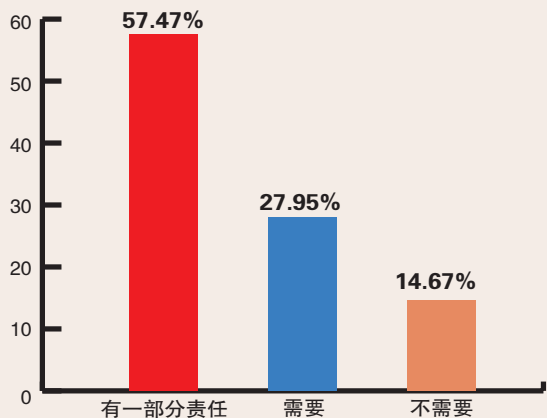


反思 医学的“人”哪去了？

▲ 本报记者 陈惠

57.47%：医生对执业环境有部分责任



本次调查结果显示，“针对当前执业环境现状，您认为医生是否需要反思？”选项中，参与投票的3367人中，1935人认为“医生有一部分责任”，占57.47%；941人认为“医生需要反思”，占27.95%；仅有494人认为“不需要”，占14.67%。

中国社会科学院公共政策研究中心朱恒鹏曾在接受媒体采访时直言不讳：“尽管在伤医杀医中医生认为自己是弱者，但在普通民众面前医生绝不是弱者。不排除有和大夫耍横的莽夫和泼妇，但绝大多数平民百姓在医生面前都是毕恭毕敬的：细声细语乃至怯生生的问

话，站着也俯首弯腰，坐下也只坐半个屁股，肯定是医生们常见到的患者形象。”

他更进一步指出：“把所有责任都归咎于施暴者，医院医生毫无公开的反思，更无对沦落到绝路的施暴者的哪怕一丝同情，施暴者不服，许许多多普普通通的民众也不会服气。”

案例一

5月25日，浙江温岭杀医案凶手连恩青被执行死刑。连恩青受到了法律的公正判决。

作为杀人凶手的连恩青，2014年面对中央电视台的记者采访时曾提到，手术结束后，自感症状比手术前还严重，为此多次去医院寻找解决办法。但医院却总是根据检

查结果，简单地以数据正常为由，既否定了手术出现问题的可能性，也没有为之积极寻求改善症状的方法。

的确，现代医学不可能对每个症状都能检测出异常，过多地相信检查而忽略了患者的感受，这种做法是否缺失了一点人性化？

案例二

北京市首例医生被控医疗事故罪的案件所引发的讨论不亚于福建李雪健被判医疗事故罪案件。但与李雪健案所不同的是，患者揪着不放的原因是，当住院患者出现紧急情况

时，来抢救的却是一名无独立诊疗资格的实习医生，导致患者死亡。

2014年底，被控涉嫌医疗事故罪的三甲医院副主任医师许峰在西城法院受审。

案例三

本报6月11日维权版报道：一位晚期消化道肿瘤患者被送进医院，医生对这位患者的情况非常熟悉，因此当患者家属呼叫时，第一次医生没有出屋，躺在床上下了医嘱，第二次医生出了屋，但没去看患者，在护士站下了医嘱。第三次，值班医生

赶到病房投入急救，但最终患者因抢救无效死亡。

由于前两次都没有完成问诊、查体的程序，明显违反了诊疗规范。最终，这个案例确实导致了医疗机构的高额赔偿。

律师解释说，关键在于患者死亡那晚，值班医生的表现。



中国医师协会法律事务部邓利强主任表示，设立中国医师节，是医改的需要，也是树立高尚医德的需要。设立医师节并不是为医师争取假日补贴，而是以白求恩精神为榜样，对医生进行医德教育。同时在这种复杂的环境下，设立医师节也是稳定医师队伍的需要。

