看”性的惩罚! 成为那只鸡是你运气不佳! 大部分违反职业要求的职业人继续自己的职业, 当然也继续违反该职业的要求(违反的严重程度各异), 故此违反职业标准的职业人群“漫山遍野”, 违反职业要求的做法是广泛性的。中国行业是允许(口头不允许, 实际不惩罚是变相允许)大多数职业人违反职业要求的。

由于对中国传统文化的理解, 讲课中我澄清了一般中国人对“professionalism”的“一知半解”, 最后我和张主任获得共识, 比较确切的翻译, professionalism 应该是“职业操守”, 或者“职业守则”。

操守/守则是强迫性的, 就像“小学生守则”, 小学生做不到是受到惩罚的。所以“职业操守”, 或者“职业守则”是一件非常严肃的事情, 所有违反“职业守则”的职业人将受到本行业的惩罚, 这可能涉及到失去“执照”。我们根本不需要“role model”!

还有一个不同, 中国职业人违规的惩罚大多数来自上级/政府, 而美国职业人受到的惩罚来自职业本身(医学会/律师学会等专业组织)制定的规矩, 也就是“同行”。由于职业自身不断“清除败类”, 职业的尊严获得保障。

换言之, professionalism 是一种职业规矩, 是某个职业所有人都得遵守的规矩, 是强迫执行的制度, 不是什么“精神”。而这个认识, 还是和儿子的讨论中获得的。我问他: “你学校里如何教育 Professionalism?” 他简单地回答: “You do it, or you are out!” 也就是说, 要吗你按照职业规范去做, 否则你就不要干了。这也是我三个孩子对 professionalism 的理解, 反而他们对中国人完全视职业规矩为粪土的做法非常诧异! 不解? 为什么愿意毁掉自己赖以生存的职业?

Professionalism, 美国的职业人士奉为宗旨, 人人(至少大部分人)照办, 不遵守你就给我滚出去, 不要沾污我这个职业, 就这么简单!

我是一个实际的人, 我也谈到美国医生如何为自己争取利益的做法, 有的方法中国人也做得到, 有的办法, 由于国情不同, 在中国施行可能有困难。但是, 作为一种参考做法, 简单介绍来打开大家眼界, 倒没有叫大家照搬!

和湛江院长晚饭中谈起中国医疗界的问题, 包括红包回扣医闹, 大家看法有差异。我提出拿电脑在餐馆讲我的课题, 院长同意了。

在我的讲课过程中院长非常 defensive: 我们这么做是因为。。。, 那么做是因为。。。, 我们有难处, 我们很委屈!!!

讨论讲课内容后晚饭结束, 我以为事情过去了。

第二天我接到电话，要求我在医院增加讲这个课题。什么？我以为院长非常不喜欢我的说法？

毫无疑问，院长是一位思想非常开放的那种人，争论归争论，事实归事实。不管医生们有多委屈，一旦医务人员被打被杀，社会叫好一片！一件一件的社会悲剧成为大众狂欢的闹剧，难道不应该令人深思吗？难道不应该想办法解决吗？

美国医生的高薪哪里来的？天上掉下来？上帝发工资？都不是，是美国医生用自己优秀的服务质量和良好的服务态度换来的。美国也有庸医，但是比起中国医生们泛滥性的不规范做法，还是好得多了。

汕医的听课人数不到 30 人，湛江的听课人数估计约 200 人。凭着 200 余人听我一堂课就能够改变中国对 Professionalism 的看法和做法？没门！

任何改变的一般步骤包括：发现问题（中国医患之间的不信任）→了解原因（改变的理由）→推广改变的计划（需要克服各种阻力）→进一步理解具体做法→制定方案→继续教育→落实

所有中国人，包括世界卫生组织都知道中国医患之间的问题，我的讲课仅仅是让人们了解自己能在这个问题上做些什么？听课者区区 200 余人，至于后面的各个步骤？早着呢！

俗话说：“You can't teach an old dog new tricks”。由于中国的文化，目前中国 40 余岁的人思维已经固定，几乎没有改变的机会。professionalism 的做法只能寄托在年轻人身上，加上中国的改变来自上层，什么时候上层发现医疗界（也包括其他职业）需要 professionalism 的时候，真正抓起来，中国的职业人才会重视 professionalism, 才有机会学习尊重自己的职业，保护自己职业的尊严。

我的有生之年可以看到这个改变吗？难说！

茂名市

靶标抗癌药物治疗

茂名市人民医院是当地最大的医院，床位超过两千张，搬到美国基本是巨无霸医院了。

有这样的规模肯定来自踌躇满志的领导，办大事，向世界先进水平看齐，或者赶超世界先进水平！

这里的药剂科刚刚雇请了药学博士来开展新的项目：靶标抗癌药物治疗！



这个治疗的第一步是给患者验血确认肿瘤靶标，这不是一家医院的检验室能做得到的，因为投资太大。

下一步是治疗方案，随访跟踪等等。

由于这是新的技术，许多方面正在摸索中，需要大量病人收集数据逐步建立指南。

尽管这是两千床位的巨无霸医院，在这里开展这样的项目还是差强人意。

希望这里的医生记住 “Do not harm.”

回来和美国涉及到靶标抗癌药物治疗的专家聊天，她也回中国讲课，对此更清楚。为了“创新”，抢喝“头啖汤”，许多医疗机构卖广告，验血，治疗标准和具体做法都非常不规范。

“人有多大胆地有多大产”，这个大跃进创造出来违背客观规律脱离实际的做法继续流行着！

康定

在中国做病人的亲身经历

在康定讲课就有反应，恶心呕吐腹泻，吸氧后才能讲课，到海拔 1800 米的丹巴，恶心呕吐胸口闷，心电图显示心肌缺血。丹巴医院说我们这里没有溶栓治疗，病人只得去成都。医院当晚送我去成都。

成都休息后症状无改善，去私立医院，那位挂着“主治医师”牌的医生“非常听话”，我要啥就是啥，自己一点诊断治疗都没有。

尽管华西医院名声在外，我去那里讲课时参观过医院，简直就是一个跳蚤市场，门诊人山人海，病房完全超额收病人，他们对此非常骄傲，同时他们又不断抱怨自己工作多辛苦，工资不高。

打电话给相熟的广州医院院长，第一句话就是你在哪里？还好他在广州，马上转机票去广州，并直说我是自费的。

由于心电图的改变，当然考虑是心脏方面的问题，但是硝酸甘油等心脏类药物完全没有缓解症状，我怀疑不是心脏问题，和院长一说，马上换药 PPI 的胃药，症状马上缓解。

心脏科医生仍然想做冠脉造影，后来我同意 CTA, CT 的冠脉造影，没那么侵入性，自己也心安些，我自己猜想，回美国估计没有医生会做这类检查的。结果阴性，我马上要求出院，结果我就出院了。

医患之间的信任和交流极端重要。华西医院比工作医院更有名气，但是那里的医生们会愿意和我交流？理解我的需求？信任我的判断？愿意提供高质量的服务？愿意让病人满意？

不可能！

甚至这位院长自己都说，不认识人，他们也不敢去医院看病。

一天的住院，药物超过 2000 人民币，CTA 超过 2000，其他实验室等接近 2000，CCU 的收费仅几十元，可以想象，医务人员的工资不可能来自那几十元，看到从药物和检查费用获得补偿。

由于涉及自己的事，况且有关华西的看法仅仅经验之谈，说不定现在的华西能达到为病人着想，以人为本的服务？所以这个体验就没有必要方便啦！