编剧六六在她卧底医院半年后的一篇文章中，引用一家医院负责解决医疗纠纷的主任的观点称，医患矛盾60%以上都是医生有问题。

当我们面对患者的不信任，面对频发的暴力伤医事件，作为为患者提供医疗服务的医生，是不是也有值得反思的地方？

医学不仅是科学还是“人”学

很多老教授提到，医学不仅仅是科学，还是“人”学。然而，随着医学科学的发展，分科越来越细，患者被越来越多地被看成是“器官”而不是人。

中国工程院院士樊代明在不同场合强调整合医学的重要性，他以癌症为例。“癌症的正确定义是什么？是‘得了癌症的人’，不是‘人得了癌症’。殊不知，

同样患癌，结局却可能不同，这不是因为癌不同，而是人不同。”“我们用放疗、化疗杀死癌细胞，但有些癌症患者最后还是死了。奇怪的是，尽管人没了，1小时后取出癌细胞，竟然还能培养活。”

樊代明认为，现在有的医生缺乏整体观念，只注重自己专科的器官和病变，在本专科领域很专业，却对外专科所

知甚少，形成一边做好事，一边做“坏事”的局面。

在2011年书法家王宝洛砍伤北京同仁医院喉科专家徐文之后，网上有耳鼻喉医生贴出了这样一篇文章《鼻科医师需要反思的问题》，列举了几项容易被误诊的情况。如，患有抑郁症或其他精神异常的鼻炎、鼻窦炎患者，其主要症状其实并非来自鼻

部疾患；非鼻源性头痛被错误的诊断为鼻源性头痛等。

文章提出，“每一次医生被伤害，或许都有一些特殊性和偶然性，但是，针对这些特殊性和偶然性进行分析时，也许人们能够从中发现，在每一个特殊性的背后，抑或包含着一定的普遍性，每一次偶然性的背后，抑或存在着一定的必然性。”

“无知之错”与“无能之错”

在《协和医事》的作者讴歌看来，只要行医就会犯错。这种错分为“无知之错”和“无能之错”。“无知之错”是指医学的未知性和不确定性，“很多人认为既然是有诊断的疾病，就应该有确切的治疗方法，但实际上并不是这样。看似正确的治疗方式在下一个阶段或许就会被认为是错误的。”例如肿瘤在书本里是按病理分类的，但最近10~20年，已经细化到针对细胞分子的精准医疗，并且针对不同的细胞分子有不同的治疗方法。“这是人的认识过程所决定的。”

而“无能之错”则与医学的复杂和思维的陷阱有关。一方面现代

医学的复杂性给人带来了精神上的紧张和压力，如何在可控的已有认知范围内能够不缺失、不遗漏，还能保证每一次医疗决策质量的准确性，现在的医生比30年前的医生面临的挑战更大。

而过度自信往往也是导致差错的关键原因。尤其是年龄较大的医生，他们从医多年，有一定的经验，看到疾病症状大脑里总能在第一时间反映出哪几种病的可能性最高。但讴歌提醒，应该在思考的时候留一条岔路，因为或许还有其他的可能。

“一个老人摔倒了，脚踝很疼，到医院确认是否是骨折。普通情况下医生只会看到表面，

配合老人检查骨折情况，但稍微细心一点的医生通过常规血液检查会发现，老人是因为贫血摔倒；再细心一些，医生会纠察什么原因导致贫血，最后查出罪魁祸首——结肠癌。”从讴歌所举的例子来看，思维的陷阱无处不在。

讴歌还谈到，不会沟通也是医生“无能之错”的体现之一。这也是引发医疗纠纷而被频繁提起的原因之一。

2014年中国医师协会的一项调查显示，90%的医患纠纷都跟沟通不当有关。

是谁让医生没有时间沟通？中国医师协会医疗风险管理专业委员会常委李惠娟曾在接受媒体采访时一针见血地

指出，在目前医疗资源配置集中在三甲医院的背景下，医生沟通的条件都没有，更不可能有高水平的沟通。而医患之间恰恰又是最需要沟通的耐心和艺术的。

2014年年底习近平总书记考察镇江世业镇卫生院，提出要实现人民群众对医疗服务均等化的愿望，切实解决大城市大医院“战时状态”就要做好分级诊疗的工作。

习近平的指示引起医疗行业包括整个社会发酵式的讨论，各级政府、卫生部门都在思考如何为大医院减压，如何实现分级诊疗。

毫无疑问，需要反思的不仅仅是医生，还有政府和社会。